

**مفهوم وتصنيف الإعاقة  
في دول مجلس التعاون الخليجي**



## **سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية**

**سلسلة علمية متخصصة  
تعني بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعمالية**

**تصدر عن**

**المكتب التنفيذي**

**لمجلس وزراء العمل ومجلس وزراء الشؤون الاجتماعية  
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية**

**تتم المراسلات بإسم المدير العام  
على العنوان التالي:**

**ص.ب ٢٦٣٠٣ (المنامة - مملكة البحرين)**

**هاتف +٩٧٣١٧٥٣٠٢٠٢ فاكس +٩٧٣١٧٥٣٠٧٥٣**

**البريد الإلكتروني: [info@gccls.org](mailto:info@gccls.org)**

**العنوان على شبكة الانترنت: [www.gccls.org](http://www.gccls.org)**

**العدد (١١١) - الطبعة الأولى**

**ذو الحجة ١٤٣٧هـ**

**الموافق سبتمبر ٢٠١٦م**



- الكتاب: مفهوم وتصنيف الإعاقة في دول مجلس التعاون الخليجي
- المؤلفين: الدكتور فالح مناور الرشيدى
- الدكتور خالد رمضان عبد الفتاح سليمان
- الدكتور احمد بن عبدالعزيز التميمي
- الدكتور السيد سعد محمد الخميسي
- الطبعة: الأولى (..... ١٤٣٧هـ - ..... ٢٠١٦م)

**ملاحظة :**

جميع الحقوق محفوظة، ولا يجوز إعادة طبعها كلها أو جزء منها، أو نقلها أو الاقتباس منها، أو نشرها بأي أسلوب دون موافقة خطية من المكتب التنفيذي.

**Note:**

All rights reserved. No Part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form means without prior permission in writing of the Executive Bureau.

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي الكاتب أو الجهة ولا تعبر بالضرورة عن رأي المكتب التنفيذي

رقم الإيداع في المكتبة العامة: .....

رقم الناشر الدولي: .....



## المحتويات

الدراسة الأولى: أهمية تصنيف الإعاقة والمشكلات التي تواجهها على المستوى الخليجي والعالمي مع إمكانية توحيد عملية التصنيف بدول مجلس التعاون الخليجي..... ٩

الدكتور فالح مناور الرشيدى

الدراسة الثانية: التشخيص والتصنيف كأداة للتأهيل المهني المناسب للمعاقين" نموذج مقترح لتطوير مراكز التأهيل المهني للمعاقين وفقاً لتصنيفاتهم"..... ٣٧

الدكتور خالد رمضان عبد الفتاح سليمان

الدراسة الثالثة: التعرف على مفهوم الإعاقة وتصنيفاتها  
عالمياً، وأهم الطرق والمناهج في مجال  
تصنيف الإعاقة..... ١١٣

الدكتور احمد بن عبدالعزيز التميمي

الدراسة الرابعة: بعض قضايا ومشكلات الإعاقة بدول  
مجلس التعاون الخليجي (المفهوم -  
التصنيف - الدمج)..... ١٥٩

الدكتور السيد سعد محمد الخميس

\* \* \*

## تقديم المدير العام

تنفيذاً لقرار مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في دورته الثانية والثلاثين (الدوحة: أكتوبر ٢٠١٥م)، ينظم المكتب التنفيذي وبالتعاون والتنسيق مع وزارة العمل والتنمية الاجتماعية في مملكة البحرين ندوة مفهوم وتصنيف الإعاقة في دول مجلس التعاون الخليجي، وذلك خلال الفترة ١٨-١٩ مايو ٢٠١٦م.

وتستهدف هذه الندوة إكساب المشاركين فيها المعرفة العلمية بمفهوم الإعاقة وأنواعها وتصنيفاتها، والطرق والمنهجيات المتبعة في مجال تصنيف الإعاقة في دول مجلس التعاون، بالإضافة لأهمية التصنيف في تمكين وتأهيل وحماية الأشخاص ذوي الإعاقة، والوقوف على المشروعات والبرامج بالإضافة إلى استعراض لنماذج وتجارب دولية في مجال تصنيف الإعاقة واستعراض أهم التحولات والمستجدات في مجال تصنيف الإعاقة أملاً في الخروج بتوصيات تسهم في توحيد تصنيفات الإعاقة في دول مجلس التعاون الخليجي.

وقد خصص هذا الكتاب لإستعراض الأوراق العلمية للندوة، والتي قام بإعدادها خبراء الندوة، وتتمثل الورقة الأولى في استعراض أهمية تصنيف الإعاقة والمشكلات التي تواجهها على المستوى الخليجي والعالمى مع إمكانية توحيد عملية التصنيف بدول مجلس التعاون الخليجي للدكتور فالح مناور الرشيدى، والورقة الثانية في التشخيص والتصنيف كأداة للتأهيل المهني المناسب للمعاقين "نموذج مقترح لتطوير مراكز التأهيل المهني للمعاقين وفقاً لتصنيفاتهم" للدكتور خالد

رمضان، أما الورقة الثالثة فتستعرض مفهوم الإعاقة وتصنيفاتها عالمياً، وأهم الطرق والمناهج في مجال تصنيف الإعاقة للدكتور أحمد عبدالعزيز التميمي، وأخيراً تتناول الورقة الرابعة بعض قضايا ومشكلات الإعاقة بدول مجلس التعاون (المفهوم - التصنيف - الدمج) للدكتور السيد سعد محمد الخميسي.

وإذ يغتنم المكتب التنفيذي هذه الفرصة للإعراب عن وافر شكره وتقديره لدعم ومساندة وزارة العمل والتنمية الاجتماعية بمملكة البحرين على كريم استضافتها لأعمال الندوة وتقديم كامل الدعم الفني والتنظيمي لها، وللجهات المعنية في الدول الأعضاء على إستجابتها الجادة، والشكر والتقدير موصول لخبراء الندوة على إسهامهم وجهودهم العلمية القيمة وتعاونهم مع المكتب في إعداد أوراق العمل، ونسأل المولى العلي القدير أن يوفق الجميع لما فيه نهضة وتقدم مجتمعاتنا العربية نحو الخير والصلاح.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

**د. عامر بن محمد الحجري**

**المدير العام**

المنامة : ..... ١٤٣٧هـ

الموافق: ..... ٢٠١٦م

\* \* \*

## الدراسة الأولى

**أهمية تصنيف الإعاقة والمشكلات**

**التي تواجهها على المستوى الخليجي والعالمي**

**مع إمكانية توحيد عملية التصنيف**

**بدول مجلس التعاون الخليجي**

**الدكتور فالح مناور الرشيدى**

**المشرف على الإدارة العامة للخدمات الطبية والتأهيل**

**بوزارة العمل والتنمية الاجتماعية بالملكة العربية السعودية**



## أهمية تصنيف الإعاقة والمشكلات التي تواجهها على المستوى الخليجي والعالمي مع إمكانية توحيد عملية التصنيف بدول مجلس التعاون الخليجي

### الإعاقة حسب تعريف منظمة الصحة العالمية:

هو مصطلح يغطي العجز، والقيود على النشاط، ومقيدات المشاركة. والعجز هي مشكلة في وظيفة الجسم أو هيكله، والحد من النشاط هو الصعوبة التي يواجهها الفرد في تنفيذ مهمة أو عمل، في حين أن تقييد المشاركة هي المشكلة التي يعاني منها الفرد في المشاركة في مواقف الحياة، وبالتالي فالإعاقة هي ظاهرة معقدة، والتي تعكس التفاعل بين ملامح جسم الشخص وملامح المجتمع الذي يعيش فيه أو الذي تعيش فيه."

كلمة "معاق" تعنى شخصاً عاجزاً كلياً أو جزئياً عن ضمان حياة شخصية واجتماعية أو طبيعية نتيجة نقص خلقي وغير خلقي في قدراته الجسمية أو الفكرية.

### تصنيفات الإعاقة:

- ١) التصنيف الطبي.
- ٢) التصنيف التربوي.
- ٣) التصنيف السلوكي.

## أولاً- التصنيف الطبي:

أعتبر الأطباء أن الإعاقة العقلية قد تكون عرضاً أو نتيجة لمرض عضوي معين، واعتبروا أن الأسباب المرضية المتشابهة التي تؤدي إلى الإصابة بإعاقة عقلية تنتج معاقين عقلياً يتشابهون بشكل كبير في الخصائص الجسمية والنفسية بحيث تميزهم هذه الخصائص عن غيرهم من حالات الإعاقة الذهنية.. ومن أهم هذه التصنيفات الطبية تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، تصنيف ترد جولد، تصنيف سترأوس.

(١) إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض معدية مثل الحصبة الألمانية، الزهري، خاصة في حالة الإصابة في الشهور الأولى من الحمل.

(٢) إعاقة ذهنية مرتبطة بأمراض التسمم .. مثل إصابة المخ الناتجة من تسمم الأم بالرصاص أو الكربون أو الزرنيخ وغيرها.

(٣) إعاقة ذهنية ناتجة عن إصابة جسيمة .. مثل الإصابة في الدماغ أثناء الولادة أو بعدها.

(٤) إعاقة عقلية ناتجة عن خلل في الهرمونات.. مثل القزامة.

(٥) إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض التمثيل الغذائي.. مثل الفينيل كيتون يوريا أو الجالاكتوسيميا.

٦) إعاقة ذهنية وراثية مرتبطة بخلل في الكروموسومات .. مثل عرض داون أو تيرنر أو كلاينفلتر.

٧) إعاقة ذهنية ناتجة عن أورام غريبة .. مثل الدرن.

٨) إعاقة ذهنية مرتبطة بأسباب غير عضوية.. مثل العوامل الأُسرية أو الثقافية أو ما يسمى بالحرمان الثقافي.

٩) إعاقة ذهنية مرتبطة باضطرابات عقلية .. مثل التوحد.

١٠) إعاقة ذهنية مرتبطة بأمراض غير معروفة الأسباب تحدث قبل الولادة.

١١) إعاقة ذهنية مرتبطة بأمراض غير معروفة الأسباب تحدث بعد الولادة.

**ثانياً - التصنيف التربوي:**

يستخدم هذا التصنيف من الناحية التربوية للحكم علي مدى الصلاحية التربوية للفرد.. ووفقا لهذا التصنيف يتم توزيع المعاقين عقليا إلي ثلاثة فئات.

### (١) فئة القابلين للتعليم:

وتتضمن هذه الفئة الأطفال القابلين لاكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة، الكتابة، الحساب.. وتتراوح درجة ذكائهم ما بين ٥٠ و ٧٠ درجة.

### (٢) فئة القابلين للتدريب:

وتتضمن هذه الفئة المعوقين ذهنيا الذين يعتقد وأنهم غير قادرين علي تعلم المهارات الأكاديمية بالرغم من قدتهم علي اكتساب المهارات الاستقلالية بالإضافة إلي قابليتهم للتدريب واكتساب مهارات التأهيل المهني عند التدريب عليها.. وتتراوح درجات ذكاء هذه الفئة ما بين ٢٥ و ٥٠ درجة.

### (٣) فئة الاعتماديين:

وتتضمن هذه الفئة المعوقين ذهنيا ممن تقل درجات ذكائهم عن ٢٥ درجة.. وممن لا يستطيعون أداء المهارات الأساسية للحياة اليومية لذلك فهم في حاجة دائما للاعتماد علي غيرهم للوفاء بمتطلباتهم الأساسية.

### ثالثاً - التصنيف السلوكي:

يعتبر التصنيف السلوكي أفضل من التصنيف الطبي لأنه يحاول الحكم علي الفرد المعاق ذهنيا من خلال قدراته الحالية و ليس حكما مسبقا علي درجة الأداء بناء علي نسبة الذكاء.. فالتصنيف السلوكي يأخذ في الاعتبار الأداء الحالي للطفل وسلوكياته التوافقية في البيت والمدرسة والمجتمع من خلال أي مقياس مقنن يقيس النضج الاجتماعي.. هذا بالإضافة إلي درجة الذكاء للحكم علي قدرات الفرد المعاق وتصنيفه طبقا لسلوكياته.. وينقسم التصنيف السلوكي إلي نوعان:

#### ١. التصنيف السلوكي الرباعي:

وهو تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي و يقسم المعاقين ذهنيا إلي أربعة فئات حسب نسب ذكاء الأطفال علي مقياسي بينيه أو وكسلر.

- الإعاقة الذهنية البسيطة : (٥٢ . ٦٧) الى (٥٥ . ٦٩).

- الإعاقة الذهنية المتوسطة : (٣٦ . ٥١) الى (٤٠ . ٥٤).

- الإعاقة الذهنية الشديدة : (٢٠ . ٣٥) الى (٢٥ . ٣٩).

- الإعاقة الذهنية العميقة: (أقل من ٢٠ و أقل من ٢٥).

## ٢. التصنيف السلوكي الثلاثي:

ويصنف هذا التصنيف المعاقين ذهنيا إلي ثلاثة فئات حسب نكاء الطفل علي مقياس بينيه أو وكسلر.

- الإعاقة الذهنية البسيطة: (٥٠ . ٦٨ بينيه أو ٦٩ وكسلر).

- الإعاقة الذهنية المتوسطة: (٢٥ . ٤٩).

- الإعاقة الذهنية الشديدة: (أقل من ٢٥).

## رابعاً- المقاييس:

يكتمل التصنيف بالنسبة للتأكد من قدرات و أداء الفرد المعاق ذهنيا بتطبيق أحد المقاييس التي تقيس السلوك التوافقي للطفل أو النضج الاجتماعي.. مثل:

- مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي "VIENLAND SOCIAL MATURITY SCALE"

- مقياس كاتل لذكاء الأطفال "CATLE INFANTINTELLIGENCE SCALE"

- مقياس كالمان للارتقاء العقلي "KUHLMANN TEST FOR MENTAL DEVELOPMENT"

- قائمة جيزل للارتقاء "GASSELL DEVELOPMENTAL SCHEDULE"

- مقياس السلوك التوافقي "ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE"

إن الغرض من تصنيف الأشخاص ذوي الإعاقة هو مواجهة احتياجاتهم التربوية والتأهيلية، وليس الغرض منه بأي حال من الأحوال أن يكون مجرد تصنيف إحصائي، لذلك وتمشيًا مع فلسفة التأهيل واتجاهاته يمكن الأخذ ببعض التصنيفات للإعاقة.

### تصنيف القانون الأمريكي:

صنّف القانون الأمريكي رقم ١٤٢ لسنة ١٩٧٥ الإعاقة إلى تسع فئات هي:

- ١- إعاقة عقلية.
- ٢- صعوبات السمع.
- ٣- الصمم.
- ٤- صعوبات الكلام.
- ٥- إعاقة البصر.
- ٦- اضطرابات نفسية انفعالية.
- ٧- إصابات الجهاز العضلي.
- ٨- مشاكل صحية.

### التصنيف الطبي للإعاقة:

#### ١- الإعاقة العقلية Mental Retardation :

##### أ- تعريف:

هو حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال نتيجة عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد

مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتتضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتأقلم والتوافق النفسي.

ويمكن تقسيم مستويات هذا الضعف إلى ما يلي:

\* الإعاقة العقلية البسيطة من (٥٠ إلى ٧٠) يصعب على الشخص العادي اكتشافه يتميز الطفل بتأخره في الكلام والمشي والأكل بمفرده عن هم في سنه أي مهارات اجتماعية وشخصية ملغية نسبيا ولغوية مقبولة نسبيا.

\* الإعاقة العقلية المتوسطة من (٣٥ إلى ٥٠) تأخر ملحوظ في النمو الحركي وفي الكلام يستجيب لتدريبه على مهارات تعينه على خدمة نفسه (القابلين للتدريب).

\* الإعاقة العقلية الشديدة من (٢٠ إلى ٣٥) تأخر واضح في النمو الحركي وفي الكلام يستجيب لتدريبه على خدمة نفسه في الأشياء الأولية كالأكل بمفرده.

\* الإعاقة العقلية الشديدة جدًا أقل من (٢٠) تأخر واضح جدًا في النمو عامة مع أقل ما يمكن من القدرة على السلوك الحسي الحركي. يحتاج إلى تمريض مستمر Nursing Care.

## ب- التصنيف الطبي للإعاقة العقلية Clinical Classification:

وهو يعتمد على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسولوجية والمرضية المميزة بجانب الإعاقة العقلية والتي تجعل التعرف الكلينيكي عليهم سهلاً.

ومن أهم الأنماط الإكلينيكية للإعاقات العقلية ما يلي:

\* المنغولية أو مرض داون Down's Disease  
ونسبة هؤلاء حوالي ( ٥ - ١٠ ٪ تقريباً).

\* القماءة أو القصاع : Cretinism:

وهذه حالة إعاقة عقلية تتصف بقصر القامة بدرجة ملحوظة.

\* استسقاء الدماغ : Hydrocephaly :

وهذه حالة إعاقة عقلية ترتبط بتضخم الرأس وبروز الجبهة.

\* صغر الجمجمة : Microcephaly:

وهذه حالة إعاقة عقلية ولادي تتميز بصغر حجم الرأس أو الجمجمة وصغر حجم المخ وقلة نموه.

\* كبر الدماغ : Macrocephaly:

وهذه حالة إعاقة عقلية تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة في حجم المخ وخاصة المادة البيضاء والخلايا الضامة وهي حالة نادرة الحدوث.

### \* حالات العامل الريزيسي في الدم : RH Factor :

وهذه الحالات إعاقة عقلية ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزيسي يؤثر هذا في تكوين المخ مما قد ينتج عنه تلف المخ والضعف العقلي وربما موت الجنين والإجهاض أو موته بعد ولادته بقليل.

### \* حالات البول الفينيلكتوني : Phenylketonuria :

هذه حالات إعاقة عقلية نادرة جدًا ينتج عن وجود الفينيلكتون في الدم.

### \* العته العائلي المظلم : Anaurotic Fanilial Idiocy :

وهذه حالة إعاقة عقلية نتيجة مرض في الجهاز العصبي يؤدي إلى الحالة بعد نمو قد يكون سويًا خلال العام الأول من عمر الطفل.

## ٢- العوق السمعي وضعف السمع : Hearing Disability :

### أ- تعريفه:

الصمم (هو فقدان القدرة على استعمال حاسة السمع في الاستفادة من الاتصال الصوتي بالآخرين نتيجة لأسباب خلقية أو أسباب مكتسبة).

ويعرف الطفل الأصم أيضًا (بأنه الطفل الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد على ٩٠ ديسبل مما يجعله عاجزًا عن فهم الكلام المنطوق سواء باستخدام سماعة طبية أو بدونها).

## ب - أسبابه:

### \* العوامل الوراثية:

تتمثل في انتقال الجينات المرضية من الوالدين إلى الجنين حيث يكون الصمم في هذه الحالات شديدا ومزدوجاً.

### \* العوامل غير الوراثية:

تتمثل في إصابة الحامل بالحصبة الألمانية أو بعض الفيروسات Viruses المرتبطة بالعقاقير أو المخدرات أو الكحول أو تعرضها للإشعاع أو مرض الزهري أو تعسر الولادة ينتج عنها نقص الأكسجين (Hypoxiae) وهناك أسباب عارضة كأمراض الأذن الوسطى (Middle Ear Diseases) وأيضاً التعرض للصدمة الشديدة كالسقوط من أعلى.

## ٣- الإعاقة الجسدية - الحركية والأمراض المزمنة:

وهي التي يعاني أصحابها من خلل واحد أو أكثر في قدراتهم الحركية أو نشاطاتهم وترتبط بوجود خلل في نمو الجهاز العصبي المركزي أو خلل في الأداء الوظيفي لبعض أجهزة الجسم.

أ- أسبابها:

\* أولاً- أسباب مرتبطة بالجهاز العصبي المركزي وأنواعها:

(١) الشلل الدماغي Cerebral Palsy

(٢) الصرع Epilepsy

(٣) عدم التام الصلب Spina Bifida

\* ثانياً- الإعاقة العضلية:

ويقصد بها الحالات المصابة بأنواع الشلل والمقعدون والمبتورون وتشوهات العمود الفقري وتشوهات القوام ومن أنواعها:

(١) شلل الأطفال.ورة

(٢) الشلل الرباعي.

(٣) الشلل التشنجي أو التقلصي.

(٤) الشلل الاهتزازي.

والجدير بالذكر ان شلل الأطفال يصيب الذكور والإناث في سن مبكرة وفي معظم الحالات يصيب الأطفال دون الخامسة ويحدث في حال وصوله إلى النخاع الشوكي شللاً عضلياً يترك الطفل يعاني عجزاً وتشوهاً ببقية عمره.

#### ٤- الإعاقة البصرية Blindess:

يقصد بها (الشخص الذي تقل درجة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ للعين الأقوى وذلك بعد استخدام النظارة لأن مثل هذا الشخص لا يمكنه الاستفادة من الخبرات التعليمية التي تقدم للعاديين).

وترتبط أسبابها بالعوامل الوراثية - خلقية أو تعرض الأم للإشعاع والتلوث الكيميائي أثناء الحمل أو بعض الأمراض التناسلية أو إصابة الطفل بالرمد الحبيبي الذي يترك أكثر من ٢ مليون شخص في العالم فاقد البصر وهناك الإصابات المرتبطة بالجهاز العصبي والتي قد تسبب ضموراً أو تلفاً بخلايا المخ أو أعصاب البصر ويشكل التعرض للحوادث وخاصة الحرارة العالية أو الكيماويات أو حوادث الطرق والآلات الحادة سبباً ملموساً من أسباب فقدان البصر وتعاني المنطقة العربية من ارتفاع نسبة المكفوفين نتيجة الأمراض التي تصيب المناطق التي لا تتمتع برعاية صحية جيدة.

وفي دراسة مسحية للأسر المواطنة حول حالات الإعاقة في دولة الإمارات العربية (١٩٩٥) كانت هناك ملاحظة جديرة بالاهتمام، وهي ضالة نسبة كفيفي البصر بين المعوقين في الإمارات وهي ٢,٢٪ فقط، ويرجع هذا إلى حسن وتقديم الرعاية الصحية في الدولة، وانقضاء الأمراض التي تؤدي إلى العمى غالباً.

## ٥- المعوقون انفعاليًا:

يمكن تعريفهم من خلال تعريف كوفمان عام ١٩٧٧، حيث عرف الأطفال المعوقين انفعالياً (بأنهم أولئك الأطفال الذي يظهرون استجابات انفعالية غير متوقعة منهم أو غير متوقعة من الآخرين وبشكل مزمن ومتكرر بحيث يستدعي ذلك تعليمهم السلوك المناسب).

## ٦- المعوقون اجتماعيًا:

وهم الذين يعجزون عن التفاعل السليم مع بيئاتهم وينحرفون عن معايير وثقافة مجتمعهم كالمتشردين والجانحين والمجرمين وغيرهم.

## ٧- الاضطرابات اللغوية:

تتعدد أشكال الاضطرابات اللغوية فهي إما أن تكون على شكل تأخر في تطور اللغة أو فقدان القدرة على فهم اللغة واستيعابها أو القدرة على التعبير أو على شكل صعوبات أخرى مثل صعوبة في الكتابة أو القراءة أو تذكر الجمل والكلمات وغيرها.



## المقارشات خاصة في تطبيق النماذج الموجدة لتصنيف حالات الاشخاص ذوي الإعاقة

- ١- تكون هذه النماذج هي وثيقة رسمية للتقييم والتشخيص الإكلينيكي الموحدة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- ٢- يكمل نموذج المسح كخطوة أولى قبل الانتقال إلى النموذج المخصص لكل نوع من الإعاقة وذلك لضمان تحديد أنواع الإعاقة ورصدها في السجل الوطني لاحقاً.
- ٣- يكون النموذج المحدد لمسح نوع الإعاقة هو وسيلة الإحالة إلى التخصصات المعنية لكل نوع من الإعاقة.
- ٤- تكمل هذه النماذج من الأطباء ذوي الاختصاص أو من التخصصات ذات الصلة شرط أن لا يكون درجة المهنة أقل من أخصائي ( أخصائي أو استشاري ).
- ٥- يحق للطبيب الأخصائي أو الاستشاري إكمال كل ما يراه مناسب من باقي النماذج إذا تطلب الأمر ذلك.
- ٦- على كل الأطباء إكمال النماذج المخصصة عند الفحص من جميع الجوانب الأساسية للبيانات المطلوبة مع أهمية توقيع النموذج من الطبيب نفسه ( أخصائي أو استشاري ).
- ٧- يكون الطبيب هو المسؤول عن محتوى النماذج من حيث المحتوى والدقة في المعلومات لها سترتب على هذه النماذج من خدمات وإجراءات قانونية.
- ٨- يحتفظ الطبيب في ملف المريض صورة من النماذج إكمالها وإعطاء المستفيد من الخدمة (الحالة) الأصل لإكمال باقي الخدمات حسب الإجراءات.
- ٩- في حالة تطلب الأمر تخصص طبي أو رأي اختصاص آخر لإكمال النموذج فيتم إحالة الحالة إلى الجهة ذات الاختصاص حسب رأي الطبيب المعالج على أن يستكمل النموذج بعد الحصول على الفحص المطلوب.
- ١٠- يطبق على هذه النماذج ما يطبق في التقارير الطبية من حيث الشفافية والدقة وكذلك السرية ومراعاة خصوصية الحالة.



# نماذج وتشخيص الإعاقة طياً

Disability Screening & Referral Form		
Full Name:		
Date of Birth: (DD/MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Mobile Phone:	Home Phone:	
Address:	Region:	City:
Nationality	ID	
The Person / child suffers from the one/many of the following disabilities:		
1. Mental Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	
2. Sensory Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	<input type="checkbox"/> E.N.T. <input type="checkbox"/> Ophthalmologist
3. Physical Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	
Cognitive Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	
Authentication:		
Date	Specialist/ Consultant Name	Specialty
Hospital		Signature

Clinical Assessment for Mental Disability:			
<b>1. Identification Data</b>			
Full Name:			
Date of Birth: (DD/MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Female
Mobile Phone:	Home Phone:		
Address:	Region:	City:	
Nationality:	ID:		
<b>2. Diagnosis Assessment:</b>			
Diagnosis:			
Comorbidity:			
Date of Onset: (DD/MM/YYYY)	RX:		
Course of Illness	<input type="checkbox"/> Improve	<input type="checkbox"/> Deteriorate	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Recurrent/Fluctuate
<b>3. Clinical Assessment:</b>			
IQ Test:	<input type="checkbox"/> Not done	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Borderline
	<input type="checkbox"/> Abnormal	1 <input type="checkbox"/> Mild ID	Test Type:
		2 <input type="checkbox"/> Moderate ID	
		3 <input type="checkbox"/> Severe ID	
		4 <input type="checkbox"/> Profound ID	
IQ Score:			
<b>4. Functional Assessment:</b>			
Activities of Daily Living	<input type="checkbox"/> Independent	<input type="checkbox"/> Partial Care	<input type="checkbox"/> Total Care
Vocational Performance	<input type="checkbox"/> Able	<input type="checkbox"/> Unable	<input type="checkbox"/> Not Working
Social Interaction Impairment	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Sever
Educational Performance	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Frequent Absent/ decrease performance	<input type="checkbox"/> Not in School
<b>5. Recommendations:</b>			
Medical Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Physical Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Speech Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Psychological Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Nutritional Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Social Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Vocational Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
Educational Intervention	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	More information...	
<b>6. Authentication</b>			
Consultant/Specialist Name		Hospital	
Specialty	Date	Signature	

Clinical Assessment for Sensory Disability									
<b>1. Identification Data:</b>									
Full Name: _____									
Date of Birth: (DD/MM/YYYY)		<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Female					
Mobile Phone: _____		Home Phone: _____							
Address: _____		Region: _____		City: _____					
Nationality: _____		ID: _____							
<b>2. Diagnosis Assessment:</b>									
Diagnosis: _____									
Comorbidity: _____									
Date of Onset: (DD/MM/YYYY)		RX: _____							
Course of Illness		<input type="checkbox"/> Improve		<input type="checkbox"/> Deteriorate		<input type="checkbox"/> Stable		<input type="checkbox"/> Recurrent/Fluctuate	
<b>3. Functional Assessment:</b>									
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cognitive impairment		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Mobility impairment		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Needs E.N.T.									
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hearing impairment		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Speech impairment		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Swallowing impairment		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Needs Ophthalmologist									
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vision impairment		<input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Blindness		<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Blindness			
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Test Type		Score		R		L	
Activities of Daily Living		<input type="checkbox"/> Independent		<input type="checkbox"/> Partial Care		<input type="checkbox"/> Total Care			
Vocational Performance		<input type="checkbox"/> Able		<input type="checkbox"/> Unable		<input type="checkbox"/> Not Working			
Social Interaction impairment		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe			
Educational Performance		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Frequent Absent/ decrease performance		<input type="checkbox"/> Not in School			
<b>4. Recommendations:</b>									
Medical Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Physical Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Speech Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Psychological Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Nutritional Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Social Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Vocational Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
Educational Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details: _____					
<b>5. Authentication</b>									
Consultant\Specialist Name				Hospital					
Specialty				Date		Signature			

Clinical Assessment for Physical Disability:													
<b>1. Identification Data:</b>													
Full Name:													
Date of Birth: (DD/MM/YYYY)				<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Female							
Mobile Phone:				Home Phone:									
Address:				Region:		City:							
Nationality				ID									
<b>2. Diagnosis Assessment:</b>													
Diagnosis													
Comorbidity:													
Date of Onset (DD/MM/YYYY)				RX:									
Course of Illness				<input type="checkbox"/> Improve		<input type="checkbox"/> Deteriorate		<input type="checkbox"/> Stable		<input type="checkbox"/> Recurrent/ Fluctuate			
<b>3. Clinical Assessment:</b>													
<input type="checkbox"/> Walking										<input type="checkbox"/> Wheelchair		<input type="checkbox"/> Non mobile (Bedridden)	
<b>4. Functional Assessment:</b>													
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Self-Care Impairment		<input type="checkbox"/> Partial Care		<input type="checkbox"/> Total Care							
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Transfer Impairment		<input type="checkbox"/> Partial Care		<input type="checkbox"/> Total Care							
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Locomotion Impairment		<input type="checkbox"/> Upper Limb		<input type="checkbox"/> Hand (R \ L)		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
				<input type="checkbox"/> Arm (R \ L)		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe			
				<input type="checkbox"/> Above Knee		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe			
				<input type="checkbox"/> Lower Limb		<input type="checkbox"/> Below Knee		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Trunk Impairment		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe					
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Amputation		<input type="checkbox"/> Upper Limb		<input type="checkbox"/> Hand (R - L)		<input type="checkbox"/> Arm (R - L)					
				<input type="checkbox"/> Lower Limb		<input type="checkbox"/> Above Knee (R - L)		<input type="checkbox"/> Below Knee (R - L)					
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sphincter Control Impairment		Bladder Control		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
				Bowel Control		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe	
Activities of Daily Living				<input type="checkbox"/> Independent		<input type="checkbox"/> Partial Care		<input type="checkbox"/> Total Care					
Vocational Performance				<input type="checkbox"/> Able		<input type="checkbox"/> Unable		<input type="checkbox"/> Not Working					
Social Interaction Impairment				<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Mild		<input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe			
Educational Performance				<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Frequent Absent/ decrease performance		<input type="checkbox"/> Not in School					
<b>5. Recommendations:</b>													
Medical Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Physical Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Speech Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Psychological Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Nutritional Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Social Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Vocational Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
Educational Intervention				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Details							
<b>6. Authentication</b>													
Consultant\Specialist Name				Hospital									
Specialty				Date		Signature							

Clinical Assessment for Cognitive Disability:					
<b>1. Identification Data:</b>					
Full Name: _____					
Date of Birth: (DD/MM/YYYY)		<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Female	
Mobile Phone: _____		Home Phone: _____		City: _____	
Address: _____		Region: _____		ID: _____	
Nationality: _____					
<b>2. Diagnosis Assessment:</b>					
Diagnosis: _____					
Comorbidity: _____					
Date of Onset: (DD/MM/YYYY)		RX: _____			
Course of Illness		<input type="checkbox"/> Improve <input type="checkbox"/> Deteriorate <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Recurrent/Fluctuate			
<b>3. Clinical Assessment:</b>					
IQ Test		<input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Borderline			
<input type="checkbox"/> Abnormal		1 <input type="checkbox"/> Mild ID    Test Type: _____ 2 <input type="checkbox"/> Moderate ID    IQ Score: _____ 3 <input type="checkbox"/> Severe ID 4 <input type="checkbox"/> Profound ID			
<b>4. Functional Assessment:</b>					
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hearing impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vision impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Speech impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Attention/concentration impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Memory impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Mobility impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Swallowing impairment		<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Other impairments: _____			
Activities of Daily Living		<input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Partial Care <input type="checkbox"/> Total Care			
Vocational Performance		<input type="checkbox"/> Able <input type="checkbox"/> Unable <input type="checkbox"/> Not Working			
Social Interaction		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe			
Educational Performance		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Frequent Absent / decrease performance <input type="checkbox"/> Not in School			
<b>5. Recommendations:</b>					
Medical Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Physical Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Speech Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Psychological Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Nutritional Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Social Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Vocational Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
Educational Intervention		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		_____	
<b>6. Authentication</b>					
Specialist/Consultant Name				Speciality	
Hospital				Date	
				Signature	

Disability Screening & Referral Form		
Full Name:		
Date of Birth: (DD/MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Mobile Phone:	Home Phone:	
Address:	Region:	City:
Nationality	ID	
The Person / child suffers from the one/many of the following disabilities:		
1. Mental Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	
	Diagnosis	
2. Sensory Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	<input type="checkbox"/> E.N.T <input type="checkbox"/> Ophthalmologist
	Diagnosis	
3. Physical Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	
	Diagnosis	
4. Cognitive Disability : <input type="checkbox"/>	Referral Request	
	Diagnosis	
Authentication:		
Date	Specialist/ Consultant Name	Specialty
Hospital		Signature





## نماذج وتلخيص الإعاقة طبياً





## الدراسة الثانية

# التشخيص والتصنيف كأداة للتأهيل المهني المناسب للمعاقين "نموذج مقترح لتطوير مراكز التأهيل المهني للمعاقين وفقاً لتصنيفاتهم"

الدكتور خالد رمضان عبد القناح سليمان  
أستاذ التربية الخاصة المشارك  
بكلية التربية بجامعة جدة



## التشخيص والتصنيف كأداة

### للتأهيل المهني المناسب للمعاقين

### "نموذج مقترح لتطوير مراكز التأهيل المهني للمعاقين وفقاً لتصنيفاتهم"

#### مقدمة:

بالرغم من أهمية التشخيص في مجال التربية الخاصة إلا أن قضيته كانت وما زالت من القضايا بالغة الحساسية، حيث أنه في ضوء التشخيص تتخذ قرارات حاسمة للطفل وأسرته، قد تصل ببعض الأسر أحياناً إلى الصدمة وما يليها من ردود فعل سلبية تجاه هذا التشخيص.

