مقدمة:

لقد مر ذوي الاحتياجات الخاصة مراحل قاسية وطويلة عبر الزمان حتى وصل بهم الحال إلى العصر الحالي والذي نال فيه أغلب المعاقين حقوقهم أو بعضها.

ففي البداية كانوا أفراد غير مرغوب في وجودهم وكانت بعض المجتمعات تنفيهم او تنهي حياتهم بشكل قاس .

ثم ما لبث ان تحسن وضع ذوى الاحتياجات الخاصة وذلك بنزول الديانات السماوية ،ولابد من ذكر أثر الاسلام الحنيف في تغير النظرة إلى المعاق . كما ساهمت الحضارة الغربية في دعم مسيرة التربية الخاصة .

تعريف الإعاقة:

- **المصطلحات التي لها علاقة بالاعاقة:**
  - **الضعف:** وهو مصطلح يشير غلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعزى للعجز والحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري.
  - **العجز:** وهو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف، غالبا ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية.
  - **الإعاقة:** يستخدم هذا المصطلحات عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي.
  - **الحالات الخاصة:** وهذا المصطلح أوسع من المصطلحات السابقة حيث إنه لا يقتصر على الذين ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين (ذوى الاحتياجات الخاصة)وإنما يشتمل على الذين يكون أداؤهم أحسن من أداء الآخرين (الموهوبين و المتفوقين).

- **الطفل ذو الحاجات الخاصة** :"ذلك الطفل الذي ينحرف أداؤه انحرافا ملحوظا عما يعد عاديا سواءا من الناحية العقليةأو الحسية أو الناحية الانفعالية أو الاجتماعية ، بحيث يستدعى هذا الانحراف نوعا من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للطفل العادي ،ويحتاج الطفل ذو الحاجات الخاصة إلى تعليم خاص وخدمات تربوية خاصة".**(مصطفى نوري القمش،2012،ص 19).**

1- **الإعاقة:** "هي عبارة عن عدم قدرة الفرد على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو جسمية. والعجز هو الذي يسبب هذه المشكلات عند تفاعل الفرد المصاب به مع البيئة.

"هو ذلك النقص أو القصور المزمن ،أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقا سواءا كانت هذه الاعاقة جسمية، نفسية أو عقلية أو اجتماعية ،مما يؤدى إلى عدم قدرته على أداء وظائفه الأساسية لذا فهو أشد حاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية و التأهيلية ".

إن هذا التعريف يبين أن هناك أنواع الاعاقة والتي سنتناولها فيما يلي بعد عرض أسباب الإعاقة التى تعتبر مشتركة في أغلب الأحيان :

2- أسباب الإعاقة :

اعتمد الباحثين عدة تصنيفات الاسباب الاعاقة سنذكر التصنيف الشائع و الذي يعتمد عليه في تصنيفه على مايلي: (اسباب وراثية،اسباب بيئية،اسباب اجتماعية نفسية).

-الأسباب الوراثية:

- إن40 %من العوامل الوراثية تعتبر من مسببات الإعاقة.

-ترتبط الاسباب الوراثية بالجينات أو حاملات الوراثة التي تحمل كروموزومات الخلية التناسلية،فقد تحمل الجينات عيوبا تكوينية أو قصورا،أو خلال او اضطرابا ،او عيبا يؤدي إلى تلف انسجة المخ و اعاقة نموه و وظائفه

-يكون هذا الخلل في الجينات اما زيادة في عدد الكروكوزومات.

-النقص في عدد الكروكوزومات.

-حدوث خطا في التصاق كروموزومات بآخر.

-انشطار احد الكروموزومات بشكل غير طبيعي.

-تشوه الكروموزوم الجنسي

وأهم حالات الاعاقات التي سببها وراثي نجد تناذر داون، تناذر وليامس و بورن ،حالة القصاع و غيرها من الحالات.

الاسباب البيئية و تنقسم إلئ:

الاسباب البيئية البولوجية:و تحدث بعد عملية الاخصاب مباشرة، و هذه لها تأثيرها المباشر قبل الولادة، أثناء الولادة، و بعد الولادة.

قبل الولادة: و تتمثل فيما يلي:

-عدم تطابق ريزوس بين الأم والجنيين)

-الحصبة الالمانية:تؤثر اصابة الام بالحصبة الالمانية على جنينها فيولد بعيوب منها الزرق يصيب العين،الصمم و التخلف العقلي.

-التسمم:يحدث نتيجة تناول الأم للعقاقير الطبية أو التدخين و غيرها من السموم التي تؤثر على الجنين.

-الاجهاد العاطفي و النفسي للأم.

-**الزهري:**يؤثر على الجنين في أسابيعه الأولى فيؤدي إلى تلف العصبي ،كما يولدون بتشوهات و تخلف عقلي.

-**تعرض الأم للإشعاع:**تعرض الأم الحامل لجرعات عالية من أشعة (x)السينية فإن له تأثير بالغ الخطورة على الجنين.

التغذية:إن نقص التغذية السليمة للأم الحامل يصيب الطفل بعدم الاستقرار، التهيج، الانهاك،عدم القدرة على التركيز،و يؤدي إلى البطء في العمليات الأيضية،و يؤثر على الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي.

-الأمراض المتنقلة الجنسية عند الأم أو الأب أو الاثنين (MTS –maladie vénérienne)

أسباب تحدث اثناء الولادة:نقص الاكسجين ،الصدمات.

و هي مجموعة من العوامل التي قد تحدث أثناء عملية الولادة و تؤثر على المولود، نذكر منها عسر الولادة، الاختناق الولادي، الولادة المبكرة و استعمال الاجهزة و الالات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة،التفاف الحبل السري

اسباب تحدث بعد الولادة:

-اليرقان الشديد(الصفار)

-سوء التغذية.

-السعال الديكي.

-الجديري المائي.

-الحصبة.

-التهاب المخ و الأغشية الدماغية(السحايا)

-إصابات الرأس.

-حوادث الاختناق.

-الوقوع من أماكن عالية،كالحوادث و الصدمات.

-الحمى

الأسباب النفسية و الاجتماعية:

وهذه يصاحبها رد فعل وظيفي فقط و لا يصل تأثيرها إلى حد إحداث حالات الضعف العقلي و أهمها الضعف الثقافي العائلي و نقص الدافعية و الخبرات الملائمة للنمو العقلي السوي و الحرمان البيئي و الاضطراب الانفعالي المزمن في الطفولة المبكرة و الاضطراب الذهني و البيئة غير السعيدة و المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض و الفقر و الجهل و هذه كلها تؤثر على القدرات العقلية و النمو السليم وإبطاء معدل نمو الذكاء.

- **الإعاقة العقلية:**

وتجدر بينا الإشارة إلى أنه هناك عدة مصطلحات تستعمل مثل التأخر العقلي ،الاعاقة العقلية، النقص العقلي، صغير العقل، واهن العقل، القصور العقلي، الضعف العقلي، الشدود العقلي، قليل العقل ،غير العاديين، غير الأسوياء ، ذوى الاحتياجات العقلية، الغبي، الأبله ، المعتوه.

لكننا لا يمكن القول أن مصطلح صحيح أو خطأ ولكن هناك بعض المصطلحات فيها نوع من السخرية وتنعكس سلبيا على الوالدين وهؤلاء الأطفال .

