السلوك الانسحابي للتلاميذ المكفوفين

اعداد الباحثة

سهير عبد العزيز ابراهيم الشريف

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة

تمهيد ....

تهتم مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة بمواجهة المشكلات الاجتماعية للفئات المعرضين للخطر، من هذه الفئات المعاقين . وتقوم مهنة الخدمة الاجتماعية على أفكار مواجهة المشكلات الاجتماعية لتحسين الظروف والأحوال الإنسانية .

والإعاقة تعتبر من الموضوعات الهامة التي تقوم مهنة الخدمة الاجتماعية بدراستها حيث نال مجال الإعاقة والمعوقين اهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة، ويرجع هذا الاهتمام إلى الاقتناع المتزايد في المجتمعات المختلفة بأن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فان اهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد، والتحول من اعتبارهم عالة اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية ، مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن .

وتمثل الإعاقة البصرية وما يترتب عليها من شعور الفرد بالعجز كاهلا على صاحبها. مما يفتح المجال لظهور سمات شخصية غير سوية في بيئته النفسية كالانطواء والعزلة والميول الانسحابية وتتداخل هذه السمات لتشكل منظومة من الضغط قد تؤدي بالكفيف إلى أن يحيا حياة خالية من الهدف والمعني. نتيجة العجز والخوف من الفشل في تحقيق الهدف فيفقد طاقاته وإمكانياته ويفقد القدرة على التحكم في حياته وعدم القدرة على مواجهة التحديات التي تواجهه. مما يؤدي إلى انسحابه من التفاعلات الاجتماعية وانسحابه من العلاقات الاجتماعية .

وسوف نتناول هذا الموضوع من خلال موضوعين رئيسيين وهما الاعاقة البصرية , والسلوك الانسحابي :

أولاً : الإعاقة البصرية

تمهيد :

تعد حاسة البصر من أهم الحواس الموجودة لدى الفرد , فعن طريق حاسة البصر يتعرف الفرد على معظم ما يحيط به بل ويمكن القول أنه يتعرف على كل ما يحيط به من خلال تلك الحاسة , وبالتالي فإن فقدان البصر يجعل معرفة الفرد بالبيئة من حوله ناقصة وهذا النقص والقصور يترتب عليه العديد من المشكلات , وعليه فإن المكفوفين يكونون ذات طبيعة خاصة تختلف عن طبيعة أقرانهم من المبصرين وهذه الطبيعة الخاصة يترتب عليها حاجات خاصة إضافية , بالإضافة إلى حاجات نظائرهم من المبصرين ممن هم في نفس الظروف (السن – النوع – الخصائص الاجتماعية – الخصائص الاقتصادية , ... الخ)

1- مفهوم الإعاقة البصرية :

وتعريف الإعاقة البصرية سواء من الناحية اللغوية أو الطبية أو القانونية أو المهنية , أو التربوية , والاجتماعية .

وهناك العديد من المصطلحات التي استخدمت في اللغة العربية لوصف الشخص الذي فقد بصره كلياً أو جزئياً , ومن هذه المصطلحات " الأعمى – الكفيف – الضرير- العاجز – الأعشى " وإذا حاولنا تفسير كل كلمة فسنجد أن كلمة " الأعمى" أصلها العماء , والعماء هو الضلالة , ويقول العمى في فقد البصر أو ذهابه , كما تستخدم مجازاً في فقد البصر, " الكفيف " وأصلها الكف ومعناه المنع وهو من عمى و "الضرير" كلمة مأخوذة من الضرارة أي العمى ، والضرير هو من فقد بصره , أما "العاجز" فمعناها العمى حيث يعجز عن القيام بما يقوم به الغير , وكلمة "الأعشى" فهو من لا يبصر بالليل ويبصر بالنهار أي من يضعف بصره (عادل عبد الله , 2004 , ص61) .

كما تعرف الإعاقة البصرية طبياً بأنها : ضعف في أي من الوظائف الخمسة وهي البصر المركزي , البصر المحيطي , والتكيف البصري , والبصر الثنائي ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين (زينب شقير ,2005 ,ص 255).

والإعاقة البصرية من الناحية القانونية : يقول هيوارد و أورنالسكي :

أن التعريف القانوني للإعاقة البصرية يعتمد إلى حد كبير على قياسات حدة الإبصار ، والتي يقصد منها قدرة الفرد على تمييز تللك التفاصيل مثل الأشكال بوضوح وذلك على مسافة محددة .

وغالبا ما يتم قياس حدة الإبصار بقراءة حروف أو أعداد أو أشكال رمزية تتضمنها لوحة chart ، ثم وضعها على بعد ستة أمتار(طارق كمال ،2015 ، ص85).

ويعرف الكفيف مهنياً : بأنه الشخص الذي يستدعي ضعف قوته البصرية على التدريب لمهنة ما مناسبة لظروفه ثم يمارسها بإتقان فإنه يعد كفيفاً مهنياً وتسمي هذه المهن التي يمكن للمكفوفين ممارستها بمهن المكفوفين في نطاق مجالات التأهيل المهني لهم . (خليل المعايطة وآخرون , 2000 , ص 31)

ويعرف الكفيف تربوياً : بأنه الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة كما أنه يعجز نتيجة لذلك عن تلقي العلم في المدارس العادية أو بالطرق العادية والمناهج الموضوعة للشخص العادي , هذا وقد يكون الشخص مكفوفاً كلياً وقد يملك درجة بسيطة من الإحساس البصري الذي يؤهله للقراءة البسيطة بالأحرف الكبيرة أو المجسمة (زينب محمود شقير , 2002 , ص153).

وهكذا يمكن القول بأن الطفل الكفيف – من وجهة النظر التربوية – هو ذلك الطفل الذي يشق طريقه في التعلم مستخدماً وسائل غير بصرية (طارق كمال ، 2015 ، ص83)

كما يعرف الكفيف اجتماعياً بأنه : الشخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقه دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه , أو كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة الاقتصادية , أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادي (محمد السيد فهمي , 2001 , ص107).

وتقصد الباحثة بالطفل الكفيف في الدراسة الحالية :

- الطفل في المرحلة العمرية من (12- 15) وهي تمثل مرحلة الطفولة المتأخرة .
- مصاب بكف البصر كلياً .
- لا يستطيع الالتحاق بمدارس التعليم الأساسي الخاص بالأسوياء .
- يعجز عن مزاولة عمله العادي بنفسه دون الاعتماد على الآخرين .
- لا يعاني من إعاقة أخرى غير كف البصر .
- يعتمد على الآخرين بشكل كلي في التعامل مع البيئة المحيطة .

2- **تصنيفات الإعاقة البصرية :** (إيمان السيد العزب ، 2011 ، 27 :28)

يوجد العديد من التصنيفات للإعاقة البصرية نعرضها في الجوانب التالية :

الجانب الأول : من حيث درجة الإصابة بالإعاقة :

1- **كف البصر الكلي:** ويعني الفقدان الكامل للقدرة على الإبصار ويعني الحرمان الوظيفي للعين

2- **كف البصر الجزئي:** وهي الحالة التي تثبت وجود حساسية خفيفة للضوء كالقدرة على الملاحظة أو التمييز بين الليل والنهار أو بين مصادر الضوء المختلفة وهذه القدرة رغم قيمتها الحيوية في حياة الكفيف جزئياً إلا أنها لا تساعده على الرؤية الحقيقية ويعتبر في حكم المكفوفين عملياً .

3- **ضعف الإبصار:** وهو أخف درجات الإصابة ويستطيع صاحبه تحصيل مهارات والقيام بأعمال مستخدماً بصره مع استخدام الحواس الأخرى .

الجانب الثاني : من حيث زمن الإصابة :

1- **الإعاقة البصرية الخلقية أو الولادية :** وهي تحدث مع الميلاد أو في مرحلة مبكرة من عمر الطفل قبل دخوله المدرسة وعلى هذا لا يتاح للطفل الاطلاع أو الوقوف على المدركات والمفاهيم البصرية لأن الفقد البصري حدث قبل أن يتكون لديه القدر الكافي من هذه المفاهيم

2- **الإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة :** وهي التي تحدث بعد سن الخامسة وبالتالي يتعرف الطفل على المدركات والمفاهيم البصرية وهذه الخبرات السابقة تعتبر معيناً هائلاً في التعلم المعرفي والحركي كما أن هذه الإعاقة تسبب لصاحبها اضطرابات نفسية تتمثل في الرفض وعدم التكيف .

الجانب الثالث : من حيث مستقبل الإصابة :

1- إصابة دائمة وهي التي لا مجال لعلاجها على الإطلاق مثل الإصابة التي يعاني منها الطفل الذي ولد عيناه ضامرتان .

2- اصابة مؤقتة وهي التي يمكن علاجها مثل الإصابات التي تسببها المياه البيضاء والتي يمكن علاجها بعد فترة بنجاح .

3- أسباب الإعاقة البصرية :

تتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة البصرية وهي في مجملها إما أن تكون خلقية أو وراثية وإما أن تكون مكتسبة ، كما أن أسباب الإعاقة البصرية تختلف من بلد لآخر حسب ظروفها وإمكانياتها ومدى ما تمنحه من رعاية لأفرادها . وتتمثل تلك الأسباب في الآتي :

ا- الأسباب الوراثية :

يعد العامل الوراثي هو العامل الأول والأساسي للإعاقة من حيث الخطورة والأهمية ويقصد به الاستعداد للأمراض التي تنتقل عن طريق الجينات الموجودة في كروموسومات الخلية من الآباء والأجداد إلى الأبناء والأحفاد أي تنتقل من جيل إلى جيل حسب قوانين الوراثة ، ومما يساعد على ظهورها زواج الأقارب (محمد سيد فهمي ، 2001 ، ص111) .

وهناك عومل وراثية تؤثر في الجنين قبل الولادة فمثلاً تعتبر أمراض الجلوكوما والكتاركتا وعمى الألوان وكبر حجم القرنية وطول النظر أو قصره من الأمراض التي يلعب فيها العامل الوراثي دوراً مهماً كما أن هناك العديد من المضاعفات والأمراض التي تورث وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار مثل الأمراض الزهرية والسكر والعتامة خلف عدسة العين التي تصيب الأطفال الذين ولدوا مبكراً (أحلام رجب عبد الغفار ، 2003 ، ص86) .

ب-الأسباب البيئية :

هناك أسباب بيئية عديدة قد تؤدي إلى حدوث الإعاقة البصرية نذكر منها ما يلي :(مدحت ابو النصر ، 2005 ، ص100)

1- إصابة العين ببعض الأمراض مثل التراكوما والرمد الحبيبي والمياه البيضاء والزرقاء .

2- إصابة الإنسان بمرض السكري مع عدم الالتزام بنظام العلاج والغذاء المناسبين .

3- تعرض الإنسان لإصابات في العين والمخ نتيجة صدمات شديدة أو وقوع من أعلى أو حوادث السيارات أو حوادث السير .

4- إصابة عين الإنسان بأشياء حادة .

5- سوء التغذية والنقص الشديد لفيتامين A

وبصفة عامة وجد أن الغالبية العظمي من مكفوفي العالم يعيشون في الدول النامية حيث تؤدي العدوي وسوء التغذية ونقص رعاية العيون إلى نسبة عالية من الإعاقة البصرية ولا سيما بين سكان الريف ففي هذه الدول نجد أن معدلات الإعاقة البصرية تزيد عن معدلات الدول الصناعية بحوالي 10-40 ضعفا .