وفي ضوء نتائج التشخيص تتخذ الخطوات لتقديم خدمات متعددة سواء كانت خدمات تربوية ونفسية واجتماعية وتأهيلية، فكيف يمكن تقديم خدمة لطفل لا تعرف قدراته ولا تعرف إمكانياته، وبناءً على نتائج التشخيص أيضاً يمكننا تحديد البرامج العلاجية والخطط التربوية الفعالة والبرامج التعليمية المناسبة بما ينعكس إيجاباً على حياته وحياة أسرته.

ومن أهم مشكلات التشخيص غير الدقيق لبعض المعاقين إدراجهم ضمن فئات أخرى مما يترتب عليه تواجد الطفل المعاق في بيئة تعليمية وتربوية غير مناسبة.

ولذا يشير دليل العمل مع آباء ذوي الاحتياجات الخاصة الذي أصدر في ولاية فيرجينيا (٢٠١٠) أنه لكي يتم تحقيق أهداف التربية الخاصة لاد من تحديد نوعية إعاقة الطفل وشدته ، وتقييم الخدمات التي تقدم للمعاقين بحيث لا يمكن إلحاق الطفل في برامج التربية الخاصة بدون تقييم لتحديد مدى استفادة الطفل من الخدمات التي تقدم له.

ومن أهم الخدمات التي تقدم للمعاقين خدمات التأهيل المهني التي أكدت الدراسات والبحوث علي أنها ضرورة ملحة واستكمالاً أساسياً لعمليات التعليم والتدريب التي تلقوها فيما مضى، ليكتسبوا المهارات التدريبية اللازمة لحصولهم على فرص عمل ونجاحهم فيها، وتبدأ هذه العملية بالتشخيص والتقييم الدقيق لقدرات الشخص المعاق وتحديد جوانب القوة والضعف واستثمار القدرات المتوفرة لديه في عملية التدريب، ومن ثم توجيهه نحو المهنة التي تناسب قدراته ومؤهلاته وميوله، وتعتمد عملية التأهيل المهني في مراحلها التدريبية على تفريد التدريب الذي يتم من خلاله مراعاة قدرات المعاق، وما لديه من سمات وقدرات شخصية، حيث توضع الأهداف التدريبية بما ينسجم مع هذه القدرات.

ولذا جاءت الورقة العلمية الحالية التي يستهدف منها الباحث التعرف بإيجاز على المصطلحات والتصنيفات في مجال الإعاقة منتهياً إلى التأهيل المهني المناسب لكل فئة من خلال عرض نموذج مقترح لتطوير مراكز التأهيل المهني للمعاقين في التدريب والتشغيل المناسب بناءً على تصنيفاتهم.

## أولاً- المصطلحات والتصنيفات في مجال الإعاقة:

يشير القريطي (١٩٩٦) بأن اختلاف الباحثون حول المصطلحات المستخدمة لتعريف كلمة الإعاقة يعود إلى تعدد فئاتها، فحتى العهد القريب كان يطلق علي المعاقين بأنهم ذوي العاهات والعجزة والشواذ، أما في الوقت الحالي فقد تعددت الرؤى واتفقت وتباينت حول هذا المفهوم بداية من مصطلح العجز Disability إلى مفهوم الشخص غير العادي Abnormal person مروراً بمصطلح المقعدين Crippled وذوي الاحتياجات الخاصة Special Needs .

وقد أوضح بدر (٢٠٠٦) أن المصطلحات القديمة لم تعبر تعبيراً إنسانياً عن تلك الفئات، فعلى سبيل المثال فإن مصطلح المقعدين يقتصر وفقاً لوجهة النظر القديمة على مبتوري الأطراف والمصابين بالشلل Paralysis، كذلك فإن مصطلح العجزة لم يكن يتوافق معهم، لما فيه من إحساس بالألم والحسرة، ولذا فإن مفهوم ذوي العاهات ليس من المقبول التعبير عنه لأفراد في المجتمع، ومصطلح الشواذ هو مصطلح أشد وطأة حيث يشير إلى الخروج عن المألوف، والمعاق ليس كذلك، من هنا فإن استخدام كلمة معاق أو ذي احتياجات خاصة يعتبر أخف وأهون من التعبيرين الآخرين.

فبالرغم من الاختلافات الكثيرة التي دارت حول تحديد مصطلح يتلاءم مع فئات متعددة من ذوي الاحتياجات الخاصة ، أطلقت مصطلحات متعددة تصيب هذه الفئات بأكملها بالخزي والعار، ومن هنا فلم

يكن أمام الباحثين إلا مواجهة التحديات التي تقف أمام تلك الفئات وأولها مشكلة تغيير المفهوم عند الكثيرين، فالإعاقة أياً كان نوعها تترك في الغالب أثراً سلبية على الحالة النفسية للفرد المعوق وخصوصاً إذا كان طفلاً، كما تؤثر على علاقاته الاجتماعية بأقرانه في المجتمع سواء داخل الأسرة أو المدرسة.

وهذا ما أشار اليه الخطيب (٢٠١٣) أنه لابد من وضع نظام ما لتحديد ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفهم ومع ذلك فإن أي نظام قد ينطوي على مخاطر وصعوبات فالفروق الفردية بين ذوي الاحتياجات الخاصة واسعة ولا يمكن لفئة أو تصنيف أن تصف كامل الخصائص المتباينة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ومن إيجابيات المسميات أنها تعمل على إبراز حجم مشكلة الإعاقة في المجتمع وتساعد على توفير الخدمات لفئات الإعاقة المختلفة وتيسير التواصل بين المؤسسات والأفراد، ومن أهم سلبياتها فهي نادراً ما تعكس الحاجات التربوية أو العلاجية للأفراد، والاختبارات التي تستخدم للتشخيص والمسميات لا تتمتع بمصدقية كبيرة وان المسميات تقود الى صورة نمطية سلبية وتوقعات متدنية من الأفراد وان المسميات تعمل على انخفاض مفهوم الذات وان بعض المسميات مرنة او متساهلة الى حد كبير وتسمح بوصف الطفل بأنه معوق مع انه غير معوق.

ويشير (الروسان، ١٩٩٨) أن مصطلح التصنيف يعني وضع الطفل المعوق ضمن فئات أو درجات مجموعة ما من المجموعات.

وأشار أيضا إلى أن هناك عدد من التسميات المتداولة في مجال تربية غير العاديين ويضم كل مسمى منها عدداً من التصنيفات وهي

١- الموهوبين وتضم تصنيفات (الاذكاء - والمبدعين - والعابرة ..... الخ).

٢- المعاقون عقلياً وتضم تصنيفات متعددة وهي:

أ- حسب نسبة الذكاء (بسيطة - متوسطة - شديدة)

ب- حسب القدرة على التعلم ( قابلون للتعلم - قابلون للتدريب - اعتماديون)

ج- حسب تصنيف الجمعية الامريكية للتخلف العقلي (بسيطة - متوسطة - شديدة - شديدة جداً )

د- حسب الشكل الخارجي (المنغولية - اضطراب التمثيل الغذائي- القماءة - صغر حجم المخ - كبر حجم المخ- استسقاء الدماغ)

هـ - حسب الأسباب ( اعاقة عقلية أولية - اعاقة عقلية ثانوية).

٣- الإعاقة السمعية وتضم تصنيفات:

أ- حسب العمر (صمم ما قبل اللغة - صمم ما بعد اللغة).

ب- حسب درجة فقدان السمع (بسيطة - متوسطة - شديدة - شديدة جداً).

#### ٤- إعاقة بصرية وتضم التصنيفات:

- حسب نوع التعريف القانوني - حسب التعريف التربوي.
- حسب الدرجة (معاقون بصرياً كلية - معاقون بصرياً جزئياً)
- حسب المظهر (حالات قصر النظر - حالات طول النظر - حالات صعوبة التركيز).

#### ٥- صعوبات التعلم وتضم تصنيف واحد وهو حسب المظهر الرئيس ويندرج ضمنه:

- أ- حالات المظاهر السلوكية.
- ب- حالات المظاهر العصبية.
- ج- حالات المظاهر اللغوية.
- د- صعوبات الكتابة.
- هـ - صعوبات القراءة.
- و- تأخر ظهور الكلام.
- ي- فقدان القدرة على الكلام.

#### ٦- الاضطرابات الانفعالية وتضم تصنيف واحد وهو القائم على حسب درجة الإعاقة ويندرج فيه:

- أ- الاضطرابات الانفعالية البسيطة مثل العناد، وسرعة الغضب.
- ب- الاضطرابات الانفعالية المتوسطة مثل حالات الجنوح.
- ج- الاضطرابات الانفعالية الشديدة مثل حالات فصام الطفولة (الأوتيزم).

## ٧- الاضطرابات اللغوية وتضم تصنيف حسب المصدر ويندرج ضمنه:

أ- اضطرابات النطق.

ب- اضطرابات الصوت.

ج- اضطرابات الكلام.

د- اضطرابات اللغة.

## ٨- الاعاقة الحركية وتضم تصنيف واحد على حسب المظهر الخارجي

ويندرج ضمنه:

أ- حالات الشلل الدماغي.

ب- حالات اضطراب العمود الفقري.

ج- حالات وهن وضمور العضلات.

د- حالات الصرع.

هـ- حالات شلل الاطفال.

وبالاطلاع إلى العديد والعديد من الكتابات عن تصنيفات الإعاقة وجدت أن من أفضل التصنيفات وأحدثها في -حدود علمي- هو تصنيف IDEA قانون تربية الأفراد المعاقين with Disabilities (Individuals Act, 2012) حيث قدم تصنيفاً لفئات الإعاقة مقسم إلى ثلاثة عشر فئة وهي:

<http://www.parentcenterhub.org/repository/categories/>.

## ١- الأوتيزم Autism:

ويعني إعاقة نمائية تؤثر بشكل جوهري على التواصل النطقي والغير نطقي والتفاعل الاجتماعي، وعادة ما تكون ظاهرة قبل عمر الثلاث سنوات، وتؤثر سلباً على الأداء التعليمي للطفل. كما أن هناك سمات أخرى مصاحبة للتوحد كتكرار الأنشطة ، والحركات الإعتيادية، ومقاومة تغيير البيئة، والتغيير في الأعمال الروتينية اليومية، والانعكاسات غير الاعتمادية للتجارب الحسية.

ويعتبر مصطلح التوحد لا ينطبق على الطفل في حال كان الاداء التعليمي أو التربوي يتأثر سلباً بسبب أن الطفل لديه مشكلات عاطفية.

والطفل الذي يظهر عليه علامات التوحد بعد سن الثالثة يمكن ان يشخص بأن لديه توحد إذا توفرت فيه المعايير السابقة.

ويوضح الباحث بعض أراء المختصين في الخلاف بين مصطلح التوحد Identification ومصطلح الأوتيزم Autism ومن هنا ترجم الباحث المصطلح إلى (أوتيزم) يري (الخولى، ٢٠٠٧) أنه يعد الأوتيزم أحد المفاهيم التي شهدت وما تزال سلسلة من التناقضات والازدواجية والخلط مع المفاهيم التي لا تمت بصلة من قريب أو بعيد بهذا الاضطراب النمائي الذي يصيب بعض الأطفال، اذكر منها على سبيل المثال ما هو شائع الآن من خلط بين مصطلح.

## مصطلح الأوتيزم Autism التوحد أو الهوية Identification:

ولعل من الأسباب التي أدت إلى شيوع مثل هذه الظواهر السلبية الحرية اللامسؤولية، ضالة الخبرات العلمية، الاعتقادات الخاطئة، جمود الفكر، الخيال الزائف والمطلق.....إلخ.

ويعد المصطلح الشائع تحت مسمى التوحد والمعنى به Autism أبرز المصطلحات التي استخدمت بشكل غير دقيق وخاطئ، ومن المثير للدهشة أن هذا الاستخدام الخاطئ قد شهد انتشاراً واسعاً في العديد من البلدان العربية هذا وقد ساعد على انتشاره بالشكل الخاطئ العديد من وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة مما يتحول بالإعلام من دوره الأساسي وهو تقديم معلومات للرقى بالناس إلى تقديم معلومات لإرضاء بعض الناس، هذا بالإضافة إلى عدم وجود ترجمة عربية لمصطلح Autism شأنه شأن مصطلح Hysteria الهستيريا وغيرها من المصطلحات الأخرى كالتيكنولوجيا، والديمقراطية وغيرها.....إلخ فمصطلح autism الأوتيزم هو اضطراب نمائي يصيب بعض الأطفال قبل أن يكتمل عمر الطفل ثلاث سنوات وله العديد من الأسباب، ويتبدى في العديد من الصور، وعلى الرغم من أنه قد أطلقت مسميات عديدة متنوعة على كلمة Autism نذكر منها : التوحد، الاجترارية، الذاتية.....إلخ

وتعد كلمة التوحد (التوحدية) المصطلح الأكثر شيوعاً واستخداماً في الدراسات والبحوث العربية، إلا أنه قد استخدم هذا المصطلح بشكل آخر تقادياً للخلط والتداخل حيث إنني استخدمت مصطلح الأوتيزم لوصف

Autism كاضطراب نمائي حيث إن الترجمات الأخرى المستخدمة في الدراسات والبحوث العربية تبعد تماماً عن حيز ومجال الأوتيزم المعنى به الاضطراب النمائي باستخدامهم لمصطلح التوحد، فاللفظ العربي التوحد في اللغة العربية هو ترجمة لمصطلح Identification، والتوحد في علم النفس والصحة النفسية لا يشير إلى اضطراب أو مرض كما هي الحال في الأوتيزم، فالتوحد خاصية أساسية وطبيعية لنمو الأطفال خلال مرحلة الطفولة، فالتوحد علامة من علامات النمو السوي والطبيعي، والتوحد هو خروج مؤقت عن الذات، بينما الأوتيزم هو تقوقع قد يكون مستمر داخل الذات، ومن المسلمات في مجال الصحة النفسية المتمركز حول الآخر، وزيادة النسيج الاجتماعي بدلاً من المتمركز حول الذات الذي هو علامة من علامات المرض النفسي، حتى وإن كان ولا بد من متمركز حول الذات فهذا لا يعني أن يستمر هذا المتمركز لفترات طويلة، بل لابد من أن يكون لدى الفرد مرونة في التأرجح بين الذات وبين الآخرين.

ولكن لماذا يكون في التوحد خروج مؤقت عن الذات؟ لعل ذلك يرجع إلى أن التوحد وليس الأوتيزم هو وسيلة يلجأ إليها الفرد ليزيد بها من قدر نفسه، بأن يمد هويته إلى شخص آخر، أو يقترض هويته من شخص آخر، أو يخلط ويدمج بها هويته بهوية شخص آخر، فحينما يتوحد الابن مع أمه مثلاً فإنه يمد هويته إلى هوية شخص آخر (توحد مع المحبوب)، وقد يكون توحد الابنة مع أمها على سبيل المثال نتيجة لما قد يكمن داخل الابنة من مشاعر حسد تجاه أمها فهي تقترض هويتها من هوية شخص آخر وهي الأم (توحد مع المحسود) حيث ترغب الابنة في أن تكون مكان أمها، وقد يتوحد على سبيل المثال رئيس الخدم مع مخدمه المستبد (تدوير

القهر) حيث يصبح رئيس الخدم مع الخدم الآخرين تحت رئاسته بمثابة مخدوم آخر مستبد، وهذا النوع من التوحد يحدث فيه خلط ودمج هوية الشخص بهوية شخص آخر.

هذا بالإضافة إلى أن التوحد قد يكون أولى وهو حالة طبيعية تحدث في الطفولة لكل طفل عندما لم يكن قد ميز بين هويته وهوية المحيطين به، أي لم يدرك الطفل الفرق بين "أنا" و "أنت" حيث لا يوجد معنى للفرق (تطور طبيعي لا شعوري) وقد يكون التوحد ثانوي حينما يدرك الطفل الوالدين منفصلين عنه، لهما هويتهما التي اكتشفها لهما، حيث يلجأ إلى التوحد كي لا يشعر بأنه منفصل عنهما، وتقل مشاعر العدوانية تجاههما (تطور طبيعي). وهناك توحد إسقاطي وهو عملية يتصور فيها الطفل نفسه داخل شخص آخر خارج عنه، حيث يعيش حالة من التوهم بأنه يسيطر بهذه الطريقة على الشخص الآخر، وهو بذلك يتوهم وجود قوة بداخله حيث يفقدها في نفسه ويجدها لدى الآخرين. أي أن إشباع الآخر لنفسه من خلال قوته هو أيضاً إشباع لنفسه (تطور طبيعي).

وهناك توحد استدماجي وهو عملية يرى فيها الطفل الشخص الآخر داخله، وأن هذا الآخر هو جزء منه هو نفسه أي لا بد من حدوث استدماج بينهما (تطور طبيعي). (الحنفي: د. ت) (سامية القطان: ١٩٧٩) أي أنه في شتى صوره وأشكاله تجاوز لحدود الذات، وأنه مبني على المشاعر، هذا التجاوز هو تجاوز مؤقت شأنه في ذلك شأن العالم المبتكر أو الفنان المبدع حينما يعزف كل منهما عن الواقع المحيط عزوفاً مؤقتاً ليعيش خيالاته وأفكاره مع ملاحظة أن الخيالات هي خيالات مبنية على حقائق

وقائع وليس فانتازيا (خيال مطلق) لا تعتمد على الحقائق ولا ترتبط بها، كما يحدث في حالة الأوتيزم ذلك الاضطراب النمائي حيث يشعر الطفل الأوتيزم بأن البيئة المحيطة به مصدر غير آمن له أو مصدراً للهجوم العنيف عليه، مما يصعب على بعض الأطفال الأوتيزم المصالحة بين مشاعرهم العدوانية الفطرية تجاه البيئة المحيطة بهم حيث يلجأون إلى العزل والانفصال الشامل عن العدوان، لدرجة أنهم يبعدون عن أي اتصال بالحياة الحقيقية مما يؤدي بهم ذلك إلى حالة من الانسحاب والتفوق داخل الذات ومن هنا يكون الأوتيزم قائم على التفوق داخل الذات.

ومن الجدير بالذكر أن هناك تداخل وخط من نوع آخر يكمن في استخدام بعض المصطلحات للإشارة إلى الأوتيزم ومن أهمها:

أ- الاجترارية والأوتيزم:

فلاجترارية أحد صور الترجمة العربية لمصطلح Compulsive Neurosis والذي يعنى العصاب القهري.

ب- الذاتوية والأوتيزم:

أما أقرب المصطلحات المستخدمة اقتراباً في المعنى والدلالة هو مصطلح الذاتوية وإن كانت الذات Self بمعناها العام تختلف عن الذاتوية في الأوتيزم بمعنى التفوق داخل الذات، فالذات وتعنى فكرة الفرد عن نفسه هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصية الفرد

وهى عامل أساسي في تكيفه الشخصي والاجتماعي، حيث تتكون من مجموع إدراكات الفرد لنفسه وتقييمه لها إلا أن ما يربط بينهما أن الأصل يرجع إلى الكلمة الإغريقية Autos وتعنى الذات أو النفس إلا أنى أرى أن هناك فارق بين مصطلح الذاتوية الذى يستخدم للإشارة للأوتيزم نسبة إلى تمركز الطفل حول ذاته من خلال ما يظهر على الطفل الأوتيزم من سلوكيات نمطية كال دوران حول نفسه في شكل دائري أو الميل برأسه أو بجسمه يمينا ويساراً، كما يختلف أيضاً عن تكرار المصايب بالعصايب القهري لبعض السلوكيات والتي ترجع فى أصلها إلى الكبت والإحباط أو القمع.

### ج- الأوتيزم والإعاقة العقلية:

وأكد (عبد الرحيم بخيت ١٩٩٩ ) على أن هناك خطأ بين الأوتيزم والإعاقة العقلية، هذا الخط جاء من أن بعض خصائص الإعاقة العقلية تشبه السلوكيات التي يظهرها الأطفال الأوتيزم، إلا أن الفرق بين الأوتيزم والإعاقة العقلية يتبدى في أن الأطفال المعاقين عقلياً ينتمون أو يتعلقون بالآخرين، وهم نسبياً لديهم وعى اجتماعي، ولكن لا يوجد لدى الأطفال الأوتيزم تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.

كما أن القدرة على المهام غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي، والبصرى ومهارات التعامل موجودة لدى الأفراد الأوتيزم ولكنها غير موجودة لدى الأطفال المعاقين عقلياً، كما أن العيوب الجسمية في

الأوتيزم أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى المعاقين عقلياً، كما يبدى الأطفال الأوتيزم مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى، الفن..... إلخ، وهذا لا يوجد في حالة الأطفال المعاقين عقلياً، وأخيراً يتميز الأطفال الأوتيزم بالسلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع واليد أمام العينين والحركات الكبيرة، مثل التأرجح، أما المعاقون عقلياً مختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه.

## ٢- الصم المكفوفين : Deaf- Blindness:

ويعني هذا المصطلح الاعاقة السمعية والاعاقة البصرية مجتمعة، ويعد هذا المزيج بسبب احتياجات ملحة للتواصل والنمو والتعليم والتي لا يمكن لأصحابها أن يحققوا التعلم من خلال برامج التربية الخاصة بمفردها سواء أعدت خصيصاً للمعاقين سمعياً أو للمعاقين بصرياً.

ولا يعني هذا المصطلح الصم الكلي أو العمى الكلي.

## ٣- الصم Deafness :

وتعني الصم الحاد بحيث أن الطفل يعد معاقاً في تحليل المعلومات اللغوية من خلال السمع سواء باستخدام السماعات أو لم يستخدمها والتي تؤثر سلباً على الاداء التعليمي للطفل.

#### ٤- الاضطراب الانفعالي : Emotional Disturbance:

ويعني ظرف يظهر من خلاله واحدة او اكثر من السمات التالية عبر فترة طويلة من الزمن أو إلى حد معين بحيث تؤثر سلباً على الاداء التعليمي للطفل ومن مظاهرة:

أ- عدم القدرة على التعلم لأسباب بعيدة عن الاسباب الصحية والحسية والفكرية.

ب- عدم القدرة على بناء او الحفاظ على العلاقات الشخصية الايجابية مع الاقران والمعلمين.

ت- انماط غير مناسبة من السلوك او المشاعر ضمن المواقف البيئية الطبيعية.

ث- الحالة المزاجية السائدة عامة يسودها الحزن والاحباط.

ج- لديه نزعة قوية في ظهور أعراض جسدية داله على الخوف مصحوبة بمشاكل مدرسية وشخصية.

ويتضمن هذا المصطلح انفصام الشخصية غير أنه لا ينطبق على الأطفال الغير منسجمين اجتماعياً مالم يتم تشخيصهم على انهم مضطربين انفعالياً.

#### ٥- الاعاقة السمعية Hearing Impairment:

وتعني اعاقة في السمع سواء كانت دائمة او مؤقتة والتي تؤثر سلباً على الأداء التعليمي للطفل ولا تتدرج تحت تعريف الصمم.

## ٦- الإعاقة الفكرية: Intellectual Disability:

وتعني أن الاداء العقلي العام أقل من المتوسط مع وجود عجز في السلوك التكيفي ويتضح ذلك في فترات النمو عند الطفل، وتؤثر سلباً على أدائه التعليمي.

## ٧- الإعاقات المتعددة: Multiple Disabilities:

وتعني الإعاقات المتصاحبة كإعاقة الفكرية مع كف البصر، أو الإعاقة الفكرية مع الإعاقة الصحية، حيث أن اصطحاب الإعاقين قد يسبب احتياجات تعليمية لا يمكن تلبيتها من خلال برامج التربية الخاصة بمفردها ، والمصطلح لا يندرج ضمنه الصم المكفوفين.

## ٨- الإعاقة الصحية: Orthopedic Impairment:

وهي إعاقة صحية تؤثر سلباً على الاداء التعليمي للطفل والتي يعود سببها الى مرض مثل شلل الاطفال ، وهشاشة العظام، أو سل العظام، وقد تكون تابعة لأسباب أخرى مثل الشلل الدماغي، أو بتر أحد الأطراف أو الكسور أو الحروق الشديدة التي قد تسبب هذه الإعاقة.

## ٩- إعاقات صحية أخرى: Other Health Impairment:

وتعني وهن وضعف وتأهب عالي للمحفزات البيئية الخارجية والتي تنتج عن تأهب محدود واستجابة محدودة حتي مع البيئة التعليمية، ويعود ذلك الي سببين:

أ- المشكلات الصحية الحادة والمزمنة مثل اضطراب الانتباه أو فرط الحركة الزائد، أو السكر، أو الصرع، أو امراض القلب، او مرض الهيموفيليا ، او الحمى الرئوية او الانيميا.  
ب- تؤثر سلبا على الاداء التعليمي للطفل.

#### ١٠- إعاقات التعلم المحددة : Specific Learning Disability:

وتعني خلل في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية التي تشارك في الفهم أو استخدام اللغة أو النطق أو الكتابة، والتي قد تظهر ملامحها في ضعف القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة، أو عند القيام بالعمليات الحسابية، كما يتضمن هذا المصطلح (إعاقات التعلم المحدودة ) وبعض الحالات مثل إعاقات الإدراك الحسي وخلل الدماغ وضعف عمل الدماغ، وصعوبات القراءة، واضطرابات الكلام، ومن الجدير بالذكر أن المصطلح لا يشمل مشاكل التعلم الناتجة عن الاعاقات البصرية أو السمعية أو الحركية، أو حتى الاعاقة العقلية أو الاضطرابات الانفعالية، أو المساوئ البيئية أو الثقافية أو الاقتصادية.

#### ١١- ضعف الكلام واللغة Speech of Language Impairment:

يعني اضطراب في التواصل مثل التلعثم أو الاعاقة النطقية والاعاقة اللغوية والاعاقة الصوتية التي تؤثر سلباً على الأداء التعليمي للطفل.

## ١٢ - الإصابات الدماغية : Traumatic Brain Injury :

وتعني الاضرار المكتسبة الدماغية بسبب مؤثرات قوى خارجية والتي أدت الى عاقبة وظيفية كاملة أو جزئية أو حتى عاقبة نفسية أو كليهما معا، والتي تؤثر سلبا على الاداء التعليمي للطفل وينطبق المصطلح على (إصابات الرأس المفتوحة أو المغلقة) والتي تؤدي الى الاعاقات المختلفة مثل الاعاقات الفكرية أو اللغوية أو إعاقات الذاكرة أو الانتباه والتفكير المجرد، أو اصدار الاحكام والمشاكل الحسية والادراكية والقدرات الحركية، والسلوك النفسي، والوظائف الجسدية، ومعالجة المعلومات، والنطق والكلام، ولا ينطبق المصطلح على الاصابات الجينية أو الناتجة عن خلل أثناء عملية الولادة.