وفيما يلي سوف نستعمل مصطلح الإعاقة العقلية .

1- تعريف الإعاقة العقلية:

تعتبر ظاهرة الإعاقة العقلية من الظواهر المعقدة ولها عدة جوانب، و منه تعددت و اختلف تعاريف الباحثين و العلماء فيما يخص الإعاقة العقلية حيث ركز كل منهم على احد جوانب الاعاقة العقلية وذلك حسب تخصصه لذلك سوف نعرض التعريف الشامل للإعاقة العقلية وذلك حسب **الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى (AAMR):لقد جددت الجمعية الامريكية الاعاقة العقلية تعريفاتها منذ 1908 و سنقوم بعرض احدث تعريف لها لسنة 2010 كما تم تغير اسمها السابق إلى الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية و النمائية:**

حيث عرفت الاعاقة العقلية بأنها: القصور الواضح المتمثل في كل من القصور العقلي الوظيفي المعبر عنه بدرجة الذكاء التي تنحرف انحرافين معياريين دن الوسط، و القصور في السلوك التكيفي المعبر عنه بالقصور في المهارات المفاهمية والاجتماعية والتكيفية العملية التي تظهر قبل سن 18 سنة.

يركز هذا التعريف على السوك التكيفي و الذي يشمل ثلاث مجالات رئيسية و هي:

- المهارات المفاهمية: اللغة، القراءة و الكتابة، مفاهيم المال.
- المهارات الاجتماعية: المسؤولية، طاعة القوانين.
- المهارات العملية: النشاطات الشخصية في الحياة اليومية مثل الاكل، اللبس، استعمال الحمام، توفير البيئة الامنة والنشاطات المهنية.

كما يركز هذا التعريف على تدنى في الذكاء الذي يعتبر من أهم العمليات العقلية.

2- تصنيفات الاعاقة العقلية:

إن تصنيف حالات الاعاقة العقلية تتبع عدة أساليب منها من يصنفها على أساس شدة الاعاقة أوعلى حسب سبب الاعاقة أو على حسب الأعراض ، كذلك يختلف المتخلفون

عقليا فيما بينهم في كثير من الجوانب بحيث يصعب وضعهم في مجموعة متجانسة لذلك توجد عدة طرق لتصنيفهم ،وفيما يلي سوف نتبع التصنيف حسب مجالات الاهتمام وذلك كما يلى:

أ. **التصنيف الطبي:** ويعتمد هذا التصنيف على المظهر العام (الشكل المورفوروجى) أي يعتمدون على الأعراض الجسمية الظاهرة وكذلك يعتمدون على الأسباب الفزيولوجية وهى كما يلى :

- المنغوليا أو عرض داون . Syndrome Down's/Mongolism
- القزامة أو القصاع أو القماءة Cretinism
- صغر أو كبر حجم الدماغ: Microcephaly/macrocephaly
- استسقاء الدماغHydrocephaly.
- حالات اضطراب التمثيل الغذائي(PKU) Phenylketonuria .
- الشلل السحائيCereberal Palsy .
- الصرع Epilepsy.
- حالات العامل الريزوسي RH Factor .
- حالات الجلا كتوسيميا Glacto Cemia .
- حالات التاى ساكسTay-Sachs .
- شذوذ الكروموزومات (X)الهشFragile X sydrome
- حالات التصلب الجدبى Tuberous Sierosis
- متلازمة أعراض ترنر Turner
- الدماغ البقرية أو الحادة أو تأنف الرأس Oxycepaly

-متلازمة انجلمان (أطفال الدمى)Angelmans sydrome

-متلازمة الابهام الكبيرRubinstein -Taybi syndrome

-متلازمة اهلرز-دانلوسEhlers Danlos sydrome

-متلازمة برادر- ويلىPrader-wimmi sydrome

-متلازمة مارفان.Marfan's sydrome

-متلازمة وولف- (4Q)هيرشيرون wolf –hirschorn sydrome.

-متلازمة ريت(Xq28) Rett sydrome

ب. التصنيف السيكومترى: يعتمد هذا التصنيف على نسبة الذكاء كمحك أساسي ، وذلك كما يلى:

تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى:

الفئات الإعاقة ذهنية	درجة التخلف	الانحراف المعياري	نسبة الذكاء لبينيه	نسبة الذكاء لوكسلر
خفيفة	1	من 2 إلى 3	67-52	69-55
متوسطة	2	من 3 إلى 4	51-36	54-40
شديدة	3	من4 إلى 5	35-20	39-25
عميقة	4	أقل من 5	أقل من20	أقل من 25

ج. التصنيف التربوي: حيث يصنف التخلف العقلي حسب القدرة على التعلم وذلك كما يلى:

1- بطئ التعلمSlow learner

2- القابلون للتعلم Educable EMR

3- القابلون للتدريب Trainable TMR

4- غير قابلون للتدريبuntrainable UMR

د. التصنيف الاجتماعي :يعتمد على النضج الاجتماعي أو السلوك التكيفي، والوظائف الاجتماعية الأخرى.

وقد وضعت مستويات لحالات الإعاقة وهى:

المستويات	التكيف.
المستوى الاول	التكيف بدرجة مقبولة نوعا ما، ويعتمدون على أنفسهم.
المستوى الثاني	التكيف في نطاق ضيق ويعتمدون على الآخرين
المستوى الثالث	لا يستطيعون التكيف ويعتمدون على الآخرين

إن هذه التصنيفات ليست مختلفة بل متكاملة تعكس الجوانب الأربعة للإعاقة العقلية ويمكننا ان نستنتج ان أن الهدف الجوهرى لاستخدام هذه التصنيفات هو مساعدة المتخصصين في هذا المجال على التخطيط وبناء البرامج والخدمات الملائمة لهذه الفئة.

3- خصائص الاعاقة العقلية:

إن ذوى الاعاقة العقلية **فئات** مختلفة ، فهم ليسوا مجموعة متجانسة لذلك هناك تباين و اختلاف في خصائصهم ، لذلك قسم العلماء هذه الخصائص بحسب درجة الإعاقة .

لذلك من المهم التعرف على هذه الخصائص لتقديم أحسن الخدمات لهذه الفئة ولذلك سوف نقوم بعرض هذه الخصائص فيما يلى:

- **خصائص الجسمية:** تتمثل أهم الخصائص فيما يلي:

-انخفاض معدات النمو الجسمي والحركي و تأخره.

-قصور في وظيفة الحواس(البصر، السمع، اللمس)

-ضعف في التناسق الحسي الحركي.

-ضعف عام في الحالة الصحية، حيث أنهم أكثر تعرض للأمراض

لقد ذكرنا أهم الخصائص الجسمية العامة لذوي الاعاقة العقلية وتجدر الاشارة إلى أنه توجد خصائص جسمية عامة و مشتركة بين جميع ذوي الاعاقة العقلية وفي المقابل توجد خصائص أخرى متعلقة فقط بالأنماط الاكلينيكية المصحوبة بالتخلف العقلي فعلى سبيل المثال عرض داون.

- **الخصائص المعرفية:**

- **الانتباه:** ضعف القدرة على الانتباه والقابلية العالية للتشتت.