ج- الأسباب التشريحية :

وتوجد أيضاً أسباب تشريحية تعطل العين عن أداء وظيفتها وتنقسم تلك الأسباب إلى :

(عبد المحي محمود حسن ، 1999 ، ص104)

- **أسباب خارجية :** تتعلق بكرة العين وتشمل الاجزاء المكونة للعين كالقرنية والشبكية والعدسة .
- **أسباب داخلية :** وتتعلق بالعصب البصري وبالمراكز العصبية في الدماغ وتشمل العيوب التي يصاب بها العصب البصري وتلف المراكز العصبية في الدماغ والمخصصة لتلقي الإحساس البصري.

د- الأسباب النفسية :

رغم أن معظم أسباب الإعاقة البصرية عضوية المنشأ إلا أنه يوجد نوع آخر من كف البصر يرجع لأسباب نفسية ويطلق عليه كف البصر الهستيري فالصدمات النفسية المتمثلة في الحزن الجارف والاضطرابات والأزمات الشديدة قد تؤدي إلى الإصابة بانفصال في الشبكية الذي إن لم يعالج في الوقت المناسب أدى إلى ضياع البصر كلية (سعيد حسني العزة ، ص183)

4- سمات و خصائص المكفوفين :

من المعروف أن الإعاقة البصرية تضع قيوداً حقيقية على قدرة الطفل على التنقل والحركة من حيث التحصيل الأكاديمي , فالأدلة المتوفرة تشير إلى أن مستوى المعاقين بصرياً لا يرقى لمستوى تحصيل أقرانهم المبصرين. وكذلك يتفق أطباء الصحة العقلية على أن كف البصر يفسح المجال لظهور سمات شخصية غير سوية في شخصية الكفيف كالانطواء والعزلة والانسحابية (جمال الخطيب , 2001 , ص34).

وتتحدد السمات العامة لشخصية الكفيف فيما يلي :

ا- السمات الأكاديمية :

وهي تتلخص في بطء معدل القراءة وأخطاء القراءة الجهرية وانخفاض مستوي التحصيل الأكاديمي لعجزه عن الاكتشاف وجمع الخبرات التعليمية (كلير فهيم , 2003 , ص73) .

وبالتالي فإن تعليم الطالب المعاق بصرياً يتطلب تعديلاً في أسلوب التدريس والوسائل التعليمة المستخدمة كي يتلاءم مع الحاجات التربوية المميزة للمعاقين بصرياً ، إذاً ما من شك في أن ضعف البصر أو كفه يحد من قدرة الطالب على التعلم بذات الوسائل والأساليب المستخدمة مع المبصرين.

وكذلك نجد أن الخصائص الأكاديمية لا تقتصر على درجة وطبيعة استعداد المعاق بصرياً في النجاح في الموضوعات الدراسية فقط بل تتعداها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل درجة المشاركة في الأنشطة الصفية واللاصفية وطبيعة التفاعل مع المدرسين والزملاء(رفعت محمود رفعت , 2004 , ص 224).

ب- السمات اللغوية :

لا تؤثر الإعاقة البصرية تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى الكفيف ولكن يواجه الكفيف مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية فهم لا يستطيعون رؤية تعبيرات الوجه والايماءات والحركات الصادرة عن الآخرين ولذلك فهم يواجهون مشكلات في التواصل معه (تيسير مفلح , عمرو فواز ،2003 , ص89)

حيث يوجد لدى المعاق بصرياً بعض القصور والاضطرابات في استقبال اللغة وتعلمها لأنه يعتمد بشكل كبير على حاستي اللمس والسمع في تعلم اللغة وإضافة إلى ذلك فإنه لا يدرك التلميحات الصادرة عن المتحدث وحركة الشفاه (رفعت محمود بهجت , 2004 , ص55) .

وأن هناك بعض الفروق بين كل من المعاقين بصرياً والمبصرين في طبيعة اللغة والكلام حيث هذه الفروق راجعة إلى أن المعاق بصرياً يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المرتبطة بمعاني الكلام والمصاحبة له ومن ثم القصور في استخدامها فهم يعتمدون بشكل كبير على حاسة السمع واللمس في استقبال وتعلم اللغة مما يؤدي إلى بطء في نمو اللغة والكلام لديه أو قصور واضطراب فيهما حيث أن الكفيف لا يستطيع الربط بين ما يسمع وما تعنيه وتشير له الكلمات التي يسمعها (داود محمود المعايطة , 2006 ,ص136) .

وهذا يتفق مع دراسة (محمد السيد على عبد الهادي ، 2014) التي أوضحت أن هناك علاقة إيجابية بين علاج التأخر اللغوي والتخفيف من السلوك الانسحابي والقلق الاجتماعي لدى عينة من الأطفال .

ج- السمات الاجتماعية والانفعالية :

يتسم المعاق بصرياً بضآلة خبرته عن العالم الخارجي ويظهر ذلك في معاناته لتوجيه حركته وتحرمه أيضاً قدراً من الحرية والاستقلالية وشعوره بقلة الكفاءة وفهمه للبيئة المحيطة (عبد الرحمن سيد سليمان , 2004 , 60:61) .

والحقيقة أن هذه القيود تبدأ بنظرة المجتمع للكفيف حيث ينظر المجتمع إلى الكفيف نظرة غير سليمة وغير واقعية نظرة متأثرة بفكرة المسئولية والعبء والقصور وهذه النظرة الخاطئة يستجيب لها الكفيف إما بالتسليم بمضمونها أو اتخاذ أساليب دفاعية معينة لمواجهة هذا الموقف . (نظيمة محمود سرحان , 2006 , ص95)

كما تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للكفيف تأثيراً سلبياً في اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي وتحد من مقدرته الحركية وتؤدي إلى قصور في قدرته على التنقل , مما يزيد من شعوره بالخوف وعدم الأمن والقلق والحذر عموما وتجعل تعلمه بطيئاً لأنه لا يستطيع مجاراة الآخرين وتقليدهم لا سيما في اكتساب الأنماط والنماذج السلوكية التي تقوم على المحاكاة البصرية مما يقلل من الاستثارة والتفاعل الاجتماعي (فهد محمد المسجى , 2002 ، ص 81)

والذي يتمثل في صعوبة تكوين علاقات اجتماعية مع المحيطين بهم نظراً لصعوبة إدراك البيئة المحيطة ، والميل إلى العزلة والانطواء وعدم الثقة بالغير والنفس , بالإضافة لشعور أسرة الكفيف بالذنب والذي ينعكس أثرة في تفاعل الأسرة وتعامل الكفيف معها ، فقد تميل الأسرة إلى القسوة أو المبالغة في تدليله مما يؤدي إلى ظهور آثار سيئة في شخصيته . فالأسرة واتجاهاتها لها دور كبير في تحديد السمات الاجتماعية لشخصية الكفيف حيث أن الكفيف الذي ينتمي إلى أسرة مترابطة يجد دائما التعاطف والمساندة التي يحتاجها بعكس الكفيف الذي ينتمي إلى أسرة مفككة . لذلك نجد تبايناً واضحاً بين المعاقين بصرياً من أفراد يفتقرون إلى مهارات الاعتماد على النفس والبقاء في حالة اعتماد على الآخرين إلى أفراد

مستقلين استقلالية شبه تامة ومعتمدين على أنفسهم إلى حد كبير(فاطمة أحمد محمد منصور ، 2009 ، ص ص 61-62)

وتوظيف الخبرات غير البصرية لتعويض التلاميذ المعاقين بصرياً عن الخبرة البصرية ، وعلى وجه التحديد تقترح فريد ريج استخدام الإثارة السمعية واللمسية ، فتلك الإثارة تساعد التلميذ المعوق بصرياً على التواصل مع الآخرين وعلى إدراك معني الأشياء من حوله ولتحقيق ذلك يقترح على الوالدين التحدث إلى الطفل وملامسته ومعانقته فذلك يشعره بالارتياح والطمأنينة ويشجعه على الاستجابة للأخرين . (جمال الخطيب و مني الحديدي ، 2009 ، ص 188)

د - السمات الحركية والحسية :

تنمو مهارة المشي باستقلالية وتعرف الاتجاهات والمواقع متأخرة لدى المعاقين بصرياً لارتباطهم بقدرتهم على الثبات ودقة الحركة (رفعت محمود بهجت ، 2004 ،ص225)

ثم يبدأ الكفيف باستعمال الحواس الأربع الأخرى والاستعاضة بها عن البصر وبهذه الحواس يكون صوره العقلية والذهنية ويتعرف على بيئته وبذلك فإن الكفيف يحصل على خبراته عن طريق حواسه الأخرى ، فهو يعتمد على حاسة اللمس في إدراك الأحجام والأشكال ويمكنه تمييز الروائح المختلفة عن طريق الشم ويتحسس الأرض بقدميه وعن طريق حاسة السمع فإنه يستطيع تمييز الأصوات ويستخدم التقدير الزمني لقياس المسافات (عبد الخالق عفيفي وآخرون ، 2005 ، ص86).

وفي مجال الحركة نجد أن نمو الطفل الحركي يعتمد على مهارات الطفل في الاستكشاف والتحرك ورؤيته للأشياء والتعامل معها ، أما الطفل المعاق بصرياً محروم من المثيرات البصرية لذلك فإن قدرته على التعلم من خلال التقليد محدودة جداً ، وهذا يعني تأخره النسبي في الأنشطة والمهارات المتطلبة لنمو عضلاته الغليظة والدقيقة لذلك فإن الطفل الكفيف يستطيع المشي ببطء وحذر ولا يستطيع التمتع بالجري فهو لا يجري إلا عند التأكد من خلو مجال اللعب من المقومات التي تحد من حركته. (لا ندينا كاردنياس ، 2006 ، ص39) .

وهذا ما أظهرته دراسة (إيهاب محمد عمر ،2003) عند استخدامه لبرنامج ترويحي رياضي يعتمد على الحركة لعلاج السلوك الانسحابي للمكفوفين من الأطفال من المرحلة السنية 9-12 سنة وأثبتت نتائج البحث أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في متغير الانسحابية لصالح القياس البعدي .

وأكدت دراسة (حسناء حسين حامد ، 2014) حيث توصلت إلى أن البرنامج الارشادي القائم على اللعب له تأثيرا ايجابي على أبعاد المقياس للسلوك الانسحابي لدى الأطفال عينة البحث فقد أدى إلى تخفيف حدة السلوكيات الانسحابية لديهم ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة في أبعاد المقياس السلوك الانسحابي وفي اتجاه القياس البعدي .

ه- السمات العقلية :

كل الأطفال يتعلمون بالاستكشاف عن طريق استخدام حواسهم في الحصول على المعلومات وأهم حاسة تكتسب من خلالها المعلومات هي حاسة الإبصار ، لذلك فالأطفال المعاقين بصرياً سيعتمدون أكثر على سائر حواسهم كالسمع والتذوق واللمس وهم يعتمدون بدرجة أكبر على اللمس والإحساس لتدعيم طرق اكتشافهم للعالم حيث لا يستطيع المعاق بصرياً إدراك الإحساس باللون وتمييزه بل يعتمد إدراكه على أساليب بديلة (لآندينا كاردنياس ، 2006 ، ص40) .

ومن جانب آخر فان المعاقين بصرياً يواجهون مشكلات في مجال إدراك المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة خاصة مفاهيم الحيز والمكان والمسافة حيث أنهم لا يستطيعون سوى ملاحظة الأشياء التي تقع في أيديهم وتمكنهم

من الاتصال اللمسي المباشر مما يجعل معرفة فاقدي البصر بالبيئة المحيطة بهم ناقصة غير مكتملة (فهد محمد المسجي ، 2002 ، ص80) .

