



جامعة 8 ماي 1945

قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع



الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية

دراسة ميدانية بالمركز الطبي التربوي للأطفال غير

المكيفين ذهنيا - قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم إجتماع الصحة

تحت إشراف:

* د.جاهمي عبد العزيز

من إعداد:

➤ بونار صلاح الدين

➤ فرداس شوقي

لجنة المناقشة

رقم	اللقب والاسم	الرتبة العلمية	الصفة
01	أ.د حواوسة جمال	أستاذ تعليم عالي	رئيسا
02	د. جاهمي عبد العزيز	أستاذ محاضر -أ-	مشرفا و مقررا
03	د. قريد سمير	أستاذ محاضر -أ-	مناقشا

السنة الجامعية 2021/2022

الإهداء

* الحمد لله و كفى و الصلاة على الحبيب المصطفى و أهله و من وفى أما بعد

الحمد لله الذي وفقنا لتثمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد و النجاح بفضلته تعالى مهداة إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله

- إلى أمي التي غمرتني بحنانها و نصائحها و توجيهاتها الصائبة .

- إلى أبي الذي لم يبخل علي بشيء من أجل تحقيق هدفي المنشود.

- لكل العائلة الكريمة التي ساندتني و لاتزال من إخوة و أخوات .

* أهدي عملي المتواضع هذا الذي يعد ثمرة جهود سنوات عاشاها معي لحظة

بلحظة فلذلك أرجو من الله أن يمدد في عمرهما.

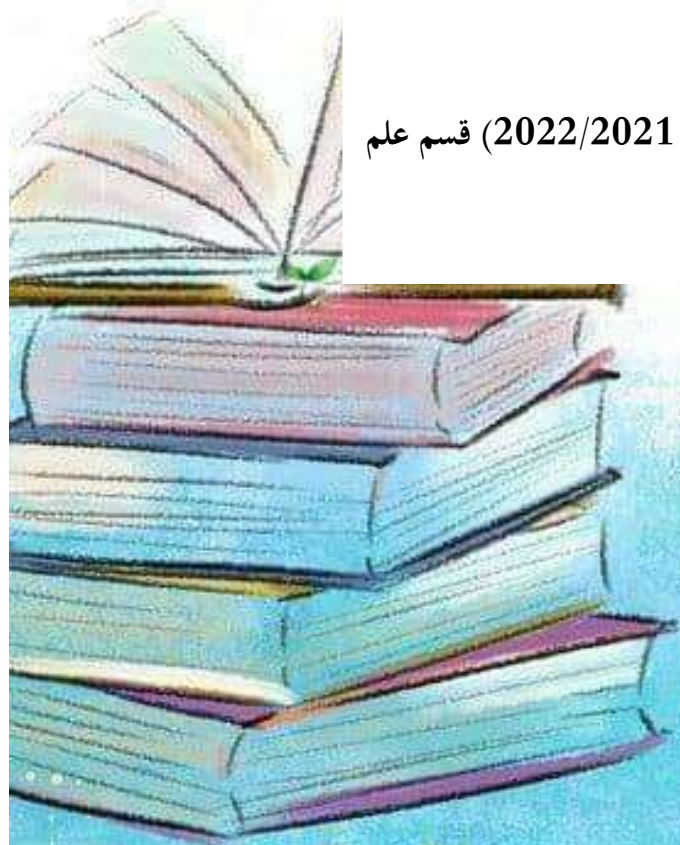
* إلى أستاذنا المشرف (عبد العزيز جاهمي) الذي بذل معنا مجهودا مضاعفا من

أجل تحقيق هذا العمل، كما أهديها أيضا إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في

مساعدتنا.

* و في الأخير أهديها إلى كل زملائي في الدراسة (دفعة 2022/2021) قسم علم

الاجتماع .



الفهرس

الصفحة	العنوان
	الملخص
	الإهداء
أ	مقدمة
	فهرس المحتويات
	الفصل الأول: الإطار المنهجي
	المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم
01	المطلب الأول: الإشكالية
02	المطلب الثاني: تحديد المفاهيم
03	المبحث الثاني: أسباب الدراسة وأهميتها وأهدافها
03	المطلب الأول: أسباب الدراسة.
04	المطلب الثاني: أهمية وأهداف الدراسة.
05	المبحث الثالث: مجالات الدراسة.
05	أولاً: المجال المكاني.
05	ثانياً: المجال الزماني
05	ثالثاً: المجال البشري
06	المبحث الرابع: مناهج الدراسة وأدواتها.
06	المطلب الأول: المنهج المستخدم.
06	المطلب الثاني: تقنيات البحث
06	أولاً: الملاحظة
06	ثانياً: المقابلة
07	ثالثاً: الاستمارة
07	المبحث الخامس: بعض المقاربات النظرية والدراسات السابقة
08	المطلب الأول: بعض النظريات المقاربة
10	المطلب الثاني: بعض الدراسات السابقة
14	الفصل الثاني: السياق التاريخي لتطور الرعاية الاجتماعية، وتشكل وظائفها وأهدافها.
14	المبحث الأول: نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية.
14	المطلب الأول: المرحلة العشوائية.

14	المطلب الثاني: المرحلة التمهيديّة.
15	المطلب الثالث: المرحلة المهنية.
15	المطلب الرابع: مرحلة الرعاية المتكاملة.
16	المبحث الثاني: أنواع الرعاية الاجتماعية.
16	المطلب الأول: الرعاية المنزلية
16	المطلب الثاني: الرعاية النهارية
17	المطلب الثالث: الرعاية الأيوائية
19	المبحث الثالث: أشكال وأساليب الرعاية الاجتماعية للمعاقين
19	المطلب الأول: الامداد الاجتماعي
19	المطلب الثاني: الخدمات الاجتماعية.
20	المطلب الثالث: العمل الاجتماعي.
22	الفصل الثالث: محددات الإعاقة الذهنية.
22	المبحث الأول: أسباب الإعاقة الذهنية
22	المطلب الأول: أسباب ما قبل الولادة
24	المطلب الثاني: أسباب أثناء الولادة
24	المطلب الثالث: أسباب ما بعد الولادة
25	المبحث الثاني: تصنيفات الإعاقة الذهنية
25	المطلب الأول: التصنيف على أساس الأسباب
26	المطلب الثاني: التصنيف الرباعي
27	المطلب الثالث: التصنيف على أساس المظهر الخارجي
28	المبحث الثالث: أنواع التخلف الذهني
29	المطلب الأول: المنغولية أو جملة أعراض داون
30	المطلب الثاني: حالة القزامة أو القصاع أو القماءة
31	المطلب الثالث: حالة استسقاء الدماغ
32	المطلب الرابع: حالة صغر الدماغ أو الجمجمة
32	المطلب الخامس: حالات كبر الدماغ
33	المطلب السادس: حالات الفيل_الكيتونيوريا
33	المطلب السابع: حالات الجلاكتوسيميا أو التاي ساكس
34	المبحث الرابع: خصائص المعاق ذهنيًا
34	المطلب الأول: الخصائص الجسمية والحركية

34	المطلب الثاني: الخصائص العقلية
36	المطلب الثالث: الخصائص الاجتماعية
36	المطلب الرابع: الخصائص الانفعالية
37	المطلب الخامس: خصائص اللغوية
37	المبحث الخامس: احتياجات المعاق ذهنيا
37	المطلب الأول: احتياجات فردية
38	المطلب الثاني: احتياجات مهنية
39	المطلب الثالث: احتياجات اجتماعية
40	الفصل الرابع: واقع الرعاية الاجتماعية للمعاقين ودور الأخصائي الاجتماعي
41	المبحث الأول: خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمعاقين ذهنيا
41	المطلب الأول: الخدمات الوقائية
41	المطلب الثاني: الخدمات الصحية والطبية
42	المطلب الثالث: الخدمات النفسية
42	المطلب الرابع: الخدمات الترفيهية
42	المطلب الخامس: الخدمات التعليمية
43	المطلب السادس: الخدمات الوظيفية
44	المبحث الثاني: دور الأسرة الجزائرية في تأهيل المعاق ذهنيا
44	المطلب الأول: دور الأسرة الجزائرية في التأهيل النفسي والاجتماعي للمعاق
47	المطلب الثاني: الصعوبات التي تواجه الأسرة الجزائرية في التكفل بالمعاق
49	المبحث الثالث: دور الأخصائي الاجتماعي في التكفل بالمعاق
50	المطلب الأول: دور الأخصائي في خدمة المعاق ذهنيا وأسرته
50	المطلب الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المعاق ذهنيا.
50	المطلب الثالث: دور الأخصائي الاجتماعي مع المعاقين ذهنيا كجماعة.
51	المطلب الرابع: دور الأخصائي مع المجتمع المحيط بالمعاق ذهنيا.
52	المبحث الرابع: واقع الرعاية الاجتماعية للمعاقين ذهنيا في المجتمع الجزائري
52	المطلب الأول: واقع الرعاية الاجتماعية في الجزائر
55	المطلب الثاني: مجالات رعاية المعاقين ذهنيا بالجزائر
56	المطلب الثالث: التشريعات الخاصة بالمعاقين ذهنيا في الجزائر
58	المطلب الرابع: وسائل التكفل بالمعاق في المؤسسات الجزائرية الخاصة
60	الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

61	المبحث الأول: عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها
61	المطلب الأول: البيانات الخاصة بأسر المعاقين
66	المطلب الثاني: البيانات الخاصة بالعاملين في المركز
76	المبحث الثاني: نتائج الدراسة
76	المطلب الأول: النتائج المتعلقة بالتساؤلات الفرعية
77	المطلب الثاني: النتائج المتعلقة بالتساؤل الرئيسي
78	المطلب الثالث: التوصيات والاقتراحات
81	خاتمة
	قائمة المصادر و المراجع
	الملاحق

ملخص

يعتبر موضوع الإعاقة الذهنية من قضايا حقوق الإنسان التي شغلت اهتمام الحكومات و المنظمات الدولية و لقد كانت من المواضيع التي شددت انتباهنا و قمنا بهذه الدراسة الحالية للتعرف على واقع الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية و دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيلهم من خلال التطلع إلى نوعية البرامج و الوسائل و الخدمات المقدمة لهم، والكشف عن طبيعة الرعاية التي يحظى بها المعاقون داخل المؤسسات و المراكز المختصة ،و لتحقيق هذا الهدف أجريت دراسة ميدانية بالمركز الطبي التربوي بولاية قالمة على عينة عشوائية مقسمة إلى مجموعتين. 16 من المبحوثين من أسر المعاقين و 20 مبحوث من العاملين بالمركز (مربين ، مختصين ، أطباء و ممرضين) قمنا بتوزيع استمارات الى بعض المبحوثين لمعرفة آراهم و الاستفادة من معلوماتهم حول هذا الموضوع، أما بالنسبة لمنهج الدراسة فاخترنا المنهج الوصفي لكونه مناسباً لأهداف الموضوع . و توصلت نتائج الدراسة من خلال تحليل و تفسير البيانات الى مجموعة من النتائج كالتالي :

أن الطفل المعاق ذهنياً يحظى داخل الأسرة برعاية خاصة، وتختلف طرق وأساليب هذه الرعاية حسب الإمكانيات المادية، وهناك فرص يحظى بها الطفل في الالتحاق بالمراكز المختصة، ويستفيد من مختلف البرامج والخطط الموجودة ضمنها، إذ أن هناك تنسيق قائم بين المركز والأسرة من أجل تحقيق إدماج وتكيف أحسن للطفل.

Abstract :

The issue of mental disability is one of the human rights issues that have occupied the attention of governments and international organizations, and it was one of the topics that caught our attention and we did this current study to identify the reality of social care for people with mental disabilities and the role of social care institutions in their rehabilitation by looking at the quality of programs and The means and services provided to them, and to reveal the nature of the care that the disabled enjoy within the specialized institutions and centers. To achieve this goal, a field study was conducted at the Educational Medical Center in the Wilayat of Guelma on a random sample divided into two groups. 16 of the respondents from families of the disabled and 20 respondents from the center's workers (educators, specialists, doctors and nurses). We distributed forms to some of the respondents to know their views and to benefit from their information on this subject. As for the study

method, we chose the descriptive approach because it is suitable for the objectives of the topic.

The results of the study, through the analysis and interpretation of the data, reached a set of results as follows:

The mentally disabled child receives special care within the family, and the ways and methods of this care vary according to the material capabilities, and there are opportunities for the child to join the specialized centers, and benefit from the various programs and plans within them, as there is coordination between the center and the family in order to achieve integration and adaptation Best for the child.

مقدمة

مقدمة:

تشكل فئة المعاقين نسبة مرتفعة في المجتمع الجزائري، وبإمكانها المساهمة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية إذا ما توفرت لها الرعاية اللازمة، حيث بإمكان الدولة ادماجهم في الوسط الاقتصادي والاجتماعي سواء بالنسبة للمعاقين الطبيعيين أو اللذين تعرضوا لحوادث عمل، ثم أصيبوا بعاهة من العاهات، ونظرا لوضع المعاقين في بلدنا، بذلت الجزائر جهود جمة للنهوض بهذه الفئة وخاصة لإدماجهم في عالم الشغل، وتوفير كل الرعاية الاجتماعية.

تجلت هذه المجهودات في اعداد برامج تتضمن فتح مؤسسات مهنية ومدارس تربوية متخصصة بهذه الفئة، غير أن هذه المراكز ترى ضرورة اخراج فئة المعاقين من حزنها واستغلال الطاقات الكامنة لديها بحكم أن الإعاقة ليست عائقا أمام إرادة هذه الفئة وأمام تبداليتها لإثبات وجودها وابداعاتها في العديد من المجالات والميادين.

ونظرا لأهمية هذه الفئة في المجتمع ومن أجل الإحاطة بهذا الموضوع نظريا وعمليا تم اعتماد منهجية تتكون من خمسة فصول حيث تناولنا في **الفصل الأول** اشكالية الدراسة وتحديد المفاهيم، وأسباب وأهمية الدراسة وأهدافها، ومجالاتها (المكاني، الزماني، البشري)، ومناهج الدراسة، وبعض النظريات المقاربة والدراسات السابقة.

والفصل الثاني بعنوان السياق التاريخي للرعاية الاجتماعية وفيه نشأة الرعاية الاجتماعية وأنواعها، وأهدافها.

