

تطوير نموذج شامل لعملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج

التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية

Developing a comprehensive model for the evaluation and diagnosis process in the intellectual education institutes and programs in the Kingdom of Saudi Arabia

إعداد

عبدالرحمن عبدالعزيز محمد السيد

Doi: 10.21608/jasht.2020.118458

قبول النشر: ٢٨ / ٨ / ٢٠٢٠

استلام البحث: ٦ / ٨ / ٢٠٢٠

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى تطوير عملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية من خلال وضع تصور عملي لتلك الإجراءات المطلوبة لتطوير عملية التقييم والتشخيص والارتقاء بدورها في معاهد وبرامج التربية الفكرية ويرى الباحث أن أهمية المشروع تكمن في تفعيل فريق العمل وتوضيح طبيعة أدوار ومهام كل عضو من أعضاء هذا الفريق على حدا في عملية التقييم والتشخيص بالإضافة الى تطبيق النموذج المقترح كا فريق متعدد التخصصات، تحديد أهداف، تحديد الجوانب والمجالات التي يتم تشخيصها وجمع البيانات عنها، تنوع مصادر المعلومات، تنوع وسائل القياس، أهلية أعضاء فريق التشخيص والتقييم، تهيئة الظروف الملائمة لتنفيذ الاختبارات والمقاييس، تنظيم وسائل جمع المعلومات وتبويبها وتحليلها، كفاية التقرير وتفسير نتائج التقييم، إعادة التقييم، مما أدى الباحث الى ان يوصي في هذا البحث الى العمل على توفير الكوادر المؤهلة في مجال التشخيص والتقويم، الاهتمام بالتشخيص الدقيق والمبكر لكل فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة، تبادل الخبرات والأفكار، إنشاء مراكز للتقييم والتشخيص، عمل دورات تدريبية.

Abstract :

The study aimed to develop the evaluation and diagnosis process in intellectual education institutes and programs in the Kingdom of Saudi Arabia, by setting a practical vision for the procedures required for the evaluation and diagnosis process and upgrading its role in intellectual education institutes and programs. The researcher believes

that the importance of the project lies in activating the work team and clarifying the nature of the roles and tasks of each member of this team separately in the evaluation and diagnosis process in addition to applying the proposed model as a multidisciplinary team, defining goals, identifying aspects and areas that are diagnosed and collecting data on them, diversity of sources of information, diversity of measurement methods, eligibility of members of the diagnostic and evaluation team, creating appropriate conditions for implementing tests and standards, organizing the means of collecting, classifying and analyzing information, adequacy of the report and interpretation of evaluation results, reassessment. This led the researcher to recommend in this research to work to provide qualified cadres in the field of diagnosis and evaluation, attention to accurate and early diagnosis for each individual with special needs, exchange experiences and ideas, establish centers for evaluation and diagnosis, and conduct training courses.

مقدمة:

تعتبر عملية التقييم والتشخيص في التربية الخاصة الخطوة الأساسية في التعرف على التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية وتشخيص إعاقاتهم باستخدام الأدوات المناسبة لهذه الفئة غير المتجانسة في خصائصها واحتياجاتها والذي يترتب عليه استخدام خطوات دقيقة. ويذكر الوابلي (2003) "أن البرامج التي ترعى الطلاب ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة تتعامل مع فئات غير متجانسة في خصائصها واحتياجاتها، كما إن عدم التجانس لا يظهر فقط بين الفئات المختلفة، بل ضمن الفئة الواحدة".

لذا فإن هذا الأمر يدعو إلى إتباع مزيد من الإجراءات الدقيقة والمقننة علمياً . حيث أن عملية التقييم والتشخيص للأشخاص الذين يشك بأن لديهم تخلف عقلي تتطلب جمع بيانات عنهم في مجالات متعددة من قبل فريق عمل متكامل يعمل كوحدة واحدة ، وهذا ما يؤكد كل من القريوتي والسرطاوي (1988) "من أن عملية التقييم والتشخيص تقوم على جمع البيانات من جوانب متعددة توكل مهماتها إلى فريق من الأخصائيين". ولا نغفل أن التقييم لا يقتصر على تحديد البرنامج التربوي فحسب بل إنه يترتب على نتائج التقييم آثار وقرارات تمثل ملامح مستقبل الفرد موضع عملية التقييم .

إن المتتبع لعملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية يجد أن هناك قصوراً واضحاً في جوانب متعددة في واقع عملية التقييم والتشخيص بمعاهد وبرامج التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية والتي ربما كانت نتيجة تراكمات سابقة ساهمت بوجودها أسباب عديدة أدت إلى هذا القصور ولعل من أهمها :

١. أن عملية التقييم والتشخيص لا زالت تسير بصورة عشوائية وبدون إطار تنظيمي واضح ، على الرغم من وجود قواعد تنظيمية بهذا الخصوص .
٢. النقص الشديد والواضح في المقاييس والأدوات والاختبارات المقننة الملائمة للبيئة السعودية وكذلك الأدوات غير الرسمية.
٣. ضعف تأهيل الكوادر والأخصائيين في مجال التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية .
٤. غياب ثقافة العمل الجماعي وتسيّد التوجه الفردي.

وهذا الأمر يقتضي بتطوير عملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية بتبني كل الأسس والمبادئ الحديثة التي قد تسهم بالارتقاء بهذه العملية في معاهد وبرامج التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية إلى المستوى الفعال المطلوب لهذه العملية .

وعلى هذا الأساس يحاول هذا البحث تقديم تصور عملي يرتقي بتطوير عملية التقييم والتشخيص بشكل شامل في معاهد وبرامج التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية والذي قد يعود بالنفع والفائدة على سير العملية التعليمية وفعاليتها في أداء المتعلم .

مشكلة البحث :

أن المتتبع لواقع عملية التقييم والتشخيص على مستوى معاهد وبرامج التربية الفكرية في المملكة العربية السعودية ، وبالتحديد من خلال تجربة الباحث الحالي العملية والتي قاربت عقد من الزمان فإنه يلاحظ أن عملية التقييم والتشخيص لا تزال بها قصوراً واضحاً في جوانب متعددة والتي ربما كانت نتيجة تراكمات سابقة، مما ترتب على ذلك الكثير من المشكلات التي ربما تعوق تقدم التلميذ في العملية التعليمية وقد تكون مخرجاتها معدومة أو على الأقل ضعيفة . وعلى هذا الأساس يمكن بلورة مشكلة البحث في وجود حاجة لتقديم نموذج مقترح لتطوير عملية التقييم والتشخيص.

تساؤلات البحث :

ما هي الإجراءات المطلوبة لتطوير عملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية ؟. ومن خلال هذا التساؤل العام ، يمكن طرح التساؤلات التالية :

١. ما الأسس والمبادئ العلمية التي تقوم عليها عملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية؟

٢. ما الأدوار التي يقوم بها فريق التقييم والتشخيص وطبيعة المهام المناط بكل عضو وتأثير ذلك على عملية التقييم والتشخيص ؟
٣. ما الأبعاد النمائية والمجالات الأخرى التي ينبغي أن تغطيها عملية التقييم والتشخيص ؟
٤. ما أدوات التقييم المقننة وغير المقننة الواجب استخدامها في هذا المجال ؟

أهداف البحث :

يهدف هذا البحث إلى وضع تصور عملي لتلك الإجراءات المطلوبة لتطوير عملية التقييم والتشخيص والارتقاء بدورها في معاهد وبرامج التربية الفكرية .

مصطلحات البحث :

إجراءات تطوير التقييم والتشخيص .. هي الطرق والوسائل التي يمكن من خلالها تطوير عملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية .

فريق التقييم والتشخيص .. هم مجموعة من الأشخاص المهنيين الذين يشتركون في تقييم وتشخيص الفرد موضع عملية التقييم .

أدوات التقييم المقننة .. هي الاختبارات الرسمية أو المحكات المرجعية التي تخضع لضوابط دقيقة .

أدوات التقييم غير مقننة .. هي الاختبارات غير رسمية المختلفة كالملاحظة والمقابلة وقوائم الشطب والتي لا تخضع لضوابط دقيقة .

الاطار النظري :

الأسس والمبادئ العلمية التي تقوم عليها عملية التقييم والتشخيص في معاهد وبرامج التربية الفكرية .

تعتبر عملية التقييم والتشخيص عملية مستمرة وليست مرحلة منتهية بانتهاج جمع المعلومات عن الطفل موضع عملية التقييم، بل هي خلاصة عمل نهائي يتكامل فيه مراحل متعددة تعبر عن واقع الفرد المعوق فكراً واحتياجاته بالإضافة إلى تحديد جوانب القوة والضعف ، وعلية فإن عملية التقييم والتشخيص التكاملية للمعوق فكراً تعتبر الخطوة الأولى في تحديد البرامج العلاجية والخطط التربوية والمادة التعليمية المناسبة .

ويعرف الوابلي (2003) التقييم بأنه مصطلح شامل يشمل عددا من أساليب وإجراءات القياس المختلفة كاختبارات مقننة وأساليب غير مقننة تستخدم في جمع معلومات ترتبط بأداء أو ظاهرة أو مشكلة. في حين عرف السرطاوي والسرطاوي (1988) التقييم بأنه عملية لجمع المعلومات باستخدام أدوات وأساليب مناسبة.

ويمكن القول بأن التقييم هو مجموعة من العمليات التي يتم من خلالها جمع المعلومات باستخدام أدوات رسمية وغير رسمية عن كل طفل بهدف اتخاذ قرارات مناسبة .

أما التشخيص فقد عرفه الوابلي (2003) بأنه عملية منظمة يتوقف عملها على وصف وتحليل النتائج لتحديد العلة ومصدرها .

في حين عرف الروسان (1996) التشخيص بأنه تلك الإجراءات التي تساعد في إصدار حكم على سلوك ما تبعاً لمحكات معينة ومحددة مع تبيان جوانب القوة والضعف في ذلك السلوك .

والغرض الأساسي من عملية قياس وتشخيص الأفراد الذين لديهم إعاقة فكرية هو الكشف عن الفروق الفردية بينهم في الصفات والسمات والقدرات والذكاء، ولولا وجود هذه الفروق فإن الحاجة تنتفي لإجراء القياس. وهناك مجموعة من الأغراض التي تتحقق من خلال قياس وتشخيص الأشخاص الذين لديهم إعاقة فكرية، التي من بينها:

١. المسح: Survey ويتم فيه تحديد المستويات العقلية، والوجدانية للشخص الذي لديه إعاقة فكرية، بهدف تخطيط البرامج لتدريبهم ولتعليمهم.
٢. التشخيص: Diagnosis ويمكن تشخيص مستوى قدرات الشخص الذي لديه إعاقة فكرية، وتشخيص الحالة الانفعالية والمزاجية والمعرفية والمهارية له.
٣. العلاج: Treatment يعتمد العلاج النفسي لبعض مشكلات الإعاقة الفكرية على دقة القياس، فكلما كان القياس دقيقاً تكون مهمة المعالج أو الأخصائي النفسي أكثر سهولة ويسر نحو تقديم أفضل الخدمات النفسية للشخص الذي لديه إعاقة فكرية، لكون القياس النفسي يعطي مؤشرات عن الحالة التي يقوم بدراستها الأخصائي النفسي .
٤. التنبؤ: predictive يمكن من خلال القياس النفسي ونتائجه التنبؤ بما نتوقع أن يقوم به الطفل الذي لديه إعاقة فكرية من أنشطة وتصرفات سلوكية (Smiley,2005) . وهناك مجموعة من الخصائص التي تميز عملية قياس وتشخيص المعاقين فكراً والتي من بينها (Cooper, 2003) :

١. التشخيص عملية مهنية تتوسط عمليتي الدراسة والعلاج.
٢. التشخيص عملية لتحديد طبيعة المشكلة فبعد أن يستمع الأخصائي للتشخيص الذاتي يستطيع تحديد طبيعة المشكلة ونوعيتها العامة والخاصة كأن يقول مشكلة مدرسية- تأخر دراسي.
٣. التشخيص عملية عقلية فهو يعتمد على قدره العقل على الاستدلال والاستنتاج، وذلك عندما يلتزم الأخصائي بالأسلوب المنطقي السليم في ممارسة العمليات العقلية الرئيسية فالتفكير والتذكر و الترابط والتخيل والتحكم.
٤. التشخيص يعتمد على الدراسة بمستوياتها الرأسية والأفقية فالأخصائي يتعامل مع العميل على أساس أنه شخص في موقف، لذلك يحاول جاهداً في إبراز علاقة الشخص بالمواقف وفهمها وذلك بعد دراسة الماضي والحاضر الذي يؤثر بها كل منهما في إيجاد الموقف.
٥. التشخيص رأى مهني للأخصائي الاجتماعي.
٦. التشخيص عملية مشتركة هدفها التوصل إلى خطة العلاج.