5- المشكلات والصعوبات التي تواجه المعاقين بصرياً :

يواجه متحدو الإعاقة البصرية العديد من المشكلات نتيجة التأثير السلبي لهذه الإعاقة على شخصيتهم وعلى تفاعلهم واتصالهم بالآخرين وعلى حركتهم داخل أو خارج المنزل وعلى قدرتهم على الاستمرار في الدراسة أو العمل وعلى ممارستهم الأنشطة المختلفة وتصنف تلك المشكلات إلى المشكلات التالية :

ا- المشكلات الاجتماعية :

وهي المشكلات التي تتعلق بتفاعل المعاق بصرياً مع الآخرين وتؤدي إلى سوء التكيف بدءاً بعلاقته بأسرته الصغيرة وأقاربه وجيرانه وأصدقائه وزملاء العمل المحيطين به .

ولاشك أن الإعاقة البصرية لا تؤثر فقط على المصاب بها ولكن يمتد تأثير هذه الحالة إلى باقي الأفراد حيث يستوجب إعادة توزيع الأدوار وتقبل الإصابة وإعادة التوازن في بناء الأسرة والتي تشعر بالارتباك أمام المعاق بصرياً في توفير الرعاية التي يتطلبها وكذلك كيفية التكيف مع ذلك الواقع .

ولا شك أن طبيعة العلاقات الأسرية ووقت حدوث الإصابة وسببها ومدى تقبله لها ومستوى الأسرة التعليمي والاقتصادي كل تلك العوامل تؤثر في طبيعة المشكلات الاجتماعية التي تواجه المعاق بصرياً وقدرته على مواجهتها (ماهر ابو المعاطي ، 2004 ، ص125) .

ومن أكثر المشكلات الاجتماعية التي تواجه الطفل المعاق بصرياً هو عدم التكيف مع البيئة المنزلية وشعوره بالدونية بين أفراد أسرته خاصة إذا كانت العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة تميل إلى الفتور وعدم الترابط وذلك عكس الأسرة السوية ذات العلاقات الأسرية المحمودة والتي تقبل الإعاقة والتي تقدر دور كل فرد من الأسرة والتي تعمل بروح الود والفريق الواحد .

وفي حالة عدم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية السليمة تظهر مشكلات سوء العلاقات الاجتماعية والتي تعتبر مجموعة من المواقف تواجه الفرد ويعجز فيها عن التفاعل الايجابي مع الآخرين سواء في بيئته الداخلية أو الخارجية أو كليهما .

كما أن المعاق بصرياً يواجه تحدياً آخر وهو الاغتراب الاجتماعي والعزلة والخوف من مشاعر الاضطهاد والنقص ومشكلات اجتماعية أخري كسوء العلاقة بالأصدقاء والزملاء والمشرفين ، تلك المشكلات التي تقف عائقاً أمام تكيف المعاق بصرياً مع بيئته التي يعيش فيها والتي تقف عائقاً أيضاً أمام تحسين نوعية حياته (سعد عيد قاسم ، 2010 ، ص71) .

وهذا يتفق مع دراسة كلا من (حنان عثمان محمد ، 2007) والتي أكدت أن هناك علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية للتلاميذ والسلوك الانسحابي ويتفق هذا مع دراسة (مني أحمد محمد نافع ، 2015) بأن هناك علاقة بين المناخ الأسري ومهارات التواصل النفسي والاجتماعي على السلوك الانسحابي للطلاب

ب- المشكلات النفسية :

نتيجة لإحساس المعاق بصرياً بعدم الأمن وعدم القدرة على التحرك بحرية وعدم إدراك التفاعلات المحيطة به فإنه يصاب ببعض الصراعات والتوترات النفسية التي تزداد إذا كانت البيئة الاجتماعية غير ملائمة ، وتظهر نتائج العديد من الدراسات أن الإعاقة البصرية تؤدي بالمعاق إلى مجموعة من المشكلات النفسية والسلوكية كالعدوان والانسحاب ، كما أنه يعاني من بعض مشكلات في التوافق مثل السلوك المضاد للمجتمع والانطواء وكذلك العدوان المتمركز حول الذات .

ومن المؤكد أن الطفل المعاق بصرياً شأنه شأن الطفل العادي فهو قد يواجه الكثير من الاضطرابات الانفعالية بل هو أكثر عرضه وتأثيراً للاضطرابات الانفعالية من الطفل العادي بحكم ما يتعرض له من ضغوط مع قصور في القدرة البصرية ، كما أن للخبرات الأسرية في الطفولة المبكرة ونمط تنشئة الطفل المعاق بصرياً أثر على تحديد مفهوم الطفل لذاته ولدرجة توافقه النفسي .

تلك المشكلات التي يتعرض لها المعاق بصرياً تجعل منه شخص أكثر ميلاً للعزلة والانسحاب الاجتماعي وكذلك تقلل من الكفاءة الاجتماعية لديه , مما يجعل من عملية التأهيل وإعادة الدمج في المجتمع أمراً صعباً ويتطلب مجهوداً كبيراً من كل قطاعات المجتمع وفي مقدمتهم مهنة الخدمة الاجتماعية التي يجب أن تكون الفاعل الأكبر وحلقة الوصل بين تلك الفئات المحرومة والمعرضة للخطر من جهة وبين المجتمع وما به من مصادر الرعاية والخدمات من جهة أخرى (عبد الصبور منصور ، 2003 ، ص143) .

ج- المشكلات الصحية :

يعاني المعاقون بمختلف أنواع الإعاقة من العيوب والقصور في الكثير من المهارات الجسمية والحركية لما يصاب به بعضهم من الأمراض والتشوهات نتيجة لعوامل وراثية أو تعرضهم لعوامل بيئية مكتسبة كالحروق والاصابات .

ومن هنا تظهر الاحتياجات الصحية والتي تتمثل في السعي لاستعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية وتوفير كل المساعدات والإرشادات والبرامج التي تساعد المعاق بصرياً على استعادة واكتساب استقلاليته البدنية .

وتتنوع المشكلات والحاجات الصحية للمعاق وتتضمن حاجاتهم إلى الرعاية الجسمية التي تتم بمعرفة متخصصين لوقايتهم من الضعف الجسمي وتساعدهم على تنمية مهاراتهم البدنية حيث أنهم في حاجة إلى رعاية صحية وقائية وعلاجية خاصة مع طول فترة تواجدهم في مؤسسات رعايتهم ومن أهم تلك الحاجات والمشكلات:

- احتياجات بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية بما تشمله من خدمات وأنشطة تحسن الحالة الصحية للمعاق وتساعده على استعادة استقلاليته البدنية .
- التكلفة المادية الباهظة خاصة إذا ما استدعى الأمر فترات علاج طويلة إلى جانب قلة عدد مراكز العلاج المتميز للمعاقين خاصة مراكز العلاج الطبيعي وقلة إمكانياتها يمثل مشكلة من المشكلات التي تواجه إشباع الحاجات الصحية للمعاقين (ماهر أبو المعاطي , 2000 ,ص16) .

وانطلاقا من العرض السابق لخصائص المعاقين بصرياً ومشكلاتهم يمكن للباحثة تحديد الصعوبات التي تواجه التلاميذ المكفوفين فيما يلي :

1- صعوبة التعامل مع البيئة المادية المحيطة به و يؤثر ذلك على نمو العمليات العقلية والقدرة على التحصيل لديه نظراً لأن كف البصر يعزل الشخص عن عالم الأشياء بسبب تباطؤ النمو الحركي وتأثيره على النمو العام بشكل سلبي .

2- عدم استطاعته التقليد عن طريق النظر كما أنه يعتبر محدود الحركة في استكشاف العالم المحيط به والتعرف على مكوناته لاعتماد ذلك على حاسة النظر .

3- تأخره في إظهار النشاطات الحركية مثل الزحف الذي يسبق المشي كما يؤدي بطء النمو الحركي بالإضافة إلى تعود الطفل على الحركات واللوازم غير المقبولة التي قد تبدأ معه منذ سن مبكرة مثل التعود على الاهتزاز إلى الأمام أو إلى الخلف أو حك العين أو العبث بأعضاء الوجه.

4- اضطراب العلاقة بين الكفيف وأمه نظراً لاعتماد الارتباط بالأم على حاسة النظر (النظر إلى الأم ومتابعة حركاتها وتبادل الابتسام معها) .

5- غالبا ما ينطوي الطفل الكفيف على نفسه ويعتزل العالم مع غلبة الميل إلى الميول الانسحابية عليه على الرغم من قدرة الطفل على الاتصال بغيره لغوياً ويعود السبب في ذلك إلى القصور البصري الذي يعاني منه الطفل المعوق بصرياً والذي يجعل سلوكه الانعزالي من المشاكل الاجتماعية الرئيسية لديه .

6- يؤدي كف البصر منذ الولادة إلى تشجيع الطفل على الاعتماد على غيره والتعود على ذلك مما يعيق تنمية روح الشعور بالاستقلال لديه والاعتماد على نفسه وتحمل المسئولية .

7- يؤثر فقدان البصر على تأخير النمو الاجتماعي والانفعالي والحركي .

ثانيا : السلوك الانسحابي للتلاميذ المكفوفين Withdrawal behavior for blind pupils

تمهيد

يعد السلوك الانسحابي أحد السمات التي ينعت بها الأطفال المضطربين سلوكياً , ويصنف هذا السلوك ضمن السلوك الموجه للداخل , على عكس العدوان والنشاط الزائد حيث يعد موجهاً للخارج , والطفل المنسحب هو الذي يفشل في التكيف مع الوضع الاجتماعي , لذا فهو مصدر خطر لذاته , حيث يتم نسيانه لا سيما في المدرسة , ويصف المدرسون الطفل المنسحب بأنع غير قادر على التواصل مع الآخرين , وضعف في العلاقة مع الآخرين , والانطواء , وأحلام اليقظة , وقلة الأصدقاء , وادعاء المرض ويلعبون مع من هم أقل منهم سناً , وغيرها من الصفات التي تظهر عليهم .

ويعرف السلوك الانسحابي بأنه هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، وإذا حاول الطفل أن يتفاعل مع الآخرين فإنه يخفق في المشاركة ولا سيما في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب بالإضافة إلى الافتقار إلى التواصل الاجتماعي ، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران إلى كراهية الاتصال بالآخرين، والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة ، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة ، وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر فترات طويلة ، وربما طوال الحياة (خوله يحيي، 2000: 193).

ويعرف بأنه أحد المظاهر التي يتسم بها الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية، وهو السلوك الذي يعبر عن فشل الطفل في التكيف مع الواقع ومع متطلبات الحياة الاجتماعية ، وأن من مظاهر هذا النوع من السلوك : الانطواء على الذات ، وأحلام اليقظة ، والقلق الزائد ، وادعاء المرض، والخوف ، وعدم الرغبة في إقامة علاقات مع الآخرين (كمال سالم سيسالم ، 2002: 418).

