الإرشاد في التربية الخاصة
لذوي الإعاقات والموهوبين

الأستاذ الدكتور
إيهاب عبد العزيز الببلاوي
أستاذ التربية الخاصة

الأستاذة
لمياء جميل بدوي
ماجستير في التربية الخاصة

دار الزهـــراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

الإرشاد في التربية الخاصة
لذوي الإعاقات والموهوبين

الأستاذ الدكتور
إيهاب عبد العزيز الببلاوي
أستاذ التربية الخاصة

الأستاذة
لمياء جميل بدوي
ماجستير في التربية الخاصة

دار الزهـــراء - الريـــاض

ت : ٤١١٤٤٠
ف : ٥٩٥٣٧٠

دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣٤ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
البيلاوي ، إيهاب عبد العزيز
الإرشاد في التربية الخاصة./ إيهاب عبد العزيز البيلاوي- لمياء جميل بدوى ./ الرياض ، ١٤٣٤هـ
٥٩٢ ص ، ١٧×٢٤ سم
ردمك : ٢ - ٨٤ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨
١- التربية الخاصة .
٢- الإرشاد النفسي .
٣- المعوقون - علم نفس . أ. العنوان
ديوي ٩ر٣٧١ ١٤٣٤/٥٠٦١

رقم الإيداع : ١٤٣٤/٥٠٦١
ردمك : ٢ - ٨٤ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨

حقوق الطبع محفوظة للناشر
لا يُسمح بإعادة نشر هذا العمل أو أي جزء منه أو تخزينه بأي وسيلة أو تصويره أو ترجمته دون موافقة خطية مسبقة من الناشر

الطبعة الأولى
١٤٣٥هـ/٢٠١٤م

الرياض - العليا : بين شارعي العليا والضباب ت : ٤٦٤١١٤٤/٦ - ف : ٤٦٥٩٥٣٧
القصيم - بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ - ف : ٣٨٥٠١٣١
القاهرة - ١٣٤شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩
E-mail: dar_alzhraa@hotmail.com / ozahraa@ hotmail.com
Buraydh: ozahraa2@ hotmail.com Cairo: ozahraa3@ hotmail.com
www. daralzahraa.com.sa

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين محمد بن عبد الله ﷺ الذي أرسل رحمة للعالمين ... وبعد:

لقد أراد المؤلفان في هذا الاستعراض السريع لفصول الكتاب أن يتذوق القارئ طعم كل فصل، على أن نترك له الفرصة للاكتشاف والدراسة المتعمقة لموضوعات الكتاب. ونأمل أن نكون قد وُفقنا الله ﷻ في عرض المادة العلمية المرتبطة بإرشاد ذوي الإعاقة والموهوبين، وأن يكون هذا الكتاب علمًا يُنتفع به .

يضم الكتاب بين دفتيه اثني عشر فصلاً؛ ركز المؤلفان في الفصل الأول مفهوم الإرشاد، والبرنامج الإرشادي المدرسي، والأهداف والملامح العامة للإرشاد المدرسي، ومناهج الإرشاد المدرسي، أدوار الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة، ومبادئ عامة تحكم عمله، ومعيقات عمل الأخصائي النفسي، والميثاق الأخلاقي للعمل الإرشادي.

أما الفصل الثاني فقد تناول أساليب التقييم والتشخيص في إرشاد ذوي الإعاقات والموهوبين والتي تتضمن: الاختبارات والمقاييس، والمقابلة، والملاحظة، ودراسة الحالة، والسجل المجمع. فيما تناول الفصل الثالث: مراحل عملية الإرشاد، وإجراءات عملية الإرشاد بما تتضمنه من العلاقة الإرشادية، والجلسة الإرشادية، والتشخيص وتحديد المشكلة، الإحالة، والتقويم الإرشادي، وإنهاء عملية الإرشاد، والمتابعة، وأخيرًا العملية الإرشادية المدرسية.

وجاء الفصل الرابع تحت عنوان الإرشاد التربوي في التربية الخاصة وتضمن مفهوم الإرشاد التربوي، وأهدافه، والمشكلات التربوية لدى ذوي الإعاقات وسبل التصدي لها، ومهارات الإرشاد التربوي، وسمات المرشد التربوي، ومستويات تقديم الخدمة الإرشادية بالمدرسة، وخطوات وإجراءات الإرشاد التربوي، والعوامل التي تساعد على نجاحه.

بينما تناول الفصل الخامس الإرشاد السلوكي (تعديل السلوك) في التربية الخاصة وتضمن المشكلات السلوكية، وأسس إدارة السلوك، والاستراتيجيات الإيجابية لإدارة وتحسين السلوك، وأكثر المشكلات السلوكية انتشارًا والتعامل معها.

أما الفصل السادس فقد ركز على الإرشاد النفسي المدرسي في التربية الخاصة وتناول مفهوم الإرشاد النفسي المدرسي، وأسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس، وأهداف الإرشاد المدرسي، وخدمات الإرشاد النفسي، والآثار والاحتياجات النفسية للإعاقة، ومصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات، والمشكلات النفسية في صفوف الدمج، والاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات، والمشكلات النفسية لدى بعض ذوي الإعاقة والموهوبين والتصدي لها، ودور الأخصائي النفسي في تنمية العلاقات الاجتماعية، وأسس زيادة التقبل الاجتماعي تجاه ذوي الإعاقة، واستراتيجيات لتحسين تقبل الطلبة ذوي الإعاقة.

في حين تضمن الفصل السابع التوجيه المهني في التربية الخاصة واحتوى على مفهوم التوجيه المهني، وأهمية وأهداف وفوائد التوجيه الإرشاد المهني في المدارس، والآثار المهنية المترتبة على الإعاقة، ودور المرشد التربوي في مجال التوجيه المهني، ومبادئ وفرضيات في التوجيه المهني، وأسس التوجيه المهني، ، ووسائل التوجيه المهني، وأساليب التوجيه والإرشاد المهني، ونظريات التوجيه والإرشاد المهني.

أما الفصل الثامن فجاء بعنوان الإرشاد النفسي الديني في التربية الخاصة وتضمن مفهوم الإرشاد النفسي الديني، وأهمية، وأهداف، وخدمات، وأسس ومبادئ، وفنيات الإرشاد النفسي الديني، وخصائص المرشد النفسي الديني، وشروط نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني، والسمات المميزة للإرشاد النفسي الديني، ومعيقات الإرشاد النفسي الديني.

بينما الفصل التاسع فتناول الإرشاد الجنسي في التربية الخاصة واحتوى على مفهوم وأهمية، وأهداف ومبررات الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات، والإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات، والقائمين بالإرشاد الجنسي، والإرشاد الجنسي في المدارس، وطرائق تقديم المعلومات الجنسية للأطفال، والوسائل المعينة على الإرشاد الجنسية، وأكثر المشكلات الجنسية الشائعة لدي ذوي الإعاقات، ونماذج من الانحرافات الجنسية، ونصائح للوالدين والمربين.

فيما تناول الفصل العاشر الإرشاد الوراثي في التربية الخاصة وتضمن الأمراض الوراثية المنتشرة في العالم العربي، ومفهوم الإرشاد الوراثي، وأخصائي الإرشاد الوراثي، وعيادة

الإرشاد الوراثي، وأهدافه، ومشروع الجينوم البشري، وطرق الإرشاد الجيني، والعلاج الجيني، وفوائده، وسلبياته، ومحاذيره، وزواج الأقارب في الميزان، والحكم الفقهي للفحص قبل الزواج، والإرشاد الجيني، وبرنامج مقترح للوقاية من الأمراض الوراثية.

وعرض الفصل الحادي عشر للإرشاد الزواجي في التربية الخاصة وتضمن مفهوم الزواج، والإرشاد الزواجي، وحكم الشرع في زواج ذوي الإعاقات، والاتجاه نحو زواج ذوي الإعاقة، والتوافق الزواجي، ومقومات الاستقرار والتوافق الزواجي بين ذوي الإعاقة، ونظريات الإرشاد الزواجي، ونظريات الإرشاد الزواجي.

وأخيرًا جاء الفصل الثاني عشر بعنوان إرشاد أسر ذوي الإعاقات وتضمن إرشاد أسر ذوي الإعاقات (الخلفية)، ومفهوم الإرشاد الأسري، وأهدافه، ودور المرشد الأسري، ومراحل ردود افعال آباء الأطفال ذوي الإعاقات، والضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات، واستجابتهم لتلك الضغوط، وأسباب تدريب أولياء أمور ذوي الإعاقات، ودور المهنيين في خفض الضغوط النفسية لدى أولياء أمور، وتوعية الآباء بأساليب التوافق مع إعاقة طفلهم، ومراحل إرشاد أسرة الطفل ذي الإعاقة، والمبادئ الأساسية لمشاركة الآباء في برامج ذوي الإعاقات، وطرائق وأساليب الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة، والتواصل بالآباء في برامج الدمج، وواجب الآباء والأمهات نحو أطفالهم من ذوي الإعاقة.

وبعد هذا التقديم الموجز لمحتويات هذا الكتاب وموضوعاته، يرجو المؤلفان أن يسهم بإضافة جديدة للمكتبة العربية سواء للمتخصصين من الطلاب، والباحثين، أو أولياء الأمور والمعلمين، أو طالبي المعرفة من القراء العاديين، كما يرجو من الله ﷻ أن يتقبل هذا العمل المتواضع خالصًا ابتغاء مرضاته انه سميع مجيب.

المؤلفان

مدخل إلى الإرشاد

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد مفهوم الإرشاد؟

(٢) اذكر مفهوم البرنامج الإرشادي المدرسي؟

(٣) وضح أهداف الإرشاد المدرسي؟

(٤) ما مناهج الإرشاد المدرسي؟

(٥) تتنوع الاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات ما هي؟

(٦) ما ادوار الأخصائي النفسي بمدارس وبرامج التربية الخاصة؟

(٧) تكلم عن أهم مبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي؟

(٨) اذكر معيقات عمل الأخصائي النفسي؟

(٩) هناك عدد المفاهيم الخاطئة عن الإرشاد أذكرها؟

مدخل إلى الإرشاد في التربية الخاصة

مُقدّمة

إن دور المدرسة لم يعد كما كان في الماضي قاصرًا على تلقين المعلومات، واكتساب المعارف فحسب، فقد صاحب التقدم المذهل في تكنولوجيا المعلومات، والتطورات الحديثة في كافة مناحي الحياة، طفرة كبيرة في دور المدرسة، إذ إنه قد أُلقي على عاتق المدرسة عدد من الالتزامات والمطالب تعدت دورها التربوي ليمتد ويشمل كافة جوانب نمو الطلبة الجسمية والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية، والمهنية، ومن هنا بدات تظهر حاجة ملحة لوجود الخدمات النفسية في المدارس من أجل بناء شخصية الطالب بناءً متكاملاً من مختلف جوانبها (البيلاوي، وعبد الحميد، ٢٠٠٤).

أصبح تخطيط برامج الإرشادية يشكل جزءًا أساسيًا من أنظمة الخدمة النفسية والصحية منذ مطلع الستينيات من القرن الحادي والعشرون، ومن ضمنها رعاية الأطفال ذوي الإعاقات، ومن ثم أصبح لزامًا على الممارسين لمهنة الإرشاد العمل على تنمية مهاراتهم في توثيق المعلومات ووضع الخطط الإرشادية اللازمة لهذه الفئات التي تحتاج تلك الخدمات؛ ولذلك فقد احتلت البرامج الإرشادية والتخطيط لها مكانة متميزة في هذا العصر.

وتؤكد الجمعية القومية للأخصائيين النفسين المدرسين National Association of School Psychologists (2006) على ان التحدي الذي يواجه الأخصائيين النفسيين في مدارس التربية الخاصة هو التحول في المنظور الذي يحدث في الإرشاد النفسي الخاص بالإعاقة، والانتقال من منظور القصور المتمركز على الطفل إلى المنظور التمركز على سلوكه (ECO – BEHAVIORAL). وهو بهذا يشتمل على تأكيد كبير على التدخلات التعليمية، والمراقبة الدقيقة لتقدم الطالب قبل أن تتم إحالته من صفوف التربية العامة إلى صفوف التربية الخاصة. إن هذا المنظور الجديد يعني الدور المتسع والممتد للمرشدين النفسيين في المدارس في نمو الطلبة ذوي الإعاقة، مثل هذا المنظور الجديد من الممكن أن يحسن ويسهم في إعداد الطلبة ذوي الإعاقة في الانتقال إلى المهن، أو الجامعة.

إن الإرشاد في التربية الخاصة يتضمن مجموعة من الخدمات الإرشادية، أو برامج إرشادية أكبر وأشمل من أن تكون مجرد جلسات إرشادية، أو مقابلات بين مرشد ومسترشد؛ لأنها تتضمن دراسة حالة الطالب – ذي الإعاقة أو الموهوب – وتشخيص قدراته، وظروفه، وتوجيهه من خلال المقابلات الإرشادية إلى برامج الرعاية المناسبة له، وإرشاده هو وأسرته، ومعلميه، وتشجيعه على الاستفادة مما يقدم له ولأسرته بأقصى قدر ممكن؛ بالإضافة إلى متابعته في البيت، والمدرسة، ومراكز التدريب والتأهيل، كما تتضمن هذه الخدمات الإسهام في إعداد وتقديم برامج للرعاية، وتقويمها، وتفريدها للطفل وأسرته، ويقوم بخدمات الإرشاد فريق من الأخصائيين يعملون معًا في تعاون، وتآزر، وتكامل لتحقيق أهداف الإرشاد في رعاية الطفل وأسرته، ويتكون هذا الفريق عادة من: الأخصائي النفسي، والمرشد الأكاديمي، والطبيب، والأخصائي الاجتماعي، ومعلم التربية الخاصة، والعامة... وغيرهم كل فيما يختص؛ ويؤدي بنا ذلك إلى التنويه عن نقطتين أساسيتين في إرشاد هؤلاء الطلبة هما:

(أ) تمتد عملية الإرشاد لفترة زمنية طويلة، فقد تبدأ في فترة مبكرة من حياة الطالب وتستمر حتى فترة متأخرة من حياته.

(ب) توزع عملية الإرشاد على مجموعة كبيرة من الطلبة؛ فلا تشمل فقط المختصين بعملية الإرشاد، ولكن تتضمن كل الطلبة الذين يتصلون بالطفل ذي الإعاقة، بدءًا بوالديه، فكلما كان التدخل الإرشادي مبكرًا، كلما عملنا على تخفيف وطأة الإعاقة على الطفل والأبوين (الأشول، ١٩٩٦، ص١٨١).

إن الإعاقة يترتب عليها العديد من المشكلات النفسية، والصحية؛ بالإضافة إلى الضغوط الأسرية والاجتماعية؛ مما يجعل الإعاقة سببًا في مواقف ضاغطة متعددة. من ناحية أخرى، فإن إدراك الطالب للإعاقة على أنها موقف ضاغط يعد أحد العوامل الذي تحدد شدة الضغط؛ فشدة الضغط تعتمد على تفسير الطالب للمواقف التي يمر بها، أضف إلى ذلك أن إدراك الطالب أن إعاقته في غاية الإزعاج والإحباط، وأن حياته لا تستقيم معها يجعله يشعر بالضغط النفسي بدرجة شديدة، وبالمقابل فإن الطالب ذو الإعاقة الذي يدرك إعاقته على أنها أمر يمكن تجاوزه، لا يشعر أن الأمر مثير للضغط النفسي.

وهناك ثلاثة مصادر للضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الطلبة بشكل عام وذي الإعاقة بشكل خاص:

المصدر الأول: الإحباط

هي عبارة عن الحالة النفسية التي يمر بها الطالب بسبب العقبات والموانع التي تحول دون تحقيق الطالب ذو الإعاقة لحاجاته البيولوجية والمكتسبة، ومن بين هذه العقبات ما يلي:

أ ـ العقبات البيئية: هي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الطالب ففي حالات ذوى الإعاقة الحركية، و ذوى الإعاقة البصرية مثلاً يمكن أن تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول إليها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة وما إلى ذلك.

ب ـ العقبات الاجتماعية: وتتمثل في التحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو ذوي الإعاقة واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير ذوي الإعاقة في المجتمع. وتعد الإحباطات الاجتماعية أكثر أذى للأفراد ذوي الإعاقة، وذلك لأنها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية خاصة إذا علمنا أن هذا النوع من الإحباطات الاجتماعية يُمارس بشكل خفي؛ فالقوانين يمكن أن تعالج حقوق ذوي الإعاقة، ولكنها لا تمنع الممارسات غير المعلنة من قبل المجتمع.

المصدر الثاني: الصراعات

مصدر آخر من مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذو الإعاقة؛ فقد يضطر الطالب ذو الإعاقة أن يقيد نفسه، ويحددها بأهداف حياتية تتعلق بالعمل الذي سيمارسه مستقبلاً، وذلك بسبب طبيعة الإعاقة التي يعاني منها، من هنا، فإن اختيارات الطالب ذو الإعاقة تعد قليلة ومحدودة مقارنة باختيارات الطالب غير ذي الإعاقة.

المصدر الثالث: المطالب الاجتماعية

تعد أحد مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذو الإعاقة، وتشمل توقعات المجتمع فيما يتعلق باستجابات الطالب ذي الإعاقة؛ فإذا كانت تلك التوقعات غير واقعية، أو يصعب

تحقيقها؛ فإنها تزيد من شدة الضغوط النفسية لديه، وتجعله يشعر بالضيق والحرج. وبالمقابل إذا كانت التوقعات مقبولة، ويمكن أن يحققها ذي الإعاقة؛ فإن ذلك يساعد في تحديد التكيف الايجابي لديه.

مفهوم الإرشاد

الإرشاد في اللغة: يأتي بمعنى الهداية والدلالة، ففي لسان العرب يقول ابن منظور في مقرر (رشد) والإرشاد: الهداية والدلالة (ابن منظور، ١٩٩٨م، ص٢٦).

ويعرف زهران (٢٠٠٢، ص ١٢) الإرشاد بأنه: "عملية تعلم وتعليم نفسي واجتماعي، أو محاولة واعية مقصودة لتوجيه الطالب ليفهم نفسه، واستعداداته، وقدراته، وميوله، واستغلالها لتحقيق أهداف سليمة تحقق حياة ناجحة، ويعد الواجهة الختامية لبرنامج الإرشاد، أو خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للطالب حتى يستطيع حل المشكلات الشخصية، أو التربوية، أو المهنية، أو الصحية، أو الأخلاقية التي يقابلها في حياته، أو التوافق معًا، أو انه علاقة مهنية بين الأخصائي النفسي الذي يساعد الطالب على فهم نفسه وحل مشكلاته".

ويعرفه الشناوي، والتويجري (١٩٩٦، ص ٨٨٧) بأنه المساعدة التي يقدمها مرشد مؤهل لمسترشد لديه ظروف مؤقتة، أو دائمة، ظاهرة، أو متوقعة بهدف مساعدته على التخلص من هذه الظروف، أو التعامل معها، وذلك في إطار علاقة تتم وجها لوجه".

ويشير زهران (٢٠٠٢، ص٢٣) إلى ان الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فرق في الدرجة وليس في النوع، وفرق في الطالب وليس في العملية.

إن الجانب الإجرائي العملي المتخصص في مجال الإرشاد هو العملية التفاعلية التي تنشأ عن علاقة مهنية بناءة بين الأخصائي والطالب، يقوم فيها المرشد من خلال تلك العملية بمساعدة الطالب على فهم ذاته، ومعرفة قدراته وإمكاناته، والتبصر بمشكلاته ومواجهتها،

وتنمية سلوكه الايجابي، وتحقيق توافقه الذاتي، والبيئي للوصول إلى درجة مناسبة من الصحة النفسية في ضوء الفنيات، والمهارات المتخصصة للعملية الإرشادية (دليل المرشد الطلابي، ١٤١٧، ص١١).

البرنامج الإرشادي

عرف زهران (٢٠٠٢) برنامج الإرشاد المدرسي بأنه: "برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة، وغير المباشرة فرديًا، وجماعيًا لجميع من تضمهم المدرسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوى، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل لتحقيق التوافق النفسي داخل المدرسة وخارجها، ويقوم بتخطيطه، وتنفيذه، وتقييمه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين" (ص ٤٣٩).

أما محمود (١٩٩٨) فقد عرف برنامج الإرشاد المدرسي بأنه: "خطة علمية منظمة لمجموعة من الخدمات المباشرة، والخدمات غير المباشرة أي من خلال الاتصال والتفاعل بين المرشد والطالب، أو من خلال المعلم المرشد، أو مدير المدرسة وأولياء الأمور" (ص٢٤٨).

فيما يعرف عبد الهادي، والعزة (١٩٩٩) البرنامج الإرشادي المدرسي بأنه: "البيان الكلي لأنواع النشاط التي تقرر اتخاذها للقيام بعمل إرشادي معين، وهو بيان عن الموقف وتحديد المشكلات التربوية، وتحديد الأهداف المنشودة ثم حصر المواد المتاحة، ووضع خطة عمل يمكن من خلال تنفيذها التغلب على هذه المشكلات، وتحقيق الأهداف (النمو السوي داخل المدرسة وخارجها) في أقصر وقت وبأقل جهد وتكاليف ممكنه" (ص ١٤٩).

أما دبور والصافي (٢٠٠٧) فيعرفا برنامج الإرشاد المدرسي بأنه: "الجهود المنظمة، والمخططة التي تنطوي تحتها مجموعة من الخدمات الإرشادية؛ مثل: الإرشاد الأكاديمي، والمهني، والاجتماعي، والانفعالي، والصحي، والنفسي... إلخ، والتي تهدف إلى مساعدة الطلبة – ذوي الإعاقة – على التكيف مع البيئة المدرسية والمحلية، ويسعى إلى تزويد الطالب بالمهارات

والخبرات التي تجعله قادرًا على مواجهة الصعوبات التعليمية، أو السلوكية التي قد تواجهه"(ص ٣٤).

وهكذا يمكن تعريف برنامج الإرشاد في مدارس التربية الخاصة بأنه: " ذلك البرنامج المخطط، والمحدد، والمنظم ضمن أسس علمية لتقديم خدمات توجيهية وإرشادية لفئة محددة، أو عامة من الطلبة ذوي الإعاقة".

ويعتمد نجاح هذا البرنامج على المقومات التالية:

(١) يخطط برنامج الإرشاد حول حاجات ومشكلات الطلبة ذوي الإعاقة.

(٢) مساعدة المرشدين المدرسيين في عمليات التوجيه كما يساهمون في حل مشكلات الطلبة ذوي الإعاقة بنشاط وايجابية.

(٣) التعاون الوثيق بين الإداريين والمتخصصين و المعلمين ؛ لأن عمل هيئة المدرسة كأفراد منفصلين قد يعقد حياة الطالب ذي الإعاقة بدلاً من تعاونه.

(٤) حُسن اختيار المعلمين ليكونوا من ذوي الشخصيات المتكاملة، والقدوة الحسنة.

(٥) عقد المؤتمرات، والندوات، والمحاضرات للمدرسين عن أهمية الإرشاد ودعوة الطلبة ذوي الإعاقة إلى الاستفادة من البرنامج.

(٦) يتعين على المسؤولين عن إدارة التعليم وإدارة المدرسة مؤازرة برنامج التوجيه إذا أرادت له النجاح؛ فيقوم مدير التعليم والإداريين بدعم هذا البرنامج.

(٧) تعاون لجنة الإرشاد في تنظيم برنامج مستمد من تجاربهم الواقعية الحية (دبور والصافي، ٢٠٠٧، ص ٣٤).

وتشير الدراسات والبحوث إلى ان كفاءة البرامج الإرشادية المقدمة للأفراد ذوي الإعاقات والموهوبين يجب أن يراعى فيها ما يلي:

(١) مراعاة الجنس، والثقافة السائدة.

(٢) مراعاة الاحتياجات البدنية والطبي.

(٣) نوع كل فئة من فئات ذوى الإعاقات والموهوبين.

(٤) تحديد خطة تطبيق البرنامج الإرشادي الفردي والجماعي.

(٥) التواصل بين المدرسة والأسرة حتى تتكامل الخدمة الإرشادية.

(٦) توافر فريق متكامل يتضمن: الأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي، والطبيب، معلمي التربية الخاصة، ومعلمي التعليم العام... وغيرهم.

❁ أهداف الإرشاد المدرسي

إن رابطة علم النفس الأمريكية American Psychiatric Association APA في تعريفها للإرشاد المدرسي ترى بأنه: "تلك الخدمة التي تهدف إلى مساعدة الطلبة على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية وتحسين المواقف مع مطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من قدرات حل المشكلات واتخاذ القرار". وانطلاقًا من هذا المفهوم يمكن تحديد أهداف الخدمة الارشادية المدرسية على النحو الآتي:

(١) تنمية مهارات المواجهة:

إن أحد أدوار الإرشاد المدرسي هو تنمية قدرة الطالب ذي الإعاقة على مواجهة الضغوط النفسية، والتسلح ضد القلق في الشدائد الحياتية؛ فكثير من الطلبة ذوي الإعاقة يواجهون عدد من المواقف والضغوط، وقليل منهم من يستطيع أن يتعامل معها، وهنا يبرز دور الخدمة النفسية في تدريب هؤلاء الطلبة ذوي الإعاقة على مهارات المواجهة، أو التعامل مع المواقف الضاغطة وإحباطات الحياة اليومية، وذلك حتى لا يصبحوا فريسة سهلة للضغوط الشديدة الواقعة عليهم؛ فينتهي بهم المطاف إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي.

(٢) تحسين العملية التعليمية والتربوية:

إن المدرسة بشتى درجاتها واسمائها من رياض الأطفال وحتى الثانوي هي أكبر المؤسسات التي يعمل فيها الإرشاد، وإذا عرفنا أن قطبي العملية التعليمية التربوية في المدرسة هما (الطالب ذي الإعاقة والمعلم). فإن عملية الإرشاد تتصل بهما معًا من خلال الآتي:

(أ) التعرف على الفروق الفردية ورعايتها لدى الطلبة ذوي الإعاقة لنمو كل واحد منهم حسب قدراته إلى أقصى حدود كماله.

(ب) إثارة الدوافع الايجابية نحو التعلم والتحصيل للمنافسة الشريفة، والتعزيز، والثواب.

(ج) تناسب البرامج الدراسية ومناهجها لاحتياجات الحياة وطموح الطلبة ذوي الإعاقة وبناء مستقبل وحضارات الأمم.

(د) اختيار خير العناصر لمهنة الإدارة المدرسية ولهيئة التدريس؛ فسعادة الحياة التعليمية والتربوية تتوقف على تآلف عناصرها البشرية في شخصية كل من الطالب ذي الإعاقة والمعلم والعلاقات الإدارية الايجابية بينهما، وأجواء المدرسة على وجه العموم.

(٣) تنمية المهارات الاجتماعية:

تعد المدرسة نقطة الالتقاء لعدد كبير من العلاقات الاجتماعية المتشابكة المعقدة، وهذه العلاقات هي المسالك التي يتخذها التفاعل الاجتماعي والقنوات التي يجري فيها التأثير الاجتماعي، ويمكن تحليل العلاقات الاجتماعية المركزة في المدرسة على أساس الجماعات المتفاعلة فيها، وأهم هذه المجموعات هي مجموعة الإداريين ومجموعة المعلمين ومجموعة الطلبة، ونوع العلاقة التي تربط بين هؤلاء الطلبة هي التي تؤثر على مدى توافقهم الاجتماعي؛ مما ينعكس بدوره على أدائهم المدرسي.

ويعد تحسين العلاقات بين الطلبة داخل المجتمع المدرسي أحد أهم أهداف الخدمة النفسية المدرسية، إذ إن تحقيق جو نفسي صحي يعد مطلبًا أساسيًا لتحسين العملية التعليمية وهذا بدوره يتطلب تنمية قدرة الطلبة ذوي الإعاقة على تفهم الآخرين والتعاطف معهم، وتلمس خبراتهم الوجدانية واستيعابها، ولتحقيق ذلك ينبغي تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الإعاقة، وتنمية قدراتهم على إدارة العلاقات، والتفاعل مع الآخرين يشكل أساس الكفاءة الاجتماعية، ويعزز شبكة العلاقات، ويعزز القدرات القيادية، ويقوي مشاعر الانتماء للجماعة.

(٤) تنمية القدرة على حل المشكلات:

يتصور الطالب ذي الإعاقة الذي يعاني من مشكلة ما، أن المشكلة التي تؤرقه هي من أعقد المشكلات التي يمكن أن تواجه أحد الطلبة، وأنه قد حاول قدر استطاعته التوصل إلى حل مناسب لها، ولكنه في كل مرة يفشل في الوصول إلى الحل المناسب. وهنا يأتي دور الإرشاد المدرسي – ممثلة في الأخصائي النفسي – في تدريب الطلبة ذوي الإعاقة على مواجهة المشكلات التي تعترض حياتهم، وتنمية قدرتهم على الوصول إلى الحلول المناسبة بتقديم حلول جاهزة، إذ أن هدف الإرشاد النفسي هنا ليس فقط حل المشكلات التي تواجه الطلبة ذوي الإعاقة؛ وإنما إعدادهم لحل مشكلاتهم بأنفسهم في المستقبل، هنا يصبح دور الأخصائي النفسي دور المساعد فقط؛ فعلى الطالب ذي الإعاقة أن يقترح أنسب الحلول لحل مشكلته في ضوء ما لديه من معلومات ومعطيات؛ فالأخصائي النفسي لا يفرض الحل، ولا يختاره، وإنما يوجه، ويرشد عندما يجد أن الطالب ذي الإعاقة يحيد عن الحل الصحيح.

(٥) تنمية القدرة على اتخاذ القرار:

هو أحد أهداف الإرشاد المدرسي؛ فكل طالب يمر بمرحلة حرجة في حياته تتطلب منه اتخاذ قرارات مصيرية يترتب عليها مستقبله فيما بعد؛ مثل: انتقاله من المرحلة الإعدادية إلى المرحلة الثانوية، ففي أي اتجاه يسير؟. هل يسير نحو التعليم العام أم التعليم الفني؟. وإذا اختار التعليم الفني فأي منه يناسبه؟. الصناعي، أم التجاري، أم الزراعي، أم التمريض؟. وإذا اختار أي مجال منهم فإلى أي قسم ينتسب؟. وهكذا، وهناك الكثير من الطلبة ذوي الإعاقة الذين يلاقون صعوبات ويحتاجون إلى مساعدة في عملية اتخاذ القرار، ومنهم من تنقصه المعلومات التي يمكنه الاستفادة منها، ومنهم من لديه معلومات ويعجز عن استخدامها، ومنهم من لا يستطيع الاختيار بين البدائل المتاحة، وهكذا فهناك نماذج متنوعة من الطلبة ذوي الإعاقة ولكن يجمعهم هدف واحد في النهاية هو رغبتهم في الوصول إلى القرار المناسب في الوقت المناسب.

وهنا يقوم الأخصائي النفسي بتدريب الطلبة ذوي الإعاقة على أساليب وطرائق اتخاذ القرار، ولماذا يتخذ قرار دون غيره؟. وما يمكن أن يترتب على اتخاذ قرار ما من خطورة مؤقتة في

مقابل مستقبل أفضل، وكيف يستطيع الحصول على المعلومات المتصلة بالموضوع المراد اتخاذ قرار بشأنه، وكيف يقيم الاحتمالات المتوقعة لعدد من البدائل؟. وأخيراً كيف يستطيع اختيار انسب الاحتمالات (أي اتخاذ القرار)؟. وهكذا يتحقق للطالب ذي الإعاقة القدرة على الاستبصار الذاتي الذي يساعده في توجيه ذاته نحو القرار الأفضل.

(٦) تعديل وتغير السلوك.

يستهدف الإرشاد المدرسي إلى تعديل سلوك الطلبة ذوي الإعاقة من السلوك اللاسوي غير المرغوب إلى السلوك السوي المرغوب فيه، وذلك من خلال تطويع الأخصائي النفسي المدرسي لنظريات الإرشاد النفسي المختلفة لهذا الغرض، وانتقاء ما يتناسب منها من فنيات لمواجهة المشكلات السلوكية، والنفسية المتنوعة. إذ إن الهدف من تعديل السلوك، وتحسين الضبط الذاتي، وتطويره من خلال تحسين مهارات الطالب ذي الإعاقة، وقدراته، وإمكانياته ومستوى استقلاليته.

(٧) تنمية طاقات الطلبة ذوي الإعاقة.

إن أحد الأهداف التي سعى إليها الإرشاد المدرسي هو توفير الفرص المناسبة والملائمة للطلبة لتنمو طاقاتهم وإمكانياتهم لأقصى حد ممكن؛ فمن خلال الكشف عن قدرات الطلبة ذوي الإعاقة وميولهم، يمكن توصيلهم إلى الطرائق التي يمكن أن يحققوا فيها أعلى مستوى من الكفاءة، هذا إلى جانب توفير السبل والإمكانات اللازمة لتحقيق هذا الهدف، وذلك من خلال التعاون المستمر بين المدرسة ومؤسسات المجتمع الأخرى التي يمكن من خلال توفير الفرص المناسبة لهؤلاء الطلبة ذوي الإعاقة لتحقيق ذاتهم، ومن ثم تحقيق توافقهم الشخصي والاجتماعي.

(٨) تحقيق التوافق والصحة النفسية.

لا تخلو حياة كل طالب عموماً من مشكلات، أو صعوبات، أو عقبات. والإرشاد النفسي وما يسبقه، أو يرافقه من توجيه مهني، وتربوي. وما قد يلحق به من علاج نفسي إذا اقتضى

الأمر كل ذلك يعمل بتسلسل وبتوازن لتحقيق الصحة النفسية التي هي عملية مستمرة ما دام الإنسان حيا؛ فهي أشبه بالصحة الجسمية التي تقتضي الرعاية الدائمة للغذاء والماء والهواء والأجهزة الجسمية في شتى مراحل الحياة؛ فكذلك الصحة النفسية عملية مستمرة دائمة تقتضي رعاية الدوافع، وإشباع السليم منها بصورة موجهة، وتهذيب النوازع الهابطة وإعلائها بخير منها. وتحقيق متطلبات الحياة في أعمارها النفسية والذهنية في الطفولة والمراهقة، والشباب، والرشد، والشيخوخة، وكل هذا وما تقدم يظهر لنا أهمية الإرشاد والصحة النفسية في كل مجتمع ولا سيما في مجتمعنا الحديث النامي والمتجدد (الهاشمي، ١٩٨٦، ص ٢٣ – ٢٦).

وقد حدد رينولدز، وجيتكين، واليوت، وويت، (Reynolds, Gutkin, Elliott & Witt, 1984) أهداف الإرشاد المدرسي في الآتي:

(١) التقييم والتقدير النفسي (الاجتماعي التعليمي) للطلبة وذلك باستخدام إجراءات المراقبة والملاحظة، وتطبيق الاختبارات النفسية، والتحصيلية، وإجراءات المقابلات الشخصية، والتقويم السلوكي.

(٢) التدخل بهدف توجيه الطلبة ومساعدتهم في أداء وظائفهم وأدوارهم بشكل صحيح، ومحاولة التأثير في الجوانب المعرفية، والانفعالية، والاجتماعية لهم، وذلك باستخدام أساليب مختلفة منها: التوصيات، والتخطيط، وتقويم خدمات التعليم المحددة، والعلاج النفسي التعليمي، والإرشاد، والبرامج التعليمية والتدريبية التي تهدف إلى تحسين المهارات التكيفية لدى الطلبة .

(٣) التدخل بهدف توجيه الخدمات التعليمية، وخدمات رعاية الطفولة، والخدمات الموجهة نحو العاملين في المدرسة، وأولياء الأمور، والمجتمع المحلي، وذلك عن طريق برامج التعليم الشخصي داخل المدرسة، وبرامج تعليم الوالدين وإرشادهم.

(٤) الاستشارة والتنسيق مع العاملين في المدرسة والوالدين في الأمور والجوانب المرتبطة بالمشكلات المدرسية.

(٥) تنمية وتطوير البرامج والخدمات للطلبة، وإدارة المدرسة، والمجتمع المحلي، وذلك من خلال تصميم برامج إرشادية واجتماعية خاصة بكل فئة من هذه الفئات.

(٦) الإشراف على الخدمات النفسية والإرشادية (الوارد في أبو عباة، ونيازي، ٢٠٠١) .

بينما يري كل من عبد السلام، وطاهر، وميسرة (١٩٩٢) أن أهداف الإرشاد المدرسي، تتلخص في النقاط التالية:

(١) مساعدة الطلبة علي فهم أنفسهم أي الفهم الدقيق لقدراتهم وإمكانياتهم وميولهم ورغباتهم الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية.

(٢) توفير المناخ النفسي المناسب لتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي.

(٣) تنمية شعور واضح بتقدير وتقبل الذات لديهم.

(٤) تنمية الاستقلال الذاتي لدى كل طالب منهم ومنحه القدرة علي توجيه حياته ضمن إطار القيم والمعايير التي يؤمن بها المجتمع.

(٥) زيادة استبصارهم بمشكلاتهم، والعمل علي إزالة التوتر المصاحب لهذه المشكلات، ومعاونتهم علي تفريغ انفعالاتهم.

(٦) التعرف علي أسباب ضعف التحصيل الدراسي لدى فئة من الطلبة، ومساعدتهم للتغلب عليها.

❁ الملامح العامة للإرشاد المدرسي

هناك العديد من الملامح العامة التي تميز الإرشاد عن العلوم الأخرى، خاصة العلوم ذات الطابع الإنساني، وأهم هذه المميزات كما أوضحها جمل الليل (٢٠٠٢، ص ص ١٣ – ١٤) على النحو التالي:

(١) الإرشاد هو عمل مهني يقوم به الأخصائي المؤهل الذي يتحمل المسؤولية في القيام بهذا الواجب، وذلك وفق خطوات وأسس ثابتة.

(٢) الإرشاد يقوم أساسًا على علاقة إرشادية بين الأخصائي والطالب والتي تعد الخطوة الأساسية في سبيل نجاح العمل الإرشادي، ومن مواصفات هذه العلاقة: الدفء والتسامح والتفهم والقبول؛ فالإرشاد ليس محادثة سطحية، أو علاقة عابرة بين شخصين.

(٣) يهتم الإرشاد ويركز على المهارات اللازمة عند الطالب والتي تساعده على تحديد أهدافه واتخاذ القرارات الصالحة لحل مشكلته، وذلك بعد قيام الأخصائي بتمهيد الطريق للطالب لطرح العديد من الاختيارات، والحلول، ومناقشة ذلك للتوصل إلى الأفضل والمناسب منها على اعتبار أن الطالب ليس مريضًا عقليًا، أو نفسيًا بل هو شخص قادر ومسؤول عن اتخاذ قراراته والقيام بالسلوك التوافقي.

(٤) الإرشاد هو أسلوب للحياة في حد ذاته، فهو يساعد الطالب على النمو المستمر بحيث لا تقتصر مهمته على تعديل السلوك المنحرف بل يسهم ويساعد في نمو الطالب في كافة المجالات نحو الأفضل؛ فاهتمام العمل الإرشادي ينصب على حاضر الطالب ومستقبله.

(٥) يتضمن الإرشاد مساعدة الطالب على تعلم نماذج جديدة وجيدة من السلوك والاتجاهات أي إنه عملية تعلم وتعليم، فعندما يصل الطالب إلى حلول لمشكلته فإنه يدرك واقعه وإمكاناته والنتائج المترتبة على اختياراته.

(٦) يتضمن الإرشاد المجهود المشترك بين الأخصائي والطالب القائم على الاحترام المتبادل، فمثلاً يشترك الاثنان في مناقشة وتقييم الأهداف المأمولة من العملية الإرشادية، وذلك للتوصل إلى أهداف جيدة وقابلة للتحقيق.

(٧) يتضمن الإرشاد بعض المهارات التي يجب توفرها في الأخصائي، مثل الحضور والانتباه التام والإصغاء الجيد والاستجابة المناسبة والقدرة على إقناع الطالب أن يغير السلوك غير المرغوب فيه، أو تعديله.

❁ مناهج الإرشاد المدرسي

يقوم الإرشاد النفسي بالمدارس على ثلاثة مناهج رئيسية هي:

أولاً: المنهج النمائي:

الذي يهدف بالدرجة الأولى تهيئة الظروف المناسبة لتحقيق النمو السوي المتوازن المتكامل، والذي يشمل الجوانب النمائية المختلفة (الجسمية، العقلية، الاجتماعية، النفسية) للطالب حتى يصل إلى أعلى مستوى من النضج والصحة النفسية والسعادة والكفاية، ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال مراعاة متطلبات النمو لكل مرحلة تعليمية يمر بها الطالب، لأن النمو السوي يتطلب توفير جميع الوسائل والإجراءات التي تؤدي إلى النمو السليم، هذا إلى جانب استثمار وتنمية قدرات الطالب وطاقاته لأقصى حد ممكن.

كما يهتم المنهج النمائي بدراسة موضوعات مثل العادات والاتجاهات السلبية، ومفهوم الذات، وتعديل السلبيات وتدعيم الايجابيات، وذلك من خلال البرامج الإرشادية.

ثانيًا: المنهج الوقائي:

يهدف المنهج الوقائي إلى محاولة منع المشكلة، أو الاضطراب، بإزالة الأسباب المؤدية إلى ذلك، كما أنها تعمل على الكشف عن المشكلات السلوكية والانفعالية في مراحلها الأولى مما يسهل التصدي لها ومواجهتها.

ويحدد زهران (١٩٩٨) للمنهج الوقائي ثلاث مستويات، هي:

(١) **الوقاية الأولية**: وتتضمن محاولة منع حدوث المشكلة، أو الاضطراب، بإزالة أسبابه.

(٢) **الوقاية الثانوية**: وتتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه.

(٣) **الوقاية من الدرجة الثالثة**: وتتضمن محاولة تقليل الآثار الناتجة عن حدوث الاضطراب، أو المشكلة.

ويركز الإخصائي النفسي على ثلاثة جوانب وقائية في إطار حماية الطلبة من الوقوع فريسة للاضطرابات السلوكية والنفسية وهي:

(١) **الوقاية الصحية**: وتتضمن الاهتمام بالصحة العامة للطلبة والكشف الدوري عليهم وتحصينهم ضد الأمراض الوبائية.

(٢) الوقاية النفسية: وتتضمن رعاية النمو النفسي السوي وتنمية الذات الواقعية، وتزويد الطلبة بالوسائل المتنوعة التي تعينه على تحقيق مطالبه في المراحل العمرية المختلفة.

(٣) الوقاية الاجتماعية: تتضمن تكوين اتجاهات ايجابية نحو المجتمع المدرسي، وتنمية المهارات الاجتماعية التي تسهم في التفاعل السوي بين الطالب والمحيطين به.

ويتضح مما سبق أن المنهج الوقائي يركز على الجانب التطبيقي من حيث حماية الطلبة من معاناة الاضطراب، أو المشكلة عن طريق:

(أ) معرفة الأسباب التي تؤدي إلى المشكلة وإزالتها.

(ب) حماية الأفراد من المشكلات، أو تقليل آثارها إذا حدثت.

ولتحقيق أهداف المنهج الوقائي في الإطار المدرسي توجد بعض الوسائل والتي تتمثل في الخدمات التربوية، والتي تهتم بتحديد مشكلات التعليم المرتبطة بالمدرسة، والمنهج الدراسي ونظام الامتحانات، والمشكلات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية، والمشكلات الاجتماعية، وكذلك المرتبطة بالقدرات العقلية والاستعدادات والميول والاتجاهات والمشكلات المرتبطة بالمناخ المدرسي والتفاعل بين المعلم والمتعلم...الخ .

وتتمثل الإجراءات الوقائية بتوفير شروط الصحة النفسية السوية في البيئة المدرسية عن طريق:

(أ) تحديد حاجات الطلبة والاهتمام بدراسة مشكلاتهم عند ظهورها.

(ب) توفير الجو القائم على التعاون والديمقراطية.

(ج) إتاحة الفرص أمام الطلبة للتعبير عن مشاعرهم وشخصياتهم.

ثالثًا: المنهج العلاجي:

تظهر الحاجة للمنهج العلاجي نتيجة لعدة أسباب هي:

(١) توجد تغيرات فسيولوجية، واجتماعية تجعل الطلبة عرضة لأزمات وفترات حرجة في مواقف متعددة وفترة زمنية متباينة.

(٢) أن الخدمات والجهود التي تقدم من خلال المنهج النمائي، أو المنهج الوقائي مهما تنوعت، أو زادت كفاءتها لا يمكن ان تفي بكل حاجات الطلبة ذلك لأنها قد لا تصل إلى البعض منهم، أو أنها متوفرة ولكن الطلبة لا يستفيدون منها بشكل، أو بأخر.

(٣) من الصعب التنبؤ ببعض المشكلات و الاضطرابات فتحدث بالفعل.

ويهتم المنهج العلاجي بنظريات الاضطراب والمرض النفسي وأسباب وتشخيص وطرق علاجه. فهو يتعلق بمعالجة المشكلات و الاضطرابات التي يتعرض لها الطلبة وذلك لتحقيق حالة من التوازن بين جوانب النمو المختلفة لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، ويتم تحقيق هذا الهدف بدراسة أسباب المشكلات وأعراضها وطرق علاجها.

ويتم إرشاد الطلبة وفق ما هو متعارف عليه بين الجماعة التي يعيش معها الطالب بما يحقق له الرضا والصحة النفسية، وذلك بهدف زيادة إنتاجه وتحقيق ذاته وتوافقه مع جوانب الحياة المختلفة النفسية والاجتماعية والتربوية.

❁ الأخصائي النفسي المدرسي

لقد برزت إشكالية تتعلق بمسميات القائمين على الإرشاد في المدارس عالميًا وعربيًا، فقد ذكر نور الدين ساسي (٢٠٠٠) أن تسميات المختصين في مجال التوجيه والإرشاد في بعده المدرسي تختلف من بلد إلى آخر، وإن كان هناك شبه اتفاق حول المهمات الواجب أداؤها، ولعل الدور الرئيسي في الإرشاد يعود إلى مستشار التوجيه كما في النمسا واليابان والمكسيك، والمرشد، أو المرشد الطلابي كما في فرنسا وسويسرا والولايات المتحدة. أما في العالم العربي فهناك اختلاف واضح في مسميات القائمين على الإرشاد في المدرسة فهناك مسمى المشرف الاجتماعي في البحرين يمارس مهنة المرشد دون أن يكون له توصيف مهني محدد، وهناك المرشد الطلابي في السعودية حيث يقوم بمهام الإرشاد الطلابي، وهناك المرشد الطلابي في الكويت الذي يتعامل مع حالات الاضطراب السلوكي والانفعالي. وإزاء هذه الإشكالية لابد

من توحيد المسميات في الوطن العربي ومن ثم تحديد الأدوار المهنية الأساسية للأخصائي النفسي المدرسي.

إن مسؤولية التوجيه والإرشاد لا تقع على عاتق طالب واحد وإنما هي مسؤولية جماعية منظمة ومتكاملة، ويعد الأخصائي النفسي هو المسؤول والمتخصص الأول عن تنفيذ خدمات التوجيه والإرشاد داخل المدرسة، فبدون الأخصائي النفسي يصعب تنفيذ أي برنامج للتوجيه والإرشاد (زهران، ١٩٨٠). وقد قدمت الرابطة الأمريكية للأخصائيين النفسيين تعريفاً للأخصائي في المؤسسة التعليمية بأنه: "المهني الذي يقع عليه عبء مساعدة جميع الطلبة ومقابلة احتياجات نموهم وما يصادفونه من مشكلات في حياتهم" (القذافي، ١٩٩٧).

وتعرفه الموسوعة الدولية للتربية على أنه: " شخص متخصص في التعليم والتدريب، وبصفة عامة فإنه يتعامل مع المواقف المدرسية وهو يقوم بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي، ولكنه يعمل في المدرسة ويتعامل مع المشكلات المدرسية التي تواجه الطلبة " (عتمان، ١٩٩٩، ص ٣٥)

فالأخصائي النفسي هو الذي يؤدي دور الإرشاد والاستشارة للأفراد والجماعات التعليمية، وينظم ويحلل المعلومات عن الطلبة من واقع السجلات، والاختبارات، والمقابلات إلى جانب المصادر الموثقة؛ وذلك لتقييم رغباتهم واتجاهاتهم وقدراتهم وصفاتهم الشخصية للمساعدة في التخطيط التعليمي والمهني، ويدرس المعلومات المهنية، والتعليمية، والاقتصادية، لتطويعها في مساعدة الطلبة نحو التخطيط لموضوعاتهم التعليمية والمهنية، يوجه الطلبة الخريجين نحو أماكن العمل الملائمة لمستوياتهم، ويساعد الطلبة لفهم كيفية التغلب على المشكلات الانفعالية ويمكن أن ينضم إلى مجال البحث الهادف لمتابعة وتقييم مستحدثات الإرشاد ونظرياته، هذا؛ بالإضافة إلى إمكانية قيامه بالتدريس. ومن ذلك نستنتج أن الأخصائي النفسي هو شخص مؤهل يعمل لتقديم المساعدة للطلبة من خلال أدوار رئيسة كُلف بها وهو بذلك لابد أن يتمتع ببعض الصفات والخصائص الفنية المهارية والأكاديمية التي تميزه عن غيره لكي يقوم بمهمة التوجيه والإرشاد (الرشيد، ٢٠٠٥، ص ٨٩).

❁ أدوار الأخصائى النفسى بمدارس وبرامج التربية الخاصة

حظيت المهام المهنية للأخصائي النفسي المدرسي باهتمام الباحثين والمنظمات العالمية ذات العلاقة بالإرشاد. فقد وضعت رابطة المرشدين المدرسيين الأمريكيين ASCA (١٩٨٤) تصورًا لهذه المهام. ومن أهم هذه المهام تقديم الخدمات الإرشادية Counseling Services وخدمات المعلومات Information Services وخدمات التسكين Placement Services وخدمات التقويم Assessment Services (سليمان وعبد الله، ١٩٩٨).

وقد حددت جمعية علم النفس الأمريكية APA المهام المهنية للأخصائيين النفسيين في مهام الاستشارات النفسية Psychological Consultation، ومهام التقدير و القياس و التقويم Assessment Psychological، ومهام التدخل العلاجي المباشر Direct Therapeutic interventions (عقل، ٢٠٠٠).

الأخصائيون النفسيون يؤدوا في المدارس دورًا مهمًا في الاستعداد للعمل، أو المهنة، أو الجامعة والتخطيط لدى تلاميذهم. فغالبًا ما يكون هم الأشخاص الأساسيين الذين يقدمون المساعدة للطلبة، وإعدادهم للانتقال الناجح من المدرسة الثانوية إلى الجامعة (Roberts, Bouknight, & Karan, 2010)

الأدوار التي يقوم به الأخصائي النفسي في معاهد وبرامج التربية الخاصة حددها كل من: Tucker, Shepard, & Maes, (1978)؛ Cochrane, & Marini, (1977)؛ Hurst. (1986)؛ وصادق (١٩٩٦)؛ Behring؛ Tarver, Spagna,, & Sullivan (1998); Spagna (2004 &؛ والبيلاوي وعبد الحميد (٢٠٠٤)؛ والكيلاني والروسان (٢٠٠٦) وذلك على النحو الآتي:

(أ) التقييم النفسي:

يعد التقييم النفسي أحد الأدوار البارزة التي يقوم بها الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة، ولتحقيق هذا الدور يطبق الاختبارات والمقاييس العقلية، والنفسية، والشخصية المنوعة، ويستخدم أيضًا وسائل جمع المعلومات الأخرى؛ مثل: المقابلة، والملاحظة،

ودراسة الحالة، والبطاقة المجمعة... وغيرها من الوسائل التي تعينه على جمع أكبر قدر من المعلومات الموثوق بها لتوظيفها في إعطاء تفسيرات دقيقة عن الطالب ذي الإعاقة. ومن بين ما يقدمه الأخصائي النفسي للطلبة في إطار هذا الدور ما يلي:

(١) تطبيق المقاييس العقلية، واختبارات الذكاء للطلبة للتعرف على ما يتمتعون به من قدرات عقلية، ومعامل ذكاء وذلك إما لقبولهم بمعاهد التربية الخاصة، أو لتصنيفهم داخل المعهد، أو البرنامج، أو الاستعانة بتلك التقديرات في التوجيه التربوي.

(٢) الكشف عن القدرات العامة والاستعدادات الخاصة لدى الطلبة ذوي الإعاقات، واستغلالها في كافة المجالات سواءً الرياضية، أو الفنية، أو العلمية... وغيرها.

(٣) الكشف عن الميول الأكاديمية والمهنية لدى الطلبة ذوي الإعاقات، ومدى مطابقتها لقدراتهم واستعداداتهم الفعلية.

(٤) التعرف على المشكلات النفسية لدى الطلبة ذوي الإعاقات؛ مثل: المخاوف المرضية، أو القلق، أو الشعور بالوحدة النفسية، أو الشعور بالنقص والدونية، وغيرها من الاضطرابات التي قد تهدد أمنهم وسلامتهم النفسية.

(٥) التعرف على المستويات التحصيلية للطلبة ذوي الإعاقات للوقوف على نقاط القوة وتنميتها وجوانب الضعف وعلاجها.

(٦) التعرف على مدى توفر بعض المهارات والقدرات العقلية لدى الطلبة ذوي الإعاقات التي يحتاجونها لدراسة منهج ما، أو نوع معين من الدراسة، ويمكن الحصول على هذه المعلومات بتطبيق اختبارات الاستعدادات، ومقاييس القدرات العقلية، والتي تتم قبل بدء العملية التعليمية.

(٧) التعرف على صعوبات التعلم، والتأخر الدراسي لدى بعض الطلبة وتحديد المشكلات التي تحتاج إلى تدريس علاجي.

(٨) يقوم الأخصائي النفسي في ظل دوره في عملية التقييم بإعداد التقرير الختامي للإنجازات التي تمت في ضوء الخطة التي تم وضعها مسبقًا.

(ب) الإرشاد التربوي:

يعد الإرشاد والتوجيه التربوي أحد الأدوار المتميزة التي يقوم بها الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة، والتي من خلالها يقدم للطلبة العديد من الخدمات التي تهدف إلى تحقيق التوافق مع البيئة المدرسية، وتخطي مشكلات الاستذكار والعقبات الدراسية الأخرى لدى البعض منهم. وذلك من خلال قيامه بالأدوار التالية:

(١) استقبال الطلبة ذوي الإعاقات الجدد مع بداية كل مرحلة تعليمية جديدة، وبث الطمأنينة في نفوسهم وتعريفهم بطبيعة المرحلة التعليمية التي يدرسون بها وتزويدهم بجدول الحصص، وتعريفهم بالمعلمين وأعضاء الهيئة الإدارية بالمعهد، أو البرنامج.

(٢) وضع الخطط لتقويم التحصيل الدراسي للطلبة ذوي الإعاقات، وتشخيص الأسباب التي تعطل مسيرة تعليمهم.

(٣) عمل سجل مجمع (شامل) لكل طالب، يتضمن بيانات أولية عن الطالب ذي الإعاقة وأسرته، وبياناته الصحية، والدراسية، ومستواه التحصيلي في السنوات السابقة، وينتقل هذا السجل المجمع مع الطالب ذي الإعاقة من فرقة دراسية إلى أخرى ومن مرحلة تعليمية للتي تليها، وذلك للاستفادة منه في توجيه الطالب ذي الإعاقة، مع إضافة أي بيانات تستجد عن الطالب ذي الإعاقة أولاً بأول.

(٤) متابعة حالات الغياب، والتأخر صباح كل يوم دراسي، وذلك من خلال الاطلاع المستمر على سجلات الحضور، والغياب، وسجلات التأخر اليومي للطلبة ذوي الإعاقات، ومناقشة أولياء الأمور في أسباب عدم انتظام أطفالهم في الحضور لوضع الحلول المناسبة لتجنب ذلك في المستقبل.

(ج) الإرشاد النفسي:

الأخصائي النفسي هو المسؤول الأول بمعاهد وبرامج التربية الخاصة عن تقديم الخدمة النفسية، فهو الذي يساعد الطلبة ذوي الإعاقات في التغلب على مشكلاتهم المدرسية، ومشكلاتهم مع أقرانهم ومعلميهم، ومشكلات الرضا عن الذات، والمشكلات السلوكية والمشكلات النفسية ومشكلات سوء التوافق.. وغيرها من العديد من المشكلات، ولا يقف دور الأخصائي النفسي عند

تقديم الخدمة النفسية للطالب ذي الإعاقة بل يمتد إلى تقديم العون للمعلمين وإدارة المعهد، أو البرنامج لمعاونتهم على أداء عملهم والرضا عنه وتحقيق جو من الألفة والمودة بين بعضهم البعض وبينهم وبين الطلبة ذوي الإعاقات وذلك من خلال تهيئة المناخ المدرسي الملائم للعمل والإنجاز. ومن خلال هذا الدور – أي من خلال تقديم الاستشارات النفسية – يقدم الأخصائي النفسي خدماته في إطار مناهج الخدمة النفسية الإنمائية والوقائية والعلاجية لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للطلبة. وذلك على النحو الآتي:

(١) في إطار الدور الإنمائي: يقوم الأخصائي النفسي بمساعدة الطلبة ذوي الإعاقات على تكوين عادات، واتجاهات، وقيم ايجابية، ويعمل ايضًا على تنمية مهاراتهم الذاتية والاجتماعية، التي تعينهم على مواجهة الحياة.

(٢) في إطار الدور الوقائي: يقوم الأخصائي النفسي بإعداد البرامج الإرشادية للوقاية من المشكلات النفسية، والسلوكية التي قد يقع فيها الطلبة ذوي الإعاقات عادة في المراحل العمرية المختلفة من خلال محاولة الكشف المبكر عن هذه المشكلات لمواجهتها؛ بما يحقق في النهاية مبادئ التوعية الوقائية.

(٣) في إطار الدور العلاجي: يقوم الأخصائي النفسي بإعداد البرامج العلاجية لمواجهة العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها بعض الطلبة ذوي الإعاقات بالفعل، وخاصة تلك الاضطرابات البسيطة التي يمكن علاجها في ظل الدور العلاجي المحدد الذي يقوم به الأخصائي النفسي.

(٤) أما في إطار القيام بعملية الإحالة: قد لا تقع إحدى المشكلات التي يعاني منها الطالب ذو الإعاقة في نطاق خبرة الأخصائي النفسي، في هذه الحالة يتعين عليه أن يتخذ قرار بإحالة الطالب إلى متخصص آخر.

(د) المشاركة في إعداد الخطة التربوية الفردية وتنفيذها:

من الجدير بالذكر أن تعليم الطلبة ذوي الإعاقات وتعديل سلوكهم يحتاج إلى تطبيق ما يعرف بالخطة التربوية الفردية، سواءً كانت هذه الخطة تعليمية، أو سلوكية وتحتاج الخطة التربوية الفردية في تخطيطها وتنفيذها إلى عمل جماعي، والتي يتعاون في

تنفيذها فريق العمل المدرسي، ويؤدي الأخصائي النفسي دورًا مهمًا في تعديل السلوك خاصة إذا كان هذا السلوك يقف حجر عثرة أمام تقدم الطالب التعليمي وذلك من خلال قيامه بالأدوار التالية:

(١) تزويد أعضاء الفريق المدرسي بنتائج المقاييس والاختبارات التي يتم تطبيقها على الطلبة، للاستفادة منها في ما يقومون به من دراسة لحالة الطلبة.

(٢) تزويد فريق البرنامج التربوي الفردي بمعلومات ونتائج تحليل السلوك غير المرغوب فيه، وخاصة إذا كان هذا السلوك يقف حائلاً يعيق تقدم الطالب التعليمي. ويتضمن هذا النوع من التقويم جمع البيانات بأسلوب المقابلة، وتحديد الأوقات التي يقع فيها السلوك المشكل ودرجة تكراره، وملاحظة المواقف التي يظهر فيها السلوك. وهنا لا يقتصر دور التقويم الوظيفي عند مجرد التعرف على القابلية للتعلم؛ بل يتجاوزه إلى التعرف على احتياجات الطالب ذو الإعاقة والموهوب، وتطوير برنامج فعال لإشباع هذه الاحتياجات.

(٣) ترجمة خصائص الطالب بما تشتمل عليه من جوانب تميز، أو جوانب قصور إلى برنامج له أهداف إجرائية معينة في فترة زمنية محددة يقوم خلالها الأخصائيون في المعهد، أو البرنامج بواجبات فردية، أو جماعية للتعامل مع الحالة، وتنمية إمكاناتها وعلاج جوانب القصور فيها.

(٤) ترجمة أهداف البرنامج التربوي الفردي إلى أنماط سلوكية، وعادات، ومفاهيم ومهارات، يقوم بشرحها للمعلم، أو ولي الأمر، ويحدد نوع المواقف والإمكانات والأنشطة التي يمكن أن تستخدم مع الطالب، ومتابعتها في تقديم التقارير اللازمة لمناقشتها جماعيًا من خلال الفريق، وتحديد الخطوات التالية للبرنامج.

(هـ) التعاون مع الفريق المدرسي:

الأخصائي النفسي هو أحد أعضاء الفريق المدرسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة الذي يضم: الأخصائي الاجتماعي، وأخصائي التخاطب، ومعلم التربية الخاصة، ومدير

المعهد، أو البرنامج، وأولياء الأمور، وأحيانًا قد يتطلب الأمر وجود أطباء من تخصصات مختلفة كالعلاج الطبيعي، والأعصاب، والعيون... وغيرهم، والأخصائي النفسي له دور بارز في ذلك الفريق لما يقوم به من دور المنسق بين تلك الخدمات التي يقدمها أعضاء هذا الفريق، وكذلك لما يقدمه من خدمات في مجال الإرشاد التربوي والنفسي، والتعاون مع إدارة المعهد، أو البرنامج والمعلمين في قبول وتصنيف ذوي الإعاقات وتوزيعهم وفقًا للقواعد المعمول بها في تلك المعاهد والبرامج، وكذلك إعداد الخطة التربوية الفردية، والتقويم الشامل، وغيرها من المهام الأخرى وفي إطار هذا الدور يقوم الأخصائي النفسي بما يلي:

(١) المشاركة في قبول الأطفال ذوي الإعاقات بمعاهد وبرامج الدمج بعد دراسة خصائص كل حالة بشكل منفرد، والتعرف على مدى توفر شروط القبول بها، وهنا يكون معيار الأخصائي هو مدى إمكان استفادة تلك الحالات من برنامج الخدمات الموجود بالمعهد، أو البرنامج، ومراعاة العامل الإنساني، أو الاجتماعي، ودون تقبل أية ضغوط غير موضوعية في هذا المجال.

(٢) المشاركة في عملية التقويم الشامل للطالب، وذلك بهدف التعرف على إمكاناته، وأوجه القصور التي يعاني منها، عن طريق مقابلة الطالب، أو ولي الأمر، أو اللجوء لمصادر البيانات الأخرى المتاحة، وتتكامل البيانات المتوفرة في التقارير الطبية والاجتماعية والتعليمية إن وجدت، ومن ثم يجب على الأخصائي إجراء الاختبارات المناسبة والمقننة محليًا، للتعرف على المسببات – إن أمكن – وعلى الخصائص الظاهرة من السلوك التي تؤثر في الأداء إيجابًا، أو سلبًا، مع تأكيد الحاجات الخاصة للحالة التي يجب أن تراعى خلال البرنامج، ومن ثم رسم مآلها بموضوعية.

(٣) القيام بتصنيف الحالات، وذلك من خلال التعرف على أفضل المؤشرات لوصف الأداء الفعلي لكل حالة واعتبارها محكات للتصنيف، أو التقسيم، والذي يمكن اعتباره فرضًا قابلاً للتحقيق، أو التعديل، ويتطلب ذلك جمع البيانات عن الحالة بعد تصنيفها وتسكينها في مجموعة معينة، ومتابعة مدى، ونوع أدائها، ومدى تجانسها مع غيرها من

الحالات الأخرى في نفس المجموعة حتى يضمن – الأخصائي النفسي – أفضل أداء للحالة وأحسن توافق ممكن.

(٤) يقوم الأخصائي النفسي بدور استشاري للمعلمين، والهيئة الإدارية بالمعهد فيما يتعلق بالمشكلات التربوية، والنفسية التي تواجه بعض الطلبة.

(٥) إشراك المعلمين في إجراء دراسات الحالة للطلبة ذوي الإعاقات الذين يعانون من بعض المشكلات السلوكية، أو النفسية؛ مثل: العدوانية، والسرقة، والكذب، والتخريب، والخجل، وإيذاء الذات، والقلق، والعزلة الاجتماعية... وغيرها من المشكلات الأخرى، ويناقش معهم أيضًا نتائج الاختبارات النفسية للوقوف على أنسب طرائق التعامل مع هؤلاء الطلبة؛ بما يساعدهم على اجتياز مشكلاتهم.

(٦) يشترك مع إدارة المعهد في وضع الحصص الدراسية، وذلك لضمان توزيع المقررات وفقًا للأسس النفسية، والتي تأخذ في الاعتبار طبيعة تلك المقررات وطول اليوم الدراسي، وزمن كل حصة، وعلاقة كل ذلك بخصائص الطلبة ذوي الإعاقات.

(٧) التعاون مع المعلمين في حل مشكلات الطلبة ذوي الإعاقات المتأخرين دراسيًا، أو من يعانون من صعوبات تعلم.. وغيرها من المشكلات التربوية ذات الصلة، وذلك بدايةً من تحديد أسباب المشكلة حتى وضع الحلول المناسبة لها.

(٨) عقد اجتماعات دورية مع إدارة المعهد والمعلمين لمناقشة بعض المشكلات المدرسية؛ مثل: الغياب المتكرر، والتأخر الصباحي، والسلوك الفوضوي وعدم الترتيب، والمشكلات الصفية الأكاديمية.. وغيرها؛ مما يستوجب معه مواجهتها، وذلك للتعرف على الأسباب ووضع الحلول المناسبة للحد منها.

(و) توثيق العلاقة بين البيت والمدرسة:

يتعاظم دور الأخصائي النفسي مع أولياء الأمور الأطفال ذوي الإعاقات نتيجة لما يتعرض له هؤلاء الوالدان من ضغوط نفسية بسبب التأثير السلبي، أو المحبط الذي يحدثه وجود طفل ذو الإعاقة داخل الأسرة، أو بسبب ما يتسم به ذلك الطفل من خصائص سلبية؛

مما يثير لدى الوالدين الشعور بالتوتر، والضيق، والقلق، والحزن، والأسى؛ بالإضافة أيضًا إلى ما قد يعانونه من بعض الأعراض النفس جسمية، أو السيكوسوماتية والتي تستنفد طاقاتهم، وربما تقلل من قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال. وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي في تقديم المساعدة لأولياء الأمور لتخطي تلك المشكلات، وغيرها من المشكلات التعليمية والنفسية التي يتعرض لها أبناؤهم أيضًا، ولن يتأتى للأخصائي النفسي القيام بهذا الدور؛ إلا من خلال إيجاد قنوات اتصال بينه وبين المنزل سواء من خلال المكالمات التليفونية، أو اللقاءات، أو الندوات، أو الجلسات الإرشادية، أو اجتماعات مجالس المعهد، أو البرنامج والجمعية العمومية، وذلك للقيام بواحد، أو أكثر من الأدوار التالية:

(١) مساعدة الوالدين في التغلب على المشاعر السلبية التي قد تعتري أحدهما، أو كليهما بسبب إعاقة طفلهما، لتحسين توافقهما على المستويين الشخصي والاجتماعي.

(٢) تبصير الوالدين بأبعاد مشكلة طفلهما من خلال بعض المعلومات المبسطة عن طبيعة الإعاقة وخصائصها، وسبل مساعدة الطفل.

(٣) عقد ندوات مع أولياء الأمور لتعريفهم بكيفية التعامل السليم مع أطفالهم ذوي الإعاقات من خلال تعريفهم بالأساليب السوية واللاسوية في التعامل معهم.

(٤) تقديم المعلومات والبيانات لأولياء الأمور التي تتعلق بمستويات التحصيل الدراسي لأبنائهم، واختباراتهم النفسية، وحالاتهم الصحية، وسيرتهم السلوكية داخل المعهد، أو البرنامج.

(٥) عقد لقاءات مع أولياء الأمور يقدم من خلالها الأخصائي النفسي كتيبات ونشرات تحتوي على طبيعة الخدمات الإرشادية المدرسية التي يمكن تقديمها لأبنائهم، وكيفية الاستفادة منها.

(٦) توجيه نظر أولياء الأمور نحو أبنائهم ممن يتمتعون بقدرات عقلية، ومهارات خاصة، وذلك للعمل على إتاحة الفرص المناسبة أمامهم لتنميتها.

(٧) عقد لقاءات مفتوحة مع أولياء الأمور لمناقشة كيفية مساعدة أبنائهم الطلبة على اتخاذ القرارات المهمة بشأن مستقبلهم.

(٨) تشجيع أولياء أمور الطلبة الذين يعانون من مشكلات، أو يحتاجون إلى خدمات نفسية من نوع خاص على المشاركة في البحث عن الأسباب الحقيقية التي تقف وراء معاناتهم ومساعدتهم في التغلب عليها.

(٩) تقديم صورة متكاملة عن الطفل وقدراته وإمكاناته؛ مما يساعد والديه على رسم صورة حقيقية لطفلهما وتوقع ما يمكنه إنجازه، وتجنب الإحباطات المحتملة نتيجة التوقعات غير الحقيقية، والتي تنعكس على سلوكهما، وأسلوب معاملتهما لطفلهما ذي الإعاقة.

(١٠) مساعدة أولياء الأمور في التعرف على الأماكن التي يمكنها تقديم الخدمات لأطفالهم ذوي الإعاقات (عيادات، أو مراكز تقويم، أو جماعات، أو رابطة دعم وورش العمل، أو المؤسسات التعليمية... وغيرها).

(١١) تبصير الوالدين بالحقائق المتعلقة بنمو ونضج طفلهما ذي الإعاقة، وأنه قد يختلف في سرعة ومعدل نموه، بالمقارنة مع أقرانه غير ذوي الإعاقة.

(ز) فتح قنوات تواصل مع بالمجتمع المحلي:

لا ينحصر دور الأخصائي النفسي داخل أسوار المعهد، أو البرنامج وإنما يتعدى هذا النطاق من خلال انفتاحه على البيئة المحيطة بما فيها من مؤسسات ومنظمات وجماعات، والتي منها ما هو رسمي، ومنها ما هو غير رسمي كالجمعيات الأهلية (غير الحكومية)، ومنها ما هو متخصص، ومنها ما هو غير متخصص؛ وذلك للاستفادة منها في خدمة الطلبة ذوي الإعاقات سواء بنقل خدماتهم إلى المعهد، أو البرنامج، أو انتقال الطلبة لها للاستفادة من الخدمات المقدمة فيها. ومن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي في هذا الصدد ما يلي:

(١) الحصول على معلومات عن الهيئات والمراكز المحلية التي يمكنها تقديم المساعدات المنوعة للطلبة ذوي الإعاقات كأفراد وكجماعات.

(٢) الاتصال ببعض الهيئات الإعلامية المقروءة، والمسموعة، والمرئية لنشر الوعي بطبيعة الطلبة ذوي الإعاقات، وخصائصهم واحتياجاتهم، ونشر الوعي بين أفراد المجتمع للتعرف على سبل تجنب الإصابة بالإعاقة.

(٣) التنسيق مع بعض الجهات المختلفة التي يمكنها توفير الفرص المتنوعة للطلبة ذوي الإعاقات والموهوبين لاستغلال أوقات فراغهم.

(٤) رسم الخطط المتعلقة بالزيارات الميدانية للشركات، والمصانع، والمعارض، والمتاحف... وغيرها من الأماكن التي قد يحتاج الطلبة إلى معلومات عنها يضيفونها إلى رصيد خبراتهم.

(ح) إجراء البحوث والدراسات العلمية:

إذا كانت الأدوار السابقة لها أهميتها في عمل الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة فإن دوره في إجراء البحوث والدراسات، والإسهام فيها يعد أحد أدواره المتفردة في إطار الخدمات التي يقوم بها في مجال التربية الخاصة، وذلك لما لهذه البحوث من قيمة علمية وعملية تعمل على دفع عجلة الخدمة النفسية بالمعهد، أو البرنامج وتساعده على أداء أدواره بفاعلية. ومن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي في هذا الصدد ما يلي:

(١) وضع خطط البحوث والدراسات المتعلقة ببعض مشكلات الطلبة ذوي الإعاقات والإشراف على تنفيذها، واطلاع هيئة التدريس والهيئة الإدارية على نتائج هذه البحوث للاستفادة منها.

(٢) التواصل مع أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال التربية الخاصة بالجامعات، ومراكز البحوث؛ لإجراء بعض الدراسات التي تتعلق بالمشكلات ذات التأثير على سير العمل بالمعهد، للبحث عن أسباب تلك المشكلات، وأنسب الطرائق لعلاجها.

(٣) الاشتراك في المؤتمرات، والندوات التي تعقد بالجامعات، والهيئات المختلفة للتعرف على الجديد في مجال التربية الخاصة.

(٤) تقديم المساعدة للباحثين في مجال التربية الخاصة عند إجرائهم للبحوث النفسية بالمعهد، أو البرنامج وتذليل العقبات الإدارية أمامهم وتبصيرهم بظروف وطبيعة الطلبة ذوي الإعاقات، وتقديم كافة السجلات التي تعينهم على أداء عملهم بكفاءة.

(٥) إجراء البحوث والدراسات النفسية بالتعاون مع زملائه الأخصائيين النفسيين للوقوف على مدى انتشار ظاهرة معينة؛ مثل: التسرب، أو الرسوب، أو تدني مستوى التحصيل، أو تكرار الغياب... وغيرها من المشكلات للتعرف على أسبابها، وسبل علاجها.

(ط) المشاركة في الأنشطة اللاصفية:

ويقصد به الدور الذي يقوم فيه الأخصائي النفسي بالتنسيق مع رائد النشاط، أو القائم بعمله في توجيه وإرشاد الطلبة للمشاركة في الجمعيات المدرسية والأنشطة المدرسية المنوعة، والمشاركة في الرحلات والزيارات المدرسية، وإعداد الصحف الحائطية، وتقديم البرامج الإذاعية المدرسية، والمسابقات والأنشطة التي تكشف عن مواهبهم وميولهم وقدراتهم... وغيرها من الأنشطة الأخرى مستثمرًا النشاط الطلابي كوقاية، أو علاج، أو تنمية لبعض حالات الطلبة السلوكية والشخصية. ومن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي في هذا الصدد ما يلي:

(١) تشجيع الطلبة ذوي الإعاقات على المشاركة في الأنشطة المدرسية المختلفة وفقًا لقدرات، وميول كل واحد منهم بما يساعدهم على الاندماج مع زملائهم، وتفريغ طاقاتهم الجسمية في أنشطة وهوايات مفيدة.

(٢) تشجيع الطلبة ذوي الإعاقات على أن يسهموا في البرامج الإذاعية المدرسية، وحثهم على المشاركة في إعداد الصحف الحائطية بالمعهد، أو البرنامج، والمشاركة في الجمعيات المدرسية (كجماعة الخطابة والكشافة...) وما إلى ذلك من أنشطة.

(٣) تحفيز الطلبة ذوي الإعاقات على المشاركة في المسابقات الرياضية والفنية التي تكشف عن مواهبهم وميولهم، ومنحهم المكافآت المادية والعينية للمشاركة في تلك المسابقات.

(٤) تنظيم الرحلات المدرسية التعليمية والترفيهية للطلبة ذوي الإعاقات، واستغلال تلك الرحلات في دعم روح الصداقة والألفة بينهم، وخاصة الطلبة الذين يميلون للعزوف عن المشاركة في الأنشطة المدرسية.

❁ مبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي

هناك عدد من المبادئ العامة التي تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي، أهمها:

(١) أن يكون مظهره العام معتدلاً، بعيدًا عن المظهرية والإبهار، محترمًا في مظهره، ملتزمًا بحميد السلوك والآداب.

(٢) أن يلتزم بصالح الطالب ورفاهيته، ويتحاشى كل ما يتسبب – بصورة مباشرة، أو غير مباشرة – في الإضرار به.

(٣) أن يقيم علاقة موضوعية متوازنة مع الطالب، أساسها الصدق، وعدم الخداع، ولا يسعى للكسب، أو الاستفادة من الطالب بصورة مادية، أو معنوية، متجنبًا شبهة الاستغلال، أو الابتزاز.

(٤) السعي إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام، والشرائع السماوية، والقانون.

(٥) أن يكون متحررًا من كل أشكال وأنواع التعصب الديني، أو الطائفي، وأشكال التعصب الأخرى؛ مثل: الجنس، أو السن، أو العرق، أو اللون.

(٦) أن يحترم في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه، ولا يتورط في أي تفرقة على أساسها.

(٧) لا يقيم علاقات – خاصة مع الطالب – يشوبها الاستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي، أو الأناني.

(٨) عليه أن يصارح الطالب بحدود وإمكانات النشاط المهني دون مبالغة، أو خداع.

(٩) لا يستخدم الأدوات والمقاييس النفسية، أو طرائقًا وأساليب مهنية لا يجيدها، أو لا يطمئن إلى صلاحيتها للاستخدام.

(١٠) لا يستخدم أدوات، أو أجهزة تسجيل؛ إلا بعد استئذان الطالب وموافقته.

(١١) لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها، أو يبحثها، أو يعالجها، أو يوجهها مقرونة بما يمكن الآخرون من كشف أصحابها (كأسمائهم، أو أوصافهم) منعًا للتسبب في أي حرج لهم، أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

(١٢) أن يوثق عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي اخصائي آخر استكماله في حالات العجز عن الاستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب.

(١٣) أن يقوم بعمليات التقويم، أو التشخيص، أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها، كالمقاييس والمقابلات، على الا يقدم هذه التقارير إلا للجهات المعنية بالعلاج، وعدا ذلك لابد أن يكون بأمر قضائي صريح.

(١٤) أن يسعى إلى أن تكون تصرفاته وأقواله في اتجاه ما يرفع من قيمة المهنة النفسية في نظر الآخرين، ويكسبها احترام المجتمع وتقديره، وينأى بها عن الابتذال والتجريح .

(١٥) الأخصائي النفسي مؤتمن على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية، وهو مسؤول عن تأمينها ضد اطلاع الغير، فيما عدا ما يقتضيه الموقف، ولصالح الطالب (كما هو الحال في إرشاد الآباء، وعلاج الأطفال، ومناقشة الحالات مع الفرق الإكلينيكي، أو مع رؤسائه المتخصصين) (عبد الرحمن وعبد الله، ٢٠٠٣، ص ص ١٦٤ – ١٦٦).

❁ معيقات عمل الأخصائي النفسي

هناك بعض المهام التي تقع خارج نطاق دور الأخصائي النفسي، ولا تمت بصلة إلى مهامه الأصلية التي اعد للقيام بها والتي حددها عمر (١٩٩٩) على النحو الآتي:

(١) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بالوقوف مع إدارة المعهد، أو البرنامج، أو المعلمين لحجز الطلبة المتأخرين عن طابور الصباح، أو عن الحصص الأولى، ولكن عليه أن يستقبل الحالات المتكررة من هؤلاء الطلبة المتأخرين في مكتبه عند إحالتهم إليه من قبل الإدارة، أو المعلمين للتعامل معهم بالأساليب الإرشادية المدرسية.

(٢) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بأية اعباء كتابية، أو إدارية لا تدخل في نطاق اختصاصه، والتي من الممكن أن يؤديها اي عضو آخر في هيئة التدريس، أو من موظفي المعهد، أو البرنامج.

(٣) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بعقاب الطلبة المخالفين لأنظمة ولوائح المدرسة، أو المشاغبين في الصفوف، أو المتسببين في الإزعاج بوجه عام داخل نطاق المدرسة.

(٤) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بحصر الغياب وتسجيله، أو محاسبة الطلبة عليه ومعاقبتهم بسببه، أو أخذ التعهدات منهم ومن أولياء أمورهم بعدم تكراره؛ لأن هذا من اختصاص القائمين بالأعمال الإدارية بالمدرسة.

(٥) يجب الا يكلف الأخصائي النفسي بأي عبء تدريسي بأن يسد العجز في مقرر ما يتولى مهام تدريسها، او يحضر حصصًا بدلاً من معلم غائب، او يتولى تصحيح اختبارات، أو رصد درجات مقرر ما لسبب، أو لأخر (ص ص ٩٢ – ٩٤).

وقد كشفت دراسة سوميرفيل (Sommerville, (1981 عن أن مديري المدارس يرون أن هناك أعمال تحد من فاعلية الأخصائيين النفسيين، منها:

(١) الاستمرار في الأعمال الكتابية.

(٢) تنظيم البرامج المدرسية وتخطيطها.

(٣) تدخله فيما يخص المعلمين من أعمال.

وهذا ما أكده ايضًا كل من المقدى (١٩٨٩)، عقل (٢٠٠١) حين ذكرا أن من بين الأعمال التي تؤثر على كفاءة عمل الأخصائي النفسي هي: ما يكلف به من أعمال كتابية وإدارية تحول دون أدائه لمهامه على أكمل وجه، وتخصيص عدد كبير من الطلبة لكل مرشد؛ مما يهدد مهنة الإرشاد والهوية المهنية للأخصائيين.

أما الشناوي (١٩٩٠) فقد توصلت دراسته إلى أن من أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسيين في عملهم ما يلي:

(١) الاشتغال بالأعمال الكتابية.

(٢) عدم وجود اختبارات نفسية مناسبة.

(٣) عدم تعاون المعلمين مع الأخصائي النفسي.

(٤) تكليف الأخصائي النفسي بأعمال إضافية في المدارس.

(٥) عدم وجود غرفة مخصصة للأخصائي في بعض المدارس.

(٦) عدم تفهم مديري المدارس والمعلمين لطبيعة عمل الإرشادي.

(٧) كثرة عدد الطلبة في بعض المدارس ووجود أخصائي نفسي واحد.

(٨) حداثة عمل بعض الأخصائيين النفسيين، وافتقارهم لبعض الأساسيات اللازمة للعمل الإرشادي.

(٩) عدم استجابة بعض أولياء أمور الطلبة للدعوة التي يوجهها الأخصائيون النفسيون للحضور للمدرسة لأمور تخص ابناءهم.

وقد وجد الطويوقي (١٩٩١) أن من أبرز ما يشعر به الأخصائيون النفسيون من ضغوط معيقة لعملهم ما يلي:

(١) ضعف الإمكانات المدرسية.

(٢) مشكلات برنامج التوجيه والإرشاد.

(٣) عدم تفهم منسوبي المدرسة لدور الأخصائي النفسي.

أما النافع (١٩٩٢) فقد أكد على أن برامج الإرشاد المهني تواجه عدداً من الصعاب منها:

(١) تكليف الأخصائيين النفسيين بمهام إدارية.

(٢) افتقار البرامج إلى تحديد المعلومات في مجال العمل.

(٣) عدم توفير الإمكانات الضرورية لممارسة دوره في الإرشاد المهني.

أما دراسة تركي، والدلالي (١٩٩٩) فقد أسفرت عن أن:

(١) أكثر صعوبات الطلبة انتشاراً هي:

(أ) عدم قدرة الطلبة على التعبير عن مشكلاتهم.

(ب) عدم مصارحة الأخصائي النفسي بمشكلاتهم.

(ج) عدم فهم الطلبة لطبيعة عمل الأخصائي النفسي.

(٢) أما أكثر الصعوبات المهنية، أو الشخصية انتشاراً فقد كانت:

(أ) ضعف الممارسة العملية.

(ب) عدم توافر أدوات، أو مقاييس نفسية.

اما دراسة السميح (٢٠٠٤) فقد استهدفت تحديد مهام الأخصائي النفسي ذات الأهمية والممارسة الكبرى والصغرى من وجهة نظر الفئتين: مديري المدارس والأخصائيين النفسيين، وقد كشفت النتائج عن أن اهم معيقات عمل الأخصائي النفسي من وجهه نظر الأخصائيين النفسيين انها تتركز في تشتيت الأخصائي النفسي عن عمله الأساسي، واشتغاله بأعمال إدارية وأمور أخرى، ونقص اهتمام مدير المدرسة بالإرشاد للطلبة، وعدم اهتمام بعض المعلمين بتوجيه وإرشاد الطلبة.

اما دراسة اماتي، كلارك (Amatea, and Clark, 2005) فقد كشفت عن توقع عدد من مديري المدارس أن يكون الأخصائي النفسي عضوًا في الفريق الإداري بالمدرسة، ومعلمًا بديلاً، او مشرفًا في غرفة الطعام، او مشرفًا في الحافلات عند الضرورة.

اورد كل من مصطفى، والخياط(٢٠٠٤) عدد من معيقات العمل الإرشادي مع ذوي الإعاقات اهمها:

(١) افتقار المرشدين للإعداد والتدريب المناسب حول أساليب واستراتيجيات التعامل مع ذوي الإعاقات وأسرهم.

(٢) الخوف من التعامل مع ذوي الإعاقات؛ لأن الحصول على نتائج ايجابية معهم يحتاج إلى وقت طويل وجهد كبير قد لا يتحمله المرشد غير المعد لهذه الفئات.

(٣) الافتراضات الخاطئة التي ينطلق منها المرشد بأن مشكلات هذه الفئات نابعة منهم انفسهم، على الرغم من أن أسباب مشكلاتهم في كثير من الأحيان تكون الأسرة، او المدرسة، او المجتمع.

(٤) الدمج المطبق في المدارس وغير المخطط له بحذر، وما رافق ذلك من مشكلات؛ فيما يتعلق بالاتجاهات، اتجاهات الطلبة غير ذوي الإعاقة نحو الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، واتجاهات معلمي التعليم العام نحوهم، وكذلك اتجاهات اسر الأطفال غير ذوي الإعاقة نحوهم، وكذلك مشكلات لها علاقة في حجم العمل، والمسؤولية الملقاة على عاتق المرشد.

(٥) عدم وجود مراكز خاصة لدعم اشقاء وآباء ذوي الإعاقات.

(٦) عدم تضافر جهود المؤسسات التي لها علاقة بذوي الإعاقات والموهوبين وأسرهم.
(٧) قلة الإمكانيات المادية المتاحة لتقديم الخدمات الإرشادية بشكلها الأمثل.
(٨) عدم توفر امتيازات خاصة للعاملين في مجال إرشاد ذوي الإعاقات والموهوبين وأسرهم.
(٩) عدم تفعيل القوانين والتشريعات الخاصة بذوي الإعاقات وأسرهم.
(١٠) الافتقار إلى خدمات الكشف والتشخيص والإرشاد المبكر.

❁ الجوانب التنظيمية لعمل الأخصائي النفسي المدرسي

مما لاشك فيه أن التنظيم يؤدي دورًا كبيرًا في نجاح الأخصائي النفسي في أداء عمله بكفاءة، ومن الطبيعي أن يرتبط ذلك بالمكان الذي تتم فيه العملية الإرشادية، والسجلات التي يستعين بها في إتمام هذا الأداء على النحو المرجو.

ولكي يستطيع الأخصائي النفسي القيام بعمله كما يجب، ينبغي أن يتوافر له غرفة مستقلة، وتتوافر فيها عددًا من الشروط أوضحها عقل (٢٠٠٠) في النقاط التالية:

(١) يجب أن يكون حجم الغرفة مناسبًا، فالغرفة الصغيرة تولد الشعور بالضيق، والقلق، والغرف الكبيرة تولد الشعور بعدم الأمان، وعدم السرية.
(٢) يجب توفير الإضاءة الهادئة، والتهوية الجيدة، وغير مباشرة، وشاملة لأرجاء الغرفة.
(٣) يجب أن تحتوي غرفة الإرشاد على مقعدين رئيسيين، مقعد مريح للطالب يشعر معه بالاسترخاء، ومقعد للأخصائي يفضل أن يتحرك في كل الاتجاهات لاعتبارات متعددة. كما يفضل أن تحتوي الغرفة على مقعدين آخرين لمقابلة أهل الطالب.
(٤) يعد اختيار المعلقات، أو اللوحات على الحائط أمرًا مهمًا، فلا يجوز أن تحمل صورًا لأشخاص مقربين من الأخصائي النفسي؛ فهناك من يعلقون صور أطفالهم، أو زوجاتهم، أو معلقات تحمل دلالات عنصرية، أو اتجاهات معادية لبعض الفئات. كل ذلك قد يؤثر على بعض الطلبة ذوي الإعاقات والموهوبين، ومن الأفضل اختيار بعض الأقوال، أو الحكم، أو النصائح، أو الآيات التي تبعث في النفس الأمن، والطمأنينة.

(١) يفضل أن تحتوي غرفة الإرشاد على مكتب؛ إشعارًا بوجود علاقة مهنية رسمية، ويسهل عليه كتابة الملاحظات، والتقارير، على أن لا يكون المكتب ضخمًا يشعر الطالب بالهوة بينه، وبين الأخصائي النفسي.

(٢) من المفضل أن تكون ألوان السجاد، والستائر، وطلاء الجدران ألوانًا هادئة تبعث على الارتياح، وأن تخلو من النقوش التي تمثل رموزًا لها دلالات خاصة عند بعض العملاء.

(٣) يعد الهاتف من التجهيزات الضرورية، حيث يتم إنجاز الكثير من الأعمال التي تتعلق بالمهنة عن طريقة، ولكن من المهم أن لا يتلقى الأخصائي النفسي محادثات تليفونية، أو يقوم بها أثناء الجلسات الإرشادية.

(٤) يفضل وجود خزانة لحفظ المستندات، والملفات، ونتائج الاختبارات، والتقارير ضمانًا لسرية الإرشاد، ويفضل أن توضع الملفات بعد الانتهاء منها في هذه الخزانة، ولا يجوز أن يبقي ملف أحد الطلبة على المكتب أثناء جلسة إرشادية لطالب آخر؛ فذلك يعني أنه بالإمكان الكشف عن أسرار الطلبة.

(٥) يرى بعض الباحثين أن وجود مكتبة إرشادية تضم بعض الكتب، أو النشرات، أو المطبوعات المتعلقة ببعض الجوانب الإرشادية أمرًا مهمًا. كما أن احتواء هذه المكتبة على بعض أشرطة الفيديو التي تتعلق بعلاج بعض الحالات أمر يمكن استغلاله في المقابلات العلاجية.

(٦) يجب أن تكون الغرفة هادئة فالضوضاء الخارجية ليست مزعجة فقط، بل تولد القلق عند لدى الطالب. فلا يوجد شيء أكثر إعاقة للاسترسال في الحديث الصريح من الاعتقاد بأن الآخرين قد يسمعونه مادام هو يسمعهم.

❁ مفاهيم خاطئة عن إرشاد ذوي الإعاقة

يوجد عدد من المفاهيم الخاطئة عن الإرشاد تتمثل فيما يلي:

(١) أن الإرشاد مجرد خدمة، أو عملية تقدم للطلبة ذوي الإعاقة ممن يعانون من اضطرابات فحسب، والصحيح أن خدماته تقدم لجميع الطلبة على حد سواء.

(٢) ان الإرشاد يقتصر على مواجهة المشكلات السلوكية لدى ذوي الإعاقة، والصحيح انه يتضمن جميع جوانب شخصية الطالب ككل: جسميًا، وعقليًا، واجتماعيًا، وانفعاليًا.

(٣) الإرشاد خدمة يقوم بها الأخصائي، والصحيح انه عملية يشجع فيها الأخصائي الطالب، ويوقظ لديه الدافعية، والقدرة على أن يؤدي شيئًا لنفسه بنفسه.

(٤) الإرشاد خدمات تضاف إلى نشاط المعهد أو البرنامج، والصحيح أن الإرشاد جزء لا يتجزأ من البرنامج العام للمدرسة التي يقدم فيها الإرشاد.

(٥) الإرشاد خدمات يقدمها أخصائي واحد، أو عملية يقوم بها أخصائي واحد، والصحيح أن خدماته يقدمها فريق؛ مثل: المرشد الطلابي، والأخصائي الاجتماعي، والمعالج النفسي ... وغيرهم.

(٦) الإرشاد يتضمن تقديم نصائح وخطط جاهزة للطلاب ذوي الإعاقة، والصحيح انه يتضمن مساعدة الطلبة على فهم أنفسهم، وتحقيق ذاتهم في ضوء فرص الحياة الواقعية المتاحة أمامهم.

(٧) الإرشاد خدمة لابد ان تتم في مركز إرشاد، والصحيح أنها يمكن أن تقدم في أي مكان مناسب، ويضمن نجاحها سواء كانت في مركز إرشاد، أو عيادة نفسية، أو مدرسة، أو غيرها.

(٨) أن الإرشاد مرادف للعلاج، والصحيح أنه ليس مرادفًا له، ولكن يشترك معه في كثير من العناصر، والفرق بينهما في الدرجة وليس في النوع، وفرق في المسترشد وليس في العملية.

❁ الميثاق الأخلاقي للعمل الإرشادي

لكل مهنة أخلاقيات ومواثيق وقواعد ومبادئ تحكم قواعد العمل والسلوك فيها، وشروطه، وما ينبغي التزامه من جانب المتخصصين فيها، والممارسين لنشاطها. وهذا الميثاق الأخلاقي يعد دستورًا تعاهديًا بين المتخصصين، يلتزمون وفقا له بالسلوك الهادف إلي أداء مهني

عال، يترفع عن الأخطاء، والتجاوزات الضارة بالمهنة أو بالمشتغلين بها، أو بالإنسان الذي تستهدفه هذه الخدمة النفسية.

وانطلاقاً من أهمية وجود ضوابط وأسس مهنية يعمل بموجبها المتخصصون في مجال الخدمة الإرشادية في كافة الميادين التربوية والنفسية والمهنية، فقد رأت الأسرة الوطنية للتوجيه والإرشاد بوزارة التربية والتعليم (في دورتها لعام ١٤١٧/١٤١٨هـ) أهمية إعداد ميثاق أخلاقي مهني متخصص يعين المرشد الطلابي على تطبيق المفهوم المهني الصحيح للخدمة الإرشادية في المجال التربوي، حيث صدر الميثاق الأخلاقي للتوجيه والإرشاد في مدارس وزارة التربية والتعليم عام ١٤١٨هـ كما يلي :

المادة الأولى : مبادئ عامة

١/١: أن يتحلى الأخصائي النفسي بالأخلاق الإسلامية قولاً وعملاً وأن يكون قدوة حسنة في الصبر والأمانة وتحمل المسئولية دون ملل أو ضجر أو يأس .

٢/١: أن يتسم الأخصائي النفسي بالمرونة في التعامل مع حالات الطلبة، وعدم التقيد بأساليب محددة في فهم مطالبهم وحاجاتهم الإرشادية .

٣/١: أن يتميز الأخصائي النفسي بالرفق في معاملته للطالب بما يمنحه الشعور بالاهتمام به والسعي لمصلحته ومساعدته في حل ما يعترضه من صعوبات .

٤/١: أن يتميز الأخصائي النفسي بالإخلاص وتقبل العمل في مجال التوجيه والإرشاد كرسالة ليس على أساس انه وظيفة بل رسالة بعيداً عن الرغبات والطموحات الشخصية .

٥/١: أن يكون لدى الأخصائي النفسي وعي بذاته ودوافعه وحاجاته وعدم إسقاطها على مسار العمل الإرشادي .

٦/١: أن يتجنب الأخصائي النفسي إقامة علاقات شخصية مع الطالب وأن تكون العلاقة بينهما علاقة مهنية .

٧/١: أن يسعى الأخصائي النفسي إلى تحقيق السعادة والرفاهية للطالب وأن توجه العملية الإرشادية لتحقيق أهدافها الإرشادية.

٨/١: أن تكون لدى الأخصائي النفسي معرفة تامة بالحدود الأخلاقية لمهنته وعدم تجاوزها وتجنب أي تصرف يسيء إلى عمله المهني.

٩/١: أن يكون المظهر الشخصي للمرشد الطلابي مقبولاً دون تكلف أو مبالغة.

١٠/١: أن يبتعد المرشد عن التعصب كافة والالتزام بأخلاقيات العمل المهنية.

١١/١١: ألا يستخدم الأخصائي النفسي أجهزة تسجيل أو أجهزة أخرى إلا بعد استئذان الطالب وأخذ موافقته.

١٣/١: أن يقوم المرشد بمصارحة الطالب بحدود وإمكانات عمله المهني دون مبالغة أو خداع.

١٣/١: ألا يقوم الأخصائي النفسي بتكليف أحد زملائه من غير المرشدين في الجامعة بالقيام بمسؤولياته الإرشادية إنابة عنه .

١٤/١: أن يوثق الأخصائي النفسي عمله المهني بأقصى قدر من الدقة والإتقان وبما يكفل استكماله في حالة عدم استمراره في مهمته لأي سبب من الأسباب.

١٥/١: في حالة تطبيق الأخصائي النفسي اختبارات على الطالب فعليه إشعاره بأسباب التطبيق ونوع الاختبار وتفسير نتائجه مع الاحتفاظ التام بسرية المعلومات.

١٦/١: عند تأكد الأخصائي النفسي واقتناعه بضرورة تحويل الطالب إلى جهة أخرى لاستكمال دراسة حالته فعليه إشعار الطالب بذلك وشرح أسباب تحويله.

المادة الثانية : كفاية الأخصائي النفسي المهنية وخصائصه الشخصية

١/٢: أن يتوفر لدى الأخصائي النفسي بعض الخصائص المهنية والشخصية ومنها الإلمام بالمعارف العملية المتخصصة في مجال التوجيه والإرشاد وخدماته الإنمائية والوقائية والعلاجية التي تعتمد على فهم السلوك والقدرة على تفسيره، وتعد درجة الدبلوم في التوجيه والإرشاد بعد الدرجة الجامعية وبخاصة للمتخصصين في الدراسات النفسية والاجتماعية (علم النفس، الخدمة الاجتماعية، علم الاجتماع) حداً أدنى للعمل في مجال التوجيه والإرشاد.

٢/٢: أن تتوفر لديه القدرة على تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية المقننة على البيئة السعودية وتفسير نتائجها.

٣/٢: أن تتوفر لديه الكفاية الذهنية التي تمنحه القدرة على فهم شخصية الطالب وحاجاته ومطالبه الإرشادية من خلال سعة إطلاع المرشد في مجال تخصصه.

٤/٢: أن يطور قدراته المعرفية والمهارية في مجال التوجيه والإرشاد عن طريق الاطلاع على المراجع العلمية والاشتراك في الدوريات المتخصصة وحضور المؤتمرات والندوات في مجال اختصاصه والمشاركة الفاعلة فيها.

٥/٢: أن تتوفر لديه القدرة البدنية والانفعالية التي تدفعه لبذل الجهد والعطاء في متابعة حالة الطالب وإنجاح العملية الإرشادية.

٦/٢: أن تتوفر لديه القدرة على توجيه مسار العملية الإرشادية بما يحقق الهدف الإرشادي.

٧/٢: ألا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية أو أساليب مهنية لا يجيد تطبيقها وتفسير نتائجها.

المادة الثالثة: السرية

١/٣: يلتزم الأخصائي النفسي بالأمانة على ما يقدم له أو يطلع عليه من أسرار خاصة بالطالب وبياناته الشخصية ومسؤولية تأمينها ضد إطلاع غيره عليها إلا بإذن منه وبطريقة تصون سريتها .

٢/٣: يلتزم عدم نشر المعلومات الخاصة بالحالات التي يقوم بدراستها ومتابعتها التي قد تمكن الآخرين من كشف أسرار أصحابها منعاً للتسبب في أي حرج لهم أو استغلال البيانات ضدهم.

٣/٣: عدم الإفصاح عن نتائج دراسة حالة الطالب والاكتفاء بإعطاء توصيات ليمن يهمه أمر الطالب للتعامل مع حالته.

٤/٣: في حالة معرفة الأخصائي النفسي واقتناعه من خلال دراسة حالة الطالب بان هناك خطراً أو ضرراً قد يلحق بالطالب أو الآخرين فعليه الإفصاح عن معلومات محددة وضرورية عن الحالة لمن يهمه الموضوع في علاج حالته.

٥/٣: في حالة طلب معلومات سرية عن حالة الطالب من قبل الجهات الأمنية أو القضائية فعلى الأخصائي النفسي الإفصاح عن المعلومات الفردية وبقدر الحاجة فقط وإشعار الطالب بذلك.

٦/٣: إذا طلب ولي أمر الطالب أو مدير الجامعة أو المشرف التربوي معلومات سرية عن الطالب فعلى الأخصائي النفسي تقديم المعلومات الضرورية بعد التأكد من عدم تضرر الطالب من إفشائها.

المادة الرابعة: أسس ومبادئ العلاقة الإرشادية

٤/١: المبادرة في تلمس حاجات الطلبة الإرشادية وتحديدها وإعداد البرامج والخدمات اللازمة لتلبية تلك الحاجات في ضوء أهداف التوجيه والإرشاد في المملكة العربية السعودية.

٤/٢: التقبل الايجابي للطالب بالإصغاء لمشكلاته دون إصدار أحكام تقويمية عليها والنظر إلى الطالب باعتباره إنساناً له كرامة وقيمة مما يعطيه شعوراً بان هناك من يفهمه ويقدر حالته ويهمه أمره .

٤/٣: العمل على إزالة اسباب الخوف والقلق لدى الطالب وتقبله والتفهم التام لمشكلته بما يعزز ثقته في الأخصائي النفسي ويساعد على تكوين علاقة مهنية ايجابية تسهم في إنجاح العملية الإرشادية.

٤/٤: الحرص التام على مصلحة الطالب وتقديم العون له بعيداً عن أشكال التحيز أو الاستغلال.

٤/٥: الاهتمام بالجلسات الإرشادية وحضورها في مواعيدها المحددة بكل دقة وتهيئة المكان المناسب لعقدها.

٤/٦: تفهم أبعاد ومقتضيات الوسط الاجتماعي والثقافي والقيم الاجتماعية للطالب، فلا يجوز أن يأتي الأخصائي النفسي بممارسات علاجية أو إرشادية لا تتفق مع تلك المفاهيم والقيم.

٤/٧: الإصغاء التام للطالب أثناء العملية الإرشادية وملاحظة انفعالاته أثناء قوله أو فعله لكي يتسنى له فهم حالته والملاحظة المستمرة لتلك الانفعالات.

٤/٨: عدم استفزاز الطالب للكشف عن مشكلته مما يضعف الثقة بينه وبين الأخصائي النفسي ويعيق تقدم العملية الإرشادية.

٩/٤: عدم الاستهانة بوجهة نظر الطالب حفاظاً على توثيق العلاقة المهنية وسير العمل الإرشادي في اتجاهه الصحيح.

١٠/٤: مساعدة الطالب على تعلم كيفية اتخاذ القرار لحل مشكلاته بما يعزز ثقته في نفسه والتعرف على قدراته والبعد عن صنع القرار له.

الفصل الثاني

أساليب التقييم والتشخيص

في إرشاد ذوي الإعاقات والموهوبين

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) وضح أهداف تطبيق الاختبارات والمقاييس؟

(٢) ما انواع الاختبارات والمقاييس؟

(٣) اذكر اهم المبادئ الواجب مراعاتها عند تطبيق المقاييس؟

(٤) ما اهم المشكلات الأساسية في القياس والتقويم في التربية الخاصة؟

(٥) يختلف نوع المقابلة باختلاف عدد المشتركين فيها، وحسب الأسلوب المتبع فيها، والهدف الذي تسعى لتحقيقه، ونوع المشكلة التي تعالجها وضح ذلك؟

(٦) تكلم عن خطوات إجراء المقابلة؟

(٧) وضح انواع الملاحظة في ضوء عدد من المتغيرات؟

(٨) ما شروط نجاح عملية الملاحظة؟

(٩) حدد مفهوم دراسة الحالة ومراحلها؟

(١٠) اذكر خطوات إجراء الملاحظة؟

(١١) وضح من هم المشاركين في كتابة السجل المجمع ودور كل منهم؟

أساليب التقييم والتشخيص في إرشاد ذوي الإعاقات والموهوبين

مُقدمة:

تتعدد الوسائل، أو الأدوات التي يعتمد عليها الأخصائي النفسي عند جمع معلومات، أو بيانات عن الطالب ذي الإعاقة. فقد يعتمد الأخصائي النفسي على طريقة معينة للكشف عن بعض جوانب شخصية الطالب ذي الإعاقة، وتفشل طرق أخرى في الكشف عنها، وقد يبدأ الأخصائي النفسي في استخدام طريقة كالمقابلة مثلاً ثم ينتقل منها إلى تطبيق الاختبارات والمقاييس ليدعم آرائه واستنتاجاته حول نقطة معينة، ثم ينتقل منها لإجراء الملاحظة، أو دراسة الحالة للتأكد من مجموعة أخرى من الافتراضات... وهكذا فكلما تعددت هذه الوسائل والأدوات كانت المعلومات أكثر دقة وصدقًا وموضوعية. وفي هذا الإطار المحدد تم اختيار أكثر أدوات جمع المعلومات التي يمكن أن يستخدمها أخصائيي التشخيص في المدارس انتشارًا، والتي يمكن عرضها على الوجه التالي:

❁ أولا: الاختبارات والمقاييس

تعد مهارة استخدام الاختبارات والمقاييس وإعدادها وتفسيرها أحد المهارات الأساسية التي يجب أن يتمتع بها الإخصائي النفسي المدرسي؛ لأنها تفيده عند تحديد وتقدير سمات وخصائص الطالب بدقة، وتفيده أيضًا في إصدار أحكام سليمة عن ذلك الطالب، هذا إلى جانب أنها تساعد الطلبة على فهم أنفسهم، واتخاذ قراراتهم على أسس تربوية ونفسية دقيقة دون التخبط عشوائيًا، كما أنها تسهم في تسهيل عمليات النمو للطالب، وتطوير شخصيته من جميع جوانبها.

أهداف تطبيق الاختبارات والمقاييس:

يلخص حبيب (١٩٩٦) أهداف المقاييس والاختبارات في أربعة أهداف اساسية هي:

(١) المسح:

إن المسح بمعناه العام يتضمن حصر خصائص الموضوع الخاضع للدراسة، أو الفحص؛ ففي المجال التربوي مثلاً يتم استخدام الاختبارات والمقاييس لأغراض المسح بمظاهر متعددة؛ مثل: قياس التحصيل، والفروق الفردية، والميول والاستعدادات النفسية... الخ، وقد تستخدم الاختبارات، والمقاييس للتعرف على جوانب معينة خاصة بالمعلمين، أو الإدارة التربوية، أو المناخ المدرسي، أو غير ذلك من المجالات ذات الصلة بالعملية التربوية عمومًا.

(٢) التشخيص:

بمعنى تحديد جوانب القصور، ومظاهره، وأسبابه، وعادة ما يستخدم في ذلك نماذج القدرات، والاستعدادات لتحليل الجوانب المعرفية، والانفعالية من حيث خصائصها، وتوزيعها لدى المفحوصين بوجه عام، أو لدى حالات معينة تتطلب ذلك سواء بالنسبة للمتفوقين، أو بطيئي التعلم.

(٣) العلاج:

بموجب المسح والتشخيص يمكن التعرف على خصائص الموضوع، أو الظاهرة في أبعادها المختلفة بما في ذلك جوانب القوة وجوانب الضعف؛ وبالتالي تستخدم النتائج في العلاج، بمعنى علاج السلبيات واتخاذ الإجراءات اللازمة للضبط، وتصحيح المسار، ومثلما تتخذ الإجراءات اللازمة لتدعيم الايجابيات وجوانب القوة .

(٤) التنبؤ:

إن قياس جوانب معينة في السلوك الإنساني ومعرفة خصائصه الحالة، مع التدقيق في إجراءات الضبط والقياس، يمكن من التنبؤ والتقدير بشأن السلوك، ولقد سجلت البحوث التنبؤية نجاحًا ملحوظًا في مجال قياس القدرات، والاستعدادات العقلية، وأمكن التنبؤ القريب إلى الدقة فيما يتعلق بالعديد من الموضوعات سواء في المجال التربوي، أو النفسي، أو الاجتماعي.

أنواع الاختبارات والمقاييس:

هناك العديد من الاختبارات والمقاييس التي يختلف بعضها عن الآخر تبعًا للمجال الذي تهتم بقياسه، وفيما يلي إشارة لبعض أنواع الاختبارات والمقاييس في المجالات المختلفة.

(أ) مقاييس الاستعدادات:

صُممت هذه الاختبارات لقياس مدى قدرة الطالب على التعلم والوصول إلى مستوى متقدم في مجال معين مثل الموسيقى، أو الرسم، أو الميكانيكا... وغيرها من المجالات الأخرى، وتستهدف تلك المقاييس ما يلي:

(أ) التنبؤ بمدى قدرة الطالب على النجاح، أو الفشل في نوع معين من الدراسة، أو العمل.

(ب) تساعد العاملين مع الطلبة على تهيئة الجو المناسب لهم لتنمية هذه القدرات والاستعدادات، وذلك بتوفير أكبر قدر من الأنشطة التي تساعد على نموها.

وهناك العديد من المقاييس التي تقيس الاستعدادات الأكاديمية، أو الاستعدادات الموسيقية، أو الاستعدادات الفنية، أو الاستعدادات اللغوية، أو الاستعدادات المهنية... وإلى غير ذلك من ميادين الاستعدادات الأخرى، ومن بين مقاييس الاستعداد المتوافرة في الميدان:

- اختبار المهن الكتابية:

من إعداد محمد عماد الدين إسماعيل، وسيد عبد الحميد مرسي وهو يهدف إلى تقيم الطلبة من حيث قدرتهم على الأعمال الكتابية؛ مثل: أعمال السكرتارية، وبعض الوظائف الكتابية الأخرى، وتشمل ثلاثة اختبارات هي: "اختبار القدرة العددية، والسرعة، والدقة، والاستدلال اللغوي".

- اختبار سيشور للقدرة الموسيقية:

لقد أعدت الاختبار باللغة العربية آمال صادق ويقيس القدرات الموسيقية الأساسية؛ مثل: القدرة على التمييز الصوتي من حيث حدة النغمات، وشدتها، والتوقيت، وتذكر الإيقاعات، والقدرة على التمييز بين طول، أو زمن نغمتين، والقدرة على الوقوف على نوعية الصوت من حيث التشابه والاختلاف، وتقدم الموسيقى للمفحوص مسجلة على اسطوانات، أو أشرطة.

(أ) مقاييس الميول:

صممت هذه الاختبارات لقياس مدى إقبال، أو تفضيل الطالب لنوع معين من الأنشطة، أو الموضوعات سواء أكانت ميوله علمية، أو موسيقية، أو ميكانيكية، أو أدبية، أو حسابية، أو عددية، أو خلوية، أو للخدمة الاجتماعية، أو فنية وإلى غير ذلك من الميول.

وتستخدم اختبارات الميول لتحقيق المبدأ الذي يؤكد على انه إذا ما توافر للطالب الميل نحو مادة دراسية معينة، أو مهنة بعينها، وتوافرت في الوقت نفسه الظروف والعوامل المهيئة لنجاحه في تلك الدراسة، أو المهنة، فإن فرصة نجاحه وتميزه فيها أكثر من غيرها، ومن هنا فهي تعد أدوات تفيد الإخصائي النفسي في دوره كموجه تربوي، ومهني لطلابه.

ومن الطرق المتبعة للكشف عن الميل لموضوع، أو نشاط معين لدى الطلبة تتبع إحدى الطرق الآتية:

(أ) معرفة الطالب بموضوع ما: فلو فرضنا ان طالبًا يلم بموضوع دون غيره كان كذلك بمثابة دليل على ميله لهذا الموضوع.

(ب) التفضيل: يطلب من الطالب ترتيب أعمال، أو كتب، أو مهن، أو أنشطة، أو مواد دراسية تبعا لأكثرها تفضيلاً لديه، ويستدل من استجاباته المعبر عنها وترتيبه لها عن ميوله.

(ج) التداعي: استجابة الطالب لكلمات مختارة بشكل متكرر يكشف عن نمط الميل السائد لديه.

(د) الجدول الزمني: وهو تسجيل وتوزيع كامل للفقرات الزمنية التي يكرسها الطالب لنواحي النشاط المختلفة وأشكال الترويح، وقد يكشف ذلك عن ميوله.

ومن اختبارات الميول المتوافرة في الميدان:

- اختبار كودر للميول المهنية:

لقد اقتبس هذا الاختبار أحمد زكي صالح من اختبار كودر (1939) Koder وقد قنن الاختبار واستخرجت له معايير خاصة، وأعدت كراسة الأسئلة وورقة الإجابة ومفاتيح التصحيح، ويقيس هذا الاختبار عشرة ميول أساسية هي: الميل للعمل في الخلاء، والميل الميكانيكي، والميل

للعمل الحسابي، والميل للعمل العلمي، والميل إلى الأعمال التي تحتاج إلى إقناع، والميل الموسيقي، والميل للعمل الأدبي، والميل للعمل الفني، والميل الخدمة الاجتماعية، والميل للعمل الكتابي.

◉ اختبار الميول المهنية:

يتكون اختبار الميول المهنية إعداد: سترونج (1927) Strong من صورتين إحداهما خاصة بالميول المهنية للرجل، والأخرى للنساء، وقام عطية هنا باقتباس الصورة الخاصة بالميول المهنية للرجل، ويتكون اختبار في صورته العربية من ثمانية أقسام هي: تفضيل المهن، وتفضيل المواد الدراسية، وأنواع التسلية المختلفة، وأنواع النشاط، وصفات الطلبة المختلفين، والمفاضلة بين أوجه النشاط على أساس صفات أسلوب النشاط، والمفاضلة بين عملين محددين، وحكم الطالب على نفسه وتقديرها في بعض النواحي. والاختبار له أهمية كبيرة في التوجيه التربوي والمهني.

◉ مقياس التفضيل المهني:

أعده جون هولاند Holland لبيان المهن المفضلة لدى المفحوص والمهن الغير مفضلة. حيث تعكس إجابة المفحوص، اهتماماته، وقيمة، وتفضيلاته. ولقد ترجمة إلى العربية محمد الشناوي، وأعد له معايير على عينة من طلاب الثانوي والجامعة بالسعودية. ويطبق على طلاب الثانوي، أو الجامعة أي من سن ١٤ سنة فما فوق، وصمم المقياس لاستخدامه مع طلبة المدارس الثانوية وطلبة الجامعات من أجل أغراض التوجيه المهني، حيث يوضح الرجل المناسب في المكان المناسب، كما أنه طور لتقييم الاهتمامات وتقييم نمو الشخصية لدى الطلبة.

◉ مقياس بينيت للفهم الميكانيكي:

اختبار الفهم الميكانيكي من إعداد: بينيت Bennett وقد قام محمد ربيع بتقنينة في المملكة العربية السعودية، يشتمل على مجموعة أسس حول صور تمثل المبادئ الميكانيكية، ويفيد في التعرف على الاستعدادات الميكانيكية لمدى النجاح في بعض التخصصات الهندسية والمهن الميكانيكية، ويمكن تطبيقه على أعمار من ٩ سنوات فأكثر.

قائمة إدواردز للتفضيل المهني:

أعد هذه القائمة "إدواردز" (1953) Edwards تاسيسًا على نظرية الحاجات لموارى، وقد أعد القائمة العربية جابر عبد الحميد جابر وقائمة إدواردز للتفضيل (EPPS) مصممة على اساس الاختيار الجبري لما يرغبه الطالب للتقدير الاجتماعي له. وتتكون القائمة من ٢١ أزواج من العبارات، يختار المفحوص منها واحدة باعتبارها تمثله، ويشتمل الاختبار على ١٥ درجة تمثل حاجات المفحوص وهي: الذات، السيطرة، لوم الذات، العدوان، العطاء، الجنس، التغير، الانتماء، الترتيب – الاستقلال، الإنجاز، البقاء، الإذعان.

(٣) اختبارات ومقاييس القدرات العقلية:

يهتم الإخصائي النفسي وخاصة ممن يتعاملون مع ذوي الإعاقة والموهوبين بجمع معلومات عن الجوانب العقلية للطلبة؛ مثل: القدرات العقلية العامة، القدرات العقلية الخاصة، وبعض النواحي التي تتعلق بالإدراك والمذاكرة والاستدلال العام، وكذلك الذكاء.. وغيرها فهو يستفيد منها في تصنيف الطلبة ووضعهم في المكان المناسب بهم، وتتنوع اختبارات ومقاييس الذكاء، فمنها ما هو فردي والأخر جماعي، ومنها ما هو لفظي وبعضها مصور، ولكن يجمعهم هدف واحد في النهاية هو تحديد معامل ذكاء الطالب. ومن مقاييس القدرات العقلية ما يلي:

مقياس ستانفورد بينه للذكاء:

وضعه "الفريد بينيه"، و"ثيودور سيمون" ١٩٠٥م، وأجريت له عدد مراجعات كان أخرها الصورة الخامسة في ٢٠٠٣ م على يد جال. هـ رويد، بعد ما يقرب من سبعة عشر عامًا من ظهور الصورة الرابعة. وقام بتقنينه على البيئة المصرية لويس ملكية ومحمد عبد السلام، وأجريت له مراجعات من قبل عدد من الباحثين كان آخرها للصورة الخامسة تقنين صفوت فرج، وتم تقنينه في بعض البيئات العربية؛ مثل: الأردن، السعودية، والمغرب. ويستخدم من سن ٢ – ١٦ سنة. ويستخدم للكشف عن الذكاء والاستعداد الدراسي لأغراض تربوية وإرشادية.

◉ مقياس وكسلر لذكاء:

اعده "وكسلر" ,Wechsler ونشر لأول مرة ١٩٣٩ واجريت له مراجعات عدة آخرها ١٩٨١. وقام لويس ملكية وعماد الدين إسماعيل بتقنين مقياس "وكسلر بلفيو" على البيئة المصرية وإعداد نماذج التصحيح وجداول نسب الذكاء والدلالات الإكلينيكية للمقياس ويستخدم لقياس ذكاء الأشخاص ما بين ١٦ – ٦٠ سنة. ويهدف إلى قياس الذكاء، ويستخدم في المراكز الإرشادية لأغراض الاضطرابات النفسية، وتدهور الوظائف العقلية. ومن المعلوم أن هناك صورة من مقياس "وكسلر" خاصة بالأطفال واخرى خاصة بالراشدين.

◉ اختبار الذكاء اللفوي:

قام رجاء أبو علام، وحمدى حنبلي بإعداد هذا الاختبار، وقد اقتبست فقراته من اختبار الذكاء الثانوي لـ إسماعيل القباني واختبار الذكاء العالي لـ السيد خيري، وقد استخدم لتحديد نسبة الذكاء باعتبارها منبئات جيدة عن القدرة التعليمية العامة، أو الاستعداد للتحصيل الدراسي. ولقد تم تقنين الاختبار على البيئة الكويتية، وقام كمال مرسي وعبد المجيد منصور بتقنية على البيئة السعودية وثم استخراج نسب الذكاء الانحرافية المقابلة للدرجات الخام التي يحصل عليها الطالب. و يستخدم الاختبار لطلاب المرحلة المتوسطة والثانوية اي ما بين ١٣– ١٨ سنة. ويستخدم الاختبار كأداة لاستخراج نسبة الذكاء باعتبارها منبئات جيدة عن القدرة التعليمية، أو الاستعداد الصفي الدراسي للطالب ويطبق بشكل جماعي.

◉ اختبار الذكاء العالي:

لقد أعد هذا المقياس السيد خيري وقد قامت كلية التربية بجامعة الملك سعود بسلسلة من الدراسات لتقنين الاختبار على البيئة المحلية السعودية وقام بعملية التقنين صلاح حوطر وماهر الهواري ويتكون من ٤٢ سؤالاً تتدرج في الصعوبة ويتضمن عينات من الوظائف الذهنية أهمها: القدرة على تركيز الانتباه، والاستعداد اللفظي، القدرة على إدراك العلاقات بين الأشكال، والاستدلال اللفظي، والاستدلال العادي. والاختبار بوضعه الحالي

يقيس القدرة على الحكم والاستنتاج خلال ثلاثة أنواع من الموقف، مواقف لفظية، مواقف عددية، مواقف تتناول الأشكال المدرسية وبذلك يقرب مفهوم الذكاء الذي يهدف هذا الاختبار لقياس من المفهوم الذي سبق أن أطلق عليه سبيرمان (العامل العام). وقد تحقق له ثبات وصدق مرتفعين.

◉ اختبار رسم رجل (جود انف) Coodenough Draw – a – man test

استخدمت جود انف (١٩٢٦) مهمة رسم رجل كأساس لتقدير الذكاء، وفي هذا الاختبار يطلب من الفحوص أن يرسم صورة رجل. ويصحح هذا الاختبار على أنه يقيس قوة الملاحظة عند الطالب، وكذلك نمو التفكير المتصل بالمفاهيم لدية، ولا يهتم بالقدرة الفنية. وقد أعدت لهذا الاختبار معايير في البيئة العربية في مصر وفي المملكة العربية السعودية، ويعد هذا الاختبار من الاختبارات المتحررة من أثر الحضارة، ولا يحتاج لتعليمات كثيرة، ويناسب أيضًا ذوي الإعاقة السمعية (ولكنه لا يصلح للمعوقين بصريا و من يعانون من صعوبات الحركة).

◉ اختبارات الاستعدادات الفارقة (Differential Aptitude Tests (DAT

وهي من إعداد ج. ز. بينيت، هـ سيشور، أ. وسمان، وقد قام باقتباس اختبارات هذه البطارية، لويس مليكة و السيد خيري، وقد أعدت أصلاً لاستخدامها في التوجيه والإرشاد التعليمي والمهني في المدارس الإعدادية والثانوية، كما أنها تصلح للتضييق على الراشدين خارج المدارس. وقد شملت البطارية ثمان اختبارات هي التفكير اللفظي، القدرة العددية، الاستدلال المجرد، العلاقات المكانية، الاستدلال الميكانيكي، القدرة على استخدام اللغة (الجمل)، القدرة على استخدام اللغة (الإملاء)، السرعة والدقة في الأعمال الكتابية.

◉ اختبار بيتا للذكاء (المعدل)

أعد هذا الاختبار في صورته الأولي: كيلوج ومورتن وقد نقله إلى العربية تحت اسم " اختبار الرياض بيتا للذكاء "محمد شحاتة ربيع (١٩٨٦) ويتكون الاختبار من ستة اختبارات

فرعية تتطلب الإجابة عليها مدة تتراوح بين ٣٠ – ٤٥ دقيقة، والاختبارات التي يشتمل عليها هي: المتاهات، والترميز، والأشكال الهندسية، وتكملة الصور، والمهارات الكتابية، وبطاقات الصور. ويمكن أن يستخدم الاختبار مع الحالات التي تعاني من مشكلات في اللغة؛ مثل: حالات الإعاقة السمعية.

◉ اختبارات القدرات العقلية الأولية

أعده زكي صالح مقتبسًا من اختبارات "ثرستون" للقدرات الأولية بعد تعديله ليناسب البيئة المصرية. وتقيس هذه الاختبارات أربع قدرات أولية لها أهميتها في النجاح المدرسي والمهني. وهذه القدرات هي: القدرة اللغوية، القدرة على الإدراك المكاني، القدرة على الاستدلال، القدرة العددية.

(٤) اختبارات ومقاييس الشخصية:

اختبارات الشخصية تعد من المقاييس التي لا غنى عنها للإخصائي النفسي المدرسي والتي يستطيع من خلالها رسم صورة نفسية لملامح شخصية الطالب وتحديد جوانب القوة في شخصيته، وتحديد الجوانب المضطربة فيها، وتتعدد طرق قياس الشخصية حسب النظرية التي بني في ضوئها الاختيار وحسب نمط الاستجابة المعروضة وظروف الإجراء وطريقة التفسير وهدف المقياس. ومن بين اختبارات ومقاييس الشخصية المتوافرة بالميدان:

◉ مقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI

من الاختبارات الواسعة الانتشار في المؤسسات العلاجية، ويشتمل المقياس على تسعة مقاييس إكلينيكية؛ مثل: الاكتئاب، والفصام، والهوس الخفيف، والهستيريا، والانحراف السيكوباتي، وتوهم المرض...الخ؛ بالإضافة إلى أربعة مقاييس للصدق، ويطبق فرديًا، أو جماعيا. كما أسهم المقياس في توليد مجموعة كبيرة من المقاييس باستخدام فقراته (أكثر من ٣٥٠ مقياسًا). والمقياس طويل يستغرق وقتا طويلا في تطبيقه وتصحيحه وينصح بأنه

يستخدم فقط مع المرض والا يستخدم مع الطلبة لحساسية فقراته، وقد أعده بالعربية عماد إسماعيل ولويس مليكة وعطية هنا.

◉ مقياس كاليفورنيا للشخصية:

أعد هذا المقياس ليقيس سمات الشخصية السوية، ويتضمن (١٨) مقياسًا؛ مثل، مقياس السيطرة، ومقياس تقبل الذات، ومقياس المسؤولية، ومقياس التسامح الخ، وقد أعده باللغة العربية عطية هنا ومحمد سامي هنا، وقد ظهرت صورة صوتية من الاختبار في الولايات المتحدة الأمريكية (١٩٨٨)، والمقاييس التي يشتمل عليها مقياس كاليفورنيا ترتب في أربع مجموعات هي: مقاييس التوازن والتسلط وتأكيد الذات وكفاءة العلاقات الشخصية ومقاييس التطبع الاجتماعي والنضوج والمسؤولية وبناء القيم، ومقاييس قدرات الإنجاز والكفاءة العقلية ومقاييس الصيغ العقلية وصيغ الميول.

◉ اختبار الشخصية السوية:

قام سيد غنيم ومحمد المعايرجي باقتباس هذا الاختبار عن الاختبار الذي أعده "اريج متن اكرا" و" فالتر تومان" ويهدف إلى قياس جوانب متعددة في الشخصية، وقد قنن في صورته العربية على ١١٥ شخصيًا من طلاب الجامعات من المعاهد العليا تتراوح أعمارهم بين ١٨ – ٣٠ سنة من الأسوياء، واختبار الشخصية السوية يحتوي على ١٢١ فقرة تشتمل على تسعة مقاييس هي النقد الذاتي في مقابل نقص النقد الذاتي، الاتجاه نحو المجتمع ضد الاتجاه ضد المجتمع، الانبساط – الانطواء، غير العصابي – العصابي، غير الهوس – الهوس، عدم الإكتئاب – الإكتئاب، غير المنفصم – المنفصم، غير بارانويا، ثبات عمل الجهاز العصبي التلقائي – عدم ثباته. إن هناك عدة اختبارات للشخصية منها اختبارات جيلفورد العاملي لقياس ١٣ سمة مزاجية، ثم اختبارات كاتل العاملي التي اهتمت اهتمامًا كبيرًا بنظرية السمات وقد قام كل من سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار بنقل بعض هذه الاختبارات العربية منها اختبار الشخصية للمرحلة الأولى واختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية، واختبارات عوامل الشخصية للراشدين.

◉ قائمة إيزنك للشخصية :

ايزنك Eysenk عام ١٩٥٩ وأجريت له مراجعة ١٩٦٤ ثم عدل الاختبار في صورته النهائية حيث زادت إلى ٩٠ بندا، ويقيس أبعادًا جديدة. وقام جابر عبد الحميد ومحمد فخر الإسلام بترجمة القائمة وعملا لها الثبات والصدق اللازمين، وقد قننت في بيئات عربية أخرى، حيث قام الشناوي وعلى خضر بتقنينه على البيئة السعودية وأحمد عبد الخالق في البيئة المصرية. ويستخدم من سن ١٦ فما فوق أي للكبار. ويستخدم هذا الاختبار في مجال التشخيص للاضطرابات السلوكية حيث يكشف عن الأبعاد التالية: الميول الذهانية والميول العصابية والانبساط في مقابل الانطواء والعدوانية والكذب.

◉ مقياس الخجل:

قام بإعداد هذا المقياس محمد محروس الشناوي كما قام بدراسة بالتحليل العاملي على صورة أولية تتكون من ٤٠ فقرة حيث توصل إلى الصورة النهائية، وتتكون من ٢٥ فقرة تمثل ثلاثة عوامل هي: صعوبة التعبير، الشعور بالراحة، الهروب الاجتماعي بالإضافة إلى الدرجة الكلية للخجل وتحديد بعض مواقف الخجل للمفحوص – وقد استخرج المؤلف درجات معيارية للطلبة والطالبات في المملكة العربية السعودية.

◉ مقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيفي:

لقد أعد هذا المقياس لمبرت وآخرون Lambert,et al. ويستخدم من سن ٧ – ١٦ سنة. ويحتوي الاختبار على جزأين. الجزء الأول مقياسًا ارتقائيًا للسلوك في عشر مجالات، ويمثل الثاني مقياسًا للسلوك غير التوافقي والسلوك المضطرب؛ مثل: سلوك العنف، أو التمرد...الخ. ويستخدم هذا الاختبار لذوي الإعاقة الفكرية وغير المتوافقين انفعاليًا بهدف تقييم الطالب في مدى واسع من المهارات؛ مثل: المهارات الاستقلالية، والنمو اللغوية، وتحمل المسؤولية، وتوجيه الذات... وغيرها.

مقياس الرياض الجمعي الإسقاطي:

هذا الاختبار من تأليف كاسل وكاهن، وقد أعده باللغة العربية على خضر ومحمد محروس الشناوي (١٩٨٥) – ويتكون الاختبار من ٩٠ شكلا، وأمام كل شكل خمس عبارات تعبر عنا يجري في الموقف الذي يعبر عنه الشكل ويختار المفحوص عبارة واحدة من بينها تعبر عن وجهة نظره. ويصحح المقياس لسبعة أبعاد هي: السعادة، الاستياء، العطاء، الانسحاب، الميل العصابي، الانتماء، والنجدة (المساعدة) ويطبق الاختبار فرديًا، أو جماعيًا، ويحتاج إلى القدرة على القراءة. وجاري استخراج معايير سعودية له.

مقياس الشعور بالوحدة:

لقد وضع ١٩٨٢ Russel من جامعة كاليفورنيا وهذا المقياس حيث يتكون من ٢٠ عبارة يجب المفحوص على كل عبارة بواحدة من أربع إجابات هي: لا إطلاقًا، نعم نادرًا، نعم أحيانًا، نعم دائمًا. وتعطي الإجابة بنعم دائمًا ٤ درجات ومن يجيب لا إطلاقًا يعطي درجة واحدة إذا كانت الفقرات في الاتجاه الموجب، والعكس صحيح إذا كانت العبارات في الاتجاه السالب. وتدل الدرجة المرتفعة على الشعور بالوحدة النفسية. لقد أعده للعربية خضر والشناوي ١٩٨٨م وتم تقنينه على البيئة السعودية فاستخراج ثباته وصدقة ومعايير تمثلت في الدرجات المئينية لطلاب الثانوي والجامعي. ويستخدم مع طلاب المرحلة الثانوية والجامعية. ويكشف عن مشاعر الوحدة النفسية ومظاهرها لدى الطلبة لتكون أساسا لبرامج إرشادية فردية وجماعية للتعامل مع الحالات التي تعاني من الوحدة النفسية.

مقياس بيك للحالة المزاجية (الإكتئاب):

هذا المقياس (القائمة) من وضع "آرون بيك" وزملائه (١٩٦٣) .Becke, A. et al، وقد أعدها بالعربية محمد محروس الشناوي، وعلى خضر. وتتكون القائمة من إحدى وعشرين فقرة لكل فقرة ٤ إجابات يختار المفحوص واحدة منها لتعبر عن حالة، وقد استخرج له معايير

في المملكة العربية السعودية على الطلبة بعد حذف الفقرة الأخيرة، وقد حذفت هذه الفقرة من الصورة الأمريكية فيما بعد.

◉ اختبار الأفكار اللاعقلانية:

البرت اليس Ellis,A. وهو مبني على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي. قام سليمان الريحاني بترجمة المقياس وتقنينه في البيئة الأردنية وتعديل وأجريت له دراسة عديدة ومرجعات لاحقة في البيئة المصرية. وفي السعودية قام محمود حسين بعمل ثبات وصدق ومراجعة للمقياس في مدينة الرياض بالسعودية. ويستخدم مع سن ١٦ وما فوق. ويستخدم هذا الاختبار في أغراض تشخيصية، فهو يكشف عن الأفكار اللاعقلانية التي يتمسك بها الطالب وتؤثر في تقويمه للأحداث الخارجية، وبالتالي تعد مسؤولة عن اضطرابه النفسي وفقًا لإحداث النظريات السلوكية المعرفية.

◉ مقياس بيرنرويتر:

هذا الاختبار من وضع بيرنرويتر Bernreuter وهو من الاختبارات الأولى للشخصية وقد نقله إلى العربية محمد عثمان نجاتي، ويتضمن المقياس ست أبعاد هي: الميل العصابي، والاكتفاء الذاتي – والانطواء – الانبساط، والسيطرة – الخضوع، والثقة بالنفس، والمشاركة الاجتماعية. وهو يستخدم مع المراهقين والراشدين فرديًا، أو جماعيًا.

◉ مقياس الصحة النفسية. الأمان – عدم الأمان:

أعد هذا المقياس "ابراهام ماسلو" لقياس الأمان – عدم الأمان Security Insecurity ويتكون من ٧٥ سؤلاً تشكل مظاهر الصحة النفسية كما بلورتها عدد من البحوث الإكلينيكية. ولقد قام العيسوي وسلامة في مصر، وفايز الحاج في السعودية. وقد ورد الاختبار تحت مسميات عدة منها: اختبار الصحة النفسية واختبار الأمان–عدم الأمان. واختبار الطمأنينة الانفعالية. ويستخدم هذا الاختبار مع طلبة المرحلة الثانوية والجامعية والشباب

وكبار السن. ويكشف المقياس عن الحالات التي تحتاج إلى الرعاية النفسية كالحالات التي تعاني من الأعصبة النفسية وسوء التكيف ومشاعر عدم الأمان أي يكشف عن الحالات السوية واللاسوية ولكنه لا يحدد نوع الاضطراب النفسي.

◉ مقياس العلاقات الاجتماعية:

وهذا المقياس مأخوذ من مقياس الإمدادات الاجتماعية الذي وضعه "راسل" و"كاترونا" Rassell and Katrona (١٩٨٤) ويشتمل على ٢٤ عبارة معدة بطريقة ليكرت، وتصحح نصف العبارات في الاتجاه الموجب والنصف الآخر في الاتجاه السالب، وتكون إجابة المفحوص على كل عبارة لواحدة من أربع إجابات هي: لا أوافق إطلاقًا، لا أوافق، أوافق، أوافق تمامًا، وقد أعد المقياس في صورته العربية ليقيس بعدًا واحدًا هو العلاقات الاجتماعية، وقد استخرجت للمقياس معايير لطلاب الثانوية والجامعية في المملكة العربية السعودية، واستخدام في عدة من الدراسات ويستخدم المقياس لتقدير المساندة الاجتماعية.

◉ مقياس السلوك التوكيدي:

هذا المقياس من إعداد راثوس Rathus وقد أعده بالعربية علي حسين بداري ومحمد محروس الشناوي، حيث استخدماه في دراسة بعد التحقق من ثباته وصدقة ويتكون المقياس من ٢٨ عبارة تمثل مواقف مختلفة بطلب من المفحوص اختيار الإجابة التي تنطبق عليه. وقد استخدمه الباحثان في دراسة تطبيقية، كما استخدمه عبد الغفار الدماطي (١٩٩١) في دراسة عن العلاقة بين الخجل والسلوك التوكيدي، وليس له معايير.

◉ مقياس الغضب:

أعد هذا المقياس باللغة العربية محمد محروس الشناوي وعبد الغفار الدماطي عن مقياس الغضب المتعدد وضع سيجيل. ويتكون المقياس في صورته الأخيرة من ٢٨ فقرة تقيس الأبعاد الثلاثة التالية: استثارة الغضب، الموقف المولدة للغضب، استمرارية الغضب. وتصحح

بعض فقرات المقياس في الاتجاه الموجب وبعضها في الاتجاه السالب، وقد أعدت له معايير لطلاب الثانوي والجامعة وكذلك للطالبات في المملكة العربية السعودية – وهذا المقياس يعد رائداً في البيئة العربية لقياس الغضب.

◉ مقياس بل للتوافق: Adjustment Inventory (Bell).

وهذا الاختبار من الاختبارات القديمة في الشخصية، وهناك دراسات عديدة عليه منذ عام ١٩٣٠م وقد أعده بالعربية محمد عثمان نجاتي. ويقيس الاختبار التوافق في أربعة مجالات هي: التوافق المنزلي، التوافق الصحي، التوافق الاجتماعي، والتوافق الانفعالي، ويستخدم مع المراهقين والراشدين.

◉ مقياس السلوك التكيفي (فاينلاند):

حل هذا المقياس محل مقياس فاينلاند Vineland للنضج الاجتماعي، وهو يقيس السلوك التكيفي للأطفال وله عدة صور منها الصورة الموسعة وصورة حجرة الدراسة وقد نقله للعربية محمد محروس الشناوي وعبد الغفار الدماطي ويستخدم المقياس في تشخيص عيوب السلوك التكيفي لدى حالات التخلف العقلي ويجري حاليًا استخدام معايير سعودية له.

◉ مقياس السلوك التكيفي (نهيرا Nheira):

نشر هذا المقياس من خلال الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية، ويتكون من قسمين، الجزء الأول يقيس النمو الاستقلالي، النمو البدني، النشاط الاقتصادي، ارتقاء اللغة، الأعداد والزمن، الأنشطة المنزلية، النشاط المهني، التوجيه الذاتي، تحمل المسؤولية، التنشئة الاجتماعية. أما الجزء الثاني فيقيس ثلاث عشر بعداً متصلاً بالجوانب الإكلينيكية؛ مثل: الانسحاب، والسلوك غير الاجتماعي، والعادات الغريبة، وإيذاء الذات، والنشاط الزائد... إلخ وتوجد صور عربية من المقياس، ويستخدم هذا المقياس بواسطة ملاحظين يقومون بتسجيل السلوك (مثلاً المعلمين والآباء)، وقد نقله إلى العربية فاروق صادق، ثم نقله أيضًا للعربية صفوت فرج، وناهد رمزي.

◉ استبيان المظاهر المرضية لاضطرابات الشخصية:

أعد جوناثان .Jonathan H هذا الاستبيان عام ١٩٩٢م للتعرف على بعض المظاهر المرضية للاضطرابات الشخصية. وقام عبد الله عسكر عام ١٩٩٧ بترجمة المقياس إلى العربية وجاري تقنينه. الإرشادية: يكشف هذا الاستبيان عن مدى تواجد بعض اضطرابات الشخصية وهي الشخصية الهستيرية والشخصية الاعتمادية والشخصية التجنبية والشخصية الحدية، وفقاً لتنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل DSM3– R الذي تصدره رابطة الطب النفسي الأمريكية بالتعاون مع رابطة علم النفس الأمريكية.

◉ قائمة الحالة الوجدانية:

هذه القائمة من تأليف زوكرمان ولوبين (١٩٦٥) Zuckeman & Lubin وقد نقلها إلى العربية إبراهيم وجيه ومحمد محروس الشناوي واستخدماها في إحدى الدراسات بعد التحقق من ثباتها وصدق المحتوى، وتشتمل القائمة على ثلاث أبعاد هي القلق والاكتئاب والعدوان، وهي عبارة عن مجموعة من الصفات (٩٠ صفة) يختار المفحوص ما ينطبق عليه منها، وتصحح بعض الصفات في الاتجاه الموجب والبعض الآخر في الاتجاه السالب ليس له معايير.

استخدام المقاييس والاختبارات:

يستخدم الإخصائي النفسي الاختبارات والمقاييس بهدف التعرف على قدرات الطالب العقلية واستعداداته الخاصة واتجاهاته نحو موضوعات معينة، والقيم التي يتمسك بها والكشف عن جوانب القوة والضعف في شخصيته، ومدى تمتعه بالتوافق الشخصي والاجتماعي والصحة النفسية بشكل عام.

ولكي يتوافر للإخصائي النفسي المدرسي القدرة على الكشف عن تلك الجوانب وغيرها من الجوانب الأخرى، لا بد عليه من إتقان عدد من المهارات التي تتعلق بالنواحي التالية:

(أ) التعرف على أنواع الاختبارات والمقاييس:

لابد للإخصائي النفسي المدرسي أن يتعرف على العديد من أنواع الاختبارات والمقاييس المتنوعة التي تتوافر في الميدان وأن يكون لديه قائمة بتلك المقاييس وأن يتواجد لديه العديد منها داخل مكتبته الخاصة؛ مثل: اختبارات ومقاييس الذكاء، والقدرات العامة والخاصة، والميول، والاستعدادات، والقيم، والاتجاهات، إلى جانب مقاييس الشخصية، والتوافق والصحة النفسية وغيرها من المقاييس التي تعينه على أداء عمله بكفاءة واقتدار.

(ب) التعرف على شروط الاختبار الجيد:

عند استخدام الاختبارات والمقاييس المختلفة ينبغي على الإخصائي النفسي التأكد من توافر عدد من الشروط المهمة للتأكد من صلاحية تلك المقاييس المراد تطبيقها، ومن بين هذه الشروط ما يلي:

(أ) الصدق، ويعني صدق المقاييس، أن يقيس بالفعل ما وضع لقياسه ولا يقيس شيء آخر، بمعنى أن الاختبار الذي وضع لقياس الذكاء يجب أن يقيس الذكاء وليس القدرة على التحصيل، أو الإدراك...الخ. ويتم حساب الصدق بعدة طرق منها: الصدق التلازمي، الصدق التنبؤي، الصدق العاملي، صدق المحتوى.

(ب) الثبات، ويقصد بثبات المقياس، أن يعطي الاختبار نفس النتائج – تقريبًا – إذا طبق على نفس الطلبة أكثر من مرة، بمعنى أنك إذا قمت بتطبيق أحد المقاييس ثم أعدت تطبيقه بعد فترة زمنية معينة، فينبغي أن يعطي المقياس نفس النتائج تقريبًا كلما أعيد تطبيقه. ويتم حساب ثبات المقياس، أو الاختبار بعدة طرق منها: طريقة إعادة الاختبار، طريقة الصور المتكافئة، طريقة التجزئة النصفية.

(ج) الموضوعية، تعني الموضوعية أن يتوافر للاختبار قدرا من الإجراءات التي تبتعد عن ذاتية الإخصائي النفسي والطالب (الفاحص والمفحوص)، وذلك باتفاق المصححين على نتيجة معينة عند تصحيح الاختبار، أو عند قيام المصحح الواحد بتصحيح المقياس أكثر من مرة.

ولكي يتم ذلك لابد أن يلتزم مصمم القياس بما يلي:

- ◈ صياغة التعليمات بكل دقة وبطريقة لا تقبل التأويل.
- ◈ أن تكون الأسئلة واضحة ومحددة ولا مجال فيها للتخمين.
- ◈ إعداد طريقة محكمة للتصحيح بعمل مفتاح لتصحيح المقياس

(٣) القدرة على إجراء الاختبارات والمقاييس:

يتطلب استخدام الإخصائي النفسي للاختبارات والمقاييس مراعاة بعض الجوانب الرئيسية ومنها ما يلي:

(أ) اختيار الاختبارات المناسبة: حيث تعد عملية اختيار المقاييس مهارة أساسية يجب أن يتمتع بها الإخصائي النفسي حتى يستطيع أن يحصل على أفضل النتائج، إذ من الضروري أن يختار من بين المقاييس أكثرها دقة وصدقًا وثباتًا ومقدرة على قياس المهارة، أو السلوك المراد قياسه.

(ب) مدى مناسبة الاختبار: على الإخصائي النفسي أن يحدد بدقة مدى مناسبة الاختبار لعمر الطلبة، وجنسهم، ومستواهم العقلي، والثقافي، والبيئة المحلية التي يعيشون فيها، وإلى غير ذلك من الجوانب التي يجب الانتباه لها قبل الشروع في التطبيق.

(ج) اختيار المكان المناسب: يفضل عند إجراء الاختبارات والمقاييس اختيار مكان هادئ ومريح ويتوافر فيه الإضاءة المناسبة.. الخ.

(د) تهيئة المناخ النفسي: ينبغي على الإخصائي النفسي تهيئة الجو النفسي للطلبة عند التطبيق حتى يشعر الطلبة بالطمأنينة، والأمن النفسي عند أداء الاستجابة على مقياس معين حتى تأتي نتائج القياس صادقة إلى حد كبير.

(ه) إثارة دافعية الطلبة: قبل أن يشرع الإخصائي النفسي في تطبيق المقياس يجب عليه إثارة دافعية الطلبة، وحثهم على الإجابة بصدق وموضوعية، وذلك بشرح الهدف من الاختبار، ومردودة عليهم، وأهمية تطبيق هذه المقاييس بالنسبة لهم.

(و) زمن الاختبار: يجب على الإخصائي النفسي أن يحدد بدقة زمن الاختبار وهل هو اختبار سرعة (أي يقيس مدى إنجاز الطلبة للإجابة في اسرع وقت ممكن)، أم هو اختبار قوة (أي لا يهتم بالمدى الزمني الذي تستغرقه الإجابة بقدر ما يهتم بضرورة الاستجابة لكل بنود الاختبار).

(٤) القدرة على تفسير الاختبارات والمقاييس:

بعد أن يقوم الإخصائي النفسي بتصحيح الاختبارات والمقاييس التي تم تطبيقها، ينبغي عليه القيام بتفسير النتائج وتحليلها في ضوء المعطيات التي توافرت لديه، وهنا يجب عليه مراعاة ما يلي:

(أ) أن يكون موضوعيًا في تفسيره للنتائج، وأن يتم ذلك في ضوء الشروط التي صاغها مصمم المقياس.

(ب) أن تستخدم الأساليب المختلفة؛ مثل: المقابلة الشخصية، ودراسة الحالة، ووسائل جمع المعلومات الأخرى في تفسير النتائج.

(ج) إشراك الطلبة عند تفسير نتائج المقياس التي تم تطبيقها عليهم وإبداء رأيهم فيها.

(د) إشراك الوالدين والمعلمين أيضًا في تفسير نتائج بعض المقاييس التي يمكن أن يدلوا فيها برأيهم لتوضيح بعض الجوانب المبهمة.

(ه) يجب ألا تعمم النتائج بصورة مبالغ فيها.

(٥) القدرة على إعداد الاختبارات والمقاييس:

أحد المهارات التي ينبغي على الإخصائي النفسي اكتسابها هي القدرة على بناء وإعداد وتقنين المقاييس والاختبارات المتنوعة، وهذا يتطلب منه التعرف على الخطوات التي تبنى بها المقاييس وهي:

(أ) تحديد الهدف من بناء المقياس، وهل هو لقياس الذكاء، أم الاستعداد، أم الميول، أم الاتجاهات، أم غير ذلك من الموضوعات؟.

(ب) تحديد العمر الزمني للطلبة الذين سوف يتم عليهم تطبيق المقياس حتى تكون عبارات المقياس ملائمة لمستواهم اللغوي، والعقلي، والثقافي... وغيرها من المتغيرات ذات الصلة بموضوع القياس.

(ج) تحديد ابعاد المقاييس، أي الأجزاء المكونة له مع مراعاة الوزن النسبي لكل بعد بالنسبة للمقياس ككل.

(د) تحديد عبارات كل بعد، ويجب أن يراعي انتماء كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه مع مراعاة أن تكون واضحة، ولا تقبل التأويل.

(ه) يعرض المقياس بعد ذلك على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، أو من الإخصائيين الذين لهم خبرة في المجال المراد قياسه.

(و) حساب الثبات والصدق بالطرق المختلفة.

(ز) إعداد التعليمات ومعايير التصحيح والشروط التي يتم في ضوئها تطبيق المقياس من عمر العينة، وزمن التطبيق... وغيرها من الشروط.

(ح) وبهذا يصبح المقياس جاهزًا للاستخدام في الميدان الذي وضع لقياسه.

المبادئ الواجب مراعاتها عند تطبيق المقاييس:

(١) النفعية: بمعني ان استخدام المقياس يعتمد علي مدى ما يحققه من نفع لعمليات المساعدة، والتدخل المهني، وبمعني آخر حساب الجدوى، وحساب الجدوى لابد وان يعتمد علي تقرير الإخصائي النفسي للجهد، وطول المقياس، وصلاحيته لخدمة الحالة، ومناسبته لها، ومدى الفائدة المرجوة من استخدامه.

(٢) التناسب والقبول: أي التأكد من إمكانية تطبيق مقياس بعينه علي الحالة من حيث اللغة، والمضمون، والصياغة، والطول، ومراعاة السن، والمرحلة التعليمية... الخ.

(٣) حساسية المقاييس: بمعني قدرة المقياس المختار علي القياس الدقيق، والشديد الحساسية للصفة المراد قياسها دون خلطها بصفات أخرى.

(٤) قياس الفعل وليس رد الفعل: المقياس الأفضل هو الذي يقيس تواجد الصفة مباشرة وليس أعراضها، أو مظاهرها.

(٥) فهم المقياس واستيعابه قبل الاستخدام.

(٦) الأمانة والصدق وعدم التحيز لراي الممارس.

(٧) يمكن التطبيق المتكرر للمقياس للتأكد من صدق النتائج وخاصة في الحالات التي سيترتب عليها اتخاذ خطوات حاسمة كالتحويل إلي عيادة نفسية، أو مؤسسة للتأهيل... وهكذا، (حسن عبد المعطي، ١٩٩٨).

بعض المشكلات الأساسية في القياس والتقويم في التربية الخاصة

هناك عدد من المشكلات والعقبات التي تواجه أخصائي القياس في بعض الأحيان عند تطبيق الاختبارات والمقاييس على ذوي الإعاقة، ومن بين هذه المشكلات ما يلي:

(١) استخدام مقاييس تفتقر إلى دلالات صدق وثبات مقبولة:

إن إحدى المشكلات الأساسية في القياس والتقويم في التربية الخاصة تبدو في استخدام مقاييس تفتقر إلى دلالات وصدق وثبات مقبولة، أو عدم توفر صور متكافئة من الاختبارات المستعملة، أو عدم توفر اختبارات فرعية ضمن الاختبار الكلي لتقويم أبعاد خاصة عند المفحوصين، أو عدم توفر معايير مناسبة لتفسير أداء المفحوصين اللذين يطبق عليهم الاختبار. إذ يصعب الحكم على أداء طالب في ظاهرة ما إذا لم تتوفر أدوات قياس بالشروط والمواصفات المناسبة.

(٢) استخدام طرق غير مألوفة في تطبيق الاختبار:

كما تتمثل المشكلة الثانية في كون الإجراءات التي تتضمنها اختبارات الشخصية المقننة غير مألوفة بالنسبة لذوي الإعاقة، فالأشخاص المكفوفون – على سبيل المثال – قد لا يستطيعون التعامل مع الاختبارات التي تتطلب مهارات يدوية، أو تحتوي على صور يراد تفسيرها إلى غير ذلك من الاختبارات التي تتطلب من الشخص أن يكون لديه خبرة بصرية

حول ما تطرحه هذه الاختبارات من تساؤلات، كذلك الحال مع الأشخاص الصم إذ انهم يجدون صعوبة في التعامل مع هذه الإجراءات المتمثلة في قراءة فقرات الاختبار، وتسجيل الاستجابات على هيئة أحرف، أو أرقام على ورقة الإجابة واتباع التعليمات المكتوبة، وما إلى ذلك؛ لذا يعتقد البعض أن الاختبارات الجمعية بوجه خاص غير مناسبة لهذا السبب. وبسبب افتقار الصم إلى مهارات التواصل ايضًا. فهذه الاختبارات ليست مفيدة لتقييم سيكولوجية هذه الفئة من فئات ذوي الإعاقة؛ إلا إذا استخدمت بوصفها مجرد أدوات للكشف العام؛ فعند استخدام اختبار بقع الحبر لـ "رورشاخ"، أو اختبار تفهم الموضوع مثلاً من الصعب على الفاحص أن يعرف ما إذا كان الأصم يفهم التعليمات حقًا ام لا.

(٣) عدم توفر الظروف الفيزيائية المناسبة لإجراء الاختبار:

خاصة عند تطبيق الاختبارات الفردية، ويقصد بذلك صعوبة توفر المكان المناسب، والجلسة المناسبة، والظروف المناسبة من حيث الإنارة و التهوية، ودرجة الحرارة، والهدوء... الخ. مما قد يؤثر سلبًا على أداء المفحوص على الاختبار. ومن هنا تتأكد اهمية توفر الظروف المناسبة لإجراء الاختبار لأنها تهيئ المفحوص للتعبير عن أدائه الحقيقي.

(٤) مشكلات تتعلق بلغة الاختبار:

لما كانت اختبارات الشخصية المعروفة تعتمد اعتمادا كبيرا على المهارات اللغوية فإن ذلك قد يشكل تهديداً لكثير من الأشخاص الصم – على سبيل المثال – كأفراد يمثلون إحدى فئات الإعاقة حيث أنهم يفتقرون إلى المهارات اللفظية في حين أن الفاحص يتمتع بهذه المهارات؛ فمعظم اختبارات الشخصية تتطلب أن يكون مستوى التحصيل اللغوي لدى المفحوص في مستوى الصف الثالث الإعدادي تقريبًا وهذا ما يفشل معظم ذوي الإعاقة في تحقيقه، وذلك لا يعني فقط أن الأصم يواجه صعوبة كبيرة في فهم تعليمات الاختبار وفي قراءة فقراته، ولكنه قد يعني أن الاستنتاجات التي يخرج بها الباحثون لا تعكس المستوى القرائي لهذا الشخص، وهذا ما أكدته نتائج بحوث عديدة؛ فأداء الأشخاص الصم على

المقاييس غير اللفظية في اختبارات الذكاء المقننة يفوق بكثير أدائهم على المقاييس اللفظية ومن ناحية أخرى، نجد أنه عند استخدام بعض الأدوات لقياس الشخصية (كما هو الحال في المقابلات وبعض الاختبارات) فإن على الفاحص أن يكون على معرفة جيدة بلغة الإشارة.

(٥) مشكلات تتعلق بمحتوى الاختبار:

بعد تصحيح الاختبارات المقننة فإن الطالب – أيا كانت طبيعة إعاقته – يحصل على درجة ما، وهذه الدرجة يجب تفسيرها في ضوء التوزيع المعياري. وهذا التوزيع إما أن يكون مناسبًا، أو غير متوفر للحكم على أداء الطالب ذي الإعاقة بموضوعية. إذ أن معظم اختبارات الشخصية تم تقنينها على أفراد غير ذوي الإعاقة، ولذلك فإنها إذا طبقت على ذوي الإعاقة دون تعديل، أو تقنين، فإن النتائج التي نحصل عليها عادة لا تعبر عن حقيقة ما نقيسه.

(٦) استخدام أساليب غير موضوعية عند تصحيح الاختبار:

إن العديد من الاختبارات التي تقيس سمات الشخصية نعتمد في تصحيحها على أساليب غير موضوعية (ذاتية). كبعض الاختبارات، أو المقاييس الإسقاطية؛ مثل: اختبار بقع الحبر لـ "رورشاخ"، واختبار بندر – جشتالت، واختبار تفهم الموضوع للراشدين (التات)، أو اختبار تفهم الموضوع للأطفال (الكات). وفي مثل هذه الحالات التي يكون فيها التقييم ذاتيًا يتضح بجلاء أثر تحيز الفاحص والذي يعبر عن ذاته في اعتقاد الفاحص المسبق أن سلوك ذوي الإعاقة لا يمكن أن يكون طبيعيًا. كذلك فإن هذا النوع من التحيز يحدث خاصة عند استخدام قوائم التقدير، والمقابلات، والتي تعد من الأدوات شائعة الاستخدام في الدراسات المتصلة بسيكولوجية ذوي الإعاقة.