- **الذاكرة:** إن ذوي التخلف العقلي لديهم قدرة محدودة على خزن المعلومات. وعدم قدرته على استرجاع المعلومات المختلفة.

- **الادراك:** انخفاض مستوى الادراك الحسي، وقصور في عمليتي التمييز والتعرف على المثيرات.

- **التفكير:** يظل تفكير المتخلفين عقليا عند مستوى المحسوسات ولا يرتقي إلى مستوى المجردات (لتفكير المجرد).

التمييز: يتعذر على المعاقين عقليا في معظم الأحيان التمييز بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذقات المختلفة الصعوبة تزداد كلما ازدادت درجة التقارب أو التشابه بين المثيرات.

اللغة: يعاني المعاقون عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، حيث نلاحظ تأخر في النطق واكتساب اللغة، وصعوبة في الكلام .

- **الخصائص الانفعالية و الاجتماعية:**

-إن الحياة العلائقية تعتبر جد محدودة لذوى الإعاقة العقلية خاصة الإعاقة العميقة منها.

-صعوبة بناء علاقات اجتماعية مناسبة مع الآخرين، والنزوع إلى العزلة والانسحاب في المواقف الاجتماعية.

-أنماط سلوكية غير مناسبة، كالعدوانية والسلوك المضاد للمجتمع و منه العنف والتمرد والتخريب.

-الشعور بالدونية والاحباط وعدم الثقة بالنفس.

-الانفعالية العامة غير السوية أو غير المعتدلة، فقد تصدر منه انفعالات أقل مما يستحقه الموقف وعدم الاكتراث، أو البلادة.

-سوء عمليات التواصل مع الآخرين

-يميلون إلى المشاركة و اللعب مع الأصغر سنا منهم.

- من الجانب الاخلاقي نجد سلوكات مثل الغش والسرقة والكذب ويمكن أن نقول أنه لا يدرك تماما المدلول الخلقي و الاجتماعي لهذه السلوكيات، فهو يتصرف كما تمليه عليه قدراته غير منتبه أو مدرك لدلالة التصرف الاخلاقية.

تأثير الاعاقة العقلية على الأسرة :

الآثار: إن ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة تأثر على النمط المعيشي المألوف في الأسرة و على كل فرد من افرادها و تتغير تلقائيا الحياة السابقة و سيرورة الأعمال اليومية لكل واحد منهم و تشمل مختلف مجالات الحياة و أهم الآثار هي:

-الآثار الاقتصادية:

-أعباء مالية أو اقتصادية و هي أعباء دائمة و مستمرة فهو بحاجة إلى متطلبات أكثر من اقرانه العاديين و التكفل به يحتاج إلى إمكانيات مادية خاصة و هذا ما أكدته على سبيل المثال دراسة إيهرت و كيكن(Eheart &Ciccon,1982)،أن التكايف المادية للأسرة ارتفعت بشكل كبير بعد ميلاد طفل معاق لديهم .

-الآثار الاجتماعية:

-يشكل مصدر تهديد لوحدة الأسرة و على علاقاتهم و ادوارهم و هذا ما اكدته دراسة فابر (Farber,1960,1963)،حيث تأثر على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الاسرة الواحدة و بين أفراد الاسرة و آخرين خارج نطاق الأسرة ذاتها، و تؤثر سلبا على نمو أخوة المعاقين حيث تفرض قيودا متعددة على مجرى حياتهم، تجنبهم بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين و تسبب خلافات مع الوالدين .

-تأثر العلاقة بين الزوجين.

- انعزال الأسرة عن المجتمع و قطع علاقاتها بغيرها من الأسر و هذا ما أكدته دراسة دنلاب و هولنسوارث(Dunlap &Hollinsowrth, 1977).

-في بعض الحالات تكون سبب مباشر لوجود أزمات زوجية تصل في بعض الحالات إلى الطلاق و هذا ما أشار إليه كل من بونهام و أديسون و لونجو و بوند

(Bonham & Addison,1978)،

(longo & Bond,1984)، أن معدلات الطلاق ترتفع بين آباء و أمهات المتخلفين عقليا أعلى من المعدلات العامة للطلاق ،كما توصل لونجو و بوند إلى وجود أزمات زوجية.

الآثار النفسية:

-خلال محاولة الاسرة التكيف و التعايش مع المعاق تواجه كثير من الضغوط النفسية و يصل في بعض الأحيان إلى درجة المرض.

–و يشير بكمان بيل(Beckman–Bel1980) ،أن ميلاد طفل معاق في الاسرة تشكل صدمة قوية لهم مهما كانت نوع إعاقته و يكون أثرها على الجميع و لكن الام بشكل خاص حيث تتولد مشاعر الذنب و الاكتئاب و لوم الذات.

–ارتفاع مستوى الضغط و التوتر و هذا ما أظهرته عدة دراسات مثل دراسة وولف و تروب

(1984)و دراسة الحديدي و الصمادي و الخطيب (1994).

– بعض الاستجابات العنيفة لدى الوالدين.

–الغضب و القلق.(بتصرف خولة أحمد يحيى،2012 ص ص 34–38)

الأزمات التى تمر بها أسرو الوالدي المعاق عقليا وردود أفعالها واستجاباتها :

لقد تعرفنا فيما سبق عن الآثار العامة المختلفة التي تنتج عن ميلاد طفل معاق في الأسرة حيث تتعرض الاسرة بعدة أزمات و ردود أفعال و استجابات نجدها عامة عند كل الأسر و لكن يمكن أن تختلف هذه الأخيرة بالاختلاف ظروف و متغيرات لكل أسرة:

الصدمة:

غالبا ما يشعر الآباء بالصدمة و الذهول و خيبة الأمل و الشعور بالمرارة و خيبة الأمل بعدما انكسرت الصورة المثالية لطفل معافى و سليم و اندثرت معها أحلامهم بمستقبله الدراسي و العملي و الزواجي.

التشكك في التشخيص و عدم تصديقه و الانكار أو الرفض:

كرد فعل انفعالي يلجأ الآباء إلى الانكار و عدم تصديق نتائج التشخيص و يلجئون إلى إعادة التشخيص المرة تلوى الأخرى عسى أن تكون النتيجة مغايرة للمرة الأولى، و غالبا ما يأدي هذا إلى اضطراب علاقة الوالدين بالإخصائيين و الأطباء و كلما تطول فترة الانكار يأثر هذا سلبا على التكفل المبكر بالطفل. (بتصرف، عبد المطلب القريطي،2014،ص 124)

الشعور بالذنب و تأنيب الضمير:

و بوجه عام يعتبر الشعور بالذنب أكثر الحالات الانفعالية شدة و قسوة على الوالدين و قد يظهر الشعور بالذنب على ثلاث أشكال و هي:

-أن يشعر الوالدين أنهما تسببا في إعاقة طفلهما، فقد تشعر الأم ان الاعاقة لدى طفلها نجمت عن تناول عقاقير طبية أثناء فترة الحمل، أو أن الاعاقة نتجت عن عوامل وراثية أو مرض أصيبت به.

-قد يعتقد الوالدين بأن إعاقة الطفل إنما هي عقاب على فعل خاطئ صدر عنهما في الماضي و هم يدفعون الثمن الان.