أما في **الفصل الثالث** تناولنا محددات الإعاقة الذهنية التي تتمثل في أسباب الإعاقة، وتصنيفات الإعاقة الذهنية وأنواعها، وخصائص واحتياجات المعاق ذهنيا.

أما في **الفصل الرابع** كان بعنوان واقع الرعاية الاجتماعية ودور الإخصائي الاجتماعي تطرقنا فيه خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمعاقين ذهنيا، ودور الأسرة الجزائرية في تأهيل المعاق ذهنيا، ودور الأخصائي في التكفل بالمعاق، وواقع الرعاية الاجتماعية والمعاقين ذهنيا في الجزائر.

أما **الفصل الخامس** فكان للدراسة الميدانية تمت فيه عرض النتائج وتحليلها، ووضع نتائج الدراسة، وتقديم توصيات واقتراحات.

الفصل الأول: الاطار المنهجي

المبحث الأول: الإشكالية و تحديد المفاهيم

المبحث الثاني: أسباب اختيار الموضوع، أهمية
و أهداف الدراسة.

المبحث الثالث: مجالات الدراسة

المبحث الرابع: مناهج الدراسة و أدواتها

المبحث الخامس: النظريات المقاربة و الدراسات
السابقة

المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم:

المطلب الأول: الإشكالية

إن تقدم الدول وازدهارها يرتبط بما تقدمه لأفرادها من سياسات وخدمات من أجل الوصول الى الرفاهية وتحقيق الاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي للأفراد، حتى يتفرغوا للعمل والإنتاج ومتابعة التطورات والتحولات التي تطرأ على العالم في جميع المجالات ولاسيما مجال الاعتناء بالموارد البشرية ورعايتها لأنها العلاقة الأولى في تطور المجتمعات ومن بين هذه المجالات رعاية المعاقين والاهتمام بهم كون هذه الفئة هي الأخرى جزء من الموارد البشرية.

يحظى المعاقون في جميع دول العالم باهتمام ملحوظ، وأصبحت الرعاية الاجتماعية لهم من أهم البرامج التي تؤخذ بعين الاعتبار، ليدرك المعاق أنه يملك قدرات وطاقة هائلة تحتاج للتدريب والتأهيل والتوجيه ليصبح فردا منتجا لا يختلف عن غيره وبإمكانه المساهمة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية إذا ما توفرت له الإمكانيات اللازمة.

والإعاقة هي ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز بحيث تمنع الفرد من أدائه لدوره، وتتوقف على عوامل ثقافية، اجتماعية، وهي تمثل الجانب الاجتماعي للعجز أو الضعف. إن نوع ودرجة الإعاقة تؤثر في القيم والاتجاهات والتوقعات التي تراعي في البيئة الاجتماعية للأفراد، ويقصد بالإعاقة أيضا ذلك القصور المزمّن أو العلة المزمّنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصبح معاقا.

أما المعاق فهو كل شخص لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كامل أو جزئي نتيجة لعاهة خلقية أو غير ذلك تؤثر في أهميته الجسمية أو العقلية، أو هو أي شخص في المجتمع استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي وعون مبني على أسس علمية وتكنولوجية يعيده الى مستوى العادية أو الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى.

إن وضعية المعاق في دول الغرب في مجال رعاية المعاقين قد حققت تقدما كبيرا إلا أن هذا التقدم لا يزال قاصرا على عدد قليل من الدول، حيث يتلقى المعاقون في هذه الدول الاهتمام الواجب بهم و العناية اللازمة لهم من قبل الهيئات الرسمية و بعض جماعات المتطوعين، و ذلك يجعلهم أعضاء عاملين لا يعيشون عبئا على غيرهم، لكن الجزائر استفادت من مختلف الجهود العلمية و العملية التي

اعتمدت في مختلف الدول المتقدمة مع مراعاتها للخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري، و كان لنظام التربية الخاصة تجاه المعاقين في الجزائر يهدف الرعاية و حماية المعاقين من مختلف الأخطار التي تهددهم من جهة وتطوير قدراتهم واستعداداتهم من جهة أخرى وذلك بتعليمهم مختلف المعارف والمفاهيم الأساسية التي تمكنهم من التكيف بفعالية مع متطلبات الحياة اليومية، باعتبار كل طفل له الحق في فرصة التعلم طبقا لما تسمح به قدراته و استعداداته بهدف تحقيق الصحة النفسية اللازمة ومن هنا يمكن أن نطرح التساؤل التالي:

هل يحظى المعاقين ذهنيا بالرعاية الاجتماعية المناسبة؟

ويترعرع عن هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

1/ هل توفر الأسرة الرعاية الجيدة للمعاق ذهنيا؟

2/ هل توفر مؤسسات الرعاية الاجتماعية الخدمات الكافية للمعاقين؟

3/ ما طبيعة التنسيق القائم بين الأسرة والمركز في تحقيق الاندماج الاجتماعي للمعاق ذهنيا؟

المطلب الثاني: تحديد المفاهيم:

تعتبر مرحلة تحديد المفاهيم مرحلة مهمة في البحث العلمي، وذلك يعطي لموضوع البحث فهمها أعمق وأدق، وتشير المفاهيم إلى ما يجب إدراكه في الواقع، وتعمل على ربط الوقائع ببعضها البعض وكان علينا أن نحدد المفاهيم التي تناولناها تحديدا واضحا وبما يتماشى مع موضوعنا و هي: الرعاية الاجتماعية، المعاق ذهنيا، الإعاقة الذهنية.

أولا: الرعاية الاجتماعية: الرعاية الاجتماعية نسق أو نظام قومي من البرامج و المنافع و الخدمات التي تساعد الناس على إشباع حاجتهم الاجتماعية و الاقتصادية و التعليمية و الصحية بما يساهم في المحافظة على المجتمع فهي نظام إحداث التغيير و يضم هذا النظام العديد من الوظائف و الخدمات التي تقابل الاحتياجات الاجتماعية، هذا بجانب الامكانيات التي توفرها الأسرة و جماعات المجتمع، تهدف إلى تأمين مستوى مناسب من الحياة لكافة أفراد المجتمع. ومن هنا فالرعاية الاجتماعية تعني البرامج والخدمات المقدمة للفئات غير قادرة على إشباع حاجتها الأساسية لاسيما فئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقيام بوظائفهم والتغلب على الصعوبات التي تواجههم.

ثانياً: مفهوم المعاق ذهنياً: تباينت آراء العلماء والباحثين حول وضع تعريف محدد للطفل المعاق ذهنياً، ومن بين هذه التعاريف نجد:

(1) تعريف جمعية الأطباء الأمريكيان للطفل المعاق ذهنياً بأنه: الطفل الأقل من المتوسط في نمو القدرات الذهنية والذي يحدث له من فترة اكتمال الجنين حتى 16 سنة ولديه نقص في النضج أو القابلية للتعلم والتكيف الاجتماعي وهو يحتاج إلى رعاية طبية واجتماعية.¹

(2) التعريف الإجرائي: الطفل المعاق ذهنياً هو الطفل الذي تكون قدراته العقلية محدودة (انحراف سلبي عنمتوسط الذكاء)، ويحتاج لرعاية من نوع خاص تؤمن له الاندماج الاجتماعي السليم، تشارك فيها الأسرة والمدرسة وغيرهما من المؤسسات والتنظيمات الاجتماعية المختلفة.

ثالثاً: مفهوم الإعاقة الذهنية: يعتبر تحديد المعنى الدقيق والأصح للإعاقة الذهنية من الأمور الصعبة، وذلك يعود إلى كون الظاهرة موضوعاً يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع.

يعرف التخلف الذهني أو الإعاقة الذهنية بأنه انخفاض في مستوى القدرات العقلية العامة (درجة الذكاء تقل عن 70) وعجز في السلوك التكيفي أي عدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة ممن هم في نفس العمر.²

التعريف الاجرائي: هي حالة من الإعاقة لها خصائصها ومميزاتها وأسبابها التي تستدعي معاملة المصابين بها معاملة خاصة.

المبحث الثاني: أسباب الدراسة وأهميتها وأهدافها:

المطلب الأول: أسباب الدراسة:

هناك عدة أسباب دفعتنا إلى اختيار الموضوع ومن بينها:

(¹) عبد اللطيف حسين فرج، الإعاقة العقلية والذهنية، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2007، عمان الأردن ص 19

(²) عبد اللطيف حسين فرج، مرجع سابق، ص 42.

- أن أغلبية الدراسات السيسولوجيا تركزت حول أسباب وعوامل الإعاقة الذهنية، ولم تولي موضوع الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة (المعاقين ذهنيا) الأهمية التي تستحقها.
- محاولة لفت الانتباه الى ضرورة انخراط المجتمع بجميع تنظيماته وهيئاته في التكفل بهذه الفئة.
- أن لهذه الفئة من المعاقين خصوصية تستدعي وجود مؤسسات اجتماعية متخصصة ترعى احتياجاتهم وتحل مشكلاتهم.

المطلب الثاني: أهمية وأهداف الدراسة:

يعتبر موضوع ذوي الاحتياجات الخاصة من قضايا حقوق الإنسان التي شغلت اهتمام الحكومات والمنظمات الدولية ومن المواضيع الهامة التي شددت إ ننتباه الكثير من الباحثين غير أن ما نلاحظه هو قلة الدراسات التي اهتمت بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة، وإن وجدت فإنها ركزت على هذه الفئة بصفة عامة مهمة في ذلك نوع الرعاية الاجتماعية المقدمة لهم وعليه ويتوقع عمليا أن تلفت هذه الدراسة انتباه الباحثين والمسؤولين الى ضرورة الاهتمام بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة وتحسين ظروفهم وأوضاعهم وتأهيلهم لا دماجهم في حياة المهنية.

أهداف الدراسة :

هدفت الدراسة الى محاولة التعرف على واقع المعاقين ذهنيا في المجتمع الجزائري ودور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في التكفل بهم، من خلال معرفة البرامج والوسائل التي تستعملها هذه المؤسسات من أجل الرعاية الجيدة لذوي الاحتياجات الخاصة أي المعاقين ذهنيا داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية وأهم المشاكل والصعوبات التي تواجه هذه المؤسسات أثناء تكفلها بهذه الفئة. ويمكن ايجاز أهداف هذه الدراسة في:

- معرفة درجة الوعي للاهتمام بمثل هذه الفئة.
- معرفة وضعية الأطفال المعاقين ذهنيا داخل الأسرة.
- كسب الخبرة للتعامل مع فئة الأطفال المعاقين ذهنيا.
- معرفة دور العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على هذه الفئة من الأطفال.

المبحث الثالث: منهجية الدراسة:

المطلب الأول: مجالات الدراسة:

أولاً: المجال المكاني:

التعريف بالمركز: يقع المركز شمال مدينة قالمة يحده شرقاً الأروقة الجزائرية سابقاً، والأمن الحضري الثاني غرباً ومقر قسم الري شمالاً ومتوسطة 8 ماي 1945 جنوباً.

أجرينا بحثنا الميداني بالمركز الطبي التربوي للأطفال غير المكيفين ذهنياً بمدينة قالمة، والذي فتح أبوابه لاستقبال الأطفال في 11 سبتمبر 1993. بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 158/93 المؤرخ في 7 يوليو 1993. ويحتوي على مقر الحراسة، ومجمع إداري يحتوي على 3 طوابق ويوجد بهم ثمانية مكاتب، ستة مخازن منها ثلاثة تستعملها مديرية النشاط الاجتماعي، وقاعة للاجتماعات.

ثانياً: المجال البشري: أجرينا هذه الدراسة على الأطفال المعاقين ذهنياً بالمركز من خلال استجواب أسرهم وبعض العاملين معهم، واخترنا لذلك عينة عشوائية بسيطة من الذين استجابوا للبحث، تمثلت: في 16 فرداً من أولياء المعاقين، و20 عاملاً متخصص في رعاية الأطفال متمثلين في: (10 مربّي مختص، طبيب، ممرض، مساعدة اجتماعية، 2 أخصائي في علم النفس العيادي، 2 أخصائي في علم النفس التربوي، 3 أعوان خدمات).

ثالثاً: المجال الزمني: أجرينا هذه الدراسة على ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: هي فترة اخترنا فيها موضوع الدراسة وعرضه على المشرف، وتمت فيه الحصول على موافقته.

المرحلة الثانية: مرحلة جمع المعلومات والمصادر والمراجع من أجل الجانب النظري للدراسة.

المرحلة الثالثة: وهي الدراسة الميدانية، كان الاختيار فيها على المركز الطبي التربوي للأطفال غير المكيفين ذهنياً.

بدأت دراستنا الميدانية في 08-05-2022 تم التعرف فيها على مدير المركز وطلب الإذن منه من أجل إجراء دراسة ميدانية داخل المركز وتم حصولنا على الموافقة وحدد لنا يوم 22_05_2022 من

أجل الحضور وتوزيع الاستمارات. الزيارة الثانية لنا كانت باليوم المتفق عليه، وتم فيها التعرف على العاملين بالمركز والطبيب والأخصائي النفساني والمربين من خلال المساعدة الاجتماعية العاملة بالمركز نفسه، وتوزيع الاستمارات عليهم وقد وقع اختيارنا على عدة من المربين والأخصائيين بمساعدة الأخصائية الاجتماعية قمنا بتوزيع الاستمارات ومعرفة مهام كل فرد فيهم وذلك من خلال الحوار والمناقشة معهم.

المبحث الرابع: مناهج الدراسة وأدواتها: لكل دراسة علمية د ووسائل تسمح لها بجمع البيانات والمعلومات، تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

المطلب الأول: المنهج المستخدم:

من المعروف أن لكل موضوع منهج يسير عليه، وطبيعة موضوعنا تحدد المنهج الذي يجب أن نتبعه في دراستنا، والمنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى نصل إلى نتيجة. مع اعتمادنا في الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لأنه يستجيب لمقتضيات الدراسة إذ لا يعتمد الباحث فيه على مجرد وصف الظاهرة وجمع المعلومات حولها فقط، بل يتعداه إلى التحليل وذلك للوصول إلى تعميمات الظاهرة المدروسة.⁽¹⁾ بالإضافة إلى أن هذا المنهج يعتمد في الدراسات الراهنة

المطلب الثاني: تقنيات البحث

أولاً: الملاحظة:

تعتبر من أهم أدوات جمع البيانات لأنها أول خطوة في البحث الميداني، حيث تساعد الباحث للكشف عن تفاصيل الظواهر وعن العلاقات التي توجد بين عناصرها.² وهي تساعد على الحصول على بيانات ومعلومات تخص موضوع الدراسة فهي مصدر أساسي من مصادر الحصول على البيانات.