(٧) مشكلة عدم كفاية الفاحص:

وذلك من حيث تأهيله و تدريبه وخبراته و مهاراته في تطبيق الاختبارات، مما قد ينعكس تأثيره سلبًا على تقدير الأداء الحقيقي للمفحوص. كما تنشأ مشكلات من تعدد الأشخاص الذين يسمح لهم بتطبيق الاختبار، إذ قد تتضمن تعليمات التطبيق إمكانية أن

يقوم أي واحد من عدة أشخاص بتطبيق الاختبار من قبيل: معلم الصف، أو معلم التربية الخاصة، أو الأخصائي في القراءة، أو الطبيب، أو المرشد الطلابي.. الخ. فعندما تعطى الصلاحية لمثل هؤلاء الأشخاص في تطبيق الاختبار فمن المتوقع ان يكون هناك تباينًا في كفايتهم في التطبيق، ومن ثم هناك ايضًا تباينًا في النتائج التي يتوصل إليها كل منهم عن المفحوص.

(٨) صعوبة الإعداد الجيد للتقرير:

سواء فيما يتعلق بأداء المفحوص، أو عدم استكمال العناصر الأساسية التي يفترض ان يتضمنها التقرير، إذ نجد الكثير من التقارير تخلو من المعلومات المتعلقة بسبب إحالة المفحوص، او أسماء الاختبارات المستخدمة، أو العرض الجيد للنتائج بطريقة تسهل تفسيرها، أو توصيات مقترحة للعمل بموجبها استنادا إلى نتائج المفحوص.

(٩) إساءة استخدام الاختبارات:

ويقصد بذلك استخدام الاختبارات و غيرها من أدوات القياس بطرق مغايرة للإجراءات و التعليمات المحددة في أدلتها، ولغير الأغراض التي صممت من أجلها، ، أو استخدامها من قبل أشخاص غير مؤهلين.

(١٠)استخدام الاختبار الخطأ:

استخدام الاختبار الخطأ للحالة، أو الحالات موضوع القياس، سواء كان ذلك من الناحية الفنية الإجرائية، أو من حيث توفر دلالات صدقه وثباته ومعاييره بمستوى مقبول، أو من حيث أغراض القياس التي صمم من أجلها.

(١١)صعوبة تفسير نتائج تقويم أداء المفحوص لذويه:

إذ يصعب في بعض الأحيان على الآباء و الأمهات فهم النتائج التي تضمنها التقرير المكتوب عن طفلهم و التي تحققت من خلال أدائه على اختبار ما، أو بطارية من الاختبارات.

ثانيا: المقابلة

يستخدم الأخصائي النفسي المقابلة كوسيلة من وسائل جمع المعلومات والبيانات عندما يشعر بأنه يحتاج إلى مزيد من المعلومات عن الطالب ذي الإعاقة ليساعد الآخرين (المعلم، أو الأخصائي، أو الوالدين...) على إيجاد حلٍ للمشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة، أو يستخدمها حينما يريد أن يتحقق من البيانات التي تتضمنها دراسة الحالة، أو ليناقش مع الطالب ذي الإعاقة نتائج الاختبارات والمقاييس التي أجريت عليه، أو قد يلجأ إليها باعتبارها وسيلة من وسائل التشخيص والعلاج.

وتتميز المقابلة بأنه يمكن من خلالها الحصول على معلومات يصعب الحصول عليها بوسائل جمع المعلومات الأخرى؛ مثل: التعرف على مشاعر الطالب ذي الإعاقة، وأفكاره والتعبيرات غير اللفظية التي تصدر عنه أثناءها كإيماءات الوجه وحركات اليدين... وغيرها من السلوكيات التي تكون ذات أهمية عند تفسير حالة الطالب ذي الإعاقة، كما أنها تعد فرصة للتنفيس عما بداخل الطالب ذي الإعاقة من صراعات وإحباطات ومشاعر مكبوتة.

أنواع المقابلة:

يختلف نوع المقابلة باختلاف عدد المشتركين فيها، وحسب الأسلوب المتبع فيها، والهدف الذي تسعى لتحقيقه، ونوع المشكلة التي تعالجها، وفيما يلي هذه الأنواع:

أولاً: حسب عدد المشتركين في المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) **المقابلة الفردية:**

وهي تلك المقابلة التي تتم بين الأخصائي النفسي والطالب ذي الإعاقة فقط، ويستخدم هذا النوع من المقابلات حينما تتطلب حالة الطالب السرية التامة بسبب طبيعة المشكلة التي يعاني منها كالانحرافات السلوكية؛ مثل: السرقة، أو الكذب، أو العدوان على الذات... وغيرها، أو أن يكون الطالب خجولاً انطوائيًا، وليس لديه القدرة على التحدث أمام

الآخرين، ويتيح هذا النوع من المقابلات للأخصائي التعرف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة بشكل دقيق وواضح.

(٢) المقابلة الجماعية:

وهذا النوع من المقابلات يتم بين الأخصائي النفسي ومجموعة من الطلبة ذوي الإعاقة ذوي المشكلات التربوية والنفسية، أو السلوكية المتشابهة إلى حد ما، ويصل عدد المشتركين فيها ما بين (٣ – ١٠) طلاب. وتتيح المقابلة الجماعية لكل طالب من أفراد المجموعة الشعور بالطمأنينة والأمن النفسي والتي تنبع من شعور كل منهم بأنه ليس وحده فقط الذي يعاني من مشكلات، كما أنها تتيح لهم الفرصة لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي، وتعلم أساليب تواصل جديدة تفتح لهم أبواب جديدة على الحياة.

ثانيًا: حسب الأسلوب المتبع في المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) المقابلة المقننة:

هي ذلك النوع من المقابلات المحددة مسبقًا بأسئلة يجيب عنها الطالب ذي الإعاقة وتعليمات يتبعها الأخصائي النفسي بكل دقة لا يحيد عنها. والمقابلة المقننة يضمن من خلالها الأخصائي الحصول على إجابات مباشرة ذات صلة بالموضوع المراد مناقشته وبحثه مما يسهل معها عقد المقارنات بين الطلبة ذوي الإعاقة، كما يمكن إخضاع نتائجها لعدد من الأساليب الإحصائية التي تساعد الأخصائي على تحليلها ومناقشة تلك النتائج. غير أنها في مقابل ذلك تفوت علينا فرصة الحصول على معلومات يريد الطالب ذي الإعاقة سردها قد تفيد في الكشف عن العوامل الدينامية والصراعات الداخلية التي تقف وراء مشكلته، هذا إلى جانب أنها تحول دون إقامة علاقات وديّة مع الطالب ذي الإعاقة. ومن مزايا المقابلة المقيدة ما يلي:

(أ) انها لا تتطلب شخصًا متمرسًا ليجمع المعلومات المطلوبة، إذ يكفي أن يكون الأخصائي قادرًا على ضمان اكتساب ثقة الطالب ومعاونته.

(ب) تضمن الحصول على إجابات محددة.

(ج) تسمح بمقارنة إجابات الطلبة المختلفين على نفس الأسئلة.

(٢) المقابلة غير المقننة (الحرة):

وهي على العكس من سابقتها إذ أن هذا النوع من المقابلات لا يقيد بنوع محدد من الأسئلة، أو التعليمات؛ بل يترك فيها الحرية للأخصائي في اختيار نوع الأسئلة التي يوجهها حسب نوع المشكلة التي يتصدى لحلها فهي تتميز بالتلقائية والطلاقة، كما أنها تفسح المجال للطالب ليخرج ما بداخله من مشاعر ورغبات مكبوتة يكشف من خلالها عن صراعاته وإحباطاته، وميوله، واستعداداته..وغيرها.

غير أن هذا النوع من المقابلات يتطلب أخصائيًا ذا خبرة متعمقة للكشف عن الديناميات النفسية والصراعات التي يجابهها الطالب ذي الإعاقة، ذلك أن الأخصائي إذا لم يستطع حل تلك الصراعات والمكبوتات بعد ظهورها إلى حيز الشعور؛ فقد يؤدي ذلك لتعقد المشكلة. و من مزايا المقابلة الحرة:

(أ) تتميز بالتلقائية والحرية.

(ب) تتيح فرصة جمع المعلومات المطلوبة بطريق غير مباشر، دون معرفة الطالب لمدى أهميتها.

(ج) تسير فيها المناقشات بين الطالب والأخصائي سيرًا طبيعيًا بتوجيه من الأخصائي.

(د) تسمح بملاحظة تعبيرات الطالب، وانفعالاته، وعاداته في الكلام، وسلوكه.

(ه) غير أن هذا النوع من المقابلة يتطلب ومرانًا طويلاً، وإلا كانت مضيعة للوقت.

ثالثًا: حسب الهدف الذي تسعى إليه المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) المقابلة المبدئية:

تعد المقابلة المبدئية من أهم أنواع المقابلات ذلك أنها أول لقاء منظم يجمع بين الأخصائي النفسي والطالب ذي الإعاقة؛ لذا ينبغي أن يبدي الأخصائي علاقة يسودها الدفء، والمودة، والحب، والثقة بينه وبين الطالب ذي الإعاقة، وذلك لمساعدة الأخير على بناء جسر يستطيع من خلاله

تخطي الحاجز النفسي الذي يفصل بينهما إما بسبب الرهبة، أو الخوف، أو لأنها خبرة جديدة لم يمر بها من قبل. ويتم خلالها جمع أكبر قدر من المعلومات عن الطالب للتعرف على المشكلة التي يعاني منها بصورة جزئية وما يصاحبها من أعراض تكشف عن اضطرابه. وفي نهاية هذه المقابلة يتم تحديد مواعيد الجلسات التالية ومدة كل جلسة مع التأكيد على ضرورة المشاركة الفعالة من جانب الطالب حتى يتسنى للأخصائي النفسي مساعدته.

(٢) المقابلة التشخيصية:

يتم خلال المقابلات التشخيصية التأكد من طبيعة المشكلة – التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة – والتي سبق تحديدها خلال المقابلة المبدئية، ومحاولة الكشف عن العوامل الدينامية التي تقف وراء ما يعانيه من اضطرابات، وعادة ما يستخدم فيها عدد من المقاييس والاختبارات النفسية التي يتم من خلالها الكشف عن نوع الاضطراب، أو المشكلة، وأحيانًا يلجأ الأخصائي خلال وقت إجرائها إلى عمل دراسة حالة، أو عقد مؤتمر حالة، وذلك بهدف الوقوف على الأسباب الحقيقية وراء ما يعانيه الطالب واستيضاح الجوانب الغامضة، وللتحقق من صدق الفروض التشخيصية التي يضعها.

(٣) المقابلة الإرشادية:

يهدف هذا النوع من المقابلات إلى تنفيذ ما تم تحديده من إجراءات خلال المقابلات التشخيصية، وتهدف أيضًا إلى زيادة استبصار الطالب ذي الإعاقة بذاته، وقدراته، واكتشاف نواحي القوة في شخصيته.

رابعًا: حسب نوع المشكلة التي تعالجها المقابلة: حيث تنقسم إلى:

(١) مقابلة لتنمية مهارة من المهارات: في بعض الحالات نجد البعض الآخر من الطلبة ذوي الإعاقة لديه المعلومات الكافية، ولديه القدرة على اتخاذ القرارات، ولكن ينقصهم المهارة اللازمة لوضع هذه القرارات موضع التنفيذ، وهنا يتعين على المختص تحديد تلك المهارات لمساعدة هؤلاء الطلبة ذوي الإعاقة على تنميتها.

(٢) مقابلة معلومات: بعض الطلبة ذوي الإعاقة ينقصهم معلومات عن جانب معين، و إذا توفرت هذه المعلومات لدى الأخصائي فإنه إما يزودهم بها، أو يتم إحالتهم إلى المتخصصين لسد ذلك النقص.

(٣) مقابلة لإصدار حكم: البعض الآخر من الطلبة ذوي الإعاقة لديه المعلومات الكافية ولكنهم عاجزون عن إصدار الأحكام، أو اتخاذ القرارات المناسبة، وهنا يتم تنمية القدرة على اتخاذ القرار لدى هؤلاء الطلبة.

خطوات إجراء المقابلة:

أولا: مرحلة الإعداد:

قبل أن يبدأ الأخصائي النفسي في مقابلة الطالب ذي الإعاقة يسبق ذلك مرحلة إعداد يقوم خلالها الأخصائي بعدد من الإجراءات لضمان نجاح المقابلات من بدايتها حتى نهايتها ومن بين هذه الإجراءات ما يلي:

(١) الحصول على بعض المعلومات عن الطالب ذي الإعاقة من خلال ما يتوفر عنه من مصادر جمع المعلومات الأخرى كالسجلات المجمعة، أو دراسة الحالة..وغيرها، وما قد تتضمنه تلك المصادر من تقرير شامل عن التاريخ التعليمي للطالب، وآراء مُعلميه فيه، وميوله، واتجاهاته، وحياته الأسرية، والجوانب الصحية...إلى غير ذلك من المعلومات.

(٢) تحديد نوع المقابلة الملائمة، وذلك طبقا لنوع المشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة وطبقًا لنوع المعلومات المطلوبة، وعادة يفضل البدء بالمقابلة الحرة (غير المقيدة) وذلك للحصول على أكبر قدر من المعلومات عن المشكلة التي يعاني منها الطالب ذي الإعاقة.

(٣) يفضل ان يكون موعد المقابلة مناسب لكل من الأخصائي النفسي والطالب ذي الإعاقة، وذلك بالاتفاق بين الطرفين، ويجب أيضًا تحديد الوقت الذي تستغرقه المقابلة حتى يحرص الطلبة على عرض الموضوعات ذات الأهمية قبل انتهاء الوقت المحدد.

(٤) يفضل أن يكون مكان المقابلة بعيداً عن الضوضاء والمشتتات، وأن يكون الأثاث مريح، ومنسق، والإضاءة مناسبة، وألا تكون المقابلة من وراء مكتب حتى لا يشعر الطالب ذي الإعاقة بانفصاله عن الأخصائي، أو أنه يمثل مصدراً للسلطة.

(٥) تجهيز الأدوات التي سوف يتم من خلالها تسجيل المقابلة سواء كان ذلك كتابياً، أو باستخدام أجهزة التسجيل الصوتية، أو المرئية.

ثانيا: مرحلة البدء:

يبدي ذوي الإعاقة في بداية الجلسات الوانًا من المقاومة كالصمت، والتهرب من الحديث، وغير ذلك من أساليب المقاومة، لذلك تهدف تلك المرحلة إلى إزالة التوتر، والجمود، وتوفير جو متبادل من الثقة، ويتم ذلك وفقاً للإجراءات التالية:

(١) تبدأ المقابلة ببعض الأحاديث العادية كتلك التي تدور عادة بين الأشخاص في جلساتهم الاعتيادية، وقد تتناول هذه الأحاديث أحوال الطقس مثلاً، أو تدور حول اهتمامات الطالب ذي الإعاقة وميوله، ثم الاستفسار عن السبب الذي دعاه إلى طلب المساعدة. ويحاول الأخصائي النفسي خلال هذه المرحلة تشجيع الطالب على الكلام، والتأكيد على سرية ما سوف يدور بينهما.

(٢) وفي هذه المرحلة يتم بناء جو من الألفة والثقة المتبادلة بين الأخصائي النفسي والطالب ذي الإعاقة، وذلك بتهيئة الجو النفسي المناسب الذي يشعر خلاله الطالب بالقبول والدفء، ومما لا شك فيه أن نجاح الأخصائي في إقامة علاقة ايجابية مع الطالب في المقابلة الأولية، والمقابلات التالية من أهم العوامل التي تقف وراء نجاح المقابلة وتحقيق أهدافها.

(٣) من مهام الأخصائي النفسي في هذه المرحلة أيضًا التعرف على السمات الرئيسة التي تميز شخصية الطالب ذي الإعاقة، وكذلك استعداداته، وميوله، واتجاهاته...الخ. وذلك بهدف التعامل مع الطالب بشكل فعال.

ثالثا: مرحلة البناء:

يحاول الأخصائي النفسي في مرحلة البناء مساعدة الطالب ذي الإعاقة على إزالة الصعوبات التي يواجهها، وتعديل سلوكه، وذلك حتى يصبح فردًا سويًا في المجتمع الذي يعيش فيه ومتوافقًا مع الظروف المحيطة به، وتتضمن هذه المرحلة عددًا من الإجراءات التي تأخذ شكل تعليمات ينبغي على الأخصائي النفسي إتباعها بدقة أثناء تلك المقابلات، ومن بين هذه الإجراءات ما يلي:

(١) بعد تحقيق الألفة والثقة المتبادلة حاول الاقتراب من المشكلة الرئيسة.

(٢) لا تُبْدِ مظاهر الدهشة، أو الصدمة، أو التوتر الانفعالي؛ مما يقوله الطالب ذي الإعاقة إذ يجب أن تخفي المشاعر الانفعالية المثيرة.

(٣) يجب اختيار الأسئلة المناسبة، وبصيغة مناسبة، وفي الوقت المناسب، بحيث يتم توجيهها بطريقة تشعر الطالب ذي الإعاقة بأهمية الإجابة عنها بصدق.

(٤) يجب ألا تزيد من عدد الأسئلة في الجلسة الواحدة؛ فيؤدي ذلك لتشتت الطالب ذي الإعاقة، ولا تقلل منها؛ فتبقى جوانب كثيرة يكتنفها الغموض.

(٥) يجب تجنب الأسئلة التي تسخر فيها من الطالب ذي الإعاقة، أو الأسئلة التي يشعر خلالها بالذنب والإدانة... وإلى غير ذلك من الأسئلة التي تعوق سير المقابلة.

(٦) يجب تشجيع الطالب ذي الإعاقة على أن يتحدث بكافة الوسائل، ويفضل أن يقتصر كلامك على ما يجعل الطالب ذي الإعاقة يسترسل في حديثه.

(٧) لا تركز فقط على ما يقوله الطالب ذي الإعاقة؛ وإنما لاحظ سلوكه، وحركاته وتعبيرات وجهه، وإيماءاته، ولاحظ أيضًا تناقض أقواله وزلات لسانه.

(٨) ضرورة تسجيل المقابلة، وذلك ضمانا للدقة.

رابعا: مرحلة الإنهاء:

بعد بدء المقابلة وتحقيق أهدافها تأتي المرحلة الأخيرة للمقابلة، وهي مرحلة الإنهاء، أو الإقفال، ويجب أن يكون إنهاء المقابلة متدرجًا وليس فجائيًا؛ وإلا شعر الطالب ذي الإعاقة

بالرفض والإحباط، لذلك تم وضع ثلاثة أنماط يمكن أن يستخدمها الأخصائي النفسي في إنهاء المقابلة، وهي:

النمط الأول: نمط الإقفال العادي: الذي يتميز بعبارات الود والأسلوب المجامل الذي لا يحمل أي معنى للتجريح.

النمط الثاني: نمط الإقفال للعمل غير المنتهي: والذي يتميز بتأجيل المناقشة حول معلومة طرحت أثناء المقابلة قبل الدخول إلى مرحلة الإقفال بفترة قصيرة، ولم تستكمل المناقشة حولها.

النمط الثالث: نمط الإقفال التركيزي: والذي يتميز بالتركيز على معلومة مهمة طرحت في المقابلة بهدف تعميق مفهومها في ذهن الطالب ذي الإعاقة قبل الانتهاء من المقابلة (زهران، ١٩٩٨)

وقد يستشعر الأخصائي أحيانًا أن الطالب ذي الإعاقة لديه الرغبة في إطالة المقابلة وهذا أمر متروك لحكمة الأخصائي، وقدرته على فهم الطالب ذي الإعاقة، ومدى صدقه، وحاجته لوقت إضافي.

شروط نجاح المقابلة:

لضمان نجاح المقابلة التي يقوم بها الأخصائي يجب عليه مراعاة عدد من الشروط، والتي من بينها ما يلي:

(١) تحديد الأهداف، والحقائق، والمعلومات المراد الحصول عليها من المقابلة.

(٢) التأكيد الدائم على سرية البيانات والمعلومات التي يبوح بها.

(٣) ضرورة السعي إلى تكوين علاقات متبادلة مع الطالب ذي الإعاقة يسودها روح التفاهم، والمودة، والثقة.

(٤) يفضل صياغة الأسئلة في المقابلة الحرة بصورة تشجع الطالب ذي الإعاقة على الاسترسال في الحديث، مع مراعاة البدء بالأسئلة العامة، ثم التدرج نحو الأسئلة الخاصة.

(٥) إعداد المكان الملائم بعيداً عن الضوضاء والمشتتات، وإتاحة جو من الخصوصية أثناء المقابلة.

(٦) اختيار الوقت الملائم لكل من الأخصائي والطالب ذي الإعاقة، ولا ينبغي تضييع الوقت دون فائدة.

(٧) يفضل في المقابلة المقيدة عمل نموذج للمقابلة يحتوى على مضمونها، مع الاستعانة بميزان، أو سلم تقدير لكل مضمون.

(٨) ينبغي البعد عن العوامل الذاتية؛ مثل: التحيز، والأهواء الشخصية، وتسجيل المقابلة بكل حياد.

(٩) ضرورة تجنب أسئلة الإدانة، والأسئلة الساخرة، والأسئلة التي تشعره بالذنب؛ فمثل هذه الأسئلة تفقد الطالب ذي الإعاقة الثقة بالأخصائي.

(١٠) ينبغي ملاحظة سلوك الطالب ذي الإعاقة أثناء المقابلة، وحركاته التي قد تعبر عن عدم الارتياح.

(١١) ينبغي أن يفطن الأخصائي إلى أساليب المقاومة، والسلوك الدفاعي التي قد يبديها الطالب ذي الإعاقة ويواجهها مواجهة فعالة.

(١٢) ضرورة تحديد المشكلة بكل دقة والتعبير عنها دون استخدام ألفاظ علمية، أو مصطلحات فنية يصعب على الطالب ذي الإعاقة فهمها.

ثالثا: الملاحظة

تعد الملاحظة واحدة من أهم وسائل جمع المعلومات لدراسة السلوك الإنساني خاصة في المواقف التي يتعذر فيها استخدام أدوات أخرى، أو عندما نريد تسجيل سلوك الطالب في وضعه التلقائي الارتجالي لكي نتعرف على الجانب الحقيقي لشخصيته. وتعد الملاحظة وسيلة مناسبة مع ذوي الإعاقة.

أنواع الملاحظة:

تنقسم الملاحظة في ضوء عدد من المتغيرات إلى ما يلي:

أولاً: في ضوء طبيعة الملاحظة: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة المقيدة:

وفيها تكون عملية الملاحظة مقيدة بمجال، أو موقف معين، ومحددة بعدد من البنود المعدة سلفًا، وتتم أثناء مزاولة نشاط محدد مسبقًا؛ مثل: ملاحظة الطلبة ذوي الإعاقة في مواقف اللعب، أو النشاط الصفي... وغيرها. وهي ملاحظة منظمة تسير وفق خطوات وأهداف محددة، يقوم خلالها الأخصائي النفسي بتسجيل ما يلاحظه مستخدمًا في ذلك عددًا من الأدوات التي تعينه على التسجيل؛ مثل: قوائم السلوك، ومقاييس التقدير، وبطاقات الملاحظة، وأجهزة التصوير، والمسجلات الصوتية، وأهم ما يتميز به هذا النوع من الملاحظة الدقة والموضوعية.

(٢) الملاحظة الحرة:

هي على خلاف الملاحظة المقيدة، إذ أن الملاحظة الحرة لا تسير وفق بنود محددة وإنما تبعا لرغبة الأخصائي، ولذلك فهي تحتاج إلى شخص على مستوى عال من الكفاءة في استخدام هذا النوع من الملاحظات حتى يستطيع القيام بها، وتحليل وتفسير نتائجها.

ثانيًا: في ضوء الزمن المستغرق: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة العابرة:

تعرف أيضًا بالملاحظة الطارئة، أو العارضة، أو الصدفية، إذ يتم هذا النوع من الملاحظة بصورة غير مقصودة، ودون تحديد مسبق، وهي تسجيل لبعض الجوانب السلوكية الصادرة عن بعض الطلبة ذوي الإعاقة سواء داخل الصف، أو في فناء المدرسة... وغيرها. وعادة لا يستخدم فيها التسجيل، وبالتالي فنتائجها غير دقيقة وسطحية وليس لها قيمة علمية، ولكن بالرغم من ذلك فهي مصدر لإثارة الأفكار والتساؤلات في ذهن الأخصائي.

(٢) الملاحظة الدورية:

يستخدم الأخصائي النفسي هذا النوع من الملاحظة خلال فترات زمنية محددة مسبقًا. وتسجل وفقًا لتسلسلها الزمني كل صباح، أو كل أسبوع...الخ، وذلك مثلما يحدث من سلوكيات تصدر عن بعض الطلبة ذوي الإعاقة أثناء تناول الطعام، أو اللعب في الملعب.

ثالثًا: في ضوء القائم بالملاحظة: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة الداخلية:

تلك التي يطلب فيها الأخصائي النفسي من الطالب ذي الإعاقة أن يقوم بملاحظة نفسه بنفسه، أو ما يطلق عليه (التأمل الباطني)، وذلك لبعض السلوكيات والأفعال والأفكار التي تراوده في مواقف مختلفة يصعب على الأخصائي أن يكون موجودًا معه فيها. وقد تتم وفقًا لبنود محددة يجيب عنها الطالب ذي الإعاقة، أو قد تكون حرة يطلب فيها أن يسرد ما يلاحظه من سلوكيات، أو أعراض، أو ردود لأفعال تصدر عنه في مواقف بعينها، غير أن هذا النوع من الملاحظة يخضع للذاتية والأهواء الشخصية للطالب، هذا إلى جانب صعوبة استخدامها مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، أو ذوي اضطراب التوحد على سبيل المثال.

(٢) الملاحظة الخارجية:

يقوم فيها الأخصائي النفسي بملاحظة ذي الإعاقة، وذلك بتسجيل مظاهر سلوكية معينة تصدر عنه دون التحكم في العوامل التي تؤثر في هذا السلوك وتتسم الملاحظة الخارجية بأنها أكثر دقة وموضوعية من الداخلية إذا توفر للأخصائي الخبرة.

رابعًا: في ضوء علاقة الأخصائي النفسي بالطالب ذي الإعاقة: حيث تنقسم إلى:

(١) الملاحظة المباشرة:

تعرف أحيانًا الملاحظة المباشرة بالملاحظة بالمشاركة حيث يكون الأخصائي النفسي فيها وجها لوجه أمام الطالب ذي الإعاقة، أو الطلبة في المواقف ذاتها، وهذا النوع من الملاحظة يستلزم أن يصبح الأخصائي النفسي عضوًا في الجماعة التي يقوم بدراستها وأن يخضع لكافة

المؤثرات التي تخضع لها، وذلك حتى يألف الطلبة وجوده بينهم لكي يظل سلوكهم بعيداً عن التصنع والمرغوبية الاجتماعية.

ومن طرق قياس السلوك المباشر:

١) تسجيل تكرار السلوك:

هو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة، وعلى الملاحظ ان يحدد طول فترة الملاحظة، وتسجيل السلوك مباشرة عند حدوثه. وتستخدم هذه الطريقة عندما يكون الهدف زيادة معدل حدوث سلوك مرغوب به، او تقليل سلوك غير مرغوب فيه، وتكون غير مناسبة إذا كان السلوك يستمر لفترة طويلة جداً؛ مثل: تسجيل عدد المرات التي يمص فيها الطالب إبهامه.

٢) تسجيل مدة حدوث السلوك:

تستخدم هذه الطريقة عندما يكون المعالج، أو المرشد مهتمًا بمعرفة طول الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك بالحدوث، وهي طريقة مناسبة لقياس السلوك الذي يحدث كثيراً، او الذي تتغير مدة حدوثه من وقت لأخر.

وعادة ما يقوم الملاحظ بحساب مدة السلوك وذلك من خلال المعادلة التالية:

نسبة الحدوث = (مدة السلوك ÷ مدة الملاحظة) × ١٠٠.

إن تسجيل مدة حدوث السلوك هي الطريقة المناسبة عندما يكون الهدف معرفة مدة بكاء الطالب عند وضعه في السرير، أو المدة الزمنية التي يقضيها الطالب خارج مقعده، أو المدة التي يقضيها الطالب في تأدية واجبه المدرسي.

مثال: طالب يقضي ساعتين في اليوم لتأدية واجبه المدرسي، ومدة الملاحظة التي استغرقها الملاحظ هي (٤) ساعات فتكون نسبة حدوث السلوك هي:

(٢ ÷ ٤) × ١٠٠ = ٥٠ ٪

٣) تسجيل الفواصل الزمنية:

اي تقسيم فترة الملاحظة الكلية إلى فترات زمنية جزئية متساوية وملاحظة حدوث، أو عدم حدوث السلوك المراد دراسته في كل فترة زمنية جزئية.

كما علينا تحديد الفاصل الزمني المناسب، ويعتمد ذلك على تكرار السلوك، ومدة حدوثه، ومقدرة الملاحظ على ملاحظة، وتسجيل السلوك.

فإذا كان السلوك يحدث بشكل متكرر، ولمدة قصيرة نستخدم فواصل زمنية قصيرة مثل (الثواني) وإذا كان السلوك لا يحدث بشكل متكرر، ولكن يحدث لمدة طويلة فنستخدم فواصل زمنية طويلة مثل (الدقائق)، ومن عيوب هذه الطريقة أنها لا تعطينا صورة واضحة وكاملة عن السلوك المراد دراسته.

٤) تسجيل العينات الزمنية اللحظية:

وهي ملاحظة حدوث، أو عدم حدوث السلوك أثناء عينات زمنية لحظية، ويقوم الملاحظ بتقسيم فترة الملاحظة الكلية إلى فواصل زمنية قصيرة متساوية كما في الطريقة السابقة، والاختلاف بين الطريقتين هو أن الملاحظ يسجل حدوث السلوك، أو عدم حدوثه فقط عند الانتهاء من كل فاصل زمني وليس ملاحظة السلوك باستمرار أثناء كل وحدة زمنية كما في الطريقة السابقة.

نسبة الاتفاق بين الملاحظين:

بما أن الملاحظ إنسان معرض للخطأ والنسيان، ويتأثر سلوكه بعوامل عديدة؛ لذا يجب التأكد من أن المعلومات التي يجمعها تتصف بالثبات، وذلك من خلال تكليف شخص آخر للقيام بملاحظة السلوك نفسه في فترة الملاحظة نفسها، حيث يتم تحديد نسبة الاتفاق بين الملاحظين من خلال مقارنة المعلومات التي جمعها الملاحظ الأول بالمعلومات التي جمعها الملاحظ الثاني.

ويجب التحقق من ثبات المعلومات التي يتم جمعها مرة، أو مرتين في كل مرحلة من مراحل الدراسة، كما أن طريقة حساب نسبة الاتفاق بين الملاحظين تعتمد على طريقة

القياس المستخدمة، فإذا كانت طريقة القياس هي تسجيل تكرار السلوك فإننا نجد نسبة الاتفاق بين الملاحظين كما يلي:

نسبة الاتفاق =(العدد الأصغر ÷ العدد الأكبر) × ١٠٠

مثال: إذا أفاد الملاحظ الأول أن السلوك المستهدف حدث (٣٠) مرة خلال فترة الملاحظة بينما أفاد الملاحظ الثاني بأنه حدث (٢٥) مرة فإن نسبة الاتفاق بينهما هي:

نسبة الاتفاق =(٢٥ ÷ ٣٠)× ١٠٠ = ٨٣ ٪

أما إذا أراد الباحث نفسه قياس مدة حدوث السلوك فإن نسبة الاتفاق بين الملاحظين تحسب على النحو التالي:

نسبة الاتفاق = (المدة الأقصر ÷ المدة الأطول) × ١٠٠

مثال: إذا أفاد الملاحظ الأول أن مدة حدوث السلوك استغرقت (١٢) دقيقة وأفاد الملاحظة الثاني أن مدة السلوك استغرقت (١٥) دقيقة فتكون نسبة الاتفاق بينهما على النحو التالي:

نسبة الاتفاق = (١٢ ÷ ١٥) × ١٠٠ = ٨٠ ٪

أما بالنسبة لتسجيل الفواصل الزمنية والعينات الزمنية اللحظية فان نسبة الاتفاق بين الملاحظين تحسب على النحو التالي:

نسبة الاتفاق = (عدد المرات التي اتفقوا فيها + عدد المرات التي اتفقوا فيها + عدد المرات التي اختلفوا فيها) × ١٠٠

مصادر الخطأ في الملاحظة المباشرة:

ترجع مصادر الخطأ في الملاحظة عند الكثير من الباحثين إلى الأسباب التالية:

١) رد الفعل:

يقصد به أن الشخص المراد قياس سلوكه سيكون له ردود فعل مختلفة في حال وجود أشخاص يلاحظون سلوكه عنه في حالة عدم وجود ملاحظين لسلوكه، ويتأثر رد الفعل بالعوامل التالية:

أ. درجة تقبل السلوك: إذا عرف الشخص بأن سلوكه مراقب من قبل شخص آخر فإنه سيزيد من درجة تقبل ذلك السلوك على نحو يكون مقبولاً اجتماعيًا، ويقلل من السلوك غير المقبول به اجتماعيًا.

ب. خصائص الشخص الملاحظ: إن الأطفال لا يتأثرون بوجود ملاحظين إلى الدرجة نفسها التي يتأثر بها الراشدون، وكذلك فان الطلبة الواثقين من أنفسهم، والذين لا يتأثرون بوجود أشخاص آخرين حولهم أقل تأثرًا بالملاحظة المباشرة من الأشخاص الذين لا يملكون تلك الصفات.

ج. درجة وضوح الملاحظة: تشير الدراسات أنه كلما كانت الملاحظة أكثر وضوحًا فإن حدوث رد الفعل لدى الشخص الملاحظ تكون أكثر.

د. خصائص الشخص الملاحظ: إن خصائص الشخص الملاحظ قد تزيد من رد الفعل لدى الشخص الملاحَظ، فالعمر، والجنس، والمظهر، وأسلوب التعامل، وكيفية الدخول إلى مكان الملاحظة كلها عوامل تؤثر على رد فعل الشخص؛ لذا يجب على الملاحِظ إخفاء هويته بمعنى أن لا تكون الملاحظة اقتحامية.

٢) نزعة الملاحظ نحو تغيير التعريفات الأصلية:

إن نزعة الملاحظين نحو تغيير التعريف الأصلي للسلوك قد تؤدي بهم إلى الإقلال، أو الإكثار من التزامهم بالمعايير التي يحتكمون إليها عند تسجيل حدوث، أو عدم حدوث السلوك؛ مما يؤثر على صدق المعلومات لذا لا بد من تدريب الملاحظين قبل البدء بجمع المعلومات عن السلوك المستهدف، وتعريفهم بالسلوك تعريفًا موضوعيًا وبطرق الملاحظة المستخدمة.

٣) درجة تعقيد نظام الملاحظة:

تعتمد درجة صعوبة، أو سهولة نظام الملاحظة المستخدم على عوامل عديدة منها عدد الأشخاص الذين ستتم ملاحظتهم، وعدد السلوكيات التي ستلاحظ، ومدة الملاحظة وغيرها،

وكلما كانت الملاحظة أكثر تعقيداً كانت المعلومات اقل صدقًا؛ لذلك ينصح بتقليل عدد السلوكيات المطلوب ملاحظتها، وتعريف السلوك المستهدف، وتقصير مدة الملاحظة.

٤) توقعات الملاحظ والتغذية الراجعة:

تشير الدراسات إلى أن الشخص الذي يبحث عن التغيير في السلوك أكثر قابلية لإيجاده من الشخص الذي ليس لديه توقعات معينة.

فإذا توقع الملاحظ أن التعزيز الايجابي سيعمل على زيادة السلوك فان هذا التوقع قد يؤثر في نوعية المعلومات التي يجمعها؛ كذلك فالتغذية الراجعة تؤدي دورًا مهمًا بالنسبة للأشخاص الذين يقومون بالملاحظة.

والمبدأ العام هو عدم الإفصاح للملاحظين عن أهداف الدراسة، أو النتائج المتوقعة من المعالجة، وعدم مناقشة طبيعة التغيرات الحاصلة في السلوك أثناء الدراسة.

(٢) الملاحظة غير المباشرة:

تعرف أحيانًا بالملاحظة "بدون المشاركة"، وفيها تحدث عملية الملاحظة من جانب الأخصائي النفسي دون اتصال بينه وبين الطلبة ذوي الإعاقة، ودون أن يدركوا أنهم موضع ملاحظة، ويتم ذلك أثناء قيامهم بنشاط معين ولتسجيلها يستخدم الأخصائي أدوات وأجهزة مختلفة؛ مثل: التصوير الضوئي، أو التصوير السينمائي، أو المسجلات الصوتية، وعادة ما يتم ذلك من خلال غرفة معدة لذلك يلحق بها مرآة أحادية الاتجاه، وذلك حتى لا يشعر الطلبة بأنهم موضع ملاحظة؛ فيعدلوا من سلوكهم، وحتى يكون سلوكهم تلقائيًا غير مصطنع.

خطوات ملاحظة سلوك الطالب استعداداً لتعديله:

تشمل ملاحظة وتحليل السلوك، وتحديد طبيعة المشكلة السلوكية، وتحديد المعالج لماهية السلوك الذي يريد تعديله بدرجة مقبولة من الدقة، حيث يتعين عليه تحديد ووصف خمسة أجزاء، أو عناصر تشكل معًا مقومات فهمه، أو إدراكه للسلوك المطلوب للطفل:

(١) العوامل المكونة للسلوك:

تتمثل في كافة المنبهات والعوامل البيئية التي تثير لدى الطالب السلوك غير المرغوب، ولا يتوقف تحديد هذه المثيرات السلوكية على العوامل الخارجية فقط؛ بل يجب أن تشمل أي عامل ذاتي لدى الطالب كحاجة نفسية، أو خاصية جسمية قد تسهم في إنتاج سلوكه السلبي.

(٢) الحالة البيولوجية:

تشمل عوامل كحالة الطالب الجسمية، وما يعتريها من إعاقات، وقدراته العقلية العامة، واستقراره العاطفي، أو النفسي، إذ تساعد معرفة هذه العوامل المعالج على تغيير البيئة المحيطة بالطالب بالصيغ المفيدة لتصحيح الحالة البيولوجية والاستجابة لمتطلباتها.

(٣) الإجابة السلوكية العامة:

يعين المعالج نوع الإجابات الحركية واللفظية التي تمثل دائما سلوك الطالب كالصراخ مثلاً، وهذه الإجابات السلوكية إما أن تكون تقليدية الاشراط كما في طريقة بافلوف وواطسن، أو فعالية الاشراط كما في طريقة سكنر فإذا كان صراخ الطالب تقليدي الاشراط عندئذ قد تكون عوامل البيئة ومنبهاتها السبب الرئيس في حدوثه حيث يتم تحديدها والعمل على إزالتها لتصحيح السلوك، أو حذفها.

(٤) معززات السلوك:

يلاحظ المعالج هنا نوع معززات السلوك عند الطالب سواء هذه ذاتية، أو خارجية سلبية، أو ايجابية يفيد هذا التحديد على ضبط أنواع المعززات، ودرجة قوتها التي تؤثر في السلوك عند إجراء التعديل.

(٥) العلاقة المحتملة بين الإجابة والتعزيز:

يعين المعالج بالملاحظة والوصف الاستجابات التي يبديها الطالب نتيجة توفر معزز، أو منبه محدد، وهذا يوصل بالطبع إلى تحديد نوع المعزز، وقوته من إنتاج السلوك للمساعدة في بناء جداول التعزيز اللازمة لتنفيذ عملية تعديل السلوك.

العوامل التي تؤثر على الملاحظة:

لقد أورد كل من مراد وسليمان (٢٠٠٢، ص ص ٢٨٩ – ٢٩٠) اهم العوامل التي تؤثر في عملية الملاحظة على النحو التالي:

(١) **الحواس:** تعتمد دقة الملاحظة على حدة الحواس المستخدمة في الملاحظة؛ فالشخص الذي يتمتع بحواس سليمة يمكنه أن يلاحظ العديد من المثيرات. وتتأثر الحواس بالظروف النفسية (الانفعالات)، أو الجسمية (كبر العمر، وضعف السمع)، أو البيئة؛ مما يؤثر على قدرة الطالب على الملاحظة.

(٢) **الانتباه:** وهو يتضمن تهيؤ عقلي، واهتمام، وتركيز، ويعد شرطًا من شروط الملاحظة الجيدة، والانتباه قد يكون إراديًا مقصودًا، أو لاإرادي نتيجة لشدة بعض المثيرات الخارجية.

(٣) **الإدراك الحسي:** وهو يعنى الربط بين ما يشعر به الطالب في الموقف الراهن، وما لديه من خبرات سابقة لكي يعطى للإحساس معنى، والإدراك الحسي قد يكون بسيطًا، أو معقدًا أي قد يستخدم فيه عضو واحد من اعضاء الحس، أو أكثر، والإدراك عرضه للتشويه (التحريف – التزييف) بسبب الحالة العقلية، أو الانفعالية، أو الجسمية.

(٤) **التصور الذهني (التخيل):** التخيل هو تصور ذهني لأشياء لا نستطيع إدراكها مباشرة بناء على فروض (حلول محتملة للمشكلة)، وكذلك بناء على نظرات وضعت لتفسر ما يحدث، هذا التصور يوحي للأخصائي إمكانية الوصول لحل الموقف المشكل.

تدريب القائمين على الملاحظة:

إن استخدام الملاحظة كأداة قياس تتطلب من الأخصائي، أو المعلم، أو أيا ما كان القائم بالملاحظة أن يتدرب بصورة جيدة على مهارات إجراء الملاحظة بدقة. وهناك عدد من الخطوات التي يفترض أن يتدرب عليها الشخص الذي يقوم بالملاحظة، والتي تتضمن الخطوات الرئيسة التالية:

(١) ينبغي على الأخصائي البدء بعملية التدريب بوصف نظرية وأغراض الملاحظة؛ فالنظرية تزود الملاحظين بهدف الملاحظة، ومن ثم بالدافع إلى إجادتها. كما عليه أن يشرح السبب الذي من أجله تم إعداد جدول الملاحظة. والتمكن من التفاهم مع الملاحظين (كالمعلمين) على طبيعة العمليات التي تلاحظ، وظروف الملاحظة.

(٢) من المفيد أن يقوم الأخصائي في بداية الأمر بالملاحظة دون استخدام جدول دقيق للملاحظة في موقف يشبه الموقف الفعلي للدراسة، ثم يتعرف على أكبر قدر مستطاع من السلوك المطلوب.

(٣) يناقش الأخصائي بعد ذلك جدول الملاحظة بدقة نقطة بعد أخرى.

(٤) يحاول الأخصائي تطبيق جدول الملاحظة. ويحسن أن تتم هذه المحاولة مع جماعة بحيث تمثل الأدوار السلوكية التي سوف تتم ملاحظتها فعلاً.

(٥) يناقش الأخصائي نتائج هذه المحاولة التدريبية مع زملائه، أو الملاحظين تحت التدريب. وقد تؤدى ملاحظتهم في هذه المرحلة إلى مراجعة و تحسين جدول الملاحظة.

(٦) من المفيد أن يقوم الأخصائي بتجربة على جماعة تشبه الجماعة التي سوف تقوم بملاحظتها فعلاً، فيمكن بذلك توحيد إجراءات التعارف.

إرشادات للملاحظ:

قد يحدث أن يزيف الطالب الاستجابات الواردة في التقرير الذاتي الذي يطلب فيه من الطالب أن يلاحظ نفسه، ويصدر حكمًا لملاحظته هذه، وكذلك قد يزيف الطالب سلوكه عند وجود ملاحظ؛ مما يوقعه في أخطاء هو في غنى عنها:

(١) فقد تلاحظ سلوكًا لا علاقة له بالسمة المرغوب في ملاحظتها، أو قد تلاحظ سلوكًا هامشيًا. وعلى الأخصائي أن يقرر فيما إذا كان السلوك الملاحظة هامشيًا، أو أساسيًا.

(٢) قد يشعر الطالب أحيانًا بأن الملاحظ يتدخل في خصوصياته.

(٣) ملاحظة السلوك لفترة زمنية قصيرة نسبيًا في وضع غير طبيعي، وتأثر الملاحظ بالفكرة السابقة عن السلوك الملاحظ، أو ما نسميه بأثر الهالة قد يوقع الملاحظ في

الخطأ. ولذلك فإنه يمكن للملاحظ إتباع الإرشادات التالية للتقليل من أثر الأخطاء المحتملة.

- تحديد السمات، أو الخصائص التي يتطلبها البحث.
- ملاحظة السلوكيات ذات العلاقة بالسمة التي يحددها الباحث.
- التركيز على ملاحظة عدد محدود من أنماط السلوك في وحدة الزمن التي يصطلح عليها الملاحظ، أو تفرضها ظروف البحث، وخصائص الملاحظين.
- محاولة القيام بالملاحظة دون معرفة الطالب بأنه ملاحظ من قبل الأخصائي.
- ملاحظة أكبر قدر من السلوكيات المرتبطة بالسمة الملاحظة، وذلك بالقيام بالملاحظة على فترات لمدة طويلة نسبيًا.
- التسجيل الفوري للملاحظات حتى لا تتعرض للنسيان؛ وبالتالي حدوث التحيز والتلفيق.
- عدم ملاحظة تفسير الملاحظ للسلوك مباشرة؛ بل عليه أن يسجل الملاحظات كما هي، وليس ما تعنيه بالنسبة للأخصائي (ملحم ٢٠٠٢، ص ص ١٤٥– ١٤٧).

أدوات الملاحظة:

لابد للملاحظ في حالة تدوين ملاحظاته حول الطالب – أيًا كان هذا الطالب – من أن يستخدم لغة وصفية دقيقة وصحيحة لتسجيل الملاحظات من خلال قوائم التقدير (قوائم المراجعة)، وكذلك سلالم التقدير (مقاييس التقدير)، والسجلات القصصية.

والتقدير في اللغة قد يعني التقييم؛ إلا أنه من الناحية العملية يختلف عنه، فهو "تحديد للصفة، أو الخاصية بطريقة الحدس، أو الظن، أو الانطباع الذي يتكون لدى الإنسان وهو أقل موضوعية ودقة من التقييم"، وأدوات التقدير أقدم من أدوات القياس.

وتستعمل أدوات التقدير لجمع ملاحظات عن أداء معين؛ مثل: الغناء، أو التمثيل، أو النشاط الرياضي، أو الرسوم، أو الكتابة، كما يستخدم التقدير في مجال تكيف الطفل في رياض الأطفال؛ لأننا لا نستطيع أن نخضعهم لاختبار كتابي في هذه المجالات.

ومن بين أدوات الملاحظة التي يمكن الإشارة إليها ما يلي:

أولا: قوائم المراجعة أو التقدير:

قائمة التقدير هي قائمة تحتوي على كلمات، أو عبارات، أو جمل تصف خاصية معينة، أو أداء معينًا، أو إنتاج منتجات الأطفال. ويسمى بعض المختصين قائمة التقدير بقائمة التدقيق، أو المراجعة، أو الجرد لأنها تستعمل لهذه الأغراض. إن قوائم المراجعة تمكننا من تحديد السلوك بسرعة وفاعلية عند حدوثه ولكنها لا تسمح للملاحظ بتقدير درجة، أو تكرار حدوث سلوك معين. وعندما يكون هذا الأمر مرغوبًا فيه، فإنه يجب استخدام وسيلة أخرى؛ مثل: مقاييس التقدير، أو السجلات القصصية. وإذا أمكن بناء قوائم المراجعة بعناية فإنها تساعد على:

(١) حصر انتباه الملاحظ في الخصائص الموجودة بالقائمة.

(٢) مقارنة الأطفال ببعضهم البعض بالنسبة لمجموعة من الخصائص.

(٣) توفير أداة بسيطة لجمع الملاحظات.

ويفضل استخدام قوائم المراجعة بصفة عامة عند الاهتمام بتحديد، أو غياب خصائص معينة. وعند استخدام قوائم المراجعة يجب مراعاة ما يلي:

(١) تحديد السلوك المراد ملاحظته بوضوح.

(٢) ملاحظة طفل واحد في نفس الوقت.

(٣) تركيز الانتباه على النقاط (أو الخصائص) المحددة بالقائمة.

(٤) تخصيص قائمة لكل طفل، وعند الرغبة في الحصول على معلومات مهمة عن جميع الأطفال في الصف فإنه يمكن تجميع الملاحظات عن الطلبة في قائمة موسعة تشمل الصف كاملاً.

(٥) إتباع التعليمات الموجودة بالقائمة بدقة.

مثال لقوائم المراجعة، أو قوائم التقدير: قائمة النظافة الشخصية لدى الأطفال ذوي الإعاقة بمرحلة الروضة:

اسم الطفل:.....

اسم المعلمة:.....

تاريخ تسجيل الملاحظات:.....

ضعي علامة (✓) امام الخاصية التي تنطبق على الطفل وعلامة (X) امام الخاصية التي لا تنطبق عليه:

م	العلامة	الخصائص	ملاحظات
١		الشعر منسق	
٢		اليدان نظيفتان	
٣		الوجه نظيف	
٤		الأنف نظيف	
٥		الأسنان نظيفة	
٦		عيناه نظيفتان	
٧		أذناه نظيفتان	
٨		أضافره مقلمة	
٩		الملابس نظيفة	

ويمكن للمربية أن تصوغ القائمة السابقة وأن تضيف إليها، أو تحذف منها حسب الحاجة، أو حسب ما يحصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة، وقد تحولها المربية إلى قائمة ممارسة العادات الصحية الحميدة؛ مثل: غسل الأيدي قبل الأكل، وتفريش الأسنان، وغسل الأيدي بعد الخروج من المرحاض. ويتم ذلك بتحويل العبارات من جمل أسمية إلى جمل فعلية فتصبح يمشط شعره بدلاً من شعر مرتب، ويغسل يديه قبل الأكل وبعده، بدلاً من يدين نظيفتين...الخ.

وبعد الانتهاء من عملية وضع الإشارات تخبر المربية الطفل وذويه أن عليهم الاهتمام بنظافة كذا ثم تحفظ القائمة في ملف الطالب وتعود إلى تطبيق نسخ أخرى من القائمة أسبوعيًا، أو شهريًا، وبتكرار استعمال القائمة، وحفظها في الملف تستطيع المربية أن تقارن القوائم معا، وذلك لكي تحدد مدى التقدم، أو التحسن الذي طرأ على نظافة الطفل وكذلك يمكن الرجوع إليها عند التحدث مع أحد الوالدين، أو كليهما فتستند إلى أسس موضوعية في حديثها وهذا أفضل من الاعتماد على الذاكرة ومن خلال استخدام قائمة التقدير يمكن للمعلمة بواسطتها أن تكتشف أهم المشكلات التي يعاني منها أطفال الروضة.

فإذا اكتشفت مثلاً أن أسنان ٧٠٪ من الأطفال ليست نظيفة فهذا يعني أن هناك مشكلة يمكن أن تتحدث عنها في ندوة للأمهات المعنيات، وكذلك بإمكانها وضع أنشطة يمكن من خلالها أن يمارس الأطفال تنظيف الأسنان بعد تناول الأطفال طعامهم، وكذلك يمكن للمعلمة وضع درجة، أو علامة النظافة بناء على هذه القائمة ولتأليف قائمة التقدير الخاصة بأداء عمل ما نقترح إتباع الخطوات الخمس التالية:

الخطوة الأولى: تجزئ العمل إلى أفعال منفصلة مرغوبة، أو صحيحة.

الخطوة الثانية: تحديد هذه الأفعال بوضوح (بحيث يمكن قياسها و ملاحظتها).

الخطوة الثالثة: أن يضاف إلى الأفعال الصحيحة أفعالا خاطئة يمكن أن يقوم بها الطفل ذي الإعاقة.

الخطوة الرابعة: ترتيب الأفعال المرغوبة، أو الصحيحة و الأخطاء المحتملة في تتابع طبيعي.

الخطوة الخامسة: إذا كان هناك سلوك لم يوصف، أو فعل لم يكتب في القائمة وحدث من الطالب فانه يجب تسجيله في مكانه بالقائمة (الكناني وجابر، ١٩٩٥، ص ص ٨٠-٨٤).

ثانيًا: سلالم التقديرRating Scale

تختلف قوائم المراجعة، أو الشطب – التي تحدثنا عنها آنفًا – عن سلالم التقدير في أن الأخيرة تحتاج إلى حكم أدق لأن كل فقرة تخضع لتدرج من عدة فئات، أو مستويات يمثل أحد

طرفيه انعدام وجود الصفة التي نقدرها، أو وجود مقدار ضئيل منها. كما يمثل الطرف الآخر تمام، أو كمال وجودها. وما بين الطرفين يمثل درجات متفاوتة من وجودها كلما اتجهنا من الطرف الصفري إلى طرف التمام و الكمال. وهنا يتبع المقدرون طرائقًا مختلفة تؤدى إلى استخدام عدة أنواع من سلالم، أو مقاييس التقدير لعل من أهمها:

(١) سلم التقدير العددي، أو الرقمي Numerical Rating Scale

يستعمل لتقدير مدى وجود صفة ما لدى جماعة من الأشخاص في الوقت نفسه و السلم هنا عبارة عن قائمة تحمل أسماء الطلبة ذوي الإعاقة مرتبة ترتيبًا عموديًا في الهامش. وفي أعلى سطر في الصفحة يوجد مستويات مختلفة من الصفة مدرجة من ١– ٥، أو حتى عشرة وعند الاستعمال يبين المقدر تقديره لمدى وجود الصفة عند الشخص بوضع دائرة، أو مربع حول رقم من سلسلة الأرقام الموجودة أمام اسمه.

مثال: سلم لتقدير سلوك الأطفال ذوي الإعاقة بالصف الثالث الابتدائي. ظلل المربع الذي تعتقد انه يمثل سلوك الأطفال علمًا بأن جودة سلوك الأطفال تزداد بازدياد الرقم المظلل:

اسم الطالب	مستويات ودرجات السلوك									
خالد	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
سوسن	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
رضا	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
تامر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
منى	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
هدى	١٠	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

(٢) سلم التقدير الرقمي الوصفي:

وفي هذا النوع من سلالم التقدير يوجد أعداد تمثل درجات متفاوتة من الخاصية المقدرة كما يوجد وصف يوجه المقدر. فإذا أردنا أن نقدر سمة الميل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة على سبيل المثال، فإننا يجب أن نصف هذه السمة بعدة خصائص تعبر عن تصرفات وسلوكيات الطالب في المواقف الاجتماعية، وذلك على النحو التالي:

م	المواقف	١	٢	٣	٤	٥
١	يميل إلى مشاركة زملائه في الصف أنشطتهم					
٢	يؤدي بمفرده في المنزل					
٣	يميل إلى اللعب الجماعي بالنادي					
٤	في المتنزهات يشارك الأطفال الآخرين لعبهم					

(٣) سلم التقدير البياني اللفظي: ScaleGraphic Rating

وفي هذا النوع من سلالم التقدير يذكر الأداء، أو الصفات في عمود بهامش الصفحة، ثم يوضع أمامها أعمدة تمثل درجات متفاوتة من الأداء، أو الصفة. ويقوم المقدر بملاحظة سلوك الطالب أثناء النشاط ووضع إشارات في الأعمدة مبينا درجة انطباق الصفة على هذا الطالب. والمثال التالي لتقدير السلوك العدواني لدى الأطفال المكفوفين في المرحلة الابتدائية.

م	العبارات	كثيرًا	أحيانًا	نادرًا
١	يميل إلى ضرب الأولاد الأصغر منه سنًا، أو حجمًا.			
٢	عندما يغضب يرمي أي حاجة أمامه.			
٣	يخرج لسانه لمن يغضب بطريقة تضايقه.			
٤	لا يطيع كلام المدرس في الصف لكي يستفزه.			

(٤) سلم التقدير البياني الوصفي

في هذا السلم نستعمل أوصافا محددة تبين وجود مقادير مختلفة من الصفة، أو الأداء. وهو أكثر دقة من سابقه، إذا تحتوي الاستجابات على عبارات تدل على درجات مختلفة من الصفة، أو الأداء. ومثال ذلك السلم التقديري التالي لمدى متابعة تلميذ يعاني من ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ما مدى مواظبته ؟	كثير الغياب	أحيانًا يغيب	يتأخر فقط	لا يغيب
ما مدى مساهمته في المناقشات الصفية ؟	لا يساهم مطلقًا	يساهم أقل من غيره	يساهم أكثر من غيره	يستأثر بوقت الحصة
ما مدى التزامه في الصف	غير ملتزم على الإطلاق	ملتزم إلى حد ما	ملتزم كبقية زملائه	أكثر طلاب الصف التزامًا

(٥) سلم التقدير البياني الوصفي العددي:

وهذا النوع من مقاييس، أو سلالم التقدير تختلف بنوده عن بنود السلم السابق في أنه توجد أعداد فوق درجات السلم الفرعي، أو البند. ومثال ذلك

	١	٢	٣	٤
المبادأة	ينفذ فقط زمام المبادأة	أحيانًا يأخذ زمام المبادأة	نادرا ما يأخذ زمام المبادأة	يأخذ زمام المبادأة
الاجتهاد	نادرا ما يعمل تحت ضغط	١ ٢ بحاجة إلى ضغط مستمر	٣ يحتاج أحيانًا إلى الضغط	٤ يبادر بإنهاء ما عليه فورًا
الدافعية	١ لا دافعية لديه	٢ لديه دافعية أحيانًا	٣ لديه دافعية عادة	٤ لديه دافعية عالية

عيوب مقاييس التقدير:

لا تخلو مقاييس التقدير من بعض العيوب والنقائص مثلها في هذا مثل أية أداة من أدوات جمع البيانات والمعلومات لقد أوضح كل من أبو لبدة (١٩٨٢، ص ص٥٢– ٥٤)، والكناني، وجابر (١٩٩٥، ص ص ٨٨– ٨٩) مصادر الخطأ في مقاييس التقدير في النقاط التالية:

(١) غموض التقديرات نفسها، فقد تعنى غالبا عند البعض ٩٠٪ وعند البعض الآخر ٧٠٪.

(٢) غموض معاني السمات، أو الخصائص التي تقدر، مما يؤدي إلى إعطاء تقديرات خاطئة لأن المقدر أعطى الخاصية معنى مخالفًا.

(٣) اختلاف تقديرات المقدرين: فعينة السلوك التي تشاهدها معلمة محبوبة، أو قوية الشخصية غير التي تشاهدها معلمة ضعيفة الشخصية.

(٤) أثر الهالة: أن الفكرة التي تحملها المعلمة، أو المعلم عن الطالب سواء كانت جيدة أم رديئة تؤدى إلى أخطاء في التقدير، فإذا كانت جيدة فانه سيحابي لا شعوريًا في تقديره وإذا كانت سيئة فقد يتجنى عليه في ذلك.

(٥) خطأ التساهل: بعض المعلمات يميلن إلى تقدير الأطفال على أنهم فوق المتوسط، أو ممتازون، وهم يفعلون ذلك خشية أن يطلب منهم تفسير تقديراتهم إذا أفادوا بأن الطالب سيء، أو ضعيف في تلك السمة، وربما يفعلون ذلك طلبا لرضا الناظرة، أو أولياء الأمور.

(٦) خطأ النزعة المركزية، أو التقديرات الوسطى: تميل بعض المعلمات إلى استعمال وسط السلم دائما بدلا من طرفيه، وذلك لنفورهن من إصدار تقديرات متطرفة، أو إيمانًا منهن بأن خير الأمور الوسط مما يجعل تقديراتهن وسطية دائمًا.

(٧) خطأ في التقارب، أو المجاورة: تميل المعلمة إلى تحديد الصفات على البنود، أو العبارات المتجاورة تحديدا متقاربا، فإذا حددت الصفة على بند على أنها متوسطة فإنها تحدد الصفة التي تأتي في البند التالي على أن قريبة من الوسط لدى هذا الطالب.

(٨) قد يميل المعلم إلى تقدير الأطفال على أنهم نسخة مضادة منها، فإذا كان دقيقا في مواعيده قدر غيره أنه أقل دقة منه في المواعيد.

(٩) الخطأ المنطقي: وهو يرجع إلى ارتباط السمات ببعضها ببعض؛ مثل: ارتباط الذكاء و التحصيل، فإذا قامت المعلمة بتقدير ذكاء الطالب، فإنها تعطى نفس التقدير لتحصيله.

تحسين أساليب التقدير:

وحتى نقلل من العيوب السابقة وحتى نطور في أساليب وإجراءات التقدير ينبغي أن نقوم بما يلي:

(١) اختيار المقدرين الذين يكونون على احتكاك مباشر مع الأشخاص الذين يجرى تقديرهم حيث يطلب منهم إعطاء التقديرات عن الصفات التي أتيحت لهم الفرص لمشاهدتها.

(٢) تزويد المقدرين بالإرشادات اللازمة وبفرص التدريب وملاحظة الطلبة الذين سيقومون بتقديرهم بعد التدريب مباشرة.

(٣) عند تعدد المقدرين تضاف التقديرات بعضها إلى بعض حتى نحصل على تقديرات اكثر ثباتا عن الطالب الذي تم تقييم وتقدير سلوكه (أبو زينة، ١٩٩٢).

خطوات إجراء الملاحظة:

يمكن تحديد خطوات إجراء الملاحظة في الخطوات الرئيسة التالية:

(١) تحديد السلوك المراد ملاحظته:

إن أول مهمة هي تحديد السلوك الذي يهتم به المعلم، هذا السلوك يجب أن يتم وصفة بشكل خاص قدر الإمكان. فلو تم تحديده بشكل واضح سوف يتمكن اثنين، أو أكثر من الملاحظين من الاتفاق على ما إذا كان الطالب قد انتج هذا السلوك أم لا. والوصف غير الدقيق للسلوك يجعل من الصعب ملاحظته وقياسه. فعبارة مثل "الطالب جاك عنده نشاط زائد"، أو " الطالب جولي لا يهدأ"، أو " الطالب سام ضعيف في مهارات الاستذكار" جميعها عبارات تفتقر إلى الخصوصية وتترك عملية تفسير السلوك غير محددة للقائم بالملاحظة. وأوصاف مثل: "ان الطالب "اسامة" يجرح باقي الطلبة"، أو "الطالب "أحمد" يترك مقعدة

كثيرًا" و"الطالب "سمير" يتحدث بصوت مرتفع دون أن يرفع يده" و"الطالب "حسام" لا يهتم بأداء واجبة المنزلي"، تعد عبارات أكثر دقة من سابقتها.

وفي نفس الوقت ربما يرغب المعلمين في جمع البيانات عن أداء الطالب بشكل عام لكي يتعرفوا على السلوكيات المشكلة بشكل محدد. ويقترح Sulzer – Azaroff and Myer (1977) أن التسجيلات الروائية (narrative recording)، أو التحليل التتابعي (sequence analysis) لهذا الغرض أمر مفيد. ففي تلك الروايات المسجلة يقوم الملاحظ بوصف جميع السلوكيات التي تظهر على الطالب أثناء فترة الملاحظة ثم يتم بعد ذلك تحليل هذا السجل لتحديد ما إذا كان هناك أي نمط، أو نوع في سلوكيات الطالب. والتحليل التتابعي طريقة أكثر تنظيمًا فيها يقوم الملاحظ بملاحظة كل سلوك ويحاول التعرف على مقدماته والآثار المترتبة عليه.

ومن ناحية أخرى فإن التسجيل الروائي والتحليل التتابعي قد لا يكون طريقة عملية لمعلم التعليم العام لجمع البيانات. فالمعلم قد لا يكون قادرًا على إجراء الملاحظة الدقيقة مثل التي يتم الحصول عليها من خلال إدارة جميع أنشطة الصف في التعليم العام. وهناك حل واحد هو أن يكون هناك شخص آخر غير معلم الصف يقوم بإجراء الملاحظة، هذا الشخص يمكن أن يكون مساعد تعليمي، أو متطوع، أو معلم التربية الخاصة، أو مستشار، أو حتى القرين. وهناك أسلوب آخر هو تطوير نظام الملاحظة البسيطة. ففي أي حدث وعندما تكون المهمة هي التعرف على السلوكيات المشكلة فإنه من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار السلوك نفسه ليس هذا فحسب بل أيضًا تأثير مقدماته وتوابعه.

(٢) اختيار طريقة القياس:

بمجرد التعرف على السلوك واكتشافه ووصفة بشكل خاص فإنه يمكن اختيار طريقة ملاحظة وقياس هذا السلوك. وهناك أنواع مختلفة من السلوكيات وهناك تأثيرات طبيعية لنوع القياس المختار. فهناك نوع هو المنتجات الدائمة مثل الواجبات التي أتمها الطالب وكتابة التدريبات والمقالات المتاحة والتي يمكن الرجوع إليها فيما بعد. وهناك سلوكيات

اخرى أكثر دقة يجب ملاحظتها وقت حدوثها مثل المشاجرات والإساءة اللفظية والسرقة والقيام من المقعد تلك السلوكيات قد تكون مميزة مثل الكتابة والتحدث، بمعنى لها بداية ونهاية، أو قد تكون مستمرة مثل الاستذكار. وبعض تلك السلوكيات من الممكن أن يتحول إلى منتجات دائمة إذا تم دراستها فيما بعد وتسجيلها بالصوت والصورة.

وهناك طرق متعددة لتسجيل البيانات متاحة ومتوفرة أثناء الملاحظة:

(أ) **المنتج الدائم، أو تحليل عينة من عمل الطالب:** فيتم تقييم عينة من عمل الطالب ويتم تسجيل المعلومات الخاصة بعدد مرات حدوث المشكلة بدقة.

(ب) **تسجيل الحدث:** فيتم ملاحظة عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية معينة فعلى سبيل المثال يقوم المعلم بعد عدد المرات التي يترك فيها الطالب مقعدة أثناء الحصة الواحدة.

(ج) **تسجيل مدة استمرار السلوك:** فيتم تسجيل طول مدة حدوث السلوك فعلى سبيل المثال يحدد المعلم طول الوقت الذي استغرقه الطالب في استكمال الواجب.

(د) **تسجيل الفواصل الزمنية:** فيتم ملاحظة حدوث، أو عدم حدوث السلوك في فترة زمنية محددة على سبيل المثال يقوم المعلم بملاحظة "بل" أثناء القراءة في كتاب العلوم مرتين من خمس مرات ملاحظة كل مرة منها تستغرق ثلاث دقائق.

واختيار طريقة من بين تلك الطرق يعتمد على نوع السلوك ونوع البيانات المفيدة للمعلم. كما انه من الضروري أيضًا التنفيذ بسهولة من خلال الملاحظ.

(٣) تسجيل المنتج الدائم وتسجيل الحدث:

تقدم هذه الطريقة بيانات متكررة وكثيرة يمكن تحويلها إلى نسب مئوية. والنسب المئوية والتكرارات مقاييس ملائمة للسلوكيات الأكاديمية وسلوكيات حجرة الصف وسلوكيات مهارات الاستذكار. والمعلم قد يكون مهتم بنسبة الكلمات التي يقرأها الطالب بشكل صحيح، أو نسبة الوقت التي يقضيه الطالب في المهمة. وتكرار البيانات يشير إلى عدد مرات حدوث السلوك ولمقارنة تلك التكرارات ينبغي ان يتأكد المعلم أن فترات الملاحظة متساوية في الطول وان

الطالب حصل على نفس الفرصة لإنتاج السلوك في كل مرة من مرات الملاحظة. فالنتائج على سبيل المثال قد تكون غير دقيقة وبالتالي توجه المعلم في الاتجاه الخطأ إذا تمت مقارنة سلوك الطالب في السؤال أثناء المحاضرة بسلوكه في السؤال أثناء المناقشة.

والبيانات المتكررة التي يتم جمعها في فترات الملاحظة غير المتساوية يمكن مقارنتها بسهولة إذا كانت محولة ومترجمة إلى معلومات ذات معدلات محددة، بمعنى عدد مرات حدوث السلوك في مدة محددة مثل ٨ مرات كل دقيقة، أو ١٧ مرة كل ساعة. وأمثلة بيانات المعدلات هي: عدد المسائل الحسابية التي استكملها وأجاب عليها الطالب بنجاح كل دقيقة، أو عدد نوبات الغضب التي تعرض لها الطالب كل يوم. وبيانات المعدلات المحددة والنسب المئوية من السهل مقارنتها. فعلى سبيل المثال: يكون من المحتمل مقارنة نسب الاستجابات الصحيحة، أو معدل الكلمات التي تم قراءتها من يوم لآخر حتى لو لم يقوم الطالب بقراءة نفس عدد الكلمات كل يوم.

تسجيل مدة حدوث السلوك (duration recording). هي عملية مهمة يمكن اللجوء إليها إذا كان طول مدة قيام الطالب بالسلوك من المهم الانتباه إليه، فعلى سبيل المثال: قد يلاحظ المعلم مقدار المدة التي يحتاجها الطالب لتناول الغذاء، أو المدة التي يستغرقها الطالب لبداية العمل بعد أن يقوم المعلم بتقديم التعليمات.

ويمكن أن يتم تسجيل المدة في وحدات زمنية فعلية مثل: كان الطالب يبكي لمدة ١٤ دقيقة وطالب آخر يبدأ عملة في غضون ١٥ ثانية بعد تقديم المعلومات، أو النسبة المئوية مثل: ترك الطالب مقعدة لمدة ١٠٪ من وقت اليوم الدراسي.

(٤) تسجيل الفواصل الزمنية:

وهى عملية مهمة لمعلم التعليم العام لأنها لا تتطلب ملاحظة الطالب بشكل مستمر. ويقوم Mcloughlin and Lewis (2005) بوصف عدد من النظم المتعددة لتسجيل الفترات الزمنية المختلفة. من خلال تلك الأساليب يقرر الملاحظ حدوث السلوك أثناء فترة محددة. ويتم تقسيم اليوم الدراسي، أو الفترة، أو النشاط إلى فترات زمنية قصيرة لمدة دقائق معدودة، أو

حتى ثواني محدودة ويتم تسجيل حدوث، أو غياب السلوك المستهدف في كل فترة. وتلك الأساليب يمكن استخدامها مع السلوكيات المميزة إذا لم يكن من الضروري تسجيل حدوثها في كل مرة بشكل كامل.

وهناك تباينات متعددة في تسجيل الفترات الزمنية والعينات الزمنية المتاحة:

(١) **تسجيل الفاصل الزمني ككل:** فيتم ملاحظة الطالب لمدة زمنية كاملة ويقوم الملاحظ بملاحظة حدوث سلوكيات محددة بشكل مستمر طول الفترة. تلك الفترات تكون مختصرة جدًا لمدة ثواني معدودة.

(٢) **تسجيل الفاصل الزمني على فترات جزئية:** فيتم ملاحظة الطالب في فترة زمنية كاملة ولكن الملاحظ يقوم بتدوين فقط السلوك الذي يحدث مرة واحدة على الأقل وهي فترة مختصرة جدا لمدة ثواني معدودة.

(٣) **عينة زمنية سريعة:** فيتم ملاحظة الطالب في نهاية كل فترة زمنية وفي ذلك الوقت يفحص الملاحظ مدى حدوث هذا السلوك. والفترات الزمنية تكون مدتها ٣، أو ٥، أو ١٥ دقيقة مما جعلها طريقة ملائمة لمعلم الصف. ومن ناحية أخرى فإنها طريقة أقل دقة من الطريقتين السابقتين لأنها تهمل الكثير من الطلبة من الملاحظة (P.P. 126 – 127)

(٥) **تحديد من الذي يقوم بالملاحظة وكم عدد مرات حدوث الملاحظة:**

يجب أن يكون الملاحظين قادرين على تسجيل البيانات بدقة وبشكل متناسق، فإذا كان المعلم هو الشخص الكبير الوحيد في الصف فإن نوع وتكرار الملاحظة الممكنة ربما يكون محدوداً. وعلى أية حال يمكن للمعلم تسجيل البيانات أثناء إجراء التدريس، أو مساعدة الطلبة وهناك أدوات مفيدة مثل: شاشات العرض وأوراق البيانات والعدادات. وبعض السلوكيات من الممكن أن يتم تسجيلها ذاتيًا إذا قام المعلم بمراقبة الطلبة وتعزيز التسجيل بدقة وللحصول على مزيد من المعلومات راجع المربع الخاص بنصائح عن الدمج لمعلم التعليم العام.

وتكرار الملاحظات يعتمد على عوامل جديدة تشمل وجود الطالب ونوع السلوك الملاحظ ووجود الملاحظ. وينبغي أن يتم جمع البيانات بشكل متكرر وعادة ما تتطلب الملاحظة فترة

زمنية قصيرة كل يوم. ويجب أن تكون الملاحظة أطول بشكل يكفي للحصول على صورة دقيقة عن سلوك الطالب وينبغي تعديل مدة الملاحظة إذا كان المعلم يعتقد أن هذه العينة من السلوك ليست متطابقة. والملاحظات التي تحدث لفترات أكثر في أيام عديدة تقدم بيانات دقيقة عن سلوك الطالب أكثر دقة من مراقبة الجهود التي تحدث في فترة، أو فترتين زمنية أطول (Waler, 1995).

(٦) تجميع وعمل رسم بياني للبيانات القاعدية:

قبل بدء أي تدخل يتم جمع البيانات القاعدية في ظروف طبيعية للصف، ويتم جمع البيانات القاعدة بشكل عام في مدة لا تقل عن خمسة أيام لضمان تدفق وتكرار السلوك. وتلك البيانات يتم تسجيلها في رسم بياني وتستخدم لتحديد معدل، أو مدى، أو عظم المشكلة لاقتراح التدخلات المحتملة وتحديد معايير تقييم فاعلية التدريس. والبيانات القاعدية ربما تشير إلى أن السلوك الذي يعتقد انه غير ملائم يكون غير متكرر، أو كثير كما هو مفترض. وإذا كان الأمر كذلك فإن برنامج تعديل السلوك غير ضروري وعندما يتأكد المعلم أن السلوك المرغوب ليس جزء من حصيلة الطالب، أو عندما يكون السلوك غير مؤذي للطالب، أو الآخرين فإنه لا يحتاج إلى جمع البيانات القاعدية.

إن عمل رسم بياني للبيانات يسمح للمعلم والطالب برؤية السلوك بسهولة ومعدل حدوثه. ويمكن عرض الرسوم البيانية الخاصة بالبيانات القاعدية والتقدم أثناء التدخل وعدم استمرار السلوك بعد التدخل. والرسوم البيانية طريقة ممتازة لإيصال التقدم للوالدين وباقي المعلمين.

(٧) جمع البيانات أثناء التدخلات:

إن جمع البيانات أثناء مرحلة التدخل يساعد المعلم في تحديد ما إذا كان التدخل له نتائج مرغوبة على السلوك. ويمكن عندئذ للمعلم أن يحدد ما إذا كان برنامج التدخل ينبغي أن يستمر كما هو، أو تعديله لتحسين فاعليته.

وينبغي جمع البيانات لمدة ٥ أيام على الأقل. وكلما كانت مدة جمع البيانات أطول فإنها تسمح بمزيد من التقييم الدقيق لفاعلية البرنامج.

أساليب لإجراء الملاحظات في صفوف التعليم العام

إن أحد اهتمامات التعليم العام هي أنه ليس لديهم وقت لإعداد وإجراء برامج الإدارة السلوكية، فهم مشغولون بتعليم ثلاثين طالبًا، أو أكثر، ولا يمكنهم إخضاع كل شيء بملاحظة سلوك أحد الطلبة بشكل منتظم. ومن ناحية أخرى هناك عدة أساليب تسمح للمعلم بإجراء الملاحظة أثناء تقديم الأنشطة التعليمية العامة. فليس من الضروري أن يوقف التعلم بفرض الملاحظة، ولكن في الحقيقة يستحيل التعليم بدون ملاحظة، فحاول استخدام المقترحات التالية لإدخال الملاحظات في إجراءات صفك:

(١) قم بحمل مجموعة من البطاقات الصغيرة مكتوب عليها اسم طالب، أو اثنين والمشكلات السلوكية التي تريد ملاحظتها؛ مثل: الضرب، أو ترك المقعد، أو التحدث مع الآخرين، ووضع درجات على البطاقات، أو علامة، ومن الممكن كتابة وقت السلوك في كل مرة يحدث فيها. ابدأ بهذه العملية مع طالب، أو اثنين وبالتدريج تقوم بزيادة عدد الطلبة كلما تحسنت مهاراتك.

(٢) اطلب من الطلبة تسجيل عملهم في الصف متى بدأوا ومتى انتهوا، وهذه الطريقة تسمح بحساب معدل وتكرار ودقة البيانات، ويمكن للطلاب أيضًا ملاحظة وقت تركهم وعودتهم إلى مقاعدهم، ثم يتم حساب الوقت الكلى للجلوس على المقعد كل يوم، أو كل فترة زمنية.

(٣) ليكن معك ساعة رقمية لحساب مدة السلوكيات، فعلى سبيل المثال ابدأ بتشغيل الساعة في كل وقت يترك فيه الطالب مقعده وقم بوقف الساعة عندما يعود واستمر في هذه العملية دون إعادة ضبط الساعة واحسب وقت حدوث السلوك. وفي نهاية مدة الملاحظة لاحظ الوقت الزمني الكلى الذي تم تسجيله.

(٤) لحساب السلوكيات دون التداخل مع ملاحظة الصف، قم باستخدام بعض العصي، وقم بشراء بعض الأشياء من السوبر ماركت وقم بنقل ماسك الورق من مكان لآخر، وضع مجموعة من الحبوب في كوب، أو بعض الأشياء الأخرى غير المكلفة.

(٥) ضع أمامك خريطة اثناء التحدث في الصف وضع علامة على الطالب لكل سلوك مستهدف حدث.

(٦) إدراج متطوعين للملاحظة في الصف مثل كبار الطلبة، أو الوالدين، أو طلاب الجامعة، أو باقي الطلبة في الصف، فإذا قام المعلم بعمل طريقة لتسجيل البيانات وحدد بوضوح السلوك المراد ملاحظته، فينبغي أن يكون غير المهنيين قادرين على إدراك الملاحظة.

شروط نجاح عملية الملاحظة:

يتعين على الأخصائي النفسي عند استخدامه لأسلوب الملاحظة كوسيلة لجمع المعلومات والبيانات عن الطلبة ذوي الإعاقة، أن يراعي عدداً من الشروط التي ينبغي إتباعها بدقة حتى تؤتي عملية الملاحظة ثمارها، وهذه الشروط هي:

(١) ينبغي تحديد الأهداف الرئيسة المراد تحقيقها من عملية الملاحظة.

(٢) يجب تحديد الجوانب السلوكية موضع الملاحظة بكل دقة وتعريفها إجرائيا.

(٣) ينبغي تحديد الطريقة الملائمة التي يمكن استخدامها في ملاحظة الجوانب السلوكية التي تم تحديدها.

(٤) يجب تحديد المكان والزمان المناسبين لإجراء الملاحظة.

(٥) ينبغي تحديد المواقف التي تظهر فيها الجوانب السلوكية المراد ملاحظتها، فإذا أراد الأخصائي النفسي دراسة السلوك العدواني لدى طالب ما يجب أن تتم ملاحظته داخل الصف الدراسي وفي الفناء الدراسي وأثناء ممارسة الأنشطة المدرسية المختلفة... وهكذا.

(٦) يفضل الاستعانة بأكثر من أخصائي نفسي وخاصة إذا كانت الملاحظة تشمل عدد من الطلبة ذوي الإعاقة، وذلك لضمان الدقة، والموضوعية، والشمول.

(٧) ينبغي أن يتحرر الأخصائي النفسي من أهوائه الشخصية، والعوامل الذاتية عند تسجيل الملاحظة، وتفسيرها.

(٨) يفضل أن تتم عملية الملاحظة دون أن يشعر الطالب ذي الإعاقة بأنه موضع ملاحظة من جانب الآخرين حتى تأتي تصرفاته بصورة تلقائية غير مصطنعة.

(٩) ينبغي أن يقوم الأخصائي النفسي بتسجيل الملاحظات فور حدوثها حتى لا يتعرض لنسيان نقاط لها قيمتها في تفسير وتحليل السلوك الملاحظ.

❁ رابعا: دراسة الحالة

تعد دراسة الحالة في حال مقارنتها بالسجل المجمع أكثر تفصيلاً من السجل المجمع، وذلك لأن المعلومات المتضمنة بها أكثر شمولية من المعلومات الموجودة بالسجلات المجمعة حيث أنها تتضمن تفسيرات وتوضيحات وتقارير متابعة. فدراسة الحالة تعد تحليلاً عميقًا وشاملاً للحالة التي يقوم الأخصائي النفسي بدراستها، وهي بذلك تتضمن تفسيرًا لشخصية الطالب ذي الإعاقة، وللمشكلة التي يعاني منها، ويستطيع الأخصائي النفسي من خلال جمعه للمعلومات الخاصة بالطالب وبيئته التي عاش فيها في الماضي، والتي يعيش فيها في الحاضر أن يقدم صورة متكاملة عن ذلك الطالب ذي الإعاقة، تفسر نموه وتطوره والعوامل التي أثرت عليه، كما توضح مشكلته الحالية والقوى المؤثرة عليها واتجاهاته نحوها.

وترجع أهمية دراسة الحالة في كونها تساعد الأخصائي النفسي على تلخيص أكبر قدر من المعلومات المتراكمة عن الطالب ذي الإعاقة بهدف تفسير وفهم أبعاد شخصيته وأسلوب حياته وخصائصه السلوكية، وكذلك تحديد الملامح التي يقوم بناء عليها الأخصائي النفسي بتحديد الاستراتيجيات الإرشادية المناسبة التي سوف يتبعها في معالجة مشكلة الطالب ذي الإعاقة من أجل الوصول به إلى تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، وهذا ما يجعل دراسة الحالة في مقدمة الأساليب التشخيصية التي تقدر وتقوم سلوك الطالب ليس فقط في الإرشاد النفسي ولكن في العديد من العلوم الإنسانية والسلوكية الأخرى.

مراحل دراسة الحالة:

تمر دراسة الحالة بثلاث مراحل رئيسة على النحو التالي:

أولا: مرحلة الإعداد:

تتضمن هذه المرحلة ثلاث خطوات أساسية هي:

الخطوة الأولى: وهي الحالة التي يتم فيها تحديد الطالب ذي الإعاقة الذي سوف تتم دراسة حالته.

الخطوة الثانية: وهي تتعلق بجمع المعلومات والبيانات عن الطالب ذي الإعاقة من واحد، أو اكثر من المصادر المختلفة سواء كانت بتطبيق الاختبارات النفسية، والعقلية، والسلوكية، والحركية... وغيرها من المقاييس، أو من خلال المقابلة مع الطالب، أو عن طريق الملاحظة المتنوعة، أو بالاطلاع على السجل التراكمي للطالب، أو دراسة سيرته الذاتية، أو غير ذلك من المصادر التي تفيد في الحصول على المعلومات ذات الأهمية في حياة الطالب.

الخطوة الثالثة: وهي تلك التي تتعلق بتنظيم المعلومات التي تم الحصول عليها، وعادة ما يكون ذلك من خلال نموذج معد مسبقًا لتدوين تلك المعلومات، وعلى الرغم من تعدد النماذج المستخدمة لتسجيل المعلومات المستقاة من دراسة الحالة؛ إلا أنها تتفق فيما بينها على خطوط رئيسة تشكل في النهاية الإطار العام لتنظيم تلك المعلومات.

ويجب على الأخصائي النفسي أن يراعي عدة اعتبارات مهمة عند تسجيل المعلومات المتعلقة بدراسة الحالة حتى تحقق ممارستها أعلى قدر من العائد المستثمر منها، وقد عرض ماهر عمر(١٩٩٩) لهذه الاعتبارات التي يمكن أن تدعم مهارة دراسة الحالة حتى تمارس بأعلى درجة من الكفاءة:

(١) عدم استخدام الجمل الطويلة، والصياغة الإنشائية التي قد تسبب اضطرابًا لمن يقرأ تقرير دراسة الحالة نتيجة للتشتت في المعنى المقصود منها.

(٢) تجنب تسجيل مشاعر الأخصائي النفسي وظنونه حول الطالب ذي الإعاقة وحول مشكلته على زعم أنها حقائق توصل إليها من المعلومات المتاحة بين يديه ويجب الإشارة

دائما إلى أن ما يسجل عن الطالب ذي الإعاقة، وعن مشكلته مستمد من تلك المعلومات.

(٣) ضرورة تجنب استخدام ضمير المتكلم وضمير المخاطب عند تسجيل المعلومات المتعلقة بدراسة الحالة، واستبدالها بضمير الغائب ليدل على كل من الأخصائي النفسي والطالب ذي الإعاقة.

(٤) ينبغي على الأخصائي النفسي عدم التنبؤ بما سيكون عليه الطالب ذي الإعاقة بناء على معلومات تخص طالب آخر، ويجب أن يكون التنبؤ بناء على المعلومات التي تخص الطالب ذي الإعاقة الذي تسجل دراسة حالته.

ثانيا: مرحلة التنفيذ:

تتضمن مرحلة التنفيذ خطوتين مهمتين يمكن الإشارة إليهما على النحو التالي:

الخطوة الأولى: تتضمن تشخيص حالة الطالب ذي الإعاقة وذلك من خلال الربط بين العوامل، أو الأسباب والأعراض بما يساعد على تفهم المشكلة ويتم ذلك عن طريق تحليل وتفسير المعلومات التي تم الحصول عليها وذلك بدراسة كل مجموعة من المعلومات التي تشكل دراسة الحالة، ويتم تفسير هذه المعلومات في ضوء النظريات، والاتجاهات، والاستراتيجيات الإرشادية المختلفة، والتي تتفق وطبيعة المشكلة حتى يستطيع الأخصائي النفسي وضع تصور متكامل يعكس شخصية الطالب ذي الإعاقة بكل جوانبها.

الخطوة الثانية: وهذه الخطوة تتضمن تحديد الاستراتيجيات الإرشادية التي سوف يتبعها الأخصائي في معالجة المشكلة بتحديد أفضل الطرق لمواجهتها.

ثالثا: مرحلة الإنهاء:

في هذه المرحلة تتم كتابة التقرير الختامي عن حالة الطالب ذي الإعاقة والذي يضم تلخيصًا للمعلومات التي تم جمعها، وطريقة تنظيمها، وتحليلها، وتفسيرها، ولتوضيح المشكلة والأسباب التي تقف وراءها والأعراض الدالة عليها، والطرق الإرشادية المناسبة لمواجهتها، ويصبح ذلك التقرير مستندًا، ويضم لملف الطالب ذي الإعاقة للرجوع إليه وقت الحاجة، وما

إلى ذلك على أن يراعي الأخصائي النفسي أهمية الاحتفاظ بهذا التقرير بمكان آمن حتى لا يطلع عليه أحد، نظرًا لسرية ما به من معلومات تخص الطالب وحده.

شروط نجاح دراسة الحالة:

لكي تحقق دراسة الحالة الأهداف المرجوة منها ينبغي على الأخصائي النفسي مراعاة عدد من الشروط، هي:

(١) يجب عدم إغفال التعبيرات غير اللفظية للطالب ذي الإعاقة عند عرضه لمشكلته.

(٢) ينبغي أن تكون المعلومات التي يحصل عليها الأخصائي النفسي مكتملة الجوانب ومنظمة وواضحة.

(٣) ينبغي أن يتم تسجيل المشكلات الأساسية للطالب ذي الإعاقة بشكل واضح وكذلك المشكلات التي قد تتفرع منها نتيجة لها.

(٤) يجب على الأخصائي النفسي ألا يخوض في تفصيلات دقيقة لا لزوم لها، وذلك حتى لا يتشتت وتكون دراسة الحالة على هذا النحو تضييعًا لوقته وجهده بدون فائدة.

(٥) ينبغي على الأخصائي النفسي عدم تسجيل المعلومات الخاصة بالطالب ذي الإعاقة بمعزل عن مشاركته، أو مراعاة لمشاعره، وانفعالاته، واتجاهاته، وتصوراته حول نفسه وحول مشكلته، وإلا أصبحت معلومات جوفاء لا يرجى منها أي نفع.

(٦) ينبغي على الأخصائي النفسي عند تحديد الجوانب ذات الأهمية في حياة الطالب ذي الإعاقة اللجوء إلى أكثر من مصدر حتى تتصف المعلومات بالصدق والثبات.

❁ خامسا: السجل المجمع

يعد السجل المجمع واحدًا من أهم أدوات الأخصائي الأساسية في جمع معلومات عن الطالب ذي الإعاقة، وذلك بما يتضمن من معلومات جمعت عن الطالب ذي الإعاقة طوال حياته الدراسية، فهو يشمل كافة جوانب شخصية الطالب ذي الإعاقة الصحية، والتحصيلية، والسلوكية

والاجتماعية، والنفسية، وهو يعد بحق أساس مرجعي يلجأ الأخصائي إليه عندما يريد الحصول على معلومات يمكن من خلالها الكشف عن مكونات شخصية الطالب ذي الإعاقة، ولذلك فوجود سجل مجمع لكل طالب في المدرسة، أو المعهد، أو غير ذلك يعد ضرورة حيوية تمهد لدراسة طولية لحياته بما يتضمن من معلومات عن ماضي الطالب ذي الإعاقة وحاضره بما يمكنه من التنبؤ بسلوك الطالب ذي الإعاقة في المستقبل.

أنواع السجلات المجمعة:

النوع الأول: السجل ذو الصفحة الواحدة: هو عادة بسيط ويتضمن المعلومات المهمة عن الطالب ذي الإعاقة، فهو بمثابة ملخص عن حالته.

النوع الثاني: السجل المتعدد الصفحات: يتضمن هذا النوع من السجلات معلومات مفصلة ودقيقة، وتشمل كافة نواحي شخصية الطالب ذي الإعاقة، ويتكون من عدد من الصفحات التي يمكن أن يضاف إليها صفحات جديدة.

استخدامات السجلات المجمعة:

تتعدد استخدامات السجلات المجمعة بما يفيد الأخصائي والطالب ذي الإعاقة، ومن هذه الاستخدامات ما يلي:

(١) تساعد في الكشف عن الاضطرابات السلوكية لدى الطلبة ذوي الإعاقة وتخفيف حدتها.

(٢) تساعد في التعرف على الطلبة ذوي الإعاقة الذين يتميزون بقدرات ومهارات واستعدادات خاصة، ومن ثم يمكن إتاحة الفرص المناسبة لهم لتنميتها.

(٣) تسهم في التعرف على الاحتياجات الصحية، والاجتماعية، والنفسية للطلبة ذوي الإعاقة، ومن ثم معالجة أية مشكلات قد تظهر في أحد تلك الجوانب.

(٤) تمكن المعلمين من التعرف على نواحي الضعف لدى الطلبة ذوي الإعاقة لتشخيصها وعلاجها.

(٥) تساعد في إحالة الطلبة ذوي الإعاقة إلى المؤسسات المعنية بذلك.

(٦) تساعد الطلبة ذوي الإعاقة في وضع خططهم المستقبلية المتعلقة بالمهن الملائمة لهم

(٧) تساعد الطلبة ذوي الإعاقة على اختيار الدراسة الملائمة لقدراتهم في المراحل التعليمية المختلفة.

(٨) تساعد الطلبة ذوي الإعاقة على فهم انفسهم، والتعرف على نواحي القوة في شخصيتهم وتنمية جوانب الضعف، ومحاولة تقويتها.

(٩) تساعد الأخصائي في تزويد الآباء والأمهات بالمعلومات ذات الأهمية عن ابنائهم، وتسهم في نجاح العلاقة التعاونية بين المدرسة والمنزل.

(١٠) تساعد الأخصائي في تشخيص المشكلات التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة؛ مما يسهل معه وضع الخطط الإرشادية لمواجهتها.

مصادر ملء السجل المجمع:

يشترك في ملء السجل المجمع العديد من الأطراف، باعتباره عمل تعاوني متكامل، لذلك يشترك فيه كل من:

أولياء الأمور: الذين يمكنهم أن يزودوا السجل بالمعلومات التي تتعلق بهم وبالطالب ذي الإعاقة.

الأخصائي النفسي: الذي يمكنه تزويد السجل بمعلومات عن الصحة النفسية للطالب ذي الإعاقة.

الأخصائي الاجتماعي: الذي يزود السجل بالجوانب الاجتماعية في حياة الطالب ذي الإعاقة.

الطبيب: الذي يزود السجل بالنواحي الصحية للطالب ذي الإعاقة.

المعلمون: الذين يزودون السجل بالمستوى التحصيلي للطالب ذي الإعاقة وسلوكياته.

مسؤول الغياب: الذي يزود السجل بمدى انضباط الطالب ذي الإعاقة في الحضور.

معلمو الأنشطة: الذين يمكنهم تزويد السجل بأكثر الأنشطة التي يفضلها الطالب ذي الإعاقة.

الطالب ذي الإعاقة: الذي يزود السجل بالمعلومات الصادقة والدقيقة عن نفسه.

محتويات السجل المجمع:

إذا كان السجل المجمع أداة تشخيصية لأحوال الطالب ذي الإعاقة وجوانب شخصيته وهو وسيلة لتقديم الخدمات التوجيهية والإرشادية المتعددة، لذلك يجب أن يحتوي هذا

السجل على بيانات مهمة تغطي جميع مكونات شخصية الطالب وأهم هذه المحتويات كما أوضحها القاضي، وفطيم، وعقل (١٩٨١)، ما يلي:

أولا: البيانات الشخصية عن الطالب ذي الإعاقة:

تشمل اسم الطالب ذي الإعاقة، وتاريخ ومحل ولادته، وديانته، وجنسيته، ومدرسته، وصفه، واسم ولي أمره، وعمله... الخ.

ثانيا: ملخص التقارير عن الطالب ذي الإعاقة في المراحل الدراسية السابقة:

إذا كان السجل المجمع مخصص لطلاب المرحلة المتوسطة فلا بد من تقرير ملخص لحالة الطالب ذي الإعاقة في المرحلة الابتدائية، وإذا كانت السجل مخصصة لطلاب المرحلة الثانوية فيفضل أن يحتوي على بيانات عن حالة الطالب ذي الإعاقة في المرحلة الابتدائية والمتوسطة. ويشمل هذا الملخص عادة أسماء المدارس التي تعلم فيها، وعدد السنوات التي قضاها في كل مرحلة دراسية، والمواد التي أظهر فيها تفوقًا، أو ضعفًا ملحوظًا، وأهم السمات الشخصية البارزة، وأهم المشكلات التي تعرض لها ثم نتيجة الاختبار في نهاية المرحلة.

ثالثا: البيانات الصحية عن الطالب ذي الإعاقة:

تشمل تلك البيانات التي لها علاقة بتحصيل الطالب ذي الإعاقة وسلوكه. فقد ثبت أن للحالة الصحية أثرًا واضحًا على قدرة الطالب ذي الإعاقة على الانتباه، والمتابعة، والاستيعاب، والتحصيل عمومًا، كما أن لها علاقة بسلوك الطالب ذي الإعاقة الاجتماعي فقد تحول الإعاقة دون ممارسة الطالب ذي الإعاقة للأنشطة المدرسية كالألعاب والرحلات وغيرها، وقد تحول الإعاقة بينه وبين الاندماج مع الطلبة ذوي الإعاقة فينطوي على نفسه؛ مما يؤثر في شخصيته ولأهمية هذه النواحي فقد تضمنتها السجل المدرسية للاحظتها والعمل على تقديم الخدمات الصحية المناسبة لكل حالة من إرشاد صحي، أو خدمات طبية كالأدوية والعلاج مجانًا، أو تقديم وجبات غذائية، أو حتى توفير بعض الأجهزة التعويضية وتشمل هذه البيانات الإعاقة الحسية؛ مثل: الإعاقة السمعية، والبصرية، واضطرابات

التواصل... وغيرها، وكذلك الإعاقات البدنية، والأمراض الخطيرة كأمراض الغدد، والقلب... وغيرها، وتستقي هذه البيانات من أطباء الوحدة الصحية، وكذلك تستقي من المعلمين.

رابعاً: بيانات عن النواحي الاجتماعية الأسرية:

تتعلق بالبيانات ذات التأثير على شخصية الطالب وتحصيله العلمي؛ مثل: تكوين الأسرة من حيث عدد أفرادها، ومن يعولها ومع من يعيش الطالب، وكذلك حالة الأسرة الاقتصادية، والثقافية، والاجتماعية، ثم طبيعة العلاقات الأسرية، ومدى ملاءمة بيئة المنزل للمذاكرة من الناحية الفيزيقية، أو النفسية.

خامساً: القدرات العقلية للتلميذ:

تشتمل هذه البيانات على نتائج اختبارات الذكاء، والقدرات الخاصة مع تحديد أسماء هذه الاختبارات، وتواريخ إجرائها، وتقديرات المعلمين لهذه القدرات، وتفسير العلاقة بين تقديرات المعلمين، واختبارات القدرات، أو الذكاء. كما أنه يمكن الاستفادة من تفسير العلاقة بين نتائج اختبارات الذكاء، والتحصيل لمعرفة ما إذا كان الطالب يبذل جهداً أكثر، أو أقل من طاقاته العقلية، كما أن الكشف عن القدرات الخاصة، من قبيل القدرة الرياضية، والميكانيكية، والفنية... الخ، يساعدنا في توجيه الطالب ذي الإعاقة إلى نوع الدراسة المناسبة، ويعد أخصائي التشخيص النفسي الشخص المؤهل، والمصدر الرئيس لهذه البيانات.

سادساً: بيانات عن التحصيل الدراسي:

يشمل ذلك بيانات عن درجات الطالب في المواد المختلفة، وترتيبه بين زملائه داخل الصف، وتقديره العام، وكذلك المواد التي أظهر فيها تفوقاً واضحاً، أو ضعفاً واضحاً. ويفضل أن تذيل هذه البيانات بأهم الظروف المؤثرة على تحصيل الطالب ذي الإعاقة إن وجدت. فقد تحدث ظروف طارئة تعوق، أو تؤخر من تحصيل الطالب ذي الإعاقة، ويعد المعلمين المصدر الرئيس لتحديد المستويات العلمية لطلابهم وتحديد أوجه القوة والضعف عندهم.

سابعا: بيانات عن السمات الشخصية للطالب:

تشتمل هذه البيانات على جميع السمات النفسية والاجتماعية التي تؤثر في التحصيل وتعد من محددات التفوق الدراسي؛ مثل: المثابرة والاعتماد على النفس، والواقعية، ومستوى الطموح، والتوافق، وتحمل المسؤولية... وغيرها، وكذلك وصف للسمات الشخصية الانفعالية والاجتماعية المميزة للتلميذ، ولا شك ان هذه السمات متعددة ولكنها تختلف في اهميتها من مرحلة لأخرى، فلا بد من التعرف على اهم هذه السمات المميزة للطالب في مراحل النمو المختلفة وتسجيلها في السجل.

ثامنا: بيانات عن مواظبة الطالب ذي الإعاقة:

تشتمل على عدد مرات الغياب والتأخر عن المدرسة، وأسباب هذا الغياب وارتباطه بالعوامل الأخرى، فإذا تجاوزت نسبة الغياب حدًا معينًا لابد من دراسة هذه الظاهرة للكشف عن أسبابها عند الطالب ذي الإعاقة وبحث سبل التخلص من هذه الأسباب.

تاسعا: بيانات عن ميول وهوايات الطالب ذي الإعاقة:

تشمل هذه البيانات معلومات عن هوايات الطالب ذي الإعاقة البارزة وميوله الفنية، ونشاطه الاجتماعي والثقافي والرياضي.. ويعد المشرفون على جماعات النشاط المختلفة مصدرًا مهمًا لهذه البيانات.

عاشرا: بيانات عن أهم المشكلات السلوكية:

تشتمل هذه البيانات على المشكلات التي تعرض لها الطالب ذي الإعاقة، والتوجيهات التي قدمت في هذا الصدد، مع ذكر أهم العوامل المؤثرة في هذه المشكلات. ومن الطبيعي أن تختلف هذه المشكلات باختلاف مراحل النمو، فمشكلات تلاميذ الابتدائي تختلف عن مشكلات الطلبة ذوي الإعاقة في المتوسط والثانوي حيث يمرون بمرحلة المراهقة والتي تمتاز بتغيرات جسمية وانفعالية واجتماعية عديدة ينتج عنها مشكلات وحاجات يجب إشباعها، وتحتاج هذه المشكلات إلى دراسة وافية وتشخيص دقيق لتقديم الخدمات المناسبة وقد يستدعى الأمر مشاركة

الأخصائي الاجتماعي والطبيب النفسي في علاج بعض الاضطرابات النفسية. ومن أهم هذه المشكلات: عدم التكيف مع الزملاء، الهروب من المدرسة، التخلف الدراسي، الانطواء، والقلق، والسلوك العدواني، وإيذاء الذات، الانسحاب من العلاقات الاجتماعية.. الخ، ويقوم الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي بملء هذه المعلومات في السجل.

حادي عشر: التوجيهات التربوية:

هو تقديم النصح فيما يتعلق بمستقبل الطالب ذي الإعاقة العلمي وخاصة في المرحلة الثانوية حيث يكون الطالب ذي الإعاقة على أبواب الانتهاء من هذه المرحلة وهو في حاجة ماسة إلى من يساعده في تحديد مستقبله العلمي، وتحديد الفرص المتاحة أمام الطالب ذي الإعاقة. لذلك وبناء على دراسة مستفيضة للسجل المدرسية يفضل أن يقوم الموجه، أو الأخصائي بتحديد الاختيار المناسب الأول للطالب ثم تحديد الاختيار الثاني حيث ينصح بدخول كلية كذا قسم كذا، ولابد من مراعاة اختيار الطالب ذي الإعاقة نفسه، والتوجيه كما هو معروف – لا يعني بأي حال من الأحوال– التسلط على الطالب ذي الإعاقة وإرغامه على قبول ما نقرره نحن، بل لابد من مشاركته في اتخاذ القرار المناسب.

المبادئ الأساسية لتصميم السجلات المجمعة:

إن السجلات المجمعة لكي تؤدي الأهداف المرجوة منها لابد أن يتبع في تصميمها عدة مبادئ أساسية حددها عطية هنا (١٩٥٩)، منها:

(١) أن يكون نظام التسجيل سهلاً ميسرًا.

(٢) أن تكون السجلات بسيطة لا تضمن تكرارًا، أو حشوًا.

(٣) أن تصمم السجل وفقًا لأهداف المدرسة واحتياجات الطالب.

(٤) أن السجلات الشاملة أمرًا لا غنى عنه في المدرسة الحديثة لكي تقوم بوظيفتها بشكل أفضل، وذلك لأن السجلات تعطي صورة شبه كاملة عن الطالب لأي معلم لم يقم بالتدريس للتلميذ من قبل.

(٥) المحافظة على دقة المعلومات المدونة في السجل والموضوعية في استخدامها.

(٦) ان الهدف من السجل هو ان تساعد على تحسين عملية التعليم، أو التدريس هذا بالإضافة إلى توجيه الطالب في مختلف نواحي حياته الدراسية والمهنية والنفسية والاجتماعية.

(٧) من الأفضل تقسيم السجل بشكل يشمل مرحلة طويلة من التعليم كما انه من الأفضل ايضًا ان يتبع السجل الطالب في تنقلاته المدرسية حتى يستفاد منها.

(٨) ينبغي ان تكون السجل في متناول اليد بحيث يسهل على جميع المعلمين والموجهين استخدامه.

(٩) ان تكون السجلات متشابهة في المدارس ليسهل استخدامها.

(١٠) ان يكون هناك سجلاً يجمع بقية السجلات المستعملة في تلبية حاجات أخرى.

(١١) ان يكون نظام السجلات غير جامد بل قابل للتغيير والتطوير.

(١٢) ان توجد علاقات طبيعية ومنطقية بين السجلات المجمعة والتقارير المرسلة للآباء.

(١٣) ان يعد المدرسون بحيث يستطيعون استخدام السجل.

ومن ناحية اخرى يشير عبد السلام (١٤٠٨) إلى أن هناك عدة اسس ينبغي إتباعها من قبل مفسري السجلات حتى تكون تفسيراتهم أقرب إلى الموضوعية وهذه الأسس هي:

(١) أن لا نفترض أن سلوك الطالب في مستقبل حياته سوف يكون نفس السلوك الماضي.

(٢) أن لا نصدر الأحكام على سجل الطالب ذي الإعاقة من خلال حادثة واحدة، أو سجل واحدة.

(٣) الا تكون نظرة المفسر نظرة جامدة لا تتغير.

(٤) ان يشترك في تفسير سجل الطالب مجموعة من المختصين.

شروط نجاح السجل المجمع:

هناك عدد من الشروط الواجب توافرها لضمان نجاح السجل المجمع في الوظيفة المحددة له، هذا إلى جانب أن هذه الشروط تعد بمثابة المبادئ الأساسية التي ينبغي على الأخصائي إتباعها عند تصميم السجل المجمع، وهذه الشروط هي:

(١) يفضل عند صياغة السجلات المجمعة أن تكون بسيطة خالية من الحشو والتكرار والفنيات الدقيقة حتى يسهل استخدامها والاستفادة منها.

(٢) يجب ان تكون المعلومات المتضمنة بالسجل شاملة لكافة جوانب الشخصية ذات الأهمية ولكن دون تفصيل ممل، أو تقصير مخل.

(٣) ينبغي عند تصميم السجل المجمع أن يراعي فيه التنظيم والدقة بحيث يسهل على فريق الخدمة النفسية الاستفادة منه وخاصة إذا ما كان عليهم عبء ثقيل بسبب كثرة الحالات التي ينبغي تقديم المساعدة لها.

(٤) يجب أن يرفق بالسجل المجمع دليل يسترشد به الأخصائي، أو المعلمين عند ملء أجزائه المختلفة، وخاصة في الجوانب التي تحتاج لذلك.

(٥) تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية الموضوعية في ملء السجل المجمع في الجزء الخاص بالقدرات العقلية والاستعدادات والميول والاتجاهات.. وغيرها من محتويات السجل حتى تتسم المعلومات المتضمنة به بالدقة والحيادية.

(٦) ينبغي أن يكون لكل مرحلة تعليمية سجل عام مستقل بها من المرحلة الابتدائية حتى المرحلة الثانوية، وينتقل هذا السجل مع الطالب ذي الإعاقة بانتقاله للمرحلة التالية.

(٧) يفضل أن يتم توحيد السجل المجمع في المدارس التابعة للإدارة التعليمية، أو المنطقة التعليمية الواحدة لتحقيق أكبر قدر من الفائدة العامة.

(٨) يفضل ملء السجل في النصف الثاني من العام الدراسي حتى تكون السمات المميزة للطالب قد اتضحت وخاصة بالنسبة للمعلمين.

(٩) يجب أن يحفظ الأخصائي السجلات المجمعة، في مكان آمن ولا يسمح لأحد بالاطلاع على البيانات والمعلومات الواردة بها.

الفصل الثالث

العملية الإرشادية

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الصف ، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) تكلم عن خصائص العلاقة الإرشادية ؟

(٢) اذكر عوامل نجاح الجلسة الارشادية؟

(٣) ما اهم خطوات تشخيص مشكلة الطالب ذي الإعاقة؟

(٤) تتنوع الأسباب التي يتم من اجلها إحالة الطالب ذي الإعاقة إلى مختص آخر وضح ذلك؟

(٥) اذكر اهم المبادئ العامة للإحالة؟

(٦) حدد اشكال المتابعة التي يقوم بها الأخصائي؟

(٧) يتضمن مكتب الأخصائي عدد من السجلات التي تيسر له عمله وضح اهمها؟

العملية الإرشادية في التربية الخاصة

مُقَدِّمَة

تتضمن عملية الإرشاد مجموعة من الإجراءات التي يقوم بها الأخصائي في إطار تقديم الخدمات المتنوعة. وتبدأ هذه الإجراءات بمقابلة الطالب ذي الإعاقة، أو الموهوب، وتكوين علاقة إرشادية مهنية معه، ويتم ذلك خلال جلسة، أو عدد من الجلسات الإرشادية، يقوم الأخصائي أثناءها بتحديد المشكلة، وتشخيصها، ويتخذ القرار بشأن إحالة الطالب إلى أخصائي آخر، أو جهة اختصاص أخرى لتقديم خدمات نفسية غير متوافرة لديه، أما إذا كانت مشكلة الطالب تدخل ضمن اختصاصه يستمر في العمل مع الطالب للوصول إلى حل مناسب للمشكلة التي يعاني منها، ثم يتم تقويم عملية الإرشاد للتعرف على مدى نجاح عملية الإرشاد، وعندما يدل تقييم عملية الإرشاد على نجاحها، يتخذ الأخصائي الإجراءات لإنهاء العملية الإرشادية، ولا يتبقى سوى إجراء أخير يتعلق بمتابعة حالة الطالب للتأكد من مدى استمرارية نجاح الطالب في اجتياز أزمته النفسية، أو المشكلة التي يعاني منها.

❁ مراحل عملية الإرشاد

تمر عملية الإرشاد بعدد من المراحل تتضمن كل مرحلة منها مجموعة من العمليات الأساسية، وهناك العديد من التصورات التي وضعها بعض الباحثين في مجال الإرشاد.

ومن بينها ما قدمته شرام وماندیل Schram and Mandell, (1986) من خطوات للتدخل في العملية الإرشادية تتلخص في سبع خطوات أساسية هي:

(١) مرحلة الاستعداد للطالب والمشكلة.

(٢) مرحلة جمع معلومات إضافية.

(٣) مرحلة بناء علاقة المساندة.

(٤) مرحلة الاتفاق وتحرير العقد.

(٥) مرحلة وضع خطة التدخل.

(٦) مرحلة تطبيق خطة التدخل.

(٧) مرحلة تقويم العمل وتحديد الخطوات التالية.

ويقترح الشناوي (١٩٩٦) نموذجًا مكونًا من ست خطوات أساسية لعملية الإرشاد شمل النموذج الخطوات التالية:

(١) بناء العلاقة الإرشادية.

(٢) تصوير المشكلة.

(٣) تحديد الأهداف.

(٤) اختيار طريقة للإرشاد واستخدامها.

(٥) تقويم النتائج.

(٦) إنهاء الإرشاد.

فيما يقترح ابو عباة ونيازي (٢٠٠١) النموذج التالي لعملية الإرشاد:

(١) مرحلة التأسيس والإعداد.

(٢) مرحلة بناء العلاقة.

(٣) مرحلة تحديد المشكلة.

(٤) مرحلة تحديد الأهداف.

(٥) مرحلة اختيار أساليب التدخل.

(٦) مرحلة التطبيق.

(٧) مرحلة الإنهاء

واخيرًا يرى المؤلفان الحاليان أن عملية الإرشاد تمر بسبع مراحل أساسية هي:

(١) بناء العلاقة الإرشادية.

(٢) الجلسة الإرشادية.

(٣) التشخيص وتحديد المشكلة.

(٤) الإحالة.
(٥) التقويم الإرشادي.
(٦) إنهاء عملية الإرشاد.
(٧) المتابعة.

❁ إجراءات عملية الإرشاد

فيما يلي توضيح إجراءات عملية الإرشاد بشيء من التفصيل:

أولاً: العلاقة الإرشادية:

يأتي الطالب ذي الإعاقة إلى الأخصائي بمشكلاته، ومشاعره، وحتي يقدم له الأخصائي يد المساعدة يحتاج إلى استيضاح بعض الأمور المتصلة بحياته الحاضرة، والماضية، وبعض هذه الأمور قد تكون على درجة كبيرة من السرية، وقد يكون من المحرج بالنسبة للطالب أن يتحدث فيها، ومن هنا فإن لم تكن العلاقة التي تربط بين الطالب ذي الإعاقة والأخصائي قائمة على الثقة المتبادلة، والفهم، والاهتمام فإنه لا طائل من كل ما يقوم به الأخصائي؛ فيكون بمثابة من ينحت في الصخر.

وفي إطار العلاقة الإرشادية يمكن للأخصائي أن يساعد الطالب ذي الإعاقة على الكشف عن مشكلاته، والتعبير عن مشاعره، وأن يساعده على الحكم على سلوكه، والتعامل مع خبراته، وأن يتعرف على المشكلة ومصادرها، وأن يسهم بايجابية في حل هذه المشكلة، وأن يتعلم أسلوب حل المشكلات، وكيفية اتخاذ القرارات، وأن يغير سلوكياته، وفيها يسهم الأخصائي بخبرته ومهاراته، ومن هنا نجد أن العلاقة الإرشادية ملزمة لكل خطوة من خطوات العملية الإرشادية.

وهناك خمسة أساليب تسهل تكوين العلاقة الإرشادية بين الطالب ذي الإعاقة والأخصائي أوضحتها درويش (١٩٨٨) على النحو التالي:

(١) العقود، ويتم خلالها توضيح دور كل من الأخصائي والطالب ذي الإعاقة أثناء العملية الإرشادية، والنتائج المتوقعة خلال الجلسات الإرشادية.

(٢) تحديد الفترة الزمنية للعملية الإرشادية: وتتضمن تحديد مواعيد الجلسات، ومدة كل جلسة، والعدد المتوقع لإنهاء العلاج.

(٣) تحديد طبيعة وسلوك الطالب ذي الإعاقة أثناء الجلسة الإرشادية، فلا يسمح على سبيل المثال للطالب بالقيام بأي سلوك عدواني لينفس به عن انفعالاته؛ مثل: تحطيم أثاث الغرفة، أو الاعتداء على الأخصائي.

(٤) تحديد دور فريق الإرشاد: حيث يجب على الأخصائي أن يوضح للطالب الدور الذي يقوم به كل عضو من أعضاء الخدمة النفسية؛ مثل: المدير، والأخصائي الاجتماعي، والمعلم... وغيرهم في البرنامج الإرشادي.

(٥) تحديد وتنفيذ إجراءات العملية الإرشادية، والتي يؤدي فيها الأخصائي الدور الحيوي الفعال في إدارة الجلسات، وتنفيذها، وذلك لمساعدة الطالب ذي الإعاقة على فهم نفسه بأسلوب واقعي ملموس، ولإعطائه فرصة التعبير بحرية عن خبراته الماضية والحاضرة، وعن وجهة النظر المستقبلية، وتوقعاته نحوها.

خصائص العلاقة الإرشادية:

تتصف العلاقة الإرشادية ببعض الخصائص، والتي من بينها ما يلي:

(١) الصدق: يجب أن تقوم العلاقة الإرشادية بين الأخصائي والطالب ذي الإعاقة على الصراحة المتناهية؛ لأنه إذا خلت العلاقة من الصدق فإنها سرعان ما تتدهور، ولا يستفيد الطالب ذي الإعاقة من العملية الإرشادية ككل.

(٢) الخصوصية: إن كل ما يدلي به الطالب ذي الإعاقة يعد سريًا، ويلتزم الأخصائي بالسرية المطلقة فيما يختص بالعلاقة الإرشادية بينه وبين الطالب ذي الإعاقة فما يقوله الطالب ذي الإعاقة يصبح في الكتمان، ولا يسمح لأحد بالاطلاع عليه إلا

بموافقة الطالب ذي الإعاقة، كما في بعض الحالات كالإحالة، أو عند عقد مؤتمر الحالة حتى يستطيع أعضاء الفريق النفسي تقديم المساعدة كل في اختصاصه.

(٣) المساندة الوجدانية: تتسم العلاقة الوجدانية بالدفء، والتقبل غير المشروط من جانب الأخصائي نحو الطالب ذي الإعاقة صاحب المشكلة، ومن ثم يجب أن يوفر الأخصائي للطالب الفرصة للتعبير عن مشاعره في حرية، وصراحة دون تصنع. ولن يتم ذلك إلا من خلال تهيئة المناخ المناسب الذي يتسم بالمساندة، والتعضيد، والبعد عن العلاقة التي تتسم بالبرود، أو تميل إلا أن تكون علاقة رسمية.

(٤) الاحترام والاهتمام: ينبغي أن تقوم العلاقة على الاحترام المتبادل من الأخصائي والطالب ذي الإعاقة بأن يعرف كل منهما حقوقه وواجباته إذ يعد احترام الطالب ذي الإعاقة ضرورة لإتاحة الفرصة له للتعبير عن مشكلاته.

وفي هذا الإطار يجب أن يراعي الأخصائي عدد من النقاط التي قد تتسبب في إنهاء العلاقة الإرشادية وهي:

(١) أن يلجأ الأخصائي إلى العقاب والتأنيب.

(٢) أن يبدي الأخصائي عدم احترام وعدم تقدير للطالب.

(٣) أن يشعر الأخصائي الطالب ذي الإعاقة أنه غير مرغوب فيه.

ثانيا: الجلسة الإرشادية:

تستغرق عملية الإرشاد عدة جلسات إرشادية، والجلسة الإرشادية هي جلسة مهنية تتم فيها علاقة إرشادية في جو نفسي خاص يشجع الأخصائي الطالب ذي الإعاقة ليعبر عن أفكاره، ويشجعه الطالب ذي الإعاقة على أن يقول كل شيء وأي شيء عن مشكلته؛ فكل ما يقال مهم ويؤخذ في الحسبان عند تحديد المشكلة.

عوامل نجاح الجلسة الإرشادية:

لقد أوضح زهران (١٩٩٨) أن أهم عوامل نجاح الجلسة الإرشادية تتلخص فيما يلي:

(١) التقبل والألفة: اي التقبل الايجابي غير المشروط للطالب؛ اي تقبله ما هو عليه دون التأثر بأحكام سابقة، او آراء مسبقة ودون نقد، أو لوم. وخاصة ان الطالب ذي الإعاقة في كثير من الأحيان يأتي وهو فاقد للشعور بالتقبل؛ لذا فهو يحتاج إلى التقبل الايجابي غير المشروط حتى يستطيع تقبل نفسه، هذا إلى جانب توافر الألفة والوئام، والوفاق، والتفاهم الكامل بين الأخصائي والطالب.

(٢) الاستعداد للمساعدة: إذ ينبغي أن يكون لدى الأخصائي اتجاه موجب نحو الطالب، وأن تتوافر لديه الرغبة المخلصة في مساعدته، أو بذل الوقت والجهد لتحقيق ذلك، وان يظهر استعداده لمساعدة الطالب ذي الإعاقة في مجالات أوسع من مجرد المشكلة المعروضة.

(٣) التركيز: ينبغي أن يتركز الحديث والتفاعل أثناء الجلسة الإرشادية حول الموضوع الأساسي أي مشكلة الطالب، وليس حول مشكلات عامة غير محدودة، وحول الأفكار والمشاعر الشخصية، وليس حول الأحاديث العامة، أي أن المطلوب هو التحديد لا التعميم.

(٤) المشاركة التفاعلية: إذ ينبغي أن يشعر الطالب ذي الإعاقة بأن الأخصائي يشاركه انفعالاته، ويفهم مشاعره، ويقدر ظروفه، ويفهم عالمه الداخلي والخارجي، وكأنه يرى الأمور من داخل الإطار المرجعي للطالب.

(٥) الحكمة: يجب أن تسود الجلسة الإرشادية الحكمة في القول والفعل من جانب الأخصائي، ومن الحكمة أن يكون الأخصائي أسوة حسنة للمسترشد، ويجب أن يتروى في كلامه وأن يتحلى بالصبر والأناة.

(٦) التلقائية: يقصد بها التعبير عن المشاعر الحقيقية في حرية، وصراحة، وأمانة وبإخلاص، وعلى طبيعتها، ودون مواجهة مزيفة، ودون قناع، ودون تصنع، حتى يتعامل الأخصائي مع الطالب ذي الإعاقة شخصيًا، ويذكر روجرز Rogers أن التلقائية تعني تطابق السلوك مع الواقع، ويعبر عنها كذلك مستخدمًا مصطلح الشفافية

بمعنى أن كل ما في داخل الأخصائي والطالب ذي الإعاقة يمكن للطرف الآخر أن يدركه على حقيقته.

(٧) الإصغاء وحسن الاستماع: إن حسن الإصغاء، والاستماع مع الملاحظة، وتركيز الانتباه لكل قول، وفعل، وانفعال يساعد الأخصائي على إدراك كل الجوانب في الجلسة الإرشادية فالميدان هو ميدان الطالب؛ ولذا يجب أن تتاح له فرصة الكلام والسلوك معظم الوقت، ويكون تدخل الأخصائي بقدر محدود عند الضرورة؛ مما يساعد الطالب ذي الإعاقة على الاسترسال في الحديث، والتفريغ الانفعالي.

(٨) البشاشة والثقة المتبادلة: ينبغي أن يكون الأخصائي بشوشًا وودودًا أثناء الجلسة الإرشادية، والثقة أمر ضروري يشعر الطالب ذي الإعاقة بالأمان على نفسه، وعلى أسراره التي يفضي بها للأخصائي في النفس ويلاحظ أن الجلسات الأولى يحاول فيها الطالب ذي الإعاقة أن يتحسس خطواته الأولى، ويتوقف على نجاحها مستقبل العملية الإرشادية كلها؛ فالطالب ذي الإعاقة هنا يكون أشبه بمن يريد النزول إلى ماء البحر فيبدأ بجس الماء فإن وجده باردًا فإنه يتردد وقد يمتنع، أما إذا وجده دافئًا فإنه ينزل ويستمتع.

(٩) مظهر الأخصائي: إن مظهر الأخصائي المناسب، وجلسته، وصوته الواضح، وتعبيرات وجهه، وإظهار اهتمامه بالطالب ذي الإعاقة من الأمور المهمة في الجلسة الإرشادية، وينبغي أن تكون ملابس الأخصائي، ومظهره نظيفًا مهندمًا دون مغالاة، أو إهمال.

(١٠) الزمان: يفضل الإسراع بتحديد موعد الجلسات، ويجب تنظيم الجلسات بما يتناسب مع مواعيد كل من الأخصائي والطالب، وهنا يحسن أن تكون للجلسة الإرشادية زمن محدد، ويحدد البعض الجلسة الإرشادية بمدة لا تقل عن نصف ساعة، ولا تزيد عن ساعة، وينبغي ألا تكون مواعيد الجلسات متقاربة جدًا كأن تكون يومية، ولا تتباعد جدًا كأن تكون مرة كل شهر، ومعظم الأخصائيين النفسيين يكتفون بجلسة واحدة أسبوعيًا وعلى العموم من المفيد أن يفصل بين كل جلسة، وأخرى بضعة أيام على

الأقل لابد ذلك يساعد على منح الطالب ذي الإعاقة فرصة تزيد من استبصاره بنفسه.

(١١) المكان، يجب أن يكون للجلسة الإرشادية مكان محدد، اي غرفة خاصة، ويجب أن تكون جلسة الطالب ذي الإعاقة مريحة، وأن يكون في مواجهة الأخصائي، ويراعي الابتعاد عن مشتتات للتفكير أثناء الجلسة؛ مثل: استخدام التليفون، أو الرد على المكالمات، أو وجود صور، أو تحف تبعث على تشتيت الانتباه.

ثالثا: التشخيص وتحديد المشكلة:

إن التشخيص في الإرشاد يخدم عدة أهداف، فقد يستخدم في وضع أهداف العملية الإرشادية، وقد يستخدم لتصنيف مشكلة الطالب ذي الإعاقة ووضعها في فئة من فئات الإعاقة المعروفة، كما يستخدم التشخيص في مساعدة الأخصائي في وضع فروض يعمل في ضوئها على فهم الطالب.

ولعل أهم جوانب التشخيص في مساعدة الأخصائي هو تمكينه من رؤية الحاجات الملحة للطالب، أي تلك الجوانب من المشكلة التي يعاني منها بشكل حاد؛ فهل هو يحتاج إلى معلومات، أم إلى تدعيم، أم إلى الاثنين معا؟، وهل ما يراه الطالب ذي الإعاقة هو المشكلة الحقيقية التي يعاني منها أم أنها مجرد زلفة؟، وهنا يمكن تعريف التشخيص بأنه: "تلخيص لمشكلة الطالب ذي الإعاقة وأسبابها، ووصف لديناميات شخصية الطالب، وفهمه لها"، ويعد التشخيص في الإرشاد تعريف للجانب غير السوي من خلال الأعراض السلوكية للطالب.

وقد عرف باركر(1991) Barker عملية تحديد المشكلة، أو تقديرها بأنها: "عملية تهدف إلى تحديد طبيعة المشكلة، وأسبابها، وتحديد تسلسل، أو تعاقب الأحداث والوقائع المرتبطة بها، والتنبؤ بالنتائج، والاحتمالات المستقبلية، ووضع خطة عمل للحد من آثارها، أو حلها".

وعرف هيبورث ولارسن (1990) Hepworth and Larsen, عمليات تحديد المشكلة بأنها: "عملية جمع وتحليل للمعلومات ذات العلاقة، وتركيبها بشكل يتضمن الأبعاد الأساسية التالية":

(١) طبيعة مشكلة الطالب ذي الإعاقة مع الاهتمام بحاجة الطالب ذي الإعاقة المرتبطة بالنمو، والضغوط المصاحبة للمرحلة العمرية الانتقالية التي يمر بها.

(٢) القدرات التكيفية لدى الطالب ذي الإعاقة وأفراد أسرته (جوانب القوة، والمهارات، والقصور، أو العجز).

(٣) العوامل والأنظمة المتداخلة في مشكلة الطالب ذي الإعاقة وتأثيراتها.

(٤) الموارد المتاحة والتي يمكن الاستفادة منها مواجهة المشكلة، أو الموقف.

(٥) دوافع الطالب ذي الإعاقة لحل المشكلة، أو التعامل مع الموقف".

وفي بعض الأحيان يستطيع الطالب ذي الإعاقة أن يحدد مشكلته ويعبر عنها بدقة، وفي أحيان أخرى قد لا يشكو من أي مشكلة؛ ولكن المحيطين به يتأثرون بسلوكه، أو يحكمون عليه بأنه غير فعال، أو مدمر، أو غير سعيد، أو معطل، أو يأتي بسلوكيات تضر مصلحته وبمصلحة المجتمع الذي يعيش فيه، وهنا نستطيع أن نقرر وجود المشكلة عند ظهور واحد من الحالات التالية:

(١) معاناة الطالب ذي الإعاقة من عدم الارتياح، أو الانشغال، أو مخاوف لا يمكنه التخلص منها بمفرده، وإنما يحتاج لمن يساعده في ذلك.

(٢) يظهر الطالب ذي الإعاقة عيبًا سلوكيًا، أو ينخرط بشكل مبالغ في سلوك يحكم عليه بأنه غير سوي.

(٣) ينغمس الطالب ذي الإعاقة في أنشطة يعارضها المحيطين به، وتؤدي لنتائج سلبية لنفسه وللآخرين.

(٤) يظهر الطالب ذي الإعاقة انحرافات سلوكية ينتج عنها عقوبات اجتماعية رادعة من جانب المحيطين به كالوالدين والمعلمين... وغيرهم.

وقد اقترح براون وليفيت (1979) Brown and Levitt مجموعة من التساؤلات المفيدة في هذه المرحلة، وتتضمن ما يلي:

(١) من هم الأشخاص ، وما الأنظمة التي لها علاقة بالمشكلة؟

(٢) ما علاقتهم بالمشكلة؟.

(٣) ما الحاجات غير المشبعة في المشكلة؟.

(٤) ما المرحلة العمرية المناسبة للمشكلة؟.

(٥) ما وجهة نظر الطالب ذي الإعاقة عن المشكلة؟ وماذا تعني المشكلة له؟.

(٦) أين ظهرت السلوكيات المشكلة؟ ومتى؟.

(٧) ما مدى تواتر ظهور هذه السلوكيات؟.

(٨) متى بدأت المشكلة؟.

(٩) ما استجابات الطالب ذي الإعاقة الانفعالية الناجمة عن المشكلة؟.

(١٠) ما محاولات الطالب ذي الإعاقة التكيفية الملائمة وغير الملائمة التي استخدمها لمعالجة الموقف، أو المشكلة؟.

(١١) ما المهارات المطلوبة لمواجهة المشكلة؟.

(١٢) ما المهارات وجوانب القوة المتوفرة لدى الطالب؟.

(١٣) ما الموارد الخارجية التي نحتاج إليها في مواجهة المشكلة؟.

خطوات التشخيص:

لكي تتم عملية التشخيص على الوجه المرجو منها يستلزم ذلك المرور بعده خطوات تتم بشكل متتابع، وذلك على النحو التالي:

(١) إعداد الطالب ذي الإعاقة وتهيئته:

تتطلب أولى خطوات التشخيص أن يدرك الطالب ذي الإعاقة أهمية التشخيص الدقيق بالنسبة له، وأن العلاج المناسب لحالته لن يصل إليه بدون تشخيص حالته على نحو سليم، وقد تتطلب تلك الخطوة الحصول على موافقة الطالب ذي الإعاقة على الاستمرار في تشخيص حالته، وخاصة إذا كان الطالب ذي الإعاقة محولاً للأخصائي من قبل أحد أعضاء فريق الخدمة النفسية المدرسية، وفي بعض الحالات الأخرى قد يتطلب الأمر الحصول على

موافقة أولياء الأمور وخاصة في حالة الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية، أو ذوي اضطراب التوحد... وغيرهم ممن هم في المرحلة الأساسية من التعليم.

(٢) جمع المعلومات:

تتضمن تلك الخطوة جمع أكبر قدر من المعلومات بما يفيد حل المشكلة المطروحة، ويستخدم في ذلك أدوات جمع المعلومات المختلفة، والتي من بينها دراسة الحالة، والمقابلة، والملاحظة، والسجل المجمع، والاختبارات، والمقاييس المتنوعة.. وغيرها من أدوات جمع المعلومات الأخرى.

(٣) تحديد المشكلة:

بعد الحصول على المعلومات وتجميعها تبدأ عملية تركيب، ودمج هذه البيانات مع بعضها، وذلك بغرض الاستفادة منها في الكشف عن الأسباب الحقيقية التي تقف وراء المشكلة، أو الاضطراب الذي يعاني منه الطالب ذي الإعاقة، وتستخدم أيضًا تلك المعلومات في توليد مجموعة من الفروض الإكلينيكية حول مشكلة الطالب، وهذه الفروض تكون عادة في ضوء واحدة، أو أكثر من نظريات الشخصية، والإرشاد، والعلاج النفسي؛ مثل: النظرية السلوكية، أو النظرية المعرفية، أو نظرية الذات... وغيرها، ولكل هذه النظريات وجهة تفسيرية خاصة، وتتضمن عددًا من المفاهيم التشخيصية المساعدة.

(٤) تصنيف المشكلة:

تتضمن تلك المرحلة وضع المشكلة في المجال الذي تتبعه من مجالات الإرشاد حيث ينتج الإرشاد أنظمة خاصة في التشخيص مأخوذة من تحليل جوانب الحياة المختلفة، ومن تلك المجالات التي يمكن تصنيف مشكلة الطالب ذي الإعاقة فيها:

أ - مشكلات شخصية: وهي تتضمن مشاعر الطالب ذي الإعاقة وشخصيته التي تجعله يتعرض لصعوبات التكيف مع الجماعات التي يعيش معها؛ مثل: المشاحنات والمشاجرات العائلية، والتجاوزات القانونية... وغيرها وكذلك الصراعات، والإحباطات.

ب – مشكلات اجتماعية: وهي تتعلق بالعلاقات الاجتماعية للطالب، ومدى قدرته على البدء في علاقات اجتماعية جديدة، ومدى توافقه الاجتماعي.

ج – مشكلات تربوية: وهي تتعلق بالحياة الأكاديمية للطالب؛ مثل: اختيار خاطئ لنوع الدراسة، انخفاض التحصيل الدراسي، وعادات الاستذكار غير الفعالة... وغيرها.

د – مشكلات مهنية: وهي تتضمن مشكلات تعيق الطالب ذي الإعاقة للتخطيط لمستقبله المهني، ويتمثل ذلك في اختيار مهني غير مناسب، وعدم القدرة على الاختيار المهني، وتأهيل مهني غير كافٍ... وغيرها.

هـ – مشكلات صحية: وهي تتضمن معاناة الطالب ذي الإعاقة أحيانًا من مشكلات صحية، أو عادة معينة، تجعله مريضًا، أو غير متقبل لإعاقته الجسمية؛ مما يؤثر على صحته النفسية.

و – مشكلات اقتصادية: وهي تتعلق بإمكانيات الأسرة المادية، وتتمثل في الصعوبات المالية المعوقة لتحقيق متطلبات المدرسة، أو توفير مستوى معيشة مناسب للطالب بين زملائه.

(٥) اتخاذ القرار:

هنا تأتي الخطوة الأخيرة في عملية التشخيص، تلك التي تتعلق بالوصول إلى التشخيص الدقيق لحالة الطالب، وتحديد البرنامج الإرشادي المناسب لحل مشكلته، ودوره المنوط به أداؤه في ذلك البرنامج، والإجراءات التقويمية المتبعة للوقوف على مدى النجاح في تحقيق أهداف البرنامج.

رابعًا: الإحالة:

يقف الأخصائي دائمًا في موقف المرسل والمستقبل للطلبة؛ فهو يستقبل ما يحال إليه من الطلبة من فريق الخدمة النفسية المدرسية؛ مثل: المعلمين، أو المدير، أو الأخصائي الاجتماعي، أو من الوالدين، وفي نفس الوقت فإن الأخصائي يقف في مواقف يضطر فيها –

لاعتبارات فنية وأخلاقية — أن يحيل بعض الطلبة لديه إلى آخرين سواء كانوا أطباء، أو أطباء نفسيين، أو أخصائيين اجتماعيين... أو غيرهم.

فمن الضروري أن يعرف الأخصائي حدود الخدمات التي يمكن أن يقدمها الطلبة الذين يطلبون مساعدته، وأن يعرف أيضًا متى يحتاج هؤلاء الطلبة لخدمات غيره من الأخصائيين؛ فعندما يلجأ إلى الأخصائي تلميذًا طالبًا مساعدته، عليه أن يسأل نفسه عما إذا كانت خبرته تؤهله؛ لأن يقدم له ما يحتاج إليه من المساعدة أم لا؟ غير أننا نجد بعض الأخصائيين قد يندفعوا في محاولة يائسة لحل المشكلة، وقد تكون هذه المشكلة خارج نطاق قدراتهم ومؤهلاتهم؛ مما قد يترتب عليه الفشل في مساعدة هذا التلميذ، وقد يؤدي هذا الفشل إلى إضعاف الدافع الذي يساعد التلميذ على حل مشكلته، وقد يفقده هذا الفشل ثقة التلميذ في قدرة الأخصائي على مساعدته في حل مشكلاته بسبب تلك المحاولات الفاشلة التي سبق أن مر بها معه.

أنواع الإحالة:

هناك نوعين من الإحالة هما:

(١) الإحالة المؤقتة: وفيها يتم إحالة الطالب ذي الإعاقة لفترة محددة من الزمن، وذلك بقصد إجراء فحص ما (طبي مثلاً) ثم يعود الطالب ذي الإعاقة مرة أخرى للأخصائي لإتمام العملية الإرشادية.

(٢) الإحالة الكاملة: ويتم فيها إحالة الطالب ذي الإعاقة بصورة كاملة إلى اختصاصي آخر، أو جهة أخرى يرى أنها تستطيع أن تقدم الخدمات المناسبة للطالب.

أسباب الإحالة:

تتنوع الأسباب التي يتم من أجلها إحالة الطالب ذي الإعاقة إلى مختص آخر تبعًا لما يلي:

(١) أسباب تتعلق بطبيعة مشكلة الطالب:

إذ أن بعض الطلبة يعانون من مشكلات تقع خارج نطاق خبرة الأخصائي، ومن ثم ينبغي إحالتها إلى المختصين، ومن بين هذه الحالات:

(أ) الحالات الصحية والعضوية التي تستلزم رعاية طبية.

(ب) الحالات الذهانية الشديدة التي تحال إلى الطبيب النفسي.

(ج) حالات إدمان المخدرات والتي يتم إحالتها لمراكز علاج الإدمان.

(د) حالات تتطلب سد النقص المعرفي في مجال ما خارج نطاق اختصاصه.

(٢) اسباب تتعلق بالعلاقة الإرشادية:

حيث يتم تحويل الطالب ذي الإعاقة إذا كانت هناك عوامل تؤثر على علاقته بالأخصائي، ومن بينها:

(أ) أن تكون هناك صلة قرابة تربط بين الأخصائي والطالب.

(ب) أن يكون هناك خلاف، لا يمكن حله بين الأخصائي والطالب.

(ج) أن يكون الأخصائي على علاقة خاصة مع ولي أمر الطالب، أو جار لهم وخاصة إذا كانت مشكلة الطالب ذي الإعاقة تحتاج درجة عالية من الخصوصية (كالمشكلات الجنسية).

(٣) اسباب تتعلق بظروف العملية الإرشادية:

فقد تكون المشكلة واقعة في نطاق خبرة الأخصائي، وقد لا تكون هناك عوامل تؤثر على العلاقة الإرشادية، ويذكر سعفان (٢٠٠١) انه قد تتم الإحالة لوجود ظروف أخرى مثل:

(أ) عدم كفاية الوقت لدى الأخصائي.

(ب) عدم ملاءمة الوقت للأخصائي والطالب.

(ج) قد لا يفضل الطالب ذي الإعاقة تلقي خدمات الإرشاد في المدرسة، أو الجامعة؛ حتى لا يلفت إليه نظر زملائه والمعلمين؛ ولذلك يفضل إحالته إلى أحد مراكز الإرشاد.

ويضيف مورتنس ، وشمولر (ب. ت) انه من بين أسباب إحالة الطالب ذي الإعاقة ما يلي:

(١) الخصائص الجسيمة:

مثل انحراف الطفل بصورة ملحوظة عن أفراد جماعته من حيث السن، أو الطول، أو الوزن، أو البنية، أو البنية، أو المظهر، أو القوة، أو التوافق العضلي، أو درجة الحيوية... الخ.

(٢) الخصائص الشخصية، ومنها..

(أ) الإسراف، أو الضعف في التحصيل بالنسبة لمستوى قدرات الطفل (التفوق، أو التأخر)، الخوف من تجريب الأمور الجديدة، وسرعة تثبيط الهمة، أو عدم الرضا عما ينجزه، عدم ثبات مستوى الأداء، أو التناقض الواضح بين مستوى التحصيل في مادة معينة بالمقارنة إلى مستوى التحصيل العام، أو التزام عادات استذكار سيئة.

(ب) ان يكشف الطفل عن قدرة ممتازة، او موهبة، أو ميل إلى القيادة ينبئ عنها اداؤه وميوله، واستعداداته.

(ج) ان يبدي الطفل الوانًا من السلوك غير الحميد؛ مثل: الكذب، والسرقة، والشجار والمشاحنة، أو الخجل المفرط، والخوف، وشدة الحساسية للنقد، أو السلوك الجنسي المنحرف.

(د) ان يفتقر الطالب ذي الإعاقة إلى الأصدقاء، ولا يقيم علاقات سوية مع الكبار، أو يتأثر أكثر مما ينبغي بضغط الجماعة.

(٣) الموقف، ومنها..

(أ) ان يبدو على الطفل سوء المظهر، أو نقص التغذية، أو الافتقار إلى كثير من الضروريات.

(ب) أن تؤدي الظروف الثقافية التي نشأ فيها الطفل إلى صراعه مع أقرانه، ومن هذه الظروف الفروق الدينية، أو اللغوية.

(ج) أن يضطر الطفل تحت وطأة القوى الأسرية، أو البيئية إلى النزول بمستوى الطموح الذي تؤهله له قدراته.

(د) أن يصاب الطفل بمرض مزمن، أو تبتلي الأسرة بمرض أحد أفرادها مرضًا خطيرًا، أو بوفاته.

(ه) أن يتعرض الطفل لكثرة تغيير أسرته لمقر سكنها.

(و) الا تتوافر في البيئة تسهيلات الترويح الملائمة.

(٤) خبرات استطلاعية:

التاريخ الشخصي للطفل، ودرجاته المدرسية، ونتائج اختبارات الميول والاستعدادات التي أجريت عليه، كل ذلك يوحي لنا بنوع المجالات العلمية المناسبة له وبالزيارات الميدانية، أو المحادثات اللازمة مع الهيئات المهنية وغير المهنية.

المبادئ العامة للإحالة:

لقد أوضح الشناوي(١٩٩٦) بعض القواعد التي يمكن للأخصائي أن يأخذها في اعتباره عند إحالة أحد الطلبة إلى هيئة أخرى:

(١) بدلاً من أن تحيل الطالب ذي الإعاقة للهيئة، حاول كلما أمكن إحالة الطالب ذي الإعاقة إلى شخص محدد في تلك الهيئة. حاول التعرف دائماً على الخدمات المتوافرة في المجتمع، وعلى المتخصصين في هذه المؤسسات حتى يمكن أن توجه الطالب ذي الإعاقة للشخص الذي لدية المهارة اللازمة للعمل مع مشكلة الطالب.

(٢) وفر للطالب المعلومات التي سيحتاج إليها، والتي تشتمل على الأسماء، والعناوين، وأرقام التليفون للأشخاص، أو الهيئات التي تحيله إليها، ساعد الطالب ذي الإعاقة على أن يحصل على مواعيد من تليفون مكتبك، ولكن لا ترتبط أنت له بمواعيد نيابة عنه، فالطالب ذي الإعاقة عليه أن يتحمل المسئولية المناسبة للخطوات التالية وهذه المسئولية تبدأ بالتزامه بمواعيد يحدده لنفسه.

(٣) لا تتوقع أن تحصل على معلومات عن الطالب ذي الإعاقة من الجهة التي أحيل إليها فقده المعلومات لها حماية من منطقة مبدأ السرية وتحتاج إلى إذن كتابي من الطالب ذي الإعاقة قبل حصولك عليها.

(٤) كلما أمكن، تابع مع الطالب ذي الإعاقة لتعرف ما إذا كانت العلاقة الجديدة مناسبة لمواجهة حاجات الطالب، ولكن تجنب أن تضغط على الطالب ذي الإعاقة للحصول على هذه المعلومات، وتقبل منه ما يود أن يطلعك عليه.

(٥) قد يطلب الطالب ذي الإعاقة من الأخصائي أن يزود الجهة، أو الشخص المحال إليه ببعض المعلومات، والنصيحة الا تفعل ذلك في وجود الطالب ذي الإعاقة؛ لأن هذا يثير في نفسه مزيدًا من القلق (أحصل منه على موافقة خطية بنقل المعلومات إلى الجهة المحال إليها ثم افعل ذلك في وقت آخر وربما عن طريق الهاتف).

خامسا: التقويم الإرشادي:

إن التقويم الإرشادي يعنى به تلك العملية التي يتم من خلالها التخطيط والتنفيذ للحصول على معلومات، أو بيانات عن نتائج عملية الإرشاد، وذلك لإصدار حكم في ضوء الأهداف التي تم تحديدها مسبقًا.

ويمكن أن يقوم بالتقويم كل من الأخصائي للطلبة، وأولياء الأمور، المعلمين، وباقي أعضاء فريق الخدمة النفسية المدرسية، كالأخصائي، ومدير المدرسة، ويلاحظ في هذا الجانب أن التقويم الموضوعي هو الذي يعتمد على أدوات جمع المعلومات، لتقدير قيمة الظاهرة التي نقومها، مع التحليل والتفسير لهذه الموضوعات، حتى يتم الحكم على الظاهرة موضوعيًا، أما التقويم الذي يعتمد في أحكامه على المنفعة، أو المكانة الاجتماعية، أو التوقع، أو التمني؛ فمثل هذه الأحكام تصبح ذاتية، وتنخفض قيمتها لتصبح مجرد آراء واتجاهات.

في ضوء ما سبق يصبح التقويم الذي يتم عن طريق الأخصائي هو أفضل أنواع التقويم لتميزه بالموضوعية.

طرائق ووسائل التقييم:

تتراوح طرائق ووسائل تقييم عملية الإرشاد بين الموضوعية الدقيقة التي تستخدم فيها الأساليب الإحصائية إلى الذاتية التقريبية، وبين طرائق التقييم الخارجي إلى طرائق التقييم التي يقوم بها الأخصائي والطالب.. وهكذا، ولقد أوضح زهران(١٩٩٨) أهم طرائق ووسائل عملية التقييم:

(١) التقييم التجريبي:

يتم عن طريق الدراسة التجريبية لنتائج عملية الإرشاد، أو طريقة الإرشاد المستخدم بمقارنة جماعة تجريبية (مرت بعملية الإرشاد)، وجماعة ضابطة (لم تمر بعملية الإرشاد) بعد مجانسة المجموعتين (جنسًا، وعمرًا، وثقافة، ومن حيث المستوى الاجتماعي، والاقتصادي)، وعادة ما تختار المجموعة الضابطة من بين الطلبة الذين حال بينهم وبين استئناف عملية الإرشاد لأسباب معينة، ويجب في هذه الحالة الاحتياط بخصوص عدة اعتبارات منها: أن التغيرات التي تحدث بعد عملية الإرشاد قد تكون سطحية وغير جذرية، مؤقتة وليست دائمة، وقد يكون التحسن بطيئًا لا تظهر آثاره السلوكية؛ إلا بعد فترة قد تطول بعد عملية التقييم نفسها، وقد تكون المتابعة اللازمة لعملية التقييم بعد إنهاء العملية صعبة، وقد يكون التحسن الذي يطرأ على حالة الطالب ذي الإعاقة تحسنًا تلقائيًا يرجع لعوامل أخرى غير عملية الإرشاد نفسها.

(٢) التقييم العام:

يستخدم في عملية التقييم العام وسائل عدة، وعادة ما يجري الأخصائي بعض الاختبارات قبل إجراء العملية، وهو يقوم بفحص، ودراسة الحالة، وتعد بمثابة اختبارات قبلية Pre – tests ، وبعد عملية الإرشاد يعيد إجراء نفس الاختبارات، وتعد بمثابة اختبارات بعدية Post – tests ، ويكون الفرق بين النتائج في الإجراء الأول والإجراء الثاني هو دليل التغير، ويعبر عن نتائج عملية الإرشاد، ومن وسائل التقييم العام ما يلي:

(١) التقارير الذاتية: وهذه التقارير يكتبها الطالب ذي الإعاقة بنفسه عن مدى تقدم حالته إما دوريًا، أو في نهاية العملية، ونحن نعلم أنه ليس هناك من هو أعرف بالطالب من نفسه، إنه هو الذي يعرف بالضبط مدى اضطرابه السابق، ومدى ما تحقق من تقدم نتيجة لعملية الإرشاد.

(٢) تقدير الذات التصنيفي: وفيه يصنف الطالب ذي الإعاقة عددًا من البطاقات التي تحوي أعراض المشكلة، أو الاضطراب، أو المرض النفسي مرتين: الأولى قبل العملية الإرشادية

والثانية بعدها، ويصنف الطالب ذي الإعاقة البطاقات إلى ما ينطبق عليه، وما لا ينطبق عليه، وما يقع بينها، ويحسب معامل الارتباط بين التقديرين التصنيفين، ويعد دليلاً على مدى نجاح العملية.

(٣) مقاييس التقدير: وتتضمن معلومات عن الشخصية، والسلوك، والمشكلات وتحتها مقاييس تقدير مدرجة، ويقدر الطالب مدى التغير على درجات هذه المقاييس.

(٤) قوائم المراجعة: وتضم أهداف عملية الإرشاد متجمعة في شكل قائمة يراجعها الطالب، ويحدد أمام كل منها: هل تحقق الهدف أم لم يتحقق؟، وقد تضم أيضًا أعراض الاضطرابات النفسية ليحدد ما زال منها وما لا يزال موجودًا وهكذا.

(٥) اختبارات التشخيص النفسي: وتحوي أعراض المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، وتجرى على الطالب ذي الإعاقة قبل وبعد العملية الإرشادية وتقارن نتائجها.

(٦) الوسائل الإسقاطية: مثل اختبار بقع الحبر (الرورشاخ)، واختبار تفهم الموضوع للكبار والأطفال، واختبارات تكملة الجمل... وغيرها، ويلجأ الأخصائي إلى استخدامها في التقييم بإجرائها قبل وبعد إجراء العملية الإرشادية على أساس أن الطالب ذي الإعاقة لا يعرف عادة معنى استجاباته؛ مما يقلل من أثر ذاتيته، وهي تكشف عن مدى التغير الذي حدث في بناء الشخصية.

(٧) ملاحظة السلوك: يكون هذا في مواقف متنوعة في الحياة اليومية الواقعية، أو في مواقف قريبة الشبه منه، وفيها تتم ملاحظة السلوك ووصفه وصفًا بسيطًا وموضوعيا بقدر الإمكان، ويحسن أن يقوم بالملاحظة عدد من الملاحظين تحقيقا لأكبر قدر من الموضوعية، ويهتم الملاحظ طبعًا بالتغيرات السلوكية الواضحة التي حدثت نتيجة لعملية الإرشاد.

سادسا: إنهاء عملية الإرشاد:

تعد مرحلة إنهاء العمل من المراحل المهمة في العملية الإرشادية؛ فكلما تم إنهاء العمل بطريقة صحيحة كلما حصلنا على نتائج إرشادية أفضل، كما تسهم في زيادة والمحافظة

على مكتسبات العمل الإرشادي. ويصل الأخصائي إلى القرار بشأن إنهاء العمل مع الطالب ذي الإعاقة في الحالات التالية:

(١) تحقيق وإنجاز أهداف العملية الإرشادية.

(٢) طلب الطالب ذي الإعاقة إنهاء العمل الإرشادي.

(٣) رفض الطالب ذي الإعاقة الاستمرار في العمل الإرشادي (المقاومة).

(٤) وصول الأخصائي لحدود علمه وقدرته مع الطالب ذي الإعاقة ورغبته في إحالته إلى جهة أخرى متخصصة حيث تقتضي ظروف الطالب ذي الإعاقة ذلك (ابو عباة، ونيازي، ٢٠٠١).

واجمل توسيلاند وريفاس (Toseland and Ravis, (1998 عمليات إنهاء العمل الإرشادي في النقاط التالية:

(١) مساعدة الطالب ذي الإعاقة للمحافظة على التغييرات والمكتسبات الجديدة، وتعميمات على جميع جوانب حياته، وذلك من خلال مساعدته للشعور بالثقة في قدراته، واستخدام مواقف مختلفة لممارسة السلوكيات الجديدة، ومتابعته من خلال جلسات لاحقة، ووقايته من العوامل البيئية التي قد تؤثر على مدى استفادته من التغيرات الجديدة، وتعليمية، وتدريبه على أساليب حل المشكلات.

(٢) تعزيز الأداء المستقل للطالب، وتشجيعه للاعتماد على نفسه، وعلى قدراته الشخصية، واستفادته من الموارد المتاحة.

(٣) مساعدة الطالب ذي الإعاقة للتعامل مع المشاعر المرتبطة بمرحلة الإنهاء الايجابي منها والسلبي.

(٤) التخطيط للمستقبل، وذلك من خلال تحديد حاجات الطالب ذي الإعاقة المستقبلية، ومساعدته لوضع خطة عمل ملائمة لمقابلتها وتحقيقها.

(٥) تحويل الطالب ذي الإعاقة وقت الحاجة للحصول على خدمات لاحقة.

إن العملية الإرشادية قد تطول لتستغرق عدة أسابيع، او بضعة شهور، أو تقتصر على جلسة واحدة، أو عدد محدود من الجلسات، وسواء طالت الجلسات، أو قصرت فإنه في النهاية

سوف تنتهي عملية الإرشاد، وعادة ما يتخذ الأخصائي قرار إنهاء الجلسات وذلك عندما يتأكد أن الأهداف المخططة للعملية الإرشادية قد تحققت، أو أنه يصعب تحقيقها ولا أمل في تحسن حالة الطالب، أو يتخذ قرار الإنهاء عند إحالة الطالب بعد عدة جلسات لتخصص آخر وجهة أخرى، وفي بعض الأحيان نجد أن قرار إنهاء الجلسات يتخذه الطالب، وهو يفعل ذلك عندما يشعر بأنه لا أمل في تحسن حالته وأنه لم يعد في حاجة لاستمرار الجلسات الإرشادية، أو عندما يشعر بأنه لا أمل في تحسن حالته وأنه يصل إلى طريق مسدود، أو عندما يشعر بالألم نتيجة لاضطراره لمواجهة المزيد من التغيير في سلوكه، أو إلى غير ذلك من الأسباب.

ولكن نظرًا إلى أنه في الغالب ما يقوم الأخصائي بإنهاء الجلسات؛ فينبغي عليه أن ينتبه إلى أن تكون عملية الإنهاء تدريجية وليست فجائية، وأن يتم التمهيد لذلك خلال الجلسات الأخيرة من العملية الإرشادية.

وإذا كان ما سبق ينطبق على الإرشاد الفردي فإننا نجد في الإرشاد الجماعي أن الأخصائي عندما يتأكد من تحقيق بعض أعضاء الجماعة الإرشادية للأهداف الموضوعة وأن البعض الآخر لم يصل لذلك؛ ففي هذه الحالة على هؤلاء الطلبة الذين يحتاجون إلى قدر آخر من المساعدة أن يختاروا الحل الذي يناسب احتياجاتهم، فقد يفضلون تلقي هذه المساعدة عن طريق الإرشاد الفردي، وقد يفضلون الانضمام إلى فريق آخر، أو يتم ضم عدد آخر من الطلبة إلى فريقهم، ولكن في جميع الحالات لا يجوز أن يتخذ قرار إنهاء الجلسات الإرشادية على أساس التصويت وأغلبية الأصوات، ولكن على أساس مراعاة حاجات كل عضو، ففي كثير من الأحيان يضم أعضاء جدد للمجموعة بعد أن ينسحب عدد من الأعضاء.

سابعا: المتابعة:

بعد الانتهاء من الجلسات الإرشادية، ينبغي على الأخصائي التخطيط لجلسة، أو أكثر لمتابعة حالة الطالب ذي الإعاقة، وذلك للوقوف على مدى استمرارية التحسن الفعلي، أو ما أصابه من نكوص للتعرف على الأسباب التي أدت إلى ذلك.

وأحيانًا ما تسمى متابعة الأخصائي لحالة الطالب ذي الإعاقة بالدراسة التتبعية، وهي ضرورة ملحة في العملية الإرشادية، إذ يجب أن يظل هناك قناة اتصال مفتوحة بين الطالب ذي الإعاقة والأخصائي وذلك للاحظة ما يطرأ على سلوكه من تغيرات، أو لتزويده ببعض المعلومات الحديثة، أو الرغبة في تطبيق أحد المقاييس للوقوف على مدى التحسن الذي طرأ على حالته، وإلى جانب كل ذلك فإن من المميزات التي يجنيها الأخصائي من قيامه بمتابعة حالة الطالب، هي شعور الطالب ذي الإعاقة بأن الأخصائي مازال مهتما به وأنه على استعداد لتقديم المساعدة له في أي وقت.

أهمية المتابعة:

وأوضح زهران (١٩٩٨) أن هناك اعتبارات كثيرة تؤكد أهمية المتابعة، وهي على النحو التالي:

(١) قد تحتاج بعض الخطط المتفق عليها لتعديل السلوك إلى إجراء بعض التعديلات، أو الاقتناع بمدى معين من الإنجاز.

(٢) يجب الاحتراس ضد الانتكاس، وهذا يحدث خاصة في الحالات التي يكون فيها حل المشكلة ظاهريا.

(٣) قد يحتاج الطالب ذي الإعاقة إلى مزيد من المساعدة والتشجيع بين الحين والحين.

(٤) الاستفادة من المتابعة في تقييم عملية الإرشاد نفسها، ولهذا قيمته العملية والعلمية الواضحة.

وسائل المتابعة:

هناك العديد من الوسائل التي يتم من خلالها متابعة الطالب، ومن بينها ما يلي:

(١) الاتصال بالطالب ذي الإعاقة إما باستدعائه من الصف، أو الاتصال به تليفونيًا في المنزل، أو المتابعة عن طريق البريد في حالة بعد المسافة بين الأخصائي والطالب ذي الإعاقة (أثناء الإجازة السنوية).

(٢) قد تتطلب مشكلة الطالب ذي الإعاقة الاتصال بالأسرة (ولكن بعد أخذ موافقته) وذلك للوقوف على التحسن الذي طرأ عليه بعد حل مشكلته.

(٣) تحديد مواعيد لقاءات تتم بين الأخصائي والطالب ذي الإعاقة في فترات معينة يحددها الأخصائي تبعًا لنوع المشكلة المطروحة، وتبعًا لظروف الطالب.

(٤) قد يقوم الأخصائي بتطبيق بعض المقاييس، أو باستخدام أسلوب الملاحظة، أو يطلب من الطالب ذي الإعاقة كتابة التقارير الذاتية، وغير ذلك للوقوف على التطورات التي طرأت على حالة الطالب.