-شعور الوالدان بأن الإعاقة شيء يسئ و أن الأمور السيئة لا تحصل للإنسان الجيد و لذلك فهما يشعران بالذنب لمجرد وجود الإعاقة(أحمد عريبات،2011،ص 51)

مرحلة الانفعالات و المشاعر:

-تتمثل في الشعور بالإحباط و الأسى و الحزن و القلق و الغضب و السخط و عدم الرضا و الشفقة على الذات و الخجل و الحط من شأن الذات، كما ينتابهم الخوف على مستقبل طفلهم ،بالإضافة الخوف من تكرار تجربة الحمل مرة ثانية و انجاب طفل معاق اخر،كما يؤرقهم التفكير في نظرة المحيطين بهم من أهل و جيران فيدفعهم هذا إلى الانعزال عن الاخرين و عدم مخالطتهم ،و كذا هاجس العجز عن التكفل بمتطلبات ابنهم.(بتصرف عبد المطلب أمين القريطي،2014،ص 125)

-**مرحلة الرفض:** يتبنئ أولياء الأمور مواقف سلبية جدا من طفلهم المعاق من جراء الرفض و هذا الرفض له شكلان:

-الرفض العلني المباشر،و يتمثل هذا في إساءة المعاملة له سواء الناحية الجسمية أو النفسية.

-الرفض الضمني غير المباشر و يتمثل في إهمال الفرد و عدم تقبله و الاستياء من وجوده. (أحمد عريبات،2011،ص 55)

مرحلة المساومة:

و هو الأمل في الشفاء التام للطفل و البحث عن بدائل طبية أو علاجية أخرى و حلول أخرى،و التضرع لله بالدعاء من أجل مساعدتهم على الشفاء من الاعاقة و التشبث ببصيص أمل من أجل تحقيق الشفاء.(تيسير كوافحة،2007،ص 148)

مرحلة التكيف والتقبل:

بعد مرحلة الانفعالات العنيفة تأتي مرحلة قبول الأمر الواقع و محاولة الاسرة التكيف لهذا الواقع الجديد، علما أن مرحلة الانفعالات قد تطول مدتها عند بعض الاسر و تنقص عند أخرى و تتوقف طول و قصر هذه المدة على: شخصي الوالدين، درجة إيمانهما بقضاء الله و قدره، مدى المعلومات المتاحة أمامهما عن أسباب الاعاقة و عن أساليب مواجهتها، ثقتهما في قدرتهما على تحمل المواقف و تجاوزه، التعامل مع الواقع الصعب بموضوعية و عن تصورهما لمستقبل هذا الطفل، و لكن مهما كان فان في أغلب الاحيان تخضع الاسر إلى الواقع المحتوم و تتكيف مع الوضع الحالي و تبدأ البحث عن سبل التكفل بابنهم و البحث عن الخدمات المتاحة لهم. (علاء الدين كفافي و أخرون،2009،ص 305)

للعلم أن المراحل المذكورة أعلاه لا تنطبق بالضرورة على كل الأسر سواء من حيث تسلسلها أو من حيث نوع الاستجابات و الانفعالات المذكورة ،فردود الافعال تختلف من أسرى لأخرى فمنهم من يصدم و لكن يواجه الأزمة بصبر و يتقبل الاعاقة بسرعة و منهم من تطول مدة الشعور بالصدمة و الحزن و الأسى بفترة طويلة جدا أو أن يتكيف و لكن يعيش حياته كلها في حصري و ألم و حزن، و مهما كانت استجابات الأولياء يبقى حدث ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة حدث صادم و مؤلم و مؤثر جدا سواء على المستوى النفسي أو على مستويات حياتية أخرى تستلزم الرعاية و الارشاد لهذه الفئة من الناس.

مراحل الضغوط في حياة أسر و والدي الأطفال المعوقين عقليا: لقد أشار Hammer إلى ست مراحل وهى:

1-عند ولادة طفل معوق أو الشك بوجود إعاقة "مرحلة التشخيص".

1- خلال سنوات الطفولة المبكرة "المشي، التكلم ،...".

2- عند الدخول إلى المدرسة.

3- بدء مرحلة المراهقة .

4- عندما يقترب من الحياة المهنية.

5- التفكير بالرعاية عند تقدم الوالدين بالعمر وبعد وفاتهم.

بتصرف(مصطفى نورى القمش،2011،ص80).

اتجاهات أسرو الوالدي الأطفال المعوقين عقليا: يمكن تلخيص هذه الإتجاهات كما يلى:

1-**الإتجاه السلبى أو الإتجاه الرافض:** هناك بعض الأسر لا تتقبل هذا الوضع المؤلم وتتهرب منه بأشكال شتى، كأن يتبادل الزوجان التهم حول سبب وجود طفل معوق ،وقد يستمر هذا طويلا وتتحول البيئة الأسرية إلى جحيم وقد تصل حتى إلى الطلاق.

2-**عدم الإكتراث أو الإهمال:** وهناك بعض الأسر لا يتقبلون إطلاقا الطفل المعاق ويؤدى ذلك إلى الاهمالهم بدرجة كبيرة ،فلا يكترثون لمظهره وملابسه وطعامه ولا العناية الصحية وحتى يحاولون إخفاءه عن حياتهم اليومية.

3-**الإهتمام الزائد بالطفل:** هنا يختلف الأمر عن السابق ،حيث أن أحد الوالدين أوكليهما قد يبدي اهتماما زائدا في الرعاية والعناية لطفله المعوق وذلك بسبب مشاعر الشفقة والمحبة أو الشعور بالذنب.

(مصطفى نورى القمش،2011،ص ص78-79).

من خلال عرضنا لهذه هذه الازمات والاتجاهات والضغوط التي يمر بها الوالدين يمكن أن ترجع إلى عدة عوامل تختلف من أسر إلى أخرى مثل شخصية الوالدين و المستوى الاقتصادي و الثقافي و التعليمي والديني ومدى التوافق الزواجي قبل مجيئ الطفل وكذلك ردود أفعال الأقارب و الجيران والأصدقاء والأطباء والمتخصصين او إتجاه المجتمع نحو الإعاقة العقلية وكل هذه العوامل تتعلق بالوالدين ولكن هناك عوامل تتعلق بالطفل مثل نوع الإعاقة ودرجتها وحتى جنس الطفل وترتيبه بين الإخوة ، إضافة إلى قلة المعلومات حول الإعاقة وكل ما يتعلق بها من عدة جوانب (جوانب نفسية، إجتماعية، مهنية، فزيولوجية وجنسية المتعلقة) ، وعدم توفر مصادر الخدمات والدعم التى تعتبر عامل جد مهم فى تأزم الوضع.

وهناك عامل جد مهم وهو الاتصال بين أفراد الأسرة حيث أن انعدام الاتصال فيما يتعلق بحالة الطفل المعاق قد يساهم بالشعور بالوحدة لأحد الطرفين، وحتى الاتصال بين الوالدين وأبنائهم العاديين والمعاقين في جميع المواضيع وحتى التي يشعرون أنها مواضيع يحرم فيها الكلام لذلك يجب تطوير مهارات الاتصال والتفاعل بين أفراد الأسرة والوالدين والأبنائهم المعاقين عقليا .

لذلك فإن التدخل الإرشادي المناسب و الفعال يساعد في التعايش والتصدي للمشكلة وكذلك يساهم في مساعدة المعاق .