(1) طلعت إبراهيم لطفي : أساليب و أدوات البحث الاجتماعي، غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، مصر، 1995، ص76.

(2) علباء شكري : قراءات معاصرة في علم اجتماع ، دار الكتاب للنشر ، ص250.

ونظرا لكون الملاحظة تعني التأني والتمعن والرؤية وفي إدراك وفهم الشيء المراد دراسته فقد استعانا بهذه الأداة منذ البداية، منذ دخولنا لأول مرة للمركز لغاية إنهاء مدة الدراسة وكانت الملاحظة أثناء تلقي الأطفال للدروس وكيفية المعاملة من طرف المختصين.

ثانيا: المقابلة:

هي حوار لطرفين واجها لوجه بين الباحث القائم بالمقابلة وبين شخص آخر بغرض الحصول على معلومات التي تعبر عن الآراء أو الاتجاهات أو المشاعر أو السلوك في الماضي والحاضر¹.

فالمقابلة تساعد على الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات، فقد استعملنا هذه الأخيرة مع المهنيين المختصين وذلك أثناء قيامنا بملأ الاستمارة، حيث تضمنت مجموعة من الأسئلة بعضها مفتوحة وأخرى مغلقة.

ثالثا: الاستمارة:

استمارة المقابلة: استخدمناها لأنها أفضل وسيلة لمعرفة نوع الرعاية الاجتماعية التي يحظى بها المعاقين ذهنيا سواء في الأسرة او داخل المركز، وقد تضمنت الاستمارة مجموعة من الأسئلة خصصنا جزء منها لأسر الأطفال وجزء للعاملين والأخصائيين داخل المركز وتضمنت أسئلة الاستمارة كل ما له علاقة بظروف المعاقين في المركز والخدمات المقدمة لهم².

المبحث الخامس: بعض المقاربات النظرية والدراسات السابقة:

المطلب الأول: النظريات المقاربة:

أولا: النظرية التأهيلية: يستخدم الأخصائي الاجتماعي هذه النظرية لمقابلة الأهداف العلاجية للفرد و التي يمكن دراستها و تشخيصها بدقة من خلال معالجة الجماعات و أعضاؤها لتحقيق الأهداف العلاجية المختلفة و اشباع احتياجات هؤلاء من خلال البرامج بعد دراسة تلك الحاجات و تشخيصها، كما يستخدم هذا المدخل أيضا لإحداث أنواع من التغيرات في شخصية المعاق و البيئة الاجتماعية

(¹) عمار بخوش، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، القاهرة، 1999، ص 140

(²) عبد الباقي زيدان : قواعد البحث الاجتماعي ، مطبعة السعادة، القاهرة، الطبعة الثانية، 1974، ص 278.

المحيطة، حيث يستخدم الأخصائي وفقا لذلك الوسائل المختلفة لتغيير بعض الخصائص في الجماعة لمساعدة المعوقين لتحقيق أهدافهم و من هذه الوسائل أساليب تعديل السلوك.

ونلاحظ أن هذا المدخل يقدم الكثير من الحلول لممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال المعوقين وخاصة في تحقيق الأهداف الوقائية والعلاجية مع فئة المتخلفين عقليا.

ثانيا: نظرية المجال: ترجع أهمية نظرية المجال في الخدمة الاجتماعية في مجال المعاقين عامة و المتخلفين عقليا خاصة لأنها تقدم مفاتيح تحليل العمليات التي تحدث في اجتماعات جماعة المعاقين كما يساعد هذا المدخل أو المنهج في النظر لسلوكيات المعاقين و علاقتهم التفاعلية كأفراد ثم ككيان اجتماعي أي تنظر الى السلوك الاجتماعي نظرة تعترف بحالة الفردية، فإذا حدث تغيرا في كل الأجزاء الأخرى و من ثم فالبيئة ككيان مادي هي أن كل متفاعل الأجزاء أو متبادل بين الأفراد في العلاقات التفاعلية، فالجماعة في ضوء هذه النظرية جماعة من الأفراد يتحركون نحو هدف واحد اتفقوا عليه جماعيا و تفيد هذه النظرية في مجال المتخلفين عقليا الأخصائي الاجتماعي في تكوين مفاهيم الممارسة نذكر منها:

- يتأثر مستوى طموح المتخلف عقليا في تنفيذ مسؤوليته في العمل بمعايير الجماعة التي ينتمي إليها، بمعنى الأخصائي في مجال المتخلفين عقليا يجب أن يصل بهؤلاء الى جماعة واحدة وذات معايير واحدة ثم يوجه هذه الجماعة الى الوصول الى أهدافها.
- ان موقف النجاح والفشل الذي يوجهها المتخلف عقليا له تأثير على توقع العضو بمستوى إنجازه المقبل أي أن خبرات النجاح والفشل التي يتعرض لها المتخلف عقليا مرتبطة بتطور تحسنه مستقبلا والعكس صحيح.
- النظرة على المتخلف عقليا نظرة كلية من خلال تفاعله من المجالات التي يتفاعل معها داخل الجماعة.
- ان الاشباع الجزئي لحاجاته لا تحقق النمو له، بل ان الاشباع المقبول الحاجة للمعاق تساعده على تحقيق الأهداف.

ثالثا: نظرية التعلم: من المعلوم أن خصائص المتخلفين عقليا تختلف عن العاديين مما يجعلهم يحتاجون الى المساعدة بطريقة خاصة لأنهم غير قادرين على اكتساب بعض المهارات أو على التعلم الذاتي لذلك لابد من وجود نوع من البرامج الخاصة لتعليمهم و تدريبهم، و من بين النظريات التي

تدعم عمليات التعلم للمتخلفين عقليا هي نظرية السلوك الاجرائي التي تعتبر من النظريات الهامة في تعليم المتخلفين عقليا، حيث حول "سكينر" الاستفادة من تجاربه لتعليم المتخلفين عقليا بعض المهارات الخاصة من خلال الاعتماد على النفس، مهارات التكيف مع الحياة اليومية، حيث تفسر هذه النظرية العلاقة بين سلوك الفرد و المثيرات البيئية، فغالبا ما تكون الاستجابات غير متحكم فيها بما يتلاءم مع المثيرات عند قيام المتخلف عقليا ببعض المهارات المهنية، و مهمة المربي هنا هو أن يجعل هذه الاستجابات ممكنة التحم لتتلاءم مع المثيرات من خلال التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها و زيادة السلوكيات المرغوب فيها.

أما نظرية التعليم الاجتماعي فهي تؤمن بأن الفرد يتعامل مع بيئته إما باكتساب السلوك أو بالابتعاد عنه وتجنبه، تنص هذه النظرية أن المربي يتوقع من المتخلف عقليا سلوكا يستطيع القيام به من خلال مهاراته الخاصة.¹

رابعاً: النظرية السلوكية: رائدها « CLARK HULL » تشير أن عملية التعلم تتم من خلال اشباع الحاجات الأساسية البيولوجية و التي لها تأثير على سلوك الانسان، حيث ربطت هذه النظرية بين الحاجات و السلوك لأن الدوافع و الحاجات تؤدي لممارسة سلوك لإشباعها، و من خلال ما سبق فإن نظريات التعلم هذه يحتاجها الاخصائيون في عملية تدريب المتخلفين عقليا على المهارات الاجتماعية و مهنية في المراكز الخاصة لأن مبدأ هذا التدريب يقوم على تعليم هؤلاء كيفية اكتساب السلوك المقبول اجتماعيا من خلال برنامج التأهيل الاجتماعي و المهني.²

المطلب الثاني: بعض الدراسات السابقة:

أولاً: دراسة (سهى أحمد أمين): أجريت هذه الدراسة سنة 1998 بعنوان "المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال و مدى تأثيرها على سلوك التوافق الاجتماعي لديهم".

(1) أهمية وأهداف الدراسة: قامت الباحثة بتطبيق برنامج تعديل السلوك من أجل الوصول الى أهم المشكلات التي تعترض المتخلفين عقليا، حيث شملت الدراسة مجموعة من المتخلفين عقليا من فئة

(1) لعجال فتيحة، دور الخدمة الاجتماعية في التأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقليا، مذكرة ماجستير، دراسة ميدانية بقسنطينة، الجزائر، 2003، ص 24، 25.

(2) لعجال فتيحة، دور الخدمة الاجتماعية في التأهيل الاجتماعي و المهني للمتخلفين عقليا، المرجع نفسه، ص 26.

50-75 إعاقة بسيطة والذين تم حصرهم في المدرسة الخاصة وكذا حوالي 60 طفل تم اختيارهم طبقا لملاحظة المشرفين للمواصفات الخاصة بمظاهر الإساءة والتي وضحتها الباحثة لهم.

(2) نتائج الدراسة: توصلت الباحثة إلى أن هناك علاقة جوهرية بين الإساءة وأبعاد السلوك التوافقي الستة: وهي السلوك التدميري، السلوك المضاد للمجتمع، سلوك العنف، سلوك التمرد، الإيذاء، السلوك غير الاجتماعي.¹

ثانيا:دراسة (محمد القصاص): بعنوان التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة،

(1) أهمية وأهداف الدراسة: ادماج ذوي الاحتياجات الخاصة داخل المجتمع وتغيير الثقافة السائدة عن الإعاقة من خلال تحديد الأدوار التي يمكن أن يساهم بها أفراد المجتمع ومؤسساته لتحقيق التطبيق الاجتماعي مع هذه الفئة وقبولهم وذلك بغرض الوصول الى وضع سياسات وآليات تعمل على ادماجهم في كافة القضايا.

(2) نتائج الدراسة: تراجع وضعية المعاقين في المجتمع ومعاناتهم من الكثير من المشاكل الاجتماعية والنفسية.

- عدم حصول المعاقين على حقوقهم والخدمات المقدمة لهم.
- عدم توفر فرص العمل المناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة.
- تدني الرعاية الصحية لفئة المعاقين مما يؤدي الى مشاركتهم في الأنشطة المجتمعية ويدفعهم الى العزلة.²

ثالثا: دراسة (جاك سنجر): أجريت هذه الدراسة سنة 1978 بعنوان "تقييم برنامج موضوع في مؤسسة لتربية المتخلفين عقليا".

(1) أهمية وأهداف الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة على متغيرات متعددة تقوم على تقييم البرامج الموجودة في المؤسسة، حيث شملت عينة الدراسة كل الأطفال المتخلفين عقليا المقيمين في المؤسسة حيث طبق عليهم مقياس (ستانفورد-بينه) ومقياس السلوك التكيفي وقد امتدت مدة التقييم من جانفي 1975 الى ديسمبر 1975.

(1) سهى أحمد أمين، المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال، ص30. 32.

(2) أحمد مسعودامي، رسالة دكتوراه بعنوان "رعاية المعوقين و أهداف سياسة ادماجهم" الجزائر، دراسة ميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدينا، خميسي، تيبازة، 2006، ص.

(2) **نتائج الدراسة:** من أهم النتائج المتواصل اليها هي التمييز بين المجموعات من حيث التفاعل بين المتغيرات كم وضحت أن هناك تتابعا واضحا في البرامج فهي مكمله لبعضها اعتمادا على مستويات المهارة عند الأطفال، كما اثبتت على وجود علاقة ارتباطية بين العمر الزمني والارتقاء في البرنامج.

رابعاً: **دراسة (جوميز و جوبرين):** أجريت سنة 1972 بعنوان "دراسة الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المتخلف ذهنياً"

(1) **أهمية وأهداف الدراسة:** اهتم بتوضيح مشاعر الآباء والأمهات نحو أطفالهم المتخلفين ذهنياً مع المقارنة بين مشاعر كل من الآباء والأمهات نحو أطفالهم المتخلفين ذهنياً ومحاولة إيجاد الفروق بينهما تجاه الطفل المتخلف عقلياً.

تكونت عينة الدراسة من 50 عائلة لديها طفل متخلف ذهنياً ويتراوح عمر الطفل بين 2_5 سنوات، كما اشترطت الدراسة استمرار الزوجين في الحياة الزوجية.¹

(2) **نتائج الدراسة:** ومن أهم النتائج المتواصل اليها وجود فروق دالة بين تقييم الآباء والأمهات لصدمة وجود طفل متخلف في الاسرة من الناحية الواقعية، كما أن الناحية الانفعالية والعاطفية عند الأمهات اعلى منها عند الآباء، لكنها لم تكن دالة احصائياً، كذلك أظهر الآباء شعوراً واضحاً من القلق نحو أدوار الطفل خارج المنزل بينما أظهرت الأمهات القلق من أن يكون الطفل عدوانياً خارج الأسرة.

رابعاً: **دراسة (بوروهايس):** بعنوان "الأمومة في الأسر التي لديها طفل معاق والتي ليس لديها طفل معاق" تمت سنة 1998.

(1) **أهمية وأهداف الدراسة:** تسلط هذه الدراسة الضوء على حياة الأم وذلك خلال فترة الطفولة لأبنائها، حيث اعتمدت هذه الدراسة على عينة تتألف من أسرة دون طفل معاق، وأسرة لديها طفل معاق عقلياً، ان الأسر التي فيها طفل معاق كانت محل دراسات من وجهة نظر متنوعة جداً فقد تناولت الأثر العام للإعاقة على الأسرة والعلاقات الخاصة بين الاخوة في الاسرة ووظائف الأسرة التي ليس فيها طفل

(¹) إيمان فؤاد محمد كاشف : " الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيه "، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة،

معاق وقارنت أفكار الأمهات مع الأمهات اللواتي تأثرت خبراتهن بوجود فرد من أفراد أسرتها معاق سواء عقليا أو جسميا.¹

(2) نتائج الدراسة: ومن أهم النتائج المتواصل إليها أن الخصائص الشخصية للأم تتأثر بالعوامل الموجودة في البيئة الأسرية وهي التي تفرق وتميز بين خبرة أم عن أخرى وبالتالي فإن نموذج التكيف يخدم كإطار عمل مفيد في تحديد الظروف المشابهة وأن الصفات الشخصية لكل أم عي المسؤولة عن تحديد درجة التكيف.