٧. التشخيص يرتبط بوظيفة المؤسسة حتى لا تأتي الخطط العلاجية طموحة لا تتناسب وإمكانيات المؤسسة.
- وهناك جملة من الأسس والضوابط التي لا بد على الأخصائيين أخذها بعين الاعتبار عند تشخيص ذوي الاحتياجات الخاصة والتي أشار لها الخطيب (2005):
١. أن يحصل الأخصائي على إذن مسبق من ولي أمر الطفل للقيام بإجراء التشخيص. وعلية أن يناقش مشكلة الطفل من ذوي الإعاقة مع الأهل.
 ٢. استخدام أسلوب التقييم الشمولي الذي يتضمن جميع المجالات النمائية الذي يقوم به فريق متعدد التخصصات.
 ٣. أن يراعي الأخصائيون المعايير الأخلاقية بالنسبة للتشخيص حيث أنهم يطبقون الاختبار المناسب بالطرق الصحيحة ويفسرون النتائج بحذر وموضوعية بعيدا عن التحيز أو عدم الدقة.
 ٤. أن يمتلك الأخصائي المؤهلات المناسبة قبل إجراء التشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة.
 ٥. أن يكون الأخصائي على معرفه لمبادئ التشريع إذ يتوجب عليه أن يكون على إطلاع بتعريفات الإعاقات المختلفة وكذلك الخدمات المساندة المتوفرة للطلبة من ذوي الإعاقة وأن يكون على ألفة بالإجراءات والإرشادات والقواعد والتعليمات.
 ٦. أن يتم التركيز على جمع المعلومات ذات العلاقة بالتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة وتوثيقها والتحقق من صحتها.
 ٧. يجب أن يستخدم الأخصائي أدوات وأساليب تشخيصية متنوعة تمثل جميع الجوانب ذات العلاقة بمشكلة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانت معرفية أو انفعالية أو نفس حركية.
 ٨. أن يتم التشخيص في وقت مبكر، وأن يتضمن التشخيص كافة النواحي الطبية والنفسية والنواحي المعرفية والتأهيلية والتعليمية، بحيث تقدم صورة واضحة للمشكلة، ورؤية متكاملة تسمح برؤية مستقبلية للطفل ذوي الإعاقة تحدد ماله وما ينتظر منه من تقدم، وتعديل الخدمات العلاجية في ضوء التشخيص بما يتوافق مع احتياجات كل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- في حين تشير القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة في المملكة العربية السعودية (١٤٢٢ هـ) إلى مجموعة من الأسس والمبادئ العلمية التي ينبغي أن تقوم عليها عملية التقييم والتشخيص التي من بينها:
١. يجب أن تكون المقاييس والأدوات المستخدمة مناسبة وملائمة وأن تكون تعليماتها واضحة للطفل.

٢. يجب استخدام أساليب وأدوات متنوعة (رسمية موضوعية) وغير رسمية (تقديرية) عند قياس و تشخيص كل حالة.
 ٣. يجب أن تكون الاختبارات والمقاييس الرسمية - في حالة استخدامها - مقننة تتصف بالصدق والثبات وملائمة لبيئة الطفل.
 ٤. عدم الاكتفاء بنتائج مقياس واحد عند تحديد أهلية التلميذ لخدمات التربية الخاصة.
 ٥. يجب أن تتم عملية القياس والتشخيص من قبل فريق متعدد التخصصات.
 ٦. يجب أن يتم تطبيق وتفسير أساليب وأدوات القياس من قبل متخصصين مؤهلين.
 ٧. يجب أن يتم جمع المعلومات التشخيصية من مصادر متنوعة (الأسرة - معلم الفصل - التلميذ ... الخ).
 ٨. يجب الحصول على موافقة ولي الأمر خطياً - بعد إشعاره رسمياً - على إجراءات القياس والتشخيص ، وفي حالة عدم وصول إجابة ولي الأمر خلال أسبوعين من تاريخ استلام الإشعار فيعتبر ذلك إذناً بالموافقة.
 ٩. يجب المحافظة على سرية معلومات القياس والتشخيص.
- يجب أن يوضع التلميذ تحت الملاحظة - عند الحاجة - لمدة فصل دراسي كامل وذلك بغرض التحقق من صحة نتائج القياس والتشخيص لوضع التلميذ في المكان التربوي المناسب.
- ويرى الباحث أن أهمية الأسس والمبادئ العلمية تكمن في كونها الركيزة الأساسية التي يجب أن تقوم عليها عملية التقييم والتشخيص، باستخدام المقاييس والأدوات المناسبة لعمر وثقافة وإعاقة الطفل، بالإضافة لأخذ الموافقة من الأسرة على إجراءات القياس والتشخيص لطفلهم . لذلك أرى أن هناك حاجة ماسة لتطبيق الأسس والمبادئ العلمية لكي ترتقي عملية التقييم والتشخيص بشكل شامل في معاهد وبرامج التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية إلى المستوى الفعال والمطلوب، وبالتالي يعود النفع والفائدة على سير العملية التربوية التعليمية وفعاليتها في أداء المتعلم .
- الأدوار التي يقوم بها فريق التقييم والتشخيص وطبيعة المهام المناط بكل عضو وتأثير ذلك على عملية التقييم والتشخيص .**
- لقد أدت عملية التقييم والتشخيص للأفراد ذوي الحاجات الخاصة إلى فهم جديد للكيفية التي نستطيع بها تحديد حاجات هؤلاء الأفراد. وبعد القيام بالتشخيص المبدئي لهم، يدرس فريق التشخيص مناطق القوة والضعف للشخص الذي يعاني من الإعاقة الفكرية، وما مدى المساندة أو المساعدة التي يحتاج إليها الشخص للمضي قدماً وتدبر أمره في البيت والمدرسة والمجتمع. ويعطي هذا التشخيص صورة واقعية لكل فرد ويوفر أسلوباً عملياً للنجاح وتحقيق الأهداف التي وضعها فريق برنامج التعليم الفردي بناءً على نتائج عملية التشخيص والتقييم الذي يقوم بها الفريق.

ويتم تشخيص الأطفال ذوي الحاجات الخاصة عن طريق دراسة نتائج عاملين اثنين هما: الأول يتعلق بنتائج اختبارات الذكاء: حيث أن الذكاء يشير إلى قدرة عقلية عامة، وهي تتضمن القدرة على استخدام المنطق والتخطيط وحل المشاكل والتفكير بشكل مجرد، وفهم الأفكار المعقدة والتعلم بسرعة والتعلم من التجارب. ويتم تمثيل الذكاء بشكل نموذجي عن طريق درجات نسبة الذكاء (IQ) التي يتم الحصول عليها من الاختبارات النموذجية التي يقدمها المهنيون المدربون. أما العامل الثاني فيشير إلى نتائج مقياس السلوك التكيفي. الذي تم تعريفه على أنه " فعالية الفرد في تلبية معايير النضوج والتعلم والاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية" (Pielecki & Swender, 2004).

لقد بدأ العمل الجماعي منذ العصور الماضية، وذلك من خلال تكوين المجموعات وتبادل الأفكار والمقترحات، والتي ساهمت في تنمية مهارات التواصل والعمل الجماعي، وقد يستوجب على أعضاء الفريق أن يتفاعلوا بموضوعية لكي ينجزوا عملية التقييم والتشخيص بحيث يستند هذا العمل على التفاعل والتعاوني والتبادل.

ويحظى العمل الجماعي في البيئات المدرسية باهتمام متزايد بين التربويين والمعلمين، ولذلك تعتبر المدارس ذات التوجه الجماعي نماذج مثالية لمنح صلاحيات للمعلمين ولصناعة القرار بصفة مشتركة. ومع ذلك فإن العمل الجماعي لم يعد فعالاً في كثير من المؤسسات التربوية على النحو الذي يجب أن يكون عليه (Reynolds & Birch, 1988) حيث يرى شولمان (Shulman, 1968) أن العمل الجماعي يشتمل على عدة عناصر هامة التي من بينها الجماعة والتي تعرف بأنها " وحدة اجتماعية ذات إرادة ومقدرة ذاتية، تتكون من عدد من الأفراد بينهم علاقة تجمعهم اهتمامات ومصالح مشتركة، ويتفاعلون بناءً على قواعد وقيم ومعايير خاصة تنظم سلوك أفرادها، ويشعرون بأن بينهم تماسك عاطفي يظهر بوجود الجماعة".

ويمكن القول أن العمل الجماعي هو علاقة بين مجموعة من الأشخاص الذين يتعاونون ويتناقشون مع بعضهم البعض وفق قواعد منظمة تهدف إلى إجراء عملية التقييم والتشخيص التي تساهم في تلبية حاجات التلاميذ المعاقين فكرياً.

وفي مجال التربية الخاصة وبالتحديد فئات الإعاقة الفكرية فقد أوضحت علام (1990) أن العاملون يتخذون أساليب مختلفة في ممارسة العمل الجماعي، وجميعها تصب في هدف واحد وهو التعاون على حل مشكلة تواجههم أثناء العمل مع فئة ذوي الإعاقة الفكرية. فقد يأخذ العمل الجماعي الصفة الرسمية ويضم عدد من الأفراد يعملون معاً بهدف تحقيق أهداف معينة طبقاً لمجموعة من القواعد والمعايير الرسمية الإلزامية ووفقاً للوائح وقوانين معينة، وقد يأخذ العمل الجماعي الصفة غير الرسمية ويضم عدداً من الأفراد الذين يعملون معاً بهدف تحقيق أهداف معينة، ولا تتسم علاقة أفرادها بالطابع الرسمي.

وبناء على ما سبق فإن عملية تقييم وتشخيص الإعاقة الفكرية تعتمد على الأسلوب التعاوني التكاملي حيث يجتمع مجموعة من الأخصائيين من فروع علمية مختلفة وهذا ما أكده قانون التربية الخاصة في الولايات المتحدة رقم 94 / 142 لعام 1975 والذي نص على الالتزام بالقيام بعملية التقييم عن طريق فريق خاص بالتقييم، يشارك فيه على الأقل اثنين من المختصين في واحد من المجالات التالية: (معلم تربية خاصة، طبيب، أخصائي اجتماعي، أخصائي علاج نطق، أخصائي علاج طبيعي) بالإضافة إلى كل من أخصائي النفسي والوالدين أو المعوق نفسه إن أمكن.

في حين ذكر (Pierangelo & Giuliani , 2002) أن عملية التقييم تستوجب مشاركة فريق عمل متعدد التخصصات مثل :

١. معلم التربية العادية .
٢. الأخصائي النفسي .
٣. أخصائي التقويم في التربية الخاصة .
٤. معلم التربية الخاصة .
٥. أخصائي اللغة والكلام .
٦. الطبيب .
٧. المرشد المدرسي (أخصائي اجتماعي) .
٨. الوالدين .
٩. ممرض أو ممرضة المدرسة .
١٠. أخصائي العلاج الوظيفي .
١١. أخصائي العلاج الطبيعي .
١٢. التلميذ نفسه .

ونظراً لتعدد الجوانب التي تتناولها عملية التقييم والتشخيص وتعدد مصادر وطرق جمع البيانات حول تلك الجوانب . فقد أكدت الدراسات المختلفة على ضرورة إسناد مهمة التقييم لفريق من الأخصائيين بدلاً من الاعتماد على أخصائي واحد، ويختلف الفريق باختلاف حالة الإعاقة موضع التقييم (مسعود ومحمد ومراد، 2005) وقد أشار ماكلوجن ولويس (Mcloughlin & Lewis, 1994) إن أهمية فريق التقييم تكمن في العوامل التالية :

١. إن وجود فريق خاص لعملية التقييم يضم تخصصات مهنية مختلفة يسمح بدراسة حالة الطالب بجوانبها المختلفة وبعمق أكثر .
٢. الدقة في التقييم والتقليل من فرص حدوث الأخطاء نظراً لتكامل المعلومات والطرق المختلفة في النظر إليها.