## ١٣ - الاعاقة البصرية والعمى: Visual Impairment Including Blindness

وتعني عاقبة في البصر والذي حتي عند معالجته يؤثر سلباً على الأداء التعليمي للطفل ، ويتضمن الرؤية الجزئية أو العمى التام.

ويري الباحث أن تصنيف IDEA "قانون تربية الأفراد المعاقين" يتميز عن كل التصنيفات السابقة علي ما يلي:

١- التحديد الدقيق لتصنيفات الإعاقة نظراً للتطور الطبي والتشخيص الحديث.

- ٢- التأكيد على مسميات واضحة لبعض الفئات يوجد جدل في التسمية نتيجة الترجمة اللغوية والتي تعتمد على الوصف وليس التشخيص والسلوك مثل مصطلح الاوتيزم ومصطلح الإعاقة الفكرية.
- ٣- وضع عدد من الاعاقات التي تنتمي الى بعض السمات المتشابهة وتحتاج الى برامج علاجية وتعليمية وتربوية وتقنيات مساندة وبيئات تعليمية متشابهة مثل الجمع بين الاعاقات (ذوي الاعاقة الحركية - المعاقين جسديا والشلل الدماغي) في مسمي واحد وهو (الاعاقة الصحية).
- ٤- وضع الاعاقة الانفعالية والاضطرابات السلوكية تحت مصطلح واحد (الاضطرابات الانفعالية).
- ٥- وضع مصطلح صعوبات التعلم وصعوبات التعلم النمائية والاكاديمية تحت مصطلح واحد وهو (اعاقات التعلم المحددة) وأن المصطلح لا يشمل مشاكل التعلم الناتجة عن الاعاقات البصرية أو السمعية أو الحركية، أو حتى الاعاقة العقلية أو الاضطرابات الانفعالية، أو المشكلات البيئية أو الثقافية أو الاقتصادية.
- ٦- اعتماد مصطلح جديد تحت مسمى "إعاقات صحية أخرى" ليشمل المشكلات الصحية الحادة والمزمنة مثل اضطراب الانتباه أو فرط الحركة الزائد، أو السكر، أو الصرع، أو امراض القلب، أو مرض الهيموفيليا، أو الحمى الرئوية أو الانيميا.
- ٧- اعتماد بعض المصطلحات نظراً لاختلاف برامج تعليمها واحتياجاتها من التقنيات المساندة مثل مصطلح الصم المكفوفين كفئة مستقلة.

٨- جاء مصطلح الإعاقة السمعية ليشمل من لديهم بقايا سمعية تمكنهم من تنمية محصولهم اللغوي باستخدام التقنيات المساندة، أما مصطلح الصمم والذي جاء كفئة مستقلة يشمل درجان فقد السمع الحاد والعميق والتي تمنع الطفل من تحليل المعلومات اللغوية سواء باستخدام السماع أو بدونها.

٩- جاء التصنيف الحالي ليضم مع الإعاقة البصرية العمى التام كصفة لمن لا يستطيع الابصار حتي باستخدام المعينات البصرية، وهذا يتفق مع المصطلح القرآني للفقد التام للإبصار على أنه عمى. قال الله تعالى " عَبَسَ وَتَوَلَّى (١) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (٢) (سورة عبس، الآية ١-٢).

١٠- إعتاد مصطلح الاصابات الدماغية كمصطلح حديث قائم على التشخيص الطبي للأمراض المخية والتي ينتج عنها إعاقة في المستقبل وتعني الأضرار المكتسبة الدماغية بسبب مؤثرات قوية خارجية أدت إلى إعاقة وظيفية كاملة أو جزئية.

١١- إعتاد مصطلح ضعف الكلام واللغة مقابل لبعض التصنيفات القديمة المتعددة والتي تشمل مصطلح اضطرابات التواصل أو اضطرابات النطق.

١٢- لم يشمل التصنيف الحالي مصطلح الأطفال المعرضون للخطر At Risk Children - وهم الأطفال الذين تزيد احتمالات حدوث الإعاقة أو التأخر النمائي لديهم عن الأطفال الآخرين، بسبب تعرضهم لعوامل خطر بيولوجية أو بيئية.

ثانياً- واقع قضية التصنيفات واستخدام المفاهيم بين الدول وبين الباحثين في مجال التربية الخاصة:

أ- واقع استخدام المصطلحات والمفاهيم بين الدول:

يري (الخطيب، ٢٠٠٨) أن موضوع التعريفات والتصنيفات المتداولة في مجال الاعاقة في الدول العربية يتسم بالتباين الشديد وعدم الوضوح مما ينجم عنه ارباك شديد على مستوى الممارسة الميدانية، ويمكن تنفيذ جملة من البرامج العملية على أرض الواقع ومنها (قيام السلطات الوطنية ذات العلاقة في مجال التربية الخاصة بتبني تعريف وتصنيف واضح لفئات الاعاقة ودرجاتها ويجب أن توضع تلك النظم موضع التنفيذ، وتطوير ادلة علمية تحتوي على المعايير المعتمدة لتصنيف الإعاقات وتشخيصها، وتطوير اختبارات تشخيصية مقننة تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة واعداد كوادر مؤهلة لتطبيق هذه الاختبارات).

وبعيداً عن الجدل والنقاش بين هذه القضية حول موضوع التسميات والتصنيفات في الدول العربية، نجد أن الدول العربية لم توحد استخدامها للمصطلحات الدالة على فئة واحدة، ففي الأردن استخدم مصطلح الاعاقة والمعاقين منذ الستينيات من القرن العشرين وما زال مستخدم حتي الان في بعض المؤسسات ثم تحول تدريجياً في البعض منها فنجد أن مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة جاء ليحل محل المعاقين بصفة عامة أو محل فئة معينة مثل الاعاقة العقلية، كما جاء مصطلح الصم للدلالة على الاعاقة السمعية، ومصطلح المكفوفين للدلالة على الإعاقة البصرية.

وفي مصر ظهر مصطلح التربية الفكرية ليحل محل الإعاقة العقلية وانتشر بسرعة كبيرة بين دول الكويت والبحرين وعمان والامارات العربية المتحدة.

وجاء مصطلح الصم ليحل محل الاعاقة السمعية، وفي سوريا ولبنان لا يزال مصطلح الاعاقة والمعاقين، وفي تونس يستخدم مصطلح التخلف الذهني.

١٠- واقع المصطلحات والمفاهيم بين الباحثين في مجال التربية الخاصة قضية التصنيفات والمفاهيم ليست قضية استخدام المصطلحات بين الدول فقط ولكن على مستوى الباحثين في مجال التربية الخاصة والجدول التالي يوضح استخدام الباحثين للمفاهيم والمصطلحات في مجال التربية الخاصة.

### جدول (١)

عدد بحوث المؤتمرات	عدد الرسائل الجامعية	عدد الأبحاث والمقالات	المصطلح
٦٧	٨٧	٣٩٢	التربية الخاصة
٨٦	١٦٤	٤٧٠	المعاقين
٥٥	٨٢	٢٣٢	المعوقين
٤٠	١١٣	٢٢٤	ذوي الاحتياجات الخاصة
٦٦	١٩٠	٥٧٢	صعوبات التعلم
١	١	٥	إعاقات التعلم المحددة
١	صفر	١	المضطربين انفعالياً
صفر	صفر	٢	الإضطراب الإنفعالي

المصطلح	عدد الأبحاث والمقالات	عدد الرسائل الجامعية	عدد بحوث المؤتمرات
المعاقين انفعالياً	٢	صفر	صفر
المضطربين سلوكيا	٣	١	٢
ذوي الاضطرابات السلوكية	٢٠	٣	٢٠
ذوي الاعاقة	١٦٨	٥١	١٨
الصم المكوفين	١٣	١	٣
المعاقين فكرياً	٧	٢	١
ذوي الاعاقة الفكرية	٢٣	١	١
التوحد	١٥٧	٥١	١٦
الاولتيزم	١٨	٣	٢
الشلل الدماغي	١٨	١٣	١
المعاقين حركياً	٣٠	١٨	٥
المعاقين عقلياً	٩٦	٤٢	١٤
المعوقين عقلياً	٣١	١٧	صفر
الاعاقات المتعددة	٥	١	١
المعاقين جسدياً	٢	١	٢
ذوي الاعاقة الحركية	٨	١	١
المعاقين سمعياً	٨٦	٤٥	١٠
الصم	١٩٩	٨٩	٣٥
ضعاف السمع	٥٨	١٣	١٠
إضطرابات التواصل	٣	١	صفر
اضطرابات النطق	٢٩	٦	١
اضطرابات اللغة	١٢	١	١
اضطرابات الصوت	٢	صفر	صفر
ضعف الكلام واللغة	صفر	صفر	صفر

وبالنظر في الجدول السابق يتضح الآتي:

استخدام الباحثين لعدد (٣٢) مصطلح متداول بين الباحثين في الابحاث والرسائل العلمية وجاء أكثر المصطلحات المستخدمة من قبل الباحثين في مجال التربية الخاصة هو مصطلح " المعاقين، والمعوقين، وصعوبات التعلم، حيث بلغ استخدام المصطلح الاول في عدد (٦٦٠) بحث ورسالة علمية، والمصطلح الثاني بعدد ( ٣٦٩ ) والثالث وهو صعوبات التعلم بعدد ( ٨٢٨ ) بحث ورسالة علمية في الدول العربية المختلفة.

ويفسر الباحث نسب استخدام الباحثين لهذه المصطلحات فيما يلي:

١- استخدام الباحثين لمصطلح المعوقين جاء استخدام خاطئ حيث جاء المصطلح للدلالة القانونية أكثر من الدلالة التربوية، فالرجوع الي الفرق بين المصطلحين في المعاجم اللغوية يتضح أن مصطلح "معاق" وهو الانسب جاء اسم مفعول من أعاق أي من منعه الاعاقة عن النشاط الانساني المعتاد، أما مصطلح معوق فهو اسم فاعل من عوق والمفعول معوق ومعيق بمعنى عاقة عن الشيء أي منعه عن التصرف وصرفه عن القيام به، ولذا فإن استخدام الباحثين لعدد للمصطلح كان على غير حقيقته التربوية.

٢- مصطلح صعوبات التعلم والذي استخدمه الباحثون في عدد (٨٢٨) بحث ورسالة علمية نظراً لتصنيفات القديمة والتي صنفت صعوبات التعلم كفئة مستقلة، ولكن بمراجعة استخدام هذا المصطلح في الابحاث والرسائل وجد الباحث ان العينة المستخدمة في إجراءات البحث في العديد من هذه الابحاث كانت تتناول فئة ضمنية من فئات صعوبات التعلم وهي صوبات القراءة والكتابة والحساب.

٣- لم يستخدم الباحثين مصطلح إعاقات التعلم المحددة والذي جاء ضمن التصنيفات الحديثة كبديل لمصطلح صوبات التعلم الا في عدد (٧) أبحاث ورسائل علمية، مما يعني عدم اعتماد الباحثين على التصنيفات الحديثة في دراساتهم العلمية.

٤- استخدم مصطلح " ذوي الاحتياجات الخاصة " في عدد (٣٩٧) في الابحاث والرسائل العلمية ، بالرغم من قبول هذا المصطلح من اسر الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والمجتمع ككل، وهذا يدل على أن بعض المدارس المنهجية ترى أنه من الأفضل تحديد الفئة التي يجري عليها البحث في العنوان، وأن استخدام مصطلح "ذوي الاحتياجات الخاصة " يحدد في العنوان اذا كان منهج البحث يحتوي على اكثر من فئة.

٥- استخدم مصطلح " التربية الخاصة " كمصطلح عام في عدد (٥٤٦) في الابحاث والرسائل العلمية وهذا يدل على أن هذا المصطلح عام

يندرج ضمنه كل ما من شأنه أن يقدم خدمات سواء للمعاقين أنفسهم أو لأسرهم أو خدمات تخص دمجهم في المجتمع أو تأهيلهم أو ما شابه ذلك، فجاءت أغلب الابحاث والدراسات المستخدمة لهذا المصطلح في تقديم خدمات عامة تخص أكثر من فئة.

٦- استخدم مصطلح ذوي الاعاقة بعدد (٢٣٧) في الابحاث والرسائل الجامعية، وذلك حيث ان الباحثين يفضلون استخدام هذا المصطلح في فئة الاعاقة التي يندرج ضمنها اكثر من نوع مثل الاعاقة العقلية، والسمعية وغيرها، واستخدم هذا المصطلح كمصطلح عام يتم تخصيص الفئة في اجراءات الدراسة.

٧- بالرغم من الخلاف الواسع بين الباحثين حول مصطلح الاوتيزم والتوحد الا أن المصطلح الشائع كما ذكر سابقا هو مصطلح التوحد ولذلك جاء استخدامه بعدد (٢٢٤) في الابحاث والرسائل في حين ان مصطلح الاوتيزم تم استخدامه في عدد (٢٣) بحث ورسالة علمية فقط.

٨- استخدم الباحثون عدد قليل لمصطلح الاعاقة الفكرية بالرغم من الاتفاق عليه منذ سنوات حيث جاء في عدد (١٠) ابحاث ورسائل فقط، مما يدل على ان تغيير المسميات لا يلقي باهتمام الباحثين، وعليه يجب مخاطبة المجالات العلمية والجامعات بالالتزام بالمصطلحات التي يتم الاتفاق عليها ولا يقبل النشر في المجالات الا بعد الالتزام بالمصطلح تمهيدا لانتشاره وتداوله بين الباحثين وبالتالي في المجتمع ككل.

٩- في المقابل استخدم الباحثون مصطلح الاعاقة العقلية في عدد (١٥٢) بحثاً ورسالة ، ومصطلح المعوقون عقلياً في عدد (٤٨) بحثاً ورسالة، مما يدل على انتشاره وشيوعه لدى الباحثين.

١٠- استخدم مصطلح الصم منفرداً بعيداً عن الاعاقة السمعية او ضعاف السمع في عدد (٢٢٣) بحثاً ورسالة، مما يدل على وجود فترة تزايد فيها العمل مع هذه الفئة والاهتمام بها وظهر عدد غير قليل من المختصين في مجال لغة الإشارة، اما فئة ضعاف السمع فقد كان اقل اهتماماً حيث تم استخدامه في عدد (٨١) بحثاً ورسالة، وجاء مصطلح المعاقين سمعياً كفئة مستقلة يندرج ضمنها الصم وضعاف السمع في عدد (١٤١) بحثاً ورسالة، وبالرجوع الي عدد من هذه الدراسات وجد الباحث انها كانت تستهدف خدمات عامة لهذه الفئة مثل تغيير الاتجاهات او الدمج وغيرهما.

١١- جاء مصطلح اضطرابات التواصل كمصطلح عام يشتمل على اضطرابات النطق والصوت واللغة والكلام، كما جاء في التصنيفات القديمة في عدد (٤) ابحاث فقط، مما يدل على عمومية المصطلح، وان البحث العلمي او الرسالة لا يمكن ان تشمل على فئات متعددة من اضطرابات التواصل لوجود انواع فرعية متعددة تتدرج ضمن هذا المصطلح، ولذا قدمت هذه الدراسات البسيطة موضوعات عامة لهذه الفئة.

١٢- استخدم مصطلح اضطرابات النطق في عدد (٣٦) بحثاً ورسالة، واضطرابات اللغة في عدد (١٤) بحثاً ورسالة، واضطرابات الصوت في عدد (٢) فقط حيث انها تحظى بالاهتمام الطبي اكثر من الاهتمام التربوي، والابحاث الطبية تنشر في المجالات الاجنبية وليست داخلة ضمن هذه الاحصائيات.

١٣- جاء مصطلح المضطربين انفعاليا في عدد (١) فقط مما يدل على عدم الاهتمام بالمصطلح وليس بالفئة، حيث استخدم الباحثون مصطلح المضطربين سلوكيا كمصطلح بديل حيث جاء في عدد (٦) ومصطلح ذوي الاضطرابات السلوكية في عدد (٤٣) بحثاً ورسالة علمية.

١٤- جاء مصطلح الصم المكفوفين بالرغم من وجوده في التصنيف الحالي عن التصنيفات السابقة في عدد (١٧) ابحاث مما يدل على وجود عدد غير قليل من هذه الفئة في المجتمعات العربية، وبالرجوع الى عدد من هذه الابحاث اتضح ان عدد من الباحثين استخدم هذا المصطلح ضمن الاعاقات المتعددة، وفي هذا طبقا للتصنيف الحالي خطأ، ويجب التنويه الى عمل دراسات لمدي انتشار هذه الفئات واهتمام الباحثون بها في الابحاث والرسائل العلمية.

١٥- جاء ايضا مصطلح اعاقات التعلم المحددة في عدد (٧) ابحاث علمية بالرغم من افراده في التصنيفات الحديثة الا ان الدراسات التي تناولته كان على غير المقصود به.

١٦- استخدم مصطلح الشلل الدماغى فى عدد (٣٢) بحثاً ورسالة علمية، وايضاً استخدم كمصطلح مرادف لمصطلح الاعاقة العقلية او يندرج ضمنه وفى هذا خطأ ايضاً حيث استخدم مصطلح فى غير الفئة التى ينضم ويذكر ضمنها.

١٧- لم يتم استخدام مصطلح ضعف اللغة والكلام حتى الان ولذا يجب الاشارة ان التصنيفات الحديثة تفتح المجال امام الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات العلمية عليها نظراً للاعتراف بها والاتفاق عليها.

#### ثالثاً - مدى استفادة مراكز التأهيل المهني من تصنيفات الاعاقة:

يؤكد الروسان، ١٩٩٨ إن من أهم مزايا اجراءات تسمية وتصنيف المعاقين أن هذا يساعد فى برامج التأهيل بشكل عام والتأهيل المهني على وجه الخصوص، وخاصة من حيث الاعداد المهني لكل فئة، وفرص التشغيل، والمتابعة، والتقييم، وعلى ذلك ظهرت برامج التأهيل المهني للمكفوفين، وبرامج التأهيل المهني للصم، وبرامج التأهيل المهني للمعاقين عقلياً وغيرها.

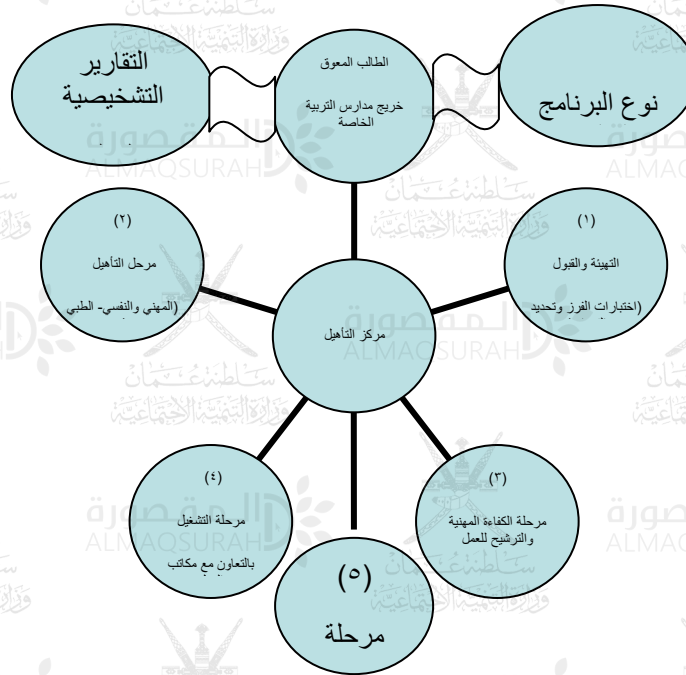
ويرى الباحث أن عدم تفعيل برامج التأهيل المهني للمعاقين فى دولنا العربية بالصورة اللائقة والتي تعود على المعاق بالنفع والفائدة نتاج عدم التصنيف وعدم التشخيص الدقيق للمعاقين فضلاً عن الفوضى الواسعة فى استخدام المصطلحات والتداخل بينها.

ولقد أجري الباحث استبيان للكشف عن أهم المعوقات التي تواجه مراكز التأهيل المهني للمعاقين في عملية التدريب والتشغيل من وجهة نظرهم ونظر القائمين على هذه المراكز من معلمين وأخصائيين ومدرسين وكان من أبرز ما قام برصده من مشكلات تواجه هذه المراكز ما يلي :

- ١- يتم الالتحاق بالتدريب مباشرة دون تحديد المستوى.
- ٢- لا يوجد بالمركز إلا أنواع بسيطة من التدريب.
- ٣- ما يتم الحصول عليه من تدريب داخل المركز لا يتناسب مع القدرات والإمكانات.
- ٤- لا تتناسب برامج تدريب المعوقين داخل المركز وحاجة سوق العمل.
- ٥- المعوق ليس له علاقة بتدريب أو مهنة قد يلتحق بها.
- ٦- لا توجد أي قياسات لميول واتجاهات المعوق نحو مهنة معينة تناسبه.

ومن هنا قام الباحث بعمل نموذج للخطوات التي يجب أن يسير عليها مركز التأهيل المهني وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة منه والرؤية التي أنشأ من أجلها ويتضح هذا النموذج مختصراً في الشكل التالي:

## تفعيل دور مراكز التأهيل المهني في التدريب والتشغيل للمعاقين وفقاً للتصنيفات



### الاعتبارات التي تم مراعاتها في النموذج المقترح:

من خلال النظر إلى دور مراكز التأهيل والمعوقات التي تعترضها للوصول إلى هدفها كما جاءت في الدراسات العربية والأجنبية نجد أن لها دوراً هاماً في التصدي لهذه المشكلات بما يعود على المعوق بالنفع في الحصول على فرصة عمل مناسبة بل وإتقان مهارات التشغيل والاستقرار فيه.

وما زالت حتى الآن برامج التأهيل تواجه صعوبات أسرية واجتماعية وصعوبات تتعلق بالمعوق نفسه تقف عائق أمام تقدم برامج التأهيل المهني، والأمر بحاجة لمزيد من تنشيط كل خطوة فعالة لإنجاح برامج التأهيل والتأهيل المهني.

### ولذا راعي الباحث الاعتبارات التالية في النموذج المقترح:

- ١- دراسة التقارير التشخيصية دراسة متعمقة.
- ٢- التحديد الدقيق لفئة ونوع الاعاقة.
- ٣- تحديد نوع التدريب المهني الذي يتناسب مع المعوق.
- ٤- تحليل المهن التي تسند إلي المعوقين من قبل وزارة العمل.
- ٥- إعداد بطارية اختبارات مقننة تستخدم في التوجيه المهني.
- ٦- ربط المهن بتصنيفات الاعاقة وقدرات المعاق.
- ٧- إعداد اختبارات للكفاية المهنية: ومن أهم الاختبارات التي لابد من توافرها بمراكز التأهيل المهني (اختبارات الأداء - اختبارات الاستعدادات والقدرات - اختبارات الميول - اختبارات الاتجاهات - اختبارات النواحي الخلقية والمزاجية).
- ٨- تطوير أقسام التأهيل الموجودة بالمراكز وإضافة أقسام جديدة بها تتماشى مع التصنيفات الحديثة للمعاقين.
- ٩- إجراء دراسات مسحية لسوق العمل للتعرف على المهن المتوفرة المناسبة لفئات الاعاقة على اختلاف تصنيفاتهم.

١٠- تطوير وتحسين المناهج والخطط التدريبية وأساليب التدريب المستخدمة بما يتلاءم مع كل فئة من فئات المعاقين ومتطلبات المهنة.

١١- إنشاء وحدة لمتابعة المعوق بعد الحاقه بالعمل تقوم علي سرد المعوقات التي تواجه وعمل تدريب لخفضها.

**مراحل الخطوات التي يحتويها النموذج المقترح وأهدافها وكيفية التنفيذ:**

عندما ينهى الفرد من ذوى الاحتياجات الخاصة التعليم بمدارس التربية الخاصة أو الفصول الملحقة بشهادة " وثيقة تخرج " لابد أن يرفق مع هذه الوثيقة تقرير تشخيصي مفصل يشتمل على:

- ١- رأى مدير المدرسة.
- ٢- رأى المعلم.
- ٣- رأى الأخصائي النفسي.
- ٤- رأى أخصائي التخاطب.
- ٥- رأى الأخصائي الاجتماعي.

**أولاً- التقارير المدرسية وأهميتها في عملية تأهيل المعاق داخل مراكز التأهيل:**

يتضمن تقرير مدرسة التربية الخاصة أو الجهة المحولة إلى مركز التأهيل المهني للمعوقين بخصوص المعوق المتخرج منها ما يلي:

- كفاءات ومهارات المعوق المتخرج و إمكانيات تواصله اللغوية، وهواياته ورغباته إلى غير ذلك.

- حالته النفسية وسلوكه الاجتماعي، ونوع إعاقته مدعمة بتقرير، طبي يشمل حالات التشنج والصرع التي يتعرض لها أسبابها وعلاجها وأشكالها، إضافة إلى ذكر الأمراض الأخرى.

- تقرير علاجي آخر يشمل أنواع وطرق المعالجة النفسية والطبيعية، وأنواع الأدوية التي يتناولها.

وعدد الأوقات، عنوان طبيبه الخاص المعالج، ويذكر التقرير أيضا احتياجه إلى مرافقة في العمل وقدرته على استعمال طرق المواصلات.

ثانياً- ثم يبدأ معه تطبيق مراحل النموذج والمكون من خمسة مراحل أساسية تتمثل في:

**المرحلة الأولى: التهيئة والقبول ودراسة التقارير (الأهداف وكيفية التطبيق):**

وفي هذه المرحلة يخضع المعوق إلى التشخيص الدقيق لكافة الجوانب التي توجهه للتدريب المناسب من الناحية النفسية والجسمية والعقلية والتي من أهمها:

- اختبار القدرات العقلية.
- اختبار الاستعدادات والميول.
- اختبار الاتجاهات.
- اختبار القراءة والكتابة.
- بعض الاختبارات النفسية مثل التوافق - العدوان - النشاط الزائد - إلى غير ذلك مما يراه الأخصائيين مهم وذات صلة بالتدريب الذي يلتحق به المعوق.

وهذه المرحلة تهدف إلى مساعدة المعوق للوصول إلى قرار سليم فيما يتعلق بطبيعة المهنة التي يجب إن يلتحق بها. وفي هذه المرحلة يقوم المعلمون والمرشدين وأخصائي التأهيل المهني باستعراض ما يمتاز به المعوق من قدرات بدنية خاصة واستعدادات نفسية وعقلية وميول شخصية ومعلومات وخبرات ثم مقارنة تلك القدرات والاستعدادات بما تتطلبه عملية الأداء في المهن المختلفة ومن ثم اختيار أنسب المهن لحالة المعوق وتوجيهه إليها.

### المرحلة الثانية: مرحلة التدريب (الأهداف وكيفية التطبيق):

تعد هذه المرحلة من أهم المراحل وهي التدريب (المهني - النفسي - الطبي) حيث يوزع المعوق بناءً على نتيجة الاختبارات السابقة إلى التدريب المناسب من عدة الورش الموجودة داخل المركز وتستهدف هذه المرحلة إدخال تعديلات معينة على سلوك الفرد من النواحي المهنية والنفسية والاستثمار الأفضل للوقت والجهد والتكلفة.

وهناك أنواع من التدريب نذكر منها:

#### ١- التدريب العام:

ويتضمن الخدمات التي تساعد المعوق على تحقيق الأهداف المرجوة من التأهيل أو من الحاقة بمركز تأهيل والتي تشمل على:

- التكيف الشخصي.
- التدريب ما قبل المهني.
- التدريب المهني والذي يشتمل على مهارات مهنية معينة من خلال المشاغل والعمل في الورش وأماكن عمل حقيقية.
- التشغيل ويعنى إيجاد العمل المناسب للمعوق بعد تدريبه وفقا لفرص العمل المتاحة في السوق المحلية.
- المتابعة وتهدف إلى تهيئة الظروف اللازمة للمحافظة على استمرارية المعوق في العمل الذي التحق به.

يهدف تدريب المعوق داخل مركز التأهيل إلى:

- أ. إعداد المعوق للحياة العملية سواء في البيت أو الورشة والمصنع، وتطوير قدراته اللغوية من خلال العلاقات الاجتماعية الجديدة، إضافة إلى تنمية كفاءة أداءه الحركي، خلال إجراء تدريبات عملية يوميا، فتكرار إنتاج أشياء بسيطة جدا تزيد من مهارات المعوق وتعزز استقلاله، ويوظفها مستقبلا كخبرات متراكمة في عملية الإنتاج.

ب. تعلم استخدام الأدوات والمكائن والتقنيات التي تتوافق مع إعاقته وعمره بشكل صحيح فعال، فالاستخدام الخاطئ لها يؤدي إلى فقدان المعوق ثقته بنفسه وبحوافز العمل , إضافة إلى خطورة التعرض لإصابات العمل.

ج. التعريف بالورش والمصانع والمعامل، من خلال إجراء زيارات لهذه المواقع والاطلاع على واقع ما ينتظر الشاب المعاق من حياة عملية جديدة .

د. تأهيل المعوقين لتمكينهم من تسير حياتهم اليومية دون الاعتماد على المساعدة الخارجية، وتنشيط الفعل الذاتي خلال تنفيذ مشاريع مفردة لكل مجموعة متشابهة الإعاقة، عبر مناهج وخطط تربوية مختصة.

هـ. الاستفادة من العمل والتدريب الحرفي كوسيلة تربوية لتطوير كفاءة المعوق الفكرية والعضلية للارتقاء به إلى مستوى من التطور والنمو، لتنظيم قدراته وترشيد توزيعها وصولاً به إلى الاندماج الاجتماعي.

و. ضمان العمل لليافع المعاق يتيح له فرصة ممارسة حقوقه ضمن أطر مجتمعية ويحدد بعض مسؤولياته اتجاه الآخر، باعتبارها من المقومات الأساسية لحياة الإنسان.

## ٢- فترة التدريب العملي (التشغيل التجريبي):

تأتي هذه المرحلة أو الخطوة بعد إنهاء المعوق لبرنامج التدريب المهني بحيث يتم الحاقه بسوق العمل لمدة لا تقل عن أربعة أشهر كفترة تدريب عملي ويتابع المعوق في هذه الفترة من الأخصائيين ويبقى مرتبطاً بالمؤسسة أو مركز التأهيل.