(¹) خولة أحمد يحيى، ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر للطباعة و النشر، الأردن، 2003، ص 133-

الفصل الثاني: السياق التاريخي لتطور الرعاية

الاجتماعية و تشكل وظائفها و أهدافها

المبحث الأول: نشأة و تطور الرعاية الاجتماعية

المبحث الثاني : أنواع الرعاية الاجتماعية

المبحث الثالث : أشكال و أساليب الرعاية الاجتماعية

الفصل الثاني: السياق التاريخي لتطور الرعاية الاجتماعية، وتشكل وظائفها وأهدافها:

المبحث الأول: نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية للمعاقين:

ان الرعاية الاجتماعية للمعاق في مرحلتها الأولى أخذت صورة البر بالفقراء والمحتاجين ورعاية حالات العجز الجسماني، وكان أسلوبها في تلك تقديم خدمات مباشرة مادية للمعاق بتزويده بالمأكل والملبس والسكن دون الاهتمام بمحاولة فهم مشاعر وأحاسيس وحاجات المعاق ويمكن تقسيم مراحل تور الرعاية الاجتماعية الى المراحل التالية:

المطلب الأول: المرحلة العشوائية:

في هذه المرحلة كانت تفسر الإعاقة تفسيراً خرافياً على قوى غيبية سحرية تصف المعاقين بالشر و الشؤم مما أدى الى التخلص منهم أو اهمالهم أو تركهم دون رعاية.¹

لكن مع ظهور الحضارات الإنسانية بدأ الاهتمام بفئة المعاقين، فالمصريون اهتموا بحالات العجز والمرض، وهي محاولة أولى منهم للاهتمام بهذه الفئة.

وفي فرنسا عام 1760 أنشأت أول مدرسة لتعليم الصم، فقد كانت تقدم خدمات تعليمية ولم تهتم بأي نوع من أنواع الرعاية الأخرى.²

كذلك اهتمت فرنسا بتعليم المكفوفين، وركزت على تعليمهم القراءة فقط لم تركز على الرعاية الاجتماعية أو النفسية، وذلك لأي أنواع هذه الرعاية مازالت لم تظهر بعد، فكل الجهود التي بذلت في هذه الفترة كانت مع الصم والمكفوفين والمتخلفين عقلياً، كلها كانت جهود تعليمية تربوية، بدائية بسيطة عشوائية ولذلك سميت هذه المرحلة بالمرحلة العشوائية.

المطلب الثاني: المرحلة التمهيدية:

سميت بالمرحلة التمهيدية لأنها تمهد المعاق للمرحلة المهنية، تطورت فيها رعاية المعاقين، واشتركت فيها جميع التخصصات لتوفير أساليب الرعاية المناسبة لهذه الفئة، وظهر فيها العديد من التشريعات التي نصت على رعاية المعاقين وتوفير الحماية لهم.

(1) محمد سلامة غباري، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،

مصر، ص20.

(2) محمد سلامة غباري، المرجع نفسه، ص 23.

والمرحلة التمهيدية بدأت منذ أن ظهرت الأديان السماوية تشريعات تنص على الحقوق التي يتمتع بها العجزة والمعاقين، وفي القرن السابع قبل الميلاد اهتمت رعاية موسى عليه السلام برعاية المعاقين.

ونبهت بأن للمعاق حق الاستفادة من الأرض ومكوناتها لأنها ملك لله، كما نادى الديانة المسيحية التي تقوم على مبادئ الرأفة والعطف والمحبة بالعجزة والمرضى والمعاقين، وجاهدت في سبيل رعاية الضعفاء والمتخلفين عقليا والمشوهين.

ثم جاءت الديانة الإسلامية التي وازت وساوت بين المعاقين وغيرهم في الحقوق وأكدت على العدالة الاجتماعية وعدم التفرقة بين البشر وضرورة المساواة بينهم.

المطلب الثالث: المرحلة المهنية:

هي ثالث مرحلة من مراحل تطور ورعاية المعاقين حيث اهتمت جهود التدريب والتأهيل بتقديم الرعاية التأهيلية والتكوينية للمعاقين.

وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى كان عدد هائل من المعاقين اللذين تخلفوا عن الحرب عاملا هاما في البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم قيد التحليل مصحوبا بصيغة اقتصادية تدعو الى الاستفادة من الطاقات المهنية في الإنتاج، وأنشأت أول معاهد التأهيل المهني بال و.م.أ عام 1930 و استمرت هذه الدعوى الى أعقاب الحرب العالمية الثانية وصحب ذلك التطور في الجراحة الذي جاء نتيجة للتدمير البشري الذي حدث في ح.ع.1 والتطور في صناعة الأجهزة التعويضية الذي صحب التطور التكنولوجي بصفة عامة، وجاءت حقوق الانسان الصادرة عن هيئة الأمم المتحدة نقطة تحول هامة في اتجاهات المجتمعات نحو أبنائها فحلت النظرة الاجتماعية الإنسانية محل النظرة الاقتصادية و أصبحت الدعوى لرعاية المعاقين وتأهيلهم اجتماعيا ليعدوا أفرادا منتجين و مندمجين في مجتمعاتهم، يتمتعون بالكرامة والسعادة وحقوق المواطنة كغيرهم من المواطنين.¹

المطلب الرابع: مرحلة الرعاية المتكاملة:

هي المرحلة الأخيرة من مراحل تطور رعاية المعاقين، تنوعت فيها الخدمات وتكاملت فيها الجهود والأساليب المهنية حتى وصل التطور الى حصول المعاقين على رعاية شاملة تحقق للمعوقات النفسية والاجتماعية ليحيا حياة أفضل عن طريق إعادة تكييفه مع مجتمعه، وذلك باستثمار قدراته باستعادة أدائه لوظائفه.

(1) عبد المجيد عبد الرحمن، مدخل الى الخدمة الاجتماعية، نظرة تاريخية، دار الغريب للنشر و التوزيع، القاهرة، 1999.

المبحث الثاني: أنواع الرعاية الاجتماعية:

تختلف أنواع الرعاية الاجتماعية للمعاق حسب نوع ودرجة اعاقته بل وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد واسرته وتصنف الى:

المطلب الأول: الرعاية المنزلية:

وهي رعاية تتم في إطار الأسرة لتسهيل اندماج المعاق ومساهمته في المجتمع وإزالة العوائق والحواجز دون عزلة في مؤسسات خاصة بحيث تقدم لهم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم في منازلهم لرفع مستواهم المادي والمعنوي.¹

وتتمثل هذه الخدمات في:

- التعرف على الحالة الاجتماعية للمعاق بمعرفة ظروفه وأحواله واحتياجاته وتشخيص حالته من أجل وضع الخطة المناسبة للمعاق حسب مشكلة وحسب احتياجاته.
- إحداث تغييرات مطلوبة في اتجاهات الأسرة نحو المعاق ونحو المعاق وكيفية معاملتهم له وتقبلهم في وسطهم
- مساعدة المعاق وأسرته في الحصول على الخدمات التي تقدمها الأجهزة والمؤسسات الموجودة في المجتمع.
- القيام بالتعديلات المناسبة للبيئة الاجتماعية للمعاق والتغييرات المطلوبة في اتجاهات أسرته التي تمثل في أسلوب معاملة الأسرة للابن المعاق وتقبله فيها، لأن الظروف البيئية تؤثر في نفسية المعاق وتنعكس على علاقته بأسرته، وعلاقته بالبيئة الخارجية الموجودة في المجتمع الذي يعيش فيه، قبل توجيه زملائه وجميع المتصلين بالمعاق في بيئته الخارجية وتعديل نظرتهم نحو المعاق لضمان تعاونهم في خطة العلاج.

المطلب الثاني: الرعاية النهارية:

إن أساليب الرعاية النهارية في مؤسسات المعاقين تعتبر من أنسب أساليب الرعاية الاجتماعية وأفضلها، لأنها تتجنب عزل المعاق عن بيئته الطبيعية وبذلك تحفظ كيانه واحترامه وتقديره لنفسه، لأن بيئته الطبيعية تشعر بأنه مثل غيره من الناس وتخفف عنه شعوره بأنه ينتمي لطائفة من المعاقين لها نظامها الخاص في الحياة والتدريب والتعليم.... وخاصة أن بعض الناس في المجتمع ينظرون للمعاقين

(1) مدحت محمد أبو نصر، رعاية وتأهيل المعاقين، الروابط العالمية للنشر والتوزيع، مصر، 2009، ص123.

بوصفهم مجموعة من الأقليات يجب الخوف منهم وعزلهم اجتماعيا يؤكد "رايت Wright" أن مثل هذا الوضع الذي يوجد فيه المعوقين يؤدي إلى شعوره بالنقص وكثيرا ما يعوق توافقه الاجتماعي والنفسي، وكلما ابتعد المعاق عن أسرته وحرّم من علاقاته الاجتماعية معها فإنه يشعر بالحرمان من الأمان والطمأنينة و تنمو في نفسه مشاعر عدم الانتماء، مما يدفع إلى السلوك غير السوي، فقد تضطرب حالته النفسية وخاصة عندما يعامل بعدم القبول والرفض من أسرته وعندما نعزله في المؤسسة وما يترتب عليها من شعور بالحرمان من العيش في أسرة ينتمي إليها كبقية الناس.¹

فأسرة المعاق عندما تترك ابنها في المؤسسات الاجتماعية تظن أنها لصالحه ولا تدرك أنها تؤثر في نفسية المعاق تأثيرا سلبيا مما يدفع المعاق إلى الانطواء والانعزال عن كل الناس.

كما أن دور المعاق في المجتمع يعتمد على اتجاهات أفراد المجتمع، حيث أن للمعاق رغبة قوية بأن يكون عنصرا فعالا في وسطهم الاجتماعي لذلك على أسرهم ومجتمعاتهم الاعتراف بحقوقهم، وقبولهم واحساسهم بالأمن والاطمئنان.

وهذا ما تسعى إليه أساليب الرعاية النهارية إلى تحقيقه للمعاق و ذلك من خلال التحاقه بالمؤسسات في النهار فقط وفي المساء يعود يوميا الى أسرته.

فالرعاية في المؤسسة تتمثل في: التعليم والتدريب والتأهيل واختيار برامج والأنشطة الترويجية التي تستغل أوقات فراغ المعاق.

المطلب الثالث: الرعاية الإيوائية:

هي نوع من أنواع الرعاية الاجتماعية التي تقدم للمعاقين في المؤسسة الخاصة تأويهم أي يقيمون بها إقامة كاملة، ويختص هذا النوع من الرعاية بالمعاقين الذين اثبتت مختلف الفحوصات الطبية والنفسية والبحوث الاجتماعية بأن حالتهم بحاجة الى رعاية إيوائية كاملة في مؤسسات خاصة حيث تقدم لهم خدمات تأهيلية وتدريبية وتعليمية وخدمات اجتماعية ونفسية وصحية بالإضافة الى احتواء هذه المؤسسات على مراكز مخصصة للتأهيل والتدريب والتوجيه المهني والارشاد النفسي ومختلف الخدمات العلاجية المناسبة لنوعية كل إعاقة وتتمثل الحالات التي تتطلب رعاية إيوائية كاملة فيما يلي:

(¹) محمد سيد فهمي، أسس الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، إسكندرية، 1998، ص 53.

أولاً: الحالات التي تحتاج الى علاج طبيعي:

ان هذه النوعية من الحالات عندما تقدم لها خدمات التوجيه والتدريب المهني والتأهيل قد تعاني من بعض إصابات العضلات أو ضعفها أو ضمورها مما يتطلب خدمات العلاج الطبيعي التي تركز على تنمية هذه العضلات وتقويتها وعلاجها ولذلك نجد أغلب مؤسسات التأهيل تشتمل على أقسام العلاج الطبيعي.¹

ثانياً: حالات الإصابة الشديدة:

هناك بعض المعاقين وي الإصابة الجسيمة الشديدة مما يصعب نقل المعاق يوميا الى المؤسسة مثال ذلك: الشلل النصفي أو إصابات القلب الشديدة، فمثل هذه الحالات تتطلب خدمات الرعاية الايوائية التي توفر لهم المؤسسة المختصة في تقديم الخدمات لهم وذلك بوضعهم في قسم خاص بهم يكفلهم و يأيهم و يحميهم من كل المعوقات التي تعترضهم في بيئتهم الطبيعية.

ثالثاً: الحالات التي تحتاج للمراقبة والملاحظة المستمرة:

هناك بعض حالات الإعاقة التي تحتاج الى المراقبة والملاحظة المستمرة أثناء التشخيص والعلاج مثال ذلك: حالات الصرع التي تطلب من الاخصائي النفسي مراقبة سلوك المعاق طوال الوقت ووضعه تحت الملاحظة المستمرة، لأن التدخل العلاجي المبكر في مثل هذه الحالات يمنع تدهورها ويفيد في مواجهتها وتوفير المساعدات والخدمات اللازمة والمناسبة في الوقت المناسب.²

رابعاً: الرعاية اللاحقة والتتبع:

ويتبع هذا الأسلوب من الرعاية بعد الانتهاء برنامج تأهيل المعاق ثم متابعتهم بعد تشغيلهم والحاقهم بالعمل، فالمعاق بعد انتهاء تأهيله وتدريبه على العمل الذي يناسب فرديته بمنح شهادة التخرج التي يوضع فيها المهنة التي تم تأهيل المعاق لها مدى صلاحيته الطبية والمهنية للقيام بهذا العمل ويكون تخرج المعاق من المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائي الاجتماعي يوضح فيه مدى إمكانية تكيف المعاق مع بيئته الخارجية وتوافق الإدارة العاملة للتأهيل الاجتماعي للمعاقين على هذا التقرير.³

(1) محمد سلامة غباري، مرجع سبق ذكره، ص 186.

(2) محمد سلامة غباري، المرجع نفسه، ص 187.