اولا : المفاهيم المرتبطة بالسلوك الانسحابي

1- الانسحاب الاجتماعي والانطواء

يتداخل كل منهما في الآخر ولكن الانطواء يعتبر شكلاً من أشكال الانسحاب وبالتالي نجد أن مصطلح الانطواء استخدامه "بونج" للدلالة على اتجاه اهتمام الفرد نحو العالم الداخلي وليس العالم الخارجي حيث يبدي المنطوي ميلاً إلى الانسحاب عن اتصاله بالخارج الاجتماعي وإلى التقوقع داخل الذات وإلى الاهتمام فقط بأفكاره الخاصة وخبراته الذاتية . ويؤكد (ملاك جرجس) أن الانطواء والانسحاب الاجتماعي يتفقان في كثير من المظاهر المشتركة بينهما مثل تمركز الفرد حول ذاته وانشغاله بأفكاره ومشاعره الخاصة بدلاً من انفتاحه على الآخرين والتفاعل معهم فالطفل المنطوي لا يمتنع فقط عن الاشتراك مع أقرانه في أنشطتهم بل يتسم أيضاً بالجمود والخجل وتجنب الاتصال مع أقرانه (سامي محمد السعداوي، 2014: 32)

2- الانسحاب الاجتماعي والخجل:

الخجل يعد مصدراً من مصادر القلق الاجتماعي الذي يؤثر في قدرة الفرد على التعامل بفاعلية مع الآخرين . و يرى أيضا أن الخجل نـزوع إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والإحجام عن المشاركة في المواقف الاجتماعية المختلفة ، أو المشاركة بصورة غير مناسبة ، فالخجول يود التقرب من الآخرين لكنه لا يقوى على تحقيق رغبته اعتقاداً منه بأن الاتصال الاجتماعي سوف ينتهى بخبرة سلبية مؤلمة (صلاح الدين حمدي ، 2003).

ويرى (محمد عبد الرحمن) أن الخجل هو الشعور بعدم الارتياح وصعوبة التعبير عن الذات والرغبة في تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي وهو من الصفات الاجتماعية السلبية غير المرغوبة فيها لأنها ترتبط بمشكلات التوافق الشخصي والاجتماعي وتؤثر على قدرات الفرد ومشاعره ونشأة طاقته الإنتاجية في مواجهة المواقف الاجتماعية مما يؤدي إلى شعور الطفل بفقدان الثقة بنفسه (محمد عبد الرحمن، 2003: 2210).

ويشير (حسن مصطفى) إلى أن الخجل يوصف بأنه تجنب التفاعل الاجتماعي مع المشاركة في المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة كما أنه حالة تجعل الفرد ميالاً إلى الاهتمام المبالغ فيه بالتقييم الاجتماعي الصادر من الآخرين إزاءه (حسن مصطفى 2012: 331).

ومن هنا يتضح أن الخجل يختلف عن الانسحاب في أن الخجل ليس مرتبطاً بالخبرات السيئة خلال التجارب الاجتماعية مع الآخرين بينما الانسحاب يكون أكثر شدة حيث يسعى الطفل إلى الانسحاب عما يحيط به من الآخرين وبالتالي يتجنب من حوله فالطفل الخجول يشعر بعدم الارتياح ولكنه يستمر في البحث عن اتصال اجتماعي بينما يمتنع الطفل المنسحب بشكل متعمد أكثر فأكثر عن الاتصال بالآخرين (صالح السواح، 2009: 78).

3- الانسحاب الاجتماعي والشعور بالوحدة النفسية :

يتم الربط بين الانسحاب والشعور بالوحدة النفسية غالباً للحصول على كون الفرد وحيداً من الناحية العاطفية والاجتماعية مع الشعور بالنقص وعدم الانتماء ونقص العلاقات المهمة في حياة الفرد.

وقد ركز(تيرنز) على أن الشخص يشعر بالوحدة النفسية حين يعي أو يشعر بعزلته ويبدو مكتئباً أو مهموماً من جراء إحساسه بالوحدة ويترتب على هذا الإحساس أن ينأى الفرد بنفسه أو يتباعد عن الجميع ويبدو بلا رفيق أو صديق ويشعر كما لو كان مفتقراً من الناحية النفسية والمعنوية.

ويشير (محمد عبد الرحمن) إلى أن الشعور بالوحدة النفسية حالة انفعالية غير سارة تتضمن الشعور بعدم الانسجام مع الآخرين والإحساس بعدم وجود من يفهمه ويشاركه أفكاره واهتماماته وأن الآخرين مشغولين دائماً عنه.

بينما الانسحاب يظهر نتيجة الصراع بين الرغبة في الظهور والخوف من الفشل في المواقف الاجتماعية لذلك فهو يتجنب التفاعل مع الآخرين ويفضل البعد عنهم لكي لا يجد نفسه في موقف لا يمكن التصرف فيه لذلك يفضل الصمت.

ونرى أن هناك تداخلاً بين مفهوم الوحدة النفسية ومفهوم الانسحاب الاجتماعي فكلاهما يتضمن السلبية في العلاقات الاجتماعية والنقص في التفاعل الاجتماعي بمعنى أننا لا نستطيع أن نقرر أيهما السبب وأيهما النتيجة (سامي محمد السعداوي ، 2014 ، ص 33).

ثانيا : العلاقة بين السلوك الانسحابي والمهارات الاجتماعية :

يستخدم مفهوم المهارات الاجتماعية لوصف الأداء الوظيفي الاجتماعي ليتضمن الصداقة , المكانة الاجتماعية , العلاقات الاجتماعية , الكفاية الاجتماعية , والسلوك التكيفي (Gresham, Van and Cook,2006). ويعرفها (عواد وشريت 2008) بأنها عادات وسلوكيات مقبولة اجتماعياً , يتدرب عليها الطفل إلى درجة الإتقان والتمكن من خلال التفاعل الاجتماعي الذي يعد بمثابة مشاركة بين الأطفال في مواقف الحياة اليومية , وتفيد في إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين .

وتعرف المهارات الاجتماعية إجرائياً : قدرة الطفل المعوق بصرياً على التفاعل مع الآخرين , ومشاركتهم الاجتماعية , وإدراك مشاعر الآخرين وعواطفهم , والتواصل الاجتماعي مع أقرانه المحيطين به .

وتؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي تأثيراً سلبياً , وكذلك في اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية وضبط الذات والشعور بالاكتفاء الذاتي. وتحدث معظم مشكلات المعاقين بصرياً من خلال المواقف الاجتماعية حيث تبدو نظرة الآخرين السلبية نحوهم والتي تشعرهم بالعزلة عن باقي أفراد المجتمع , وهو ما يتحول إلى الاتجاه السلبي للمعوق نحو ذاته ونحو الآخرين, مؤدياً إلى اتجاه المعوق نحو العزلة (ابراهيم الزريقات , 2006 ,188) .

ويعزي الاهتمام بالمهارات الاجتماعية إلى كونها من العناصر المهمة التي تحدد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به في السياقات المختلفة , والتي تعد من ركائز التوافق النفسي على المستوي الشخصي والمجتمعي (طريف فرج، 2003 ، 298).

وارتفاع مستوى المهارات الاجتماعية يؤدي إلى تمكين الفرد من اقامة علاقات وثيقة مع المحيطين به , والحفاظ عليها من منطلق أن إقامة علاقات ودية من المؤشرات الهامة للكفاية في العلاقات الشخصية .

ويتأثر سلوك الفرد المعوق بصرياً بكثير من العوامل منها ما هو مرتبط بالبيئة المحيطة , ومنها ما هو متصل بالفرد ذاته نتيجة لمعاناته النابعة من الإعاقة , وذلك من شأنه أن يخلق شعوراً لدى المعوق بصرياً بالعزلة عن أفراد مجتمعة , ويسهم ذلك في معاناته من الوحدة وانخفاض مهاراته الاجتماعية وتواصله وتفاعله الاجتماعي مع الآخرين , وذلك من شأنه أن يقلل من فرص دمج الأفراد المعاقين بصرياً في المجتمع (أحمد عواد عواد , 2012) .

وأشارت دراسات (أحمد عواد ، أشرف شريت , 2007) (Mcclellan et.al 2001) إلى أن المعاقين بصرياً ذوي القصور في المهارات الاجتماعية يعانون أيضاً من سوء في التوافق الاجتماعي كالاضطرابات في التكيف المدرسي والانخفاض في التحصيل وكذلك انخفاض التعاون والمشاركة وتكوين الصداقات والتفاعل الاجتماعي .

واذا كان التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية مهماً للأفراد العاديين فإنه للمعاقين بصرياً من الأولى , بحكم معاناتهم من القصور في المهارات لأسباب منها عدم ملاحظاتهم السلوكيات الاجتماعية الإيجابية للعمل على محاكاتها ، خاصة فيما يتعلق بالسلوكيات غير اللفظية المهمة في التفاعل الاجتماعي مما يؤثر على بعض صفاتهم الشخصية وكذلك على الاتزان العام لديهم ويرافق ذلك العديد من المشكلات النفسية والانفعالية والسلوكية (عبد الصبور منصور ، 2003 ، 333)

وتؤدي محدودية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين إلى عدم تقبل الآخرين لهم خصوصاً من قبل الأقران مما يضعف فرص التوافق مع البيئة الاجتماعية كما يقيد العجز في المهارات الاجتماعية مدى تفاعلهم مع الآخرين مما يجعلهم أكثر عرضة للعزلة الاجتماعية والانسحاب إضافة إلى ذلك فإن العجز في تلك المهارات يؤدي إلى عدم القدرة على أداء المهام المرتبطة بالتحصيل الدراسي (صلاح هارون , 2000 : 10)

وإن تدني المهارات الاجتماعية من أهم الاسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الانسحاب سواء من المواقف الاجتماعية أو من التفاعلات الاجتماعية (عادل عبد الله ، 2002 – ب : 153)

كما أنه يؤثر على اكتساب اللغة لدى الأطفال وأنماطهم السلوكية المكتسبة وأسلوب تعبيرهم عن مشاعرهم وأحاسيسهم , ويؤدي إلى عدد محدود جدا من العلاقات الاجتماعية وعدم تقبل الآخرين لهذا الطفل من قبل الأقران أو ربط علاقات دائمة معه مما يحرمه التعرض للبيئة التي تساعد على النضج الاجتماعي ونقص في الادراكات الاجتماعية والنمو المعرفي (عبد الله على و فرتاج فاحس , 2015, ص 199) .

وأوضحت العديد من الدراسات العربية والاجنبية على أهمية المهارات الاجتماعية عامة والمعاقين بصرياً خاصة ومنها دراسة (العربي محمد ، 2003) هدفت لتنمية المهارات الاجتماعية وتحسين تفاعلاتهم الاجتماعية لخفض السلوك الانسحابي .

وأكدت دراسة (اكرام السيد ، 2008) على أن تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ساعدت على خفض السلوك الانسحابي لدى هؤلاء الأطفال باستخدام البرامج والأنشطة الحركية .

وركزت دراسة (سعاد مصطفي فرحات ،2008) على فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في تعديل السلوك العدواني للطفل الكفيف في المرحلة الابتدائية .

ودراسة (عبد العزيز مناحي ،2010) هدفت عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية في اكتساب المهارات الاجتماعية .

ودراسة (إيمان محمد شرف ، 2013) والتي أكدت على فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للتخفيف من حدة الضغوط لدى الطفل الكفيف .

وأوضحت دراسة (وفاء يوسف حمدي ، 2013) على أهمية المهارات لدى الطفل الكفيف وباستخدام برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية بعض المهارات ومنها المهارات الأمانية .

3- مظاهر السلوك الانسحابي :

يشير (هيمان ومارجليت Heiman ,Marglit ، 2002 , ص155) إلى أنه ثمة أنماط من العزلة والانسحاب ويمكن أن يظهرها المنسحب وهي :

1- يتحدثون قليلاً ويسألون أقل أسئلة .

2- يظهرون اهتماماً أقل في تنمية صداقاتهم مع الأقران .

