

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرتوفونيا
مذكرة لنيل شهادة الماجستير في التربية الخاصة

اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية
نحو ذوي الاحتياجات الخاصة

(دراسة ميدانية على طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران)

إشراف :

مكي أحمد

من إعداد الطالب :

بن سطا علي محمد أمين

2015/01/28 لجنة المناقشة:

جامعة وهران

جامعة وهران

جامعة وهران

جامعة وهران

رئيسا

مشرفا ومقررا

مناقشا

مناقشا

د. بولجراف بختاوي

د. مكي أحمد

د. منصورى مصطفى

د. جلطى بشير

السنة الجامعية: 2014-2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مَحَبَسَ وَتَوَلَّى (1) أَنْ جَاءَهُ الْأُنْمَى (2)
وَمَا يُذْرِيكَ لَعَلَّهٗ يَزْكَى (3) أَوْ يَذَّكَّرُ
فَتَنْفَعَهُ الذُّكْرَى (4)."

صدق الله العظيم.

- سورة "محبس" الآيات من 1 الى 4 -

الإهداء

إلى روح جدي بن حساين محمد، وجدتي براحو الزهرة، والخال الفقيد بن حساين أمحمد
رحمهم الله جميعا وجعل مثواهم الجنة.

إلى الوالدة الكريمة بن حساين رحمانية، إلى الأم الثانية بن حساين نصيرة وإلى خالتي
خروفة.

إلى خالي عبد الناصر وزوجته عيدل وأبناءهما مجد الدين، محمد توفيق، إيمان، نسرين.

إلى خالتي حنيفة وزوجها بسويح حبيب وأبنائهما يزيد، إيناس، أميرة، يسين.

إلى خالتي خيرة وزوجها صايم عبد الحكيم وبناتهما نور وكوثر.

إلى خالتي حورية وزوجها ملفي عبد القادر وأبنائهما نبيل، محمد وليد، بشري، ملاك.

إلى خالتي رشيدة وزوجها عبد الصدوق بن علي وابنهما أيمن.

إلى الأستاذ مكي أحمد وكل أفراد عائلته الكريمة.

إلى الأستاذ بغداد باي عبد القادر وعائلته الكريمة.

إلى الأستاذ بوطبال سعد الدين وعائلته الكريمة.

إلى إخوتي وأصدقائي مجبر احمد شريف، بطاهر علي، عبد النور، بن بربار هشام،
مصطفى دواجي منور، عبورة إلياس والى كل عائلاتهم.

إلى كل زملائي طلبة ماجستير التربية الخاصة، وكل من جمعني بهم سنوات الدراسة.

إلى كل ذوي الاحتياجات الخاصة.

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل.

الشكر

اشكر الله سبحانه وتعالى الذي وفقنا لإتمام هذا العمل، وأحمده حمدا كثيرا عدد خلقه ورضا نفسه وزنة عرشه ومداد كلماته.

أتقدم ببالغ الشكر والتقدير إلى الأستاذ مكي أحمد على قبوله الإشراف على هذه الدراسة، والذي لم يبخل علي بتوجيهاته ونصائحه السديدة، والذي كان الأستاذ والوالد في نفس الوقت، فألف شكر وتقدير لك أستاذي الفاضل.

كما أتقدم بأسمى معاني الشكر إلى كل من الأساتذة بسويح حبيب، صايم عبد الحكيم، ملفي عبد القادر، الذين ساندوني لإجراء هذا البحث وأناروا درب مشواري، ولم يبخلوا علي من واسع علمهم.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ بغداد باي عبد القادر و الأستاذ بوطبال سعد الدين لما قدماه لي من عون ومساعدة في سبيل انجاز هذا البحث وإتمامه.

أتقدم كذلك بالشكر الجزيل إلى كل أساتذتي الأفاضل الذين تحملوا عناء تكويننا في مرحلة الماجستير وهم: د. جلطي بشير – د. فؤاد عبد الغني – د. عبد العزيز محمد – د. رومان محمد – د. آسيا عبد الله – د. شارف جميلة.

كما أقدم شكري إلى أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الرسالة ولما بذلوه من جهد في قراءة هذا البحث ومناقشته.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة المحكمين، وكل أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة وهران وطلبتة الذين منحوني وقتهم من أجل إجراء هذه الدراسة.

كما أشكر كل أفراد عائلتي على ما قدموه لي من مساعدة.

كما أتقدم بشكري البالغ إلى أشقائي وأصدقائي مجبر أحمد شريف، مصطفى دواجي منور، عبورة الياس، على تقديمهم يد العون والمساعدة من أجل إتمام هذه الدراسة.

كما أتوجه بالشكر إلى الطلبة والزملاء محمد، إسماعيل، مكبوسة، نادية، فيروز الذين ساعدوني على انجاز هذه الدراسة.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى إدارة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، مكتبة العلوم الاجتماعية والمكتبة المركزية بجامعة وهران على ما قدموه لي من مساعدة.

أخيرا، أسأل الله سبحانه وتعالى أن يتقبل مني عملي هذا ويجعله في ميزان حسناتي وأن ينفع به كل طالب علم.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، ولهذا الغرض تم تطبيق استمارة تتكون من 38 سؤالاً موزعة على أربعة أبعاد على عينة تكونت من 229 طالباً وطالبة من طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة وهران، يختلفون من حيث الجنس حيث تضمنت العينة 37 طالب و 192 طالبة، التخصص الأكاديمي حيث شملت العينة جميع التخصصات باستثناء تخصص الأرطوفونيا، المستوى الدراسي الذي تمثل في طلبة السنة الثانية والثالثة، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة. كما تمت معالجة بيانات الدراسة عن طريق استخدام الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS.

أستخلص من الدراسة أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران ايجابية نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، كما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغيرات الجنس، التخصص الأكاديمي، المستوى الدراسي، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

وتمت مناقشة النتائج المتوصل إليها في ظل الدراسات السابقة في هذا المجال.

قائمة المحتويات

- أ المأثورات -
- ب الإهداء -
- ج الشكر -
- د ملخص الدراسة -
- ه قائمة المحتويات -
- ط قائمة الجداول -
- ك قائمة الأشكال -
- 1 مقدمة -

الفصل الأول: مدخل نظري للدراسة

- 1 إشكالية الدراسة -
- 2 فرضيات الدراسة -
- 3 أهمية الدراسة -
- 4 أهداف الدراسة -
- 9 التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة -

الفصل الثاني: الاتجاه

- 19 مفهوم الاتجاه -
- 24 مكونات الاتجاه -
- 25 خصائص الاتجاه -
- 27 أهمية دراسة الاتجاهات -
- 27 وظائف الاتجاهات -
- 30 مراحل تكوين الاتجاهات -
- 31 مصادر تكوين الاتجاهات -
- 32 تغيير الاتجاهات -
- 38 أنواع الاتجاهات -
- 39 نظريات تفسير تكوين الاتجاه -
- 42 قياس الاتجاهات -

الفصل الثالث: التربية الخاصة

- 46 مفهوم التربية الخاصة -
- 47 الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة -
- 48 1.2 الإعاقة العقلية -
- 49 2.2 الإعاقة البصرية -

50	3.2. الإعاقة السمعية
50	4.2. الإعاقة الحركية
50	5.2. الاضطرابات السلوكية والانفعالية
52	6.2. اضطرابات التواصل
53	7.2. صعوبات التعلم
54	8.2. الموهبة
55	9.2. التوحد
57	3. المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة
59	4. أهداف التربية الخاصة
60	5. العلاقة بين التربية الخاصة والتربية العامة
61	6. الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة
62	7. حجم مشكلة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة
64	8. حجم مشكلة الإعاقة في الدول العربية
65	9. التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة
68	10. أسس التربية الخاصة
71	11. الاعتبارات التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة
72	1.11. البرنامج التربوي الفردي
74	2.11. غرفة المصادر
76	12. نماذج العلاج في التربية الخاصة
79	13. الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة
83	14. تطور التربية الخاصة في الوطن العربي
84	15. جهود الجزائر في ميدان رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة
85	16. إحصائيات الإعاقة في الجزائر

الفصل الرابع: الإعاقة العقلية

89	1. مفهوم الإعاقة العقلية
102	2. نسبة الإعاقة العقلية
105	3. تصنيف الإعاقة العقلية
115	4. أسباب الإعاقة العقلية
122	5. خصائص المعاقين عقليا
135	6. قياس وتشخيص الإعاقة العقلية
139	7. برامج الأطفال المعاقين عقليا
146	8. الاتجاه نحو المعاقين عقليا

الفصل الخامس: الإعاقة البصرية

1. الأجزاء الرئيسية للعين 149
2. تعريف الإعاقة البصرية 150
3. تصنيف الإعاقة البصرية 155
4. مظاهر الإعاقة البصرية 156
5. أسباب الإعاقة البصرية 156
6. نسبة انتشار الإعاقة البصرية 160
7. قياس وتشخيص الإعاقة البصرية 162
8. خصائص المعاقين بصريا 165
9. البرامج التربوية للمعاقين بصريا 174
10. الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعاقين بصريا 178
11. الاتجاه نحو المعاقين بصريا 179

الفصل السادس: الإعاقة السمعية

1. تشريح جهاز السمع 182
2. تعريف الإعاقة السمعية 183
3. تصنيف الإعاقة السمعية 186
4. نسبة انتشار الإعاقة السمعية 189
5. أسباب الإعاقة السمعية 190
6. قياس وتشخيص الإعاقة السمعية 191
7. خصائص المعاقين سمعيا 193
8. طرق التواصل والاتصال مع المعاقين سمعيا 198
9. برامج الأطفال المعاقين سمعيا 201
10. الاتجاه نحو المعاقين سمعيا 202

الفصل السابع: الإعاقة الحركية

1. تعريف الإعاقة الحركية 205
2. تصنيف الإعاقة الحركية 207
3. أسباب الإعاقة الحركية 214
4. تشخيص الإعاقة الحركية 215
5. خصائص المعاقين حركيا 216
6. نسبة الإعاقة الحركية 217
7. الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين حركيا 217
8. البرامج التربوية للمعاقين حركيا 218
9. الاتجاه نحو المعاقين حركيا 221

الفصل الثامن: منهجية البحث وإجراءاته

224	1. الدراسة الاستطلاعية.....
224	1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.....
224	2.1. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية.....
224	3.1. مجتمع الدراسة.....
224	4.1. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.....
226	5.1. أداة الدراسة الاستطلاعية.....
236	2. الدراسة الأساسية.....
236	1.2. منهج الدراسة الأساسية.....
236	2.2. عينة الدراسة الأساسية.....
243	3.2. أداة الدراسة الأساسية.....
244	4.2. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....

الفصل التاسع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

246	1. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية العامة.....
249	2. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الأولى.....
251	3. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثانية.....
257	4. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة.....
258	5. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة.....
260	6. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة.....
262	7. عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية السادسة.....
265	8. مناقشة عامة للنتائج.....
267	- خاتمة.....
268	- قائمة المراجع.....
	- الملاحق

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
62	الفرق بين التربية الخاصة والتربية العامة.	(1)
63	نسبة حدوث فئات الإعاقة الرئيسية.	(2)
64	مجموع الطلبة المعوقين المسجلين في برامج التربية الخاصة في الدول العربية.	(3)
82	رواد وأعلام في تاريخ التربية الخاصة.	(4)
86	إحصائيات 1998 للأشخاص المعاقين في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات (2006).	(5)
86	تقديرات 2010 للأشخاص المعاقين في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات (2006).	(6)
86	انتشار الإعاقة حسب الفئة العمرية والجنس ، الجزائر 2006.	(7)
87	التوزيع المرتبط بالنسبة المئوية للأشخاص المعاقين حسب شدة الإعاقة.	(8)
97	مقارنة التي أجراها جروسمان لتعريف كل من هيبر وجروسمان.	(9)
107	العلاقة بين عمر الأم ونسب تكرار حالات المنغولية.	(10)
110	تصنيف لوتيت وكيرك.	(11)
110	تصنيف جروسمان.	(12)
113	تصنيف الجمعية الأمريكية.	(13)
114	خصائص النمو للأفراد المصابين بالتخلف العقلي.	(14)
118	بعض المتلازمات ذات العلاقة بالتخلف العقلي.	(15)
126	يوضح أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها الم عاقون عقليا والعاديون في الأعمار الزمنية من سن سنة إلى 18 سنة.	(16)
187	فئات الإعاقة السمعية وما يصاحبها من قدرة على فهم الكلام.	(17)
192	درجات القدرة السمعية مقاسة بوحدات الديسيبل.	(18)
205	بعض المصطلحات المستخدمة في مجال الإعاقات الجسمية والصحية.	(19)
224	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.	(20)
225	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي.	(21)
225	يبين توزيع أفراد العينة حسب التخصص الأكاديمي.	(22)
227	يبين العبارات التي تم حذفها من الاستبيان.	(23)
228	يبين العبارات التي تم تعديل صياغتها.	(24)
229	يبين نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين أعلى 30 % وأدنى 30% من عينة التفتين على استبيان الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.	(25)
230	يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعد الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.	(26)
231	يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.	(27)
232	يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة.	(28)

233	يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعدها الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة.	(29)
234	يبين قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والمقياس ككل.	(30)
235	يبين معامل ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبيان.	(31)
235	يوضح نتائج معامل الثبات عن طريق معامل "ألفا كرونباخ".	(32)
237	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.	(33)
238	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص الأكاديمي.	(34)
239	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي.	(35)
240	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأب.	(36)
241	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم.	(37)
242	يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.	(38)
243	يوضح توزيع الفقرات على الأبعاد الأربعة للاستبيان.	(39)
244	يوضح درجات بدائل الأجوبة حسب طبيعة الفقرة.	(40)
246	نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.	(41)
247	نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.	(42)
247	نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة.	(43)
248	نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة.	(44)
248	نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في الاستبيان ككل.	(45)
250	نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.	(46)
252	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير التخصص الأكاديمي.	(47)
253	يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري حسب التخصصات المختلفة في البعد الثاني وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.	(48)
254	يبين نتائج اختبار (Schéffé) للمقارنات البعدية بين التخصصات المختلفة في بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.	(49)
257	نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.	(50)
259	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأب.	(51)
261	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأم.	(52)
263	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة دلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.	(53)

قائمة الأشكال :

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
41	يمثل العلاقة بين الاتجاه والعاطفة.	(1)
237	رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.	(2)
238	رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص الأكاديمي.	(3)
239	رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي.	(4)
240	رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأب.	(5)
241	رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم.	(6)
242	رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.	(7)

مقدمة:

هدف كل مجتمع هو التطور والتقدم، ولا يحدث هذا ولا يكون إلا إذا تكاتفت جهود كل أفراد من أجل تحقيق الغرض المنشود، ومن هذه الفئات شريحة معتبرة يطلق علي أفرادها مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة.

وبما أن لكل إنسان الحق في يحي حياة اجتماعية وتربوية مناسبة مهما كانت إمكانياته وقدراته سعت معظم الدول إلى توفير كم من الاستراتيجيات المناسبة في سبيل تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، والرفع والتحسين من مستوى القائمين عليهم سواء معلمي التربية العادية أو معلمي التربية الخاصة من خلال برامج تأهيلية مناسبة.

ويعتبر موضوع التربية الخاصة (Special Education) من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس، مقارنة مع الموضوعات المطروقة في ميدان التربية وعلم النفس كموضوع علم نفس النمو، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الاجتماعي... الخ.

إذ تعود البدايات العلمية المنظمة لهذا الموضوع إلى النصف الثاني من القرن الماضي. ويجمع موضوع التربية الخاصة بين عدد من العلوم إذ تمتد جذوره إلى ميادين علم النفس والتربية، وعلم الاجتماع، والقانون، والطب. (فاروق الروسان، 2007: 17)

أما موضوع التربية الخاصة فهو يهدف خدمة الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals) الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن المتوسط العام ل أفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماما خاصا من المربين بهذه الفئة من الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس المناسبة لهم. (مصطفى القمش، خليل المعاينة، 2010: 19)

كما أنه من الخطأ الفادح أن يظن البعض أن أفراد تلك الفئات لا يحتاجون إلى تربية خاصة والى خدمات توجيههم وترشدهم، وأن قدراتهم لا تسمح لهم بالتطور والتكيف سواء بوجود تدخل مساند أو بدونه، بل على العكس من ذلك فهم أولى أن يشغلوا اهتماماتنا وأن يحيوا فينا غريزة البحث نحو البرامج التي يمكن أن تساعد على إظهار تلك القدرات وعلى حسن استخدامها.

هذا ما جعل فئات غير العاديين تشهد اهتماما كبيرا بهم في وقتنا الراهن، ولم يسبق لمثل هذه الفئات أن نالت اهتمام مماثلا من قبل، بل إن هناك توصيات عديدة لوزارة التربية والتعليم بأن تعمل على تحقيق الدمج الشامل لتلك الفئات في مدارس التعليم العام لتعلق الباب بذلك أمام الاجتهادات السالفة وما دار من جدل طويل وكثير من قبل حول إمكانية دمج أعضاء هذه الفئات في التعليم العام، وهل يكون مثل هذا الدمج جزئيا أم كلياً. (هلهان، كفومان، 2008: 25)

ولقد حظي موضوع الاتجاهات بمكانة هامة في دراسات الشخصية، وديناميات الجماعة، وفي المجالات التطبيقية المختلفة مثل التربية، والعلاقات العامة، والدعاية، ومكافحة التعصب والدعوة إلى التفاهم والتعاون، ذلك أن دعم العمل في هذه المجالات

هو دعم الاتجاهات الميسرة لتحقيق أهداف العمل فيها، وإضعاف الاتجاهات المعوقة، فالاتجاهات الفرد الموجبة أو السالبة نحو موضوع ما لها علاقة بسلوكه في المواقف المرتبطة بهذا الموضوع. (محمد عسييلة، أمال جودة، 2005: 85)

فقد توصل كيلمن Kelman إلى وجود علاقة وثيقة بين الاتجاهات التي يحملها الفرد وسلوكه، فالالاتجاهات تؤدي دورا كبيرا في اختيار الفرد لنوع التعليم، وفي اختياره لنوع المهنة التي يمتنها، كما أن الاتجاهات لها دور بارز في تحديد السلوك، إذ لها فعل دافعي يستثير السلوك ويوجهه وجهة معينة، فالالاتجاه الايجابي نحو شيء ما ينمي الرغبة في تعلمه. (علي كاظم، خولة المعمرى، 2004: 15)

ولقد تميزت نظرة المجتمعات القديمة إلى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة بنوع من السلبية، حيث كانت هذه الفئة تتعرض للاحتقار والظلم والإهمال وفي بعض الأحيان كان يتم نفيها أو قتلها، إلا أن هذه النظرة تغيرت و تطورت بتطور المجتمعات، وما خلقه من مشاكل عجز العاديون عن حلها، وهذا ما جعل كل أمة تجند كل ما استطاعت في سبيل إيجاد حلول لتلك المشكلات العويصة. وبالتالي تغيرت الطريقة التي كان يعامل بها ذوي الاحتياجات الخاصة من نوع من الاحتقار والعزل إلى نوع من الاهتمام ازداد مع مرور الوقت، وبزيادة الأبحاث وبالانطلاق من النتائج التي توصل إليها بعض العلماء ممن سبقونا في هذا المجال، ممن كانت لهم تلك الفطنة والنظرة الايجابية. هذا كون تلك الفئات تمتلك عددا من القدرات إن لم تصقل لم تتحول من طبيعتها الخام الكامنة وتذهب مع الوقت أدرج الرياح بدون أن يستفاد منها.

لكن على الرغم من التطور الذي شهدته تلك الاتجاهات من السلبية إلى الايجابية، إلا أننا مازلنا نشهد في مجتمعنا نوعا من السلبية اتجاه الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ويتجلى ذلك في طريقة المعاملة التي يعامل بها هؤلاء الأفراد سواء في الأماكن العامة أو أماكن العمل أو المواصلات أو غيرها من المرافق المختلفة، هذا ما يعود سلبا على الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ويؤثر على خصائصهم المختلفة سواء العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية وقد يؤثر على عطائهم وعلى مردوديتهم وقد يكون سببا في انعزالهم عن المجتمع وابتعادهم عنه كما أثبتت ذلك عديد الدراسات، هذا ما يترتب عليه مشاكل عديدة سواء عليهم كأفراد أو على أسرهم وعلى المجتمع الذي ينتمون إليه.

نتيجة لأهمية معرفة الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة و للخطورة البالغة التي تلعبها تلك الاتجاهات في توجيه سلوك الأفراد نحو هذه الفئة خصوصا الأفراد الذين من المحتمل أن يكونوا على اتصال مباشر مع تلك الفئة في مجال العمل حاول الطالب دراسة هذا الموضوع المهم انطلاقا من عنوان عام: اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد تناول الطالب في دراسته الفئات التي تتحرف انحرافا سلبيا عن المتوسط العام للأفراد العاديين وتمثلت بذلك الفئات التي تناولها البحث في فئة المعاقين عقليا، المعاقين بصريا، المعاقين سمعيا والمعاقين حركيا.

وقد عالج الطالب موضوع الدراسة في تسعة فصول توالت على الشكل التالي:

تناول الفصل الأول مدخل نظري للدراسة، حيث تطرق الطالب فيه إلى إشكالية الدراسة والتي تمثلت في : ما هي اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، كما تناول الفصل فروض الدراسة، أهداف الدراسة وأهميتها، التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة، كما تناول الفصل عرض لبعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

أما الفصل الثاني فقد تطرقنا فيه إلى موضوع الاتجاه ومفهومه ومكوناته وخصائصه وأنواعه، كما تطرقنا إلى كيفية تغيير الاتجاهات وكيفية قياسها.

أما الفصل الثالث فقد تناول موضوع التربية الخاصة من حيث المفهوم، الأهداف، حجم مشكلة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، أسس وبرامج التربية الخاصة، تطور التربية الخاصة في الوطن العربي، الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، كما تناول الفصل جهود الجزائر في ميدان رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

أما الفصل الرابع فاهتم بموضوع الإعاقة العقلية، مفهومها، نسبة المعاقين عقليا، تصنيف الإعاقة العقلية، أسبابها، خصائص المعاقين عقليا، قياس وتشخيص الإعاقة العقلية، برامج الأطفال المعاقين عقليا والاتجاه نحوهم.

أما الفصل الخامس فتناول موضوع الإعاقة البصرية، تشريح العين، مفهوم الإعاقة البصرية، تصنيفها، مظاهرها، أسبابها، نسبة انتشار المعاقين بصريا، قياس وتشخيص الإعاقة البصرية، خصائص المعاقين بصريا والبرامج التربوية المناسبة لهم والاتجاه نحو المعاقين بصريا.

أما الفصل السادس فتطرقنا فيه إلى موضوع الإعاقة السمعية، مفهومها، تصنيفها، أسبابها، نسبة انتشار الإعاقة السمعية، قياس وتشخيص الإعاقة السمعية، خصائص المعاقين وطرق التواصل معهم، برامج الأطفال المعاقين سمعيا، وأخيرا الاتجاه نحو المعاقين سمعيا.

أما الفصل السابع فتناول موضوع الإعاقة الحركية، مفهومها، تصنيفها، أسبابها، تشخيص الإعاقة الحركية، نسبة الإعاقة الحركية، خصائص المعاقين حركيا والاعتبارات التربوية الخاصة بهم والاتجاه نحو المعاقين حركيا.

أما الفصل الثامن فتطرقنا فيه إلى إجراءات الدراسة الميدانية وأدواتها التي تضمنت استمارة تقيس الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة معدة من طرف الطالب، توفرت فيها شروط الصدق والثبات، ثم إجراءات الدراسة الاستطلاعية والأساسية، بالإضافة إلى الطرق والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات والتي تضمن الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v.21).

أما الفصل التاسع والأخير فقد تم فيه عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها في ضوء نتائجها ونتائج الدراسات السابقة.

الفصل الأول:

مدخل الدراسة

- إشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة
- الدراسات السابقة

1 - إشكالية الدراسة:

يعرف عصرنا الحالي بعصر التقدم والتطور، هذا التقدم والتطور الذي لا يكون إلا عندما تتكاتف كل فئات المجتمع فتصبح كتلة واحدة تخدم الهدف الأسمى و الصالح العام، سواء كانت هذه الفئات من العاديين أو فئة أخرى وهي فئة ذوى الاحتياجات الخاصة.

كذلك فإن موضوع الإعاقة يعتبر من الموضوعات القديمة قدم الجنس البشري، حيث أن الاختلاف في الفروق الفردية بين الأشخاص برز مع بروز الإنسان فوق البسيطة، غير أن هذه الفئة قديما لم تلق الاحترام والتقدير والقيمة التي تستحقها، و المنتبع لتاريخها يجد أنها كانت تعامل معاملة قاسية، حيث كان ينظر إلى النقص الموجود بأفرادها على أنه عيب يجردهم من صفة الإنسانية، فكانوا يحرمون من كل حقوقهم ويوضعون في الهامش وفي بعض المجتمعات كانت تتم إبادتهم مباشرة، ولكن ومع مرور الوقت تغيرت هذه النظرة السلبية تدريجيا، هذا ما يثبته القرآن الكريم حينما عاتب الله عز وجل نبيه المصطفى في قصة الأعمى، ومن خلال العديد من التشريعات التي مست هذه الفئة، بالإضافة إلى ما نادى به منظمة حقوق الإنسان والمنظمات الإنسانية الأخرى، هذا الاهتمام الذي لم يأت من فراغ وإنما ينطلق من حقيقة وقاعدة، وهي أنه كلما زاد الاهتمام بأفراد هذه الفئة كانت النتائج ايجابية مما يعود بالفائدة على المجتمع بصفة عامة. ولا يكون هذا الاهتمام ولا يتحقق إلا في حالة وجود وعي وإدراك للقيمة الحقيقية التي يشكلها أفراد هذه الفئة، والى الإمكانيات المعتبرة التي يمتلكونها، وعن عديد الإنجازات التي يستطيعون تحقيقها إذا ما تلقوا حسن الرعاية والمعاملة، وهذا ما دعمته الدراسات الحديثة التي أشارت في مجملها إلى أن حسن الاهتمام بهذه الفئة حتمية تفرض نفسها على كل مجتمع أراد التقدم بنفسه ومجابهة التطورات الحاصلة في عصرنا الحديث، وهذا كون قيمة الفرد يستمدتها من نظرة مجتمعه إليه والمكانة التي يضعه فيها، هذا ما يجعل الاستغلال الفعلي لقدراتهم يعود بطبيعة الحال بفائدة معتبرة ونتائج ايجابية، ويعد في مجمل القول أفضل من عزلهم الذي يجعل منهم عبئا ثقيلا على كاهل الدول، خصوصا مع نسبتهم التي تزال في طريق الاستمرار والارتفاع على مستوى العالم بأسره.

ذلك ما تؤكد الانجازات العظيمة لهذه الفئة من الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة في مختلف المجالات إذا ما تلقت حسن الرعاية والاهتمام وتم تدريبها وفق مناهج وبرامج مبنية على أساس منهج علمي صحيح، فهي بذلك تعتبر خير دليل على أن هذه الفئة من الأفراد ليست حملا ثقيلا يستعز به وليست عالة علي المجتمع، بل إحدى الركائز والدعائم الأساسية المساهمة في تطوره.

إضافة إلى ذلك، تعتبر الاتجاهات ذات أهمية بالغة، كونها أساسا في توجيه التفاعل بين الأفراد، خصوصا وأن شخصية ذوى الاحتياجات الخاصة تكون سهلة التأثر بعديد الأمور، حيث أن الأمر الذي نعتبره عاديا يمكن أن يسبب لهم مشاكل كبيرة. لهذا لا بد أن نحرص على أن نتعامل بعيدا عن أساليب العزل المختلفة واللامبالاة ونتجنب الشفقة

الزائدة والأسّي عليهم، ونتبع كبديل لذلك واقعية أنهم أفراد ضمن مجتمعنا وجزء لا يتجزأ منه لهم حقوق وعليهم واجبات كغيرهم من فئات المجتمع.

إلى جانب ذلك تعتبر الجامعة الممول الرئيسي للمجتمع بالإطارات والهيئات المؤهلة لشغل المناصب المختلفة، وتشكل نسبة العاملين في القطاعات ذات الاحتكاك المباشر بذوي الاحتياجات الخاصة نسبة معتبرة من خريجي قسم علم النفس وعلوم التربية بتخصصاته المختلفة، هذا الاحتكاك الذي يفرض عملية التواصل والتفاعل بينهم وبين الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، هذا ما يجعل من التحديد والتعرف على اتجاهات الطلبة الجامعيين وخصوصا أصحاب التخصصات القريبة من هذه الفئة ذا أهمية كبرى، باعتبار الاتجاهات تتشكل من ادراكات ومعلومات ومشاعر الأشخاص تجاه الموضوع قيد الدراسة وتكون أساسا للتنبؤ بالسلوك المتوقع منهم، صف إلى ذلك أن موضوع الاتجاهات عموما والاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة على الخصوص يحتل مكانة مميزة في تراث علم النفس، حيث تلعب الاتجاهات الايجابية دورا كبيرا ومهما من أجل الارتقاء بنوعية البرامج المقدمة لهذه الفئة من أجل تطوير مهاراتهم وتمكينهم من استغلال قدراتهم حسن استغلال، والعكس صحيح، حيث أن الاتجاهات السلبية تسبب لهم مشاكل كبيرة تؤدي بهم إلى الشعور بالغرابة والنقص مما يدفعهم إلى العزلة والانطواء، وبذلك يكون هدر للقدرات والطاقات البشرية، هذا ما يعود في الأخير بسلبيات عديدة ومؤثرة على المجتمعات الراغبة في التطور والتقدم، حيث أن استغلال كافة ثروات المجتمع والإمكانيات التي يتوفر عليها والطاقات البشرية باختلاف فئاتها دعامة أساسية لبلوغ المراد وتحقيق النجاح، هذا ما يفرض علينا نحن كأخصائيين وكباحثين ضرورة القياس والتعرف على اتجاهات أفراد المجتمع نحو هذه الفئة، وعلى الخصوص الأفراد الذين يتوقع منهم أن يكونوا على اتصال مباشر مع ذوي الاحتياجات الخاصة، والطلبة الجامعيين وعلى رأسهم طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية من أهم فئات المجتمع التي لا بد لنا التعرف على اتجاهاتها، كونها تمثل إطارات المجتمع المستقبلية التي سوف تلقى نفسها في احتكاك مباشر مع هذه الفئة، كونها تشكل نسبة مرتفعة من العاملين في المراكز المخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة من هنا ومن الأهمية البالغة والقيمة العلمية الكبيرة لهذه الدراسة، وضرورة التعرف على الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع خصوصا في بلدنا الجزائر الذي يمتلك نسبة مرتفعة من الحالات على حسب الإحصائيات التي صرحت بها وزارة التضامن الوطني، اختار الباحث أن يعالج هذا الموضوع في الدراسة الحالية من أجل التعرف على اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة منطلقا من الإشكالية التالية:

ما هي اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة ؟

وتتفرع عن الإشكالية مجموعة من التساؤلات الفرعية مرتبطة ببعض المتغيرات وهي كالآتي :

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير التخصص الأكاديمي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى الدراسي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأب؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأم؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة؟

2 - فرضيات الدراسة:

انطلقت الدراسة من فرضية عامة تدرج تحتها جملة من الافتراضات حاولت الدراسة الإجابة عنها وهي:

2-1- الفرضية العامة:

اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران ايجابية نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة .

2-2- الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير التخصص الأكاديمي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى الدراسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأب.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للام.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

3 - أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أهمية الموضوع الذي نتناوله وهو اتجاه طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا كون التعرف على تلك الاتجاهات يعتبر ركيزة ودعامة أساسية في التنبؤ بالسلوك المتوقع من الطالب سواء كان ايجابيا أو سلبيا، هذا ما يسمح لنا من توجيه الجهود المبذولة على كافة المستويات من خلال إعداد برامج إرشادية وتدريبية واستراتيجيات تعزز وتدعم الاتجاهات الايجابية وتعمل على تغيير وتعديل الاتجاهات السلبية التي تهدد مجتمعنا ككل متكامل، فنتجنب بذلك مضيعة في الوقت والمال، كما نغير من النظرة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة باعتبارهم جزء لا يتجزأ من المجتمع، كما عملت الدراسة أيضا على معالجة الموضوع قيد البحث بطريقة دقيقة و علمية، من خلال معالجة مجموعة من المتغيرات حتى تكون هناك إحاطة و تحكم جيد في الموضوع بكل جوانبه والحصول على معلومات ذات دقة عالية، تكون المنطلق الذي يحدد نوعية العمل والاستراتيجيات والخطى اللازم إتباعها حتى نكون في الطريق الصحيح، وحتى تكون النتائج ايجابية تمكننا من تحسين أوضاع هذه الفئة من الأفراد، مما يعود في الأخير بالفائدة على جميع الفئات.

إضافة إلى ذلك، فإن طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية الذين يمثلون أفراد عينة الموضوع قيد الدراسة، يشكلون مستقبلا نسبة معتبرة من العاملين في القطاعات ذات الاحتكاك المباشر بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة، بحيث لا يخلو مركز من المراكز الطبية البيداغوجية أو غيره من المراكز التي تتكفل بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من أخصائيين تكونوا وتخرجوا من قسم علم النفس وعلوم التربية بتخصصاته المختلفة، هذا الاحتكاك التي تنتج عنه علاقة تفاعل تلعب الاتجاهات دورا هاما في توجيهها سلبا أو إيجابا، لكونها تتشكل أساسا من معتقدات وعواطف الأفراد التي تعطينا الفرصة للتنبؤ بالسلوك المتوقع منهم، وما يترتب عليها من انجازات في هذا الميدان، حيث أن الاتجاهات الايجابية نحو الأشخاص سواء على المستوى المعرفي أو الوجداني أو السلوكي، تكون أساسا في توجيه التفاعل القائم بينهما، مما يعطينا الفرصة لتدارك الأمر في حالة الاتجاهات السلبية من خلال برامج واستراتيجيات إرشادية وتدريبية، أو تدعيم الموقف وتعزيزه في حالة الاتجاهات الايجابية مما يعود بالفائدة على هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وبالتالي يعود بالفائدة على كافة فئات المجتمع.

تساهم هذه الدراسة أيضا في تحسين النظرة اتجاه الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وتؤكد على ضرورة الاهتمام بهم وخلق جو من الألفة بينهم وبين العاديين يسمح لهم بتكوين علاقات ناجحة والاندماج الجيد في المجتمع، وتعطيهم الفرصة لاستغلال كل ما

لديهم من قدرات وإمكانيات، كما تجنبهم الهروب والعزلة والانغلاق على أنفسهم وما له من تداعيات تزيد الموقف تعقيدا، كما أن هذه الدراسة تزود أهل الاختصاص في هذا الميدان بمعطيات قيمة تساعد على تبني وجهة محددة المعالم في سياساتهم المتبعة في بناء ووضع البرامج والاستراتيجيات التي تخدم الهدف العام، وهو النهوض بالمجتمع بكل فئاته والتطور على مستوى كافة الميادين والمجالات.

4 - أهداف الدراسة:

يسعى الطالب من خلال الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوى الاحتياجات الخاصة (المعاقون بصريا - المعاقون سمعيا - المعاقون حركيا - المتخلفين عقليا).
- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية تعزى لمتغير الجنس.
- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوى الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير التخصص الأكاديمي.
- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوى الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المستوى الدراسي.
- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوى الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب.
- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوى الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم.
- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوى الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الاتصال مع المعوقين.

5 - التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

يرى الطالب أن أهم المصطلحات التي يجب تعريفها هي:

- **الاتجاه:** الموقف الذي يتخذه الفرد نحو موضوع أو قضية معينة، سواء كان هذا الموقف ايجابيا أو سلبيا .
- **الاتجاه نحو ذوى الاحتياجات الخاصة:** يقصد به الموقف الذي يتخذه أفراد عينة الدراسة أي طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوى الاحتياجات الخاصة والذي يحدد من خلال المقياس المستخدم في الدراسة الحالية .

- **ذوي الاحتياجات الخاصة:** هم الأفراد الذين ينحرفون عن أقرانهم العاديين، والذين يحتاجون إلى مساعدة خاصة من أجل أن يتوفر لهم نفس النمو السوي الذي يكون عند غيرهم من العاديين، حددتهم الدراسة على أنهم المعاقون بصريا، المتخلفون عقليا، المعاقون حركيا والمعاقون سمعيا .
- **المعاقون عقليا:** حددتهم الدراسة على أنهم الأفراد الذين يقل مستوى أدائهم العقلي عن المتوسط بدرجة ملحوظة ودالة مع قصور في السلوك التكيفي.
- **المعاقون بصريا:** حددتهم الدراسة على أنهم الأفراد الذين لا يستطيعون الكتابة أو القراءة إلا باستخدام طريقة برايل.
- **المعاقون سمعيا:** حددتهم الدراسة على أنهم الأفراد الذين فقدوا حاسة السمع كليا قبل اكتسابهم اللغة ولا يستطيعون التعامل إلا من خلال لغة الإشارات.
- **المعاقون حركيا:** حددتهم الدراسة على أنهم الأفراد الذين يعانون قصورا بدنيا دائما ناتج عن خلل في الأطراف، العظام، العضلات والمفاصل مما يسبب اضطرابات حركية ويشمل المقعدين، المصابين بشلل الأطفال، التهاب العظام، المصابين بشلل دماغي والمصابين بعيوب خلقية .
- **طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية :** يقصد بهم الأفراد الذين اجتازوا امتحان شهادة البكالوريا بنجاح والمسجلين إداريا بكلية العلوم الاجتماعية بقسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران، مع مراعاة التخصصات المختلفة الموجودة في القسم والمستويات التعليمية التي حددتها الدراسة على أنها السنة الثانية والثالثة ليسانس وفق نظام LMD.

6 - الدراسات السابقة:

6-1- الدراسات العربية:

6 1 1 - دراسة عبد العزيز الشخص 1986:

بعنوان اتجاهات بعض العاملين في التعليم نحو المعوقين، وتهدف إلى استقصاء اتجاهات بعض العاملين في مجال التعليم نحو المعوقين بفئاتهم المختلفة ، مستخدما عينة قوامها 144 فردا، منهم 98 ذكورا، و 46 إناثا، في عمر زمني ما بين 25-55 سنة، وتراوحت خبرتهم في العمل ما بين 5-20 عاما، وباستخدام مقياس اتجاهات الكبار نحو المعوقين من إعداده، توصل الباحث إلى نتائج منها : تميزت اتجاهات العاملين في مجال التعليم بصورة عامة بالإيجابية نحو المعوقين، وان اتجاهات العاملين مع المكفوفين، والعاملين مع الصم، أكثر ايجابية نحو المعوقين بالمقارنة باتجاهات العاملين مع المتخلفين عقليا. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005: 104)

6 1 2 - دراسة عادل المنشاوي 1987:

هدفت إلى دراسة الاتجاهات العلاقة بين اتجاهات الوالدين والإخوة والمدرسين نحو الطفل المتأخر عقليا وتقدير الذات لديهم. وقد استخدمت عينة قوامها (103) تلميذا وتلميذة من المتأخرين عقليا وتراوح عمرهم الزمني بين (10-13) سنة، واستخدمت

الدراسة مقياس الاتجاهات نحو المتأخرين عقليا من وجهة نظر المتأخرين عقليا، وقد أسفرت الدراسة عن نتائج أهمها وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاهات الايجابية للأباء والإخوة والمدرسين نحو الطفل المتأخر عقليا وتقدير الذات لديهم. (إيمان كاشف، 2008: 239)

3 1 6 - دراسة حسين 1988:

هدفت إلى الكشف عن اتجاهات المعلمين في مديرية تربية اربد نحو المعوقين حركيا، واثر بعض المتغيرات مثل الجنس والعمر والمؤهل العلمي ونوع التخصص ووجود فرد معوق في الأسرة، على تكوين الاتجاهات نحو الأفراد المعاقين حركيا، حيث تكونت عينة الدراسة من (450) فردا يمثلون (230) معلما و (220) معلمة، ولدى بعضهم (ن = 35) حالة إعاقة حركية، وقد جمعت البيانات اللازمة عن اتجاهات عينة الدراسة نحو المعاقين حركيا باستخدام استبيان طوره الباحث تضمن أربعة مجالات هي المجال المعرفي والاجتماعي والنفسي والجسمي الحركي، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاتجاهات تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، والعمر والمستوى التعليمي، ولم تظهر الدراسة أثرا لباقي المتغيرات على مقياس الاتجاهات. (فاروق الروسان، 1998: 159-160)

4 1 6 - دراسة زيدان أحمد السرطاوي 1990-1991:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة الاتصال الشخصي على الاتجاهات نحو المعاقين، وقد اقتصر تطبيق أداتي البحث على عينة من الطلبة الذكور بلغت 175 طالبا، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية بينهما، وتدلل هذه النتيجة انه كلما زادت درجة الاتصال الشخصي مع المعوقين وتكررت كلما تأثرت الاتجاهات نحو المعاقين سلبا والعكس صحيح، كما دلت النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو المعوقين حسب متغيري التخصص والمستوى الدراسي.

5 1 6 - دراسة عبد المطلب القريطي 1992:

بعنوان دراسة لاتجاهات طلاب الجامعة نحو المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات، وهدفت إلى الكشف عن الفروق بين اتجاهات طلاب الجامعة نحو المعوقين بصريا وسمعيا وعقليا وحركيا، والمعوقين عموما، في ضوء اختلاف نوع الكلية، والجنس، والصلة بالمعوق من عدمها، وتحديد هذه الفروق وذلك على عينة قوامها 341 طالبا وطالبة، منهم 167 ذكرا، و 174 أنثى، من الفرق النهائية بكليات التربية والخدمة الاجتماعية والتجارة وإدارة الأعمال بجامعة حلوان، وقد طبق مقياس الاتجاهات نحو المعوقين من إعدادهم، وتوصل إلى أن اتجاهات الأفراد نحو المعوقين تختلف باختلاف كلياتهم، حيث كانت اتجاهات طلاب كلية التربية أكثر ايجابية، وان الإناث أكثر ايجابية من الذكور في اتجاهاتهم نحو المعوقين، كما انه لا توجد فروق جوهرية في اتجاهات الأفراد نحو المعوقين سواء من كان لهم صلة بالمعوق، أو لم تكن له صلة. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005: 105)

6 1 6 - دراسة محمد عبد المؤمن واحمد عبد اللطيف 1993:

بعنوان اتجاهات طلاب مرحلة التعليم الجامعي نحو المتخلفين عقليا، وهدفت إلى معرفة اتجاهات طلاب مرحلة التعليم الجامعي نحو المتخلفين عقليا كدراسة تحليلية في ضوء الجنس والجنسية والتخصص والمرحلة العمرية، وأجريت الدراسة على عينة عشوائية من طلاب جامعة البحرين من كليات الهندسة، وإدارة الأعمال، والتربية، والآداب ومن جامعة الخليج من كليات الطب، والتربية وبلغ حجم العينة 557 طالبا بمرحلتي المراهقة المتأخرة 18-21 سنة والرشد المبكر 22-40 عاما، واستخدم الباحثان مقياس الاتجاهات نحو المتخلفين عقليا إعداد يوسف القربوني 1986، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاتجاهات نحو المتخلفين عقليا لصالح الإناث، وجاءت اتجاهات الطلاب ايجابية للعينة الكلية، والعينات الفرعية المقسمة في ضوء الجنس والجنسية والتخصص وفئات العمر، وكانت الفروق لصالح عينة مرحلة الرشد المبكرة. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005: 105-106)

6 1 7 - دراسة احمد عواد 1994:

وتهدف إلى استقصاء اتجاهات طلاب كلية التربية النوعية نحو المعوقين بفئاتهم المختلفة (معاقين بصريا وعقليا وسمعيا وحركيا)، وقد تكونت عينة الدراسة من (187) طالبا وطالبة من طلاب الفرقة النهائية بكلية التربية النوعية، وقد أوضحت النتائج أن اتجاهات طلاب كلية التربية النوعية تتسم بالإيجابية نحو المعاقين، كما وجدت فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاتجاه نحو المعاقين وذلك في صالح الإناث. (محمود محمد، 2005: 181)

6 1 8 - دراسة عبد الصبور محمد 1995:

بعنوان اتجاهات طلاب المرحلة الثانوية نحو المعوقين، هدفت الدراسة إلى إلقاء المزيد من الضوء على خصائص كل إعاقة لمساعدة المعوقين على الاندماج في الحياة العامة، بالإضافة إلى التعرف على اتجاهات العاديين نحو المعوقين، وأجريت الدراسة على عينة من 192 طالبا وطالبة، منهم 96 ذكور، و96 إناث من طلاب الصف الثالث ثانوي عام وزراعي وصناعي وتجاري، وكان المتوسط العمري لأفراد العينة 16 عاما، وباستخدام مقياس الاتجاهات نحو المعوقين وهي أكثر ايجابية نحو المعوقين بصريا ثم حركيا ثم سمعيا وأخيرا نحو المعوقين عقليا، كما أن اتجاهات طلاب التعليم العام أكثر ايجابية نحو المعوقين من باقي أنواع التعليم الأخرى بالدراسة، أما عن الفروق بين الجنسين فكانت دالة في الاتجاه نحو المعوقين سمعيا وحركيا وكانت الفروق دالة لصالح الإناث. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005: 106-107)

6 1 9 - دراسة مصطفى محمد على وهمان همام السيد 1999:

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات طلاب الجامعة نحو المعاقين، وقد أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في الاتجاهات نحو المعاقين عند مستوى

0.01 لصالح كلية الخدمة الاجتماعية وكلية التربية، كما وجدت فروق دالة في الاتجاهات نحو المعاقين في صالح الإناث. (محمود محمد، 2005: 182)

10 1 6 - دراسة محمد إبراهيم عسييلة وأمال عبد القادر جودة 2005:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات طلبة جامعة الأقصى نحو المعاقين وتأثير بعض المتغيرات على الاتجاهات، وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وبلغت عينة الدراسة (150) طالبا وطالبة، واستخدما مقياسا اشتمل على (3) أبعاد لقياس قوة الاتجاهات. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى اتجاه الطلاب نحو المعاقين يتسم بالإيجابية، وان هناك فروقا في متوسطات الاتجاهات تعزى إلى متغير كل من الجنس، ونوع الإعاقة، ووجود طفل معاق في الأسرة، كما لم تتوصل النتائج إلى وجود فروق تعزى لمتغير التخصص (علمي - أدبي). (محمد عسييلة، أمال جودة، 2005: 128)

2 6 - الدراسات الأجنبية:

1 2 6 - دراسة فورنهام وبندر 1938:

هدفت الدراسة إلى تحديد اختلاف الاتجاهات باختلاف الإعاقة سواء كانت جسمية أو عقلية، هذا بالإضافة إلى تحديد ما إذا كان الجنس ونوعية الاتصال بالنسبة للملاصق للمعوق يؤثر على اتجاهاتهم نحوه وذلك على عينة قوامها (96) فردا (48 ذكرا، 48 أنثى) وكانت نصف العينة من الطلاب الخريجين والنصف الآخر من عامة الشعب ويتراوح عمرهم الزمني بين (18-60) سنة، وقد أظهرت النتائج وجود اختلافات بين الاتجاهات نحو المعوقين عقليا والاتجاهات نحو الإعاقات الأخرى، وكانت سلبية نحو المعوقين عقليا كما كانت الإناث أكثر ايجابية في اتجاهاتهم من الذكور، وكان الملاصقون للمعوقين أكثر تقبلا لهم عن غير الملاصقين. (إيمان كاشف، 2008: 183)

2 2 6 - دراسة سيمل وديكسون 1966:

وجد سيمل وديكسون (Semmel, Dickson, 1966) في دراستهما التي اشتملت على (457) طالبا من طلبة السنة الأولى والأخيرة من قسمي التربية الخاصة والتعليم الابتدائي لمعرفة ردود فعلهم نحو المعوقين من خلال دراستهما لمتغير درجة الاتصال والتخصص والمستوى الدراسي انه كلما زادت درجة الاتصال كلما كانت تقابلها زيادة في ردود الفعل الايجابية نحو المعوقين، ووجدا فروقا دالة بين الطلاب حسب تخصصاتهم ومستوياتهم الدراسية. (زيدان السرطاوي، 1991: 89)

3 2 6 - دراسة داون 1971:

قام داون بدراسة استهدفت التعرف على اتجاهات فئات مختلفة من الناس نحو المعوقين في الحرب الفيتنامية. بلغت عينة الدراسة (740) فردا من المعوقين وغير المعوقين قسموا إلى (12) فئة ترتبت اتجاهاتهم ايجابيا نحو المعوقين بالشكل الآتي:

- الفيت كونغ (Viet-Cong).

- المعلمون.
- المستخدمون الفيتناميون العاملون مع الوكالات الأمريكية.
- عامل التأهيل.
- عامة الناس.
- المعوقون وعوائلهم.
- المسئولون الحكوميون.
- الموظفون المدنيون.
- طلبة الدراسات العليا من الفيتناميين.
- مدراء الأعمال.
- العسكريون.
- الطلبة.

واستخدم الباحث مقياس سلوك الاتجاه نحو معوقي الحرب (War – Disabled) الذي طوره كوردن.

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يأتي:

- 1- إن اتجاهات العينة بفئاتها تزداد ايجابية أو سلبية طبقا للتفاعل الاجتماعي مع المعوقين.
- 2- يتأثر الاتجاه السالب بالمعززات اللازمة للموقف إذ يبدأ بالانخفاض، ويزداد الاتجاه الموجب عند توافره.
- 3- إن أفراد العينة من الأرياف كانوا أكثر ايجابية نحو معوقي الحرب من أقرانهم (سكان المدن).
- 4- لم يظهر تأثير ذو دلالة معنوية للعمر الزمني لاتجاهات الأفراد نحو معوقي الحرب.
- 5- اتجاهات النساء أكثر ايجابية من اتجاه الرجال نحو المعوقين ولكنها لم تصل إلى مستوى دلالة معنوية.
- 6- إن اتجاهات المعوقين كانت أكثر ايجابية نحو معوقين الحرب من الأشخاص الأسوياء.
- 7- ظهر وجود شعور بطولي لدى معوقي الحرب يفوق أقرانهم الأسوياء.
- 8- ظهر وجود نظرة ايجابية لدى المعوقين لأنفسهم وأنهم أكثر دافعية للإنتاج من أقرانهم غير المعوقين.
- 9- رأي الأسوياء من أفراد العينة بأن المعوقين غير قادرين على تحمل الأعباء المناطة بهم. (راضي الكبيسي، 2000: 80-81)

4 2 6 - دراسة أفروز 1978:

كان هدف هذه الدراسة هو قياس اتجاهات معلمي المدارس العامة نحو المعوقين من الصم والمكفوفين والمتخلفين عقليا، واستخدمت الدراسة ثلاثة مقاييس تقوم على نظرية

"فاسيت" (Facet) لقياس الاتجاهات نحو الصم والمكفوفين والمتخلفين عقليا. قام الباحث بإعداد الأدوات الثلاث طبقا للأدوات التي سبق أن أعدها "جوردن" (Jordan). أيدت النتائج فروض الدراسة فيما يتعلق بالعلاقة بين درجات اتجاهات المعلمين - كمتغير تابع - وكل من الجنس والعمر ومستوى التعلم والكفاءة والاتصال والعقيدة كمتغيرات مستقلة. ظهر أن اتجاهات المعلمين كانت أكثر ايجابية نحو الصم والمكفوفين عنها اتجاه المتخلفين عقليا. (فاروق صادق وآخرون، 1986: 55)

6 2 5 - دراسة ساسان ورون 1980:

هدفت الدراسة إلى قياس اتجاهات الرفاق والأقران نحو زملائهم من الطلبة المعوقين، وشملت عينة الدراسة 28 طالبا وطالبة من الصفين الثاني والثالث الابتدائي، حيث أتيحت الفرصة للطلبة بالمشاركة في أوقات اللعب الحر الجماعي، وقد استخدمت الأساليب السوسيو مترية ومقياس للاتجاهات من إعداد الباحثين، وأشارت النتائج إلى أن فرص التفاعل بين الطلبة العاديين والمعوقين تعمل على تكوين اتجاهات ايجابية نحو الأطفال المعوقين. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005 : 104)

6 2 6 - دراسة فولتز 1980:

هدفت الدراسة إلى كيفية تغيير اتجاهات الأطفال نحو المعاقين، حيث أجريت الدراسة على عينة مؤلفة من 2392 طفلا، وقد شمل المقياس على مواقف ذات علاقة بالتفاعل الاجتماعي مع الأطفال المعوقين، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الأكبر عمرا في المرحلة الابتدائية أكثر ايجابية في مواقفهم من الأطفال المعوقين مقارنة مع الأطفال الأقل عمرا، وخاصة الإناث، وأوصت الدراسة بإعداد برامج لتعديل سلوك الأطفال العاديين نحو الأطفال المعوقين. (فاروق الروسان، 1998: 156)

6 2 7 - دراسة أندرسون 1980:

كان الهدف من هذه الدراسة بحث أثر الاتصال البصري واللفظي على الاتجاه نحو الأشخاص غير القادرين (المعوقين). تضمنت عينة الدراسة 41 معلما من الذين يتدربون على العمل مع المعوقين واستخدام مقياس الاتجاه نحو المعوقين بالإضافة إلى جمع معلومات وإجراء مقابلات مع أفراد العينة. من نتائج الدراسة وجود ارتباط موجب بين الاتصال بالمعوقين والاتجاه نحوهم. (فاروق صادق وآخرون، 1986: 56-57)

6 2 8 - دراسة وود 1980:

قام وود بدراسة اتجاهات مدرسي الفصول نحو الطفل المعوق في المدارس العادية بعد تجريب برامج خدمات تجريبية أكثر فعالية في تعديل اتجاهات المعلمين نحو الأطفال المعوقين، وقد استخدم الباحث ثلاثة أنواع من البرامج، الأول خدمة للتدريب الوجداني، الثاني للتدريب المعرفي، والثالث للأنشطة الترفيهية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى

وجود فروق في تأثير البرامج الثلاثة وذلك لصالح البرنامج الأول والذي يقوم على الجانب الوجداني العاطفي. (إيمان كاشف، 2008: 182-183)

9 2 6 - دراسة آدمز 1980:

أجرى آدمز دراسة استهدفت الكشف عن اتجاهات موجهي العمل نحو الأشخاص المعوقين من خلال إبراز العوامل المتعلقة بتلك الاتجاهات.

بلغت عينة البحث (167) موجهي العمل من أربعة مدارس في الولايات المتحدة الأمريكية.

استخدم الباحث مقياسا خاصا بالاتجاهات نحو المعوقين فضلا عن مقياس بوجاردوس للبعد الاجتماعي وحصل الباحث على إجابيات (9115) موجهي يشكلون نسبة (69%) من مجموعة العينة.

واستخدم تحليل التباين ومربع كاي والاختبار التائي، واختبرت الفرضيات عند مستوى دلالة (0.05).

وقد أظهرت النتائج أن موجهي العمل أظهروا قبولا واضحا لعمل الأشخاص المعوقين فضلا عن وجود علاقة واضحة بين اتجاهات الموجهين وبين تفاعلهم فضلا عن قبولهم للمعوقين ليكونوا زملاء في العمل وأظهروا قسم قليل من الموجهين الرغبة في تعليم الأشخاص المكفوفين والسم. (راضي الكبيسي، 2000: 86)

10 2 6 -دراسة سيبرستين 1980:

أجريت هذه الدراسة على أطفال المدارس الابتدائية حيث قيست اتجاهاتهم نحو الأطفال المعوقين. أظهرت النتائج أن الأطفال كانت لديهم اتجاهات سالبة نحو زملائهم المعوقين ولكن السلبية كانت أقل تجاه المكفوفين. (فاروق صادق وآخرون، 1986: 56)

11 2 6 -دراسة فرث وميتشل 1981:

توصل فرث وميتشل (Frith, Mitchell, 1981) إلى أن الاتصال المحدود بين الأطفال المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة وأقرانهم قد حقق اتجاهات أكثر ايجابية نحو المعوقين مما حققه الاتصال المستمر والموسع. (زيدان السرطاوي، 1991: 90)

12 2 6 -دراسة توماس وآخرون 1993:

أجرى توماس وآخرون دراسة هدفت إلى التعرف على اتجاهات المعلمين نحو العاديين والموهوبين والمعاقين وقد أوضحت النتائج أن اتجاهات المعلمين نحو العاديين والموهوبين أكثر ايجابية من اتجاهاتهم نحو المعاقين، ويظهر ذلك في عدم الاهتمام بهم وقلة التقدير لهذه الفئة من الطلاب. (محمود محمد، 2005: 181)

3 6 - تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة أن الاتجاهات نحو المعاقين كانت في معظمها تتسم بالإيجابية، هذا ما أشارت إليه دراسات مثل دراسة الشخص 1986، دراسة محمد عبد المؤمن وأحمد عبد اللطيف 1993، ودراسة أحمد عواد 1994 ودراسة إبراهيم عسيلة وآمال عبد القادر جودة 2005.

أما دراسة سيبرستين 1980 فقد كانت نتائجها معاكسة لنتائج الدراسات المذكورة سابقا حيث توصلت إلى أن اتجاهات الأطفال نحو زملائهم المعوقين كانت سالبة ولكن السلبية كانت أقل تجاه المكفوفين.

كما أظهرت دراسة توماس وآخرون 1993 أن اتجاهات المعلمين نحو العاديين والموهوبين كانت أكثر ايجابية من اتجاهاتهم نحو المعاقين، هذا ما يعكس إهمال هذه الفئة وسوء الاهتمام بها مما يمكن أن يترتب عليه العديد من المشاكل الخطيرة.

كما تشير الدراسات السابقة إلى وجود اختلاف في الاتجاه نحو المعاقين باختلاف فئاتها، حيث أظهرت الدراسات أن الاتجاه نحو المعاقين بصريا وسمعيًا وحركيًا أكثر ايجابية من الاتجاه نحو المعاقين عقليا مثل دراسة الشخص 1986، دراسة عبد الصبور محمد 1995، دراسة فورنهام وبندر 1938، دراسة أفروز 1978.

كما أن الإناث كانوا أكثر ايجابية في اتجاهاتهم نحو المعوقين من الذكور، هذا ما أظهرته بعض الدراسات مثل دراسة حسين 1988، دراسة القريطي 1992، دراسة أحمد عواد 1994، دراسة عبد الصبور محمد 1995، دراسة مصطفى محمد على وهمان همام السيد 1999، دراسة فورنهام وبندر 1938، دراسة داون 1971.

أما في ما يخص متغيري التخصص والمستوى الدراسي فقد كان هناك تمايز في النتائج التي توصلت إليها الدراسات حيث أكدت بعض الدراسات عدم وجود فروق دالة إحصائية في الاتجاه نحو المعوقين حسب متغيري التخصص والمستوى الدراسي مثل دراسة السرطاوي 1990 - 1991، في حين أثبتت دراسة سيمل وديكسون 1966 وجود فروق دالة إحصائية في الاتجاه نحو المعوقين حسب نفس المتغيرات.

كذلك بالنسبة إلى الاتصال مع المعاقين، فقد أظهرت بعض الدراسات أن الاتصال مع المعاقين يترتب عليه اتجاهات سلبية نحوهم مثل دراسة السرطاوي 1990 - 1991 ودراسة فرث وميتشل 1981، أما بعض الدراسات الأخرى فقد كانت نتائجها عكس ذلك حيث أثبتت أن الاتصال مع المعاقين ينمي الاتجاهات الايجابية نحوهم مثل دراسة سيمل وديكسون 1966، دراسة داون 1971، دراسة ساسان ورون 1980، دراسة أندرسون 1980، أما دراسة عبد المطلب القريطي 1992 فقد أثبتت نتائجها عدم وجود فروق جوهرية في اتجاهات الأفراد نحو المعاقين سواء من كان لهم صلة بالمعوق أو لم تكن له صلة.

الفصل الثاني: —

الاتجاهات

- تمهيد.
- مفهوم الاتجاه.
- مكونات الاتجاه.
- خصائص الاتجاه.
- أهمية دراسة الاتجاهات.
- وظائف الاتجاه.
- مراحل تكوين الاتجاه.
- مصادر تكوين الاتجاه.
- تغيير الاتجاهات.
- أنواع الاتجاهات.
- نظريات تفسير الاتجاه.
- قياس الاتجاه.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

يحتل موضوع الاتجاهات مكانة هامة ضمن مواضيع البحث العلمي، حيث تناوله عديد من الباحثين بالدراسة والبحث كما تشير المراجع والأدبيات، هذا الاهتمام الذي لم ينبع عن فراغ وإنما عن الأهمية الكبيرة لهذا الموضوع، كونه يلعب دورا هاما في التعرف على حصيلة الفرد العلمية حول الموضوع وحالته الوجدانية اتجاهه بالإضافة إلى ما يصدر عنه من سلوك يتوافق مع تلك الحالة أو يعاكسها. من هذه الأهمية، حاول هذا الفصل أن يتناول موضوع الاتجاه من حيث المفهوم الخصائص المكونات إضافة إلى طرق تغيير الاتجاهات وطرق قياسها.

1 - مفهوم الاتجاه:

يعتبر مفهوم الاتجاه من موضوعات علم النفس التي حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين، حيث تناولته عديد الدراسات وتمايزت فيما بينها في تحديد مفهوم إجرائي يعبر عنه يمكن تبنيه كتعريف محدد ودقيق والدليل على ذلك كما يشير الدكتور عبد اللطيف محمد خليفة هو القائمة التي نشرها نلسون E.Nelson سنة 1939، وأحصى فيها ما يزيد على عشرين وجهة نظر مختلفة في تحديد طبيعة الاتجاه. (عبد اللطيف خليفة، 2000: 23)

كما قام كل من اجزين وفيشباين (Ajzen & Fishbein, 1977) بمراجعة التعريفات المختلفة لمفهوم الاتجاه، وتبين لهما انه يوجد ما يقرب 500 تعريف إجرائي للاتجاهات، مختلفة عن بعضها، وان تعريف الاتجاه تم بأكثر من معنى في 70 % من مجموع 200 دراسة، واختلفت نتائج هذه الدراسات حسب التعريف الإجرائي المستخدم. (عبد الحسين الجبوري، سيف الدين الحمداني، 2006: 67)

1 1 - تعريف الاتجاه لغة:

الاتجاه لغة هو الوجه الذي تقصده، وشيء موجه إذا جعل على جهة واحدة لا يختلف. الجهة والوجهة الموضع الذي نتوجه إليه ونقصده. (فايزة ربيعي، 2011: 27)

1 2 - تعريف الاتجاه اصطلاحا:

من المعلوم أن مصطلح الاتجاه يأتي من الكلمة اللاتينية Optitudo. وتستمد مغزاها الحالي من الكلمة الايطالية Attitudine التي تعني الاستعداد الطبيعي. ويضيف هوبر أن كلمة الاتجاه استعملت لأول مرة في القرون الوسطى من طرف نقاد الفن لوصف الحالة. والاتجاه الذي يمنحه القانون لصورهم يهدف إلى التعبير عن الظواهر النفسية. (مكي أحمد، 2007: 15)

إذن فمصطلح الاتجاهات ترجمة لمصطلح (Attitudes) وأول من استخدمه هو الفيلسوف هربرت سبنسر (H. Spencer, 1962) في كتابه الموسوم "المبادئ الأولى" إذ قال فيه: "إن وصولنا إلى أحكام صحيحة في مسائل مثيرة لكثير من الجدل، يعتمد إلى

حد كبير على اتجاهنا الذهني ونحن نصغي إلى هذا الجدل أو نشارك فيه". (راضي الكبيسي، 2000: 32)

ولكن أكثر التعاريف قبولا هو تعريف العالم (جوردن البورت) وهو: "أن الاتجاه هو حالة من الاستعداد النفسي والعقلي الناتج من تجربة الفرد وخبرته التي تسبب تأثيرا موجبا أو ديناميا على استجابات الفرد لكل الموضوعات والمواقف التي ترتبط بهذا الاتجاه". (كريم حسين، 1985: 9)

وهو يشير هنا إلى مستويين من التأهب:

- التأهب المؤقت:

وهو ينتج بطبيعة الحال من التفاعل اللحظي بين الفرد وعناصر البيئة التي يعيش فيها، ومثال ذلك اتجاه الجائع نحو الطعام في لحظة إحساسه بالجوع وينتهي هذا التهيو المؤقت بمجرد إحساس الجائع بالشبع.

- التهيو ذا المدى الطويل:

وهو يمتاز بالثبات والاستقرار، ومثال ذلك اتجاه الفرد نحو صديق له، فهو ثابت نسبيا، لا يتأثر غالبا بالمضايق العابرة، ولذلك فمن أهم صفات هذا النوع من الاتجاهات انه تأهب أو تهيو له صفة الثبات أو الاستقرار النسبي، الذي يتبع بطبيعة الحال تطور الفرد في صراعه مع البيئة الاجتماعية و المادية. (محي الدين مختار: 208)

ويفسر البورت ذبوع هذا الاصطلاح بإرجاعه إلى عدد من الأسباب:

أولها أن هذا الاصطلاح لا ينتمي إلى أي من المدارس السيكولوجية التي كان يسود بينها النزاع (لا مدرسة الغرائز السلوكية ولا الجشطلت... الخ)، ومن ثم فطبيعي أن تتلقفه غالبية علماء النفس، وقد كانوا يقفون خارج المدارس. وثانيها أن هذا الاصطلاح يساعد الأخذ به أن يتهرب من مواجهة مشكلة البيئة والوراثة، وقد كان الجدل حولها محتدما طوال العقدين الثالث والرابع. وثالثها أن هذا الاصطلاح قدر من المرونة ويسمح باستخدامه على نطاق الفرد وعلى نطاق الجماعة. وقد استخدم فعلا في كل من هاتين الوجهتين، مما جعله نقطة التقاء لا باس بها بين علماء النفس وعلماء الاجتماع، تتيح بينهم المناقشة والتعاون في البحث، يضاف إلى ذلك سبب رابع هو ما نشهده منذ أوائل القرن من رغبة ملحة في استخدام المقاييس في دراستهم. فالمقياس في أذهان الكثيرين هو الذي يجعل البحث جديرا بأن يسمى بحثا علميا. (محمد زيدان: 168-169)

• تعريف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي:

كما عرفته موسوعة علم النفس والتحليل النفسي على انه ميل ثابت للتصرف والاستجابة بطريقة معينة مع الناس والأشياء والمشاكل... الخ. واتجاهات المرء أو مواقفه قد تكون ايجابية أو سلبية وهي تميل به إلى تصنيف الناس والأشياء، فذو الشعر الأحمر

غضوبون، وهذا الرجل شعره احمر، ومن ثم يتعامل معه صاحب هذا الاتجاه على انه إنسان غضوب.

ومصادر الاتجاهات ثقافية وأسرية وشخصية، بمعنى أننا نتبنى الاتجاهات السائدة في ثقافتنا التي نترعرع في كنفها، وتنتقل نسبة كبيرة منها من جيل إلى آخر داخل هيكل الأسرة، لكن بعض هذه الاتجاهات نكونه لأنفسنا من تجاربنا كراشدين، ونستمد نسبة كبيرة من اتجاهاتنا من الدعاية، ويتأثر إحياءات السلطة والمؤسسات التربوية وعالم التجارة والمال، وغير ذلك من المؤثرات الاجتماعية، وتقاس الاتجاهات بمقاييس خاصة، طالما أنها تختلف في الدرجة وتتمايز في النوع، وهناك مقاييس جماعية وأخرى فردية وثالثة جماهيرية، لقياس الرأي العام وتقييم الاتجاهات الوطنية. (عبد المنعم الحفني، 1994: 76-77)

• تعريف قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية:

ورد في قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية عدد من التعريفات للاتجاه نذكرها كالآتي:

- مجموعة من الميول الإرادية الشعورية المعرفية والتي يستدل عليها من عينة من الاستجابات السلوكية.
- حالة عصبية وعقلية مكتسبة من الميل تؤثر في استجابة الفرد لجميع الأشياء والأوضاع التي تتعلق بها.
- المعنى التقييمي لشيء أو مفهوم بالنسبة للفرد أو الجماعة.
- البعد التقييمي للمفهوم.
- تهيؤ عقلي لمعالجة تجربة أو موقف من المواقف تصحبه عادة استجابة خاصة. (مصلح الشامل، 1999: 53)

• تعريف معجم علم النفس والتربية:

عرفه معجم علم النفس والتربية على انه موقف أو ميل راسخ نسبيا سواء أكان رأيا أم اهتماما أم غرضا يرتبط بتأهب لاستجابة مناسبة. (فؤاد أبو حطب، محمد فهمي، 1984: 17)

• تعريف موسوعة علم النفس:

كما ورد في موسوعة علم النفس أن هذا المصطلح (Attitude ، موقف، استعداد) أدخل في نهاية القرن التاسع عشر في علم النفس الاختياري، وأصبح بسرعة احد المفاهيم المركزية في علم النفس الاجتماعي، فمفهوم الموقف يصف استعداد داخليا للفرد اتجاه عنصر من العالم الاجتماعي (جماعة، مشكلة، مجتمع، الخ)، ويوجه السلوك الذي يعتمده بالمواجهة الحقيقية أو الرمزية لهذا العنصر. (رولان دورون، فرنسوا يارو ، 2012: 124)

كما عرف الاتجاه من قبل العديد من العلماء نذكر منهم :

• **تعريف ماكنويل:**

يعرف ماكنويل الاتجاه على انه: "طريقة ثابتة للتفكير والشعور والتصرف تجاه شيء أو شخص ما أو مجموعة من الأفكار". (رمضان القذافي، 2010: 203)

• **تعريف موسكوفينسي:**

عرفه العالم الفرنسي موسكوفينسي (Moscovici, 1970) "بأنه نسق نفسي ينظم العلاقة بين الفرد والبيئة المحيطة به". (خالد ناصيف، 2001: 152)

• **تعريف انجلش وانجلش:**

عرفها انجلش وانجلش english et english: "استعداد دائم للتعرف بشكل ثابت ومتعلم اتجاه فئة معينة من الأشياء". (عنابي بن عيسى: 191)

• **تعريف كيلفورد:**

عرف كيلفورد Guilford الاتجاه بأنه استعداد خاص عام يكتسبه الأشخاص بدرجات متفاوتة ليستجيبوا للمواقف التي تعترضهم بأساليب معينة قد تكون مؤيدة أو معارضة لتلك المواقف. (صالح الداھري، وهيب الكبيسي: 121)

• **تعريف لامبرت ولامبرت:**

الاتجاه هو أسلوب منظم منسق في التفكير والشعور ورد الفعل تجاه الناس والجماعات والقضايا الاجتماعية أو اتجاه أي حدث في البيئة بصورة عامة. (وليم لامبرت، ولاس لامبورت، 1993: 113)

• **تعريف بوجادوس:**

الاتجاه نزعة نحو أو ضد بعض العوامل البيئية. (عبد الحفيظ مقدم، 2011: 243)

• **تعريف كاتز و ستوتلاند:**

ويعرفه (كاتز – ستوتلاند) بأنه: "نزعة الفرد أو استعداد المسبق إلى تقويم موضوع أو رمز يرمز لهذا الموضوع بطريقة معينة". (كريم حسين، 1985: 9)

• **تعريف كريج:**

عرفه كريج Krech بأنه ميل للقيام بتأييد أو معارضة موضوع اجتماعي. (صالح الداھري، وهيب الكبيسي: 121)

• تعريف روكيش:

هناك تعريف أكثر شمولية اقترحه Rokeach: "الاتجاه هو نسق مستديم من المعتقدات، عن شيء أو موقف يهيئ الفرد على الاستجابة بطريقة تفضيلية". (عنابي بن عيسى: 192)

• تعريف فيزون:

الاتجاه احتمال وقوع سلوك محدد في موقف محدد. (أحمد عبد الخالق، 1983: 90)

• تعريف حامد عبد السلام زهران:

الاتجاه النفسي الاجتماعي تكوين فرضي، أو متغير كامن أو متوسط (يقع بين المثير والاستجابة). وهو عبارة عن استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف أو رموز في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة. (حامد زهران، 1977: 144)

• تعريف سيد:

الاتجاه مفهوم يعبر عن نسق أو تنظيم لمشاعر الفرد ومعارفه وسلوكه ويتمثل في درجات من القبول أو الرفض لموضوعات الاتجاه. (عدنان العتوم، 2009: 196)

• تعريف عزت راجح:

استعداد دافع مكتسب وثابت نسبيا يميل بالفرد إلى موضوعات معينة فيجعله يقبل عليها أو يميل عنها فيجعله يرفضها. وقد تكون هذه الموضوعات:

- أشياء كالميل إلى كتاب معين أو النفور من طعام معين.
- حب شخص معين أو كره آخر.
- أفكار ومبادئ ونظم اجتماعية مختلفة. (عبد الحفيظ مقدم، 2011: 243)

• تعريف منير أحمد حلمي:

الاتجاه هو: "تنظيم من المعتقدات عن شيء أو موقف يكون متعلما وثابتا نسبيا ويميل بالشخص نحو اختيار استجابة معينة يفضلها على سائر الاستجابات". (عبد اللطيف خليفة، 2000: 23)

• تعريف نشواني:

الاتجاه هو مشاعر خاصة تتولد لدى الشخص نتيجة مروره بالخبرات على شكل رغبة أو عدم رغبة في دراسة موضوع ما حيث تتصف المشاعر بالرفض أو القبول أو الحب أو الكراهية.

• تعريف أبو النيل:

هو استعداد نفسي تظهر محصلته في وجهة نظر الشخص حول موضوع معين سواء كان اجتماعيا أو سياسيا أو اقتصاديا، أو حول قيمة أو جماعة من الناس بالموافقة أو عدم الموافقة أو المحايدة. (عدنان العتوم، 2009: 196)

2 - مكونات الاتجاه:

تتكون الاتجاهات من ثلاث عناصر رئيسية ترتبط بعضها البعض، وهذه العناصر هي:

2 1 - العنصر الفكري (المعرفي):

يعتمد اتجاه الفرد للموضوعات أو الأشخاص على ماذا يعرف عنهم، إذن المكون المعرفي ينطوي على المعلومات والحقائق الموضوعية المتوافرة لدى الفرد عن موضوع الاتجاه، فإذا كان الاتجاه في جوهره عملية تفضيل موضوع على آخر فإن هذه العملية تتطلب بعض العمليات العقلية: كالتمييز والفهم والاستدلال والحكم، لذلك تتضمن اتجاهات الفرد نحو بعض المشكلات الاجتماعية كتلوث البيئة أو مكافحة الأمية، جانبا عقليا يختلف مستواه باختلاف تعقيد المشكلة. (عبد الحافظ سلامة، 2007: 62)

2 2 - العنصر الانفعالي (الوجداني):

وهو الاستجابة الوجدانية نحو تقبل أو رفض موضوع ما، ويبدو على شكل مشاعر تجاه أو ضد شيء ما. (رمضان القذافي، 2010: 204)

2 3 - العنصر السلوكي:

يشير هذا المكون النزوعي إلى استعداد الفرد للقيام بأفعال واستجابات تتفق واتجاهاته، ذلك أن الاتجاهات هي موجّهات لسلوك الفرد. فهي إما تدفعه على نحو ايجابي نحو موضوع ما، أو التصرف على نحو سلبي. ويقول آخر، إن الاتجاه يوجه سلوك الفرد تجاه موضوع ما، هذه الواجهة قد تكون سلبية أو ايجابية. (محمد ربيع، 2011: 267)

يري راجيكي (Rajecki, 1990) أن هناك اتساقا بين المكونات الثلاثة، فلكي يكتسب الفرد اتجاها معينا لا بد أن يبدأ بتكوين تصور معرفي عن الموقف الذي يواجهه، إذ يتضمن معلومات وخبرات جديدة تؤدي إلى تغيير في الناحية الوجدانية لديه. إن هذه العلاقة بين المكونات الثلاثة تساعد على فهم الاتساق بين الاتجاه والسلوك، فكلما كانت متسقة أمكن التنبؤ بالسلوك، وحينما تكون غير متسقة فهنا يكون التنبؤ بالسلوك ضعفا. (عبد الحسين الجبوري، سيف الدين الحمداني، 2006: 67)

تتباين مكونات الاتجاه من حيث درجة قوتها واستقلاليتها، فقد يملك شخص ما معلومات وفيرة عن موضوع ما (المكون المعرفي)، غير انه لا يشعر حياله برغبة قوية

(المكون العاطفي) تؤدي به إلى اتخاذ أي عمل حياله (المكون السلوكي). وعلى العكس، فقد لا يملك الشخص أية معلومات عن هذا الموضوع، ومع ذلك يتفانى في العمل من أجله، إذا كان يملك شعورا تقبليا قويا نحوه. وفي جميع الأحوال، لا يمكن الاستدلال على الاتجاه، من خلال سلوك ظاهري يؤديه صاحب الاتجاه، وتوحي الدلائل عموما، بأن الاتجاهات ذات المكونات العاطفية القوية، تؤدي إلى أنماط سلوكية معينة، بغض النظر عن وضوح هذه الاتجاهات أو صدقها من الوجهة المعرفية. (عبد المجيد نشواتي، 2003: 472)

3 - خصائص الاتجاه:

الاتجاه مكون افتراضي يشير إلى شيء لا يمكن ملاحظته مباشرة ولكن يمكن الاستدلال عليه من خلال استجابات الأفراد وسلوكهم وتخمين تأثيراتها الملحوظة على الأحكام والأفعال، وبذلك فإن مفهوم الاتجاه يبقى منطقيا ذا فائدة. (راضي الكبيسي، 2000: 40)

وللاتجاه عدة خصائص نذكر منها:

3 1 - الاتجاهات تكوينات افتراضية:

تعتبر الاتجاهات تكوينات افتراضية يستدل عليها من السلوك الظاهري للفرد، ويعتبرها بعض الباحثين متغيرات متوسطة تصل بين موضوع الاتجاه واستجابة الفرد له، فالطالب الذي يملك اتجاها تقبليا نحو مادة دراسية معينة، يستجيب لها بأنماط سلوكية معينة تنبني باتجاهه هذا، كصرف المزيد من الوقت في دراستها، أو الرجوع إلى بعض المصادر الأخرى غير كتابه المدرسي ... الخ، وهذا يعني أن الاتجاه في ذاته غير موجود، وإنما يضطر لافتراضه من أجل تفسير بعض الأنماط السلوكية التي يمارسها الفرد في أوضاع معينة، ومن أجل التنبؤ بهذه الأنماط في الأوضاع المشابهة. (عبد المجيد نشواتي، 2003: 473)

3 2 - الاتجاهات متعلمة:

أي أن اتجاهات الفرد مكتسبة من البيئة الخارجية سواء الأسرية أو المدرسية أو بيئة العمل ولا ترجع إلى عوامل وراثية. فالمعلومات التي يحصل عليها الفرد من المصادر المختلفة، بالإضافة إلى خبراته عن السلع والخدمات تساهم في تشكيل اتجاهات جديدة أو تغيير الاتجاهات القائمة. فقد يكون لدى المستهلك اتجاه سلبي نحو سلعة أو علامة معينة ولكن قد يغير هذا الاتجاه فور حصوله على معلومات إضافية من وسائل النشر المختلفة أو بعد سؤال أفراد الجماعة المرجعية التي ينتمي إليها عن تجربتهم في التعامل في هذا النوع من السلع أو الخدمات. (عنابي بن عيسى: 192)

3 3 - ثبات الاتجاهات وتغيرها:

تتباين الاتجاهات من حيث قوة ثباتها أو مدى قابليتها للتغير. ومن المعروف أن بعض الاتجاهات، وبخاصة تلك الاتجاهات المتعلمة في مراحل مبكرة من العمر، هي أكثر ثباتا وقل تعرضا للتغير أو التعديل من بعض الاتجاهات الأخرى. كما أن الاتجاهات، ذات الصيغة العاطفية الأقوى، هي أكثر ثباتا من الاتجاهات ذات الصيغة العاطفية الأضعف. وفي جميع الأحوال، يمكن للاتجاهات أن تتغير أو تتعدل في ظروف معينة، تمكن الفرد من مواجهة خبرات حياتية جديدة، كتغير الجماعة التي ينتمي إليها، أو تغير أوضاعه الخاصة. (عبد المجيد نشواتي، 2003: 473 - 474)

3 4 - الاتجاهات ذات مسار:

عندما نتحدث عن الاتجاه بوصفه نموذجا منظما يتعلق بمجموعة معينة من الفعاليات السلوكية نحو أهداف معينة، فإن توجيه النشاط يكون مفهوما ضمنيا، ويفهم من الاتجاه الايجابي انه يشمل ميولا للتقرب من الهدف، على عكس الاتجاه السلبي، إذ يشمل على ميول الهرب أو التجنب أو إنهاء الخبرة من ذلك الهدف. وبذلك فإن الاتجاه قد يكون ايجابيا أو سلبيا، ويتجه بين هذين الطرفين. (راضي الكبيسي، 2000: 41)

3 5 - الاتجاهات ذات أهمية شخصية – اجتماعية:

يؤثر سلوك الشخص حيال الآخرين، والمدفوع باتجاه معين، في أساليب شعور هؤلاء بأنفسهم، فإذا كان لدى الفرد اتجاهات ايجابية نحو أشخاص آخرين، واستجاب لهم ككائنات ودية ومتعاونة ومنفتحة، فمن المحتمل أن يعبر هؤلاء الأشخاص عن هذه الخصائص بشكل حر ومستقل، وان يكونوا اتجاهات ايجابية نحو أنفسهم. وعلى العكس، إذا كان اتجاه الفرد نحو الآخرين سلبيا، واستجاب لهم ككائنات غير ودودة، وغير صادقة وغير مخلصه، فقد يواجهون مشاعر الانعزال والنبذ، ويفقدون القدرة على التفاعل الفاجع مع الناس وتبادل المشاعر والأفكار. لذلك تعتبر الاتجاهات ذات أهمية شخصية – اجتماعية، لأنها تؤثر في علاقات الفرد بالآخرين وبالذات. (عبد المجيد نشواتي، 2003: 474)

ويشير محمد شحاته إلى أن للاتجاهات خصائص هي:

- الاتجاهات مكتسبة متعلمة من البيئة التي نعيش فيها وليست ولادية فطرية.
- الاتجاهات تقوم على علاقة بين الفرد صاحب الاتجاه وبين الشيء موضوع الاتجاه.
- الاتجاهات تكون مشحونة بشحنة انفعالية موجبة سارة أو سلبية ضارة.
- تتراوح الاتجاهات بين السلب، أي المعارضة التامة لموضوع الاتجاه، وبين الإيجاب، أي الموافقة التامة لموضوع الاتجاه.
- الاتجاهات ثابتة نسبيا، أي أنها تقبل التغيير والتعديل بوجه عام.
- قد يكون الاتجاه قويا بحيث سيتعصي على التعديل وقد يكون الاتجاه ضعيفا بحيث يكون قابلا للتعديل.

- الاتجاهات يغلب عليها الذاتية لا الموضوعية. (محمد ربيع، 2011: 266)

ويشير رمضان القذافي أن خصائص الاتجاهات هي:

- تعمل الاتجاهات على تهيئة الفرد للاستجابة لموضوع ما بطريقة نمطية معينة ودون تفكير. ومعنى ذلك أنها تنظم عملية الإدراك في علاقة الفرد بالبيئة، فلا يضطر الإنسان إلى القيام بسلوك جديد في كل موقف يصادفه.
- الاتجاه هو حصيلة الخبرة الإنسانية التي يمر بها الفرد، ويتم اكتسابه من البيئة الاجتماعية والمواقف الخارجية. ويؤدي تبني نفس الاتجاه إلى تقوية الشعور بالانتماء لدى الأفراد نحو القيم والمعتقدات.
- تساهم الاتجاهات في عمليات التكيف مما يؤدي إلى تكوين اتجاهات موجبة نحو ما يشبع الحاجات، واتجاهات سالبة نحو ما يعوق ذلك. (رمضان القذافي،

2010: 205)

4 - أهمية دراسة الاتجاهات:

يعد موضوع الاتجاهات من المواضيع التي وجدت اهتماما كبيرا من قبل علماء النفس الاجتماعي، حيث طور هؤلاء العلماء عددا من الأساليب المنظمة لاستنتاج وقياس الاتجاهات النفسية والاجتماعية يساعد في التنبؤ بالسلوك. كما يساعد في معرفة العوامل التي تؤثر في نشأة الاتجاه وتكوينه واستقراره وثبوته وتطوره وتغيره البطيء المتدرج أو السريع أو المفاجئ. (أحمد الصامدي، صفوان حميدات، 2008: 243-244)

وفي هذا يقول "وليم جيمس" (James, W.) "إن الاتجاهات تولد المعاني عن العالم" « They engender meaning upon the world » مشيرا بذلك إلى الاتجاهات. وهي توضح لنا الطريق وتنظم عناصر البيئة وهي وسائلنا للتعرف على عالم مليء بالغموض، وتلعب الاتجاهات دورا هاما في مجال المثبرات، وخاصة حينما يكون المثبر Stimulus لا يتصل باستجابة تلقائية (Automatic response). وهنا تلعب الاتجاهات دورها في تحديد المعنى والسلوك، والاتجاهات دائما تحقق الرضا العاطفي للفرد وتخدم كافة دوافعه الاجتماعية، وتسهم في فهم سلوك الأفراد، ومفهوم الاتجاه مفيد في دراسة العوامل المؤثرة والموجودة في المجتمع والتي تؤثر في تشكيل الاتجاه والسلوك بألوان معينة أو خاصة. (فايزة ربيعي، 2011: 33)

5 - وظائف الاتجاهات:

للاتجاهات وظائف متعددة بالنسبة للفرد، فهي تنعكس في تصرفات الفرد وأقواله وأفعاله أثناء تفاعله مع الآخرين في المواقف السلوكية المتعددة، وتجعله قادرا على اتخاذ القرار في حسم واتساق دون تردد، وبطريقة تكاد تكون ثابتة إذ أن الاتجاه يحدد الاستجابات المتوقعة. (خليل معوض، 1982: 156)

كما أنها تمارس كثيرا تأثيرها على سرعة وكفاءة تعلمهم ناهيك عن تعيين الجماعات التي يرتبطون بها (الجماعات المرجعية) أو المهن والنشاطات التي يختارونها وأسلوب

ونمط الحياة الذي يفضلونه. كان الباحثون في المراحل الأولى يولون اهتمامهم بردود أفعال الجماعات أكثر من تركيزهم على ردود أفعال الأفراد. (بوخريسة بوبكر: 31)

إذن تتمثل أهم وظائف الاتجاهات في:

1 5 - الوظيفة المنفعية التكيفية (التأقلم) (التوافق):

كثيرا ما يؤدي تعبير الفرد عن اتجاهاته إلى تحقيقه لأهدافه الاجتماعية ذلك انه من يعبر عن اتجاه خاص إنما يعلن للناس تقبله وولاءه لما يسود مجتمعه من قيم ومعايير ومعتقدات، فالاتجاهات موجّهات سلوكية تمكن الفرد من تحقيق أهدافه وإشباع دوافعه في ضوء المعايير الاجتماعية السائدة في مجتمعه، كما تمكنه من إنشاء علاقات تكيفية سوية مع الأفراد والجماعات داخل مجتمعه وخارجه. فالاتجاهات التي يحملها الفرد وتساعد في التكيف مع عناصر البيئة المحيطة به والاتجاهات التي يكتسبها المرء في خدمة التكيف والتوافق تكون وسيلة إما لتحقيق هدف مرغوب فيه أو إلى تجنب هدف غير مرغوب فيه. وبالتالي تتكون لدى الفرد اتجاهات ايجابية نحو ما يساعد على إشباع حاجاته وأخرى سلبية نحو ما يعترض سبيل تحقيق أهدافه. (عبد الحافظ سلامة، 2007: 60)

2 5 - الوظيفة التنظيمية:

يستجيب الفرد طبقا لاتجاهات التي يتبناها إلى فئات من الأشخاص أو الأفكار أو الحوادث أو الأشياء أو الأوضاع، وذلك باستخدام بعض القواعد البسيطة المنظمة التي تحدد سلوكه حيال هذه الفئات، دون ضرورة اللجوء إلى معرفة جميع المعلومات الخاصة بالموضوعات أو المبادئ السلوكية التي تمكنه من الاستجابة للمثيرات البيئية المتباينة على نحو ثابت ومتسق، وتحول دون ضياعه في متاهات الخبرات الجزئية. (عبد المجيد نشواتي، 2003: 475)

3 5 - الوظيفة الدفاعية:

ويقصد بها الاتجاهات التي يحملها الفرد ليحمي نفسه من معرفة نواقصه عن طريق ميكانيزمات الرفض التي تقوم لتجنب الحقائق غير المرضية، وبذلك فإن أكثر اتجاهات الفرد ترتبط بحاجاته الشخصية ودوافعه الفردية أكثر من ارتباطها بالخصائص الموضوعية لموضوع الاتجاه، لهذا يقوم الفرد أحيانا بتكوين الاتجاهات لتسوية فشله، أو عدم قدرته على تحقيق أهدافه فقد يكون الطالب مثلا اتجاها سلبيا نحو النظام التعليمي عندما يفشل في انجاز المستوى التحصيلي الذي يرغب فيه فيساعده هذا الاتجاه على تسوية فشله وعلى الاحتفاظ بكرامته واعتزازه بنفسه. (راضي الكبيسي، 2000: 38)

ومن الدراسات التي توضح الصلة بين اتجاهات الفرد الاجتماعية وبين أساليبه الدفاعية تلك الدراسات التي أجراها سميث وبرونر وهوايت والتي تبين منها أن أكثر الأمريكيان ميلا لان يلقوا الفشل واللوم على من عادهم. (أحمد عبد الخالق، 1983: 95)

4 5 - الوظيفة المعرفية:

إذ توفر فرصا للتعبير عن الذات، وتحديد هوية معينة في الحياة المجتمعية، وكما تسمح له بالاستجابة للمثيرات البيئية على نحو نشط وفعال، الأمر الذي يضفي على حياته معنى هام، ويجنبه حالة الانعزال أو اللامبالاة. (لويزة مسعودي، 2010: 36)

5 5 - الوظيفة التعبيرية:

وفيهما يجد الفرد إشباعا بالتعبير عن اتجاهاته التي تتناسب والقيم التي يتمسك بها وفكرته عن نفسه، وهذه الوظيفة لها دورها المركزي في علم النفس الأنا الذي يؤكد أهمية التعبير عن الذات، ونمو الذات، وتحقيق الذات. وإذا كان الفرد في الوظيفة الدفاعية عن الأنا يحاول عدم مواجهة معلوماته عن نفسه، ففي وظيفة التعبير عن القيم يسعى صراحة للتعبير عن التزاماته والاعتراف بها. (سعد جلال، 1984: 169)

كما قام حامد زهران بإجمال أهم وظائف الاتجاهات النفسية الاجتماعية فيما يلي:

- الاتجاه يحدد طريق السلوك ويفسره.
- الاتجاه ينظم العمليات الدفاعية والانفعالية والإدراكية والمعرفية حول بعض النواحي الموجودة في المجال الذي يعيش فيه الفرد.
- الاتجاهات تتعكس في سلوك الفرد وفي أقواله وأفعاله وتفاعله مع الآخرين في الجماعات المختلفة في الثقافة التي يعيش فيها.
- الاتجاهات تيسر للفرد القدرة على السلوك واتخاذ القرارات في المواقف النفسية المتعددة في شيء من الاتساق والتوحيد دون تردد أو تفكير في كل موقف في كل مرة تفكيراً مستقلاً.
- الاتجاهات تبلور وتوضح صورة العلاقة بين الفرد وبين عالمه الاجتماعي.
- الاتجاه يوجه استجابات الفرد للأشخاص والأشياء والموضوعات بطريقة تكاد تكون ثابتة.
- الاتجاه يحمل الفرد على أن يحس ويدرك ويفكر بطريقة محددة إزاء موضوعات البيئة الخارجية.
- الاتجاهات المعلنة تعبر عن مسابرة الفرد لما يسود مجتمعه من معايير وقيم ومعتقدات. (حامد زهران، 1977: 145-146)

ويذهب كرتش وكرتشفيلد إلى أن الاتجاهات وسط ديناميكي يقع بين العمليات النفسية الأساسية والفعل ذاته. وهي تهدف إلى تنظيم الدوافع والوجدانيات والإدراك والعوامل النفسية الأخرى تنظيمًا تكامليًا متسقًا، يساير البيئة في تأثيرها ويؤثر بدوره فيها.