(3) محمد سيد فهمي وآخرون، التأهيل الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة للنشر، الاسكندرية، 2005، ص

المبحث الثالث: أهداف الرعاية الاجتماعية للمعاقين ووظائفها:

يمكن تحديد بعض أهداف الرعاية الاجتماعية للمعاقين فيما يلي:

- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدتها لتحقيق أقصى قدرتها.
- توفير فرص التعليم الخاص لفئات المعاقين.
- توفير إمكانيات العلاج الطبي و الطبيعي و النفسي و الاجتماعي للمعاقين.
- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهني بما يناسب قدراتهم الباقية.
- توفير فرص الرعاية الاجتماعية لضمان استقرار حياة المعاق له و لذويه سواء خلال التأهيل أو فيما بعده.
- توفير فرص التشغيل المناسبة و النص في التشريع على تخصيص نسبة معينة للمعاقين.
- ترشيد اتجاهات الرأي العام نحو معاملة المعاقين بأساليب الاعلام المختلفة.
- تهيئة المؤسسات والمباني والطرق وغيرها لتناسب المعاقين وتضمن سلامتهم من الأخطار.
- توفير فرص الترويج الهادف المناسبة لظروفهم.¹

وتتحقق هذه الأهداف من خلال تحقيق الوظائف التالية:

المطلب الأول: الامداد الاجتماعي:

ويتمثل في تقديم الإعانات المالية والعينية للمعاقين المحتاجين وفقا لقانون الضمان الاجتماعي في الدولة أو من خلال الجمعيات الأهلية التطوعية الخيرية.

المطلب الثاني: الخدمات الاجتماعية:

وهي تلك الجهود والبرامج التي تهدف الى مساعدة المعاقين كأفراد وجماعات على التوافق الإيجابي وأداء الوظائف والأدوار المطلوبة منهم بكفاءة وفعالية وذلك يتم من خلال عدة خدمات نذكر منها: خدمات التنشئة الاجتماعية وذلك لمساعدة مؤسسات التنشئة الاجتماعية مثل الأسرة والمدرسة والمسجد ووسائل الاعلام الجماهيرية في القيام بدورها نحو المعاقين، ومن أمثلة هذه الخدمات برامج توعية وتعليم الاسرة، كيفية التعامل مع المعاق، برامج توعية الجمهور بكيفية التعامل مع المعاق، خدمات الضبط الاجتماعي

(1) مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص 118، 119.

وذلك لسلوك بعض فئات الإعاقة الذي يتمثل تهديداً لأمن وسلامة المجتمع، بالإضافة لخدمات إنمائية و ذلك من خلال توفير الموارد و الفرص و الخبرات لتنمية قدرات وموارد ومهارات المعاقين.

المطلب الثالث: العمل الاجتماعي:

ويعني التأثير في بناء القوى والعلاقات من أجل الدفاع عن حقوق المعاقين لأنه ينظر الى المعاقين بأنهم جماعات ضعيفة التأثير في مركز صنع القرارات، ويعانون بشكل أو بآخر من الظلم الاجتماعي بذلك لابد ان ينظم المعاقون أنفسهم في شكل تنظيمات تمارس الضغط بشكل منظم وجماعي على مراكز صنع القرارات لكي يحصل المعاقون على حقوقهم في التعليم والصحة والإسكان والتوظيف والتأهيل بشكل فعال وجدي.¹

(¹) مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص 120.

الفصل الثالث: محددات الإعاقة الذهنية

المبحث الأول : أسباب الإعاقة الذهنية

المبحث الثاني : تصنيفات الإعاقة الذهنية

المبحث الثالث : أنواع التخلف الذهني

المبحث الرابع : خصائص الإعاقة الذهنية

المبحث الخامس : إحتياجات المعاق ذهنيا

المبحث الأول: أسباب الإعاقة الذهنية

تعد الإعاقة العقلية عامة في مختلف المجتمعات، فهي لا تقتصر على مجموعة بشرية دون سواها، أما من حيث انتشار هذه الظاهرة فهي تختلف من مجتمع لآخر وذلك العدة أسباب، ففي الوقت الذي يختلف فيه العلماء حول أسباب الإعاقة العقلية، يتفق هؤلاء على أن هناك عوامل كثيرة يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية، منها العوامل المعروفة، و يمكن تحديدها طبييا، و هناك عوامل أخرى ليس من السهل تحديدها. يمكن أن تحدث الإصابة بالتخلف العقلي نتيجة عوامل بيئية و جينية أو مجموعة عوامل متعددة، و لسوء الحظ لا يتم تحديد المسبب في حوالي (30-50%) من الحالات حتى بعد التشخيص الشامل، و يعاني بعض الأشخاص من تشوهات خلقية في الدماغ، في حين يعاني آخرون من تلف في الدماغ في فترة النمو قبل أو بعد الولادة، وهناك أسباب أخرى قد تسبب الإصابة بالتخلف العقلي مثل التعرض لإصابات الدماغ، و أمراض في الجهاز العصبي المركزي¹.

حيث تنقسم العوامل المؤدية إلى الإعاقة العقلية إلى ثلاثة أقسام رئيسية و هي كما يلي :

- عوامل ما قبل الولادة.

- عوامل أثناء الولادة.

- عوامل ما بعد الولادة.

المطلب الأول: أسباب ما قبل الولادة:

يمكن أن تحدث الإعاقة العقلية خلال تكوين الجنين في بطن أمه قبل أن يولد ويرجع ذلك إلى تلف في أنسجة المخ أو إعاقة نموه نموا طبيعيا عاديا.

• العوامل الجينية: أي العوامل الوراثية.

• العوامل الغير جينية: عوامل تحدث أثناء فترة الحمل.

أولا: العوامل الجينية: يمكن تقسيم هذه العوامل إلى عوامل جينية مباشرة وعوامل جينية غير مباشرة

(1) **عوامل جينية مباشرة:** تشير علا عبد الباقي إبراهيم: أن الإعاقة العقلية تحدث نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه والتي تحمل الفئات الوراثية للفرد، وهذا

(1) - خولة أحمد يحي و ماجدة السيد عبيد، الإعاقة العقلية ، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط1، 2004، ص 36.

لا يعني أن أحد الوالدين معاقا عقليا فقد يحمل الأب أو الأم أحد الجينات المتنحية التي تحمل صفات الإعاقة العقلية دون أن يتصف بها¹.

(2) **عوامل جينية غير مباشرة** : يمكن أن يرث الطفل من أحد والديه أو كليهما صفات وراثية تؤدي إلى اضطرابات أو عيوب خلال فترة تكوين المخ، فتكون قد انتقلت وراثيا في هذه الحالة ينتج الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدي إلى الإعاقة العقلية.

- الخلل في الكروموسومات : هو الخلل الذي يحدث عند انقسام الخلية أو أحد الانقسامات المبكرة للبويضة الملقحة، و الذي قد يؤدي إلى خلل في انقسام الكروموسومات². و 12/55

- اضطرابات التمثيل الغذائي أو الاضطرابات الأيضية: وهي الاضطرابات التي

تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة الطفرة غير عادية للجينات، تؤدي إلى اختفاء نشاط أنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم، ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء التي تترتب عنها اضطرابات عديدة مثل حالات الجلاكتوسيميا³.

- **حالات الجلاكتوسيميا** : هي إحدى الحالات الناتجة عن جين منتجي يتصادف وجوده في كلا الوالدين، و حدوث هذه الحالة أكثر ندرة، و يكون الطفل طبيعيا عند الولادة إلا أنه بعد تغذيته حليب الأم تبدأ الأعراض بالظهور منها الاصفرار و القيء و علامات سوء التغذية، و اضطرابات في كبد الطفل، تدهور في حالته العقلية و قد يموت صغيرا⁴.

ثانيا: العوامل غير الجينية (الأسباب البيئية) : تشمل هذه العوامل مجموعة كبيرة من الأسباب التي تؤثر في الجنين، منذ لحظة الإخصاب حتى نهاية مرحلة الحمل وأهمها ما يلي :

إصابة الأم بأمراض معدية أثناء فترة الحمل: يمكن أن تتعرض الأم الحامل للعدوى، حيث تنتقل العدوى مباشرة إلى دماغ الطفل وهو في بطن أمه، ومن بين هذه الأمراض ما يلي:

- **أداء المقوسات**: يشير "فاروق الروسان" إلى أن إصابة الأم الحامل بداء المقوسات يؤدي إلى حالات مختلفة من الإعاقة كالإعاقة العقلية التي تمثل حوالي 85% من الحالات، وحالات استسقاء الدماغ،

(1) - فتيحة سعدي، فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2005، ص 68.

(2) - خولة أحمد يحي، مرجع سبق ذكره، ص 39.

(3) - فتيحة سعدي، مرجع سبق ذكره، ص 70.

(4) - خولة أحمد يحي، مرجع سبق ذكره، ص 15.

وحالات صغر حجم الدماغ والإعاقة البصرية، إذ يؤدي فيروس هذا المرض إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين¹.

- **الحصبة الألمانية** : تؤثر الحصبة الألمانية تأثيراً سيئاً على الجنين في حالة إصابته، حيث أنها يمكن أن تؤدي إلى فقدان السمع، أو البصر، أو إصابة القلب بأضرار، أيضاً تلف الدماغ المرتبط بأنواع من التشوهات الخلقية مثل صغر حجم الرأس، و الالتهاب السحائي الدماغى و استسقاء الدماغ و تشير الدراسات التي أجريت على عينة من الأطفال الذين أصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية أثناء الحمل إن ما نسبته (37%) منهم كان مصاباً بإعاقة عقلية².

- **مرض الزهري**: هو ما يسمى أحياناً بمرض السفلس، حيث يؤثر على الجهاز العصبي المركزي للجنين مما يؤدي إلى ولادة أطفال مشوهين أو ميتين أو مصابين بحالة من حالات الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية، و على ذلك تنصح الأمهات بعدم الحمل إلا بعد التأكد من خلوها من مرض الزهري و الذي يعتبر من الأمراض الجنسية حيث يمكن اكتشافه و علاجه³.

- **تعرض الأم الحامل للأشعة السينية**: يعتبر تعرض الأم الحامل للأشعة السينية و مختلف مصادر الإشعاع من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية (Goupil. G 1990)، أو حالات أخرى من الإعاقة و الأمراض كمرض اللوكيميا أو السرطان أو صغر حجم الدماغ التي غالباً ما تصاحبها الإعاقة العقلية⁴.

- **سوء التغذية**: من الأسباب المهمة في حدوث الإعاقة العقلية سوء تغذية الأم الحامل وخصوصاً في شهور الحمل المبكر، ويندرج تحت سوء التغذية عدم التوازن الغذائي⁵.

- **تناول الأم الحامل للعقاقير و الأدوية و المشروبات الكحولية** : تعتبر العقاقير و الأدوية و المشروبات الكحولية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات، و يعتمد الأمر على

(1) - فتحة سعدي، مرجع سبق ذكره، ص 72.

(2) - خولة أحمد يحي، مرجع سبق ذكره، ص 39.

(3) - فاروق الروسان، مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط3، ص 63.

(4) - فتحة سعدي، مرجع سبق ذكره، ص 72.

(5) - مصطفى نوري القمش، الإعاقة العقلية النظرية و الممارسة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، ص

نوع تلك العقاقير و الأدوية و المشروبات الكحولية و حجمها أو كميتها، و خاصة إذا تناولتها الأم الحامل أو اعتادت عليها قبل الحمل، كما تبدو أثارها قبل و أثناء الحمل و بعده¹.

المطلب الثاني: أسباب أثناء الولادة:

تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة و التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية:

أولاً: نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة: قد تؤدي حالات نقص الأكسجين "أسفكسيا الادي الأجنة أثناء عملية الولادة إلى موت الجنين. أو إصابته بإحدى الإعاقات و منها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين. كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقصان الأكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين، كحالات التسمم، أو انفصال المشيمة، أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة².

ثانياً: الصدمات الجسدية: وهي عبارة عن تلك الصدمات والكدمات الجسدية أثناء استخدام الأدوات الخاصة لولادة كملقط الجنين أو المقصات أو غيرها فكبر حجم رأس الجنين وعسر خروج الجنين يتطلب أحياناً استخدام أجهزة خاصة وهذه قد تتسبب في حدوث كدمات بدمغ الجنين مما يؤثر عليه مستقبلاً في احتمالية حدوث إعاقة³.

المطلب الثالث: أسباب ما بعد الولادة:

تعرف مجموعة أسباب ما بعد الولادة، بتلك الأسباب التي تحدث بعد عملية الولادة.

أولاً: ارتفاع درجة الحرارة (الحمى): يمكن أن يسبب تلف الدماغ

ثانياً: انخفاض درجة الحرارة: يمكن أن يؤدي إلى تلف الدماغ، وهذا يحدث إذا برد الرضيع كثيراً لعدم ارتدائه ملابس كافية تدفئه في الشتاء أو إذا ترك طويلاً في مياه باردة⁴.

(1) فاروق الروسان، مرجع سبق ذكره، ص 67.

(2) مصطفى نوري القمش، مرجع سبق ذكره، ص 32.

(3) خالد بن عايد الحبوب و آخرون، منهج التدريبات السلوكية و المعرفية للطلبة القابلين للتدريب من ذوي الإعاقة العقلية، دار اليازوري، عمان، الأردن، الطبعة العربية، ص 16.

(4) كريستين مايلز، التربية المتخصصة دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية و تنمية المجتمع، لبنان، الطبعة العربية، 1994، ص 10.

ثالثا: التهاب السحايا: مرض ينتج عن دخول نوع البكتيريا إلى سحايا الدماغ فتسبب التهابها مثل مرض السل أو الأنفلونزا¹.

رابعا: سوء التغذية: تعتبر التغذية الجيدة عاملا رئيسيا في نمو الخلايا الدماغية، في حين يؤدي نقصها إلى ظهور نمو الخلايا الدماغية و بالتالي تلفها و من ثم حدوث حالات الإعاقة العقلية و مما يدل على ذلك انتشار حالات الإعاقة العكسية بنسبة عالية لدى أبناء الطبقات الفقيرة و المتوسطة، و تشير الإحصائيات المتعلقة بنمو الدماغ إلى أن وزن دماغ الطفل عند الولادة يبلغ حوالي 340 غراما، في حين يبلغ وزن دماغ الطفل في عمر ست سنوات 1250 غراما، و في سن العشرين يصل وزنه إلى حوالي 1400 غرام و تعتبر هذه الزيادة في الوزن نتيجة للتغذية الجيدة و العكس صحيح².

خامسا: اليرقان: هو أحد الأسباب الأخرى، سواء جاء من عدوى أو من اختلاف فئات دم الأبوين، وإذا كانت فئة دم الزوج إيجابية وفئة دم الأم سلبية فإذا عليها استشارة طبيب بأسرع ما يمكن إذ قد يمكن إيجاد علاج يمنع الأذى عن أي مولود مقبل لهما³.