وهذه الفترة مهمة لما يأتي:

- تعطى المعوق فرصة الاحتكاك بسوق العمل.
- يساعد المسؤولين على اكتشاف نقاط الضعف والقوى لدى المتدرب وتساعدهم على تغيير الاتجاهات نحو عمل المعوق.

## ٣- تقييم التدريب والتأهيل للمعوق:

هناك عدة أنواع لأساليب التقييم التي يخضع إليها المعوق داخل مراكز التأهيل والتي تتمثل في:

- أ- التقييم التمهيدي ويهدف إلى تحديد حاجة المعوق إلى الالتحاق بالمركز والتدريب المناسب
- ب- التقييم الشامل ويهدف إلى تحديد نوعية الخدمات التي ستقدم للمعوق والتي تشمل على:
  - التقييم الطبي.
  - التقييم النفسي.
  - التقييم الاجتماعي.

وأثناء عملية التدريب يقوم الأخصائيين "النفسي- الاجتماعي-  
التخاطب "بالمركز بعمل بعض البرامج الإرشادية والتدريبية  
للمعوق والتي يستهدف منها:

- تنمية الثقة بالنفس.
- تنمية مهارات الحياة اليومية.
- تنمية مهارات اللغة والتواصل.
- خفض السلوكيات اللاتوافقية.

**المرحلة الثالثة: مرحلة الكفاءة المهنية والترشيح للعمل من قبل  
أخصائي التوظيف (الأهداف وكيفية التطبيق):**

بعد إتمام مرحلة التدريب يطبق علي المعوق بعض الاختبارات التي  
تؤكد مدي إلمام المعوق بالمهنة التي تم التدريب عليها من خلال  
اختبارات عملية يجريها له الأخصائي المهني بالمركز.

ثم ترسل الأسماء إلى مكتب العمل وموضح قرين كل اسم (نوع  
التدريب الذي تلقاه المعوق - ونوع المهنة التي تناسبه من خلال  
القائمة المتوفرة لدى مراكز التأهيل بالأعمال التي من الممكن إن  
يلتحق بها المعوق).

## المرحلة الرابعة: مرحلة التشغيل (الأهداف وكيفية التطبيق ونماذج التشغيل المناسبة):

يقوم مكتب العمل بإيفاد المعوق إلى إحدى الجهات أو الشركات بخطاب مباشرة العمل بها. وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق بعد استكمال عمليات التدريب نحو العمل الذي يتفق مع ما حصل عليه من تدريب سواء في المصانع أو الشركات أو الورش أو المنزل.

### أنواع التشغيل:

١- التشغيل الانتقائي ويعنى إلحاق المعوق بالأعمال الموجودة في

سوق العمل والتي يعمل بها المعوق وغيره.

٢- التشغيل الذاتي ويعنى إلحاق المعوق بعمل لحسابه الخاص.

٣- التشغيل المحمي ويعنى توفير فرصة عمل للمعوق الذي لا

يصلح للعمل العام أو الذاتي. ويهدف التشغيل المحمي إلى:

- توفير عمل مستمر لهؤلاء المعاقين الذين لا يستطيعون العمل

تحت ظروف عادية.

- توفير خدمات التقييم المهني للقدرات العملية في بداية الفترة

الأولي من العمل بالإضافة إلى تدريب مهني أثناء العمل.

أ- الورش المحمية: وتكون فيها العمالة دائمة للأشخاص الذين يعجزون عن الحصول على عمل مفتوح. وتميل الأنشطة في ورش العمل إلى أن تكون سهلة نسبياً للتعلم والأداء. وتتطوي على مهام نمطية مثل التجميع، التغليف، والنجارة، والتصنيع، والخدمات، والخياطة، كما تشمل أيضاً الزراعة والأنشطة التجارية وتختلف بيئة ورش العمل عن أماكن العمل النموذجية بسبب أن بيئات ورش العمل تميل لتلبية.

(O'Brien & Dempsey, 2004); (Visier, 1998)  
(Sandys, 2003. Li, 1998) (Gosling & Cotteril, 2000) (Tayler, 2005 (Lemon & Lemon, 2003).

ب- العمل شبة المحمي: ويكون خاص بالأشخاص المصابين بإعاقات شديدة ومن ذلك نجد أن التصنيف قد أفاد في اختيار نوع الورش التي يلتحق بها المعاق.

٤- التشغيل المنزلي ويعنى قيام المعوق ببعض الأعمال داخل المنزل ثم يتم تسويقها عن طريق آخرين.

٥- التشغيل التعاوني ويعنى تشغيل المعوق عن طريق الجمعيات أو المنظمات أو الجمعيات الأهلية.

٦- التشغيل الاختياري وهو النوع الأكثر توافراً في أكثر المجتمعات وهو في جوهره خاضع لاتجاهات ومواقف أصحاب العمل والقائمين علي المؤسسات الخاصة بالمعاقين.

٧- التوظيف المدعوم للانتقال إليها بعد الورش المحمية، فإذا كانت الورش المحمية معظم أفرادها من المعاقين وتشكل بيئة مناسبة لأولئك غير القادرين على العمل في أماكن العمل العادية، فإن التوظيف المدعوم يعد الخطوة الأولى نحو الدمج الكلي والذي يتم في سوق العمل. ومن ثم نقترح نقل الفرد من الورش المحمية إلى التوظيف المدعوم والتي لا تؤهله قدراته للانتقال إلى العمل التنافسي والذي يظهر فيه الدمج الكلي. وفي حالة تمتع الفرد بقدرة عالية على الاندماج مع الآخرين ينقل من الورش المحمية إلى العمل التنافسي مباشرة.

ويقصد بالتوظيف المدعوم تشغيل المعوقين مع العاديين مع تحمل الدولة جزءاً من أجورهم، وتحميل الشركة أو المصنع أو المؤسسة الجزء الباقي. ويستخدم هذا الأسلوب مع شباب المتخلفين عقلياً القادرين على العمل جزئياً، بهدف تشغيلهم بحسب قدراتهم ، ومساعدتهم على تدميتهم من خلال ممارسة العمل مع العاديين ، حتى يصبحوا قادرين على تحمل مسؤوليات العمل كاملة فيما بعد.

ومع ذلك، فعلى الرغم من النجاح العام لبرامج التوظيف المدعوم، فإن معدل توظيف الشباب ذوي التخلف العقلي ظل منخفضاً عن الشباب ذوي الصعوبات الأخرى وعن الشباب الذين يعانون الصعوبات.

ثم يدخل دور مركز التأهيل مرة أخرى بعد قبول المعوق بالمهنة  
في:

**المرحلة الخامسة: المتابعة والتصدي للمعوقات (الأهداف وكيفية التطبيق):**

إن مرحلة المتابعة والتصدي للمعوقات التي تواجه المعوق في المهنة مهمة في إتمام دور مراكز التأهيل حيث يقوم المركز بأداء بعض التدريبات للمعوق التي تساعد على التكيف مع البيئة الجديدة وهي بيئة العمل التي التحقق بها مثل (التواصل الفعال - ضبط النفس - إتباع التعليمات - الالتزام - خفض السلوكيات المضطربة - إلى غير ذلك) وتعد من المراحل المهمة التي يجب إن تلتزم بها مراكز التأهيل.

وتهدف هذه المرحلة متابعة نشاط المعوق في عملة ومعرفة درجة تكيفه في العمل ومدى قدرته على إقامة علاقات اجتماعية مع زملائه في العمل وكذلك تكيفه مع الأسرة وترتبط هذه المرحلة بمرحلة التشغيل وتهتم بمدى تحقيق أهداف عملية التأهيل المهني ككل.

**أ- أهداف المرحلة وأهميتها في الاحتفاظ بالوظيفة:**

إن الاحتفاظ بالوظيفة سواء في الورش المحمية أو التوظيف المدعوم أو العمل التنافسي في سوق العمل يعد محل اهتمام رئيسي في إعادة التأهيل وذلك لعدة أسباب.

أولاً - أن الأفراد ذوي الصعوبات لا يزالوا غير موظفين بمعدلات تتعدى فئات المجتمع العام. ففي أمريكا فإن ٧١% من الراشدين ذوي الصعوبات غير موظفين مقابل ٢٠% في المجتمع العام.

ثانياً- معاناة الأفراد ذوي الصعوبات من صعوبات في وظائفهم من بينها التمييز في الأجور، وصعوبات في الاحتفاظ بالوظيفة. وبالتالي فإن تحسين إستراتيجيات الاحتفاظ بالوظيفة في إعادة التأهيل من الطرق الهامة لتقليل البطالة بصفة عامة عند الأفراد الذين يعانون من إعاقات.

#### ب - التجارب الأجنبية:

أولاً- نظام التدريب المهني البريطاني:

**Chester Skills Development Center** تختلف

فلسفة مركز البريطاني في التدريب والتأهيل للمعاقين عن نظيره من المراكز الأمريكية والألمانية من حيث محور أساليب التأهيل نحو اندماج المعاق في الحياة وعدم إعطاء العمل الأولوية كما هو الحال في الفلسفة الأمريكية. تجدر الإشارة إلى أن المركز يتم إدارته بالكامل من قبل المعاقين.

## ثانياً- نظام التدريب المهني الألماني:

يتبع نظام التدريب المهني في ألمانيا نظام التدريب المزدوج حيث يجمع بين التدريب العملي والنظري في المدرسة والتدريب في بيئة العمل.

ومن الجدير بالذكر أن الورش المحمية لأنها الملاذ الوحيد لبعض الحالات التي يصعب اندماجها في سوق العمل كما يمكن أيضاً اعتبارها مرحلة انتقالية لحالات أخرى إلى حين جاهزيتها للانخراط في سوق العمل.

ويبلغ عدد الورش المحمية في ألمانيا قرابة ٢٠٠٠ ورشة موزعة على جميع المناطق الألمانية ويبلغ عدد العاملين فيها من المعاقين قرابة ٣٠٠,٠٠٠ وأغلبهم من ذوي الإعاقات العقلية والجسدية وكذلك النفسية (وتجدر الإشارة إلى أن الحالات النفسية تعتبر إعاقة وفقاً للقانون الألماني). ويتم الإشراف على العاملين بواسطة مشرفين متدربين للتعامل مع مختلف الإعاقات العقلية والنفسية. كما يوجد في الورشة مختصين نفسيين واجتماعيين لمتابعة حالات المعاقين النفسية والاجتماعية.

### ثالثاً- الورشة المحمية في فرانكفورت:

تضم الورشة ١١٥ معاق موزعين على أربعة مجموعات. يعاني المعاقون من إعاقات عقلية ونفسية، وتتوفر العديد من الوظائف نذكر منها:

- الطبخ (يضطلع المطبخ بإعداد وجبات لعدد ٨٠٠ شخص يمثلون المعاقين والعاملين في الورشة من إداريين ومشرفين ومدرسين).
- تجميع الفاكهة وإعداد العصير.
- خياطة.
- نجارة.
- إعادة تصنيع وتجميع الدراجات الهوائية.

ويتم تمويل هذه الورشة مادياً ٨٠% حكومياً و ٢٠% من الإيرادات. تجدر الإشارة إلى أن هذه الورشة تضم بعض المتعثرين دراسياً ويتم إعطائهم دروس إضافية مما يمكنهم من اجتياز الاختبارات والحصول على الدرجة العلمية. وتضم المجموعة الدراسية ١-٤ دارسين يعكفون على دراسة اللغة والرياضيات بواقع (٤٥) دقيقة لكل حصة.

## رابعاً- ورش العمل في برلين:

وهي نظام تأهيلي متكامل يغطي رقعة مكانية كبيرة في برلين ويحتوي على العديد من المباني الخدماتية للرعاية الصحية واللياقة البدنية بالإضافة إلى مباني للسكن يقيم فيها المعاقين ويحتوي كل مبنى على (٣٦) طالب يتم تدريبهم على الاعتياء بأنفسهم دون معين بما يكفل لهم الاستقلالية.

وتشتمل هذه الورشة على العديد من الورش التدريبية والتي تعمل بنظام التدريب المزدوج وتشمل:

### الإعلام:

ويتم فيها تدريب الطلبة المعاقين لمدة ٣ أيام أسبوعياً ويومان ينخرطون في الصفوف الدراسية النظرية. ويتم تدريبهم بنظام المجموعات لتنفيذ مشاريع إعلامية.

### النجارة:

تضم ذوي الإعاقات السمعية وإصابات العمود الفقري والمتعثرين دراسياً. تعمل وفق أحدث التقنيات الحديثة مع التدريب على استخدام الأدوات اليدوية.

### الحدادة:

يستغرق التدريب في هذا التخصص ثلاث سنوات ونصف يتم الاختبار بعد ١٩ شهرًا من بدأ التدريب ومن ثم اختبار شامل بعد الانتهاء من التدريب.

ويتم التدريب في هذه الورشة على ثلاثة مراحل:

### الورشة اليدوية:

يتم التدريب فيها على الأدوات اليدوية وذلك لاكتساب الخبرات المطلوبة في التعامل مع المواد المعدنية.

### ورشة الأجهزة واللحام:

يتم التدريب فيها على استخدام أدوات حدادة حديثة بالإضافة إلى التدريب على اللحام لربط الأجزاء المعدنية مع بعضها.

### ورشة النحت:

يتم التدريب فيها على استخدام أجهزة النحت والتي تعمل وفقًا لبرنامج يتم صياغته بالحاسب الآلي ومن ثم تقوم الأجهزة بعملية النحت كاملة على أنواع مختلف من المعادن.

## خامساً- نظام التدريب المهني الأمريكي:

يأخذ نظام التدريب المهني الأمريكي طابعاً تجارياً وفلسفة ربحية بحتة. ويعتمد نظام تأهيل المعاقين وتوظيفهم على فعالية النظام الرأسمالي للدولة وتتنافس ورش ومصانع المعاقين مع نظيرتها من مصانع الأسوياء في نفس السوق وتحت نفس المتطلبات وجودة المنتج.

ويتألف النظام من عدد من الجهات المتصلة بعضها ببعض والتي تدعم نظام التدريب:

### المصنع أو الورشة:

حيث يتم تدريب وعمل المعاق ضمن أقرانه المعاقين في مهام يتم اختيارها من قبل المختصين بتقييم حالته بما يتناسب وإمكانياته وقدراته. كما يتواجد مشرف للإشراف على عدد من المعاقين لضمان سير العمل.

### مهندسين المواءمة:

مهمتهم بتذليل كافة الصعاب في بيئة العمل ومواءمتها لإمكانيات المعاق بما يكفل له القيام بواجبه على أكمل وجه.

### مكتب التسويق ومتابعة الأداء:

هو الجهة المسؤولة عن البحث والاتفاق على الطلبات والصفات للمصنع بما يضمن استمرارية العمل.

المراجع:

أولاً : المراجع العربية:

القرآن الكريم:

- ١- الأشول، عادل (١٩٨٧): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.
- ٢- أمين، سهى (١٩٩٩): المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال (التشخيص - العلاج) ط١، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٣- أمين، سهير (٢٠٠٠): اللجلة " المفهوم - الأسباب - العلاج "، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ٤- باظة، أمال (٢٠٠٧): اضطرابات التواصل وعلاجها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- ٥- باظة، أمال (٢٠٠٢): الاتجاهات الحديثة لتشخيص ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين، تحديات الواقع وآفاق المستقبل: كلية التربية جامعة المنيا، ص ص ٣١. ١٨ .
- ٦- بورو، ديديه (٢٠٠٠): اضطرابات اللغة، ترجمة أنطوان ألهاشم، ط١، منشورات عويدات، بيروت، لبنان.
- ٧- الخطيب، جمال (١٩٩٥): العمل مع أسرة الطفل المعاق، منشورات مركز التدخل المبكر، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الإمارات العربية المتحدة.

٨- الخطيب، جمال (١٩٩٧): سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، دار غريب، القاهرة.

٩- الخطيب، جمال (٢٠٠١): أولياء أمور الأطفال المعاقين "استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم" سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.

١٠- الخطيب، جمال (٢٠٠٤): تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، ط ١، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.

١١- الخطيب، جمال (٢٠٠٨): التربية الخاصة المعاصرة. (ط ١). عمان: دار وائل للنشر.

١٢- الخطيب، جمال (٢٠١٠): مقدمة في الإعاقة العقلية. (ط ١) عمان: دار وائل للنشر.

١٣- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (١٩٩٨). التدخل المبكر - مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة - ، عمان: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.

١٤- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (١٩٩٧): المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، الكويت.

١٥- الخطيب، جمال وآخرون (2009): مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دارالفكر، للطباعة والنشر والتوزيع.

١٦- الخطيب، جمال والحديدي، منى (2009): المدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

١٧- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (١٩٩٦): الخصائص السيكمترية لصورة عربية من مقياس مانتسون لتقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال، رسالة التربية وعلم النفس (٨) : ٧٦-٥٣

١٨- الخميسي، السيد (٢٠٠٢) : نقص نموذج الاتصال وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والمعرفية لدى الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب جامعة المنصورة، جمهورية مصر العربية

١٩- الخولي، هشام عبد الرحمن (٢٠٠٤): فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال الأوتيزم (الأوتستيك)، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، الجزء الأول، العدد الثالث والثلاثون، المجلد الثاني، ص ٢٣٨-٢٠٧ .

٢٠- الخولي ، هشام عبد الرحمن (٢٠٠٧) : الأوتيزم - الأوتستيك الخطر الصامت يهدد أطفال العالم، بنها، دار المصطفى للطباعة.

٢١- الخولي ، هشام عبد الرحمن (٢٠٠٧) : دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية، الإسكندرية، دار الوفاء لنديا للطباعة والنشر.

٢٢- الريحاني، سليمان ( ١٩٨١ ) : التخلف العقلي ، عمان ، المطبعة الأردنية .

٢٣- زهران، حامد ( ٢٠٠٤ ) : علم النفس النمو- الطفولة والمراهقة ، عالم الكتب ، القاهرة.

٢٤- شقير، زينب (٢٠٠٢) : خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط ١ ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

٢٥- شقير، زينب (٢٠٠٥): طرق التواصل والتخاطب للصامتون والمتعثرون في الكلام والنطق، ط١، المجلد الرابع، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٢٦- عبد الحميد، جابر ، كفاي، وعلاء ( ١٩٩٨ ) : معجم علم النفس

والطب النفسي ، الجزء الرابع، القاهرة دار النهضة العربية .

٢٧- عبد الحميد، جابر ، وكفاي، علاء ( ١٩٩٢ ) : معجم علم النفس

والطب النفسي، الجزء السادس، دار النهضة الحديثة ، القاهرة.

٢٨- عبد العزيز الببلاوي، إيهاب (٢٠٠٣): اضطرابات النطق – دليل

أخصائي التخاطب والمعلمين والوالدين – مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٢٩- عبد الفتاح ، خالد رمضان (٢٠١٤) الخدمات النفسية الاستشارية

والعلاجية لذوي الاحتياجات الخاصة ، مطبوعات مركز النشر العلمي ، جامعة الملك عبد العزيز .

٣٠- عبد الفتاح، إيناس ، ومحمود، محمد ( ٢٠٠٢ ) : مقياس أحداث

الحياة الضاغطة لطلاب الجامعة، كراسة التعليمات، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٣١- عبد الفتاح، نازك (٢٠٠٢) : مشكلات اللغة والتخاطب في ضوء

علم اللغة النفسي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٣٢- عبد الله، عادل ( ٢٠٠٣ ) : الأطفال الاوتيزميون ، القاهرة دار

الرشاد.

٣٣- عبد الله، عادل (٢٠٠٢ - ب)، الأطفال التوحيديون، دراسات

تشخيصية وبرامجية . القاهرة،

٣٤- عبد الله، عادل (٢٠٠٤)، الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات .

القاهرة، دار الرشاد.

٣٥- عبد الله، عادل ( ٢٠٠٢ ) : الأطفال التوحيديين دراسات تشخيصية

وبرامجية ، القاهرة ، دار الرشاد .

٣٦- العزة، سعيد (٢٠٠١) : الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، دار العالمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.

٣٧- علي، السيد ، بدر، فائقة (٢٠٠٤) : اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال ، أسبابه وتشخيصه وعلاجه، الرياض ، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة .

٣٨- القذافي، رمضان (١٩٩٦): سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، طرابلس، الجمهورية الليبية.

٣٩- القريوتي، يوسف ، السرطاوي، عبد العزيز ، الصمادي، جميل (٢٠٠٠): المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي.

٤٠- القطان، سامية (١٩٧٩) : كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤١- قنديل، شاكر (١٩٩٨) : "الإعاقة كظاهرة اجتماعية"، بحوث ودراسات، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين "ذوو الاحتياجات الخاصة والقرن الحادي والعشرين في الوطن العربي"، المجلد الثاني،(ص ٥٢ - ٥٤).

٤٢- قنديل، يسن (٢٠٠٠): التدريس وإعداد المعلم ،مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، ص ص ١٠٠-١٠١ .

٤٣- كاشف، إيمان (٢٠٠١) : الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، دار قباء للنشر، القاهرة.

٤٤- كامل، سهير (١٩٩٨) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

٤٥- كامل، محمد (٢٠٠٣) : أخصائي النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات النطق عند الأطفال، مكتبة ابن سينا، القاهرة.

٤٦- محمد بطاينة، أسامة ، أحمد شلختي، هبة ( ٢٠١٠ ) : أثر برنامج تدريبي مقترح في إكساب أمهات الأطفال ذوي الصعوبات القرائية مهارات تنمية القراءة لدي أبنائهن ، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد ( ٧ ) العدد (٢) الإمارات العربية المتحدة .

٤٧- محمود، حمدي (١٩٩٩) : مقدمة في التربية الخاصة (معايير النمو - أدوات التشخيص - برامج التعلم - فنيات الإرشاد)، دار الخرجي للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٤٨- مصلوح، سعد (٢٠٠٠) : دراسة السمع والكلام (صوتيات اللغة من الإنتاج إلى الإدراك)، عالم الكتب، القاهرة.

٤٩- موسى، رشاد (٢٠٠٢) : علم نفس الإعاقة ، ط١ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.

٥٠- النجار، دينا (٢٠٠٠) : دور برنامج للغناء الجماعي للتقليل من اضطرابات النطق لدى المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة حلوان.

٥١- نسيم، سليمان وآخرون (١٩٨٨) : تكافؤ الفرص في السياسة التعليمية في مصر، المؤتمر القومي الأول للطفل المصري "تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، المجلد الثاني، جامعة عين شمس، ص ٣ .

٥٢- نصر، سهي : ( الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي /التشخيص \_البرامج العلاجية ) ٢٠٠٢م / دار الفكر للطباعة والنشر / عمان - الأردن .

- ٥٣- نور الدين، سامي (١٩٩٧) : ثقافة المدرسة في ضوء ديمقراطية التعليم، دراسة في أنثروبولوجيا التربية، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٥٤- هاشم، يوسف (٢٠٠٢) : تفعيل دور المجتمعات لدمج ذوي الإحتياجات الخاصة والمعوقين في المجتمع ، النشرة الدورية ، إتحاد رعاية الفئات لخاصة والمعاقين ، العدد ٢٧ ، السنة الثامنة عشر ديسمبر ٢٠٠٢ .
- ٥٥- يوسف، جمعة ( ١٩٩٠ ) : سيكولوجية اللغة والمرضى العقلي - سلسلة عالم المعرفة ، الكويت، المجلس القومي للثقافة والعلوم والاداب، العدد ١٤٥ .

#### ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. **A.de Bildt & Minderaa; S. & Sytema, S.(2005):** Adaptive functioning and behavior problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 49 Issue 9, pp. 672-681, Deficiency.
2. **Ackeman, L. & Jacobso, J. (1989).** Psychological Services for person with Mental Retardation, Journal of Mental Retardation, Vol. 27, No.1, pp. 23-30.

3. **Aduncan, (2000).** Psychological Services as Related Services, Florida State Department of Education, pp. 2-9.
4. **Akos, P. & Musom, A., (2003).** School Counselors To Work With Students With Disabilities, Journal of Counselor Education and Supervision, Vol.43, No.2, pp. 86-94.
5. **Alanna .R, Lea .M. (2011):** Expanding Preschoolers' Vocabulary: The Role of Professional Development.. Journal Title: Childhood Education. Volume: 87. Issue: 3. Publication Year: 2011.
6. **Anderson, D., (1982).** Assessment and improvement Related Services, Journal of Evaluation Researchers Society, pp. 28-40.
7. **Angus,D;John,F;Karen,G.:** Issues concerning the employment and employment of disabled people in u k accounting firms : An analysis of the views of human resource managers as employment gatekeepers . the British accounting review.39,(1),15-38., 2007.
8. **Anna. M., Margaret .B. (2008) :** The Social Attention Skills of Preschool Children with an Intellectual Disability and Children with a Hearing

Loss.. Journal Title: Australian Journal of Early Childhood. Volume: 33. Issue: 4. Publication Year: 2008. Page Number: 25+.

**9. Antshel, K . & Remer, R.(2002) . Social Skills Training in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ARandomized-Controlled Clinical Trial, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,.V. 32 (1), pp : 153-165 .**

**10. Arild Aakvik.:(2003). Estimating the employment effects of education for disabled workers in Norway Empirical Economics. Heidelberg: Jul 2003. Vol. 28, Iss. 3; pg. 515.2003.**

**11. Asha .K., George. J., Robert .J, Katy .E. , Rosemary. E., Gary .L, Kristi .S, Lizette. M., Mark .C. (2007) : Consultation-Based Academic Intervention for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: School Functioning Outcomes.. Journal Title: School Psychology Review. Volume: 36. Issue: 2. Publication Year: 2007. Page Number: 217+.**

**12. Ayes, F. & Herol, F. (1996) : Turkish families with deaf and hard of hearing children : A systems**

approach in assessing family functioning, Am. An. De., Vol. 141 (3) pp. 231–235.

13. **Barbara. D, Rebecca .R, Michelle .G. (2007):** Enhancing the Interactions of Teenage Mothers and Their At-Risk Children: Effectiveness of a Maternal-Focused Intervention.. Journal Title: Topics in Early Childhood Special Education. Volume: 26. Issue: 4. Publication Year: 2006. Page Number: 194+.

14. **Baroff, G.S. & J. Gregory , O.(1999):** Mental Retardation Nature , cause and Management, (Ed3), Brunner Mazel , Taylor & Francis Group.

15. **Bat-haee Mohammed A. (2001):** A longitudinal study of active treatment of a adaptive skills of individuals with profound mental retardation , Psychological-Reports, Vol.89, No(2), PP.345–354.

16. **Bernstein, Sandra. (1996) :** “The Case for Integrating Children with Special Needs into Regular Pre School Programs, National Net work for Child Care, htm, 1996, pp. 1–3.

17. **Bernstein,D&Tiegerman,E(1993):** Language and communication Disorders in children, third Edition, New York, Macmillan publishing.
18. **Bigby, L. M. (2004).** Medical and Health-Related Services: More Than Treating Boos- Boos and Ouchies. Journal of Intervention in school and clinic, Vol.39 No. 4, pp.233-235.
19. **Bob. A ,Jim .Y (2006) :** Teaching Students With Mental Retardation . A practical Guide Every Teacher , Corwin press A Sage Publication Company Thusand Oaks, California.
20. **Bolton, B. F., Bellini, J. L., & Brookings, J. B. :** Predicting client employment outcomes from personal history, functional limitations, and rehabilitation services. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44, 10-21,2000.
21. **Browder, D. M., & Minarovic, T. J.(2000) :** Utilizing sight words in self-instruction training for employees with moderate mental retardation in competitive jobs. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 35(1), 78-89. 2000.

22. **Buys, N., & Rennie, J. (2001)** Developing relationships between vocational rehabilitation agencies and employers. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44, 95-103, 2001.
23. **Byrne, J. ; Bawden, H. ; Beattie T. & DeWolfe, N. (2003)** . risk for injure in preschoolers : relationship to attention deficit hyperactivity disorder , Child Neuropsychology , V. 9 (2), pp : 142-151 .
24. **Caryl. H., Mary .J. (2000):** Computer-Assisted Instruction of Early Academic Skills.. Journal Title: Topics in Early Childhood Special Education. Volume: 20. Issue: 3. Publication Year: 2000. Page Number: 145.
25. **Cavkaytar .A .(2007):** Turkish Parents as Teachers: Teaching Parents How to Teach Self-Care and Domestic Skills to Their Children with Mental Retardation. : Education and Training in Developmental Disabilities 42(1):85-93.
26. **Christina .B, Angelika .A, Dennis .W, Fred. S. (2004):** Evaluating the Efficacy of Parent-Focused Interventions for Autism: How Do We Know What Will Work?.. Journal Title: Australian Journal of

Early Childhood. Volume: 29. Issue: 3. Publication Year: 2004. Page Number: 42+.

27. **Collier, C. (2002).** The effect of pro-social skills training on the problem behavior of selected African American children in the District of Columbia public schools: Recommendations for change, Ph.D., The George Washington University .
28. **Dieterich, C., (1995).** Health – Related Services under IDEA, Journal of West's Education Law Quarterly, Vol. 4, No. 4, pp. 613– 622.
29. **Douglas, E. (2004).** Transportation Services and Students with disabilities, Education Research, Vol., 28, No. 1, pp. 3–16.
30. **Downing, J., (2004).** Related Services for Student with Disabilities. Journal of Intervention in school and clinic, Vol.39, No.4. pp.183 208.
31. **Efrosini Kalyra, Elias Avramidis (2005) :** Improving Communication Between Children with Autism and Their Peers Through the Circle of Friends' : A small – Scale Intervention Study, J. of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18, 253–261.

32. **Eleweke,c. jonah & Rodda Michael ,(2002) :** "The Challenge of Enhancing Inclusive Education in developing countries", journal of Inclusive Education,Vol (6),No.(2) April,2002,PP.113-126.
33. **Ellen Agosta, Janet E. Graetz, Margo A. Mastropieri, and Thomas E. Scruggs (2004) :** teacher – Researcher partnerships to improve social behavior through social stories. Intervention in School and Clinic, vol. 39, No.5, pp. 276-287.
34. **Ellison. M. (2004) :** The Effect of Non –Verbal Redirection on Out of seat Behavior in a Subject Diagnosed as ADHD and MR , Dissertation Abstracts International-B Vol. 42, No. 3, p. 732
35. **Fiona E. Gibbon & Queem Margaret (1999):** Undifferentiated lingual Gestures in children with articulation/Phonological Disorders, Journal of speech, Language, and Hearing Research, vol 42- pp 382-392. April 1999.
36. **Fontina. L. Robin. D. , Rose. A. (2005):** Relationship between home literacy environment and reading achievement in children with reading disabilities. Journal of reading disabilities, 38, (1), 2-11.