بذلك تعمل الاتجاهات على تخفيف حدة التوتر النفسي الذي يعانيه الفرد في محاولته للوصول إلى هدفه، فهي تعين الفرد، إذن، في تكيفه للمواقف المختلفة التي يتفاعل معها. (محمد زيدان: 174)

6 - مراحل تكوين الاتجاهات:

ينعقد الرأي على أن الاتجاهات نتيجة التعلم. والتعلم هو تحسن أو تغيير السلوك نتيجة التدريب. معنى ذلك أن الاتجاهات متعلمة بنفس الطريقة التي يمكن أن نتعلم بها العادات وغيرها من الأمور. فنحن مثلا نكتسب المعلومات والحقائق ونكتسب في نفس الوقت ما يرتبط بهذه المعلومات من مشاعر وانفعالات، أو بالأحرى من اتجاهات. (محمد ربيع، 2011: 267)

هناك ثلاث مراحل أساسية في تكوين الاتجاه هي:

6 1 - المرحلة الأولى:

المرحلة الأولى في تكوين الاتجاهات مرحلة إدراكية تنطوي على اتصال الفرد اتصالا مباشرا ببعض عناصر البيئة الطبيعية والبيئة الاجتماعية، وهكذا قد تبلور الاتجاه في نشأته الأولى حول أشياء مادية كالدار الهادئة والمقعد المريح، وحول نوع خاص من الأفراد كالإخوة والأصدقاء، وحول نوع محدد من الجماعات، كالأسرة وجماعة النادي، وحول بعض القيم الاجتماعية كالبطولة والشرف.

6 2 - المرحلة الثانية:

وتتميز بنمو الميل نحو شيء ما، فأى طعام قد يرضى الجائع، لكن الفرد الذي يفضل بعض الأنواع الخاصة من الطعام، قد يميل إلى تناول طعامه في مطعم خاص.

6 3 - المرحلة الثالثة:

وهي الثبوت، فالميل على اختلاف أنواعه ودرجاته يستقر ويثبت على شيء ما عندما يتطور إلى اتجاه نفسي، فالثبوت إذن هو المرحلة الأخيرة في تكوين الاتجاه. (جنان الرحو، 2005: 78-79)

ويرى كنريك Kenrick أن الاتجاهات تكتسب بالطرق الآتية:

• الاشرط الكلاسيكي:

فكرة الاشرط الكلاسيكي ببساطة تقول أننا نكره شخصا ما لأنه ارتبط لدينا بخبرة أليمة، ونحب شخصا ما لأنه ارتبط بخبرة سارة، وهذا معناه أن الاتجاهات تتكون حسب تكرار الاتصال بموضوع الاتجاه، وما ينتج عن هذا الاتصال من خبرات طيبة تكون اتجاه ايجابي تجاه هذا الشخص. وتوضح ذلك بطريقة أخرى فنقول نحن نميل إلى تكوين اتجاه ايجابي تجاه هذا الشخص لأنه كلما اتصلنا به سمعنا خيرا طيبا أو نلنا مكافأة أو قابلنا بوجه هاش باش خلاف شخص آخر لقينا عنده غير ذلك.

• التعلم بالملاحظة:

ويسمى كذلك التعلم بالمثل البديل. وتعود فكرة أو نظرية التعلم بالمثل البديل إلى عالم النفس الأمريكي ألبرت بندورا، وترى هذه النظرية أننا إذا رأينا شخصا يقع عليه العقاب نظير سلوك معين، مثل عصيان أوامر المدرس أو الأب، فإن المشاهدين من زملاء أو الأخوة يمتنعون عن ممارسة هذا السلوك ولا يعصون أوامر المدرس أو الأب، وتتكون بالتالي اتجاهات سلبية حيال هذا العصيان. وبالمقابل تتكون اتجاهات ايجابية حيال طاعة المدرس أو الأب، كانا نتعلم من مشاهدة الآخرين وملاحظة سلوكياتهم ونكتسب الاتجاهات خلال ذلك. (محمد ربيع، 2011: 268 267)

7 - مصادر تكوين الاتجاهات:

7 1 - الإيحاء:

يعد الإيحاء من أكثر العوامل شيوعا في تكوين الاتجاهات النفسية، ذلك انه كثيرا ما يقبل الفرد اتجاهها ما دون أن يكون له أي اتصال مباشر بالأشياء أو الموضوعات المتصلة بهذا الاتجاه. ويلعب الإيحاء دورا هاما لأنه أحد الوسائل التي يكتسب بها المعايير السائدة في المجتمع دينية كانت أو اجتماعية أو خلقية أو جمالية. (عدنان العتوم، 2009: 203)

7 2 - تعميم الخبرة:

أما الوسيلة الثانية التي يكتسب الفرد عن طريقها اتجاهاته وأرائه فهي تعميم الخبرات. فنحن دائما نستعين بخبراتنا الماضية ونعمل على ربطها بحياتنا الحاضرة. فالطفل مثلا يدرّب في صغره على عدم الكذب أو عدم اخذ شيء ليس له، أو عدم الاعتماد على جاره في المدرسة في نقل الأعمال المدرسية كالحساب أو الأشياء .. الخ. والطفل ينفذ إرادة والديه في هذه النواحي، دون أن تكون لديه أية فكرة عن أسباب ذلك، ودون أن يعلم انه يخاف ذلك عد خائنا وغير أمين. ولكنه عندما يصل إلى درجة من النضج يدرك الفرق بين الأعمال الأخرى التي يوصف فاعلها بالخيانة وحينما يتكون عنده هذا المبدأ أو ذلك المعيار، يستطيع أن يعممه في حياته الخاصة والعامة. (محمد زيدان: 171)

7 3 - الخبرات المؤلمة:

وهي الخبرات الانفعالية القوية الشديدة التي يتعرض لها الفرد، فكثير من الأفراد تتكون لديهم اتجاهات نحو أشياء معينة نتيجة لتعرضهم لخبرات سابقة مع هذه الأشياء، كخوف شخص ما من السباق بسبب تعرضه لاصطدام شديد. (راضي الكبيسي، 2000: 43)

وهناك عوامل أخرى تلعب دورا في تكوين الاتجاهات مثل: العوامل الحضارية والمؤثرات الثقافية، والظروف الاقتصادية والسياسية والإيديولوجية التي يجتازها

المجتمع، كذلك البيئة المدرسية ووسائل الإعلام وسائر الجماعات المرجعية.
(خليل معوض، 1982: 154)

ويقترح العالم البورت أن هناك شروطاً أربع لتكوين الاتجاهات سواء المستديمة أو المؤقتة:

- تكامل الاستجابات التي يتعلمها الفرد خلال مراحل نموه.
- المفاضلة بين الخبرات التي يمر بها الفرد.
- وجود مواقف حياتية مرت على الفرد، تتسم بالشدة وعنف التأثير على الفرد، وهي ما يمكن أن نسميها مواقف دراماتيكية.
- تبني اتجاهات جاهزة منقولة عن آخرين.

غير أننا يجب أن نقرر بوضوح أن تفسير اتجاهات الأفراد دون ربطها بالموقف الذي نفسر الاتجاه من خلاله، وظروفه ومكوناته (من أفراد ومصالح) هو أمر على قدر كبير من الخطأ، ذلك أن كثيراً من الأفراد قد يسلكون بطريقة مسايرة للجماعة في موقف ما، رغم أنهم في الأصل متمردون ورافضون، وعليه فإن الحكم على اتجاهاتهم أنها في وجهة معينة هو أمر تعوزه الدقة. (يحي الأحمدي: 117)

ونظراً لتنوع وتعدد المؤثرات فقد تتنوع الاتجاهات وتتعارض إلا أن الفرد يحدد لنفسه اتجاهات معينة وفق الظروف الأسرية والخبرات التي يمر بها ووفق تكوينه الشخصي، فشخصية الفرد ذاته وتجاربه وخبراته المتعددة تؤثر في اتجاهاته، فاتجاهات الشخص المنبسط تختلف عن اتجاهات الشخص المنطوي، واتجاهات الشخصية المتسلطة تختلف عن اتجاهات الشخصية الديمقراطية. (خليل معوض، 1982: 154)

8 - تغيير الاتجاهات:

الاتجاهات عندما تدعم تصبح من المكونات الأساسية للشخصية، لذا يصعب تغييرها أو تعديلها، خاصة تلك الاتجاهات التي تتميز بالقوة والتي ترتبط بغيرها من الاتجاهات، وتلك التي نشأت في المراحل المبكرة من حياة الفرد، وإن كان من الممكن تعديل الجوانب المعرفية في الاتجاهات، إلا أن تعديل الجوانب الوجدانية والنزوعية منها أمر صعب جداً. (عباس عوض، 1980: 30)

ومما تجدر ملاحظته في هذا الصدد:

- الاتجاهات المنغرس في البناء الأساسي للشخصية، كسمات الشخصية مثلاً يستطاع تغييرها بالوسائل العادية.
- أن تغيير اتجاهات أعضاء الجماعة ممكن، لكنه صعب وقليل الجدوى ولا بد من التعامل مع الجماعة ككل، وذلك لأن الاتجاهات تتبع الجماعة وتتصل بموقفها.
- أن محاولة تغيير الاتجاهات باللقاء المحاضرات أو بالجدل المنطقي قليل الجدوى، إن لم تكن هناك جدية في العمل. إذ لم يستطيع بعض ممن اعتمدوا على هذه

الطريقة إحداث أي تغيير، بينما حصل بعض آخر منهم على درجات مختلفة من التغيير في الاتجاه المرغوب فيه.

- كلما كان الموقف غامضا ، كلما ازداد اعتماد الاتجاهات على الانفعالات، ونشأت على أسس غير واقعية. (جنان رحو، 2005: 86)

ومن الناحية النظرية فان تغيير الاتجاهات يتطلب زيادة المؤثرات المؤيدة للاتجاه الجديد وخفض المؤثرات المضادة له أو الأمرين معا، أما إذا تساوت المؤثرات المؤيدة للتغيرات والمؤثرات المضادة له فانه يحدث حالة من التوازن وثبات الاتجاه وعدم تغييره.

هذا ومن العوامل التي تجعل تغيير الاتجاه سهلا ما يلي:

- ضعف الاتجاه وعدم رسوخه.
- وجود اتجاهات متوازية أو متساوية في قوتها بحيث يمكن ترجيح احدها على باقي الاتجاهات.
- توزيع الرأي بين الاتجاهات المختلفة.
- عدم تبلور ووضوح اتجاه الفرد أساسا نحو موضوع الاتجاه.
- عدم وجود مؤثرات مضادة.
- وجود خبرات مباشرة تتصل بموضوع الاتجاه.
- سطحية أو هامشية الاتجاه مثل الاتجاهات التي تتكون في الجماعات الثانوية كالأندية والنقابات والأحزاب السياسية ... الخ. (حامد زهران، 1977: 165)

ومن العوامل التي تجعل تغيير الاتجاه صعبا:

- قوة الاتجاه القديم ورسوخه.
- زيادة درجة وضوح معالم الاتجاه عند الفرد.
- الاقتصار في محاولة تغيير الاتجاه على الأفراد ليس على الجماعة ككل.
- الاقتصار في محاولة تغيير الاتجاه على المحاضرات والمنشورات.
- الجمود الفكري وصلابة الرأي عند الأفراد. (عبد الحافظ سلامة، 2007: 72)

كما يرى سلينبرج (Schellenberg) أن عملية تغيير الاتجاه نحو فرد ما تتركز بثلاث نقاط هي:

- إمكانية إجراء حكم تقريبي يعتمد على معلومات واقعية عن الهدف.
- مدى رسوخ الهدف اجتماعيا.
- مدى تعبيره عن الحاجات العميقة للشخصية. (راضي الكبيسي، 2000: 49)

1 8 - مراحل تغيير الاتجاهات:

1 1 8 - مرحلة الانقياد (المطاوعة):

وهي أولى مراحل تغيير الاتجاهات، حيث يواجه الشخص ضغطا اجتماعيا يأتي من ناحية المجتمع مما يجعله مضطرا إلى مسايرة الآخرين والموافقة على أرائهم. فإذا تم الأمر على انه حالة مؤقتة فيتوقع زوال الأثر بزوال الضغط، وفي هذه الحالة يعتبر الغير

الذي حدث تغيرا سلوكيا فقط ولا يرقى إلى مستوى تغيير الاتجاه. أما إذا بقي اثر التغيير حتى بعد زوال الضغط الاجتماعي فيسمى ذلك تغييرا في الاتجاه، مثل الرغبة في إرضاء الغير للتقرب منهم أو لمقاومة المخاوف في حالة البعد عنهم في موقف معين.

2 1 8 - مرحلة التماثل (التقمص):

وفي هذه المرحلة يعمل الشخص على تقمص ادوار من يعرفهم من المحيطين به للتشبه بهم في اتجاه معين. ويتم تقبل الآراء وأنماط السلوك المستهدفة نظرا لوجود روابط عاطفية بين الشخص ومن يقلدهم في اتجاهاتهم دون أن يكون لتقبل الاتجاه الجديد أساس منطقي ذو سند عقلي. فإذا ما فقدت الرابطة العاطفية قوتها تبدأ قوة التأثير في التراجع ويتناقص تقبل الاتجاه إلى أن يتحول إلى مجرد تأثير سلوكي مؤقت فقط

وتختلف مرحلة التماثل عن المطاوعة حيث يتبنى الشخص في التماثل آراء المجموعة.

3 1 8 - مرحلة الدمج (تبني الاتجاه):

ويتبنى الشخص في هذه المرحلة الاتجاه الجديد بحيث يصبح جزءا من معتقداته بعد القيام بإجراء عملية تنسيق بين الآراء والأفكار الجديدة والاتجاهات القديمة لتحاشي التناقضات، وبحيث يتماشى الاتجاه الجديد مع اتجاهات الفرد الأخرى. ولا يحدث ذلك بسبب الرباط العاطفي بين الفرد وغيره، بل لأن الشخص نفسه بدأ في إيلاء الثقة للاتجاه الجديد وتقبله. (رمضان القذافي، 2010: 209-210)

2 8 - طرق تغيير الاتجاهات:

تتكون الاتجاهات وتتسق عبر الزمن إلى أن تصبح من المكونات الأساسية لشخصية الفرد خاصة إذا كانت هذه الاتجاهات من النوع القوي، وعندما تندعم وتتعزيز يصعب تغييرها.

ويرى محمود عوض : "انه من الممكن تعديل الجوانب المعرفية في الاتجاهات، إلا أن تعديل الجوانب الوجدانية والنزوعية منها أمر صعب". (مكي أحمد، 2007: 24)

هناك العديد من الطرق والاستراتيجيات والوسائل التي قد تساعد في تغيير الاتجاهات نذكر منها:

1 2 8 - تغيير الإطار المرجعي:

إن اتجاه الفرد نحو أي موضوع يتوقف على إطاره المرجعي، فالاتجاه لا يتكون من فراغ بل انه يتأثر بالإطار المرجعي الذي يتضمن المعايير والقيم والمدرجات ويؤثر فيه. (عدنان العتوم، 2009 : 212)

2 2 8 - تغيير الجماعة:

بتغيير الجماعة التي ينتمي إليها الفرد والذي تحددت اتجاهاته على أساس أهدافها، وعندما ينتمي الفرد إلى جماعة أخرى ذات اتجاهات مختلفة ، يبدأ الفرد في استبدال اتجاهاته القديمة باتجاهات جديدة تتوافق مع أغراض الجماعة الجديدة بمرور الزمن. فالشباب القروي الذي ينتقل من مجتمع القرية إلى مجتمع المدينة ويعيش فيها لفترة طويلة تتغير وتتعدّل بعض اتجاهاته ليساير حياة المدينة، فالأفراد عندما يهاجرون إلى أمريكا أو استراليا أو إلى بلد آخر تتغير بعض اتجاهاتهم ليسايروا هذه المجتمعات الجديدة. (خليل معوض، 1982: 159)

3 2 8 - تغير المواقف:

تتغير اتجاهات الفرد بتغير المواقف التي يمر فيها، من ذلك أن انتقال الفرد إلى مستوى اقتصادي اجتماعي أعلى من الذي كان عليه يؤثر في اتجاهاته ويغيرها، ومن الأمثلة على ذلك أن من الناس من تتغير اتجاهاته نحو قواعد المرور وهو راجل، عنها وهو يجلس مستريحا إلى جوار سائق عربة، فهو قد يرى مثلا حين يكون راجلا أن سائقي السيارات يقودون سياراتهم بسرعة مفرطة جنونية وأنهم لا يحسبون للمارة ما ينبغي لهم من حساب، ثم تتاح فرصة الركوب في (تاكسي) مثلا أو إلى جوار رجل يسوق سيارته الخاصة فيرى أن المارة يجازفون بأرواحهم ويعترضون بغير اكتراث طريق السيارات وهكذا. (أحمد عبد الخالق، 1983: 104)

4 2 8 - التغيير القسري في السلوك:

من مظاهر التغيير القسري في السلوك أن يودع الفرد في مستشفى بسبب إصابته بمرض شديد يستلزم العلاج لمدة أسابيع أو شهور. وهذه الإقامة الجبرية من شأنها تغيير اتجاهاته نحو المرضى، بحيث يبدي مظاهر التعاطف والصفاء والرضا والشعور بالمشاركة الوجدانية حيالهم. ومن أمثلة التغيير القسري في السلوك أن يودع احد الأشخاص السجن تنفيذا لحكم قضائي ويقضي محكوميه لمدة شهور أو سنوات، هنا تتغير اتجاهاته فقد يصبح أكثر سخطا على المجتمع وأكثر سخطا على المجتمع وأكثر ميلا لندب الحظ. (محمد ربيع، 2011: 268-269)

5 2 8 - الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه:

إن الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه يسمح للفرد بان يتعرف على الموضوع من جوانب جديدة مما يؤدي إلى تغيير اتجاه الفرد نحوه. وفي معظم الأحوال يكون تغير اتجاه الفرد نتيجة الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه إلى أفضل إذا تكشفت جوانب ايجابية، إلا انه في بعض الأحيان يتضح الاتجاه إلى أسوأ إذا كانت الجوانب التي تتكشف نتيجة للاتصال المباشر سيئة. (حامد زهران، 1977: 167)

6 2 8 - دور التعليم:

إذا أريد تغيير طرق الشعور وردود الفعل لدى الأفراد وذلك بالنسبة للأشياء والموضوعات أو الأفراد الآخرين لا بد من خلق مواقف اجتماعية تمكنهم من تعلم طرق الاستجابات الجديدة لها، ويكون ذلك باستخدام مبادئ: التحويل، الترابط وإشباع الحاجات. (بوبر بوخريسة: 36)

7 2 8 - التغيرات في الموضوع:

قد يحدث أحيانا أن يؤدي التغير الجبري في سلوك الفرد إلى أن يتغير موضوع الاتجاه عينه، ثم يدرك الفرد ما طرا على موضوع الاتجاه من تغير فيتغير عندئذ اتجاهه نحوه، ومثال ذلك أن التشريعات الحديثة فرضت أن يتولى بعض العمال مناصب إدارية في الشركات وأنه يترتب على هذا أن يتغير العمال أنفسهم من حيث الثقافة وما إليها، تغييرا يترتب عليه بالتالي أن تتغير اتجاهات الآخرين. (أحمد عبد الخالق، 1983: 106-107)

8 2 8 - وسائل الإعلام:

وتتمثل في استخدامها لوحدها أو مع وسائل أخرى بيد أن الدراسات العلمية أوضحت:

- أن المذيع أكثر تأثيرا من أسلوب المعلومات المطبوعة.
- أن الكلام الحي أكثر من الكلام المسجل.
- أن للتلفاز أثرا كبيرة في جذب الانتباه وفي تغير الاتجاهات. (صالح الداھري، وهيب الكبيسي: 126)

9 2 8 - أثر المعلومات:

يحدث تغيير في الاتجاهات بسبب حقائق ومعلومات تتصل بموضوع الاتجاه، وقد تتعارض الآراء والمعلومات، ولذا كان من الضروري أن نستوثق من هذه الآراء والمعلومات وان نستقيها من مصادرها اليقينية، من الخبراء والمتخصصين، وان نتناولها بالتمحيص والنقد، ولا يجب أن نأخذها على علاتها. وذلك لان كثيرا من الاتجاهات عند بعض الأفراد تتصل بالخرافات والغيبيات. ويستقي الفرد المعلومات العديدة من مصادر متعددة، فالطفل يأخذ معلوماته من أبويه وإخوته وأقاربه والكبار المحيطين به، ومن كتبه وإطلاعاته ومعلميه، ومن رفاقه ودور العبادة، والصحافة والتلفزيون والإذاعة والسينما، ومن أفراد آخرين يتصل بهم فيما بعد في مجالات العمل. (خليل معوض، 1982: 160)

10 2 8 - دور الشخصية:

تهتم دراسات سيكولوجية - اجتماعية عديدة بالخصائص الفردية للإنسان حيث أكدت أن هناك ارتباطا قويا لتعديل الاتجاه بالشخصية، ومن ثم فمحاولة تعديل اتجاهات الأفراد بالتأثير على عوامل أخرى تكون في الغالب فاشلة... في هذا السياق اجتهدت جماعة

(HOVILAND) من جامعة "ييل 1957" في رسم بعض الخصائص الشخصية للفرد القابل للإقناع الذي يمكن التأثير فيه بقصد تعديل اتجاهه.

ومن هذه الخصائص: "المرونة التمييزية المثالية" التي تتوفر لدى أفراد قلائل. فهم يتميزون عن غيرهم بتقبل سريع لآراء الآخرين وعجزهم عن تقييمها بصورة نقدية كافية. لذلك فهؤلاء الناس يصبحون عرضة لاعتناق قناعات الآخرين.

هذا الأمر، هو بخلاف الأشخاص المقاومين للإقناع والذين يتمتعون بمقدرة كبيرة على المقاومة وهم في الغالب سلبيون اتجاه السلطة ومتصلبون ومتبدلون في الرأي ولا ينتبهون إلى الأفكار الجديدة بكيفية اختيارية، وأوضحت تلك الدراسات أن النساء أكثر قابلية للإقناع من الرجال، وهو الأمر الذي رده البعض إلى سمة الخضوع الأنثوية، وبالمقابل يرى البعض الآخر أن النساء أكثر تفتنا للاتصالات المكتوبة أو اللفظية وهن بالتالي، في هذا السياق، أفضل فهما من الرجال. (بوخريسة بوبكر: 38-39)

8 2 11 - تأثير الأحداث الهامة:

يؤثر تغير الأحداث الهامة في تغيير الإطار المرجعي، وتغير الإطار المرجعي يؤثر في تغير الاتجاهات، ونحن نعلم كيف أثرت الحربان العالميتان الأولى والثانية في تغيير كثير من الاتجاهات، وكيف تؤثر الثورات في تغيير الاتجاهات وقد أوضح كانتريل Cantril (1942) انه في مايو 1940 (قبل سقوط فرنسا مباشرة) كان 35% فقط من الأمريكيين يرون أن مساعدة إنجلترا أفضل من عدم التورط في الحرب، ولكن بعد سقوط فرنسا مباشرة تضاعفت النسبة. (حامد زهران، 1977: 169)

8 2 12 - الخوف:

ويتمثل في أن المعلومة المؤدية إلى إثارة الخوف العالي لدى الشخص تؤدي إلى تغير الاتجاه أكثر من المعلومة المؤدية إلى إثارة خوف واطئ. (صالح الداھري، وهيب الكبيسي: 125)

8 2 13 - المناقشة والقرار الجماعي:

يلاحظ أن المناقشة الجماعية داخل مجتمعات الديمقراطية وداخل المجالس النيابية والهيئات والجماعات والأندية، والمؤسسات الحكومية والنقابات والتي تسفر عن قرارات جماعية تؤثر في تغيير اتجاهات الأفراد. وقد أجرى كل من "كيرت ليفين" (Lewin, 1947) و "كوش وفرنش" (Coch & French, 1948) تجارب ودراسات توضح اثر المناقشات والقرار الجماعي في تغيير الاتجاه. (خليل معوض، 1982: 162-163)

8 3 - التكنيكات المستخدمة لتغيير الاتجاهات:

8 3 1 - تكنيك لعب الأدوار:

طلب ألن المز Alan Elms من مجموعة من المدخنين أن يدعوا أنهم لا يدخنون ويحاولوا إقناع غيرهم من المدخنين بضرورة توقفهم عن التدخين، وكان عدد المشتركين

في هذا البحث من المدخنين (80) مدخنا، وزعوا بطريقة عشوائية في مجموعتين، واحدة منهما متسعة والأخرى تقوم بعملية النصيحة بالإقلاع عن التدخين، ولقد كان اختيار أفراد المجموعتين قبل إجراء البحث قد تم بناء على معتقداتهم عن التدخين، ولقد تغير سلوك أفراد العينة من المجموعتين نحو التدخين بعد انتهاء التجربة، إلا أن سلوك من مثلوا أنهم لا يدخنون قد زاد عن سلوك المستعنين، وبعد فترة ثلاثة أسابيع نكص Regressed المستمعون إلى ما كانوا عليه قبل إجراء التجربة، بينما استمر الممثلون في اتجاهاتهم ضد التدخين وكان 46% منهم قد قللوا من عدد السجائر التي يدخنونها يوميا في مقابل 11% زادت نسبة تدخينهم، ويقابل هذا في مجموعة المستمعين أن 27% منهم قد قلل من عدد السجائر المدخنة، وزادت كمية التدخين بين 30% منهم، ويلاحظ أن تجربة المز هذه لم تستمر سوى ساعتين فقط ومع هذا كان لها هذا التأثير الكبير في تغيير الاتجاه نحو التدخين. (عباس عوض، 1980: 31)

2 3 8 - تكنيك القدم في الباب:

الفكرة الأساسية في هذا التكنيك هي انك تسال الآخرين أن يؤدوا لك معروفا يعتبر أمرا تافها وبسيطا، فيؤدي أداء هذا المعروف البسيط إلى تحطيم دفاعيات المرء فيصبح مستعدا بعد ذلك لأداء معروف أكبر وأكبر. (سعد جلال، 1984: 183)

3 3 8 - أسلوب الباب في الوجه:

وهو أسلوب معاكس لأسلوب القدم في الباب حيث يطلب من الشخص التبرع بمبلغ كبير يسهل رفضه ثم مبلغ اصغر فاصغر إلى أن تجد أن المبلغ صغير لا تجد مبررات لدى الفرد لعدم التبرع. وهذا الأسلوب يمكن استخدامه أيضا في تغيير الاتجاهات كان تطلب من شخص ليس لديه اتجاهات ايجابية نحو مؤسسة تهدف إلى نشر الوعي ضد أمراض السرطان، يطلب أولا التبرع بمبلغ كبير لدعم المؤسسة فيتم على الأغلب الرفض، ثم يخفض المبلغ فيرفض الفرد، ثم يطلب منه توزيع لافتات وأوراق إرشادية فيقبل الفرد، والقبول هو اعتراف بقيمة هذه المؤسسة وتمهيد لتغيير الاتجاه لان السلوك قد تغير باتجاه هذه المؤسسة عندها يمكن أن تطلب التبرع بالأموال وسوف يجد الفرد نفسه مجبرا على التبرع. (عدنان العتوم، 2009: 215)

9 - أنواع الاتجاهات:

توجد أنواع متعددة من الاتجاهات، وساعد هذا التنوع على التمييز بين اتجاه وآخر فمن أنواع الاتجاهات:

1 9 - الاتجاه الفردي والاتجاه الجمعي:

الاتجاه الجمعي هو الذي يشترك فيه عدد كبير من الأفراد والاتجاه الفردي هو ذلك الاتجاه الذي يؤكد فرد واحد من أفراد الجماعة ومعنى ذلك "إن الفرد إذا تكون عنده اتجاه خاص نحو مدرك يهمله دون غيره من أفراد الجماعة فانه يمكن تسمية هذا الاتجاه اتجاها فرديا". (محمود منسي وآخرون، 2001: 230)

29 - الاتجاه العام والخاص:

- اتجاهات عامة: وهي التي لها صفة العمومية نحو موضوعات متقاربة، تشيع بين أفراد المجتمع.

- اتجاهات خاصة: وهي التي تنصب على النواحي الذاتية الفردية، وهي أقل ثباتا واستقرار من الاتجاهات العامة مثل: الاتجاه نحو الزواج، أو الأعياد والمناسبات القومية. (قادري حليلة، 2002: 42)

39 - الاتجاهات العلني والسري:

الاتجاه العلني هو الذي لا يجد الفرد في إظهاره أو إعلانه أمام الناس والسري هو الذي يجد الفرد في إعلانه الحرج لذلك نجده متحفظا ويحرص على أن لا يكشفه أحد فالانضمام إلى هيئة أو حزب محصور. (فايزة ربيعي، 2011: 45)

49 - الاتجاه الايجابي والسلبى:

اتجاهات ايجابية تنشأ حول موضوع بيئي أو شخصي، وتحصل على تأييد الفرد وموافقة. اتجاهات سلبية، وهي تلك الاتجاهات التي تنشأ حول موضوع معين، ولا يؤيدها الفرد، ولا يوافق عليها. (لويذة مسعودي، 2010: 34)

59 - الاتجاه القوي والضعيف:

تنقسم الاتجاهات بالنسبة إلى شدتها إلى اتجاهات قوية وأخرى ضعيفة. ويبدو الاتجاه القوي في موقف الفرد من هدف الاتجاه موقفا حادا لا رفق فيه ولا هواده. فالذي يرى المنكر فيغضب ويثور ويحاول تحطيمه بيده وبقوله وبتفكيره. إنما يفعل ذلك لان اتجاه قويا قد ملك عليه شعاب نفسه. والذي يقف من هدف الاتجاه موقفا ضعيفا رخوا خانعا مستسلما إنما يفعل ذلك لأنه لا يشعر بشدة الاتجاه كما يشعر بها الفرد السابق. (محمد زيدان: 172)

10 - نظريات تفسير تكوين الاتجاه:

10 1 - النظرية الوظيفية :

إذ تتمحور هذه النظرية حول المكون الإدراكي للاتجاه النفسي وهو ما يعرف بالمجال الذي يقع فيه موضوع الاتجاه. فحسب ما يراه أصحابها، فان اتجاهات الفرد تتكون نتيجة لقيمة معينة. بمعنى آخر ما تقدمه هذه الاتجاهات من وظيفة نفسية للفرد في موقف معين، وإلا فانه يغيرها بأخرى أكثر نفعية. ووفق هذه النظرية فان الفرد يختار الاتجاه أو يغيره أو يعدله نتيجة للوظائف التالية:

- إذا كان الاتجاه لديه بمثابة أداة لتحقيق بعض الأهداف مثل المصالح الاقتصادية، السياسية، الاجتماعية.
- إذا كان الاتجاه يخدم عملية التكيف الاجتماعي.
- إذا قام الاتجاه بوظيفة دفاعية عن الأنا كما حالات الاتجاهات المستسلمة ضد- العنف، أو التمييز العنصري.

- إذا كان الاتجاه يحقق وظيفة معرفية كتسهيل فرصة فهم العالم وحل المشكلات بطرق ناجحة والتعامل مع الأشياء بفعالية. (لويزة مسعودي، 2010: 31)

10 2 -نظرية التحليل النفسي:

تؤكد هذه النظرية على دور الاتجاهات في تكوين (الأنا) التي تمر بمراحل مختلفة ومتغيرة من الطفولة إلى مرحلة البلوغ، متأثرة في ذلك بمحصلة الاتجاهات التي يكونها الفرد نحو الأشياء مهما كان نوعها يحدده دور تلك الأشياء في خفض التوتر الناشئ عن الصراع الداخلي بين نظم الشخصية الثلاثة، ولا سيما بين متطلبات (الهو) الغريزية، وبين الأعراف والمعايير والقيم الاجتماعية التي يمثلها (الأنا الأعلى).

وإذا عولج الصراع وحلت الأزمات بطريقة تكيفية مرضية تنشأ المركبات النفسية الايجابية مثل (الثقة بالنفس، والاستقلالية، والشعور بالأمن النفسي) فتنمو الذات ويتمتع الفرد بحالة من الاتزان النفسي وبذلك يتكون الاتجاه الايجابي لديه. (جميلة الوائلي، طارق القيسي، 2010: 357)

10 3 -النظرية السلوكية:

تقوم هذه النظرية على افتراض أساسي هو: أن الإنسان يتعلم الاتجاهات بنفس الطريقة التي يتعلم بها العادات، فكلما يكتسب الناس المعلومات والحقائق يتعلمون المشاعر والقيم المرتبطة بهذه المعلومات والحقائق. وتتكون الاتجاهات وتتطور من هذا المنظور عن طريق ثلاث عمليات هي: الترابط، والتعزيز، والتقليد. فقد ذهب سكنر « Skinner » إلى أن الاتجاهات تتشكل نتيجة لعملية التعلم المعزز خلال تفاعل الفرد مع الآخرين. في حين فسرها كل من دورلارد وميبلر « Dollard & Miller » بلغة المثير والاستجابة على أنها: "تعميم الاستجابة من موضوع مثير معين إلى موضوع مشابه له". أما ماورر « Mowrer »، فيشير إلى أن الاتجاهات ما هي إلا روابط بين المثير والاستجابة تتشكل عن طريق التعلم. (لويزة مسعودي، 2010: 31)

10 4 -نظرية التوازن المعرفي لهايدر:

يرى هايدر (Heider) أن نوعين من العلاقات يكمنان وراء الاتجاهات إزاء الأشخاص أو الأشياء وأول هذين النوعين:

- العلاقة من طرف واحد: (Unit-Relationship)

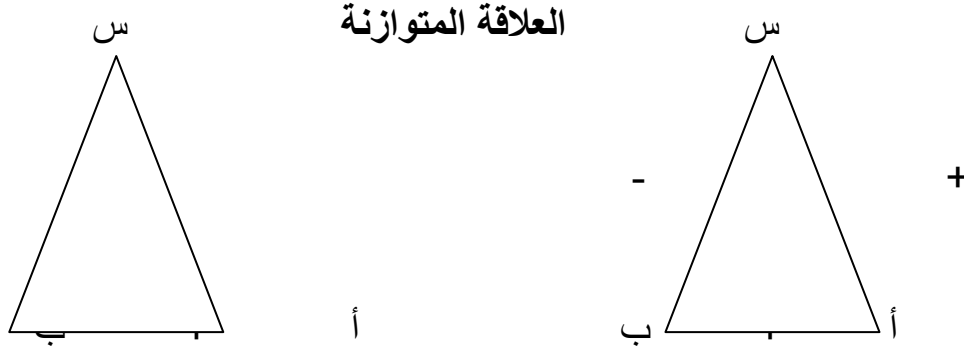
كان يستمر الفرد بقراءته لكتاب فان هذا يشير إلى علاقة واحدة مع الكتاب وهي القراءة دون أية إشارة إلى أي اتجاه أو موقف وجداني عنه.

- العلاقة العاطفية: (Sentimental)

وفي هذا النوع من العلاقة تستخدم مصطلحات مثل: يكره، يحب، يرفض، يفضل... الخ. وتشير نظرية هايدر (Heider) في تكوين الاتجاهات إلى نمط من

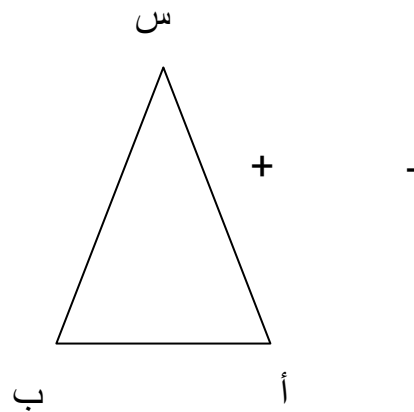
العلاقات، إذ يقول أن شخصين أ، ب يرتبطان معا ويرتبطان بدورهما بشخص ثالث أو شيء ثالث آخر (س) بعلاقة عاطفية (Sentimental)، ويعتقد هايدر أن الناس يميلون إلى نمط العلاقات المتوازنة، وتلعب اتجاهات الأطراف المعنية دورا هاما في توازنها أو عدمه.

الشكل (1) يمثل العلاقة بين الاتجاه والعاطفة



إذ أن (أ) يرتبط ب (ب) بعلاقة عاطفية، و (ب) و (أ) يحملان الرأي والاتجاه نفسه نحو (س).

العلاقة غير المتوازنة



أو أن الشخصين أ، ب يختلفان في اتجاهيهما نحو (س) فاحدهما له تعاطف إيجابي، والآخر سلبي كما في الشكل أعلاه. " (راضي الكبيسي، 2000: 52-53)

10 5- نظرية التنافر المعرفي لفستنجر « Festinge » :

وهذه النظرية هي مكملة للنظرية السابقة، إذ تفسر الاتجاهات على أساس التنافر الإدراكي الذي يتفاوت في درجته وشدته. وكما أن هذه الشدة تعتمد على أهمية الإدراكات المتناقضة، فالفرد يميل إلى تتبع الأفكار والآراء التي تدعم اختياره، ويتجنب تلك التي تؤدي إلى التنافر حول قراره الذي اتخذه. فاتجاه الفرد يتأثر بالمعرفة الموضوعية التي تقترب من القيم والمعايير والتقاليد التي يمارسها، فكلما كانت المعلومة الجديدة متناسبة مع نسق قيم الفرد وتقاليد، كانت أكثر تأثيرا في الدخول إلى المكون

المعرفي للاتجاه، لتحل محل معرفة سابقة قد لا تكون لها هذه الصفة. (لويزة مسعودي، 2010: 32)

11 - قياس الاتجاهات:

كثيرا ما نتساءل عن الطريقة التي يقيس بها عالم النفس اتجاه الفرد نحو موضوع معين. وتنطوي العملية بالطبع على حث الشخص المعني على الإفصاح عن مشاعره تجاه ذلك الموضوع سواء كانت تلك المشاعر في الاتجاه الموجب أو السالب. ولكن العملية ليست بهذه السهولة والبساطة، فقد يسأل أحد الباحثين الناس: "ما رأيكم في الشباب؟"، وسوف تكون صياغة هذا السؤال سيئة ورديئة من الناحية العلمية. فنحن قد لا نعرف ماذا يقصد السائل بالضبط بعبارة "رأيكم في الشباب"، كما أن السؤال عن الرأي الشخصي قد يعني أشياء كثيرة منها: هل أنت فخور بالشباب أو غير راض عنهم، وهل تحبهم أم تكرههم... الخ.

ويشير العلماء إلى أن الاتجاهات يتم تعلمها بنفس الطريقة التي نتعلم بها أنماط السلوك الأخرى. فالطفل الصغير قد يتبنى اتجاها سلبيا تجاه المشروبات الكحولية أو المخدرات لكثرة ما يرى أباه وهو يعربرد في المنزل ويخضع أفراد أسرته لشتى صنوف الإيذاء أو يحرمهم من الأساسيات الضرورية من أجل إرضاء عاداته المنحرفة. (رمضان القذافي، 2010: 207-208)

وكما ورد في (Edward, 1957) وضع أول مقياس للاتجاهات الاجتماعية عام 1953 من قبل العالم ثرستون (Thurston)، الذي أشار إلى قيمة الاتجاه ليس فقط كمؤشر للتنبؤ بالسلوك، بل أيضا لفهم الظواهر النفسية والاجتماعية المختلفة. (محمد الشقيرات، سميا النوايسة، 2002: 87)

ومن بين المقاييس التي تقيس الاتجاه نذكر:

11 1 - طريقة ثيرستون Thurstone:

تقيس هذه الطريقة الاتجاه النفسي نحو موضوعات اجتماعية وبعد جمع الفقرات تعطى إلى (100) شخص من الحكام لتقسيم هذه الفقرات في 11 مجموعة تمثل المجموعة الأولى أقوى اتجاه ايجابي بينما تمثل المجموعة الحادية عشرة أقوى اتجاه سلبي وكمثال على ذلك في الفقرات.

- 1- لن تتحقق أمال العرب إلا بالوحدة.
- 2- أن العرب كانوا دائما قوة كلما اتحدوا.
- 3- خيرات العرب يجب أن تكون للعرب ولن يتم هذا إلا بالوحدة.

وهكذا تكون الفقرات إلى الفقرة الحادية عشرة وعلى الشخص أن يضع علامة أمام الفقرات التي تتفق مع رأيه. (صالح الداھري، وهيب الكبيسي: 124)

11 2 - طريقة ليكرت:

تعتبر أسهل من طريقة ثيرستون في قياس الاتجاهات ولا يحتاج تطبيقه إلى جهد كبير في حساب العبارات بالنسبة للاتجاه موضوع القياس.

ويعتقد أبو علام أن مقياس ليكرت من أكثر الأساليب استخداما لمقياس الاتجاهات ويتكون من مجموعة من العبارات الغرض منها قياس الاتجاهات نحو موضوع معين، ويطلب من المفحوصين التعبير على كل عبارة بأحد الاستجابات التالية:

موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بالمرّة، وتعطي كل استجابة من هذه الاستجابات قيمة عددية ونحصل على درجة المقياس بجمع استجابات الفرد لعبارات المقياس، ويعبر المجموع عن اتجاه الفرد نحو موضوع الاتجاه.

ويجد مزيان محمد أن الأوزان التقديرية في مقياس ليكرت أنها تتحدد عادة بخمسة نقاط ويمكن أن تشكل ثلاثة نقاط فقط، وقد تعتمد أيضا على سبع نقاط، وهذا يعني أن كلا من هذه النقاط التي تقع في السلم ترمز إلى تقدير خاص، حيث يكون الفرق بينهما متساويا افتراضيا، فإذا كانت الأوزان التقديرية تتحدد بخمسة نقاط : موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بالمرّة. تعطي هذه الاستجابات الدرجات 5، 4، 3، 2، 1 إذا كانت الجملة تعبر عن معنى مؤيد الاتجاه وتعطي عكس هذه الدرجات إذا كان معناها معارضا أي تعطي 1، 2، 3، 4، 5. (مكي أحمد، 2007: 29)

11 3 - مقياس بوجاردوس Bogardus scale:

ويسمى مقياس المسافة الاجتماعية Social Distance وهو من أقدم الأساليب لقياس الاتجاهات. وقد أعده بوجاردوس في أواخر العشرينات. وكان بوجاردوس مهتما بقياس درجة تقبل الأمريكيين أو نبذهم للجنسيات أو القوميات الأخرى التي يزخر بها المجتمع الأمريكي، وقد اختار أن يقيس الاتجاه عن طريق تحديد المسافة الاجتماعية التي يود المفحوص أن يحتفظ بها بينه وبين الأفراد الذي يمثلون الجنسية أو القومية التي يسأل عنها المقياس، ومن هذه القوميات الزنوج والأتراك والانجليز والاييرلنديون ويجب المفحوص على مقياس متدرج من سبع نقاط كما يلي:

- 1- القرابة عن طريق المصاهرة (نقطة واحدة).
- 2- الزمالة في النادي (نقطتان).
- 3- الجوار والإقامة في نفس الحي (ثلاث نقاط).
- 4- قبولهم كزملاء في العمل (أربع نقاط).
- 5- قبولهم كمجرد مواطنين (خمس نقاط).
- 6- قبولهم كمجرد زوار (ست نقاط).
- 7- الرغبة في طردهم من البلاد (سبع نقاط).

وذلك على أساس أن العبارة الأولى تمثل أقصى درجة من درجات التقبل ، كما أن العبارة السابعة تمثل أقصى درجة من درجات التباعد والنفور، وان العبارات التي بين الطرفين تمثل درجات متوسطة بين التقبل الاجتماعي والتباعد الاجتماعي.

ومن الواضح انه كلما زادت درجة المفحوص على المقياس كلما كان ذلك دليلا على رغبته في إيجاد مسافة اجتماعية كبيرة بينه وبين الأشخاص موضوع الاتجاه والعكس صحيح، أي انه كلما قلت الدرجة كلما كان ذلك دليلا على أن المفحوص يحاول إلغاء المسافة الاجتماعية بينه وبين الأشخاص موضوع الاتجاه.
(محمد ربيع، 2011: 274-275)

11 4 -طريقة لازرفيلد:

تسمى هذه الطريقة بتحليل التكوين الكامل (Latenz Structure Analysis). ويرى لازرفيلد أن على الباحث أن يستنتج الحدة من خلال تحليل المحتويات بعكس طريقة كتمان التي تبين معرفة حدة الاتجاه مباشرة من السؤال الذي يختاره الفرد الذي يطبق عليه الميزان، وتشبه هذه الطريقة بطريقة تحليل الأحلام، إذ تتسم محتويات الحلم إلى المحتويات الظاهرة، التي تستنتج بالتحليل، ولذا تسمى استجابات الأفراد على الميزان بالمحتويات الظاهرة، بينما يشبه ما يستنتجه الباحث من هذه الإجابة المحتويات الكاملة، والهدف من الاستنتاج الحصول على معلومات وصفية تقابل النتائج الكمية التي يعطيها التحليل العملي، وهذه الطريقة ما زالت بحاجة إلى بحوث كثيرة تبين لنا فائدتها.
(راضي الكبيسي، 2000: 58)

خلاصة الفصل:

خلاصة القول أن موضوع الاتجاه من المواضيع ذات الأهمية البالغة، كونه يحدد استجابة الفرد لموضوع الاتجاه، هذه الاستجابة التي تسمح لنا بالتعرف على سلوك هذا الفرد وتحديدده، مما يزودنا بمعلومات تسمح لنا بتعديل هذا السلوك، سواء كان ايجابيا أو سلبيا، بحيث نقوم بتحسين السلوك الايجابي ونطوره ونعدل السلوك السلبي أو نغيره، من خلال مجموعة من الوسائل والطرق، فهو بذلك يختصر علينا كثير من الجهد والوقت ويحدد وجهتنا في نوع البرامج والمناهج التي نستعملها في التعامل مع الأفراد.

الفصل الثالث: —————

التربية الخاصة

- تمهيد.
- مفهوم التربية الخاصة.
- الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- المصطلحات المستخدمة في التربية الخاصة.
- أهداف التربية الخاصة.
- العلاقة بين التربية الخاصة والتربية العامة.
- الفرق بين أهداف التربية العامة والخاصة.
- حجم مشكلة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- حجم مشكلة الإعاقة في الدول العربية.
- التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة.
- أسس التربية الخاصة.
- الاعتبارات التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة.
- نماذج العلاج في التربية الخاصة.
- الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تطور التربية الخاصة في الوطن العربي.
- جهود الجزائر في ميدان رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر التربية الخاصة من المواضيع الحديثة في التربية، ظهر موضوعها كنتيجة للتطور الذي شهدته مختلف المجتمعات الإنسانية، هذا التطور الذي فرض حتمية الاعتناء بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وجعل منها مقياساً للتفريق بين المجتمعات المتقدمة وغيرها من المجتمعات، حيث أُعتبر إهمال أفراد هذه الفئة نوعاً من التخلف على مستوى مختلف الميادين. ضف إلى ذلك فشل التربية التقليدية في تنمية قدرات هذه الفئة من الأفراد، هذا كونها تحتاج إلى مناهج وبرامج تربوية تختلف باختلاف خصائصها وتنوعها كل على حسب قدراته عكس ما تتبناه التربية التقليدية أو العامة من برامج موحدة لكل الفئات، هذا ما يزيد من خطورة الموضوع وأهميته كونه يحدد نجاح نسبة معتبرة من أفراد المجتمع أو فشلها وما يترتب عليه من مشاكل تعود بالسلبية على الفرد نفسه وعلى المجتمع الذي ينتمي إليه، لذا حاولنا في هذا الفصل أن نتناول موضوع التربية الخاصة من حيث المفهوم، الأهداف، الأسس، والبرامج.

1 - مفهوم التربية الخاصة:

يستخدم مصطلح "التربية الخاصة" Special Education للدلالة على تلك المظاهر في العملية التعليمية التي تستخدم مع الأطفال المعوقين أو الأطفال الموهوبين ولا تستخدم مع الغالبية العظمى من الأطفال المتوسطين. وقد عرف ويبستر (Webster) مصطلح (خاصة) على أنه يعني عمليات تتميز بنوعية غير عادية، أو غير شائعة، أو إضافة إلى المعتاد، أو تستخدم بغرض خاص بالإضافة إلى الأغراض العادية، هذا التعريف يقبل التطبيق على البرامج التربوية الخاصة التي تشمل على تعديلات أو إضافات للخبرات التعليمية التي وضعت أصلاً للطفل العادي، إذ أنها خبرات فريدة في نوعها وغير شائعة وذات طبيعة خاصة وتعتبر إضافة إلى أساليب التعليم المستخدمة مع الغالبية العظمى من الأطفال. (فتحي عبد الرحيم، حليم بشاي، 1982: 30)

كما تعرف التربية الخاصة على أنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة، والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم على التكيف. (عبد الحافظ سلامة وآخرون، 1999: 67)

ويقصد بالتربية الخاصة مجموعة البرامج التربوية والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية، وذلك لرفع مستوياتهم في جميع المجالات التي تتوافق مع قدراتهم العقلية والبدنية حتى يتكيفوا مع البيئة والمجتمع، وتشمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات خاصة، بالإضافة إلى خدمات مساندة. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 27-28)

كما يعرف هيوارد واورلانكسي (Heward & Orlandky): التربية الخاصة بأنها "مهنة لها أدواتها وأساليبها وجهودها البحثية التي تركز بمجملها على تطوير

العملية التعليمية وتحسين أساليب تقييم الحاجات التعليمية للأطفال الراشدين ذوي الحاجات الخاصة." ومن البعد العملي فالتربية الخاصة هي "جملة من الأساليب الفردية والمنظمة تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً ومواد ومعدات خاصة، وطرائق تربوية خاصة ومكيفة، إجراءات علاجية محدودة، تهدف إلى مساعدة ذوي الحاجات الخاصة على تحقيق الحد الأعلى الممكن من الكفاية الذاتية الشخصية والنجاح الأكاديمي". (زيد سمين، 2012: 315)

ويمكن تعريف التربية الخاصة بأنها جملة البرامج التعليمية والتربوية الوقائية والعلاجية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين بهدف رعايتهم ومساعدتهم على تنمية قدراتهم، وتحقيق أهدافهم وتنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو ذواتهم، بما يحقق لهم أكبر قدر من التوافق الشخصي والتربوي والمهني والاجتماعي. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 21)

أما تعريف التربية الخاصة والذي اعتمده الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي فهو أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والمصممة بشكل خاص لمواجهة حاجات الأفراد المعوقين، والتي لا يستطيع معلم الصف العادي تقديمها، وتتضمن الأساليب والوسائل الخاصة والمساعدة في تسهيل تعليم المعاقين وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن. (ماجدة عبيد، 2009: 18)

كما عرفتها اليونسكو: على أنها "التربية التي تستهدف داخل صفوف خاصة ومجموعات ومؤسسات خاصة، أطفال يمثلون حالات استثنائية، وفي العديد من البلدان، تعتبر التربية الخاصة على أنها من اختصاص التعليم المدرسي والجامعي المطلق الذي توضع في إطاره مناهج خاصة بالأطفال اليا فعين المصابين بإعاقات جسدية أو عقلية أو نفسية، وتكون متكيفة مع احتياجاتهم، أو تعتمد فيه طرائق تعليمية خاصة". (جاجان محمد، ليث حبيب، 2011: 6)

ويصف تلفورد وساوري (Telford & Sawrey, 1972) التربية الخاصة كالاتي:

تحاول التربية الخاصة توفير برامج تربوية للأطفال غير العاديين معادلة لتلك المتوفرة للأطفال العاديين وان اختلفت عنها، ورغم ما بين الطفل العادي والطفل غير العادي من عوامل مشتركة، إلا أن التربية الخاصة تأخذ في الاعتبار ما للطفل من خصائص غير عادية، وأول خاصية للطفل غير العادي هو أنه طفل، ولكنه أيضا مختلف، إن هذا الاختلاف هو الذي يجعل التربية الخاصة ضرورية. (مصطفى أحمد، 1996: 13-14)

2 - الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة:

الفئات الخاصة هم مجموعات من أفراد المجتمع ينحرفون عن مستوى الأفراد العاديين، بالنسبة لخصائصهم الجسمية والنفسية والعقلية، الأمر الذي يتطلب توفير الرعاية الخاصة بهم بما يتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم وظروفهم الخاصة، حتى يتمكن

الوصول بهم إلى مستوى أفضل من التوافق الشخصي أو النفسي أو الاجتماعي.
(محمد غباري، 2003: 13)

كما عرفهم عبد الهادي (2000): الأطفال غير القادرين على مجاراة الآخرين تعليمياً أو تحصيلياً في موضوع دراسي ما وهذا يعود لأسباب ظاهرة وكامنة بحاجة إلى عملية تشخيص. (فتحي الجبوري، عمار كرومي، 2011: 116)

وعرف كيرك (Kirk, 1985) الطفل غير العادي باعتباره "الطفل الذي يختلف عن الطفل العادي أو المتوسط في:

- الخصائص العقلية.
- القدرات الحسية.
- الخصائص العضلية والعصبية أو الجسمية.
- السلوك الاجتماعي أو الانفعالي.
- القدرات التواصلية.
- إعاقات متعددة.

إلى هذا المدى الذي يستلزم تعديلاً في الاحتياجات المدرسية، أو يحتاج إلى خدمات تربوية خاصة، كي ينمو إلى أقصى ما تتيحه له إمكانياته. (مصطفى أحمد، 1996: 14)

أما دن (Dunn, 1973) فيقول حول الطفل اللاسوي: "إن الطفل غير السوي يحمل هذه التسمية فقط عندما يكون الانحراف في خصائصه البدنية أو السلوكية من النوع المتضمن عجزاً أو قصوراً لأمر تعليمية خاصة، ومن خلال المحاولة يمكن تحديد ما إذا كان هذا الطفل يستطيع أن يحقق توافقا أفضل وتقدماً مدرسياً أفضل من خلال العطاءات التعليمية الخاصة مباشرة أو غير مباشرة بأكثر مما يستطيع تحقيقه في ظل برنامج مدرسي عادي". (ماجدة عبيد، 2000: 17)

وتشمل فئات غير العاديين الفئات التالية:

2 1 - الإعاقة العقلية:

يتمثل التعريف الراهن للتخلف العقلي الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في ذلك التعريف الذي أقرته لجنة المصطلحات والتصنيف بها في عام 1992 والذي ينص على أن:

التخلف العقلي يعد بمثابة حالة تشير إلى أوجه القصور الأساسية التي يشهدها الأداء الوظيفي الراهن للطفل، وتتسم مثل هذه الحالة في الأساس بانخفاض الأداء الوظيفي العقلي للطفل عن المتوسط بشكل دال إحصائياً، ويتزامن ذلك مع أوجه قصور أخرى ترتبط به وذلك في مجالين اثنين أو أكثر من المجالات التطبيقية التالية للمهارات التكيفية، أو التي ترتبط بالسلوك التكيفي والتي تتمثل في المجالات التالية، شريطة أن يحدث التخلف العقلي قبل وصول الفرد الثامنة عشرة من عمره، وهذه المجالات هي:

- 1 - التواصل.
- 2 - العناية بالذات .
- 3 - الحياة المنزلية.
- 4 - المهارات الاجتماعية.
- 5 - استغلال المصادر المجتمعية.
- 6 - توجيه الذات.
- 7 - الصحة والأمان.
- 8 - الأداء الوظيفي الأكاديمي.
- 9 - قضاء وقت الفراغ.
- 10 - العمل.

وكان من الشائع سابقا أن يتم تشخيص الأطفال علي أنهم متخلفون عقليا على نسبة ذكائهم فقط، أما الآن فيتم النظر إلى نسبة الذكاء على أنها لا تعد مقياسا دقيقا لذلك لأنها لا تزيد عن كونها مؤشر واحد يدل على قدرة الفرد على الأداء الوظيفي العقلي. وقد رأى المختصون أن يراعوا المهارات التكيفية إلى جانب نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلي، لأنهم أدركوا أن نسبة ذكاء بعض الأطفال قد تكون منخفضة ولكنهم مع ذلك يظلون منتبهين أو واعين وقادرين على مسايرة الآخرين أو المواقف المختلفة كأن يتمكنوا من مسايرة الأقران أو تلك الوظائف التي قد يشتغلون بها بعد أن ينهوا المدرسة على سبيل المثال . (هلهان، كوفمان، 2008: 254-255)

2 2 - الإعاقة البصرية:

يعرف الأطفال المعاقون بصريا بأنهم: "الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية - الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا الإنجاز التربوي والإنجاز الأكاديمي". (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 165)

يشخص الولد بأنه ذو قصور بصري وفق قياسين أساسيين هما: قياس حدة البصر وقياس مجال الرؤية.

• قياس الحدة البصرية:

هو فحص للبصر لتحديد القدرة البصرية. يستطيع الشخص العادي رؤية الأشياء من بعد 60 مترا (200 قدم) أما ذو القصور البصري فلا يستطيع رؤيتها إلا من بعد 6 أمتار (20 قدم) حتى بعد التصحيح البصري، فتكون نتيجة فحصه (60/6) (200/20)، ومن قياسات الحدة البصرية المعروفة قياس Senellen Chart.

• قياس مجال الرؤية:

وهو فحص يحدد ضيق مجال الرؤية أو وسعه عند الشخص، ويكون هذا المجال 160 درجة عند الشخص العادي، أما عند ذي القصور البصري فهو دون ال 20 درجة.

واستعمال هذين القياسين يساعد قانونيا على تحديد القصور البصري عند الأشخاص،
لمتابعتهم وتأمين لوازهم وحاجاتهم الأساسية. (ريم معوض، 2004: 220)

2 3 - الإعاقة السمعية:

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة فعلى
سبيل المثال يهتم الأطباء والعاملون في مجال القانون على درجة فقدان السمع وذلك
من أجل التمييز بين ضعاف السمع والمصابين بالصمم الكامل بينما يهتم التربويون
بالمضامين التربوية والآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل.

مما سبق نستنتج أن مصطلح الإعاقة السمعية يشير إلى المشكلات السمعية التي
تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعى (Hearing of)
(Hearing) إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم (Deafness)، ومن هنا يعرف الصمم
على انه درجة من فقدان السمعى تزيد عن (70) ديسبل للفرد تحول دون اعتماده على
حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماعات أو بدونها. أما ضعف السمع فهو درجة
من فقدان السمع تزيد عن (35) ديسبل وتقل عن (70) تجعل الفرد يعاني من صعوبات
في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماعات أو بدونها. (مصطفى
القمش، خليل المعاينة، 2010: 82)

2 4 - الإعاقة الحركية:

يعرف سيد فهمي الإعاقة الجسمية (البدنية) بأنها كل ما يتصل بالعجز في وظيفة
أعضاء الجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف، أو أعضاء متصلة بعملية
الحياة البيولوجية كالقلب والرئتين وما أشبه، والمقصود بالإعاقة الجسمية ليس حالات
الأمراض العارضة التي لا يترتب عليها عجزا حقيقيا في قدرة الفرد الطبيعية على أداء
دوره الاجتماعي، ولكن المقصود بها الإصابة الجسمية التي لها صفة الدوام والتي تؤثر
تأثيرا حيويا على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيرا تاما أو نسبيا. (عبد
الرحمن سليمان، 2001: 17)

2 5 - الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية. وخلال الثلاثين عاما
الأخيرة، ظهر عدد من التعريفات من قبل التربويين والأخصائيين النفسيين. ويعود عدم
وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام إلى أسباب متعددة، فلقد أشار كل من هالاهان
وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1982) إلى تلك الأسباب وهي:

- عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.
- صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
- تباين السلوك والعواطف.
- تنوع الخلفيات الثقافية المتعلقة بالسلوك.

- تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتخدمهم. (خولة يحي، 2000: 16)

ومن التعريفات الأكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو التعريف الذي طوره بور (Bower 1969/1978) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين، يعرف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الأطفال المضطربون يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو جسمية صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطويع أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية. (مصطفى القمش خليل، المعاينة، 2007: 15-16)

وعرف روس الاضطراب السلوكي بأنه اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد. (جمعة يوسف، 2000: 30)

كما يعرفها جروبرد 1973 بأنها تشكيلة من السلوكات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ، وتتكسر باستمرار (مزمنة)، وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع، والعنوان، والاكتئاب، والانسحاب. (جمال القاسم وآخرون، 2000: 16)

أما في ما يخص نسبة الانتشار فلا توجد تقديرات مؤكدة حول انتشار اضطرابات السلوك، حيث تشير الدراسات إلى اختلاف واضح في تقديرات انتشار اضطرابات السلوك تعزى للتباين في التعريفات المستخدمة، وكذلك للتباين في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، بالإضافة إلى اختلاف المنهجية المستخدمة من قبل الباحثين لتحديد أعداد الأفراد المضطربين. التقديرات المنخفضة تشير إلى نسبة اقل من (1%) في حين أن التقديرات غير المتحفظة تشير إلى أكثر من (20%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك. (مصطفى القمش، خليل المعاينة، 2007: 21)

أما مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية (1975) يقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعاليا بحوالي 2%، أما باور (1969) فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعاليا بحوالي 10% من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية. (جمال القاسم وآخرون، 2000: 67) ويقدر البعض وبتحفظ نسبة الأطفال الذين يعانون

من اضطرابات سلوكية وانفعالية من 3-6% (Kauffman, 1989). (خولة يحيى، 2000: 23)

2 6 - اضطرابات التواصل:

إن القدرة على فهم واستخدام اللغة سمة إنسانية، فاللغة هي الوسط الذي ينظم الإنسان تفكيره من خلاله ويعبر عن أفكاره على نحو يفهمه الآخرون ويستوعبونه. واللغة تمكننا من التعبير عن حاجتنا الأساسية وتزودنا بطرق ووسائل لمعرفة عالمنا وتمكننا من القيام بوظائفنا كمخلوقات اجتماعية. والأفراد الذين لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم بطريقة فعالة أو مقبولة قد يواجهون صعوبات جمة. فقد كتب هيوارد (Heward, 2000) يقول: "إن التواصل مهارة مركزية بالنسبة للوجود الإنساني، فالأطفال الذين يعجزون عن التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بالكلمات أو الأذن لا يستطيعون اكتساب المعلومات بالاستماع أو القراءة يواجهون بالتأكيد مشكلات في المدرسة وفي الحياة بشكل عام. وإذا ما استمرت هذه المشكلات فقد يواجهون بالتأكيد مشكلات في المدرسة وفي الحياة بشكل عام. وإذا ما استمرت هذه المشكلات فقد يكون من الصعوبة بمكان عليهم أن يتعلموا وأن يكونوا علاقات مرضية مع الآخرين". (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 224)

وتعرف اضطرابات التواصل على أنها عبارة عن اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو طلاقة الكلام أو التأخر اللغوي أو في عدم تطور اللغة التعبيرية أو الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى البرامج التربوية. ومن المؤشرات على ذلك:

- إذا أصبحت عملية إرسال واستقبال الرسائل الكلامية غير مفهومة وخاطئة ومشوشة.
- إذا شكلت هذه الاضطرابات صعوبة في التواصل لدى الفرد وفي تكيفه الاجتماعي.
- إذا تركت هذه الاضطرابات أثرا سلبيا على النمو الانفعالي لدى الفرد.
- إذا جلبت انتباه الآخرين بشكل سلبي. (سعيد العزه، 2001: 165)

كما تميز الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع بين نوعين من اضطرابات التواصل الأول: هو اضطراب الكلام وهو عبارة عن خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يتم ملاحظته أثناء إرسال الرموز اللفظية من قبل الآخرين.

أما الثاني فهو اضطراب اللغة وهو عبارة عن خلل في تطور واستخدام الرموز اللفظية الكلامية أو المكتوبة للغة، والاضطراب قد يشمل جميع جوانب اللغة التالية أو إحداها وفي شكل اللغة مثل القواعد والتراكيب أو محتوى اللغة أي المعاني أو وظيفة اللغة وهو الاستخدام الاجتماعي للغة. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 176)

أما في ما يخص معدل انتشار اضطرابات النطق غير معروفة، حيث تختلف هذه المعدلات من مجتمع لآخر وطبقا للمحكات التشخيصية، ذكر أن هذه الاضطرابات تقدر في حدود 10% بين الأطفال دون الثامنة وبنسبة 5% من سن 17 سنة، وذكر في DSM IV أن اضطرابات النطق تنتشر بنسبة 2 – 3% بين الأطفال في عمر 6 – 7 سنوات، وهي الأكثر شيوعا بين أقارب الدرجة الأولى لوالدين لديهما هذا الاضطراب. (سعید العزالي، 2011: 127)

ويقدر كيرك Kirk نسبة مشكلات النطق الشديدة بحوالي 7% في الصف الأول الأساسي وتصبح 1% في الثالث الأساسي و 0.2% في الصف الثالث الثانوي ولعل السبب في انخفاضها هو قابليتها لعلاج والحقيقة فإنه سيكون من الصعب تحديد نسبة هذه الإعاقة نظرا لأن ذوي الإعاقات الأخرى مثل الإعاقة العقلية، يعانون من مثل هذه الاضطرابات. (سعید العزه، 2001: 166)

7 2 - صعوبات التعلم:

ظهر مصطلح صعوبات التعلم لأول مرة في عام 1963، على يد العالم صمويل كريك، وبعد مدة وجيزة من ذلك التاريخ، منح مكتب التعلم في الولايات المتحدة مسؤولية تمويل برامج تربوية خاصة بفئة الأطفال ذوي صعوبات التعلم، و كان لابد لهذا المكتب – لأسباب تتعلق بالتمويل – الوصول إلى صيغة مقبولة لتعريف صعوبات التعلم، وقوام صعوبات التعلم المحددة تعني الاضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية ذات الصلة بفهم أو استخدام – سواء - اللغة المكتوبة أو المنطوقة وهذا الاضطراب قد يتضح من خلال ضعف القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الحساب، ويشمل هذا حالات مثل الإعاقات الإدراكية و التلف الدماغى و الخلل الدماغى البسيط و عسر القراءة و الحبسة الكلامية النمائية، و لكن هذا المصطلح لا يشمل على المشكلات التعليمية التي تكون ناتجة أساسا عن الإعاقة البصرية أو السمعية أو الحركية أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي أو الحرمان البيئي أو الثقافي أو الاقتصادي، ويعد التعريف من التعريفات الأكثر استخداما بسبب تبني القانون العام له. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 172)

ولقد أخذ الكثيرون على التعريف الرسمي منذ أن قدمته اللجنة الاستشارية الوطنية بالرغم من تعديله عام 1975 عدة أمور. (راضي الوقفي، 2011: 39)

وتأسيسا على ذلك فقد نادى ثمانى جمعيات ومؤسسات أمريكية ذات اهتمام بصعوبات التعلم عملت تحت عنوان " اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم NJCLD وقدمت تعريفا عام 1981 وعدلته عام 1988 ليعكس المعارف الجديدة ويتخلص من أي غموض فيه. وما لبث أن أعادته في عام 1994. يعد هذا التعريف من أكثر التعاريف قبولا وانتشارا إذ حاولت اللجنة اعتماد التعريف الرسمي ولكنها سعت إلى تلافي الاعتراضات السابقة التي أثرت عليه ولهذا جاء التعريف المعدل (1994) ينص على ما يلي:

صعوبات التعلم مصطلح عام يقصد به مجموعة متغايرة من الاضطرابات تتجلى على شكل صعوبات ذات دلالة في اكتساب استعمال مهارات الاستماع، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التفكير، أو الذاكرة أو القدرات الرياضية. وتتصف هذه الاضطرابات بكونها اضطرابات داخلية في الفرد يفترض أنها عائدة إلى قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أن تحدث عبر فترة الحياة، كما يمكن أن يواكبها مشكلات في سلوك التنظيم الذاتي، والإدراك الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي دون أن تشكل مصاحبة لأحوال أخرى من الإعاقة (كالتلف الحسي أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي الحاد) أو مصاحبة لمؤثرات خارجية (كالفروق الثقافية أو التعليم غير الكافي أو غير الملائم) إلا أنها ليست ناتجة عن هذه الأحوال أو المؤثرات. (راضي الوقفي، 2011: 40)

2 8 - الموهبة:

يرى "جريندر" (1985) أن من المسلم به أن تعريف التفوق يتأثر بالمرحلة التاريخية وطبيعة التفكير السائد فيها، وقد اعتبرت الموهبة في العصور الوسطى نزعة شيطانية لذلك تم التعامل مع الموهوبين بنفس الطريقة التي كان يعمل بها السحرة، وفي بداية عصر النهضة اعتبرت الموهبة شكلا من أشكال الأمراض العصبية.

وفي القرن التاسع عشر- وهي الفترة التي سادت فيها أفكار "داروين" و"توماس هسكلي" و"هربرت سبنسر" ساهمت هذه الأفكار في تقديم منظور جديد للطبيعة البشرية واعتبرت الموهبة جزءا من عملية الانتقاء الطبيعي. (عبد الرحمن سليمان، صفاء أحمد، 2001: 9)

وقد تعددت تعريفات الطفل الموهوب من قبل الكثير من علماء النفس والتربية بموضوع الطفل الموهوب، وتقسم تلك التعريفات إلى مجموعتين، تمثل الأولى مجموعة التعريفات الكلاسيكية التقليدية والتي تركز على مقدار القدرة العقلية والمعبر عنها بنسب الذكاء، والتي اعتبرت نسبة الذكاء 130 حداثا فصلا بين الموهوبين وغيرهم من فئات الأطفال على منحى التوزيع الطبيعي. (فاروق الروسان، 2000: 15) وفئة أخرى اعتمدوا على معايير متعددة على رأى كل من باسو وويتي وتورانس وغيرهم، حيث اعتبروا الموهوب هو الفرد الذي يبدي أداء متميز في البعد الأكاديمي إضافة إلى تميزه في بعد أو أكثر من الأبعاد التالية:

- القدرة العقلية العامة.
- الاستعداد الإبتكاري.
- الاستعداد الأكاديمي.
- القدرات القيادية.
- المهارات الفنية.
- المهارات الحركية. (تيسير صبحي: 1992)

كما عرف سيدني مارلاند Marland, 1972 المتفوقين عقليا في تقريره الذي قدمه للكونجرس الأمريكي في أغسطس 1971 بأنهم "هؤلاء الأطفال الذين يملكون قدرات وإمكانات غير عادية، تبدو في أداءاتهم العالية المتميزة، والذين يتم تحديدهم من خلال خبراء متخصصين مؤهلين ومتمرسين". (فتحى الزيات، 2002: 39)

ويستطرد التقرير محددًا مجالات وفئات التفوق العقلي من خلال الأداءات العالية المتميزة وغير العادية لمتفوقين عقليا في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

- القدرة العقلية العامة General intellectual ability.
- الاستعداد الأكاديمي الخاص Specific academic aptitude .
- التفكير الإبتكاري أو الإنتاجي Creative or productive thinking.
- القدرة القيادية Leadership ability.
- الفنون البصرية/ المرئية أو الأدائية Visual or performing arts.
- القدرات الحركية Psychomotor abilities.

ووفقا لهذا التعريف الشامل المتعدد الأبعاد والمجالات للتفوق العقلي، فإنه من المتوقع أن تصل نسبة المتفوقين عقليا داخل أي نظام مدرسي عادي إلى (10-15%) أو أكثر من المجتمع الطلابي، أي أن 6/1 سدس المجتمع الطلابي تقريبا يقه في عداد المتفوقين عقليا. (نفس المرجع السابق: 40)

2 9 - التوحد:

تعرف منظمة الصحة العالمية الذاتية من خلال دليلها العاشر لتصنيف الأمراض (1992) بأنه نوع من الاضطراب النمائي يعرف بنماء غير طبيعي أو مختل، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات وبنوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك المقيد التكراري. (إيهاب خليل، 2009: 38)

ويعرّف التوحد بأنه عجز يعيق تطور المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية. (كوثر عسيلة، 2006: 15).

كما عرف Leo Kanner المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال، وأطلق عليه بالتوحد الطفولي المبكر Early Infantile Autism وذلك عام 1943، وعرف التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر الآتية:

- صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين.

- انخفاض في مستوى الذكاء.
 - العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع.
 - الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.
 - الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية.
 - اضطرابات في المظاهر الحسية.
 - اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.
 - ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية.
 - الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب.
- (سوسن مجيد، 2007: 21-22)

أما في ما يخص نسبة انتشار التوحد فتقدر تقريبا 4 - 5 حالات كلاسيكية في كل 10.000 مولود ومن 14 - 20 حالة (أسبرجر) توحد ذا كفاءة أعلى. كما أنه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات بنسبة 4 : 1. وللتوحيدين دورة حياة طبيعية، كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الزمن، ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية في العائلات. (محمد عليوات، 2007: 50-51)

بعبارة أخرى، فالشخص ذو الحاجات الخاصة هو الشخص الذي يختلف اختلافا ملحوظا عن الأفراد الذين يعتبرهم المجتمع أشخاصا طبيعيين أو عاديين. إنه الفرد الذي يكون نموه ملحوظا عن الأفراد الذين يعتبرهم المجتمع أشخاصا طبيعيين أو عاديين. انه الفرد الذي يكون نموه أعلى من المتوسط أو أدنى منه بشكل جوهري، والمقصود بالاختلاف الملحوظ أو الجوهري هو الاختلاف الذي يتعدى حدود المدى الطبيعي للاختلاف أو التباين، فالمتوسط ليس خطأ ولكنه مدى واسع نسبيا وكثيرون جدا هم الذين يختلفون عن الوسط النظري دون أن يعتبروا ذوي حاجات لأن اختلافهم لا يجعلهم يصنفون خارج مدى التباين الطبيعي أو الاعتيادي. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 14)

كذلك، قد يجد الدارس لموضوع التربية الخاصة مصطلحات تدل على فئة الأفراد غير العاديين مثل مصطلح الأطفال المعوقين (Handicapped Childre)، ويعكس هذا المصطلح فئات الأفراد غير العاديين السابقة عدا فئة الموهوبين، كما قد يكون من المناسب التمييز هنا بين مصطلحي الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals) ومصطلح الأفراد غير الأسوياء (Abnormal Individuals)، إذ يقصد بالثاني تلك الفئة من الأفراد التي تعاني من الأمراض النفسية أو العقلية. (فاروق الروسان، 2007: 18)

ويعتبر مصطلح "ذوو الاحتياجات الخاصة" هو المصطلح المستخدم هذه الأيام. والحقيقة أن هذا المصطلح قد لقي استحسانا بين العاملين في مجال "الاحتياجات الخاصة" لأنه مصطلح محايد ولا يحمل بين طياته قيما أو دلالات قد تكون موجبة أو

سالبة، كما أنه شامل أي يضم كل أو على الأقل معظم الذين يظلمهم المصطلح بمطلته.
(محمد مقداد، 2006: 35)

3 - المصطلحات المستخدمة للإشارة إلى الإعاقة:

3 1 - الاعتلال (القصور) Impairment:

تستخدم المراجع العلمية مصطلح الاعتلال أو الضعف أو القصور (Impairment) للإشارة إلى أدنى درجات الاختلاف عما هو طبيعي أو اعتيادي، وقد يكون هذا الاختلاف نفسيا أو جسما وقد يكون مؤقتا أو دائما. وعلى وجه التحديد، فالاعتلال مصطلح انبثق عن الأدبيات الطبية. وثمة حاجة إلى الكشف عن الاعتلال ومعالجته مبكرا لكي لا يتحول إلى عجز. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 14)

3 2 - العجز Disability:

الفرد العاجز: هو الذي يعاني من عجز أو صعوبة في أداء وظائفه الفسيولوجية والنفسية الناتجة عن خلل جسمي أو عقلي دائم كالعجز في البصر أو السمع أو الحركة، وبهذا فإن العجز يعكس ما يترتب على الخلل في أداء الوظيفة والفاعلية لدى الفرد. وبعبارة أخرى يقصد بالعجز: السلوك الخاص بانجاز مهمة ولا يتضمن إلا مستوى محدود من الاستعداد في مجال تلك المهمة، أما الخلل فيقصد به: الإصابة أو الشذوذ في البنية الجسمية الناتج عن أي سبب خلقي أو بيئي، وما يترتب على ذلك من عجز أو صعوبة في أداء الوظيفة كأن نتحدث عن الخلل السمعي أو البصري أو النطقي.
(أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 331-332)

3 3 - الإعاقة Handicap:

الإعاقة لغة: من العوق وقد جاءت بمعان عديدة ومختلفة في اللغة العربية وكأنها من الأضداد – كما قال ابن منظور – إلا أن المعنى المطلق والجاري على السنة العوام أنها الحبس والعرف يقل: عاقه عن الوجه الذي أراده أي حبسه وفي التنزيل الحكيم قوله تعالى: "قد يعلم الله المعوقين منكم" (الأحزاب: 180) وهو قوم من المنافقين كانوا يثبطن أنصار النبي عليه السلام من نصرته عليه الصلاة والسلام. (هيفاء الزبيدي، 2010: 176)

كما ورد في لسان العرب لابن منظور أنه شاع استخدام كلمة "معاق" للدلالة على من به عائق يعوقه عن ممارسة حياته بالشكل السوي خلقيا. و"المعاق" اسم المفعول من "أعاق" الرباعي المزيد، لكن أعاق لم ترد في العديد من معاجم اللغة، وإنما ورد "عاق – إعتاق – عوّق"، واسم المفعول من "عاق" "معوق" ومن "عوّق" "معوّق" وعاقه عن الشيء يعوقه عوقا: صرفه وحبسه، ومنه التعويق والإعتاق، و"عوق" أصل صحيح يدل على المنع والاحتباس فكل ما منعك عما تريد فهو عائق، وعوائق الدهر الشواغل من أحداثه. (عياش صباح، 2011: 15)

ويعرف عبد المنعم حنفي الشخص المعاق بأنه : الفرد الذي يملك من القدرات ما هو دون المستوى، أو الذي به عيب أو نقص تشريحي أو وظيفي يجعله غير قادر على منافسة أقرانه، وقد تكون الإعاقة عقلية أو نفسية أو جسمية. (لخضر غول، 2011: 191)

كما تذكر قواميس اللغة أن كلمة الإعاقة تعنى ما يصرف الإنسان عن عمل ما أو يؤخره عنه. فإذا أخذنا بهذا المعنى وخاصة إذا استعمل في مجال قيام الإنسان بوظائفه النفسية المختلفة وبينها الوظائف الحركية، قلنا أن الإعاقة التي تقف في وجه وظيفة ما هي ما يصرف الإنسان أو يؤخره عن القيام بما تقضيه تلك الوظيفة. (نبيل سليمان، 1993: 13)

يعرفها أيضا محمود حسن بأنها نوع من القصور الولادي أو المكتسب من أعضاء الجسم أو الحس فيقلل أو يعرقل نهائيا الاستفادة من ذلك العضو أو يمنعه نهائيا من القيام بالوظيفة الأساسية أو العادية، وهي كذلك التي تربط بعدم قدرة الفرد على مزاوله العمل الذي يوفر الكسب. (عمران القيب، 2006: 60)

كذلك، يعرف الشخص المعوق على أنه كل شخص تعوقه أسباب بدنية أو حسية أو فكرية عن إشباع احتياجاته واستكمال تعليمه بالطرق العادية في التربية، كما أنه فرد نقصت إمكانياته إلى حد كبير، بينما يراه آخرون على أنه كل فرد يختلف عن يطلق عليهم لفظ سوي أو عادي جسميا أو عقليا أو نفسيا أو اجتماعيا إلى الحد الذي يستوجب عمليات تأهيلية خاصة وحتى تحقق تكيف تسمح به قدراته الباقية. (مريم حنا، 2010: 26)

إذن فالإنسان المعوق وعلى ضوء هذا التعريف هو كل شخص حبسته علة ما عن أداء حاجاته أو هو كل شخص أصابه نقص أو قصور عن الإنسان السوي في بدنه أو عقله. وهذا النقص أو العجز تسمى إعاقة، فهي إذا حالة تحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من العناصر الأساسية للحياة اليومية من قبيل العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية وهذا المفهوم حسب ما أوضحته منظمة الصحة العالمية. (هيفاء الزبيدي، 2010: 176)

بالإضافة إلى ذلك، عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1976 على أنها " حالة وجود صعوبة في القيام بعمل يعد أساسيا بالنسبة لنشاط الشخص اليومي كالاكتفاء بالنفس أو القيام بنشاط اقتصادي أو اجتماعي يتناسب مع العمر والجنس والدور الطبيعي في المجتمع . (راضي الكبسي، 2000: 24)

كما يعرف ميثاق الثمانينات (1980 – 1990) رعاية المعاقين الإعاقة بأنها تقييد أو تحديد لمقدرة الفرد على القيام بواحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من المكونات الأساسية للحياة اليومية مثل القدرة على الاكتفاء بالنفس ومزاوله العلاقات الاجتماعية

والأنشطة الاقتصادية وفي المجال الطبيعي. وقد ينشأ العجز نتيجة لخلل جسماني، حسي أو عقلي أو إصابة ذات طبيعة فسيولوجية أو نفسية أو تشريحية.

ويرى "ستفنز" Stevens, G.D. (1962) أن هذا التعريف يميز بين الإعاقة والعجز، بما يتفق مع ما أسفرت عنه بعض الدراسات الحديثة، حيث لاحظ أن الكثيرين يستخدمون مصطلحات مثل العجز Disability، والإعاقة Handicap، بشكل متبادل دون التمييز بينهما، ويرى أن على الأخصائيين في مجال التربية الخاصة، أن يفرقوا بين هذين المصطلحين، إذ أنهما يحملان في طياتهما انعكاسات بالغة الأهمية على الأساليب التربوية والعلاجية. (عبد الرحمن سليمان: 15)

وثمة مصطلحات مختلفة تستخدم للإشارة إلى حالات العجز والإعاقة ومنها : الاضطرابات (Disorders)، والحالات الخاصة (Exceptionalities) كذلك تستخدم مصطلحات أخرى في العلوم الطبية ومنها : التشوهات (Deformities) والعيوب (Defecs) وعلى أي حال، فالمصطلح الأكثر قبولا حاليا هو مصطلح الأفراد ذوو الحاجات الخاصة (Individuals With Special Needs) لما للمصطلحات السابقة جميعا من مدلولات سلبية. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 15)

4 - أهداف التربية الخاصة:

الهدف العام للتربية هو تحقيق الكفاءة الشخصية والاجتماعية والمهنية لذوى الاحتياجات الخاصة:

ويقصد بالكفاءة الشخصية:

- مساعدة ذوى الاحتياجات الخاصة على الحياة الاستقلالية والاكتفاء والاعتماد على النفس.
- تمكينهم من تصريف شئونهم الشخصية بدرجة تتناسب وظروفهم الخاصة بحيث لا يكونون عالة على الآخرين وذلك بتنمية إمكانياتهم الشخصية واستعداداتهم العقلية والجسمية والوجدانية والاجتماعية.
- تدريبهم على أساليب الأمان وكيفية درء المخاطر عن أنفسهم أثناء التعامل في المواقف التي يمرون بها والأشياء التي يستخدمونها ويتعاملون معها في حياتهم اليومية.

ويقصد بالكفاءة الاجتماعية:

- غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المثمرة مع الآخرين.
- تحقيق التوافق الاجتماعي لدى ذوى الاحتياجات الخاصة .
- إكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة والاختلاط والاندماج في المجتمع.
- إشباع احتياجاتهم النفسية إلى الأمن والحب والثقة بالنفس.

- التقليل من شعورهم بالقصور والعجز والدونية.

ويقصد بالكفاءة المهنية:

- إكساب ذوى الاحتياجات الخاصة بعضا من المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة كأعمال الزخرفة والتريكو والتطريز والنسيج والسجاد والآلة الكاتبة والميكانيكا والسمكرة وغيرها.
 - التدريب على ممارسة هذه المهن وغيرها يساعدهم على الشعور بقيمتهم وينمي اعتبارهم لذواتهم وينمي إحساسهم بالرضا والإشباع ويقلل من شعورهم بالعجز وربما قد يؤدي بهم أو ببعضهم إلى الكفاية الاقتصادية الذاتية.
- (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 28-29)

ومن ثم فإن التربية الخاصة تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد طرق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية (Individualized Educational Plan, IEP).
- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين، أو المعوقين عقليا، أو المعوقين سمعيا،... الخ.
- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية. (فاروق الروسان، 2007: 19)

معنى هذا أن التربية الخاصة لا تهدف إلى الوصول بالطفل غير العادي، لأن يصل إلى مستوى الطفل العادي في إطار حاجاته الخاصة، بل تسعى لأن توفر الظروف لكل طفل حتى ينمو بحسب ما تسمح به إمكانياته وقدراته، بحيث لا تتطلب من أي طفل أن يصل إلى مستوى معين سبق تحديده، بل يتم الاكتفاء بتهيئة الظروف وتقديم الخدمات وتوجيه الأطفال وتنويع الخبرات، وترك المجال مفتوحا أمام كل طفل منهم كي ينمو إلى المستوى الذي لا يستطيع أن يتعداه. (غسان أبو فخر، 2004: 21)

5 - العلاقة بين التربية الخاصة والتربية العامة:

أضحت العلاقة بين التربية الخاصة و التربية العامة خلال الثمانينات من القرن الماضي موضع اهتمام كبير من أولئك المهتمين بوضع السياسات، والباحثين، والمدافعين عن الأطفال غير العاديين. ومنذ ذلك التاريخ ظهرت خطط ومقترحات بحثية تتعلق بتغيير العلاقة التي توجد بين هذين النمطين من التربية وهما التربية العامة والتربية الخاصة. وقد تضمنت مثل هذه الخطط دعوات وآراء بإعادة هيكلة الاثنين أو دمجهما

معاً في كيان واحد وهو الأمر الذي يعرف بمبادرة التربية العامة Regular Education Initiative REI أما في التسعينات فقد أطلق على المقترحات أو الخطط الإصلاحية اسم حركة الاندماج الشامل أو الاحتواء في المدارس inclusive schools movement وقد اقترح المؤيدون المعتدلون لهذه الحركة الإصلاحية أن يتحمل معلم التعليم العام قدراً أكبر من المسؤولية حول العديد من الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة أو المتوسطة، أما معلم التربية الخاصة فيقوم في الأساس بتقديم النصيحة أو توفير المصادر لمعلم الصف العادي حتى يتمكن من تعليم الأطفال غير العاديين وبذلك يقل دوره المعروف في مجال التربية الخاصة. أما الإصلاحيون الأصوليون فقد اقترحوا أن يتم التخلص من التربية الخاصة كجزء أو كيان مستقل ومحدد من التربية، فنادوا بالتالي بضرورة وجود نسق تربوي واحد وموحد يتم من خلاله النظر إلى كل الطلاب بنوع من التفرد والخصوصية، ويتم كذلك تقديم نفس كيف التعلم أو التربية لهم، وهو ما قامت عليه حركة الاندماج أو الاحتواء. وعلى الرغم من أن معظم تلك الإصلاحات المقترحة لها جاذبيتها الكبيرة، وإن بعضها يمكن أن يعود بالفائدة على أولئك الأطفال غير العاديين كما يرى كوفمان (2000) Kauffman وهوكينبوري وآخرون (2000) Hockenbury et al. وكروكيت وكوفمان (2001) Crockett et Kauffman وموك وكوفمان (2002) Mock et Kauffman فإن الأساس الذي يتم في ضوءه التكامل بين التربية العامة والتربية الخاصة، والنتائج التي قد تترتب على ذلك، أو التي قد يسفر عنها مثل هذا التكامل لا تزال موضع تساؤل أو محل شك. (هلهان، كوفمان، 2008: 53-54)

6 - الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة:

- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.
- تتبنى التربية العامة منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي، في حين تتبنى التربية الخاصة منهاجاً لكل فئة، تشتق منه الأهداف التربوية الفردية فيما بعد.
- تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جماعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب.
- تبني التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد العاديين، مثلاً الخريطة العادية في تدريب الطفل العادي، في حين تستخدم الخريطة المجسمة أو البارزة مع الطفل الكفيف وقد تستخدم لغة الإشارة لتدريب الصم في حين لا تستخدم هذه اللغة مع العاديين. (ماجدة عبيد، 2000: 23)

والجدول رقم (1) يوضح الفرق بين التربية الخاصة والتربية العامة:

جدول رقم (1) الفرق بين التربية الخاصة والتربية العامة.
(ريم معوض، 2004: 35)

التربية العامة	التربية الخاصة
متعلقة بتعليم جماعي.	متعلقة بخدمات علاجية فردية.
منهج محدد غير قابل للتعديل.	منهج محدد قابل للتعديل.
تقييم موحد لأفراد المجموعة.	تقييم فردي يومي خاص بكل فرد.
تقييم تطبيق المنهج.	تقويم تطور التلميذ.
برنامج تربوي عام.	برنامج تربوي فردي.
تركيز على المهارات المعلومات الأكاديمية	تركز على المهارات الاجتماعية والسلوكية والحياتية.