٣. ضمان تطبيق البرامج العلاجية المقترحة بشكل أفضل حيث إن معظم أعضاء فريق التقييم هم من سيكون مسئولاً عن تنفيذ ذلك البرنامج للطفل موضع عملية التقييم .
ويجب تشكيل فريق التشخيص وفقاً للحاجة التي تشير إليها نتائج المسح الأولي أو طبيعة المشكلة لدى التلميذ ،ويتكون فريق التقييم والتشخيص حسب ما جاء بالقواعد التنظيمية الصادرة من الإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢ هـ) من:

١. معلم التربية الخاصة المعني
 ٢. معلم تدريبات سلوكية (أخصائي نفسي) .
 ٣. ولي أمر التلميذ.
 ٤. أخصائي عيوب اللغة والكلام.
 ٥. من تستدعي حالة التلميذ مشاركته (التأهيل الطبي مثل العلاج الوظيفي، الطبيعي)
- ويرى الباحث أن أهمية البحث تكمن في تفعيل فريق العمل وتوضيح طبيعة أدوار ومهام كل عضو من أعضاء هذا الفريق على حدة في عملية التقييم والتشخيص وهي كالتالي:
- ١- معلم التربية العادية (التعليم العام) :

تتطلب مشاركة معلم الفصل العادي في حال وجود التلميذ ذوي الإعاقة الفكرية في بيئة التعليم العادية وهذا ما أشارت إليه الحرز (2008) حيث يعد معلم الفصل العادي من المشاركين المهمين في اللقاءات الخاصة بفريق العمل ، فمن الممكن أن يقوم بمجموعة من الأدوار وهذا ما أكدته القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢هـ) والتي تتمثل في ملاحظة أداء الطالب التحصيلي من خلال الاختبارات غير الرسمية ، الإطلاع على التقارير وإشعارات الطالب المحول ، إبداء الملاحظات حول أداء الطالب التحصيلي، المشاركة مع فريق القياس والتشخيص حول حالة الطالب واتخاذ القرار الجماعي حول الحالة .

عموماً يمكن القول بأن من بين مهام معلم التعليم العام في عملية التقييم والتشخيص : مشاركة فريق العمل وتدوين الملاحظات حول أداء التلميذ وقدراته التحصيلية .

- ٢- معلم التدريبات السلوكية (الأخصائي النفسي) :
- هو الشخص الذي يقوم بتطبيق الاختبارات المناسبة للأطفال المعاقين فكرياً وإعداد خطط تعديل سلوك للأطفال الذين لديهم مشاكل سلوكية كالنشاط الزائد والاضطرابات النفسية والسلوك العدوانية والانسحاب وهذا ما أكده الخطيب (1993) من أن أكثر المشكلات شيوعاً لدى هؤلاء التلاميذ هي النشاط الزائد والسلوك العدواني والانسحاب والاضطرابات النفسية. في حين حدد قانون تربية الأفراد الذين يعانون من إعاقة (IDEA,1997) المهام المتعلقة بالأخصائي النفسي والتي تتمثل في "إجراء الاختبارات النفسية والتربوية، والقيام بأي إجراءات تقييمه أخرى، والعمل على تفسير نتائج التقييم بالتعاون مع الفريق متعدد التخصصات، والحصول على المعلومات وتحليلها وفهمها في ما يتعلق بسلوك الطالب

والوضع التعليمي له، وكذلك التشاور مع الأعضاء الآخرين في المدرسة في عملية تخطيط البرامج المدرسية لتلبية احتياجات التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية حسب ما تشير إليه نتائج جميع الاختبارات وأدوات التقييم الأخرى إضافة إلى وضع البرامج والخطط . علاوة على ذلك فقد أشارت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة الخاصة التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢) لمهام الأخصائي النفسي وهي كما يلي : إجراء عمليات القياس والتشخيص للتلاميذ المتقدمين والمحولين إلى معاهد أو برامج التربية الخاصة مستخدماً أدوات القياس الرسمية كمقاييس الذكاء المقننة، ومقاييس السلوك التكيفي، وغير الرسمية مثل المقابلة، والملاحظة، وقوائم الشطب . إعداد التقارير النفسية متضمنة أهم نتائج القياس والتوصيات والمقترحات الخاصة بكل حالة . متابعة حالة التلاميذ وخاصة المستجدين والتعرف على السلوكيات غير المرغوبة ، وإعداد الخطط العلاجية اللازمة لكل حالة". وبالإضافة إلى المهام السابقة فقد ذكر القريني (2008) أن مهام الأخصائي النفسي تكمن في المشاركة في تطوير البرامج العلاجية للحد من المشكلات السلوكية لدى التلاميذ .

في حين ذكر مرسي (1999) أن مهام الأخصائي النفسي تكمن في إجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية لجمع المعلومات عن التاريخ التطوري ، وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو العقلي وسمات الشخصية ، والمهارات الحركية ، والخبرات التحصيلية، وهذا ما تؤيده عبيد (2000).

وعلى ضوء ما سبق يمكن القول أن من مهام الأخصائي النفسي في عملية التقييم والتشخيص تقديم تقارير عن مستوى وقدرات ومهارات التلميذ، وحالته الانفعالية، ومتابعة السلوكيات التي يظهرها كالنشاط الزائد والعدوانية، ووضع الخطط لمعالجة تلك السلوكيات.

٣- أخصائي التقييم في التربية الخاصة :

هو أحد أعضاء الفريق الذين يشتركون في عملية التقييم الشامل، ومن أبرز مهامه تحديد جوانب القوة والضعف ومدى التقدم والتطور في أداء التلميذ. ويعتمد في عمله على البيانات الكمية التي يحصل عليها من خلال تطبيق المقاييس والاختبارات المقننة وغير المقننة.

٤- معلم التربية الخاصة :

نستطيع القول بأن معلم التربية الخاصة نظراً لارتباطه المستمر مع التلميذ (ذوي الإعاقة الفكرية) بشكل يومي يعد من أبرز أعضاء فريق العمل فهو من يقوم بتعليم التلميذ المهارات الأكاديمية والاجتماعية والإدراكية الحسية والتواصلية والحياة اليومية . علاوة على ذلك فقد أشارت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢ هـ، ص ٥٥ - ٥٦) لمهام معلم التربية الخاصة والمتمثلة في: "المشاركة الفاعلة في عمليات التقييم والتشخيص بقصد تحديد الاحتياجات الأساسية لكل تلميذ . إعداد الخطط التربوية الفردية بالتنسيق مع أعضاء فريق الخطة . توطيد أواصر والنهوض بمستوى التنسيق وتقوية قنوات الاتصال بين أسر التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة والمسؤولين في المدرسة .

العمل على إيجاد بيئة أكاديمية واجتماعية ونفسية يستطيع فيها التلاميذ العاديون وغير العاديين على حد سواء استغلال أقصى قدراتهم وتحقيق أسمى طموحاتهم. مساعدة أولياء التلاميذ المعوقين على معرفة آثار العوق النفسية والاجتماعية على سلوك أطفالهم. تعريف التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بالمعينات البصرية والسمعية والتقنية، ومساعدتهم على الاستفادة القصوى من تلك المعينات كل حسب حاجاته، والمشاركة في الدراسات، والأبحاث، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال تخصصه، والقيام بأي أعمال أخرى تسند إليه في مجال عمله .

ويمكن القول أن من بين مهام معلم التربية الخاصة في عملية التقييم والتشخيص المشاركة مع فريق العمل في اتخاذ القرارات التي تحدد مصير التلميذ، وتحديد الاحتياجات التربوية له، ووضع الخطط التربوية المناسبة لقدرات التلميذ.

٥- أخصائي اللغة والكلام :

يمثل أخصائي اللغة والكلام عضواً هاماً في أعضاء فريق العمل إذ تعد هذه الخدمة من الخدمات المساندة والمهمة في مجال التربية الفكرية حيث أشار قانون تربية الأفراد الذين يعانون من إعاقة (IDEA,1997) بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي علاج اللغة والكلام وتهدف إلى تحديد وتشخيص الاضطرابات التواصلية وتصميم البرامج العلاجية المناسبة لكل حالة. ومن هذا المنطلق فقد أشارت عدة دراسات إلى المشكلات الكلامية التي يعانون منها التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية . فقد ذكرت عبيد (2000) أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لدى الأشخاص المعاقين فكرياً وخصوصاً في مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية أخرى كالتأخر في النمو اللغوي التعبيري والدخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة. كما يذكر الوابلي (2003) أن الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من صعوبة في فهم الرسائل الصوتية من قبل الآخرين مقارنة بغيرهم، كما يظهرون تأخرًا في الاستجابة الكلامية. ومن هذا المنطلق تأتي المشكلات اللغة والكلام من المشكلات التي تستوجب تدخل الأخصائي لمعالجتها . ومن المهام التي أشار إليها قانون تربية الأفراد الذين يعانون من إعاقة (IDEA,1997) تحديد التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات لغوية أو كلامية وتصميم البرامج المحددة لهم وإحالة تلك الحالات التي تحتاج للتدخل الطبي لتلقي العلاج التأهيلي .

وعلاوة على ذلك فقد أشارت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢ هـ) إلى مهام أخصائي اللغة والكلام والمتمثلة في "تشخيص اضطرابات التواصل لدى التلاميذ بغرض تحديد طبيعة الخدمات التي يحتاجونها والتوصية بتحويل الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي إلى الجهات المختصة وإعداد الخطط التأهيلية (الفردية، الجماعية) قصيرة وطويلة المدى . المشاركة في اللجان وفرق العمل التربوية والطبية داخل المدرسة وخارجها . اطلاع الأسرة على الخطة الفردية العلاجية التدريبية للتلميذ، وإشراكها في

مراحل إعداد تلك الخطة وتنفيذها ، وتقييمها. التعاون مع معلمي المواد لمتابعة حالات التلاميذ ذوي اضطرابات التواصل . وزيادة كفاءة التدريب الخاص بهؤلاء ، التلاميذ والعمل على رفع مستوى أدائهم. المشاركة في اللجان وفرق العمل التربوية والطبية داخل المدرسة وخارجها".

وعموماً يمكن القول أن من بين مهام أخصائي اللغة والكلام في عملية التقييم والتشخيص: تقييم مستوى النمو اللغوي (الاستقبالي ، التعبيري) ، تشخيص المشكلات وتصميم البرامج وضع الخطط العلاجية من خلال مشاركة فريق العمل وتقييم مدى فاعليتها، تدريب التلميذ على النطق السليم وتصحيح أخطائه لكي يكتسب العادات الكلامية الصحيحة .
٦- الطبيب :

يعد الطبيب من أهم الأعضاء المشاركين في فريق العمل إذ يعتبر هو المتخصص في تحديد إعاقة التلميذ، والتي تستدعي تقديم خدمات تربوية خاصة للتلميذ. وهذا ما أشار إليه (1988 Gindis,) من أن الطبيب هو المتخصص وصاحب الدور الرئيسي في عملية التقييم والتشخيص للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية بعكس الولايات المتحدة الأمريكية والتي يقوم الأخصائي النفسي بهذا الدور. فمن أبرز مهامه ذكرت عبيد (2000) يقوم بفحص حالة التلميذ الجسمية وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس ، تحديد الأمراض التي يعانيها وأسبابها وتطورها ، والعلاجات التي يحتاج إليها . وهذا ما يؤيده مرسى (1999) والهجرسي (2002) .

علاوة على ما سبق يمكن القول بأن من بين مهام الطبيب في عملية التقييم والتشخيص : تشخيص حاله التلميذ ليحدد جانب الإعاقة التي لديه والتي على ضوءها يحدد أن التلميذ يحتاج لخدمات التربية الخاصة ، تقديم الإرشادات الصحية واقتراح الحلول العلاجية من أدوية وخدمات طبية أن لزم الأمر .

٧- المرشد الطلابي :

يلعب المرشد دوراً هاماً إذ لا يقل أهمية عن أي عضو من أعضاء فريق العمل إذ يعتبر أحد المحاور الأساسية في نجاح عملية المسح الأولى حيث تتوفر لديه معلومات شاملة ودقيقة حول المستوى الدراسي والوضع التربوي والنفسي والاجتماعي للتلميذ. في حين عرف قانون تربية الأفراد الذين يعانون من إعاقة (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 للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

وتشير القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢) بأن المرشد الطلابي " هو من يقوم بمساعدة التلميذ على فهم ذاته ، ومعرفة قدراته ، والتغلب على ما يواجهه من صعوبات ليحقق التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي والمهني لبناء

شخصية سوية في إطار التعاليم الإسلامية ، وتعيده الاعتماد على نفسه لحل مشكلاته واكتشاف مواهبه".

وقد أشارت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي المشار إليه في القريني (2008) أن مهام المرشد الطلابي هي: مساعدة التلاميذ الذين يعانون من مخاوف شخصية واجتماعية من خلال تنمية المعرفة الذاتية لديهم ، اكتساب الخبرات الصحية المناسبة وتنمية الشعور بالمسؤولية ، التخطيط المستقبلي في ما يتعلق بوضع الأهداف الأكاديمية وتحقيقها ، وتنمية الاتجاهات الايجابية نحو التعلم ، والمعرفة والاستفادة من جوانب القوة الأكاديمية لدى التلميذ.

