

مقدمة في الإعاقة العقلية

تأليف

دكتور / علي عبدالله علي مسافر

كلية التربية

جامعة السويس – جامعة طيبة



المراسلات:
1 شارع عدلي كفاي - ميدان سانت
فاطيمة - مصر الجديدة - القاهرة -
جمهورية مصر العربية.
التليفون: 00201005700336
فاكس: 0020227740947
البريد الإلكتروني:
Email: info@elsahab.com
WWW:elsahab.com

اسم الكتاب: مقدمة في الإعاقة العقلية
تأليف: علي عبدالله مسافر
رقم الإيداع:
2017 / 26232
الترقيم الدولي:
978-977-755-054-3
حقوق النشر محفوظة
الطبعة الأولى 2018

لا يُسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تجزئته في نطاق
استعادة المعلومات، أو نقله بأي شكل، دون إذن خطي مسبق من
الناشر.

تدمك: 9-052-755-977-978

مقدمة في الإعاقة العقلية / تأليف: علي عبدالله علي مسافر /
ط1، القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع، 2018.

مقدمتہ

مقدمة

الحمد لله الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، وامتن على عباده بأن أرسل محمدا صلى الله عليه وسلم، يتلو عليهم آياته، ويزكيهم، ويعلمهم الكتاب والحكمة، وأوحى إليه قوله تعالى: ﴿...وَأَنْزَلَ اللَّهُ عَلَيْكَ الْكِتَابَ وَالْحِكْمَةَ وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُن تَعْلَمُ وَكَانَ فَضْلُ

اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا﴾ (النساء، ١١٣)، وألهمه بأن يدعوه تعالى بأن يزيده علما

﴿وَقُلْ مَرْبِّ نَرْدُنِي عِلْمًا﴾ (طه، ١١٤)، والصلاة والسلام على سيدنا محمد بن

عبدالله الذي بعثه الله معلما، والذي رفع لواء العلم، وأخبر بأن وأن الملائكة تضع أجنحتها رضا لطالب العلم. (الترمذي، والحاكم، وابن حبان، والدارمي)، وأخبر بأن الله وملائكته وأهل السموات والأرض حتى النملة في جحرها، وحتى الحوت ليصلون على معلم الناس الخير (الترمذي). وحث صلى الله عليه وسلم على الرحمة والرفق بالضعفاء، ابغوني في الضعفاء، فإنما ترزقون وتنصرون بضعفائكم. ومن بين الضعفاء الذين حث النبي صلى الله عليه وسلم على الرفق بهم ورحمتهم ذوو الاحتياجات الخاصة وفي القلب منهم المعاقون عقليا. والحق أن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة بما فيها الإعاقة العقلية قد حظيت باهتمام كبير على مستوى العالم في العقود الأخيرة

ويعتبر هذا الكتاب محاولة في هذا المضمار، ويقع الكتاب في أحد عشر فصلا؛ يتناول الفصل الأول مفهوم الإعاقة العقلية، في حين يتناول الفصل الثاني تصنيفات الإعاقة العقلية، ويتناول الفصل الثالث أسباب الإعاقة العقلية، ويعرض الفصل الرابع تشخيص الإعاقة العقلية.

مقدمة

ويتناول الفصل الخامس خصائص المعاقين عقليا، في حين يتناول الفصل السادس مشكلاتهم، ويتناول الفصل السابع حاجاتهم. أما الفصل الثامن فيتناول الوقاية من الإعاقة العقلية. ويعرض الفصل التاسع رعاية المعاقين عقليا، ويعرض الفصل العاشر تأهيلهم، ويختتم الكتاب بالفصل الحادي عشر الذي يعرض تعديل سلوكهم فما كان من توفيق فمن الله وحده، وهو حسبا وعليه التكوان.

د. علي مسافر

الفصل الأول

مفهوم الإعاقة العقلية

الفصل الأول

مفهوم الإعاقة العقلية

تعريف الإعاقة العقلية Intellectual Disability:

١- التعريف الطبي:

يركز التعريف الطبي على الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية، سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة. وتشمل تلك الأسباب التي تؤدي إلى إصابة المراكز العصبية، أو التي تؤدي إلى عدم اكتمال عمر الدماغ، أو التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي. أي أن التعريف الطبي يتمثل في وصف الحالة، وأعراضها، وأسبابها. ومن الانتقادات الموجهة لهذا التعريف صعوبة وصف الإعاقة بطريقة رقمية تعبر عن نسبة ذكاء الفرد. (الروسان، ١٩٩٩ : ١٦ -١٧؛ عبيد، ٢٠٠٩ : ١٦-١٨)

وفي ضوء ذلك تعرف الإعاقة العقلية بأنها حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو بسبب عوامل جينية (فرج، ٢٠٠٧ : ٧٥).

ويعرف ترييد جولد Tredgold الإعاقة العقلية بأنها حالة من عدم اكتمال النمو العقلي من نوع ودرجة يكون الفرد فيها غير قادر على تكييف نفسه مع مطالب البيئة التي يعيش فيها بطريقة تحافظ على بقائه مستقلاً عن الإشراف والمراقبة ومساعدة الآخرين.

ويعرفها جيرفيز Jervis بأنها حالة من النمو العقلي المتوقف أو غير المكتمل نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل المراهقة أو نتيجة لأسباب وراثية.

ويعرفها بنوا Benoit بأنها حالة من النقص في وظائف العقل نتيجة عوامل متعددة تؤدي إلى ضعف في كفاءة الجهاز العصبي، ونقص القدرة العامة للنمو، والقدرة على التكيف.

ويعرفها بورنفييل Bournville على أنها تلف في المخ يؤدي إلى بقاء الإثارة ونقص في القدرة على التعلم، وعدم التكيف الاجتماعي (الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ الحازمي، ٢٠٠٧: ٢٢؛ عبدالحميد، ١٩٩٩)

وعرفت الجمعية الملكية البريطانية للطب النفسي الإعاقة العقلية على أنها حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة، والصورة المعتادة هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية تحت مسميات العمر العقلي، أو درجة الذكاء، وفي حالات أخرى فإن العقل غير النامي قد يظهر أساسا في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط معتاد للعواطف، أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي (خير الله، ١٢، ٢٠١٤؛ الشناوي، ١٩٩٧)

٢- التعريف السيكومتري:

ظهر التعريف السيكومتري نتيجة للانتقادات التي وجهت للتعريف الطبي، حيث يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها، دون أن يقدم وصفا دقيقا وبشكل كمي للقدرة العقلية. ويعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء.

ويعرف الفرد المعاق عقليا بأنه الفرد الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٥. (الروسان، ١٩٩٩: ١٩؛ عبيد، ٢٠٠٩: ١٨؛ فرج، ٢٠٠٧: ٧٦؛)

ويعرف والين Wallin الفرد المعاق عقليا بأنه الفرد الذي يخفق عند استخدام الاختبارات النفسية المقننة معه في الحصول على نسبة ذكاء، أو عمر عقلي معين.

ويعرف سبيتز Spitz الإعاقة العقلية بأنها حالة من النمو العقلي المتأخر تحدد بنسبة ذكاء أدنى من ٧٠ على اختبار ذكاء مقنن.

٣- التعريف الاجتماعي:

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة الانتقادات المتعددة التي وجهت لمقاييس القدرة العقلية، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد. إذ وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثيرها بعوامل عرقية وثقافية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور مقاييس اجتماعية تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه، واستجابته للمتطلبات الاجتماعية.

ويركز التعريف الاجتماعي على مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه.

وتعرف الإعاقة العقلية بأنها عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزا عن التكيف مع الآخرين، مما يجعله دائما بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم الآخرين (الجوالدة، و القمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ عبيد، ٢٠٠٩: ٢٠؛ فرج، ٢٠٠٧: ٧٦).

ويعرف الفرد المعاق عقليا بأنه الشخص الذي يفشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة بنظرائه في نفس الفئة العمرية والخلفيات الثقافية والاجتماعية (السلوك التكيفي) (الروسان، ١٩٩٩: ٢١)

ويعرف بندا Benda الفرد المعاق عقليا بأنه الفرد الذي يحتاج إلى إشراف ومراقبة ورعاية؛ من أجل رفاهيته ورفاهية المجتمع.

ويعرف Masland الفرد المعاق عقليا بأنه الفرد غير القادر على الأداء في المستوى المطلوب للتوازن المقبول في إطار بيئته الثقافية.

ويعرف بوزير Poser الإعاقة العقلية بأنها تدني مستوى أداء الفرد عن المستوى المتوقع في مثل عمره (الحازمي، ٢٠٠٧: ٢٣؛ الشناوي، ١٩٩٧).

٤- التعريف التربوي:

يركز التعريف التربوي على مدى قدرة الفرد على التعلم في الظروف العادية.

وقد عرفت اللجنة الرئاسية للتخلف العقلي في الولايات المتحدة الأمريكية الطفل المعاق عقليا بأنه الطفل الذي يعاني من قصور جوهري في القدرة على التعلم والتكيف لمطالب المجتمع (خير الله، ٢٠١٤: ١٦؛ شقين، ١٩٩٩)

وقد وجهت عدة انتقادات للتعريف التربوي أهمها أن القصور في القدرة على التعلم وضعف التحصيل الدراسي قد يعزى لكثير من الأسباب بخلاف القصور في القدرات العقلية؛ منها الظروف الصحية، أو النفسية، أو الاجتماعية، أو ضعف كفاءة المعلمين.

٥- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

تعرف الإعاقة العقلية بأنها أداء عقلي وظيفي عام دون المتوسط بانحرافين معياريين يصاحبه خلل واضح في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن الثامنة عشرة.

وقد جاء تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية كرد فعل للانتقادات التي وجهت للتعريف السيكومتري بتركيزه على الجانب العقلي، والانتقادات التي وجهت للتعريف الاجتماعي بتركيزه على السلوك التكيفي. ويجمع هذا التعريف بين الجانب العقلي

والسلوك التكيفي. (الروسان، ١٩٩٩ : ١٦ - ١٧؛ عبيد، ٢٠٠٩ : ٢٣؛ يحيى، ٢٠٠٦ : ٤٩؛ فرج، ٢٠٠٧ : ٧٦)

أما التعريف الحديث للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي فينص على أن الإعاقة العقلية هي إعاقة تمتاز بمحددات ملحوظة في كل من القدرات الوظيفية الذكائية وفي السلوك التكيفي كما هو معبر عنه في المهارات الذكائية والاجتماعية والمهارات التكيفية، وتنشأ هذه الإعاقة قبل سن ١٨ سنة.

ويشير هذا التعريف إلى:

- محددات في القدرة الوظيفية الحاضرة في بيئة الطفل المحيطة كما هي لدى أقرانه من نفس العمر والثقافة.
- الأخذ بعين الاعتبار التنوع الثقافي واللغوي عند التقويم وكذلك الفروق في العوامل التواصلية والحسية والحركية والسلوكية.
- محددات مع القدرات لدى الفرد المعاق عقليا.
- استقلال وصف المحددات في تطوير احتياجات الفرد الخاصة (الحازمي، ٢٠٠٧ : ٢٥)

٦- التعريف القانوني:

يعرف الفرد المعاق عقليا على أنه الفرد غير القادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة (فرج، ٢٠٠٧ : ٧٦).

الفصل الثاني

تصنيفات الإعاقة العقلية

الفصل الثاني

تصنيفات الإعاقة العقلية

أولاً: التصنيف حسب مصدر الإعاقة:

يعتمد هذا التصنيف على مصدر الإعاقة سواء كان داخليا أم خارجيا. وتصنف حالات الإعاقة العقلية إلى:

١- الإعاقة العقلية الأولية Primary Intellectual Disability:

وهي الإعاقة التي يرجع مصدرها إلى عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية في فترة ما قبل الولادة؛ كما في حالات أخطاء الجينات والشذوذ الكروموزومي.

٢- الإعاقة العقلية الثانوية Secondary Intellectual Disability:

وهي الإعاقة التي تعود لعوامل خارجية، أي أسباب بيئية أثناء فترة الحمل، وأثناء الولادة، أو بعدها مثل الإصابة بالأمراض التي تؤدي إلى هذه الإعاقة كالتهاب السحايا، أو الزهري، أو التعرض للحرمان البيئي الشديد، أو الصدمات الشديدة في الرأس في مرحلة الطفولة.

٣- الإعاقة العقلية المختلطة Mixed Intellectual Disability:

وتشمل حالات الإعاقة العقلية التي ترجع لأسباب وراثية وبيئية معا.

٤- الإعاقة العقلية غير محددة الأسباب Undefined Intellectual Disability:

وتشمل الغالبية العظمى من المعاقين عقليا، لاسيما الإعاقات العقلية البسيطة، وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب وعوامل

معينة أدت إلى الإعاقة. (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٢٨؛ الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١٢٦؛ محمد، ٢٠٠٨)

ثانياً: التصنيف حسب شدة الإعاقة:

تعتمد شدة الإعاقة على نسبة الذكاء، وينقسم المعاقون عقلياً وفقاً لشدة الإعاقة إلى أربع فئات على النحو التالي:

١ - الإعاقة العقلية البسيطة (الخفيفة) Mild intellectual disability

وتتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين ٥٥ - أقل من ٧٠. ويتأخر اكتساب اللغة ولكنهم يستخدمونها ويستطيعون إجراء حوارات بسيطة، وحصيلتهم اللغوية محدودة، ولذا يستخدمون جمل قصيرة غير سليمة التركيب. ويكتسبون مهارات الرعاية الذاتية، ويحققون الاستقلال. وقد يقومون ببعض المهارات المهنية والأسرية البسيطة. ويمكنهم أن يتعلموا ببطء إذا وضعوا في فصول خاصة في المدارس العادية، ولكنهم يعجزون عن مواصلة الدراسة في الفصول العادية، وفي الغالب لا يتجاوزون المرحلة الابتدائية.

٢ - الإعاقة العقلية المتوسطة (المعتدلة) Moderate intellectual disability

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين ٤٠ - إلى أقل من ٥٥. وهم بطيئون في فهم واستخدام اللغة. ويتأخر اكتساب مهارات رعاية الذات لديهم، ومهاراتهم الأكاديمية محدودة جداً. ونادراً ما يحققون الاستقلال في مرحلة الرشد. ولديهم القدرة على التواصل مع الآخرين والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية البسيطة.

٣ - الإعاقة العقلية الشديدة (الحادة) Severe intellectual disability

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠. ومستوى إنجاز أفرادها منخفض بشكل عام، مع قصور في الحركة وغيرها مما يدل على وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي.

٤ الإعاقة العقلية العميقة (المطبقة) Profound intellectual disability

تقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن ٢٥، وهم غير قادرين على فهم أو تنفيذ التعليمات والأوامر، وغير قادرين على قضاء حوائجهم أو رعاية أنفسهم. ولذا فإنهم دائماً بحاجة إلى الرعاية. وتنتشر بينهم أشكال العجز الشديدة التي تؤثر على عمل الحواس. (الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٤٣ - ٤٤؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١٢٦ - ١٢٨؛ محمد، ٢٠٠٨)

ثالثاً: التصنيف التربوي:

يصنف المعاقون عقليا وفقا لهذا التصنيف إلى أربع فئات على النحو التالي:

١- المعاقون عقليا القابلون للتعلم educable:

يقابل أفراد هذه الفئة الأفراد في فئة الإعاقة العقلية الخفيفة. والفرد الناضج في هذه الفئة يوازي في قدراته العقلية طفلا في الحادية عشرة من العمر. ويمكن تعليمهم في مدارس التربية الفكرية.

٢- المعاقون عقليا القابلون للتدريب trainable:

يقابل أفراد هذه الفئة الأفراد في فئة الإعاقة العقلية المتوسطة. والفرد الناضج في هذه الفئة يوازي في قدراته العقلية طفلا في التاسعة من العمر.

٣- الاعتماديون dependent:

يقابل أفراد هذه الفئة الأفراد في فئة الإعاقة العقلية العميقة، وهم غير قادرين على الاستفادة من التعلم أو التدريب، ويحتاجون إلى رعاية وإشراف مستمرين، ويتم التركيز في البرامج التي تقدم لهذه الفئة على مهارات الحياة اليومية. (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٢٨؛ الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ الروسان، ٢٠١٠: ٥١؛ عبيد، ١٤٠ - ١٤١؛ محمد، ٢٠٠٨)

رابعاً: التصنيف على أساس السلوك التكيفي:

يعتمد هذا التصنيف على السلوك التكيفي ومدى كفاءة الفرد في الاعتماد على نفسه والوفاء بالمطالب والواجبات الاجتماعية، أو التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته. وبناء عليه تم تصنيف ذوى الإعاقة العقلية الى الفئات التالية:

١- الإعاقة العقلية البسيطة (الخفيفة) Mild intellectual disability

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ درجة (عبيد، ٢٠٠٧: ١٢٩). وتمثل حوالي ٨٥٪ من المعاقين عقلياً، ويمكن أن يتطوروا اجتماعياً خلال أعمار ما قبل المدرسة، ويصعب تمييزهم كأطفال معاقين عقلياً إلا في سن المدرسة. يكتسبون اللغة مع بعض التأخر فيها، ويتميزون بضعف المحصول اللغوي مما يجعل الطفل يعبر بجمل قصيرة غير سليمة التركيب مع وجود صعوبات في النطق وعدم وضوح المخارج، ويستطيعون تعلم القراءة والكتابة والحساب إلى مستوى الصف الرابع الابتدائي ولكن التعلم يكون بطيئاً فيدرسون كل مستوى في سنتين أو ثلاث سنوات (مرسى، ١٩٩٦: ٣٢-٣٣). ويصل معظمهم الى الاستقلالية في الرعاية الذاتية- تناول الطعام؛ والنظافة وارتداء الملابس؛ والاخراج، وكذلك المهارات المنزلية والعملية ولكن بمعدل أبطأ.. ويمكن تدريبهم على الأعمال والمهارات اليدوية التي تؤهلهم للحصول على عمل - لاسيما الأعمال اليدوية، ولكنهم عرضة لعدم الاستقرار في العمل بسبب الظروف الاقتصادية غير المواتية والبطء الحركي وانخفاض مهارات القراءة، ومن المشاكل العامة لهذه الفئة هي عدم القدرة على شغل وقت الفراغ (Robertson, 1992, 398) يستطيعون التعامل بالعملة بحسب قيمتها والتعرف على المواقف والأيام ولكنهم يفشلون في معرفة أسماء الشهور وفصول السنة،

ويتميزون بعدم النضج الانفعالي والاجتماعي، ويجدون صعوبات في القدرة على التعامل مع مطالب الزواج وتربية الأطفال والتعامل مع تقاليد المجتمع وتوقعاته بصورة ظاهرة، ويحتاجون الى ارشاد وتوجيه الآخرين مدى حياتهم، فهم عرضه لسوء التوافق اذا لم يجدوا من يساعدهم في علاج مشكلاتهم اليومية والضغوط الاجتماعية غير المألوفة. ويتوقف النمو العقلي لديهم عند مستوى طفل عادى في سن ٧-١١ سنة (الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ شاش، ٢٠٠١: ٢٩؛ Hunt & Marshall, 1994: 144

٢ - الإعاقة العقلية المعتدلة (المتوسطة) Moderate intellectual disability

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين ٤٠ - إلى أقل من ٥٥ درجة (عبيد، ٢٠٠٧: ١٢٩). ويمثل أفرادها حوالى ١٠٪ من المعاقين عقليا، ويعانون من القصور في المظاهر النمائية بدرجة متوسطة اذ يتأخرون في اكتساب النطق والمشى، ويعانون من ضعف الحصيلت اللغوية، يمكن مع التدريب المناسب اكتساب السلوك المقبول ومهارات المساعدة الذاتية والعناية بالنفس في مواقف التغذية والنظافة وارتداء الملابس وضبط الاخراج (Robertson, 1992: 398). ولكنهم باستخدام برامج خاصة يصبحون قادرين على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تسهم في تفهم الشخصي والاجتماعي في المنزل ومع جماعة الأقران والمجتمع - غير أن نموهم العقلي لا يصل الى المستوى الذى يمكنهم من حسن التصرف ومن تحمل المسؤولية كاملة تجاه أنفسهم مما يجعلهم دائما بحاجة الى رعاية الآخرين (Hunt & Marshall, 1994: 145). وتقدمهم في التعليم المدرسي محدود وان كانوا يتمكنون من تعلم مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة والحساب ولا يمكنهم التقدم أكثر من مستوى

الصف الثاني الابتدائي، ومع ذلك يمكنهم التدريب على بعض الأعمال اليدوية الخفيفة المفيدة التي تمكنهم من الحصول على أعمال لا تتطلب مهارة تحت الاشراف في ورش محمية أو اعدادهم وتدريبهم للعمل في بعض الوظائف أو المهن البسيطة. ويتوقف نموهم العقلي عند مستوى طفل عادى في سن ٣-٧ سنوات (الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ شاش، ٢٠٠١: ٢٩-٣٠؛ مرسى، ١٩٩٦: ٣٢)

٣- الإعاقة العقلية الشديدة Severe intellectual disability

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين ٢٥- إلى أقل من ٤٠ درجة (عبيد، ٢٠٠٧: ١٣٠) ويمثل أفراد هذه الفئة حوالي ٣-٤ ٪ من المعاقين عقليا، وترجع الإعاقة لديهم الى عوامل عضوية مصحوبة في كثير من الأحيان بتشوهات خلقية أو تلف في الحواس وضعف في التآزر الحركي وتلف واضح في نمو الجهاز العصبي المركزي (الشناوي، ١٩٩٦: ٧٢). ويعانون من قصور في النواحي النمائية مصحوب بإعاقات جسمية واضطرابات في المهارات الحركية وتأخر في النمو اللغوي وعيوب في النطق والكلام وضعف الحصيلّة اللغوية وعدم القدرة على التعبير بجمل وان كانوا يستطيعون تسمية الأشياء المألوفة بصعوبة (مرسى، ١٩٩٦: ٣١). ويفشلون في اكتساب العادات الأساسية في النظافة والتغذية وضبط عمليات الاخراج. ويعانون من قصور شديد في الاستقلال الذاتي، ومن العجز عن حماية النفس من الأخطار وعن تحمل المسؤوليات. ولا تدل العلاقات الاجتماعية لديهم على وجود ارتباطات عاطفية مع الآخرين. ويفشلون في ادراك الزمان والمكان، ويتميزون بقلّة الاستفادة من الخبرات اليومية. لذا نجدهم بحاجة إلى الاشراف والرعاية الكاملة من الآخرين مدى الحياة في مؤسسات إيوائية متخصصة. ومع التدريب الاجتماعي يمكن أن يتعلموا قليلا من المهارات الشخصية للاعتماد على النفس وتفادي الأخطار والأذى. ويتوقف نموهم العقلي عند مستوى

طفل في سن أقل من ثلاث سنوات (الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ شاش، ٢٠٠١: ٣٠؛ Robertson, 1992, 399)

٤- الإعاقة العقلية الحادة (العميقة) Profound intellectual disability

تقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن ٢٥ درجة (عبيد، ٢٠٠٧: ١٣٠)، ويمثلون ١-٢٪ من المعاقين عقلياً تكون إعاقتهم مطبقة، ويصاحبها تدهور في الحالة الصحية والتأزر الحركي والنمو الحاسي والحركي، وقصور شديد في الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام وأساليب التواصل، وعجز واضح في الكفاءة الشخصية والاجتماعية. ويظلون بحاجة الى الاعتماد المستمر على غيرهم طوال حياتهم، والى رعاية كاملة داخل مراكز ومصحات علاجية (الجوالدة، والقمش، ٢٠١٢: ٣٥؛ شاش، ٢٠٠١: ٣١؛ القريطي، ١٩٩٦: ١٠٧-١٠٨؛ Robertson, 1992: 399).

الفصل الثالث

أسباب الإعاقة العقلية

الفصل الثالث

أسباب الإعاقة العقلية

تصنف أسباب الإعاقة العقلية حسب توقيت الإصابة إلى ما يلي:

- أسباب ما قبل الولادة
- أسباب أثناء الولادة
- أسباب ما بعد الولادة

أولاً: أسباب ما قبل الولادة:

وترجع تلك الأسباب إلى عوامل وراثية في أغلب الأحوال. وتنقل العوامل التي تؤثر على الجنين مع الجينات لا سيما الجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية.

وقد ترجع أيضا إلى أسباب بيئية خارجية تحدث بعد تكوين الجنين مثل تعرض الأم الحامل لأمراض الزهري أو الجدري أو أمراض القلب، أو الحصبة الألمانية، أو التهاب السحايا، أو ضمور المخ أو التسمم العضوي. أو إدمان الأم الحامل للمخدرات أو الكحول أو السجائر، أو تعاطي بعض الأدوية دون مراجعة الطبيب، أو تعرضها للأشعة السينية.

وفيما يلي عرض لأسباب ما قبل الولادة بمزيد من التفصيل:

١ - الأسباب الوراثية:

تشير الدراسات إلى أن هذه الأسباب مسئولة عن ٨٠ ٪ من حالات الإعاقة العقلية، وذلك لوجود تلف أو ضمور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي. مما يؤدي إلى إعاقة في وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة، وإلى حدوث صعوبات عديدة في عملية التعلم. وتلعب تلك العوامل دورها بطريق مباشر عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية، أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لعيوب تكوينية يمكن أن تؤثر على أنسجة المخ وخلاياه؛ وبالتالي تعوق نموه ووظائفه (عبيد، ٢٠٠٧، ٦٦؛ محمد، ٢٠٠٨).

١- الخلل في الكروموزومات:

قد يحدث شذوذ كروموزومي، أو خطأ وراثي مما يؤدي إلى أنماط مختلفة من الإعاقة العقلية. وقد يكون الخلل في عدد الكروموزومات، أو في شكلها، أو في تركيبها.

أ - الخلل في عدد الكروموزومات: فقد تحدث زيادة في عدد الكروموزومات الجنسية مثل متلازمة كلاينفلتر، ومتلازمة تخمس الكروموزوم X، وقد يحدث نقص في عدد الكروموزومات الجنسية مثل متلازمة تيرنر (٤٥ كروموزوم)، وقد تحدث زيادة في عدد الكروموزومات (الأوتوسومية) مثل متلازمة داون، ومتلازمة إدواردز، ومتلازمة باتو (٤٧ كروموزوم في الخلية).

- متلازمة كلاينفلتر: تنتج هذه المتلازمة عن زيادة في الكروموزومات الجنسية عند الذكور، فالفرد المصاب بهذه المتلازمة يكون لديه الاحتمالات التالية: (XXY)، أو (XXXY)، أو (XYY)، بدلاً من (XY)

• متلازمة تيرنر: متلازمة خاصة بالإناث وتنتج عن نقص في الكروموزومات الجنسية. فالبنت المصابة بمتلازمة تيرنر يكون لديها كروموزوم (X) واحد فقط بدلا من اثنين.

• متلازمة داون: متلازمة تنتج عن زيادة في الكروموزومات الأوتوسومية، والفرد المصاب بمتلازمة داون يكون لديه (٤٧) كروموزوم بدلا من (٤٦) كروموزوم. ويتميز أفراد متلازمة داون بالرأس المستدير والوجه المفلطح، والأذنين الصغيرتين، واللسان الكبير، والذقن الصغير، والذراعين القصيرتين، والساقين القصيرتين (خير الله، ٢٠١٤، ١٨٨-٩٨).

ب- الخلل في شكل الكروموزوم: قد يحدث الخلل في الكروموزومات الجنسية مثل متلازمة الكروموزوم الهش X، ومتلازمة ليش نيهان، ومتلازمة ريت، وقد يحدث الخلل في أزواج الكروموزومات الـ ٢٢ المسؤولة عن نقل الصفات، ويعرف الخلل أو الاضطرابات في هذه الحالة بالاضطرابات الأوتوسومية، ومنها: اضطرابات أوتوسومية سائدة مثل التصلب الحدبي، والورم الليفي العصبي، اضطرابات أوتوسومية متنحية مثل الجلاكتوسيميا، ومتلازمة هيرلر، ومرض بول عصير القيقب، ومرض تاي ساكس، ومرض فينيل كيتون يوريا.

• متلازمة الكروموزوم الهش (X): تعد بمثابة نمط من الأنماط التي تتضمنها الإعاقة العقلية والتي ترتبط بالشذوذ الكروموزومي. وينشأ هذا النمط عن تقلص أو انقباض جزء عند طرف الكروموزوم X. وهناك مجموعة من السمات الجسمية التي ترتبط به إلى جانب العديد من أوجه القصور المعرفية. وتتضمن هذه السمات قصر القامة، وبروز الجبهة، وبروز الفك، وكبر حجم الأذنين، وكبر حجم اليدين والقدمين. وينتشر هذا النمط بشكل كبير بين الذكور، وإذا ظهر عند الإناث فإنه غالبا ما

يرتبط بالتوحد؛ أي أن التشخيص يكون مزدوجاً في هذه الحالة (محمد، ٢٠٠٨).

- متلازمة ليسش نيهان: أحد أشكال الاضطراب الكروموزومي وتتمثل في اضطراب يؤثر على أحد الجينات الموجودة في الكروموزوم (X)، وأهم ما يميز المصابين بهذه المتلازمة سلوك إيذاء الذات.

- متلازمة ريت: إحدى اضطرابات النمو الشاملة، و تصيب البنات فقط، وتتميز بفقدان المهارات الحركية واللغوية والاجتماعية بعد أن تكون الطفلة قد اكتسبتها.

- التصلب الحدبي: ينتج عن جين عاطل في الكروموزوم التاسع أو السادس عشر. يتميز التصلب الحدبي بأورام تؤثر على أعضاء مختلفة منها المخ، وقد تؤدي إلى إعاقة عقلية.

- الورم الليفي العصبي: أورام في الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز العصبي الطرفي قد تؤدي إلى إعاقة عقلية (خير الله، ٢٠١٤، ٧٧ - ٨٧).

ج - الخلل في تركيب الكروموزومات: مثل متلازمة مواء القطط، ومتلازمة ولف هيرشون، ومتلازمة وليامز، ومتلازمة جاكوبسون، ومتلازمة برادر ويللي.

- متلازمة مواء القطط: تنتج عن حذف جزء من الكروموزوم الخامس، وأهم ما يميز الأطفال المصابين بها الصراخ الحاد الذي يشبه مواء القطط، والرأس الصغيرة والقامة القصيرة، والتشوهات الجسدية، ونقص الوزن (خير الله، ٢٠١٤، ٩٩ - ١٠٣).

٢- حالات اضطراب التمثيل الغذائي metabolism: وتشمل:

أ- الفينيل كيتون يوريا: يتحدد هذا الاضطراب بعوامل عضوية وأخرى وراثية. وهو بمثابة خطأ وراثي يتعلق بعملية التمثيل الغذائي metabolism، وينشأ عن خمول في إنزيمات الكبد مما يؤدي إلى تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء وظهور أحماض أمينية في البول تجعل رائحته كريهة. وهناك فحوص طبية يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة منذ الأسبوع الثالث بعد الولادة. وغالبا ما يكون الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب عاديي عند الولادة، ولكنهم إذا لم يتلقوا العلاج خلال العام الأول فإنهم يصابون بالإعاقة العقلية. وتشير بعض الدراسات إلى أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة في وقت مبكر من عمر الطفل، وتم تحديد نظام غذائي معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير، فإن الأمر لا يصل إلى حدوث الإعاقة العقلية، بل إن الطفل يكون عاديا (عادل محمد، ٢٠٠٨). كما يدخل في هذه الحالات الأنيميا المنجلية، وحالات الأكياس الدهنية في المخ، وحالات الجلاكتوسيميا، وحالات مرض السكري. حيث يؤدي اضطراب أو نقص الإنزيم اللازم لتمثيل الدهون إلى ترسيب المادة الدهنية في خلايا المخ، وهذا يؤثر تأثيرا ضارا على الخلايا العصبية، وقد يؤدي إلى تدهور في المخ وفي النسيج العصبي، وربما يؤدي إلى الوفاة (الروسان، ٢٠١٠: ٤٠-٤١؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٧١)

ب - الجلاكتوسيميا: ترجع هذه الحالة إلى قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات، ويعود هذا القصور إلى فقدان إنزيم معين يساعد في أكسدة مادة الجلاكتوز تمهيدا لدخولها في عملية توليد الطاقة في الخلية. ونظرا لأن الجلاكتوز من المواد الأساسية الموجودة في الحليب العادي، فإن تغذية الرضيع بالحليب تؤدي إلى تعرضه لأضرار ومخاطر جسيمة. وفي هذه الحالة يكون الطفل طبيعيا عند الولادة، إلا أنه بعد تغذيته بحليب الأم تبدأ الأعراض

في الظهور؛ ومنها الاصفران، والقيء، وعلامات سوء التغذية، واضطراب في كبد الطفل، وتدهور حالته العقلية. وتعزى هذه الأعراض إلى تجمع وتركيز بعض المواد الكيميائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجودة في الجسم (الروسان، ٢٠١٠: ٤٢؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٧٢؛ محمد، ٢٠٠٨)

ج - متلازمة هيرلز: تنتج عن خطأ في تمثيل المواد الكربوهيدراتية بسبب نقص الإنزيم المسؤول عن ذلك، مما يؤدي إلى تراكم المركبات العديدة التسكر المخاطية. وتظهر أعراض المرض في الطفولة المبكرة، ويحدث الموت المبكر نظرا لتلف العديد من الأعضاء. ويتسم أفراد هذه المتلازمة بالإعاقة الحادة والقوام القصير، والصمم، والشفاة المنتفخة واللسان الكبير.

د - مرض بول عصير القيقب: ينتج عن عدم قدرة الجسم على تكسير الأحماض الأمينية، ولذا تزداد نسبتها في الدم. وبول المصابين بالمرض يشبه في رائحته رائحة عصير القيقب.

هـ - مرض تاي ساكس: وينتج عن جين مميت يؤدي إلى اضطراب التمثيل الغذائي للدهون مما يؤدي إلى تراكم الدهون في خلايا المخ مما يؤدي إلى تلفها وتدميرها. ويترتب على ذلك إعاقة عقلية حادة، ومشكلات عصبية، والعمى، والشلل العام. وعادة ما يموت المصاب به خلال سنواته الأولى.

٣- اضطرابات تعزى لأسباب متعددة أو غير معروفة

أ - حالات كبر حجم الرأس: يتميز أفراد هذه الفئة بكبر الدماغ، ويصاحب ذلك زيادة ملحوظة في حجم المخ. وفي هذه الحالة يمر عامان ونصف دون التحام عظام الرأس التي تلتحم في فترة تتراوح بين تسعة شهور وثمانية عشر شهرا في الظروف العادية. وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٥ - ٥٠. ويصاحب هذه الحالة اضطرابات في الإبصار وتشنجات (الروسان، ٢٠١٠: ٤٤؛ محمد، ٢٠٠٨).

ب - حالات صغر حجم الرأس: يتميز أفراد هذه الفئة بصغر الجمجمة. وفي هذه الحالة تضغط العظام على المخ، ولا تسمح بنموه مما يعرض الطفل للإعاقة العقلية الشديدة. وتنتج عن إصابة يتعرض لها الجنين أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو تعرض الأم الحامل للعدوى، أو للأشعة السينية أو للصدمة الكهربائية مما يؤدي إلى التحام عظام الرأس مبكرا. ويصاحب هذه الحالة نوبات صرع، وتشنجات، ونشاط زائد (الروسان، ٢٠١٠: ٤٣؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٧٣؛ محمد، ٢٠٠٨).

ج - حالات القماءة أو القصاع: تنشأ هذه الحالة عن نقص إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تلف أو ضمور في المخ. ويتسم أفراد هذه الفئة بقصر القامة؛ إذ لا يزيد طول الفرد عن ٩٠ سم، ولا تزيد نسبة الذكاء عن ٥٠. ويتسم أفراد هذه الفئة أيضا بجفاف الجلد وضخامة اللسان وخشونة الصوت، وبروز البطن، وسقوط الشعر. وإذا تلقى الفرد العلاج في العام الأول فإنه ينمو نموا سويا وتزول تلك الأعراض. وإذا تأخر العلاج فإن الأعراض قد تتحسن ويبقى القصور العقلي (الروسان، ٢٠١٠: ٤٣؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٧٢؛ محمد، ٢٠٠٨).

د - حالات استسقاء الدماغ: يتميز أفراد هذه الفئة بتضخم الدماغ، وامتلائه بالسائل الشوكي أو المخي، وبروز الجبهة مع ضمور في أنسجة المخ نظرا لضغط السائل على المخ. وقد تنتج هذه الحالة عن إصابة الأم الحامل بالزهري أو التهاب السحايا (محمد، ٢٠٠٨).

٢- الأسباب البيئية:

أ- الأشعة:

قد يؤدي تعرض الأم الحامل للأشعة إلى مضاعفات خطيرة على الجنين من قبيل سرطان الدم، وغيره من أنواع السرطانات، وصغر حجم الدماغ، والإعاقات بأنواعها، ومنها الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية

والحركية والشلل الدماغي، حيث تؤدي الأشعة السينية إلى انقسام الخلايا بطريقتة غير عادية، كما تعمل على إحداث تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين، لا سيما إذا تعرضت الأم الحامل للأشعة في شهور الحمل الثلاثة الأولى (الروسان، ٢٠١٠: ٦٥؛ محمد، ٢٠٠٨).

ب - الحصبة الألمانية:

إذا أصيبت الأم الحامل بالحصبة الألمانية، فإن ذلك يؤدي إلى آثار سيئة على الجنين فقد يؤدي إلى فقدانه السمع، أو البصر، أو تلف الدماغ المرتبط بالتشوهات الخلقية مثل صغر حجم الرأس، والالتهاب السحائي، واستسقاء الدماغ. وتشير بعض الدراسات إلى أن ٣٧٪ الأطفال التي تعرضت أمهاتهم للحصبة الألمانية أثناء الحمل أصيبوا بإعاقة عقلية (محمد، ٢٠٠٨؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٧٨ - ٧٩).

ج - الزهري:

إذا أصيبت الأم الحامل بالزهري فإن الطفل غالبا ما يكون معاقا عقليا (محمد، ٢٠٠٨).

د - اختلاف العامل الريزوسي:

يحدث هذا الاضطراب عندما يختلف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزوسي، بأن يكون دم الأم سالب العامل الريزوسي ودم الجنيني موجب العامل الريزوسي؛ فيكون مضادات لهذا العامل قد تتسرب هذه المضادات إلى دم الجنين وتهاجم خلايا الدم وتؤثر على المخ (عبيد، ٢٠٠٧: ٨٠؛ محمد، ٢٠٠٨).

هـ - تعاطي بعض العقاقير والأدوية أثناء الحمل:

قد تؤدي بعض العقاقير والأدوية التي تتناولها الأم أثناء الحمل إلى وفاة الجنين، أو حدوث بعض التشوهات، أو الإعاقات، ومن بينها الإعاقة العقلية وكذلك الحال بالنسبة للمخدرات، والتدخين، لا سيما عندما

تتعاطاها الأم الحامل أثناء شهور الحمل الأولى (الروسان، ٢٠١٠: ٦٧؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٨١؛ محمد، ٢٠٠٨).

و- إدمان الكحول:

يؤدي إدمان الكحوليات إلى ضمور في خلايا جدار المعدة، مما يؤدي إلى عسر الهضم، وإيقاف العصارات الهاضمة، وسوء الامتصاص، ونقص الاحتياجات الغذائية للتمثيل الغذائي؛ وهذا بدوره يؤدي إلى تلف في خلايا المخ، وضمور خلايا الجهاز العصبي، وتلف خلايا الكبد، وإعاقة عقلية تتراوح بين المتوسطة والشديدة (عبيد، ٢٠٠٧: ٨٢؛ محمد، ٢٠٠٨).

ز- إصابة الأم الحامل بالأمراض المزمنة:

إذا أصيبت الأم الحامل بالأمراض المزمنة من قبيل السكري، أو ضغط الدم، أو الفشل الكلوي، فإن ذلك قد يؤدي إلى أضرار خطيرة تلحق بالجنين، وقد تؤدي إلى الإعاقة العقلية (عبيد، ٢٠٠٧: ٨٣؛ محمد، ٢٠٠٨).

ح - سوء تغذية الأم الحامل:

يجب أن يشتمل غذاء الأم الحامل على جميع العناصر اللازمة لها ولنمو جنينها. وتتمثل العناصر الأساسية في البروتينات والكربوهيدرات والفيتامينات والأملاح المعدنية. وتعتبر التغذية الجيدة للأم الحامل عاملاً أساسياً في سلامتها وسلامتها جنينها من الناحيتين الجسمية والعقلية، في حين يعتبر سوء التغذية سبباً أساسياً في حدوث الإعاقات، وخاصة حالات الإعاقة العقلية، حيث يؤدي نقص المواد الغذائية الأساسية إلى خلل أو تلف في نمو الجهاز العصبي المركزي، وخاصة في الشهور الأولى من الحمل. فقد يؤدي عدم توازن المواد الغذائية الكيميائية المختلفة والفيتامينات إلى تلف دائم للجنين؛ قد ينتج عنه إعاقة عقلية (الروسان، ٢٠١٠: ٦٤؛ محمد، ٢٠٠٨).

ط - التلوث البيئي:

قد يؤدي التلوث البيئي إلى تلف الجهاز العصبي، ومن ثم يؤدي إلى الإعاقة العقلية. وقد يؤدي أيضا إلى فقد البصر، والسرطان (محمد، ٢٠٠٨). وإذا زادت نسبة مواد مثل ثاني أكسيد الكربون، وبخار الزئبق، والرصاص، والكبريت، في الهواء فإن ذلك يؤدي إلى مشكلات في الجهاز التنفسي للأم الحامل، ونقص الأكسجين الذي يصل إلى الجنين مما يؤدي إلى مشكلات متعددة للجنين تتمثل في الإعاقة العقلية، وغيرها من الإعاقات، وأحيانا إلى الوفاة... كما تعتبر المياه الملوثة مصدرا ممن مصادر إصابة الأم بالأمراض، ومن ثم انتقالها إلى الجنين، مما يؤدي إلى حدوث الأمراض الفيروسية، ومن ثم الإعاقات، ومنها الإعاقة العقلية (الروسان، ٢٠١٠: ٦٩؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٨٥).

ثانياً: أسباب أثناء الولادة:

من العوامل التي تحدث أثناء الولادة وقد تؤدي إلى حدوث إعاقة للجنين ما يلي:

١ - عدم اكتمال الحمل (الولادة المبكرة):

الولادة المبكرة مسؤولة عن حوال ١٥ - ٢٠ ٪ من حالات الإعاقة العقلية، وتشير الدراسات إلى أن هناك علاقة بين الولادة المبكرة والإعاقة العقلية. إذ أن لها مجموعة من الأسباب والنتائج التي تعمل ضد الوليد. فالطفل غير المكتمل أكثر عرضة للإصابة بالإعاقة العقلية، وهو أكثر عرضة للتلف العصبي والوفاة من المواليد العاديين. ومن الأسباب التي تؤدي إلى الولادة المبكرة إفراط الأم في التدخين في فترة الحمل، وتسمم الحمل، والإجهاد. (محمد، ٢٠٠٨؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٨٤، ٨٦).

٢- الإصابات الجسمية:

قد تحدث بعض الصعوبات أو الأخطاء أثناء الولادة تؤدي إلى حدوث جروح في دماغ الطفل، أو حدوث نزيف داخلي، أو تلف في الدماغ، أو الشلل المخي، أو مشكلات إدراكية (عبيد، ٢٠٠٧: ٨٦؛ محمد، ٢٠٠٨).

٣- نقص الأكسجين أثناء الولادة (الأسفكسيا) Asphyxia :

تحدث هذه الحالة نتيجة نقص الأكسجين؛ وقد يحدث ذلك قبل أو أثناء الولادة أو بعدها مباشرة. وقد ينتج نقص الأكسجين عن التسمم، أو انفصال المشيمة، أو النزيف، أو طول فترة الوضع، أو زيادة جرعات التخدير، أو المسكنات، أو المهدئات، أو المادة التي تستخدم لتنشيط الولادة (الروسان، ٢٠١٠: ٦٩؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٨٦؛ محمد، ٢٠٠٨).

٤- العدوى:

يمكن أن تؤدي عدوى الجنين عند الولادة أو قبلها، أو بعدها إلى حدوث تلف في الجهاز العصبي، وأمراض مثل الحصبة الألمانية وشلل الأطفال قد تسبب التهاب المخ والتهاب السحايا للطفل حديث الولادة، وكذلك الحالب بالنسبة للالتهابات التي تصيب الجنين بسبب عوامل فيروسية أو بكتيرية مثل التهاب السحايا أو التهاب الدماغ. (عبيد، ٢٠٠٧: ٨٧).

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة:

قد يتعرض الطفل لبعض الصدمات الشديدة في الرأس مما يؤدي إلى إصابة الدماغ، وقد يتعرض لبعض الأمراض التي ربما تؤدي إلى الإعاقة العقلية مثل الحمى الشوكية، أو الحمى القرمزية، أو التهاب الدماغ أو الزهري، أو اضطراب إفرازات الغدد لا سيما الغدد الدرقية والنخامية. وقد يتعرض لسوء التغذية أو الحرمان البيئي والثقافي الشديد الذي قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية.