7 - حجم مشكلة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة:

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

- الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحو المعاقين وشعور الكثير بأن المعوقين وصمة عار، لذا يخفي معظم الناس أي معلومات عنهم من معوقين.
 - استخدام وسائل دقيقة للإحصاء والتقييم، فليس العد هو الوسيلة المثلى لذلك، بل ينبغي أن يستخدم في إجراء هذه العملية مجموعة من الوسائل التشخيصية التقييمية بالإضافة إلى توفر تعريفات واضحة ومحددة لكل فئة من المعوقين.
- وقد قدرت الأمم المتحدة في مؤتمراتها العلمية المختلفة حجم انتشار المعوقين في المجتمع بنسبة تعادل (10 %) من حجم السكان، وهي نسبة معقولة غير مبالغ فيها.
- ويتوقع الخبراء تزايد حجم مشكلة الإعاقة والعجز في المجتمعات نتيجة للعوامل التالية:

- التقدم العلمي التكنولوجي المذهل في مجال العلاج الطبي والجراحة والذي ترتب عليه إنقاذ مجموعة كبيرة من الأطفال أو المصابين في حوادث، حيث قضى التقدم في فن العلاج والجراحة على موت هؤلاء الأطفال أو المصابين بحوادث أو أمراض متفشية في مقابل بقائهم على قيد الحياة يعانون من عجز بدني أو عقلي.
- التطور التكنولوجي وازدياد حركة التصنيع والمواصلات وسهولة استخدام السيارات مما زاد من معدلات الحوادث والإصابات.
- زيادة متوسط عمر الإنسان.
- ازدياد النمو الحضاري والثقافي وانتشاره بين كثير من شعوب العالم. (ماجدة عبيد، 2009: 46-47)

وطبقا لإحصائيات عام 1981 والذي أعتبر عام المعاقين، فإن النسبة التي تشير إليها إجمالي المعاقين في العام (10%) من الإجمالي العام للسكان. ولكن نجد تفاوتاً دالاً إحصائياً بين الدول المتقدمة والدول النامية. حيث بلغ متوسط المعاقين في الدول المتقدمة (8%) بينما تصل نسبة المعاقين في الدول النامية إلى (13.5%) وقد تصل إلى 20% في الدول الفقيرة الأكثر تخلفاً. كما تشير نسب الزيادة السنوية وتباينها بين الدول المتقدمة والدول النامية، ففي الدول المتقدمة كانت الزيادة 0.75% ويرتفع هذا المعدل إلى حوالي 2.56% في الدول النامية. (قحطان الظاهر، 2008: 22-23)

وقد أورد هيوارد Heward (2002) نسب لتقديرات الإعاقات المختلفة مستوحاة من الدراسات المسحية التي أجرتها بعض دول العالم، فأشار إلى أن نسبة الإعاقة البصرية 0.1 %، والإعاقة الجسمية 0.5 %، والإعاقة الانفعالية 2 %، والاضطرابات الكلامية 3.5 %، والنسب التقريبية لمجموع الإعاقات حوالي 12%. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 37)

كما أشير في تقرير رسمي أعد في لندن إلى أن عدد الطلاب المعاقين في التعليم العالي في لندن وحدها عام 2000 بلغ 18000 طالبا وطالبة، وهو عدد كبير يعادل 4.9% من طلاب الجامعات في مدينة لندن، وتشير إحصائيات التعليم العالي في بريطانيا إلى أن هذا العدد قد تزايد عام (2006) ليصل إلى (7.5%)، ويمثل هذا الرقم إعاقات مختلفة كصعوبات القراءة والإعاقة الجسدية والبصرية والسمعية والاضطرابات النفسية والانفعالية. (سحر الخشرمي، 2011: 104)

وعلى كل حال، هناك إجماع عالمي على أن ما يزيد عن 10% من الأطفال في سن المدرسة في أي مجتمع يعانون من إعاقة ما، الأمر الذي يتطلب تزويدهم ببرامج تربوية خاصة، وتجدر الإشارة إلى أن المؤسسات والمنظمات الدولية ذات العلاقة تقدر نسبة حدوث الإعاقات في الدول النامية بحوالي 15%. ومهما يكن الأمر، فمن الواضح كل الوضوح أن نسبة غير قليلة من الأطفال في أي مجتمع بحاجة إلى تربية خاصة.

جدول رقم (2) : نسبة حدوث فئات الإعاقة الرئيسية. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 16-17)

النسب التقريبية لحدوثها من مجموع السكان	فئة الإعاقة
2-3 %	التخلف العقلي
3-5%	صعوبات التعلم
0.6%	الإعاقة السمعية
0.1%	الإعاقة البصرية
0.5%	الإعاقة الجسمية
2%	الاضطرابات السلوكية
3-3.5%	اضطرابات الكلام واللغة
12.2 – 14.7%	المجموع الكلي

9 - التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة:

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

مما يتماشى إذن مع الفلسفة الديمقراطية أن تتاح الفرصة أمام جميع الأطفال متوسطين أم أذكيا أم متخلفين، سواء كانوا صما أو مكفوفين أو مضطربين انفعاليا أو غير ذلك من أوجه الاختلاف.

ثم قامت النظم المدرسية بالعديد من التعديلات على برامجها التعليمية العادية إلى الحد الذي يجعلهم غير قادرين على الاستفادة التامة من البرامج العادية، وهذه البرامج يطلق عليها برامج التربية الخاصة، حيث تعددت أساليبها وطرقها كي تواجه الحاجات التعليمية المختلفة للأطفال غير العادية. (ماجدة عبيد، 2009: 40-41)

9 1 - مراكز الإقامة الكاملة (Residential Schools):

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بدايات الحرب العالمية الأولى وما بعدها، وغالبا ما كانت معزولة عن التجمعات السكانية، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية تربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج، فقد وجه كروكشانك (Cruickhank, 1958)، عددا من الإنتقادات أهمها عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية والاجتماعية، ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهذه المراكز على أنهم منبوذين عن المجتمع، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز. (فاروق الروسان، 2007: 45-46)

9 2 - مراكز التربية الخاصة النهارية:

ظهرت هذه المراكز كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة، وفي هذا النوع يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدى نصف اليوم تقريبا، وغالبا ما يكون العمل في الصباح حتى الظهر، وجهت انتقادات لهذا النوع منها عدم توفر المكان المناسب، وقلة عدد الأخصائيين في ميدان التربية الخاصة وصعوبة المواصلات. (زيد سمين، 2012: 326)

3 9 - الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية:

جاءت التجربة تطويراً للمراكز السابقة وتلافي سلبياتها. وتقوم التجربة على أساس تخصيص فصل داخل المدرسة العادية للتلاميذ غير العاديين بما يحقق لهم الاندماج الجزئي مع التلاميذ العاديين. إن نظام الدراسة في هذه الفصول الخاصة يسمح بتقديم برامج تربوية خاصة داخل الفصل لبعض الوقت وبرامج تربوية مشتركة مع التلاميذ العاديين، إلا أن هذه التجربة كسابقاتها لم تنجو من الانتقادات التي اعتبرت أن وضع التلاميذ غير العاديين في فصل خاص بالمدرسة يشكل حاجزا اجتماعيا ونفسيا بينهم وبين العاديين، فضلا عن تعرضهم لاتجاهات سلبية من العاديين. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 23)

4 9 - أسلوب الدمج:

يرى يوسف القريوتي وآخرون أن الدمج يهدف إلى تحقيق فرص المساواة والمشاركة التامة للمعاقين في المجتمع أسوة بأقرانهم العاديين، وهذا يتطلب تكوين اتجاهات اجتماعية إيجابية نحوهم، وإزالة جميع مظاهر التمييز اتجاههم. (مدحت أبو النصر، 2009: 41)

وعند مراجعة الأدب التربوي نجد أن أهم مبررات حركة الدمج هو منطقية وقانونية الفكرة، إذ ينظر إلى الدمج من وجهة نظر فلسفية مهتمة بحقوق الإنسان وتساوي الفرص، فهو يتيح الفرص للتحضير لتعلم ملائم يتناسب مع قدرات الطالب، ويقلل من أثر الوصم والتصنيف، وما لهذا من أثر في التكيف النفسي لدى الأطفال وأسره، ويؤكد مبدأ التعليم للجميع وعلى الحق في تعليم يتناسب واحتياجات جميع الأطفال الفردية مقرونة بتقديم خدمات مستمرة، ابتداء من الكشف المبكر والتدخل المبكر، والتعلم المدرسي والمهني، وانتهاء بعيش حياة مستقلة في المجتمع. (خلود الدبابنة، 2008: 88)

كما أن فرص الطفل ذي الحاجات الخاصة لاكتساب مهارات اجتماعية ولغوية ملائمة تبقى أفضل ضمن المدرسة العادية، حيث توفر النموذج المناسب والذي يمكن تقليده في تلك المهارات وغيرها بين مجمل الأطفال العاديين الذين يشاركونه تلك المدرسة، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن احتمالية تحسن الأداء الأكاديمي مرتبطة بشكل أو بآخر بالتغيرات الانفعالية والنفسية الإيجابية التي تحدث للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من جراء تحسن مفهوم الذات لديهم، والذي غالبا يعمل على تطويره لديهم التحسن في مستوى اللغة والمهارات الاجتماعية، كما أن هذين الجانبين يساهمان بشكل واضح في تحسين التفاعل الاجتماعي والقدرة على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين مما يتيح فرصا أفضل لهؤلاء الأطفال لاكتساب المهارات التعليمية. (سحر الخشرمي، 2004: 795)

9-4-1-1- الدمج الأكاديمي:

ظهر هذا البرنامج نتيجة للانتقادات التي وجهت للصفوف الملحقة بالمدرسة العادية، ولزيادة الاتجاهات الإيجابية التي ظهرت نحو مشاركة الطلبة المعوقين مع العاديين في الصفوف الدراسية العادية، وهذا الأسلوب يقوم على وضع الطفل المعوق مع العادي في بعض المواد الدراسية ولزمن محدد بحيث يتمكن الطفل غير العادي من الاستفادة من الطفل العادي شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذه الفكرة مثل توفر الأخصائيين في التربية الخاصة وكذلك أخصائيين في تخطيط البرامج وتهيئة الطلبة نفسياً لتقبل هذا الأسلوب وخصوصاً العاديين.

ويشير كوفمان Kuaffman إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقيداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل هي:

- مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين.
- مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.
- مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عائق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين... الخ. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 23)

9-4-1-1- إيجابيات الدمج الأكاديمي:

من مزايا الدمج التربوي وإيجابياته:

- يعمل على إيجاد بيئة واقعية يتعرض فيها الأطفال المعوقون إلى خبرات متنوعة، تمكنهم من تكوين مفاهيم صحيحة عن العالم الذي يعيشون فيه.
- يكسب المعوق المهارات الحياتية، وحسن التصرف في المواقف المختلفة.
- يساهم في تحسين اتجاهات المعوقين بأقرانهم العاديين كل منهم نحو الآخر.
- يعمل على التخلص من وصمة العار التي عادة ما تصاحب الفصول الخاصة أو المعاهد الخاصة.
- يتيح للأطفال فرصة البقاء في منازلهم مع أسرهم طوال حياتهم الدراسية. (أمل سويدان، 2006: 131)

9-4-2- الدمج الاجتماعي:

تعتبر مرحلة الدمج الاجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظهرين رئيسيين، الأول: هو الدمج في مجال العمل (Vocational Placement)، وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك

اجتماعيا، أما المظهر الثاني فيبدو في الدمج السكني (Residential Placement)، بحيث تتاح الفرصة للمعوقين للسكن، والإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة وما يشتمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللازمة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها على أساس من حكم الجيرة ومستلزماتها. (فاروق الروسان، 2007: 54)

10 - أسس التربية الخاصة:

تبنى الجهود العملية الرصينة على عدد من الأسس والمبادئ، وعلم التربية الخاصة من تلك الجهود التي تقوم على مجموعة من الأسس ذات الإطار الديني، القانوني التشريعي، والاقتصادي، ويمكننا عرض تلك الأسس على النحو الآتي:

10 1 الأساس الديني الأخلاقي:

يستند الأساس الديني على تعاليمنا الإسلامية ل كي يعيش الإنسان حياة كريمة قائمة على أساس المساواة والعدالة والتكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع لأبنائه الضعفاء والمعوقين. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 24)

حيث كفل الإسلام "التكافل الاجتماعي" كأعظم وعاء يتم من خلاله رعاية المعاقين، بمعنى أن يكون "أحد المجتمع في كفالة جماعتهم" أي أن تتم رعاية المعاقين داخل المجتمع ومسؤولية جميع جماعته عن هذه الرعاية. (مدحت حسين، 1998: 129)

كما عالج الإسلام مشكلة الضعف الإنساني معالجة مخلصمة وذكية، قوامها الإحسان والإبداع وشرف المواجهة، بهدف راب صدوع الحياة، وتكميل نواقص الإنسان الذي أكرمه الله وأحسن منزلته.

فها هو سبحانه يعاتب رسوله الكريم صلي الله عليه وسلم، لتجنبه الرجل الأعمى للحظات في مجال الفكر والتبليغ فيقول: "عَبَسَ وَتَوَلَّى (1) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (2) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزْكَى (3) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى (4)". صدق الله العظيم. (عبس)

ولم يفرق سبحانه في الحقوق والواجبات والتكليف بين المعاق وغيره إلا في بعض الأمور الجسدية، ومع ذلك طمأنهم، مبينا لهم حكمهم في ذلك:

" لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرْجٌ " (الفتح: 17/48)

في ضوء هذه الآيات الكريمة وغيرها توصل العلماء المسلمون إلى ضرورة معالجة النقص والضعف في الإنسان فكان لهم السبق في هذا المضمار. وبيان ذلك ما يأتي:

1 -كان أفلاطون (على الرغم من مكانته الفكرية) يرى أن العناية يجب أن توفر للسلبيين ذوى الأجسام القوية والعقول البالغة.

2- كان نيتشه فيلسوف القوة يرى أن الحياة للأقوياء، وأن المرضى (بما فيهم المعاقون) وكل الذين فقدوا قواهم وأمالهم، لا شأن لهم بعالم الأرض. فالبقاء والحياة للأقوى.

3- كان الأوروبيون في العصور الوسطى يحرقون الكثير من المرضى وهم أحياء، ولا يسمحون لضعاف العقول بدخول المشافي.

وفي مقابل ذلك كان المسلمون ينشئون المشافي الجسدية والنفسية، ويعالجون بنجاح الكثيرين. حيث بني الوليد بن عبد الملك أول مشفى على الأرض لمعالجة المجذومين وذلك في العام (88 هـ) الموافق (707 م). كما ذكر بن عساكر المؤرخ أن الوليد بن عبد الملك خصص لكل مقعد خادما يخدمه، ومنح كل كيف إنسانا يقوده ويطعمه. وجعل المسلمون في كل مشفى متخصص بالأمراض الجسمية قسما خاصا بالأمراض والانحرافات النفسية، وقد ارتقى الطب عندهم إلى حيث ظلت كتب ابن سينا معتمدة في كليات الطب بإنكلترا وفرنسا حتى القرن الثامن عشر. كذلك تعلم الصليبيون من المسلمين بناء المشافي ونقلوا ذلك على غرار ما شاهدوه في الشام ومصر. (عدنان السبيعي، 2000: 8-9)

وفي هذه النظرة يكون الإسلام قد سبق غيره في هذا التوازن، حيث أنه لم يعزل المعوق ويلغي وجوده، وفي الوقت نفسه كانت له معاملة تتناسب مع إعاقته، وفي هذه النظرة حفظ لكرامة المعوق. ولقد بدأ الاهتمام بحقوق المعوقين، بحيث أصبح من يأخذ حقه الطبيعي في الرعاية والتأهيل، بل أصبح تقدم المجتمع يقاس بما يقدمه لهذه الفئة من اهتمام، فالمعوق هو في النهاية إنسان، وعضو في أسرة وفي المجتمع، له حقوق وعليه واجبات كأى فرد في المجتمع، ولكنه يختلف عن الآخرين في أنه لا يستطيع أن يقوم بواجبه تجاه المجتمع. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 24-25)

10 2 الأساس القانوني:

إن لدى معظم دول العالم حاليا تشريعات وقوانين فيما يتصل بتعليم الأفراد المعوقين ورعايتهم، وتأهيلهم. وعلى المستوى الدولي، شكل عام (1981) الذي أعلنته الأمم المتحدة عاما دوليا للأشخاص المعوقين (International Year For Handicapped Persons) عاما ذا أهمية خاصة إذ شجع عددا كبيرا من دول العالم، وبخاصة منها الدول النامية، على سن تشريعات وإصدار قوانين حول حقوق الأشخاص المعوقين. وجاءت تلك التشريعات والقوانين في معظمها متسقة مع الإعلان العالمي حول حقوق الإنسان ومع مبادئ المشاركة التامة، والمساواة وديمقراطية التعليم. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 30-31)

ويشير فوزان والراقص إلى أن هذا الأساس ينطلق من فرضية قوامها: أن الحصول على فرصة للتعليم حق يكفله القانون، بل إنه في ظل إلزامية التعليم يصبح واجبا على الفرد أيضا، "لذلك نجد أن العدد من القوانين الدولية التي تكفل حقوق جميع أفراد

المجتمع وتلبية حاجاتهم الأساسية، ولم يستثن من تلك الحقوق المعوقين أو أي فئة من فئات المجتمع. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 25)

كما أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1975، وثيقة حقوق الأشخاص المعاقين، ويبرز هذا الإعلان أن للشخص المعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التي للكائنات البشرية الأخرى، وفيما يلي هذه الحقوق:

- للمعاق حق مكتسب في الحصول على الاحترام، ومهما يكن مصدر هذه الإعاقة وطبيعتها وخطورتها، فللمعاق الحقوق الأساسية نفسها كما لمواطنيه الذين هم في مثل سنه. وهذا يعني بالضرورة حقه في حياة كريمة.
- تدرك الجمعية العامة ضرورة إيجاد ظروف حياة أفضل والقضاء على البطالة والعمل على خلق الظروف الملائمة للتقدم الاجتماعي والاقتصادي والتنموي.
- تؤكد الجمعية العامة إيمانها بحقوق الإنسان المدنية والسياسية التي يتمتع بها الأشخاص الآخرون، وكذلك إيمانها بالحريات الأساسية كجزء من العدالة الاجتماعية.
- ضرورة التمسك بمبادئ الإعلان الدولي لحقوق الإنسان، وإعلان حقوق الطفل، وإعلان حقوق المتخلفين عقليا، وكذلك التمسك بالأسس التي يقوم عليها التقدم الاجتماعي.
- يحق للمعاقين الاستفادة من الوسائل التي تؤهلهم لقيام بعملية الاكتفاء الذاتي.
- التأكيد على أهمية التقدم الاجتماعي والتنموي الذي يتضمن حماية حقوق المعوقين جسديا وعقليا وضرورة رعايتهم وإعادة تأهيلهم لتطوير قدراتهم بمختلف الوسائل والطرق لإعادة تكيفهم للحياة العامة.
- للمعاقين الحق في تلقي العناية الطبية والنفسية، وإعادة تأهيلهم طبيا وعلاجيا وتعليميا واجتماعيا، وتقديم التوجيه المهني بإعادة تدريبهم وإرشادهم وتشغيلهم، وتقديم جميع الخدمات الأخرى التي تساهم في تطوير قدراتهم واستعداداتهم ومهاراتهم إلى أقصى حد، للإسراع بعملية دمجهم بشكل تام في المجتمع والحياة العادية.
- للمعاقين الحق في الضمان الاجتماعي والاقتصادي يكفل لهم الحياة الكريمة، ويؤمن حياتهم بصورة أفضل، وذلك حسب قدراتهم، وبما تسمح به إعاقاتهم، وفي الاحتفاظ بعملهم أو في ممارسة عمل منتج، وفي الانضمام إلى الروابط والاتحادات.
- للمعوق الحق في أن يعيش بين أسرته أو في مأوى يعوضه، وفي المشاركة في كل نشاط اجتماعي مفيد أو ترفيهي، ولا يمكن إكراه أحد من المعوقين على معاملة متميزة لا تتطلبها حالته أو التحسن الذي يمكن أن يحقق له. وإذا كانت إقامة الشخص المعوق بمؤسسة مختصة أمرا ضروريا فيجب أن يكون محيط وظروف الحياة أقرب ما يمكن إلى محيط وظروف الحياة الطبيعية للأشخاص الآخرين من نفس سنه.

- يجب أن يحمى المعوق من كل استغلال أو إجراء معاملة مهينة فيها تجاوز وتحت من كرامته.

- يجب أن يتمتع المعاق بمساعدة قانونية مناسبة عندما يتبين أن مثل هذه المساعدة ضرورية لحماية شخصه وممتلكاته. (حسين عبد الحميد ، أحمد رشوان، 2009: 68-67)

10 3 الأساس الاقتصادي:

لما كانت أهم أهداف التربية هو إعداد الفرد للحياة وتزويده بالمهارات والمعلومات اللازمة كي يكون عضوا نافعا بالمجتمع، وقادرا على تحقيق درجة كافية من الاستقلالية والكفاية الذاتية، فإن إهمال تعليم الطلاب الذين يواجهون صعوبات مختلفة بحجة حاجاتهم إلى نمط خاص من التعليم، سيحرم المجتمع من جزء غير يسير من الطاقة الإنتاجية، كما سينجم عن ذلك خلق فئة معاقة ستكون عبئا على المجتمع وتتطلب رعايته المستمرة. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 34)

لذلك فإن الاهتمام بالمعاقين وتوفير نوع خاص من التربية لهم توصلهم إلى أقصى حد لقدراتهم، هو في المرتبة الأولى واجب إنساني واجتماعي مستوحى من القيم الدينية والإنسانية، ومن طبيعة التكامل الاجتماعي وحق الفرد على المجتمع. كما أن العناية بهم هي في نفس الوقت تعتبر إعداد واستثمارا لطاقتهم واشتراكاتهم في دفع الاقتصاد القومي وإسهامهم الإيجابي في زيادة حجم الإنتاج وطاقة المجتمع، بالإضافة إلى أن العناية بتعليمهم وتأهيلهم يجنب المجتمع أعباء كبيرة متزايدة. (إبراهيم العثمان، 2011: 654)

11 - الاعتبارات التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة:

ينبغي التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة بوصفهم أفرادا، فانتفاء الطالب لإحدى فئات الاحتياجات الخاصة لا يعني أن هناك جملة من الأساليب التي سيتم تنفيذها لتعليمه وتدريبه، ولكن هناك فروقا فردية لا بد من مراعاتها من خلال استخدام المنحى الفردي في التعلم قدرا لمستطاع وهناك أساليب عامة يمكن استخدامها مع الأطفال جميعا ولعل أهم ما بينته البحوث العلمية في العقود الماضية هو أن المسميات الشخصية غير مفيدة تعليميا، فتصنيف الطالب بأنه متخلف عقليا أو مضطرب سلوكيا أو معوق حركيا لا يوضح احتياجاته الخاصة وبالتالي لا يقدم شيئا مفيدا عمليا على صعيد تصميم وتنفيذ برنامج التربوي.

إن مفتاح التعليم الناجح هو تحديد الخصائص التعليمية الفردية للطالب ومراعاتها، ولا يتوقع من التعلم القيام بذلك بمفرده أو بدون تدريب مسبق. فبالإعداد الكافي وبالعامل بروح الفريق متعدد التخصصات يمكن إقناع المعلمين وغيرهم بجدوى تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وإمكانية تنفيذه بنجاح. عندئذ يصبح بالإمكان توفير الفرصة الكافية لجميع الطلاب للتعلم وتعديل أساليب التعليم المألوفة عندما تبرز خصائص الطالب مثل ذلك التعديل. وغالبا ما يتمثل ذلك التعديل في تكييف أو تغيير الأنشطة والمواد لتصبح

التعليمات أكثر وضوحا وإجراءات تصحيح الاستجابات الخاطئة أكثر فعالية، وسرعة عرض المادة التعليمية أكثر ملائمة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 82-83)

وعلى العموم تعمل برامج التربية الخاصة في اتجاهين، اتجاه وقائي الذي حددته منظمة الصحة العالمية على أنه مجموعة الإجراءات المتبعة بهدف منع أو التقليل من حدوث الخلل الذي يسبب العجز لدى الفرد من خلال وسائل منها إزالة العوائق والعوامل التي تؤدي إلى خلل بالإضافة إلى المساعدة على تقليل الآثار السلبية للإعاقة وأخيرا استخدام وسائل التشخيص الملائمة من أجل الكشف المبكر وإصدار الحكم الصحيح.

الاتجاه العلاجي والذي يعمل على إزالة أو التخفيف من حدوث الإعاقة عن طريق التعويض واستغلال قدرات الفرد إلى أقصى درجة ممكنة عبر مراحل منظمة ومقصودة. (تيسير كوافحة، عمر عبد العزيز، 2003)

كما يشير جيمس.ت.ويب وآخرون إلى أن "تكافؤ الفرص التعليمية لا يعني المساواة في التعليم. لكنه يعني توفير فرص للطلاب جميعهم للتقدم والتحسين في حين تعنى المساواة تدريس المنهاج ذاته للطلاب جميعهم". (جيمس ويب وآخرون، 2012: 286)

ومع أنه لا يوجد نموذج واحد لبرامج التربية الخاصة الفعالة أو المدرسة الفعالة، أو المركز الفعال، إلا انه يوجد عدد من الدلائل أو المؤشرات أو العوامل المقبولة التي تجعل المدرسة أو المركز فعالا. فقد أشار كل من المركز الوطني الإقليمي للموارد، ومركز سياسات التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، إلى عدد من العناصر المهمة فيما يتعلق بفعالية مراكز وبرامج التربية الخاصة كان أهمها: أهداف البرنامج، والإدارات الحكومية، والمخرجات المتوقعة من الطلبة، والموثوقية، والتدريس، والمناهج، والمعلمين والعاملين في المدرسة أو المركز، وتقويم البرنامج. (جميل الصامدي وآخرون، 2001: 132-133)

1-11 البرنامج التربوي الفردي:

إن التدريس الفردي له معان عدة، فهو قد يعني قيام معلم واحد بتدريس طالب واحد وهو قد لا يعني ذلك أبدا. والحقيقة أن هذا النوع من التدريس قليلا ما يكون ضروريا أو قابلا للتنفيذ على أرض الواقع لأسباب إدارية وعلمية أيضا. ولكن المقصود بالتدريس الفردي هو أن يتم تحديد الحاجات الفردية وتصميم خطة تربوية فردية لتلبية تلك الحاجات. (جمال الخطيب وآخرون، 2009: 28-29)

ويمكن أن يحدث ذلك التعليم في إطار العديد من الترتيبات التعليمية التي تشمل العمل أثناء الجلوس، والمجموعات الصغيرة، وتعليم الأقران، والمجموعات الكبيرة ويقوم المعلم بإجراء توافق بين المتعلم والمهام والتدخلات التعليمية لضمان النمو الأفضل للطلاب. (سيسيل ميسر، أن ميسر، 2008: 37)

إن البرنامج التعليمي الفردي ينبغي أن يعد لكل تلميذ يتلقى تربية خاصة ويسجل كتابة. والتربية الخاصة تضم كثيرا من الخدمات التي تتصل بالتعليم في حجرة الدراسة مثل النقل والمواصلات، والعلاج المهني، والإرشاد، والتجهيزات التكيفية.

وتقييم الحاجات التعليمية لكل تلميذ يحدد المجالات التي يوضع برنامج الفرد التعليمي على أساسها، وينبغي أن يضم كل برنامج تعليمي فردي المكونات الآتية:

- تحديد المستوى الحالي للتلميذ في الأداء الأكاديمي.
- بيان بالأهداف السنوية أو العامة أو المكتسبات المتوقعة.
- الأهداف قصيرة المدى التي تؤدي إلى الأهداف السنوية أو العامة.
- خدمات تعليمية محددة توفر، وقائمة من المهنيين الذين يقدمونها.
- محكات التقويم وتوقيتات تحديد ما إذا كانت الأهداف قد تحققت.
- التواريخ المخطط لها للبدء في الخدمات والمدد المتوقعة لها.
- مدى مشاركة التلميذ في برامج التعليم النظامي والتربية الخاصة.

وكل منطقة تعليمية قد تضع صيغة لبرامج التعليم الفردي بحيث تتضمن المعلومات المطلوبة. وينبغي أن يطور البرنامج التعليمي الفردي في اجتماع يشترك فيه أعضاء حدهم المشروع هؤلاء الأشخاص يضمنون:

- ممثلاً للهيئة التربوية المحلية غير مدرس التلميذ الذي يستطيع أن يوفر له خدمات التربية الخاصة أو يشرف عليها.
 - مدرس التلميذ (قد تحدد الهيئة التربوية المحلية ما إذا كان مربياً في التعليم العام أو في التربية الخاصة).
 - والدي التلميذ أو الأوصياء عليه.
 - التلميذ حين يكون ملائماً أي عند عمر معين تحدده نظم الولاية.
 - أشخاصاً آخرين يطلب الوالدان حضورهما لتوفير المساندة والدفاع.
 - بالنسبة لتلميذ يقوم لأول مرة، شخص منفقته في إجراءات التقويم وعليم بها.
- وينبغي أن يراجع برنامج الفرد التعليمي وينقح على الأقل مرة في السنة.

وفي حالة التلاميذ ذوي العجز الخفيف يتحدد البرنامج عادة في ضوء ذلك الجانب من المنهج الدراسي المعتاد الذي يجد التلميذ فيه صعوبة فالتلميذ الذي لديه صعوبة في التعلم قد يكون برنامجه التعليمي الفردي برنامجاً يؤكد القراءة والرياضيات.

والتلميذ الذي لديه اضطراب سلوكي قد يكون برنامجه التعليمي الفردي برنامجاً يؤكد على ضبط الذات والتوافق مع روتينيات حجرة الدراسة. والمراهق الذي لديه تأخر عقلي خفيف قد يكون برنامجه التعليمي الفردي برنامجاً يصف الأهداف المهنية العامة والأهداف المحددة والنوعية. (مارتن هنلى وآخرون، 2004: 49-50)

وينبغي الشروع بالعمل بالبرنامج التربوي الفردي للطالب منذ مطلع العام الدراسي وقبل البدا بتقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة لها، وإذا تعذر ذلك لسبب ما ينبغي الشروع بتنفيذ البرنامج التربوي الفردي علي أرض الواقع بعد اجتماع لجنة البرنامج بالسرعة الممكنة، وأثناء تنفيذ البرنامج علي مدار العام الدراسي يقترح عقد اجتماع واحد علي أقل تقدير، وذلك لمراجعة البرنامج وتعديله إذا دعت الضرورة . ويسبق وضع برنامج تربوي فردي عمليتان هما:

- مرحلة الكشف.

- مرحلة الإحالة.

1-1-11- عملية الكشف:

الكشف إجراء يهدف إلي تحديد الأطفال الذين قد يحتاجون إلي خدمات مدرسية داعمة إضافية بسبب وجود مؤشرات غير مطمئنة حول نموهم وتعلمهم. ويتم الكشف باستخدام اختبارات وأدوات خاصة متنوعة، وإذا بينت المعلومات التي تم جمعها أن لدي الطفل مشكلات أو صعوبات معينة فلا يعني ذلك أنه سيتم تحويله تلقائيا إلي خدمات التربية الخاصة، ولكن ذلك يعني ضرورة اتخاذ قرار بشأن إمكانية وكيفية مساعدة الطفل في الصف العادي، ويطلق علي هذه الخطوة اسم التدخل قبل الإحالة ويقوم فريق أو لجنة من المعلمين أو فريق مساندة الدمج لأن هدفه هو تنفيذ الإجراءات الممكنة لتعليم الطفل في الصف العادي قبل إحالته إلي جهات المتخصصة لتحديد أهليته للتربية الخاصة.

2-1-11- عملية الإحالة:

إذا اتضح أن التدخل قبل الإحالة لا يكفي لمساعدة الطفل علي تجاوز المشكلات أو الصعوبات الموجودة لديه تتم إحالته رسميا إلي جهة متخصصة (مركز أو عيادة أو قسم) لتقوم بدراسة حاجات الطفل واتخاذ قرار بشأن أهليته لخدمات التربية الخاصة، وتشتمل عملية الإحالة علي الإطلاع علي المعلومات التي توفرت من عملية الكشف ومن ثم التقدم بطلب رسمي للجهات المتخصصة في التشخيص والقياس لإجراء ما يلزم من تقييم إضافي واتخاذ القرار بشأن حاجة الطفل أو عدم حاجته إلي التربية الخاصة والخدمات الداعمة. (منى الحديدي، جمال الخطيب، 2005: 105-106)

2-11- غرفة المصادر:

كثيرا ما يشار إلي حجرة المصادر عل أنها برامج الإبعاد من الصف الدراسي، وحجرة المصادر حجرة تربية خاصة توجد في مدرسة التلميذ. ويذهب التلميذ إلي هذه الحجرة علي أساس جدول ليتلقى مساعدة تدريسية خاصة من مدرس تربية خاصة. وعادة ما يدرس المدرسون في حجرة المصدر مهارات أساسية أو تدريس التلاميذ تدريسا و تدريبا خاصا في الموضوعات والمواد الأكاديمية التي هي أساس الإحالة وعمل المدرس في حجرة المصدر أن يقوم بدور قائد في تنمية وتنفيذ البرنامج التعليمي الفردي للتلاميذ IPE الموجودين في هذه الحجرة وأغلبية التلاميذ الذين يتلقون مساعدة في حجرة المصدر يبقون في حجرات الدراسة العادية معظم يومهم المدرسي وفي عام 1989، تلقى 68 من جميع التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة خدمات تربية خاصة في توليفة من التعليم والتسكين في حجرة المصدر والتسكين في حجرة الدراسة العادية. (مارتن هنلى وأخرون، 2004: 51-52)

1-2-11- دور معلم غرفة المصادر:

يقوم معلم المصادر بتقديم الخدمات المختلفة لكل من الأطفال والمعلمين وذلك في مدرسة واحدة فقط. ونظرا لتقديم مثل هذه الخدمات إلي هؤلاء الأطفال فإنه يتم

قيدهم في صف عادي، وتتم ملاحظتهم من جانب معلم تم تدريبه كي يتمكن من القيام بمثل هذا الأمر وذلك لفترة زمنية طويلة، وبتكرار تحدده عادة طبيعة تلك المشكلات التي يصادفها أولئك الأطفال ومدى حدتها. وعادة ما يقوم معلم المصادر بتقييم احتياجات الأطفال ومعلميهم، وغالبا ما يعمل مع هؤلاء الأطفال على أساس فردي أو في مجموعات صغيرة وذلك في فصل خاص تتوفر فيه مواد معينة، وأجهزة خاصة. كذلك فإن معلم المصادر يعمل كمرشد لمعلم الفصل العادي، ويقدم له النصيحة فيما يتعلق بتعليم الطفل غير العادي في الفصل، وكيفية إدارته. وربما يتعلق ذلك أيضا باقتراح وتقديم إستراتيجيات تدريسية معينة. ومن جانب آخر فإن مرونة الخطة المقدمة، وبقاء الطفل مع أقرانه غير المعوقين غالبية الوقت يجعل من ذلك الأمر بديلا جذابا وشائعا.

(هلهان، كوفمان، 2008: 49)

11-2-2-2- إعداد غرفة المصادر:

11-2-2-1- الوضع المكاني:

من الأهمية بمكان إدراك أن الوضع المكاني لغرفة المصادر يمكن أن يكون له أثر على سلوك التلميذ في المجالين الأكاديمي والاجتماعي.

11-2-2-2- الحجم:

يعد حجم غرفة الصف العادي النموذجية هو الحجم الأمثل لغرفة المصادر، وفي أقل التقديرات يجب أن تكون هناك مساحة كافية لتمكن المعلم من تدريس التلاميذ بشكل فردي وعلى شكل مجموعات صغيرة بالإضافة إلى ذلك سهولة وصول التيار الكهربائي لاستخدام الأجهزة السمعية البصرية، فالمساحة الكافية تعطي التلميذ الفرصة ليكون على الأقل جاهزا للتعلم.

11-2-2-3- الموقع:

يجب مراعاة الأماكن الصفية للطلاب الذين سيخدمون من جهة، وتنظيم المبنى من جهة أخرى. ففي مستوى المرحلة الابتدائية، قد يوضع طلاب الصفوف الأولى في جناح خاص أو في طابق معين، وبالتالي فإن أكثر المواقع منطقية لغرفة المصادر سوف يكون في ذلك الجناح أو ذلك الطابق.

11-2-2-4- المظهر:

يجب أن يكون لغرفة المصادر مظهر جميل ومبهج ومنظم بشكل جيد. ويجب أن تحمل الرسالة التي تصل للطلاب اهتمام المعلم حول ما يجري في غرفة الفصل لتبقى جذابة.

11-2-2-5- تخطيط أرض الغرفة:

كل غرفة مصادر يجب أن تستوعب عددا كافيا من المقاعد، والطاولات الضرورية لتدريس الأفراد والمجموعات الصغيرة، بالإضافة إلى الأجهزة السمعية البصرية، كما يستخدم جزء منها كركن هادئ.

كما يمكن أن تخدم خزائن الكتب، وخزائن الملفات وما شابهها كحواجز بالإضافة إلى تسهيل الحركة حول الغرفة بطريقة مرتبة. فهناك تعديلات لا تعد ولا تحصى يمكن إجراؤها في هذا المخطط. ومع ذلك فإن الترتيب الفيزيائي للغرفة يجب أن يعكس دائما حاجات التلاميذ، وليس ما يفضله المعلم من نمط معين للترتيب. (باري مكنمارا، 1997: 24)

12 - نماذج العلاج في التربية الخاصة:

12 1 للنموذج النمائي للطفل:

تعود أصوله إلى العالم السويسري بياجيه الذي توصل من خلال خبرته التي فاقت خمسين عاما إلى نتيجة أنه كلما نما الأطفال تطورت قدراتهم على التفسير والبناء وذلك من خلال مراحل هي:

- مرحلة النشاط الحسي الحركي (منذ الميلاد وحتى سن عامين تقريبا): يتعلم الأطفال خلالها عن طريق النظر واللمس والتذوق الشم والمعالجة اليدوية أي يعتمدون على الأنظمة الحسية والحركية.
- مرحلة ما قبل العمليات وتبدأ تقريبا من عامين وحتى سبعة أعوام.
- مرحلة العمليات من سن السابعة تقريبا وحتى سن الحادية عشر تنمو خلالها القدرة على استخدام المنطق.
- مرحلة العمليات الصورية وتبدأ من سن أحد عشر عاما وحتى خمسة عشر عاما تقريبا تتطور خلالها القدرة على فهم المنطق المجرد وفي نهايتها هذه المرحلة تكون لدى الطفل نفس القدرات العقلية الموجودة لدى الراشدين.

تقوم الفكرة الأساسية لهذا النموذج على أساس أن الأطفال يمرون بمراحل نمائية متساوية وعلى أساس أن بعض المراحل الحرجة من عمر الطفل قد تنشأ عنها عدد من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية المختلفة. وهناك جهود ملحوظة لإدخال هذا النموذج في معالجة المشاكل التي قد تنشأ عند الأطفال المعوقين، خصوصا من يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية.

12 2 للنموذج السلوكي:

ترجع نشأة هذا النموذج إلى العالم الروسي إيفان بافلوف في بداية القرن العشرين، وأساسه يقوم على فكرة أن السلوك يمكن تعديله من خلال التعزيز والعقاب، وهو ما يصلح حسب اعتقاد رواده مع الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا. ولقد أثبت هذا

النموذج فعاليته في فصول التربية الخاصة حيث يعتبر أداة فعالة للتشخيص والعلاج لمجموعة مختلفة من الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

12 3 للنموذج الطبي:

يقوم هذا النموذج على أساس أن السبب الرئيسي وراء الاضطراب هو وجود خلل في الأعضاء بسبب الجينات أو خلل في الجهاز العصبي أو سوء التغذية أو التسمم الغذائي بالمواد الكيماوية والمواد الحافظة، وهذا ما يجعل من الأحسن علاجها عن طريق الأدوية والعقاقير للتحكم في السلوكيات غير المرغوب فيها. ويرى منظرو هذا المنهج ضرورة عزل الفئات الخاصة والتعامل معهم على أفراد وهذا ما يعطي معلمي التربية الخاصة الفرصة لتطبيق العلاج.

12 4 نموذج صعوبات التعلم:

جاءت الاهتمامات الأولى بظاهرة صعوبات التعلم عن طريق الأطباء وهذا كون مظاهر هذه الإعاقة والتي تتمثل في صعوبة القراءة أو الكتابة أو الحساب بالإضافة إلى العوامل النمائية تعود في واقع الأمر إلى سبب اختلال في المخ.

ولقد أوضح كل من جونسون مايكل بست المبادئ الأساسية العلاجية لصعوبات التعلم وهي كالتالي:

- تحديد المشكلة: ويعني هذا أن يكون المعلم ملما بالمشكلة وان يكون ملما كذلك بصفات الطفل الذي يعاني من مشكلة صعوبات التعلم.
- مساعدة الطفل على التعلم يجب أن تعتمد على ماهية الضعف الذي يعاني منه هذا الطفل ومن ثم يتم تعليمه والاهتمام به بناء على ذلك.
- أن يكون تعليم الطفل بناء على استعدادات هذا الطفل وقدراته، لذلك وجب على المعلم أن يكون ملما وواعيا لعدة مراحل من الاستعدادات والقدرات مما يسهل عملية هذا النموذج كعلاج.
- يجب الاهتمام بالمعلومات التي يزود بها المعلم عن هذا الطفل مهما كانت، وكذلك الاهتمام بالنتائج المختلفة عن هذا الطفل لأن هذه المعلومات قد تكون الأساس للتصنيف في المدرسة، وكذلك تخدم في تحديد بعض الطرق المميزة لتعليم هذا الطفل.
- يجب أن يكون تعليم الطفل حسب طاقته، كما يجب عدم إعطاء الطفل أي واجبات أو دروس فوق طاقته أو قدرته وكذلك يجب أن يكون التعليم بشكل متدرج.
- يجب على المعلم أن يحاول ويعزز استخدام الحواس المختلفة لدى الطفل حتى يتمكن المعلم من الاستفادة من أي حاسة يمكن أن تفيد في تعليم الطفل.
- يجب الاهتمام بمواطن الضعف لدى الطفل وهذا الاهتمام يأتي من جانب المحاولات العلاجية فقط.

- التحكم والاهتمام وبالعوامل الهامة التي تؤثر في تعليم الطفل فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يعاني من عدم القدرة على التركيز فيجب محاولة استخدام الطرق والوسائل المفيدة في زيادة قدرة الطفل على التركيز وهكذا.
- يجب أن يدرّب الطفل على استخدام الطرق اللفظية وغير اللفظية حتى يستطيع هذا الطفل أن يتعلم ويحصل على الخبرات اللازمة في عدة مجالات.

ويعتبر هذا النموذج من أنجح النماذج خصوصاً مع من لديهم صعوبات التعلم ومع ضرورة تعرف المعلم على خصائص الطفل غير العادي وأن يكون ملماً بالجوانب والطرق المختلفة التي يتضمنها هذا المنهج حتى يكون على دراية بطرق تنفيذها من أجل أن تكون النتائج حسب ما يرغب فيه.

12 5 للنموذج البيئي:

تعود جذوره إلى الأعمال التي قام بها المختصون بعلم الإنسان وعلم الاجتماع وعلم النفس والطب، ويقوم هذا المنهج على أساس تداخل كل العوامل البيئية فيما بينها وكل قوة تؤثر في القوة الأخرى من النظام.

12 6 للنموذج الاجتماعي:

تعود جذور هذا النموذج إلى النظريات التي قدمها عالم الاجتماع إميل دوركهايم في القرن التاسع عشر، أساسه أن عملية التكيف تكون بين الفرد ومجتمعه ومن خلال هذه العملية يستطيع الطفل التمدد بنجاح كون المدرسة نظام من أنظمة المجتمع وعدم قدرة الطفل على التكيف مع هذا النظام يجعله في خانة المنحرفين.

يوصي هذا النموذج بضرورة دمج الطفل المعاق مع غيره من المعاقين، وأفضلية ذلك على عملية العزل، وذلك حتى يتمكن من التفاعل مع عناصر مجتمعه والتكيف معها، كما يعطى للمعلم التعامل مع كل الفئات داخل الفصل الدراسي الواحد مع مراعاة الفروق الفردية لكل فرد وبغض النظر عنها.

12 7 للنموذج النفسربوي:

تعود بؤادر الاهتمام بهذا النموذج في ميدان التربية الخاصة إلى بداية الستينات، حيث أوضح رثمان وبركوتز 1960 أن مصادر السلوك الملاحظ تعود إلى مشاعر وعواطف الأطفال.

فمن خلال فهمنا لأحاسيس الأطفال المضطربين نتوصل إلى التعامل معهم بطريقة سليمة من خلال تطوير العملية التعليمية عن طريق دمج العوامل التربوية مع العوامل النفسية، بمعنى أنه يهتم بمهارات التعليم والحاجات الخاصة للأطفال، وهي بالفعل إستراتيجية ملائمة توفر العديد من طرق التعليم المرنة التي يمكن أن نتعامل من خلالها مع المشاكل المختلفة للأطفال. (عبد العزيز العبد الجبار: 1997)

13 - الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة:

كانت استجابة المجتمعات الإنسانية للإعاقة واتجاهاتهم نحو المعاقين متباينة ومتنوعة في المراحل التاريخية المتعاقبة مثلها في ذلك مثل الأبعاد الأخرى لثقافات تلك المجتمعات. ولقد أشار هيوارد واورلانكسي (Heward & Orlansky, 1998) إلى أن اتجاهات المجتمعات نحو المعاقين غطت المدى الكامل للانفعالات وردود الفعل الإنسانية بما فيها القتل والخرافة والسخرية والشفقة والعزل والدراسة العلمية والدفاع عنهم ومعاملتهم كبشر يجب احترامهم. (منى الحديدي، 2002: 23)

وعرفت سوسن مجيد الاتجاه نحو المعاقين بأنه "المفهوم الذي يعبر عن محصلة استجابات الفرد من حيث القبول أو الرفض نحو موضوع يكون محوره المعاقون، ويتم التعرف على هذا الاتجاه عن طريق تطبيق مقياس يتضمن فقرات معينة لجوانب الاتجاه نحو المعوقين تعرض على المبحوثين ليعبروا عن وجهات نظرهم فيها". (راضي الكبيسي، 2000: 28)

وعرف عبد العزيز السيد الشخص الاتجاه نحو المعوقين بأنه "مجموع استجابات الأفراد التي تعكس آرائهم وأفكارهم ومعتقداتهم نحو المعاقين". ويمكن تغيير هذه الاتجاهات عن طريق تزويدهم بمعلومات واقعية وإيجابية حول المعوقين، لتحل محل تلك الخرافات أو المعلومات المشوهة التي قد سبق أن اكتسبوها بطريق أو بآخر عنهم. (عبد العزيز الشخص، 1990: 82)

تجدر الإشارة منذ البداية إلى أن الاتجاه نحو الأشياء والأشخاص لا يتكون بين عشية وضحاها، وإنما هو نتيجة أو حصيلة لتأثر الفرد بالمتغيرات العديدة التي تنجم عن اتصاله بأنماط ونماذج الثقافة السائدة والتراث الحضاري الموروث من الأجيال. (خالد ناصيف، 2001: 152)

إن اتجاهات المجتمع نحو المعاقين تتحدد جزئياً بناء على سبب الإعاقة، ولكن ما يدركه المجتمع كسبب للإعاقة له تأثير أكبر في الاتجاهات نحو المعاقين من السبب الحقيقي لها. وقد تشكلت الأسباب المدركة بفعل عوامل وقوى مختلفة في الأزمنة المختلفة. وبصرف النظر عن ماهية الأسباب المدركة، فقد أثرت في اتجاهات المجتمعات نحو المعاقين واستجاباتهم لهم. (منى صبحي الحديدي، 2002: 24-25) فلقد وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور، ومنذ أقدمها، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأفراد غير العاديين قد اختلفت من عصر إلى آخر، تبعا لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال المعوقين هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفرادا غير صالحين لخدمة المجتمع. (فاروق الروسان، 2007: 20) وفي إسبرطة كان المبدأ الأساسي هو البقاء للأصلح، واعتبرت إسبرطة أن الأطفال من سقام الأجسام غير صالحين للقيام بأي عمل ولا يبعثون على فخر أولياء أمورهم بهم، بالإضافة إلى ثقل أعبائهم ومتطلباتهم على والديهم وأسرتهم. (حسين عبد الحميد، أحمد رشوان، 2009: 56)

ويذكر المسعودي أن عرب الجاهلية عرفوا التفاخر بين القبائل بخلوها من أصحاب العاهات والعناصر الضعيفة. كما كانت عادة وأد البنات تجسدا لمنطق القوة الذي ساد مناخ هذه الحقبة. وهكذا شهدت مجتمعات إسبرطة وروما والجزيرة العربية إلى جانب العديد من مختلف أرجاء العالم عزل المتخلفين والمعاقين حتى لا يشوهوا إيجابية الحياة. (حسين عبد الحميد، أحمد رشوان، 2009: 59)

إلا أنه لا يمكن أن نعتم هذه المعاملة على كافة المجتمعات الإنسانية، فلقد كانت تعاليم بوذا في الهند والصين توصي بالمرضى والضعاف والمشوهين لكي تتخلص البشرية الأم من آلامها، ودعت الديانة الفارسية إلى الشيء نفسه، أما في مصر الفرعونية فكانت تقر بحقهم في العيش إلا أنها كانت تعزلهم عن المجتمع. (عبد الخالق الختاتنة، 2000: 28)

وشجعت الديانات السماوية المجتمعات على توفير الحماية للمعوقين وأصبح الناس يتعاملون معهم من منظور الشفقة، فأنشئت دور رعاية خاصة للعناية بالمعوقين أو كانوا يتركون في بيوتهم دون توفير أية خدمات تربية أو تأهيلية لهم، ومع تغير الاتجاهات نحو المعاقين أصبحت المعاملة إنسانية أكثر إلا أن أحدا لم يكن يؤمن بإمكانية تعديل سلوكهم. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 18)

كما يذكر "بنيامين يوليدسكي" في دائرة المعارف السوفيتية الطبية الكبرى، الجزء الرابع عشر، أنه وجد في بغداد عام 1160، 60 مشفى وعدد مشابه في قرطبة ودمشق، وفي أيام الأمويين والعباسيين تم بناء المشافي للمجذومين والعميان، وكأيامنا هذه كانت المستشفيات منها ما هو خاص ببعض الأمراض كالجذام والعمى والأمراض العقلية أو ما يطلق عليها بالمصحات، ومنها ما هو عام لجميع الأمراض. كما وجدت المستشفيات المتنقلة التي كانت تنقل من مكان إلى آخر حيث لا يوجد أطباء وصيادلة. (غسان أبو فخر، 1992: 10)

وفي فترة ما قبل الثورة سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو في فرنسا كان أكثر ما فعله المجتمع للأطفال المعوقين، وما قدمه لهم يتمثل في توفير قدر من الحماية وهو ما تمثل في توفير المصحات لهم بحيث يمكن وضعهم فيها لحمايتهم من قسوة العالم الذي يعيشون فيه ولا يمكنهم أن يتكيفوا معه، أو يعيشوا بصورة كريمة فيه إذا كان لهم أن يحيوا بينه من الأساس. ولكن مع ظهور أفكار سياسية في كل من المجتمعين الأمريكي والفرنسي مثل الديمقراطية، والحرية الشخصية، والمساواة حدث تغير كبير في الاتجاهات فبدأ المصلحون السياسيون والقادة في مجالي الطب والتربية في التسابق لمعرفة تلك الأسباب التي أدت إلى مثل تلك الحالة التي وصل الأطفال المعاقون إليها، وبدنوا على أثر ذلك يهتمون بإكساب أولئك الأفراد المهارات التي يمكن أن تساعدهم على الاستقلال، وعلى أن يصبحوا مواطنين منتجين. وقد ظهرت مثل هذه العواطف الإنسانية مع الرغبة في حماية هؤلاء الأطفال والدفاع عنهم، وحاول القادة الأوائل أن يجعلوا من أولئك الأطفال غير العاديين أفرادا عاديين وذلك إلى أقصى حد ممكن،

وبدءوا يضيفون عليهم قدرا مناسباً من الكرامة الإنسانية التي يفتقدونها. (هلهان ، كوفمان، 2008: 62)

ومن أوائل العلماء الذين اهتموا بالتربية الخاصة جين إيتارد 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 أفرون في فرنسا 1798 حيث وجد عاريا يمشي على أربع. ثم جاء بعده سيجان Eduard Séguin حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقليا وانشأ أول مدرسة لهم في جامعة بنسلفينيا 1896 تحت إدارة وتمر Wetmar . (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 20)

أما في مجال كف البصر والمعوقين بصريا فإن أول معهد أسس في باريس كان على يد فالنتين هوي Valantin Hauy عام 1785، كما ترتبط الطفرة الهائلة في تعليم المكفوفين باسم لويس برايل L. Braille (1809 – 1852)، كما أسست أول مدرسة لتعليم الصم لغة الإشارة على يد دوليبه de L'eppee عام 1790. (غسان أبو فخر، 2004: 22)

وفي إيطاليا كان لجهود منتسوري Montessori الأثر الواضح في الاهتمام بالمتخلفين عقليا، حيث تم تأسيس مدرسة تؤمن بأن مشكلة المتخلفين عقليا مشكلة تربوية أكثر منها طبية وصممت أداؤها لتدريب الحواس والعضلات. (محمد غباري، 2003: 24)

ويعتبر صامويل جريدلي هاو (Samuel Gridley Howe (1876-1801) من أهم المفكرين الأمريكيين الذين أبدوا اهتماما كبيرا بتربية الأطفال ذوي الإعاقات، وكان هاو Howe قد تخرج من مدرسة الطب في هارفارد Harvard Medical School عام 1824 ومع ذلك فقد كان سياسيا ومصلحا اجتماعيا، ورائدا في التحرر الإنساني إلى جانب عمله كطبيب ومرب وفضلا عن ذلك فقد كان له دور فاعل في تأسيس مدرسة بيركنز Perkins للمكفوفين في وأترتاون Watertown وبولاية ماساشوستس Massachusetts. كما كان أيضا معلما للأطفال الصم المكفوفين أي ذوي الإعاقات الحسية المزدوجة، وكان نجاحه في تعليم لورا بريدجمان Laura Bridgman الفتاة الصماء الكفيفة في ذات الوقت قد أثر بدرجة كبيرة في تعليم هيلين كيلر Helen Keller. وفي العقد الخامس من القرن التاسع عشر لعب هاو Howe دورا بارزا في إنشاء مدرسة تجريبية للمتخلفين عقليا وذلك بمساعدة سيجوين Séguin. (هلهان، كوفمان، 2008: 66)

وفي النصف الأخير من القرن التاسع عشر ابتدأت بعض الدول تخصص صفوفًا خاصة للأطفال المعوقين في المدارس الحكومية واستمرت تلك الممارسة واتسعت، وبعد ذلك تطور الاهتمام بدمج المعوقين في الصفوف العادية إلى الحد الأقصى الممكن وذلك بفعل الجهود الكبيرة التي بذلها أولياء الأمور والأخصائيين في ميدان التربية الخاصة فقد لعب الآباء والأمهات دورا هاما في تطوير الخدمات التربوية الخاصة وخاصة في

الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأوروبية وذلك منذ عقد الخمسينات. وتمثل ذلك الدور بإنشاء الجمعيات المحلية والوطنية التي سعت إلى زيادة وعي المجتمع بحقوق الأطفال المعوقين وتفعيل الخدمات المقدمة لهم، وتشجيع التشريعات التربوية التي تضمن حق الجميع في التعليم الفعال.

ويبين الجدول رقم (4) أسماء بعض الرواد والأعلام في تاريخ التربية الخاصة ويوضح الإسهامات الرئيسية لكل منهم.

جدول رقم (4) : رواد وأعلام في تاريخ التربية الخاصة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 18-19)

الإسهام الرئيسي	الجنسية	الاسم
إمكانية استخدام منهجية البحث ذات المنحى الفردي لتطوير طرائق التدريب الفعالة للمتخلفين عقليا.	فرنسي	جين إيتارد (1775-1838)
إن المعوقين قادرين على التعلم ويجب تزويدهم ببرامج تربوية منظمة.	أمريكي	سامويل هوي (1801-1876)
إمكانية تعليم المتخلفين عقليا باستخدام برامج تدريب حسي - حركي.	فرنسي	إدوارد سيجوين (1880-) (1812)
موروثية الذكاء.	بريطاني	فرانسيس جالتون (1911-) (1822)
إمكانية قياس الذكاء وإمكانية تدريب وتطوير القدرات العقلية.	فرنسي	ألفرد بينيه (1857-1911)
استخدام نظام النقاط البارزة لتعليم المكفوفين.	فرنسي	لويس برايل (1809-1852)
إمكانية تعليم الصم مهارات التواصل باستخدام التهجئة بالأصابع.	أمريكي	توماس جالدويت (1851-) (1787)
إمكانية تعليم الكلام للصم وإمكانية استخدامهم للسمع المتبقي.	أمريكي	ألكسندر بل (1847-1922)
فاعلية التدخل العلاجي المبكر المتضمن خبرات ملموسة خاصة.	إيطالية	ماريا منتسوري (1952-) (1870)
استخدام اختبارات الذكاء للتعرف إلى طبيعة التفوق العقلي.	أمريكي	لويس ترمان (1877-1956)
بعض الأطفال يظهرون أشكالاً محددة من صعوبات التعلم تعود للتلف الدماغي، وهذه الصعوبات يمكن معالجتها بالتدريب الخاص.	ألماني	ألفرد سترأوس (1897-1957)

13 1 أهمية معرفة اتجاهات الأفراد نحو ذوي الاحتياجات الخاصة:

يعتبر موضوع الاتجاهات نحو المعاقين من الموضوعات المهمة في ميدان التربية الخاصة، إذ يتأثر الاتجاه من العوامل والخبرات التي يمر بها الفرد أو الجماعة. (عويشة المهيري، 2008: 187)

وتعد اتجاهات الناس نحو المعوقين واحدة من أهم المتغيرات الاجتماعية التي تساهم في تقرير سلوكهم وأساليب معاملتهم أفراد هذه الفئات، ومن ثم تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على شخصية المعوق، ومستوى توافقه الشخصي والاجتماعي، وإدراكه لذاته ومفهومه عنها، كما تؤثر هذه الاتجاهات بحسب طبيعتها سلبا وإيجابا على نمط البرامج والخدمات المختلفة الخاصة بالمعوقين. (محمد عسييلة، أمال جودة، 2005: 94)

وهنا تبدو الحاجة ماسة وملحة، لتعديل الاتجاهات السلبية إزاء المعوقين وذلك بالتأكيد الدائم، على القدرات السليمة المتوفرة لديهم، كمظهر إيجابي للإعاقة والابتعاد عن النواحي السلبية فيها، بغية مساعدتهم على تنمية قدراتهم الأخرى وتوفير فرص متكافئة، مع فرص نمو الأطفال العاديين، وذلك بتنظيم الأعياد والمهرجانات والندوات والمؤتمرات الخاصة بهم، وإقامة الأسابيع الخاصة بهم، كأسبوع الكفيف، وأسبوع الأصم وغير ذلك، بحيث يتم خلال هذه المناسبات وخارجها، تنظيم حملات التوعية الشاملة من خلال وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية وزيادة المعلومات حول هذه الفئات، وتيسير دمجهم التربوي والاجتماعي والاقتصادي، وتوفير إمكانات ووسائل تأهيلهم وتشغيلهم، وتلبية حاجاتهم الخاصة الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية الملحة، والاهتمام بفئات المعوقين المحرومين من الخدمات، وبخاصة فئة النساء المعوقات والمعوقين من كبار السن، وأيضا إتاحة الفرص المتاحة لإشراك المعوقين أنفسهم بإدارة شؤون مؤسساتهم تخطيطا وتنفيذا والاعتماد على الذات وتقبل المساعدة التي تقوم على أساس من الاحترام والتقدير. (نبيل سليمان، 1993: 35)

14 - تطور التربية الخاصة في الوطن العربي:

يعتبر الاهتمام بالتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في الجهد التربوي العربي نتيجة لاهتمام الدول العربية بخطوة سابقة، تلك الخطوة التي جاءت بمعدلات ترشيح من قبل المؤسسات التربوية لاحظت حجم ظاهرة التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة فقدمت جهودها واجتهادها لتلبية بعض الاحتياجات. (محمد أسكير، محمد الجبوري، 2005: 85)

مع ذلك، بدأ الاهتمام بالمعوقين في الوطن العربي متأخرا وذلك بأخذه بعدين القطاع الحكومي والأهلي، وظهر الاهتمام في جمهورية مصر العربية عام 1955م، فمثلا في وزارة التربية والتعليم عندما عملت على تخصيص ثلاث صفوف في ثلاث مدارس ابتدائية لتعليم الأطفال المتخلفين عقليا ثم بدأ التوسع أكثر، كذلك هناك بعض المؤسسات والجمعيات أو المدارس أو المراكز التي تشرف على برامج التربية الخاصة في عدد من الدول العربية وهي:

- الجمعية التونسية لمساعدة الصم.
 - المنظمة الوطنية للمكفوفين في الجزائر.
 - جمعية رعاية المكفوفين في دمشق.
 - الجمعية السودانية لرعاية وتأهيل المعوقين.
 - الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين.
 - الجمعية اللبنانية لرعاية الأطفال المتخلفين ذهنيا.
 - الجمعية الوطنية للمكفوفين في المغرب.
 - الجمعية المغربية لمساعدة وإغاثة المعاقين عقليا.
 - جمعية التنمية الفكرية، وحدة الزيتون، القاهرة.
 - جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالبحر الأحمر.
 - جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية.
 - معهد النور للمكفوفين، عدن.
 - معهد الأمل للبنين في قطر.
 - معهد العناية للصم وضعاف السمع في بغداد.
 - معهد السنابل في محافظة البصرة.
 - إدارة الرعاية الخاصة، مسقط، عمان.
 - مؤسسة رعاية الأطفال المعوقين في الرياض.
 - معهد الأمل المتوسط للبنين في جدة.
 - معهد الأمل للأطفال المعاقين في البحرين.
 - معهد النور لمكفوفين، الملا، حضرموت.
 - معهد النور للخليج العربي، المحرق، البحرين.
- (ماجدة عبيد، 2000: 29-30)

15 - جهود الجزائر في ميدان رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة:

لقد أعطت الجزائر لمشكلة المعوقين الأهمية التي تستحقها، وأدركت أن هذه الطاقة المعطلة من واجبها أن تحولها من عبئ عليها إلى طاقات تعمل للنهوض بها. وان الجزائر تحتاج إلى كل جهد يساهم في رفعتها وتقدمها وان إنسانية هذا المجتمع كانت دائما المحرك الواعي نحو الخير والكرامة الإنسانية حيثما كان. (فقيه العبد، 1997: 42)

15 1 تعريف المعوق في التشريع الجزائري:

ورد تعريف المعوق في نص المادة 89 من القانون رقم 85-05 المتعلق بالصحة كالتالي:

يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يلي:

- إما نقص نفسي أو فيزيولوجي.
- إما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري.
- إما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها.

وما يلاحظ من هذا التعريف أنه مقتبس من تعريف منظمة الصحة العالمية.

وهناك تعريف آخر متعلق بقانون المالية لسنة 1992 ونصه: يفهم من الشخص المعوق كما هو منصوص عليه في المادة الأولى أعلاه ما يأتي:

- شخص مصاب بإعاقة خلقية أو مكتسبة تبلغ نسبتها 100% وتؤدي إلى عجز كلي عن العمل.

- شخص يوجد في وضعية يحتاج احتياجا كليا إلى غيره للقيام بأعمال الحياة العادية مثل السقيم الطريح الفراش أو فاقد استعمال الأعضاء الأربعة أو متعدد الإعاقة الحسية الصمم والعمى الكلي في نفس الوقت، والمصاب بتأخر ذهني عميق مع اضطرابات مختلفة.

أما قانون حماية المعوقين وترقيتهم الصادر سنة 2002 فان المادة 2 منه تنص على أنه "تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية، نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية و/أو الحركية و/أو العضوية - الحسية". (عياش صباح، 2011: 25)

15 2 إحصائيات الإعاقة في الجزائر:

لقد أصبح ينظر للإعاقة كمشكلة اجتماعية تعوق تقدم الأمم، توضع في مصاف المسائل الاجتماعية الكبرى التي ينبغي على العالم عامة والمجتمع الجزائري خاصة مواجهتها بالتحليل والفهم، إذ استقطبت هذه المسألة اهتمام الدولة الجزائرية وبرزت كأحد المسائل المطروحة للدراسة والبحث لمختلف الدراسات العلمية الطبية والنفسية والاجتماعية، خاصة وان نسبة نوى الإعاقة تمثل 3% من المجتمع الجزائري أي ما يقارب 2 مليون معاق. (بن عيسى المهدي، بوسحلة ايناس، 2011: 424)

والجداول التالية توضح إحصائيات 1998 للأشخاص المعاقين في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات وكذا تقديرات 2010 للأشخاص المعاقين في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات (2006).

الجدول رقم (5): إحصائيات 1998 للأشخاص المعاقين في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات (2006).

النسبة	عدد المعاقين	نوع الإعاقة
14.21	226053	الحركية
9.24	147100	البصرية
8.76	139478	العقلية
4.84	77098	إعاقات متعددة
4.02	63963	السمعية
26.64	423802	إعاقات أخرى
32.25	512972	أمراض مزمنة
100	1590466	المجموع

الجدول رقم (6): تقديرات 2010 للأشخاص المعاقين في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات (2006).

النسبة	عدد المعاقين	نوع الإعاقة
14.67	278520	الحركية
8.93	169534	البصرية
8.59	163163	العقلية
4.40	83545	إعاقات متعددة

(عياش صباح، 2011: 26)

كما تقدر نسبة المعاقين بين السكان بنحو 2.5%. وكانت نسبة الانتشار أعلى بشكل ملحوظ بين الرجال مقابل النساء (3.9% للرجال و 1.1% للنساء). وتظهر الإعاقة بصفة خاصة بين الذين تتراوح أعمارهم 60 سنة وخاصة الرجال. والجدول التالي تبين التوزيع النسبي للإعاقة في الجزائر.

حيث أنه في التوزيع النسبي حسب شدة الإعاقة ، لوحظت أعلى هذه النسب في الإعاقة البسيطة بـ 60.5% من مجموع الإعاقات. أما نسبة الإعاقة الشديدة فقد بلغت 39.5%. والجدول التالي تبين ذلك:

الجدول رقم (7) : انتشار الإعاقة حسب الفئة العمرية والجنس ، الجزائر 2006.

المجموع		الإناث		ذكور		الجنس السن
العدد الفعلي	نسبة الانتشار	العدد الفعلي	نسبة الانتشار	العدد الفعلي	نسبة الانتشار	
67728	0.1	33425	0.1	34303	0.1	9- 0
90318	2.8	45002	1.1	45316	4.4	59- 20
13038	13.2	6362	6.2	6676	19.8	60 فما فوق
171100	2.5	84802	1.1	86298	3.9	المجموع

الجدول رقم (8) : التوزيع المرتبط بالنسبة المئوية للأشخاص المعاقين حسب شدة الإعاقة :

شدة الإعاقة	نسبة الانتشار	العدد الفعلي	المجموع
إعاقة شديدة	41.4	37.3	39.5
إعاقة بسيطة	58.6	62.7	60.5
المجموع	100	100	100

إن هذه النتائج هي مستقاة من بحث أجراه الديوان الوطني حول الطفل والمرأة لسنة 2007 بالاشتراك مع وزارة الصحة. (عياش صباح، 2011: 27)

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل موضوع التربية الخاصة من حيث المفهوم باعتبارها نمط من التربية تعتمد على برامج ومناهج خاصة في تعاملها مع الفئات التي تشملها، هذه الفئات التي تتميز فيما بينها سلبيًا وإيجابيًا، كما تناول تقديم مجموعة من البرامج والأسس التي يقوم عليها هذا النوع من التربية الذي يؤكد على ضرورة أخذ الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة محمل الجد وضرورة البحث والمثابرة من أجل توفير وسائل منهجية ثرية تمكن من تحسين مستواهم، خصوصًا مع الإحصائيات الحديثة التي تؤكد النسب المرتفعة لهؤلاء الأفراد ضمن المجتمع.

كما تؤكد على أن الطفل مهما كان اختلافه فهو عن طريق التربية الخاصة يستطيع أن يحقق وينجز ما لم يكن يتوقع منه في زمن مضي، وذلك نتيجة للتطورات التي شهدتها هذا الميدان، حيث نادى جميع الديانات السماوية بضرورة حسن معاملة ذوي الاحتياجات الخاصة ولعل معاتبة الله سبحانه وتعالى لرسوله الكريم خير دليل على ذلك، ولقد شهد عصرنا الحالي تميزًا في هذا المجال حيث انتبهت جميع الأمم إلى ضرورة الاعتناء بهذه الفئة واعتبر إهمال هذه الفئة مظهرًا من مظاهر التخلف يمس جميع الميادين سواء من الناحية الاجتماعية، القانونية أو الاقتصادية لما يترتب عليه من آثار سلبية على الفرد وما يترتب عليها من مشاكل وأعباء تفرض نفسها على المجتمع.

الفصل الرابع: مع:

الإعاقة العقلية

- تمهيد.
- مفهوم الإعاقة العقلية.
- نسبة الإعاقة العقلية.
- تصنيف الإعاقة العقلية.
- أسباب الإعاقة العقلية.
- خصائص المعاقين عقليا.
- قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.
- برامج الأطفال المعاقين عقليا.
- الاتجاه نحو المعاقين عقليا.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

عايشت كل المجتمعات مشكلة الإعاقة العقلية، فهي ظاهرة وجدت منذ بدا التاريخ، غير أن نظرة المجتمعات لهذه الظاهرة اختلفت باختلاف الزمان والمكان، وفي عصرنا الحالي خصوصاً مع التقدم العلمي الحاصل والإحصائيات الحديثة التي أشارت إلى ارتفاع حجم هذه المشكلة ووجود نسبة معتبرة من أفراد هذه الفئة ضمن مختلف المجتمعات، جعل من هذه الظاهرة مشكلة تتطلب البحث، لذا حاولنا من خلال هذا الفصل أن نتناول موضوع الإعاقة العقلية من حيث المفهوم، الأسباب، التشخيص، إضافة إلى خصائص المعاقين عقلياً الجسمية، العقلية، الانفعالية والاجتماعية، ثم أهم البرامج العلاجية لهذه الفئة.

1 - مفهوم الإعاقة العقلية:

تشير سهير شاش أنه إلى الآن ليس ثمة اتفاق كبير في الاصطلاح على التسمية ولا التصنيف الصحيح للإعاقة العقلية. فلقد تبني إتحاد الطلاب العقلي الأمريكي كلمة "النقص العقلي" Mental Deficiency، بينما يؤكد الإتحاد الأمريكي للنقص العقلي اصطلاح "التأخر العقلي" Mental Retardation وفي التسمية اللاتينية يستخدم الأطباء العقليون اسم Hypophernia ومعناها التأخر التركيبي أو الوظيفي، ويستخدم الأطباء الروس اصطلاح "قلة العقل" Oligophrenia ، وفي إنجلترا وبعض الدول الأوروبية أستخدم اصطلاح Mental Subnormality ليعني عدم السواء العقلي، كما استخدمت اصطلاحات أخرى للدلالة على المعاق منها بليد العقل Mentally Dull، والمتأخر عقلياً Back Ward، وواهن العقل Feeble Minded. (سهير شاش، 2001: 17-18)

يعتبر التعريف بالتخلف العقلي من أشد الأمور صعوبة وتعقيداً، وذلك لاختلاف أساليب مواجهة هذه الحالات وطرق علاجها، واختلاف أبعادها. فمشكلة التخلف العقلي هي مشكلة طبية ونفسية وتربوية واجتماعية، إذ أنه تصاحبها عادة اضطرابات نفسية وجسمية وتظهر أثارها في المجال التحصيلي في المدرسة، والمجال الاجتماعي في الأسرة، والمجال المهني وغير ذلك من مجالات الحياة. (برحيل جويده، 2000: 6)

كذلك فكثيراً ما يتم الخلط بين التخلف العقلي والمرض العقلي لدى عامة الناس، لذا يجدر بنا توضيح الفرق بينهما، فالتأخر العقلي يتعلق بالانخفاض في مستوى الأداء الوظيفي العقلي للفرد كنتيجة لتأخر نمو قدراته العقلية المختلفة، وهذا الانخفاض يكون متلامساً بالضرورة مع انخفاض في مستوى سلوكه التكيفي أثناء فترة البناء والتكوين، أما المرض العقلي فهو اضطراب حاد يؤدي إلى تفكك شخصية الفرد مع اختلال على مستوى الوظائف العقلية كالتفكير والإدراك والتركيز... نتيجة لعوامل وراثية أخرى نفسية وبيئية تؤدي إلى الانفصال عن الواقع، ويصاحبها اضطراب في اللغة. (السعيد عواشرية، 2006: 143)

1 1 - التعريف الطبي:

يعتبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرة الإعاقة العقلية، وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية، ففي عام 1900 ركز إيرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة. وفي عام 1908 ركز تيرد جولد (Tregold) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت الأسباب قبل الولادة أو بعدها. (فاروق الروسان، 2007: 93-94)

وعرف "بورنفيل" (Bournville) الإعاقة العقلية بأنها تلف في المخ يؤدي إلى ربط الإثارة ونقص في القدرة على التعلم وعدم التكيف الاجتماعي. (محمد الإمام ، فؤاد الجوالده، 2010: 77)

وعرفه جيرفيس 1952 على أنه حالة توقف أو عدم استكمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو أن يكون نتيجة لعوامل جينية. (فاروق صادق، 1982: 7)

كما عرفه بنوا Benoit بأنه ضعف في الوظيفة العقلية، ناتج عن عوامل داخلية في الفرد، أو عن عوامل خارجية في البيئة، بحيث تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي، ومن ثم إلى نقص في القدرة العقلية العامة للنمو وفي التكامل الإدراكي والفهم، وبالتالي في التكيف مع البيئة. (بشير معمريه، 2006: 150)

وتتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية، وخاصة تلك الأسباب التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System, CNS) وخاصة القشرة الدماغية (Cortex). (فاروق الروسان، 1999: 16)

وللجهاز العصبي وظيفتان عظيمتان، إحداهما حسية والأخرى حركية. ويمكننا أن نشبه المخ بلوحة القيادة المركزية فهو يستقبل السيالات من الخارج أي من العالم الخارجي أو الأحشاء الداخلية، ثم يتصرف وفقا لتلك المعلومات التي جمعتها الأعصاب الحسية وتم نقلها إلى الخلايا العصبية الحسية ثم انتقلت من هذه الخلايا إلى المخ بطريق المسارات الحسية. ويصدر المخ بناء على هذا "قرارات تنفيذية" تنبعث من الخلايا العصبية الحركية ثم تنتقل عبر المسارات الحركية إلى الأعصاب الحركية التي توصلها إلى الأطراف أو الأعضاء الداخلية المختصة. (أحمد عبد الخالق، 1986: 13)

أما القشرة المخية عند الإنسان فلقد بلغت من الدقة في التركيب والتنسيق المتكامل بين أجزائها ما يجعلها مسئولة عن أرقى نشاط فسيولوجي عصبي راقى - وهو ما نسميه بالنشاط النفسي. (عبد الوهاب كامل، 1994: 72)

وتمثل القشرة المخية الطبقة الرمادية الخارجية للدماغ التي يبلغ سمكها حوالي 3 ملم وتتركز فيها كافة المناطق الإدراكية. فهي بهذا المادة الشغالة الرئيسية للإدراك والذكاء

والتعلم، وتتكون هذه القشرة كما هو معروف الآن من مئات الآلاف من الأعمدة الرفيعة للخلايا العصبية. وبينما يحتوي كل عمود على الآلاف من الخلايا الهرمية ويختص في نفس الوقت بوظيفة عصبية قد تختلف عن غيره من الأعمدة المجاورة، إلا أنه يتصل مع الألياف العصبية. (محمد حمدان، 1986: 9-10)

إن وجود القشرة المخية هو أحد المحددات الأساسية للنشاط النفسي ففيها تنتشر المراكز العليا التي تؤدي وظائف نفسية ونوعية تحدد نوع ونمط السلوك الذي يصدر عن الإنسان. (عبد الوهاب كامل، 1994: 73)

حيث تؤدي تلك الأسباب إلى تلف في الدماغ (Brain Damage) أو المراكز المشار إليها، وبالتالي تعطيل الوظيفة المرتبطة بها، وعلى سبيل المثال قد تؤدي الأسباب إلى إصابة مركز الكلام بالتلف ويترتب على ذلك تعطيل الوظيفة المرتبطة بذلك المركز، وهكذا بالنسبة لبقية المراكز. (فاروق الروسان، 1999: 17)

وعلى ذلك يتمثل تعريف الإعاقة العقلية وفق التعريف الطبي على أنها حالة من عدم اكتمال نمو خلايا المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة لسبب ما. والإعاقة العقلية ليست مرضاً مستقلاً أو معينا بل هي مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام، وعجز في قابليته على التكيف. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 121)

وقد وجهت انتقادات لهذا التعريف تتمثل في صعوبة وصف الإعاقة العقلية بطريقة رقمية تعبر عن مستوى ذكاء الفرد. (فاروق الروسان، 1999: 18)

1 2 - التعريف السيكومتري:

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، حيث يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها، دون أن يعطي وصفاً دقيقاً وبشكل كمي للقدرات العقلية، فعلى سبيل المثال قد يصف الطبيب حال الطفل المنغولي ويذكر مظاهر تلك الحالة من الناحية الفيزيولوجية وأن يذكر الأسباب المؤدية إليها، ولكن لا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة. (نفس المرجع السابق: 18)

نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينيه Binet في عام 1905 وما بعدها، بظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (Stanford – Binet Intelligence Scale) والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد، في الولايات المتحدة (1900-1916)، ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقوة العقلية ومنها وكسلر للذكاء في عام 1949 (Wechsler Intelligence, For Children)، وغيرها من مقاييس القدرة العقلية. (فاروق الروسان، 2007: 94)

ويعد اختبار ستانفورد – بينيه (Stanford – Binet Test) واختبار وكسلر للذكاء الأطفال (Wechsler Intelligence Scale for Children) أكثر اختبارات الذكاء

استخداما والدرجة الوسط على هذين الاختبارين هي (100)، أما الانحراف المعياري الواحد فهو يساوي (16) درجة على اختبار بينيه و (15) درجة على اختبار ويكسلر. وهكذا فإن حصول الشخص على درجة ذكاء تساوي (70) أو أقل على اختبار ويكسلر ودون (68) على اختبار بينيه تجعله يصنف كمتخلف عقليا وفقا لمعيار القدرة العقلية العامة حيث أن هاتين الدرجتين تنخفضان بمقدار إنحرافين معياريين أو أقل عن المتوسط. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 49)

وقد اعتمد هذا التعريف على نسبة الذكاء (I.Q) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وأعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (70) درجة على اختبارات الذكاء بأنهم معاقين عقليا، وعليه فالإعاقة العقلية هنا هي حالة متأخرة من النمو العقلي تحدد نسبة ذكاء أدنى من (70) حسب الاختبار المقنن للذكاء. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 121)

1 3 - التعريف الاجتماعي:

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية وقد نادت بهذا الاتجاه ميرسر (Mercer,1973) وجنسن (Jeneses,1980). (فاروق الروسان، 2007: 94)

يركز هذا التعريف على مدى نجاح أو إخفاق الفرد في الاستجابة لمتطلبات الحياة الاجتماعية وفق المعايير السائدة في مجتمعه، وبالتالي فإن فشله يجعله واقعا ضمن فئة المعاقين عقليا. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 77)

وقد ركز كثيرون من أمثال تيرد جولد (Tregold, 1908) ودول (Doll, 1941) وهيبير (Heber, 1959) وجروسمان (Grossman, 1973) وميرسر (Mercer, 1973) على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة العقلية، وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي (Adaptive Behavior)، والذي قيس بعدد من مقاييس السلوك التكيفي (Adaptive Behavior Scale). (فاروق الروسان، 2007: 94-95)

وعلى ذلك تعتبر تلك المتطلبات الاجتماعية معايير يمكن من خلالها الحكم على أداء الفرد ومدى قدرته على تحقيقها تبعا لعمره الزمني، أما إذا فشل في تحقيق مثل هذه المتطلبات في عمر ما فإن ذلك يعني أن الطفل يعاني من مشكلة في تكيفه الاجتماعي. (فاروق الروسان، 1999: 22)

1 4 - التعريف السلوكي:

تهتم التعريفات السلوكية بالسلوكيات الخاصة بالأشخاص المعاقين عقليا وسلوكياتهم التكيفية ومهاراتهم الاجتماعية، فهي تتجه إلى اعتبار أن الكفاية الاجتماعية Social Competence هي المحك الأول للتعرف على المعاقين عقليا، فعالمة الاجتماع ميرسرم (Mercerm, 1973) ترى أن الإطار الاجتماعي للفرد هو الذي يحدد فيما إذا كان معاقا عقليا أم لا، ويتفق تيرد جولد وسودي (Tred gold and Soddy, 1970) مع ميرسرم (Mercerm) في أن الإعاقة العقلية عبارة عن حالة من العجز في النمو العقلي بدرجة لا تسمح للفرد بمواءمة نفسه مع البيئة العادية لأقرانه بشكل يتيح له العيش مستقلا ودون حاجة لمساعدة الآخرين وإشرافهم. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 122)

1 5 - التعريف التربوي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الإعاقة العقلية تنتج من تفاعل عاملين أولهما: عدم مناسبة البيئة التعليمية للاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد، وثانيهما: قصور الوعي المجتمعي في تفهمه لمتطلبات الإعاقة وتوفير الطرق والمصادر والإستراتيجيات المناسبة لتعليم وتدريب هذه الفئة. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 78)

1 6 - التعريف القانوني:

الإعاقة العقلية من وجهة نظر بورتس وكوربيت (Porteus and Corbett) هي أن الأفراد المعاقين عقليا هم الأفراد غير القادرين على الاستقلال وتبدير أمورهم بسبب التخلف الدائم، أو توقف النمو العقلي في مرحلة عمرية مبكرة. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 122)

ولهذا فإنه لا يوجد اتجاه واحد مقبول لتبني تعريف محدد للإعاقة العقلية بشكل عام، ورغم أن علماء النفس والأطباء النفسيين والتربويين والعاملين في مجال الخدمات الاجتماعية يقدمون خدمات من نوع أو آخر للمعاقين عقليا إلا أنهم كثيرا ما يختلفون في تعريفهم للإعاقة العقلية، ونتيجة لوجود هذا الخلاف وما له من آثار سلبية على الفرد والأسرة والمجتمع، فقد تبني المهتمون الاتجاه التكاملي وهو اتجاه التقييم الشامل أي التقييم المتعدد الأبعاد، وعدم الاكتفاء بالاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها، بل تبني التدقيق في الجوانب الوراثية والصحية، والاجتماعية والنفسية والتربوية والتعليمية، فهذه الجوانب مجتمعة تعطي تقريرا يمكن من خلاله اتخاذ القرار المناسب لتعامل مع الإعاقة العقلية. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 78)

بالإضافة إلى هاته التعريفات فإن المراجع تشير إلى أن هناك تعريفات أخرى تناولت هذا الموضوع من وجهات نظر مختلفة، منها ما يلي:

• تعريف تيرد جولد Terd Gold:

حيث يعرفه بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلي درجة تجعل الفرد عاجزا عن التكيف مع بيئة الأفراد العاديين، بحيث يكون بحاجة إلى خدمات إضافية عن ما يحتاجه هؤلاء، حيث أن الأفراد المعاقين غير قادرين على إنشاء علاقات اجتماعية فاعلة مع الآخرين أي أن لديهم إعاقة في النمو الاجتماعي الذي يحتاج إلى نمو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي والانفعالي. (سعيد عبد العزيز، 2008: 133)

فالمقصود بالصلاحية الاجتماعية هنا هي قدرة الفرد علي إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره من الأفراد كمظهر من مظاهر نموه الاجتماعي الذي يتمشى إلي حد كبير مع نمو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 79)

إن تيرد جولد يستند إلي ذلك معتقدا أن الغرض الأساسي للعقل هو مساعدة الفرد علي التكيف مع ظروف البيئة العادية بشكل يجعله قادرا علي أن يكون مستقلا عن غيره من الأسوياء، فإذا توافر هذا الشرط عد الفرد عاديا وإن لم يتوفر شرط الصلاحية الاجتماعية فإن هذا الفرد يعد متخلفا عقليا. (نبيل سليمان، 1993: 53)

إلا أن تيرد جولد في تحديده لمعيار عدم الصلاحية الاجتماعية لم يطلعنا على المعايير التي تستخدم في تحديد مدى مواءمة الفرد للبيئة. كما أن تعريفه وما ذكره من أسباب لهذا التعريف يؤدي بنا إلى افتراض كل من لم يتواءم مع بيئته معوقا عقليا، ونحن نعرف أن المصابين بمرض عقلي أو العصائبيين المصابين بمرض نفسي لا يستطيعون التوائم مع بيئاتهم. (غسان أبو فخر، 1992: 158)

ويقدم لنا دول ومن وجهة نظر نفسية اجتماعية تعريفا شاملا محددًا محاولا التغلب علي العيوب التي يقع بها تعريف تيرد جولد في استخدام الصلاحية الاجتماعية كمحك للتعرف علي التخلف العقلي، كذلك أستطاع وضع مقياس للنضج الاجتماعي .

يعرف دول الفرد المتخلف عقليا بأنه الشخص الذي يتصف بالصفات التالية:

- 1- عدم الكفاية الاجتماعية إضافة إلي عدم الكفاية المهنية وعدم القدرة علي تدبير أموره الشخصية.
- 2- أنه دون مستوي الفرد العادي من الناحية العقلية.
- 3- أن إعاقة العقلية تعود إلى عوامل تكوينية إما وراثية أو نتيجة مرض ما.
- 4- أنه سيكون متخلفا عقليا عند بلوغه مرحلة النضج.
- 5- أن إعاقة العقلية تكون منذ لحظة الولادة أو في مرحلة مبكرة من عمره.

وبهذا نجد دول يضع حدودا واضحة وشاملة للإعاقة العقلية في إطار الشروط الخمسة حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 81)

ويشير كانر أن تعريف دول يختص بفئة ضعاف العقول من المتخلفين عقليا، ويتفق معه في أن هذه الفئة غير قابلة للعلاج وقد أثار شرط عدم القابلية للشفاء جدلا حول قيمة التقدم في الأبحاث الطبية التي تحاول السيطرة على الحالات الباثولوجية المختلفة فإننا لا نستطيع أن نجزم بان هذه الحالات غير قابلة للشفاء و لكننا من الناحية العلمية نستطيع أن نجزم بان العلوم الطبية قد نجحت في السيطرة على بعض الحالات و لو جزئيا. أما محاولة السيطرة الكاملة على مثل هذه الحالات و غيرها هي مشكلة زمن لا أكثر وربما تكون قريبة. (نبيل سليمان، 1993: 55)

7 1 - تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

(The American Association on Mental Retardation, (AAMR)
(Definition):

ظهر تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومترى والذي يعتمد على معيار القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، ونتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعتمد على معيار الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين المعيار السيكومترى والمعيار الاجتماعي، وعلى ذلك ظهر تعريف هيبير (Heber, 1959) والذي روجع في عام 1961، والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي. (فاروق الروسان، 2007: 95)

ويشير تعريف هيبير إلى أن: "الإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 16". (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 59)

ويوضح هيبير المصطلحات المستخدمة في التعريف:

• مستوى وظيفي عقلي عام:

ويقاس هذا المستوى بواسطة الاختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة).

• دون المتوسط:

يعبر عن مستوي أداء يقل عن مستوي أداء العاديين بمقدار انحراف معياري واحد إذا قيس الأداء علي اختبار من اختبارات القدرة العقلية العامة.

• أثناء فترة النمو:

يعترف هيبير بصعوبة تحديدها إلا أنه يقترح سن 16 سنة كمعيار لنهاية فترة النمو العقلي، وهذا يساعد علي تمييز حالات التخلف العقلي عن الحالات الأخرى مثل الجنون والتدهور العقلي.