**37. Genetic Science Learning Center , (2003) :**  
Chromosome Abnormalities, The University of Utah  
, U S A .

**38. Georgiva , D& Cholakova .M.(1996) :** Speech  
and Language Disorders in Children with intellectual  
Disability Paper presented at the Annual world  
congress of the International Association for the  
Scientific Study of Intellectual Disabilities (10th, He  
lsinki, Finland, July 8–13, 1996).

**39. Giangreco, M., (2000).** Related Services  
Research for Students With Low –Incidence  
Disabilities :Implications for Speech –Language  
Pathologists in Inclusive Classrooms. Journal Of  
Language, Speech, And Hearing Services in  
Schools, Vol. 31, pp.230–239.

**40. Gosling, V., Cotteril, L. :** An employment  
project as a route to social inclusion for people  
with learning difficulties. Disability and Society  
15 (7), 1001–1018,2000.

**41. Grain, E.J.:** Socioeconomic status of educable  
mentally retarded graduates of special  
education. Education and Training of the  
Mentally Retarded, 15, 90–94,1980.

42. **Grossman H (1988) : Manual of Terminology and classification in mental retardation Washington, D. C.American Association Mental Deficiency.**
43. **Grummick, S., Douglas, G., & Bergeson, T., (1998). Special Education Services in Washington State. Journal–Disabilities and Gifted Education, No. 3, pp.1–88.**
44. **Guidelines on the Individual Education Plan Process. (2006). The National Council for Special Education, Published by the Stationery Office, Dublin.**
45. **Gulick, E. : Model for predicting work performance among persons with multiple sclerosis. Nursing Research, 41, 266–272,1992.**
46. **Hall, E., Kearns, R. (2001) Making space for the ‘intellectual’ in geographies of disability. Health and Place 7, 237–246,2001.**
47. **Hallahan, D.,& Kauffman,J. (2000). Exceptional learner: introduction to Special Education. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice– Hall.**

48. **Hamaguchi, P. (2001):** Childhood speech language, Listening problems, what every parent should know. Second Edition, New York: John Wiley, Sons, Inc.
49. **Hood, L. & Kohler, P., (2000).** Improving Student outcomes: Promising practices and programs for 1999– 2000, Journal of Transition Research institute, Vol. 132, No. 51, pp. 1– 118.
50. **Howard Bold Stein (2002) :** Communicate intervention fore children with Autism Averred of treatment Efficacy, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32, No. 5, PP. 373– 396.
51. **Jackson, C.,( 2001) : Down Syndrome , Dept of Human Genetics Virginia Commonwealth University , U S A .**
52. **James E. y & BoB, A. (1995):** Special education : A practical Approach for teachers Vol (3) ED. PP:285–286.
53. **Johnson , Mary (2003) :** Guiding Eamilies from Identification to Intervention in Rhode Island . ASHA leader , vol 8 . pp.16–19 .

**54. Jones, Emily A. Jones ; Edward G. Carr (2004)**

: Joint attention in and other Developmental Disabilities, Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 35, No.1, 2005. PP. 15–23.

**55. Joohi .L, Jill. F (2009):** Children's Communication and Socialization Skills by Types of Early Education Experiences.. Journal Title: Journal of Research in Childhood Education. Volume: 23. Issue: 4. Publication Year: 2009. Page Number: 475+.

**56. Julie. A , Julia.P; Suzanne .G. (2009):** Partnering with Families of Children with Special Needs , YC Young Children; Sep 2009; 64, 5; Education Journals pg. 16.

**57. Karande, S.(2005).** Attention deficit hyperactivity disorder, A review for family physicians, Indian Journal of Medical Sciences , V. 59 (2), pp: 546–555.

**58. Lilja Ingvarsson and Margr'et Helga . :(2004)**  
.Vocational rehabilitation at Reykjalundur Rehabilitation Center in Iceland Theod'orsd'ottir Reykjalundur Rehabilitation Center, IS-270 Mosfellsb, Iceland 17–19 17,2004

59. **Mace ,A .(2000).** assessment of behavioral impulsivity and instruction of self control in preschool children at risk for attention deficit hyperactivity disorder using a self control paradigm , PHD , Dissertation Abstracts International , V.61, - 07B. , pp : 3826 .
60. **Mary .B (2010): Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future.. Journal Title: Exceptional Children. Volume: 76. Issue: 3. Publication Year: 2010. Page Number: 339+.**
61. **Mont, Dameil. (2007).** Measuring Disability Prevalence. SP Discussion Paper, No, 0706, Social Protection, The World Bank.
62. **National Dissemination Center for Children with Disabilities (2003):** Pervasive Developmental Disorders , U S A .
63. **O'Brien, J., & Dempsey, I. (2004)** Comparative analysis of employment services for people with disabilities in Australia, Finland, and Sweden. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 1(3/4), 126–135, 2004.

64. **P Kersten, S George, L McLellan, JAE Smith, MA Mullee:(2002).** Disabled people and professionals differ in their perceptions of rehabilitation needs . Journal of Public Health Medicine. Oxford: Sep 2000. Vol. 22, Iss. 3; pg. 393 ,2000 .
65. **Sandra. G , Otterloo, V. (2006):** Treatment Integrity in a Home-based pre-reading intervention programme. University of Amsterdam, the Netherlands. (12), 155-176.



## الدراسة الثالثة

**التعرف على مفهوم الإعاقة وتصنيفاتها**

**عالمياً، وأهم الطرق والمناهج**

**في مجال تصنيف الإعاقة**

**الدكتور أحمد بن عبدالعزيز التميمي**

**أستاذ التدخّل المبكر بجامعة الملك سعود**

**بالمملكة العربية السعودية**



## التعرف على مفهوم الإعاقة وتصنيفاتها عالمياً، وأهم الطرق والمناهج في مجال تصنيف الإعاقة

أولاً- اتساع مفاهيم الإعاقة وتعدد مصطلحاتها:

لقد تغيرت مصطلحات الإعاقة على مر السنين. وهذا التطور في المصطلحات مهم بالنسبة للأطفال الصغار تماماً كما هو بالنسبة للبالغين. وقد وسعت منظمة الصحة العالمية، في واحدة من أقدم وثائقها حول الإعاقة، تصور الإعاقة بالتمييز بين مصطلحات الاعتلال (Impairment) والعجز (Disability) والإعاقة (Handicap)<sup>(١)</sup>. ووفقاً لهذه الوثيقة يشير الاعتلال (Impairment) إلى فقدان أو شذوذ في بنية أو وظيفة الجسم، مثل الشلل التشنجي spasticity الذي ينتج عن إصابة المناطق الحركية في المخ. أما العجز الناشئ عن ذلك على أداء وظيفة معينة (في المشي مثلاً) فيسمى عجزاً (Disability). بينما تسمى القيود التي يفرضها المجتمع على الفرد بسبب العجز (مثل الحواجز العالية على جانبي الطريق) إعاقة (Handicap) (World Health Organization, 1980).

يحظى التصنيف والتعريف بأهمية كبيرة لأنهما يرتبطان بكل الموضوعات الأخرى في مجال تعليم الطلاب ذوي الإعاقة. فأي تناول

(١) تتفق هذه المصطلحات الثلاثة مع "الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل" الصادر عن مجلس التعاون لدول الخليج العربي، ٢٠٠٨.

لقضايا التصنيف أو التعريف يتعرض بطبيعة الحال للخصائص، لأن السلوكيات والانفعالات والمعرفة تشكل الظواهر الرئيسية التي تتعامل معها نظم التصنيف والتعريفات واسعة الاستخدام. تتناول هذه الورقة قضايا التصنيف والتسمية، تمهيدا لربطها بالممارسات المتبعة في دول مجلس التعاون الخليجي.

#### ثانياً- تصنيف الإعاقات في عصر المساءلة:

كانت الفلسفة التي تنبأها الكثير من المربين على مدى سنوات تتمثل في أن الإصلاحات المدرسية موضات "توجهات" تأتي وتذهب وأن كل ما يجب على المربي هو أن ينتظر بضع سنوات إلى أن يمر الإصلاح الأخير وينقضي. وفي ثمانينات القرن العشرين، نبعت إحدى هذه "الموضات" من عدم اهتمام الإدارة الأمريكية بالدور الفيدرالي القوي في التعليم العام (U.S. Department of Education, 1998)، وجاءت الدعوة القوية إلى حمل السلاح المسماة "أمة في خطر" معتمدة على عمل لجنة شكلها وزير التعليم بإدارة ريغان. وفي الوقت نفسه تقريباً، أسهم في دفع جهود الإصلاح السابقة إلى الأمام. على أن هذا الإصلاح الذي أصبح يعرف في النهاية باسم الإصلاح القائم على المعايير لم "يمضي" أو ينقضي في بضع سنوات، بل ظل الإصلاح المهيمن في كافة أنحاء البلاد (Shepard, Hannaway, & Baker, 2009).

وبعد بلوغ الإجماع على الإصلاح القائم على المعايير في الولايات المتحدة على مدى العقود منذ صدر تقرير "أمة في خطر"، حظيت المسلمة

الأساسية المتمثلة في الالتزام أمام الطلاب جميعا والمساءلة عنهم جميعا (McDonnell, McLaughlin, & Morison, 1997) بدعم متواصل. ومن أجل بناء معايير دقيقة لتتبع مدى التقدم والخروج بتقارير دورية عن كل ولاية، كانت الإدارة الأمريكية ممثلة في الجهات التشريعات ملزمة بتحديد الفئات المستهدفة حتى تكون الأهداف واضحة لجميع الولايات عن زيارة فرق المراجعة الداخلية. وفي ضوء ذلك خرجت التصنيفات بصورتها الحالية وقد تمت مراجعتها بشكل دوري حيث وصل عدد الفئات إلى ١٣ فئة مصنفة فيدراليا.

### ثالثاً- تعريف التصنيف:

يعرف التصنيف classification بأنه وضع الظواهر في مجموعات وفقا لما بينها من أوجه الشبه والاختلاف. ومع ملاحظة المزيد من الظواهر، يمكن الحكم بأنها إما تشبه مجموعة حالية فيتم إدراجها فيها، أو تختلف عنها وبالتالي تصبح الحالة الأولى في مجموعة جديدة. والتصنيف نشاط إنساني طبيعي، حيث أننا نبدأ منذ الطفولة المبكرة في تصنيف الأشياء والأفكار. وفي كثير من فروع المعرفة يعتمد التقدم في المعرفة على التصنيف الملائم للظواهر قيد الدراسة. والأمر نفسه ينطبق بلا شك على مجال التربية الخاصة وتعليم الطلاب ذوي الإعاقات.

### رابعاً- في الفرق بين التصنيف والتعريف:

وقبل أن نتقدم أكثر من ذلك في التعامل مع موضوع التصنيفات، يلزمنا أولاً أن نميز بين التصنيف والتعريف، حتى لا يجري الخلط بينهما بسبب التداخلات الواضحة بين الاثنين.

في حين يحاول التصنيف الإجابة عن السؤال: "ما نوع (أنواع) الإعاقات؟"، تتعامل التعريفات مع السؤال الأسهل: "هل هذه الحالة المحددة إعاقة أم لا؟" على أن تعريفات الإعاقات لدى الأطفال يمكن أن تكون لها أغراض بحثية أو مرجعية أو إدارية. يقوم التعريف البحثي research definition بوصف المشارك (المشاركين) في دراسة محددة حول أسباب الإعاقات والعوامل المرتبطة بها ونتائجها والتدخلات الممكنة لها والجوانب الأخرى لفهمها وتخفيفها. والتعريف البحثي الواضح يساعد المستفيدين في تحديد مدى انطباق نتائج الدراسة على الأطفال الآخرين ذوي الإعاقات. ويعبر التعريف المرجعي Authoritative Definition عن المنظور النظري أو الفلسفي للشخص. ويمكن للتعريف المرجعي الواضح أن ييسر شرح الإعاقات (في نص مثلا)، أو عرض طريقة فهم الإعاقات وفقا لنظرية أو منظور محدد، أو التمهيد لموقف جديد أو جذلي.

أما التعريف الإداري فتضعه أو تتبناه الهيئات المسؤولة عن إدارة الخدمات. وعلى فرض أن التعريف يطبق كما يكون مكتوبا، فمن الأغراض المهمة للتعريف أن يكتشف الأطفال الذين يستحقون الخدمات. وإذا حدد التعريف الإداري الخصائص التي يتم اكتشاف الإعاقات من خلالها، فإنه بذلك يلعب دورا في تحديد عدد ونسبة الطلاب ذوي الإعاقات في المنطقة التعليمية أو الولاية أو الدولة. ومعلومات انتشار الاضطرابات من هذا النوع تؤثر على القرارات حول نشر الموارد المالية والبشرية وغيرها من الموارد لخدمة الأطفال ذوي الإعاقات. ثمة غرض إضافي لهذا النوع من التعريفات، وهو أنها في بعض الحالات تعلن طبيعة البرنامج للشباب المشاركين فيه وأسرهم والموظفين الذين سيقدمون الخدمات والمواطنين والمشرعين المطالبين بدعم البرنامج والأطراف الأخرى ذات الصلة.

معنى ذلك أن التصنيف يوضع أولاً، وبناء عليه يوضع التعريف الذي يحدد السمات التي يجب أن تتوفر في الشخص حتى يكون مستحقاً مثلاً لخدمات التدخل المبكر. خذ مثلاً على ذلك التعريف التالي الوارد في قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات للاضطراب الانفعالي Emotional Disturbance; ED:

(١) يشير المصطلح إلى حالة تُظهر واحدة أو أكثر من الخصائص التالية على مدى فترة طويلة وبدرجة ملحوظة تؤثر عكسياً على أداء الطفل التربوي: (أ) عجز عن التعلم يصعب تفسيره بالعوامل النفسية أو الحسية أو الصحية، (ب) عجز عن بناء علاقات شخصية مشبعة مع الأقران والمعلمين والحفاظ عليها، (ج) أنواع غير ملائمة من السلوك أو المشاعر في الظروف العادية، (د) مزاجاً عاماً يتسم بعدم السعادة أو الاكتئاب، (هـ) ميل لإظهار الأعراض المادية أو المخاوف المصاحبة للمشكلات الشخصية أو المدرسية.

(٢) يتضمن المصطلح الفصام. ولا ينطبق المصطلح على الأطفال غير المتوافقين اجتماعياً، إلا إذا تقرر أن لديهم اضطراب انفعالي. ( U.S. Department of Education, 1998, p. 11-46).

باختصار، يقول هذا التعريف أن الطالب لكي يندرج تحت تصنيف الاضطراب الانفعالي ED يجب أن يُظهر على الأقل إحدى الخصائص من (أ) إلى (هـ) بطريقة دائمة ومكثفة تؤثر سلباً على أدائه التربوي.

ومسألة ما إذا كان الطالب لديه فصام أو غير متوافق اجتماعيا ليس لها صلة بقرار اكتشاف الاضطراب الانفعالي.

#### خامساً - الأغراض من التصنيف:

يمكن لنظام التصنيف الذي يتسم بالصدق أن يؤدي عدة أغراض نافعة يمكن إجمالها على النحو التالي ( Adams et al., 2001; Leckliter & Matarazzo, 1994; Mash & Wolfe, 2002; Quay, 1986; Scotti & Morris, 2000):

١- يقدم التصنيف مجموعة ثابتة من المصطلحات تفيد في التواصل بين الممارسين والباحثين وصناع السياسات وغيرهم ممن يعملون في المجال، ما يزيد إمكانية تبادل معلومات موثوقة عبر المجالات والتخصصات.

٢- ييسر التصنيف الجيد تنظيم المعلومات المتنوعة حول الإعاقات. فمعرفة معدل انتشار الإعاقات والعوامل الديموغرافية والبيولوجية والنفسية-الاجتماعية المصاحبة لها ونتائجها قصيرة وطويلة المدى تسهم جميعها في فهم الأسباب وتحسين التدخلات.

٣- يمكن للتصنيف أن يحسن القدرة على التنبؤ بالأحداث، إذ يمكننا من التنبؤ بمستقبل الأشخاص الذين يظهرون أنواعا محددة من الإعاقات، بما في ذلك المستقبل الذي قد ينتج عن التدخلات المختلفة.

٤- والأهم من كل ما سبق، وعلى فرض أنه لا يوجد شيء من قبيل التدخل الأفضل لكل الإعاقات، فإن إحدى الوظائف الممكنة المهمة للتصنيف تتمثل في تمكيننا من إعداد وتوفير تدخلات ملائمة مختلفة تتوافق مع الحالات الفردية التي تواجهها. ومن ذلك أن البرامج التربوية الفردية، بما تتضمنه من تدخلات، توضع بالنظر إلى حالة الفرد، بالطبع بناء على التشخيص والتصنيف والمسمى الذي يعطى له.

فلا شك أن بعض التدخلات تكون أكثر فعالية مع بعض أنواع الإعاقات عن غيرها. على سبيل المثال استنتج بيرنز وهوجوود ومرازيك (Burns, Hoagwood, and Mrazek; 1999) أنه في حالة الأطفال ذوي الاكتئاب (١) أثبتت عدة تنويعات للعلاج السلوكي المعرفي أنها أكثر فعالية في تقليل أعراض الاكتئاب من العلاج النفسي غير التوجيهي nondirective psychotherapy أو من عدم العلاج، (٢) ثمة أدوية معينة من صنف مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائي (selective serotonin reuptake inhibitor; SSRI) أكثر فعالية من الأدوية من الصنف ثلاثي الحلقات Tricyclic. وفي حالة الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه/فرط النشاط ADHD (١) تكون إدارة الاشتراط السلوكي Behavioral Contingency Management المكثف أكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي، (٢) الأدوية من صنف المنبهات أكثر فعالية من الأدوية الأخرى، (٣) الأدوية المنبهة أكثر فعالية من إدارة الاشتراط السلوكي المكثف. مؤدى ذلك أن التصنيف يفيد أولاً وقبل كل شيء في اختيار وتصميم التدخلات العلاجية الأكثر فعالية مع كل حالة فردية.

٥- يساعد التصنيف في وضع إدارة الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات، بما في ذلك الاستحقاق والتعويض والتعليم الملائم. فوفقا لنظام التصنيف المتبع، يكون من المنطقي أن نوجه مصادر أقل للأطفال الذين تم تصنيفهم على أنهم ذوي إعاقات بسيطة، وأن نخصص موارد أكثر للأطفال ذوي الإعاقات الأشد. والأهم ذلك أن التصنيف والتسمية تترتب عليها نتائج مالية، كما في النظم التعليمية التي تتبنى ممارسات الاختيار Free Choice التي تعطي والدي الطفل في تلقي الخدمة في المكان الذي يختارونه، مع تحمل النظام التعليمي النفقات.

لكن في مقابل هذه الأغراض التي تعد بالطبع إيجابيات لعملية التصنيف، ثمة سلبيات تنتج عن تصنيفات الأشخاص ذوي الإعاقة، يأتي على رأسها أن التصنيفات قد تميل للتركيز على الضعف لدى الطفل وتشجع الآخرين على رؤية الضعف بدلا من الطفل. وقد تشجع التصنيفات على الوصم السلبي أو السخرية من الأطفال ذوي الإعاقة. ويمكن للتصنيفات أن تركز النظر على نقاط الضعف لدى الطفل بدلا من نقاط القوة، وهذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى خفض سقف التوقعات من الطفل من جانب البالغين والأقران. ومن السلبيات الواضحة الأخرى أن بعض الأطفال، وخاصة من والأقليات قد يصنفون على أن لديهم إعاقة معينة على الرغم أن السبب يرجع إلى متغيرات اقتصادية أو اجتماعية (Hewaed, 2006).

## سادساً - نظم التصنيف الحالية:

يوجد نوعان أساسيان لتصنيف الأفراد ذوي الإعاقات: التصنيف بحسب الأمراض Disease Classification والتصنيف بحسب الأبعاد Dimensional Classification. يذهب المنظور الأول إلى أن الإعاقات عبارة عن مجموعة من السلوكيات والانفعالات والأفكار غير التوافقية تختلف نوعياً عن الحالة السوية. ويفترض المنظور الثاني - التصنيف بحسب الأبعاد - أن الإعاقات مجموعة من المشكلات تتضمن سلوكيات وانفعالات وأفكار يواجهها كل الأشخاص بدرجات مختلفة، وأن الأشخاص الذين يواجهون هذه المشكلات بدرجة متطرفة (من حيث التكرار والأمد والكثافة غير العادية)، يمكن تصنيفهم على أن لديهم إعاقات. فيما يلي نستعرض نظامي التصنيف هذين بشيء من التفصيل.

## سابعاً - المنظور المرضي:

يعتبر التشخيص الطبي من أقدم الاتجاهات وأهمها في تشخيص الإعاقة بشكل عام ويأتي ذلك من أن طبيب الأطفال من المحتمل أن يكون هو الشخص الأول الذي يكتشف حالات الإعاقة خصوصاً إذا كانت الحالة ظاهرة من المستوى المتوسط والشديدة منها لدى الأطفال المولودين حديثاً، من خلال الفحوص السريرية والطبية والمخبرية للجوانب النمائية للأطفال، تلك التشخيصات الطبية أثرت بشكل كبير على التصنيفات والمسميات في المجال التربوي حيث اعتمدت أكثر التصنيفات على شدة الإعاقة بدون

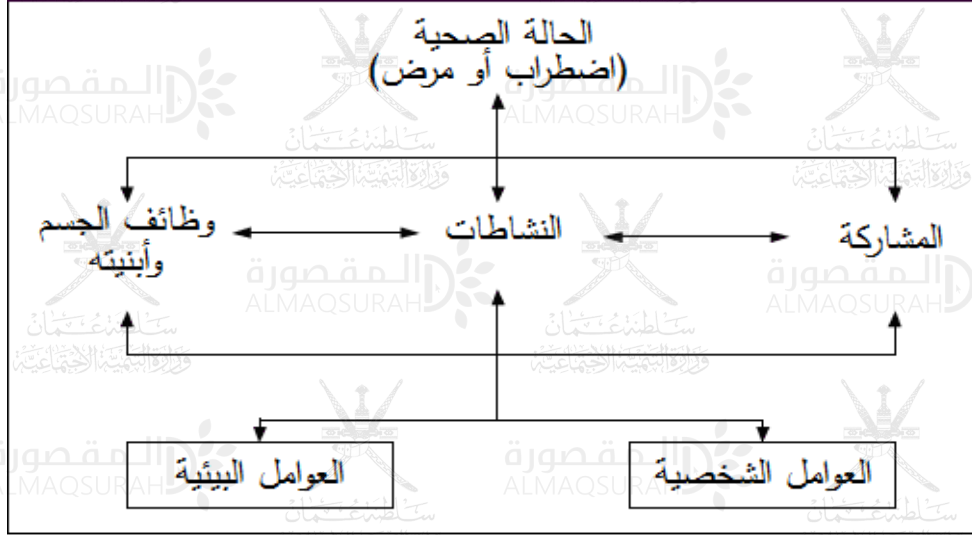
النظر الى جوانب القوة ومواطن النجاح المتوقعة، التصنيف الطبي يغفل جوانب أخرى مثل درجة الإعاقة مما لا يعطي فكرة واضحة للمتخصصين عن درجة الخدمات التي يحتاجها الطفل ويقتصر على اعطاء فكرة عن سمات و خصائص كل مجموعة من مجموعات التصنيف قد تكون هذه الطريقة التصنيفية مناسبة من الناحية الطبية من ناحية السمات والخصائص لكل فئة من فئات التصنيف بالمقابل لاتخدم المتخصصين خارج المجال الطبي.

ظهر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM في منتصف القرن العشرين بالدرجة الأولى في مجال الطب النفسي لكي يستخدمه الأطباء النفسيون كنظام لتصنيف الأمراض، إذ رأى معدو الدليل تناظرات مهمة بين الإعاقات والأمراض. فالمرض بلغة عامة ومبسطة عبارة عن شذوذ صحي مهم يتضمن متلازمة ومسار وأسباب مرضية (Abrams, 1992; Bogenschutz & Nurnberg, 2000). والشذوذ الصحي تصاحبه "أعراض" ذاتية (تلت التي يشعر بها الشخص ويذكرها) و/أو "علامات" موضوعية (التغيرات القابلة للقياس في البنية والوظيفة الجسمية). ويطلق على مجموعة الأعراض والعلامات التي تحدث معا اسم متلازمة Syndrome.

في نسخته الأولى، اعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أن الإعاقات توجد في المقام الأول داخل الشخص، إذ لم يهتم بالتأثيرات الموقفية الخارجية التي قد تسهم في الإعاقات (Scotti & Morris, 2000). ورغم صدور تنقيحات متتالية للدليل، فلا

تزال الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية تؤكد على المحددات الشخصية الداخلية للاضطرابات النفسية، ولا تعير السياق والعوامل الموقفية الاهتمام الكافي ( Scotti & Morris, 2000). قد يؤثر ذلك بدرجة كبيرة على الإعاقات لدى الأطفال التي يبدو أن السياق والجوانب الموقفية تلعب دورا قويا فيها.

يؤكد أنصار الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أنها تتقاضي الكثير من عيوب النسخ السابقة من الدليل ويشكل نظاما تصنيفيا مفيدا ( Adams et al., 2001; Bogenschutz & Nurnberg, 2000). لكن كل من أنصاره ونقاده يعترفون بأنه لا تزال هناك مشكلات مهمة ( Achenbach, 1998, 2000; Adams et al., 2001; Beutler & Malik, 2002; Doucette, 2002; Mash & Wolfe, 2002; Pine et al., 2002; Rounsaville et al., 2002; Scotti & Morris, 2000; Segal & Coolidge, 2001). من هذه المشكلات تحسين تعريف الإعاقات، وتقييم إمكانية تطبيق النموذج المرضي على الأنواع المختلفة من الإعاقات، وأخذ التشابهات والاختلافات الثقافية العابرة للكثير من الاضطرابات النفسية في الحسبان، واستكشاف مدى ملاءمة فئات الدليل للأطفال من مختلف الأعمار، ودراسة صدق كل فئة في التنبؤ بالتحسن في وجود تدخلات مختلفة. يمكن تصور المفاهيم التي تتفاعل فيما بينها لتشكيل تصنيف الدليل التشخيصي على النحو التالي.



الشكل (١) المفاهيم التي تتفاعل فيما بينها لتشكيل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة

يبين الجدول التالي بعض الفئات الرئيسية والفرعية المختارة من الطبعة الرابعة المنقحة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: غشمان

الجدول (١) بعض التصنيفات الرئيسية والفرعية من الطبعة الرابعة المنقحة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يمكن أن تطبق على الأطفال:

■ اضطرابات تُشخص عادة لأول مرة في الطفولة المبكرة والطفولة والمراهقة

- التأخر العقلي
- اضطرابات التعلم (مثل التعبير القرائي والمكتوب)
- اضطرابات التواصل
- الاضطرابات النمائية الواسعة (مثل الاضطراب التوحدي واضطراب أسبرجر)
- اضطراب قصور الانتباه والاضطرابات السلوكية المعرقة Disruptive Behavior Disorders (مثل اضطراب قصور الانتباه/فرط النشاط - النوع شديد النشاط المندفع من اضطراب قصور الانتباه/فرط النشاط - ونوع قصور الانتباه، واضطراب التصرف، واضطراب العناد الشارد)
- اضطرابات اللوامز Tic Disorders (مثل اضطراب توريت (Tourette's Disorder)
- اضطرابات الإخراج (مثل التبول اللاإرادي)
- الاضطرابات الأخرى في الطفولة المبكرة والطفولة والمراهقة (مثل اضطراب قلق الفراق)
- الاضطرابات الأخرى التي يمكن أن تشخص لدى الأطفال والمراهقين
- الاضطرابات المعرفية (مثل الهذيان الناتج عن رض الرأس)
- الاضطرابات المتعلقة بالمواد
- الاضطرابات الذهانية (مثل الفصام واضطراب الفصام الوجداني)
- الاضطرابات المزاجية (مثل الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات ثنائية القطبية)
- اضطرابات التغذية (مثل فقدان الشهية العصبي)
- اضطرابات القلق (مثل اضطراب الوسواس القهري واضطراب ضغط

- ما بعد الصدمة
- اضطرابات التوافق (مثل AD مع المزاج المكتئب و AD مع اضطراب التصرف)
- حالات تشخيص -ف V-code
- (مثل السلوك المعادي للمجتمع لدى الأطفال أو المراهقين ومشكلة الهوية)

وفي الولايات المتحدة، يعتبر الكثير من هيئات الصحة النفسية والمنظمات الحكومية وشركات التأمين والمقدمين الطبيين والفاعلين الآخرين أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية النظام التصنيفي الرسمي الوحيد (Bogenschutz & Nurnberg, 2000). وفي الغالب تكون الخدمات والتعويضات مشروطة بوجود طفل أو مراهق يتلقى أحد تشخيصات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. وفي بعض الأحيان يكون تشخيص الدليل والمعلومات ذات الصلة موجودة في السجل المدرسي للطالب، أو تقدم في اجتماع فريق متعدد التخصصات، وتقتصر مصادر مختلفة طرقا لاستخدام معلومات الدليل في التعامل مع المشكلات الانفعالية والسلوكية للطلاب (House, 1999).

#### ثامناً - منظور الأبعاد:

يتفق التصنيف بحسب الأبعاد Dimensional Classification (الذي يسمى أيضا التصنيف التجريبي Empirical) مع رؤية مؤداه أن الإعاقات تمثل أشكالا متطرفة من السلوك العادي والمشكلات الانفعالية

وليست حالات استثنائية تختلف من حيث النوع عن الحالة الطبيعية. ولذلك فإن أي فئة من الإعاقات يمكن أن تُمثل بمجموعة من المشكلات تسمى بغرض الإيجاز "المشكلات السلوكية" تميل لأن تحدث معا. ومن حيث المبدأ، لا يعطي منظور الأبعاد اعتبارا لتنبؤات أي نظرية أو تصورات مسبقة أخرى حول فئات الإعاقاة المتوقعة. وبدلا من ذلك، يجري البحث عن مجموعات المشكلات وتحديدتها وتقرير مستواها.