ومن أهم أسباب الإعاقة العقلية في مرحلة ما بعد الولادة ما يلي:

١ - سوء التغذية:

سوء التغذية من العوامل التي قد تؤدي للإعاقة العقلية قبل وبعد الولادة. إذ أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات جسم الأم؛ فإذا كانت تلك المدخرات كافية ومناسبة، فإن ذلك يساعد الجنين على أن ينمو نموا طبيعيا، وإذا كانت غير كافية نتيجة سوء تغذية الأم، فإن ذلك يؤثر سلبا على نمو الجنين؛ فينمو نموا غير طبيعي، وقد يؤدي إلى خلل في الجهاز العصبي للجنين، أو قصور في قدراته العقلية. كما أن نقص الفيتامينات في غذاء الطفل قد يؤدي إلى مشكلات في الجهاز العصبي، ونقص اليود قد يؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية، واضطراب التمثيل الغذائي مما يؤدي إلى القصور، ونقص الحديد يؤدي إلى الأنيميا وجميعها تؤدي إلى الإعاقة العقلية (الروسان، ٢٠١٠: ٧١؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٩٢؛ محمد، ٢٠٠٨).

٢ - التهاب السحايا:

وهو مرض يصيب الأطفال الصغار أكثر من الكبار، وينتج عن دخول البكتريا إلى سحايا الدماغ فتسبب التهابها. وتشير الدراسات إلى أن ١٥ - ٢٠ ٪ من الأطفال الذين يصابون بهذا المرض يعانون من الإعاقة العقلية (الروسان، ٢٠١٠: ٧٠؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٩٢؛ محمد، ٢٠٠٨).

٣ - الحوادث والصدمات:

قد تؤدي إصابة دماغ الطفل في حادث ما إلى تلف في الجهاز العصبي؛ أو نزيف داخلي بالجمجمة الذي يترتب عليه نقص الأكسجين الذي يصل إلى الدماغ ومن ثم الإعاقة العقلية أو الصمم أو الشلل (الروسان، ٢٠١٠: ٧٢؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٩٤؛ محمد، ٢٠٠٨).

٤- التعرض للسموم المواد الكيميائية والمعادن الثقيلة:

قد يؤدي تعرض الأطفال للمواد الكيماوية والسموم والمعادن الثقيلة كالزئبق والرصاص إلى الإعاقة نظرا لأنها تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي، أو تلف في خلايا المخ، أو نقص الأكسجين الذي يصل إلى المخ (عبيد، ٢٠٠٧: ٩٣؛ محمد، ٢٠٠٨).

٥- الأمراض والالتهابات :

الأمراض والالتهابات التي يتعرض لها الأطفال في سنوات حياتهم الأولى سبب مباشر من أسباب الإعاقة العقلية، وغيره من الإعاقات، لاسيما إذا كانت مصحوبة بارتفاع في درجة حرارة الطفل. ومن هذه الأمراض النكاف، والحصبة، والجذري، والتهاب السحايا، والتهاب الدماغ، واضطرابات الغدد.. (الروسان، ٢٠١٠: ٧٢-٧٣؛ عبيد، ٢٠٠٧: ٩٢).

٦- الحرمان البيئي والثقافي:

قد يلعب الحرمان البيئي والثقافي دورا سلبيا في نمو وتطور ذكاء الطفل، وقد يكون الحرمان البيئي والثقافي الشديد سببا في الإعاقة العقلية (عبيد، ٢٠٠٧: ٩٢).

الفصل الرابع

تشخيص الإعاقة العقلية

الفصل الرابع

تشخيص الإعاقة العقلية

تشخيص الإعاقة العقلية خطوة بالغة الأهمية في حياة الطفل المعاق عقليا، وأسرته والمحيطين به، فبناء على تلك الخطوة يتم تحديد مسار حياة الطفل، ويتشكل مستقبله. إذ يتم تحديد نوع الرعاية التي يتلقاها بناء على التشخيص. ولا ريب أن التشخيص المبكر يسهم في تحديد وتقديم الخدمات والبرامج التربوية المناسبة للطفل، ومن ثم يسهم تنمية قدراته وبقايا القدرات المتاحة لديه واستغلالها إلى أقصى درجة ممكنة، وهذا من شأنه أن يحسن من فرص نمو المهارات لديه. وبالعكس فإن تأخر تشخيص الطفل غالبا ما يكون ذا تأثير سلبي على نموه بشكل عام، وعلى نموه النفسي بشكل خاص. إذ أنه يحرم الطفل من الحصول على الدعم المطلوب والبرامج المناسبة لقدراته. بل ربما يعرضه لمطالب لا تتناسب مع قدراته فيفشل في إنجازها مهما حاول؛ ويتكرر خبرات الفشل يترسخ عنده الشعور بأنه إنسان فاشل، وتتشكل لديه هوية فشل ويكون مفهوم سلبي عن ذاته. وربما ينتقل ذلك الشعور إلى أسرته فتستتس من تعليمه وتتركه نهبا لليأس والإحباط والشعور بالدونية، والانطواء، وربما العدوان، وكراهية المجتمع...

تعريف التشخيص:

هو تحديد نوع المشكلة والاضطراب أو المرض أو الصعوبة التي يعاني منها الفرد، ودرجة حدتها (كامل، ١٩٩٩)
وهو وصف مختصر للحالة التي يعاني منها الفرد (كمال، ٢٠١٠)

قواعد عملية القياس والتشخيص:

- ١- أن تكون المقاييس والأدوات المستخدمة مناسبة وملائمة، وتعليماتها واضحة.
- ٢- استخدام أساليب وأدوات متنوعة عند قياس وتشخيص كل حالة.
- ٣- أن تتصف المقاييس المستخدمة بالصدق والثبات.
- ٤- أن يقوم بالتشخيص فريق متعدد التخصصات.
- ٥- أن يتم جمع المعلومات التشخيصية من مصادر متنوعة.
- ٦- أن يقوم بتفسير نتائج القياس متخصصون مؤهلون.
- ٧- الحصول على موافقة ولي أمر الطفل على إجراءات القياس والتشخيص.
- ٨- المحافظة على سرية معلومات القياس والتشخيص

خطوات عملية القياس والتشخيص:

- ١- الحصول على موافقة ولي أمر الطفل بالحاجة إلى جمع معلومات عن طفله.
- ٢- جمع معلومات أولية عن حالة الطفل الذي قد يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة.
- ٣- إحالة الطفل للقياس والتشخيص عند الحاجة وفقاً لطبيعة الحالة.
- ٤- تشكيل فريق القياس والتشخيص.
- ٥- إجراء عملية القياس والتشخيص.
- ٦- إعداد التقرير النهائي لفريق القياس والتشخيص.

٧ - يجب أن يشتمل التقرير النهائي لفريق القياس والتشخيص على توصيات ومقترحات عملية تفي بجميع احتياجات الطفل

تشخيص الإعاقة العقلية

عملية تشخيص وتقويم الأطفال المعاقين عقليا عملية بالغة الأهمية لما يترتب عليها من نتائج؛ إذ يترتب عليها اعتبار الطفل معاقا عقليا أم لا، وكذلك يترتب عليها تصنيف الطفل ضمن فئات الإعاقة العقلية إذا تبين من التشخيص أنه معاق عقليا، وكذلك يترتب عليها تحديد إمكانات الطفل ونقاط القوة ونقاط الضعف لديه حتى يمكن تنمية قدراته. فعملية التشخيص يترتب عليها تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل، وكذلك يترتب عليها قرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل، وكذلك يترتب عليها آثار نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته؛ نظرا لأن ذلك التشخيص يفرض على الطفل وضعا معيناً في المجتمع (عبيد، ٢٠٠٧: ١١٣ - ١١٤)

نذر ومؤشرات الإعاقة العقلية:

أجملت (عبيد، ٢٠٠٧: ١١٣ - ١١٥) نذر ومؤشرات الإعاقة العقلية على النحو التالي:

١- في الطفولة المبكرة:

أ - ظهور عادات وتصرفات لا تتناسب مع عمر الطفل الزمني.

ب - تخلف الانتباه وعدم ميل للاستطلاع، وميل عام للبلادة.

ج - تأخر المشي والجلوس والكلام.

٢- في مرحلة الطفولة المتأخرة:

أ - عدم القدرة على التجاوب مع التوجيهات والعجز عن الاستجابة للتعليمات.

ب - ميل الطفل لممارسة عادات وطباع من هم أصغر منه سناً.

٣ - بالنسبة للبالغين:

أ - تخلف مستوى التحصيل العلمي لما دون المتوسط.

ب - عدم الشعور بالمسؤولية.

ج - عدم القدرة على التمييز بين المواقف

أما (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٢٥ - ١٢٦) فقد بسط الكلام عند تناوله لمؤشرات الإعاقة العقلية، بمزيد من التفصيل على النحو التالي:

١ - تأخر الكلام Delayed speech:

إذ يبدأ الطفل المعاق عقلياً بنطق أولى كلماته بعد بلوغه الشهر الثامن عشر، وتظل حصيلته من المفردات أقل من مائة كلمة في الأشهر الثلاثين، ولا يكون جملاً بسيطةً حتى الشهر السادس والثلاثين.

٢ - تأخر النمو الحركي Delayed motor development:

لا يتمكن الطفل المعاق عقلياً من الجلوس بمفرده إلا بعد الشهر الثامن عشر، ولا يمشي إلا بعد الشهر الخامس والعشرين، ولا يستطيع النهوض بمفرده حتى بلوغه عامه الرابع.

٣ - تأخر النمو النفسي الحركي Delayed psychomotor development:

فلا يستطيع الطفل المعاق عقلياً الإمساك بالقلم حتى سن سنتين، ويرسم دائرة في سن أربع سنوات، ويرسم مربعاً في سن ست سنوات، ولا يستطيع كتابة اسمه إلا بعد بلوغه سن الثامنة.

٤ - تأخر نمو الإدراك العام Delayed development of commonsense:

حيث لا يستطيع تجنب الأدوات التي تشكل خطورة في المنزل مثل السكين والكبريت، حتى بلوغه عامه الرابع، ولا يستطيع الانتقال إلى

منزل الجيران حتى بلوغه عامه السادس، ولا يستطيع التعامل بقطع النقود حتى عامه الثامن.

٥- تأخر النمو الأكاديمي Delayed academic development:

إذ لا يتمكن الطفل المعاق عقليا من التعرف على الحروف الهجائية حتى بلوغه العام السابع، ولا يستطيع التعرف على كلمات بسيطة بمفرده حتى بلوغه العام الثامن.

٦- تأخر النمو الحسي.

٧- صعوبات في مهارات الاتصال بالآخرين مثل مهارة الحديث.

٨- ضعف مهارة الاعتماد على النفس والحاجة لإشراف الآخرين.

٩- صعوبات في مهارات التنشئة الاجتماعية:

إذ يعاني من نقص في القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة، نقص في القدرة على الاستفادة من النصيحة والتوجيه والتحذير

أهمية تشخيص الإعاقة العقلية:

١ - تحديد قدرات الطفل والتعرف على نواحي القوة والضعف لديه، وتوفير الدعم المناسب له، والمتمثل في الخدمات الطبية، والتربوية، والنفسية، والتأهيلية المناسبة.

٢ - إمكانية التدخل المبكر، فعندما يتم التشخيص مبكرا، فإن ذلك يتيح الفرصة لتوفير الدعم المتمثل في الخدمات التربوية، والنفسية، والطبية، والحركية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية، من قبل فريق متخصص. وكلما كان التدخل مبكرا كانت فرص النجاح أكبر في التغلب على الصعوبات (كمال، ٢٠١٠؛ خير الله، ٢٠١٤: ١٨٥).

أهمية التشخيص الدقيق:

الدقة في تشخيص وتقويم الإعاقة العقلية من الأمور المهمة جدا للأسباب التالية:

- أ - أهمية التشخيص السليم في تحديد برامج الرعاية المناسبة.
- ب - وجود بعض المخاطر إذا لم يتم تشخيص الإعاقة العقلية بصورة صحيحة من حيث النوع أو الدرجة. إذ قد يؤدي ذلك إلى تصنيف الفرد المعاق عقليا مع الأسوياء، وبالتالي تعريضه لمزيد من الضغوط والشعور بالإحباط لشعوره بالعجز وعدم القدرة على مسايرة أقرانه. كما أن التشخيص الخاطئ قد يؤدي إلى تصنيف الطفل المعاق عقليا في فئة أدنى من فئته؛ ومن ثم لا يتعرض للمثيرات والمنبهات المناسبة لقدراته، ولا يحصل على الخدمات الملائمة لإمكاناته، ولذا لا يحقق نموا جيدا (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٤).

أهداف تشخيص الإعاقة العقلية:

- يمكن تلخيص أهداف تشخيص الإعاقة العقلية فيما يلي:
- ١ - التعرف على قدرات الطفل، لاسيما القدرات العقلية.
 - ٢ - تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب لمنع تدهور الحالة كما في حالات الصرع والاستسقاء الدماغية.
 - ٣ - تصنيف الطفل المعاق عقليا ضمن فئات الإعاقة العقلية.
 - ٤ - تحديد المكان التربوي والتعليمي المناسب للطفل.
 - ٥ - تحديد الخطة التربوية والإعداد المهني المناسب.
 - ٦ - إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال المعاقين عقليا والحكم على مدى فاعليتها (غالب، ٢٠١٦، ٧٦؛ النمر، ٢٠٠٨، ١٥٦).

طرق وأساليب تشخيص الإعاقة العقلية:

١ - التشخيص على أساس وحدة كيان المرض:

يستند هذا التشخيص على أساس العلاقة بين العلة والمعلول. ويهتم أصحاب هذا الاتجاه بتحديد العلاقة بين العوامل الوراثية والسلوك الظاهر، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن السلوك تحدده عوامل وراثية، واعتبروا أن الإعاقة العقلية مثل المرض الجسمي لها أسبابها، فإذا وجد السبب فإنه يمكن التنبؤ بوجود الإعاقة، أما إذا وجدت الإعاقة ولم يوجد السبب، أو وجد السبب ولم توجد الإعاقة، فإنهم يتشككون في تشخيص الإعاقة العقلية.

٢ - التشخيص على أساس عوامل متعددة:

رفض كثير من العلماء مبدأ وحدة كيان المرض في تشخيص الإعاقة العقلية، لأن سلوك الإنسان تسهم في تحديده عدة أسباب وليس سبب واحد. فالذكاء محصلة التفاعل بين الوراثة والبيئة (مرسي، ١٩٩٩).

خطوات التعرف على الفرد المعاق عقلياً:

١ - إجراء تقويم تربوي شامل.

٢ - الحصول على تاريخ نمو الطفل من الوالدين وأولياء الأمور.

٣ - الحصول على نتائج الفحوص الجسمية التي تتضمن النواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.

٤ - متابعة الاتساق في انخفاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقياس السلوك التكيفي من جهة أخرى.

٥ - تحديد ما إذا كانت قد تمت ملاحظة الإعاقة في المرحلة النمائية (قبل سن ١٨ سنة).

٦ - تحديد ما إذا كان هناك تأثير سلبي على الأداء التربوي والنمو الطبيعي.

٧ - مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعاقين عقليا، والتحقق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة في تقويمهم.

٨ - مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم لمعرفة ما إذا كان الطالب معاقا عقليا أم لا (عبيد، ٢٠٠٧: ١١٧).

الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية:

يجمع الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية 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 النفسي، وأخصائي التربية الخاصة، وتكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل الذي تمت إحالته بغرض التشخيص ومن ثم بغرض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد (الروسان، ٢٠١٠: ٧٨).

ويجب أن تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل من قبل فريق من المتخصصين، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في نفس الوقت بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى.

ويتفق الباحثون على ضرورة التقويم الشامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد في تحديد الإعاقة العقلية، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد بحيث يغطي

التشخيص التكاملي النواحي والجوانب التكوينية والصحية والنفسية والأسرية والاجتماعية والتربوية والتعليمية، وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر الإعاقة. ويشمل التشخيص التكاملي الجوانب التالية:

١ - التشخيص الطبي:

ويتم بواسطة طبيب الأطفال للتعرف على الحالة الطبيعية والعضوية والفسولوجية. وفيه يتم فحص النمو الحركي والحواس، والجهاز العصبي، والنمو الجسمي، لملاحظة الإعاقة العقلية، وكذلك إجراء الفحوص المعملية للبول والدم والسائل النخاعي الشوكي، ووظائف الغدد الصماء، وعمل الأشعة السينية للرأس، وعمل رسم المخ لمعرفة أسباب الإعاقة العقلية، قبل وأثناء وبعد الولادة.

الانتقادات الموجهة للتشخيص الطبي

- أ - يركز التشخيص الطبي على أسباب وأعراض الحالة ولكنه لا يحدد مستوى النمو العقلي لدى الطفل، ولا يستشرف مستقبله.
- ب - ليس بالضرورة أن تقترن الإعاقة العقلية بالإعاقات البدنية، فليس كل المعاقين عقليا معاقون بدنيا، وقد تنتج الإعاقة العقلية في بعض الحالات عن الحرمان البيئي والثقافي الشديد.

٢ - التشخيص النفسي:

ويتم بواسطة أخصائي القياس النفسي، ويعتمد على قياس القدرة العقلية. وفيه يتم تحديد نسبة ذكاء الطفل، وحصيلته اللغوية، وسلوكه العام، ومدى قدرته على الاعتماد على نفسه. وذلك باستخدام مقاييس الذكاء مثل مقياس وكسلر، أو مقياس ستانفورد بينيه. ويمكن الحكم على فرد ما بأنه معاق عقليا إذا وجدت فيه كل أو بعض المظاهر التالية:

- أ - انخفاض الذكاء لديه عن ٧٠ درجة على اختبار ستانفورد بينيه.

ب - تأخر نمو المهارات الحسية والحركية ومهارات الاتصال بالآخرين، ومهارات الاعتماد على النفس.

ج - قصور في السلوك التكيفي، بمعنى انخفاض درجة كفاءة الفرد في الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه وخلفيته الثقافية، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية.

الانتقادات الموجهة للتشخيص النفسي:

يؤخذ على اختبارات الذكاء ما يلي:

- ١- اختبارات الذكاء تقيس الأداء العقلي ولا تقيس القدرات العقلية.
- ٢- اختبارات الذكاء تقيس فقط جزءاً من الكفايات المرتبطة بالذكاء الإنساني.
- ٣ - قد يتأثر الأداء بعوامل القلق والدافعية والحالة الصحية والانفعالية للفرد

٣- التشخيص الاجتماعي:

ويقوم به الأخصائي الاجتماعي، للتعرف على المعوقات الاجتماعية والتكيفية لدى الفرد المعاق عقلياً. وفيه يتم جمع معلومات وافية عن الطفل وحالته، وحالة أسرته للتعرف على أسباب الإعاقة العقلية، وللتعرف على مدى قدرة الطفل على التوافق والتفاعل الاجتماعي. ويتم باستخدام مقياس السلوك التكيفي ومقياس النضج الاجتماعي.

الانتقادات الموجهة للتشخيص الاجتماعي

أ - سوء التكيف الاجتماعي عرض من أعراض الإعاقة العقلية، ولكنه لا يعتبر دليلاً حاسماً على إعاقة الفرد.

ب - التكيف الاجتماعي مسألة نسبية وتختلف من مجتمع لآخر.

ج - ليس كل العاديين لديهم تكيف اجتماعي.

د - ليس بالضرورة أن يكون سوء التكيف الاجتماعي مؤشرا مرضيا كما في حالة مرض المجتمع وتوافقه على الباطل، فقد يكون الفرد سويا والمجتمع مريضا؛ وفي هذه الحالة يكون سوء التكيف الاجتماعي هو السواء.

٤ - التشخيص التربوي:

ويقوم به أخصائي التربية الخاصة، حيث يتم استخدام المهارات اللغوية والتحصيلية للتعرف على القدرة على التعلم لدى الفرد المعاق عقليا. ويلاحظ فيه التأخر الدراسي ونقص نسبة التحصيل الدراسي، والبطء في التعلم، وعدم النجاح في الدراسة.

الانتقادات الموجهة للتشخيص التربوي

١ - القصور في التحصيل الدراسي وحده ليس كافيا لتشخيص الإعاقة العقلية.

٢ - ليس بالضرورة أن يكون القصور في التحصيل الدراسي مرده إلى الإعاقة العقلية؛ بل قد يعزى إلى أسباب أخرى منها ظروف الطفل الصحية والنفسية والاجتماعية، وظروف البيئة المدرسية، وضعف كفاءة المعلمين.

٥ - التشخيص الفارق:

ويهدف إلى التفريق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي، والإعاقات الأخرى مثل التوحد، وصعوبات التعلم، والتأخر الدراسي، واضطراب الكلام، والصرع، والفصام، وغيرها. وفيه يتم التمييز بين الإعاقة العقلية، واضطراب الكلام والصرع (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٥ - ١٣٦؛ خيرالله، ٢٠١٤، ٢٠٢ = ٢٠٦؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١١٧-١١٨، مرسى، ١٩٩٩).

فريق التشخيص:

نظرا لأن تشخيص الطفل على أنه معاق عقليا يترتب عليه أمور خطيرة تحدد مستقبل الطفل وأسرته، والخطأ في ذلك يترتب عليه عواقب وخيمة على الطفل وأسرته، وأقاربه، فإن عملية التشخيص ينبغي أن يقوم بها فريق من المتخصصين بحيث يتم تقليل احتمالات الخطأ، ويتكون فريق التشخيص من:

١- الطبيب:

يقوم بإجراء الفحوص والتحليل الطبية، وتحديد الحالة الصحية العامة للطفل، وفحص الجهاز العصبي والحواس، وما يتعلق بجوانب الصحة العامة، لتحديد الأمراض التي يعاني منها الطفل، وأسبابها وتطورها، وتقديم ما يلزم من علاج.

٢- الأخصائي النفسي:

يقوم بإجراء الاختبارات النفسية، والمقابلات الإكلينيكية مع الطفل والوالدين وغيرهم لجمع المعلومات عن التاريخ التطوري، وجمع المعلومات وتسجيل الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو العقلي للطفل وسماته الشخصية، ومهاراته الحركية، وخبراته التحصيلية. ومن ثم يقدم تقريرا عن مستوى قدرات الطفل، ومهاراته، وحالته الانفعالية.

٣- الأخصائي الاجتماعي:

يختص بإجراء دراسات اجتماعية لأسرة الطفل وتاريخها الاجتماعي، وعلاقاتها وظروفها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، وظروف رعايتها لأطفالها، والأمراض الاجتماعية والجسمية التي تعانيها، ومدى توافق الطفل مع أفراد الأسرة والجيران وأقرانه في المدرسة. ويقدم تقريرا عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي مر بها،

وتاريخ الحالة، والأمراض التي أصيب بها، والأمراض التي أصيبت بها الأم أثناء الحمل، ومدى تكيف الطفل داخل الأسرة، وفي المدرسة، ومع الجيران.

٤ - أخصائي التربية الخاصة:

يحاول وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل، في ضوء المعلومات المتاحة من قبل الطبيب، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي.

٥ - أخصائي التأهيل المهني:

يبدأ عمله بعد أن يصل الطفل إلى السن المناسبة لعملية التأهيل، وهي سن الرابعة عشرة.

٦ - الطبيب النفسي:

ويختص بفحص الطفل من زاوية الطب النفسي وخاصة الاضطرابات النفسية والعقلية الحادة والصرع، أو الانحرافات السلوكية والسلوك المضاد للمجتمع... الخ، وتحديد حاجاته العلاجية المتخصصة - إذا لزم الأمر.

٧ - ولي أمر الطفل.

٨ - من تستدعي حالة الطفل مشاركته (عبيد، ٢٠٠٧: ١١٦).

مهام فريق التشخيص:

- اختيار الوسائل والأدوات المستخدمة في التشخيص والقياس .
- القيام بعملية القياس والتشخيص.
- تفسير النتائج.
- كتابة التقارير.
- تصنيف الأطفال.
- إعداد التوصيات.

إرشادات في عملية تشخيص الإعاقة العقلية:

عند تشخيص حالات الإعاقة العقلية يجب أن تؤخذ الإرشادات التالية في الحسبان:

- ١- جمع معلومات كافية عن الطفل من كافة المصادر، قبل التشخيص.
- ٢- الاهتمام بتغطية جميع المجالات والجوانب المتعلقة بالطفل المعاق عقليا وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لديه.
- ٣- اختيار المكان المناسب للتشخيص.
- ٤- اختيار الوقت المناسب للتشخيص، ويفضل أن يتم ذلك في ساعات الصباح بعد تناول الإفطار.
- ٥- أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس جذابة للطفل حتى لا ينفرد منها أو يملها فيؤثر ذلك سلبا على أداء الطفل على الاختبار.
- ٦- تنوع الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص وتعددتها.
- ٧- أن تكون الأسئلة الموجهة للطفل واضحة ومباشرة، ولا تحتتمل أكثر من معنى.
- ٨- أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكاناته.
- ٩- أن تكون الأسئلة متدرجة من السهل إلى الصعب.
- ١٠- أن تكون الأبعاد المراد قياسها محددة بدقة.
- ١١- أن يتم تسجيل استجابات الطفل كما هي دون تأويل. (عبيد، ٢٠٠٧: ١١٩).

نصائح عامة لفريق تشخيص الإعاقة العقلية

- ١ - مقابلة الوالدين كل على حدة والتعرف على تاريخ المشكلة.
- ٢ - اختيار الاختبار المناسب للمفحوص ومراجعة أدواته وتعليماته قبل تطبيقه.
- ٣ - اختيار مكان مناسب لإجراء الاختبار بحيث يكون بسيط الأثاث، بعيداً عن الضوضاء، ليس فيه ما يشتت انتباه المفحوص أو يشغله عن الأداء.
- ٤ - استقبال المفحوص ببساطة، وتخفيف مشاعر الإحباط لديه، وتشجيعه على بذل الجهد.
- ٥ - منح المفحوص بعض الوقت قبل بدء الاختبار ليعد نفسه، ويتكيف مع موقف الاختبار، وتنشيطه وإثارة انتباهه باستمرار حتى لا يشرد ويتكاسل عن الإجابة. وعدم تقديم أي فقرة من فقرات الاختبار إلا إذا كان منتبهاً. وعدم اختباره إذا كان جائعاً، أو متعباً، أو خائفاً.
- ٦ - توجيه الطفل إلى المكان المناسب لرعايته.
- ٧ - تبصير الوالدين بظروف ابنهما ومسؤولياتهما في برنامج رعايته (مرسي، ١٩٩٩).

الأدوات المستخدمة في تشخيص الإعاقة العقلية:

يعتمد تشخيص الإعاقة العقلية على قياس القدرات العقلية (الذكاء)، وقياس السلوك التكيفي.

أولاً: مقاييس الذكاء:

من أشهر المقاييس المستخدمة في تحديد مستوى الذكاء مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، ومقياس المصفوفات المتتابعة، ومقياس رسم الرجل.

١ - مقياس ستانفورد بينيه.

أعد هذا المقياس بينيه بتكليف من وزارة المعارف الفرنسية عام ١٩٠٥، وقام بتطويره عام ١٩٠٨، وعام ١٩١١. ثم تم تعديله على يد تيرمان وميريل من جامعة ستانفورد. وبعدها عرف باسم "ستانفورد- بينيه". وتم تقنين المقياس على مستوى العالم.

ويهدف المقياس إلى تحديد القدرة العقلية العامة للمفحوص وتحديد موقعه في التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. ويقوم بتطبيقه متخصص مدرب في مجال علم النفس. ويطبق بشكل فردي، ويستغرق تطبيقه حوالي ٩٠ دقيقة. ويتكون من ١٥ اختباراً فرعياً هي: المفردات، وتذكر النمط، والاختبار الكمي، وتذكر الجمل، وتحليل النمط، والفهم، والسخافات، وتذكر الأرقام، والنسخ، وتذكر الموضوعات، والمصفوفات، سلاسل الأعداد، وثني وقطع الورق، والعلاقات اللفظية، وبناء المعادلات. ويتطلب تطبيق الاختبار تحديد مكان وزمان التطبيق، وتهيئة المفحوص، وتكوين الألفاظ بين الفاحص والمفحوص (الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ١٩٤ - ١٩٥؛ غالب، ٢٠١٦، ٨٨).

ويمكن تلخيص كيفية تطبيق اختبار ستانفورد بينيه (الصورة الخامسة)، تعريب صفوت فرج على النحو التالي:

أ - من كتاب البنود ١ (المدخلي)، ص ١ يتم تحديد المستوى الذي يطبق على الفرد في ضوء سنه؛ فمثلاً، عمر ٢ - ٤ يطبق عليه بدءاً من البند ١، عمر ٥ - ٦ يطبق عليه بدءاً من البند ٥، وهكذا حسب الجدول. مع مراعاة قاعدة التوقف والتراجع.

ب - يتم تحديد الدرجة الخام وهي عبارة عن مجموع الدرجات الأساسية والدرجات المكتسبة.

ج - بناءً على الدرجة الخام المأخوذة من المدخلي يتم تحديد المستوى الذي نبدأ بتطبيقه على الفرد من كتاب البنود ٢ (المستويات غير اللفظية) ومن كتاب البنود ٣ (المستويات اللفظية)؛ وذلك بالرجوع إلى الجدولين الموجودين في نموذج التسجيل ص ٦ : فمثلاً الطفل الذي حصل على درجة خام من المدخلي تتراوح بين صفر - ٦ (مدخلي غير لفظي) تكون نقطة بدايته المستوى الأول (ص ٦ في نموذج التسجيل).

د - بالرجوع إلى ص ٦ في نموذج التسجيل، وكتاب البنود ٢ (المستويات غير اللفظية ١- ٦)، نبدأ في تطبيق بنود المستوى الأول ونضع دائرة حول الدرجة التي يستحقها. تجمع درجات الطالب ويسجل المجموع في المربع الخاص بالدرجة الخام بالمستوى، ويتم الانتقال إلى المستوى التالي له مع مراعاة قاعدة الأساس وقاعدة السقف. إلى أن يتم التوقف.

هـ - وبنفس الطريقة يتم تطبيق بنود المستوى المحدد من المستويات اللفظية بالرجوع إلى الجدول الثاني (الجدول المدخلي اللفظي) نموذج التسجيل ص ٦. ويتم البدء بتطبيق بنود المستوى المحدد وتسجل استجابات الطالب وتوضع الدرجات، وتسجل في مربع الدرجة الخام في كل مستوى، إلى أن يتم التوقف. مع مراعاة قواعد التوقف والتراجع.

و - يتم رصد الدرجات في الأماكن المخصصة لها في الجدولين الموجودين في غلاف نموذج التسجيل (المجال غير اللفظي، والمجال اللفظي).

ز - لمعالجة النتائج إلكترونياً يتم تسجيلها على النحو التالي:

- من أيقونة تسجيل بيانات المفحوص يتم تسجيل بيانات المفحوص والفاحص والاختبار.
- من أيقونة تسجيل الدرجات يتم تسجيل الدرجات المرصودة في الجدولين الموجودين على غلاف نموذج التسجيل إلكترونياً.

- من أيقونة المؤشرات العملية نحصل على نسب الذكاء لكل مستوى فرعي، ونسبة الذكاء العامة.

٢- مقياس وكسلر بيلفيو:

عرف المقياس بهذا الاسم نسبة إلى مستشفى بيلفيو بنيويورك. وقد أقام وكسلر مقياسه بناء على تصوره عن الذكاء والذي يرى أنه قدرة كلية وعامة تمكن الفرد من القيام بفعل معين، وأن يفكر بطريقة عقلانية، ويتفاعل مع البيئة بكفاءة عالية. ويعطي مقياس وكسلر ثلاث درجات للذكاء هي: الذكاء اللفظي، والذكاء الأدائي، والذكاء الكلي.

وتتضمن مقاييس وكسلر ثلاثة أنواع هي: مقياس وكسلر لذكاء الراشدين، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال، ومقياس وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة. ويتكون كل مقياس من قسمين؛ القسم اللفظي، والقسم الأدائي، ويتكون كل قسم من مجموعة من الاختبارات الفرعية تمثل هذا القسم. وفيما يلي عرض مختصر لهذه المقاييس.

مقياس وكسلر لذكاء الراشدين:

أ- القسم اللفظي: ويشتمل على ستة اختبارات فرعية هي:

- المعلومات: ويتكون الاختبار من ٢٩ بنداً تقيس المعرفة التي اكتسبها الفرد من بيئته الثقافية، وتشتمل على معلومات عامة.
- الفهم: ويتكون الاختبار من ١٦ بنداً تعتمد على ما يجري عمله في مواقف معينة، وتفسير بعض الأمثال، تقيس استخدام الحس العام، والقدرة على حل المشكلات.
- الحساب: ويتكون الاختبار من ١٤ بنداً في مستوى المرحلة الابتدائية.

- المتشابهات: ويتكون الاختبار من ١٤ بندا تقيس القدرة على تكوين المجردات وتطور المفاهيم.
- المدى الرقمي: ويقيس هذا الاختبار الذاكرة قصيرة المدى حيث توجد قائمتان من الأعداد تشتمل على ثلاثة إلى تسعة أعداد؛ يقوم المفحوص بذكر الأعداد في القائمة الأولى بنفس الترتيب، وفي القائمة الثانية يذكر المفحوص الأرقام بترتيب عكسي.
- المفردات: وعلى المفحوص في هذا الاختبار معرفة ٣٥ كلمة تزيد في صعوبتها.
- ب- القسم الأدائي (العملي): ويشتمل على خمسة اختبارات فرعية:
 - الرمز الرقمي: وفي هذا الاختبار يملأ المفحوص فراغات في سلسلة طويلة من الأرقام.
 - إكمال الصور: يشتمل الاختبار على ٢٠ بطاقة بكل منها جزء ناقص، وعلى المفحوص أن يتعرف على الجزء الناقص.
 - بناء المكعبات: يقيس هذا الاختبار القدرة على التأزر البصري الحركي، والقدرة على التحليل والتركييب. ويحتوي الاختبار على مجموعة من التصاميم على بطاقات، وعلى المفحوص أن يجمع المكعبات ليكون النموذج الموجود على كل بطاقة.
 - ترتيب الصور: يقيس هذا الاختبار القدرة على إصدار الأحكام، والتوقع، والتخطيط. ويتكون من مجموعة من البطاقات عليها صور تحكي قصة منطقية. وعلى المفحوص أن يرتب البطاقات بحيث يكون تسلسل أحداث القصة صحيحا.
 - تجميع الأشياء: يقيس هذا الاختبار تصور الكل من الأجزاء، والتأزر البصري الحركي، ويشتمل على ٤ أشياء مقطعة، وعلى المفحوص أن يقوم بتجميعها.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال

أ - القسم اللفظي: ويشتمل على خمسة اختبارات فرعية هي: المعلومات والمتشابهات، والحساب، والمفردات، والفهم.

ب - القسم الأدائي (العملي): ويشتمل على خمسة اختبارات فرعية هي: إكمال الصور، وترتيب الصور، وبناء المكعبات، وتجميع الأشياء، والمتاهات.

مقياس وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة:

يناسب الأعمار من أربع إلى ست سنوات ونصف. ويشتمل على ١١ اختبارا فرعيا:

أ - القسم اللفظي: ويشتمل على خمسة اختبارات فرعية هي: المعلومات والمفردات، والحساب، والمتشابهات، والفهم.

ب - القسم الأدائي (العملي): ويشتمل على خمسة اختبارات فرعية هي: بيت الحيوان، إكمال الصور، والمتاهات، والتصميم، وبناء المكعبات، والجمل.

وبشكل عام يتم تطبيق مقاييس وكسلر بطريقة فردية على المفحوص، ويحتاج تطبيقه إلى متخصص أو شخص مدرب، وإلى توفير بيئة فيزيقية مناسبة، وألفته بين الفاحص والمفحوص. وقد تم تقنين المقياس على البيئة العربية (الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ١٩٦؛ غالب، ٢٠١٦، ٩٠-٩٦).

٣- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن Raven

هو اختبار غير لفظي يطبق بشكل فردي أو جماعي. وتعتمد فكرة الاختبار على عرض مجموعة من الأشكال المتقدمة لأجزاء. ويقوم المفحوص باختيار الأجزاء التي يمكن أن تكمل الجزء الناقص من الشكل من بين مجموعة مكونة من ٦-٧ اختيارات. ويستغرق تطبيق الاختبار ١٥-٢٠ دقيقة تقريبا.

وتوجد ثلاث صور من المصفوفات هي: المصفوفات العادية، والمصفوفات الملونة، والمصفوفات المتقدمة.

وتستخدم المصفوفات العادية مع الأطفال من سن ست سنوات فأكثر، ومع الراشدين. وتشتمل على ٦٠ بنداً، تعرض في خمس مجموعات؛ كل مجموعة تشتمل على ١٢ بنداً؛ في كل بند شكل باللونين الأبيض والأسود مع وجود جزء ناقص.

أما المصفوفات المتتابعة الملونة فهي صورة أسهل من الصورة العادية، وتستخدم مع الأطفال من سن ٥ - ١١ سنة، ومع المعاقين عقلياً في جميع الأعمار، وتشتمل على ثلاث مجموعات، إذا اجتازها المفحوص فيمكن أن ينتقل إلى المصفوفات العادية.

بينما تستخدم المصفوفات المتقدمة مع الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ١١ سنة، والمتفوقين عقلياً.

ويناسب اختبار المصفوفات المتتابعة الأفراد الذين يعانون من عيوب لغوية أو مشكلات في السمع، أو إعاقات بدنية، أو الذين لا يتكلمون اللغة الأصلية (الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ١٩٧).

ومن الانتقادات الموجهة لاختبار المصفوفات المتتابعة أنه يحاول قياس الذكاء العام عن طريق نمط واحد أو طريقة واحدة هي طريقة المقارنة بين المتماثلات أو الاستدلال الشكلي، ولذا يصعب تقدير ذكاء الأطفال الذين يعانون من قصور في الاستدلال على الأشكال.

اختبار جود إنف - هاريس للرسم (اختبار رسم الرجل):

وهو اختبار قصير وغير لفظي لقياس الذكاء، ويصلح للأعمار من ٣ - ١٥ سنة، ويمكن تطبيقه فردياً وجماعياً. ويعتمد الاختبار على افتراض جود إنف بأن ذكاء الأطفال يمكن تقديره في سن مبكرة من خلال رسمهم لشكل رجل. وقام هاريس بمراجعة الاختبار؛ واشتملت مراجعته على نظام تقدير للدرجات أكثر شمولاً وموضوعية، وإدخال

رسم المرأة كاختبار بديل لرسم الرجل، وإدخال رسم الطفل المفحوص نفسه كبديل ثالث.

واقترح هاريس أن تقدم للطفل التعليمات التالية:

- أريد منك أن ترسم صورة رجل. ارسم احسن صورة تستطيع رسمها. أمامك الوقت الكافي. ارسم بدقة. ابذل ما تستطيع من جهد لترسم أفضل صورة يمكنك رسمها. تأكد من رسم الرجل كاملاً وليس مجرد رأسه أو جذعه.
- تقدم نفس التعليمات عندما يطلب من الطفل رسم امرأة.
- عندما يطلب من الطفل رسم نفسه يطلب منه أن يجعل الرسم أفضل الثلاثة.

ويستوضح الفاحص أي غموض في الرسم بأن يطلب من الطفل أن يتعرف على أجزاء الجسم، وأن يصف الصورة. ويستغرق تطبيق الاختبار من ٥ - ١٥ دقيقة. ويشتمل اختبار جود إنف - هاريس على ٧٣ عنصراً، يحصل العنصر الصحيح على درجة، في حين يحصل العنصر الخطأ على صفر؛ في ضوء وجود أو غياب جزء من أجزاء الجسم، أو وجود أو غياب تفصيل معين (تصنيف الشعر مثلاً) (الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ١٩٩ - ٢٠٠؛ غالب، ٢٠١٦، ٩٦ - ٩٨).

ثانياً: مقاييس السلوك التكيفي:

١- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية:

ظهر المقياس بعد الانتقادات التي قدمت لمقاييس الذكاء التقليدية، وقد أعده نهيرا، وفوستر، وشياهان، وليلاند، ويهدف إلى قياس وتشخيص البعد الاجتماعي في تعريف الإعاقة العقلية. وفي البداية كانت هناك صورتان من المقياس الأولى للأطفال، والثانية الصورة المدرسية العامة، وتم دمج الصورتين معا في الصورة المدرسية العامة بعد حذف الفقرات غير المناسبة. وتم تقنين المقياس على كثير من البيئات

ومنها البيئة العربية. ويتكون المقياس من ٩٥ فقرة تغطي قسمي المقياس: الأول يشمل مظاهر السلوك التكيفي وعدد فقراته ٥٦ فقرة، ويتكون من ٩ أبعاد هي: الوظائف الاستقلالية، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأرقام والوقت، النشاط المهني، التوجيه الذاتي، تحمل المسؤولية، التنشئة الاجتماعية. والثاني يشمل مظاهر السلوك اللاتكيفي، وعدد فقراته ٣٩ فقرة. ويتكون من ١٢ بعدا هي: السلوك العدواني، السلوك المضاد للمجتمع، السلوك التمردى، السلوك التشككي، السلوك الانسحابي، السلوك النمطي، العادات الكلامية غير المناسبة، العادات السلوكية غير المقبولة، سلوك إيذاء الذات، الميل للنشاط الزائد، السلوك العصابي، تعاطي العقاقير (شاش، ٢٠١٥، ١٠٧ - ١٠٨؛ الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ٢٠١ - ٢٠٢؛ غالب، ٢٠١٦، ١٤٦)

٢- مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي:

أعدّه دول، ويتكون من ١١٧ بنداً مرتبته في صورة ٨ مجالات للمهارات الاجتماعية هي العناية الشخصية، وتناول الطعام، وارتداء الملابس، واستخدام الحمام، وتوجيه الذات، والتنقل، وتحمل المسؤولية، والتواصل مع الآخرين. ويفترض المقياس أن النمو الاجتماعي ينمو تدريجياً مع العمر الزمني منذ الميلاد حتى ٢٥ سنة (شاش، ٢٠١٥، ١٠٧ - ١٠٦؛ الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ٢٠٣).

٣ - جداول جيزل الارتقائية:

تعتمد جداول جيزل الارتقائية على سلسلة من الدراسات الطولية حول مسار النمو الطبيعي للأطفال الرضع والأطفال في سن ما قبل المدرسة. وتغطي ٥ مجالات هي: السلوك التكيفي، والحركات الكبرى، والحركات الصغرى، واللغة، والسلوك الشخصي والاجتماعي. وتعتمد على الملاحظة حيث يتم تجميع المعلومات عن طريق الملاحظة المباشرة لاستجابات الطفل لمجموعة من اللعب أو الأشياء الأخرى، بالإضافة إلى المعلومات التي تقدمها الامهات عن الأطفال (شاش، ٢٠١٥، ١٠٣).

٤ - مقياس السلوك التكيفي للأطفال:

أعدته ريتشموند وهيكلتر وقننه عبدالعزيز الشخص على البيئة السعودية والمصرية. ويقيس نمو المهارات الاجتماعية لدى الأطفال للأعمار الزمنية ٥ - ١٠ سنوات، وهناك بنود تقيس الأعمار ٣ - ١٣ سنة. ويتكون من خمس أبعاد هي: النمو اللغوي (١٦ عبارة)، والأداء الوظيفي المستقل (٣٠ عبارة)، وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية (٢٠ عبارة)، والنشاط المهني (٢١ عبارة)، والأداء الاجتماعي (٢٨ عبارة) (غالب، ٢٠١٦، ١٥٠).

وبشكل عام، يحتاج تشخيص الإعاقة العقلية إلى ما يلي:

١. إجراء تقويم تربوي شامل.
٢. الحصول على التاريخ التطوري من الوالدين وأولياء الأمور.
٣. الحصول على نتائج الفحوص الجسمية المتضمنة للنواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.
٤. الاتساق في انخفاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقياس السلوك التكيفي من جهة أخرى بدرجة دالة.
٥. تقرير يفيد بأن التخلف قد لوحظ أثناء فترة النمو.
٦. تقرير يفيد بأن الأداء التربوي والنمو الطبيعي متأثر بشكل سلبي.
٧. مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعاقين عقليا، والتحقق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة.
٨. مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم لمعرفة ما إذا كان الطفل معاقا أم لا (الطنطاوي، وعبد الحميد، ٢٠١٧، ٢٠٣).

الفصل الخامس

خصائص المعاقين عقليا

الفصل الخامس

خصائص المعاقين عقليا

أولاً: الخصائص الأكاديمية:

١ - بطء النمو العقلي:

فالطفل المعاق عقليا ينمو بمعدل ثمانية أو تسعة أشهر كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة، وهذا يعني أن معدل النمو العقلي يقل عن معدل أقرانه العاديين. وعند سن ١٨ سنة يصل أقصى عمر عقلي لديه إلى مستوى النمو العقلي لطفل عادي في سن ٨-١٢ سنة على الأكثر، ومن ثم: لا يستطيع أن يصل في علمه إلى أكثر من الصف الرابع أو الخامس الابتدائي مهما بلغ تأهيله أو تدريبه أو نوع البرامج التي تقدم له (شاش، ٢٠٠١: ٤١؛ صادق، ١٩٧٨: ٢٧١؛ عبدالغفار، والشيخ، ١٩٨٥: ٧٤؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٧٩)

٢ - ضعف القدرة على التعلم:

من أكثر الخصائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقليا النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المقابلين لهم في العمر الزمني؛ نظراً لأن الذكاء شرط ضروري من شروط التعلم. وتشير الدراسات إلى أن الأطفال المعاقين عقليا يعانون من نقص واضح في القدرة على التعلم من تلقاء أنفسهم. ولعل من بين الأسباب التي تقف وراء صعوبة التعلم لدى المعاقين عقليا ضعف الانتباه لديهم.