• السلوك التكيفي:

يعرف هيبير السلوك التكيفي علي أنه كفاية الفرد علي التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية ولبيئته والقصور في السلوك الكيفي في حالات التخلف العقلي . (نبيل سليمان، 1993: 56)

قد يتمثل السلوك التكيفي في ناحية أو أكثر من النواحي التالية:

• النضج:

ويقصد به معدل النضج في نمو مهارات سن المهد أو الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو والوقوف والمشي والكلام والقدرة على التحكم في الإخراج والتعامل مع أقرانه في السن. في السنتين الأولتين من حياة الطفل يمكن قياس السلوك التكيفي بهذه المعارات المذكورة، وغيرها من مظاهر النمو الحسي الحركي عند الطفل، وبالتالي فان التأخر في اكتساب مهارات النمو قد يعتبر ذا أهمية أولية كمحك للاستدلال على وجود حالة التخلف العقلي في سنوات ما قبل المدرسة. (فاروق صادق، 1982: 13)

• القدرة علي التعلم:

ويشير إلى قدرة الفرد على الحصول على المعرفة والاستفادة من خلال الخبرة، فحياة الإنسان دون تعلم ليس لها قيمة أي مجموعة خالية يطلق عليها فاي (ϕ)، وبالمفاهيم الرياضية عدد عناصرها صفر وهذا يخالف المنطق، فكل مظاهر النشاط البشري ما هي إلا نتيجة لعملية التعلم. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 86)

• التكيف الاجتماعي:

يشير هذا إلي مدي قدرة الفرد علي الاستقلال وكذلك قدرته علي إنشاء علاقات شخصية واجتماعية مع غيره في حدود الإطار الاجتماعي والمعايير الاجتماعية، وتبدو أهمية هذا المحك كلما تقدم السن بالطفل للاستدلال علي مظاهر التخلف العقلي. (نبيل سليمان، 1993: 57)

نتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبير حيث أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقين عقليا عالية جدا الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع لتصبح 16%. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 59)

وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف هيبير السابق، من قبل جروسمان (Grossman) في عام 1973، وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي:

"تمثل الإعاقة العقلية مستوى الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بإنحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18". (فاروق الروسان، 2007: 95)

وقد عقد كل من "باين وميرسر" Payne & Mercer (1975) مقارنة لبيان التعديلات التي أجراها جروسمان على تعريف هيبير، يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (9): المقارنة التي أجراها جروسمان لتعريف كل من هيبير وجروسمان.
(عبد الرحمن سليمان: 106 حتى 108)

وجه الاختلاف	جروسمان 1973	هيبير (1959-1961)	التعريف أوجه المقارنة
السلوك التوافقي عند هيبير مصحوب بنسبة منخفضة بينما عند جروسمان متلازم مع هذه النسبة المنخفضة.	حالة دون المتوسط بشكل واضح في الأداء الوظيفي العقلي، توجد متلازمة مع قصور في السلوك التوافقي، على أن يظهر ذلك أثناء الفترة النمائية.	حالة تتميز بمستوى وظيفي دون المتوسط، يبدأ في أثناء فترة النمو، ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التوافقي للفرد.	التعريف العام
لا يوجد اختلاف.	نفس طريقة التقييم عند هيبير.	الأداء الوظيفي العام ربما يقوم باختبار واحد أو أكثر من الاختبارات المقننة والمعدة لهذا الغرض.	طريقة التقييم
يحدد جروسمان الفترة النمائية من 16-18 سنة .	يتحدد أعلى عمر بسن 18 سنة .	تقريبا حتى سن 16 سنة .	الفترة الزمنية (النمائية)
خصص جروسمان مجالات كثيرة للسلوك التوافقي فقد أشار إلى أن السلوك التوافقي ينتمي إلى مجموعة الفرد الثقافية.	يعرف بالفاعلية أو الدرجة التي يقابل بها الفرد معايير الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في سنه وجماعته الثقافية وينعكس قصور المتخلف عقليا في المجالات التالية : ● في أثناء فترة الرضاعة والطفولة المبكرة: في مهارات النمو الحسي الحركي- مهارات الاتصال- مهارات مساعدة الذات-	يدل على فاعلية الفرد في التوافق مع المطالب الطبيعية والاجتماعية وينعكس في : - النضج. - التعلم. - التوافق الاجتماعي.	القصور في السلوك التوافقي

	<p>التطبيع الاجتماعي.</p> <ul style="list-style-type: none"> • في أثناء الطفولة الوسطى والمتأخرة وفي أثناء المراهقة المبكرة: في تطبيق المهارات الأكاديمية الأساسية في أنشطة الحياة اليومية - تطبيق الاستدلال المناسب ليتمكن من التحكم في البيئة-المهارات الاجتماعية. • في أثناء المراهقة الوسطى والمتأخرة وحتى سن الرشد: في المسؤولية المهنية والاجتماعية والأدائية . 		
<p>لا يتضمن تقسيم جروسمان فئة التخلف الهامشي. وأما بقية التقسيمات لفئات التخلف العقلي فمتطابقة.</p>		<p>- تخلف عقلي هامشي 68-83 - تخلف عقلي متوسط 36-51 - تخلف عقلي شديد 20-35 - تخلف عقلي عميق اقل من 20</p>	<p>مستويات شدة التخلف العقلي .</p>

نستنتج من خلال التعريفات السابقة للتخلف العقلي أنها تناولت الموضوع من زوايا مختلفة معتمدة في التعرف على التخلف العقلي على عدة معايير، ولهذا كان التعريف الذي يضعه عبد الغفار، الشيخ (1978)، يمكن عده شاملاً ومقبولاً لأنه يعتمد عدداً كافياً من المعايير للحكم على التخلف العقلي: يشير هذا التعريف إلى أن "التخلف العقلي هو حالة من توقف النمو أو عدم اكتمال النمو العقلي يولد بها الطفل أو يحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية مرضية يصعب الشفاء منها، وأما آثار هذه الحالة من عدم اكتمال النمو العقلي فتتضح في مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتكيف مع البيئة بحيث ينخفض مستوى هذا الأداء عن المتوسط في حدود إنحرافين معياريين سالبين". (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 90-91)

وهكذا لا نستطيع التعرف أو تشخيص التخلف العقلي على أساس نسبة الذكاء وحدها اعتماداً على اختبارات الذكاء أو على أساس اختبارات النضج الاجتماعي والصلاحية الاجتماعية أو على أساس مستوى النضج الجسمي والعاطفي أو على أساس القدرة على التعلم والتحصيل، وإنما يحدد ويشخص التخلف العقلي على أساس مجموع هذه المعايير مع تركيز أكبر على مستوى الذكاء كمنطلق أساسي في تحديد التخلف العقلي لأن هناك جهوداً كبيرة تبذل من أجل تحسين الاختبارات التي تقيس الذكاء وتعديلها وتغييرها. (نبيل سليمان، 1993: 58-59)

وقدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي **American Association on Mental Retardation** في عام 1992 التعديل الرابع الذي يشير إلى بعدين منفصلين: **أولهما: أداء عقلي أقل من المتوسط.** **ثانيهما: قصور في اثنين على الأقل من المؤشرات العشرة الدالة على السلوك التكيفي** كما ذكرها كيرك وجالاجر وانستازيو (Kirk, Gallagher, Anastaiow, 2003)، وهي:

- العناية بالذات.
- مهارات الحياة اليومية.
- المهارات الاجتماعية.
- التفاعل الاجتماعي.
- التوجيه الذاتي.
- السلامة.
- الصحة.
- أوقات الفراغ.
- المهارات الأكاديمية.
- العمل. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 93)

1-7-1 توسيع مجال التعريف:

كان من الشائع سابقا أن يتم تشخيص الأطفال على أنهم متخلفون عقليا على نسبة ذكائهم فقط، أما الآن فيتم النظر إلى نسبة الذكاء على أنها لا تعد مقياسا دقيقا لذلك لأنها لا تزيد عن كونها مؤشر واحد يدل على قدرة الفرد على الأداء الوظيفي العقلي. وقد رأى المختصون أن يراعوا المهارات التكيفية إلى جانب نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلي، لأنهم أدركوا أن نسبة ذكاء بعض الأطفال قد تكون منخفضة ولكنهم مع ذلك يظلون منتبهين أو واعين وقادرين على مسايرة الآخرين أو المواقف المختلفة كان يتمكنوا من مسايرة الأقران أو تلك الوظائف التي قد يشتغلون بها بعد أن ينهوا المدرسة على سبيل المثال . (هلهان، كوفمان، 2008 : 254-255)

والتخلف العقلي ليس مرضا وإنما هو حالة تشير إلى مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي ينخفض عن المتوسط انخفاضا ذا دلالة مرتبطا بسلوك الفرد التكيفي وتظهر آثاره في مراحل النمو المختلفة. ويشمل التخلف العقلي مجموعة كبيرة من الأفراد الذين يختلفون عن بعضهم البعض اختلافا كبيرا من حيث درجة الإعاقة والمظاهر الإكلينيكية ومن حيث الأسباب المؤدية لها. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 60)

ومن الجدير بالذكر أن هناك اثنين من المنظمات المهنية البارزة والشهيرة قد عملتا على تبني تعريفات ومخططات تصنيفية تشبه في الأساس ذلك التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قبل عام 1992 حيث قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1996) American psychological association والجمعية الأمريكية للطب النفسي (2000) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION بتعريف التخلف العقلي على أنه يتضمن نواحي قصور في كل من الأداء الوظيفي العقلي والأداء أو السلوك التكيفي . (هلهان، كوفمان، 2008 : 260)

1 8 - تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A.A 1994):

حيث أقرت الجمعية التعريف التالي للإعاقة العقلية في الإصدار الرابع لدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSMIV) وهو:

- أداء ذهني وظيفي دون المتوسط، نسبة ذكاء حوالي 70 أو أدنى على اختبار ذكاء يطبق بشكل فردي وبالنسبة للأطفال تقرير إكلينيكي بوجود أداء وظيفي دون المتوسط.
 - عيوب أو جوانب قصور مصاحبة في الأداء التكيفي الراهن (أي كفاءة الشخص في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في عمره أو جماعته الثقافية) في اثنين من المجالات الآتية: الاتصال (التخاطب) استخدام إمكانات المجتمع، التوجه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الفراغ، والصحة والسلامة.
 - يحدث قبل سن (18) سنة. (سامية عبد الرحيم، 2011 : 98-99)
- وظهر تعديل جديد لتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في عام 1993، ويتضمن هذا التعديل عددا من التغييرات في التعريف التقليدي السابق للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والتي أشار إليها كلا من: هنت ومارشال (Hunt & Marshal, 1994)

ولاكسون، (Luckasson) والجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، وعلى ذلك ينص التعريف الجديد للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي إلى ما يلي:
تمثل الإعاقة العقلية عددا من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (5 ± 75)،
يُصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل:
مهارات:

- الحياة اليومية.
- المهارات الاجتماعية.
- المهارات اللغوية.
- المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب.
- مهارات التعامل بالنقود.
- مهارات السلامة. (فاروق الروسان، 2007: 97)

ومن الانتقادات التي وجهت إلى تعريف الإعاقة العقلية من وجهة نظر الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تلك الانتقادات التي قدمها كلوزن (Clausen, 1972) والتي خلاصتها وصف اختبارات السلوك التكيفي بالذاتية وبعدها عن الموضوعية، في تقييم أداء المفحوص عليها، وبسبب من ذلك فقد اقترح كلوزن ضرورة الاعتماد على مقاييس الذكاء التقليدية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية. (فاروق الروسان، 1999: 28)

1 9 - تعريف منظمة الصحة العالمية:

تبنت منظمة الصحة العالمية وجهة نظر مختلفة نوعا ما في تشخيص التخلف العقلي حيث ذكر كل من عبد المعطي و أبو قلة أنه في الإصدار العاشر المنقح من التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتصلة بالصحة (ICD-10) عرف التخلف العقلي بأنه "حالة توقف ونقص في النمو العقلي يتصف بضعف وتناقص في نمو المهارات، مما يؤثر على المستوى العام للذكاء، وبالتالي فإن اللغة والقدرات الحركية والاجتماعية والمعرفية تتأثر بذلك. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 50)

وفي عام 2002 عرفت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية **The American Association on Mental Retardation, AAMR** الإعاقة العقلية على أنها نقص في الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي والتي تظهر في المهارات الاجتماعية، والمفاهيم، والمهارات التكيفية التطبيقية، ويظهر هذا قبل سن الثامنة عشر. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 93)

يشير هذا التعريف الجديد للإعاقة إلى أنماط التقييدات التي تواجه المعاقين عقليا بدلا من وصف الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز عالمية، بحيث تشمل هذه التقييدات ثلاث مجالات رئيسية من مجالات السلوك التكيفي هي:

- المهارات المفاهيمية Conceptual Skills: اللغة، القراءة والكتابة، مفاهيم المال، التوجه الذاتي Self-Direction.
- المهارات الاجتماعية Social Skills: الشخصية، المسؤولية، تقدير الذات، السذاجة Gullibility البساطة، إطاعة القوانين Obeys Laws.

- المهارات العملية Peactical Skills: ذات دور فعال في نشاطات الحياة اليومية وفي النشاطات المهنية وفي توفير البيئة الآمنة، Raintaining Safe Environments . (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 121)

ويذكر براهالا (Prabhala, 2007) أنه قد تم تغيير اسم الجمعية الذي امتد إلى خمسة عقود تقريباً إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية حيث واكب هذا التغيير تعديلاً لمصطلح الإعاقة العقلية ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD).

وتعرف الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية الإعاقة العقلية على أنها: إعاقة تتميز بقصور ملحوظ في القدرات الفكرية والسلوك والتكيفي، معيار عنه من خلال المهارات المعرفية والاجتماعية والتكيفية العملية وتنشأ هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشرة. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 98)

2 - نسبة الإعاقة العقلية:

التخلف العقلي ظاهرة منتشرة في كل دول العالم ولم يسلم منها مجتمع من المجتمعات الإنسانية، لكن نسبة انتشارها تختلف باختلاف التأثيرات البيئية. فالمجتمعات المتقدمة بما لديها من إمكانيات وتقنيات وأدوات قياس وأجهزة تسهم في عملياً التعلم، وظروفها الاجتماعية التي لا تحتم زواج الأقارب تقل فيها نسبة الإعاقة العقلية، أما المجتمعات النامية التي تفتقر إلى هذه الإمكانيات ويتفشى فيها الجهل وينخفض فيها المستوى الثقافي والتعليمي والصحي، وعاداتها في زواج الأقارب تكثر فيها حالات التخلف العقلي. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 357)

وعلى العموم تراوحت النسب التي توصلت إليها الدراسات المختلفة ما بين 0.43% - 7.7%، وبالطبع فإن اختلاف هذه النسب إنما يعكس اختلاف المعايير من جهة واختلاف العينات المدروسة من جهة أخرى كما يعكس مصادر المعلومات المستقاة عن الحالات المدروسة. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 99)

وكما هو ملاحظ فإن هذه النسبة قد تزيد في مجتمع وتنقص في مجتمع آخر ويكون ذلك لعدد من الأسباب أهمها:

● معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية:

فإذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هيبير للإعاقة العقلية (أقل بإنحراف معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي 15.86%، في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية (أقل بإنحرافين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي 2.27%. (فاروق الروسان، 2007: 99)

وفي هذا الصدد فقد أشار فاربر Farber الى أن أكنسكن وجد نسبة المعاقين عقلياً في السويد تساوي 1.79% حين استخدم نسبة الذكاء 70 على أساس أنها حد الإعاقة العقلية،

في حين ان لوفثس Loufthus وجد أن نسبة المعاقين عقليا في النرويج تساوي 3.8% حين استخدمت نسبة الذكاء 75 على أساس أنها حد الإعاقة العقلية، أما في الولايات المتحدة فقد أشارت دراسات متعددة أجريت في بعض الولايات إلى نسب مختلفة تتراوح بين 1.52% و 5.02%. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 99)

• معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية:

فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هيبير، وجروسمان للإعاقة العقلية، فإن سقف العمر النمائي لدى هيبير هو سن 16 في حين أنه لدى جروسمان هو 18 سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب تساوي تقريبا حوالي 50% من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني انخفاض نسبة الإعاقة العقلية من 2.27% تقريبا إلى حوالي 1.5% تقريبا من مجموع السكان في مجتمع ما. (فاروق الروسان، 1999: 38-39)

• معيار السلوك التكيفي:

ويقصد بذلك أن الفرد المعوق عقليا هو الفرد الذي تقل نسبة ذكائه عن 75 وفي الوقت نفسه يعاني من قصور واضح على مقياس السلوك التكيفي، ويعني ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعوقين عقليا فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من 2.27% إلى 1%.

• العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية:

تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقليا في المجتمع، والعكس صحيح، ولذا فليس من المستغرب أن تزيد نسبة المعوقين عقليا في الدول النامية مقارنة مع الدول الصناعية المتقدمة، ففي دولة كالسويد مثلا تبلغ نسبة الإعاقة العقلية 0.4%، في حين تبلغ نسبة المعوقين في دول أمريكا اللاتينية حوالي 11.3%. وتبلغ نسبة المعوقين في الدول العربية 3.8% تقريبا. (فاروق الروسان، 2007: 102)

وتشير الدراسات التربوية الحديثة إلى أن نسبة المتخلفين عقليا في مجتمع ما تصل إلى 3% من عدد السكان والجدير بالذكر أن معظم هذه الدراسات اعتمدت الذكاء كوسيلة لقياس القدرات العقلية، ولو روعي السلوك التكيفي للأفراد والعوامل الثقافية والصحية والعمر الزمني في تحديد نسبة الإعاقة لانخفضت النسبة إلى 1% فقط. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 358)

وجد بيرش وداي (Birch and Day) في دراسة أجروها في بريطانيا أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين أطفال سن المدرسة من أبناء الطبقة الاجتماعية العليا تساوي 1.5% والمتوسطة 2.5% والدنيا 5.5% بشكل عام.

أما حين أخذ عامل درجة الإعاقة بعين الاعتبار فقد وجدت الدراسة أن نسبة الأطفال المعاقين إعاقة متوسطة أو شديدة لا تختلف باختلاف الطبقة الاجتماعية للطفل، في حين أن نسبة الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 60-70 تزداد بين الطبقات الاجتماعية الدنيا والمتوسطة وتقل بين أبناء الطبقة العليا، وهذه الدراسة بالذات تشير إلى أن اختلاف نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين الطبقات الاجتماعية المختلفة ينحصر فقط في مستوى الإعاقة العقلية البسيط والذي تدخل فيه العوامل الاجتماعية والتربوية والثقافية إلى حد كبير في حين أن الإعاقة العقلية المتوسط والشديد الذي يعود في معظمه إلى عوامل مرضية أو وراثية يوجد بين أبناء الطبقات الاجتماعية المختلفة بنفس النسبة. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 102-103)

وتتطلب معرفة نسبة الإعاقة العقلية في مجتمع ما دراسات مسحية دقيقة تتطلب فريقا من الأخصائيين المدربين على جمع البيانات اللازمة، وفي الوقت الذي يصعب فيه إجراء دراسات مسحية لكل أفراد المجتمع، فتجري دراسات مسحية لعينة من ذلك المجتمع تهدف إلى تقدير نسبة الإعاقة فيه. وبسبب من صعوبات إجراء الدراسات المسحية فإن الأرقام أو النسب التي تمثل الإعاقة العقلية في مجتمع ما تبدو غير دقيقة ويجب قراءتها بحذر شديد وخاصة عند اتخاذ قرارات مجتمع ما تبدو غير دقيقة ويجب قراءتها بحذر شديد وخاصة عند اتخاذ القرارات التربوية مبنية على تلك النسب. (فاروق الروسان، 1999: 36)

وتقدر نسبة الإعاقة العقلية في البلدان الصناعية بحوالي 2 - 5% من المجتمع الكلي. ونعد حاليا في بلجيكا حوالي 180.000 معاق عقليا، وإذا أخذنا بعين الاعتبار المحيط العائلي فهذا يعني أن نصف مليون شخص معنى بالإعاقة العقلية في بلجيكا. (Paul Jonckere, Roger Salbreaux et Ghislain Magerotte, 2007: 19)

وفي دراسة أجرتها هيئة اليونسكو عام 1981 تبين أن نسبة الانتشار في الدول العربية تتراوح ما بين 2.27% إلى 3.8%. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 358)

وبينت وزارة التربية الأمريكية أن ما نسبته (1.21%) من السكان الذين تتراوح أعمارهم من (6-17) عاما اعتبروا معاقين عقليا.

وفي دراسة أجراها باحثون على كل الولادات في ولاية كاليفورنيا بين سنوات (1987-1994) (أكثر من 4.5 مليون ولادة). وجدوا أن ما نسبته (3.6) طفلا لكل (1000) ولادة شخصوا على أنهم معاقين عقليا.

وتشير بعض التقديرات أن طفلا واحدا من كل عشرة أطفال يحتاجون إلى التعليم الخاص هم معاقون عقليا.

وعلى العموم تشير معظم الإحصائيات أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية في أي مجتمع تبلغ في المتوسط (2-3%). (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 123)

3 - تصنيف الإعاقة العقلية:

3 1 - تصنيف الإعاقة العقلية حسب الأسباب:

المنطلق في هذا المعيار أن أفراد الفئة يكون بينهم تجانسا من حيث الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي فمثلا:

3 1 1 - تصنيف ترييد جولد:

يصنف ترييد جولد (Tredgold, 1961) التخلف العقلي انطلاقا من مصدر العلة في الفئات التالية:

• تخلف عقلي أولي:

وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.

• تخلف عقلي ثانوي:

وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من التخلف التي تعود أسبابها إلى عوامل بيئية كالمرض والإصابات والتشوهات الخلقية التي تحدث قبل وفي أثناء وبعد الولادة.

• تخلف عقلي راثي بيئي:

وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معا.

• تخلف عقلي غير محدد الأسباب:

وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من المتخلفين، وبخاصة مستوى التخلف البسيط. (غسان أبو فخر، 2004: 122)

3 1 2 - تصنيف ستراوس:

يرى ستراوس أن المتخلفين عقليا ينقسمون إلى فئتين هما:

• النمط الداخلي:

وتشمل الحالات التي يعود تخلفها إلى عوامل وراثية ويلاحظ لديها نقص أحد الوالدين أو كليهما أو أحد الإخوة أو بعضهم، ولا يتضح في هذه أي سبب عضوي أو تكويني.

• النمط الخارجي:

ويشمل الحالات التي يعود تخلفها إلى عوامل خارجية تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها. كما قد يصاحب هذه الحالات ظهور بعض العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للمصاب. (غسان أبو فخر، 1992: 162)

23 - التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية:

حيث تقسم الإعاقة العقلية حسب المظاهر الخارجية المميزة لكل فئة من فئاتها، ومن أهم هذه الفئات ما يلي:

3-2-1- متلازمة داون:

تعتبر الحالة المعروفة باسم متلازمة داون (Down syndrome) التي كانت تعرف سابقا باسم المنغولية (Mongolism) أكثر الاضطرابات الكروموسومية المرتبطة بالتخلف العقلي شيوعا. وتتمثل المشكلة الأساسية في هذا الاضطراب بكون الطفل المصاب لديه (47) كروموسوم بدلا من (46) كروموسوم وهو العدد الطبيعي. ويكون الكروموسوم الزائد متصلا بزواج الكروموسومات رقم (21) حيث يصبح هذا الزوج ثلاثيا بدلا من أن يكون ثنائيا. ولهذا يطلق على هذه الحالة اسم ثلاثية الصبغي رقم واحد وعشرين (Trisomy 21). وتأخذ متلازمة داون شكلين آخرين أحدهما يتمثل بالتصاق أحد الكروموسومات بزواج آخر (Translocation) والآخر يتمثل بوجود الكروموسوم الزائد في بعض الخلايا وعد وجوده ببعض الخلايا الأخرى (Mosaicism). وتعتبر متلازمة داون أو ثلاثية الصبغي (21) أو المنغولية كثيرة الانتشار، حيث هناك حوالي مولود جديد من بين 60 إلى 70 ولادة يكون مصاب بهذه المتلازمة. ونتيجة للتقدم الطبي ارتفعت مدة حياة هؤلاء الأفراد حيث أصبحنا اليوم نشاهد عددا كبيرا من البالغين أو حتى من كبار السن. (Jean – Luc – Lambert et Jean. A.Ronald, 1979)

وهي أكثر الحالات شيوعا فيما يسمى بالحالات الإكلينيكية في التخلف العقلي، وقد أطلق عليها اسم "منغولي" لأن المتخلف عقليا من هذه الفئة يشبه أفراد الجنس المغولي، وكان أول من أطلق هذا الاسم على هذه الفئة وكان أول من أطلق هذا الاسم على هذه الفئة من المتخلفين عقليا هو لانجدون وتسمى الحالة بعرض داون، والمعروف أن نسبة المنغولية 0.0001 من مجموع الناس وان هناك تشابها كبيرا بين أفرادها وكأنهم ينتمون الي أسرة واحدة أينما وجدوا في مختلف بلدان العالم وان نسبة كبيرة منهم تموت في سن مبكرة وأنهم يمثلون بين 5 إلى 17 بالمئة من المتخلفين عقليا داخل المؤسسات التي ترعاهم عقليا . (نبيل سليمان، 1993: 84-85)

معظم أفراد هذه الفئة تكون نسبة الذكاء عندهم بين 25- 50 درجة فقط في حين أن نسبة قليلة منهم تتراوح نسبة ذكائهم بين 50 - 70. (محمد الإمام ، فؤاد الجوالده، 2010: 102-132)

ومن أهم الخصائص التي تميز الأطفال الذين تنطوي إصابتهم على نوع المنغولية عرض الرأس مع محيط أقل من العادي وقلة الشعر وجفافه وخلوه من التجاعيد. العينان منحرفتان إلى الأعلى وتميلان إلى الضيق، والأنف عريض قصير أفطس واللسان كبير خشن، أما القامة والأطراف فقصيرة والكفان عريضتان سميكتان والأصابع قصيرة، وكذلك يلاحظ صغر الأعضاء التناسلية بالإضافة إلى تأخر في الكلام والنمو الحركي،

وفيما يتعلق بالخصائص الانفعالية للأطفال المنغوليين فإنهم يتصفون باللفظ والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام. (غسان أبو فخر، 1992: 163-164)
وتعود أسباب حالات المنغولية إلى خلل في الكروموسوم رقم 21 الذي تحمله الأم وخاصة في الأعمار المتقدمة للأمهات بعد 35 سنة، فكلما زاد عمر الأم (Maternal Age) كلما زادت الفرصة لولادة أطفال منغوليين، وبسبب من ضعف هذا الكروموسوم لدى الأمهات المتقدمات في العمر (قبل الحمل)، حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين وبذا يصبح لدى الطفل منغولي 47 كروموسوماً بدلاً من 46 كروموسوماً، ويوضح الجدول رقم (10) العلاقة بين عمر الأم ونسبة حدوث وتكرار حدوث الولادات المنغولية كما يذكرها ماكميلان.

الجدول رقم (10): العلاقة بين عمر الأم ونسب تكرار حالات المنغولية. (فاروق الروسان، 1999: 46-47)

عمر الأم	نسبة الحدوث	نسبة تكرار الحدوث
20-30	1 : 1500	1 : 500
30- 35	1 : 600	1 : 250
35-40	1 : 300	1 : 200
40-45	1 : 70	1 : 100
45 فما فوق	1 : 40	1 : 20

3-2-2- القماءة أو القصاع:

نمط إكلينيكي يتميز بقصر القامة المفرط، ويرجع سببه إما إلى عدم وجود الغدة الدرقية أو إلى خلل في إفراز هذه الغدة، ينشأ عنه نقص في مادة الثيروكسين في جسم الجنين بسبب تضخم الغدة الدرقية عند الأم أو لنقص كمية اليود أو ناتجا عن نقص عنصر اليود في غذاء الطفل.

تتميز هذه الحالات بقصر القامة المفرط فبعضهم لا يتجاوز 80 – 90 سم وأطولهم يصل طوله 120 سم ومن السهل تشخيص حالة القصاع إكلينيكيًا بعد السنة الأولى من عمر الطفل حيث يلاحظ عليه الخمول وقلة النشاط وبطء الاستجابة وتوقف نمو الذهن، وجفاف الجلد وبرودته والشعر الخشن، والشخير في أثناء التنفس والبطن مستديرة وبارزة إلى الأمام، والساقان قصيرتان، وتعاني حالات القصاع من فتاق السرة، وتموت عادة في سن مبكرة. أما المستوى العقلي الذي يصل إليه فهو يتراوح بين العته والغباء. (غسان أبو فخر، 2004: 126-127)

3-2-3- الاستسقاء الدماغية:

سميت هذه الحالة بهذا الاسم لوجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ، أي ما بين القشرة الدماغية والدماغ، أو خارج القشرة الدماغية. في هذه الحالة تعتمد الإعاقة

على سرعة اكتشافه فإنه يعرض الشخص للإصابة بالإعاقة العقلية لأنه لا يسمح بالنمو بشكل السليم. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 63)

3-2-4- حالات صغر الجمجمة:

يكون حجم الدماغ صغيرا نتيجة أن المخ لم ينمو وبقي صغيرا في الحجم (ووزنه اقل من 1000 جم) ويكون حجم الجمجمة عاملا ثانويا لكن شكل الدماغ سيبيقي عاملا هاما آخر وفي هذه الحالة فان صغر حجم الرأس لا يكون دليلا علي حالة صغر الجمجمة (ميكروسفالي) وقد تكون هذه الحالة وراثية أو مكتسبة. فالحالة الوراثية يمكن عد حدوثها نتيجة عامل جنين طفري متتح. وفي هذه الحالة يضم حجم الرأس بدرجة أكبر من ضمور التفاصيل في الوجه. فيكون حجم الأنف والذقن عاديا نسبيا، أما الأذنان فكبيرتان والجبهة منحدره للخلف، أما ارتفاع الدماغ فصغير.

أما في الحالة المكتسبة قد توجد حالة صغر الجمجمة نتيجة لعوامل خارجية في فترة ما قبل الولادة، كتعرض الأم للإصابة بالأمراض المعدية والتسمم والأشعة أو أثناء الولادة نتيجة النزف وانسداد أحد الشرايين أو فيما بعدها كتعرض الطفل لالتهاب سحائي وتسمم. أو أن بعض حالات صغر الدماغ تصاب بشلل سحائي رعشي ثنائي Diplegia فتشبه حركة المقص وقد يبدو صاحب الحالة قصير القامة، أما النمو الجسمي فإنه يكون أقل قليلا من العادي.

إن وجود هذه الحالات يعدها بعضهم من أسعد الحالات في المتخلفين عقليا وأقلها رغبة في إيذاء الغير، فهم مسالمون إلى حد كبير . (نبيل سليمان، 1993: 89-90)

3-2-5- حالات كبر الجمجمة (غير الاستسقاء):

تتميز بكبر محيط الجمجمة وتختلف عن حالة الاستسقاء الدماغي في أن هذه الحالات تتصف بزيادة حجم الوجه، وأسباب هذه الحالة ليست معروفة تماما وإنما يرجح فيها أن تكون نتيجة عيوب في المخ تنتقل عن طريق الوراثة. (غسان أبو فخر، 1992: 163-165)

3-2-6- حالات البول الفينيكليوني (PKU):

يعود اكتشاف هذه الظاهرة إلى الطبيب النرويجي قولنج Voling سنة 1934 وسبب وجود هذه الظاهرة هو نقص كفاءة الكبد في إفراز إنزيم يساعد في عملية التمثيل الغذائي، ويمكن اكتشاف وجود هذه الظاهرة عند الطفل إما بوضع نقاط من حامض الفيريك مع بول الطفل، فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود حالة PKU لدى الطفل، كما يمكن وضع شريط حامض الفيريك على فوطة الطفل وبعد ذلك يقارن اللون مع اللوحة الطبية المختصة. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 63)

3-2-7- العته العائلي المظلم:

وهي حالة ضعف عقلي نتيجة مرض في الجهاز العصبي يؤدي إلى الحالة لعد نمو سوي خلال العام الأول من عمر الطفل، وهذه الحالة وراثية وتتعدد في الأسرة الواحدة وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتنتفخ وتورم وتمتلئ بالدهن مما يؤدي إلى العمى والضعف

العقلي حتى تصل إلى الإعاقة العقلية الشديدة (تقل نسبة الذكاء عن 25 درجة)، وقد يصاحب هذه الحالة الشلل والنوبات التشنجية وفقدان الضبط الانفعالي وغالبا ما تنتهي بالموت. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 134-135)

3 3 - التصنيف السيكومتری:

تعتمد فكرة التقسيمات السيكلوجية على استخدام نسبة الذكاء أساسا للتصنيف لأن نسبة الذكاء كما تقيسها اختبارات الذكاء المقننة تمثل معيارا للمستوى الوظيفي العقلي للفرد، و من المعروف أن سمة الذكاء موزعة بين الأفراد أو العينات الممثلة للمجتمع الكبير توزيعا إعتداليا لان معظم الناس تقع نسبة ذكائهم في وسط المنحني الإعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء بينما تقع فئة المتخلفين عقليا علي الطرف الأدنى للتوزع وهذا ما أظهره (بينييه) في اختباره حينما أطلق اسم المورون والأبله والمعتوه علي درجات التخلف العقلي، وباستخدام اختبار ستانفورد بينيه حدد فئة المتخلفين عقليا بأنها الفئة التي تقع نسب ذكائها من 70 وما دون هي تشمل 2.72 بالمئة من مجموع الأفراد. (نبيل سليمان، 1993: 79)

هذا وتقسم فئات التخلف العقلي على حسب هذا التصنيف إلى ثلاث فئات وهي كالآتي:

- الأهوك أو المأفون:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (50-70) ويستطيع هؤلاء القيام بأعمال روتينية بسيطة تحت الإشراف وبعد التدريب، كما يمكنهم التواصل ولكن القدرة اللفظية محدودة.

- الأبله:

ويتراوح ذكاء هذه الفئة بين (25-50) ويستطيع هؤلاء تعلم بعض الكلام وبالتالي يعبرون عن حاجاتهم الأساسية ولكنهم عادة لا يستطيعون القراءة ولا الكتابة كما يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار العادية وإنجاز أعمال بسيطة.

- المعتوه:

ويقل ذكاء هؤلاء الأفراد عن 25 ولا يستطيع هؤلاء الانتباه لحاجاتهم الشخصية أو حماية أنفسهم من الأخطار ويعانون من نقائص حركية وجسمية ملحوظة ويجب وضعهم في مؤسسات خاصة. (أحمد وادي، 2009: 43)

ومن بين علماء النفس الذين استخدموا نسبة الذكاء كأساس لتصنيف المتخلفين عقليا لوتيت Loutit وكيرك Kirk، ومن المحدثين جروسمان Grossman وغيرهم، وفيما يلي تصنيفهما للتخلف العقلي:

جدول رقم (11): تصنيف لوتيت وكيرك.

الفئة	نسبة الذكاء
مورون	45 أو 50 إلي 60-65
أبله	15 أو 20 إلي 45-50
معتوه	من صفر إلي 15 أو 20

بينما يصنف جروسمان 1983 المتخلفين عقليا تصنيفا مشابها، وقد تبنت هذا التصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، حيث عد أن حالات التخلف العقلي هي الحالات التي ينخفض أداؤها العقلي العام عن المتوسط بانحرافين معياريين على الأقل مع ملاحظة أن الحالات لا تشخص على أنها تخلف إلا بعد التحقق من شرطين وهما انخفاض السلوك التكيفي، والثاني أن يكون ذلك قد حدث قبل سن الثامنة عشر من العمر. والجدول التالي يبين ذلك .

جدول رقم (12): تصنيف جروسمان. (غسان أبو فخر، 1994: 123-124)

نسبة الذكاء		فئات المتخلفين
مقياس ستانفورد بينيه انحراف معياري =16	مقياس وكسلر انحراف معياري =15	
52-67	55-69	التخلف البسيط
36-51	40-54	التخلف المتوسط
20-35	25-39	التخلف الشديد
19 فأقل	24 فأقل	التخلف العميق

و حاليا تقسم الإعاقة العقلية على حسب مستوى الذكاء إلى الفئات التالية:

3-3-1- الإعاقة العقلية البسيطة Mild Mental Retardation:

تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعليم (Educable Mentally Retarded, EMR). وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث الابتدائي أو يزيد، هذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المعارف المهنية. (فاروق الروسان، 2007 : 107)

3-3-2- الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate Mental Retardation:

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين (40-54) درجة، كما يتراوح عمرهم العقلي بين 3-7 سنوات كحد أقصى، ويتميز أفرادها من الناحية العقلية بأنهم غير قادرين للتعلم، في حين أنهم قابلون للتدريب على بعض المهارات التي تساعدهم في المحافظة على حياتهم ضد الأخطار. أما من الناحية الاجتماعية فإنهم لا يستطيعون التوافق الاجتماعي ولا يتحملون المسؤولية، وأما نسبتهم فلا تزيد على 22% من مجموع المعاقين عقليا. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 134-135)

3-3-3- الإعاقة العقلية الشديدة Sever Mental Retardation:

تصل نسبة هذا النوع إلى (7%) من حالات الإعاقة العقلية وأصحابها غير قابلون لتعلم أو للتدريب ويتراوح ذكائهم ما بين (25-39) درجة ويتميزون بقصور واضح في المهارات الحركية والمهارات اللغوية ومهارات العناية بالذات، وربما يتأخر تعلمهم الكلام حتى سن السادسة إلا أنهم قد يبدون تحسنا طفيفا في سن المراهقة فيتمكنون من القيام ببعض الأعمال البسيطة جدا وتحت الملاحظة المستمرة. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 364)

3-3-4- الإعاقة العقلية الشديدة جدا Profound Mental Retardation:

هم أضعف البشر ذكاء على الإطلاق وأقل المتخلفين عقليا من حيث الذكاء فمعدل ذكائهم يقل عن (25) ولحس الحظ فإنهم يمثلون أقل النسب انتشارا بين المتخلفين عقليا وهي (1%)، وهم يصابون بالإعاقة التامة في الطفولة والمراهقة وعدم نمو أي من المهارات الحركية أو الكلامية أو الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم التحكم في المخارج (التبول والتبرز) وقد يستطيعون تعلم بعض الكلمات في مرحلة البلوغ، ونظرا لإعاقتهم التامة هذه فإن هذه الفئة تحتاج إلى مساعدة مستمرة ورعاية خاصة. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 128)

3 4 - تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب متغيري نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي:

تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) هذا التصنيف إذ يسمي باسمها أحيانا، حيث تصنف حالات الإعاقة العقلية حسب متغيري نسبة الذكاء والسلوك التكيفي الاجتماعي معا، وذلك لأهمية كل من متغيرات نسبة الذكاء والسلوك التكيفي في اعتبار الحالة تمثل مستوى من مستويات الإعاقة العقلية.

وتتمثل فئات هذا التصنيف فيما يلي:

- الإعاقة العقلية البسيطة .
- الإعاقة العقلية المتوسطة.
- الإعاقة العقلية الشديدة.
- الإعاقة العقلية الشديدة جدا أو الاعتمادية. (فاروق الروسان، 1999: 62-63)

3 5 - التصنيف التربوي:

يقوم الأخصائيون التربويون بتصنيف المتخلفين عقليا على أساس بعد آخر يتمثل في قدرتهم على التعلم، ووفقا لهذا التصنيف فإن فئات التخلف العقلي تظهر كالتالي:

3 5 1 - القابلون للتعلم Educable Mentally Retarded:

يقدم كركشانك تعريفا مقبولا لهذه الفئة ويعرفها بأنها تضم الأطفال الذين لا يستطيعون الاستفادة بدرجة مناسبة من البرامج العادية التي تقدم للأطفال العاديين وذلك بسبب قصورهم العقلي، غير أنهم قابلون للتعلم بمعنى أنهم يستطيعون أن يحصلوا على معلومات وخبرات ما يكفيهم في حياتهم وفي الحرف غير الفنية وعندما يصبح هؤلاء الأطفال في سن الرشد يستطيعون تحقيق مستوى طيب من الكفاية الاجتماعية Social Adequacy والكفاية الاقتصادية Aconomic Adequacy إذا ما تم تقديم برامج تعليمية خاصة بهم. (نبيل سليمان، 1993: 94)

3 5 2 - القابلون للتدريب Trainable Mentally Retarded:

تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 25-55 درجة على مقياس الذكاء، وهذه الفئة غير قادرة على تعلم المهارات الأساسية مثل القراءة والكتابة والحساب، ولكن يمكن تدريبهم على القيام ببعض المهارات الأساسية مثل العناية بالنفس واللباس والقيام بالأعمال البسيطة التي تتطلب ذكاء بسيطاً. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 62)

3 5 3 - الإعتاديون The Totally Dependent:

يطلق عليه أحيانا الطفل غير القابل للتدريب Untrainable وتقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن 25-30 درجة، ويعد الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وإشراف مستمرين لأنه غير قادر على الاستمرار بلا مساعدة مباشرة. (غسان أبو فخر، 1992: 168)

3 6 - تصنيف الجمعية الأمريكية:

ففي عام 1992 أوصت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على ما رآته اللجنة الخاصة للمصطلحات والتصنيفات المنبثقة عنها لترك هذا النسق التصنيفي القائم والانطلاق إلى نسق آخر لا يقوم مثله على نسبة الذكاء ولكنه يعتمد بدلا من ذلك على كم المساندة التي يحتاجها الشخص كي يصل أداءه الوظيفي إلى حد مقبول ويتسم بالكفاءة وذلك بقدر المستطاع، ووفقا لذلك توجد أربع مستويات للمساندة تعرف بمستويات المساندة هي:

- المستوى المتقطع.
- المستوى المحدود.
- المستوى الممتد أو الشامل.
- المستوى العام.

جدول رقم (13): تصنيف الجمعية الأمريكية.
(هلهان، كوفمان، 2008: 258-259)

المستوى	الوصف
المتقطع	يعتمد تقديم المساندة في هذا المستوى على أساس الطلب وبالتالي فإنه كمستوى يتسم بطبيعته العرضية حيث لن يكون الفرد محتاجا إلى مثل هذه المساندة على الدوام أو بصفة مستمرة كما أن المسانادات التي يتم تقديمها تتسم بأنه قصيرة المدى وفقا لما يحتاجه الفرد خلال الفترات الانتقالية في حياته كما يحدث حال فقدته لوظيفة كان يشغلها أو مروره بأزمة صحية حادة على سبيل المثال وعند تقديم مثل هذه المسانادات المتقطعة فإنها تتسم بدرجة من الحدة تتراوح بين المرتفعة والمنخفضة.
المحدود	تتسم المسانادات في هذا المستوى بدرجة من الحدة تكون ثابتة مع مرور الوقت كما أنها تكون محددة بوقت معين ولكنها مع ذلك تتسم بطبيعة متقطعة فضلا عن ذلك فإنها تتطلب عددا اقل من الأعضاء لتقديمها كما تحتاج كذلك تكلفة أقل وذلك قياسا بالمستويات الأخرى أكثر حدة من المساندة بالتدريب على وظيفة معينة الذي يتم تحديده بوقت معين أو تلك المسانادات الانتقالية التي يتم تقديمها في تلك الفترة التي تمتد من إنهاء المدرسة وحتى مرحلة الرشد على سبيل المثال.
الممتد أو الشامل	وتتسم المسانادات في هذا المستوى بالمشاركة المنتظمة كان تكون على أساس يومي على سبيل المثال وذلك في بعض البيئات على الأقل مثل بيئة العامل والبيئة المنزلية . كما أنها لا تكون محددة بوقت معين مما يجعلها تختلف عن المستوى السابق وعادة ما تكون تلك المسانادات من قبيل المساندة طويلة المدى في الحياة المنزلية.
العام	تتسم المسانادات التي يتم تقديمها في هذا المستوى بالثبات والدرجة المرتفعة من الحدة وتقديمها في بيئات مختلفة كما تكون ذات طبيعة تتسم بالحفاظ على الحياة أي أنها تساعد الشخص المتخلف عقليا على ذلك ومن جانب آخر فإن هذه المساندة تتطلب عددا أكبر من الأعضاء قياسا بالمستويين السابقين.

7 3 - تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV:

صنف التخلف العقلي على حسب DSM-IV إلى أربع مستويات وهي على التوالي:

- تخلف عقلي بسيط mild: نسبة الذكاء من (50-55 إلى 70)
 - تخلف عقلي معتدل moderate: نسبة الذكاء من (35-40 إلى 55-50)
 - تخلف عقلي شديد severe: نسبة الذكاء من 25-30 إلى 35-40
 - تخلف عقلي مطبق أو مطلق profound: نسبة الذكاء أدنى من 20 أو 25.
- (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 57)

ويعبر الجدول التالي عن الخصائص المختلفة لكل صنف من أصناف التخلف العقلي على حسب DSM-IV:

جدول رقم (14): خصائص النمو للأفراد المصابين بالتخلف العقلي.
(حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 54-55)

درجة التخلف العقلي	سن ما قبل المدرسة (0-5)	سن المدرسة (6-20)	البالغ (21 وما فوقها) الكفاية الاجتماعية والمهنية
مطبق (أو تام)	تخلف جسيم – تدني القدرة الوظيفية للمناطق الحسية الحركية – الحاجة إلى رعاية وخدمة مستمرة وإشراف.	نمو بعض المهارات الحركية-قد يستجيب إلى تدريب قليل أو محدود للخدمة الذاتية.	نمو بعض المهارات الحركية والكلامية وقد يقوم بخدمة ذاتية محدودة للغاية، ويحتاج إلى رعاية وعون.
شديد	تخلف في النمو الحركي، تدني مهارة الكلام، عدم القدرة من الاستفادة من التدريب على الخدمات الذاتية-ضالة أو انعدام مهارات الاتصال.	يستطيع أن يتحدث أو يتعلم من أجل الاتصال ، يمكن تدريبه على العادات الصحية الأولية، يستفيد من عادة التدريب الأصولي، غير قادر على الاستفادة من التدريب المهني.	قد يساهم جزئياً في إعانة نفسه تحت الرقابة التامة، ويمكن أن يطور مهارات الحماية الذاتية إلى ادني مستويات الاستفادة في بيئة منضبطة.
معتدل (متوسط)	يستطيع أن يتكلم أو يتعلم من أجل الاتصال . إدراك اجتماعي ضعيف، نمو حركي معقول، يستفيد من التدريب على خدمة الذات ، ويمكنه التصرف تحت إشراف مناسب.	يمكن الاستفادة من التدريب على المهارات الاجتماعية والمهنية. لا يتوقع أن يتجاوز مستوى الصف الثاني في الموضوعات الأكاديمية. قد يتعلم السفر بمفرده في الأماكن المألوفة.	يمكنه القيام بإعالة نفسه بالعمل اليدوي الذي يطلب منه في ظل ظروف تتوفر فيها الحماية. يحتاج إلى إشراف وتوجيه في ظل ظروف ضغط اجتماعية أو اقتصادية بسيطة.
بسيط	يستطيع تنمية مهارات اجتماعية ومهارات اتصال تخلف لا يذكر في المناطق الحسية الحركية غالباً لا يمكن تمييزه من الشخص العادي إلا في مرحلة متقدمة من العمر	يستطيع تعلم المهارات الأكاديمية حتى مستوى الصف السادس تقريباً في أواخر سن المراهقة ويمكن إرشاده نحو التوافق الاجتماعي.	يستطيع انجاز المهارات الاجتماعية والمهنية الكافية بدرجة كافية للإعاقاة الذاتية ولكنه قد يحتاج إلى إرشاد ويساعده في ظل ضغوط اجتماعية واقتصادية غير عادية.

4 - أسباب الإعاقة العقلية:

تشكل معرفة أسباب الإعاقة العقلية وكيفية الكشف عنها وطبيعة توزيع المعوقين عقليا وفقا لمستويات الإعاقة متطلبات أساسية للتخطيط للخدمات الوقائية في هذا المجال، ومما لا شك فيه أن درجة إسهام العوامل المختلفة في التسبب في هذه الظاهرة تختلف من مجتمع لآخر وذلك تبعا لمتغيرات مختلفة أهمها درجة توافر الخدمات الصحية والوقائية والمستوى الثقافي للأباء والأمهات والعوامل الاجتماعية المختلفة. كما أن الأهمية النسبية لهذه العوامل في التسبب بالإعاقة في المجتمع الواحد تختلف من وقت لآخر بفعل التغيرات المختلفة التي تطرأ على المجتمع. فعلى سبيل المثال فقد كانت إصابات الولادة واضطرابات التثريد في منتصف هذا القرن مسؤولة عن نسبة كبيرة من حالات الإعاقة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد انخفضت هذه النسبة في الوقت الحاضر انخفاضاً حاداً نتيجة للتطور الكبير الذي شهدته الخدمات الطبية خاصة في مجال التوليد ورعاية الأم الحامل وتعميم إضافة مادة اليود لبعض المواد الغذائية خاصة ملح الطعام، وفي الوقت الحاضر فقد أصبحت المواد الصيدلانية Pharmacological Agents وكذلك الآثار الضارة للإشعاع مسؤولة عن عدد كبير من الحالات عما كانت عليه في السابق. (عبد العزيز السرطاوي، يوسف القريوتي، 1990: 175-176)

في حين تبقى أسباب التخلف العقلي في حقيقة الأمر غير معروفة بنسبة تامة إلى يومنا هذا على الرغم من التطور الذي شهده المجال الطبي والتقدم الكبير خصوصاً في ما يتعلق بالوراثة والجينات "**الجينوم البشري**" وما يزودنا به من معلومات ذات أهمية بالغة في التعرف على طبيعة الجنس البشري بصورة دقيقة حيث يشير كل من هلهان وكوفمان إلى أن "هناك نسبة كبيرة من الحالات تصل إلى 50% تقريباً لا يمكننا أن نحدد لها أسباباً معينة ومحددة تعد هي المسؤولة عن تعرضها للتخلف العقلي". (هلهان، كوفمان، 2008: 262)

هذا ويمكن إتباع المنهج الزمني في الحديث عن الأسباب وذلك على أساس المراحل التي تؤثر فيها هذه العوامل أو الزمن الذي تحدث فيه، وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى ثلاث مجموعات من العوامل والأسباب وهي:

- **عوامل قبل الولادة:** وهي العوامل التي تؤثر على الجنيني قبل ولادته خلال أشهر الحمل.
- **عوامل أثناء الميلاد:** وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الميلاد وتؤدي إلى إعاقة العقلية.
- **عوامل ما بعد الولادة:** وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة وتؤدي إلى تخلفه.
- وهناك مجموعة أخرى يمكن أن نسميها عوامل غير محددة للإعاقة العقلية : وتشير إليها الدراسات على أنها قد تكون مسؤولة عن تلك الحالات من الإعاقة العقلية البسيط غير معروفة الأسباب وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية حيث تصل إلى 70-75%. (محمد الإمام ، فؤاد الجوالده، 2010: 104)

4-1- عوامل قبل الولادة (Prenatal Causes):

تقسم مجموعة أسباب ما قبل الولادة إلى قسمين:

- العوامل الجينية.
- العوامل غير الجينية، أي العوامل البيئية التي تحدث أثناء فترة الحمل.

4-1-1- العوامل الجينية:

تشكل عوامل ما قبل الولادة حوالي (75%) من أسباب الإعاقة العقلية، وقد وجد العلماء أن هنالك أكثر من (500) مرض وراثي له علاقة مباشرة باضطرابات الإعاقة العقلية، وسبب هذه العوامل هو شذوذ في الجينات التي تورث الصفات من الآباء إلى الأبناء. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 129)

ويقصد بالعوامل الجينية العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات، ففي الخلية المخصبة يوجد 46 كروموسوما نصفها من الأب ونصفها الآخر من الأم، وتوجد هذه الجينات وما تحمله من جينات وراثية (Genotype) على ثلاثة أشكال:

- الجينات السائدة.
- الجينات الناقلة.
- الجينات المتنحية.

فإذا كانت هذه الجينات سائدة لدى كل من الأب والأم فلا مشكلة في الأشكال الناتجة، وغالبا ما يشبه الطفل الوليد أبويه في بعض تلك الصفات (قانون التشابه الوراثي)، ولكن قد توجد هذه الجينات بصفة ناقلة لدى الأب وناقلة لدى الأم، وفي هذه الحالة يختلف الطفل الوليد عن أبويه في بعض تلك الصفات (قانون الاختلاف في الوراثة)، أما في الحالة الثالثة فقد تلتقي في الطفل الوليد صفة متنحية من كل من الأب والأم، نتيجة لظهور هذه الجينات بصفة متنحية لدى كل من الأب والأم معا وهذا ما يفسر اختلاف صفة ما في الطفل الوليد عن أبويه (قانون التراجع في الوراثة) ، وتجب الإشارة إلى أن التقاء جين ما يحمل صفة ما في الأب مع مثيله من الأم، يخضع لعامل الصدفة. (فاروق الروسان، 2007: 109)

ويرى بنروز (Penrose) أن الإعاقة العقلية المتنحية تحدث نتيجة أمراض واضطرابات بيوكيميائية تنتقل من الوالدين أو احدهما إلى الجنين، وتسبب تلف الدماغ والجهاز العصبي، وتكون وراثته عادة من الجد الأعلى، ويحتمل ظهوره في زواج الأقارب والفروع المكتملة للأسرة. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 106)

وطبقا لبولمين وميكليرن (Polmin, & McClean, 1993) فإن المشاكل الجينية شائعة بين أكثر من نصف الناس، إلا أن هذه الحالات لا تكون واضحة لأن معظم هذه المشاكل الجينية تؤدي إلى الإجهاض المبكر، فمن كل (200) جنين متخلف جينيا يعيش

واحد منهم حتى الولادة، لكن كثير من هؤلاء يموتون مباشرة بعد الولادة. وقد حدد العلماء حوالي (100) اختلال جيني، لكن معظم هذه الاختلالات نادرة والاختلالات الأكثر شيوعا هي: متلازمة داون، فينيل كيتونيوريا، ومتلازمة الكروموسوم (X) . (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 130)

4-1-2- متلازمة الكروموزوم X الهش:

تعتبر هذه المتلازمة أكبر سبب وراثي معروف وشائع يؤدي إلى التخلف العقلي كما يرى هاجرمان (2001) سمي بهذا الاسم نتيجة لحدوث خلل في الكروموزوم رقم 23 الذي يضم عند الرجال زوجا من الكروموزومات هما X و y بينما يتكون عند الإناث من كروموزومات هي X و X، حيث يتعرض الجزء السفلي من الكروموزوم إلى انحلال في بعض خلايا الدم ونظرا إلى كون الإناث يتميزن بوجود كروموزومين X فهذا يعطيهم حماية أفضل على عكس الذكور مما يجعل نسبة حدوث هذا الاضطراب قليلة عند الإناث إذا ما قورنت بنسبته لدي الذكور. تتطور بعض الخصائص الجسمية للأفراد المصابين بهذا الخلل مما يميزهم ببعض المظاهر منها كبر حجم الرأس، كبر الأذن وانبساطها، الوجه طويل ورفيع، الجبهة بارزة، الأنف عريض، الذقن بارزة ومربعة، غير مستدقة الأطراف، راحة اليد عريضة، الخصيتان كبيرتان. (هلهان، كوفمان، 2008: 267)

4-1-3- متلازمة داون:

ترجع الأسباب في هذه الحالة إلى عدم انتظام في انقسام الكروموسومات في أثناء تكون الجنين مما ينشأ عنه تكون جنين يحمل 47 كروموسوما بدلا من 46، حيث أنه من المعروف أن عدد الأزواج من المورثات (الكروموسومات) لدى المواليد العاديين يبلغ 23 زوجا، والأمر الذي يحصل في هذه الحالة أنه في الزوج 21 يحدث الخلل بحيث يتكرر ثلاث مرات بدلا من مرتين. وأكثر الطرق التي يحدث بها هذا الانقسام الثلاثي للكروموسوم هي طريقة عدم الانفصال وهو خطأ في توزيع الكروموزومات يحدث عند تكوين الخلية الجنسية سواء البويضة أو الحيوان المنوي، وبذلك يكون أحد الأبوين مسئولا عن الكروموسوم الزائد، إلا أن المرجح هو حدوث هذه الحالات لدى التقدم في عمر الإنجاب لدى الأم. (غسان أبو فخر، 2004: 125)

4-1-4- متلازمة ويليامز:

تحدث هذه المتلازمة في الأساس كما يشير دانكينز وآخرون (2000) إلى عدم وجود مادة جينية في الكروموزوم السابع. ومن المعروف أن متوسط نسبة ذكاء هؤلاء الأفراد يتراوح بين 50-60 أي أن غالبيتهم يعدون من فئة ذوى التخلف العقلي البسيط مع وجود حالات بينية تتخفف فيها نسبة الذكاء أو ترتفع لتبلغ في بعض الحالات النادرة المستوي العادي، بالإضافة إلى ذلك فإن أفراد هذه المتلازمة معرضون لعيوب في القلب كما يتسمون بحساسية غير عادية للأصوات وملاحهم الغريبة أيضا والتي تعرف بالملاح الجينية تتمثل في الأنف الأفتس والصغير والعيون المنتفخة والأذن بيضاوية والفم واسع والشفتان عريضتان والذقن صغيرة. (هلهان، كوفمان، 2008: 266-267)

وفيما يلي جدول يوضح بعض المتلازمات التي لها علاقة بالتخلف العقلي:

جدول رقم (15): بعض المتلازمات ذات العلاقة بالتخلف العقلي.

(جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 59)

متلازمة برادر - ويلي (Prader - Willi Syndrome)	تنتج عن تشوه ولادي غير معروف السبب وتفود إلى تخلف عقلي، وسكري وعدم نمو الأعضاء الجنسية، والبدانة.
متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome)	تنتج عن نقص في الكروموسوم رقم (15) يرافقها تخلف عقلي شديد ونوبات تشنجية وفقدان التوازن ومشية الدمى.
متلازمة توريت (Tourette Syndrome)	حالة تتصف بالسلوك النمطي والحركات اللاإرادية والانفعال القهرية والعادات الكلامية الشاذة.
متلازمة هنتر (Hunter Syndrome)	حالة اضطراب عصبي شديد تنتج عن خلل وراثي في المواد الدهنية في الجسم . وينتج عنها تخلف عقلي وإعاقة سمعية.
متلازمة لش نايان (Leech Nyhan Syndrome)	تنتج عن اضطراب وراثي في تركيب حمض البول ويرافقها تخلف عقلي وتأخر حركي وإيذاء ذاتي.
متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش (Fragile X Syndrome)	اضطراب وراثي يحمل على الكروموسوم الجنسي يرافقه تخلف عقلي أحيانا ونشاط زائد أو توحّد.
متلازمة ستيرج وبيبر (Sturge - Weber Syndrome)	اضطراب ولادي يحدث فيه أورام في الأوعية الدموية في الوجه يرافقه تخلف عقلي ونوبات تشنجية وشلل نصفي وضعف بصري.

4-1-5- الفينيلكيتونيوريا (Phenylketonuria):

هو اضطراب بيوكيميائي مرتبط بوجود حامض الفينيلبيروفيك (Phenylpyruvic) في بول الطفل، ينتج عن عدم تأكسد حامض الفينيل الينين (Phenylalanine) بسبب انعدام وجود الإنزيم الذي يحدد عملية التأكسد هذه وتعرف هذه الحالة باسم (P K U) وهي من الحالات التي يمكن تشخيصها مبكرا بإجراء تحليل خاص للبول. ويعتقد وايزمان وجيرتيسين (Waisman & Gerristen, 1969) أن هذا الاضطراب في التمثيل الغذائي ينتقل إلى الجنين كصفة متنحية وأنه إذا كان كلا الوالدين يحمل هذا الجنين فإن احتمال أن يكون طفلهما المولود مصابا بهذا الاضطراب يكون بنسبة 1 : 4. ويشير كيرك (Kirk, 1972) أيضا إلى أن هذا الاضطراب يمكن علاجه وبالتالي منع حدوث التخلف العقلي أو تلف الدماغ إذا تمكن الطبيب من التعرف عليه مبكرا وذلك عن

طريق الحماية (نظام التغذية) بحيث يخلو معها أو يقل إلى حد كبير حامض الفينيل من طعام المصاب وبهذه الطريقة يمكن وقف التلف الذي يمكن أن يصيب الدماغ ويمكن للطفل أن يعيش سويا. (نبيل سليمان، 1993: 65)

4-2-2- عوامل غير جينية:

4-2-1- الأشعة:

الأشعة السينية كما هو معروف تؤثر تأثيرا سلبيا على نمو الجنين وخاصة في الأشهر الأولى من الحمل، وقد تم اكتشاف ذلك عندما تم علاج النساء الحوامل المصابات بمرض سرطان الرحم وذلك في الثلاثينات من القرن الماضي حين ظهر الكثير من التشوهات الخلقية وذلك نتيجة للحرب العالمية الثانية، وللحروب بشكل عام، وقد ظهر ذلك واضحا في هيروشيما وناجازاكي في اليابان بعد أن ألقت أمريكا قنبلتين نوويتين على تلك المناطق حيث انتشرت في تلك المناطق التشوهات الخلقية بالإضافة إلى كبر وصغر حجم الجمجمة وأمراض السرطان وغيرها من الأمراض التي انتشرت بشكل ملفت للنظر، وظهرت أيضا في المناطق القريبة من تشيرنوبل المفاعل النووي الروسي عندما ظهرت فيه انفجارات أدت إلى تسرب بعض الإشعاعات من هذا المفاعل النووي. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 67)

4-2-2- مرض الحصبة الألمانية:

حيث يؤدي فيروس الحصبة الألمانية إلى خلل في نمو الجهاز العصبي المركزي للجنين في مراحل نموه الأولى، وكذلك صغر حجم الدماغ، والإصابة بالشلل الدماغي والبصري والسمعي لدى الجنين. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 136)

ولقد تبين احتمال إصابة الجنين في حدود 50% إذا كانت الأم مصابة بالحصبة الألمانية وهذا في الشهر الأول من الحمل وتقل النسبة إلى 22% إذا حدثت الإصابة في الشهر الثاني أو الثالث من الحمل. (هلايلي ياسمين، 2007: 27)

4-2-3- العقاقير والأدوية:

تعاطي العقاقير والأدوية Use Alcohol & Drugs في أثناء الحمل مثل بعض المضادات الحيوية، أو بعض أدوية الصرع، واستخدام الكوكايين قبل وفي أثناء الحمل، إلى ظهور حالات الإجهاض أو ولادة أطفال خداج، أو الإصابة بالإعاقة العقلية، أو تشوهات خلقية، وتناول مادة الثاليدوميد (Thalidomide) في الأشهر الثلاثة الأولى وبخاصة الأسبوع الثاني من الحمل يؤدي إلى تشوهات في الجنين. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 77)

4-2-4- اختلاف العامل الريزي سي (Rh Factor):

العامل الريزي سي من العوامل الرئيسية لمكونات الدم، يتوافر عند كل الأفراد وقد يظهر كصفة سائدة أو ناقلة أو متنحية، فإذا تزوج رجل عامل ريبيسي موجب من امرأة لديها عامل ريبيسي سالب فإن العامل الموجب ينتقل وراثيا من الأب إلى دم الجنين عند حدوث الحمل فيصبح دم الجنين مختلفا عن دم الأم، وهنا تحدث المشكلة. إذ ينتقل دم الجنين إلى دم الأم بفعل السيادة، عندئذ ينتج دم الأم أجساما مضادة تهاجم كرات الدم البيضاء في دم الجنين فيتميع دمه مما يسبب حدوث تلف في جهازه العصبي فتحدث الإعاقة العقلية. وإذا لم تعالج الحالة في حينها يتغير دم الأم ويترتب على ذلك وفاة الجنين. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 362)

4-2-5- تلوث الهواء والماء:

تعتبر العوامل المتعلقة بتلوث الماء والهواء من العوامل المشكوك في أثرها على نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين، إذ أن تعرض الأم الحامل لهذه العوامل وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب تلوث الهواء والمياه بالغازات والمواد العادمة، ونتاج المصانع الغازية السامة يؤدي بطريقة ما إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي إلى مشكلات قد تبدو على شكل الإعاقة العقلية، أو البصرية أو الوفاة. (فاروق الروسان، 2007: 113)

4-3- أسباب أثناء الولادة:

يقصد بها الأسباب التي تحدث أثناء الولادة والتي تؤدي إلى إصابة الطفل بالتخلف العقلي ومنها:

4-3-1- الاختناق:

انقطاع الأوكسجين وعدم وصوله إلى دماغ الوليد ولو لفترة قصيرة جدا يؤدي إلى تلف في بعض خاليا الدماغ، ويسبب الإعاقة العقلية، أو بعض الاضطرابات الحركية، ونقص الأوكسجين في أثناء عملية الولادة (Asphyxia) يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية للجنين. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 117-118)

4-3-2- الصدمات العضوية:

قد يتعرض لها الجنين عند استخدام الطبيب لأدوات مساعدة لإخراج مثل ملقط الولادة (الجفت) الذي يقوم بعملية شطف للجنين فيصطدم رأسه أحيانا بهذا الجهاز ونظرا لأن جمجمة الجنين لينة تؤثر الصدمة على خلايا المخ فتتلفها. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 362)

4-3-3- الالتهابات التي تصيب الطفل (Infections):

إذ تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات، وخاصة التهاب السحايا (Meningitis) من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته، أو إلى إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات. (فاروق الروسان، 2007: 115)

4-4- أسباب ما بعد الولادة:

تدل بعض الشواهد على أن الأطفال الذين لم تكتمل فترة ولادتهم والأطفال من ذوي الوزن المنخفض عرضة لأخطار كبيرة، إذ قد يصابون بأضرار عصبية وعقلية تظهر أثناء سنوات الدراسة. والأطفال المصابون بنزيف داخل الجمجمة أو تظهر عندهم أنيميا موضعية في المخ يكونون عرضة لصعوبات تتعلق بالجانب المعرفي. ودرجة ضعف النمو العصبي ترتبط عادة بشدة النزيف داخل الجمجمة.

ولقد أثبتت الدراسات الحديثة أن من بين الأطفال ذوي الوزن المنخفض جدا (أقل من 1000 جرام) يوجد 20 % عندهم عجز ملحوظ يشتمل على: شلل المخ، والتخلف العقلي، والتوحد، وانخفاض الذكاء، مع مشاكل شديدة في التعلم. ولقد وجد أن الأطفال الذين يولدون مبكرا جدا والأطفال الذين أصيبوا بتأخر النمو داخل الرحم يكونون عرضة كبيرة لمشاكل اجتماعية وصعوبات في الدراسة. كما أن الحرمان الاجتماعي والاقتصادي يؤثر على الوظائف التوافقية للأطفال المصابين والتدخل المبكر قد يؤدي إلى تحسين القدرات المعرفية واللغوية والإدراكية. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 70)

4-4-1- سوء التغذية:

إن سوء التغذية لا شك أنها تؤثر تأثيرا سلبيا وواضحا على صحة الأطفال وتشير أغلب الدراسات إلى أن هناك ارتباطا إيجابيا وعاليا بين البيئات الفقيرة والإعاقة العقلية. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 70)

4-4-2- الحوادث والصدمات:

التي تصيب الدماغ مباشرة مثل السقوط المباشر على الدماغ أو حوادث السيارات إذ يعقب هذه الحوادث توقف حركة التنفس فيقل الأكسجين الواصل للمخ، فتتلف خلاياه أو قد تنكسر عظام الجمجمة وتبرز منها نتوءات تضغط على خلايا الدماغ فتتلفها. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 363)

4-4-3- العدوي:

قد تسبب بعض الأمراض الناتجة عن الإصابة بالعدوى التخلف العقلي ويعتبر التهاب المخ والتهاب السحايا من أخطر أنواع العدوى التي تصيب المخ. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 58)

4-4-4- موضوعات أخرى:

يعتبر التسمم بالرصاص أو الأضرار التي تلحق بالقلب نتيجة التعرض للخطر والتي تتمثل في اسفسكيا الغرق من الأسباب التي المؤدية إلى التخلف العقلي. "ومن الملاحظ أن الحكومات الفدرالية قد طلبت من صانعي السيارات أن يقوموا في الوقت الراهن بإنتاج سيارات تستخدم فقط الجازولين الخالي من الرصاص وذلك لخفض أو تقليل مخاطر استنشاق جزيئات الرصاص من عادم هذه السيارات." (هلهان، كوفمان، 2008: 272)

4-4-5- الفقر والحرمان الثقافي:

يعتمد النمو التطوري للفرد على سلامة الجهاز العصبي المركزي، وعلى العوامل البيئية والنفسية. وهناك أهمية كبيرة المحفزات البيئية في تطوير قدرات الطفل، فقد أظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين يعيشون في المؤسسات بأن تطور الطفل تأثر بشدة بالحرمان البيئي، مثل سوء التغذية، وسوء المعاملة Abuse والعناية الطبية السيئة والحرمان. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2009: 140)

5 - خصائص المعاقين عقليا:

5-1 الخصائص الجسمية للمعاقين عقليا:

تتميز الخصائص الجسمية للمتخلفين عقليا ببطء في النمو الجسمي بصفة عامة، وصغر الحجم والوزن العادي، ونقص حجم ووزن المخ عن المتوسط، وتشوه شكل الجمجمة والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان، وتشوه الأطراف، وبطء النمو الحركي وتأخر الحركة واضطرابها وروتينها، وضعف واضطراب في النشاط الجنسي. (إيمان الكاشف، 2001: 29-30)

ويشير القريوتي والسرطاوي والصامدي أن الجوانب الحركية هي الأخرى تعاني بطناً في النمو تبعاً لدرجة الإعاقة، ونجد في الغالب أن المعوقين عقليا يتأخرون في إتقان 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. (عبد الرحمن سليمان، 2001: 125)

وتشير معظم الدراسات التي أجريت حول الفروق بين العاديين والمتخلفين عقليا من حيث الخصائص الجسمية إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المتخلفين عقليا من فئة التخلف البسيط أو القابلين للتعلم والعاديين، فالنمو الجسمي يسير إلى حد كبير بالوتيرة النمائية نفسها إلا أن احتمال ما يمكن أن يصيب به هؤلاء الأطفال من أمراض جسمية قد تكون نسبتها أعلى مما هي عليه عند العاديين. (غسان أبو فخر، 2004: 136)

ولقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان للتعرف على الخصائص الجسمية والحركية لفئة القابلين للتعلم. وتوصلت هذه الدراسات إلى نتائج تؤكد وجود فروق بين أفراد هذه الفئة والعاديين وبخاصة من حيث نموهم الجسمي والحركي، وقد أكد جونسون Johnson (1963) من خلال إطلاعه على الدراسات السابقة المتعددة التي أجريت في هذا الميدان منذ الثلث الأول من القرن العشرين، أن معظم هذه البحوث قد وجدت أن المتخلفين عقليا في فئة المورون يقاربون الأسوياء في معدل النمو الجسمي ويتبعون المعدل نفسه في النمو تقريبا، وهناك دلائل تجمعت من بعض الأبحاث على أن هؤلاء المتخلفين عقليا يقعون تحت مستوى الأسوياء بقليل في الحجم وهناك احتمال كثرة إصابتهم بالأمراض أكثر من العاديين. (نبيل سليمان، 1993: 94-95)

ويلاحظ في بعض أفراد هذه الفئة أن الصفات الجسمية كالطول والوزن والتوافق الحركي لديهم يبلغ مستواه أعلى منه في الأفراد العاديين، ولكن في معظم المتخلفين في هذه الفئة يبلغ المستوي العادي أو أقل منه بقليل وبمعنى آخر فإن هناك تداخلا في مستويات الخصائص الجسمية بين المتخلفين القابلين للتعلم وبين الأسوياء. (فاروق صادق، 1982: 222)

وقد أوضحت دراسة سلون Sloan وجود فروق بين القابلين للتعلم وبين العاديين في المهارات الحركية المختلفة، غير أن هذه الفروق ليست كبيرة بحيث يمكن القول أن هؤلاء الأطفال يصلون في نموهم الجسمي والحركي إلى مستوى قريب من مستوى العاديين باستثناء الحالات التي ترجع فيها الإعاقة العقلية إلى إصابات في الجهاز العصبي المركزي حيث غالبا ما يصاحب الإعاقة العقلية اضطراب في المهارات الحركية. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 144)

كما أجرى ترمان دراسة وبين أن هناك بطئ في تطور ونمو ضعاف العقول، ووجد من دراسة 3000 طفل أن ضعيف العقل لا يبدأ المشي قبل ثلاث سنوات أو أربعة، لا يستطيع الكلام والتحكم في عملية الإخراج قبل أربع أو خمس سنوات، ولا يصل النمو الحركي للطفل الأبله إلى مستوى النمو والاتزان الحركي للطفل العادي إطلاقا وتزداد نسبة عيوب النطق والكلام زيادة ملحوظة بين ضعاف العقول ومن جهة الحواس فقد عرفت حالات ضعف عقلي متعددة تكاد تنعدم لديها حاستي الشم والذوق ولهذا نرى بعض ضعاف العقول يأكلون ما بين أيديهم دون تمييز أو تفرقة. (السعيد عواشريّة، 2006: 145)

أما حالات التخلف العقلي المتوسط فيختلف النمو الجسمي عند بعضها عن النمو الجسمي عند العاديين بسبب بعض الأمراض أو المعطيات الوراثية التي تسبب تخلفها

العقلي، خاصة حالات عرض داون، والفيناييل كيتون يوريا، والجلاكوسيميا والقصاع أو القماءة. فهذه الحالات لها خصائص جسمية تميزها عن العاديين ويمكن لطبيب الأطفال التعرف عليها في سن مبكرة. فمن المعروف أن هذه الحالات تتأخر في الجلوس والحبو والوقوف والمشي والتسنين والنطق والكلام والنمو الحركي والتأزر العضلي والتمايز الحسي، ويكثر بينها العيوب الخلقية وقصور السمع والبصر، وعدم الاتزان الحركي. وقد لا يصل نموها الجسمي والجنسي إلى مستوى الراشدين، ويقف عند مستوى أقل بكثير من المستوى الذي يصل إليه أقرانهم العاديين. (كمال مرسى، 1999: 274)

وأما ما يميز هذه الفئة ما قاله كركشانك 1963 أن خصائص النمو الجسمي والحركي لدى القابلين للتعلم تشابه تلك الخصائص الموجودة في الأسوياء، وإذا انتقلنا إلى الفئات الدنيا من المتخلفين عقليا تلاشى هذا الشبه فإنهم ينمون أكثر بطئا في كل نواحي النمو الجسمي. وأن كثيرا منهم لا يصل إلى مستوى النضج الفسيولوجي ومهما طالت حياته ويمكننا القول بثقة أن تخلف الكثير منهم في هذه الفئات، أما أنه ناتج عن إصابة عضوية أو تصاحبه انحرافات وقصور جسمي أساسي يميز الحالة تميزا حادا. (فاروق صادق، 1982: 222)

وفي دراسة لفرانسييس، Francis و راريك Rarick سنة 1960 للتعرف على الخصائص الحركية للمتخلفين عقليا اختارا لبحثهما 284 طفلا من المتخلفين عقليا ذكور وإناثا في الفصول الخاصة فوجدا أن هناك فرقا على المتوسط يتراوح بين عامين إلى أربعة أعوام إذا ما قورن المتخلفون عقليا على معايير الأسوياء وكذلك فإن هذه الفروق تزداد بازدياد العمر. وقد استنتج الباحثان من البيانات المجمعة أن اتجاه النمو في هذه المهارات في المتخلفين عقليا يشابه مثيلاته في الأسوياء ولكن مستوى القدرة يكون منخفضا أكثر مما كان متوقعا. وقد أيدت نتائج معظم البحوث (بيبر 1960 Beaver) و (هو 1959 Howe) و (سلون 1959 Sloan) و (مالباس 1960 Malpass) نتائج الدراسة السابقة (فرانسييس، و راريك). (نبيل سليمان، 1993: 95)

لكن روبن Rabin 1957 توصل إلى نتائج مختلفة نوعا عن بقية البحوث السابقة في هذه الناحية. فقد استخدم اختبار (أوزورتسكي) Oserstsky المعدل. لدراسة العلاقة بين الكفاية الحركية وكل من العمر والجنس والذكاء، فوجد أن هناك علاقة موجبة ذات دلالة بين الكفاية الحركية والعمر ولكنها ليست ذات دلالة على الذكاء والجنس بين 10 - 14 سنة، لكن النقد الذي تعرض له هو عدم وجود علاقة مع الذكاء كان سببه هو التحليلات الإحصائية التي استخدمها الباحث. (فاروق صادق، 1982: 222)

أما الخصائص النفسية - الحركية، فقد أثبتت البحوث مثل دراسة (مالباس 1963) Malpass أن المتخلفين عقليا كمجموعة تؤدي الأعمال التي تحتاج إلى توافق حركي بكفاءة أقل سواء كانت هذه المهارة في صورة قوة Force أو سرعة Speed، أو دقة Percision، وقد استنتج (مالباس) أن المتخلفين عقليا يميلون إلى التأخر في كل من

النمو الحركي، التعلم الحركي، ولديهم قصور في أداء الوظائف الحركية. (إيمان الكاشف، 2001: 30)

ويشير هاوكنز Hawkins (1994) إلى أن الأطفال المتخلفين عقليا قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين. (وليد خليفة، 2006: 26)

5-2- الخصائص السلوكية للمعاقين عقليا:

أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على الخصائص السلوكية للأطفال المعاقين عقليا أن الكثير من الخصائص السلوكية قد تنطبق على طفل ولا تنطبق على طفل آخر عند المعاقين عقليا ومن هذه الخصائص ما يلي:

5-2-1- التعلم:

يعاني الطفل المعاق عقليا وبشكل واضح من ضعف في القدرة على التعلم وفي القدرة على التحصيل مقارنة بالطفل العادي الذي هو في مثل سنه وهذا ما أثبتته الدراسات العديدة التي أجريت حول هذا الموضوع (مع العلم بأن الخطأ المقبول في هذه الدراسات لم يتجاوز 0.01%، ومن هذه الدراسات التي أجريت بني مستر Benmeister, 1976 ودراسة ماكميلان Macmillan, 1977 ومن الدراسات العربية دراسة الروسان، 1988 ودراسة الروسان والعامري 1988 ودراسة البسطامي، جميع هذه الدراسات كانت نتائجها لصالح الطلبة العاديين في جميع المواد وخاصة في القراءة والحساب والكتابة. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 70)

يتصف القابلون للتعلم من الناحية العقلية أنهم أقل من العاديين فهم ينحرفون في نسبة ذكائهم بمعدل إنحرافين معياريين عن المتوسط فنسبة ذكائهم تقع في حدود 50 - 70 درجة ذكاء، كما أن النمو العقلي لدى هذه الفئة أقل من معدله عند الأطفال العاديين، فإذا كان الأطفال العاديين ينمون بمعدل سنة (مقابل كل سنة زمنية، سنة عقلية) فإن الأطفال المتخلفون ينمون بمعدل $\frac{3}{4}$ السنة (مقابل كل سنة زمنية $\frac{3}{4}$ سنة عقلية) وهكذا فعندما يكون عمر الطفل العادي 6 سنوات، فإن أقصى ما يصل إليه من الناحية العقلية هو عمر 6 سنوات و 9 أشهر بينما يصل الطفل المتخلف عقليا ممن عمره 6 سنوات زمنية إلى عمر أقصاه 4 سنوات وشهرين. (غسان أبو الفخر، 2004: 134)

ويشير الجدول رقم (18) إلى أن أقصى عمر عقلي يصل إليه المتخلف عقليا عندما يبلغ سن الثامنة عشر هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة أو الحادية عشر أو أقل من ذلك.

جدول رقم (16) يوضح أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقون عقليا
والعاديون في الأعمار الزمنية من سن سنة إلى 18 سنة.
(كمال مرسى، 1999: 279)

أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص			العمر الزمني بالشهور
متوسط التخلف	خفيف التخلف	العادي	
6	8	14	12
11	16	26	24
17	25	40	36
22	33	45	48
28	42	67	60
34	50	81	72
40	59	96	84
46	67	109	96
52	75	123	108
58	83	137	120
64	91	150	132
70	99	164	144
76	107	177	156
80	112	187	168
84	117	196	180
87	122	205	192
87	122	205	204
87	122	205	216

وفي دراسة أخرى أجراها الروسان (1987)، حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين إعاقة بسيطة، والمتناظرين في العمر الزمني، على مهارات الكتابة، أشارت إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلبة المعوقين في مهارات الكتابة ($\alpha = 0.001$)، وتؤكد مثل تلك النتائج الدراسة التي أجراها الروسان والعامري (1988) حول مقارنة أداء الطلبة العاديين والمعوقين إعاقة عقلية بسيطة والمتناظرين في العمر الزمني، على مهارات القراءة، أشارت إلى تفوق الطلبة العاديين على الطلبة المعوقين في مهارات القراءة ($\alpha = 0.001$)، كما أجرى البسطامي (1988) دراسة تهدف إلى تحديد مستوى أداء الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في العمر 6-7 سنوات على مهارات القراءة العربية للصف الأول الابتدائي، أشارت نتائج الدراسة إلى تمكن الطلبة المعوقين إعاقة

عقلية بسيطة من إتقان مهارات التعبير اللفظي المصور ومهارات القراءة اللفظية المصورة، وبعض مهارات القراءة المجردة. (فاروق الروسان، 2007: 136-137)

5-2-2- الانتباه:

يزداد الانتباه عند العاديين في المدة والمدى مع زيادة أعمارهم الزمنية، فانتباه المراهق العادي أطول مدة وأوسع مدى من انتباه الطفل العادي، مما يجعله قادراً على الانتباه لأكثر من موضوع في آن واحد ولمدة طويلة، أما الانتباه عند المتخلف عقلياً فمثل انتباه الطفل الصغير محدود في المدة والمدى، فلا ينتبه إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة، ويتشتت انتباهه بسرعة، وتمر به أشياء كثيرة لا ينتبه إليها من نفسه، لأن مثيرات الانتباه الداخلية عنده ضعيفة، ويحتاج إلى ما يثير انتباهه من الخارج، والى من ينبهه ما يدور حوله، ويشده إلى الموضوع الأساسي، فلا ينشغل بمثيرات أخرى ليس لها علاقة بهذا الموضوع. وهذه الخاصية تجعل المتخلف لا يتعلم من الخبرات التي تمر به إلا إذا وجد من ينبهه إليها حتى يدرك ويتعلم منها. (كمال مرسى، 1999: 280)

ومما لا شك فيه أن أهمية الانتباه في التعلم تعد جوهرية حيث يجب أن يكون الفرد قادراً على أن ينتبه إلى المهمة التي يضطلع بها وذلك قبل أن يتعلمها. وقد اعتقد جمع من الباحثين على مدار العديد من السنوات كما يرى تومباراوسكي وتينسلي (1997) Tomporowski & Tensley أننا يمكن أن نعزو العديد من مشكلات التعلم التي تواجه الأشخاص المتخلفين عقلياً إلى مشكلات الانتباه. (هلهان، كوفمان، 2008: 278)

5-2-3- الإدراك:

تجمعت بعض الشواهد على اختلاف أداء المتخلفين عقلياً عن الأسوياء فيما يسمى تأثير ما بعد إدراك الأشكال البصرية Visual Figural after effect وفي إدراك الأشكال المنعكسة Reversals مثل مكعب نيكر مثلاً، وكذلك احتمال زيادة اعتمادهم على العلامات البعيدة Distal cues، وضعف استرشادهم بالعلامات القريبة في المواقف المختلفة. (فاروق صادق، 1982: 241)

كما أن الطفل المتخلف عقلياً، بصورة بسيطة يمكن أن تكون الصعوبات الإدراكية عنده بسيطة أيضاً، والطفل المتخلف، بنسبة وسط، سوف تكون مصاعبه أكبر في كل المهارات. بالإضافة إلى أن أسباب معينة للتخلف العقلي يمكن أن تؤثر في المقدرة الإدراكية بطرق معينة ومحددة.

جميع هذه الاختلافات، في قدراته الإدراكية، ستؤثر في كيفية تعلمه وفي كمية قدرته على التعلم لفترة (لمدة زمنية) طويلة. (غسان جعفر، 2001: 161)

5-2-4- التذکر:

تمثل الذاكرة صعوبة أخرى بالنسبة للأطفال المعاقين عقليا وقد تنتج مشاكل الذاكرة من ضعف الاستيعاب أو ضعف تقسيم أو تطبيق ما تم تخزينه لموقف معين، ويعتبر الأطفال المتخلفون عقليا أقل قدرة على استرجاع المعلومات، وذلك بسبب محدودية قدرتهم على استخدام الذاكرة.

وتشير النتائج عند مقارنة القدرات التعليمية للأفراد المعاقين عقليا مع الأفراد العاديين، أنه عندما يطلب من المعاقين تذكر قائمة كلمات أو أصوات أو مجموعة صور، فإنهم يقومون بالأداء بشكل أضعف من الأفراد العاديين. وكلما ازداد عمق مستوى المعالجة المطلوب للمعلومات ازدادت احتمالية أن تكون لدى الأفراد المعاقين عقليا مشاكل في الذاكرة، بمعنى آخر كلما ازداد تعقيد مهمة الذاكرة، ازدادت احتمالية أن الفرد المعاق سيواجه صعوبة في التذكر. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 145)

ومن جانب آخر يشير براي وآخرون (1997) إلى أن من أكثر النتائج التي كشفت عنها الدراسات ثباتا أن الأشخاص المتخلفين عقليا يجدون صعوبة في تذكر المعلومات التي تكون قد عرضت عليهم من قبل. ومع أن أوجه القصور التي يعانون منها تعتبر متعددة فإنهم غالبا ما يواجهون مشكلات خاصة في الذاكرة العاملة. وتتضمن الذاكرة العاملة القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات في الذهن عند القيام بأداء مهمة معرفية أخرى في ذات الوقت كأن يقوم الفرد مثلا بمحاولة تذكر عنوان معين أثناء الاستماع إلى تعليمات تتعلق بكيفية الوصول إلى ذلك المكان. (هلهان، كوفمان، 2008: 278)

وقد استطاع ديني Denny أن يضع بعض القواعد والنصائح التي قد تساعد المتخلفين عقليا على التعلم والتذكر بطريقة أكثر كفاءة وهذه القواعد هي:

- 1- أن يقدم الموقف التعليمي بطريقة ترفع من دافع المتخلف للتعلم.
- 2- يمكن أن نلاحظ عصر الربط والاستمرار بين مواد الموقف التعليمي.
- 3- التدعيم للنجاح مرغوب فهو يحفز على استمرار التعلم.
- 4- يستخدم أكثر من قناة واحدة حسية فإن ذلك يمكن أن يرفع مستوى الاستثارة الحسية ويزيد من تذكر المادة وفهمها.
- 5- يساعد إعادة المادة بطريقة وظيفية حتى بعد تمام التعلم على التذكر.
- 6- يستحسن مراجعة المادة المتعلمة واستخدامها من وقت لآخر وخصوصا ما كان يرتبط منها بالحياة اليومية، حيث أنه لا يوجد فرق بين المتخلف والسوي في التذكر طويل الأمد. (فاروق صادق، 1982: 243-244)

5-3- الخصائص اللغوية:

من المظاهر المميزة للمعاقين عقليا المشكلات المرتبطة بالخصائص اللغوية، ونجد لدى المعاق عقليا قصورا واضحا في استخدام اللغة والكلام فهو لا يستطيع استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى، فمنذ عهد إسكيروول Esquirol إستطاع المهتمون التعرف إلى علاقة الذكاء باللغة، مما دعا إسكيروول إلى محاولة تقسيم فئات المعاقين عقليا حيث اعتمد في تقسيمه على مستوى اللغة التي يستخدمها الطفل، حيث أن اللغة التي يستخدمها الطفل أهمية بالغة في عملية التفاهم بين الناس، لذا فإننا نجد أن الطفل يتعرف على الأشياء وفهم الأحداث ويتفاعل مع غيره، ويتعام مع مواقف الحياة اليومية عن طريق التفاهم بالكلام واللغة. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 71-72)

ولقد اتخذ إسكيروول Esquirol (1838) من اللغة وسيلة لتحرير المستوى العقلي للفرد تبدأ من السواء Normality إلى أعلى درجات التخلف العقلي، ثم لاحظ أن النطق يكون سهلا وميسورا في حالات الضعف العقلي البسيط بينما يكون صعبا كلما ارتفع مستوى الضعف العقلي، حتى أنه في حالات الضعف العقلي الشديد تختفي المقاطع الهجائية للكلمات. (كامل عويضة، 1996: 110)

وقد أجريت العديد من الدراسات حول مظاهر وخصائص النمو اللغوي للأطفال المعاقين عقليا ومقارنتها بمظاهر وخصائص النمو اللغوي للأطفال العاديين ، وأشارت هذه الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقليا هو اختلاف في درجة النمو اللغوي وعدله، ويدعم ذلك الدراسات التي لخصها ماكميلان (Macmillan, 1977) وهي دراسة لينبرغ (Lennberg, 1964) ونكلس (Nichlos, 1964) ورزنبرغ (Rosenberg, 1977) التي لاحظوا فيها تطور النمو اللغوي لدى الأطفال المنغوليين (المعوقين عقليا) لمدة ثلاث سنوات، وتوصلوا إلى أن الاختلاف في تطور النمو بين الأطفال المعوقين عقليا أبطئ في نموهم اللغوي مقارنة مع نظرائهم من العاديين. (فاروق الروسان، 2007: 139)

وبوجه عام فإن اللغة بالنسبة للأشخاص المتخلفين عقليا تتبع في نموها نفس المضمار الذي تتبعه بالنسبة للأشخاص العاديين، إلا أن النمو اللغوي للأشخاص المتخلفين عقليا يبدأ كما يرى وارين ويودر (1997) في وقت متأخر قياسا بما يحدث لأقرانهم العاديين، كما أن اللغة تتطور لديهم بمعدل أبطئ، وتنتهي عند مستوى أقل من التطور قياسا بالعاديين. وإلى جانب ذلك فإن الأشخاص المتخلفين عقليا غالبا ما يخبرون مشكلات في قدرتهم على فهم اللغة، والتحدث بها، أو استخدامها. (هلهان، كوفمان، 2008: 278)

وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صورا وأشكالا متعددة، أي درجة من درجات الإعاقة العقلية تؤثر في تطور الكلام وفي القدرة على النطق والتعبير، فهو إما يكون على شكل إحداث أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقليا كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم، الأبكم، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وتجاوز

مرحلة استعمال اللغة جيدا، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم. (محمد الإمام، فؤاد الجوالده، 2010: 77)

4-5- الخصائص الانفعالية – الاجتماعية:

لا يتصف المتخلفون عقليا بصفات ثابتة من حيث الخصائص الانفعالية – الاجتماعية، فهناك فروق كبيرة بينهم، وهذه الفروق ترجع إلى عاملين رئيسيين يمكن الأخذ بهما:

• العامل الأول:

أن بعض الصفات الانفعالية ترتبط بمصدر العلة، فمثلا النشاط الزائد يمكن أن يرتبط بحالة الأطفال الذين يعانون من تلف في الجهاز العصبي المركزي فهم لا يمكنهم الاستقرار في مكان دون أن يغيروه، ولا يكفون عن الحركة المستمرة سواء أكانت هذه الحركة شاملة للجسم أم لبعض أجزائه، وقد نواجه بعض الحالات والتي ترجع إلى مصدر العلة تعاني من التكرار في السلوك، فنجد الطفل منهم لا يمل تكرار نوع واحد من أنواع النشاط، ويرى البعض أن هذه الصفة تغلب على من عندهم تلفا في المخ ولا تظهر بهذه الكثرة عند حالات التخلف العقلي التي يرجع فيها التخلف إلى عوامل وراثية مما يرجح ارتباطها بعوامل عصبية أكثر منها بعوامل نفسية.

• العامل الثاني:

هو أن الخصائص الانفعالية الاجتماعية تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث بين المتخلف عقليا وبيئته الأسرية والمجتمعية، بمعنى أن هذه الخصائص لا تتوقف على مدى التخلف العقلي ودرجته إنما تتوقف أيضا على اتجاه المجتمع نحو المتخلفين، واتجاه المتخلف نحو نفسه. وبذلك فإن هناك جملة من الخصائص التي قد يكون المجتمع مسئولا عنها وهي الانعزالية والانسحاب وعدم القدرة على الانخراط في نشاط الجماعة، أو قد يظهر الطفل على العكس روح العدوانية جراء تراكم الإحباطات التي يصاب بها من جراء فشله في المهمات التي توكل إليه ولا يستطيع القيام بها. إضافة إلى ذلك عدم تقدير الذات الذي يتحدد من خلال نظرة المتخلف إلى نفسه أو مفهومه عن نفسه. (غسان أبو الفخر، 2004: 137)

وغني عن البيان أن الأفراد المتخلفين عقليا يواجهون العديد من المشكلات الاجتماعية حيث غالبا ما يجدون صعوبة في تكوين أصدقاء وفي الاحتفاظ بما يكونوا قد قاموا بتكوينه من صداقات وهو الأمر الذي يرجع إلى سببين اثنين على الأقل هما:

- أن غالبيتهم كما يرى كاسارى وبومنجر (1998) يبدو أنهم لا يعرفون كيف يمكنهم إقامة علاقات اجتماعية ناجحة أو تفاعلات اجتماعية معينة مع الآخرين وهو الأمر الذي يتضح منذ وقت مبكر من حياتهم وذلك بداية من مرحلة ما قبل المدرسة.

- أنهم حتى لا يحاولون إقامة تفاعلات معينة مع الآخرين فإنهم قد يبدون سلوكيات من شأنها أن تجعل أقرانهم يبتعدون عنهم حيث قد يبدون مثلا معدلات من قصور الانتباه والسلوك الفوضوي أكثر ارتفاعا قياسا بأقرانهم العاديين.

وإذا كان الأمر كذلك فإن المشكلات العديدة التي تتعلق بالانتباه والذاكرة والنمو اللغوي والتنظيم الذاتي والنمو الاجتماعي تجعل الأشخاص المتخلفين عقليا أكثر عرضة لمشكلات أخرى ترتبط بالدافعية على أثر ذلك.