❁ العملية الإرشادية المدرسية

تتضمن العملية الإرشادية العديد من المسلمات والمبادئ الأساسية، والخدمات المنوعة، يمكن عرضها على النحو الآتي:

(أ) المسلمات والمبادئ الأساسية للعملية الإرشادية:

يؤكد بركات وزيدان (١٩٨٧) أن هناك العديد من المسلمات الأساسية لعملية التوجيه والإرشاد التي ينبغي على المرشد الطلابي أن يضعها في اعتباره عند التعامل مع الطلبة، ومن بين هذه المسلمات ما يلي:

(١) إن الفروق بين الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين فروق ذات أهمية ودلالة في سلوكهم في مجال الدراسة، ومن أبرز الفروق بين الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين وأكثرها تقبلاً الفروق الجسمية ثم الفروق في القدرة على التعلم سواء أكانت هذه القدرة عامة أم نوعية (كيفية)، كما أن من المسلم به أيضًا أن الأسلوب الذي يتبعه المرشد في معاملته للآخرين يختلف من طالب لآخر.

(٢) إن الطالب في نموه الدراسي والمهني يخضع للمبادئ العامة للنمو كما أنه يخضع في سلوكه الدراسي والمهني للمبادئ العامة للسلوك. إن النمو الدراسي والمهني ليسا سوى مظهرين من مظاهر النمو، وهما بذلك يخضعان للمبادئ العامة التي يخضع لها النمو

فهما يتأثران بالعوامل الوراثية والعوامل الاجتماعية، كما يتأثران أيضًا بمستوى النضج الذي يصل إليه الإنسان، فاختيار نوع الدراسة ليس بمعزل عن سن الطالب وعن ظروفه الاجتماعية والاقتصادية، كما أن اختيار المهنة يتأثر بمستوى النضج الانفعالي والاجتماعي الذي وصل إليه الطالب، وأهم مبادئ النمو التي يمكن أن تنطبق على النمو الدراسي والمهني هي أنها عملية مستمرة تختلف سرعتها باختلاف الطلبة، وأن عمليات النمو لا تتكرر في الطالب الواحد، وأنها تتمايز في أنماط، أو نماذج، وأن النمو يتخذ أنماطًا معينة وأنه يتجه من البساطة إلى التعقيد والتركيب والتمايز والتكامل.

(٣) الفروق التي توجد في الطالب الواحد فروق ذات أهمية ودلالة في مجال الدراسة، فالطالب العادي لا يختلف عن غيره من الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين فحسب بل إن خصائصه تختلف الواحدة عن الأخرى قوة وضعفًا سواء كانت هذه الخصائص صفات جسمية أم استعدادات عقلية أم تحصيلاً دراسيًا أم أساليب انفعالية ومزاجية. فالطالب مثلا قد يكون شديد الذكاء ولكنه ضعيف الشخصية، كما أنه قد يكون فوق المتوسط في قدرته الحسابية ولكنه أقل منه في قدرته المكانية.

(٤) إن الدراسات والمهن المختلفة تستلزم من الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين لكي ينجحوا فيها متطلبات مختلفة، فكل دراسة تختلف عن غيرها في الصفات، أو السمات، أو غير ذلك من الخصائص التي ينبغي توفرها في الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين الذين يلتحقون بها. فالدراسات العلمية مثلا تتطلب استعدادات تختلف عن الدراسات الأدبية، كما أن مستوى الدراسة التي يقوم بها الطالب تتطلب أيضًا استعدادات معينة.

(٥) يحتاج الطلبة ذوو الإعاقات والموهوبين في فترة ما، أو أكثر من فترات حياتهم إلى المساعدة الفنية التي يقدمها المرشد سواء كانت هذه المساعدة في ميدان الدراسة، أو المهنة. وتختلف هذه الحاجة من طالب لآخر فالبعض في حاجة إلى المساعدة الكبيرة المستمرة التي تتناول أكثر من ناحية من نواحي الدراسة، أو العمل. والبعض الآخر في حاجة إلى مساعدة بسيطة قصيرة تتناول ناحية من هذه النواحي، وليست هذه المساعدة

أمرًا يتم بطريقة آلية، أو في جلسة واحدة، ولكنها مساعدة علمية مقصودة، لا يقوم بها إلا المرشدون نظرًا لأهميتها وما قد يترتب عليها من آثار.

ويضيف هيبورث ولارسين (Hepworth and Larsen, 1990) أن هناك عددًا من المبادئ التي تقوم عليها العملية الإرشادية، ومن بين هذه المبادئ ما يلي:

(١) أن الناس يملكون القدرة على اتخاذ القرار والاختيار، كما أنهم قادرون على توجيه حياتهم أكثر؛ مما يعتقدون.

(٢) أن مساعدة الناس تستلزم تحمل مسؤولية مساعدتهم إلى أقصى حد ممكن لكي يعتمدوا على أنفسهم ويستغلوا طاقاتهم وجوانب القوة فيهم.

(٣) أن مساعدة الناس مسؤولية تستلزم العمل تجاه تغيير المؤثرات والأوضاع البيئية السلبية.

(٤) أن السلوك الإنساني سلوك هادف وموجه.

(٥) أن الناس قادرون على تعلم سلوكيات جديدة، وأن مسؤولية المرشد تتركز حول مساعدتهم لاكتشاف قدراتهم والاستفادة منها لإحداث التغيير ولزيادة النمو.

(٦) أن معظم الصعوبات التي تواجه الناس يمكن التغلب عليها من خلال حل المشكلات الحالية.

(٧) أنه من خلال الحصول على المعلومات وتعلم مهارات جديدة يستطيع الناس حل مشكلاتهم والتغلب على الصعوبات التي تواجههم في حياتهم، كما يستطيعون تحقيق نموهم الشخصي.

(٨) أن النمو الإنساني عبارة عن مجموعة من الخبرات والتجارب التي ينبغي الاستفادة منها في مواجهة المشكلات.

(٩) أن الإنسان يريد أن يحقق ذاته ويشعر بقيمته وكرامته وهي حاجة أساسية وطبيعية في كل إنسان، وعلى المحيطين به توفير هذه الحاجة وإشباعه إياها.

(١٠) أن الوعي بالذات هو الخطوة الأولى لفهم وإدراك ومعرفة الطالب لنفسه.

(١١) أن الإنسان بحاجة إلى أن يمارس شخصيته، ويشبع من حاجاته واهتماماته، ولهذا ينبغي أن تتاح له فرصة التعبير عن طموحاته والعمل على تحقيقها.

(١٢) أن النمو الإنساني يظهر من خلال علاقة الإنسان مع الآخرين، ومن ثم فإن نمو علاقة المساعدة تعتمد بدرجة كبيرة على مقدار الحب والتقبل والاحترام والتقدير الذي توفره هذه العلاقة.

(١٣) ان اي اسلوب يستخدمه المرشد لإحداث التغيير المنشود ينبغي أن يراعي كرامة الطالب وقيمته وحريته في اتخاذ القرار وخصوصيته (الوارد في أبو عباة ونيازي، ٢٠٠١، ص ص ٥٠ – ٥٢).

(ب) الخدمات التي يتضمنها الإرشاد في المدرسة:

لقد أورد بركات وآخرون (ب. ت) عددًا من الخدمات التي يتضمنها الإرشاد داخل المدرسة، ومن بين هذه الخدمات ما يلي:

أولاً: الخدمة الخاصة بتعريف الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين فائدة الدراسة وفائدة الاستمرار فيها:

تهتم هذه الخدمة بتوضيح انه كلما استمر الطالب في دراسته أتيحت له فرص أوسع للعمل ورقي أكبر للنواحي المادية والاجتماعية.

ثانيًا: الخدمة المتعلقة بتعريف الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين بالإمكانات التربوية المختلفة:

وتهدف هذه الخدمة إلى تعرف الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين على استعداداتهم وقدراتهم وميولهم وسماتهم الشخصية ومستويات تحصيلهم ومقارنة ذلك بزملائهم وبطلاب المدارس والكليات والمعاهد التي يفكرون في الالتحاق بها.

ثالثًا: الخدمة المتعلقة بالاستشارات التربوية:

وهي تهدف إلى مساعدة الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين على اختيار نوع الدراسة الملائمة لهم وذلك بتعريف هؤلاء الطلبة بمجالات الدراسة المختلفة وما تستلزمه من

استعدادات، أو قدرات وغير ذلك ثم تعريفهم باستعداداتهم وقدراتهم وغير ذلك من خصائصهم الشخصية والملائمة بين إمكاناتهم والدراسة المتاحة لهم.

رابعًا: الخدمة المتعلقة باكتشاف نواحي التلخر الدراسي:

وتهدف هذه الخدمة إلى اكتشاف نواحي التأخر في الدراسة سواء أكان هذا التأخر عامًا في جميع المواد أم خاصًا بمادة من المواد.

❁ تنظيم عمل الأخصائي بالمدرسة

مما لا شك فيه ان التنظيم يؤدي دورًا كبيرًا في كفاءة، ونجاح الأخصائي في اداء عمله، ومن الطبيعي أن يرتبط ذلك بالمكان الذي تتم فيه العملية الإرشادية، والسجلات التي يستعين بها في أداء عمله، وفيما يلي توضيح ذلك بشيء من التفصيل:

أولاً: مكتب الأخصائي:

لكي يستطيع الأخصائي القيام بعمله كما يجب، ينبغي ان يتوافر له غرفة مستقلة، وتتوافر فيها عدد من الشروط أوضحها عقل (٢٠٠٠) في النقاط التالية:

(١) يجب أن يكون حجم الغرفة مناسبًا؛ فالغرفة الصغيرة تولد الشعور بالضيق والقلق، والغرف الكبيرة تولد الشعور بعدم الأمان، وعدم السرية.

(٢) يجب أن تحتوي غرفة الإرشاد على مقعدين رئيسيين، مقعد مريح للمسترشد يشعر معه بالاسترخاء، ومقعد للمرشد يفضل أن يتحرك في كل الاتجاهات لاعتبارات متعددة. كما يفضل أن تحتوي الغرفة على مقعدين آخرين لمقابلة أهل الطالب.

(٣) يفضل أن تحتوي غرفة الإرشاد على مكتب اشعارًا بوجود علاقة مهنية رسمية، ويسهل كتابة الملحوظات والتقارير، على أن لا يكون المكتب ضخمًا يشعر الطالب ذي الإعاقة بالهوة بينه وبين الأخصائي، ويفضل أن يوضع كرسي الطالب ذي الإعاقة على أحد جانبي المكتب حتى يقلل من الشعور بوجود عازل. أما اختيار الجانب فيعتمد على إذا

ما كان الأخصائي، أو المعالج يكتب بيده اليمني، أو اليسرى. يجب توفير الإضاءة والتهوية، وان تكون الإضاءة هادئة وغير مباشرة، وشاملة لأرجاء الغرفة.

(٤) يعد اختيار المعلقات، أو اللوحات على الحائط امرًا مهمًا؛ فلا يجوز أن تحمل صورًا لأشخاص مقربين من الأخصائي؛ فهناك من يعلقون صور أطفالهم، أو زوجاتهم، أو معلقات تحمل دلالات عنصرية، أو اتجاهات معادية لبعض الفئات. كل ذلك قد يؤثر على بعض الطلبة. ومن الأفضل اختيار بعض الأقوال، أو الحكم، أو النصائح، أو الآيات التي تبعث في النفس الأمن والطمأنينة.

(٥) من المفضل أن تكون ألوان السجاد، والستائر، وطلاء الجدران ألوان هادئة تبعث على الارتياح، وان تخلو من النقوش التي تمثل رموزًا لها دلالات خاصة عند بعض الطلبة.

(٦) يفضل وجود خزنة لحفظ المستندات، والملفات، ونتائج الاختبارات والتقارير ضمانًا لسرية الإرشاد، ويفضل أن توضع الملفات بعد الانتهاء منها في هذه الخزنة. ولا يجوز أن يبقي ملف أحد الطلبة على المكتب أثناء جلسة إرشادية لمسترشد آخر، فذلك يعني أنه بالإمكان الكشف عن أسرار الطلبة.

(٧) يري بعض الباحثين أن وجود مكتبة إرشادية تضم بعض الكتب، أو النشرات، أو المطبوعات المتعلقة ببعض الجوانب الإرشادية امرًا مهمًا. كما أن احتواء هذه المكتبة على بعض أشرطة الفيديو التي تتعلق بعلاج بعض الحالات أمر يمكن استغلاله في المقابلات العلاجية.

(٨) يعد الهاتف من التجهيزات الضرورية، حيث يتم إنجاز الكثير من الأعمال التي تعلق بالمهنة عن طريقه، ولكن من المهم أن لا يتلقى الأخصائي، أو المعالج محادثات تليفونية، أو يقوم بها أثناء الجلسات الإرشادية.

(٩) يجب أن يكون الغرفة هادئة؛ فالضوضاء الخارجية ليست مزعجة فقط، بل تولد القلق عند المريض؛ فلا يوجد شيء أكثر إعاقة للاسترسال في الحديث الصريح من الاعتقاد بأن الآخرين قد يسمعونه مادام هو يسمعهم.

ثانيًا: سجلات الأخصائي:

يجب أن يتضمن مكتب الأخصائي عدد من السجلات التي تيسر له عمله وتبرزه أمام المسئولين والزائرين، ويجب حفظ هذه السجلات بعيدًا عن أيدي العابثين حفاظًا على مبدأ السرية في عمله، ومن هذه السجلات وأهمها:

(أ) سجل الخطة السنوية للخدمة النفسية: وفيه يتم إعطاء وصفًا دقيقًا عن الخطة السنوية للخدمة النفسية، والفترة الزمنية التي سيستغرقها تنفيذ هذه الخطة موزعة على شهور العام الدراسي مشتملة أيضًا الاجتماعات الإرشادية، ورعاية الحالات الفردية.

(ب) سجل الجلسات الفردية: وفيها يتم حفظ ملفات تفصيلية تتضمن بيانات ومحتوي الجلسات لكل حالة من الحالات؛ لذا يجب أن يحرص الأخصائي على كتابة تقرير الجلسة بعد الانتهاء منها مباشرة، حرصًا على دقة تدوين الملحوظات المسجلة لكونها ما زالت عالقة في ذهن الأخصائي، وذلك حتى لا تخضع تلك الملحوظات لعامل النسيان على أن تتضمن الملحوظات المسجلة عن كل جلسة ما يلي:

(١) موعد الجلسة: يعد تحديد موعد الجلسة مهمًا في الوقوف على مدى التحسن الذي تظهره الحالة عبر فترات زمنية متتابعة.

(٢) حقائق عن التلميذ: وتشمل تلك الحقائق التي يبوح بها التلميذ أثناء الجلسات، وقد تكون تلك الحقائق مفيدة؛ مثل: عدد مرات الرسوب في السنوات السابقة وطبيعة علاقته مع والديه، أو طبيعة العلاقة بين والدي التلميذ وبعضهما البعض... وغيرها.

(٣) تفاصيل مشكلة التلميذ: وتشتمل على السلوكيات اللاسوية، أو الأفكار المضطربة ومشاعر التلميذ، وطبيعة علاقاته الاجتماعية، وإلى غير ذلك لذا يجب على الأخصائي تدوين تلك المشاعر، والسلوكيات في صورة نقاط أساسية حتى يسهل عليه متابعتها عند الحاجة.

(٤) ملحوظات على النتائج: وتتضمن وصف لنتيجة الجلسة ونوع التحسن الذي طرأ على التلميذ، ويتم صياغة ذلك من خلال عبارات تقريرية مثل:

* لقد انخفض لديه مستوى الخوف المرضي.
* لقد استطاع أن يؤدي الامتحان دون الشعور بقلق الاختبار.

(٥) ملحوظات على عملية الإرشاد خلال الجلسة: وفيها يحدد الأخصائي الأسلوب الإرشادي المستخدم في الجلسات، وعلاقته مع التلميذ والحالة التي ظهر عليها التلميذ أثناء الجلسة.

(٦) ملحوظات على تدخل الأخصائي خلال الجلسة: ومثل هذه الملحوظات هدفًا تذكر الأخصائي بتدخلاته ومنها:

* تعلم التلميذ الاستقلالية.
* تدرب التلميذ على المهارات الاجتماعية.

(٧) ملحوظات حولت الأهداف المرجو تحقيقها: حيث يسهم ذلك في جعل أهداف العملية الإرشادية تسير في خط متكامل واحد من البداية للنهاية.

(٨) ملحوظات حول التعهدات التي تمت بين الأخصائي والتلميذ: وتتضمن أداء الواجبات المنزلية، أو القيام بأنشطة تدريبية؛ مثل: التدريب على الاسترخاء.

(٩) ملحوظات حول آراء وشعور الأخصائي بالتلميذ والعملية الإرشادية: ويشمل توجيه النقد الذاتي، وتعديل المسار الذي يسلكه الأخصائي للوصول بالعملية الإرشادية إلى أقصى نجاح.

(١٠) ملحوظات عن أمور يجب أن تؤخذ بعين الحسبان في الجلسة القادمة: وهي تلك النواحي التي تحتاج إلى إلقاء الضوء عليها، أو التي لم تأخذ حقها من النقاش.

ثالثًا: سجلات إدارية ومعلوماتية:

تعني احتفاظ الأخصائي بملفات للصادر والوارد، ولأي موضوع له علاقة بالخدمة النفسية، حيث يستخدم ملف الصادر لحفظ جميع ما يصدر من أعمال يمكن رفعها إلى مكتب توجيه التربية النفسية، أما ملف الوارد فيستخدم لحفظ جميع الخطابات الواردة للمدرسة

التي لها علاقة بالخدمة النفسية، وللأخصائي الحق في إضافة أية سجلات تساعده في تنظيم عمله في هذا السياق؛ مثل:

(١) سجل المعلومات الشامل: يشتمل هذا السجل على البيانات والمعلومات الأولية، والاجتماعية، والصحية، والدراسية، والسلوكية، والسمات الشخصية، وطبيعة ونوع الأنشطة التي يزاولها التلميذ؛ لذا يجب أن يحرص الأخصائي على الاحتفاظ بنسخة من هذا السجل لتكتمل معرفته عن التلميذ؛ مما يسهم ذلك في زيادة فهم مشكلته والمساهمة في حلها.

(٢) استمارة بحث الحالة: وهذه الاستمارة متعلقة بدراسة وبحث حالة التلميذ والاستفادة منها في جوانب الإرشاد المهني، والسلوكي.

(٣) مطبوعات ونماذج إرشادية: وتشتمل تلك المطبوعات الإرشادية الموجودة في مكتب الأخصائي والتي تتضمن معلومات عن التوعية بأضرار المكيفات (التدخين – المخدرات)، وطريقة الاستذكار الجيد، والتدريب على الاسترخاء؛ لذا يجب الاحتفاظ بها في مكان واضح يسهل على التلميذ الاطلاع عليها كما يجب أن يحتوي مكتبه على بطاقات تهنئة للطلبة ذوي الإعاقة وأولياء الأمور وكتيبات لحضور اجتماعات وندوات إرشادية.

الإرشاد الأكاديمي
في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد مفهوم الإرشاد الأكاديمي؟

(٢) أهداف الإرشاد الأكاديمي

(٣) تتنوع الأدوار التي يقوم بها المرشدين الطلابيين في المدرسة وضح ذلك؟

(٤) اذكر أهم مناهج الإرشاد الأكاديمي؟

(٥) وضح ابرز البرامج الإرشادية المدرسية؟

(٦) تكلم عن الملامح العامة للإرشاد المدرسي؟

(٧) ما ملامح العملية الإرشادية المدرسية؟

(٨) حدد أهم مستويات تقديم الخدمة الإرشادية بالمدرسة؟

(٩) اذكر أهم خطوات وإجراءات الإرشاد الأكاديمي؟

(١٠) ما العوامل التي تساعد على نجاح الإرشاد الأكاديمي؟

الإرشاد الأكاديمي في التربية الخاصة

مقدمة

يُعد الإرشاد الأكاديمي احد الخدمات المهمة التي تؤثر إيجابًا في نمو الطالب معرفيًا، وأكاديميًا، ويحتاج الطالب ذي الإعاقة في ظل متغيرات البيئة إلى توافر خدمات التوجيه والإرشاد التي تساعده على التوافق، وتزويده بالمعلومات والمهارات التي تمكنه من تطوير تحصيله العلمي، وتمنحه القدرة على التقدم.

وللإرشاد الأكاديمي دورًا مؤثرًا مع الطلبة ذوي الإعاقات والموهوبين، إذ يستهدف مشاركة الطالب نفسه في التعرف علي ابعاد مشكلته، وكيفية مواجهتها، واكتساب مهارة مواجهة الضغوط الحياتية في المدرسة وخارجها.

لقد بدأ الإرشاد الأكاديمي مع بداية الاهتمام بمشكلة التأخر الدراسي بين الطلبة حيث إن تلك المشكلة جذبت انتباه بعض الدارسين، ودفعتهم إلى البحث عن الأسباب التي ادت إلى ذلك، وتوصلوا إلى أن الفروق الطالبية هي سبب هذا التأخر، ومن هنا انطلق الاهتمام بالإرشاد الأكاديمي (ربيع، ٢٠٠٣).

وفي مجال الإرشاد الأكاديمي عرف المسلمون فكرة توجيه الطلبة إلى الدراسة وفق قدراتهم، اي انهم ادركوا حقيقة الفروق الطالبية، وكان المسلمون يختبرون قدرة الطالب على التذكر، فإن كان اقدر على الحفظ وجهوه إلى دراسة الحديث، وإن كان أميل إلى التفكير والتحليل وجهوه إلى دراسة علوم الجدل والكلام والمنطق... الخ (الزهراني،١٤٢١، ص٢١).

ويعد الإرشاد الأكاديمي جانبًا مهمًا من جوانب العملية التربوية التي تقدمها المدرسة للطلبة دون استثناء، حيث إن النظرة التي تبنتها العملية التربوية تشير إلى اهمية التركيز على الطالب بدرجة أكبر من التركيز على المنهج الدراسي؛ مما أتاحت الفرصة أمام نظريات الإرشاد الأكاديمي للإسهام بفاعلية في رفع المستوى التعليمي للطالب، نتيجة توافقه

الدراسي، والاجتماعي، والنفسي، وبالتالي أصبح لبرنامج الإرشاد الأكاديمي مكانة مهمة في العملية التربوية من أجل بناء الشخصية الإنسانية المتكاملة والمتزنة من مختلف جوانبها. ومن أجل ذلك أصبح الإرشاد الأكاديمي جزءًا رئيسًا في أي نظام تربوي حيث قامت المؤسسات التربوية بتعيين متخصصين في الإرشاد والتوجيه لتقديم تلك الخدمات للطلبة، وقد تم تعيين مرشدين ومرشدات للمدارس، كذلك تم تعيين موجه خاص لبرامج التوجيه والإرشاد بالمدارس، كما تم عقد الدورات التدريبية الخاصة بالتوجيه والإرشاد للمعلمين الراغبين في ذلك، وذوي الكفاءة لتطبيق برامج التوجيه والإرشاد بحسب الإمكانات المتاحة، وتقديم الخدمات الإرشادية للطلبة لمساعدتهم على حل مشكلاتهم النفسية، والاجتماعية، والأكاديمية (العاجز، ٢٠٠١، ص ص ٣١٨ - ٣١٩).

إن الحاجة إلى الإرشاد الأكاديمي تتمثل في مساعدة الطلبة على رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدرات الطلبة، وميولهم، وأهدافهم، وتحقيق الهدف الخاص بالإرشاد الأكاديمي (تحقيق النجاح تربويًا)، وذلك من خلال معرفة الطلبة، وفهم سلوكهم، ومساعدتهم في الاختيار السليم لنوع الدراسة، ومناهجها، والاستمرار في الدراسة، وحل ما يعترضه من ضغوط ومشكلات، وأيضًا التطلع المستقبلي، والتخطيط للمستقبل التربوي في ضوء دراسته للماضي، والحاضر التربوي (السلامة، ٢٠٠٣، ص ١٨).

يحتاج كل طالب إلى خدمات الإرشاد الأكاديمي وذلك نتيجة لما قد يواجهه من مشكلات سواء داخل المؤسسة التعليمية أم خارجها؛ فالمعلوم أن الطالب باعتباره إنسان يعيش في محيط خاص – محيط المؤسسة التعليمية – ومحيط عام – المجتمع – ولا شك أنه يجابه في هذين المحيطين مشكلات عديدة لا تقتصر على المشكلات الأكاديمية من ضعف تعلقه بالمناهج ونشاطاته؛ بل يمتد إلى المشكلات الاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية، وحل مشكلاتهم، والقيام بالإبداع، والتطور في الحياة الكريمة، لذلك يبرز دور المرشد التربوي في محيط المؤسسة التعليمية بوجه خاص لتقديم المساعدة والعون للطالب للتخلص من مشكلاته وتحقيق النجاح والتكيف النفسي(ربيع،٢٠٠٥).

إن الإرشاد الأكاديمي يساعد الطالب على إنجاز دراسته بكفاءة من جهة، ويدعم جهود تخريج طلبة قادرين على مواجهة المتغيرات في سوق العمل، والتي ادت بهم إلى إعادة ترتيب حاجاتهم من جهة اخرى؛ فالإرشاد من اساسيات هذا النظام، وأن اي تجاهل لدوره سيؤدى إلى ظهور العديد من النتائج السلبية سواء على الطلبة ذوي الإعاقة، أو الموهوبين.

لهذا أعتبر الإرشاد الأكاديمي هو مساعدة للطالب على اكتشاف ميوله، وقدراته، وامكانياته الدراسية فهو يرسم له خطة دراسية واضحة؛ بالإضافة إلى مساعدته على اختيار التخصص المناسب، وكذلك على التوافق مع بيئته الدراسية، والاجتماعية، والعلمية عن طريق إمداده بالمعلومات الكافية والمناسبة بهدف الوصول الى الخط السلوكي الأمثل الذي يمكنه من النجاح في تحقيق أهدافه في الحياة داخل المدرسة وخارجها.

❁ مفهوم الإرشاد الأكاديمى

يعرف الإرشاد الأكاديمي بأنه: "العملية التي تهتم بالتوفيق بين الطالب بما له من خصائص مميزة من ناحية، والفرص الدراسية المختلفة، والمطالب المتباينة من ناحية اخرى، والتي تهتم ايضًا بتوفير المجال الذي يؤدي إلى نمو الطالب وتربيته" (مرسي، ١٩٨٧).

فالإرشاد الأكاديمي: "هو عملية مساعدة الطالب على التبصر بمشكلاته التربوية من خلال معرفة ذاته وقدراته، والوصول إلى الحل الملائم ليساهم بوضع أهداف مستقبلية تسهم في تحقيق ذاته" (ربيع،٢٠٠٨، ص ٤٣).

بينما يعرفه زايد، (٢٠٠٨ ، ص ١٧) بأنه: "عملية تتضمن تقديم خدمات إرشادية عبر برامج وقائية، وإنمائية، وعلاجية موجه للطلبة لمساعدتهم على اختيار الدراسة المناسبة، والالتحاق بها، والاستمرار فيها، والتغلب على المشكلات التي تعترضهم؛ بهدف تحقيق التوافق".

كما ان رابطة علم النفس الأمريكية American Psychiatric Association (APA) (2000) في تعريفها للإرشاد المدرسي ترى انه: "تلك الخدمة التي تهدف إلى مساعدة

الطلبة على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية، والاجتماعية، وتحسين المواقف مع مطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من قدرات حل المشكلات، واتخاذ القرار".

كما يعرف قانون تربية الطلبة ذوي إعاقات (IDEA, 1997) الخدمة الإرشادية المدرسية بأنها: "تلك الخدمة التي يمكن أن تقدم من قبل الأخصائي الاجتماعي، أو الأخصائي النفسي، أو أخصائي الإرشاد والتوجيه، أو أي أخصائيين آخرين لديهم القدرة على تقديم الخدمات الإرشادية للطلبة ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة"(Knoblauch, & Sorenson, 1998) .

وتشير القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف (التربية والتعليم حاليًا) بالمملكة العربية السعودية (١٤٢٢هـ) في المادة الحادية والخمسين منها مفهوم خدمة الإرشاد الطلابي بأنها: "تلك الخدمة التي تقدم من قبل المرشد الطلابي، والذي يقوم بمساعدة الطالب على فهم ذاته، ومعرفة قدراته، والتغلب على ما يواجهه من صعوبات ليحقق التوافق النفسي، والتربوي، والاجتماعي، والمهني لبناء شخصية سوية في إطار التعاليم الإسلامية، وتعويده الاعتماد على نفسه لحل مشكلاته، واكتشاف مواهبه" (ص٦٠).

❁ أهداف الإرشاد الأكاديمي

تتكامل أهداف الإرشاد الأكاديمي مع أهداف الإرشاد النفسي بصفة عامة من جهة وأهداف العملية التربوية من جهة أخرى، وأن أهم ما يهدف إليه الإرشاد الأكاديمي هو التوجيه الدراسي للطالب لاختيار نوع الدراسة، أو التخصص بما يشبع حاجاته الطالبية ورغباته وقابليته؛ ذلك لأن حياة اليوم تتطلب التثقيف العلمي والمعرفي، وأن ترك موضوع التوجيه الدراسي إلى الطالب نفسه، أو إلى رغبة والديه، أو اتجاهات المجتمع يجره في أغلب الأحيان إلى مشكلات وصراع نفسي وفشل؛ لأن التوجيه لم يكن مبنيًا على إدراك واضح لقابليات الطالب، والرجوع إلى مرشد خبير موجه ينقذ الطالب من الاضطراب النفسي، ويضعه في المكان الملائم له؛ عليه فإن أهداف الإرشاد الأكاديمي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

(١) التوافق الأكاديمي:

يسعى الإرشاد الأكاديمي لمساعدة الطلبة على تحقيق النجاح تربويًا، وذلك عن طريق معرفة الطلبة ومساعدتهم بالاختيار السلمي الذي يؤدي إلى النجاح، وكذلك المساعدة في تحقيق الاستمرار في الدراسة من خلال المتابعة اليومية من قبل المرشد، ثم مساعدة الطالب على وضع أهداف مستقبلية تنسجم وقدراته، وتكون منطقية ومقبولة.

(٢) تحقيق التوافق النفسي:

كل طالب لديه قدرات، وإمكانيات، ومواهب يشعر عندما يستطيع تحقيقها بالراحة والاطمئنان النفسي، وان كل هذه القدرات لا يمكن أن تستغل الاستغلال الأمثل إلا من خلال الراحة النفسية، والتي يكون للمرشد التربوي دور في إنمائها وتحقيقها.

(٣) حل المشكلات:

أحد الأهداف التي يسعى إليها الإرشاد الأكاديمي هي مساعدة الطالب على تخطي مشكلاته بأسلوب سليم ومنظم يستطيع من خلاله أن يتعلم كيف يتغلب على مشكلاته المستقبلية من خلال تعميم التعليم في حل المشكلات؛ إضافة إلى ذلك يهدف الإرشاد الأكاديمي إلى:

(أ) تصنيف الطلبة وفق استعداداتهم، وقدراتهم، وميولهم الطالبية.

(ب) مساعدة الطلبة على اختيار نوع الدراسة الحالية والمستقبلية.

(ج) جمع البيانات والمعلومات الكافية عن الطالب، وتنظيمها وتحليلها(ربيع، ٢٠٠٨).

ويمكن تفصيل أهداف الإرشاد الأكاديمي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة لتحقيق الآتي:

(١) مساعد الطالب ذي الإعاقة على التعرف على خصائص نفسه، وفهم قدراته، وميوله واتجاهاته.

(٢) إكساب الطالب ذي الإعاقة مهارة الضبط والتوجيه الذاتي، والتي تعني الوصول به إلى درجات من الوعي بذاته، وإمكانياته، وفهمه لظروفه ومحيطه فهمًا أكبر.

(٣) تحقيق التوافق والتكيف للطلبة ذوي الإعاقة من أجل تسهيل قدرتهم على القيام بالوظائف المختلفة.

(٤) الاهتمام بحالات التأخر الدراسي، والعمل على دراسة اسباب هذا التأخر، وتقديم العون العلاجي والوقائي.

(٥) تقديم الخدمات الإرشادية الوقائية والإنمائية التي تحقق الفاعلية، والكفاية الإنتاجية في مجال التحصيل الدراسي.

(٦) مساعدة الطلبة ذي الإعاقة لاكتشاف قدراتهم، وتحديد أهدافهم، ومساعدتهم على رسم خططهم بما يتلاءم مع استعداداتهم، كما يهدف أيضًا إلى إحداث تغييرات ايجابية في انماط سلوك الطالب الجامعي تجاه قيم مجتمعه الثقافية والاجتماعية والمهنية، ومساعدته على اكتشاف ذاته، واتخاذ قراراته بنفسه (أبو اسعد، ٢٠٠٩، ص ص٢١ – ٢٢).

ويضيف البلاوي، وعبد الحميد (٢٠٠٤) ان الإرشاد الأكاديمي في ميدان التربية الخاصة يسعي إلى تحقيق العديد من الأهداف منها:

(١) توجيه الطالب ذي الإعاقة وإرشاده دينيًا في جميع النواحي النفسية، والأخلاقية والاجتماعية، والتربوية، والمهنية لكي يصبح عضوًا صالحًا في بناء المجتمع، وليحيا حياة مطمئنة.

(٢) مساعدة الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين على اختيار نوع الدراسة والمهنة التي تتناسب مع قدراتهم، وميولهم، واحتياجات المجتمع، وكذلك تبصيرهم بالفرص التعليمية والمهنية المتوفرة، وتزويدهم بالمعلومات وشروط القبول الخاصة بها حتى يكونوا قادرين على تحديد مستقبلهم واضعين في الاعتبار اشتراك اولياء أمورهم في اتخاذ مثل هذا القرار.

(٣) بحث المشكلات التي يواجهها، أو قد يواجهها الطالب ذي الإعاقة أثناء الدراسة سواء كانت شخصية، أو اجتماعية، أو تربوية والعمل على إيجاد الحلول المناسبة التي تكفل أن يسير الطالب في الدراسة سيرًا حسنًا، وتوفر له الصحة النفسية.

(٤) العمل على توعية المجتمع المدرسي (الطالب ذي الإعاقة، والمعلم، والمدير) بشكل عام بأهداف ومهام التوجيه والإرشاد، ودوره في التربية والتعليم.

(٥) العمل على توثيق الروابط والتعاون بين البيت والمدرسة؛ لكي يصبح كل منهما مكملاً للآخر لتهيئة الجو المحيط المشجع للطالب لكي يواصل دراسته.

(٦) العمل على اكتشاف مواهب، وقدرات، وميول الطلبة المتفوقين، أو غير المتفوقين على حد سواء، والعمل على توجيه واستثمار المواهب، والقدرات، والميول فيما يعود بالنفع على الطالب خاصة والمجتمع بشكل عام.

(٧) إيلاف الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين الجو المدرسي، وتبصيرهم بنظام المدرسة، ومساعدتهم قدر المستطاع للاستفادة القصوى من برامج التربية والتعليم المتاحة لهم، وإرشادهم إلى أفضل الطرائق للدراسة والمذاكرة.

(٨) الإسهام في إجراء البحوث والدراسات حول مشكلات التعليم؛ على سبيل المثال: مشكلة التسرب، وكثرة الغياب، وإهمال الواجبات المدرسية، وتدني نسب النجاح في المدارس، والاتجاه نحو الدمج، وضعف تعاون الآباء... الخ.

وقسم الخالدي، وخضر (٢٠٠٨) اهداف الإرشاد الأكاديمي إلى نوعين من الأهداف هي:

الأهداف العامة: وتتضمن ما يلي

(١) تحقيق الذات من خلال الوصول بالطالب إلى أسمى غايات النمو، واكتشاف قدرات الطالب، والعمل على تنميتها.

(٢) تحقيق التوافق بين الطالب والمحيط، وتنمية القدرة على السيطرة على البيئة، ومواجهة أزمات الحياة العادية.

(٣) تحقيق الصحة النفسية.

(٤) تحسين العملية التعليمية.

الأهداف الخاصة: وتتضمن ما يلي

(١) إيجاد صلة وثيقة بين المدرسة والبيت بالتعاون مع الإدارة.

(٢) مساعدة الطالب في تجاوز المعيقات التحصيلية، والأسرية، والسلوكية، والانفعالية بنفسه عن طريق الاستبصار والاختيار.

(٣) تنمية روح التعاون والعمل الجماعي في المدرسة بين الطلبة.

(٤) زيادة درجة التكيف بين الهيئة التدريسية والطلبة.

❁ المشكلات الأكاديمية لدى ذوي الإعاقات وسبل التصدي لها

تعبر المشكلات الأكاديمية عن عدم قدرة الطالب ذي الإعاقة على التحصيل الدراسي إما لصعوبة المواد، أو لطريقة التدريس السيئة، أو لعدم استيعابه للمقررات الدراسية وفهمها الفهم السليم؛ مما يفقده الثقة بنفسه وقدراته، وبالتالي يتأثر توافقه مع زملائه ومع البيئة المدرسية بشكل عام (شبير، ١٩٨٩، ص ٩٠).

ولا يقاس التوافق الايجابي بمدى خلو الطالب من المشكلات، وإنما بمدى قدرته على مواجهة هذه المشكلات، وحلها حلاً سليمًا. ويمكن التعرف على ما إذا كان الطالب يعاني من مشكلة ما إذا ظهرت عليه بوادر التوتر الزائد عن الحد، أو فقدان الحماس والاهتمام بعمله، أو دراسته، أو محاولة جذب انتباه الآخرين، وشعوره بالحزن، والتعاسة بدون سبب واضح للتوتر، والتناقض بين السلوك والمعايير الاجتماعية، والانشغال الزائد بهواية، أو ميول معينة، والاعتماد على غيره، وعدم الثقة بالنفس، والعجز التعليمي الذي لا يرجع لعوامل أخرى كالسن، أو الإعاقة الفكرية، أو أي إعاقة تعليمية أخرى (جلال، ١٩٩٢، ص ١٩٦).

ويري البعض أن الأسباب الرئيسة للمشكلات الأكاديمية يتمثل في نقص الإرشاد الأكاديمي، والعادات الخاطئة في التعلم والدراسة، والقصور في تخطيط وتنظيم الوقت، والعزوف عن التخصص الدراسي، والاتجاهات السلبية نحو الدراسة، وسوء التوافق الدراسي... وغيرها (محمود، ١٩٩٨، ص ١١٦).

ومشكلات طلاب المدرسة من القضايا التي تناولتها الأدبيات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، وتتخذ هذه المشكلات أشكالاً متعددة ومتباينة فمنها ما يتصل بذات الطالب، ومنها

ما يتعلق بأسرته، ومنها ما يتعلق بواقعه التعليمي الأكاديمي، ومنها ما يرتبط ببيئته، ومنها ما يتصل بحالة الطلبة الثقافية، أو الاجتماعية ، وتمثل هذه المشكلات نتيجة طبيعية لانشغال الآباء عن الأبناء ولأوجه القصور التي بدت واضحة في كل مؤسسات التربية النظامية وغير النظامية؛ مثل: البيت، المدرسة..وغيرها من مؤسسات المجتمع الأخرى (صقر، ٢٠٠٣).

ومن أجل ذلك أصبح الإرشاد الأكاديمي جزءًا رئيسًا في أي نظام تربوي حيث قامت المؤسسات التربوية بتعيين متخصصين في الإرشاد والتوجيه، لتقديم الخدمات للطلبة، وقد تم تعيين مرشدين ومرشدات للمدارس كذلك تم تعيين موجه خاص لبرامج التوجيه والإرشاد بالمدارس، كما تم عقد الدورات التدريبية الخاصة بالتوجيه والإرشاد للمعلمين الراغبين في ذلك، وذوى الكفاءة لتطبيق برامج التوجيه والإرشاد بحسب الإمكانات المتاحة، وتقديم الخدمات الإرشادية للطلبة لمساعدتهم على حل مشكلاتهم الأكاديمية. وفيما يلي أهم المشكلات الأكاديمية لدى ذوي الإعاقة والموهوبين وسبل حلها:

(١) **ذوو الإعاقة السمعية:**

على الرغم من أن العديد من الدراسات التي أجريت على الذكاء لدى ذوي الإعاقة السمعية قد أشارت إلى تشابه ذوي الإعاقة السمعية مع الأطفال السامعين في القدرة العقلية العامة (الذكاء)، وكذلك في العمليات العقلية؛ إلا أنه في المقابل هناك دراسات كثيرة أظهرت نتائجها بوضوح تأخر ذوي الإعاقة السمعية في التحصيل الدراسي في حال مقارنته بالتحصيل الدراسي لدى أقرانهم السامعين. وأن هذا التأخر في الجانب التحصيلي يمكن تقديره بمتوسط عام يتراوح ما بين ثلاثة إلى خمسة أعوام، وأن هذا المقدار من التأخر يتضاعف مع تقدم عمر ذوي الإعاقة السمعية. وتعد قدرة ذوي الإعاقة السمعية على القراءة من أكثر جوانب التحصيل الدراسي أهمية في هذا الصدد، إذ يتركز التأخر في التحصيل الدراسي في التأخر في مهارات القراءة، وذلك لاعتماد القراءة على المهارات اللغوية.

ويختلف مقدار التأخر الدراسي لدى الطلبة الصم باختلاف الموضوعات الدراسية التي يدرسونها، فهم أقل تأخرًا في الموضوعات التي تعتمد على المهارات الميكانيكية؛ مثل: الحساب

وتهجي الكلمات، في حين يزداد تأخرهم في المجالات التي تعتمد بشكل كبير على التفكير وإعمال الذهن؛ مثل: تناسق المعاني، و تلاؤمها، وترتيبها عند كتابة، أو قراءة فقرة من الفقرات، كذلك يتضح تأخرهم في فهم معاني الكلمات واختلافها من إطار لغوي إلى إطار لغوي آخر، وفهم العمليات الحسابية. وهذا يعني أن مهاراتهم المتصلة باللغة وعمليات التواصل أقل تقدمًا وأقل انطلاقًا من المهارات الحركية من ناحية، والحسابية من ناحية أخرى.

ومن هنا يمكن استنتاج أن المشكلات والصعوبات التحصيلية والأكاديمية عمومًا تزداد بازدياد شدة الإعاقة السمعية، مع العلم أن التحصيل الدراسي يتأثر – بطبيعة الحال – بمتغيرات أخرى غير شدة الإعاقة السمعية؛ مثل: القدرات العقلية، وسمات الشخصية، والدعم الذي يقدمه الوالدان، والعمر عند حدوث الإعاقة السمعية، والوضع السمعي للوالدين، والوضع الاقتصادي الاجتماعي للأسرة؛ مما يظهر حاجة تلك الفئة للإرشاد التربوي.

ويحتاج الطلبة ذوو الإعاقات السمعية إلى أنواع أخرى من التكييفات للمساعدة في دمجهم ببرنامج التعليم العام وهي:

(١) ينبغي أن يبتعد مقعد الطالب عن الضوضاء وأن يقترب من المكان التعليمي.

(٢) أن يتم ترتيب الجلوس بحيث يكون الطالب في مواجهة المعلم والطلبة الآخرين. لذلك ينبغي أن ينتبه المعلمون بعدم إدارة ظهورهم للطلبة ذوي الإعاقات السمعية أثناء تحدثهم. وقد يكون من الضروري أثناء مناقشات الصف السماح للطلبة بالتحرك حول الصف لرؤية المتحدثين (Reynolds & Birch, 1988).

(٣) ينبغي أن يتجنب المتحدثون الوقوف أثناء وجود إضاءة مباشرة من خلفهم، فإذا وقف المعلم أمام الشباك، قد لا يكون من الممكن رؤيته أثناء التحدث (Reynolds & Birch, 1988)

(٤) تقديم نسخ لملاحظات المعلم، أو ملاحظات اثنين من الطلبة الآخرين عند عرض المادة في شكل محاضرة، إذ من غير الممكن قراءة الشفاه وتدوين المذكرات في نفس الوقت. لذلك على المعلم كتابة الواجبات المنزلية، وتخطيط المحاضرة والعناوين العامة على السبورة (Reynolds & Birch, 1988).

(٥) ينبغي أن يتحدث المعلمون والطلبة بطريقة طبيعية. وكذلك استخدام الإيماءات الطبيعية والاحتفاظ بالتواصل وجهًا لوجه عند التحدث مع الطالب ذي الإعاقة السمعية (Reynolds, & Birch, 1988).

(٦) التحدث بجمل تامة، وتجنب استخدام الكلمات المفردة، وينبغي على المعلم تكرار الجملة كلها إذا لم يفهمها الطلاب، حيث يكون من السهل فهم المحتوى والمعنى في إطار السياق العام للجملة (Reynolds & Bisch, 1988).

(٧) ضرورة اكتشاف افضل وضع لجلوس الطالب لقراءة الشفاه اثناء العرض اللفظي للمعلم في الصف من خلال مناقشة ذلك مع الطالب (Rees, 1992).

(٨) ينبغي الا يتحدث المعلم عند توزيع النشرات، حيث لا يستطيع الطالب ذو الإعاقة السمعية بالبحث في الأوراق، ومشاهدته وهو يتكلم في نفس الوقت (Rees, 1992).

(٩) ابدأ المحاضرة بتوضيح العناوين الرئيسة للمادة التي يتم عرضها، وقم بإنهاء المحاضرة بملخص للنقاط الرئيسة (Rees, 1992).

(١٠) تقديم الواجبات المنزلية بطريقة لفظية ومكتوبة لتجنب الارتباك (Rees, 1992).

(١١) ينبغي على المعلم أثناء المناقشات الصفية السماح لطالب واحد فقط بالتحدث كل مرة، والإشارة إلى من يتحدث، حتى يركز الطالب ذو الإعاقة السمعية على المكان الذي ينظر إليه (Rees, 1992).

(١٢) قد يرغب بعض زملاء الطالب ذو الإعاقة السمعية في تعلم لغة الإشارة. لذلك ينبغي على المعلم ترتيب الأمر إذا كان متاحًا (Blankenship & Lilly 1981).

(١٣) ترتبط المشكلات الأكاديمية لدى كثير من الطلبة بقصورهم اللغوي لا بقصور الذكاء؛ لذلك ينبغي على المعلم مراقبة مستواهم تحصيلهم (Blankenship & Lilly 1981).

(١٤) يسمح جهاز العرض العلوي (البروجيكتور) للمعلم بكتابة المادة التي يمكن أن يراها كل الطلاب، على حين يستمر المعلم في مواجهة الصف (English, 1995). ولكن يجب أن تكون مروحة جهاز العرض هادئة. وتذكر أيضًا أنه عند استخدام جهاز العرض،

عادة ما تكون الغرفة مظلمة بطريقة طبيعية؛ مما يعني عدم قدرة الطالب الذي يعتمد على قراءة الشفاه على رؤية وجه المعلم، واعمل مع الطالب على تحديد الاستراتيجية الأكثر فائدة له.

(١٥) تشجيع الطلبة ذوو الإعاقة السمعية على الاستقلالية، ساعدهم على تنمية مهارات توكيد الذات. وقد قام عدد من الباحثين English (1997) بتصميم مناهج لتوكيد الذات للطلبة ذوى الإعاقة السمعية.

(١٦) ضرورة تسمية النماذج الموجودة داخل الصف للمساعدة في تنمية المفردات اللغوية لدى صغار الطلاب. ويمكن أن تساعد هذه الممارسة الطلبة الآخرين أيضًا في تعلم القراءة (Glazzard,1980).

(١٧) استخدم استراتيجيات التدريس المرئية الأخرى؛ مثل: استخدام لوحة الإعلانات، والمواد التي تتضمن الصور، والتوضيحات، ومنتجات الطلاب، والشرائح، وجرافيك الكمبيوتر (Luckner, Bowen, & Carter, 2001).

(١٨) التأكد من أن إشارات طوارئ الإنذار يتوفر فيها الإنذار المرئي؛ بالإضافة إلى الإنذار الصوتي المألوف.

(١٩) ينبغي أن يجلس مترجم لغة الإشارة إذا كان موجودًا بالقرب من الطالب. وينبغي أن يكون لدى المترجم والطالب بعض المرونة للمكان الذي يختارون الجلوس فيه.

(٢٠) تشجيع الطلبة ذوو الإعاقات السمعية على استخدام المعينات السمعية طوال الوقت، أو زراعة قوقعة الأذن في الحالات التي تستدعي ذلك.

(٢١) ينبغي فحص المعينات السمعية يوميًا. ويمكنك استشارة معالج اللغة والكلام، أو اخصائي السمع التعليمي لتحديد من سيقوم بهذه المهمة.

(٢٢) على المعلم تفسير المفاهيم التي تم تدريسها بوضوح، ثم استخدام الأمثلة المرئية كلما أمكن ذلك.

(٢٣) استخدام الأفلام التسجيلية عندما يكون الأمر ممكنًا. وتعد كثير من الأفلام وأشرطة الفيديو المستخدمة في الصف متاحة في نسخة مشروحة.

(٢٤) سؤال الطلبة ذوو الإعاقة السمعية هل فهموا المعلومات التي تم عرضها في الحصة أم لا؟. وعلى المعلم ألا يفترض أن يفهم الطلبة المادة بأنفسهم.

(٢٥) إن قراءة الشفاه والانتباه للمثيرات السمعية مع معاناة الطالب من قصور سمعي من المهام المرهقة؛ لذلك ينبغي عليك مراقبة الطالب عندما يشعر بالإرهاق.

(٢٦) القيام بالعمل مع الأخصائيين عن قرب لضمان تزويد الطلبة ذوي الإعاقة السمعية بالتجارب الملائمة في صفوف التعليم العام.

(٢) ذوو الإعاقة البصرية:

إن ذكاء الأطفال المكفوفين نسبي فهو يختلف من طفل لآخر، وهذا التباين لا يختلف عما لدى أقرانه من المبصرين، ويواجه تقييم القدرات المعرفية للمكفوفين عددًا من العقبات من أهمها أن الاختبارات التي تستخدم لتقييم قدراتهم لم تصمم أصلاً من أجل المكفوفين، كما لم تطبق على عينات من المكفوفين، وإنما صممت للمبصرين؛ لذا فإنها اختبارات غير مناسبة للاستخدام مع المكفوفين بوضعها الأصلي.

ولا تشير الدراسات أي فروق كبيرة في النمو المعرفي بين المكفوفين والمبصرين ومازالت هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث في هذا الجانب.

وبشكل عام فإن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل الكفيف لديه معلومات أقل عن البيئة من زميله المبصر، كما أنه أقل قدرة على التخيل، ويعاني من تأخر في تعلم المفاهيم، ويواجه صعوبة في معرفة العلاقات بين الأشياء، وفي تمييز الأجزاء التي يتكون منها الكل.

ومن أهم العوامل المؤثرة في النمو المعرفي درجة الضعف البصري الذي يعاني منه الطالب الكفيف في القدرة البسيطة على الرؤية؛ مما يؤدي إلى تغيرات ذات أهمية كبيرة فيما يتعلق بالمعارف المتوفرة للطفل؛ لذا فإن وجهة النظر السائدة هي الإسراع قدر الإمكان في تدريب هؤلاء الأفراد على استخدام البقايا البصرية بكفاءة وتشجيعهم من أجل ذلك.

ويعاني الطفل الكفيف نقصًا وعجزًا شديدًا في معرفة الأشياء كما هي تمامًا؛ إلا إذا جاءته هذه الخبرة عن طريق الآخرين؛ لأنه لم يعرف الأشياء عن قرب أي عن طريق حواسه

فمعرفته بالعالم المحيط به محدودة بما يصفه له الآخرون وكذلك بالاعتماد على خبراته الحسية في مجال السمع واللمس أي أن خبراته ناقصة ومشوهة، ولذلك تكون معارفه في هذا المجال غير مناسبة، وتأسيسًا على ذلك يكون لدى هذا الطالب مشكلات في عدد من المجالات منها:

(١) عدم معرفته بالأشياء كما هي في الواقع.

(٢) عدم معرفة الشكل والحجم والمظهر العام للأشياء.

(٣) اعتماده على التشبيهات كتشبيه شيء بشيء آخر.

(٤) إدراك الشكل والعلاقات المكانية عن طريق حاسة اللمس.

(٥) عدم إدراك وجود الآخرين؛ إلا من خلال أصواتهم، أو لمسهم.

(٦) عدم معرفة المكان الذي يتواجد فيه وشكله، وتضاريسه، ومواقعه.

كما أن هناك صعوبات تواجه الكفيف وتتعلق بتكوين المفاهيم، وذلك في العديد من المجالات منها:

(١) اقتصار معرفة الأشياء على المستوى الحسي والوظيفي.

(٢) عدم القدرة على رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة.

(٣) النقص في الخيال والقصور في الأنشطة المتعلقة بالمفاهيم.

(٤) الصعوبة في التعلم وذلك بسبب عدم قدرتهم على استكشاف البيئة.

(٥) عدم وجود خبرات حسية بصرية عن الأشياء وكيفية تشابكها مع بعضها البعض.

إن الخصائص المعرفية للكفيف تضع ايدينا على جملة من المفاهيم والمدركات التي يجب أن يضعها كل من المربي وولي الأمر في اعتباره ونصب عينيه ليتمكن من توجيه الطفل الكفيف ومساعدته ليسلك بشكل صحيح مستفيدًا من بقاياه البصرية- إن وجدت - وكذلك استثمار باقي الحواس لأقصى ما تمكنه قدراته، وإمكانياته، والتدريب المستمر لتلك الحواس حتى ينمو نموًا متكاملاً شاملاً لكل النواحي بما يحقق له التفاعل والاندماج مع البيئة التي يعيش فيها؛ كي يعدل من مفهومه، وقدراته، ويؤدي في النهاية إلى شعور الكفيف بالأمن والأمان.

قد يتطلب الطلبة ذوو الإعاقة البصرية تكييفات في تنظيم الصف، كأنواع المقاعد والعوامل الأخرى المرتبطة بالإضاءة، وانتقال الصوت، والقرب من الأنشطة. وفيما يلي عدد من الاقتراحات التي ينبغي على المرشد توجيه معلمي الطلبة ذوي الإعاقة البصرية إليها:

(١) ضرورة استخدام اتجاه الساعة لكي يعتاد الطلبة على بيئة الصف، والتعرف على المواقع؛ فعلى سبيل المثال يكون مكتب المعلم تحت مؤشر الساعة الثانية عشر تمامًا، أرفف الكتب على الساعة الثالثة. الحواسب الآلية على الساعة السادسة، والباب على الساعة الحادية عشرة..وهكذا (Smith, Polloway, Patton, & Dowdy,1998).

(٢) التأكد من كون منضدة، أو طاولة الطلبة كبيرة بالقدر الملائم لوضع آلة برايل والأدوات الأخرى (Maron & Martinez, 1980).

(٣) هناك وسائل؛ مثل: أدوات إمساك الأوراق، والحامل، والمقعد القابل للتعديل تساعد الطلبة في الاحتفاظ بالوضع الجيد للأنشطة التي تتطلب الاقتراب من عين الطالب (Harley & Lawrence, 1984)

(٤) توفير منطقة تخزين يسهل الوصول إليها، وذات مساحة ملائمة للأجزاء الكبرى من الأدوات؛ مثل: الأدوات البصرية، أو حامل القراءة، وأدوات برايل، أو الكتب ذات خط الطباعة الكبير (Torres & Corn, 1990).

(٥) الانتباه للبيئة السمعية، حيث يعتمد الطلبة ذوو الإعاقة البصرية على ما يسمعونه لتعويض ما لا يستطيعون رؤيته، ولذلك ينفي خفض، أو إزالة مشتتات الانتباه السمعية (صوت أزيز من اللمبة الفلوريسنت المفككة وهكذا). انتظر حتى تتلاشى الضوضاء في الصف قبل أعطاء التعليمات اللفظية. والتعرف على مصادر الضوضاء المختلفة (على سبيل المثال، دقات الساعة) لمساعدة الطفل على التكيف مع البيئة الصفية (Webster &Roe, 1998).

(٦) منح الطلبة ذوو الإعاقات البصرية الوقت الكافي لإتمام واجبات القراءة، فقد يحتاج بعض الطلبة إلى البحث عن نقطة البداية لتحديد الجزء المطلوب قراءته لإتمام المهمة المطلوبة منهم (Spenciner, 1992). ويشير بعض المعلمين إلى حاجة بعض الطلبة

لوقت إضافي يتراوح نسبته بين ٥٠ – ١٠٠٪ من الوقت المسموح به لإتمام بعض الواجبات (Mastropieri & Scruggs, 2004).

(٧) عدم وضع الطلبة ضعاف البصر في مكان يواجهون فيه وهج المصدر الأصلي للضوء؛ مثل: الشباك. ومع ذلك ينبغي أن تكون الإضاءة ملائمة (Pasanella & Volkmor, 1981). وقد يكون بعض الطلبة في حاجة إلى إضاءة إضافية من مصدر مثل لمبة المكتب، أو ضوء الشباك.

(٨) شجع الطلبة على استخدام برنامج معالج الكلمات، أو كتابة المراسلات التي يجب قراءتها بواسطة المبصرين، ومن أمثلة ذلك: التقارير المكتوبة، والواجبات المنزلية والمراسلات الشخصية. وقد يوفر معلم التعليم العام برنامج الكتابة، ويمكن أن يساعد معلم التعليم العام من خلال السماح للطلبة بالوصول إلى الكمبيوتر، أو الآلة الكاتبة في الصف (Hasselbring & Glaser, 2000).

(٩) انطق المادة التي تتم كتابتها على السبورة، أو جهاز العرض العلوي (البروجيكتور) بصوت مرتفع (Spenciner, 1992). وقد تتطلب المفاهيم المجردة؛ مثل: الزمن، والمسافة، والكميات، أو التقدير إجراء عمليات تجريبية (Webster & Roe, 1998).

(١٠) ضرورة تجنب استخدام الورق اللامع، أو السبورة البيضاء إذا كان الأمر ممكنًا بسبب التوهج الذي تحدثه مثل هذه الأشياء.

(١١) ينبغي أن توفر للطلبة التعليم والتجارب التي تساعد على تنمية مهارات الاستماع الناقد؛ فالأفراد ذوي الإعاقات البصرية لا يتمتعون بمهارات سمعية أفضل من غيرهم (Blankenship & Lilly, 1981)

(١٢) من حين لآخر تعرض المواد المسجلة على شرائط للطلبة الذين يقرأون بطريقة برايل، أو طباعة الحروف الكبيرة من أجل تنويع عرض مواد القراءة (Spenciner,1992) .

(١٣) يساعد التدريب اليدني القوي الطلبة ذوى الإعاقات البصرية في تنمية التوازن، والتوجه المكاني والتآزر بين العين واليدين. مع ضرورة تشجيعهم على التنافس مع أقرانهم كلما كان ذلك ممكنًا (Reynolds & Birch, 1988).

(٣) ذوو الإعاقة الفكرية:

يستطيع الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية القابلون للتعلم أن يتعلموا المهارات الأكاديمية البسيطة؛ ولذلك يمكنهم مواصلة دراستهم الأكاديمية حتى نهاية الصف الخامس، أو بداية الصف السادس الابتدائي، ولكن نظرًا لأن أفراد هذه الفئة يعانون من تأخر في نمو اللغة والكلام؛ لذلك فإن البعض منهم لا يستطيع فهم كلام الآخرين، والبعض الآخر لا يستطيع التعبير عن نفسه بطريقة مقبولة؛ مما يتطلب تعليمهم في مدارس خاصة بذوي الإعاقة الفكرية.

وأما بالنسبة للأفراد القابلون للتدريب فإن قدراتهم العقلية لا تمكنهم من التعلم الأكاديمي، ولكنهم يستطيعون التدريب على المهارات الحياتية التي يمكنها أن تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم ولو بصورة جزئية.

كما يعاني ذوي الإعاقة الفكرية من صعوبة في التدريب علي المهارات الأكاديمية العامة كالقراءة، ويُعزي ذلك إلى القصور الواضح في قدراتهم العقلية؛ مثل: الانتباه، والإدراك، وضعف القدرة علي التفكير، وضعف الذاكرة، كما أنهم يعانون من ضعف واضح في القدرة علي التعلم من تلقاء أنفسهم خاصة للمهارات الحسابية عندما تكون طريقة التدريس بنفس الأسلوب المستخدم مع أقرانهم العاديين؛ لذا يُستعان بالقرين في مساعدة هؤلاء الأطفال علي تعلم المهارات الوظيفية كمهارة استخدام النقود، كما أنهم يستطيعون تعميم مهاراتهم السابق تعلمها في الواقف الحياتية المختلفة كأعمال الشراء. (Schloss, Kobza, & Alper., 1997,pp. 189 – 2.8)

وذهب فرج (٢٠٠٨) إلى أنه بشكل عام تتسم أشكال صعوبات القراءة لدى الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية ببعض، أو كل الأنماط التالية:

(١) صعوبة تسمية الحروف.

(٢) القصور في الحصيلة اللغوية.

(٣) صعوبة تحليل الكلمات الجديدة.

(٤) صعوبة تركيب الكلمات الجديدة.

(٥) صعوبة الربط بين الحرف وصوته.

(٦) صعوبة الربط بين الصورة والكلمة.

(٧) صعوبة التمييز السمعي للكلمات والأحرف.

(٨) التردد وتكرار الأحرف والكلمات أثناء القراءة.

(٩) صعوبة التمييز البصري للأحرف، أو الكلمات.

(١٠) قصور في الاحتفاظ بالكلمات المكتسبة وتعميمها.

(١١) صعوبة ربط المقاطع الصوتية للكلمات الجديدة بعد تهجئتها.

(١٢) صعوبة الغلق السمعي، أو البصري للكلمة بالاعتماد على السياق المتواجدة فيه.

(١٣) محدودية في توظيف واستخدام الكلمات مقارنة بما تم اكتسابه من ثروة لغوية.

(١٤) صعوبة التتبع البصري لسلاسل الحروف والكلمات العربية من اليمين إلى اليسار.

(١٥) قصور في القدرة على الجمع ما بين قراءة الكلمة، أو الحرف وفهم المعنى كاملاً ومترابطًا كما هو متوقع.

(١٦) التمتمة في بداية الكلمات والجمل أثناء عملية القراءة، كأسلوب ملتوي للهروب من الاعتراف بعدم القدرة على التعرف على الكلمات، أو للرهبة من القراءة بطلاقة.

وفي نفس الاتجاه، يري كل من دافيسون، ونيل (Davison & Neale, 1994, 462)، وماتسون وسميرولدو، وبامبيرج (Matson., Smiroldo, & Bamburg, 1998, 298 – 306) إمكانية تحسين المهارات الأكاديمية، والوظيفية العامة لديهم إذا أمكن تعليمهم، وتدريبهم علي تلك المهارات المختلفة، كقراءة الإشارات reading signs، والعناوين labels التي يجدونها في طريقهم اليومي، أو استخدام الآلة الحاسبة مثلاً، وذلك باستخدام مجموعة متعددة ومتكاملة من الفنيات المتعددة، مثل: التغذية الراجعة، والنمذجة، والإرشاد، أو التوجيه، وأشكال التعزيز المختلفة، مثل: تقديم الأطعمة والمأكولات المختلفة.

يعد التعليم الأكاديمي أكثر المجالات انتشارًا، والذي يمكن من خلاله إجراء التكييفات في صفوف التعليم العام للتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. ويحتاج هؤلاء

الطلبة إلى المساعدة في اكتساب المهارات الأساسية، وعادات العمل، وكذلك المساعدة في تطبيق هذه المهارات على الحياة اليومية، والمواقف المهنية.

ويجب أن يوجه المرشد الطلابي معلم التربية الفكرية في المدرسة بأن يتأكد من مدى ملاءمة مهام التعلم لمستويات مهارة التلميذ، ويعرض كولستو Kolstoe (1976) المقترحات التالية لمعلمي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية:

(١) ينبغي الا تكون المهام معقدة.

(٢) ينبغي أن تكون المهام موجزة.

(٣) ينبغي عرض المهام بطريقة تسلسلية.

(٤) ينبغي أن تكون كل مهمة تعليمية من النوع التي يكون النجاح فيها ممكنًا.

(٥) ينبغي تطبيق مهام التعلم على الموضوعات، والمشكلات والمواقف في بيئة حياة المتعلم (ص ٢٧).

وعندما تكون المهام في المستوى الملائم للمتعلم، يمكن للمعلم حينئذ التركيز على بناء مهارات إتمام العمل. وينبغي أن نخبر الطلبة في البداية أننا نتوقع منهم إنهاء عملهم. وينبغي أن يقوم المعلم بعد ذلك بتعزيز المهمة. وفيما يلي توضيح لطرق تشجيع ومكافأة إتمام العمل:

(١) جعل الأنشطة الحرة شرطًا لإتمام المهمة. وأن يعلم الطلبة على سبيل المثال بما يلي: "إذا أتموا عملهم، قد يشاهدوا فيلم كرتون، أو يقرأوا مجلة".

(٢) جعل الطلبة يقومون بتسجيل عدد المهام التي قاموا بإتمامها كل يوم. ويمكنهم بعد ذلك وضع البيانات في شكل بياني ورؤية مدى تقدمهم من يوم لآخر.

(٣) أما بالنسبة للطلبة الذين ترهقهم طول الواجبات، يتم تقسيم العمل إلى مهام موجزة عديدة، ومكافئة الطلبة بعد إتمام كل مهمة قصيرة منجزة.

(٤) البدء تدريجيًا مع الطلبة الذين نادرًا ما يقومون بإتمام المهمة. ولذلك يجب أن يقوم المعلم في البداية بمكافأة مهمة واحدة في اليوم ثم مهمتين ... وهكذا.

(٤) ذوو صعوبات التعلم:

تشير أدبيات التربية الخاصة أن هناك نوعين من صعوبات التعلم، هما:

١- صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities

هي الصعوبات التي تتعلق بالوظائف الدماغية، وبالعمليات العقلية والمعرفية التي يحتاجها الطفل في تحصيله الأكاديمي، ويرى بعض العلماء أنها ترجع إلى اضطرابات وظيفية تخص الجهاز العصبي المركزي، وأن هذه الصعوبات يمكن أن تقسم إلى نوعين فرعيين، هما:

أ. صعوبات أولية؛ مثل: الانتباه، والإدراك، والذاكرة.

ب. صعوبات ثانوية؛ مثل: التفكير، والكلام، والفهم واللغة الشفوية.

وتوجد صعوبات التعلم النمائية في ثلاث مجالات أساسية هي:

١ – النمو اللغوي.

٢ – النمو المعرفي.

٣ – نمو المهارات البصرية الحركية.

٢- صعوبات التعلم الأكاديمية Academic Learning Disabilities

تتعلق تلك الصعوبات بموضوعات الدراسة الأساسية؛ مثل: العجز عن القراءة (عسر القراءة)، أو الديسليكسيا Dyslexia، والعجز عن الكتابة (عسر الكتابة)، أو الديسجرافيا Dysgraphia، وصعوبة، أو عسر إجراء العمليات الحسابية Dyscalculia، بالإضافة إلى صعوبات التهجي Dysorthography ومثل هذه الصعوبات وغيرها إنما تنتج عن الصعوبات النمائية.

ويوجد لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم احتياجات خاصة في كل من الأداء الأكاديمي، والبدني، والسلوكي، والاجتماعي في الصف. ومع ذلك، يعد التعلم الأكاديمي من أكثر المجالات التي تتطلب إجراء تعديلات في الصف.

ويشير عبد الوهاب (١٩٩٢) إلى أن صعوبات التعلم الأكاديمية تعد بمثابة اضطراب واضح في تعلم القراءة، أو الكتابة، أو التهجي، أو الحساب. وتظهر مثل هذه الصعوبات بشكل

واضح لدى الطفل إذا ما حدث لديه اضطراب واضح ومحدد في العمليات العقلية المختلفة حيث تعد القدرة على التمييز البصري، والسمعي، والذاكرة البصرية والسمعية، والقدرة على إدراك التتابع والتآزر بين حركة العين والتكامل البصري في واقع الأمر بمثابة متطلبات أساسية لازمة للنجاح في المهام المختلفة للكتابة.

يعد التعليم الأكاديمي المجال الأول الذي يتم فيه إجراءات تكييف وتهيئة الطلاب ذوي صعوبات التعلم في فصل التعليم العام، وهناك أسلوبين متاحين لدمج الطلاب ذوي صعوبات التعلم. أولهما أسلوب البرامج العلاجية. ويقوم المعلم فيه بإرشاد الطالب إلى المهارات التي تعد مجالات للحاجة. فعلى سبيل المثال، قد يتم تقديم المساعدة الإضافية في التهجي للطالب المقيد في الصف الرابع الذي لا تتعدي قدرته على التهجي من هم في مستوى الصف الثاني. وبجانب ذلك، يحاول الأسلوب التعويضي تجاوز نقاط ضعف الطالب. فعلى سبيل المثال لتعويض مشكلات القراءة والكتابة لدى طلاب المدرسة الثانوية، قد يقوم المعلم بإعداد اختبارات لفظية لهؤلاء الطلاب. وتستخدم البرامج العلاجية لتدريس المهارات الأساسية التي تعد أكثر ملاءمة للطلاب الذين هم في المرحلة الابتدائية. وتقوم أساليب التعويض بتجاوز القصور في المهارات الأساسية لتدريس محتوى المواد الدراسية، ويتم استخدامها بدرجة أكبر في الصفوف الابتدائية المتأخرة، أو المدرسة المتوسطة والثانوية.

وتعد القراءة مجال مشكل لكثير من الطلاب ذوي صعوبات التعلم، ويجد بعض الطلاب صعوبة في تعلم (أو تطبيق) مهارات تمييز الكلمة، ويفشل آخرون في فهم ما تمت قراءته على الرغم من أن لديهم المهارات الكافية لحل الرموز، وتتضمن المقترحات التالية لتعديل تعلم القراءة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة أمثلة للتحفيز، وطرق لتعزيز تطبيق مهارات القراءة:

(١) لزيادة فهم القراءة، نخبر الطلاب بالهدف من القراءة، وما الذي يبحثون عنه في القطعة؛ فعلى سبيل المثال قد يقومون بقراءة قصة لاكتشاف الشخصيات الرئيسة وتتابع الأحداث، أو قراءة فصل من كتاب دراسي لمعرفة حقائق مهمة وأفكار رئيسة.

(Graham & Johnson, 1989) ويقترح ميرسير وميرسير (Mercer & Mercer, 1993) إعطاء الطلاب قائمة أسئلة تساعد على إرشادهم في القراءة، وأرقام صفحات النص التي يمكنهم أن يجدوا الإجابة عنها.

(٢) إضافة التلميحات لمساعدة الطلاب في حل رموز (حروف) الكلمات الصعبة؛ مثل: وضع علامة على الحروف المتحركة، تمييزًا للحروف الساكنة (غير المنطوقة)، وتقسيم الكلمات إلى مقاطع.

(٣) وضع علامات للطلاب الذين يفقدون مكان السطور أثناء القراءة، ويمكنهم تحريك اصبعهم تحت سطر الكلمات المطبوعة، أو استخدام بطاقة فهرسة ذات أسهم للإرشاد، ويمكن وضع بطاقات ذات فتحات على الصفحة لكي تظهر كلمات قليلة فقط في المرة الواحدة.

(٤) الاستعانة بالأقران المعلمين، والمتطوعين من الراشدين للتدريب على الكلمة المقروءة.

(٥) تقديم مواد القراءة ذات المفردات اللغوية الأقل إثارة للاهتمام للمساعدة في ممارسة القراءة الصامتة؛ فهذه المواد تنال إعجاب الطلاب الذين يقرؤون في مستوى صف أقل من المتوقع لعمرهم.

(٦) تقديم تدريبات "الممارسة في فهم القراءة" من خلال مواد؛ مثل: سلسلة المهارات الخاصة (Boning, 1998) وتتضمن البرامج النشطة للمهارات؛ مثل: استخدام تلميحات السياق، ووضع الإجابات، واتباع التوجيهات، وتحديد الأفكار الرئيسة، وبناء الاستنتاجات، ومن أمثلة مصادر أفكار للأنشطة الأخرى لممارسة الفهم "تحديد وتصحيح صعوبات القراءة" (Shanker & Ekwall, 2002).

(٧) لزيادة الطلاقة في القراءة، تجعل الطلاب يعيدون قراءة القطعة لمرات عديدة، وتزيد القراءة المتكررة من السرعة والدقة التي تساعد الطلاب في إجادة الاختبار قبل محاولة قراءة الأجزاء الأكثر صعوبة؛ وبالإضافة إلى تحسين الطلاقة، تساعد القراءة المتكررة أيضًا على زيادة الفهم (Terrien,2004) .

(٨) استخدام برامج الكمبيوتر للمساعدة في تدريس مهارات القراءة الأساسية، وتقوم كثير من برامج الوسائط المتعددة بالتحدث، والسماح للطلاب بتنمية المفردات المشاهدة أثناء قراءتهم، واستماعهم للقصص، والقصائد والنصوص الأخرى.

أما فيما يتعلق بتدريس التهجي، والخط، والإنشاء هناك عدد من الاقتراحات التي يمكن للمرشد الطلابي توجيه المعلمين إليها ومن بينها:

(١) مساعدة الطلاب ذوي التهجي الضعيف للبدء في استخدام القاموس كمساعد لهم، وقم بإمدادهم بقاموس صغير، الذي يحتوي على كلمات ذات الاستخدام المتكرر والكلمات التي غالبًا ما يخطئون في تهجيها.

(٢) استعراض قواعد كتابة الحروف الكبيرة والترقيم قبل أن يبدأ الطلاب في الكتابة، ونلصق تلك القواعد على لوحة البيانات.

(٣) استخدام الشرائط التعليمية لتطبيق الكلمات ذات التردد المرتفع وذات التهجي غير المنتظم صوتيًا. إذ يقوم الطلاب بالاستماع للكلمة، ومحاولة كتابتها والاستماع لها مرة أخرى للتعرف على تهجيها الصحيح.

(٤) بالنسبة للطلاب الذين يقومون بكتابة الحروف ببطء وجهد، نستخدم ورق الصحف والأقلام رفيعة السن للتدريب على الخط، وعندما يقوم الطلاب بالكتابة ببطء على ورق الصحف، ينتشر الحبر، وبذلك يصعب عليهم التعرف على الحروف بسبب تشابكها وطمسها؛ فيدرك الطلاب أن عليهم زيادة سرعتهم ليصبح خطهم مقروءًا.

(٥) تقديم فرص كثيرة ومختلفة لممارسة التعبير الكتابي. وجعل الطلاب يحتفظون بمجلة مدرسية يومية، وأن يقوموا بكتابة قصة من ثلاث جمل، أو تأليف مذكرة لصديق يوميًا، أو وصف حدث، أو شخص، وفي البداية نجعل أنشطة الكتابة موجزة وحفزهم على وضوح ودقة النص.

(٦) نقوم بتدريس الكتابة كعملية متعددة المراحل. ويصف إيزاكسون Isaacson (1978) ثلاث مراحل للكتابة وهي: ما قبل الكتابة (التخطيط)، ثم الكتابة، وأخيراً إعادة الكتابة

(أو التنقيح). ويحدد كل من ميرسير وبولين (2005) Mercer and Pullen خمس مراحل للكتابة وهي: ما قبل الكتابة، والكتابة في مسودة، والتنقيح (إجراء تغييرات في النص)، والتحرير (تصحيح الأخطاء) وأخيراً النشر. وأيا كان النموذج المستخدم، ونقدم الممارسة الإرشادية في كل مرحلة. فيمكن أن يشترك الطلاب في مرحلة ما قبل الكتابة على سبيل المثال في مجموعة منوعة من الأنشطة من أجل تعميم الأفكار، وجمع المعلومات للكتابة. ويمكن أن يقوم الطلاب بالتفكير في الموضوع، وقراءته، أو البحث عن أفكار عنه، ويمكنهم أيضًا الملاحظة، أو الالتقاء بالآخرين، أو الاستماع للمتحدثين، ومشاهدة الإيضاحات، أو المشاركة في رحلات ميدانية (Whitt, Paul, & Reynolds, 1988).

(٧) تعطى الطلاب نموذجًا لكتابة موضوع الإنشاء، أو المقال. وجعلهم يقومون على سبيل المثال بتسجيل الأفكار الرئيسة التي يرغبون في عرضها والقيام بصياغة عنوان. ويتم بعد ذلك تحويل الأفكار الرئيسة إلى جمل كموضوع للفقرات، ثم إضافة الجمل المدعمة لها.

(٨) تعد الخرائط استراتيجية أخرى لمساعدة الطلاب في تنظيم أفكارهم للكتابة. فيقوم الطلاب بتسجيل الكلمات الرئيسة والأفكار التي قاموا بتحديدها للموضوع الذي يقومون بالكتابة عنه، ثم رسم خريطة توضح العلاقة بين الموضوع الرئيس والكلمات الرئيسة.

(٥) ذوو اضطراب التوحد:

بعد اضطراب التوحد، أو اضطراب التوحد أحد تصنيفات فئة الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders) طبقا للتعديل للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية لرابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association, APA, 2000)، هذا الدليل الذي يتم استخدامه بصفة عامة للتشخيص

ووصف الاضطرابات العصبية والنفسية، ويعد القصور الوصفي (الكيفي) واضحًا لدى الأفراد التوحديين في ثلاث نواحي هي:

(١) التفاعل الاجتماعي (السلوك غير اللفظي، وعلاقات الأقران، والتبادل الاجتماعي والانفعالي).

(٢) التواصل (التأخر في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على بدء المحادثة والاستمرار فيها، وتكرار استخدام اللغة، ونقص في اللعب الإيهامي والتخيلي).

(٣) الأنماط المقيدة، والتكرارية، والنمطية للسلوك (الانهماك في الاهتمام، والالتزام الإجباري للروتين، والتكلف الحركي، والانشغال بأجزاء من الشيء).

لا أحد ينكر أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على التقليد، والفهم، والمرونة، والإبداع لتشكيل، وتطبيق القواعد، والمبادئ واستعمال المعلومات. ويحاول العلماء المعرفيون إلقاء الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد ويرى البعض أن المشكلة الرئيسة هي في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة (فرج ٢٠٠٤، ص ١١٦). إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط. وعلى العكس من ذلك يرى البعض أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسة ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة (Cumine, Leach, & Stevenson,2001,p. 35). وبما ان النمو الانفعالي والعقلي يعتمد على الربط بين مثيرين، فالطفل السوي يربط عقليا بين وجود الأم وإشباع حاجة الجوع والحاجة إلى الحب عند التدليل، وبالتالي ينتج عن ذلك الحب للأم. الأمر يختلف بالنسبة للطفل المصاب بأعراض التوحد فهو لا يستطيع تقييم العلاقة بالأم لأنه يركز على مثير واحد قد يكون الطعام، ولا يربطه بالمثيرات الأخرى (كمال الدين ٢٠٠١، ص ٦٦).

ويؤكد ذلك خليل (١٩٩١) حيث يرى ان مشكلة اضطراب التوحد تتمثل في الإدراك، إذ نجد أن الطفل التوحدى يهتم ويستجيب لمنبهات أخرى بما يعنى أن الخلل والعطب يكونان في الإدراك (ص ٥٢٦).

وقد تم تفويض اللجان الفيدرالية لمجلس البحوث والدراسات القومي (National Research Council, 2001) وكذلك في الولايات (إدارة ولاية نيويورك لبرنامج التدخل الصحي المبكر (New York State Department of Health Early Intervention Program, 1999) للكشف عن فعالية أساليب تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد أوصت هذه اللجان بدمج الاستراتيجيات التي ترتكز على تحليل السلوك التطبيقي (applied behavior analysis) في أي برنامج. لذلك ولتقديم مساعدة إضافية لمعلم التعليم العام، قد تقوم المناطق التعليمية بتوظيف أخصائي التوحد الذي يعرف كيفية استخدام استراتيجيات التدريس الفعالة بناء على أسس تحليل السلوك التطبيقي؛ مثل: التدريس التجريبي المنفصل (discrete trial teaching) (Anderson, Taras, & Cannon; 1996) ، وأساليب التدريس العرضية (incidental teaching approaches) (Fenske, Krantz, & McClannahan, 2001).

من الضروري توفير بعض أشكال التكييف الصفي لجعل الخبرة التربوية ناجحة للطالب ذي اضطراب التوحد. ويستفيد كل الطلبة ذوي اضطراب التوحد من جدول الأنشطة اليومية (schedual of daily activities) (Schopler, Mesibov, & Heorsey, 1995). وقد يأخذ الجدول شكل التسلسل البصري للصور، أو الرموز المصورة الموضوعة على طاولة الطالب، بالقرب من خزائن الملابس، أو في بعض المواقع المتوسطة في الصف لتكون واضحة أثناء الانتقالات (Hodgdon, 1998). وقد تكون هناك قائمة مكتوبة للأنشطة، أو المخطط اليومي المستخدمة بصفة عامة لهؤلاء الطلبة الذين يستطيعون القراءة. ولذلك فإن معرفة ما سيحدث بعد ذلك وقت احتمال حدوث الانتقالات يزيد من إدراك الطالب للبيئة ويساعد على خفض احتمال الضغط والسلوك الصعب خلال فترات الانتقال غير المؤكدة.

ويقال بشكل عام أن الطلبة ذوي اضطراب التوحد يحبون إتباع الروتين، ويحبون معرفة ما سيحدث بعد ذلك. ولهذا السبب، تشير الفكرة الجيدة لإعداد الطلبة ذوي اضطراب التوحد

للانتقال من خلال إبلاغهم قبل حدوثها. وقد اكتشف بعض المعلمين فائدة استخدام مؤقت زمني مرئي؛ مثل: مؤقت المطبخ للإشارة عند انتهاء النشاط.

وقد وجد الباحثون أن الوقت والمكان شيئان يفضلهما الطلبة التوحديين للعمل بطريقة مستقلة (Schopler et al., 1995). ويعد العمل الجماعي في الواقع أكثر تحديًا لهؤلاء الطلبة عندما تكون التفاعلات مع الأقران أمرًا ضروريًا. إنها فكرة جيدة أن تضمن كلا أشكال الأنشطة خلال اليوم وذلك حتى لا يمل الطلبة من العمل الجماعي، لكن يتم تحديهم في نفس الوقت للعمل في المجالات الأكثر صعوبة مثل مهارات التفاعل الاجتماعي.

ولا يقوم بعض الطلبة ذوي اضطراب التوحد بالاستجابة بدرجة جيدة للتعليمات اللفظية من قبل المعلم. بل لا يقوم بعض الطلبة بالانتباه لرموز الكلمات، أو قد يكون لديهم صعوبة في تحديد مغزى التعلم. ولذلك فمن المهم أن يقوم بعضهم بتنمية الاعتماد على الآخرين، أو التلقين من جانب البالغين. وقد يتعلم الطلبة أنه لا يجب عليهم الانتباه لهذا الشيء ويدركون ما يقوله المعلم بسبب تكرار شخص ما هذه التعليمات لهم، أو عرض بعض التلميحات، ولذلك فمن الاستراتيجيات الفعالة المستخدمة لتجنب الاعتماد على التلقين (MacDuff, Krantz & McClannahan, 2001) دمج جداول النشاط المصور (McClannahan, & Krantz, 1999). ولذلك فقد اكتشف الباحثون الممارسون الذين قاموا بتطوير هذه الاستراتيجية أنه يمكن تعليم صغار الأطفال لإتباع تلميحات الصورة بطريقة مستقلة في بنية الكتاب. وبذلك يمكن وضع جداول للطلبة الأكبر عمرًا لتسهيل إتمام الأنشطة المهنية.

وهناك عدد من النقاط التي ينبغي أن يركز عليها المرشد الطلابي في توجيه المعلم أهمها:

(١) التركيز على نقاط القوة لدى الطلبة ذوى اضطراب التوحد.

(٢) تنمية المهارات المهمة حتى ولو كان الطلبة صغار العمر، وتخير المهارات التي ستساعد في الحصول على الوظيفة المستقبلية.

(٣) توظيف فرص للتواصل المتكرر طوال اليوم لكي يمكن ممارسة التواصل حتى يكون طليقًا.

(٤) يعد النمو الاجتماعي والانفعالي أحد مجالات الضعف لدى لطلاب ذوي اضطراب التوحد.

(٥) تنظيم البيئة لتسهيل تفاعل الأقران، وضع قاعدة ليساعد الزملاء الآخرين في صفك.

(٦) يجد الطلبة ذوو اضطراب التوحد صعوبة في إمكانية التعميم، ولذلك فمن المهم جدًا تخطيط استخدام المواد المتعددة في اماكن متعددة ومع العديد من الأشخاص.

(٦) ذوو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط:

يشترك الطلبة ذوي ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط attention deficit hyperactivity disorder في نفس الحاجات مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم والآخرين ذوي المشكلات التعليمية الأكاديمية. ولكن وبالاختلاف مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم، قد يعايش الطلبة ذوي ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط صعوبة في معظم إن لم يكن في كل المواد الدراسية. وتؤثر مشكلات الانتباه، وشرود الذهن، والإثارة، والنشاط الحركي المفرط على كل مجالات التعلم، وتسبب هذه المشكلات لمعظم الطلبة ذوي ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط تأخر كبير في التحصيل الأكاديمي في حين قد تعد هذه التأثيرات اقل شدة بالنسبة للطلبة الآخرين.

ويتم التعرف على الطلبة ذوي ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط من خلال السلوكيات التي يقومون بها، ويعد تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (American Psychiatric Association, 1994) هو التعريف المقبول حاليًا من قبل معظم الأخصائيين.

ويعرض لينر ولووينثات (Lerner and Lowenthat, 1993) مقترحات خاصة بمعلمي ومرشدي الطلبة ذوي ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط تم صياغتها بناءً على

الدراسات التي قام بها ابراموفيتش، واوليري (Abramowitz, and O'Leary, 1992); (Ysseldyke, Algozzine, and Thurlow, 1992) وهي على النحو التالي:

(١) وضع الطلبة الأصغر سنًا في مكان اقل تشتيتًا للانتباه في الصف، وقد يكون هذا المكان أمام الصف، وبعيدًا عن الأبواب والشبابيك، وعن مكيفات الهواء وعن المناطق المرورية، وقد يكون من الضروري أن يجلس الطفل في مواجهة حائط مسدود ليتمكن من تركيز انتباهه.

(٢) إحاطة الطالب بنماذج تقوم بأدوار جيدة، ويفضل الأقران الذين ينظر إليهم الطالب على أنهم بارزون، وتشجيع التعليم من الأقران والتعلم التعاوني.

(٣) المحافظة على تقليل اعداد الطلبة لكل معلم كلما أمكن، وذلك من خلال استخدام المساعدين والأشخاص المتطوعين.

(٤) تجنب إحداث التغييرات غير الضرورية في الجداول الدراسية، أو البيئة الصفية؛ لأن الطفل الذي يعاني من ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط غالبًا ما يكون لديه صعوبة في مسايرة هذه التغييرات، وعندما يحدث تعديل لا يمكن تجنبه، نقوم بإعداد الطالب بقدر الإمكان من خلال تفسير الموقف، وأي السلوكيات أكثر ملاءمة.

(٥) المحافظة على التواصل البصري مع الطالب عند إعطاء التعليمات اللفظية، وجعل التوجيهات واضحة، ومتناسقة وبسيطة، ونقوم بتكرار التعليمات حسب الضرورة بصوت هادئ.

(٦) الجمع بين التلميحات البصرية والتلميحات اللمسية مع التعليمات اللفظية، حيث ستكون الأشكال المتعددة للتعلم أكثر فعالية بصفة عامة في استمرار الانتباه وزيادة التعلم.

(٧) تكييف أوراق العمل بحيث تكون المواد قليلة في كل صفحة.

(٨) تقسيم الواجبات المنزلية إلى مجموعات صغرى، وعرض التغذية الراجعة المباشرة، في كل واجب محدد، والسماح بوقت إضافي للطالب عند الضرورة لإنهاء الواجب المحدد.

(٩) التأكد من قيام الطالب بتسجيل الواجبات المنزلية يوميًا قبل مغادرة المدرسة، والقيام عند الضرورة بوضع برنامج "المنزل – المدرسة" والذي يقوم الوالدان من خلاله بمساعدة ابنهما في تنظيم وإتمام الواجب المنزلي.

(١٠) إذا كان لدى الطالب صعوبة في البقاء في مكان واحد في المدرسة، يتم استبدال الجلوس بالوقوف، والأنشطة التي تتطلب التحرك أثناء اليوم.

(١١) تقديم الأنشطة التي تتطلب المشاركة الفعالة؛ مثل: التحدث عن المشكلات، أو تمثيل الخطوات.

(١٢) استخدم الوسائل التعليمية؛ مثل: الكمبيوتر، والآلات الحاسبة، وأجهزة التسجيل، ومواد التعلم المبرمج، فهذه الوسائل تساعد في تشكيل التعلم مع استمرار التعزيز.

(١٣) منح الطالب الفرص لإظهار نقاط القوة التي لديه في المدرسة أمام أقرانه، ونقوم بوضع أوقات يقوم فيها الطالب بمساعدة الأقران (ص ص ٤ – ٥).

وقد أضاف ريف (1990) Reeve هذه التوصيات:

(١) مساعدة الطالب ليبدأ في عمله على المقعد، وليخبر الطالب معلمه عن المهمة التي يقوم بها، وكيف يصل إليها، ثم القيام بالمراجعة بصورة دورية للتأكد من أن الطفل ما زال يقوم بأداء المهمة المكلف بها.

(٢) التواصل المتكرر مع الطفل من خلال لمسه، أو النطق باسمه، والتأكد من انه منتبه قبل أن يتحدث.

(٣) منحه وقت إضافي لعمل الواجبات المنزلية، وأداء الاختبارات بدون انتقاد، أو توبيخ.

(٤) إذا كان تدوين الملاحظات أمرًا مشكلاً، ينبغي القيام بترتيب وجود عدد أكبر من زملاء الدراسة ذوي الانتباه للمشاركة في الملاحظات من خلال تصوير الأوراق، أو إعطاء الطفل مذكراتهم.

وفي النهاية يعرض كل من بندر وماثيز (Bender and Mathe,1995, p. 229) عددًا من المقترحات للمرشدين الطلابيين والمعلمين لتنظيم الصف:

(١) استخدام الصفوف المغلقة بدلاً من الصفوف المفتوحة، وغلق الأبواب والنوافذ لمنع تشتيت انتباههم.

(٢) جعل الطلبة يجلسون بعيداً عن الضوضاء، والإطلاع على مشتتات الانتباه السمعية والبصرية أيضًا، وجعل الطلبة يجلسون بعيداً عن الباب ومشتتات الانتباه السمعية.

(٣) وضع مقعدين لكل طالب يعاني من ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط، فقد يقف الطلبة ويتركون مقاعدهم بدون إدراك سبب ذلك؛ لذلك ينبغي وضع مقعداً ثانيًا لهم للذهاب إليه عند حدوث ذلك، وأن يعلم أقرانه في الصف أن لهذا الطالب الحق في تغيير المقاعد عند رغبته في ذلك.

(٤) التنويع بين الأنشطة للحد من الملل، وعرض الأنشطة التي تشجع على الاستجابة الفعالة؛ مثل: الكتابة على السبورة، أو الإجابة واقفًا.

(٧) ذوو الإعاقة البدنية والصحية:

الطلبة ذوو الإعاقات البدنية والصحية هم مجموعة متباينة ذات تنوع واسع من الإعاقات والأمراض، وبذلك يعد كل من: الشلل الدماغي، والشلل، والصرع، وتشوه القدم، والربو، وشلل الأطفال، ومرض السكر، وأمراض الحساسية مجرد أمثلة قليلة. وبعض الإعاقات البدنية والصحية خلقية أي إنها موجودة منذ الميلاد؛ بينما تعد الإعاقات الأخرى مكتسبة بعد الميلاد نتيجة لمرض، أو إصابة. ويمكن أن تكون المشكلات البدنية والصحية شديدة، أو بسيطة، أو قد لا يكون لها تأثير على الأداء الدراسي. وبينما لا يعد بعض الطلبة ذوي الإعاقات البدنية والصحية في حاجة للتكييفات البيئية، يحتاج الآخرون فقط إلى تعديل البيئة المادية. ومن الضروري بالنسبة للآخرين تكييف الأنشطة التعليمية في صفوف التعليم العام، أو توفير خدمات التربية الخاصة في مجالات القصور؛ مثل: الحركة، والتواصل، والمهارات الأساسية. وقد يعاني عدد قليل من هؤلاء الطلبة من إعاقات متعددة ذات احتياجات منوعة وذات طبيعة طبية تتطلب الخدمات المستمرة من ممرضة المدرسة، أو الآخرين المدربين. ومن جانب آخر، قد

يكون أحد الطلبة ممن يعانون من شلل الأطراف السفلية نشيطًا وانبساطيًا، بينما قد يكون آخر انسحابي وليس لديه الرغبة في التفاعل مع الآخرين.

وقد يكون من الضروري وجود بدائل في بعض قواعد وإجراءات الصف لتهيئة الاحتياجات الصحية والبدنية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. ولا ينبغي استبعاد هؤلاء الطلبة بطريقة آلية من أنشطة الصف بسبب إعاقتهم. ومع ذلك، فإذا كان لديهم قيود طبية تمنع من المشاركة، أو إذا كانت إعاقتهم تفرض قيود عليهم؛ فيجب حينئذ تغيير معايير الصف. هذه أمثلة للتعديلات الملائمة:

(١) إذا انتقل الطلبة بالكرسي المتحرك، أو الطلبة الذين يعانون من مشكلات حركية ببطء، يمكن حينئذ إعطائهم الأذن بالانصراف قبل انتهاء الحصة بدقائق قليلة حتى يمكنهم الوصول إلى حصتهم التالية، أو نشاطهم التالي في الوقت المحدد.

(٢) ينبغي أن يتم السماح للطلبة بأخذ عدد من الفسح أثناء اليوم الدراسي إذا كان ذلك ضروريًا للراحة، أو الذهاب للحمام، أو تناول الدواء، أو تناول وجبة خاصة.

(٣) ينبغي اتخاذ عدد من الإجراءات الصفية المرتبة في المواقف الطارئة. فمثلاً، في حالة ما إذا شب حريق، ينبغي تعيين شخص ما ليكون مسئولاً عن التأكد من مساعدة الطلبة ذوي المشكلات الحركية لمغادرة الصف بسرعة.

(٤) من الصعب على بعض الطلبة إتباع نظام غذائي معين، أو فرض قيود على نشاطهم. وقد يرغب الطالب المحدد له وجبة الكربوهيدرات المنخفضة في تناول الحلوى، وكذلك قد يرغب الطالب الذي يتم تقييده لفترات تدريب وجيزة في الالتحاق بالآخرين في لعب كرة القدم في وقت الاستراحة؛ ولذلك ينبغي تزويد هؤلاء الطلبة بالبدائل الجذابة لمساعدتهم في الالتزام بنظامهم الصحي الطبي.

وقد يكون الطلبة ذوي الإعاقات البدنية والصحية في حاجة لبعض المساعدة، ولكن من المهم بدرجة مساوية منح هؤلاء الطلبة الفرص لتعلم الأداء بطريقة مستقلة. وغالبًا ما يكون من الأسرع، والأسهل للمعلم والأقران القيام ببعض الأشياء لهؤلاء الطلبة بدلاً من السماح

لهم بالقيام بتلك الأشياء بأنفسهم؛ فعلى سبيل المثال: قد يستغرق الطالب خمس دقائق لارتداء المعطف، بينما يستغرق دقائق أقل بمساعدة الآخرين، ومع ذلك، يتم اكتساب هذه المهارات بالممارسة فقط، وقد تعوق مساعدة الآخر التعلم في الواقع.

بالإضافة إلى مواجهة الاحتياجات البدنية والصحية وتعديل بيئة الصف، قد يكون من الضروري تكييف الأنشطة والإجراءات التعليمية. ويقترح جلازارد (1982) Glazzard افكارًا عديدة لمساعدة الطلبة ذوي التآزر الضعيف، أو التحكم غير الكافي في العضلات:

(١) لصق ورقة الطالب على مقعد به شريط مخفي مطوي على أعلى وأسفل الورقة.

(٢) توصيل طرف الخيط بقلم رصاص والطرف الآخر بالمقعد، وبذلك يمكن أن يستعيد الطالب بسهولة القلم الرصاص الذي سقط على الأرض بسهولة.

(٣) تحديد طالب يقوم بإحضار أدوات المعلم لمقعد الطالب.

(٤) السماح للطلبة بالإجابة على الأسئلة شفهيًا، أو تسجيل الإجابات لتقييم لاحق. ومن المرهق غالبًا لبعض الطلبة ذوي الإعاقات كتابة إجاباتهم. ولذلك فإذا كان لديهم تحكم ضعيف في عضلات أيديهم، يمكنهم حينئذ بذل المزيد من الطاقة أكثر من الطلبة العاديين الذين يقومون بكتابة إجاباتهم.

(٥) عمل نسخة لمذكرات المعلم للطالب ذي الإعاقات الذي يكتب ببطء، أو بصعوبة. وسيكون من اليسير على زميل الدراسة إدخال ورقة كربون تحت ورقته، ولذلك يمكن عرض مجموعة مكررة من النسخ للطلبة ذوي الإعاقات.

(٦) توفير مسطرة بلاستيكية، أو خشبية لكي يستخدمها الطالب في المحافظة على مكان القراءة في الكتاب وهذا الإجراء أسهل في الاستخدام من حافظ المكان الورقي .

(٧) تزويد الطلبة ذوي الإعاقات بحقيبة كتف لحمل الكتب والأدوات من صف إلى آخر. وتساعد حقيبة الكتب على جعل الذراعين خاليين لاستخدامهما على العكاز.

(٨) على المعلم أن يتذكر أنه أحيانًا ما تكون التعديلات البسيطة ضرورية. لا تستخدم الملازم الورقية، أو الأشرطة إذا كان وزن الورق سيكون كبيراً.

(٨) المتفوقين والموهوبين ذوي التحصيل الدراسي المنخض:

يصف كولمان وكروس (Coleman and Cross, 2001) انخفاض مستوى التحصيل بين الطلاب المتفوقين بأنه الوسيلة الوحيدة لتنمية الكفاءة. وأشارا إلى أنه بدون الإيضاح والإرشاد المبكر، والمعلم المدعم، أو المرشد والتدريب في مجال المهارات العلاجية في جو نظامي سيكون انخفاض مستوى التحصيل مقاوماً للتدخل. (ص ٢١٧).

وتقترح البحوث والدراسات الحالية عدم كون الطلاب المتفوقين ذوي التحصيل المتدني مجموعة متجانسة، ولذلك يجب تكييف التدخلات لكل طالب بعينه.

وقد اكتشف ماكوتش وسيجل (McCoach and Siegle, 2003) ان كثيراً من الطلاب المتفوقين ذوي التحصيل المتدني لا يرون أي استفادة في المدارس. ويوصي هؤلاء الباحثون ان تتضمن التوصيات إيجاد صفوف وواجبات منزلية تكون أكثر متعة وذات تحضير ذاتي، وكذلك الأنشطة التي تشجع الطالب لتقييم مهام التعلم، أو نتيجة هذه المهام لمستقبلهم.

الطلبة الموهوبون ذوو التحصيل المنخفض هم أحد المشكلات التي يواجهها المرشد الطلابي. وبسبب قدرتهم على التحصيل المرتفع، يمثل فشلهم في التقدم الدراسي خسارة ثنائية. وتعد أسباب تدني التحصيل كثيرة ومعقدة وتتضمن عوامل ذات صلة بالمدرسة، والمنزل والطالب والرفاق (Peters, Grager – Loidi, &Supplee, 2000). وقد يتم ببساطة التغافل عن بعض الطلبة، وعلى وجه الخصوص ذوي الإعاقات. وقد قام كل من هلاهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman, 1988) بدراسة هذه القضية، وقضايا أخرى من خلال توصياتهم لمعلمي التعليم العام، وذلك على النحو التالي:

(١) ينبغي أن يقوم المعلم بصورة دورية بمراجعة سمات كل الطلبة في الصف خشية التغافل عن أي طفل قد يكون لديه موهبة. فأي الطلبة في الصف الذين يظهرون قدرة خاصة، وإبداع والتزام بالمهمة؟ وهل يوجد تلاميذ في الصف وخاصة ذوي القصور الاقتصادي (أو من المجموعات العرقية، الثقافية، أو اللغوية المنوعة) والتي قد تكون

قدراتهم أقل وضوحًا طبقًا لمعايير الطبقة الوسطي، أو الذين قد يقومون بإخفاء قدراتهم بسبب ضغوط الرفاق للانسجام معهم؟.

(٢) يجب أن يقوم المعلم بتحليل وتعديل متطلباته التعليمية للطلبة الموهوبين. فهل ينصرف الطالب الموهوب عن التعليم؛ لأن العمل لا يدعو للتحدي، أو غير مناسب لقدراته العقلية المتقدمة؟، وهل ينخفض مستوى تحصيل الطالب بسبب عدم إعطائه، أو تكليفه بالعمل الملائم؟، ونجد من المهم للطلبة الموهوبين ذوي القصور، أو ذوي الاختلاف الثقافي على وجه الخصوص عرض المهام التعليمية الخاصة في بيئة بنائية مع توقع ثابت ومتناسق لإتمامه.

(٣) يجب أن يقوم المرشد التربوي بالبحث عن توظيف مصادر المدرسة والمجتمع التي يمكن استخدامها لصالح الطلبة الموهوبين. فهل يوجد معلمون آخرون، أو طلاب أكبر عمرًا على معرفة بالمشكلات وطرق الاستبيان في مجال ذوي اهتمام خاص، والذين يمكنهم من القيام بمساعدة الطفل في دراسة مستقلة، أو في أنشطة المجموعة الصغيرة؟، هل يوجد آخرون يقيمون في المجتمعات الأخرى ذوي خبرة خاصة، والذين يرغبون في تعليم الطفل، أو استخدامه كمساعد؟.

(٤) ينبغي أن يقوم المعلم بمساندة أي حركة في النظام الدراسي تجاه إقامة برامج خاصة للموهوبين. فهل يوجد آباء للأطفال الموهوبين ينبغي تشجيع دفاعهم عن البرامج الخاصة؟ هل توجد ورش عمل للمعلمين؟، وهل يقوم النظام الدراسي بتوظيف معلمي المصادر، أو الأخصائيين الذين يقومون بمساعدة معلمي التعليم العام لإيجاد الطرق والأدوات، وموارد المجتمع؟ (ص ص ٤٥٣ – ٤٥٤).

يقدم كينيدي Kennedy (1995, PP. 233 – 234) مقترحات عديدة لمعلمي التعليم العام ليتم مراعاتها عند استعراض ممارستهم لصفوفهم مع الطلبة المتفوقين:

(١) على المعلم أن يقاوم السياسات التي تتطلب مزيد من العمل للطلبة الذين يقومون بإنهاء واجباتهم بسرعة وسهولة. بل ينبغي عليه استكشاف الطرق لتحديد العمل

المختلف الذي قد يكون أكثر تعقيداً، وتجريداً مع كونه اعمق واوسع. ويكتشف استراتيجيات دمج المناهج المؤثرة واستخدامها بطريقة منتظمة.

(٢) البحث عن مواد وافكار إضافية تقوم على توسيع نطاق المنهج وليس تشجيعه. وينبغي على المعلم تطوير وحدات متداخلة النظم ومراكز تعلم تنادي بالتفكير ذي المستوى المرتفع. ولا ينهمك في أسئلة مستوى الفهم والمهام التي لا تتعارض مع الفهم. وينبغي عليه تشجيع الأنشطة التي تنادي بالتحليل، والتأليف والتفكير الناقد والذي يدفع الشخص فيما وراء الإجابات السطحية.

(٣) التأكيد على الدرجات والمكافأة الخارجية الأخرى؛ لذلك ينبغي على المعلم تشجيع التعلم لذاته، ومساعدة الذين وصلوا لدرجة تقترب من الكمال في وضع أهداف وأولويات واقعية، وأن يحاول ضمان عدم اعتماد التقدير الذاتي للمتعلمين الموهوبين بصورة فردية على منتجاتهم ومستوى تحصيلهم.

(٤) أن يشجع المعلم الإقدام على المخاطر العقلية والأكاديمية، والإتمام الخاطئ لورقة العمل البسيطة التي ينجزها الطالب الموهوب أكاديمياً تجعله لا يحصل على مكافأة. ولكن تتطلب المسائل المعقدة التي لا نهاية لها المدح والثناء عليه. لذلك على المعلم طرح الفرص المتكررة لتزويد اللياقة العقلية.

(٥) أن يقوم بمساعدة كل الطلبة لتنمية المهارات الاجتماعية للارتباط ببعضهم البعض وقد يتطلب ذلك بالنسبة للطلبة الموهوبين جهود خاصة لرؤية الأشياء من وجهات نظر اخري. وقد يكون التدريب في كيفية قراءة الآخرين، وكيفية إرسال رسائل لفظية وغير لفظية دقيقة امرًا مفيدًا؛ لذلك تحمل الاتجاهات بدعوي النخبة، أو التمييز ضد الموهوبين.

(٦) على المعلم أن يكون على وعي بالحاجات الخاصة بالفتيات ذات الموهبة. ويقوم بتشجيعهن لوضع الأهداف التعليمية والمهنية ذات المستوى المرتفع واقعيًا، ومنحهن التشجيع الإضافي للنجاح في الرياضيات والعلوم.

(٧) تقديم الفرص للتحقيق المستقل في مجالات الاهتمام؛ فغالبًا ما يكون الطلبة الموهوبين محبي الاستطلاع عن موضوعات محددة. لذلك ينبغي على المعلم تسهيل استكشافاتهم العميقة من خلال تدريس مهارات البحث عند الضرورة، وإعادة توجيههم نحو الموارد الجيدة وعرض المساندة عند قيامهم بالتخطيط وإتمام المنتجات الملائمة.

(٨) على المعلم أن يأخذ وقته للاستماع للاستجابات التي تبدو لأول مرة بعيدة عن الهدف فغالبا ما يكون الطلبة الموهوبين ذوي تفكير متشعب الذين يحصلون على كثير من الدروس من القصة، أو الملاحظات ذات الأساليب الإبداعية للمشكلة. استمع إليهم جيدا وقم بتفصيل أفكارهم .

وتتضمن توصيات أولينشاك وريز (Olenchak and Reis's, 2002) للطلاب المتفوقين ذوي صعوبات التعلم العديد من الاقتراحات التي يمكن تطبيقها بواسطة معلم التعليم العام:

(١) التركيز على نقاط القوة في مقابل نواحي القصور، الإسراع في مجالات نقاط القوة الأكاديمية.

(٢) وجود برنامج تربوي فردي يقوم بدراسة كلا من نقاط القوة والحاجات.

(٣) وجود دراسات مستقلة متمركزة على الاهتمام.

(٤) وجود دورات ذات مستوى متقدم (على الإنترنيت ، أو تقليدية بين الأشخاص) في مجال قدرة الطلاب المتفوقين ذوي صعوبات التعلم في المدارس الإعدادية والثانوية.

ويضيف بيندارفيس (Pendarvis, 1993, p.583) افكاراً عديدة تم جمعها من مصادر متنوعة لإزالة المعوقات في طريقة التحصيل:

(١) على المعلم الا يقوم بإعطاء الطلاب محاضرات، أو محادثات حيوية يجادلون بجد اكثر، وقد اتضح ان لذلك تأثير مدمر على التحصيل.

(٢) إظهار المساندة والاحترام لجهود جميع الطلاب.

(٣) وضع المعايير الملائمة وفرص التعليم، والإرشاد لمساعدة الطلاب على مواجهتها.

(٤) تشجيع التعاون المشترك بدلاً من المنافسة في الصف.

ومن الاحتياجات العقلية – المعرفية العامة للمتفوقين والموهوبين ما يلي :

(١) الحاجة إلى الاستطلاع، والاستكشاف، والتجريب.

(٢) الحاجة إلى اكتساب مهارات التعلم الذاتي، والدراسة المستقلة، واستثمار مصادر التعلم و المعرفة.

(٣) الحاجة إلى التعمق المعرفي و المهاري في مجال الموهبة والتفوق.

(٤) الحاجة إلى تعلم أساليب البحث العلمي، ومهارات حل المشكلات، وإجراء المشروعات البحثية، وأسس إجراء التجارب والبحوث العلمية وضبطها.

(٥) الحاجة إلى برامج و مناهج تعليمية خاصة أكثر اتساعًا وعمقًا، وأنشطة وطرق تدريسية متنوعة وغير تقليدية متحدية لاستعداداتهم، وملائمة لأساليبهم الخاصة في التفكير و التعلم.

(٦) الحاجة إلى معلمين مستنيرين، ومتسامحين، ويستمتعون بالعمل مع المتفوقين والموهوبين، و يتفهمون احتياجاتهم الخاصة، ويرحبون بالمغايرة والاختلاف والاستجابات غير المألوفة.

(٧) الحاجة إلى مواجهة المشكلات الدراسية، وتعلم مهارات الاستذكار الجيد، وإدارة الوقت و حسن استثماره.

(٨) الحاجة إلى التوجيه والمساعدة في تحديد الأهداف والاختيارات التربوية والمهنية الملائمة بما يضمن أفضل توظيف واستثمار ممكن لطاقاتهم واستعداداتهم من ناحية، ويسهم في تبديد شعورهم بالحيرة والتردد إزاء علمية الاختيار الدراسي والمهني نظرًا لكثرة الاهتمامات، والفرص، والخيارات الممكنة من ناحية أخرى.

ويرى جروان (٢٠٠٨) أن الطلاب الموهوبين بحاجة إلى برامج تربوية وخدمات متمايزة عن البرامج والخدمات التقليدية المتوافرة في المدارس العامة، مستندًا في ذلك على مجموعة من المبررات لفلسفة إنشاء برامج خاصة لتربية وتعليم الموهوبين، من أهمها:

أولاً: قصور مناهج التعليم العام: تتصف مناهج التعليم المدرسي العام بطبيعتها بأنها جماعية التوجه نظرًا لمحدودية الوقت المخصص لكل مادة دراسية، وطول المنهاج المقرر لها،

والأعداد الكبيرة للطلبة في معظم الصفوف الدراسية. ويبدو انه لا خيار للمعلم من الناحية العملية سوى التركيز على الأغلبية التي تقع عادة حول الوسط. وربما يوجه المعلم اهتمامًا اكبر لأولئك الذين يتميزون بقدرات دون الوسط، أما اللامعون من الطلبة فلا حظ لهم إلا الانشغال بمهمات ومسائل إضافية من المستوى نفسه الذي يعطى للأغلبية في احسن الأحوال. وقد اثبتت الدراسات أن الطلبة الموهوبين والمتفوقين يحتاجون إلى رعاية تربوية متمايزة إضافة لما يقدم عادة في برامج المدرسة العادية.

ثانيًا: التربية الخاصة حق للطفل الموهوب والمتفوق: ينتمي الأطفال الموهوبون والمتفوقون إلى مجتمع ذوي الاحتياجات الخاصة، ولذلك فهم بحاجة إلى رعاية خاصة ومن حقهم أن يحصلوا على فرص متكافئة كغيرهم من ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية مثل بطيئي التعلم وذوي الإعاقة الفكرية.

أما الزعم بأن الطفل الموهوب والمتفوق لا يحتاج مساعدة ويستطيع النجاح بالاعتماد على نفسه فقد أثبتت الدراسات عدم صحته بعد أن تبين وجود نسبة لا بأس بها من الموهوبين والمتفوقين بين المتسربين من المدارس قبل إكمال دراساتهم. وتزداد أهمية التربية الخاصة بالنسبة لأطفال الطبقات المتوسطة والفقيرة ممن لا تتوفر في بيوتهم مكتبات أو أدوات موسيقى أو حواسيب أو غيرها من المثيرات التربوية.

ثالثًا: رفاه المجتمع وتنميته: يمثل الأطفال الموهوبون والمتفوقون ثروة وطنية في غاية الأهمية ومن الواجب أن لا يتم تبديدها بالإهمال وانعدام الرعاية. كما أن وقوف المجتمع في وجه التحديات التي تفرضها طبيعة العصر يعتمد بدرجة كبيرة على مدى الرعاية التي تقدم لهذه الفئة وتوفير الفرص التربوية المناسبة التي يمكن أن تساعد كل طفل في الوصول إلى اقصى طاقاته. ولا يخفى على أحد أن الصراع الحالي والمستقبلي بين دول العالم محكوم بقدراتها في المجالات العلمية والتقنية والاقتصادية والعسكرية، ولا شك أن العقول يمكن أن تلعب دورًا بارزًا في تحقيق إنجازات وطنية على هذه الصعد. ومن خلال هذا الدور يسهم الموهوبون والمتفوقون في رفاه المجتمع وتنميته وضمان أمنه ومستقبله.

رابعًا: تكافؤ الفرص: تبرز المجتمعات الديمقراطية في دساتيرها وقوانينها ونظمها السياسية والاقتصادية والتربوية مبادئ المساواة والعدالة وتكافؤ الفرص وتحرص على تطبيقها بين أفرادها. وليس هناك خلاف على أن هذه المبادئ تمثل قيمًا اجتماعية سامية. ولكن المشكلة تكمن أساسًا في حالة الخلط بين مفهوم المساواة ومفهوم تكافؤ الفرص من ناحية وفي التطبيق من ناحية أخرى. إن تطبيق مبدأ تكافؤ الفرص في المدرسة يعني أن تهيأ الظروف الملائمة لكل طالب كي يتقدم بأقصى طاقته وأن يحقق ذاته، وهذا هو ما يطمح إليه المدافعون عن حق الطفل الموهوب والمتفوق في الحصول على برنامج تربوي يلبي احتياجاته ويتحدى قدراته.

خامسًا: النمو المتوازن للطفل الموهوب: يتعرض بعض الأطفال الموهوبين والمتفوقين لمشكلات تكيفية مع محيطهم من جراء التفاوت في مستويات نموهم الحركي والعقلي والانفعالي. وقد وصفت الباحثة هولينغويرث المشكلات التي يعاني منها الأطفال الموهوبون والمتفوقون، ولا سيما أولئك الذين يتمتعون بمستويات ذكاء مرتفعة، وأوضحت أن الاختلالات الكبيرة بين مستوى النمو العقلي ومستوى النمو الانفعالي للطفل يؤدي في معظم الحالات إلى معاناة في الجوانب العاطفية والاجتماعية. وقد سبق أن أشرنا إلى الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين وما يمكن أن يترتب عليها من مشكلات تكيفية لا تقتصر على المستوى الانفعالي فحسب بل قد تمتد لتشمل المستوى المعرفي كما يعكسه التحصيل المدرسي.

إن العزلة والانطوائية وعدم تقبل الروتين ونقد الذات ونقد الآخرين بقسوة، والنزعة للكمال والهروب من مواجهة المواقف أحيانًا وتدني التحصيل المدرسي ليست سوى أمثلة محدودة لبعض المشكلات التي قد يتعرض لها بعض الطلبة من الموهوبين والمتفوقين. ومن الطبيعي أن يكون التدخل المبرمج من قبل المعلمين والمرشدين وسيلة فعالة لوقاية هؤلاء الطلبة وإنقاذهم من المعاناة والمضاعفات التي قد تترتب على استمرارها (جروان، ٢٠٠٨).

الطالب مع الطلبة الآخرين ويُطلب منه أن يتخذ القرار المناسب سواء أكان فيما يتعلق بالعمل، أم بالمجموعة التي يعمل معها. كما أن مهارات اتخاذ القرار تساعد الطالب على التعامل بفاعلية مع الضغوط التي يمكن أن يتعرض لها من قبل زملائه، أو الطلبة الآخرين، وهذه المهارات يحتاجها المرشد التربوي عند استماعه لوجهات نظر الطلبة ومحاورتهم للتعرف على المشكلات التي يواجهونها فيتعلمون منه كيفية تحديد المشكلة ووضع الفروض لحلها، ومن ثم مساعدتهم لاتخاذ القرارات الصحيحة اللازمة لحل المشكلة.

(٨) مهارة الاستماع:

من المهم أن يكون المرشد التربوي مستمعًا جيدًا لطلابه، يتعرف على آرائهم، وأفكارهم، ومقترحاتهم، والمشكلات التي يواجهونها، الأمر الذي يعزز ثقتهم بأنفسهم ويقوي العلاقة بين المرشد وبينهم ويمكنه من مد يد العون لهم.

(٩) مهارة الإرشاد الجمعي:

وهذه المهارة تختص بالتعامل مع مجموعة من الطلبة يشتركون في مسألة ما؛ مثل: الجهل بالنظام، والتأخر الدراسي، والغياب، وتدني المعدل التراكمي، ونريد التعامل مع ذلك بشكل جمعي اختصارًا للوقت وتحقيقًا لأهداف أخرى؛ منها إشراك الطلبة في حل مشكلاتهم، والوصول للنتائج واتخاذ القرارات الصحيحة والمناسبة، وطريقة ذلك هو جمعهم وتقسيمهم إلى مجموعات بحيث يتعرفون على المشكلة، ويتحاورون في أسبابها، وما يترتب عليها ثم يضعون الحلول للتعامل معها، ويتخذون القرارات المناسبة لعلاجها.

ومن المهارات المهنية لأعمال المرشد اليومية، ما يلي:

(١) الإقناع والتأثير.

(٢) إدارة الحوار الإرشادي.

(٣) بناء الألفة مع الطلاب.

(٤) تعديل السلوك السلبي.

(٥) تدعيم السلوك الايجابي.

(٦) مهارة ضبط الانفعالات.

(٧) التعامل مع الحاسب الآلي.

(٨) التقويم والمتابعة الدقيقة.

(٩) مهارة إدارة العملية الإرشادية.

(١٠) مهارة فنيات الإرشاد الجماعي.

(١١) صياغة وتوجيه الأسئلة المطروحة.

(١٢) تشخيص الحالة ومعرفة مسبباتها.

(١٣) مواجهة الأفكار والسلوكيات الخاطئة.

(١٤) مهارة إعداد خطة إرشادية وتحقيق أهدافها.

(١٥) التوثيق والتسجيل المفيد وتحليل محتوياته.

(١٦) تصحيح الأفكار الخاطئة لدى بعض الطلاب.

(١٧) الملاحظة لأحوال الطلبة وسلوكهم وتفاعلهم.

(١٨) مهارة تخليص الطالب من المقاومة وعدم التعاون.

(١٩) الإنصات الواعي والاستماع الفاعل لأحاديث الطلاب.

(٢٠) مهارة صياغة برنامج إرشادي وتنفيذه التنفيذ الصحيح.

❁ سمات المرشد الأكاديمي

ينبغي أن يتسم المرشد التربوي بسمات وخصائص منها:

(١) الإخلاص: والإخلاص في عمل المرشد يستوجب أن يقبل عمله ومهنته برغبة ورضاء، وحب في مساعدة الآخرين.

(٢) الأصالة والتطابق: وتعني انسجام سلوكيات المرشد وتصرفاته، وأفعاله مع أقواله.

(٣) الأمانة: ويقتضي معني الأمانة أن يقدم المرشد للطلبة المعلومات الدقيقة الصادقة لكل المواقف التي يحتاج فيها إلى هذه المعلومات، لتخطي العقبات التي تواجهه.

(٤) الرفق: بمعني أن يكون المرشد قادرًا على قيادة العملية الإرشادية في سلاسة تجعل الطالب يدرك أن المرشد يسهي لمصلحته.

(٥) العلم: حيث يكون المرشد ملمًا ومدربًا تدريبًا دقيقًا في مجالات معرفية معينة؛ مثل: علم النفس، والاجتماع وغيرهما ليستطيع من خلالها فهم الطالب، وحاجاته، وأهدافه.

(٦) الوعي بالذات: وهي المعرفة الدقيقة لذاته ومواطن القصور والقوة في أفكاره ومشاعره واتجاهاته، وأن يدرك في الموقف الإرشادي ما إذا كانت تصرفاته سلبية، أو ايجابية تجاه الطالب.

(٧) الكفاءة الذهنية: بأن يكون لدى المرشد معلومات غزيرة تمكنه من البحث، والاطلاع، والاستقصاء، وتمحيص الأشياء، فضلاً عن إلمامه بمراحل نمو الطالب، وشخصيته، ولديه الطاقة والدافعية لجمع المعلومات اللازمة من مصادر متنوعة.

(٨) المرونة: وهي تمتع المرشد بانتهاج أساليب وطرق متنوعة تناسب الطلبة على اختلاف مشكلاتهم.

(٩) المساندة: وتعني أن يشعر الطالب أن مرشده يفهمه ويحترمه، ويتطلع إلى أن يراه يتخذ وجهة مناسبة في الحياة.

(١٠) القدرة على التأثير: أن يكون المرشد قادرًا على توجيه العمل الإرشادي في الاتجاه الصحيح الذي يحقق أهداف الإرشاد.

❁ مستويات تقديم الخدمة الإرشادية الأكاديمية بالمدرسة

يرى بيترسون ونيسنهولز (Peterson and Nisenholz, 1995) فيما اورد أبو عباة ونيازي (٢٠٠١، ص ٢٠٥) أن هناك أسلوبين أساسين من أساليب التدخل التي يقوم بها المرشد الطلابي هما:

(أ) الخدمات المباشرة:

تشمل خدمات الإرشاد الطلابي الجماعي، والأسري، والتوجيه النفسي التعليمي، وتهدف هذه الخدمات إلى تعزيز النمو الشخصي، والاجتماعي للطالب، وتحسين مستوى نموه العلمي والمهني. ومن القضايا والمشكلات التي يتعامل معها المرشد في هذا المستوى اتجاهات الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين وسلوكياتهم، والعلاقات مع الزملاء، ومهارات التعلم، والمشكلات الأسرية كالعنف والطلاق، وموت أحد أفراد الأسرة، حيث يقوم المرشد باستخدام طرائق عدة للتعامل مع هذه الموضوعات والمشكلات ومساعدة الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين على التغلب عليها وتجاوزها.

(ب) الخدمات غير المباشرة:

تشمل على تقديم الاستشارة، والتنسيق؛ فتقديم الاستشارة يتطلب التعامل مع المعلمين والعاملين في المدرسة والوالدين بهدف مساعدتهم على تحسين أسلوب تفاعلهم مع الطلبة، ويستخدم المرشد أساليب تدخل مختلفة لتقديم الاستشارة منها: المؤتمرات الطلابية، وحلقات النقاش، وورش العمل، التي تستهدف إكساب الطلبة ذوي الإعاقة والموهوبين مهارات محددة تساعدهم في التعامل مع مشكلات معينة.

❁ خطوات وإجراءات الإرشاد الأكاديمي

لكي تحقق العملية الإرشادية أهدافها وغاياتها بشكل فاعل، فإنها يجب أن تسير وفق خطوات وإجراءات محددة، بحيث تشتمل هذه الخطوات على ثلاث عمليات متداخلة متسلسلة ورئيسه وهي:

(١) مرحلة الأعداد والتهيئة:

وهي مرحلة الدراسة التي تستهدف البدء في العملية الإرشادية، وتشتمل على تهيئة مكان الإرشاد، وبناء العلاقة الإرشادية الدافئة، واكتشاف مشكلة المسترشد، وتحديد أهداف الإرشاد، وعملية جمع المعلومات والبيانات عن المسترشد وتفسيرها.

(٢) مرحلة التشخيص:

تشمل تحديد العوامل المسؤولة عن وجود المشكلة، وكيفية تفاعل الأسباب المختلفة ومعرفة مدى تطورها، ومدى مساهمتها في وجود المشكلة واستمرارها.

(٣) مرحلة تنفيذ الإجراء الإرشادي:

تشمل تحديد أساليب الإرشاد و العلاج المناسب للحالة، و تطبيقها فعليًا، ثم المتابعة و التقييم، لمعرفة انتقال أثر الإرشاد و استمراره بعد انتهاء العلاقة الإرشادية (السفاسفة، ٢٠٠٣).

❁ العوامل التى تساعد على نجاح الإرشاد الأكاديمى

هناك العديد من العوامل التي تساعد على نجاح الإرشاد الأكاديمي، ومن بينها العوامل التالية:

(١) أن يتولى المعلمون والمرشدون ومديرو المدارس إعداد قوائم بالمشكلات التي تواجه الطلبة ووضع الخطط اللازمة للمساعدة على حلها.

(٢) أن يؤمن مديرو المدارس ببرنامج التوجيه ويخلقوا الشعور في نفوس المعلمين والمرشدين بأن لهم مطلق الحرية في مناقشة أية مشكلة من مشكلات الطلبة.

(٣) تدريب القائمين على برنامج التوجيه المدرسي.

(٤) توفير الإمكانيات والمواد اللازمة.

(٥) التعاون بشكل جيد بين القائمين على التوجيه في المدرسة والمنزل والهيئات الأخرى في المجتمع.

(٦) استخدام المقاييس النفسية اللازمة وذلك للمساعدة على فهم الطلبة فهمًا كاملاً وتدريب المختصين على استخدام هذه المقاييس (المعايطة، و الجغيمان، ٢٠٠٩).

الإرشاد السلوكي

(تعديل السلوك)

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد أنواع المشكلات السلوكية؟

(٢) تكلم عن الأسس التي ينبغي إتباعها لعمل برنامج منظم ومتخصص لإدارة السلوك؟

(٣) ما المقصود بفنية الاقتصاد الرمزي؟

(٤) تتنوع أشكال التعزيز وضح ذلك؟

(٥) اذكر أسس التي تقوم عليها فنية النمذجة؟

(٦) حدد دور التشكيل في تعديل السلوك؟

(٧) كيف يمكن مشاركة الأقران في البرامج السلوكية ؟

(٨) ما أهم طرق التصدي لسلوك التنمر في الصف؟

(٩) تكلم عن أساليب تنمية المهارات الاجتماعية؟

الإرشاد السلوكي (تعديل السلوك) في التربية الخاصة

مقدمة

تظهر المشكلات السلوكية لدى الطلبة ذوي الإعاقات في جميع الأعمار ومختلف الصفوف الدراسية. وبعض الطلبة يحاول جذب الانتباه إليه فقط في الصف، وبعضهم الآخر يواجه صعوبة في وقت الفسحة، وحجرة تناول الغذاء، وفي طريقهم من وإلى المدرسة، وفي البيت، وفي الحي.

ووفقاً للاستطلاع القومي في مجلة أسبوع التعليم الذي أجرى عام ٢٠٠٣ م لمعلمي المدارس العامة اشار مكيب (McCabe, 2004) ان (٧٠ ٪) من المعلمين يرون أن المدارس ينبغي أن تركز على تعليم المهارات السلوكية، والانفعالية لمعظم طلاب التربية الخاصة.

وفي أحد الاستطلاعات القومية وجد أن الافتقار إلى النظام والانضباط هو ثاني أكبر مشكلة تواجه المدارس هذه الأيام. والمشكلة الوحيدة التي تعد ملزمة ومؤكدة هي الافتقار إلى الدعم المالي(Rose & Gallap, 2003).

والمشكلات السلوكية لدى الطلبة كثيراً ما تسهم في وضعهم في برامج التربية الخاصة. وعندما يعود الطلبة ذوي الإعاقة إلى صفوف الدمج فإن المعلمين في صفوف التعليم العام غالبًا ما يظهرون قلقهم أن مشكلات الطلبة السلوكية سوف تتداخل في العملية التعليمية داخل الصف. وعلاوة على ذلك فإن مثل هذه السلوكيات ربما تعوق التحصيل الأكاديمي للطلبة، وربما يكون لها تأثير سلبي على تقبل الآخرين لهم.

وهناك ثلاثة مؤشرات رئيسة للاضطرابات السلوكية، وبناء على ما ذكره نيلسون (Nelson, 1993, p.549)، قد يحكم على الطالب باضطرابات السلوك إذا:

(١) انحرف عن سلسلة سلوكيات عمر الطفل ونوعه، والتي يدركها البالغون على أنها طبيعية.

(٢) إذا حدثت بطريقة متكررة جدًا، أو بصورة مكثفة للغاية.

(٣) إذا حدثت على مدار فترة ممتدة من الوقت.

ويمكن استخدام هذه المؤشرات بواسطة معلم الصف وفريق التخطيط لدراسة حاجة الطالب لخدمات التربية الخاصة.

وهناك مؤشر آخر ذو أهمية وهو التحصيل الأكاديمي المتدني، حيث يعايش كثير من الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية صعوبة في مسايرة المتطلبات الأكاديمية للصف، وقد يقومون بالقراءة بدرجة ضعيفة جدًا، وقد يعانون من صعوبة في المواد الدراسية الأساسية، وفي حالات كثيرة يحدث تداخل بين هذه المجموعة من الطلبة والطلبة ذوي صعوبات التعلم، حيث يمكن أن تكون سلوكيات الصف غير الملائمة من جانبهم إما بسبب، أو نتيجة للأداء الأكاديمي الضعيف.

ومن السمات الأخرى المذكورة بصورة متكررة للطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية فرط النشاط، والاندفاعية، وعندما تحدث هذه السلوكيات معًا (أو في بعض التراكيب)، غالبًا ما يتم استخدام مسمى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط لوصف ما يعانيه الطالب من صعوبة الاستمرار في الانتباه للمهمة، وترتبط هذه السمات معًا بدرجة كبيرة، ومن المحتمل أن يعاني الطالب ذو النشاط الحركي المفرط من تشتت الانتباه واندفاعية أكبر، ولا ترتبط هذه الصفات بالطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية فقط ولكنها ترتبط أيضًا بمجموعات طلاب التربية الخاصة مثل: الطلبة ذوي صعوبات التعلم وذوي التخلف العقلي البسيط، وفي الواقع كشفت دراسة قدمها قسم التربية، الولايات المتحدة، ٢٠٠٢م، أن كل من شرود الذهن والاندفاعية اثنان من أكثر السلوكيات المشكلة بين الطلبة الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة.

وكما كان الحال مع معظم المشكلات التعليمية، لا يسهم التأمل في السبب المرضي بمعلومات مفيدة لمعلمي تخطيط البرامج التعليمية، ومع ذلك، يمكن أن يستفيد كثير من الطلبة ذوي اضطرابات النشاط الحركي المفرط وضعف الانتباه عندما يتلقون نمطًا ملائمًا

وجرعة علاج المثير النفسي مثل ديتالين، وديسكسيدرين، وسيليرت Ritalin, Dexedrine , Cylert وعلى الرغم من عدم قيام هذه الأدوية بتخفيف المشكلات الأكاديمية، أو المعاونة في تعلم السلوكيات الجديدة؛ إلا أنه اتضح أنها يمكن أن تساعد في تحسين السلوك وتسهيل التعلم من خلال جعل الطالب أكثر قبولاً للتعليم؛ فعندما يحصل الطالب على العلاج، نجد أنه سيكون أفضل إذا حصل الطبيب المعالج من معلمهم على معلومات تتعلق بكيفية تأثير العلاج على سلوك الطفل، وما إذا كانت هناك أي آثار جانبية واضحة في المدرسة، ولذلك فقد تعوق الجرعة غير الملائمة التعلم في الواقع.

ولا يمكن تكثيف مؤشرات كثيرة للاضطرابات السلوكية في قاعدة صعبة وسريعة تخبر المعلمين بوقت إحالة الطالب لمراعاتها من جانب خدمات التربية الخاصة، ولذلك قد تكون الخطوط العريضة الإرشادية للتعرف على الطالب مفيدة وهي: أولاً، كل الطلبة الذين يظهرون سلوك غير ملائم في وقت ما خلال المهام المدرسية. ومثل هذا السلوك يمكن اعتباره مشكلة محتملة فقط إذا تداخلت مع أداء الطالب الأكاديمي، أو علاقاته مع المعلمين، أو الأقران، أو مع أدائه في البرنامج التعليمي، ثانيًا، وتلك السلوكيات المقلقة يجب أن تحدث بشكل متصل على مدار فترة ممتدة من الوقت، وفي معظم الحالات حادثة واحدة لسلوك غير مقبول لا يعد كافيًا لجذب انتباه المعلم، ومع ذلك، إن كان السلوك محل الشك شديداً (كالسلوك الذي يؤدى إلى إصابة طالب آخر)؛ فحينئذ قد يكون الحدوث لمرة واحدة مبررًا للإحالة.

وتقترح قاعدة إرشادية أخرى أنه يجب أن نراعي طبيعة السلوك غير الملائم، وذلك لأنه سوف تختلف تصرفات الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية عما يتوقعه المعلمون من الطلبة العاديين، ويمكن أن يكمن هذا الاختلاف في تكرار السلوك غير الملائم، فقد لا يتحدث هؤلاء الطلبة مرة، أو مرتين في الفترة الواحدة بل مرة، أو مرتين في الدقيقة، وقد يكون لديهم ردود فعل أكثر شدة، فقد يصبح الطالب أكثر انزعاجًا للغاية في حدث يعالجه معظم الطلبة ببساطة، أو قد تكون مدة السلوكيات أطول قبولاً من الهدوء بسرعة بعد الاختلاف (الشجار)، وقد يظل الطالب منزعجًا طوال اليوم الدراسي.

وبالإضافة إلى ما تقدم، تظهر العديد من المؤشرات الأخرى للاضطرابات السلوكية بطريقة منتظمة في الأدبيات المتخصصة، وتتضمن هذه المؤشرات أوصافًا مثل وصف الطالب بأنه: غير مطيع، ومنحرف، ويسعى لجذب الانتباه، وقلق، وجبان، ومشغول البال، وسلبي.

وعلى الرغم من أن تلك المصطلحات تفترض أن سلوكيات الطالب التي تعد مصدر قلق المعلم؛ إلا أنها ذات قيمة محدودة لأنها غير موضوعية، ويمكن تفسيرها بطرق مختلفة، وقبل حدوث تواصل واضح، هناك حاجة لتعريف حذر لتلك المصطلحات، فقد يكون ما يعده معلم ما نشاطًا مفرطًا، قد يعده معلم آخر امرًا متقبلاً كمحاولة لجذب الانتباه ، ومن المهم أيضًا النظر إلى أسباب سلوكيات الطالب التي تقترح هذه المسميات، فقد يكون الطالب السلبي قد أصابه تعب، وقد يكون الطالب الذي يوصف بالقلق والإثارة مهتمًا بمرض فرد من أفراد الأسرة.

ولذلك نجد لدى العديد من الأخصائيين وجهات نظر متنوعة فيما يشكل السلوك العادي والسلوك المضطرب، وتؤثر هذه التوقعات السلوكية بدورها على قرارات المعلم المتعلقة بأي الطلبة الذي تنبغي إحالته لخدمات التربية الخاصة، ويفضل المعلم الصفوف الهادئة والمنتظمة، والتي يظل فيها الطلبة جلوسًا على مقاعدهم، وقد يلاحظ الطالب النشط على أنه مشكلة، ومع ذلك قد يكون هذا الطالب مناسبًا في الصفوف التي يتم فيها تشجيع النشاط والحركة وتفاعل الطالب بواسطة المعلم، وينبغي أن يجرب المعلم قبل البدء في الإحالة كل التدخلات الممكنة في صف التعليم العام، وغالبًا ما يتم إنجاز ذلك بمساعدة مستشار التربية الخاصة.

❁ المشكلات السلوكية •

هناك نوعان من المشكلات السلوكية التي يهتم بهما الأخصائي النفسي، والمعلم هما: السلوك الصفي المدرسي غير الملائم، وضعف المهارات الدراسية؛ فالسلوكيات التي تتداخل مع

التعلم في الصف تعوق التفاعل الاجتماعي مع المعلم والأقران، أو تجعل هؤلاء الأقران معرضين للخطر بسبب المشكلات السلوكية في الصف.

والسلوكيات غير الملائمة في الصف؛ منها: التحدث بصوت مرتفع، والتشاجر، وترك المقعد، وكثرة القسم (الحلف)، والإحجام عن التفاعل مع الآخرين، كما تشمل السلوكيات الإنسحابية والسلوكيات التي تتسم بعدم النضج.

أما السلوكيات التي تتداخل مع الأداء الأكاديمي للطلبة ، أو قدرة المعلم على تقييم التقدم الأكاديمي فإنها تعرف بمشكلات مهارات الدراسة. والمشكلات الخاصة بالمهارات الدراسية؛ مثل: الفشل في استكمال الواجب، وضعف الانتباه أثناء الشرح، أو المناقشة، والفشل في إتباع التعليمات، وضعف إدارة وقت الدراسة والمذاكرة.

والمشكلات السلوكية تظهر في واحدة من ثلاث أشكال هي:

الأولى: انخفاض معدل السلوكيات الملائمة: يظهر الطالب سلوكيات ملائمة، ولكن بشكل أقل مما هو متوقع، أو مطلوب؛ فعلى سبيل المثال ربما يكون الطالب قادراً على استكمال واجباته المنزلية ولكنه لا يفعل ذلك إلا مرات قليلة (من ١٠ – ٢٠ ٪ طوال الوقت). كما أن الطلبة ربما يتصرفون بشكل ملائم في مكان دون آخر؛ فالطالب قد يؤدى بشكل جيد في غرفة المصادر، ولكنه يجد صعوبة في الأداء في مجموعة صغيرة في صف التعليم العام، ولخفض تلك المشكلات يقوم المعلم بإعداد برنامج منظم لزيادة حدوث السلوكيات الملائمة ومساعدة الطلبة على تعميم سلوكياتهم من موقف لآخر.

الثانية: ارتفاع معدل السلوكيات غير الملائمة: إن السلوكيات غير الملائمة والمرهقة للمعلمين تحدث كثيراً ولفترات زمنية طويلة. فعلى سبيل المثال تجد الطلبة يتركون المقعد من(٣٠ – ٤٠) مرة في اليوم، كما تجد الطلبة يتحدثون بين (٥٠ – ٦٠ ٪) من وقت المحاضرة، أو الحصة، كما يستخدم هؤلاء الطلبة الكلام بطريقة غير ملائمة من (٥ – ١٠) مرات في كل حصة. وللتغلب على تلك السلوكيات غير الملائمة الكثيرة التكرار يقوم المعلمون بمحاولة خفض عدد مرات، أو مدة السلوك غير المرغوب من خلال زيادة

السلوكيات الملائمة. فعلى سبيل المثال ولكي يتم خفض الجري في الصف المدرسي يمكن للمعلم أن يعمل على زيادة تكرار سلوك المشي.

الثالثة: غياب السلوك الملائم من حصيلة الطالب، إن الطلبة قد لا يتعلمون السلوك الملائم للتفاعل الاجتماعي، أو الأداء في الصف. العمر والمستوى الصفي للطالب لا يعد مؤشر دقيق للكفاءة السلوكية؛ ولذا فإنه من الضروري أن نقوم بدراسة كل طالب كحالة فردية؛ فعلى سبيل المثال ربما لا يعرف طلاب الصف السادس كيف يبدأون الحوار، أو كيف ينظمون وقتهم لاستكمال الواجبات؛ ولذا فإن المعلم الفاعل لكي يعالج تلك المشكلات يقوم بشكل مباشر بتعليم الطالب السلوك الجديد (مهارات الحوار، أو إدارة الوقت) ويوفر للطالب تعليمات حول متى، وكيف يحدث السلوك، ويقوم بعناية ببناء فرص تدريبية داخل التسلسل التدريسي (Cullinan , 2002; Emmer, 1981; Olson & Platt, 1996)

إن المشكلات السلوكية لا تظهر بمفردها؛ فالطريقة التي من خلالها يتم تنظيم بيئة التعلم المدرسية وأفعال الآخرين من الممكن أن تعزز وتبدأ، أو تشجع السلوكيات غير الملائمة على الظهور. فإذا أردنا فهم وإدارة المشكلات السلوكية في الصف لا نركز فقط على سلوك الطالب المستهدف، ولكن يجب أن نركز أيضًا على سلوك كل من المعلم والأقران؛ فعلى سبيل المثال عندما يقوم المعلم بالتعليق بشكل حاد على الطالب فإن ذلك قد يجعل الطالب يرد لفظيًا عليه. كما أن الطلبة الذين يضحكون على أقرانهم كما يضحكون على المهرجين قد يكونون سببًا ايضًا في إثارة هذه السلوكيات لدى هؤلاء الطلبة. ويظهر الطلبة السلوكيات غير الملائمة عندما لا يتعلمون الاستجابات الصحيحة، أو عندما يجدون أن التصرف غير الملائم يتم تعزيزه بشكل أكبر من الأداء الملائم. ومثل هذه المشكلات السلوكية يمكن تعديلها بتعلم سلوكيات جديدة. ووفقًا لإحدى وجهات النظر فإن المشكلات السلوكية تنتمي للمعلم لا إلى الطالب. وهذه الرؤية تلمح إلى أن الطلبة لا يفشلون بل إن الذي يفشل هو المعلم في عدم قدرته على تنمية السلوكيات المقبولة لدى هؤلاء الطلبة.

❁ أسس إدارة السلوك

ينبغي على الأخصائي النفسي قبل اختيار أحد التدخلات (أو تقييم تدخل بديل) أن يضع في اعتباره الإجابة عن كل سؤال من الأسئلة التالية بعناية:

(١) هل يمكن تنفيذ التدخل في الصف؟ وإن كان ذلك ممكنا، هل سيكون التدخل بشكل ظاهر؟ خذ في الاعتبار نوع المشكلة (مثل: التأخر مقابل تعاطي العقاقير)، وعمر الطلبة الذين تم دمجهم، والموارد داخل الصف، (مثل: وجود المساعدة، وخبرة وتدريب المعلم)، والعوامل التي تؤدي إلى حدوث، أو استمرار السلوك (مثل انتباه المعلم، أو الأقران، الموقف التعليمي مقابل العزلة)، بناء الصف.

(٢) هل يمكن تطبيق التدخل بطريقة متناسقة؟ وإذا لم يكن ذلك ممكنا ينبغي اختيار استراتيجية أخرى.

(٣) كيف سيتم جمع البيانات لتقييم تقدم الطالب؟ هل يمكن إجراء ذلك بطريقة منتظمة؟.

(٤) هل يمتلك الطالب المهارات المشروطة مسبقا والضرورية لتعلم السلوك الملائم، وإن لم توجد لديه هذه المهارات، فأي المهارات التي يجب تعلمها؟.

(٥) هل توجد سلوكيات خطيرة تتطلب الاستبعاد، أو العلاج العاجل؟ وإذا لم توجد، فأي أنماط التدخل التي تعد أكثر ايجابية وأقل إقحامًا؟.

(٦) ما هي المعززات المهمة للطلبة الذين تم تصميم البرامج لهم؟ هل من الممكن استخدام هذه المعززات مع البرنامج؟.

(٧) ما هي الموارد الضرورية؟ وهل يتطلب التدخل وقتا من المعلم؟ هل يتطلب وقتًا للمساعدة؟، أو معززات؟ هل هذه الموارد متاحة؟.

(٨) ما هي العوامل الأخرى التي يجب أخذها في الحسبان؟ فهل يجب على مثلا إجراء تغيير للترتيب المادي للصف؟ وهل تجب إعادة استخدام، أو تدريب المعلمين من الأقران؟.

(٩) ما هي المعايير والشواهد التي سيتم استخدامها لتحديد نجاح، أو فشل البرنامج؟ وما هي التدخلات البديلة التي يمكن استخدامها إذا فشل البرنامج الأصلي؟.

إن الطلبة الذين يظهرون سلوكيات غير ملائمة، في حاجة إلى الاهتمام بإدارة صفوفهم المدرسية بشكل منسق ومنظم، وذلك عن طريق التدخل للحد من مشكلاتهم السلوكية وعلاجها؛ ولذلك ينبغي أن تتسم الإدارة المدرسية بالمرونة الكافية للسماح للتعامل بشكل فردي مع مشكلات الطلبة.

وإدارة السلوك تتبع العديد من الأسس المستخدمة في التدريس الأكاديمي الذي تم تكييفه؛ فيقوم المعلمون بكل دقة بما يلي: تحديد الأهداف، وتقسيم السلوك المستهدف إلى مكونات فرعية يمكن تعلمها، واستخدام إجراءات إدارة منظمة، وجمع البيانات لمراقبة تقدم الطالب. وإذا كان التعليم يركز في الأساس ويتعامل مع المهارات الأكاديمية فإن الإدارة السلوكية تهتم بالسلوك الصفي ومهارات الدراسة وفي كليهما يقوم المعلم بتنظيم بيئة الصف لتغيير سلوك الطالب.

وفيما يلي نعرض الأسس التي ينبغي إتباعها لعمل برنامج منظم ومتخصص لإدارة السلوك:

(١) تذكر أن السلوك متعلم:

إن المشكلات السلوكية هي سلوكيات متعلمة تطورت من خبرات الطالب السابقة، وفي بعض الأحيان يطلق عليها السلوكيات الفاعلة؛ لأنها تحدث في ظل تحكم إرادي من الفرد. ونظرًا لأن السلوك متعلم فإن الطلبة يمكنهم اكتساب طرق جديدة للأداء. والسلوكيات الجديدة من الممكن أن تحل محل السلوكيات الأخرى غير المرغوبة، أو تكملها. ويتم تعلم السلوكيات الجديدة بمعدلات تختلف باختلاف الطالب، كما أن الإجراءات التدريسية تؤثر على كل فرد بشكل مختلف، وهذه الفردية لها أهمية كبيرة للطلبة ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وقت وممارسة إضافيين. إنهم قادرون على اكتساب السلوكيات الجديدة، ولكنهم يحتاجون إلى برنامج إدارة أكثر تنظيمًا من أقرانهم غير ذوي الإعاقة.

(٣) مراعاة مقدمات ونتائج السلوك:

كما أشرنا من قبل فإن السلوكيات لا تظهر بمعزل؛ فحدوث السلوك يتأثر بالأحداث التي تسبقه والنتائج التي تتبعه. فالمقدمات والنتائج كلاهما مهم في إدارة السلوك. وهكذا يمكن تعلم مهارات جديدة، وتعديل السلوكيات الحالية من خلال إحداث تغيير في المقدمات، أو النتائج، أو معالجة نتائج تلك السلوكيات. وكقاعدة عامة إذا كانت المقدمات تؤثر على السلوك؛ فينبغي على المعلم تغيير واستبدال تلك المقدمات، وبعد ذلك تتغير النتائج. فعلى سبيل المثال إذا كان الطالب يفشل في إتباع التوجيهات والتعليمات فإن أول خطوة هي تغيير التوجيهات فبدلاً من أن نقول للطالب: "ارجع واجلس في مكانك" يمكن أن نقول له: "من فضلك هل من الممكن أن تجلس في مقعدك"، وربما يؤدي هذا إلى إنتاج السلوك المرغوب فيه. ومن الممكن تعديل المقدمات والنتائج في نفس الوقت. فكما أشار ووكر Walker (1995, p.59) إلى أن المعالجة التلقائية للمقدمات والنتائج هي الطريقة الأكثر فاعلية لتغيير السلوك. فيمكن للمعلم على سبيل المثال أن يقوم بتعريف قواعد الصف المدرسي بدقة وبعد ذلك يسمح للطلبة بإتباعها في وقت كاف.

(٣) تقليل مشكلات إدارة السلوك مع التنظيم الدقيق للصف:

إن التنظيم المادي للصف، وإجراءات الحركة داخله، وجودة البرنامج التعليمي جميعها يؤدي دورًا مهمًا في تحديد تكرار المشكلات السلوكية. والتنظيم الدقيق للمكان والفراغ المادي في الصف، وجلوس الطلبة، وتخزين المواد التعليمية، والإشارات للطلبة من الممكن أن يقلل بشكل كبير من أنشطة التدريس وحدوث المشكلات السلوكية. والإجراءات التدريسية الملائمة وإجراءات الصف الانسيابية هي الأخرى تقلل من المشكلات السلوكية.

(٤) زيادة حدوث السلوك من خلال التعزيز:

إن السلوكيات التي تتبع بالتعزيز تكون أكثر احتمالاً للتكرار والحدوث؛ فالطفل الذي يحصل على المدح من معلمه عندما يرفع يده للتحدث في الصف سوف يجعله أكثر

استخدامًا لهذا السلوك في المرة القادمة عندما يريد أن يشارك المعلم. وهذا مثال على التعزيز الايجابي؛ فالسلوك الذي يتبع بحدث سار، أو ايجابي يجعل السلوك أكثر تكرارًا. وهذا إجراء بنائي يساعد الأطفال على الشعور بأنهم افضل. والمعززات الايجابية؛ مثل: المدح، والامتيازات الخاصة، والملاحظات الايجابية للطفل والوالدين، وصرف الأطفال مبكرًا إلى المطعم لتناول الغذاء، والمكافآت الخاصة، والتعزيز الايجابي أداة قوية لإدارة وتغيير السلوك.

وعلى الرغم من أننا لا نؤيد المعززات السلبية فإنها من الممكن أن تزيد من احتمال تكرار السلوك. وفي التعزيز السلبي يتبع السلوك بإزالة حدث منفر، أو عقابي، أو غير سار. فالطفل الذي يستكمل واجباته ويقل عقاب الوالدين والمعلم له يكون معززًا سلبيًا بمعنى أن السلوك المرغوب وهو استكمال الواجب قد اتبع بإزالة حدث منفر هو عقاب المعلم، أو الوالدين وبالتالي يظهر السلوك كثيرًا في المستقبل. والطفل الذي يتوقف عن الكلام مع اقرانه في الصف ويبدأ العمل لإيقاف العبوس من وجه المعلم يكون معززًا سلبيًا. والتعزيز السلبي لا ينبغي أن يتداخل مع العقاب؛ فالمعززات السلبية تزيد من حدوث السلوك من خلال إزالة شيء منفر. ومن ناحية اخرى ونظرًا لأنها طريقة سلبية فإن التعزيز السلبي ربما يؤدي إلى إنتاج سلوك الإحجام والتجنب والهروب، أو السلوك العدواني لدى الطفل (Zirpoli & Melloy , 2001) .

كما إن التعزيز (reinforcement) يكون أكثر فاعلية عندما يرتبط المعزز بشكل واضح بسلوك محدد ويتم تقديمه بعد السلوك مباشرة. وتأثير تعزيز الطالب بالمدح المباشر والفوري على دخول الصف في الوقت المحدد يكون أعظم تأثيرًا من مدح الطالب على هذا السلوك في نهاية اليوم الدراسي. فالتعزيز ينبغي أن يكون مباشرًا ومنظمًا وواقعيًا وله اهمية للأطفال حتى يكون فاعلاً.

(٥) تقليل حدوث السلوكيات من خلال إزالة المعززات، أو تقديم أحداث منفرة:

تنخفض قوة السلوك بعدما تتبع بحدث منفر، أو يقف عندما يتبع بمعزز. إن الطالب الذي لا يضحك اقرانه عندما يتلفظ بكلمات غير مقبولة فهذا سوف يقلل من هذا السلوك بشكل عام. والبطء، أو التأخر سوف يقل إذا فقد الطالب أحد الامتيازات في كل دقيقة يتأخر فيها، وتفس الشيء بالنسبة للطالب الذي تحرمه أُسرته من استخدام سيارة الأسرة لأنه جاء إلى البيت متأخرًا.

أما الانطفاء (Extinction) فهو إزالة المعززات التي كانت تتبع السلوك من قبل. فإذا كان الهدف هو تقليل السلوك غير الملائم الذي تم تعزيزه في السابق يتم سحب المعزز؛ فعلى سبيل المثال يريد المعلم تقليل عدد المرات التي يتحدث فيها الطالب في الصف خارج موضوع الدرس فإذا قام المعلم بتعزيز استجابات الطالب الذي لا يلتزم بدوره بالانتباه إليه فإن هذا التعزيز الايجابي يجب سحبه، وينبغي على المعلم تجاهل تعليقات هذا الطالب حتى يرفع يديه. وعلى الرغم من أن إجراءات الانطفاء سوف تحد من، أو تقلل السلوك فإن استخدامها محبط إلى حد ما؛ فالمعلم قد يكون غير قادر على تحديد، أو ضبط جميع معززات الصف. وإضافة إلى ذلك فإن تأثير إجراءات الانطفاء لا تتم عادة بشكل فوري ومباشر. والسلوك غير المرغوب للطالب قد يزداد قبل أن ينخفض؛ فعلى سبيل المثال نوبات الغضب الشديدة طالب ما قد تزداد حتى يجذب انتباه المعلم لتعديل تلك السلوكيات إلى سلوكيات ملائمة.

وبعض السلوكيات غير الملائمة ينبغي تجاهلها؛ مثل: التحدث بصوت مرتفع بين الحين والحين، أو الصوت الخافت. والسلوكيات التي تقع ضمن تلك الفئة هي:

(١) السلوكيات قصيرة الأمد التي لا تنتشر ولا تستمر.

(٢) الانحرافات البسيطة عن قواعد الصف المدرسي.

(٣) السلوكيات التي إذا استجاب المعلم لها سوف تقطع الدرس، أو تجذب الانتباه للسلوك.

وينبغي إتباع الإجراءات التي تقلل السلوك بسرعة؛ مثل: العقاب، أو التصحيح الزائد إذا كان السلوك المراد خفضه مؤذي للآخرين؛ مثل: الشجار، أو يسبب تشتت للصف المدرسي؛ مثل: الصراخ، أو السرقة.

وتقديم حدث منفر بعد السلوك يطلق عليه العقاب. والعقاب قد يكون في صورة تأنيب لفظي، أو نقص، أو درجات منخفضة. وهناك اثنين من إجراءات العقاب البسيط تستخدم غالبًا في الصفوف هي: تكلفة الاستجابة response cost: وهي "سلوك غير ملائم يتبع بفقدان، أو سحب معززات مكتسبة، أو امتيازات". والوقت المستقطع (الاستبعاد، أو العزل) time out – "والذي يتم فيه استبعاد الطالب من الحدث الذي يتم تعزيزه، أو يتم سحب التعزيز لفترة زمنية محددة". وهذه الطريقة تتطلب الملاحظة الطارئة ويمكن استبعاد الطلبة من

الملاحظة، أو المشاركة في الأنشطة بدون ترك الصف كأن يدير وجهه إلى الحائط، أو يجلس خلف الشاشة، كما يمكن استبعاد الطالب من الصف بشكل مؤقت. وإجراء الوقت المستقطع يكون فاعلاً فقط إذا كان منظمًا ومخططًا له، كما يتم تقييم الآثار المترتبة عليه بشكل دقيق (Cuenin & Harris, 1986).

والعقاب إجراء سلبي من الممكن أن يؤدى بسرعة إلى تقليل السلوك. ولكن ينبغي استخدام العقاب إذا فشلت الكثير من الطرق الايجابية في تقليل السلوك. وقبل استخدام العقاب مع الطلبة ذوي الإعاقة ينبغي على المعلم مراجعة السياسات والتشريعات على مستوى الدولة. وعلاوة على ذلك ينبغي الحصول على تصريح من الوالدين؛ لأن العقاب من الممكن أن يؤذي مفهوم الذات لدى الطالب، ومن الممكن أن يؤدى إلى سلوكيات الإحجام، أو الهروب، أو العدوان.

والعقاب يكون أكثر فاعلية إذا كان مدمجًا بتعزيز ايجابي. وهذا الخليط من الممكن أن يؤدى إلى تغيرات أسرع وأكثر فاعلية من استخدام أي إجراء منها بمفرده (Walker, 1995) فعلى سبيل المثال الطالب الذي يجري في الصف سوف يتعلم السلوك الملائم بسرعة كبيرة إذا حصل على كلٍ من المعززات الايجابية؛ مثل: المدح وزيادة فترة الراحة على سلوك المشي، أو العقاب؛ مثل: تقليل وقت الراحة، أو التأنيب اللفظي على سلوك الجري.

(٦) تحديد النتائج ذات الأهمية للطلبة:

حتى نحصل على التأثير المرغوب على السلوك فإن النتائج يجب أن تكون ذات معنى للطالب. وينطبق هذا الكلام على الآثار الايجابية والسلبية. والنتيجة الايجابية لشخص ربما تكون سلبية لآخر فعلى سبيل المثال نجد الذهاب إلى المكتبة أمر ايجابي لمحب الكتب، ولكنه غير ضروري لمدمني الألعاب الرياضية، ومشاهدة لعبة كرة القدم، ربما تكون سلبية لمحبي لعبة التنس، أو زيارة المتاحف؛ وإضافة إلى ذلك فإن تأثير نتيجة معينة على الفرد من الممكن أن يتغير باختلاف الظروف المحيطة؛ فالحصول على الحلوى لاستكمال العمل، أو الواجب المدرسي يعد معززًا للطالب في جميع الأحيان، ولكن إذا تم تقديم الأيس كريم سوف لا يكون له نفس التأثير إذا كان الشخص محب الحلوى قد تناول وجبة دسمة وكبيرة.