المبحث الثاني: تصنيفات الإعاقة الذهنية:

من غير الممكن إيجاد تصنيفات موحدة للإعاقة العقلية وذلك لتشعبها وعمقها واتصافها بالتعقيد، بسبب تعدد عوامل حدوثها، فسنحاول التطرق إلى بعض التصنيفات التي اعتمدها العلماء وذلك فيما يلي:

المطلب الأول: التصنيف على أساس الأسباب:

اعتبر الأطباء أن كل سبب أو كل مجموعة من الأسباب المرضية المتشابهة، يؤدي على نوع من أنواع الإعاقة العقلية، وحسب هذا التصنيف توضع الإعاقة العقلية في فئات حسب الأسباب الطبية للحالة، ويكون الغرض من التقسيم التعرف على الأسباب وتحديد العلاج الطبي المناسب والاستفادة من تحديد إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية. ويعتبر تصنيف تريدي جولد من أقدم التصنيفات السببية حيث يصنف التخلف العقلي إلى الفئات التالية:

- عقلي أولي وتشمل الحالات التي تعود لأسباب وراثية.

(1) عبد اللطيف حسين فرح، الإعاقة العقلية والذهنية، عمان، الأردن، دار الحامد، ط1، ص113.

(2) فاروق الروسان، مرجع سبق ذكره، ص 71.

(3) كريستين مايلز، مرجع سبق ذكره، ص10.

-تخلف عقلي ثانوي وتشمل الحالات التي تعود أسبابها إلى عوامل بيئية مثل الأمراض التي تحدث قبل وأثناء الولادة.

-تخلف عقلي مختلط (وراثي وبيئي) و التي تشمل حالات يشترك فيها العوامل و المسببات الوراثية و البيئية معا.

-تخلف عقلي غير معروف الأسباب، والتي يصعب فيها تحديد الأسباب التي تؤدي للإعاقة العقلية¹.

المطلب الثاني: التصنيف الرباعي:

هو تصنيف الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقليا، ويقسم المعاقين ذهنيا إلى أربع فئات بحسب نسب الذكاء على مقياسي ستانفورد بينيه للذكاء ووكسلر بلفيو للذكاء الراشدين والمراهقين.

ويبين الجدول أسفله هذه الفئات مع نسب ذكائهم حسب الاختبارين:

الفئات	درجة التخلف	مدى الانحراف المعياري لنسبة الذكاء	نسبة الذكاء لستانفورد بينيه	نسبة الذكاء لوكسلر بلفيو
إعاقة ذهنية خفيفة	1	2.0 إلى 3	76 - 52	69 - 55
إعاقة ذهنية متوسطة	2	3.0 إلى 4	51 - 36	54 - 40
إعاقة ذهنية شديدة	3	4.0 إلى 5	35 - 20	39 - 25
إعاقة ذهنية عميقة	4	5 فأقل	أقل من 20	أقل من 25

(¹) خولة أحمد يحي، مرجع سبق ذكره، ص 39.

المطلب الثالث: التصنيف على أساس المظهر الخارجي:

يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملاحح الجسمية والتي تصاحب بعض حالات الإعاقة بالإضافة إلى عامل الذكاء المنخفض، ومن أهم الأنماط الإكلينيكية للمتخلفين عقليا وأشدّها شيوعا ما يلي:

أولاً: حالة المنغوليا (Mongolisme): وهي التي تجعل الطفل يشبه المغول في صغر حجم الرأس وانحراف العينين وتشقق اللسان وسمنة اليدين ويرجع ذلك إلى نقص بويضة الأم بسبب كثرة الإنجاب أو تأخره أو زواج الأقارب وقد يكون السبب تدخل عوامل وراثية¹.

ثانياً: صغر حجم الدماغ (Microcéphalie) :

وتعرف هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة للطفل المعاق حيث يكون واضحاً منذ الميلاد مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها كما يصاحب هذه الفئة صعوبة في التأزر البصري الحركي وصعوبة في المهارات الحركية الدقيقة وتقع هذه الفئة من حيث تصنيفها ما بين المتوسطة والشديدة².

ثالثاً: القزم: (Cretins) يتصف المعاقين ذهنياً في هذه الحالة بقصر القامة بشكل ملحوظ، ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن مستوى العته والبله. و من الخصائص المميزة في هذه الحالة بجانب قصر القامة الشعر السميك الخشن الخفيف، و الشفتان الغليظتان و اللسان المتضخم، و الصوت الخشن، و الرقبة القصيرة و السميقة، و البطن البارزة المستديرة، و النمو الجنسي المتأخر، و الغدة الدرقية غائبة غالباً مع وجود تورم شحمي في الرقبة، كما يتصفون بالتبدل الانفعالي³.

المطلب الرابع: التصنيف الطبي:

كثيرة هي التصنيفات الطبية ومن أهمها تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وتصنيف (Tredgold) وتتلخص فيما يلي:

- تخلف عقلي مرتبط بأمراض معدية: مثل الحصبة الألمانية.
- تخلف عقلي مرتبط بأمراض التسمم: مثل إصابة المخ الناتج عن تسمم.

(1) عبد اللطيف حسين فرج، مرجع سبق ذكره، ص 109.

(2) خالد بن عايد الحبوب و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 22.

(3) دنيا مصطفى، تنمية التصور الذهني لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، دار الجامعة الجديدة، ص 34.

- تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن إصابات جسمية: مثل إصابة الدماغ عند الولادة.

- تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن أورام خطيرة.

- تخلف عقلي مرتبط بأمراض غير معروفة.

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة العقلية إلى الأقسام التالية وذلك حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية و هو يطلق عليه أيضا الصلاحية التربوية و يشير إليها كما يلي:

أولاً: فئة القابلين للتعليم:

وهم من تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (55-75) درجة وهم يستطيعون تعلم بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب والاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن عملية تقدمهم تكون بطيئة مقارنة مع العاديين

1- فئة القابلين للتدريب:

تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (30-50) وتتميز هذه الفئة بإمكانية إكسابهم بعضا من أساليب الرعاية الذاتية وتحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والمساعدة طوال حياتهم ويمكن تدريب هؤلاء الأشخاص على القيام ببعض الأعمال المنزلية وكذلك تدريبهم على العمل في الأعمال البسيطة¹.

2- فئة الغير قابلين للتعليم والتدريب:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (25-30) وتحتل هذه الفئة أدنى المراتب حيث سعتها عالية فتسمى هذه الفئة بالفئة الاعتمادية حيث يحتاج الفرد منهم إلى رعاية وإشراف مستمر لأنه غير قادر على خدمة نفسه بنفسه، كما يظهر لدى هذه الفئة قصور واضح في التناسق الجسمي والحسي والحركي، كما يحتاجون إلى تدريبات على النطق لتأهيل الجانب اللغوي لديهم ومساعدة مستمرة لإنجاز المهام وخصوص التي تحتاج إلى استخدام الفكر².

المبحث الثالث: أنواع التخلف الذهني:

يصاحب التخلف الذهني في بعض الحالات مظاهر وملامح جسمية معينة تميزها عن غيرها من الحالات، يختلف كل نمط عن الآخر من حيث العوامل المؤدية إليه ومن حيث المظاهر الجسمية

(1) عبد اللطيف حسين فرج، مرجع سبق ذكره، ص 110.

(2) خالد بن عايد الحبوب و آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 22.

الخارجية، لتمييزها بخصائص تشريحية وعضوية ومرضية بجانب التخلف الذهني والتي تجعل التعرف الاكلينيكي عليهم أمرا سهلا ومن بين أهم أنواع التخلف الذهني ما يلي:

المطلب الأول: المنغولية أو جملة أعراض داون:

سميت هذه الحالة بهذا الاسم نسبة إلى الطبيب الانجليزي JOHN DOWN وللتشابه الظاهري بين سحنة المريض وبين الشعوب المنغولية ونسبة هؤلاء نحو 5% من ناقصي العقل ولكن أغلبهم يموتون صغارا فتقل نسبتهم كثيرا بين الكبار "وتشمل هذه الحالات 10% من حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.¹

ويمكن التعرف على هذه الحالة قبل عملية الولادة وأثناءها وتزداد نسبة هذه الحالة مع ازدياد عمر الأم الحامل خاصة بعد عمر 35 سنة ويسمى أيضا بالبله المنغولي أو العتبه المنغولي. وهناك تشابه كبير بين أفراد هذه الفئة في الشكل الخارجي كما لو أنهم إخوة من أم وأب واحد كذلك يتشابهون في ملامح الوجه (ملامح الجنس المنغولي) وتتراوح نسبة ذكائهم من 25-50 درجة والقليل منهم ما تصل نسبة ذكائهم إلى 50-70 درجة.²

فالخصائص الجسمية تتميز ب: الرأس العريض ومخيطة أقل من العادي والشعر القليل والجاف الخالي من التجاعيد والعينان المنحرفتان ميلان إلى الضيق والأنف العريض القصير واللسان الكبير عريض وخشن ومشقق وقد يبدو بارزا خلال الفم. الأذنان صغيرتان والقامة والأطراف قصيرة والكف عريضان وسميكان مع وجود خط مستعرض عبر راحة الكف ورقبته قصيرة و غليظة في حين تبدوا الأطراف قصيرة واصغر من المعتاد إذا ما قورنت بحجم الجذع والأصابع قصيرة و خاصة الخنصر وإنحاء نحو الداخل والقدمان مفلطحتان وأعضاء التناسل صغيرة الحجم إضافة إلى خصائص انفعالية والاجتماعية تتمثل في الكلام المتأخر والصوت خشن والنمو والتأزر الحركي مضطربان ويلحظ الترهل الجسمي بصفة

(1) بدره معتصم ميموني، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ص 208.

(2) السعيد حسين الفرة، الإعاقة العقلية، دار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2001، 52.

عامة كما أن الطفل المنغولي الطيف و دود ومرح ونشط اجتماعي يحب التقليد والمداعبة متعاون، مبتسم يحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض بالأطفال السعداء¹.

وتشير الدراسات إلى أن أسباب حالة المنغولية ترجع إلى:

اضطراب الإفرازات الداخلية عند الأم في بداية الحمل (اضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء) وكذلك كبر الأم (أي تبدل الحالة الفيزيولوجية للأم الراجع للسن) مع شذوذ في توزيع الكروموسومات (في شكل كروموزوم جيني زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة وهو السبب وراء تشابهم) فالمنغولي يكون لديه 47 كروموزوم والطفل العادي لديه 46 كروموزوم كذلك الإشعاعات الذرية أو أشعة (X) سبب محتمل لحالات المنغولية²

المطلب الثاني: حالات القزامة أو القصاع أو القماءة:

هي حالة ضعف عقلي وهي تتصف بقصر القامة بدرجة كبيرة وملحوظة. فقد لا يصل طول الفرد إلى 90سم مهما كان عمره الزمني لذا يطلق عليها اسم القزامة ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن مستوى ذكاء البلهاء والمعتوهين. (3) ومن أبرز الخصائص المميزة لهذه الحالات قصر القامة والنمو المتأخر الشعر الخشن والخفيف. الشفتان الغليظتان واللسان المتضخم. الرقبة القصيرة والسميكة الجلد الجاف والغليظ والمجدد وخاصة الجفنين والشفتين والأطراف القصيرة. (4) والبطن البارزة المستديرة والحركة البطيئة والنمو الجين المتأخر والكسل الواضح والصوت الخشن أما الغدة الدرقية فهي غائبة غالبا مع وجود تورم شحمي في الرقبة. (5)

ما فيما يخص الخصائص الاجتماعية والانفعالية ففي العادة يكون الأطفال هادئون متلبدون انفعاليا. (6) وقد أثبتت الدراسات أن هذه الحالة ترجع إلى نقص في هرمون الغدة الدرقية وهذا يؤدي إلى تلف في المخ

(1) سهير كامل أحمد، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الاسكندرية للكتاب، 1998، ص 87-88.

(2) لعجال فتيحة، دور الخدمة الاجتماعية في تأهيل الاجتماعي والمهني للمتحلفين عقليا، مذكرة ماجستير (دراسة ميدانية بقسنطينة)، الجزائر، 2003-2004، ص 71

(3) السيد رمضان، اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، 1995، ص 253.

(4) لعجال فتيحة، المرجع نفسه، ص 71

(5) السيد رمضان، المرجع نفسه، ص 253.

(6) سهير كامل أحمد، ص 88،

ولذلك فالعلاج المبكر هو خلاصة إفرزات هذه الغدة الذي يدوم مدى الحياة وهذا بحقنه باستمرار المنع هذه الحالة من الوقوع.(1)

المطلب الثالث: حالة استسقاء الدماغ:

هي حالة تخلف عقلي تظهر من خلال تضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بصورة غير سوية في الدماغ وهذا السائل يضغط على الدماغ نحو الداخل مما يؤدي إلى تلف المخ كما يؤدي إلى كبار أو تضخم الجمجمة بالضغط على الخارج ويحدث هذا غالبا أثناء فترة الولادة أو بعد الولادة مباشرة أي في المراحل الأولى للطفل. (2)

والتخلف العقلي في هذه الحالة يتوقف على مقدار التلف في أنسجة المخ الذي أحدثه ذلك السائل ومن أهم خصائصه ما يلي:(3)

كبير حجم الجمجمة مع بقاء حجم الوجه عاديا مع اشتداد حجم الرأس مع الجمجمة الكبيرة الحجم ويرافق هذا اضطراب حاستي السمع والبصر مع حدوث نوبات الصرع واضطراب النمو والتوافق الحركي. وحدث هذا يرجع إلى عدة اسباب او عوامل منها إصابة الأم أثناء فترة الحمل بالزهري والتهاب السحايا وانتقال العدوى إلى الجنين وهذا يؤثر بالسلب عليه. كذلك وجود عوامل وراثية مؤثرة. ويمكن معرفة الحالة مبكرا من خلال قياس حجم الجمجمة والعلاج الوحيد المعروف هو الجراحة عن طريق ما يسمى ب: أنبوبة التحويل. (4) لأن تشخيص الحالة وتقديم العلاج المبكر لها قادر على السيطرة على المرض بتقليل إصابة المخ من خلال الجراحة والمراد من ذلك هو تصحيح دورة السائل المخي الشوكي وتخفيف ضغطه على المخ لكن لسوء الحظ لا يستجيب بعض الحالات للعلاج مما يؤدي باتساع الاستسقاء والتدهور الجسمي والعقلي الذي ينتهي أحيانا بموت المريض. (5)

(1) لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره، ص 71.