ونظرا لأن بعض هؤلاء الأشخاص يشعرون بضعف سيطرتهم على ما يحدث لهم، ويشعرون بأن هناك أشخاصا آخرين لهم السيطرة والسيطرة عليهم، وأن إحداثا أخرى تسيطر أيضا عليهم فإن بعضهم يميل من جراء ذلك إلى الاستسلام بسهولة وذلك عندما تواجههم بعض المهام التي يمكن أن تمثل تحديا لهم. (هلهان ، كوفمان، 2008: 279 - 280)

كما يتميز المتخلفين عقليا بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي إلى درجة دعت بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساسا في تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي. وبشكل عام فإننا نجد أيضا أن المتخلفين عقليا يتميزون بنقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية. (سعيد عبد العزيز، 2008: 143)

ويشير دول إلى أن المتخلفين عقليا يمثلون فئة خاصة من المعاقين اجتماعيا، الذين يعيشون على مستويات من العجز في الوظائف الاجتماعية المهنية والتربوية. (Roger Perron, 2004)

كما أن نتائج الأبحاث قد كشفت عن صفات تميز المتخلفين عقليا منها الانسحاب والعدوان والسلوك التكراري والنشاط الزائد وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعلى إنشاء علاقات اجتماعية مثمرة مع الغير وعدم تقدير الذات، والسلوك الذي يتضح فيه عدم الشعور بالأمن والكفاية والميل نحو مشاركة الأصغر سنا في نشاطهم وعدم التحمل والمثابرة وغير ذلك من الصفات الانفعالية والاجتماعية، وسنورد هذه الصفات فيما يلي:

5 4 1 - الانسحاب والعدوان:

يعرف رافت خطاب (2001) السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا على أنه "سلوك متكرر، وغير مقبول اجتماعيا، يمكن ملاحظته وقياسه، ويظهر في صورة عدوان بدني أو لفظي أو إشاري، وتتوفر فيه الاستمرارية، ويهدف إلى إلحاق الضرر و الأذى بالذات، أو بالآخرين أو بالأشياء المادية، وتختلف أسبابه ومظاهره وشدته من فرد إلى آخر. (السيد منصور، 2009: 107)

ومن الملاحظ أن سلوك الطفل المتخلف عقليا يتسم بالميل إلى العزلة والانسحاب من أنشطة الجماعة. ويلاحظ أثناء مراقبته بالصف أنه يعيش في مجال نفسي خاص منزويا

تفصله عن الأطفال الآخرين مسافة سيكولوجية كبيرة، شارد بأحلام يقظته أو منغمسا في أوهام لا قيمة لها، وكذلك يلجئون إلى الانسحاب الانفعالي لأنهم يخشون إقامة علاقات انفعالية مع غيرهم، وعلاقات سطحية والسمة الثانية لسلوك هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا والتي تميزهم هي السلوك العدواني الموجه نحو زملائهم ضمن الصف أو خارجه أو يكون أحيانا موجهها ضد المدرس وأكثر الأحيان ضد الأشياء الموجودة حولهم والعبث فيها وتحطيمها وقد يكون هذا الطفل المتخلف مصدر شغب وخلل بالنظام داخل المدرسة وخارجها. وقد توصل جونسون 1950 في بحثه الذي أجراه على عينات من المتخلفين عقليا في المدارس والصفوف العادية إلى نتائج هامة تؤكد انعزال الأطفال المتخلفين عقليا عن باقي تلاميذ الفصل ونبذ الأسوياء لهم. وهناك دراسة أخرى لجونسون وكيرك 1951 شملت عينة من الأطفال العاديين والمعاقين عقليا بمدارس المرحلة الأولى بلغ عددها 689 طفلا وكانت نتائجها ما يلي:

- هناك ثلثا الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يتصف بأنهم معزولون في حين أن نسبة المعزولين عن الجماعة بين العاديين تبلغ نصف ما بلغته بين المتخلفين عقليا.
- ارتفعت نسبة الأطفال الذين ترفضهم الجماعة من بين المتخلفين عقليا إلى 46.15 % في حين بلغت تلك النسبة بين الأطفال العاديين 4.4 % وكان من أسباب رفض الجماعة لهؤلاء الأطفال هو ما يصدر عنهم من سلوك عدواني وأعمال تضايق الجماعة وتبعث الاشمئزاز والنفور أحيانا. (نبيل سليمان، 1993: 96-97)
- ويفسر هيبير Heber (1964) سلوك العدوان المزمع وجوده لدى المتخلفين عقليا إلى المفهوم المعاصر للإحباط في نظريات الشخصية والذي أدخله دولارد وزملاؤه dollard (1939). فقصور الذكاء يزيد من كمية الإحباط الذي يصادفه المتخلف، كنتيجة للقدرة العقلية المنخفضة التي لا تستطيع تحقيق الأهداف. (فاروق صادق، 1982: 295)

إضافة إلى ذلك فإن هذه المظاهر تزداد سوءا بسبب الاتجاهات السلبية للآخرين نحو الإعاقة العقلية وعدم تقبلهم للطفل المعوق عقليا وقد يؤدي هذا إلى أن يصدر عن الطفل سلوك عدواني موجه إلى الآخرين أو أحيانا يكون العدوان موجهها إلى ذاته بسبب الإحباط الذي يصاحبه نتيجة لعجزه عن القيام بالأعمال التي يقوم بها أقرانه من العاديين في مثل سنه وفشله المتكرر في كثير من المواقف بسبب قصوره العقلي. (عبد الفتاح غزال، 2008: 114)

2 4 5 - عدم تقدير الذات:

يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه "تكوين معرفي منظم، ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات، والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته". (السيد منصور، 2009: 92)

يعنى مفهوم النفس الحاصل الكلي الناتج عن كل الخصائص التي يقر به الفرد إلى نفسه والقيم الموجبة والقيم السالبة التي يربطها مع هذه الخصائص، وكما قال روجرز (1947): "ويبدو انه عندما يتخيل الفرد كل الطرق التي يدرك به نفسه، وصفاته، وقدراته ودوافعه، واتجاهاته، وحين يدرك نفسه في علاقته مع الآخرين، وعندما يتقبل ذلك وتتنظم داخل نفسه الشعورية وينتج عنها - أو يصاحبها - شعور بالراحة والخلو من التوتر، حينئذ يقال أن الفرد لديه تكيف نفسي". (فاروق صادق، 1982: 293)

والدراسات على مفهوم الذات عند المتخلفين عقليا قليلة لصعوبة تحديده وقياسه. فمقياس مفهوم الذات لفظية، من الصعب تطبيقها على الأميين ومنخفضي الذكاء. ومن نتائج هذه الدراسات القليلة اتضح أن مفهوم الذات عند المتخلف عقليا غير واقعي، وتقديره لذاته غير ثابت.

وأشار هاردي (1967) إلى أن مفهوم الذات يؤثر على أداء المتخلفين عقليا في مواقف التعلم. فقد جاء أن التحصيل الدراسي عند المتخلفين عقليا أصحاب "مفهوم الذات الطيب أفضل منه عند المتخلفين عقليا أصحاب مفهوم الذات السيئ.

ويتأثر مفهوم الذات عند المتخلفين عقليا والعاديين بالخبرات التي يتعرضون لها، فإذا خبر الإنسان في طفولته النجاح والتفوق، نما عنده مفهوم طيب عن ذاته، وشعر بالكفاءة والجدارة، وإذا خبر الفشل والإحباط، نما عنده (مفهوم سيء) عنها، وشعر بالدونية وعدم الجدارة. ومن هذا التصور نستنتج أن (مفهوم الذات) عند المتخلف عقليا سيء، لأنه تعرض لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من قرينه العادي. ونستنتج أيضا أن المتخلف عقليا يشعر بالدونية وعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات. وطبقا لنظرية القلق في المواقف الإخبارية فإن الشعور بالدونية ينمى الاستعداد للقلق والعداوة الإتكالية وجميعها استعدادات سلوكية للتوافق السيئ. (كمال مرسى، 1996: 288-289)

واستطاع العاملون في مؤسسات التخلف العقلي تحديد ملامح سلوك المتخلف عقليا لقد تبين لهم خلال عملهم أن سلوكهم على الغالب يتميز بالتردد والتكرار وأنهم لا يهتمون بالتفكير بالإجابة عن أي سؤال يطرح عليهم وربما تكون إجاباتهم متكررة أو يلزمون الصمت. إذا من الصعب الحصول على إجابة منهم إذا لم يشعروا بالأمن والطمأنينة. فالمتخلف عقليا لا يشعر بالأمن ويشعر بأنه غير كفي لأداء بعض الأعمال فيخلق في نفسه شعور بأنه عديم القيمة لا وزن له وبالتالي هذا يؤدي إلى عدم تقديره لذاته.

أنه المعاق عقليا يعيش في مجال خاص وعالم لا يواجه منه سوى الفشل المستمر والعجز وقلة الشأن ولا يجد فيه سوى عدم التقبل الصريح أو المستمر لذلك فإنه يشعر بعدم تقدير الذات. (نبيل سليمان، 1993: 98)

3 4 5 - القلق:

أجريت دراسة جوستاسين على عينة بلغ قوامه 115 متخلفا عقليا ما بين 20-60 سنة، وانتهت نتائجها إلى أن 2.6 % يعانون من اضطرابات القلق. وأما دراسة ريس (1990) فقد انتهت نتائجها إلى أن نسبة انتشار القلق لدى المتخلفين عقليا كانت 31 %.

كما أجريت دراسة روجا وآخرون (1993) على عينة بلغ قوامها 89419 وانتهت نتائجها إلى أن 0.3 % من العينة يعانون من القلق وتنتشر معدلات اضطرابات القلق بين المتخلفين عقليا بنسبة 63 %.

أما دراسة ديكر، وكوت (2003) فقد أجريت على عينة بلغ قوامها 474 طفلا متخلفين عقليا تراوحت أعمارهم ما بين 7-20 سنة منتظمون في المدارس، وأسفرت عن أن 38.6% يعانون من القلق. وفي عينة مكونة من 264 طفلا يعانون من إعاقات عقلية، تراوحت أعمارهم ما بين 5-15 سنة، خلصت نتائج دراسة اميرسون (2003) إلى أن نسبة الانتشار تكون 8.7 % من المتخلفين عقليا يعانون من القلق. وبصورة عامة فإن غالبية الدراسات التي أجريت على المتخلفين عقليا قررت فقط انتشار اضطرابات القلق لدى المتخلفين عقليا بنسبة 6 % . (السيد منصور، 2009: 79-80)

ويؤكد ماكميلان أن تراكمات الفشل المتتابع قد تصبح مصدر تهديد دائم للمتخلفين عقليا، ويحول دون استخدام للسلوك الدفاعي، لتجنب الفشل، إذ يتوقعون الفشل حتى قبل أن يتعرضوا للعمل، كما أن توقع الفشل حتى قبل أن يتعرضوا للعمل، كما أن توقع الفشل والإحباط وارتفاع حالة القلق لدى المتخلفين عقليا تجعلهم يتجهون إلى بعض الحيل الدفاعية التي تمكنهم من مواجهة التهديد، ومن أكثر الحيل الدفاعية التي يلجأ إليها المتخلف عقليا الإنكار والنكوص والإسقاط. (إيمان الكاشف، 2001: 33)

4 4 5 - عدم الشعور بالكفاءة:

أشار هوايت (1959) إلى أن الشخص العادي يجاهد من أجل أن يكون أهلا للمسؤولية، وان يكون مؤثرا فيمن حوله. وأشار هارتر وزيجلر (1973) إلى تمكن الشخص من العمل الذي يقوم به، يشعره بالسعادة خاصة عندما يشعر بتحدي العمل لقدراته. وأشارت دراسات أخرى إلى تفوق العاديين على المتخلفين عقليا في إثبات الكفاءة والأهلية، بسبب مجاهدة العاديين من أجل الوصول إلى النجاح، وخوف المتخلفين عقليا من الفشل. ففي دراسة هارتر وزيجلر (1973) على ثلاث مجموعات: مجموعة من العاديين، وثانية من المتخلفين عقليا يعيشون مع أسرهم، وثالثة من المتخلفين عقليا نزلاء المؤسسات الاجتماعية، وجدا العاديين أعلى من المتخلفين عقليا في السعي للتأثير على الآخرين. ووجدا أيضا المتخلفين عقليا الذين يعيشون في أسرهم أعلى من الذين يعيشون في المؤسسات في هذه الناحية. وفسر الباحثان هذه النتائج بافتراض أن تكرر تعرض المتخلفين عقليا للفشل والإحباط يجعلهم سلبيين، وان إيداعهم في مؤسسات

اجتماعية يجعلهم أكثر مطاوعة وخضوعا، ويضعف رغبتهم في إثبات كفاءتهم.
(كمال مرسي، 1996: 288)

6 - قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

يعتبر موضوع قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تنطوي على عدد من الجوانب الطبية والسيكومترية والاجتماعية والتربوية، ويقدر المختصون بأن ما نسبته (40-70%) من المعاقين عقليا يعانون من اضطرابات نفسية قابلة للتشخيص.
(أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 150-151)

إن الحديث عن التشخيص في مجال الإعاقة الذهنية، له أهمية عملية، لا تقتصر على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل المتخلف ذهنيا فقط، وإنما تمتد هذه الأهمية إلى ما يترتب على نتائجه من آثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التشخيص، فإذا ما أفضت هذه النتائج، إلى أن الطفل متخلف ذهنيا، فإنه سيترتب على ذلك آثار نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وعائلته، نظرا لما ستقرضه نتيجة التشخيص تلك من تحديد للفرص المتاحة أمام الطفل في مجتمعه، ومن آثار على مفهومه عن ذاته، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه، وتوقعاتهم منه. (محدد بركان، 2006: 228)

وإن دل هذا على شيء فإنما يدل هذا على أهمية وخطورة إعطاء التسمية للمعوق عقليا دون الاعتماد على أسس متعددة مما يترتب على هذه التسمية من اعتبارات اجتماعية ونفسية على الأسرة وعلى الطفل وخاصة في المجالات الاجتماعية ولذلك تحرص مؤسسات التربية الخاصة على استخدام أكثر من محك أو اختبار. (عصام النمر، 2008: 155)

ففي بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص الإعاقة العقلية من وجهة النظر الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة العقلية المؤدية إلى تلف في الخلايا الدماغية (brain damage) ولكن وفيما بعد، ومع ظهور مقاييس الذكاء المعروفة كمقياس ستانفورد بينيه (The Stanford - Bient Intelligence Scale) ومقياس وكسلر (The Wechsler Intelligence Scale) أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية. (فاروق الرروسان، 1999: 43)

وقد استمر هذا الاتجاه حتى أواسط الخمسينات، حيث ظهر اتجاه جديد في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية تمثل في الاتجاه الاجتماعي. وقد ظهر هذا الاتجاه الجديد نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى استخدام مقاييس الذكاء وحدها كونها غير كافية في تشخيص الإعاقة العقلية إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أنه معوق عقليا وخاصة إذا أظهر قدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية. لذا ظهر بعد جديد في تشخيص الإعاقة العقلية هو البعد الاجتماعي والذي يعبر عنه عادة ببعد السلوك الكيفي وظهرت مقاييس تقيس هذا البعد

ومن أشهرها مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك الكيفي، الذي أعده نهيرا وزملاءه (The American Association on Mental Deficiency, Adaptive Behavior Scale, AAMD, ABS-Nihira et al, 1969,1975) ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية. (Cain-Levien Social Competency Scale, 1963). (جمال الخطيب وآخرون، 2009: 173)

كما ظهر في السبعينات من هذا القرن الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، والذي يعتبر اتجاها مكملا لعملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ويهدف هذا الاتجاه إلى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقليا، ومن المقاييس التحصيلية مقاييس المهارات اللغوية، ومقياس القراءة والكتابة، والمقياس التحصيلي العام والذي أعده جاستاك، والمقياس التحصيلي الفردي، ويعبر عن الاتجاه الجديد في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية بالاتجاه التكاملي حيث يجمع هذا الاتجاه بين الاتجاه الطبي والاتجاه السيكومتري، والاتجاه الاجتماعي، والاتجاه التربوي، حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك من كل من طبيب الأطفال والأخصائي في علم النفس والأخصائي في التربية الخاصة، تكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص ومن ثم لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد. (ماجدة عبيد، 2009: 112)

6 1 - التشخيص الطبي:

يقوم به طبيب الأطفال أو فريق من الأطباء الأخصائيين لمعرفة النواحي الجسمية، وتاريخ الطفل الصحي، والأمراض، والحوادث التي تعرض لها، وحالة الوالدين الصحية وحالة الأم خلال فترة الحمل، وظروف الولادة، وفحص الحواس، والغدد والجهاز العصبي. فمثلا من الإجراءات الكشفية التي يقوم بها الطبيب لمعرفة اضطرابات التمثيل الغذائي والتي تسمى (الفينيل كيتونيوريا) (Phenylketonuria) (PKU) التي تكون من الأسباب الرئيسية للإعاقة العقلية ما يلي:

- اختبار حامض الفيريك (Ferric Chloride Test) حيث تخلط نقاطا من حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (PKU).
- اختبار نسبة وجود الفينيلين بالدم الذي توصل إليه العالم غاتري والذي سمي باسمه، وهو أن تأخذ عينة من دم الطفل (من كعب القدم) فإذا وجد 20 ملغرام مقابل كل 100 ملم في الدم، فهذا يعني وجود اضطراب تمثيل غذائي (PKU).

والآن أصبحت مسألة طبيعية عندما نأخذ أطفالنا الصغار إلى أطباء الأطفال، يقاس محيط الرأس والطول والوزن من قبل الممرضة قبل دخول الطفل إلى الطبيب، لأن هذه قد تعطي مؤشرات على وجود خلل. (قحطان الظاهر، 2008: 85-86)

26 - أساليب قياس البعد السيكومتري:

جاءت هذه المقاييس بعد المقاييس الطبية أو بعد الاتجاه الطبي، وظهر أول مقياس لألفرد بينيه (Alfred Benet, 1904) في فرنسا حيث كان يعمل وزيرا للتربية والتعليم وطلب منه وضع مقياس لتصنيف الطلبة، وعدل هذا المقياس في جامعة ستانفورد حيث أصبح يطلق عليه اختبار ستانفورد - بينيه وكان ذلك ما بين (1904-1916) ثم ظهر مقياس للأطفال ومقياس وكسلر للراشدين سنة 1949 ومقياس جودانف لرسم الرجل سنة 1926 وهو من المقاييس الأدائية المعروفة ويتميز أيضا بسهولة التطبيق.

وقد تم توجيه العديد من الانتقادات لهذه المقاييس من قبل علماء الاجتماع والتربية الخاصة مثل ميرسر ووليامز ومن هذه الانتقادات:

- انتقادات موجهة إلى صدق المحتوى في هذه الاختبارات، حيث أن هذه الاختبارات لا تتناسب مع جميع الثقافات فهي تتناسب مع ثقافة البيض في أمريكا وليس ثقافة السود، مثال على ذلك المشط في اختبار وكسلر حيث قدم مشط له سن مكسورة عندما قدم للسود وللبيض كانت ردود أفعالهم مختلفة وذلك لاختلاف الثقافات.
- انتقادات موجهة إلى إجراءات تطبيق الاختبار مثل كفاءة الفاحص، ظروف المفحوص، مكان وزمان الاختبار. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 74-75)

ومن الاختبارات السيكومترية:

- اختبار ستانفورد - بينيه.
- مقياس وكسلر.
- مقياس جودانف - هاريس للرسم.
- مقياس ماكرثي للقدرة العلية للأطفال.

36 - التشخيص التربوي:

يقوم به عادة معلم التربية الخاصة، ويهدف هذا التشخيص إلى تقييم أداء الأطفال المعوقين عقليا تربويا وتحصيليا على المقاييس الخاصة بالبعد التربوي، ومن أشهر المقاييس المستخدمة في ذلك:

- مقياس المهارات اللغوية للمعاقين.
- مقياس المهارات العددية للمعوقين عقليا. (عصام النمر، 2008: 155)

46 - المقاييس الاجتماعية:

ومن الوسائل التي يمكن أن تعين في عملية التشخيص دراسة الحالة الاجتماعية للطفل من خلال معرفة نموه قياسا بأفرانه من الناحية الجسمية والحركية واللغوية، وكذلك حالة الأسرة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي لها أثر كبير في

عملية تطور الطفل إذا أن كثير من حالات الإعاقة العقلية الهامشية والبسيطة تكون نتيجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والحالة التي يعيشها الأطفال.

وبعد منتصف القرن العشرين ظهرت عدة مقاييس للسلوك الاجتماعي التكيفي ومن هذه المقاييس مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي Maturity The Vineland Social Scale , لدول (Doll,1953) ومقياس كين وليفين للكفاية الإجتماعية Cain Levine Sociale Cometancy Scale ليكين وليفين (Cain and Levine,1963) ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي Association on Mental Retardation Adaptive Behaviour Scale والذي أعده نهيرا وزملاءه ولامبرت، (Nihira, et al, 1975 and Lambert, 1981 (قحطان الظاهر، 2008: 87-88)

6 5 - التشخيص التطوري:

تشكل دراسة التاريخ التطوري لنمو الفرد معيارا آخر يزيد من صدق التشخيص القائم على المعايير الأخرى السابقة، فالتعرف على تأخر الفرد في أنماط النمو كالمشي أو الكلام أو التدريب على النظافة أو الجلوس، أو استعمال أدوات الأكل والتوافق الحركي كل هذه تشكل مؤشرات كافية لتشخيص التخلف العقلي، خاصة عندما لا توجد عند الفرد اضطرابات واضحة في الأجهزة الحركية والحسية كالشلل الدماغى والعمى والصمم والصرع. (نبيل سليمان، 1993: 60)

6 6 - خطوات التعرف على الطالب المتخلف عقليا:

يقوم فريق التقييم المتعدد التخصصات بما يلي:

- إجراء تقويم تربوي شامل .
 - الحصول على التاريخ التطوري من الوالدين وأولياء الأمور.
 - الحصول على النتائج من الفحوص الجسمية المتضمنة النواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.
 - الاتساق في انخفاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقياس السلوك التكيفي من جهة أخرى بدرجة دالة.
 - تقرير فيما إذا كان التخلف قد لوحظ أثناء فترة النمو .
 - تقرير فيما إذا كان الأداء التربوي والنمو الطبيعي متأثرا بشكل عكسي.
 - مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعوقين عقليا والتحقق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة في تقييمهم.
 - مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم المعرفة فيما إذا كان الطالب معوقا أم لا.
- (ماجدة عبيد، 2009: 114)

6 7 - إرشادات في عملية التشخيص:

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

- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية، وحتى لا ينفّر منها أو يملها، ويحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو ملله منه وليس لعدم قدرته على الاستجابة.
- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة.
- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة إلى الطفل واضحة ومباشرة، بحيث لا يحتمل السؤال أكثر من معنى واحد، ولا تحتاج الإجابة عليه إصدار تعميمات أو وضع افتراضات.
- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكانياته أو أن تبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة ثم تتدرج إلى الأصعب هكذا.
- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محددة بدقة.
- يراعى عند رصد استجابات الطفل الآن لجا إلى تفسير معناها أو الإشارة إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل تسجل كما هي دون تأويل. (أحمد وادي، 2009: 47-48)

يعتبر السلوك التكيفي أساس مهما في تحديد التخلف العقلي بالإضافة إلى نسبة الذكاء نظرا لعدة أسباب:

- عدم وجود اتفاق على تعريف الذكاء من جهة ومفهومه من جهة أخرى.
- عدم وجود اتفاق عام على تحديد العوامل التي يقيّمها اختبارات الذكاء.
- وجود كثير من العوامل التي تظهر تباينا في درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء وهذا ما يسمى بخطأ القياس.
- أن اختبارات الذكاء تقيس معدل مستوى القدرات فقط وقد تعجز عن قياس جوانب النمو الاجتماعي والعاطفي مثلا.
- عدم وجود اتفاق بين علماء النفس على درجة نسبة الذكاء التي يبدأ عندها التخلف.
- إمكانيات وجود خطأ في تفسير نتائج واختبارات الذكاء للمتخلف خاصة عندما يتحصل الفرد على درجة مرتفعة على بعض المقاييس ودرجة أخرى منخفضة على مقاييس أخرى.

وبالتالي فإن معدل درجات الفرد على أجزاء الاختبار الواحد لا يساعد على فهم التباين في قدراته العقلية ولذلك فإن تقييم المستوى العقلي للفرد يحتاج إلى النظر في نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي معا. (هلايلي ياسمين، 2007: 37-38)

7 - برامج الأطفال المعاقين عقليا:

تصمم مناهج الأطفال المعاقين عقليا في ضوء إمكانيات الأطفال العقلية والانفعالية، وفي ضوء احتياجاتهم التربوية، ويراعى في هذه المناهج خبرات الطفل السابقة، والخبرات التي ينبغي أن يتعلمها. (غسان أبو فخر، 2004: 122)

حيث أن المعاق عقليا هو طفل لا يملك إمكانيات تكوين القدرات الحسية الحركية والعقلية التي تميز الأطفال العاديين في مثل سنه. وإمكانية تنمية هذه القدرات تكون من خلال البرامج التربوية، ويعود هذا إلى تنظيمه العقلي الذي يؤخر النمو العادي لهذه القدرات. (Andrè Rey)

ويشير الروسان (2007) أن برامج ومناهج المعوقين عقليا تختلف عن برامج ومناهج الأطفال العاديين، من حيث محتوى تلك البرامج وطرائق تدريسها، ففي الوقت الذي يوضع فيه منهاج عام مشترك لكل صف على حدة لدى الأطفال العاديين ويدرسون جميعا بالطريقة نفسها، نرى أن بناء منهاج للمعوقين عقليا يأخذ شكلا فرديا أي ما يسمى بالمنهاج الفردي، ويدرس بطريقة فردية أيضا، وتمثل الخطة التربوية الفردية (Individualized Educational Plan, IEP) المنهاج الفردي للمعوقين عقليا، حيث يشتمل ذلك المنهاج على عدد من الأهداف التعليمية السلوكية، كما يدرس ذلك المنهاج وفق خطة تعليمية فردية (Individualized Educational Plan, IEP). (فاروق الروسان، 2007: 141-142)

كما أكدت نتائج بعض الدراسات التي تناولت أثر البرامج البيداغوجية والإرشادية في تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المعاقين عقليا والقابلين للتعلم على ضرورة إعداد برامج بيداغوجية خاصة لهذه الفئة من الأطفال، وفي نفس هذا الاتجاه أوضحت هذه الدراسات أن الأطفال المعاقين عقليا الذين تعرضوا إلى البرامج الخاصة قد حققوا تقدما ملحوظا في كثير من الجوانب العقلية والمعرفية واللغوية والاجتماعية والنفسية لديهم. ومن هذه الدراسات دراسة كل من (صالح هارون 1985، سحر احمد الخرمشي 1988، عزة محمد سليمان السيد 1996)، (Fridel et Jane 1983, Mary t al 1983, Cuilleret .M 1999, Laxer.G 1991). (هدى خرباش، 2004: 70)

كما أنه من المهم أن نجعل الطفل يتكيف مع التخلف العقلي لديه، مثله في ذلك مثل المعاق بصريا الذي يتعلم القراءة بأصابعه. (R.Fau, B.Andrey, J.le Men, H.Dehautd, 1970)

ويجب أن تؤخذ درجة الإعاقة العقلية بعين الاعتبار عند طرح المناهج التربوية الخاصة بهم، فكلما قلت درجة التخلف ازداد التركيز على النواحي الأكاديمية، والعكس صحيح، حيث يتم التركيز على المساعدة الذاتية والحياة الاجتماعية والمهارات المهنية، في حالات التخلف العقلي البسيط. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 175-176)

معنى هذا أن التربية الخاصة للمعاقين لا يمكن أن تعتمد على نفس المنهاج في التعامل، هذا كون مصطلح التخلف العقلي يتضمن مجموعة من الفئات التي تتمايز فيما بينها، وتعتبر هذه الفكرة ذات أهمية بالغة خصوصا بالنسبة للبلدان النامية. وهذا يتطلب وجود مراكز وأخصائيين ذو كفاءة معتبرة ويستلزم كثير من الوقت وبذل المزيد من الجهد خصوصا في ميدان تكوين الأخصائيين. (M.Boucebci, 1984)

7-1 - الأسس التي تقوم عليها طرق تعليم المعاقين عقليا:

تقوم طرق تعليم الأطفال المتخلفين عقليا مثلها مثل طرق تعليم الأطفال العاديين على عدد من الأسس التي يراعيها العالمون في تصميم وتطوير المناهج في مختلف مستويات التعليم.

7-1-1- الأسس الاجتماعية:

ويقصد بذلك المجتمع بما يشمل من تراث ثقافي وأعراف وتقاليد ومعايير اجتماعية بالإضافة إلى مشكلات المجتمع وأهدافه وأماله في المستقبل والحاضر. فإن مناهج المتخلفين عقليا يجب أن يندرج معهم بشكل يمكنهم من معرفة عناصر الثقافة الاجتماعية أو تراثهم الثقافي والاجتماعي لبلوغ أهداف المجتمع في تربية هؤلاء الأطفال كأعضاء في المجتمع.

7-1-2- الأسس التربوية:

ويقصد بذلك الفلسفة التربوية والنظام التربوي وأراء التربويين فيما يتعلق بأهداف التربية والتعليم. ومن أهم الأسس التربوية الخاصة بالأطفال المتخلفين عقليا هي تغيير نظرة التربويين نحو قدرة الطفل المتخلف على التعلم. فبينما كان يعتقد سابقا أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على التعلم وأنه يجب عزلهم في مؤسسات خاصة لرعاية. فإن التربويين أصبحوا يؤمنون الآن بقدرة الأطفال المتخلفين عقليا على التعلم لدرجة يمكنهم معها الوصول إلى مستوى الكفاءة الاجتماعية والقدرة على الرعاية الذاتية إذا ما توفرت لهم في فرص التربية الخاصة التي تأخذ في الاعتبار قدراتهم وإمكانياتهم واستعداداتهم للتعلم ومراعاة خصائص نموهم العقلي والنفسي والجسمي والاجتماعي.

7-1-3- الأسس النفسية:

ويقصد بذلك الخصائص النفسية والتربوية لهؤلاء الأطفال وخصائص نموهم العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى حاجات وميول واتجاهات وقيم هؤلاء الأطفال وعلاقتها بالمنهج وكذلك أثر نظريات التعلم والتدريب فيما يتعلق بطرق التدريس، فإنها إحدى وسائل تحقيق أهداف المنهج. (هدى خرباش، 2006: 219)

وفيما يلي إشارة إلى البرامج المختلفة لفئات التخلف العقلي، مع العلم أننا اعتمدنا التقسيم التربوي الذي يصنف التخلف العقلي إلى ثلاث فئات هي على التوالي : فئة القابلون للتعلم، والقابلون للتدريب، والاعتماديين (حالات العزل):

7 2 1 - مناهج القابلين للتعلم:

عناصر مناهج الأطفال القابلين للتعلم هي نتيجة لخبرة طويلة ولتجارب كثيرة، وهذه العناصر يمكن بحثها في إطار نمو الطفل وانتقاله من مرحلة إلى أخرى، فهي مناهج نمو في طبيعتها بمعنى أن محتويات المنهج بما فيها من مهارات ومفاهيم أساسية لا تقدم إلى الطفل إلا عندما يكون قد وصل إلى مستوى مناسب من النضج، وتكون لديه من الخبرات

السابقة ما يساعده على أن يعيش هذه الخبرات ويستفيد منها، فالخبرات السابقة ومستوى النضج الذي وصل إليه يحددان نوع الخبرات التي يقدمها المنهج، وهذا يعني أن عوامل أخرى مثل العمر الزمني والعمر العقلي ينبغي أن تحدد ما يقدم إلى الطفل من خبرات.

وينبغي أن تكون الخبرات المقدمة إلى الطفل في مستوى قدرته وذات معنى ودلالة وارتباط بخبراته الماضية، وتؤدي إلى خبرات جديدة تساعده على تحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والاقتصادية. (غسان أبو فخر، 1992: 179)

2 2 7 - مناهج القابلين للتدريب:

تختلف فئة القابلين للتدريب عن القابلين للتعلم، فهم لا يتوفرون على الإمكانيات والقدرات التي يتوفر عليها غيرهم من القابلين للتعلم، لهذا فلا بد من وضع وبناء مناهج مناسبة وخاصة بهم.

ويقترح كابوبيانكو المجالات الآتية لتكون محورا للبرامج القابلين على التدريب وهي:

• مجال العناية بالنفس:

أغراضه (الصحة والمظهر الشخصي والأمن) بغية أن تعود الطفل على نظام خاص لمحافظة علي صحته ومظهره الشخصي وسلامته وذلك من خلال تدريبه على تنظيف وجهه والعناية بأنفه وعينيه وأذنيه وأسنانه وذلك عن طريق شرح مختلف الطرق وتطبيقها عمليا بالنسبة لكل طفل إضافة على تدريبه على طريقة ارتداء ملابسه والمحافظة عليها والعناية بمظهره الخارجي وتدريبه على تجنب ما يؤذيه من الأشياء والأخطار.

• التكيف الاجتماعي:

أغراضه أن يتدرب الطفل على الأخلاق الحميدة وكيف يحي مع غيره ويتوافق مع القواعد والأنظمة السائدة وذلك بتدريبه على احترام العادات الاجتماعية السائدة وآداب المائدة واحترام الكبار والاستجابة لإرشاداتهم والمشاركة في حياتهم الاجتماعية وتدريبهم على تحمل المسؤولية وتأكيد الإحساس بالواجب نحو الآخرين وتنمية العناية والمحافظة على الممتلكات الشخصية وممتلكات الغير.

• عادات العمل:

أغراضه أن يدرّب الطفل على القيام بعمل ما يقوم به من أعمال وإكماله وكذلك بقية مختلف ألوان النشاط من التنظيف والعناية بالملابس وتنظيمها والواجبات والقواعد المنزلية.

• النمو اللغوي:

أغراضه تشجيع الطفل على أن يطالب ما يحتاجه شفويا وان يعبر عن حاجاته بوضوح وان يشجع علي الاشتراك في المناقشات حتى يزيد محصوله اللغوي وذلك

بزيادة حصيلته اللغوية والتعرف على الألفاظ واستخدامها وتشجيعه على التعبير وذلك بإعطائه الفرصة على الكلام الحر أو التعبير الطلق وتشجيع المناقشات بينه وبين أفراد مجموعته.

• مجالات أخرى:

أغراضها أن تتيح الفرصة للطفل كي يعبر عن نفسه ويستغل وقت فراغه في أوجه النشاط التي يحبها ويشعر بالنجاح فيها وان تنمي لديه القدرة على اللعب منفردا بالاشتراك مع الآخرين في ألعابهم وكذلك تحسين عادات العمل التي يكونها وتحسين قدرته على التوافق العقلي والحركي من خلال الموسيقى والتربية الفنية والرياضية واعتدال القوام وتحسين طريقة السير والوقوف والجلوس. (نبيل سليمان، 1993: 125-126)

3 2 7 - مناهج الأطفال شديدي التخلف أو (حالات الغزل):

مع تطور أساليب تعديل السلوك التي تعتمد المبادئ الأساسية في الإشراف من تعزيز سلبي وإيجابي، ومثير واستجابة فقد اختلفت النظرة إلى هذه الفئة من الأطفال بحيث يمكن تعلم أفرادها بعض المهارات في العناية الذاتية التي عدت حتى وقت قريب من الأمور التي تستحيل على هذه الفئة، والواقع أن أهم تطبيقات أساليب تعديل السلوك جاءت في مجال العناية الذاتية وبخاصة في مجال التدريب على الخروج والتبول اللاإرادي، وتناول الطعام ومهارات اللبس، وهكذا فإن مناهج تدري الأطفال شديدي الإعاقة تعتمد على مبادئ أساسين:

- باستطاعة هؤلاء الأطفال اكتساب بعض المهارات الأساسية المتصلة بحاجات الطفل الأساسية.
- أن اكتساب هذه المهارات يعتمد بشكل أساسي على مبادئ التعلم السلوكي وتعديل السلوك.

كما أن عملية التربية ينبغي أن تكون واحدة في بيئة الطفل المحلية داخل المؤسسة التي ترعى هؤلاء الأطفال وخارجها في المنزل وان تكون عمليات التدريب مستمرة. (غسان أبو فخر، 1992: 194)

ويتضمن محتوى مناهج المعوقين عقليا عددا من الأبعاد والمهارات، والتي تشكل في مجموعها المادة التعليمية للمعوقين عقليا، وهذه الأبعاد والمهارات هي:

البعد الأول: المهارات الاستقلالية (Independent Functioning Skills) وتتضمن:

- مهارات الحياة اليومية (Daily Living Skills).
- مهارات العناية الذاتية (Self – care Skills).

البعد الثاني: المهارات الحركية (Motor Skills) وتتضمن:

- المهارات الحركية العامة (Gross Motor Skills).
- المهارات الحركية الدقيقة (Fine Motor Skills).

البعد الثالث: المهارات اللغوية وتتضمن:

- مهارات اللغة الاستقبالية (Receptive Language Skills).
- مهارات اللغة التعبيرية (Expressive Language Skills).

البعد الرابع: المهارات الأكاديمية وتتضمن:

- مهارات القراءة (Reading Skills).
- مهارات الكتابة (Writing Skills).
- مهارات الرياضيات (Arithmetic Skills).

البعد الخامس: المهارات المهنية (Vocational Skills)، ومهارات التهيئة المهنية (Pre – Vocational Skills).

البعد السادس: المهارات الاجتماعية (Sochal Skills).

البعد السابع: مهارات السلامة (Safety Skills).

البعد الثامن: المهارات الاقتصادية (Economic Skills). (فاروق الروسان، 2007: 142-143)

ومن أهم المبادئ التي يجب مراعاتها عند تعليم وتدريب الأطفال المتخلفين عقليا:

- الفوز بانتباه الطفل ويقصد بذلك تنظيم المواد والمثيرات بحيث يتم تشجيه على التركيز على المثيرات المهمة وتجاهل المثيرات غير المهمة ويمكن تحقيق ذلك بالتخفيف من المثيرات المشتتة وتعزيز الطفل عندما ينتبه واستخدام التلقين اللفظي الإيمائي والجسمي لحث الطفل على الانتباه واستخدام مثيرات ذات خصائص وواضحة ومحددة .
- الانتقال تدريجيا من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيدا حسبما تقضي قدرات الطفل.
- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه فبدون معرفة مستوى أدائه قد يطلب منه تادية مهارات لا يستطيع تأديتها وذلك أمر محبط أو قد نطلب منه تادية مهارات يتقنها جيدا وذلك أمر غير مفيد وممل.
- تعزيز الاستجابات الصحيحة للطفل فالتعزيز يقوي السلوك والتعزيز يجب أن يكون فوريا وملائما للطفل ويكون التعزيز فعالا عندما يتم تنويعه وعندما يكون الطفل بحاجة إليه حقا وعندما يقدم له بحرارة دونما تصنع.

- تأكيد المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل ويتطلب ذلك استخدام الأدوات أو الوسائل التي من شأنها مساعدة الطفل على تأدية المهمة المطلوبة بنجاح وعلى سبيل المثال يجب تجزئة المهارة إلى مهارات فرعية بسيطة وتشكيل سلوك الطفل تدريجياً وتزويده بتغذية راجعة فورية على أداءه بطريقة إيجابية كذلك يفضل تبسيط المعلومات المقدمة للطفل وتزويده بالتلميحات والدلالات التمييزية المساعدة والامتناع عن طلب عدة استجابات منه في نفس الوقت.
- استخدام المواد والأدوات الطبيعية في عملية التدريب كلما كان ذلك ممكناً فتعليم الطفل المتخلف عقلياً المفاهيم المتعلقة بلون التفاحة ولمسها وحجمها وطعمها مثلاً يكون أكثر فاعلية إذا توفرت حبة تفاح حقيقية بدلاً من حبة بلاستيكية أو صورة حبة تفاح.
- تطوير قدرة الطفل على التذكر ونقل أثر التعلم من موقف إلى آخر وذلك يتطلب التكرار والإعادة (أو ما يعرف عادة باسم التعلم الفاضل) لكي تصبح الاستجابة تلقائية لكي يحدث التعميم (نقل أثر التعلم) يجب استخدام أمثلة كافية وتدريب الطفل في مواقف مختلفة.
- توزيع التدريب وذلك يعني تدريب الطفل في جلسات قصيرة نسبياً تتخللها فترات اختبار أو استراحة أما التدريب المكثف فيجب الامتناع عنه إلا إذا كانت الاستجابات المطلوبة كمن الطفل متشابهة إلى حد كبير وعليه يجب الحد من عدد المفاهيم التي يتم تعليمها للطفل في الجلسة الواحدة فكثرة المفاهيم تربكه وإنما يجب التركيز على مهارة معينة إلى أن يتقنها الطفل بعد ذلك يتم الانتقال إلى مهارة أخرى. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 70-71)

كما أثبتت معظم الدراسات الحديثة قابلية المعاقين للتعلم البطء والمتدرج إذا ما أحسن البرنامج التربوي والتعليمي وإذا ما تضافرت جهود الأسرة والمعلم والأخصائي النفسي.

لذلك فإن أي برنامج تربوي تعليمي لا بد أن يراعي هذا التعاون وان يشتمل على برامج تعليمية تتناول المهارات الاستقلالية ومهارات اللغة والمهارات الأكاديمية والإعداد المهني وتنمية المهارات الحركية، كما يجب أن يراعي البرنامج فئات الإعاقة المختلفة ليناسب مع كل فئة منها (إعاقة بسيطة، متوسطة، شديدة، بالغة الصعوبة). (عبد الفتاح الشريف، 2011: 376)

8 - الاتجاه نحو المعاقين عقليا:

لقد شهد التاريخ البشري فترات متعاقبة من إهمال وسوء معاملة الأفراد المتخلفين عقليا من جهة والاهتمام والمعاملة الإنسانية من جهة أخرى. ففي الماضي كانت المجتمعات الإنسانية تتعامل مع المتخلفين عقليا على ضوء الخرافات وليس المعرفة العلمية. فقبل القرن التاسع عشر كان الأشخاص المتخلفون عقليا يعاملون بوصفهم أغبياء ومتوحشين وتتملكهم الأرواح الشريرة. ولذلك كانوا يعاملون بقسوة أو يزوج بهم في السجون أو يتركوا في أماكن نائية ليموتوا. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 52)

كما يذكر صفوت فرج (1992) أنه يؤرخ لأول مصدر مكتوب عن الإعاقة العقلية عام 1552 قبل الميلاد وهو "بردية طبية العلاجية" في مصر القديمة، وتشير الشواهد المستخلصة من الجروح والكسور في الجماجم البشرية لوجود آثار لجراحات غير ماهرة كانت تهدف لعلاج أصحابها عن طريق فتح ثقب في الجمجمة يسمح للأرواح الشريرة والشياطين الخسيسة بالهرب مما يؤدي إلى شفاء المريض وذلك نتيجة الاعتقاد أن هناك أرواح شريرة تسكن عقلي المريض. (إيهاب خليل، 2009: 95)

مع مرور الزمن، حدث تطوران أساسيان أثرا إيجابيا على رعاية المعاقين عقليا، الأول في الولايات المتحدة حيث تم تأسيس مدارس التدريب الداخلية في كثير من الولايات، والثاني في فرنسا حيث تم تطوير اختبار للذكاء، على يد ستانفورد بينيه في عام 1904. وفي عام 1935 تم تطوير مقياس فاينلند للنضج الاجتماعي، لتقييم مهارات الحياة اليومية والسلوك التكيفي للأفراد الذين يعتقد أنهم يعانون من الإعاقة العقلية. حيث ساد بين علماء النفس والمربين الاعتقاد بأنه من الممكن تحديد أولئك الذين يعانون من الإعاقة العقلية وتزويدهم بالتدريب الملائم في مدارس التدريب الداخلية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 117-118)

وفي عقدي الخمسينات والستينات تزايد الاهتمام في دول العالم المختلفة بالدفاع عن حقوق الأشخاص المتخلفين عقليا وتطوير البرامج التربوية والتأهيلية الفعالة. وقد كان وراء هذا الاهتمام جمعيات آباء وأمهات الأفراد المتخلفين عقليا والتشريعات، وتغيير الاتجاهات نحوهم. وهذا كله رافقه تغييرات هائلة في البرامج المقدمة فلم تعد المؤسسات الخاصة مجرد مكان للإيواء وإنما أصبحت تربوية وتأهيلية وعلاجية. وبدأ المجتمع يعيد تنظيم نفسه على نحو يسمح للمتخلفين عقليا بالعيش في أوضاع وظروف أكثر إنسانية وذلك كله ما كان ليتحقق لولا إعداد وتدريب الكوادر الفنية ذات الكفاية المهنية العالية وفي أيامنا هذه يتم التركيز على أن الأشخاص المتخلفين عقليا هم أشخاص أولا لهم حقوق وخاصة الحق في التربية المناسبة والحق في المعالجة وفي عيش حياة كريمة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 53-54)

غير أنه وعلى الرغم من تلك التطورات الحاصلة في ميدان التخلف العقلي، وبالرغم من صدور عديد المراسيم والمواثيق التي تثبت أحقية هذه الفئة في الحياة مثلها في ذلك مثل غيرها من باقي الفئات الأخرى، فإن نظرة الناس نحو المعاقين عقليا لا زالت على

حالتها ولم تتغير، ويتجلى ذلك في عديد المظاهر التي نشاهدها يوميا في تعاملهم مع أفراد هذه الفئة، سواء بالاستهزاء، أو بالشفقة أو غيرها من المظاهر التي تعكس الاتجاه السلبي نحو هذه الفئة.

وطبقا لما يقوله محروس الشناوي (1997) فان جوتليب Gottlieb لاحظ أن العامة لديهم مجموعة من المفاهيم الخاطئة الخاصة بالتخلف العقلي، وتشمل على الاعتقاد بأن التخلف مرض، وان التعقيم التناسلي هو أفضل حل لمشكلة التخلف العقلي.

كما لاحظ أيضا سترأوس Strous (1980) أن الإساءة للأطفال المعاقين تعد واحدة من أخطر الظواهر التي تجتاح أي مجتمع من المجتمعات، وظاهرة الإساءة تحدث في كل المجتمعات المتحضرة منها والنامية، وتحدث الإساءة بالأكثر لبعض الفئات منها المعاقين عقليا. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005: 98)

خلاصة الفصل:

خلاصة القول أن الإعاقة العقلية ظاهرة تناولها العديد من العلماء بالدراسة والبحث، كل على حسب مجال تخصصه باعتبارها تقع ضمن مجال اهتمام عدد من العلوم المختلفة، وهذا ما أدى إلي وجود تمايز في التعاريف المقدمة للإعاقة العقلية. لكن ومع هذا، اتفق الجميع على ضرورة الجيد، كونه يحدد مصير الفرد على مختلف النواحي العقلية والاجتماعية وغيرها، مع الأخذ بعين الاعتبار أن أسباب الإعاقة العقلية لم تتحدد بطريقة نهائية حتى وقتنا الحالي فلا تزال العديد من الأسباب غير معروفة المصدر، فلا بد إذن من أن يكون التشخيص دقيقا ويعتمد على معايير علمية. ونتيجة لهذه الخطورة عملت الأمم جميعها على تطوير البرامج من أجل إعداد كوادر تكون على قدر المسؤولية تؤمن بقدرات هؤلاء الأفراد وتمتلك اتجاهات ايجابية نحوهم تستطيع من خلالها أن تبذل مزيدا من الجهد والوقت حتى تستطيع بناء برامج مناسبة لكل فئة من فئات الإعاقة العقلية.

الفصل الخامس: س:

الإعاقة البصرية

- تمهيد.
- الأجزاء الرئيسية للعين.
- تعريف الإعاقة البصرية.
- تصنيف الإعاقة البصرية.
- مظاهر الإعاقة البصرية.
- أسباب الإعاقة البصرية.
- نسبة انتشار الإعاقة البصرية.
- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية.
- خصائص المعاقين بصريا.
- البرامج التربوية للمعاقين بصريا.
- الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعاقين بصريا.
- الاتجاه نحو المعاقين بصريا.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تلعب حاسة البصر دورا مهما في تعرف الإنسان على عالمه الخارجي وتفاعله معه وتكوين كم من الخبرات وإدراك لشبكة من العلاقات، لذلك فإن أي خلل يصيب الجهاز البصري تكون له آثاره الملموسة في جميع المجالات، وعلى الرغم من أن الإنسان يمكنه الاستعانة بحواس أخرى في تواصله مع العالم الخارجي، إلا أن ذلك لا يستطيع ملاءمة الفراغ الذي تتركه العطل في البصر، لذا حاولنا في هذا الفصل الوقوف على هذه الإعاقة من حيث التعريف، التصنيف، الأسباب، التشخيص، بالإضافة إلى البرامج التربوية المناسبة.

1 - الأجزاء الرئيسية للعين:

1-1 - القرنية:

تمثل القرنية ذلك الجزء الأمامي من العين الذي يغطي ويحمي القرنية (Iris) وبؤبؤ العين (Pupil) ويبلغ سمك القرنية حوالي نصف ملليمتر عند المركز، وتبدو وظيفة القرنية في السماح للأشعة البصرية للدخول إلى الحجرة الأمامية للعين (Aqueous humor) كما تبدو وظيفة القرنية في حماية العين من العدوى بسبب طبقة من الدموع الخفيفة التي تغطي القرنية والتي تعطي حماية كبيرة للعين ضد البكتيريا والتلوث والأتربة. (فاروق الروسان، 2007: 149)

1-2 - العدسة (حدقة العين):

هي ذلك الجزء من العين الذي يستقبل الأشعة الضوئية من القرنية، وهي عضلة محدبة الوجهين ومرنة، وتتمثل وظيفتها في تجميع الأشعة الضوئية المنعكسة من الهدف المرئي وتركيزها على الشبكية، وتقع العدسة خلف القرنية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 242)

1-3 - القرنية:

هي عبارة عن قرص ملون تعمل على التحكم في كمية الضوء الداخلة إلى العين وذلك عن طريق حجب العدسة حجبا جزئيا والتحكم في اتساع الفتحة التي ينفذ منها الضوء إلى العدسة. (ماجدة عبيد، 2000: 139)

1-4 - الشبكية:

هي تمثل أهم الأجزاء الداخلية للعين وهي عبارة عن نسيج حساس للضوء وتظهر صور الأشياء على الشبكية بشكل معكوس، ويتم نقل هذه الصورة المعكوسة بواسطة العصب البصري إلى الجهاز العصبي المركزي، الذي يقوم بدوره بتصحيح الصورة وتظهر بشكلها الطبيعي. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 82)

2 - آلية البصر:

تقع الأشعة على العين وأول من يستلمها هو القرنية التي تعمل على انكساره فيمر بالبؤبؤ الذي يتحكم في كمية الضوء وتركيزه على الشبكية عبر السائل الزجاجي الذي يساعد على انكسار الضوء وتمريره إلى الشبكية.

تتكون الصور في الشبكية وتكون مختلفة في كل عين ثم تنتقل عن طريق الألياف العصبية إلى العصب البصري الذي ينقلها إلى المخ (الفص الخلفي) الذي يترجم هذه الشفرات إلى إبطار من خلال دمج الصورتين لكلا العينين ليكون صورة واحدة. (قحطان الظاهر، 2008: 151)

3 - تعريف الإعاقة البصرية:

هنالك ثلاث عوامل للإصابة بالإعاقة البصرية:

- قد يوجد في جزء أو أكثر في أجزاء العين الأساسية للأبصار. وهذا التلف يتداخل مع طريقة إلى تستقبل بها العين المعلومات أو معالجتها.
- كرة العين قد تكون صحيحة نسبيا أي لديها مختلفة يكون معها صعبا التركيز على الأشياء أو الأجسام.
- جزء الدماغ الذي يعالج المعلومات البصرية لا يعمل بشكل مناسب. فقد تكون العين سليمة وطبيعية تماما لكن الدماغ غير قادر على تحليل وتفسير المعلومات البصرية.

والإعاقات البصرية الشائعة توجد منذ الولادة أو قد تطور خلال مرحلة الطفولة المبكرة أو الطفولة كمرحلة فبعض الإعاقات البصرية تتطور سلبيا مع العمر والبعض منها أيضا يبقى ثابتا مستقرا أو البعض قد يتحسن لتصبح قدرة الإبصار أفضل. فبعض الأطفال لديهم إبصار متقلب fluctuating vision أو قدرات وظيفية بصرية تختلف باختلاف أوقات اليوم.

أحيانا نفس الحالة الصحية للعين تؤثر على الإبصار الأطفال بشكل مختلف فقد يكون لدى طفل فقدان بصر خفيف بينما آخر يكون لديه فقدان بصر ملحوظ. إن ما علينا أن نأخذه بعين الاعتبار، هو أن كل طفل يعتبر حالة فريدة، فقدرة الإبصار لدى الطفل قد تختلف عن قدرة الإبصار لدى طفل آخر مع نفس الحالة الصحية للعين. ولذلك فإن أخصائي أمراض العيون Ophthalmologist أو أخصائي البصريات Optométrist هم أفضل المصادر للمعلومات حول طبيعة ومدى وجود الإعاقة البصرية لدى الأطفال. (إبراهيم الزريقات، 2006: 100)

وقد ظهرت عدة تعريفات للإعاقة البصرية منها:

3 1 - التعريف اللغوي:

تستخدم ألفاظ كثير في اللغة العربية للتعرف بالشخص الذي فقد بصره، وهذه الألفاظ هي:

كلمة الأعمى: وهي مأخوذة من أصل مادتها وهي العماء، والعماء هو الضلالة، والعمى يقال فقد البصر أصلاً، وفقد البصر مجازاً.

وكلمة الأكمة: فمأخوذة من الكمه، والكمه هو العمى قبل الميلاد. (بطرس بطرس، 2010: 240)

وكلمة الأعمه: مأخوذة من العمه، والعمه كما في لسان العرب التحرير والتردد، وقيل العمه التردد في الضلالة والتحير في منازعة أو طريق، ويقال العمه في افتقاد البصر والبصيرة، وقيل أن العمه في البصيرة كالعمى في البصر.

أما كلمة الضرير فهي بمعنى الأعمى، لأن الضرارة هي العمى، والرجل الضرير هو من فقد بصره، والكلمة مأخوذة من الضر وهو سوء الحال، إما في نفس الشخص لقلّة الفضل والعلم والفقّه وإما في بدنه لعدم جارحة أو نقص وإما في حالة ظاهرة من قلة مال وجاه فيقال رجل ضرير أي مريض.

أما كلمة العاجز فهي مشهورة في الريف العربي والعامية يطلقونها على المكفوف لملاحظتهم أنه قد عجز عن الأشياء التي يستطيعونها هم وهي من العجز أي التأخر عن الشيء وصار في المتعارف اسماً للمقصور عن فعل الشيء وهو ضد القدرة وسميت العجوز بذلك اللفظ لعجزها عن كثير من الأمور. (لطفي أحمد، 1981: 138)

وكلمة الكفيف أو المكفوف: فأصلها من الكف ومعناها المنع، والمكفوف هو الضرير وجمعها المكافيف. (رشاد موسى، 1994: 19)

3 2 - التعريفات الطبية:

تكاد تتفق هذه التعريفات على أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي تقل حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح عن 6/60 أو 20/200 أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها 20 درجة.

ويتعرض هذا التعريف للنقد من قبل العاملين في ميدان التربية، حيث لا يقدم الكثير من الفائدة للمعلمين أو الطلبة الذين يعانون من صعوبات بصرية لكنها لا تصل إلى مستوى كف البصر، وهؤلاء بحاجة إلى تسهيلات وإجراءات تربوية مناسبة ليستطيعوا الاستفادة من الموقف التعليمي. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 132-133)

3 3 - التعريفات القانونية:

ضعاف البصر من الناحية القانونية هم الأشخاص الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/ 20 إلى 200 /20 في العين الأقوى بعد التصحيح. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 167)

تهدف هذه التعريفات إلى تحديد مدى أهلية الفرد للحصول على تسهيلات أو حقوق أو ضمانات أو تشغيل أو دعم مادي. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 132)

وفي هذا الإطار ينقسم المعاقون بصريا إلى فئتين:

• العميان Blind:

يعد الشخص أعمى إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن 200/20 قدما أو 60/6 مترا في أقوى العينين، وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة باستخدام النظارات أو العدسات، أو يضيق مجال إبصاره بحيث لا يتعدى أوسع قطر لهذا المجال عن 20 درجة لأحسن العينين. معنى ذلك أن الذي يراه الشخص العادي على مسافة 200 قدم أو ستة أمتار حتى يتمكن من رؤيته. وهناك مفهومان في إطار هذا التعريف :

- حدة الإبصار Visual Acuity:

هي قدرة العين على رؤية الأشياء والمرئيات وتمييز خصائصها وتفصيلها على مسافة محددة. وغالبا ما تقاس بقدرة الفرد على قراءة حروف أو أرقام أو رموز تتضمنها لوحة يتم وضعها على مسافة 20 قدما أو ستة أمتار (وحدة البصر السليمة تساوى 20/20 أو 6/6) .

- مجال الرؤية Field of Vision:

هو المحيط الذي يمكن للإنسان الإبصار في حدوده دون أن يتغير اتجاه رؤيته أو تحديقه (والعين السليمة قادرة على رؤية الأشياء بمدى أقصاه 180 درجة، وفي حالة نقصان هذا المدى بكل ملحوظ يعتبر الفرد معاقا بصريا). (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 163-164)

• ضعاف البصر أو المبصرون جزئيا Patically Sighted:

يعرفون أيضا من جانب السلطات القانونية بأنهم أولئك الأفراد الذين يمتلكون حدة إبصار تتراوح من 70/20 إلى 200/20 في العين الأفضل بعد التصحيح. (عبد الرحمن سليمان: 48)

يشير كل من هلهان وكوفمان إلى أن معظم المختصين وخاصة التربويين يرون أن التصنيف القانوني يعد غير ملائم حيث وجدوا أن حدة الإبصار لا تعد مؤشرا دقيقا جدا

للأداء الوظيفي للعين من جانب الفرد أو لاستخدامه ما يكون قد تبقى لديه من إيبصار.
(هلهان، كوفمان، 2008: 588)

4 3 - التعريف التربوي:

يعرفهم Mittler ميثلر بأنهم هم "أولئك الفاقدين للبصر كلية، وهم أولئك الذين يكون البصر لديهم شديد القصور والضعف بحيث يتطلب تربية بمناهج لا تتضمن حاسة البصر، وتعتمد على طريقة برايل أو طرق أخرى". وهم إما ضعاف البصر أو عميان وظيفيا أي لا يمكنهم القراءة إلا بالبرايل وإما عميان كليا لا يرون شيئا. (نادية بعبيع وآخرون، 2006: 183)

كما تعرف هيئة اليونسكو الكفيف بأنه الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعلومات التي تمكنه من متابعة الدراسة العادية. (مريم حنا، 2010: 115)

• الكفيف:

هو ذلك الشخص الذي فقد القدرة على الرؤية بالعين المجردة أو باستخدام النظارة الطبية ولا يستطيع اكتساب المعرفة عن طريق العين، بل بالاعتماد على حواس أخرى، ويمكنه تعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل.

• المعاق جزئيا:

هو ذلك الشخص الذي يعاني من فقدان بصري محدود إلا أن قدرته البصرية المتبقية تمكنه من تطوير مهاراته باستخدام العدسات الطبية. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 320-321)

أما براجا 1972 فقد وضعت تعريفا تربويا للمعاق بصريا يقول أن الطفل المعاق بصريا هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية. (ماجدة عبيد، 2000: 142)

5 3 - التعريف المهني:

المعاق بصريا هو ذلك الفرد الذي هو غير قادر على ممارسة عمله بسبب ضعف أو عجز في بصره الأمر الذي يؤدي إلى عجزه الاقتصادي بحيث لا يستطيع كسب عيشه. (سعيد عبد العزيز، 2008: 352)

6 3 - التعريفات الاجتماعية:

تركز التعريفات الاجتماعية للإعاقة البصرية على قدرة الفرد البصرية – الضعيفة أو المحدودة – على التفاعل الاجتماعي باستخدام حاسة الإبصار، ومدى احتياجه إلى

المساعدة من المجتمع، والتي يحصل عليها من يقل بصره عن 60/6 .. فالشخص الكفيف من المنظور الاجتماعي: "هو ذلك الفرد الذي لا يستطيع أن يجد طريقه دون قيادة أو مساعدة من الغير في البيئة غير المألوفة له". كما أنه: "ذلك الفرد الذي تمنعه إعاقته البصرية من أن يتفاعل بصورة ناجحة مع العالم المحيط به، حيث تعدد إعاقته البصرية - سواء الكلية أو الجزئية - على الحد من قيامه بالوظائف السلوكية المختلفة التي يجب عليه القيام بها كعضو فاعل في الجماعة أو في المجتمع". يضاف إلى ذلك أن الفرد المعاق بصريا: "هو الفرد الذي لا يمكنه أن يدرك الإشارات الاجتماعية المختلفة كالإيماءات و الإشارات التي تستخدم في سبيل تحقيق التواصل غير اللفظي، وبالتالي لن يكون بمقدوره أن يستخدم مثل هذه الإشارات بصورة جيدة، بل إنه يعتمد في تواصله مع الغير بصفة أساسية على كل من اللغة واللمس". (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 167)

7 3 - تعريف المكفوفين من خلال وجهات نظر العلماء والباحثين: - يعرف هاريمان Harriman كف البصر بأنه:

كف البصر لا يعنى فقط الانعدام التام للإبصار، بل أيضا كل درجات القصور البصري التي تكون من الشدة، بحيث تمنع الفرد من أن يضطلع بأنشطة الحياة العادية التي يكون فيها البصر ضروريا.

- يعرف وولف Wolfe كف البصر بأنه:

- 1 -عدم القدرة على الرؤية.
- 2 -عدم التمكن من الملاحظة.
- 3 -عدم القدرة على الحكم على المرئيات.
- 4 -عدم امتلاك الطريق.
- 5 -العمل بواسطة أدوات تكون مرشدة لهم في الطريق. (عبد الفتاح غزال، 2008: 255)

- يعرف أشروفت وزامبون Ashroft & Zambone الإعاقة البصرية على أنها:

حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تغير أنماط النمو عند الإنسان.

- يعرف ديموت Demott الإعاقة البصرية بأنها:

ضعف في كل من الوظائف البصرية الخمسة وهي: البصر المركزي، البصر المحيطي، التكيف البصري، البصر الثنائي، ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين. ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعا الإعاقات التي تشمل البصر المركزي والتكيف البصري والانكسار الضوئي. (منى الحديدي، 2002: 41)

- يعرف بلدوين Baldwin الكفيف بأنه:

الشخص الذي لديه نقص في القوة أو القدرة على الاستجابة إلى المثيرات البصرية بطريقة جزئية أو كلية، وقد يكون ذلك ناتجا عن إصابة أو عجز في أي جزء من الميكانيزمات البصرية التابعة لشبكية العين أو في شبكية العين نفسها أو في العصب البصري أو في القشرة الدماغية أو في مركز القشرة الدماغية للرؤية أو عن جميعا.

- يعرف كابا Kappa كف البصر بأنه:

أن تكون الرؤية منعدمة كلية أو تكون الرؤية محدودة جدا، حيث لا يمكن الاستفادة منها عمليا مثل التعليم.

- يعرف جولدن صن Golden Son كف البصر بأنه:

عدم القدرة على الرؤية ويعرف قانونيا درجة الإبصار 200/20 في العين الأقوى مع التصحيح، وأن معظم أسباب كف البصر عضوية ولكن يوجد كف البصر وظيفي أو نفسي، ويكون عادة كف البصر هستيري وان الدراسات الشخصية أشارت إلى أن الأشخاص الذين يولدون مكفوفي البصر لديهم مشكلات في الشخصية عن هؤلاء الذين فقدوا بصرهم في مرحلة متأخرة من الحياة. (عبد الفتاح غزال، 2008: 256)

4 - تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعاقون بصريا ضمن مجموعتين رئيسيتين:

الأولى: مجموعة المعاقين بصريا كليا (Totally Blind):

وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصريا جزئيا (Bartially Sighted):

وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة إبحار هذه المجموعة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية. (فاروق الروسان، 2007: 152)

4 1 - تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization:

صنفت منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطرابات الرؤية إلى خمسة أصناف هي:

- الرؤية المنخفضة Low Vision مستوى (1) أو الرؤية المنخفضة المعتدلة: وتكون الحدة البصرية أقل من (70/20).

- الرؤية المنخفضة Low Vision مستوى (2) أو الرؤية المنخفضة الحادة: أقل من 200/20.

- الكفيف Blindness مستوى (3) أو العمى الاجتماعي: أقل من 400/20.

- الكفيف Blindness مستوى (4) أو العمى شبه الكلي: أقل من 300/5.

- الكفيف Blindness مستوى (5) أو العمى الكلي: لا يدرك الضوء مطلقاً. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 247-248)

5 - مظاهر الإعاقة البصرية:

إن مظاهر الإعاقة البصرية قد تتأثر بشكل كبير بالأسباب التي أدت إلى وجود هذه المظاهر ومن هذه المظاهر:

5 1 - قصر النظر: Myopia:

تتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية لشخص للأجسام البعيدة لا القريبة لأن صور الأجسام تقع أمام الشبكية وذلك لأن طول العين أطول من طولها الطبيعي ويستخدم الشخص في هذه الحالة عدسات مقعرة Concave Leases لتصحيح مجال الرؤية لديه لكي يسقط ضوء الأشياء على الشبكية نفسها.

5 2 - طول النظر: Hyoporai:

تتمثل هذه الحالة عند الفرد في صعوبة رؤية الأشياء القريبة وليس البعيدة لأن صور الأجسام المرئية تقع خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين اقصر من طولها الطبيعي ويحتاج هذا الشخص إلى عدسات محدبة Concave Lenses لتصحيح مجال رؤيته.

5 3 - حالة صعوبة تركيز النظر: Atigmatism:

تتمثل 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 أسطوانية لتجميع الأشعة الساقطة وتجميعها على الشبكية. (سعيد عبد العزيز، 2008: 353)

6 - أسباب الإعاقة البصرية:

استطاع علماء فسيولوجيا الإبصار إحراز تقدم بالكشف عن المكونات التشريحية للعين من ناحية ومواجهة العوامل والتعرف عليها والتي تحد من أداء وظيفتها بشكل كامل. لقد وجدوا أن سبب فقدان بعض الأطفال لبصرهم ينشأ عن مواد عضوية معدية توجد في عنق الرحم وتظهر أعراضها على شكل التهابات طفيلية بالعين، وأنه يمكن إنقاذ هؤلاء الأطفال بتقطير نترات الفضة في عيونهم بعد الولادة وهذا أدى إلى انخفاض نسبة المكفوفين بسبب هذه الالتهابات. وقد يفقد الفرد بصره كلياً أو جزئياً بسبب الحوادث والإصابات أو نتيجة الأمراض المعدية كالرمد والتراخوما أو بسبب الأمراض غير المعدية كمرض السكري، والإصابة بالحصبة الألمانية، والزهري، وقد يؤدي سوء

التغذية ونقص فيتامين (أ) إلى ظهور عيب في الرؤية. أما العوامل الوراثية فإنها تكون مسؤولة عن حدوث عمى الألوان أو الإصابة بالمياه الزرقاء.

إضافة إلى هذه الأسباب، توجد عوامل أخرى تسبب الإعاقة البصرية كالمشكلات في القرنية أو العدسة في الشبكية أو في الضغط في العين وفي العصب أو مركز الرؤية في المخ. وهناك أسباب مرضية غير معروفة حتى الآن. وقد أحرز التقدم في الطب في الكشف عن أمراض كثيرة تصيب العين وأسبابها وتشخيصها واثم علاجها وبالتالي تخفيف نسبة هذه الأمراض التي تحصل قبل الولادة أو بعدها. (نبيل سليمان، 1993: 154-155)

ونقدم في ما يلي توضيح لبعض الأسباب التي قد تسبب الإعاقة البصرية:

6 1 - الماء الأبيض (Cataract):

هو مرض يأخذ شكل إعتام في عدسة العين وفقدان شفافيتها يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤيا وهو مرض يصيب كبار السن وقد يحدث مبكرا لأسباب وراثية والأمراض مثل الحصبة الألمانية وإصابات العين وتكون لدى الفرد قدرته المحدودة على رؤية الألوان والأجسام البعيدة وتعتمد شدة الإعاقة على مدى الإصابة في عدسة العين ودرجة التعطيم فيها. (سعيد عبد العزيز، 2008 : 355)

يقسم المهتمون بهذا المجال أي المعنيون بالإعاقة البصرية الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإصابة بالمياه البيضاء إلى أربعة أسباب جوهرية هي:

- الأسباب الولادية.
- الإصابات والحوادث.
- التدهور الوظيفي للعين.
- التقدم في العمر والإصابة ببعض الأمراض. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 142)

6 2 - جحوظ العين:

الجحوظ هو بروز إحدى العينين أو كليهما. ومن أسبابه الالتهابات في محجر العين أو الاستسقاء أو الإصابات أو الأورام أو اتساع مقلة العين. ويعتمد علاج الجحوظ على أسبابه، لكنه يشمل استخدام العقاقير الطبية. (جمال الخطيب وآخرون، 2009: 273)

6 3 - الجلوكوما (الماء الأزرق أو الماء الأسود) (Glaucoma):

يعرف مرض الجلوكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق وينتج عن ازدياد إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك مما يؤدي إلى ازدياد الضغط داخل العين، ومن أهم علامات هذا المرض الصداع في جانب من الرأس، والضغط المستمر في قوة الإبصار والشعور بألم في العين، واتساع حدقة العين، وإذا لم يعالج هذا المرض في وقت مبكرة فإنه يؤدي إلى

ضمور العصب البصري ومن ثم فقد الإبصار، وتعمل العمليات الجراحية واستخدام أشعة الليزر على إزالة المياه من العين، ويعد هذا المرض سببا من أسباب الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصريا ونادرا ما يكون سبب للإعاقة البصرية لدى صغار السن من المعاقين بصريا. (ماجدة عبيد، 2000: 145-146)

6 4 - السكري:

يقصد بذلك احتمال إصابة الفرد بالإعاقة البصرية نتيجة لإصابته بمرض السكري، إذ يعاني المصاب بالسكري من ارتفاع واضح في نسبة السكر في الدم، وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين لدى المصاب والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر من الدم، ويسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم وصعوبة امتصاصه في خلايا الجسم، منها الشبكية، فيترتب على ذلك النقص الواضح في كمية السكر اللازمة لخلايا الشبكية، مما يؤدي إلى كف البصر التدريجي، وتسمى هذه الحالة باسم (Diabetic Retinopathy). ومما تجدر الإشارة إليه هنا إلى تناقص عدد حالات الإعاقة البصرية الناجمة عن مرض السكري بسبب التقدم الطبي واكتشاف مثل هذا المرض في سن مبكرة وعلاجه. (فاروق الروسان، 2007: 155)

6 5 - تنكس الحفيرة:

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (النقطة المركزية). ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة. وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور. وكما هو معروف، فإن النقطة المركزية مسؤولة عن البصر المركزي ولهذا فالاضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية. (منى الحديدي، 2002: 48)

6 6 - اللابورية (الاستجماتيزم):

وفيها تكون القرنية أو العدسة غير منتظمة (مقوسة)، حيث أن بعض الضوء يتركز أمام الشبكية وبعضه خلفها، أي أن هناك وضع غير طبيعي يستلزم تصحيحه، وفي هذه الحالة يتم وضع عدسات أسطوانية لتجميع الأشعة الساقطة وتركيزها على الشبكية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 254)

6 7 - ارتخاء الجفن العلوي:

تدلي الجفن العلوي PTOSIS أو سقوطه يحدث في أغلب الأحيان بعد حدوث تلف لأنسجة الجفن أو تلف العضلة الرافعة للجفن العلوي، أو العصب المحرك لها كما يحدث ارتخاء الجفن لعلوي، في حالات الإصابة بالوهن العضلي الوخيم MYOSTHENIA GRAVIS، كما يحدث في الوهن العضلي الشيخوخي عندما تميل الأنسجة المرترخية لكبار السن إلى التدلي. وإذا حدث لطفل ما ارتخاء للجفن في عين واحدة، وغطتها بالكامل فيستحسن إجراء عملية جراحية سريعة خوفا من أن يتسبب ذلك في إصابة العين بالكسل

ثم فقدان الرؤية. وكذلك الحال إذا أصاب ارتخاء العينين معا. أما إذا كان الارتخاء غير كامل ومجال الرؤية مفتوحا، فإن العلاج هنا يكون جراحيا للتجميل فقط، ويفضل في حال الأطفال – إذا ما أصيبوا بهذه الحالة – الانتظار حتى سن دخول الطفل إلى المدرسة. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 138)

8 6 - التهاب الملتحمة:

هو مرض شائع خاصة في سنوات الطفولة. وتتعدد الأسباب التي يمكن أن يكون واحدا منها أو أكثر هو المفضي إلى المرض فقد يكون التهاب الملتحمة ناجما عن الإصابة بجراثيم أو حمى سببها فيروس، وفي هذه الحالة يكون شديد العدوى، أو نتيجة لحساسيته لمادة كيميائية لاذعة، أو نتيجة التعرض لمهيجات كذرات الغبار، أو سبب جزء من جفن العين لم يكتمل نموه. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 137)

9 6 - التراخوما:

التراخوما (Trachom) أو ما يعرف بالتهاب الملحمة الحبيبي من أمراض العيون المزمنة الشائعة في معظم دول العالم وتصيب جميع الأعراق. ويعتقد أن حوالي (400) مليون إنسان في العالم يعانون من هذا المرض وترتبط نسبة شيعه وشدته ارتباطا وثيقا بالنظافة الشخصية، والظروف الجوية (الطقس الجاف)، والعمر عند الإصابة، ونوعية الالتهابات وتنتقل عدوى التراخوما إما باللمس المباشر وإما بواسطة الذباب.

وتعتبر التراخوما من التهابات الملتحمة البطيئة وطويلة المدى التي تزداد سوءا مع الأيام وإذا لم يعالج هذا المرض بشكل فعال فإنه يقود إلى العمى في نهاية المطاف. وطبيب العيون وحده هو المخول بوصف العقاقير الطبية الملائمة في حالات الإصابة بالتراخوما. لكن الأفضل من العلاج هو الوقاية (عن طريق النظافة الشخصية والعادات الصحية الجيدة). (جمال الخطيب وآخرون، 2009: 272)

10 6 قصر النظر (Myopia):

يحدث قصر النظر عندما تكون مقلة العين طويلة. وفي هذه الحالة تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها. وتتأثر القدرة على رؤية الأشياء البعيدة، أما رؤية الأشياء القريبة فقد تكون عادية وغالبا ما يظهر هذا الخطأ في المرحلة العمرية (8-12 سنة). ومن أشكال قصر النظر ما يعرف مبكرا جدا. ويزداد حسر البصر هذا مع تقدم العمر إلى درجة قد يضعف فيها البصر بشدة. وأحد أول المؤشرات على هذه الحالة اضطراب في الرؤية المركزية (Blurred Central Vision). ويمكن تحسين البصر بالنظارات التقليدية ولكن قد لا يتحسن البصر تماما. ويبدو ان هذه الحالة وراثية، أما كيف تنتقل وراثيا فذلك أمر غير معروف. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 175)

6 11 طول النظر:

في هذه الحالة لا تستطيع العين رؤية الأجسام القريبة بوضوح، لأن أشعة الضوء تجمع الصورة خلف الشبكية، وبالتالي تكون الصورة مهزوزة غير واضحة وتستعمل هذه الحالة عدسة محدبة الوجهين. وهذه العدسة تعمل على تجميع الصورة على الشبكية. (نبيل سليمان، 1993: 154)

6 12 الحول:

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما بسبب صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين، وقد يأخذ الحول أحد الشكلين التاليين: إما أن يكون توجيه العينين نحو الداخل أو أن يكون توجيه العينين نحو الخارج.

ويؤدي الحول إلى ضعف الرؤية وقد يكون عرضا من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 85)

6 13 جفاف العين (العين الجافة):

عند اضمحلال الطبقة الدمعية تحدث حالة جفاف العين DRYEYE. بمعنى أن العيون تصبح جافة حين يتعطل الجهاز الذي ينتج الدموع، ويؤدي ذلك إلى جفاف القرنية، أو أجزاء منها. ورغم أن العيون الجافة لا تسبب عادة ضررا دائما، فإن تضاول البصر قد يدفع الأشخاص الذين يعانون جفافا في أعينهم إلى السعي وراء العلاج الطبي. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 138)

6 14 البهق:

وهي حالة ولادية تحدث نتيجة نقص أو انعدام المادة الصبغية الموجودة في الشبكية، يصاحب هذه الحالة مظاهر مختلفة مثل اصفرار لون البشرة وابيضاض الشعر وزرقة العينين وشحوب في القزحية فلا تتمكن بدورها من تنظيم حركة دخول الضوء للعين بالانقباض والانبساط فيصاب الشخص بحساسية مفرطة للضوء. ويمكن التغلب على حالات البهق باستخدام العدسات التصحيحية أو العدسات الشمسية حسب الحالة. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 323)

7 - نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

يعد كف البصر في الأساس إعاقة تسود خلال مرحلة الرشد حيث توضح معظم التقديرات أن معدل انتشار كف البصر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة يصل إلى عشر معدل انتشاره بين الراشدين.

وتشير إحصائيات الحكومة الفيدرالية إلى أن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تبلغ حوالي 0.05 % تقريبا من إجمالي عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 6-17 سنة

بحيث يشمل ذلك كلا من كف البصر وضعف البصر وهو الأمر الذي يجعل من الإعاقة البصرية إحدى أقل الإعاقات انتشارا بين الأطفال. (هلهان، كوفمان، 2008: 589)

يؤكد (كرك وجالهارة 1979) أن 1 - 2 في الألف طفل يحتاج لتربية خاصة بسبب إعاقة بصرية. وان 0.1 بالألف يعدون عميا تماما. أما في الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة المعوقين بصريا بنحو 1 % أما (دون 1973) فقد وجد أن 1.4 بالألف من الأطفال يعانون من مشكلات بصرية، ومن الضروري جدا التعرف على المشكلة مبكرا حتى لا يعاني الطفل طويلا بعيدا عن أنظار الأهل والمدرسين بل يجب أن يهتموا بمراقبة أطفالهم أو طلابهم وإجراء الفحص الطبي والملاحظة المستمرة لسلوك الطفل. (نبيل سليمان، 1993: 155)

حيث أن 1.5% - 0.5 % من أطفال سن المدرسة يعانون من اضطرابات بصرية ذات دلالة. (سعيد عبد العزيز، 2008: 357)

وعلى أي حال تشير معظم الإحصائيات إلى أن ما بين 15 إلى 50 من كل 10000 لديهم إعاقة بصرية شديدة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 167)

كما نلاحظ ارتفاع نسبة الإعاقة البصرية مع التقدم في العمر، وتبلغ تلك النسب ذروتها في مرحلة الشيخوخة. حيث من بين 38000 مكفوف في فرنسا سنة 1962، 3.6% فقط أقل من 20 سنة، 15.6% ما بين 20 - 49 سنة، 22.3% ما بين 50 - 64 سنة، 58.4% أكثر من 65 سنة. (Pierre. Henri, 1969)

تشير الإحصائيات العلمية إلى وجود ما يزيد عن 35 مليون كفيف في العالم وحوالي 120 مليون من ضعاف البصر، وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة انتشار الكف تختلف من دولة إلى أخرى وان حوالي 80% من المعاقين بصريا ينتمون إلى دول العالم الثالث والدول التي تفتقر التي الرعاية الصحية المناسبة. ويشير هارنج (Haring, 1982) إلى أن نسبة الانتشار تزيد مع التقدم في العمر. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 321)

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ثلاثة عوامل أساسية مسؤولة عن الإعاقة البصرية هي: المادة البيضاء والتراخوما والجلوكوما (المياه الزرقاء) فهي مسؤولة عن حدوث أكثر من 70 % من حالات فقد الإبصار على مستوى العالم، وعن 74 % من حالات الإعاقة البصرية في الهند، وعن 73 % من الحالات في الصين، وعن أكثر من 75% من الحالات في إفريقيا.. ويعتبر مرض المياه البيضاء مسؤولا عن أكثر من 20 مليون حالة من حالات فقد الإبصار على مستوى العالم، نصف عدد الحالات في آسيا وإفريقية.. كما أن التراخوما وهو من الأمراض المعدية فإنه مسؤل عن 15 % من حالات فقد الإبصار على مستوى العالم حيث يوجد حوالي 6 مليون فرد فقدوا بصرهم من جرائه، بالإضافة إلى أن ما يقرب من 146 مليون حالة يعد المرض نشطا لديهم، وأنها تنتشر في المناطق الريفية.. أما الجلوكوما فإنه مسؤل عن حدوث الإعاقة البصرية

بحوالي 5.2 مليون حالة، وتتوقع منظمة الصحة العالمية وجود حوالي 105 مليون حالة يتوقع إصابتهم بفقد البصر من جراء هذا المرض على مستوى العالم، وأكثر من 80 % من هذه الحالات يعيشون في الدول النامية، ونادرا ما تحدث الإصابة بالمرض قبل الخامسة والثلاثين من العمر. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 168-169)

8 - قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

تعد عملية قياس وتشخيص الإعاقة البصرية ركنا أساسيا ليس في هذه الفئة فقط وإنما في جميع الفئات التربوية الخاصة، لأن الكشف عن القصور يؤدي إلى معالجته وبشكل مبكر وخاصة إذا كان التشخيص مبكرا أو الحد من تفاقم المشكلة من خلال اختيار الفنيات والأساليب والبرامج التربوية المختلفة وتحديد المكان التربوية المناسب. (قحطان الظاهر، 2008: 156)

كما تظهر على الأطفال أو الأفراد ذوي الاضطرابات والمشكلات البصرية أعراضا تدل على وجود مشكلات بصرية ومن أهم الأعراض التي يظهرها أطفال ذوي المشكلات البصرية ما يلي:

- تقريب أو إبعاد المادة المكتوبة من العينين.
- صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة.
- فرك العينين.
- احمرار العينين.
- تكرار رمش العينين.
- تغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة.
- الحول.
- الشعور بالصداع عند القراءة.
- خروج إفرازات من العينين مثل الصديد.
- القشرة على الرموش والجفون.
- انتفاخ الجفون وظهور شحاد العين بشكل متكرر.
- عدم تساوي حجم حدقتي العين.
- تحرك الحدقتين بكثرة.
- تدلي جفون العين.
- صعوبة في تركيز النظر.
- التوتر أثناء القيام بالمهام البصرية.
- تجنب الإضاءة أو التذمر منها.
- شكوى من ألم في العين.
- النظر للأشياء من مسافة قريبة جدا.
- تجنب الأعمال التي تتم تأديتها من مسافة قريبة من العين.
- إدارة الفرد رأسه بدلا من عينيه لينظر للأشياء.
- يتعب بسهولة بعد تأدية المهام البصرية.

- يخلط الأحرف والأرقام والأشكال المتشابهة.
- يصطدم بالأشكال الصغيرة.
- ضعف في التأزر البصري.
- لا يستطيع تتبع شيء يتحرك أمامه على بعد 25-30 سم. (سعيد ع ب العزیز، 2008: 359-358)

وقد يلاحظ الآباء والأمهات والمعلمون مثل تلك المظاهر، وفي هذه الحالة فإن تشخيص المشكلات البصرية يصبح أمرا ضروريا من قبل الأخصائي في قياس وتشخيص المشكلات البصرية، والذي يسمى (Ophthalmologist) حيث يحدد هذا الأخصائي نوع ومدى المشكلة البصرية التي يعاني منها الفرد باستخدام الأجهزة الفنية الحديثة في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية. (فاروق الروسان، 2007: 157)

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقاييس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام لوحة سنلن (Snellen Chart) من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يسارا أم يمينا، ويقف الفرد عادة على مسافة 6 أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة 6 أمتار فإننا نستطيع القول أن نتيجة الفرد في الإبصار هي 6/6.

أما إذا استطاع الفرد اجتياز اتجاه الحروف، حتى الصف السابع من مسافة 6 أمتار بنجاح فإننا نستطيع القول أن قدرته على الإبصار هي 6/12. (تيسير الكوافحة، عبد العزيز، 2003: 87)

وعلى الرغم من أن لوحة سنلن تستخدم على نطاق واسع، ويمكن أن يكون لها العديد من الفوائد المختلفة، فإن لها على الأقل ثلاثة جوانب قصور كالتالي:

- أنها تقيس حدة الإبصار للأجسام البعيدة وليس للأجسام القريبة، ولذلك يكون من الضروري وفقا لتقرير معمل مينسوتا لأبحاث ضعاف البصر (1997) Minnesota Labortary for Low – Vision Research و وليكسون Wilkinson (1996) أن يتضمن تقرير النتائج أن تكون حدة الإبصار في إطار المسافات البعيدة، ونظرا لأن العديد من الأنشطة التربوية وخاصة القراءة تتطلب حدة الإبصار من مسافات قريبة جدا فهناك كروت أو بطاقات صغيرة تتضمن أحجاما مختلفة من الأشياء المطبوعة التي يمكن استخدامها في سبيل قياس حدة الإبصار القريبة.
- أن حدة الإبصار كما تقاس عن طريق لوحة سنلن لا تتطابق دائما مع الكفاءة البصرية حيث تشير الكفاءة البصرية إلى القدرة على التحكم في حركة العين على سبيل المثال، وعلى تمييز الأشياء المختلفة من خلفياتها، والانتباه إلى التفاصيل

ذات الأهمية، وهناك مقياس يقيس الكفاءة البصرية من إعداد براجا وآخرين
(1983). Barraga et. al.

- أن حدة الإبصار لا تتطابق دائما مع كيفية استخدام الطفل إبصاره في المواقف الطبيعية التي تتضمن ظروفًا بيئية متغيرة كالإضاءة الفلورسنت، والنوافذ التي تسمح لأشعة الشمس بالدخول إلى المكان، والأرضيات المكسوة برفائق الفلين التي تعكس الأشعة بدرجة عالية، وما إلى ذلك. (هلاهان ، كوفمان،
2008: 591-592)

وقد أظهرت بعض المقاييس التي تقيس القدرة على الإدراك البصري، وخاصة لذوي الإعاقة البصرية الجزئية، أو الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري كالأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومن تلك المقاييس:

- مقياس فروستج للإدراك البصري: Marianne Frostig Developmental Test of Visual Perception (DIVP) by Frostig, M., 1961, 1966.

ظهر مقياس فروستج للإدراك البصري في عام 1961 ورجع في عام 1966، ويهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص مظاهر الإدراك البصري في الفئات العمرية من 3-8 سنوات، حيث يعتبر هذا المقياس من المقاييس الفردية / الجمعية، المقننة، والمشهورة في مجال الإدراك البصري، وخاصة للأطفال ذوي الإعاقة البصرية الجزئية، وذوي صعوبات التعلم. (فاروق الروسان، 1999: 310)

- مقياس بندر البصري الإدراكي الكلي: The Bender Visual Motor Gestalt Test by Bender

- مقياس الإدراك البصري الحركي: Motor Free Visual Perception Test, by Colarusso Rondd P.& Hammill, Donald

- مقياس بييري بكتنيكا للتآزر البصري الحركي: The Beery Buktenica Developmental Test of Visual Motor Integration (قحطان الظاهر،
2008: 159)

- مقياس براجا للكفاءة البصرية:

قامت براجا بعمل هذا المقياس عام (1964)، وذلك لتحديد درجة الكفاءة البصرية لدى ضعاف البصر، وذلك بهدف تقدير إمكانية الاستفادة من بقايا البصر واستغلالها بشكل جيد.

يعتبر هذا المقياس مفيدا للمعلمين وغيرهم من الأخصائيين العاملين في مجال الأطفال المعوقين بصريا، هذا المقياس يتطلب من الطفل أن يقوم بفحص أحد الأشكال أو التصميمات الهندسية، وأن يجد شكلا شبيها للشكل الأصلي، وشكلا مختلفا عنه من بين عدد من البديلات المعروضة أمامه.

تعرض على الطفل أربعة أشكال من بينها اختيار واحد فقط صحيح، الأشكال والأشياء والكلمات التي يتضمنها المقياس ذات أحجام مختلفة وبدرجات مختلفة من التعقيد بقصد تقدير قدرة الطفل على مقارنة هذه الأشكال بالمتبر الأصلي، يمكن زيادة تعلم استخدام الإبصار إلى أقصى حد ممكن إذا تعلم الطفل محدود الإبصار استخدام الجزء المتبقي لديه من الإبصار. (ماجدة عبيد، 2000: 152)

9 - خصائص المعاقين بصريا:

تؤثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة للفرد المعاق، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة منها: شدة الإعاقة البصرية، ونوع الإعاقة المصاحبة للإعاقة البصرية، والعمر عند حدوث الإعاقة، وكذلك مقدار الفرص المتاحة للتدريب والتعلم. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 89)

ويتميز المعاقون بصريا عموما بالخصائص التالية:

19 - الخصائص العقلية:

كان من الشائع بين الباحثين مقارنة مستوى ذكاء الأفراد المبصرين بمستوى ذكاء أقرانهم المكفوفين. وقام صموئيل هاييز Samuel Hayes رائد قياس الذكاء للمكفوفين منذ الأربعينات من القرن الماضي بأخذ بعض البنود اللفظية من أحد اختبارات الذكاء الشائعة حتى يقيس ذكاء المكفوفين، وكان مبدأه في ذلك يقوم على أنه لا يجب أن يخسر الأفراد المكفوفين ميزة اعتماد الاختبار المستخدم على البنود اللفظية، ومن ثم فإن هذا النوع من الاختبارات سوف يكون بمثابة مقياس للذكاء أكثر دقة من تلك الاختبارات التي تتضمن بنودا ذات طبيعة بصرية. (لهان، كوفمان، 2008: 598)

ولقد قام صموئيل ب. هاييز Samul P. Hayes بعدة دراسات في 17 مدرسة للمكفوفين طبق فيها اختبار هاييز بينيه للذكاء، وبلغ عدد الأطفال التي شملتهم العينة 2372 تلميذا وكان متوسط نسب الذكاء هو 98.8. بينما تراوح مدى نسبة الذكاء في هذه المدارس بين 108.92 وان 10.3 % من المجموع الكلي للتلاميذ تصل نسبة ذكائهم إلى 120 أو أكثر بينما تقل 9.2 % منهم عن 70، وأظهرت نتائج دراسته أن النسبة المئوية للتلاميذ المكفوفين الذين يقعون في الفئة المتوسطة أقل إلى حد ما عن الـ 50 % للمبصرين. واكتشف أن هناك نسبة مئوية كبيرة نوعا ما من التلاميذ المكفوفين وكذلك نسبة مئوية كبيرة من التلاميذ يعدون أقل من الوسط. وحينما قام بنشر نتائجه هذه في تقارير خاصة بتوزيع الذكاء في مدرسة واحدة هي مدرسة بركنز وفي أوقات مختلفة فإنها أكدت الحقائق والنتائج السابقة نفسها التي توصل إليها. (نبيل سليمان، 2003: 161)

ورغم ذلك فقد أكد لونغفيلد (1955) على ان الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور الآتية:

- معدل نمو الخبرات وتنوعها.
- القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية.
- علاقة المعاق بصريا ببيئته وقدرته على السيطرة عليها والتحكم فيها. (ماجدة عبيد، 2000: 156)

واليوم فإننا نمتلك وجهة نظر مختلفة حول الذكاء، فقد توصلنا اليوم إلى أن مستوى الذكاء عند الطلبة في سن الدراسة يتأثر تأثيرا كبيرا بالخبرات المتراكمة لديهم في السنوات الأولى من أعمارهم، وبناء على هذا، فإن فقدان الطفل لحاسة النظر يعتبر عجزا أساسيا عند الطفل إضافة إلى أنه حالة تعمل على عرقلة نموه المعرفي. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 257)

ويؤكد يسلدايك والجوزين (Ysseldyke & Algozzine, 1990) على ذلك إذ يلاحظ أن الذكاء إنما هو قضية تطوير للمفاهيم وان المفاهيم عديدة من تلك التي يتعلمها الإنسان تكتسب كاملا عبر الوسائل البصرية. ولذلك فليس أمرا مدهشا أن يواجه الإنسان المعوق بصريا صعوبات في تعلم المفاهيم، كذلك فإن المعلومات البصرية تثير السلوك وتوجهه وتزود الفرد بمعلومات عامة تمكنه من تنظيم عالم الخارجي، وبسبب الافتقار إلى المعلومات البصرية فإن الإنسان المعوق بصريا يعتمد على حاسة السمع واللمس وغيرهما لتكوين المفاهيم، وهذه الحواس قد لا تزود الإنسان إلا بمعلومات جزئية، ولا يعني ذلك بأي حال من الأحوال أن الإنسان المعوق بصريا متأخر عقليا ولكن المقصود هو أن أداء أفراد كثيرين ممن يعانون من الإعاقة البصرية يكون ضعيفا على اختبارات الذكاء المقننة المعروفة، وليس من شك في أن السبب في ذلك هو طبيعة اختبارات الذكاء نفسها حيث أن هذه الاختبارات تتضمن فقرات تتطلب الإجابة عنها بشكل صحيح معلومات بصرية يفترق لها الإنسان المعوق بصريا. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 178)

29 - الخصائص الغوية:

هناك اتجاهان حول خصائص النمو اللغوي للطفل الكفيف : أحدهما يشير إلى أن كف البصر لا يؤثر على النمو اللغوي، ويستند هذا الاتجاه إلى أن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة عند المكفوفين: فلا يعتبر فقد حاسة الإبصار أو ضعفها من العوامل التي تعوق اكتساب وفهم اللغة، ومن النادر أن نجد طفلا معاقا بصريا ومتمتعا بحاسة سمع جيدة لم ينم لديه التواصل اللفظي بشكل فعال، فغياب البصر لا يعتبر حاجزا كبيرا أمام نمو اللغة والكلام. ومن ثم: يكتسب المعاق بصريا اللغة المنطوقة ويتعلم الكلام بنفس الطريقة التي يتعلم بها المبصر – فكلاهما يعتمد على السمع والتقليد الصوتي لما يسمعه.