والمعلمون غالبًا ما يعتقدون أن الطلبة تستثار دافعيتهم من خلال الدرجات، في حين أن الدرجات بالنسبة للطلبة ذوي الإعاقة تكون منفرة. فإنهم يحصلون على درجات ضعيفة تؤدي إلى نبذهم من الأقران، والتغذية الراجعة السلبية من الوالدين والمعلمين. وبالنسبة لهؤلاء الطلبة فإن الدرجات لا تعد نتيجة ايجابية بأي حال من الأحوال ويجب إيجاد معززات أخرى. ومن المحتمل أن يكون هناك سوء تفسير للآثار المحتملة للنتيجة؛ فربما يستخدم المعلم التأنيب اللفظي كنتيجة منفرة للسلوك غير الايجابي. ومن ناحية أخرى فإن انتباه المعلم قد يكون معززًا ايجابيًا للطالب بصرف النظر عن طبيعة الانتباه. وكذلك المدح اللفظي من المعلم ربما يكون له تأثير عقابي؛ فعلى سبيل المثال عندما يقدم المعلم المدح للمراهقين فإنهم لا يتذوقون هذا المدح خاصة إذا كان أمام الأقران. إذن يجب أن تكون النتائج ذات معنى للمتلقي، ومثال على ذلك فإن أغلب المعلمين سوف ينزعجون عندما يحصلون على درجات بدلاً من مرتباتهم.

(٧) الانتباه للتدخلات غير التربوية:

معلوم أنها هي الطرق التي تؤدى إلى تغيرات مفاجئة في سلوك الطلبة وتظهر في ميدان التربية. والعديد من تلك العلاجات والتدخلات غير تربوي. فعلى سبيل المثال انظمة الحمية الغذائية الخاصة، والأدوية، والعلاجات؛ مثل: العلاج بالاسترخاء ربما تؤدى إلى حل المشكلات الاجتماعية والأكاديمية. وينبغي على المعلمين أن يكونوا على حذر عند التعامل مع تلك الطرق. وتعد معظمها من التدخلات ذات الطابع الطبي، والعديد منها لا يحظى إلا بالقليل من الأدلة التجريبية التي تدعم اهميتها (Woolston, 1999) على الرغم من ازدياد كمية المعلومات التي تشير إلى أن استخدام الأدوية ربما يكون مكون مهم لبرامج العلاج للطلبة ذوى المشكلات السلوكية مثل نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط.

وإذا ظهرت أسئلة يمكن للمعلم التشاور مع ممرضة المدرسة، أو المرشد النفسي، أو معلم التربية الخاصة، أو المدير. ولا ينبغي استخدام الإجراءات غير التربوية مع الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة ما لم يتم الحصول على إجراء خاص لطالب معين من فريق من المهنيين العاملين مع الطالب ويقوم الوالدين بالتوقيع على استمارة قبوله.

❁ الاستراتيجيات الإيجابية لإدارة وتحسين السلوك

يمكن للأخصائي النفسي استخدام العديد من الاستراتيجيات في إدارة السلوك الصفي، وتنمية المهارات الدراسية. وأكثر برامج التدخل فاعلية هي التي تتمركز على بيانات أداء الطالب؛ فتساعد تلك البرامج الطلبة في تعلم سلوكيات جديدة وزيادة، أو المحافظة على السلوكيات الملائمة وخفض السلوكيات غير الملائمة. إن الهدف من إدارة السلوك هو عمل بيئة تعلم يتم فيها تقبل الطلبة كأفراد وتكون فيها اسس محددة للسلوك الصفي المقبول. وهذا الهدف يمكن توصيله بشكل اكثر فاعلية للطلبة من خلال طرق تعديل السلوك الايجابي. والطلبة يفهمون الحاجة للأسس وتقبلها إذا تم تطبيقها بلطف، وبالتساوي، وبشكل متسق، ومن ناحية أخرى تظهر العديد من التساؤلات عندما يتم استخدام برامج تعديل السلوك مع بعض الطلبة دون غيرهم.

وفيما يلي اهم الاستراتيجيات الايجابية لإدارة وتحسين السلوك:

(١) تأسيس التوقعات السلوكية ونقلها للطلبة:

إن الطلبة في الغالب لا يكونوا على وعي بالتوقعات السلوكية لموقف محدد في الصف. وعلى رغم من أن عدد كبير من الطلبة قادر على تفسير التوقعات من التلميحات البيئية؛ مثل: إشارات المعلم، أو سلوك باقي الطلبة فإن الطلبة ذوي المشكلات السلوكية غالبًا لا يفسرون تلك التلميحات. ويحتاجون إلى تعليم وتوجيه خاص لمعرفة كيف يتوقع فهم الأداء. ولقد وجد أن المعلمين الفاعلين يملكوا المهارات في تحقيق قواعد وإجراءات الصف التي تنقل التوقعات السلوكية للطلبة (Doyle, 1986) و المعلم الفاعل يستخدم القياسات التالية:

(١) تقديم القواعد والإجراءات في أول يوم دراسي للصف؛ فعندما يتم نقل القواعد والإجراءات للطلبة بشكل عاجل (من اليوم الأول للمدرسة) فإنهم سوف لا يحتاجون إلى تخمين ما هي التوقعات. وبالتالي يتم تجنب عبء المعلومات من خلال تقديم القواعد والإجراءات الأساسية أولاً، ثم عرض وتقديم باقي الإجراءات عندما تكون

مطلوبة. ويتم عمل ملصقات بالقواعد، أو تقديمها للطلبة في كتيبات ويتم توجيه الطلبة الجدد فورًا للتوقعات الصفية عندما يدخلون الصف.

(٢) وضع قواعد وإجراءات الصف في بداية العام؛ فالمدير الفاعل لا ينتظر حتى تحدث المشكلة، ولكن يتوقع إمكانية حدوث المشكلة قبل بداية الدراسة.

(٣) توضيح القواعد والإجراءات بوضوح، وتدريسها بالتفصيل للطلبة كجزء من نظام الصف، ويتم تقديم تفسير عقلاني لها، واستمرار التعلم حتى يجيد الطلبة القواعد والإجراءات.

(٤) جعل القواعد والإجراءات محسوسة ووظيفة وواضحة حتى تسهم في إنجاز العمل وترتيب الصف. وينبغي أن تكون البنود قليلة وواضحة وينبغي أن تشير إلى السلوك المرغوب؛ مثل: العمل بهدوء والطالب جالس في مكانه، أو احترام مقتنيات الآخرين. بخلاف توضيح السلوكيات غير المرغوبة؛ مثل: لا تتحدث أثناء العمل وأنت في مقعدك، أو لا تكتب على المقعد..

(٥) ربط القواعد والإجراءات بإشارات واضحة تشير إلى متى يقوم الطالب بممارسة، أو الامتناع عن سلوكيات محددة، أو أنشطة، فعلى سبيل المثال يستخدم المعلم عبارة محددة؛ مثل: اغلقوا الكتب، وقوموا بتنظيم أدواتكم، للإشارة إلى أنه قد حان الوقت لوقف النشاط الحالي، والإعداد بهدوء للانتقال إلى الحصة، أو النشاط. وعلاوة على ذلك ربما يحتاج المعلم لتفكير الطالب بالسلوك المقبول قبل الأنشطة التي تثير السلوكيات غير الملائمة.

(٦) توضيح، أو نمذجة القواعد والإجراءات والسماح للطلبة بحفظها واسترجاعها؛ فيوضح المعلم كل من النماذج الصحيحة والخاطئة للسلوك (مثل: الجلوس على المقعد والحصول على براية القلم). فالشرح والتوضيح يمكن الطلبة من تمييز أبعاد السلوك. ثم بعد ذلك يحصل الطلبة على فرصة ممارسة السلوك المطلوب. وتكون قواعد الإجادة والإتقان والإجراءات مشابهة للمواد الأكاديمية التعليمية، وتستلزم من المعلم أن يجمع ما بين التعليم والتغذية الراجعة مع ممارسة الطالب.

(٧) تصميم الأدوار والإجراءات لتوقع المقاطعات، أو المشكلات المحتملة في الصف وعلاجها. فعلى سبيل المثال من المتوقع أن يستمر الطالب في العمل عندما يدخل احد الزوار في الصف، وتتوقف جميع الأنشطة فورًا، أو يصطفون بسرعة وبهدوء عندما يكون هناك تمرينات على إنذار الحريق. ومع أن تلك الأحداث تحدث بشكل غير متكرر فإنه ينبغي أن تكون متوقعه ويتم التدريب عليها وممارستها.

(٨) راقب عن قرب كيف يتبع الطالب التعليمات والإجراءات بشكل جيد. ويتم تعزيز السلوك الملائم والتشجيع على وقف السلوك غير الملائم. ويجب أن يكون المعلم قادرًا على تطبيق القواعد والإجراءات المحددة والفشل في ذالك يؤدى إلى تقليل، أو عدم الفعالية. وينبغي تعديل القواعد، أو إزالتها إذا ثبت أنها غير فعالة ولا يمكن تطبيقها، أو لم تعد مطلوبة.

(٢) منع السلوك غير الملائم من خلال مراقبة السلوك وتقديم التغذية الراجعة:

يجب على المعلم لمنع المشكلات السلوكية من الحدوث أن يكون على وعي بسلوك طلابه وتقديم التغذية الراجعة فيما يتعلق بأدائهم. وهذا الإجراء يعد مهمًا في بناء والمحافظة على السلوك الصفي الملائم، كما هو الحال في عمله بالتدريس الأكاديمي.

وهناك اثنتان من المهارات المهمة التي ترتبط بالوقاية من المشكلات السلوكية والتي تم تحديدها بواسطة البحث العلمي في التدريس الفاعل:

أولهما: القدرة على مراقبة مجموعة، أو أكثر في وقت محدد عند توجيه الأنشطة للآخرين.

ثانيهما: القدرة على توجيه الأنشطة للطلبة الذين لا يشتركون في الدرس مع المعلم (Englert, 1984)

وتتطلب المهارة الأولى أن يقف المعلمون في مكان يمكنهم من الملاحظة والتواصل بالعين مع الطلبة غير المشاركين في الدرس. والمهارة الثانية تتطلب أكثر من مجرد الملاحظة إذ تتطلب أن يستجيب المعلم للسلوك الملاحظ بإشارات لفظية، أو غير لفظية؛ مثل: العبوس، أو الإشارة بالأصبع، أو هز الرأس، الأمر الذي سوف يعيد توجيه الطالب إلى المهمة المخصصة، والمعلمين الفاعلين (كمديرين للصف) يفعلون ذلك بدون مقاطعة الدرس الذي يقومون بعرضه.

والجمع بين الانتباه الايجابي للسلوك الملائم وتجاهل السلوك غير الملائم امر ينصح به كثيراً لتقليل المشكلات السلوكية، ولكن من الضروري استخدام الانتباه الايجابي للسلوك الملائم مع الاستخدام الحذر للانتباه السلبي؛ مثل: الاستجابة اللفظية وغير اللفظية التي تعبر عن الرفض، وعدم الاستحسان للسلوك غير الملائم (Jones & Eimers, 1975)، وهذه التركيبة يمكن تنفيذها بدون التداخل مع أنشطة الصف المدرسي، وذلك إذا اتبع المعلم قواعد محددة هي:

(١) تحديد السلوكيات المضطربة في مرحلة مبكرة، فيتوقع المعلم الحاجة للأداء من خلال ملاحظة افعال الطالب التي من المحتمل أن تؤدى إلى السلوك غير الملائم.

(٢) تطوير حصيلة من الإيماءات السريعة ومنخفضة الشدة، والألفاظ التي تحدد أن الطالب لا يتبع القواعد المقبولة؛ فعلى سبيل المثال: ينادى المعلم على الطالب باسمه لجذب انتباه وتوضيح أن هذا النشاط غير ملائم.

(٣) الاقتراب من الطالب المشتت، أو التوجه نحوه، وهذه الاستراتيجية ربما تتطلب من المعلم أن يكون قريباً من الطالب ويواجهه ليوضح له انه يعرف سلوكه غير الملائم ولا يستحسنه. وفي هذا الوقت يبقي المعلم على توجيهه للمجموعة التدريسية. ويتحرك المعلم في الصف، ويقوم بتنظيم مكاتب الطلبة بدرجة تسمح باستخدام هذا الإجراء.

(٤) الاستجابة بالحث لسلوك الطالب غير الملائم؛ فيستخدم المعلم الانتباه السلبي لمقاطعة السلوك غير الملائم والمشتت للطالب قبل أن يؤدى إلى انتباه، أو استحسان الأقران لهذا السلوك.

(٥) فيما يتعلق بالانتباه السلبي يتم استخدام تعبيرات الوجه ونغمة الصوت الذي يتوافق مع عدم الاستحسان. ومن المهم أن يصل للطالب المسيء أن سلوكه غير مستحسن.

(٦) بعد الانتباه السلبي يتم تقديم تعزيز فوري والانتباه للطالب عندما يظهر سلوكاً ملائماً. وهذا يوضح السلوك المقبول ويؤكد للطالب على أن السلوكيات الملائمة يتم تعزيزها، بينما غير الملائمة يعاقب عليها.

(٧) عند الضرورة يتم استخدام الحث لإثارة السلوك المرغوب، وبعد ذلك تعزيز الطالب مباشرة. والمعلمون الفعالون يطلبوا من الطلبة سيئي التصرف ممارسة السلوك الملائم حتى يصلوا إلى مستوى معياري محدد لهذا السلوك. وهؤلاء المعلمون غالبًا ما يستمرون في تدريب الطلبة حتى يؤدوا السلوك بشكل تلقائي.

(٣) تعزيز السلوك الملائم:

من الجميل إذا تصرف جميع الطلبة بشكل ملائم في المدرسة؛ لأن المعلمين يتوقعون منهم ذلك، أو يعرفون أنه سوف يتم تعزيزهم ومكافأتهم ذاتيًا. ولكن هذا التوقع ليس واقعيًا بالنسبة للعديد من الطلبة. ويحتاج المعلمون أن يساعدوا الطلبة على تعلم أنه من الممكن تعزيز إنجازاتهم. ولعمل ذلك من الضروري توفير أداة قوية اسمها التعزيز.

وعند حدوث سلوكيات ملائمة ينبغي تعزيزها ومكافأتها. ولا ينبغي تقديم المكافأة عندما يعدك الطلبة بأنهم سوف يمارسون هذا السلوك في المستقبل؛ بل ينبغي أن تكون المكافأة على الأداء. فإذا قام الطالب بسلوك ملائم عندئذ يتم مكافأته، ويجب تعزيز السلوك الملائم مباشرة. وتعد المعززات فاعلة عند تقديمها مباشرة بعد حدوث السلوك. فعلى سبيل المثال إذا كان السلوك المستهدف هو استكمال الواجبات فينبغي تعزيز الطالب عندما يكتب الواجب. وسوف يفقد المعزز تأثيره إذا تم تقديمه بعد ساعات من السلوك، أو بعد تصحيح المعلم للواجب.

وعندما يتعلم الطلبة سلوكيات جديدة ينبغي تعزيز كل سلوك يحدث. والتعزيز المستمر يكافئ السلوك الملائم كل مرة يحدث فيها. وهذا هو أكثر البرامج فاعلية لإكساب، أو تعلم السلوك الجديد، أو زيادة حدوث سلوك لا يتكرر كثيرًا. وبمجرد تأسيس السلوك يمكن تقديم المعززات. وجدول التعزيز المتقطع يتطلب انتباه أقل من الجدول المستمر. وإذا انخفض التعزيز بالتدريج فإن الطالب سيستمر في ممارسة السلوك المرغوب بتعزيز أقل. وينبغي أن تنتقل جداول التعزيز من المستمر إلى التعزيز ثابت النسبة / الفترة الزمنية، ثم ننتقل إلى متغير النسبة / الفترة الزمنية.

(٤) توفير المعززات ذات القيمة للطلبة:

إن المعززات ذات القيمة القليلة للطلبة سرعان ما تفقد تأثيرها. وابسط طريقة لمعرفة ما له قيمة بالنسبة للطلبة هي أن نسألهم. وهناك طريقة أخرى للحصول على تلك المعلومات هي ملاحظة كيف يستخدم الطلبة أوقات فراغهم. ومن الضروري والمهم استخدام عدد منوع من المعززات ومن بينها تكون المعززات التي لها تأثير قوي على السلوك. واليك أنواع مختلفة من المعززات التي وجد أن لها قيمة في حجرة الدراسة:

(١) التعزيز الاجتماعي: إن الانتباه، أو التفاعل الاجتماعي مع المعلمين والأقران يعد معززًا قويًا لمعظم الطلبة. ومن السهل إيصاله وتوفيره بشكل طبيعي في بيئة المدرسة. ويمكن تقديمه مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب ويمكن تعميم تأثيره على سلوكيات أخرى وفي اماكن أخرى. وعند تقديم التعزيز الاجتماعي ينبغي على المعلم أن يوضح للطالب سبب المكافأة فمن الممكن ان يقول المعلم للطالب "قراءتك جيدة"، "لقد أديت الواجب بشكل جيد"، "إنني معجب بالطريقة التي تصرفت بها"، "إن خطك جيد ومن السهل قراءته" ومن الممكن أن يستخدم المعلم الابتسامة ويضم الطفل بين ذراعيه "صغار الأطفال"، أو الانتباه الايجابي وكلها أمور سهلة وغير مكلفة وغير محدودة.

(٢) المعززات النشاطية: إن الأنشطة هي الأخرى معززات قوية فأي نشاط يمتع الطالب يمكن استخدامه كمكافأة للأداء في المهمة الأقل مرغوبية. وهذه الطريقة تعرف باسم "مبدأ بريماك" فعندما ينهي الطالب واجبة في مادة الحساب يمكن أن نسمح له أن يطعم السمك، أو عندما يجلس طلاب الصف في هدوء، يمكن أن نسمح لهم بمشاهدة فيلم بعد تناول الغذاء. وهناك أمثلة أخرى لمعززات النشاط؛ مثل: قضاء وقت في مراكز الاستماع، أو مشاهدة التلفاز، أو قراءة الكتب والمجلات، أو مساعدة المعلم. وتلك المعززات متوفرة في المدرسة وكلفتها قليلة.

(٣) المعززات المادية: من الممكن استخدام الشهادات، أو إرسال ملاحظات تثني على سلوك الطفل للوالدين، أو اللعب كمعززات للطلبة . ومن ناحية أخري تستخدم تلك المعززات المادية فقط بعد عدم نفع وصلاحية المعززات الاجتماعية، ومعززات النشاط في مساعدة حدوث

السلوك. وعندما يتم إيصال المعززات المادية ينبغي أن تكون مصحوبة بالمعزز الاجتماعي دائمًا كما يمكن أن يتم سحب، أو الإقلال من المعززات المادية بالتدريج حتى يحل محلها المكافأة الاجتماعية. ومن عيوب المعززات المادية أنها مكلفة، ويمكن أن تفقد فاعليتها إذا تم تقديمها كثيرًا؛ وبالإضافة إلى ذلك لا يوافق العديد من الوالدين والمعلمين على استخدامها. ونظرًا لأنها ليست متوفرة بشكل عام فإنه لا يمكن تعميم آثارها في أماكن أخرى من المدرسة.

(٤) المعززات الغذائية: ينبغي استخدام هذه المعززات إذا لم تكن المعززات الاجتماعية، أو معززات النشاط، أو المعززات المادية غير فعالة. والمعززات الغذائية لها نفس عيوب المعززات المادية. وعند استخدام المعززات الصالحة للأكل ينبغي أن يكون تقديمها مقرون بتقديم المعزز الاجتماعي.

(٥) المعززات السلبية: إن المعززات السلبية تختلف عن باقي أشكال التعزيز فيتم استبعادها، أو سحبها عند حدوث السلوك المرغوب فعلى سبيل المثال يمكن للمعلم أن يقوم بحذف مسألتين من كل عشر مسائل يجيب عنها الطالب بشكل صحيح، أو من الممكن أن يختفي تجهم المعلم عندما يبدأ الطالب العمل. والمعززات السلبية مثلها مثل المعززات الاجتماعية لها مكان في الصف. وعندما تؤدي المعززات السلبية إلى إنتاج السلوك المرغوب ينبغي مكافأة الطالب لأنه يعمل. ومثال على ذلك عندما يبدأ الطالب العمل يوقف المعلم التجهم ويكافأ الطالب على العمل.

(٥) استخدام الاقتصاد الرمزي لتقديم المعززات:

في الاقتصاد الرمزي يقوم المعلم بتقديم بعض العملات والمعززات بعد حدوث السلوك المرغوب. ومثل هذه الطريقة يمكن استخدامها مع طالب واحد، أو مجموعة صغيرة، أو مع الصف ككل. ويقوم الطلبة بتجميع المعززات؛ مثل: فيش التعزيز، أو العملة، أو النجوم، أو الدرجات ثم بعد ذلك يتم تصنيفهم وفقًا للمعززات الموجودة في قائمة التعزيز، وينبغي توصيل تلك المعززات بمجرد حدوث السلوك المرغوب وينبغي أن تكون تلك الأشياء مقترنة بمعزز اجتماعي. وفي حال استخدام الاقتصاد الرمزي ينبغي على المعلم:

(١) السماح للطلبة بالإسهام في تطوير القائمة.

(٢) استخدم المعززات الرمزية التي تلائم الطلبة.

(٣) مراجعة القوائم بشكل منتظم للتأكد من تنوعها.

(٤) تقديم قواعد واضحة لطريقة عمل من يقوم بتوزيع المعززات الرمزية.

(٥) تقديم فرص كثيرة للطلبة للصرف يوميًا، أو على الأقل عدة مرات أسبوعيًا.

(٦) تحديد نظام للصرف يستغرق أقل وقت ولا يشتت العملية التعليمية في الصف.

(٧) تحديد وتعريف السلوكيات التي على أثرها يكتسب الأطفال العملات الرمزية.

(٨) بالتدريج يتم تقليل قيمة المعززات المادية لزيادة الاعتماد على المعززات الطبيعية.

(٩) تطوير القائمة التي تشمل مختلف المعززات والتكاليف وينبغي أن يتم تقديم المعزز للطالب سواء كانت تلك المعززات مرتفعة، أو منخفضة التكلفة.

(١٠) استخدم نظام تسجيل يكون واضحًا ولا يسمح للطلبة بالتلاعب في درجاتهم، أو الحصول على درجات الآخرين.

ولقد اثبت نظام الاقتصاد الرمزي فاعليته مع التلاميذ ذوي الإعاقات والموهوبين (Smith, Finn, & Dowdy, 1993) حيث يفهمه المعلمون والطلبة بوضوح. والقائمة تمكن الطلبة من اختيار ما يرغبون من مكافآت. أيضًا نظام التعزيز الرمزي يلائم الطلبة ممن لديهم عدم رغبة في انتظار التعزيز، فيمكنهم صرف المعزز وقتما يشاءون. وعندما يتم في البداية إعداد الاقتصاد الرمزي فإن الطلبة يرغبون في صرف المعزز باستمرار ولكن بعد أن يعتادوا على هذا النظام ويمكنهم الانتظار لفترات أطول.

(٦) استخدام العقود المشروطة مع الطلبة الأكبر عمرًا:

تلك العقود المشروطة (contingency contracts) هي عبارة عن: "اتفاقات مكتوبة بين الطالب والمعلم توضح ما الذي يجب على الطالب عمله لكي يحصل على مكافأة محددة". وهذه الاتفاقات مثل أغلب العقود بعد أن يتم التفاوض بشأنها تكون البنود ملزمة للطرفين؛ ولأن هذه العقود تتطلب المفاوضة فإنها تلزم الطلبة بتحمل المسئولية وإنجاز عملهم في

الصفقة، ولذلك فإن هذه العقود تناسب بشكل كبير الطلبة الأكبر عمرًا. ويقدم بلانكيوشيب، وليللي (Blankenship and Lilly,1981) القواعد التالية لتطوير العقود في الصف:

(١) مكافأة السلوك بعد حدوثه.

(٢) ينبغي أن يكون العقد صادقًا.

(٣) المكافأة المتكررة بكميات صغيرة.

(٤) يجب أن تكون بنود العقد ايجابية.

(٥) ينبغي أن تكون بنود العقد واضحة.

(٦) ينبغي أن تكون مكافأة العقد فورية.

(٧) ينبغي استخدام طريقة التعاقد بشكل منظم.

(٨) ينبغي أن يذكر في العقود الأولية مكافأة التوقعات البسيطة.

(٩) ينبغي على العقود ان تهتم وتكافئ الانجازات ليس مجرد الطاعة.

(٧) تعليم السلوكيات من خلال التشكيل:

يعد التشكيل تعزيزًا للخطوات المتقدمة، أو الصغيرة، أو التقريبية نحو السلوك المرغوب. وتستخدم طريقة التشكيل لتعليم السلوكيات الجديدة وزيادة حدوث وتكرار السلوكيات المرغوبة. وعلى سبيل المثال يمكن استخدام التشكيل مع الطلبة الذين قاموا باستكمال الواجب مرة واحدة، أو مرتين في الأسبوع عندما يكون السلوك المرغوب هو (٨) واجبات يوميًا. أولاً: الهدف هو إنهاء واجب واحد متكامل كل يوم يتم تعزيز هذا العمل حتى ينهي الطالب بالتدريج واجبه اليومي ثم بعد ذلك تتم زيادة السلوك إلى مرتين ثم ثلاث واجبات، وهكذا حتى يتقدم الطالب نحو تحقيق الهدف وهو عمل (٨) واجبات يوميًا. وبالنسبة للطالب الذي لا يقوم باستكمال الواجب فإن الهدف الأول ربما يكون مشكلات بسيطة، أو عبارات لكل واجب، ثم يزداد هذا الهدف بالتدريج نحو هدف الصف المدرسي وهو استكمال الواجبات الثمانية كل يوم.

(٨) استخدام النمذجة لتحسين سلوك الطالب:

تتضمن النمذجة تعزيز شخص آخر هو النموذج لإظهار وإثارة السلوك المرغوب وإبرازه للطالب المستهدف. ويتم بعد ذلك تعزيز الطالب المستهدف عندما يبدأ السلوك الذي يتم نمذجته. فعلى سبيل المثال يجلس الطالب النموذج بجوار الطالب المستهدف والمحتمل تعزيزه من أجل المذاكرة، ثم يوضح المعلم سبب التعزيز ويقول للطالب (النموذج) "تعجبني الطريقة التي تعمل بها في هدوء على مقعدك" وعندما يقوم الطالب المستهدف بتقليد هذا السلوك سوف تتم مكافأته.

(٩) مراعاة مشاركة الأقران في البرامج السلوكية:

إن مشاركة طلاب الصف في تنفيذ البرامج المصممة لتحسين سلوك الطالب من الممكن أن تكون فاعلة. فالطلبة من الممكن أن يقدموا معززات قوية لسلوك أقرانهم، وفي العديد من الحالات يكونوا قادرين على المشاهدة والاستجابة للسلوكيات التي ربما لا يلاحظها المعلم. ومن الممكن استخدام الأقران في البرامج الفردية، أو البرامج الجماعية. وهناك عدة اشتراطات لتلك المشاركة:

اشتراطات المجموعة group contingencies: يمكن تأسيس مستوى معياري للمجموعة ككل، وتوزيع التعزيز على أفراد الصف يعتمد على أداء المجموعة ككل. فعلى سبيل المثال يهتم المعلم بأعلى معدل للاستجابات والتحدث (المتوسط ٤٥ كل يوم) وعمل نظام يحصل فيه الصف على (٥) دقائق من الراحة إذا لم يتحدثوا أكثر من (٢٠) مرة لتحدث بصوت مرتفع. وكلما تحسن الطلبة يقوم المعلم بتقليل عدد مرات الكلام بحيث تقل حتى تصل إلى مرة كل أسبوع.

الاشتراط المستند على الفريق team – based contingencies: وتتطلب هذه الطريقة تصنيف الطلبة في فرق تتنافس مع بعضها البعض. وكما هو الحال في فرق المجموعة، أو الفرق الجماعية يمكن للطلبة بشكل فردي مساعدة فريقهم، أو إلحاق الضرر به. ورغبة المعلم في زيادة عدد الواجبات المكتملة ربما تقدم جائزة وفقاً لنسبة الواجبات المستكملة

طوال الأسبوع. والجائزة (العواقب) يمكن أن تكافأ بواحدة من الطرق التالية (١) مكافأة الفريق الذي يربح بنسبة أعلى فقط (٢) الفريق الذي يربح هو الفريق الذي يصل إلى أعلى من المعيار الحالي (مثال ٩٥ ٪). والتغيرات الكبيرة عادة ما يتم إنجازها بتقسيمها إلى مجموعات على الفرق أفضل من تركيزها على المجموعات ككل.(٣) الجائزة التي يكسبها كل فريق تعتمد على نسبة الواجبات المكتملة للفريق. مثال على ذلك فريق يكمل ٥٠٪ من الواجبات يكسب ٣٠ دقيقة في غرفة الكمبيوتر، بينما الفريق الذي يكمل ١٠٠٪ من الواجبات يكسب ساعة في غرفة الكمبيوتر. وعادة يحدث تغيير جذري عندما يتم تقسيم المجموعات إلى فرق أكثر من التركيز على جميع أفراد المجموعة ككل.

وهناك طريقة أخرى لإشراك الأقران هي مشاركة الأفراد الجماعية في عمل يترتب عليه تحقيق مكسب لأحد الطلبة. فالطالب المنسحب في صفوف التعليم العام من الممكن أن يحصل على درجات لكل تفاعل اجتماعي مع الأقران. ويمكن للأقران أن يسعوا إلى زيادة تفاعلاتهم معه إذا حصل كل الصف على دقائق إضافية في وقت الفسحة لكل (١٠) نقاط يكسبها الطالب. ومثل ذلك، الطالب الذي يشرد ذهنه بسهولة يواجه مقاطعات قليلة من اقرانه في الصف إذا حصلوا جميعًا على معززات لزيادة سلوك انتباه الطالب أثناء المهمة.

ويمكن تدريب الأقران لتعزيز الطلبة ذوى السلوك الانسحابي وشاردي الذهن الذين تم وصفهم الآن. ويمكن أن يقدموا التعزيز لكل الطلبة خاصة إذا حصلوا على معززات لأداء هذا الطالب. ومن الممكن أن يتم استخدام الأقران لتسجيل أداء هذا الطالب مثل تفاعلاته الحقيقية، أو مقدار انتباه للسلوك أثناء المهمة وهذه البيانات ربما تكون أكثر دقة من البيانات التي قام المعلم بجمعها.

وعلى الرغم من أن تلك البرامج من الممكن أن تكون فاعلة؛ إلا أنه يتعين على المعلمين مراعاة عوامل كثيرة قبل إشراك الأقران في التدخل. أولاً: يجب أن يكون جميع الطلبة قادرين على أداء السلوك المرغوب. ومن ناحية أخرى فإن الطلبة ربما يكونوا معرضين لسوء المعاملة البدنية، أو اللفظية. ثانيًا: ينبغي على الطلبة الفرديين؛ إلا يكونوا قادرين على إفساد جهود المجموعة

وضياعها. ثالثًا: ينبغي أن يكون الطلبة قادرين على عمل الأعمال المطلوبة من الآخرين لتحسين اداء مجموعاتهم. والتفاعلات الناتجة عن تلك البرامج من الممكن أن تكون معززة للطلبة المشاركين وغالبًا ما تقود إلى تحسين نقل السلوكيات والتفاعلات الايجابية خارج غرفة الدراسة. ومن خلال التدخلات يتضح أن التخطيط الدقيق يزيد من فرص النجاح.

(١٠) إشراك الطلبة في إدارة سلوكهم:

من الممكن أن يشارك الطلبة بشكل مباشر في إدارة سلوكهم من خلال:

(١) المراقبة الذاتية.

(٢) المشاركة في تحديد الأهداف.

(٣) المساعدة في التدخل من خلال تقييم أدائهم ومكافأة انفسهم على السلوك الملائم (Graham, Harris, & Reid, 1998).

وإذا تعلموا الأساليب التي تساعد في تحسين سلوكهم في مكان ما يمكن أن تنتقل تلك السلوكيات والمهارات إلى أماكن أخرى.

ويمكن للمعلمين تحديد المجالات المتعددة التي يحتاج فيها الطلبة إلى تحسين سلوكهم. والطلبة انفسهم خاصة في المرحلة الثانوية يمكنهم تحديد الأهداف لتحسين تلك المجالات، أو يمكنهم اختيار مجالات أخرى يحتاجونها. والمساعدة في تحديد الأهداف تزيد من مشاركة الطلبة النشطة في تحسين سلوكهم.

ومن الممكن أن يكون للمراقبة الذاتية صور متعددة. فقد يطلب من الطلبة ببساطة الحكم "ما إذا كانوا يعملون" في نهاية كل جلسة من (٥ – ١٠) دقائق في وقت الصف، أو في الوقت الذي يقوم فيه المعلم بدق الجرس. كما يقوموا بتسجيل وعمل رسم بياني لأدائهم اليومي في مهام التهجي، أو عدد المرات التي يتركون فيها مقاعدهم، أو طول المدة التي يقضونها بعيداً عن مقاعدهم كل يوم. وإضافة إلى ذلك يمكن للطلبة تسجيل عدد مرات التحدث بصوت مرتفع، أو عدد التفاعلات الاجتماعية التي بادروا إليها بأنفسهم. والمراقبة الذاتية تحتاج إلى إشراف من المعلم مع تعزيز السلوك الصحيح. وينبغي إعادة عملية التدريس

إذا لم تتناسق البيانات من جانب الطلبة مع البيانات التي جمعها المعلم. والمراقبة الذاتية تقلل من حاجة المعلم لجمع البيانات وتجعل الطلبة أكثر وعيًا بسلوكهم.

وهناك العديد من التدخلات يمكن أن يقوم الطالب بإداراتها ذاتيًا. فيمكنهم تعلم تقييم وتعزيز أدائهم ذاتيًا في الصف. فعلى سبيل المثال من الممكن أن يعطوا أنفسهم درجات، أو علامات على السبورة لتحسن أدائهم في التهجي، أو لقلة الوقت الذي يقضونه بعيدًا عن مقاعدهم أثناء اليوم. كما يمكن استخدام العقاب الذاتي كتقليل الدرجات عند التحدث بصوت مرتفع في الصف، أو الفشل في استكمال الواجب. وهناك طرق أخرى تحتاج إلى تعليم الطالب الاستراتيجية التي يستخدمها لحل مختلف المشكلات التي تواجهه. فيتعلم الطلبة طرح أسئلة محددة، أو عمل تعليقات ذاتية محددة (يقصد بذلك التدريس الذاتي self – instruction) لمساعدة أنفسهم على تنمية مهارات حل المشكلة؛ مثل: ما الذي من المفترض أن أفعله؟ وما هي خطتي؟ وكيف أفعل ذلك؟. والجمع بين تلك الطرق المختلفة؛ مثل: التدريس الذاتي متبوعًا بالتعزيز الذاتي من الممكن أن يشرك الطلبة بفاعلية في تحسين سلوكهم. كما يزيد من فرص نجاح التدخلات وتعميم المهارات الجديدة المكتسبة في مواقف أخرى.

(١١) إشراك الوالدين في برامج إدارة السلوك:

غالبًا ما يرغب الوالدان في أن يشاركوا بفاعلية في برامج إدارة السلوك فيمكنهم تقديم استمرارية لبرنامج التدخل في المنزل. فعلى سبيل المثال يمكن للوالدين تعزيز الطفل على قضاء بعض الوقت في عمل الواجب. ويمكنهم أيضًا المساعدة في توفير المعززات للمدرسة تقدم لأطفالهم. مثال فإذا كان الأطفال يحصلون على عدد من النقاط في المدرسة يمكن للوالدين تقديم نشاط خاص مثل تقديم رحلة، أو هدية كقفاز البيسبول، أو عروسة. والملاحظات الايجابية من المعلمين للوالدين من الممكن أن تكون معززة للطلبة والوالدين. والعديد من أولياء أمور الطلبة ذوي الإعاقة يحصلون على القليل من التقارير الجيدة من المدرسة. والملاحظات التي يقدمها المعلم مادحًا فيها إنجاز الطالب من الممكن أن تزيد من مستوى المدح الذي يحصل عليه الطالب من المنزل.

وقبل إشراك الوالدين في برامج التدخل ينبغي أن يتأكد المعلمون أن الوالدين يرغبون وقادرون على تنفيذ الإجراءات بدقة. فإذا لم يكن هناك تنسق بين البيت والبرامج المدرسية تقل فاعلية كلاً منهما. ومن الممكن تحسين التناسق والدقة من خلال تزويد الوالدين بالتدريب، أو التواصل المستمر بين الوالدين والمعلم.

❁ المشكلات السلوكية انتشار . ا والتعامل معها

هناك العديد من المشكلات التي تنتشر في صفوف التربية الخاصة، والتي تؤرق المعلمين ولآباء وإدارة المدرسة وينبغي على الأخصائي النفسي المدرسي التصدي لها أهمها:

(أ) التنقل داخل الصف:

التحرك في الصف في أوقات غير ملائمة هي مشكلة سلوكية، ويترك هؤلاء الطلبة مقاعدهم أثناء الدرس ويقومون بمقاطعة محاولة المعلم لعرض المعلومات، ويقومون بالتحرك أيضًا عندما يحدد المعلم لهم مهام عمل مستقلة في مقاعدهم ويتداخل ذلك مع تقدمهم الأكاديمي ويقوم كذلك بمقاطعة عمل الزملاء الآخرين، ويظل بعض الطلبة في مقاعدهم لكنهم يظلون في حركة مستمرة، فهم يهتزون ويتحركون في مقاعدهم ويقفزون لأعلى ولأسفل، ويضربون على مقاعدهم بأصابعهم ويطأون الكراسي بأقدامهم.

وبالإضافة إلى ذلك، يصف البعض السلوكيات النشطة كهذه السلوكيات على أنها سلوكيات فرط نشاط، ومع ذلك، لا يحدد هذا المسمى السلوك الملحوظ الذي يمكن تقديره، أو قياسه بأي طريقة، بل يمكن تحسين سلوكيات "فرط النشاط" لكن يجب تحديدها في البداية ووصفها بعبارات ملائمة وملحوظة، وهناك عدد من المقترحات لخفض حدوث النشاط غير الملائم في الصف:

(١) اكتشاف فهم الطلبة بصورة كلية لقواعد الصف المتعلقة بالوقت الذي ينبغي أن يظلوا في مقاعدهم والوقت الذي يمكنهم فيه التحرك داخل الصف، ويتم توضيح السلوكيات الملائمة للبقاء في المقعد والانتقال وتوضيح أي سوء تفسير للطلبة ، وإعادة

تدريس هذه السلوكيات وعرض الممارسة لأي قواعد لا يتذكرها الطالب، وتذكير الطالب بالقواعد بإيجاز؛ مثل: وقت الانتقال ثم عرض التعزيز والتغذية الراجعة والتصحيح عند الضرورة.

(٢) تقديم المعززات المتكررة للسلوك الملائم، فقد يحصل الطالب على سبيل المثال على مكافآت لبقائه في مقعده أثناء الدرس، وإذا تم السماح للطلبة بمشاركة المعززات مع الزملاء الآخرين الذين يجلسون بجوارهم، فغالبًا ما يقوم هؤلاء الأقران بتشجيع الطلبة المستهدفين للتصرف بطريقة ملائمة.

(٣) تسجيل مدة الوقت الذي يبتعد فيه الطالب عن مقعده ثم يتم خفض الوقت في نشاط مفضل إلى قدر مساوى من الوقت، أو عرض فقدان النقاط لكل دقيقة يبتعد فيها عن مقعده.

(٤) إعطاء الطلبة فرصًا للحركة، ووضع نظام يمكن أن يحصل الطلبة من خلاله على فرصة الانتقال في الصف، أو إلى الأجزاء الأخرى من المدرسة، وعلى سبيل المثال، يمكن أن تساعد مهام الجري للمكتب كمعزز.

(٥) استخدام الإطفاء لخفض حدوث الحركة غير الملائمة، فلا يعطي انتباهًا، أو تعزيزًا للسلوكيات غير الملائمة بل مكافأة السلوكيات الملائمة فقط.

(٦) جعل الطلبة يقومون بتسجيل سلوكهم في مقاعدهم، ويمكنهم البدء في فترات فاصلة منها خمس، أو عشر دقائق، وملاحظة إذا ما ظلوا في مقاعدهم خلال هذه الفترة، ولن يحصلوا على درجة إذا ما غادروا مقاعدهم أثناء الفترة الفاصلة، وفي البداية يمكن تعزيز الطلبة على كل مرة وبعد ذلك تتم زيادة المتطلبات بحيث يجب على التلاميذ أن يحصلوا على ٨ من ١٠ نقاط لكي يحصلوا على المعزز.

(٧) استخدام وسيلة توقيت لمراجعة سلوك الطالب، ويمكن أن يكون ذلك ساعة مؤقتة، أو شريط يسجل الإشارات العشوائية الحالية، ولذلك فعندما تسمع الإشارة، يتم تعزيز الطلبة فقط إذا قاموا بالسلوك الملائم، وتأكد من تنوع عدد الدقائق بين الإشارات وذلك حتى لا يكون الطلبة على وعي بوقت ملاحظة السلوك.

(٨) توقع تحرك الطالب ولذلك يرتب وجود طلاب قريبين من الطالب الذي من المحتمل ان يترك مقعده، وغالبًا يمنع القرب من المعلم، أو المركز الذي يعرضه المعلم من الحركة غير الملائمة.

(ب) سلوك التنمر في الصف:

يعرض ميجليور (2003) Migliore هذه الاستراتيجيات للأخصائي النفسي والمعلم لخفض سلوك التنمر داخل الصف:

(١) تسجيل الطلبة في أنشطة عدم التنمر.

(٢) وضع إجراءات واضحة للإبلاغ عن التنمر.

(٣) تقديم مناقشات صفية حول سلوك التنمر.

(٤) بذل جهد إضافي لكل الطلبة في أنشطة الصف.

(٥) تنظيم جدول فصلك لخفض حالات الفوضى.

(٦) إشراك الآباء في جهودك للحد من سلوك التنمر.

(٧) القيام دائما بنمذجة السلوك المهذب نحو الطلاب.

(٨) توفير طرق كثيرة للحصول على التقدير في صفك.

(٩) تعزيز السلوكيات الايجابية المسؤولة عند إمكانية ذلك.

(١٠) كتابة سياسة خاصة بمنع سلوك التنمر في قواعد صفك.

(١١) التأكد عن قرب من مراقبة المواقف التي من الممكن ان تكون عدوانية .

(١٢) التدخل في الحال مع الأسلوب الموافق للحدث عند حدوث سلوك التنمر.

(١٣) استخدام مجلس الآباء لإذاعة سياسة عدم السماح بسلوك التنمر بالمدرسة.

(١٤) تعليم الطلبة كيفية تجنب وقوعهم ضحايا وما ينبغي عليهم فعله لذلك.

(١٥) التخطيط للقاء أثناء الخدمة لكل أعضاء هيئة التدريس لإدارة سلوك التنمر.

(١٦) تشجيع المدير وأعضاء هيئة التدريس لكتابة سياسة عدم التنمر في دفاتر المدرسة.

(١٧) استخدام "صندوق الرسائل" السرية لمقترحات، أو تعليقات الطالب في هموم الصف.

(١٨) تعليم المهارات الاجتماعية بطريقة روتينية من خلال الدروس الخاصة، أو من خلال الأنشطة الأخرى في اليوم الدراسي.

(١٩) ساند الطلبة الذين يتحدثون عن التنمر، أو الذين يسعون لمساعدة إضافية من الراشدين المحيطين بهم.

(٢٠) تصمم على قيام المتنمر بتعديل سلوكه إذا اشتمل الحدث على ضحية مستهدفة بعينها.

(ج) قصور الانتباه:

غالبًا ما يقضي الطلاب ذوو المشكلات السلوكية في الصف قدر كبير من الوقت المخصص للتعليم في المشاركة في السلوك البعيد عن المهمة، وبذلك لا يتم توجيه انتباههم نحو نشاط الصف الملائم، فقد يحدقون في الفضاء، أو يقومون بمشاهدة الطلاب الآخرين، أو الرسم العابث في أوراقهم، أو الانتباه لمثيرات بعيدة الصلة عن المهمة التعليمية، ولا يستفيد هؤلاء الطلاب الاستفادة الفعالة من وقت الدراسة المستقل فبدلاً من الاحتفاظ بانتباههم في مهمة خاصة، ينتبه الطلاب إلى ملامح أخرى للبيئة، أو قد يكون مدى انتباههم موجزًا ثم يقومون بنقل انتباههم من المهمة التعليمية إلى جانب آخر للصف ، ويشارك بعض الطلاب في سلوكيات تشتيتية وبذلك يقومون بالتشويش على تركيز الآخرين، وقد تساعد إحدى هذه الاستراتيجيات الطلاب لتحسين سلوكهم في أداء المهمة:

(١) قبل عرض المعلومات اللفظية المهمة للطلاب، استخدم التلميح لتنبيههم مثل "استمع" "هل أنت جاهز"؟، أو " لقد حان الوقت لبدء الدرس" قم بوضع طريقة معيارية للبدء في الدرس واستخدم كلمة إشارية، أو عبارة فقط في المرات التي ترغب فيها في الحصول على انتباه كل الطلاب.

(٢) جعل الانتباه للمعلم، أو المعززات الأخرى متوقفًا على سلوك الانتباه، وسيحتاج الطلاب ذوو مشكلات الانتباه الشديد إلى معززات قوية يتم تقديمها في الحال، ويعد هذا الأسلوب أكثر فعالية في توبيخ الطلاب لعدم الانتباه.

(٣) عند عرض المعلومات على الطلاب، ينبغي جعلهم يجلسون في شكل شبه دائري، أو على شكل حرف (U) لضمان محافظة كل الطلاب على التواصل البصري مع المعلم.

(٤) تقديم الدرس بنشاط وحماس إذ يمكن أن يؤدي الوقت الذي تم قضاؤه في نقاط غير مهمة، أو مهارات قامت المجموعة بإجادتها إلى عدم انتباه الطالب.

(٥) مراقبة باستمرار مدى انتباه الطلاب للدرس، وكن مستعدا لتعديل أسلوبك التربوي إذا ظهر اضطراب الطلاب، أو عدم انتباههم، أو إذا كانت المادة صعبة جداً.

(٦) تقديم التوجيهات بطريقة واضحة، فقد لا يستطيع الطلاب ذوو مشكلات الانتباه متابعة مجموعات طويلة من التوجيهات ذات الخطوات العديدة، لذلك يتم تبسيط التوجيهات وعرض المعزز عند انتهاء الطلاب من كل خطوة، وتجنب التوجيهات؛ مثل، "ليعد كل فرد إلى مقعده أخرج كتب العلوم، ارجع إلى صفحة ٢٨ واجب على أول خمس أسئلة، بل ابدأ بالخطوة الأولى "ليعد كل فرد إلى مقعده" وقم بتقديم المعزز عند يستجيب الطلاب.

(٧) استخدام القرب البدني لتشجيع الانتباه، واقترب من الطلاب أكثر عند بدءهم في تحول الانتباه عن المهمة.

(٨) خفض إمكانية التنبؤ بأدائك من خلال تنويع أساليب عرض الدرس، وقم بطرح أنواع مختلفة من الأسئلة مع تنويع درجة صوتك، واسمح للطلاب بمعرفة أنه قد يطرح عليهم الأسئلة في أي وقت.

(٩) إعداد الطلاب بأماكن العمل الفردي التي يوجد فيها لافتات قليلة للانتباه، ويمكن أن تكون هذه الأماكن : المهاجع، والطرقة، أو حجرات الدراسة، لكن ضع في اعتبارك كل من مشتتات الانتباه المرئية والصوتية عند اختيار مكان ملائم لمقاعد الطلاب.

(١٠) جعل الطلاب مسؤولون عن الانتباه للدرس، وتعلم المادة المعروضة، ولذلك يقوم المعلم بصورة دورية بمراجعة فهم الطلاب بأسلوب مثل السؤال العشوائي الذي يمكن أن يزيد من مشاركة الطالب.

(١١) تبسيط المواد التعليمية لكي تظل المعلومات ذات الصلة فقط، فعلى سبيل المثال، يمكن أن تكون الصور، أو الرسومات ذات تشتيت للانتباه في مواد القراءة.

الإرشاد النفسي المدرسي

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد مفهوم الإرشاد النفسي المدرسي؟

(٢) تتعدد أسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس وضح ذلك؟

(٣) وضح أهداف الإرشاد المدرسي؟

(٤) تكلم عن خدمات الإرشاد النفسي؟

(٥) ما الآثار والاحتياجات النفسية للإعاقة؟

(٦) اذكر أكثر مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات؟

(٧) ما أهم المشكلات النفسية في صفوف الدمج؟

(٨) حدد الاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات؟

(٩) ما المشكلات النفسية لدى بعض ذوي الإعاقة والموهوبين والتصدي لها؟

(١٠) اذكر دور الأخصائي النفسي في تنمية العلاقات الاجتماعية؟

(١١) وضح أسس زيادة التقبل الاجتماعي تجاه ذوي الإعاقة؟

(١٢) قدم استراتيجيات لتحسين تقبل الطلبة ذوي الإعاقة؟

الإرشاد النفسي المدرسي في التربية الخاصة

مقدمة

لقد حدث تطور في بداية الثلاثينيات من هذا القرن مفاده أن التوجيه ليس عملية ميكانيكية تتمثل في مطابقة قدرات الفرد مع متطلبات المهنة، وأن الإخصائي حقيقة لا يتعامل مع مشكلات بقدر ما يتعامل مع أفراد لهم خصائصهم المتباينة. وقد تأثر هذا التطور بحركة الصحة النفسية والمدارس العلاجية المختلفة. ونتيجة لذلك تأثر التوجيه بدراسات علم النفس والمدارس النفسية والعلاجية. وقد عبر سوبر (1955) Super عن ذلك في مقاله "الانتقال من التوجيه المهني إلى علم النفس الإرشادي" حيث حاول تحديد معالم هذا الميدان الجديد.

وعليه يمكن القول أن بداية الخمسينيات من القرن المنصرم شهدت ميلاد علم جديد هو "الإرشاد النفسي"، وظهر في عام١٩٥١ م مصطلح علم النفس الإرشادي، والإخصائي النفسي في مؤتمر عقدته لجنة متخصصة في مينيسوتا Minnesota قبل انعقاد المؤتمر السنوي للرابطة الأمريكية للمشتغلين بعلم النفس American Association for the psychologists. وقد تبع ذلك إنشاء قسم الإرشاد النفسي Department of Psychological Counseling في الجمعية النفسية الأمريكية American Psychological Association ومن ثم البريطانية British Psychological Society. وفي عام ١٩٥٤م صدرت مجلة الإرشاد النفسي، ثم دخل موضوع الإرشاد النفسي ضمن مقررات علم النفس التربوي في الجامعات (عقل، ٢٠٠٠).

ويمكن أن نتبين خلال تلك الفترة اتجاهين رئيسين لهما أثر في تحديد مسار وأهداف هذا العلم الوليد "علم النفس الإرشادي" هما :

(أ) التركيز على التوافق والصحة النفسية، التي تركز على توافق الفرد وصحته ومن أجل ذلك كان يطلب من المرشدين العمل على فهم دوافع التلميذ ومشاعره، وأن يتعاملوا بحكمة مع حاجاته النفسية والاجتماعية.

(ب) التركيز على النمو النفسي: لقد أدى علم النفس النمو دورًا كبيرًا في تطور خدمات الإرشاد النفسي من حيث الاهتمام بدراسة نمو الأطفال، والمراهقين ومشكلاتهم، ويرجع الفضل في ذلك بالدرجة الأولى إلى ستانلي هول Stanley Hall إلى جانب نظريات أخرى عامة اهتمت بدراسة مختلف مظاهر النمو النفسية، والاجتماعية، والمعرفية كنظرية إريكسون Ericsson في النمو النفسي الاجتماعي ، ونظرية فرويد Freud في تفسير مراحل النمو النفسي الجنسي ، ونظرية بياجيه Piaget في النمو العقلي المعرفي... وغيرها من النظريات التي استفاد منها الإرشاد النفسي في دراسة اضطرابات الفرد و مشكلاته و تقديم المشكلات النفسية المناسبة.

وتعد الخدمة النفسية ممثلة في دور الأخصائي النفسي من أكثر الخدمات المساندة أهمية لما تتميز به من مهام أساسية يتقرر على ضوئها معالم طبيعة الخدمة التي قد يحتاجها جميع الأطفال بمختلف مشاربهم (الوابلي، ١٩٩٦).

وتكمن أهمية الخدمة النفسية المدرسية في اهتمامها بالتركيز على تدعيم أنماط السلوك الايجابية وتنميتها لدى الطلبة، وكذلك التدخل لتعديل أنماط السلوك السلبية، ويمثل ذلك غاية التعليم بصفة عامة؛ فوظيفة المدرسة لم تعد تقتصر على حشو ذهن الطلبة بالمعلومات فحسب، وإنما تمتد إلى الاهتمام برعاية نمو شخصياتهم نموًا متكاملاً بأبعاده المختلفة: جسميًا، وعقليًا، وانفعاليًا، واجتماعيًا، وخلقيًا، ومهنيًا لتحقيق أقصى قدر ممكن من النمو المتكامل، والتوافق الشخصي والاجتماعي في إطار سياسة التعليم (عبد الرحمن، وعبد الله، ٢٠٠٣، ص ١).

ولذلك اهتمت العديد من المجتمعات بتفعيل دور الإرشاد النفسي المدرسي لما يقدمه من خدمات واضحة للطلبة العاديين وذوي الإعاقات؛ فهناك الخدمات الإرشادية التي تقدم للموهوبين والمتفوقين، وذوي صعوبات التعلم، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي الإعاقة السمعية، وذوي الاضطرابات السلوكية... وغيرهم، وهناك خدمات وقائية لتحصين الطلبة ضد الانحرافات كالجنوح، والعدوان... وغيرها.

❁ مفهوم الإرشاد النفسي المدرسي

إن مصطلح الإرشاد يندرج تحته العديد من المهام يستخدمه العديد من العاملين في تقديم الخدمات؛ مثل: الأطباء، والمحامين، والدبلوماسيين، والعسكريين، والماليين والاستثماريين، والأخصائيين الاجتماعيين، وذلك باعتبار أن الخدمة الإرشادية التي يقدمها الأخصائي النفسي، عملية مقابلة بين شخصين لتوضيح أبعاد مشكلة ما؛ إلا أن الخدمة الإرشادية التي يقدمها الأخصائي النفسي للمسترشدين في المؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية والصناعية، تقوم على علاقة تفاعلية بهدف التغلب على الصعوبات وعلى عدم التوافق الذي يعاني منه الطالب؛ لأنها تتميز بالعلاقات الشخصية القوية والمشاركة الوجدانية التي تعمل على دعم نمو الطالب وتحقيق أهدافه الشخصية، أي أن الخدمة الإرشادية هنا تهتم بإحداث تغييرات في قدرة الطالب بحيث تمكنه من اتخاذ قرارات سليمة (أبو عيطة، ١٩٩٧).

و أغلب التعريفات الحديثة للعملية الإرشادية ركزت على الجانب المهني المنظم الذي يتناول الحاجات الإنسانية للفرد، مع الاهتمام بالناحية الوقائية والإنمائية والعلاجية، ومن بين هذه التعريفات، ما ذكرته رابطة علماء النفس الأمريكية لعلم النفس الإرشاديAPA (١٩٨٧) أن الإرشاد: "مجموعة الخدمات التي يقدمها أخصائيو علم النفس الإرشادي الذين يعتمدون في تدخلهم على مبادئ ومناهج وإجراءات لتسيير سلوك الإنسان بطريقة ايجابية وفاعلة خلال مراحل نموه المختلفة، ويقوم الأخصائي النفسي بممارسة عمله مؤكدا على الجوانب الايجابية للنمو والتوافق من منظور إنمائي، وأن هذه الخدمات تهدف إلى مساعدة الطلبة على اكتساب المهارات الشخصية والاجتماعية وتحسين توافقهم لمطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهاراتهم للتعامل مع البيئة المحيطة بهم، واكتساب المهارات والقدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات".

ويُعرف الشناوي والتويجري (١٩٩٦) عملية الإرشاد بأنها "المساعدة التي يقدمها أخصائي نفسي مؤهل لمسترشد لديه ظروف طارئة مؤقتة، أو دائمة، ظاهرة، أو متوقعة، بهدف مساعدته على التخلص من هذه الظروف، أو التعامل معها وذلك في إطار علاقة الوجه للوجه".

أما عطا وآخرون (٢٠٠٥، ص٤١) فيعرفون الإرشاد بأنه: "عملية تتضمن تقديم خدمات إرشادية نفسية للطلبة لمساعدتهم على فهم انفسهم وتقبلها وتنمية إمكاناتهم وتطوير كفاياتهم ومهاراتهم للتعامل مع متغيرات العصر وضغوطاته، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية لتحقيق أقصى درجات التوافق والنماء".

وقد عرفت الإدارة العامة لتوجيه وإرشاد الطلبة ذوي الإعاقات في المملكة العربية السعودية في التعميم رقم ٤٦/٤٢٨/١/٧/٣٢ في ١٤٠١/١٢/١٠ هـ الإرشاد بأنه: " عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الطالب لكي يفهم ذاته، ويدرس شخصيته، ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمي إمكانياته، ويحل مشكلاته، في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه وفي إطار من التعاليم الإسلامية السمحة لكي يصل إلى تحقيق أهدافه، وتحقيق التوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وأسريًا واجتماعيًا، وبالتالي يسهم في تحقيق الأهداف العامة للعملية التعليمية.

وقد خلص أبو عباة ونيازي (٢٠٠١) إلى ان العملية الإرشادية تتميز بمجموعة من الخصائص التي توضح معالمها وتميزها عن غيرها من أساليب التدخل الأخرى، وتلك الخصائص هي:

(١) ان الإرشاد عملية تتميز بالتفاعل والدينامية بين الأخصائي النفسي والطالب يتحمل فيها كل منهما دوره ومسؤوليته في إنجاز الأهداف وإحداث التغيير المنشود.

(٢) ان أساس نجاح العملية الإرشادية يعتمد بدرجة كبيرة على العلاقة الإرشادية التي أساسها التقبل والاحترام والتقدير وحق الطالب في التعبير عن أفكاره ومشاعره ومراعاة ظروفه وقدراته وإمكاناته الشخصية والبيئية.

(٣) ان الهدف من العملية الإرشادية هو اكتشاف جوانب القوة في شخصية الطالب وبيئته والاستفادة منها في إنجاز أهداف العملية الإرشادية وإحداث التغيير المطلوب.

(٤) ان العملية الإرشادية عملية مهنية تتطلب شخصًا مؤهلا يمتلك المعرفة بالسلوك الإنساني وأساليب التغيير والخبرة والمهارة التي تساعده في أداء عمله بصورة صحيحة.

(٥) ان العملية الإرشادية تتم من خلال علاقة الوجه للوجه، نظرًا لما تتيحه هذه العلاقة من فرص لكل من الأخصائي النفسي والطالب لفهم بعضهما بعضا ودراسة المشكلة

بدقة والوقوف على السلوك اللفظي وغير اللفظي لكل منهما والاتفاق على جميع عمليات الإرشاد ورسم الأهداف ومن ثم تحقيقها.

(٦) ان التدخل الإرشادي يعطي اهمية بالغة لقيم ومبادئ وعادات ومعتقدات المجتمع الذي يتم فيه، كما يراعي الثقافة الفرعية للمسترشد.

❁ أسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس

من الأسباب التي أوردها البيلاوي وعبد الحميد (٢٠٠٤) والتي دعت لاهتمام المربين وعلماء النفس والتربية بالدعوة إلى إدخال الخدمة النفسية بالمدارس ما يلي:

(١) تقلص دور الأسرة التوجيهي:

لقد كان في الماضي عبء تربية الأبناء وتوجيههم يقع على عاتق الأسرة، ولكن بعد التطورات التي طرأت على الأسرة وابتعاد الأب ومن بعده الأم عن تربية الأبناء كانت هناك ضرورة بأن تحل إحدى وسائط التنشئة محلها؛ فكانت المدرسة هي المنوطة بسد الفراغ الذي تركته الأسرة، فأصبح على المدرسة القيام بالدور الذي كانت تقوم به الأسرة من توجيه وإرشاد لأبنائها الطلبة من الناحية العقلية، والنفسية، والاجتماعية، والمهنية، والدينية، بل إن الأمر قد تعدى ذلك بأن أخذت المدرسة على عاتقها أمر توجيه الأسرة، وإعدادها للقيام بوظائفها على أحسن وجه، ومن هنا ظهرت الحاجة الملحة لوجود الإرشاد النفسي بالمدارس.

(٢) الانفجار الهائل في عدد السكان:

إن الزيادة الهائلة في أعداد السكان تبعه طفرة كبيرة في الأعداد المقبولة بالمدارس؛ مما أدى إلى كثرة عددها وانتشارها، الأمر الذي تمخض عنه ظهور العديد من المشكلات التعليمية والنفسية والاجتماعية بين هؤلاء الطلبة؛ مما دعي إلى ضرورة إيجاد استراتيجيات فعالة لمواجهة كل هذه المشكلات... وغيرها، فظهر التوجيه والإرشاد التربوي للتصدي لحل تلك المشكلات داخل المدرسة على أسس علمية سليمة ووفق أساليب فنية وتربوية مخططة.

(٣) تعقد الحياة وتشابك العلاقات الاجتماعية:

لم تعد الحياة التي نعيشها الآن بالحياة السهلة البسيطة التي كان يعيشها الناس في الماضي؛ فلقد تعقدت الحياة، وتباينت الأدوار، وتشابكت العلاقات الاجتماعية، كما زادت الضغوط الاجتماعية بسبب وضع كثير من القيود والضوابط على سلوك الطالب؛ مما أثقل كاهله وأفقده بعضًا من حريته حتى أصبح الطالب يجد نفسه يسلك سلوكًا لا يرضى عنه ولكن كي يرضي الجماعات التي ينتمي إليها ويخضع نفسه لمعاييرها؛ مثل: جماعة الأسرة، وجماعة المدرسة، والجماعة الدينية... وغيرها من الجماعات التي يمثل أحد أفرادها.

وقد أدى تعقد هذه المنظومة الاجتماعية إلى ضرورة إيجاد استراتيجيات لتنمية بعض المهارات التي تساعد الطلبة على الانخراط في المجتمع، وتكوين علاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين، وتزويدهم بمعلومات عن كيفية اختيار الأسلوب المناسب للحياة الاجتماعية، ولن يأتي ذلك كله وغيره؛ إلا من خلال إدخال الإرشاد النفسي بالمدارس.

وهكذا لم تعد الخدمة النفسية في المدارس ضربًا من الرفاهية؛ وإنما أصبحت ضرورة فرضتها المشكلات التي تعترض سبيل الطلبة في مواقف شتى، ويتحتم عليهم مواجهتها، وترمي الخدمات النفسية إلى الأخذ بأيديهم في حل مشكلاتهم، ومعاونتهم على مواجهة تلك المواقف، والهدف من تلك المساعدة هو أن يتعرف الطالب على حالته بصفته فردًا له شخصيته وكيانه، و بصفته عضوًا في جماعة له حقوق وعليه واجبات. ويقتضي العون والمساعدة استثمار نواحي القوة عند الطالب، وتقييم نواحي الضعف التي تعترض تقدمه، أو تعويضه عنها، وتشمل المساعدة معرفة الطالب بالفرص التعليمية الميسرة له، والهوايات التي يقضي فيها أوقات فراغه والعمل على تنميتها، وكذلك الكشف عن ميوله واستعداداته وتعهدها بالتنمية والرعاية.

(٤) التقدم التكنولوجي السريع:

لقد أحدث ظهور الآلة في حياة الإنسان طفرة كبيرة شملت كافة مناحي الحياة وخاصة عند ظهور الثورة الصناعية التي عمت أرجاء الأرض وما أحدثه التطور التكنولوجي المتلاحق من تغير كثير من المفاهيم الاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية؛ فالتغيرات التكنولوجية تجعل كل ما هو متطور وحديث بعد فترة وجيزة متخلفًا وغير متطور، وهذا

التغير السريع حتى ولو كان مفيداً لصالح الإنسان؛ إلا أنه يلقي عبئًا على نفس الطلبة الذين يواجهون هذا التغير ويتعاملون معه ويتأثرون به، وكان تأثير ذلك على حركة الإرشاد النفسي هو توسيع مجالها وخروجها من مجال التوجيه المهني إلى مجالات أوسع بحيث أصبح الإرشاد يشمل كافة جوانب الفرد؛ فدخلت الخدمة النفسية إلى المدارس من أوسع الأبواب، وأصبح ينظر إليها على أنها ضرورة، وخاصة بعد ظهور الهوة الواسعة التي تفصل بين ما يتلقاه الطالب في المدرسة، وما يواجهه في الحياة العملية، وأن هناك ضرورة لسد هذه الثغرة من خلال الإرشاد المهني في المدارس، والذي يعد أحد الأدوار التي يقوم بها الإرشاد النفسي المدرسي.

❁ أهداف الإرشاد المدرسي

يعرف برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة بأنه: " ذلك البرنامج المخطط، والمحدد، والمنظم ضمن أسس علمية لتقديم خدمات توجيهية وإرشادية لفئة محددة، أو عامة من الطلبة". فيتم تحديده من خلال أهداف، وطرائق وضمن أسس محددة، ويمكن تفصيل ذلك من خلال تحديد أهداف التوجيه والإرشاد المدرسي، وحيث تقسم هذه الأهداف إلى قسمين:

أهداف عامة: وتشمل تحقيق فلسفة التوجيه والإرشاد النفسي في المدرسة، ومساعدة الطلبة على تحقيق الذات، والوصول إلى معالجة للاضطرابات النفسية الناجمة عن العملية التربوية، وما يؤثر فيها.

أهداف الخاصة: تتمثل في الوقاية من الاضطرابات النفسية، وتحقيق أفضل مستوى من النمو النفسي، وبشكل عام يمكن القول بأن الأهداف تتمثل في معالجة مشكلات العملية التربوية كاملة.

إن رابطة علم النفس الأمريكية APA في تعريفها للإرشاد النفسي المدرسي ترى بأنه: "تلك الخدمة التي تهدف إلى مساعدة الطلبة على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية، وتحسين المواقف مع مطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع

البيئة، واكتساب العديد من قدرات حل المشكلات واتخاذ القرار". وانطلاقًا من هذا المفهوم يمكن تحديد أهداف الخدمة النفسية المدرسية على النحو الآتي:

(١) تنمية مهارات المواجهة:

إن أحد أدوار الإرشاد النفسي المدرسي هو تنمية قدرة الطالب ذي الإعاقة على مواجهة الضغوط النفسية، والتسلح ضد القلق في الشدائد الحياتية؛ فكثير من الطلبة يواجهون عدد من المواقف والضغوط، وقليل منهم من يستطيع أن يتعامل معها، وهنا يبرز دور الخدمة النفسية في تدريب هؤلاء الطلبة ذوي الإعاقة على مهارات المواجهة، أو التعامل مع المواقف الضاغطة وإحباطات الحياة اليومية، وذلك حتى لا يصبحوا فريسة سهلة للضغوط الشديدة الواقعة عليهم؛ فينتهي بهم المطاف إلى سوء التوافق الشخصي، والاجتماعي.

(٢) تنمية المهارات الاجتماعية:

تعد المدرسة نقطة الالتقاء لعدد كبير من العلاقات الاجتماعية المتشابكة المعقدة، وهذه العلاقات هي المسالك التي يتخذها التفاعل الاجتماعي والقنوات التي يجري فيها التأثير الاجتماعي، ويمكن تحليل العلاقات الاجتماعية المركزة في المدرسة على أساس الجماعات المتفاعلة فيها.

ويعد تحسين العلاقات بين الطلبة ذوي الإعاقة والعاديين داخل المجتمع المدرسي أحد أهم أهداف الخدمة النفسية المدرسية، إذ إن تحقيق جو نفسي صحي يعد مطلبًا أساسيًا لتحسين العملية التعليمية وهذا بدوره يتطلب تنمية قدرة الطلبة على تفهم الآخرين والتعاطف معهم وتلمس خبراتهم الوجدانية واستيعابها، ولتحقيق ذلك ينبغي تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطلبة، وتنمية قدراتهم على إدارة العلاقات والتفاعلات مع الآخرين؛ مما يشكل أساس الكفاءة الاجتماعية ويعزز شبكة العلاقات، ويعزز القدرات القيادية ويقوي مشاعر الانتماء للجماعة.

(٣) تنمية القدرة على حل المشكلات:

يتصور الطالب الذي يعاني من مشكلة ما، أن المشكلة التي تؤرقه هي من أعقد المشكلات التي يمكن أن تواجه أحد الطلبة ذوي الإعاقة، وأنه قد حاول قدر استطاعته التوصل إلى حل

مناسب لها، ولكنه في كل مرة يفشل في الوصول إلى الحل المناسب. وهنا يأتي دور الإرشاد النفسي المدرسي ممثلة في الأخصائي النفسي المدرسي في تدريب الطلبة ذوي الإعاقة على مواجهة المشكلات التي تعترض حياتهم، وتنمية قدرتهم على الوصول إلى الحلول المناسبة بتقديم حلول جاهزة. إذ إن هدف الإرشاد النفسي هنا ليس فقط حل المشكلات التي تواجه الطلبة وإنما إعدادهم لحل مشكلاتهم بأنفسهم في المستقبل، هنا يصبح دور الأخصائي النفسي دور المساعد فقط؛ فعلى الطالب أن يقترح أنسب الحلول لحل مشكلته في ضوء ما لديه من معلومات ومعطيات، فالأخصائي النفسي لا يفرض الحل ولا يختاره وإنما يوجه ويرشد عندما يجد أن الطالب يحيد عن الحل الصحيح.

(٤) تنمية القدرة على اتخاذ القرار:

هو أحد أهداف التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي؛ فكل طالب يمر بمرحلة حرجة في حياته تتطلب منه اتخاذ قرارات مصيريّة يترتب عليها مستقبله فيما بعد، مثل انتقاله من المرحلة الإعدادية إلى المرحلة الثانوية، ففي أي اتجاه يسير؟ هل يسير نحو التعليم العام أم التعليم الفني؟ وإذا اختار التعليم الفني فأي منه يناسبه؟ الصناعي أم التجاري أم الزراعي أم التمريض؟.. وإذا اختار أي مجال منهم فإلى أي قسم ينتسب؟.. وهكذا، وهناك الكثير من الطلبة الذين يلاقون صعوبات ويحتاجون إلى مساعدة في عملية اتخاذ القرار، ومنهم من تنقصه المعلومات التي يمكنه الاستفادة منها، ومنهم من لديه معلومات ويعجز عن استخدامها، ومنهم من لا يستطيع الاختيار بين البدائل المتاحة، وهكذا فهناك نماذج متنوعة من الطلبة ولكن يجمعهم هدف واحد في النهاية هو رغبتهم في الوصول إلى القرار المناسب.

وهنا يقوم الأخصائي النفسي المدرسي بتدريب الطلبة ذوي الإعاقة على أساليب وطرائق اتخاذ القرار، ولماذا يتخذ قرار دون غيره؟، وما يمكن أن يترتب على اتخاذ قرار ما من خطورة مؤقتة في مقابل مستقبل أفضل، وكيف يستطيع الحصول على المعلومات المتصلة بالموضوع المراد اتخاذ قرار بشأنه، وكيف يقيم الاحتمالات المتوقعة لعدد من البدائل؟، وأخيراً كيف يستطيع اختيار أنسب الاحتمالات (أي اتخاذ القرار)؟، وهكذا يتحقق للطالب القدرة على الاستبصار الذاتي الذي يساعده في توجيه ذاته نحو القرار الأفضل.

(٥) تعديل وتغير السلوك:

يستهدف التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي إلى تغيير وتعديل سلوك الطلبة من السلوك اللاسوي غير المرغوب إلى السلوك السوي المرغوب فيه، وذلك من خلال تطويع الأخصائي النفسي المدرسي لنظريات الإرشاد النفسي المختلفة لهذا الغرض، وانتقاء ما يتناسب منها من فنيات لمواجهة المشكلات السلوكية، والنفسية، والسلوكية المتنوعة. إذ إن الهدف من تعديل السلوك تحسين الضبط الذاتي وتطويره من خلال تحسين مهارات الطالب، وقدراته، وإمكانياته ومستوى استقلاليته.

(٦) تنمية طاقات الطلبة:

إن أحد الأهداف التي سعى إليها التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي هو توفير الفرص المناسبة والملائمة للطلبة لتنمو طاقاتهم وإمكانياتهم لأقصى حد ممكن، فمن خلال الكشف عن قدرات الطلبة وميولهم يمكن توصيلهم إلى الطرائق التي يمكن أن يحققوا فيها أعلى مستوى من الكفاءة، هذا إلى جانب توفير السبل والإمكانات اللازمة لتحقيق هذا الهدف، وذلك من خلال التعاون المستمر بين المدرسة ومؤسسات المجتمع الأخرى التي يمكن من خلال توفير الفرص المناسبة لهؤلاء الطلبة لتحقيق ذاتهم ومن ثم تحقيق توافقهم الشخصي والاجتماعي.

❁ خدمات الإرشاد النفسي

تبرز أهمية الإرشاد النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة لذوي الإعاقات المختلفة الفكرية، والسمعية، والبصرية، التعليمية، والتواصلية... وغيرها من حيث حاجتهم إلى خدمات متخصصة تؤدي إلى مساعدتهم في التخفيف من الآثار السلبية لإعاقتهم، ويمكن تعريف خدمات الإرشاد النفسي بأنها: "الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص ذي الإعاقة، أو الموهوب مع نفسه من جهة، ومع البيئة المحيطة به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذه البيئة، والوصول بالطالب إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته".

وتعد الحاجة إلى الإرشاد من الحاجات الأساسية للأفراد ذوي الإعاقة وذلك بسبب ما يتعرض له الطالب ذو الإعاقة في مراحل حياته المختلفة من مشكلات وضغوط نفسية تفرض عليه طلب المساعدة من مهنيين متخصصين يمكنهم تقديم المساعدة في حل المشكلات التي تعترضهم.

وفيما يلي أهم الأساليب المستخدمة في مجال الإرشاد النفسي لذوي الإعاقات:

(١) **الإرشاد الفردي:** يمكن استخدام هذا الأسلوب الإرشادي حسب طبيعة المشكلة ونوع وشدة الإعاقة، حيث يتم التركيز هنا على خطة العمل الفردي حيث إن الإرشاد الفردي يعتمد على طبيعة المشكلة وخصائص الشخص ذي الإعاقة ويتم الإرشاد الفردي في مراحل متعددة من حياة الشخص ذي الإعاقة، وتستخدم المقابلة الفردية كأسلوب وطريقة عمل.

(٢) **الإرشاد السلوكي:** يعد هذا النوع تطبيقًا عمليًا لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان الإرشاد النفسي وهو يتضمن عددًا من الطرائق والأساليب الإرشادية والعلاجية التي استحدثت في السنوات الأخيرة، وعلى الرغم من أن الطرائق والأساليب الإرشادية الحالية تتباين ما بين العلاج بالتحصين التدريجي، والعلاج بالغمر، والنمذجة، والتنفير... وغيرها؛ إلا أنها تشترك جميعًا في التصورات النظرية. ويفيد العلاج السلوكي في تعديل كثير من المشكلات السلوكية والنفسية التي يتعرض لها ذوو الإعاقة والتي من بينها كثير من المشكلات السلوكية والسلوك العدواني والمخاوف المرضية... وغيرها. ولعل أهم إسهامات العلاج السلوكي تتضح في تنمية ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة حيث يتم تنمية سلوكهم اللفظي، والعملي، ومهاراتهم في التفاعل الاجتماعي، واعتمادهم على أنفسهم من خلال استخدام الفنيات السلوكية المختلفة؛ مثل: التعزيز، والتشكيل، والتعميم، والتمييز ...وغيرها من الفنيات الأخرى.

(٣) **الإرشاد الجمعي:** يستخدم هذا الأسلوب في حالة تشابه المشكلات وتقارب العمر الزمني والعمر العقلي للمجموعة الإرشادية، ويكون عدد ذوي الإعاقة الأعضاء في المجموعة الإرشادية ما بين (٦ – ٨) ويعانون من مشكلات متشابهة، ويتم اختيار أعضاء المجموعة

الإرشادية بعد لقاءات فردية معهم، ويتم في البداية الاتفاق على تحديد بعض الإجراءات التي يجب أن تلتزم بها المجموعة الإرشادية.

(٤) **الإرشاد المعرفي:** وهو يشير إلى تشكيلة من الاتجاهات العلاجية التي تعتمد في أسلوبها الأساسي على تعديل النماذج الخاطئة في تفكير الطالب ذي الإعاقة؛ فالتركيز ينصب على أسلوب تفكيره، ومشاعره، وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك، ومن بين المشكلات التي يهتم الإرشاد المعرفي بحلها لدى ذوي الإعاقة: القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية... وغيرها من المشكلات التي يكون فيها هؤلاء الأشخاص أكثر تمسكًا بالأفكار اللاعقلانية من الآخرين.

(٥) **الإرشاد باللعب:** يعد هذا النوع من الإرشاد ذا قيمة وفائدة مع ذوي الإعاقة الفكرية وذلك عند تغيير أنماط من السلوكيات اللاتكيفية ممثلة في السلوك المنحرف، أو اللااجتماعي، أو العدواني، ويكون العلاج في غرفة اللعب إما فرديًا، أو جماعيًا باستخدام وسائل لعب غير قابلة للكسر... الخ.

❁ الآثار والاحتياجات النفسية للإعاقة

لم تؤيد نتائج الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال فكرة وجود نمط شخصية معين، أو مفهوم ذات معين يرتبط بأي إعاقة على وجه التحديد إذ إن الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة يتباينون في خصائصهم السيكولوجية كأقرانهم العاديين، وأنهم عادة ما يستجيبون لنفس العوامل التي تؤثر على النمو النفسي للأطفال الآخرين. ويعتمد تكيف هؤلاء الأطفال لأوجه القصور الجسمية التي يعانون منها واستجابتهم للمواقف الاجتماعية بين الشخصية على تلك الكيفية التي يستجيب بها آباؤهم وأخوتهم ومعلموهم وأقرانهم والآخرون نحوهم.

وهناك في واقع الأمر عوامل عديدة تعد مسؤولة عن تقبل الآخرين للأفراد ذوي الإعاقات. فالجماعات المهنية والمدنية تشجع على تقديم المساندة لهم، وتقلل من خوفهم عن

طريق تقديم المعلومات اللازمة لهم، وتوفير التعليم العام كذلك فإن إصرار الحكومة على الحد من تلك الحواجز المعمارية التي يكون من شأنها أن تمنع المواطنين ذوى الإعاقات من استخدام واستغلال الخدمات العامة تعمل في الواقع على الإقلال من التمييز.

ولكننا بلا شك نجد أنه لا يزال هناك العديد من الأطفال ذوي الإعاقة يتعرضون إلى أن يرفضهم الآخرون. ويخشونهم، ويشفقون عليهم، ويميزون بينهم وبين الآخرين. وكلما كانت إعاقة الطالب أكثر وضوحًا كان من الأكثر احتمالاً أن يدركه الآخرون سلبيًا.

إن ذوي الإعاقة بشكل عام بحاجة إلى الخدمات النفسية التي تهتم بتكيفهم مع أنفسهم من جهة ومع العالم المحيط بهم من جهة أخرى ومساعدتهم على فهم أنفسهم، وفهم العالم المحيط بهم، والسعي إلى الوصول بهم إلى أقصى درجات النمو والتكامل في شخصياتهم وتحقيق ذواتهم، ويسعى الإرشاد النفسي إلى مساعدة ذي الإعاقة على فهم وتقدير خصائصه النفسية، ومعرفة إمكانياته الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والمهنية. كما يهدف إلى خفض التوتر، والاكتئاب، والقلق لديه؛ بالإضافة إلى تعديل بعض العادات السلوكية لديه ومساعدته على تحسين مفهومه عن ذاته.

وهكذا فإن الإرشاد النفسي يساعد ذوي الإعاقات على تجاوز مشاعر العجز، وعدم الثقة بالنفس، والاختلاف عن الآخرين، والفشل، وتمكينهم من القدرة على التفاعل مع الآخرين، والتعبير عن عواطفهم ومشاعرهم في مناخ لا يمارس عليهم القمع والتوتر، وضبط انفعالاتهم، ومساعدتهم على تطوير اتجاهات ايجابية نحو الحياة، والعمل وعلى مواجهة مشكلاتهم وإيجاد حلول لها، ومن واجبات الأخصائي النفسي تجاه ذي الإعاقة ما يلي:

(١) إزالة مخاوف ذي الإعاقة.

(٢) تبصيره بإمكاناته وقدراته.

(٣) تصحيح بعض المفاهيم عنده عن المجتمع.

(٤) مساعدته على تخطيط نشاطاته وسلوكياته.

(٥) مساعدته على تقبل حالته وأن يقبل دوره في الحياة.

(٦) مساعدته في التخلص من نزعاته العدوانية نحو نفسه والآخرين.

(٧) مساعدته على تكوين علاقات طيبة مع الآخرين وان يحب افراد أسرته ومجتمعه.

❁ مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات

يترتب على الإعاقة العديد من المشكلات النفسية والصحية؛ بالإضافة إلى الضغوط الأسرية والاجتماعية؛ مما يجعل الإعاقة سببًا في مواقف ضاغطة متعددة. من ناحية اخرى، فإن إدراك الطالب للإعاقة على أنها موقف ضاغط يعد أحد العوامل الذي تحدد شدة الضغط؛ فشدة الضغط تعتمد على تفسير الطالب للمواقف التي يمر بها. أضف إلى ذلك أن إدراك الطالب أن إعاقته في غاية الإزعاج والإحباط، وأن حياته لا تستقيم معها يجعله يشعر بالضغط النفسي بدرجة شديدة، وبالمقابل فإن الطالب ذو الإعاقة الذي يدرك إعاقته على أنها امر يمكن تجاوزه، لا يشعر ان الأمر مثير للضغط النفسي.

وهناك ثلاثة مصادر للضغوط التي يمكن ان يتعرض لها الطلبة بشكل عام وذي الإعاقة بشكل خاص:

المصدر الأول: الإحباط

هي عبارة عن الحالة النفسية التي يمر بها الطالب بسبب العقبات والموانع التي تحول دون تحقيق الطالب ذو الإعاقة لحاجاته البيولوجية والمكتسبة ومن بين هذه العقبات ما يلي:

أ ـ العقبات البيئية: هي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الطالب ففي حالات ذوى الإعاقة الحركية، و ذوى الإعاقة البصرية مثلاً يمكن أن تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول إليها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة وما إلى ذلك.

ب ـ العقبات الاجتماعية: وتتمثل في التحيز الاجتماعي، والاتجاهات السلبية نحو ذوي الإعاقة، واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير ذوي الإعاقة في المجتمع. وتعد الإحباطات الاجتماعية أكثر أذى للأفراد ذوي الإعاقة، وذلك لأنها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية خاصة إذا علمنا أن هذا النوع من الإحباطات الاجتماعية يمارس

بشكل خفي، فالقوانين يمكن أن تعالج حقوق ذوي الإعاقة، ولكنها لا تمنع الممارسات غير المعلنة من قبل المجتمع.

المصدر الثاني: الصراعات

مصدر آخر من مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذو الإعاقة؛ فقد يضطر الطالب ذو الإعاقة أن يقيد نفسه ويحددها بأهداف حياتية تتعلق بالعمل الذي سيمارسه مستقبلاً، وذلك بسبب طبيعة الإعاقة التي يعاني منها، من هنا، فإن اختيارات الطالب ذو الإعاقة تعد قليلة ومحدودة مقارنة باختيارات الطالب غير ذي الإعاقة.

المصدر الثالث: المطالب الاجتماعية

المطالب الاجتماعية تعد أحد مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذو الإعاقة، وتشمل توقعات المجتمع فيما يتعلق باستجابات الطالب ذي الإعاقة؛ فإذا كانت تلك التوقعات غير واقعية، أو يصعب تحقيقها، فإنها تزيد من شدة الضغوط النفسية لديه، وتجعله يشعر بالضيق والحرج. وبالمقابل إذا كانت التوقعات مقبولة، ويمكن أن يحققها الطالب ذو الإعاقة، فإن ذلك يساعد في تحديد التوافق الايجابي لديه.

❁ المشكلات النفسية في صفوف الدمج

إن العديد من الطلبة ذوي الإعاقات يواجهون صعوبة عند التفاعل الاجتماعي مع الأقران والمعلمين في صفوف التعليم العام. وأحد مصادر هذه الصعوبة ربما يكون سلوك الطلبة ذوي الإعاقات أنفسهم. ومن ناحية أخرى قد يرجع السبب إلى اتجاهات ومشاعر فئات المجتمع بشكل عام؛ فالعديد من الناس ليس لديهم إلا القليل من المعلومات الدقيقة عن الطلبة ذوي الإعاقات وهذا القصور المعرفي يمكن أن يولد الخوف والتعصب.

وربما يفشل الطلبة ذوي الإعاقات في مواجهة توقعات المدرسة والمجتمع. فقد لا يتفاعلون، أو يتعاملون مثل باقي الطلاب. وبالنسبة للمعلمين والطلبة الذين يجهلون معرفة

الطلبة ذوي الإعاقات فإن هذه الاختلافات تؤدي إلى التخوف، وانعدام الثقة بل والعدائية. ولكن يجب التطلع إلى قدرات ومواهب واحتياجات الطلبة ذوي الإعاقات (حيث يتم تجاهل قدرات ومواهب واحتياجات الطلبة ذوي الإعاقات).

إن الطلبة ذوي الإعاقات يواجهون الفشل اثناء اداء أعمالهم المدرسية. فعند وضعهم في صفوف التعليم العام قد يتخوفون من اداء الأنشطة التعليمية. وهذا الخوف من الفشل والشعور بعدم الكفاءة قد يتسبب في انسحابهم. وهذا الانسحاب يمكن أن يؤدي إلى رفضهم، ويجعل من الصعب على افضل المعلمين المبدعين منهم أن يقدموا لهم موقفًا تعليميًا ملائمًا (Gresham, 1984 ; Meisgeier,. 1981; Pavri & Luftig, 2000).

والطلبة ذوو الإعاقات ربما يتأخرون في نموهم الاجتماعي مثل تأخرهم في المجالات الأخرى (Leffert & Siperstein, 2003). وهكذا فإن ضعف المهارات الاجتماعية من الممكن أن يكون عاملاً من عوامل رفض الطلبة ذوي الإعاقات (Hollinger, 1987) والعديد من الطلبة ذوي الإعاقات ليسوا بنفس قدرة اقرانهم العاديين على أن يبدأوا، أو يستمروا في إقامة العلاقات الاجتماعية.

فعلى سبيل المثال اثبت بحث تور – كاسبا و بريان (Tur–Kaspa and Bryan, 1994) أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يفتقرون إلى مهارات اللغة الضرورية للتواصل الاجتماعي الفعال. وربما يفشل الطلبة ذوي الإعاقات في تنمية مهارات اجتماعية ملائمة لقلة عدد أصدقائهم، وكذا انخفاض معدل أدائهم الملحوظ في مقياس الحالة الاجتماعية النفسية عن اقرانهم (Asher & Taylor, 1981; Drabman & Patterson, 1981; McIntosh, Vaughn & Zaragoaza, 1991; Ray, 1995) وقد يرجع السبب في ذلك إلى صعوبة استخدامهم للتلميحات الاجتماعية فبعضهم يسئ فهم حضوره الاجتماعي، ويشعر بأنه مقبول من الأقران اكثر مما هو بالفعل(Heron & Harris, 2001). وقام درابمان وباترسون (Drabman and Patterson, 1981,p.48) بوصف الطلبة ذوي الإعاقات بأنهم"الأقران المعارضين الذين يظهرون سلوكيات مزعجة وانسحابية". ومن الصعب تحديد سبب المشكلة:

أن الطلبة الذين ليس لديهم أصدقاء تكون فرصتهم أقل في نمو المهارات الاجتماعية، ويصعب عليهم تكوين صداقات.

ويمكن أن تزداد مثل هذه المشكلات في المرحلة الثانوية. ففي مرحلة المراهقة يصبح التفاعل الاجتماعي مع الأقران بالغ الأهمية. وبالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات الذين قضوا معظم سنواتهم التعليمية منعزلين عن أقرانهم من نفس العمر يكون الانتقال إلى بيئة التعليم العام أكثر إرباكاً. والطلبة ذوو الإعاقات يفتقرون إلى الخبرات التفاعلية مع الطلبة العاديين ليس هذا فحسب بل ربما يكونوا متأخرين في اكتساب المهارات الاجتماعية المهمة. وهذه المعيقات مصحوبة بقيود التقبل في صفوف التعليم العام، وتضخم صعوبة تنمية التقبل الاجتماعي لدى الطلبة ذوي الإعاقات في المرحلة الثانوية.

وتشير الدراسات والبحوث إلى أن طلاب التعليم العام ومعلميهم لا يتقبلون الطلبة ذوي الإعاقات. (Bryan , 1997 , Drabman & Patterson, 1981; Pavri & Luftig, 2000; Sabornie & Kauffman, 1985; Sale & Carey, 1995) حيث يميل المعلمون والأقران إلى تجاهل التفاعلات الاجتماعية التي يبادر بها الطلبة ذوي الإعاقات. كما يميل المعلمين إلى انتقاد سلوكياتهم بصورة أكبر من عبارات الاستحسان، كما لا يبدون الرغبة في الوجود معهم كطلبة. (Cook,2001; Heron & Harris, 2001) ويظهر هذا بوضوح لدى الطلبة الذكور (Schlosser & Algozzine, 1980.; Slate & Saudargas, 1986; Stitt Erekson, T, L, Hofstrand, R. K., Loepp, F L., Minor, C. W, Perreault,et al, 1988)

وهناك عامل آخر من الممكن أن يؤدي إلى نبذ الطلبة ذوي الإعاقات من معلمي ومديرى التعليم العام ألا وهو الافتقار إلى التدريب المتخصص والخبرة (Heron & Harris, 2001; Maag & Webber, 1995) وبعض المعلمين يخشون من عدم توفر المهارات الضرورية لديهم واللازمة لتدريس الطلبة ذوي الإعاقة. والبعض الآخر ربما يشعر أن العمل مع هؤلاء الطلبة غير مستحسن مثل العمل مع العاديين، والمعلمين ذوي الاتجاهات السلبية نحو الطلبة ذوي الإعاقات يمكن أن ينقلوا تلك المشاعر والاتجاهات لكل فرد في الصف وبالتالي تنخفض فرصة

البرامج الناجحة لدمج الطلبة ذوي الإعاقات (Garrett & Crump, 1980; Heflin & Bullock , 1999; Heron & Harris, 2001) ويمكن ان يعزى جزء كبير من المشكلة المرتبطة بالاتجاهات نحو الطلبة ذوي الإعاقات إلى ممارسات التربية الخاصة السابقة. ففي بعض الفترات كانت صفوف التربية الخاصة هي الخدمة الوحيدة المتاحة للطلاب ذوي الإعاقات. ولقد نادي معلمو التربية الخاصة بضرورة استبعاد هؤلاء الطلبة من الدمج ووضعهم في رعاية متخصصة في صفوف منفصلة.

ونتيجة لذلك لم يتشجع معلمو التعليم العام لمحاولة تلبية احتياجات الطلبة ذوي الإعاقات داخل صفوف الدمج. وفي الوقت الحالي هناك خدمات التربية الخاصة ذات الوقت الجزئي المتاحة لكل من الطلبة ذوي الإعاقات ومعلمي التعليم العام. وإضافة إلى ذلك أصبح الدمج ممارسة شائعة وعامة كما تتطلب برامج تدريب معلمي التعليم العام مستوى من الإعداد للتعامل مع احتياجات الطلبة ذوي الإعاقات. إن أحد الجوانب المهمة لبرامج التربية الخاصة الفعالة هي ضمان دور التعاون والاستشارة التي تساعد معلمي صفوف التعليم العام على إدراك فكرة قدرة الطلبة ذوي الإعاقات على المشاركة الجزئية في برامج التعليم العام بنجاح.

كما يمكن أن يسهم آباء الأطفال ذوي الإعاقات في حدوث المشكلات الاجتماعية لدى أطفالهم؛ فالوالدان من الممكن أن يكونوا مفرطي الحماية، ويحجمون عن مشاركة أبنائهم في الأنشطة الاجتماعية العامة الأمر الذي يترتب عليه انخفاض فرص اكتساب أصدقاء ودعم الخبرة المحدودة. كما أن عدم سماح الآباء لطفلهم بأن يخبر (يجرب) الفشل يمكن أن يزيد من احتمالية فشل التفاعلات الاجتماعية في المستقبل؛ وبالإضافة إلى ذلك يمكن أن يؤثر آباء طلاب التعليم العام على تقبل الطلبة ذوي الإعاقة. حيث يرفض البعض فكرة دمج الطلبة ذوي الإعاقات في برامج التعليم العام إذا ما اعتقدوا أن هذا سوف يؤدي إلى انخفاض جودة تعليم أطفالهم. والبعض الآخر من الآباء لا يشجع أطفاله على التفاعل مع الطلبة ذوي الإعاقات في الصف وهذه الاتجاهات السلبية تتمركز في الأساس على المعلومات المحدودة والخبرات القاصرة عن الطلبة ذوي الإعاقة.

❁ الاحتياجات الإرشادية لذوى الإعاقات

مع أن الطلبة ذوي الإعاقة كفئات، أو أفراد يختلفون فيما بينهم فيما يتعلق بخصائصهم الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية؛ إلا أنهم يتشابهون في بعض الخصائص والحاجات العامة. ومع الاعتراف بأن الطلبة ذوي الإعاقات يتشابهون أيضًا مع الطلبة غير ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحاجات البيولوجية، والإنسانية الأساسية؛ إلا أن لديهم مشكلات وحاجات خاصة في مجالات محددة منها مجال الإرشاد النفسي، وفيما يلي عرضًا لأهم المشكلات والاحتياجات الإرشادية للأفراد ذوي الإعاقات كما وردت في أدبيات إرشاد ذوي الإعاقات والموهوبين التي يحتاجون فيها إلى المساعدة:

(١) مفهوم ذات سلبي.

(٢) فقدان ضبط الذات.

(٣) تصور جسمي مشوه.

(٤) الرفض والعزلة الاجتماعية.

(٥) فقدان مصادر الإثابة والمتعة.

(٦) الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة.

(٧) تغيير ديناميات وعلاقات الأسرة.

(٨) الاضطرابات في الحياة الاجتماعية.

(٩) الصعوبة في تقبل الإعاقة والتوافق معها.

(١٠) الاضطراب في الأدوار الاجتماعية والمهنية.

(١١) فقدان، أو نقص المهارات الاجتماعية المناسبة.

(١٢) فقدان الاعتماد على الذات والاستقلال الاقتصادي.

(١٣) التردد وعدم المشاركة في الإجراءات والبرامج العلاجية التأهيلية.

(١٤) ضعف الدافعية والتي غالبًا ما تكون مصحوبة بمكاسب لا شعورية للطالب ذي الإعاقة.

❁ المشكلات النفسية لدى بعض ذوى الإعاقة والموهوبين والتصدى لها

(١) ذوو الإعاقة السمعية

تؤكد نتائج البحوث التي أجريت علي السمات الشخصية والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية قد أظهرت أنهم يعانون من عدم الثبات، أو عدم الاتزان الانفعالي؛ بالإضافة إلى العصابية، وسوء التوافق الاجتماعي، وذلك بدرجة أعلى؛ مما يعد عاديًا، أو سويًا في حال المقارنة بمن يتمتعون بحاسة السمع.

والطفل ذي الإعاقة السمعية قد يتأثر بنفس العوامل التي يتأثر بها الطفل ذو السمع الطبيعي. وبصفة عامة فإن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية هم أشخاص يعانون من مشكلات انفعالية أكثر من أقرانهم السامعين العاديين، ذلك أن الشعور بالعجز، والارتباك، والاكتئاب، والعزلة، والانسحاب كلها تميز استجابات نفسية وإجتماعية للأطفال المصابين بفقدان سمعي شديد. كما أن نتائج البحوث أشارت إلى السلوك العصبي، والشعور بالقلق والتهديد، والخوف، وعدم الاستقرار، والارتباك كلها سلوكيات تميز الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، أضف إلى ذلك أن تدني تقدير الذات يثير القلق، ويؤدي بالشخص ذي الإعاقة السمعية إلى افتراض مؤداه أن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر لا وجود لها في الحقيقة.

والخلاصة أنه فيما يتعلق بالنمو الانفعالي لدى ذوي الإعاقة السمعية، نجد أن هذا المظهر المهم من مظاهر النمو يتأثر إلى حد بعيد بهذه الإعاقة، وذلك بسبب افتقاد ذي الإعاقة السمعية إلى التواصل اللغوي مع الآخرين؛ نظرًا إلى أنه من الصعوبة بمكان كبير أن نتخيل حجم المعاناة التي عناها الطالب ذي الإعاقة السمعية منذ أن كان طفلاً وليدًا، فقد حرمته إعاقته من متعة وجود الأطفال من حوله، ومن سماع مختلف الأصوات الصادرة عن الطبيعة من حوله علاوة على أن الطفل ذي الإعاقة السمعية مطالب بأن يتشرب ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه، وبيئته تتحدث لغة لا يمكنه سماعها، وهذا يشكل أعباءً انفعالية شديدة الوطأة عليه.

ويذهب يوسف القريوتي، والسرطاوي، والصمادي (٢٠٠١) إلى أن ذوي الإعاقة السمعية أكثر عرضة للضغوط النفسية، والقلق، وانخفاض مفهوم الذات؛ بالإضافة إلى أنهم أكثر عرضة لنوبات الغضب، وذلك بفعل الصعوبات التي يواجهونها في التعبير عن مشاعرهم؛ لذا نجدهم يعبرون عن غضبهم وإحباطهم بعصبية ويظهرون ميلاً أكبر للعدوان الجسدي.

ومن خلال البحوث التي تناولت طبيعة النمو الانفعالي لدى ذوي الإعاقة السمعية في حال مقارنته بطبيعة النمو الانفعالي لدى عادي السمع، استخلص كل من اللقاني والقرشي (١٩٩٩، ص ص ١١٢ – ١١٣) خصائص النمو الانفعالي للصم في النقاط التالية:

(١) يعاني الصم من بعض المخاوف المرضية.

(٢) ينخفض مستوى النضج الانفعالي لدى الصم.

(٣) الأصم أكثر عصابية وانطوائية.

(٤) يميل الصم إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم.

(٥) يتأثر النمو الانفعالي بدرجة كبيرة بطبيعة العلاقة التي تربط الأصم بالوالدين.

(٦) تنتشر بعض المشكلات السلوكية لدى الطلبة الصم. والتي تتمثل فيما يلي: السرقة، والكذب الانتقامي، والعدوانية، وسرعة الانفعال، والغضب، والعناد، وعدم الامتثال للأوامر، والحساسية الزائدة في تعامله مع الآخرين، والوشاية بالآخرين، وإتلاف وتدمير ممتلكات الغير، وتقلب المزاج، والمشكلات الجنسي.

ويتضح دور الإخصائي النفسي في توجيه وإرشاد ذوي الإعاقة السمعية من خلال التركيز على النقاط التالية:

(١) تنمية الوعي لديه بالمفاهيم والمدركات ومحاذير المخاطر البيئية وإلى غير ذلك من نواحي تتصل بالنمو المعرفي لديه، ويمكن تثبيتها بالتكرار والممارسة.

(٢) إتاحة الفرص أمام الأصم لتوظيف الحواس والنواحي الحركية، واستخدام الوسائل البصرية، واللمسية المختلفة، وتدريب أعضاء النطق لديه على قراءة الشفاه، والأيدي على تعرف الإشارات المختلفة، هذا إلى جانب التدريب المهني واليدوي مستقبلاً.

(٣) تشجيعهم على الانخراط في المجتمع والاندماج مع اقرانهم ومع الآخرين دون خوف، وتوفير جو اجتماعي ملائم لهم يعالج السلوكيات غير السوية لديهم، ويكسبهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة، وتعليمهم الدور الاجتماعي، كما يتوقع منهم بعد خروجهم للحياة والعمل وإدماجهم في نشاطات الحياة ومجالاتها الإنتاجية التي تناسبهم.

(٤) ملاحظة الانحرافات السلوكية أولا بأول، وأسبابها والعوامل المؤدية إليها، ومن ثم كيفية الحد منها وتعديلها.

(٥) اكتساب الأصم القيم الاجتماعية السوية، وترسيخ العقائد الدينية لديه بدرجة كبيرة، والتي تُكون لديه الوعي الديني، والاجتماعي، والانتماء للمجتمع.

(٦) إرشاده إلى مختلف أنواع الأنشطة، واللعب الحركي، والتوظيفي، والتركيبي والتمثيلي، والجماعي في إطار مواقف التدريس غير التقليدية بشرط أن تكون في مستواه الفعلي حتى لا يصاب بالإحباط، أو بالملل.

ويضيف الخطيب (١٩٩٥) أن على الإخصائي النفسي الذي توكل إليه مهمة تقييم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية أن يكون على معرفة بالعوامل التالية:

(١) بوجه عام، يجب أن يكون المقياس، أو الاختبار أدائيًا غير لفظي فبدون ذلك يكون صدق الاختبار موضع شك وتساؤل. فالاختبارات اللفظية غير مناسبة عمومًا لأنها تقيس القصور اللغوي وليس الخصائص المستهدفة. ليس ذلك فحسب، ولكن بعض الاختبارات الأدائية غير مناسبة لأنها تشمل تعليمات لفظية.

(٢) غالبًا ما تكون الدرجات المتدنية وليس الدرجات المرتفعة التي يحصل عليها الأطفال ذوو الإعاقة السمعية غير صادقة. وذلك يعود إلى جملة من العوامل التي قد تمنع الطالب ذي الإعاقة السمعية من إظهار قدراته القصوى. وبناء على ذلك، يقترح استخدام مقاييس عديدة وليس مقياسًا واحدًا. وعند اختلاف النتائج يقترح الأخذ بالدرجات الأعلى لأنها تعكس أداء الطفل ذي الإعاقة السمعية بشكل أصح.

(٣) إن الاختبارات التي يطبقها أخصائيون نفسيون ليس لديهم خبرة مع الأطفال الصم أقل صدقًا من تلك التي يطبقها أخصائيون لديهم خبرة كافية مع هذه الفئة من الأطفال. ولذلك فمن الأهمية بمكان أن يتم تقييم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على أيدي أخصائيين ذوي خبرة. ومن الواضح أن الأمر يقتضي تدريب عدد كاف من الإخصائيين النفسيين في هذا المجال.

(٤) إن التواصل يؤدي دورًا حاسمًا في عملية التقييم النفسي التربوي ولذلك يجب على الفاحص أن يكون قادرًا على الاتصال مع الطفل ذي الإعاقة السمعية في الموقف الإختباري سواء من خلال التواصل الكلي، أو قراءة الكلام، أو لغة الإشارة، أو ابجدية الأصابع. وإذا لم يحدث ذلك فالنتائج تكون غير صادقة ويجب التنويه إلى ذلك في التقرير الذي يتم إعداده.

(٥) إن التقييم النفسي التربوي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية الصغار في السن غالبًا ما يفتقر إلى الثبات والصدق، ولا يمكن الاعتماد على نتائجه.

(٦) إن التقييم الجمعي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية ليس مناسبًا؛ إلا إذا تم التعامل معه بوصفه وسيلة تهدف إلى الكشف السريع. ولكنه أسلوب غير مقبول لقياس مهارات الطفل وقدراته.

(٧) إن التقييم الشامل والصادق للأطفال ذوي الإعاقة السمعية غالبًا ما يتطلب وقتًا أطول من تقييم الأطفال السامعين، وذلك يعني ضرورة اعتماد اختبارات لا تهتم بعنصر التوقيت، أو متابعة أداء الطفل في جلسات عديدة.

(٨) يجب أن يكون الفاحص على وعي كاف بتأثيرات الوقف الإختباري وسلوكه كفاحص على سلوك الطفل ذي الإعاقة السمعية. وبوجه عام، يجب أن يخلو مكان الفحص من المشتتات البصرية ومن الأصوات ويجب أن تتوفر فيه إضاءة جيدة.

(٩) بسبب مشكلات التواصل المرتبطة بالإعاقة السمعية، فإن اختبارات الشخصية تنطوي على صعوبات خاصة. فهذه الاختبارات تعتمد على التواصل اللفظي، أو على مهارات

القراءة؛ مما يجعل بعضها غير قابل للاستخدام لدراسة شخصية الطالب ذي الإعاقة السمعية؛ ولأن تقييم الشخصية يتطلب بناء الثقة مع المفحوص فإن المراجع ذات العلاقة تقترح الاستعانة بمترجم لغة إشارة إذ أن الطفل الأصم قد لا يفهم ما يكتب، أو يقال له وذلك يمنع حدوث التواصل والثقة.

وفيما يلي بعض الاقتراحات لتسهيل التواصل بين الأخصائي النفسي والطالب الأصم:

أ – يجب أن يتبع الأخصائي تفضيل الطالب لمترجم ما عندما يكون ذلك ممكنًا، ولكن يجب أن يتجنب استخدام الوالدين، أو أي أقارب كمترجمين في جلسات الإرشاد النفسي.

ب – يجب أن يجلس الأخصائي كل واحد من أعضاء المجموعة العلاجية من الصم في مجال رؤية واضح ومريح بالنسبة للآخرين، مع مراعاة أن يكون الطالب جالسًا أقرب ما يكون إلى المرشد، كما يجب أن يخاطب الطالب دائمًا بشكل مباشر.

ج – يتعين أن يطلب الأخصائي من المترجم أن ينتظر حتى ينهي ملاحظاته قبل أن يثير انتباه الطالب.

د – يجب أن يطلب الأخصائي النفسي من المترجم أن ينطق شفويًا جمل وعبارات الطالب، كما قالها الطالب عن طريق استخدام الإشارات.

هـ – يجب ألا يدخل الأخصائي النفسي والمترجم في أحاديث وحوارات جانبية في حضور الطالب (سليمان، والدريستي، ١٩٩٦، ص ص ٧٧٢ – ٧٧٤)

(٢) إرشاد ذوي الإعاقة البصرية

ذو الإعاقة البصرية كإنسان له متطلبات كثيرة ومتداخلة تفوق متطلبات الإنسان المبصر، فهو بحاجة ماسة لإرشاد خاص في جميع شؤون الحياة، والرعاية الصحية، وإرشاد نفسي، واهتمام تربوي خاص، وإعداد مهني يتميز بالتخطيط والمناهج، ويلازمه مادام حيًا. وفوق كل ذلك لابد له من توعية روحية سلوكية تساعده على تقبل إعاقته بتوافق، وعلاقات متعاونة مع الآخرين. وبذلك يصبح عضوًا عاملاً وليس عالة، بل يساهم بما لديه

من واجبات وحقوق بكل عزة وكرامة في بناء الكيان الاجتماعي لأسرته، والإنسانية جميعًا (الهاشمي، ١٩٨٦ ص ١٤٢).

يؤدي البصر دورًا مهمًا في بناء وتطوير العلاقات بين الأشخاص، فالتعلق الاجتماعي كما هو معروف يعد أحد أول الارتباطات العاطفية الحقيقية التي تتطور بين الرضيع والوالدين، وغالبًا ما يصعب تطور التعلق خوفًا من الغرباء، ولا ريب في أن فقدان البصر يمكن أن يؤثر سلبًا على هذه العملية. فحاسة البصر تعمل بمثابة المصدر الرئيس لاكتساب المعلومات المتضمنة في التعرف على الأشخاص.

تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للطالب تأثيرًا سلبيًا، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتعامل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية، والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك نظرًا لعجز ذوي الإعاقة البصرية، أو محدودية مقدرتهم الحركية، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية، وتعبيراتهم الوجهيه كالبشاشة والعبوس، والرضا والغضب... وغيرها؛ مما يعرف بلغة الجسم، وتقليد هذه السلوكيات، أو محاكاتها بصريًا والتعلم منها.

وغياب حاسة البصر من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبة نسبية في الاتصال بالآخرين؛ فالكفيف لا يستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه، وبدلاً من الإبقاء على الاتصال البصري مثلما يفعل المبصر عادة أثناء التحدث، فإن الكفيف قد يدير أذنه تجاه المتحدث حتى يسمع بشكل أفضل وبذلك يبعد وجهه عن المتحدث، وابعاد الوجه، أو العينين بعيدًا عن المتحدث قد يعني عدم الاهتمام، أو التهرب. هذا إلى جانب أنه محروم أيضًا من الإشارات الاتصالية الاجتماعية كتعبيرات الوجه، وحركات اليد، وحركات الشخص الآخر، وفشله في ملاحظة واستخدام إشارات اليد التقليدية في الاتصال قد تسبب اتصالاً أقل كمالاً، أو استخدام إشارات يعدها الآخرون مناقضة للرسالة الشفهية، أو مشتته للانتباه.

وهكذا يتضح أن الاتصال العيني يؤدي دورًا اساسيًا في عملية التفاعل الاجتماعي، فالاتصال العيني عادة ما يكون مستمرًا أثناء المحادثة بين شخصين مبصرين، لكن الشخص ذي الإعاقة البصرية قد لا يتقيد بهذا الروتين الاجتماعي، فربما وجه نظره نحو الأسفل، أو

الأعلى، أو إلى اليمين، أو إلى اليسار بما قد يفسره الطرف الثاني في المحادثة على أنه عدم اهتمام، أو أعراض، أو ملل، مع أن الشخص ذي الإعاقة البصرية قد يتصرف على هذا النحو بقصد زيادة فاعلية الاستماع لديه.

اهم ما يميز هذا النوع من الخصائص هو التوافق الاجتماعي لذوي الإعاقة البصرية وقد وجد أن هذا التوافق يتأثر بشيئين مهمين هما:

فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة لذي الإعاقة البصرية وكذلك درجة تقبله للإعاقة، أو تعايشه معها، ويتأثر كم وكيف فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة لذي الإعاقة البصرية بالاتجاهات الاجتماعية نحو ذي الإعاقة البصرية وطبيعة التدريب الذي تلقاه، وهذا التفاعل يقوم أساسًا على تبادل المنافع والخدمات، ويقدر درجة هذا التفاعل وطبيعته (سلبية، أو ايجابية) تتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الطالب والجماعة وبين الطلبة بعضهم البعض، ويخرج الطالب من هذا التفاعل – نتيجة مروره بالخبرات المختلفة – مكونًا فكرته عن ذاته والآخرين، كما تتشكل معظم صفاته الاجتماعية والانفعالية، وهذا يعني أن الذي يحدد خصائص الطالب الاجتماعية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين، والتي تحدد بدورها درجة وطبيعة تفاعله مع هؤلاء الآخرين وتتأثر شخصية الطالب بما هو سائد في المجتمع فتكون شخصيته ممثلة لروح الجماعة بتقاليدها وعاداتها وأخلاقها ولهذا السبب يختلف الطلبة باختلاف الجماعات التي ينتمون إليها ونرى أنه في الوقت الذي يصبح فيه الطالب الصغير قادرا على فهم المعايير الاجتماعية فإنه يلزم بإتباعها لأنه إذا تمرد عليها فإنه يتعرض للنقد، أو السخرية، أو العتاب حتى ينتهي به الأمر إلى تبني هذه المعايير وإخضاع سلوكه لها؛ إلا أن الشخصية ليست وليدة هذا التبني والخضوع لتلك المعايير، إذ لو كان الأمر كذلك لكانت النتيجة أن يتشابه أفراد المجتمع الواحد تشابهًا كبيرًا في أنماط سلوكهم؛ لذا فإن الشخصية ليست شيئًا مفروضًا على الطالب بل هي وليدة المقاومة التي يبديها الطالب تجاه معايير وقواعد مجتمعه؛ فشخصية الطالب هي نوع من رد الفعل الذي يبديه نحو بيئته.

يعيش الطفل الكفيف عالمًا من الصراعات المتناقضة والتي تتعلق بقبوله لذاته ورضاه عنها، أو عدم قبوله فقصوره نتيجة الإعاقة يفرض عليه عالمه المحدود الذي يجتر فيه آلامه

ومشاعره الحزينة فعندما يفكر في الخروج من عالمه الضيق ليندمج في العالم الواسع من حوله – عالم المبصرين – يخرج من عزلته فهو محتاج إلى قدر من الاستقلالية والاعتماد على النفس؛ إلا أنه عندما يشرع في ذلك يصطدم بواقعه، وهو العجز عن التحرك باستقلالية فيندفع راجعًا إلى عالمه الضيق مرة أخرى شاعرًا بخيبة الأمل واليأس، ويعاني حينئذ من الاضطرابات النفسية الحادة الناتجة عن الشعور بالعجز عن الحركة والتنقل بحرية، وعدم مقدرته السيطرة على البيئة من حوله كما يفعل المبصرون فهو في موقف صراع إقدام – إحجام وكلها تؤدي دورًا في عدم ثبات انفعالاته، فهو يشعر بالقوة تارة؛ فيندفع فيصطدم بالواقع فيشعر بالضعف تارة أخرى فيتراجع، ولكي يخفف الطفل الكفيف من قلقه وتوتراته قد يلجأ إلى آليات الدفاع والحيل اللاشعورية؛ كمثل: التبرير، أو الإسقاط، أو التعويض وغيرها هربًا من هذه الحالة النفسية المتوترة وقد تكون لديه أيضًا مشاعر متناقضة نحو البيئة وعناصرها فهو يسلك سلوكًا تعويضيًا متحديًا عجزه محاولاً التوجه إلى العالم الواسع من حوله ليخرج من عزلته، وهو في ذلك يحتاج إلى التقبل من الآخرين، أو يتوجه إلى عالمه المحدود منسحبًا، ومنعزلا عن الآخرين، وفي كلا الموقفين يصطدم بالمشكلات والتي قد يقبلها، أو يرفضها فهو في الموقف الأول يحتاج إلى المساعدة والتقبل والرعاية، وفي الموقف الآخر يحتاج إلى الأمن، والمساندة، وتقدير الذات، وكل هذه المواقف تولد مشاعر غير سوية تجعل الطالب يحيا حياة نفسية غير متزنة تؤثر في شخصيته.

إن الطفل الكفيف يمكنه – كباقي الأطفال – أن يتعلم كيف يطور شخصية متكافئة ومتوازنة من الناحية الانفعالية وذلك استنادًا لظروف التنشئة الأسرية والمحيط العائلي الذي يعيش فيه، وأيضًا عن طريق اتصاله وتفاعله مع البيئة التي يوجد فيها والأشخاص الذين يتعامل معهم، فكل من الوالدين يقوم بدور مهم وأساسي في تكوين شخصية طفلهما حيث يساعدانه على تكوين مفهومه عن ذاته، وبناء شخصيته المستقلة، والعيش في جو نفسي آمن وسليم، ومليء بالمحبة بعيدًا عن التوترات والقلق، وعلى وجه العموم فإن العلاقات بين الطلبة داخل المجتمع تتطور وتنمو نتيجة للتفاعل الذي يقوم على تبادل المنافع

والخدمات المادية والمعنوية، وتتحدد نوع وطبيعة العلاقة بين الطلبة بعضهم البعض، أو بين الطالب وبيئته بمقدار درجة هذا التفاعل إيجابًا، أو سلبًا، ويخرج الطالب نتيجة هذا التفاعل بخبرات متنوعة تارة تكون سارة، وتارة أخرى تكون غير سارة، ومن ثم يتولد لديه فكرته عن ذاته وعن الآخرين، وتتشكل سماته الانفعالية بشكل واضح، إذن فطبيعة علاقات الطالب مع الآخرين، وما يشملها من تفاعل هي التي تحدد خصائصه الانفعالية.

ويقوم إرشاد ذوي الإعاقة البصرية على أهداف إنسانية كبيرة تتمثل فيما يلي :

(١) ذوو الإعاقة البصرية رغم إعاقتهم البصرية؛ إلا أن لديهم قدرات وطاقات لا تقل عن غيرهم من الطلبة المبصرين، ولعل بعضهم لديه من المواهب والقدرات ما يفوق على كثير من المبصرين.

(٢) ذوو الإعاقة البصرية في أمس الحاجة إلى رعاية صحية واجتماعية واقتصادية.

(٣) محاولة تعديل، أو تغيير اتجاهات الأسرة والمجتمع نحو ذي الإعاقة البصرية.

كل ذلك يجعل عملية إرشادهم وتوجيههم هدفًا دينيًا وقوميًا وإنسانيًا، بحيث لا يعيش عالة على أهله، أو مجتمعه. إذ يستطيع أن يعمل منتجًا علميًا، أو عمليًا بما يستغل جوانب القوة في تكوينه (الهاشمي، ١٩٨٦، ص ١٣٨).

(٣) المتفوقين والموهوبين :

يتوقع الأهل من أبنائهم المتفوقين أداءًا متميزًا، وتصرفات وسلوكيات ذات مستوى عال من الدقة والحرفية، وقد ينسى الأهل، أو يتناسون أن أبنائهم في مستوى عمري معين، له حاجاته ومتطلباته، وان هؤلاء الأبناء لهم شخصياتهم المستقلة وظروفهم الخاصة، وقد يجد الأبناء أنفسهم في وضع لم يختاروه، بل فرض عليهم من مؤثر خارجي، يتصف بنوع من القوة والسلطة، التي يجد الأبناء أنفسهم معها غير قادرين على التصويب، أو إرجاع الأمور إلى نصابها، وإنهم ملزمون من الأهل على اتخاذ، أو إتباع أسلوب معين، بغض النظر عن درجة قناعاتهم، أو رضاهم به، وان هؤلاء الأبناء الذين يتمتعون بقدرٍ من التفوق، يجعلهم محط آمال، وتوقعات عالية من الأهل، الأمر الذي يكوّن لديهم نوعًا من الضغوط النفسية التي إذا لم

يحسن الأهل التعامل معها يمكن أن تؤدي إلى نتائج عكسية، وقد تكون مدمرةً، إذا ما انعكست على شخصيات الأبناء، وسلوكياتهم، وتعاملهم مع مدرسيهم، وزملاءهم الطلبة، و أفراد أسرتهم. يحدث الضغط النفسي نتيجة شعور الفرد بوجود حوادث تشكل خطرًا، أو تهدد حياته، أو تعيق إشباع حاجاته، أو تحقيق أهدافه، أو وجود أعباء يجد الإنسان نفسه معها غير قادر على تحملها، أو التغلب عليها لأنها تفوق قدرته بوصفه فردًا يشعر بحالة من عدم الارتياح، والوطأة و العبء الذي يقع على كاهله (عربيات، والخرابشة، ٢٠٠٧).

يعاني الأطفال الموهوبين من العديد من صور الاضطرابات النفسية. والسؤال المطروح في هذا الصدد هل أسباب هذه الاضطرابات ذات أصول تكوينية جينية، أو مكتسبة مرتبطة بتفوقهم العقلي الراقي منذ صغرهم؟ اختلفت في واقع الأمر الإجابات عن هذا السؤال، وبغض النظر عن هذه الاختلافات من المتفق عليه أن معاناة الأطفال الموهوبين من الاضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة من حياتهم تخنق، تخفي، أو تعوق نمو قدراتهم ومواهبهم. ويمكن عزو الكثير من أسباب الاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها الأطفال الموهوبون إلى ما يعرف بظاهرة النمو غير المتوازن، ويؤكد ذلك ما كشفت عنه نتائج تطبيق الاختبارات السيكومترية الخاصة بمعامل الذكاء والتي تحدد معامل الذكاء الفارق بين الموهوبين وغيرهم بـ ١٤٠ والاختبارات الخاصة بقياس الابتكار التي تركز على قياس القدرة على الأصالة والتخيل والإبداع، والاختبارات التي تقيس العوامل الوجدانية والانفعالية إذ اتضح أن الأطفال الموهوبين الذين تتسع لديهم الفجوة بين النمو العقلي، كما يعبر عنه باختبارات الذكاء، واختبارات الابتكار، والنمو الوجداني، أو الانفعالي، كما يقاس باختبارات المهارات الانفعالية أكثر معاناة من الاضطرابات النفسية والسلوكية مقارنة بالأطفال العاديين، وبالتالي يترتب على عدم التوازن، أو عدم الاتساق بين نمو الذكاء، ونمو المهارات الوجدانية فيما يعرف بمصطلح، أو عبارة النمو غير المتوازن، أو غير المتطابقUneven Development يمكن أن يؤدي إلى معاناة الأطفال الموهوبين من اضطرابات القلق، السلوك القهري، واضطرابات الشخصية. ويبدو أن الأطفال ذوي المستويات غير العادية من معامل الذكاء والموهبة أكثر عرضة لما يصح تسمية بالانكسار النفسي Psychological Fragility ولهذا

الانكسار النفسي مؤشرات كثيرة منها الضيق، والكدر الانفعالي العام، واضطرابات القلق بأشكالها المختلفة، وتنتفي حال معاناة الأطفال الموهوبين منهم اية قدرة على الإنجاز، أو التميز. وبناء على مثل هذه النتائج يجب ان يركز تعليم الأطفال الموهوبين على تنمية: الإبداع والتفكير التأملي؛ النمو الانفعالي في إطار تجنب التعلم المؤسس على الذاكرة والاكتساب الآلي للمهارات. كما يوصي بالتدخل المبكر في حالة ظهور اية مؤشرات للاضطرابات النفسية والسلوكية لمحاولة منع مخاطر تكوين الأمراض النفسية الخطيرة لدى هؤلاء الأطفال فيما بعد.

بدا الاهتمام بالحاجات الإرشادية للطلبة الموهوبين والمتفوقين متأخراً بأكثر من ثلاثة عقود عن بداية الاهتمام بحاجاتهم التربوية، أو التعليمية. ويعود الفضل بداية في إثارة الاهتمام بحاجاتهم الإرشادية للباحثة والمربية "ليتا هولينغويرث" Hollingworth التي ساهمت دراساتها في تسليط الضوء على هذه الفئة كإحدى فئات ذوي الحاجات التربوية الخاصة. وقد قدمت ادلة ساطعة على وجود حاجات اجتماعية، وعاطفية للطلبة الموهوبين والمتفوقين، وعلى عدم كفاية المناهج الدراسية العادية، وعدم استجابة المناخ المدرسي العام الذي يغلب عليه طابع الفتور واللامبالاة نحو الطلبة الموهوبين والمتفوقين؛ بالإضافة إلى وجود فجوة بين مستوى النمو العقلي والعاطفي لهؤلاء الطلبة حيث يتقدم النمو العقلي بسرعة أكبر من النمو العاطفي، كما أشارت إلى ضياع ٥٠٪ أو أكثر من وقت المدرسة دون فائدة تذكر بالنسبة للطلبة الذين تبلغ معامل ذكائهم ١٤٠ فأكثر (جروان، ٢٠٠٨).

ومع تطور حركة تربية الموهوبين، وتطور الاهتمام بحاجاتهم الانفعالية والاجتماعية، زاد الاهتمام بالطفل الموهوب، ليكون عضواً مساهماً وفاعلاً في تطوير مجتمعه. وبالمقابل تشير البحوث إلى ان هناك نسبة لا بأس بها من الأطفال الموهوبين يتسربون من المدارس، وتشير بحوث أخرى إلى أن بعضهم يعاني من تدني التحصيل، ومنهم من يعاني من الاكتئاب، وغيرها من الضغوطات التي قد تنبع من وجود معتقدات غير منطقية تدور حولهم وحول مواهبهم، وما يتبعها من ممارسات قد تشكل ضغطاً على مثل هؤلاء الطلبة، ولا تسهم في تلبية حاجاتهم؛ مما قد يؤدي إلى نشوء عدة مشكلات انفعالية واجتماعية وأكاديمية.

وفي الحقيقة فإن أغلب الطلبة الموهوبين قد لا تكون لديهم القدرة على أن يشقوا طريقهم بأنفسهم، على الرغم من امتلاكهم لبعض القدرات؛ إلا أنّ معظمهم لا يستطيعون إظهار هذه المواهب وتطويرها دون مساعدة الآخرين. فهم بحاجة إلى خدمات أكاديمية وكذلك انفعالية من خلال فهمهم وتقبلهم ودعمهم، إذ أكدت دراسة فريمان (١٩٩١) أن التطور الانفعالي للأطفال الموهوبين ضمن العلاقة بين البيت والمدرسة يشوبه بعض المشكلات الانفعالية التي لا تعود إلى قدرات الموهوبين بحد ذاتها، ولكن إلى معتقدات الآخرين عنهم وممارستهم غير الداعمة، كصراع الأهل وتوقعاتهم المختلفة حول أطفالهم الموهوبين. وقد أدت نتائج مثل هذه الدراسة واهتمام عدد من الباحثين بدراسة الحاجات الاجتماعية والانفعالية للموهوبين، والموهوبين من ذوي التحصيل المتدني، والموهوبين من أبناء الريف والمناطق الأقل حظًا، والموهوبين من ذوي الإعاقة؛ إلى زيادة الاهتمام بتطوير برامج إرشادية للموهوبين، تساعد على الوقاية من الوقوع في المشكلات المختلفة، وتعمل على تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المناسبة في حالة وقوعها.

إن العزلة والانطوائية وعدم تقبل الروتين ونقد الذات ونقد الآخرين بقسوة، والنزعة للكمال والهروب من مواجهة المواقف أحيانًا، وتدني التحصيل المدرسي ليست سوى أمثلة محدودة لبعض المشكلات التي قد يتعرض لها بعض الطلبة من الموهوبين والمتفوقين. ومن الطبيعي أن يكون التدخل المبرمج من قبل المعلمين والمرشدين وسيلة فعالة لوقاية هؤلاء الطلبة وإنقاذهم من المعاناة والمضاعفات التي قد تترتب على استمرارها (جروان، ٢٠٠٨).

ونتيجة لحاجات المتميزين التي عبر عنها الباحثون والأهالي، تولدت برامج وقائية لحمايتهم من الوقوع في المشكلات وبرامج إرشادية وعلاجية. فمنها برامج عمدت إلى تدريب الطلبة على مناشط مهمة وأساسية لتطورهم الاجتماعي والانفعالي وبرامج اعتمدت على المتابعة الطولية لهم عبر مراحل تطورهم المستمرة مع التركيز على متابعة ثباتهم الانفعالي والاهتمام بتطورهم العقلي والاجتماعي. ويرى الباحثون أن الحرمان الاقتصادي والعزلة الجغرافية هي من أهم أسباب ظهور مشكلات عند الأطفال المتميزين. كذلك فإن غياب

الدعم الأسري والتوجيه المهني يؤدي إلى تعرض المتميزين إلى مشكلات مختلفة، حيث بينت بعض البحوث أن ١٨٪ من الشباب المحكومين بجنايات كبرى، أو الذين يحولون إلى دور الأحداث هم من الأذكياء (سرور، ١٩٩٨).

وتصنف مشكلات الموهوبين في ثلاث فئات تأخذ اولاها طابعًا معرفيًا، وتتعلق بالتحصيل، فيما تأخذ الثانية طابعًا انفعاليًا، وتتعلق بالتوافق مع الذات والآخرين، بينما تتعلق الثالثة بتحديد الأهداف المهنية للمستقبل.

ويركز الإرشاد على عدة مجالات، يتمثل المجال الأول في مفهوم الذات، فالأطفال الموهوبون ينظرون بايجابية لأنفسهم لكن رفاقهم ومعلميهم ينظرون إليهم بسلبية. أما المراهقين الموهوبين فينظرون بايجابية لقدراتهم الأكاديمية ونموهم الشخصي لكن تصنيفهم كموهوبين يحمل آثارًا سلبية بالنسبة لعلاقاتهم الاجتماعية وبخاصة مع الرفاق. ويتمثل الثاني في تدني مستوى التحصيل لدى الموهوبين. كما يتمثل الثالث في الاختيار المهني، فتعدد الاختيارات المتاحة قد يؤدي إلى الإحباط. في حين يتمثل الرابع في الأسرة والمدرسة.

ومن المؤشرات التي تساعد على تحديد الحالات التي تتطلب الإرشاد الفردي المنافسة المحمومة مع الرفاق، او العزلة والانطوائية، أو اختلال العلاقات داخل الأسرة، أو عدم القدرة على الضبط عند الغضب، او الاكتئاب والملل المستمر، أو تدني التحصيل المزمن، أو الصدمة لوفاة عزيز، أو الانحراف السلوكي والعاطفي.

وتستخدم في الإرشاد الفردي أساليب المقابلة، والتعبير الكتابي قبل المقابلة وبعدها، التلمذة، والنشرات الإرشادية التي تستخدم في الإرشاد الفردي والجمعي. اما أساليب الإرشاد الجمعي فتعتمد على الندوات واللقاءات الدورية، خدمة المجتمع والأعمال التطوعية، والتدريب على القيادة (جروان، ٢٠٠٨).

ويحتاج الأخصائيون في تطوير برامجهم الإرشادية وتنفيذها إلى قاعدة من المعلومات الموضوعية والموثوقة حول الطلبة الموهوبين. ولتحقيق هذا الغرض تُستخدم العديد من أدوات التقييم عادةً في إرشاد الطلبة الموهوبين سواءً أكان ذلك بالأسلوب المباشر، أو غير المباشر،

وذلك بهدف الوصول إلى تحليل منسق لقدرات الطلبة، وما يتضمنه من استعداداتهم وإنجازاتهم وتكيفهم النفسي، والتعرف إلى مفهوم الذات لديهم، وتقديرهم لذواتهم، وما يتمتعون به من خصائص شخصية ترتبط بالموهبة، والتعرف إلى طموحهم المهني ومستوى نضجهم المهني، والتعرف إلى ما يتمتعون به من خصائص نفسية تعلمية متعددة، وصلاتهم الدراسية، وجمع المعلومات لمساعدة الطالب على اتخاذ القرار السليم في المجالات الأكاديمية والمهنية، وجمع المعلومات للمساهمة في مواجهة المشكلات التي قد تواجه بعضهم، واستخدام المقاييس في الإرشاد، وذلك بهدف تحديد الحاجات الخاصة بالموهوبين.

ومن الاحتياجات النفسية للمتفوقين والموهوبين:

(١) الحاجة إلى الاعتراف بموهبتهم وقدراتهم، و احترام أفكارهم غير التقليدية والتي قد تبدو غريبة، أو شاذة.

(٢) الحاجة إلى فهم الذات، والاستبصار الذاتي باستعداداتهم غير العادية، و إدراك جوانب تفوقهم وامتيازهم، و جوانب ضعفهم، و قبولها.

(٣) الحاجة إلى الاستقلالية و توكيد الذات.

(٤) الحاجة للفهم المبني على التعاطف والتقدير، والتقبل غير المشروط من الآخرين.

(٥) الحاجة إلى الشعور بالأمن ، وإلى المزيد من العناية والتشجيع.

(٦) الحاجة إلى بلورة مفهوم موجب عن الذات، وتقبلها والعمل على تحقيقها.

(٧) الحاجة لتبني أهداف واقعية، وتقبل الأخطاء، والتعلم من خبرة الفشل، والتقييم الموضوعي للذات.

(٨) الحاجة إلى التخفيف من الحساسية المفرطة والحدة الانفعالية، والنزعة الكمالية، والخوف الزائد من الفشل، ومشاعر القلق والإحباط، والميل إلى إيلام الذات والانطواء.

(٩) الحاجة إلى التعبير عن أفكارهم، والتنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم في جو آمن خال من التهديد و الخوف.

ويتعين على الأخصائي النفسي أن يقوم ببعض الإجراءات في الإطار المدرسي، فيقوم من خلالها برعاية وتنمية القدرات لدى الطلبة الموهوبين والمتفوقين، وهذه الإجراءات تعد في

نفس الوقت مجموعة من المبادئ الإرشادية التي ينبغي أوضحت زحلوق (١٩٩٧) على الإخصائي النفسي توعية المعلمين بها وهي على النحو التالي:

(١) العمل على وضع الطلبة في مجموعة متجانسة من حيث مستوى القدرات العقلية، أو الاهتمامات، أو الميول، وهذا ما يتيح لهم الفرصة للعمل مع بعضهم وإدراك قدراتهم ومواهبهم بصورة متكاملة، ثم غالبا ما تحدث المنافسة العلمية بين الطلبة الذين يكون لديهم نفس الاهتمامات في مجالات الأنشطة المتعددة سواء أكانت اجتماعية، أو فنية، أو تحصيلية، أو إبداعية، أو غير ذلك.

(٢) أن يعمل المعلمون في الصف العادي على تكليف الطلبة المتفوقين والموهوبين بواجبات إضافية، وإشراكهم في الأنشطة المختلفة، وذلك بغية تشجيعهم على التحصيل وعلى مزيد من تنمية جوانب التفوق لديهم.

(٣) العمل في المرحلة الابتدائية على تقديم مواد إضافية غير مكررة للعاديين؛ مثل: دراسة لغة أجنبية، أو العزف على آلة موسيقية، أو استخدام الكمبيوتر.. إلى غير ذلك.

(٤) تعيين معلمين أكفاء للعمل مع المتفوقين في المدارس، وتكون مهامهم كالتالي:

(أ) الكشف عن المتفوقين بفئاتهم المختلفة.

(ب) مساعدة المعلمين على توفير مواد تعليمية إضافية للمتفوقين، وعلى تحضير واجبات وأنشطة تتناسب مع مستواهم.

(ج) إرشاد المتفوقين إلى قراءات خارجية، وأشكال مختلفة من الأنشطة.

(د) عقد ورش عمل، وحلقات بحث مع المتفوقين لمناقشة بعض القضايا العامة والأمور المتعلقة بهم.

(ه) حث المعلمين على مساعدة المتفوقين في تنمية الروح الاستقلالية والنقدية لديهم وتطوير عادات الدراسة القائمة على طريقة التعلم الاستكشافي.

وتتضمن برامج الإرشاد غالبًا ثلاثة عناصر هي: الإرشاد الأكاديمي، والمهني، والتوافق النفسي والاجتماعي. لكن أدوات القياس ترشد إلى أهمية كل عنصر من العناصر السابقة، وأيها يجب أن يحظى بالأولوية.

وتتعدد البرامج الإرشادية التعليمية التي تسهم في الوقاية من التعرض للمشكلات عند الطلبة الموهوبين، وذلك للعمل على تلبية الحاجات الانفعالية والاجتماعية لديهم ومنها:

(١) برامج مراجعة السير الذاتية للقادة والعلماء والأدباء الذين ساهموا في تقدم البشرية.

(٢) برامج تدريبية في مجال تطوير مفهوم الذات.

(٣) برامج في تعليم مهارات الاتصال.

(٤) برامج استعراض قصص وروايات، أبطالها موهوبون ذوو إنجازات ايجابية متميزة للبشرية.

(٥) برامج توعية للأهالي والمجتمع المحلي في مجال الحاجات الانفعالية والاجتماعية للموهوبين، وبخاصة برامج الحوار، والنشرات، والملصقات، والندوات.

❁ دور الأخصائي النفسي في تنمية العلاقات الاجتماعية

يجد كثير من الطلبة ذوي الإعاقات والموهوبين صعوبة في الانسجام مع الآخرين، ويمكن أن يتميز هذا النمط من مشكلة سلوك الصف، إما بالسلوكيات العدوانية، أو السلوكيات الانسحابية، وفي كلا الحالتين لا يقوم الطالب بإقامة علاقات اجتماعية ناجحة ودائمة سواء مع أقرانه ، أو مع المعلمين من الأقران والمحافظة عليها، ومن أمثلة السلوكيات العدوانية: الشجار، والقسم، والجدال، ورفض إتباع التوجيهات، والخصام مع الآخرين، وقد يكون للطلبة الانسحابيين في المقابل تفاعلات محدودة مع المعلمين والأقران، وقد يقومون بتجنب كل من القرب البدني والتواصل اللفظي.

وهناك عدد من الاستراتيجيات الخاصة لتعلم السلوكيات المرتبطة بالمهارات الاجتماعية الملائمة، ويمكن أن تساعد المقترحات التالية في تحسين السلوكيات الاجتماعية للطلبة في داخل الصف ومن أهمها ما يلي:

(١) تزود الطلبة بأمثلة للسلوكيات غير العدوانية التي يمكن استخدامها والتي قد تؤدى بدورها إلى السلوكيات العدوانية، ويمكن إجراء ذلك من خلال النماذج الجيدة ويمكن

أن تكون هذه النماذج من البالغين، والأقران، كالزملاء، أو المعلمين من الأقران، أو الأفلام، أو شرائط فيديو.

(٢) تعليم الطلبة الاستجابات المقبولة للهجوم اللفظي، أو البدني. وتتضمن الخيارات النداء للمساعدة، ومغادرة المكان، أو قول شيء غير عدواني؛ مثل: "لقد لعبت الكرة بشكل جيد يوم أمس"، أو "أعجبتني السيارة التي رأيتك وأنت تقودها بعد المدرسة" إذا لم يتعلم الطلبة هذه الخيارات، قد يتفاعلون برد الشجار، أو الهجوم اللفظي على المعتدي، وبذلك يحتاج هؤلاء الطلبة إلى تعلم سلسلة من الاستجابات البديلة ومعرفة أيها تلائم الاستخدام وفي أي موقف يتم استخدامها.

(٣) استخدام لعب الدور لمساعدة الطلبة على ممارسة الاستجابات غير العدوانية، حيث تقوم هذه المثيرات بإمداد الطلبة بفرصة تعلم السلوكيات الملائمة قبل مواجهة مواقف صعبة في الحياة اليومية.

(٤) دمج استراتيجيات خفض التنمر في الصف، والأجزاء الأخرى لبيئة المدرسة، ويعرض جزء "نصائح للدمج للمعلمين" مقترحات تفيد في هذا الخصوص.

(٥) تعزيز الطلبة الذين قاموا باستبدال الاستجابات غير العدوانية الملائمة بالسلوكيات العدوانية التي صدرت عنهم سابقا، وتقديم على سبيل المثال معزز خاص عندما يقوم الطلبة بقضاء فترة الغذاء، أو الفسحة في لعب لعبة بدلا من الجدال، أو الشجار، أو النداء بأسماء بعضهم.

(٦) استخدام فنية الإطفاء للسلوكيات اللفظية غير الملائمة؛ مثل: القسم، والجدال، وإغاظة الآخرين، وزود الطلبة الآخرين بالمعززات في الصف لتشجيعهم على تجاهل هذا النمط من السلوك المشكل.

(٧) استعراض المهارات الاجتماعية للطلبة الانسحابيين بعناية وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، ثم اعرض تعليمات في المجالات المهمة ذات الحاجة؛ مثل: كيفية تحية الآخرين، أو ما ينبغي فعله للبدء والمشاركة في محادثة مع الآخرين.

(٨) تحديد عقوبة عندما يقوم الطالب بسلوك غير ملائم، وقد يبعد هذا الحدث الطالب عن المكان بدون معزز (وقت الإبعاد)، او المعززات الأخرى التي حصلت على كلفة الاستجابة)، او التوبيخ، أو إبلاغ الوالدين وينبغي استخدام هذا النمط من التدخل بحكمة لكن أحيانا ما يكون من الضروري إيقاف السلوك المشكل بسرعة، وبذلك، ينبغي إدارة العقاب المستخدم في الحال في كل مرة يحدث فيها سلوك غير ملائم، ويعد العقاب أكثر فعالية عندما يتم استخدامه مع معزز ايجابي للسلوكيات الملائمة، ويشير ووكر (Walker,1995, P.197) إلى ان هناك مجموعة من اشكال المدح والثناء من المعلم، ورموز التعزيز وكلفة الاستجابة التي تمثل التدخل القوي والفعال لتغيير السلوكيات العدوانية من جانب الأطفال.

(٩) تشجيع التفاعل الاجتماعي للطلبة الانسحابيين مع أساليب التعزيز، ويمكن استخدام المعززات مع الطالب الانسحابي لتشجيع التفاعل لكن قد يكون من الأفضل في البداية على وجه الخصوص التعزيز من قبل أقران الطالب، وقد يسبب تركيز قدر كبير من الانتباه على الطالب في بداية التدخل انسحاب أكثر وتجنب أوضح للتفاعل.

(١٠) السماح بفرصة للمشاركة بين الطالب الانسحابي والمعلم من الأقران، والمعلم من عمر مختلف ومتطوع بالغ، وينبغي أن يقوم المعلم الخاص، او المتطوع بنمذجة التفاعلات الاجتماعية الملائمة وتعزيز الطالب المستهدف للسلوكيات التي يحبها.

(١١) دمج الطالب الانسحابي في مجموعة الصف لإتمام مشروع، أو نشاط، قم بإعداد انشطة خاصة تؤدى إلى التفاعلات؛ مثل: إتمام ورقة التدريبات حتى يمكن إعطاء كل طالب جزء مختلف من المواد المطلوب الإجابة عنها، ثم تقديم المعززات للمجموعة كلها عندما يكون الطالب مشاركًا فعالاً.

❁ أسس زيادة التقبل الاجتماعي تجاه ذوي الإعاقة

عندما ينبذ معلمو التعليم العام والأقران الطلبة ذوي الإعاقة، يؤدى ذلك إلى تقليل قدرة الطلبة ذوي الإعاقات على الأداء الاجتماعي والأكاديمي. ومن الممكن أن يتأثر مفهوم

الذات لدى هؤلاء الطلبة المنبوذين؛ إضافة إلى ذلك فإن عدم تشجع هؤلاء الطلبة المنبوذين على المشاركة في أنشطة الصف المدرسي يجعلهم يفشلون في جميع مجالات المهارات الأخرى. وببساطة فإن دمج الطلبة ذوي الإعاقة في صفوف التعليم العام لا يضمن، أو يكفل تقبلهم الاجتماعي، أو اكتسابهم لمهارات اجتماعية جيدة (Guetzloe, 1999; Heflin & Bullock, 1999; Miller, 2003; Sale & Carey, 1995; Vaughn, 1995) وفي أغلب الحالات يجب أن يشارك معلم التعليم العام في تطوير وتنفيذ برنامج متخصص لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الإعاقات، وزيادة دمجهم الاجتماعي؛ فالبرامج الفعالة للدمج تتطلب أن يهتم التربويون بالاحتياجات الخاصة، وكذلك الاحتياجات الأكاديمية والسلوكية والبدنية لطلابهم. (Gresham, 1984; York, Vandercook, MacDonald, Heise – Neff, & Caughey, 1992) والأسس التي سوف نقدمها في الفقرات التالية تساعد في تخطيط وتنفيذ برنامج ناجح للتقبل الاجتماعي.

(١) تعديل الاتجاهات السلبية :

إن الاتجاهات لها أهمية كبيرة. واتجاهات المعلم تؤثر بشكل كبير على اتجاهات الطلبة داخل الصف فالمشاعر السلبية نحو الطلبة ذوي الإعاقة يمكن أن تنتقل من خلال المعلم. (Cartledge, Frew, & Zaharias, 1985; Garrett & Crump, 1980; Simpson, 1980) وينبغي أن يدرك المعلمون أن كلماتهم وأفعالهم تمثل نموذجًا للطلاب وينبغي محاولة نقل اتجاه ايجابي يشجع على تقبل الطلبة ذوي الإعاقة.

ويمكن الحصول على المعلومات والمعارف عن الطلبة ذوي الإعاقة بالعديد من الطرق. فيمكن للطلاب والمعلمين القراءة، أو الاطلاع على أفلام وأشرطة فيديو وبرامج تليفزيونية عن الطلبة ذوي الإعاقة. ومن الممكن تمثيل الإعاقات – لعب الدور – لزيادة الفهم. كما انه من الضروري تنظيم زيارات لصفوف التربية الخاصة، أو مقابلة ذوي الإعاقة، أو دعوتهم إلى صفوف التعليم العام. ومن الممكن الحصول على أعلى مستويات المواجهة بين الطلبة العاديين وغير العاديين إذا تقبل المعلمون طلابًا ذوي الإعاقات في صفوفهم، أو تم تشجيع طلاب التعليم العام للعمل مع أقرانهم الطلبة ذوي الإعاقات.

(٢) إدراك التشابهات بين الطلبة العاديين وذوي الإعاقات :

يُكون المعلمون والطلبة وجهات نظر حول قدرات الطلبة ذوي الإعاقات كليًا وفقًا لشكلهم البدني، أو تصنيفاتهم بمسميات للسلوكيات التي تصدر عنهم بين الحين والآخر فقط. إن الافتراضات التي يقدمها المعلم لها أهمية بالغة لأنها ربما تؤثر على التوقعات التعليمية للطلاب حيث أن شكل الطالب، أو تصنيفاته لا يعد قاعدة بيانات كافية للتنبؤ بسمات الشخصية، أو لتقرير البرامج التعليمية المناسبة له، وعلى الرغم من أنه من السهل التوصل إلى الاستنتاجات فإن المعلومات الكثيرة ضرورية قبل وضع الخطط التعليمية والتنبؤ بها. والمطلوب هو معلومات تقييمية محددة عن مهارات وقدرات الطلبة والفرص المتاحة لملاحظة الطالب في الصف. فمثلاً معرفة المعلم بأن هناك طالب كفيف في صفه يمكن أن يثير لديه مستوى معين من القلق، ولذلك فمن المفيد هنا تقديم معلومات للمعلم عن هذا الطالب، وأن هذا الطالب على الرغم من أنه يعتمد على طريقة برايل في القراءة؛ فهو قادر على المشاركة في المناقشات الصفية والاستفادة من المحاضرات والتفاعل الاجتماعي مع أقرانه في الصف. وعندما يقرر فريق العمل أن هؤلاء الطلبة يمكنهم الاستفادة من بقائهم في صفوف التعليم العام؛ فإن هؤلاء الطلبة لا يحتاجون إلى حماية المعلم بل يجب دمجهم في أكبر عدد من الأنشطة والتعامل معهم مثل باقي الطلبة الآخرين في الصف وأن يتعاملوا معهم كأفراد.

وغالبًا ما يتحدث المعلمون عن سلوكيات وخصائص الطلبة ذوي الإعاقة في صفوفهم. وفي معظم الحالات فإن المشكلات الأكاديمية والسلوكيات غير الملائمة للطلاب ذوي الإعاقات تظهر أيضًا لدى العديد من أقرانهم العاديين. وإذا أعد المعلمون قائمة بسلوكيات وسمات واهتمامات طلاب التعليم العام سوف يجدوا أنها تتطابق مع الطلبة ذوي الإعاقة. إن الطلبة ذوي الإعاقات هم أطفال ومراهقين لهم احتياجات محددة وهم على الرغم من تلك الحاجات لا يزالون أفراد.

(٣) تهيئة الطلبة صفوف التعليم العام لدمج الطلبة ذوي الإعاقة معهم:

إن الطلبة في برامج التعليم العام في الغالب يعزلون أنفسهم عن التواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة . وبالتالي فإنهم ربما لا يلتقون مع شخص ذي إعاقة إلا إذا كان

هناك فرد من افراد الأسرة ذي إعاقة، أو من الأصدقاء، أو الجيران. وهذه الخبرات والمعلومات المحدودة من الممكن أن تؤدي إلى نمو اتجاهات رافضة وغير متقبلة وتحيز ضد هؤلاء الأشخاص المختلفين. وتشير الشواهد أن" الاستجابات التمييزية ربما تظهر كنمط طبيعي نسبيًا للسلوك" (Simpson, 1980,p. 2) إن اتجاهات الطلبة في صفوف التعليم العام يمكن أن تتحسن نحو الطلبة ذوي الإعاقة ، بل وزيادة تقبلهم (Richardson , 2000).

(٤) تهيئة الطلبة ذوي الإعاقة للدمج :

إن أحد أسباب رفض الطلبة ذوي الإعاقة هو افتقارهم للمهارات الاجتماعية. وفي أغلب الأحيان، يجب إعطاء الطلبة ذوي الإعاقة تدريبًا خاصًا للمهارات الاجتماعية الضرورية للتواصل في المدرسة والمجتمع. (Brady & McEvoy, 1989; Cartledge et al, 1985; Gresham, 1984; Hollinger, 1987; Schumaker & Hazel, 1984; Weiner & Harris, 1997) إذ يستطيع الطلبة ذوي الإعاقات اكتساب المهارات الاجتماعية المناسبة، ولا يحدث هذا إذا ما أعطي الطلبة الفرصة للتفاعل مع الآخرين من الأقران والكبار فقط؛ بل يجب إعطائهم تعليمات واضحة وضرب الأمثلة لتقليدها وكذا تدريبهم وإعطائهم تدريبًا عمليًا أيضًا (Elliott & Gresham, 1993; Lane, 1999) ويمكن توفير ذلك في صفوف التعليم العام، أو الخاص. وفي الحقيقة، أن أكثر المهارات الاجتماعية نجاحًا هي تلك التي تشكل لعدة أفراد، أو لمجموعة صغيرة وتصمم لكي تجري لفترات طويلة من الوقت. (McIntosh, Vaughn, &Zaragoza, 1991).

(٥) تهيئة الآباء لدمج الطلبة ذوي الإعاقة :

يمكن أن يسهم آباء الطلبة العاديين وذوي الإعاقة في برنامج التقبل الاجتماعي. فاتجاهاتهم التي ينقلوها لأطفالهم العاديين تؤثر على وجهة نظر أطفالهم، وجهود المعلمين، وبرنامج المدرسة. وغالبًا ما يكون لدى آباء الطلبة العاديين تساؤلات خاصة بالطلبة ذوي الإعاقة المدمجين في برنامج التعليم العام لأنهم يشكون في تأثيرهم على أطفالهم العاديين. ولذا فإن تقديم المعلومات لهؤلاء الآباء عن احتياجات الطلبة ذوي الإعاقة والهدف من

البرنامج وتأثيره على أطفالهم العاديين يساعد في الحصول على مساندتهم. ومن المهم أن يدرك الوالدان أن أطفالهم العاديين بعد أن يتركوا المدرسة سوف ينخرطوا في المجتمع. والبرنامج الذي تقدمه مدارس الدمج يساعد في إعدادهم لهذه المشاركة.

❁ استراتيجيات لتحسين تقبل الطلبة ذوى الإعاقة

يمكن للمعلمين استخدام طرق متعددة لزيادة احتمالية التقبل الاجتماعي للطلاب ذوي الإعاقة. وهذه الطرق تتجه نحو الطلبة والمعلمين في التعليم العام والوالدين والطلبة ذوي الإعاقات أنفسهم. وإذا كان معلمو التعليم العام مسئوولين عن تنفيذ تلك الاستراتيجيات فإن معلمي التربية الخاصة عليهم تقديم المساعدات الضرورية اللازمة لذلك، ومن أهمها:

(١) تقديم معلومات لطلاب التعليم العام عن الإعاقات :

إن زيادة معلومات الطلبة العاديين والمعلمين عن الطلبة ذوي الإعاقة يحسن اتجاه طلاب التعليم العام و المعلمين (Fiedler & Simpson, 1987). وينبغي أن يحصل الطلبة العاديين على معلومات عن الإعاقات، ويفضل أن يتم ذلك قبل إلحاق الطلبة ذوي الإعاقات بصفوف التعليم العام. ومن الممكن أن يأخذ هذا التعلم عدة أشكال. ويمكن أن يقدم المعلمون هذه المعلومات للطلاب الصغار مباشرة، أما الطلبة في الصفوف المتقدمة فإنه يمكنهم القيام ببعض الدراسات والبحوث حول ذلك. ويمكن أن يصمم المعلمون كتيبات عملية لاستخدامها مع طلابهم (Schultz & Torrie , 1984). والبعض الآخر يمكن أن يستخدم مواد تعليمية تجارية. ومعلمو التربية الخاصة مثل معلمي غرفة المصادر يمكنهم توجيه معلمي التعليم العام والطلبة إلى مصادر أخرى للمعلومات عن الإعاقات؛ فعلى سبيل المثال هناك العديد من الكتب، والأفلام، والمواد التعليمية، والمواقع، والبرامج التليفزيونية التي تقوم بمناقشة العديد من أنواع الإعاقات.

إن الهدف من التعليم هو زيادة الوعي لدى الطلبة ذوي الإعاقة بقدراتهم وبمشكلاتهم، ويمكن للمعلم أن يوضح مفهوم الفروق الفردية، ويشير إلى أن كل شخص حالة فريدة لها

نقاط قوة ونقاط ضعف. وفي نفس الوقت ينبغي التأكيد على أوجه التشابه بين طلاب التعليم العام والطلبة ذوي الإعاقات (Schulz & Turbul ,1983). وينبغي تحديد ومناقشة أنواع الإعاقات النمطية. إذ ينبغي أن يتعلم الطلبة لماذا يحصل بعض الأفراد على مساعدة خاصة. كما أنه من الضروري وصف الخدمات النمطية للتربية الخاصة ومقارنتها مع برنامج التعليم العام. ومن الممكن دراسة حياة المشاهير ذوي الإعاقة مثل: هيلين كلير، وفرانكلين روزفلت. كما أن المناقشات الصفية تقدم فرصة للطلاب لتبادل المعلومات والخبرات والمشاعر نحو ذوي الإعاقة. وينبغي على المعلمين توجيه تلك المناقشات وتوضيح، أو تصحيح أي مفاهيم، أو معلومات خاطئة.

(٢) تزويد طلاب التعليم العام بالخبرات مع ذوي الإعاقة:

تتأثر اتجاهات طلاب التعليم العام أيضًا بمقابلة ذوي الإعاقات، أو التفاعل معهم. وإحدى طرق تقديم تلك الخبرة هي دعوة الكبار من ذوي الإعاقات إلى الصف إذ يمكن للطلاب سماع وجهة نظر الشخص ذي الإعاقة و توجيه الأسئلة. وهناك طريقة أخرى هي زيارة برامج التربية الخاصة؛ مثل: غرفة المصادر، أو الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس. ومن الممكن أن يتم إعطاء الطلبة بالصفوف المتقدمة تكليفات لإجراء مقابلة شخصية مع أحد ذوي الإعاقة الكبار، وينبغي على المعلم توجيه كل تلك الخبرات من خلال التأكد من إعداد الطلبة للأسئلة المناسبة قبل القيام بالزيارات، أو إجراء المقابلات الشخصية، أو إدارة المناقشات.

وتعد الاستثارة طريقة أخرى لمعايشة الإعاقات المختلفة حيث تساعد طلاب التعليم العام على فهم المشكلات التي يعايشها ذوي الإعاقات وبالتالي يرتفع مستوى التقبل لدى طلاب التعليم العام (Handlers & Austin, 1980).

وأنشطة الاستثارة الممكنة تشمل: التجول داخل المدرسة على كرسي متحرك،أو ارتداء عصابة العين خلال فترة الغذاء، أو حصص التربية الفنية، أو استخدام سدادات الأذن لتقليل السمع، أو محاولة التواصل بدون كلام. وبالنسبة للطلاب الصغار تستخدم العرائس

المتحركة ذوات الإعاقات المختلفة لتقديم نوع من أنواع الاستثارة، كما يمكن للطلاب أن يتحدثوا مع تلك الدمى، أو أن يقوموا بدور محركي تلك العرائس (Binkard, 1985). وينبغي أن تجرى بطريقة تشبه سلوك رجال الأعمال. وبعد القيام بتلك الأنشطة نطلب من كل طالب أن يكتب، أو يتحدث عن خبراته حتى نتأكد من أن جميع الطلبة لم يكتسبوا مفاهيم خاطئة. ومن الممكن أيضًا استخدام الأدبيات لتقديم الخبرة بذوي الإعاقات وهناك العديد من المصادر المتاحة من القصص والسير الذاتية عن الأشخاص ذوي الإعاقات المناسبة لعمر الطلبة العاديين كي يتمكنوا من قراءتها، أو الاستماع إليها.