٣ - ضعف الانتباه:

الانتباه عند المراهق المعاق عقليا مثل انتباه الطفل العادي الصغير: محدود في المدة والمدى، فلا ينتبه إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة، وسرعان ما يتشتت انتباهه، لضعف المثيرات الداخلية للانتباه عنده، ومن ثم يحتاج إلى ما يثير انتباهه من الخارج، ويحتاج إلى من ينبهه إلى ما يدور حوله ويشده إلى الموضوع الأساسي فلا يينشغل بمثيرات أخرى ليس لها علاقة بهذا الموضوع، وضرورة تقديم خبرات محسوسة له، والتغيير المستمر فيها، إلى جانب ضرورة توفير عنصر التشويق فيها (شاش، ٢٠٠١: ٤١؛ فهيم، ١٩٨٢: ١٢٣؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٨٠).

وتشير نتائج الدراسات إلى أن قدرة الأفراد المعاقين عقليا على الانتباه إلى المثيرات المتصلة بالموقف أضعف من قدرة الأفراد العاديين. ولذا فعلى معلم المعاقين عقليا أن يكون قادرا على استثارتهم وجذب انتباههم، وأن يعمل على توظيف الاستراتيجيات المختلفة التي من شأنها أن تساعد على زيادة الانتباه ومنها:

- ١- استخدام المثيرات ذات الأبعاد الواضحة والمميزة.
- ٢- أن تتباين المثيرات المستخدمة في البداية تبعا لأقل عدد ممكن من الأبعاد.
- ٣- استخدام أساليب مختلفة لاستثارة انتباه المتعلم مثل الإيماءات اللفظية، والإشارات الجسدية.
- ٤- تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح بالتركيز على المثيرات ذات العلاقة، وإبراز العناصر الأساسية في المهمة التعليمية.
- ٥- إزالة المثيرات المشتتة.
- ٦- استخدام الوسائل السمعية - البصرية المناسبة.

- ٧- تعزيز الانتباه بطريقة فعالة.
- ٨- استخدام ألوان مناسبة، وأدوات ملونة بقدر المستطاع.
- ٩- الترتيب لاستخدام مساحات واسعة نسبيا، وزيادة المسافات بين الكلمات أو الصور أو المواد المستخدمة في الموقف التعليمي ليسهل على الفرد المعاق عقليا تعلمها.
- ١٠- تمييز الكلمات التي سيتعلمها الطفل من الدرس من خلال وضع خط تحتها، أو دائرة حولها، أو كتابتها بلون مخالف.
- ١٠- استخدام الصور والأشكال بقدر المستطاع للمساعدة على التوضيح وجذب الانتباه.
- ١١- تقليص زمن التدريب، فينبغي ألا تزيد فترة التدريب عن (١٥ - ٢٠) دقيقة حتى لا يصاب الفرد بالإرهاق والملل الذي يؤدي بدوره إلى التشتت. (عبيد، ٢٠٠٧: ١٦٨ - ١٧٠؛ ٢٠٠٩: ٦٢)

٤. ضعف القدرة على التذكر:

ترتبط درجة التذكر بدرجة الإعاقة العقلية ارتباطا عكسيا. فقدرة الأطفال المعاقين عقليا على التذكر أقل من قدرة أقرانهم من الأطفال العاديين؛ ويرجع ذلك إلى ضعف قدرة المعاقين عقليا على استخدام وسائل أو استراتيجيات للتذكر كالتى يستخدمها الأطفال العاديون. وقد تتأثر عملية التذكر بضعف الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقليا؛ إذ أنها تمر بثلاث مراحل رئيسية هي استقبال المعلومات، وتخزينها، واسترجاعها. ولا شك أن ضعف الانتباه لديهم يؤثر سلبا على مرحلة استقبال المعلومات (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٠؛ ٢٠٠٩: ٦٣).

ويتسم المعاقون عقليا بضعف الذاكرة قصيرة المدى وبعيدة المدى لأنهم لا يتقنون ما تعلموه.. ولا يحتفظون في ذاكرتهم لمدة طويلة إلا بمعلومات وخبرات قليلة وبسيطة لا يتذكرونها إلا بعد جهد كبير.

وهذا ما يجعلهم بحاجة مستمرة لإعادة تعلم ما تعلموه من جديد - ومن ثم: فإن ما في ذاكرتهم من خبرات ومعلومات تكون بسيطة وتشبه إلى حد كبير ما يحتفظ به الأطفال الصغار في ذاكرتهم (شاش، ٢٠٠١: ٤٢؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٨٣)

استراتيجيات تحسين القدرة على التذكر:

لزيادة القدرة على التذكر ينبغي علي المعلمين :

- ملاحظة الربط بين مواد الموقف التعليمي.
- التقليل من المثيرات المشوشة التي تؤدي الي تشتيت التلميذ.
- تقديم كل مكون من المثيرات بشكل واضح، مع المساواة بينها في القيمة.
- البدء بالمهام البسيطة، ثم الانتقال تدريجيا نحو المهام الأكثر تعقيدا.
- تسمية المثيرات (إعطاء كل مثير اسمه).
- توفير الممارسة والتمارين المتكررة في أنشطة الذاكرة قصيرة المدى.
- استخدام أكثر من قناة حسية؛ لأن ذلك يرفع من مستوى الاستثارة الحسية ويزيد من احتمال تذكر المادة وفهمها.
- تكرار المادة بطريقة وظيفية حتي بعد تمام التعلم.
- مراجعة المادة المتعلمة واستخدامها من وقت لآخر، وربطها بالحياة اليومية.

هـ ضعف الإدراك:

يعاني المعاق عقليا من قصور في عمليات الإدراك، وخاصة ضعف القدرة على التعرف على المثيرات والتمييز بينها؛ إذ أنه لا ينتبه إلى

خصائص الأشياء، فلا يدركها، وينسى خبراته السابقة، ولا يتعرف عليها بسهولة، مما يجعل إدراكه غير دقيق، أو يدرك جوانب غير أساسية في المثير، ومن ثم فإن إدراكه بسيط وسطحي، ويشبه إدراك الأطفال (شاش، ٢٠٠١: ٤٢؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٨١).

٦ - ضعف القدرة على التفكير:

ينمو تفكير الطفل المعاق عقليا بمعدلات قليلة، ويتميز بضعف قدرته على اكتساب المفاهيم، ويتسم بالتفكير العياني واستخدام المفاهيم الحسية، ويظل تفكيره متوقفا عند مستوى المحسوسات، ولا يرتقي إلى مستوى المجردات. وغالبا ما يكون تفكيره في مرحلة المراهقة والرشد مثل تفكير الأطفال عيانيا وبسيطا عند مواجهتها العوائق والمشكلات. ويظل تفكيره سطحيًا وساذجا مدى الحياة، مما يستدعي الحاجة لمساعدة الآخرين في حل مشكلاته وتصريف أمور حياته. لذا يجب على العاملين مع المعاقين عقليا تقريب المعاني والأفكار لهم بربطها بشيء ملموس. وكلما كانت الأفكار قريبة من المستوى الحسي كان فهمها أكثر وظيفية، ولا يتم الانتقال إلى أي مستوى تجريدي إلا إذا كان الأساس الحسي المادي ملموسا بقدر الإمكان (شاش، ٢٠٠١: ٤٢؛ صادق، ١٩٧٦: ٢٧٨؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٨٢).

٧ - ضعف انتقال أثر التعلم:

يعاني المعاقون عقليا من نقص واضح في نقل التعلم من موقف إلى آخر، وتتوقف درجة النقص على درجة الإعاقة العقلية. وقد يرجع ذلك النقص إلى فشل الطفل المعاق عقليا في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧١؛ ٢٠٠٩: ٦٣-٦٤).

اقتراحات لتحسين القدرة على نقل أثر التعلم:

- ١ - تعليم الأطفال المعاقين عقليا استخدام أدوات سوف يستخدمونها في الحياة الواقعية، فعلى سبيل المثال إذا أردنا تعليم الطفل فئات العملة، أو الطريقة الصحيحة لصرف النقود، فيجب استخدام نقود حقيقية لأن هذا يؤدي إلى احتمال أكبر لانتقال أثر المهارة إلى الحياة الواقعية.
- ٢ - استخدام الصور والأشكال لاكتساب خبرات أكثر واقعية، إذا تعذر استخدام خبرات من واقع الحياة.
- ٣ - عند استخدام الأنشطة المجردة مثل التمارين الحسائية أو ما شابهها، فيجب أن تتبعها أمثلة من الممارسات العملية.
- ٤ - عند تعليم نقل أثر يجب ألا نترك شيئا للحظ أو الصدفة.
- ٥ - عند وضع قواعد الصف، أو غيرها من المعلومات المشابهة، يجب التركيز على الإيجابيات، وعدم التركيز على السلبيات.
- ٦ - الحرص على صحة المعلومات التي تدرس للأطفال. (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧١ - ١٧٢)

ثانياً: الخصائص اللغوية:

مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقليا أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني. وقد لاحظ الباحثون أن الاختلاف في تطور النمو اللغوي بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقليا اختلاف في معدل النمو اللغوي؛ حيث إن الأطفال المعاقين عقليا أبطأ في نموهم اللغوي مقارنة مع أقرانهم العاديين. كما أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لدى الأفراد المعاقين عقليا منها لدى العاديين. وكذلك فإن ذخيرتهم اللغوية

محدودة، ويستخدمون مفردات لغوية بسيطة لا تتناسب مع عمرهم الزمني (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٢؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٣؛ ٢٠٠٩: ٦٤-٦٥).

وتعتبر المشكلات المرتبطة بالخصائص اللغوية مظهرا مميزا للإعاقة العقلية، لأنها تؤدي إلي ضعف أو تأخر لغوي، وتؤثر سلبا علي القدرة التواصلية، ومن ذلك:

- تتسم لغة المعاق عقليا بالبطء وعدم النضج، ويكون كلامه مضطربا من حيث الطلاقة أو النطق أو الصوت.
- يواجه صعوبة في اكتساب المهارات اللغوية المتقدمة.
- يعاني من التأخر اللغوي التعبيري، والذخيرة اللغوية المحدودة.
- يستخدم القواعد اللغوية بطريقتة خاطئة، ودائما يستخدم مفردات بسيطة لا تتناسب مع عمره الزمني.
- يرتبط انتشار وشدة المشكلات الكلامية واللغوية عند التلميذ المعاق عقليا بشدة الإعاقة العقلية: فكلما زادت شدة الإعاقة ازدادت شدة المشكلات الكلامية واللغوية.

ثالثاً: الخصائص العقلية:

من المعروف أن الطفل المعاق عقليا لا يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي، كما أن معدل النمو العقلي لدى الطفل المعاق عقليا أقل منه لدى الطفل العادي، حيث إن مستوى ذكائه قد لا يصل إلى ٧٠ درجة. كما أن الطفل المعاق عقليا يتصف بعدم قدرته على التفكير المجرد، وعدم قدرته على التعميم. (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٤؛ ٢٠٠٩: ٦٥)

وكذلك يتسم المعاقون عقليا بالسمات التالية:

- انخفاض معدل النمو العقلي عنه لدى الأطفال العاديين إلا أنهم يمرون بنفس مراحل النمو لدى الأطفال العاديين.

- نقص في القدرة على التمييز discrimination.
- قصور في القدرة على التصور، إذ لا يمكنهم إعطاء صورة دقيقة لما يرونه، فالتأمل الباطني لديهم ضعيف.
- ضعف القدرة على التخيل imagination.
- ضعف القدرة على الانتباه والتركيز.
- ضعف القدرة على التذكر
- ضعف القدرة على التفكير المجرد.
- ضعف القدرة على الملاحظة الدقيقة والمقارنة والتفضيل بين الأشياء. (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣١)

رابعاً: الخصائص الجسمية:

النمو الحركي لدى المعاقين عقليا أكثر تطوراً من مظاهر النمو الأخرى، ولكنه بشكل عام أقل منه لدى الأطفال العاديين. كما أنهم يعانون من صعوبات في تعلم المهارات اليدوية، وتأخر القدرة على المشي. وكمجموعة فإن المعاقين عقليا أكثر عرضة للمشكلات والأمراض الجسمية من العاديين (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٤ - ١٧٥؛ ٢٠٠٩: ٦٦).

ويتسم الأطفال المعاقون عقليا بقصور في النمو الجسمي والحركي، ويتضح ذلك في السمات التالية:

- الميل للقصير والسمنة مع عدم التناسب بين الوزن والطول.
- شذوذ وتشوه في الشكل الخارجي للجسم والأطراف.
- وجود عجز بيولوجي وخاصة في الجهاز العصبي.
- بطء النمو الحركي عموماً سواء في الجلوس أو المشي.
- نقص حجم ووزن المخ عن المتوسط الطبيعي للأطفال العاديين.

- قصور في الشم والتذوق.
- البلوغ مبكرا مع ضعف واضطراب في النشاط الجنسي.
- زيادة نسبة القابلية للتعرض للأمراض.
- قلت عدد الخلايا العصبية، إذ لا تزيد عند الفرد المعاق عقليا عن ٣ مليون خلية، في حين تبلغ ١٤ مليون عند الشخص العادي.
- زيادة إفراز الغدة الدرقية، والغدة المخية التي تسبب نمو العظام. (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٠)

خامساً: الخصائص الشخصية الانفعالية:

يعاني المعاقون عقليا من ضعف مفهوم الذات لديهم، واتجاهاتهم نحو أنفسهم سلبية نظرا لضعف قدراتهم، والإحباطات التي يعانون منها بسبب خبراتهم السابقة المؤلمة، وتكرار خبرات الفشل، واتجاهات الآخرين السلبية نحوهم، وانخفاض توقعاتهم منهم. (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٦؛ ٢٠٠٩: ٦٧ - ٦٨) ويعانون من اضطرابات انفعالية ونفسية معقدة ومتشابكة، منها على سبيل المثال: تقلب المزاج، وسوء التوافق، وعدم الاستقرار الانفعالي؛ فبعضهم سريع الانفعال، وبعضهم بطئ الانفعال. ويتسم غالبيتهم بالخجل، والخوف، والأنانية والانسحاب، والاعتماد على الآخرين، والعدوان، وحب الاستطلاع الزائد، والتسرع، والنشاط الزائد، وسهولة الاستثارة، والانطواء، واضطراب الحالة المزاجية. وأحيانا يعاني بعضهم من مخاوف مرضية من بعض الحيوانات والظلام (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٢).

أ - عدم الثبات الانفعالي:

يغلب على انفعالات المعاق عقليا إما البلادة وعدم الاكترات، أو الانفجار وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات. وتبدو انفعالاته في صورة صراخ وعويل وبكاء، وتظهر بوضوح على وجهه وسائر أجزاء

جسمه، ولا يستطيع ضبط انفعالاته، وغالبا ما يكون سهل الاستشارة سريع الاستجابة، يميل للعدوان على زملائه، شديد الغيرة منهم، يحب الاستحواذ على أشياء الآخرين، يفرع من الظلام والأماكن المغلقة. ويؤدي تضارب الانفعالات لديه إلى احتمال التصرف بطريقة غير معتادة لا تتناسب مع عمره الزمني، مما يجعل سلوكه مدعاة لتنمية الاتجاهات العدائية نحوه (شاش، ٢٠٠١: ٤٣؛ صادق، ١٩٧٨: ٣٣١؛ عبدالرحيم، وبركات، ١٩٧٩: ٣٤؛ القذافي، ١٩٩٦: ٩٤).

ب - الدونية والانسحاب:

يغلب على الطفل المعاق عقليا الشعور بالدونية وتحقير الذات، إذ أن وقوع الطفل في الفشل، دون إدراكه لأسباب الفشل، وتكرار الفشل في المواقف الجديدة، كل ذلك يدعم الشعور بالفشل لديه... كما أن استجابة الآخرين لفشل الطفل تدعم شعوره بالفشل وتزيد توقعات الفشل لديه في المواقف التالية. وبزيادة تكرار تعرض الطفل لمواقف الفشل يلجأ إلى الانسحاب أو التردد أو العدوان (شاش، ٢٠٠١: ٤٣؛ صادق، ١٩٧٨: ٣٣٣؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٦؛ ٢٠٠٩: ٦٧-٦٨).

ج- الجمود والنشاط الزائد:

يميل الطفل المعاق عقليا إلى النشاط الزائد بصورة مستمرة، وقد يداوم على أداء حركة أو فعل بصورة تكرارية على الرغم من عدم تناسب الاستجابة للموقف. ويرتبط الجمود والنشاط الزائد بحالة القلق التي يعاني منها الطفل المعاق عقليا، وانشغال الطفل بمشاكله النفسية والعاطفية. ويترتب عليها قصور الانتباه والتركيز. (شاش، ٢٠٠١: ٤٣؛ صادق، ١٩٧٨: ٣٣١؛ منصور، ١٩٩٤: ٣٧)

سادساً الخصائص الاجتماعية:

الطفل المعاق عقليا أقل قدرة على التكيف الاجتماعي والمواءمة الاجتماعية، وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، ومن ثم تغلب عليه أنماط السلوك اللاتوافقي، واضطراب أساليب التفاعل الاجتماعي، ووضوح مظاهر اللامبالاة، وعدم الاهتمام بما يدور حوله في البيئة المحيطة، وعدم الشعور بالمسؤولية، وسهولة الانقياد، مما يؤدي إلى ظهور أنماط من السلوك لا تتماشى مع التوقعات الاجتماعية. وكذلك يعاني المعاق عقليا من صعوبة الارتباط بالآخرين والانتماء إليهم، وفشله في إقامة علاقات اجتماعية مرضية أو تكوين صداقات، مما يقوده إلى الانطواء على نفسه، وعدم الرغبة في الاختلاط بالأطفال الآخرين. وكذلك يميل المعاق عقليا إلى عدم الاهتمام بتكوين علاقات اجتماعية مع الأطفال في مثل سنه، ويميل إلى الاشتراك مع الأطفال الأصغر منه سنا في بعض الممارسات الاجتماعية (الريحاني، ١٩٨١: ٨١؛ شاش، ٢٠٠١: ٤٤؛ القذافي، ١٩٩٦: ٩٣).

ويعاني الأفراد المعاقون عقليا من مشكلات اجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى طريقة المعاملة التي يتلقونها في المواقف الاجتماعية المختلفة. كما أنهم يعانون من الانسحاب، والحركة الزائدة، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية فعالة مع الآخرين (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٦؛ ٢٠٠٩: ٦٧ - ٦٨). كما أن المثل العليا لديهم منخفضة لأن رغباتهم قريبة من المستوى الغريزي، ولا يمكنهم التحكم في رغباتهم، ويميزهم الاندفاع دون تعقل. ويعانون من انخفاض القدرة على التعامل مع المشكلات والمواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها، مما يصيبهم بالإحباط والشعور بالفشل. ويعانون من عدم التوافق الاجتماعي، وضعف التفاعلات الاجتماعية، ويميلون إلى مشاركة من يصغرونهم في السن في الأنشطة الاجتماعية. ويعانون من ضعف الإرادة، وسهولة الانقياد للغير (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٣)

ونتيجة لانخفاض قدرات التلميذ المعاق عقليا؛ وقصور سلوكه التكيفي يكون عرضة لمشكلات اجتماعية وانفعالية مختلفة:

- فهو يكتسب المهارات الاجتماعية ببطء أكثر من أقرانه العاديين.
- ولا يتصرف بشكل يتناسب مع عمره، ولا يعرف كيف يتصرف بصورة مناسبة، مما يؤدي إلى مجافة التلاميذ الآخرين له.
- ويتميز بنقص الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، ولانسحاب والتردد والعدوان أحيانا.
- ولا يتطور لديه شعور الثقة بالنفس: فكثيرا ما ينظر لنفسه علي أنه فاشل أو عاجز، أو أقل من غيره، أو أنه لا قيمة له.
- ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية فعالة مع أقرانه.
- وغالبا ما يميل إلى اللعب مع من هم أصغر منه، لشعوره بعدم القدرة علي منافسة أقرانه.

ولتطوير المهارات الاجتماعية/ الانفعالية يجب:

- الانتباه للتلاميذ وهم يسلكون سلوكا حسنا، وإخبار الطفل بالسلوك الجيد الذي يقوم به.
- إخبار التلاميذ ماذا سيفعلون لاحقا.
- التخطيط للأنشطة اليومية، علي أن تكون الأنشطة مفيدة وممتعة، خاصة في أوقات الفراغ.
- تكييف الأنشطة لكل تلميذ حسب قدراته بحيث يشكل النشاط تحديا للتلميذ ومع ذلك لا يقود إلى الإحباط.

- تنوع الأنشطة بحيث لا يبقى التلاميذ في مكان واحد أو ساكتين لفترة طويلة، مع تزويدهم بفرص الاستكشاف.
- أن يتم توضيح السلوكيات المقبولة والسلوكيات غير المقبولة لدى التلاميذ.
- استخدام أساليب وقائية مع التلاميذ الذين ينجحون للتصرف بشكل غير ملائم.
- مناداة التلميذ باسمه، مع تعزيزه لفظيا أو بشكل غير لفظي عندما يسلك سلوكا جيدا.
- احترام مشاعر التلاميذ، وتجنب عقابهم.
- أن يكون الآباء والمعلمين نموذجا جيدا في التصرف.
- تهيئة التلاميذ المعاقين عقليا للخبرات الجديدة بالتعليمات ولعب الدور.

الفصل السادس

مشكلات المعاقين عقليا

الفصل السادس

مشكلات المعاقين عقليا

يواجه المعاقون عقليا كثيرا من المشكلات في كافة مجالات الحياة التعليمية، والصحية، والاجتماعية، والاقتصادية، والمهنية، والترفيهية... وترتبط المشكلات الأساسية للمعاقين عقليا بخصائصهم، وصفاتهم، ومن أهم تلك المشكلات ما يلي:

أولاً: مشكلات قصور الأداء الوظيفي العقلي:

ومن أهم المشكلات الخاصة بقصور الأداء الوظيفي العقلي ما يلي:

١- بطء معدل النمو العقلي:

ينمو الطفل المعاق عقليا بمعدل أبطأ من معدل نمو الطفل العادي. فإذا كان الطفل العادي ينمو بمقدار سنة عقلية واحدة كل سنتين زمنية من عمره، فإن الطفل المعاق عقليا ينمو بمعدل يقدر بتسعة شهور عقلية أو أقل كل سنة زمنية شاش، ٢٠٠١: ٤١؛ صادق، ١٩٧٨: ٢٧١؛ عبدالغفار، والشيخ، ١٩٨٥: ٧٤؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٧٩.

٢- قصور الانتباه والادراك

يعاني الأطفال المعاقون عقليا من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة، وعدم قدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة. حيث يتشتت انتباههم بسهولة نتيجة لقابليتهم العالية للتشتت، كما يتسمون بقصر مدى انتباههم. كما أنهم يتسمون بقصور الإدراك: سواء الإدراك السمعي أو البصري، أو إدراك الخصائص المميزة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان، وعدم قدرتهم على إدراك وفهم المواقف المختلفة التي

يتعرضون لها ن وما تتضمنه هذه المواقف (شاش، ٢٠٠١: ٤١؛ فهيم، ١٩٨٢: ١٢٣؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٨٠).

٣- ضعف الذاكرة:

يعاني ذوي الإعاقة العقلية من صعوبة واضحة في الذاكرة الحسية، فيتعلمون ببطء شديد، وينسون ما تعلموه بسرعة. يعاني المعاقون عقليا من قصور كبير في ذاكرتهم قصيرة المدى والتي ترجع إلى عيوب في أساليب التعلم والتكرار. كما يعانون من قصور في الذاكرة طويلة المدى، ولكن بدرجة أقل من الذاكرة قصيرة المدى (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٠؛ ٢٠٠٩: ٦٣).

٤- قصور التفكير

ينمو التفكير لدى المعاق عقليا بمعدلات منخفضة، فلا يتجاوز المرحلة الحسية العيانية، ولا يتمكن الفرد المعاق عقليا من تكوين المفاهيم المجردة والعمليات العقلية العليا. ويعاني من قصور في التفكير؛ فهو لا يصل إلى التفكير المنطقي المجرد، ولا يكون تفكيره على مستوى المواقف أو الأحداث التي يمر بها ويواجهها، وغالبا ما يكون سطحيا وبسيطا (شاش، ٢٠٠١: ٤٢؛ صادق، ١٩٧٦: ٢٧٨؛ مرسى، ١٩٩٦: ٢٨٢).

٥- قصور التعميم وانتقال أثر التدريب

يواجه المعاق عقليا صعوبة في عملية التعميم ونقل أثر تعلمه إلى المواقف الحياتية المشابهة، ويرجع ذلك إلى:

عدم القدرة على اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف التعليمي والموقف الحياتي، وعدم القدرة على تذكر ما مر به من خبرات في المواقف المشابهة منذ فترة قريبة (عبيد، ٢٠٠٧: ١٧١؛ ٢٠٠٩: ٦٣-٦٤).

ثانياً. مشكلات قصور الأداء اللغوي

تعتبر المشكلات اللغوية من أهم المشكلات التي ترتبط بالإعاقة العقلية وتنتج عنها، كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة مستوى الإعاقة العقلية؛ فذوو الإعاقة العقلية من الدرجة البسيطة يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوي ولكنهم تشيع بينهم اضطرابات في النطق، ولا يصل المستوى اللغوي للطفل المعاق عقليا إلى مستوى النمو اللغوي للطفل العادي، وذوو الإعاقة العقلية المتوسطة يعانون من مشكلات وصعوبات لغوية بدرجة أكبر ومن أبرزها البطء الملحوظ في النمو اللغوي، والتأخر في النطق، وضعف الحصيلة اللغوية والتأخر في اكتساب قواعد اللغة، وبساطة التراكيب اللغوية وسطحيتها، وتدني مستوى الأداء اللغوي. بينما يزداد القصور اللغوي لدى ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والحادة بدرجة كبيرة (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٢؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٣؛ ٢٠٠٩: ٦٤-٦٥).

ثالثاً. قصور أداء المهارات الحياتية: وتشمل:

١- قصور مهارات رعاية الذات:

ويظهر هذا القصور في نقص الاهتمام بالنظافة الشخصية، وعدم التفرقة بين الملابس الصيفية والشتوية، وعدم القدرة على إعداد المائدة بدون مساعدة، وصعوبة تسمية أدوات المائدة، وصعوبة التدريب على إعداد الطعام بدون مساعدة، ونقص مهارة ارتداء الملابس، والحذاء، وضعف مهارة الذهاب الى المرحاض، وضعف مهارة التعرف على الأشخاص وتمييزهم، وقصور مهارة ادراك الوقت والمكان (شاش، ٢٠١٥).

٢- قصور المهارات الاجتماعية:

ويظهر في عدم قدرة الطفل المعاق عقليا على إقامة علاقات جيدة مع زملائه ومشرفيه وأفراد أسرته، ويبدو ذلك في عدم الإصغاء بانتباه إلى

التعليمات وتنفيذها، وضعف القدرة على الاستماع إلى الآخرين، وضعف القدرة على التصرف بلياقة أثناء تعامله مع الأم أو القائم برعايته وعدم طرق الباب قبل الدخول للغرفة، وعدم الاستئذان عند الانصراف، وضعف القدرة على الحديث بطريقة لائقة أمام الغرباء، وعدم فهم كيفية التعاون مع زملائه وأفراد أسرته ومساعدة الآخرين على أداء أعمالهم، وعدم القدرة الرد على الهاتف، وعدم القدرة على تكوين صداقات جديدة وتكوين ارتباط عاطفي معها (شاش، ٢٠١٥).

٣ - قصور المهارات الاقتصادية:

ويشمل عدم قدرة الطفل المعاق عقليا على الشراء والتعامل مع البائعين، وعدم فهم معني الادخار، وعدم القدرة على التفرقة بين الأسعار الغالية والرخيصة، وعدم القدرة على التفرقة بين العملات، وعدم القدرة على التعرف على عدد الأشياء التي اشترها بمبلغ معين، وعدم القدرة على التعرف على مقدار ما يمتلكه من نقود، وعدم القدرة على التفرقة بين البضائع الجيدة والرديئة، وعدم القدرة على التفرقة بين مسميات البائعين (فكهاني - جزار - خضري). ونقص مهارات الحياة اليومية الاقتصادية وتشمل إدارة الشؤون المالية والشخصية، الاختيار، إدارة الأسرة، مسؤولية الزواج تربية الأطفال، مهارات الشراء، الاستهلاك، المواطنة، المسؤولية، استخدام الموافق الترفهية، التنقل (شاش، ٢٠١٥).

٤ - قصور المهارات المعرفية للأمور الحياتية:

وتتجلى في عدم قدرة الطفل المعاق عقليا على الإلمام بالمعلومات والمعارف عن كل ما يحيط به من أشياء، وتظهر في: عدم معرفة الأماكن العامة (جامع - مدرسة - مستشفى - منتزه - منزل)، وعدم معرفة الاتجاهات (يمين - يسار - أمام - خلف - أعلى - أسفل - فوق - تحت)، وقصور معرفته بأجزاء جسمه الدقيقة، الرموش، اللسان، الأسنان، الأظافر، الكوع، وعدم القدرة على التفرقة بين الأشكال المختلفة (دائرة - مثلث - مستطيل - مربع)، وعدم القدرة على التمييز بين الأحجام

المختلفة (كبير - صغير - طويل - قصير)، وعدم القدرة على التفرقة بين الألوان الأساسية (الأحمر - الأزرق - الأخضر - الأسود - الأصفر - البني) والألوان المركبة (الموف - البمبي - اللبني - البرتقالي)، وعدم القدرة على التعرف على الأوزان المختلفة (ثقيل - خفيف)، عدم القدرة على التعرف على أنواع الخضروات والفاكهة الصيفية والشتوية، عدم القدرة على التعرف على أصوات الحيوانات في البيئة المحيطة به مثل صوت (القط - الكلب - الخروف - العصفورة - الحصان ... الخ)، وعدم القدرة على التعرف على الوقت وقراءة الساعة، عدم القدرة على التعرف على إشارات المرور وطريقة عبور الشارع ومدلول الألوان في إشارة المرور معنى كل لون (الأحمر - الأصفر - الأخضر)، وعدم القدرة على التعرف المهن المختلفة (طبيب - شرطي - معلمة)، عدم القدرة على الابتعاد عن مخاطر (السكين - الكبريت - الموس) (شاش، ٢٠١٥).

٥- قصور مهارات التواصل الحياتية:

ويتمثل في عدم قدرة الطفل المعاق عقليا على التعبير عن نفسه واستخدام اللغة في المواقف الاجتماعية المختلفة (اتصال لفظي)، وعدم قدرته على الاتصال غير اللفظي باستخدام تعبيرات الوجه، ووضع الجسم والمظهر العام ونبرات الصوت، وعدم قدرته على إدارة مشاعره وكيفية تعامله مع الإساءة والصدمات المؤلمة، وصعوبة التعرف على الحروف الأبجدية، وصعوبة كتابة اسمه وقراءته، وعدم قدرته على تكوين سؤال باستخدام أدوات الاستفهام المختلفة مثل: ماذا؟ كيف؟ أين؟ وعدم قدرته على استخدام عبارات تحتوي على أفعال في زمن الماضي والحاضر والمستقبل، وعدم قدرته على استخدام جمل مفيدة لها معنى، وعدم قدرته على استخدام الكلمات التي تدل على ظرف الزمان والمكان بطريقة مناسبة، وعدم قدرته على التعبير عما يشعر به من فرح أو حزن، وعدم قدرته على التعبير عن نفسه بلا تردد أو خوف وبثقة (شاش، ٢٠١٥).

رابعاً: المشكلات الانفعالية والاجتماعية:

ترتبط العديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي يواجهها المعاق عقليا بضعف قدرته العقلية، والقصور في السلوك التكيفي، وهذا ينعكس على نضجه الاجتماعي، ويدفعه إلى الانسحاب من مواقف التفاعلات الاجتماعية. ومن أهم المشكلات الانفعالية والاجتماعية للمعاقين عقليا الاعاقة ما يلي:

١ - عدم الثبات الانفعالي:

فبعض المعاقين عقليا غير مستقرين انفعاليا، ويتسمون بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار في نشاط معين، والثورة والغضب لأتفه الأسباب، وتقلب المزاج، والهدوء أحيانا والشراسة في أحيان أخرى (شاش، ٢٠٠١: ٤٣؛ صادق، ١٩٧٨: ٣٣١؛ عبدالرحيم، وبركات، ١٩٧٩: ٣٤؛ القذافي، ١٩٩٦: ٩٤).

٢ - اضطراب مفهوم الذات:

يكون المعاقون عقليا مفهوم ذات سلبي، نتيجة تكرار خبرات الفشل، والإحباط، وصعوبات التواصل مع الآخرين، وبترسخ عندهم الشعور بالدونية وعدم الكفاءة، وعدم الرضا عن الذات، والاعتماد على الآخرين (شاش، ٢٠٠١: ٤٣، عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٦؛ ٢٠٠٩: ٦٧ - ٦٨).

٣ - عدم الكفاية الاجتماعية:

المشكلة الرئيسية في الإعاقة العقلية هي قصور الكفاية الاجتماعية المتمثلة في نقص المعارف والمهارات التي تمكنه من التواصل مع الآخرين، ومن ثم التوافق مع نفسه ومع الآخرين وإنجاز بعض المهام أو الوفاء بها والنجاح فيها مع الآخرين. والطفل المعاق عقليا لا يكتسب هذه المهارات الاجتماعية بشكل تلقائي كما يكتسبها الأطفال العاديون

فهو بحاجة إلى من يدرّبه عليها ويعلمها له (شاش، ٢٠٠١: ٤، عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٦، ٢٠٠٩: ٦٧-٦٨).

٤- الانسحاب الاجتماعي:

الانسحاب الاجتماعي من الأسباب الهامة وراء فشل الأطفال المعاقين عقليا في التكيف النفسي والاجتماعي، حيث يحول دون تفاعلهم مع الأهل والمدرسة والأقران، ويحول دون تعلمهم المعارف اللازمة لحياتهم. ويرجع الانسحاب الاجتماعي إلى توقع الفشل، والإحباط، وعدم الشعور بالتقبل من الأسرة، وعدم الشعور بالأمن في المجتمع (شاش، ٢٠٠١: ٤٣، عبيد، ٢٠٠٧: ١٧٦؛ ٢٠٠٩: ٦٧-٦٨).

٥- قصور العلاقات الاجتماعية:

فالمعاقون عقليا يعانون من قلّة التفاعلات الاجتماعية ويميلون لمشاركة من هم أصغر منهم سناً في النشاط الاجتماعي، ولا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع أقرانهم، ويفشلون في تكوين صداقات مع الآخرين (شاش، ٢٠٠١: ٤٣؛ صادق، ١٩٧٨: ٣٣١؛ عبدالرحيم، وبركات، ١٩٧٩: ٣٤؛ القذافي، ١٩٩٦: ٩٤).

خامساً: المشكلات المهنية

يواجه المعاقون عقليا مشكلات كثيرة في مجال التأهيل المهني والتوظيف، فمستويات البطالة لدى المعاقين عقليا أعلى منها لدى العاديين، حيث تصل في بعض الأحيان إلى ٨٥٪. وترجع المشكلات المهنية لدى المعاقين عقليا إلى:

١. مشكلات التربية المهنية

يقصد بالتربية المهنية التي تتم داخل المدرسة قبل الالتحاق بمركز التأهيل المهني، وهي تلك المرحلة النهائية من مراحل التربية الخاصة والتي تهدف إلى تنمية مهارات التهيئة المهنية البسيطة اللازمة لأي مهنة

لاحقة في المستقبل. ومن أهم مشكلات التربية المهنية لدى المعاقين عقليا ضعف الفرص لهم لاكتشاف قدراتهم المهنية، وتخرجهم دون اكتشاف ميولهم للمهن المختلفة في الحياة العملية، وعدم تدريبهم على مهن مختلفة خلال مرحلة التهيئة المهنية، والقصور في تكوين الاتجاهات الايجابية نحو العمل لديهم كحب العمل واحترام العاملين وتقديرهم، والقصور في تدريبهم على مهارات استغلال وقت الفراغ والترفيه (عبدالمعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥).

٢. مشكلات التوجيه المهني

يساعد الإرشاد والتوجيه المهني المعاقين عقليا على اختيار مهنة تناسب قدراتهم واستعداداتهم وميولهم وتشبع حاجاتهم. ويساعدهم على التدريب عليها، والالتحاق بها، والعمل فيها، والنجاح بها، والتوافق معها، والرضا عنها، والاستعداد لها. وتتمثل أهم مشكلات المعاقين عقليا في صعوبة اتخاذ القرار فيما يتعلق بالمهنة، والقصور في المهارات الأساسية المطلوبة للحصول على المهنة والحفاظ عليها (عبدالمعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥).

٣. مشكلات التدريب المهني

يعتبر التدريب المهني الوسيلة المثلى لزيادة كفاءة المعاق عقليا وصلاحيته، وهو أحد الطرق التي تساعد الشخص المعاق عقليا على الاندماج في الحياة العملية من أجل الحصول على عمل مناسب. ومن أهم الصعوبات التي تعترض التدريب المهني للمعاقين عقليا ضعف إيمان المجتمع بتدريبهم، وقدرتهم على العمل والانتاج، ومعارضة أصحاب الأعمال لتدريبهم، بدعوى أنهم عالتة على المصنع أو الشركة أو المؤسسة، صعوبة نقلهم من منازلهم إلى مواقع التدريب والعمل وعودتهم مرة أخرى إلى منازلهم، وعدم وجود حوافز مالية لمساعدة العمال المعاقين عقليا للانتقال إلى مقار التدريب، أو مواجهة ظروفهم الخاصة (عبدالمعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥).

٤. مشكلات التشغيل والتوظيف

يواجه المعاقون عقليا صعوبات كثيرة في الحصول علي عمل والاستمرار فيه، ومن ذلك منافسة العاديين للعمال المعاقين في الأعمال البسيطة بسبب البطالة وندرة فرص العمل، نقص مهارات المعاقين، وقلة خبرتهم بالأعمال المختلفة، ضعف إيمان المجتمع بتشغيل المعاقين وكذلك بقدرتهم علي العمل والإنتاج، ومعارضة أصحاب العمل لتشغيل المعاقين بصفة عامة والمعاقين عقليا بصفة خاصة، واعتقادهم بأنهم سيصبحون عبئا علي المصنع أو الشركة أو المؤسسة، وصعوبة نقل العمال المعاقين من منازلهم إلي مواقع العمل والعكس (عبدالمعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥).

سادساً: مشكلات السلامة والأمان:

يعاني المعاقون عقليا من قصور في الإدراك الحسي والعقلي، وضعف التميز والتأزر الحركي العصبي، وقد يترتب على ذلك عدم الانتباه للخطر وعدم القدرة على الهرب أثناء حالات الخطر، مما يجعلهم بحاجة إلى التوجيه والإشراف المستمر، وتقديم مهارات السلامة والأمان لهم. وفي أحيان كثيرة يكونون هم مصدرا للخطر على أنفسهم وغيرهم بسبب نشاطهم الزائد واندفاعتهم، ورغبتهم في بعض الأحيان تقليد الآخرين بصورة آلية. ومن أهم المشكلات المرتبطة بالسلامة والأمان ما يلي :

١. الأخطار الصحية والغذائية:

يعاني المعاقون عقليا من العديد من المشكلات الصحية المتفاقمة التي تؤدي إلي الإضرار بالصحة مثل: إساءة استخدام العقاقير، وسوء التغذية، وإهمال ممارسة التمرينات الرياضية. كما أن تعرضهم يؤدي إلى انتشار الأمراض المعدية. وكذلك فإن مشكلات نقص الرعاية الصحية الأساسية، ونقص عدد من الأدوية الضرورية لبعض الحالات،

قد تكون سببا في تفاقم تأثيرات الإعاقة عليهم (عبدالمعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥)..

٢. أخطار التسمم:

يتعرض كثير من المعاقين عقليا لأخطار التلوث. وتتعدد المواد المسببة للتسمم كالمواد الكيميائية المنزلية، والأدوية الطبية غير الصالحة، أو التي يتم تناولها بشكل غير سليم. وقد يرجع التسمم إلى التلوث الغذائي نتيجة الفطريات أو البكتيريا أو التخزين بطرق غير سليمة، أو إضافة الألوان الصناعية أو مكسبات اللون والطعم والرائحة، أو إهمال حفظ الأطعمة بعيدا عن الحشرات ومصادر التلوث الأخرى.

٣. أخطار السقوط:

يتعرض المعاقون عقليا لحوادث السقوط أكثر من غيرهم لعدة أسباب منها: ضعف العضلات والعظام المصاحب للإعاقة، والقصور في التوازن، ومشكلات الجهاز العصبي، واستخدام بعض المعينات الحركية، أو ارتعال أحذية ذات سمك كبير.

٤. أخطار غياب الإسعافات الأولية:

يعاني المعاقون عقليا من قصور في المعرفة بمبادئ الإسعاف الأولية، ويعود ذلك إلى طبيعتهم، وقصور فهمهم للأخطار، وقصور فهمهم للإجراءات الوقائية، ونقص تدريبهم على مبادئ الإسعاف الأولي ضمن الأنشطة المدرسية.

سابعاً: المشكلات السلوكية Behaviour Problems:

تنتشر المشكلات السلوكية بين جميع الأطفال العاديين والمعاقين عقليا على حد سواء، ولكن قد يتفرد الأطفال المعاقون عقليا ببعض المشكلات التي لا توجد لدى العاديين، وربما تكون حدة المشكلات المشتركة بينهم وبين العاديين أعلى لديهم منها لدى الأطفال

العاديين. ونظرا لأن المشكلات السلوكية تنتشر بين المعاقين عقليا في جميع مراحل عمرهم، والشكوى منها عامة لدى جميع الآباء والقائمين بالرعاية فإننا نبسط القول فيها، مقدمين نماذج لبعض الحالات وطريقة التعامل معها.

تعرف المشكلات السلوكية على أنها مظاهر غير مقبولة اجتماعيا ولا تتفق مع القواعد والمعايير الاجتماعية ضمن السياق الاجتماعي المحيط بالفرد، وتعتبر عن درجة عالية من سوء التكيف الاجتماعي والنفسي وانخفاض القدرة على تحقيق مستوى مناسب من الاكتفاء الذاتي والمسؤولية الاجتماعية (عبد المعطي، وأبو قلة، ٢٠١٠).

وتوجد مجموعة من الخصائص السلوكية التي يشترك فيها المعاقون عقليا والتي تجعلهم أكثر عرضة للمشكلات السلوكية مقارنة مع غيرهم، ومن أهمها الشعور بالفشل، والاحباط، والعدوانية، والانطوائية، والشعور بالدونية، وتأثر المشكلات التي يعانون منها باتجاهات الآخرين وردود أفعالهم نحو الإعاقة. وظهور المشكلات السلوكية لدى المعاقين عقليا يعتبر نتاج عدم تكيفهم مع متطلبات المجتمع المحيط بهم، ونقص الإدراك العقلي أو الحسي للمثيرات المحيطة بهم.

ويرى مسافر (٢٠١٠) أن المشكلات السلوكية من الأمور التي تشغل أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا، وتستحوذ على اهتمامهم بدرجة كبيرة وبشكل متكرر. ولا يمكن الجزم بأن الطفل المعاق عقليا يعاني من مشكلات سلوكية أكثر من الطفل العادي، أو يعاني من مشكلات سلوكية أسوأ في حداثها من الطفل العادي. ولكن يمكن القول بأن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل المعاق عقليا تشبه المشكلات السلوكية التي يعاني منها أي طفل. وهي في معظمها سلوكيات غير مرغوب فيها، وتم تعلمها نتيجة مواقف الحياة. ويتم تعلمها بنفس الطريقة التي يتم بها تعلم السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة. أي أن المشكلات السلوكية للطفل المعاق عقليا وغير المعاق

عقليا على حد سواء ما هي إلا سلوكيات تم تطويرها كاستجابة لمثيرات معينة، وتم تعزيزها من خلال تأثيرها على الناس والأشياء في البيئة المحيطة.

وغالبا ما يكون أسهل على المرء أن يرى كيف يتم تعلم السلوكيات المرغوبة أو السلوكيات الجيدة. فعندما يفعل الطفل شيئا نحب، فإننا نفرح بذلك. وغالبا ما نخبره بأننا سعداء، وقد نعزز ذلك السلوك لديه. بالإضافة إلى أنه يستمتع بالتعزيز الذي يتلقاه، والانتباه الذي يحصل عليه. وقد يكون من الصعب على العين أن ترى ما يعزز السلوك غير المرغوب. فربما يستمر الطفل في الإتيان بسلوك غير مرغوب رغم أننا نخبره أننا لا نحب هذا السلوك، ولا نستحسنه، بل نستهجنه. بل ربما يستمر في ممارسة ذلك السلوك رغم تعرضه للعقاب بسببه. أنا،،

ولمحاولة فهم أسباب المشكلات السلوكية فإن علينا أن نلقي نظرة عن قرب على تلك المشكلات. ولنبدأ بإحدى المشكلات السلوكية المتكررة، ألا وهي نوبات الغضب *temper tantrums*. ونوبات الغضب مثلها مثل أي سلوك آخر تتبع مثيرات معينة. وربما تتبع تلك النوبات مثيرات من الآباء من قبيل الأوامر، والتوجيهات، والمطالب... وربما طور الطفل هذا السلوك كنتيجة لفشله في تلبية تلك المطالب فيما مضى. وربما تمثل تلك النوبات رد فعله على موقف غير سار. وبالإضافة إلى ذلك فإن هذه النوبات ربما تتلقى تعزيزا بعدة طرق. فالآباء في بعض الأحيان ودون قصد منهم يعززون تلك النوبات.