وقد أشارت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢هـ) أن مهام المرشد الطلابي تتمثل في إعداد الخطط السنوية لبرامج التوجيه والإرشاد لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في إطار الخطة العامة للتوجيه والإرشاد الطلابي . ودراسة الحالات الفردية للتلاميذ الذين تظهر عليهم بوادر سلبية في سلوكهم وتفهم مشكلاتهم . والاتصال والتعاون مع جميع المعلمين بشكل عام، ورواد الفصول بشكل خاص ، وكذلك عمداء الأسر والمشرفين الاجتماعيين في حالة المعاهد التي يوجد بها إسمكان داخلي لجمع المعلومات اللازمة عن التلميذ لتعبئة السجل الشامل، أو دراسة حالته، أو إيصال بعض خدمات الإرشاد إليه، أو الإعداد لبرامج التوجيه والإرشاد.

وبناءً على ما سبق يمكن القول بأن من بين مهام المرشد في عملية التقييم والتشخيص: مساعدة التلاميذ في التغلب على المشكلات التي تمنع تكيفهم في البيئة المدرسية ، إيجاد التفاعل بين أسرة التلميذ وبين المعلم والمدرسة لزيادة فرص نجاح التلميذ في البرنامج. إجراء دراسة اجتماعية لأسرة التلميذ وتاريخها الاجتماعي والحالة الاقتصادية . وتنمية وعي الأسرة بالإعاقة . قيادة بالمتابعة المستمرة لكل تلميذ ملتحق بالبرنامج وإطلاع الأسرة على كل تقدم للتلميذ في البرنامج .

٨- الوالدين :

هو من يمثل الأسرة (الأب - الأم) ويقوم باتخاذ القرارات المتمثلة في مصير الطفل، ومشاركة الوالدين لا تقل أهمية عن أي عضو من أعضاء فريق العمل، ومن أبرز مهامهم: تقديم المعلومات الأولية عن حالة الطفل، التعاون مع فريق القياس والتشخيص بما يخدم مصلحة الطفل، المشاركة في اتخاذ القرار في إلحاق ابنه بالمكان التربوي المناسب، وهذا ما أكده قانون التربية الخاصة رقم 94 / 142 لعام 1975 والذي نص على إلزام الوالدين على المشاركة في جميع القرارات المتعلقة بابنهم .

أما فيما يتعلق بالمهام التي تقع على عاتق الوالدين فقد حددت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢ هـ) بالآتي: الاستجابة لدعوة المعهد أو البرنامج للاشتراك في التشخيص وإعداد الخطط الفردية في حالة التدخل الفردي أو متابعة سير

دراسة التلميذ في الحالات الأخرى. احترام كل من له علاقة بالمعهد أو البرنامج أثناء الحديث عنهم أو معهم . إطلاع المعهد أو البرنامج على أي تغيير يطرأ على الأسرة أو التلميذ يمكن الاستفادة منه لصالح التلميذ. التعاون مع المعهد أو البرنامج بإعطاء الأذن لإجراء التشخيص وإعداد البرامج وإحالة التلميذ إلى جهة متخصصة أخرى إذا لزم الأمر ويكون له حق الرفض في حالات يمكن أن تستوجب ذلك.

٩- الممرض :

هو من يقوم بأعمال التمريض داخل المعاهد أو البرامج وفق تعليمات الطبيب ، إذ يتطلب مشاركته في حال وجود حالة مرضية تستدعي إسعافه ، حيث يعد الممرض أحد أعضاء فريق العمل متى ما استدعت وجوده . فمن الممكن أن يقوم بمجموعة من المهام وهذا ما أكدته القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢ هـ) والمتمثلة في العناية بالمرضى وإعطاؤهم العلاج المقرر وفق تعليمات الطبيب. إجراء الإسعافات الأولية لإصابات منسوبي المعهد أو البرنامج. إعداد الملفات الصحية لمنسوبي المعهد أو البرنامج ومتابعة استكمالها.

١٠- أخصائي العلاج الوظيفي :

تحظى خدمة العلاج الوظيفي بأهمية كبيرة في معاهد وبرامج التربية الفكرية ، فهو المسئول عن تنمية المهارات الحسية للتلاميذ الذين يحتاجون لهذه الخدمة ونظراً لما يعانيه هؤلاء التلاميذ من مشكلات تتعلق بالمهارات الحركية الدقيقة كمسك القلم بطريقة سليمة أو تقطيع الأشياء بالسكين.

وأشار القريني (2008) أن برامج العلاج الوظيفي تعتبر من العناصر الأساسية التي تستند إليها برامج التربية الخاصة حيث يقوم بالإشراف عليها أخصائي العلاج الوظيفي والذي يركز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية بالمدرسة، كما طرح مفهوماً لخدمة العلاج الوظيفي والذي يشير إليها بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي العلاج الوظيفي وذلك بهدف تحسين أداء الشخص وزيادة استعداداته للاستقلالية ومنع تطور العجز الحركي لديه . فمن مهام أخصائي العلاج الوظيفي ذكر الوابلي (1996، ص ٢١٠) أن مهام أخصائي العلاج الوظيفي تكمن في : " تحسين وتطوير الأداء الوظيفي المصاب بخلل نتيجة لمرض أو إرجاعه إلى وضعه السابق قدر الإمكان . تحسين القدرة على تأدية المهام بشكل وظيفي مستقل . الحد من تفاقم الخلل الوظيفي من خلال التدخل المبكر " .

في حين أشارت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢ هـ) لمهام الأخصائي الوظيفي والمتمثلة في : المشاركة في التعرف على التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضمن الفريق المختص. القيام بالتقويم الشامل للتلميذ بهدف التعرف على احتياجاته من خدمات العلاج الوظيفي. المشاركة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة

الخطط التربوية الفردية للتلاميذ مثل: تنمية الاستجابات الحركية من خلال أنشطة اللعب. وتدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية كتغيير الملابس، والنظافة الشخصية. وتقييم البيئة التعليمية وعمل التعديلات اللازمة لتسهيل حركة التلاميذ وجلسهم. وتقييم مهارات ما قبل الكتابة، ومهارات الحركة الدقيقة، والتأزر، وتدريب التلاميذ عليها كل حسب احتياجه. وتدريب التلاميذ على استخدام الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية (حسب الحاجة). وإضافةً إلى ما سبق فإن من بين مهام أخصائي العلاج الوظيفي في عملية التقييم والتشخيص: العمل على تطوير المهارات الحركية الدقيقة والتأزر البصري للتلاميذ في الجوانب الأكاديمية الرئيسية كالكتابة مثل مسك القلم، والحساب مثل العداد. وتدريب التلاميذ على كيفية استثمار إمكانياتهم المتبقية وتعويدهم على أنشطة الحياة اليومية وأنشطة الحركات الدقيقة.

١١- أخصائي العلاج الطبيعي :

يشير القريني (2008) أنه يمكن وصف خدمة العلاج الطبيعي بأنها " فن وعلم يسهم في تخفيف آثار الإصابة الحركية وتشتمل هذه الخدمة على التقييم والعلاج والإدارة والإشراف لخدمات العلاج الطبيعي " .

أما فيما يتعلق بطبيعة المهام التي تقع على عاتق أخصائي العلاج الطبيعي ، فقد أشار قانون تربية الأفراد الذين يعانون من إعاقة (IDEA,1997) إلى مهام أخصائي العلاج الطبيعي والمتمثلة في: تحديد طبيعية الأجهزة التعويضية أو المعينات الحركية التي يحتاجها التلميذ لمواجهة جوانب القصور الحركي لديه. في حين ذكر القريني (2008) أن أخصائي العلاج الطبيعي يعمل على تقديم عديدة للتلاميذ الذين لديهم مشاكل حركية ومنها تدريبهم على المشي والعمل على تنمية مهارات حركة التنقل لديهم ، بالإضافة إلى تقديم وصايا للأسرة والتي تشارك في التدريب باستخدام المعينات الموصى بها .

بينما أشارت القواعد التنظيمية التابعة للإدارة العامة للتربية الخاصة عام (١٤٢٢هـ) إلى مهام الأخصائي العلاج الطبيعي والمتمثلة في: دراسة ملف التلميذ المحول. تقييم الحالة المرضية لكل تلميذ من خلال نتائج الاختبارات والمقاييس بغرض وضع خطة علاجية مناسبة تتضمن الوسائل العلاجية المستخدمة والأهداف المتوخاة من العلاج المقترح. تنفيذ الخطة العلاجية لكل تلميذ ومراجعتها كل فترة حسب طبيعة الحالة وتطوير تلك الخطة بما يتفق وتقدم الحالة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة. مناقشة حالة التلميذ مع الطبيب المختص. إرشاد وتعليم التلميذ وأسرته ببرنامج العلاج الطبيعي وكيفية إتباعه وتطبيقه بطريقة سليمة بالمنزل. تسجيل جميع البيانات ونتائج الاختبارات وما يطرأ على حالة التلميذ في النماذج المعدة لذلك ووضعها في ملفه. القيام بالمهام الإدارية اللازمة لضبط العمل داخل وحدة العلاج الطبيعي المدرسية. المشاركة في أعمال الفريق متعدد التخصصات. القيام بأي مهام أخرى تسند إليه في مجال عمله.

وبناءً على ما سبق يمكن القول بأن مهام أخصائي العلاج الطبيعي تكمن في تشخيص مشاكل التلميذ الحركية ومعالجتها، ومساعدة التلميذ على تطوير مهاراته إلى أقصى درجة ممكنة لكي يتمكنوا من التنقل الحركي داخل البيئة المدرسية. وتحسين حركة المفاصل والتأزر الحركي بالإضافة إلى تدريب التلميذ على استخدام الأدوات المساندة أو التعويضية .
١٢- الطفل :

هو محور العملية التربوية المعني بتقييمها وتشخيصها بمعنى آخر هو الفرد الذي يتم توجيهه لعملية التقييم بهدف التعرف على إعاقته التي تدور حولها الشكوك. ومن أبرز مهامه الاستفادة من مدى التفاعل الذي يبديه الطفل أثناء عملية التقييم .
ويمكن القول أن فريق عملية التشخيص والتقييم يتكون من مجموعة من الأفراد الذين يشتركون في أداء عمل موحد ويتحمل كل منهم مسؤوليات ومهام جزئية معينة في هذا العمل، ويجب أن يكون كل فرد في فريق التشخيص والتقييم مؤهلاً للقيام بالعمل الذي يتحمل مسؤوليته.

الأبعاد النمائية والمجالات الأخرى التي ينبغي أن تغطيها عملية التقييم والتشخيص.
يساعد التعرف على الأبعاد النمائية للطفل المعاق فكرياً في التعرف على طبيعته وخصائصه، ويساهم في حل المشاكل التي تعترضه في هذه الحياة، ونجعل منه إنسان صامداً أمام المصاعب اليومية التي تواجهه. ويشير نايف الزارع (2006) إلى وجود العديد من الخصائص النمائية المميزة للأطفال المعاقين فكرياً التي تميزهم عن غيرهم، ومعرفة هذه الخصائص تساهم إلى حد كبير في التعرف عليهم وتقدير حاجاتهم الأساسية، بهدف إعداد البرامج التربوية والإرشادية المناسبة لهم. وبالرغم أن المعاقين فكرياً مجموعة غير متجانسة من الأفراد الذين بينهم العديد من الفروق الفردية، والخصائص التي تعتبر من الأمور المتغيرة تبعاً للعوامل البيئية أو الوراثية أو شدة ودرجة الإعاقة.

إن استخدام المقاييس المقننة في عملية تشخيص وتقييم مجالات النمو للطفل مفيدة جداً في تخطيط وتنفيذ البرامج التربوية الفردية المعدة لكل حالة، وكذلك في برامج التدخل المبكر المستخدمة مع الفئات الخاصة، بما تمثله من مهارات نمائية في جميع المجالات الاجتماعية والإدراكية، ومهارات السلوك التكيفي حيث تعتبر مهارات نمائية متعلمة ومكتسبة ويمكن التدريب عليها، وكذلك هي واضحة الحدود والمعالم والمتطلبات لكل فئة وبحسب كل مرحلة عمرية، إذ أنها أصبحت سهلة القياس والتطبيق (McIntyre & Blacher, 2006).
وتشير نانسي (Nancy, 1997) إلى أهمية السنوات المبكرة في حياة الطفل المعاق فكرياً ففي السنوات الأولى يتم تأسيس الأنماط الأولية للتعليم والسلوك التي تمهد وتؤثر على النمو اللاحق. ويعتبر الزمن منذ الولادة حتى دخول الطفل المدرسة فترة ذات أهمية بالغة لأنها:
(أ) تمتاز هذه المرحلة بالنمو سريعاً على نحو غير عادي.