❖ **الإعاقة الحركية:**

تعريف الإعاقة الحركية: هي عجز أو قصور في جسم الانسان يؤدي إلى التأثير على عدم قدرة الفرد على استخدام أجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية في التنقل والحركة كالمشي و الجري أو قدرته على التناسق في الحركات أو في القدرة على التواصل مع الآخرين بواسطة اللغة المكتوبة أو المنطوقة، وتؤثر على التوافق الشخصي والتكيف الاجتماعي وكذلك على التعلم، بسبب إصابة العمود الفقري أو عضلاته أو الجهاز العصبي.

4- تصنيف الإعاقة الحركية:

اولا :إصابات الجهاز العصبي المركزي:

1- الشلل الدماغي.
2- الشق الشوكي.
3- إصابة الحبل الشوكي.
4- الصرع.
5- استسقاء الدماغ.
6- شلل الأطفال.
7- تصلب الانسجة العصبية.

ثانيا: الإصابات المتعلقة بالهيكل العظمي:

1- بتر الاطراف.

2- الجنف ، الحدب، البزخ (تقوس العمود الفقري)

3- تصلب عظام الورك.

4- تشوه مكونات العظام.

5- التهاب عظام المفاصل.

6- الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين.

7- التهاب المفاصل.

8- التهاب المفاصل الروماتزمي.

9- الشق الحلقي.

10- الكساح.

ثالثا: الإصابات المتعلقة بالعضلات:

1- ضمور العضلات.

2- انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي.

رابعا: الاطراف المصابة:

1- الاحادي.

2- الشلل النصفي الجانبي.

3- الشلل الرباعي.

4- الشلل السفلي أو العلوي.

5- الشلل الثلاثي.

- **خصائص الجسمية و النفسية لذوى الإعاقة الحركية:**

- المشاكل الحسية: جميع الحواس الخمس تتأثر مثل حاسة الذوق واللمس او الشم.
- المشاكل البصرية مثل الحول وضعف البصر.
- المشاكل السمعية مثل نقص السمع.
- مشاكل النطق والكلام مثل عسر الكلام و وصعوبة النطق .

- تكرر التهابات الصدر ومشاكل في عضلات الفم والبلع، في أغلب الأحيان يكون هناك عدم توافق بين البلع والتنفس.
- التهابات اللثة ومشاكل الأسنان.
- سيلان اللعاب.

المشاكل السلوكية النفسية مثل:

- اضطراب النوم.
- البكاء.
- الانطوائية.
- قلة التركيز.
- عدم التحكم في البول والغائط.
- صعوبة الأكل.
- التقيؤ والاستفراغ.
- الإمساك .
- نقص النمو.
- صعوبات التعلم.
- التشوهات الجسمية.

❖ **الاعاقة السمعية :**

1- تعريف الإعاقة السمعية :

ويقصد بها وجود مشاكل أو خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه وتتأثر قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة.

وتشمل الاعاقة السمعية كلا من الأصم و ضعيف السمع ويجب التمييز بينهما كما يلي:

الأصم: هو الفرد الذي فقد القدرة على السمع تماما في المراحل المبكرة قبل اكتساب اللغة وبالتالي غير قادر على فهم الكلام و النطق وهو أبكم.

ضعيف السمع: هو الفرد الذي فقد جزءا من قدرته على السمع ،كما ينطق وفق مستوى معين، وبالتالي قدرته المتبقية تؤهله لاكتساب اللغة باستخدام السماعات الطبية أو بدونها.

- **تصنيف الإعاقة السمعية:**

تختلف تأثيرات الإعاقة السمعية على الأطفال وبذلك فهم فئة ليسوا متجانسة لهم نفس الخصائص والصفات والقدرات وبينهم فروق فردية كبيرة ومتنوعة وعميقة ، وهناك عدد من التصنيفات:

أولا :تصنيف طبقاً لموقع الإصابة أو الفقدان فى الأذن :

1- الإعاقة السمعية التوصيلية
2- الإعاقة التحويلية(الحسية العصبية).
3- الإعاقة السمعية المركبة
4- الإعاقة السمعية المركزية(التمييزية)

ثانيا :تصنيف تبعا للعمر عند حدوث الإصابة :

1- قبل اللغة وهى الإعاقة التى تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل (الصم البكم).
2- بعد اللغة وهى الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة(الصم).

ثالثا: تصنيف الإعاقة السمعية حسب درجة الفقدان السمعي وشدته:

1. القصور السمعي البسيط ويتراوح من فقدان بين (25-55) ديسيبل.
2. القصور السمعي المتوسط (55—70)
3. القصور السمعي الشديد (70-90)
4. الصم (90 ديسيبل فما فوق)

رابعا :ومن التصنيفات أيضا فيما يتعلق بشدة الفقدان السمعي

1- وجود أذن واحدة مصابه وهو ما بعرف بالفقدان السمعي الأحادي
2- وإذا كانت كلتا الأذنين مصابة وهو ما يعرف بالفقدان السمعي الثنائي .

خامسا: تصنف الإعاقة السمعية حسب هذا المعيار على خلقية ومكتسبة

1- الإعاقة السمعية الخلقية فقد السمع منذ لحظة الولادة ولهذا فهو لن يستطيع تعلم الكلام تلقائيا.

2- أما فى الإعاقة السمعية المكتسبة فقد السمع بعد الولادة وفى هذه الحالة قد يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التى تكون قد تطورت لديه إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة.

خصائص المعوقين سمعيا :

- ✓ ينمو المعوق سمعيا نموا جسميا بطريقة عادية أما نموه المعرفى والنفسى والاجتماعى فيتأثر بكفاءة حاسة السمع وفاعليتها.

الخصائص المعرفية للمعوقين سمعيا:

- ✓ يتأخر تحصيل المعوقين سمعيا عن تحصيل السامعين
- ✓ صعوبة احتفاظهم بالمعلومات والتوجيهات وحاجتهم إلى تركيز المعلومات وتكرارها وتحديد التوجيهات واختصارها.
- ✓ بطء وتباين سرعة تعلمهم ومن ثم حاجتهم إلى تفريد التعليم أو تعليمهم في مجموعات صغيرة وتخفيض سرعة عملية التعلم ووقت أطول لتكرار تعلم المفاهيم وتثبيتها في ذاكرتهم.
- ✓ تشتت الانتباه ونقص التركيز وخطأ وصعوبة في إدراك وتعلم المثيرات اللفظية المجردة والرمزية.
- ✓ انخفاض دافعيتهم لمواصلة التعلم خلال فترات طويلة فهم بحاجة إلى تنويع الأنشطة القصيرة والتعزيز المستمر.
- ✓ تباين سرعة تعلمهم تبعا لنسبة ذكائهم وعتبة سمعهم وتاريخ إصابتهم وظروفهم الصحية والنفسية والاجتماعية ، فهم بحاجة إلى تعديل الأنشطة لتتناسب وحالاتهم .

الخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا:

الخصائص النفسية والاجتماعية التي تؤثر في التوافق الشخصي والمدرسي والاجتماعي للمعوق سمعيا كما يلى:

- ✓ كبت المشاعر والانفعالات لعدم القدرة على الكلام والميل إلى الانسحاب .
- ✓ العجز عن التواصل اللفظي والعزلة والحيرة وتأخر النمو النفسي والاجتماعي .
- ✓ الاعتماد الشديد على الآخرين.
- ✓ سرعة الاستثارة العصبية والإحباط لكثرة الفشل والخوف من العقاب.
- ✓ الاندفاع والتسرع لعدم وضوح وإحكام الخطط والتحركات.

- ✓ العناد والإصرار على تلبية الرغبات والاحتياجات.
- ✓ التمركز حول الذات .
- ✓ عدم القدرة على ضبط الذات والمفهوم السلبى عنها.
- ✓ التشكك في الذات (خصوصا في مرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة).

الإعاقة البصرية:

تعريف الاعاقة البصرية:

هي حالة يفقد فيها الشخص قدرته على استخدام حاسة البصر بكفاءة مما يؤثر على أدائه، ويكون ذلك بسبب وجود عجز جزئي أو كلي دائم في الجهاز البصري نتيجة الاصابة بتشوه تشريحي أو الأمراض أو الحوادث في (العين، العصب البصري ظن القشرة الدماغية البصرية) حيث يظهر هذا الضعف في إحدى الوظائف البصرية الخمسة وهي: البصر المركزي، البصر المحيطي ،التكيف البصري ،البصر الثنائي ورؤية الألوان ،وعندما تكون الإعاقة البصرية موجودة عند الأطفال فإنهم يحتاجون إلى إجراء تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج للتمكن من النجاح التربوي.

تصنيفات الإعاقة البصرية:

أولا: المعاقون بصريا كلياً

- الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي يشكو من إعاقة بصرية شديدة ولا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا طريقة بريل.
- تلك الفئة الذين فقدوا درجات الإبصار كلية، ووصلت إلى أقل من 20 درجة ولو باستخدام النظارة، ومثل هذه الفئة لا يمكنها الاستفادة من الخبرات التي تقدمها البرامج التربوية والتعليمية للأسوياء.

ثانيا: المعاقون بصريا جزئياً

- المكفوف جزئياً وهو ذلك الشخص الذي يستطيع قراءة الكتابة العادية وذلك بالاستعانة بالعدسات المكبرة والكتب ذات الأحرف الكبيرة.

- وهم تلك الفئة الذين فقدوا جزءاً من أبصارهم ويستطيعون قراءة الكلمات المكبرة بأي وسيلة تكبير، مثل النظارة، وتتراوح حدة الإبصار ما بين 36 /6م إلى 60 /6م في أحسن العينين، ويستخدمون الألوان الفاتحة ليتضح عليه الخط الغامق.

خصائص المعاقين بصريا:

الخصائص العقلية:

- لا يوجد فرق بين المعاقين بصريا والعاديين في الذكاء.
- لا تؤثر الإعاقة العقلية على النمو العقلي كنمو .
- تؤثر على قدرة الفرد على تكوين مفاهيمه حول الأطوال والأحجام والأوزان والمساحات والمسافات والألوان.
- صعوبة في مفهوم الوقت و العلاقات المكانية.
- صعوبة في معرفة العلاقات بين الأشياء.
- أقل قدرة على التخيل.
- يتميز الكفيف على الاعتماد على حواسه كالسمع واللمس والشم في تكوين المفاهيم .
- صعوبة في تطور بعض المفاهيم التي تفيد انتقاله من مرحلة العمليات الملموسة.
- صعوبة في عملتي التمثل والمواءمة (مرحلة ما قبل العمليات).
- محدودية التعلم عن طريق التقليد.

الخصائص اللغوية:

- لا تؤثر الإعاقة البصرية على اكتساب اللغة المنطوقة ولكن هناك اختلاف في اكتساب القراءة و الكتابة وذلك طريق برايل أما اللغة الغير اللفظية فالكفيف يجد صعوبة في تعلمها كتعابير الوجه والايماءات.
- قد يكون هناك تأخر في النمو اللغوي.

الخصائص الجسمية:

- إن النمو البدني والحركي لا يتأثر بالإعاقة البصرية فهو يخضع لجميع قواعد النمو العادية إلا أن هناك مشكلات تصاحبها منها:

- بطء في الحركة.
- صعوبة تحديد الاتجاهات و الفراغات و المسافات .
- نقص في التآزر الحسي الحركي.

الخصائص النفسية والاجتماعية:

- وهو قدرة مرهونة بمواقف الآخرين واتجاهات أفراد المجتمع الذي يعيش فيه الشخص المعاق بصريا
- مبالغة الكفيف في التعبير عن الموضوع وذلك للتقبل الاجتماعي لدى الآخرين وإشعار السامع بالمعرفة التامة للموضوع.
- استعمال الحيل النفسية كالتبري و التقمص وأحلام اليقظة.
- الخوف من الغرباء.
- الانطواء و العزلة.
- اهتمام المعاق بصريا كثيرا بنفسه.
- عدم الشعور بالأمان.
- يعاني الكفيف من الخوف والتردد.
- الحساسية والعصبية الزائدة.
- الاحباط، الاحساس بالظلم والنقص.

احتل **ميدان التربية الخاصة والتكفل بذوى الاحتياجات الخاصة** في الوقت الحالي مكانة مرموقة نتيجة اهتمام الباحثين و علماء التربية وعلماء النفس والأطباء، وما يدل على ذلك كثرة الأبحاث والرسائل والبرامج التي تطرح في الجامعات .

كما يشير عدد المواقع العلمية والمنتديات الحوارية على الشبكات العالمية دليل على الاهتمام بالتربية الخاصة وانتشار المؤتمرات العلمية وتوفير التشريعات التي تحفظ حقوقهم، ويضاف إلى ذلك إقامة مؤسسات خاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة وإدماجه في المجتمع. ويعتبر عدم اهتمام بهذه الفئة تخلف ثقافي وحضاري.

-**تعريف التربية الخاصة:** مجموعة من البرامج والخطط والاستراتيجيات التعليمية ،التربوية، الوقائية والعلاجية المتخصصة والمصممة خصيصا لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين ،وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن لتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف.

هنا تجدر بنا الاشارة إلى توضيح الفرق بين التربية العامة و التربية الخاصة كالتالي:

التربية العامة : هي التربية التي تهتم بالأفراد العاديين وتتبنى منهجا موحدا في فئة عمرية معينة.

أما التربية الخاصة: تهتم بالأفراد الغير عاديين وتقدم برامج متخصصة تتناسب مع حاجاتهم الخاصة كما يمكننا القول أنه لا يوجد اختلاف بين التربية العامة والخاصة ولكنها تتميز بخصوصية تتمثل في الأبعاد الاضافية أو الفردية.

مؤسسات التربية الخاصة :

يشير إلى المكان التربوي الذي يمكن أن يتعلم به الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة ويتوقف اختيار المكان على عدة عوامل: منها شدة الإعاقة، والوقت الذي حدثت فيه الإعاقة وهناك ثلاثة أنواع من المؤسسات وهي:

أ- **مراكز الإقامة الكاملة** : وهنا يمضى الأفراد ذوى الحاجات الخاصة كل وقتهم في مثل هذه المراكز بحيث تقدم لهم أشكال مختلفة من الخدمات طبية تربوية نفسية اجتماعية وتأهيلية وغيرها.. ويمثل هذا النوع من البدائل النوع التقليدى حيث ينعزل فيه الأفراد ذوى الحاجات الخاصة عن المجتمع الخارجى العادى.