ولنوضح الموقف بانعام النظر في حالة طفل يقال له "بيلي" *Billy*. ففي كل ليلة عندما يحين وقت النوم ويطلب منه أبواه أن يذهب للفراش، فإنه ينخرط في نوبة غضب؛ فيصيح، ويصرخ، ويرفس، ويركل. وبذا أخبرهم بطريقته المباشرة أنه يرغب في المكوث أمام التلفزيون مزيدا من الوقت. وحاول الوالدان أن يسيطرا على هذا السلوك الشاذ بعدة طرق. ففي البداية حاولا أن يناقشا الأمر معه مناقشة عقلانية ليقتنعا بالتوقف عن نوبة الغضب والهياج التي ينخرط فيها. ولما

تمكن منهم اليأس أخبراه بأنه إذا توقف عن ذلك الغضب، والتزم الهدوء فإنه يمكنه أن يشاهد التلفزيون لمدة ربع ساعة. وفي بعض الأحيان كان ذلك كافيا لجعله يتوقف عن نوبة الغضب. ولكن في أحيان أخرى كان ذلك يؤجل تلك النوبة لمدة ربع ساعة. ولكن في أغلب الأحيان كان الطفل يتوقف عن نوبة الغضب نظرا للتعزيز الذي كان يحصل عليه والمتمثل في انتباه الوالدين والتفاتهما إليه، بالإضافة إلى الوقت الإضافي الذي يقضيه في مشاهدة التلفزيون. وعلى الرغم من أنه توقف عن السلوك، إلا أنه تلقى تعريزا عليه. ولذا فعندما يطلب منه في أي وقت أن يذهب للفراش فإنه كان ينخرط في نوبة الغضب ليحصل على تلك المعززات.

أي أن نوبة الغضب تلي مثير من الوالدين، يتمثل في طلبهما من الطفل أن يذهب للفراش، وتتلقى تلك النوبة تعريزا من خلال انتباههما إليه، وأيضا من خلال الوقت الإضافي الذي يقضيه أمام التلفزيون. وهناك عنصر آخر مهم جدا يجب أن نلتفت إليه. ففي كثير من الأحيان يطور الآباء سلوكيات تؤدي في النهاية إلى تهدئة نوبة الغضب، ومع ذلك فإن هذه السلوكيات ربما تزيد من احتمال حدوث نوبات الغضب فيما بعد. وفي الموقف الذي نصفه هاهنا يتلقى الأبوان أيضا تعريزا يتمثل في التخلص من تلك النوبة المقيتة

أي أن الأطفال والآباء، في كثير من الحالات، يتعلمون أن يدعم ويعزز كل منهم الآخر. بطريقة تساعد على الاحتفاظ بالمشكلات السلوكية عند الطفل.

وفي كثير من الحالات يكون الموقف أكثر تعقيدا. ومع ذلك ففي كل المواقف تقريبا تعتبر المشكلات السلوكية سلوكيات متعلمة، ولذا فإنها يمكن إزالتها بالتعلم. وهناك إجراءان يستخدمان تقريبا عند التعامل مع أي مشكلة سلوكية:

الأول: إزالة التعزيز الذي يلقاه السلوك غير المرغوب فيه.

الثاني: تطوير سلوك بديل ليحل محل السلوك غير المرغوب فيه. فإذا أردت أن تزيل سلوك نوبات الغضب عند حلول وقت النوم، فإن عليك أيضا أن تعلم الطفل سلوك الذهاب إلى الفراش بهدوء.

وليس هناك علاج شافٍ لجميع المشكلات السلوكية. ومع ذلك فيمكن أن نقدم بعض التوجيهات العامة التي يمكن أن تستخدم لتحليل المواقف التي تؤدي إلى المشكلات السلوكية. وربما يساعد ذلك في إعداد برنامج لعلاج المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل حسب الموقف.

لقد ناقشنا أنفا بعض الطرق التي يمكن من خلالها تعليم سلوك جديد. وبشكل عام يتم ذلك من خلال تقديم المعززات بعد السلوك المرغوب. وعلى الجانب الآخر، يمكن التخلص من سلوك ما بإطفاء أو إزالة المعززات التي تعقب هذا السلوك. ويجب أن يتبع ذلك تعزيز سلوك جديد. فإذا أردت إزالة سلوك التأخر في الذهاب للفراش، فإن عليك أن تنمي وتطور سلوك الذهاب للفراش مبكرا ليحل محله.

وثمة أشياء كثيرة يمكن أن يفعلها الآباء في حالة يبلي لإزالة المعززات التي يتلقاها سلوك نوبات الغضب:

أحدها: إطفاء التليفزيون؛ لأن ذلك يعني إزالة احتمال أن يشاهد الطفل التليفزيون أثناء انخراطه في نوبة الغضب. كما أن ذلك سيساعد في إيصال رسالة للطفل مفادها أنه لن يحصل على ما يرغب (مشاهدة التليفزيون) من خلال السلوك المنحرف (نوبات الغضب).

ثانيها: يمكن أن يصرف الآباء انتباههم عن سلوك الطفل المنحرف حتى يتوقف. ولعل من المفيد هاهنا استخدام إحدى فنيات التعليم المطف التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة - وخلصتها أنه عند انخراط الطفل في سلوك غير مرغوب فيه، أو سلوك غير تكميفي فإن على القائم بالرعاية أن يتجاهل هذا السلوك، ويتعامل مع

الطفل كما لو كان السلوك لم يحدث؛ بحيث لا يتلقى هذا السلوك التعزيز الذي يتمثل في الهروب من المهمة، أولفت الانتباه. وفي هذه الحالة يتعلم الطفل أن السلوك الشاذ لن يعفيه من المهمة، ولن يجلب له انتباها، لأنه لم يلق إلا التجاهل، ثم يعيد القائم بالرعاية توجيه الفرد للمهمة، وعندما يقدم الفرد على المهمة أو يقترب منها يقدم له القائم بالرعاية المكافأة. فيتعلم الطفل أن الذي يجلب له المكافأة هو إتيانه السلوك السوي وليس السلوك الشاذ. ومن ناحية أخرى ربما يبدأ الطفل نوبة أخرى، فعلى الآباء أن يعيدوا تجاهله، مع العلم بأن النوبة الثانية ستكون بالتأكيد أقصر من النوبة الأولى، لاسيما إذا كان تجاهلهم للسلوك الشاذ متناسقا. ويتكرر الموقف وتكرار الفئنة معه ستصبح النوبة أقصر وأقصر إلى أن تتلاشى وتختفي تماما. وأهم ما في الأمر التناسق في تجاهل السلوك الشاذ، وعدم الإذعان والاستسلام له، لأن الاستسلام له سيزيده قوة في المرات القادمة.

ويتمثل الجزء الثاني من البرنامج في تطوير سلوك آخر ليحل محل السلوك غير المرغوب فيه (نوبات الغضب). وها هنا يريد الوالدان أن يذهب "بيلي" إلى الفراش بهدوء. وعليهما أن يحددا معززا لهذا السلوك. ويجب أن نتذكر أن الطفل يحب مشاهدة التلفزيون، ويستمتع بها، وهذا يعتبر معززا لسلوك نوبات الغضب. ولذا فإن على الوالدين أن يستخدموا مشاهدة التلفزيون كمعزز لسلوك الذهاب للفراش. فيمكنهما أن يخبرا الطفل بأن موعد الذهاب للفراش هو السابعة والنصف مثلا. ولكنه يمكن أن يذهب للفراش في الثامنة كنوع من المكافأة إذا التزم بالسلوك الجيد المتمثل في الذهاب للفراش بهدوء. فإذا ذهب للفراش في السابعة والنصف، بهدوء ودون أن ينخرط في نوبة الغضب، فإنه يمكن أن يشاهد التلفزيون لمدة خمس عشرة دقيقة إضافية في الليلة التالية. ويمكن للوالدين أن يعطياه بطاقة ليسجل فيها أنه قد حصل على خمس عشرة دقيقة إضافية من مشاهدة التلفزيون نظرا لذهابه للفراش في الموعد المحدد بهدوء. ويمكنهما أن

يعطياه بونا أو فيشا من فيشات التعزيز. ليستبدل به خمس عشرة دقيقة من مشاهدة التليفزيون في الليلة التالية. ويحصل على البون مباشرة بعد ذهابه للفراش بهدوء (السلوك الجيد المرغوب فيه). ومن ثم فمن خلال تجاهل السلوك غير المرغوب فيه (نوبات الغضب) وتعزيز السلوك المرغوب فيه (الذهاب للفراش بهدوء) عن طريق مشاهدة التليفزيون، والمدح، والثناء اللفظي، والانتباه، يمكن للوالدين إزالة السلوك المشكل.

ومن خلال مثال "بيلي" نستطيع أن نقدم للأباء والقائمين بالرعاية بعض القواعد والمبادئ العامة بخصوص إزالة السلوكيات غير المرغوبة وتنمية وبناء السلوكيات المرغوبة.

وأول هذه القواعد العامة، تتمثل في أنه يجب أن تزيل، أو تقطع، أو تزيل، أو تطفئ التعزيز الذي يتلقاه السلوك غير المرغوب. وإذا كان بوسعك أن تعزل ما يعزز السلوك الشاذ لدى الطفل، وأن تعيد ترتيب الموقف بحيث لا يعقب السلوك المشكل أو الشاذ ذلك التعزيز، فإنك عندئذ تسير على الطريق الصحيح نحو إزالة ذلك السلوك. ومن المتوقع أن يقاوم الطفل استخدام هذا المدخل. فعندما تبدأ في قطع التعزيز عن السلوك السيئ، فربما يبذل الطفل محاولات جادة ومستمتتة، ولو لفترة قصيرة، لاستعادة ذلك التعزيز الذي بدأ يفقده. وتصرف الطفل بهذه الطريقة ليس تصرفا غريبا. بل الحق أننا جميعا نتصرف بنفس الطريقة عندما نوضع في نفس الموقف الذي وضع فيه الطفل. وربما يظهر الطفل السلوك على نحو أسرع، وبكثافة أكبر من التي كان يظهره بها في الماضي. بل ربما يضيف إلى السلوك المشكل سلوكيات أخرى كانت تتلقى تعزيزا في الماضي؛ فربما يضيف إلى نوبة الغضب، البكاء، والصراخ، والصياح، والعويل، والقفز، والركل، والسب، والشتم، والعدوان على إخوته... الخ.

وإذا انخرط الطفل في سلوك سيء، وحاول الأباء في البداية ألا يستسلموا له، ولكنهم لم يصمدوا حتى النهاية ولم يتحملوا المزيد من صراخ الطفل، واستسلموا في نهاية المطاف؛ ففي هذه الحالة يعتبر

إذعانهم واستسلامهم تعريزا للسلوك السيئ ويتعلم الطفل أن يزيد من عنف السلوك ويطيل أمده في المرات التالية. ولذا فمن الأهمية بمكان أن يكون الآباء والقائمون بالرعاية متناسقين في منع التعزيز، وعدم الإذعان حتى وإن كان ذلك صعبا، وشاقا، ومرهقا، ومضنيا في البداية.

وهناك أساليب وفتيات أخرى لسحب وإطفاء التعزيز. والسؤال الكبير الذي يجب أن نسأله لأنفسنا هو: هل حقا نسيطر على التعزيز الذي نعلم أنه يساعد على الاحتفاظ بالسلوك غير المرغوب فيه؟ وإذا كان التعزيز يتمثل في الانتباه للطفل، أو مشاهدة التليفزيون، فإننا بلا ريب يمكن أن نسيطر على ذلك التعزيز. وفي حالات أخرى ربما لا نسيطر على التعزيز الذي يلقاه الطفل - كضحك إخوته وأخواته، على سبيل المثال. وفي حالات أخرى ربما تخرج نوبات الغضب عن السيطرة، ويبدأ الطفل في تكسير وتحطيم المصابيح، والأشياء المحيطة به. وعندئذ لا نستطيع أن نستمر في تجاهل ذلك السلوك. وفي كلتا الحالتين السابقتين، وفي الحالات المشابهة، علينا أن نفعل شيئا آخر بخلاف إبعاد التعزيز عن الطفل؛ إذ ليس بوسعنا إبعاد ذلك التعزيز والمخرج من ذلك الموقف يتمثل في إبعاد الطفل عن التعزيز، بأن ننقله إلى غرفة أخرى، أو إلى مكان آخر لا يستطيع فيه أن يحصل على التعزيز الذي كان يحصل عليه، ونتركه حتى تتوقف نوبة الغضب تماما، وعندها نذهب لنقدم له المكافأة على التزامه الهدوء. ولكن هناك أمر مهم جدا يجب ألا نغفل عنه، وهو أن وضع الطفل في غرفة نومه ربما لا يبعده عن التعزيز، فقد يجد الطفل في غرفته عددا من الألعاب، والدمى، وغيرها من الأمور التي ربما توفر له تعريزا بديلا ويتحول العقاب إلى تعزيز أو ثواب. ولذا فربما يكون من المفيد تخصيص مكان لأوقات العقاب يكون خاليا أو يكاد من ألعاب الطفل أو الأمور التي ربما تعتبر تعريزا بالنسبة له. وبذا يمكن أن ننجح في إزالة التعزيز الذي يعقب السلوك الشاذ. (Baldwin, et al., et al., 1980:57)

ومن الأمور التي يمكن أن تستخدم أيضا لشغل اليدين، على سبيل المثال، أن نعطي الطفل بعض النقود، في صورة عملات معدنية، ونطلب منه أن يحتفظ بها فترة في كلتا يديه. ومن ثم فإنه لن يستطيع أن يفتح يديه ليمص إبهامه، وإلا سقطت العملات منه. فإذا احتفظ بتلك النقود طوال الفترة المحددة له، يمكن مكافأته بأن نسمح له بإنفاق النقود في شيء أو نشاط محبوب لديه. وحبذا لو ساعدناه في اختيار نشاط يشغل يديه لفترة أخرى من الزمن مثل بناء نموذج بيت أو طائرة. وعندئذ فإنه سيقضي وقتا إضافيا بعيدا عن ممارسة السلوك غير المرغوب فيه. فتكون المكافأة على إنجاز التدريب شكلا آخر من أشكال التدريب على إطفاء السلوك غير المرغوب فيه.

وربما يقترح البعض وضع يدي الطفل في قفاز الملاكمة. ولكن هذا الأسلوب ربما يكون له عدد من المثالب والآثار الجانبية: فربما يكون شكل الطفل مضحكا في تلك القفازات مما يجعله مادة للسخرية من قبل أقرانه. وربما تعوقه تلك القفازات عن تناول شرابه، وطعامه بدقة فيبلل ملابسه ويسقط كثيرا من الطعام على نفسه فتتسخ ثيابه. وربما تعوقه تلك القفازات عن أداء كثير من الأعمال التي تقتضي استخدام العضلات الصغيرة مثل إغلاق أزرار سرواله، والكتابة، وغيرها... وربما يقترح آخرون لف شريط لاصق أو رباط شاش حول إبهام الطفل بحيث يصبح إبهامه كبيرا بما لا يسمح له بإدخاله في فمه، وفي نفس الوقت يتيح للأصابع الأخرى قدرا أكبر من الحرية.

نماذج لبعض المشكلات السلوكية وأسلوب التعامل معها:

وفيما يلي عرض مختصر لبعض المشكلات السلوكية. وسيكون من المطلوب تحديد المثيرات التي ساعدت على البدء في تلك السلوكيات. وسيكون من المطلوب كذلك وصف السلوك بوضوح بقدر المستطاع من خلال المعلومات المتاحة عنه. وكذلك يجب تحديد الأشياء التي تعزز تلك السلوكيات. وكذلك يجب تحديد الفنيات المتبعة لسحب التعزيز الذي يعقب السلوكيات غير المرغوب فيها.

الحالة الأولى:

فريدي *Freddie* طفل في الثالثة ونصف من العمر، ولكنه لم يتعلم الكلام بعد. ومع ذلك فإنه يستطيع أن يخبر الآخرين برغباته بمنتهى السهولة. فعلى سبيل المثال، دعت والدته جارتها لتناول القهوة معها. وكان الطفل يشاهد بعض أفلام الكارتون في التلفزيون. وفجأة أصدر الطفل صرخة هائلة. ثم ما لبث أن أطلق صرخة أخرى من العيار الثقيل. وكانت تلك الصرخة مدوية وطويلة. فقفزت الأم على الفور لتغيير قناة التلفزيون. وعلى الفور توقف الطفل عن إطلاق صيحاته.

وبعد أن تنفست الضيفة الصعداء، سألت والدة الطفل: "ما الذي يجعله يفعل ذلك؟" فأجابتها بأن الطفل يفعل ذلك كلما أراد تغيير أي شيء. فسألته الضيفة: "وهل تستمتعين بذلك؟" فأجابت الأم: "لا، ولكنه يتوقف عن الصراخ على الفور بعد أن نغير له ما يريد تغييره." فسألته الضيفة "منذ متى وهو على هذه الحالة؟" فأجابت الأم: "لقد بدأ منذ بضعة أسابيع، ولم يكن الأمر بهذه الدرجة من السوء. ويبدو أنه يزداد سوءاً. ربما كان علينا ألا ندع له. ولكنه يتوقف على الفور بمجرد أن نلبي حاجته. كما أنه لا يتكلم ولا يعبر عن نفسه بأي طريقة أخرى. وبعد أن عرفنا أنه معاق، فإننا نحاول أن نفعل له كل ما في وسعنا. وربما تكون هذه مرحلة يمر بها."

أسئلة الحالة الأولى:

- س ١ : ما السلوك الذي ترغب في إزالته؟
- س ٢ : ما المثير أو الموقف الذي أسهم في بداية هذا السلوك؟
- س ٣ : ما الذي يعزز هذا السلوك؟ تذكر أنه ربما يكون هناك أكثر من معزز لهذا السلوك.
- س ٤ : هل تعتقد أن الوالدين أيضا يتلقيان تعزيزا؟ كيف؟

س ٥ : كيف يمكن إزالة التعزيز الذي يساعد على الاحتفاظ بهذا السلوك؟

س ٦ : ما السلوكيات البديلة التي يمكن أن تنميها لتحل محل هذا السلوك والتي يصعب على الطفل أن يأتي بها وبهذا السلوك في نفس الوقت؟ حاول أن تفكر في المثير الذي سيعقبه ذلك السلوك.

س ٧ : كيف ستقيس ما إذا كنت حققت نجاحا أم لا؟ عندما تختار مقياسا، تأكد من أنك تقيس السلوك الذي تحاول تنميته وزيادته، كما هو الحال بالنسبة للسلوك الذي تحاول إطفاءه.

إجابات الحالة الأولى:

ج ١ : الصراخ المدوي الطويل.

ج ٢ : أ - رغبة الطفل في تغيير قناة التليفزيون.

ب - أي موقف يحتاج إلى تواصل لفظي من قبل الطفل ليخبر الآخرين برغباته.

ج ٣ : أ - استجابة الأم، وصراف انتباهها للطفل.

ب - إذعان الأم لرغبات الطفل.

ج - التصرف كما يحلو له، ومشاهدة قناة التليفزيون التي يحبها.

ج ٤ : أ - نعم.

ب - تتلقى الأم تعريزا من خلال توقف الطفل عن الصراخ عندما تغير قناة التليفزيون وتدعن لمطالبه.

ج ٥ : أ - على الأم قبل كل شيء أن تتجاهل تلك الصراخات، وتنتظر حتى تنتهي، وعليها أن تتحلى بالصبر الجميل.

ب - ربما يكون من المفيد أن تطفى الأم التليفزيون طالما استمرت الصرخات، ولا تعيد تشغيله إلا بعد أن يلزم الطفل الهدوء.

ج ٦ : يجب أن يكون السلوك البديل شكلا مقبولا من أشكال التواصل بخلاف الصراخ والعيويل. فعلى الأم أن تبني شكلا من أشكال التواصل التي يمكن أن يأتي بها الطفل من قبيل بعض الكلمات، أو المقاطع البسيطة. ثم عليها بعد ذلك أن تطلب منه أن يقدم طلبا مناسباً، وعليها أن تستجيب له عندئذ. وربما يكون من المفيد أن ترتب بعض المواقف التدريبيّة التي تعلم فيها الطفل أن يطلب عددا من الأشياء، وتستجيب لتلك المطالب.

ج ٧ : بشكل عام ينبغي أن يحصي نظام القياس عدد الصرخات التي يصدرها الطفل في اليوم، أو في الساعة. وعلى الأم أن تبدأ قبل بدء البرنامج ببضعة أيام لتكون صورة تقديريه عن مستوى الصباح لديه. وعليها أيضا أن تقدر أو تقيس تكرار مرات التواصل المناسب. ثم عليها أن تبدأ في البرنامج المشار إليه من قبل، وأن تستمر في تسجيل عدد الصرخات، وكذلك عدد مرات التواصل المناسب حتى نهاية البرنامج.

الحالة الثانية:

ليلة السبت هي الليلة الوحيدة في الأسبوع التي تخرج فيها عائلة ويلسون. وفي إحدى ليالي السبت كان في الحسبان أن يتناولوا العشاء خارج البيت، وأن يذهبوا للسينما. وفي كل ليلة سبت يمرون بنفس الروتين مع "بيلي" "Billy". ربما يكره الطفل الخادمة التي يترك معها. ربما لا يرغب في أن يتركه أبواه. وأيا ما كان الأمر فإن ليلة السبت غالبا ما ترتبط بكثير من البكاء، والصياح، والصراخ، والعيويل.

ويعرف "بيلي"، ابن الرابعة، الخادمة التي جلست معه عدة مرات، وفي مناسبات عديدة بخلاف ليلة السبت. ولكن بمجرد أن يرحل الوالدان يبدأ بيلي في نوبات الغضب. وتذكر الخادمة أنهما يندمجان

على نحو جيد، وبعد أن يرحل الوالدان، فإنه يستقر ويهدأ بسرعة، بل ويستمتع بوقته طوال الليلة. ويبدو أن وقت رحيل الوالدين هو الذي يحدث كل تلك المشاكل.

وفي تلك الليلة أطعمت الأم "بيلي" طعام العشاء، وكان سعيدا. وبينما كان الأبوان يرتديان ثيابهما، كان الطفل يشاهد التلفزيون بهدوء. ووصلت الخادمة، وقبل الأبوان الطفل وانصرفا. وبإغلاق الباب بدأت النوبة، فراح الطفل يبكي، يصيح، ويصرخ، ويتمرغ على الأرض، ويركل بقدميه. ثم جرى إلى الباب وأطلق صرخة مدوية عاتية. ومن هول الصرخة فتح الجيران أبوابهم ليروا ما الخطب! وكانت الأم لا تزال قريبة، فرجعت لتشرح للطفل أنهما لن يتأخرا. ولكن ذلك لم يزد الطفل إلا صراخا، ولم يزد صراخ الطفل إلا ارتفاعا وحدة. لم يجد شرحها وتفسيرها نفعاً، ولذا استدارت الأم لتصرف ثانية، وفي منتصف طريقها للسيارة، صرخ الطفل من جديد، وعادت الأم لتحاول تهدئته من جديد.

وصلت الساعة إلى السابعة، في حين كان حجز العشاء موعده السادسة والنصف. ترك الوالد السيارة، وجاء إلى الباب. استدارت إليه زوجته ونظرت إليه نظرة ملؤها العطف والإشفاق. فصاح الرجل قائلاً: "سنذهب. هيا بنا. وبعد ذلك سنغير ترتيبنا لنبقى في البيت ليلة السبت."

وانطلق الرجل وزوجته نحو السيارة. وما زال "بيلي" يصيح، ويصرخ في الشباك. استدارت أمه، وكأنها تريد العودة للبيت مرة ثانية، ولكن زوجها زجرها، فركبا السيارة وانطلقا نحو عشاء ربما لن يستمتعا به، ونحو سهرة ربما لن يهنئا بأي لحظة فيها.

أسئلة الحالة الثانية:

س ١: ما السلوك الذي ترغب في إزالته؟

س ٢: ما المثير أو الموقف الذي أسهم في بداية هذا السلوك؟

س ٣: ما الذي يعزز هذا السلوك؟ تذكر أنه ربما يكون هناك أكثر من معزز لهذا السلوك.

س ٤: هل تعتقد أن الوالدين أيضا يتلقيان تعزيزا؟ كيف؟

س ٥: كيف يمكن إزالة التعزيز الذي يساعد على الاحتفاظ بهذا السلوك؟

س ٦: ما السلوك البديل الذي يمكن أن تنميه ليحل محل هذا السلوك والذي يصعب على الطفل أن يأتي به وبهذا السلوك في نفس الوقت؟ وما المثير الذي سيسبق ذلك السلوك.

س ٧: كيف ستقيس ما إذا كنت حققت نجاحا أم لا؟ تأكد من أنك تقيس السلوك الذي تحاول تنميته وزيادته، وكذلك السلوك الذي تحاول إطفاءه.

إجابات الحالة الثانية:

ج ١: الصياح، والصراخ، والبكاء، والعيويل، والتمرغ في الأرض، الركل.
ج ٢: المثير الذي استثار هذا السلوك هو شروع الآباء في مغادرة المنزل، ليلتا السبت. ويبدو أن ذلك يحدث بعد وصول الخادمة بفترة قصيرة.
ج ٣: يبدو أن الاهتمام الذي صرفته الأم للطفل من خلال رجوعها إليه، وتقبيله، ووعده بعدم التأخر... الخ قد أدى إلى تعزيز ذلك السلوك عند الطفل.

ج ٤: ربما تلقت الأم تعزيزا. وبيان ذلك كما يلي: عندما تركت الأم طفلها ربما كانت قلقة ومشغولة على الطفل، وعلى ما سيحدث له بعد مغادرتها، وربما سيطرت عليها مشاعر الذنب لترك الطفل في تلك الحالة. ولذا فإنها عندما تبقى في البيت ليلتا السبت، وتستسلم له، فإنها يمكن أن تتخلص من قلقها، ومخاوفها، ومن مشاعر الذنب.

ج ٥: على الوالدين أن ينصرف بسرعة دون الالتفات للطفل، أو إعارته أي اهتمام.

ج ٦ : السلوك الذي يجب بناؤه وتطويره هو الوداع المناسب الهادئ بدلا من الانخراط في نوبات الغضب، والصراخ، والصياح، والبكاء، والعيول عند خروج الوالدين. ويمكن بناء مثل هذا السلوك من خلال إعداد برنامج للتعزيز يحصل فيه الطفل على مكافأة مناسبة عندما يتصرف "كرجل كبير" حال مغادرة الوالدين للمنزل. وربما يكون مفيدا أن تتولى الخادمة تقديم المكافأة للطفل عندما يتخلى عن نوبات الغضب ويلتزم الهدوء. ويمكن أن يعد الوالدان جدولا، ويمكن للطفل أن يحصل على نجمة عندما يتصرف بطريقة تتسم بالاحترام، حال رحيل والديه. ويمكنه أن يستبدل بالنجمة مكافأة خاصة في اليوم التالي.

ج ٧ : على الوالدين أن يقدر الفترة التي تستغرقها نوبة الغضب. وعليهما أن يحددا ما إذا كانت فترة نوبة الغضب تتناقص بعد رحيلهما ليلت السبت أم لا؛ وذلك من خلال سؤال الخادمة عن طول فترة النوبة بعد رحيلهما. ويمكنهما أن يطلبوا من الخادمة المساعدة بأن تكثر من التردد على البيت في الأيام الأخرى كنوع من تدريب الطفل، بدلا من الانتظار حتى يوم السبت.

الحالة الثالثة:

جيمي "Jimmy" ابن الثامنة من العمر طفل جميل وطيب. وهو طفل وودود، ومؤدب. إلا أن مشكلته السلوكية تتمثل في فشله في تعليق ملابسه. فإذا دلفت إلى غرفة نومه فستجد ملابسه متناثرة على الأرض. وكل يوم يعود من المدرسة، فيسرع إلى غرفة نومه، ويغير ملابسه، ملقيا بملابس المدرسة على الأرض. ويخطف الكرة ليخرج، فما يرى إلا في وقت العشاء. وبينما تتسارع الأحداث على النحو السابق، تقول أمه : "علق ملابسك لو سمحت يا جيمي". ويرد جيمي بأنه سيفعل، ولكنه نادرا ما يفعل ما يطلب منه. والمشكلة ليست مقصودة، وسلوكه ذلك ليس ناتجا عن عناد، أو مشاكسة، بقدر ما هو ناتج عن

نسيان. وغالبا ما تدخل الأم الغرفة وتعلق الملابس بنفسها، وتعنف الطفل عندما يرجع.

أسئلة الحالة الثالثة:

- س ١: ما السلوك الذي تريد أن تزيله؟ وما السلوك الذي تريد أن تبنيه؟
 س ٢: ما التعزيز الذي يتلقاه هذا السلوك؟
 س ٣: صف البرنامج المستخدم لعلاج تلك المشكلة، وطريقة تقويم البرنامج.

إجابات الحالة الثالثة:

ج ١: يجب إزالة سلوك رمي الملابس على الأرض، ويجب تعزيز سلوك تعليق الملابس في الدولاب.

ج ٢: ربما لا يكون التعزيز هنا مباشرا أو إيجابيا. إذ يتمثل التعزيز الذي يلقاه السلوك في تجنب العمل (تعليق الملابس)، وتجنب تضييع الوقت في ذلك، وتجنب تأخير اللعب.

ج ٣: تتمثل المعايير الرئيسية لبرنامج علاج هذا السلوك في أن تعقب بعض المعززات الإيجابية المباشرة السلوك المناسب المتمثل في تعليق الملابس في الدولاب. فعلى سبيل المثال يمكن ترتيب مكافآت يومية يحصل عليها "جيمي" عندما يعلق ملابسه. ويمكن ترتيب وتنظيم لعب كرة القدم بحيث لا يتم إلا بعد أن يعلق ملابسه. وينبغي أن يكون هناك وقت محدد لمراجعة تعليق الملابس، تذهب فيه الأم بصحبة "جيمي" إلى غرفته لتقدير المهمة، وتقديم المكافأة. ويمكن تشمل تلك المهمة عد أو إحصاء الأشياء الملقاة على الأرض، ويمكن أن يبدأ ذلك قبل بداية البرنامج ببضعة أيام.

الفصل السابع

حاجات المعاقين عقليا

الفصل السابع

حاجات المعاقين عقليا

مفهوم الحاجة

الحاجة هي ما يفتقر إليه الإنسان ويطلبه، وهي الشيء الضروري لحياة البشر مثل المأكل، والمشرب والمأوى. وتعرف الحاجة بأنها الشعور بحرمان يلح على الفرد ويدفعه للقيام بما يساعده للقضاء على هذا الشعور لإشباع حاجته. وتعرف أيضا بأنها حالة من الحرمان أو النقص الجسمي أو الاجتماعي تلح على الكائن الحي فتتزع به إلى إشباعها أو اختزالها. حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة:

هي الرغبات التي يعبر عنها ذوو الاحتياجات الخاصة وأسرهم والمرتبطة بالخدمات الملائمة لهم والتي تساعدهم على التغلب على أزماتهم (حنفي، ٢٠٠٧).

تصنيف الحاجات:

أ - حاجات فسيولوجية أو أولية:

وهي من أكثر الحاجات فعالية بالنسبة للفرد إذ أنها ترتبط بوجوده وحياته، وتؤثر تأثيرا كبيرا على سلوكه. مثل الحاجة إلى الطعام، والشراب، والراحة، والجنس.

ب - الحاجات النفسية أو الثانوية:

وتمثل حاجات عقلية ومعنوية واجتماعية، مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح، والتقدير، والحب، والانتماء، والمعرفة (حنفي، ٢٠٠٧).

تدرج الحاجات

أوضح «ماسلو» أن الانسان في كل ما يصدر عنه من سلوك يسعى إلى إشباع حاجات معينة، إذ أن لكل فرد مجموعة من الحاجات تتطلب إشباعا. وأن هذه الحاجات هي التي تدفع الفرد للقيام بنوع من السلوك الموجه نحو الهدف، وهو الهدف الذي يأمل أن يشبع له حاجاته.

وفي ظل افتراضات نظرية "ماسلو" فإن لدى الفرد خمس مجموعات من الحاجات، وتظل الحاجة غير المشبعة هي المتحكمة في السلوك، أي أنها تؤثر في سلوك الفرد في حين لا تؤثر الحاجة المشبعة في سلوكه.

وتتدرج الحاجات كما يراها "ماسلو" على النحو التالي :

المستوى الأول والأدنى من الحاجات: الحاجات الفسيولوجية: وتتعلق بالحاجات الأساسية الضرورية للمعيشة، ومنها الحاجة إلى الغذاء، والمأوى.

المستوى الثاني: حاجات الأمان: وهذا المستوى يتضمن حاجة الفرد إلى الأمان والحماية والأمان في أحداث حياته اليومية، والجسدية والمرتبطة بالعلاقات.

المستوى الثالث: الاحتياجات الاجتماعية: وهذا المستوى يقوم على أساس رغبة الفرد في أن يكون مقبولا كعضو في جماعة، ويتضمن الرغبة في الحب والعطف

المستوى الرابع: احتياجات تقدير الذات: ويرتبط هذا المستوى بحاجة الفرد إلى الاحترام والتقدير والمكانة الاجتماعية ويتضمن الإحساس الذاتي بالكفاءة.

المستوى الخامس: احتياجات تحقيق الذات: وهو المستوى الأعلى من الحاجات. وترتبط برغبة الفرد في أن يحقق ذاته ويبلغ ذروة إمكانياته عن طريق تنمية واستخدام قدراته والاستفادة منها بأقصى درجة ممكنة من الإبداع.

فروض نظرية سلم الحاجات:

تقوم نظرية سلم الحاجات لـ "ماسلو" على الفروض الأساسية الآتية:

- يخضع إشباع الحاجات الإنسانية لأولوية تعبر عن مدى إلحاح الحاجة؛ فالحاجات الفسيولوجية تجيء أولا في أولوية الأشباع، تليها حاجات الأمن، فالحاجات الاجتماعية، فحاجات التقدير والاحترام الذاتي، فحاجات تحقيق الذات. ويتجه سلوك الفرد إلى إشباع الحاجات الأكثر أهمية وهي الحاجات الدنيا (الفسيولوجية) في سلم الحاجات، ثم ينتقل إلى الحاجات التي تليها في الأهمية (حاجات الأمن)، وهكذا يتم التدرج في سلم الحاجات.
- إشباع الفرد لمجموعة معينة من الحاجات، يترتب عليه بروز وإثارة مجموعة الحاجات التالية لها في الأولوية.
- لا تقوم الحاجة المشبعة بتحريك السلوك، فالسلوك تنشطه الحاجة غير المشبعة.
- عندما يتجه سعي الفرد لإشباع حاجة في مستوى أعلى، فهذا يعني أن الحاجات الدنيا مشبعة لديه نسبيا.
- يؤدي النقص في إشباع حاجة تقع في مجموعة أدنى بعد أن كانت مشبعة نسبيا إلى تحويل اهتمام وسلوك الفرد في إشباع الحاجات التي تعلوها إلى مواجهة النقص المفاجئ في إشباع تلك الحاجة.

- تتوقف سعادة ورضا الفرد على مستوى إشباعه للحاجات، وكلما تدهور مستوى الإشباع تدهورت الصحة النفسية للفرد (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣).

حاجات المعاقين عقليا

تتعدد حاجات الاطفال المعاقين عقليا كغيرهم من الاطفال العاديين بل إن بعض الحاجات لديهم أكثر إلحاحا منها لدى العاديين نظرا لقدراتهم العقلية المحدودة وشعورهم بالدونية.

والطفل المعاق عقليا له نفس حاجات الطفل العادي، ومنها الحاجة إلى أن يكون محبوبا ومرغوبا فيه، والحاجة إلى الاحساس بالأمان، والحاجة إلى أن الانتماء للآخرين، وأن تكون علاقته بهم طيبة.

ومن أهم الحاجات النفسية التي تحتاج إلى إشباع عند الطفل المعاق عقليا الحاجات الآتية :

١- الحاجة إلى الأمن:

الحاجة إلى الشعور بالأمن من أهم الحاجات لدى الإنسان؛ فبدونه لا تستقيم الحياة، ولذا امتن ربنا على قريش بنعمة الأمن بعد نعمته الإطعام من الجوع التي لا قوام للحياة بدونها ﴿فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ الَّذِي أَطْعَمَهُمْ

مِنْ جُوعٍ وَأَمَّنَّهُمْ مِنْ خَوْفٍ﴾ (قريش، ٣، ٤)، ﴿أَوَلَمْ يَرَوْا أَنَّا جَعَلْنَا حَرَمًا آمِنًا وَيَتَخَطَّفُ النَّاسُ مِنْ حَوْلِهِمْ أَفَبِالْبَاطِلِ يُؤْمِنُونَ وَبِنِعْمَةِ اللَّهِ يَكْفُرُونَ﴾ (العنكبوت، ٦٧)

وهناك كثير من العوامل التي تهدد أمن الفرد، ومنها النقد والعقاب والتهديد وعدم وجود سياسة ثابتة في المعاملة. ويحتاج الأطفال من الناحية النفسية أول ما يحتاجون إلى الشعور بالأمان العاطفي، بمعنى أن يشعروا أنهم محبوبون كأفراد ومرغوب فيهم لذواتهم وأنهم موضع حب

واعزاز من الآخرين. والطفل المعاق عقليا ربما يفتقر إلى الشعور بالأمن ولذا فإنه يكون أحوج من العاديين لإشباع تلك الحاجة. ففي كثير من الأحيان يفتقد المعاقون عقليا الحاجة للأمن حتى داخل الأسرة، لا سيما عندما يتعرضون لسوء المعاملة. فالوالدان المحبطان بمشكلات حياتهما يصبان جام غضبهما على أطفالهما الذين يعتبرون هدفا أقل تهديدا من الكبار.

٢- الحاجة إلى التقبل الاجتماعي:

جميع الأفراد بحاجة إلى التقبل الاجتماعي. والأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة أكثر احتياجا من العاديين لأن يتقبلهم الآخرون، لأنهم ربما يشعرون بالنبذ، أو الهجر أو الرفض بسبب إعاقتهم. فعلى الأسرة والمدرسة والمجتمع أن يتقبلوا الطفل المعاق كما هو، بما لديه من مواهب وامكانيات ونقاط قوة ونقاط ضعف، وعجز، أن يقدموا له الحب غير المشروط. الطفل المعاق عقليا بحاجة أكبر إلى التقبل الاجتماعي من أقرانه العاديين بسبب حرمانه من هذا النوع من التفاعل. وقد وجد أن الحاجة للتقبل الاجتماعي عند المعاقين عقليا أعلى منها عند العاديين وعند المعاقين عقليا نزلت المؤسسات الاجتماعية أعلى منها عند المعاقين عقليا الذين يعيشون مع أسرهم. وكثيرا ما يهمل المجتمع الطفل المعاق عقليا بسبب قصوره وعجزه وكثرة فشله، بل قد يصل الأمر إلى السخرية منه والأدهى من ذلك وأمر أن الأسرة أحيانا لا تتقبله ولذا يشعر بأنه مخلوق مهدد نفسيا واجتماعيا، كما يشعر بالحاجة الشديدة إلى الانتماء (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥، ١٢١).

٣- الحاجة إلى الانتماء:

الإنسان اجتماعي بطبعه، وتنمو الحاجة إلى الانتماء منذ شهوره الأولى، ويساعد الجو الأسري المفعم بالحب والأمن والدفء على نمو هذه الحاجة. ثم تتسع هذه الحاجة وتتحوّل من الانتماء للأسرة إلى الانتماء للمجتمع الكبير. وهذه الحاجة أكثر عمقا لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن بينهم المعاقون عقليا لأنهم أحوج من الأفراد

العاديين للشعور بالتقبل والحب والأمن (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥، ١٢٢).

٤- الحاجة إلى الحب والعطف:

الحاجة للحب من الحاجات الأساسية لبناء الشخصية السوية، وتتكون هذه الحاجة من الرغبة في الود مع الآخرين، والرغبة في الحصول على مساعدة ودعم وحماية الآخرين. وترتبط بهذه الحاجة حاجة الفرد المعاق عقليا إلى الشعور بالأمان. ويمكن للأباء والمربين أن يدعموا هذه الحاجة لدى الطفل من خلال:

- أ- تقبل مشاعر وسلوك الطفل المعاق عقليا.
- ب- توصيل مشاعر الحب والاحترام له.
- ج- عدم التكلف في إظهار الحب والحنان له.
- د- مراعاة ظروفه الخاصة والاجتماعية.
- هـ- مساعدته في الاعتماد على نفسه، وتشجيعه على ذلك.
- و- المساواة في المعاملة بين الطفل المعاق عقليا والأطفال العاديين (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥، ١٢٧).

٥- الحاجة إلى الإنجاز:

الحاجة للإنجاز من الحاجات المهمة في حياة الإنسان. وللأسرة دور كبير في تكوين الحاجة للإنجاز الأكاديمي والفكري والمهني للأبناء. ومن المعروف أن الإنسان عندما يقوم بعمل ما، فإنه يشعر بالسعادة والرضا عن نفسه. إلا أن المحيطين بالطفل المعاق عقليا (الأباء في الأسرة، وزملاء اللعب، وزملاء الدراسة)، لا يساعدون على إشباع هذه الحاجة لديه؛ فالآباء والأصدقاء يتوقعون منه أكثر مما يستطيع أن يفعل، ولذا يفشل في الوفاء بتوقعاتهم، ويترتب على ذلك أن ينظروا له نظرة ازدراء واحتقار، وأن ينظروا إليه على أنه أقل منهم شأنًا وهذا بدوره يجعل الطفل يشعر بأنه مهدد في حياته اليومية. ويؤدي تكرار مواقف الفشل إلى تكوين الطفل المعاق عقليا مفهوم ذات سلبي، والتي ترسيخ شعوره بأنه إنسان فاشل، وعاجز، ولا قيمة له. ويتمثل علاج تلك المشكلة في

مراعاة اختيار الأهداف المناسبة للأنشطة والمهارات التي يتم تكليف الطفل بها، وذلك بتكليف الطفل بمهام تقع في نطاق قدراته بحيث ينجح في إنجازها، ويتم تعزيز ذلك النجاح، فتزداد دافعية الطفل، وينتقل من نجاح إلى نجاح، وتتعزيز ثقته بنفسه، ويكون مفهوم ذات إيجابي. ويتم إشباع الحاجة إلى الإنجاز والنجاح (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥، ١٢٣).

٦ - الحاجة إلى الشعور بالكفاءة:

ترتبط هذه الحاجة بالحاجة إلى الإنجاز، إذ أن نجاح الفرد في إنجاز المهام الموكلة إليه يشعره بالسعادة، ويعزز ثقته في نفسه وأهليته وكفاءته. وعلى الأسرة والمدرسة أن تكلف الطفل المعاق عقليا ببعض المهام المناسبة لقدراته بحيث ينجح فيها فتتعزيز ثقته بنفسه. وكذلك عليها تكليفه ببعض المسؤوليات كرعاية بعض النباتات بالمنزل، أو رعاية بعض الحيوانات الأليفة، أو الطيور المنزلية. ومن المفيد أيضا أن تكلف الأسرة الطفل بأداء بعض الأعمال للوالدين أو لإخوته أو للأجداد أو الأقارب لإرسال رسالة إليه مفادها انه موضع ثقة الأسرة، وأنه على قدر المسؤولية، وأنه قادر على تقديم شيء للآخرين وللمجتمع المحيط به.

٧ - الحاجة إلى التقدير:

إحساس الفرد بتقدير الآخرين له يؤدي إلى ارتفاع تقديره لنفسه وبالتالي إلى الاحساس بالأمان والطمأنينة النفسية، وعلى العكس فعندما يحرم الطفل من التقدير في المنزل أو المدرسة فربما يغريه باللجوء إلى النشاط التخريبي أو العدوان لإشباع حاجته إلى التقدير عن طريقها. فالطفل المعاق عقليا يشعر دائما بالخيبة عندما يعجز عن القيام بما يطلب من أعمال في المواقف الاجتماعية المختلفة وكل ذلك لا يجعله يشعر بأنه عضو مفيد في المجتمع الذي يعيش فيه (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥، ١٢٢).

٨ - الحاجة لحرية النمو:

قد يجد المعاقون أن الانجازات التي يحققها الآخرون أمرا صعب المنال بالنسبة لهم. وقد لا يكون المعاق عقليا قادرا على البحث عن الفرص التي تتطلب مهارات معرفية عليا ولكنه يمكن أن ينجح وينجح إذا استثمر إمكانياته الكاملة في أنشطة أخرى مناسبة. ويتعين على الأخصائي المهني إما أن يلاحظ الإنجازات أو يساعد على إنشائها، وعليه تعزيز تلك الانجازات والمساعدة على إعطاء هؤلاء الأطفال المكانة واحترام الذات الذي يحتاجونه. ويستطيع المرشد النفسي أن يعاون بدرجة كبيرة في تسهيل تلبية حاجاتهم الأساسية، والمساعدة في اكتشاف مجالات مرضية لتطوير إمكانياتهم (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣).

٩- الحاجة إلى الإرشاد والدعم:

الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة بشكل عام ومن بينهم المعاقون عقليا بحاجة إلى الخدمات الإرشادية لتبصيرهم بالإعاقة، ولمساعدتهم على اكتشاف ما لديهم من قدرات وطاقات كامنة، ولتوجيههم إلى كيفية استثمارها، ولمساعدتهم على تحدي الإعاقة والانتصار عليها.