تتمثل الخطوة الأولى في تطوير نظام تصنيفي للإعاقات بحسب الأبعاد في وضع عدد كبير من المفردات، يذكر كل منها مشكلة سلوكية مختلفة قابلة للقياس يمكن أن يواجهها الأطفال. ويمكن أن تتضمن هذه المفردات متغيرات تقاس بسهولة. ثانيا، يحدد الباحث مجموعة كبيرة من الأطفال بغرض دراستهم. فإيجاد أبعاد الإعاقات يتطلب منطقيا دراسة مجموعة من الأطفال تم تشخيصهم بطريقة مستقلة على أن لديهم إعاقات. ثالثا، يقاس كل طفل في المجموعة على كل مشكلة. والقياس يمكن أن يُنجزَ بعدد كبير من الطرق. وفي حالة العينات الكبيرة والمشكلات السلوكية الكبيرة يكون من الممكن في الغالب أن تقاس عن طريق مفردات يكملها شخص يعرف الطفل جيدا (مثل والد/والدة الطفل أو معلمه أو قرينه أو الطفل نفسه). رابعا تُفحص البيانات الناتجة حول كثير من المشكلات لكثير من الأطفال لتحديد مجموعات المفردات التي تتغير معا، بمعنى أنها يجاب عنها عادة بطريقة مشابهة لمفردات أخرى في المجموعة، لكن بطريقة مختلفة عن المفردات خارج المجموعة. وتُجرى هذه الخطوة على أفضل نحو باستخدام الأساليب الإحصائية متعددة المتغيرات الميسرة بالحاسوب Computer-facilitated Mul-tivariate Statistical

Techniques مثل التحليل العائلي Factor Analysis. ويطلق اسم العامل أو البعد على مجموعة المشكلات المحددة إحصائيا التي تتغير معا. وفي العادة يحدد التحليل العائلي أكثر من بُعد واحد، وكل واحد منها يشكل مجموعة مختلفة من المشكلات السلوكية التي تتغير معا.

وعندما تشتق الأبعاد، يمكن أن يستخدم هذا النظام لتصنيف المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين لم يشاركوا في تطويره. وذلك لأن كل بُعد يتكون من مفردات لمشكلات أجيب عنها. ويُقيّم الطفل الجديد على مفردات كل مشكلة، ثم تجمع درجات كل مفردة في البعد الأول لإنتاج درجة "البعد الأول"، ثم تجمع درجات كل المفردات في البعد الثاني لإنتاج "البعد الثاني"، وهكذا إلى أن تحسب كل الأبعاد في النظام التصنيفي.

وفي كل بُعد سيحصل بعض الأطفال على درجات منخفضة جدا (أي تقديرات منخفضة في معظم أو كل المشكلات في البعد)، وسيحصل بعضهم على درجات متوسطة، فيما سيحصل آخرون على درجات مرتفعة جدا (تقديرات مرتفعة في معظم أو كل المشكلات). ومن أجل المساعدة في تحديد الدرجة التي تكشف عن وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، يمكن لمعد التصنيف أن يضع معايير لكل بُعد بتطبيق النظام التصنيفي على مجموعة كبيرة ممثلة من الأطفال. توفر هذه المعايير سياقاً لدرجات البعد بالإشارة إلى الدرجات التي تتطابق مع درجات مختلفة من الأداء المتطرف (مثل المئتي percentile الرابع والثمانين أو التاسع والتسعين أو أي مئتي آخر للمجموعة المعيارية).

يعد نظام نظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبيا Achenbach System of Empirically Based Assessment: ASEBA التصنيف بحسب الأبعاد. ظهر نظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبيا لأول مرة في أوائل الثمانينات تأسيسا على بحوث سابقة لأخينباخ وآخرين. وتطور نتيجة لبحوث كثيرة واعتبارات الممارسة العلاجية (Achenbach, 1995, 1998, 2000; Achenbach & McConaughy, 1997; Achenbach & Rescorla, 2001).

كان من أهداف أخينباخ وزملائه أن يطوروا نظاما يتضمن عددا أصغر من الأبعاد ينطبق عموما عبر الأعمار والجنسين ومنظورات الإخباريين (Achenbach, 1995; Achenbach & McConaughy, 1997). ولكي يحققوا هذا الهدف، أعدوا استمارة تقرير المعلم Teacher's Report Form للحصول على منظور المعلمين، وقائمة سلوك الطفل Child Behavior Checklist للحصول على منظورات الوالدين، والتقرير الذاتي للشباب Youth Self-Report والمقابلة والعلاجية شبه المقيدة للأطفال والمراهقين Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents للحصول على منظور الطفل (Achenbach & Rescorla, 2001; McConaughy & Achenbach, 2001). يضم نظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبيا أيضا أشكالاً أخرى من القياس. ويمكن الجمع بين البيانات من منظورات الإخباريين المختلفين لتوليد ثمانية فئات أبعاد للاضطرابات الانفعالية والسلوكية، يطلق عليها أخينباخ اسم المتلازمات العابرة للإخباريين Cross-informant Syndromes. يبين الجدول (٢) أمثلة لمفردات

المشكلات الانفعالية والسلوكية في المتلازمات العابرة للإخباريين نظام بنام  
أخينباخ للتقييم التجريبي.

الجدول (٢) أمثلة لمفردات المشكلات الانفعالية والسلوكية في  
المتلازمات العابرة للإخباريين نظام بنام أخينباخ للتقييم التجريبي

السلوك العدواني يحطم ممتلكات الآخرين غير مطيع في المدرسة يتشاجر يهدد الآخرين	السلوك كسر القواعد الرفاق السيئون يفتقر إلى الشعور بالذنب عن سوء السلوك الكذب والغش يسرق خارج البيت
الشكاوى الجسدية دوار صداع غثيان متعب جدا	القلق/المكتئب يبكي كثيرا يشعر بانعدام الجدارة يتحدث حول الانتحار خائف أو قلق جدا
مشكلات الانتباه لا يستطيع التركيز لا يستطيع الجلوس بهدوء مندفع سواء الأعمال المدرسية	مشكلات التفكير لا يستطيع أن يمنع نفسه عن أفكار معينة يسمع أشياء سلوك غريب أفكار غريبة

وفي هذا التصنيف، تقع متلازمتان، هما سلوك كسر القواعد - Rule-  
Breaking Behavior والسلوك العدواني Aggressive Behavior،  
ضمن مجموعة عالية المستوى يطلق عليها أخينباخ اسم المجموعة  
الخارجية Externalizing. وتقع متلازمات القلق/المكتئب  
Anxious/Depressed والمنسحب/المكتئب Withdrawn/Depressed

والشكاوى الجسدية Somatic Complaints ضمن مجموعة يطلق عليها اسم المجموعة الداخلية Internalizing.

وفي نظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبيا إذا جاءت درجة الطفل على إحدى المتلازمات العابرة للإخباريين فوق المئيني السابع والتسعين للمجموعة المعيارية، تصنف الدرجة ضمن "المدى السريري" Clinical Range، بمعنى أنها تشير إلى قلق قوي. أما الدرجة الواقعة بين المئيني السابع والتسعين والمئيني الثالث والتسعين فتسمى "مدى الخط الفاصل" Borderline Range (وتشير إلى بعض القلق). فيما تكون الدرجات الأدنى من المئيني الثالث والتسعين في المدى الطبيعي. وإذا كانت هناك أدلة تقييم أخرى تؤيد نتيجة نظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبيا للمدى السريري أو حتى مدى الخط الفاصل، فإنها تشير إلى أنه يجب تشخيص الطفل على أن لديه اضطرابات انفعالية وسلوكية وأنه يجب أن يتلقى الخدمات الملائمة.

#### تاسعاً - تقييم التصنيف:

إن الحكم على جدارة تصنيف الإعاقات يتضمن قضايا فلسفية وفنية مهمة.

#### (١) القضايا الفلسفية:

الهدف غير الممكن: مما لا يحتاج إلى تأكيد أن التصنيف يفترض

وجود أنواع متعددة من الإعاقات. في حين أن بعض المرجعيات أكدت أن تصنيف الإعاقات عمل غير ممكن ولا طائل منه لأن فئات الإعاقات لا وجود لها في الواقع (Lamiell, 1997; Rogers, 1951). فذهب مينيكر (Menninger; 1963) إلى أنه لا يوجد غير نوع واحد من الإعاقات. وقد نتج وهم الأنواع المختلفة من الإعاقات عن الاختلافات في الشدة وتنوع الظروف الحياتية الفردية. ورأى ساز (Szasz; 1960) أن كل الحالات التي يطلق عليها المهنيون اسم الإعاقات هي في حقيقة الأمر "مشكلة حياتية" problem of living يواجهها كل الناس. ونظرا لأن كل شخص متفرد عن غيره، فإن كل مشكلة حياتية تكون متفردة هي الأخرى، وحيث أنه من العبث أن نصنف الظواهر الفريدة، فلا يمكن أن تكون هناك فئات للاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

وحتى إذا كانت هذه التحفظات حول التصنيف ليست صحيحة، فإنها تذكرنا بأن كل طفل له ظروف فردية خاصة. وإنجاز فوائد التصنيف يستلزم غض النظر عن الجوانب الفردية الكثيرة للتركيز على أوجه الشبه المهمة، فيما تظل الاعتبارات الفردية مهمة وحاسمة للتقييم والتدخل الملائمين (Doucette, 2002).

**النتائج الضارة:** قد يؤدي تصنيف الإعاقات إلى تسمية الأشخاص الصغار المتضمنين، والتسمية labeling يمكن أن تنتج تأثيرات مؤسفة مختلفة (Desjarlais & Paul, 1978; Phillips, Draguns & Harriett, 1975; Scotti & Morris, 2000; Wicks-Nelson & Israel, 2000). أولا قد لا يرغب كثير من الأطفال الذين شخصت لديهم

اضطرابات انفعالية وسلوكية في هذا الاسم. ثانياً قد يدفع الاسم المعلمين أو البالغين الآخرين إلى تبني توقعات سلوكية أو تحصيلية أدنى للطفل. وإذا اكتشف الطفل ذلك وأدى وفقاً للتوقعات المنخفضة، فإنه يتولد عن ذلك "نبوءة تحقق ذاتها" تتكون من سلوك وتحصيل واحترام ذات سيئ. كما أن تسمية شخص بأنه ذو اضطرابات انفعالية وسلوكية قد ينقل إليه رسالة بأن مسؤوليته الشخصية منخفضة (Szasz, 1960)، ما يضعف مصدر الدافعية للتغلب على المشكلات. ثالثاً إذا استجاب الأقران للتسمية، فقد يواجه الطفل شعبية منخفضة وفرص اجتماعية أقل.

وحتى إذا قصد بالتسمية أن تكون علامة عابرة تعطي الشخص الحق في الخدمات، فإنها قد تبقى في شكل مكتوب أو شفهي، ما يضر بتصورات وجهود الأقران والبالغين. وأخيراً يؤكد البعض أن التصنيف يعمل بالدرجة الأولى على إضفاء الشرعية على الظلم، من خلال العزل والعلاج، للأشخاص والسلوكيات التي تهدد الأقوياء في المجتمع (Cockerham, 2000; Gallagher, 1995; Szasz, 1960).

ينبغي علينا بالتأكيد أن نضع التأثيرات الضارة للتسمية في الاعتبار، لكن المبالغة في ذلك يمكن أن تعرقل الوقاية والتدخل المبكر (Kauffman, 1999). فهناك على سبيل المثال تدخلات يمكن أن تطبق بشكل وقائي على المجموعات وتدخلات أخرى يجب أن تركز على طفل محدد. وحتى إذا استبعدت التسمية، سيظل على الممارسين والأقران أن يتبنوا مسميات غير شكلية للاضطرابات الانفعالية والسلوكية والأطفال الذين يظهرونها. وعموماً فإن التسمية في المدارس وتأثيراتها على الطلاب ذوي الإعاقات تظل في حاجة إلى مزيد من البحث.

## (٢) القضايا الفنية:

ثبات المتغيرات والفئات: يمثل السلوك والمتغيرات الأخرى (مثل أمد الاضطراب والعمر الذي بدأ فيه) وحدات البناء لأي نظام تصنيفي، ولذلك يجب أن تقاس بطريقة تتسم بالثبات reliability لكي تكون ذات قيمة. وإجمالاً فإن تصنيف الإعاقات يكون منخفض الثبات، إذا لم يعطي الممارسون المختلفون التصنيف نفسه في حال توفر المعلومات نفسها حول طفل معين. ونظر لأن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتطلب أحكاماً بـ"نعم" أو "لا" حول عضوية الفئات، فإنه يقلل ثبات الفئات، خاصة عندما تضع مشكلات الشخص ومعلوماته الأخرى هذا الشخص قريباً من الخط الفاصل لأحد الاضطرابات النفسية، أو تشير إلى اضطرابين مختلفين بالقدر نفسه. وعلى النقيض من ذلك يكون ثبات الفئات في نظم الأبعاد عالياً لأن فئات الإعاقات تتكون من متغيرات ذات ثبات جيد، تُجمع وفقاً لقواعد بسيطة لا تتطلب قرارات "نعم" أو "لا" حول عضوية الفئات.

**صدق الفئات:** ثمة قضية مختلفة ترتبط بأحكام نعم ولا تثير قلقاً حول صدق الفئات في التصنيف بحسب الأبعاد، وهي اختيار مئني نقطة القطع، وهو الدرجة الفاصلة بين وجود الاضطراب من عدمه. ذلك أن اختيار هذه الدرجة قد يؤدي إلى التعرف الزائد أو الناقص على الإعاقات.

ثمة قضية ثانية تتعلق بصدق الفئات وهي إمكانية ألا يغطي التصنيف بحسب الأبعاد كل أشكال الإعاقات. تنشأ هذه القضية عن عدم

إمكانية الاشتقاق الإحصائي لأبعاد الإعاقات إذا كانت المشكلات التي تكون البُعد الواحد يظهرها عدد قليل من الأطفال بحيث لا يمكن التحقق من الحدوث المشترك co-occurrence لهذه المشكلات. يمكن أن يحدث ذلك مع أشكال نادرة من الإعاقات (مثل الفصام بين أطفال ما قبل المراهقة).

وهناك قضية أخرى ممكنة تتعلق بالصدق في كل من المنظور المرضي والتصنيف بحسب الأبعاد، وهي التصاحب المرضي (Bogenschutz & Nurnberg, 2000). يعرف التصاحب المرضي comorbidity بأنه إظهار الشخص الواحد لفئات متعددة من الإعاقات (المنظور المرضي) أو إظهار درجات أعلى من نقطة القطع على أبعاد متعددة من الإعاقات (منظور الأبعاد). والتصاحب المرضي شائع بين الأطفال ذوي الإعاقات (Nottelman & Jensen, 19951999). وقضية الصدق هنا مؤداها أنه في حالة الأطفال الذين يظهرون تصاحباً بين التصنيف "س" والتصنيف "ص"، تتراجع الثقة في أن "س" و"ص" شكلين مختلفين فعلاً من الإعاقات.

**الصلاحية للاستخدام:** يكون النظام التصنيفي أكثر صلاحية للاستخدام إذا كان يضم فئات كافية لتضمين كل الأشكال المهمة من الإعاقات، على ألا تكون الفئات من الكثرة بما يجعل التصنيف مشوشاً. وترتبط صلاحية الاستخدام أيضاً بمتطلبات التدريب وإجراءات التطبيق وسهولة توصيل

نتائج التصنيف. على أن تقييم صلاحية الاستخدام عملية ذاتية إلى حد بعيد. فالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يضم مئات الفئات، فهل هذا العدد كبير جداً؟ ونظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبياً ونظم الأبعاد الأخرى تضم بضعة فئات قليلة بسبب العقوبات اللوجستية أمام الحصول على بيانات كافية حول الأشكال النادرة من الإعاقات. وهناك اعتبار آخر يتعلق بصلاحية الاستخدام وهو التدريب، حيث يتطلب كل من الدليل التشخيصي ونظام أخينباخ تدريباً كبيراً من أجل الاستخدام الصحيح لها.

وينبغي أن يكون معلمو الطلاب ذوي الإعاقات ملمين بأغراض وعمليات التصنيف وبعض نظم التصنيف الحالية، ومنها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ونظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبياً، لأن المعرفة في هذا المجال تكون مؤطرة غالباً في شكل فئات أحد النظم التصنيفية. وفي هذه الأثناء سيواصل الباحثون فحص الثبات والصدق وصلاحية الاستخدام والجوانب الأخرى للتصنيف، وذلك جزئياً لأنهم يتوقعون أن التصنيف الأفضل من شأنه أن يؤدي إلى تدخلات أكثر فعالية بما في ذلك التدخلات المدرسية للشباب ذوي الإعاقات.

وفي الوقت الحاضر لا تتوفر أدلة كثيرة لدعم الموقف الذي يقول أن معرفة تصنيف الطفل من الإعاقات تساعد كثيراً في اختيار التدخل التربوي الملائم. وبدلاً من ذلك يفضل أن تنصب جهود الممارسين بالمدرسة على اكتشاف المشكلات التي تعرقل التوافق المدرسي والحياتي للطالب. ومع

ظهور معلومات جديدة توضح كيف يحسن التصنيف جهود التربية الخاصة، يمكن للمعلمين أن يعدلوا ممارساتهم وفقا لذلك.

عاشراً- حركة الدمج والتصنيف بناء على مدى الدعم المطلوب بدلا من شدة الإعاقة أو الأبعاد:

خوفا من الأضرار التي سبقت الإشارة التي يمكن أن ترتب على التصنيف، ظهر اتجاه يرفض التصنيف وفقا للمرض أو الإعاقة أو الأبعاد، ويركز بعد من ذلك مستوى الدعم المطلوب للشخص حتى يصير في مستوى أقرانه. يرفض هذه الاتجاه التصنيفات الطبية وحتى التصنيفات القائمة على الاختبارات المعيارية أو الأبعاد مثل الاعتماد على التصنيف على أساس نسبة الذكاء كمحك، ويركز على درجة احتياج الشخص ذي الإعاقة للخدمات في كل مجال من مجالات الحياة اليومية معتمدا على ثلاثة معايير هي:

١. التكرار.

٢. مدى الدعم اليومي.

٣. نوع الدعم المقدم له.

نتج هذا الاتجاه في المقام الأول عن فلسفة دمج الأشخاص ذوي الإعاقات التي تقوم على إشراك الشخص بشكل أكثر فعالية في مجتمعه وبيئته وعدم عزله في مؤسسات خاصة بعيدا عن مجتمعه المحلي، ويمكن التأكيد أن السمة البارزة تبني الدمج بما يناسب مع قدرات الشخص مع

توفير الخدمات المساندة الضرورية لضمان نجاح الشخص في التفاعل مع بيئته، ونتيجة لهذه الجهود انعكس هذا كله على تجنبه الوصمة الاجتماعية السلبية التي قد تلازمه مدى حياته وتجنبه الفشل في التفاعل مع أقرانه وأفراد المجتمع خارج أسوار المدرسة.

تؤكد الدعم الدولي للدمج في "المؤتمر العالمي حول تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة: الإتاحة والجودة" (United Nations Education, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1994). وقد نصت المادة ٥٣ من هذا المؤتمر على أن:

يعتمد نجاح المدارس الدمجية إلى حد كبير على التعرف والتقييم والتحفيز المبكر للطفل الصغير ذي الاحتياجات التعليمية الخاصة... والبرامج في هذا المستوى يجب أن تقرر مبدأ الدمج وتطور بطريقة شاملة بالجمع بين أنشطة ما قبل المدرسة والرعاية الصحية للطفولة المبكرة.

أثرت حركة الدمج بشكل متعاظم على التصنيفات في مجال الإعاقة وأدخلت المدارس في تحدي حقيقي من ناحية توفير الكوادر المتخصصة والخدمات المساندة حيث تم توزيع الأطفال ذوي الإعاقة كمجموعة صغيرة على المدارس المختلفة، فاصبحت التكاليف التشغيلية عالية ومكلفة جدا نظرا لعدد الأطفال متلقى الخدمة، واستجابة لهذا المتغير أعيد النظر في تصنيفات الإعاقة وضعت في مجموعات متجانسة من ناحية شدة الإعاقة والابتعاد عن الأسلوب التصنيفي التقليدي، ومن أولى الفئات التي الاستفادة من هذا التوجه الحديثة الإعاقات النمائية والإعاقة العقلية، حيث بدا النظر

ينصب على مستويات الدعم بعض النظر عن تقارير الاختبارات الشخصية والمعارية، في عام ١٩٩٢ اختلفت طريقة تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فصارى تشمل مستويات تحدد مدى الدعم المختص الذي يحتاج إليه الطفل فكانت على النحو التالي:

#### ١ - الدعم المتقطع:

يأخذ طابع الدعم المتقطع الكثافة العالية أو المنخفضة خلال الفترات الانتقالية في حياة الفرد. مثل فقدان وظيفة أو خلال أزمة صحية غير مزمنة.

#### ٢ - الدعم المحدود:

يحدث الدعم المحدود في بعض الأبعاد على أساس عادي لفترة قصيرة من الوقت ولكن طابع الدعم يميل إلى الدعم المكثف أكثر منه إلى الدعم المتقطع.

#### ٣ - الدعم المكثف:

يحدث الدعم في هذا المستوى على أساس يومي أو ربما يكون في أحد المواضيع البيئية كالمدرسة أو العمل وقد يكون الدعم لفترة طويلة.

#### ٤ - الدعم الموسع والشامل:

يمكن وصف هذا الدعم بشكل مطرد وذي مستوي عال من الكثافة، حيث يتم تقديم الدعم في العديد من المواضع البيئية المختلفة وعلى مدي حياة الفرد.

#### الحادي عشر - التشريعات تَحْلِقُ التصنيفات:

عندما احتدم النقاش بشكل كبير في أواخر القرن العشرين حول حقوق ذوي الإعاقة في تلقي التعليم والتدريب المناسبين، ووجد المشرعون أنفسهم في وضع لا يحسدونه عليه امام الرأي العام وكان لزاما عليهم الاستجابة لمطالب لدافعي الضرائب. ومن أولى الاعمال التي قاموا بها تحديد الفئات الواجب تقديم الخدمة لها والتعريفات.

لقد أثرت بحوث وخبرات التربية الخاصة الغربية على تطور التربية الخاصة وتصنيفاتها (Mao & Wang, 1994). فعلى سبيل المثال كان للبحوث والخبرات الغربية في التحليل السلوكي التطبيقي والابحاث المتعلقة بالمدرسة النماية أثر كبير على التصنيفات العالمية بشكل كبير والإستراتيجية التعليمية المستخدمة.

الكثير من الدول العالم ومن ضمنها الدول العربية اعتمدت على التصنيفات الاساسية الصادرة عن القانون الامريكي (IDEA, 1997) على اختلاف الترجمات لتلك التصنيفات والتي صنفت الاعاقات الى ١٣ اعاقة رئيسية:

١. التوحد.
٢. الصمم.
٣. الإعاقة البصرية – السمعية.
٤. ضعف السمع.
٥. الإعاقة العقلية.
٦. الإعاقات المتعددة.
٧. الإعاقة البدنية.
٨. الإعاقة الصحية.
٩. الاضطرابات الانفعالية الشديدة.
١٠. صعوبات التعلم
١١. اضطرابات النطق واللغة
١٢. الإصابة الدماغية
١٣. الإعاقة البصرية (بما في ذلك كف البصر)

وفي ضوء ذلك قامت العديد من التشريعات على المستوى الدول مستدلة بتلك التصنيفات وما تبعها من طرق التقويم والأهلية ومجالات توصيل الخدمات. فإذا أخذنا على سبيل المثال التصنيف لجمهورية كوريا نلاحظ انها قامت على الفلسفة الامريكية مع التعديلات الطفيفة، حيث ظهرت على النحو التالي:

١. الصعوبات المعرفية (Cognitive difficulties): الإعاقة العقلية، صعوبات التعلم.

٢. الصعوبات الانفعالية او السلوكية ( Emotional or behavioral difficulties):

تشنت الانتباه والنشاط الزائد، الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

٣. الصعوبات الحسية (Sensory difficulties): الإعاقة البصرية، الإعاقة السمعية.

٤. الصعوبات الصحية (Physical difficulties): الإعاقات الحركية، الإعاقات الصحية.

٥. الصعوبات الأخرى (Other difficulties): التوحد، اضطرابات التواصل، التأخر النمائي.

## الثاني عشر - مفاهيم العدالة:

لعب التصنيف في مجال الإعاقة دور محوري في إعادة تشكيل عدالة التمويل المدرسي وتكافؤ الفرص التربوية والكفافية التربوية. كثيراً ما يحاول الكثير أن يفصلوا موقف الأطفال ذوي الإعاقة أو الإعاقات المصنفة عن النظام ككل وعن الأطر المفاهيمية للعدالة والكفافية. التصنيف ضمن حد ادني من الخدمات للتصنيفات المحددة قانونيا بل مقدمي الخدمي بتوفيرها او تقديم بدائل مناسبة حتى لو اضطرت الإدارة التعليمية لدفع رسوم تلقي خدمات التربية الخاصة في مراكز خاصة مما خلق رضا بين أولياء الأمور نحو عدالة وكفافية الخدمات المقدمة لأطفالهم

## خاتمة:

غالبية برامج تأهيل معلمي التربية الخاصة في الوطن تؤهل معلمين للتربية الخاصة للعمل مع تلاميذ ذوي احتياجات خاصة في جهاز التعليم في إحدى المسارات متخصصة (إعاقة عقلية، صعوبات التعلم، إعاقة سمعية، إعاقة بصرية،....) كما يشمل تأهيلا عمليا تطبيقيا في المدارس المختلفة. ومع الاستمرار في التوسع في التصنيفات للإعاقات المختلفة تظهر الحاجة إلى استحداث مسارات تأهيلية جديدة في كليات إعداد معلمي التربية الخاصة، وبمنظرة إستراتيجية ومراجعة متأنية يمكن القول أن إعداد المعلمين بناء على التصنيفات الحالية والمستقبلية غير منطقي عمليا، لأنه ليس من المنطقي استحداث مسارات تتطابق مع التصنيفات المختلفة للإعاقة لان الأمر لا يمكن أن ينتهي نظرا لاستحداث تصنيفات جديدة ومن جهة أخرى لا يمكن أن يتم توظيف معلم متخصص في إعاقة معينة لعدد قليل من الأطفال خاصة إذا كان مركز ذوي الاحتياجات الخاصة أو فصول الدمج يحتوي على أكثر من إعاقة.

وبناء على هذه التأثيرات لفلسفة التصنيف وربطها بتأهيل معلمي التربية الخاصة أعيد النظر في إعداد المعلمين لتقليل التكاليف على مستوى كليات إعداد المعلمين وكذلك على مستوى التوظيف فكان الاتجاه الحديثة السائد إعداد معلم تربية خاصة عام ومن ثم إعداده بشكل مكثف على رأس العمل للتعامل مع فئة أو فئات معينة، أو إعداد بحيث يكون معلم مؤهل مع الأطفال من ذوي الإعاقة حسب فئات كبيرة مثل معلم إعاقات معرفية

(توحد، عقلية، تعدد عوق، ومعلم إعاقات حسية (بصرية، سمعية، سمعية-بصرية).

ويظهر لنا مدى التأثيرات الواضح للتصنيفات وارتباطها بأعداد معلمي التربية الخاصة والتوجهات التي تحكم مجال التأهيل قبل وأثناء الخدمة، وقد غيرت العديد من الدول تصنيفات الإعاقة وطرق توصيل الخدمة بناء على تحدي اعداد معلمي التربية الخاصة.

وينبغي أن يكون معلمو الطلاب ذوي الإعاقات ملمين بأغراض وعمليات التصنيف و ببعض نظم التصنيف الحالية، ومنها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ونظام أخينباخ للتقييم المثبت تجريبيا، لأن المعرفة في هذا المجال تكون مؤطرة غالبا في شكل فئات أحد النظم التصنيفية. وفي هذه الأثناء سيواصل الباحثون فحص الثبات والصدق وصلاحية الاستخدام والجوانب الأخرى للتصنيف، وذلك جزئيا لأنهم يتوقعون أن التصنيف الأفضل من شأنه أن يؤدي إلى تدخلات أكثر فعالية بما في ذلك التدخلات المدرسية للشباب ذوي الإعاقات.

وفي الوقت الحاضر لا تتوفر أدلة كثيرة لدعم الموقف الذي يقول أن معرفة فئة الطفل من الاضطرابات الإعاقة تساعد كثيرا في اختيار التدخل التربوي الملائم. وبدلا من ذلك يفضل أن تنصب جهود الممارسين بالمدرسة على اكتشاف المشكلات التي تعرقل التوافق المدرسي والحياتي للطالب. ومع ظهور معلومات جديدة توضح كيف يحسن التصنيف جهود التربية الخاصة، يمكن للمعلمين أن يعدلوا ممارساتهم وفقا لذلك.

## المراجع:

١. مجلس التعاون لدول الخليج العربي (٢٠٠٨)، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، مجلس التعاون لدول الخليج العربي.

2. Abrams, G. D. (1992). General concepts of disease: Health versus disease. In S. A. Price & L. M. Wilson (Eds.), *Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes* (4th ed., pp. 3-5). St. Louis: Mosby-Year Book.

3. Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.

4. Achenbach, T. M. & McConaughy, S. H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

5. Achenbach, T. M. & McConaughy, S. H. (2003). *School based practitioners' guide for the ASEBA*. Burlington, VT:

University of Vermont, Research Center for Children,  
Youth & Families.

6. Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
7. Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
8. Achenbach, T. M. (1995). Developmental issues in assessment , taxonomy, and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 57-80). New York: Wiley.
9. Achenbach, T. M. (1998). Diagnosis, assessment, taxonomy, and case formulations. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (3rd ed., pp. 63-87). New York: Plenum.

10. Achenbach, T. M. (2000). Assessment of psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 41-56). New York: Kluwer Academic/Plenum.
11. Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
12. Adams, H. E., Luscher, K. A. & Bernat, J. A. (2001). The classification of abnormal behavior: An overview. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed., pp. 3-28). New York: Kluwer Academic/ Plenum.
13. Beutler, L. E. & Malik, M. L. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
14. Bogenschutz, M. P. & Nurnberg, H. G. (2000). 9.1 Classification of mental disorders. In B. J. Sadock & V. A.

Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., vol. 1, pp. 824-839).

Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

15. Burns, B. J., Hoagwood, K. & Mrazek, P. J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 199-254.
16. Cockerham, W. C. (2000). *Sociology of mental disorder* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
17. Department of Education. (1998). *Twentieth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.
18. Desjarlais, D. C. & Paul, J. L. (1978). Labeling theory: Sociological views and approaches. In W. C. Rhodes & J. L. Paul (Eds.), *Emotionally disturbed and deviant children: New views and approaches* (pp. 171-189). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

19. Doucette, A. (2002). Child and adolescent diagnosis: The need for a model-based approach. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective* (pp. 201-220). Washington, DC: American Psychological Association.
20. Gallagher, B. J. (1995). *The sociology of mental illness* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
21. Heward, W.L. (2006). *Exceptional children: An introduction to special education*. (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
22. House, A. E. (1999). *DSM-IV diagnosis in the schools*. New York: Guilford Press.
23. Kauffman, J. M. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children*, 65, 448-468.
24. Lamiell, J. T. (1997). Individuals and the differences between them. In R. Hogan, J. A. Johnson & S. Briggs (Eds.),

*Handbook of personality psychology* (pp. 117-141). New York: Academic Press.