(2) لعجال فتيحة، مرجع نفسه، ص 71

(3) سعيد حسين الفرة، مرجع سبق ذكره، ص 54

(4) سهير كامل أحمد، مرجع سبق ذكره ص 90

(5) لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره، ص 72.

المطلب الرابع: حالة صغر الدماغ أو الجمجمة:

هي حالة تخلف عقلي ولادى تتميز بصغر حجم الرأس أو المخ وهذا راجع لعدم اكتمال نمو الجمجمة ويصحب ذلك قلة النمو ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالات عن العته والبله.⁽¹⁾ ومن أهم الخصائص الاكلينيكية المميزة لهذه الحالة ما يلي: صغر حجم الجمجمة رغم نمو الوجه الذي يميل شكله إلى المخروطي كما يفيض جلد الرأس على العظام الذي يغطيه فيبدو مجعدا. النمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح وقد تصاحب هذه الحالة نوبات التشنج والصرع والنشاط الحركي زائد وغير مستقر.⁽²⁾ وتشير الأبحاث والدراسات العلمية إلى أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية أو حدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث متحدي مسؤول عن الحالة أو التحام عظم الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموا طبيعيا.⁽³⁾

المطلب الخامس: حالات كبر الجمجمة:

إن أهم ما يميز هذه الفئة هو كبر حجم الرأس وحجم الجمجمة ويصاحب هذه الزيادة زيادة في حجم المخ وخاصة المادة البيضاء ويتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالات بين البله والعته وهي حالات نادرة الحدوث)

ومن الخصائص الى تتميز بها هذه الحالة إلى جانب كبر الدماغ كبر حجم الجمجمة عن المعتاد وهو ما يلاحظ فوق الحاجبين بالرغم من نمو الوجه بالشكل الطبيعي وعادة ما تصاب هذه الفئة بفقدان البصر وتحدث تشنجات ومن الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث هذه الحالة هو وجود عيب في المخ عن طريق المورثات (الجينات) أدى إلى نمو أنسجة المخ وفي الجمجمة ويلاحظ في هذه الحالة بالذات أن كبر حجم الدماغ لا يعني بالضرورة وجود ضعف عقلي لأن حدوث هذا الأخير يتوقف على مد التلف الذي أصاب المخ.⁽⁴⁾

(1) تغري مليكة، امكانيات التكيف الاجتماعي للطفل المتخلف ذهنيا، مذكرة ليسانس، جامعة قالمية، ص 35

(2) لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره ص 72.

(3) سهير كامل أحمد، مرجع سبق ذكره، ص 89.

(4) تغري مليكة، مرجع سبق ذكره، ص 36

المطلب السادس: حالات الفنيل الكيتونيوريا:

هذه حالات تخلف عقلي نادرة يسببها قصور في التمثيل الغذائي حيث ينقص أو يندم وجود الأنزيم الخاص بتمثيل الأحماض الأمينية الموجودة في البروتينات وتحويلها إلى ما يفيد الجسم وتتراكم هذه الأحماض في الدم وتتحوّل في غياب الأنزيم إلى أحماض ضارة بالجسم خاصة حمض البيروفيك وهو حمض سام يؤدي إلى تلف في خلايا المخ حيث يطرح هذا الحمض مع البول مما يعطي له رائحة مميزة ولذلك تسمى هذه الحالات بحالات البول الفنيل الكيتوني. ومن الخصائص الجسمية والسلوكية لحالات الفنيل الكيتونيوريا أما إذا ارتكبت بدون علاج المنخفض الذكاء إضافة إلى العيوب العقلية والعصبية والعضوية والانحرافات السلوكية أما من الناحية الجسمية فمن الملاحظ أن شعرهم أشقر ولهم عيون زرقاء وقد تكون لديهم اكزيما الجلد وتكثر مع هذه الحالات صغر الدماغ، الرعشة، عدم الاتزان و تلون الجلد ونوبات سرعية واضطرابات عضلية وحركية. كما أن الأسنان تكون متباعدة عن بعضها مع وجود انحناءات العمود الفقري. أما إذا اكتشفت هذه الحالات في وقت مبكر فإن علاجها يتم من خلال تناول الوجبات التي تحتوي على كميات قليلة من الفنيل ألين إضافة إلى المواد الغذائية التي تحتوي البروتينات وذلك خلال الأسابيع الأولى من الولادة وتستمر حتى 56 سنوات لأنه العمر الذي يزداد فيه نمو الدماغ ليصل إلى النضج¹

المطلب السابع: حالات الجلاكتوسيميا أو تاي ساكس:

وتسمى بحالات ترسيب الدهون أو حالات زيادة نسبة سكر اللبن في الدم وهو أحد اضطرابات التمثيل الغذائي حيث يحدث خلل في معظم البروتين بالجسم بسبب نقص الأنزيم الذي يحول سكر اللبن إلى السكر فيتراكم في دم الطفل وأنسجة جسمه ويؤدي إلى تلف في خلايا الدماغ والجهاز العصبي كما يتميز بالتغير الملحوظ في شبكة العين إضافة إلى اضطراب في عملية الإبصار حيث يصاب بالتخلف العقلي الشديد أو المتوسط و أمراض الكبد ويصاب بالعمى ويمكن التعرف عليه بسهولة بعد الميلاد من خلال مظهره وذلك بمجرد تناول الرضيع الحليب يصاب بأمراض القيء والإسهال والمغص المعوي. أما علاج هذه الحالات فيتم بتتبع نظام غذائي⁽²⁾

(1) لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره، ص 72-73.

(2) لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره، ص 73.

المبحث الرابع: خصائص المعاق ذهنيا:

الطفل المعاق عقليا عدة خصائص يتميز بها عن غيره من الأطفال العاديين جعلته من ذوي الحاجات الخاصة. حيث تشمل هذه الخصائص الجانب الجسمي والحركي، وكذلك العقلي، والاجتماعي والانفعالي، وتمثلت هذه الخصائص في الآتي:

المطلب الأول: الخصائص الجسمية والحركية:

يتميز المتخلفون عقليا عن غيرهم بتأخر النمو الجسمي وبطئه و صغر الحجم بشكل عام كما أن وزنهم اقل من الوزن العادي، كما تظهر عندهم تشوهات في شكل الجمجمة و العينين و الفم واللسان و الأطراف والأصابع، أما بالنسبة للنمو الحركي، فإنهم يتميزون بالتأخر في ذلك و عدم الاتزان الحركي في بعض الحالات.(1)

المطلب الثاني: الخصائص العقلية:**أولاً: الإدراك:**

يذكر فاروق صادق (1982) انه لوحظ من الأبحاث المتعددة في مجال الإدراك عند المتخلفين عقليا أن لديهم قصورا في عمليات الإدراك مثل عمليات التمييز و التعرف إلا أن هذه الفروق لم تجد من الدلائل التجريبية ما يجعلنا نقرر أنها تعتبر من خصائص المتخلفين عقليا العامة كما أن التخلفين عقليا لديهم قصور في تكوين مفهومات اللون و الشكل و الزمن و البعد ، و مفهومات الأشياء و الحوادث ، لذلك يميل العاملون مع المتخلفين عقليا إلى تقريب المعاني و الأفكار لهم بربط الفكرة أو المعني بالشيء الملموس الذي ترتبط به و كلما كانت الأفكار قريبة من المستوى الحسي كان فهمها أكثر وظيفية بالنسبة للطفل ، و إن المتخلف عقليا مميز فقير لأوجه الشبه أو الاختلاف بين الحوادث و الأشياء ربما لنقص في الانتباه وربما لتوقع الفشل وربما لقلّة الدافع وربما لتعقد المواقف بالنسبة له. كما أن قدراتهم على التصور ضعيفة وتتعدم عندهم القدرة على الربط وإدراك العلاقات بين الأشياء والتمييز بين شيئين متماثلين تقريبا. (2)

(1) عبد الصبور منصور محمد، الإعاقة العقلية تطور المهارات السلوك الاجتماعي في الحياة اليومية، دار الكتاب ط1،

القاهرة، مصر، ص 21.

(2) عبد الصبور منصور محمد، سبق ذكره، ص 19.

ثانيا: التذكر:

مما لا شك فيه أن القدرة على التذكر ترتبط ارتباطا وثيقا بالقدرة العقلية، حيث نجد الطفل المعاق عقليا لديه ضعف عام في قدرته على تذكر الأسماء والموضوعات والأشكال، ويظهر ذلك واضحا في الذاكرة قصيرة المدى، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم قدرة الطفل على استعمال الاستراتيجيات المناسبة للتذكر والتي يقوم بها عادة الشخص العادي. حيث نجد أن أسلوب تعليم المعاق عقليا يركز على التعليم الحسي أكثر من المجرد. (1)

ثالثا: الانتباه:

لا شك أن للانتباه دورا بارزا في عملية التعلم، فإذا كان الفرد يعاني من اضطرابات في القدرة على الانتباه سيؤثر ذلك بشكل مباشر في القدرة على التعلم، وقد أثبتت الدراسات التي أجريت حول شدة الانتباه عند الطفل المعاق عقليا على أن معظم هؤلاء الأطفال بالإحباط والشعور بالفشل والدونية وهم يعانون أيضا من نقص في عملية الاستقبال وتسلسل المعلومات ومن تجميع الأشياء وتصنيفها مما يؤدي إلى إعاقة عملية التعلم لديهم نقص واضح في قدرتهم على الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات، لذا فهم يصابون

رابعا: التمييز:

لما كانت عملية الانتباه والتصنيف والتذكر لدى المعوقين عقلية تواجه قصورا، فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين، هذا وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة وتكون صعوبات التمييز واضحة بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذقات المختلفة.

خامسا: التخيل:

يلاحظ أن المعوقين عقلية بشكل عام ذوي خيال محدود، حيث إن عملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على استدعاء الصور الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى، وأسوة بالعمليات العقلية الأخرى فإن القصور في القدرة على التخيل تزداد بازدياد درجة الإعانة. - الإدراك والتفكير: أشارت الأبحاث المعتمدة في مجال الإدراك عند المعرفين عقلية أن لديهم قصور في عمليات الإدراك، ثم تبنت هذه الأبحاث أن المعرفين عقلية لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة، كما أنهم لا يستطيعون التعبير عن الأسس العامة وإن من خصائص تفكيرهم أنه يدور حول هنا و الآن، وهناك أيضا دلائل تشير إلى أنهم يفشلون في إظهار التفكير الابتكاري أو الإبداعي الذي يتناسب مع عمرهم العقلي.

(1) تيسير مفلح كوافحة، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، ط5، 2011، ص 71.

وبالرغم من أن كثيرا من الدراسات والأبحاث قد كشفت عن فروقات في الأداء بين المعوقين عقليا والعادين من الأطفال في مجال الإدراك، إلا أنه يصعب الوصول إلى استنتاجات قاطعة في هذا الشأن⁽¹⁾.

المطلب الثالث: الخصائص الاجتماعية:

إن المتخلف عقليا بقدرته العقلية المحدودة يكون اقل قدرة على التكيف الاجتماعي والمواءمة الاجتماعية وهو اقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية وفي تفاعله مع الناس. ويعرف هواية الكفاءة أو الصلاحية بأنها قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته، هي بذلك لا تكتسب بسرعة ولكنها تنمو بالتدرج حتى يصل بها الكائن إلى مستوى يمكنه من التفاعل بكفاءة مع عناصر البيئة.

كما أن المعاق ضعيف العقل يجد صعوبة كبيرة في تكيفه للمواقف الاجتماعية فهو مضطرب في تفاعله الاجتماعي ويرجع ذلك إلى نقص اهتمامه بالعالم من حوله وانسحابه وانطوائه وسهولة انقياده وإغرائه ومن ثم انحرافه، ومن مظاهره اضطراب مفهوم الذات لدى الطفل ضعيف العقل ميله إلى مشاركة الأصغر منه سنا في النشاط الاجتماعي وعدم تناسب سلوكه وردود أفعاله لمستوى سنيه وقدراته.

وانسحابه وانطوائه وسهولة انقياده وإغرائه ومن ثم انحرافه، ومن مظاهره اضطراب مفهوم الذات لدى الطفل ضعف العقل ميله إلى مشاركة الأصغر منه سنا في النشاط الاجتماعي وعدم تناسب سلوكه وردود أفعاله لمستوى سنيه وقدراته.

كما أن الطفل المتخلف عقليا يبادر زملاءه في تكوين علاقات اجتماعية، ولكنه أناني يحب نفسه و يحب أن يهتم به الآخرون وهو لا يحتم لا مسؤولية عمل ما ولا يشعر بولاء للجماعة ولا يحترم العادات والتقاليد السائدة فيها و صداقاته وقتية متقلبة غير ثابتة.

وذكر ريتشارد سوين (1979) أن من خصائص الفرد المتخلف عقليا يستجيب القصور سلوكه بأنه متقلب المزاج والانعزال عن الآخرين وبالانفجارات السلوكية.

المطلب الرابع: الخصائص الانفعالية:

أما بالنسبة لانفعالات الطفل المتخلف عقليا فهي أكثر بدائية وازدواجية، انه يحس إما بالرضا أو عدم الرضا، وتندم لديه التدرجات الدقيقة والتمايزة في الانفعالات تقريبا. وغالبا ما تكون مشاعر الأطفال المتخلفين عقليا غير ملائمة أو متناسبة من حيث ديناميكيتها مع تأثير العالم الخارجي . 130/69

(1) مصطفى نوري القمش، مرجع سبق ذكره، ص ص 42-43.

متخلف عقليا سريع الانفعال و تبدو انفعالاته في صورة صراخ و عويل و بدء ، و تظهر بوضوح على وجهه و على سائر أجزاء جسمه إذ لا يستطيع ضبط انفعالاته فهو سهل الاستثارة سريع الاستجابة يميل للعدوان على زملائه شديد الغيرة منهم ، يحب تملك أشياء الآخرين يفزع من الظلام والأماكن المغلقة (1)

المطلب الخامس: الخصائص اللغوية:

يعاني المعوقون عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة. فالطفل المعرفي عقليا يتأخر في النطق واكتساب اللغة. كما أن صعوبات الكلام تشيع بين المعوقين عقلية بدرجة أكبر. ومن الصعوبات الأكثر شيوعا التأتأة والأخطاء في اللفظ وعدم ملاءمة نغمة الصوت.