(٣) تنظيم التفاعلات بين الطلبة العاديين والطلبة ذوي الإعاقة:

إن التفاعل بين طلاب التعليم العام و الطلبة ذوي الإعاقة سواء كان داخل الصف، أو أي شكل آخر من اشكال التفاعل يمكن أن يكون ناجحا إذا ما وفر المعلمون التوجيهات والإرشادات اللازمة لهذا التفاعل. فإذا كان التواصل الأولي لدى طلاب التعليم العام مع اقرانهم ذوي الإعاقات هادفًا، ويتم في موقف ذى تنظيم جيد ستنمى الاتجاهات الايجابية بشكل كبير. وهناك أربعة أساليب يمكن أن تفيد في تنظيم التفاعلات الا وهي: خبرات التعلم التعاوني، المكافآت الجماعية، برامج الصداقة الخاصة، وبرامج الأقران، أو الأعمار المختلفة.

ففي التعلم التعاوني (cooperative learning) يعمل طلاب التعليم العام والطلبة ذوي الإعاقات معًا كفريق لاستكمال الأنشطة والواجبات (Maag & Webber. 1995). تلك الفرق تكون في صفوف الدمج عبارة عن مجموعات صغيرة من الطلبة مختلفي القدرات مثل بطيئي ومعتدلي ومرتفعي التحصيل.

ووفقًا للدراسات التي قدمها جوتلايد ولايسر (Gottlied & Leyser (1981 وجونسون وجونسون Johnson & Johnson (1980) فإن التعلم التعاوني يفوق كلا من التعلم التنافسي والتعلم الفردي. حيث انه في مواقف التعلم التنافسي يحاول الطلبة ان يتفوقوا على بعضهم البعض، بينما في مواقف التعلم الفردي لا يرتبط مستوى تحصيل أي طالب بمستوى

تحصيل طالب آخر اما التعلم التعاوني فيزيد فرصة نجاح الطلبة ذوي الإعاقة حيث يوفر للطلاب ممارسة المهارات داخل المدرسة (Foyle & Lyman, 1990). وكذا التفاعلات الاجتماعية التي تؤدي إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الإعاقة، وتقبلهم من قبل اقرانهم في صفوف التعليم العام (Slavin. 1987).

التوجيه المهني

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) عرف التوجيه المهني؟

(٢) ما أهمية التوجيه المهني بالنسبة لذوي الإعاقة من وجهة نظرك؟

(٣) أهداف التوجيه الإرشاد المهني في المدارس؟

(٤) حدد فوائد التوجيه المهني؟

(٥) تكلم عن الآثار المهنية المترتبة على الإعاقة؟

(٦) وضح أهداف التوجيه المهني؟

(٧) اذكر دور المرشد التربوي في مجال التوجيه المهني؟

(٨) تتنوع مبادئ وفرضيات التوجيه المهني وضحها؟

(٩) ما أسس التوجيه المهني؟

(١٠) تتنوع فوائد التوجيه المهني تكلم عن عدد منها؟

(١١) وضح الأساليب والممارسات الفعالة في التوجيه المهني؟

(١٢) تكلم عن أساليب التوجيه والإرشاد المهني؟

(١٣) قارن بين نظريات التوجيه والإرشاد المهني في ضوء صلاحيتها للتطبيق في مجال التربية الخاصة؟

التوجيه المهني في التربية الخاصة

مقدمة

لقد برز الاهتمام بالتوجيه المهني المدرسي منذ أواخر القرن العشرين خصوصًا في البلدان الصناعية التي تطورت فيها الحركة الصناعية وأصبحت الصناعة سمة هذه البلدان بحيث أصبحت هناك حاجة ضرورية للتوجيه المهني، وقد كان العالم "فرانك بارسونز" (Parsons, 1908) من المؤسسين الحقيقيين للتوجيه المهني بأمريكا، الذي يعد كتابه "اختيار مهنة" (Choosing a vocation) إنجيلاً للتوجيه المهني يجب على كل متخصص في الميدان في رأي "دونالد باترسون" (Donald Paterson, 1950) قراءته من وقت لآخر، إذ يرسم "بارسونز" في هذا الكتاب الخطوات السليمة التي يجب اتباعها عند اختيار مهنة من المهن.

وتتلخص الأسس التي يصفها "بارسونز" للتوجيه المهني في مبدأين أحدهما: دراسة الفرد ومعرفة قدراته واستعداداته وميوله، والآخر: مد الفرد بالمعلومات الكافية عن المهن المختلفة والحرف، وما تتطلبه من قدرات واستعدادات وميول حتى يتمكن من اختيار المهنة، أو الحرفة التي تلائمه ومما لاشك فيه أن هذين المبدأين من العمد المهمة التي يقوم عليها التوجيه المهني حتى وقتنا هذا (أبو حماد، ٢٠٠٨).

وقد تأثر التوجيه والارشاد المهني بالأوضاع الاقتصادية، والاجتماعية في العالم خصوصًا في مجال إدارة الموارد البشرية، وإعداد القوى العاملة، ونتيجة لسرعة حركة التصنيع، ونمو المهن، وبروز التخصصات الدقيقة، ومشكلة الاختيار المهني فقد ساهم ذلك في بلورة مفهوم التوجيه المهني في البلدان الصناعية، وفي بلدان العالم الثالث.

فقد تبنت معظم مدارس التوجيه المهني في الولايات المتحدة الأمريكية عملية التوجيه المهني التي تشمل كل مراحل الحياة دون الاقتصار على مرحلة معينة، أما أوروبا فقد شمل التوجيه المهني المراحل الدراسية الإلزامية وفترات التدريب قبل العمل. ومع التطور العلمي

والتقني اخذ التوجيه المهني أبعادًا أخرى تختلف بين الدول وفقًا لفلسفة التعليم والإرشاد في كل دولة. فاليابان تأخذ منهج التوجيه المهني الذي يرتكز على الاختبارات، والمسابقات، والتثقيف الإعلامي، والتعريف بالمسارات التعليمية. وفي بريطانيا فإن مصطلح "الأخصائي المهني" قد استخدم منذ العام ١٩٦٥م حيث إن وظيفة هذا الأخصائي هي التأهيل المهني الجمعي، والإرشاد الفردي خصوصًا في مجال اختيار المهن. أما ألمانيا فلها أسلوب متميز في مجال التوجيه المهني من خلال هيئة مستقلة منفصلة عن التوجيه المهني المدرسي بسبب تشابك وتعقد الاختيارات المهنية بسبب ظاهرة التصنيع المتعدد والواسع الانتشار مما يحتم على الطلبة والشباب الحاجة إلى الأخصائي المهني القادر على مساعدة الشباب والناشئة في اختيار ما يناسب كل فرد منهم من مهنة، طبقا لطبيعة الفرد واستعداداته وميوله وقدراته، وقد ساهم مركز الخدمة النفسية المدرسية في تلبية حاجات الطلبة والناشئة والشباب لمختلف الاستشارات المهنية.

إذا نظرنا بإمعان إلى قضية تشغيل ذوي الإعاقة لوجدنا أنها بالغة الأهمية؛ فمعظم ذوي الإعاقة يحرمون من العمل، وعدد قليل منهم يتم إلحاقه بوظائف هامشية مقابل أجور زهيدة، وفضلاً عما سبق، فإن ذوي الإعاقة هم آخر من يتم تشغيلهم، وأول من يتم الاستغناء عنهم، لذلك نجد أن هناك حاجة ملحة للبحث عن تدابير تضمن توفير فرص عمل لذوي الإعاقة حتى يستطيعوا الاعتماد على أنفسهم في تلبية احتياجاتهم الأساسية.

وعلى الرغم من انتشار البطالة في معظم دول العالم إلا أن موضوع العمل يظل من أهم المواضيع التي تشغل حكومات هذه الدول؛ لأنه يعني مصدر الدخل الذي يعتمد عليه بقاء أفرادها المادي حيث إن أهميته لا تنحصر على كونه سببًا للتمتع بحقوق الطعام، والملبس، والمسكن فحسب، ولكنه يؤثر أيضًا على التمتع بحقوق الإنسان الأخرى؛ مثل: التعليم، والصحة، والثقافة (Equal Employment Opportunity Commission, 2008).

إن نسبة البطالة بين ذوي الإعاقات في عمر التشغيل في الدول الصناعية تتراوح بين (٥٠٪ – ٧٠٪)، وهي ضعف نسبة البطالة بين غير ذوي الإعاقة. والحالة أسوأ في الدول النامية

حيث تبلغ نسبة العاطلين بين ذوي الإعاقات في عمر التشغيل بين (٨٠ – ٩٠٪) (Zarocostas, 2005).

بل إن البطالة أضحت تخص فئات من ذوي الإعاقة بعينها بصرف النظر عن ثقافة الدولة، أو ظروفها الاقتصادية، إذ تشير الأدلة إلى أن ظروف تشغيل ذوي الإعاقات الفكرية مزعجة على حد سواء، إن لم تكن اسوأ (Dempsey & Ford, 2009). وتأكيداً لذلك وجد الباحثون أثناء مراجعتهم المنظمة للأدبيات أن ذوي الإعاقات الفكرية كان يقل احتمال تشغيلهم عن غيرهم بثلاث إلى أربع مرات (Verdonschot, deWitte, Reichrath, Buntinx, & Curfs, 2009).

❁ مفهوم التوجيه المهني

عرف مجلس الأطفال غير العاديين (Council for Exceptional Children, 1993) التربية والتوجيه المهن بأنها: "إجمالي الخبرات التي يتعلم من خلالها الفرد أن يعيش حياة عمل ناجحة وذات معنى".

ويوسع برولين (Brolin (1986 هذا التعريف قائلاً: "لا يعني التوجيه المهني ببساطة الإعداد للوظيفة فقط، بل يعني أيضًا الإعداد لأدوار العمل الإنتاجية الأخرى التي تشكل أداء الفرد الكلي في المهنة، ويتضمن ذلك إدارته للمنزل، وعضويته في الأسرة، وإسهامه كمواطن ومتطوع، والمشاركة في وقت فراغ منتج، وأنشطة الاستجمام التي تعد ذات فائدة للشخص وللآخرين".

ويقصد بالتوجيه المهني مساعدة الأفراد ذوي الإعاقات على اختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته واستعداداته وميوله، ومساعدته على التدريب عليها والعمل فيها، والتوافق معها، والرضا بها، ويتكون الإرشاد المهني من خمس خطوات رئيسة وهي كما يلي:

(١) التعرف على قدرات واستعدادات وميول واتجاهات الفرد ذي الإعاقة.

(٢) التعرف على طبيعة العمل وظروفه ومسؤولياته والمهارات المطلوبة لأدائه.

(٣) توجيه الفرد ذي الإعاقة إلى العمل المناسب له عن طريق الموائمة بين قدراته وشروط العمل.

(٤) مساعدة الفرد ذي الإعاقة على الالتحاق ببرنامج التدريب الذي يكسبه الخبرات والمعلومات اللازمة لأداء العمل.

(٥) مساعدة الفرد ذي الإعاقة على الالتحاق بالعمل الذي تدرب عليه، ومتابعته بعد ذلك حتى يتوافق معه ويرضى عنه.

ويشترك في عملية الإرشاد المهني كل من الوالدين، والأخصائي المهني، وأخصائي التأهيل، والمدرب، والفرد المعني بالإرشاد، وتتركز مهمة هذا الفريق في وضع خطة المستقبل المهني للمعوق، واتخاذ إجراءات تنفيذها، وتقويم أهدافها القريبة والبعيدة، وإجراء التعديلات عليها إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

وهناك عدة خطوات يجب مراعاتها في عملية الإرشاد المهني أهمها ما يلي:

(١) اختيار المهن التي يحتاجها المجتمع.

(٢) القيام بالتوجيه المهني للمعوق في ضوء قدراته وحاجاته، مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة المجتمع المحيط به.

(٣) اختيار المهنة التي تتناسب مع احتياجات سوق العمل.

(٤) ضرورة إشراك الوالدين في اختيار المهنة المناسبة لابنهما.

(٥) ضرورة تنمية المهارات المهنية لدى الفرد ذي الإعاقة بشكل متواصل حتى يستمر بها.

(٦) ضرورة متابعة ذي الإعاقة للتعرف على مدى توافقه مع المهنة التي تدرب عليها، ومدى رضائه عنها.

ويعرف التوجيه المهني بأنه: "العملية التي تتم بها مساعدة الفرد على أن يختار مهنة من المهن، فيؤهل لها، ويدخلها ويرقي بها، ويكون محور الاهتمام في هذه العملية هو الفرد نفسه، ومساعدته على أن يقرر بنفسه مستقبله المهني باختيار الموقف الذي يؤدي إلى تكيفه مهنيًا تكيفًا سليمًا"، ويؤكد هذا التعريف على ما يلي :

(١) أن التوجيه المهني عملية ترمي إلى مساعدة الفرد على أن يقرر مصيره المهني بنفسه، بناء على عوامل عديد منها :

(٤) الفشل والرسوب وضعف التحصيل.
(٥) ضعف الدافعية نحو العمل والإنتاج.
(٦) كثرة الإحباط والاعتلالات النفسية.
(٧) ضعف الإنتاجية وتدني مستويات الأداء.
(٨) بروز المشكلات السلوكية ومظاهر الانحراف.
(٩) بروز مشكلات صحية ونفسية بكافة أشكالها وأنماطها.
(١٠) فقدان الفرد لقدرته على التكيف مع المحيط الاجتماعي.

تبرز أهمية التوجيه المهني في النظام التعليمي فيما أورد أبو حماد (٢٠٠٨) في جانبين أساسيين من جوانب النظام التعليمي وهما:

(١) تلبية حاجات الفرد:

عملية التوجيه المهني تبدأ من الفرد وتعني به وبإرشاده ليكون قادرا على الإسهام في تنمية المجتمع والمشاركة في عملية التنمية الشاملة، وهذا يتطلب تمكين الفرد من الاختيار السليم لمهنة المستقبل التي تتناسب مع قدراته واستعداداته وميوله.

وتعتبر عملية اختيار المهنة من أهم القرارات التي يتخذها الفرد في حياته مما يستدعي توفير الإعداد والتهيئة لاتخاذ ذلك القرار من خلال توجيه منظم يؤدي إلى تعميق الاتجاهات الايجابية لدى الطلبة، ويؤثر في صقل ميولهم وأنماط سلوكهم وتنمية مختلف الجوانب العقلية والانفعالية والاجتماعية لشخصياتهم، فالتوجيه المهني عملية ذات أبعاد إنسانية ومهنية في آن واحد تعني بالفرد المتعلم، وبالعمل الذي يطمح إليه من أجل تحقيق إمكاناته وإدراك طبيعة القرار الذي سيتخذه لمهنة المستقبل.

(٢) تلبية حاجات المجتمع:

لكل مجتمع حاجاته التي يمكن تلبيتها بمستوى مناسب من خلال التوجيه المهني المنظم لمواجهة مطالب النمو الاقتصادي والاجتماعي الذي يمر به المجتمع، وهذا يتطلب توفير الخدمات الفردية والجماعية، وتنظيم هذه الخدمات وتنسيقها وإجراء البحوث المستمرة

للوقوف على ملاءمة تلك الخدمات لتلبية الحاجات الاجتماعية المتغيرة، وتتسم المجتمعات المعاصرة بظاهرتي التحرر الاجتماعي والنمو المهني المتغيرة، أما النمو المهني، أو الوظيفي فيتضح في أهمية التنمية المهنية في مجال التخصص والعمل، ومن هذا المنطلق نجد أن الطلبة يظلون باستمرار بحاجة إلى ما يلي في مجال إعدادهم للحياة:

(أ) توسيع آفاق معارفهم فيما يتعلق بعالم العمل والمهن.

(ب) إدراكهم للعوامل المؤثرة في عالم العمل وظروفه المتغيرة.

(ج) احترامهم للعمل وتقدير أهميته وجدواه اجتماعيًا، واقتصاديًا.

(د) إدراكهم القيمة المهنية المرتبطة بالعمل والحياة.

❁ أهداف التوجيه الإرشاد المهنى فى المدارس

يسعى التوجيه المهني إلى تحقيق الأهداف التالية:

(١) توجيه الذات Self – direction:

يعني اكتساب الفرد القدرة على توجيه وإرشاد ذاته دون الاعتماد على شخص آخر إلا ما كان من مساعدة فنية يلبها حتى يصبح أكثر إدراكًا لحقيقة نفسه وللعالم المحيط به. وبذلك يصبح توجيه الذات قائمًا على أساس الحرّية في اتخاذ القرارات وتحمل مسؤولية نتائجها، ويصبح التوجيه ليس مسألة مواجهة مشكلة، ولكنه يصبح عبارة عن عملية تعلم وتكوين اتجاهات وفلسفة في الحياة تقوم على أساس اعتبار جميع العوامل العقلية والانفعالية الفردية، والعوامل المادية والاجتماعية والاقتصادية المحيطة بالفرد.

(٢) تحقيق التكّيف Adaptation – actualization:

أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث التوازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة ومن أهم مجالات التكيف ما يلي:

(أ) التكّيف الشخصي: أي تحقيق الرضا عن الذات وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية والفطرية والعضوية والفسيولوجية والدوافع الثانوية المكتسبة، وكذلك التكيف مع مطالب النمو.

(ب) التكّيف التربوي: عن طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب فرع دراسي في ضوء قدراته وميوله وإمكانات البيئة المحيطة، بما يسهم في تحقيق النجاح الدراسي والتكيف فيه.

(ج) التكّيف المهني: من خلال مساعدة الفرد على الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد لها والدخول فيها وتحقيق النجاح والرضا المهني، أي وضع الفرد المناسب في المكان المناسب له وللمجتمع.

(د) التكّيف الاجتماعي: ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة معاييره الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي، وتقبّل التغير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة، وتعديل القيم مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية. وللتكيف الاجتماعي أربعة أبعاد:

١) البعد الشخصي: وهو مجموعة الدوافع والحاجات والانفعالات والعواطف التي تدفع الفرد للقيام بنشاط اجتماعي معين.

٢) البعد البيئي: ويتضمن الظروف التي يعيش فيها الفرد ومنها ظروف الأسرة والمدرسة والعمل.

٣) البعد المعرفي والعقلي: ويتضمن مجموعة الاتجاهات والقيم والعادات الاجتماعية والمُثل العليا الموجهة للجماعة والموحدة لأهدافها.

٤) البعد الإنساني: ويتمثّل في طريقة التواصل بين الفرد والجماعة، وبين أفراد الجماعة، كما يتمثّل في طريقة القيادة والأسلوب الذي يستعمله القائد مع أفراد الجماعة.

(٤) الصحة النفسية Psychological Health:

هو الهدف العام لعملية التوجيه والإرشاد المهني، وهي حالة ايجابية توجد عند الفرد وتكون في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهماتها، فإذا كانت الوظائف النفسية تقوم

بمهماتها على شكل حسن ومتناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية، كانت الصحة النفسية سليمة وحسنة، وإن لم يكن الأمر كذلك كان من اللازم البحث عن أوجه الاضطراب فيها.

وتتلخص أهداف التوجيه الإرشاد المهني في المدارس في النقاط التالية:

(١) مساعدته للحصول على بيانات عن نفسه.

(٢) مساعدة الفرد على اكتساب بعض المعلومات عن خصائص ووظائف ومزايا مجموعة من المهن التي يتم اختياره لواحدة منها.

(٣) تمكنه من معرفة القدرات العامة والخاصة والمهارات التي يتطلبها مجموعة من المهن التي هي موضع الاعتبار.

(٤) تهيئة الفرصة أمام الطلبة ذوي الإعاقات، أو الأفراد لاكتساب خبرات سواء في المدرسة، أو خارجها حتى يتزود بالبيانات الخاصة بظروف العمل للكشف عن قدراته وميوله وتطويرها.

(٥) مساعدة الطالب ذي الإعاقة على تكوين وجهة نظر خاصة بالأسس المهمة لاختيار إحدى المهن كخدمة الفرد على اكتساب طريقة فنية لتحليل البيانات المهنية قبل اختياره.

(٦) إعطاؤه فرصة للحصول على بيانات عن المعاهد والكليات التعليمية وشروط الالتحاق بها.

(٢) تحقيق الذات Self – actualization:

أي الوصول إلى أقصى درجة من درجات النمو، هذا النمو الذي يقارب بين الذات كما هي والذات كما يتصورها الفرد. يقول كارل روجرز Rogers إن الفرد لديه دافع أساسي يوجّه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات، ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية فهم ذاته ومعرفة وفهم وتحليل نفسه وفهم استعداداته وإمكاناته، أي تقييم نفسه وتقويمها وتوجيه ذاته.

ويوصي "جيبسون" Gibson في كتابه Introduction to Guidance بتحقيق الوصايا الآتية بقصد أن يصل الأخصائي بالطلبة ذوي الإعاقات إلى تحقيق الغايات المقصودة من الإرشاد المهني لهم، وهذه الوصايا هي:

(١) يجب أن تتاح للطلبة جميعا الفرصة بقصد أن يكونوا آراء غير متحيزة فيما يتعلق باتخاذ قرارات تتعلق بمستقبلهم المهني (يقصد بالآراء المحايدة البعيدة عن المبالغة والاعتبارات الاجتماعية.

(٢) يجدر بالمؤسسات التربوية المعنية في كل المجتمعات أن تهتم أثناء عملية الإرشاد المهني بأن يكون ثمة تناسب، أو تكافؤ بين ما ينعم به الطلبة ذوي الإعاقات من ذكاء، أو قدرات خاصة، وكذلك ما يتسمون به من صفات شخصية، مع طموحاتهم المهنية بعيدا عن تعسفات مرحلة المراهقة، ومبالغتها على قدر الإمكان.

(٣) يجب أن يوجه نظر الطلبة ذوي الإعاقات إلى أن العمل هو أسلوب للحياة وكسب الرزق، وأن مرحلة التعليم هي بمثابة إعداد لهذا الأمر.

(٤) يجب أن يكون لدى الطلبة ذوي الإعاقات فهم كامل لمستوياتهم الدراسية المختلفة، وكذلك مستوياتهم العقلية، وهذا الفهم ضروري بشأن تخطيطهم لمستقبلهم يكون بشكل واقعي.

(٥) يجب أن يزود الطلبة ذوي الإعاقات في جميع المستويات بفهم للعلاقة بين التعليم والعمل، وأن ثمة ارتباط وثيق بين الاثنين، وأن الأول مكمل للثاني، وأن يكون الطلبة ذوي الإعاقات على دراية بالعلاقة بين المستويات التعليمية المختلفة والأعمال التي تتناسب معها.

(٦) يجب أن يتاح للطالب في كل سنة من السنوات الدراسية العديد من الخبرات المهنية.

(٧) أن البرنامج الذي تضعه المدرسة للإرشاد المهني يجب أن يكون منسجما مع طبيعة المدرسة، فإذا كان في المستوي الابتدائي والمتوسط فهو يتسم بالعمومية، أما في المستوي الثانوي العام فهو يتسم بالتركيز على فرص العمل المتاحة (أبو حماد، ٢٠٠٨).

❁ فوائد التوجيه المهني

لقد أسفرت كثير من الدراسات النفسية والتربوية عن أن وضع الفرد المناسب في مكانه المناسب يؤدي إلى كثير من الفوائد النفسية والاقتصادية والاجتماعية والصحية، ومن ذلك ما يلي:

(١) ارتفاع نسبة النجاح، والتقدم بالتفوق في مجالات العمل.

(٢) شعور الفرد بالرضا والسعادة عن مهنته، ولاشك أن هذا الشعور ينعكس على حياته العملية، والأسرية، والاجتماعية، والنفسية.

(٣) يؤدي التوجيه السليم إلى زيادة الإنتاج كمًا وكيفًا، بمعني زيادة حجم الإنتاج وتحسين جودته بما يساعد على الفوز في مجال المنافسات الدولية، وبطبيعة الحال تؤدي زيادة الإنتاج، وارتفاع مستوي جودته إلى إشباع حاجات الأسواق المحلية ثم تصدير الفائض.

(٤) يؤدي التوجيه السليم إلى انخفاض معدلات البطالة، وحماية المجتمع والأفراد من اضرار البطالة التي اصبحت من أخطر الأمراض الاجتماعية في المجتمعات الصناعية.

(٥) عندما يوضع العامل في مهنة لا تناسبه، أو لا تتفق مع استعداداته، فإنه يميل إلى تغيير هذه المهنة، ويظل يتنقل من مهنة إلى أخري، ويترك كل واحدة منها قبل أن يتقن المهارات المطلوبة لأدائها، ويطلق على ظاهرة تغيير الأعمال هذه اصطلاح "هجرة العمال"، ولهذه الظاهرة اضرار كبيرة على كل من العامل وجهة العمل على حد سواء.

(٦) يؤدي التوجيه السليم إلى انخفاض معدلات تغيب العمال عن أعمالهم، ذلك أن العامل إذا ما التحق بوظيفة يشعر نحوها بالرضا، فإنه لا يكثر من الغياب.

(٧) كشفت الدراسات الحديثة أن التوجيه السليم يقلل من معدلات تمرد العمال وعصيانهم، ولاشك أن حالات التمرد تؤدي إلى خسائر كبيرة للشركات والمؤسسات،

فإضراب العمال يؤدي إلى إلحاق أضرار بالاقتصاد والى حدوث شقاق بين الإدارة والعمال.

(٨) أظهرت الدراسات الحديثة أن وضع الفرد المناسب في مكانه المناسب يقلل نسب تمارض الأفراد أي ادعاء المرض، والاحتماء به للحصول على إجازات، أو للتغيب عن الدراسة، أو العمل.

(٩) يؤدي التوجيه السليم إلى انخفاض معدلات حوادث العمل وإصاباته، والمعروف أن حوادث العمل يروح ضحيتها كثير من الأرواح، كما تؤدي إلى تدمير كثير من الآلات والمعدات، أو إلى حرق كميات كبيرة من المواد الخام؛ بالإضافة إلى دفع تعويضات كبيرة للقتلى وللمصابين.

(١٠) يؤدي وضع العامل في مهنة لا تناسبه إلى المعاناة من العقد والأزمات والأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، والى فقدانه بالثقة في النفس والرضا عنها، مما ينتج عنه سوء تكيفه النفسي، أو الاجتماعي.

(١١) يقود التوجيه السليم إلى انخفاض نسبة الإصابة بأمراض المهنة.

(١٢) من الناحية الاقتصادية فإن وضع عمال مهرة في صناعة معينة يؤدي إلى انخفاض كمية السلع والخدمات، ومن ثم يصبح في استطاعة أعداد كبيرة من أبناء المجتمع الاستفادة من هذه السلع، أو من تلك الخدمات.

(١٣) تؤدي زيادة الإنتاج ومهارة العامل إلى ارتفاع مستوي العمال والموظفين وهم من يمثلون قطاعًا كبيرًا من قطاعات المجتمع.

(١٤) يقود التوجيه السليم إلى تحسين العلاقة بين الأفراد وبين الإدارة، وسواء كانت إدارة صناعية، أو تعليمية.

(١٥) يساعد التوجيه في تحقيق الرخاء والرفاهية الاجتماعية.

(١٦) تعلم العلاقات الجيدة بين الأفراد والإدارة على تحقيق مزيد من التماسك والوئام الاجتماعي (أبو حماد، ٢٠٠٨).

كما أن من فوائد التوجيه المهني ما يلي:

(١) مناسبة الفرد للمهنة وفق قدراته وميوله تؤدي على كثير من الجوانب الصحية والنفسية والاقتصادية زيادة التقدم في العمل والتفوق فيه.

(٢) الشعور بالسعادة والرضا مما ينعكس نفسيًا وإيجابيا على حياة الفرد في الأسرة والمجتمع.

(٣) انخفاض معدلات البطالة وحماية الأفراد من الانحرافات الناتجة عن الفراغ لدى الأفراد نتيجة البطالة.

(٤) الزيادة في الإنتاج كمًا وكيفًا.

(٥) تلاشي الضرر الذي يقع على العامل، أو جهة العمل نتيجة التنقل من مهنة لأخرى لعدم إتقانها نتيجة الاختيار الخاطئ.

(٦) التقليل من نسبة تغيب العمال نتيجة القناعة والرضا عن الوظيفة.

(٧) التقليل من تمرد وتسرب العمال.

(٨) تحسين العلاقة ما بين أصحاب العمل والعمال وما تتحقق من ورائها الرفاهية الاجتماعية.

(٩) تحمل المسؤولية لدى الفرد.

(١٠) إكساب الفرد أنماطًا إيجابية من السلوك والقيم التي تنعكس على قدراته.

❁ الآثار المهنية المترتبة على الإعاقة

وتتأثر الحياة المهنية للأفراد ذوي الإعاقة بسبب إعاقتهم، ولكن هذا التأثر يحدث لهم بدرجات متفاوتة، وفيما يلي أهم هذه التأثيرات التي أوردها الزعمط (١٩٩٢):

(١) محدودية النمو المهني: يمر النمو المهني لدى الفرد غير ذي الإعاقة بعدة مراحل حيث تتواكب مع مراحل النمو الأخرى لديه (البدنية – الفكرية – الأخلاقية... الخ)، أما الفرد ذو الإعاقة فإن الإعاقة تفرض عليه قيودا تُحد من نموه المهني.

(٢) عدم معايشة الواقع المهني: يمر الفرد غير ذي الإعاقة خلال مراحل حياته بخبرات عديدة تجعله يرى الحرفيين وأصحاب المهن المختلفة وهم يعملون، وقد يؤدي ذلك إلى اكتسابه بعض المصطلحات، وأسماء بعض الأدوات والعدد التي تستخدم في هذه الحرفة، وأما بالنسبة لذوي الإعاقة فإن الأمر يختلف حيث تُحد الإعاقة من حركة الفرد ذو الإعاقة، ولذلك لا تسمح له بالتنقل مثل اقرانه العاديين؛ مما يقلل من الفرص المتاحة أمامه للتعرف على الحرف والمهن المختلفة، وتزداد هذه المشكلة لدى الأفراد الذين حدثت لديهم الإعاقة في مرحلة مبكرة من العمر، وخاصة الذين يعانون من كف البصر، أو من عجز في الحركة مما يقلل من فرص تعاملهم مع عالم المهن ومعايشتهم للواقع المهني.

(٣) محدودية الاختيار المهني: يستطيع الفرد غير ذي الإعاقة أن يتخير حرفة معينة من مجموعة الحرف المتاحة له، وأما الفرد ذو الإعاقة فإن الإعاقة تفرض عليه قيوداً في اختياره للحرفة المناسبة، ولذلك نجد أن مجال الاختيار المهني لديه محدود حيث لا يختار سوى الحرفة، أو المهنة التي تتناسب مع ما تبقى لديه من قدرات وإمكانات.

(٤) قلة فرص العمل المتاحة: تزداد فرص العمل المتاحة أمام الفرد كلما زادت قدرته على القيام بأعمال متنوعة تحت ظروف متباينة، ولكن الإعاقة تفرض على ذي الإعاقة قيوداً وحدوداً تحدُّ من قدرته على العمل؛ كما تؤدي الاتجاهات السلبية لدى أفراد المجتمع نحو ذوي الإعاقة، وخاصة أصحاب العمل منهم إلى ندرة فرص العمل المتاحة أمام ذوي الإعاقة.

(٥) الحاجة إلى ظروف خاصة في العمل: نظراً لأن ذا الإعاقة الذي يتم تدريبه مهنيًّا يعاني من قصور بدني، أو فكري؛ لذلك فإنه قد يحتاج إلى العمل في بيئة خاصة تتناسب مع طبيعة إعاقته، ومع ما تبقى لديه من قدرات وإمكانات، وهذه الأمور قد لا تتوافر في كثير من مواقع العمل.

(٦) مشكلات التوافق المهني: تعد مشكلة التوافق المهني من أهم المشكلات التي يعاني منها ذوو الإعاقة في مجال التأهيل المهني، وخاصة الأفراد الجدد منهم، وهذه المشكلات بعضها

يتعلق بالتعامل مع الآلات والخامات وبيئة العمل، وبعضها الآخر يتعلق بالمشرفين، أو بالزملاء في العمل، والبعض الآخر يتعلق بأهداف الإنتاج والتنظيم الإداري والتشريعي لمواقع العمل.

(٧) صعوبات التنافس في الإنتاج: بعض الأفراد ذوي الإعاقة لا يستطيعون التنافس في الإنتاج مع غير ذوي الإعاقة؛ مما يجعل إنتاجهم منخفضًا، وبعد تلقي ذي الإعاقة للبرامج التدريبية اللازمة، فلابد من البحث له عن فرصة عمل، حيث يعد التشغيل هو الهدف الأسمى والناتج النهائي من أي برنامج للتأهيل المهني، وإعادة دخوله في الحياة الاقتصادية التي تتناسب مع قدراته المتبقية واستخدام مهاراته أفضل استخدام، لذلك يمثل التشغيل بالنسبة لذي الإعاقة قمة العملية التأهيلية ومحصلتها لما يساعده في تحقيق ذاته، ونموه النفسي، والاجتماعي السليم، وكسب دخل يضمن له مستوى معينًا من المعيشة، والمساهمة في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية لبلده، إضافة لما يحققه التشغيل من إدماج له في مختلف مناحي الحياة.

(٨) صعوبة الوصول إلى العمل: هناك بعض ذوي الإعاقة الذين تتطلب ظروف إعاقتهم البقاء في المنزل معظم الوقت، وهؤلاء يصبح من الصعب تشغيلهم في سوق العمل، وإنما يحتاجون إلى ترتيبات خاصة.

❁ دور المرشد في مجال التوجيه المهني

يؤدي الأخصائي التربوي في المدرسة دور فعال في توجيه الطلبة ذوي الإعاقات نحو سوق العمل والاختيار المهني الصحيح، ومن الأعمال التي يقوم بها ما يأتي:

(١) عمل يوم للإرشاد المهني Cree Day:

يوم الإرشاد المهني هو يوم يخصص لهدف رئيس هو مساعدة الطلبة ذوي الإعاقات على معرفة فرص العمل المتاحة لهم في المجتمع الذي يعيشون فيه، ويقام هذا اليوم عادة في بدايات

العام الدراسي بحيث يكون له تأثير على تفكير الطالب ذي الإعاقة واتجاهاته في بقية هذا العام الدراسي.

(٢) إعداد استبيان مهني:

حيث يوزع الأخصائي استبيان على الطلبة ذوي الإعاقات، ويطلب منهم أن يعدد خمسة اختيارات مهنية، ويتم هذا الإجراء في دروس النشاط، أو في المنزل حي يزود هذا الأخصائي بصورة واقعية عن ميول واهتمامات الطلبة المهنية.

(٣) تجميع بيانات الاستبيان:

وذلك بعد قيام الطالب ذي الإعاقة بتعبئتها، ويقوم الأخصائي بتبويب بيانات الاستبانة بحيث يستطيع أن يعرف أي المهن والأعمال، أو الوظائف حازت على أكثر الاختيارات، وهذا من شأنه أن يوضح:

(أ) الفرق في الاهتمامات بين طلاب المدارس المختلفة (المتوسطة والثانوية، وكذلك الثانوية العامة، أو الثانوية الفنية).

(ب) الفرق في الاهتمامات المهنية لطلاب المدارس العامة والمدارس الشاملة.

(ج) معرفة المستوي الاقتصادي الاجتماعي الأسري كله من اختيار الطالب.

(د) اثر مستوي التحصيل على اختياره.

نتوقع على سبيل المثال لا الحصر أن يكون اختيار الطلبة ذوي الإعاقات في المجالات مثل مجال الطب والصيدلة والهندسة والتدريس، أو المهن الزراعية، أو اعمال الشرطة، أو المهنة العسكرية، أو الأعمال الإدارية، أو الأعمال التجارية.

(٤) استشارة المعلمين:

تعرض نتائج الاستبيان على المعلمين وعلي إدارة المدرسة بقصد إعطاء فكرة عن يوم الإرشاد المهني، وبقصد إثارة حماس المعلمين للمساهمة في إنجاح هذا اليوم سواء بالحديث، أو بالمشاركة في تنظيمه.

(٥) تحديد التفصيلات المهنية للطلبة:

وهي استكمال للخطوة الثانية حيث توزع قائمة بأسماء المتحدثين ومهنهم، ويطلب من الطلبة ذوي الإعاقات اختيار عدد من المتحدثين الذين يرغبون الاستماع إليهم (وليكن هذا العدد من ثلاثة إلى خمسة متحدثين).

(٦) تحديد المتحدثين:

حيث يقوم الأخصائي مستعينًا بالمعلمين بالاتصال بالعديد من المهنيين الذين سوف يتحدثون في لقاء موسع وشامل مع الطلبة ذوي الإعاقات بخصوص مهنهم، وما فيها من مسؤوليات، وكذلك ما فيها من عيوب، وما هي عيوبها وما هي نوعية المتطلبات والمهام المتاحة لهم، وكذلك التدرج الوظيفي لكل عمل من الأعمال، ويتم ذلك بالاتصال بالجمعيات، أو النقابات المهنية لترشيح من تراه مستطيعا الحديث عن المهنة، وكذلك الأخصائي يعطيه فكرة واضحة عن المستوي الفكري للطلبة، وكذلك يؤكد على مصارحتهم بالحقائق الموضوعية دون مبالغة.

(٧) تحديد جدول المتحدثين والمستمعين:

يقوم الأخصائي بعمل جدول يحدد فيه المتحدثين والطلبة ذوي الإعاقات الذين سوف يستمعون إليهم وذلك طبقا لرغبات الطلبة ذوي الإعاقات والوقت المتاح للمتحدثين، وعليه أن يراعي عدم تداخل بين مواعيد اللقاءات، ويجب أن تكون المواعيد متوافقة مع ظروف المتحدث.

❁ مبادئ وفرضيات في التوجيه المهني

ثمة مبادئ فلسفية تشكل الأساس النظري لعملية التوجيه المهني أهمها ما يلي:

(١) مبدأ الفروق الفردية:

حيث ينظر للفرد بأنه ذات متميزة وإن الأفراد كان التشابه بينهم كبير فإنهم يختلفون فيما بينهم في السمات الشخصية من ذكاء وقدرات واستعدادات وميول وخصائص جسمانية وغير ذلك.(وهناك فروق تعود لعامل السن، أو لعوامل اجتماعية وثقافية.

(٢) مبدأ حرية الفرد في الاختيار المهني:

إذ من حق الفرد وقد كرمه الله سبحانه وتعالى بالعقل وقد زوده بأدوات المعرفة ووسائل البحث ليحقق ذاته وإنسانيته ومن حقه أن يطمح إلى بلوغ أهدافه من خلال مهنة معينة يختارها ويعتقد أنها تتلاءم مع خصائصه الشخصية ومن يبرز قيمة وأهمية التوجيه المهني في تسهيل هذه المهنة للفرد بمساعدته على تكوين صورة متكاملة عن ذاته وصورة متكاملة عن عالم المهن ومن ثم مد يد العون له في اختيار الخط الذي يفتح له أبواب النجاح في الحياة العملية.

(٣) مبدأ تنوع المهن:

إذ أن لكل مهنة، أو حرفة متطلبات معينة شخصية وظرفية تستدعي التأمل والتفكير والدراسة الواعية من الفرد لا يسيء الاختيار فيقع فريسة التعثر، أو الفشل وطبيعي أن تكون المهن متباينة ومختلفة فيما تتطلبه من استعدادات وقدرات ومؤهلات لذا فإن عملية التوجيه المهني تستلزم بالضرورة مساعدة الفرد على معرفة قدراته وميوله وأن توفر له معلومات كافية عن مختلف المهن والحرف حتى يتخذ القرار السليم فيما يتعلق بمهنة الحياة .

❁ أسس التوجيه المهني

إن من أهم الأسس التي يجب أن يقوم عليها التوجيه المهني هي:

(١) ميول الطالب ذي الإعاقة:

حيث يجب أن نذكر أن الميول، وإن اتصلت بفطرة الطالب ذي الإعاقة ووضعه الأسري، وماضيه التربوي وظروفه التي عاش فيها، فإنها برغم ذلك كله ليست مطلقة الثبات ولا دقيقة التحديد، ولاسيما بالنسبة للأشخاص المتوسطين العاديين ؛ ومعنى هذا وجوب الحذر من رغبات الطالب ذي الإعاقة العارضة، وعدم توجهه مهنيًا إلا بعد دراسة دقيقة لميوله ورغباته والتفريق فيها بين ما هو عارض مؤقت، وبين ما هو أصيل عميق الجذور، ويجب ألا ننسى أن

الميول والرغبات تتاثر بالظروف تأثرًا كبيرًا ولذلك فقد لا تكون رغبات الطالب ذي الإعاقة معيارًا لتوجيهه مهنيًا وهي في كل حال ليست المعيار الوحيد.

(٢) معامل ذكاء الطالب ذي الإعاقة:

هي أهم أساس للتوجيه المهني، وقد قام علماء النفس بالتوصل إلى روائز اختبارات تحدد لنا قدرات الطالب ذي الإعاقة وقابلياته بشيء كثير من الدقة، ولذلك كان من واجب المدرسة ومؤسسات التوجيه المهني أن تتعاون في تحديد هذه القابليات والقدرات المتوفرة عند الحدث الفرد وأن توجهه نحو المهنة التي تناسب هذه القدرات.

(٣) رغبات الأهل:

هي من الأسس المهمة، ولكنها كثيرًا ما تكون مبنية على أسس ابعد ما تكون عن حسن التقدير وصحّة الحكم، وهذا قد يرجع بدوره إلى نقص في معلومات الأهل وعدم امتلاكهم العناصر اللازمة لصحّة الانتقاء، ولذلك كان من واجب السلطات المدرسية ومؤسسات التوجيه المهني واختصاصييه أن يوفروا المعلومات التي يحتاج إليها الأهل في الحكم، كما أن من واجبهم تبصير بما لكل عامل وما عليه واقتناعهم بأفضلية هذه، أو تلك من المهن أما الأجور وما يتصل بها من سوق العمل فعامل مهم، حيث إن النجاح يقاس بمقدار الدخل وثباته وكثرة الطلب وما إلى ذلك من عوامل مادية مهمة، بيد أن سوق العمل ومسألة الأجور مسألة اقتصادية معقدة متغيرة ولا بد لفهمها من خبرة ومعرفة لا تتوفر للأهل العاديين، إلا إذا شُرحت لهم بكثير من الصبر والتبسيط والإقناع عن المفتاح للقناعة وبالتالي للرضا والتعاون.

(٤) حاجات المجتمع:

وبديهي أنه من واجب مؤسسات التوجيه المهني ووظائف الموجّه المهني الا يكتفي بالاهتمام بالفرد ورغباته وميوله ومصلحته بل لا بد له - إلى جانب ذلك كله - من الاهتمام بالمجتمع ومطالبه وبطلبات ارباب العمل من أهل القطاعين العام والخاص

(٥) مطالب المهنة وشروط النجاح فيها:

إن من واجب الموجّه أن يوفّق بين مصلحة الفرد ومصلحة المجتمع ومصلحة المهنة وحاجاتها، ولقد درس العلماء المهن المختلفة وعيّنوا القدرات والقابليات اللازمة للنجاح فيها، ووضعوا بذلك جداول وتصنيفات لا بد من أخذها بعين الاعتبار.

❁ وسائل التوجيه المهني

هناك عدد من وسائل التوجيه والإرشاد أهمها ما يلي:

(١) دراسة الحالة:

وهي أكثر الوسائل والطرق شمولية في عملية جمع البيانات وفيها يتم تجميع وتحليل أعمق للشخصية والمشكلات التي يعاني منها على جميع الأصعدة من بينها المهني ودراسة الحالة تستخدم في عدة أغراض بقصد التشخيص والمساعدة في التوجيه المهني وهي تشمل بيانات عديدة منها السمات الشخصية للفرد وماهية مشكلته والبيئة التي يعيش فيها.

قد تكون الحالة هنا في عرض سينمائي، أو قصة تتضمن احداث فرد يتعلم مهنة ما، أو يتدرب في مجال ما، ويقوم الطلبة بدراسة هذه الحالة وتقويمها وتبادل الخبرة بشأنها، ودور المرشد التربوي الأخذ بأيدي الطلبة في متابعة المناقشة والتقويم بطريقة موضوعية.

(٢) الاختبارات والمقاييس:

وهي عدة اختبارات تقيس القدرات الفردية مثل اختبارات الكفاية والاستعدادات والشخصية والميول.

(٣) المقابلة:

والهدف منها إقامة علاقة مهنية بين الموجه المهني والفرد للحصول على معلومات وبيانات حول الفرد وتفسير هذه المعلومات بعد ذلك للمساعدة في فهم سلوك الفرد وشخصية ذلك الفرد وتساعده في معرفة ذاته ومشكلته وكيفية تجاوزها.

(٤) زيارة المؤسسات في مواقع العمل :

يـذهب الأخصـائي والطلبـة ذوي الإعاقـة إلى مواقـع العمـل في المؤسسـات الإنتاجيـة والخدمية للتعرف على واقع العمل فيها، والوقوف على ايجابيات العمل لتدعيمه، وسلبياته لاقتراح الحلول لتجاوزها.

(٥) التدريب بممارسة الأدوار :

اسلوب يتم التدريب عليه في المؤسسات التعليمية حيث توضح فيها الآلات والأدوات والأجهزة المستخدمة في مواقع العمل، أو العمل في مواقع العمل نفسها حيث تقوم كل مجموعة من الطلبة ذوي الإعاقة بعمل محدد ويخضع كل ذلك فيما بعد للمناقشة من قبل المجموعة لإبراز الايجابيات وتدعيمها وتجاوز السلبيات.

(٦) البحث الموجه نحو العمل :

إشراك مجموعة من الطلبة ذوي الإعاقة في دراسة مشكلة معينة تتعلق بالعمل، ويتم الدراسة وفق منهجية علمية تتضمن تحديد المشكلة والتدقيق فيها وجمع المعلومات عنها واجراء التطبيقات والتدريبات لها واقتراح الحلول لتطوير العمل.

(٧) تحليل المهنة :

لتحليل العمل معني محدد وآخر شامل واسع، فهو بالمعني المحدد يتلخص في تحديد العمليات والواجبات والمسؤوليات التي يتطلبها اداء العمل، وكذلك تحديد الظروف الصحية والإدارية والاجتماعية والاقتصادية التي تتصل به، وهو بالمعني الواسع، والشائع بين الباحثين، يتضمن علاوة على ذلك تحديد المؤهلات السيكولوجية للعامل الذي يقوم به، أي تحديد ما لديه من قدرات وسمات شخصية.

أساليب التوجيه والإرشاد المهني

تطورت أساليب الإرشاد والتوجيه المهني وغيره من فروع الإرشاد والتوجيه بتطور الصحة النفسية وعلم النفس والخدمات النفسية الفردية ونظرياتها، وسوف نأتي فيما يلي على بيان وعرض هذه الأساليب على النحو التالي:

(أ) الأسلوب المباشر في التوجيه:

يطلق على هذا الأسلوب اسم الأسلوب التقليدي، أو المفروض على المرشد، أو المتمركز حول الحقيقة، أو المتمركز على المرشد... وغير ذلك، ويستخدم هذا الأسلوب الاختبارات والمقاييس كثيراً في عملية التشخيص وتحديد المشكلة، حيث يركّز على الحقائق الموضوعية أكثر من المعنى الانفعالي المرتبط بها عند المسترشد؛ ويعتقد أصحاب مدرسة الإرشاد المباشر أن من حق الأخصائي أن يناقش المسترشد في قراراته التي يرى أنها غير سليمة، وبحثّه على إعادة النظر بها، ومع كل هذا يعدون أن الطالب ذي الإعاقة هو المسؤول عن اختيار قراراته بمساعدة المرشد.

ويمكن تحديد خطوات الأسلوب المباشر كما حددها "وليامسون" بست خطوات هي:

أ – التحليل: ويقصد به جمع المعلومات والبيانات عن المسترشد لفهمه وفهم مشكلته ثم تحليل هذه المعلومات.

ب – التنسيق، أو التركيب: وذلك بقصد تنظيم وترتيب وتلخيص المعلومات التي جمعت بعد تحليلها بشكل يؤدي إلى الكشف عن نواحي القوة والضعف ودواعي تكيّفه من عدمه.

ج – التشخيص: أي توصُّل الأخصائي إلى معرفة أسباب المشكلات التي يعانيها المسترشد.

د – التنبؤ بالنتائج: حيث يتنبأ الأخصائي من دراسة الحالة بالمراحل التي ستتطور إليها مشكلات الفرد فيما بعد، في ضوء مدى حدّتها وسهولة، أو صعوبة حلّها.

هـ – الإرشاد الفردي: أي تفسير المعلومات وتحويل السلوك الانفعالي إلى سلوك منطقي عقلاني، واتخاذ القرارات واقتراح الحلول للمشكلة وإقناع المسترشد.

و – المتابعة: وهي تتضمن مساعدة المسترشد على حلّ مشكلاته التي تواجهه في المستقبل سواء أكان لها صلة بمشكلته أم كانت مختلفة عنها، وتأتي هذه المرحلة بعد انتهاء الأخصائي من عملية الإرشاد.

(٢) الأسلوب غير المباشر في التوجيه:

تأتي هذه التسمية من جعل الفرد مركز اهتمام الأخصائي لا المشكلة كما في الأسلوب المباشر، ويسمى هذا الأسلوب المتمركز حول الذات لكونه يحمل اسم النظرية التي يستمد منها، وهي نظرية الذات لصاحبها كارل روجرز.

ويعتمد هذا الأسلوب على إقامة علاقة إرشادية وتهيئة جوٍّ نفسي آمن يمكّن المسترشد من أن يحقق افضل نمو نفسي، أي أن الهدف ليس مجرد حل مشكلة المسترشد.

(٣) أسلوب الإرشاد الاختياري، او التوفيقي:

يسمى هذا الأسلوب بالأسلوب الاختياري، على أساس أن الأخصائي يختار من كلا الأسلوبين ما يناسبه ويناسب حالة الطالب، وسمي كذلك بالأسلوب التوفيقي؛ لأنه يوفّق بين الأسلوبين المباشر وغير المباشر ويتغاضى عن الاختلافات بينهما.

ويقف اتباع هذا الأسلوب في منتصف الطريق بين الأسلوبين السابقين، ويفسرون اتجاهاتهم بما يلي:

أ – ان لكل طريقة مزاياها وترجيح إحداها على الأخرى لا يزال في حاجة إلى مزيد من الدراسة والبحث.

ب – ان هناك حالات يصلح فيها الأسلوب المباشر وحالات يصلح فيها الأسلوب غير المباشر، والطريقة المُثلى هي الجمع بين الأسلوبين، فبعضهم يرى أن الإرشاد المباشر أجدى في الإرشاد والتوجيه المهني، في حين أن الإرشاد غير المباشر أجدى في المشكلات الانفعالية والاجتماعية والتكيفية.

والأسلوب الاختياري يعني انتقاء العناصر المطلوبة من عدد النظريات المختلفة وصهرها معًا في تركيز أكثر فائدة من أي عنصر منها مفردة، ويجمع هذا الأسلوب بين القياس الموضوعي للفرد وتشخيص مشكلته من جهة، وبين إتاحة الفرصة له للتعبير والتنفيس واقتراح الحلول المختلفة والموازنة بينها.

وبالتالي فإن نجاح الأسلوب الاختياري يتوقف على عدد من العوامل أهمها:

(١) مهارة الأخصائي في استخدامه.

(٢) مشكلة المسترشد وطبيعتها.

(٣) شخصية المسترشد وأسلوبه ومستواه.

(٤) الإرشاد الفردي:

أو المساعدة الفردية، وهو قيام الأخصائي بإرشاد فرد واحد (مسترشد) وجهًا لوجه في جوٍّ يتسم بالثقة والتقبّل والتسامح، أو هو لإرشاد مسترشد واحد وجهًا لوجه في كلِّ مرّة، وتعتمد فاعليته على العلاقة الإرشادية بين الأخصائي والمسترشد، أي أنها علاقة مخططة بين الطرفين.

ويستخدم الإرشاد الفردي مع الحالات التالية:

(أ) مشكلات لدى الفرد في مجال التكيّف المهني، أو الدراسي، أو الاجتماعي، أو الأسري.

(ب) مشكلات الإنجاز الدراسي، أو المهني.

(ج) المشكلات التي يغلب عليها الطابع الفردي والشخصي كما في حالات المشكلات الجنسية.

(د) اضطرابات نفسية، أو سلوكية.

(ه) الحالات التي لا يمكن تناولها بفاعلية عن طريق الإرشاد الجماعي.

وتعتمد فعالية الإرشاد الفردي على العلاقة الإرشادية المخطط لها بين الأخصائي والمسترشد في الإرشاد المهني. ومن الصعوبات التي تعترض عملية الإرشاد الفردي، نجد أنها تتلخص بما يلي:

(١) صعوبات التشخيص.

(٢) صعوبات من المرشد.

(٣) صعوبات من المشكلة ذاتها.

(٤) المقاومة في أثناء الإرشاد.

(٥) عناد المسترشد.

(٥) الإرشاد الجماعي:

هو إرشاد عدد من الطلبة ذوي الإعاقات (المسترشدين) الذين تتشابه مشكلاتهم في جماعات صغيرة، تقوم بينها قنوات اتصال (إرسال واستقبال) الهدف منه اندماج الأعضاء في النشاط الجماعي وتكوين القدرة على فهم أنفسهم ومشكلاتهم والتعاون فيما بينهم على تجاوز هذه المشكلات واقتراح الحلول المناسبة لها.

ويستخدم الإرشاد الجماعي في معظم فروع الإرشاد ومنها /الإرشاد المهني والمدرسي والنفسي والأطفال والأسري والزواجي...الخ.

ويستخدم في الحالات التالية في الإرشاد المهني:

(أ) الإرشاد المهني في المدارس.

(ب) الإرشاد المهني في المؤسسات المهنية.

(ج) إرشاد أولياء أمور الطلبة ذوي الإعاقات لمساعدتهم في إرشاد أولادهم دراسيًا ومهنيًا.

(د) المشكلات المشتركة من مثل مشكلات التوافق الاجتماعي والمهني.

(ه) حالات التمركز حول الذات والانطواء والخجل والشعور بالنقص

(و) حالات التحويل الذي يطرأ في الإرشاد الفردي

(ز) استخدامه وقائيًا لمنع تطور المشكلات التي تواجه الأفراد، سواء أكانت تلك المشكلات مهنية، أو دراسية، أو نفسية...الخ.

ومن أهم أساليب الإرشاد الجماعي في الإرشاد المهني:

(١) المحاضرات والمناقشات الجماعية.

(٢) السيكودراما، أو التمثيل النفسي المسرحي.

(٣) السوسيودراما، أو التمثيل الاجتماعي المسرحي.

ومن المآخذ على أسلوب الإرشاد الجماعي:

(١) شعور بعض المسترشدين بالخجل حين الكشف عن مشكلاتهم والتحدث عنها أمام زملائهم.

(٢) لا يُعدّ الفرد جوهر عملية الإرشاد، كما في الإرشاد الفردي، بل يكون التركيز على الأعضاء.

(٣) لا تلقى المشكلات الخاصة بالعضو أي اهتمام من جانب المرشد، بل يتركز الاهتمام على المشكلات العامة للأعضاء.

(٤) قد يضيع وقت الأعضاء نتيجة دخولهم في مناقشات غير مجدية أحيانًا، ولا تخدم الهدف من عملية الإرشاد.

❁ نظريات التوجيه والإرشاد المهني

نظرية الأنماط المهنية:

صاحب النظرية هو جون فيليب هولاند Holland (١٨٤١ – ١٩١٤م) الذي ولد في مقاطعة كلير بإيرلندا قام بالتدريس في إيرلندا بين عامي ١٨٥٨م و١٨٧٢م. وانتقل "هولاند" عام ١٨٧٣م إلى الولايات المتحدة حيث استقر في "باترسون" بولاية نيوجيرسي واشتغل بالتدريس، وأسند إليه كأول من اخترع الفواصات حيث قدم خططه الأولى لإنتاج الغواصة إلى بحرية الولايات المتحدة عام ١٨٧٥م، إلا أنها لم تلق قبولاً. ولكن جمعية فينيان بالتي التي كانت تضم مجموعة من الوطنيين الايرلنديين في الولايات المتحدة أبدت اهتمامها بالاختراع وساندت تجارب "هولاند" وأمدته بالمال. كما يعد صاحب النظرية التي تؤكد على أهمية التوافق ما بين السمات الشخصية والميول المهنية.

إن نظرية "هولاند" تفترض أن اختيار الإنسان لمهنة يكون نتاج الوراثة وعدد غير قليل من عوامل البيئة والثقافة والقوى الشخصية بما في ذلك الزملاء والوالدين و الطبقة الاجتماعية و الثقافية والبيئة الطبيعية.

يفترض "هولاند" إلى أنه يمكن تصنيف الأشخاص على أساس مقدار تشابه سماتهم الشخصية إلى عدة أنماط كما أنه يمكن تصنيف البيئات التي يعيشون فيها إلى عدة أصناف على أساس تشابه هذه البيئات بعضها مع بعض، وأن المزاوجة بين أنماط الشخصية مع أنماط البيئة التي تشبهها يؤدي إلى الاستقرار المهني والنفسي والتحصيل والانجاز

والإبداع. ومن هنا اقترح "هولاند" ستة سمات شخصية تقابلها ستة بيئات مهنية يتكيف فيها الفرد ويميل إليها.

(١) البيئة الواقعية، ويقابلها البيئة المهنية الميكانيكية، أو الآلية ومن المهن الملائمة لهم: بحار – جزار – خياط – نجار – ميكانيكي – مهنة البناء – مهندس – متخصصون في مجال استزراع الأسماك – كهربائي – مختص في علم الوظائف الفضائية – سائق الشاحنات.

(٢) البيئة المستكشفة (العقلية)، ويقابلها أصحاب التوجيه العقلي ومن المهن الملائمة لهم: طبيب – أخصائي تخدير – متخصص في الكيمياء الحيوية – محلل برامج الحاسب الآلي – متخصص في الآثار والأحياء – فني نفايات خطرة – متخصص في البيئة – مهندس مدني – أخصائي نفسي...الخ

(٣) البيئة الفنية، ويقابلها أصحاب التوجه الفني المهن الملائمة لهم: أخصائي فنون تشكيلية – رسام – صحفي – فني إعلانات – كاتب – معلم لغة إنجليزية – مصمم أثاث – مسؤول متحف – مصمم جرافيك – مصمم أزياء – مصور – مهندس تخطيط – مهندس ديكور.

(٤) البيئة الاجتماعية، ويقابلها أصحاب التوجه الاجتماعي المهن الملائمة لهم: المعلم – الأخصائي الاجتماعي والنفسي – أمين مكتبة – حارس أمن – مساعد طبي – ضابط شرطة – ساعي بريد – معلم رعاية صحية – ممرض – معالج (بمعمل – مهني – نفسي) – مساعد علاج طبيعي – الموظفين العسكريين... الخ.

(٥) البيئة التقليدية، ويقابلها البيئة المهنية الملتزمة، ومن المهن الملائمة لهم: أمين مكتبة للفهرسة – منسق طبي – صراف – طباع – فني سجلات طبية – كاتب حسابات – محاسب – محلل مالي – مدقق مالي – مساعد إداري – مفتش جمارك – موظف معالج بيانات – مفتش مباني.

(٦) البيئة المغامرة، ويقابلها البيئة الاقتصادية، ومن المهن الملائمة لهم: أخصائي إسعافات الطوارئ – الإعلان والتسويق – صحفي – كاتب مقايضة – مترجم – مضيف

جوي – مدير مشروع تجاري – مدير فندق – ممثل علاقات عامة – رجل السياسة – المحاماة – مندوب مبيعات – مندوب مصانع – موظف سفريات).

الأفكار الرئيسة في نظرية الأنماط المهنية:

(١) الأفراد يتجهون نحو المهن التي:

(أ) تسمح لهم بممارسة مهاراتهم وقدراتهم التي يتميزون بها.

(ب) تلبي حاجاتهم الشخصية وتولد لديهم الشعور بالرضا.

(ج) تعبر عن اتجاهاتهم وقيمهم.

(د) تعبر عن مدى إلمامهم ومعرفتهم بذاتهم.

(٢) الدقة في اختيار الوظيفة تعتمد على:

(أ) معرفة الذات

(ب) معرفة الوظيفة ومتطلباتها

(ج) تطابق وانسجام بين القدرات الشخصية للفرد مع متطلبات البيئة المهنية عند الاختيار المهني.

تطبيقات نظرية "هولاند" في الإرشاد:

(١) لقد توسعت بحوث وتطبيقات نظرية "هولاند" لتشمل مستويات مختلفة من الأعمال والموهبة، وتوسعت لتشمل عينات مختلفة من الأشخاص بعد أن كانت تقتصر على مجتمع الطلبة.

(٢) يمكن الاستفادة من نظرية "هولاند" في عملية الإرشاد.

(٣) تدعو للتعرف على الخصائص المتمثلة في المؤسسة التعليمية.

(٤) يمكن الاستفادة منها في معرفة خلفية المسترشد.

نظرية جينزبرغ Ganzberg theory

مؤسس النظرية هو العالم "جينزبيرغ" (عالم في الاقتصاد) وهو عالم أمريكي من أصل يهودي وعمل كأستاذ اقتصاد في جامعة كولومبيا و رفاقه: – اكسلارد Xlard (عالم اجتماع – هيرما Herrma (عالم نفس)

اسس ومنطلقات النظرية (المسلمات):

(١) الاختيار المهني عملية نمائية يستغرق حدوثها وقتا لا يقل عن عشر سنوات، وتتكون من مراحل ثلاثة هي (مرحلة الاختيار التخيلي، مرحلة الاختيار المبدئي، أو المؤقت، مرحلة الاختيار الواقعي) وتمتد من الطفولة وحتى الخامسة عشرة تقريبا.

(٢) إن القرارات التي اتخذت في لحظة ما تؤثر على القرارات التالية ولا يمكن الرجوع فيها.

(٣) التوفيق بين جوانب متعددة هي الخاصية المميزة لكل اختيار.

(٤) تاثر "جينزبيرغ" بمفاهيم فرويد التحليلية الذي يقسم الشخصية إلى ثلاثة ابعاد: الهو – الأنا – الأنا الأعلى، حيث قام بناء على ذلك بتقسيم الشخصية إلى نوعان:

(أ) جادة: تتوجه للعمل وتسعى إليه.

(ب) غير جادة: لا تتوجه للعمل.

(٥) هناك اربعة متغيرات تؤثر على عملية الاختيار المهني:

(أ) عامل الواقعية: وهو استجابة الفرد للضغوطات والظروف البيئية عند اتخاذه قرار معين في حياته.

(ب) نوع التعليم: من خلال عملية التعلم الذي اكتسبه الشخص تزداد مرونة الفرد في اختياراته المهنية وتصبح قراراته أكثر مرونة (القدرة على تقدير أهمية الوقت)

(ج) العوامل الانفعالية: بمعنى أن العاطفة تؤدي دورا في الاختيار المهني (القدرة على تأجيل الإشباع)

(د) قيم الفرد الذاتية: يقوم الفرد بإجراء مفاضلة بين قيمة الذاتية والقيم المختلفة للمهن فالفرد لا يمتهن مهنة لا تتناسب مع قيمه الذاتية.

فترات الخيارات المهنية عند "جينزبيرغ":

يرى "جينزبيرغ" بأن الفرد يمر في فترات مختلفة من الأعمار يتطور من خلالها حتى يستطيع ان يتخذ قرارًا مهنيًا مناسبًا، ففي المراحل الأولى تكون خياراته غير واقعية حتى

تصبح في النهاية مناسبة وملائمة له ويرى "جينزبيرغ" أن هذه المراحل تتمثل في مرحلة الخيال والتجريب والواقع وهي كما يلي:

(١) الفترة الخيالية (الخيال): وتمتد هذه الفترة من سن (١١.٣) سنة إذ يتخيل الطالب نفسه في هذه الفترة في مهنة ما من خلال ممارسته لدوره في الألعاب التي يؤدي بها مثل الشرطي والطبيب والممرض واللص والأب والأم والمعلم والطالب ذي الإعاقة وغيرها من الأدوار الاجتماعية.

(٢) فترة التجريب: وتمتد هذه الفترة من سن (١١-١٨) سنة وتقسم إلى أربعة مراحل تختلف كل واحدة عن الأخرى في مهام النمو والمراحل هذه هي: الميل والقدرة والقيم والانتقال. وتتميز هذه الفترة بعدم التبعية وبالاستكشاف وبازدياد إحساس الفرد بذاته ورغبته في دراستها وتحليلها، ولهذا فهو لا يحدد بصورة قاطعة المهنة التي يختارها، بل يشعر انه بحاجة لبعض المحكات التي تساعده على اختيار المهنة المناسبة له

(٣) الفترة الواقعية: وتمتد هذه الفترة من سن (١٨-٢٢) سنة وتشمل هذه الفترة: مرحلة الاستكشاف والتبلور والتخصص.

تطبيقات النظرية:

(١) مراعاة مراحل عمر الفرد.

(٢) مراعاة ميول الفرد واستعداداته وقدراته.

(٣) رسم صورة لفترات الخيارات المهنية يمكن الاسترشاد بها في الواقع.

(٤) تحدد بعض الشروط المثلى لاختيار المهن.

(٥) أن الإناث أكثر تعبيراً من الذكور نحو الاختيار المهني.

دور الأخصائي التربوي في عملية التوجيه والإرشاد انطلاقا من نظرية "جينزبيرغ":

(١) ينمي اتجاهات ايجابية لدى الطلبة نحو المهن والعمل اليدوي.

(٢) يتعرف الطلبة على المهن السائدة في المجتمع.

(٣) يتعرف الأخصائي على ميول الطلبة واهتماماتهم المهنية.

(٤) يوفر للطالب الفرص لاكتشاف بيئات مهنية مختلفة.

(٥) مساعدة الطالب ذي الإعاقة في تحديد توجهات عامة لديه.

(٦) تعريف الطالب ذي الإعاقة بذاته من حيث ميوله واستعداداته

(٧) يتعرف الطالب ذي الإعاقة على قدراته وميوله

(٨) يتعرف على المهن المطلوبة في سوق العمل

(٩) مساعدة الطالب ذي الإعاقة في تحديد الاختيار المهني المناسب.

نظرية سوبر Super (النمو المهني):

نظرية "سوبر" هي إحدى النظريات التي وظفت الإرشاد النفسي في المجال المهني، وقد تأثر "سوبر" في نظريته بكل من: نظرية "جينزبيرغ"؛ حيث اعتقد "سوبر" أن أعمال "جينزبيرغ" فيها نقص كبير لكونها لم تأخذ بالحسبان تأثير المعلومات وخبرة الفرد على النمو والوعي المهني لديه. ونظرية مفهوم الذات لكارل روجرز: حيث اعتقد روجرز أن سلوك الفرد ليس إلا انعكاسا لمحاولة الفرد تحقيق ما يتصوره عن نفسه وأفكاره التي يقيم بها ذاته.

تأخذ نظرية "سوبر" في اعتبارها تطور الاهتمامات المهنية بالنسبة للفرد في المستويات الفردية المختلفة، وتشرح هذه النظرية العوامل التي من خلالها تتكون إمكانيات الفرد واهتماماته وهي تقوم على الأسس التالية:

(١) الفروق الفردية: وهي أمر بديهي وأساسي بالنسبة للنمو المهني للفرد، وحيث توجد الفوارق بين الفرد في النواحي النفسية المختلفة.

(٢) تعدد إمكانيات الفرد: تعدد النواحي التي يمكن للفرد أن يوفق فيها.

(٣) تعدد نماذج القدرات اللازمة للوظائف: تعدد نماذج القدرات والاستعدادات والميول التي تمكن الفرد من النجاح في وظيفة، أو مهنة معينة.

(٤) التوحد: اندماج شخصية الطالب في شخصية راشد يحبه ويعجب به، حيث إن التوحد في مرحلة الطفولة والمراهقة يؤدي دورًا كبيرًا في توجيه الاهتمامات المهنية للأفراد.

(٥) استمرارية التوافق: وتعني أن عملية التفضيل والأخيار المهني عملية مستمرة طوال الحياة.

(٦) التوافق المهني عبر مراحل الحياة: حيث تتغير الآمال والطموحات والتوقعات المهنية بالنسبة للفرد طبقًا لما يلقاه من تجارب الفشل والنجاح وتتدرج نظرة الفرد إلى المهنة في مرحلتين:

* مرحلة الاستطلاع.
* مرحلة التحديد.

(٧) محددات النموذج المهني: تعني أن المستوى الوظيفي الذي يرتضيه الشخص لنفسه مرتبط بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي للإنسان وبالقدرات الفعلية للفرد وبشخصيته وكذلك بالفرص التي تتاح له.

(٨) توجيه النمو المهني: عن طريق استغلال أقصى ما لدى الفرد من إمكانيات واستعدادات.

(٩) النمو المهني وأثر البيئة: يختلف تأثير البيئة باختلاف الأفراد، واختلاف الزمان والمكان، حيث إن تأثير البيئة على الأفراد لا يمكن أن يكون موحدًا وكذلك استجابات الأفراد.

(١٠) النموذج المهني مفهوم دينامي: إن مفهوم النموذج المهني مفهوم دينامي يخضع للعديد من المتغيرات المعرفية والانتقالية والاجتماعية.

(١١) الرضا الوظيفي: يعد الرضا الوظيفي أمر أساسي في حياة الفرد، وعوامل الرضا الوظيفي متعددة وكثيرة منها ما يرتبط بالناحية الذاتية، ومنها ما يرتبط بالناحية الاقتصادية، ومنها ما يرتبط بالناحية الاجتماعية.

(١٢) العمل بأسلوب الحياة: حيث يجد الفرد نفسه ويؤكد ذاته خصوصًا إذا كان التحاقه بالعمل على أساس من التوافق، أو التلازم بين العمل من جهة والفرد من جهة أخرى.

مراحل الاختيار المهني لنظرية "سوبر":

(١) مرحلة البلورة (١٤ – ١٧): تكوين أفكار عن العمل المناسب – يطور مفهوم الذات المهني – تحديد الأهداف المهنية من خلال الوعي بقدراته وميوله.

(٢) مرحلة التحديد والتخصص (١٨ – ٢١): تحديد الخيار المهني الخاص.

(٣) مرحلة التنفيذ (٢٢ – ٢٤): يتم الانتهاء من التعليم والتدريب اللازمين للمهنة والدخول في مجال العمل المهني.

(٤) مرحلة الثبات والاستقرار (٢٥ – ٣٠): الثبات في العمل – قد يغير من مستواه المهني دون تغيير المهنة.

(٥) مرحلة الاستمرار والتقدم والنمو (٣٠سنة فأكثر): إتقان مهارات العمل – الشعور بالأمن والراحة النفسية.

تطبيقات نظرية "سوبر" في التوجيه والارشاد:

(١) مراعاة الفروق الفردية.

(٢) مراعاة مرحلة حياة المسترشد ومستوى نضجه، فالمسترشد غير الناضج يرتكز إرشاده على التوجيه والاكتشاف. أما المسترشد الأكثر نضجاً فيعتمد إرشاده على مساعدته في اتخاذ القرار واختيار الواقع والتطبيق.

(٣) مساعدة المسترشد على تعديل مفهومه عن ذاته ضمن إطار مرحلة الحياة التي يمر بها.

(٤) هناك علاقات متينة تربط بين التكيف العاطفي والانفعالات وإجراءات الإرشاد.

(٥) تحدث "سوبر" عن إرشاد الموهوبين وغير الموهوبين.

(٦) اهتم "سوبر" بمشكلة التقاعد واقترح عددا من المشكلات التي تواجه المتقاعدين.

(٧) وعرض حلولا بديلة ومختلفة لهذه المشكلات تعتمد على مجال المهنة.

(٨) اقترح "سوبر" استخدام مفهوم التقييم المهني وتشجيع استخدام الخبرات خارج مكتب الإرشاد واستخدام مصادر المجتمع وجمع المعلومات عن الكليات والمهن لمساعدة الأفراد على ملاحظة الخطوات المناسبة لاتخاذ القرار.

(٩) حدد هدف الإرشاد المهني وهو: مساعدة الفرد على أن يتقبل صورة لذاته وملائمتها لدوره في عالم المهن، بحيث يختبر هذه الصورة في الواقع.

نظرية آن رو Ann Roe

رات آن رو بأن كل فرد لديه نزعة فطرية موروثة لاستهلاك الطاقة وتصريفها بطريقته الخاصة وان ذلك التصريف يتعلق بخبرات الطفولة المختلفة المبكرة وان حاجات الفرد درجة إشباعها، أو عدمه وطرائق تنشئة الطالب هي عوامل أخرى لها دور في عملية القرار المهني.

ولقد حددت رو مجالات عمل معينة لكل صنف حسب ما يلي:

- الأفراد الذين يتوجهون نحو العمل مع الآخرين يفضلون العمل في المجالات الخدماتية ورجال المبيعات والأعمال الإدارية الحكومية والخاصة، والأعمال الثقافية مثل التعليم والعمل في الوزارات والصحافة والفنون والترويح عن النفس.

- أما الأفراد الذين لا يتوجهون نحو العمل مع الآخرين فيعملون في الأعمال التكنولوجية وفي الهواء الطلق مثل الزراعة والحراج واستخراج المعادن والعمل في المناجم وفي العلوم التطبيقية.

دور الأخصائي في عملية التوجيه المهني عند رو:

(١) ان يعرف الأخصائي توجه الطالب الرئيس في نمط حياته العام.

(٢) ان يعرف انماط علاقات الطالب التفاعلية والاجتماعية في الأسرة.

(٣) أن يعرف الخلفية الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطالب.

(٤) أن يعرف النظام القيمي للأسرة وطموحاته.

نظرية جيلات Gelatt theory

لقد قدم "جيلات" نظرية قدمت تحليلا مفصلا يوضح معالم المدخل العام لعالم المهن وتطرق لعمل الأخصائي التربوي وأساليبه الإرشادية وتوضح تأثير الخبرات السابقة على عملية اتخاذ القرار المهني.

ويرى "جيلات" بان عملية اتخاذ القرار المهني هي عملية مستمرة، ويرى "جيلات" بان هناك مراحل يمر بها صنع القرار وصانع القرار وهي كما يلي:

(١) تبدأ عملية اتخاذ القرار عندما يدرك الفرد وجود حاجة لاتخاذ القرار ويحدد الهدف المراد تحقيقه كأن يقرر الطالب ذي الإعاقة في اي كلية سيلتحق بعد تخرجه من المدرسة ويضع اكثر من كلية من الممكن أن يلتحق بها.

(٢) يجمع الفرد المعلومات اللازمة عن النشاط الذي يريد أن يلتحق به مثل تكاليف الالتحاق بالكلية وبرامجها وغيرها من امور كموقعها ومواعيد الامتحانات ونظامها بشكل عام وتعتبر عملية جمع المعلومات من أهم الخطوات لان معرفة الخيارات مرتبطة بعملية اتخاذ القرار.

(٣) يوظف الفرد المعلومات التي كان قد جمعها في تحديد الجوانب المحتملة للنشاط وتحديد النتائج واحتمالية تحقيقها وتحديد قدرات الفرد اتجاهها.

(٤) يحاول الفرد تقدير النتائج المرغوبة لديه مركزًا اهتمامه على نظامه القيمي.

(٥) واخيرا يقيم الفرد جميع الاحتمالات المتوفرة ويتخذ قرارًا قد يكون مؤقتًا تجريبيًا وقطعيًا.

وتتضمن نظرية "جيلات" عددًا من الاعتبارات الإرشادية الهامة وهي كما يلي:

(١) مدى استعداد الفرد لاتخاذ القرار المهني وهل يمتلك متخذ القرار المهارات اللازمة لاستغلال المصادر المتاحة لعملية اتخاذ القرار.

(٢) تحديد صاحب القرار، أو متخذه وهل يعرف إمكاناته واهتماماته وقدراته وتفصيلاته وقيمه لاستخدامها في عملية صنع القرار.

(٣) هل يعرف متخذ القرار فرص التدريب والبيئة المهنية المتعلقة بالعمل من حيث متطلباتها واحتياجاتها فإذا كان مزودًا بمعلومات مناسبة سيكون أكثر قدرة على اتخاذ القرار المهني.

(٤) إدراك الفرد لعملية اتخاذ القرار والعمليات اللازمة له ومستوى المرونة التي يتحلى بها وقدرته على الموازنة بين الخيارات المختلفة كل هذه الأمور يجب أخذها بعين الاعتبار من قبل الأخصائي والمسترشد.

نظرية هيرشنسون Hershenson theory

يرى "هيرشنسون" ان النمو المهني سلسلة من خمسة مراحل متسلسلة، ولا يهتم بالعمر الزمني للفرد ويركز على المرحلة العمرية التي يكون فيها الفرد أكثر فاعلية وان التطور في كل مرحلة يصنع حدوداً للإنجاز وهذه المراحل كما يلي:

(١) تأثير العائلة والبيئة التي يتصل بها الفرد اتصالاً مباشراً تؤثر على الفرد وعلى اتخاذ قراره المهني.

(٢) تحديد شخصية الفرد والسيطرة عليها ويتأثر ذلك من خلال خبرته مع الأفراد والمجتمع والمواقف المختلفة التي يتعرض لها ومن خلال ادواره في الحياة.

(٣) يتعرف الفرد على ما يستطيع وما لا يستطيع عمله من خلال المدرسة.

(٤) يقرر الفرد النشاط، أو المهنة التي سيختارها بشكل واقعي وحقيقي.

(٥) يلتزم الفرد بالمهنة.

ويرى "هيرشنسون" بأن الفرد لا يستطيع أن يمر في مرحلة قبل أن يكون قد مر في سابقتها.

الإرشاد النفسي الديني

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد مفهوم الإرشاد النفسي الديني؟

(٢) تكلم عن أهمية الإرشاد النفسي الديني؟

(٣) ما أهداف الإرشاد النفسي الديني؟

(٤) تتنوع خدمات الإرشاد الديني أذكرها؟

(٥) أذكر أسس ومبادئ العلاج النفسي الديني؟

(٦) ما فنيات الإرشاد النفسي الديني؟

(٧) حدد خصائص المرشد النفسي الديني؟

(٨) أذكر شروط نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني؟

(٩) ما أهم السمات المميزة للإرشاد النفسي الديني؟

(١٠) تكلم عن معيقات الإرشاد النفسي الديني؟

الإرشاد النفسي الديني في التربية الخاصة

مُقَدِّمَة

الإرشاد النفسي الديني هو مجموعة من الخدمات التخصصية التي يقدمها مختصون في علم النفس لأشخاص يعانون من سوء توافق نفسي، أو شخصي، أو اجتماعي بهدف مساعدتهم على تجنب الوقوع في مشكلات، أو محن نفسية، أو اجتماعية، أو أسرية، وتقليل آثارها إذا وقعت، وتزويدهم بالمعارف الدينية والعلمية والمهارات الفنية لتحسين توافقهم النفسي مع هذه الظروف استرشادًا بالعبادات والقيم الدينية، مثل : التقوى، والتوكل، والصبر، والإيمان بالقضاء والقدر، والدعاء هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى استغلال فنيات وأساليب نظريات الإرشاد النفسي بأنواعها كوسائل معينة من مساعدة المسترشد على تحقيق النمو الذاتي، وتحمل المسؤولية الاجتماعية، وتحقيق أهدافه المشروعة من الناحية الدينية في نطاق قدراته وإمكانياته (فضة، والفقي، وأحمد، ٢٠٠٩).

إن من أبرز الأدوار التي يؤديها الدين للطالب والجماعة تحقيق الاستقرار النفسي، فحينما يصاب الطلبة بالتمزق النفسي، والصراعات الداخلية، يحقق لهم الدين توازنًا نفسيًا عن طريق ما يسوقه من علاج نفسي. ويؤدي الدين دورًا ايجابيا في الوقاية من أعراض الاضطرابات النفسية لدى المراهقين؛ نظرًا لارتباط ارتفاع مستوى التدين بالكثير من الجوانب الايجابية لدى الطلبة؛ فيؤدي إلى صحة نفسية أفضل وقدرة أكبر على مجابهة الأمراض، والتغلب على آثارها السلبية، وسرعة الشفاء من الأعراض النفسية، والقدرة على تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة القاسية.

إن أهمية الإرشاد النفسي الديني تكمن في أثر الدين في علاج الاضطرابات النفسية باختلاف أنواعها، الأمر الذي يدعم الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي الديني وفعاليتها في علاج الاضطرابات، ويعد بمثابة إضافة جديدة للتراث السيكولوجي (موسى، ١٩٩٣، ص ٥٥٦).

يتناول الإرشاد النفسي الديني الشخصية الإنسانية واضطرابها من جميع النواحي العقلية، والنفسية، والاجتماعية، والجنسية، والروحية، والدينية، كما انه يقبل التطبيق كإرشاد فردي يتعامل مع الطالب كوحدة مستقلة، أو إرشاد جماعي يتعامل مع جماعة من الطلبة، كما يرى البعض أنه إرشاد شامل لاتجاهات واستراتيجيات إرشادية أخرى كثيرة، حيث تجد له جانبًا تحليليًا يبرز في كيفية تناوله، وتحليله لأسباب الاضطراب النفسي لدى الشخص؛ مثل: ما يقوم به المرشد النفسي الديني أثناء المقابلة الإرشادية من الكشف عن مكبوتات اللاشعور، والتعرف عليها، وإخراجها إلى حيز شعور المسترشد لعلاجها؛ بالإضافة إلى امتلاكه جانبًا إنسانيًا يبرز في تعامله مع الإنسان كوحدة كلية، وفي نظرته للطالب صاحب الإرادة القوية والعقيدة الصحيحة على أنه مسؤول عن اختياراته وأفعاله وأقواله، مما يجعله متمتعا بالصحة النفسية، بالإضافة إلى الجانب المعرفي المتمثل في تناول العمليات المعرفية العقلية وآليات التفكير والإدراك لدى المسترشد، وأثر ذلك على تعديل المكونات المعرفية لديه من أجل تحقيق التوافق الشامل، أما الجانب السلوكي في الإرشاد النفسي الديني فيتمثل في استخدامه مبادئ وقوانين التعلم، وعمليات إعادة التعلم، وتعديل السلوك لمساعدة المسترشد على التغلب على اضطراباته النفسية؛ بالإضافة إلى أساليب الترغيب والترهيب من وسائل الثواب والعقاب (فرج، ١٩٩٨، ص ٧٢).

لم يلق الإرشاد والعلاج النفسي الديني الإسلامي اهتمامًا مقارنة بالدراسات الأجنبية في هذا المجال، غير انه قد أثبتت الدراسات في السنوات العشر الأخيرة أن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي الديني قد نجح في تعديل وتغيير الكثير من السلوكيات، وإسداء برامج نفسية تسهم في التوافق النفسي والاجتماعي، ومن بين النقاط التي لا تزال موضع تطوير وتحسين الفنيات العلاجية التي تميز الإرشاد والعلاج النفسي الديني، وفي هذا الإطار توجهين: الأول يحرص على أن تكون هناك فنيات خاصة بالإرشاد والعلاج النفسي الديني، والتوجه الثاني هو الاستفادة من كل فنيات العلاج النفسي ما لم تتعارض مع مبادئ، ومسلمات، وخطوات العلاج النفسي الديني، وصبغها بالصبغة النفسية الدينية.

إن الإرشاد النفسي الديني يعد ضرورة علمية في بيئتنا الإسلامية؛ وذلك لأن النماذج الغربية في الإرشاد والعلاج النفسي بصفة عامة – بالرغم من تقدمها – لا تصلح كما هي للممارسة والتطبيق في المجتمعات الإسلامية؛ لوجود فروق أساسية بين الثقافة الغربية التي نشأت فيها هذه النماذج، والثقافة الإسلامية التي تنقل إليها (مرسى، ١٩٩٩، ص ١٢٥).

❁ مفهوم الإرشاد النفسى الدينى

عرف فهمي (١٩٨٧، ص٣٦) الإرشاد النفسي الديني بأنه: "أسلوب توجيه واستبصار يعتمد على معرفة الطالب لنفسه، ولربه، ولدينه، وللقيم والمبادئ الروحية والخلقية، وهذه المعرفة غير الدنيوية المتعددة الجوانب والأركان تعتبر مشعلاً يوجه الطالب في دنياه، ويزيده استبصاراً بنفسه، وبأعماله، وطرائق توافقه في حاضره ومستقبله".

بينما يعُرف فرج (١٩٩٨) الإرشاد النفسي الديني بأنه: "عملية توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم، تتضمن تصحيح تعلم سابق خاطئ؛ فهو إرشاد تدعيمي يقوم على استخدام القيم، والمفاهيم الدينية والخلقية يتناول فيه المرشد مع المسترشد موضوع الاعتراف، والتوبة، والاستبصار، وتعلم مهارات، وقيم جديدة تعمل على وقاية وعلاج الطالب من الاضطرابات السلوكية".

كما عُرف الإرشاد النفسي الديني بأنه: "محاولة الطالب استخدام المعطيات الدينية للوصول إلى حالة من التوافق تسمح له بالقدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة" (خضر، ٢٠٠٠، ص ٢٢٠).

في حين عرفه زهران (٢٠٠٢، ص ص ٣٥٨ – ٣٥٩) بأنه: "طريقة توجيه، وإرشاد وعلاج، وتربية وتعليم تقوم على معرفة الطالب لنفسه، ولربه، ولدينه، وللقيم، والمبادئ الدينية والأخلاقية المنبثقة منه، ويتحقق ذلك من خلال تناول المرشد مع المسترشد موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ويشتركان معا في عملية تعلم وإكساب قيم واتجاهات جديدة".

عـرّف جـابر، وكفـافي (١٩٩٥، ص ٣٢٤٣) العـلاج النفسـي الـديني بأنـه: "عـلاج نفسـي تدعيمي، يوفر نوعًا من الإرشاد الدعوي".

بينمـا عرفت ياركندى (٢٠٠٣، ص ١٥٦) الإرشـاد النفسـي الـديني بأنـه: "هـو اسـتخدام مبادئ وأحكام الدين في توجيه سلوك الطلبة بحيث يتفق مع هذه المبادئ والأحكام".

إن الإرشـاد النفسـي الـديني هـو: "مجموعـة مـن الأسـاليب، والمعـارف، والخدمات يقدمها اخصـائيون في الإرشـاد معتمـدين علـى القـرآن، والسـنة، بهـدف تحقيـق الصـحة النفسـية" (الأميري، ٢٠٠٤، ص٣٦٣).

في حـين يعـرّف الحبيـب (٢٠٠٥، ص١٢) الإرشـاد النفسـي الـديني بأنـه: "طريقـة مـن الطرائـق الإرشـادية الـتي تسـتخدم فنيات الـدين، وقيمـه، ومفاهيمـه في إصلاح عيـوب الـنفس وإرجاعها إلى فطرتها السليمة التي فطرها الله ﷻعليها".

كما عُرف العلاج النفسي الديني بأنه: "شكل من اشكال العلاج النفسي الحديث يقوم علـى أسـاليب، ومفـاهيم، ومبـادئ دينيـة، وروحيـة، وأخلاقيـة بهـدف تصـحيح وتغـيير الأفكـار المشوهة، والتصورات المختلة وظيفيًا لدى الطالب في امور الحياة كلها، ومساعدته على تحمل مشاق الحيـاة، ويبعـث الأمـن والطمأنينـة في الـنفس، وراحـة البـال، ويغمـره الشـعور بالسـعادة" (ليهي، ٢٠٠٦، ص ٩٣).

وقـد فـرق حامـد زهـران (٢٠٠٢) بـين الـوعظ الـديني religious pastor ، والإرشـاد النفسي الديني بقوله: "الوعظ الديني يكون التعليم، والتوجيه من جانب واحد، وهـو الواعظ، ويكـون غالبًـا في دور العبـادة، او في الـبرامج الدينيـة ويهـدف إلـي توصـيل المعلومـات الدينيـة المنظمة.

أما الإرشـاد النفسـي الـديني فهـو عمليـة يشـترك فيهـا المرشـد والمسـترشـد والمرشـد يتنـاول مـع المسـترشـد موضـوع الاعـتراف، والتوبـة، والاسـتبصـار ويشـتركان معًـا في عمليـة تعلـم واكتساب اتجاهات وقيم، والمسترشد يلجأ إلـي الله ﷻ بالدعاء مبتغيًا رحمته، مستغفرًا إياه ذاكرًا صابرًا علي كل حال، متوكلاً علي الله ﷻ مفوضًا أمره إليه" (ص ٣٥٩).

أما الحفني (١٩٩٩ب، ص ٥٩) فيشير إلى مصطلح آخر هو الإرشاد الوعظي pastoral counseling وهو ما يقوم به الواعظ الديني الذي تلقى تدريبًا على الخدمة الاجتماعية، وتلقى دراسة لقواعد، وأصول علم النفس، والعلاج والإرشاد النفسيين، بحيث يعمل على تقديم العون، والنصح على طريقة الأخصائيين النفسيين، مستعينًا بذلك بما تمرس عليه في عمله بالوعظ الديني، وذلك على نفس الأسس التي يقوم بها الأخصائي النفسي مع اختلاف المقاصد والأهداف في الحالتين، فالواعظ منطلقه ديني، والأخصائي النفسي منطلقه علاجي.

❁ أهمية الإرشاد النفسي الديني

تكمن أهمية الإرشاد النفسي الديني في أثر سيكولوجية الدين في علاج الاضطرابات النفسية باختلاف أنواعها، الأمر الذي يدعم الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي الديني، وفاعليتها في علاج الاضطرابات، يعد بمثابة إضافة جديدة للتراث السيكولوجي (موسى، ١٩٩٣).

كما تبدو أهميته الإرشاد النفسي الديني في أنه يتناول معطيات دينية ذات أساس سماوي، وليس وضعي، يمس الجوانب الروحية والأخلاقية في الإنسان؛ مما يجعل له طبيعة خاصة، أدت إلى ظهور اهتمام واضح به في كثير من الدول وخاصة العربية بحيث ألزمت خريجي معاهدها، وكلياتها الدينية بالالتحاق بمراكز الخدمة الاجتماعية والعلاج النفسي (الحفني، ١٩٩٩أ، ص ٦١).

يؤدي الدين جملة من الوظائف التي لا غنى عنها لكل من الطالب والجماعة، وكونه عاملاً مهمًا في حياة الإنسان النفسية، وعنصرًا أساسيًا في نمو شخصيته، وأعظم دعائم السلوك، حيث يوفر قاعدة وجدانية تضمن الأمن، والاطمئنان النفسي، والاتزان الانفعالي، وتفاؤل، وحب للحياة، وعدم النظرة إليها نظرة تشاؤمية، وتأكيد الهوية، ويخفف من وطأة الكوارث والأزمات التي تعترض طريق الفرد؛ فيشعر الطالب بالاطمئنان وعدم الخوف، أو

التشاؤم من المستقبل، من خلال إطار علاقة الإنسان بخالقه، التي تعد موجهًا لسلوكه في شتى مناحي الحياة، وفي كل مرحلة عمرية من حياة الإنسان (الخطيب، ٢٠٠٢).

فالدين عنصر أساسي في حياة الإنسان حيث تشمل التربية السليمة التربية الدينية، كما يتضمن النمو السوي النمو الديني، وتشمل الصحة النفسية السعادة في الدنيا والآخرة؛ ولذلك فالتربية الدينية المبكرة تعد وسيلة وقائية لصحة الإنسان النفسية فهي تساعده على تكوين نظام ثابت من القيم، والمعايير الأخلاقية حيث تصبح ركيزة أساسية تقوم عليها أساليب تكيف الإنسان، وبقدر ما يفيد سلوكه وتفكيره من هذا النظام بقدر ما يكون أقدر على التكيف النفسي (زهران، ١٩٩٥).

ويؤدي الشعور الديني إلى الشعور بالسعادة، والرضا، والقناعة، والإيمان بالقضاء والقدر خيره، وشره، الذي يعين الطالب على مواجهة الضغوط، ويمنح الثقة، والقوة لمواجهة التحديات، والأزمات التي تعترضه في مجرى حياته؛ فيكون الملاذ وقت الشدة، الذي يشعره بالأمان، وعدم الخوف، والتشاؤم، وهذا يتحقق للطالب من خلال الدعاء، والصلاة، والشكر؛ مما يوفر له أسمى صور الدعم والطمأنينة (فايد، ٢٠٠٥).

وأجمل أبو طاحون (١٩٩٩) الوظائف النفسية، والاجتماعية للدين والتي حددها على النحو التالي في النقاط التالية:

(١) توفير نظام من الضبط الاجتماعي من خلال المساهمة في تكوين ضمير الطالب والجماعة، حيث تقوم المبادئ الدينية، وما يرتبط بها من قيم، ومعتقدات مختلفة بتقوية الضبط الاجتماعي الداخلي، وبهذا أسهمت في تكوين ضمير الإنسان وتقوية دواعي الخير لديه.

(٢) يساعد الدين على توفير الأمن الذي يعد مصدرًا أساسيًا للصحة النفسية، واختفاء عوامل القلق النفسي لدى مختلف الطلبة في المجتمع، حيث إن قيام الدين بمحاولة التنبؤ بأسرار ما بعد الحياة واتجاهه لتبشير المؤمنين خيرًا، وتوعد المسيئين شرًا، يعمل على حل الكثير من الاضطرابات النفسية، وبالتالي تقوية عوامل الاستقرار في حياة الفرد.

(٣) القيام بوظيفة تثقيفية تعليمية من خلال القصص الديني عن حياة الخلف الصالح والصحابة السابقة (ص ص ٢١ – ٢٣).

❁ أهداف الإرشاد النفسى الدينى

يذكر الشناوي (١٩٩٦، ص ص ٢٧٧ – ٢٨٠) ان اهداف الإرشاد النفسي تقع في ثلاثة مستويات رئيسة وهى:

(١) الأهداف العامة للإرشاد:

مهما يكن التوجه النظري فإن المرشدين يمكن ان يوافقوا جميعًا على ان الأهداف التالية تعتبر اهدافًا عامة يسعون لتحقيقها:

أ- تحسين العلاقات الشخصية.

ب – تسهيل عملية تغيير السلوك.

جـ – النهوض بعملية اتخاذ القرارات.

د – المساعدة على تنمية طاقات المسترشد.

هـ – زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف والضغوط.

(٢) الأهداف الموجهة للمرشد:

في هذا النوع من الأهداف نجد المرشد وقد تبني وجهة نظرية معينة (مثل العلاج المتمركز حول الشخص او غير هذا) يتبني في الوقت نفسه الهدف او الأهداف التي تسعي النظرية إلى تحقيقها والتي تشتمل عليها في بنائها، على سبيل المثال فإن التحليل النفسي يعمل على استحضار المواد المكبوتة من اللاشعور إلى الشعور ثم تفسيرها.

(٣) الأهداف الخاصة او اهداف النتائج:

هذا المستوي من الأهداف هو الذي يرتبط واقعيًا بالمشكلة التي جاء بها المسترشد، ويبتعد عن مستوي الفلسفي، والنظري، ويخرج من العمومية إلى التحديد والخصوصية.

إن الهدف من التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي هو العمل على غرس القيم والمبادئ الإسلامية لدى الطلبة واستثمار الوسائل والطرائق العلمية المناسبة لتوظيف وتأصيل تلك المبادئ والأخلاق الإسلامية، وترجمتها إلى ممارسات سلوكية تظهر في جميع تصرفات الطالب في كل المواقف والظروف؛ بما يساعد على تعزيز السلوك الايجابي، وتعديل السلوك السلبي، وتكوين الشخصية المسلمة المتكاملة.

ويهدف الإرشاد الديني إلى تحقيق الآتي :

(١) اكتساب الطالب القيم الايجابية النابعة من تعاليم الدين الإسلامي الحنيف.

(٢) العمل على تكوين الشخصية المسلمة من خلال التأكيد على القدوة الحسنة.

(٣) تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي بالعمل بمكارم الأخلاق، وتعزيز النظام الأخلاقي الذي هو جوهر الإسلام في جميع نواحيه، والتركيز على صلة الطالب بخالقه، وأن الله ﷻ معه في السراء والضراء؛ فيشعر بالطمأنينة، ويجد في المرشد القدوة والحسنة في الصبر، والصدق، والتسامح، واللطف، وعدم إفشاء السر.

(٤) غرس الآداب التي تزين أخلاق المسلم وتكوين الشعور بالمحبة للفضائل، والقيم الأخلاقية الحميدة في أساليب التفاعل الاجتماعي كالعدل، والمساواة، والتعاون على الخير، والإخلاص في القول، والعمل، والعفة، والنزاهة، والإخاء، والتراحم وإتقان العمل.

❁ خدمات الإرشاد الديني

يستثمر المرشد الطلابي جميع الوسائل والقنوات المناسبة لتحقيق أهداف هذا الميدان من خلال الآتي :

(١) العمل على الاستفادة من الجهود التي تقدمها جماعة التوعية الإسلامية بالمدرسة لغرس القيم والأخلاق الإسلامية الفاضلة عن طريق الوسائل المتاحة.

(٢) تفعيل خدمات التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي عن طريق استغلال خدمات الإذاعة المدرسية، وصحف الحائط، ومجالات النشاط المدرسي.

(٣) القيام بإعداد النشرات والمطويات التي تهدف إلى تعزيز السلوك الايجابي لدى الطلبة، والإشادة به أمام الآخرين كسلوك الأمانة، والصدق... وغيرها من السلوكيات الايجابية الأخرى.

(٤) حث الطلبة على التمسك بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف من خلال تكريم الطلبة المثاليين، وذوي السلوك الحسن... وغيره من أساليب وطرق مناسبة.

(٥) تفعيل المسابقات في مجال التوجيه والإرشاد الديني والأخلاقي من طريق بعض الأساليب؛ مثل: كتابة القصة القصيرة، أو تلخيص بعض الكتب الدينية والأخلاقية، أو كتابة المقالة...الخ.

❁ أسس ومبادئ الإرشاد النفسى الدينى

يقوم الإرشاد النفسي الديني على أسس عامة تتمثل في عدد من المسلمات والمبادئ التي تتعلق بالسلوك البشري، والمسترشد، وعملية الإرشاد، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان، وأخلاقيات الإرشاد النفسي، وعلى أسس نفسية، وتربوية تتعلق بالفروق الفردية، ومطالب النمو، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بحاجات الطالب والمجتمع، وعلى أسس فسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس، ويقوم الإرشاد النفسي الديني على أسس، ومبادئ، ومفاهيم دينية روحية، وأخلاقية (زهران،١٩٩٠).

ويستمد الإرشاد النفسي الديني مسلماته ومبادئه من الشريعة الإسلامية، والتي تستند على الأسس التالية:

(١) النصيحة عماد الدين وقوامه؛ فالدين النصيحة كما قال الرسول ﷺ.

(٢) الإرشاد من افضل الأعمال عند الله ﷻ؛ لأن فيه نفع للناس.

(٣) الإرشاد خدمة يقصد بها وجه الله ﷻ وطلب مرضاته.

(٤) يقوم الإرشاد على تنمية إرادة الطالب في طلب ما ينفعه وترك ما يضره.

(٥) كل شخص حر في اتخاذ قراراته بنفسه، واختيار ما يناسبه من المناشط التي أحلها الله ﷻ له.

(٦) الالتزام في الإرشاد بالمحافظة على خصائص النظام والتمسك بالأخلاق الإسلامية (مرسي، ٢٠٠٠).

فيما ترى ياركندي (٢٠٠٣) أن الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي الديني تتمثل في : قابلية السلوك للتعديل، والجوانب العقلية تعد جزءًا مهمًا في تعديل السلوك، وتصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها، والمسؤولية فردية وجماعية، والإرشاد والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه، وإقرار مبدأ الفروق الفردية، الإرشاد والعلاج علم ثم عمل، واختيارية القرار، وحرية التصرف، واختلاف طرائق الإرشاد والعلاج باختلاف الموقف وحالة الفرد.

ويسعى علم النفس الديني إلى التأصيل الديني للإرشاد والعلاج النفسي من خلال تأسيس الإرشاد النفسي على أسس ومنطلقات وممارسات دينية تجعل الإرشاد النفسي أكثر كفاءة عند الطلبة في وقايتهم من الاضطرابات النفسية ومساعدتهم على استعادة الصحة النفسية (مرسي،١٩٩٥).

وتشير ابو شهبه (٢٠٠٧) إلى أن الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في ضوء الإسلام ، تتمثل في:

(١) الإفادة مما جاء في القرآن الكريم والسنة النبوية من قيم، ومفاهيم دينية وخلقية في الإرشاد النفسي الديني.

(٢) الأخذ بما توصل إليه علم النفس الحديث في مجال الإرشاد النفسي الديني.

(٣) الإفادة من التراث الإسلامي، وما تركه علماء المسلمين من آراء ونظريات نفسية في الإرشاد النفسي الديني.

(٤) قابلية السلوك للتعديل والتغيير، حيث يؤكد الإسلام على أهمية العقل، والتفكير وقابلية الإنسان للتعلم.

(٥) التدرج في تعديل السلوك من البسيط إلى الصعب، حيث يقر الإسلام بمبدأ التدرج في التخلص من العادات، والسلوكيات السيئة، وتعلم سلوكيات جديدة بدلاً منها.

❁ فنيات الإرشاد النفسى الدينى

أوضح إبراهيم (١٩٩٨)إلى انه لا توجد فنيات محددة للإرشاد والعلاج النفسي الديني، ولكن المرشد النفسي يستخدم الفنيات التي يتميز بها الإرشاد النفسي الديني، أو الموجودة في الإرشاد الدنيوي؛ فهو يستخدم يقوم على الفنيات التي تقوم عليها عدة علاجات؛ مثل: العلاج التحليلي، والسلوكي، والمعرفي؛ فالعلاج النفسي الديني علاج شامل لاتجاهات واستراتيجيات علاجية اخرى كثيرة، حيث يظهر له جانب تحليلي يبرز كيفية تناوله وتحليله لأسباب وأعراض الاضطراب النفسي لدى الشخص؛ مثل ما يقوم به المعالج النفسي الديني اثناء المقابلة العلاجية في الكشف عن مكبوتات اللاشعور، وتعرفها وإخراجها إلى حيز شعور المسترشد لعلاجها.

بينما يؤكد سالم (٢٠٠٦) على وجود العديد من الفنيات الخاصة بالعلاج النفسي الديني التي لها اثر فعال في علاج النفس الإنسانية من اضطراباتها المختلفة، وهذه الفنيات تستمد منهجها وإجراءاتها من الكتاب والسنة، وهي عديدة ومتنوعة؛ مثل: التوحيد، والأدعية، والأذكار، والاستغفار، والصبر، والصلاة، والتخيل، والاسترخاء، والأضداد، وتلك الفنيات يمكن اعتبارها فنيات معرفية سلوكية لأنها تركز على أفكار المريض، واتجاهاته المرضية المختلة وظيفيًا، وتمده بالمهارات التي تساعده على ممارسة السلوكيات التوافقية.

وتتباين أساليب وطرق المرشد النفسي الديني في ضوء ثقافة المسترشد الذي يتعامل معه، فهو يتحدث مع شواهد واستدلالات من الأحداث التاريخية، والنصوص الأدبية عند تعامله مع المسترشد المثقف، أو المتعلم؛ فيما يلجأ مثلاً إلى استخدام الأمثال الشعبية، والحكم واللغة الدارجة عند تعامله مع أفراد اقل في المستوى الثقافي، أو الاجتماعي، كما أن المرشد

النفسي الديني يعطى لحياة مسترشديه معاني كثيرة عند تعامله معهم واستماعه لهم، حيث إن مجرد الاستماع قد يكون في حد ذاته حلاً لمشاكل بعض الحالات، ذلك أنه أشبه ما يكون بالتنفيس عما يختزنه المسترشد داخله من انفعالات ومكبوتات، وقد يجد المسترشد حل مشكلته بنفسه أثناء طرحه لها في الجلسة الإرشادية، حيث إن المناقشة والحوار بحرية بمساعدة المرشد تساعد على التفكير المنطقي والإحساس بالمشكلة بدرجة أكبر (الحفني، ١٩٩٩أ، ص ٦٠).

وأساليب العلاج الديني هي الأساليب الإيمانية؛ مثل: محاسبة النفس، والتوبة، والإنابة، والرجوع إلى الله ﷻ، والدعاء، والذكر، والعبادات، وقد أورد ابن القيّم الكثير من هذه الجوانب في كتبه؛ مثل: مدارج السالكين، والوابل الصيب من الكلم الطيب، وإغاثة اللهفان، وطريق الهجرتين، وباب السعادتين، والجواب الكافي، والطب النبوي... وغيرها (الشناوي، ١٩٩٩).

وأورد فضة، والفقي، وأحمد (٢٠٠٩) ما أشار إليه ورثنجتون(Worthington 1989 من أن اختيار المرشد النفسي للفنيات في عملية الإرشاد النفسي الديني يتوقف على شروط مهمة، وهي:

(١) أن يعرف المرشد أن استخدام أي فنية علاجية إنما تساعد في تحقيق التعزيز الايجابي للناحية الدينية للعميل.

(٢) أن يستخدم المرشد الفنيات الموجودة في الدين الذي يؤمن به، بالإضافة إلى الفنيات الأخرى؛ مثل: فنيات التحليل النفسي، أو السلوكية، أو المعرفية، أو الوجودية... وغيرها.

(٣) الاندماج الديني أي المشاركة الدينية بين المعالج والمسترشد التي تؤدي إلى العلاقة القوية وإزالة الفوارق بينهما.

وحتى يستطيع المرشد أن يقوم بتنفيذ البرنامج الإرشادي الديني لابد أن تتوافر فيه عدة شروط من بينها: الإيمان بالله، وأن يكون ذا بصيرة نافذة، وقدرة على الإقناع، والإيحاء، والمشاركة الانفعالية، واتباع تعاليم دينه، واحترام الأديان الأخرى (سري، ١٩٩٠، ص ١٣٤).

❁ خصائص المرشد النفسي الديني

المرشد له دور مهم في عملية الإرشاد النفسي الديني بل إن نجاح هذه العملية يرتبط بحسن تأدية المرشد لعمله؛ فهو النموذج الذي يتصل به المسترشد اتصالاً مباشرًا، ويتبع ما يراه؛ حتى يتخلص من مشكلاته؛ لذلك لا بد أن يتوفر في المرشد النفسي بعض الصفات.

ويضيف المهدي (١٩٩٠) عددًا آخر من صفات المرشد النفسي الديني فيما يلي:

(١) المرشد هو العامل الأول في العملية الإرشادية.

(٢) أن يكون دافئ المشاعر طيب القلب يأنس المسترشد بقربه.

(٣) الإرشاد النفسي موهبة، وقدرة تنمي بالدراسة والممارسة.

(٤) الا يكون قاهرًا للمسترشد مسيطرًا عليه كابحًا لحركته الذاتية.

(٥) لا بد وان يتوافر في المرشد تكوينًا نفسيًا قويًا، ورؤية صحيحة، ورغبة في الإصلاح وقدرة على مواجهة صعوباته، وروح قيادية مع قوة تأثير وفطنة عالية.

(٦) أن يكون في هيئته وطريقة تفكيره، ومشاعره، وسلوكه قدوة للمحيطين به؛ لأنه صورة يقتدي بها المسترشد.

(٧) أن يكون دائم النشاط، والنمو، والتطور؛ حتى يستطيع دفع المسترشد المتعسر الموقف.

(٨) أن يؤمن بأن عمله رسالة هي استمرار لرسالة الرسل، والمصلحين في إصلاح النفوس وهداية القلوب.

(٩) أن يكون واسع الصدر له القدرة على احتمال المتناقضات، وعلى سماع الرأي الآخر ومناقشته، دون تعصب منفر.

(١٠) أن يكون قادرًا على مصاحبة المسترشد، والاهتمام به، وكأنه أحد إخوانه، أو أبنائه.

(١١) أن يكون ملمًا بقدر كاف بروح الإسلام وتعاليمه وتصوراته؛ لتكون هذه هي مقاييس الصحة، والمرض، والعلامات الدالة على الطريق له وللمسترشد؛ فلا يتوها بين الاتجاهات والفلسفات الغربية.

(١٢) أن يكون واسع الاطلاع على الأصول الإسلامية أولا من عقائد وعبادات ومعاملات. ثم على الاتجاهات الفكرية المعاصرة؛ وبهذا يستطيع أن يجري عملية تطهير لما تلوس به وعي المسترشد من أفكار وفلسفات بعيدة عن الإسلام ثم يضع مكانها التصور الصواب للعقيدة، وكذلك القيم والتصورات الإسلامية الصواب.

(١٣) أن يكون لماحا يعرف لكل مسترشد ما يناسبه من التوجيه والمعاملة فلا يلجأ لتعميم النصائح بلا إدراك لخصوصيتها؛ فهذا مسترشد ينصح بالصلاة، وذاك ينصح بالصوم، وثالث بالصدقة، ورابع بمساعدة الناس... وهكذا كل حسب ما ينقصه ويصلحه فقد كان الرسول ﷺ يفعل هذا.

(١٤) أن يواظب على العبادات؛ لتكون له زادا يعينه ويشحنه على مواصلة مشواره الصعب وعلى تحمل الإحباطات والعقبات التي ستواجهه، فهو أمام مسألة صعبة للغاية جاهد من أجلها الرسل.

(١٥) أن يجمع بين التعليم والثقافة والوعي: والتعليم يعني الحصول على أكبر قدر من ممكن من تعليم أصول المهنة على أيدي متخصصين في هذا المجال. والثقافة تعني شمولية واطلاعه على جوانب كثيرة من أوجه الحياة التي يعيشها. والوعي يعني معرفة معاني أهداف الإنسان في حياته وبعد مماته، وعلاقته بنفسه ومجتمعه وكونه وخالقه.

(١٦) أن يديم الاطلاع على سيره الرسول ﷺ وأصحابه والشخصيات الإسلامية العظيمة، حتى يترسم في ذهنه دائمًا مستويات العظمة البشرية في ظل التصور الإسلامي؛ فيحاول الرقي إليها قدر طاقته، ويجذب معه المسترشدين إلى تلك المستويات (ص ص ٧٨ – ٨٠).

❁ شروط نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني

إن نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني متوقف على اداء المرشدون والمسترشدون لدورهم، وتوضيح هذه الشروط من خلال ثلاث زوايا:

أولاً: المرشد

من العوامل التي تؤدي دورًا مهمًا في نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني ان يتصف المرشد بعدد من الخصائص والسمات التي تميزه عن غيره، من بينها ما اورده الشناوي (١٩٩٣)؛ وخاطر (٢٠٠٦) على النحو التالي:

(أ) العلم: اي لابد من خلفية علمية تساعد المرشد على معرفة الطلبة الذين يتعامل معهم وطبيعة نموهم ومشكلاتهم وطبيعة الانحرافات وأسبابها وكيفية تناولها من خلال المنهج الإسلامي عن طريق دراسة الشريعة، وعلم النفس، والإرشاد النفسي، والتدريب الميداني.

(ب) المهارات: اي لابد من التدريب على مهارات مختلفة منها العمل وجها لوجه مع المسترشدين في إطار علاقة، ومهارات تشخيص المشكلات، والعمل مع الجماعات.

(ج) الصفات الشخصية: من بينها ما يلي

(١) التدين: اي ان يكون سلوكه الديني قائمًا على فهم كاف بأمور الدين خاصة بمسائل العقيدة، والحلال، والحرام، وهذا التدين يظهر في سلوك المرشد، ويكون أكثر تأثيرًا في المسترشد؛ لأن الكلمة إذا خرجت من القلب نزلت في القلب، اما الكلمة التي تخرج من اللسان لا تتجاوز الآذان.

(٢) التطابق: ان يكون قوله مطابقا لعمله؛ فيقتنع به المسترشد، قال تعالي: ﴿أَتَأْمُرُونَ النَّاسَ بِالْبِرِّ وَتَنسَوْنَ أَنفُسَكُمْ وَأَنتُمْ تَتْلُونَ الْكِتَابَ أَفَلَا تَعْقِلُونَ﴾ (البقرة آية ٤٤).

(٣) الرفق: هو المدخل إلى القلوب قال تعالي: ﴿فَبِمَا رَحْمَةٍ مِنَ اللَّهِ لِنتَ لَهُمْ وَلَوْ كُنتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ فَاعْفُ عَنْهُمْ وَاسْتَغْفِرْ لَهُمْ وَشَاوِرْهُمْ فِي الْأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ﴾ (آل عمران آية ١٥٩).

(٤) الاعتراف بكرامة المسترشد: لأن المرشد لم يأت لكي يملي قرارات بل جاء لمساعدة المسترشد على حل مشكلاته، والسير في الطريق المستقيم.

(٥) مراعاة مصلحة المسترشد: فالمرشد من المسترشد بمنزلة الوالي من الضعيف فالمسترشد في موقف مشكلة، وهو بحاجة إلى من يأخذ بيده، والمرشد أمين على ذلك.

ثانيًا: المسترشد

إن العوامل التي تؤدي إلى نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني بالنسبة للمسترشد كما أوردها خاطر (٢٠٠٦) على النحو التالي:

(١) كلما جاء المسترشد إلى عملية الإرشاد النفسي الديني عن رغبة منه؛ أدي ذلك للنجاح.

(٢) التقارب العقائدي بين المرشد والمسترشد يؤدي للنجاح.

(٣) أن يكون اضطراب المسترشد لم يصل إلى مرحلة الذهان.

(٤) رؤية المسترشد للمرشد أنه عطوف، يسعي لمساعدته، لا يمثل رمزا للسلطة.

(٥) ثقة المسترشد في قدرات المرشد وأنه يستطيع مساعدته لمواجهة المشكلات التي يعاني منها.

(٦) لابد من الممارسة العملية للسلوكيات التي تعلمها المسترشد في أثناء الجلسات، وبعد انتهائها من خلال الواجبات المنزلية، فليس الإرشاد النفسي الديني عملية تغيير أفكار خاطئة فحسب بل ممارسة للسلوكيات الحميدة، والالتزام بأداء العبادات والأذكار، وتوقف عن ارتكاب الرذائل والذنوب، وبدون ذلك لا تؤتي عملية الإرشاد ثمارها.

(٧) حسن الظن بالله: كلما حسن ظن المسترشد بالله، وأن الله ﷻ يقبل توبته ويساعده في مواجهة الشدائد في كل الأحوال؛ أدي ذلك إلى نجاح عملية الإرشاد، فإن الرجاء في الله ﷻ يخرج العبد من اليأس، والطمع في الله يخرج العبد من القنوط وصدق الله تعالي ﷻ إذ يقول في حديثه القدسي: (أَنَا عِنْدَ ظَنِّ عَبْدِي بِي وَأَنَا مَعَهُ إِذَا ذَكَرَنِي فَإِنْ ذَكَرَنِي فِي نَفْسِهِ ذَكَرْتُهُ فِي نَفْسِي وَإِنْ ذَكَرَنِي فِي مَلَإٍ ذَكَرْتُهُ فِي مَلَإٍ خَيْرٍ مِنْهُمْ وَإِنْ تَقَرَّبَ إِلَيَّ بِشِبْرٍ تَقَرَّبْتُ إِلَيْهِ ذِرَاعًا وَإِنْ تَقَرَّبَ إِلَيَّ ذِرَاعًا تَقَرَّبْتُ إِلَيْهِ بَاعًا وَإِنْ أَتَانِي يَمْشِي أَتَيْتُهُ هَرْوَلَةً) (رواه البخاري : كتاب التوحيد، ومسلم: كتاب الذكر والدعاء والتوبة والاستغفار والحث على ذكر الله تعالي، وابن حبان: كتاب الرقاق).

(٨) معني العبادات لدى المسترشد: يمكن توضيح ذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

* هل المسترشد يعبد الله ﷻ في الشدائد، ويبتعد عنه في الرخاء؟
* هل المسترشد يمارس العبادات للحصول على مكانة في الأسرة والمجتمع؟
* هل المسترشد يعبد الله ﷻ ليشعر بالسكينة والطمأنينة النفسية فقط؟

الإجابة عن هذه الأسئلة السابقة بالإثبات يسمي تدينا ظاهريًا، ولا يؤدي إلى نجاح عملية الإرشاد. أما إذا علم المسترشد انه خلق من أجل العبادة، وأنه يعبد الله ﷻ ليس من أجل تحقيق هدف دنيوي؛ أدي ذلك إلى نجاح عملية الإرشاد.

(٩) إذا كانت المكاسب الأولية والثانوية من وراء ظهور المشكلة (الاضطراب) قليلة.

(١٠) إذا كانت شخصية المسترشد متكاملة ومرنة وناضجة نسبيًا.

(١١) إذا كان المسترشد ذكيًا وبصيرته أفضل، وظروف حياته أحسن، وصحته العامة سليمة.

(١٢) إذا كان للمسترشد تاريخ من التوافق العام والشخصي والاجتماعي والتربوي والمهني والجنسي.

(١٣) إذا كانت البيئة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية للمسترشد بعد الإرشاد أفضل.

ثالثًا: عملية الإرشاد النفسي الديني:

عملية الإرشاد النفسي الديني تعتبر النموذج الشامل لعملية الإرشاد النفسي بشكل عام، ومن العوامل التي تؤثر في نجاحها ما يلي:

(١) تحديد الأهداف تحديدًا دقيقًا، وهدف الإرشاد النفسي الديني الرئيس هو عبودية الله ﷻ ويتفرع منه أهداف أخري مثل تحقيق الذات والصحة النفسية؛ لأن الهدف الرئيس للإرشاد لا بد ان يكون مرتبطًا بالغاية من خلق الإنسان وهي عبودية الله ﷻ. ونجاح عملية الإرشاد متوقف على تحقيق هذا الهدف.؛ بالإضافة إلى مساعدة المسترشد في تحقيق الخلافة في الأرض.

(٢) اختيار طريقة الإرشاد النفسي الديني يعتمد على التشخيص الدقيق؛ بالإضافة إلى بصيرة المرشد. فالتشخيص هو الحصول على أساس لتحديد إجراءات وطريقة الإرشاد

التي تناسب المشكلة والاضطراب وشخصية المسترشد؛ وهو بهذا يوفر الوقت والجهد في عملية الإرشاد ويساعد على تركيز الاهتمام على المشكلة عند تحديدها ؛ لذلك من الناس من يكون علاجه بالصلاة كالمتكبر، والشاب الذي لم يتزوج ينصح بالصوم. خلاصة القول أن طريقة الإرشاد قد تختلف من شخص إلى آخر.

(٣) تناول عدة جوانب في الإنسان:

(أ) العقل: بتغيير الأفكار الخاطئة، وأن يكون دائم التفكر في قدرة الله ﷻ.

(ب) النفس: تزكو من مراتبها الدنيا كالأمارة بالسوء إلى المراتب العليا كالمطمئنة.

(ج) القلب: يسلم من أمراضه ويمتلئ بالإيمان. وبهذا يطالب الإرشاد النفسي الديني عن معظم الأساليب الإرشادية الأخرى التي قد تقتصر على فنيات معرفية او سلوكية.

(٤) ان يكون الإرشاد مرتبطا بالمعيار الإسلامي في تفسير السلوك والحكم عليه.

(٥) استخدام المنهج الشامل (الإنمائي، والوقائي، والعلاجي) يؤدي إلى الحصول إلى نتائج افضل من الاقتصار على المنهج العلاجي فحسب.

(٦) كلما استطاع الإرشاد النفسي الديني أن يعمق في المسترشدين معاني الإرادة، والمسؤولية، والمصير بعد الموت؛ أدي ذلك إلى نجاح عملية الإرشاد (خاطر، ٢٠٠٦).

❁ السمات المميزة للإرشاد النفسي الديني

يمكن حصر بعض السمات المميزة للإرشاد النفسي الديني في النقاط التالية:

(١) تعدد أساليب الإرشاد النفسي الديني؛ مثل: الأساليب المعرفية، والسلوكية، والتحليلية؛ لأن الأصول الصحيحة لهذه الأساليب موجودة في الإسلام.

(٢) إن المعيار الذي يحكم به الإرشاد النفسي الديني على السلوك (السوي، والمضطرب) هو المعيار الإسلامي الذي يطالب بالوضوح لا لبس فيه، ولا غموض ولا تحريف؛ لأنه مستمد من ثوابت قرآنية ومن السنة الشريفة.

(٣) تعدد مناهج الإرشاد النفسي الديني (إنمائية، ووقائية، وعلاجية)، فهو لا يقتصر على علاج المشكلات والاضطرابات النفسية، وإنما يسعى للوقاية منها بل وإنماء النفس الإنسانية.

(٤) التكامل والشمول؛ لأنه ينظر إلى الشخصية من جميع جوانبها: النفسية والعقلية والاجتماعية والدينية والخلقية، حتى أننا نجد من المعاني في الإرشاد النفسي الديني ما لا توجد في غيره مثل توضيح دور:

(أ) العقل بمعناه البيولوجي والروحاني.

(ب) النفس بمقاماتها.

(ج) القلب بمعناه البيولوجي، والقلب بمعناه التكليفي المتحمل للأمانة، وتأثير العلاقة بينهم في السلوك، وإمكانية استخدامها في تحقيق الصحة النفسية، وعلاج الاضطرابات النفسية.

(٥) تنوع طرق الإرشاد النفسي الديني (كالتوبة، والصلاة، والصيام، والحج، والذكر، والدعاء، والتوحيد... وغير ذلك)؛ لتناسب الطبائع البشرية.

(٦) سهولة تعلم وتطبيق طرق الإرشاد النفسي الديني؛ فالطالب يمارس الكثير منها في حياته اليومية.

(٧) قلة النفقات التي تستخدم في عملية الإرشاد النفسي الديني، وعلى العكس بالاعتماد على أساليب الإرشاد لعلماء النفس الغربيين قد تمتد هذه العملية لسنوات ومع ذلك قد لا يحدث شفاء أو نتائج مرضية.

(٨) لا تقتصر نتائج الإرشاد النفسي الديني على تحقيق السعادة والصحة النفسية في الحياة الدنيا من خلال عبودية الله ﷻ، وإنما تمتد إلى السعادة البرزخية وفي الحياة الآخرة.

(٩) لا يقتصر الإرشاد النفسي الديني في أهدافه على مساعدة الطالب للوصول إلى حالة التوافق مع نفسه وتحقيق أكبر قدر من الصحة النفسية بل هذه أهداف فرعية

تتحقق من خلال تحقيق الهدف الرئيس للإرشاد النفسي الديني وهو تحقيق العبودية لله ﷻ.

(١٠) الواقعية وتقبل الطالب له؛ لأنه يتماشى مع الطبيعة الإنسانية؛ لأن الدين من دعائم الفطرة، ويتماشى كذلك مع العقل.

(١١) يساعد الإرشاد النفسي الديني في دعم النواحي الدينية عند الفرد، والتدريب على ضبط الذات، وتعلم أساليب جديدة تساعد في تحقيق الصحة النفسية.

(١٢) يعتمد الإرشاد النفسي الديني على قيم ومبادئ الدين السماوي (الإسلام) بالنظر للإنسان: أصلاً وتكوينًا، وغاية، ومصيرًا، وليس على آراء البشر.

(١٣) يعد أكثر فائدة وتأثيرًا في المسترشدين الملتزمين ذوي القيم والذين يرفضون حل مشكلاتهم النفسية عن طريق الإرشاد غير الديني.

(١٤) يعمل الإرشاد النفسي الديني على تهيئة الظروف المناسبة للنمو الديني، والاجتماعي، والنفسي، والعقلي.

(١٥) يمكن أن يستخدم في جميع المجالات التي يتناولها الإرشاد النفسي مثل (الإرشاد العلاجي، والديني، والأسري، والتربوي، وإرشاد الشباب، والكبار بل وجميع المضطربين نفسيًا).

(١٦) يطالب الإرشاد النفسي الديني بأن دور المرشد هو دور المربي الداعية الذي يعمق المفاهيم الإسلامية الصحيحة في المسترشد.

❁ معيقات الإرشاد النفسي الديني

ذكر عمار (٢٠٠٠) ان هذه المآخذ لا تعود إلى نقص في الدين، ولكنا تعود إلى عدم الإعداد العلمي والمهني الجيد للمرشد، أو لأن المرشد ليس لديه قابلية للإرشاد النفسي الديني كان يكون غير متدين أو لأن الفنيات المستخدمة غير ملائمة. وهذه السلبيات هي:

(١) صعوبة التعاون أحيانًا بين المرشدين النفسيين وعلماء الدين؛ مما يؤدي إلى فشل عملية الإرشاد النفسي الديني.

(٢) التحول المضاد أي قد يسعي المسترشد لتضليل المرشد، وإشغاله عن المشكلات الأساسية التي يعاني منها.

(٣) صعوبة تحديد مستوي النمو الديني عند المسترشد؛ لأن هذا يحتاج إلى مرشد ذي كفاءة مهنية عالية.

الإرشاد الجنسي

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد مفهوم الإرشاد الجنسي؟

(٢) تتعدد أهداف الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات وضح ذلك؟

(٣) يتنوع القائمين بالإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات أذكر دور كل منهم؟

(٤) تكلم عن طرائق تقديم المعلومات الجنسية للأطفال؟

(٥) ما الوسائل المعينة للتربية الجنسية؟

(٦) اذكر أكثر المشكلات الجنسية الشائعة لدى ذوي الإعاقات؟

(٧) قدم نماذج من الانحرافات الجنسية الشائعة لدى ذوي الإعاقات؟

الإرشاد الجنسي في التربية الخاصة

مُقدمة

إن الهدف الأول للإرشاد الجنسي، هو تربية النشء على التصرف بصورة مسؤولة، مع إدراك العواقب فيما يتعلق بالسلوك الجنسي. ويخطئ من يظن أن الإرشاد الجنسي ، يقتصر على دراسة وظائف الأعضاء الجنسية في الجسم كجزء من مقرر الأحياء فحسب، كما أنها ليست حصة لنشر الرذيلة، وإثارة المشاعر الجنسية داخلهم تمهيداً لممارسة الجنس خارج إطار الزواج؛ إلا أن تدريس هذه المادة، لا يرمي في الوقت نفسه إلى جعلهم يشعرون بالغثيان والكره لكل ما له علاقة بالجنس، ولا إلى إلغاء وجود هذه الأعضاء الجنسية وكل ما له علاقة بها، واستبدالها ليحل مكانها علامة استفهام كبيرة تثير التساؤلات التي لا يجوز الرد عليها أبدًا، وتبقى شغلهم الشاغل، حتى يحصلوا على خليط من المعلومات المغلوطة، والتجارب السلبية الناجمة عن الجهل (نيترشايدت، ٢٠١٠).

إن المحور الأساسي الذي يدور حوله الإرشاد الجنسي هو إدراك المظاهر الأخلاقية للسلوك الجنسي، والعلاقات الصحيحة بين الجنسين، وتتمثل هذه المظاهر في تعريف الطالب بما هو صحيح، وما هو خاطئ، وتعريفه بالمشكلات المترتبة على السلوك الجنسي المنحرف (عبد التواب، ١٩٨٨، ص٢٥).

ويسود مجال التربية الخاصة الآن اتجاه نحو ما يعرف بقضية الدمج، ومن هنا تأتى أهمية تفهم ودراسة قضايا الإرشاد الجنسي لذوى الإعاقات، مع التركيز بطبيعة الحال على مداخل وطرق تعليمهم السلوك الاجتماعى – الجنسى السوى والمقبول اجتماعيًا، خاصة وان ذوى هذه الاضطرابات غالبًا ما يتم تعليمهم فى فصول المدارس العامة (Eaves & Ho, 1996).

ولم يبدأ الإرشاد الجنسي فعليًا إلا بعد الخمسينيات حيث اعتمدت بعض الدول الغربية إدخالها في البرامج المدرسية، وأصبحت تشكل جزءًا من مقررات البيولوجيا، والتشريح، ومع ذلك، هناك دول أخرى ما تزال مترددة، أو غير مبالية بهذا الموضوع.

فمازال بعض الناس في البلدان الإسلامية ينظرون إلى الإرشاد الجنسي على أنه موضوع حساس، وأنه ينبغي عدم مصارحة الطفل، أو المراهق بالأمور الجنسية؛ فقد كان لنظرة المجتمع العربي غير الصحيحة تجاه طرح موضوع الإرشاد الجنسي أثر واضح أدى إلى اختيار مصطلح "الصحة الإنجابية" بدلاً من مصطلح " الإرشاد الجنسي، أو التربية الجنسية" في كثير من الدراسات العربية والإسلامية، مع أن المصطلح الثاني هو الأكثر شمولاً واتساعًا، ذلك لأن ثقافة المجتمعات العربية يعد موضوع الإرشاد الجنسي موضوعًا مغلقًا ترفض التدخل فيه، أو تعرف أسراره، أو حتى مناقشته والتحدث فيه (رزق، ١٩٩٤، ص٩).

هذا في الوقت الذي نجد فيه أن الإسلام قد رفع الحرج في مجال الإرشاد الجنسي، واعتبر أن أحكام البلوغ، والمراهقة، والمعاشرة الزوجية من صلب الدين؛ ذلك لأن الجنس غريزة، وجانب من جوانب الفطرة البشرية (نور الدين، ٢٠٠٣، ص٤).

وقد تضمنت السنة المطهرة آدابًا وأخلاقًا وتوجيهات كثيرة في هذا المجال، وجاءت بمثل ما جاء به القرآن من التوجيه نحو الالتزام بالأخلاق الحسنة، ونبذ السيء منها. يقول الرسول ﷺ مبينًا منزلة الأخلاق في الإسلام: " إِنَّ الْمُؤْمِنَ لَيُدْرِكُ بِحُسْنِ خُلُقِهِ دَرَجَاتِ قَائِمِ اللَّيْلِ صَائِمِ النَّهَارِ" ويقول ﷺ ايضًا: "إِنَّ اللَّهَ كَرِيمٌ يُحِبُّ الْكَرَمَ، وَمَعَالِيَ الأَخْلاقِ، وَيَكْرَهُ سَفْسَافَهَا " فالقائم الصائم المتطوع بهاتين العبادتين العظيمتين لا يبلغ فضل درجة المتحلي بالأخلاق الحسنة، والمعامل للناس بطيب نفس، والمترفع عن رذائل الأخلاق وسيئها (بالحارث، ٢٠٠٥).

إن الإرشاد الجنسي أمر فعله رسول الله ﷺ حين علم الصحابة والصحابيات بلغة راقية، وبأسلوب بسيط لا إفراط فيه، ولا تفريط كل ما يتعلق بالأمور الخاصة جدًا؛ لأن الجنس جزء من الحياة اعترف به الإسلام، ووضع له الأطر الصحيحة للتعامل معه، وكانت أموره تناقش علنًا في مجلس الرسول الكريم وقد فرق الرسول ﷺ بين الخطاب الموجه إلى البالغ والطفل حين حدد سن التكليف بالبلوغ، وأشار إلى خطورة مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة قبل قرون عدة فقد روى ابو داود عَنْ عَمْرِو بْنِ شُعَيْبٍ عَنْ أَبِيهِ عَنْ جَدِهِ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللهِ ﷺ: "مُرُوا أَوْلادَكُمْ بِالصلاةِ وَهُمْ أَبْنَاءُ سَبْعِ سِنِينَ، وَاضْرِبُوهُمْ عَلَيْهَا وَهُمْ أَبْنَاءُ عَشْرٍ، وَفَرِّقُوا بَيْنَهُمْ فِي الْمَضَاجِعِ" (صححه الألباني في صحيح ابي داود).

ويخشى الناس الخوض في مثل هذه الموضوعات واعتبارها من الأشياء التي يحرم الحديث فيها، إذ يرى الرضاوي (٢٠٠٩) أن المشكلة بشكل عام تكمن في أن هناك فراغ في المصطلحات، إذ اننا لا نملك مصطلحات جنسية بسيطة تساعد في عملية إيصال المعلومات، وكل ما نملكه إما مصطلحات علمية معقدة لا تفهم، أو مصطلحات قوية تخدش الحياء وتخون المعنى، أو مصطلحات الشارع، والملاحظ أن كبار السن لا يستطيعون الحديث عن المسائل الجنسية؛ إلا بأسلوب النكت، إذن ما يلزم هو التفكير في مصطلحات نظيفة تحافظ على قيم المجتمع، تُبلغ من خلالها معلومات لتصل إلى المستهدف بأسلوب بسيط ومقبول ومحترم، يؤهل الشخص إلى استشراف حياته الجنسية التي سيصلها في يوم من الأيام بكل أدب وعلمية واحترام.

وفي موسوعة "تحرير المرأة في عصر الرسالة" يقول الشيخ ابو شقة: "لقد توارثنا تصورًا خاطئًا مؤداه ان خلق الحياء يمنع المسلم من ان يخوض في اي حديث يتصل بأمور الجنس، وتربينا على اجتناب التعرض لأي امر من هذا القبيل، سواء بالسؤال إذا اشتدت حاجتنا إلى سؤال أم بالجواب إن طلب منا الجواب، أو بالمشاركة في مناقشة مهمة وجادة. إن الجنس وكل ما يتعلق به من قريب أو بعيد يظل – في إطار هذا التصور الخاطئ – وراء حُجُب كثيفة لا يستطيع اختراقها إلا من كان جسورًا إلى درجة الوقاحة، أو كان ماجنًا، أو كان من الدهماء الذين حرموا كل صور التهذيب".

الجنس يؤدي دورًا رئيسًا في السلوك الإنساني؛ فالشعور الجنسي أصيل، وعميق في الكيان البشري، وهو طاقة من أكثر الطاقات الموجهة لمشاعر الناس وسلوكهم. كما يعد الجنس من أهم مشكلات الحياة التي تصادف الطالب منذ طفولته؛ فقد تؤثر المشكلات الجنسية في شخصية الفرد؛ فتتدخل في نشاطه العقلي، والانفعالي، والاجتماعي، ويؤدي ذلك إلى بعض الانحرافات الجنسية، والاضطرابات النفسية (قطب، ١٩٨٣).

إن النمو الفسيولوجي الذي يحدث في مرحلة المراهقة لدى ذوي الإعاقات يجب أن يستدعي انتباه الأهل والمربين، لما لهذا النمو من انعكاسات عميقة على حياتهم في المستقبل،

والواقع أن معظم الأهل والمعلمين يفضلون تجنب الحديث عن المسائل الجنسية باعتبار أن التحدث فيها لا يخلو من الأخطاء، والمحاذير؛ فالجنس "بعبع" يجب أن يبقى قابعًا في الزاوية، والبحث فيه أمرًا خطيرًا بل رذيلة.

وللخروج من هذه الدوامة، يجدر بنا أن ننظر إلى الجنس نظرة علمية، وإنسانية؛ فالجنس مهم في حياة الكائن البشري، وعلى المراهق أن يفهم جسده جيدًا حتى يحافظ عليه، وهدف الإرشاد الجنسي هو تزويد المراهق بالمعلومات الصحيحة حول جسده، ونشاطه التناسلي، وحول الأمراض الجنسية، وكيفية الوقاية منها. وذلك من خلال الإعلام العلمي في المدرسة على أيدى اختصاصيين في الطب، وعلم النفس، والبيولوجيا؛ بالإضافة إلى الأفلام العلمية المناسبة في هذا الشأن.

عدا الإعلام العلمي، هناك الإعلام الشفوي الذي يجري بين الراشد والمراهق؛ فقد يشرح الأب لابنه من ذوي الإعاقات (أو الوالدة لابنتها) بعض الأمور الأساسية المتعلقة بطور المراهقة؛ فمن واجب الأم على سبيل المثال أن تُحضر ابنتها قبل الثانية عشرة لاستقبال المرحلة الجديدة، وأن تخبرها ما يتعلق بالعادة الشهرية، والتحولات الفسيولوجية الأخرى، ويجدر بالفتاة أن تعلم بعض الأمور في هذا الصدد منها أن الدورة تكون في البداية متقطعة، وغير مستقرة، وقد تترافق بالآلام، والاضطرابات، وهذا أمر طبيعي، ومن الممكن أن تقوم المعلمة بهذه المهمة دون الدخول في التفاصيل العلمية (لأنها ليست من اختصاصهما).

ولا بد أن يدرك المربين أن عدم إعطاء الأولاد المعلومات الصحيحة الكافية حول القضايا المتعلقة بالجنس، سوف يدفع الأولاد للحصول على معلومات من جهات مشبوهة؛ فيؤثر ذلك على أخلاقهم، ونفسياتهم، وعقولهم. ولا ينبغي أن يعتقد الأب حرمة الحديث عن القضايا المتعلقة بالجنس، وتعليم الأولاد الاتجاهات الصحيحة في ذلك؛ بل هي جائزة، وربما كانت واجبة في بعض الأحيان إذا ترتب عليها حكم شرعي (باحارث، ب).

إن مكمن الخطورة في إعراض الآباء، والمربين – من وجهة نظرهم – عن مناقشة تلك القضية؛ ما قد يترتب عليها من المشكلات، والانحرافات الجنسية التي قد لا يحمد عقباها في المستقبل، والتي قد تكون سببًا في العديد من المشكلات التي تزلزل كيان الأسرة، وقد تكون في

بعض الأحيان سببًا في تصدعها. هذا بخلاف ما قد يترتب على ذلك من تصدع البناء النفسي، والاجتماعي لذوي الإعاقات أطفالاً، ومراهقين؛ بالإضافة إلى انتشار الأمراض الجنسية الخطيرة بينهم.

فإذا لم يستمد ذوي الإعاقات تلك المعلومات من أشخاص متخصصين، أو أمناء في توصليها؛ فقد يستمدونها عن طريق: الرفاق، أو المطالعات السرية، أو الانترنت... وغيرها من الطرائق الأخرى، وغالبًا ما تكون هذه المعلومات مغلوطة، وسطحية، وغير صحيحة.

إن مفهوم الجنس يجب أن يعتمد على الأسس العلمية، والإنسانية؛ فمن الضروري أن يتعرف الإنسان على جسده، ويفهم وظائفه البيولوجية، والتناسلية، كما أنه من الضروري أن يفهم هذه الوظائف عند الجنس الآخر، وبذلك يصبح أكثر قدرة على محبة نفسه والآخر، وهناك المفهوم الإنساني للجنس، وهو أن الجنس ليس مصدرًا، أو طريقًا للرذيلة بقدر ما هو طاقة حيوية يجب أن تتكامل مع الأنا من خلال العلاقة الصادقة مع الآخر والعالم.

إن الخوض في الموضوعات الجنسية من أصعب الأمور التي تواجهنا كون أن بعض المجتمعات تنظر إلى مسألة الجنس عند المراهقين نظرة سلبية، وحتى أن كثيرًا من المجتمعات لا تنظر إلى وجود حياة جنسية؛ بل تنظر إلى مظاهر الجنس كسلوك مع أنه يوجد فرق بين ما هو جنسي، وما هو تناسلي؛ فالجنس بناء جسدي عاطفي يطال كل النفس، وسائر الجسد، في حين التناسلي ليس له إلا وظيفة تهدف من خلال هذا البناء؛ فالحياة الجنسية تهدف للذة، والبناء التناسلي وسيلة لهذه الشهوات.

ولا تختلف هذه المظاهر عند الأشخاص ذوي الإعاقة عن غيرهم؛ لكن طرائق التربية والتوجيه يجب أن تكون أدق، بحيث يجب توجيه الفتيات من أجل منع تعرضهن للاستغلال الجنسي؛ مما يؤدي إلى مشكلات نفسية، وقد يصر البعض على استخدام العقاب إزاء أي مظهر جنسي، أو أساليب التهديد، والتهويل، والتي قد تؤدي إلى مشكلات نفسية معقدة، إن الأمور الصحية البحتة، وطرائق الوقاية تعد جزءًا يسيرًا من مجمل الإرشاد الجنسي للأطفال ذوي الإعاقة، ويجب أن تركز المناهج التربوية الخاصة على الأمور الصحية كحل أساس لقضايا الجنس، وباتجاه اكتساب تربية جنسية مناسبة. من المهم أن يتحسس الوالدان، والمعلمين مشكلات الطالب الجنسية للقيام بتطبيق برنامج ناجح وفعال.

إن ما قد يعيق تناول قضايا الجنس والسلوك الجنسى لدى ذوى الإعاقات ما تكشف عنه نتائج دراسات كثيرة فى المجال من وجود اتجاهات واعتقادات مجتمعية سلبية وخاطئة فى نفس الوقت نحو هذه القضايا، فقد كان يُنظر فى الماضى لهؤلاء الأفراد بوصفهم أفراد لا يمكنهم الوعى بمسألة الجنس والسلوك الجنسى وانهم لا يهتمون على الإطلاق بالعلاقات العاطفية ولا يشغل بالهم إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين، وبالتالى هم لا يفكرون فى الجنس ويكتفون بما يعرف الإشباع الذاتى الانفرادى، وليس العلاقة الجنسية مكتملة الأركان (DeMyer, 1979).

وأخيرًا، هناك معتقد بأن الإرشاد الجنسي ستؤدي إلى تأجيج المشاعر الجنس لدى الأشخاص ذوي الإعاقة؛ مما يحثهم على القيام بسلوكيات جنسية لم يكونوا ليفعلوها بشكل طبيعي. سبب ذلك هو الاعتقاد بأن الحديث عن هذه المواضيع يثير صراعات، ورغبات كانت ستبقى مكبوتة من دون الحديث عنها، وبأن المعرفة تزيد من حدة الدوافع غير القابلة للسيطرة أو للإشباع. في الواقع، ليس هناك أي دليل بحثي يثبت هذا. إذ أن الإرشاد الجنسي يؤدي إلى عكس ذلك؛ لأنها تعلم السيطرة والمسؤولية. بل وتظهر البحوث أن الإرشاد الجنسي المنطلق من معلومات محدثة وذات مصداقية علمية، ومقدمة من قبل متخصصين ومؤهلين، تقلل من السلوكيات الجنسية غير اللائقة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة (Ballan, 2001).

من هنا تأتي أهمية الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقة، والتي تهدف إلى إعطائهم المعلومات الصحيحة، وتنمية الأفكار الايجابية، والاتجاهات السوية لديهم نحو أهداف الجنس، وتحريرهم من الخبرات والسلوكيات الجنسية غير المقبولة، وفي نهاية المطاف نجد أنه لابد من ترسيخ هذا المفهوم في أذهان المربين، والمعلمين، والآباء ليتمكنوا من توجيه ذوي الإعاقة إلى الإرشاد الجنسي الصحيحة.

❁ أكثر المشكلات الجنسية الشائعة لدى ذوى الإعاقات

إن كل انحراف جنسي له آثاره السلبية على البناء النفسي للإنسان، ويفقده توازنه. إذ أن الإنسان الطبيعي يميل إلى مخالفة جنسه، أي أن الرجل يميل إلى المرأة بفطرته، والمرأة

تميل إلى الرجل بفطرتها، وهذا الميل من أشد الغرائز المتأصلة فيه، والتي تضمن بقاء نسله، فأي عمل يؤدي إلى تحوير هذا الميل الطبيعي عن مساره يعد نوعًا من المرض، والانحراف النفسي في الإنسان.

مصادر اكتشاف المشكلة:

(١) ولي الأمر.

(٢) ملحوظات المعلمين.

(٣) الشكاوي التي ترد إلى إدارة المدرسة.

(٤) من خلال المشاكسات التي تحدث بين الطلبة.

(٥) ما يعرفه بعض الطلبة من معلومات عن زملائهم.

(٦) مظهر الطالب، وسلوكه، وعدم استقراره، أو ارتباكه، وعدم توافقه مع البيئة المدرسية.

أسباب المشكلة:

(١) رفقاء السوء الذين يعانون من المشكلة.

(٢) تبادل الصور، والأفلام غير الأخلاقية.

(٣) ضعف الخبرة في جوانب الإرشاد الجنسي.

(٤) التقليد، والمحاكاة للآخرين، وخصوصًا من الصغار.

(٥) تحرشات الآخرين، وفحش الألفاظ التي يتلقاها صاحب المشكلة.

(٦) وجود مشكلة خارج المدرسة تتيح فرصة الممارسة (غير السليمة).

(٧) ضعف الرقابة، والتربية لدى بعض الأسر، أو الظروف الاقتصادية.

(٨) استغلال انخفاض معامل الذكاء لدى بعض الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية وغيرهم من قبل كبار السن، أو المراهقين.

(٩) انكسار الحاجز النفسي لدى الطفل بممارسة اللواط عفويًا مع قريب، أو صديق لظروف جمعت بينهما في وقت غفلة وفراغ.

الأساليب الخاطئة التي تمارس في التعامل مع المشكلة:

(١) عدم الاستعانة بمختص في علاج المشكلة.

(٢) التعجل في حل المشكلة بدعوة ولي الأمر لمعالجة المشكلة.
(٣) عدم التصدي للمشكلات الأخلاقية البسيطة عند ظهورها.
(٤) عدم التعرف على الأسباب الحقيقية التي أدت إلى المشكلة.
(٥) التشهير بالطالب، وفضح أمره مما قد يزيد فرصة الممارسة.
(٦) التهاون في علاج المشكلة؛ مما قد يؤدي إلى استفحال الحالة.
(٧) عدم الاتصال بولي الأمر لمعرفة الظروف التي يمر بها الطالب.

الأساليب التربوية المناسبة للتعامل مع المشكلة:

(١) معرفة أسباب المشكلة.
(٢) معرفة الدوافع الكامنة خلف المشكلة.
(٣) الاستعانة بمختص في علاج مثل هذه الحالات.
(٤) التعرف على حقيقة شخصية الطالب لتحديد العلاج.
(٥) تعزيز السلوك الرجولي، والوقوف في وجه الألفاظ البذيئة.
(٦) التركيز على توعية الطلبة من خلال المحاضرات، والندوات.
(٧) في بعض الحالات قد يكون هناك حاجة إلى علاج طبي بالعقاقير.
(٨) تخويفه بالله ﷻ، وتبيين آثار فعل اللواط الدينية، والدنيوية، والصحية.
(٩) التعرف على الأشخاص الذين لهم علاقة بالمشكلة ثم البدء بالأهم منهم.
(١٠) التعرف على نفسية ولي الأمر، وعقليته، وثقافته، ومحاولة استقراء ردود الفعل لديه قبل أن يتعرف على المشكلة.
(١١) البدء بإيقاف الممارسات بصورة مناسبة بعيدا عن الإثارة، ومحاولة السيطرة على المعلومات حول المشكلة.
(١٢) مراقبة السلوك الحركي، والمظهر الخارجي للطلبة، وعدم السماح بالقصات، والميوعة في الكلام، أو المشي.

وتشير البحوث والدراسات في هذا المجال إلى أن أسباب الانحرافات الجنسية لدى ذوي الإعاقات، والعاديين متشابكة ومتعددة، فلم يتمكن العلماء حتى الآن من تحديد سبب عضوي

ذى علاقة بهذه الانحرافات؛ إلا أنهم من خلال دراسات البيئة والتعلم الشرطى للعادات السيئة تمكنوا نوعًا ما من تحديد بعض هذه الأسباب وذلك على النحو التالى :

(١) الاضطرابات النفسية الناتجة عن خلل بيولوجي؛ مثل: خلل الجهاز العصبى الذاتى، أو خلل الجهاز التناسلى، أو اختلال إفرازات الغدد، والبكور الجنسى، أو تأخر البلوغ، أو العقم، ونقص الخصائص الجنسية الثانوية، أو البلوغ الجنسى وما يصاحبه من سوء توافق، ونقص فى المعلومات، والانزعاج والقلق، والمخاوف، ونقص التربية الجنسية، أو انعدامها، والعنوسة، أو تأخر الزواج، أو الحرمان الجنسى رغم الزواج، أو الانفصال... الخ.

(٢) الاضطرابات الوراثية، ومثال ذلك تغلب عضو جنسى على آخر.

(٣) العوامل العضوية؛ مثل: الأمراض المعدية، والأمراض العقلية، وموانع الاتصال الطبيعى، والإصابات والتشوهات الخلقية... الخ.

(٤) الأسباب النفسية؛ مثل: الصراع بين الدوافع والغرائز، وبين المعايير الخلقية والقيم الاجتماعية، وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسى، والإحباط الجنسى ومخاوف الجنس، والتكوص الانفعالى وسوء التكيف، والخبرات السيئة والعادات غير الصحيحة، وعدم الشعور باللذة والسعادة؛ مما يدفع الفرد للجنس كمصدر للحصول على اللذة المفقودة، وما إلى ذلك.

(٥) الأسباب البيئية والحضارية والثقافية والمرضية واضطراب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمجتمع والصحبة السيئة وسوء الأحوال الاقتصادية ووفرة المثيرات الجنسية... الخ (أبو حلاوة، د - ت).

❁ نماذج من المشكلات الجنسية

إن وقوع حالات من الانحراف الجنسي في سلوك بعض افراد المجتمع المسلم لا يعد أمرًا مستغربًا حتى في أطهر وأرقى المجتمعات الإنسانية، فما زال كثير من الناس على مر العصور لا سيما من فئة الشباب يقعون في أخطاء سلوكية منحرفة، مُنساقين إليها بدافع الشهوة

الملح، مع اعتقادهم الراسخ، ويقينهم الكامل بأنهم أتوا حرامًا، وخطأ يُوجب عليهم التوبة، ويُلح عليهم بوخز الضمير، وإنما تكمن المعضلة، وتعْظُم المشكلة عندما يصبح الانحراف الجنسي قضية فكرية، ومنطقًا عقليًا، تدعمه الحجة والبرهان، وليس مجرد سلوك خاطئ يوشك أن يُقْلع عنه صاحبه، ويتوب من تعاطيه (باحارث، ب.ت).

الانحرافات الجنسية هي سلوك متعلم من البيئة، والمجتمع، والأسرة، والمدرسة، ولو أحسن المربون عمليات التنشئة الاجتماعية الصحيحة لكان بإمكانهم أن يتداركوا هذه النوعيات من التصدع، والزلل ومن أهمها:

(١) الإساءة الجنسية لذوي الإعاقات

أو ما يطلق عليه مسمى "التحرش الجنسي" إلى كل إثارة يتعرض لها الطفل/ الطفلة عن عمد، وذلك بتعرضه للمشاهد الفاضحة، أو الصور الجنسية، أو العارية، أو غير ذلك من مثيرات كتعمد ملامسة أعضائه التناسلية، أو حثه على لمس أعضاء شخص آخر، أو تعليمه عادات سيئة – كالاستمناء مثلاً – فضلا عن الاعتداء الجنسي المباشر في صوره المعروفة، الطبيعي منها، والشاذ.

إن برامج منع الإساءة الجنسية هي جزء لا يتجزأ من برامج الإرشاد الجنسية، ولا يجوز فصلها عنها. أما البرامج التي يتم فصلها عن التربية للحياة الاجتماعية والجنسية، فمن شأنها أن تؤدي إلى حالات هلع مفرطة لدى مجموعة ذوي الإعاقة، وأن تؤدي بالتالي إلى رفض أو إنكار للحياة الجنسية. على الأشخاص ذوي الإعاقة أن يذوقوا حقيقة أن العالم الجنسي يضم نواحي جميلة وممتعة وإلى جانبها نواح خطيرة.

وتتضمن الإساءة الجنسية مدى واسع من المناشط، أو الممارسات الجنسية التي تفرض على شخص ما، أو التي يتعرض لها شخصًا بالإكراه، أو الإجبار. ويعد ذوي الإعاقة الفكرية أكثر فئات الأطفال تعرضًا لمختلف صيغ الإساءة الجنسية وهم بصفة عامة غير قادرون على التصدي لهذه الممارسات، أو منع مرتكبيها من الإتيان بها لعجزهم، أو لعدم قدرتهم على تفهم معني، أو دلالة ما يتعرضون له من إساءة ونتيجة للضغوط الشديدة التي تفرض عليهم للإذعان، أو لتقبل هذه الممارسات في ظل الخوف الشديد الذي يبثه الجناة في نفوسهم إضافة

إلى ميل ذوي الإعاقة الفكرية بصفة عامة إلى البحث عن التقبل من قبل مرتكب الإساءة، أو لاعتمادهم في علاقاتهم بصفة عامة عليه (رينولدز، بت).

ووفقًا لنتائج كثير من البحوث يشير سوبسي وفارنهيجين (Sobsey and Varnhagen,1989) إلى أن معظم الأشخاص ذوي الإعاقة بغض النظر عن فئة الإعاقة يتعرضون بشكل، أو بآخر من أشكال الاعتداء الجنسي، أو الإساءة الجنسية.

وبالتالي يمكن التأكيد مع سوبسي ودوي (Sobsey and Doe,1991) أن الضحايا ذوي القصور في القدرة العقلية، أو ذوي الإعاقة الفكرية أكثر احتمالاً للتعرض للإساءة بصيغها المختلفة خاصة الإساءة الجنسية.

كما كشفت نتائج الدراسة التي قام بها العديد من الباحثين أن ما بين ١٦ - ٢٥٪ من الأشخاص ذوى اضطراب طيف التوحد تعرضوا للإساءة الجنسية (Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin, 2005)

هذا وقد كشفت دراسة فالنتي هاين وتشوارتز (Valenti – Hein and Schwartz,1995) عن أن أكثر من ٩٠٪ من الأشخاص ذوي الإعاقات النمائية يتعرضون للإساءة الجنسية خلال وقت ما من حياتهم بل أن ٤٠٪ منهم يتعرضون لعشرة أحداث إساءة، أو أكثر بما يعني أن الإساءة الجنسية لذوي الإعاقات النمائية لها طابع التكرار والتواتر بالنسبة لعدد كبير منهم .

ومن أشكال الاستغلال والإساءة الجنسية لذوي الإعاقات:

(١) كشف الأعضاء التناسلية.

(٢) إزالة الملابس والثياب عن ذي الإعاقة.

(٣) ملامسة أو ملاطفة جسدية خاصة.

(٤) التلصص على ذي الإعاقة.

(٥) تعريض ذي الإعاقة لصور ، أو أفلام فاضحة.

(٦) أعمال مشينة غير أخلاقية كإجبار ذي الإعاقة على التلفظ بألفاظ فاضحة.

(٧) اغتصاب ذي الإعاقة.

ومن اسباب الاعتداء الجنسي على ذوي الإعاقات:

هناك عدد من الأسباب التي قد تؤدي لوقوع الإيذاء الجنسي على ذوي الإعاقة من بينها ما يأتي:

(١) القدرات العقلية المنخفضة لدى فئات منهم.

(٢) سهولة رضوخهم لوعيد وتهديد من يقوم باستغلالهم.

(٣) قابليتهم للإغراء المادي عالية (أموال، وحلوى، وهدايا).

(٤) ضعف الإرادة لدى الطفل ذي الإعاقة؛ مما يجعله من دون مقاومة.

(٥) صعوبة إدانة من يستغلهم جنسيًا بسبب قدراتهم العقلية الضعيفة.

(٦) الانخفاض في مستوى الكفاية الاجتماعية (القيم، والأعراف، والتقاليد).

(٧) عدم قدرته على التواصل مع الوالدين لأسباب عقلية ولغوية؛ مما يجعل الوالدين دون إطلاع على ما تعرض إليه الطفل ذي الإعاقة.

(٨) قد يخفي الطفل ما تعرض له من استغلال جنسي نتيجة شعوره بالخجل، أو الخوف من الوالدين.

يمكن اقتراح عدد من العوامل التي تفسير سبب كون ذوي الإعاقة أكثر عرضةً للاستغلال الجنسي:

(١) يعتقد مُرتكبو مخالفات الاعتداء الجنسية أن التحرش بشخص استثنائي هو أكثر سهولة، لأنه لن يُبلِغ عن ذلك، أو لأن بلاغه يعد بلا مصداقية. إن غياب القدرة على الاتصال الكلامي مع قسم كبير من المجموعة التي نعالجها، يُصعب من إمكانية كشف الاستغلال الجنسي والتحقيق فيه، وهو يعد بمثابة نقطة لصالح الشخص الذي يُزمع على استغلال هذه المجموعة.

(٢) الأشخاص ذوو الإعاقة لا يتلقون معلومات وتحضير حول التحرش الجنسي، خلافًا للمجموعة للعاديين، وبالتالي فهم يجدون صعوبة في ملاحظة التحرش اللاحق بهم وتفاديه. وتتجسد المشكلة خصوصًا لدى مجموعة الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية

البسيطة التي يجري دمجها ضمن المجتمع، سواء في السكن، أو العمل، أو قضاء وقت الفراغ، وهذا ما يجعل منها مجموعة سهلة ومعرضة للاستغلال الجنسي.