3- يشاركون مشاركة ضعيفة في التفاعلات الاجتماعية .

كما أشار(إبراهيم علي السيد 2012) أيضا إلى عدة أنماط من السلوك الانسحابي يظهرها المنسحبون وأهمها :

1- الخجل – الانطواء .

2- السلوك الانعزالي (السلبي – الايجابي) .

3- السلوك التجنبي .

وأشار (Gresham et ,al 2001) إلى مظاهر السلوك الانسحابي وأهمها :

- التكتم والانعزال .
- الإخفاق في اللعب .
- الخجل وأحلام اليقظة .
- الإخفاق في إبداء المشاعر .
- عدم الاهتمام بالآخرين .
- انخفاض تقدير الذات .
- الشعور بالعجز .
- التقلب المزاجي .
- قلة الأصدقاء .

ويري عادل عبد الله أن السلوك الانسحابي لدى الأطفال يتخذ نمطين رئيسيين ويندرج تحت كلا منهما مجموعة من السلوكيات وهما : (عادل عبد الله 2002 ب , ص 363)

1- الانسحاب من المواقف الاجتماعية المختلفة (مواقف اللعب – الأنشطة – المهام – الارتباك في المواقف المختلفة)

2- الانسحاب من التفاعلات المختلفة (سواء على المستوي اللفظي – أو الايمائي – أو حتى الاتجاهات والمشاعر سواء بالسعادة أو الضيق أو الخوف)

ومن خلال العرض السابق يمكن للباحثة تحديد مظاهر انسحاب التلاميذ المكفوفين فيما يلي :

1- ضعف العلاقات الاجتماعية وقلة التفاعل مع الآخرين بالمدرسة من مدرسين وموظفي الإدارة والطلاب .

2- خجل دائم في التعامل مع الآخرين سواء بالمدرسة أو المجتمع الخارجي .

3- المشاعر السلبية في التعامل مع مشكلاته والتعبير عن الذات .

4- الشعور بالعجز الدائم وعدم تقدير الذات .

5- الانسحاب من المواقف الاجتماعية .

6- الانسحاب من التفاعلات المختلفة .

4- أسباب السلوك الانسحابي :

تتعدد الأسباب التي تؤدي بالطفل الكفيف إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وتتداخل فيما بينهما بحيث يصعب الفصل للبيئة الاجتماعية والمدرسية التي يعيش فيها وبوجه عام يمكن تحديد بعض الأسباب التي تقف وراء سلوك الأطفال المكفوفين الانسحابي وأهمها:

1- النقص في المهارات الاجتماعية:

يعد الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية أحد نواتج القصور في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ويبرز ذلك في قلة تفاعلاتهم ومشاركتهم مع أقرانهم في مختلف المواقف والأنشطة.

كما يؤدي نقص المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال إلى صعوبة التوافق الاجتماعي مع الآخرين والبيئة المحيطة بهم بالإضافة إلى قلة التفاعل الاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات والانسحاب والعدوان وعدم تحمل المسئولية الاجتماعية واضطراب مفهوم الذات (العربي محمد على ، 2003: 68) .

وتشير العديد من الدراسات أن الأطفال المعوقين بصرياً يعانون من قصور واضح في الجانب الاجتماعي حيث يعانون من نقص حاد وقصور كبير في مهاراتهم الاجتماعية يترتب عليه العديد من المشكلات والسلوكيات السلبية التي تحول بين هؤلاء الأطفال وبين إمكانية تعايشهم بشكل مقبول مع الآخرين إذ كثيراً ما يلجئون إلى أساليب السلوك العدواني والانحرافات السلوكية نتيجة ما يلاقونه من إحباطات في الحياة اليومية وهو ما يجعلهم يتسمون من الناحية الانفعالية بعدد من السمات وفي مقدمتها العدوان (سعاد مصطفي فرحات ، 2008)

وأكدت دراسة (العربي محمد على زيد ،2003) على فعالية البرنامج التدريبي بغرض تنمية مهاراتهم الاجتماعية وتحسين تفاعلاتهم الاجتماعية على خفض السلوك الانسحابي للأطفال المعاقين.

و دراسة (إيمان محمد شرف ، 2013) عن فعالية البرنامج لتنمية المهارات الاجتماعية للتخفيف من حدة الضغوط لدى الطفل الكفيف .

وبناء على ما سبق يتضح أن القصور في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين بصرياً من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية سواء في بيئة المنزل أو بيئة المدرسة .

2- ضعف الثقة بالنفس :

يعاني الأطفال المكفوفين من مشاعر النقص وضعف الثقة بالنفس وهو ما يؤثر بالتالي على علاقاتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين حيث أن الشعور بالنقص الذي يعتري نفسية هؤلاء الأطفال هو من أقوى مسببات الخجل والانسحاب وكنتيجة للشعور بالنقص تبدو مظاهر السلبية لدى هؤلاء الأطفال ، والتي تظهر في سلوك لفظي ، أو حركي ، أو ضحك ، كما يتظاهر الأطفال بعدم الفهم أو الاستجابة أو شغل الوقت في أعمال روتينية (زكريا الشربيني ، 2001 : 92).

وبناء على ما سبق يمكن القول بأن ضعف الثقة بالنفس لدى الأطفال المكفوفين يدفعهم إلى الانسحاب من معترك المواقف الاجتماعية في بيئة المدرسة خصوصاً، حتى لا يتعرضون للنقد من جانب أقرانهم أو معلميهم.

والتي أكدت عليها دراسة (راندا أحمد الشافعي ، 2014) في فاعلية برنامج للدافعية المعرفية في تنمية تقدير الذات وأثرها على تخفيف حدة السلوك الانسحابي لدى التلاميذ .

ودراسة (سمير حسن منصور ، 2005) في فاعلية الممارسة المهنية في تعديل مفهوم الذات لدى المعاقين بصريا وتأثيرهاً على التقليل من المشكلات النفسية للمعاق .

3- **الخوف من الآخرين** :

إن أحد أسباب العزلة هو خوف الأطفال من الآخرين حيث يتجنب الأطفال مشاعر الآخرين السالبة التي تعد مصدر للألم لدى هؤلاء الأطفال وبالتالي يهرب الأطفال وينسحبون من التفاعل الاجتماعي طلباً للأمان والوقاية من تلك المشاعر السالبة ، فبعض الأطفال لا يشاركون باللعب بسبب الخوف أو الخجل ومن ثم يلجأ إلى الانسحاب والانعزال عن الآخرين (زكريا الشربيني، يسرية صادقة ، 2000).

وتجدر الإشارة إلى أن الخجل أو الانسحاب يعد أحد أشكال الخوف ، والذي يترتب بالإحجام عن التعامل مع الغرباء من الأشخاص (هدى قناوي ، حسن عبد المعطي ، 2000: 241)

مما سبق يتضح أن خوف الأطفال المكفوفين من نتائج التفاعل الاجتماعي مع الإقران والمعلمين يُعد أيضاً أحد الأسباب التي تلعب دوراً في سلوكهم الانسحابي من تلك التفاعلات والمواقف الاجتماعية.

4- عدم الشعور بالأمان :

إن الأطفال الذين لا يشعرون بالأمن والطمأنينة لا يميلون إلى الاختلاط بالآخرين وتعريض أنفسهم للغير لأنهم عديمو الثقة بأنفسهم ، ودائمو الخوف ، ولذلك لا يمارسون المهارات الاجتماعية ويترددون عن مقابلة ومواجهة الناس ، والتعامل مع الآخرين.

فهؤلاء الأطفال يعتبرون دخولهم في تفاعلات مع الآخرين مصدراً جديداً للنقد والسخرية نتيجة مواقفهم السلبية التي لم يتعودوا على غيرها نتيجة عزلتهم ، كما أنهم لا يتعرضون للنقد فقط من الأقران بل قد يتعرض له من الكبار والمعلمين والوالدين (زكريا الشربيني , 2001 ,93)

أن الأطفال المكفوفين يظهرون مزيداً من عدم الشعور بالأمن خلال تفاعلاتهم مع الأقران والمعلمين، بل والوالدين أحياناً، الأمر الذي يؤدي بهم إلى تحاشي الانخراط في تلك التفاعلات التي من شأنها أن تسبب لهم الألم والنقد ، ومن ثم يضطرون إلى الانسحاب من تلك المواقف والتفاعلات.

وأكدت علية دراسة (وفاء يوسف حمدي ، 2013) عن فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض المهارات الأمانية لدى المكفوفين .

5- **اتجاهات الآخرين نحو الطفل** :

على الرغم من أن الفشل في بناء العلاقات الاجتماعية وإظهار المظاهر السلوكية والاجتماعية غير التكيفية مرتبط بانخفاض مستوى الأداء العقلي العام لدى الطفل ، إلا أنه مرتبط أيضاً بعوامل أخرى تتصل باتجاهات الآخرين نحوه ، ومواقفهم منه وردود فعلهم لما يصدر عنه من سلوك أو فعل، بالإضافة لذلك فإن الطفل الكفيف يمر بخبرات فشل عديدة ومتكررة ، مما يؤدي إلى خفض مستوى الدافعين والمبادرة لديه.

وبناء على نظرة الآخرين واتجاهاتهم نحو الطفل المعوق ، والتي تنطوي على الشعور بانخفاض المنزلة أو المكانة الاجتماعية ، وتؤكد أحياناً على الاختلاف والنقص عن باقي الأفراد ، فإن الطفل يأتي بردود فعل على شكل سلوك غير ناضج كالعدوان اللفظي ، والمادي ، أو على شكل سلوك انسحابي ، وهروب من مواجهة الموقف ككل ، كما تؤدي تلك الاتجاهات إلى شعور الطفل المعوق بالنقص والقصور والعجز والتعرض لمواقف الإحباط وإلى صعوبة إقامة علاقات صداقة مع الآخرين ، والفضل في عمليات الاتصال المتنوعة (رمضان القذافي ، 2001 : 224).

6- العوامل الأسرية :

يجمع علماء النفس على أن السلوك الانسحابي أحيانا ما يرجع إلى بعض العوامل الأسرية مثل : (إبراهيم علي السيد , 2012 , ص 30)

- قسوة الأب - رفض الوالدين
- التهديد المستمر للطفل - مخاوف الأم

ويمكن تحديد أسباب السلوك الانسحابي للتلاميذ المكفوفين فيما يلي :

1- قلة التفاعل والمشاركة مع الأقران نتيجة لضعف المهارات الاجتماعية لديهم .

2- ضعف الثقة بالنفس والمشاعر السلبية الدائمة والإحساس بالدونية .

3- ا الخوف من الآخرين فالتفاعل معهم يصبح مساوياً للألم النفسي بالنسبة للطفل .

4- عدم الشعور بالأمن والخوف الدائم من الآخرين والاختلاط معهم .

5- الخبرات المبكرة القاسية مع الاخوة , يصبح الطفل شديد الحساسية والمراقبة لذاته ويتوقع استجابات سلبية من الأفراد (كالإغاظة أو التخويف , أو الإحراج) مما يجعله يتجنب الآخرين

6- الكراهية الموجهة من الوالدين للطفل أو التسلط والإهمال وضعف العلاقات الأسرية .