ب) يتم تشكل كل الخصائص الأساسية في مجالات الحركة والشعور والتنمية الاجتماعية العاطفية والمعرفية والجسدية والتي توفر الأساس للتعليم التالي، وبدخول الأطفال الروضة فإنهم يتقنون المهارات الجديدة.

ويمكن تحديد الأبعاد النمائية والمجالات التي ينبغي أن تغطيها عملية التقييم والتشخيص بما يلي:

(١) النمو المعرفي:

إن الخصائص النمائية المعرفية للأطفال المعاقين فكرياً هي من أكثر ما يميز هؤلاء الأطفال عن غيرهم، فتعلم الطفل المعاق فكرياً بطيء وقدرته على التعلم محدودة، كذلك فإنهم يتصفون بسرعة النسيان، وقدرتهم على التركيز متدنية، وقدرتهم على التعميم محدود، كما أنهم يواجهون صعوبات في نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، علاوةً على أن تعلمهم للمهارات التعليمية المجردة صعب للغاية، فهم يتعلمون عن طريق الأشياء المحسوسة وعن طريق العمل والتكرار والتسلسل المنظم (إسماعيل، 1995).

وفيما يلي أهم الخصائص الفكرية التي تميز الأطفال المعاقين فكرياً:

١- التعلم (Learning): من أكثر الخصائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين فكرياً النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص الواضح في قدرة هؤلاء الأطفال المعوقين فكرياً على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع الأطفال العاديين (نايف الزارع، 2006).

٢- الانتباه (Attention): يواجه الأطفال المعاقون فكرياً مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز أثناء تعلمه على المهارات التعليمية إذ تتناسب تلك المشكلات طردياً كلما انخفضت درجة الإعاقة العقلية، وعلى ذلك يظهر الأطفال المعاقون إعاقة عقلية بسيطة مشكلات أقل في القدرة على الانتباه والتركيز مقارنة مع ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة (إسماعيل، 1995).

3- انتقال أثر التعلم (Transfer of Learning): يعاني الأطفال المعاقون فكرياً من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر، ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة العقلية، إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل آثار التعلم من الخصائص المميزة للطفل المعوق فكرياً مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني، ويبدو السبب في ذلك في فشله في التعرف إلى أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد (نايف الزارع، 2006).

4- الدافعية (Motivation): حيث يعاني الأطفال المعاقون فكرياً من نقص في الدافعية بسبب توقعات الفشل المتكرر لديهم (McIntire & Blacher, 2006)، مما يفقدهم القدرة على المبادرة وينموا لديهم حب الاعتماد على الآخرين في تصريف شؤونهم كافة.

5- الذاكرة (Memory): ترتبط درجة التذكر بدرجة الإعاقة الفكرية، إذ تزداد درجة التذكر كلما زادت القدرة الفكرية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعاقين فكرياً سواء أكان ذلك متعلقاً بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات الخاصة بالذاكرة قصيرة المدى (Short Term Memory) (الوقفي، 2004).

٢) النمو اللغوي:

تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإعاقة الفكرية، ولذلك ليس مستغرباً أن تجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين فكرياً هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني (الروسان، 1998). ويشير الخطيب (2003) أن التعلم اللغوي لدى الأطفال المعاقين فكرياً محدود، وذخيرتهم اللغوية ضعيفة، ولا غرابة في ذلك لأن النمو اللغوي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي، ولذلك يعاني الأطفال المعاقين فكرياً من صعوبات جمة في فهم التعليمات واستيعاب التوجيهات.

٣) النمو الاجتماعي:

يواجه الطفل المعاق فكرياً العديد من المشكلات الاجتماعية، فقد يواجهون صعوبات في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة فتصدر عنهم استجابات غير مناسبة، إضافة إلى اتسامهم بقصور في عملية التكيف الاجتماعي مع الآخرين، ومع البيئة المحيطة بهم إذ يلاحظ على الطفل المعاق فكرياً بشكل عام الانسحاب والتردد والسلوك التكراري والحركة الزائدة، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير فضلاً عن الميل لمن هم أصغر سناً منهم أثناء اللعب (الهجرسي، 2002).

ويرى الخطيب (2003) أن هنالك ارتباط بين الانخفاض في مستوى النمو الاجتماعي لدى المعاقين فكرياً وبين انخفاض قدرتهم العقلية واتجاهات الآخرين نحوه وردود فعلهم نحو ما يصدر عنهم من تصرفات، إضافة إلى العوامل التي تتعلق بخبرات الفشل والإحباط لدى الأطفال المعاقين عقلياً مما يؤدي إلى تقليل دافعيتهم ومبادرتهم نحو التفاعل وبناء العلاقات مع الآخرين.

ويعتمد قياس السلوك التكيفي على الملاحظة من قبل مقدمي الخدمة أكثر من التقرير الذاتي للمعاقين فكرياً أنفسهم، إذ توجد ثلاثة أساليب تعتبر من أكثر أساليب قياس المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي شيوعاً وهي الملاحظة السلوكية ولعب الدور وقوائم التقدير (Pielecki & Swender, 2004). كما يسمح قياس السلوك التكيفي بالتعرف على أهداف متنوعة، حيث نحدد أولاً مجالات القوة أو الضعف في السلوك التكيفي ثم نحدد التغيرات في الصفحات البيانية للأطفال الأكبر عمراً. والهدف الثالث هو تحديد الخصائص النمائية المفضلة للسلوك التكيفي لدى هؤلاء المفحوصين في سنوات الطفولة المبكر والمتوسطة.

ويمكن القول أن المهارات الاجتماعية التي يمكن قياسها في هذا البعد من أبعاد النمو من خلال مقياس مهارات السلوك التكيفي استناداً إلى جداول النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يتم تحديد حاجات كل طفل ومدى تقدمه بالمقارنة مع النمو الطبيعي للأطفال، ويتم التركيز على المهارات التالية (يحيى، 2006) :

١- مهارات العناية الذاتية: تعليم الأطفال الاعتناء بأنفسهم من خلال بعض الأنشطة مثل ارتداء الملابس، وتناول الطعام، والنظافة الشخصية. فتعلم مهارات العناية الذاتية يؤدي إلى تطور مفهوم الذات الايجابي والشعور بالاستقلالية.

٢- المهارات الحركية الكبيرة: يتطلب تعليم عدد من الأنشطة والمهارات استعمال العضلات لتحريك الذراع، والجذع، والأيدي والأقدام. ومن الأنشطة التي تساعد الأطفال في تطوير المهارات الحركية الكبيرة: المشي، والزحف، والتسلق، والقفز، والرمي، والحركة الدائرية.

٣- المهارات الحركية الدقيقة: وتساهم هذه المهارات في تحريك الأصابع والمعصم، بالإضافة إلى تنسيق حركات العين وتنسيق حركات اليد وغير ذلك (الكتابة).

٤- المهارات السمعية: وهي التدريب على مهارة إدراك الأصوات (إدراك سمعي). والنشاطات التي تساعد الأطفال على تمييز الأصوات، والذاكرة الصوتية وتتضمن لعبة الكلمات وألعاب ذاكرة الكلمات.

٥- المهارات البصرية: وتساعد الأطفال على تطوير التمييز البصري، والذاكرة البصرية، والإدراك البصري.

٦- مهارات الاتصال واللغة: إن القدرة على استعمال اللغة في الاتصال هي مركز هذا التعلم. وتتضمن القدرة على الاستماع والكلام أو اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

٧- المهارات الإدراكية: وتساعد كثير من أنشطة اللعب لدى الأطفال على ممارسة مهارات التفكير، والتعلم، والاختلافات، والتصنيف، والمقارنة، وتناقض الأفكار، وحل المشكلات.

٨- المهارات الاجتماعية: وهي النشاطات التي تساعد الأطفال على تطوير المهارات الاجتماعية، والتي تضم تعلم التفاعلات الاجتماعية وتكوين العلاقات مع الآخرين، والذي يتم عن طريق هذه الأنشطة .

٤) النمو الحركي (الجسمي) :

يتصف النمو الحركي لدى الأطفال المعاقين فكرياً بالتباين، وبشكل عام فكلما زادت شدة الإعاقة الفكرية زاد الضعف في الجانب الحركي، ويكون النمو الحركي لدى هؤلاء الأطفال بطيء إلا أنه يسير وفق مبادئ النمو الحركي العام، كما أن الأطفال المعاقين فكرياً أكثر عرضةً من الأطفال العاديين للمشكلات الصحية والجسمية المختلفة (وادي، ٢٠٠٩).

وتشتمل عملية التشخيص والتقويم على هذا البعد من أبعاد النمو على خصائص النمو الجسمي العام كالطول والوزن والحالة الصحية العامة، حيث أشار هات وجيبي Hutt & (Gibby) إلى إن معظم الأفراد المعاقين فكرياً (إعاقة عقلية بسيط، ومتوسط) لا يختلفون

عن الأطفال العاديين في المظهر الجسمي أو في النمو والأداء الجسمي العام. وكلما كانت الإعاقة شديدة زادت الفروق في المظهر الجسمي وتأخذ بالظهور بشكل واضح، والمقصود بالمظهر الجسمي هو الطول والوزن وتعبيرات الوجه والتناسق العضلي، أما الحالة الصحية العامة فإن معظم حالات الإعاقة الفكرية البسيطة لا يصاحبها حالات مرضية بدرجة كبيرة، فمعظم الحالات المرضية التي تصاحب الإعاقة الفكرية تكون نتيجة عوامل وراثية أو تكوينية ينتج عنها قصور في وظائف المخ أو التمثيل الغذائي التي تؤثر على المستوى الوظيفي للذكاء بدرجة واضحة فتؤدي إلى تصنيف صاحبها في فئة الإعاقة العقلية الشديدة (يحيى، 2006).

ويجب أن تكون عملية التقييم شاملة وذات أبعاد متعددة ومتنوعة المصادر حتى تغطي جميع مجالات النمو للفرد، ويمكن أن تسير هذه العملية وفق الخطوات التالية (الوالبلي، 2003):

الخطوة الأولى: مرحلة التقييم والتشخيص لتحديد وجود التخلف العقلي

وفي هذه المرحلة يتم التحقق من وجود الإعاقة الفكرية باستخدام اختبارات مقننة وأساليب قياس أخرى غير مقننة عبر الأبعاد الأربعة التالية:

البعد الأول القدرة العقلية والسلوك التكيفي: إن المعاقين فكرياً يختلفون في مستوى قدراتهم العقلية والسلوكية ونضجهم الاجتماعي ووضعهم الجسمي، ويختلفون كذلك من حيث الأسباب التي أدت إلى إعاقتهم الفكرية، وعلاوة على ذلك فإنهم ليسوا على درجة واحدة في قدراتهم على التعلم والتدريب والتكيف الاجتماعي والتحكم في انفعالاتهم وعواطفهم، إضافة إلى اختلافهم في القدرة على استخدام وسائل الاتصال المتعلقة باللغة الاستقبالية والتعبيرية، مما يساعد مصممي البرامج التربوية على الفهم العميق لهم ومن ثم تخصيص البرامج المناسبة لكل صنف على حدا (العزة، 2001).

ويعتبر السلوك التكيفي (Adaptive Behavior) من المفاهيم التي تحظى باهتمام واسع في ميدان التربية الخاصة منذ أن اعتمده الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) كأحد المحكات والمعايير الرئيسية لتشخيص الإعاقة الفكرية. كما أن قانون تعليم الأفراد المعاقين (The Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) الفيدرالي الأمريكي والصادر عام (1975) أكد على اعتماد السلوك التكيفي كمحك رئيسي في تعريف وتشخيص حالات الإعاقة الفكرية، وتحديد مستويات القبول في المؤسسات الخاصة بالمعاقين فكرياً، مما وضع حدا للاعتماد على مقاييس الذكاء كمحك وحيد لتشخيص الإعاقة الفكرية، وبناء على ما سبق يعتبر الضعف في المهارات الاجتماعية بعد محدد وواضح في تعريف الإعاقة الفكرية، فقد أشارت الدراسات إلى انه يوجد علاقة أساسية بين المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي (السرطاوي والوالبلي والشمري والعبدالجبار، 2009).

البعد الثاني الاعتبارات النفسية والانفعالية: يواجه الطفل المعاق فكراً العديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية مثل انخفاض مفهوم الذات، والفشل في بناء العلاقات الاجتماعية، وإظهار المظاهر السلوكية والاجتماعية غير التكيفية، وعلى الرغم من أن ذلك يرتبط بانخفاض مستوى الأداء العقلي العام لديهم إلا أنهم غالباً ما يمرون بخبرات فشل عديدة ومتكررة مما يؤدي إلى خفض مستوى الدافعية والمبادرة لديهم . ويلاحظ على الطفل المعاق فكراً بشكل عام الانسحاب والتردد والسلوك التكراري والحركة الزائدة، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير فضلاً عن الميل لمن هم أصغر سناً منهم أثناء اللعب (الهجرسي، 2002).