أما الاتجاه الثاني: فيرى أن النمو اللغوي للطفل الكفيف يختلف عنه لدى الطفل المبصر: حيث يوصف الطفل الكفيف بأن لديه لا واقعية لفظية – أي يعتمد على الكلمات والجمل التي لا تتوافق وخبراته الحسية. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 197)

ومع ذلك فهناك كما يرى بيريز - بيريرا وكونتي - رامسدين (1999) - Perez Pereira & Conti - Ramsden بعض الفروق الدقيقة في تلك الطريقة التي تتطور اللغة بها عند الأطفال وخاصة الأطفال الرضع المعوقين بصريا حيث يوجد تأخير في المراحل الأولى لنمو اللغة بالنسبة لأولئك الأطفال الرضع المعوقين بصريا إذ تميل أولى الكلمات التي ينطقون بها إلى أن تحدث في وقت متأخر قياسا بأقرانهم المبصرين، ورغم ذلك فبمجرد أن يبدؤوا في إصدار الكلمات تزداد مفرداتهم اللغوية بشكل سريع. (هلهان ، كوفمان، 2008: 598)

ومن أهم مظاهر عدم النمو المعرفي الناتج عن الإعاقة البصرية ما يلي:

- صعوبة في التواصل مع الآخرين.
- لا يستخدمون اللغة غير اللفظية لأنهم غير قادرين على اكتسابها.
- عدم قدرتهم على رؤية المشاعر والأفكار التي يعبر عنها عادة بالإيماءات عند المبصرين مثل حركات الجسد والابتسام ونظرات الغضب.
- المكفوف يستخدم كلمات لم يشتقها من خبرته الذاتية ولكنه يستخدمها للحصول على الموافقة الاجتماعية.
- يعاني المعوق بصريا من نقص في معاني ودلالات الكلمات التي لها علاقة بالنمو الحركي . (سعيد عبد العزيز، 2008: 361)

ومما يتصل بالخصائص اللغوية، تكوين المفاهيم أو ما يسمى بالنمو المعرفي، إذ يواجه المعاق بصريا مشكلات في تكوين المفاهيم ذات الأساس الحسي البصري، مثل مفاهيم المساحة أو المسافة أو الألوان. (فاروق الروسان، 2007: 159)

39 - الخصائص الحركية:

لقد أشار ريان (1981) إلى أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي للطفل المعاق بصريا ولاديا في الأشهر الأولى من حياته بشكل واضح عن النمو الحركي للطفل المبصر، حيث أن معدل نمو القدرة على الجلوس والتدحرج من وضع الانبطاح إلى وضع الاستلقاء لا يختلف بين الطفل المعاق بصريا وبين الطفل المبصر، ومع ذلك فإن بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم، والجلوس في وضع معين والمشي باستقلالية تكون فاخترة لدى الطفل المعاق بصريا وذلك لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة، وعندما يتمكن المعاق بصريا، من الثبات والدقة في الحركة فإنه يكون أبطأ في السرعة من الطفل المبصر فهو لا يتمكن من المشي باستقلالية إلا في حوالي الشهر التاسع عشر من عمره، في حين أن الطفل المبصر يمكن من المشي باستقلالية في حوالي الشهر الثاني عشر من عمره. (ماجدة عبيد، 2009: 147-148)

إضافة إلى ذلك هناك مشكلات أخرى يواجهها المعاق بصريا متعلقة بإتقان المهارات الحركية وتتمثل هذه المشكلات في:

- التوازن.
- الوقوف والجلوس
- الاحتكاك
- الاستقبال أو التناول.
- الجري. (ماجدة عبيد، 2000: 157)

وقد ينتاب المعاق بصريا بعض الحركات اللاإرادية النمطية أو ما يسمى (Blindism) نتيجة للقصور في عملية النمذجة والتقليد مثل فرك العين، أو مسك الأنف، أو هز الجسم للأمام، أو الخلف، أو التعبيرات الوجهية، أو في طريقة المشي.

وقد أشار القريوتي والسرطاوي والصامدي إلى ثلاثة اتجاهات نظرية حاولت تفسير ظاهرة السلوك الحركي النمطي وهي:

● الاتجاه الأول:

يؤكد على أن الحرمان الحسي (Sensory Deprivation) المتمثل في انخفاض مستوى الإثارة الحسية نتيجة لفقد البصر أو ضعفه يؤدي بالطفل إلى محاولة التعويض عن طريق الإثارة الذاتية.

● الاتجاه الثاني:

يؤكد على أن السبب الكامن وراء السلوك الحركي النمطي هو الحرمان الاجتماعي (Social Deprivation) ويرى أصحاب هذا التفسير أن العزلة الاجتماعية تدفع الفرد إلى الإثارة الذاتية عن طريق السلوك النمطي.

● الاتجاه الثالث:

ويرى أن الضغوط والتوترات الانفعالية هي السبب وراء استسلام الفرد المعاق إلى أنماط مألوفة من السلوك الحركي. (قحطان الظاهر، 2008: 167)

كما قامت كل من فرايبرج وآخرون (Fraiberg S. et al, 1966) و فرايبرج (Fraiberg S., 1977) وبيجلو (Bigelow .A, 1983-1986) بدراسات اهتموا فيها بصورة دقيقة بدور الجهاز السمعي للطفل الذي يعاني من إعاقة بصرية، واكتشفوا أن ارتباط حاسة السمع بحاسة اللمس يحدث بعد ارتباط حاسة النظر بحاسة اللمس. إضافة إلى ذلك، فإن الطفل العادي يمد يده ليمسك بالأشياء التي يراها حوالي الشهر الرابع أو الخامس بينما الطفل المعاق بصريا فلا يظهر سوى بعض الأنماط الحركية في اتجاه شيء مسموع لم يلمسه بعد وذلك حوالي الشهر التاسع إلى العاشر. (Sege lebovici, Renè Diatkine, Michel Soulè, 2004)

وقد لاحظت فرايبرج (Fraiberg, 1977) تأخرا في النمو الحركي لدى الأطفال المعوقين بصريا وعزت ذلك إلى عدم القدرة على تحديد مصادر الأصوات وعدم

استثارة الأشياء لدافعية هؤلاء الأطفال، وإذا ما اقترنت مثل هذه الخبرات بعدم تشجيع الأسرة للطفل وعدم تزويده بالخبرات اللازمة للتطور الحركي فقد يبلغ الطفل سن المدرسة وهو يفتقر إلى مهارات التعرف على البيئة والتنقل والحركة بشكل مستقل، ولذلك فإن أكثر الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المعوقون بصريا على الصعيد الحركي هي تلك التي تتعلق بالتعرف والتنقل، ويعني التعرف (Orientation) قدرة الإنسان على معرفة موقعه في البيئة في حين يعني التنقل (Mobility) القدرة على الحركة بأمان وفاعلية من مكان إلى آخر، ولذلك يعتبر التدريب على التعرف والتنقل عنصرين في مناهج المعوقين بصريا. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 181)

49 - الخصائص الأكاديمية:

تتحدد تأثيرات الإعاقة في القدرة التعليمية استناد إلى عدة عوامل من أهمها: العمر عند حدوث الضعف البصري، وشدة الضعف البصري، والخبرات والفرص المتاحة للنمو. ولعل أكبر التأثيرات المحتملة للإعاقة البصرية على التعلم هي حرمان الطفل من فرص التعلم العرضي الذي يتوفر للأطفال المبصرين من خلال المشاهدات البصرية اليومية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 265)

يؤكد نيولاند (Newland, 1986) أن العمليات التعليمية الرئيسية لدى الأطفال المكوفين لا تختلف عن تلك التي يستخدمها الأطفال المبصرين باستثناء بعض المشكلات الخاصة المتعلقة ببعض أشكال معالجة المعلومات. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 181)

يتفق معظم المختصين على أنه عند مقارنة مستوى التحصيل الأكاديمي للطلاب المكوفين بمثيله لدى أقرانهم المبصرين فإنه ينبغي أن يتم تفسير ذلك، أو تفسير ما يمكن أن تسفر عنه تلك المقارنة بحذر وحرص شديد نظرًا لأنه يجب أن يتم اختبار كلتا الفئتين في ظل ظروف مختلفة. ولذلك فإن هناك نسخًا من بعض الاختبارات التحصيلية مكتوبة بطريقة برايل أو بخط كبير. وقد كشفت نتائج الدراسات القليلة التي تناولت مثل هذه المقارنات كما يرى راب و راب Rapp & Rapp أن مستوى التحصيل لكل من الطلاب المكوفين وضعاف البصر يتدنى عن مثيله لدى أقرانهم المبصرين. (هللان ، كوفمان، 2008: 602)

وقد اتضح ذلك في دراسة أجراها "بيرش" Birch وآخرون، لمعرفة مستوى التحصيل الدراسي لـ (903) طفل في الصف الخامس والسادس الابتدائي من ضعاف البصر (المبصرون جزئياً)، وجدوا أنهم على الرغم من أن المستوى العام لذكائهم هو المتوسط، وأن أعمارهم كانت أكبر من أعمار المتوسط العام للأعمار في هذه الصفوف الدراسية، إلا أن مستوى تحصيلهم الدراسي كان أقل من مستوى تحصيل زملائهم المبصرين، كما أنهم لم يجدوا منهم متفوقًا في تحصيله الدراسي. (محمد غباري، 2003: 318)

ومن أهم الخصائص الأكاديمية للمعاق بصريا والتي أوردتها معظم الدراسات ما يلي:

- 1 -بطء معدل سرعة القراءة سواء بالنسبة للبرايل أو الكتابة العادية.
 - 2 -أخطاء في القراءة الجهرية.
 - 3 -انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي.
 - 4 -خصائص أكاديمية خاصة بالمبصرين جزئيا منها الاقتراب من العمل البصري سواء كان كتاب أو سبورة، وقصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة، وقصور في تحديد معالم الأشياء الدقيقة الصغيرة، والإكثار من التساؤلات والاستفسار للتأكد مما يسمع أو يرى. (ماجدة عبيد، 2009: 145)
- 9 5 - الخصائص الاجتماعية والانفعالية:**

يلعب البصر دورا هاما في بناء وتطوير العلاقات بين الأشخاص، فالتعلق الاجتماعي كما هو معروف يعتبر أحد أول الارتباطات العاطفية الحقيقية التي تتطور بين الرضيع والوالدين، وغالبا ما يصعب تطور التعلق خوفا من الغرباء ولا ريب في أن فقدان البصر يمكن أن يؤثر سلبا على هذه العملية. فحاسة البصر تعمل بمثابة المصدر الرئيسي لاكتساب المعلومات المتضمنة في التعرف على الأشخاص.

كما تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيرا سلبيا، حيث ينشأ نتيجة لها كثير من الصعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتماء الذاتي. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 199)

ذلك نظرا لعجز المعوقين بصريا أو محدودية قدرتهم الحركية وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية كالشاشة والعبوس، والرضا والغضب، وغيرها مما يعرف بلغة الجسم، وتقليد هذه السلوكيات، أو محاكاتها بصريا والتعلم منها. (إيهاب البيلاوي، 2001: 20)

وأشارت العديد من الدراسات التي أجريت على العلاقات الاجتماعية وشبكات الدعم لدى المعاقين بصريا بان العديد منهم لديهم قليل من الأصدقاء، والتواصل الاجتماعي (Social Contact) وشبكات الدعم الاجتماعي Social networks مقارنة بأولئك المبصرين، ووجدت بعض الدراسات أن ضعف البصر أكثر وحدة و عزلة من المبصرين، وقد بين كثير من المعاقين بصريا أن علاقاتهم عادة تكون مع الآباء والأقرباء، وان معظم الدعم الاجتماعي الذي يتلقوه منهم يتعلق بإعاقاتهم البصرية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 262)

وأهم الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين بصريا والتي أجمعت عليها بعض البحوث والدراسات في هذا المجال هي مفهوم الذات، السلوك العصبي، الخضوع، الانطواء، والانبساط، التوافق الاجتماعي، العدوانية، التعصب، التوافق الانفعالي. (ماجدة عبيد، 2000: 158)

لقد اهتم علماء النفس والإرشاد النفسي بمفهوم الذات وأثره في النمو والتكيف النفسي والاجتماعي لشخصية الفرد حتى أن كولر يذكر أنه ليس هناك مجتمع يهتم بأفراده، ويحرص على سلامتهم ورعايتهم ما لم يتناول مفهوم الذات ضمن الأهداف التربوية التي يسعى إلى تحقيقها. (عبد الناصر الجراح، عدنان العتوم، 2004: 43)

وقد لاحظ وارن (Warren, 1984) أن الدراسات المتعلقة بمفهوم الذات لدى الأشخاص المكفوفين أخفقت في التوصل إلى نتائج متسقة ومتشابهة، ففي حين وجدت بعض الدراسات أن مفهوم الذات لدى المكفوفين ضعيف فشلت دراسات أخرى في التوصل إلى تلك النتيجة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 183)

وقد أجري الكثير من البحوث بغرض التعرف على شخصية الأعمى وبخاصة لدراسة الجوانب الانفعالية والاجتماعية، منها تلك الدراسة التي قامت بها (ماك أندرو Mc Andrew) والتي بحثت فيها مشكلة الجمود لفئة من المكفوفين والصم المبصرين تكونت من (25 أصم) و (25 كفيفا)، (25 مبصرا في العمر الزمني نفسه والعمر العقلي نفسه) وتوصلت إلى نتائج هامة بينت فيها ان الصم أكثر جمودا يليهم المكفوفون ثم المبصرون، وقد عللت (ماك أندرو) هذه النتائج بقولها: "إن جميع البيانات تشير إلى أن المكفوفين والصم يعيشون في عالم محدود كنتيجة لأثر العجز الخلقي الذي يعانون منه مما يؤدي إلى عزلهم عزلا جزئيا عن موضوعية البيئة ويستتبع هذا ازدياد الجمود في شخصياتهم". (نبيل سليمان، 1993: 162)

كما طبق بريلاند مقياس (بل) للتكيف على مجموعتين إحداهما تجريبية تتكون من (84) كفيفا والأخرى مقارنة تتكون من (84) مبصرا تتراوح أعمار أفراد المجموعتين من 12 - 18 سنة. ووصل من بحثه إلى أن المكفوفين يعانون ضعفا في الصحة الجسمية أكثر مما يعانيه المبصرين وأنهم ينقصون عن المبصرين في درجة تكيفهم الافتعالي والاجتماعي. (لطي أحمد، 1981: 166)

بينت بعض الدراسات أن لدى المعاقين بصريا سوء توافق انفعالي أكثر من المبصرين وأنهم أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية من المبصرين. وتشير الدراسات إلى أن المعاقين بصريا الملحقين بمؤسسات خاصة يواجهون مشكلات انفعالية أكثر من تلك التي يواجهها الملحقون بالمدارس العادية وان الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كليا. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 203)

ويؤكد أحمد (1982) أن من العوامل المؤثرة في شخصية المعوق بصريا إحساسه بالعجز، وعدم قدرته على تحقيق الاستقلالية، والتحرر من القيود التي تفرضها هذه الإعاقة، لذلك غالبا ما يحس المعوق بصريا بالصراع نتيجة رغبته في الإقدام على عالم المبصرين، أو الإحجام عنه، والانطواء بعيدا عن الناس، والمجتمع. إضافة إلى أنه غالبا ما يجد نفسه أمام مواقف تغلب عليها سمات الشفقة، وتوفير الخدمات الضرورية له داخل الأسرة، في حين قد لا تتوافر هذه الخدمات عندما يترك البيت، مما يدفعه إلى الانزواء

في بيته ويتعزز لديه الإحساس بالعجز. (عبد الناصر الجراح، عدنان العتوم، 2004: 41-42)

كما أشار عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ إلى أن نتائج الدراسة التي قامت بها "سومرز" بهدف التعرف على مظاهر السلوك التوافقي للمراهقين المكفوفين، كشفت عن ستة أنماط يستخدمها المكفوفون للتوافق وهي:

- استجابات تعويضية سليمة:

وفيها يعترف الشخص بنواحي قصوره الناجمة عن عجزه ويقبلها ويحاول أن يقلل منها وذلك عن طريق التعويض السوي.

- استجابات تعويضية مفرطة:

وفي هذه الحالة يبدي الشخص عدواناً زائداً واستياء من النقد الذي يوجه إليه.

- استجابات الإنكار:

وفيها لا يعترف الشخص بنواحي القصور الفعلية الناتجة عن كف البصر ويتجلى ذلك في خطئه التعليمية والمهنية ونواحي النشاط المختلفة وميوله وينكر أن كف البصر معوق له ويتجنب مناقشة المشكلات المتصلة بعجزه.

- استجابات دفاعية:

حيث يستخدم الشخص الكفيف التبرير أو الإسقاط لإعطاء أسباب مقبولة اجتماعياً لسلوكه، حتى يحمي نفسه من ضرورة الاعتراف بالأسباب الحقيقية لإخفاقه ويلوم المجتمع لتحيزه ضد المكفوفين ويشعر أنه يعامل بطريقة غير عادلة.

- استجابات إنسحابية:

حيث تتركز أفكار الشخص الكفيف ونشاطاته حول عجزه البصري، ويتجنب الاتصالات الاجتماعية والتنافس مع غيره فيما عدا الذين يتشابهون معه في كف البصر ويسيطر عليه الشعور بالدونية ويستغرق في ألوان النشاط الفردية وأحلام اليقظة.

- استجابات لسلوك غير متوافق:

حيث يظل الشخص الكفيف غير متوافق، وغير قادر على مواجهة مشكلات الحياة، ويظهر سوء التوافق في أعراض كثيرة منها التمركز حول الذات وعدم الثبات الانفعالي والقلق الشديد.

وهكذا نجد أن الكفيف غالباً يلجأ لأنواع الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراع والمخاوف، وأهمها التبرير فهو حينما يخطئ يبرر أخطائه بأنه كفيف وعاجز، رغم أن عجزه قد لا يكون له دخل كبير فيما ارتكب من أخطاء وهو يلجأ لهذا الأسلوب حينما

ينفر من قبول التفسير الصحيح عما يفعل وهو تفسير قد يشير إليه بأصابع الاتهام .
(إيهاب الببلاوى، 2001: 22-23)

أما الدراسات التي أجريت حول مستوى القلق لدى المكفوفين فقد أشارت عموماً، إلى أن المكفوفين لديهم مستويات أعلى منه مقارنة بالمبصرين وبخاصة لدى الإناث في مرحلة المراهقة، وقد وجد أن العامل الحاسم في هذا الشأن ليس فقدان البصر بحد ذاته وإنما المعنى الشخصي للفقدان البصري بالنسبة للفرد. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 184)

كما تلعب اتجاهات المجتمع نحو المكفوفين دوراً بالغ الأهمية في توافقه الاجتماعي حيث تدفع الاتجاهات الإيجابية بالمكفوفين إلى حسن التوافق مع مجتمعه مما يسمح لهم بإبراز قدراتهم ومواهبهم المختلفة، وعلى العكس فالاتجاهات السلبية تدفعهم إلى فقدان الثقة في أنفسهم وتجنب الآخرين والعديد من المشاكل التي تعمل على سوء توافقه مع المجتمع وعدم قدرتهم على التكيف.

وباختصار فإن لسان حال هؤلاء الطلبة يقول "لا تعاملني على أنني عاجز، لا تقدم لي أي خدمة خاصة، دعني أقوم بما ينبغي القيام به بنفسي" وهناك العديد من الناس الذين لا يمتلكون الخبرة الكافية للتعامل مع الأشخاص المعاقين، يعاملونهم بطريقة تقلل من أهميتهم وتحبط طموحاتهم، إلا أن هذه الفئة من الأطفال لا تحتاج لمثل هذه الخدمة، وبعد مراجعته لما كتب حول مفهوم الذات للأطفال فاقد البصر، فقد أكد وارن (Warren, 1994) على أن نتائج الدراسات لم تتوصل إلى أية فروق عامة بينهم، وأشار كذلك إلى أنه ما دام الناس لا يميزون بين الطفل المبصر وغير المبصر، فإن مفهوم الذات عند الأطفال غير المبصرين لن يختلف كثيراً عنه عند الأطفال المبصرين. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 264)

9 6 - الخصائص التعليمية للأطفال المعوقين بصرياً:

تحدد تأثيرات الإعاقة البصرية على القدرات التعليمية في ضوء عدة عوامل من أهمها: العمر عند حدوث الضعف البصري، وشدة الضعف البصري والخبرات والفرص المتاحة للنمو، ولعل أكبر التأثيرات المحتملة للإعاقة البصرية على التعلم هي حرمان الطفل من فرص التعلم العرضي والذي يتوفر للأطفال المبصرين، فالأطفال المعوقون بصرياً يعتمدون على الحواس الأخرى (السمع - اللمس - الشم) لتطوير المفاهيم وكما هو معروف فإن هذه الحواس ليست بنفس المستوى من الفعالية لجمع المعلومات كحاسة البصر وبناءً على ذلك فقد أكد لوينفلد أن الإعاقة البصرية تفرض قيوداً من:

- طبيعة خبرات الطفل ومدى هذه الخبرات.
- قدرة الطفل على التنقل في البيئة.
- قدرة الطفل على السيطرة على البيئة والسيطرة على الذات.

وهذه القيود تحد من قدرة الطفل على تهيئة فرص الملاحظة والخبرة لنفسه وتترك أثرا كبيرا على إمكانيات معرفة وإدراك العلاقات القائمة على الشكل والحجم والوضع في الفراغ. (بترس بترس، 2010: 251-252)

10 - البرامج التربوية للمعاقين بصريا:

تهدف البرامج التربوية المقدمة للأطفال المعوقين بصريا بوجه عام إلى مساعدتهم على الاتصال ببيئتهم بشكل مباشر، واستثارة تفكيرهم وحب الاستطلاع لديهم، وتطوير المفاهيم عن الكل وليس عن أجزاء غير مترابطة، وتهيئة الظروف المناسبة لهم للأداء المستقل. ورغم أن فقدان البصر قد يترتب عنه صعوبات تربوية مختلفة وان هناك حاجات وخصائص عامة مشتركة لدى الأطفال المعوقين بصريا، إلا أنهم لا يمثلون فئة متجانسة بل هناك اختلافات كبيرة بينهم من حيث النمو الاجتماعي والقدرات العقلية. (جمال الخطيب وآخرون، 2009: 276)

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

- الكفاية الشخصية والتكيف الشخصي والمهارات الحياتية اليومية.
- الحركة والتنقل.
- مهارات التواصل.
- التوجيه المهني.
- الأدوات والمعدات الخاصة.
- الإثارة البصرية.

فإذا كان الأطفال المبصرون قادرين على تعلم المهارات الحياتية اليومية والعناية بالذات من خلال الملاحظة والتقليد فالأطفال المعوقون بصريا بحاجة إلى برامج تدريبية منظمة في هذا الخصوص لأنهم محرومون من القدرة على الملاحظة والتقليد. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 187)

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعاقين بصريا، ومبرراته، فلا بد ان تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصريا، تعليم وتدريب المعوقين بصريا على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة (Mobility) ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل (Braille Method) ومهارة القراءة بطريقة الأوبتكون (Optacon) ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابي (Abcus) ومهارة الاستماع (Listening Skills) ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية (Remaining Sight). (فاروق الروسان، 2007: 161)

10 1 مهارة فن الحركة:

تعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصريا. وخاصة المكفوفين، ولذلك فإن أي برنامج تربوي مقدم للمكفوفين يجب أن يركز على إتقان المعاق بصريا لمهارة التعرف والتنقل، حيث أن الكفيف يعتمد على حاسة اللمس في معرفة اتجاهاته. وإذا لم يطور الكفيف مهاراته في الانتقال فإنه سيعتمد بصورة كبيرة على الآخرين وسيجد ذلك من حركته واستكشافه لبيئته. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 91)

ويحتاج الأطفال ذو الإعاقات البصرية الشديدة إلى تدريب منخفض على مهارات التعرف والتنقل وذلك بهدف زيادة قدرتهم على التنقل بحرية وباستقلالية أكثر في البيئة من حولهم. وينظر إلى التعرف على أنه خريطة عقلية يكونها المكفوف حول البيئة المحيطة به.

أما التنقل فهو السفر بأمان وبكفاءة من مكان إلى آخر. ومن الأدوات المستخدمة هي العصي الطويلة لتساعده في التنقل باستقلالية. وبالإضافة إلى استخدام الكلاب المرشدة، فإن استخدام الخرائط اللمسية Tactile Maps يساعد المكفوفين في الانتقال من مكان إلى آخر. (إبراهيم الزريقات، 2006: 340)

وقد استخدمت وسائل مختلفة من أجل تسهيل حركة الكفيف وتنقله، يذكر هلهان وكوفمان Hallahan, Kauffman أن الوسائل الخاصة بتنمية مهارة الحركة والتنقل تمثل تطور الوسائل التالية :

- الدليل المبصر.
- الكلاب المرشدة.
- العصا البيضاء.
- النظارة الصوتية.
- الأجهزة الصوتية.

بالنسبة للأجهزة الصوتية يمكن ذكر الأجهزة التالية : الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه، والجهاز الذي يحمل باليد والذي يؤدي الغرض نفسه، وهناك جهاز يوضع حول محيط رأس الكفيف، وهناك العصا البيضاء التي تعمل بأشعة الليزر حيث تنبه الأشعة الصادرة منها الكفيف بالعوائق التي تصادفه عبر إصدار أصوات من مكبر للصوت مثبت على العصا نفسها. (غسان أبو فخر، 1992: 117-118)

10 2 مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:

بحكم عدم قدرة هذه الفئة على رؤية الحروف لا يستطيع المكفوفون تعلم القراءة والكتابة بالطريقة العادية وهذا يستدعي تعليمهم تلك المهارات بطريقة برايل (Braille).

وطريقة برايل عبارة عن نظام كتابة الحروف عن طريق النقاط البارزة وسميت هذه الطريقة باسم مبتكرها الفرنسي لويس برايل. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001: 80) بدأ لويس برايل 1835 تطوير واختصار طريقة شارلس بايبر لتصبح ست نقاط بدلا من اثنتي عشر نقطة تكون خلية ذات عمودين رأسيين في كل عمود ثلاث نقاط بارزة يستطيع الكفيف أن يلمسها كنظام حسي ملموس للحروف الهجائية والخلية هي الوحدة الأساسية التي تتكون من ست نقاط بارزة، كل نقطة من هذه النقاط تعطي رقما معنا يبدأ من 6-1. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 153-154)

تعتبر آلة برايل الوسط الرئيسي الذي يستخدمه كثيرون من المكفوفين للقراءة، وآلة برايل هي نظام للقراءة من خلال اللمس حيث تعتمد على استخدام خلايا من ست نقاط ويكتب المكفوفين من خلال استخدام آلة برايل للكتابة. كذلك يمكن استخدام اللوح والمغرز (المتقب) وذلك من خلال تثقيب الورقة. وتكتب المعلومات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 194)

وتقرأ برايل باللغة العربية كما هو الحال باللغات الأخرى من اليسار إلى اليمين حيث يضع القارئ أصابع اليدين على بداية السطر ويبدأ بتلمس النقاط بالأطراف العليا للأصابع بميلان مقداره (45) درجة. وبضغط خفيف على النقاط يتلمس الكفيف بالسبابتين خصائص برايل ويحرك أصابعه من اليسار إلى اليمين حتى يصل منتصف الصفحة ثم يعيد أصابع يده اليسرى إلى بداية السطر الذي يليه بينما يستمر في قراءة ما تبقى من نقاط في السطر الثاني ويستمر في قراءة السطر الثاني وهكذا. وللكتابة بطريقة برايل يستخدم المكفوفون أداتين يدويتين وتسمى الأولى بألة بيركنز برايل، وتسمى الثانية باللوح والمرقم. (جمال الخطيب وآخرون، 2009: 277)

10 3 مهارة القراءة بطريقة الأوبتاكون (Opptacon) Mothed:

الأوبتاكون (Opptacon) هو جهاز بصري لمسي يحول المعلومات المطبوعة أو المكتوبة إلى ذبذبات كهربائية يشعر بها الشخص الكفيف من خلال السبابة على شكل وخزات إبرية خفيفة تمثل شكل الحرف الذي تنقل ذبذباته. وعند استخدامه، توجه الكاميرا الملحقة بالجهاز نحو المادة المطبوعة ويحركها الشخص الكفيف سطرا وتلتقط الذبذبات بسبابة اليد الأخرى. ويجب أن يكون الشخص الكفيف ملما بأشكال الحروف البصرية، لكي يتمكن من استخدام هذا الجهاز، ذلك أمر يتحقق بالتدريب الكافي. (نفس المرجع السابق: 283)

10 4 مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الأبكس (Abacus):

يعد المعداد الحسابي من الآلات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية، وقد ظهرت هذه الآلة في دول كثيرة من العالم، وهي ما زالت مستعملة حتى الآن. (غسان أبو فخر، 1992: 116)

ويستخدم هذا المعداد من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين ويتكون من ثلاثة عشر عمود بشكل متوازي ويقسم إلى جزأين علوي ويحتوي على كرة مثقوبة واحدة في

كل عمود، وسفلي ويحتوي على أربع كرات مثقوبة في كل عمود وتم مؤخرا إصدار وسيلة إلكترونية حديثة بإجراء العمليات الحسابية عن طريق إصدار الأصوات. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 95)

10 5 طريقة تايلر Tellar:

إن أول من ابتكر هذه الطريقة لحل العمليات الحسابية (وليم تيلر Willam Tellar) المدرس بمعهد المكفوفين بجلاسجو، وكان ذلك حوالي عام 1838 وسميت باسمه. ويمكن باستعمال رموز خاصة بهذه الطريقة حل جميع العمليات الحسابية والجبرية، وبذلك أمكن حل العمليات الرياضية التي لا يمكن أداؤها بطريقة برايل وحدها. ولوحة تايلر عبارة عن لوحة معدنية بثقوب على شكل نجمة لها ثمانية زوايا في صفوف أفقية ورأسية في الوقت نفسه، أما الرموز والأرقام فهي عبارة عن منشورات رباعية مصنوعة من المعدن قريبة الشبه بحروف الطباعة، ويوجد نوعان من الأرقام. النوع الأول: ينتهي أحد طرفيه من أعلى بنتوء على هيئة شريط، وأما الطرف الآخر فينتهي ببروزين على هيئة نقطتين، وهذا النوع الأول يستخدم في حل العمليات الحسابية. أما النوع الثاني: فإنه ينتهي من أحد طرفيه بنتوء على شكل مثلث، والطرف الآخر ينتهي بنتوء على شكل زاوية قائمة. (محمد الفوزان، خالد الرقاص، 2009: 154)

10 6 مهارة الاستماع:

عرف سايكس (Sykes, 1984) عملية الاستماع على أنها القدرة على سماع وفهم وتفسير وتقييم ما يسمعه السامع، وتعتبر مهارة الاستماع أساس المهارات اللغوية، وهي مهمة أيضا للمعاقين بصريا، وذلك لأنها تمثل المصدر الرئيسي للمعلومة له. (أسامة البطينة وآخرون، 2009: 296-297)

تعتبر أجهزة وأشرطة التسجيل من المعينات السمعية التي يستخدمها المعاقون بصريا في تسجيل المواضيع الدراسية والاستماع إليها، بالإضافة إلى استخدامها في تسجيل الأسئلة والإجابة عليها، في أداء الواجب المدرسي كالمطالعة والتعبير وغيرها من الواجبات المدرسية. (ماجدة عبيد، 2009: 157)

10 7 آلة كرزويل للقراءة:

تحول هذه الآلة بمساعدة الحاسوب المادة المطبوعة إلى مادة مسموعة بمعدل 25 كلمة في الدقيقة تقريبا حيث يضع المكفوف المادة المراد قراءتها على سطح القراءة فتقوم أداة المسح تحت السطح بقراءة الصفحة سطرا سطرا. (خليل شواهين وآخرون، 2010: 187)

10 8 مهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية:

يقصد بذلك تنمية مهارة ما تبقى لدى المعاق بصريا من قدرته البصرية، إذ تتمكن نسبة من المعاقين بصريا من قراءة الكلمات المطبوعة بالقدرة البصرية المتبقية لديهم. وقد تتم تنمية هذه المهارة بطرائق عدة منها استخدام النظارات المكبرة، أو استخدام الكتب المطبوعة بحروف كبيرة، وتبدو قيمة هذه المهارة في سرعة الحصول على

المعلومات المقروءة مقارنة مع طريقة برايل أو الأوبتكون، وقد وجهت بعض الانتقادات لهذه الطريقة والتمثلة في إجهاد العين، وصعوبة توفر المواد المكتوبة بحروف كبيرة. (فاروق الروسان، 2007: 168)

10 9 مهارة استعمال الحاسوب:

يقصد بذلك تنمية مهارة استخدام الحاسوب في الحصول على المعلومات من قبل المعاقين بصريا، ففي عام 1975 بدأ قسم الحاسوب في جامعة ولاية متشيجان الأمريكية بالعمل والبحث في مشروع اللغة الصناعية أو ما يسمى باللغة المنطوقة أو المكتوبة باستعمال الحاسوب، وهذه اللغة تشبه إلى حد كبير اللغة العادية الطبيعية ويهدف المشروع إلى تطوير نظام صوتي بديل عن نظام الصوت الإنساني الطبيعي ليسانع الأفراد ذوي المشكلات البصرية على الاتصال مع الآخرين كالمكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي وذوي المشكلات التعبيرية اللغوية. (ماجدة عبيد، 2000: 168)

والى جانب ذلك فإن التدخل المبكر للأطفال المكفوفين يعد غاية في الأهمية نظرا لانحصار تفاعلهم الاجتماعي، وتأثر حركتهم سلبا بكف بصرهم. ولذلك فإن التدخل المبكر غالبا ما يركز على تفاعل الوالدين مع الطفل وعلى رد فعلهما لإعاقته تلك، بينما تركز تلك البرامج التي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين المكفوفين على تحقيق الاستقلال في الحياة وعلى التشغيل أي تشغيلهم في الأعمال المختلفة. وما يزيد من أهمية الاستقلال أن المجتمع غالبا ما ينظر إلى هؤلاء الأفراد على أنهم عاجزون أي لا يقدرّون على التصرف بمفردهم. كذلك فإن تشغيل هؤلاء الأفراد يعبر أمرا مهما أيضا، إلا أنه أصبح يحتاج إلى إجراء بعض التعديلات في الأمور التي ترتبط بتلك الوظائف التي يشغلونها كاستخدام وسائل مواصلات خاصة بهم، واستخدام برامج حاسوبية خاصة وهو الأمر الذي يكون من شأنه زيادة معدلات تشغيلهم. (هلهان، كوفمان، 2008: 632)

11 - الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعاقين بصريا:

- تخصيص مكان واسع نسبيا لخرن الأجهزة الخاصة وآلة برين والكتب الكبيرة.
- تخصيص مقعد واسع نسبيا يستطيع الطفل وضع آلة برين والأدوات الأخرى عليها.
- المحافظة على مستوى جيد من الإضاءة في غرفة الصف وتوفير مصادر إضاءة إضافية عند الحاجة.
- السماح للطفل بالجلوس في المكان الذي يمكنه من المشاركة في الأنشطة الصفية.
- السماح للطفل للتعرف على غرفة الصف واستكشاف ما فيها وإطلاعه على أية تغيرات تحدث فيها.
- إزالة الحواجز الغير اللازمة في غرفة الصف.
- تعليم الأطفال ذوي الصعوبات البصرية باستخدام المنهاج العادي وعدم إجراء تعديلات إلا عندما يكون هناك حاجة ماسة.
- استخدام آلة برايل والأشرطة المسموعة والكتب المكبرة والمواد الأخرى اللازمة.

- تزويد الأطفال بالبرامج التدريبية الخاصة لتطوير مهارات التعرف والتنقل والنضج الاجتماعي الخ (وذلك ما يعرف بالمنهاج المساند أو الإضافي).
- التكلم في الصف بطريقة مسموعة وذكر كل شيء يكتب على السبورة أو تشتتمل عليه الأوراق الموزعة.
- التعرف على المعينات والمعدات الخاصة المستخدمة.
- وصف الأحداث اليومية الروتينية وتوضيحها للأطفال ذو الصعوبات البصرية غير قادرين على التعلم بالملاحظة.
- التأكيد على توفير الخبرات العملية ومجرد وصف الخبرة لا يكفي.
- تزويد الطفل بالإثارة السمعية الكافية والتواصل معه بشكل متكرر.
- تزويد الطفل بالتغذية الراجعة المناسبة.
- تخفيف المساعدة المقدمة للطفل ليصبح قادرا على الاعتماد على نفسه.
- تكييف الامتحانات لتتناسب وطبيعة وشدة الضعف البصري. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2007: 110)

12 - الاتجاه نحو المعاقين بصريا:

إن المكفوفين وضعاف البصر، فيما نعلم، قد وجدوا في المجتمعات البشرية منذ أقدم العصور. ولعل هوميورس احد أوائل المكفوفين الذين ذكرهم التاريخ حيث عرفت الإلياذة والأوديسية منذ عام 700 قبل الميلاد. ومن الأشخاص المكفوفين المشهورين الذين يذكرهم فيرن روبرتس (Roberts, 1986) نيكولاس سوندرسون وكان أستاذا للرياضيات في جامعة كامبردج في بريطانيا وفرنسيس هوبر عالم الطبيعة السويسري، وماريا فون براديس عازفة البيانو الشهيرة. وقد ورد ذكر المكفوفين كما هو معروف في الكتب السماوية.

فقد جاء في القرآن الكريم أن رسول الله صلي الله عليه وسلم كان يخاطب بعض عظماء قريش فاقبل عليه ابن مكتوم وهو شخص مكفوف فاعرض عنه الرسول الكريم فانزل الله سبحانه وتعالى قوله "عيس وتولى، أن جاءه الأعمى، وما يدريك لعله يزكى، أو يذكر فتنتعه الذكرى". وقد تميز بعض المكفوفين العرب في مجالات مختلفة ونذكر منهم هنا بشار بن برد، أبو العلاء المعري، وطه حسين. ومع أن جهودا فردية كانت تبذل لتعليم المكفوفين في الماضي، إلا أن البرامج المنظمة لم تظهر قبل منتصف القرن الثامن عشر. (منى الحديدي، 2002: 15)

ويعتبر الفرنسي فالنتين هاي (Valentin Hauy) أول من أنشأ مدرسة لتعليم المعاقين بصريا في باريس. (Pierre. Henri, 1969)

وبعد مضي عدة عقود أنشئت بعض المؤسسات الخاصة للمكفوفين في الولايات المتحدة الأمريكية، وكان ذلك في بدايات القرن العشرين. أما الأطفال ضعاف البصر فكانوا يتلقون تعليمهم في صفوف خاصة كانت تعرف باسم "صفوف الحفاظ على البصر". وكانت تلك الصفوف تستند إلى افتراض أثبتت الأيام عدم صحته ومفاده أن

المحافظة على القدرات البصرية المتبقية يتطلب عدم استخدامها. وقد وصل الأمر ببعض المدارس إلى تدريس أولئك الأطفال في صفوف مظلمة تماما خوفا من أن يفقدوا ما ظل لديهم من حاسة البصر.

بعد ذلك شرعت بعض المدارس العادية بتهيئة فصول خاصة للأطفال المعوقين بصريا. وتبعاً لهذا البديل التربوي يمكث الطفل في منزله ومع أسرته ويمضي يومه الدراسي في صف خاص مفصول عن الصفوف الأخرى في المدرسة. ثم انبثقت بدائل تربوية أخرى استناداً إلى فلسفة الدمج في الأنشطة المدرسية العادية إلى أقصى حد ممكن. (منى الحديدي، 2002: 168)

وعلى العموم نظر المجتمع إلى المعاق بصريا بثلاثة طرق متباينة، كعبء ومسؤولية عليه، كقصر تحت وصايته، كأعضاء فيه. وقد أوضح سيد صبحي (1997) التأثير الناتج عن اتجاه الوالدين على سلوك الطفل الكفيف فقد يخلق موقف الآباء نحو طفلهم الكفيف الشعور بالنقص والذنب خاصة إذا حاولوا إخفاء حقيقة إعاقته كشيء يخفى إظهار شعورهم بالشفقة نحوه، والواقع أن التأثير على الطفل الكفيف لا يكون من الوالدين فقط بل من الأقرباء والمحيطين به وهذه المواقف تتراوح بين تقبل المعوق أو رفضه ثم شفقة الآخرين عليه. (محمد عسيطة، آمال جودة، 2005: 103)

ولقد تناولت بعض الأبحاث والقليلة جداً دراسة هذه الاتجاهات وبخاصة مظاهرها بغية التعرف على طبيعة نظرة المجتمع والأسرة نحو الكفيف. لان الاتجاهات الاجتماعية السلبية تؤثر في نموه وفي شخصيته بالكامل وتزيد من عدم تكيفه مع المحيط وتخلق عنده شعوراً بالعجز والنقص مما يجعله يعيش في حالة توتر وقلق مستمرة. وهذا ما أشار إليه باركر Barker في دراساته بان هناك نظرة سلبية نحو الكفيف كونهم أشخاصاً عاجزين يعتمدون على غيرهم ولا يستطيعون تحمل المسؤولية. (نبيل سليمان، 1993: 164)

خلاصة الفصل:

خلاصة القول أن الإعاقة البصرية تؤثر على الفرد، يأتي ذلك كنتيجة لما تمثله هذه الحاسة من أهمية بالنسبة للإنسان، وما يترتب على إصابتها بعطل من مشاكل متعددة، لكن لا يعنى ذلك أن الفرد المعاق بصريا شخص عاجز لا فائدة ترجى منه، فالفرد المعاق بصريا مثله مثل باقي فئات التربية الخاصة يستطيع الرفع من مستواه وتطوير قدراته المختلفة، حيث انه من خلال التدريب الجيد والبرامج التربوية المناسبة يستطيع الفرد المعاق التكيف مع إعاقته وتحقيق النجاح في ميادين مختلفة على غرار طه حسين وغيره، ولا يكون ذلك إلا من خلال برامج تعد بطرق مناسبة وفق اطر علمية، هذا ما يعيدنا إلى ضرورة تطوير مناهج الأخصائيين وتنمية اتجاهاتهم الايجابية من اجل الوصول بهم إلى مستوى من الكفاءة المهنية يسمح لهم بتحقيق ذلك.

الفصل السادس:

الإعاقة السمعية

- تمهيد.
- تشريح جهاز السمع.
- تعريف الإعاقة السمعية.
- تصنيف الإعاقة السمعية.
- نسبة انتشار الإعاقة السمعية.
- أسباب الإعاقة السمعية.
- قياس وتشخيص الإعاقة السمعية.
- خصائص المعاقين سمعياً.
- طرق التواصل والاتصال مع المعاقين سمعياً.
- برامج الأطفال المعاقين سمعياً.
- الاتجاه نحو المعاقين سمعياً.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر حاسة السمع من وسائل الاتصال الرئيسية، التي يتفاعل بواسطتها الفرد مع المحيط الخارجي، وهي لا تقل أهمية عن غيرها من الحواس، بل تعمل مع غيرها بشكل تكاملي غرضه أن يتمكن الإنسان من إدراك ما يحيط به وحتى يستطيع التطور والنمو، وعن طريقها يكتسب الفرد اللغة التي تعتبر وسيلة التواصل والتفاعل الاجتماعي، هذا ما يثبت أهمية حاسة السمع بالنسبة للإنسان، لذا حاولنا في هذا الفصل تناول موضوع الإعاقة السمعية من حيث المفهوم، التصنيف، التشخيص، إضافة إلى خصائص المعاقين سمعياً في الجوانب المختلفة، والبرامج التربوية الملائمة لهم.

1 - تشريح جهاز السمع:

1 1 - الأذن الخارجية:

تتكون الأذن الخارجية من الصيوان auricle والقناة السمعية الخارجية التي تنتهي بطبلة الأذن tympanic membrane, ear drum التي تمثل حداً فاصلاً بين كل من الأذن الخارجية والأذن الوسطى. ويعتبر الصيوان جزءاً من الأذن يوجد على جانبي الرأس على شكل بوق، ويعمل على تجميع الصوت وإرساله عبر القناة السمعية الخارجية إلى طبلة الأذن التي تهتز بدورها مع وصول الصوت إليها، وترسل الموجات الصوتية بالتالي إلى الأذن الوسطى، وبذلك فإن الأذن الخارجية تلعب دوراً محدوداً نسبياً في نقل الصوت حيث تقوم كما أوضحنا بنقله إلى الأذن الوسطى أي أنها بناءً على تقويم بتجميع الأصوات وتركيزها، وإرسال الموجات الصوتية إلى الأذن الوسطى. (هلهان ، كوفمان، 2008: 537)

1 2 - الأذن الوسطى:

وتتكون من ثلاثة عظيمات هي:

- المطرقة (Malleus):

إحدى العظيمات الثلاث حيث ينظم جزء منه في طبلة الأذن، أما الجزء الآخر فينتصل بالسندان من الرأس.

- السندان (Incus):

أحد العظيمات الثلاث التي تشترك في آلية السمع فيصل من جانب بالمطرقة ومن جانب آخر بالركاب.

- الركاب (Stapes):

أحد العظيمات الثلاث التي تشترك في نقل الذبذبات الصوتية من طبلة الأذن إلى النافذة البيضاوية، وتتصل قاعدة عظمة الركاب بالنافذة البيضاوية. وتوجد عضلة صغيرة متصلة بعظمة الركاب، تنقبض بطريقة أوتوماتيكية عندما تزداد شدة الصوت

عن قوة تحمل الأذن الداخلية فتصل الأذن الوسطى بالبلعوم عن طريق قناة تسمى قناة أستاكيوس (بوق أستاكيوس) وظيفتها إيجاد التعادل بين الضغط الخارجي والضغط الداخلي الواقعين على طبلة الأذن. (قحطان الظاهر، 2008: 117)

1 3 - الأذن الداخلية:

تبدأ الأذن الداخلية من النافذة البيضاوية، وهي بحجم حبة البازلاء وتتكون من الآلاف من الأجهزة الممتدة أو المتحركة. يطلق على الأذن الداخلية اسم المتاهة (Labyrinth) ذلك أنها تحوي على ممرات متشابكة وبالغة التعقيد. وتختلف الأذن الداخلية عن الأذن الوسطى بأن الأذن الداخلية مملوءة بالسائل بدلا من الهواء، وتتضمن الأذن الداخلية جزآن هما:

- القنوات نصف الدائرية The Semi – Circular Canals: تشبه هذه القنوات الأقواس، وهي قنوات مليئة بالسائل الذي يرتبط بعملية التوازن والحركة Balance And Motion، وتزيد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه، والإحساس بالسرعة.

- قوقعة الأذن Cochlea: يشبه هذا الجزء من الأذن الداخلية الحلزون، وهو يحتوي على خلايا شعرية Hair Cells، والقوقعة مسؤولة عن سماع الأصوات: فبعد مرورها بطبلة الأذن، تصل الأصوات إلى الأذن الداخلية بعد أن تحدث اهتزازات في العظيومات، وهذه الاهتزازات الميكانيكية تجعل السائل في الأذن الداخلية والخلايا الشعرية يتحرك. وترجم النهايات العصبية للخلايا الحركات إلى أمواج كهربائية والتي تنتقل خلال العصب السمعي Hearing Nerve إلى الدماغ، حيث يترجم الدماغ الأمواج الكهربائية إلى بيانات حقيقية ككلام أو موسيقى، أو همس. أي أن وظيفة القوقعة هي تحويل الصوت إلى موجات كهربائية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 315-316)

2 - آلية السمع:

عندما تنتقل الأصوات (في شكل موجات صوتية) عبر الهواء أو الماء يستقبلها الصيوان الذي يعمل على تجميعها وإدخالها إلى الأذن الخارجية حتى تصل إلى غشاء الطبل الذي يهتز نتيجة لتغير الضغط فتهتز تبعاً لذلك العظيومات الثلاث المتلاصقة (المطرقة والسندان والركاب) فتنتقل الموجات الصوتية ميكانيكياً من المطرقة إلى السندان إلى الركاب ثم إلى غشاء الفتحة البيضاوية للقوقعة الذي يهتز بدوره لينقل هذه الموجات إلى السائل اللمفاوي الموجود بالقوقعة فتصل الحركة إلى الخلايا الشعرية التي تحولها إلى نبضات كهربائية يلتقطها العصب السمعي فيوصلها إلى مركز السمع في المخ الذي يعمل على تمييز الأصوات وفهمها. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 286)

3 - تعريف الإعاقة السمعية:

يوجد اتفاق بين الباحثين على أن الإعاقة السمعية Hearing Impairment إعاقة نمائية تنتشر بين الأطفال والراشدين والكبار، وهي مفهوم عام يغطي مستويات متفاوتة

من درجات الضعف السمعي أي يمكن وضع المعوقين على ممتص يتراوح بين الصمم deafness أو فقدان السمع الشديد جدا الذي يعوق اكتساب اللغة والكلام أو استخدامها في التفاعل الاجتماعي، وضعف السمع البسيط الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم اللغة والكلام، سواء كان فقدان السمع ولاديا أو مكتسبا، مبكرا أو متأخرا. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 91)

يعتبر موضوع الإعاقة السمعية من الموضوعات التي يصعب حصرها في تعريف عام يتفق عليه الجميع، هذا كون الموضوع تناولته عديد من الدراسات كل على حسب تخصصه ومجاله العلمي، مما جعل هناك تضارب في الآراء حول تعريف موحد للإعاقة السمعية، نتيجة لذلك توافرت لدينا مجموعة من التعاريف تناولت الموضوع من زوايا مختلفة نذكرها كالاتي :

3 1 - التعريف الوظيفي للإعاقة السمعية:

يعتمد على مدى تأثير فقدان السمع على إدراك وفهم اللغة المنطوقة. واستنادا إلى هذا التعريف يرى لويد (Lloyd, 1973) أن الإعاقة السمعية تعني انحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي - وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند اكتشاف فقدان السمع ومعالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع، وفاعلية أدوات تضخيم الصوت، والخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 135)

3 2 - التعريف الفسيولوجي للإعاقة السمعية:

يمكن المنظور الفسيولوجي في مجال علم السمع Audiology وهو المجال الذي يهتم بدراسة السمع ما كان منه عاديا أو منحرفا، يركز علم السمع على قياس فقدان السمع في إطار حساسية الفرد لسماع ارتفاعات الأصوات على ذبذبات مختلفة، ويقاس مدى الحساسية بالديسيبيل Decibel وهو وحدة قابلية لقياس شدة الصوت وكلما ارتفع الصوت ازدادت شدته، على سبيل المثال، الصوت الصادر عن طلقة بندقية أعلى في شدته من الصوت الصادر عن الهمس، ويعبر عنه في عادة في عدد أكبر من الديسيبيل. (عبد الرحمن سليمان: 78)

3 3 - التعريفات الطبية للإعاقة السمعية:

ترتكز التعريفات الطبية للإعاقة السمعية على أساس مكان أو موضع الإصابة بالجهاز السمعي ولذا تعرف بأنها: "خلل أو قصور بأحد أجزاء الجهاز السمعي بالمخ، ومن ثم قدرة الفرد على الاستفادة من حاسة السمع، وقد يكون هذا القصور توصيليا أو حسيا عصبيا أو مركزيا". (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 96)

ويشير عبد الفتاح على غزال إلى الطفل الأصم يعرف من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع (منذ ولادته) إلى درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيل السمع مع أو بدون المعينات السمعية، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن أثار التعلم فقدت بسرعة. (عبد الفتاح غزال، 2008: 152)

3 4 - التعريف التربوي للإعاقة السمعية:

يركز المنظور التربوي على العلاقة بين فقدان السمع وبين نمو الكلام واللغة، وفي حين أن زمن الإصابة بالقصور السمعي يعتبر عاملاً من العوامل الحرجة من وجهة النظر التعليمية، فإن المرابين يفضلون أن تحل محل مصطلحات الصمم الولادي والصمم المكتسب مصطلحات أخرى مثل ما قبل تعلم اللغة وما بعد تعلمها. فالصمم قبل اللغة Prelingual Deafness هو ذلك النوع الذي يوجد عند الميلاد أو الذي يحدث قبل نمو الكلام واللغة، أما الصمم بعد تعلم اللغة Postlingual Deafness فيشير إلى فقدان السمع الذي يحدث بعد أن يكون الفرد قد تعلم الكلام واللغة. (عبد الرحمن سليمان: 80)

3 5 - المعوق سمعياً:

هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يصل إلى أكثر من (70) ديسيبييل، مما يحول دون تمكنه من المعالجة الناجحة لمعلومات اللغوية من خلال جهاز السمع وحده، سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها، وتتكون هذه المجموعة العامة من فئتين أساسيتين وهما:

3-5-1- المعوق سمعياً قبل مرحلة اكتساب اللغة (Hearing Impaired):

يشير إلى حالات فقدان السمع الذي يحصل عند الفرد منذ الولادة، أو في السنوات الثلاث الأولى إلى السنوات الخمس من عمر الفرد، أي قبل مرحلة اكتساب اللغة والكلام، ونتيجة ذلك يصعب على فاقد حاسة السمع اكتساب اللغة بشكل طبيعي، بسبب إصابة حاسة السمع لديه بضعف أو خلل.

3-5-2- المعوق سمعياً بعد مرحلة اكتساب اللغة (Post Lingual Deafness):

هو الفرد الذي يولد بدرجة عادية من السمع، ثم تفقد حاسة السمع لديه وظائفها في وقت لاحق، أي بعد اكتسابه عمليات اللغة والكلام والتي تحدد بسن الخامسة، بحيث يكون الفرد قد اكتسب القدرة على الكلام وتكونت لديه مجموعة من المفاهيم وزادت ثروته اللغوية ومفرداتها، وإذا حصلت الإعاقة السمعية بعد هذه المرحلة، يمكن أن يحافظ الفرد على المفردات والمفاهيم التي كانت مطبوعة لديه في الدماغ، ويستطيع زيادتها وتقويتها إذا توفرت له ظروف الرعاية التربوية الملائمة. (إبراهيم القريوتي، 2006: 28)

3-5-3- ثقيل السمع (ضعيف السمع) (Hard of Hearing):

هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي من درجة (35-69 ديسيبل) تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 99)

ويعرف جوالدين الطفل الأصم على أنه "الطفل غير القادر على اكتساب اللغة الصوتية بطريقة طبيعية، والذي لا يتخلى عن اللغة اليدوية المقننة، ولديه استعداد لنمو تلقائي لنظام الإيماءات في التواصل". (محمد فتحي، 1998: 187)

4 - تصنيف الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية وفق أبعاد مختلفة نذكر منها:

4 1 - تصنيف الإعاقة السمعية حسب العمر الذي حدث فيه:

وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى:

- صمم ما قبل تعلم اللغة (Prelingual Deafness): ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة، أي ما قبل سن الثالثة، وتتميز هذه الفئة بعدم قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع اللغة.
 - صمم ما بعد تعلم اللغة (Postlingual Deafness): ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة.
- (فاروق الروسان، 2007: 173)

4 2 - تصنيف الإعاقة السمعية من حيث شدة الإعاقة:

تصنف الإعاقة السمعية وفق هذا المعيار إلى:

4 2 1 - الإعاقة السمعية البسيطة جداً:

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (27-40) ديسيبل وأهم ما يميز هذه الإعاقة صعوبة سماع الكلام الخافت أو عن بعد أو تمييز بعض الأصوات ولا يواجه الفرد أي صعوبات تذكر في المدرسة وقد يستفيد من المعينات السمعية والبرامج التربوية والعلاجية.

4 2 2 - الإعاقة السمعية البسيطة:

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (14-55) ديسيبل ويفهم صاحب هذه الإعاقة كلام المحادثة من بعد 3 - 5 متر وجهاً 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 والحقاق بصف خاص وقد يستفيد من المعينات السمعية.

3 2 4 - الإعاقة السمعية المتوسطة:

يتراوح فقدان السمع في هذه الحالة ما بين (56-70) ديسيبل وصاحب هذه الإعاقة لا يفهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عال ويواجه الطالب صعوبة في المناقشات الجماعية، ويكون ذلك مصحوبا باضطرابات في اللغة ويكون قاموسه اللفظي محدودا ويحتاج إلى الحقاق بصف خاص واستعمال المعينات السمعية.

4 2 4 - الإعاقة السمعية الشديدة:

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

5 2 4 - الإعاقة السمعية الشديدة جدا:

يزيد فقدان السمع في هذه الحالة عن 90 ديسيبل، ويعتمد الفرد على حاسة البصر للتعويض عن حاسة السمع ويكون لديه ضعف واضح في الكلام واللغة ويحتاج إلى مدرسة للصم لتعلمه التواصل اليدوي والتدريب السمعي. (بطرس بطرس، 2010: 173)

وفي احدي الدراسات التي قام بها بيتسبرج على الأطفال في الفئة العمرية من خمسة إلى عشرة سنوات حدد فئات الإعاقة السمعية وما يصاحبها من قدرة على فهم الكلام وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (17): فئات الإعاقة السمعية وما يصاحبها من قدرة على فهم الكلام.

القدرة على الفهم	متوسط مستوى السمع في الأذن الأفضل بالديسيبل	درجة الإعاقة	فئة الإعاقة
الصعوبة غير ظاهرة في الحديث الخافت.	أقل من 25	ليست واضحة	الأولى
صعوبة مع الحديث الخافت فقط.	26-40	ضعيفة	الثانية
صعوبة متكررة مع الحديث العادي.	41-55	متوسطة	الثالثة
صعوبة متكررة مع الحديث العالي.	56-70	ملحوظة	الرابعة
يستطيع فهم الحديث الصارخ والمجسم فقط.	71-90	شديدة	الخامسة
لا يستطيع فهم الكلام الصارخ أو المجسم بالمرة.	91 فأكثر	شديدة جدا	السادسة

وهو يحدد طريقة حساب درجة وفئة الإعاقة للفرد على الجدول كما يلي:

- 1 - يتم قياس مستوى السمع بالأذن الأفضل.
- 2 - يتم حساب متوسط مكيف مستوى السمع وفقا للمعادلة الآتية ك
متوسط مكيف مستوى السمع = درجة السمع بالأذن الأفضل + 5.
- 3 - يتم حساب فئة الإعاقة بناء على متوسط مكيف مستوى السمع وفقا للدرجات الموضحة بالجدول أعلاه.

وقد يبدو هذا التصنيف المعتمد على كثافة مستويات صوت الحديث صالحا مع الكبار ذوى اللغة أكثر من الأطفال الصغار في بداية عمرهم. (عبد الفتاح غزال، 2008: 153-154)

4 3 - تصنيف الإعاقة السمعية حسب موقع الإصابة:

4 3 1 - توصيلي:

هو ما يحدث للأذن من تشوهات تركيبية منذ الولادة، مثل انسداد الصوان أو عندما تتعرض قناة الأذن الخارجية أو الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى كالمطرقة والسندان والركاب إلى خلل فلا تنتقل الموجات والذبذبات الصوتية التي يحملها الهواء إلى الأذن الداخلية، وعدم وصولها إلى الدماغ، كإصابة طبلة الأذن، بثقب نتيجة لنزيف أو التعرض لصعقة قوية حادة، أو نتيجة تجمع المادة الشمعية (الصمغ) بكثرة في الأذن الخارجية.

4 3 2 - صمم عصبي:

هو يحدث نتيجة تلف في العصب السمعي الموصل إلى الدماغ، مما يستحيل معه وصول الموجات والذبذبات الصوتية إلى الأذن الداخلية، وبالتالي عدم إمكانية ترجمتها في الدماغ لعدم تحويلها إلى نبضات عصبية سمعية وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبي السمعي. (خليل سلمان شواهين وآخرون، 2010: 113-114)

4 3 3 - فقدان السمع المختلط:

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

4 3 4 - الإعاقة السمعية المركزية:

تشمل الخلل الواقع بين منطقة المخ والقشرة الدماغية وقد تحدث نتيجة لحدوث مرض السرطان أو التهاب السحايا. (ماجدة عبيد، 2000: 177)

4 4 - تصنيف الإعاقة السمعية حسب العوامل المسببة للإعاقة:

يمكن تقسيم الضعف العقلي إلى فئتان وفقا للعوامل المسببة للإعاقة وهي:

1 4 4 - عوامل فطرية داخلية:

هو يشير إلى العوامل الوراثية للفرد، فالنقص السمعي ينتقل من الوالدين إلى الطفل بالوراثة، وقد تظهر عدة ظروف وراثية بعد الولادة وفي متوسط العمر أو بعده، فمثلا مرض Otosclerosis الذي يصيب الأذن الوسطى ويسبب تثبيت العظمة الركابية قد يصيب الفرد قبل الشباب.

2 4 4 - عوامل خارجية:

هو يشير إلى كل الأسباب غير الوراثية والتي تحدث نتيجة المرض أو التسمم أو الحوادث وتسبب ضررا أو تلف أي جزء من أجزاء الجهاز السمعي وقد تكون بعضا من هذه العوامل مساعدة لإحداث الإعاقة بطريقة فطرية كفيروس الحصبة الألمانية الذي يصيب الأم أثناء فترة الحمل، فيؤثر على الجنين ويجعله يولد معوق سمعيا. (عبد الفتاح غزال، 2008: 155 156)

5 - نسبة انتشار الإعاقة السمعية:

تعاني الدراسات المسحية التي أجريت حول نسبة حدوث الإعاقة النسبية من مشكلات عديدة تتمثل في كون أساليب التقييم غير دقيقة أو غير كافية وفي كون العينات غير ممثلة وفي الافتقار إلى معايير ثابتة لتحديد مستوى الفقدان السمعي. وعلى أي حال فالإعاقة السمعية ليست بمستوى شيوع الإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي أو صعوبات التعلم ولذلك يطلق على الإعاقة السمعية عادة اسم الإعاقة قليلة الحدوث. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 139)

الإعاقة السمعية هي الأقل انتشارا من بين الإعاقات الأخرى مقارنة مع الإعاقة البصرية والعقلية والحركية ويمكن القول أن نسبة انتشارها 0.5% ونسبة انتشار الصمم حوالي 0.075% وهذا يعني أن بين كل 100 شخص هناك شخصا ضعيف السمع. (سعيد العزه، 2001: 22)

وتشير الإحصائيات أن ما نسبته (8%) من أي مجتمع يعاني من ضعف معتدل في السمع، في حين يعاني ما نسبته (2.5%) من أفراد المجتمع من ضعف حاد في السمع، وتشير الإحصائيات أيضا أن ما نسبته (9%) من فاقد السمع عمرهم أقل من (18) عاما. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 319)

وإذا كانت الدراسات في الدول الغربية قد أشارت إلى أن حوالي 5% من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي ما، إلا أن هذا الضعف لا يصل إلى مستوى الإعاقة.

وغني عن البيان أن تلك الإحصائيات الموجودة لدى وزارة التربية الأمريكية توضح أن حوالي 0.14 % تقريبا من أفراد المجتمع الذين تتراوح أعمارهم بين 6-17 سنة يتم اعتبارهم من جانب المدارس العامة التي يلتحقون بها وينتظمون فيها إما صما أو ضعاف السمع وذلك على الرغم من عدم إصدار الوزارة لتقارير معينة تتضمن أعدادا محددة لهاتين الفئتين وذلك بصورة دقيقة. ويعتقد البعض أن العديد من الأطفال ضعاف السمع الذين يمكنهم أن يستفيدوا من خدمات التربية الخاصة لا يتلقون مثل هذه الخدمات في الأساس. (هلهان، كوفمان، 2008: 536)

أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر نسبة انتشاره بحوالي 0.55 % وتقدر نسبة انتشار الصم بحوالي 0.75 %، وإذا كنا لنعتمد هذه الإحصائيات لتقدير نسبة انتشار الإعاقة السمعية في الوطن العربي، فإن ذلك يعني وجود حوالي مليون ومئتي ألف شخص معوق سمعيا منهم حوالي 150.000 أصم. (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 100-101)

6 - أسباب الإعاقة السمعية:

الوراثة والبيئة عاملان مؤثران في كل نشاطات الفرد وقدراته وإمكاناته وميوله وتوجهاته، وبالتالي لهما تأثيرهما المباشر على كل حالات الإعاقة المختلفة ومنها الإعاقة السمعية.

ومن هذا المنطلق يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية إلى قسمين هما:

6 1 - الأسباب الوراثية:

أشارت الدراسات المتعلقة بالسمع ومشكلاته إلى أن 50% من حالات الإعاقة السمعية الكلية ترجع لأسباب وراثية مختلفة منها :

- صفات وراثية تنقلها جينات متنحية عن آباء عاديين وغير مصابين بالصمم لكنهم يحملون جينات الصمم.
- صفات وراثية منقولة عن جينات سائدة لدى الآباء، ويكفي وجود جين واحد في الصفة الوراثية لسبب الصمم.
- صفات موروثية منقولة عبر الكرموزومات الجنسية تؤثر في الجهاز السمعي للطفل الذكر ولا تؤثر في الأنثى. (عبد الفتاح الشريف، 2011: 288-289)

6 2 - العامل البيئية:

تحدث بعد عملية الإخصاب أي أثناء الحمل أو الولادة وما بعد الولادة، مثل سوء التغذية للأم الحامل وكذلك التعرض للأشعة السينية خصوصا في الشهور المبكرة من الحمل وتناول الأم للعقاقير والأدوية بدون استشارة الطبيب، وهناك عوامل تسبب الإعاقة أثناء الولادة مثل نقص الأكسجين. أما تعرض الطفل بعد الولادة لالتهاب السحايا أو الالتهاب الحاد في الأذن الوسطى أو التسمم أو التعرض للضجيج المتكرر أو الحوادث

والصددمات فتعتبر من أسباب ما بعد الولادة. (تيسير الكوافحة، عمر فواز العزيز،
2003: 102)

كما يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية حسب مكان الإصابة في الأذن إلى:

- فقدان السمع التوصيلي:

هو عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والأذن الوسطى مع بقاء الأذن الداخلية سليمة، ولا تكون الإعاقة في إدراك الأصوات وتمييزها وإنما في توصيل الأصوات إلى جهاز التحليل الداخلي، وغالبا ما تكون الخسارة السمعية أقل من 60 وحدة ديسيبل والتي ترجع إلى أسباب منها وجود انسداد في قناة الأذن الخارجية وينتج عن وجود مادة شمعية جافة أو جسم غريب، مثل حصاة أو خرزة، أو يكون خلقيا أو ناتجا عن التهابات جلدية، كذلك وجود ثقب في طبلة الأذن نتيجة التهابات الأذن الوسطى أو حادثة أو صفة على الأذن، أو وجود التهابات في الأذن الوسطى (خروج صديد من الأذن)، أو وجود التهابات في اللوزتين واللحمية خلف الأذن وانتشارها إلى الأذن (أو سد قناة استاكيوس)، أو تصلب عظمة الركاب وهو مرض وراثي يصيب الإناث ويسمى الأوتوسكلروز (Otosclerosis). (ماجدة عبيد، 2000: 176)

- فقدان السمع الحسي العصبي:

تمثل الإصابة هنا خلا في طرق الاتصال الحسي العصبي، وغالبا ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الداخلية، والتي تشكل مشكلة رئيسية لدى الأطباء والمربين على حد سواء، وتمثل الحالة المسماة (Dysacusis) مثلا على إصابة الأذن الداخلية، وتبدو أعراض هذه الحالة في صعوبة فهم الكلام أو اللغة المنطوقة لدى الفرد، وكذلك الحالة المسماة (Tinnitus) والتي تبدو أعراضها في طنين الأذن، وغالبا ما تكون نسبة الخسارة السمعية نتيجة لهذه الأسباب أكثر من 60 وحدة ديسيبل. (فاروق الروسان، 2007: 175)

7 - قياس وتشخيص الإعاقة السمعية:

تختلف الطرق التي يمكن استعمالها من أجل قياس وتشخيص الإعاقة السمعية، وعموما يمكن تصنيفها إلى قسمين:

7 1 - القسم الأول:

يمثل الطرق التقليدية في قياس وتشخيص القدرة السمعية، ومن تلك الطرق التقليدية طريقة مناداة الطفل باسمه بطريقة الهمس (Wisper Test)، وطريقة سماع دقات الساعة (Watch Test)، وتعتبر مثل هذه الطرق التقليدية غير دقيقة في قياس وتشخيص القدرة السمعية. (نفس المرجع السابق: 175)

2 7 - القسم الثاني:

يمثل الطرق العلمية الحديثة في قياس القدرة السمعية، وغالبا ما يقوم بإجراء هذه الطرق أخصائي في قياس القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (Audiologist) وهي:

1 2 7 - طريقة القياس السمعي الدقيق (Pur Tone Audiometry):

في هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة عتبة القدرة السمعية بوحدات تسمى هيرتز (Hertz) والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسيبل (db (Decible)، حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد بوضع سماعات الأذن على أذني المفحوص، ولكل أذن على حدة، ويعرض على المفحوص أصواتا ذات ذبذبات تتراوح ما بين (125 - 8000) وحدة هيرتز، وذات شدة تتراوح ما بين صفر إلى (110) وحدة ديسيبل، وعلى ضوء ذلك يقرر الفاحص مدى التقاط سماع المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة، ويمثل الجدول التالي درجات القدرة السمعية مقاسة بوحدات الديسيبل:

جدول رقم (18): درجات القدرة السمعية مقاسة بوحدات الديسيبل.

(ماجدة عبيد، 2009: 170-171)

وحدات الديسيبل	درجة القدرة السمعية
20 - 0	السمع العادي
40 - 20	الإعاقة السمعية
70 - 40	الإعاقة السمعية المتوسطة
90 - 70	الإعاقة السمعية الشديدة
أكثر من 92	الإعاقة السمعية الشديدة جدا

2 2 7 - قياس السمع التوصيلي العظمي:

تجري عملية فحص السمع العظمي بواسطة سماعه تثبت على عظم جمجمة المفحوص بجانب الأذن، ترسل الأصوات من خلال جهاز قياس السمع عبر السماع المثبتة على عظم الجمجمة إلى القوقعة، ومنها تنتقل نغمة الصوت للدماغ.

تسجل نتائج المفحوص على نموذج قياس السمع، والإشارات المتعارف عليها دوليا عند تسجيل نتائج الفحص، سهم ملون باللون الأحمر مفتوح من الجهة اليمنى (<) للدلالة على نتائج الأذن اليمنى، وسهم ملون باللون الأزرق مفتوح من الجهة اليسرى (>) للدلالة على نتائج فحص الأذن اليسرى. (إبراهيم القريوتي، 2006: 34-35)

3 2 7 - القياس السمعي الكلامي (Speech Audiometry):

تهدف إلى تقدير استقبال الكلام وفهمه، ففي استقبال الكلام يتم تحديد أدنى شدة يستطيع فيها الفرد إعادة الكلام بشكل صحيح لمقطعين لفظيين، وتكون هذه وفقا لقائمة

من الكلمات، وأما عبر فهم الكلام فيتم تحديد قدرة الفرد على سماع المعلومات الصوتية والتمييز بين الأصوات المتشابهة، وتتأثر قدرة فهم الكلام على نوع الفقدان السمعي ودرجته، ففي العادة نجد أن ذوي الإعاقة السمعية التوصيلية يكون أداءهم أفضل من ذوي الإعاقة السمعية الحس - عصبية. (غسان أبو فخر، 2004: 122)

4 2 7 - مقياس ويبمان للتمييز البصري السمعي (Wepman Auditory Test):

في عام 1958 صمم ويبمان اختباراً للتمييز السمعي وتمت مراجعته سنة 1978 وقد صمم هذا الاختبار للتمييز بين الأصوات المتجانسة، ويقدم للفئات العمرية من سن 5 - 8 سنوات، ويعتبر هذا المقياس من المقاييس الفردية المقتنة يتألف من (40 زوج من المفردات التي لا معنى لها، منها 30 زوجاً تختلف في واحدة من الأصوات المتجانسة في حين لا تختلف العشرة الباقية في واحدة من الأصوات المتجانسة، بل وضعت للتمويه أمام المفحوص وتختلف الأزواج المتجانسة من المفردات، إما في أولها وعددها (13) أو في وسطها وعددها (4) أزواج أو في آخرها وعددها (13) زوجاً، وتتوفر من المقياس صورتين متكافئتين. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 104)

أخيراً، وعلى الرغم من التطور التكنولوجي الذي حصل على أجهزة قياس السمع، إلا أن هناك بعض التعليقات حول هذه الاختبارات منها:

- لا يوجد فحص سمعي واحد يعطي نتائج وصورة وافية وكاملة للقدرات السمعية الشاملة عند الفرد.
 - تعتمد نتائج الفحص السمعي على مدى تعاون المفحوص نفسه، لعدم توفر أداة آلية تساعد على إجراء الفحص السمعي، من غير الحصول على ثقة المفحوص وتعاونه مع الفاحص.
 - عدم استخلاص نتائج بعيدة المدى أو اتخاذ قرارات نهائية اعتماداً على معلومات أو ملاحظات تم الحصول عليها من جلسة قياس واحدة. هذا يتطلب إعادة الفحص السمعي باستمرار للتأكد من دقة نتائجه.
 - تجنب إجراء اختبارات السمع في أجواء مزعجة، أو مواقف غير محببة للفرد، أو في حالات المرض، أو إذا كانت الظروف النفسية والاجتماعية للمفحوص غير ملائمة. (إبراهيم القريوتي، 2006: 35-36)
- 8 - خصائص المعاقين سمعياً :**

ترتبط القدرة على السمع بالقدرة على الكلام بوضوح. هذا وترتبط درجة وضوح الكلام بعدد من العوامل نذكرها على النحو التالي:

- درجة الفقدان السمعي.
- عمر الفرد عند الإصابة.
- نموذج التواصل المستخدم من قبل الأسرة.
- وجود إعاقات أخرى.

إضافة إلى ذلك فإن القدرة على فهم كلام الشخص المتكلم تعتمد على خبرة المستمع وعلى قدرة الكلام لديه، وعلى الطريقة التي يدرك بها الشخص من قبل الآخرين. ويعتبر تعليم الكلام للصم مهمة صعبة تتطلب جهودا كبيرة لفترات زمنية طويلة بالإضافة إلى التعليم المنتظم. وهذا بحد ذاته يعكس أهمية مضاعفة الجهود مع زيادة درجة شدة الإعاقة السمعية. (سليمان الريحاني وآخرون، 2010: 275)

حيث تعد اللغة الوسيلة الأولى والأساسية في عملية الاتصال الاجتماعي إذ لا يستطيع الطفل الأصم التعبير عن نفسه وعن حاجاته سواء في الأسرة أو المدرسة أو العمل أو المحيط الاجتماعي الأكبر وان تأثير ذلك سينسحب بشكل كبير على وضعه الدراسي وانخفاض في مستوى تحصيله العلمي مما يشكل فقدا في الطاقة البشرية ويثير اهتمام المسؤولين والمربين على حد سواء. (إياد يحيى، 2007: 130-131)

8-1- الخصائص اللغوية:

تؤكد فيوليت فؤاد (1997) أن اللغة هي جوهر التفاعل الاجتماعي، ويعتبر تحصيلها أكبر إنجاز في إطار النمو العقلي للطفل، لذلك فهي إنجاز إنساني متميز، ووسيلة التفاعل والاتصال الجماعي، والنمو اللغوي يساعده على تحصيل المعلومات واكتساب المهارات. (فيوليت إبراهيم وآخرون، 2001: 188)

تؤثر الإعاقة السمعية بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية للفرد زادت المشكلات اللغوية التي يتعرض لها، ولذلك فإن المعاق سمعيا يعاني من تأخير واضح في النمو اللغوي، وخاصة أن الطفل الذي يعاني من الإعاقة السمعية لا يحصل على تغذية راجعة مناسبة عند صدور الأصوات، وخصوصا في مرحلة المناغاة ولا يحصل على إثارة سمعية كافية أو على تعزيز من قبل الآخرين وفي حالة وجود بعض المهارات اللغوية عندهم فإن ذخيرتهم اللغوية محدودة ويعانون من صعوبات في النطق وعدم اتساق في نبرات الصوت، أما الكلام فيكون بطيئا. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 106)

من القدرات الأساسية التي لها تأثير مباشر على تمكن الفرد من القراءة هي حصيلة الفرد من مفردات اللغة، وسرعته في استدعاء المعاني المرتبطة بالكلمات المقروءة. فقد أشارت الدراسات التي أجريت على العاديين بأن هناك ارتباطات دالة إحصائيا بين تمكن الفرد من القراءة ومستوى أدائه في الاختبارات التي تقيس حصيلته من مفردات اللغة، وكذلك في الاختبارات التي تقيس سرعة استدعائه للمعاني المرتبطة بالكلمات، ويرى بعض الباحثين أن انخفاض مستوى حجم حصيلة الفرد من مفردات اللغة قد عطل فهم تركيبات الجمل والتي تعتبر ركيزة أساسية للفهم القرائي. وكذلك الحال بالنسبة لتأثير سرعة الفرد في استدعاء المعاني المرتبطة بالكلمات المقروءة في فهم النص المقروء. وعند المقارنة بين المعاقين سمعيا وسليمي السمع في حجم حصيلة المفردات وسرعة استدعاء المعاني وجد أن سليمي السمع يتفوقون كثيرا على المعاقين سمعيا في هذه الجوانب. (محمد الثابت، 2005: 658)

كما يذكر هلهان 1981م ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي خاصة لدى الأفراد الذين يولدون صما وهي :

- لا يتلقى الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.
- لا يتلقى الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.
- لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها. (عصام الصفدي، 2003: 233)

هذا يؤكد أن الطفل المعاق سمعياً تنقصه خبرات كثيرة تجعله محروماً من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يصدر من أصوات، وكذلك يكون محروماً من التعزيزات السمعية – اللفظية، والتي يتمتع بها الطفل العادي من حيث زيادة حصيلته اللغوية ومعرفة ردود أفعال الآخرين على أصواته ومدى استجاباته لتلك الأفعال. (نبيل سليمان، 1993: 181)

28 - الخصائص العقلية:

هناك جدل عنيف مستمر حول أثر الإعاقة السمعية على النمو المعرفي، فبعض الباحثين يعتقدون أن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة بالضرورة، ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً، بل إن البعض أيضاً يرى في لغة الإشارة التي يستخدمها المعوقون سمعياً لغة حقيقية، ويعتقد هؤلاء أنه في حال حصولهم على درجة منخفضة على اختبارات الذكاء فإن ذلك لا يعني بالضرورة أن المعوقين سمعياً أقل ذكاء من غيرهم ولكن ذلك يعزى لعدم توافر طرق التعليم الفعالة وعدم تزويدهم بالإثارة المناسبة من قبل الآباء. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 145-146)

كما يشير "فيرث" 1973 إلى تشابه في عمليات التفكير بين الأطفال العاديين والصم، لذا لا يعتبر الأطفال الصم معاقين عقلياً بسبب عدم قدرتهم على الاستجابة لاختبارات الذكاء اللفظية. (زموري حميدة، 2007: 35)

أما البعض الآخر فيرى أن النمو المعرفي يعتمد على اللغة وربما أن اللغة هي الأكثر ضعفاً بين مظاهر النمو المختلفة لدى المعوق سمعياً، فهم يعتقدون أن النمو المعرفي سيتأثر بالضرورة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 145-146)

كما أن النمو العقلي المعرفي للشخص ينمو في تواز مع نموه اللغوي، وبالتالي فإن الفرد المعوق إعاقاً شديداً يكون أيضاً معوقاً في قدرته العقلية المعرفية. (خالد البلاح، 2009: 37)

ويشير كثير من علماء النفس التربوي إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، ويعني ذلك أداء المعاقين سمعياً من الناحية اللغوية، وذلك بملاحظة تدني أداء المعاقين

سمعيًا على اختبارات الذكاء، وذلك بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية، ويشير فيرث وآخرون 1973 إلى تشابه عمليات التفكير بين الأطفال العاديين والصم، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الصم في التعبير عن بعض المفاهيم وخاصة المفاهيم المجردة، كما يشير فيرث أن الفروق في الأداء بين المعاقين سمعيًا والعاديين تعود إلى النقص الواضح في تقديم تعليمات اختبارات الذكاء وخاصة اللفظية لدى الصم، لا إلى قدرات الصم العقلية، لذا يصعب اعتبار الصم معاقين عقليًا على اختبارات الذكاء بسبب النقص الواضح في قدراتهم، إلا إذا صممت اختبارات عقلية خاصة بالصم. (ماجدة عبيد، 2000: 184)

38 - الخصائص الأكاديمية:

غالبًا ما يكون التحصيل الأكاديمي لهذه الفئة متدن على الرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم، كما أن تأثيرهم القرائي هو الأكثر تأثرًا بهذه الإعاقة ويزداد تحصيلهم الأكاديمي ضعفًا مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها خاصة في غياب فاعلية أساليب التدريس. (بترس بترس، 2010: 181)

كما تؤكد كثير من الدراسات التربوية أن متوسط التأخر الدراسي للطفل المعاق سمعيًا تتراوح من ثلاثة إلى أربعة سنوات على الأقل بينما الطفل المعاق سمعيًا جزئيًا يبلغ متوسط تأخره التعليمي من عام ونصف إلى عامين على المستوى الأساسي لطفل المرحلة. (مريم حنا، 2010: 97)

وقد وجد فيرث 1971م أن المتوسط العام لمستوى القراءة بالنسبة للتلاميذ المعاقين سمعيًا لا يتعدى الصف الثالث الابتدائي كما وجد جينيتال ودي فرنسيسكا أن المعوقين سمعيًا الذين بلغوا عمر السادسة عشرة لم تتجاوز في مهاراتهم القرائية أكثر من مستوى الصف الخامس الابتدائي كما كانت حصيلتهم من المفردات اللغوية شبيهة بحصيلة تلميذ عادي في الصف الثالث الابتدائي، وذكر فيرث أن 10% فقط من المعاقين سمعيًا يستطيعون القراءة بمستوى أعلى من مستوى طالب عادي في الصف العاشر، كذلك زعم فيرث أن نسبة صغيرة فقط من المعاقين يجيدون فهم اللغة إلى حد كاف يمكنهم من قراءة كتاب مقرر على المستوى الجامعي. (عصام الصفدي، 2003: 236)

كما قامت كلية "جالوديت" في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة هدفت إلى تحديد مستوى التحصيل الدراسي الذي يبلغه الأشخاص الصم، فتبين أن 50% ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءتهم بمستوى الصف الرابع أو أقل من ذلك، ووجدوا أن 10% فقط كانوا بمستوى الصف الثامن، وبالنسبة للرياضيات فقد اتضح أن مستوى معظم الأشخاص الصم كان بمستوى الصف الثامن وإن أداء 10% منهم كان بمستوى أداء الأشخاص غير الصم. (غسان أبو فخر، 2004: 205-206)

48 - الخصائص الجسمية:

يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيودا على النمو الحركي لديهم، أن هؤلاء الأفراد محرومون من الحصول على التغذية الراجعة السمعية، الأمر الذي يطور لديهم أوضاعا جسمية خاطئة كما أن نموهم الحركي يعتبر متأخرا قياسيا مع الأسوياء ذلك لأنهم لا يسمعون الحركة وأنهم يشعرون بالأمن بسبب التصاق أقدامهم بالأرض، كما أن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء، ويمتازون بحركة جسمية أقل. (سعيد العزه، 2001: 51)

58 - الخصائص الاجتماعية والانفعالية :

تعد اللغة أحد الأشكال الأساسية للتواصل والتفاعل الاجتماعي، إذ أن القصور اللغوي قد يؤثر سلبا في النضج الاجتماعي إبتداءا من الأسرة إلى البيئة المحلية التي يعيش فيها ثم المدرسة، فهي التي تؤدي إلى توثيق الصلة والاتصال البشري بمختلف الأنشطة الاجتماعية والتكيف وفق متطلبات السلوك الاجتماعي المقبول، لذلك فإن أحد وظائف اللغة هي الوظيفة الاجتماعية بالإضافة إلى الجانب الفكري حيث يمكن للفرد من خلال اللغة أن يترجم العمليات العقلية المتنوعة. لذلك يمكن القول أن أدائهم اجتماعيا أقل من أداء أقرانهم السامعين، كما أن قبولهم بشكل عام أقل من أقرانهم السامعين. (قحطان الظاهر، 2008: 133)

كما طبقت برداي مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale وذلك على عينة من (92) معوقا سمعيا، كانوا قد فقدوا قدراتهم على السمع قبل سن الثانية، أما المجموعة الثانية من العينة فقد فقدوا حاسة السمع بعد سن الخامسة، ولقد أكدت هذه الدراسة أن المجموعتين كانت تعاني من نقص في الكفاية الاجتماعية حتى أثر بعضهم الانعزال عن الجماعة طلبا للأمن وتجنبيا للشعور بالنقص. (لطفي أحمد، 1981: 84)

ولقد توصل مايكلبيست إلى أن الأطفال الصم حتى سن 15 متأخرون في النضج الاجتماعي بنسبة 10% تقريبا عن أقرانهم من الأطفال العاديين. (زموري حميدة، 2007: 35)

أما فيما يتعلق بالنمو الانفعالي عند الأفراد المعاقين سمعيا فقد أشارت دراسات عديدة أن نسبة كبيرة من المعاقين سمعيا يعانون من سوء التكيف النفسي، فهم يعانون من تدني الذات وعدم الاتزان العاطفي وأكثر عرضة للاكتئاب والقلق والعدوانية وعدم الثقة بالآخرين. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 107)

ففي دراسة لبروتشوينج أشار إلى وجود مشاعر النقص وسوء التكيف الاجتماعي والأسري، أما دراسة جريجور فتشير في نتائجها إلى أن الأطفال الصم يميلون إلى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية وقد أشارت

دراسة أخرى إلى أن الأطفال الصم أكثر تعرضاً لنوبات الغضب والقلق وتدني مفهوم الذات من أقرانهم الاعتياديين. (إياد يحي، 2007: 131)

وقد أوضحت بعض الدراسات التي تناولت شخصية المعاق سمعياً أن أكثر الاضطرابات وضوحاً لدى الطفل المعاق سمعياً هو النشاط الزائد، الاندفاعية، اضطراب الانتباه، ويرجع هذا الاضطراب إلى مشكلات اللغة وفقد التواصل اللفظي مع الآخرين. (سري رشدي، 2011: 570)

ويذكر جيهارت أن الإعاقة السمعية تسبب خبرة الإحباط، والتي من شأنها أن تجعل الأصم عنيداً Stubborn و متمرداً Disobedient، خجولاً أو منسحباً Withdrawn، وتنشأ عن الإعاقة مشكلات شخصية وسلوكية، فقد يقوم الطالب الأصم بعملية تعويض Compensate عدم القدرة على السمع من خلال الانسحاب، العناد، أو من خلال الخجل. (خالد البلاح، 2009: 35)

كذلك قام كل من سيرنجر وروسلو بدراسة ميدانية على عينتين من المعوقين سمعياً والأسوياء، وكانت العينة مكونة من (59) ذكورا وإناثا تتراوح أعمارهم بين 12 – 14 سنة، وروعي في انتقاء العينة تماثلها في السن والجنس ودرجة الذكاء والمركز الاجتماعي وكانت الإدارة العلمية المستخدمة في هذه الدراسة هي مقياس براون للشخصية. ولقد أكدت نتيجة هذه الدراسة أن المعوقين سمعياً كانوا أميل للأمراض العصبية من العاديين. (لطي أحمد، 1981: 85)

9 - طرق التواصل والاتصال مع المعاقين سمعياً:

9-1- التواصل اللفظي، ويتم عن طريق:

9 1 1 - التدريب السمعي:

التدريب السمعي هو طريقة تهدف إلى مساعدة الأشخاص المعوقين سمعياً في الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية لديهم، وهذا الترتيب يتم في جلسات وضمن نشاطات هادفة تسعى إلى تنمية قدرة الشخص المعوق على الإصغاء، فقد أشرنا إلى أن فقدان السمع في معظم حالات الصمم ليس فقداناً كاملاً، وإذا ما تم استخدام أدوات التضخيم المناسبة فإن السمع المتبقي يمكن توظيفه لتنمية المهارات الاستقبالية والتعبيرية. ويتضمن التدريب السمعي عادة سلسلة من المهارات التي تبدأ بإدراك الأصوات العامة ومن ثم تمييز الأحرف باستخدام حاسة السمع. وعلى وجه التحديد، تؤكد برامج التدريب السمعي على:

أ - وعي الأصوات Awareness of Sounds.

ب تحديد مصدر الأصوات Localization of Sounds.

ج تمييز الأصوات Discrimination of Sounds.

د - التعرف على الأصوات Recognition of Sounds.