١٠- الحاجة إلى الغذاء الصحي:

يحتاج الطفل المعاق عقليا إلى غذاء صحي سليم ليزود جسمه بالطاقة اللازمة للنشاط الجسمي والعقلي. ويجب أن يشتمل الغذاء على العناصر الأساسية كالبروتينات، والكربوهيدرات، والدهون، والفيتامينات، والأملاح، والمعادن، وأن يكون كافيا من الناحية الكمية (غزال، ٢٠١٥، ١٠٩).

١١- الحاجة إلى النوم:

الحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية اللازمة لنمو الأطفال بشكل عام ومن بينهم الأطفال المعاقين عقليا؛ فنقص النوم يجهد الأعصاب، ويزيد التوتر. كما أن بعض المعاقين عقليا يعانون من خمول في إفرازات الغدد مما يؤدي إلى حاجتهم للنوم الهادئ البعيد عن الضوضاء. وقد ثبت أن قلة النوم أو سوء نظامه يتسببان في كثير من مشكلات الإجهاد الجسمي والعصبي وحالات الغضب، والكسل،

وضعف القدرة على التركيز والانتباه، وفقدان التوازن الحركي (غزال، ٢٠١٥، ١٠٩).

١٢ - الحاجة إلى اللعب:

الطفل المعاق عقليا يحتاج إلى اللعب المنظم والهادف أكثر من الطفل العادي لمساعدته على تنمية قدراته الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، التي غالبا ما تتسم بالقصور (غزال، ٢٠١٥، ١١٠).

١٣ - الحاجة إلى الوقائية والعلاج من الأمراض:

يتعرض الطفل المعاق عقليا للعديد من الأمراض في طفولته بسبب ضعف مناعته. ولذا فإنه في أمس الحاجة للحياة الصحية السليمة التي ترتقي بأساليب الوقائية، وتتهيء أسباب تقوية مناعته ومقاومته (غزال، ٢٠١٥، ١١١).

١٤ - الحاجة إلى الوقائية من الحوادث:

يتعرض الطفل المعاق عقليا لكثير من المخاطر والحوادث، ويرجع ذلك إلى قصور قدرته العقلية وإلى عدم وعيه بخطورة المواقف والخبرات التي يتعرض لها خلال لعبه واستخدامه للأدوات والآلات. ولذا فإنه بحاجة ماسة للرعاية والإشراف لوقايته من الحوادث (غزال، ٢٠١٥، ١١٢).

ويمكن تلخيص حاجات المعاقين عقليا في النقاط التالية:

- الشعور بالتقبل كفرد له قيمته.
- الشعور بالأمن والحب.
- تعلم الاعتماد على الذات والاستقلال.
- تدريبات لتنمية القدرات الحركية.
- التدريب على المهارات الاجتماعية.
- تهيئة البيئة التربوية التي تسمح لهم بالنمو والارتقاء (حنفي، ٢٠٠٧).

الفصل الثامن

الوقاية من الإعاقة العقلية

الفصل الثامن

الوقاية من الإعاقة العقلية

مفهوم الوقاية:

يقصد بها مجموعة الإجراءات أو الخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرص للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، وتوفير الفرصة له ليحقق حياة أقرب ما تكون إلى حياة العاديين. وقد تكون تلك الإجراءات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي (شاش، ٢٠٠٩: ٨٢؛ القمش، السعيدة، ٢٠٠٨)

مستويات الوقاية:

الوقاية الأولية Primary Prevention

يقصد بالوقاية الأولية تلك الجهود والإجراءات التي يتم بذلها والعمل في ضوءها لرعاية الأجنة بهدف تقليل فرص واحتمالات ولادة أطفال معاقين عقليا أو مشوهين؛ وذلك من خلا توفير الرعاية للأم الحامل، وتوفير التغذية الجيدة لها، وحمايتها من الأخطار التي يمكن أن تسهم في ولادة مثل هذا الطفل من قبيل الصدمات، أو الأشعة، أو العقاقير، أو المخدرات، أو الكحوليات، أو التدخين، أو نقص عنصر اليود، أو ما شابه ذلك. ومن هذا المنطلق يتم توفير التوعية اللازمة من خلال زيارة الوحدات الصحية، أو الزيارات المنزلية، أو حملات التوعية بوسائل الإعلام المختلفة بالإضافة إلى الإرشاد الزواجي، وفحوص ما قبل الزواج

وتوعية المقبلين على الزواج بالأمراض الوراثية. وكذلك تشمل الرعاية الأولية رعاية الأطفال منذ ميلادهم وحتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة، وتوفير البيئة الملائمة التي تساعد على النمو السوي. (مرسي، ١٩٩٤؛ محمد، ٢٠٠٤: ١١٥)

وبعبارة أخرى فإن الوقاية الأولية تعني محاولة منع حدوث الإعاقة قبل وقوعها - أي اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع مسببات الإعاقة، وتهيئة الظروف التي تصبح معها احتمالات حدوث الإعاقة أقل ما تكون. ويتم منع حدوث الإعاقة من خلال تطبيق إجراءات وقائية قبل التخطيط للحمل، قبل الولادة وأثناء الولادة وفي مراحل الطفولة حتى البلوغ سواء من الناحية الصحية أو الاجتماعية أو الاقتصادية المختلفة، والحفاظ على سلامة الطفل في بيئته.

إجراءات الوقاية الأولية من الإعاقة العقلية:

- ١ - الفحص الطبي للمقبلين على الزواج لاسيما الأفراد الذين ينتمون لأسر ظهرت فيها حالات من الإعاقة العقلية.
- ٢ - الاهتمام بالبرامج الصحية التي تهدف إلى خدمة الأسر التي تعاني من أمراض وراثية مؤدية إلى الإعاقة العقلية.
- ٣ - وقاية الأطفال من الإصابة بالحميات والأمراض التي قد تؤدي إلى تلف في خلايا المخ والجهاز العصبي مثل الالتهاب السحائي.
- ٤ - وقاية الأطفال أثناء الولادة وبعدها من إصابات الجمجمة والمخ.
- ٥ - تخطيط برامج للتوعية بالإعاقة العقلية وأسبابها، وأعراضها، للشباب، والآباء، والأمهات.
- ٦ - التأكيد على أهمية البرامج الوقائية وأهمية الكشف والتدخل المبكر.

٧ - توعية الأمهات بالإجراءات الوقائية ضد إصابات الأطفال بحالات التسمم خاصة التسمم بمركبات الرصاص التي تستخدم أحيانا في دهان لعب الأطفال.

٨ - وقاية الأطفال من حوادث السقوط على الرأس.

٩ - العمل على رفع مستوى المعيشة، وتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية التعليمية والصحية التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره.

١٠ - الاهتمام بتشجيع البحث العلمي في كافة ميادين الإعاقة، والاستفادة من نتائج الأبحاث

الوقاية الثانوية Secondary Prevention:

يقصد بها محاولة منع حدوث العجز عند الإصابة، واكتشاف المجموعات المعرضة للإعاقة لعلاجها، أو التخفيف من المخاطر المتوقعة. فالهدف الأكبر لجميع الأطفال مهما كانت حالتهم ومشاكلهم الصحية هو جعلهم أصحاء جسميا وعقليا واجتماعيا. وأهم الإجراءات الوقائية في هذا المستوى التركيز على التشخيص المبكر والتدخل العلاجي المبكر، بالإضافة إلى البرامج الإرشادية التثقيفية والمجتمعية

وتتمثل الوقاية الثانوية في الجهود والإجراءات التي تبذل وتتخذ في سبيل تغيير وتحسين البيئة التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالإعاقة العقلية، والتي يمكن أن تؤدي إلى حدوث تلك الإعاقة. ويمكن أن يقلل ذلك من احتمال أن تلعب البيئة دورا في حدوث الإعاقة؛ بالإضافة إلى تقديم الرعاية المطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافيا واجتماعيا من سن مبكرة في حياتهم، وتوفير السبل التي يمكن أن تسهم في تطوير نموهم العقلي والمعرفي على نحو صحيح. (مرسي، ١٩٩٤؛ محمد، ٢٠٠٤: ١١٥)

نذر ومؤشرات الإعاقة العقلية:

- ١ - تأخر النطق، وتأخر النمو اللغوي بشكل عام.
- ٢ - التأخر والقصور في معظم مجالات النمو.
- ٣ - بطء معدل التعلم بشكل ملحوظ
- ٤ - تدني مستوى التحصيل.
- ٥ - قصور في القدرة على نقل أثر التعلم.
- ٦ - قصور في المهارات الاجتماعية.
- ٧ - الحاجة إلى التكرار المبالغ فيه.
- ٨ - ضعف القدرة على الانتباه.

الوقاية الثلاثية Tertiary prevention

ويتمثل هذا المستوى من الوقاية في الجهود المبذولة والإجراءات التي تتخذ لرعاية المعاقين عقليا، وتعليمهم، وتأهيلهم، والحاقهم بأعمال مفيدة لهم، وتعود بالنفع على مجتمعاتهم. وقد تم تخصيص ما يوازي ٥ ٪ من الوظائف لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات

وتهدف الوقاية الثلاثية إلى إيجاد توافق وتكيف نفسي للأطفال ذوي الإعاقة وأسره مع البيئة المحيطة بهم، والتقليل من الآثار السلبية التي تترتب على حالة العجز لديهم. أي إجراءات الحيلولة دون تدهور حالة الطفل المعاق، والحد من التأثيرات الناجمة عن الإعاقة.

إجراءات الوقاية الثلاثية من الإعاقة العقلية

- ١ - تخطيط وتنفيذ برامج التأهيل الطبي والتربوي والاجتماعي والمهني.
- ٢ - علاج الآثار النفسية المترتبة على الإعاقة للحيلولة دون سوء توافق الطفل مع بيئته.

- ٣ - تخفيف مشاعر النقص والدونية والشعور بالفشل، والاتجاهات العدوانية نحو المجتمع.
- ٤ - تحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلال الاقتصادي عن طريق الكشف عن قدرات الطفل التي يمكنه استغلالها في تأمين عمل مناسب.
- ٥ - اختيار مجالات التدريب المهني التي تتفق مع قدرات الطفل المعاق عقليا.
- ٦ - إصدار التشريعات التي تضمن حقوق الطفل المعاق عقليا وتأهيله وتشغيله وحمايته من الاستغلال.
- ٧ - منح المعاقين عقليا تسهيلات في السفر والترفيه.
- ٨ - الاهتمام ببرامج الإرشاد الأسري لمساعدة الوالدين على تقبل الطفل المعاق عقليا ومعاملته على نحو صحيح (البلاوي، ٢٠٠٤؛ الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٤؛ عبدالمعطي، والبلاوي، ٢٠٠٧؛ الحازمي، ٢٠٠٧: ٦٠ - ٦١).

برامج الوقاية من الإعاقة العقلية:

١ - برنامج الإرشاد الجيني:

وهو برنامج توعوي يساعد الوالدين الذين يستعدان للزواج، أو الأسر التي لديها طفل معاق، بتزويدهم بالمعلومات حول الصفات السائدة والمتنحية، والعوامل الوراثية، واختلاف العامل الريزوسي بين الأم وابنها.

٢ - برنامج العناية الطبية أثناء الحمل:

وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بخصوص التغذية المناسبة، والأمراض المعدية، والعناية الطبية، وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات.

٣- برنامج توعية الأمهات بأهمية الولادة في المستشفى:

ويهدف إلى تحذير الأمهات من الولادة في المنزل بسبب قلت التجهيزات الطبية في المنزل، وعدم القدرة على تفادي الاختناق ومواجهة المشكلات الطارئة.

٤- برنامج توعية الوالدين بأهمية التشخيص المبكر:

ويركز على توعية الأمهات بالمظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وأن اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكرا يساعد في تقليلها وإنقاذ الطفل منها مثل اضطراب التمثيل الغذائي (عبيد، ٢٠٠٧: ١٨٥-١٨٦).

ومن التدابير التي يمكن اتخاذها لمحاولة الوقاية من الإعاقة العقلية

ما يلي:

- الحذر عند تناول الأدوية.
- تجنب التعرض للأشعة السينية وغيرها من الإشعاعات.
- تجنب الدخان والمخدرات والكحوليات.
- تجنب الضغوط والتوترات والانفعالات الشديدة.
- تجنب الولادة في سن متقدمة أو متأخرة.
- على المرأة الحامل الابتعاد عن حمل الأشياء الثقيلة أو القيام بأعمال شاقة، وعليها أن تأخذ حذرًا أثناء المشي أو صعود السلالم من أن تنزلق أو يخلت توازنها لأي سبب وتقع.
- تجنب أخطار الولادة بالحرص على الولادة في المستشفيات المجهزة.
- تجنب نقص الأكسجين أثناء الولادة.
- وقاية الأطفال من إصابات الجمجمة.
- وقاية الأطفال من الحميات.

- الحذر من لعب الأطفال المطلية بمركبات الرصاص التي قد تؤدي إلى التسمم.
- وقاية الأطفال من السقوط على الرأس. التأكد من التاريخ الاجتماعي لكلا الزوجين قبل أن يقررا الإنجاب.
- استشارة الأخصائيين في الإرشاد الجيني إذا وجدت إعاقة في تاريخ أحد الزوجين أو كليهما.
- التأكد من نوع العامل الريزوسي لدى الزوجين قبل الحمل، وإذا كان سالبا لدى الأم وموجبا لدى الأب وجب حقن الأم بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب.
- تجنب الحمل بعد الإجهاض مباشرة.
- ترك فترة لا تقل عن سنتين بين كل حمل وآخر
- تلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية قبل الحمل بشهرين على الأقل.
- خضوع الأم الحامل للإشراف الطبي طوال فترة الحمل.
- حصول الأم الحامل على الغذاء الصحي المتوازن.
- وضع الطفل تحت رعاية طبية مكثفة في الساعات الأولى بعد الولادة.
- إذا كان الوليد دون الوزن الطبيعي فيجب وضعه في الحضانة.
- الحرص على تغذية الطفل تغذية صحية، وتطعيمه في المواعيد المحددة للتطعيم.
- ابتعاد الأم الحامل عن الققط (محمد، ٢٠٠٤؛ عبيد، ٢٠٠٧: ١٩١ - ١٩٤).

الفصل التاسع

رعاية المعاقين عقليا

الفصل التاسع

رعاية المعاقين عقليا

مقدمة

يحتاج جميع الأطفال إلى العناية والرعاية لا سيما في مراحل الطفولة الأولى. ويقوم المجتمع بتوفير هذه الرعاية للصغار من أبنائه عبر الأسرة والمدارس وغيرها من المؤسسات لكي يشبوا على عاداته وتقاليده وأعرافه ومعتقداته، ويكبروا وقد تشرّبوا الانتماء لهذا المجتمع وصار جزءاً أصيلاً من شخصياتهم. وإذا كان الأطفال العاديون يحتاجون لتلك الرعاية فالأطفال المعاقون عقليا إليها أحوج، نظراً لما يعانونه من آثار سلبية مترتبة على إعاقتهم من قبيل الشعور بالنبذ والهجر الاستعلاء من قبل الكثيرين من المحيطين بهم، والشعور بالدونية والفضل، ... ولذا صارت الرعاية في حقهم واجباً. والمجتمعات المتحضرة هي تلك التي تهتم بالضعفاء من أبنائها. وقد حظي ذوو الاحتياجات الخاصة باختلاف فئاتهم بقدر كبير من الاهتمام في معظم المجتمعات في الآونة الأخيرة.

أهداف تربية المعاقين عقلياً:

- ١ - تعلم الحد الأدنى من المبادئ الأساسية للمواد الدراسية علماً أن قدرتهم على التحصيل الأكاديمي لا تتعدى مستوى الصف السادس الابتدائي في أحسن الحالات.
- ٢ - مساعدتهم على التعايش مع الآخرين عن طريق تنمية الكفاءة الاجتماعية من خلال الخبرات الاجتماعية المتنوعة.

- ٣ - مساعدتهم على تنمية الاستقلال العاطفي في البيت والمدرسة من خلال برامج الصحة النفسية.
 - ٤ - مساعدتهم على الأخذ بالعادات الصحية المناسبة وحسن التصرف عن طريق برامج التربية الخاصة.
 - ٥ - مساعدتهم على استغلال أوقات فراغهم في أنشطة ترويحية من خلال برامج الترويح التربوية التي تمكنهم من الاستمتاع بأوقات فراغهم.
 - ٦ - مساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء عاملين في مجتمعاتهم عن طريق البرامج التربوية التي تؤكد المشاركة الاجتماعية في البيئة المحلية.
 - ٧ - مساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء مناسبين في أسرهم وبيوتهم عن طريق البرامج التربوية التي تؤكد عضوية الفرد في البيت والأسرة كأحد وظائف المنهج.
 - ٨ - مساعدتهم على تحقيق القدرة على كسب العيش عن طريق تنمية الكفاءة المهنية لديهم، من خلال التوجيه والتقويم، والتدريب المهني المناسب، كجزء من الخبرة التربوية في المدرسة (عبيد، ٢٠٠٧: ٢٦٠ - ٢٦١)
- ويلخص أبو النصر (٢٠٠٥: ١٤٢) أهداف التعليم في مدارس وفصول المعاقين عقليا على النحو التالي:
- ١ - تدعيم الصحة النفسية عن طريق أوجه النشاط التي تساعد على الشعور بالأمن.
 - ٢ - تنمية الثقة بالنفس.
 - ٣ - تنمية القدرات البصرية والسمعية والحركية والعقلية.
 - ٤ - تنمية القدرة على الكلام والنطق الصحيح.

- ٥ - تنمية المهارات والخبرات اللغوية والحسابية والمعلومات العامة اللازمة للمعاقين عقليا للنجاح في الحياة العملية.
- ٦ - تنمية المهارات اليدوية.
- ٧ - تنمية العادات والاتجاهات الاجتماعية السليمة وغرس القيم الدينية والخلقية.
- ٨ - تنمية العادات الصحية.
- ٩ - تحسين العلاقات الاجتماعية بين المعاقين عقليا وأفراد المجتمع.
- ١٠ - إعداد الفرد المعاق عقليا للحياة العملية بتدريبه على مهنة مناسبة.
- ١١ - توطيد العلاقة بين المدرسة والمنزل لتحسين التعامل مع المعاقين عقليا، وتقديم التوعية اللازمة لأولياء الأمور.

مبادئ رعاية المعاقين عقليا:

- ١ - الرعاية حق للمعاقين عقليا وواجب على الدولة.
- ٢ - تسهم رعاية الفرد المعاق عقليا في رعاية أفراد أسرته العاديين.
- ٣ - تسهم رعاية المعاقين عقليا في الوقاية من الجريمة والانحراف.
- ٤ - العائد الاقتصادي والاجتماعي والنفسي من رعاية المعاقين عقليا يفوق ما ينفق عليهم من أموال ووقت وجهد (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٩).

البدائل التربوية لتقديم الرعاية للمعاقين عقليا:

لخص عبدالمعطي، وأبو قلته (٢٠١٢) البدائل التربوية، وأنماط المؤسسات التي تقدم خدمات التربية الخاصة للمعاقين عقليا وغيرهم من ذوي الاحتياجات الخاصة على النحو التالي:

١- مدارس الإقامة الكاملة

ظهرت مع المناداة بضرورة اعتراف المجتمعات بحقوق المعاقين في الحياة، والاهتمام والرعاية اللازمة. وتمثل هذا الشكل من الرعاية في إنشاء مدارس ومعاهد سكنية داخلية للإقامة والإعاشة للصم في جميع أنحاء أوروبا، ثم بعد ذلك للمعاقين عقليا والمعاقين بدنيا. وفيها تقدم الخدمات الإيوائية والصحية والاجتماعية والتربوية للمعاقين، كما تحتوي على الأدوات والمعدات اللازمة لتعليم ذوي الاحتياجات من التلاميذ. وتقوم برعاية الأطفال خلال الـ ٢٤ ساعة بعيدا عن المنزل، وغالبا ما تكون بعيدة عن التجمعات السكانية، ويمكن للأطفال زيارة منازلهم أسبوعيا، أو في فترات زمنية أخرى وفقا لظروفهم؛ ومن آثارها حرمان الأطفال من فرص الاختلاط مع أقرانهم من الأسوياء.

٢- مدارس التربية الخاصة النهارية

ظهرت هذه المدارس كرد فعل على الانتقادات الموجهة لمدارس الإقامة الكاملة بعزلها الأطفال المعاقين عن المجتمع الطبيعي، ويمتد عمل هذه المدارس إلى منتصف النهار تقريبا. وفي هذه الفترة يتلقى المعاقون خدمات تربوية واجتماعية، وتعمل هذه المراكز على إيصال هؤلاء إلى منازلهم. وغالبا ما تختص هذه المدارس بتقديم الخدمات لفئة معينة من ذوي الإعاقات كمدارس ومعاهد التربية الفكرية لذوي الإعاقة العقلية، ومدارس النور للمكفوفين، ومدارس الأمل للمعاقين سمعيا، بالإضافة لمؤسسات رعاية ذوي الإعاقة الحركية وذوي الإعاقات المتعددة، وأطفال التوحد.

ومن مزايا هذه المدارس: أنها توفر فرصا تربوية وخدمات صحية لفئة معينة من الأطفال المعاقين، وتحافظ على بقاء الطفل مع أسرته في جو أسري طبيعي، وتقدم خدمات المواصلات من وإلى البيت إضافة إلى ما تقدمه من خدمات تربوية وتأهيلية.

ووجهت لهذه المدارس أيضا بعض الانتقادات أهمها عدم توافر المكان المناسب لإقامتها، وغالبا ما تقام في أماكن معزولة وبعيدة، وقلت عدد

الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة للإشراف علي هذه المدارس.

٣- الصفوف الخاصة الملحقه بالمدارس العادية

ظهرت نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المدارس والمراكز النهارية، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعاقين من السلبية إلى الإيجابية. ولا يتجاوز عدد الطلاب فيها العشرة، ويتلقى هؤلاء الطلاب برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، ولهم أيضا برامج تعليمية مشتركة مع الطلاب العاديين.

على الرغم من أن الفصول الخاصة تسهم في زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الطلاب المعاقين والعاديين، إلا أنها تعرضت أيضا لمجموعة من الانتقادات أهمها صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى العادية، وكيفية تحديد المواد المشتركة بين المعاقين والعاديين.

٤- برنامج الفصل العادي مع الاستفادة من خدمات غرفة المصادر

ينتظم الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة طبقا للبرنامج في فصل دراسي عادي بمدرسة عادية، وينتقل من الفصل العادي إلى غرفة خاصة داخل مدرسته يطلق عليها غرفة المصادر. يتلقى ذوو الاحتياجات الخاصة فيها تعليما ومساعدات أكاديمية ومهارية، وتوجيهية متخصصة ملائمة لإعاقتهم عن طريق معلم متخصص، عندما يعجز المعلم العادي عن توفير هذه الخدمات، أو تقديمها له ضمن أنشطة الفصل العادي.

وغرفة المصادر غرفة صف بالمدرسة العادية، تعدل بصورة تتناسب مع أداء عدة وظائف تخدم بها كأحد البدائل التربوية الخاصة في المدرسة العادية، وتجهز بالمواد التعليمية، والأجهزة والوسائل ومعلم تم تدريبه جيدا لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة.

٥- برنامج الفصل العادي طيلة الوقت مع توفير خدمات استشارية

يتلقى الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم طبقا لهذا البرنامج في فصول المدارس العادية مع أقرانهم العاديين بحيث يعد معلم الفصل العادي مسئولا عنهم من الناحية الأكاديمية، ويقوم معلم مستشار بزيارة هذه المدارس بشكل دوري لتقديم الاستشارات اللازمة للمعلم العادي، وتمكينه من تعديل البيئة والموارد والطرق التعليمية المعتادة لتصبح أكثر ملاءمة للاحتياجات الخاصة لهؤلاء الأطفال

٦ - برنامج الفصل العادي طيلة الوقت مع مساعدة معلمين أخصائيين متجولين

في هذا البرنامج يقضى الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة معظم وقتهم في الفصول الدراسية العادية، ولا يتركونها سوى لفترات قصيرة يتلقون خلالها خدمات خاصة من أخصائيين مدربين في مجالات مختلفة: كالإعاقة البصرية؛ أو عيوب النطق والكلام؛ أو صعوبات التعلم... وغيرها.

ينتقل هؤلاء الأخصائيون بين المدارس العادية التي بها أطفال معاقون طبقا لجدول زمني محدد - أو عند الضرورة - لمواجهة المشكلات وعلاج الصعوبات التي يعاني منها أولئك الأطفال، ولا يمكن للمعلم العادي معالجتها، كما يعملون مع الأطفال فرادى أو جماعات محدودة العدد في مكان ملائم كالمكتبة؛ أو غرفة الأخصائي النفسي أو الاجتماعي، أو غرفة خاصة معدة لهذا الغرض.

يقوم المعلم المتجول بنفس الدور الذي يقوم به معلم غرفة المصادر، فالاثنان يقومان بتقديم الخدمات الأكاديمية والفنية التي من خلالها يستطيع الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة مجاراة زملائهم في المدارس العادية.

بعض الاتجاهات الحديثة في رعاية المعاقين عقليا:

- ١ - مساعدة المعاق عقليا على ممارسة حياته اليومية مثل أقرانه العاديين، فيعيش معهم حياة طبيعية بأقصى ما تسمح به قدراته وظروفه الاجتماعية.
- ٢ - التدخل المبكر في رعاية المعاقين عقليا والمعرضين للإعاقة العقلية وتوفير الرعاية المناسبة لهم ولأسرهم.
- ٣ - التحول في تعليم حالات الإعاقة العقلية الخفيفة من التعليم الخاص إلى التعليم العادي، وعدم عزلهم عن أقرانهم العاديين في المدرسة إلا عند الضرورة.
- ٤ - زيادة فرص تشغيل المعاقين عقليا بعد تأهيلهم وتدريبهم على مهنة حية يحتاجها سوق العمل، وتشجيعهم على العمل مع العاديين.
- ٥ - التوسع في برامج تدريب الآباء على رعاية أبنائهم المعاقين عقليا لزيادة التعاون بين البيت والمدرسة في تعليم وتأهيل المعاقين عقليا.
- ٦ - تعديل اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة العقلية، وزيادة البحوث العلمية في هذا الميدان. (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٢٨).

برامج رعاية المعاقين عقليا:

أ- الرعاية الاجتماعية:

وتتمثل في تنظيم برامج الرحلات والحفلات في المناسبات المختلفة. كما تقوم المؤسسة بإعداد نشاط اجتماعي لهم يوميا لحل مشاكلهم، كذلك تصميم وتنفيذ برامج ترويحوية لمساعدة الأطفال المعاقين عقليا على اكتساب المهارات المختلفة.

ب- الرعاية النفسية:

وتشمل مساعدة الأطفال المعاقين عقليا على التكيف النفسي، ومتابعة سلوكهم داخل وخارج المؤسسة،

ج- الرعاية الصحية:

يشرف عليها عدد من الأطباء المعيّنين بالمؤسسة، ومهمتهم الكشف الدوري على المعاقين عقليا، وعلاج المرضى منهم، وعزل المصابين بأمراض معدية وإرسالهم إلى المستشفى إذا استدعى الأمر.

د- البرامج الترويحية والرياضية:

وتشمل تطبيق اختبارات اللياقة البدنية والمهارات الحركية والقوام، وإعداد برامج رياضية جماعية لإكساب الأطفال المعاقين عقليا بعض المهارات الحركية الأساسية.

و- الرعاية المهنية:

وتتمثل في البرامج المهنية للإعداد لمراحل التأهيل المهني، ومحاولة اكتشاف ميول الأطفال وقدراتهم المهنية، ومساعدتهم في التعرف على العدد والأدوات والخامات التي يستخدمونها.

ز- البرامج التعليمية الثقافية:

وتركز على تعليم الأطفال المعاقين عقليا القراءة والكتابة والمهارات الخاصة بها. وكذلك إكسابهم المهارات التي تساعد على التفاعل الاجتماعي، والاندماج في المجتمع (أبو النصر، ٢٠٠٥: ١٣٧-١٣٨).

نموذج لبرنامج لتربية الأطفال المعاقين عقليا:

١- مساعدة الطفل لنفسه:

كيف يلبس ملابسه، كيف يلبس حذاءه بطريقة صحيحة، كيف يقوم بفك وربط حذاءه، كيف يضع ملابسه في الأماكن

المخصصة لها، كيف يعتني بصحته ونظافته، كيف يستخدم فرشاة الأسنان وفرشاة الملابس.

٢- التدريب العملي:

كيف يحافظ على مدرسته وفصله، كيف يعد مائدة الطعام، كيف ينظف المائدة قبل وبعد الأكل، كيف يضع الأطباق في أماكنها، كيف يحافظ على حجرته ونظافتها، كيف يرد على الهاتف، وكيف يرسل الخطابات.

٣- التدريب اللغوي:

كيف يتعلم أسماء الأشخاص والأشياء القريبة منه، كيف ينطق بطريقة سليمة، كيف يستمع إلى القصص ويرد على الأسئلة.

٤- البرامج الدراسية:

تعلم أساسيات الكتابة والقراءة والحساب والعلوم مع مراعاة أن عمر الطفل العقلي يتراوح بين (٣-١٠) سنوات على أن توضع في الاعتبار قدرات الطفل الطبيعية اللازمة للقراءة والكتابة كالقدرة على القبض على القلم، وحركة العين اللازمة للقراءة، وكذلك مراعاة أن قدرة الطفل على الانتباه محدودة، وأن قدرته على الفهم والاستيعاب بطيئة.

٥- التطبيع الاجتماعي:

تعليم الطفل احترام العادات والتقاليد السائدة، وآداب السلوك، وآداب الحديث، وآداب الاستماع، والمحافظة على ملكية الآخرين، وتحمل المسؤولية، والوفاء بالوعد.

٦- الأمان:

التعرف على الأشياء حوله من حيث خطورتها وأمنها من حيث حرارتها وبرودتها، ومن حيث نعومتها وخشونتها، والتعرف على أدوات

الكهرباء، وموقد الغاز، والمواد السامة، وعبور الطريق، وإشارات المرور، وعلامات الخطر، والآلات الحادة.

٧- الصحة:

التعرف على الأمراض المعدية، تعلم بعض العادات الصحية، آداب الحمام، الإسعافات الأولية، نظافة الجسم والملبس والعناية بهما.

٨- المهارات الحركية:

تعليم الطفل الألعاب الجماعية والفردية التي تتطلب تأزرا بين أجزاء الجسم، طريقة المشي الصحيحة، الجري، الصعود والهبوط على السلم، استخدام الدراجة، مسك الكرة، الرسم، النجارة، الصلصال، فلاحة البساتين، الأشغال الفنية.

٩- الإدراك الحسي:

التمييز بين الألوان والأشكال، التلوين، رسم الصور، التعرف على الوزن والحجم والأرقام، والزمن والمسافات والأطوال.

١٠- المهارات الأساسية:

أ - القراءة: نقل عبارة مكتوبة، كتابة خطابات، كتابة أسماء زملائه في الفصل، كتابة أسماء شخصيات معروفة، بطاقات المعايدة.

ب - الحساب: تنمية المفاهيم الكمية، تنمية المهارات الحسابية في الحياة اليومية، توضيح العلاقات بين الأعداد والرموز التخفيف من طريقة العد على الأصابع.

ج- العلوم: العناية بالطيور والحيوانات الأليفة، زراعة حديقة المدرسة، معرفة فصول السنة، معرفة تغيرات الجو، معرفة الحشرات الضارة.

د - الدراسات الاجتماعية: الشرطة ومسؤولياتها، مؤسسات البيئة، الجيران، المواصلات وأنواعها.

هـ - الأنشطة التعبيرية: استخدام القصص، التمثيل، الأشغال الفنية، النجارة.

١١ - علاج عيوب النطق والكلام:

تعليم الطفل كيفية إخراج الحروف، وعلى المعلم وأخصائي التدريب مراعاة الوضوح في الكلام مع الطفل، واستثمار العملية التعليمية داخل الفصل وخارجه لإثارة تفكيره، ومساعدته على استخدام الأجهزة والألعاب التعليمية في تنمية العمليات العقلية العليا. (عبيد، ٢٠٠٧: ٢٩٨ - ٣٠١)

مثال لبرنامج مدرسي لتعليم المعاقين عقلياً:

١ - التدريب على استخدام اللغة وزيادة الرصيد اللغوي لدى الطفل، وفهم الكلام المقروء والمسموع.

٢ - التدريب على السلوك الحسي الحركي بحيث يستطيع الطفل إتقان عملية التوافق بين أجهزة الحس والجهاز العضلي. (حركة اليدين وباقي أعضاء الجسم).

٣ - التدريب على السلوك الاجتماعي، وكيفية التصرف في المواقف الاجتماعية اليومية، مثل الاعتذار عن خطأ غير مقصود، وطلب إعادة الكلام عندما لا يسمعه على نحو جيد، والتدريب على اتخاذ قرار معين... ويتم التدريب على هذه المهارات في مجموعات.

٤ - التدريب على العناية بالنفس في الملابس والمأكل والاهتمام بالنظافة الشخصية.

٥ - التدريب على المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب مع الاهتمام بالمسائل العملية مثل عدد الأشياء، واستخدام النقود، وشراء بعض الأغراض... وغيرها.

٦ - التدريب على تحمل المسؤولية مثل المحافظة على أشياء الغير وعدم إتلافها، ومشاركة الآخرين في تحمل المسؤولية، واحترام القوانين واللوائح.

٧ - التدريب على عمليات التوافق الانفعالي عن طريق ضبط النفس وعدم الغضب أو التصرف بعنف تجاه الغير، وكيفية التصرف تجاه النقد الموجه إليه أو الفشل في الأداء.

٨ - الاهتمام بالأنشطة الترويحية والرياضية، وتعليم الطفل كيف يلعب نظرا لافتقار بعضهم إلى المهارات الحركية. (عبيد، ٢٠٠٧: ٣٠٢ - ٣٠٣)

محتويات برامج المعاقين عقليا في المؤسسة:

١ - محتويات برامج صفار السن:

أ - الأناشيد.

ب - المحادثة وسرد القصص.

ج - الرسم.

د - الألعاب الرياضية.

هـ - الزيارات.

و - الألعاب المختلفة.

ز - الطبخ البسيط.

ح - الألعاب الحرة.

٢ - محتويات برامج الأطفال الأكبر سنا (بالإضافة للبرامج السابقة)

أ - المحادثة.

- ب - العلوم والطبيعة.
- ج - الطبخ.
- د - النشاط الرياضي.
- هـ - الأعمال المنزلية.
- و - الأعمال اليدوية.
- ز - مشاهدة التلفزيون.
- ح - الاستماع للبرامج الإذاعية.
- ط - عرض الأفلام والشرائح.
- ي - السباحة. (عبيد، ٢٠٠٧: ٣٠٤-٣٠٥)

الرعاية والعلاج:

تتضمن رعاية وعلاج المعاقين عقليا الخدمات التي تساعدهم على تحسين وضعهم في البناء الاجتماعي مثل العلاج الطبي والنفسي، والتعليم في معاهد خاصة، والتدريب المهني، واكتساب السلوك الاجتماعي.

أولا العلاج الطبي:

يهدف العلاج الطبي إلى القضاء على أسباب الإعاقة العقلية العضوية والوقائية منها، مثل علاج أخطاء التمثيل الغذائي، ووجود الأحماض في بول ودم المريض، وأخطاء تركيب الدم، في وقت مبكر للوقاية من حدوث تلف في الدماغ يؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية. كما يهدف العلاج الطبي أيضا إلى تقوية خلايا وأنسجة الجهاز العصبي والدماغ حتى تستطيع أن تقوم بواجباتها وتحمل تعويض الخلايا والأنسجة التالفة.

ويهتم الأطباء بدراسة أسباب الإعاقة العقلية، والعوامل العضوية التي تعوق النمو الجسمي والذهني، ويحاولون اكتشافها بعد الولادة مباشرة حتى يمكن علاجها، قبل أن تتلف الدماغ، وأنسجة الجهاز العصبي.

ثانياً العلاج النفسي:

يقوم العلاج النفسي مع حالات الإعاقة العقلية على أساس تكوين علاقة طيبة مع الفرد، وإعادة الروابط بينه وبين المجتمع، ومنحه العطف والحنان، وإزالة مخاوفه التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها، ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة وفي المجتمع. ولذا فإن من أهداف العلاج النفسي تدريب الفرد على حل مشكلاته وتصريف أموره، وغرس وتنمية ثقته بنفسه، وإدراكه لإمكانياته المحدودة، وتبصيره بها، وكيف يستغلها ويستفيد منها (عبيد، ٢٤٢: ٢٠٧ - ٢٤٥).

خطوات العلاج النفسي:

- يبدأ العلاج النفسي بأهداف بسيطة تتدرج في الصعوبة حسب إمكانيات الفرد، ومستواه الذهني والشخصي، ويمر بالخطوات التالية:
- ١ - يبدأ المعالج بإزالة مخاوف الفرد نحو أسرته ومجتمعه، وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع والناس.
- ٢ - العمل على تخليص الفرد من نزعاته العدوانية تجاه الناس، وتجاه نفسه.
- ٣ - زيادة ثقة الفرد بنفسه، من خلال زيادة احتمالات النجاح والإنجاز لديه، وتبصيره بإمكانياته وقدراته الشخصية، وكيف يستغلها، ويستفيد منها إلى أقصى درجة ممكنة.
- ٤ - مساعدة الطفل على أن يتقبل حالته العقلية من غير أن يشعر بالإحباط، وأن يتقبل دوره في الحياة في حدود إمكانياته المحدودة،

وأن يتدرب على مواجهة مواقف الفشل من غير أن تسبب له الشعور بالإحباط.

٥ - تصحيح مفاهيم الفرد عن الأسرة والمجتمع، ومساعدته على تكوين علاقات طبيعية مع الجميع، وإعادة روابطه الأسرية.

٦ - تنمية شعور الفرد بأهميته في الحياة، وبقيمته الاجتماعية في البناء الاجتماعي، وبأن المجتمع بحاجة إليه شأن غيره من الأطفال. وذلك من خلال غرس الشعور بالمسؤولية لديه، وتدريبه على تحمل المسؤولية من خلال الالتزام ببعض الأعمال البسيطة في البيت وخارجه.

٧ - تدريبه على الضبط الذاتي، وكيفية التحكم في رغباته، وتأجيل إشباع بعض الرغبات.

٨ - مساعدة الفرد على وضع تخطيط عام لسلوكه من خلال برمجة اليوم بما يتفق مع قدراته واستعداداته.

الفصل العاشر

تأهيل المعاقين عقليا

الفصل العاشر

تأهيل المعاقين عقليا

تعريف التأهيل

يعرف التأهيل بأنه تلك العملية المستمرة التي تهدف إلى إيصال الفرد المعاق إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية، والاجتماعية، والنفسية، والتربوية، والمهنية، والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها.

ويعرف أيضا على أنه مجموعة الخدمات والوسائل والأساليب والتسهيلات المتخصصة التي تهدف إلى تصحيح العجز الجسمي أو العقلي، وتسعي إلى مساعدة المعاق على التكيف عن طريق الإرشاد النفسي والتوجيه المهني، بالإضافة إلى التدريب على العمل والتشغيل.

كما يعرف على أنه الاستخدام المشترك والمنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المعاق إلى أعلى مستوى ممكن لقدرته الأدائية.

ويعرف أيضا على أنه تقديم الخدمات الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية التي يلزم توفرها للمعاق وأسرتة لتمكينه من التغلب على الآثار التي نتجت عن عجزه، أو مساعدته على إعادة التكيف والاندماج في المجتمع، وتوفير العوامل المساعدة - كل حسب قدراته - على التعايش مع الاعاقات، والاعتماد على نفسه.

وهو تلك العملية المنظمة التي تهدف إلى أن يستفيد الشخص المعاق وينمو جسميا أو عقليا أو حسيا، إلى أقصى درجة ممكنة بما يتيح له أكبر قدر ممكن من القدرة علي العمل، وقضاء حياة مفيدة من الناحية الشخصية والاجتماعية والاقتصادية.

(الشناوي، ١٩٩٧، ٤٦٤، عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣، غزال، ٢٠١٥، ١٢)

من التعريفات السابقة يتضح ما يلي:

١ - التأهيل عملية تتضمن مجموعة من الخطوات والإجراءات المنظمة المخطط لها لتحقيق أهداف محددة.

٢ - التأهيل عملية تقوم على مجموعة من الأنشطة والبرامج التي تقدم للأفراد المعاقين بشكل متناسق و متكامل، مما يؤكد على مفهوم الفريق متعدد التخصصات في كل مرحلة، وفي كل برنامج من برامج التأهيل.

٣ - التأهيل عملية تهدف إلى:

- مساعدة الفرد المعاق وأسرتة على التكيف مع حالة العجز.
- الكشف عن القدرات والإمكانات الذاتية للفرد المعاق، وكذلك الإمكانات المتاحة في بيئته لاستثمارها في عملية التأهيل.
- تمكين المعاق من مواجهة متطلبات الحياة، وتلبية احتياجاته الخاصة بنفسه، وبشكل مستقل، وعدم الاعتماد على الآخرين.
- تمكين المعاق من الاندماج في المجتمع.

٤ - لتحقيق عملية التأهيل أهدافها فلا بد من إجراء تعديلات في شخصية المعاق وقدراته، وأسرتة، ومجتمعه.

٥ - التأهيل عملية علمية، وليست خدمة إنسانية.

٦ - يجب أن تستند برامج التأهيل إلى أسس وقواعد تشخيصية، وتفسيرات دقيقة وواقعية للمعلومات المتاحة عن الشخص المعاق.

٧- يجب أن يشارك الشخص المعاق بنفسه في عملية التأهيل، كما يجب أن تشارك الأسرة فيها أيضا.

٨ - ضرورة متابعة وتقويم كل خطوة من خطوات عملية التأهيل للتعرف على النتائج التي تم تحقيقها، والصعوبات والمشكلات التي تعترض تطبيق خطة التأهيل، لتجنبها في الخطوات اللاحقة (غزال، ٢٠١٥، ١٣).

أهداف التأهيل:

لخص غزال (٢٠١٥، ١٦-١٧) أهداف التأهيل فيما يلي:

- ١ - توفير الفرص والإمكانات اللازمة في مجال العلاج والرعاية الطبية والنفسية، والاجتماعية من خلال الأسرة أو المؤسسات المتخصصة.
- ٢ - مساعدة المعاق وأسرته على التكيف مع الإعاقة، ومواجهة آثارها السلبية.
- ٣ - دمج الفرد المعاق في المجتمع، وتمكينه من أداء دور يتناسب مع قدراته وإمكاناته.
- ٤ - إتاحة الفرصة للمعاقين للتعلم في المراحل التعليمية المختلفة، بما يتناسب مع فئة الإعاقة.
- ٥ - توسيع مجالات التدريب والتأهيل المهني، والعمل على تطوير مجالات هذا التدريب، بما يتناسب مع ميول، واستعدادات، وقدرات المعاق.
- ٦ - توفير فرص العمل في مختلف قطاعات النشاط الاقتصادي والاجتماعي، الحكومي والخاص، أو من خلال ترتيبات العمل في الأسرة أو المنزل.
- ٧ - زيادة ثقة المعاقين بأنفسهم، وزيادة ثقة المجتمع بهم، وزيادة اتجاهات المجتمع الإيجابية نحو الإعاقة.

٨ - تهيئة كافة الوسائل المناسبة للنمو، للوصول إلى درجة معينة من الرياضة والثقافة والفنون.

٩ - توفير فرص الوقاية والتحصين والعلاج من الأمراض المنتشرة والمعدية.

فلسفة التأهيل

تقوم فلسفة التأهيل علي عدة مبادئ من أهمها ما يلي :

١. تقبل الفرد المعاق كإنسان له كيانه وكرامته الشخصية، وله حقوق وحاجات انسانية وسياسية واجتماعية.
٢. يهدف التأهيل إلي الاستفادة من قدرات الشخص وامكانياته ومعاونته علي استعادة قدرته علي الإنتاج والتنافس.
٣. يعمل التأهيل علي تنمية ثقة الفرد بنفسه، والاعتراف بقدرته علي التوافق مع المجتمع، ومع ظروف العمل دون فرق بينه وبين غيره.
٤. يركز التأهيل علي المعاق باعتباره إنسان يعيش في مجتمع إنساني يتأثر به ويؤثر فيه، ولا يستطيع العيش في معزل عن الآخرين.
٥. التأهيل مسئولية اجتماعية تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي علي كافة المستويات.
٦. تقوم فلسفة التأهيل علي الانتقال بالمعاق من فكرة الاعتماد علي الآخرين إلي الاعتماد علي نفسه، والاستقلال الذاتي،

والكفاية الشخصية، والاجتماعية، والمهنية، والاستفادة من بقايا القدرات التي لديه إلى أقصى درجة ممكنة.

٧. تقبل المعاق اجتماعيا والعمل علي توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوقه.

٨. تقبل واحترام الحقوق المشروعة للمعاق في النواحي السياسية والاجتماعية والإنسانية والمدنية بغض النظر عن إعاقته.

٩. التأهيل شكل من أشكال الضمان الاجتماعي للمعاق وحماية لاستقلاله مما يساعده علي التكيف رغم إعاقته (الشناوي، ١٩٩٧، ٤٦٦ - ٤٦٩، عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣؛ غزال، ٢٠١٥،

(١٦-١٥)

مبررات التأهيل

١. يعتبر الإنسان - بغض النظر عن اعاقته - صانع الحضارة، وبذلك ينبغي أن يكون هدفا مباشرا لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتنوعة.