25. Leckliter, I. N. & Matarazzo, J. D. (1994). Diagnosis and classification. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (pp. 3-18). New York: Plenum.

26. Mao, Y.Y., & Wang, S.Q. (1994). *Ruozhiertongdezaogiganyu*. [Early intervention for children with cognitive disabilities]. Beijing, People's Republic of China: Huaxia Chubanshe.

27. Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal child psychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

28. McDonnell, L. M., McLaughlin, M. J., & Morison, P. (Eds.). (1997). *Educating one & all: Students with disabilities and standards-based reform*. Washington, DC: National Academy Press.

29. Menninger, K. (1963). *The vital balance*. New York: Viking.

30. Nottelmann, D. D. & Jensen, P. S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 17, pp. 109-155). New York: Plenum.
31. Phillips, L., Draguns, J. G. & Bartlett, D. P. (1975). Classification of behavior disorders. In N. Hobbs (Ed.), *Issues in the classification of children* (Vol. 1, pp. 26-55). San Francisco: Jossey-Bass.
32. Pine, D. S., Alegria, M., Cook Jr., E. H., Costello, E. J., Dahl, R. E., Koretz, D., et al. (2002). Advances in developmental science and DSM-V. In D. J. Kupfer, M. B. First & D. A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. 85-122). Washington, DC: American Psychiatric Association.
33. Quay, H. C. (1986). Classification. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd ed., pp. 1-34). New York: Wiley.

34. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.

35. Rounsaville, B. F., Alarcon, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R. E. & Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. In D. J. Kupfer, M. B. First & D. A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. 1-29). Washington, DC: American Psychiatric Association.

36. Scotti, J. R. & Morris, T. L. (2000). Diagnosis and classification. In M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds.), *Advanced abnormal child psychology* (2nd ed., pp. 15-32). Mahwah, NJ: Erlbaum.

37. Segal, D. L. & Coolidge, F. L. (2001). Diagnosis and classification. In M. Hersen & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (2nd ed., pp. 5-22). New York: Kluwer Academic/Plenum.

38. Shepard, L., Hannaway, J., & Baker, E. (2009). Standards, assessments, and accountability (Education Policy White Paper). Washington, DC: National Academy of

Education. Retrieved September 25, 2009, from  
[http://www.naeducation.org/Standards/Assessments/Accountability/White  
Paper.pdf](http://www.naeducation.org/Standards/Assessments/Accountability/WhitePaper.pdf)

39. Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.

40. Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

41. World Health Organization. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: Author.

\* \*



## الدراسة الرابعة

### بعض قضايا ومشكلات الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجي (المفهوم - التصنيف - الدمج)

الدكتور السيد سعد محمد الخميسي  
أستاذ علم النفس والتربية الخاصة المشارك  
كلية الدراسات العليا بجامعة الخليج العربي



## بعض قضايا ومشكلات الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجي (المفهوم - التصنيف - الدمج)

### مقدمة:

شهدت العقود الأخيرة تطوراً ملحوظاً في مجال الاهتمام بقضايا الإعاقة على المستوى العالمي، وعلى المستوى العربي الخليجي بشكل خاص، حيث صدرت الكثير من التشريعات والقوانين عن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة التي تضمن لهم حقوقهم وتكفل لهم العيش الكريم. وكان من أبرز مظاهر الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة تخصيص الثالث من ديسمبر من كل عام باليوم العالمي لذوي الاحتياجات الخاصة وهو اليوم الذي بدأت فيه الأمم المتحدة الاحتفال به عام ١٩٩٣ من اجل تعزيز فهم القضايا ذات العلاقة بالإعاقة وتحريك الدعم لحصول ذوي الاحتياجات الخاصة على حقوقهم في كافة انحاء العالم.

وقد تنامي الاهتمام نتيجة تزايد عدد الأشخاص ذوي الإعاقة حول العالم بأكثر من مليار شخص، أي حوالي ١٥ % من سكان العالم وفقا للتقديرات العالمية للسكان لعام ٢٠١٠. وهي نسبة أعلى من التقديرات السابقة لمنظمة الصحة العالمية والتي يرجع تاريخها إلى السبعينيات والتي كانت تشير إلى حوالي ١٠ % ووفقا للمسح الصحي العالمي فإن حوالي ٧٨٥ مليون شخص (١٥,٦ %) ممن تبلغ أعمارهم ١٥ عاما أو أكثر يعيشون مع شكل من أشكال الإعاقة، في حين أشارت تقديرات تقرير

العبء العالمي للأمراض إلى رقم يقترب من ٩٧٥ مليون شخص (١٩,٤ %). ومن هؤلاء أشارت تقديرات المسح الصحي العالمي إلى أن ١١٠ مليون شخص (٢,٢ %) يعانون من صعوبات بالغة الشدة في تأدية الوظائف، بينما كانت تقديرات تقرير العبء العالمي للأمراض توضح أن ١٩٠ مليون شخص (٣,٨ %) يعانون من "إعاقة شديدة. وأن الإعاقة التي تصيب الأطفال من عمر صفر وحتى ١٤ عاما، حيث أوضحت تقديراته إصابة ٩٥ مليون طفل ( 5.1 % )، 13 مليون منهم (٠,٧ %) مصابين بنوع من الإعاقة الشديدة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١).

### أولاً- مفهوم الإعاقة:

تعددت مفاهيم الإعاقة بتعدد الباحثين ومجالات اهتماماتهم، ترتب عليه تعريفهم للشخص المعوق، وعلى الرغم من هذا الاختلاف إلا أن معظم التعريفات التي تناولت تعريف الشخص المعوق قد ركزت على أنه فرد يعاني من قصور أو مشكله جسمية أو عقلية أو حسية، تحول دون ادائه الانشطة والأعمال اليومية والقيام بالمهام والأنشطة والأعمال اليومية الأساسية التي يقوم بها نفس الفرد المساوي له في النوع والسن تترتب عليها آثار اقتصادية -اجتماعية - ذاتية. وتحدث هذه الحالة نتيجة عوامل وراثية أو بيئية، وقد تكون جزئية أو تامة، في عضو واحد أو أكثر، مؤقتة او دائمة، متناقصة او متزايدة (القريوتي، السرطاوي، و الصمادي، ٢٠٠١).

وقد فرقت منظمة الصحة العالمية بين ثلاث مصطلحات مرتبطة بمفهوم الإعاقة، واعتبرتها بالأحرى مراحل للإعاقة وهي:

أ- الإصابة Impairment

ب- القصور الوظيفي Disability

ج - الإعاقة / العجز Handicap

أ - الإصابة: وهي تعني فقدان أو شذوذ أو حالة من عدم السواء الدائم أو المؤقت لأحد الجوانب الذاتية أو العقلية أو الجسمية (البيولوجية أو البيولوجية) للفرد، أو تعثر أو توقف النمو الجسدي أو العقلي، أو فقد طرف من الأطراف نتيجة حادث أو مرض أو شلل أو التهاب أو شذوذ كروموسومي أو إصابة للرأس.

ب - القصور الوظيفي: وهي مترتبات أو نتائج الإصابة أو الخلل، والذي يؤدي إلى تعطل أو قصور وظيفي كلي أو جزئي دائم أو مؤقت يحول دون الاداء السليم للأنشطة أو للوظائف الجسمية (الحسية أو الحركية) أو العقلية الي يؤديها الانسان العادي المماثل للفرد في العمر والجنس. و قد يكون القصور الوظيفي متزايدا أو متناقصا و قد يكون على درجة كبيرة من الشدة أو متوسطا أو خفيفا.

أي ما يترتب على هذه الإصابة الموجودة في العضو من تلف أو فقدان وكيف تؤثر الإصابة على العضو أي اذا ادت الإصابة الى تعطل او قصور في العضو المصاب بحيث يصبح غير قادر على اداء وظائفه بشكل سليم هنا يمكن القول انه حدث قصور وظيفي.

ج - الإعاقة: وهي حالة يعاني فيها الفرد من العجز أو صعوبة الاداء في نوع أو اكثر من الاعمال أو الانشطة الجسمية أو الفكرية بالنسبة للأفراد العاديين المساويين له في نفس العمر و النوع أو الدور الاجتماعي ولابد ان تكون هذه الانشطة أو الاعمال من متطلبات الحياة اليومية (كالنشاط الرياضي أو الحركي أو العلاقات الاجتماعية أو الأنشطة الاقتصادية و الأعمال الفكرية) وتؤدي حالة العجز هذه إلى " إعاقة " عن قيامه بالدور الذي يفرضه عليه عمره أو نوعه أو المعايير الاجتماعية و الحضارية في مجتمعه (WHO, 1981).

وعلى ذلك يشير كل من التلف والعجز إلى حالة من القصور في عضو جسمي معين و في مستوى أداء الوظائف الفسيولوجية أو النفسية مقارنة بالعاديين، حيث يصف كل منهما القصور في الجانب الجسمي أو الفسيولوجي أو النفسي، بينما تصف الإعاقة مدى تأثير هذا العجز أو التلف على كل من الجانب الاجتماعي والثقافي.

أي أن الإعاقة حالة اجتماعية يخلقها المجتمع، من حيث أن إعاقة الفرد تصبح كذلك حينما يراها المجتمع على أنها واقع يشكل اختلافا أو انحرافا غير مرغوب فيه عن الآخرين، مما ينتج عنه إطلاق مسميات خاصة يتبعها ردود فعل خاصة وأساليب تعامل استثنائية، كما يتبع هذا التصنيف إحاطته بظروف بيئية خاصة وسلوكيات اجتماعية ذات طبيعة مختلفة، مما يسهم في إبعاد الفرد تدريجيا من نمط الحياة الاجتماعية العادية.

فالمجتمع هو الذي يضع الحدود والمعايير ويختار السمات التي يراها مقياساً للتمييز ما بين المرغوب وغير المرغوب فيه، فبمجرد إطلاق تسمية معينة على الفرد تبدأ سلسلة من الأحكام التقييمية بشأنه، ومن ثم تحدد مواقع الأفراد ومكانتهم الاجتماعية.

ومن هنا يمكن اعتبار الإعاقة ظاهرة اجتماعية من حيث أنه إذا كانت متطلبات المجتمع في حدود امكانيات الفرد نظره المجتمع الى الفرد على انه سوي وطبيعي. اما اذا كانت المتطلبات اعلى من مستوى الفرد نظره اليه غير سوي او غير طبيعي أو معاق. إضافة إلى أن المجتمع ينظر للفرد المصاب بإعاقة خفيه نظره اقل حده من نظره للإعاقة الظاهرة كما أن نظرة و اتجاهات و استجابات المجتمع نحو الفرد المعاق تلعب دوراً رئيسياً في تحديد فرصه المتاحة حيث تكون لديه حرية محدودة أو ضيقة لإقرارها أو تعديلها (قنديل، ١٩٩٨).

#### ثانياً- تصنيفات الإعاقة:

انبثقت من عدة عقود نظم متنوعة لتصنيف الأطفال والشباب المعاقين، وكانت المبررات التي تقديمها لذلك توعية الرأي العام بقضايا الإعاقة وتوضيح الحاجة إلى التربية الخاصة، وأهميته في تدريب الكوادر المتخصصة. ويمكن تعريف التصنيف بأنه عملية آلية لتنظيم وتبويب المعلومات المرتبطة بخصائص الفرد وحاجاته. ويشتمل نظام التصنيف الشائع في ميدان التربية الخاصة على تحديد فئة ينتمي إليها الفرد، ويرتبط

ذلك بإعطاء مسمى أو وصف للفرد بناء على الفئة التي صدر حكم مهني بانتمائه إليها (الخطيب وآخرون، ٢٠٠٧).

هناك صعوبة في تحديد وتقييم حالات الإعاقة نظراً لارتباطها بالعديد من مجالات حياة الفرد، ولأنها تحدث نتيجة التفاعل بين الفرد وبين بيئته وأسرته، وعلى الرغم من تعدد تصنيفات الإعاقة، إلا أن المشتغلون في مجال التربية الخاصة يتفقون على أربع محكات أساسية في تصنيف الإعاقات وهي:

- الثبات.
- تجانس الخصائص الأساسية المميزة لكل إعاقة.
- الاتساق المنطقي.
- ترابط الدلالات الإكلينيكية التشخيصية (الزيات، ٢٠٠٩).

ويعد تصنيف قانون تعليم الأشخاص المعاقين بأمريكا يعد هو التصنيف الأكثر قبولا، حيث يصنف فئات الإعاقة إلى الفئات التالية:

١- التوحد: وهو إعاقة نمائية عصبية تتحدد أعراضها في القصور في التفاعل والتواصل الاجتماعي وتوفر محكين من كل من مشكلات المعالجة الحسية، السلوك النمطي، والاهتمامات المحدودة، والسلوك الروتيني

٢- الصم - المكفوفون: وهو تزامن كل من كف البصر مع الصمم في شخص واحد، مما يسبب قصور حاد في التواصل السمعي واللفظي والبصري.

٣- الصم: وهي قصور شديد في معالجة المعلومات اللفظية من خلال السمع مع أو بدون استخدام المعينات السمعية.

٤- المشكلات النمائية: وهي المشكلات المتعلقة بنمو الاطفال منذ الميلاد حتى الثلاث سنوات الأولى، والتي قد تمتد حتى تسع سنوات، ويقصد بالمشكلات النمائية تلك التي تحدث في أحد المجالات التالية: النمو الجسمي، النمو المعرفي، التواصل، النمو الانفعالي، النمو السلوكي أو التكيفي.

٥- الاضطرابات الانفعالية: وهي حالة تمتد لفترة من الزمن وتظهر أعراضها في واحدة أو أكثر مما يلي: عدم القدرة على التعلم التي لا يمكن تفسيرها من خلال العوامل الفكرية والحسية، أو الصحية. (ب) عدم القدرة على بناء أو الحفاظ على العلاقات الشخصية مرضية مع الزملاء والمعلمين. (ج) أنواع غير لائقة من السلوك أو المشاعر في الظروف العادية. (د) مزاج عام وسائد من التعاسة أو الاكتئاب. (هـ) وجود اتجاه لتطوير أعراض جسدية أو المخاوف المرتبطة بالمشاكل الشخصية أو المدرسة.

٦- ضعف السمع وجود ضعف في السمع، سواء كانت دائمة أو المتقلبة، التي تؤثر سلبا على أداء الطفل التعليمي ولكن لم يتم تضمين تحت تعريف "الصمم".

٧. الإعاقة الذهنية (المعروف سابقا باسم التخلف العقلي) هو مستوى دون المتوسط من الوظائف العقلية العامة يصاحبه في نفس الوقت عجز في السلوك التكيفي، ويظهر ذلك خلال الفترة النمائية.

٨. الإعاقات المتعددة (مثل الإعاقة الذهنية مع كف البصر، أو كف البصر مع الصمم)، والجمع بين والذي يسبب هذه الاحتياجات

التعليمية الشديدة التي لا يمكن استيعابها في برنامج التربية الخاصة فقط لأحد عاهات. لا يشمل مصطلح الصم والعمى.

٩- إصابات الرأس والمخ. هي أي إصابة تصيب الجمجمة أو الدماغ، وتشمل الإصابات العصبية، نزف الدم، إصابات الأوعية الدموية، وأنواع متعددة أخرى.

١٠- الإعاقة الصحية: هي ظروف صحية مزمنة تسبب عادة للفرد التغيب عن المدرسة أو المناسبات الاجتماعية، وهذه الظروف تكون مستمرة وليست أعراضاً مؤقتة كنزلات البرد أو الانفلونزا أو الوبكات الصحية البسيطة والمؤقتة.

١١- صعوبات التعلم: صعوبات عامة أو نوعية تجعل التحصيل الدراسي أو الإنجاز الأكاديمي في مستوى دون المتوسط في واحد أو أكثر من المجالات الدراسية بدرجة تشير إلى دلالة التباعد بين الذكاء والتحصيل الأكاديمي الفعلي.

١٢- مشكلات اللغة والكلام: وهي عدم قدرة الفرد على استخدام اللغة استخداماً طبيعياً ووظيفياً وحياتياً في التعبير عن حاجاته، مما ينشأ عنها صعوبات ومشكلات في التواصل مع الآخرين وفي التفاعل معهم.

١٣- الإعاقة البصرية: هي فقد حاسة البصر بصورة كلية أو جزئية، ويعد الشخص كفيفاً إذا كانت حدة إبصاره لا تزيد على (٢٠/٢٠٠) قدم في أفضل العينين بعد استخدام المعينات البصرية (في: هالاهان، و كوفمان، ٢٠١٢؛ الزيات، ١٩٩٩).

وقد قدمت منظمة الصحة العالمية نموذجاً لتقييم وتصنيف المستوى الوظيفي للأداء والعجز والصحة للفرد، والذي تم تطبيقه في أكثر من

(١٠٠) دولة، ويتناول هذا النموذج تقييم الفرد ولوظائفه الجسمية وبيئته ومجتمعه كما تكشف عنها ستة ميادين رئيسة في الحياة أنشطته اليومية (World Health Organization, 2001).

#### ثالثاً- مزايا التصنيف والتسمية:

- يؤدي إلى التعرف على الحدود الفاصلة بين الإعاقات المختلفة.
- يؤدي إلى التعرف على أنواع محددة من العلاج أو التدخل التربوي.
- يؤدي إلى شكل من أشكال الحماية للطفل، فالسلوك غير العادي سيكون أكثر قبولا إذا أصدره طفل غير عادي مما لو أصدره طفل عادي.
- يساعد في التواصل بين المختصين في تصنيف وقياس النتائج البحثية.
- يساعد في الحصول على التمويل لبرامج التربية الخاصة .
- يجعل الحالات الخاصة للأفراد غير العاديين أكثر وضوحا بالنسبة لعامة الناس.
- تساعد على إصدار القوانين والتشريعات الخاصة بكل فئات التربية الخاصة.
- تساعد على إعداد الكوادر المؤهلة لكل فئة.

#### رابعاً- عيوب التسمية والتصنيف:

- يدفع الآخرين للنظر إلى الفرد من زاوية الضعف لا من زاوية القوة لديه.
- يسبب انخفاض توقعات الآخرين من الطفل ذو الحاجة الخاصة.

- يكون للتسميات التي انبثقت عن التربية الخاصة شيء من الديمومة، بمعنى انه من الصعب ازالة التسمية في وقت لاحق.
- قد تؤدي إلى وصم الفرد بالعجز.
- تعزيز نظرية الانحراف الاجتماعي (القمش ، و المعاينة، ٢٠٠٩).
- وعلى الرغم من هذه العيوب فلم يتمكن الباحثون والممارسون في مجال التربية الخاصة من تقديم نظام بديل لنظام التصنيف المتبع، وكل ما أمكن تحقيقه هو التحذير من سلبيات إطلاق المسميات والدعوة إلى استخدام الكلمات والعبارات التي تحترم إنسانية الإنسان ولا تشكل اعتداء على كرامته وحقوقه الأساسية (الخطيب وآخرون، ٢٠٠٧).

#### خامساً- الدمج:

تعتبر عملية الدمج عن فلسفة ذات نزعة إنسانية أخلاقية لا تفرق بين إنسان عادي وآخر معوق، إذ أنها تعني توحيد مجري التعليم بين الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال إعادة بناء التربية العامة والتربية الخاصة، ووضعها ضمن نظام جديد يوفر للطلاب المعاق المساعدة المطلوبة في نطاق الصف العادي. كما أنها تركز علي كيفية إدارة الفصول والمدارس التي يمكن أن توفر الحاجات التربوية لكل طفل. ويعرف الدمج بأنه عملية تهيئة الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال توفير خدمات أثناء وجودهم مع أقرانهم العاديين في الأنظمة التربوية والتعليمية لتسهيل عملية انخراطهم في المجتمع وتحقيق فرص المساواة والمشاركة العامة في المجتمع (الإمام، ٢٠١٠).

وقد جاءت مرحلة دمج ذوي الاحتياجات الخاصة بعد معاناتهم من الرفض والعزل، ونتيجة لعدد من العوامل كان لها أثر كبير في تدعيم الحركة التي نادى بتعليم المعوقين بعيداً عن الفصول الخاصة ودمجهم مع زملائهم العاديين في المدارس العادية وفق برنامج تربوي متكامل، من هذه العوامل:

١- التغير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية. ففي الوقت الذي كانت الاتجاهات السلبية هي السائدة، والمتمثلة في العزل والشعور بالذنب والقلق والخجل، أصبحت الاتجاهات الإيجابية هي السائدة في الوقت الحاضر، والمتمثلة في الاعتراف بوجود الطفل غير العادي في المجتمع، والبحث عن حلول لمشكلته وفتح مراكز ومؤسسات التربية الخاصة والحاقه بها، ومن ثم الصفوف الخاصة في المدارس العادية، وأخيراً فكرة الدمج، نتيجة لظهور الاتجاهات الإيجابية الاجتماعية.

٢- ظهور القوانين والتشريعات التي أصبحت تنص صراحة على حق الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أو غير العادي في تلقي الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية أسوة بزملائه من الأطفال العاديين، وفي أقل البيئات التربوية تقيداً.

٣- تزايد عدد الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في بعض المجتمعات، وخاصة الدول النامية، بالرغم من توافر برامج الوقاية وبرامج التدخل المبكر، مع قلة عدد مراكز ومؤسسات التربية

الخاصة، الأمر الذي يعني أن هناك نسبة من الأطفال غير العاديين يصعب عليها الالتحاق بتلك المراكز أو المؤسسات، وعليه فإن الدمج بأشكاله قد يكون أحد الحلول لهؤلاء الأطفال.

٤- ظهور بعض الفلسفات التربوية التي تؤيد دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية وذلك لعدد من الاعتبارات، أهمها توفير الفرص الطبيعية لهؤلاء الأطفال للنمو الاجتماعي والتربوي مع أقرانهم من الأطفال العاديين (القيوتي، السرطاوي، والصمادي، ٢٠٠١؛ خضر، ١٩٩٥).

#### سادساً- مفهوم الدمج:

نال موضوع الدمج أهمية كبرى في السنوات القليلة الماضية، ونظراً لهذا الاهتمام فقد تعددت الكتابات الخاصة به وبالتالي كثرت تعريفاته وكثرت أيضاً المصطلحات المتعلقة به. فنجد كماً من المصطلحات التي تصف هذا الأسلوب مثل:

الدمج Mainstreaming

التكامل Integration

الاستيعاب Inclusion

الاستيعاب الشامل Full inclusion

البيئة الأقل عزلاً Least restrictive environmental

مبادرة التربية العادية Regular education initiative

وعند النظر لهذه المصطلحات نجد منها ما يصف أحد مستويات الدمج، مثل الدمج الشامل ، أو منها ما يصف الهدف من عملية الدمج، مثل البيئة الأقل عزلاً أو البيئة الأقل تقييداً.

وعلى الرغم من أن معظم الكتابات - وخاصة العربية منها- لم تتفق أو تضع تعريفاً فاصلاً ودقيقاً ومميزاً لكل مصطلح من هذه المصطلحات، إلا أنهم اتفقوا جميعاً على أن الدمج- أو غيره من المصطلحات- إنما يقصد به وضع تعليمي معين تتخذ من خلاله مجموعة من الترتيبات التعليمية المعنية، تهدف إلى تعليم مجموعة من ذوي الاحتياجات الخاصة داخل مدارس أو فصول مناسبة لأعمارهم مع اقرانهم العاديين إلى أقصى حد ممكن، مع تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة والاستشارات المتخصصة ، وتوفير الدعم لهم في هذه المدارس، وذلك للتخفيف من حدة العزلة التعليمية والاجتماعية المفروضة على هذه الفئة، ويشترط فيها وضوح المسؤولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي والفني في التعليم العام والتربية الخاصة (منصور، ٢٠٠٩؛ الموسى، ٢٠٠٨).

#### سابعاً- أهمية الدمج:

يمكن إيجاز أهمية الدمج في النقاط التالية:

- يتيح الدمج أن يتعلم التلاميذ المعوقين في المدرسة العادية التي تعد هي بيئة التعلم العادية والطبيعية.

- يعمل الدمج التربوي على الحيلولة دون التأثير السلبي الذي يحدث لأولياء الأمور جراء إلحاق أبنائهم ببرامج ومدارس العزل.
- تعمل بيئة الدمج على زيادة التقبل الاجتماعي للأطفال المعوقين من أقرانهم العاديين وزيادة التواصل الاجتماعي بينهم.
- يعمل الدمج التربوي على إيجاد بيئة واقعية يتعرض فيها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى خبرات متنوعة ومؤثرات مختلفة من شأنها أن تمكنهم من تكوين مفاهيم صحيحة وواقعية عن العالم الذي يعيشون فيه.
- يعمل الدمج التربوي على تعميق فهم المربين والمدرسين للفروق الفردية بين الأطفال (الموسى، ٢٠٠٨).



#### ثامناً - أشكال الدمج:

تختلف أساليب دمج المعوقين من بلد إلى آخر حسب إمكانيات كل منها حسب نوع الإعاقة ودرجتها، بحيث يمتد من مجرد وضع المعوقين في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً في الفصل الدراسي العادي مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة. ويأخذ الدمج أحد الأشكال التالية:

#### (١) الدمج الأكاديمي:

ويقصد به اشتراك الطلبة المعوقين مع الطلبة العاديين في مدرسة واحدة تشرف عليها نفس الهيئة التعليمية وضمن نفس برنامج الدراسة،

وقد تقتضي الحالة وجود اختلاف في المناهج الدراسية المعتمدة .  
ويأخذ الأشكال التالية:

#### (أ) الدمج الكلي:

حيث يلتحق الطفل المعاق بالفصل العادي بإشراف معلم عادي  
لديه تدريب مناسب في مجال التربية الخاصة مع إجراء بعض  
التعديلات البسيطة داخل الصف.

#### (ب) الدمج الجزئي:

حيث يتم إلحاق الطفل بصف خاص بذوي الحاجات الخاصة  
داخل المدرسة العادية مع إمكانية حضور بعض الحصص و  
إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين بالمدرسة أطول  
فترة ممكنة من اليوم الدراسي. أي دمج الطالب ذوى الاحتياجات  
الخاصة في مادة دراسية أو أكثر مع اقرانه من العاديين داخل  
فصول الدراسة العادية.

#### (ج) الدمج المكاني:

ويقصد به اشتراك مؤسسة / مدرسة التربية الخاصة مع مدارس  
التربية العامة (المدارس العادية) بالبناء المدرسي فقط بينما تكون  
لكل مدرسة خططها الدراسية الخاصة وأساليب تدريب وهيئة  
تدريس خاصة بها ويجوز أن تكون الإدارة لكليهما واحدة.

## د) المعلم المستشار:

حيث يلتحق الطفل المعوق بالصف العادي وبإشراف المعلم العادي حيث يقوم بتعليمه مع أقرانه العاديين ويتم تزويد المعلم بالمساعدات اللازمة عن طريق معلم استشاري مؤهل في هذا المجال، وهنا يتحمل معلم الصف العادي مسؤولية إعداد البرامج الخاصة بالطفل وتطبيقها أثناء ممارسته لعملية التعليم العادية في الصف.

## هـ) غرفة المصادر:

وغرفة المصادر عبارة عن غرفة صفية ملحقة بالمدرسة العادية مجهزة بالأثاث المناسب والألعاب التربوية والوسائل التعليمية يلتحق بها الطلبة وفقا لبرنامج يومي خاص حيث يتلقى المساعدة بعض الوقت في بعض المهارات التي يعاني من ضعف فيها بإشراف معلم تربوية خاصة ثم يرجع لصفه العادي بقية اليوم الدراسي.

## ٢) الدمج الاجتماعي:

اعطاء الفرص للمعوقين للاندماج في مختلف أنشطة وفعاليات المجتمع وتسهيل مهمتهم في ان يكونوا اعضاء فاعلين ويضمن لهم حق العمل باستقلاله وحرية التنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات.

وفي المجال الأكاديمي يعني إتاحة الفرص للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة للتفاعل الاجتماعي مع الطلبة العاديين. لأن المدرسة لا تعلم مهارات أكاديمية فقط بل تلعب دورا كبيرا في تنمية الجانب الاجتماعي لدى الطلبة. (الاستراحة، اللعب).

### (٣) الدمج المهني:

وهو يهدف إلى توفير الفرص المناسبة لممارسة الحياة الاجتماعية الطبيعية إلى أقصى مدى ممكن مع الأفراد العاديين، وهو يعني كذلك دمج الأفراد غير العاديين مع الأفراد العاديين في مجال السكن والعمل (اللجنة الوطنية المصرية للتربية والثقافة والعلوم، ٢٠٠٦).

### (٤) الدمج الشامل:

نتيجة للتحويلات الجوهرية التي حدثت في تربية وتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة خلال العقود الماضية، ونتيجة لتطور وانتشار تجارب دمج الأشخاص المعاقين بالمدارس العادية، بدأ الباحثون بالعمل على إتاحة الفرصة لهؤلاء التلاميذ للوصول إلى المنهج العام بما يضمن حقهم في المساواة في تلقي نفس المصدر التعليمي الذي يتلقاه أقرانهم العاديون، ويعزز علاقاتهم الاجتماعية مع هؤلاء الأقران، ويسهم في إكسابهم المهارات التي تدعم قدرتهم مستقبلاً للاندماج والتكيف الاجتماعي، وحصولهم على فرص وظيفية مناسبة، والتحاقهم بمؤسسات التعليم العالي، كالجامعات والكليات، كما أن دعم التلاميذ ذوي الإعاقة

وتشجيعهم للوصول إلى المنهج العام أيضاً لا يعني أن جميعهم سوف ينجحون في الوصول إلى هذا المنهج وخصوصاً ممن لديهم إعاقات متعددة أو شديدة مما يستوجب على معلمهم تقديم منهج خاص، أو ما يعرف بالمنهج البديل لهم ليتلاءم مع قدراتهم وإمكاناتهم، وبما يضمن اكتسابهم للمهارات الاستقلالية والمهنية التي تمكنهم من العيش بشكل مستقل. وأخيراً، ينبغي التأكيد على أن البرامج التربوية الفردية لهؤلاء التلاميذ هي القالب العام الذي يمكن من خلاله وصف وتنفيذ عملية دعم وصول هؤلاء التلاميذ للمنهج العام بتوضيح التعديلات المناسبة التي يحتاجها هؤلاء التلاميذ سواءً على نطاق محتوى المنهج أو طرق التدريس . إضافة إلى المهارات الداعمة التي يحتاجونها، كالمهارات التواصلية والحركية والاجتماعية وغيرها ( Janney& Snell , 2013).