219 - قراءة الشفاه:

المقصود بقراءة الشفاه أو الكلام هو تنمية مهارة المعاق سمعيا على قراءة الشفاه وفهم الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء كلام الأشخاص العاديين، وهناك أساليب مختلفة لتعليم قراءة الكلام ومن هذه الأساليب:

• الطريقة التحليلية:

وتقوم هذه الطريقة على تعليم المعاق سمعيا على التركيز على حركات الشفاه للمتكلم والعمل على تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية ثم يقوم المعاق سمعيا بتنظيم هذه المقاطع معا لتشكل المعنى المقصود. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 108)

• الطريقة التركيبية:

وبها يتم تدريب الفرد على التعرف أكبر عدد ممكن من الكلمات المنطوقة، ومن ثم تعريفه بالكلمات التي لم يفهمها بالاعتماد على كفاءته اللغوية، ويعتمد أيضا على تدريب الطفل الأصم على نطق الكلمة ككل منذ البداية، يلي ذلك تدريبه على بناء الجملة، حتى إذا ما بلغ مرحلة الاستعداد لتصحيح النطق، درب على الكلمات غير المنطوقة بشكل سليم. (بطرس بطرس، 2010: 159)

29 - الطريقة اليدوية، والتي تتضمن:

129 - لغة الإشارة:

بدأ استخدام لغة الإشارة من قبل الصم في سنة 1760 في فرنسا، ويعود الفضل في ذلك إلى الأب دي ليبه (De L'Epee). حيث فتح أبواب مدرسته إلى كل الصم، وتعلم على يديه العديد من المدرسين منهم سليفترى (Selfetree) والذي افتتح أول مدرسة للصم في إيطاليا عام 1784، وبعد موت دي ليبه جاء سجاردا (Secaed) والذي ركز على الطريقة اليدوية في تعليم الصم. (محمد عبد الحي، إبراهيم القريوتي، 1997: 126)

وتعتبر لغة الإشارة من أشهر الطرق استخداما بين المعاقين سمعيا التي تعتمد على اليد أو الذراع للتعبير عن الأفكار والمفاهيم إضافة إلى ما يستخدم معها من إيماءات وحركات وسكنات توضيحية، وهي وسيلة ملائمة للصغار الذين يفتقرون إلى المهارات اللغوية اللفظية. لا يوجد اتفاق على لغة الإشارة في جميع دول العالم فمثلا عندما يضع يده على وجهه ليقتصد يوم الاثنين لأنه عطلة الحلاقين، بينما تكون هذه الإشارة لتدل على يوم الأربعاء لأنه عطلة الحلاقين في البلاد الأخرى، وعندما تضع اليد اليمنى على اليد اليسرى لتكون إشارة (X) لتدل على يوم الثلاثاء وهو يوم زيارة المساجين قد يكون في بلد آخر يوم الجمعة، فلغة الإشارة لها دلالات قد ترتبط بالبيئة المحلية المعاشة. وغالبا ما يستخدم الإشارات التي تدل على الأشياء بالبيئة المادية والاجتماعية، ولكن قد تكون هناك قواسم مشتركة.

وقد تكون الإشارات وصفية (مادية) كما هو الحال بالنسبة للطول والوجه وغير وصفية (غير مادية) كما هو الحال عندما نرفع السبابة والوسطى للدلالة على النصر لذلك فإن بعض الجامعات الغربية وخاصة بالولايات المتحدة أصدرت القواميس للإشارات في مجالات التعليم المختلفة. (قحطان الظاهر، 2008: 141)

ويفضل دائما عند عمل إشارات اللغة أو الأحرف الأبجدية أن تكون راحة اليد في مستوى طبيعي بجوار أو أمام الكتف ولا ينصح بتحريك الأذرع حتى يمكن الوصول إلى الأحرف بسهولة وبدرجة مريحة، وللمبتدئ في تعلم لغة الإشارة عامة أو لغة الأحرف الأبجدية نؤكد على أن السرعة والتقائية في تأدية الحركات الدالة على الإشارات المناسبة أو المراد التعبير عنها سوف تأتي مع التدريب وسوف تكتسب بالخبرة شأنها في ذلك شأن أي خبرة حركية معينة، ولا بد أيضا أن نذكر بأهمية عمل وقفة بسيطة بين كل كلمة والكلمة التالية لها مع عدم إسقاط الأيدي بين الكلمات وبعضها. (محمد كامل، 2004: 13)

2 2 9 - التهجئة بالأصابع:

تعتمد هذه الطريقة على حركة أصابع اليدين وفقا لأوضاع تمثل الأحرف الهجائية حيث ان لكل حرف في اللغة العربية ما يمثله بلغة الأصابع، وهذه الطريقة ذات فعالية كبيرة لدى الأطفال الصم، حيث أنك بهذه الطريقة وهي هجاء الأصابع تستطيع أن تعلمهم أسماء أشياء جديدة أينما كنت دون الحاجة إلى ورقة وقلم أو سبورة، فهي سريعة جدا في توصيل المعلومة لدى الطفل الأصم، لذلك فالطفل الأصم ونتيجة لهذه الطريقة يمكنه كتابة أي شيء يطلب منه ولو لم يعرفه بل ليتعرف عليه ما يفوق به أقرانه من الأطفال العاديين. (خليل شواهين وآخرون، 2010: 125-126)

3 9 - التواصل الكلي:

يقصد بالتواصل الكلي حق كل طفل أصم في أن يتعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع، مثل هذا العمل يتضمن إدخال نظام ثابت للرموز المستقبلية التعبيرية في سنوات ما قبل المدرسة فيما بين سنة وخمس سنوات. (ماجدة عبيد، 2009: 190)

ظهرت هذه الطريقة في الاتصال بين الصم أو معهم نتيجة للانتقادات التي وجهت لكل من طريقة قراءة الشفاه، وطريقة التدريب السمعي، والذي يطلق عليه اسم الاتجاه الشفوي (Oral Approach) وطريقة لغة الإشارة وأبجدية الأصابع، الاتجاه اليدوي/العملي (Manual Approach).

وملخص تلك الانتقادات:

- صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام لغة الشفاه، إما بسبب سرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حوله حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.
 - صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة التدريب السمعي وذلك بسبب مدى القدرة السمعية المتبقية لدى الأصم، ومدى فعالية الوسائل السمعية لدى الأصم.
 - صعوبة نشر لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع بين كل الناس ويعني ذلك اعتماد فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع، وبسبب مثل تلك الانتقادات مجتمعة، ظهرت الطريقة الجديدة وهي الطريقة التي تجمع بين كل تلك الطرق في الوقت نفسه، ففي هذه الطريقة يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وبسرعة عادية لحركة الشفتين، وفي الوقت نفسه، يعبر عما يتكلم بلغة الإشارة والأصابع معا. (فاروق الروسان، 2007: 197)
- 10 - برامج الأطفال المعاقين سمعياً:**

تهدف البرامج التربوية إلى تمكين ذوي الإعاقات السمعية على الاعتماد على أنفسهم وتقليل الاعتماد على الآخرين إلى أقصى درجة ممكنة، ودمجهم في البيئة العادية بدلا من عزلهم في مدارس خاصة بهم. (سعيد العزه، 2001: 71)

كما يتفق المتخصصون في مجال رعاية الأصم على أهمية اشتمال برامج ومناهج المعاقين سمعياً على ثلاث أهداف تربوية عامة هي:

10 1 - التوافق الاجتماعي:

وذلك بتوفير الخبرات التعليمية التي تتمشى مع طبيعة إعاقة الأصم وحاجاته، فيتم تزويده بالمفاهيم والمهارات والاتجاهات العلمية التي يحتاجها للتوافق مع بيئته، كما يمكن توفير الخبرات الاجتماعية التي تتمشى مع طبيعة الإعاقة وحاجاته الاجتماعية، فيمكن تدريبه على التعاون مثلاً عن طريق استخدام التجارب المعملية التي تتيح الفرصة للتفاعل الاجتماعي بين التلاميذ، ومن ثم يتحقق التوافق الاجتماعي.

10 2 - التوافق الشخصي:

فالنضج الانفعالي للتلميذ الأصم ومساعدته على تقبل ذاته وإعاقته السمعية، وتحقيق أكبر قدر من التوافق مع نفسه يمهد السبيل لتنمية طاقاته وقدراته، ويضمن له الاستفادة من الخبرات التعليمية التي تقدمها له المدرسة.

10 3 - التوافق الاقتصادي:

إن تحقيق الهدف يعتمد اعتمادا كبيرا على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد، ولذلك ينبغي أن تتضمن البرامج الناجحة بعض التطبيقات العملية والتدريبات

المهنية والتي تعدهم للحياة الخارجية ومن هنا فقد اهتمت كثير من الدراسات بتقديم مناهج خاصة بالصم، وذلك لكي تلائم طبيعة الإعاقة السمعية، ومنها دراسة "جروسمان" Grossman (1988) والتي قدم فيها منهجا خاصا في العلوم للطلاب الصم في المرحلة (11-15) سنة وقدم المنهج بأسلوب الوحدات الدراسية، وتناول في الوحدة بعض المعلومات عن البيئة الطبيعية التي يعيش فيها الأصم، مع بعض التجارب المعملية ذات الألوان والروائح المميزة، واعتبر "باور" Power (1981) أن البيئة التي يعيش فيها الأصم هي الأساس الذي لا بد أن تتبع منه المناهج المقدمة للصم، لأن ذلك يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأصم. (عبد الرحمن سليمان، 2001: 113-114)

11 - الاتجاه نحو المعاقين سمعيا:

عرف الإنسان الإعاقة السمعية (ضعف السمع والصمم) منذ قديم الزمان، ولقد ورد في القرآن الكريم قوله تعالى: " صم بكم عمي فهم لا يفقهون "، وقوله تعالى: " ختم الله على قلوبهم وأسماعهم"، وتفيد السير المتعلقة بهذه الإعاقة بأن الاهتمام بتربية الصم ظهر بعد القرن الخامس عشر الميلادي. ولقد أسست أول مدرسة للصم على يد الراهب الإسباني دي ليون De Leon عام 1578م. (سعيد العزه، 2001: 173)

كما يعتبر القرن السادس عشر نهاية عصر الظلام بالنسبة إلى تربية الأفراد المعوقين سمعيا، وعندما قام الطبيب والرياضي الإيطالي كوردون (Cordon) بتعليم أحد المعوقين سمعيا القراءة والكتابة، أمن كوردون بقدرة المعوق سمعيا بعد أن عمل معه، وقال إن الأفكار المجردة يمكن تعليمها وشرحها وتفسيرها للمعوقين سمعيا بواسطة الإشارة (Sign)، وأدرك أن كتابة الكلمات يمكن أن تساعد في تفسير الأفكار بدون الحاجة للكلام. (إبراهيم القريوتي، 2006: 17)

وفي القرن الثامن عشر بدأت تظهر المدارس والمؤسسات الخاصة في أنحاء مختلفة من أوروبا. وفي تلك الحقبة الزمنية، كان معلموا الصم – البكم رجال دين معروفين أو رجالا دفعهم العامل الديني لمساعدة هؤلاء الأفراد. وكانت غايتهم الأساسية مساعدة الصم – البكم على اكتساب المفاهيم الدينية والأخلاقية وكانت الخدمات تقدم لأبناء الأسر الغنية فقط ولذلك كان المعلمون يحتفظون بسر المهنة لأنفسهم. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 140)

وفي أوروبا كانت هناك مدرستان لهما اتجاهان: الأول يشجع على تعليم الأطفال لغة الإشارة، والمدرسة الأخرى تشجع استخدام لغة الشفاه. وفي عام 1817م، أنشأ في الولايات المتحدة مدرسة لتعليم الصم والبكم. وفي القرن التاسع عشر تبنى القطاع الخاص والحكومي مسؤولية إنشاء مدارس للصم والبكم. (سعيد العزه، 2001: 173)

وفي النصف الثاني من القرن التاسع عشر أصبح التركيز في تربية المعوقين سمعيا على تعليم الكلام وقراءة الشفاه واللغة اليدوية (لغة الإشارة وتهجئة الأصابع). وكان من رواد التربية الخاصة للصم في أمريكا ألكساندر جراهام بل (Alexander Graham

(Bell) وهو مخترع جهاز الهاتف. وفي القرن العشرين أصبح بإمكان المعوقين سمعياً الدراسة في صفوف خاصة في المدارس العادية إضافة إلى الدراسة في المؤسسات الخاصة. كذلك أنشئت مدارس الصم في مختلف أرجاء المعمورة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 140)

مع ذلك يعيش المعوق سمعياً في عالم خاص به يرى العالم الخارجي عالماً يحم له العداء فيواجه هذا العالم بالانطواء تارة وبالعدوان تارة أخرى وبين هذه وتلك يبدي أشكالاً متفاوتة من السلوك الانفعالي والعصابي. وتشير معظم الدراسات إلى أن المعوق سمعياً يدرك اتجاهات الآخرين من العاديين بأنها تحمل له روح العداء، لذلك فإن انطوائه هو حصيلة عاملين أساسيين هما الإعاقة بحد ذاتها التي تحجب عنه بعض جوانب العالم الخارجي واستجابة البيئة الاجتماعية، كما يدركها على أنها تناصبه العداء ولا توفر له الاحترام اللازم، أو تعامله معاملة تتسم بالشفقة وغير ذلك من أشكال ردود الفعل التي يبديها ممن يختلط معهم في البيئة الاجتماعية سواء في إطار الأسرة أو المدرسة أو المجتمع. (نبيل سليمان، 1993: 186)

أما عن اتجاهات الطلاب والمعلمين نحو المعوق سمعياً، فقد أوضح كاون وكاون (Cown & Cown) (1964) في دراسة تناولت اتجاهات الطلبة الفرنسيين والأمريكيين نحو المعوقين، أن اتجاهات الطلبة الفرنسيين نحو الصم كانت أكثر تقبلاً مقارنة باتجاهات الطلاب الأمريكيين. (محمد عسيلة، آمال جودة، 2005: 102)

خلاصة الفصل:

خلاصة القول أن الإنسان في علاقته مع العالم الخارجي فهو في تفاعل مستمر مع عناصره، هذا التفاعل الذي تلعب اللغة فيه دوراً أساسياً ومهما كونها وسيلة التواصل والحوار، والمعاق سمعياً إنما تحدث له مشاكل كثيرة نتيجة لفقد اللغة بسبب إعاقته السمعية، هذا ما يثبت أهمية حاسة السمع ودورها الفعال، والعواقب الوخيمة التي تترتب على فقدانها، لكن حدوث أي خلل في حاسة السمع لا يعني أن الفرد يفقد وظيفته في المجتمع، حيث أثبتت الدراسات أن المعاق سمعياً إذا ما تلقى حسن الرعاية والإشراف فإنه يستطيع أن يكتسب قدراً من المعرفة ما يمكنه أن يصبح عنصراً فعالاً في المجتمع.

الفصل السابع عشر:ع:

الإعاقة الحركية

- تمهيد.
- تعريف الإعاقة الحركية.
- تصنيف الإعاقة الحركية.
- أسباب الإعاقة الحركية.
- تشخيص الإعاقة الحركية.
- خصائص المعاقين حركيا.
- نسبة الإعاقة الحركية.
- الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعاقين حركيا.
- البرامج التربوية للمعاقين حركيا.
- الاتجاه نحو المعاقين حركيا.

تمهيد:

كل منا يرغب في أن يمتلك جسما صحيا ومتكاملا، وكثير منا يسعى لذلك بمختلف الطرق سواء الرياضة أو غيرها حتى يمتلك صفة الجاذبية التي ترفع من ثقة الفرد بنفسه وتحسن علاقاته وتفاعله الاجتماعي، هذا ما يؤكد أهمية الجسم السليم المعافى بالنسبة للفرد ويوضح من جهة أخرى مقدار ما يعانيه الأفراد المعاقون حركيا، فأحيانا قد نقوم بأشياء لا نلقي لها بالا لسهولتها ولكن بالنسبة إليهم قد تتطلب بذل جهد كبير، من كل هذا نستنتج أننا أمام مشكلة ليست بالهينة، لذا حاولنا في هذا الفصل تناول موضوع الإعاقة الجسمية من حيث المفهوم، الأنواع، الخصائص، بالإضافة إلى البرامج التربوية المناسبة لهذه الفئة.

1 - تعريف الإعاقة الحركية:

لا بد من الإشارة إلى أن فئة الإعاقات الجسمية والصحية تتصف بعدم التجانس الشديد. فمصطلح " الإعاقات الجسمية والصحية " مصطلح عام يشمل حالات قد لا يكون ثمة علاقة بينها ولكنها لأسباب ترتبط بالعرف لا أكثر أصبحت تدرج ضمن مظلة واحدة. وهذا المصطلح هو الأكثر استخداما في الأدبيات التربوية الخاصة، فثمة مصطلحات غيره تستخدم للإشارة إلى هذه المجموعة من الأفراد والجدول يبين هذه المصطلحات.

جدول رقم (19): بعض المصطلحات المستخدمة في مجال الإعاقات الجسمية والصحية (جمال الخطيب، 2006: 11-12)

بعض المصطلحات المستخدمة في مجال الإعاقات الجسمية والصحية	
Crippled	المقعدون
Health Impaired	الضعاف صحيا
Orthopedically	ذوو الإعاقات العظمية
Motorically	ذوو الإعاقات الحركية
Nonambulatory	الأشخاص غير القادرين على الحراك
Developmentally Delayed	المتأخرون نمائيا
Organically Impaired	ذوو الاضطرابات العضوية
Physically Disabled	العاجزون جسما
Physically Handicapped	المعاقون جسما

يرى عبد الغفار والشيخ (1966) أن فئة الإعاقة البدنية تضم مجموعات تختلف عن بعضها اختلافا واضحا، غير أنها تشترك جميعا في صفة واحدة تميزهم عن غيرهم من فئات غير العاديين. وهذه الصفة التي تضمهم في مجموعة واحدة، هي أنهم يعانون من

عجز بدني، وأما عن الاختلافات الموجودة بينهم والتي تصنفهم إلى مجموعات متباينة فهي نوع العاهة أو العجز الذي يعانون منه. (عصام الصفدي، 2007: 50)

ثم يشير إلى فئات متعددة من غير العاديين من قبيل المكفوفين، الصم، والمصابين بعيوب كلامية والمقعدين، باعتبارهم يندرجون تحت فئة العجز البدني، غير أن التقسيمات الحديثة لفئات غير العاديين تميل إلى وضع كل من المكفوفين والصم في فئة الإعاقات الحسية (لأنها تختص بالعجز في حاسة معينة، حيث يتمثل العجز عند العميان في حاسة البصر، ويتمثل العجز عند الصم في حاسة السمع)، وإلى وضع فئة المصابين بعيوب كلامية ضمن فئة المضطربين كلاميا ولغويا. وتبقى فئة المقعدين ضمن فئة العجز البدني. (عبد الرحمن سليمان: 129)

إن التعريف التربوي للإعاقة الجسمية يركز على التحصيل الدراسي للفرد، فتعريف المعاق حسب هذا المفهوم هو الشخص الذي يتأثر تحصيله الدراسي تأثيرا سلبيا بسبب الإعاقة الحركية والتي تعيق بدورها تفاعله مع المناهج المقررة على من هم في مثل سنه لذا فتحصيله لا يساوي تحصيل أقرانه. (تيسير الكوافحة ، عمر عبد العزيز، 2003: 189)

ومن الوجهة القانونية تعرف الإعاقة البدنية على أنها : "أي اضطراب فسيولوجي أو تشوه جمالي أو تشوه تشريحي يؤثر على واحدة أو أكثر من أجهزة الجسم العصبية أو العضلية – العظمية أو الحسية أو النفسية أو جهاز الدوران، أو الجهاز التناسلي أو الهضمي أو البولي أو الدم أو الغدد اللمفاوية أو الجلد أو الجهاز الغدد الصماء أو الاضطراب الدماغي العام". (حسن عبد المعطي، السيد أبو قلة، 2007: 222)

أما ذوي الإعاقة الحركية فنعني بهم المعاقين جسميا أو حركيا، والذين يمكن تحديدهم في ضوء تعريف الإعاقة البدنية بأنها تعوق الفرد عن الحركة بسبب خلل أو عاهة أو مرض كإصابة العضلات أو المفاصل بطريقة تحد من وظيفتها العادية، أو فقد احد الأطراف مما يؤثر على تعليم المعاق وعلى نظرتة لذاته وعلى تكيفه الشخصي والاجتماعي، أو أنهم الأفراد الذين يعانون من مشاكل في الحركة أثرت على تعليمهم واستقلالهم وتحملهم المسؤولية. (بن عيسى المهدي، بوسحلة إيناس، 2011: 430)

أخيرا و نظرا لتعدد الإعاقات الجسمية والصحية الهائلة واختلاف درجاتها، وأنماطها وأسبابها فإنه من الصعب إيجاد تعريف واحد يغطي جميع هذه الإعاقات بشكل دقيق ويكون دقيقا لكل إعاقاة بذاتها. ولكن يمكن القول بشكل عام أن الأطفال المعاقين جسديا هم أولئك الذين لديهم قصور جسمي أو مشاكل صحية لا تجعلهم يسيرون بشكل طبيعي كأقرانهم، أو قد تكون معرقة لتعلمهم، والتحاقهم بالمدرسة إلا بتقديم خدمات خاصة ومعدات تدريبية وتسهيلات تتناسب مع إعاقاتهم. أما أكثر الحالات والأمراض انتشارا فهي الإعاقات العصبية والإصابات العضلية والعظمية، والتشوهات الولادية، والحوادث والأمراض الصحية. (قحطان الظاهر، 2008: 177-178)

2 - تصنيف الإعاقة الحركية:

يمكن تصنيف الإعاقات الحركية التي تحدث عند الكائن الحي بشكل عام إلى مشكلات ترجع في العادة إلى فترة الحمل، وهي ما يتعرض له الإنسان في بداية تكوينه وأثناء وجوده في رحم أمه أو أثناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من قبل الطبيب أو من يقوم مقامه قليل نسبياً يرجع إلى صعوبات محددة تحدث بعد الولادة مثل الحوادث التي يتعرض لها الإنسان. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 193)

ونقدم فيما يلي وصفا للحالات المرتبطة بالإعاقة الجسمية وهي:

2 1 - الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي من الإعاقات النمائية و الاضطرابات العصبية الحركية. ويستخدم مصطلح الشلل الدماغي للإشارة إلى اضطرابات النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الإنسان.

ومن تعريفات هذه الإعاقة ما يأتي:

- الشلل الدماغي، هو أي تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية، ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.
- الشلل الدماغي، مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية وتنتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي أو نموه.
- الشلل الدماغي، اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي تصحبه غالباً اضطرابات حسية أو انفعالية.
- الشلل الدماغي، مصطلح ذو مدلول واسع، يستخدم عادة للإشارة إلى أي شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج تلف دماغي .

تجمع التعاريف على العناصر الرئيسية الآتية:

- أنه نتيجة لتلف مراكز الضبط الحركي في الدماغ.
- أنه اضطراب ثابت لا يزداد سوءاً مع الأيام.
- أنه مجموعة من الأعراض المرضية.
- أنه اضطراب في الوظائف العصبية.
- أنه اضطراب في الحركة والوضع الجسمي.
- أنه يستجيب للتدخل العلاجي.
- أنه ليس قابلاً للشفاء.
- أنه ليس وراثياً.
- أنه ليس مرضاً. (محمد البواليز، 2000: 39-40)

وتقتصر استخدامات مصطلح الشلل الدماغي على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي في مراحل العمر المبكرة جدا. أما إذا حدث التلف بعد مرحلة الرضاعة فالحالة لا تعد شللا دماغيا رغم أن الطفل قد يظهر الخصائص الجسمية والسلوكية التي يظهرها الأطفال المشلولون دماغيا. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 104)

ويصنف هلهان وكوفمان (Hallahan & Kuaffman, 1981) الشلل الدماغي إلى أنواع حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي، ومنها:

- الشلل النصفي الطولي: وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.
- الشلل النصفي العرضي: وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.
- شلل الأطراف: وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.
- الشلل النصفي السفلي: وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من الجسم.
- شلل طرف واحد: وتمثل هذه الحالة شلل طرف من أطراف الجسم.
- شلل ثلاث أطراف: وتمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم.
- الشلل الكلي: وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معا. (فاروق الروسان، 2007: 270)

وتعتبر الإصابة بتلف الدماغ سببا رئيسيا لحالات الشلل الدماغي، وقد تحدث الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو وراثي، ومنها ما هو قبل أو أثناء الولادة أو بعد الولادة، حيث تمثل أسباب ما قبل الولادة تلك الأسباب الجينية، وإصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية وخاصة الزهري، والحصبة الألمانية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وسوء التغذية، والصدمات الجسمية، والعقاقير والأدوية، وتسمم الحمل، أما أسباب أثناء الولادة فتبدو في نقص الأكسجين أثناء الولادة، وصعوبة عملية الولادة، في حين تمثل أسباب ما بعد الولادة في ارتفاع درجة الحرارة، والالتهابات والصدمات الجسمية... الخ، وبالرغم من صعوبة حصر الأسباب المؤدية إلى حالة تلف الدماغ، فإن مثل هذه الحالات تكثر في البيئات المتوسطة والفقيرة، إذ تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي حالات من الإعاقة العقلية وغيرها. (ماجدة عبيد، 2009: 295-296)

2 2 - الصرع:

الصرع هو اضطراب يحدث عندما لا تعمل خلايا الدماغ بشكل سليم، وسببه زيادة النشاط الكهربائي للخلايا العصبية في الدماغ. ويتميز الصرع بوجود النوبات الصرعية (Seiwures) والتي تؤثر سلبا على قدرة النظام العصبي على أداء وظائفه، ويمكن أن تسبب تأخرا جسديا وعقلي. إن كل وظائف الدماغ، بما فيها الشعور، والرؤية والتفكير، والعضلات تعتمد على الإشارات الكهربائية التي تصدر من الدماغ، والدماغ الطبيعي يولد إيقاعات كهربائية بشكل ثابت ومنتظم، أما في الصرع فإن هذه الإشارات تكون غير منظمة وغير مستقرة. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 385)

وتصنف أنواع الصرع على أساس الخصائص والمظاهر الحركية المصاحبة للنوبات كما قدمها نلسون (1959) وهي:

• النوبة الكبرى:

وتستمر من 30 ثانية إلى خمس دقائق ويصاحبها دوار وضيق تنفس وهلاوس ورعشة وتقلصات ثم غيبوبة والعودة بعدها إلى الوعي تدريجيا، ثم يستغرق المريض في نوم عميق.

• النوبة الصغرى:

لا تستمر أكثر من 30 ثانية، وأعراضها دوار وعدم حركة ثم تزول، وقد تتردد عدة مرات في اليوم بدون غيبوبة (ويندر أن توجد بها حالات تخلف عقلي).

• النوبات البؤرية:

وهي حسية أو حركية ومن أمثلتها (نوبة جاكسون) تكون في منطقة معينة في الجسم بحسب مكان الإصابة في المخ وقد تنتشر وتصبح عامة في الجسم.

• النوبات النفسية الحركية:

وتستمر الغيبوبة لمدة (5) دقائق، وتلازمها حركات وسلوك انفعالي غريب مثل مص الشفاه والخوف، ليس لها تشنجات خطيرة، بعدها ينام المريض أو يتابع عمله العادي.

• النوبة الإختلاجية:

تظهر خلجات Jerks لا إرادية لانقباضات العضلات دون حدوث غيبوبة أو فقدان للشعور وتستمر من ثانية إلى ثانيتين. (نبيل سليمان، 1993: 202-203)

تظهر حالات الصرع لدى الفرد عندما تزيد الطاقة الكهربائية في الدماغ، وذلك بسبب إصابة الدماغ أو تلفه، وقد تحدث حالات إصابة الدماغ لأكثر من سبب مثل نقص الأكسجين أو التسمم، أو صدمات الولادة أو الالتهابات. (ماجدة عبيد، 2009: 304)

3 2 - اضطرابات العمود الفقري:

تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهرا آخرًا مميزًا من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل لهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد باضطرابات العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس وحتى نهاية العمود الفقري، وتبدو مظاهر ذلك، كم يذكرها بليك (Bleck, 1975)، فيما يلي:

- تباعد فقرات العمود الفقري عن بعضها (Spain Bifida Occulta).
- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي أنسجة عصبية، وتعرف هذه الحالة باسم (Spain Bifida With Meningocele).
- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي أنسجة عصبية وتعرف هذه الحالة باسم (Spain Bifida With Meningomyelocele).

وقد ترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري بحالات أخرى مثل حالة استسقاء الدماغ (Hydrocephalus) والتي تمثل شكلا من أشكال الإعاقة العقلية، كما قد ترتبط بحالات التهاب الدماغ أو العمود الفقري، وتعتبر أسباب اضطرابات العمود الفقري غير معروفة. (فاروق الروسان، 2007: 271)

4 2 - وهن أو ضمور العضلات:

تمثل حالات وهن أو ضمور العضلات شكلا من أشكال الإعاقة الحركية، وذلك لما يتصل بهذه الحالات من خلل واضح في القدرة الحركية للفرد، ويقصد بوهن العضلات، ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القدمين ويستمر تدريجيا نحو منطقة الرأس أو العكس، وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات واضمحلالها التدريجي، والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة، وغالبا ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك، وذلك بصعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان لآخر، وقد تصاحب مثل هذه الحالات بحالة من الإعاقة العقلية، وتعتبر حالات وهن العضلات صعوبة الوقوف، كثرة الوقوع على الأرض عند المشي، وفي انحناء الأكتاف، أو في صعوبة الوقوف على رؤوس أصابع القدمين... الخ، أما الأعراض التي تدل على حالة وهن العضلات فتبدو في ضعف عضلات الوجه والكتفين والذراعين والساقين والتي تمثل الحالة المسماة (Scapulo - Humeral Muscular Dystrophy)، كما يبدو في حالات ضعف القدمين ثم الذراعين والتي تمثل الحالة المسماة متلازمة دوشن (Duchene Muscular Dystrophy). (ماجدة عبيد، 2009: 296-297)

5 2 - شلل الأطفال:

إن هذه الإعاقة قد لا تؤثر في القدرات العقلية للطفل بحد ذاتها، ولكن ما تفرزه من تعامل سيء من قبل الآخرين سواء من الأسرة أو المدرسة أو المجتمع المحلي الذي يؤدي إلى تفاقم الحالة النفسية للطفل مما ينعكس بشكل سلبي على الجانب الاجتماعي والثقافي والجسمي وحتى العقلي، لأن هذه الجوانب الأربعة لا يمكن الفصل بينها تماما إذ كل منهما يؤثر في الآخر بدرجات متفاوتة.

لذلك يحتاج هؤلاء الأطفال إلى رعاية وعناية واهتمام وسلوك واع مسئول من قبل الأسرة والمؤسسات التعليمية لخلق جو صحي من خلال حث أقرانهم على التعامل معهم

بشكل سليم دون أي شكل من أشكال الاستغلال لإعاقاتهم، والنيل منهم، أو الحظ من مكانتهم، وإشعارهم باستمرار على أنهم أطفال إعتياديون وخاصة فيما يتعلق بقدراتهم العقلية والمعرفية لذلك فإنهم يلتحقون في أغلب الأحيان بالمدارس العادية، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى خدمات اجتماعية ونفسية، وخاصة خلال العلاج التأهيلي والتركيز قدر الإمكان على الجوانب الإيجابية دون التركيز على حالة الإعاقة، ويجب أن يركز المهتمون بهؤلاء الأطفال على مبدأ التعزيز الإيجابي لكل حركة يقومون بها والتي من شأنها أن تقوى عضلاتهم وبشكل مستمر لمزيد من العطاء والمثابرة. (قحطان الظاهر، 2008: 198-199)

2 6 - إصابات النخاع الشوكي:

يتعرض آلاف الأشخاص سنويا لإصابات الحبل الشوكي التي ينتج عنها شلل سفلي أو رباعي. والحبل الشوكي هو جزء من الجهاز العصبي المركزي يوصل المعلومات الحركية من الدماغ إلى أجزاء الجسم والمعلومات الحسية من أجزاء الجسم إلى الدماغ، ويتكون الحبل الشوكي من قطاعات بمستوى العمود الفقري الذي يمتد داخله (8 عنقية، 12 صدرية، 5 قطنية، 5 عجزية، وواحدة عصعصية).

وكلما كانت الإصابة في الحبل الشوكي أعلى أصبحت حالة الشلل والفقدان الحسي أكبر. ومن أكثر أسباب إصابات الحبل الشوكي شيوعا: حوادث السير، والألعاب الرياضية العنيفة، والسقوط من الأماكن المرتفعة، والأعيرة النارية. وتتطوي إصابات الحبل الشوكي على مضاعفات اعتمادا على موقع الإصابة وشدها. ومن المضاعفات التقليدية المحتملة المضاعفات الصحية، والنفسية، والمهنية، والتربوية. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 119)

2 7 - مرض ليج - بيرتز:

وهو اضطراب ينتج عن تلف (تحطم) في مركز النمو في الأطراف العلوية من عظمة الفخذ لدى الفرد، ويحدث هذا المرض لدى الأطفال بين سن (4-8) سنوات، وهذا الاضطراب الجسمي لا يؤثر على القدرات العقلية للمصاب ولا على الوظائف الرئيسية لليدين، لذلك فالمصاب يستطيع الاستفادة من كافة الخدمات التأهيلية والمهنية التي يمكن أن تقدم إليه عند الضرورة والحاجة وذلك دون إجراء أية تعديلات جذرية على وضع الخطة أو البرنامج المهني للمؤسسة التدريسية. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 200)

2 8 - السكري:

وهو مرض وراثي، وفيه يعاني المصاب من ارتفاع نسبة السكر في الدم، وذلك بسبب نقص هرمون الأنسولين والذي مهمته مساعدة خلايا الجسم على امتصاص السكر من الدم، ويترتب على ذلك صعوبة امتصاص السكر في خلايا الجسم، ومنها شبكية العين، مما يؤدي إلى فقدان البصر التدريجي، كما تؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى أعراض أخرى مثل الميل إلى التراخي والكسل، وضعف النشاط الحركي. (فاروق الروسان، 2007: 273-274)

2 9 - الحذب:

إن الشكل غير الطبيعي قد يؤدي بالفرد وخاصة عندما يكون حالة الحذب عند الإناث إلى حالة من الاكتئاب والقلق والانسحاب. يمكن إجراء التعديل في المراحل الأولى للطفولة، أو عند اكتشاف الحالة لأن العضلات والفقرات لم تتصلب بعد، أي أن ليونتها عملية التعديل، أو يصار إلى عملية جراحية ويفترض أن تكون في مرحلة الطفولة. (قحطان الظاهر، 2008: 208)

2 10 الجنف:

الجنف عبارة عن تقوس جانبي في العمود الفقري، وقد لوحظ انتشار هذا المرض لاسيما في مرحلة النمو السريع إبان المراهقة، وقد يكون نتيجة خلل أهمها اضطراب في مرحلة التكوين الجنيني للعمود الفقري أو نتيجة لمرض سابق أو إصابة سابقة بسبب عوامل وراثية ولكنه في أغلب الحالات لا سيما في مرحلة المراهقة غير معروف الأسباب، ويسمى عندئذ بالجنف الذاتي ينتج عن هذا التقوس في العمود الفقري إذا أهمل اختلال في توازن قوة عضلات الظهر بحيث تصبح العضلات قوية في الجهة المقعرة من التقوس وضعيفة في الجهة المحدبة، مما يزيد من شدة التقوس والتمرينات لا يقصد منها علاج المريض وإنما يترتب على ذلك من مضاعفات لا تحمد عواقبها، لذلك يجب المواظبة على أداء التمارين بانتظام وبطريقة صحيحة لتلافي حدوث تلك المضاعفات ولتقوية عضلات الظهر والبطن الضعيفة لمنع التقوس وتفاقم المرض. (عصام الصفدي، 2007: 63-65)

2 11 التهاب المفاصل:

التهابات المفاصل والروماتيزم مصطلحان يشيران إلى حالات مرضية التهابية قد تحدث في أعضاء مختلفة من الجسم. ولكن الأشكال المختلفة لهذه الأمراض جميعا تؤثر على الجهاز العضلي العظمي وبخاصة المفاصل. وقد تتأثر العظام والغضاريف والأنسجة الضامة والأوعية الدموية والعضلات والأعصاب بمستويات متباينة. ومن أهم أعراض هذه الأمراض تورم المفاصل والأنسجة ذات العلاقة بها مما يؤدي إلى الألم والتيبس وربما إلى التشوهات في المراحل المتقدمة. (جمال الخطيب، 2006: 116)

12 2 هشاشة العظام:

هو نقص كمية المادة الأساسية للعظم في الجسم بسبب خلل في النسيج العظمي، والذي يكون طبيعياً في مظهره، وانخفاض كمي في إجمالي العظم الذي يحتوي على المعادن، وهذه الإصابة تؤدي إلى عجز العظم عن القيام بالوظائف الفيزيائية المتوقعة وضعف مقاومته لدعم وإسناد الجسم، وفي هذا المرض يولد الطفل بأطراف محنية أو ملوية أو بعظام مكسورة، (أو أنه قد يبدو سليماً عند الولادة ثم تأخذ العظام بالتكسر فيما بعد)، إذن في العظام الهشة لا تكون العظام مكتملة ولذلك فهي تكون قابلة للكسر بسهولة، وتطلق أسماء أخرى على هذا المرض منها مرض الجبنة السويسرية (Swiss Cheese Disease) وغالبا ما يرافق هذا المرض ازرقاق في صلبة العين، وقد يبدأ الطفل بالمشي في ما يقارب السن الطبيعية، ولكن التشوهات المتزايدة نتيجة لتكسر العظام ربما عجلت في جعل المشي مستحيلاً، ونظراً لكثرة العظام المكسورة والمنحنية يبقى هؤلاء الأطفال قصارا جداً، وأحياناً لا يلاحظ الأهل عندما يكسر طفلهم عظمة ما، ويكون الخلل الأساسي في هذا المرض في المادة الروتينية (الألياف الكولا جينية) في العظام، وينجم عن ذلك انخفاض في تركيز الكالسيوم والفسفور مما يجعل العظام لينة وغير ناضجة كعظام الجنين. (ماجدة عبيد، 2012: 166-167)

13 2 البتر:

البتر يعتبر أحد الإعاقات الجسمية والحركية التي يترتب عليها عدم وجود العضو نفسه (العضو المبتور) وبالتالي أفقد الإنسان هذه الوظيفة التي وجد من أجلها هذا العضو أهميتها (فقدانا دائماً) مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة تتوقف على حالة البتر ونوعه ومداه ومدى ارتباطها بجوانب حياته. (مريم حنا، 2010: 238)

14 2 مرض السل:

المرض المعروف بالسل ينشأ بسبب جرثومة عضوية تعرف بباسيل السل (Tubercule Bacillus) وذلك حينما تكون حالة الجسم تسمح لها بالتوالد والتكاثر فتقوم بعملها الهدام في أعضاء الجسم وخلاياه. يعيش الميكروب لمدة ساعات في الجو الرطب خارج الجسم وربما تحمل الجو الجاف أو البارد لمدة طويلة، لكنه يموت بعد بضع دقائق في الماء المغلي، ولا يعيش كثيراً في الشمس أو في الهواء النقي، على أنه إذا تمكن من الجسم تكاثر بسرعة كبيرة. ويصيب السل أي جزء من إزاء الجسم لكن السل الرئوي هو أكثر أنواعه شيوعاً. (مختار حمزة، 1956: 205-206)

2 15 الربو:

الربو كلمة أصلها من اللغة اليونانية القديمة، ومعناها اللهاث Panting ويعني الربو عدم القابلية للتنفس بشكل صحيح، فعندما يقوم أي شخص بعملية الاستنشاق، يمر الهواء خلال التراكيب التالية : يصل الهواء إلى الرئتين ويتدفق تدريجيا خلال مجاري التنفس التي تدعى بالقصبات الهوائية Bronchioles، وتحتوي الرئتان على ملايين من هذه القصبات، وتصل القصبات بالحوصلات. والربو هو اضطراب مزمن تخضع فيه القصبات الهوائية للتغيرات نتيجة للمثيرات البيئية. (أسامة البطاينة وآخرون، 2009: 437)

3 - أسباب الإعاقة الحركية:

لا تقتصر الإعاقة الجسدية على سبب واحد ويشير هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman, 1991) الى أن هناك تباينا واسعا في أسباب الإعاقات الجسدية فقد يكون للأشخاص إعاقات ولدت معهم أو قد تحدث لهم بسبب حادثة أو مرض بعد الولادة.

أما هارينج ومكورميك (Haring & McCormik, 1990) فيشيران إلى أن هناك مجموعتين عامتين من الأسباب للإعاقة الجسدية هي : العوامل الوراثية، والعوامل الخارجية المكتسبة من الحوادث، وقد تكون مكتسبة أيضا من خلال العدوى التي تعد سببا رئيسيا للإعاقات الجسدية. (محمد الشقيرات، يوسف أبو عين، 2001: 61-62)

كما يحدد جمال محمد الخطيب ومنى صبحي الحديدي (2009) مجموعة من العوامل التي يمكن أن تسبب الإعاقة الجسدية هي:

- نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو في مرحلة الولادة أو مرحلة ما بعد الولادة، وقد ينجم نقص الأكسجين عن التفاف الحبل السري حول عنق الجنين أو اختناق الأم أثناء الحمل، أو فقر الدم، أو انسداد مجرى التنفس لدى الطفل، أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطيرة، أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل، أو الغرق، وغير ذلك.
- العوامل الوراثية التي تنقل من الآباء إلى الأبناء، إما على شكل صفة متنحية أو صفة سائدة أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي.
- عدم توافق الريزي سي بين الوالدين.
- تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلا.
- تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
- الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة.
- إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل.

- تعرض الأم الحامل لعوامل الخطرة مثل سوء التغذية، والتدخين، والأشعة السينية.
- الخداج حيث أن عدم اكتمال مرحلة الحمل أو ولادة الطفل ووزنه أقل من العادي يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية.
- صعوبات الولادة ومنها الولادة القيصرية والولادة السريعة جدا أو البطيئة جدا والوضع غير الطبيعي للطفل.
- إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة، والحوادث داخل البيت أو خارجه. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 101-102)

4 - تشخيص الإعاقة الحركية:

أشارت بجي (Bigge) 1982 إلى ضرورة تقييم الجوانب التالية لدى المعوقين حركيا:

- 1-المهارات الأكاديمية الأساسية.
- 2-التحصيل الأكاديمي.
- 3-المهارات الإدراكية.
- 4-التطور المعرفي.
- 5-التطور اللغوي ومهارات الاتصال.
- 6-المهارات الشخصية والاجتماعية.
- 7-السلوك التكيفي الجسدي.
- 8-الاهتمامات والقدرات.
- 9-المهارات الوظيفية.

وقد أوضحت (بجي) أيضا بأنه يجب الحذر واليقظة عند تفسير الاختبارات التي طبقت على هذه الفئات من المعوقين، فالمشكلات الحركية المحدودة قد قللت من خبرات هؤلاء الأطفال ولذلك فإنه من السهولة التقليل من قدراتهم، ويذكر بليك (1981) الفاحصين بأن هؤلاء الأطفال قد يعانون من التوتر والإحباط مما يمنعهم من إظهار مهاراتهم على أحسن وجه. (ماجدة عبيد، 2009: 306-307)

ويتم التعرف إلى الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من قبل فريق من الأطباء المختصين بالأطفال، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من خلال الفحوصات الطبية اللازمة، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئية، ومظاهر النمو الحركي، ومن ثم تقديم العلاج المناسب، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية. (فاروق الروسان، 2007: 275)

5 - خصائص المعاقين حركيا:

تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية، كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع والدرجة مبررا كافيا لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركيا، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى، وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلل الدماغي متميزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع وهكذا، وعلى ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية أن يجد خصائص سلوكية عامة للمعوقين حركيا. لذلك فسوف نشير هنا إلى بعض الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي والى السمات الشخصية العامة بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية. وعلى سبيل المثال، فقد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى أخرى من فئات الاضطرابات الحركية، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد، إتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، في حين يكون ذلك ممكنا بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل الأطفال. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 202-203)

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركيا، فتختلف تبعا لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية، ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية والشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية. (فاروق الروسان، 2007: 275)

وكون هذه الشريحة تكاد تكون منزوية وبعيدة عن التفاعل مع المجتمع لشعورها بعدم القدرة على الأداء وربما عديمة الإنتاج إلى حد ما، خاصة وأن هذه الشريحة تعيش حالة الضجر والاغتراب تولد لديهم الكثير من الانفعالات والاضطرابات النفسية، حيث تجعلهم يعيشون حالة انفعالية تدفع بهم إلى تفسير خاطئ لكثير من المواقف الحياتية التي ينظر إليها على أنها ضدهم رغم أنها ليست كذلك في حقيقتها ما يجعلنا نبحت عن الطرق التي يمكن من خلالها تهدئة انفعالاتهم ورعايتهم". (سعد الحمداني، تحسين عبد الرحمن، 2009: 289)

يشير (سليمان، 1997) إلى أن حدوث الإعاقة في مراحل عمرية متقدمة قد يترتب عليها بعض المشكلات النفسية والاجتماعية، وتؤثر هذه الإعاقة في حركة المصاب مما يجعله يشعر بالنقص والاختلاف عن أقرانه وأصدقائه العاديين فهو لا يستجيب للدعم الاجتماعي الذي يقدم له من الأصدقاء. (محمد الشقيريات، يوسف أبو عين، 2001: 79)

كذلك لم تؤيد تلك النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا المجال كما يري ليولين وتشونج (Llewellyn & Chung 1997) فكرة وجود نمط شخصية معين أو مفهوم ذات معين يرتبط بأي إعاقة جسمية على وجه التحديد، إذ أن الأطفال

والمراهقين المعوقين جسمياً يتباينون في خصائصهم السيكولوجية كأقرانهم غير المعوقين، وأنهم عادة ما يستجيبون لنفس العوامل التي تؤثر على النمو النفسي للأطفال الآخرين. (هلهان، كوفمان، 2008: 768)

6 - نسبة الإعاقة الحركية:

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما، ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة. وتؤكد سيرفس (Sirvis , 1978) أن صحة المعلومات المتعلقة بمدى حدوث الإعاقات الجسمية موضع شك لعدم الاتفاق على تعريف موحد .

على أي حال، يشير هيوارد (Heward, 2002) إلى أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية تقدر بحوالي (5: 1000). (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 100)

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة حدوث الإعاقة الحركية بحوالي (0.5 %)، وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من التقدم الطبي والتقني وإسهامه بالوقاية ومعالجة العديد من هذه الاضطرابات، إلا أن نسبة هذه الفئة قد زادت في الآونة الأخيرة بسبب تحسين وسائل التعرف والكشف عليها، ووعي الأسر في البحث عن الخدمات الملائمة لهم، وبذلك فإن التقدم الطبي والتقني لم يخل من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة. فاستخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحيانا إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم أنه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة، فإن نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات – والتي تعتبر حالات شديدة ميؤوس منها – قد قلت مما زاد من نسبة المعاقين حركياً. (ماجدة عبيد، 2012: 18)

7 - الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين حركياً:

- إزالة الحواجز المادية قد تمنع الطفل من الدخول إلى المدرسة والصف باستقلالية والتحرك والتنقل بيسر. وذلك يعني إزالة الأدراج والعقبات الأخرى أو إنشاء مداخل خاصة أو إضافة المصاعد. كذلك إزالة الحواجز تشمل تكييف المرافق المدرسية لتصبح مناسبة.
- ترتيب المقاعد في الصف على نحو يسمح بالتحرك للأطفال الذين يستخدمون الكراسي المتحركة أو عكازات الخ.
- توفير أماكن كافية لحزن المعدات والأدوات الخاصة.
- التعرف إلى طرق العناية بالأدوات المساندة أو الاصطناعية التي يستخدمها الأطفال.
- تعديل أنماط مشاركة الطفل في النشاطات المدرسية والصفية بحيث يتم تجنب تعريضه للمخاطر.
- التعامل مع الأطفال بشكل صحيح في حالة تعرضهم لحالات طارئة (كالنوبات التشنجية، ردود الفعل التحسسية، الإغماء... الخ).
- تنفيذ برامج وأنشطة تساعد الأطفال على اكتساب مهارات العناية بالذات .

- تصميم وتكييف الوسائل والأدوات التعليمية لتناسب وطبيعة الضعف الموجود لدى الطفل.
- مساعدة الطفل على تطوير اتجاهات واقعية نحو نفسه ونحو الضعف الذي يعاني منه. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2007: 88)

8 - البرامج التربوية للمعاقين حركيا:

إن التعامل مع الفرد المعاق بصفة عامة والمعاق حركيا بصفة خاصة يتطلب عناية خاصة، فرغم كل الإجراءات التي اتخذتها الدولة والخدمات التي تقدمها لهذه الشريحة من المجتمع من أجل أن يتجاوز الفرد المعاق إعاقته ويصبح عنصرا فعالا ومنتج ويؤدي كل أدواره الاجتماعية المنتظرة منه، إلا أنها لم تصل بعد إلى حقيقة أن الجانب الذي يحتاج فعلا للتطوير هو توعية المجتمع والمجالات الاجتماعية التي يتفاعل معها المعاق وكيفية التفاعل مع هذه الشريحة من المجتمع على نحو علمي ومدروس يمكنها من تشكيل هويتها أو إعادة تشكيلها من خلال ما ترسله هذه المجالات الاجتماعية من معاني ورموز تكون متجاوزة للإعاقة، فالأسرة لوحدها أو المدرسة أو الرفاق أو الجمعيات كل مؤسسات المجتمع على حدى غير قادرة على إحداث التغير المطلوب وحدها. (بن عيسى المهدي، بوسحلة إيناس، 2011: 445)

أيضا، يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين حركيا أنها طرق تنظيم وتعليم وتربية هؤلاء المعوقين حركيا، إذ أن هذه البرامج تتناسب مع نوع الإعاقة وشدتها، لذا فإن هذه البرامج المقدمة لفئة المعاقين حركيا في كثير من الأحيان تختلف عن البرامج التي تقدم لغير هذه الفئة من الإعاقات الأخرى. (تيسير الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 203)

وتقترح بيجي وسيرفيس (Bigge & Sirvis, 1982) أيضا توسيع قاعدة المنهاج وإثراء محتوياته بعد تحقيق الأهداف الأساسية المتوخاة من العملية التربوية. بعبارة أخرى، أن المنهاج التربوي للأطفال المعوقين جسميا ليس ثابتا أو موحد بل هو يتباين ويتغير تبعا لتغير أداء الأطفال ويتفاوت وفقا لقدراتهم الفردية.

ولقد أكد بست (Best, 1978) ذلك فكتب يقول: "ليس هناك شيء اسمه منهاج محدد للأطفال المعوقين جسميا".

ولكي يتسنى تحقيق الأهداف التربوية المنشودة يجب أن يكون المعلمون على معرفة ودراية بإستراتيجيات تنظيم البيئة الصفية وبالأساليب التربوية المناسبة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 125)

إن البرامج في مجال التربية الخاصة يفترض أن تبدأ من مهارات العناية الذاتية والمهارات الاجتماعية والتواصل ثم البرامج الأكاديمية ثم التأهيل المهني. ويشير سيرفرس وهينتر وكالدويل Sirvis, Heints and Caldwell, 1995 في هيوراد

(Heward) في هذا الصدد إلى أن الأهداف العامة التي يجب أن يحققها فريق العمل وأولياء الأمور هي:

- 1 - استقلالية المعاق جسديا والذي يتضمن التمكن من المهارات الحياتية اليومية.
- 2 - الوعي الذاتي والنضج الاجتماعي.
- 3 - التواصل.
- 4 - النمو الأكاديمي.
- 5 - التربية المهنية والتدريب على مهارات العيش.

ولتحقيق هذه الأهداف يمكن أن يعتمد برنامجا تربويا فرديا لبعض حالات الإعاقة الجسدية من خلال فريق عمل، ويقوم بتقديم الخدمات المتنوعة لتحقيقها. وقد يحتاج بعض المعاقين جسديا وصحيا مناهج معدلة لكي تتماشى مع احتياجاتهم. (قحطان الظاهر، 2008: 230)

1 8 - أنواع البرامج التربوية المقدمة للمعوقين حركيا: 1 1 8 - مراكز الإقامة الكاملة:

تكون مخصصة لاستقبال الأطفال ذوي الشلل المخي السحائي واضطرابات العمود الفقري ووهن العضلات والتصلب المتعدد، ويمكن إنشاء أقسام ملحقة بالمستشفيات كبديل عن هذه المراكز، يقيم فيها الأطفال المعاقون حركيا وتقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة. (نبيل سليمان، 1993: 208-209)

2 1 8 - مراكز التربية النهارية:

هذه المراكز تناسب في العادة ذوي الإعاقات الناتجة عن الشلل الدماغي، إذ أن الأطفال يجب ان يتلقوا في هذه المراكز النهارية برامج علاجية بالإضافة إلى البرامج التعليمية كالعلاج الطبيعي، وكذلك البرامج التربوية، يجب أن تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي، وكذلك درجة الإعاقة العقلية، كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية. (تيسير مفلح الكوافحة، عمر عبد العزيز، 2003: 204)

3 1 8 - برامج الدمج الأكاديمي:

تناسب هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو السل، أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية. (ماجدة عبيد، 2009: 311)

وبغض النظر عن نوعية البرامج التربوية المقدمة للأطفال المعاقين حركيا فإنه من الضروري التركيز على عدد من المهارات الحركية والرياضية المناسبة، سواء أكان ذلك في مراكز الإقامة الكاملة أو مراكز التربية الخاصة أو الصفوف الخاصة في المدارس العادية، ومن أهم تلك المهارات والتي يذكرها الروسان ويحي وعلاء الدين (1991):

- مهارات التحكم بحركة الرأس.
- مهارات الاستلقاء/الاستدارة/تغيير وضع الجسم.
- مهارات الجلوس.
- مهارات الوقوف.
- مهارات المشي.
- مهارات الهرولة.
- مهارات الوثب.
- مهارات الحجل.
- مهارات التقاط الكرة.
- مهارات رمي الكرة.
- مهارات ركل الكرة.
- مهارات استخدام مضرب التنس.
- مهارات السباحة. (فاروق الروسان، 2007: 276-277)

إضافة إلى ذلك، يجب أن يوجه الاهتمام إلى البرامج التأهيلية التي تعمل على تنمية الفرد المعاق ومساعدته على النمو من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية وتتضمن هذه البرامج:

• التأهيل الطبي:

ويتم ذلك عن طريق تزويد المعاق حركيا بالأطراف الصناعية المناسبة أو استخدام العلاج الطبيعي من مساج وتدليك والعلاج بالماء لبعض الحالات.

• التأهيل المهني:

من خلال تدريبه على مهنة ما كي يستطيع ممارستها فيما بعد.

• التأهيل الاجتماعي:

والهدف منه هو مساعدته على التكيف الاجتماعي، وان يشعر بنفسه عضوا في الجماعة يشارك في أنشطتها ويتعاون مع غيره وفق إمكانياته. (نبيل سليمان، 1993: 209)

9 - الاتجاه نحو المعاقين حركيا:

لقد عرف الإنسان الإعاقات الجسمية منذ أقدم العصور. وكانت معاملة المجتمعات الإنسانية للأفراد المعوقين جسديا في الحقب التاريخية المتعاقبة لا تختلف عموما عن معاملة ذوي الإعاقات الأخرى. ففي الماضي البعيد كان المعوقون جسديا يتعرضون لإساءة المعاملة بدنيا ونفسيا. حيث كانت المجتمعات الأولى تتخلص من الأشخاص ذوي الإعاقات الجسمية الشديدة بقتلهم أو تركهم ليموتوا لوحدهم. على أن بعض المجتمعات كالمصريين القدماء لم يقتلوا هؤلاء الأشخاص ولكنهم كانوا يعرضونهم للحرمان ويسئون معاملتهم بشكل أو بآخر. وكان العلاج في حال تقديمه محصلة للاعتقادات الخرافية كما هو الحال بالنسبة للأشخاص المصابين بالصرع. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 102)

مع مرور الوقت، تغيرت النظرة اتجاه هؤلاء الأفراد، ويتجلى ذلك في عدة مظاهر، حيث قام جيمس نايت 1863 م بتأسيس مستشفى للرعاية والعناية بالأطفال المعوقين حركيا في مدينة نيويورك ليقوم بتقديم المساعدات الطبية، ويعلم هؤلاء الأطفال داخل المستشفى، ثم توالى الاهتمام بوضع المعوقين حركيا، ثم تم تأسيس مركز لرعاية الأطفال المعوقين حركيا، ويقدم لهم علاجا طبيعيا ويعلمهم مهارات العناية بالذات والتنقل وكذلك تأسيس المركز الوطني للرعاية والعناية بالمقعدين سنة 1900م، كما نشطت الاهتمامات في مختلف الدول الأوروبية والدول النامية. (عصام الصفدي، 2007: 24)

وقد كانت الحرب العالمية الأولى والثانية العامل الأهم الذي دفع إلى تطوير الخدمات التربوية التأهيلية لهذه الفئات من المعوقين ذلك أن الحربين العالميتين نجم عنهما إصابات النخاع الشوكي والبتير وإصابات الدماغ وغير ذلك. ولم يكن التأهيل مقتصرًا على التأهيل الطبي ولكنه امتد ليشمل الجوانب النفسية والمهنية والاجتماعية وأصبح التأهيل عملا يقوم به فريق يشارك في عضويته المرشدون والآباء وأخصائيو العلاج الطبيعي والوظيفي وأخصائيو اضطرابات الكلام واللغة وغيرهم. وفي الوقت الحالي أصبح الاهتمام ينصب على تدريس الأطفال المعوقين جسديا في المدارس العادية إذا كانت طبيعة الإعاقات تسمح بذلك على أن يتم تكييف البيئة المدرسية بإزالة الحواجز والعوائق ليصبح لهم بالحركة والتنقل. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2009: 103)

عموما أجريت عدة دراسات بغية التعرف على الاتجاهات البيئية نحو المقعدين أو معرفة اتجاهات المقعدين نحو الأبوين والزملاء، وقد أظهرت هذه الدراسات بأن مستوى توافق المقعدين أقل نضجا من مستوى توافق الأصحاء، ويميلون إلى الانسحاب من الاتصالات والعلاقات الاجتماعية وهم ناقمون على المجتمع وعلى الكبار ويطالبون بحق المساواة مع الأطفال الأصحاء وقد يظهر على سلوكهم من جراء ذلك نزعة عدوانية نسبية، أما ما يخص علاقتهم بالوالدين فقد تبين أن المراهقين المصابين بعيوب بدنية يظهرون علاقات طيبة مع شخصية الأم تفوق العلاقة مع الأب، تظهر لديهم بعض الميول التي تلاحظ عند المراهقين الأصحاء، ويعيشون في مجال نفسي معين يحاولون إيجاد نواحي إشباع بديلة في عالم الوهم والخيال.

أما اتجاهات الأهل نحو الطفل المقعد فتكون متباينة، فمنهم من يحيطه بالرعاية والحماية الزائدة أو بنوع من الشفقة والعطف ويوفر له جو من الأمن والطمأنينة والتقبل وهناك بعض الأسر يكون سلوكها معاكسا لذلك الاتجاه ويبدون نوعا من الاستياء والرفض المقنع أو الصريح. فالمطلوب هو تعديل اتجاهات الأسرة واتجاهات الآخرين نحو هؤلاء الأطفال وتقبله كعضو في الجماعة بما فيه من قصور وعجز وأن ننمي روح التعاون مع الآخرين وان يعامل هذا الطفل معاملة عادية وطبيعية ويأتي دور المجتمع في تأمين الوسائل والأجهزة والتي تساعد على الحركة كي يشعر بأنه عضو نشيط وفعال يستطيع المشاركة بإمكانياته المتوفرة لديه رغم عجزه وقيدته. (نبيل سليمان، 1993: 208)

خلاصة الفصل:

خلاصة القول أن الإعاقة الجسمية مصطلح يشمل فئات غير متجانسة تتمايز فيما بينها، وتتفق في كونها تمثل مظاهر تعطل من قدرة الفرد الجسمية وبالتالي تؤثر على خصائصه وقدراته وتوازنه، وأثارها في حقيقة الأمر تتعدى حجم الإعاقة نفسها، مع ذلك يمكن لأفراد هذه الفئة أن يظهروا الكثير من التحديات التي تقف في وجه إعاقاتهم، كما يمكن لهم أن يقوموا بما يترتب عليهم من واجبات حتى يخدموا مجتمعهم، فالأمم إذا ما أرادت التطور فلا بد لها من استغلال كل الطاقات المتوفرة، كل هذا من أجل أن يصبح المجتمع بكل فئاته كتلة واحدة هدفها النمو والتقدم.

الفصل الثامن:

الاجراءات المنهجية للدراسة

1 للدراسة الاستطلاعية.

- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
- الاطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية.
- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.
- أداة الدراسة الاستطلاعية.
- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.

2 للدراسة الأساسية.

- منهج الدراسة.
- عينة الدراسة الأساسية.
- أداة الدراسة الأساسية.
- إجراءات تطبيق أداة الدراسة.
- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة.

1 للدراسة الاستطلاعية:

1 1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من المراحل المهمة في البحث العلمي، كونها تعين الباحث على التعرف على طبيعة ميدان دراسته، وعلى مدى مناسبة أدوات البحث للغرض المقصود، وتهدف الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها إلي:

- التعرف على الصعوبات والعقبات التي يمكن أن تواجهنا خلال إجراءات البحث.
- بناء أداة الدراسة.

- التأكد من الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة.

1 2 - الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

1-2-1- الإطار المكاني للدراسة:

قام الطالب بإجراءات الدراسة الاستطلاعية بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا جامعة – السينيا – وهران.

1-2-2- الإطار الزمني للدراسة:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية يومي: 9 – 10 مارس 2014.

1 3 - مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة في كل طلبة السنة الثانية والثالثة من طلبة علم النفس وعلوم التربية باستثناء طلبة تخصص الأرطوفونيا المسجلين رسميا في الموسم الدراسي 2013 – 2014 بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة – السينيا – وهران.

1 4 - خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 52 طالبا من طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا موزعين على حسب المتغيرات التالية:

1-4-1- حسب الجنس:

جدول رقم (20) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

الجنس						عينة الدراسة
%	المجموع	%	إناث	%	ذكور	
%100	52	%73.08	38	%26.92	14	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) أن نسبة الإناث تمثل (73.08%)، وهي الفئة الغالبة مقارنة مع نسبة الذكور التي تمثل (26.92%) في هذه الدراسة، وهذا حسب طبيعة مجتمع الدراسة الذي ترتفع فيه نسبة الإناث مقارنة مع نسبة الذكور.

1-4-2- حسب المستوى الدراسي:

جدول رقم (21) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي.

المستوى الدراسي						/
%	المجموع	%	السنة الثالثة	%	السنة الثانية	
%100	52	%53.85	28	%46.15	24	عينة الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة طلبة السنة الثانية بلغت (46.15%)، بينما بلغت نسبة طلبة السنة الثالثة (53.85%)، ويظهر من الجدول تقارب في نسب طلبة السنة الثانية والثالثة تماشياً مع طبيعة مجتمع البحث.

1-4-3- حسب التخصص الأكاديمي:

جدول رقم (22) يبين توزيع أفراد العينة حسب التخصص الأكاديمي.

عينة الدراسة	التخصص الأكاديمي
19	علم النفس
5	علوم التربية
4	تربية خاصة
5	إرشاد وتوجيه
9	علم النفس العيادي
7	علم النفس الأسري
3	علم النفس العمل والتنظيم
52	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (22) أن العينة اشتملت على مختلف التخصصات التي تناولتها الدراسة، كما نلاحظ ارتفاع نسبة طلبة علم النفس وذلك تماشياً مع طبيعة المجتمع الأصلي حيث تمثل نسبة طلبة علم النفس أعلى نسبة مقارنة مع التخصصات الأخرى.

1 5 - أداة الدراسة الاستطلاعية:

من أجل تحقيق أهداف هذه الدراسة، اعتمد الطالب على أداة واحدة تمثلت في استمارة تقيس اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من إعداد الطالب، واعتمد من أجل ذلك عدة إجراءات.

1-5-1- إجراءات بناء أداة الدراسة:

استعان الطالب بالمقاييس والدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع، مثل: مقياس الاتجاه نحو التخلف العقلي من إعداد إيمن فؤاد الكاشف (2008) الذي يتكون من جزئين، الجزء الأول يتكون من 50 عبارة يطلب من المفحوص إبداء رأيه بالنسبة لكل واحدة منها بوحدة من بين ثلاث استجابات هي: أوافق - إلى حد ما- غير موافق. أما الجزء الثاني من المقياس فيحتوي على مجموعة من المواقف التي تبين قدرة المفحوص على التصرف حيالها. وتحتوي كل عبارة على تسؤل ينتهي باختيار إحدى الإجابتين (نعم، لا) فإذا كانت الإجابة نعم يكون أمام المفحوص ثلاث اختيارات أخرى يختار واحدة منها والتي تعبر عن سبب موافقته. وقد كان معامل ثبات الجزء الأول من المقياس 0.85، كما وجدت أن معاملات ثبات المفردات بالنسبة للجزء الثاني وجد أنها دالة إحصائياً ويمكن الوثوق بها.

وقد اطلع الطالب على عبارات هذا الاستبيان واستعان ببعض الفقرات والأبعاد التي تخدم الدراسة.

كما اطلع الباحث على مقياس يوكر للاتجاهات نحو المعوقين (Forme 0) ترجمة زيدان احمد السرطاوي الذي تحقق من ثبات المقياس باستخدام الطريقة النصفية وبلغت قيمة معامل الثبات (0.76).

كما استعان الطالب كذلك بمقياس الاتجاهات نحو المعاقين الذي أعده الحاروني وفراج (1999)، واستخرج الحاروني وفراج معامل ثبات الأداة بطريقتين: الطريقة الأولى ثبات الإعادة للأداة والذي بلغ (0.57) وكان دالاً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$. والطريقة الثانية عن طريق حساب معامل الارتباط بين أداء أفراد عينة الثبات على كل فقرة من فقرات المقياس مع الأداة الكلية، والتي تراوحت بين (0.29 - 0.67).

1-5-2- وصف أداة الدراسة:

بعد الاطلاع على الأدبيات والجانب النظري فيما يخص موضوع الدراسة قام الطالب بوضع الصورة المبدئية للأداة والتي شملت 45 فقرة موزعة على أربعة أبعاد وهي:

- البعد الأول: الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقون عقلياً، سمعياً، بصرياً، حركياً).
- البعد الثاني: الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقون عقلياً، سمعياً، بصرياً، حركياً).

- **البعد الثالث:** الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقون عقليا، سمعيا، بصريا، حركيا).
- **البعد الرابع:** الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقون عقليا، سمعيا، بصريا، حركيا).

حيث يطلب من المفحوص الإجابة على عبارات الأداة وذلك بوضع علامة X تحت إحدى الخيارات الخمس المرفقة بالمقياس وهي: (أوافق بشدة - أوافق - إلى حد ما - لا أوافق - لا أوافق بشدة) . مع تخصيص التقديرات (1-2-3-4-5) للاستجابات على العبارات الموجبة، و التقديرات (1-2-3-4-5) للاستجابات على العبارات السالبة.

1-5-3- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

1-3-5-1- صدق الأداة:

تعتبر الأداة صادقة إذا كانت تقيس ما وضعت لقياسه، وهناك عدة طرق لحساب الصدق اعتمدنا منها على طريقتين وهما:

● صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان في صورته الأولية على مجموعة من أساتذة علم النفس بلغت سبعة (7) أساتذة 5 أساتذة من جامعة وهران، وأستاذ من جامعة مستغانم، وأستاذ من جامعة غليزان، من أجل تقدير ما إذا كانت العبارات الموضوعية تقيس ما وضعت من أجله، وكذلك إبداء رأيهم حول وضوح مضمون الفقرات وأسلوب صياغتها ومناسبة كل فقرة للبعد الذي تنتمي إليه.

وبناء على رأي المحكمين تم إلغاء بعض العبارات الغير مناسبة والتي تمثلت في العبارات التالية:

جدول رقم (23) يبين العبارات التي تم حذفها من الاستبيان.

العبارات	رقم العبارة
تمنع الإعاقة المعاق من التقدم في الحياة.	3
تمنع الإعاقة الفرد من ممارسة أعمال مفيدة.	11
مراكز رعاية المعوقين مضيعة للجهد والمال.	17
لا يجب أن ينزل المعاقون بمفردهم إلى الشارع.	25
لا أمانع تقديم العون والمساعدة للأشخاص المعاقين.	29
لا يجب منع المعاق من الاختلاط بغيره.	32
يجب أن تتم معاملة المعاقين بطريقة علمية.	34

كما تم تغيير بعض الفقرات من بعد لآخر وهي:

الفقرة 12 من البعد الثاني إلى البعد الأول.

الفقرة رقم 43 من البعد الرابع إلى البعد الثالث.

كما تم تعديل صياغة بعض الفقرات وفقا لآراء المحكمين والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (24) يبين العبارات التي تم تعديل صياغتها.

الرقم	العبارة الأصلية	العبارة المعدلة
1	لا يعتبر الفرد المعوق عبئا على المجتمع.	يعتبر الفرد المعوق عبئا على المجتمع.
2	الاهتمام بالمعاقين مظهر من مظاهر التقدم.	الإهتمام بالمعاقين مظهر من مظاهر تقدم الأمم.
3	أنظر الى المعاقين نظرة شفقة وحرز.	أنظر الى المعاقين نظرة شفقة ورحمة.
4	يجب على المعاق انجاب أولاد.	أعتقد انه على المعاق تفادي إنجاب أولاد.
5	المعاق شخص عادي كغيره من العاديين.	أعتقد أن المعاق شخص عادي كغيره من العاديين.
6	يتمتع المعاقون بقدرات محدودة.	يتمتع المعاقون قدرات عقلية محدودة.
7	يتوقع من المعاقين تحقيق النجاح مثل العاديين.	يمكن للمعاقين تحقيق النجاح مثل العاديين.
8	يتحمل المعاقون قدرا قليلا من المسؤولية على أفعالهم.	يتحمل المعاقون قدرا منخفضا من المسؤولية على أفعالهم.
9	لا يجب ان تشعر الأسرة بالإحراج من وجود فرد معاق.	كثيرا ما تشعر الأسرة بالإحراج من وجود فرد معاق.
10	يصدر عن المعاقين تصرفات غير لائقة.	التصرفات التي تصدر عن المعاقين غير لائقة.
11	تتميز نظرة المعاقين لأنفسهم بالسلبية.	نظرة المعاقين لأنفسهم تتميز بالسلبية.

• الصدق التمييزي:

تمت الاستعانة بنظام Spss من أجل حساب الصدق التمييزي، حيث تم استخراج الثلث الأعلى والثلث الأدنى للتوزيع، وحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، ثم تم حساب قيمة ت من أجل التعرف على دلالة الفروق، والجدول رقم (25) يوضح النتائج:

الجدول رقم (25) يبين نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين أعلى 30 % وأدنى 30% من عينة التقنيين على استبيان الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

المجالات أو الأبعاد	المجموعات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة	أعلى 30 %	43.1765	2.76666	6.501	0.01
	أدنى 30 %	35.7647	3.80015		
الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة	أعلى 30 %	47.4118	3.37377	6.885	0.01
	أدنى 30 %	38.2353	4.33776		
الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة	أعلى 30 %	39.8235	1.87867	8.849	0.01
	أدنى 30 %	33.7059	2.14373		
الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة	أعلى 30 %	27.4706	2.87484	5.558	0.01
	أدنى 30 %	21.9412	2.92555		
الاستبيان ككل	أعلى 30 %	157.8824	4.92294	13.290	0.01
	أدنى 30 %	129.6471	7.24518		

يلاحظ من خلال الجدول رقم (25) أن قيمة ت للفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة بين أفراد الثلث الأعلى وأفراد الثلث الأدنى جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.01، هذا ما يؤكد وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعتين لصالح المجموعة الثلث الأعلى وهذا يعني أن المقياس صادق في تمييزه بين ذوي الدرجات المرتفعة والدرجات المنخفضة.

• صدق الاتساق الداخلي لاستبيان الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة:

يساهم هذا النوع من الصدق في توضيح علاقة كل فقرة بالبعد الذي تنتمي إليه، وعلاقتها بالاستبيان ككل، ولقد اعتمدنا في حساب ذلك على معامل بيرسون وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (26) يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعدها الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

معامل الارتباط	الفقرات	رقم الفقرة
0.510**	يعتبر الفرد المعوق عبئاً على المجتمع.	1
0.366**	يتمتع الفرد المعاق بحقوق وواجبات مثل الافراد العاديين.	5
0.395**	الإهتمام بالمعاقين مظهر من مظاهر تقدم الامم.	9
0.330*	يجب أن يعمل المعاقون داخل مجموعات خاصة بهم.	13
0.415**	أنظر الى المعاقين نظرة شفقة ورحمة.	17
0.561**	موت الشخص المعاق أفضل من بقائه على قيد الحياة.	21
0.605**	أعتقد انه على المعاق تفادي إنجاب أولاد.	25
0.561**	أعتقد ان الشخص المعاق لن يشفي أبداً.	29
0.395**	يتطور المجتمع إذا قلت فيه نسبة المعاقين.	33
0.157	لا أنزعج عندما أتعامل مع أشخاص معاقين.	37

*: القيمة دالة عند 0.05.

** : القيمة دالة عند 0.01.

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن معاملات ارتباط الفقرات رقم 1، 5، 9، 17، 21، 25، 29، 33 ببعدها الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، أما الفقرة رقم 13 فقد كانت دالة عند مستوى 0.05، مما يؤكد صدق الفقرات ما عدا الفقرة رقم 37 التي لم تكن ذات دلالة إحصائية ولقم قام الطالب بالإبقاء عليها لاعتبارها ملائمة وذات أهمية بالنسبة للاستبيان كونها تعبر عن اتجاه الطلبة نحو التعامل المباشر مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

الجدول رقم (27) يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.

معامل الارتباط	الفقرات	رقم الفقرة
0.691**	لا يجب أن يتولى المعاقون مناصب مهمة.	2
0.515**	أعتقد أن المعاق شخص عادي كغيره من العاديين.	6
0.338*	يجب دمج المعاقين في المجتمع.	10
0.458**	يتمتع المعاقون بقدرات عقلية محدودة.	14
0.162	يمكن للمعاقين تحقيق النجاح مثل العاديين.	18
0.507**	نستطيع إستغلال قدرات وإمكانيات الأفراد المعاقين.	22
0.580**	تؤثر الإعاقة على المستقبل المهني للمعاقين.	26
0.535**	يتحمل المعاقون قدرا قليلا من المسؤولية على أفعالهم.	30
0.247*	يستطيع المعاقون إتقان ما لديهم من أعمال.	34
0.560**	يجب أن يدرس المعاقون في المدارس العادية.	36
0.632**	أقبل أن أدخل في عمل مشترك مع شخص معاق.	38

*: القيمة دالة عند 0.05.

** : القيمة دالة عند 0.01.

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن معاملات ارتباط الفقرات رقم 2، 6، 14، 22، 26، 30، 36، 38 ببعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، أما الفقرات رقم 10، 34 فقد كانت دالة عند مستوى 0.05، مما يؤكد صدق الفقرات ما عدا الفقرة رقم 18 التي لم تكن ذات دلالة إحصائية ولقم قام الطالب بالإبقاء عليها كونها تعبر عن نظرة الطلبة نحو إمكانية ذوي الاحتياجات الخاصة من تحقيق النجاح مما يجعلها عبارة ملائمة وذات أهمية بالنسبة للاستبيان.

الجدول رقم (28) يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعيد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة.

معامل الارتباط	الفقرات	رقم الفقرة
0.491**	أقبل الزواج من فرد معاق.	3
0.496**	لا أشعر بالحرج عند وجودي مع شخص معاق.	7
0.504**	لا أمانع مصادقة شخص معاق.	11
0.627**	كثيرا ما تشعر الأسرة بالإحراج من وجود فرد معاق.	15
0.534**	لا أتجنب المعاقين في المناسبات العامة.	19
0.275*	الحب والحنان ضروريان في التعامل مع الأشخاص المعاقين.	23
0.380**	لا أرغب ان عمل في وظيفة تتعلق بالمعاقين.	27
0.382**	أحترم المعاقين على الرغم من إعاقاتهم.	31
0.424**	لا يستطيع المعاق تكوين علاقات إجتماعية.	35

*: القيمة دالة عند 0.05.

** : القيمة دالة عند 0.01.

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن معاملات ارتباط الفقرات رقم 3، 7، 15، 19، 27، 31، 35 ببعيد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، أما الفقرة رقم 23 فقد كانت دالة عند مستوى 0.05، مما يؤكد صدق الفقرات.

الجدول رقم (29) يبين قيم معامل ارتباط الفقرات ببعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة.

معامل الارتباط	الفقرات	رقم الفقرة
0.501**	تسبب الإعاقة الشعور بالنقص لدى الأشخاص المعاقين.	4
0.561**	أنتبه لكلامي عند التحدث مع شخص معاق.	8
0.499**	يملك المعاقون ثقة عالية بأنفسهم.	12
0.540**	التصرفات التي تصدر عن المعاقين غير لائقة.	16
0.639**	نظرة المعاقين لأنفسهم تتميز بالسلبية.	20
0.437**	يحظى المعاقون بدرجة حب أقل من العاديين.	24
0.456**	يخطئ المعاقون في فهم مشاعر الآخرين نحوهم.	28
0.243	يستطيع المعاقون تبادل مشاعر الحب والتقدير مع غيرهم.	32

*: القيمة دالة عند 0.05.

** : القيمة دالة عند 0.01.

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن معاملات ارتباط الفقرات رقم 4، 8، 12، 16، 20، 24، 28 ببعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يؤكد صدق الفقرات ما عدا الفقرة رقم 32 التي لم تكن ذات دلالة إحصائية ولقم قام الطالب بالإبقاء عليها كونها تعبر عن نظرة الطلبة المباشرة نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة مما يجعلها عبارة ملائمة وذات أهمية بالنسبة للاستبيان.

الجدول رقم (30) يبين قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والاستبيان ككل.

م	العبارات	معامل الارتباط
1	يعتبر الفرد المعوق عبئا على المجتمع.	0.386**
2	لا يجب أن يتولى المعاقون مناصب مهمة.	0.565**
3	أقبل الزواج من فرد معاق.	0.215
4	تسبب الإعاقة الشعور بالنقص لدى الأشخاص المعاقين.	0.338*
5	يتمتع الفرد المعاق بحقوق وواجبات مثل الافراد العاديين.	0.148
6	أعتقد أن المعاق شخص عادي كغيره من العاديين.	0.432**
7	لا أشعر بالحرج عند وجودي مع شخص معاق.	0.371**
8	أنتبه لكلامي عند التحدث مع شخص معاق.	0.377**
9	الإهتمام بالمعاقين مظهر من مظاهر تقدم الأمم.	0.244
10	يجب دمج المعاقين في المجتمع.	0.369**
11	لا أمانع مصادقة شخص معاق.	0.499**
12	يمتلك المعاقون ثقة عالية بأنفسهم.	0.293*
13	يجب أن يعمل المعاقون داخل مجموعات خاصة بهم.	0.394**
14	يتمتع المعاقون بقدرات عقلية محدودة.	0.491**
15	كثيرا ما تشعر الأسرة بالإحراج من وجود فرد معاق.	0.522**
16	التصرفات التي تصدر عن المعاقين غير لائقة.	0.591**
17	أنظر الى المعاقين نظرة شفقة ورحمة.	0.323*
18	يمكن للمعاقين تحقيق النجاح مثل العاديين.	0.70
19	لا أتجنب المعاقين في المناسبات العامة.	0.414**
20	نظرة المعاقين لأنفسهم تتميز بالسلبية.	0.312*
21	موت الشخص المعاق أفضل من بقاءه على قيد الحياة.	0.450**
22	نستطيع إستغلال قدرات وإمكانيات الافراد المعاقين.	0.221
23	الحب والحنان ضروريان في التعامل مع الأشخاص المعاقين.	0.114
24	يحظى المعاقون بدرجة حب أقل من العاديين.	0.331*
25	أعتقد انه على المعاق تفادي إنجاب أولاد.	0.482**
26	تؤثر الإعاقة على المستقبل المهني للمعاقين.	0.468**
27	لا أرغب ان عمل في وظيفة تتعلق بالمعاقين.	0.197
28	يخطئ المعاقون في فهم مشاعر الآخرين نحوهم.	0.228
29	أعتقد ان الشخص المعاق لن يشفي أبدا.	0.368**
30	يتحمل المعاقون قدرا قليلا من المسؤولية على أفعالهم.	0.475**
31	أحترم المعاقين على الرغم من إعاقاتهم.	0.224
32	يستطيع المعاقون تبادل مشاعر الحب والتقدير مع غيرهم.	0.184

0.453**	يتطور المجتمع إذا قلت فيه نسبة المعاقين.	33
0.367**	يستطيع المعاقون إتقان ما لديهم من أعمال.	34
0.349*	لا يستطيع المعاق تكوين علاقات إجتماعية.	35
0.343*	يجب أن يدرس المعاقون في المدارس العادية.	36
0.44	لا أنزعج عندما أتعامل مع أشخاص معاقين.	37
0.610**	أقبل أن أدخل في عمل مشترك مع شخص معاق.	38

*: القيمة دالة عند 0.05.

** : القيمة دالة عند 0.01.

• صدق الاتساق الداخلي للأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبيان:

الجدول رقم (31) يبين معامل ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبيان.

الرقم	البعد	معامل الارتباط
1	الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة	0.780**
2	الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة	0.812**
3	الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة	0.712**
4	الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة	0.700**

يلاحظ من خلال الجدول أن معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبيان الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة كانت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق أبعاد الاستبيان.

1-5-3-2- الثبات:

تم الاعتماد من أجل التأكد من ثبات الاستبيان على أسلوب "معامل ألفا كرونباخ" وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (32) يوضح نتائج معامل الثبات عن طريق معامل "ألفا كرونباخ".

الرقم	البعد	معامل الثبات
1	الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة	0.489
2	الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة	0.661
3	الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة	0.524
4	الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة	0.516

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد الاستبيان كانت مقبولة، ولقد توصل الطالب إلى أن معامل الثبات الكلي للاستبيان من خلال معامل ألفا كرونباخ هو 0.801 وهو معامل ثبات دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، حسب توزيع قيم معاملات ارتباط "سبيرمان"، هذا ما يدل على ثبات الاستبيان.

2 - الدراسة الأساسية:

2 1 - منهج الدراسة الأساسية:

المنهج العلمي مصطلح يستخدم للإشارة إلى الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة التي توجه تسيير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. وبعبارة أخرى، يمكن تعريف منهج العلم بأنه عبارة عن مجموعة من الخطوات المنظمة التي ينتقل خلالها الباحث بين الاستنباط والاستقراء أو بين الاستنتاج العقلي والاستدلال التجريبي حتى يصل إلى المعرفة اليقينية. فالاستنباط يساعد على استنتاج الحلول أو التغيرات المبدئية للظاهرة أو ما يعرف بالفرضيات Hypotheses، بينما يستخدم الاستقراء في التحقق الميداني أو التجريبي من صدق هذه الفرضيات. (عبد الكريم بوحفص، 2011: 29)

وبذلك يكون المنهج العلمي الوسيلة الأساسية والمناسبة من أجل الإجابة على كل الأسئلة التي تطرحها الدراسة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، وتماشياً مع أهداف دراستنا التي تناولت موضوع اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، اعتمد الطالب على المنهج الوصفي باعتباره المنهج الملائم لمعرفة هذه الاتجاهات وتحديدها، ويقصد بالمنهج الوصفي، "أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم، لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا، عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها، وتحليلها، وإخضاعها للدراسة الدقيقة". (ماجد محمد الخياط، 2010: 135) مما يجعل من المنهج الوصفي المنهج المناسب لهذه الدراسة.

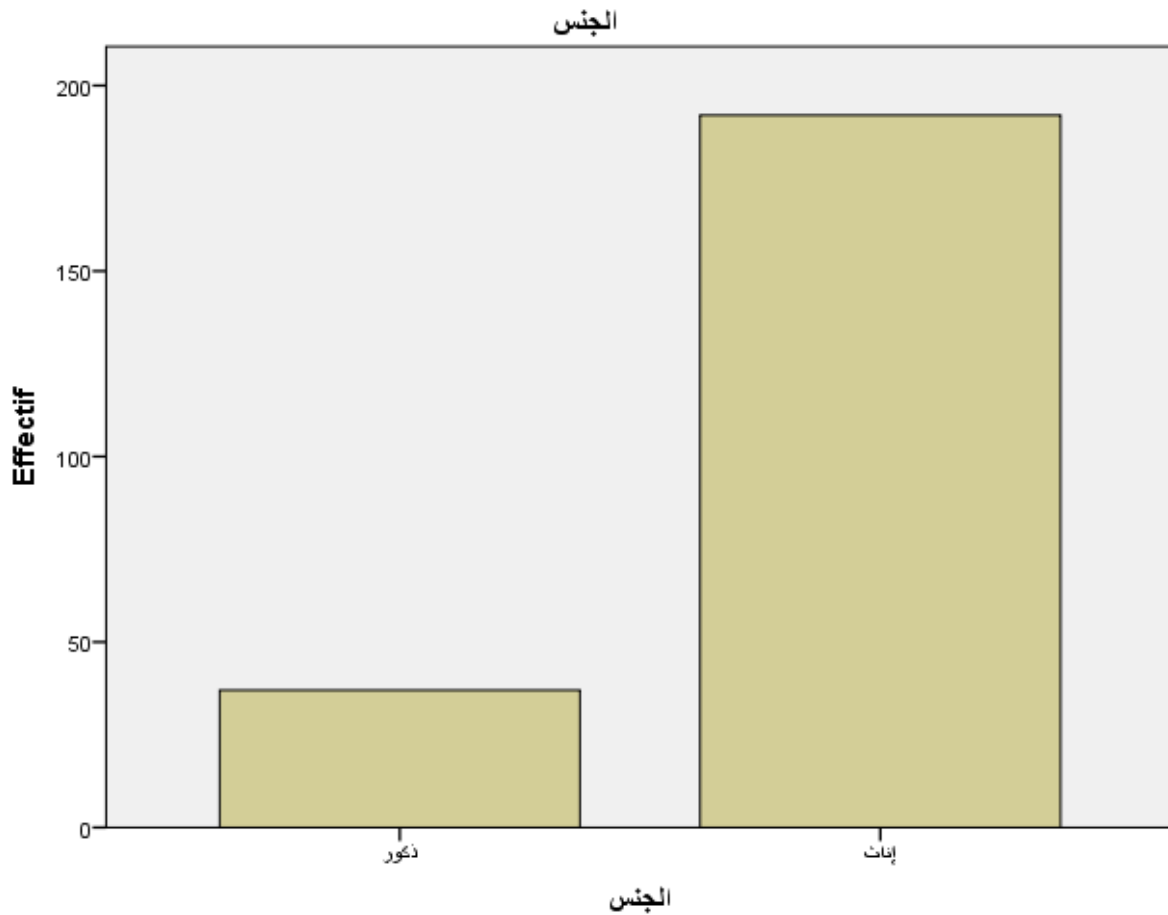
2 2 - عينة الدراسة الأساسية:

طبق الطالب أداة الدراسة على عينة من طلبة السنة الثانية والثالثة من طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران بتخصصاته المختلفة ما عدا طلبة تخصص الأرتوفونيا كونه تخصص جديد في القسم ولا يعكس احد متغيرات الدراسة الذي يتمثل في المستوى الدراسي ولذلك تم استبعاد طلبة هذا التخصص من عينة الدراسة التي شملت 229 طالباً يتوزعون حسب متغيرات الجنس، المستوى الدراسي، التخصص الأكاديمي، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بالمعاقين، كما يلي:

2-2-1- حسب متغير الجنس:

الجدول رقم (33) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

الجنس						/
%	المجموع	%	إناث	%	ذكور	
100%	229	83.8%	192	16.2%	37	عينة الدراسة



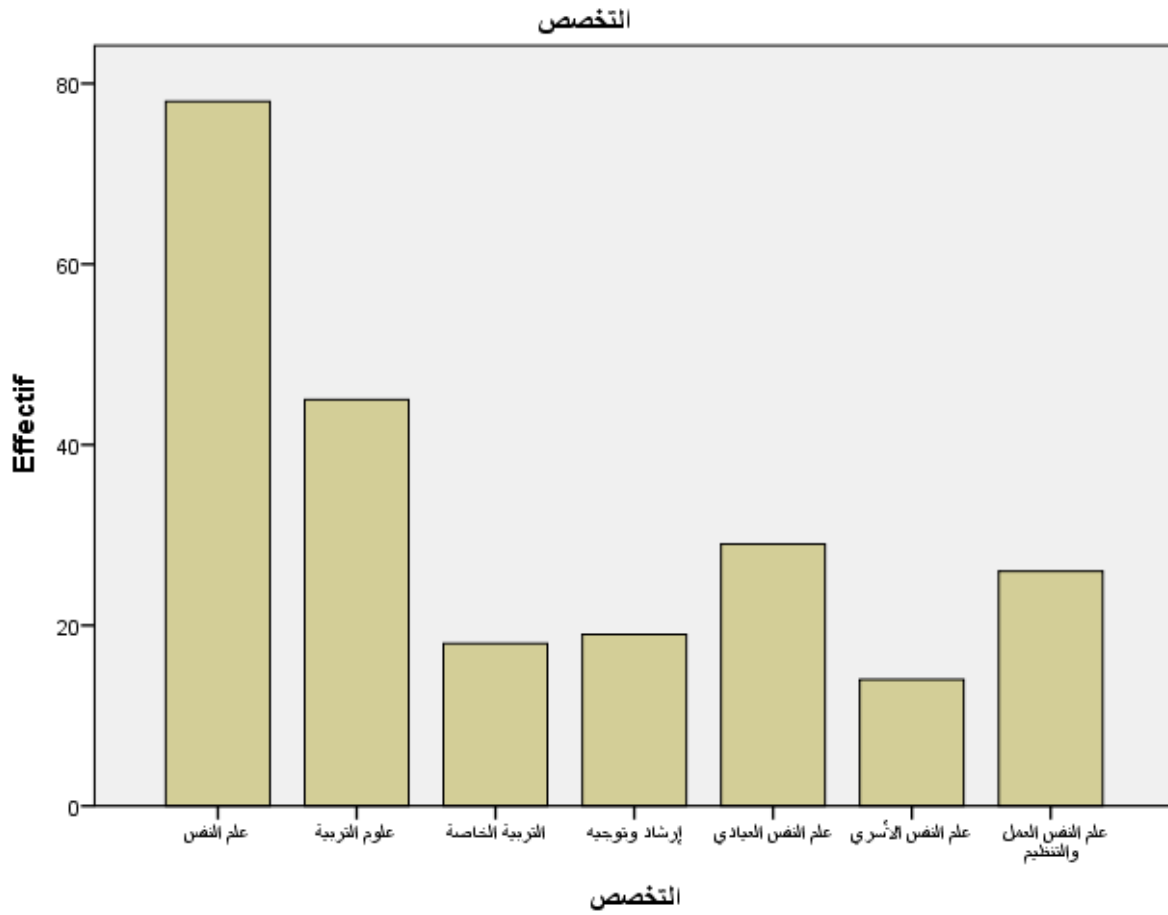
شكل (2): رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن نسبة الإناث تمثل (83.8%)، وهي الفئة الغالبة مقارنة مع نسبة الذكور التي تمثل (16.2%) في هذه الدراسة، وهذا حسب طبيعة مجتمع الدراسة الذي ترتفع فيه نسبة الإناث مقارنة مع نسبة الذكور.

2-2-2- حسب متغير التخصص الأكاديمي:

الجدول رقم (34) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص الأكاديمي.