٢. المعاق قادر علي المشاركة في جهود التنمية، ومن حقه الاستمتاع بثمراتها اذا ما أتيحت له الفرص والأساليب اللازمة لذلك.

٣. المعاقون طاقة إنسانية ينبغي الحرص عليها.

٤. لدى المعاقين قابلية وقدرات ودوافع للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية في المجتمع.

٥. تأهيل المعاقين سلسلتاً من الجهود والبرامج الهادفة في مجالات الرعاية والتأهيل والتعليم والاندماج الاجتماعي والتشغيل.
٦. لجميع المعاقين الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الاجتماعي أو الانتماء السياسي.
٧. التأهيل أساس تغلب الشخص المعاق علي الحواجز التي تقف أمامه وتحرمه من أي مشاركة في المجتمع وخدمته.
٨. التأهيل وسيلة أساسية لمساعدة المعاق علي تجاوز الاعاقات والتقليل من مشاكلها الي أدنى حد ممكن، ليتمكن من العيش بسهولة بقدر الامكان ويتفاعل مع المجتمع.
١٠. التأهيل جزء لا يتجزأ من التنمية الشاملة، وما تتطلبه من تطوير في الهياكل الاقتصادية والاجتماعية، وهو ركيزة أساسية في القضاء علي أسباب الاعاقات بمختلف صورها، واستراتيجية وقائية للحد من انتشار ظاهرة الاعاقات (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣؛ غزال، ٢٠١٥، ١٧-١٨)

أنواع التأهيل:

١- التأهيل النفسي

التأهيل النفسي عملية تقوم علي علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والفرد في اطار برنامج التوجيه والارشاد وذلك للتعايش في توافق نفسي.

ويهدف التأهيل النفسي للمعاقين بشكل عام ومن بينهم المعاقين عقليا إلى مساعدتهم على التوافق مع البيئة المحيطة بهم عن طريق عونهم على تقبل إعاقاتهم، والتفكير بشكل واقعي في كيفية العيش، وتقديم الخدمات النفسية التي تساعدتهم على التكيف مع أنفسهم ومع العالم المحيط بهم وتحقيق ذواتهم، وتجنب الشعور بالنقص والدونية.

وتتجلى أهمية التأهيل النفسي للمعاقين في التخفيف من الآثار السلبية لإعاقاتهم، ومساعدتهم على تحقيق التكيف مع أنفسهم، ومع المجتمع المحيط بهم، ومساعدتهم على اتخاذ القرارات السليمة، وكذلك مساعدتهم في الوصول إلى أقصى درجة من تحقيق الشخصية واثبات الذات (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣؛ غزال، ٢٠١٥، ٢٤-٢٥).

التأهيل الاجتماعي

هو جانب من جوانب عملية التأهيل العامة، يهدف إلى مساعدة الفرد في تعلم مهارات الحياة الاجتماعية ومهارات التوافق مع المجتمع، ومن ثم مساعدته على التكيف مع مطالب الأسرة والمجتمع، وخفض وتخفيف الاعباء الاجتماعية والاقتصادية. ويعمل التأهيل الاجتماعي على تسهيل دمج المعاقين عقليا في المجتمع الذي يعيشون فيه.

وتتجلى أهمية التأهيل الاجتماعي في سعيه إلى تحويل المعاق عقليا من الشعور بالعجز والنقص إلى الشعور بالأهمية والسعي للعمل والاندماج في المجتمع، وفي محاولته مساعدة المعاقين في اكتشاف ما تبقى لديهم من قدرات، واستثمارها إلى أقصى درجة ممكنة، وفي مساعدته لهم للاندماج في المجتمع والاستمتاع بحياتهم كبقية الأفراد من خلال تحسين مهاراتهم الاجتماعية التي تيسر اندماجهم (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣؛ غزال، ٢٠١٥، ٣٢-٣٣).

التأهيل الطبي

للتأهيل الطبي أهمية بالغة في عملية التأهيل الكلي للفرد حيث يبدأ العمل مع المعاق بتقويم حاجاته الصحية ثم تحويله إلي الأفراد المختصين لاستثمار ما تبقى لديه من قدرات إلى أقصى درجة ممكنة؛ لإعادته إلي اقرب ما يكون من الصلاحية الاجتماعية والمهنية. كما أن التأهيل الطبي يشكل الأساس لعملية التأهيل من حيث التشخيص المبكر والرعاية الصحية والطبية لأي اضطراب جسدي أو عقلي والحد من شدته وإزالته ما أمكن.

ويعرف التأهيل الطبي على أنه محاولة استعادة أقصى ما يمكن توفيره للشخص المعاق من قدرات (بدنية) سواء عن طريق (علاج هذه الحالة بالأدوية أو بالعلاج الجراحي أو العلاج الطبيعي أو العلاج بالعمل أو علاج عيوب النطق مع الاستعانة بالأجهزة المساعدة).

ويهدف التأهيل الطبي إلى تحسين أو تعديل الحالة الجسمية أو العقلية للمعاق بشكل يمكنه من استعادة قدرته علي العمل والقيام بما يلزمه من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة العامة؛ وذلك من خلال العلاج الطبي الذي يسهم في تحسين الصحة العامة للفرد، أو التدخل الجراحي الذي يسهم في استعادة الفرد لبعض قدراته في بعض الحالات، والأجهزة الطبية التي تسهم في تخفيف آثار الإعاقة الموجودة مثل النظارات الطبية، والأطراف الصناعية، السماعات، والعلاج الطبيعي الذي يساعد في تحسين الصحة الجسدية وحركة المفاصل (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٢؛ غزال، ٢٠١٥، ٢٣-٢٤).

التأهيل المهني Vocational Rehabilitation:

التأهيل المهني أحد مجالات إعداد المعاقين للحياة في الرشد. وقد عرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني للمعاق بأنه عملية مستمرة مترابطة تقوم علي تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل، مما يجعل المعاق قادرا علي الحصول علي عمل مناسب والاستقرار فيه.

كما يعرف التأهيل المهني بأنه العملية التي تهدف إلى إعادة الفرد المعاق للعمل الملائم لحالته في حدود ما تبقى له من قدرات ومواهب وإمكانات تساعد على تحسين أحواله المادية والنفسية للتحرر من الشعور بالنقص.

يقصد به إعداد الفرد المعاق عقليا للحياة العملية، بتدريبه على مهنة مناسبة، وتشغيله في عمل مفيد، يشعره بالسعادة والكفاءة، ويمكنه من إعالة نفسه وأسرته.... وهذا من الأهمية بمكان لأن البطالة تجعل المعاق عقليا سيء التوافق مع نفسه ومجتمعه، وتجعله ينخرط في كثير من المشكلات السلوكية، في حين أن العمل يساعد على حسن التوافق، ويشعره بالجدارة، وتقدير الذات (عبد المعطي، وشاش، وزكي، ٢٠١٣؛ غزال، ٢٠١٥، ٤٣-٤٤).

ويمكن المساعدة في تأهيل الأفراد المعاقين عقليا عن طريق:

- ١ - الكشف عن استعداداتهم المهنية، وتعريفهم بأسماء المهن والوظائف والأدوات المستخدمة في كل منها.
- ٢ - التدريب على عمل أو مهنة مناسبة تتوافق مع ميولهم وقدراتهم، وتنمية مهارات الأداء اللازم لها.

٣ - إكسابهم العادات والاتجاهات المهنية الملائمة لها، والسلوك المهني المقبول، ومهارات الحفاظ على المهنة.

٤ - السعي لدى الجهات المختصة لتوفير فرص العمل والتشغيل (عبيد، ٢٠٠٧: ٣٠٥-٣٠٧).

فلسفة التأهيل المهني للمعاقين عقليا:

تقوم فلسفة التأهيل المهني للمعاقين عقليا على المبادئ التالية:

١ - الفرد المعاق عقليا إنسان له كيانه واحترامه وتقديره لأنه عضو من أعضاء المجتمع الذي يعيش فيه.

٢ - التأكيد على مقدرة المعاق عقليا على الاستقلالية وعدم التبعية والاعتماد على الآخرين في تلبية حاجاته الأساسية الشخصية والأسرية.

٣ - العمل على تأهيل المعاقين عقليا واستغلال قدراتهم على الإنتاج، تجعل منهم أفرادا مشاركين في بناء مجتمعهم.

٤ - التأهيل المهني الذي يحقق للمعاقين عقليا الاستقلالية يشعرهم بالأهمية والقيمة في ذاتهم، ويبعدهم عن الشعور بالدونية والنقص.

٥ - التأهيل المهني للمعاقين عقليا يجب أن يركز على القدرات والإمكانات والاستعدادات الموجودة لديهم ويعمل على استغلالها إلى أبعد الحدود الممكنة.

٦ - يجب أن تتم عملية التأهيل المهني داخل البيئة التي يعيش فيها المعاقون.

١٠ - المجتمع مطالب بالعمل على تأهيل المعاقين وتقبلهم مع خصائصهم العقلية والجسدية والنفسية والاجتماعية.

١١ - الدولة ملزمة بتوفير وتأمين فرص العمل المناسبة للمعاقين، ولقدراتهم، ولحاجات سوق العمل والظروف الاقتصادية والاجتماعية في البيئة التي يعيشون فيها.

أهداف التأهيل المهني للمعاقين عقليا:

١ - إعداد المعاقين عقليا للعمل في حرفة أو مهنة من المهن التي تلائمهم، دون أن يعتمدوا على غيرهم، ودون وضعهم في موقف تنافسي مع من يفوقونهم في الذكاء والقدرة.

٢ - إكسابهم الخصائص الشخصية التي تمكنهم من الحصول على تقبل الآخرين لهم والتي تعينهم على الاندماج في الجماعة التي يعملون بينها.

٣ - إكسابهم العادات الطيبة للعمل التي تساعد على أن يكونوا على قدر من الكفاية الإنتاجية والانتظام في العمل والتوافق معه كعادات الانتظام والمواظبة واتباع الاوامر والتعليمات والتعامل الاجتماعي السليم.

٤ - مساعدتهم على العمل والاستفادة من القدرات الباقية لديهم.

٥ - الاستفادة منهم كأشخاص منتجين مستقلين بذواتهم معتمدين على أنفسهم.

٥. مساعدتهم على تطوير قابليتهم للقيام بالمتطلبات اليومية ضمن حدود إعاقاتهم.

٦. إتاحة الفرصة لهم ليطوروا قدراتهم الجسمية والنفسية ليشعروا بالفائدة في المجتمع.

٧. إعدادهم للالتحاق بعمل مناسب جنبا إلى جنب مع غير المعاقين.

٨ - إعدادهم وتدريبهم للقيام بمهنة معينة بما يساعده على التكيف في الحياة وعلى إعالتهم أنفسهم بدلا من أن يكونوا عالة على أسرهم أو مجتمعهم.

٩ - تنمية مهاراتهم المهنية وتشغيلهم في عمل مفيد، يشعره بالكفاءة والسعادة، ويمكنه من كسب الرزق وإعالة نفسه وأسرته، ويجعله يعيش الحياة الطبيعية كأقرانه العاديين.

١١ - تمكينهم من الاندماج الاجتماعي والاقتصادي في المجتمع وذلك من خلال تدريبهم علي مهنة مناسبة لميولهم واستعداداتهم وقدراتهم (عبيد، ٢٠٠٧: ٢٠٧).

الفصل الحادي عشر

تعديل سلوك المعاقين عقليا

الفصل الحادي عشر

تعديل سلوك المعاقين عقليا

مفهوم تعديل السلوك:

يقصد بتعديل السلوك تغيير السلوك غير المرغوب بطريقة مدروسة، وهو نوع من العلاج السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر لمبادئ التعلم.

وتعديل السلوك هو الإجراءات المستخدمة لتغيير الظروف البيئية والاجتماعية، أو إعادة تنظيمها بهدف تغيير عمليات نفسية داخلية يعتقد أنها تعمل بمثابة محرك لهذا السلوك.

ويعرف أيضا على أنه تلك الأساليب التي تهدف إلى تحسين الضبط الذاتي وتطويره من خلال تحسين مهارات الفرد وقدراته ومستوى استقلالته.

على الرغم من تعدد تعريفات تعديل السلوك، إلا أنها جميعا تتفق على أن ميدان تعديل السلوك يمتاز بالخصائص التالية:

- أنه يركز على الحاضر وليس الماضي.
- أنه يركز على تغيير السلوك الظاهر.
- أنه يحدد العلاج بموضوعية وذلك من أجل تكراره.
- أنه يستند إلى البحوث الأساسية في علم النفس لصياغة فرضياته واختيار الأساليب العلاجية.

- أنه يتوخى الدقة في تعريف وقياس وعلاج السلوك المستهدف.
- أنه يرفض التفسيرات المستمدة من العمليات النفسية الداخلية (عبدالمعطي، وعواد، وشاش، ٢٠١٣).

أهداف تعديل السلوك:

١. زيادة احتمالات ظهور سلوك مرغوب فيه؛ مثل زيادة عدد الصفحات التي يقرأها الطالب في وقت ما.
٢. تقليل احتمالات ظهور سلوك غير مرغوب فيه؛ مثل تقليل عدد مرات الحديث دون استئذان.
٣. إظهار نمط ما في المكان والزمان المناسبين؛ كأن يضحك الفرد في مناسبة عزاء.
٤. تشكيل سلوك جديد من خلال تكوين سلوك جديد ليس موجوداً في الذخيرة السلوكية؛ مثل تعليم الطفل القراءة والكتابة، والعناية بالذات (عبدالمعطي، وعواد، وشاش، ٢٠١٣).

الغيات المستخدمة في تعديل سلوك المعاقين عقلياً:

١- تحليل المهمة Task analysis:

يقصد بـتحليل المهمة تفكيك وتكسير السلوك إلى مكوناته وأجزائه الأولية. وتتضمن هذه الفنية تجزئة المهام إلى أجزاء تسهل السيطرة عليها، لخلق تيار سلس ورقراق من الأنشطة، بما يزيد من فرص النجاح، ويقلل مستوى الإحباط لدى المتعلم، ويزيد من احتمال مشاركة الفرد في النشاط. وتستخدم هذه الفنية على نطاق واسع في معظم أنشطة الحياة اليومية عند تعليم أي مهارة جديدة. فمعظم أشكال السلوك التي يقوم بها الناس هي في واقع الأمر سلسلتاً من

الاستجابات البسيطة المرتبطة ببعضها بشكل وظيفي. وإذا كان الأفراد العاديون يحتاجون إلى تبسيط المهارة في بدايتها تعلمها، فإن المعاقين عقليا أكثر احتياجا إلى ذلك التبسيط نظرا لضعف قدراتهم العقلية، وضعف قدرتهم على الانتباه والتركيز. ولذا فإن هذه الفنية من أهم الفنيات في تعليم المعاقين عقليا.

وعندما يستخدم المعلم فنية تحليل السلوك فإن عليه أن يبدأ هو بممارسة السلوك الذي يريد أن يعلمه للطفل، وأن يحدد بدقة ما هي السلوكيات الصغيرة المكونة لهذا السلوك. ولنتذكر على سبيل المثال أننا عندما نعلم الطفل الحروف الهجائية فإننا لا نطالبه بحفظ الحروف كلها جملة واحدة، وإنما نطالبه بأن يتعرف على حرف واحد في كل مرة.

ويجب أن يتم تحليل وتجزئة كل سلوك إلى الأجزاء المكونة له بحيث يمكن تخطيط تعليمه على نحو دقيق. ومع ذلك فقبل تحليل أي مهمة يجب أن توضع بعض العناصر في الاعتبار، ومنها: أسلوب الفرد في التعلم، وقدرته على التعلم، السرعة التي يستوعب بها الفرد المعلومات، مدى تعقيد المهمة، المهارات المطلوبة والضرورية، مستوى الدافعية الضروري لتحقيق النجاح. وعندما توضع هذه العناصر في الاعتبار فإن ذلك سوف يساعد في تحديد مدى وعمق كل تحليل؛ ومن ثم يمكن تجنب الأعمال غير الضرورية. وبشكل عام يفضل أن يكون التحليل مفصلا، وأن يشتمل على مراحل أو أفعال صغيرة يمكن تعلم كل منها إما مستقلة عن الأجزاء الأخرى أو مرتبطة بها.

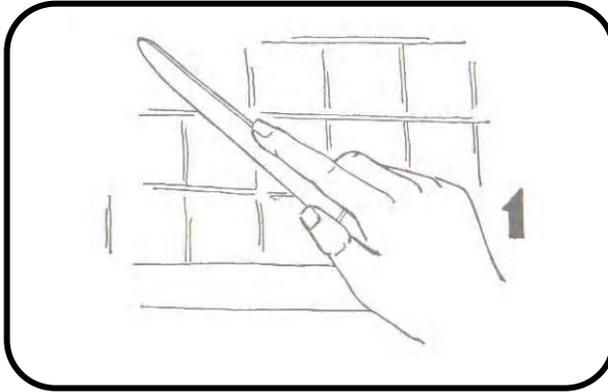
وعند استخدام أسلوب "تحليل المهمة" فإننا نقوم بتجزئة السلوك إلى السلوكيات الصغيرة التي يتكون منها. أي تجزئة المهمة أو المهارة إلى خطوات سهلة يمكن للطفل أن يتعلم إنجازها. ثم ترتيب هذه الخطوات ترتيبا منطقيا بدءا من الاستجابة الأولى في السلسلة، وانتهاء بالاستجابة الأخيرة. ومن ثم يقوم المعلم بتعليم الطفل الخطوة الأولى، وبعد أن يتقنها

يديره على الخطوة الثانية، وينتقل بعدها إلى الخطوة الثالثة، وهكذا إلى أن يتعلم جميع الخطوات بشكل منطقي وسليم.

وبالمثال يتضح المقال. فلنضرب مثلا بتعليم الطفل أن يعد لنفسه ساندويتشا بسيطا بأن يدهن شريحة من الخبز بالجبن، أو الزبد. ذلك السلوك الذي قد يبدو بسيطا. فلنحلل هذا السلوك إلى أجزائه المكونة له: تخيل أن إحضار شريحة الخبز، وإحضار الجبن أو الزبد من الثلاجة، وإحضار السكين من درج المطبخ تمثل ثلاثة سلوكيات مختلفة؛ رغم أنه ليس بالضرورة أننا جميعا نمر بتلك الخطوات أو السلوكيات الثلاثة.

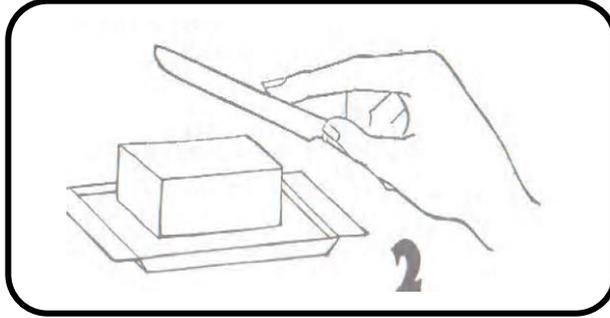
ولنعرض هاهنا طريقة تحليل سلوك إعداد ساندويتش بسيط (دهن الخبز بالزبد) بالتفصيل:

١ - ضع أصابعك حول السكين، باسطة سبابتك على شفرة السكين. (شكل ١)



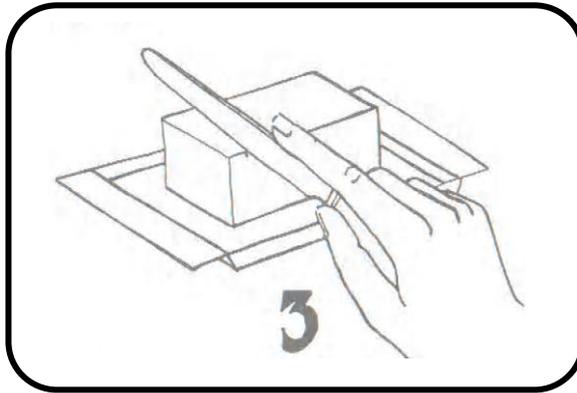
شكل (١)، الخطوة الأولى

٢ - ارفع السكين من على المنضدة، وحركها في اتجاه طبق الزبد. (شكل ٢).



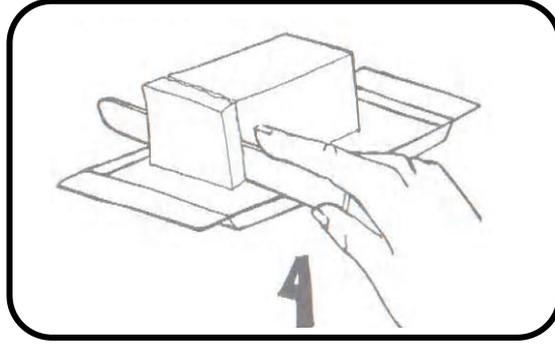
شكل (٢) ، الخطوة الثانية

٣ - ضع شفرة السكين بالقرب من حافة قطعة الزبد (شكل ٣).



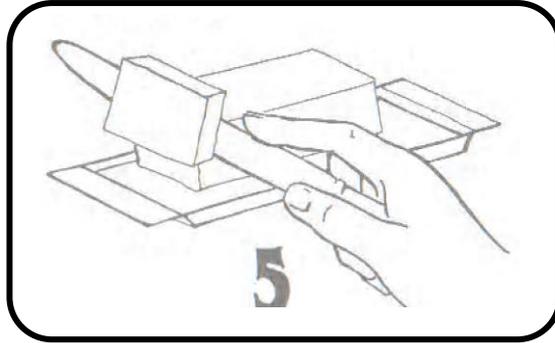
شكل (٣) ، الخطوة الثالثة.

٤- اضغط لأسفل بالسبابة لتقطع السكين شريحة الزبد (شكل ٤).



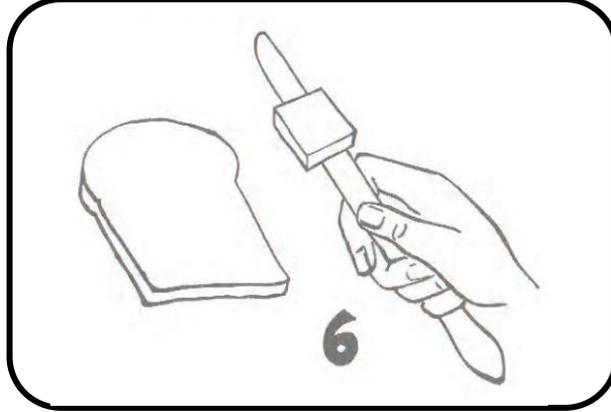
شكل (٤)، الخطوة الرابعة

٥- حرك السكين لليسار برفق، رافعا الجزء المقطوع من الزبد على شفرة السكين (شكل ٥).



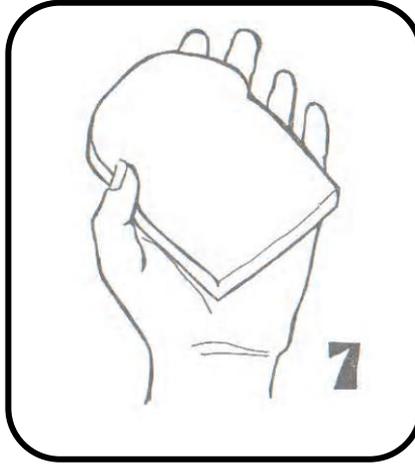
شكل (٥)، الخطوة الخامسة

٦ - حافظ على توازن الجزء المقطوع من الزبد على شفرة السكين، وحرك السكين ببطء نحو شريحة الخبز (شكل ٦).



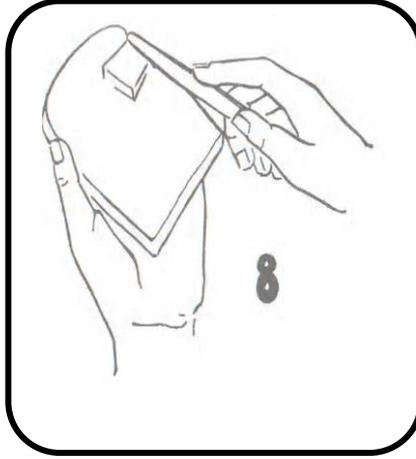
شكل (٦)، الخطوة السادسة.

٧ - ارفع شريحة الخبز بيدك اليسرى، واجعلها تستقر فراحة يديك، ولتحكم تثبيتها بأصابعك (شكل ٧).



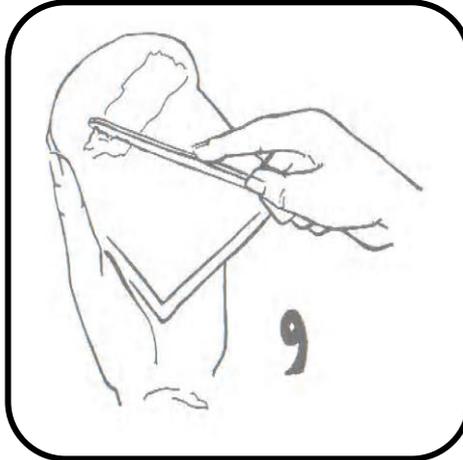
شكل (٧)، الخطوة السابعة

٨ - ضع شريحة الزبد على الحافة اليمنى من شريحة الخبز (شكل ٨).



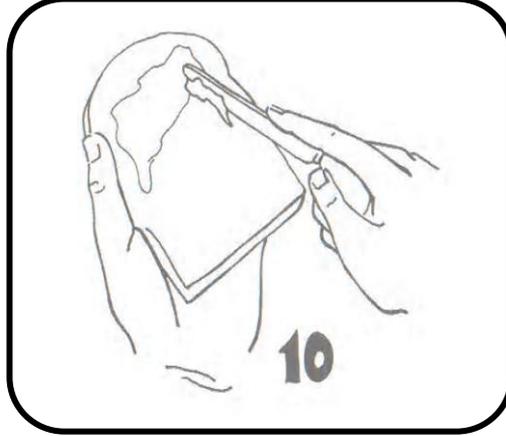
شكل (٨)، الخطوة الثامنة

٩ - حرك السكين يسارا، ضاعظا الزبد على الخبز، (شكل ٩).



شكل (٩)، الخطوة التاسعة.

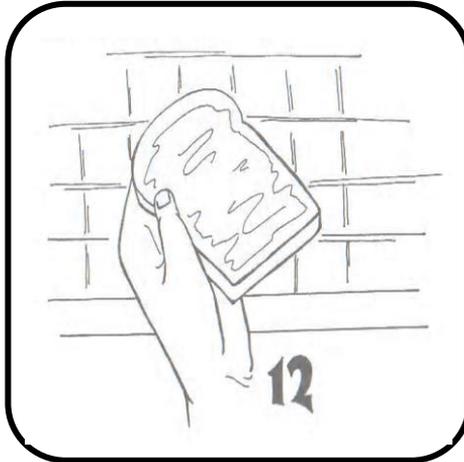
١٠- أعد السكين إلى الحافة اليمنى من شريحة الخبز، نفس وضع الخطوة الثامنة (شكل ١٠).



شكل (١٠)، الخطوة العاشرة

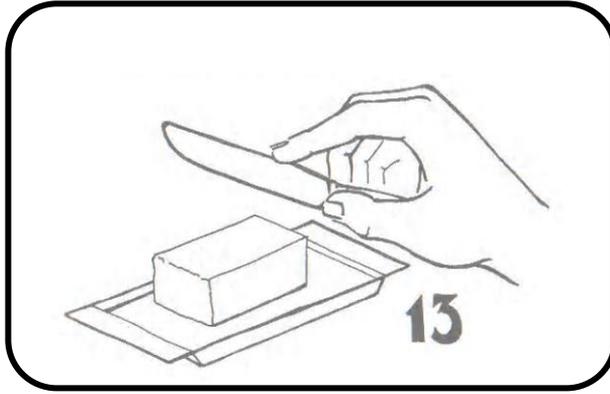
١١- كرر الخطوة التاسعة، والخطوة العاشرة عدة مرات حسب الحاجة.

١٢- ضع شريحة الخبز المدهونة بالزبد على المنضدة (شكل ١١).



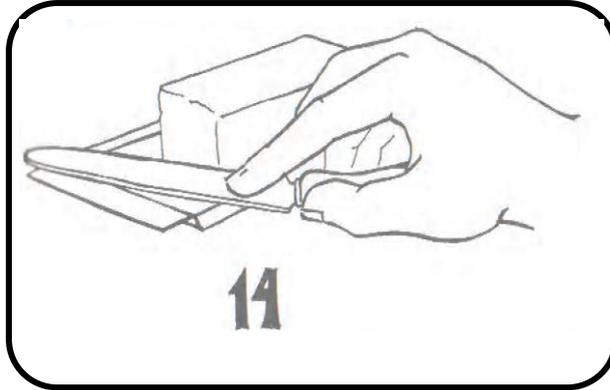
شكل (١١)، الخطوة الثانية عشرة

١٣ - انقل السكين إلى طبق الزبد (شكل ١٢).



شكل (١٢)، الخطوة الثالثة عشرة

١٤ - ضع السكين على طبق الزبد (شكل ١٣).



شكل (١٣)، الخطوة الرابعة عشرة

تلك هي طريقة دهن شريحة من الخبز بالزبد. وهو سلوك بسيط بالنسبة لربات البيوت ولكثير من الناس، ولكنه تم تحليله إلى أربع عشرة خطوة. وهذا التحليل يبرز سلوكا كبيرا أو معقدا. فهو يتطلب استخدام كلتا اليدين. كما أنه يتطلب تناسقا حركيا دقيقا بين حركات العين وحركات اليدين. كما أنه يتطلب نوعا من التقدير؛ لتقدير كمية الزبد التي تحتاجها لدهن شريحة الخبز، وهو ما

يكتسبه الفرد من خلال الخبرة والممارسة. كما يتطلب نوعا من حساسية اللمس، ويكتسبه الفرد من خلال الخبرة والممارسة أيضا بحيث يقدر مقدار القوة التي يضغط بها على شريحة الزبد ليجعلها تنتشر بنعومة على شريحة الخبز.

والنقطة التي نحب أن نجليها ونركز عليها هاهنا هي أن معظم السلوكيات التي نعتبرها - نحن الكبار - بسيطة وروتينية، هي في الحقيقة مزيج معقد من كثير من السلوكيات الصغيرة التي تتطلب استخدام الحواس، والأفكار، القدرات الحركية. فبنظرة فاحصة للسلوكيات الصغيرة المحيطة بنا من قبيل صب الحليب في الكوب، ومسح المنضدة، أو ربط الحذاء... سنجد أنها تتكون من العديد من الأجزاء أو السلوكيات الصغيرة.

والغرض من هذا الكلام عن تلك السلوكيات هو إبراز مدى تعقيد كثير من السلوكيات التي تبدو بسيطة لكثير من الناس. وبالنسبة للطفل المعاق فإن الأمر يزداد صعوبة وتعقيدا. ولذا فقد وجد أن أفضل طريقة لتعليم الطفل دهن شريحة من الخبز بالزبد، أو ربط حذائه، أو غيرها من السلوكيات تتمثل في تحليل هذه السلوكيات إلى الأجزاء المكونة لها، وتعليمه كل جزء على حدة. ولكن قبل أن يبدأ المعلم بتعليم الطفل سلوك ما، فإن عليه أن يحاول أن يحلل السلوك. وعليه أن ينظر إلى السلوك الكبير، وأن يعد قائمة من السلوكيات الصغيرة المنفصلة، وتحوي هذه القائمة كل تغيير في وضع أي جزء من أجزاء الجسم، الذي يتحرك لينفذ السلوك، سواء كان اليد أو الذراع، أو العين، أو الرجل.

٢ - التسلسل Chaining :

التسلسل: هو الإجراء الذي نستطيع من خلاله مساعدة الفرد على تأدية سلسلة سلوكية، وذلك بتعزيزه عند تأديته للحلقات التي تتكون منها تلك السلسلة على نحو متتالي. فالأجزاء التي يتكون منها

السلوك تسمى بالحلقات، وتتصل هذه الحلقات ببعضها البعض لتشكّل ما يسمى "بالسلسلة السلوكية"، فمعظم السلوكيات تتكون من سلسلة من السلوكيات الفرعية المتدرجة التي يشكل كل منهما حلقة واحدة من السلوك المستهدف. ويستند التسلسل إلى تحليل المهمة بمعنى تجزئتها المهمة المطلوبة من الشخص إلى الحلقات الصغيرة التي تتكون منها وترتيبها على شكل متسلسل اعتماداً على موقع كل من هذه الحلقات في السلسلة. وبعد ترتيب الاستجابة نقوم بعملية الاستجابة الأولى ثم الثانية فالثالثة... الخ إلى أن يؤدي الفرد السلسلة كاملة (عبدالمعطي، وعود، وشاش، ٢٠١٣).

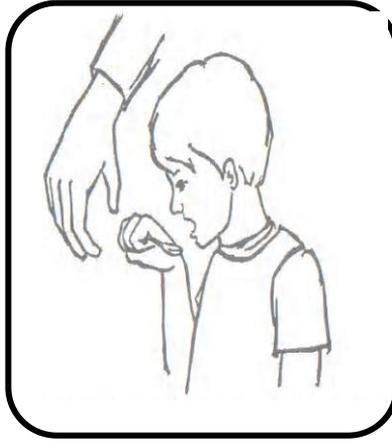
وهناك نوعان من التسلسل: أولهما التسلسل الأمامي forward chaining وفيه يتم تدريب الطفل على الخطوة الأولى من السلوك ويتم تعزيزه على إنجازها حتى يتقنها، ثم ينتقل إلى الخطوة الثانية، ثم الثالثة.. وهكذا حتى يصل إلى الخطوة الأخيرة؛ أي أن التسلسل الأمامي يبدأ من البداية متجهاً نحو النهاية. وثانيهما التسلسل العكسي reverse chaining وفيه يتم تدريب الطفل على الخطوة الأخيرة في السلوك، ثم الخطوة قبل الأخيرة، ثم التي تسبقها حتى يصل إلى الخطوة الأولى؛ بمعنى أن التسلسل العكسي يبدأ من النهاية متجهاً نحو البداية.

ولنضرب للتسلسل مثلاً بتعليم الطفل تناول الطعام بالملقعة. ويفضل تعليمه استخدام الملقعة باستخدام التسلسل العكسي. ويبدأ تعليم الطفل تناول الطعام مستخدماً الملقعة بأن يضع المعلم يده على يد الطفل وهو يمسك بالملقعة. ثم يغرف الطعام بالملقعة ويأخذه إلى فم الطفل، ويده فوق يد الطفل (شكل، ١٤). وفي البداية عندما يصل الطعام إلى فم الطفل يقدم التعزيز: "ممتاز"، "جيد جداً"، "أحسنّت"... إلى آخره من كلمات الاستحسان والتعزيز. كما يفضل تقديم بعض المعززات الاجتماعية الأخرى من قبيل الربت على كتف الطفل أو المسح الخفيف على شعره، وهو يأكل الطعام.



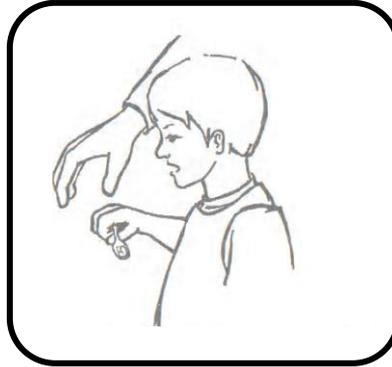
شكل (١٤) الخطوة الأولى في التسلسل العكسي لتعليم الطفل تناول الطعام مستخدماً الملعقة

وبعد أن مارس المعلم إرشاد ييد الطفل في طريقها إلى فمه، ثم إلى الطبق عدة مرات، فإن الوقت مناسب الآن لأن يغرف الطعام بالملعقة، وأن يرشد ييد الطفل إلى فم الطفل تقريبا، وقبل أن تصل الملعقة إلى فم الطفل، فعليه أن يترك ييد الطفل ليضع الطعام في فمه بمفرده. وعلى المدرب أن يفعل ذلك عدة مرات. وإذا فشل الطفل في وضع الطعام في فمه فعلى المدرب أن يراجع المسافة التي ترك عندها ييد الطفل. فربما ينبغي عليه أن يصحب ييد الطفل إلى مسافة أقرب من فمه قبل أن يترك ييده. ومن المهم جدا أن يهيئ المدرب الفرصة للطفل لأن ينجح في تحريك ييده نحو فمه على نحو مستقل عندما يتركها المدرب (شكل، ١٥).



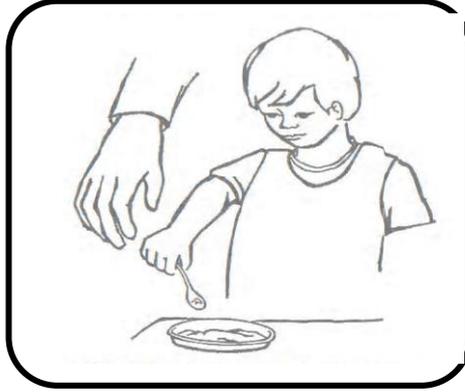
شكل (١٥) الخطوة الثانية في التسلسل العكسي لتعليم الطفل تناول الطعام مستخدماً الملعقة

وبالتدريج يترك المدرب يد الطفل عند مسافة أبعد وأبعد عن فمه (شكل، ١٦)



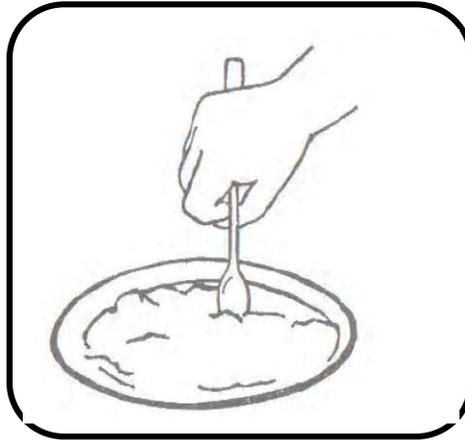
شكل (١٦) الخطوة الثالثة في التسلسل العكسي لتعليم الطفل تناول الطعام مستخدماً الملعقة

وبعد ذلك يترك المدرب بيد الطفل لتعود إلى الطبق بمفردها (شكل، ١٧)



شكل (١٧) الخطوة الرابعة في التسلسل العكسي لتعليم الطفل تناول الطعام مستخدما الملعقة

وفي النهاية يصل المدرب إلى الخطوة الأخيرة وهي ترك الطفل لغرف الطعام بالملعقة بمفرده.



شكل (١٨) الخطوة الأخيرة في التسلسل العكسي لتعليم الطفل تناول الطعام مستخدما الملعقة

٣- التعزيز (التدعيم) *Reinforcement*:

التعزيز عملية ينتج عنها تقوية الاستجابة التي تلاها المعزز أو زيادة احتمال حدوثها. وينقسم التعزيز إلى تعزيز إيجابي وتعزيز سلبي.

أ- التعزيز الإيجابي *Positive Reinforcement*:

ويقصد به إضافة شيء مرغوب فيه بعد سلوك معين، ويترتب على ذلك تقوية هذا السلوك أو زيادة احتمال حدوثه. فمثلا إذا سأل المعلم سؤالا، وأجاب أحد الطلاب على نحو صحيح، وأثنى المعلم على الطالب وشجعه مما أدى إلى زيادة معدل إجابات الطالب على الأسئلة، فهذا يقال عنه تعزيز إيجابي. فهو تعزيز لأنه أدى إلى تقوية السلوك وزيادة احتمال حدوثه. وهو إيجابي لأننا أضفنا شيئا مرغوبا فيه (التشجيع والثناء) بعد السلوك.

ب- التعزيز السلبي *Negative Reinforcement*:

ويقصد به حذف أو استبعاد شيء منفر بعد سلوك معين مما يترتب عليه تقوية هذا السلوك أو زيادة احتمال حدوثه. فمثلا إذا شعر الفرد بصداع وتناول قرصا مسكنا فأدى ذلك إلى تخلصه من الصداع، فإن هذا الفرد سيبادر إلى تناول قرص المسكن عندما يتعرض للصداع في المرات المقبلة. فهذا تعزيز سلبي. فهو تعزيز لأنه أدى إلى تقوية السلوك أو زيادة احتمال حدوثه، وهو سلبي لأنه عبارة عن حذف أو إزالة مثير منفر (الصداع). (الشناوي، ١٩٩٧: ٢٩١؛ الشناوي، وعبدالرحمن، ١٩٩٨: ١٣٢)

أنواع المعززات:

أ- المعززات الأولية *Primary Reinforcers*:

وتعرف أيضا بمعززات الأطفال *children reinforcers* وهي عوامل أو أشياء اكتسبت قيمتها التعزيزية بدون تدريب خاص لأنها تمثل إشباعا لحاجات أولية، ومن أمثلة هذه المعززات الطعام، والشراب، والعصائر، والحلوى، والبسكويت، ... وهي ذات قيمة تعزيزية تلقائية بشرط أن يكون هناك حاجة للمحافظة على الحياة، فإذا لم توجد حاجة من حاجات المحافظة على الحياة مثل الجوع أو العطش فإن تلك المعززات تفقد قوتها التعزيزية. وهذه المعززات تناسب الأطفال الصغار وذوي القدرات العقلية المحدودة. وإذا استخدمت المعززات الأولية في برامج تعديل السلوك، فيجب مراعاة الملاحظات التالية:

- مراعاة حالة الفرد الجسمية والصحية.
- مراعاة حالة الإشباع أو الحرمان لدى الفرد.
- مراعاة المشكلات الإدارية المترتبة على تقديم المعززات الأولية في المدرسة.
- مراعاة اعتبار المعززات الأولية معززات ذات فعالية لدى بعض الأفراد، ولكنها ليست كذلك لدى البعض الآخر.
- مراعاة المشكلات الصحية المترتبة على تقديم المعززات الأولية، فقد يكون بعض الأطفال أكثر حساسية لبعض الأطعمة، أو تحت رعاية طبية معينة تشجع أو تمنع تقديم

تلك المعززات الأولية. (مسافر، ٢٠٠٩: ٤١؛ الروسان، ٢٠٠٠ : ١٠٦؛

الشناوي، وعبدالرحمن، ١٩٩٨: ١٣٣؛ Baldwin et al., 1980)

ب- المعززات الثانوية *Secondary Reinforcers*:

ويطلق عليها أيضا معززات الكبار أو الراشدين *adult reinforcers* وهي أشياء تعقب الاستجابة ويكون لها قوة تعزيزية نتيجة لاقتنائها مع المعززات الأولية فيما مضى؛ ومن أمثلتها الامتداح، والثناء، والشكر، والمال (مسافر، ٢٠٠٩: ٤١؛ الشناوي، وعبدالرحمن، ١٩٩٨: ١٣٣؛ Baldwin et al., 1980)

ج- المعززات ذات الاحتمال الأعلى *High-probability Reinforcers*:

وهي تلك المعززات التي تعمل على ظهور سلوك ذي احتمال أقل مقارنة بسلوك ذي احتمال أعلى. إذ يظهر الأطفال أشكالا من السلوك ذات أفضلية لديهم؛ وهذه هي السلوكيات ذات الاحتمال الأعلى، في حين تكون بعض السلوكيات أقل تفضيلا لديهم؛ وهي السلوكيات ذات الاحتمال الأقل. وفي هذه الحالة يشترط الآباء أو المربون أن يقوم الطفل بالسلوك ذي الاحتمال الأقل لكي يسمح له بممارسة السلوك ذي الاحتمال الأعلى، والذي يعمل - في هذه الحالة - كمعزز للسلوك ذي الاحتمال الأقل. فعلى سبيل المثال يعد أداء الواجبات المدرسية لدى بعض الأطفال سلوكا أقل احتمالا في ظهوره، بينما يعد سلوك الطفل المتمثل في مشاهدة التلفزيون السلوك الأكثر احتمالا. وهنا يسمح الآباء للطفل بمشاهدة التلفزيون فقط بعد أن يؤدي واجباته المدرسية؛ ويعمل

السلوك الأخير (الأعلى احتمالا) كمعزز للسلوك الأول (الأقل احتمالا).
وتعرف هذه القاعدة بقاعدة بريمباك (الروسان، ٢٠٠٠: ١٠٧)

د - التغذية الراجعة كمعزز *Feedback as Reinforcer*:

يشير مصطلح التغذية الراجعة (معرفة النتائج) إلى معرفة الفرد لنتائج أدائه أو عمله، وتعد معرفة الفرد لنتائج أدائه أو عمله معززا قويا يعمل على تقوية احتمال ظهور السلوك المرغوب فيه؛ وكذلك فإن معرفة الفرد للمعلومات السلبية عن سلوكه أو أدائه تساعده على تعديل هذا السلوك (الروسان، ٢٠٠٠: ١٠٩-١١٠).

هـ - المعززات الرمزية *Token Reinforcers*:

ويقصد بها تلك المعززات التي تمثل النقود والدرجات، والبونات، والنجوم، التي يمكن أن تستخدم مع الطلبة في المراحل الدراسية الأولى. وقد سميت هذه المعززات بالمعززات الرمزية لأنها يمكن أن تحل محلها معززات أخرى حقيقية ذات قيمة؛ فعلى سبيل المثال تعد النقود معززا رمزيا إذ يمكن أن تحل محلها العديد من المعززات الأولية والثانوية. (الروسان، ٢٠٠٠: ١١٠)

وقد استخدمت المعززات الرمزية بصفة خاصة مع الأطفال ومع المتخلفين عقليا، وتعرف هذه المعززات أيضا باسم بونات التعزيز، ويشار إليها أيضا باقتصاديات البونات، أو الاقتصاد الرمزي *token economy*. ويشتمل هذا الأسلوب على تجميع نقاط أو عملات معينة أو قطع بلاستيكية معينة أو بطاقات أو ما شابه ذلك بحيث يمكن لمن يجمع عددا معينة منها أن يستبدل بها معززات أخرى (مثل الطعام أو الهدايا أو فرصة الاشتراك في نشاط أو رحلة.. الخ).