وبناء على ذلك يتضح أن الأسباب التي تقف وراء السلوك الانسحابي عديدة وكثيرة وتتداخل فيما بينها ولكنها جميعاً تؤدي إلى نتيجة واحدة هي السلوك الانسحابي لدى هؤلاء الأطفال ويعد القصور في المهارات الاجتماعية أبرز تلك الأسباب وأكثرها أهمية حيث من خلال تنمية تلك المهارات الاجتماعية ، ومعالجة القصور والعجز فيهما يمكن التغلب على آثار معظم الأسباب الأخرى ، وإن كان ذلك لا ينفي دور تلك الأسباب بجانب القصور في المهارات الاجتماعية في ظهور السلوك الانسحابي ، ولذلك فالباحثة تؤكد من خلال الدراسة الحالية على أهمية مواجهة القصور في المهارات الاجتماعية من خلال تنميتها ، وإكساب هؤلاء الأطفال من خلال برامج تدريبية معدة جيداً باعتبار أن قصور المهارات الاجتماعية أهم الأسباب المؤدية إلى السلوك الانسحابي من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

5- قياس الانسحاب وتشخيصه :

عادة ما يتم التعرف على أولئك الأطفال المنسحبين اجتماعياً عن طريق استخدام ثلاثة أساليب للتقييم وهي:

1- **الملاحظة الطبيعية المباشرة :** وهي الأكثر استخداماً وبالصدق الظاهري حيث أنها تتضمن ملاحظة أنماط سلوك الطفل بشكل مباشر، وتمكن هذه الطريقة الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر ودراسة المثيرات البعدية المرتبطة بسلوكه ، ولهذا فإن لها أهمية كبيرة في تحليل السلوك وبالتالي وضع خطط العلاج المناسبة (خوله يحيى ، 2003 : 198).

2- **تقديرات المعلمين :** عادة ما تكون أسلوباً دقيقاً وفعالاً نسبياً للتعرف على أولئك الأطفال والمراهقين والمنسحبين وخاصة عندما يتم استخدامها إلى جانب أساليب أخرى للتقييم وتتطلب هذه الطريقة أن يقوم المعلم بإكمال قائمة سلوك الطفل أو الاستبيان المعد لذلك، ويقوم بعد ذلك بتحليل النتائج التي سيتم التواصل إليها على أثر استجابته على تلك القائمة أو ذلك الاستبيان (روزنبرج ، ويسلون ، 2008 : 148).

3- **المقاييس السسيومتريه :** عرفت هذه الطريقة باسم ترشيح الأقران ، وتشتمل تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل ، وقد أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع (خولة يحيى ، 2003 : 198).

6- النظريات المفسرة للسلوك الانسحابي :

تناول بعض علماء النفس موضوع السلوك الانسحابي في نظرياتهم ، وستركز الباحثة على النظريات التي تناولت أسباب السلوك الانسحابي وبذلك بغرض الاستفادة منها وبالتالي توظفيها بشكل واضح في تفسير السلوك الانسحابي لدى الأطفال أكثر من موضوع الدراسة.

أولاً : المنظور النفسي : Psychological perspective

1- نظرية التحليل النفسي : Psycho-Analytic theory

يرى فرويد أن الشخصية فرضياً تتكون من ثلاث منظومات وهي (الهو والأنا والأنا الأعلى)

ويمثل (الهو) اللذة والذي يظهر مع ولادة الإنسان وعمله وإشباع غرائزه ، ويمثل (الأنا الأعلى) مبدأ القيم ، ويكتسبها الفرد من خلال التنشئة ، وعملها إشباع للجانب القيمي والأخلاقي لدى الفرد ، ويمثل (الأنا) مبدأ الواقع وعمله حماية الفرد وهو يوازن بين الهو والأنا الأعلى ، ويحاول إشباعها بشكل متوازن (نبيل سفيان ، 2004 ، ص: 76).

ونستدل من هذه النظرية , أن التوافق لدى فرويد يعتمد على الأنا , فالأنا تجعل الفرد متوافقاً أو غير متوافق ، فالأنا القوية هي التي تسيطر على الهو والأنا الأعلى , وتحدث التوازن بينهما وبين الواقع ، أما الانا الضعيفة ، فتضعف أمام الهو فتسيطر على الشخصية ، فتكون شخصية شهوانية تحاول إشباع غرائزها دون مراعاة الواقع أو المثل ، مما تؤدي بصاحبها إلى الانحراف وعدم مراعاة الواقع ، فينعكس عليها سلباً ومن ثم إلى الاضطراب وإما أن تسيطر الانا الأعلى بالمثل إلى درجة عدم المرونة فتكون بكبت الرغبات والغرائز الطبيعية ، أو تشعر بالذنب المبالغ فيه ، فتؤدي إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق (عبد الحميد محمد , 2006 ، ص 164)

وشرح فرويد أسباب هذا السلوك وأرجعه (السلوك الانسحابي) إلى مرحلة الطفولة المبكرة لاسيما الخمس سنوات الاولي إذ أن الخبرات التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة تؤثر في شخصيته مستقبلا.

وأكد على حاجات الطفل إذا ما أشبعت بصورة كافية فإن جانباً من شخصيته يتوقف أو يعيق نموه إلى درجة ما وان هذه الإعاقة في النمو تمنع نمو الأساليب الاجتماعية الأكثر فعالية للتكيف .

2- **نظرية إريكسون :** E .Erikson theory

ويري إريكسون أن التوتر النفسي يكمن في ضعف الأنا وعدم قدرة الفرد على القيام بوظائفه ، إذا استمر هذا التوتر بطريقة غير تكيفية وغير مرضية فإن ذلك يؤدي إلى نشوء الأمراض النفسية مثل ضعف الثقة بالنفس , وافتقار الدور , وانعدام الشعور بالأمن النفسي مما يؤدي إلى الشعور ببعض الاضطرابات الوجدانية كالعزلة والابتعاد عن مصادر التوتر النفسي .

(عبد الفتاح الخواجة ، 2002 ، ص 144)

ثانياً : المنظور الاجتماعي :

1- نظرية كارل روجرز : K . Rogers theory

ويؤكد على التطابق بين الذات والخبرة يؤديان إلى ترميز سلبي للخبرات , أما التنافر بينهما (الذات ، الخبرة) فإنه يؤدي إلى ترميز غير دقيق مما ينجم عنه سوء تكيف نفسي , ويؤكد روجرز على الحاجة إلى الانتماء , وإلى الصداقة والمصاحبة وإلى الاهتمام بالفرد بطريقة إيجابية وإلى حب الآخرين وتعاطفهم وتقديرهم واحترامهم (عبد الفتاح الخواجة ، 2002 , 155) .

2- نظرية بوجاردس : Bugards theory

يري أن العلاقات الودية والقريبة تساعد الأفراد على إقامة الرفاهية وتشبع حاجات المجتمع , هذا وفسر العالم مكاكينزي Mqaokenizi التفاعل الاجتماعي إذ يقول بأن هناك ما يبدو دافعاً لا يمكن مقاومته هو الذي يدفع الأفراد إلى أن يعيشوا بالقرب من بعضهم البعض وهذا الميل هو ما يسمى بالتمركز Centralization أما إذا انعدم التعاون معهم فإن هذا الشعور يقود إلى الانزواء والانسحاب بعيداً عن المجتمع ويكون له همومه ومشاكله التي يطرحها على نفسه ولم يجد لها حلاً سوي القلق والاضطراب والتوتر في داخل نفسه (اريج محمد عبد الرسول ، 2005 ، 133) .

ثالثاً : المنظور المعرفي : Cognitive perspective

1- النظرية المعرفية البنائية :

تغلب قضية التمركز حول الذات على تطور الطفل اجتماعياً فهو لا يستطيع مواءمة أفكاره لذلك يكون منعزلاً أغلب الوقت إذا لم يكن كله إذ لا يبذل جهداً في نقل أفكاره إلى الآخرين وتعمل ذاكرتة الحسية فقط أي أن الذاكرة القصيرة المدي والبعيدة المدي غير منظورة أو غير عاملة .

إذ يحدث النمو المعرفي عندما يواجه الطفل موقفاً يؤدي إلى اختلال التوازن ثم يحصل التكيف المعرفي نتيجة التوازن بين التمثل والمواءمة (أحمد عوض الترتوري ، 2009 ، ص 3)

2- نظرية جورج كيلي : G. Kelly theory

تعتمد نظرية جورج كيلي على ما يسميه (البنى الشخصية) وهذه البنى هي المسؤولة عن تفسير السلوك الصادر من الطفل , وأن مفهوم البنية هو الأسلوب الذي يستخدمه الطفل في النظر إلى الأحداث وتفسيرها ، وكل طفل يري العالم من خلال عدسته الخاصة ، وأن وجهه نظره معناها أن الطفل من خلال البنية ، فإن ذلك يوجه سلوكه وجهة معينة ، ويفسر كيلي الانسحاب بأنه ينشأ عندما يكون الطفل غير قادر على فهم الخبرات الاجتماعية وتحليل المواقف التي تواجهه في بيئته .

رابعاً : المنظور السلوكي : Behavioral perspective

1- نظرية بونج : Young Theory

أقام بونج نظريته على الأنماط السلوكية ، حيث قسم الأفراد إلى مجموعتين هما الانبساطيين والانطوائيين كما يأتي :

1- **النمط الانبساطي :** ويتصف بالنشاط ، ويميل إلى المشاركة في النشاط الاجتماعي ، يهتم بالناس ، له صدقات كثيرة ، متوافق ، ومقبل على الحياة بحيوية وجد ، ويتفرع من هذا النشاط الرئيسي أربعة فروع هي : انبساطي تفكيري ، انبساطي وجداني ، انبساطي حسي ، انبساطي إلهامي.

2- **النمط الإنطوائي :** ويتصف بالانسحابية ، غير اجتماعي انعزالي ، يتحاشى الصلات الاجتماعية ، يفكر دائماً في نفسه ، متمركز حول ذاته ، يخضع سلوكه لمبادئ مطلقة وقوانين صارمة ، غير مرن ، غير متوافق وشكاك ويتفرع من هذا النمط أربعة فروع هي: الانطوائي التفكيري ، والانطوائي الوجداني ، والانطوائي الحسي (ذاتي في إدراكه ، ويحب تأمل المحسوسات والطبيعة) وأخيراً الانطوائي الإلهامي (نبيل سفيان ، 2004، ص: 49).

خامساً : أساليب خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين بصرياً :

شهدت العقود القليلة الماضية تطورات كبيرة في ميدان تربية ذوي الحاجات الخاصة وتعليمهم ، وتدريبهم ، وتعد المشكلات السلوكية المصاحبة للأطفال المعاقين بصرياً مصدر قلق أساسي للأسرة ، وللأشخاص الذين يعملون بشكل مباشر مع الأطفال المعاقبين بصرياً ، سواء في المؤسسات الخاصة ، أو في المدارس العادية ، ويأتي السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين بصرياً على قائمة المشاكل السلوكية ، لما له من تأثيرات سلبية على الطفل المعاق بصرياً أو على أسرته ، كما أنه يجعل الطفل شخصاً غير مقبول في البيئة الاجتماعية ، والتربوية التي يتفاعل معها.

وتشير الآراء الحديثة في مجال الإعاقة بصرياً ؛ إلى أن السلوك التوافقي للطفل المعاق ، يمكن تعديله بشكل إيجابي عن طريق ما يسمى بالتوقعات الاجتماعية المعيارية ، ويعني ذلك تقديم الخدمات للأطفال المعاقين بصرياً بنفس الأسلوب والطريقة التي تقدم بها للأطفال الأسوياء ، وذلك عن طريق الوسائل الاعتيادية المعمول بها في الجماعات ؛ وذلك من أجل تأصيل السلوك الإنساني ، والسمات الطبيعية السائدة في المجتمع ، وهو ما يعني إجراء تغييرات على شكل ومحتوى برامج الرعاية لهؤلاء الأطفال (رمضان القذافي، 2001، 227).