ب- **مراكز التربية النهارية:** وهنا يمضى الأفراد ذوى الحاجات الخاصة جزءا من يومهم فى مدارس خاصة بذوى الحاجات الخاصة بينما يمضون باقى اليوم فى منازلهم ويتضح الفرق بين هذا النوع والنوع السابق فى إمكانية توفير فرص أكبر للدمج الاجتماعى.

ج- **الدمج التربوى:** تعتبر قضية الدمج التربوى لفئات التربية الخاصة من القضايا المطروحة فى الميدان التربوي وخاصة فى السنوات الأخيرة من القرن الماضي ، وذلك لعدة اعتبارات منها : كبر حجم مشكلة هؤلاء الأطفال، وقلة عدد المختصين فى المؤسسات والمراكز المختلفة، ولأن عملية الدمج توفر على الدولة أموال كثيرة لإنشاء مراكز التربية الخاصة، إلى جانب دور القوانين والتشريعات المحلية لبعض الدول العالمية التى طالبت بالمساواة بين الأطفال العاديين وذوى الحاجات الخاصة، على اعتبار أنهم جزء من المجتمع الذي يعيشون فيه .

البرامج التربوية:

لا يمكن القول أن هناك منهاجا تربويا موحدا يصلح لجميع الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة على اختلاف العمر والفئة التي ينتمون إليها ولكن يمكن تقديم الخدمات من خلال:

- ✓ المنهاج العادي : وهو نفس المنهاج الذي يقدم للطفل العادي مع إجراء بعض التعديلات عليه التي يفترضها طبيعة الفئة التي ينتمي إليها الفرد من ذوى الاحتياجات الخاصة.
- ✓ المنهاج الخاص: ويتم من خلاله تدريب ذوى الاحتياجات الخاصة على بعض المهارات والقدرات التي تفرضها الفئة التي ينتمي إليها الفرد يختلف هذا المنهاج بين فرد وآخر أو من فئة لأخرى وذلك حسب الامكانيات والقدرات الموجودة لدى هؤلاء الأفراد.

الوسائل والأدوات التعليمية :

- ✓ الوسائل التعليمية التقليدية: وهى نفس الوسائل التعليمية المستخدمة مع الأطفال العاديين.
- ✓ الوسائل التعليمية المكيفة أو المعدلة: وهى الوسائل التعليمية المستخدمة مع العاديين مع إجراء تعديل عليها لتناسب فئات ذوى الحاجات الخاصة والانطلاق بذلك مما هو موجود لا مما هو مفقود.
- ✓ الوسائل التعليمية الخاصة: وهى الوسائل التعليمية التي صممت لتناسب حاجات الأطفال ذوى الحاجات الخاصة كل حسب الفئة التي ينتمي إليها.

ومن خلال ما تقدم يلاحظ بأنه حتى يتم توفير بيئة تعليمية مناسبة لذوى الحاجات الخاصة ، فإن ذلك يتطلب إجراء تعديلات على المحتوى التعليمي والمكان التعليمي قبل تقديم البرامج التربوية لذوى الحاجات الخاصة.

المحتوى التعليمي والمكان التعليمي :

لتوفير بيئة تعليمية مناسبة لذوى الاحتياجات الخاصة فإن ذلك يتطلب تعديلات على المحتوى التعليمي والمكان التعليمي قبل تقديم البرامج التربوية لذوى الاحتياجات الخاصة.

- ✓ المحتوى التعليمي : لابد من إجراء بعض التعديلات على المنهاج المقدم للطفل العادي بإضافة بعض النقاط أو الأهداف المشتقة من القيود التي تفرضها الفئة التي ينتمي إليها من فئات ذوى الحاجات الخاصة.
- ✓ المكان التعليمي : لابد من مراعاة الفئة التي ينتمي إليها وخصائص تلك الفئة قبل البدء بالعملية التربوية لهؤلاء الأفراد. وقبل البدء بتقديم البرامج التربوية لذوى الحاجات الخاصة سواء أكانت هذه البرامج عامة (المنهاج العادي) أو خاصة (المنهاج الخاص) فلابد من مراعاة ما يلي :

- التعرف على مقدار الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة ثم تحديد هذه الخدمات والخدمات المساندة.
- وضع الخطة التربوية الفردية والخطة التعليمية الفردية.
- تحديد المكان بتعليم ذوى الحاجات الخاصة على المهارات اللازمة.

ويجب البدء بتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة على المهارات اللازمة والضرورية منذ لحظة اكتشافهم فكلما كان التدخل مبكرا كلما كانت نتائجه أسرع وأوضح وأفضل ومن بين الخدمات التي يحتاجها ذوى الحاجات الخاصة لتغطية جوانب الضعف ما يلي: (العلاج الطبيعي – خدمات العلاج الوظيفي– خدمات النطق والسمع– الخدمات النفسية– خدمات التربية الخاصة – خدمات التربية الرياضية المعدلة)

مناهج ذوى الاحتياجات الخاصة :

تختلف المناهج العامة التى توضع للطلبة العاديين عن المناهج التى توضع للطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة فى عدد من الجوانب الرئيسية ، فالمناهج العامة التى تعد للطلبة العاديين يتم إعدادها مسبقا من قبل لجان مختصة لتناسب مرحلة عمرية ودراسية معينة وليس فردا معينا ، فى حين أن المنهاج فى التربية الخاصة لا يتم إعداده مسبقا وإنما يتم إعداده ليناسب طفلا معينا وذلك فى ضوء نتائج قياس مستوى آداؤه الحالى من حيث جوانب القوة والضعف لديه، فلا يوجد فى التربية الخاصة منهاج عام للطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة، وإنما يوجد أهداف عامة وخطوط عريضة لما يمكن أن يسمى بمحتوى المنهاج والتى يشتق منها الأهداف التعليمية التى تشكل أساس المنهاج الفردى لكل طفل من ذوى الاحتياجات الخاصة على حده، وهكذا لا يختلف المنهاج فى التربية الخاصة عن المنهاج العام المعد

للطلبة العاديين، لآنه يتضمن العناصر الرئيسية المشار إليها (الأهداف، المحتوى ، الوسائل، والتقويم).

استراتيجيات بناء المنهاج للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة:

يعتبر النموذج الذى قدمه ويهمان (1981) فى بناء المنهاج للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من النماذج المقبولة والمعتمدة فى مجالات التربية الخاصة وهو يمر فى خمس خطوات رئيسية هى:

- ✓ أولاً : التعرف على السلوك المدخلى.
- ✓ ثانيا : قياس مستوى الآداء الحالى.
- ✓ ثالثا: إعداد الخطة التربوية الفردية "مكتوبة"
- ✓ رابعا: إعداد الخطة التعليمية الفردية "تنفيذية"
- ✓ خامساً : تقويم الآداء النهائى.