ويمكن تلخيص أسلوب الاقتصاد في أن الشخص الذي نعدل سلوكه يحصل على بون أو فيش عندما يأتي بالسلوك المرغوب، وعندما يتجمع لديه عدد من هذه البونات أو الفيشات، فإنه يمكن أن يستبدل بها أشياء مثل الأطعمة، والشيكولاتة، والمشروبات مثل العصائر والمياه الغازية، وبعض الملابس مثل الفانلات أو الجوارب، والعطور، وتذاكر الاشتراك في حفلة أو نشاط، أو استئجار بعض الألعاب أو الأجهزة. أي أنه يستبدل بها معززات أخرى. وهي بذلك تشبه النقود وتعمل عملها. فكما أن النقود ليس لها قيمة في حد ذاتها، وإنما تستمد قيمتها من الأشياء التي يمكن أن نشترىها بها؛ فكذلك البونات ليس لها قيمة في حد ذاتها، وإنما تكتسب قيمتها من المكافآت والامتيازات التي يمكن أن تستبدل بها. (الشناوي، ١٩٩٦: ٣٣٣؛ الشناوي، وعبد الرحمن، ١٩٩٨: ٣٣؛ *Walker&Shea,1980 : 69 ; 1991 : 119 ; Green & Freed , 1998 :294*).

وفي برامج الاقتصاد الرمزي يتم تحديد السلوكيات المستهدفة، ويتم تحديد قيمة البونات المقابلة لها. فعلى سبيل المثال في برنامج للتدريب على الاستيقاظ مبكرا يحصل من يستيقظ قبل الثامنة صباحا على ١٠ بونات، ويحصل من يستيقظ قبل الثامنة ونصف على ٥ بونات، في حين لا يحصل من يستيقظ بعد التاسعة على أي بونات (*Lyttle,1986:231; Banatyne&Banatyne,1993 , 31*).

وقد استخدم أسلوب الاقتصاد الرمزي في برامج رعاية المعاقين عقليا لتكوين السلوكيات المرغوبة مثل ترتيب السرير، وارتداء الملابس المناسبة للأنشطة المختلفة، والاستحمام بشكل منتظم، وتصفيف الشعر، وحضور برامج معالجة الكلام أو التدريب المهني في المواعيد المحددة، والاشتراك في الأنشطة الجماعية وغيرها من الأنشطة المرغوبة. ولقد كان هذا الأسلوب فعالا في تعديل السلوك، لاسيما في مجال الرعاية الذاتية والسلوكيات اللفظية والاجتماعية (الشناوي، وعبد الرحمن، ١٩٩٨: ٣٣٤). وكذلك استخدم أسلوب الاقتصاد الرمزي في التربية والتعليم لمدة تربو على قرن من الزمن في المدارس والمؤسسات، وقد

حقق قدرا معقولا من النجاح؛ حيث إنه يوفر للمعلم نظاما قويا ومستمرًا للضبط والتحكم والسيطرة. (Banatyne & Banatyne, 1993, 31)

العوامل المؤثرة على التعزيز Factors Affecting Reinforcement:

تتوقف النتائج التي يحدثها التعزيز على عدة عوامل منها الفترة

الزمنية بين السلوك والمعزز، وأهمية ونوعية المعزز، وجدول التعزيز.

١ - الفترة الزمنية بين السلوك والمعزز:

Period between Behaviour and Reinforcer

يتم تعلم السلوك الذي يحدث في وقت ظهور التعزيز، أو الذي يعقبه التعزيز مباشرة على نحو أسرع وأفضل من السلوكيات التي يفصل بين حدوثها وظهور التعزيز فترة طويلة. ولذا فمن المهم أن يحصل الطفل على التعزيز فور إتيانه بالسلوك الصحيح بحيث نزيد من أثر التعزيز. أما إذا طالت الفترة بين السلوك الصحيح وتلقي التعزيز، فإن الطفل ربما يحبط وتقل دافعيته. كما أن هناك خطرا آخر يترتب على طول الفترة بين السلوك والاستجابة، ألا وهو أنه ربما حدث سلوك آخر غير السلوك الذي نريد تعزيزه، ويتلقى الطفل التعزيز بعده، فيتم تعزيز سلوك غير السلوك المقصود.

ويعتبر التعزيز الفوري أمرا هاما في المراحل الأولى من برامج تعديل السلوك، لاسيما عندما يكون السلوك المستهدف في مرحلة التكوين. أما بعد أن يستقر أداء السلوك فيمكن أن نباعد بالتدريج بين حدوث السلوك والحصول على المعزز، بأن نزيد المسافة الفاصلة

بينهما بشكل تدريجي؛ حتى لا يصبح السلوك معتمدا على التعزيز الفوري بشكل دائم. إذ أن اعتماد السلوك على المعزز، وعدم قيامه بالسلوك إذا لم يحصل على المعزز يعتبر سلوكا خاطئا ويحتاج إلى تعديل. وجملته القول أننا يجب أن نطفئ تقديم التعزيز بشكل تدريجي.

وفي حالة التعزيز الفوري يسهل اللجوء إلى المعززات الثانوية من قبيل الابتسام، والمدح، والثناء، الشكر، والإشارات والإيماءات التي تعبر عن الاستحسان؛ إذ يسهل تقديمها فور حدوث السلوك. ولكن هذه المعززات الثانوية ربما تكون عديمة القيمة بالنسبة للأطفال الصغار أو بعض الأطفال المتخلفين عقليا الذين لا يدركون معناها، وغيرهم من الأفراد الذين لا تناسبهم إلا المعززات الأولية. وقد يصعب تقديم المعززات الأولية فور حدوث السلوك في بعض المواقف كالحصة الدراسية مثلا. وفي هذه الحالة قد يكون من المفيد استخدام المعززات الرمزية. إذ أن حصول الطفل على البون بعد السلوك مباشرة يخدم هدف التعزيز الفوري فلا يتأثر السلوك بتأخر المعزز، وفي نفس الوقت لا يتمكن الطفل من الحصول على المعززات الأولية التي تحل محل البونات إلا بعد أن يجتمع لديه العدد المتفق عليه من البونات، وفي الوقت والمكان المحددين لصرف المعززات الداعمة (الأولية).

٢ - أهمية وكمية المعزز *Importance and Quantity of Reinforcer*

هناك علاقة طردية بين أهمية وكمية المعزز الذي يحصل عليه الفرد وبين درجة أداء الاستجابة. فكلما زادت أهمية وكمية المعزز

الذي يحصل عليه الفرد بعد استجابة معينة زاد احتمال تكرار هذه الاستجابة. إلا أن هذه العلاقة لا تمضي إلى ما لا نهاية. إذ أن المعزز قد يفقد قيمته إذا أعطي بكميات زائدة، وقد يحدث للفرد تشبع بالمعزز. ويحدث التشبع *satiation* بصفة خاصة مع المعززات الأولية مثل الطعام والشراب. وكذلك قد تعاني المعززات الثانوية من التشبع ولكن بدرجة أقل من المعززات الأولية.

٣- جداول التعزيز *Schedules of Reinforcement*

يقصد بجداول التعزيز تلك القاعدة التي تحدد عدد الاستجابات أو أيها سوف يتلقى التعزيز. وهناك نوعان من جداول التعزيز هما: جداول التعزيز المتصلة أو المستمرة، وجداول التعزيز المتقطعة.

أ- جداول التعزيز المتصلة *Continuous Reinforcement Schedules*:

وفيها تقدم المعززات في كل مرة تحدث فيها الاستجابة. وهذا النوع من جداول التعزيز يناسب الأطفال الصغار، والمعاقين عقليا، إذ يحتاجون إلى التعزيز والمكافأة في كل مرة يحدث فيها السلوك المراد تعليمه لهم. ومن مميزات جداول التعزيز المتصل أن التعلم يحدث بسرعة. ومن عيوبه أن التعلم يكون ضعيفا نسبيا، وقد يحدث انطفاء للسلوك المتعلم إذا توقف التعزيز.

ب- جداول التعزيز المتقطعة *Intermittent Reinforcement Schedules* وفيه يظهر المعزز بعدد أداء عدد من الاستجابات. وقد يكون هذا العدد ثابتا في كل مرة، وقد يختلف من مرة لأخرى، وقد يتم تقديم المعزز بعد كل فترة زمنية معينة؛ كأن يقدم المعزز بعد كل يومين مثلا. ومن مميزات جداول التعزيز المتقطع أن التعلم يكون أكثر قوة، ولا يحدث انطفاء للسلوك المتعلم بعد توقف التعزيز. ومن عيوبه أن التعلم يحدث ببطء ويحتاج إلى مزيد من الوقت.

ويمكن الجمع بين النوعين من جداول التعزيز لتحسين فرص الحصول على تعلم قوي، وذلك باستخدام جداول التعزيز المتصل في البداية مما يؤدي إلى سرعة اكتساب السلوك، ثم بعد ذلك يتم الانتقال إلى جداول التعزيز المتقطع بالتدريج حتى يستقر السلوك المكتسب (الشناوي، وعبدالرحمن، ١٩٩٨: ١٣٧-١٤٠).

٤- العقاب *Punishment*:

العقاب عملية ينتج عنها إضعاف أو توقف الاستجابة التي وقع بعدها العقاب أو نقص احتمال حدوث هذه الاستجابة. وينقسم العقاب إلى عقاب إيجابي وعقاب سلبي.

أ- العقاب الإيجابي *Positive Punishment*:

يقصد به إضافة شيء أو حدث منفر بعد سلوك معين مما يؤدي إلى منع حدوث هذا السلوك أو خفض احتمال حدوثه. فإذا اعتدى الطفل على أخيه مثلا وتعرض للضرب من قبل والده، فإن هذا سيؤدي إلى منع أو

تقليل احتمال حدوث عدوان الطفل على أخيه في المستقبل. وهذا يعتبر عقاب إيجابي؛ فهو عقاب لأنه منع أو قلل احتمال حدوث السلوك، وهو إيجابي لأنه تم بإضافة شيء منفر (الضرب) بعد السلوك غير المرغوب فيه.

ب- العقاب السلبي *Negative Punishment*:

يقصد به استبعاد شيء أو مثير مرغوب فيه بعد حدوث سلوك معين مما يؤدي إلى منع أو تقليص حدوث هذا السلوك أو خفض احتمال حدوثه. فمثلا إذا كان الطفل يستمتع بقصة يحكيها له الوالد، وأثناء ذلك اعتدى على أخيه، وتوقف الوالد عن سرد القصة، فإن هذا سيؤدي إلى خفض احتمال حدوث سلوك العدوان في المستقبل. ويسمى هذا عقاب سلبي. فهو عقاب لأنه أدى إلى خفض احتمال حدوث السلوك، وهو سلبي لأنه عبارة عن حذف أو استبعاد شيء مرغوب فيه (سرد القصة). (الشناوي، وعبد الرحمن، 1991: 133-134)

٥- النمذجة *Modling*:

ويقصد بها إتاحة نموذج سلوكي مباشر أو ضمني (تخيلي) للمتدرب بحيث يكون الهدف توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه أو إكسابه سلوكا جديدا. ويمكن تلخيص أنواع النمذجة في:

أ - النمذجة الحية: تقليد سلوك نموذج واقعي يحدث أمام المتعلم.

ب - النمذجة المصورة: تقليد سلوك نموذج مصور مثل النماذج المصورة في الأفلام.

- ج- النمذجة غير المقصودة: تقليد سلوك النموذج الذي قد لا يقصد النموذج تعليمه للمتعلم.
- د - النمذجة المقصودة: تقليد سلوك النموذج عن رغبة وتصميم بهدف تعلم سلوكيات جديدة.
- هـ- النمذجة الفردية: تقليد سلوك النموذج بشكل فردي.
- و - النمذجة الجماعية: تقليد سلوك النموذج من قبل مجموعة كبيرة من الناس.
- ز - النمذجة الرمزية (التخيلية): تخيل الفرد أن هناك نموذج يقوم بالسلوك المراد تعليمه له (في حالة صعوبة توفير نموذج حي أو مصور)
- ح- النمذجة بالمشاركة (المشاركة): تقليد الفرد لسلوك النموذج أثناء قيام النموذج به بالإضافة إلى حصوله على توجيهات من المرشد أو المعلم (مسافر، ٢٠١٦، ٢٩٦).

٦- الإطفاء *Fading*:

يستخدم أسلوب الإطفاء لإزالة أو إضعاف السلوكيات غير المرغوبة من خلال سحب التعزيز الذي كانت تحصل عليه من قبل بشكل مقصود أو غير مقصود. فعلى سبيل المثال قد يمارس الطفل بعض السلوكيات غير المناسبة أثناء تناول الطعام. والأسلوب المتبع لإزالة هذه السلوكيات أيا كان شكلها هو الإطفاء بأن يتم التدخل لإيقاف ومنع بعض السلوكيات غير الملائمة المتعلقة بالطعام مثل اللعب بالطعام، أو نثره وبعثرته، أو بصقه عن طريق إبعاد الطعام عن الطفل عندما يظهر مثل تلك السلوكيات. وتعرف هذه الفينة أو هذا الأسلوب بـ الوقت المستقطع. فإبعاد الطعام عن الطفل يعني حرمان الطفل من فرصة حصوله على المعزز الأولي. ثم يقوم المدرب بتجاهله؛ ومن ثم يحرمه فرصة من الحصول على التعزيز الاجتماعي. ولذا فإن الوقت المستقطع يحرم الطفل من فرصة الحصول على التعزيز بجميع أشكاله. وربما يكون من المفيد هاهنا استخدام استراتيجية المقاطعة - التجاهل - إعادة

التوجيه - المكافأة والتي سيرد الحديث عنها ضمن فنيات التعليم الملطف. وعلينا ألا نزعج الطفل أو نضايقه. وإنما ببساطة علينا أن نتركه فترة من الزمن ثم نعيد الطعام. أما إذا كان الطفل يبكي، أو يصرخ، أو يحدث جلبتة وضجيجا، فعلينا ألا نعيد الطعام إليه حتى يتوقف. وربما نحتاج لأن نبعد الطعام مرات ومرات قبل أن نتمكن من إطفاء السلوكيات غير الملائمة. وربما يتمثل السلوك غير المرغوب في أن الطفل يرفض الأكل. وفي مثل تلك الحالة، علينا أن نترك الطعام مع الطفل طالما أنه لا يلعب أو يعبت به. وعلينا أن نتجاهل الطفل عندما يعرض عن الأكل. ولكي لا يمتد الأمر إلى ما لا نهاية، يمكن أن نحدد سقفا زمنيا للانتظار. وربما يكون المنبه مفيدا في ذلك. وإذا استمر الطفل في إعراضه عن الطعام، فعلينا أن نبعد الطعام عنه مؤقتا فيما يتعلق بهذه الوجبة. ثم علينا أن ننزل الطفل من مقعده، وأن نتركه يواصل أنشطة أخرى.

استراتيجيات وفنيات التعليم الملطف:

التعليم الملطف *Gentle Teaching* هو إجراء تم تطويره كرد فعل لإجراءات تعديل السلوك المستخدمة مع الأفراد المتخلفين عقليا والتي تشمل الإجراءات التنفيرية والعقابية (مثل الصدمات الكهربائية، والكبح والتقييد، والتصحيح الزائد، والوقت المستقطع). لا يقبل التعليم الملطف تلك الأساليب التنفيرية، ولا يقبل الأعدار بخصوص المال أو الوقت أو العنف لتبرير استخدام أي عقاب تنفيري. ويساعد المعلم علي أن يكون أكثر إنسانية ورفقة. وقد ذكر أنصار التعليم الملطف أدلتا على أنه يصحح السلوك ويقومه دون صياح، أو صدمات، أو كبح وتقييد بدني، أو غير ذلك من الأساليب التنفيرية. (Kohl, 1995: 23; Retish, 1989)

ويستخدم التعليم اللطيف عدة فنيات تركز على فلسفته، وتعتبر عديمة المعنى إذا حرمت من وضعه أو موقفه أو نسقه القيمي الذي يتسم بالتحريير وتقدير كرامة الإنسان. وهذه الفنيات ليست مجموعة من الإجراءات الجامدة، ولكنها مجموعة من الفنيات والأساليب التي يستطيع المعلم أن ينتخب من بينها الاستراتيجية الملائمة (Jones & McCaughey, 1992). وتلك الفنيات ليست جديدة وقد استخدمها الآخرون من القائمين بالرعاية لعدة سنوات خلت، ولكن الجديد هو أن مزج هذه الفنيات يمكننا من تجنب استخدام العقاب، والأهم من ذلك أنه يمكننا أيضا من تعليم الضبط التفاعلي الذي يؤدي إلى الترابط. وليس من الضروري أن يستخدم القائمون بالرعاية كلا من هذه الفنيات بترتيب معين، بل إن عليهم أن يؤسسوا تعليمهم بناء على أحكامهم الخاصة والتي تركز على التغييرات التي تحدث لحظة بلحظة في سلوك الفرد. وليس هناك معادلة منتظمة لتحديد استخدام أي من تلك الفنيات أو طريقة استخدامها نظرا لأن كل فرد له تاريخه الخاص، والقائمون برعايته الخاصون به، واحتمالات نمو خاصة به، وخصائص تعليم فردية. ومن وقت لآخر يمكن تغيير مجموعة الفنيات بناء على احتياجات الفرد. وعلى المعلم أن يتبنى فنياته وفقا لذلك وأن يتجنب الانغلاق على مدخل واحد. وتشكل فنيات التعليم اللطيف مجموعة من الفنيات الفعالة عندما تمزج في مجموعات متنوعة فإنها تؤدي إلى الضبط التفاعلي (Jones & McCaughey, 1992, McGee, 1985 c).

وقد تمكن أنصار التعليم اللطيف من إعداد وتطوير عدد من الاستراتيجيات التي تساعد القائمين بالرعاية على تحقيق الضبط التفاعلي وتجنبهم استخدام العقاب. وهذه الاستراتيجيات ليست جديدة، بل هي استراتيجيات مشهورة وتم اختبارها عبر الزمن، وقد استخدمت لمدة سنوات. والجديد في الأمر هو ذلك المزج بين تلك الاستراتيجيات بحيث يمكن تعليم الضبط التفاعلي الذي يؤدي إلى الترابط، وإلى تجنب

استخدام العقاب (McGee, 1985 c, Jones ,1990). ومن أهم تلك الاستراتيجيات والفنيات ما يلي: (مسافر، ٢٠٠٤: ٦٣-١٠٦)

١- التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة - Ignoring - Redirection - Reward

تستخدم هذه الاستراتيجية كاستجابة للسلوكيات التي تتسم بالتحدي. وجوهرها هو مواصلة تقديم المكافأة (لاسيما التقدير الإنساني) حتى عندما تحدث السلوكيات التي تتسم بالتحدي، وهدفها هو توجيه أفعالنا نحو سلوكيات تتسم بالدفء والعاطفة والمكافأة والتي تؤدي في النهاية إلى المشاركة في التقدير، بينما يتم تجنب أي فنيات تنفيرية. وهي تعني تجاهل السلوكيات التدميرية، وإعادة توجيه الفرد نحو تفاعلات تتسم بالمكافأة، وأخيرا مكافأة الفرد عندما تحدث السلوكيات الملائمة (McGee, et al., 1987: 87; Kohl, 1995: 17)

وتعني هذه الاستراتيجية ألا نقول شيئا للفرد وألا ننظر إليه عندما يأتي بالسلوكيات غير التكيفية، وأن نقوم بتوجيهه نحو مهمة ما لكي نقلل من أي انتباه موجه نحو السلوكيات غير التكيفية، ولكي نزيد من فرص واحتمالات تعليم المكافأة (McGee, 1985c). ومن الضروري أن نتجاهل مثل تلك السلوكيات دون أن نقول شيئا، ودون أن نتواصل بصريا مع الفرد، وأن نبحت عن طرق ملطفة لا تتسم بالتدخل لتوجيه الفرد نحو المهمة. وعملية التجاهل وإعادة التوجيه تخدمان في البدء بتعليم الفرد أن المعلم سوف يظل موجودا، ولن يعاقبه، وسيظل يبحث وينمي وينشئ التفاعلات التي تتسم بالتحريير والإنسانية (McGee, 1985 a). ومن خلال هذه الاستراتيجية يتعلم الفرد تدريجيا أنه سوف يكسب الانتباه والاهتمام (من خلال المكافأة الإيجابية) إذا قام بالسلوكيات الملائمة والتفاعلات المناسبة، وعلى النقيض من ذلك، فإنه سوف يتم تجاهله إذا أتى بالسلوكيات والتفاعلات غير الملائمة (McGee, 1985 a).

إن نموذج التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة يشمل ويشكل مدخل التعليم اللطيف. ومن المهم أن نتذكر أن تلك المكونات ليست خطوات منفصلة أو استراتيجيات تحدث في تتابع مغلق ومعزول. بل إنها عملية ديناميّة تصف بشكل أساسي التفاعل المتغير دائما الذي يبدأه المعلم مستخدما كل الاستراتيجيات متبنيا توكيدا وكثافة مختلفين في أي لحظة بحيث تؤدي إلى المكافأة. إنها سيل من الاقتراحات ذات أغراض وخصائص متعددة. ومن المهم أن ندرك أن التجاهل وإعادة التوجيه يعتبران استراتيجيتان لتعليم المكافأة، وينبغي ألا يحدثا بدونها. حيث إننا نتجاهل ونعيد التوجيه حتى نمنح المكافأة (McGee, et al, 1987: 87).

وتعتبر استراتيجية التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة هي أهم استراتيجيّة من استراتيجيات التعليم اللطيف وأكثرها استخداما. وهذه الخطوات الثلاثة تعتبر عملية واحدة أكثر مما تعتبر فنيات مستقلة. والخطوة النهائية وهي المكافأة هي أهم خطوة من الخطوات الثلاثة في هذا التتابع. وهدف الترابط ينص على أن تلك المكافأة تعتبر تعزيزا اجتماعيا على نحو أساسي. وعندما يتم تقديم المكافأة، يزداد احتمال حدوث السلوكيات الملائمة، ويقل احتمال حدوث السلوكيات المشكّلة. والقائمون بالرعاية بحاجة لأن يتذكروا أن الشناء اللفظي والحسي سيكون ذا معنى محدود أو عديم المعنى بالنسبة للفرد. في البداية (McGee, 1985 c).

وفي كثير من الحالات فإن التجاهل يعني عدم الانتباه للسلوكيات التي تتسم بالتمزيق والتشتت. ويشمل التجاهل كلا من الاستجابات اللفظية والتواصل البصري مع الفرد، وبهذه الطريقة يتم الانتباه على نحو انتقائي للسلوكيات الملائمة فقط. المعلمون ليسوا بحاجة لأن يستخدموا التوبيخ اللفظي، وينبغي عليهم ألا يستخدموه، وكذلك الحال بالنسبة لأي شكل من أشكال التعليمات والأوامر اللفظية أو وصف النتائج كأن يقول المعلم: إذا فعلت كذا فإنك تستحق

كذا. وبالمثل فإن عليهم ألا ينزلقوا إلى الصراعات والمنازعات والخصومات، وألا يشعروا بالحاجة للتجاوب مع استجابة الابتعاد عن المهمة، من قبيل "إنني متعب"، أو "متى سنرحل" (McGee, 1985 c).

والتجاهل يعني أن التعليم يستمر كما لو كان السلوك المشكل لم يحدث، وهذا يعني أن المعلم لا يسمح للسلوكيات المشكلتة بأن تنهي النشاط الذي انخرط فيه الفرد. ويعني التجاهل أيضا أن المعلم بحاجة لأن يطور وينمي سمات شخصية معينة، بحيث لا تهينه تلك السلوكيات، ولأن يتجنب الأوضاع التي تتسم بالعنف، وفي معظم الحالات فإن السلوكيات غير الملائمة تقطع تسلسل تعليم السلوك البديل الملائم (McGee, 1985 c).

إن عملية إعادة التوجيه على نحو مستمر، ومنح المكافأة هي عملية تعليم. ومن خلال التكرار يبدأ الفرد في أن يستوعب معنى المكافأة وأن وجود المعلم ذو خير متأصل ومنفعة متأصلة فيه. وتعتبر المهمة التي يعاد توجيه الفرد نحوها وسيلة يستخدمها المعلم لتجاهل السلوكيات غير التكوينية، ولتعليم قيمة الوجود الإنساني، والمكافأة الإنسانية والمشاركة الإنسانية. وتسمح المكافأة للقائم بالرعاية بأن يسيطر على الموقف بينما يتم توجيه السلوكيات نحو مهمة أو نشاط محدد. وخطوة المكافأة هي أهم خطوة، كما أن الخطوتين الأوليين- التجاهل وإعادة التوجيه ضروريتان حيث إنهما تزيدان من احتمال حدوث المكافأة. وينتج تعلم المكافأة من خلال التجاهل المتكرر للسلوكيات غير الملائمة، ومكافأة الفرد بينما تتم إعادة التوجيه. وبصفة عامة فإن المعلم بحاجة إلى أن يبذل ما في وسعه لمنع حدوث السلوكيات غير التكوينية. وإذا استمرت تلك السلوكيات في الحدوث فإن عليه أن يجد طريقا لمنعها في المستقبل، وعليه أيضا أن يعد العدة لقطع دورة السلوكيات غير التكوينية في لحظة حدوثها (McGee, 1985c).

والغرض من إعادة التوجيه هو توفير حيز قوي للتعليم لكي يعود إلى تلك الأنشطة التعليمية. وتخدم إعادة التوجيه كمثير أو دافع أو حافز في عملية التعلم. إنها تمثل اتصالاً غير لفظي في البداية مع الفرد مفاده أن السلوكيات البديلة المتوقعة سوف تتم مكافأتها. وبدلاً من الاستجابة لسلوكيات الابتعاد عن المهمة فإن المعلم يساعد الفرد على أن يعود للطريق من خلال الاتصال. وفي البداية فإن تلك الرسالة يتم توصيلها على نحو أفضل بطريقة غير لفظية من خلال أفعال المعلم (مثل الإشارات، والإيماءات). والغرض الرئيسي لإعادة التوجيه هو توفير مثير للفرد لكي ينخرط في سلوكيات مرتبطة بالمهمة بحيث يمكن تقديم المكافأة (McGee , 1985 c).

يمكن توضيح تتابع التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة من خلال عدة أمثلة. فإذا كان الفرد مندمجاً في مهمة ما أثناء جلوسه على منضدة، ورمي الأشياء، أو دفع جميع المواد من على المنضدة، فإن ذلك السلوك يجب تجاهله. وبعبارة أخرى فإن المعلم ينبغي ألا يوبخ الفرد، وألا ينظر إليه بغضب، وألا يطلب منه أن ينهض ويعيد الأشياء التي رماها. بل إن رمي الأشياء يجب تجاهله، وينبغي أن تتمثل استجابة المعلم لهذا السلوك في أن يحصل على مواد جديدة من أقرب موقع مهماً لذلك وأن يحفز الفرد على أن يعود إلى المهمة. ويمكن أن يتم ذلك بالإشارة إلى المهمة أو التقاط الأشياء ووضعها بجانب يدي الفرد، أو مساعدة الفرد بدنياً في الانخراط في الالتزام بالمهمة. وبمجرد أن يحدث اقتراب من أي سلوك من سلوكيات الالتزام بالمهمة مثل الاتجاه نحو المواد أو لمسها أو البداية في الانخراط في سلوك ملائم يجب تقديم المكافأة. وبهذه الطريقة فإن عملية تعليم المكافأة من خلال تفاعل المهمة يمكن أن تستمر (McGee , 1985 c).

ومثال آخر لهذه العملية هو أنه عندما يكون الفرد مندمجاً في أنشطة ما ولكنه ينزلق من على الكرسي وينزل من على الأرض. ففي هذه الحالة لا يمكن تجاهل السلوك بمعنى السماح للفرد بأن يبقى على

الأرض أو أن يترك المنطقة. ومع ذلك فإننا لا نركي أي محاولات لإعادة الفرد إلى مقعده بطريقة بدنية. ويتم تجاهل سلوك الخروج من المقعد، بمعنى أنه لا يتم قطع تواصل الأنشطة بسبب سلوك الخروج من المقعد. وأنسب استجابة في هذا الوقت وفقا لفنية التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة هي أن يتبع المعلم الفرد إلى الأرض حاملا المواد في يديه. وتتم إعادة التوجيه من خلال تقديم مشير أو حافز للعودة إلى المهمة بأي شكل تسمح به المهمة ، وعلى سبيل المثال الإشارة إلى المهمة أو حتى مساعدة الفرد بدنيا في الانخراط في سلوك الالتزام بالمهمة. وتلك المثيرات والحوافز تسمح بتقديم المكافأة. وعندما يبدأ تتابع الالتزام بالمهمة/المكافأة فإن الفرد تسهل إعادته إلى مقعده مع تقديم حافز مثل "أحسننت صنعا" ، "دعنا نطرح هذا جانبا ونحصل على الآخر". وعندما يتعلم الفرد أن المهمة والمكافأة سوف تستمران بغض النظر عن مكانه، فإن عودته إلى مقعده سرعان ما تتحقق (McGee , 1985 c).

٢. المقاطعة - التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة

: Interruption – Ignoring – Redirection – Reward

وتعني التدخل بطريقة رقيقة ولطيفة بأقصى ما يمكن لحماية الذات، أو لحماية الفرد، أو لحماية الآخرين. ويجب أن تكون المقاطعة ملامذا أخيرا حتى وإن تمت بطريقة رقيقة وتتسم بالاحترام. فالمقاطعة المتكررة غالبا ما تحدث عندما يتحرك الفرد في نوبة من الغضب الشديد. ومن الأفضل أن نتجنب نوبات الغضب. وعندما يحدث ذلك، يحتاج المعلم لأن يحمي نفسه والآخرين وبصفة عامة يمكن تحقيق ذلك عن طريق إدارة ظهره للفرد. ومن الضروري أن نحمي الفرد بدنيا ولكن بطريقة تتسم بالتجاهل والهدوء. (McGee , 1985 c) وتستخدم هذه الاستراتيجيات نفس مكونات استراتيجيات التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة ، ولكنها تضيف مكونا رابعا يسمى المقاطعة. وتستخدم هذه الاستراتيجيات عندما يكون التجاهل بمفرده غير كاف لوقف السلوكيات ويوجد احتمال تدمير الممتلكات أو

إلحاق الضرر بالفرد أو بالآخرين. وعندما يمارس المعلم المقاطعة فإنه يتتبع يدي الفرد لمنع من إيذاء ذاته أو إيذاء الآخرين. دون أن يمسكه أو يقيده، ولكنه يصده، ويستمر في الحديث مع الفرد بنبرة تنم عن العناية والرعاية والأمان والاهتمام وتدل عليه (Kohl, 1995 : 17).

إن الفهم المقبول على نحو شائع لكلمة "تجاهل" يتضمن السماح بالاستمرار بالإضافة إلى عدم الاهتمام، ويتضمن أيضا أننا لا نقترح استمرار السلوكيات الأكثر خطورة مثل السلوكيات التي تتسم بالعنف أو العدوان أو إيذاء الذات أو التدمير دون الانتباه إليها، بل إن القاعدة الأولى هي أنه لا ضرر ولا ضرار، بمعنى ألا يقع الضرر على أي أحد. والمقاطعة تعني أن المعلم بحاجة لأن يحمي نفسه والآخرين. وإذا وصل سلوك ما إلى حد نوبة الغضب فمن الضروري عندها أن نقاطع ونعترض سلوكيات مثل الخمش، أو ضرب الرأس أو أي سلوكيات أخرى تتسم بالعدوان أو بإيذاء الذات - والسلوكيات في هذه الأمثلة يتم تجاهلها بمعنى عدم الاستجابة بطريقة منظمة كمحاولة التوبيخ، أو إزالة أو تقليص تلك السلوكيات. وعندما تتم مقاطعة السلوك، لا يتم الالتفات أو الانتباه لسلوك الابتعاد عن المهمة ويتم تقديم مثير أو حافز بالإضافة إلى تقديم المكافأة لأي اقتراب من سلوك الالتزام بالمهمة. ومن أمثلة المقاطعة أن يرفع المعلم ذراعيه ليمنع ويحمي نفسه من الفرد أو أن يتتبع في هدوء يدي الفرد الذي يضرب نفسه. ويخدم تتابع المقاطعة - التجاهل - إعادة التوجيه - المكافأة كفنيت أساسية في التعليم اللطيف. وهو يسمح للمعلم بأن يستمر في تعليم المكافأة بينما يشرك الفرد في بدائل ملائمة للسلوكيات غير التكيفية (McGee, 1985 c).

وقد استخدم مينولاسينو ومك جي (Menolascino & McGee, 1985) هذه الاستراتيجيات في دراسة حالة لعلاج إحدى حالات إيذاء الذات. وقد تمثلت المشكلة الأولى في أن الفرد كان يرفض الجلوس والانخراط في المهمة الموكلة إليه. وكان في الأربعين دقيقة الأولى يتجول في الحجرة متجاهلا المثيرات اللفظية والإشارية التي تحثه على

الجلوس. وفي فترة الأربعين دقيقة الأولى تم تجاهل تجوله في الحجرة وسلوكياته الأخرى التي كانت تهدف إلى جذب الانتباه؛ ومن حين لآخر كان يتم توجيهه نحو المهمة، ومن خلال عملية التجاهل وإعادة التوجيه، فإنه سرعان ما تعلم أنه سوف يتلقى التعزيز فقط على الجلوس والانتباه للمهمة. وتمثلت المشكلة الثانية عندما يجلس على المنضدة في تركيز انتباهه على المهمة التي في يده؛ والتي تمثلت في تصنيف ثلاث رقائق ملونة في ثلاث مجموعات حسب ألونها؛ بينما يمارس سلوك إيذاء الذات والذي تمثل في خنقه لنفسه، كما أنه كان يعوق العملية العلاجية بأن يصر على الاحتفاظ بفضة ملفوفة على عنقه وبعدة أشياء في يديه. وبينما كان يجلس في الجلسات الأولى تم إبعاد هذه الأشياء عنه بلطف ورقة. وتمثلت المشكلة الثالثة في إعادة توجيهه من خنق نفسه إلى المهمة. ولتحقيق ذلك طلب منه أن يجلس ويضع يديه على المنضدة. ثم قدمت إليه إشارة بأن يضع يديه على المنضدة ثم قدم إليه الثناء اللفظي والحسي على التصنيف الصحيح. وتم تجاهل الاستجابات الخاطئة وأعيد توجيهه، ثم تم إطفاء هذه المساعدة البدنية قبيل الجلسة العاشرة. وقد ركزت هذه العملية العلاجية على اكتساب الضبط التعليمي مع وجود التسامح والدفء. وقد تم تحقيق هذا الضبط من خلال الزيادة في سلوك الالتزام بالمهمة وإزالة سلوك خنق الذات.

٣- منع وتخفيف الاستجابات غير المرغوبة

Preventing and Defusing Undesirable Responses

أ- تحديد المقدمات السلوكية *Identify behavioural precursors*
 هناك حاجة ماسة لتحديد مقدمات السلوك. فعلى المعلم أن يكون حساسا للإشارات السلوكية التي تؤدي إلى العدوان أو إيذاء الذات. فعلى سبيل المثال قد يبدو الفرد متوترا، وربما تبدو علامات الضيق على وجهه فتحمر وجنتاه، وتنتفخ أوداجه ويبدأ في الارتجاف، وتزداد نبرة حديثه حدة وشدة. ومن خلال تحديد هذه المقدمات السلوكية فإن المعلم

يستطيع أن يغير توجيه السلوكيات الضارة المحتملة عن طريق خفض المطالب والأوامر، وزيادة المشاعر الإيجابية المتمثلة في الصبر والتسامح. (Kohl,1995:15)

وتحديد المقدمات السلوكية التي تسبق سلوكيات المقاطعة يعتبر أحد الطرق المستخدمة لمنع بداية السلوك غير المرغوب. وقبل بداية السلوكيات أو الاستجابات التفاعلية التدميرية المحتملة، فغالبا ما يقدم الأفراد إشارات واضحة تحذر من الثورات العنيفة اللاحقة. وإذا استطعنا أن نحدد تلك السلوكيات السالفة أو المقدمات السلوكية، فإننا غالبا ما نستطيع أن نقوم ببعض التعديلات لمنع تلك السلوكيات التخريبية من الزيادة والتصعيد. إن فترات التوقف عن المشاركة والأخطاء الزائدة، والتغيرات في تعبيرات الوجه، والتغير المتكرر في وضع الجسم ما هي إلا غيظ من فيض السلوكيات التي يمكن أن ترمز إلى بداية المشكلة السلوكية. (McGee , et al. , 1987 : 98)

والغرض من تحديد تلك المقدمات السلوكية هو أن نستطيع أن نعلم بطريقة تعتمد على المبادأة ، وليس بطريقة تعتمد على رد الفعل. وعندما يجب على المعلم أن يتفاعل مع استجابة غير مرغوبة، فهناك احتمال بأن ذلك التفاعل في حد ذاته سوف يقوى التفاعلات التي تليه. وعلى سبيل المثال إذا رمى شخص ما بعض الأشياء على الأرض وطلبنا منه أن يلتقطها ثانية، فإننا حينئذ نعلمه أن يرمى، ويفضل أن نخفف سلوك رمى الأشياء من خلال تجاهله وإعادة توجيه الفرد. وعندما ننجز ذلك، فإن علينا أن نمنعه من الحدوث في المستقبل عن طريق السيطرة الأولية على مقدماته (Glynn, 1985, McGee, et al., 1987: 99).

بد التنظيم البيئي *Enveronmental Management*

ويعنى إعداد الموقف المادي بطريقة تزيد من فرص تعلم المكافأة عن طريق منع حدوث السلوكيات غير التكوينية. حيث يستطيع القائمون بالرعاية أن ينظموا عناصر متنوعة ومتعددة في البيئة بحيث يتم منع بداية الاستجابات التي لا تتسم بالمشاركة أو يتم تقليص تأثيرها على عملية التعليم والتعلم إلى الحد الأدنى. وتشمل تلك المتغيرات ترتيب قطع الأثاث، ومواقع الأشخاص الآخرين، وسهولة الوصول إلى الباب أو النوافذ أو المواد، وموقع المعلم بالنسبة للمتعلم.. الخ. وعن طريق تنظيم وترتيب البيئة يمكننا أن نقلل احتمال حدوث السلوكيات غير التكوينية والسلوكيات التخريبية، وأن نزيد التفاعلات الإنسانية المتبادلة. (McGee, 1985 c, McGee, et al., 1987: 99)

فالبيئة الطبيعية تعتبر من المتغيرات المهمة في عملية العلاج. ويجب على المعلمين أن يكونوا قادرين على ضبطها لكي تناسب وتسهل عملية إعادة التوجيه. ومن الضروري تحقيق الضبط السلوكي في بيئة تسمح للفرد الذي يعاني من العزلة والانفصال بأن ينتقل ويتحرك في المكان الذي يحدث فيه العلاج؛ ويمكن تحقيق ذلك من خلال التجاهل، وإعادة التوجيه، والمقاطعة. وثمة حاجة لترتيب البيئة بحيث يزداد احتمال انتباه الفرد. وينصح باستخدام فنية التعليم الذي يحاول تلافي الأخطاء هنا. ويقوم المعلم بتوفير المساعدة البدنية واللفظية المطلوبة لإنجاز المهمة بنجاح. (McGee, 1985 d)

وأي نقص في احتمال السلوك التخريبي يزيد احتمال حدوث التفاعلات المكافئة. فالجلوس على جانب آخر من المنضدة بعيدا عن شخص ذي سلوكيات عدوانية يقلل من فرص تعرض المعلم للضرب. كما أن إبعاد المواد الغريبة عن المنضدة أو منطقة التعلم يقلل من فرص رمى هذه الأشياء. إن كلا من تلك الترتيبات الوقائية تستخدم فقط عندما يحتمل أن يحدث أي سلوك من تلك السلوكيات. وبمجرد أن

يختفي ذلك الاحتمال، فإن المعلمين ينبغي أن يعودوا إلى ترتيبات البيئة الطبيعية العادية. إن التنظيم البيئي يدعم كلا من استراتيجيات التجاهل والمقاطعة وغالبا ما تتم إعادة توجيه سلوكيات إيذاء الذات مثل جذب الشعر وشفح الوجه بسهولة إذا جلس المعلم خلف الفرد بدلا من إن يجلس أمامه، حيث إنه يستطيع أن يتعقب يدي الفرد خلست دون أن يشعر. ويمكن تجاهل سلوك رمى الأشياء إذا كانت المنضدة التي يجلس عليها الفرد غير موجهة لشخص آخر أو للنافذة. ومن خلال تنظيم البيئة نستطيع أن نمنع بداية الاستجابات غير المرغوبة وأن نحصل على فرص لتعليم نماذج تفاعلية جديدة. إنه يفتح الباب لتعليم الأفراد الذين يتسمون بالتحدي مزيدا من طرق التفاعل التي تتسم بالمكافأة.

(McGee , et al. , 1987 : 99 – 100)

وينبغي ألا تصبح تلك التعديلات عوائق تمنع الفرد من أن يندمج في بيت طبيعي، أو في مدرسة طبيعية أو في بيئات العمل الطبيعية، بل ينبغي أن تحدث في المواقف الطبيعية وليس في مواقف معزولة، لأن أي تغيرات تتم ينبغي أن تكون خفيفة ومؤقتة. فهي لا تطلب مباني وحجرات وأثاث خاص. بل كل ما تحتاجه هو التنظيم المبدع والمرن والتلقائي للمواقف الطبيعية. (McGee , et al. , 1987 : 100)

ويوجد عدد من المتغيرات السلبية التي يمكن ضبطها وتنظيمها بطريقة تؤدي إلى زيادة احتمال حدوث سلوكيات الالتزام بالمهمة وتشمل هذه المتغيرات ترتيب الأثاث، ونوع الأثاث؛ مثل الكرسي المزود بمسند على الجانبين مقابل الكرسي غير المزود بذراعين، ومواقع الأفراد الآخرين في الحجرة، وسهولة الوصول إلى الأبواب والنوافذ والحجرات، ومواد التدريب الإضافية، وموقع المعلم بالنسبة للفرد.. الخ. وعن طريق ضبط هذه المتغيرات والسيطرة عليها سيستطيع المعلم أن يزيد فرص عدم انخراط الفرد في سلوكيات الابتعاد عن المهمة زيادة كبيرة. وعلى سبيل المثال إذا كان الفرد يتشتت انتباهه بسهولة بفعل شخص آخر في الحجرة فإن تغيير مكان الشخص الآخر بحيث لا تقع عليه عين الفرد يقلل من فرص تشتت انتباه الفرد. وكذلك فإن نقل جميع المواد الغريبة

من على المنضدة أو من المنطقة التعليمية الأخرى يقلل من فرص حدوث سلوكيات رمى الأشياء. ومن خلال الضبط البيئي أو التنظيم البيئي لسلوكيات الابتعاد عن المهمة فإن فرص حدوث الالتزام بالمهمة ستزداد بشكل تلقائي. ومن خلال منع الاستجابات التي لا تلقى مكافأة، فإن التحدي المتمثل في تعليم المكافأة يصبح أسهل وأسهل ويجب أن يتم الضبط البيئي بطريقة لا تتسم بالتدخل. والمعلمون بحاجة لأن يبذلوا ما في وسعهم لكي يحققوا التكامل والاندماج مع الفرد في سياق اليوم الطبيعي وفي تيار الحياة الدافق، بينما يتوخون الحذر لمنع حدوث السلوكيات غير التكيفية في نفس الوقت. (McGee, 1985 c)

جـ- التعليم في صمت : *Teaching in Silence*

التعليم في صمت يعني الاستخدام الأولى للحد الأدنى من التعليمات اللفظية لكي تزداد المكافأة اللفظية قوة، واستخدام مزيد من اللغة بالتدريج بينما يتم تعلم المكافأة، وهذا يتطلب استخدام وسائل اتصال غير لفظية مثل الإشارات والإيماءات جنبا إلى جنب مع التعليم في صمت لتسهيل الاستجابات الصحيحة ولزيادة قوة المكافأة اللفظية. (McGee , 1985 c).