النسبة المئوية	عدد الأفراد	التخصص الأكاديمي
34.1%	78	علم النفس
19.7%	45	علوم التربية
7.9%	18	التربية الخاصة
8.3%	19	إرشاد وتوجيه
12.7%	29	علم النفس العيادي
14%	14	علم النفس الأسري
11.4%	26	علم النفس العمل والتنظيم
100	229	المجموع



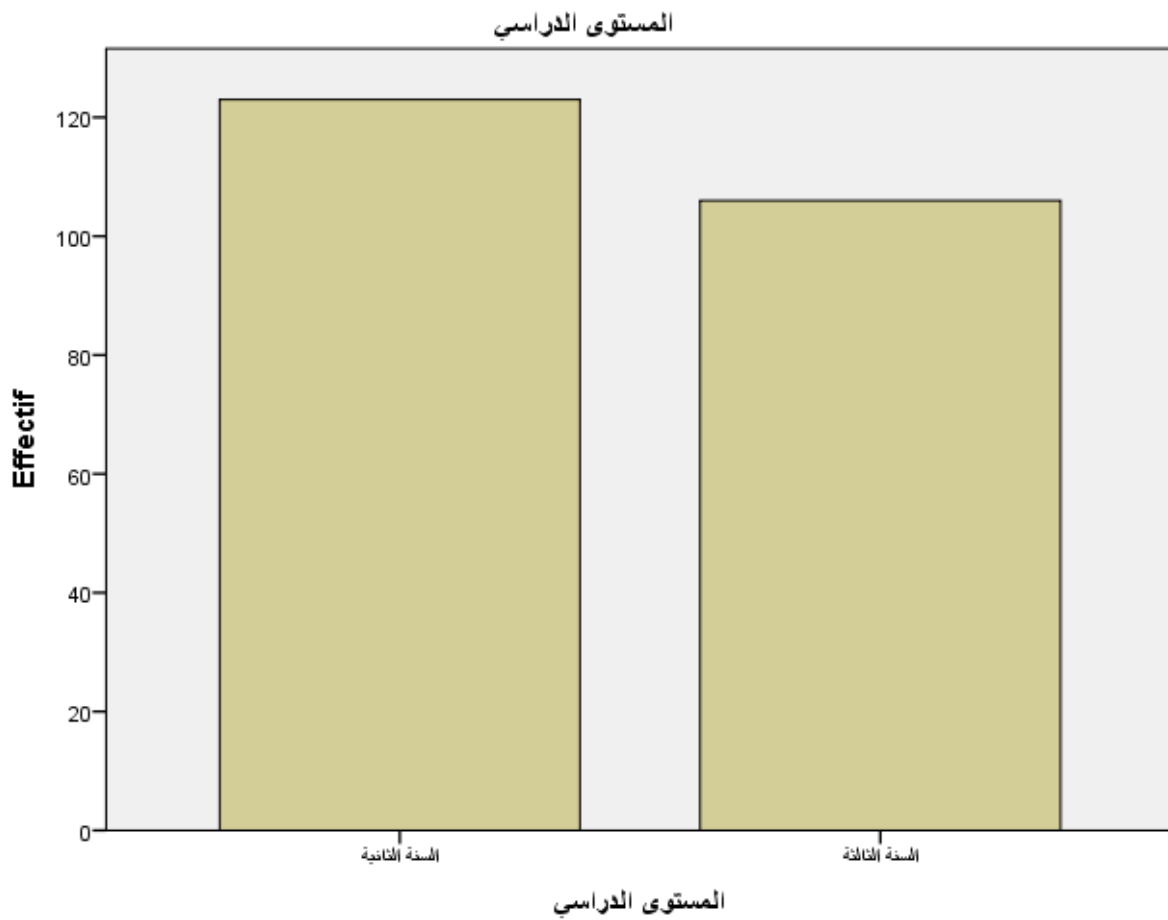
شكل (3): رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص الأكاديمي.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أن العينة اشتملت على مختلف التخصصات التي تناولتها الدراسة، كما نلاحظ ارتفاع نسبة طلبة علم النفس وذلك تماشياً مع طبيعة المجتمع الأصلي حيث تمثل نسبة طلبة علم النفس النسبة الأعلى مقارنة مع التخصصات الأخرى.

3-2-2- حسب متغير المستوى الدراسي:

الجدول رقم (35) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي.

المستوى الدراسي						/
%	المجموع	%	السنة الثالثة	%	السنة الثانية	
100%	229	46.3%	106	53.7%	123	عينة الدراسة



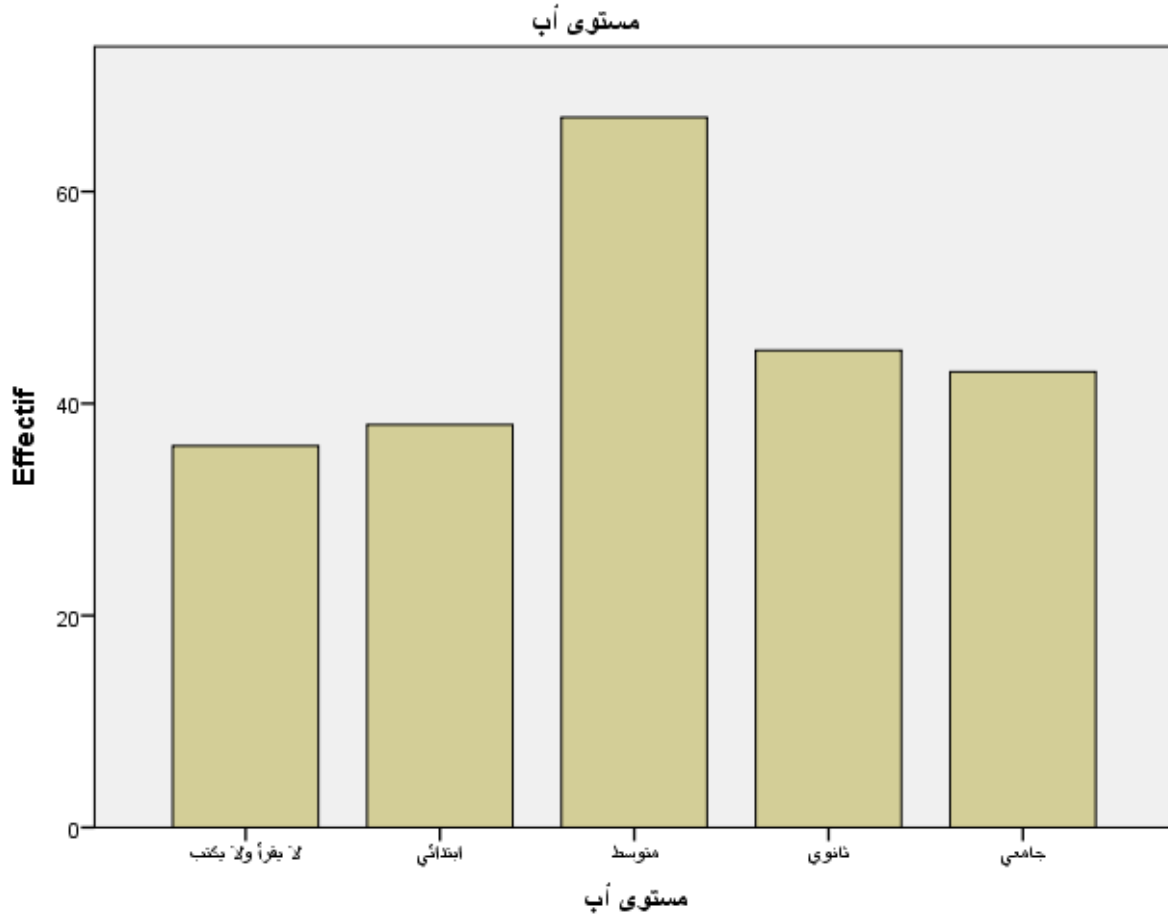
شكل (4): رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي.

نلاحظ من خلال الجدول تقارب في النسب بين طلبة السنة الثانية و طلبة السنة الثالثة، حيث بلغت نسبة طلبة السنة الثانية (53.7%)، وبلغت نسبة طلبة السنة الثالثة (46.3%)، وجاء ذلك تماشياً مع طبيعة مجتمع الدراسة.

4-2-2- حسب متغير المستوى التعليمي للأب:

الجدول رقم (36) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأب.

النسبة المئوية	عدد الأفراد	المستوى التعليمي للأب
15.7%	36	لا يقرأ ولا يكتب
16.6%	38	ابتدائي
29.3%	67	متوسط
19.7%	45	ثانوي
18.8%	43	جامعي
100%	229	المجموع



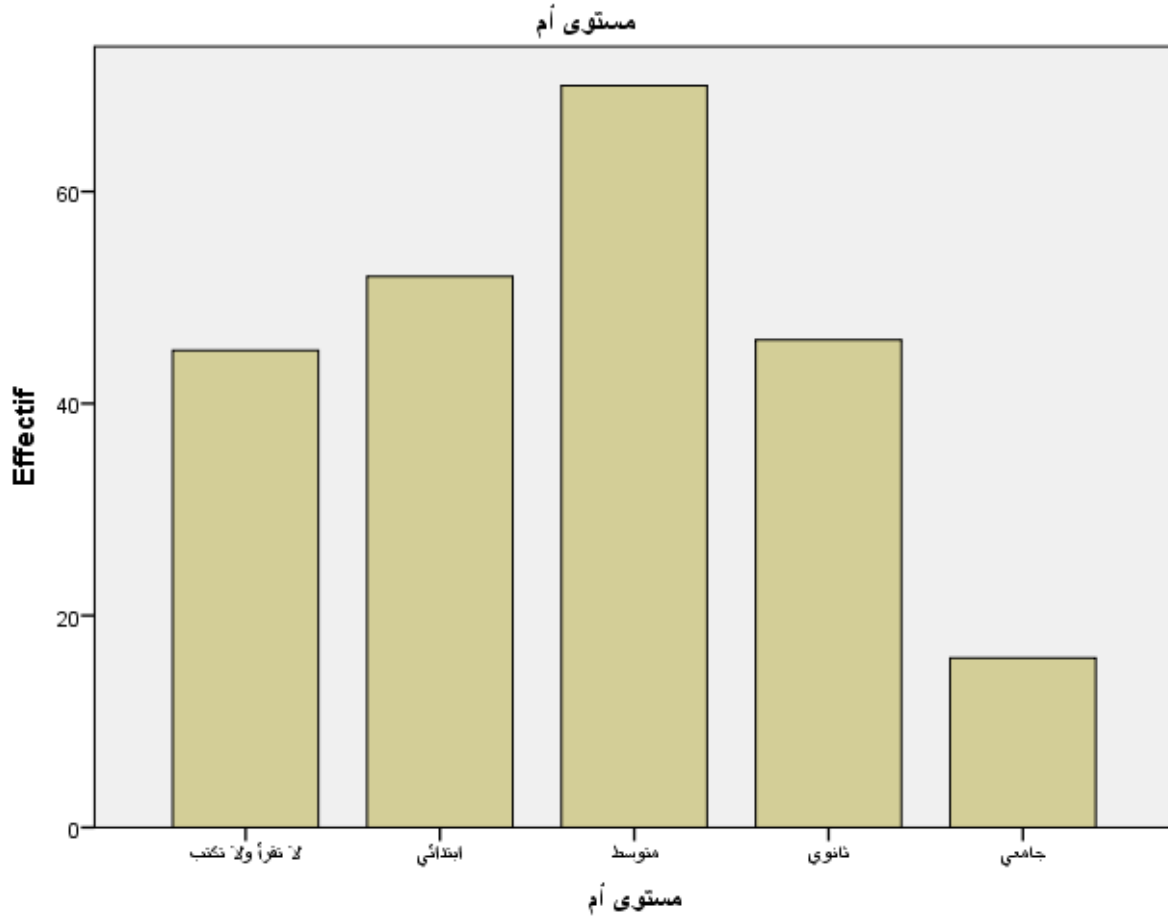
شكل (5): رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأب.

يلاحظ من خلال الجدول رقم (36) أن نسبة (18.8%) من الآباء كان مستواهم جامعي، ونسبة (19.7%) كان مستواهم ثانوي، ونسبة (16.6%) كان مستواهم ابتدائي، ونسبة (15.7%) كانوا من مستوى لا يقرأ ولا يكتب، بينما نسبة الآباء الذين كان مستواهم متوسط فقد مثلت أعلى نسبة حيث بلغت (29.3%).

5-2-2- حسب متغير المستوى التعليمي للأم:

الجدول رقم (37) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم.

النسبة المئوية	عدد الأفراد	المستوى التعليمي للأم
19.7%	45	لا تقرأ ولا تكتب
22.7%	52	ابتدائي
30.6%	70	متوسط
20.1%	46	ثانوي
7%	16	جامعي
100%	229	المجموع



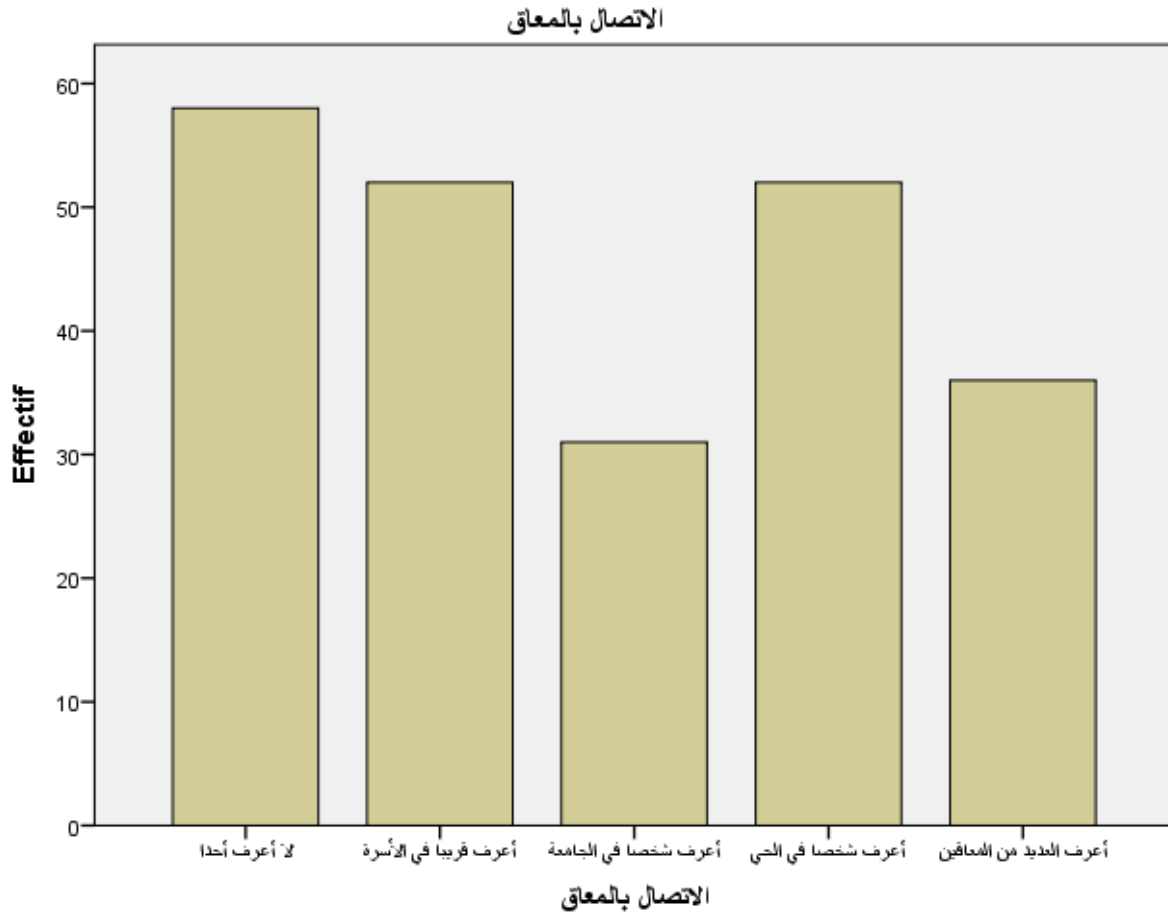
شكل (6): رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم.

يلاحظ من خلال الجدول رقم (37) أن نسبة (7%) من الأمهات كان مستواهم جامعي وهي أدنى نسبة، ونسبة (20.1%) كان مستواهم ثانوي، ونسبة (22.7%) كان مستواهم ابتدائي، ونسبة (19.7%) كانوا من مستوى لا تقرأ ولا تكتب، بينما نسبة الأمهات اللاتي كان مستواهن متوسط فقد مثلت أعلى نسبة حيث بلغت (30.6%).

6-2-2- حسب متغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة:

الجدول رقم (38) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

الاتصال بالمعاقين	عدد الأفراد	النسبة المئوية
لا اعرف أحدا	58	25.3%
اعرف قريبا في الأسرة	52	22.7%
اعرف شخصا في الجامعة	31	13.5%
اعرف شخصا في الحي	52	22.7%
اعرف العديد من المعاقين	36	15.7%
المجموع	229	100%



شكل (7): رسم بياني يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

يلاحظ من خلال الجدول رقم (38) أن النسبة الأعلى من الطلبة كانت في مستوى "لا أعرف أحدا" حيث بلغت (25.3%) بينما تساوت النسب في ما يخص مستوى "أعرف قريبا في الأسرة" و "أعرف شخصا في الحي" حيث بلغت (22.7%)، وبلغت نسبة الطلبة الذين يعرفون العديد من المعاقين (15.7%)، في حين جاءت النسبة الأدنى من الطلبة ممن يعرفون شخصا في الجامعة حيث بلغت (13.5%).

3 2 - أداة الدراسة الأساسية:

استخدم الطالب في هذه الدراسة استبياناً معداً من طرفه من أجل التعرف على اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، يشمل أربعة أبعاد هي على التوالي (بعد الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة، بعد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، بعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة).

2-3-1- وصف الاستبيان في صورته النهائية:

يشمل الاستبيان في صورته النهائية على (38) فقرة، موزعة على الأبعاد الأربعة للاستبيان كما يلي:

الجدول رقم (39) يوضح توزيع الفقرات على الأبعاد الأربعة للاستبيان.

عدد الفقرات	الفقرات	البعد
10	01 - 05 - 09 - 13 - 17 - 21 - 25 - 29 - 33 - 37	الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة
11	02 - 06 - 10 - 14 - 18 - 22 - 26 - 30 - 34 - 36 - 38	الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة
9	03 - 07 - 11 - 15 - 19 - 23 - 27 - 31 - 35	الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة
8	04 - 08 - 12 - 16 - 20 - 24 - 28 - 32	الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة
38		المجموع

2-3-2- طريقة تصحيح الأداة:

يرافق الفقرات (الثمانية والثلاثون) خمسة بدائل أجوبة هي: أوافق بشدة - أوافق - الى حد ما - لا أوافق - لا أوافق بشدة، تتحدد درجاتها وفقاً لطبيعة الفقرة كما يلي:

جدول رقم (40) يوضح درجات بدائل الأجوبة حسب طبيعة الفقرة.

العبارات	أوافق بشدة	أوافق	إلى حد ما	لا أوافق	لا أوافق بشدة
العبارات الإيجابية	5	4	3	2	1
العبارات السلبية	1	2	3	4	5

2-3-3- إجراءات تطبيق أداة الدراسة:

بعد التأكد من صدق وثبات الاستبيان المستخدم في الدراسة، تم التوجه إلى ميدان الدراسة الذي يتمثل في قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة وهران قصد الشروع في إجراءات الدراسة الميدانية، أين تم توزيع الاستبيانات على أفراد عينة الدراسة، ولقد قام الطالب بتوزيع (311) استبيانا استرجع منهم (229) استبيانا كما تم إلغاء الاستبيانات الأخرى لوجود خطأ بها وبذلك بلغ عدد أفراد العينة النهائي 229 طالبا (ة).

أما بالنسبة للحدود الزمانية لإجراءات الدراسة الميدانية فلقد دامت مدة من 16 مارس 2014 إلى 14 أبريل 2014 أي دامت 30 يوما.

2 4 - الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تمت المعالجة الإحصائية عن طريق الحاسوب باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS:21) وذلك للتحقق من الفرضيات، كما تم الاستعانة بالأساليب الإحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- المتوسط الفرضي.
- النسب المئوية.
- التكرارات.
- معامل ارتباط بيرسون لحساب الصدق.
- معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات.
- اختبارات (T test) لعينة واحدة.
- اختبارات (T test) لعينتين مستقلتين.
- تحليل التباين الأحادي (ANOVA a 1 facteur)
- المقارنة البعدية بواسطة اختبار شفیه.

الفصل التاسع: ع

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية العامة.
- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الأولى.
- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثانية.
- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة.
- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة.
- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة.
- عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية السادسة.
- مناقشة عامة للنتائج.

1 - عرض ومناقشة النتائج:
1 1 - عرض ومناقشة نتيجة الفرضية العامة:

تنص الفرضية الأولى على أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

ومن أجل اختبار صحة هذه الفرضية تم حساب "ت" في أبعاد الاستبيان وفي الاستبيان ككل وجاءت النتائج كما يلي:

1 1 1 - البعد الأول:

البعد الأول هو "بعد الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة"، عدد بنوده 10 أي أن المتوسط الفرضي هو 30 وهي القيمة الاختبارية لاختبار "ت" لعينة واحدة.

بعد تطبيق اختبار "ت" جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (41):

الجدول رقم (41) يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

/	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	درجة الحرية	الدلالة
البعد الأول	229	38.8079	5.122	26.022	228	دالة 0.01

وجد من النتائج الموضحة في الجدول رقم (41) أن قيمة "ت" بلغت 26.022، وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، ومنه نستنتج أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في بعد الإتجاه العام نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

1 1 2 - البعد الثاني:

البعد الثاني هو "بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة"، عدد بنوده 11 أي أن المتوسط الفرضي هو 33 وهي القيمة الاختبارية لاختبار "ت" لعينة واحدة.

بعد تطبيق اختبار "ت" جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (42):

الجدول رقم (42) يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.

الدالة	درجة الحرية	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	/
دالة 0.01	228	22.406	5.588	41.2751	229	البعد الثاني

وجد من النتائج الموضحة في الجدول رقم (42) أن قيمة "ت" بلغت 22.406 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، ومنه نستنتج أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.

1 1 3 - البعد الثالث:

البعد الثالث هو "بعد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة"، عدد بنوده هو 9 أي أن المتوسط الفرضي هو 27 وهي القيمة الاختبارية لاختبار "ت" لعينة واحدة.

بعد تطبيق اختبار "ت" جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (43):

الجدول رقم (43) يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة.

الدالة	درجة الحرية	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	/
دالة 0.01	228	34.491	4.008	36.1345	229	البعد الثالث

وجد من النتائج الموضحة في الجدول رقم (43) أن قيمة "ت" بلغت 34.491 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، ومنه نستنتج أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في بعد الإتجاه نحو العلاقات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة.

1 1 4 - البعد الرابع:

البعد الرابع هو "بعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة"، عدد بنوده هو 8 أي أن المتوسط الفرضي هو 24 وهي القيمة الاختبارية لاختبار "ت" لعينة واحدة.

بعد تطبيق اختبار "ت" جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (44):

الجدول رقم (44) يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في بعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة.

الدالة	درجة الحرية	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	/
دالة 0.01	228	4.837	3.661	25.1703	229	البعد الرابع

وجد من النتائج الموضحة في الجدول رقم (43) ان قيمة "ت" بلغت 34.491 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، ومنه نستنتج أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في بعد الإتجاه نحو السمات الشخصية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة.

1 1 5 - الاستبيان ككل:

عدد بنود الاستبيان هو 38 أي أن المتوسط الفرضي هو 114 وهي القيمة الاختبارية لاختبار "ت" لعينة واحدة.

بعد تطبيق اختبار "ت" جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (45):

الجدول رقم (45) يبين نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة في الاستبيان ككل.

الدالة	درجة الحرية	ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	/
دالة 0.01	228	27.2	15.237	141.38	229	الاستبيان ككل

نلاحظ من خلال الجدول رقم (45) أن قيمة "ت" في الاستبيان ككل بلغت (27.2) عند درجة حرية 228، هذا ما يثبت وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، ومنه نستنتج أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

يتضح مما سبق أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس علوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تتسم بالإيجابية، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة عبد العزيز الشخص (1986) التي أوضحت أن اتجاهات العاملين في مجال التعليم تميزت بصورة عامة بالإيجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، ودراسة محمد عبد المؤمن وأحمد عبد اللطيف (1993) التي توصلت إلى أن اتجاهات طلاب مرحلة التعليم الجامعي نحو المتخلفين عقليا كانت ايجابية، كما تتسق نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة أحمد عواد (1994) التي أشارت إلى أن اتجاهات طلاب كلية التربية النوعية نحو المعوقين بفئاتهم المختلفة (معايقين بصريا وعقليا وسمعيا وحركيا)

كانت ايجابية، ودراسة محمد إبراهيم عسيلة وآمال عبد القادر جودة (2005) التي دلت نتائجها على أن اتجاهات طلاب جامعة الأقصى ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما تأتي نتائج هذه الدراسة على عكس النتائج التي توصلت إليها دراسة سيبرستين (1980) التي أوضحت أن اتجاهات الأطفال كانت سالبة نحو زملائهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

ويفسر الطالب هذه النتيجة انطلاقاً من النظرة الايجابية للطلبة اتجاه ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي سببها وجود درجة مرتفعة من الوعي يتميز بها طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، وإدراكهم بان شخصية الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة تتأثر باتجاهات الناس نحوها ويتأثر كذلك توافقه على المستوى الشخصي والاجتماعي، هذا الوعي الذي لم يأتي عن فراغ وإنما يأتي نتيجة لعدة عوامل منها انتمائهم إلى المجتمع الذي يضعهم في مواقف أين يحتكون ويتعاملون مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ما يجعلهم يدركون أن ميزة النجاح لا تقتصر على فئة العاديين فقط وإنما يوجد العديد من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين أثبتوا أنفسهم في عديد المجالات، كما أن سمة التعاون وحسن المعاملة من الأمور التي وصت بها تعاليم ديننا الحنيف، ومن شيم ومميزات مجتمعنا الجزائري الذي مازال يحافظ على العادات والتقاليد التي تحث على الاحترام والتقدير وغيرها من الأخلاق الكريمة.

كذلك بحكم التخصص الذي يوفر المعلومات والمعارف حول فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، مما يوضح أمام الطلبة الصورة الصحيحة والمفهوم الصحيح لهذه الفئة ويبرز قدراتها وإمكاناتها وما هي قدرة على انجازه إذا ما تلقت الدعم المناسب، كما يوضح الآثار السلبية الناتجة عن إهمال هذه الفئة وسوء معاملتها وما يترتب على ذلك من مشاكل على الفرد خاصة وعلى المجتمع بصفة عامة، حيث يعتبر من الضروري على كل مجتمع أراد أن يحسن من أوضاعه والتقدم والتطور أن يعتني بجميع فئاته على اختلافها، ذلك ما يجعل طلبة علم النفس وعلوم التربية أكثر ايجابية في اتجاهاتهم نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

1 2 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الثانية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة بين الجنسين من الطلبة.

ومن أجل اختبار صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة "ت" لعينتين مستقلتين وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (46).

الجدول رقم (46) يبين نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		ن		
			إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
0.297	227	0.109	5.04	5.57	38.79	38.89	192	37	البعد الأول
0.975	227	1.249	5.61	5.40	41.07	42.32	192	37	البعد الثاني
0.74	227	0.90	3.95	4.32	36.14	36.08	192	37	البعد الثالث
0.154	227	0.426	3.61	3.94	25.12	25.40	192	37	البعد الرابع
0.240	227	0.572	15.01	16.48	141.13	142.7	192	37	الاستبيان ككل

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة بين الذكور والإناث على أبعاد استبيان الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة بلغت على البعد الأول (0.109)، وعلى البعد الثاني (1.249)، وعلى البعد الثالث (0.90)، وعلى البعد الرابع (0.426)، وعلى الاستبيان ككل (0.572) عند درجة حرية 227، ومن خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أن الفرق غير دال وبالتالي لا يوجد فرق بين الذكور والإناث في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

يتضح من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية أنها لا تتفق مع معظم النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، التي أشارت في معظمها إلى وجود فروق دالة بين اتجاهات الذكور والإناث نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، على غرار دراسة حسين (1988) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاتجاهات تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة عبد المطلب القريطي (1992) التي أشارت إلى أن الإناث أكثر ايجابية من الذكور في اتجاهاتهم نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما لا تتسق نتائج الدراسة الحالية المتوصل إليها مع نتائج دراسة محمد عبد المؤمن وأحمد عبد اللطيف (1993) التي أوضحت فروق دالة إحصائية في الاتجاهات نحو المتخلفين عقليا لصالح الإناث، ودراسة أحمد عواد (1994) التي توصلت هي الأخرى إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الإناث، ودراسة عبد الصبور محمد (1995) التي توصلت إلى أن اتجاهات الإناث أكثر ايجابية من اتجاهات الذكور.

كذلك لم تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من مصطفى محمد على وهمان همام السيد (1999) التي وجدت فروق دالة في الاتجاهات نحو المعاقين لصالح الإناث. وفي نفس السياق لم تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات الأجنبية منها دراسة فورنهايم وبندر (1938) التي توصلت إلى أن الإناث كانوا أكثر ايجابية في اتجاهاتهم من الذكور، ودراسة داون (1971) التي أوضحت أن اتجاهات النساء كانت أكثر ايجابية من اتجاهات الرجال نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

يفسر الطالب النتيجة التي توصلت إليها الدراسة من خلال أن طلبة علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران يمتلكون مستوى عالي من الوعي والإدراك لواقع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وبانتمائهم الإنساني لمجتمعنا الجزائري، وبأن الاعتناء بهذه الفئة أمر ضروري حتى تتمكن هذه الفئة من الاندماج في المجتمع، هذا ما يعطيهم القدرة على تبني اتجاهات صادقة وموضوعية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

من جهة أخرى فإن طبيعة التخصص زادت من وعي الطلبة بأمور هذه الفئة، فكل من الذكور والإناث يخضعون إلى مناخ تعليمي وتنظيمي متماثل، يوجههم نحو الطريقة المثلى في التعامل مع أفراد تلك الفئة، إذ أن النظرة لذوي الاحتياجات الخاصة لا يجب أن تكون نظرة شفقة وعطف وإنما يجب أن تتميز بالموضوعية والدقة في بناء المناهج والبرامج الملائمة لكل فئة من فئات التربية الخاصة وهذا يشترك فيه الجنسان معا، هذا ما يجعل من نتيجة الدراسة نتيجة منطقية، كون أن كل من الذكور والإناث معنيين ببرامج التخصص وما تحتويه من مواد علمية تكوّن وتوجه الدارس إلى الطريقة الصحيحة في التعامل مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما تفسر هذه النتيجة انطلاقا من كون طلبة علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران ينتمون إلى طابع جغرافي واحد، والذي يتميز بمجموعة من الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتعليمية المتشابهة إلى حد كبير فيما بينهم، وبالتالي تؤثر هذه الظروف على الطلبة تأثيرا متشابها سواء ذكورا كانوا أو إناث، مما يجعل اتجاهاتهم تتقارب نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

1 3 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير التخصص الأكاديمي.

ومن أجل اختبار صحة هذه الفرضية، استخدمنا اختبار تحليل التباين الأحادي، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (47):

الجدول رقم (47) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير التخصص الأكاديمي.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	دح	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الدلالة
البعد الأول	بين المجموعات	192.528	6	32.088	1.231	0.292	غير دال
	داخل المجموعات	5789.018	222	26.077			
	المجموع	5981.546	228				
البعد الثاني	بين المجموعات	416.007	6	69.335	2.295	0.036	دال عند مستوى 0.05
	داخل المجموعات	6705.661	222	30.206			
	المجموع	7121.668	228				
البعد الثالث	بين المجموعات	71.987	6	11.998	0.742	0.617	غير دال
	داخل المجموعات	3590.816	222	16.175			
	المجموع	3662.803	228				
البعد الرابع	بين المجموعات	157.725	6	26.288	2.013	0.065	غير دال
	داخل المجموعات	2898.633	222	13.057			
	المجموع	3056.358	228				
الاستبيان ككل	بين المجموعات	2447.517	6	407.920	1.794	0.101	غير دال
	داخل المجموعات	50490.893	222	227.436			
	المجموع	52938.410	228				

نلاحظ من خلال الجدول وجود فرق دال إحصائياً في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير التخصص الأكاديمي عند مستوى 0.05 في البعد الثاني وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة، بينما لم تتوصل النتائج الى وجود فروق دالة إحصائياً في البعد الأول والثالث والرابع وفي الاستبيان ككل.

وبغية التعرف على مصدر الفروق بين اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة حسب التخصصات المختلفة في البعد الثاني من أبعاد الاستبيان وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة اعتمدنا على المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، كما استخدمنا اختبار شيفيه (Schéffé) للمقارنات البعدية، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (48) يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري حسب التخصصات المختلفة في البعد الثاني وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.

التخصص الأكاديمي	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
علم النفس	78	40.87	6.02
علوم التربية	45	40.22	5.66
التربية الخاصة	18	39.33	4.37
إرشاد وتوجيه	19	42.10	4.29
علم النفس العيادي	29	44.27	5.98
علم النفس الأسري	14	40.92	4.42
علم النفس العمل والتنظيم	26	41.88	4.84
المجموع	229	41.27	5.58

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق ظاهرية بين التخصصات المختلفة لصالح تخصص علم النفس العيادي بمتوسط قدره (44.27)، يليه تخصص إرشاد وتوجيه بمتوسط قدره (42.10)، ثم تخصص علم النفس العمل والتنظيم بمتوسط قدره (41.88)، ثم تخصص علم النفس الأسري بمتوسط قدره (40.92)، يليه تخصص علم النفس بمتوسط قدره (40.87)، ثم تخصص علوم التربية بمتوسط قدره (40.22)، ثم تخصص التربية الخاصة بمتوسط قدره (39.33).

جدول رقم (49) يبين نتائج اختبار (Schéffé) للمقارنات البعدية بين التخصصات المختلفة في بعد الإلتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.

التخصص	التخصص	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة	الدلالة
علم النفس	علوم التربية	0.64	0.996	غير دال
	التربية الخاصة	1.53	0.936	غير دال
	إرشاد وتوجيه	1.23	0.976	غير دال
	علم النفس العيادي	3.40	0.071	غير دال
	علم النفس الأسري	0.05	1.000	غير دال
	علم النفس العمل والتنظيم	1.01	0.983	غير دال
علوم التربية	علم النفس	0.64	0.996	غير دال
	التربية الخاصة	0.88	0.997	غير دال
	إرشاد وتوجيه	1.88	0.873	غير دال
	علم النفس العيادي	4.05	0.035	دال عند 0.05
	علم النفس الأسري	0.70	1.000	غير دال
	علم النفس العمل والتنظيم	1.66	0.883	غير دال
التربية الخاصة	علم النفس	1.53	0.936	غير دال
	علوم التربية	0.88	0.997	غير دال
	إرشاد وتوجيه	2.77	0.724	غير دال
	علم النفس العيادي	4.94	0.047	دال عند 0.05
	علم النفس الأسري	1.59	0.983	غير دال
	علم النفس العمل والتنظيم	2.55	0.736	غير دال
إرشاد وتوجيه	علم النفس	1.23	0.976	غير دال
	علوم التربية	1.88	0.873	غير دال
	التربية الخاصة	2.77	0.724	غير دال
	علم النفس العيادي	2.17	0.833	غير دال
	علم النفس الأسري	1.17	0.997	غير دال
	علم النفس العمل والتنظيم	0.22	1.000	غير دال
علم النفس العيادي	علم النفس	3.04	0.071	غير دال
	علوم التربية	4.05	0.035	دال عند 0.05
	التربية الخاصة	4.94	0.047	دال عند 0.05
	إرشاد وتوجيه	2.17	0.833	غير دال
	علم النفس الأسري	3.34	0.501	غير دال
	علم النفس العمل والتنظيم	2.39	0.675	غير دال
علم النفس الأسري	علم النفس	0.05	1.000	غير دال
	علوم التربية	0.70	1.000	غير دال
	التربية الخاصة	1.59	0.983	غير دال
	إرشاد وتوجيه	1.17	0.997	غير دال
	علم النفس العيادي	3.34	0.501	غير دال
	علم النفس العمل والتنظيم	0.95	0.998	غير دال
علم النفس العمل والتنظيم	علم النفس	1.01	0.983	غير دال
	علوم التربية	1.66	0.883	غير دال
	التربية الخاصة	2.55	0.736	غير دال
	إرشاد وتوجيه	0.22	1.000	غير دال
	علم النفس العيادي	2.39	0.675	غير دال
	علم النفس الأسري	0.95	0.998	غير دال

يتضح من خلال الجدول رقم (49) أن مصادر الفروق التي أظهرها تحليل التباين الأحادي في البعد الثاني من الاستبيان وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة كانت بين طلبة تخصص علم النفس العيادي وطلبة علوم التربية لصالح طلبة علم النفس العيادي بقيمة قدرها (4.05) عند مستوى الدلالة (0.05) وبمتوسط قدره (44.27)، وبين طلبة علم النفس العيادي وطلبة التربية الخاصة لصالح طلبة علم النفس العيادي بقيمة قدرها (4.94) عند مستوى الدلالة (0.05) وبمتوسط قدره (44.27)، الأمر الذي يدل على أن طلبة قسم علم النفس العيادي أكثر ايجابية في اتجاهاتهم نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة من طلبة علوم التربية والتربية الخاصة.

نستخلص من النتائج المتوصل إليها أن الفروق بين الطلبة في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة كانت دالة في البعد الثاني من الاستبيان وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بين طلبة تخصص علم النفس العيادي وطلبة علوم التربية والتربية الخاصة لصالح طلبة علم النفس العيادي، بينما لم تكن هناك فروق دالة في الأبعاد الأخرى من الاستبيان وفي الاستبيان ككل، مما يعني أنه لا يوجد أثر كبير لمتغير التخصص الأكاديمي في اتجاه الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

يتضح من خلال النتائج المتوصل إليها أنها تتفق مع بعض النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة مثل دراسة زيدان احمد السرطاوي (1990 - 1991) التي أوضحت أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير التخصص العلمي، ودراسة محمد إبراهيم عسيلة وآمال عبد القادر جودة (2005) التي لم تتوصل نتائجها إلى وجود فروق دالة إحصائية تعزي لمتغير التخصص (علمي - أدبي).

إلا أن نتائج هذه الدراسة تتعارض مع نتائج العديد من الدراسات السابقة منها دراسة محمد عبد المؤمن وأحمد عبد اللطيف (1993) التي أوضحت نتائجها وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات طلاب مرحلة التعليم الجامعي نحو المتخلفين عقليا وكانت الفروق دالة لصالح عينة مرحلة الرشد المبكرة، ودراسة عبد الصبور محمد (1995) التي توصلت نتائجها إلى أن اتجاهات طلاب التعليم العام أكثر ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من باقي أنواع التعليم الأخرى التي تناولتها الدراسة، كما توصلت دراسة سيميل وديكسون (1966) إلى وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير التخصص الأكاديمي.

يفسر الطالب هذه النتيجة انطلاقا من كون الطالب في علم النفس وعلوم التربية أول الأمر إنسان ينتمي إلى مجتمع تتعدد فيه الفئات وتختلط لتكون نسيجا يضم جزءا من العاديين وغيرهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، وجاءت نتائج هذه الدراسة لتدل على عدم وجود أثر كبير لمتغير التخصص الأكاديمي على اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة ما يعني أن هذا الموضوع لم يعد مجهولا، بل أن جل الطلاب على اختلاف تخصصاتهم قد بلغوا درجة من الوعي تمكنهم من إدراك أهمية الاتجاه الايجابي نحو ذوي الاحتياجات الخاصة بالنسبة إلى المجتمع الذي يريد التطور والتقدم، و أن

إهمال هذه الفئة أو عزلها والتقليل من قدراتها وإمكانياتها يعود بأمر سلبي وجد خطيرة، حيث تتأثر بطبيعة الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة نوعية البرامج والخدمات المقدمة لهذه الفئة، هذا ما يجعلهم يشكلون عبئا كبيرا على المجتمع ويستنفذون جزءا من موارده التي يمكن أن تستغل في وجهة أخرى حتى تعود بالفائدة على الجميع.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقا من وحدة الحدود المكانية التي يوجد بها طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران، حيث يمكن أن ينتج عن تشابه الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية المعاشة تقارب في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة على الرغم من اختلاف تخصصاتهم.

كما قد يعود السبب في هذه النتيجة المتوصل إليها على أساس أن الطالب على اختلاف تخصصه فهو متمسك بالشرائع التي فرضتها علينا شريعتنا الإسلامية السمحة، التي أوصت بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأكدت على ضرورة التعامل الجيد معهم، حيث نجد أن الله سبحانه وتعالى قد عاتب نبيه المصطفى صلى الله عليه وسلم في قصة الأعمى، فهذه التنشئة الاجتماعية التي ترعرع عليها المجتمع الجزائري بجميع فئاته من بينها فئة الطلبة ساهمت في تشكيل نوع من الاتجاهات الايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف التخصص الأكاديمي، حيث أنه من المعروف أن من خصال المجتمع الجزائري وشيمه حسن المعاملة والاحترام والتقدير والتعاون وهذا الأمر لا يقتصر على فئة دون الأخرى أو على تخصص دون الآخر بل ينطبق على جميع أفراد المجتمع وعلى الطلبة بمختلف تخصصاتهم.

كما يمكن أن تفسر هذه النتيجة انطلاقا من كون الطلبة وعلى الرغم من اختلاف تخصصاتهم إلا أنهم يلتقون ضمن قسم واحد وهو قسم علم النفس وعلوم التربية، حيث يتعامل فيه الطلبة مع مواد تعرف بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة مما يزيد كمية وحجم المعلومات والموارد العلمية للطلبة نحو هذه الفئة باختلاف تخصصاتهم ما يجعل اتجاهاتهم تتشابه فيما بينها.

إضافة إلى ذلك، فإن قضية ذوي الاحتياجات لا تقتصر على مجموعة دون غيرها أو على تخصص دون غيره بل هي قضية اجتماعية تتشارك فيها جميع الأطراف، فعدم وجود فروق دالة بين اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف تخصصاتهم أمر منطقي، إذ أنه من المنطقي أن تتوحد جميع فئات المجتمع في سبيل توفير حياة كريمة لأفراد هذه الفئة.

أما في ما يخص وجود فروق دالة في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في البعد الثاني من الاستبيان وهو بعد الإتجاه نحو قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بين طلبة تخصص علم النفس العيادي وكل من طلبة علوم التربية وطلبة التربية الخاصة لصالح طلبة علم النفس العيادي، فيمكن تفسير ذلك على أساس أن طلبة علم النفس العيادي بحكم تخصصهم فهم أكثر تعمقا بالجوانب النفسية وهم أكثر إحساسا ووجدانا ومعارف بقدرات ذوي الاحتياجات الخاصة بينما طلبة علوم التربية والتربية

الخاصة بحكم تخصصهم أيضا فهم أكثر تركيزا على الجانب التربوي وينقصهم تكوين عيادي مما قد يكون السبب في النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية.

1 4 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى الدراسي.

ومن أجل اختبار صحة هذه الفرضية نستخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (50):

الجدول رقم (50) يبين نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		ن		الأبعاد
			السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الثانية	
0.525	227	1.751	4.73	5.39	38.44	38.26	106	123	البعد الأول
0.436	227	1.880	5.16	5.87	42.01	40.63	106	123	البعد الثاني
0.977	227	0.12	3.69	4.27	36.13	36.13	106	123	البعد الثالث
0.610	227	1.267	3.76	3.55	25.5	24.88	106	123	البعد الرابع
0.424	227	1.578	14.11	16.05	143.09	139.91	106	123	الاستبيان ككل

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "ت" بلغت على البعد الأول (1.751) وعلى البعد الثاني (1.880) وعلى البعد الثالث (0.12) وعلى البعد الرابع (1.267) وعلى الاستبيان ككل (1.578) عند درجة حرية 227، ويتضح من هذه النتائج المتوصل إليها أنه لا يوجد فرق دال، وبالتالي لا يوجد فرق بين طلبة السنة الثانية وطلبة السنة الثالثة في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

يتضح من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية أنها تتسق مع دراسة زيدان احمد السرطاوي (1990 - 1991) التي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى الدراسي.

كما جاءت نتائج هذه الدراسة على عكس ما توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات السابقة منها دراسة حسين (1988) التي أوضحت نتائجها وجود فروق دالية إحصائية تعزي لمتغير المستوى التعليمي في اتجاهات المعلمين في مديرية التربية باربد نحو المعاقين حركيا، ودراسة سيميل وديكسون (1966) التي دلت نتائجها على وجود فروق دالة إحصائية بين الطلاب حسب مستوياتهم الدراسية.

يفسر الطالب عدم وجود فروق دالة إحصائية بين طلبة السنة الثانية وطلبة السنة الثالثة في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة إلى التقارب في المرحلة العمرية بين الطلبة حيث لا يوجد بينهم فرق كبير بل هناك سنة واحدة فقط، مما يجعلهم يتميزون بخصائص متقاربة فتكون أفكارهم ونظرتهم بذلك أيضا متقاربة، كما أنه توجد نسبة من طلبة السنة الثانية ممن أعادوا السنة وبالتالي فهم يوجدون في نفس المرحلة العمرية لطلبة السنة الثالثة. كما أن كل من طلبة السنة الثانية والسنة الثالثة قد مر على تواجدهم في الجامعة مدة زمنية تراوحت من سنتين إلى ثلاث سنوات مما زاد من معرفتهم وخبرتهم ووعيمهم بواقع ذوي الاحتياجات الخاصة مما يجعل نتائجهم أيضا متقاربة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن طلبة السنة الثانية والسنة الثالثة تناولوا خلال هذه الفترة الزمنية مواضيع ومقررات ذات علاقة بذوي الاحتياجات الخاصة وتعرضوا لمواقف وخبرات زادت من معلوماتهم حول هذه الفئة مما جعلهم أكثر وعيا بطبيعتها وخصائصها ومميزاتها وقدراتها، هذا ما جعل اتجاهات كل منهم تتقارب وتتشابه في ما بينها وأدى بالتالي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

1 5 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الخامسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأب. من أجل اختبار صحة هذه الفرضية قام الطالب باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي وجاءت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (51) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأب.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	دح	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الدلالة
البعد الأول	بين المجموعات	134.487	4	33.622	1.288	0.279	غير دال
	داخل المجموعات	5847.059	224	26.103			
	المجموع	5981.546	228				
البعد الثاني	بين المجموعات	127.864	4	31.966	1.024	0.396	غير دال
	داخل المجموعات	6993.804	224	31.222			
	المجموع	7121.668	228				
البعد الثالث	بين المجموعات	20.835	4	5.209	0.320	0.864	غير دال
	داخل المجموعات	3641.969	224	16.259			
	المجموع	3662.803	228				
البعد الرابع	بين المجموعات	31.290	4	7.822	0.579	0.678	غير دال
	داخل المجموعات	3025.068	224	13.505			
	المجموع	3056.358	228				
الاستبيان ككل	بين المجموعات	804.883	4	201.221	0.865	0.486	غير دال
	داخل المجموعات	52133.527	224	232.739			
	المجموع	52938.410	228				

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "ف" بلغت على البعد الأول (1.288) وعلى البعد الثاني (1.024) وعلى البعد الثالث (0.320) وعلى البعد الرابع (0.579) وعلى الاستبيان ككل (0.865)، ويتضح من هذه النتائج المتوصل إليها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأب.

يفسر الطالب النتيجة المتوصل إليها انطلاقاً من كون طلبة علم النفس وعلوم التربية قد بلغوا درجة من الوعي تشكلت لديهم من خلال المقررات الدراسية التي تناولوها خلال مراحلهم الدراسية بحكم تخصصهم، ومن خلال ما يمكن أنهم قد أطلعوا عليه من معلومات من مصادر أخرى مثل المطالعة والانترنت إلى غير ذلك من وسائل جمع المعلومات، كل ذلك مكنهم من تكوين معلومات وأخذ فكرة وتبني اتجاهات وقناعات حول هذه الفئة من المجتمع وعن أهمية الاعتناء والاهتمام بها، فهو أمر لا يتأثر بمستوى تعليم الوالدين بل من الطبيعي أن يتحمل الفرد مسؤوليته إزاء هذه الفئة حتى يصل المجتمع في الأخير إلى العمل كوحدة متكاملة من أجل تحقيق التقدم.

كذلك يمكن أن تفسر النتيجة المتوصل إليها انطلاقاً من كون موضوع ذوي الاحتياجات الخاصة موضوع عام لا يتأثر بالمستوى التعليمي للأب على اختلافه، ويمكن إرجاع ذلك إلى وجود وعي عند الأب يسمح له بإدراك كيفية التعامل مع هذه الفئة والتعايش معها، مهما كان مستواه التعليمي، هذا ما قد يكون السبب في تبني الأبناء لاتجاهات ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

كذلك تفسر نتائج هذه الدراسة انطلاقاً من طبيعة المجتمع الجزائري الذي يسوده التراحم والتواد، بحيث نجد أن معظم أفراد المجتمع ومنهم الآباء باختلاف مستوياتهم التعليمية يتبنون فكرة واتجاهاً موحداً نحو موضوع ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ لا يتطلب تبني الاتجاهات الايجابية نحو هذه الفئة مستوى تعليمي مرتفع، كما أن المستوى التعليمي المنخفض لا يعني بالضرورة أن الاتجاهات سلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ يمكن أن تكون الاتجاهات الايجابية عند مرتفعي ومنخفضي المستوى التعليمي، هذا ما يجعل من النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية نتيجة منطقية.

1 6 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأم.

من أجل اختبار صحة هذه الفرضية قام الطالب باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي وجاءت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (52) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأم.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	دح	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الدلالة
البعد الأول	بين المجموعات	105.331	4	26.333	1.004	0.406	غير دال
	داخل المجموعات	5876.214	224	26.233			
	المجموع	5981.546	228				
البعد الثاني	بين المجموعات	69.009	4	17.252	0.548	0.701	غير دال
	داخل المجموعات	7052.660	224	31.485			
	المجموع	7121.668	228				
البعد الثالث	بين المجموعات	44.383	4	11.096	0.687	0.602	غير دال
	داخل المجموعات	3618.420	224	16.154			
	المجموع	3662.803	228				
البعد الرابع	بين المجموعات	50.981	4	12.745	0.950	0.436	غير دال
	داخل المجموعات	3005.377	224	13.417			
	المجموع	3056.358	228				
الاستبيان ككل	بين المجموعات	716.686	4	179.172	0.769	0.547	غير دال
	داخل المجموعات	52221.724	224	233.133			
	المجموع	52938.410	228				

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "ف" بلغت على البعد الأول (1.004) وعلى البعد الثاني (0.548) وعلى البعد الثالث (0.687) وعلى البعد الرابع (0.950) وعلى الاستبيان ككل (0.769)، ويتضح من هذه النتائج المتوصل إليها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأم.

يفسر الطالب النتيجة التي توصلت إليها الدراسة والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأم انطلاقاً من كون هذا الموضوع يهم الجميع باعتبار أننا نعيش في

مجتمع واحد تؤثر فيه مشاكل قوم على قوم آخرين بمعنى أن حدوث اختلال في أي مجموعة أو فئة قد يترتب عليه مشاكل تؤثر على المجتمع بصفة عامة، ومعنى هذا أن هذا الأمر لا يقتصر على فئة من مرتفعي المستوى التعليمي دون غيرها من الفئات أو العكس، إضافة إلى ذلك فإنه من جهة قد تترتب على المستوى التعليمي المرتفع للأم نتائج ايجابية حيث تزداد المعرفة بخصائص هذه الفئة مما يجعل اتجاهاتها ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة ولكن ذلك لا يعتبر نظرية ثابتة فقد تكون تلك المعرفة أساساً لتكوين اتجاهات سلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث تتشكل لها فكرة عن صعوبة التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد تكون اتجاهات الطالب ايجابية عكس اتجاهات الأم انطلاقاً من معرفته بهذا المجال بحكم تخصصه أو من خلال معلوماته ومعارفه من مصادر أخرى، ومعنى ذلك أن الاتجاهات الايجابية قد تكون لدى الأم ذات المستوى التعليمي المرتفع وكذلك الأم ذات المستوى التعليمي المنخفض وكذلك الحال بالنسبة لاتجاهات الطلبة فقد يتبنى الطالب اتجاهات ايجابية أو سلبية سواء كانت والدته من ذوي المستوى التعليمي المرتفع أو المنخفض.

7 1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تنص الفرضية السابعة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الطلبة تعزى لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

من أجل اختبار صحة هذه الفرضية قام الطالب باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي وجاءت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (53) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة دلالة الفروق في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	دح	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الدلالة
البعد الأول	بين المجموعات	147.551	4	36.888	1.416	0.229	غير دال
	داخل المجموعات	5833.995	224	26.045			
	المجموع	5981.546	228				
البعد الثاني	بين المجموعات	166.272	4	41.568	1.339	0.256	غير دال
	داخل المجموعات	6955.396	224	31.051			
	المجموع	7121.668	228				
البعد الثالث	بين المجموعات	73.678	4	18.420	1.150	0.334	غير دال
	داخل المجموعات	3589.125	224	16.023			
	المجموع	3662.803	228				
البعد الرابع	بين المجموعات	35.663	4	8.916	0.661	0.620	غير دال
	داخل المجموعات	3020.695	224	13.485			
	المجموع	3056.358	228				
الاستبيان ككل	بين المجموعات	1309.8	4	327.450	1.421	0.228	غير دال
	داخل المجموعات	51628.610	224	230.485			
	المجموع	52938.410	228				

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "ف" بلغت على البعد الأول (1.416) وعلى البعد الثاني (1.339) وعلى البعد الثالث (1.150) وعلى البعد الرابع (0.661) وعلى الاستبيان ككل (1.421)، ويتضح من هذه النتائج المتوصل إليها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة في الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها أنها تتسق مع النتائج المتحصل عليها في دراسة عبد المطلب القريطي (1992) التي دلت نتائجها على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة الجامعة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة سواء من كان لهم صلة بالمعاق أو من لم تكن لهم صلة، كما تتفق أيضا مع النتائج التي توصلت إليها دراسة محمد إبراهيم عسيلة وآمال عبد القادر جودة (2005) التي توصلت هي الأخرى إلى نتائج دلت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في متغير الصلة بذوي الاحتياجات الخاصة فيما يخص فئات المتخلفين عقليا والمعاقين سمعيا والمعاقين حركيا.

غير أن نتائج هذه الدراسة أتت مغايرة للنتائج التي توصلت لها عديد من الدراسات السابقة منها دراسة السرطاوي (1990 – 1991) التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة سلبية بين الاتصال الشخصي مع ذوي الاحتياجات الخاصة والاتجاه نحوهم، بحيث كلما زادت درجة الاتصال الشخصي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وتكررت كلما تأثرت الاتجاهات نحوهم سلبا والعكس صحيح، وهي بذلك تتوافق مع النتائج التي توصلت إليها دراسة فرث ومينشل (1981) التي أوضحت أن الاتصال المحدود بين الأطفال المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة وأقرانهم قد حقق اتجاهات أكثر ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة مما حققه الاتصال المستمر والموسع.

كما لا تتسق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من سيميل وديكسون (1966) التي توصلت نتائجها إلى أنه كلما زادت درجة الاتصال كلما كانت تقابلها زيادة في ردود الفعل الايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، ودراسة داون (1971) التي أوضحت نتائجها هي الأخرى أيضا أن الاتصال بالمعاقين له أثر ايجابي في الإتجاه نحوهم، ويتفق معه في ذلك ساسان ورون (1980) في دراستهما التي توصلت نتائجها إلى أن فرص التفاعل بين الطلبة العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة تعمل على تكوين اتجاهات ايجابية نحو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أتت نتائجها مشابهة للنتائج التي توصلت إليها دراسة اندرسون (1980) التي توصلت إلى وجود ارتباط موجب بين الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة والاتجاه نحوهم، كما توصلت أيضا دراسة محمد إبراهيم عسيلة وآمال عبد القادر جودة (2005) إلى نتائج دلت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في متغير الصلة بذوي الاحتياجات الخاصة وذلك فيما يخص فئة المعاقين بصريا.

يفسر الطالب النتيجة التي توصلت إليها الدراسة والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة انطلاقا من نتائج الدراسات السابقة التي دلت نتائج البعض منها على أن للاتصال مع ذوي الاحتياجات الخاصة أثر في تكوين اتجاهات ايجابية نحوهم، في حين توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى نتائج مغايرة دلت على أن للاتصال مع ذوي الاحتياجات الخاصة أثر سلبي في الإتجاه نحوهم، أما بعض الدراسات الأخرى فلم تتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص هذا

المتغير، ومعنى ذلك أنه من جهة قد تترتب علي الاتصال مع ذوي الاحتياجات الخاصة نتائج ايجابية حيث تزداد المعرفة بهم والوعي بأمورهم وخصائصهم والإيمان بقدراتهم مما يبعث في روح الشخص نوعاً من الايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا الإتجاه قد يوجد أيضاً عند من لم يكن له اتصال معهم بحكم معرفته أو دراسته أو قناعاته الذاتية، و من جهة أخرى فإن الاتصال مع المعاقين قد يضع الفرد في تفاعل مباشر مع هذه الفئة مما يكشف أمام الفرد العديد من العراقيل والمشاكل التي قد تسهم في تشكيل اتجاه النفور من التعامل معهم، وهذا الإتجاه أيضاً قد يملكه شخص لا يوجد لديه اتصال مع ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي فإن اتجاهات الطلبة نحو هذه الفئة لا تتأثر بمتغير الاتصال بها كون الاتجاهات الايجابية قد تتشكل عند من لديهم اتصال معهم أو من لم يكن له اتصال والعكس صحيح هذا ما يجعل من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية نتائج منطقية بحكم امتلاكهم لمستوى مرتفع من الوعي والإدراك لماهية هذه الفئة وبحكم التخصص الذي يضفي الصبغة العلمية لتلك الاتجاهات ويوجهها مما يجعل طلبة علم النفس وعلوم التربية يتبنون اتجاهات ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة لا تختلف باختلاف مستوى الاتصال مع هذه الفئة، بمعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة سواء من كان له اتصال بذوي الاحتياجات الخاصة أو من لم يكن له اتصال بهم.

1 8 - مناقشة عامة للنتائج:

انطلاقاً من عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضيات، تكون الدراسة الحالية قد تمكنت من تحقيق أهدافها التي تتمثل في التعرف على اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، والتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الجنس، المستوى الدراسي، التخصص الأكاديمي، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

ولقد توصلنا عموماً من خلال نتائج هذه الدراسة إلى تحقق الفرضية العامة التي نصت على أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران ايجابية نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

وفيما يخص الفرضية الجزئية الأولى والتي نصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الجنس". فقد دلت النتائج على عدم تحققها، حيث لم تتوصل إلى وجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير الجنس.

أما بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية والتي نصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزى لمتغير التخصص". فقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة حسب متغير التخصص مما يعنى عدم تحقق الفرضية.

كذلك الحال بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة التي جاء نصها كما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى الدراسي". حيث أوضحت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى الدراسي مما يعنى عدم تحقق هذه الفرضية.

أما فيما يخص الفرضية الجزئية الرابعة والتي نصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأب"، والفرضية الجزئية الخامسة والتي نصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير المستوى التعليمي للأب"، والتي تفردت بهما هذه الدراسة في حدود علم الباحث، فقد جاءت النتائج لتثبت عدم تحقق الفرضيتان، حيث توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغيري المستوى التعليمي للأب والمستوى التعليمي للأم.

أما بالنسبة للفرضية الجزئية السادسة والتي نصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة تعزي لمتغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة". فقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة حسب متغير الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة مما يعنى عدم تحقق هذه الفرضية.

عموما يمكننا القول أن اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران نحو ذوي الاحتياجات الخاصة جاءت ايجابية على الرغم من تمايز أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة، ويمكن أن يعود هذا إلى درجة الوعي المرتفعة التي توصل إليها الطالب من خلال المعلومات والمعارف التي تحصل عليها سواء من خلال المقررات الدراسية التي يدرسها بحكم انتماءه لقسم علم النفس وعلوم التربية بتخصصاته المختلفة أو المعلومات التي حصلها من مصادر أخرى، والتي مكنته من إدراك خصائص ومميزات وقدرات وإمكانيات فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، التي إذا ما تم التعامل معها بطريقة عادلة وحظيت بكل العناية والاهتمام تمكنت من أن تكون عوناً للمجتمع وليس عبئاً عليه، هذا وتبقى النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية وعلى ضوء ما تم عرضه من مناقشات، محكومة بالحدود الزمانية والمكانية، وبطبيعة العينة والبيئة التي تتواجد فيها، وبالوسائل والأساليب الإحصائية المختلفة التي تم استعمالها في هذه الدراسة.

خاتمة:

تمثل الموضوع قيد البحث في "اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة"، سعى الطالب من خلاله إلى معرفة طبيعة اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، والتعرف على أثر مجموعة من المتغيرات شملت الجنس، التخصص الأكاديمي، المستوى الدراسي، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، والاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة في تلك الاتجاهات، معتمداً في ذلك على جانب نظري حاول فيه جمع المادة العلمية وتحديد مفاهيم مختلف المصطلحات والعناصر الواردة في البحث، وجانب ميداني اعتمد فيه الطالب على أداة تمثلت في استبيان يقيس اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من إعداده، وبعد القيام بإجراء الدراسة الاستطلاعية والتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس وإجراء التعديلات اللازمة قام الطالب بإجراء الدراسة الأساسية و المعالجة الإحصائية وتوصل إلى نتائج دلت على أن اتجاهات الطلبة كانت ايجابية إزاء ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما أكدت النتائج على أن متغير الجنس لم يكن له تأثير على اتجاهات الطلبة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك الحال بالنسبة لباقي المتغيرات الأخرى التي شملتها الدراسة حيث توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير التخصص الأكاديمي، المستوى الدراسي، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

وتعتبر النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية نتائج منطقية انطلاقاً من طبيعة تخصص الطلبة وطبيعة المجتمع الجزائري حيث تعتبر الأخلاق الكريمة والمحبة والتواد بين أفرادهم من شيمه ومميزاته، كما تعتبر هذه النتيجة مؤشر يدل على وعي طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بحقيقة فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، مما يوضح أمامهم الطريقة الصحيحة في التعامل مع هذه الفئة مستقبلاً، مع العلم أن نسبة منهم قد تتوجه إلى المراكز التي تتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة بفئاتهم المختلفة.

أخيراً يستمد كل بحث قيمته من النتائج التي يتوصل إليها وحيثما تنتهي كل دراسة تبدأ دراسة أخرى، وباعتبار أن مجال البحث في هذا الموضوع مازال مفتوحاً يوصي الطالب بإجراء دراسات وبحوث أخرى منها:

- إجراء دراسات وبحوث على عينات من طلبة التخصصات أخرى.
- إجراء دراسات وبحوث على عينات من الطلبة من جامعات أخرى.
- إجراء دراسات وبحوث حول الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة على شرائح أخرى من المجتمع.
- إجراء دراسات من أجل التعرف على اتجاهات الأسر نحو أفرادها من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- إجراء دراسات حول الإتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة حسب متغيرات أخرى مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي، السن، مكان الإقامة، المعدل التراكمي.

قائمة

المراجع

قائمة المصادر والمراجع

- المصادر:
 - القرآن الكريم.
- المراجع العربية:
 - الكتب:
 - 1 -إبراهيم القريوتي (2006): الإعاقة السمعية، دار يافا، عمان، الأردن.
 - 2 -إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2006): الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
 - 3 -أحمد عبد الخالق (1983): علم النفس الاجتماعي، الدار الجامعية للطباعة والنشر.
 - 4 -أحمد عبد الخالق (1986): محاضرات في علم النفس الفسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
 - 5 -أحمد وادي (2009): الإعاقة العقلية: أسباب، تشخيص، تأهيل، دار أسامة، ط1، عمان، الأردن.
 - 6 -أسامة محمد البطاينة وآخرون (2009): علم النفس الطفل غير العادي، دار المسيرة، ط2، عمان، الأردن.
 - 7 -السيد كامل الشربيني منصور (2009): خصائص المتخلفين عقليا، دار الوفاء، ط1، مصر.
 - 8 -إيمان فؤاد محمد الكاشف (2001): الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، دار قباء، القاهرة، مصر.
 - 9 -إيمان فؤاد كاشف (2008): التربية الخاصة دمج ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
 - 10 -إيهاب الببلاوى (2001): قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه، مكتبة زهراء الشرق.
 - 11 -إيهاب محمد خليل (2009): الأوتيزم (التوحد) والإعاقة العقلية دراسات سيكلوجية، مؤسسة طيبة، ط1، القاهرة، مصر.
 - 12 -باري مكنمارا ترجمة زيدان أحمد السرطاوي وإبراهيم بن سعد ابونيان (1997): غرفة المصادر دليل معلم التربية الخاصة، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض المملكة العربية السعودية.
 - 13 -بطرس حافظ بطرس (2010): تكيف المناهج للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن.
 - 14 -بوبرك بوخريسة: المفاهيم والعمليات الأساسية في علم النفس الاجتماعي.
 - 15 -تيسير صبحي (1992): الموهبة والإبداع طرائق التشخيص وأدواته المحسوبة، دار التنوير العلمي للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن.

- 16 تيسير مفلح الكوافحة، عمر فواز عبد العزيز (2003): مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن.
- 17 جمال الخطيب (2006): مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق، ط1، عمان، الأردن.
- 18 جمال الخطيب، منى الحديدي (2007): التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة، دار الفكر، ط3، عمان، الأردن.
- 19 جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي (2009): المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 20 جمال الخطيب وآخرون (2009): مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، دار الفكر، ط2، الأردن.
- 21 جمال مثقال القاسم وآخرون (2000): الاضطرابات السلوكية، دار صفاء، ط 1، عمان، الأردن.
- 22 جمعة سيد يوسف (2000): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب، القاهرة، مصر.
- 23 جنان سعيد الرحو (2005): أساسيات في علم النفس، الدار العربية للعلوم، ط 1، بيروت، لبنان.
- 24 جيمس ويب وآخرون، نقله الى العربية شفيق علاونة (2012): دليل الوالدين في تربية الأطفال الموهوبين، العبيكان للنشر، ط 1، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 25 حامد عبد السلام زهران (1977): علم النفس الاجتماعي، عالم الكتاب، ط 1، القاهرة، مصر.
- 26 حسن مصطفى عبد المعطي، السيد عبد الحميد أبو قلة (2007): مدخل الى التربية الخاصة، مكتبة الزهراء، ط1، القاهرة.
- 27 حسين عبد الحميد، أحمد رشوان (2009): الإعاقة والمعوقون، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 28 خالد عوض حسين البلاح (2009): الاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة السمعية (في ضوء التواصل)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- 29 خليل سلمان شواهين وآخرون (2010): استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن.
- 30 خليل ميخائيل معوض (1982): علم النفس الاجتماعي، دار النشر المغربية، الدار البيضاء، المغرب.
- 31 خولة أحمد يحي (2000): الاضطرابات السلوكية والإنفعالية، دار الفكر، ط 1، عمان، الأردن.
- 32 دانيال ب. هلهان، جيمس م. كوفمان، ترجمة عادل عبد الله محمد (2008): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم ، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.

- 33 راضي الوقفي (2011): صعوبات التعلم النظري والتطبيقي، دار المسيرة، ط 2، عمان، الأردن.
- 34 راضي محمد الكبيسي (2000): اتجاهات الأبناء نحو آبائهم المعوقين، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 35 رشاد على عبد العزيز موسى (1994): بحوث في سيكولوجية المعاق، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
- 36 رمضان محمد القذافي (2010): علم النفس العام، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 37 ريم نشابة معوض (2004): الولد المختلف تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة، دار العالمين للملايين، ط1، بيروت، لبنان.
- 38 سعد جلال (1984): علم النفس الاجتماعي، منشأة المعارف، الإسكندرية مصر.
- 39 سعيد حسني العزه (2001): الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، ط 1، عمان، الأردن.
- 40 سعيد عبد العزيز (2008): إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة، ط 1، عمان، الأردن.
- 41 سعيد كمال عبد الحميد العزالي (2011): اضطرابات النطق والكلام، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن.
- 42 سليمان طعمة الريحاني وآخرون (2010): إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 43 سهير محمد سلامة شاش (2001): اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، دار القاهرة للكتاب، ط1، القاهرة، مصر.
- 44 سوسن شاكر مجيد (2007): التوحد أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه، دار ديونو، ط1، عمان، الأردن.
- 45 سيسيل ديميسر، ان ر.ميسر، ترجمة إبراهيم الزريقات، رضا جمال (2008): تدريس الطلبة ذوي مشكلات التعلم، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 46 صالح حسن أحمد الداھري، وهيب مجيد الكبيسي: علم النفس العام، دار الكندي، ط1، الأردن.
- 47 عباس محمود عوض (1980): في علم النفس الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 48 عبد الحافظ سلامة (2007): علم النفس الاجتماعي، دار اليازوري، الطبعة العربية 2007، عمان، الأردن.
- 49 عبد الحافظ سلامة وآخرون (1999): تصميم وإنتاج الوسائل التعليمية في التربية الخاصة، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 50 عبد الحفيظ مقدم (2011): الاحصاء والقياس النفسي والتربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، ط 3، الجزائر.

- 51 - عبد الرحمن سيد سليمان (2001): الإعاقة البدنية المفهوم الصفات الأساليب العلاجية، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.
- 52 - عبد الرحمن سليمان، صفاء غازي أحمد (2001): المتفوقون عقليا خصائصهم، اكتشافهم، تربيتهم، مشكلاتهم، مكتبة الزهراء، القاهرة.
- 53 - عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة الجزء الأول : ذوى الحاجات الخاصة المفهوم والفئات، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 54 - عبد الرحمن سيد سليمان (2001): سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة الجزء 3 الخصائص والسّمات، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة، مصر.
- 55 - عبد الرحمن سيد سليمان (2001): سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة الجزء الرابع، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة، مصر.
- 56 - عبد العزيز محمد العبد الجبار (1997): نماذج العلاج في التربية الخاصة، إصدارات مركز البحوث التربوية، الرياض.
- 57 - عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2011): التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، مصر.
- 58 - عبد الفتاح على غزال (2008): سيكولوجية الفئات الخاصة، ماهي للنشر والتوزيع، ط1، الإسكندرية، مصر.
- 59 - عبد الكريم بوحفص (2011): أسس ومناهج البحث في علم النفس، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر.
- 60 - عبد اللطيف محمد خليفة (2000): دراسات في علم النفس الاجتماعي (المجلد الثاني)، دار قباء، مصر.
- 61 - عبد المجيد نشواتي (2003): علم النفس التربوي، دار الفرقان، ط 4، عمان، الأردن.
- 62 - عبد الوهاب محمد كامل (1994): علم النفس الفسيولوجي، مكتبة النهضة المصرية، ط2، القاهرة، مصر.
- 63 - عدنان السبيعي (2000): معاقون وليسوا عاجزين، دار الفكر، دمشق.
- 64 - عدنان يوسف العتوم (2009): علم النفس الاجتماعي، اثناء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- 65 - عصام النمر (2008): القياس والتقييم في التربية الخاصة، دار اليازوري، عمان، الأردن.
- 66 - عصام حمدي الصفدي (2007): الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري، الطبعة العربية، عمان، الأردن.
- 67 - عصام حمدي الصفدي (2003): الإعاقة السمعية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- 68 - عنابي بن عيسى: سلوك المستهلك عوامل التأثير النفسية الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر.

- 69 -غسان أبو فخر (2004): التربية الخاصة بالطفل، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- 70 -غسان عبد الحي أبو فخر (1991 : 1992): التربية الخاصة للأطفال المعوقين، مطبعة الاتحاد جامعة دمشق، دمشق.
- 71 -غسان جعفر (2001): التخلف العقلي عند الأطفال، دار الحرف العربي، ط 1، بيروت، لبنان.
- 72 -فاروق الروسان (2000): دراسات وبحوث في التربية الخاصة، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 73 -فاروق الروسان (2007): سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، دار الفكر، ط7، عمان، الأردن.
- 74 -فاروق الروسان (1998): قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 75 -فاروق الروسان (1999): مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر، ط 1، عمان، الأردن.
- 76 -فاروق محمد صادق (1982): سيكولوجية التخلف العقلي، عمادة شؤون المكتبات، ط2، المملكة العربية السعودية.
- 77 -فتحي السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاي (1982): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، ط2.
- 78 -فتحي مصطفى الزيات (2002): المتفوقون عقليا ذوو صعوبات التعلم قضايا التعريف والتشخيص والعلاج، دار النشر للجامعات، ط1، القاهرة، مصر.
- 79 -فيوليت فؤاد إبراهيم، سعاد بسيوني، عبد الرحمن سيد سليمان، محمد محمود النحاس (2001): بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة، مصر.
- 80 -قحطان أحمد الظاهر (2008): مدخل الى التربية الخاصة، دار وائل، ط 2، عمان، الأردن.
- 81 -كامل محمد محمد عويضة، مراجعة محمد رجب البيومي (1996): رحلة في علم النفس، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت، لبنان.
- 82 -كريم عكلة حسين (1985): الاتجاهات النفسية للفرد والمجتمع، مطبعة دار الرسالة، بغداد.
- 83 -كمال إبراهيم مرسى (1999): مرجع في التخلف العقلي، دار النشر للجامعات، ط2، مصر.
- 84 -كمال إبراهيم مرسى (1996): مرجع في علم التخلف العقلي، دار القلم، ط 1، الكويت.
- 85 -كوثر حسن عسييلة (2006): التوحد، دار صفاء، ط1، عمان، الأردن.
- 86 -لطفى بركات احمد (1981): تربية المعوقين في الوطن العربي، دار المريخ للنشر، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- 87 ماجدة السيد عبيد (2000): تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مدخل الى التربية الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- 88 ماجدة السيد عبيد (2009): مدخل الى التربية الخاصة، دار صفاء، ط 1، عمان، الأردن.
- 89 ماجدة السيد عبيد (2012): ذوي التحديات الحركية، دار صفاء، ط 1، عمان، الأردن.
- 90 ماجد محمد الخياط (2010): أساسيات البحوث الكمية والنوعية في العلوم الاجتماعية، دار الراية للنشر، ط1، عمان، الأردن.
- 91 مارتن هنلى وآخرون، تعريب جابر عبد الحميد جابر (2004): خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم، دار الفكر العربي، ط 1، القاهرة.
- 92 محمد بن أحمد الفوزان، خالد ناهس الرقااص (2009): أسس التربية الخاصة الفئات – التشخيص – البرامج التربوية، العبيكان، ط1، الرياض، السعودية.
- 93 محمد زياد حمدان (1986): الدماغ والادراك والذكاء والتعلم دراسة فيسيولوجية لماهيتها ووظائفها وعلاقتها، دار التربية الحديثة، عمان، الأردن.
- 94 محمد سلامة غبارى (2003): رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية رعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، ط1، الإسكندرية، مصر.
- 95 محمد شحاته ربيع (2011): علم النفس الاجتماعي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- 96 محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالده (2010): الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل، دار الثقافة، ط1، عمان، الأردن.
- 97 محمد عبد السلام البواليز (2000): الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.
- 98 محمد عدنان عليوات (2007): الأطفال التوحيديون، دار اليازوري، الطبعة العربية، عمان، الأردن.
- 99 محمد مصطفى زيدان: علم النفس الاجتماعي، ديوان المطوعات الجامعية الجزائرية، الجزائر.
- 100 محمود عبد الحليم منسي وآخرون (2001): المدخل الى علم النفس التربوي.
- 101 محي الدين مختار: محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطوعات الجامعية، الجزائر.
- 102 مختار حمزة (1956): سيكولوجية ذوي العاهات، مؤسسة التأهيل المهني بالقاهرة دار المعارف، مصر.
- 103 مدحت أبو النصر (2009): رعاية وتأهيل المعاقين من منظور تكاملي، دار الروابط العالمية، ط1، القاهرة، مصر.
- 104 مدحت فؤاد فتوح حسين (1998): تنظيم مجتمع المعاقين، دار النهضة العربية، ط1، القاهرة.

- 105 مريم إبراهيم حنا (2010): الرعاية الاجتماعية والنفسية للفئات الخاصة والمعاقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 106 مصطفى حسن أحمد، مراجعة وتقديم عادل عز الدين الأشول (1996): الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين، ط1.
- 107 مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة (2007): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة، ط1، عمان، الأردن.
- 108 مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة (2010): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، ط3، عمان، الأردن.
- 109 منى الحديدي، جمال الخطيب (2005): إستراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، دار الفكر، ط1، الأردن.
- 110 منى صبحي الحديدي (2002): مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.
- 111 نبيل علي سليمان (1992:1993): التخلف وعلم نفس المعوقين، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- 112 وليد السيد أحمد خليفة (2006): المهارات اللغوية والتخلف العقلي، زهراء الشرق، ط1، القاهرة، مصر.
- 113 وليم و. لامبرت، ولاس. ا. لامبورت، ترجمة سلوى الملاي، مراجعة محمد عثمان نجاتي (1993): علم النفس الاجتماعي، درا الشروق، ط2.
- 114 يحيى الأحمدى: قضايا سيكولوجية، دار الاحمدى للنشر، القاهرة.
- المعاجم والقواميس:**
- 115 رولان دورون، فرنسوا يارو تعريب فؤاد شاهين (2012): موسوعة علم النفس المجلد الاول A – E، دار عويدات، ط1، بيروت، لبنان.
- 116 عبد المنعم الحفني (1994): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط4، مكتبة مدبولي.
- 117 فؤاد أبو حطب، محمد سيف الدين فهمي (1984): معجم علم النفس والتربية، الهيئة العامة لشئون المطبع الأميرية، مصر.
- 118 محمد على كامل (2004): قاموس لغة الإشارة للمراهقين والبالغين الصم الجزء الثاني، دار الطلائع، القاهرة، مصر.
- 119 مصلح الصالح (1999): الشامل قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار عالم الكتب، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- المجالات:

- 120 أحمد عبد المجيد الصامدي، صفوان سامي حميدات (2008): اتجاهات طلبة المرحلة الثانوية في محافظة اربد نحو الارشاد، مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد الأول.
- 121 إبراهيم بن عبد الله العثمان (2011): الكفايات التعليمية اللازمة للطلاب المعلمين في مجال التربية الخاصة من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة، مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية والدراسات الاسلامية ، المجلد الثالث والعشرون.
- 122 للمسيدي عواشرية (2006): الاتجاهات الوالدية نحو المعاق ذهنيا (دراسة ميدانية)، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثالث، الجزء الثاني.
- 123 أمل عبد الفتاح سويدان (2006): أثر توظيف مسرح العرائس في تنمية اتجاهات تلاميذ المدرسة الابتدائية نحو دمج ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثاني.
- 124 لياد محمد يحي (2007): المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين سمعيا، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد 3، العدد 4.
- 125 بشير معمري (2006): تدريب المتخلفين عقليا على السلوك الاستقلالي في مجال مهارات العناية بالذات داخل الأسرة وفق مبادئ وفنيات التعلم بالتقليد والتعلم بالاشراط الاجرائي، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثالث، الجزء الأول.
- 126 بن عيسى المهدي، ايناس بوسحلة (2011): تجاوز الإعاقة بين آليات الدمج وتشكيل الهوية – مقارنة سوسولوجية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ورقلة، العدد الخامس.
- 127 جاجان جمعة محمد، ليث حازم حبيب (2011): مصادر الضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة في العراق، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد 10، العدد 3.
- 128 جميلة رحيم الوائلي، طارق القيسي (2010): أثر برنامج تدريبي في تعديل سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا، مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد، العدد الرابع والعشرون.
- 129 جميل محمود الصامدي وآخرون (2001): تقويم فعالية مراكز التربية الخاصة في دولة الامارات العربية المتحدة، مجلة جامعة الملك سعود، المجلد الثالث عشر.
- 130 خالد ناصيف (2001): اتجاهات عينة من طلبة جامعة دمشق نحو الزواج العرفي، مجلة جامعة دمشق، المجلد 17، العدد الرابع.
- 131 خلود أديب الدبابنة (2008): أثر الدمج على توفير بيئة محفزة للأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي الانفعالي لدى طلبة ذوي الحاجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة الامارات العربية المتحدة، السنة الثالثة والعشرون، العدد 25.

- 132 زيدان أحمد السرطاوي (1990-1991): الاتصال الشخصي مع المعوقين وعلاقته بالاتجاهات نحوهم، مجلة كلية التربية جامعة الامارات العربية المتحدة، العدد السادس.
- 133 زيد بهلول سمين (2012): اتجاهات طلبة قسم التربية الخاصة نحو مستقبلهم المهني، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد الخامس والسبعون.
- 134 سامية عبد الرحيم (2011): فاعلية برنامج سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم، مجلة جمعة دمشق، المجلد 27.
- 135 سحر أحمد الخشرمي (2011): تقييم خدمات الدعم المساندة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الملك سعود، مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية والدراسات النفسية، المجلد الثالث والعشرون.
- 136 سحر بنت أحمد الخشرمي (2004): دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية دراسة مسحية لبرامج الدمج في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الاسلامية، المجلد السادس عشر.
- 137 سري محمد رشدي (2011): فعالية برنامج ارشادي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع، مجلة جامعة الملك سعود، المجلد الثالث والعشرون.
- 138 سعد فاضل عبد القادر الحمداني، تحسين عبد الرحمن (2009): بناء مقياس الاتجاه النفسي للمعاقين حركيا نحو ممارسة الأنشطة الرياضية، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد 9، العدد 1.
- 139 عبد الحسين رزوقي الجبوري، سيف الدين هاشم الحمداني (2006): التوافق مع المجتمع الجامعي وعلاقته بالاتجاه نحو التخصص الدراسي وبعض المتغيرات لدى طلبة جامعة المرج، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، المجلد 7، العدد 1.
- 140 عبد الخالق يوسف الختاتنة (2000): آثار الإعاقة على أسر ذوي الإعاقة، مجلة العلوم الانسانية، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، العدد 14.
- 141 عبد العزيز السرطاوي، يوسف القريوتي (1990): الإعاقة العقلية في المملكة العربية السعودية أسبابها وبعض المتغيرات الأخرى، مجلة كلية التربية، جامعة الامارات العربية المتحدة، السنة الخامسة، العدد الخامس.
- 142 عبد العزيز السيد الشخص (1990): أثر المعلومات في تغيير الاتجاهات نحو المعوقين، العلوم التربوية، مجلة جامعة الملك سعود، المجلد الثاني.
- 143 عبد الناصر ذياب الجراح، عدنان الشيخ يوسف العتوم (2004): تأثير الإعاقة البصرية وبعض المتغيرات الديموغرافية في مفهوم الذات لدى عينة من المعوقين بصريا: دراسة مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين المجلد الخامس، العدد الأول.

- 144 علي مهدي كاظم، خولة هلال المعمرى (2004): اتجاهات طلبة جامعة السلطان قابوس نحو علم النفس، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين المجلد الخامس العدد الأول.
- 145 عمران محمد القيب (2006): المؤسسات التربوية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثالث، الجزء الأول.
- 146 عويشة أحمد المهيري (2008): اتجاهات المعلمات نحو دمج المعاقين سمعياً في المدارس العادية، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، السنة الثالثة والعشرون، العدد 25.
- 147 فاروق محمد صادق وآخرون (1986): دراسة اتجاه المجتمع السعودي نحو المكفوفين، دراسات تربوية، مجلة كلية التربية جامعة الملك سعود، الرياض، المجلد الثالث.
- 148 فتحي طه مشعل الجبوري، عمار يلدا كرومي (2011): أثر استخدام التمثيل الدرامي في الاستيعاب لدى تلاميذ التربية الخاصة، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد 10، العدد 3.
- 149 لمخضر غول (2011): التطور التاريخي لمفهوم الإعاقة وطرق التكفل بها، حوليات جامعة قلمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 6.
- 150 محمد إبراهيم عسييلة، أمال عبد القادر جودة (2005): اتجاهات طلاب جامعة الأقصى نحو المعاقين، مجلة كلية التربية عين شمس، العدد 29، الجزء 3.
- 151 محمد بن جعفر الثابت (2005): العلاقة بين الذاكرة العاملة وقدرات القراءة الصامتة لدى عينة من طلاب ضعاف السمع بمدينة الرياض، مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، المجلد السابع عشر.
- 152 محمد صالح أسكير، محمد الجبوري (2005): واقع صفوف التربية الخاصة في المدارس الابتدائية في مدينة الموصل من وجهة نظر معلمات التربية الخاصة، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد 2، العدد 2.
- 153 محمد عبد الرحمن الشقيرات، سميا جميل النوايسة (2002): اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين، مملكة البحرين، المجلد الثالث، العدد الثاني.
- 154 محمد عبد الرحمن الشقيرات، يوسف زايد أبو عين (2001): علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً، مجلة جامعة دمشق، المجلد 17، العدد الثالث.
- 155 محمد فتحي (1998): مشكلات ادماج الطفل الأصم في أسرته وكيفية التغلب عليها، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات، السنة الثالثة عشر، العدد 15.

156 محمد فتحي عبد الحي، ابراهيم أمين القريوتي (1997): نحو لغة اشارة عربية للصم (مقارنة بين نظم الاشارة العربية)، مجلة كلية التربية، جامعة الامارات، العدد 14.

157 محمد مقداد (2006): قضايا في طريق التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثالث، الجزء الأول.

158 محمود مندوه محمد (2005): اتجاهات المعلمين نحو المعاقين حركيا – كما يدركها التلاميذ – وعلاقتها بتقبل الذات والشعور بالوحدة النفسية، مجلة كلية التربية جامعة المنصورة، العدد 57.

159 محند أرزقي بركان (2006): الرعاية التربوية للمتخلفين ذهنيا، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثالث، الجزء الأول.

160 غادية بعبيع وآخرون (2006): ادراك حرف برايل لدي ذوي الإعاقة البصرية – إعاقة بصرية كلية، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثالث، الجزء الأول.

161 هدى خرباش (2004): برتوكول مقترح لتنمية المهارات اللغوية للأطفال المصابين بمتلازمة داون، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الأول.

162 هدى خرباش (2006): طرق تعليم المتخلفين عقليا وأساليب تقييمها، مجلة تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، العدد الثاني.

163 هيفاء محمد عيد الزبيدي (2010): أحكام الأسرة (الأحوال الشخصية) الخاصة بالمعوقين في الفقه الاسلامي، مجلة كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، العدد 65.

- الرسائل العلمية:

164 برحيل جويده (1999،2000): تعديل سلوك المتخلف العقلي عن طريق العلاج النفسي السلوكي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة وهران.

165 زموري حميدة (2006،2007): النسق القيمي للأطفال الصم البكم كأساس في بناء برنامج إرشادي خدماتي، رسالة ماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة الحاج لخضر باتنة.

166 عياش صباح (2010،2011): أثر الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين على العلاقات الأسرية من حيث متغيري سن ونوع الإعاقة، رسالة ماجستير في علم النفس الأسري، جامعة وهران.

167 غايزة ربيعي (2010،2011): اتجاهات أساتذة التعليم الجامعي نحو التعليم الالكتروني دراسة ميدانية بجامعة باتنة، رسالة ماجستير في علوم التربية جامعة الحاج لخضر باتنة.

- 168 فقيه العبد (1996،1997): واقع المراكز الطبية التربوية وعلاقتها بالصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا في الجزائر، رسالة ماجستير تخصص علم النفس العيادي، جامعة وهران.
- 169 قادري حليلة (2001،2002): اتجاهات التلاميذ نحو الدراسة وعلاقتها بمستوى الطموح المهني، رسالة ماجستير في علم النفس العام، جامعة وهران.
- 170 لؤيزة مسعودي (2009،2010): اتجاهات الطلبة نحو استخدام الأنترنت في تحقيق التعلم الذاتي، رسالة ماجستير في علوم التربية تخصص تكنولوجيا التربية والتعليم، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- 171 هلايلي ياسمين (2006،2007): اعتماد درجات الذكاء لاقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقليا اجتماعيا ومهنيا، أطروحة دكتوراه العلوم تخصص توجيه وإرشاد مدرسي ومهني، كلية العلوم الاجتماعية جامعة الحاج لخضر باتنة.
- 172 مكي أحمد (2006،2007): اتجاهات تلامذة التعليم الثانوي نحو التكوين المهني دراسة ميدانية على عينة من تلامذة مدينة وهران، أطروحة دكتوراه الدولة في علم النفس، جامعة وهران.
- المراجع الاجنبية:

- 173-Andrè Rey : Arrieration mentale et premiers exercice educatifs, edition Delachaux et Niestlè, Neuchatel, Suisse.
- 174-Jean – Luc – Lambert et Jean. A.Ronald (1979) :Le Mongolisme, pierre Mordoga, Bruxelles, Belgium.
- 175-M.Boucebci (1984) : Maladie Mental et Handicap Mental, Entreprise nationale du livre, alger, Algerie.
- 176-Paul Jonckere, Roger Salbreux et GhislainMagerotte(2007): Handicape Mental : Pr2vention et accueil, De Boeck and Iarcier, 1^{er} edition, Bruxelles, Belgique.
- 177-Pierre. Henri (1969) : La vie des aveugles , presse universitaires de France , 4^e edition, 4^e trimestre, paris.
- 178-R.Fau, B.Andrey, J.le Men, H.Dehaut (1970) : Psychothèrapie des débiles Mentaux, presse universitaires de France, 2^e edition 4^e trimestre , paris, France.
- 179-Roger Perron (2004) : L'intelligence de l'enfant et ses trouble, Dunod, Paris, France.
- 180-Sege lebovici, Renè Diatkine, Michel Soulè (2004) : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l' adolescent, 2^e edition, Quadrige.

ملخص

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على اتجاهات طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، ولهذا الغرض تم تطبيق استمارة تتكون من 38 سؤالاً موزعة على أربعة أبعاد على عينة تكونت من 229 طالبا وطالبة من طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية و الأروطوفونيا بجامعة وهران، يختلفون من حيث الجنس حيث تضمنت العينة 37 طالب و 192 طالبة، التخصص الأكاديمي حيث شملت العينة جميع التخصصات باستثناء تخصص الأروطوفونيا، المستوى الدراسي الذي تمثل في طلبة السنة الثانية والثالثة، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة. كما تمت معالجة بيانات الدراسة عن طريق استخدام الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS. أستخلص من الدراسة أن اتجاهات الطلبة ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، كما توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغيرات الجنس، التخصص الأكاديمي، المستوى الدراسي، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة.

الكلمات المفتاحية:

ذوي الاحتياجات الخاصة؛ الإتجاهات؛ التربية الخاصة؛ التوحد؛ الإعاقة العقلية؛ الإعاقة البصرية؛ الإعاقة السمعية؛ الإعاقة الحركية؛ الأروطوفونيا؛ جامعة وهران؛ المستوى التعليمي.

نوقشت يوم 28 جانفي 2015