وفي ضوء ذلك ، فالانسحاب الاجتماعي بغض النظر عن العوامل المسببة له قابل للعلاج إذ توضح البحوث العلمية إمكانية الحد منه ، وذلك باستخدام أساليب تعديل السلوك لتطوير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ، ورغم تعدد الأساليب التي يمكن استخدامها لخفض حدة السلوك الانسحابي لدى المعاقين بصرياً ، فإن الباحثة تعرض لبعض منها ، كالآتي:

1- **التدريب على المهارات** :

من الأساليب المعروفة لخفض حدة المشكلات السلوكية ، ومنها السلوك الانسحابي ، الأسلوب الذي يطلق عليه اسم التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training، ويشمل على استخدام النمذجة ، ولعب الدور، والتعليمات ، والتغذية الراجعة ، والتعزيز كزمرة علاجية متعددة العناصر لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب اجتماعياً، ويهدف التدريب على المهارات الاجتماعية إلى مساعدة الأطفال على تحقيق البراعة في مهام ومطالب النمو، ومن ثم فإن علينا تشجيع ودعم أي اتجاه عند الطفل نحو الاتصال، والتفاعل، والاندماج مع الآخرين مهما كان بسيطاً، وتلعب المكافأة المعنوية كالمدح، أو المادية كالهدايا ، دوراً مهماً في دعم تطوير السلوك الاجتماعي للطفل ، لأن الطفل يحتاج إلى تعلم مختلف صور التفاعل الاجتماعي ، كما أن التمرين على الممارسات الاجتماعية خطوة هامة تعتمد على أسلوب لعب الأدوار، ويتم من خلال التدريب على مختلف المواقف الاجتماعية (محمد السيد و مني خليفة ،2003 ، ص257)

ب- إشراك الطفل في الأنشطة الاجتماعية :

يمكن مواجهة السلوك الانسحابي ، وخفض حدته لدى الأطفال المعاقين بصرياً من خلال استخدام أساليب تدريبية خاصة لتعليمهم على التفاعل الاجتماعي بطريقة مناسبة مع الأقران ، حيث يتم تعليمهم المبادأة باللعب مع الآخرين ، والاستجابة لمحاولاتهم بطريقة مناسبة ، واستخدام النشاطات ، والأدوات المناسبة . و أن إشراك هؤلاء الأطفال في أنشطة اجتماعية مع أقرانهم العاديين ، أو المعاقين، من شأنه تنمية علاقاتهم الاجتماعية ، ويؤدي اشتراكهم في الألعاب المباشرة إلى تقوية قدراتهم على التفاعل الاجتماعي، ومهاراتهم الاجتماعية ، ومن ثم خفض حدة بعض السلوكيات المشكلة لديهم.

وعلى ذلك؛ فلابد من تشجيع الطفل على التفاعل مع الآخرين من خلال الاشتراك في رحلات جماعية ، وألعاب رياضية ومدرسية عديدة ، لأن ذلك من شأنه تخفيف العزلة الاجتماعية التي يعاني منها الطفل ، كما أن الأنشطة الاجتماعية المختلفة ، يمكن أن تخلص الطفل نسبياً من السلوكيات غير المرغوبة كالسلوك الانسحابي ، ولاسيما إذا حرص الوالدان على تدريب الطفل عليها أيضاً في المنزل ، وذلك بتقسيم تلك الأنشطة ، وممارستها بصورة سهلة من خلال وضع جدول معين ، أو برنامج معين لأداء تلك الأنشطة على مدار الوقت ، فمن الممكن أن تستخدم جدولة النشاط الإيجابي لزيادة المشاركة ، ولتحسين التفاعلات الإيجابية للأبوين والطفل ، وتتضمن قضاء الأبوين وقتاً مع الطفل لعمل أنشطة موجهة له ، و أن التدريب على الأنشطة والمهام ، من خلال التدريب على المهارات المختلفة بواسطة الأقران من شأنه زيادة المبادأة ، والاستجابة الاجتماعية في مختلف المواقف ، ويزيد من قدرة الأطفال المعاقين على المحادثة الفعالة ، وبالتالي يقل سلوكهم التجنبي من مختلف المواقف (محمد السيد، ومنى خليفة، 2003، 86) .

ج- **تلبية وإشباع بعض الحاجات النفسية للأطفال المعاقين /**

لخفض حدة السلوك الانسحابي لدى الطفل المعاق ، ودفعه إلى المشاركة في مختلف الأنشطة والمهام ، لابد من تلبية وإشباع بعض حاجاته النفسية الأساسية ، والتي دائماً ما يعاني من القصور فيها ، وأهم تلك الحاجات ما يأتي :

- الحاجة إلى الأمن:

يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن والطمأنينة ، والانتماء إلى جماعة في الأسرة والمدرسة ، والرفاق في المجتمع ، حيث يحتاج إلى الرعاية في جو آمن يشعر فيه بالحماية من كل العوامل الخارجية المهددة ، ويجب مراعاة الوسائل التي تشبع هذه الحاجة لديه حتى لا يشعر بتهديد خطير لكيانه ، مما يؤدي إلى أساليب سلوكية قد تكون انسحابية أو عدوانية ، فالطفل المعاق هو بحاجة إلى أن يعيش في أسرة يدرك من خلالها التقبل من الراشدين المهمين في حياته كالأب والأم والأخوة ، ويحتاج كذلك إلى التعليم والتأهيل المهني ليعول نفسه ، فيمارس حياته الاجتماعية كغيره من العاديين (حامد زهران، 2005،ص 295)

الحاجة إلى التقبل الاجتماعي :

تعتبر الحاجة إلى التقبل واحدة من الحاجات الأساسية لكل البشر ، ولا يختلف الأطفال غير العاديين عن أي إنسان آخر في هذا الجانب ، فهم في حاجة إلى أن يتقبلهم الآخرون كأشخاص لهم قيمة ، بالإضافة إلى أن يتقبلوا هم أيضاً أنفسهم.

ولما يعانيه آباء الأطفال المعاقين من مشاعر الاكتئاب والقلق والتقدير المنخفض لذواتهم ، ولما يصاحب الإعاقة من عيوب جسمية وسلوكية تعوق الارتباط الأبوي السوي مع الطفل ، يمكن أن يكون حبهم لطفلهم المعاق أمراً صعباً ، فتكون الآثار على الطفل كبيرة ، حيث يحاول أن يجد شخصاً يتطابق معه ، أو يكون قدوة طيبة له ، لذا يجب على المتخصصين تقديم النماذج لهم ، وعليهم أن يتعرفوا على الجوانب الإيجابية لدى هؤلاء الأطفال ليبرزوها أمام آبائهم ، وأن يساعدوهم على تقبل طفلهما المعاق ويقدروا قيمته (سهى أمين، 1999، 24).

نتيجة لما يعانيه الأطفال المعاقين من حرمان في التقبل والقبول الاجتماعي ، فإنهم يعكسون أثر ذلك في صورة حاجة عالية للقبول والتقبل الاجتماعي قياساً بالأطفال غير المعاقين ، وحتى في داخل مجموعات المعاقين عقلياً ، يتوقع أن يكون هناك تفاوت في هذه الحاجة مع كون أولئك الذين لديهم احتكاكات اجتماعية أقل (مثلاً المقيمين في معاهد ومؤسسات) تكون حاجاتهم أكبر ، و الطفل المعاق يشعر بعدم التقبل الاجتماعي في البيت والمدرسة ومع أصحابه ، مما يجعله يسعى للحصول على التقبل الاجتماعي، ويظهر هذا في تأثره بتشجيع الآخرين وتأييدهم له (أمال عبد المنعم ,1999,37) .

- الحاجة إلى النجاح والإنجاز وتحقيق الذات :

يحتاج كل طفل في الوجود لأن يعمل وأن ينجز وأن ينجح ، وكل هذا يتطلب من البداية فهماً مناسباً للطفل وإمكانياته ، وأن كل ما يستطيع الطفل أن يحققه يجب أن يعمل على تحقيقه حتى يصبح سعيداً ، أي أن يختار نوع العمل الذي يلائمه في حدود قدراته وإمكاناته ، ويحاول تحقيق أهدافه في هذا المجال .

ويشير ماكملان Macmillan إلى أهمية الإنجاز في حياة الفرد وربطها بالذكاء، أي أنه كلما زاد الذكاء زادت الحاجة للإنجاز، وترتبط هذه الحاجة بظروف التنشئة الاجتماعية كذلك ، فقد يتفوق أطفال الأسر الغنية ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً على أطفال الأسر الفقيرة ، بسبب أن حالات الإعاقة العقلية البسيطة والقادمة من أسر متخلفة ، لا تجد التشجيع الكافي لتنمية الإنجاز، وهو ما يعني أنه يمكن تنميتها عند هذه الفئة، وذلك بتحسين ظروف تنشئتها ورعايتها (إيمان الكاشف ، 2001، 34).

- الحاجة إلى اللعب:

يعد اللعب من أهم الحاجات النفسية لدى الأطفال حيث يعد اللعب أداة الطفل في تفهمه للعالم من حوله ، وهو إحدى الوسائل الهامة التي يعبر بها الطفل عن نفسه ، ويعتبره البعض مهنة الطفل ، ولإشباع هذه الحاجة لابد من إتاحة وقت الفراغ وإفساح المكان للعب ، واختيار الألعاب المتنوعة المشوقة ، وأوجه النشاط البناء ، وتوجيه الأطفال نفسياً وتربوياً أثناء اللعب (حامد زهران، 2005، 298).

ويحتل اللعب مكانة خاصة لدى الطفل المعاق ، حيث يعد طريقة من طرق التنفيس الانفعالي لديه ، كما تشبع رغباته في ممارسة الأنشطة للخروج من حالة الإحباط والشعور بالفشل التي يعاني منها الطفل خلال مواقف الحياة اليومية.

الأساليب والتكنيكيات العلاج المعرفي السلوكي لمواجهة السلوك الانسحابي :

1- **النمذجة :** ويكون ذلك بمساعدة الطفل المنسحب على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعياً فيه مع أقرانه بطريقة جيدة ، وقيام الطفل بتقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه ومن ثم تعزيزه بالطرق المختلفة .

2- **التلقين والحوار والمناقشة :** هو اجراء يشمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تميزية إضافية مساعدة وذلك بهدف زيادة احتمالية أداء الطفل السلوك الاجتماعي المستهدف .

وينقسم التلقين إلى :

- التلقين الجسدي .
- التلقين اللفظي .

3- **التعزيز الايجابي :** تتمثل هذه الطريقة بالانتباه للطفل عند اقترابه من الآخرين وتفاعله معهم. والتعزيز الايجابي هو إضافة مثير معين بعد صدور الاستجابة المرغوبة مباشرة ، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة .

4- **لعب الدور .**

5- **تشكيل السلوك** .

6- **التدريب على المهارات :** ويكون ذلك باستخدام النمذجة , ولعب الدور , والتعليمات والتغذية العكسية , والتعزيز كأسلوب علاجي واحد متعدد العناصر وذلك لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب .

المراجع :

1- ابراهيم الزريقات (2006) : الإعاقة البصرية : المفاهيم الاساسية والاعتبارات التربوية ، عمان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع .

2- إبراهيم علي السيد على (2012) : فاعلية برنامج للعلاج الواقعي في خفض السلوك الانسحابي لدى عينة من المراهقين المكفوفين ، رسالة ماجستير ، غي منشورة , كلية التربية ، جامعة عين شمس .