(٣) الأطفال والبالغون ذوو الإعاقة متعلقون بجهات علاجية كثيرة قد تستغل وضعية تعلقهم هذه، وبالتالي يتم استغلالهم جنسيًا. إن التعلق اليومي بالعلاج ودعم افراد العائلة وأعضاء الطاقم قد يموه الحد ما بين العلاج المسؤول والمخلص وبين استغلال الوضع بغية إشباع الغريزة الجنسية لدى المُعالِج.

(٤) غالبا ما يحظى الأطفال والبالغون ذوو الإعاقة بعاطفة اقل في علاقتهم بأفراد العائلة والأصدقاء. وهكذا فإنهم قد يتقبلون، برضى، أي مظهر من الاهتمام والصداقة، حتى لو قاد الأمر إلى إقامة علاقات جنسية. وقد تؤدي العلاقة الشعورية القوية التي تنشأ بين الشخص ذي الإعاقة وبين مَن يعالجه، إلى عدم الوعي والتمييز ما بين الاستغلال الجنسي وبين حالات الحب والعطاء.

مرتكبي الاعتداء الجنسي على ذوي الإعاقات:

المعتدي هو شخص يكبر الضحية بخمس سنوات على الأقل، وعلى علاقة وثيقة بالضحية، وقد كشفت نتائج البحوث السابقة أن أكثر من (٧٥٪) من المعتدين هم ممن على علاقة قرابه بالمعتدي عليه؛ مثل: الأب، أو الأخ، أو العم، أو الخال، أو الجد، أو معروفين للضحية ويتم الاعتداء عن طريق التودد، أو الترغيب (وهو استخدام الرشوة، والملاطفة، تقديم الهدايا... الخ)، أو الترهيب أو التهديد(هو التخويف من إفشاء السر أو الكشف عن الاعتداء). وذلك عن طريق: الضرب، أو التهديد بالتوقف عن حب الطفل، أو عدم أخذ الطفل إلى أماكن يحبها، أو التخلي عن الطفل بأنه السبب؛ لأنه هو يريد ذلك.

هذا الاعتداء يتم بسرية كاملة حيث يلجأ المعتدي بإقناع، أو ترهيب الطفل بضرورة إخفاء الموضوع وعدم الكشف عنه. ونادرا ما يستخدم المعتدي القوة مع الضحية خوفا من ترك آثار على جسمها الأمر الذي يثير شكوكًا حول ذلك.

وقد كشفت نتائج دراسة بلاديريان (Baladerian,1991) إلى أن ما بين ٩٧٪ – ٩٩٪ من مرتكبي الإساءة الجنسية ضد ذوي الإعاقات النمائية هم أشخاص معروفون جيدًا

للضحايا بل ومحل ثقة؛ بينما أن ٣٢٪ من حالات الإساءة الجنسية تتم على يد أعضاء الأسرة، أو الأشخاص محل الثقة، والمعروفين للضحايا، كما أن ٤٤٪ من حالات الإساءة الجنسية تتم على يد أشخاصًا لهم علاقات معينة مرتبطة بإعاقة الضحية (مثل أعضاء الرعاية في نزل الإقامة الداخلية؛ وسائقي السيارات التي يستخدمها ذوو الإعاقة؛ وأخصائيو الرعاية الصحية والنفسية)؛ وبالتالي لا تقتصر نظم علاج هذه الظاهرة على استهداف الضحايا بتلبية وإشباع احتياجاتهم الخاصة، ولكن يجب أن تستهدف كذلك كل المتغيرات التي تزيد من احتمالات التعرض لمخاطر الإساءة الجنسية.

مؤشرات الاعتداء الجنسي على ذوي الإعاقات:

ينتج عن التعرض للإساءة الجنسية تأثيرات نفسية وبدنية وسلوكية شديدة الضرر، أو الخطورة. ويشير توار(Tower,1989) ؛ فالطلبة الذين يتعرضون للإساءة الجنسية منذ فترة مبكرة من حياتهم ولمدة زمنية طويلة على يد شخص معروف ومحل ثقة يعانون من أضرار شديدة تطال معظم بناؤهم النفسي مقارنة بالأشخاص الذين يتعرضون للإساءة الجنسية في فترة متأخرة من حياتهم ولعدد مرات قليلة وبصورة غير عدوانية وعلى يد أشخاصًا غير معروفين لهم وبغض النظر عن الظروف المحيطة بالإساءة الجنسية (مثل المدة الزمنية التي تحدث فيها؛ مرتكب هذه الإساءة؛ وعمر الضحية) فإن كل صيغ الإساءة الجنسية خطيرة ولها تأثير شديد الضرر بل قد يكون تأثير مضمر لضحاياها خاصة إذا لم يتم التصدي لها، أو التحدث عنها (رينولدز، بت).

هناك علامات ودلائل نفسية وجسمية قد توحي بوجود اعتداء جنسي يقع على الطفل ذي الإعاقة من بينها ما يلي:

(١) قلة النشاط.

(٢) اضطرابات في النوم.

(٣) فقدان الشهية للطعام.

(٤) شكواه من إصابات جسمية في الأعضاء التناسلية.

(٥) الانعزال والانطواء وعدم الإحساس بالأمان النفسي.

(٦) انعزال الأطفال أو المراهقين مع بعضة لوقت طويل.

(٧) محاولة الطفل ممارسة العملية الجنسية أو مقدماتها.

(٨) غياب الطفل لفترات طويل عن المنزل دون سبب مقبول.

(٩) توفر المال والهدايا و الحلوى مجهولة المصدر لدى الطفل.

(١٠) وجود علاقات غريبة بين الطفل واحد الخدام، او السائقين في المنزل.

(١١) عدم الرغبة في الذهاب إلى أماكن معينة او الذهاب إلى أشخاص معينين.

(١٢) رضوخ الطفل لطلبات أحد الطلبة خوفا منه سواء كان من الأسرة او غيرها.

(١٣) ان يكون لدى الطفل معرفة ببعض المسائل الجنسية الغير مناسبة لعمره و قدراته و ظروفه.

(١٤) خوف الطفل من أن يلمسه أحد عند الاستحمام أو خوفه من الأماكن النائية والمقلقة.

وهناك عدداً من فنيات التدريب يمكن بمقتضاها تعليم ضحايا الإساءة الجنسية من ذوي الإعاقة:

(١) مهارات تأمين الذات، أو الدفاع عن الذات.

(٢) مهارات الحفاظ على سلامة الجسد.

(٣) مهارات الإبلاغ عن واقعة، أو وقائع الإساءة.

ويتعين على العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية على وجه الخصوص خاصة حال التعامل مع ذوي الإعاقات النمائية أن يتفهموا طبيعة الإعاقة بصورة عامة، والخصائص النفسية والسلوكية لذوي الإعاقات بصفة خاصة، وان يقر في قناعتهم أن بإمكان ضحايا الإساءة الجنسية من ذوي الإعاقات النمائية الاستفادة من طرائق، أو انواع الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة. صحيح يوجد ندرة في المعالجين النفسيين المؤهلين للعمل في مثل هذا المجال إلا ان هذا الأمر يحتم بطبيعة الحال اهتمام مؤسسات التربية والتعليم بإعداد مثل هذه النوعية من المتخصصين وتأهيلهم في مجالات الإساءة الجنسية بصفة عامة، وفي مجال

العلاقة بين الإعاقات والإرشاد الجنسي بكل ما تتضمنه من موضوعات ومنها في الحقيقة موضوع تعليم ذوي الإعاقة مهارات السلامة الشخصية ومهارات حماية، أو تأمين الذات.

وهناك خطوتان للتصدي لهذا هما:

الخطوة الأول: في طريق تخفيض، أو تقليل تكرار تعرض ذوي الإعاقة للإساءة الجنسية تتمثل في:

(١) الإدراك والتقييم الواقعي لحجم المشكلة، ومعدل انتشارها.

(٢) التصدي النشط للحقيقة الوقحة التي مفادها أن ذوي الإعاقات النمائية أكثر عرضه للإساءة الجنسية مقارنة بأقرانهم غير ذوي الإعاقة.

الخطوة الثانية، التي يمكن من خلالها تقليل، أو تخفيض معدل تعرض ذوي الإعاقة للإساءة الجنسية تتمثل في:

(١) تعليمهم مختلف متضمنات الإرشاد الجنسي (المعرفة، والمعلومات، والاتجاهات والقيم، المهارات، والسلوكيات).

(٢) تحسين نوعية إجراءات التحقيق واتخاذ الإجراءات القانونية المطلوبة ضد الجناة.

(٣) تهيئة بيئة تفاعل قائمة على الأمن والسلامة النفسية تسمح للضحايا بالبوح، أو التعبير عن ما يتعرضون له من إساءة.

(٤) وأخيرًا تطبيق السياسات التي تزيد من الأمن والسلامة البدنية والنفسية لذوي الإعاقة؛ على سبيل المثال: دراسة التاريخ السابق للموظفين الجدد المنضمين إلى العمل في مؤسسات رعاية وتربية ذوي الإعاقة، واستبعاد من يشك في احتمال قيامه بسلوكيات الإساءة من العمل في مثل هذه المؤسسات (رينولدز، بت).

إن إحدى الطرق التعلمية لتفادي الأوضاع التي قد تؤدي إلى الاستغلال الجنسي، هي من خلال برنامج "الدوائر" الذي تم تطويره خصيصًا للشخص ذي الإعاقة، وذلك بواسطة التجسيد الصوَري (عبر حلقات ملونة مختلفة) يتم تعليم مفهوم المساحة الشخصية والمساحة الاجتماعية. يتم خلال هذا التمرين تعليم سلوكيات ملائمة لعلاقات القرب، والبعد، والسلوك الجنسي الذي يلائم كل وضع. من الضروري أن يقوم بتطبيق برنامج الإرشاد

الجنسي اخصائيون مؤهلون في المجال، وعادةً ما يتم تطبيق البرنامج من خلال مجموعة وسائل إيضاح ملائمة لأعضاء هذه المجموعة.

تؤكد تقارير الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال American Academy of Pediatrics ان احتمالات الإساءة من شأنها ان تنخفض حين تتم مناقشة المسائل والسلوكيات الجنسية، بشكل منفتح، داخل العائلة، وحين يتم تعزيز النمو الجنسي كجزء لا يتجزأ من مراحل النمو https://www.nfaap.org/net .

(٢) الجنسية المثلية Homosexuality

ميل جنسي قوي عند الطالب إلى طالب آخر من نفس الجنس، وقد يكون هذا النوع من الحب الجسدي متبادلاً، وقد يمارسه طرف واحد كما يقوم على الاهتمام بشخصية الطالب الآخر، او عمله، ومن افراد هذه الفئة من يشعر بخوف، وذعر، وتقزز من أفراد الجنس الآخر، وتكون مشكلته اعمق، وحين تنتشر هذه العلاقة الانحرافية بين الذكور يطلق عليها اللواط، وحين تنتشر بين الإناث يطلق عليها السحاق lesbianism، وهي من المشكلات الشائعة الحدوث، وخاصة في اماكن المدارس الداخلية.

إن سبب الجنسية المثلية هو انحراف طرائق إشباع حاجة الجنس الطبيعية إلى ممارسة تلك العلاقة مع نفس الجنس، وذلك لمساعدة الظروف، وتوافر الفرص في ذلك، وتشتد الجنسية المثلية في سن المراهقة تلك المرحلة التي تتصف بالطاقة الجنسية العارمة، وهذه العلاقة ما هي إلا لتصريف لتلك الطاقة التي يعاني منها المراهق، أو المراهقة، وترجع هذه المشكلة إلى عدد من العوامل البيولوجية، والتشريحية، واخرى اجتماعية تؤدي دورًا مهمًا في تلك الظاهرة، نلخصها في النقاط التالية:

(١) إن اغلب الفتيان – أو الفتيات – ذوي الإعاقة الذين يقعون ضحية لهذه الممارسات السيئة هم ضحايا لشذوذ أشخاص شواذ يهاجمون دائمًا الفتي الانطوائي، أو الخجول، والذي ليس لديه القدرة على تأكيد ذاته.

(٢) استغلال أصحاب النفوس الضعيفة للحالة التي يكون عليها الفتي – أو الفتاة – ذو الإعاقة من عدم إدراكه لما يقومون به معه، أو خوفه من الفاعل..

(٣) التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يعيش فيها الفرد، والتي لا تتوافر فيها التربية الإسلامية الصحيحة، وعدم تنشئة الطالب على السمو الأخلاقي الديني، وحثه على التحلي بالسمو الروحي الذي يستمد من تعاليم الدين الإسلامي.

(٤) من الناحية التشريحية قد يكون لدى الطالب بعض المظاهر التشريحية الأولية، والثانوية الواضحة، والمميزة بوجود الخلايا الذكرية في مسام المبيض كظاهرة تكوينية لدى المرأة، أو مناطق مسامية في الغدة التناسلية لدى الرجل.

وهناك كثيرًا من الأمراض التناسلية؛ مثل: الهربس، والسيلان، والزهري، والإيدز، وكذلك الأمراض الجلدية الكثيرة؛ مثل: التقرحات، والطفيليات... وغيرها تنتقل عن طريق ملامسة، أو التقاء الأعضاء التناسلية لأنثيين مع بعضهما، وقد حصلت حالات حمل لنساء لم يكن متزوجات بسبب السحاق مع أخريات متزوجات، وهذا مرده أن تكون إحداهن قد باشرت الجماع مع زوجها، ومن ثم ارتكبت عملية السحاق مع مثيلتها.

والشخص الذي يسلم نفسه لممارسة هذا العمل معه يشعر شيئًا فشيئًا بإحساسات المرارة، ويورث هذا العمل الطرفين الفاعل، والمفعول به ضعفا مفرطًا في الجنس حتى انه لا يستطيع بعد مدة على المعاشرة الطبيعية مع جنسه المخالف، ومع ملاحظة أن الإحساسات الجنسية (بالنسبة للرجل، والمرأة) لها تأثيرها في أعضاء بدن كل منهما، كما أن لها تأثيرها على روحية كل منهما، وأخلاقه. تتضح أن فقدان الإحساسات الطبيعية إلى أي درجة سيؤثر على روح الإنسان، وجسمه حتى انه من الممكن أن يبتلى الطلبة من هؤلاء بالضعف الجنسي الذي يؤدي إلى عدم القدرة على الإنجاب، والتوليد، وهؤلاء الأشخاص – غالبًا – ليسوا أصحاء من الناحية النفسية، ويشعرون في داخلهم أنهم غرباء عن أنفسهم، وغرباء عن مجتمعهم، ويفقدون بالتدريج القدرة على الإرادة التي هي أساس النجاح، وشرط من شروطه ويعانوا من الاضطراب، والقلق، وإذا لم يصمموا على إصلاح أنفسهم فورًا، ولم يستعينوا باللجوء إلى الله ﷻ لإعانتهم على الإقلاع من هذا المرض العضال فسيغدو هذا العمل عندهم عادة يصعب تركها، فإن أي، وقت لترك هذا العمل القبيح لا يعد خارجًا عن أوانه، بل لابد من التصميم الجاد، والتوبة الصدوق، واللجوء للخالق، وذلك للتخلص من أدران هذا المرض، وآثاره.

وكشفت نتائج دراسة هاراكوبوس، وبيدرسن Haracopos & Pedersen (1992) والتى أجريت على (٨١) فردًا من ذوى اضطراب التوحد ممن يعيشون فى منازل جماعية عن أن ٧٤٪ منهم يأتون سلوكيات جنسية غير مقبولة اجتماعيًا؛ مثل: الاستمناء العلنى، والسلوك الجنسى الشاذ مع الآخرين، فقد اظهر (١٠٪) منهم أن لديهم رغبة فى الجنسية المثلية.

ويتم العلاج بالطرائق التالية:

(١) الزواج في سن مبكرة لمن لديه الأهلية لذلك.

(٢) الابتعاد عن رفقاء السوء، واختيار الرفقة الصالحة.

(٣) ينبغي تعميم الإرشاد الجنسي على ذوي الإعاقات في مختلف الأعمار.

(٤) غض البصر عن المحرمات سواء في الشارع، أو عبر الصحف، والأفلام.

(٥) ممارسة الرياضة بصفة عامة، أو القراءة، والانشغال بأمور تعود بالنفع، والفضيلة.

(٦) الاهتمام بالتعاليم الدينية، والتأكيد على أن هذه الظاهرة محرمة، وغيرها من العلاقات الغير شرعية، و استشعار خوف الله ﷻ في كل الأحوال.

(٧) المداومة على صوم النفل بوجه عام؛ فالصوم فيه كبح للشهوة، وتخفيف لحدتها.

(٨) ينبغي على الوالدين توجيه أبنائهم من ذوي الإعاقات، ونصحهم، وينبغي الابتعاد عن التكتم على هذه الظاهرة، وأن تعم المصارحة بين الآباء، والأبناء.

(٩) العلاج السلوكي، والذي يقوم به الأخصائي النفسي، أو المعالج السلوكي.

وينبغي على الوالد أو الوالدة ما يلي:

(١) ان يحذر الأب كل من لا يخاف الله من الفساق، حتى وإن كان بعضهم من الأقرباء، أو الجيران، أو الأساتذة، فإن الإحصاءات في أمريكا تشير إلى أن أكثر الاعتداءات الجنسية على الأطفال تقع مع أفراد يعرفونهم مثل أستاذ المدرسة، أو طبيب العائلة، أو مستشار المخيم، فلا يترك الأب مجالاً لخلوة الولد بأحد هؤلاء مهما كانت الظروف.

(٢) اختيار الأب لأصدقاء الولد ممن هم في سنه، أو أصغر سنًا يعد اختيارًا حسنًا مأمونًا، فلا يتركه يصاحب الكبار من الصبيان إلا أن يضمن، ويتأكد من استقامتهم، وحسن تربيتهم.

(٣) لابد للأب من تربية ولده الصغير على الرجولة والخشونة، خاصة إن كان الولد جميل المطلع، أبيض اللون، ممتلئ الجسم، فيعوده الخشونة في المأكل والملبس، ويعوده الرياضة القوية، التي تبني جسمه وتخشن جلده، ولا بأس أن يعوده حلاقة رأسه إن كان شعره سبب جماله، اقتداء بعمر بن الخطاب رضي الله عنه في التعامل مع الرجل الجميل الذي افتتن به النساء. ويعوده لبس الملابس والثياب الفضفاضة، وتغطية رأسه تشبهًا بالكبار البالغين، ويحذره من إسبال الثوب مثل النساء، ولبس الذهب والحرير، فهو من علامات التخنث والميوعة، إلى جانب أن ذلك من المحرمات على الرجال.

(٤) أن يتنبه الأب للتقليل من خلوة الولد قبل سن البلوغ بغيره من الصبيان، ويعمل على أن يكون عددهم ثلاثة أو يزيدون، وذلك للتقليل من احتمال غواية الشيطان لهم، فالشيطان أقرب للاثنين منه إلى الثلاثة (بالحارث، ب. ت).

(٢) العادة السرية Masturbation Self Onanism:

تعني استثارة اللذة الجنسية عن طريق لمس الأعضاء التناسلية، والعبث فيها باليد، أو بأية أداة أخرى، وهذا النوع أكثر انتشارا بين الأطفال، والمراهقين من الجنسين، وتكون نتيجة هذا الانحراف هي المعاناة النفسية الشديدة جراء الصراع بين الرغبة في ممارسة هذه العادة، وبين الإحساس بالإثم، وتأنيب الضمير، ويطلق عليها العرب تسميات مختلفة كالاستمناء، وجلد عميرة.

وقد كشفت نتائج دراسة ديمير (1979) Demyer بأن المراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية لم يكن لديهم الدافعية لممارسة الجنس. وأنه كانت هناك مشكلات جنسية بين مجموعة من الأفراد البالغين المعاقين . وأن (٦٣٪) من أفراد ذوي الإعاقة الفكرية كانوا يمارسون الاستمناء اليدوي، وأن (٦٠٪) من هذه المجموعة كانوا يمارسون العادة السرية بصفة مستمرة وأحيانا كل الوقت .

كما اشارت نتائج دراسة هيليمانس وآخرون (Hellemans Colson, Verbraeken, Vermeiren, & Deboutte, 2007) إلى انه ما يقرب من (٧٥٪) من المراهقين ذوي اضطراب التوحد يمارسون عادة الاستمناء.

ويشاع الكثير عن العادة السرية، وآثارها على الجسم، والنفس، وتتداخل الحقائق مع غيرها في هذا الأمر؛ فيشاع أنها تسبب: العمى، والبرص، والجنون، وما إلى ذلك، ولعل الدافع، وراء ذلك هو تحذير الشباب من الوقوع فيها، أو دفعهم لتركها إن كانوا يمارسونها، ولكن الدراسات بينت أن آثارها الفسيولوجية لا تصل إلى هذا الحد، وأن آثارها لا تختلف من الناحية الفسيولوجية عن إشباع الدافع الجنسي بالطريقة السوية، وان الإفراط بالطريقتين هو الذي يترتب عليه بعض الأضرار الجسمية، وتحريمها عند جمهور العلماء (إلا في حالات الضرورة كالخوف من المرض، أو الضرر الجسمي، وعند بعض العلماء عند الخوف من الوقوع في الزنا) ليس بسبب ما يعتقد من أضرارها الجسمية، وإنما لكونها تعد على ما حدد الله بناء على قوله ﴿ ﷻوَالَّذِينَ هُمْ لِفُرُوجِهِمْ حَافِظُونَ﴾ (سورة المؤمنون الآية ٥) قوله تعالى ﷻ: ﴿وَالَّذِينَ هُمْ لِفُرُوجِهِمْ حَافِظُونَ﴾ (سورة المعارج الآية ٢٩).

ومن الآثار التي تخلفها العادة السرية:

(١) إشباع مؤقت للدافع الجنسي.

(٢) قد تؤدي إلى سرعة القذف عند الزواج.

(٣) زيادة التوتر، والقلق خاصة لدى المراهقين.

(٤) الإكثار منها يؤدي إلى التهاب البروستاتا.

(٥) تؤدي إلى سرعة تهيج الفرد، والاندفاع، وراء المعاصي.

(٦) هدر الطاقة البشرية من خلال التفكير المستمر فيها.

(٧) الشعور بالقلق، وتأنيب الضمير، وعدم الاستقرار النفسي؛ مما قد يؤدي إلى العزلة، والانطواء.

(٨) تتحول ممارسة العادة السرية إلى عادة، قد يتعود عليها الطالب بعد الزواج، وقد تؤدي عدم التكيف مع الزوجة.

ويتم العلاج بالطرائق التالية:

(١) ممارسة الألعاب الرياضية.

(٢) شغل معظم أوقات الفراغ بما يفيد الإنسان.

(٣) ممارسة الهوايات، وتنميتها مثل: القراءة، أو الفروسية.

(٤) التدين، والتمسك بالدين الحنيف من صلاة، وصوم.

(٥) عدم الذهاب إلى غرفة النوم إلا عند الشعور بالنعاس.

(٦) البعد عن الأسباب التي تؤدي إلى زيادة الشهوة مثل سماع، أو رؤية ما يثير الفرد.

❁ مفهوم الإرشاد الجنسي

أورد عبد التواب (١٩٨٨) تعريف فريدريك Frederick للإرشاد الجنسي بأنه: "عملية تربوية تتضمن معارف صحيحة عن الوظيفة البيولوجية للجنس والتناسل، واتجاهات صحية نحو نظافة الجسم، وسلوك متعقل في ممارسة السلوك الجنسي" (ص٢٤).

وعرفها بيبي بأنه: "سائر التدابير التربوية التي يمكن أن تعين الشباب – بكيفية ما – على التهيؤ لمواجهة مشكلات الحياة، وخصوصًا تلك التي تتمركز حول الغريزة الجنسية، ثم تعرض بعد ذلك بشكل ما في خبرة كل إنسان عادي" (بيبي، ١٩٩٩، ص٦).

كما يعرف الإرشاد الجنسي بأنه: "هي تلك المعلومات، والمفاهيم، والتصورات، والحقائق، والممارسات السلوكية الملائمة والطبيعية في التعامل مع موضوع الإرشاد الجنسي، وما تحققه للتلميذ ذي الإعاقة من توازن شخصي، واجتماعي تؤدي إلى تعامله باقتدار، واتخاذ القرارات المناسبة، وتحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية، وتكوين علاقات ايجابية مع الآخرين، وتفادي حدوث أي مشكلات قد تواجهه" (الحسيني، ٢٠٠٥، ص ٦١).

كما يعرف الإرشاد الجنسي بأنه: "هو تعليم وظائف أعضاء الإنسان الجنسية والتناسلية، وعملية التكاثر، وطريقة الممارسة الجنسية السوية، ووسائل منع الحمل، والتعرف على الأمراض الجنسية وسبل الوقاية منها" (العتيبي، بت).

فالإرشاد الجنسي هو: "ذلك النوع من الإرشاد الذي يمد الطالب بالمعلومات العلمية، والخبرات الصالحة، والاتجاهات السليمة إزاء المسائل الجنسية، بقدر ما يسمح به نموه

الجسمي، والفسيولوجي، والعقلي، والانفعالي، والاجتماعي، وفي إطار التعاليم الدينية، والمعايير الاجتماعية، والقيم الأخلاقية السائدة في المجتمع؛ مما يؤهله لحسن التوافق في المواقف الجنسية، ومواجهة مشكلاته الجنسية في الحاضر، والمستقبل مواجهة واقعية تؤدي إلى الصحة النفسية".

❁ أهمية الإرشاد الجنسي

أسوةً بجميع الأطفال، فإن الطلاب ذوي الإعاقة يدخلون مرحلة المراهقة بأجساد آخذة بالنضوج، وبمشاعر واحتياجات شعورية وجنسية. قبل حدوث هذه التغيرات وخلال مرحلة المراهقة، من المهم جدًا أن يوفر لهم أولياء الأمور والمربون المعلومات بأسلوب ايجابي وبناء، بحيث تتناسب مع مرحلة تطورهم وتكون واضحة وملائمة لهم.

وتنبع أهمية الإرشاد الجنسي من مدى الارتباط الوثيق بين العامل الجنسي في حياتنا، وبين العوامل الأخرى: النفسية، والاجتماعية، والسلوكية، والحضارية، وهذا الارتباط هو ارتباط تفاعلي، وهذا ما أكد عليه ماسترز وسيترز (١٩٩٨) فيما اورده صلاح (٢٠٠٠) من أن هناك ضرورة قصوى للتربية الجنسية إذا تحقق أمران:

(١) وعي الأسرة بأهمية الإرشاد الجنسي، وخاصة عند إجابة الوالدين، أو أحدهما عن أول سؤال يتبادر لذهن الطفل يكون عن كيفية مجيئه إلى هذه الحياة، وهو تساؤل طبيعي.

(٢) وعي المؤسسات التعليمية، ووسائل الإعلام بالناحية الجنسية، الأمر الذي يجعلها أكثر موضوعية وايجابية عند عرضها للجوانب الجنسية في حياة الإنسان (ص١٦).

وحول اعتقادات المعلمين فيما يتعلق بالأطفال ذوي الإعاقة والإرشاد الجنسي قام كل من هاورد – بار، ورينزو، وبيج، وجيمس (Howard – Barr, Rienzo, Pigg and James, 2005) بدراسة أجريت على عينة مكونة من (٤٩٤) معلمًا ومعلمة بالتربية الخاصة في ولاية فلوريدا، وكشفت النتائج عن أن كل استجابات العينة تؤكد بأن الإرشاد الجنسي يجب أن تكون مقدمة في كل من المرحلتين المتوسطة الثانوية. و(٦٧ ٪) من المستجيبين أكدوا أنه

يجب تقديمها في المرحلة الابتدائية، وان معظم الطلبة في مدارس التربية الخاصة لا يتلقون الإرشاد الجنسي الكافي.

وتكمن أهمية الإرشاد الجنسي وخاصة في فترة المراهقة لدى ذوي الإعاقات النمائية نتيجة تأثرهم سلبًا بتطور الهوية النفس – جنسية؛ بسبب رفضهم من قبل اقرانهم العاديين؛ فقد تقوم المراهقات ذوات الإعاقات النمائية بتقليد سلوكيات إغوائية شاهدنها في التلفاز، بهدف جذب الاهتمام الجنسي بهن من قبل الآخرين. وقد يشرعن في علاقة جنسية نابعة عن رغبتهن الشخصية وحاجتهن لنيل الرضا، والدفء، والتقبل من الآخرين. إن السلوكيات الجنسية، والشكل الذي تتم به قد تتأثر احيانًا، وبشكل كبير، برغبتهن في إرضاء آخرين، وبانعدام الحكم الاجتماعي، وبانعدام التجربة في التعبير اللائق، وبالمعرفة المحدودة عن الجنس. من أجل تمكينهم من فهم تطورهم الجنسي والسلوكيات اللائقة، ويحتاجون إلى إرشاد جنسي شامل خلال سنوات الطفولة وسنوات المراهقة (Ballan, 2001).

أهداف الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات

استعرض العديد من الباحثين والكتاب ومن بينهم: الحسيني (٢٠٠٥)؛ والغامدي (٢٠٠٧)؛ والقاضي (٢٠٠٤)؛ ومدكور (١٩٩٥) اهداف الإرشاد الجنسي من عدة منطلقات مختلفة ومتنوعة ويمكن وصف هذه الأهداف وفقًا لما يلي:

(١) تزويد ذوي الإعاقات بالمعلومات الصحيحة اللازمة عن ماهية النشاط الجنسي.

(٢) إكساب ذوي الإعاقات المعارف والمعلومات الصحيحة عن الجنس كوسيلة لفهم عمليات التكاثر البشري اللازمة لحفظ الإنسان، واستمرارية الحياة البشرية.

(٣) تعليم ذوي الإعاقات الألفاظ العلمية المتصلة بأعضاء التناسل، والسلوك الجنسي.

(٤) إدراك مضار السلوك الجنسي غير السوي، ومظاهره السلبية، والمخاطر التي تنجم عنه.

(٥) إكساب ذوي الإعاقات التعاليم الدينية، والمعايير الاجتماعية، والقيم الأخلاقية الخاصة بالسلوك الجنسي.

(٦) إزالة المخاوف، والقلق، والأوهام المرتبطة بالجنس والسلوك الجنسي في الحياة الأسرية.

(٧) تهذيب ذوي الإعاقات أخلاقيًا، وتنمية الوعي، والثقافة العلمية لديه عن ماهية النشاط الجنسي.

(٨) تشجيع ذوي الإعاقات على تنمية الضوابط الإرادية لدوافعه، ورغباته الغريزية، وشعوره بالمسؤولية الفردية، والاجتماعية، وتنمية الوعي، والثقافة العلمية، ومعرفة خطورة الحرية الجنسية عليه، وعلى المجتمع.

(٩) مساعدة ذوي الإعاقات على إعلاء الدافع الجنسي عن طريق احترام الطالب لذاته.

(١٠) تنمية الإحساس بالمسؤولية الشخصية، والاجتماعية تجاه الجنس، والحياة الأسرية السعيدة.

(١١) تنمية الضمير الحي المتعلق بأي سلوك جنسي يقوم به ذوي الإعاقات بحيث لا يقوم الطالب منهم؛ إلا بما يشعره باحترامه لذاته، ويظل راضيًا عنه في المستقبل، ولا يضر أحد، ويتمشى مع التعاليم الدينية، والقيم الأخلاقية، ويرضي هذا السلوك على نفسه.

(١٢) وقاية ذوي الإعاقات من أخطار التجارب الجنسية غير المسؤولة التي يحاول فيها استكشاف المجهول، أو المحظور بدافع إلحاح الرغبة الجنسية المتأججة، والمكبوتة لديه.

(١٣) تصحيح ما قد يكون هناك من معلومات، وأفكار، واتجاهات خاطئة مشوهة نحو بعض أنماط السلوك الجنسي الشائع لدى ذوي الإعاقات.

(١٤) تكوين ذوي الإعاقات اتجاهات سليمة نحو الأمور الجنسية، والنمو الجنسي، والتكاثر، والحياة الأسرية تتمشى مع العلاقات الإنسانية السليمة، ومبادئ نمو الشخصية.

(١٥) ضمان إقامة علاقات سليمة بين ذوي الإعاقات من الجنسين قائمة على فهم دقيق، واتجاهات صحية مع تقدير كامل للمسؤولية الشخصية، والاجتماعية للسلوك الجنسي.

(١٦) تزويد ذوي الإعاقات بحقائق ومعلومات عن التمايز والهوية الجنسية، وأهميته في إدراك أدوار ووظائف كل جنس في الحياة.

(١٧) تنمية الاستقرار الانفعالي لدى ذوي الإعاقات، ومساعدتهم في بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين.

(١٨) تزويد ذوي الإعاقات بأنماط الحياة الصحية، والابتعاد عن السلوك المحفوف بالخطر، والذي يهدد صحته، وسلامته الشخصية، وصحة الآخرين.

❁ مبررات الإرشاد الجنسي

من المبررات المهمة لتقديم الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقة وغيرهم كما ذكرها كل من: زهران (٢٠٠٤)؛ والطويل (١٩٩٢)؛ وعبد التواب (١٩٩٠)؛ والغامدي (٢٠٠٧)؛ والقاضي (٢٠٠٤) ما يلي:

(١) يعمل الإرشاد الجنسي على تكييف الدوافع الجنسية لدى المراهق ذي الإعاقة وفقًا لمتطلبات الحياة.

(٢) يجب تعليم الإرشاد الجنسي وفقًا للأساليب العلمية الصحيحة للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات، وعبر المصادر العلمية الصحيحة.

(٣) مهارات الإرشاد الجنسي هي كسائر العلوم والمعارف التي تقدم لذوي الإعاقات تستحق العناية بها مثلها مثل المهارات الاجتماعية، ومهارات الحياة اليومية.

(٤) يعمل على تلافي الاضطرابات والصدمات النفسية التي قد تنشأ لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات نتيجة لغياب المعرفة، والفهم، والإدراك لحقائق الأمور الجنسية.

(٥) ذوو الإعاقات في حاجة دائمة ومستمرة للتزود ببرامج الإرشاد الجنسي، والأخلاقي والاجتماعي، والحياتي بشتى صورها وأشكالها حتى بعد بلوغهم سن الرشد، وزواجهم، وإنجابهم.

(٦) تكوين اتجاهات، ومشاعر، وأخلاقيات سليمة لدى ذوي الإعاقات، وتهذيب تلك الدوافع الجنسية لديهم ووضعها في موضعها الصحيح، ومعرفة متى، وكيف يلبونها.

(٧) لتوفير الإجابات لتلك الأسئلة المحيرة والمحرجة التي تظهر في مراحل النمو المختلفة.

(٨) حماية ذوي الإعاقات من التعرض للمشكلات والاعتداءات الجنسية بأنواعها المختلفة؛ مثل: الاعتداء والإيذاء الجسدي، أو النفسي، أو اللفظي.

❁ الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات

النمو الجنسي موضوع مهم في كل مراحل النمو، ولكل الأشخاص سواءً ذوي الإعاقات، أو غيرهم، والسلوك الجنسي مشكلة مهمة في الطفولة بصفة عامة، والمراهقة بصفة خاصة، حيث يبلغ النشاط الجنسي أعلى قمته، ويشعر المراهق – وقد زادت الدوافع، وتعاظمت الموانع – بالتناقض بين ما يسمع، وما يرى بخصوص الجنس، والسلوك الجنسي، ويبرز عدد من التساؤلات: هل الجنس خير أم شر؟. هل هو مقدس أم مدنس؟. هل يؤدي إلى السعادة أم إلى الشقاء... الخ ؟!

إن السلوك الذي يقود المراهقين ذوي الإعاقة إلى مشكلة كونهم "جناة" هي ليست بالضرورة نتاجًا للمراهقة المليئة بالتغييرات الهرمونية، بل إنها عادة ما ترتبط بالحكم السلبي على الأفراد ذوي الإعاقة؛ فهم عادة ما يحرَمون من التربية الجنسية، فمن غير المفاجئ أن يتصرف المراهقون ذوو التحديات الخاصة بشكل غير لائق جنسيًا على الملأ. إن اعتبار السلوك الجنسي لائقًا، غالبًا ما يعتمد على الموقع الذي يجري فيه ذلك السلوك، ونتيجة لذلك، من المهم تفسير السلوك الجنسي غير اللائق ضمن سياقه. على سبيل المثال: أن يلامس الشخص أعضاءَه التناسلية علنًا هو أمر غير مقبول اجتماعيًا، لكنه قد يعد مقبولاً في الحيز الخاص. إن التقييم النقدي من شأنه تحديد ما إذا كانت ممارسة الاستمناء علنًا سببها غياب الخصوصية، أو قلة التربية الجنسية، أو ثمة أسباب أخرى لذلك (Sweeney, 2007).

وقد تؤثر المشكلات الجنسية على شخصية المراهق؛ فتتدخل في نشاطه العقلي، والاجتماعي، والانفعالي، وكثيرًا ما يذهب طالب ما للعيادات النفسية، ولا يعاني من شيء سوى اضطراب سلوكي نتيجة لجهله بالأمور والمسائل والحقائق الجنسية البسيطة.

ومن الأفكار الخاطئة الشائعة عند بعض الوالدين، والمربين ما يلي:

(١) أن الإرشاد الجنسي يزيد من فضول الأطفال، والمراهقين ذوي الإعاقات، ويزيد من اهتمامهم بالأمور الجنسية.

(٢) أن الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات يؤدي إلى التجريب، والإفراط في السلوك الجنسي المتحرر من المسؤولية.

ومن المسلم به أنه إذا أحيط النمو الجنسي بغلاف من التحريم، والتكتم، والتمويه، وإذا أغمض الوالدان، والمربون أعينهم، وأصموا آذانهم، وكمموا أفواههم، ولم يقوموا بواجبهم في الإرشاد الجنسي لأبنائهم – كجزء من عملية التربية بصفة عامة– بحث هؤلاء الأطفال، والمراهقون عن مصادر أخرى لإشباع حاجتهم إلى المعرفة في هذا الشأن، وربما اتجهوا إلى ادعياء المعرفة من غير أهل العلم، والثقة، والأخلاق، والضمير، وربما تطوع هؤلاء بهذه المعلومات في غير أوانها، وربما اتجهوا إلى الأفلام، والصور الجنسية، والكتب المثيرة، والنتيجة المؤسفة هي المعلومات الخاطئة، والوقوع في التجريب، أو الخبرات الحقيقية، والشعور بالاشمئزاز، والإثم، والخطيئة، والخوف، والقلق، والاستغراق في أحلام اليقظة، والانحراف الجنسي، والاضطراب النفسي.

ونحن نعلم أن الأطفال، والمراهقين لا يظلون على جهل تام بالأمور الجنسية؛ فنادرًا ما يتزوج فتي، وفتاة دون أن يعرفا شيئًا عن هذه الأمور؛ إلا أننا لا نعرف متى حصلت هذه المعرفة، وأين أتي بها، ومدى صحة ما يعرف منها، ولو فرضنا جدلاً أن الطفل ظل جاهلاً بالمسائل الجنسية، فإن المشاعر، والأحاسيس الجنسية حين تتدفق مع المراهقة فجأة وبعنف قد تزعجه، وتخيفه، وقد يترتب على ذلك الانحراف، أو الشقاء الزوجي، والأمراض النفسية.

وتفرض التعاليم الدينية، والمعايير الاجتماعية، والقيم الأخلاقية قيودًا على النشاط الجنسي للشباب بما يحقق مصلحة الفرد، والجماعة، ورغم هذا يبدو أن المجتمع لم ينجح تمامًا في محاولاته؛ لأن يفرض منعًا تامًا على النشاط الجنسي للمراهقين، إذ يبحث الشباب عن مخارج للطاقة الجنسية في صور مختلفة.

من كل هذا نلمس مدى الحاجة إلى الإرشاد الجنسي؛ فموضوع الإرشاد الجنسي يهم أولياء الأمور من حيث الإرشاد الجنسي السليم، وتنظيم النسل، وآداب العلاقات الجنسية،

ومعاييرها، وقوانينها، وموضوع الإرشاد الجنسي أيضًا يهم المربين الذين طالما يسألهم الطلبة عن موضوعات الجنس، والموضوع يهم المراهقين الذين تم بلوغهم الجنسي، ويميلون للجنس الآخر، ولا يعلمون ماذا يفعلون، والموضوع ليس مهمًا للكبار فقط؛ بل هو كذلك يهم الأطفال الذين يريدون معرفة الكثير عن أعضاء التناسل، والفروق بين الذكر، والأنثى، وتعلم دورهم الجنسي المناسب... الخ.

وهكذا فإن أي برنامج للإرشاد الجنسي يتناول قبل كل شيء، نقل معلومات من مجالات متنوعة. ويجب أن يكون التوجه السائد في برامج الإرشاد الجنسي للشخص ذي الإعاقة مستندًا على ثلاثة أبعاد أساسية:

(١) إكساب معلومات ملائمة على المستوى الذهني والتطوري للشخص ذي الإعاقة.

(٢) تعليم السلوك المقبول، بحيث تتحقق متعة جنسية دون الخوف من انحراف اجتماعي أو استغلال معين.

(٣) إكساب فهم مفادُه أن الجنس أكثر من مجرد إقامة علاقة جنسية؛ لذلك، يجدر التشديد على موضوع المهارات الاجتماعية، وخلق روابط مع أشخاص آخرين.

وهكذا يرشد برنامج الإرشاد الجنسي نحو الحيطة والحذر بشكلٍ أكبر من الغرباء، ليس من خلال التخويف فحسب، بل من خلال الفهم أيضًا، والحق في ملكية الجسد والحق في قول الكلمة لا!.

❁ القائمين بالإرشاد الجنسى لذوى الإعاقات

يقتضى الإرشاد الجنسي تكون فريق متعدد التخصصات يتولى عمليات التخطيط والتنفيذ والتقويم بما فيهم الآباء والمعلمين ومعلمى التربية الخاصة والعالجين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين ... وغيرهم. وفقًا لمجلس المعلومات والإرشاد الجنسي في الولايات المتحدة (SIECUS)، فإن أولياء الأمور هم يجب أن يكونوا هم المربون الأساسيين عن التربية الجنسية لأطفالهم، ولكن في حالة الأطفال ذوي الإعاقة فقد يحتاج أولياء الأمور إلى مساعدة ودعم مهنيين إضافيين.

على الرغم من أن الكثير من المعلمين والمعلمات يرى أن يتحمل الأهل مسؤولية نشر الوعي الجنسي والإرشاد الجنسي لأبنائهم، فإن العديد من الدراسات في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، توصلت إلى أن أكثر من ٩٠ ٪ من الأهل يتمنون أن تتولى المدرسة هذا الدور، لثقتهم بالهيئة التدريسية، المؤهلة تربويًا وعمليًا، لتناول هذه الأمور المليئة بالمحاذير. وحتى لا يتقاذف الجانبان الكرة، ويسعى كل منهما لركلها في ملعب الآخر، نصت القوانين التعليمية الغربية على أن المسؤولية تقع في المقام الأول على عاتق المدرسة، مع التنسيق مع الأسرة، ومراعاة الاختلافات الثقافية لاتباع الأديان الأخرى، والتنبيه على الفروق الفردية بين الطلبة. ولم تعد الإدارات التعليمية توافق على غض الطرف عن محاولات التملص من جانب بعض اعضاء الهيئة التدريسية، الذي يكتفي بإحضار أحد الأطباء، أو الاختصاصيين النفسيين لإلقاء محاضرة واحدة شاملة، تتناول القضايا المتعلقة بالإرشاد الجنسي كافة، بصورة مقتضبة، وأصبح المسؤولون عن القضايا التربوية يصرون على أن يقوم المعلم أو المعلمة بهذه المهمة؛ لأن ما يربطهم بتلاميذهم من ثقة، لا تعوضه زيادة المعلومات لدى أي طرف آخر. ويمكن اعتبار أفضل الحالات عندما يكون هناك تنسيق بين البيت والمدرسة.

وتنص القوانين التعليمية في العديد من دول أوروبا الغربية على إجراء مناقشات بين الأهل والهيئة التدريسية، على مدار السنة الدراسية، وإبلاغهم بالموضوعات المقرر دراستها، وكيفية توزيع المنهاج، بحيث لا يفاجأ الأهل بأسئلة من الأطفال، لم يستعدوا للرد عليها، ويتولى المعلم إبلاغ الأهل بأسماء مراجع مناسبة، وفي حالة اكتشاف أي اضطرابات متعلقة بالناحية الجنسية عند الطفل، يجب على المعلم إرشاد الأهل إلى الاختصاصيين الذين يمكنهم تقديم المساعدة (فيترشايدت، ٢٠١٠).

وعلى الرغم من أن الاب هو المحاور الطبيعي للولد الذكر في موضوع الجنس، وان الام بالمقابل هي المحاورة الطبيعية لابنتها في هذا الميدان، ولكن حتي يكون التناول للأمور تناولاً واقعيًا لا بد من الاعتراف بان هناك غيابًا معنويًا للأب عن عالم الابن تجده شائعًا في مجتمعنا، لا بسبب انشغال الاباء فحسب؛ بل بسبب اعتقادهم ان امور الابناء والبيت بشكل عام شأن انثوي، فيما ينصرفون هم الى العمل وتحصيل المال لإنفاقه على الاسرة، لكن علم

النفس المعاصر يؤكد علي اهمية مشاركة الاب في تنشئة وتربية الابناء بشكل فاعل؛ لأن ذلك يسهم في اكتمال النمو النفسي لهم سواء كان الابناء فتيانًا، او فتيات، وذلك على صعيد التربية الجنسية او على الصعيد العام.

وهكذا يجب أن يتعاون في الإرشاد الجنسي كل من:

(١) الوالدان، إذا توافرت النية، وصدق العزم، واتسع الوقت، وتوافرت المعلومات العلمية، ووجهت إليهم عناية خاصة بقصد إعدادهم للقيام بدورهم في الإرشاد الجنسي.

(٢) المربون، أو الرواد، او الأخصائيون الاجتماعيون، والنفسيون في المدرسة.

(٣) علماء الدين: في الوعظ، والإرشاد الديني.

(٤) علماء النفس، خاصة المرشدون، والمعالجون النفسيون، وهؤلاء عليهم رسالة مزدوجة، وقائية، وعلاجية، مع الأطفال، والمراهقين، والأزواج، لذا يجب على المرشد النفسي بصفة خاصة أن يقوم بدور فعال في الإرشاد الجنسي.

(٥) الأطباء، في عملهم العلاجي، وبعض المحاضرات (زهران، ٢٠٠٤).

وفي المدارس تحديدًا يمكن دعوة بعض المختصين من علماء النفس، والأطباء، وعلماء الدين، وغيرهم لإلقاء محاضرات، وحضور ندوات، ومناقشات حيث يتناول كل منهم الموضوع من زاويته، ويحسن في هذه الحالات أن تقدم الاستشارات، والأسئلة مكتوبة، وهذا يقلل من الإحراج الذي يشعر به البعض.

وهناك بعض صفات يجب أن تتوافر في من يقوم بالإرشاد الجنسي هي:

(١) أن يكون قدوة حسنة للناشئين.

(٢) متابعة الدراسات الخاصة بالموضوع.

(٣) الاستفادة من التقنيات التعليمية المساعدة.

(٤) حسن اختيار الألفاظ، والبعد عن الألفاظ العامية.

(٥) أن يكون شعاره "التوجيه الرشيد، والتعبير السديد".

(٦) اتساع الأفق، ورحابة الصدر، وطول البال، والحكمة.

(٧) فهم مشكلات المراهقة، والقدرة على المساعدة في حلها.

(٨) المرونة، والخلو من التزمت، والآراء، والاتجاهات الجامدة.

(٩) التوافق الجنسي، وأن يكون قد تغلب على مشكلاته الجنسية بنجاح.

(١٠) الإلمام بخصائص النمو في جميع مراحله، والحقائق العلمية الخاصة بالتناسل، والحمل، والولادة، الخ.

(١١) الالتزام بالاتجاه العلمي الخاص الهادئ عند الاستماع إلى التساؤلات، وعند الإجابة عنها.

ومن أهم الموضوعات التي يجب أن يحيط بها الوالدان، والمربون: أسس الصحة النفسية، وعلم نفس النمو، وأسس الصحة الجنسية، والمبادئ الأولية للتشريح، وعلم الحياة، والتعاليم الدينية، والمعايير الاجتماعية، والقيم الأخلاقية المتعلقة بالموضوع، وأسس الإجابة عن أسئلة الأطفال المراهقين، والبالغين.

وهنا يجب أن نشير إلى ضرورة أن يكون هناك إرشاد جنسي للوالدين، والمربين؛ فنحن نعرف أن فاقد الشيء لا يعطيه، ولذلك فمن أول الواجبات أن يشترك الوالدان، والمعلمون في حلقات دراسية جماعية يستمعون فيها إلى محاضرات، وأحاديث المختصين، ويناقشون، ويتبادلون الآراء، والخبرة؛ مما يؤهلهم للقيام بمهمتهم، وتهتم كليات التربية، ومعاهد المعلمين بموضوع الإرشاد الجنسي ضمن الموضوعات الأساسية في علم نفس النمو، والصحة النفسية، وعلم النفس.

إن الأهل والمربين عليهم أن يدركوا أن الإرشاد الجنسي يتجاوز كونه حصيلة حقائق حول الأعضاء الجنسية، والتناسلية، وبيولوجيا الجسد، إن الأهداف المهمة والمركزية للإرشاد الجنسي هو تعزيز الصورة الذاتية الايجابية، وتطوير الثقة والكفاءة في القدرات الاجتماعية.

❁ الإرشاد الجنسي في المدارس

لقد وضع القانون البريطاني الإرشاد الجنسي في منهاج التعليم للمدارس الرسمية الثانوية، تحت القسم الثاني من المنهاج المطور لعام ١٩٨٨م والذي تم تعديله في القسم(١/٢٤١)

من القانون الصادر في عام ١٩٩٣م. كما نص القانون- مع شيء من التحفظ - على معالم الإرشاد الجنسي في المدارس الرسمية الابتدائية في القسم (٢/١٨) من القانون الصادر في عام ١٩٨٦م (الهوراي، ٢٠٠٤).

ويشير مايرز (٢٠٠٦) Myers إلى أن الحكومة السويسرية عملت على تقديم الإرشاد الجنسي للأفراد ذوي الإعاقات حيث أكدت نتائج العديد من الدراسات في هذا المضمار أن الطلبة ذوي الإعاقات وخاصة أولئك الذين يعانون من الإعاقات النمائية وعلى رأسهم ذوو الإعاقة الفكرية إنما يخبرون في الواقع معدلات مرتفعة من الاستغلال الجنسي، والاغتصاب، وإساءة المعاملة الجنسية sexual abuse فضلاً عن وجود العديد منهم ممن يعدون ضحايا للممارسات الجنسية غير الشرعية حتى تتمكن من خلال مثل هذه التربية أن تحد من تلك الأمور التي يتعرضون لها (عبد الله، ٢٠١٠).

وفي المقابل في حين شدد القانون الأمريكي "تعليم الأفراد ذوي الإعاقة" لسنة ١٩٩٧ على أن جميع الطلاب ذوي الإعاقة يتلقون فرص التعليم نفسها بأقصى حجم ممكن كجميع زملائهم الذين لا يعانون من إعاقات، فإن البرامج التعليمية والموارد المخصصة للتربية الجنسية تظل شحيحة؛ بل نادرة في مجال التربية الخاصة. إذ أدى الضغط السياسي على جهاز التعليم العام إلى تعليم العفاف/ الامتناع عن ممارسة الجنس بدلاً من التربية الجنسية (منذ العام ١٩٩٦ تم تمويل برامج العفاف بما يزيد عن مليار دولار من الميزانية الفيدرالية، في حين أن برامج الإرشاد الجنسي لم تُمول بأي دولار من المصدر نفسه).

إن المعلومات التي جمعتها مؤسسة "آلان جوتماشر" عام ١٩٩٩ أوضحت أن العديد من مدارس ذوي الإعاقة لا تقوم حتى بتحضير الطلاب لمرحلة البلوغ الجنسي، وأن تعليم جميع المواضيع المرتبطة بالسلوك الجنسي هي أقل مما يعتقد المعلمون أنه يجب أن يكون، زد على ذلك، فإن معلمي الإرشاد الجنسي يشعرون بنقص في الدعم الذي يتلقونه من قبل المجتمع، وأولياء الأمور والإدارة، ويعبرون عن حاجاتهم إلى المزيد من المعلومات المهنية والتدريب.

إن البحث حول أثر التربية الجنسية في المدارس الرسمية على النتائج الجنسية يتسم بالالتباس. فعلى سبيل المثال، بينت الدراسات أن برامج التربية الجنسية المدرسية أظهرت أثراً

ايجابيًا على المعرفة الجنسية لدى المراهقين (Finkel & Finkel, 1985; Melchert & Burnett, 1990). على الرغم من ذلك، فقد بينت الدراسات أن مواقف المراهقين الجنسية (Finkel & Finkel, 1985)، أو سلوكهم (Maslach & Kerr, 1983) لم تتأثر بذلك.

وقد كشفت نتائج دراسة Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, Whitaker et al (1995) انه لا علاقة بين التربية الجنسية المدرسية وبين الإسراع في بدء النشاط الجنسي.

وعلى وجه العموم ليس هناك سن معينة لبدء عملية تلقين الطفل مبادئ التربية الجنسية؛ لأن مرحلة اهتمام الأطفال بالمسائل الجنسية تختلف حسب مستوى ملاحظاتهم لمجريات الأمور، وكذا حسب فهمهم وإدراكهم لطبيعة الأشياء، لكن يمكن أن نقول بأن هناك أسئلة تثار حسب الفئات العمرية فالفترة العمرية من السنة الثانية إلى الثالثة تتمحور أسئلة الطفل حول الفارق بين الجنسين، ومن السنة الثالثة إلى السادسة تتركز الأسئلة حول مسألة الحمل والولادة، أما خلال فترة المراهقة فتنصب الأسئلة حول الأمور الجنسية الدقيقة كالزواج والتناسل مثلاً.

يجب النظر إلى الإرشاد الجنسي كجزء من العملية التربوية التي هي عملية حياة يتعلم فيها الطالب الحياة، وتنمو فيها شخصيته نموًا سليمًا، عن طريق نشاطه هو وبتوجيه من المربي. إن فضول الطفل ذي الإعاقة بخصوص أعضاء جسمه شيء عادي، فهو يحاول أن يتعرف عليها، وهو يلعب بكل أعضاء جسمه كإصبعه، وفمه... الخ، ويلعب بالمثل بأعضائه التناسلية.

وهذا الفضول يظهر ويختفي في مراحل حياة الطفل، والطفل دائمًا يسأل عن كل شيء ليعرف نفسه، ويستكشف العالم، وهو يسأل ضمن ما يسأل عن الأمور الجنسية، التناسلية. إن الطفل يريد أن يتعلم بالمشاهدة الفرق جنسيًا بين الذكر، والأنثى... الخ.

ويلاحظ في مرحلة قبيل المراهقة وجود ميل انفعالي بين أفراد نفس الجنس، وهذا ما يعرف باسم الجنسية المثلية، ولا يلبث هذا الميل الانفعالي أن يتجه نحو أفراد الجنس الآخر، وهو شيء عادي.

وبوجه عام فإن الوالدين، والمربين يجب أن يعرفوا ويعترفوا بما يلي:

(١) الأطفال ذوي الإعاقات لا يظلون أطفالاً بل يكبرون، ويبلغون جنسيًا.

(٢) ذوو الإعاقات كالعاديين لديهم حب استطلاع شديد خاصة عما يحدث أثناء الاتصال الجنسي.

(٣) رغم أن التغيرات الفسيولوجية المشاهدة في البلوغ الجنسي لدى ذوي الإعاقات تقع في مرحلة المراهقة؛ إلا أن القوي الجنسية الضرورية تعمل في نفس الطالب منذ الطفولة.

(٤) ظهور الدوافع والميول الجنسية لدى ذوي الإعاقات عملية حيوية سوية لابد أن تقع خلال نمو الطفل، ونضجه.

(٥) قد ينصرف المراهقون ذوي الإعاقات إلى قراءة الكتب، أو مشاهدة الصور، والأفلام، أو حكاية النكت المخلة، وهو أمر لابد من الانتباه إليه.

(٦) الغريزة الجنسية لها قوتها، ولا يمكن تجاهلها، وهي من أهم الغرائز، وهي التي تدعو كل من الذكر، والأنثى أن يتصلا جنسيًا بهدف التكاثر، وهي تصحب الطالب طول حياته بين الضعف، والقوة، وبين الكمون، والظهور.

(٧) المراهقون يكونون عادة شديدو الاهتمام بالأمور الجنسية.

(٨) الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات يعد حجر الزاوية في الزواج الموفق، والسلوك الجنسي المتوافق.

إن مناهج الإرشاد الجنسي تحتوي على النقاط التالية:

(١) النظرية والتطبيق في الإرشاد الجنسي.

(٢) استعراض المعايير والقيم في الإرشاد الجنسي.

(٣) كيفية التعبير عن الحياة الجنسية بمصطلحات لغوية مقبولة.

(٤) الحياة الجنسية عند الذكور والإناث، ودور كل طرف منهما في الحياة الجنسية.

(٥) الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية للعلاقات الجنسية، وللنمو الجنسي للفرد، بهدف نشر الوعي البدني والجنسي.

(٦) الممارسات الجنسية وجوانبها المظلمة (العلاقات غير السوية، الاعتداء الجنسي على الأطفال، الأفلام والمجلات الإباحية، الشذوذ الجنسي).

وتضيف بعض المناهج التعليمية القضايا التالية:

(١) الجنس والمشاعر.

(٢) العنف والجنس، والاغتصاب.

(٣) الاضطرابات الوظيفية في الجنس.

(٤) الحياة الجنسية في الثقافات المتباينة.

(٥) الحياة الجنسية والعلاقات بين الطلبة.

(٦) المعارف الشخصية، أي انعكاسات التجارب الجنسية للشخص نفسه، وتوصيف أي علاقة جنسية مرت به.

(٧) الإرشاد الجنسي والرعاية الصحية، والتحذير من الأمراض الجنسية، وعلى رأسها الإيدز (نيترشايدت، ٢٠١٠).

وهكذا يمكن القول أن المدخل الأكثر مناسبة للإرشاد الجنسي لذوى الإعاقات يجب أن يغطى المجالات الآتية:

(١) صورة الذات.

(٢) الصحة العامة.

(٣) أعضاء البدن ووظائفها.

(٤) فهم الانفعالات والدوافع.

(٥) قضايا الجاذبية الشخصية.

(٦) الصحة الشخصية ورعاية الذات.

(٧) النضج الجسمى مظاهره ومساره.

(٨) السلوك الاجتماعى والجنسى السوى.

(٩) وقاية الذات من التعرض لسوء المعاملة.

(١٠) القضايا الخاصة بالخصوصية والسرية الذاتية.

(١١) والعلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين والمناسبة للمستوى النمائى للفرد.

ويجب على المعلم أن يلتزم بتوفير المعلومات الموضوعية للطلبة، وبصورة مبسطة تتناسب مع أعمارهم، وتمكنهم من الحديث عن هذه الموضوعات، بمصطلحات لغوية ليست طبية معقدة، ولا بذيئة، أو منبوذة من المجتمع، بل فيها مداراة، دون غموض. كما ينبغي أن يصبح الطلبة بعد دراستهم لهذه المقرر قادرين على الربط بين أي تصرف جنسي وعواقبه المستقبلية، وتكوين رأي شخصي في هذه العلاقات قائم على أسس موضوعية.

وتشدد التعليمات الصادرة عن الجهات التعليمية على أن يفصل المعلم تمامًا بين المعلومات الموضوعية، وآرائه الشخصية، وضرورة عدم فرض آرائه على الطلبة، واحترام اختلافات الرأي بينهم، وتعليمهم احترام الرأي الآخر، وعدم التقليل من شأنه.

وقد أورد نيترشايدت (٢٠١٠) عددًا من مقترحات لكيفية التمهيد لمادة الإرشاد الجنسي، وتدريسها:

(١) تعلم كيفية تحديد المعالم الشخصية للشخص، وبالتالي تنمية إدراك الطفل لذاته، وزرع الثقة في نفسه، عن طريق توزيع أوراق فيها مربعات، فوق كل منها جملة تقول: لو كنت طائرًا، لو كنت حيوانًا، لو كنت نباتًا، لو كنت آلة موسيقية، ليرسم الطفل في داخلها ما يريد، وبعد تعليق الصور، يحاول الآخرون التعرف على صاحب كل صورة.

(٢) منح الطالب الفرصة للتعبير عن مشاعره، وتحليلها، وذلك عن طريق استعراض أحب الأيام لديه، وأحلى الألوان عنده، وألذ الطعام مذاقًا بالنسبة له، وأجمل فيلم شاهده، وتعليمه كيفية التفريق بين أمنياته، واحتياجاته، والتدرج في المشاعر، سواء كانت سعادة، أو حزنًا، وعدم المبالغة في وصف مشاعر لا يستشعرها بهذه الدرجة، ثم القدرة على تبرير سبب سعادته، أو حزنه، وسبب تفضيله لأحدها على الآخر، وفي النهاية توزيع ورقة عليها كثير من الصفات ليقوم الطالب بترتيبها، وربط كل منها بحادث، أو إنسان، أو حيوان، أو نبات يثير داخله هذا الشعور.

(٣) تنبيه الطلبة إلى سبب الاختلافات البدنية بينهم، وارتباط ذلك بالصفات الوراثية الناجمة عن المعلومات التي تتضمنها الجينات التي لا تحمل صفات الأم فحسب؛ بل الأب أيضًا، الذي نقل الحيوان المنوي صفاته إلى رحم الأم، ومع ذلك يبقى كل إنسان

متفردًا في ذاته، حتى بين الإخوة التوام، ويطلب المعلم من الطلبة تحديد الصفات المشتركة بينهم، وبين أهلهم، لون العينين، والشعر، وطول القامة، ولون البشرة، ونوع الشعر أملس أم مجعد، وشكل الشفتين، والأنف، والأذن، ويستغل المعلم الفرصة لتنبيه الطلبة كيف أنهم يؤذون مشاعر زملائهم حين يعيبون عليهم زيادة وزنهم، أو سمرة بشرتهم، أو قصر قامتهم.

(٤) لفت انتباه الطلبة إلى أن الاختلاف بين الأشخاص لا يقتصر على الفروق البدنية، وذلك عن طريق استعراض الصفات الشخصية؛ مثل: خفيف الظل، ومؤدب، وشجاع، ويشوش... وغيرها

(٥) التنبيه إلى المخاطر التي تواجهنا في حياتنا، وعواقبها التي أحيانًا تكون عظيمة الخطر، ولتفادي العجز عن التعبير عن مدى ما يستشعره الطالب من الخوف، يمكن توزيع صور تساعده على وصف ذلك، تعرض مثلاً صورة شخص يقف، وهو في منتهى السعادة فوق الكرة الأرضية كلها، وآخر تبتلعه سمكة قرش، وثالث تطأ قدمه القمر، ورابع يقف مهمومًا في ركن غرفة، وخامس يقف على حافة هاوية عميقة للغاية.

(٦) تعريف الطالب بطرائق الوقاية من المخاطر الناجمة داخل دائرة المعارف، ومن البيئة الخارجية، والأشخاص الذين يمكنه أن يلجأ إليهم، ويثق في تفهمهم للخطر، ومساعدته على الخروج من حيز الخطر، دون أن يكون هم الشخص المساعد للطفل كيل اللوم له، أو معاقبته، بل مساعدته، وحمايته من الأذى.

(٧) تعليم الأطفال المساواة بين الجنسين من حيث القدر، والقيمة، أمام القانون، والناس، فلا تقل المرأة قيمة عن الرجل لمجرد أنها أنثى، وعدم ربط جنس بوظيفة عليا، في مقابل، وظائف متدنية للجنس الآخر، ومناقشة ماذا يحدث لو أصبح، ولد موظفًا في روضة أطفال مكان المربية، وهل سيقدر على القيام بهذه المهمة، وماذا يحدث لو أصبحت فتاة ميكانيكية سيارات، وكيف ستتصرف. ثم تناول مسألة تقسيم الفناء في الفسحة المدرسية، وهل تحصل البنات على نفس المساحة مثل الأولاد، أم أن الساحة تتحول كلها إلى ملعب كرة قدم، لا مكان فيه للبنات.

(٨) توضيح المستويات المختلفة من اللغة، وتدريب الطلبة على المصطلحات الطبية، وطريقة البحث في معجم المصطلحات الطبية، تمهيداً لتعليمهم بعض التسميات لبعض الأعراض، والظواهر الصحية، وطريقة تسميتها في الطب، وإظهار الفرق بين هذه المصطلحات، وما نستخدمه في حياتنا اليومية، ثم رسم صورة للجسم البشري، تتضمن التسميات الطبية لبعض الأعضاء، وبحث المعلم الطلبة على ذكر، وظائفها، وطريقة عملها.

(٩) عرض صور لجسم الإنسان، مع ذكر أسماء الأعضاء، والتنبيه إلى وجود اختلاف بين جسم الذكر، والأنثى، باستخدام صور توضيحية لجسم كل منهما، وترسيخ مبدأ مسؤولية الإنسان عن جسده، وأنه مطالب بصيانته من الأذى، وكذلك عدم إيذاء الآخرين، وزيادة هذه المسؤولية، كلما زادت سنوات العمر.

(١٠) التعرف على معلومات الطلبة عن فترة المراهقة، ومظاهرها، وذلك عن طريق توزيع استمارات، تحتوي على إجابتين، ليختار الطالب الإجابة التي يعتقد صحتها، وفي حالة عدم قدرتهم على الإجابة، يذكر المعلم لهم اسم المرجع في المكتبة المدرسية، أو مكتبة الحي، أو موقع الإنترنت الذي يوفر معلومات جيدة تفيدهم في الإجابة. (مثلاً: الدورة الشهرية تأتي للفتاة البالغة أكثر من مرة في الشهر: صواب أم خطأ)، أو (حجم الأعضاء الجنسية لا ينبغي أن يقلق الشخص: صواب أم خطأ).

(١١) استعراض الاختلافات التي تطرأ على جسم الشاب، والفتاة في فترة المراهقة، عن طريق عرض صور توضيحية، توضح هذه التغيرات، ثم يوزع المعلم أوراقاً تتضمن تغيرات جسدية، ليوضح الطالب إذا ما كانت هذه التغيرات مرتبطة بالمراهقة أم لا.

❁ طرائق تقديم المعلومات الجنسية لذوى الإعاقة

يرى البعض أنه ينبغي أن يتم تقديم المعلومات الجنسية للأطفال من خلال التوجيه الفردي؛ لأن التوجيه الجماعي يسبب بعض المشكلات النفسية حيث توجد فروق فردية في

مستوي النضج، ولكن يتجه اغلب الرأي نحو التوجيه الجماعي مع إعطاء الفرصة للاستيضاحات، والمناقشات الفردية لمن يريد، وفي التوجيه الجماعي ميزة التغلب على الخجل، وأخذ المسألة مأخذا علميًا صريحًا، ويجب الا تفرض المعلومات، والحقائق الجنسية على الطلبة بل تقدم استجابة لأسئلتهم.

إن معرفة ذوي الإعاقة القراءة قد تكون امرًا مهمًا يجب أخذه في الحسبان عند اختيار المصادر تقديم المعلومات وخاصة بالنسبة لذوي الإعاقة الفكرية، إذ يجب أن تُعرض المعلومات لهم في أطر صغيرة، من خلال استخدام مصطلحات بسيطة ومحددة. إن مفاهيم العام والخاص والسلوك؛ بالإضافة إلى اعتبارات الأمان الشخصي، من شأنها أن تعزز سيرورة التعلم لديهم. أما بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات المُتعددة، يمكن أن تكون هناك حاجة لعدد من الملاءمات؛ مثل: تقديم المواد بصيغ أخرى (لغة برايل لدى المكفوفين مثلاً) أو تقديم معلومات إضافية حول كيفية تأثير المحدودية الجسدية، مثلاً، على التعبير عن السلوك الجنسي، أو العلاقة الجنسية (Sweeney, 2007).

ويخجل الآباء من الإجابة على أسئلة الأولاد، ومصارحتهم ببعض القضايا الجنسية؛ مثل: الفرق بين الولد والبنت، وهذا أمر طبيعي؛ إلا أن هناك مفهومًا ينبغي أن يدركه الآباء، وهو: أن سؤال الطفل عن الجنس، وما يتعلق به من اختلاف بين الذكر والأنثى، وغير ذلك لا يختلف عن سؤاله عن لون السماء؛ وذلك لأن خلفية الولد عن هذا الموضوع ضحلة، وربما أنه لا يعرف عنه شيئًا، فهو لا يدرك العلاقات الجنسية بين الكبار، وأن الحديث عن هذا الموضوع من العيب إلا في عامه الثامن، لهذا فإن هدوء الأب، واتزانه، وجوابه للولد عن سؤاله بالمعلومات الصحيحة المقنعة، والمناسبة لسن الولد، يعد الأسلوب التربوي الصحيح في هذا الجانب. فإذا سأل الطفل عن العلاقة بين الجنسين، أو كانت لديه أفكار مشوشة حول هذا الموضوع، فإن الأفكار الصحيحة تقرب إلى ذهنه من خلال اطلاعه على العلاقات الجنسية عند الحيوانات، وكيف تتم عملية تلقيح النباتات، مع ملاحظة عدم التعمق في تفصيلات جانبية كثيرة، ولتطبيق هذا الاقتراح يؤخذ الولد إلى حديقة الحيوان ليشاهد شيئًا من ذلك، أو تشرح له عملية التلقيح في النبات، وكيف أنه لا ثمرة إلا بهذا التلقيح، كما أنه لا حمل، ولا مولود إلا

بهذا الاتصال الجنسي، على أن لا يخوض معه في كيفية الاتصال الجنسي بالنسبة للبشر، فإن الح في السؤال عن دور الأب فالبعض يقترح أن يُجاب بأن الأب يضع بذرة تجعل الطفل ينمو في بطن الأم. ولا بد من الإقرار بأن الأطفال يأتون من أمهاتهم، دون الكذب بأن الطفل جاء من المستشفى، أو جاء به الطير، فالصدق أفضل.

وهكذا ينبغي أن تكون الإجابة على قدر السؤال، وبألفاظ تتناسب مع مرحلة نمو الفرد، وقدرته على الفهم، ويجب الالتزام بالأمانة، والصراحة، والصدق، والبساطة، والدقة العلمية، ومن الضروري الالتزام بالموضوعية، والهدوء الانفعالي، وينبغي أن تكون الإجابات واعية وافية.

كما أن هناك استراتيجيات تربوية أخرى تضم استخدام الفعاليات الحركية عبر الرسومات، وسائل إيضاح، وصور، ومواد صوتية مصورة، وألعاب تفاعلية، أو تقنيات تتم ملائمتها، وتعلم مهمات جديدة من خلال خطوات صغيرة؛ مثلا: تكرار، أو تدريب متكرر، يكون مقرونًا بتلقي التعزيز. ويمكن لأولياء الأمور والمربين الاستفادة أيضًا، في المصادر والدعم، من خلال العمل المشترك مع آخرين. مجلس الأطفال الاستثنائيين يوصي بتعلم استراتيجيات تشابه واقع الحياة إلى حد بعيد، مثل لعب الأدوار، وكذلك فرص التفاعل مع اقرانهم غير ذوي الإعاقة (Sweeney, 2007).

❁ الوسائل المعينة على الإرشاد الجنسية

يمكن الاستعانة ببعض الأفلام العلمية المتخصصة عن النمو، والتناسل يليها فترة مناقشة، ويجب استغلال التمثيليات المدروسة، ويحسن استخدام ما يتيسر من الصور، والرسوم، والنماذج، وحبذا لو تيسرت زيارة بعض المعارض، والمتاحف الطبية، وتفيد زيارة حدائق الحيوان، والريف حيث الحياة، والتلقيح، والبيض، والإفراخ، والتكاثر بين الطيور، والحيوانات في جو خال من التعقيدات الانفعالية البشرية، ويمكن الاستفادة بأحداث الحياة اليومية في تزويد الأطفال بالمعلومات الضرورية في هذه النواحي مثل: مولد طفل في الأسرة، ويجب إعداد الكتب البسيطة التي تشرح المبادئ الأولية للإرشاد الجنسية لكي تكون في متناول يد الوالدين، والمربين، والشباب.

ويستحسن الا يكون الإرشاد الجنسي مقرر قائمة بذاتها، ويحسن الا يكون هناك أجزاء من المناهج الدراسية في المدارس، أو الكليات تسمي الدراسات الجنسية، ويجب أن تعطي المعلومات الجنسية ضمن معلومات أخرى؛ مثل: الأحياء، والصحة، واللغة، والدين، والمجتمع، والجغرافيا... الخ.

فمثلاً في دروس الأحياء تدرس قصة الحياة في جميع الأحياء، والعمليات الحيوية في النبات، والحيوان، والإنسان. وفي دروس التربية الصحية تدرس الأمراض التناسلية، وفي دروس اللغة العربية يدرس الأدب الذي يصور الحب في أسمي الصور، وأرقاها، وفي دروس الدين تدرس الآيات القرآنية، والأحاديث الشريفة، والنصوص السماوية الأخرى التي تتعلق بالعلاقة بين الذكر، والأنثى، وتكوين الأسرة، وحكمة تشريع الزواج في جميع الأديان السماوية، وفي دروس الاجتماع تدرس المعايير الاجتماعية الخاصة بالسلوك الجنسي، وفي دروس الجغرافيا تدرس مشكلات الانفجار السكاني، وتنظيم الأسرة...الخ.

❁ نصائح للوالدين والمربين

من الممكن ان يكتسب أولياء امور ذوي الإعاقة فهمًا أعمق للسلوك الجنسي لدى ابنائهم من خلال الإرشاد المهني، والدعم، والإرشاد الجنسي؛ لتمكين أولياء أمور من ممارسة دورهم التربوي – الجنسي لأبنائهم، والمطلوب من المهنيين ان يتحدوا المعتقدات الشائعة المتعلقة بالجنس والإعاقة، وتوفير المعلومات المتعلقة بالنمو الجنسي للأطفال، والتركيز على الاستراتيجيات الملائمة والإرشاد الجنسي لتعزيز السلوك الجنسي السليم والمقبول.

ويظهر آباء الأطفال ذوي الإعاقة اهتمامًا واضحًا بنمو وطبيعة السلوك الجنسي لأطفالهم، فعلى سبيل المثال كشفت نتائج دراسة روبيل ودااليريمبل Ruble and Dalyrymple (1993) والتي اجريت على (١٠٠) من آباء الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد إلى ان (٧٥٪) من هؤلاء الآباء اظهروا خوفًا وقلقًا شديدين من وصف الآخرين لسلوكيات أطفالهم بأنها منحرفة جنسيًا.

ويشير بالان (2001) ,Ballan إلى مصادر القلق لدى اولياء امور ذوي الإعاقة نحو هذا الموضوع على النحو التالي:

(١) عدم الثقة من قدرة ابنائهم ذوي الإعاقة من تخطي مراحل النمو الجنسي بشكل سلس وسليم.

(٢) من السلوك الجنسي والإثارة الذاتية لأبنائهم.

(٣) من المظاهر الجنسية الواضحة.

(٤) من التغييرات الجسدية في مرحلة المراهقة.

(٥) من الجوانب الخاصة بنظافة الأعضاء الجنس.

(٦) الخوف من حمل السفاح التي قد تحدث خلال مراهقة.

(٧) التخوف من تفوه الأولاد بتعابير غير لائقة وايضًا من تعرضهم للإيذاء الجنسي.

(٨) يخشون من فكرة ان يرغب ابنائهم في الإنجاب.

(٩) يؤدي الخوف من الإيذاء الجنسي إلى مبالغة الأهل في حماية ابنائهم ؛ مما ينتقص من حقوقهم الاجتماعية والجنسية.

(١٠) قد يلجأ الأهل إلى لجم سلوك ابنائهم الجنسي في محاولة لمواجهة خوفهم وقلقهم الشخصي. وهم بذلك يفشلون في تزويد ابنائهم بالأدوات المطلوبة لتمكينهم من التعامل والتعاطي مع القضايا الجنسية والزوجية خلال حياتهم.

(١١) الصعوبة الأكثر شيوعًا كما يعبر عنها أولياء امور هي عجزهم عن الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالأمور الجنسية.

(١٢) كما انهم غير متأكدين مما يعرفه ابنائهم، او ما يجب الا يعرفوه عن الجنس.

(١٣) يتردد الأولياء امور في الحديث مع ابنائهم عن موضوع الجنس اعتقادًا منهم ان مجرد الحديث عنه كمن يدخل "عش الدبابير" وسيتسبب في حدوث متاعب لهم ولأبنائهم.

(١٤) يعاني أولياء امور من التخبط، الخوف والمشاعر المزدوجة تجاه سلوك ابنائهم الجنسي.

(١٥) يشعر الأولياء امور بعدم الثقة بمعرفتهم في مجال التربية الجنس، وبأنهم غير مؤهلين لنقل مثل هذه المعرفة.

يعد الزواج في الإسلام أساس الحياة العائلية والعلاقات الجنسية على خلاف المجتمع الغربي الذي نعيش فيه والذي ينظر إلى العلاقات الجنسية خارج الإطار الزوجي ليس فقط انها مباحة، ولكنها أصبحت المعيار الطبيعي للحياة الجنسية. ولهذا فإن على المسلمين أن يطالبوا بإلحاح أن تكون الإرشاد الجنسي في المدارس مبنية على القيم الأخلاقية التي تنص عليها القوانين من حيث الأصل. ومن الضروري جدًا أن تهيء المدارس نسخًا عن المعلومات الجنسية المقدمة للأبناء ليطلع عليها الآباء بصورة مفصلة وأن يبدوا آراءهم وملاحظاتهم عن محتواها وأسلوب تعليمها. وانه لا يجوز بحال أن يجري تعليم الإرشاد الجنسي بعيدًا عن آراء الآباء المسلمين وغير المسلمين على حد سواء. ويجب أن يزرع في عقل الطفل أهمية وقيمة الحياة العائلية المستقرة، وأن الزواج هو الطريق الوحيد لمثل هذه العائلة. ومن الضروري أيضًا أن يلفتَ النظر إلى الغرائز الطبيعية والعواطف التي تتكون عند الأبناء، والأخطار الناجمة عن بعض صور السلوك الجنسي، وأن على الجنسين أن يدركوا مسؤوليتهم حيال المواضيع الجنسية (الهواري، ٢٠٠٤).

يعد الإرشاد الجنسي جزءًا لا يتجزأ من أصول التربية العامة، إذ أنه لن تتحقق النتائج التربوية المرجوة إذا لم يكن هناك فهم ومعرفة واسعة للمبادئ العامة: التربوية، والنفسية، والأخلاقية، والثقافية. فقد حان الوقت لإدخال برنامج الإرشاد الجنسي في المؤسسات التربوية وخصوصًا في المدارس. وفي هذا الإطار تتلخص بعض التوصيات المقدمة للمعلمين والمسؤولين التربويين فيما يلي:

(١) أن تعمل الإدارة المدرسية على برامج الإرشاد الجنسي، وذلك بالتشاور مع لجنة آباء المدرسة والمختصين على ضوء الظروف الاجتماعية، والثقافية المحيطة بالمدرسة.

(٢) إعداد المعلمين المتخصصين في هذا المجال، وانتقاء الملائمين منهم.

(٣) تدعيم القيم الدينية والخلقية والمعايير الاجتماعية لدى الطلبة.

(٤) تنبيه المعلمين والمعلمات إلى أن نمط سلوكهم ومعاملتهم مع طلبتهم له الأثر الأكبر على سلوكهم، وعلى مدى تقبل القيم الخلقية التي ينادون بها (صلاح، ٢٠٠٠).

ويضيف بيبي (١٩٩٩) أن الإرشاد الجنسي ينبغي اعتباره جزءًا حيويًا من عملية التربية بأكملها، ولا يجوز اقتصارها على جزء خاص مستقل عن المنهج الذي يهتم بتدريسه في فترة معينة ثم ينتهي أمره بمجرد الفراغ من تدريسه؛ فتدريس الإرشاد الجنسي يتم حاليًا في المواد العلمية فقط، وبشكل عام غير مفصل؛ لذلك يجب أن يكون هناك منهاج يتمشى مع عقول الطلبة في كل المراحل التعليمية.

ولقد ساق كل من صلاح (٢٠٠٠)؛ والمخزومي (ب. ت)؛ وعبد الرحيم (ب.ت) عددًا من الأفكار، والأساليب في شكل بعض النصائح الموجهة للوالدين، والمربين لتربية الابن، وفقًا لعمره، وذلك على النحو التالي:

الإرشاد الجنسي في الحضانة ورياض الأطفال:

في هذه المرحلة لا بد من تعليم الطفل أهمية الوظائف الإخراجية بكيفية لا تثير فيه الشعور بالتقزز، حتى لا يؤدي ذلك إلى إحداث آثار سلبية على اتجاه الطفل نحو الجنس في مستقبل حياته. ويراعى في هذه المرحلة أيضًا، ضرورة التدرج في اكساب الطفل المفاهيم الجنسية، والاستفادة من البيئة المحيطة، وذلك عن طريق ضرب الأمثلة والقصص عن ولادة الحيوانات، وإحضار صور لحيوانات صغيرة تؤدي مع أمها.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين في مرحلة الطفل الرضيع:

(١) الحرص على عورته، وأن لا نتركه لأي شخص حتى يغير له ملابسه، أو يحميه.

(٢) أن لا نعوده على تحسس أماكن العورات .

(٣) أن لا نتركه في المنزل لوحده مع الخادمة، والأفضل أخذ الطفل معنا، أو تركه في منزل الأقارب.

ومن أنسب ما يجب أن يتعلمه الطفل في هذا العمر أمران:

(١) الفرق بين اللمسة الصحية واللمسة غير الصحية

(٢) خصوصية أجزاء جسمه، واختلافها عن بعضها البعض.

إن التحدث مع الطفل/ الطفلة في هذا الموضوع يجب أن يبدو تلقائيًا ؛ فهذا أمر مهم بالنسبة للإرشاد الجنسي للطفل بشكل عام، ويمكن أن تساق له هذه المعلومة من خلال حوارات بين الأم وطفلها فهو الآن كبير وينبغي ألا يطلع على كل جسمه أحد كما كان حينما كان صغيرًا ... وهكذا، حوار آخر حول أجزاء الجسم بشكل عام بداية من العين، والرقبة، والرأس، والأذن، والصدر، وكيف أن كلها أجزاء جميلة وظاهرة من جسمه وأنها تختلف في الرجل عن المرأة، فشعر (ماما) طويل، وشعر بابا قصير، ويده كبيرة، ويد ماما أصغر.. وهكذا، ثم يتم لفت نظره بشكل غير مباشر إلى أن أعضاءه التناسلية هي من أجزاء جسمه التي يملكها وحده، وينبغي أن يحرص جدا على النظافة في التعامل معها.

يجب ان تعلم الأم الطفل/ الطفلة أن أجزاء جسمه مختلفة ولكل منها وظيفة تؤديها وطريقة سليمة يجب أن نتعامل بها معها، كما أن هناك أجزاء من هذا الجسم لا تصلح لأن يتعامل معها، أو يلمسها أو يراها أحد سواه لأنها ملكه هو وحده ويجب أن يحافظ على صحته بأن يلتزم بقواعد النظافة في التعامل معها.

وفي الفترة من ٣ الى ٦ سنوات: تتركز الاسئلة في هذه الفترة حول الحمل والولادة، والفارق بين الجنسين، وهنا يمكن ببساطة شرح مراحل تطور النطفة والعلقة والمضغة عن طريق الكتب او شرائط الفيديو، ويكون السؤال المتوقع من الطفل خلال هذه الفترة: من اين جاءت البذرة التي تنبت في رحم الأم؟ وهنا لا داعي للكذب او للإحراج؛ فعلى المربي ان يجيب ببساطة: الاب لديه جزء معين يعطيه للام فيكبر ويكبر حتي ينمو الطفل ثم يولد.

ويتبلور ادراك الفارق بين الجنسين بداية في سن الثانية والنصف، وهنا تجدر الاشارة ايضًا الى ضرورة افهام الابناء ان قضية وجود جنسين هي قضية اختلاف نوعي، يعطي لكل من الجنسين دوره المتميز المكمل لدور الآخر؛ فلا بد ان تدرك الابنة انها لا تملك شيئا اقل من الولد، ولكن الاعضاء المختلفة التي تملكها بداخل جسدها وهي الرحم، يجعلها تحمل وتلد وهذا ليس بمقدور الولد، ومن ناحية اخري لا بد من تربية الابنة منذ الصغر بدءا من ٧ سنوات على اشعارها بأن الولد لا يتميز عليها بأي شيء وهي كذلك ولكن لكل واحد دوره (كمال، ٢٠٠٤).

الإرشاد الجنسي في المرحلة الابتدائية:

يتسم الطلبة في هذه المرحلة بالهدوء، حيث يوجهون معظم طاقاتهم إلى التعليم والنشاط المدرسي، ويميلون إلى التفاعل الاجتماعي، وخاصة مع البيئة الخارجية بما فيهم الكبار، أما الناحية الجنسية فإنهم لا يهتمون بها، ولكنهم يسألون أسئلة كثيرة بهذا الخصوص.

يتطور أسلوب توعية الأبناء للوقاية من التحرش في هذا العمر عن سنواته الأولى، وفضلاً عن توعيته بضرورة أن يستغيث، وأن يحكي لوالديه عن أي محاولات أو تصرفات غير طبيعية يحاول أحد فعلها معه، وفضلاً عن توعيته بخصوصية أجزاء جسمه – يمكن التطرق إلى الحديث عن الحلال والحرام، وما يحبه الله تعالى وما يبغضه، ونعم الله التي خلقها لعباده والتي يجب أن يستفيدوا بها لمصلحتهم وألا يؤذوا أنفسهم، بحيث يجب أن يتم توجيه الابن بشكل محبب للحلال والحرام، وبثه عظمة دينه في تنظيم المجتمع بالشرائع التي تحدث إحلالا واستبدالا لكل طيب مبارك بكل غث خبيث، وإن كان الحرام واحدا فالحلال ألوف، إلى غير ذلك؛ مما يسهم في بناء ضميره ووجدانه بالإقناع.

يضاف إلى ذلك تقوية أواصر الصداقة الحميمة مع الأبناء بما يجعل الباب أمامهم مفتوحا للحوار والتعلم والنقاش والخلاف في كل موضوع مع الوالدين.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين إذا بلغت البنت ٦ سنوات ما يلي:

(١) لا تدخل أبدًا غرفة السائق، أو الخادم.

(٢) بدء الفصل في النوم عن أخوتها البنين.

(٣) لا نجعلها تخرج أبدًا مع السائق لوحدها.

(٤) لا تخرج من المنزل لوحدها في فترات الظهيرة، والمساء.

(٥) لا تخلع ملابسها أبدًا خارج المنزل مهما كانت الأسباب.

(٦) إذا خلعت ملابسها، فتخلعها بعدما تتأكد أن باب الغرفة مغلق.

(٧) لا تؤدي مع أبناء عمها، أو أبناء خالها الأكبر منها سنًا أبدًا، وحدها.

(٨) يتم إفهامها ألا يحاول أحد أن يتحسسها في أماكن عورتها؛ لأن هذا عيب، وهذه منطقة لا يطلع عليها أحد.

(٩) تنمية الرقابة الذاتية لديها عن طريق تدريبها على تغيير محطات التلفزيون إذا ظهرت لقطات مخلة للآداب، وحتى، ولو كانت، وحدها.

(١٠) محاولة تعويدها على لبس الملابس الداخلية الطويلة (في حالة ارتدائها فستانًا)؛ بالإضافة إلى تعليمها طريقة الجلوس السليمة، مثل أن لا تجلس، ورجلها مفتوحة، وملابسها مرتفعة.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين إذا بلغ الولد ٦ سنوات ما يلي:

(١) بدء الفصل بالنوم عن أخواته الفتيات.

(٢) لا يخرج من المنزل، وحده في فترات الظهيرة، والمساء.

(٣) إذا خلع ملابسه، يتأكد أنه لا يوجد هناك من يراه.

(٤) يتم إفهامه أن لا يحاول أحد أن يتحسسه في أماكن عورته.

(٥) تعويده على النوم على الشق الأيمن اتباعا للسنة النبوية، فإن نوم الطفل على وجهه يؤدي إلى كثرة حك أعضائه التناسلية.

(٦) البدء في تعليمه الاستئذان قبل الدخول على الأم، والأب أوقات الظهيرة، والعشاء، والفجر.

(٧) تنمية الرقابة الذاتية لديه عن طريق تدريبه على تغيير محطات التلفزيون إذا ظهرت لقطات مخلة بالآداب.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين إذا بلغت البنت ١٠ سنوات ما يلي:

(١) تشرح لها والدتها معني البلوغ، والدورة الشهرية

(٢) تتحدث معها والدتها حول معني الاعتداء الجنسي، وتورد لها قصصًا في هذا الموضوع

(٣) توضح الأسباب الحقيقية من، وراء منعها من:

(أ) الخروج مع السائق، وحدها.

(ب) اللعب مع أولاد العم، والخال الأكبر سنًا لوحدها.

(ج) دخول أماكن يتواجد بها العمال، والصباغين، والخدم، والطباخين الرجال.

(٤) تربية البنت على الحياء، والنظرة الحلال، وتغيير محطات التلفزيون إذا ظهرت لقطات مخلة بالآداب، او ظهرت سيدة غير محتشمة.

(٥) البدء في تدريبها الامتناع عن لبس القصير، والعاري في المنزل، وبالأخص امام أخوتها الشباب، ووالدها.

(٦) ضرورة الابتعاد عن الفتيات في المدرسة اللاتي يكررن محاولة الالتصاق الجسدي، او مسك اليد، أو الاحتضان.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين إذا بلغ الولد ١٠ سنوات ما يلي:

(١) يشرح له، والده معني البلوغ، والاحتلام

(٢) يتحدث معه، والده حول معني الاعتداء الجنسي، ويورد له قصصًا في هذا الموضوع

(٣) يوضح له اهمية أن يحتاط في اللعب مع زملائه في المدرسة، وضرورة الانتباه للحركات التالية، والتي تصدر من الزملاء الأكبر سنًا إذا تكررت:

(أ) التقبيل.

(ب) مسك اليد، وتحسسها.

(ج) وضع اليد في الشعر.

(د) الالتصاق الجسدي، او الاحتضان.

(ه) المديح لجمال الشكل، والجسم.

(و) التربية على الحياء، والنظرة الحلال، وتغيير محطات التلفزيون إذا ظهرت امراة غير محتشمة، أو لقطات مخلة بالآداب.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين إذا بدات علامات البلوغ تظهر على الفتاة:

(١) تشرح لها والدتها طريقة تكون الجنين، وان الطريق الوحيد في الإسلام له هو، الزواج فقط.

(٢) توضح لها اهمية ارتداء الحجاب، والأسباب التي جاء من أجلها تحريم الخروج دون حجاب.

(٣) توضح لها والدتها تحريم الاختلاء بشخص اجنبي عمليًا، ويدخل في ذلك كل أبناء خالاتها، وعماتها مع بيان معني الخلوة المحرمة شرعًا.

(٤) تشرح لها والدتها طريقة الغسل، والطهارة.

(٥) توضح لها أهمية ابتعادها عن رفيقات السوء.

(٦) بيان صفات الفتاة المسلمة صاحبة الأخلاق الراقية بعدم حديثها مع أي شاب لا تعرفه، ويحاول التعرف عليها.

ومن النصائح الموجهة للوالدين، والمربين إذا بدات علامات البلوغ تظهر على الولد:

(١) يشرح له، والده طريقة تكون الجنين، وأن الطريق الوحيد في الإسلام له هو الزواج فقط.

(٢) يوضح له أهمية غض البصر.

(٣) يوضح له تحريم الشرع في الاختلاء بأي فتاة.

(٤) يتحدث معه حول ضرورة ابتعاده رفاق السوء.

ويوجد مجموعة من فنيات، أو إجراءات التدريب يمكن بمقتضاها تعليم ضحايا الإساءة الجنسية من ذوي الإعاقة:

(٤) مهارات تأمين الذات، أو الدفاع عن الذات.

(٥) مهارات الحفاظ على سلامة الجسد.

(٦) مهارات الإبلاغ عن واقعة، أو وقائع الإساءة.

ويتعين على العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية على وجه الخصوص خاصة حال التعامل مع ذوي الإعاقات النمائية ان يتفهموا طبيعة الإعاقة بصورة عامة، والخصائص النفسية والسلوكية لذوي الإعاقات بصفة خاصة، وان يقر في قناعتهم أن بإمكان ضحايا الإساءة الجنسية من ذوي الإعاقات النمائية الاستفادة من طرائق، أو أنواع الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة. صحيح يوجد ندرة في المعالجين النفسيين المؤهلين للعمل في مثل هذا المجال؛ إلا أن هذا الأمر يحتم بطبيعة الحال اهتمام مؤسسات التربية والتعليم بإعداد مثل هذه النوعية من المتخصصين وتأهيلهم في مجالات الإساءة الجنسية بصفة عامة وفي مجال

العلاقة بين الإعاقات والإرشاد الجنسي بكل ما تتضمنه من موضوعات ومنها في الحقيقة موضوع تعليم ذوي الإعاقة مهارات السلامة الشخصية ومهارات حماية، او تأمين الذات.

ويضيف بالان (Ballan, 2001) ان ذوي الإعاقات النمائية يُطورون ويؤسسون سلوكًا جنسيًا لائقًا من خلال التعلم المتكرر والممارسة والنمذجة. وهناك عدد من الاستراتيجيات التي يمكن للأهل اعتمادها من أجل تطوير سلوك جنسي سليم لدى أبنائهم ذوي الإعاقات النمائية:

(١) تعلم الفرق بين الخاص وبين العام: من أجل القيام بذلك يجب أن يكون الأولياء أمور مثابرين. عليهم تشجيع أبنائهم على ارتداء ملابسهم في غرفهم أو في الحمام حيث يكون الباب مغلقًا. ويمكن لأولياء أمور تعليم أبنائهم عن الخصوصية من خلال قرع الباب حين يرغبون في الدخول إلى غرفهم.

(٢) تعلم الاستقلالية: المطلوب من الأولياء أمور تشجيع الطفل على أن يكون مسؤولاً عن نظافة عضوه الجنسي. ويمكنهم تطوير هذا من خلال تمكين الطفل من تنظيف أعضائه الجنس، وتنظيف نفسه بعد استخدام المرحاض. حين يعرف الوالدان أن الطفل بحاجة لمساعدة، عليه أن يطلب إذن الطفل لمساعدته. هذه الاستقلالية من شأنها مساعدة الطفل على اكتساب إحساسه بالملكية تجاه جسده.

(٣) الاعداد لمرحلة المراهقة الجنس : على أولياء أمور تعليم أبنائهم مسبقًا وقبل بلوغهم المراهقة الجنس، وذلك لتهيئتهم للتغيرات الجسدية والعاطفية المحتملة. ومن المهم جدًا تهيئة البنات للعادة الشهرية بأسلوب منفتح وملموس. يحتاج الأولاد إلى المعلومات المتعلقة ببدء التغيرات في جهازهم الجنسي– الانتصاب والاحتلام الليلي. في هذا السياق، من المهم أن يُشرح للأطفال الفرق بين البول وبين السائل المنوي. بالإضافة إلى ذلك، على اولياء أمور أن يؤكدوا على أن حدوث الانتصاب هو أمر طبيعي وأن يشرحوا لأبنائهم عن سبب انتصاب عضوهم الجنسي مع بدء جيل المراهقة، وإرشادهم أيضًا بشأن ما يمكن عمله حين يحدث هذا في الحيز العام.

(٤) تعلم التنشئة الاجتماعية (العلاقات الاجتماعية): فعلى أولياء أمور الاهتمام بخلق لقاءات اجتماعية تمكن الطفل من التفاعل المتبادل مع أبناء جيله، أيضًا. يتعلم الطفل المعايير الاجتماعية والسلوك الاجتماعي الملائم من خلال اللقاءات والتفاعلات الاجتماعية. تُسهم هذه اللقاءات في مساعدة الطفل على تطوير "الشعور" وتحديد ما هي السلوكيات المقبولة حسب الزمان والمكان. كذلك، من المهم منح الأطفال ذوي الإعاقة النمائية، فرصة لتطوير علاقات اجتماعية مع الجنس الأخر في المدرسة والمجتمع، أيضًا.

وهناك عدد من التوصيات الإضافية لأولياء الأمور، والمربين، من أهمها:

(١) افحص مواقفك ومعتقداتك قبل أن تتكلم.

(٢) اعترف بحقيقة أن الطفل لديه مشاعر ورغبات.

(٣) افحص مع نفسك ما إذا كنت تريد أن يكون الإرشاد الجنسي الممنوح للطفل مشابهًا لما تلقيته أو مختلفًا عما تلقيته أنت.

(٤) اعترف بأن الجنس ليست فقط الإنجاب وإقامة العلاقات الجنسية، وإنما يتضمن المشاعر، والعلاقات التبادلية، والحميمية، والحب، والحنان والدفء.

(٥) لا تحول المعلومات الجنسية إلى درس في البيولوجيا، استخدم الأسماء الصحيحة لأعضاء الجسم.

(٦) انتبه للرسائل التي تبثها للطفل من خلال سلوكك والتي قد تتناقض مع ما تحاول تعليمه إياه.

(٧) طور توجهًا تربويًا خاصًا لتربية الطفل جنسيًا بحيث يتلاءم مع احتياجاته الخاصة.

(٨) ساعد الطفل على التمييز بين الأفكار وبين السلوكيات. في حين أن الكثير من الأفكار مقبولة فهناك سلوكيات غير مقبولة.

(٩) تحدث بوضوح عن قيمك مع الطفل. من خلال جعل ردودك شخصية يمكنها مساعدة الطفل على تذكر كيف تريده أن يتصرف.

(١٠) يتعلم الأطفال أكثر حين تكون المعلومات عن الجنس متكررة ومعززة في البيت وكذلك في المدرسة.

الإرشاد الوراثي

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) ما الجدوى من مشروع الجينوم البشري؟

(٢) اذكر مفهوم الإرشاد الجيني؟

(٣) ما أكثر الأمراض المنتشرة في العالم العربي؟

(٤) وضح طرق الإرشاد الجيني؟

(٥) بين فوائد الإرشاد الجيني؟

(٦) اذكر محاذير الإرشاد الجيني؟

(٧) عدد فوائد العلاج الجيني؟

(٨) وضح سلبيات العلاج الجيني بالتفصيل؟

(٩) دور زواج الأقارب في الإصابة بالإعاقة؟

(١٠) بين الحكم الفقهي للفحص قبل الزواج، والإرشاد الجيني؟

(١١) تكلم عن البرنامج المقترح للوقاية من الأمراض الوراثية؟

الإرشاد الوراثي في التربية الخاصة

مقدمة

يتوقع إحصائيًا أن يصاب طفل واحد من بين (٢٥) طفل بمرض وراثي ناتج عن خلل في الجينات أو بمرض له عوامل وراثية خلال (٢٥) سنة من عمره. و يتوقع أن يصاب طفل واحد لكل (٣٣) حالة ولادة طفل بعيب خلقي شديد، كما يصاب نفس العدد بمشكلات تأخر في المهارات وإعاقة فكرية، و (٩) من هؤلاء المصابون بهذه الأمراض يتوفون مبكرًا، أو يحتاجون إلى البقاء في المستشفيات إما لمدة طويلة، أو بشكل متكرر، و يترتب على ذلك تبعات مالية، واجتماعية، ونفسية عظيمة ومعقدة تؤثر بالسلب على الأسرة و بقية المجتمع.

وكما قد يعلم البعض بأن الأمراض الوراثية كثيرة جدًا، ولا يمكن لأي فحص مهما بلغت دقته إلى الآن أن يضمن خلو الشخص من جميع الأمراض الوراثية؛ وبالتالي لا يمكن لأي فحص أن يستثني احتمال حدوث جميع الأمراض الوراثية في الذرية.

ففحوصات حاملي المرض الوراثي هي في الغالب للكشف عن حمل الشخص لمرض وراثي ما، وهذا يعني بالضرورة أن الأمراض التي يمكن فحصها هي التي يمكن لنا من خلالها تحديد الشخص الحامل لها بفحص مخبري دقيق، قد يكون هذا سهلاً لبعض الأمراض الوراثية؛ مثل: الأنيميا المنجلية* Sickle cell anemia، وقد يكون في غاية الصعوبة في مرض؛ مثل: متلازمة زيلويجر* Zellweger syndrome حيث يتوجب معرفة الطفرة الوراثية المسببة لهذا المرض في أسرة الشخص الذي يطلب الفحص كي نستطيع معرفة ما إذا كان هذا الشخص حاملاً لهذا المرض أم لا، وهذا الأمر يتطلب تحليلاً جينيًا دقيقًا قد يصعب توفره حتى في بعض المراكز الطبية المتقدمة.

---

* من أشهر أمراض الدم الوراثية الانحلالية التي تسبب تكسر كريات الدم الحمراء و هي أكثرها شيوعاً على مستوى العالم بشكل عام في دول حوض البحر المتوسط والشرق الأوسط وأفريقيا والهند بشكل خاص.

* هي اضطراب خلقي نادر، يتميز بانخفاض أو غياب الجسيمات التأكسدية في خلايا المصاب بها، المتلازمة سميت بهذا الاسم تيمنا بأستاذ طب الأطفال وعلم الوراثة هانز زيلويجر الذي بحث فيه.

هناك الكثير من الأمراض الوراثية التي يمكن تفاديها بالنصح والإرشاد الوراثي؛ ففي جلسة الاستشارة الوراثية لأشخاص مقبلين على الزواج يؤخذ التاريخ العائلي للطرفين، وتدرس جميع الأمراض الوراثية في العائلة من خلال استعراض عام لسلوك الصفات، وخصوصًا للأقارب، ومن خلال تطبيق القوانين الوراثية يمكن إعطاء المشورة الوراثية للفرد عن درجة احتمال ظهور المرض في أطفاله، ويترك الخيار للشخص نفسه فيما يخص قرار الارتباط والإنجاب، ويمكن إجراء الفحص قبل الزواج، أو الفحص أثناء الحمل لحاملات المرض (العريض، ٢٠٠٣، ص١٧٤).

يحمل كل شخص ما بين أربعة وثمانية عوامل وراثية غير طبيعية أي مرضية. هذه حقيقة لا مناص منها، وهي غير مؤثرة على صحتنا؛ إلا أنها تنتقل إلى الأبناء، فهناك حوالي ثلاثة آلاف مرض وراثي معروف منتشرة؛ فمن بين كل عشرين طفلاً أرسلوا للعلاج في المستشفيات البريطانية، كان أحدهم يعاني من مرض يعزى بالأصل إلى الوراثة. وبين كل مائة طفل يولد طفلان، أو ثلاثة مصابون بأحد التشوهات الجينية الرئيسة، وحوالي (٣٪) من الناس يولدون بإعاقة فكرية، تعزى نسبة عالية منها إلى أسباب وراثية (الربعي،١٩٨٦).

وهنا في هذا المقام نتطرق إلى أحد سبل الرعاية الصحية، والوقائية الذي قد أهمله كثير من الناس، إما لجهلهم به، أو تجاهلهم له، ألا وهو الفحص قبل الزواج، ولهذا الإجراء أهمية بالغة في تجنب كثير من الأمراض، خاصة ذات الطابع الوراثي، والعائلي، والتي يكثر انتشارها في مجتمعاتنا العربية، وقد يعزى ذلك لارتفاع نسبة الزواج بين الأقارب، وزيادة احتمال التقاء الجينات المسببة للمرض الوراثي.

ومن الأمراض التي أصبح بالإمكان الكشف عن حاملها؛ وبالتالي تفادي إصابة الأطفال بها أمراض الدم الوراثية؛ مثل: الأنيميا المنجلية، أو أنيميا البحر المتوسط، وقد يصبح بالإمكان في المستقبل القريب الكشف عن كثير من الأمراض الوراثية، وأمراض الغدد الصماء الوراثية، خاصة بعد اكتمال، ومعرفة خريطة الجينوم البشري؛ مما قد يشجع المجتمع على الإقبال على فحوص ما قبل الزواج.

مع تطور العلم في مجال الوراثة الطبية ووجود الكفاءات المتميزة أصبح بالإمكان تشخيص الكثير من الأمراض الوراثية والنادرة على مستوى العالم وتوفير الرعاية الطبية للمرضى؛ فكما هو معروف فإن نسبة زواج الأقارب في مجتمعاتنا العربية تعد عالية فقد تبين من خلال الدراسات أن نسبة زواج الأقارب في المملكة العربية السعودية قد تجاوز ٥٦ ٪ بنسبة تصل إلى ٣٣.٦ ٪ بين أبناء العم والخال؛ بينما تشير دراسات أخرى إلى أعلى من ذلك مع الأخذ بالاعتبار إلى الاختلاف في نسبة زواج الأقارب بين مناطق المملكة ، وعلى أي حال تعد هذه النسب عالية مقارنة بباقي دول العالم (السيد، ٢٠١١).

ومن الجدير بالذكر أن الأمراض الوراثية كثيرة جدًا فحتى عام ١٩٩٤م استطاع العلماء حصر الأمراض الوراثية المنتقلة عبر جين واحد بـ(٦٦٧٨) مرضًا، ولازالت قائمة هذه الأمراض تزداد يوميًا باكتشاف المزيد منها بسبب تسارع البحث العلمي في مجال الجينات، ولذلك يصعب الفحص عنها كلها. كما أن الكثير من هذه الأمراض يصعب الكشف عنها نظرا لعدم وجود تحليل لها، أو أن التحليل لا يستطيع اكتشاف الشخص الحامل للمرض بشكل دقيق. كما أن الكثير من هذه الأمراض ناتج عن خلل في الجينات، ورغم أن الكثير من الجينات (والتي تناهز ٣٠ ألف جين)غير معروفة، ولم يتم اكتشافها، ولذلك لا يوجد لها تحاليل، ولذلك يجب على الذين يتقدمون للفحص الطبي قبل الزواج معرفة أن الطب لا يستطيع الكشف عن جميع الأمراض، وينبغي على المتقدم التحري عن كل طفل، أو بالغ في العائلة، ولدية مرض يشتبه أن يكون خلقي، أو وراثي. فلذلك لأن التاريخ المرضي لكل عائلة هو الذي ينبه الطبيب عن وجود مرض ما، وإذا عرف هذا المرض فإن على الطبيب التحقق من احتمالية انتقاله لهذه الأسرة الجديدة.

لاشك أنه قد تظهر نتائج غير مرغوبة في هذه الفحوصات، وهذا أمر عصيب ليس فقط على الطرفين، وأهلهم، بل يصل إلى الطبيب الذي عليه أن يوصل تلك المعلومات بشكل صحيح، وهنا نود أن نوضح أمرًا في غاية الأهمية، وقد يساء فهمة، وهو أن الفحوصات التي سوف تجرى هي للكشف عما إذا كان الشخص حاملاً للمرض أم لا، والشخص الحامل

للمرض ليس شخصًا مريضًا، بل هو شخص سليم، ولكنه يحمل صفات وراثية يمكن ان ينقلها لذريته إذا حدث، وكانت زوجته، او كان زوجها أيضًا حاملاً لنفس المرض. هذا من ناحية، ومن ناحية اخرى ليس هناك بإذن الله مشكلة إذ كان احد الطرفين حاملاً للمرض، والطرف الأخر ليس حاملاً له. المشكلة فقط تحدث إذا كان الطرفان كلاهما حاملين للمرض. أما لو حدث، وكان كل الطرفين حاملين لنفس المرض فإنهما يبلغان بشكل سري عن نتيجة التحليل، ويشرح لهما الاحتمالات التي يمكن أن تحدث لذريتهما لو تزوجا، وهنا أنبه أن الطبيب لا يتدخل في القرار النهائي فالرجل، والمرأة لهما الحرية في اتخاذ القرار المناسب لهما، ولو حدث، وتزوجا مع علمهما أنه من الممكن أن يرزقا بأطفال مصابة بمرض وراثي فإن معرفتهما بهذا الاحتمال بإذن الله سوف تقوي من ترابطهما، هذا لو قارناه بمن لم يعلم، وفجأة يجد نفسه أمام معلومات وراثية خطيرة لم يعلمها قد تعصف بأسرته، وتشرد أطفاله المصابين بالمرض. هذا إذا قلنا أنهما سوف يتزوجان أما لو قررا أن لا يتزوجا فبإمكانهما البحث عن زوج آخر. قال تعالي ﷻ " ﴿وَعَسَى أَن تَكْرَهُواْ شَيْئًا، وهُوَ خَيْرٌ لَّكُمْ، وعَسَى أَن تُحِبُّواْ شَيْئًا، وهُوَ شَرٌّ لَّكُمْ، واللّهُ يَعْلَمُ، وأَنتُمْ لاَ تَعْلَمُونَ﴾ (سورة البقرة، الآية ٢١٦).

إن الكثير من الإمراض الوراثية لا يوجد لها علاج، أو يصعب علاجها، وذات تكلفة عالية، وقد تترتب على إجراءات العلاج سواء بتناول الدواء طوال الحياة، أو التغذية الخاصة، أو نقل الدم بصفة منتظمة، أو زرع الأعضاء فإن الفحص قبل الزواج بشكل، وسيلة ملائمة لمكافحة الأمراض الوراثية، ووسيلة للوقاية، وبأقل كلفة مقارنة بالفوائد الكبيرة التي تتحقق إذا ما تم حماية المجتمع من الأمراض الوراثية، والتي يكلف علاجها مبالغ طائلة.

❁ الأمراض الوراثية المنتشرة في العالم العربي

تشير العديد من الدراسات إلى أن انتشار أمراض الدم الوراثية في بعض الدول العربية يعد مشكلة صحية خطيرة؛ بالإضافة إلى أنها مشكلة اجتماعية كبيرة فهي أيضًا تستنزف

الموارد المخصصة للقطاع الصحي، وخاصة إذا علمنا على سبيل المثال أن ميزانية الإنفاق الصحي على الأفراد في المملكة العربية السعودية انخفض بسبب الزيادة السنوية في عدد السكان من ١٠٨٥ ريالاً سعوديًا عام ١٤٠٤هـ إلى ٦١٠ ريالاً عام ١٤١٩هـ، ولا شك أن، وضع البرامج الصحية الوقائية سيقلل من الإنفاق العام على الصحة على المدى البعيد.

وتنتشر المشكلة بشكل كبير في بلدان الخليج العربي، والشمال الإفريقي فأحدث الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية تؤكد أن عدد الذوي الإعاقة في مصر في تزايد مستمر، وأنهم يمثلون حوالي ١٣٪ من إجمالي عدد السكان منهم حوالي ٧٣٪ من ذوي الإعاقة الفكرية، ومن هنا طرحت بشدة فكرة اللجوء إلى إصدار قانون يشترط على المقبلين على الزواج إجراء كشف طبي إجباري للتأكد من خلو الزوجين من أي أسباب صحية تعرض أطفالهما للتشوهات، وهو القانون الذي فرضت مثله كل من السعودية، والأردن، ومن المنتظر تعميم تجربته في أنحاء الوطن العربي.

ومما لا يخفي على أحد أن حالات التزاوج بين الأقارب في المجتمع الخليجي أصبح هو القاعدة حتى، وصلت نسبته أكثر من ٥٠ ٪وهي من أعلى النسب في العالم، هذا إذا عرفنا أن معدل الزواج بين الأقارب في كثير من الدول لا يزيد عن ٥٪، وقد نتج عن ذلك زيادة، واضحة في الأمراض الوراثية، وخاصة تلك التي تنتقل بالوراثة المتنحية كأمراض الدم الوراثية، والأمراض الاستقلابية، والعيوب الخلقية بأنواعها، والكثير من هذه الأمراض قد يستعصى علاجها، أو تحتاج إلى عناية مستمرة، وباهظة الثمن، ولها تأثيرات اجتماعية، ونفسية، ومالية على الكثير من الأسر فانه من الضروري أن يحاول المتخصصون التقليل من أعداد الأطفال الذين يصابون بهذه الأمراض، ومحاولة تقليل التأثيرات الاجتماعية، والنفسية على الأسر التي تكثر فيهم هذه الأمراض.

ولذلك بدء تطبيق قرار مجلس الوزراء في المملكة العربية السعودية بالكشف الطبي قبل الزواج ابتداء من شهر محرم ١٤٢٥هـ بشكل إلزامي مع عدم الالتزام، والتدخل في قرار الأسرة عند ظهور النتائج بشكل غير متوقع.

وقد اقتصر هذا الفحص على الكشف عن مرضين رئيسيين من أمراض الدم الوراثية، وهما مرضي فقر الدم المنجلي(الأنيميا المنجلية)، وفقر دم البحر المتوسط(الثلاسيميا) لانتشارهما في المملكة العربية السعودية.

وهناك أمراضًا وراثية أخرى خطيرة في مناطق أخرى من المملكة لا يجري لها فحص، ومنها على سبيل المثال، وليس الحصر أمراض الحموضة في الدمOrganic Acidemia التي تنتشر بنسبة كبيرة في منطقة القويعية، والمنطقة الجنوبية، وبعض أمراض ارتفاع الأمونيا الوراثي أكثر شيوعًا في منطقة، وادي الدواسر، وفي الخرمة، وكذلك بعض أمراض الأحماض الأمينية معروفة في منطقة الباحة، وأمراض التمثيل الغذائي للمواد الدهنية المنتشرة في المنطقة الشمالية، وأمراض تخزين الجلايكوجين المنتشرة في منطقة المدينة المنورة، وأمراض ارتفاع حمض اللاكتيك (أمراض الميتوكندريا) التي تسود في منطقة القصيم.وكل الأمثلة السابقة معروفة لكل من يعمل عن قرب في مجال طب الوراثة، كما أن كثيرًا من المتلازمات الناتجة عن الطفرات الوراثية أصبح لها نمط جغرافي معروف في المملكة.

ويصعب معرفة، وحصر الأمراض المنتشرة في الوطن العربي، وذلك ناتج لقلة المعلومات الدقيقة، والموثقة عن هذه الأمراض. كما أن بعض نسبة انتشار هذه الأمراض تختلف من دولة إلى أخرى، ولكن، وبشكل عام يمكن تقسم الأمراض الأكثر شيوعًا في العالم العربي إلى عدة أقسام كما يلي:

أولا: الأمراض المتعلقة بالكروموسومات (الصبغيات):

وهذا النوع في العادة ليس له علاقة بالقرابة، و أسباب حدوثها في الغالب غير معروفه، ومن أشهر أمراض هذا القسم متلازمة داون (أو كما يعرف عند العامة بالطفل المنغولي)، ومتلازمة داون ناتجة عن زيادة في عدد الكروموسومات إلى ٤٧ بدل من العدد الطبيعي (٤٦).

ثانيا: العيوب الخلقية، والأمراض الوراثية

وهي تشير إلى الأمراض الناتجة عن خلل في الجينات، ويتفرع من هذا القسم أربع أنواع من الأمراض هي كالآتي:

(١) الأمراض المتنحية:

يكون كلا الوالدين حاملاً للمرض، أو خصائص الإعاقة دون أن تظهر عليه الإصابة (يحمل جينًا سويا سائدًا، والآخر متنحى شاذ)، ومن ثم: فإن احتمال نقل تلك الخصائص المرضية لأبنائهما: أن يرث أي طفل للجين السوي من كلا الوالدين، وعدم الإصابة بالمرض يحدث بنسبة ٢٥٪، واحتمال وراثة أي طفل للجين المتنحي من كلا الوالدين، والإصابة بالمرض يحدث بنسبة ٢٥٪، في حين أن احتمال وراثة أي طفل للجين المتنحي من أحد الوالدين، أو حمل المرض دون أن يظهر عليه هو بنسبة ٥٠٪، وقد كشف العلماء أن حوالي ٧٨٣ نوعًا من الأمراض، أو الاضطرابات، والإعاقات تنقل عن طريق الوراثة المتنحية، وفي العادة يكون بين الزوجين صله قرابة. ولذلك تنتشر هذه الأمراض في المناطق التي يكثر فيها زواج الأقارب كبعض المناطق في العالم العربي، ومن أشهر هذه الأمراض أمراض الدم الوراثية، خاصة مرض فقر الدم المنجلي (الأنيميا المنجلية)، وفقر دم البحر المتوسط (الثلاسيميا)، وأمراض التمثيل الغذائي بأنواعها.

(٢) الأمراض السائدة:

تنتقل بعض الإعاقات، والاضطرابات الوراثية عن طريق وراثة الطفل لأحد الجينات الوراثية السائدة من الوالد المصاب (أي: يرث الطفل من الوالد المصاب الجين الشاذ)، ولكن عند زواج اثنين مصابين بنفس المرض (وقد يكون بينهما صله نسب) فقد تكون الإصابة في أطفالهم اشد، أو اخطر، وذلك لحصول الطفل على جرعتين من المرض من كلا، والديه، ومن ثم: فإن الاضطراب، أو الإعاقة تنتقل إلى الطفل، وقد أصبح معروفًا حتى الآن حوالي ٩٤٣ نوعًا من الأمراض، والإعاقات الوراثية التي تنقل عن طريق الوراثة السائدة، وعند دراسة التاريخ المرضى لعدد كبير من أفراد الأسر التي تحمل أحد سمات الإعاقة عن طريق الجينات الوراثية السائدة أمكن الجزم بأن هذه الإعاقة ستظهر في كل جيل، وأن نصف الإخوة، والأخوات سيصاب بهذه الإعاقة، وأشهر أمراض هذا النوع متلازمة مارفان. مع أن هذا النوع من الأمراض ليس له علاقة بالقرابة.

(٣) الأمراض المرتبطة بالجنس المتنحية:

وهذا النوع من الأمراض ينتقل من الأم الحاملة للمرض فيصيب أطفالها الذكور فقط، واشهر هذه الأمراض مرض نقص خميرة G6PD (أو ما يسمى بأنيميا الفول)، وهذا النوع في العادة ليس لها علاقة بزواج الأقارب، ولكن المرض قد يصيب البنات إذا تزوج رجل مصاب بالمرض بإحدى قريباته الحاملة للمرض.

(٤) الأمراض المرتبطة بالجنس السائدة:

هي أنواع من الأمراض النادرة، والتي في العادة تنتقل من الأم إلى أطفالها الذكور، والإناث، وقد يكون شديد في الذكور مقارنه بالإناث.

ثالثا: الأمراض المتعددة الأسباب:

إن معظم الأمراض تدخل تحت هذا القسم ؛ مثل: مرض السكر، وارتفاع ضغط الدم، والصلب المشقوق، وشق الشفاه وغيرها من الأمراض. كما ان الأسباب، وراء هذه الأمراض ليست معروفة، ولكن جميع هذه الأمراض لا تحدث إلا في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، وتعرضوا إلى سبب ما في البيئة المحيطة بهم، وليس لزواج الأقارب علاقة في حدوث هذه الأمراض، ولكن إذا تزوج شخصين مصابين بأي نوع من هذه الأمراض فإنه يزيد من احتمال إصابة الأطفال مقارنة بإصابة احد الوالدين فقط مصاب بالمرض.

رابعا: الأمراض المتفرقة:

- والتي يصعب حصرها، ومن أشهر هذه الأمراض، الأمراض المرتبطة بالميتوكندريا، والتي تنتقل من الأم فقط إلى بقيه أطفالها الفحص ما قبل الزواج (٢٠١٠).

❁ مفهوم الإرشاد الوراثي

الإرشاد الوراثي يتوخى تزويد طالبيه بالمعرفة الصحيحة، والتوقعات المحتملة، ونسبتها الإحصائية تاركا اتخاذ القرار تمامًا لذوي العلاقة فيما بينهم، وبين الطبيب المعالج، دون اي محاولة للتأثير في اتجاه معين؛ فالإرشاد الوراثي هي إحدى خدمات الرعاية الصحية المهمة

والتي اصبح لا غنى عنها، وينبغي توفيرها للأفراد والزوجين والأسرة، ويتضمن الإرشاد الوراثي توفير المعلومات والنصائح الطبية المتعلقة بالأمراض الوراثية واحتمالات حدوثها، أو تكرارها في حمل آخر للأسر التي لديها اشخاص مصابون بأمراض وراثية، أو عيوب خلقية وكذلك الأسر المعرضة لإنجاب أطفال مصابين بمرض وراثي من أي نوع وكذلك تقديم الدعم المعنوي لهم ومساعدة هؤلاء الأفراد على اتخاذ القرارات الشخصية المتعلقة بهم واحتمالات ونتائج الحمل المختلفة لديهم ويكون الإرشاد الوراثي مسانداً للفرد والعائلة أما اتخاذ القرار فيكون للعائلة بعيداً عن اية مداخلات من اخصائي الإرشاد الوراثي.

ويسعي الإرشاد الوراثي تجنيب الأسرة المعاناة المادية، والنفسية، والاجتماعية الناتجة عن وجود أكثر من طفل مصاب في العائلة، أو تكرار الوفيات، والإجهاضات التي من شأنها ان تؤثر على استقرار الأسرة.

فالإرشاد الوراثي احد الخدمات الوقائية التي تقدم لمن يرغبون الزواج، وللوالدين اللذين يرغبان في إنجاب أطفال آخرين بعد إنجاب طفل معوق، أو مصاب بمرض وراثي، أو تكويني، وللآباء، والأمهات الذين انحدروا من اسر انجبت اطفالاً ذوي إعاقة، وللأمهات اللاتي تزيد اعمارهن عن اربعين عامًا، أو غيرهم ممن يمكن اعتبارهم معرضين بشكل أكبر من غيرهم لخطر إنجاب أطفال ذوي إعاقة.

وعلم الإرشاد الوراثي يؤدي دورًا رئيسًا في الاستفادة من هذا التطور والتقدم العلمي للحد من انتشار الأمراض الوراثية وتوعية المجتمع باستخدام جميع طرق الوقاية الطبية الوراثية في هذا المجال. وهذه الصفحة مخصصة للحديث عن علم الإرشاد الوراثي وتطبيقاته (السيد، ٢٠١١).

❁ أخصائي الإرشاد الوراثي

هو احد أعضاء الفريق الطبي، وقد تم إعداده أكاديميًا، وطبيًا لتقديم خدمات الإرشاد الوراثي للأفراد والأسر الذين يبحثون عن معلومات تخص احتمالات تكرار، أو حدوث مرض وراثي، أو تشوهات عند الولادة.

ويختلف دور أخصائي الإرشاد الوراثي بحسب طبيعة عمله فهناك أخصائيو الإرشاد الوراثيون العاملون في المجال الإكلينيكي والبعض في مجال الدراسات والبحوث والآخرون في مجال المختبرات الجزيئية الوراثية وغيرها.

كما أن من مهام أخصائي الإرشاد الوراثي هو عمل الفحوصات الوراثية بالاستشارة مع طبيب الوراثة لمعرفة الطفرات الوراثية لكل أسرة ومن ثم استعراض طرق الوقاية المتاحة ومناقشتها مع الزوجين، أو المقبلين على الزواج فيما لو كان كلا الطرفين حامل للطفرة الوراثية. وأخصائي الإرشاد الوراثي هو حلقة الوصل بين الطبيب، والمختبر، والأسرة، وله دور كبير في المشاركة في البحوث العلمية، وإقامة المؤتمرات، والبرامج التوعوية؛ بالإضافة إلى الانخراط في السلك التعليمي.

❁ عيادة الإرشاد الوراثي

عيادات الإرشاد الوراثي عادة تكون تابعة لقسم الطب الوراثي، وفي الغالب تعنى هذه العيادات بتقديم المشورة الوراثية للمصابين بأمراض وراثية، أو اعتلالات في الكروموسومات وكذلك تقديم المشورة، والدعم للأسرة ككل. تستقبل هذه العيادات المرضى من مختلف التخصصات والتي لها علاقة بالوراثة؛ مثل: الأعصاب، والكلى، والجهاز الهضمي، والقلب ... وغيرها؛ فيتمحور دور أخصائي الإرشاد الوراثي في شرح طبيعة المرض، وأسبابه، وأخذ تاريخ العائلة؛ إضافة إلى حساب نسبة تكرار المرض في الحمل التالي.

من بين الحالات التي يتم قبولها في عيادة الإرشاد الوراثي ما يلي:

(١) الأطفال المصابون بأمراض وراثية معروفة ومحددة

(٢) الأزواج الحاملون لخلل في الكروموسومات ولديهم أطفال مصابون

(٣) الأسر التي يوجد لديها تاريخ بوجود مرض وراثي من نوع معين في الأجيال السابقة، أو الأقارب

(٤) الأمهات اللاتي يعانين من إسقاطات متكررة تزيد عن ثلاثة، أو وفيات أثناء الحمل.

(٥) الأمهات اللاتي تجاوزن ٣٥ عامًا من العمر (لزيادة احتمال الأمراض الكروموسومية لدى الأطفال)

(٦) الأسر الذين تم اكتشاف الإصابة في أبنائهم بعد عمل الفحص المبكر للمواليد

(٧) الأشخاص المقبلين على الزواج ولهم الرغبة في عمل فحوصات وراثية توضح إذا كانوا حاملين للمرض الوراثي الموجود في أسرهم .

(٨) الرغبة في الإنجاب عن طريق التلقيح الصناعي والفحص المبكر قبل الفراس

(٩) الرغبة في متابعه الحمل وعمل الفحوصات المناسبة أثناء الحمل لمعرفه إذا كان الجنين سليمًا، أو مصابًا بمرض وراثي معين.

(١٠) طلب الاستزادة بالمعلومات في جانب التحاليل الوراثية، أو طرق الوقاية؛ بالإضافة إلى الدعم المعنوي ومساعدة الزوجين على اتخاذ قراراتهم، وذلك بالإجابة على تساؤلاتهم.

ومن المعلومات اللازمة للإرشاد الوراثي ما يلي:

(١) التشخيص الدقيق: لحالات الإعاقة، أو للاضطراب الموجودة في الأسرة فعلاً، أو ما يحمله الوالدان من عوامل وراثية ناقلة لبعض الاضطرابات المرضية.

(٢) التعرف على عمر الأم: فالعمر المثالي للإنجاب: ما بين ٢٠ – ٣٥ سنة؛ فغالبًا ما تكون احتمالات إنجاب الأمهات في سن ما بعد الأربعين لحالات عرض داون واردة بنسبة عالية، إذ تضعف في هذا السن خلايا البويضة، أو تتلف على مر السنين، وضعف القدرة الجنسية مما يجعل تخصيب البويضة يتأخر إلى اللحظات الأخيرة من حيويتها.

(٣) تاريخ الأسرة: التعرف على بعض حالات الإعاقة، أو الحالات المرضية الموجودة في العائلة، وذلك من خلال دراسة شجرة العائلة، والتنبيه للمخاطر المحتملة، وأخذ الاحتياطات اللازمة لذلك.

(٤) الفحوص المخبرية: حيث يتوافر الآن فحوصًا مخبريه دقيقة تكشف عن العوامل الوراثية، والجينات الناقلة لبعض أنواع الإعاقة، أو المرض قبل الحمل، وأثناءه، وذلك

بأخذ عينة من السائل الأميني المحيط بالجنين من رحم الأم خلال المدة ما بين الأسبوع الثاني عشر، والرابع عشر من بداية الحمل، وبالتالي تقديم المعلومات الدقيقة للوالدين بشأن حالة الجنين، مع ترك القرار النهائي للوالدين نحوه.

أهداف الإرشاد الوراثي

يهدف الإرشاد الوراثي إلى:

(١) فحص، وتوجيه الراغبين في الزواج لإجراء الفحوص في مرحلة ما قبل الزواج، وخاصة في الأسر التي تظهر فيها حالات متكررة من الإعاقة، أو ثبت عن طريق الفحص الكروموسومي، أو غيره من الفحوص الطبية بأنهم يحملون جينات بها شذوذ ما، وذلك تفاديا لإنجاب أطفال ذوي الإعاقة، وذلك من خلال ما يلي:

(١) تحديد الأفراد المعرضين للإصابة بالأمراض الوراثية، وتقديم كل الفحوصات المتاحة، والنصائح الكافية حول الأخطار المستقبلية.

(٢) اكتشاف بعض الأمراض، والإصابات الخطيرة التي يمكن أن يولد بها الطفل، وذلك من خلال فترة ما قبل الولادة، حتى تتخذ الاحتياطات العلاجية الممكنة.

(٣) معرفة التاريخ المرضي لكل من الرجل، والمرأة منذ الولادة حتى تاريخ الفحص بتحديد الأمراض المزمنة لدى كل منهما.

(٤) معرفة التاريخ المرضي لعائلة كل من الشاب، والفتاة المقبلين على الزواج.

(٥) إجراء الفحص الطبي السريري لكل منهما.

(٦) إجراء الفحص المخبري للإفرازات لكل منهما مع تحليل الدم.

(٧) إجراء الفحوصات الإشعاعية.

(٨) إجراء تحليل للنطفة المنوية عند الذكر.

(٩) إجراء دراسة، وتحليل للعوامل الوراثية (الجينات).

(٥) اختبار الزهري لعلاجه إن كان المرض موجودًا.

(٦) تحديد نوع عامل ريزيس Rh، لتجنب عواقبه في الأطفال المولودين بعد أول طفل.

ومن التحاليل التي تجري لفتاة المقبلة على الزواج:

(١) تختبر المرأة في المعمل الاختبارات العامة (الزهري، والبول، والبراز، وصورة الدم الكاملة، وسرعة الترسيب)، وتحديد نسبة الهرمونات.

(٢) اختبار عامل ريزيس Rh في الدم هو أحد أهم اختبار للمرأة.

(٣) من الاختبارات الخاصة بالمرأة اختبار توكسوبلازما الخاص بفيروس ينتقل من القطط للمرأة فتصاب بالإجهاض.

(٤) قد يعمل اختبار بالموجات الصوتية للرحم، والمبيض، وقناتي البيض.

❁ مشروع الجينوم البشري

مصطلح جينوم genome هو مصطلح جديد في علم الوراثة يجمع بين جزئي كلمتين هما gen، وهي الأحرف الثلاثة الأولى لكلمة gene التي تعني باللغة العربية المورث (الجين)، والجزء الثاني هو الأحرف الثلاثة الأخيرة من كلمة chromosome، وهي ome، وهي تعني باللغة العربية الصبغيات (الكروموسومات)، أما الدلالة العلمية لهذا المصطلح فهي: الحقيبة الوراثية البشرية القابعة داخل نواة الخلية البشرية، وهي التي تعطي للإنسان جميع صفاته، وخصائصه الجسمية، والنفسية.

وقد انشئت منظمة الجينوم البشري Human Genome Organization (HUGO) في عام ١٩٨٨ في الولايات المتحدة، وكان هدف هذه المنظمة الدولية هو حل شفرة كامل الجينوم البشري.

أما مشروع الجينوم البشري Human Genome Project (HGP) فهو مشروع بحثي بدأ العمل به رسميًا في عام ١٩٩٠، وقد خصصت لذلك مبلغًا قدره ثلاثة مليارات دولار لهدف

قراءة الخارطة الوراثية فقط genetic mapping، وقد كان من المخطط له أن يستغرق (١٥) عامًا، لكن التطورات التكنولوجية أدت إلى تسريع العمل به، وكذلك المشاركة الفعالة من عدة دول جعل له اثرًا كبيرًا في التنافس؛ مما بشر باكتماله، والانتهاء منه، ونشره كأطلس وراثي للخصائص والصفات البشرية في مساء ٢٦ يونيو عام ٢٠٠٠م، وقد بدأ المشروع في الولايات المتحدة كجهد مشترك بين، وزارة الطاقة (DOE)، والمعاهد الوطنية للصحة (NIH)، وقد تمثلت الأهداف المعلنة للمشروع فيما يلي:

(١) اكتشاف جميع المورثات (جينات) البشرية (والتي قدر عددها في ذلك الوقت بـ ٨٠ – ١٠٠ الف).

(٢) اكتشاف، وتحديد التتابع الكامل لكل ثلاثة بلايين زوج من القواعد النيتروجينية

وتوقع العلماء أن رسم هذه الخريطة يساعد بشكل كبير على فهم بيولوجية، الإنسان، ولاستخدامها ايضًا في اشياء أخرى كثيرة، وقد طور العلماء اهدافهم المرحلية في، وقت لاحق، واضافوا هدفًا جديدًا، وهو التعرف على الاختلافات الفردية في الجينوم بين شخص، وآخر، وقد اكتشفوا انه رغم أن أكثر من ٩٩٪ من الـ دي إن أي في الإنسان متشابهة في كل البشر فإن التغيرات الفردية قد تؤثر بشكل كبير على تقبل الفرد للمؤثرات البيئية الضارة مثل: البكتريا، والفيروسات، والسموم، والكيماويات، والأدوية، والعلاجات المختلفة، ومن فوائد هذا المشروع المتوقعة:

(١) التعرف على المائة الف مورث (جين) في الشريط الوراثي DNA للإنسان.

(٢) تحديد تسلسل الثلاثة بلايين صيغة كيميائية للكروموسومات.

(٣) تخزين تلك المعلومات في قاعدة بيانات (معلومات).

(٤) تطوير ذلك من خلال تحليل تلك المعلومات.

(٥) تحويل تلك التقنيات إلى القطاع الخاص للاستفادة منها.

(٦) متابعة الإصدارات الأخلاقية، والتنظيمية، والاجتماعية للمشروع.

إن اي خلل يسير في تسلسل القواعد النتروجينية في الجين المتحكم في البروتين يؤدي إلى مرض خطير؛ ولكن لا يظهر المرض إلا عندما يرث الشخص هذا الجين الشاذ من كلا

الأبوين، أما إذا كان لديه جين واحد مصاب، والجين الآخر سليمًا فإنه يعد حاملاً للمرض فقط، ولا تظهر عليه أية أعراض مرضية، ولكن عندما يتزوج هذا الحامل للمرض من امرأة حاملة لهذا الجين تكون نسبة ظهور المرض في ذريتهما (٢٥٪) أي واحد من أربعة، وهنا يأتي دور الفحص الطبي، ولكن هناك عدد كبير من الأمراض الوراثية تنتقل عبر جين واحد منتقل من أحد الأبوين، أو كليهما، حيث حصرها بعض العلماء – كما سبق وأن ذكرنا – عام ١٩٩٤م في (٦٦٧٨) مرضًا وراثيًا، غير أن (٤٤٥٨) مرضًا منها يصيب نصف الذرية، و(١٧٥٠) مرضًا يصيب ربع الذرية، وأوصلها العلماء في عام ١٩٩٨م إلى أكثر من ثمانية آلاف مرض وراثي.

ولقد طور العلماء العاملون في هذا المشروع، وسائلهم لاكتشاف هذه الاختلافات. فوجدوا أن أكثر هذه الاختلافات شيوعًا هي ما يسمى بالاختلاف النووي الفردي، والذي يرمز له بالـ إس إن بي Single Nucleotide Polymorphisms (SNP). ويتكرر هذا الاختلاف مرة واحدة بين ١٠٠ – ٣٠٠ قاعدة نيتروجينية، ويعتقد العلماء أن رسم خريطة ستساعدهم على التعرف على الجينات المختصة بالأمراض المختلفة؛ مثل: السرطان، والسكر، وأمراض الأوعية الدموية، والأمراض العقلية، وللتعرف على وظائف المورثات المختلفة للإنسان. يقوم العلماء بمحاولة تحضير نسخ كاملة من الحمض النووي المكمل (cDNA)، وكذلك دراسة الطرائق التي تتحكم بعمل المورث، وكيفية عمله. كما يهتم المشروع بتأثير الطفرات المختلفة على عمل المورثات عن طريق استحداث الطفرات المختلفة التي تؤدي إلى فقد، أو تغير الوظيفة على الحيوانات المختلفة داخل المعامل العلمية. كما يهتم المشروع بدراسة أوجه التشابه في تركيبة DNA بين الأحياء المختلفة، وليتمكن العلماء من ذلك فقد قاموا برسم خرائط وراثية للبكتيريا المعروفة (كبكتيريا الـ إي كولي (E.coli)، والفطر المعروف بالـ سركوميسس سي saccharomyces cerecisaie، وذبابة الفاكهة Drosophilae Melanogaster، والطفيل المعروف بـ كنورابيدس إي caenorhabditis elegans، ويحاولون الآن تحضير الخريطة الكاملة لفأر التجارب، وبهذه الدراسات المقارنة يمكن للعلماء أن يصلوا إلى معلومات مهمة عن تطور الخلق، والعمليات الحيوية الكيمائية، والوراثة، والوظائف الفسيولوجية.

❁ طرق الإرشاد الجيني

أدى البحث العلمي، وتفسير تركيب المادة الوراثية (الكروموسومات، والجينات، والأحماض النووية) إلى إحراز تقدم علمي ملحوظ في مجال التشخيص المخبري لاختلالات المادة الوراثية، وأمراضها، وأمكن توفير عدة طرق تشخيصية ترقى إلى نسبة عالية من الدقة، وخيارات متعددة لإجراء الفحوص في مراحل مختلفة من الحمل، وفيما يلي نذكر بعضًا من هذه الطرائق مع بيان فوائد ومساوئ كل طريقة منها:

(١) المسح الوراثي الوقائي:

يتمثل هذا في تشخيص الأمراض الوراثية على نطاق واسع من المجتمع في مراحل مختلفة من العمر باستخلاص عينة دم لعينات من القبائل، والعائلات للتشخيص الوراثي، ويهدف هذا المسح إلى الحدّ من اقتران حاملي المورّثات المعتلة، وبالتالي الحدّ من المواليد المصابين بالمرض.

(٢) التشخيص قبل الزواج:

المقصود به معرفة الحاملين لأمراض وراثية في مجموعة عرقية معينة، أو في بلد معين حتى يتجنب ظهور الأمراض الوراثية، ويكتشف المرض بواسطة تحليل الدم، وكلفتها محدودة، وإجراؤه قبل الزواج ممكن.

وتظهر فوائد إجراء الفحص الطبي قبل الزواج إلى تقليل عدد المصابين بكثير من الأمراض الشائعة في المجتمع الأنيميا المنجلية إما بعدم تزاوج حاملي الجين، أو إجراء الفحوصات عند الرغبة في الإنجاب، وكلفتها محدودة مقدور عليها.

أما عيوب الفحص الطبي قبل الزواج فهي:

(١) الخداع غير المتعمد: قد يتوهم بعض الأشخاص أن إجراء الفحص الطبي سيقيهم من الأمراض الوراثية، وهذا غير صحيح على الإطلاق؛ لأن الفحص الطبي الوراثي لا يبحث سوى انتشار مرض واحد، أو اثنين في مجتمع معين؛ لذا فمن المستحيل أن

يستطيع احد القول بأن الفحص الطبي قبل الزواج سيؤدي إلى ذرية سليمة تمامًا.

(٢) عدم التحكم في سرية نتائج الفحوصات، ومن ثم يترتب على ذلك اضرارًا بأصحابها، ومن بين تلك الأضرار عدم قيام شركات التأمين بالتأمين على المصابين بشذوذ خطير في الجينات قد يؤدي بعضها إلى الوفاة، أو العجز، أو قد تقوم تلك الشركات بمضاعفة مبالغ التأمين المطلوبة من أولئك الأشخاص، وفي ذلك ظلم لهؤلاء الذين لم يكن لهم يد في تكوينهم، وحملهم لهذه الجينات الوراثية.

(٣) إحجام الشباب، وعزوفهم عن الزواج، وخاصة عند ظهور صفة وراثية غير مرغوب فيها في أحد الخاطبين، وانتشار ذلك بين الناس؛ مما يحدث مشكلات اجتماعية، ونفسية لا تحمد عقباها فيما بعد.

(٣) التلقيح الصناعي والفحص ما قبل الغرس:

عادة يتم تحويل والدة الطفل المصاب بعد التعرف على الخلل في الجين، أو الكروموسوم إلى عيادة العقم والإخصاب، حيث تعطى هرمونات لتنشيط وحث المبيض لإنتاج أكبر عدد ممكن من البويضات، وبعد فترة يحددها الأطباء تخضع المريضة (الأم في هذه الحالة) إلى عملية سحب البويضات، وتلقيحها بالحيوانات المنوية من الزوج، ويتم وضع البويضات الملقحة في حاضنات خاصة، وتركها لمدة (٣) أيام لحين انقسامها إلى ما بين ٦ – ٨ خلايا، وحينها يتم ثقب جدار الخلية الملقحة، وسحب خلية واحدة وفحصها لتحديد ما إذا كانت سليمة، أو مصابة، فإذا كانت الخلية مصابة يتم استبعادها، وإذا كانت سليمة يتم إرجاعها لتنغرس في الرحم تقريبًا عند اليوم الخامس من تاريخ السحب، وإذا نجح الغرس فبإذن الله يكون الجنين سليمًا.

تقدر النسبة المقدرة على التعرف على الطفرة الوراثية بنحو (٩٧٪) وتظل هناك نسبة لحدوث أي خطأ، أو عدم وضوح الخلل في الجين اثناء الفحص وتقدر هذه النسبة ما بين ١ – ٣٪ ، ولكنها تظل بسيطة. كما وان نسبة حدوث حمل وإنجاب طفل انابيب سليم قد خضع لفحص وراثي قبل الغرس يمكن ان تصل إلى (٤٠٪).

ومن أهم النقاط التي يجب أن يدركها الزوجين الراغبون في عملية التلقيح الصناعي والتشخيص قبل الغرس هو أن عملية فحص الخلايا تتم للمرض الموجود في العائلة فقط، ولا يشمل الفحص جميع الأمراض الوراثية، أو بعضا منها.

(ب) التشخيص أثناء الحمل

أ- فحص دم الجنين:

ويتم إجراؤه بأخذ عينة من دم الجنين من الحبل السري، وبذلك يتمكن من معرفة العديد من الأمراض الوراثية، والاستقلابية، ويتم هذا التحليل بسهولة، ويسر، ونسبة حدوث المضاعفات فيه قليلة، ولكن من عيوبه أنه يتم إجراؤه في الأشهر الأخيرة؛ وبالتالي فلا فائدة منه في إتاحة فرصة الإجهاض لمن كانت تحمل جنينًا مشوهًا.

ب- بزل السائل الأمنيوسي

وذلك عن طريق أخذ عينات من الجنين Fetal Tissue Sampling مثل:

- بزل السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين.
- الزغبات المشيمية، وأخذ عينات من الدم السري.

ويجرى عادة في الأسبوع السادس عشر من الحمل، وربما بين الأسبوعين الحادي عشر، والرابع عشر، وفيه تدخل إبرة عبر بطن الأم إلى السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين، وتسحب منه كمية قليلة لإجراء التحاليل (ونتائجها صحيحة في ٩٩٪ من الحالات).

ج- الفحص بالموجات فوق الصوتية Ultrasound

وهو يجري للأم الحامل، حيث يمكننا من خلاله الكشف عن العيوب الخلقية الكثيرة، والتي من بينها عيوب القلب، والكلي؛ مثل: كيسات الكلية، والأمراض الدماغية؛ مثل: غياب الدماغ، والاستسقاء الدماغي، ومشكلات الجهاز التنفسي؛ مثل: فتوق الحجاب الحاجز، وغياب إحدى الرئتين، وبالتالي يمكننا من اتخاذ القرارات المناسبة قبل الولادة، ومن الجدير بالذكر أن الموجات فوق الصوتية غير مؤذية، ولو أن دراسة نرويجية حديثة ذكرت أن هناك احتمال في

زيادة، ولادة الأطفال الذين يستخدمون أيديهم اليسرى أكثر من المتوقع ممن تعرضوا لتلك الأشعة.

وفي كلا الفحوص السابقة هناك حرص على وجوب معاملة هذه العينات بصفة خاصة والحصول على النتائج قبل حلول (١٩) اسبوعًا أي (١٢٠) يومًا وهي الفترة التي تنفخ فيها الروح، فإذا كان الجنين سليمًا تتم طمأنة الأهل، وإذا كان الجنين مصابًا تتم مناقشة الحالة، والنظر فيها إذا كانت من ضمن الأمراض التي لا خلاف عليها من ناحية الإجهاض بوجود فتوى من هيئة كبار العلماء، أما سوى ذلك فيكون الأهل على دراية مبكرة بإصابة الجنين وعليهم التهيؤ لذلك.

❁ العلاج الجيني

لقد أورد داغي (١٤٢٦) حديثًا مطولاً عن العلاج الجيني، وما يرتبط به من ايجابيات، وسلبيات، ومن بينها أن العلاج الجيني يعني إصلاح الخلل في الجينات، أو تطويرها، أو استئصال الجين المسبب للمرض، واستبدال جين سليم به، وذلك بإحدى الطريقتين التاليتين:

الطريقة الأولى: عن طريق الخلية العادية، وذلك بإدخال التعديلات المطلوبة، وحقنها للمصاب، فإدخال الجين إلى الكروموسوم في الخلية يجب أن يكون في موقع محدد؛ لأن الإدخال العشوائي قد يترتب عليه أضرار كبيرة، ومن المعلوم أن توصيل الجينات يمكن أن يتم بالطرائق التالية:

- الطريقة الكيميائية فيتم دمج عدة نسخ من DNA الحامل للجين السليم بمادة مثل فوسفات الكالسيوم، ثم يفرغ ذلك في الخلية المستقبلية حيث تعمل المادة الكيميائية على تحطيم غشاء الخلية، وتنقل بالتالي المادة الوراثية إلى الداخل.
- وهناك طريقة أخري لتوصيل الجينات عن طريق الحقن المجهري حيث يتم دخول المادة الوراثية إلى السيتوبلازم، أو النواة.

- وطريقة استخدام الفيروسات هي الأكثر قبولاً، وتطبيقاً، وذلك باستخدام الفيروسات كناقل، أو عربات شحن في النقل الجيني، وهناك نوعان من الفيروسات، أحدهما مادته الوراثية DNA، والنوع الآخر RNA، وعلى الرغم من أنهما مختلفان كيميائيًا لكنهما يجمعهما أنهما من، وحدات تُسمى نيوكيلوتيدة: التي تشتمل شفرات منتظمة؛ بالإضافة إلى تسلسل دقيق للقواعد النيتروجينية. فقد أثبتت التجارب العملية أن الجين المسؤول عن تكوين بيتاجلوبين البشري يمكن إدخاله في خلايا عظام الفأر بواسطة الفيروسات التراجعية كناقل، وكانت النتيجة جيدة، واستخدم البعض الفيروسات التراجعية لإدخال جين مسؤول عن عامل النمو البشري إلى أورمات ليفية، وطبقت كذلك على أجنة التجارب بواسطة خلايا الكبد، والعضلات.

وبعد التجارب المعملية خرجت التطبيقات منها إلى الإنسان مباشرة حيث كانت التجربة الأولى على الطفلتين (سبنتيا)، و(أشانتي) اللتين، ولدتا، وهما تعانيان من عيب وراثي، وهو عدم إنتاج أنزيم أدينوزين ديمتاز، والذي يؤدي نقصه إلى موت خلايا الدم التائية المسماة بالخلايا النائبة (T – Cells)؛ مما يؤدي إلى التأثير على جهاز المناعة.

وفي سبتمبر ١٩٩٠ بدأت رحلة العلاج الجيني بحقن الطفلة (أشانتي) بالخلايا المعالجة وراثيًا، ثم أُخضعت الطفلة الثانية في يناير ١٩٩١، وكانت نتيجة علاجهما جيدة.

الطريقة الثانية: عن طريق إدخال التعديلات المطلوبة على الحيوان المنوي، أو البويضة، وقد أُثيرت الشبهات حول الطريقتين، حيث أثيرت على الطريقة الأولى شبهة أخلاقية، وهي: هل البصمة الوراثية لهذا الشخص ستكون مطابقة لابنه؟ كما أثيرت على الطريقة الثانية شبهة: تأثير إدخال التعديلات على الحيوان المنوي، أو البويضة، ولذلك لا بد من التأكيد على هذا الجانب الأخلاقي، وهو أن العلاج في الحالتين لا بد ألا يؤدي بأي حال من الأحوال إلى التأثير في البنية الجينية، والسلالة الوراثية، ومن جانب آخر فإن للاسترشاد الوراثي، والهندسة الوراثية دورًا رائدًا في منع المرض، وتطبيق قاعدة: الوقاية خير من العلاج.

والعلاج الجيني لا يقتصر دوره على الإنسان، بل له دوره الأكبر في عالم النبات، والحيوان، مثل تغيير، وتعديل التركيب الوراثي للكائنات، أو ما يعرف بهندسة المورثات في

الكائنات مثل: التحور الجيني في النبات، والاستزراع الجيني في الكائنات الدقيقة مثل: البكتريا، وهندسة الحيوانات وراثيًا.

❁ فوائد العلاج الجيني

هناك فوائد كبيرة، ومنافع جمة تتحقق من خلال العلاج الجيني يمكن أن نذكر أهمها:

(١) الاكتشاف المبكر للأمراض الوراثية، ويمكن حينئذ منع، وقوعها أصلاً بمشيئة الله، أو الإسراع بعلاجها، حيث بلغت الأمراض الوراثية المكتشفة أكثر من ٦ آلاف مرض، وبالتالي استفاد الملايين من مثل هذا العلاج الجيني.

(٢) تقليل دائرة المرض داخل المجتمع، وذلك عن طريق الاسترشاد الجيني، والاستشارة الوراثية.

(٣) إثراء المعرفة العلمية عن طريق التعرف على المكونات الوراثية، ومعرفة التركيب الوراثي للإنسان، بما فيه القابلية لحدوث أمراض معينة كضغط الدم، والنوبات القلبية، والسكري، ونحوها.

(٤) الحد من اقتران حاملي الجينات المريضة، وبالتالي الحد من الولادات المشوهة.

(٥) إنتاج مواد بيولوجية، وهرمونات يحتاجها جسم الإنسان للنمو، والعلاج.

لقد حدد محسن الحازمي (١٩٩٨) أهم فوائد الإرشاد الوراثي في النقاط التالية:

(١) الحد من اقتران حاملي المورِّثات المعتلة، وبالتالي الحد من الولادات المصابة بالمرض الوراثي، وفي ذلك تحقيق لمبدأ الوقاية الصحية المطلوب شرعًا، كما دلت على ذلك الأدلة من الكتاب، والسنة.

(٢) إثراء المعرفة العلمية عن طريق التعرف على المكونات الوراثية، وتفسيرات، وظائفها في حالات الصحة، والمرض، ومعرفة أساسيات الاعتلالات المرضية، ونمط حيودها.

(٣) الاكتشاف المبكر للمرض، ومن ثم التمكن من منع، وقوعه أصلاً، أو المبادرة لعلاجه، أو

التخفيف منه قبل تفاقمه، وانتشاره، وذلك بفضل الإرشاد الجيني.

(٤) تقليل مساحة المرض داخل المجتمع بنشر الوعي الصحي عن طريق الاستشارة الوراثية، والإرشاد الجيني.

ويتجلى البعد الاقتصادي لظاهرة الفحص الطبي فيما يلي:

(١) تقليص النفقات العلاجية، حيث إن اكتشاف المرض أو العارض الصحي أو مشكلات فصائل الدم أو غير ذلك، لأحد الزوجين مبكرًا، يُسّهل بإذن الله تعالى معرفة الداء ووصف الدواء المناسب، بدلاً من مشكلات صحية مزعجة قد تضطر الأسرة إلى نفقات علاجية باهظة الثمن، كان بالإمكان تجنبّها لو كان الفحص الطبي مبكرًا.

(٢) تحسين مستوى الصحة الإنتاجية، فكلما كان الزوجان في صحة وعافية من دون مشكلات صحية، كانت إنتاجيتهما وفاعليتهما أكثر، و كانا أقدر على العطاء والعمل.

(٣) الدافعية الايجابية للعمل، فالجسم السليم أساس العمل السليم وصحة الجسم من أوضح عوامل الدافعية الايجابية على العمل (الرماني، ٢٠١٠).

❁ سلبيات العلاج الجيني

يترتب على العلاج الجيني بعض السلبيات في عدة نواحي اجتماعية، ونفسية، منها:

(١) من خلال كشف بعض الأمراض الوراثية للشخص يترتب عليه آثار كبيرة على حياته الخاصة، وهي كما سبق أن ذكرنا تعرض الشخص لعدم القبول في الوظائف، أو التأمين بصورة عامة، أو رفض الزواج منه؛ مما يترتب عليه إضرار به دون ذنب اقترفه، بل قد لا يصبح مريضًا مع أنه حامل الفيروس، أو للجين المريض، فليس كل حامل للمرض مريض، ولا كل مرض، متوقع يتحتم، وقوعه.

(٢) التأثير على ثقة الإنسان بنفسه، والخوف، والهلع من المستقبل المظلم؛ مما يترتب عليه أمراض نفسية خطيرة قد تقضي عليه بسبب الهموم، مع أن الإنسان مكرم لا يجوز إهدار كرامته، وخصوصيته الشخصية، وأسراره.

(٣) أن هناك عوامل أخرى بجانب الوراثة لها تأثير كبير على إحداث الأمراض الناتجة عن تفاعل البيئة، ونمط الحياة، إضافة إلى الطفرات الجينية التي تحدث في البويضة، أو الحيوان المنوي، أو فيهما معا بعد التلقيح.

(٤) وهناك مفاسد أخرى إذا تناول العلاج الجيني الصفات التكوينية كالطول، والقصر، ولون البشرة، وغير ذلك، أو ما يسمى بتحسين السلالة البشرية؛ مما يدخل في باب تغيير خلق الله ﷻ، وهو محرم أصلاً.

❁ محاذير الإرشاد الجيني

لاشك في أن إدراك أسرار الجينات يحقق مصالح كبيرة للبشرية، ولكنه مع ذلك إذا أُطلق عنانها دون ضوابط فسوف تتولد مشكلات كثيرة، وخطيرة، منها أنه لو اشترطت جهات العمل الكشف الجيني لأدى ذلك إلى أن المصابين بالأمراض المحققة، أو المحتملة لن يتم تعيينهم، والأمر أشد في التأمين الصحي، أو التأمين على الحياة، ومنها كشف أسرار الإنسان، وغير ذلك من السلبيات؛ لذلك لا بد من، وضع ضوابط دينية، وأخلاقية في هذا المجال، ويمكن تلخيص أهم محاذير الإرشاد الوراثي كما أوردها محمد على البار(١٩٩٨) على النحو التالي:

(١) أن كثيرًا من مفاهيم الجينوم البشري، وحقائقه غير، واضحة المعالم، ومازال الغموض يكتنف كثيرًا من ماهيتها.

(٢) أن نتائج الفحوصات الجينية ليست قطعية في كثير من الحالات، ومعظم الأمراض ناتجة عن تفاعل أمراض تتفاعل فيها البيئة، ونمط الحياة مع النمط الوراثي الجيني.

(٣) أن الفحوصات المخبرية الجينية لا يمكن أن تحدد، وتثبت مدى الإصابة بهذه الأمراض على الرغم من التقدم الحاصل فيها، وإذا حدث المرض لا تدل على قوته من ضعفه.

(٤) أن الكثير من الأمراض الوراثية المعروفة لا تنتج بسبب الوراثة من الوالدين، وإنما بسبب عوامل أخرى مثل: الطفرات الجينية التي تحدث في البويضة، أو الحيوان المنوي، أو البيضة الملحقة.

(٥) ان الفحوصات الجينية يكتنفها بعض المشكلات الأخلاقية، والاجتماعية، والنفسية، والمالية التي يمكن غفرنها لو كانت المصلحة المتحققة منها أعظم من هذه المشكلات.

(٦) ان الأمراض الوراثية نسبة، وجودها لبقية الأمراض تعتبر نسبة نادرة.

❁ زواج الأقارب في الميزان

يؤدي زواج الأقارب دورًا كبيرًا في الإصابة بالأمراض الوراثية الناتجة عن الوراثة المتنحية كفقر الدم المنجلي، وانيميا البحر المتوسط، ولكن هذا لا يعني ان عدم الزواج بين الأقارب يضمن ان تكون الذرية سليمة من أي مرض، و راثي، ولا حتى من الأمراض الوراثية المتنحية، ولذلك من المهم القيام بتحاليل لكشف إذا ما كان الشخص حامل للمرض بغض النظر عن صلة القرابة بين الخطيبين. لذلك ففحوصات ما قبل الزواج هي مهمة للأقارب، وغير الأقارب، وتكون أكثر اهمية للأقارب إذا كان هناك أمراض وراثية.