#### تاسعاً- مظاهر اهتمام بعض دول مجلس التعاون الخليجي بقضايا الإعاقة:

لم ينفصل سياق اهتمام دول الخليج العربي عن الاهتمام العالمي بقضايا الإعاقة، حيث شهدت العقود الأخيرة تنامي مطرد في الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة.

ففي المملكة العربية السعودية بدأ الاهتمام بتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة في بداية السبعينيات من القرن الثالث عشر الهجري حيث تم إدخال لغة برايل في تعليم الأشخاص المعوقون بصرياً، تلاه فتح فصول

مسائية للمكفوفين والعاديين بكلية اللغة العربية وذلك عام ١٣٧٧هـ، ثم تم إنشاء أول معهد لتعليم المكفوفين بالرياض في العام الدراسي ١٣٧٩/١٣٨٠هـ الموافق ١٩٥٩/١٩٦٠ م وكان يضم خمسة فصول ابتدائية وثلاثة فصول مهنية. ثم أنشأت "الأمانة العامة للتعليم الخاص" عام ١٣٨٢هـ الموافق ١٩٦٢م بهدف تقديم الخدمات التعليمية والمهنية والاجتماعية لفئات المكفوفين والصم والمتخلفون عقليا، والذي تغير اسمها في منتصف عام ١٤١٧هـ إلى "الأمانة العامة للتربية الخاصة" لتتوسع كما وكيفا من خدماتها لفئات متعددة من الأشخاص ذوي الإعاقة، كما تم التوسع في رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة لتشمل الرعاية الاجتماعية، والصحية والمالية والترفيهية أيضا.

وعن تجربة الدمج في المملكة العربية السعودية فيلاحظ أن تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة قد بدأ بالفصول العادية ثم تم الاتجاه إلى سياسة العزل بعد ظهور معاهد التربية الخاصة. وقد تم تطبيق تجربة الدمج بمفهومه الحديث عام ١٤٠٤هـ الموافق ١٩٨٤ في مدينة الهفوف بالمنطقة الشرقية، ثم تم التوسع كما وكيفا في خدمات الدمج المقدمة (الموسى، ١٤٢٩).

وفي مملكة البحرين يشير التعداد العام للسكان والمنشآت والزراعة لعام ٢٠١٠ ان عدد سكان المملكة بلغ (١,٢٣٤,٥٧١) منهم (٩٩,٠٠٠) شخص من ذوي الإعاقة، وأن هناك حوالي (٤٠) مؤسسة تابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية تقدم خدمات لهذه الفئة، كما صدرت العديد من القوانين التي عززت من حقوقهم في مجال التأهيل والتمكين الاجتماعي، ومنها

قانون رقم ٧٤ لسنة ٢٠٠٦ والخاص برعاية وتأهيل وتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة، كما صدرت قرارات عززت من مكافأة تلك الفئة، وقوانين أخرى حددت شروط وإجراءات الترخيص لمؤسسات التأهيل والمعاهد ودور الرعاية وغيرها من القرارات، كما قامت المؤسسات الصحية بدور أساسي في تعزيز برامج الرعاية الصحية والكشف المبكر والخدمات المساندة، إضافة إلى مساهمة وزارة العمل أيضا في عملية تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة (درياس، ٢٠١١) كما صادقت البحرين مؤخرا على القانون رقم ٢٢ لسنة ٢٠١١ على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، تبعه توجيه من صاحب السمو الملكي الأمير خليفة بن سلمان آل خليفة رئيس الوزراء الموقر لوضع استراتيجية وطنية شاملة ومتكاملة للارتقاء بالخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة ودمجهم في المجتمع البحريني(وزارة التنمية الاجتماعية، ٢٠١٢).

وفي المجال التربوي تم استحداث وحدة التربية الخاصة ضمن إدارة التربية الرياضية والكشفية والطلابية عام ١٩٨٠، وتهدف إلى الإشراف على الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس، كما تم تطبيق الفصول العلاجية عام ١٩٨٦ بمدارس التربية والتعليم بهدف تأمين فرص تعليمية متكافئة لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وللاهتمام بالمشكلات التي تواجه التلاميذ في التعليم وما يترتب عليها من آثار نفسية سلبية، كذلك تم البدء في تطبيق برنامج الدمج بناءً على قرار لجنة التربية الخاصة في اجتماعها بتاريخ ٢٣ مايو ١٩٩٢، وذلك بمدرستين ابتدائيتين من المدارس الحكومية وهما مدرسة باربار الابتدائية للبنين، ومدرسة سكيانة

الابتدائية للبنات، إلى أن وصل عدد الفصول في أكتوبر ١٩٩٢ إلى سبعة وعشرين فصلاً مدرسياً (كمال، ١٩٩٨).

أما الكويت فقد أعطت اهتماماً خاصاً لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تمثل في تأسيس الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين سنة ١٩٧١ كجمعية خيرية مجانية لتكون نموذجاً لتكاتف الجهود الذاتية للتكامل مع جهود الدولة.

أما عن دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في دولة الكويت فقد بدأ الاهتمام بهذا المبدأ في العام الدراسي ٥٦/٥٥ حيث بدأت بتعليم المعاقين بصريا مع أقرانهم العاديين بمدارس التعليم الديني في ذلك الوقت، إلى أن افتتح مجمع مدارس التربية الخاصة في العام الدراسي ٧٠/٦٩، حيث ضم مدرسة النور للمكفوفين للمرحلتين الابتدائية والمتوسطة، ثم ينتقل الطالب إلى مدارس التعليم العام ليوصل تعليمه الثانوي مع أقرانه العاديين، أما ضعاف البصر فقد كانوا ولا زالوا يواصلون تعليمهم مع أقرانهم في مدارس التعليم العام (الفضالة، ١٩٩٨).

فقد بدأت في العام الدراسي ١٩٩٧ - ١٩٩٨ ضمن مشروع تعليم أطفال متلازمة داون في رياض الأطفال، تحت إشراف الأمانة العامة للتربية الخاصة، عن طريق فتح فصول خاصة بهذه الفئة وبفئة بطيئي التعلم في رياض الأطفال، والمراحل التعليمية التي تعقبها في التعليم العام في المناطق التعليمية الخمس، وتكون لهذه الفصول ضمن محيط بقية

فصول المدرسة للأطفال العاديين، ويظل أطفال متلازمة داون ثلاث سنوات دراسية في مرحلة رياض الأطفال ( الزيات، ٢٠٠٩).

وفي سلطنة عمان فقد ظهر الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة من خلال المرسوم السلطاني رقم ٦٣ / ٢٠٠٨ بإصدار قانون رعاية وتأهيل المعاقين لسلطنة عمان حيث تضمن إنشاء لجنة تسمى " اللجنة الوطنية لرعاية المعاقين". كما شمل عدة مواد تضمن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية التي تقدمها الدولة لهم بما فيها الأجهزة التأهيلية والتعويضية التي تساعد على الحركة والتنقل والتعليم والتدريب وغيرها، كما نص على أن توفر الدولة الخدمات التعليمية للمعاقين بما يتناسب مع قدراتهم الحسية والجسدية والذهنية (المنظمة العربية للأشخاص ذوي الإعاقة، ٢٠١٤).

**عاشراً- التحديات التي تواجه خدمات الأشخاص ذوي الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجي:**

على الرغم من تفاوت الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجي، إلا أنه يلاحظ وجود تشابه في التحديات التي تواجه تلك الخدمات. ويمكن عرض تلك التحديات في المجالات التالية:

**(١) في مجال الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة:**

• الحاجة إلى تقديم خدمات أكثر شمولية: ويقصد بها توفير خدمات شاملة لذوي الاحتياجات الخاصة في مكان واحد.

• الاهتمام بتقديم الخدمات لفئات دون أخرى، حيث يوجد وفرة في خدمات ذوي الإعاقة البسيطة عن الشديدة، وكذلك توفر تلك الخدمات في المدن المركزية عنها في الأماكن النائية أو البعيدة.

• القدرة الاستيعابية المحدودة للبرامج والمراكز والمعاهد التي تخدم الأشخاص ذوي الإعاقة.

• محدودية البرامج والخدمات التي تهتم بالتدخل المبكر.

• الطابع التقليدي للخدمات المقدمة.

• الحاجة إلى توفر الخدمات المساندة بشكل جيد ومستمر: مثل خدمات العلاج الوظيفي وعلاج عيوب النطق والتخاطب....

## (٢) في مجال التصنيف والتشخيص:

ترتبط عملية التصنيف ارتباطاً مباشراً بعملية التشخيص، لذا فعند عرض التحديات في مجال التصنيف لابد من ذكر تحديات عملية التشخيص أيضاً، والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

- اختلاف المسميات بين البلدان وحتى بين المتخصصين في المجالات المختلفة أو داخل المجال الواحد.
- عدم تطبيق محاكات تشخيص الإعاقة كاملة.
- اعتماد تشخيص بعض الإعاقات على الجانب الطبي فقط.
- قلة الكوادر الوطنية المدربة والمؤهلة للقيام بالتشخيص.
- غياب فريق العمل الموحد المتعدد التخصصات الذي يجمعه مكان واحد للقيام بعملية التشخيص.

• قلة مراكز التشخيص والقياس.

• قلة توافر المقاييس.

• تصميم المقاييس علي مجتمعات لا تتناسب مع هذا المجتمع.

• ضعف الصلة بين مختلف المراكز.

• عدم مهنية بعض المراكز، والهدف الربحي المنشود منها.

• تباين التشخيص من مركز لآخر أو من اختصاصي لآخر.

### (٣) في مجال الدمج:

• تلقي معظم فئات هؤلاء التلاميذ تعليمها في البيئات الأكثر تقييداً،

كالمعاهد الخاصة أو الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية،

دون إتاحة الفرصة لها لتلقي تعليمها في الفصول العادية ومع

أقرانهم العاديين قدر الإمكان.

• ضعف إدراك العاملين بتلك المؤسسات التي تقدم خدماتها التعليمية

بأهمية حق هؤلاء التلاميذ في تلقي المنهج العام (كتوجه حديث)

مثلهم مثل أقرانهم العاديين.

• الخلفية العلمية الضعيفة للعاملين في مؤسسات تعليم الاشخاص

ذوي الإعاقة في امتلاك الآليات التي تضمن لهم تطبيق هذا المنهج

مع هؤلاء التلاميذ بطريقة تتوافق مع قدراتهم وإمكاناتهم الفريدة.

• صعوبة موائمة المنهج العدي ليتناسب مع قدرات الاشخاص ذوي

الإعاقة.

• النقص الحاد في الكوادر البشرية المدربة على تنفيذ برامج الدمج

للشخص ذوي الإعاقة سواء داخل الصف أو خارجه.

• الحاجة إلى إقناع أولياء أمور الطلاب العاديين بأهمية وأحقية دمج

الاشخاص ذوي الإعاقة مع اينائهم في الفصل العادي.

## المراجع:

- الإمام، محمد. (٢٠١٠). قضايا وآراء في التربية الخاصة. عمان: دار الثقافة.

- الخطيب، جمال وآخرون. (٢٠٠٧). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار الفكر.

- خضر، عادل كمال. (١٩٩٥). دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية. مجلة علم النفس، ٣٤، ٩٨ - ١٠٩.

- درباس، سلمان منصور. (٢٠١١). واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في مملكة البحرين، ورقة مقدمة لوزارة التنمية الاجتماعية .

- الزيات، فتحي. (٢٠٠٩). دمج ذوي الاحتياجات الخاصة (الفلسفة والمنهج والآليات). القاهرة: دار النشر للجامعات.

- الفضالة، منيرة محمد. (١٩٩٨). تجارب دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة الكويت، ورقة عمل مقدمة ضمن ندوة تجارب الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي: التطلعات والتحديات، جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة، من ٢ : ٤ مارس: ٢٤٧ : ٢٥٨.

- القريوتي، السرطاوي، و الصمادي. (٢٠٠١). المدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.

- القمش ، مصطفى ؛ المعاينة ، خليل، (٢٠٠٩). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.

- قنديل، شاكِر. (١٩٩٨). الإعاقة كظاهرة اجتماعية، في: بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين " ذوو الاحتياجات الخاصة والقرن الحادي والعشرين في الوطن العربي" القاهرة ٨-١٠ ديسمبر، ٥٢-٥٤.

- كمال، أمينة عبد الله. (١٩٩٨). التربية الخاصة في البحرين من ١٩٨٠ إلى ١٩٩٨، ورقة عمل مقدمة ضمن ندوة تجارب الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي: التطورات والتحديات، جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة، من ٢ : ٤ مارس: ٢٢٣: ٢٤٦.

- اللجنة الوطنية المصرية للتربية والثقافة والعلوم. (٢٠٠٦). مشروع حركة الدمج الشامل للتربية الخاصة في مصر. تقرير مشروع تم تنفيذه على برنامج مساهمة من اليونسكو. القاهرة.

- منصور، السيد. (٢٠٠٩). تربية وتعليم المتخلفين عقليا: دليل المعلمين والوالدين. الاسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر.

- الموسى، ناصر. (٢٠٠٨). مسيرة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية من العزل إلى الدمج. دبي: دار القلم.

- منظمة الصحة العالمية. (٢٠١١). التقرير العالمي حول الإعاقة. جنيف.

- المنظمة العربية للأشخاص ذوي الإعاقة. (٢٠١٤). قوانين. استرجعت من:

[http://www.aodp-lb.net/\\_law.php?events\\_id=64](http://www.aodp-lb.net/_law.php?events_id=64)

- هالاهان، وكوفمان. (٢٠١٢). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة. (ترجمة: عادل عبد الله). عمان: دار الفكر.

- وزارة التنمية الاجتماعية. (٢٠١٢). الاستراتيجية الوطنية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في مملكة البحرين 2016-2012.

## المراجع الأجنبية:

- Report of WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation, technical report series No. 668). Geneva: WHO.
- U.S. Department of Education .(2004). the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Washington, D.C.
- Individuals with Disability Education Improvement Act [IDEIA]. (2004). Building the legacy. Retrieved from <http://idea.ed.gov/>
- Janney, R. & Snell, M. (2013). Teachers Guide to inclusive Practices: Modifying Schoolwork. Paul H Brookes Pub Co;
- WHO.(1981). The disability process and intervention levels,

## صدر من سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية

- العدد (١) : أوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر ١٩٨٣. "نافذ"
- العدد (٢) : تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية "دراسة مقارنة"، يناير ١٩٨٤. "نافذ"
- العدد (٣) : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية، يوليو ١٩٨٤. "نافذ"
- العدد (٤) : نحو استخدام أمثل للقوي العاملة الوطنية بالدول العربية الخليجية، يناير ١٩٨٥. "نافذ"
- العدد (٥) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي "الأبحاث الفائزة في المسابقة الأولى للبحث الاجتماعي"، يوليو ١٩٨٥. "نافذ"
- العدد (٦) : حول واقع إحصاءات القوي العاملة الوطنية - المفاهيم - الأجهزة - التطوير، يناير ١٩٨٦. "نافذ"
- العدد (٧) : الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة "دراسات مختارة" يونيو ١٩٨٦. "نافذ"
- العدد (٨) : واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها، يناير ١٩٨٧. "نافذ"
- العدد (٩) : قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج "تأخر سن الزواج والمهور - الفراغ - المخدرات" "الأبحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث الاجتماعي"، مارس ١٩٨٧. "نافذ"

- العدد (١٠): ظاهرة المربيات الأجنيات "الأسباب والآثار"، أغسطس ١٩٨٧.  
"نافذ"
- العدد (١١): العمل الاجتماعي التطوعي في الدول العربية الخليجية -  
مقوماته - دوره - أبعاده، يناير ١٩٨٨.  
"نافذ"
- العدد (١٢): الحركة التعاونية في الخليج العربي "الواقع والآفاق"، يونيو  
١٩٨٨.  
"نافذ"
- العدد (١٣): إحصاءات العمل وأهمية النهوض بها في أقطار الخليج العربية،  
مايو ١٩٨٩.
- العدد (١٤): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة  
في المسابقة الثالثة للبحث الاجتماعي" الجزء الثالث، أكتوبر  
١٩٨٩.
- العدد (١٥): مظلة التأمينات الاجتماعية في أقطار الخليج العربية، يناير  
١٩٩٠.
- العدد (١٦): القيم والتحولات الاجتماعية المعاصرة "دراسة في الإرشاد  
الاجتماعي في أقطار الخليج العربية" أغسطس ١٩٩٠.
- العدد (١٧): الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية، أبريل ١٩٩١.
- العدد (١٨): رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة "قضايا واتجاهات"،  
يناير ١٩٩٢.
- العدد (١٩): السلامة والصحة المهنية ودورها في حماية الموارد البشرية، أبريل  
١٩٩٢.
- العدد (٢٠): أزمة الخليج.. البعد الآخر - الآثار والتداعيات الاجتماعية،  
أغسطس ١٩٩٢.
- العدد (٢١): التصنيف والتوصيف المهني ودوره في تخطيط وتنمية الموارد  
البشرية، فبراير ١٩٩٣.

العدد (٢٢): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة

في المسابقة الرابعة للبحث الاجتماعي" الجزء الرابع، يوليو ١٩٩٣.

العدد (٢٣): واقع وأهمية تفتيش العمل بين التشريع والممارسة، أكتوبر ١٩٩٣.

العدد (٢٤): رعاية الطفولة.. تعزيز مسؤوليات الأسرة وتنظيم دور المؤسسات، يناير ١٩٩٤.

العدد (٢٥): التنشئة الاجتماعية بين تأثير وسائل الإعلام الحديثة ودور الأسرة، مارس ١٩٩٤.

العدد (٢٦): واقع ومتطلبات التثقيف والتدريب والتعليم والإعلام التعاوني، يونيو ١٩٩٤.

العدد (٢٧): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات الأسرة بين الأسس العلمية والتطبيقات العملية، سبتمبر ١٩٩٤.

العدد (٢٨): دعم دور الأسرة في مجتمع متغير - عدد خاص بمناسبة اختتام فعاليات السنة الدولية للأسرة، ديسمبر ١٩٩٤.

العدد (٢٩): تطوير إنتاجية العمل وزيادة معدلاتها - المفاهيم والقياس والمؤشرات، يونيو ١٩٩٥.

العدد (٣٠): اختبار قياس المهارات المعيارية للمهن ودورها في تنظيم وتنمية القوى العاملة الوطنية، ديسمبر ١٩٩٥.

العدد (٣١): الرعاية الأسرية للطفل المعاق، يونيو ١٩٩٦.

العدد (٣٢): نحو لغة مهنية موحدة في إطار العمل الخليجي المشترك، ديسمبر ١٩٩٦.

- العدد (٣٣): وسائل تطوير السلامة والصحة المهنية في ضوء المتغيرات والمستجدات الحديثة، مارس ١٩٩٧.
- العدد (٣٤): رعاية الطفولة من أجل القرن الحادي والعشرين، سبتمبر ١٩٩٧.
- العدد (٣٥): نظم معلومات سوق العمل في إطار التشغيل وتنمية الموارد البشرية، يونيو ١٩٩٨.
- العدد (٣٦): الأسرة والمدينة والتحول الاجتماعي بين التنمية والتحديث، نوفمبر ١٩٩٨.
- العدد (٣٧): كبار السن.. عطاء بلا حدود - دور للرعاية.. ودور للتواصل والمشاركة، مايو ١٩٩٩.
- العدد (٣٨): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن... مبادئ وموجهات، سبتمبر ١٩٩٩.
- العدد (٣٩): قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع، نوفمبر ١٩٩٩.
- العدد (٤٠): نظم وتشريعات التأمينات الاجتماعية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية "دراسة مقارنة" نوفمبر ٢٠٠٢.
- العدد (٤١): تقييم فاعلية مشروعات الأسرة في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠٠٤.
- العدد (٤٢): الأطفال مجهولو الهوية في دول مجلس التعاون الإشكاليات وطرق التعامل والعلاج، يناير ٢٠٠٥م.
- العدد (٤٣): المجتمع المدني في دول مجلس التعاون - مفاهيمه ومؤسساته وأدواره المنتظرة، يوليو ٢٠٠٦م.
- العدد (٤٤): دليل رعاية الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٥م.

العدد (٤٥): تطوير السياسات الاجتماعية القطاعية في ظل العولمة (مقاربة

اجتماعية لوزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية في دول مجلس التعاون)، نوفمبر ٢٠٠٦م.

العدد (٤٦): الشراكة الاجتماعية ومسؤولية الجمعيات الأهلية في التنمية بدول

مجلس التعاون - دراسة تحليلية ميدانية، يناير ٢٠٠٨م.

العدد (٤٧): الفقر وآثاره الاجتماعية وبرامج وآليات مكافحته في دول مجلس

التعاون، أبريل ٢٠٠٨م.

العدد (٤٨): تمكين المرأة وسبل تدعيم مشاركتها في التنمية بدول مجلس

التعاون، يونيو ٢٠٠٨م.

العدد (٤٩): دليل استرشادي في فن الإدارة والإشراف على الجمعيات الأهلية

التطوعية بدول مجلس التعاون الخليجي، أغسطس ٢٠٠٨م.

العدد (٥٠): الدراسة التحليلية لأحكام الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع

العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، سبتمبر ٢٠٠٨م.

العدد (٥١): الفقر ومقاييسه المختلفة - محاولة في توطین الأهداف التنموية

للألفية بدول مجلس التعاون الخليجي، يناير ٢٠٠٩م.

العدد (٥٢): تقييم قوانين الإعاقة في دول مجلس التعاون في ضوء الاتفاقية الدولية

لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة - دراسة قانونية تحليلية، مايو ٢٠٠٩م

العدد (٥٣): دراسة حماية الطفولة: قضاياها ومشكلاتها في دول مجلس

التعاون، يوليو ٢٠٠٩م.

العدد (٥٤): تقييم واقع المراكز الاجتماعية وبرامجها في دول مجلس التعاون،

أكتوبر ٢٠٠٩م.

العدد (٥٥): دراسة مشكلات توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم في

دول مجلس التعاون، يناير ٢٠١٠م.

العدد (٥٦): دراسة المسؤولية الاجتماعية ودورها في التنمية بدول مجلس

التعاون الخليجي، أبريل ٢٠١٠م.

العدد (٥٧): دراسة الأحداث الجانحون ومشكلاتهم ومتطلبات التحديث

والتطوير في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠١٠م.

العدد (٥٨): التنظيم القانوني لاستخدام عمال الخدمة المنزلية بدول مجلس

التعاون لدول الخليج العربية، أغسطس ٢٠١٠م.

العدد (٥٩): التنظيم القانوني لدخول القوي العاملة الوافدة إلى دول مجلس

التعاون لدول الخليج العربية، سبتمبر ٢٠١٠م.

العدد (٦٠): قراءة تحليلية في أنظمة المساعدات والضمان الاجتماعي بدول

مجلس التعاون، مايو ٢٠١١م.

العدد (٦١): مشروعات الأسر المنتجة وكيفية تطويرها في دول مجلس

التعاون، يونيو ٢٠١١م.

العدد (٦٢): قوانين التعاونيات في دول مجلس التعاون (دراسة تحليلية قانونية

مقارنه)، يوليو ٢٠١١م.

العدد (٦٣): الإعلام الاجتماعي وتأثيراته على الناشئة في دول مجلس

التعاون، اغسطس ٢٠١١م.

العدد (٦٤): مفهوم وحقوق العمالة الوافدة المتعاقدة المؤقتة في دول مجلس

التعاون لدول الخليج العربية في ضوء التطورات التشريعية

والتنفيذية، سبتمبر ٢٠١١م.

العدد (٦٥): التنظيم القانوني للوكالات الأهلية لاستقدام العمالة ووكالات تقديم

العمالة للغير في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية،

أكتوبر ٢٠١١م.

العدد (٦٦): القانون الاسترشادي الموحد للضمان الاجتماعي مع دراسة

تعريفية لأنظمة الضمان الاجتماعي النافذة في دول مجلس

التعاون، سبتمبر ٢٠١١ م.

العدد (٦٧): واقع وأهمية الإرشاد الأسري ومتطلباته في دول مجلس التعاون،

أكتوبر ٢٠١١ م.

العدد (٦٨): اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بين متطلبات التنفيذ

والرصد الفعال، نوفمبر ٢٠١١ م.

العدد (٦٩): الحماية القانونية لكبار السن في دول مجلس التعاون، دراسة

قانونية تحليلية مقارنة، مارس ٢٠١٢ م.

العدد (٧٠): نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة من الرعاية إلى التمكين،

يوليو ٢٠١٢ م.

العدد (٧١): تحديات السياسة الاجتماعية واحتياجاتها في مجلس وزراء

الشؤون الاجتماعية الخليجي مقارنة تطبيقية، أغسطس ٢٠١٢ م.

العدد (٧٢): Concept and Rights of Expatriate Temporary-

Contract Employment in GCC State in Light of

Legislative and Executive Developments,

January 2012

العدد (٧٣): التعاونيات الخليجية "تاريخ ومستقبل"، سبتمبر ٢٠١٢ م.

العدد (٧٤): التنظيم القانوني في الجمعيات الأهلية في دول مجلس التعاون،

أكتوبر ٢٠١٢ م.

العدد (٧٥): إدارة المخاطر الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي،

أكتوبر ٢٠١٢ م.

- العدد (٧٦): دراسة التعاونيات في دول مجلس التعاون: مجالاتها ومشكلاتها وأدوارها المستقبلية، مارس ٢٠١٣م.
- العدد (٧٧): قضايا السياسات الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات والاشكاليات، أبريل ٢٠١٣م.
- العدد (٧٨): دليل الستين اسئلة واجوبة في آليات الالتزام والرصد لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مايو ٢٠١٣م.
- العدد (٧٩): حماية كبار السن في عالم متغير، مايو ٢٠١٣م.
- العدد (٨٠): إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، يوليو ٢٠١٣م.
- العدد (٨١): الإرشاد الأسري وتدريباته وبرامجه في دول مجلس التعاون الخليجي، أكتوبر ٢٠١٣م.
- العدد (٨٢): تفتيش العمل ودوره في كفالة إنفاذ تشريعات العمل، يناير ٢٠١٤م.
- العدد (٨٣): أفاق الحماية الاجتماعية في دول مجلس التعاون في ضوء التوصية الدولية رقم (٢٠٢)، فبراير ٢٠١٤م.
- العدد (٨٤): قياس الإسهام الاقتصادي والاجتماعي للمنظمات الأهلية في دول مجلس التعاون، مارس ٢٠١٤م.
- العدد (٨٥): الدليل الاسترشادي لمشروعات قوانين الجمعيات الأهلية التطوعية في دول مجلس التعاون، أبريل ٢٠١٤م.
- العدد (٨٦): قوانين الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، مايو ٢٠١٤م.
- العدد (٨٧): التشبيك الالكتروني بين المنظمات الأهلية، يونيو ٢٠١٤م.
- العدد (٨٨): التعامل مع الأيتام ومشكلاتهم ومتطلباتهم، يوليو ٢٠١٤م.

- العدد (٨٩): مراجعة أدوار ومهام قطاع الرعاية الاجتماعية ومجالاتها وسياساتها، أغسطس ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٠): قضايا ومشكلات جودة الحياة لكبار السن، سبتمبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩١): مواجهة الظواهر والمشكلات الاجتماعية في دول مجلس التعاون، سبتمبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٢): التخطيط الاستراتيجي ومتطلباته الحديثة لإدارة المستقبل في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٣): دليل التقييم الشامل للحدث الجانح في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٤): دراسة حقوق الطفل في قوانين دول مجلس التعاون دراسة مقارنة مع الصكوك الدولية الخاصة بحقوق الطفل، نوفمبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٥): التماسك الأسري (حماية الأسرة في التجارب الدولية)، يناير ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٦): الإطار القانوني للسياسات الاجتماعية في دول مجلس التعاون، فبراير ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٧): التعاونيات الخليجية في ضوء التجارب الدولية، مارس ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٨): تقييم أداء المنظمات الأهلية في التنمية بدول مجلس التعاون، مارس ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٩): الرعاية اللاحقة للآحداث الجانحين بدول مجلس التعاون (المفهوم والتجارب والتحديات)، ابريل ٢٠١٥ م.
- العدد (١٠٠): ممارسة الإرشاد الأسري في دول مجلس التعاون: الأسس، العمليات، والقواعد المهنية الخلقية، مايو ٢٠١٥ م.
- العدد (١٠١): التخطيط الاجتماعي تطبيقات حول عملية التخطيط الاجتماعي لوزارات الشؤون الاجتماعية، أغسطس ٢٠١٥ م.

- العدد (١٠٢): المبادرات والمشروعات التي نفذتها دول مجلس التعاون الخليجي في مجال تمكين المرأة في القطاع الخاص، (دراسة تقييميه)، يوليو ٢٠١٥م.
- العدد (١٠٣): وضع اتفاقية حقوق الطفل في دول مجلس التعاون بعد ٢٥ عاماً (استعراض السياسات والأطر الدستورية والتشريعية وبعض القضايا الدالة) سبتمبر ٢٠١٥م.
- العدد (١٠٤): الخدمات التي تقدمها الأمم المتحدة ووكالاتها في المجالات الاجتماعية وطرائق الاستفادة منها، أغسطس ٢٠١٥م.
- العدد (١٠٥): التخطيط والتدريب الفني والمهني بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، يناير ٢٠١٦م.
- العدد (١٠٦): الحماية القانونية للمرأة العاملة في ضوء تشريعات العمل بدول مجلس التعاون ومعايير العمل الدولية والعربية، يناير ٢٠١٦م.
- العدد (١٠٧): دليل عام لقياس الاسهام الاقتصادي والاجتماعي في دول مجلس التعاون الخليجي، فبراير ٢٠١٦م.
- العدد (١٠٨): (التماسك الأسري) حماية الأسرة من الإساءة، فبراير ٢٠١٦م.
- العدد (١٠٩): التعاونيات الخليجية في ظل اقتصاد السوق وآلياته، مارس ٢٠١٦م.

\* \* \*

اجتماعية/سلسلة دراسات- مفهوم وتصنيف الإعاقة ٢٠١٦م/أمل