البعد الثالث الاعتبارات الصحية والبدنية والمسببات: تشمل الاعتبارات على الإصابة التي يتعرض لها الفرد قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، فالإصابة قبل الولادة تشير إلى أي اضطراب أو خلل يحدث منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة الولادة، وتعتبر هذه العوامل مسؤولة عن ٤٠% من حالات الإعاقة الفكرية. وأما الإصابات التي تحدث أثناء الولادة فتشير إلى العوامل التي تحدث منذ المخاض إلى لحظة ولادة الطفل وأهما الرضوض والإصابات في أثناء الولادة، نقص الأوكسجين الذي يحدث أثناء عملية الولادة، تعرض رأس الطفل في أثناء عملية الولادة لضغط غير عادي، انسداد في مجرى التنفس لدى الطفل أثناء عملية الولادة، التفاف الحبل السري حول عنق الطفل وإعاقة وصول الأوكسجين إليه مما قد يتسبب في الاختناق أو تلف في الدماغ وتكون هذه الأسباب وراء حوالي ٤٥% من حالات الإعاقة الفكرية، وأما الإصابات التي تحدث بعد الولادة وأهما نقص الأوكسجين أو انخفاض مستوى السكر في الدم لدى الطفل، إصابات الرأس، تناول العقاقير أو تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق، اضطرابات مرضية يصاب بها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة مثل استسقاء الدماغ أو الأورام، إصابة الطفل وتعرضه بعد الولادة لمخاطر سوء التغذية المزمنة والشديدة وهذه العوامل المسؤولة عن حوالي ١٠ إلى ١٥% من حالات الإعاقة الفكرية . (الخطيب، 2003).

البعد الرابع: الاعتبارات البيئية : تعتبر البيئة وعناصرها المتعددة من الركائز الأساسية التي يركز عليها التعريف الجديد تجاه فهم الإعاقة الفكرية، لأن عملية التصنيف ونظام الدعم يركزان على بيئة الشخص وما يصابها من تأثيرات جوهرية على نموه السلوكي والتواصلي. لذلك هناك ثلاثة أمور أساسية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار وهي :

١. المواضع البيئية المحددة؛ المنزل، المدرسة، العمل - التي يتلقى الأشخاص من خلالها الخدمات التربوية، والرعاية الحياتية أو الخدمة الاجتماعية.
٢. المدى الذي يمكن لخصائص البيئات أن تسهل أو تقيد العوامل التي تؤثر على نمو وارتقاء الشخص.

٣. البيئة المثلى أو المفضلة التي تساعد الشخص على الاستقلالية والإنتاجية والتفاعل والانتماء الاجتماعي.

الخطوة الثانية: مرحلة التصنيف والوصف

تسعى هذه المرحلة إلى تحقيق الغاية الثالثة لأسلوب البعد المتعدد حيث يتم وصف وتصنيف احتياجات الفرد حسب مستويات الدعم المحددة في التعريف وليس وفقاً للتصنيف التقليدي الذي يعتمد على القياس النفسي كالإعاقة الفكرية البسيطة، والمتوسط، والشديد، والحاد. وهكذا فإن عملية التصنيف والوصف يجب أن تغطي أربعة أبعاد وهي :

١. وصف جوانب القوة والضعف لدى الفرد في مجالي القدرة العقلية ومهارات أو مجالات السلوك التكيفي العشر التي أخضعت لعملية قياس شاملة.
٢. وصف جوانب القوة والضعف لدى الفرد في البعد الثاني المتعلق بالاعتبارات النفسية والانفعالية في ظل المعلومات المستخلصة من عملية القياس بهدف تحديد متطلبات احتياجات هذا البعد.

٣. تحديد وتبويب المشاكل الصحية والبدنية والعوامل المسببة لها حتى يمكن معرفة مصدر المشاكل التي تعيق جوانب القوة ومواجهة المشاكل المترتبة على الجوانب الضعيفة في القدرة البدنية والصحية.

٤. تحديد العوامل البيئية الميسرة أو المقيدة التي تظهر في جميع المواضع البيئية المختلفة كالحياة المنزلية، المدرسية، وبيئة العمل مع وصف لتلك البيئات المثلى أو المفضلة التي قد تسهم وتساعد على استقلالية وإنتاجية وتفاعل الفرد مع بيئته الاجتماعية (الوالبى، 2003).

الخطوة الثالثة: مرحلة بناء نموذج للاحتياجات المطلوبة

ترتبط هذه المرحلة بالمراحل السابقة، وهي تمثل نتاجاً للمراحل السابقة حيث ينبغي أن يشمل النموذج المقترح جميع ما ورد من وصف لجوانب القوة والضعف في جميع الأبعاد الأربعة، وتحويل هذا الوصف إلى أهداف تعليمية عامة وخاصة تشكل في مجملها البرنامج التربوي والتعليمي الفردي المبني في الأساس على الاحتياجات الفردية للتلميذ (الوالبى، 2003).

أدوات التقييم المقننة وغير المقننة الواجب استخدامها في هذا المجال .

إن عملية القياس والتشخيص تعتمد على استخدام أدوات القياس المناسبة التي يمكن من خلالها قياس قدرة أو مهارة محددة ، وتنقسم تلك الأدوات إلى أدوات وأساليب مقننة وأدوات وأساليب غير مقننة ، وتعتمد تحديد الأساليب المقننة وغير مقننة في عملية التقييم على خصائص وسمات الفئة المستهدفة (الإعاقة الفكرية) ومدى ملائمتها لتلك الفئة. وهذا يرجع إلى خبرة فريق العمل المعرفية والعملية في الاستخدام والتطبيق والتصحيح وتفسير النتائج لكل من الأساليب المقننة وغير مقننة، واستخدامه للأدوات والمقاييس المناسبة للبيئة

السعودية لتقييم تلك الفئة، ويمكن تقسيم أساليب التقويم والتشخيص إلى نوعين أساسيين الأول يعتمد على أساليب التقويم المقننة (Formal) والثاني يعتمد على أساليب التقييم غير المقننة (informal)، وتشتمل الأساليب المقننة على اختبارات مقننة (standardize tests) تعتمد على إجراءات محددة في تطبيقها وتصحيحها وتقدير الدرجات عليها وتفسير نتائجها استناداً إلى معايير للأداء. أما الأساليب غير المقننة فقد تتبع إجراءات محددة في تطبيقها وتقدير الأداء عليها ولكنها لا تتضمن معايير محددة وغالباً ما تطبق هذه الأساليب بطريقة فردية دون مقارنة الأداء عليها بأداء أفراد آخرين أو مجموعات مرجعية معرفية. وعلى ذلك يستطيع الفاحص أو المدرس أن يعدل في تعليمات التطبيق وإجراءاته حسبما تقتضيه طبيعة الحالة، وخاصة إذا كانت تعاني من صعوبات حسية- إدراكية- لغوية - أو غيره، مما قد يستدعي تعديل طريقة عرض المثير وطريقة التعبير عن الاستجابة (الكيلاني والروسان، 2006).

وتشمل أساليب التقييم المقننة على اختبارات مقننة لقياس القدرات العقلية والقدرات الإدراكية والحس حركية وغيرها، ومن أمثلتها مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال. ومقياس جودانف ومقياس مكارثي للقدرات العقلية ومقياس المفردات اللغوية المصورة ومقياس الذكاء المصور لتقييم الكفاية العقلية. بينما تشمل أساليب التقييم غير المقننة الملاحظة والمقابلة ومقاييس التقدير، وقوائم الشطب، والاختبارات التحصيلية المدرسية والاختبارات محكية المرجع، حيث تعتبر الأساليب ذات أهمية خاصة في جمع المعلومات اللازمة عن المفحوص والتي تفيد في اتخاذ القرارات الهامة بشأنه والتي تساعد بالإضافة إلى أساليب المقننة في تكوين صورة أوضح عن أداء المفحوص وخاصة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة (الروسان، 2000).

وتعتبر اختبارات الذكاء بوجه عام أدوات هامة في توفير البيانات الضرورية لتخطيط البرامج لذوي الاحتياجات الخاصة، ويجب أن يتم الإرشاد مع الآباء والمدرسين ومع الفرد نفسه في مجال الذكاء كما يتم في مجالات القدرات ونواحي القصور البدني والحسي ويجب أن يتوفر لجميع المسؤولين عن تشخيص الطفل وتعليمه فهم واضح عن قدراته وقصوره لكي يجاهدوا في سبيل تحقيق الأهداف المنشودة من تحقيق البرامج المخطط لها، ويجب أن يشترك كل من الآباء والمدرسون والأخصائيين في فهم وتقبل نواحي القصور لدى التلميذ (أبو مغلي، 2002).

وفيما يلي عرض لأساليب التقييم غير المقننة :

أولاً : المقابلة : يرى كوافحة (2005) أن المقابلة واحدة من أدوات القياس غير المقننة (informel –tests) حيث يتم فيها جمع معلومات عن سلوك أو ظاهرة محددة وتعتبر المقابلة أسلوباً علمياً منظماً لجمع البيانات والمعلومات عن السلوك والظاهرة موضوع القياس، وتستخدم المقابلة بشكل فعال في برامج تعديل السلوك وخاصة مع الأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة، ونستخدم أيضاً للتعرف على جوانب الشخصية والاهتمامات والميول وهي طريقة قديمة لا يمكن الاستفادة منها في كثير من الأمور.
أنواع المقابلة من حيث الغرض:

- أ - المقابلة الأولية: وتهدف إلى التعرف على طبيعة المشكلة .
ب - المقابلة التشخيصية: وتهدف إلى تشخيص المشكلة التي يعاني منها الطالب المسترشد.
ج - المقابلة الإرشادية: ويحتاج فيها الطالب إلى توجيه بسيط.
د - المقابلة العلاجية: وهي تحتاج إلى عدة جلسات، وتفيد في مجال الإرشاد والعلاج النفسي (الصافي ودبور، 2009).

ثانياً : الملاحظة (Observation): تعد الملاحظة واحدة من الطرق العلمية الهامة في جمع المعلومات عن الظاهرة المراد تقويمها، وتعرف الملاحظة بأنها أسلوب علمي يهتم بمشاهدة التلميذ، وتسجيل معلومات لاتخاذ قرار في مرحلة لاحقة من عملية التعليم والتعلم. وتوفر الملاحظة معلومات منظمة ومستمرة حول كيفية التعلم واتجاهات المتعلمين وسلوكياتهم، واحتياجاتهم كمتعلمين وأدائهم كذلك ، وتركز الملاحظة على جمع المعلومات المتعلقة بسلوك محدد أو ظاهرة محددة، ويعتمد أسلوب الملاحظة على استقبال مثيرات حسية، بصرية وسمعية، للسلوك موضع الملاحظة وتسجيل مظاهره وتصنيفها ووصفها بطريقة علمية، وتستخدم الملاحظة في وصف سلوك الأفراد في مواقف طبيعية كما هو الحال في غرفة الصف أو المدرسة أو الأسرة، حيث يلاحظ المعلم عدد المرات التي يظهر فيها سلوك ما ومدته حدوثه، ومن أمثلة السلوك الملاحظ التي تعتبر فيها الملاحظة أسلوباً فاعلاً في جمع المعلومات عنها ووصفها، السلوك العدواني، والسلوك الانطوائي، وسلوك النشاط الزائد، وكل أشكال السلوك غير المرغوب فيها كالغش، والسرققة وإيذاء الآخرين، أو إيذاء الذات، ومهارات الحياة اليومية ومهارات السلوك الاجتماعي (الكيلاني والروسان، 2006).