إن احتمال الإصابة بالأمراض التكوينية عند المتزوجين من اقاربهم أعلى من غير المتزوجين من بأقاربهم، وتزداد نسبة هذه الأمراض كلما زادت درجة القرابة. فوراثيًا لدى كل إنسان بغض النظر عن عمره، أو حالته الصحية حوالي ٦٥ – ١٠جينات شاذة (بها طفرة)، وهذه الجينات الشاذة لا تسبب مرض لمن يحملها؛ لأن الإنسان دائمًا لدية نسخة أخرى سليمة من الجين، وعند زواج طرفين لديهما نفس الجين الشاذ فإن اطفالهم قد يحصلون على جرعة مزدوجة من هذا الجين الشاذ (أي أن الأب يعطي جين شاذ، والأم ايضًا تعطي نفس الجين الشاذ)، وهنا تحدث المشكلة على حسب نوع الجين الشاذ، وفي العادة تختلف أنواع الجينات الشاذة بين شخص، وآخر، ويندر أن يلتقي شخصان لديهما نفس الجين الشاذ، ولكن نوع الجينات الشاذة عادة تتشابه بين من الاقارب. فهناك احتمال كبير أن يكون أبناء العم، والعمة، والخال، والخالة لديهم نفس الجينات الشاذة، ولو تزوج احدهم من الأخر فهناك خطر على ذريته.

ويطرح موقع الوراثة الطبية www.werathah.com عدة تساؤلات حول زواج الأقارب، ومن بينها ما هي الأمراض التي تؤثر على الزواج ؟ فمن الجدير بالذكر ان جميع الأمراض من الممكن ان تؤثر على الزواج، وعلى قدرة احد الزوجين في القيام بدورة بشكل المطلوب، وهذه الأمراض أمراض نفسية اجتماعية، أو أمراض عضوية، وعلى سبيل المثال فالشخص الذي لدية إصابة في العمود الفقري، وهو مقعد قد لا يستطيع ان يودي حقوقه الزوجية بالشكل المطلوب من دون مساعدة طبية متخصصة. كذلك الأشخاص المصابون بمشكلات في الأعضاء التناسلية، أو اي مرض عضوي، أو نفسي آخر.

ويتساءل البعض أيضًا عن مدى كفاءة فحوص ما قبل الزواج، وجدوها ؟ فمما لاشك ان القضاء، والقدرة من أركان الإيمان، و لكن هناك فرق بين التوكل، والتواكل، وما نشجع عليه هو الحرص على تجنب المخاطر قدر الإمكان مع التوكل على الله ﷻ، وكما قال رسول الله ﷺ لصاحب الناقة "اعقلها، وتوكل"، وهذا لا يتنافى مع الإيمان بالقضاء، والقدرة. أما من يرفض اتخاذ أيه إجراءات بحجة أن الأمر واقع لا محالة فكأنه يقول للعاملين في مجال الطب بوجه عام، ولمتخصصي الوراثة على، وجه الخصوص: لا تعملوا، ولا تقدموا العلاجات، والفحوصات فهذه أمور مهما فعلتم للوقاية منها فإنها، واقعة لا محالة فهذا الراي غير صحيح، و فهم للتوكل خاطئ، ولو عمل الأطباء، والبحثين بهذا المفهوم المتكاسل لما تقدمت هذه العلوم.

ومن توصيات المؤتمر الحادي عشر للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية "الوراثة، والهندسة الوراثية، والجينيوم البشري، والعلاج الجيني" حول الإرشاد الوراثي للمقبلين على الزواج أوصي بما يلي:

(١) ينبغي تهيئة الإرشاد الوراثي للأسر، أو المقبلين على الزواج على نطاق، واسع، وتزويدها بالأكفاء من المختصين مع نشر الوعي، وتثقيف الجمهور بشتى الوسائل لتعم الفائدة.

(٢) لا يكون الإرشاد الوراثي إجباريًا، ولا ينبغي أن تقتضي نتائجه إلى إجراء إجباري.

(٣) يجب إحاطة الإرشاد الوراثي بالسرية التامة.

(٤) ينبغي توسيع مساحة المعرفة بالإرشاد الوراثي في المعاهد الطبية، والصحية، والمدارس، وفي وسائل الإعلام، والمساجد بعد التأهيل الكافي لمن يقومون بذلك.

(٥) لما كانت الإحصاءات التي تدل على أن زواج الأقارب (في حدود ما أباحه الإسلام) قد يكون معدل الثقال العيوب الخلقية فيه أعلى فيجب تثقيف الجمهور في ذلك حتى يكون الاختيار على بصيرة، ولاسيما الأسر التي تشكو ظهور مرض وراثي في بعض افرادها www.nooran.org.

❁ الحكم الفقهي للفحص قبل الزواج، والإرشاد الجيني

هنا يجب أن نطرح السؤال التالي: هل يجوز للدولة أن تلزم كل من يتقدم للزواج بإجراء الفحص الطبي، وتجعله شرطًا لإتمام الزواج أم هو اختياري فقط؟.

لقد أجاب رهبيني (بت) عن هذا السؤال على النحو التالي:

(١) إن أكثر الدول التي سبقتنا إلى، وضع برامج الفحص قبل الزواج جعلته اختياريًا، وليس إجباريًا، ومن جعله إجباريًا لم يربط نتيجة الفحص على العلاقة الزوجية مباشرة بل جعلوا الفحص إجباريًا، والإقدام على الزواج اختياريًا بغض النظر عن نتيجة الفحص، والسبب في نجاح تلك البرامج على الرغم من انها اختيارية أنهم تبنوها كبرنامج متكامل يشمل القضايا التعليمية، والتوعوية منذ المراحل الأولى من الحياة فهو جزء من التعليم، وجزء من البرامج التوعوية الإعلامية، وجزء من الرعاية الصحية الأولية، وغيرها. لذلك أصبح هناك قناعة جماهيرية، ووطنية في تلك الدول بأهمية هذه الفحوص، وتطبيقاتها في الحياة.

(٢) إن الزواج هو قضية شرعية، وقانونية لذلك كان لعلماء الدين، والاجتماع آراؤهم القوية في مثل هذه الفحوصات في تلك الدول. إن العلاقة الزوجية، والارتباط القلبي بين الرجل، والمرأة المقدمين على الزواج لا يمكن منعها بجعل الفحص إجباريًا، أو اختياريًا إذا لم يكن هناك قناعة نفسية لمثل هذه الإجراءات.ومع الحماس لمثل هذا

البرنامج في المملكة العربية السعودية على سبيل المثال فلم نسمع رأي هيئة كبار العلماء، أو غيرها من الهيئات الشرعية بإقرار إجبارية الفحص قبل الزواج، ورأي الإسلام في جعله إجباريًا، وليس اختياريًا.

(٣) يوجد في الدول التي تطبق برامج الفحص قبل الزواج العيادات الاستشارية لأمراض الوراثة، وخاصة العيادات الاستشارية لما قبل الزواج فكثيرًا ما يأخذ المقدمون على الزواج موعدًا لمناقشة كل الأمور التي لها علاقة بالأمراض الوراثية، وليس القصد أن تؤسس مثل هذه العيادات بدون النظرة الشرعية لمجتمعاتنا الإسلامية، ولكن بالإمكان الاستفادة من الفكرة، وتكييفها لتتماشى مع عاداتنا، وتقاليدنا.

أما فيما يتعلق الحكم الفقهي للفحص قبل الزواج فقد اختلف العلماء، والباحثون المعاصرون في هذه المسألة، ويمكن تلخيص آرائهم على النحو التالي:

القول الأول: يجوز لولي الأمر إصدار قانون يلزم فيه كل المتقدمين للزواج بإجراء الفحص الطبي بحيث لا يتم الزواج إلا بعد إعطاء شهادة طبية تثبت أنه لائق طبيًا.

واستدل القائلون بجواز إجبار الشخص للفحص الوراثي بما يلي:

(١) قوله تعالى ﷻ: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الْأَمْرِ مِنكُمْ﴾ (سورة النساء، آية ٥٩)، ووجه الدلالة: أن المباح إذا أمر به ولي الأمر المسلم للمصلحة العامة يصبح، واجبًا، ويلتزم المسلم بتطبيقه.

(٢) قوله تعالى ﷻ: ﴿وَأَنفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾ (سورة البقرة، آية ١٩٥)، ووجه الدلالة: أن بعض الأمراض المعدية تنتقل بالزواج فإذا كان الفحص يكون سببًا في الوقاية تعين ذلك.

(٣) قوله تعالى ﷻ: ﴿هُنَالِكَ دَعَا زَكَرِيَّا رَبَّهُ قَالَ رَبِّ هَبْ لِي مِن لَّدُنكَ ذُرِّيَّةً طَيِّبَةً إِنَّكَ سَمِيعُ الدُّعَاءِ﴾ (سورة آل عمران، آية ٣٨)، ووجه الدلالة: أن المحافظة على النسل من الكليات الست التي اهتمت بها الشريعة، فلا مانع من حرص الإنسان على أن يكون نسله

المستقبلي صالحاً غير معيب، ولا تكون الذرية صالحة، وقرة للعين إذا كانت مشوهة، وناقصة الأعضاء متخلفة العقل، وكل هذه الأمراض تهدف لتجنبها عملية الفحص الطبي.

(٤) حديث أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: "لا توردوا الممرض على المصح"، ووجه الدلالة: أن النص فيه أمر باجتناب المصابين بالأمراض المعدية، والوراثية، وقال رسول الله ﷺ: "فر من المجذوم فرارك من الأسد"، وهذا لا يعلم إلا من الفحص الطبي.

(٥) إن الفحص الطبي لا يعد افتئاتًا على الحرية الشخصية؛ لأن فيه مصلحة تعود على الفرد أولاً، وعلى المجتمع، والأمة ثانيًا، وإن نتج عن هذا التنظيم ضرر خاص لفرد، أو أفراد فإن القواعد الفقهية تقرر أن "يرتكب أهون الشرين"، وأنه "يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام". فقاعدة "الدفع أولى من الرفع" حيث إنه إذا أمكن دفع الضرر قبل، وقوعه فهذا أولى، وأسهل من رفعه بعد الوقوع.

(٦) "الوسائل لها حكم الغايات". فإذا كانت الغاية هي سلامة الإنسان العقلية، والجسدية؛ فإن الوسيلة المحققة لذلك مشروعة، وطالما أن الفحص الطبي قبل الزواج يحقق مصالح مشروعة للفرد الجديد، وللأسرة، والمجتمع، ويدرأ مفاسد اجتماعية، ومالية على المستوى الاجتماعي، والاقتصادي، وهذه من الأسباب المأمور بها شرعًا.

القول الثاني: لا يجوز إجبار أي شخص لإجراء الاختبار الوراثي، ويجوز تشجيع الناس، ونشر الوعي بالوسائل المختلفة بأهمية الاختبار الوراثي.

واستدل المانعون من إجبار الشخص للفحص الوراثي بما يلي:

(١) أن أركان النكاح، وشروطه التي جاءت بها الأدلة الشرعية محددة، وإيجاب أمر على الناس، وجعله شرطًا للنكاح تَزيّد على شرع الله ﷻ، وهو شرط باطل، وقد صح قول الرسول ﷺ: "كل شرط ليس في كتاب الله فهو باطل..".

(٢) أن النكاح لا يلزم منه الذرية، فقد يتزوج الرجل لأجل المتعة فقط فلا، وجه لإلزامه بالفحص الوراثي كما هو الحال في كبار السن.

(٣) ان الفحص غالبًا سيكون على مرضين، أو ثلاثة، أو حتى عشرة، والأمراض الوراثية المعلومة اليوم أكثر من ٨٠٠٠ مرض، وكل عام يكتشف أمر جديد، فإذا الزمنا الناس بالفحص عنها جميعًا فقد يتعذر الزواج، ويصعب، وينتشر الفساد.

(٤) قوله رسول الله ﷺ: "إذا اتاكم من ترضون دينه، وخلقه فزوجوه"، ووجه الدلالة: لم يقل ﷺ"وصحته"، والأصل أن الإنسان سليم، وقد اكتفى بالأصول: الدين، والخلق.

(٥) إن تصرفات ولي الأمر في جعل الأمور المباحة، واجبًا إنما تجب الطاعة إذا تعينت فيه المصلحة، أو غلبت للقاعدة الفقهية "تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة"، ولقوله ﷺ: "إنما الطاعة في المعروف"والزام الناس بالكشف قبل الزواج فيه مفاسد عظيمة تزيد على المصالح المرجوة – وقد تقدم بيانها –

(٦) ما جاء في الحديث القدسي: " انا عند ظن عبدي بي"، ووجه الدلالة: أن المتقدم للزواج ينبغي أن يحسن الظن بالله، ويتوكل على الله، ويتزوج، والكشف يعطي نتائج غير صحيحة أحيانًا.

الترجيح:

(١) لولي المرأة أن يشترط من المتقدم للخطبة إجراء الفحص إذا كانت هناك قرائن تدل على احتمال الإصابة بالمرض سواء للمخطوبة، أو للذرية مستقبلاً، لاسيما في هذا الزمان الذي انتشرت فيه الأمراض المختلفة مثل: نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والزهري، والسيلان، وغيرها، فانتشار الإيدز بشكل مخيف حسب الإحصاءات غير المعلنة، وكما قرره أهل الاختصاص، بين أوساط الشباب في الأزمنة المتأخرة، والأمانة الملقاة على عاتق ولي المرأة، تجعل القول باشتراط الفحص إن أحب الخاطب الاقتران من الأمور المؤكدة إذا ظهرت القرائن التي تدل على احتمال الإصابة، والخاطب بالخيار إن شاء رضي بذلك، وإلا اختار غيرها، وقد جاء في فتاوى اللجنة الشرعية بوزارة الأوقاف بالكويت: "يستحب، بل يجب في بعض الحالات إخبار الراغبين في الزواج بما تكشف عنه الفحوصات، سواء كان حصول التشويه بالحمل مؤكدًا، أو محتملاً؛ لقوله

ﷺ"الدين النصيحة".

(٢) إذا انتشر مرض معين في منطقة معينة، وكان المتزوجون من أهل المنطقة، وهم معرضون غالبًا لانتقال الأمراض الوراثية للذرية؛ فلا بأس من طلب الفحص قبل الزواج، وليس ذلك على النطاق العام، فلو كان المرض ينتشر في منطقة معينة من بلد ما فقط فيقتصر الحكم على المنطقة.

(٣) تعميم اشتراط الفحص الطبي على الكل، وإجبار الناس عليه بلا موجب لا يظهر جوازه.

ولقد اورد الميمان (١٩٩٨) الحكم الفقهي للإرشاد الجيني، وبدأ حديثه بأنه لا يمكن القول بإعطاء حكم مطلق للإرشاد الجيني؛ لأن طرقه متعددة، ووسائل هذه الطرائق مختلفة، وتستجد كلما تقدم الطب، فلابد أن تعطى كل طريقة من طرق الإرشاد الوراثي حكمًا مستقلاً بها، وبوسائلها.

أ- حكم المسح الوراثي الوقائي:

بما أن هذه الطريقة تهدف إلى تقليل الأمراض الوراثية، وتساعد الأطباء على، وضع البرامج الوقائية لحماية الإنسان، وابتكار الأدوية، كما تساعد في دفع الضرر قبل، وقوعه.

فإن المصلحة المرسلة، ومقاصد الشريعة، وقواعد الشرع المطهر تجيز هذا النوع بشرط أن تكون الوسائل المستعملة مباحة آمنة لا تضر بالإنسان، ويجب الإجبار على هذه الطريقة إذا انتشر الوباء في بلد معين، أو إذا أمر به الإمام بدافع المصلحة، وبصرف النظر عن الضرر الخاص الواقع على الأفراد تحقيقًا لمصلحة دفع الضرر العام، مع، وجوب المحافظة على نتائج هذا المسح حماية لأسرار الإنسان الخاصة، وحفاظًا على سمعته التي أمر الشرع بالمحافظة عليها، والذب عنها، ولا تسعف الأدلة الشرعية بالقول بوجوب هذا المسح على الجميع، فإن المفاسد المترتبة على القول بوجوبه أعظم من المصالح المرجوة منه.

ب- حكم الإرشاد الوراثي قبل الزواج:

استنادًا للفوائد المترتبة على هذه الوسيلة، وبناء على ما فيها من دفع للضرر قبل،

وقوعه، ولتحقيقها للمقاصد الشرعية في الأحكام من صيانة النفس، والنسل، فإن عمل هذا الفحص جائز، مع اشتراط الوسيلة المباحة الآمنة، ويجب في الحالات التالية:

(١) إذا انتشر الوباء في مجتمع معين، أو مجموعة عرقية معينة.

(٢) إذا ألزم به ولي الأمر فإن طاعته، واجبة في هذا المعروف لأنه تصرف منوط بالمصلحة، ويتحمل الضرر الحاصل فيه لأنه من قبيل تحمل الضرر الخاص لدفع ضرر عام.

والقول بوجوبه مطلقاً بعيد لأن فيه إيجاب حق لم يأت الشرع به، ولم يدل عليه، وفيه حرج على المكلفين نفسيًا، وماليًا، ويترتب على القول بوجوبه مطلقًا مفاسد ربما أدت إلى إحجام الشباب عن الزواج، وحيث إن هذا الفحص لا يبحث سوى مرض واحد، أو اثنين، ونتائجه ليست متحققة في الواقع بشكل كامل، وربما تخطئ، وتصيب، وقد يحدث المرض الوراثي بعوامل أخرى تقدمت الإشارة إليها في التصور الطبي.

وإذا قلنا بالوجوب المطلق فإن هذا الحكم ستكون مآلاته على خلاف ما قصد منه، فإنه بالنظر في الواقع إذا، وزن القول بالوجوب المطلق بميزان المصالح، والمفاسد يظهر لنا كثيرًا من المفاسد التي ستنشأ عن تطبيق هذا الحكم، الأمر الذي يخالف مقصود الأصل الذي يسعى إليه المجتهد.

ج- حكم التشخيص قبل زرع النطفة:

هي إحدى طرق التلقيح الاصطناعي الخارجي (الإخصاب المعملي) حيث يتم الإخصاب في وسط معملي يؤخذ فيه الماءان من زوج، وزوجته فتوضع في أنبوب اختبار طبي حتى تلقح نطفة الزوج، وبويضة زوجته إلى أن تنمو ثم تفحص وراثيًا، فإن كانت معيبة تركت، وإن كانت سليمة أعيدت إلى الرحم.

وهذه الطريقة هي في الواقع أسلوب من أساليب طفل الأنابيب، وقد سبق أن أجاب الفقهاء رحمهم الله بجوازه للضرورة، حيث إن هذه الطريقة محفوفة بالمخاطر منها: الاحتمال

الكبير بحدوث الخطأ في اختلاط النطف، ومنها: خطر طلب الانتقاء في المواليد، وعليه يرى عدم جواز هذه الطريقة من الإرشاد الوراثي في الأحوال العادية حفاظًا على مقاصد الشريعة في صيانة النسل، والنسب، ولأنها لا تجوز إلا للضرورة، ولا نرى الفحوص الوراثية من الضرورات على الأقل في هذا الوقت بناء على ما تقدم من تصور طبي لفوائدها، ومحاذيرها، ومصداقية نتائجها، ثم أنه قد يسلم الإنسان من المرض الوراثي بسبب الوراثة، ولا يسلم منه لعوامل أخرى تقدم ذكرها؛ لأن درء المفاسد أولى من جلب المصالح.

د ـ حكم الفحص في أثناء الحمل:

لهذه الطريقة، وسائل طبية متنوعة، ويمكن إجراؤها في مراحل مختلفة من الحمل، في أوله، ووسطه، وآخره، والذي، وقفت عليه من الوسائل ثلاث، وهي:

(١) بواسطة الزغبات المشيمية.

(٢) بواسطة إزالة السائل الأمينوسي، وفحصه.

(٣) بواسطة فحص دم الجنين.

ولا يختلف الحكم في هذه الوسائل بحكم أن مؤداها واحد في نظري، فأرى جوازها بناء على ما تحققه من محافظة على مقاصد الشريعة بصيانة النسل، ولما فيها من دفع الضرر قبل، وقوعه، وللمصلحة المترتبة.

أما إجبار المرأة الحامل على هذا الفحص فيمكن القول بجواز الإجبار في جميع الحالات إذا، وجدت قرائن ظنية، أو أمارات تفيد احتمال وجود المرض الوراثي (مثل: حمل المرأة إذا تعدت سن ٣٥ للفحص عن متلازمة داون)، وكان ذلك بقول أهل الطب، والخبرة الثقات، فإذا ظهر صحة ذلك، وتحقق وجود المرض قبل مرور مائة، وعشرين يومًا على الحمل بتقرير لجنة طبية من الأطباء المختصين الثقات، وبناء على الفحوص الفنية بالأجهزة، والوسائل المختبرية أن الجنين مريضًا مرضًا خطيرًا غير قابل للعلاج، وأنه إذا بقي، وولد في موعده ستكون حياته سيئة، وآلامًا عليه، وعلى أهله فعندئذ يجوز إسقاطه بناء على طلب الوالدين.

وإذا كان الحمل قد بلغ مائة، وعشرين يومًا لا يجوز إسقاطه إلا إذا ثبت بتقرير

لجنة طبية من الأطباء الثقات المختصين أن بقاء الحمل فيه خطر مؤكد على حياة الأم فعندئذ يجوز إسقاطه دفعا لأعظم الضررين.

برنامج مقترح للوقاية من الأمراض الوراثية

لقد اقترح الدكتور عبد الرحمن السويد www.werathah.com برنامجًا للوقاية من الأمراض، وفقًا لثلاث مراحل على النحو التالي:

المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل الزواج:

الهدف الرئيس في هذه المرحلة على محاولة تقليل الزيجات التي تحدث بين الأقارب، ويمكن الوصول لهذه الأهداف عن طريق ما يلي:

(١) تكثيف التوعية بمضار الزواج من القريب، أو القريبة باستخدام، وسائل الأعلام المرئية، والمسموعة، والمقروءة بعد دراسة، وتحضير، وبحث لوضع خطة، واضحة للوصول للأهداف المرجوة.

(٢) وضع نظام مدروس لضمان معرفة الأزواج الجدد بمضار الزواج من الأقارب، ويمكن تحقيق هذا الهدف بوضع قانون، أو نظام اختياري، أو إجباري للفحص قبل الزواج عن بعض الأمراض الوراثية المنتشرة، أو يساعد الكشف عنها مبكرا تجنب الإعاقة.

المرحلة الثانية: مرحلة ما بعد الزواج:

ويتركز الهدف في هذه المرحلة على محاولة اكتشاف الأمراض في العائلات التي لم تقم بالفحص قبل الزواج، وتحاول التخفيف من عدد المواليد الذين يولدون بإعاقات يصعب علاجها، أو تفادي لإعاقة شديدة.

ويمكن الوصول لهذه الأهداف عن طريق ما يلي:

(١) التخطيط لزيادة عدد المراكز، والعيادات، والمتخصصين بالأمراض الوراثية، والإعاقات المختلفة.

(٢) إعداد برنامج مدروس لتوعية النساء بأهمية تناول فيتامين حمض الفوليك قبل الحمل لمحاولة تقليل عدد المواليد المصابين بتشوهات العمود الفقري التي تؤدي لشلل الأطراف السفلي، واستسقاء في المخ.

(٣) زيادة المراكز المهتمة بالكشف، والتشخيص المبكر للأمراض الوراثية خلال الحمل للقيام بما يلزم في وقت مبكر خلال الحمل.

المرحلة الثالثة: مرحلة ما قبل الحمل، ولولادة:

ويتركز الهدف في هذه المرحلة على التقليل من حدوث الإعاقات، والتشوهات الخلقية خلال الحمل، وذلك من خلال الإجراءات التالية:

(١) زيادة البرامج التوعية لأهمية العناية، والمتابعة خلال الحمل.

(٢) إيجاد عيادات إرشادية، وتحضيرية في المركز الصحية الخاصة بالعناية الأولية لمساعدة النساء المصابات بأمراض قد تزيد من احتمال أصابت أبنائهم بعيوب خلقية، أو يرد معرفة طرق منع العيوب الخلقية لأبنائهن.

(٣) إنشاء لجنه شرعية طبية تتبع لهيئة كبار العلماء للبت في القضايا الطبية الخاصة بالتشوهات الخلقية، والأمراض الوراثية بشكل خاص، والقضايا الطبية الأخرى بشكك عام بشكل سريع.

المرحلة الرابعة: مرحلة ما بعد الولادة

تأسيس، وتفعيل برنامج الفحص المبكر للمواليد من الأمراض التمثيل الغذائي، والأمراض القابلة للعلاج.

ولتفعيل برامج فحوص ما قبل الزواج يخلص زهير رهبيني إلى النقاط الآتية:

أولاً: ضرورة تبني الفحص قبل الزواج كبرنامج متكامل.

ثانيًا: البدء ببرنامج الفحص المبكر للمواليد، وجعله إجباريًا قبل التوسع في برنامج الفحص قبل الزواج.

ثالثًا: إشراك عدد أكبر من استشاريي الطب الوراثي في اللجنة الوطنية للأمراض الوراثية بحيث يمثلون ٥٠٪ على الأقل من أعضاء اللجنة.

رابعًا: النظر في، وقت الفحص، وجعله في مرحلة مبكرة قبل الشروع في الزواج، وتحديد الخاطب لمخطوبته، والحفاظ على سرية المعلومات، وتفادي الوصمة الاجتماعية.

خامسًا: الشروع في إنشاء عيادات استشارية للفحص قبل الزواج تضم طبيبًا متخصصًا، ومرشدًا وراثيًا على الأقل.

سادسًا: مشاركة الوزارات الأخرى مع، وزارة الصحة في دعم هذا البرنامج، وأخص بالذات، وزارة التربية، والتعليم، ووزارة الثقافة، والإعلام لوضع استراتيجيات تعليمية، وتوعوية عن الأمراض الوراثية، والفحص المبكر للأمراض الوراثية التي تشتمل فحص ما قبل الزواج، وأثناء الحمل، والفحص المبكر للمواليد الجدد.

سابعًا: وضع برامج أكاديمية من خلال الكليات الصحية، والطبية للتخصص في هذا المجال سواء في مجال التشخيص، أو العلاج، أو المنشورات الطبية.

الإرشاد الزواجي

في التربية الخاصة

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) اذكر مفهوم الزواج؟

(٢) ما المقصود بالإرشاد الزواجي؟

(٣) ما حكم الشرع في زواج ذوي الإعاقات؟

(٤) تختلف الاتجاهات نحو الزواج من أفراد ذوي إعاقات وضح ذلك؟

(٥) حدد مفهوم التوافق الزواجي؟

(٦) تكلم عن مقومات التوافق الزواجي بين ذوي الإعاقة؟

(٧) تنوعت نظريات الإرشاد الزواجي قارن بين كل منها ومدى فاعليته؟

الإرشاد الزواجي في التربية الخاصة

مُقَدِّمَة

يعد الزواج في جوهره نظام اجتماعي يهدف إلى تحقيق رسالة إنسانية، وهي تكوين الأسرة التي تعد الوحدة الأساسية الأولى لبناء المجتمع، وهو وسيلة لتحقيق رسالة الإنسان على الأرض، وهي العمران، ونشر الخير، وعبادة الله ﷻ، ولذلك فهو عقد مقدس بين رجل وامرأة يشهده المجتمع، ويمضيه الشرع، قال الله ﷻ ﴿ وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ﴾ (الروم:٢١).

والزواج رابطة مقدسة، وعلاقة روحية ونفسية في الأساس ترقى بالإنسان، وتسمو فوق الغرائز الحيوانية، وهو عماد الأسرة التي يقوم عليها النوع الإنساني، والمقدم الأول لها على اعتبار أنها وحدة بناء المجتمع وخليته الاولى. ومن هنا كانت الحاجة ملحة إلى التزاوج بين الجنسين لكي ينجح الطرفان في إقامة علاقة إنسانية مشروعة (حامد الشريف، ١٩٩٢).

والإسلام جعل العلاقة الزوجية علاقة متميزة، وبوأها المكانة العالية، فقال ﷺ: "إِنَّ أَحَقَّ الشُّرُوطِ أَنْ تُوفُوا بِهِ مَا اسْتَحْلَلْتُمْ بِهِ الْفُرُوجَ" (متفق عليه)، ومن هنا كان الحفاظ على هذه الرابطة، والتعامل بانضباط متقن بين الزوجين، وإشاعة أجواء الحب والجسد الواحد، من علامات الزواج الناجح. سيما وقد توعد الشيطان بإغواء بني آدم، والعمل على التفريق بين المرء وزوجه؛ فقد أخرج مسلم في صحيحه، عن جابر رضي الله عنه قال: قال رسول الله ﷺ: "إِنَّ إِبْلِيسَ يَضَعُ عَرْشَهُ عَلَى الْمَاءِ ثُمَّ يَبْعَثُ سَرَايَاهُ، فَأَعْظَمُهُمْ فِتْنَةً أَدْنَاهُمْ مِنْهُ مَجْلِسًا، يَجِيءُ أَحَدُهُمْ، يَقُولُ: كَذَا وَكَذَا، فَيَقُولُ: مَا صَنَعْتَ شَيْئًا، ثُمَّ يَجِيءُ أَحَدُهُمْ، فَيَقُولُ: مَا تَرَكْتُهُ حَتَّى فَرَّقْتُ بَيْنَهُ وَبَيْنَ أَهْلِهِ، فَيَقُولُ: نِعْمَ أَنْتَ أَنْتَ، فَيُدْنِيهِ مِنْهُ"، رَوَاهُ مُسْلِمٌ، عَنْ أَبِي كُرَيْبٍ، عَنْ أَبِي مُعَاوِيَةَ.

ومما لا شك فيه أن الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والحسية بوسعهم ان يتزوجوا، وان ينجبوا، وان يحسنوا تربية أطفالهم. وهذا أمر ليس محلاً للنقاش؛ إلا ان المسألة التي تتعلق

بتحسين النسل هي ما يمكن أن يخضع لذلك الجدل والنقاش حيث إن مثل هذه المسألة إنما تعتمد في الأساس على أن تكون هذه الإعاقة خلقية وليست مكتسبة حيث نجد أن الإعاقة الخلقية مهما كان نوعها، ومهما كانت طبيعتها يمكن أن تنتقل بالوراثة حيث يظل هناك احتمال لا تقل نسبته عن ٥٠٪ على الأقل بأن يعاني الطفل الذي سيتم إنجابه من الإعاقة ذاتها، أما الإعاقة المكتسبة فقد تختلف الأمور بالنسبة لها عن ذلك بصورة كبيرة (عبد الله، ٢٠١٠).

وبدعوى تحسين النسل eugenics movement بدء النظام النازي في ألمانيا بتعقيم sterilization ذوي الإعاقات البالغين لكي لا يلدوا أطفال مثلهم، وبعد ذلك بدأوا بقتل ذوي الإعاقات (خاصة ذوي الإعاقة الفكرية، والجسدية).

في بداية القرن العشرين تزايدت مشاعر الخوف والرفض داخل المجتمع الأمريكي ضد ذوي الإعاقة الفكرية، وتلازم مع هذا الرفض القلق من أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية سوف يؤثرون في اتلاف الجينات البشرية إذا سمح لهم بممارسة العلاقات الجنسية، وصاحب هذا الاتجاه انتشار واسع للقوانين والشرائع التي تمنع الزواج بين الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، ومن ثم ظهرت فكرة تعقيم هؤلاء الأفراد. وقامت عدة ولايات أمريكية بفرض قوانين التعقيم الإجباري عليهم، وكانت ولاية انديانا أول ولاية تستجيب لهذه الدعوة في ١٩٠٧م، وفي عام ١٩٣٢م بلغ عدد الولايات الأمريكية التي كانت تطبق مثل هذه القوانين الخاصة بالخصاء والتعقيم ثلاثًا وثلاثين ولاية؛ مما جعل عدد الأفراد ذوي الإعاقات الذين تم تعقيمهم وخصاؤهم حتى عام ١٩٦٤م يصل إلى ثلاث وستين ألف فرد من ذوي الإعاقات المختلفة. وقد سعت هذه الولايات لتعقيم ذوي الإعاقة الفكرية لعدة أسباب أهمها:

(١) الخوف من إنجاب أطفال يحملون نفس خصائص آبائهم.

(٢) القلق من أنهم سوف يؤثرون في إتلاف الجينات البشرية.

(٣) الخوف من إهمالهم لأبنائهم بسبب قصورهم الذهني، وضعف دافع الأبوة، أو الأمومة لديهم.

(٤) اتخاذ عملية التعقيم لإضعاف الرغبة الجنسية لديهم.

واشترط موافقة ذي الإعاقة الفكرية، أو شخصًا آخر وكيلاً عنه لاتخاذ هذا القرار مع مراعاة عدد من الشروط، ورغم اختلاف الولايات؛ إلا أن هذه الشروط تتضمن موضوعات؛ مثل:

(١) هل التعقيم أفضل حل لهذا الشخص؟.

(٢) هل هناك بديل أفضل للتعقيم؟.

(٣) هل الشخص نشط من الناحية الجنسية؟.

(٤) هل جربت طرق أخرى لمنع الحمل، أو هناك أسباب طبية تمنع استخدامها؟.

(٥) هل الطريقة المقترحة للتعقيم هي أقل طريقة متاحة للتدخل؟.

(٦) هل يشكل التعقيم خطرًا على حياة الفرد، أو صحته؟

واستمر العمل بقوانين التعقيم هذه حتي النصف الثاني من القرن العشرين عندما حاربت جماعات حقوق الإنسان هذه القوانين، واعتبرتها اعتداء على حق من حقوق الإنسان؛ فعملت معظم الدول الغربية على إلغائها، وأصبح من حق ذوي الإعاقة الفكرية الزواج، والانجاب، وتربية الاطفال ما داموا قادرين على ذلك.

ومن جهة أخرى فإن الأنثى من ذوات متلازمة داون في الواقع لا تختلف عن قريناتها غير المعيقات من حيث النضج الجنسي، والخصائص الجنسية، واستمرارية الدورة الشهرية وانتظامها، والخصوبة، وإمكانية الإنجاب؛ إلا أن احتمال إنجابها لطفل ذي إعاقة إذا ما تزوجت من شخص غير ذي إعاقة يصل إلى ٥٠٪ تقريبًا، وكان الاعتقاد السائد أن الرجال المصابون بمتلازمة داون لا ينجبون، ولكن أثبتت الدراسات أن بعضهم أصبح أبًا، وإن كان نادر الحدوث، وعند إجراء الفحوص وجد أن هرمون الذكورة طبيعي مثل أقرانهم، حتى مع زيادة العيوب في الجهاز التناسلي للذكر مثل عدم نزول الخصية أو الخصيتين (٥٠ ٪)، أو كون كيس الخصية فارغا (٢٧ ٪) ، أما عن العلامات الثانوية للبلوغ (الصوت، والشعر) فإنها تظهر في وقتها الطبيعي مثل أقرانهم. وقدرته على إقامة علاقات غرامية، وقدرته على الحب، وتمتعه بقدر يسير من المهارات الاجتماعية، والتعلق. ومع ذلك فإن الذكر والأنثى من ذوي متلازمة أعراض داون يخبرون العديد من المشاعر الجنسية التي يخبرها غيرهم من الأفراد غير ذوي

الإعاقة، ولكنهم قد لا يجيدون التعبير الصحيح عنها، وقد لا يميزون بين التوقيت المناسب وغير المناسب لذلك.

وهكذا تعد قضية زواج ذوى الإعاقة بصفة عامة، والفكرية منها بصفة خاصة من القضايا الجدلية في أي مجتمع لارتباطها بأبعاد طبية ودينية واجتماعية ونفسية، وتزيد الضغوط على الأسرة عندما تقف عاجزة أمام أبنائها ذوي الإعاقة غير قادرة على تحقيق حلمهم في تكوين حياة أسرية وجنسية وزوجية سليمة.

❁ مفهوم الزواج

يُعرف الزواج بأنه: "نموذج للشمول في العواطف والوجدانيات يناسب الشمول في عقيدة الإيمان، فهو وسيلة لثراء الإنسان في المشاعر العليا، وفى تهذيب الغرائز الجامحة وترويضها" (سابق،١٩٩٦، ص ١٤٣).

كما يُعرف الزواج بأنه: "عقد وصفه الشارع ليفيد بطريق الأصالة اختصاص الرجل بالتمتع بامرأة ما لم يمنع مانع شرعي من العقد"(عرفه، ١٩٩٧، ص١٥).

فيما يعرّف الجارحي (١٩٩٨) الزواج بأنه: " العقد الذى يعطى لكل واحد من الرجل والمرأة حق الاستمتاع بالآخر مدى الحياة على الوجه المشروع" (ص ١٢).

أما زين العابدين (١٩٩٩) فيعرّف الزواج بأنه: "نظام شرعه الله لتنظيم حياة البشر، وحفظ الجنس البشرى، والمحافظة على الأنساب والأعراض، وكذلك لإشعار كل من الرجل والمرأة بالمودة، والاستقرار، والطمأنينة، والأمن" (ص ٢٤٢).

❁ الإرشاد الزواجى

يعرف الإرشاد الزواجي بأنه: "صورة للتدخل تشمل كلا الزوجين، ويكون محور تركيز التدخل على إشكالية انماط التفاعل بين الزوجين". إن التركيز في الإرشاد الزواجي يكون على الزوجين، والحميمية في الجوانب العاطفية، والجنسية. فترات الاختلال أمر لا مفر منه في أي

علاقة طويلة المدى. إن عبء تحمل الأدوار الحميمة، والأدوار الاجتماعية، والأدوار الوالدية يعني أن الناس سوف يتصادمون لا محالة على بعض جوانب الحياة. ومن الشائع أن يمر الزواج بمراحل دورية للأزمات وإعادة التنظيم. وتحدث المشكلات عندما يفقد الأزواج الثقة في الزواج، أو يفقدوا الشعور بالاحترام والدفء لبعضهم البعض. إن شركاء الحياة الذين قابلوا خلال حياتهم نماذج فاشلة للقدوة، والذين لديهم تجارب الطفولة مع الخسارة، أو العنف، أو الذين لا يتناسبون مع بعضهما البعض من خلال النمط، أو الميل قد يعانون من مشكلات متزايدة مع مرور الوقت. إن نسب الطلاق في تزايد، وبالتالي فإنه ليس من المستغرب أن الضيق في العلاقة شكوى شائعة في معظم ممارسات الإرشاد النفسي.

إن مهمة الأخصائي هو فهم احتياجات الزوجين في الوقت الذي يأتون فيه لتلقي الإرشاد ومساعدتهم على العمل بفعالية بقدر الامكان في العديد من المجالات التي يجب على الأزواج أن يحاولوا فيها. مناهج الإرشاد التكاملي هي في الغالب الأكثر فعالية. لا يمكن لجميع الزيجات، أو العلاقات، أو ينبغي أن تظل مستمرة، وأحيانًا يصبح دور الأخصائي تسهيل الانفصال بطريقة بناءة بقدر الإمكان.

يشمل تقييم الزوجين الحصول على بيانات، وتحديد لماذا جاء الزوجان للحصول على المساعدة في هذا الوقت بالذات، ومعرفة رأي كل شريك في المشكلة الزوجية. في كثير من الأحيان، يعقد الأخصائي جلسة واحدة فردية مع كل شريك بعد الجلسة الأولى، أو الثانية المشتركة، يعطي هذا فرصة لكل شريك لإفشاء المعلومات التي لم يكن ليناقشها في موقف آخر قضايا السرية في حاجة إلى أن تعالج بعناية.

في صياغة فهم المشكلات الزوجية، سيرغب من يقوم بالتقييم في النظر في التواصل بين الزوجين، وحل المشكلات، والأدوار، والتعبير والمشاركة الوجدانية، والتعبير السلوكي، وخصوصا في مجالات الجنس والعدوان. سيريد الأخصائي ايضًا تقييم أدوار الجنسين، والمسائل الثقافية، والعرقية، وعدم المساواة في القوة بين الجنسين الناتجة عن نوع الجنس، أو الطبقة، أو العمر، أو الحالة الصحية، أو المسائل المالية، أو المشكلات التناسلية، أو الاعتداء اللفظي، أو الجسدي.

❁ حكم الشرع في زواج ذوي الإعاقات

لقد حدد الفقهاء الحكم الشرعي لزواج ذوي الإعاقة بشكل عام، وذوي الإعاقة الفكرية على وجه الخصوص على النحو التالي:

(١) يجوز زواج ذوي الإعاقة الفكرية، وسدُّ احتياجاتهم العضوية والنفسية حق مكفول لهم كغيرهم، وإن كان هذا ضمن ضوابطه التي ستأتي، وهذا من أصول رعاية ذي الإعاقة ومساعدته على ممارسة حياته بأقرب صورة إلى الحالة الطبيعية للإنسان.

(٢) الإعاقة أنواع متفاوتة، ولكن القول الجامع فيها أن كل إعاقة لا يكون العقل فيها زائلاً؛ مثل: الصمم، وكف البصر، وشلل اليد، أو الرجلين؛ فهذه يجوز لصاحبها الزواج، وحكمه حكم الصحيح سواء؛ إلا أنه يشترط أن يطلع الطرف الآخر على الإعاقة، يرضى بها، حتى ولو كان مصابًا بمثل تلك الإعاقة، فإن إصابته بإعاقة مماثلة لا تكفي عن أخذ رأيه في الزواج من ذي إعاقة. ومن صحابة نبينا ﷺ من كان كفيف، أو أصم، ولم تمنعه إعاقته من الزواج، أما ذي الإعاقة الفكرية وصاحب الإعاقة التي تزيل العقل؛ فالمصاب بها حكمه حكم المجنون، والمجنون يجوز له الزواج، لكن يشترط في زواجه مع شروط الزواج المعلومة شروط أخرى هي:

أ - اطلاع الطرف الآخر على حاله ومعرفته بوضعه تمامًا فإن عدم اطلاعه غش له وخيانة محرمة.

ب - ؛ إلا يكون الطرف الآخر مجنونًا ولا زائل العقل، بل يتزوج ذي الإعاقة الفكرية امرأة عادية، وتتزوج ذات الإعاقة الفكرية برجل عادي، وسبب ذلك أن اجتماع زائلي العقل لا يحقق أي مصلحة، وهو مع ذلك سبب لضرر بينهما كما هو ظاهر.

ج - أن يكون سقيم العقل منهما مأمونًا، أما الذي يتصف بالعدوانية بالضرب، أو الإفساد فلا يجوز له الزواج؛ لأن زواجه سبب لحصول الضرر، والضرر مرفوع في الشريعة الإسلامية.

د – وآخر الشروط أن يرضى أولياء المرأة بهذا الزواج؛ لأن فيه ضررًا قد يلحقهم.

وهذه شروط زواج ذي الإعاقة الفكرية حسبما استقراه الفقهاء من نصوص الشرع وقواعده، وهي – كما هو ظاهر – محققة للمصلحة، مانعة للمفسدة، يتضح بها تحقق الشرعية لمصالح العباد واحتياجاتهم.

(٣) في زواج ذي الإعاقة أيًا كانت نوعية إعاقته تحقيق لمصلحة مهمة، وهي أن يوجد للسقيم منهما من يعتني به، ويقوم بشؤونه، ويهتم به، فإن عقد النكاح في الإسلام يهدف إلى ما هو أكبر من مجرد الاستمتاع، الذي هو من مقاصد النكاح المهمة، بل يراد معه أيضًا تحقيق الرعاية والتكافل، التراحم بين الزوجين: "وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً" (الروم: الآية ٢١). والذي يزوج سقيم العقل وليه؛ لأنه هو الراعي لمصلحته، وهذا من محاسن الشرع أن أسندت الولاية إلى بعض أقارب الصغير والمجنون، ومن في معناهم؛ لعدم قدرتهم على إدارة شئونهم، ولا تصريف أحوالهم، ورعاية ذي الإعاقة فرض كفاية على المجتمع لمساعدته ليعود عضوًا فعالاً في المجتمع، وليتخلص من الآثار النفسية التي قد تنشأ عنده.

(٤) الأمراض والابتلاءات التي تصيب بعض العباد طريق للأجر إن صبر المبتلى بل ورد في بعض أنواع الإعاقات أجر عظيم جدًا ففي الحديث الذي أخرجه البخاري عن أنس ابن مالك رضي الله عنه قال: سمعت النبي ﷺ يقول: إن الله ﷻ قال: "إِذَا ابْتَلَيْتُ عَبْدِي بِحَبِيبَتَيْهِ فَصَبَرَ عَوَّضْتُهُ مِنْهُمَا الْجَنَّةَ" يريد عينيه، وهذه الأمراض لا يمكن للإنسان دفعها؛ فهي من قدر الله ﷻ الذي لا ينجي منه الحذر، كما هو معروف، ومع عدم رغبة الشرع في الذرية الضعيفة، أو المريضة؛ إلا أن الزواج الذي قد ينتج عنه ذرية ضعيفة، أو مريضة لم يأت نص من الشرع بمنعه وتحريمه؛ ولعل السبب في هذا أن الزواج هذا لا يتحتم أن يكون نتيجته ذرية مريضة، وهذا معلوم لمن قرأ علم الوراثة.

ولأن السلف لما لمحوا أثر الوراثة في حدوث الإعاقات فقد نقل عنهم عدة مقولات تحث على الزواج من غير الأقارب؛ لمنع حصول الذرية الضعيفة، ومن ذلك قولهم: اغتربوا ولا تضووا

يعني: تزوجوا الأجنبيات غير الأقارب لئلا تكون ذريتكم ضعيفة. ويمكن إعمالاً لمبدأ السياسة الشرعية أن يمنع ولي الأمر زواج من يكون الغالب عليه أن ينتج من زواجه المرضى، لكن هذا من باب السياسة التي تحقق المصلحة بمنع بعض المباح، وليس من باب الحكم بتحريم النكاح وفساده، ومثل هذه المسألة تحتاج مزيداً من النظر الشرعي والواقعي؛ ليمكن الحكم فيها بالحكم الصواب.

(٥) يُتعامل مع زواج ذوي الإعاقة الفكرية بالضوابط التي تقدمت، والنظرة التي سبق أن ذكرناها، وليراع من ينظر إليهم أن هذه الإعاقة لم تمتنع عن أحد من البشر مهما كان.

❁ الاتجاه نحو زواج ذوى الإعاقة

إذا كانت الاتجاه نحو زواج ذوي الإعاقة حاز على قدر كبير من البحوث والدراسات فإن هناك قدرًا ضئيلاً من الدراسات التي تم إجراؤها في مجال الزواج، والعلاقات الزوجية، وما يرتبط بها من إجراءات سابقة على الزواج، أو إقامة العلاقات الغرامية. ومع ذلك فإن النتائج التي أسفرت عنها مثل هذه الدراسات تؤكد على وجود اتجاهات سلبية نحو إقامة علاقات غرامية مع ذوي الإعاقة، أو الارتباط بهم، وإقامة علاقات زوجية؛ ومن ثم فإن مثل هذا الأمر إنما يتطلب منا أن نقوم بعدد من الإجراءات في سبيل مساعدة من يمكنه الزواج من ذوي الإعاقة على أن يحيا حياة مستقرة وهنيئة وسعيدة. وهذه الإجراءات هي:

(١) التعرف على تلك الاتجاهات وتحديدها.

(٢) عدم الاكتفاء بالتقييم السيكومترى لتلك الاتجاهات.

(٣) عدم الاكتفاء بالتعرف على المتغيرات الشخصية، أو حتى المتغيرات الديموغرافية التي ترتبط بهذه الاتجاهات.

(٤) الوصول إلى تقييم صحيح لهذه الاتجاهات.

(٥) العمل على تعديل مثل هذه الاتجاهات بالأساليب والاستراتيجيات المناسبة(عبد الله، ٢٠١٠).

ومن المعروف أن مثل هذه الاتجاهات لا تكون عادة على نفس الوتيرة بالنسبة لجميع الأفراد من كل فئات الإعاقة، ولكنها تختلف باختلاف فئة الإعاقة ذاتها.

وفي هذا الإطار فإننا عادة ما نجد أن اتجاهات الأفراد غير ذوي الإعاقة نحو الأفراد ذوي صعوبات التعلم قد لا تختلف كثيرًا عن اتجاهاتهم نحو غير ذوي الإعاقة، وتكون اتجاهاتهم نحو الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية ايجابية. أما اتجاهاتهم نحو ذوي الإعاقة البصرية فتأتي بعد ذلك، يليها بكثير اتجاهاتهم نحو ذوي الإعاقة السمعية في حين نجد أن اتجاهاتهم نحو الأفراد ذوي الإعاقات النمائية عادة ما تكون سلبية. وهذا ما جعل من مسألة زواج الأفراد ذوي صعوبات التعلم أمرًا هنينًا، وقد لا يعارض فيه الكثيرون لأنهم يجدون في مثل هؤلاء الأفراد اناسًا مثلهم، ولكنهم قد لا يفضلون الدراسة ولا يميلون إليها فضلاً عن تمتعهم بقدر مناسب من حسن المعاشرة. وقد يتوقف الأمر بالنسبة لزواج الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية على تقبل الأفراد غير ذوي الإعاقة لهم، ولموضوع الزواج منهم، ومدى قدرتهم على أداء الأعمال المناسبة حتى بعد لجوئهم إلى أساليب التكنولوجيا المساعدة التي تلائم ظروفهم والتي تساعدهم على تحدي إعاقتهم وعدم الاستسلام لها. أما ذوو الإعاقة البصرية فإنهم يندمجون في المجتمع بصورة كلية، ويتم تقبلهم من الغالبية العظمى؛ إلا أن الواحد منهم عادة ما يحتاج إلى من يقوده من الآخرين، وإن كانت التكنولوجيا المساعدة تقدم بعض الوسائل التي تجعل بوسعه أن يسير مستقلاً عن الآخرين. ومن ثم فقد لا يمانع الكثيرون من الزواج من افراد ذوي الإعاقة البصرية ومن الوصول معًا إلى قدر مناسب من حسن المعاشرة (عبد الله، ٢٠١٠).

ومن جهة أخرى فإن من يتعامل مع ذوي الإعاقة السمعية يحتاج أن يتعلم لغة التواصل معهم والتي عادة ما تتمثل في لغة الإشارة. وهنا فإن الكثيرين يجدون أن من الأنسب للواحد من هؤلاء الأفراد أن يرتبط بزوجة على شاكلته حتى يتمكنا من تحقيق التوافق المطلوب في هذا الإطار. أما الأفراد ذوو الإعاقات النمائية على الجانب الآخر كهؤلاء الأفراد الذين يعانون

من الإعاقة الفكرية، أو متلازمة أعراض داون، أو اضطراب التوحد؛ فإنهم يعانون من قصور في قدراتهم العقلية يحول دون قيامهم بالعديد من مهام الزواج ومتطلباته، أو امتهانهم لأي مهنة ذات قيمة إلى جانب معاناتهم مع قصور في العديد من المهارات الحياتية، أو التكيفية، ووجود انخفاض في نسب احتمالات قدرتهم على الإنجاب، أو تحسين النسل إذا حدث الإنجاب فضلاً عن وجود قصور في الجانب الجنسي لديهم سواء في نضج الأعضاء التناسلية، أو النضج الجنسي، أو في قدرتهم على الأداء الوظيفي الجنسي المشبع؛ مما يكون له أكبر الأثر في تكوين الاتجاهات السلبية نحوهم بصفة عامة، وفي تكوين الاتجاهات السلبية نحوهم فيما يتعلق بموضوع الزواج على وجه الخصوص. ومن الأمور التي يمكن أن تضاف إلى ذلك أن البعض لا يزال ينظر إليهم بقدر من الخجل، ولا يزال يرى فيهم وصمًا لهم قد يجعلهم يبتعدون عنهم، ولا يفضلون حتى الاختلاط بأسرهم، أو الزواج من تلك الأسر مع العلم بأن هذا الزواج لن يكون من هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات (عبد الله، ٢٠١٠).

❁ التوافق الزواجي

إن التوافق الزواجي، أو سوء التوافق الزواجي يتوقف على شخصية كلا الزوجين، ولأن شخصية كلا الزوجين عادة يكون بها بعض الاختلافات ؛ فلا يوجد نمط معين من الأنماط الشخصية يُعد متوافقًا توافقًا تامًا، أو عديم التوافق تمامًا ولكن التفاعل بين شخصيتي الزوجين هو الذي يحدد التوافق، أو عدمه، فمن هنا يكون التوافق الزواجي نسبيًا حيث يتضمن الاتفاق النسبي بين الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة ومقدار ما يبذله كل طرف من أجل إسعاد الطرف الآخر (توفيق، ١٩٩٦).

إن التوافق الزواجي يسير في اتجاهين إما إلى الأحسن، أو إلى الأسوأ مع مرور الأعوام، وذلك وفقًا لشخصية الزوجين، ونمط حياتهما، ويعني التوافق أن الفرد يحقق نجاحًا في مواقف حياته المختلفة؛ فيستفيد منها، ويتحاشى قدر الإمكان أضرارها، ويُشبع حاجاته

ودوافعه بصورة لا تتعارض مع قيم ومعايير المجتمع، والفرد المتوافق توافقًا حسنًا هو الذي ينجح في تحقيق التوازن بين كل تلك الأمور (طه، ١٩٩٣) .

ويُعرف بأنه "التوفيق في الاختيار المناسب للزوج والاستمرار للحياة الزواجية والدخول فيها، والحب المتبادل بين الزوجين، والإشباع الجنسي وتحمل مسؤوليات الحياة الزواجية، والقدرة على حل مشكلاتها، والاستقرار الزواجي، والرضا والسعادة الزواجية، ويتوقف التوافق الزواجي على تصميم كلا الزوجين على مواجهة المشكلات المادية والاجتماعية، والصحية والعمل على تحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة" (دسوقي، ١٩٨٦، ص٢٦)

ويعرف التوافق الزواجي بأنه: "محصلة المشاركة في الخبرات، والاهتمام، والقيم، واحترام أهداف، وميول، واحتياجات الطرف الآخر، والتعبير التلقائي عن المشاعر، وتوضيح الأدوار والمسؤوليات، والتعاون في صنع القرارات، وحل المشكلات، وتربية الأبناء، والإشباع الجنسي، والعاطفي المتبادل" (شوقي، وحسن، ١٩٩٩، ص١٨٣).

ويفرق كفافي (١٩٩٩) بين مفهوم الرضا الزواجي ومفهوم التوافق الزواجي، حيث إن التوافقات الاجتماعية التي يهدف الفرد من خلالها إقامة علاقات منسجمة مع قرينة حيث يجد كل منهما ما يشبع رغباته، من هنا ينتج عنه حاله من الرضا الزواجي؛ فالرضا الزواجي هو المحصلة النهائية للعملية التوافقية.

❁ مقومات الاستقرار والتوافق الزواجي بين ذوي الإعاقة

هناك عدد من المقومات التي يستند إليها الإرشاد الزواجي، أهمها:

أولاً: القبول:

لكل من المرأة والرجل الحق الكامل في التعبير الحر عن الرغبة والرضا بالزواج من الطرف الآخر، وكل زواج بالقهر والضغط على أحد الطرفين دون اقتناع، أو الرضا هو أمر مخالف لجميع تعاليم الإسلام؛ فالشرع يتطلب من الأبوين أن يعطوا الحرية الكاملة دون أدنى

ضغط، أو إكراه ليختار القرين قرينه مع كامل الرضى؛ لأن هذا أدعى لدوام السعادة والوفاق بينهما، وخاصةً حينما يتعلق الأمر بأخذ موافقة الزوجة على الزواج من الرجل المتقدم لخطبتها.

تدل الدراسات الاجتماعية والإحصائية على أن الزواج المرتب الذي يتم من خلال استعدادات يساهم فيها كل من الخطيبين هو الزواج الأكثرُ دوامًا والأكثر استقرارًا والأكثر سعادة من الزواج الذي يتم بناءً على نزوةٍ عاطفية عارضة.

أولى الخطوات نحو زواج مستقر ناجح هو الاختيار السليم والدقيق لشريك الحياة؛ فأن يحسن المرء اختيار شريك الحياة يعد احدى الدعائم الرئيسة في انجاح الزواج، وزواج ناجح يعني اسرة سعيدة مجتمع سوى.

فيجب على كل شاب وفتاة مقبل على الزواج ان يحسن اختيار الطرف الاخر. وهناك اسس ومعايير للاختيار السليم عن ابى هريرة رضى الله عنه قال رسول ﷺ "تُنْكَحُ الْمَرْأَةُ لِأَرْبَعٍ: لِمَالِهَا، وَلِحَسَبِهَا، وَلِجَمَالِهَا، وَلِدِينِهَا، فَاظْفَرْ بِذَاتِ الدِّينِ تَرِبَتْ يَدَاكَ" (رواه الجماعة؛ إلا الترمذي)

ثانيًا: النضج الانفعالي:

يؤدي النضج العاطفي والانفعالي دورًا مهمًا في اختيار شريك الحياة، حيث يسعى كل فرد لاختيار من يتناسب معه، ويوازيه من حيث عوامل مختلفة يراها أساسًا لقيام الحياة الزوجية، ومن بعض علامات هذا النضج:

(١) الحد من سلوك المراهقة.

(٢) واقعية الأهداف المتعلقة بالحياة الزوجية.

(٣) معرفة الفرق بين المثاليات الرومانسية والواقع العملي.

(٤) فهم الحقائق الخاصة بالمستوى الاقتصادي و الاجتماعي.

(٥) النظرة الثقافية في العلاقات الإنسانية (بيومي، ٢٠٠٦، ص ٣٠).

إن النضج الانفعالي يعني: "درجة ابتعاد الشخص الراشد عن السلوك الانفعالي الخاص بالطفولة من حيث مثيرات هذا السلوك والتعبير عنه وضبطه وثباته"، ومن مؤشراته:

(١) الاتزان الانفعالي: أي قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته بصورة متزنة بعيدة عن التعبيرات البدائية، والطفلية للانفعال؛ والا يتسم سلوكه بأنه مذعورًا، أو واقع تحت ضغط شديد؛ فالناضج لا يثور بل يفرض ويرفض في هدوء، وثبات، وإصرار؛ أما غير الناضج فتكون تعبيراته الانفعالية في العادة مسرفة في الشدة، لا تتناسب مع مثيرات الانفعال.

(٢) التحرر من الاتجاهات الصبيانية: أي أن الفرد لا تثيره مثيرات الانفعال الطفلية، أو مثيرات تافهة؛ مثل: الأنانية، والاتكالية، والخوف من تحمل المسؤولية، والحب الاستحواذي الذي يأخذ ولا يعطى تلك السمات التي يتسم بها بعض فئات ذوي الإعاقة؛ فالزوج غير الناضج انفعاليًا لا يستطيع أن يمنح زوجته الحب؛ لأنه عاجز عن الحب الجواد الذي يعطى ولا يأخذ.

(٣) القدرة على ضبط النفس: وخاصة في المواقف التي تثير الانفعال؛ أي البعد عن التهور والاندفاع، وتأجيل التعبير المباشر عن الانفعال؛ مما يتيح للفرد التفكير، واختيار أنسب الاستجابات. وهذا يشمل القدرة على تحمل الاحباط، والحرمان، وعلى تأجيل اللذات العاجلة من أجل الظفر بلذات آجلة، وأهداف أشمل وأبعد، أي تغليب الأهداف البعيدة على القريبة. وهذه القدرة تعوز بعض فئات ذوي الإعاقة.

كما أشار عبد الرحمن، ودسوقي (١٩٨٨) إلى أن نتائج بعض الدراسات أوضحت أن سمة عدم الاتزان الانفعالي كانت مميزة لغير المتوافقين زواجيًا وخاصة الزوجات.

وقد كشفت نتائج دراسة عبد الرحمن (١٩٩٨) عن وجود علاقة موجبة داله بين النضج الانفعالي المدرك، والتوافق الزواجي لكل من الزوج والزوجة، وكذلك وجود علاقة موجبة داله بين إدراك الآخر كناضج انفعاليًا والتوافق الزواجي لكل من الزوج والزوجة.

ثالثًا: النضج الجنسي:

يتحدد النضج الجنسي عند الإناث بظهور الدورة الشهرية، ولكنه لا يعني بالضرورة ظهور الخصائص الجنسية الثانوية؛ مثل: نمو الثديين، وظهور الشعر تحت الإبطين، وعلى الأعضاء التناسلية، في حين تظهر الدورة الشهرية في حدود العام الثالث عشر. أما عند الذكور؛ فالعلامة الأولى للنضج الجنسي هي زيادة حجم الخصيتين، وظهور الشعر حول الأعضاء التناسلية لاحقًا، مع زيادة في حجم العضو التناسلي، ويحصل القذف المنوي الأول عند الذكور في العام الخامس عشر تقريبًا.

كثيرا ما يُنظر للأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم "ساذجون جنسيًا" ولا يملكون النضج الكافي ليتعلموا أي شيء عن الجنس. ولكن في الواقع، يتطور النضج لدى ذوي الإعاقة في عدة جوانب: الفكري، والجسدي، والاجتماعي، والحسي – العاطفي، والجنسي، ويصل ذوي الإعاقة إلى درجة النضج على الرغم من تعثر احد، أو بعض جوانب هذا النضج (Ballan, 2001).

أن مظاهر البلوغ عند ذوي الإعاقة لا تختلف كثيراً عن غيرهم من الأفراد الطبيعيين؛ إلا أن طرق التربية والتوجيه يجب أن تكون أدق، إذ يمر ذوي الإعاقة – خاصة ذوي الإعاقة السمعية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي صعوبات التعلم، وذوي اضطراب الانتباه وفرط الحركة – بنفس مراحل النمو الطبيعية التي يمر بها الأفراد غير ذوي الإعاقة وإن كانوا في بعض الأحيان أبطأ، أو أسرع من غيرهم، وبالتالي فهم يمرون ايضًا بمرحلة البلوغ الجنسي كما أن لهم اغلب الاحتياجات التي لدى الآخرين .

ولكن في الوقت نفسه يعاني العديد من ذوي الإعاقة من قصور النضج الجنسي؛ فالأفراد ذوي الإعاقة الفكرية بصفة عامة، والأفراد ذوي متلازمة "برادر ويلي" – Prader Welli على وجه الخصوص يعانون من القصور الغدي التناسلي، وهو الأمر الذي يسهم مع غيره من الخصائص الأخرى في وجود نمط سلوكي عام يميزهم عن غيرهم. ومن ثم يمكن أن نقوم بتعريف متلازمة "برادر ويلي" على أنها متلازمة أعراض مرضية وراثية توجد لدى الفرد منذ ولادته، وتتسم بعدد من الخصائص المميزة والتي تتمثل في السمنة، ونقص التوتر

العضلي، وقصور في القدرات العقلية، والقصور الغدي التناسلي. وعادة ما نجد في الواقع أن ذلك القصور الغدي التناسلي، الذي يعاني منه هؤلاء الأفراد يظهر في العديد من الصور وذلك على النحو التالي:

أ – نقص نمو الأعضاء التناسلية وذلك لكل من البنين والبنات على حد سواء.

ب – تأخر حدوث البلوغ الجنسي وعدم اكتماله.

ج – عدم الخصوبة، أو العقم.

ومن هذا المنطلق فإننا نؤكد في الواقع مع تسليمنا بضرورة حدوث النضج الجنسي كشرط أساسي لإتمام الزواج، وما يمكن أن يترتب عليه من حمل، وإنجاب، وتناسل على أن عدم الوصول إلى ذلك النضج لأي سبب من الأسباب لن يؤدي بطبيعة الحال إلى التناسل من ناحية، وقد يكون سببًا في فشل الزواج من ناحية ثانية. كذلك فإذا كانت هناك فئات معينة كفئات الاضطرابات النمائية عامة قد لا يصل الذكور فيها إلى النضج الجنسي فإن فئات الإعاقة الأخرى عادة ما يصل أعضاؤها إلى ذلك النضج دون تأخير، ولا يختلفون في الواقع عن أقرانهم غير ذوي الإعاقة (عبد الله، ٢٠١٠).

رابعًا: التوافق الجنسي:

يجب أن تتم العلاقة الجنسية في صورة كاملة من الحياء، والملاطفة، وأن يتصرف كل منهما مع الآخر تصرف اللياقة، والكياسة، ولا يتعجلا الاتصال الجنسي قبل مُقدمات من الحب، والعطف، والحنان.

وفي هذا المجال نحب أن نلفت النظر إلى أن الإسلام لم يغفل، أو يهمل حتى دقائق الأمور وتفصيلات السلوك البشري الخاص والعام لتكون متوافقة ومنسجمةً مع القواعد الاعتقادية والأخلاقية التي جاء لتحقيقها؛ لذلك نجد أن الإسلام وضع للعملية الجنسية (الجماع) ما تحتاجه من توجيه وتنظيم.

فهو يدرك أن الجماع لكي يكون مثاليًا محققًا الغاية الفطرية منه، يجب أن يكون منسجمًا في العمل والاستجابة، مؤديًا إلى الاستمتاع، والاتحاد الحسي والنفسي بين الزوجين.

والاستعداد النفسي والتحضير العاطفي خيرُ سبيل للبلوغ بين الزوجين معًا للإشباع المطلوب... وإلى ذلك يشير الرسول ﷺ بقوله: "لا يَقَعَنَّ احدُكم على امراته كما تَقَعُ البَهيمةُ، وليكنْ بينهما رسولٌ قيل: وما الرسولُ ؟ قال: القُبْلةُ والكَلامُ" رواه الديلمي في مسند الفردوس(الهواري، ٢٠٠٤).

ينظر الإسلام إلى العلاقة الجنسية بين الزوجين على انها لا تهدف إلى التناسل، وحفظ النوع فقط؛ بل هي استمتاع، وإشباع غريزي. والإسلام وصف الزوجين وشبه كلاً منهما بانه لباس للآخر قال الله ﷻ: ﴿هُنَّ لِبَاسٌ لَكُمْ وَأَنْتُمْ لِبَاسٌ لَهُنَّ﴾ (البقرة: ١٨٧) وقد فسر اهل العلم الآية الكريمة بالستر، اي هن ستر لكم وانتم ستر لهن؛ لأن كلا الزوجين يستر صاحبه، ويمنعه من الفجور، ويغنيه عن الحرام، والعرب تكني عن الأهل بالستر واللباس والثوب والإزار. وقال بعضهم: هن فراش لكم وانتم لحاف لهن. وقال بعضهم: هن سكن لكم وانتم سكن لهن، اي يسكن بعضكم إلى بعض، كما في قوله ﷻ: ﴿وَجَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا لِيَسْكُنَ إِلَيْهَا﴾ (الأعراف: ١٨٩) وفي قوله ﷻ: ﴿وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً﴾ (الروم: ٢١).

وهناك معتقد شائع جداً مفاده ان من يعاني من إعاقة في مجال ما فهو يعاني من إعاقات في جميع المجالات. يميل الناس إلى الافتراض بأن الشخص الذي يُعاني من إعاقات نمائية يكون محدودًا ايضًا اجتماعيًا وجنسيًا. فقد أظهرت البحوث أنه ليست هناك فروقًا في الرغبات والاهتمامات الجنسية بين ذوي الإعاقة مقارنة مع الأشخاص غير ذوي الإعاقة (Ballan, 2001).

ولذلك فسوء العلاقة الجنسية بين الزوجين يعد احد الأسباب الرئيسة للخلافات الزوجية، ومعنى ذلك انه عندما لا يتم الإشباع الجنسي في الحياة الزوجية تنشب الخلافات والمشاحنات بين الزوجين، ويزداد الفتور والكراهية بينهما، ويحدث سوء التوافق تدريجيًا (دسوقي،٢٠٠٠).

إن من أهم العوامل التي نستطيع التنبؤ من خلالها بالتوافق الزواجي الرضا عن العلاقة الجنسية (عبد العال، ١٩٩٥).

ومن الجدير بالذكر أن بعض فئات ذوي الإعاقة لا يختلف كثيرًا عن أقرانهم غير ذوي الإعاقة في العلاقة الجنسية بين الزوجين، في حين نجد أن هناك فئات أخرى تختلف تمامًا عنهم. ومع ذلك فإن هناك تضاربًا حول ما إذا كان يتم الوصول إلى الإشباع الجنسي بالوصول إلى حالة النشوة أم لا، وسواء كان الأمر كذلك أم لا فإن منهم – كأقرانهم غير ذوي الإعاقة – من يصل إلى هذه الحالة، كما أن منهم من لا يصل إليها. وإذا كان عدد كبير من الأفراد ممن ينتمون إلى فئات مختلفة من فئات الأفراد ذوي الإعاقات، كما يشير مايرز Myers (2006) لا يتمكنون في علاقاتهم الجنسية من الوصول إلى حالة النشوة، كما يرى الكثيرون فإن هذه الحالة رغم أهميتها ما هي؛ إلا حالة لحظية، كما أن مثل هذا القول بذلك ينكر عليهم حقيقة أن العلاقة الجنسية يمكن أن تكون مشبعة دون الوصول إلى حالة النشوة هذه حيث إن تلك العلاقة في جوهرها إنما هي إعطاء متعة، وتلقي متعة من طرفيها إذ يقوم كلاهما بإعطاء المتعة للآخر الذي يتلقى تلك المتعة بدوره من شريكه. ويمكن أن تسير الأمور من وجهة نظره على هذه الشاكلة حيث يحاول كل طرف أن يسعد الآخر بحسب استطاعته دون الحاجة إلى الوصول إلى حالة النشوة تلك رغم أهميتها للطرفين كليهما، وذلك حال الوصول إليها وهو ما يعني أن التركيز هنا يكون على محاولة إسعاد كل طرف للآخر. وتؤكد الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA (2009) على هذا الأمر وذلك في تلك الإرشادات التي تقدمها للأخصائيين النفسيين حتى يتم إتباعها، والعمل بها عند التعامل مع الأفراد ذوي الإعاقات، وتقييم أوضاعهم، واقتراح برامج التدخل اللازمة للتعامل معهم إذ أنها حاولت أن تقدم إرشادات تتعلق بمثل هذا الجانب، وتتفق في طبيعتها مع هذه النظرة حتى لا تكون هناك أي آثار سلبية يمكن أن تترتب على ذلك، وتلقي بظلالها على حياتهم الزوجية. ومن ثم فهي تؤكد على حقيقة أن يقدم كل طرف المتعة إلى الطرف الآخر بحسب حالته وقدرته (عبد الله، ٢٠١٠).

إن التوافق الجنسي بين الزوجين يعد عاملاً مهمًا في نجاح العلاقة الزوجية؛ فالرجل حين يكون لديه شعور ايجابي تجاه الزوجة، وبعض من المرونة يسمح له أن يكون مؤثرًا، وله

معنى في حياة المرأة يمكنه حينئذ أن يكون زوجًا ناجحًا، ولكن عدم التوافق الجنسي يؤدي بالزوجين إلى المشاجرات الدائمة التي تهدد حياتهما الزوجية (مرسي، ١٩٩٨).

خامسًا: التواصل بين الزوجين:

من أكثر المشكلات انتشاراً بين الزوجين عدم التواصل و إصغاء كلاهما للآخر مثلاً عندما يتجاهل الزوج زوجته حينما تكلمه في موضوع يتعلق بالمنزل أو تربية الأطفال فيسمع جزءا من قولها ثم يبدأ في سرد الحكم و المواعظ أو الانفعال و الغضب في وجهها أو التزام الصمت السلبي معها.

فطر الله ﷻ الناس على طبائع مختلفة، وأخلاق متباينة، فقد يحب أحد الزوجين ما لا يحبه الآخر، وقد يكره مالا يكرهه الآخر، وقد تجد الزوجة اختلافًا بينها وبين زوجها في طريقة الكلام، أو المحادثة، أو اختلافًا بينهما في طريقة الملبس، أو أنواع الطعام، أو في تنظيم حاجيات المنزل، أو في مواعيد النوم، بل قد يقع الاختلاف بينهما في كيفية استمتاع كل منهما بالآخر. ولا يكون التوافق بين الطباع المختلفة؛ إلا بحب يُلين الزوج للزوجة، والزوجة للزوج، عندئذ يصل الزوجان إلى قدر التوافق النسبي الذي لا يشعر معه أي منهما بإهدار شخصيته، أو كرامته، فعلى الزوجة أن تصبر على اختلاف طباع زوجها عن طباعها وكذلك الزوج، فتلك خصال شبَّ عليها كل منهما، وسرعان ما يتعرف كل منهما على ما يريح الآخر، فيفعله أملاً في إرضاء نصفه الآخر، وخاصة إذا كان يعاني من إعاقة ما.

وقد يكون نوع الإعاقة سببًا في ذلك؛ فإذا كان أحد الزوجين أصمًا والشريك الآخر لا يجيد استخدام طريقة الإشارة، أو غيرها من طرق التواصل الأخرى سيصبح هناك مشكلة فعلية بينهما، يشعر خلالها الشريك السامع أنه يعيش بمفرده، في الوقت الذي يجد الشريك الأصم نفسه سجين مشكلاته التي لا يستطيع التعبير عنها من أقرب الأشخاص لديه. كذلك الأمر بالنسبة للكفيف الذي يفتقد حاسة البصر التي تعد من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبة نسبية في الاتصال بالشريك الآخر؛ فالكفيف لا يستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه، وبدلاً من الإبقاء على الاتصال البصري مثلما يفعل المبصر عادة أثناء التحدث، فإن

الكفيف قد يدير أذنه تجاه المتحدث حتى يسمع بشكل أفضل وبذلك يبعد وجهه عن المتحدث، وإبعاد الوجه أو العينين بعيداً عن المتحدث قد يعني عدم الاهتمام أو التهرب. هذا إلى جانب أنه محروم أيضًا من الإشارات الاتصالية الاجتماعية كتعبيرات الوجه، وحركات اليد، وحركات الشخص الآخر، وفشله في ملاحظة واستخدام إشارات اليد التقليدية في الاتصال قد تسبب اتصالاً أقل كمالاً أو استخدام إشارات يعتبرها الآخرون مناقضة للرسالة الشفهية أو مشتته للانتباه؛ وهكذا يتضح أن الاتصال العيني يؤدي دوراً أساسياً في عملية التفاعل الاجتماعي.

تقوم ديناميات التفاعل الزواجي على أساليب التواصل العاطفي الجيد بين الزوجين التي تعد من أهم الخصائص التي تميز هذه العلاقة، وبدون كلمات الحب، والغزل تفتر العلاقة الزواجية، وتضعف؛ لأن المداعبة والملاطفة تعد من أهم أساليب هذا التواصل (مرسي، ١٩٩٨).

ولذلك فإن التواصل السلبي بين الزوجين يعد من العوامل المهمة التي تؤدي إلى فشل العلاقة التفاعلية بين الزوجين، وربما قد يؤدي إلى طلاقهما في أقصر مده من بداية الزواج، فالتواصل السلبي بين الزوج والزوجة من الأسباب الجوهرية التي تخلق المشكلات الحاده وتؤدي إلى فتور العلاقات الزواجية ويختل التفاعل الزواجي، وتضعف دوافع الغيرة، ويذهب الأمن والسكينة، ويقل الاحترام المتبادل بين الزوجين؛ فالتواصل اللفظي الرديء يؤدي إلى عرقلة كل سبل التواصل، وقنوات الاتصال، وأساليب التفاهم، ويخلق جوًا من المشاحنات في العلاقة الزواجية؛ مما يسبب سوء التوافق الزواجي (عمر، ٢٠٠٦).

وقد كشفت نتائج دراسة مؤمن (٢٠٠٤) إلى أن مشكلات التواصل تمثل نسبة ٣٣٪ من جملة العوامل والأسباب المؤدية إلى سوء التوافق بين الزوجين، والتي تتمثل في: عدم التفاهم وانقطاع الحوار المتبادل، وعدم احترام آراء الطرف الآخر، وعدم التعبير عن مشاعر الحب؛ وبالتالي فإن عدم لجوء الزوجين إلى الطرائق الإنسانية في حل المشكلات، واستخدامهما للشجار، والألفاظ غير المناسبة، وعدم المرونة، وعدم الاحترام في التعامل سيكون من أهم الأسباب المؤدية إلى سوء العلاقة، ومن ثم سوء التوافق بينهما.

فالبحث عن المودة و الاهتمام الصادق بين الطرفين من أكثر الأمور الصعبة في حياتنا، فالمودة تبدأ عندما يسمع الزوجان لبعضهما لبعض، ويعبران لبعضهما عن جميع مشاعرهما حتى قد تعرضهما للرفض أحياناً؛ فإن الإصغاء و التواصل يعدان من أكثر العوامل قوة وتأثيراً في نوعية العلاقة الزوجية، وعندما يكون التواصل و الإصغاء جيدين في العلاقة الزوجية فسوف يستطيع الزوجان حل مشكلاتهما بطريقة أكثر عقلانية. نضرب مثالا بالزوجة، ونريد أن نعرف ماهي الأسباب التي تدفع الزوجة إلى الحوار و التواصل مع الزوج:

(١) ترغب الزوجة في أن تطلع الزوج على ما تريد قوله أو فعله.

(٢) عندما تكون الزوجة في حالة توتر و قلق شديد فالتواصل مع الزوج و الإصغاء لها يساعدها على الشعور بالراحة و التركيز من خلال قدرة على امتصاص غضب الزوجة.

(٣) بعض الزوجات تريد التواصل و الإصغاء من الزوج بهدف زيادة محبتها، وذلك من خلال الكلام المفيد أو غير المفيد ويذكر هنا " خير الكلام ما قل ودل.

وهكذا فمن الضروري للزوجين أن يمتلكا المقدرة على مشاركة كل منهما الآخر في الجوانب الايجابية في الحياة، فمن المعتاد في العلاقات الزوجية الحديث المتكرر على السلبي والسيئ، والمحزن، والاسترسال في عرض المشكلات سواء كان هذا يتعلق بالعلاقة نفسها، أو بأمور أخرى بينما لا تأخذ الجوانب الايجابية الأهمية المطلوبة، وتمر أحداثها كأن شيئًا لم يكن، ولهذا فتذكر المفرح في الحياة، وتهنئة الزوجين لكل منهما على نشاطاته، ومجهوداته ونجاحاته داخل، أو خارج العلاقة من أهم أسباب النجاح.

سادسًا: التفاعل الزواجي:

إن التفاعل الزواجي يعني التأثير المتبادل بين الزوجين بحيث يكون سلوك كل منهما مترتبًا على سلوك الآخر؛ فالزوج يلاحظ سلوك زوجته ويفهمه، ويستجيب لها بسلوك تلاحظه هي وتفهمه، وتستجيب له بسلوك آخر... وهكذا فكل منهما مثير، ومستجيب في الوقت نفسه؛ فالزوجان يتفاعلان من أجل هدف مشترك هو الحفاظ على توازن زواجهما، كما

أن التوقعات الخاصة بالزوجين تتجسد في حقوق كل منهما تجاه الآخر وواجباته نحوه (الشطي، ١٩٩٥).

وهناك نوعان من التفاعل الزواجي؛ هما: التفاعل الايجابي ويتمثل في سلوك أي من الزوجين تجاه الأخر. والتفاعل السلبي ويتمثل في السلوك السيئ من كلا الزوجين تجاه الأخر؛ مما يثير مشاعر العدوان والنفور. ويتأثر التفاعل الزواجي بعوامل كثيرة تحدد طبيعته ومساره وتنسب بعض هذه العوامل إلى الزوجين، وبعضها إلى الظروف التي يعيشان فيها؛ فالتفاعل الزواجي عمليه مركبة من الملاحظة، والإدراك، والتقويم، والاستجابة، وهنا يتضح أثر التواصل الجيد على التفاعل الجيد والتوافق بين الزوجين (رسلان، ٢٠٠٦).

❁ نظريات الإرشاد الزواجي

الإرشاد الزواجي من المجالات النفسية الحديثة نسبيًا؛ فإلى وقت قريب لم تكن المشكلات الزوجية تحتل مكانة خاصة بين بنود الاضطرابات النفسية بالرغم من شيوعها.وبغض النظر عن توافر هذا الأسلوب الإرشاد ي؛ إلا أن الغالبية العظم من الخلافات الزوجية لا ولن تستدعي تدخل الطب النفسي فيها، ولا شك أن كل من الأسرة، والأصدقاء يؤدي دوره المهم في المشاركة، والمساندة، والتوفيق بين الطرفين.

وعلى الرغم من تعدد المدارس الإرشادية؛ إلا أن اتباع طريقة دون الأخرى يعتمد في اول الأمر على نوعية المشكلة وايضًا نوعية الأفراد، وكثيرًا ما يختار الأخصائي مزيجًا من هذه الأساليب حسب ما يراه مناسبًا للحالة. والغرض الرئيس من الإرشاد هو زيادة المرونة في التفاعل وتطوير درجة التكيف والتأقلم والحد من استخدام طرف من الطرفين على أنه نبع المشكلة والمسؤول الوحيد وراء كل الخلافات وإذا لم ينجح الإرشاد في تحقيق كل هذا فعلى الأقل ربما ينجح في التقليل من توقعات الطرفين والتخلي عن الافتراضات ومساعدتهما على التعايش مع المشكلة.

(أ) نظرية التحليل النفسي:

المحور الرئيس للنظرية يدور حول نوعية العلاقة الزوجية، والتي تعكس علاقة كل من الطرفين بالأبوين، وتجاربهما الطفولية في المراحل الأولية من الحياة، ودور الأخصائي هنا هو استكشاف حيثيات هذه العلاقة مع طرف منهما، أو كليهما ليتيح لهما فرصة التعرف على مسببات الخلافات التي توجد بينهما، وتقييم استعدادهما للتغيير وإيجاد الحلول المناسبة لهما.

وهناك أسلوب علاجي متميز مبني إلى حد كبير على النظرية التحليلية وينص على أن العلاقة بين الزوجين إما أن تكون ناضجة متساوية، وإما أن يقوم فيها أحد الطرفين بدور أبوي، أو أموي ويقوم الآخر بدور الطفل، ويظهر هذا في أسلوب تعامل الأول مع الأخير، والذي يغلب عليه الحماية، والرعاية، والإرشاد، والسلطة، وصاحب هذه الفكرة الإرشاد ية يدعى "برن" وقد شرح نظريته في كتاب شيق صدر في الستينات اسمه (الألاعيب التي يؤديها الناس) وكلمة اللعبة هنا لا تتضمن الهزل، أو التهريج ولكن تعني الحيلة النفسية أي الوسيلة التي يحتال بها الطرفان على أنفسهما لتغطية أسباب نفسية أكثر عمقًا وألمًا.

وأول هذه الألاعيب، أو الحيل هي لعبة – أنت السبب – وهي حيلة إلقاء مسؤولية التعاسة على الطرف الذي يلام على كونه حائلاً بين الطرف صاحب المشكلة وما يبتغيه. ومثال على ذلك رفض المرأة لفكرة العمل وغالبًا ما يكون تعليلها لهذا الرفض هو رفض زوجها للفكرة أيضًا، وهنا يصبح الزوج هو المسؤول عن المشكلات الاقتصادية التي يعيشان فيها، وتسترسل المرأة في الشكوى بأنه لو لم يكن الزوج رافضًا لكانت فعلت هذا وذاك، ومن خلال هذه اللعبة تتجنب المرأة مواجهة العوامل النفسية التي تمنعها داخليًا من اللجوء للعمل كخوفها من مواجهة مسؤوليات جديدة، أو تحمل صعاب وأيضًا قلقها وعدم ثقتها بنفسها، أو بإمكانياتها.

وهناك حيل أخرى أشهرها حيلة (نعم ولكن) وهي لعبة تسمح لمن يلعبها بإيجاد ألف سبب يمنع من حدوث التغيير حتى يستمر الوضع الراهن، وتستمر أيضًا معه الشكوى، والأمثلة على ذلك كثيرة وهذه الحيلة شائعة للغاية نستعملها جميعًا للهروب من مواجهة

المشكلة وإيجاد الحل ويصبح الاستسلام للمشكلة أسلوب حياة بمعنى أن الفرد لا يستطيع الحياة بدون الشكوى ولا يقبل أيضًا بذل أي مجهود لتغيير الوضع وإيجاد الحل.

(ب) التدخلات السلوكية:

هذه المدرسة لا تعني كثيرًا بمحاولة فهم، أو توضيح الأسباب التي تقف وراء هذا النوع من التعامل ولا تهتم بتجارب الفرد في طفولته وماضيه؛ فالهدف الرئيس هو مواجهة الحاضر وإحداث التغيير بصورة عقلانية عن طريق إعادة تعليم الطرفين طريقة جديدة للتعامل وقد يبدو هذا الأسلوب للبعض بسيطًا، أو سطحيًا.

والإرشاد السلوكي يحث الطرفين على التعرف على الجوانب السيئة والحسنة في كل منهما وكتابة عقد مشروط يحاول فيه كل طرف حث الآخر على تغيير السيئ فيه من وجهة نظره وهو مبني على الفكرة البسيطة في ضرورة الأخذ والعطاء في أي علاقة ولكن العقد يوضح ما هو مطلوب أخذه، أو عطائه بصورة منظمة يقصد بها إلزام الطرفين بضرورة التنفيذ؛ فمثلاً قد يحدث اتفاق بين الزوجين على أن تتخلى الزوجة عن الجلوس في المنزل بملابس النوم وهي عادة يراها الزوج كريهة فيها مقابل مساعدة الزوج لها في أعمال المنزل ولو مرة في الأسبوع.

والمبدأ الرئيس في العقد السلوكي هو تغيير (الشكوى) إلى (مطلب) فبدلاً من شكوى "عمرك ما عملت هذا، أو ساعدت في ذاك" (يتغير هذا إلى) "هل ممكن أن تعمل هذا"، أو "تساعدني في ذاك" ..(ولا شك أن العقد السلوكي يختلف في مضمونه تبعًا لنوعية المشكلة وأيضًا الأفراد فقد يكون بسيطًا للغاية وقد يكون معقدًا. ودرجة نجاحه تعتمد على عمق المشكلة وكثيرًا ما ينجح في معالجة المشكلات الروتينية التي لها صلة أكبر بدرجة الوعي، أو التعليم؛ مثل: المشكلات الاقتصادية، أو الأعمال المنزلية.

وفي محتوى الإرشاد السلوكي يمكن أيضًا تعليم الزوجين المهارات الاجتماعية واستخدام الحوار والتعبير باللغة، أو بالوسائل الغير كلامية عن مشكلاتهما بغرض تحقيق التواصل الصحي بينهما وأحيانًا تستخدم وسيلة التسجيل بالفيديو كاميرا لإتاحة الفرصة

للطرفين في رؤية تفاعلاتهما بصورة حية والتي ربما لا يدرك كل منهما درجة سلبيتها وأحيانًا قبحها؛ إلا بعد مشاهدة نفسه على الشاشة الصغيرة.

تختلف درجة استخدام التدخلات التالية تبعًا لكل زوجين وللتقييم الإكلينيكي لحاجاتهما، والأشكال الرئيسية للتدخلات السلوكية هي:

(١) التدريب على التواصل Communication Training

أشار عدد كبير من الباحثين والإكلينيكيين إلى أهمية التواصل في العلاقة الزوجية، فالحوار اللفظي يساهم في فهم اتجاهات وسلوك الزوجين لبعضهما ويعد التواصل مصدرًا للرضا العميق في حد ذاته، وهو أساس السعادة الزوجية، ويهدف التدريب على التواصل إلى زيادة مهارة الزوجين، أو أعضاء الأسرة في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بوضوح، والاستماع بفاعلية لرسائل الآخرين ولتحقيق هذه الأهداف يتم تدريبهم على مهارات التعبير والاستماع.

وقد قدم حيرني Guerny, 1977 ويعد احد المتخصصين في هذا المجال – اتجاهًا تعليميًا يسمح للمشارك ان يتعلم كيف تصرف ويعبر عن نفسه ويستمع للآخرين بقدر من التعاطف، وذلك تبعًا لإرشادات سلوكية معينة. فمثلاً: يكون على الشخص الذي يعبر عن نفسه رؤية الموقف من وجهة نظر ذاتية أكثر من رؤية الحقائق، وأن يعبر عما يشعر به، وكذلك استخدام الإيجاز والوصف المحدد للأفكار والمشاعر وتوصيل التعاطف مع مشاعر الشخص الآخر أيضًا.

أما بالنسبة لمهارة الاستماع فيكون على المستمع محاولة التعاطف مع أفكار ومشاعر الآخر (حتى إذا كان ذلك يحتاج إلى عدم الإشارة للاتفاق مع افكار من يعبر عن نفسه) وتوصيل هذا التعاطف لمن يعبر عن نفسه. ويكون على المستمع تجنب تغيير الموضوع والحكم على أفكار المستمع ومشاعره، ولكنه يوصل ما فهمه بأن يلخص ويعيد صياغة ما سمعه للتأكد من فهمه.

(٢) التدريب على حل المشكلات Problem – Solving Training

تتضمن مهارات حل المشكلات نوعا معينا من التواصل يستخدمه الزوجان في تحديد مشكلة معينة في علاقتهما تتطلب حلاً، وتقييم الحل الذي يتم التوصل إليه بحيث يكون حلاً

عمليًا ومناسبًا لها وتنفيذ الحل المختار. ويعد حل المشكلات معرفيًا وموجهًا نحو مقومات الحل بعكس المهارة السابقة التي تركز على الاستماع الانفعالي والتعاطفي، ويستخدم الأخصائي هنا أيضًا تعليمات لفظية وكتابية، والنمذجة Modeling وعمل (بروفة) مع تدريب العملاء على تطوير تواصل فعال لحل المشكلات.

(٣) اتفاقات تغيير السلوك Behavior Change Agreements

إذا أراد الأخصائي أن يبدأ اتفاقًا بين الزوجين كي يقلل من سلوك سلبي معين، فعليه أن يحدد السلوك الذي يريدان التقليل منه بدقة، ويختار مع الزوجين سلوك آخر أكثر ايجابية ليكون بديلاً مناسبًا للسلوك السلبي للفرد. كما يمكن أن يطلب الأخصائي من كل فرد كتابة بعض السلوكيات الايجابية التي يحب أن يحصل عليها من الآخرين. وفي بعض الأحيان يطلب الأخصائي الزواجي السلوكي من كل طرف الدخول في (أيام حب) حيث يقوم الفرد ببدء بعض السلوكيات الايجابية من النوتة التي يفضلها الشخص الآخر.

وقد قام ريتشارد ب. ستورت Richard B. Stuart بالمحاولات الأولى لتطبيق المبادئ السلوكية مع الزوجين وعالج أربعة أزواج وزوجات كانوا على وشك الطلاق، وكان الأساس أن الزوج يريد جنسًا أكثر والزوجة تريد مزيدًا من التحدث، ويساعد الإرشاد الزوجين على التفاوض للوصول إلى اتفاق بحيث يحصل الزوج على درجة لكل خمس عشرة دقيقة من الحوار، وعندما يحصل الزوج على ثماني درجات يمكن أن يبادلها للحصول على علاقة جنسية، وكانت النتيجة تزايد معدل الكلام بشكل دال وكذلك معدل الجماع. وبعد عدة جلسات لم يرغب أي من الزوجين في إكمال إجراءات الطلاق.

وتوجد أمثلة أخرى عن تطبيق الاتجاه السلوكي أكثر تعقيدًا، فقد يتضمن التبادل أنشطة زوجية تسر كلا الزوجين (فتخصص إحدى الأمسيات لإحدى الطرفين، وأمسية أخرى تخصص لإسعاد الطرف الآخر)، وتهدف هذه التكنيكات إلى مساعدة الزوجين على تعلم طرق أكثر إنتاجية وايجابية من السلوك المرغوب انفعاليًا فيكون التفاوض على اتفاقات تبادل عادلة واستخدام إثابات لتعديل كل منهما لسلوك الآخر بدلاً من استخدام العقاب، أو الإجبار.

(٤) إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring

هناك ملمح آخر مميز للاتجاه السلوكي – الذي تطور في الثمانينيات، وهو التركيز على تغيير أفكار كل فرد من الزوجين، فكثير من استراتيجيات الإرشاد الزواجي السلوكي هي إجراءات علاج معرفي محددة تطبق على مشكلات العلاقة الزوجية.

(٥) الإرشاد الزواجي السلوكي المختصر

(BBCT) Brief Behavior Couple Therapy)

يعد الإرشاد المختصر محاولة لتطوير تدخل مفيد – على الأقل – لبعض الأزواج والزوجات حيث يستغرق وقتًا اقل ويتطلب جهدًا اكبر، ويقبل الناس على هذه الاتجاهات المختصرة أكثر من الإرشاد ات التقليدية الأطول. ولكن هل الإرشاد الزواجي المختصر له إمكانية الاستمرار؟ هناك فكرة موجودة بالتراث وهي أن عددًا كبيرًا من جلسات الإرشاد يعد امرًا ضروريًا لتحسين وظائف العلاقة الزوجية، ولكن مراجعة الأبحاث السابقة بينت أن الإرشاد الزواجي والأسري قصير المدى ومحدود الوقت يمكن أن يكون له نفس فعالية الإرشاد الأطول.

كفاءة الإرشاد الزواجي السلوكي:

توصل هالفورد إلى ان الإرشاد الزواجي السلوكي يحسن من مهارات التواصل للزوجين ويقلل الصراعات المدمرة ويزيد ايجابية التفاعلات اليومية ويزيد ايجابية أفكار الزوجين عن بعضهما، ويزيد الرضا عن العلاقة... ورغم ذلك فإن كفاءة هذا الاتجاه لها حدود حيث إنه من ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من الأزواج والزوجات المشكلين لا يظهرون تحسنًا يمكن قياسه، كما أن من ٢٥ إلى ٣٠٪ يتحسنون بطريقة، او بأخرى لكنهم يظلون غير متوافقين أيضًا بعد الإرشاد .

هذه النتائج تنطبق ايضًا على انواع اخرى من الإرشاد ، فقد ذكر جوتمان (Gottman, 1998) ما يلي:

(١) أن معظم الأزواج والزوجات (٧٥٪) يظهرون تحسنًا على الرضا الزواجي فور انتهاء الإرشاد الزواجي.

(٢) تتساوى فاعلية الأنواع المختلفة من الإرشاد على وجه التقريب بغض النظر عن "مدرسة" الإرشاد .

(٣) توجد انتكاسات كثيرة، فبعد متابعة طويلة المدى نجد أن ما بين ٣٠٪، ٥٠٪ فقط من الأزواج والزوجات يبقون في حالة تحسن.

من ذلك يبدو ان تأثير الإرشاد الزواجي قد يرجع إلى عوامل غير محددة، مثل: الثقة في الأخصائي، والدافع، والأمل، ووجود برنامج محدد. وكلها عوامل ذات طابع إيحائي، بل وقد يرجع إلى مهارات الأخصائي وخبراته واتجاهاته أكثر من توجهه النظري والتكنيكات المفضلة لديه، ومما يتنبأ بنجاح الإرشاد وجود ضيق أقل أثناء الإرشاد ، والسن الأصغر ومرونة الأدوار الجنسية وعدم ظهور مشاعر الاكتئاب ووجود اهتمام ايجابي أكبر منذ بداية الإرشاد .

نقد الاتجاه السلوكي:

الاعتراض الرئيسي للنقاد فهو ميله إلى إعطاء أهمية كبيرة للسلوك الملاحظ وعدم الاهتمام بالقوى اللاشعورية، فهو يتعامل مع الشكوى الواضحة والتي قد تكون عرضًا من أعراض صراع نفسي موجود بالفعل كما أن التأثير الإرشاد ي مؤقت.

(ج) الإرشاد الزواجي السلوكي المتكامل IBCT

التقييم هي المرحلة الأولى من الإرشاد وقد صممت لتوفير نظرة شاملة على شكاوى الزوجين من أجل تحديد مدى مناسبة هذا الأسلوب لهما.

حيث يكون التركيز على التغيير مقابل التقبل؛ بالإضافة إلى ضرورة التركيز على الفردية وذلك لأن كل زوجين لهما مشكلاتهما الخاصة والمتشابكة ولكنها تختلف بين كل زوجين وبناء على مدى قابليتهما للتغيير والتقبل؛ بالإضافة إلى الجلسات المشتركة.

حيث تغطي مرحلة التقييم الجلستين، أو الثلاث الأولى أين يتم تقييم المجالات الست التالية:

(١) ما مدى الكدر بين الزوجين: وهو الذي يحدد بداية وجهة الإرشاد ويوضح هل يكون التركيز على التغيير، او التقبل، حيث إذا كان الكدر بينما الزوجين اقل يكونان أكثر قابلية للتغيير أما إذا كان العكس فيفضل اللجوء إلى التقبل. ويتم تقييم مستوى الكدر خلال المقابلة الأولية المشتركة من خلال الأسئلة المباشرة عن سبب طلب الإرشاد . كما يمكن تقييم مستوى الكدر باستخدام الاستبيانات؛ مثل: مقياس التوافق الزواجي، أو قائمة الرضا الزواجي. كما أن هذا الأسلوب الإرشاد ي لا يفيد مع الزوجان اللذان تتسم علاقتهما بالعنف والخوف ويفضل حل هذه المشكلات قبل الدخول في الإرشاد .

(٢) ما مدى التزام الزوجين بالعلاقة بينهما: إن تحديد مدى التزام الزوجين بالعلاقة بينهما مهم جدا وذلك حتى يتمكن الأخصائي من تحديد أي استراتيجية سوف يستخدم فإذا وجد أن هناك التزام بين الزوجين يلجأ مباشرة إلى التغيير أما إذا وجد العكس فيفضل التركيز على استراتيجية التقبل العاطفي، وهناك عوامل تتصل بعملية الالتزام منها نسبة الكدر والميل للتعاون فكلاهما يؤثر في عملية الالتزام هذه.

(٣) ما الموضوعات محل الخلاف بينهما: يتم تحديد هذه الموضوعات من خلال المقابلة المشتركة وينصت الأخصائي لكل زوج على حده خلال هذه المقابلة حتى يحدد الجوانب التي تستدعي التغيير(كيفية إدارة الدخل مثلاً) والتي تتطلب التقبل (الرغبة في البقاء متقاربين).

(٤) كيف تظهر هذه الموضوعات نفسها خلال العلاقة بينهما: ليست الموضوعات محل الصراع هي التي تسبب الكدر وإنما كيفية تعامل الزوجين معها هي السبب، حيث يحاول الأخصائي التعرف على النماذج العامة للتفاعل. إن أحد الأنماط الشائعة بين الزوجين يسمى (المطارد – المبتعد) اي أحد الزوجين يطارد الآخر والثاني يسحب الآخر إما جسديا، أو عاطفيا، ومثل هذه الأنماط تناقش من اجل مساعدة الزوجين على فهم الصراع والنزاع دون اللجوء إلى اللوم.

(٥) ما عوامل القوة التي تربط الزوجين معا: ان تحديد هذه العوامل هو الأساس الذي ينطلق منه الأخصائي لتحسين العلاقة بين الزوجين، يحاول الأخصائي تحديد هذه العوامل من خلال طرح أسئلة منفردة على الزوجين وذلك لاكتشاف العوامل التي لا زالت تربطهم ببعضهم البعض ثم يركز عليها لإحداث التغيير.

(٦) ماذا يستطيع الإرشاد أن يقدمه للزوجين: بعد عملية التقييم يصبح لدى الأخصائي القدرة على تحديد خطة الإرشاد وتحديد الاستراتيجيات التي يتبعها وعادة ما تكون مزيجا بين استراتيجيات التقبل والتغيير.

جلسة العائد، أو ردود الفعل: يقوم الأخصائي بالإجابة على الأسئلة الستة السابقة الذكر كما يعرض خطة الإرشاد المقترحة: وتتطرق جلسة العائد أيضًا إلى الاستراتيجيات غير الفعالة التي استخدمت للتعامل مع الموضوعات محل الخلاف، كما تناقش أهداف الإرشاد والإجراءات التي تستخدم لتحقيق هذه الأهداف، كما تشمل التركيز على جوانب القوة عند الزوجين.

تصميم خطة الإرشاد: إن تصميم خطة الإرشاد يعتمد على صياغة المشكلات التي تم تحديدها في مرحلة التقييم. وتختلف الخطة على حسب قرار الأخصائي إما بدء الإرشاد بالتقبل، أو التغيير، وغالبا ما يكون الإرشاد عبارة عن مزيج من الاستراتيجيتين. هناك عوامل تحدد عملية المزج بين الاستراتيجيتين وهي مستوى الكدر، مدى الالتزام بينهما، ارتباطهما العاطفي، الانسجام والتعاون بينهما فإذا كانت ايجابية يفضل المزج، أما إذا كانت سلبية؛ فيفضل البدء بالتقبل.

كما يجب الأخذ بعين الاعتبار رغبات الزوجين في عملية التقبل، أو التغيير كمحدد أساسي لوضع خطة الإرشاد ما لم تكن للمعالج أسباب قوية لرفض رغبتهما.

يصل متوسط مدة الإرشاد إلى حوالي ٢٠ جلسة بناء على احتياجات الزوجين ومشكلاتهما، كما يمكن علاج بعض الحالات في جلسة واحدة وقد تحتاج حالات أخرى إلى علاج أكثر كثافة.

وسيتم عرض عشرة من استراتيجيات التقبل الجديدة واثنين من أكثر استراتيجيات التغيير فعالية وشيوعًا.

تصميم جلسة الإرشاد: تبدأ كل جلسة بوضع جدول أعمال يحدد فيه أهداف كل جلسة ويشمل مراجعة الواجبات المنزلية التي يتم الاتفاق عليها ومناقشة أي تطورات نتجت من جلسة الأسبوع الماضي.

ثم ينتقل الاهتمام بعمل آخر وعادة ما يسمح للزوجين بتحديد المشكلة التي يجب التركيز عليها.

أ – استراتيجيات تنمية التقبل العاطفي:

(١) **الارتباط العاطفي حول المشكلة:** أي تحديد الألم ولكن دون اتهام أحد؛ حيث يقوم أحد الزوجين بالتعبير عما يشعر به تجاه الآخر وقد يعبر عن مشاعر لوم وتهجم ويأخذ الطرف الآخر موقع الدفاع ويرد على الشريك وبدلا من ذلك يشجع الأخصائي كل شريك على التعبير عن مشاعر التأثر الكامنة وراء التعبير عن مشاعر القسوة، أي بدل التهجم يعبر الشريك عن مشاعر الألم والوحدة وعدم الأمان وبالتالي يكون الشريك الثاني أكثر ميلا للتعاطف ويكون ذلك من خلال الصياغة؛ أي تغيير المحتوى الذي من خلاله يحدث التفاعل بين الزوجين والصياغة التي يستخدمها الأخصائي هي تكتيك فعال للإقناع بالتقبل.

(٢) **النظر للمشكلة من الخارج:** عند إعادة صياغة المشكلة على أنها أمر خارجي هذا الأمر يوفر للزوجين الإدراك الذي يمكنهما من تشكيل علاقة وطيدة من خلال التعامل مع المشكلة معا.

(٣) **تعرف أنماط الزوجين:** إن جزء كبير من عملية التقبل تكون من خلال مناقشة الأنماط التي تحكم الزوجين(نذكر من بينها مثلاً المُطالب والمنسحب، العاطفي – المنطقي، الضاغط والمقاوم ويتحدد النمط الذي يحكم الزوجين والإدراك المشترك الناتج عن هذا التعرف يساعد على نمو التعاطف بينهما ويساعدهما على التفاعل أكثر.

(٤) تشكيل السياق من أجل تنمية التقبل: إن مناقشة كل من الأحداث السلبية الأخيرة والأحداث المتوقعة التي قد تتحول إلى مشكلة، والأحداث المتوقعة التي قد تتحول إلى مشكلة، والأحداث الحالية السلبية والتي مرت بسلام كلها تساعد على تنمية التقبل.

(٥) تنمية التقبل العاطفي من خلال بناء التسامح: عادة ما يكون بناء التسامح من خلال التخلي عن الصراع أمر صعب في علاقات تتميز بالصراع لمدة طويلة ولكن النظر إلى هذا الصراع بطريقة تفكير مختلفة؛ أي التفكير في الصراع بطريقة مختلفة يؤدي إلى التقبل والتسامح.

(٦) عادة التوكيد الايجابي: وذلك من خلال الإشارة إلى المميزات الايجابية للسلوك السلبي وذلك من خلال تقليل خطورة الجوانب السلبية؛ مما يؤدي إلى زيادة التسامح والتقبل.

(٧) الاختلافات الممكنة لبعضها البعض: في بعض الأحيان تكون بعض الاختلافات بين الزوجين مصدر الصراع لبينهما وهنا يحاول الأخصائي أن يبين للطرفين أن هذه الاختلافات بينهما هي عبارة عن تكامل في زواجهما يدفعهما للنظر إلى هذا الاختلاف على أنه نعمة وسبب لتماسك زواجهما بدلا من اعتباره مصدرا للصراع كأن يكون الزوج صارما في العمل والزوجة غير مكترثة.

(٨) التهيئة للانتكاس: حتى في الإرشاد الناجح قد يكون عرضة للانتكاس ولهذا على الأخصائي أن يهيئ الزوجان إلى احتمال حدوث الانتكاسة ويطلب منهما التفكير في الأمر ومحاولة تحديد أسباب عودة الأنماط السلبية وهذا ما يجعل الزوجان أكثر تماسكا في حالة ظهور الانتكاسة وتقبلا وتسامحا بدلا من جهلهما للأمر؛ مما يجعلهما أكثر عرضة للإحباط واليأس.

(٩) التظاهر السيئ الزائف: يطلب الأخصائي من أحد الشريكين أن يتظاهر بالسلوك السلبي في البيت بنفس الطريقة التي كان يقوم بها وهو منزعج فعلا ولكن وهو في حالته الطبيعية، ثم يلاحظ ردود فعل شريكه حيث يتمكن من ملاحظتنا بطريقة موضوعية

ليفهم سلوكه اتجاه هذا السلوك السلبي ويطلب منه ذلك أمام الشريك وعند الانتهاء من ذلك السلوك يخبر شريكه بأنه كان يتظاهر لكي لا يشن شجار بينهما.

(١٠)التقبل العاطفي من خلال الاعتناء الشديد بالذات: ويتم عن طريق تشجيع كل شريك على تحمل مسؤوليته الشخصية عن حاجاته الخاصة وبالتالي تتغير الاستجابة المعتادة عن عدم الرضا.

ب – استراتيجيات تنمية التغيير:

(١) تبادل السلوك: تعتبر استراتيجية تبادل السلوك لدى الأزواج الذين لديهم كدر متوسط الطريق المثلى لبدء الإرشاد أما الأزواج الذين يكون مستوى الكدر لديهم عاليا فيفضل البدء باستراتيجيات التقبل ثم الانتقال إلى استراتيجية تبادل السلوك فيما بعد.

وهدفه الأساسي هو زيادة نسبة حدوث التفاعلات الايجابية، ويحتوي تبادل السلوك على خطوتين رئيسيتين هما:

ت – التعرف على الأشياء التي يستطيع كل شريك القيام بها لزيادة رضا الشريك الآخر عن علاقتهما وذلك دون تكلفة كبيرة.

ب – محاولة زيادة تكرار مثل هذه السلوكيات في الحياة اليومية.

وكواجب منزلي يطلب الأخصائي من الزوجين وضع قائمة بالسلوكيات التي بإمكانها زيادة رضا الآخر ثم يتم مناقشتها مع الأخصائي وحذف البنود التي ليس لها تأثير على الآخر (الشريك).

(٢) الاتصال والتدريب على حل المشكلات: الاتصال والتدريب على حل المشكلات يدرب الزوجين على كيفية العمل ليكونوا معالجين لأنفسهم ويدربان على كيفية التفاوض الفعال على التغيير الايجابي في العلاقة بينهما دون اللجوء إلى الأساليب القسرية المدمرة.

أ – التدريب على الاتصال:

- ✓ الخطوة الأولى: إعطاء الزوجين تعليمات عن الأنماط العامة للاتصال التي يتبناها الأخصائي، و مناقشة العواقب المدمرة للوم والانتقاد، ويتم التدريب على إعادة التأكيد، أو إعادة الصياغة كوسائل للتأكيد كي لا يساء فهم أي منهما خلال النقاش.
- ✓ الخطوة الثانية: تشمل جعل الزوجين يقومان عمليا بمناقشة التركيز على الذات، تجنب اللوم، النقد والتعبير عم مشاعر التأثر، وتعرض إعادة الصياغة كلها على أنها (قواعد) للمناقشة العملية. ثم يتم اختيار آخر سلبي حدث بين الزوجين ويناقش في الجلسة.
- ✓ الخطوة الثالثة: إعطاء المعلومات المرتدة بعد كل مناقشة عملية.

ب – التدريب على حل المشكلات:

تصلح هذه الاستراتيجية في حالة إمكانية التفاوض بين الزوجين. وهناك أربع تعليمات أساسية تسهل نجاح التدريب هي:

أولا: يجب أن يناقش الزوجين مشكلة واحدة فقط في كل مرة.

ثانيا: تشجيع الزوجين على إعادة صياغة ما يقوله كل شريك لأجل ضمان الفهم الصحيح لما قيل.

ثالثا: يطلب من الزوجين تجنب أي تخمين لنية حاقدة في سلوك الشريك الآخر.

رابعا: يعطى الزوجان تعليمات لتجنب الاستخدام المتبادل للألفاظ والتصرفات الحادة خلال جلسات حل المشكلات.

– تحديد المشكلة.

- ✓ قبل تحديد المشكلة لا بد للشريك التعبير عن تقديره للشريك الآخر.
- ✓ ثم تحديد المشكلة تحديدا دقيقا قدر الإمكان.
- ✓ ثم تعطى تعليمات للزوجين للتعبير عن مشاعرهما والانتباه بشكل خاص لمشاعر التأثر لديهما.

- ✓ أخيرا اعتراف كلا الزوجين بدوره الخاص في استمرار المشكلة.
- ✓ حل المشكلة.

عندما يتم تحديد المشكلة وتشجيع التعاون قدر المستطاع فإن الخطوات التي ستؤدي إلى الوصول إلى حل عملي تصبح قابلة للتنفيذ.

أولى الخطوات تسمى الطرح التلقائي للأفكار والهدف منه هو الحصول على أكبر عدد ممكن من الحلول، حيث تطرح جميع الحلول مهما كانت مستحيلة، أو مخيفة، ثم تجرب الحلول الممكنة ولا يسمح بالتعليقات لتقييم الأفكار في هذه المرحلة. ثم يشخص الزوجين القائمة ويضعا علامة على الحلول التي تبدو سخيفة، وقبل وضع أي علامة لا بد أن يكون اتفاق بينهما وإذا رأى أحد الزوجين أن أحد البنود ليس سخيفا فلا بد أن يترك ويناقش فيما بعد.

التوصل إلى اتفاق على التغيير: يتم مناقشة القائمة بدقة ويبدي كل شريك رأيه في البنود ثم تحديد البنود التي يرى الشريكان أنها مهمة جداً وتوضيح علامة عليها.

الموافقة على التغيير: يتم الاتفاق على البنود التي ستطبق ويمضي الشريكين عليها ويقومان بإلصاقها في مكان معين ومحاولة تطبيق محتواها وفي حالة وجود مشكلات تعاد مناقشتها مع الأخصائي.

الفصل الثاني عشر

إرشاد أسر ذوي الإعاقات

بعد قراءة هذا الفصل، يتوقع أن تكون قادرًا على الإجابة عن التساؤلات التالية:

(١) حدد مفهوم الإرشاد الأسري؟

(٢) تتعدد أهداف أهداف الإرشاد الأسري وضح ذلك؟

(٣) ما الأدوار التي يقوم بها المرشد الأسري؟

(٤) تتباين مراحل ردود افعال آباء الأطفال ذوي الإعاقات وضح ذلك؟

(٥) تكلم عن الضغوط النفسية لدى أولياء امور الأطفال ذوي الإعاقات؟

(٦) وضح مشاعر الأخوة تجاه اخيهم ذي الإعاقة؟

(٧) اذكر اسباب تدريب أولياء أمور ذوي الإعاقات؟

(٨) حدد دور المهنيين في خفض الضغوط النفسية لدى أولياء امور؟

(٩) تكلم عن مراحل إرشاد أسرة الطفل ذي الإعاقة؟

(١٠) تتنوع المبادئ الأساسية لمشاركة الآباء في برامج ذوي الإعاقات تكلم عن ذلك؟

(١١) ما طرائق وأساليب الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة؟

(١٢) وضح أساليب التواصل بالآباء في برامج الدمج؟

(١٣) ما واجبات الآباء والأمهات نحو أطفالهم من ذوي الإعاقة؟

إرشاد أسر ذوي الإعاقات

مقدمة

لقد تنبهت الدول المتقدمة لأهمية مشاركة أولياء الأمور تربية وتعليم طفلها بالتعاون مع المتخصصين في مجال التربية الخاصة، لتعزيز هذا الاتجاه قامت بإصدار التشريعات والقوانين التي تضمن إتاحة الفرصة لمشاركة فعالة لأولياء الأمور والعمل على الرفع من مهاراتهم وقدراتهم في تربية وتأهيل طفلهم ذي الإعاقة ، فعلى سبيل المثال أصدرت الولايات المتحدة الأمريكية القانون رقم ١٤٢/٩٤ الصادر عام ١٩٧٥م وهو قانون التربية لجميع الأطفال ذوي الإعاقةEducation of All Handicapped Children Act والذي الزم مقدمي خدمات التربية الخاصة بتدريب أولياء الأمور لضمان تلبية احتياجات الأطفال ذوي الإعاقة و أسرهم لأول مرة، ثم أعقب ذلك إعادة إصدار قانون أمريكي آخر برقم ٤٧٦/١٠١ والصادر عام ١٩٩٠ م، و أضاف هذا القانون مزيداً من التشريعات التي تشجع مشاركة أولياء الأمور في العملية التعليمية بالتعاون مع فريق متعدد التخصصات للبرنامج التربوي الفردي (Wright, & Wright 2004).

إن من أهم المبادئ التي يقوم عليها مبادئ التربية الخاصة، مشاركة الأسرة في برامج التربية الخاصة، حيث إن أحد مبادئ قانون التربية الخاصة في أمريكيا والذي يقوم على أساس مشاركة الأسرة في معظم برامج التربية الخاصة لأطفالهم، كما أن للأسرة الحق في المطالبة بإعادة الخطط التربوية الفردية ومراجعتها مع الاختصاصيين.

وذكر الشمري (٢٠٠٠) أن هناك اتفاقًا بين معظم الباحثين والتربويين في مجال التربية الخاصة على أهمية مشاركة الوالدين في برامج الخدمات المقدمة لأطفالهم ذوي الإعاقات، وهذه البرامج لا تكتمل فعاليتها إلا بمشاركتهم الفعالة في تقديم الخدمات لأبنائهم ذوي الإعاقات، ويدعم ذلك الوعي بأهمية عضويتها في فريق العمل الذي يقوم

بقياس برامج الخدمات وتصميمها له ولطفلها ذو الإعاقة، ووجود التشريعات التي تؤكد أهمية اشتراكها اشتراكًا مباشرًا فيما يخص طفلها.

❁ إرشاد أسر ذوي الإعاقات (الخلفية)

إن الأسرة تؤدي دورًا مهمًا في حياة أطفالها ذوي الإعاقات، ولا يمكن تقديم التوعية والعون لأسرة الطفل ذي الإعاقة دون أن يدركوا الخلفية التي تقف وراء سلوكياتهم تجاه أطفالهم ذوي الإعاقة، والتي هي انعكاس للعديد من المشاعر وردود الأفعال والضغوط التي تتعرض لها الأسرة عند ميلاد طفل ذي إعاقة. و لذلك كان لابد قبل أن نعرض للدور الذي يجب أن يقوم به الآباء نحو أبنائهم ذوي الإعاقات، أن نعرض ردود فعل الوالدين تجاه ميلاد طفل ذي إعاقة والضغوط التي يواجهها هؤلاء الآباء نتيجة مجيء هذا الطفل إلى الأسرة.

إن الزوجة التي على وشك أن تصبح أمًا لا تريد طفلا (أي طفل) بل تود طفلاً من نوع معين، وكلما تقدمت الأم في أشهر حملها بالجنين، أصبحت خصائص هذا الجنين الجسمية والعقلية والشخصية محددة بدرجة واضحة في تفكيرها (البيلاوي، ٢٠٠٤).

ففي فترة الحمل – كثيرا ما ينتاب كل من الأب والأم توقعات سارة ومبهجة بالمولود الجديد وما سيكون عليه من وسامة، او ذكاء، وبالمستقبل الذي يتوقعانه له، وقد يتحقق بمقدم الطفل وقد لا يتحقق عندما تظهر على المولود دلائل، أو علامات تشير إلى أنه في حالة غير طبيعية (السرطاوي، وسيسالم، ١٩٩٠). وتنظر الأم إلى ميلاد الطفل على أنه إنتاج عمل، وعلى أنه هدية أعدتها لأمها، او لزوجها – أي أنه شيء قامت بعمله – فهو إذن نوع من الإنجاز الذاتي، إلا أن قدوم طفل ذي إعاقة يعكس درجة الملاءمة الشخصية للأم، ومن ثم فإن الشعور بالإنجاز قد يعبر عنه بكلمات؛ مثل: "انظروا ماذا أنتجت"، وعندما تواجه بحقيقة أن الطفل عاجز يتحول هذا التعبير إلى تعبير عكسي مؤداه "لقد فشلت فيما أنتجت؟!" أي أن قيمة الهدية، أو الهبة انخفضت، إن لم تتحطم بميلاد هذا الطفل (عبد الرحيم ويشاي، ١٩٨٨).

وعندما يواجه الوالدان بإصابة وليدهما بالإعاقة، حينئذ تأخذ العمليات النفسية دورها وتتجه لمنع الآباء من أن يدركوا أشياء قد تسبب لهم آلاما نفسية، فيمرون بتجربة اختلاط انفعالاتهم وتداخلها بأحاسيسهم عن الشيء الصالح لطفلهم، ولذلك يتغير الجو الانفعالي داخل المنزل، وينشأ جو من خيبة الأمل (مندل وفيرنون، ١٩٧٦).

وهنا يقع الوالدان فيما يسمى بمراحل ردود الفعل الأولية لظهور مشكلة الإعاقة، والتي تتجلى واضحة وصريحة بعد تشخيص حالة الطفل وفي هذه الحالة يستجيب الآباء للتشخيص بإعاقة الطفل بمجموعة من ردود الأفعال يحاولون من خلالها التصرف بناء على حقيقة ما يدركونه، أو تشويه جزء مما يدركونه بطريقة ما لطمس الحقيقة حيث تنتابهم مشاعر متباينة.

❁ مفهوم الإرشاد الأسرى

يعرف ملحم (٢٠٠٧) الإرشاد الأسري: "هو عملية يقوم بها المرشد النفسي من اجل تقديم المساعدة للأسرة بما فيها الوالدان والأبناء للتغلب على المشكلات التي تواجههم" (ص٣٩١).

يشير جولدنسون Goldenson (١٩٨٤، ص ٢٨٤) إلى أن الإرشاد الأسري يعني إرشاد الوالدين، أو أفراد الأسرة الآخرين عن طريق المتخصصين، الذين يزودونهم بمعلومات عن التدعيم العاطفي، أو المساندة الانفعالية وكيفية مواجهة المشكلات التي تواجههم؛ مثل: تأخر النمو العقلي للطفل، أو العجز البدني الطفل، والتبني، والمساعدة العامة، أو برامج الأسرة وخططها والاضطرابات العقلية الأخرى في الأسرة.

ويعرف إرشاد أسر غير العاديين بأنه: "علاقة مساعدة بين أخصائي مدرب ووالدي ابن غير عادي يعملون للوصول لفهم افضل لاهتماماتهم، ومشكلاتهم، ومشاعرهم الخاصة، وهو عملية تعليمية يساعد المرشد الوالدين لاكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرضي لمشكلاتهم واهتماماتهم ويساعد المرشد الوالدين ان يصبحوا ذو

فاعلية تامة لخدمة طفلهم وعلى ان يقدروا قيمة العيش المنسجم كأعضاء في وحدة اسرية مكتملة التوافق" (Stewart, 1987, PP. 21 – 22).

كما يعرف الإرشاد الأسري في مجال ذوي الإعاقات على أنه: "مجموعة من التوجيهات العلمية التي يقوم لأسرة ذي الإعاقة لاسيما الوالدان بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود ابن ذي إعاقة لديها سواء ما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية لهذا الابن، أو ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة، أو التي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ ذي الإعاقة أقصى استفادة ممكنة من قدراته"(محمد، ١٩٩٧، ص ١٦٨).

ويتضمن الإرشاد الأسري عدة أشكال منها: الإرشاد الزواجي بالإضافة إلى إرشاد الوالدين والأولاد، ويتم ذلك بأخذ كل فرد على حده ولكن ضمن الأسرة، فتنظيم صفات السلوك في الأسرة مع الفهم الجيد لهذا السلوك تعد أشياء مهمة وضرورية، مع أخذ البيئة بعين الاعتبار في الإرشاد، كما يرتكز الإرشاد الأسري على ثلاثة مجالات مهمة: تطوير وفهم شخصية الفرد، معرفة أشكال الأعراض، بالإضافة إلى الطرائق العلاجية والفنية المستعملة، وفي جميع هذه المجالات يقوم المرشد بدور فعّال مع بقية أعضاء الأسرة (صالح، ١٩٨٥).

إن المحاولات الإرشادية التي تتناول كل فرد داخل هذه الأسرة على حده دون التعرض لها باعتبارها وحدة كلية متماسكة، تكون أيضًا عاجزة عن التقدم خطوة واحدة في سبيل إتمام الإنجازات المنشودة منها، كذلك يجب على الإرشاد النفسي ان يتعامل مع الأسرة بصورة متكاملة متناولا التفاعلات الشخصية بين أفرادها في نطاق العلاقات الأسرية مع بعضهم (الأشول، ١٩٩٦).

❁ أهداف الإرشاد الأسري

الإرشاد الأسري يهدف إلى استمرار الأسرة وسعادتها واستقرارها؛ مما يؤدي إلى استقرار المجتمع وسعادته، ويحدث ذلك من خلال تعليم الأسس السليمة للحياة الأسرية، ومبادئ

التنشئة الاجتماعية المناسبة للأبناء، ووسائل تربيتهم، ورعاية نموهم، والمساعدة في علاج الاضطرابات، والمشكلات الأسرية (الزيادي والخطيب،٢٠٠١، ص ٢١).

ويحدد صادق (١٩٩٢) أهداف الإرشاد الأسري لذوي الإعاقة فيما يلي:

(١) تحسين الظروف البيئية التي يعيش بها فيها الطفل عن طريق الوالدين، وتبصيرهما بخصائص نموه، وتدريبهما على كيفية التعامل معه، وتشجيعهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل الطفل.

(٢) مساعدة الوالدين على تنمية استعداداتهما النفسية، وعلاج مشاكلهما الزوجية والأسرية وغيرها حتى تكون الأسرة قادرة على رعاية طفلهما.

(٣) مساعدة إخوة وأخوات الطفل ذي الإعاقة وإرشادهم نفسيًا لتقبل حالة أخيهم.

(٤) مشاركة الوالدين في جماعات آباء الأطفال ذوي الإعاقة، مما يعرف باسم الإرشاد الجمعي.

لقد حقق الإرشاد الأسري عددًا من الأهداف المتمثلة في كل من:

(١) تدعيم قنوات الاتصال والتواصل بين أعضاء الأسرة الواحدة سواء كان ذلك لفضيًا، او غير لفضي.

(٢) تعديل بعض القيم، والاتجاهات السلبية بين أفراد الأسرة.

(٣) تعديل نمط العلاقات القائمة بين جميع أعضاء الأسرة، والكشف عن أساليب التفاعل الخاطئة بين أفرادها.

(٤) تعليم الأبناء كيفية المشاركة، وتحمل مسؤولية اتخاذ القرارات داخل الأسرة.

(٥) زيادة درجة التماسك بين أعضاء الأسرة.

(٦) مساعدة الأسرة في التعرف على نواحي الخلل الوظيفي في العلاقات الأسرية.

(٧) مساعدة الأسرة في مواجهة المشكلات التي تقف عائقًا امام تحقيق السعادة بين أعضاء الأسرة (ملحم،٢٠٠٧، ص٣٩١).

إن الإرشاد الأسري بوجه عام يستهدف تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره وذلك بنشر تعليم اصول الحياة الأسرية واصول عملية

التنشئة الاجتماعية ووسائل تربيتهم ورعاية نموهم والمساعدة في حل المشكلات والاضطرابات الأسرية وفي هذا تحصين للأسرة ضد احتمالات الاضطراب، أو الانهيار وتحقيق التوافق الأسري والصحة النفسية للأسرة (السيد، ١٩٩٨، ص ١٩٧).

إن الإرشاد الأسري يهدف إلى مساعدة افراد الأسرة (الوالدين والأطفال) فرادى، أو كجماعة على تفهم الحياة الأسرية ومسؤولياتها وتكوين وجهه نظر ايجابية، وتحقيق الأهداف الذاتية والأسرية من خلال اختبارات ذات معنى لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية وتحصين الأسرة من احتمالات الاضطراب، أو الانهيار (الأشول، ١٩٩٢، ص ٨٨).

❁ دور المرشد الأسرى

لقد حدد مينوش (Minuchin, 1994, p. 99) ثلاثة ادوار فعالة للمرشد الأسري وهي:

(١) مشاركة الأسرة في ترتيب القيادة داخل الأسرة.

(٢) تنظيم ورسم بناء الأسرة الحالي.

(٣) التداخل بطريق مصممة لتغيير الأبنية غير الفعالة.

اورد كوري (Corey, 1996, pp. 384 – 385) الأدوار التي يقوم بها المرشد لمساعدة الأسرة في تحقيق اهدافها منها:

(١) التركيز على احترام الذات وعلى نظام الأسرة.

(٢) التركيز على أساليب التنشئة الأسرية.

(٣) الاهتمام بحوادث الأسرة التاريخية.

(٤) خلق مسؤوليات ومهام جديدة للأسرة للقيام بها.

(٥) استعمال السيكودراما كوسيلة لحل المشكلات الأسرية.

(٦) استعمال الضحك في حل المشكلات.

(٧) النظر للأسرة من خلال ثلاثة أجيال على الأقل.

(٨) الاعتماد على الاتصال الواضح لحل المشكلات.

(٩) الأصالة، أن يكون المعالج الأسري أصيلا ومحبا لتقديم المساعدة.

ويؤكد (كفافي، ١٩٩٩، ص ص ٣٧٠ – ٣٧٤) على أهمية دور المرشد، فالعلاج الاستراتيجي يحقق أهدافه في علاج الأسرة عن طريق قيام المرشد الأسري بما يلي:

(١) حل المشكلة الحالية والتركيز على النتائج السلوكية الحاصلة.

(٢) تقديم بدائل مناسبة كحلول للمشكلة.

(٣) تغيير السلوك المشكل والمشاعر نحوه ويحقق العلاج الاستراتيجي أهدافه في علاج الأسرة عن طريق خلخلة النسق الأسري وجعله غير متوازن وغير ثابت لأن هذه الخلخلة هي التي ستفتح الطريق أمام التغير العلاجي ويحدث هذا عن طريق أولاً: إحداث التغير في سلوك العضو الذي حددته الأسرة كمريض. ثانيًا: إحداث تغير في أنماط التفاعل بين افراد الأسرة.

❁ مراحل ردود أفعال آباء الأطفال ذوي الإعاقات

لقد حدد كل من (عبد الرحيم وبشاي، ١٩٨٨؛ والغانم، ١٩٩٠؛ والسرطاوي وسيسالم، ١٩٩٠، والسرطاوي، ١٩٩١، Moores,1995؛ ١٩٩٥؛ والأنصاري، ١٩٩٥؛ والقريوتي وآخرون، ٢٠٠٣). هذه المراحل على النحو التالي:

(أ) مرحلة الصدمة:

تعد الصدمة أول رد فعل ينجم من جراء وجود طفل ذي إعاقة بالأسرة حيث يعاني أفراد الأسرة من الارتباك وانهم واقعون في مشكلة. وتبدأ الأسرة في طرح عدد من التساؤلات التي تعبر عن الصدمة مثل: أنا لا أصدق ذلك!، ماذا افعل؟، اعرف أن ابني يعاني من مشكلة ليست بهذه الخطورة!.

إن إخبار الوالدين للمرة الأولى بأن الطفل أصيب بإعاقة سواء كان ذلك بعد الولادة، او في سن متقدمة فإن وقع الخبر عليهما يكون قاسيًا، حيث إن إحساسهما يكون مثل إحساس المفجوع في ابنه في حادث، أو مرض خطير، حيث أصبح لزامًا عليهما التخلي عن أحلامهما واوهامهما بأن طفلهما سليم. إن الصدمة التي تمثلها ولادة طفل ذي إعاقة لا تحدث دفعة واحدة وهي أسوأ في بعض الجوانب من وفاة الطفل لأن الوالدين يدركان تدريجيًا ان الطفل ذي الإعاقة لن يعيش حياة طبيعية بشكل كامل.

إن التشخيص النهائي لحالة الطفل قد يساعد في معرفة المشكلة بدقة، ولكن ذلك غالبًا ما يعقبه شعور بالصدمة. ذلك أن الوالدين قد يتساءلان عن السبب: هل هو الأم؟ هل هو الأب؟، هل هو خطأ طبيب؟ وما إلى ذلك من تساؤلات.

(٢) مرحلة الإنكار:

يلاحظ ان بعض الآباء ينكرون وجود الحالة عند ابنهم، ويعزون الخلل إلى خطأ في عمليات التشخيص، وقد تبحث الأسرة عن مصادر متعددة لتشخيص الحالة. وتركز الأسرة في هذه المرحلة على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل، والتي تدل على عدم وجود مشكلة، أو إعاقة لديه، وأنه لا يختلف عن إخوته في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد. وهذا الأمر قد يبقى لفترة مؤقتة عند الأسرة، وقد يستمر لفترات طويلة مع الآخرين، وإذا استمرت الحالة لفترات طويلة، فسيؤدي ذلك إلى ضياع فرص التخطيط، وفي مرحلة الإنكار والرفض يبدأ أفراد الأسرة في طرح أسئلة من قبيل: كيف يدعي الطبيب أن طفلنا عنده مشكلة؟ وهل تشخيص الطفل في وقت قصير كفيل بإظهار مشكلته؟

إن الوالدين اللذين يرفضان التشخيص نفسه يدخلان في جدل ونقاش غير مريح مع الاختصاصي، فهما لا يعتقدان أن التشخيص صحيح وذلك قد يولد الغضب على الأخصائي مما يؤثر سلبيًا على علاقته بالوالدين. أما الوالدان اللذان ينكران النتائج المترتبة على التشخيص فهما لا يظهران اي تخوف، أو تذمر من كون الطفل ذي إعاقة.

وربما يتمنى معظم اولياء الأمور لو أن طفلهم لا يعاني من أي مشكلة، كما أن الكثير منهم يحاول تجاهلها. ففي بعض الحالات نجد أن أولياء الأمور قد يعتريهم الغضب. ولأنهم لا

يمتلكون أسلوبا للتعامل ومواجهة الألم واليأس سوى هذا الأسلوب عندما يفكرون في مشكلة طفلهم. وفي معظم الأحوال يعتقد أولياء الأمور اعتقادًا خاطئًا بأن طفلهم ذي الإعاقة طفل عادي وربما يتمسكون بهذا الاعتقاد كوسيلة دفاعية للتخفيف من حدة ما يعانونه من قلق وتوتر.

ومما تجب الإشارة إليه أن عملية الإنكار لا تعني في حد ذاتها أن الوالدين يعجزان عن الاحتكام إلى المنطق والعقل، كما أنها لا تعني قصور تفكيرهما عن فهم ما يجري فيما يتعلق بطفلهما. ونظرًا إلى أن الإنكار يعد في سياق ردود الفعل الانفعالية من جهة الوالدين مرحلة يبحثان فيها عن مصادر دعم خارجية فضلاً عن تجنيد قواهم الداخلية، فإن الإنكار يتلاشى شيئًا فشيئًا عندما يحصلان على بعض ما يريدان.

فالنكران كوسيلة دفاعية ليست عملية عشوائية غير هادفة، أو عملية سلبية غير بناءه. ولكنها عملية تساعد الفرد على التعايش مع المتغيرات التي تهدده وتشكل خطرًا بالنسبة له، حيث يزود الفرد بفترة زمنية للبحث عن القوة الداخلية (الذاتية) والقوى الخارجية (المعلومات، الجمعيات المتخصصة، الأصدقاء، الخ) اللازمة للتغلب على المشكلة.

(٣) مرحلة الحزن، أو الأسى:

يعد الحزن، أو الأسى – من جانب الوالدين – رد فعل يحدث مباشرة بعد التشخيص، ويستمر حزنهما على فقدان حلمهما بالطفل السوي، ويبلغ الحزن أقصاه في الفترة ما بين التشخيص المبدئي والاتصال بالطبيب المختص

إن الشعور بالأسى والمرارة لا ينبع فقط من وجود الطفل ذي الإعاقة في المنزل كعامل ذي إعاقة. إن هذا الشعور قد يتولد نتيجة شعور الوالدين بأنهما السبب في وجود هذا الطفل. وهكذا يشعر أولياء الأمور بأن الإعاقة قد غيرت مجرى حياتهم وانه لم يعد بمقدورهم، أو من حقهم أن يبتسموا، أو أن يستمتعوا بحياتهم. وهذا الإحساس بالتعاسة والشعور بالأسى، وخيبة الأمل يصاحبه الانطواء، والبكاء، وربما بعض الأمراض الجسمية مثل الأرق، وفقدان الشهية، وغير ذلك من الأعراض.

(٤) مرحلة الغضب:

يظهر الغضب في أعقاب الإنكار والرفض. وقد توجه الأسرة غضبها إلى الخارج فيقوم الوالدان بانتقاد أجهزة المستشفى؛ حيث لم تكن كافية من وجهة نظرهما، أو لم تكن التجهيزات على مستوى مناسب وقت الولادة، وقد يوجه النقد إلى الأطباء وأنهم حديثو العهد بمجال الطب ومهاراتهم ليست عالية.

وبعد أن يتأكد الوالدان بالفعل أن طفلهما يعاني من إعاقة، يوجهان غضبهما نحو الطبيب الذي أخبرهما بإعاقة الطفل، ثم يوجه الغضب بعد ذلك للطفل الذي سبب لهما الألم، والذي حطم أحلامهما ويكون الغضب شديداً عند الوالدين في الطبقة المتوسطة والمنخفضة؛ لأن ذلك يسبب عبئًا ثقيلاً على كاهلهما، ويفسد حياتهما التي اعتنيا بتنظيمها.

ومن الجدير بالذكر أن الغضب الذي يعتري الوالدين ليس له أساس واقعي وهذا يختلف عن الغضب الناجم عن عدم توفر الخدمات الملائمة للطفل، أو عن الأخطاء التي يرتكبها الاختصاصيون فهم بشر، وهم عرضة لارتكاب الأخطاء.

والوظيفة الأساسية، التي يؤديها الغضب هي مساعدة الآباء على إعادة إدراكاتهم الذاتية لمفهوم العدالة الذي عكر صفوهم بولادة طفل ذي إعاقة؛ فهم بحاجة إلى الإحساس داخليًا بالعدالة في هذا الكون وهو الإحساس الذي تهدده الخبرة المؤلمة لآباء الأطفال.

(٥) الشعور بالاكتئاب:

يتطور لدى الوالدين شعور بالاستسلام حول حقيقة إعاقة طفلهما، وقد ينعزل الوالدان عن الآخرين، وينتابهم شعور بالأسف الشديد والحزن. وقد يهرب أفراد الأسرة من المحيط الاجتماعي إلى محيط آخر، ويرفض الوالدان مقابلة الآخرين سواء في ذلك الأقارب، أو الأصدقاء، وتخفي الأسرة وجود طفل ذي إعاقة خاصة إذا كانت الحالة شديدة خوفًا من نظرة الآخرين وما سيقولونه عنهم.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الاكتئاب هنا يعني الغضب الموجه نحو الذات. والسؤال الذي يطرح نفسه... هو: لماذا يغضب أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات ؟ الإجابة تقول: إن الأمر يتعلق بضعفهم، ذلك أنهم يشعرون أنه لم يكن بمقدورهم اتخاذ أي إجراء لمنع حدوث الإعاقة، ولذلك فهم يغضبون من أنفسهم عند شعورهم بالعجز، أو هم قد يشعرون أنه كان بمقدورهم عمل الشيء الكثير للوقاية من الإعاقة، ومن ثم يغضبون من أنفسهم لأنهم لم يفعلوا كل ما في وسعهم.

(٦) مرحلة الشعور بالذنب:

يستبدل الوالدان شعور الحزن والغضب بشعور عميق بالذنب يكمن السبب فيه أن الضرر الذي لحق بالطفل هو عقاب من الله على ذنوبهما السابقة؛ فيتلاعم الوالدان أي يبدأ كلّ منهما بإلقاء اللوم على الطرف الآخر في أنه سبب إعاقة الطفل كأن يكونا قريبين مثلاً، أو أن أحدهما يعاني من إعاقة ما، أو أن الأم لم تتبع سبل الوقاية أثناء فترة الحمل لأنها تتعاطى الأدوية دون استشارة الطبيب، أو أهملت أساليب التغذية السليمة، أو ما شابه ذلك.

وقد يشعر الوالدان بالذنب وتأنيب الضمير، ويوجه – في العادة – النقد نحو الذات بحيث يلوم الأب نفسه، أو زوجته، وقد تلقي الزوجة باللوم على نفسها، أو على زوجها، وأنهما لم يتخذا الإجراءات الوقائية المناسبة أثناء فترة الحمل وبعدها. وعلى الرغم من أن الكثير من إعاقات الطفل قد تعود إلى ظروف ما قبل الولادة، إلا إن كثيراً من أولياء الأمور وخصوصًا الأمهات قد يشعرن بطريقة، أو بأخرى بأن عليهن مسؤولية كبرى بالنسبة لعجز طفلهن. كذلك ربما يشعرن بهذا الإحساس حتى لو كان سبب الحالة غير معروف، أو حتى لو أخبروا من قبل الطبيب بأنهم لم يقوموا بعمل شيء ما قد يكون سببًا في وجود المشكلة. كما نجد في بعض الأحيان أن للمعتقدات الدينية دورًا مؤثرًا في مشاعر أولياء الأمور تجاه معاناة طفلهم والتي قد يرجعون السبب فيها لمخالفتهم لتلك المعتقدات.

وعندما تكون الإعاقة نتيجة حادث، أو مرض يميل تفكير الأم إلى بعض التعليلات منها: "هل أهملت ابني حتى جعلته عرضة للإصابة؟"، أو "لو كنت على الأقل لم أسمح له بالخروج منفردًا، أو لو لم أذهب إلى السوق في ذلك اليوم لما حدث ذلك!".

وبوجه عام يمكن القول أن الشعور بالذنب يعد أكثر الحالات الانفعالية شدة وقسوة على الوالدين، إلا أنه في نفس الوقت قد يتيح للوالدين فرصة مراجعة وتقييم سلوكياتهما. أما الغضب فإن دوره يتمثل في معاونة الوالدين على إعادة تقييم إدراكاتهما الذاتية.

(٧) مرحلة التقبل:

تمثل هذه المرحلة اعتراف الوالدين بالحقيقة. ويصل الأمر إلى الواقعية والتفكير والتعامل مع الطفل بدون شعور بالخجل، أو شعور بالذنب، ويتخلى الوالدان عن مسألة اللوم والإسقاط، وتغيير وجود الإعاقة في نطاق الأسرة. ويهتم الوالدان في هذه المرحلة ببرامج رعاية الطفل، فيشعران بالمسؤولية تجاهه، ونحو طرق علاجه ورعايته، لذلك يبدأ الوالدان في البحث عن سبيل لعلاج طفلهما، والتعرف على البرامج التربوية التي تساعده في تنمية مهاراته لأقصى درجة ممكنة.

ومن الطبيعي أن الاستجابات السابقة والخاصة بردود الأفعال لن تسير دائمًا بالصورة والترتيب الذي ذكرناه. فبعض الاستجابات قد لا تظهر والبعض الآخر قد يظهر لفترات قصيرة ثم تختفي، وهناك من الاستجابات ما تختفي ثم تظهر مرة أخرى تحت ظروف معينة. إلا أن الأسرة عادة ما تتوافق مع الوضع الجديد وبصورة تدريجية وتستعيد ثقتها وتبدأ في التعبير عن قدرتها على مواجهة الموقف.

وفي هذه المرحلة تبدي الأسرة تفهمًا للوضع الجديد والبحث عن حلول لتلبية الاحتياجات والمستلزمات الخاصة لطفلهما ذي الإعاقة، والتكيف الاجتماعي والنفسي بالنسبة للوالدين وأفراد الأسرة بوجه خاص وعلى المستوى الأسري والمعارف بوجه عام.

لكن واقع اتجاهات الأسرة – وخاصة الأسر العربية – ينحصر في الغالب ضمن المراحل الست الأولى دون أن تتعداها لتصل إلى المرحلة السابعة – أي مرحلة التقبل – ، والتي تعد المرحلة المهمة والضرورية والمتمثلة في البحث عن أفضل الخدمات التربوية والطبية لأطفالهم ذوي الإعاقة بهدف توفير الفرص التعليمية والتأهيلية التي تزودهم بالمهارات اللازمة لتحقيق حياة استقلالية.

وهكذا نرى كيف تتفاوت ردود أفعال الأسرة بشكل عام – والأم بشكل خاص – أمام ولادة طفل ذي إعاقة. ويتأثر ذلك بعوامل عديدة تحدد مدى الضغط الذي تعاني منه الأسرة، فإما أن تبدي قدراتها على مواجهة هذا الحدث واستيعابه، أو أن يؤدي ذلك إلى شل فاعليتها واضطراب مجرى حياتها النفسية (قنطار، ١٩٩٢). يضاف إلى ذلك بعض الاضطرابات داخل الأسرة، وكذا في نطاق تعاملاتها مع الآخرين عند ميلاد طفل ذي إعاقة، فهناك والدان ليس لديهما الخبرة الكافية في كيفية التعامل مع هذا الطفل، ولا يعرفان آباء لديهم أطفال لهم نفس الإعاقة، وقد ينقلان مشاعرهم اليائسة إلى بعضهم البعض، وكذلك فقد يكون الطفل ذو الاحتياجات الخاصة سببًا في عدم التوافق الزواجي (مندل، وفيرنون، ١٩٧٦).

وأحد أشكال اضطراب الأسرة عند ميلاد طفل ذي إعاقة حدوث تغير في أدوار الوالدين إلى حد ما، وذلك أنه بغض النظر عن ترتيب ميلاد هذا الطفل، فإنه يحتل دائما مكانة الطفل الأصغر في الأسرة، أو الطفل في مرحلة ما قبل المراهقة (عبد الرحيم و بشاي، ١٩٨٨).

وفي معظم الأحيان تقلل الأسرة اختلاطها بالأسر الأخرى، وخاصة تلك التي لا ترتبط معها بصلة قرابة مما ينعكس على درجة التفاعل الاجتماعي لهم، وربما يدخل الوالدان أنفسهما في دائرة الرفض والعزل (السرطاوي وسيسالم، ١٩٩٠)، ذلك أن الطفل ينظر إليه وكأنه كارثة ألمت بالعائلة، فالوالدان يعاملانه معاملة إن دلت على شيء فإنما تدل على اشمئزازهما وخجلهما منه ومن وضعه، فيخفيانه عن أعين الزائرين ولا يذكرانه إلا نادراً وبصورة عابرة، وفي ظل ظروف خاصة، وتكون أحاديثهما عنه مقتضبة، وتعبيراتهما تحمل في طياتها الشعور بالأسى والذنب تجاهه(الغانم ،١٩٩٠).

❁ الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات

تعبر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور ذوي الإعاقات عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل ذي إعاقة، أو ما يتسم به من خصائص سلبية، لدى الوالدين فيثير لديهم

ردود فعل عقلية وانفعالية، او عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانونه من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من اعمال؛ فالضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط (جميل، ١٩٩٨).

ولاشك أن الأسرة عند تعرضها لحدث ضاغط كإصابة أحد أفرادها بإعاقة ما، فإنه يختل توافقها كما يتغير نظام التفاعل بين أفرادها وتتشكل مجموعة جديدة من العلاقات والتفاعلات الأسرية الناتجة عن الطفل، وكما يرى تيرنبول (Turnbull, 1986) ان هناك اربعة مكونات للنظام التفاعلي في اسر الأطفال ذوي الإعاقة، والتي تحددت في:

(١) **الأنظمة الفرعية**، وهى زواجية (زوج وزوجة)، ووالديه (اب وابن، ام وابن)، واخوية (طفل وطفلة)، وفوق اسرية (التفاعل مع الأسرة الممتدة، والأصدقاء، والأخصائيين)، وبناء هذه الأنظمة الفرعية يتأثر بالخصائص البنائية للأسرة مثل (حجم العلاقات فوق الأسرية، وعدد الأبناء).

(٢) **التماسك**، وهو يصف كيف يتفاعل افراد الأسرة، فمثلاً، التماسك في الأسر ذات التماسك الجيد يتصف بالتوازن بين التفكك، والحماية الزائدة، والحدود بين الأنظمة الفرعية تكون محددة بوضوح، وافراد الأسرة يشعرون بالترابط القوي والإحساس بالاستقلالية معًا.

(٣) **القابلية للتكيف**، ويشير إلى قدرة الأسرة على التغير استجابة للموقف الضاغط؛ فالأسر المشوشة تتسم بعدم الاستقرار والتغير غير المتسق، أما الأسر الصارمة فلا تتغير استجابة للضغط وتواجه صعوبة في التوافق مع مطالب رعاية الطفل ذي الإعاقة.

(٤) **التواصل**، وطبقًا لمنظور الأنظمة الأسرية فإن انهيار التواصل يعكس نظامًا مشكلاً، ومشكلات التواصل تكمن في التفاعلات بين الناس وليس داخلهم، وعليه فعند العمل مع الأسر فإن التأكيد يكون على نماذج التغيير في التفاعل، وعلى التغيير في الأفراد،

وكذلك تجنب لإلقاء اللوم على احد افراد الأسرة، او اي فرد آخر (الوارد في سيلجمان، ودارلنج، ٢٠٠١، ص ص ٢٤ – ٢٦).

وهناك نماذج للضغوط التي يتعرض لها والدا الطفل ذي الإعاقة، ويكون لها تأثير على حياتهما، وتؤدي إلى تفاقم حدة التوترات داخل نطاق الأسرة، كما قد تؤدي إلى سوء التوافق ومن أهم هذه الضغوط ما يلي:

(أ) الضغوط المالية:

يكلف الطفل ذي الإعاقة الوالدين الكثير، فالعناية الطبية والعمليات الجراحية، والأدوات الخاصة بالإضافة إلى الرعاية اليومية، والمواصلات واللباس، وكل ذلك يعمل على استنزاف موارد الأسرة المالية، ويشكل عبئًا ماليًا عليها، ولصعوبة توفير الضمانات المالية، والمادية فإن ذلك لا يسهل تعايش الوالدين وتكيفهما، وبالتالي فهما اكثر تعرضًا للمشكلات الاقتصادية، كلما بذلا جهدًا لسداد تكلفة الخدمات اللازمة (الخطيب والحسن،٢٠٠٠).

وهكذا فإن الزيادة في تكاليف العناية بالطفل ذي الإعاقة وتوفير احتياجاته المالية، إضافة إلى تكلفة العلاج والتأهيل قد لا يكون في مقدور الأسرة توفير جميع تلك المستلزمات ومتطلباتها لطفلهما ذي الإعاقة، الأمر الذي يسبب ضغطًا إضافيًا ومضاعفًا عليها (الأنصاري، ١٩٩٦). ليس هذا فحسب، بل إن ضغوط العجز المالي تؤثر على تقدير اولياء الأمور لذواتهم وعلي حالتهم المزاجية، كما تؤثر في النظرة التي ينظرون بها إلى انفسهم كموفرين للحماية والدعم لأطفالهم؛ إضافة إلى أن مقدار الضغوط التي يستشعرها الوالدان تؤثر في درجة اندماجهم وتكريسهم لأوقاتهم ومجهوداتهم لصالح ابنائهم، وفي اساليب تنشئتهم لهم، وفي النسق القيمي الذي يحرصون على تعليمه لأطفالهم (روزماري ومورنج،٢٠٠٠، ص ١٤٨).

ولذلك تؤثر الحالة الاقتصادية للأسرة في طريقة قيامها بوظيفتها، فالفئات الاجتماعية الفقيرة تكون أكثر عرضة من غيرها للضغوط والمعاناة، واقل مقاومة للمشكلات الإضافية التي يفرضها ميلاد طفل ذي إعاقة (قنطار،١٩٩٢، ص ١٨٩).

(ب) الضغوط الاجتماعية:

من بين أهم الضغوط التي يعاني منها أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات، الشعور المرير بالحرج والحساسية وعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية نتيجة التباعد الملحوظ بين مستوى أداء الطفل ذي الإعاقة الفكرية وأداء أقرانه العاديين، إضافة إلى الانطباعات السلبية عن حالته لدى الأصدقاء والمعارف؛ مما يدفع بالوالدين إلى تجنيب الطفل هذه المواقف والمناسبات؛ فيزداد شعورهم بالوحدة والعزلة والإحباط (القريطي، ١٩٩٩، ص ٥٣).

فالوالدان يشعران بالضغط عندما يسترعي سلوك الطفل انتباه الآخرين، وبالرغم من أن معظمهم يحاولون تفسير عجز الطفل للأصدقاء والغرباء؛ فإن بعضهم يسيطرون على مشاعرهم ولا يقولون شيئًا، أو يتحركون بعيداً عن المواجهة المحزنة، وقد تبين أن هناك بعض المواقف الاجتماعية التي ينتج عنها ضغوط نفسية شديدة على الوالدين أكثر من غيرها ومنها:

(١) المناسبات الاجتماعية الرسمية، حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال العاديين.

(٢) الدعوة إلى بيوت الآخرين، حيث يكون توجيه سلوك الطفل أمرًا صعبًا.

(٣) الأماكن العامة حيث يكون التحكم في سلوك الطفل خارج نطاق السيطرة.

(٤) الأماكن المقيدة التي لا تسمح للطفل بالحركة، ولا للوالدين بالانسحاب من المواقف.

(٥) المواقف الاجتماعية، حين يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين (سيلجمان ورودارلنج، ٢٠٠٠).

وهكذا يترتب على ما سبق، عزلة الأسرة نتيجة لما تكون قد واجهته في موقفها التطوري من استجابات الآخرين نحوها، ومن ثم نجد والدي الطفل قد لا يشاركان في المناشط الاجتماعية، وقد لا يصطحبان طفلهما إلى الأماكن العامة في أغلب الأحيان، وأكثر من ذلك، فإن والدي الطفل ذي الإعاقة قد لا توجه إليهما الدعوة إلى زيارة الآخرين، كما أنهما نادرًا ما يدعوان الآخرين لزيارتهما (عبد الرحيم،٢٠٠٣).

(ج) الضغوط الوظيفية:

إن من عوامل إثارة الضغوط التي تواجه أولياء الأمور، ما ينشأ من تعارض، أو صراع بين الأدوار الأسرية والأدوار التي تفرضها الحياة الخارجية المختلفة، فقد ينشأ مثلاً نوع من التنافر

بين دور الشخص كزوج، أو أب والأدوار التي تفرضها المهنة التي يقوم بها، أو بين دور الزوجة، أو الأم والأدوار التي تفرضها الاتجاهات الخارجية سواء ما يتصل منها بالعمل، أو النشاط الاجتماعي وإذا كان الأمر على هذا النحو بين الزوجين اللذين يعيشان حياة طبيعية، فما بالنا بما يمكن ان يفرضه الطفل ذو الإعاقة من احتياجات ورعاية من نوع خاص، ومتابعة طبية وبرامج تعليمية مختلفة وإعداد مهني متخصص

إن أحد مصادر الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية لدى الأمهات هو صراع الأدوار، الذي يتطلب منهن مسؤوليات ويفرض عليهن واجبات وأعباء بسبب وجود الابن ذي الإعاقة ، يضاف إلى ذلك محاولة التوفيق بين مقتضيات دورها كزوجة وربة منزل، وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها وعلاقة الأبناء ببعضهم البعض، وما يصاحب ذلك من مشاعر الخوف والقلق من عدم قدرة الأم على الحفاظ على كيان الأسرة وتكاملها(دويدار، ١٩٩٨).

(د) الضغوط الانفعالية:

إن وجود طفل ذي إعاقة في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية ويصبح بداية لسلسلة من الهموم النفسية التي قد لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الآراء، ولوم الذات والآخرين ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل للإرادة، فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة (قنديل، ١٩٩٦).

وذهب البعض إلى أن ما تتعرض له بعض امهات الأطفال ذوي الإعاقات من سوء التوافق، قد يرجع إلى ارتفاع مستوى الضغط النفسي الناتج عن إعاقة احد الأبناء، يتضح ذلك من خلال ما يلاحظ من تعرض هؤلاء الأمهات إلى الكثير من الأمراض التي تجعلهن يترددن على الأطباء، وكذلك شعورهن المتزايد بالإرهاق نتيجة عدم أخذهن قسطاً من الراحة. (Wallander, Pitt, & Mellins, 1990, p.819)

إن مولد طفل ذي إعاقة، قد يولد الشعور باليأس والقلق والذنب لدى الأسرة، وقد يصبح في نظر كثير من الآباء رمزًا لنوع من العقاب حل بالأسرة، لما يكون قد ارتكبه الأب، أو

الأم من ذنوب وآثام، ويصبح تهديداً لآمال الآباء بالنسبة لأبنائهم في مثل هذه الحالات، قد يرفضونه الطفل ولا يتقبلونه، ويصبح منبوذاً منهم، وقد ينكرون الإعاقة الفكرية عنده، وقد نجد آباء آخرين أقل قلقاً وشعوراً بالذنب (حمزة، ١٩٩٢).

(هـ) الضغوط المعرفية (نقص المعلومات):

يحدث في أعقاب تشخيص إعاقة الطفل أن الضغط الذي يتحمله آباء الأطفال يؤدي إلى طرح أسئلة كثيرة عن الأبعاد الحقيقية وشدة إعاقة الطفل، وتختلف طبيعة تلك الأسئلة التي يطرحها الآباء وفقا للمتغيرات التي لها تأثير على الأسرة، ودرجة الإعاقة الفكرية، ومستوى إدراك الآباء وفهمهم لظروف طفلهم وقدرتهم على التغلب على الأعباء غير المتوقعة والمستمرة (ستيوارت، ١٩٩٦، ص ص ١٩٨ – ١٩٩).

وتعد قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطفل وأسبابها وكيفية التعامل معها، والتفكير المستمر في مآلها، والدراسة عن حلول لها. من بين أهم الضغوط التي يعيش تحت وطأتها آباء وأسر الأطفال ذوي الإعاقات، هذا إلى جانب عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة، وبرامج الرعاية العلاجية والتعليمية والتدريبية والتأهيلية المتوفرة (القريطي، ١٩٩٩، ص ص ٥٢ – ٣٥).

وقد كشفت نتائج الدراسة التي أجراها الخطيب والحسن (٢٠٠٠، ص ص ١ – ١٥) أن الحاجة للمعلومات جاءت في مقدمة الحاجات الأكثر أهمية من وجهة نظر آباء الأطفال ذوي الإعاقات وأمهاتهم، وقد فسر القائمان على الدراسة ذلك على ضوء سببين أولهما: افتقار البيئة العربية للكتابات المرشدة لوالدي الطفل ذي الإعاقة، والسبب الثاني: يرجع إلى محدودية الخدمات التي تقدمها المؤسسات والمراكز ذات العلاقة في تزويد أولياء الأمور بالمعلومات من خلال الدورات والندوات وغير ذلك من الطرائق التي تكشف عن طرق التعامل مع سلوك الطفل وكيفية تعديله وطرائق حل المشكلات المتعلقة بالطفل، والأساليب التي من شأنها أن تنهي قدراته المحدودة وما يجب أن يتوقعاه في المستقبل.