أعضاء فريق الخطة التربوية الفردية :

- يتضمن عمل الفريق تقديرا للخصائص التعليمية والنفسية والطبية واللغة والقياس السمعى والبصرى والتى تهدف إلى تحديد جوانب القوة والضعف لدى الطالب والتأكد من حصوله على الخدمات اللازمة بما يتناسب مع قدراته.
- ويتنوع الأفراد الذين يشكلون الفريق متعدد التخصصات من حالة إلى أخرى وذلك بالاعتماد على طبيعة وحدة المشكلة وكمية المعلومات اللازمة لتقرير أهلية الطالب لخدمات التربية الخاصة وكتابة برنامجه التربوى الفردى.

ويتكون الفريق من: (معلم الصف – أختصاصى التربية الخاصة– أختصاصى عيوب النطق – المرشد – معلم التربية البدنية والفنية– الأسرة– الطبيب)

إعداد الخطة التربوية الفردية :

هى خطة تصمم بشكل خاص لطفل معين لكى تقابل حاجاته التربوية بحيث تشمل كل الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينة وهى فترة زمنية محددة.

أهمية الخطة التربوية الفردية:

- ✓ ترجمة فعلية لجميع إجراءات القياس والتقويم لمعرفة نقاط القوة والضعف لدى الطفل .
- ✓ وثيقة مكتوبة تؤدى إلى حشد الجهود التى يبذلها ذوو الاختصاصات المختلفة لتربية الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة وتدريبهم.

- ✓ تعمل على إعداد برامج سنوية للطالب في ضوء احتياجاته الفعلية.
- ✓ ضمان لإجراء تقييم مستمر للطالب واختيار الخدمات المناسبة في ضوء ذلك التقييم.
- ✓ تعمل على تحددي مسئوليات كل مختص في تنفيذ الخدمات التربوية الخاصة.
- ✓ تؤدى إلى إشراك والدى الطفل في العملية التربوية ليس بوصفهما مصدر مفيد للمعلومات فقط، وإنما كأعضاء فاعلين في الفريق متعدد التخصصات.
- ✓ تعمل بمثابة محك للمسائلة عن مدى ملائمة وفاعلية الخدمات المقدمة للطالب .

مكونات الخطة التربوية الفردية:

- تشمل الخطة التربوية الفردية عددا من الجوانب تتمثل فيما يلى:

- ✓ المعلومات العامة عن الطفل والتى تشمل اسم الطفل، تاريخ الميلاد، مستوى ودرجة الإعاقة، الجنس، والسنة الدراسية وتاريخ التحاقه بالمركز أو البرنامج.
- ✓ ملخص حول نتائج التقييم على الاختبارات المختلفة التى اجريت للطفل إضافة إلى أسماء أعضاء فريق التقييم وتاريخ إجراء هذه الاختبارات.
- ✓ الأهداف التعليمية الفردية التى سيتم العمل بها مع الطفل خلال الفترة الزمنية للخطة : هل هى سنة دراسية أم فصل دراسى، أم شهر أو شهرين، وفى العادة يتم ذكر ذلك بالإشارة إلى أن ذلك سيتم تحقيقه خلال الفترة ما بين كذا .. وكذا.. وتشتق هذه الأهداف من نتائج التقييم التى أجريت للطفل.

الأهداف التربوية :

- **الأهداف التربوية العامة: هى** وصف لما يتوقع أن يكتسبه الطالب من مهارات ومعارف خلال سنة أو فصل دراسى من تقديم الخدمة التربوية له، وتسمى الأهداف بعيدة المدى ويمكن للمعلم تحديد الأهداف العامة من خلال محتوى المنهاج واختيار ما يناسب قدرات الطالب في المجالات المختلفة وكذلك من خلال تبنى الفلسفة للمؤسسة التعليمية.
- **الأهداف السلوكية أو التعليمية:** هى أهداف سلوكية تعبر في دقة ووضوح عن تغيير سلوكى يتوقع حدوثه في شخصية الطالب نتيجة لمروره بخبرة تعليمية في موقف تدريسى معين بعد فترة زمنية محددة.

صياغة الأهداف السلوكية :

- شروط صياغة الأهداف السلوكية أو التعليمية:

✓ أن يوجه الهدف السلوكى إلى نتيجة تعليمية واحدة.

✓ أن يوجه الهدف السلوكى نحو سلوك الطالب وليس نشاط المعلم.

✓ يمكن ملاحظة الهدف السلوكى وقياس نتائجه.

✓ أن تصاغ الأهداف بحيث يمكن تحقيقها في الزمن المتوقع.

✓ يحدد الهدف السلوكى على أساس مستوى قدرات الطالب.

✓ يجب أن يشتمل الهدف السلوكى على ثلاثة عناصر فعل سلوكى+ ظرف يتم في ضوئه الآداء+ معيار مستوى الآداء المقبول).

محتوى برنامج التكفل بذوي الإعاقة العقلية:

- المهارات الاستقلالية
- المهارات اللغوية
- المهارات الاكاديمية
- المهارات الحركية
- المهارات الاجتماعية
- المهارات المهنية
- المهارات الاقتصادية

أ- محتوى البرنامج حسب المرحلة العمرية:

المرحلة العمرية	محتوى البرنامج
مرحلة الطفولة المبكرة و الرضاعة(0-2 سنوات	**تنمية الحواس**
مرحلة الطفولة المتوسطة	**- تنمية القدرات الحركية(المشي، القبض على الأشياء والتوازن** **- مهارات العناية بالذات(الأكل و الشرب والحمام)**
مرحلة الطفولة المتأخرة	**- تنمية المهارات اللغوية** **- تمنية المهارات الشخصية والاجتماعية والمعرفية.**
مرحلة المراهقة	**-المهارات الاجتماعية و اليدوية**

بـ . حسب درجة الاعاقة:

درجة الاعاقة العقلية	محتوى البرنامج
فئة الاعاقة العقلية البسيطة	المهارات الأكاديمية
فئة الاعاقة العقلية المتوسطة	المهارات الشخصية و الاجتماعية
فئة الاعاقة العقلية الشديدة	المهارات الاستقلالية

الأساليب المستعملة :

- أسلوب تحليل المهمة.
- التشكيل.
- التسلسل.
- التعزيز.

- الحث
- التلقين.
- النمذجة.
- التبسيط.
- التكرار.
- العرض.
- السحب التدريجي
- التدرج في المهارات وتقليل الخبرات الفاشلة.
- تقديم المساعدة في الأداء ومن ثم تخفيفها بشكل تدريجي.
- تحسين القدرة على الانتباه و التقليل من المشتتات
- جعل فترة التدريب قصيرة.
- تعليم مفهوم واحد في المرة الواحدة.
- الاعتماد على المحسوس مثال الوسائل السمعية البصرية
- الاتصال المباشر بالأشياء مثال تعليمه عبور الطريق باصطحابه للشارع
- الانطلاق من المألوف مثال تعليمه اللون الابيض هو لون السكر
- التذكير المستمر لانه سريع النسيان
- عدم اطالة حصص التعلم لانه يعاني من ضعف التركيز و التعب والملل.
- جعل النشاطات مرحة وممتعة عن طري اللعب و الدعابة.
- استعمال وسائل تجذب الانتباه مثل الحاسوب ،الالوان.
- استعمال المواد والأدوات الطبيعية عند التعليم مثل الخضر الحقيقية.
- انتقال أثر التعلم لتعميم المهارة التي تعلمها .