ثالثاً: مقاييس التقدير (Rating scales) :

تعرف مقاييس التقدير بأنها تلك القوائم التي تتضمن عبارات محددة تصف السلوك الملاحظ ويطلب فيها من الفاحص أن يضع إشارة (√) أو إشارة خطأ (x) أمام تلك العبارات، وتعتبر قوائم تقدير السلوك من أساليب القياس الفعالة في جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ حيث يعتمد المقدر على ملاحظته للسلوك ولذا يجب توفر شروط الملاحظة في عملية التقدير، وتبدو قيمة هذه الطريقة في تسجيل السلوك الملاحظ من قبل الفاحص وتحديد زمانه ومكانه (التقي، 2009)

وهناك نوع آخر من قوائم التقدير، يطلق عليه سلالم التقدير والتي يقوم فيها الفاحص السلوك وفق سلم متدرج من التقديرات الرقمية للسلوك الملاحظ . ومن الأمثلة التي توضح أهمية سلالم التقدير قائمة تقدير السلوك الفصامي ، وفيها يقدر الفاحص السلوك الملاحظ

رقميا على سلم من الدرجات ويبدأ من الرقم (١) حتى الرقم (٥) ، ويسمى هذا النوع من التقدير بسلم التقدير العددي (Numerical Rating scale)، وهناك سلالم التقدير الوصفية كمقاييس ليكر (liker scales) حيث يطلب من الفاحص أن يضع إشارة (x) أو دائرة على سلم التقدير الوصفي والمثال التالي يوضح ذلك :

الرقم	الفقرة	موافق جداً	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
١	أشعر أن أسرتي تساعدني على حل مشكلاتي الشخصية					

وفي العادة تستخدم سلالم التقدير في قياس مهارات أدائية لا نستطيع قياسها بواسطة الاختبارات، كما يمكن استخدامها في قياس مدى توافر سمات نفسية لدى الأفراد، ويمكن أن يجيب المفحوص عنها أو أي فرد آخر يقوم بتقدير مدى توافر هذه السمة لدى فرد لديه معرفة جيدة به (الكيلاني والروسان، 2006) .

رابعاً : الاختبارات محكية المرجع والاختبارات معيارية المرجع :

تهتم الاختبارات محكية المرجع بدرجة الكفاية في مهارات محددة لدى الفرد. بمعنى أن التركيز يكون في هذه الاختبارات على مدى وصول الفرد إلى مستوى الأداء المطلوب في مهارة ما، لذا يتم قياس مستوى الفرد هنا بمعيار محدد سلفاً من قبل الفاحص، فإذا تمكن هذا المفحوص من الوصول إلى المهارات المطلوبة فهذا يعني أنه اجتاز المرحلة التي وضع لها الاختبار أما الاختبارات معيارية المرجع فتستخدم للمقارنة بين منطقتين تعليميتين مثلاً وعن طريق هذا الاختبار المعياري نحكم على مدى التقدم في منطقة على أخرى أو على مدى التطور فيها ، ويمكننا كذلك الحكم على أساليب المدرسين وذلك عندما نعطي اختبار واحد لمجموعة من الشعب تكون قد درست مهارات محددة من قبل معلمين مختلفين يمكننا بذلك المقارنة بين نتائج هذه الشعب وبالتالي الحكم على أسلوب المدرسين وخاصة إذا كانت الشعب متكافئة (كوافحة، 2005).

خامساً: التقويم المستند إلى المنهج (Curriculum-Based Assessment):

يرى شابيرو وأجر (Shapiro & Ager, 1992) إن انتشار دمج ذوي الإعاقات البسيطة في صفوف العاديين يستدعي مزيداً من الاهتمام بالتقويم، وأن أفضل طريقة لربط التقويم ببرامج التدخل (intervention) تكون باعتماد منحي التقويم المستند إلى المنهج، ويهدف هذا المنحى إلى تقويم أداء الطلبة وكفائاتهم الأكاديمية ومهاراتهم بالرجوع إلى المنهج، وذلك من أجل الكشف عن جوانب القصور عند الطلبة في مجالات معينة من المنهج.

وأما خطوات التقويم المستند إلى المنهج :

١. تقويم بيئة التعليم بأساليب المقابلة والملاحظة .

٢. تقويم مستوى التعلم (الأداء) في محتوى المنهاج المقرر للمستوى الصفي باستخدام أساليب الملاحظ والتقويم الصفية .
٣. استنادا إلى نتائج التقويم في الخطوتين السابقتين ، يتم تقديم المادة الجديدة مع إجراء التعديلات المناسبة في أسلوب العرض (مرحلة التدخل) وتستخدم في هذه المرحلة استراتيجيات المران والتدريب تحت شروط ضابطة، ويتخللها تقويم فاعلية التعديلات .
٤. في الخطوة النهائية يتم تقويم نتائج برامج التدخل.
- وأما أساليب التقويم المقننة فتقتصر على الاختبارات المقننة والتي من بينها:

١- مقياس ستانفورد بينيه (The Stanford Binnet Intelligence Scale) :

يعد مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء من أكثر الاختبارات شهرة وأوسعها استخداماً ويرجع تاريخ هذا المقياس إلى محاولات بينيه وسيمون في فرنسا عام ١٩٠٥، ثم مراجعة تيرمان وتلاميذه في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا وإعداده ليصلح للاستخدام في البيئة الأمريكية عام ١٩١٦ ، وقد تكون الاختبار من ثلاثين فقرة متدرجة في الصعوبة وتغطي الفئات العمرية من ٣-١١ عام ولكن وفي عام ١٩١٦ جرى تطوير المقياس في جامعة ستانفورد في الولايات المتحدة الأمريكية . ويهدف هذا المقياس إلى قياس القدرة العقلية للمفحوص، ومن ثم تحديد موقعه على متصل التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ، ويغطي (مقياس ١٩٦٠) الفئات العمرية من سن ٢-١٨ بواقع ٦ اختبارات في كل فئة عمرية، ويقوم بتطبيقه أخصائي في علم النفس، ويعتبر هذا الاختبار من الاختبارات الفردية المقننة ويعطى بعد تطبيقه درجة تمثل العمر العقلي وأخرى تمثل نسبة الذكاء وتستغرق عملية تطبيق المقياس حوالي ٩٠ دقيقة اعتمادا على متغيري العمر والقدرة العقلية للمفحوص، أما تصحيحه فيستغرق ٣٠-٤٥ دقيقة . ويتمتع هذا الاختبار بصدق وثبات مقبولة وقد تم تعريبه بكثير من الدول العربية منها: السعودية والأردن ومصر (كوافحة، 2005) .

٢- مقياس وكسلر للذكاء Wechsler Intelligence Scales

ظهرت هذه المقاييس نتيجة للانتقادات المتعددة التي توجهت إلى مقاييس ستانفورد بينيه للذكاء من حيث الأسس النظرية التي بني عليها ودلالات صدقه وثباته وقصور الدلالات التقويمية والتشخيصية، ولذلك ظهرت مقاييس وكسلر المعروفة للذكاء التي وضعها ديفيد وكسلر D. Wechsler عام لذكاء الراشدين والمراهقين، وعندما لاحظ وكسلر أن هذا المقياس غير مناسب لقياس ذكاء الأطفال أعد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩ يتكون من اثني عشر اختباراً فرعياً على غرار مقياسه السابق يضم فقرات سهلة تناسب الأطفال من سن الخامسة إلى الخامسة عشر وخمسة شهور. وفي عام ١٩٧٤ عدل المقياس وصدر ويسك المعدل WISC-R والذي حافظ فيه " وكسلر" على بناء المقياس من اثني عشر اختباراً فرعياً مع إجراء تعديل عدد من الفقرات ليرفع سقف الاختبار إلى سن السادسة عشر وخمسة شهور. وقد أشارت الدراسات إلى أن وكسلر لذكاء الأطفال من المقاييس الجيدة

في تشخيص التخلف العقلي، فهو يقيس القدرة العقلية العامة والقدرة العقلية اللفظية والقدرة العقلية العملية، ويقدم صفحة نفسية لقرارات الطفل المفحوص، مما يساعد فريق التشخيص على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن التشخيص وبرامج الرعاية. وتهدف مقاييس وكسلر للذكاء إلى قياس وتشخيص القدرة العقلية للمفحوص ومن ثم تحديد موقعه على متصل القدرة العقلية (الزريقات، 2005).

٣- متهات بورتيوس:

أعد بورتيوس مقياس المتهات لقياس قدرة الطفل على التخطيط و التبصر بالهدف والعمل للوصول إليه، وقد أطلق على هذه القدرة اسم " الفهم العام " واعتبرها نوعا من الذكاء الخاص، الذي يظهر في تجنب الشخص للأخطار التي تواجهه في حياته اليومية، وفي حذره وفطنته في تصريف شؤونه، وفي علاج مشكلاته بالممارسة العملية و صدر من مقياس المتهات ثلاث صور: الصورة الأصلية وتعرف بمراجعة فاينلاند وتتكون من إثنتي عشرة متهاة متدرجة الصعوبة من سن ثلاث سنوات إلى سن الراشد، وتعطى عمراً عقلياً ١٧ سنة . أما الصورتان الأخرتان فهما الصورة الموسعة و الصورة المكتملة. وهما صورتان متكافئتان، تتكون كل منهما من ٨ متهات متدرجة من سن ٧ إلى سن الراشد، وتعطى كل منهما عمراً عقلياً مساوياً لما تعطيه الصورة الأصلية.

وعلى الرغم من الاقتناع بكفاءة المتهات في تشخيص التخلف العقلي إلا أنها لا تصلح وحدها في الحكم على قدرات الطفل العقلية، لأن المتهات تقيس جانباً من القدرة العقلية مرتبطاً بالتوافق الاجتماعي أكثر من ارتباطه بالتحصيل الدراسي. ويفضل في تشخيص الإعاقة الفكرية تطبيق المتهات مع ستانفورد -بينيه للذكاء. فإذا حصل الطفل على نسبة ذكاء منخفضة جداً في المقياسين حكمنا بتخلفه عقلياً. أما إذا حصل في أحدهما على نسبة ذكاء منخفضة جداً وفي الآخر على نسبة ذكاء تضعه في مستوى التأخر العقلي فمن الأفضل التريث في الحكم عليه بالتخلف، ونبحث عن الدلالات التشخيصية لاختلاف نسبتي الذكاء على المقياسين (مرسي، 1993).

٤- مقياس كولومبيا للنضج العقلي (Columbia Maturity Scale by Sullivan et al.1972) (GMMS)

يعد مقياس كولومبيا من المقاييس الفردية، التي يسهل تطبيقها. والتي تقيس القدرة العامة على التفكير المنطقي (Reasoning ability). للفئات العمرية من ٣-٩ سنوات. ويتألف الاختبار من ٩٢ فقرة مصورة وموزعة على ثمانية أبعاد متداخلة ومتدرجة في الصعوبة، وتتضمن كل فقرة من ٣-٥ رسومات على بطاقات مساحتها ١٦ أنش x 19 أنش. وبهدف هذا المقياس إلى قياس القدرة العقلية لدى الأطفال العاديين وغير العاديين مثل الأطفال الذين يعانون من حرمان ثقافي والأطفال المعوقين حركياً، وحالات الشلل الدماغي وحالات الإعاقة البصرية واللغوية والسمعية (الكيلاني والروسان، 2006).

٥- اختبار مصفوف رافن المتتابعة (Raven's Progressive Matrices , 1986) يتكون الاختبار من ثلاث مجموعات من الرسوم تحتوي كل مجموعة على 12 سؤالاً على شكل مصفوفة لرسوم وأشكال ناقصة يطلب تكملتها من بدائل مصورة أسفل كل سؤال. وفي ضوء الإجابات تحدد درجة الذكاء. ويستعمل هذا الاختبار للكشف عن الأطفال الذين لديهم إعاقات ذهنية. ويمكن اعتبار مقياس رافن من مقاييس القدرة العقلية العامة، وبخاصة القدرة على الملاحظة، والتفكير، والسرعة في الأداء، وتغطي هذه المجموعات مستويات النمو العقلي منذ الطفولة وحتى سن الرابعة عشر. وقد بني الاختبار على أساس نظرية سبيرمان للذكاء ومفهومه للعامل العام، ويتضمن هذا العامل قدرات عقلية مثل إدراك العلاقات والمتشابهات، بين الأشكال المعروضة على المفحوص والتي يبلغ عددها 60 شكلاً (الزريقات، 2005).

٦- اختبار كاليفورنيا للقدرة العقلية العامة (الذكاء) (California Tests of Mental Maturity)

ويهدف هذا المقياس إلى تزويد الفاحص بالمعلومات والبيانات حول الأداء العقلي للمفحوص والتي تعتبر ضرورية لحدوث التعلم وحل المشكلات والتكيف مع المواقف الجديدة، ويغطي الفئات العمرية من سن الروضة وحتى سن ١٢ سنة ويتضمن هذا المقياس ١٢ مرحلة، وتغطي مظاهر القدرة العقلية، ويعطي المقياس عند تطبيقه الطريقة الفردية درجات للعمر العقلي، ونسبة الذكاء، والرتب المئينية للمفحوص (الكيلاني والروسان، 2006).