❁ استجابة أولياء الأمور للضغوط النفسية

تعتمد طبيعة استجابات الأسرة للإعاقة على عدد من العوامل من شأنها مساعدتهم على التعايش مع الأزمة التي تسببها الإعاقة، ومن أهم هذه العوامل:

أ - العوامل الانفعالية: والتي تتمثل في العلاقات التي تربط بين أفراد الأسرة فكلما كان أفراد الأسرة أكثر ارتباطًا ببعضهم البعض، وأكثر تماسكًا، كانت القدرة على التعايش مع الإعاقة أكبر.

ب - العوامل الاجتماعية: والتي تتمثل في الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والجيران والزملاء في العمل وغيرهم. إن دعم هذه الأطراف لأسرة الطفل ذي الإعاقة من شأنه أن يسهل عليها عملية التعايش مع حالة الإعاقة.

ج - العوامل الجسمية: وتشمل الأوضاع الصحية لأفراد الأسرة؛ فما من شك في أن معاناة الوالدين، أو أفراد الأسرة الآخرين من أمراض مزمنة، أو مشكلات طبية سيجعل مهمة التعايش مع الأزمة التي تنجم عن إعاقة الطفل أمرًا بالغ الصعوبة.

د - العوامل المادية: فالإعاقة قد تستنزف موارد الأسرة المالية لذلك فإن عدم توافر الإمكانات المالية الكافية قد يترتب عليه ضغوط تثقل كاهل أسرة الطفل ذي الإعاقة.

❁ مشاعر الأخوة تجاه أخيهم ذي الإعاقة

يحمل الأخوة والأخوات لأخيهم ذي الإعاقة العديد من المشاعر والأحاسيس التي قد توصف أحيانا بالتضارب، وأحيانًا أخرى بالرفض والعدائية وذلك حسب طبيعة مواقفه معهم وهذه المشاعر والانفعالات يمكن الإشارة إليها وفق ما أورده البيلاوي (٢٠٠٤ ب) على النحو التالي:

(أ) الخوف والقلق:

عندما يولد الطفل ذي الإعاقة في أسرة ما، فإن الإخوة والأخوات العاديين لا يعرفون شيئًا عن إعاقة أخيهم ومدى تأثير هذه الإعاقة على حياتهم الخاصة. وسبب ذلك يرجع

لكونهم صغار السن ويعتقدون أن الإعاقة هي عبارة عن مرض معد، و من الممكن أن يصيبهم عندما يكبرون على هذا النحو يبدأ القلق والخوف في الظهور لديهم كنتيجة مباشرة لوجود أخيهم معهم. أيضًا التفكير بالنسبة لقدرتهم على تنفيذ تطلعاته، كما يفكرون في إمكانية إقامة العلاقات والتزاوج وكيف يمكن التعايش مع هذا الوضع المقلق.

وربما يعاني الإخوة غير ذوي الإعاقات الصغار من القلق من أن يصبح أخوهم أعمى، أو أصما في المستقبل، وربما يعتقد الإخوة أنه مادامت الإعاقة حدثت لأخ واخت فمن الممكن أن تحدث لهم، كما يلجأ الأطفال الأصحاء إلى أن يظهروا شكاوى جسمية في محاولتهم لجذب انتباه والديهم؛ فمثلاً، بالنسبة لأخوة الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من الشائع أن يحدث لهم إحساس زائف بعدم القدرة على السمع كسلوك لجذب الانتباه، وأما بالنسبة لأخوة الأطفال مرضى الصرع فلديهم إحساس غير عادى بالخوف الذي لا مبرر له من أنهم سيتعرضون لنفس الاضطراب، أو النوبات المرضية. وبانعكاس القلق من أن يصبح الأخ مريضًا، أو ذو إعاقة يمكن أن يشتكي من مشكلات في النوم، أو الشهية والصداع والألم بالمعدة، وفي بعض الأسر ربما تصبح الأعراض الجسمية اسلوبًا مرضيًا للتعبير عن الحاجة إلى الاهتمام.

وفي الحالات التي يحتاج فيها الأخ والأخت إلى عناية طوال العمر، فإن الإخوة والأخوات ينظرون بقلق إلى المستقبل. فهم قد يتخوفون من عدم القدرة على تدبير أمور رعاية الأخ ذي الإعاقة من النواحي الجسمية، أو النفسية، أو المالية هذا إلى جانب ما ينتاب الأخوة من القلق بشأن زوج المستقبل فيما إذا كان سيقبل هذا الأخ ذي الإعاقة، أو يتحمله.

(٢) الغضب والمشاعر العدائية:

إن وجود طفل ذي إعاقة في الأسرة قد يثير غضب الأخوة والأخوات، ويشعرهم بالسخط على أخيهم ذي الإعاقة، وعلى الآباء والحياة ذاتها، ويكتشف الأخوة والأخوات أن عملية التأقلم مع هذا الوضع تؤدي إلى تعميق المرارة لديهم عندما يشعرون بأنه هو المتسلط على والديه والعائلة وبأنه يحق له أن يفعل ما يريد دون أن يعاقب على ذلك.

وسواء أخفى الأخوة هذه المشاعر، او عبروا عنها بشكل جلي فإن شعورهم بالغضب والاستياء يتوقف على عدد من العوامل، هي:

(أ) عدد وجنس الأطفال في الأسرة.

(ب) التكيف العام الذي حققه الآباء مع ظروفهم الخاصة.

(ج) المدى الذي يستفيد فيه الأخ ذي الإعاقة من وجود أخيه غير ذي الإعاقة.

(د) المدى الذي يضطلع فيه الطفل بدور أساسي لتقديم الرعاية في نطاق الأسرة.

(ه) المدى الذي تستنزف بسببه الموارد المالية للأسرة من جراء احتياجات الطفل ذي الإعاقة.

(و) المدى الذي يمكن من خلاله أن يقيد الطفل ذي الإعاقة حياة أخيه الاجتماعية، او ان يعد مصدرًا للارتباك.

(ز) ما يتطلبه الطفل ذي الإعاقة من وقت واهتمام زائد من الوالدين، والمدى الذي به يسلب الوقت من الأخوة الآخرين.

إن إعاقة الطفل قد تعطيه الامتيازات الخاصة التي ربما لا يحصل عليها الأطفال العاديين مثل الاهتمام والعناية الخاصة، والحقوق المميزة، لذلك فإن الكثير من الإخوة والأخوات العاديين يتذكرون ماذا حدث معهم في مرحلة الطفولة بالمقارنة مع ذي الإعاقة، وهذا في حد ذاته يثير لديهم الغضب نحو الأخ و الوالدين في نفس الوقت، وقد يتولد ذلك نتيجة الشعور بالعداء والخصومة و الذي هو شعور طبيعي تمامًا، حيث ينظر الأطفال إلى الأمور والأحداث بمنظور غير موضوعي في العادة. فهم ينظرون إلى الحدث من خلال كيفية تأثير الحدث (الإعاقة في هذه الحالة) عليهم. حيث إنهم ينظرون إلى أخيهم ذي الإعاقة وليس إلى الإعاقة كمصدر لمشكلاتهم. هذه المشاعر قد تأخذ صورة الاعتداء الجسمي، أو اللفظي في بعض الأحيان، او قد يوجه العداء نحو الوالدين من خلال التمرد و العناد والعصيان. وقد يشعر اخوة الأطفال ذوي الإعاقات بمستويات شديدة من الغضب بسبب طبيعة ردود فعل الغرباء، أو الجيران والأقارب والأصدقاء لحالة الإعاقة. كذلك قد يترك الشعور بالإهمال وبعدم الحصول على التقدير للإنجازات اثرًا بعيد المدى على الأخوة.

(٣) تحمل المسؤولية:

إن وجود الطفل ذي الإعاقة في الأسرة يتطلب الكثير من الوقت والمال والجهد والقدرات النفسية؛ لأن الأخوة يقومون بأداء دور الآباء، والذي من الصعب القيام به في مثل عمرهم المبكر ولأنهم غير مستعدين جسديًا ونفسيًا؛ ولذا فإن تحمل الأخوة لمثل هذه المسؤوليات قبل وصولهم إلى النضج والاستعداد من الممكن أن ينقل الطفل سريعًا عبر مراحل النمو الضرورية للنمو السوي، إضافة إلى حرمانه من العلاقات والخبرات المهمة، حيث إن ملاحظة الوالدين تعمل على تعزيز الشعور بالذنب والخوف لدى الأطفال في بعض الأحيان.

ويؤدي الوضع الاقتصادي الاجتماعي دورًا في حجم المسؤولية التي قد يتحملها الأخوة العاديون (الأسوياء) فكلما كان الوضع الاقتصادي للأسرة أفضل كانت قدرتها على توفير المساعدة اللازمة من خارج الأسرة أكبر.

(٤) الحسد والغيرة:

إن مشاعر الغيرة قد تظهر عندما يكتشف الأخوة والأخوات أنهم فقدوا الحظوة لدى الوالدين. وبعض الأخوة والأخوات قد يلجأ إلى سلوك غير مقبول في محاولة لجذب اهتمام وانتباه الوالدين.

إن الأمر صعب بالنسبة لأخ، أو أخت الطفل ذي الإعاقة. فهم لا يفهمون سبب قضاء الوالدين وقتًا طويلاً جدًا مع طفل واحد. وكثيرًا ما يشعرون بالغيرة؛ فاليوم ليس فيه سوى أربع وعشرين ساعة، وكثيرًا ما يستهلك الطفل ذي الإعاقة معظم تلك الساعات. وقد يجد الأطفال العاديون أنفسهم مرغمين على مساعدة أخيهم ذي الإعاقة.

(٥) الشعور بالذنب:

قد يشعر الأخوة والأخوات العاديين بالذنب؛ إلا إن هذه المشاعر تختلف عن مشاعر الذنب التي يظهرها الآباء والأمهات؛ فمشاعر الذنب التي يبديها الأخوة والأخوات قد تظهر نتيجة شعورهم السلبي تجاه أخيهم ذي الإعاقة وقد تظهر هذه المشاعر نتيجة إساءة معاملتهم

لهذا الطفل. وربما يعيش الأخوة حالة من الشعور بالذنب المستمرة بسبب ما يعيشون فيه من حالة صحية عادية مقارنة بإخوانهم ذوي الإعاقات، أو ما يتمتعون به من مميزات، والسبيل الوحيد للتخفيف من هذا الشعور بالذنب هو القيام برعاية الأخ ذي الإعاقة، إن الخطر يكمن عندما يظل الأخ العادي في خدمة أخيه ذي الإعاقة لمدد طويلة من حياته؛ بسبب قسوة الشعور بالذنب، أو رغمًا عنه.

وفي معظم الحالات يكون الشعور بالذنب نتيجة مباشرة للحسد الذي ينتابهم بسبب الاهتمام الزائد المبالغ فيه من قبل الأسرة بالأخ ذي الإعاقة، مما يجعلهم في بعض الأحيان يتهمون أنفسهم وكأنهم السبب في إعاقة الأخ، أو الأخت. ربما يؤدي الغضب والحسد إلى الإحساس بالذنب تجاه الأخ ذي الإعاقة من ناحية أخرى، كما أن اهتمام الوالدين الزائد بذي الإعاقة يولد الغضب عند العاديين وفي حالة زيادة هذا الاهتمام يشعر الأخوة بالوحدة مما يجعلهم يعتقدون أن العالم من حولهم ينتظر منهم حب وتقبل أخيهم وهم يشعرون في معظم الوقت أنهم لا يستطيعون الوصول إلى هذه الدرجة من المحبة والقبول.

(٦) الانعزالية:

إن عدم التواصل الذي يحدث داخل الأسرة كأحد النتائج المترتبة على إعاقة الطفل من الممكن أن يسهم في زيادة الشعور بالوحدة التي يشعر بها الأخوة العاديون، فقد يشعر الأخوة أن بعض الموضوعات محرمة عليهم وأنه يجب عليهم كبت المشاعر السلبية تجاه أخيهم ذي الإعاقة.

فربما يشعر الأخوة بأن هناك موضوعات معينة تعد منطقة محرمة ولا يجوز لهم الحديث عنها وإن الشعور بالقبح والعار يظل مستترًا، وعلى الرغم من هؤلاء لذلك على الدخول في حالة خاصة من الوحدة، وهو الشعور بالانعزال عن هؤلاء الذين يشعر المرء بأنهم أقرب الناس إليه؛ فالأعراف الضمنية والتعاليم الصارمة داخل الأسرة قد تحرم مناقشة قضية ما، وتمنع الأخوة العاديين باستمرار من إظهار أن الأمور ليست، كما تبدو وبالنسبة لبعض الآباء؛ فمناقشة إعاقة الابن مع الأخ غير ذي الإعاقة تمثل تهديدًا تمامًا كالتحدث في الموضوعات الجنسية.

هذا إلى جانب أن زيادة المسؤولية لدى الأخوة والأخوات في مساعدة أخيهم ذي الإعاقة يمكن أن تؤدي إلى عزل الأخوة العاديين عن زملائهم؛ لأن اعترافهم بالإعاقة التي يعاني منها أخوهم تعزز لديهم الشعور بأنهم يختلفون عن أسر أخرى؛ مما يشعرهم بالتوتر طول الوقت ويجعلهم في حالة تساؤل دائم، هل يقومون بإشراك أخيهم ذي الإعاقة في المناشط الاجتماعية التي يقومون بها أم لا؟.

❁ أسباب تدريب أولياء أمور ذوي الإعاقات

يعد آباء الأطفال ذوي الإعاقات هم الممثلون الأساسيون في التغيرات الفاعلة في حياة أطفالهم، وذلك إيمانًا بما يسهمون به من مسؤولية مع المعلمين تجاه التعليم الأكاديمية والاجتماعية لأطفالهم، ويتضاعف تأثير دورهم إذا تم تدريبهم على كيفية التعامل مع الطفل والمجالات ذات العلاقة بوضع الأسرة الجديد في ضوء إعاقة أحد أفرادها.

وفيما يتعلق بالمجالات التي يحتاج آباء ذوي الإعاقات التدريب فيها:

(١) مجال يتعلق بالمجتمع: فالآباء في حاجة إلى التعرف على البرامج الخاصة بأطفالهم، والخدمات المجتمعية المتوفرة مثل المدارس، مراكز الإعاقة، النوادي،... الخ.

(٢) مجال يتعلق بعمل الآباء مع الطفل: فالآباء في حاجة إلى التعرف على طرق وأساليب تربية وتعليم أطفالهم، ومراحل نموهم، واحتياجاتهم والطرائق الخاصة بالتعامل مع الطفل ذي الإعاقة، وطرائق التعزيز وكيفية تكوين بيئة فعالة للطفل.

(٣) مجال يتعلق بالدعم: فالآباء في حاجة للتدريب لكي يصبحوا أكثر قدرة على دعم طفلهم ذي الإعاقة.

وقد ترجع الحاجة إلى تدريب الآباء في المجالات السابقة إلى ما يلي:

(١) حاجة الآباء إلى نظام تعليمي مخطط له من أخصائيين يسهم في تغير أساليب تعاملهم مع أطفالهم ذوي الإعاقات.

(٢) حاجة الآباء إلى الفرص التي تتيح لهم التحدث مع الاختصاصيين والأسر الأخرى حول أساليبهم في التعامل مع طفلهم ومشكلاته.

(٣) تتيح برامج التدريب للآباء الفرص لطرح الأسئلة والحصول على أجوبة عنها من ذوي العلاقة بالطفل.

في ضوء ما سبق يمكن القول ان الأسباب التي تدعو لتفعيل دور الآباء في تربية وتعليم الطفل:

(١) إدراك المهتمين وذوي العلاقة بإعاقة الطفل دور الآباء في تربية وتعليم الطفل.

(٢) حاجة الآباء إلى إعادة تدريبهم حول ما يتطلبه تربية الطفل ذي الإعاقة.

(٣) إتاحة الفرص للآباء للحوار مع المختصين حول محاولاتهم الناجحة والفاشلة لضبط سلوك الطفل.

(٤) إتاحة الفرص للآباء للحصول على الإجابات الملائمة لاحتياجاتهم.

(٥) مساعدة الآباء على تبني خطة تربوية تساعدهم على تغيير أنماط تفاعلهم.

(٦) تعد البرامج التدريبية فرصة للآباء للتعرف على الأسر الأخرى التي لديها أطفال ذوي إعاقة، ولديهم مشكلات؛ مثل: مشكلات طفلهم ومحاولات تلك الأسر الناجحة والفاشلة.

❁ دور المهنيين فى خفض الضغوط النفسية لدى أولياء أمور

أشار الشناوي (١٩٩٨) إلى الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية وأثرها المخفف لنتائج الأحداث الضاغطة والتوترات، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعًا لتوفير مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كما ونوعًا، كما اوضح أن المساندة الاجتماعية تقوي شعور الفرد بذاته وقيمته وكفايته، أي أنه إذا تلقى الفرد مساندة

مستمرة توفر له شعورًا بالأمن وتدعيم الذات لديه يصبح أقل تعرضًا لعوامل التوتر عن الفرد الذي لم يتلق مثل هذه المساندة.

ولقد ارتبطت الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة بانخفاض المساندة الاجتماعية وخاصة المساندة غير الرسمية، وأن برامج التدخل المبكر المقدمة لهؤلاء الآباء لمساعدة أطفالهم تشكل نوعًا من المساندة التي تخفف من وطأة الضغوط النفسية لديهم (Hastings & Johnson, 2001).

وفي مجال المقارنة بين المجتمعين الكوري والأمريكي اظهرت نتائج دراسة شين (Shin, 2002) أن الأمهات الكوريات يدركن الضغوط بشكل أكبر من الأمهات الأمريكيات، ويرجع ذلك من وجه نظر "شين" إلى أن الأم الأمريكية تعتمد أكثر على المساندات الاجتماعية المتخصصة، وذلك بسبب توفر الدعم المادي الحكومي والقوانين التي تحمي حقوق ذوي الإعاقة.

وأكدت دراسة كرامر وبلاشر (Kraemer and Blachar, 2001) على أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية والخدمات المساندة المصاحبة والمقدمة لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. وهذا ما أكدته دراسة كينج وكينج ورزينبوم (King, King, and Rosenbaum, 1999) أن تقديم الخدمات المساندة الرسمية ترتبط بانخفاض الضغوط النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقات. وهذا ما أوجزه ثويتس (Thoits, 1995) في تلخيصه للجوانب الوظيفية للمساندة فيما يلي: أن المساندة لها آليات عمل تزيد من الجوانب الايجابية في الشخصية الاجتماعية. كما أنها تزيد من العلاقات الحميمة لدى الفرد وتقلل من تأثير خبرات المواقف الضاغطة. وترتبط المساندة الاجتماعية الوجدانية (العاطفية) مباشرة بالصحة العقلية والبدنية وتقلل من فرص الإصابة بأمراض نفسية. وتساعد آليات عمل المساندة الوظيفية على إعادة تفسير المتطلبات الموقفية، وتدعيم تقدير الذات والإحساس بالهوية وزيادة القدرة على التحكم والسيطرة على المواقف الضاغطة.

ولهذا يرى كل من كارنس وتيسكا (Karnes and Teska, 1980) انه من الضروري توفر مجموعة مهام يقوم بها الاختصاصيون لتشجيع مشاركة الآباء في برنامج ذي الإعاقة من أهمها ما يلي:

(١) قدرة الاختصاصيين على بناء علاقة وطيدة بينهم وبين والدي الأطفال، ولتحقيق ذلك يجب توفر عنصرين أساسيين هما: دعم الوالدين واحترام آرائهم، واحتياجاتهم بشكل واضح.

(٢) يجب على الاختصاصيين أن يكونوا قادرين على تدريب والدي الأطفال على الطرائق الملائمة للتعامل مع أطفالهم، ومساعدتهم في تعلم الطرائق المتبعة لتعليمه.

(٣) قدرة الاختصاصيين على العمل مع جميع أفراد الأسرة بما فيهم أخوة الطفل والقدرة على التعرف على احتياجاتهم بطرق علمية صحيحة دون اللجوء للتخمين.

(٤) يجب على الاختصاصيين أن يكونوا قادرين على إمداد والدي الأطفال بمعلومات واضح ودقيقة تتلاءم مع قدراتهم ويفضل أن تكون مصحوبة بأمثلة للإيضاح.

(٥) أهمية إدراك الآباء للتغذية الراجعة لآثارها الايجابية في نمو وتطور الطفل.

ومن الأدوار التي يقوم بها المهنيون تجاه أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات ما يلي:

(١) تقديم المعلومات:

إن المعلومات الخاطئة، والافتقار إلى المعرفة، وسوء فهم المعلومات كلها تؤدي إلى شعور الآباء بالذنب والخوف والغضب والمسؤولية والارتباك. وقد سبقت الإشارة إليها. ولذلك يجب أن تقدم المعلومات التي تتعلق بحالة طفلهم ذي الإعاقة بطريقة تنسجم مع الفهم المعرفي للآباء، فقد يحتاج الآباء إلى سماع تلك المعلومات لمرات عديدة وبطرق مختلفة لفهم وتمثل المعلومات الحقيقية والواقعية، ومشاركة الأطفال في الحوارات الأسرية العادية المتصلة بالطفل ذي الإعاقة وبحاجات الأسرة، حيث إن ذلك قد يكون طريقة طبيعية لتقديم معلومات واقعية، ويمكن أيضًا دعوة الآباء لحضور الندوات واللقاءات التي تتعلق بإعاقة طفلهما.

(٢) دعم المشاعر:

قد يشعر الآباء بالحزن نتيجة عدم وجود من يشاركهم أفكارهم، أو نشاطاتهم، وقد يشعرون بالحرج من الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليهم، ويستطيع المهنيون تقديم المساعدة

للآباء، ودعم مشاعرهم عن طريق التحدث بانفتاح عن المشاعر التي قد تتولد من وجود طفل ذي إعاقة.

(٣) التواصل:

إن عدم التواصل بين المهنيين والآباء حول إعاقة الطفل قد يسهم في تعميق شعورهم بالوحدة والدونية التي يشعرون بها. فقد يشعر الآباء أن المشاعر السلبية غير مسموح بإظهارها وذلك يقودهم إلى شكل من أشكال الوحدة والانفصال عن الأشخاص الأخصائيين. وغالبًا ما تتخذ القرارات بشأن الطفل ذي الإعاقة دون مناقشات مسبقة، أو تفسيرات للآباء، غير أنه من المفيد عمومًا إجابة أسئلة الآباء بأقصى درجة ممكنة من الصدق اعتمادًا على ثقافة الوالدين ومستوى تعليمهم. ويبدو أن ثمة اتفاق على أن الأطباء يجب أن يبادروا بمناقشة أولياء الأمور حول الإعاقة لدى طفلهم في وقت مبكر بعد تشخيص الحالة.

(٤) توفير الخدمات:

ذلك من خلال توفير الجو المناسب مع تهيئة الظروف المواتية لتنشئة ذوي الإعاقات التنشئة الاجتماعية التي تتوافق وروح المجتمع وإتاحة جميع الفرص لهم لإحساسهم بالسعادة لتوفير فرص الخدمات الاجتماعية التي تحتاجها كل فئة من فئات ذوي الإعاقات من أماكن عامة وأندية ومنتزهات وتوفير المهنيين الاجتماعيين المتخصصين في العمل مع ذوي الإعاقات لدراسة حالاتهم والاتصال بالأسرة والمؤسسات التعليمية والمؤسسات الصحية التي قد يحتاجون إليها للحفاظ على سلامتهم وعدم تعريضهم للأخطار حتى تتكاتف جميع الجهود للوصول إلى الفرض المنشود عن طريق الرعاية التي تقدم لهم في جميع المجالات والأوقات.

ولقد أوضح عبد الله (١٩٩٩) أن هناك بعض الواجبات التي ينبغي على الأخصائي النفسي المدرسي أن يضعها في حسبانه عند التعامل مع والدي الأطفال ذوي الإعاقات ومنها:

(أ) كن مستمعًا جيدًا:

على الرغم من بساطة هذا المطلب وسهولته، إلا أنه من المهارات التي يفتقدها الكثير من العاملين في المجالات التي تتطلب الاستماع إلى الآخرين.

إذ يعد الاستماع من أهم عناصر العلاقة الإرشادية. لأنه الأساس الذي ستبنى عليه العلاقات. ويتضمن قيمة علاجية عالية. إن الاستماع الحقيقي ليس من المهارات سهلة الاكتساب. فالاستماع ليس بالعملية الآلية خاصة في مجال تقديم المساعدة الإرشادية، إن عليك (أيها المرشد) أن تكون واعيًا ومدركًا للأسلوب، أو الكيفية التي يتحدث بها المسترشد (والدا الطفل ذي الإعاقة في هذه الحالة) ونعني بالأسلوب هنا الإشارات والإيماءات التي يستخدمها الوالدان أثناء الحديث. كما أن عليك أن تكون واعيًا للأشياء التي لا تقال والتي تختفي تحت السطح ويمكن الاستدلال عليها. إن هذه المهارات يطلق عليها الأذن الثالثة. بالاستماع إذن يجب أن يكون للرسائل اللفظية وغير اللفظية خاصة عندما نتعامل مع أسرة الطفل ذي الإعاقة والتي تحمل الكثير من الشعور بالضغوط النفسية والوقوع تحت وطأة الإحباط. إن الأخصائي الكفء هو الذي يستطيع أن يدرك ما يقول المسترشد وما يشعر به. إن بإمكانه التركيز على الاتجاهات والأحاسيس. الاستماع إذن إنما هو عملية فعالة تهدف إلى الاستجابة للرسالة الكلية.

(٢) ساعد الوالدين لتقبل الطفل ذي الإعاقة كما هو.

إن الطفل ذي الإعاقة بحاجة إلى الشعور بالتقبل كفرد له قيمة من قبل الآخرين ومن قبل ذاته أيضًا. وإذا فشل الوالدان في توفير هذا الشعور للطفل فإن من شأن ذلك أن يخلق إحساسًا سلبيًا لديه. وقد يسعى للبحث عن هذه الحاجة وإشباعها عند الآخرين وقد يسلك سلوكًا غير مقبول نتيجة لهذا الحرمان.

ولذلك ينبغي على الأخصائي النفسي أن يساعد الوالدين لتقبل الطفل ذي الإعاقة كما هو واعتباره طفلاً بالدرجة الأولى وذي إعاقة بالدرجة الثانية. ومن الأهمية بمكان أن يسعى الأخصائي النفسي إلى تبصير الوالدين بالحقائق المتعلقة بنمو ونضج هذا الطفل وأنه قد يختلف في سرعة ومعدل نموه، بالمقارنة مع أقرانه العاديين.

إنه لأمر مفيد للوالدين أن يدركا أبعاد مشكلة طفلهما ذي الإعاقة من خلال بعض المعلومات المبسطة التي يقدمها الأخصائي النفسي. وذلك لأن توضيح صورة الطفل ومدى

قدراته وإمكاناته سيساعد الوالدين على رسم صورة حقيقية لطفلهما وتوقع الممكن من الإنجازات وتجنب الاحباطات المحتملة نتيجة التوقعات غير الواقعية والتي ستنعكس على سلوكهما وأسلوب معاملتهما لطفلهما ذي الإعاقة ، ومن بين الإجراءات التي تساعد الوالدين على التكيف مع الوضع:

(أ) ساعد الوالدين ليكونا أكثر موضوعية مع الطفل ومع إعاقته.

(ب) ساعد الوالدين ليكونا أكثر قدرة على التنبؤ بسلوك الطفل المستقبلي (ما أنواع السلوكيات التي سينجح الطفل في التغلب عليها وتلك التي يتوقع أن تظل مع الطفل؟).

(ج) ساعد الوالدين على تبني بعض الوسائل والأفكار للتعامل مع المواقف المختلفة والشائعة لدى الأسر التي لديها أطفال ذوي إعاقات.

(د) ساعد الوالدين (وكذلك جميع افراد الأسرة) ليدركوا أن الطفل ذي الإعاقة لديه نفس الحاجات الجنسية، والفسيولوجية، والترفيهية والتربوية التي يحتاجها الأطفال العاديون.

(ه) ساعد الوالدين على عمل، أو تصميم وسيلة لمتابعة تقدم الطفل في تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة الأمد التي سترسم له.

(و) ساعد الوالدين على اكتشاف جميع المصادر المتوفرة في المجتمع والتي يمكن أن تقدم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقة (عيادات، مراكز تقويم، جماعات، أو رابطة الأهالي، ورش عمل، أو مؤسسات تعليمية للأطفال ذوي إعاقات).

(٣) ساعد الوالدين على التخلص من مشاعر الذنب.

قد ينتاب بعض الآباء والأمهات شعور بأنهم قد ارتكبوا ذنبًا وأن الله قد عاقبهم على ذلك. ولذلك من المهم التعامل مع هذه المشاعر التي يمكن أن تكون وخيمة العواقب. وينبغي أن يقوم الأخصائي النفسي بتبصير الوالدين ببعض الحقائق الأساسية عن الإعاقة التي يعاني منها طفلهم إذا لمس واستنتج منهما شعورًا بالذنب. وذلك أنه عندما تسيطر مشاعر الذنب

على الإنسان فإنه لا يخضع افكاره للتفكير المنطقي وقد لا يقبل النقاش. ومن المهم في هذه المرحلة ان يقوم الأخصائي النفسي بتبصير الوالدين بحقيقة مشاعرهم وتوضيح انه من الطبيعي ان يشعر الإنسان بالذنب في مثل هذه المواقف. كما ان مشاعر الذنب ليست بالضرورة غير منطقية وغير مناسبة، وهي ايضًا ليست بالضرورة مدمرة. إلا انه من المهم أن يعي الوالدان حقيقة مشاعرهما ليصبح بإمكانهما تجاوزها.

إن مناقشة إعاقة الطفل والأسباب التي ادت إليها بصورة مبسطة وسهلة (عندما يكون ذلك ممكنًا) ستزيد من وعي الوالدين بهذا الجانب وهي امر لا يساعد فقط على التقليل من شعور الوالدين بالذنب والخجل. بل سيساعدهما على تجنب إلقاء كل طرف (الزوج والزوجة) اللوم على الطرف الآخر، أو إلقاء اللوم على الطبيب، أو المدرس، أو الأخصائي النفسي. وباختصار فإن الوعي بأبعاد المشكلة يجعل التعامل معها أكثر سهولة، او اقل صعوبة.

(٤) اللقاء مع الوالدين- اجعله مثمرا الى اقصى درجة ممكنة:

الواقع انه على الرغم من ان اللقاء مع والدي الطفل ذي الإعاقة يكاد يكون امرًا سهلاً واعتياديًا للأخصائي النفسي، إلا إن هذه السهولة قد تنسينا الكثير من الأمور والاعتبارات التي يجب أن يهتم الأخصائي النفسي بها حتى تكون مقابلة الوالدين مثمرًا ومن هذه الأمور:

- تذكر دائمًا ان كل والد، أو والدة إنما هو شخص يحمل افكارًا واتجاهات خاصة عن الطفل، والمدرسة، والمجتمع، والحياة بشكل عام. وهذه الأفكار لن تكون بالضرورة مشابهة لأفكار الآخرين.
- استمع إلى الوالدين استماعًا ايجابيا نشطًا.
- قرر مسبقًا ومنذ البداية ما الذي ستتم مناقشته مع الوالدين؟.
- لا تحاول تسجيل المعلومات التي يقدمها الوالدان ما لم يتم الاستئذان منهما، واشرح الهدف من تسجيل الملحوظات.
- ابدأ اللقاء واختتمه بملحوظات ايجابية ومشجعة عن الطفل ذي الإعاقة.
- حاول أن تكون متفقًا مع وجهة نظر الوالدين كلما كان ذلك ممكنًا.

- ❖ لا تدفع الوالدين إلى الحديث بسرعة.. إنهما بحاجة إلى الوقت للاسترخاء والكشف عن كوامن النفس.
- ❖ حاول أن يكون شرحك للوضع مفهومًا من قبل الوالدين.
- ❖ حاول أن تجعل الوالدين يشعران بأن اللقاء كان مثمرًا وايجابيا، وأنه قد تم وضع الخطوط العامة للقاءات قادمة.
- ❖ قدم للوالدين نصيحة عملية واحدة على الأقل والتي يمكن من خلالها مساعدة الطفل داخل المنزل.
- ❖ ساعد الوالدين على إدراك أن مساعدة الطفل إنما هي عملية مشتركة بين المدرسة والمنزل.

(٥) تذكر- أنك تتعامل مع أناس يحملون مشاعر الإحباط- والألم:

على الأخصائي النفسي، أو الأخصائي الاجتماعي أن يدرك أن الذين يتعامل معهم بشر لديهم قابلية بشكل كبير أن يُجرح كبرياؤهم ولديهم قابلية كبيرة للإحساس بالذنب، كما يجب أن يكون الأخصائي على بصيرة بأن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة بشكل عام يحملون الكثير من المشاعر غير السارة وخبرات الإحباط والشعور بالذنب. إن ذلك يستوجب تعاملاً خاصًا لا يجرح كبرياءهم ولا يعمق من مشاعر الذنب لديهم والإحساس بالمرارة لديهم. تذكر انك أخصائي لا يمكنك أن تطلب من الوالدين أن يغيرا من شخصيتهما ويتقبلاً الأمر الواقع بإصدار (الأوامر) إليهما. إن التقبل والتغير والنضج يأتي مع الزمن إذا نجحنا في منح اسر الطفل ذي الإعاقة شيئًا من الأخلاق والكرامة والحقوق الإنسانية.

إلى جانب ما سبق، أوضح قنديل (١٩٩٦) انه على الأخصائي عند إرشاده لأسرة الطفل ذي الإعاقة أن يراعي المبادئ الأساسية التالية:

(١) أن مشكلة الطفل ذي الإعاقة هي مشكلة الأسرة كلها، وعلى الأخصائي النفسي أن يتبنى اتجاهات واقعية نحو الأسرة، وأن يتفهم مشكلاتها وهمومها ومشاغلها الأخرى.

(٢) التعرف على هموم أسرة الطفل ذي الإعاقة من وجهة نظرها؛ لأن كثيرا من العلاقات المهنية بين الأخصائيين والأسرة تفشل مبكرا لأن الأخصائي النفسي عجز عن التعرف الصحيح على مطالب الأسرة الحقيقية.

(٣) الا يفترض الأخصائي النفسي انه يفهم الطفل ذي الإعاقة ومشكلاته أكثر من والديه، حيث إن العلاقة البناءة بين الأخصائي والأسرة تعود بفوائد ايجابية على الطفل، والأسرة، وعلى جهوده هو ذاته.

(٤) ضرورة التركيز على تحرير الوالدين من المشاعر السلبية، وردود الأفعال المرضية لأن اي محاولة لتعديل وتنمية سلوك الطفل ذي الإعاقة لن يكتب لها التحقق دون دعم الوالدين وتعاونهما، وهذا يستلزم أن يأخذ الأخصائي النفسي العوامل الانفعالية للأسرة في حساباته.

(٥) تنمية مصادر مقاومة الضغوط النفسية، والتي تساعد الآباء في الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسمية أمام الضغوط، وذلك من خلال تنشيط عملية المبادأة، ودعم روح التحدي، وإشعار الفرد بقيمته، وتنمية كفاءته واقتداره، ورفع استعداده لتحمل المسؤولية.

(٦) أن يأخذ الأخصائي النفسي في حسبانه، أن أسرة الطفل ذو الإعاقة أسرة متأزمة نفسيًا. ولذا لابد من إتاحة الفرصة كاملة ودائمة أمام الوالدين للتعبير عن مشاعرهما وأن نحترم تلك المشاعر رغم عدم منطقيتها، مع توفير قدر كاف من التعاطف مع ضعفهم البشري.

(٧) مساعدة الوالدين على تبني أنماط تفكير واقعية، وعلى قبول تقييم عقلاني ومرن للواقع، والعمل على تطوير الممكن والمتاح، وترشيد الطموحات الوالدية، في ضوء أهداف واقعية، وتنمية قدرتهم على تحمل الأخطاء، والتعايش مع الصعوبات.

(٨) دعم الصلابة النفسية للوالدين كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة، ويتم ذلك من خلال التوكيد والتدريب على عملية الضبط الداخلي،

ودعم العوامل الاجتماعية المهمة في المساندة، والتي تعمل كعوامل مخففة، أو معدلة، أو واقعية لضغوط الواقع.

(٩) مساعدة الوالدين على فهم واستيعاب الحقائق الآتية بشأن طفلهما:

(أ) فهم معنى الإعاقة في نطاق الحالة الخاصة لطفلهما.

(ب) فهم درجة إعاقة طفلهما، وما تعنيه في المستقبل.

(ج) فهم قدرات وإمكانات طفلهم وحاجاته وصعوباته.

(د) تقدير تأثير هذه الإعاقة على حياة الأسرة، وعلى أخوته في الأسرة، وعليهم كآباء، وعلى درجة توافق الأسرة مع جيرانها.

(ه) التمييز بين إعاقة الطفل، وبين سلوكه كحقيقتين مستقلتين، وأن سلوك الطفل يمكن تعديله وتخفيف سلبياته بواسطة استراتيجية تربوية مناسبة، على حين أن الإعاقة أمر لا نستطيع تغييره.

❁ توعية الآباء بأساليب التوافق مع إعاقة طفلهم

يؤدي الوالدان دورًا حيويًا في رعاية أبنائهما ذوي الإعاقات، وقبل أن نتطرق إلى ذلك الدور ينبغي على الوالدين أن ينتبها إلى عدد من الأمور حتى يتكيفا مع إعاقة طفلهما والتي من بينها ما يلي:

(١) إن ميل الزوج، أو الزوجة للتفكير في احتمال أن يكون الطرف الآخر هو المسؤول عن إعاقة الطفل، لا يضر فقط العلاقة الزوجية، وإنما ينعكس أيضًا على الطفل في المستقبل فإذا ولد الطفل ولديه إعاقة سمعية، أو بصرية، فمن السهل أن يقول أحد الوالدين للأخر: لا بد من كونها حالة وراثية في أسرتك. ويمكن أن يعتقد الطرف الأخر في صحة ذلك، ويشعر أنه مسؤول عن إعاقة طفله فعلاً، وإذا بحث كل شخص منا جيدًا في أجداده فقد يجد من بينهم من كان لديه إعاقة، غير أن ذلك ليس سببًا لإصابة أطفاله بنفس الإعاقة.

(٢) عندما يصاب الطفل بعد الولادة بسبب حادث، أو مرض فإن ضياع الوقت في الذكريات المؤلمة، وفي الندم والأسى وما يتردد على لسانهم وبين أنفسهم مثل:" لأننا لم نفعل هذا وفعلنا ذلك، ولأنه سمح للطفل باللعب خارج المنزل، أو النظر من النافذة، أو العبث بالنار وغيرها من الأمور التي سببت إعاقة الطفل"، فبالرغم من صعوبة تجنب هذه المشاعر فإن محاولة النظر إلى الوراء نحو لحظة معينه، أو يوم معين، تمنع الوالدين من التفكير في المستقبل والقيام بعمل ايجابي للحد من إعاقة الطفل، أو تقديم المساعدة اللازمة له.

(٣) من الخطأ الشائع الذي يقع فيه الآباء والأخصائيون، أنهم يعطون اسمًا لحالة الإعاقة، ثم يعممون هذا الاسم على الحالات المشابهة؛ فيظنون مثلاً أن الأطفال الذين يعانون من مرض القلب هم فئة واحدة وهذا غير صحيح فقد نجد طفلاً يعاني من مرض قلب ولادي، أو نتيجة لحمى روماتيزمية ومع ذلك يمكنه أن يعيش حياة طبيعية، بل ويؤدي أعمالاً صعبة، وقد تمتد حياته إلى سن الشيخوخة؛ بينما نجد طفلاً مُصابًا بمرض القلب، لا يمكنه أن يشترك في الألعاب الرياضية، وطفلاً ثالثًا يكون حبيس الفراش تمامًا ومع ذلك فهؤلاء الأطفال جميعًا يعانون من مرض القلب.

(٤) إن السن التي يتلقى فيها الطفل العلاج لها نتائج فيما بعد على قدر كبير من الأهمية فالطفل الذي يصاب بحول في عين واحدة أوفي كلتا عينيه ولا يبدأ والده في علاجه حتى سن الخامسة، أو السادسة، تكون فرصة علاجه قليلة، بينما لو بدأ الوالدان علاجه في سن الثانية والنصف، أو الثالثة لأمكنه استخدام عينيه بطريقة سليمة.

(٥) ينبغي على الوالدين أن يدركا أن طفلهما ذي الإعاقة يحتاج – لكي يشعر بالأمان النفسي – إلى تعاون والديه. وقد تغدو إعاقة الطفل وسيلة من وسائل تقوية العلاقة بين الأبوين، وجعلهما أكثر تفهمًا وانسجامًا، وذلك من أجل مواجهة إصابة طفلهما. ويتحقق ذلك لهما حينما تتوفر لديهما الحكمة " ومن يؤت الحكمة فقد أوتي خيرًا كثيرًا ".

(٦) بالرغم من نواحي القصور عند الطفل ذي الإعاقة ومهما يكن من مقدار ما حرم منه فإنه لا يزال يحتفظ بالكثير من القدرات، والفرصة سانحة أمام الآباء لأن يؤكدوا هذا المعنى بالاهتمام والتركيز على القدرات الباقية لدى الطفل، بدلاً من أن يركزوا على الأوامر والنواهي: " افعل هذا ولا تفعل ذاك".

(٧) يعلمنا الخالق سبحانه وتعالى، أن أفضل طريقة تساعد بها أنفسنا هي أن نساعد غيرنا. فإذا فكر الأبوان ونجحا في تقديم الخدمات للآخرين الذين يماثلونهما في وضعهما يحرزان نجاحًا كبيرًا في خلق جو من الراحة النفسية لهما ولكل الآخرين من الأهل و الأصدقاء وأبنائهم ذوي الإعاقات.

إن رعاية الوالدين لأبنائهما لا تقتصر فقط على الاهتمام بالطفل ذي الإعاقة ولكن أيضًا بأخوته العاديين وذلك لما يعانونه من مشاعر وضغوط يحتاجون من خلالها لمساندة ودعم الوالدين.

❁ مراحل إرشاد أسرة الطفل ذي الإعاقة

يمر إرشاد والدي الطفل ذي الإعاقة بمرحلتين:

المرحلة الأولى: وهي مرحلة الإبلاغ، وهي مرحلة صعبة في حالات كثيرة لأنها تحمل أخبارا سيئة مؤلمة بالنسبة للوالدين، ويجب أن يكون المرشد شجاعا ولبقا يستطيع مساعدة الوالدين على تحمل الصدمة والتغلب على أحزانهما وشكوكهما ومشاعر الذنب التي قد تسيطر عليهما، ويحرص المرشد في هذه المرحلة على تذكير الوالدين بالقضاء والقدر، وتنمية قدرتهما على الصبر والاحتساب حتى يجعلهما مهيأين لتحمل الصدمة، وتقبل الأمر باعتباره ابتلاء، أو امتحانا من الله. وسوف يساعد في ذلك الآتي:

أ – تقديم المعلومات الصحيحة للوالدين عن طفليهما.

ب – التدرج في إبلاغ الوالدين بحالة الطفل.

ج – توفير الجو المناسب لهما للتعبير عن مشاعرهما وانفعالهما والتعاطف معهما.

د – إرشادهما إلى كيفية العناية بالطفل وتدريبهما على رعايته.

هـ – الصبر عليهما وتحمل غضبهما حتى يتقبلا الموقف، فمن المتوقع ألا يقبلا الموقف دفعة واحدة (الأشول، ١٩٩٦).

فليس من الحكمة أن يصر المرشد النفسي على حتمية قبول الوالدين للإعاقة لدى ابنهما كحقيقة مسلم بها، دون مقاومة، أو اعتراض ذلك أن الآباء مستعدون لتقبل أبنائهم على الرغم مما يواجهونه من صعوبات نفسية، فلا ينبغي أن ننكر عليهم أن يكونوا حزينين؛ لأن تلك الاستجابات طبيعية ومبررة إنسانيا، غير أن تعديلها هو الذي يتطلب جهدا ومثابرة (قنديل، ١٩٩٦).

المرحلة الثانية: وفيها يركز المرشد على تقديم المشورة للوالدين ومساندتهما في رعاية الطفل، وتدريبهما على القيام بمسؤولياتهما نحوه، وتشجيعهما على الاستمرار في رعايته ودمجه في الأسرة ومع الأهل والجيران ومساعدتهما في علاج مشكلاته أولا بأول.

❁ المبادئ الأساسية لمشاركة الآباء في برامج ذوي الإعاقات

تعد مشاركة الآباء في برامج أطفالهم ذوي الإعاقات واجبًا اجتماعيًا وإنسانيًا، وذلك لإدراك الاختصاصيين أهمية دور البيئة، الأسرة، والوالدين باعتبارهما المعلم الأول للطفل؛ وبالتالي فإن إقامة علاقات شراكة بين الوالدين والاختصاصيين من الأهداف العامة في برامج التربية الخاصة الفاعلة، والتي في ضوئها قد تستثمر طاقات الآباء وتتغير اتجاهاتهم بما فيه مصلحة الطفل حيث لا تلبي الأسرة الحاجات الفسيولوجية للطفل فقط بل تتعداها إلى حاجاته النفسية.

بناء على ما سبق فإن مشاركة الآباء في برامج التربية الخاصة تعتمد على المبادئ الأساسية التالية:

(١) وجود اتجاهات ايجابية لدى الاختصاصيين نحو أولياء الأمور ودورهم في تنمية قدرات أطفالهم وتطويرها، إضافة إلى مساهمتهم في تحسين المناهج المدرسية وتغذيتها بما يقدمونه من مشاركة فعلية تشجع وتعزز أطفالهم وتوفر تشجيعًا ودعمًا للمدرسين في تخطيط المناشط المتعددة وتعديلها وتنفيذها ومن ثم في تطوير دور المدرسة ككل.

(٢) الاعتقاد بأن الآباء مهما انخفض مستواهم الثقافي فإن لديهم القدرة على المشاركة الايجابية سواء في تطوير البرامج التربوية الخاصة، أو في تنفيذها إذا أحسن تطوير المناشط وتنويعها.

(٣) الاقتناع بضرورة تلبية حاجات أوليات الأمور الملحة بتوفير وسائل وطرائق متعددة يمكن استخدامها لضمان مشاركتهم وتنشيط أدوارهم.. ومن ناحية أخرى فإن توافر مثل هذه الأدوار الفعالة يعمل على استبدال مشاعر الإحباط عندهم ويعزز شعورهم بأهميتهم الذاتية ويعدل كذلك من فهمهم لمشاعرهم الذاتية.. إضافة إلى ذلك تعميق مفهوم الذات واحترامها وكذلك الكرامة وزيادة مهاراتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم، وكذلك في حل المشكلات السلوكية المصاحبة للإصابة.

(٤) ومن بين الإجراءات التي تكفل تنشيط دور الوالدين ومشاركتها في رعاية الطفل ذي الإعاقة ما يلي:

(أ) توعية الوالدين صحيًا وثقافيًا وإعلاميًا بأهمية الكشف والتعرف المبكر على حالات الإعاقة لدى ابنائهم، وتنمية مهارات المشاركة في برنامج التدخل المبكر.

(ب) توفير برامج إرشادية أسرية لمساعدة الوالدين على تجاوز صدمة الإعاقة، وتبني اتجاهات والدية موجبة نحو طفلهما ذي الإعاقة، وتجنب الاتجاهات السلبية، كالإنكار والرفض والأسى وإسقاط اللوم، وتدني مستوى التوقعات عن الطفل.

(ج) تعريف الوالدين بطبيعة إعاقة الطفل، والمشكلات والاحتياجات المترتبة عليها.

(د) تدريب الوالدين على كيفية مساعدة الطفل والتواصل معه، وإشباع احتياجاته الخاصة ومساعدته على النمو المتكامل والمتوازن معتمدًا على نفسه ومعتزًا بها.

(ه) إكساب الوالدين المهارات اللازمة للمساهمة في تهيئة الطفل للالتحاق بالمدرسة والمشاركة في تعليمه ومحاولة تعديل سلوكه في إطار البيئة الأسرية.

(و) تعريف الوالدين بالخدمات المتاحة للطفل ذي الإعاقة في البيئة المحلية وكيفية الإفادة منها.

(ز) إدماج الوالدين في البرنامج التعليمي والتأهيلي ليكون دورهما مكملاً لدور المدرسة، أو المؤسسة ومتسقًا مع أهدافها (القريطي، ٢٠٠٥).

إن إشراك والدي الطفل ذي الإعاقة في البرامج التدريبية ليست عملية سهلة بل عملية يتوقف نجاحها على مدى رغبة الوالدين في المشاركة ومدى توافر عدة مهارات في معلم التربية الخاصة، وبصفة عامة، ذكر الحديدي ومسعود (١٩٩٧) أن هناك عدة عوامل تتحدد في ضوئها فعالية البرامج التدريبية منها ما يلي:

(١) الحضور: يعد حضور الآباء للجلسات التدريبية أمرًا ضروريًا لنجاح البرنامج من حيث إن هذا الحضور هو الذي يخلق العملية التفاعلية في الجلسة واستفادة كل عضو من الآخر.

(٢) المشاركة: والتي تشير إلى مدى مشاركة والدي الطفل في موضوع الجلسة / الندوة وأسئلتهم واستفساراتهم فيما يتعلق بطفلهم وإعاقته واقتراحاتهم ومدى تطوع بعض الآباء للمشاركة في المناشط التدريبية.

(٣) الاختبارات: وتتعلق بتلك الاختبارات التي تقيس مدى استفادة الآباء من الجلسة التدريبية.

(٤) التعيينات: إن فاعلية الجلسة التدريبية تتوقف على مهارة معلم التربية الخاصة في تحديد الأهداف المرجوة من كل جلسة، وان تكون تلك الأهداف مرتبطة بخصائص الآباء وأن يسهل القيام بها ولا تستغرق وقتًا طويلاً.

(٥) الاستبيانات: وهي التي يقوم الآباء بتعبئتها للتعرف على فاعلية الورشة التدريبية الحالية، وتقديم معلومات مفيدة لتنفيذ البرامج في المستقبل، وتتضمن تلك

الاستبانة معلومات تشير إلى اتجاهات الآباء نحو التدريب وتوصيات الآباء حول كيفية البرامج التدريبية.

(٦) المتابعة: وتهدف إلى تحقيق من مدى استخدام الآباء للمهارات التي تعلموها في الدورة التدريبية ومدى حاجتهم إلى مزيد من التدريب.

❁ طرائق الإرشاد الأسرى فى مجال الإعاقة

تتمثل طرق الإرشاد الأسري في:

أ – الإرشاد الأسري الجمعي:

هو إرشاد عدد من الأسر الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معًا في جماعات صغيرة، ويعد الإرشاد الجماعي عملية تربوية، إذ أنه يقوم أساسًا على موقف تربوي، ومن ثم لفت أنظار المرشدين والمربين (الجزازي،٢٠١١، ص٢٥٢).

ويشير زهران (١٩٨٠) إلى ما اوضحه بريكبيل Brechbill من ان الإرشاد الجماعي له فاعلية تتساوى مع فاعلية الإرشاد الفردي في تقليل مشاعر الانطواء والاغتراب الاجتماعي الذي يوفر الجهد والمال. اما بالنسبة لعملية الإعداد للإرشاد الجماعي، فإنها عملية مهمة متعددة الجوانب تتضمن إعداد المرشد، وإعداد أعضاء الجماعة، وإعداد المركز للإرشاد الجماعي. يرتكز هذا النوع من الإرشاد الأسري على التفاعل الاجتماعي للمجموعة الإرشادية من خلال العمل جماعة واحدة ومشاركة كل من أعضائها للآخرين مشاركة وجدانية والشعور بالمشكلة، ويقوم هذا الأسلوب على أساس تعديل السلوك غير المرغوب فيه اجتماعيًا وإبداله بالمفاهيم الصحيحة المرغوب فيها عن طريق إكساب مهارات وقدرات جديدة، وهو أسلوب يتناسب مع الكبار والصغار ويؤهلهم إلى التغلب على مشكلة الإعاقة ويراعى عند استخدامه أهميه ما يلي:

(أ) التشابه بين أفراد الجماعة في المشكلات التي منها لإيجاد المشاركة الوجدانية.

(ب) استغلال التفاعل الدينامى للجماعة في تحقيق الهدف المنشود من الإرشاد.

(ج) توافر المكان الذي يتيح للجماعة التفاعل أثناء العملية الإرشادية.

(د) تحديد عدد أعضاء الجماعة الإرشادية بحيث لا يقل العدد عن ثلاثة ولا يزيد عن خمسة اعضاء (منصور، ١٩٩٧، ص ١٧٤).

ب – الإرشاد الفردي:

يعتمد هذا النوع على عميل واحد يواجه المرشد في مقابلة إرشادية وجها لوجه يتعرف فيها المرشد على شخصية ذي الإعاقة ويتعرف على أسرته ومشكلاته، ويستخدم هذا النوع من العلاج في حالة الانحرافات السلوكية التي يغلب عليها الخصوصية (منصور، ١٩٩٧، ص ١٧٦).

ج – الإرشاد عن طريق الحياة داخل الأسرة:

لقد اعتمد المدخل التقليدي للإرشاد على قدوم الأفراد إلى مكتب الإرشاد، بينما يعتمد الإرشاد عن طريق الحياة داخل الأسرة على المعايشة الأسرية حيث إن الإرشاد داخل الأسرة يحدث في البيئات الأسرية المتنوعة كالمنزل والعمل وأماكن الترفيه، فليس من الضروري أن تشرح الأسرة المشكلات التي تحدث بداخلها، بل يعيش المرشد داخل الأسرة، إذ يمكن الحصول على معلومات كثيرة في خلال ساعتين فقط داخل السياق الطبيعي للأسرة عما يمكن الحصول عليه من معلومات خلال جلسات عديدة داخل مكتب الإرشاد(عجاج، ١٩٩٥، ص ١١٤).

وكذلك عقد الاتفاق وهي تقنية سلوكية فعالة تستخدم مع الأسر التي فيها توتر وفيها يعقد اتفاق بين الطرفين بحيث يلتزم كل من الطرفين بما اتفق عليه (الخالدي،٢٠٠٩، ص ص ٧١ – ٧٢).

❁ التواصل بالآباء في برامج الدمج

ينبغي إعلام الآباء بغرض تطبيق برامج الدمج وآثار هذه البرامج على تعليم أطفالهم. وقد يقلق آباء الطلبة ذوي الإعاقة أو أن يرفض طفلهم من قبل الطلبة العاديين أو المعلمين في

برامج التعليم العام. كما قد يشعرون بالندم ايضًا لفقدانهم الاهتمام الخاص والخدمات المقدمة في برنامج التربية الخاصة. وبالإضافة إلى ذلك ، قد يخشى الآباء من شعور طفلهم بالفشل عندما يتم دمجه في الصف العادي. وعلى كل حال ، غالبًا ما يميل آباء الطلبة العاديين في صفوف التعليم العام إلى الاعتقاد بأن الطلبة ذوي الإعاقة يحتاجون بقدر كبير إلى اهتمام المعلمين وقدر كبير من اهتمامات المعلمين كما يشعرون بأن التوجيهات التي يعطونها لأطفالهم سوف تقل بقدر هائل. ويمكن ايضًا ان يقلقوا بشأن التأثير السلبي للطلاب ذوي الإعاقات على سلوكيات أبنائهم.

ويمكن استبعاد كثير من تصورات الآباء إذا تم تزويدهم بالمعلومات الدقيقة المتعلقة بدمج الطلبة ذوي الصعوبات في برنامج التعليم العام. على سبيل المثال يمكن ان تصف طريقة تنظيم الأب أو المعلم برامج احتياجات الطلبة أو المتعلمين ذوي الإعاقات ويمكن إرسال كتيبات تشرح عملية الدمج للآباء كما يمكن ان تكون عملية تقبل الطلبة ذوي الإعاقات موضوع مطروح للنقاش في المؤتمرات التي تضم كل من الآباء والمعلمين،حيث يتلقى آباء الطلبة ذوي الإعاقة معلومات محددة عند مقابلتهم بفريق برامج البرنامج التربوي الفردي ويمكن أن يساعد فصل طلاب التعليم العام بتوصيل معلومات دقيقة حول الطلبة ذوي الإعاقات لآبائهم.

ويجب أن يتواصل المعلمون بطريقة منتظمة مع الآباء لضمان إبقائهم على معرفة دائمة بالوضع، وغالبًا ما يتواصل آباء الطلبة ذوي الإعاقة مع المدرسة فقط عندما يسيء أطفالهم التصرف فيتلقون معلومات ناقصة حول انجازاتهم ونجاحاتهم، بالإضافة إلى ذلك قد يعطي الطلبة ذوي الإعاقات تقاريرًا مشوشة عن أحداث الصف الدراسي إلى آبائهم ومثال ذلك يمكن أن يقولوا لآبائهم أن " كل " الطلبة بصفوف التعليم العام قد سخروا منهم، كما يحتاج آباء طلاب التعليم العام اتصالا مباشرا مع المعلم إذ قد يكون لديهم مفاهيمًا مغلوطة حول عملية دمج الطلبة ذوي الإعاقة بصفوف التعليم العام بسبب ما يقوله أطفالهم عن التصرفات السلبية التي يقوم بها الطلبة ذوي الإعاقات . و لذلك ينبغي إعلام آباء كل الطلبة بأهميتهم لبرامج أطفالهم وانه ينبغي تشجيعهم لزيارة الصف إذا كانت لديهم اية استفسارات (Heron &

(Harris, 2001. وطبقًا لما ذكره "روث" kroth (1981) ، ينبغي الاعتراف بأن الآباء هم معلمي أطفالهم الأساسيين مع اعتبار المتخصصين مستشارين للآباء.

انه حتى مع قيام المتخصصين بإمداد آباء الطلبة ذوي الإعاقة بالمعلومات و المهارات يمكن أن يؤدي هؤلاء الآباء دورًا في مساعدة هؤلاء المتخصصين و الآباء الآخرين. ومع تقديم المساعدة المناسبة يمكن أن يطور الآباء مهاراتهم في التعامل مع أطفالهم وكذا معاونة الأخصائيين في مساعدة الطلبة بالمدرسة والطلبة والآباء الآخرين في فهم و التعامل مع الطلبة ذوي الإعاقات (Binkard, 1985) .

ويوصى كل من إدجار وديفيدسن (1979) Edgar and Davidson ان يشمل التواصل مع الآباء المعلومات التي تتعلق بالأحداث والأنشطة الخاصة. ولذلك ينبغي تجنب المصطلحات المتخصصة مثل الدمج، التعليم السائد والبيئة الأقل تقييدًا، وينبغي أن يقوم المعلمون باستخدام الكلمات التي يفهمها العامة. وينبغي أن يحدث التواصل بطريقة منتظمة،حتى يظل الآباء على اتصال دائم بالبرنامج، ويظل الآباء على دراية بالأحداث الجارية، وتقبل ودعم الطلبة ذوي الإعاقة. ويعرض شكل (٦ – ٥) آراء ولي أمر أحد الطلبة ذوي الإعاقات حول القضايا التي يجب أن يضعها المعلمون في الاعتبار عند التعامل مع الآباء وعلى الرغم من أن العبارات الأصلية كانت موجهة في الأساس إلى معلمي التعليم الخاص، فهي تشتمل على معلومات حول الأفراد الذين يتعاملون مع آباء الطلبة ذوي الإعاقات .

❁ واجبات الآباء والأمهات نحو أطفالهم من ذوى الإعاقة

أورد عواد (٢٠٠٧) عددًا من الواجبات التي ينبغي على آباء الأطفال ذوي الإعاقة أخذها في الحسبان عند التعامل مع أطفالهم، هي:

(١) توفير فرص التعاون والتواصل المستمر بين البيت والمدرسة لمتابعة مستوى الطفل ورعايته داخل الصف الدراسي وخارجه.

(٢) ضرورة إطلاع أولياء الأمور على بعض الأدبيات والكتابات النظرية عن إعاقة أطفالهم والتي من خلالها يمكن فهم ماهية الإعاقة، والخصال التي تميز هؤلاء الأطفال عن نظرائهم العاديين.

(٣) ضرورة إطلاع أولياء الأمور على الاختبارات التشخيصية التي تقدم لذوي الإعاقة، وكيفية الاستفادة من نتائجها في متابعة أولادهم في المنزل والمدرسة.

(٤) إشراك أولياء الأمور في الندوات والجلسات العلمية التي تناقش فيها مشكلات الأطفال ذوي الإعاقة.

(٥) أن يكون الوالدان جزءً من برنامج التدخل العلاجي الذي يقدم للطفل صاحب الإعاقة. وأن يشتركا في إعداد البرنامج، ومعرفة المهام التي تسند إليهم لرعاية الطفل في المنزل.

(٦) يجب على أولياء الأمور إعطاء الطفل الحرية للتعبير عن رأيه في الأمور التي تخصه، ويتولى إدارتها الوالدين، وأن يبدأ ذلك بتمهل، مع وجود العديد من البدائل الاختيارية لرأي الطفل، والتي يكون على اقتناع تام بها، فعندما نقول له : هل تفضل أن ترتدي اليوم القميص الأحمر أم الأبيض؟ يكون ذلك أفضل من أن نقول له : عليك بارتداء هذا القميص. فإن ذلك يخلق نوعا من الغضب والاضطراب لدى الطفل.

(٧) أن تهتم الأسرة بإدارة شئون المنزل وتوفير النظام في حياة الطفل، وتعويده عليه، كالنظام في ترتيب مكانه، و في تنظيم أوقاته، وأن كل شيء في الغرفة يجب أن يوضع في مكانه الصحيح.

(٨) يجب على الوالدين تعلم الأسلوب و الطريقة التي يستخدمونها في الحديث مع الطفل، وخير الكلام ما قل ودل، وأن تكون هناك حدود واضحة عند إعطائه التعليمات، فالعبارة : "ضع كتبك الآن في حقيبتك فقد حان وقت الطعام"، أفضل من عبارة "لقد حان وقت الطعام – لماذا لم ترفع كتبك وأدواتك من المكان؟" – كما أن التعليمات التي تقدم للطفل خطوة خطوة أفضل من التعليمات التي تقدم له دفعة واحدة. فتعليمات؛ مثل : "اذهب واغسل يديك ورجليك ، متبوعة بـ "وعليك بتنظيف أسنانك بالفرشاة"

وتليها "وادخل إلى غرفتك وارتداء ملابس النوم لتنام" – أرى أن التسلسل في عرض هذه التعليمات يكون أفضل من القول : "قم واغسل يديك ورجليك، ونظف أسنانك بالفرشاة، وأدخل حجرتك وارتدى ملابس النوم، ونام"، فمثل هذه التعليمات تؤدي إلى ارتباك واضطراب وغضب لدى الطفل.

(٩) يجب على افراد الأسرة المحافظة على أوقات النشاط اليومية الاعتيادية دون إخلال كبير بها، فمن الضروري المحافظة على أوقات وجبات الطعام، وأوقات الراحة ، ومواعيد النوم بالقدر المستطاع.

(١٠) يجب على الوالدين تبصرة الطفل بأنماط السلوك المقبول وغير المقبول اجتماعيًا ببساطة وهدوء والحزم في بعض الأحيان ، وأن يتم ذلك كله بصورة متكررة.

(١١) على الآباء والأمهات تجنب اللجوء إلى التفكير كثيرا فيما سوف يكون عليه مستقبل الطفل، إن بإمكانهم التخطيط بشكل واقعي لهذا اليوم، وللغد، وللأسبوع المقبل، إلا أنه من غير الواقعي أن يستحوذ على المرء التفكير في المستقبل البعيد للطفل. فهناك العديد من المستجدات والمتغيرات التي سوف تطرأ على حياة الطفل، وترسم له المستقبل، ومن غير المعقول أن يفكر الآباء في كيف سيتمكن ابنهم البالغ من العمر سبع سنوات في الالتحاق بالجامعة نظرا لانخفاض مستوى تحصيله الدراسي في المدرسة. وأعتقد أن مثل هذه الأمور يجب أن تناقش في وقتها وحينها.

(١٢) إذا كان الطفل لا يحب اللعب الجماعي ويفضل أن يكون بمفرده معظم الوقت، فعلى الوالدين أن يشتريا له بعض الألعاب التي تجذب انتباه الأطفال الآخرين، وتدعهم يسارعون باللعب مع معه. ويجب تشجيع الطفل على حب اللعب والعمل الجمعي وإثابته على ذلك.

(١٣) ان يهتم الآباء والأمهات بتقديم الإثابة وكلمات الشكر والثناء للأطفال عقب كل تقدم أو نجاح يحرزونه سواء كان ذلك في المدرسة أو في المنزل. وأن ينتبه الآباء إلى ضرورة الإيفاء بما يلتزمان به أمام الطفل. فإذا قال الأب للابن إذا نجحت في الامتحان

سوف أشتري لك دراجة، ثم يبذل الطفل كل جهده وينجح في الامتحان، وهنا لا يفي الأب من بوعده، فإن ذلك يكون رد فعله سيء بالنسبة للطفل، وشعوره بعدم الأمان، وعدم احترام وتقدير الآخرين له، وبالتالي يفقد ثقته في المحيطين به.

(١٤) على الآباء أن يعمدا على زيادة ثقة الطالب بنفسه، والتقليل من مشاعر اليأس والقلق لديه، وعدم الخوف من الامتحانات، وأن من أخطأ هذه المرة يمكنه مراجعة نفسه وتصحيح أوضاعه ويحرز درجات عالية في المرة القادمة. بالإضافة إلى التشجيع المستمر لزيادة دافعية الطفل للإنجاز، وتنمية الميل نحو الدراسة والعلم والعلماء.

(١٥) عندما يستطع الآباء والأمهات مواجهة مشكلاتهم بصدق. فسيكون بإمكانهم التحدث إلى طفلهم بصورة صادقة حول مشكلاته. إنه بإمكانهم التأكيد على أن طفلهم يتمتع بالذكاء ولكن لديه بعض المشكلات والصعوبات التعليمية، ومن السهل التغلب عليها وعلاجها باتباع الإجراءات العلاجية الملائمة.

(١٦) إن الآباء والأمهات بحاجة إلى الاحتفاظ باتجاهاتهم ومشاعرهم ايجابية لكي يستطيعوا توفير الدعم اللازم للطفل، ونأمل أن تكون أسر وأصدقاء هؤلاء الأطفال يحيطونهم بالرعاية، ويقدمون لهم الدعم الذي يحتاجون إليه. إنهم بحاجة إلى كل تقوية وسند انفعالي يتوفر لهم.

(١٧) على الآباء أن يهتما بتقليل حدة المثيرات التي من الممكن أن كشفت انتباه الطفل في المنزل، حتى يمكن للطفل تركيز انتباهه في الشيء الذي يود فعله، أو الذي يقوم بالأداء فيه. فمن غير المعقول أن يذاكر الطفل دروسه ويؤدي واجباته في غرفة مليئة بالصور، أو يستمع إلى أصوات عديدة ومرتفعة تأتي من أماكن مختلفة من المنزل ويبدو كل شيء فيها غير مرتب.

(١٨) على الوالدين مراعاة حاجات الطفل ومتطلباته الأساسية، وأن يعملا قدر الإمكان على تلبيتها، بما لا يخل بمبادئ التربية السليمة. فالطفل الذي يحب اللعب مع زملائه، أو يرغب في مشاهدة برامج الأطفال في التلفزيون، أو قراءة بعض القصص المسلية –

اعطه الفرصة ليحقق رغباته، مع مراعاة تنظيم الوقت فيما بين اللعب والمشاهدة واستذكار الدروس.

(١٩) إن الأسرة التي تقدر قيمة العلم وتدرك أهميته، وأهمية القراءة للوصول إليه والتقدم فيه، يجب أن توفر لطفلها الخبرات والتجارب الناجحة التي تقوم على الجهد البناء والايجابي، بعيداً عن : عبارات التهديد والوعيد، والخوف من العقاب. وتتجنب العبارات السلبية التي تقلل من دافعيته للتعلم، وتبعده عن القراءة والمطالعة.

(٢٠) يجب على الوالدين متابعة أداء الطفل لواجباته المدرسية، والسؤال باستمرار عن مستواه التحصيلي في المدرسة، وعن مدى تقدمه في البرنامج المدرسي إذا كان خاضعا للتدريب والعلاج. وأن يشعر الطفل بأن الآخرين يهتمون به، وان هدفهم هو مصلحته اولا واخيرا، من أجل الوصول إلى أفضل مستوى يمكن أن يصل إليه.

المراجع

بار، عبد المنان ملا معمور، وامير خان، محمد حمزة (١٩٩١). الممارسات الواقعية والمثالية لعملية التوجيه والإرشاد كما يدركها طلاب المرحلة الثانوية في بعض مدن المملكة العربية السعودية، مركز البحوث التربوية والنفسية، جامعة أم القرى. مكة المكرمة.

باظة، أمال عبد السميع (٢٠٠١). الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

بامدهف، رفيقة إبراهيم(٢٠٠٥). تقويم برنامج الإرشاد التربوي من وجهة نظر الطلبة الملتحقين به. مجلة الدراسات والبحوث التربوية. اليمن، (٢٠)، ٣٦- ٨٩.

البيلاوي، إيهاب (٢٠٠٤). توعية المجتمع بالإعاقة (ط٦). الرياض: مكتبة دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب (٢٠١٠). الإعاقات البدنية والصحية. الرياض: مكتبة دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب (٢٠١١). الإدارة والإشراف والتنظيم في التربية الخاصة. الرياض: مكتبة دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب (٢٠١٣). الخدمات المساندة لذوي الإعاقات والموهوبين. الرياض: مكتبة دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب، السيد أحمد (٢٠١١). قضايا معاصرة في التربية الخاصة (ط٢). الرياض: مكتبة دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب، خضير، محمد (٢٠١٠). المعاقون بصريًا (ط٢). الرياض: مكتبة دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب، و أشرف، عبد الحميد، (٢٠٠٤). التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي. الرياض: دار الزهراء.

البيلاوي، إيهاب، و أشرف، عبد الحميد، (٢٠٠٥ إبريل). مهام ومعوقات الأخصائيين النفسيين بمعاهد وبرامج التربية الخاصة من وجهة نظرهم ، منشور في مركز الخدمة للاستشارات البحثية، "شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية"، كلية الآداب - جامعة المنوفية، ١٧.

بدارى، على والشناوي، محمد محروس (١٩٨٦) : المجال النفسي للضبط وعلاقته بالسلوك التوكيدي وأساليب مواجهة المشكلات ، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط ، العدد (٢) ، ص ص ٤٧٤ – ٤٩٩.

البريثن، عبدالعزيز(٢٠٠٨). **الإرشاد الأسري**. عمّان: دار الشروق

بطرس، بطرس (٢٠١٠).**إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم**. عمّان: دار المسيرة.

البنا، إسعاد عبد العظيم (١٩٩٠). دور الأدعية والأذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسي الديني، **المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر**، القاهرة. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٢- ١٢/٢٤.

ببي، سيرل (١٩٩٩). **التربية الجنسية** (ترجمة محمد رمضان، وبخيت اسكندر). القاهرة: دار المعارف.

بيرج، اندريه (١٩٨٢). **التربية الجنسية عند الطفل** (ترجمة موريس شربل). بيروت: منشورات عويدات.

بينجهام، والتر، ومور، بروس (١٩٩٩). **سيكولوجية المقابلة** (ترجمة فاروق عبد القادر وآخرون). القاهرة: دار قباء.

تركي، مصطفي ، والدلالي مني (١٩٩٩). الصعوبات التي تواجه الخدمة النفسية في معاهد وبرامج دولة الكويت، مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، قسم علم النفس، جامعة الكويت.

توفيق، سميحة كرم وسليمان، عبد الرحمن (١٩٩٥). علاقة مصدر الضبط بالقدرة على اتخاذ القرار – دراسة عبر ثقافية، **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر ، السنة الرابعة، العدد (٨) ، ص ص٥٩ – ٩١.

جروان، فتحي (٢٠٠٨).الموهبة والتميز والإبداع (ط٣). عمّان: دار الفكر.

الجزازي، جلال(٢٠١٠). **إرشاد ذوي الحاجات الخاصة**. عمّان: دار الحامد.

جلال، سعد (١٩٩٢). **التوجيه النفسي والتربوي والمهني مع مقدمة عن التربية للاستثمار** (ط٢). القاهرة: دار الفكر العربي.

الجلبي، قتيبة، و اليحيي، فهد (١٤١٦). **العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي**. الرياض: الشركة الإعلامية.

جمل الليل، محمد جعفر (٢٠٠٢). **المساعدة الإرشادية النفسية**. مكة: الدار السعودية.

جميل، سمية طه (١٩٩٨). **الإعاقة الفكرية "استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية** . القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

الجنابي، صاحب (٢٠٠٨). المسؤولية الاجتماعية و علاقتها بفاعلية المرشد التربوي. عمّان: دار الضياء.

الحديدي، مني ، و الصمادي، جميل، و الخطيب، جمال (١٩٩٤). الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال ذوي الإعاقات، دراسات (العلوم الإنسانية)، المجلد ٢١(١)، العدد ١ ص ص ٧- ٣٤.

الحراحشة، سالم حمود (١٩٩٢). فعالية خدمات التوجيه والإرشاد من وجهة نظر المديرين والمرشدين في المدارس الثانوية في محافظة إربد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك .

حسين، طه (٢٠٠٤).الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا، . عمّان: دار الفكر.

الحفني، عبد المنعم (١٩٩٩أ). موسوعة الطب النفسي. الجزء الأول (ط٢). القاهرة: مكتبة مدبولي.

الحفني، عبد المنعم (١٩٩٩ب). موسوعة الطب النفسي. الجزء الثاني (ط٢). القاهرة: مكتبة مدبولي.

حمزة، احمد وخطاب، محمد (٢٠١٠). التربية الجنسية للأطفال والمراهقين. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

حمزة، جمال مختار(١٩٩٢). أساليب المعاملة الوالدية مع الأبناء ذوي الإعاقة الفكرية، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (١٨)، ص ص ٥١- ٨٢.

حمزة، مختار (١٩٧٩). سيكولوجية ذوي العاهات والمرضي (ط٤). جدة: دار المجمع العلمي.

حمود، محمد (٢٠٠٠). اتجاهات عالمية في الإرشاد المدرسي والمهني في المرحلة الثانوية: نموذج أمريكا – بريطانيا – ألمانيا – سويسرا، اجتماع خبراء التوجيه المدرسي والمهني في المرحلة الثانوية في ضوء التجارب العربية والعالمية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم المنامة: البحرين، ص ١– ٧٥.

خاطر، إبراهيم محمود (٢٠٠٦). فعالية برنامج للإرشاد النفسي الديني في خفض تأثير ضغوط أحداث الحياة لدى عينة من الشباب الجامعي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق. مصر.

الخالدي، خضر ذيب (٢٠٠٨). بروتوكول مقترح لمهنة الإرشاد التربوي. http://khmubarakedu.maktoobblog.com/

الخالدي، عطاالله (٢٠٠٩).الإرشاد الأسري والزواجي. عمّان: دار صفا.

خضر، عبد الباسط (١٩٨٣). دراسة العلاقة بين المستوي الثقافي للأسرة والمستوي اللغوي للأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

خضر، عبد الباسط (٢٠٠٠). فعالية الإرشاد النفسي الديني والتدريب على المهارات الاجتماعية والدمج بينهما في خفض حدة الغضب لعينة من المراهقين، مجلة كلية التربية – جامعة عين شمس،٣ (٢٤)، ٢١٨– ٢٤٣.

الخطيب، صالح (٢٠٠٧). الإرشاد النفسي في المدرسة أسسه ونظرياته و تطبيقاته. العين: دار الكتاب الجامعي.

الخطيب، جمال (٢٠٠١). أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.

الخطيب، جمال (٢٠٠٤). التدخل المبكر. عمّان: دار الفكر.

الخطيب، جمال والحسن، محمد (٢٠٠٠). حاجات آباء الأطفال ذوي الإعاقات وامهاتهم في الأردن، دراسات (العلوم التربوية)، المجلد ٢٧، العدد١، ص ص ١– ١٥.

الخطيب، جمال، الحديدي، منى، السرطاوي، عبد العزيز (١٩٩٣). إرشاد أسر الأطفال ذوى الحاجات الخاصة، عمان، دار حنين.

الخطيب، جمال، والبسطامي، غانم ، وراشد، آمنه، وعبد الكريم، منى (١٩٩٦). الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين وأسرهم، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية "الرعاية الأسرية للطفل المعاق"ع(٣١)، المنامة، المكتب التنفيذي لمجلس وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدول الخليج العربية، ص ص : ٦٣ – ١١٣.

الخطيب، جمال، والحديدي، منى (١٩٩٧). المدخل إلى التربية الخاصة. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع.

الخطيب، رجاء (٢٠٠٢). التدين وعلاقته بالاكتئاب لدى طلبة وطالبات جامعة الازهر والجامعات الاخرى. مجلة علم النفس، (٦٤) ٤٩– ٧٩.

الخطيب، رجاء عبد الرحمن (١٩٩٠). الضبط الداخلي – الخارجي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى جناح الأحداث، مجلة علم النفس، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، السنة الرابعة ، العدد (١٥) ، يوليو ، ص ص٨٢ – ٩٣.

خليل، عمر بن الخطاب (١٩٩٢). التشخيص الفارق بين الإعاقة الفكرية واضطراب الانتباه، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، ك١، ج٣. القاهرة: دار النهضة العربية ص ص ٥١٣– ٥٢٨.

الخولي، سناء (١٩٨٣). الزواج والعلاقات الأسرية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

دبور، عبد اللطيف، والصافي، عبد الحكيم (٢٠٠٧). الإرشاد المدرسي : بين النظرية والتطبيق. عمّان: دار الفكر

دسوقي، راوية (١٩٨٦). التوافق الزواجي، رسالة دكتوراه، (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

دليل المرشد الطلابي في مدارس التعليم العام (١٤٢٢). (ط٢). الرياض: وزارة التربية والتعليم.

الدليم، فهد عبد الله (٢٠٠٠). الممارسات الإرشادية السائدة في عمل المرشدين الطلابيين وعلاقتها بمتغيرات التخصص والخبرة والمرحلة التعليمية، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإنسانية (٢)، المجلد (١٣)، الرياض، ص ص ٤٣٩- ٤٧٨ .

الدهام، عبد الرحمن (١٩٩٩). مدي فاعلية مديري المدارس في مجال التوجيه والإرشاد الطلابي (دراسة ميدانية في مدينة حائل)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود .

دويدار، عبد الفتاح (١٩٩٨). قياس فاعلية إستراتيجية للإرشاد النفسي في مواجهة الوجدانات والانفعالات والمشاعر السلبية للنو إعاقة فكرية، المؤتمر السنوي الثالث لذوي الحاجات الخاصة، جامعة المنوفية.

راجح، أحمد عزت (١٩٧٧). أصول علم النفس، القاهرة. دار المعارف.

رياح، نهلة(٢٠٠٩). ماذا عن المرشد أو المرشدة الجدد؟. http://swmsa.net/forum/showthread.php?t=12229

ربيع، هادي (٢٠٠٨). الإرشاد التربوي والنفسي من المنظور الحديث. عمّان: مكتبة المجتمع العربي.

ربيع، جمال (٢٠٠٥). الإرشاد التربوي و النفسي. عمّان: دار الفكر.

ربيع، هادى (٢٠٠٣). الإرشاد التربوي: مبادئه وأدواره الأساسية. عمّان : الدار الدولية.

رزق، سامية (١٩٩٤). الإعلام المسموع والصحة الإنجابية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الرشيدي، بشير ، والسهل، راشد (٢٠٠٠). مقدمة في الإرشاد النفسي، الكويت: مكتبة الفلاح.

الرشيدي، بشير والخليفي، إبراهيم (١٩٩٧). سيكولوجية الأسرة والوالدية، الكويت: ذات السلاسل.

الرضاوي، كمال (٢٠٠٩). التربية الجنسية تتطلب الصدق مع الأبناء .www.jensaneya org/? mod=articles&ID=642

رضوان، صافية (١٩٩٨).المشكلات التي تواجه المرشدين التربويين في مدارس الضفة الغربية الحكومية في عهد السلطة الوطنية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

الرفاعي، نديم (١٩٩١). التوجيه المهني المدرسي (ط٤). دمشق: مطبعة جامعة دمشق.

الرماني، زيد (٢٠١٠). الجوانب الاقتصادية للزواج الصحي http://www.alukah.net /Web/rommany/10269/19222

رينولدز، لايت آن (بـ.ت). الإساءة الجنسية لذوي الإعاقة الفكرية (ترجمة محمد السعيد أبو حلاوة) http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action= show _ res&_id= 68&topic_id=1871

زايد، محمد (٢٠٠٨). مبادئ و اسس الإرشاد. عمّان: دار الميسرة.

الزيادي، احمد، والخطيب، هشام(٢٠٠١). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمّان: دار الثقافة.

زحلوق، مها (١٩٩٧). برامج الإسراع والإثراء للتلاميذ المتفوقين عقليًا. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٢ – ١٢/٤.

الزريقات، ابراهيم (٢٠٠٩). التدخل المبكر: النماذج والاجراءات. عمّان: دار الميسرة.

الزغاليل، أحمد و الشرعة، حسين (١٩٩٨). الأدوار والوظائف الإرشادية للمرشد التربوي في المعهد أو البرنامج الأردنية والاختلاف في ممارستها تبعاً لمتغيرات الجنس والعمل والمؤهل والخبرة والتخصص، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر ١٤ (٧)، ١٦٥- ١٩٠ .

زهران ، حامد (١٩٨٧). الإرشاد التربوي في الوطن العربي. مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، جزء (٩). القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد(١٩٩٨). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط٣). القاهرة، عالم الكتب.

زهران، حامد (٢٠٠٢). التوجيه والإرشاد النفسي(ط٣). القاهرة: عالم الكتب.

الزهراني، مسفر سعيد (١٤٢١هـ). التوجيه والإرشاد النفسي من القران الكريم والسنة النبوية. الرياض: المكتبة المكية.

الزهراني، مسفر سعيد (٢٠٠٦). دور التوجيه والإرشاد في غرس وتنمية الثقافة الأمنية لدى طلاب المرحلة الثانوية في المملكة العربية السعودية جدة: مكتبة خوارزم.

الزهيري، إبراهيم عباس(ب.ت). رؤية مستقبلية لإعداد معلم ذوي الاحتياجات الخاصة. http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&_id=68&topic_id=1770

ساسي، نور الدين (٢٠٠٠). التوجيه المدرسي والمهني في المرحلة الثانوية في ضوء التجارب العربية العالمية، لقاء خبراء التوجيه المدرسي والمهني، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، المنامة، البحرين .

سجواني، فاطمة (٢٠٠٨) الإرشاد المدرسي. الملتقى الثامن للجمعية الخليجية للإعاقة، الإمارات، ١٨- ٢٠مارس.http://www.gulfkids.com/ pdf/Gulf_Eight_7.pdf

السرطاوي، عبد العزيز (١٩٩١). ردود أفعال الوالدين نحو الإعاقة الجسدية (دراسة استطلاعية)، مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية (١)، الرياض، المجلد الثالث، ص ص٣٠٥ – ٣٣٥.

السرطاوي، عبد العزيز وسيسالم، كمال (١٩٩٠). تشجيع أولياء أمور ذوي الإعاقات على المشاركة في برامج التربية الخاصة ، مجلة جامعة الملك سعود العلوم التربوية (١) ، الرياض ، المجلد الثاني ، ص ص١٩٧ – ٢١٥.

السرطاوي، عبد العزيز، و سيسالم، كمال (١٩٩٠). تشجيع أولياء أمور المعوقين علي المشاركة في برامج التربية الخاصة ، مجلة جامعة الملك سعود ، العلوم التربوية (١) ، الرياض ، المجلد الثاني ، ص ص١٩٧ – ٢١٥.

سعيد دبيس وآخرون (٢٠٠٤). دليل معلم التدريبات السلوكية (الأخصائي النفسية). الرياض: وزارة التربية والتعليم بالسعودية.

سعيد، عبد العزيز، وجودت، عطيوي(٢٠٠٩). التوجيه المدرسي. عمّان: دار الثقافة.

سعيد، مرام (٢٠١٠). زواج المعاقين عقلياً في المجتمع الفلسطيني –www.pcc jer.org/new/df6cdf9fd51e 2c365bfd165b1.pdf

السفاسفة، محمد إبراهيم (٢٠٠٣). أساسيات في الإرشاد النفسي و التربوي. عمّان: دار الحنين للنشر و التوزيع.

السلامة، ناصر(٢٠٠٣). أداء المرشد التربوي في المدارس الحكومية الثانوية، في مدارس مديريات جنين من وجهة نظر كل من الإداريين والمعلمين، رسالة ماجستير، جامعة النجاح نابلس، فلسطين. http://scholar.najah.edu/sites/scholar.najah.edu/files/ all– thesis/94.pdf

سليجمان ودارلنج (٢٠٠١). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، ترجمة إيمان كاشف، القاهرة، دار قباء.

سليمان، سناء محمد (١٩٨٨). الانضباط لدى تلاميذ المدرسة الإعدادية وعلاقته بالمستوى الاجتماعي الثقافي ووجهة الضبط والاتجاهات المدرسية، مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد (٦) ، أبريل ، ص ص٦٠ – ٧٢.

سليمان، عبد الرحمن، والدريستي، شيخة (١٩٩٦). الحاجات الإرشادية للأطفال المعاقين، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي "الإرشاد النفسي في عالم متغير"، مج (٢)، جامعة عين شمس.

سليمان، عبد الرحمن، وعبد الله، هشام (١٩٩٨). إعداد المرشد النفسي وتحديات القرن الحادي والعشرين: الواقع وتطلعات المستقبل، المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس١– ٣ ديسمبر، ص ص ٤٨٣ – ٥١٩.

السميح، عبد المحسن محمد (٢٠٠٤). مهام المرشد الطلابي بين الأهمية والممارسة دراسة ميدانية على مديري ومرشدي معاهد وبرامج التعليم العام، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، ١٦ (١)، ٧٦- ١١٤.

السهل، راشد (١٩٩٩). تقويم أهداف الإرشاد النفسي المدرسي بالمرحلة الثانوية " نظام المقررات " من خلال الأداء الفعلي للمرشدين بدولة الكويت، المجلة التربوية، العدد (٥١)، كلية التربية، جامعة الكويت، ص ص ١٩- ٤٩ .

السيد، عبدالرحيم محمد (٢٠٠١). دراسة لبعض مشكلات النشاط الجنسي لدى المعاقين عقليا كما يدركها القائمون على رعايتهم. مجلة كلية التربية، بنها جامعة الزقازيق، مجلد ١٢، العدد ٤٨.

السيد، صالح حزين (١٩٩٥). سيكوديناميات العلاقات الأسرية: النظرية – الأنموذج – التكنيك. القاهرة: المؤلف.

السيد، مريم (٢٠٠٩). التربية المهنية مبادئها واستراتيجيات التدريس. عمّان: دار وائل.

السيد، معين (٢٠١١). الأمراض الوراثية والإرشاد الوراثي. النسخة الإلكترونية من صحيفة الرياض الخميس ١٥ سبتمبر – العدد ١٥٧٨٨. http://www.alriyadh.com/2011/09/15/article667359.html

السيد، نادية رجب (١٩٩٨). التفكك الأسرى والطفل المعوق وأهمية الدور الإيجابي للإرشاد الأسرى، مجلة معوقات الطفولة، (٧)، ١٨٥- ٣١٠.

شبير، وليد شلاش (١٩٨٩). مشكلات الشباب والمنهج الإسلامي في علاجها. بيروت: مؤسسة الرسالة.

الشخص، عبد العزيز والسرطاوي، زيدان (١٩٩٨). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات وأساليب مواجهتها (دراسة ميدانية)، مركز البحوث التربوية، جامعة الملك سعود. الرياض. العدد١٤٣.

شربل، موريس(١٩٩٥). التربية الجنسية. بيروت: دار المناهل للطباعة.

الشرقاوى، موسي علي (١٩٨٨). نظريات تفسير الطبيعة الإنسانية. دراسة تحليلية نقدية في ضوء مفهوم هذه الطبيعة في القرآن، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

الشناوى، محمد محروس (١٤١٣). التصوير الإسلامي لنماذج السلوك البشرى(دراسة نفسية إسلامية)، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، العدد ٨.

الشناوى، محمد محروس (١٩٩٣). الإرشاد النفسي من منظور إسلامي، أبحاث ندوة علم النفس ١٩٨٩، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، .

الشناوى، محمد محروس (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.

الشناوى، محمد محروس (١٩٩٦). العملية الإرشادية. القاهرة: دار غريب.

الشناوي، عبد المنعم الشناوي (١٩٩٨). دراسات في علم النفس التربوي. القاهرة: دار النهضة.

الشناوي، محمد محروس (١٩٩٠). تحليل مهني لعمل المرشد الطلابي، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي في التعليم، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ١٧- ٦٦.

الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧). الإعاقة العقلية: الأسباب -التشخيص- البرامج. القاهرة: دار غريب .

الشناوي، محمد محروس، والتويجري، محمد (١٩٩٦). الإرشاد وتحديات العصر، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، بعنوان "الإرشاد النفسي والمجال التربوي" جامعة عين شمس ، ٢- ١٢/٤.

صادق، فاروق(١٩٩٥). اسس برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة معوقات الطفولة، ٢ (١) ٩- ٤٩.

صادق، فاروق (١٩٨٢). سيكولوجية الإعاقة العقلية، عمادة شؤون المكتبات. الرياض: جامعة الملك سعود.

صادق، فاروق (١٩٨٥). دليل مقياس السلوك التكيفي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صادق، فاروق محمد (١٩٩٦). دور الأخصائي النفسي المدرسي نحو ذوي الحاجات الخاصة، الدورة التأسيسية الأولى للأخصائي النفسي المدرسي، مركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة القاهرة، في الفترة من ٣١أغسطس - ٥ سبتمبر.

صالح أبو عباة، عبد المجيد نيازي(٢٠٠١). الإرشاد النفسي والاجتماعي. الرياض: العبيكان.

صالح، مهدي (١٩٩١).العوامل المشجعة وغير المشجعة لاتخاذ الإرشاد التربوي مهنة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.

صبحى، سيد (١٩٨٠). الإرشاد الديني وعلاقته بالمسئولية الاجتماعية لدى المراهق في المدرسة المتوسطة، مجلة رسالة التربية، كلية التربية، المدينة المنورة، ٧، ص ص ٢١٥– ٢٣٠.

صبحي، سيد(١٩٨٨). الإرشاد النفسي. القاهرة: دار زهراء الشرق.

الصبوة، محمد نجيب (١٩٩٨). تصور علمي لأدوار الأخصائي النفسي المدرسي، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة. (٤٦)، ٦٠ – ٧٢

صقر، عبد العزيز (٢٠٠٣). مشكلات الشباب الحالية والمستقبلية كما يراها طلاب جامعة طنطا، مستقبل التربية العربية، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث بالإسكندرية، (٢٩)، ٣٥ – ٥٦.

صلاح، صلاح الدين حسن (٢٠٠٠). اتجاهات معلمي ومعلمات المدارس الحكومية في محافظة شمال فلسطين نحو تدريس التربية الجنسية في المدارس الحكومية. رسالة ماجستير غير المنشورة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

الطريري، عبد الرحمن، و الصانع، محمد (١٩٩٠). دراسة تقويمية لبرامج التوجيه والإرشاد الطلابي في مدينة الرياض، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي في التعليم، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ٣٣٠- ٣٥٩.

الطويوقي، سالم عبد الله (١٩٩٠). مؤهلات ومقومات المرشد، الكتاب السنوي الثاني للتوجيه والإرشاد الطلابي في التعليم، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ١٤٢- ١٧٨ .

العاجز، فؤاد (٢٠٠١).الإرشاد التربوي في المدارس الأساسية العليا والثانوية بمحافظات غزة واقع المشكلات وحلول، مجلة الجامعة الإسلامية. (٩) ٢، ٣١٨– ٣٧٣.

عبد التواب، عبد الإله (١٩٨٨). التربية الجنسية في التعليم الثانوي بين التنظير والتطبيق: دراسة ميدانية. مجلة كلية التربية، قسم أصول التربية، جامعة اسيوط.

عبد الحميد، جابر و كفافي، علاء الدين (١٩٩٢). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية.

عبد الرحمن السيد سليمان، البلاوي، إيهاب، أشرف عبد الحميد (٢٠١٠). التقييم والتشخيص في التربية الخاصة (ط٢). الرياض، مكتبة دار الزهراء.

عبد الرحيم، طلعت حسن (١٩٨٥). وجهة التحكم وتقبل الآخرين لدى طلاب الجامعة المحرومين وغير المحرومين من آبائهم ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، العدد (٧) ، الجزء (١) ، ص ص١٢٤ – ١٧٢.

عبد الرحيم، فتحي (١٩٨٣). قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين (النظرية والتطبيق)، الكويت: دار القلم.

عبد الرحيم، فتحي (٢٠٠٣). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، الكويت: دار القلم.

عبد الرحيم، فتحي السيد، بشاي، حليم السعيد (١٩٨٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة (ط٢) الجزء الأول. الكويت: دار القلم .

عبد الرحيم، نرجس (بت). ابناءنا والتحرش: الأسباب والوقاية .http://www.benaalajyal. com/site/index.php?mod=article&id=2388

عبد السلام، فاروق (١٤٠٨). في التوجيه والإرشاد الطلابي. مكة المكرمة: الطالب الجامعي.

عبد السلام، فاروق، طاهر، ميسرة، مهني، يحي (١٩٩٧). مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي. مكة المكرمة: الدار السعودية.

عبد السلام، محمد ، ومليكة، لويس كامل (١٩٨٦). مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة كراسة التعليمات ومعايير ونماذج التصحيح. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

عبد العال ، حسن إبراهيم (٢٠٠٥). أصول التربية الجنسية. طنطا : دار الصحابة للتراث.

عبد الكريم سليمان (١٩٩٧). لمحة عن التوجيه الإرشادي الطلابي في معاهد وبرامج التعليم العام بالمملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ص ١١٦٣ – ١١٦٩.

عبد الله، عادل (٢٠١٠). قضايا معاصرة في التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة دار الرشاد.

عبد المعطي، حسن (١٩٩٣). دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط الوالدية التي يواجهها آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا ع ١٩.

عبد المعطي، حسن مصطفي (١٩٩٢). ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية ، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق ، العدد (١٩) ، الجزء (١) ، ص ص٢٦١ – ٣٢٥.

عبد المعطي، حسن مصطفي ودسوقي، رواية حسين (١٩٩٣). التوافق الزواجي وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب، مجلة علم النفس، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، السنة الرابعة ، العدد (٢٨)، ص ص٦– ٣٢.

عبد المنعم، زينب (٢٠٠٥). الحقوق الجنسية للمعاقين عقليا ،جريدة إيلاف الالكترونية www.elph.com

عبدالعزيز، سعيد (٢٠٠٨). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار الثقافة.

عبدالمنعم، عبدالله (٢٠٠٣).التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي والتربوي(ط٢). غزة: مطابع منصور.

العتيبي، فهد (ب.ت). الإرشاد الجنسي www.altibbi.com/definition/%D8% 5%D8% B1%D8%B4%D8%A7%D8%AF_%D8%AC%D9%86%D8%B3%D9 %8A%

عربيات، أحمد عبد الحليم، والخرابشة، عمر محمد (٢٠٠٧). الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة المتفوقون وإستراتيجية التعامل معها. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، دمشق، ٥ (٢)، ٣٧- ٥٧.

العريني، سليمان محسن(١٤٣٠). دور الإرشاد التربوي في مجال الإعاقة. جريدة الجزيرة، العدد ١٣٤٥٨، الاثنين،١٢شعبان.

العزة، سعيد (٢٠٠٦). دليل المرشد التربوي في المدرسة. عمّان: دار الثقافة.

العزة، سعيد (٢٠٠١). الإرشاد النفسي أساليبه وفنياته. عمّان: الدار العلمية الدولية.

العزة، سعيد، و عبد الهادي، جودة (٢٠٠١). تعديل السلوك الإنساني. عمّان: الدار العلمية الدولية.

عزيز سمارة، عصام نمر(١٩٩٢). محاضرات في التوجيه والإرشاد. عمّان: دار الفكر.

عطية محمود هنا (١٩٥٩). التوجيه التربوي والمهني. القاهرة: دار النهضة المصرية.

عقل، محمود عطا (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي والتربوي: المداخل النظرية – الواقع- الممارسة (ط٢). الرياض: دار الخريجي.

عقل، محمود عطا (٢٠٠١). تفعيل دور التوجيه والإرشاد في المعهد أو البرنامج، اللقاء الأول لمسؤولي التوجيه والإرشاد في دول الخليج، الكويت .

عقل، محمود عطا و حجازي، مصطفي و الدليم، فهد (٢٠٠٥). واقع التوجيه الإرشاد التربوي والنفسي في مراحل التعليم العام، الرياض : مكتب التربية العربي لدول الخليج.

علام، صلاح الدين (٢٠٠٠). القياس والتقويم التربوي والنفسي: أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة. القاهرة: دار الفكر العربي.

عمار، محمد علي (٢٠٠٠). اثر برنامج إرشادي نفسي ديني في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدي عينة من الطلاب المرحلة الثانوية العامة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، مصر.

عمر، عمر (٢٠٠٠). فلسفة التربية في القرآن الكريم. دمشق: الدار المكتبي.

عمر، ماهر محمود (١٩٨٣). ملامح علم نفس إسلامي. القاهرة: دار النهضة العربية.

عمر، ماهر محمود (١٩٩٨). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي (ط٢). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عمر، ماهر محمود (١٩٩٩). المرشد النفسي المدرسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

العنزي، خالد الحميدي (٢٠٠٤). دور المرشد الطلابي كما يدركه مديرو المدارس المتوسطة والثانوية في الإدارة العامة للتعليم بمنطقة الحدود الشمالية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود .

عواد، احمد (٢٠٠٧). دور الأسرة في دعم ورعاية أبنائها من ذوي صعوبات التعلم. http://www.manar-se.net/play-12299.html

عودة، بلال (٢٠١٠). التربية الجنسية لذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار المسيرة.

عوض، احمد (٢٠٠٣). اتجاهات مديري المدارس الحكومية بمحافظات غزة نحو الإرشاد التربوي وعلاقتها بالمرشد التربوي، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين. .http://library.iugaza.edu.ps/thesis/54120.pdf

العيوطي، إيمان حسني (٢٠٠٤). فعالية برنامجين للإرشاد النفسي الديني والإرشاد السلوكي في خفض حدة الغضب لدى المراهقات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق. مصر.

الغامدي، عثمان (١٤٣١) . أهمية تضمين مناهج التربية الفكرية معارف التربية الجنسية ومهارتها من وجهة نظر العاملين في معاهد وبرامج التربية الفكرية. رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض : جامعة الملك سعود .

الغانم، عبد الله (١٩٩٠) : الاتجاهات العامة إزاء الأطفال المعوقين وتغيرها في العالم العربي ، مؤتمر نحو اتجاهات أفضل تجاه الأطفال المعاقين ، القاهرة ، ص ص٣- ١٤ .

فايد، حسين (١٩٩٨). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، مجلة دراسات نفسية، العدد (٢)، المجلد (٨)، ص ص ١٥٥- ١٩٢.

فايد، حسين (٢٠٠٥). العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته. القاهرة: مؤسسة طيبة.

الفحص ما قبل الزواج (٢٠١٠). المجلس الاعلى للصحة http://www.sch.gov.qa/sch/Ar/content.jsp?menuId=16

فرج، صفوت (١٩٩١). مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتهما بالانبساط والعصابية ، دراسات نفسية ، ك (١) ، ج (١) ، ص ص ٧ – ٢٦.

فرج، محمود إبراهيم (١٩٩٨). أثر الإرشاد النفسي الديني في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

فهمي، مصطفى (١٩٨٧). الإرشاد النفسي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

القاضي، احمد (٢٠٠٤). دليل الآباء والمدرسين، التربية الجنسية للمعاقين عقليا الأطفال – المراهقين . عنيزة : معهد التربية الفكرية.

القاضي، يوسف، وفطيم، لطفي، وعقل، محمود (١٩٨١). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي. الرياض: دار المريخ.

القذافي، رمضان (١٩٩٧). التوجيه والإرشاد النفسي. بيروت : دار الجيل .

القريطي، عبد المطلب (١٩٩٩). الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربية، البحرين، : ٤١ – ٧٠.

القريطي، عبد المطلب (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوي الإعاقات والموهوبين وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربي.

القريوتي، يوسف و جرار، جلال (١٩٨٧). دليل الصورة المعربة من مقياس بيركس لتقدير السلوك، مكتب التربية العربي لدول الخليج وجمعية رعاية الطفل والأمومة بالبحرين.

القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (٢٠٠١). المدخل إلى التربية الخاصة. دبي: دار القلم.

قطب، محمد (١٩٨٣). الحب والجنس من منظور إسلامي. القاهرة: مطبعة المدينة.

قنديل، شاكر (١٩٩٦). الاستجابات الانفعالية السلبية لأداء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية مسئولية المرشد النفسي " دراسة تحليلية "، بحوث المؤتمر الدولي الثالث "الإرشاد النفسي في عالم متغير"، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ص ٦٢٥ – ٦٤٢.

قنطار، فايز(١٩٩٢): الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم، عالم المعرفة، العدد١٦٦، الكويت.

القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة(١٤٢٢).الرياض: وزارة التربية والتعليم.

القيسي، ماهر فاضل(١٩٩٥). محاضرات في الإرشاد التربوي. كلية التربية: عدن.

كرم، إبراهيم محمد(٢٠١٠). هل توجد في مدارسنا مكاتب للإرشاد التربوي ؟. http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=2&i

الكرنز، فؤاد (٢٠٠١). مستوي ممارسة المرشدين التربويين في فلسطين لأدوارهم الإرشادية وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس .

كروكشانك، ف. ج. (١٩٧١). تربية الموهوب والمتخلف (ترجمة يوسف ميخائيل أسعد). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

كفافي، علاء الدين (١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، القاهرة : دار الفكر العربي.

كفافي، علاء الدين (١٩٨٢). مقياس وجهة الضبط ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

كمال، جليلة (٢٠٠٤). **التربية الجنسية. متى وكيف؟ ورطة الأسئلة الحساسة كيف نواجهها؟**. http://www.jensaneya.org/?mod=articles&ID=125 .

الكناني، ممدوح عبد المنعم (١٩٩٠). علاقة مركز التحكم الداخلي الخارجي في التدعيم ببعض المتغيرات الدافعية ، **الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر** ، في الفترة من ٢٢ – ٢٤ يناير ، ص ص٦١٧ – ٦٤٢.

الكناني، ممدوح، و جابر، عيسي (١٩٩٥). **التقويم والقياس**. الكويت: مكتبة الفلاح.

كوافحه، تيسير؛ وعبدالعزيز، عمر (٢٠٠٥). **مقدمة في التربية الخاصة**. عمّان: دار المسيرة.

الكيلاني، عبد الله زيد، والروسان، فاروق (٢٠٠٦). **التقويم في التربية الخاصة**. عمّان : دار المسيرة.

لويس ر. ب. ، ودورلاج، ب. هـ.(٢٠١١). **تعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العامة** (الجزء الأول) ترجمة: إبراهيم المعيقل، والببلاوي، إيهاب. الرياض: إدارة الترجمة جامعة الملك سعود.

لويس ر. ب. ، ودورلاج، ب. هـ.(٢٠١١). **تعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العامة** (الجزء الثاني) ترجمة: إبراهيم المعيقل، والببلاوي، إيهاب . الرياض: إدارة الترجمة جامعة الملك سعود.

ليهي، روبرت (٢٠٠٦). **دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية** (ترجمة جمعة يوسف ومحمد الصبوة). القاهرة: ايتراك.

ماري،روز ومورنج، ديبي (٢٠٠٠). **الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، ترجمة. علاء الدين كفافي، دار قباء للطباعة والنشر.

ماسترز، وليم، وسيتيرز، رالف (١٩٩٨). **المراهقة والبلوغ** (ترجمة خليل رزوق). بيروت: دار المناهل.

مجلة التوثيق التربوي (١٤٠٢). التوجيه والإرشاد في المملكة العربية السعودية، مركز المعلومات الإحصائية والتوثيق التربوي، العددين ٢٢- ٢٣، الرياض .

مجلة العلوم الاجتماعية (٢٠٠٩). **اسس التوجيه المهني** http://www.swmsa.net /articles.php?action=show&id=679

مجمع اللغة العربية (١٩٩٢). **المعجم الوجيز**، طبعة وزارة التربية والتعليم بمصر.

محمد، محمد عودة، ومرسي، كمال إبراهيم (١٩٩٧). **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام** (ط٤). الكويت: دار القلم.

محمد، يوسف عبد الفتاح (١٩٩٣). مركز التحكم وعلاقته بتقدير الشخصية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة، **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر، السنة الثانية، العدد (٣)، ص ص٢٣٩ – ٢٦٩.

محمود، حمدي شاكر (١٩٩٨). **التوجيه والإرشاد الطلابي للمرشدين والمعلمين**. حائل: دار الأندلس.

مخيمر، صلاح (١٩٧٩). **المدخل إلى الصحة النفسية**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

مراد، صلاح وسليمان، امين (٢٠٠٢). **الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية " خطوات إعدادها وخصائصها "**، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

مرسي، كمال (١٩٩٥). **الإرشاد والعلاج النفسي من منظور إسلامي**. الكويت: دار القلم.

مرسي، كمال (١٩٩٩أ). التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة. **المجلة التربوية**، ١٣ (٥٠)، ١٢٣– ١٥٧.

مرسي، سيد عبد الحميد (١٩٨٧). **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني** (ط٢). القاهرة: مكتبة وهبة.

مرسي، كمال (١٩٩١). **العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس**، الكويت: دار القلم.

مرسي، كمال (١٩٩٣أ). **اختبار رسم الرجل لجودانف "دليل التطبيق وتقدير الدرجات والمعايير الكويتية "**. الكويت: إدارة الخدمة النفسية بوزارة التربية.

مرسي، كمال (١٩٩٣ب). **متاهات بورتيوس "التقنين الثاني"**. الكويت: إدارة الخدمة النفسية بوزارة التربية.

مرسي، كمال (١٩٩٩ب). **مرجع في علم الإعاقة العقلية** (ط٢). القاهرة: دار النشر للجامعات.

المشهداني، أحمد عبد، و المشهداني، سكرين إبراهيم(٢٠٠٥). خصائص المرشد الأكاديمي النموذج كما يدركها طلبة الدراسات العليا: دراسة ميدانية. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**. البحرين: (٦)٤، ٦٧– ٩٨.

مصطفى، محمد امين، والخياط، عبدالواحد (٢٠٠٤). إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة من المعاقين. الملتقى الخليجي للإعاقة بعنوان واقع وطموح المنعقد في مملكة البحرين ٢٧ - ٢٩ / ٤.

مصلح، معتصم عزيز (١٩٩٨). معرفة الفروق في توقعات المعلمين والطلاب لدور المرشد في محافظتي سلفيت ونابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس .

المعايطة، عبدالعزيز، والجغيمان، محمد(٢٠٠٩). التوجيه المدرسي (ط٢). عمّان: دار الثقافة.

معمور بار، عبد المنان و أمير خان، محمد (١٩٩١). الممارسات الواقعية والمثالية لعملية التوجيه والإرشاد كما يدركها طلاب المرحلة الثانوية في بعض مدن المملكة العربية السعودية، سلسلة البحوث التربوية والنفسية جامعة ام القرى، مكة المكرمة، (٤٢)، ٥- ٩٥ .

المغيصيب، عبد العزيز عبد القادر (١٩٩٢). الإرشاد النفسي التربوي "أهميته ومدي الحاجة إليه في المعهد أو البرنامج الابتدائية في قطر، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، ٢ (١)، ص ص ٦٧- ١٢٩.

المفدي، عمر عبد الرحمن (١٩٨٩). الإرشاد النفسي المدرسي (مقارنة بين الواقع وضوابط ومعايير المهنة)، ندوة معايير وضوابط الخدمات النفسية بالمملكة العربية السعودية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، ص ص ٤٥- ٧٤.

ملحم، سامي(٢٠٠٧). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمّان: دار الميسرة

ملحم، سامي (٢٠٠٢). القياس والتشخيص في التربية وعلم النفس. عمّان: دار المسيرة.

مليكة، لويس، وإسماعيل، عماد الدين (١٩٥٦). مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مندل، ايوجين، و فيرنون، ماكاي (١٩٧٦). انهم ينمون في صمت (ترجمة عادلالأشول: القاهرة: الأنجلو المصرية.

المهدي، محمد عبد الفتاح (١٩٩٠). العلاج النفسي في ضوء الإسلام. المنصورة: دارالوفاء.

موسى، رشاد؛ ويوسف محمد(٢٠٠٣). العلاج الديني للأمراض النفسية. القاهرة: الفاروق الحديثة.

موسي، رشاد (٢٠٠٨). الجنس والصحة النفسية. القاهرة: عالم الكتب

النافع، احمد حمود (١٩٩٢) واقع التوجيه والإرشاد المهني لطلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

نجاتي، محمد عثمان (١٩٩٣). الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين. القاهرة: دار الشروق.

نجاتي، محمد عثمان (٢٠٠١). مدخل إلى علم النفس الإسلامي. القاهرة: دار الشروق.

نشواتي، عبدالمجيد و الحسن، شاهر(١٩٨٤). مشكلات الإرشاد الأكاديمي في جامعة اليرموك، تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

نور الدين، سمير (٢٠٠٣). موضوعات التربية الجنسية في كتب التربية الإسلامية بالمرحلة الإعدادية في مملكة البحرين: دراسة تحليلية، رسالة ماجستير غير المنشورة، جامعة البحرين.

نيترشايدت، اندريا (٢٠١٠). التربية الجنسية في المناهج الغربية من أجل فض الاشتباك بين الجنسين، مجلة المعرفة، العدد (١١٨) http://www.almarefh.org/news.php?action=show&id=2376

هارجروف، لندا، بوتيت، جيمس (١٩٨٨). التقييم في التربية الخاصة: التقويم التربوي (ترجمة عبد العزيز السرطاوي، وزيدان السرطاوي). الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

الهاشمي، عبد الحميد، (١٩٨٦). التوجيه والإرشاد النفسي: الصحة النفسية الوقائية. جدة: دار الشروق.

هدية، فؤادة علي (١٩٩٤). دراسة لمصدر الضبط (الداخلي / الخارجي) لدى المراهقين من الجنسين ، مجلة علم النفس ، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد (٣٢) ، أكتوبر ، ص ص ٨٢ – ٩٥.

ياركندى، هانم حامد(٢٠٠٣). الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي. الرياض: عالم الكتب.

يعقوب، رياض، و يحيى، خولة (١٩٩٥). الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان، دراسات (العلوم الإنسانية)، ٢(٥)، ٣٤- ٧٦.

Abramowitz, A.,& O'Leary, S. (1991). Behavior interventions for the classroom: Implications for students with ADHD. *School Psychology Review*, 20, 221– 235.

Aluede,O. & Imonikhe, J. (2002).Secondary school students and teachers perceptions of the role of the school counsellor, *Guidance& counselors*, 17 (2), 46.

Amatea, Ellen S. &. Clark, Mary Ann (2005).Changing Schools, Changing Counselors: A Qualitative Study of School Administrators' Conceptions of the School Counselor Role. *Professional School Counseling*; Oct, 9 (1), 16-27.

American Psychiatric Association (1987*). Diagnostical and statistical manual of mental disorders.* DSM – III – R. Washington; D.C.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*. DSM- IV- R. Washington: D.C.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, D.C.: Author.

Amy S. Milsom(2002). Students with disabilities: school counselor involvement and preparation, *Professional School Counseling*, 5 (5), 331-8.

Anderson, S., Taras, M., & Cannon, B. (1996) Teaching new skills to young children with autism. In C. Maurice, G. Green &S. Luce (Eds.), Behavioral intervention *for young children with autism: A* manna! *for parents and professionals* (pp. 181– 193) Austin, TX: PRO– ED.

Asher. S., & Taylor, A. (1981). Social outcomes of main– streaming: Sociometric assessment and beyond. *Exceptional Education Quarterly*, 1(4), 13– 30.

Baladerian, N. (1991). Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 9(4), 323– 335.

Baladerian, N. (1992). *Interviewing skills to use with abuse victims who have developmental disabilities*. Washington, D.C.: National Aging Resource Center on Elder Abuse.

Ballan, M. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities, *SIECUS Report*, 29 (3), 14– 19

Baucom,D. & Epstein, N. (1990). *Cognitive– behavioral marital therapy.* NY. Brunner / Mazel

Bellini, S. & Akullian, J. (2007). A meta– analysis of video modeling and video self– modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 73(3), 264– 287.

Bellini, S., Peters, J., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A meta– analysis of school– based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial & Special Education*, 28(3), 153– 162.

Bender, W, & Mathes, M. (1995). Students with ADHD in the inclusive classroom: A hierarchical approach to strategy selection. *Intervention in School and Clinic*, 30, 226– 234.

Binkard, B. (1985). A successful handicap awareness program—run by special parents. *Teaching Exceptional Children*, 18(1), 12– 16.

Binkard, B. (1985). A successful handicap awareness program—run by special parents. *Teaching Exceptional Children, 18(1),* 12-16.

Blankenship, C, & Lilly, M. S. (1981). *Mainstreaming students with learning and behavior problems.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Brady, M., & McEvoy, M., (1989). Social skills training as an integration strategy In R. Gaylord– Ross (Ed.), *Integration strategies for students with handicaps* (pp. 213– 231). Baltimore: Brookes.

Bryan, T. (1997). Assessing the personal and social status of students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 12, 63– 76.

Carooll, B (1993). Perceived roles and perception experiences of elementary counselors. Elementary school, *Guidance and counseling*, (27), 216-226.

Cartledge, G., Frew, T., & Zaharias, J. (1985). Social skill needs of mainstreamed students: Peer and teacher perceptions. *Learning Disability Quarterly, 8,* 132– 140.

Catheline-Antipoff , N. & Poinso F. (1994). Gifted children and dysharmonious development. *Archive Pediatr*, 1(11),1034-1039.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007, February). Prevalence of autism spectrum disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2002. Surveillance Summaries, 56(SS– 1), 12– 28.

Chander, W.. (2002). Secondary principals of the counselor role. *Dissertation Abstracts International*, 63, (3), 823.

Cochrane, P. , & Marini, B. (1977). Mainstreaming exceptional children: The counselor's role. *School Counselor*, (25), 17-21.

Coleman, L., & Cross, T (2001). Being *gifted in school: An introduction to development,* guidance, *and teaching.* Waco, TX: Prufrock Press.

Cook, B. (2001). A comparison of teachers' attitudes toward their included students with mild and severe disabilities. *Journal of Special Education*, 34, 203– 213.

Corey,G. (1996). *Theory and Practice of Counseling and psychotherapy an International Themsen* Washington: Publishing Company

Cuenin, L. H., & Harris, K. R. (1986). Planning, implementing, and evaluating timeout interventions with exceptional students. *Teaching Exceptional Children, 18,* 272– 276.

Cullinan, D. (2002). *Students* with emotional and behavioral disorders: An *introduction for teachers and other helping professionals.* Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Cumine, V., Dunlop,J, & Stevenson,G (2001). *Autism in the early years a practical guide*. London: David fulton publishers.

Dattilio, F., Epstein, N., & Baucom, D. (1998). An introduction to cognitive– behaviroal therapy with couples and families. In: Dattilio, F.M. (Ed.) *Case studies in couple and family therapy* (PP. 1– 36). N.Y.: The Guilford Press.

Davies, S., & White, R. (2000). Self– management and peer– monitoring within a group contingency to decrease uncontrolled verbalizations of children with attention– deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 135– 147.

Davison, G. , & Neale, J. (1994). *Abnormal psychology* (6th ed.). New York: Wiley.

DeMyer, M. (1979). *Parents and children in autism*. Washington, D.C.: V.H. Winston.

DeMyer, M. (1979). *Parents and children in autism*. Washington, D.C.: V.H. Winston.

Dewey, M. & Everard, M. (1974). The near normal autistic adolescent. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4(4), 348– 356.

Doyle, W. (1986). Classroom organization and management. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (3rd ed. pp. 392– 431). New York: Macmillan.

Drabman, R. & Patterson, J, (1981). Disruptive behavior an; the social standing of exceptional children. *Exceptional Educator Quarterly,* 1(4), 45– 56.

Dumont– Mathieu, T. & Fein, D. (2005). Screening for autism in young children: The modified checklist for Autism in toddler (M– CHAT) and other measures. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 253– 262.

Eaves, L. & Ho, H. (1996). Stability and change in cognitive and behavioral characteristics of autism through childhood. *Journal of Autism and Developmental Disability*, 26(5), 557– 569.

Eaves, L. & HO, H. (1996). Stability and change in cognitive and behavioral characteristics of autism through childhood. *Journal of Autism and Developmental Disability*, 26(5), 557 – 569.

Edgar, E., & Davidson, C (1979). Parent perceptions of main-streaming. *Education Unlimited,* K4), 32-33.

Elissa M. Howard – Barr, Barbara A, Rienzo. R, Morgan Pigg dr, Delores James (2005). Teacher Beliefs, Professional Preparation and Practices Regarding Exceptional Students and Sexuality Education. The Journal of school Health. vol. 75, No. 3, University of North Florida, College of Health.

Emmer, E. T. (1981). *Effective management in junior high math classes* (Report No. 6111). Austin: University of Texas, Research and Development Center for Teacher Education,

Englert, C. (1984), Measuring teacher effectiveness from the teachers point of view. *Focus on Exceptional Children, 17*(2), 1– 14.

English, K. (1995). *Educational audiology across the lifespan: Seizing all learners with* hearing *impairment* Baltimore: Brookes.

Epstein, N., & Baucom, D. (1998). Cognitive –behaviroal couple therapy. In: Dattilio, F.M. (Ed.) *Case studies in couple and family therapy.* (PP. 37– 61). N.Y.: The Guilford Press

Fenske, E., Krantz, P., & McClannahan, L. (2001). Incidental teaching: A not– so– discrete– trial teaching procedure. In C. Maurice, G. Green

and R. M. Foxx (Eds.), *Making a difference: Behavioral intervention for autism (pp.* 75– 82), Austin, TX: Pro– Ed.

Fiedler, C., & Simpson. R. (1987). Modifying the attitudes of non handicapped students toward handicapped peers, *Exceptional Children, 53,* 342– 349.

Foote, N. (2004). Challenges in testing autistic patients. *American Journal of Endocrine Technology,* 44,103– 107.

Forness, S., Kavale, K., & Crenshaw. T. (1999). Stimulant medication revisited: Effective treatment of children with ADHD, *Reclaiming Children and youth.* 7, 230– 233, 235.

Foyle, H., & Lyman, L. (1990). *Cooperative learning: What you need to know.* Washington, DC: National Education Association,

Garrett, M., & Crump, W. (1980). Peer acceptance, teacher preference, and self– appraisal of social status of learning disabled students. *Learning Disability Quarterly,* 3(3), 42– 48.

Garrett, M., & Crump, W. (1980). Peer acceptance, teacher preference, and self– appraisal of social status of learning disabled students. *Learning Disability Quarterly,* 3(3), 42– 48.

Ginsberg, B. & Vogelson, E. (1977). Premarital relationship improvement by maximizing empathy and self– disclosure: The PRIMES program. In: Gurney, B.G. *Relationship enhancement: Skill– training programs for therapy,* problem prevention and enrichment.(PP. 268– 288). SF: Jossey, Bass Publishers.

Glazzard, P. (1980). *Adaptations for mainstreaming. Teaching Exceptional Children, 13,* 26– 29.

Glazzard, P. (1982). *Learning activities and* teaching *ideas for the special child in the regular classroom.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Gottlieb, J., & Leyser, Y. (1981). Facilitating the social mainstreaming of retarded children. Exceptional *Education Quarterly,* 1(4), 57– 70.

Graham, S., & Johnson, L. (1989). Teaching reading to learning disabled students: A review of research– supported procedures. *Focus on Exceptional Children,* 2.1(6), 1– 12.

Graham, S., Harris, K. R., & Reid. R. (1998). Developing self– regulated learners. In R.J. Whelan (Ed.), *Emotional and behavioral disorders: A 25 year focus* (pp. 205– 228). Denver: Love.

Gresham, E. (1984). Social skills and self– efficacy for exceptional children. *Exceptional Children*, 51, 253– 261.

Guetzloe, E. (1999). Inclusion: The broken promise. *Preventing School Failure*, 43, 92– 98.

Halford, W. (1998). The ongoing evolution of behavioral couples therapy, retrospect and prospect. *Clinical Psychology Review*, 18(6) 633– 613.

Hallahan, D., & Kauffman, J. (1988). *Exceptional children* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hamilton, R, & Gingiss, L (1993). *The relation ship of teacher attitudes to convers implementation and student response*, (ERIC, EJ 467922).

Handlers, A., & Austin, K. (1980). Improving attitudes of high school students toward their handicapped peers. *Exceptional Children*, 47, 228– 229.

Haracopos, D. & Pedersen, L. (1992). Sexuality and autism: Danish report. United Kingdom: Society for the Autistically Handicapped. Retrieved January 20, 2012 from www.Autismuk.com/index9sub.htm.

Harley, R, & Lawrence, G. (1984). *Visual impairment in the schools*. Springfield, 1L: Thomas.

Hasselbring, T., & Glaser. C. (2000). Use of computer technology to help students with special needs. *The Future of Children*, JO, 102– 122.

Hastings, R., & Johnson, E. (2001) Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural interventions for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (3), 327-336.

Heflin, L.,& Bullock, L. (1999). Inclusion of students with emotional/behavioral disorders: A survey of teachers in general and special education. *Preventing School Failure*, 43, 103– 111,

Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high– functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 260– 269.

Henry,W. (1988). A study of student and teacher perceptions of the role and function of secondary school counselor. *Dissertation Abstracts International*, 50, 628.

Heron, T. E., & Harris, K. C. (2001). The educational consultant: Helping professionals, parents, and students in inclusive classrooms (4th ed.). Austin, TX: PRO-ED.

Heron, T., & Harris, K. (2001). *The educational consultant: Helping professionals, parents, and students in inclusive classrooms* (4th ed.). Austin, TX: PRO– ED.

Hodgdon, L. (1998). *Visual strategies for improving communication. Volume 1.* Troy, MI: QuirkRobens Publishing.

Hoffman et al. (1993) perceptions of the role of middle school counselors, paper presented at the annual meeting of the southeastern psychological Association, 39th, Atlanta), 24-27.

Hollinger, J. (1987). Social skills for behaviorally disordered children as preparation for mainstreaming: Theory, practice, and new directions. *Remedial and Special Education,* 8(4), 17– 27.

Howard– Barr E., Rienzo B., Pigg R. & James D. (2005).Teacher beliefs, professional preparation, and practices regarding exceptional students and sexuality education. *The Journal of school Health,* 75(3),99– 104

Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEA), P.L. 108– 446, 20 U.S.C. 1400– 87.

Isaacson, S. (1987). Effective instruction in written language. *Focus on Exceptional Children,* 19(6), 1– 12.

Johnson, D., & Johnson, R. (1980). Integrating handicapped students into the mainstream. *Exceptional Children,* 47, 90– 98.

Jones, E., & Miller, W. (1974). The effective use of negative attention for reducing group disruption in special elementary school classrooms. Psychologies I Record, 24, 435– 448.

Jones, F., & Eimers, R. (1975). Role playing to train elementary teachers to use a classroom management skill package. *Journal of Applied* Behavior Analysis, S, 421– 433.

Karande, S. (2006). Autism: A review for family physicians. Indian Journal of Medical Science, 60(5), 205– 215.

Karnes,M., & Teska, J. (1980). Toward successful parent involvement in programs for handicapped children. In J. J. Gallagher (Ed.), *New directions for exceptional children: Parents and families of handicapped children.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Kennedy. D. (1995). Plain talk about creating a gifted– friendly classroom. *Roeper Review, 17,* 232– 234.

King ,G. King,S. & Rosenbaum,P. (1999). Family-centred caregiving and Well-being of parents of children with disabilities: Linking process with out- come. *Journal of pediatric psychology*, 24, 41- 53.

Knoblauch, B., & Sorenson, B. (1998). *IDEAs definition of disabilities. Reston; VA: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.* (ERIC Digest E560)

Koegel, R. , Schreiber, L., Good, A., Cerniglia, L., Murphy, C., & Koegel, L. (1988.) *How to teach Pivotal Behaviors to Children with Autism: A training Manual* (Retrieved December 30, 2007 from http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/00 00019b/80/23/2c/a0.pdf)

Koegel, R., & Frea, W. (1993). Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 369– 377.

Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*, 18(2), 125– 135.

Kollins, S., Barkley, R., & DuPaul, G. (2001). Use and management of medications for children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Focus on Exceptional Children*, 33(3), 1– 24.

Kolstoe, O. (1976). *Teaching* educable mentally *retarded* children (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Kontstantareas, M. & Lunsky, Y. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests in individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(4), 397– 413.

Kottler, J., & Brown, R. (1992). *Introduction to therapeutic counseling.* California: Brooks/ Cole Publishing Company

Kraemer,B. & Blachar,J.(2001).Transition for young adults with severe Mental Retardation: School preparation, parent expectations, and family involvement. *Mental Retardation*, 39, 423-435.

Kroth, R. (1981). Involvement with parents of behaviorally disordered adolescents. In G. Brown, R. L. McDowell, & J- Smith (Eds.), Educating adolescents *with* behavior disorders (pp. 123-139). Columbus, OH: Merrill/Prentice Hall.

Kuo,B.Y. (1990). The idea and actual role of the elementary school counselor as perceived by elementary school principals, counselors and teachers in central Taiwan, the Republic of China. *Dissertation Abstracts International*, 51 (3), 744-745.

Leekam, S., Libby, S., Wing, L., Gould, J. & Gillberg, C. (2000). Comparison of ICD– 10 and Gillberg's criteria for Asperger syndrome. *Autism*, 4, 11– 28.

Leffert, J.,& Siperstein, G. (2003). *A focus on social skills instruction for students with learning disabilities*. Current Practice Alerts, Alert Issue 9. Retrieved from http://www.teachingld.org/ld_ resources/ alerts/

Lerner, J., & Lowemhal, B. (1993). Attention deficit disorders: New responsibilities for special educators. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, (I), 1– 8.

Lopata, C., Thomeer, M.L., Volker, M.A., & Nida, R.E. (2006). Effectiveness of a cognitive– behavioral treatment on the social behaviors of children with Asperger's Disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(4), 237– 244.

Luckner, J., Bowen, S., & Carter, K. (2001). Visual leaching strategies for students who are deaf or hard of hearing. *Teaching Exceptional Children*. 33(3), 38– 44.

Lyden, M. (2007). Assessment of sexual consent capacity. *Sexuality and Disability*, 25, 3– 20.

Maag, J., & Webber, J. (1995). Promoting children's social development in general education classrooms. *Preventing School Failure*, 39(3), 13– 19.

MacDuff, G., Krantz, R, & McClannahan, L. (2001). Prompts and prompt fading strategies for people with autism. In C. Maurice, G. Green, & R. Foxx (Eds,), Making a *difference: Behavioral intervention for autism* (pp. 37– 50). Austin, TX: PRO– ED.

Macintosh, K. & Dissanayake, C. (2006). Social skills and problem behaviors in school aged children with high– functioning autism and Asperger's Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 1065– 1076.

Maes, W. (1978). Counseling for exceptional children. *Counseling and Human Development*, (10), 8-12.

Mandell, D., Walrath, C., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto– Martin, J. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community– based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1359– 1372.

Mandell, D., Walrath, C., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. (2005). Thc prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1359-1372.

Maron, S., & Martinez, D. (1980). Environmental alternatives for the visually handicapped. In J. W. Schifani, R. M. Anderson. & S. J. Odle (Eds.), *Implementing learning in the least* restrictive environment (pp. 149– 198). Baltimore: University Park Press.

Marsman, J., & Herold, E. (1986). *Attitudes toward sex education and values in sex education.* (ERIC, EJ 342227).

Mastropieri, M., & Scruggs, T. (2004). *The* inclusive classroom: Strategies for *effective education* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Matson, J., Smiroldo, B. & Bamburg, J. (1998). The relationship of psychopathology to social skills in persons with severe and profound mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 23, 137– 145.

McCabe, M. (2004). Teachers: Spec. ed. students should meet own standards. *Education Week*, 33(17), 20– 21.

McClannahan, L. E.,& Krantz, PJ. (1999). *Activity schedules for children with autism: Teaching independent behavior.* Bethesda, MD: Woodbine House.

McCoach, D., & Siegle. D. (2003). Factors that differentiate underachieving gifted students from high– achieving gifted students. *Gifted Child Quarterly*, 47 (2), 144– 154.

McIntosh, R., Vaughn, S., &Zaragoza, N. (1991). A review of social interventions for students with learning disabilities. *Journal Learning Disabilities*, 24, 451– 458.

Meisgeier, C. (1981). A social/behavioral program for the adolescent student with serious learning problems. *Focus on Exceptional Children*, J3(9), 1– 13.

Mercer, C. ,& Mercer, A. (1993). *Teaching students with learning* problems (4th ed.). New York: Merrill/Macmillan.

Mercer, C., & Pullen, P (2005). *Students with learning disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Migliore, E. T. (2003). Eliminating bullying in your classroom. Intervention in School and Clinic, 38(3), 172– 176.

Miller, G.M. (1988).counselor functions in excellent schools: elementary through secondary. *The School counselor*,(36), 88-93.

Miller, M. (2003). Students' views of least restrictive environment: A pilot study. *Learning Disabilities*, 12, 85– 88.

Milsom, A. & Hartley, M. (2005). Assisting students with learning disabilities transitioning to college: What school counselors should know. *Professional School Counseling*, 8, 436– 441.

Milsom, A. (2007). Interventions to assist students with disabilities through school transitions. *Professional School Counseling*, 10, 273– 278.

Minuchin,S. (1994). *Families and Family Therapy*, Cambridge, Havard University Press.

Morse,C. & Russell,T. (1988). How elementary counselors see their role an empirical study. *Elementary School Guidance and counseling*, (23),55-61.

National Association of School Psychologists (2006). *Problem solving and Response to Interventions RTI: New roles for school psychologists* by Andrea Canter, Communique, 34, (5), insert 2006. Available from http://www.nasponline.org

Nelson, C. (1993). Students with behavioral disorders. In A. E. Blackhurst & W. H. Berdine (Eds.), *An introduction to special education* (3rded., pp. 528– 561). New York: HarperCollins.

Olenchak, E., & Reis, S. (2002). Gifted students with learning disabilities. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), The social and emotional development *of gifted* children: What do we know? (pp. 177– 191). Waco. TX: Prufrock Press.

Olson, J., & Platt, J. (1996). *Teaching children and adolescents with special needs* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Ousley, O. & Mesibov, G. (1991). Sexual attitudes and knowledge of high functioning adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 471– 481.

Ozonoff, S., & Miller, J. (1995). Teaching theory of mind: A new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 415– 433.

Pasanella, A., & Volkmor, C. (1981). *Teaching handicapped students in the mainstream* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill/Prentice Hall.

Patterson, G., Hops, H., & Weiss, R. (1975). Interpersonal skills training for couples in early stages of conflict. *J. of Marriage and the Family*, 37 (2), 295– 302.

Pavri, S., & Luftig, R. (2000). The social face of inclusive education: Are students with learning disabilities really included in the classroom? *Preventing School Failure, 45,* 8—14.

Pendarvis, E. (1993). Students with unique gifts and talents. In A. E. Blackhurst & W. H. Berdine (Eds.), *An introduction to* special *education* (3rd ed., pp. 563– 599). New York: HarperCollins.

Peters, W., Grager– Loidl, H., & Supplee, P (2000). Under– achievement in gifted children and adolescents: Theory and practice. In K. A. Heller, EJ. Monks, R. J. Sternberg, &, F Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., 609– 620). Oxford: Elsevier Science Ltd.

Pierce, K., & Schreibman, L. (1997). Multiple peer use of pivotal response training to increase social behaviors of classmates with autism: Results from trained and untrained peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 157– 160.

Prater, M. (1994). Improving academic and behavior skills through self– management procedures. *Preventing School Failure*, 38(4), 5– 9.

Ray, F., Marks, C., Bray– Garretson, H. (2004). Challenges in treating adolescents with Asperger's Syndrome who are sexually abusive. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 11, 265– 285.

Realmuto, G. & Ruble, L. (1999). Sexual behaviors in autism: problems of definition and management. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 29(2), 121– 127.

Rees, T. (1992). Students with hearing impairments. In L. G. Cohen (Ed.), *Children with exceptional needs in regular classrooms* (pp. 98– 117). Washington, DC: National Education Association.

Reid, R. (1996). Research in self– monitoring with students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls. *Journal of Learning Disabilities, 29,* 317– 331.

Reynolds, C., Gutkin, T., Elliott, S., Witt, J. (1984). *School psychology: Essentials of theory and practice*. New York: John Wiley & Sons.

Reynolds, M., & Birch, J. W (1982). *Teaching exceptional* children in *all America's schools* (rev, ed.). Reston, VA: The Council for Exceptional Children.

Reynolds. M., & Birch, J. W (1988). *Adaptive mainstreaming* (3rd ed.). New York: Longman.

Roberts, L., Bouknight, T., & Karan, O. (2010). The school counselor's role on behalf of college bound special education students. Retrieved from http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/ Article_79.pdf

Rogers, S. (2000). Interventions that facilitate social interactions in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 30(5), 399– 409.

Rose, L., & Gallup. A. (2003). The 35th annual Phi Delta Kappa/Gallup poll of the public's attitudes toward the public schools. *Phi Delta Kappan,* 85(1), 41– 56.

Ross, M., Powell,S., & Elias, M. (2002). New roles for school psychologists: Addressing the social and emotional learning needs of students. *School psychology review,* 31,(l), 43-52.

Ruble, L. & Dalrymple, M. (1993). Social/sexual awareness of person's with autism: A parental perspective. *Archives of Sexual Behavior,* 22 (3), 229 – 240.

Ruble, L. & Dalrymple, N. (1993). Social/sexual awareness of person's with autism: A parental perspective. *Archives of Sexual Behavior,* 22(3), 229– 240.

Sabornie, E.,& Kauffman. J. (1985). Regular classroom socio– metric status of behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders, W,* 268– 274.

Sale, P, & Carey. D. (1995). The sociometric status of students with disabilities in a full– inclusion school. Exceptional Children, 62, 6–19.

Scattone, D. (2007). Social skills interventions for children with autism. *Psychology in the Schools*, 44(7), 717– 726.

Schloss, P., Kobza, S., & Alper, S. (1997). The use of peer tutoring for the acquisition of functional math skills among students with moderate retardation. *Education and Treatment of Children*, 20, 189 –208.

Schlosser, L., & Algozzine, B. (1980). Sex, behavior, and teacher expectancies. Journal *of Experimental* Education, 48, 231– 236.

Schopler, E. (1997). Implementation of TEACCH philosophy. In D. Cohen & F. Volkmar (Eds.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 767– 795). New York: John Wiley.

Schopler, E., Mesibov, G., & Hearsey, K. (1995). Structured teaching in the TEACCH system. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition in* autism (pp. 243– 268). New York: Plenum Press.

Schultz, J., & Torrie, M. (1984). Effectiveness of parenthood education materials for mainstreamed vocational home economics classes. *Journal of Vocational Education Research*, 9(1), 46– 56–

Schulz, J., & Turnbull, A. (1983). *Mainstreaming handicapped students* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Schumaker, J. & Hazel, J – S. (1984). Social skills assessment and training for the learning disabled: Who's on first and what's on second? Part 1. *Journal of Learning Disabilities, 17.* 422– 431.

Seltzer, M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. (2004). Trajectory of development in adolescents with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 234– 247.

Shanker, J. L., & Ekwall, E. E. (2002). *Locating and correcting reading difficulties* (8th.ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Shin, J. (2002). Social Support for Families of Children with Mental Retardation: Comparison between Korea and the United States. *Journal of Mental Retardation*,40, 2, 103-118.

Silver, L. (1987). The "magic cure": A review of the current controversial approaches for treating learning disabilities. *Journal of* Learning Disabilities, *20*, 498– 504, 512.

Simpson, R. L. (1980). Modifying the altitudes of regular class students toward the handicapped. Focus on Exceptional Children, J3(3), 1–11.

Slate, J., & Saudargas, R. (1986). Differences in learning disabled and average students' classroom behaviors. *Learning Disability Quarterly*, 9(1), 61– 67.

Slavin, R. (1987). *Cooperative learning: Student teams.* Washington, DC: National Education Association.

Smith, T. , Polloway, E., Patton, J., & Dowdy. C. (1998). *Teaching students with special needs in inclusive settings* (2nd ed). Boston: Allyn & Bacon.

Smith. T, Finn, D., & Dowdy, C. (1993) *Teaching students with mild disabilities.* Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.

Sobsey, D. & Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. *Sexuality and Disability*, 9 (3), 243– 259.

Sobsey, D. & Varnhagen, C. (1989). Sexual abuse and exploitation of people with disabilities: Toward prevention and treatment. In M. Csapo and L. Gougen (Eds.) *Special Education Across Canada* (pp.199– 218). Vancouver: Vancouver Centre for Human Developmental and Research.

Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?.* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Sommerville,R.M. (1981). The role of the elementary school counselor in Texas as perceived by elementary school counselor, *Dissertation Abstracts International*, 42 (3), 1016

Spenciner, L. (1992). Mainstreaming the child with a visual impairment. In L. G. Cohen (Ed.), *Children with exceptional needs in regular classrooms* (pp. 82– 97). Washington, DC: National Education Association.

Stewart, J. (1987): *Counseling Partents of Exceptional Children: Principles Problems and Procedures.* New York: MSS Information Corporation.

Stitt, B., Erekson, T., Hofstrand, R., Loepp, F., Minor, C., Perreault, H., & Savage, J. (1988). *Building gender fairness in schools.* Carbondale: Board of Trustees, Southern Illinois University.

Stokes, M. & Kaur, A. (2005). High functioning autism and sexuality: A parental perspective. *Autism*, 9(3), 266– 289.

Stone, W. (1997), Autism in infancy and early childhood. In D.J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.) *Handbook of autism and pervasive develomental disorders* (pp. 266– 282). New York: John Wiley.

Sweeney, L. (2007). Human sexuality education for students with disabilities. Retrieved March 20, 2008 from http://www.ejhs.org/volume10/MarshMedia%20White%20Paper.pdf

Tarver, B., Spagna, M., & Sullivan, J. (1998). School counselors and full inclusion for children with special needs. *Professional School Counselor*, (1), 51-56.

Tarver-Behring S. & Spagna M. E. (2004). Counseling With Exceptional Children, *Focus on Exceptional Children*, 36 (8), 1-12.

Thoits,P. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? what next?. *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 53-79.

Todd, T. & Stanton, M. (1983). Research on Pines, A.M. (1996). *Couple burnout. Causes and cures.* N.Y.: Routledge marital and family therapy. In: Wolman, B.B., and Stricker, G. Handbook of family and marital therapy. (PP. 91– 115). N. Y.: Plenum Press

Torres, I., & Corn, A. (1990). *When you have a visually handicapped child in your classroom: Suggestions for teachers.* New York: American Foundation for the Blind.

Tower, C. (1989). *Understanding child abuse and neglect.* Boston: Allyn and Bacon.

Trey Fitch,E.Victor,B.& Jennifer,L. (2001) . Future school administrators perceptions of the school counselors role. *Counselor Education& Supervision*, 41 (2), P.89.

Tucker, R., Shepard, J., & Hurst, J. (1986). Training school counselors to work with students with handicapping conditions. *Counselor Education and Supervision*, (26), 56-60.

Tur– Kaspa, H., & Bryan, T. (1994). Social information processing skills of students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 9*, 12– 23.

Turnbull, H., Buchele– Ash, A., & Mitchell, L (1994). Abuse and neglect of children with disabilities: A policy analysis. Lawrence, Kansas: Beach Center on Families and Disability, The University of Kansas.

U.S. Government Accountability Office. (2005). *Special education: Children with autism*. Washington D.C.: Author.

Van Bourgondien, M., Reichle, N., & Palmer, A. (1997). Sexual behavior in adults with autism. *Journal of Autism and Development Disabilities,* 27(2), 113– 125.

Vaughn, S. R. (1995, July), *Responsible* inclusion *for students with* (aiming *disabilities.* Paper presented at the conference of the International Academy for Research in Learning Disabilities, Phoenix, AZ.

Verdonschot, M., deWitte, L., Reichrath, E., Buntinx, W., Curfs, L. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research,*. 53, 303–318.

Volkmar, F., Chawarska, K., & Klin, A. (2005). Autism in infancy and early childhood. Annual Review of Psychology, 56, 315– 336.

Volkmar, F., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 135– 170.

Walker, H. (1995). The *acting out child: Coping with classroom disruption* (2nd ed.). Longmom, CO: Sopris West.

Wallander, J., Pitt, L. C., & Mellins, C. A. (1990). Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 818-824.

Webster, A., & Roe, J. (1998). *Children with visual impairment: Social interaction, language, and learning*. London: Routledge.

Weiner, J.,& Harris, R. (1997). Evaluation of an individualized, context– based social skills training program for children with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice, 12,* 40– 53.

Whitt. J., Paul, P & Reynolds. C. (1988). Motivate reluctant learning disabled writers. *Teaching Exceptional Children*, 2 (3). 37– 39.

Williams, P., Allard, A., Sears, L. (1996). Case study: Cross– gender preoccupations in two male children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 26(6), 635– 642.

Woolston, J. (1999). Combined pharmacotherapy: Pitfalls of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 38, 1455– 1457.

Wright ,P.& Wright,P.(2004). *Wrights Low IDEA 2004.*Harbor House Law Press.

York, J., Vandercook, T., MacDonald, C., Heise– Neff, C. & Caughey, E. (1992). Feedback about integrating middle– school students with severe disabilities in general education classes. *Exceptional Children, 58,* 244– 258.

Ysseldyke, J., Algozzine, B., & Thurlow, M. (1992). *Critical issues in special education* (2nd ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin.

Zarocostas, J. (2005). *Disabled still face hurdles in job market,* The Washington Times, A16, 5 Dec.

Zirpoli, T., & Melloy, K. (2001), *Behavior management: Applications for teachers* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall.

المحتويات الصفحة

المقدمة ٥-٧

الفصل الأول: مدخل إلى الإرشاد في التربية الخاصة ٩-٥٢

مقدمة ١١
مفهوم الإرشاد ١٥
البرنامج الإرشادي المدرسي ١٦
أهداف الإرشاد المدرسي ١٨
الملامح العامة للإرشاد المدرسي ٢٣
مناهج الإرشاد المدرسي ٢٤
الأخصائي النفسي المدرسي ٢٧
أدوار الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة ٢٩
مبادئ عامة تحكم عمل الأخصائي النفسي المدرسي ٤٠
معيقات عمل الأخصائي النفسي المدرسي ٤١
الجوانب التنظيمية لعمل الأخصائي النفسي المدرسي ٤٥
المفاهيم الخاطئة عن الإرشاد ٤٦
الميثاق الأخلاقي للعمل الإرشادي ٤٧

الفصل الثاني: أساليب التقييم والتشخيص في إرشاد ذوي الإعاقات والموهوبين ٥٣- ١٢٦

مقدمة ٥٦
أولاً: الاختبارات والمقاييس ٥٦
ثانيًا: المقابلة ٨٠
ثالثا: الملاحظة ٨٨
رابعا: دراسة الحالة ١١٥
خامسا: السجل المجمع ١١٨

المحتوى الصفحة

الفصل الثالث: العملية الإرشادية في التربية الخاصة ١٢٧-١٦٠

مقدمة ١٣٠
مراحل عملية الإرشاد ١٣٠
إجراءات عملية الإرشاد ١٣٢
أولا: العلاقة الإرشادية ١٣٢
ثانيا: الجلسة الإرشادية ١٣٥
ثالثا: التشخيص وتحديد المشكلة ١٣٧
رابعا: الإحالة ١٤١
خامسا: التقويم الإرشادي ١٤٦
سادسا: إنهاء عملية الإرشاد ١٤٨
سابعا: المتابعة ١٥٠
العملية الإرشادية المدرسية ١٥٢

الفصل الرابع: الإرشاد الأكاديمي في التربية الخاصة ١٦١-٢١٠

مقدمة ١٦٤
مفهوم الإرشاد الأكاديمي ١٦٦
أهداف الإرشاد الأكاديمي ١٦٧
المشكلات الأكاديمية لدى ذوي الإعاقات وسبل التصدي لها ١٧١
مهارات الإرشاد الأكاديمي ٢٠٤
سمات المرشد التربوي ٢٠٧
مستويات تقديم الخدمة الإرشادية الأكاديمية بالمدرسة ٢٠٨
خطوات وإجراءات الإرشاد الأكاديمي ٢٠٩
العوامل التي تساعد على نجاح الإرشاد الأكاديمي ٢١٠

الفصل الخامس: الإرشاد السلوكي (تعديل السلوك) في التربية الخاصة ٢١١-٢٤٥

مقدمة ٢١٤

المحتويات الصفحة

المشكلات السلوكية ٢١٧
أسس إدارة السلوك ٢٢٠
الاستراتيجيات الإيجابية لإدارة وتحسين السلوك ٢٢٧
أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً والتعامل معها ٢٤٠

الفصل السادس : الإرشاد النفسي المدرسي في التربية الخاصة ٢٤٧-٢٩٣

مقدمة ٢٥٠
مفهوم الإرشاد النفسي المدرسي ٢٥٢
أسباب إدخال الخدمة النفسية بالمدارس ٢٥٤
أهداف الإرشاد المدرسي ٢٥٦
خدمات الإرشاد النفسي ٢٥٩
الآثار والاحتياجات النفسية للإعاقة ٢٦١
مصادر الضغوط التي يتعرض لها ذوو الإعاقات ٢٦٣
المشكلات النفسية في صفوف الدمج ٢٦٤
الاحتياجات الإرشادية لذوي الإعاقات ٢٦٨
المشكلات النفسية لدى بعض ذوي الإعاقة والموهوبين والتصدي لها ٢٦٩
دور الأخصائي النفسي في تنمية العلاقات الاجتماعية ٢٨٤
أسس زيادة التقبل الاجتماعي تجاه ذوي الإعاقة ٢٨٦
استراتيجيات لتحسين تقبل الطلبة ذوي الإعاقة ٢٩٠

الفصل السابع : التوجيه المهني في التربية الخاصة ٢٩٥ -٣٣٥

مقدمة ٢٩٨
مفهوم التوجيه المهني ٣٠٠
أهمية التوجيه المهني ٣٠٣
أهداف التوجيه الإرشاد المهني في المدارس ٣٠٥
فوائد التوجيه المهني ٣٠٩

المحتويات — الصفحة

الآثار المهنية المترتبة على الإعاقة ٣١١

دور المرشد في مجال التوجيه المهني ٣١٣

مبادئ وفرضيات في التوجيه المهني ٣١٥

أسس التوجيه المهني ٣١٦

وسائل التوجيه المهني ٣١٨

أساليب التوجيه والإرشاد المهني ٣١٩

نظريات التوجيه والإرشاد المهني ٣٢٤

الفصل الثامن: الإرشاد النفسي الديني في التربية الخاصة ٣٣٥ - ٣٥٨

مقدمة ٣٣٨

مفهوم الإرشاد النفسي الديني ٣٤٠

أهمية الإرشاد النفسي الديني ٣٤٢

أهداف الإرشاد النفسي الديني ٣٤٤

خدمات الإرشاد الديني ٣٤٥

أسس ومبادئ الإرشاد النفسي الديني ٣٤٦

فنيات الإرشاد النفسي الديني ٣٤٨

خصائص المرشد النفسي الديني ٣٥٠

شروط نجاح عملية الإرشاد النفسي الديني ٣٥١

السمات المميزة للإرشاد النفسي الديني ٣٥٥

معيقات الإرشاد النفسي الديني ٣٥٧

الفصل التاسع: الإرشاد الجنسي في التربية الخاصة ٣٥٩ - ٤١٤

مقدمة ٣٦٢

أكثر المشكلات الجنسية الشائعة لدى ذوي الإعاقات ٣٦٧

نماذج من الانحرافات الجنسية ٣٧٠

المحتويات — الصفحة

مفهوم الإرشاد الجنسي ٣٨٣
اهمية الإرشاد الجنسي ٣٨٤
اهداف الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات..... ٣٨٥
مبررات الإرشاد الجنسي..... ٣٨٧
الإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات ٣٨٨
القائمين بالإرشاد الجنسي لذوي الإعاقات ٣٩٠
الإرشاد الجنسي في المدارس ٣٩١
طرائق تقديم المعلومات الجنسية لذوي الإعاقة..... ٤٠٠
الوسائل المعينة على الإرشاد الجنسية ٤٠٢
نصائح للوالدين والمربين ٤٠٣

الفصل العاشر: الإرشاد الوراثي في التربية الخاصة ٤١٥- ٤٥٤

مقدمة ٤١٨
الأمراض الوراثية المنتشرة في العالم العربي..... ٤٢١
مفهوم الإرشاد الوراثي..... ٤٢٥
اخصائي الإرشاد الوراثي ٤٢٦
عيادة الإرشاد الوراثي..... ٤٢٧
أهداف الإرشاد الوراثي ٤٢٩
مشروع الجينوم البشري..... ٤٣٢
طرق الإرشاد الجيني ٤٣٥
العلاج الجيني ٤٣٨
فوائد العلاج الجيني ٤٤٠
سلبيات العلاج الجيني ٤٤١

المحتويات الصفحة

محاذير الإرشاد الجيني ٤٤٣
زواج الأقارب في الميزان ٤٤٣
الحكم الفقهي للفحص قبل الزواج، والإرشاد الجيني ٤٤٥
برنامج مقترح للوقاية من الأمراض الوراثية ٤٥٢

الفصل الحادي عشر: الإرشاد الزواجي في التربية الخاصة ٤٥٥- ٤٩١

مقدمة ٤٥٨
مفهوم الزواج ٤٦١
الإرشاد الزواجي ٤٦١
حكم الشرع في زواج ذوي الإعاقات ٤٦٣
الاتجاه نحو زواج ذوي الإعاقة ٤٦٥
التوافق الزواجي ٤٦٧
مقومات الاستقرار والتوافق الزواجي بين ذوي الإعاقة ٤٦٨
نظريات الإرشاد الزواجي ٤٧٨

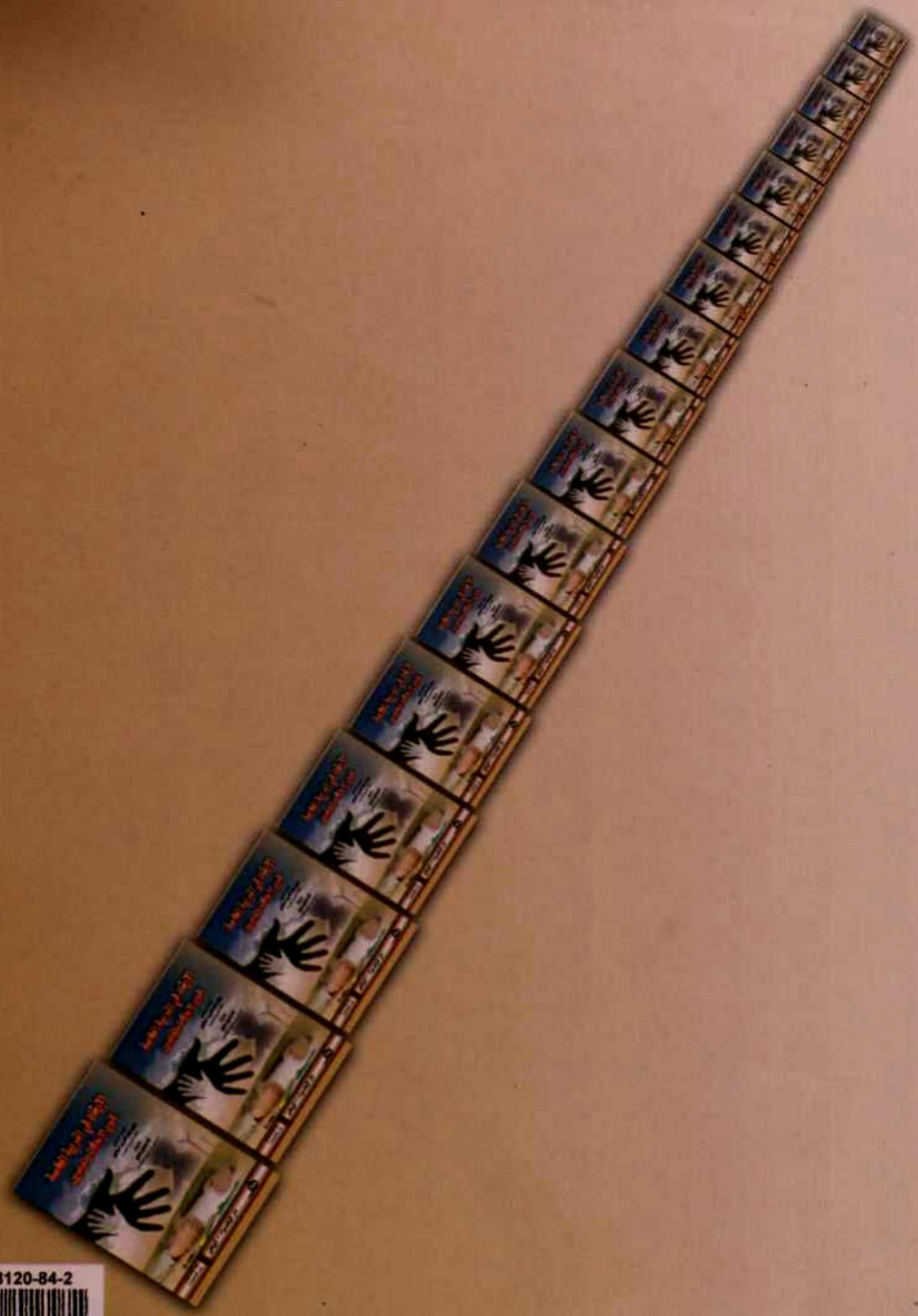
الفصل الثاني عشر: إرشاد أسر ذوي الإعاقات ٤٩٣- ٥٤٢

مقدمة ٤٩٦
إرشاد اسر ذوي الإعاقات (الخلفية) ٤٩٧
مفهوم الإرشاد الأسري ٤٩٨
أهداف الإرشاد الأسري ٤٩٩
دور المرشد الأسري ٥٠١
مراحل ردود أفعال آباء الأطفال ذوي الإعاقات ٥٠٢
الضغوط النفسية لدى أولياء امور الأطفال ذوي الإعاقات ٥٠٨
استجابة أولياء الأمور للضغوط النفسية ٥١٤
مشاعر الأخوة تجاه أخيهم ذي الإعاقة ٥١٤

المحتويات الصفحة

أسباب تدريب أولياء أمور ذوي الإعاقات ٥١٩
دور المهنيين في خفض الضغوط النفسية لدى أولياء أمور ٥٢٠
توعية الآباء بأساليب التوافق مع إعاقة طفلهم ٥٢٩
مراحل إرشاد أسرة الطفل ذي الإعاقة ٥٣١
المبادئ الأساسية لمشاركة الآباء في برامج ذوي الإعاقات ٥٣٢
طرائق وأساليب الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة ٥٣٥
التواصل بالآباء في برامج الدمج ٥٣٦
واجب الآباء والأمهات نحو أطفالهم من ذوي الإعاقة ٥٣٨

المراجع ٥٤٣- ٥٨٣
الفهرس ٥٨٥- ٥٩١



ISBN : 978-603-8120-84-2
510348
DAR AL-ZAHRAA

الرياض . طريق مكة المكرمة
ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧
ozahraa@hotmail.com dar_alzahraa@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa
دار الزهراء
للنشر والتوزيع