والتعليم في صمت أسلوب تدعيمي مألوف ومعروف يساعد في تركيز الاتصالات على المكافأة. فكثيرا ما يشعر المعلمون أنهم مجبرون على أن يلاطفوا ويتملقوا بالألفاظ أولئك الأشخاص المتمردون ولكنهم إذا استخدموا ألفاظهم وكلماتهم بهذه الطريقة، فإن المكافأة اللفظية تفقد كثيرا من زخمها وقوتها. ولتجنب ذلك يمكننا أن نحدث المشاركة من خلال استخدام الإشارات والتلميحات، ومن خلال المثيرات غير اللفظية. لأن المثيرات والتوجيهات اللفظية إذا تراكمت على التفاعلات فسيكون من الصعب أن نتصل بأولئك الأشخاص الذين نحاول أن نكافئهم بكلماتنا، وستذهب قيمة المكافآت اللفظية أدراج الرياح. فيمكن أن تفقد الكلمات قيمتها بسهولة في فيض من الألفاظ والكلمات، ومن الأسهل أن نركز على الاستجابات المكافئة وأن نخفض

ونلطف الاستجابات السلبية إذا قمنا بالتعليم في صمت. وبالإضافة إلى ذلك فإن كثيرا من الأفراد ذوي السلوكيات التي تتسم بالتحدي غالبا ما تكون لديهم اضطرابات لغوية. وربما تكون كلماتنا ذات قيمة محدودة في الاتصال بهم، بل وربما تثيرهم أكثر مما ينبغي، وفي تلك الحالات تزداد أهمية استخدام التعليم في صمت. (Glynn, 1985; McGee et al., 1987: 100)

وعندما نرغب في تعليم شخص ما أن يستجيب لمثير لفظي، فإننا يجب أن نستخدم تعليمات متناسقة ومتناغمة. فتكرار المثير اللفظي نادرا ما يكون أسلوبا فعالا. ولذا يجب استخدام الألفاظ بأقصى درجات الحذر حتى تكون قيمة المكافأة متناسقة ومتساوقة. وعندما يبدأ العدل التفاعلي والمساواة التفاعلية في البزوغ فعندئذ نستطيع أن نركز على تقديم وتطوير اللغة المعبرة. والمعلمون الذين غالبا ما يتفاعلون بطريقة لفظية، ثم بالإشارات والتلميحات، ثم بطريقة بدنية يدفعون الفرد دفعا إلى العدوان ولا يوفرون له إلا قليلا من الفرص لتعلم التفاعلات التي تتسم بالمكافأة. في حين أن التعليم في صمت لن يكون الأسلوب الوحيد لتغيير تلك التفاعلات، فهو يوضح ويبين كيف أننا نسئ استخدام المثيرات والتصحيحات اللفظية ونسرف ونفرض في استخدامها. (McGee, et al., 1987: 101- 102)

د- الإثارة الدقيقة الحذرة *Precise and Conservative Prompting*

نبغي أن نستخدم الاتصالات اللفظية بدقة وحذر بقدر المستطاع. وينبغي أن تؤدي تلك الاتصالات إلى توصيل رسالة للفرد. فالإفراط في الإثارة يؤدي إلى الارتباك. ومن الأفضل بصفة عامة المبادرة بتفاعلات مرغوبة أو إعادة توجيه التفاعلات غير المرغوبة بطريقة غير لفظية. وينبغي أن نستخدم تلك التفاعلات في إخبار الفرد بما ينبغي أن يفعل وليس ما يجب ألا يفعل. فإذا رمى الفرد شيئا ما، وقام المعلم بالطرق على المنضدة بغضب وبشكل متكرر، فإن ذلك الإفراط في رد الفعل ربما يعلمه أن رمى الأشياء وسيلة فعالة لتجنب التفاعل أو لكسب الانتباه.

وإذا قام المعلم بعملية التحفيز والتصويب على نحو يتصف بالإلحاح والمثابرة، فإن إعادة التوجيه تصبح مفقودة ولا تحدث المكافأة. كما أن توقيت المثيرات أو الحوافز يعتبر أمرا بالغ الأهمية ويحتاج إلى حساسية. فينبغي تقديم الحد الأدنى منها أثناء التأكد من أكبر قدر ممكن من النجاح. وينبغي أن تركز تلك المثيرات والحوافز على البدء في المشاركة ومواصلتها واستمرارها، وليس مجرد إكمال المهام. وإذا انتظرنا حتى يبدأ الفرد في المشاركة حتى نكافئه، فربما لا نستطيع أن نمنح المكافأة أبدا. (McGee, et al., 1987: 103)

هـ استخدام المهمة كوسيلة *Using the Task as a Vehicle*

يعتبر كثير من المعلمين أن المهام واكتساب المهارات هما الغرض الرئيسي لجميع البرامج. ولكن التعليم الملتف - دون أن ينفي الحاجة لاكتساب المهارة، ودون أن ينفي قيمة اكتسابها - يرى أن المهارات والمهام ثانوية بالنسبة لتعلم التفاعلات المكافئة. وتكمن أهميتها الأساسية في أنها توحد الناس وتوفر البناء والفرصة للمشاركة في التقدير. وإذا كان الفرد يعيش في موقف لا يوجد فيه بناء أو تركيب مكثف ذي توجيه تعليمي، فلن يكون هناك إلا القليل من الفرص لتعليم المكافأة. وعلى نحو مماثل إذا كان الفرد يعيش في موقف يكون التركيز الأساسي فيه على اكتساب المهارة، فإن المكافأة لن تحدث بالكفاءة الكافية لإحداث الترابط. وينبغي أن ترقى المهام تدفق التفاعلات، والمشاركة، والمكافأة. (McGee, 1985 c) والحق أن المهمة في حد ذاتها تعتبر ذات أهمية محدودة عند مقارنتها باستخدام المهمة كوسيلة أو كطريقة لتعليم قيمة الوجود الإنساني والمكافأة الإنسانية (Jones, 1994 ; et al., 1991).

ويجب أن يتأكد المعلمون من أن كل فرد سوف ينجح في المهام بحيث يصبح احتمال المشاركة الناجحة خاليا من الأخطاء بقدر المستطاع. وينبغي أن تكون لدينا الرغبة على نحو متواصل لتعديل المثيرات، وترتيب المواد، وتعديل مستويات الأداء المتوقع أو أي معايير أخرى

للمشاركة الناجحة والتفاعل الناجح .. وهناك عدة أسباب تدفعنا لاستخدام المهام كوسيلة، فإذا كان المعلم سيقوم بإعادة توجيه السلوك غير المرغوب، فيجب أن تكون الاستجابات البديلة متاحة للمعلم وأن تكون ميسورة وسهلة المنال بالنسبة للفرد. ويزداد احتمال إعادة توجيه زيادة كبيرة عندما تكون هناك عدة أشكال متاحة من التفاعل والمشاركة. كما أن التفاعل الناجح والمشاركة الناجحة تزيد من احتمال هيمنة المكافأة على التفاعلات. وإذا رفض شخص ما أن يشارك في مهمة ما، فيجب على المعلم أن يجد طريقة لجعل مهمة معينة سهلة وفي متناوله. وربما يتضمن هذا إعادة توجيه تعتمد على التلميحات. وإذا ظل الفرد يرفض المشاركة، فربما يجب على المعلم أن يقدم قدرا قليلا من المثيرات البدنية أو أن يقبل قليلا من الاقتراب نحو المشاركة كسلوك قابل للمكافأة. والمدخل هنا هو خلق استجابات يمكن مكافأتها. والتحدي الذي يقع على عاتق المعلم هو أن يكتشف مدخلا للمشاركة الإنسانية. وإذا كان الفرد يعرف كيف يؤدي مهمة معينة، ولكنه يرفض التفاعل، ويرفض المشاركة، فإن ذلك لا يعنى أن المشاركة قد توقفت إلى الأبد (McGee, et al., 1987: 104).

و. الاحتفاظ بالتركيز التفاعلي *Maintaining an Interactional Focus*
لتخفيف أو منع الاستجابات غير المرغوبة فإننا ينبغي أن نكون واعين دائما بموضع تركيزنا ألا وهو تعليم المكافأة. ورغم أن ذلك يرجع إلى الاقتناع أو الاعتقاد أكثر مما يرجع إلى الأسلوب التدعيمي أو الفنية التدعيمي، فإنه يؤثر تأثيرا كبيرا على ما نفعله. فإذا كان هدفنا هو تحقيق الضبط والسيطرة أو الإذعان، فسيكون حتما أن نستخدم العقاب والكبح في الأعم الأغلب. أما إذا كان هدفنا هو تعليم الترابط، فإننا عندئذ سنخلق طرقا لجعل المكافأة متاحة وميسورة وسهلة المنال وسوف نتجنب الإجبار اللفظي أو البدني. أما إذا كان تعليم المكافأة هو موضع تركيزنا فإن الأساليب التي نستخدمها سوف تقودنا حتما إلى إحداث المكافأة، وعلى سبيل المثال إذا انسل شخص ما وخرج من مقعده، وقد كانت هناك فرصة سابقة لمكافأته، فإننا ربما نختار أن

نتجاهل الاستجابة ونقوم بتعليم الفرد على الأرض. إن فرصة منح المكافأة أهم من الجلوس على الكرسي. أما إذا كان الانسلال والخروج من الكرسي مقدمة للبدء في ضرب الرأس فإننا ربما نختار مقاطعة ذلك السلوك أثناء إعادة توجيه الفرد، أو ربما نقرر أن سعادة الفرد قد تعرضت لتهديد كبير ونختار أن ننهى النشاط وأن نعيد توجيه الفرد نحو نشاط بديل. ولكي يكون للمنع والتخفيف غرض مستمر، يجب أن تحل الاستجابات والسلوكيات التي تتسم بالتقدير المتبادل والتحرير المتبادل محل الاستجابات التي تنتقص من قدر الفرد وكرامته. ومهمتنا المستمرة الدائمة هي إحداث المشاركة بحيث يمكن أن نقوم بتعليم معنى المكافأة الإنسانية (McGee, et al., 1987: 105 – 106)

٤. إطفاء الدعم *Fading Support*

تستخدم هذه الفنية لجعل الفرد أكثر استقلالاً وأقل اعتماداً على المعلم. وتسعى هذه الفنية إلى تحقيق الاندماج مع الآخرين من المعلمين والأفراد في علاقة ما لتسهيل الاعتماد المتبادل على نحو صحيح. وغالبا ما يكون مستوى الدعم مكثفا في المراحل الأولى، ولكن كلما أصبحت التفاعلات أكثر عدلا وأنصافا فإن درجة الدعم ينبغي أن تقل. والإطفاء هو تلك العملية التي تمكن من حدوث ذلك الانتقال. وتشمل الخفض التدريجي للدعم اللازم للاحتفاظ بالمشاركة. وبينما يتم تعلم المعنى الإنساني للمكافأة، وبينما يرمز وجود المعلم إلى الأمن والأمان، فإن احتمال حدوث المشاركة سيزداد، وبينما يحدث ذلك فإن المكافأة تحل محل الدعم الأولى اللازم للمشاركة. (Kohl, 1995: 16, McGee, undated)

أ. إطفاء التجاهل وإعادة التوجيه

Fading Ignoring and Redirection

يمكن أن نطفئ الاستراتيجيات والأساليب أو الفنيات التي تخدم وتعمل كميكانيزمات لتخفيف أو منع التفاعلات غير التكيفية كلما تبني الفرد بالتدريج سلوكيات تعكس التفاعلات التي تتسم

بالمكافأة. فخفض أو تقليص استخدام التجاهل وإعادة التوجيه يحدث كلما بدأ وجودنا يمثل المكافأة وهذه عملية رقيقة ودقيقة تحتاج إلى مراقبة تتسم بالقرب والمرونة. وغالبا ما يكون هناك مد وجزر في هذه العملية ويجب أن تكون لدينا القدرة على إعادة تلك التدعيمات ولو بصورة مؤقتة عند الضرورة. وكذلك تتم إزالة واستبعاد الأساليب والفيئات التي تدعم تلك الاستراتيجيات. فعلى سبيل المثال، نقوم في كثير من الحالات بتغيير الأثاث أو تغيير ترتيب المقاعد، أو موقع أفراد آخرين في الموقف، أو موقع بعض المواد بهدف منع أو تجنب التفاعلات غير التكميلية أو غير المرغوبة. وكلما زادت المشاركة، قلت الحاجة للتغيير والتعديل البيئي لمنع التفاعلات غير التكميلية واشترك الفرد بالتدريج في أنشطة ونظم عادية وطبيعية. (McGee, et al., 1987:106 – 107)

١- إطفاء وجود المعلم: *Fading the presence of the Caregiver*: هناك عدة عوامل ترتبط بمستوى مشاركة الفرد وتؤثر على اقتراب المعلم ودرجة اتصاله. وبصفة عامة هناك بعض المهام أو الأنشطة المتاحة فعلا كوسائل للمشاركة، ويمكن التنبؤ بنتائجها، كما أن الفرد يستطيع أن يكملها بنجاح ويزداد احتمال عدم احتياجه إلى الدعم، أو احتياجه إلى قدر أقل منه. ويستطيع المعلمون أن يطفئوا ويقلصوا وجودهم أثناء تلك اللحظات وأن يعلموا الفرد العلاقة بين المشاركة والمكافأة. وفي حالات أخرى، قد تكون هناك حاجة لقضاء وقت أطول لمنع وتخفيف التفاعلات غير التكميلية من خلال التجاهل وإعادة توجيه الفرد نحو المشاركة، فالدعم الزائد من قبل المعلم ضروري لفترة من الوقت. وثمة قدر معقول من تنوع مستوي الدعم الذي يحدث في التعليم اللطيف. وهناك عدة عوامل تؤثر على ذلك، ومنها: الوضع أو الموقف القيمي الذي يتبناه المعلم، وخبرته، وتاريخ التفاعلات بينه وبين الفرد، والبيئة، ودرجة الإعاقة العقلية، ومظاهر العجز الأخرى. وبغض النظر عن تلك العوامل، فإننا بحاجة لأن نركز على تعليم العدل والمساواة والإنصاف بسرعة بحيث يمكن إطفاء الاقتراب. والمستويات الكبيرة من الدعم والتفاعل ضرورية ومطلوبة لنسبة قليلة من الأفراد.

حيث إن لديهم ذخيرة محدودة من المهارات المكتسبة، كما أن لديهم مجموعة كبيرة من التفاعلات غير التكوينية التي تتسم بالثابرة والإلحاح. فالدعم مطلوب لجعل المكافأة سهلة المنال بالنسبة لهم. (McGee, et al., 1987 : 107)

فنيات تدعيمية : *Supportive Techniques*

هناك بعض الفنيات التي يمكن أن تستخدم في إنشاء وتأسيس علاقة إيجابية أثناء المهمة أو النشاط. وتلك الفنيات تمكن المعلم من تجنب استخدام العقاب؛ والأهم من ذلك أنها تسهم في تعليم الضبط التفاعلي والذي يؤدي في النهاية إلى الترابط أو الاعتماد المتبادل. ومن هذه الفنيات ما يلي: (مسافر، ٢٠٠٤ : ١١٠-١١٢)

١- تعليم يحاول تلاشي الأخطاء *Errorless Teaching*

ويعنى تعلم المهارات في تتابع يسهل اكتسابها، وتوفير المساعدة الملائمة لتجنب الأخطاء بحيث يمكن أن تخدم المهارات التي تم إعدادها كوسيلة لتعليم المكافأة عبر اليوم. والغرض منه تسهيل مشاركة الفرد، وخفض مستوى الإحباط وزيادة التفاعلات بين الفرد والمعلم، وإلى التركيز على منح التقدير (McGee, 1985 c, Kohl, 1995: 14). وفيه يتم تقديم بعض المهام للفرد ليكملها أو ينجزها بطريقة تزيد من احتمال استجابته على نحو صحيح، ومن ثم يتمكن من كسب الإطار والشأن الاجتماعي (McGee, 1985 d). فعلى سبيل المثال إذا بدأ أحد الأفراد في تناول الطعام فيمكن أن يقوم المشرف بوضع يده على حامل الملعقة والسكين؛ حيث إن هذا سيؤدي إلى زيادة احتمال نجاح الفرد في المهمة. ويقوم هذا الأسلوب ببناء وتشكيل عملية التعلم بحيث يتعلم الفرد من النجاح ويتجنب الفشل. وفي النهاية عندما تتحسن كفاءة المهمة يمكن تقليل مساعدة المعلم (Steele, 1995).

وهدف فنية التعليم الذي يحاول تلافي الأخطاء هو تقليل المطالب أو الأوامر المرتبطة بالمهمة من خلال جعلها سهلة بقدر المستطاع وعلى

سبيل المثال عند تعليم الفرد نشاط إعداد الطعام، توجد عدة مكونات يجب مزجها في إناء وعن طريق ترتيب مواد التدريب في ترتيب صحيح (إناء، مكونات أ، مكونات ب، ملعقة... الخ)، مع البدء بأول مادة قريبة من الفرد والإبقاء على بقية المواد بعيدة عنه، فإن فرص أداء التابع في الترتيب الصحيح تزداد بدرجة كبيرة. وكلما ازدادت السلوكيات الملائمة، ازدادت فرص تعليم المكافأة (McGee, 1985 c). وتقترن بهذه الفنية فنية تحليل المهمة التي سبق الحديث عنها.

٢- المتغيرات البيئية *Environmental variables* :

هناك عوامل أخرى يجب أن توضع في الاعتبار قبل التفاعل مع الفرد، مثل المكان الذي نجلس فيه، وطريقة وقوفنا واقترابنا من الفرد وكلامنا معه ولمسنا إياه، ودرجة حرارة الحجر، وشدة الضوء، ومستويات الضوضاء والصخب والضجيج. والهدف من ذلك هو خلق بيئة تزيد من المشاركة (Kohl, 1995 : 14).

٣- المشاركة المتكافئة *Co-Participation* :

وتشير المشاركة المتكافئة إلى تسهيل التفاعل بين المرشدين والمسترشدين، حيث إنهم يدخلون الشخص ذي الاحتياجات الخاصة في مهام ذات معنى ويوفرون أي مساعدة ضرورية لإتمام المهمة بنجاح. فالمهام تجمع الناس معا وتتيح الفرصة للمشاركة في التقدير. وينصب التركيز في المقام الأول على التفاعل البشري وليس على إتمام المهمة. وتسعى هذه الفنية لخفض المشاركة الخاطئة، ولخلق الفرص لمنح التقدير وتبادل المشاركة، وتكثيف الاعتماد المتبادل (McGee, undated, McGee, et al., 1987: 103).

وتتلخص هذه الفنية في أداء المهمة مع الفرد لإحداث معنى الاندماج والاشترك الإنساني، بدلا من التركيز الأولى على الإذعان واكتساب المهارة. وهي تتطلب من المعلم والفرد أن يجلسا جنبا إلى جنب لأداء مهمة ما معا ولا يلقى المعلم أوامره وطلباته على الطفل لأداء المهمة.

كما أنه لا يسمح بحدوث أي نوع من السيطرة (سواء كانت لفظية أو غير لفظية) أو أي نوع من الكبح أو التقييد. ومن المأمول أن يؤدي هذا إلى منع الصعوبات السلوكية بينما تزداد مشاركة الأفراد . (McGee, 1992, Kohl, 1995)

٤. توفير البدائل (إعطاء الفرصة للاختيار) *Giving Choices* :

تستخدم هذه الفنية لزيادة مشاعر الحرية في اتخاذ القرار لدى الفرد. وبينما تزداد مشاركة الفرد مع المعلم ، فإن على المعلم أن يبدأ في إطفاء المساعدة التي كان يقدمها للفرد من قبل. (Kohl , 1995 : 16) وفي هذه الفنية يطلب من المعلمين أن يقدموا أكبر عدد ممكن من فرص الاختيار فبدلاً من أن يقول المعلم: "هيا يا سارة اذهبي لتأكلي." يمكنه أن يقول: "هل تريدان أن تأكلي الآن أو أن تنتظري حتى ينتهي هذا البرنامج التليفزيوني؟" ومن ثم يساهم في زيادة شعور الفرد بحرية الإرادة. وغالبا ما تؤدي الجدولة الصارمة الموجودة في المؤسسات والبرامج الرسمية إلى منح الأفراد عددا قليلا جدا من فرص الاختيار. ومثل تلك القيود تؤدي إلى الإحباط والغضب عندما يشعر الفرد أنه لا حول له ولا قوة، وأنه يفترق إلى أي شعور بالسيطرة. في حين أن توفير البدائل والاختيارات يزود الأفراد بشعور من القوة والسيطرة في حياتهم. (Steele , 1995)

٥. الحوار الذي يتسم بالتقدير غير المشروط: *Dialogue of Unconditional Valuing*

تستخدم هذه الفنية لتسهيل منح التقدير، واستثارة التقدير، وتبادل التقدير، ولزيادة احتمال المبادرة بالتقدير. ويجب أن يستمر هذا الحوار خلال المهمة أو النشاط. وبيت القصيد هنا هو مواصلة ذلك التقدير حتى إذا أصبح الفرد عدوانيا أو رفض المشاركة أو مارس إيذاء الذات (Kohl, 1995: 16; McGee, undated).

٦- ضبط المثير *Stimulus Control* :

ويعنى محاولة تحقيق النجاح بان نضع في اعتبارنا عوامل مثل ترتيب المهام وضبط المواد، وصعوبة المهمة. وضبط المثير مشابه إلى حد كبير لفنية الضبط البيئي وهو يختلف عنه بشكل أساسي في أنه يرتبط بأحداث معينة في ترتيب المهمة. وكما أنه من الممكن تعزيز فرص الأداء الناجح من خلال ضبط العوامل البيئية والسيطرة عليها، فمن الممكن أيضا زيادة احتمال الأداء الناجح وزيادة احتمال المكافأة من خلال ضبط المتغيرات المرتبطة بالمهمة وتنظيمها، كما أن موقع المواد، واستخدام اللوحات أو أي وسائل أخرى لتوفير المعلومات عن التسلسل الصحيح للأنشطة أو أي توظيف آخر للمهمة يمكن أن يؤثر على احتمال النجاح في المهمة كما أن زيادة فرص النجاح تزيد من احتمال منح المكافأة وتعليمها (McGee , 1985 c).

٧- التشكيل *Shaping* :

التشكيل فنية تعليمية أساسية تستخدم في التعليم اللطيف حيث إنه يسمح بمكافأة الاقتراب الناجح من الاستجابة المستهدفة. والجانب الهام في عملية التشكيل هو أنها تسمح بجرعات كبيرة من المكافأة على استجابات أقل من درجة الإتقان. ويعتبر هذا المزيج من المكافأة العالية والتوقع المنخفض أساسيا بالنسبة للتعليم اللطيف حيث إنه يجعل قواعد منح المكافأة أكثر طيبة ويوفر فرصا كبيرة لتعليم المكافأة. وبهذه الطريقة فإن عملية التعليم تصبح موجهة نحو المكافأة بدرجة كبيرة. وبالإضافة إلى ذلك فإن هذه الفنية تتجنب مواقف عدم الفوز التي تحجب المكافأة حتى يتم تحقيق شروط محددة بوضوح. وبدلا من ذلك يتم تسهيل التعليم، وتصبح المكافأة سهلة المنال بأن تتطلب مستويات بسيطة من الأداء. حيث إن المتعلم ينخرط على نحو متزايد في المهمة، ويزداد توقع سلوك أكثر دقة، وبينما يتكرر حدوث المهمة بنجاح ويقترن بمكافأة مناسبة يستطيع المعلم عندئذ أن يجعل المهمة أكثر تعقيدا وأن يقلل من درجة المكافأة (McGee , 1985c).

٨- الإطفاء *Fading*:

الإطفاء فنية متناسقة ومتناغمة ومتساوقة مع التشكيل . حيث تتطلب المهام الجديدة قدرا معقولا من المساعدة من جانب المعلم للفرد ليستطيع أن يكمل النشاط التعليمي. وبينما تتم مكافأة الاقتراب الناجح أثناء عملية التشكيل فإن الفرد لا يحتاج إلا قدرا أقل وأقل من المساعدة، وتتم إزالة المساعدة بالتدريج بينما يصبح الفرد أكثر استقلالا في المهمة، وربما تكون هناك حاجة لزيادة المكافأة من أجل الاحتفاظ باستجابات الاحتفاظ بالمهمة والاستجابات التي تتلقى المكافأة، لاسيما عندما تتم مواجهة صعوبات في الاحتفاظ بالسلوك الملائم ومع ذلك يتناقص تقديم المكافأة مع الزمن (McGee, 1985 c)

المراجع

□ أولاً : المراجع العربية:

أبو زيد، سميرة. (٢٠٠٦). **تعليم وتأهيل المعوقين بالولايات المتحدة الأمريكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.**

عبد المعطي، حسن مصطفى، وعواد ، عصام نمر، وشاش ، سهير محمد سلامة. (٢٠١٣). **تعديل السلوك دليل للوالدين والعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.**

الببلاوي، إيهاب عبدالعزيز. (٢٠٠٤). **توعية المجتمع بالإعاقة: الفئات والأسباب والوقاية. الرياض: مكتبة الرشد.**

بهادر، سعديّة. (٢٠٠٣). **برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة. عمان: دار المسيرة.**

الحازمي، عدنان ناصر. (٢٠٠٧). **الإعاقة العقلية: دليل المعلمين وأولياء الأمور. عمان: دار الفكر.**

حنفي، علي. (٢٠٠٧). **العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دليل المعلمين والوالدين. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.**

الخطيب، جمال. (٢٠١٠). **مقدمة في تأهيل الأشخاص المعوقين . عمان: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.**

الخطيب، جمال ، والحديدي، منى. (٢٠٠٤). **التدخل المبكر ط ٢ ، عمان: دار الفكر.**

خير الله، سحر عبدالفتاح. (٢٠١٤). **الإعاقة الفكرية. الرياض: دار النشر الدولي.**

الروسان، فاروق. (١٩٩٩). **مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.**

المراجع

الروسان، فاروق. (٢٠١٠). *مقدمة في الإعاقة العقلية*، (ط ٤). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

ريزو، جوزيف، وزابل، روبرت (١٩٩٩): *تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق)*، ترجمة عبد العزيز الشخص، وزيدان السرطاوي. العين: دار الكتاب الجامعي

الزارع، نايف عابد. (٢٠٠٦). *تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

زهران، حامد عبدالسلام. (١٩٩٠). *علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة*. القاهرة: عالم الكتب.

شاش، سهير محمد سلامة. (٢٠٠٩). *استراتيجيات التدخل المبكر والدمج*. القاهرة: زهراء الشرق.

شاش، سهير محمد سلامة. (٢٠٠١). *اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية*. القاهرة: دار القاهرة.

شاش، سهير محمد سلامة. (٢٠١٥). *تنمية المهارات الحياتية والاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

الشناوي، محمد محروس. (٢٠٠١)، *تأهيل المعوقين وإرشادهم*. الرياض: دار المسلم للنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد محروس، عبدالرحمن، محمد السيد. (١٩٩٨). *العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته*. القاهرة: دار قباء.

الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٧). *التخلف العقلي: الأسباب - التشخيص - البرامج*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

شيفر، شارلز، وميلمان، هوارد. (٢٠٠١): *مشكلات الأطفال والمراهقين والمساعدة فيها*. ط ٢ ترجمة نسيمتا داود، ونزيه حمدي. عمان: الجامعة الأردنية

المراجع

- صادق، فاروق. (١٩٨٢). *سيكولوجية التخلف العقلي*. ط٢. الرياض. عمادة شؤون المكتبات جامعة الملك سعود.
- الطنطاوي، محمود محمد، وعبد الحميد، هبة جابر. (٢٠١٧). *تطبيقات دراسة الحالة في التربية الخاصة*. الرياض: دار النشر الدولي.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، وأبو قلته، السيد عبد الحميد. (٢٠١٠). *الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، وشاش، سهير محمد سلامة، وزكي، أمل عبد المحسن. (٢٠١٣). *التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة*. المدينة المنورة: مكتبة دار الزمان.
- عبد الحميد، محمد. (١٩٩٩). *تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، والبلاوي، إيهاب. (٢٠٠٧). *فسيولوجيا الإعاقة*. الرياض: مكتبة الرشد.
- عبيد، ماجدة السيد. (٢٠٠٧). *تأهيل المعاقين*، ط٢. عمان: دار الفكر.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (٢٠٠٧). *الإعاقة العقلية*، ط٢، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (٢٠٠٩). *تعليم الأطفال المتخلفين عقليا*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- غالب، معتصم الرشيد. (٢٠١٦). *مهارات السلوك التكيفي*. الدمام: مكتبة المتنبى للنشر والتوزيع.
- غزال، عبدالفتاح علي. (٢٠١٥). *تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة: النظرية والبرامج*. الرياض: دار النشر الدولي.

المراجع

- القمش، مصطفى، والسعيدة، ناجي. (٢٠٠٨). **قضايا وتوجيهات حديثة في التربية الخاصة**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة (في سهير شاش، ٢٠٠٩).
- كامل، محمد علي. (١٩٩٩). **التدريبات العملية والقائمين على رعاية ذوي الإعاقات الذهنية**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- كمال، سعيد. (٢٠١٠). **دراسة حالة في مجال التخلف العقلي**. جدة. خوارزم العلمية.
- مرسي، كمال إبراهيم. (١٩٩٩). **مرجع في التخلف العقلي**. القاهرة. دار النشر للجامعات.
- مسافر، علي عبدالله علي. (٢٠٠٤). **التعليم الملتف: مدخل غير تنقيري لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة والقائمين برعايتهم**. القاهرة: دار السحاب.
- مسافر، علي عبدالله علي. (٢٠٠٧). **قراءات في التربية الخاصة: التخلف العقلي، إيذاء الذات، الاقتصاد الرمزي**. القاهرة: دار السحاب.
- مسافر، علي عبدالله علي. (٢٠١٠). **تعليم الأطفال المتخلفين عقليا مهارات الحياة اليومية وبعض المهارات الأكاديمية**. القاهرة: دار السحاب.
- مسافر، علي عبدالله علي. (٢٠١٦). **تربية وتعليم المعاقين عقليا القابلين للتدريب**. الرياض: دار النشر الدولي.
- مسعود، وائل محمد. (٢٠١١). **مقدمة في تأهيل المعوقين**. الرياض: دار الناشر الدولي.
- يحيى، خولتا أحمد. (٢٠٠٦). **البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة**. عمان: دار المسيرة.

- Angle, M. A. Porter, M.; Rhodes, J. A. (2007). *Parents as Partners. Teaching Pre K-8*, 37, 56-57.
- Bailey, D. S., Cooper, S. O., & Bailey, D. R. (1984). *Therapeutic Approaches to the Care of the Mentally Ill*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company .
- Bailey, J. S. (1992). Gentle teaching Trying to win friends and influence people with euphemism, metaphor, smoke, and mirrors. *Journal of Applied Behaviour Analysis* , 25 , 879– 883 .
- Baldwin, V. L.; Fredericks, H. D.; Brodsky, G. (1980). *Isn't It Time He Outgrew This: A Training Programme for Parents of Retarded Children*. Illinois: Charles Thomas Publisher.
- Banatyne, A. & Banatyne , M. (1993). *How Your Children Can Learn to Live a Rewarding Life: Behaviour Modification for Parents and Teachers*. Springfield. Illinois: Charles Thomas Publisher.
- Barrera, F. J.& Teodoro, G. M. (1990). Flash bonding or cold fusion? A case analysis of gentle teaching. In Repp, A. C., Singh, N. N, (Eds.): *Current Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*. (237-254). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.

- Berg, J. M. (1985). Mental retardation. In Greben, S. E., Pakoff V. & Voineskos, G.: *A method of Psychiatry* . 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Brandon, D. (1990). Gentle teaching. *Nursing Times*, 86, 62 – 63 .
- Brandon, D. (1989 a). How gentle teaching can liberate us all. *Community Living*, 2, 9 - 10
- Brandon,D. (1989 b): The gentle way to work with mental handicap. *Social Work Today*, 20, 14- 15.
- Carr, E. G., Robinson, S. & Palumbo , L. W. (1990). The wrong Issue: Aversive versus nonaversive treatment. The right issue: Functional versus nonfunctional treatment. *Current Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*. (361 - 379). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Coe , D. A. & Matson , J. L. (1990). On the empirical basis for using aversive and non – aversive therapy . In Repp, A. C. ; Singh, N. N. ; (Eds.): *Current Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*. (465 - 475). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Conneally, S. (1989). Gentle teaching. *The Irish Psychologist*, 16, 5 – 6.

- Crowhurst, G. (1991). Work for non-aversive practice, not just gentle teaching. *Community Living*, 5, 25.
- Crowhurst, G., Carlile, G., & Horsfall, L. (1993). Gentle teaching: An Introduction . *Nursing Standard*, 7, 37 - 39.
- Cullen, C. & Mappin, R. (1998). An examination of the effects of gentle teaching on people with complex learning disabilities and challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 199 - 211.
- Cuvo, A. J. (1992). Gentle teaching: On the one hand....but on the other hand . *Journal of Applied Behavior Analysis* , 25 , 873 – 877 .
- Donnellan , A. M. & LaVigna , G. W. (1990). Myths about punishment. In Repp A. C., Singh , N. N. (Eds.). *Current Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*. (34-57) Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Emck, C.; Bosscher, R.; Beek, P.& Doreleijers, T. (2009). Gross Motor Performance and Self-Perceived Motor Competence in Children with Emotional, Behavioural, and Pervasive Developmental Disorders: A Review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 501-517.
- Glynn, T. (1985). Providing a context for gentle teaching: An invited reply to "Gentle Teaching" by Dr.

- McGee. *Mental Handicap in New Zealand*, 9, 21– 23.
- Haberman, M. (1994). Gentle teaching in a violent society. *Educational Horizons*, 72, 131 - 135.
- Jones , L. J; Singh, N. N. & Kendall , K. A. (1990). Effects of gentle teaching and alternative treatments on self–injury. In Repp, A. C., Singh, N. N., (Eds.) (1990). *Current Prespectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*.(215 - 230) Sycamore, IL: Sycamore publishing company.
- Jones, L. J., Singh , N. N. & Kendall, K. A. (1991 b). Comparative effects of gentle teaching and visual screening on self-injurious behaviours. *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 37 - 47 .
- Jones , R. S. ; McCaughey , R. E. ; Connell , E. M. (1991 a). The philosophy and practice of gentle teaching : Implications for mental handicap services . *Irish Journal of Psychology* , 12,1 –16 .
- Jones, R. (1994). The aversive nature of gentle teaching. *Behavioural Intervtions*, 9, 115 –121.
- Jones, R. & McCaughey , R. E. (1992). Gentle teaching and applied behaviour analysis: A critical Review . *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 25, 853 – 876 .

- Jones , R. S. P. (1990). Gentle teaching : Behaviourism at its best . *Community Living* , 3 , 9 - 10
- Jordan, J., Singh, N. N. & Repp , A. c. (1989). An evaluation of gentle teaching and visual screening in the reduction of stereotypy. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 22 , 9 – 22 .
- Kelley , B. , & Stone , J. (1989). Gentle teaching in the classroom. *Entourage* , 4 , 15 –19 .
- Kohl, R.W. (1995). *The Effects Of Gentle Teaching Procedures Applied To Persons With Severs Or Profound Mental Retardation With Attention Seeking And Avoidant Behaviours* . P H D. Lincoln . The University of Nebraska .
- Lehr , S. & Lehr, R. (1990). *Why is my child hurting? Positive approaches to dealing with difficult behaviours: A monograph for parents of children with disabilities*. Federation for children with special needs, Boston, Mass; Syracuse University: Center on Human Policy.
- Linscheid , T. R. ; Meinhold , P. , M. , & Mulick , J. , A. (1990). Gentle teaching. *The Behaviour Therapist*, 13 , 32 .
- Love, S. R. (1988). Review of Gentle Teaching: A non-aversive approach to helping persons with mental retardation . *Research in Developmental Disabilities*, 9 , 441 - 443 .

- Matson , J. L. , & Taras , M. E. (1989). A 20 year review of punishment and alternative methods to treat problem behaviours in developmentally delayed persons. *Research in Developmental Disabilities, 10* , 85 – 104 .
- Matson , J. L. ; & Sevin , J. A. (1994). Issues in the use of aversives: Factors associated with behaviour modification for autistic and other developmentally disabled people . In Schopler , E.& Mesibov , G. B. (Eds.). *Behavioural Issues in Autism* (211- 225) . New York : Plenum Press
- McCaughey , R. E. P. (1992). The effectiveness of Gentle teaching. *Mental Handicap , 20* , 7- 14 .
- McGee , J. J. (1985 a). Bonding as the goal of teaching . *Mental Handicap in New Zealand , 9* , 5 - 10 .
- McGee , J. J. (1990). *Gentle teaching : A psychology of interdependence. Presentation at the Developmental Disabilities Training Institute , University of North California and Chapel Hill .*
- McGee , J. J. & Gonzalez , L. (1990). Gentle teaching and the practice of human interdependence: A preliminary group study of 15 persons with severe behavioural disorders and their caregivers , In Repp A. C., Singh , N. N. (Eds.). *Current Prespectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with*

- developmental disabilities*. (237-254) Sycamore , IL : Sycamore Publishing Company .
- McGee, J. J. (1985 b). Examples of the use gentle teaching . *Mental Handicap in New Zealand* , 9 , 11 - 20 .
- McGee, J. J. (1985 c). Gentle Teaching . *Mental Handicap in New Zealand* , 9 , 13 – 24 .
- McGee, J. J. (1985 d). The at-risk nature of mental retardation for severe behavioural disorders . *Mental Handicap in New Zealand* , 9 , 4 - 12 .
- McGee, J. J. (1992). Gentle teaching assumptions and paradigm . *Journal of Applied Behaviour Analysis* , 25 , 869 – 872 .
- McGee, J. J. (1993). Gentle Teaching for persons with mental retardation: The expression of a psychology of interdependence . In Fletcher , R. J. Dosen , A. (Eds.) : *Mental Health Aspects of Mental Retardation : Progress in Assessment and Treatment* . (350 – 376) . New York : Lexington Books / Macmillan Inc .
- McGee, J. J. (Interviewee). (1985 e). Mental handicap interviews professor John McGee. *Mental Handicap in New Zealand* , 9 , 24 - 26
- McGee, J. J. (undated). *A group study of gentle teaching in forty persons with severe behavioural disorders* . Creighton University , N E .
- McGee, J. J. , & Menolascino , F. J. (1992). Gentle teaching : Its assumptions , methodology , and application

- . In Stainback W. & Stainback , S. (Eds.). *Controversial issues confronting special education : Divergent perspectives* . (183 – 200) . Boston : Allyn & Bacon .
- McGee, J. J., Menolascino, F. J. (1985). Persons with severe mental retardation and behavioural changes: From disconnectedness to human engagement . *Mental Handicap in New Zealand, 9 , 25 - 30*.
- McGee, J. J., Menolascino , F. J. (1991). *Beyond gentle teaching : A non-aversive approach to helping those in need* . New York : Plenum .
- McGee, J. J., Menolascino , F. J., Hobbs , D. C., Menousek , P. E. (1987). *Gentle Teaching: A Non-aversive Approach for Helping Persons with Mental Retardation*. New York: Human Sciences Press.
- McGee, J. J., Menolascino, F. J., Hobbs , D. C., Menousek , P. E. (1987). *Gentle Teaching: A Non-aversive Approach for Helping Persons with Mental Retardation*. New York: Human Sciences Press.
- McGee, J. et al. (1971). Showing Progress: A Systematic Evaluation of Oregon's Program for the Trainable Retarded. (ED054550).
- Menolascino, F. J. & McGee, J. J. (1983). Persons with severe mental retardation and behavioural challenges: From disconnectedness to human engagement. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 5 , 187- 193* .

- Mudford , O. C. (1985). Treatment selection in Behaviour Reduction : Gentle teaching versus the least intrusive treatment model . *Australia and New Zealand journal of Developmental Disabilities*, *11* , 265 – 270 .
- Mudford , O. C. (1995). Review of the gentle teaching data . *American Journal of Mental Retardation* , *99*, 345 – 355 .
- Pereira, A., Canavarro, C.; Cardoso, M. F. & Mendonca, D. (2009). Patterns of Parental Rearing Styles and Child Behaviour Problems among Portuguese School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, 454 - 464.
- Popliger, M.; Toste, J. R. & Heath, N. L. (2009): Perceived Social Support and Domain-Specific Adjustment of Children with Emotional and Behavioural Difficulties. *Emotional & Behavioural Difficulties*, *14*, 195 - 213.
- Reed, C. & Strahan, D. B., (1995). Gentle discipline in violent times. *Journal of a Just Caring Education*, *1*, 320 – 334 .
- Repp, A. C. (1990). Non-aversive and aversive interventions: Overview. In Repp , A.C. & Singh , N. N. (Eds.). *Current perspectives on the use of aversive and non aversive interventions with developmentally disabled persons* (17-29) Sycamore, Il: Sycamore Publishing Company.

- Retish, P. (1989). In support of Gentle teaching . *Contemporary Psychology* , 34 , 195 – 196 .
- Stainback, W. & Stainback, S. (1987). Facilitating friendship. *Education and Training in Mental Retardation*, 22 ,18 -25.
- Steele, D. (1995). Gentle Teaching: A value Based Framework for helping Others. Viewpoints (Opinion Papers) 120 .
- Teodoro, G., & Barerra , S. J. (1989). An experimental analysis of gentle teaching . *Clinical Bulletin of Developmental Disabilities Programme of the University of Western Ontario* , 1 , 3 .
- Thomas, J. A. & Montgomery, P. (1998). On becoming a good teacher: Reflective practice with regard to children's voices. *Journal of Teacher Education*, 49 , 372 – 380 .
- Walker, G. R. (1988). Gentle teaching : A behaviour analytic perspective . *The Behaviour Therapist* , 12, 225 – 226 .
- Woodard, C. W. (1992). *The Non-aversive / Positive Treatment Of Severely And Profoundly Retarded Clients With Serious Behavioural Problems (Gentle Teaching)* P H D. University Of South Carolina.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
١٣-٧	الفصل الأول مفهوم الإعاقة العقلية
٩	تعريف الإعاقة العقلية.....
٩	التعريف الطبي.....
١٠	التعريف السيكومتري.....
١١	التعريف الاجتماعي.....
١٢	التعريف التربوي.....
١٢	تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.....
١٣	التعريف القانوني.....
٢٣-١٤	الفصل الثاني تصنيفات الإعاقة العقلية
١٧	أولاً: التصنيف حسب مصدر الإعاقة
١٨	ثانياً: التصنيف حسب شدة الإعاقة
١٩	ثالثاً: التصنيف التربوي
٢٠	رابعاً: التصنيف على أساس السلوك التكيفي
٢٩-٢٥	الفصل الثالث أسباب الإعاقة العقلية
٢٧	أولاً: أسباب ما قبل الولادة
٢٨	١- الأسباب الوراثية
٣٣	٢- الأسباب البيئية
٣٦	ثانياً أسباب أثناء الولادة
٣٧	ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة
٦٦-٤١	الفصل الرابع تشخيص الإعاقة العقلية
٤٣	تعريف التشخيص
٤٤	قواعد عملية القياس والتشخيص
٤٤	خطوات عملية القياس والتشخيص
٤٥	تشخيص الإعاقة العقلية

تابع فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
٤٥	نذر ومؤشرات الإعاقة العقلية
٤٧	أهمية تشخيص الإعاقة العقلية
٤٨	أهمية التشخيص الدقيق
٤٨	أهداف تشخيص الإعاقة العقلية
٤٩	طرق وأساليب تشخيص الإعاقة العقلية
٤٩	خطوات التعرف على الفرد المعاق عقليا
٥٠	الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية
٥٤	فريق التشخيص
٥٥	مهام فريق التشخيص
٥٦	إرشادات في عملية تشخيص الإعاقة العقلية
٥٧	نصائح عامة لفريق تشخيص الإعاقة العقلية
٥٧	الأدوات المستخدمة في تشخيص الإعاقة العقلية
٥٨	أولا: مقاييس الذكاء
٦٤	ثانيا: مقاييس السلوك التكيفي
٦٧ - ٨١	الفصل الخامس خصائص المعاقين عقليا
٦٩	الخصائص الأكاديمية
٧٤	الخصائص اللغوية
٧٥	الخصائص العقلية
٧٦	الخصائص الجسمية
٧٧	الخصائص الشخصية الانفعالية
٧٩	الخصائص الاجتماعية

تابع فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
١١٠-١٨٣	الفصل السادس مشكلات المعاقين عقليا
٨٥	مشكلات قصور الأداء الوظيفي العقلي
٨٧	مشكلات قصور الأداء اللغوي
٨٧	قصور أداء المهارات الحياتية
٩٠	المشكلات الانفعالية والاجتماعية
٩١	المشكلات المهنية
٩٣	مشكلات السلامة والأمان
٩٤	المشكلات السلوكية
١٢١-١١١	الفصل السابع حاجات المعاقين عقليا
١١٣	مفهوم الحاجة
١١٣	تصنيف الحاجات
١١٤	تدرج الحاجات
١١٥	فروض نظرية سلم الحاجات
١١٦	حاجات المعاقين عقليا
١٣٢-١٢٣	الفصل الثامن الوقاية من الإعاقة العقلية
١٢٥	مفهوم الوقاية
١٢٥	مستويات الوقاية
١٢٩	برامج الوقاية من الإعاقة العقلية
١٤٩-١٣٣	الفصل التاسع رعاية المعاقين عقليا
١٣٥	أهداف تربية المعاقين عقليا
١٣٧	مبادئ رعاية المعاقين عقليا
١٣٧	البدائل التربوية لتقديم الرعاية للمعاقين عقليا
١٤١	بعض الاتجاهات الحديثة في رعاية المعاقين عقليا
١٤١	برامج رعاية المعاقين عقليا
١٤٢	نموذج لبرنامج لتربية الأطفال المعاقين عقليا
١٤٥	مثال لبرنامج مدرسي لتعليم المعاقين عقليا

تابع فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
١٤٦	محتويات برامج المعاقين عقليا في المؤسسة
١٤٧	الرعاية والعلاج
١٥١ - ١٦٤	الفصل العاشر تأهيل المعاقين عقليا
١٥٣	تعريف التأهيل
١٥٥	أهداف التأهيل
١٥٦	فلسفة التأهيل
١٥٧	مبررات التأهيل
١٥٨	أنواع التأهيل
١٦٥ - ٢١٥	الفصل الحادي عشر تعديل سلوك المعاقين عقليا
١٦٧	مفهوم تعديل السلوك
١٦٨	أهداف تعديل السلوك
١٦٨	الضنيات المستخدمة في تعديل سلوك المعاقين عقليا
٢١٧ - ٢٣٢	المراجع