٧- مقاييس فاينلاند للنضج الاجتماعي (The Vineland Social Maturity Scale) وضعه دول (Doll) لتقدير القدرة الاجتماعية. يتكون من ١١٧ فقرة مرتبة من حيث متوسط صعوبتها ويقاس المقياس ثمانية مجالات (الاعتماد على النفس في الطعام والملبس والتوجه والعمل والاتصال والحركة والتطبيع). ويقاس الاختبار الارتقاء منذ الميلاد وحتى سن ٢٥ سنة، ويحسب العمر الاجتماعي ونسبة الارتقاء الاجتماعية. ومن الاستخدامات الهامة لهذا التمييز بين الإعاقة العقلية المصحوبة بكفاءة اجتماعية والإعاقة العقلية بدون إمكانية اجتماعية.

٨- مقياس مهارات السلوك التكيفي Adaptive Behavior Skills Test :

مقياس وضعته لجنة من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهو مخصص للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، إلا أنه يصلح للاستخدام بالنسبة للأطفال غير المتوافقين انفعالياً وغيرهم من المعوقين. ومنذ بداية نشر هذا الاختبار، أظهر الباحثون فوائد مقياس (ABS-S:2) لتقييم وظائف الأطفال الذين يتم تقييمهم لمعرفة شواهد التخلف العقلي ولتقييم خصائص السلوك التكيفي لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد والتفريق بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية والذين يتطلبون المساعدة فيما يتعلق بالتعليم الخاص، من أولئك الأطفال

الذين لديهم مشاكل سلوكية والذين يمكن تعليمهم ضمن برامج الفصول الدراسية العادية. وقد قام الحسين (٢٠٠٤) بتقنين وتعريب هذا المقياس، وقيس الصورة السعودية من مقياس السلوك التكيفي تسعة مجالات أساسية هي: (الوظائف الاستقلالية، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأعداد والوقت، النشاط ما قبل المهني، التوجيه الذاتي، المسؤولية، والمهارات الاجتماعية)، وتدرج هذه المجالات التسعة تحت ثلاثة عوامل رئيسة هي: (الكفاية الشخصية، والكفاية الاجتماعية، والمسئولية الشخصية الاجتماعية).

وعلى الرغم مما تتمتع به المقاييس المقننة من خصائص سيكومترية عالية من حيث (الصدق، والثبات). إلا أن هناك العديد من الانتقادات الموجهة لها والتي من بينها أنها متحيزة ثقافياً للبيئة التي صمم لها الاختبار. وهناك بعض الانتقادات الموجهة إلى محتوى اختبارات الذكاء في تحيزها الأكاديمي أو التحصيلي حيث تتضمن اختبارات الذكاء وخاصة مقياس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر للذكاء العديد من الفقرات المرتبطة بالتحصيل الأكاديمي. بمعنى أن إجابة المفحوص على تلك الفقرات مرتبطة بفرص المفحوص في الالتحاق بالمدرسة والتحصيل الأكاديمي والتي يقتصر على طبقة معينة من الأطفال. وبالرغم من مظاهر الآثار السلبية التي تتركها الاختبارات أحياناً فإن الواقع يشير إلى أنه لا غنى عن الاختبارات كأدوات قياس في تقويم الحالة النفسية والمعرفية للفرد للمعاق فكرياً. ويجب الاهتمام بتطوير الاختبارات ذات الخصائص الجيدة التي تتجاوز الآثار النفسية والاجتماعية للمفحوص، مما يتطلب بذل جهود كبيرة من المختصين في تجاوز هذه السلبات والتأكيد على أخلاقيات القياس النفسي في تطبيق الاختبارات، وهي مسؤولية مشتركة للمختصين والمهتمين والمستخدمين لتلك الاختبارات. إضافة إلى التأكد من صلاحية هذه الاختبارات للبيئة السعودية، بحيث يتم تقنينها بصورة تتناسب مع الثقافة السعودية التي يعيش بها المفحوص. أي التأكد من عدم تحيز الاختبارات لثقافة معينة، أو تحيزها لعرق أو جنس محدد.

التوصيات:

- من خلال ما تم عرضه في هذا البحث يمكن وضع التوصيات التالية:
١. العمل على توفير الكوادر المؤهلة في مجال التشخيص والتقويم، والعمل على رفع مستوى الوعي لدى فريق التشخيص نحو معرفة الأسس والضوابط لعملية التشخيص والتقويم.
 ٢. الاهتمام بالتشخيص الدقيق والمبكر لكل فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة وأن يكون شاملاً لكافة النواحي الطبية والتأهيلية والنفسية والتعليمية .
 ٣. تعزيز التعاون وتبادل الخبرات والأفكار في مجال تعريب المقاييس المقننة التي تساعد في عملية التشخيص والعلاج لذوي الحاجات الخاصة على مستوى الوطن العربي بما ينعكس إيجاباً على الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرته.

٤. إنشاء مراكز للتقييم والتشخيص متكاملة من حيث الأجهزة والمختصين ويتم العمل فيها بشكل فريق متعدد التخصصات.
٥. عقد ورش العمل والدورات التدريبية لمتخصصة في إعداد القيادات في المؤسسات والمراكز الخاصة بنوعي الحاجات الخاصة، يوكل إليها مهمة تدريب العاملين في ميدان التربية الخاصة على إستراتيجيات وأسس التشخيص والعلاج.

المراجع:

أولاً المراجع العربية:

١. أبو مغلي، سمير وسلامة، عبد الحافظ (2002). القياس والتشخيص في التربية الخاصة. ط١ ، عمان : اليازوري للنشر والتوزيع.
٢. الإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢هـ). القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة، مطابع الإدارة العامة للتربية الخاصة ، الرياض ، المملكة العربية السعودية.
٣. إسماعيل، احمد السيد (1995). مشكلات الطفل السلوكية وأساليب المعاملة الوالدية. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
٤. باظة، أمال (٢٠٠١). تشخيص غير العاديين. ط١ . القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٥. التقى، احمد (2009) النظرية الحديثة في القياس . دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
٦. الحرز ، مريم (2008) مدى تحقق أهداف البرنامج التربوي الفردي والصعوبات التي تعترضها في معاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود ، كلية التربية ، الرياض .
٧. الحسين، عبد الله سعد (٢٠٠٤). تقنيين مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي-الجزء الأول-الصورة المدرسية على البيئة السعودية، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الخرطوم، السودان.
٨. الخطيب، أحمد والطراونة، حسين (2002). القياس والتشخيص في التربية الخاصة. ط١ . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
٩. الخطيب، جمال . (1993) مستوى معرفة معلمي الأطفال المتخلفين عقليا بأساليب تعديل السلوك، 338- 355، (1)، مجلة أبحاث اليرموك، م20 .
١٠. الخطيب، جمال (2003). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية : دليل المعلمين والآباء ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان: الأردن.
١١. الخطيب، جمال (2005) المدخل إلى التربية الخاصة. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع ، عمان: الأردن .

١٢. الروسان، فاروق (2000). مقدمة في الاضطرابات اللغوية، ط1 ، دار الزهراء، الرياض.
١٣. الزارع ، نايف بن عابد (2006) تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
١٤. الزريقات ، إبراهيم (2005) . اضطرابات الكلام واللغة _ التشخيص والعلاج ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، الأردن: عمان .
١٥. السرطاوي، زيدان والوالي، عبدالله والشمري، طارش والعبد الجبار، عبدالعزيز (2009). المنهج المرجعي للمرحلة الابتدائية للتلاميذ المتخلفين عقلياً (الرياضيات والعلوم)، ط١، جمعية الأطفال المعاقين، الرياض، المملكة العربية السعودية.
١٦. سليمان، عبد الرحمن (1998) . سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (أساليب التعرف والتشخيص). ط١. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
١٧. شقير، زينب (2005). خدمات ذوي الحاجات الخاصة. ط٢. القاهرة: مكتبة النهضة.
١٨. الشمري، عواطف (2005). ورقة عمل بعنوان " الاستشارة والعمل الجماعي ودورها في تكوين علاقة عمل تكاملية بين العاملين في برامج التربية الخاصة " ، وذلك ضمن فعاليات ندوة التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية موكبه التحديث والتحديات المستقبلية .
١٩. الصافي، عبد الحكيم ودبور، عبد اللطيف (2009). الإرشاد المدرسي. ط٢، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
٢٠. عبيد، ماجدة (2000). الإعاقة العقلية ، ط1 ، دار الصفاء، عمان.
٢١. عدس، عبد الرحمن ومحي الدين، طوق (1998). المدخل إلى علم النفس، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
٢٢. عريفج، وآخرون (2002). القياس والتشخيص في التربية الخاصة. ط١. عمان: دار يافا للنشر والتوزيع.
٢٣. العزة ، سعيد حسني (2001) التربية الخاصة لذوي الإعاقات البصرية والسمعية والحركية. دار الثقافة، عمان، الأردن.
٢٤. علام، ماجدة (1990). طريقة العمل مع الجماعات. الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث .
٢٥. القريني، تركي (2008) مدى توفر الخدمات المساندة وفعاليتها في دعم العملية التعليمية لتلاميذ التربية الفكرية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، كلية التربية ، الرياض .

٢٦. القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز (1988). دراسة مسحية لعمليات التقويم المستخدمة في معهد التربية الخاصة بمدينة الرياض. مركز البحوث التربوي، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
٢٧. الكيلاني، عبد الله والروسان، فاروق (2006). التقويم في التربية الخاصة، ط١، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٢٨. مرسي، كمال إبراهيم (1993). متاهات بورتويس : التقنين الثاني . الكويت : إدارة الخدمة النفسية بوزارة التربية
٢٩. مرسي، كمال إبراهيم (1999). مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات، القاهرة .
٣٠. مسعود، وائل وعبد الصبور، محمد ومراد، محمد (2005). التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة. الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، الرياض: المملكة العربية السعودية.
٣١. النمر، عصام (2006). محاضرات في أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. عمان: اليازوري للنشر والتوزيع.
٣٢. الهجرسي، أمل معوض (2002). تربية الأطفال المعاقين عقليا. القاهرة، دار الفكر العربي، مصر.
٣٣. الهويدي، محمد عبد الرزاق (2004). الضغوط تعريفها أثارها ومصادرها، البحرين: جامعة الخليج.
٣٤. الوابلي، عبد الله محمد (2003) منحنى القياس ذو الأبعاد المتعددة في مجال تشخيص وتصنيف ودعم ذوي التخلف العقلي. مجلة رسالة الخليج، ع ٨٦، ٥٥-٨٤.
٣٥. الوابلي، عبدا لله محمد (1996) واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية في المملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية، ع (٢٠)، ٢ (191-232).
٣٦. ودارلنج، سيلجمان (2000). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. ترجمة كاشف، إيمان فؤاد، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.
٣٧. وادي، أحمد (٢٠٠٩). الإعاقة العقلية " أسباب، تشخيص، تأهيل". ط١، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان : الأردن.
٣٨. الوقفي، راضي (2004). أساسيات التربية الخاصة. دار جهينة للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
٣٩. يحيى، خولة أحمد (2006). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان: الأردن.

ثانياً : المراجع الأجنبية:

1. Cooper, S.-A. (2003) **Classification and assessment in learning disability. *Psychiatry***, 2, 12 –17.
2. Coster, B. (2002). Occupational Therapy Work: Meeting The Mental Health Needs of Students, **Journal of children and School**, Vol. 25, No.4, pp.197- 209.
3. Gindis, B. (1988). Children with Mental Retardation in the Soviet Union. **Mental Retardation**, v26, n6, p381-84 Dec
4. McIntyre, L. & Blacher, J (2006). Behavioral Disorders in children cerebral palsy. **Journal of intellectual DISABILITY Research** : vol.50, p 184-1980.
5. McLaughlin , J. A & Lewis, R. B .(1994) **Assessing Special Students**. New York U.S.A Macmillan collage publishing company.
6. Nancy L. Peterson.(1997). **Early Intervention For Handicapped and At-Risk Children**. Love Publishing Company. Denver. London.
7. Pielecki, J. & Swender, S. (2004). **The Assessment Of Social Functioning In Individuals With Mental Retardation**, **Behavior Modification** ; 28(5), 694-708.
8. Pierangelo, R & Giuliani, G (2002). **Assessment in Special education**. Boston , MA . Allyn & Bacon.
9. Rapport, M. (1996). Legal guidelines for the delivery of special health care services in schools. **Journal of Exceptional Children**, Vol.62, No.6, pp.537-549.
10. Reynolds, M. C., & Birch, J. W. (1988). **Adaptive mainstreaming: A primer for teachers and principals** (3rd ed.) . New York: Longman.
11. Shulman, L. (1968) **A Case work of Social Work with Groups. The Mediating Model** .New York: Council on Social Work Education.
11. Smiley, E. (2005) Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. **Advances in Psychiatric Treatment**, 11, 214 –222.