3- أريج محمد عبد الرسول (2005) : السلوك الانسحابي عند الأطفال التوحديين بعمر الروضة , بحث منشور ، مجلة البحوث التربوية والنفسية ، ع 31 .

4- **أحلام رجب عبد الغفار (2003)** : الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع .

5- أحمد أحمد عواد و إياد جريس (2012) : المهارات الاجتماعية لدى الأطفال العاديين والمعوقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة بالمملكة الاردنية الهاشمية ، المجلد 28 ، العدد الأول ، مجلة جامعة دمشق

6- أحمد عواد و أشرف شريت (2002) : تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعوقين بصريا ، مجلة التربية المعاصرة ، العدد 61 .

7- احمد عواد واشرف شريت (2008) : دليل الأسرة والمعلمة في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة البصرية ، الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية

8- أحمد عوض الترتوري (2009) : النمو المعرفي عند " جان بياجية" ، الجزء الثالث ،الجزائر .

9- إكرام السيد السيد حسين (2008) : تأثير برنامج أنشطة حركية على تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها على السلوك الانسحابي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عقلياً (القابلين للتعلم) , رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية التربية الرياضية ، جامعة الزقازيق .

10- آمال محمود عبد المنعم (1999) : فعالية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً ، رساله ماجستير، غير منشوره ، كليه التربية ، جامعه الزقازيق.

11- العربي محمد على (2003) : فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط المصور في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رساله دكتوراه ، غير منشوره ، جامعه الزقازيق ، كليه التربية .

12- إيمان السيد أحمد العزب (2011) : برنامج مقترح للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحد من ضغوط الحياة المترتبة على إعاقة الطفل بكف البصر ، رساله ماجستير ، غير منشوره ، كليه الخدمة الاجتماعية ، جامعه حلوان.

13- إيمان فؤاد الكاشف (2001) : دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث .

14- إيمان محمد شرف (2013) : مدى فاعليه برنامج التنمية بعض المهارات الاجتماعية للتخفيف من حده الضغوط لدى الطفل الكفيف ، رساله دكتوراه ، غيره منشوره ، كليه البنات ، جامعه عين شمس

15- إيهاب محمد عمر الصبي (2003) : فاعلية برنامج ترويحي رياضي لتعديل السلوك الانسحابي للمكفوفين ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية التربية الرياضية ، جامعة طنطا .

16- تيسير مفلح ، عمرو فواز (2003) : مقدمه في التربية الخاصة، عمان ، دار المسيرة

17- جمال محمد الخطيب (2001) : أولياء أمور الأطفال المعاقين واستراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم ، الطبعة الاولي ، السعودية ، مكتبه الملك فهد الوطنية.

18- _____ ومني صبحي الحديدي (2009) : المدخل إلى التربية الخاصة الطبعة الاولي , مطبعة دار الفكر .

19- حامد زهران (2005) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الرابعة ، القاهرة ، عالم الكتب.

20- حسن مصطفى (2012) : الاضطرابات النفسية " الطفولة والمراهقة والشباب وتشخيص والعلاج " ، القاهرة ، دار القاهرة للنشر

21- حسناء حسين حامد (2014) : فاعليه الإرشاد باللعب في تخفيف السلوك الانسحابى لدى عينة من الأطفال المرحلة الابتدائية بمدينه المنيا ، رساله ماجستير ، غير منشوره ، جامعه المنيا ، كليه التربيه .

22- حنان عثمان محمد (2007) : داسه السلوك الانسحابى لدى الأطفال من حيث علاقته بأساليب معاملة الوالدين ، رساله ماجستير ، غير منشوره ، جامعه عين شمس ، كليه التربية .

23-خليل المعايطة وآخرون (2000) : الإعاقة البصرية ، عمان ، ط (1) ، دار الفكر.

24-خوله أحمد يحيي (2000) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

25-خوله يحيى (2003) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، الطبعة الثانية ، عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

26-داود محمود المعايطة (2006) : التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة ، السعودية , دار الحامد .

27-رفعت محمود رفعت (2004) : أساليب التعلم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة, ، القاهرة ، الطبعة الرابعة ،دار عالم الكتب.

28-رائد أحمد الشافعي (2014) : أثر برنامج للدافعية المعرفية في تنميه تقدير الذات وتخفيف حدة الانسحاب الاجتماعي لدى المتأخرين دراسياً في المرحلة الإعدادية ، رساله دكتوراه ، غير منشوره ، معهد الدارسات التربوية ، جامعه القاهرة .

29-رفعت محمود رفعت (2004) : أساليب التعلم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة, ، القاهرة ، الطبعة الرابعة ،دار عالم الكتب.

30- روزنبرج ويسلون (2008) : تعليم الأطفال المراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية (ترجمة عادل عبد الله محمد) ، عمان ، دار الفكر العربي

31-زكريا الشربيني (2001):المشكلة النفسية عند الأطفال ، القاهرة ، دار الفكر العربي.

32-زكريا الشربيني ،يسرية صادق (2000):تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معامله ومواجهة مشكلاته ، القاهرة ،دار الفكر العربي .

33- زينب محمود شقير (2005): خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة ،المجلد الثالث, القاهرة ، مكتبه النهضة المصرية .

34-سامى محمد السعداوي (20014) : فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأخوة العاديين لخفض السلوك الانسحابى لدى أخيهم المتلجلج ، رساله ماجستير ، غير منشوره ، كليه التربية ، جامعه الزقازيق .

35-سعاد مصطفي فرحات (2008) : مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في تعديل السلوك العدواني لدى الطفل الكفيف في مرحله المدرسة الابتدائية بالجماهيرية الليبية ، رساله دكتوراه ، غير منشوره ، القاهرة ، معهد الدراسات التربوية

36-سعد عبده قاسم (2010) : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للمعاقين بصرياً ، رساله دكتوراه ،غير منشوره ، كليه الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم

37-سعيد حسنى العزة (2001) : الإعاقة السمعية واضطراب النطق والكلام واللغة ، عمان ، الدار العلمية الدولية .

38-سمير حسن منصور (2005) : فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في تعديل مفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً ، بحث منشور ، مجله دراسات الخدمة الاجتماعية ، العدد 18، الجزء الأول ، كليه الخدمة الاجتماعية ، حلوان .

39-سهى أمين (1999) : المتخلفون عقلياً بين الاساءة والإهمال التشخيص والعلاج ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

40-صالح عبد المقصود السواح (2009) : تعديل سلوك المعاقين سمعياً بين النظرية والتطبيق ، الإسكندرية ، دار الوفاء للنشر

41-صلاح عبد الله هارون (2000) : دليل مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم داخل غرفه الدراسة ، الرياض ، دار الزهراء للنشر والتوزيع .

42-صلاح الدين حمدي (2003) : فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض السلوك الانعزالي للطفل ، رساله دكتوراه ،غير منشورة ، كليه التربية ، جامعه الزقازيق
43-طارق كمال (2015) : تأهيل ورعاية المعاقين سمعياً وبصرياً ، الاسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة .
44-طريف فرج (2003) : المهارات الاجتماعية والاتصالية ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر.
45-عادل عبد الله (2004): الإعاقات الحسيه ،القاهرة ، دار الرشاد .
46-عادل عبد لله (2002_ب): الأطفال المتوحدون ، دراسات تشخيصية وبرامجية ، القاهرة ، دار الرشاد .
47- عبد الخالق عفيفي وآخرون (2005) : المنظور الشمولي للخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين ، مكتبة الانجلو المصرية .

48- عبد الرحمن سيد سليمان (2004) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة "الخصائص والسمات" القاهرة ، مكتبه زهراء الشرق .

49-عبد الصبور منصور (2003) : مقدمة في التربية الخاصة سيكولوجيه غير العاديين وتربيتهم ، ، الطبعة الأولى ،القاهرة ، مكتبه زهراء الشرق
50-عبد الله عبد العزيز المناحي (2001) : تنمية المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً في ضوء نظرية العلاج العقلاني الانفعالي برنامج إرشادي مقترح ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة , كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية ، السعودية
51-عبد الله على بنيان و فرتاج فاحس الصقري (2015) : فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوي سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم في محافظة الطائف , بحث منشور ، مجلة التربية الخاصة والتأهيل ، مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل مصر ، المجلد 3 , العدد 9 .

52- عبد الفتاح محمد الخواجة (2002) : الإرشاد النفسي والتربوي مسؤوليات وواجبات ، ط 1 ، القاهرة ، دار المعارف .

53-عبد المحي محمود حسن(2000) : متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية
54-فاطمة أحمد محمد منصور (2009) : التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام برنامج إرشادي وتنميه بعض مهارات التفاعل الاجتماعي للطلاب المكفوفين ، رساله ماجستير ، غير منشوره ، كليه الخدمة الاجتماعية ، جامعه الفيوم .
55- فهد محمد المسجى (2002) : الإعاقة والمعاقين "العناية لذوي الاحتياجات الخاصة وتحويل طاقاتهم المعطلة إلي قوة منتجة "، السعوديه، الطبعة الاولي ،مكتبه الملك فهد ،
56-كلير فهيم (2003) : أبناؤنا ذوي الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
57-كمال سالم سيسالم (2002) : موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي .
58-لا ندينا كاردنياس (2006) : الأطفال ذوي الإعاقة البصرية " المنهج والطريقة " ترجمة عواطف إبراهيم ، منال عبد الفتاح هندي , القاهرة ، دار الفكر العربي
59-ماهر أبو المعاطي (2000) : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال الطب ورعاية المعاقين ،حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي

60-ماهر أبو المعاطي (2004) : الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، الطبعة الاولي ، القاهرة ، مكتبه زهراء الشرق .

61-محمد السيد عبد الرحمن (2003) : دراسات في الصحة النفسية (المهارات الاجتماعية ، الاستقلال النفسي ، الهوية)، الجزء الثاني ، القاهرة ، دار قباء للنشر .

62-محمد السيد على عبد الهادي (2014) : برنامج تدريبي لعلاج التأخر اللغوي وأثره على السلوك الانسحابى والقلق الاجتماعي لدى الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية ، رساله ماجستير ، غير منشورة ، جامعه القاهرة ، معهد الدراسات التربوية.

63-محمد السيد فهمى (2001) : السلوك الاجتماعي للمعاقين ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث .

64-محمد السيد ومنى خليفه (2003) : تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات الإنمائية "دليل الآباء والمعالجين "، القاهرة ، دار الفكر العربي

65-نبيل رمضان (2004) : المختصر في الصحة النفسية والارشاد النفسي " المفهوم ، النمو ، النظرية ، التوافق ، الاضطرابات ، الارشاد ، العلاج "، القاهرة ، إبتراك للنشر والتوزيع

66- نظيمة محمود سرحان (2006) : مناهج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

67- هدى قناوي ، حسن عبد المعاطي (2000):علم النفس النمو ، الجزاء الثاني ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

68- وفاء يوسف حمدي (2013) : فاعليه برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض المهارات الأمانية لدى عينة من الأطفال المكفوفين بشمال سيناء ، رساله ماجستير ، غير منشوره ، كلية التربية ، جامعة قناة السويس

1-Gresham , F , Sugai , G & Horner , R .(2001) ; Interpret in Outcomes of social skills training for students with high- Incidence disabilities ; social validation generalization, And maintenance .Behavior Modification , 13 , 4-31

2-Heiman , T . & Marglit , M . (2002) ; Lone Liness Depression and mental retardation in different Education setting of special , education , 32 (3) , 154-163