ومن أهم المشكلات اللغوية التي تواجه العونين عقلية ما يتعلق بفصاحة اللغة وجودة المفردات. ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات ببطء ولا تتناسب مع العمر الزمني. وكثيرا ما يستخدم المختصون في وصف لغة المعوقين عقلية اللغة الطفولية، للإشارة إلى جمود النمر اللغوي عند المعوقين عقلية. ويشير ميلر (Miller, 1981) إلى أن درجة شدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقلية ترتبط بدرجة عالية بدرجة الإعاقة العقلية. فالمعروفون عقليا بدرجة بسيطة يناخرون في النطق ولكنهم يطورون ندرة على الكلام. أما المعوقون عقلية بدرجة متوسطة، ففي الغالب يواجهون صعوبات مختلفة في الكلام و نصف لغتهم بالنمطية. أما بالنسبة لشديدي الإعاقة فيلاحظ أن نسبة كبيرة منهم عاجزة عن النطق حيث إن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات لا تكون مفهومة في الغالب. (2)

المبحث الخامس: احتياجات المعاق ذهنيا:

- إذ لفئة المعاقين متطلبات تربوية ونفسية واجتماعية تختلف عن متطلبات الأشخاص العاديين، وتختلف أيضا تبعا لنوع الإعاقة، كما أنه لو تركت هذه الفئة دون الاهتمام بالمشاكل التي تواجهها قد يتحول البعض منها إلى وجهات حرفية قد تعوق تقدم المجتمع. ومن هذا يمكن تقسيم هذه الاحتياجات إلى ثلاث أنواع أساسية منها:

المطلب الأول: احتياجات فردية:

- بدنية: مثل استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.
- إرشادية: مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف والتنمية الشخصية.

(1) عبد الصبور منصور محمد، سبق ذكره، ص 24.

(2) مصطفى نوري القمش، الإعاقة العقلية النظرية و الممارسة، مرجع سبق ذكره، ص 43

- تعليمية: مثل إفراح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.
- تدريبية: مثل فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات وبقصد الإعداد المهني للعمل المناسب للمعاق (1)

المطلب الثاني: احتياجات مهنية: وتتمثل في:

- توجيهية: مثل تهيئة سبل التوجيه المهني مبكراً والاستمرار فيه لحين انتهاء عملية التأهيل.
- تشريعية: مثل إصدار التشريعات في محيط تشغيل المعاقين وتسهيل حياتهم.
- محمية: مثل إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعاقين الذين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.
- اندماجية: مثل توفير فرص الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنباً إلى جنب.

المطلب الثالث: احتياجات الاجتماعية:

- احتياجات المعاقين الاجتماعية هي احتياجات رئيسية وهامة لأنها تؤكد لهم استمرار ارتباطهم بأسرهم وبيئتهم الخارجية ويمكن إنجازها في ما يلي:
- الحاجة إلى الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية: إن الحاجة تعد احتياجاً رئيسياً وهاماً للمعاقين بعد أن اهتزت مكانتهم بعد الإصابة بالإعاقة، وفقدانهم لوظائفهم، مما أدى إلى تقليص أنشطته الحياة. والاختصاصي الاجتماعي الذي يعمل في مجال رعاية المعاقين يدرك ذلك جيداً ويعمل على الاستعادة ممن لهم خبرات في الحياة أو خبرات في العمل، فيساعد القادرين على العمل في الأماكن التي تتناسب مع حالتهم بعد الإصابة، ومساعدتهم للاستفادة من الخدمات التأهيلية والتدريبية، وكذلك يساعد الغير قادرين على العمل باستثمار قدراتهم المتبقية، مما يساعد على اندماجهم في الحياة لكي يصبحوا لهم أدوار تشعرهم بمكانتهم الاجتماعية.

(1) إقبال محمد بشير إقبال إبراهيم مخلوف: الخدمة الاجتماعية و رعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث.

أولاً: الحاجة إلى تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية: إن حاجة المعاقين إلى تكوين شبكة

من العلاقات الاجتماعية مع المحيطين بهم لا تقل أهمية عن الحاجة بالاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية وكلما قويت شبكة العلاقات الاجتماعية، كلما زاد شعورهم بالانتماء والأمن، وقل خوفهم وقلقهم، ويتكون لهم الشعور بالدفء العاطفي النابع من العلاقات القوية، سواء كانت علاقات أسرية أو علاقات مع البيئة الخارجية.

ثانياً: الحاجة على الانتظام في الحياة: يقوم الأخصائي الاجتماعي بجهود وأساليب فنية لمساعدة المعاقين على خلق أدوار جديدة تناسب وضعهم الجديد بعد الإعاقة وإن كان لبعضهم أدوار قيادية تعطلت بسبب الإعاقة فإنه يحاول توظيف خبراتهم ولو عن طريق الاستفادة من آرائهم.

ثالثاً: الحاجة إلى التوافق مع ظروف الحياة الجديدة: يقول أحمد عزت راجح "التوافق هو حالة من التلاؤم والانسجام بين الفرد ونفسه وبينه وبين بيئته، تبدو في قدرته على إرضاء أغلب حاجاته تصرفه تصرفاً مدنياً إزاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية، ويتضمن التوافق قدرة الفرد على التغيير.

الفصل الرابع : واقع الرعاية الاجتماعية

للمعاقين و دور الأخصائي الاجتماعي

المبحث الأول : خدمات الرعاية الاجتماعية

المقدمة للمعاقين ذهنيا

المبحث الثاني : دور الأسرة الجزائرية في

تأهيل المعاق ذهنيا

المبحث الثالث : دور الأخصائي الاجتماعي

في التكفل بالمعاق

المبحث الرابع : واقع الرعاية الاجتماعية

للمعاقين ذهنيا في المجتمع الجزائري

المبحث الأول: الخدمات المقدمة للمعاقين ذهنياً:**المطلب الأول: الخدمات الوقائية:**

ويقصد بها مجموعة البرامج التي تهدف إلى وقاية الإنسان من الإصابة بالعاهة أو المرض، أو الحد من نسبة المعاقين والمرضى، كذلك تركز جهود هذه البرامج كي تحول بين الأفراد والإصابة بالإعاقات المختلفة تبعاً للحكمة القائلة (إن الوقاية خير من العلاج) وفي ذلك يقول هوكستب huckstep، أن توفير الإمكانات المادية لحماية مائة حالة من الإصابة بشلل الأطفال، أفضل بكثير من إصابة طفل واحد يصبح مقعداً، لا أمل في شفائه.¹

المطلب الثاني: الخدمات الصحية والطبية: الارتقاء بمستوى الخدمات الطبية له أكبر الأثر في

تلخيص ذوي الإعاقة من أثار عجزهم، فالطب اليوم يعاون معاونة حاسمة في ميدان تأهيل المعاقين، كما أن تقدم الأجهزة الطبية وتحسين الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية عون كبير للمعاقين لكي يحيوا حياة أقرب إلى الأسوياء، وتتمثل الخدمات الصحية والطبية في:

- خدمات الكشف والفحوصات الطبية والأدوية اللازمة في حالات الأمراض المختلفة والعمليات الجراحية وما يتبعها من تكاليف لا يستطيع المعاق تسديدها.
- كما يحتاجون إلى الخدمات المادية من الأمراض التي تحتاج لفترات علاجية طويلة مثل أمراض القلب، والسرطان والسكر....
- يحتاج المعاق إلى خدمات مراكز العلاج الطبيعي بما فيها من أدوات وإمكانات حديثة تستدعي الكثير من النفقات التي يعجز عنها المعاق.
- المعاق يحتاج أيضاً إلى الخدمات التي تمكنه من الحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة مثل الأطراف الصناعية والكراسي الخاصة بالمعاقين والسماعات الطبية.
- كما يحتاج المعاق إلى خدمات بيوت التمريض، والبيوت الجماعية الخاصة بالمعاقين عقلياً.

(¹) إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، الرعاية الطبية و التأهيلية من منظور الخدمات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2002، ص305.

- ويحتاج المعاق إلى خدمات المكاتب والوحدات الصحية، التي ترسل لهم الممرضين والممرضات في زيارات دورية لتقديم العلاج والخدمات اللازمة لهم في منازلهم وخاصة الذين لا يستطيعون الوصول لهذه الخدمات، وهم الذين أقعدتهم الإعاقة للحصول على هذه الخدمات¹.

المطلب الثالث: الخدمات النفسية: يقدمها أخصائون متخصصون، وهي ضرورة لإعادة التوازن النفسي للمعاق وأفراد أسرته، كما يساهم في اختيار العمل المناسب لحال المريض العضوية والنفسية وظروفه الأسرية².

المطلب الرابع: الخدمات الترفيهية: يجب على الدولة أن تقدم للمعاقين برامج ترفيهية تتناسب مع نوع إعاقتهم كفقْدان البصر أو فقْدان حاسة السمع أو غير ذلك من أنواع العجز المختلفة، فعلى الدول أن تقدر واجبها نحو رعاية هذه الطائفة رعاية كاملة فالفرد العاجز لا ينبغي أن تحرمه عاهته في الحياة من متع الترفيه³.

المطلب الخامس: الخدمات التعليمية: يحتاج المعاقون إلى خدمات تعليمية متعددة منها:

- يحتاج المعاقون إلى وجود مدارس خاصة أو فصول لكل فئة من فئات المعاقين تتناسب ظروفهم واستعدادتهم، وقدراتهم المتبقية، كما تتناسب نوعية إعاقتهم.

- إذ لم تتوفر هذه الفصول أو المدارس الخاصة بهم، فإنهم يحتاجون إلى المساعدة في إدماجهم في التعليم العام، أو البرامج التعليمية الخاصة بهم.

- مساعدة المعاقين في مراحل تعليمهم المختلفة على تكوين العلاقات وتدعيمها مع الجماعات التي يتفاعلون معها في المدرسة، حتى لا يشعروا بالعزلة بين زملائهم أو في مجتمعهم.

- كما يحتاجون إلى تخليصهم من ضغوطهم الداخلية سواء داخل الأسرة أو خارجها أو داخل المدرسة أو خارجها حتى لا يشعروا بالعزلة بين زملائهم أو في مجتمعهم.

(1) محمد سلامي غباري، مرجع سابق، ص 80 .

(2) محمد سلامي غباري، مرجع سابق، ص 80.

(3) إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، مرجع سابق، ص 306، 307.

- كما يحتاجون إلى تخليصهم من ضغوطهم النفسية ومشاعرهم السلبية وعلاج مشكلاتهم النفسية بقدر الإمكان ومساعدتهم على استعادة ثقتهم بأنفسهم، حتى يتمكنوا من مسايرة زملائهم العاديين وحتى يستطيعوا التوافق مع مجتمعهم

- إلحاق المعاقون الكبار بمراكز محو الأمية الموجودة في المجتمع، لأن إزالة أميتهم والحرص على تعليمهم يجعلهم قادرين على الاستفادة من الفرص التأهيلية والتدريبية والتشغيلية .

المطلب السادس: الخدمات وظيفية: ومن بينها:

أولاً: التحليل الوظيفي: وذلك بتحليل قدرات المعاقين البدنية، وتحليل سلوكهم الوظيفي، وقدراتهم الشخصية، لمعرفة حدود قدراتهم الوظيفية.

ثانياً: التوظيف: مساعدة المعاقين للحصول على وظائف تناسب إمكانياتهم، قدراتهم المتبقية، مع إجراء اختبارات دورية لهم للتعرف على مدى قدرتهم للقيام بعملهم والاستمرار فيه.

ثالثاً: خدمات إرشادية: وهذه الخدمات تقدم للمعاقين وأسرهم والجماعات التي يتفاعلون معها لإرشادهم للحياة العملية الجديدة وكيفية الحصول على الوظائف المناسبة لقدراتهم واستعدادهم ومساعدتهم للحفاظ على هذه الوظيفة بمساعدة المرشد الذي يكون على اتصال لمتابعتهم.

رابعاً: خدمات تتابعية: وتتمثل هذه الخدمات في تتبع ما تم إنجازه من طرف المعاق وفحص قدراته ومهاراته الوظيفية بصورة دورية وتتبع مدى نجاحه أو فشله في عمله ومدى انتظامه ومحافظة على هذا العمل، وكذلك تتبع ما يحدث له من مشكلات في عمله.

المطلب السابع: الخدمات التشريعية:

يحتاج المعاقون إلى الخدمات التشريعية التي تهتم بإعداد تشريع خاص شامل لحقوقهم وتنظيم تأهيلهم، حيث أن خدماتهم التأهيلية تحتاج إلى جهود أجهزة متعددة مثل: المدارس والكليات التربوية ومراكز البحوث التربوية والنفسية والتوجيهية والإعداد والتأهيل المهني والبحوث الاجتماعية والاقتصادية، الطبية والجامعات، وضرورة ترابط هذه الخدمات، ضمان لشمولها وتكاملها من جهة وتجنباً لأي صراع ينشأ حول اختصاصات الوزارات المختلفة ومسؤوليتها ومنعاً لتكرار الخدمات أو ازدواجها، أو التضارب

في إجراءاتها، بما يحول ازدهار الخدمات وانطلاقها لتحقيق مصالح هذه الفئات من الأطفال والشباب، فسوف يكون من الضروري أن يوضع تشريع خاص شامل لحقوق المعاقين وتنظيم تربيتهم ورعايتهم وتأهيلهم وتشغيلهم.¹

المبحث الثاني: دور الأسرة الجزائرية في تأهيل المعاق والصعوبات التي تواجهها

تلعب الأسرة الجزائرية دورا هاما في رعاية ابنها المعاق والعمل على تأهيله، وتبذل مجهوداتها لتحدي الصعوبات والعراقيل التي تواجه عملية التأهيل.

المطلب الأول: دور الأسرة الجزائرية في التأهيل النفسي والاجتماعي للمعاق:

التأهيل هو إعادة تكييف الإنسان مع البيئة والحياة الاجتماعية، وتأهيل الطفل المعاق كمفهوم هو «عملية تمكين الأشخاص المعاقين من بلوغ وحفظ المستوى الوظيفي الأمثل على الصعيد البدني والذهني أو النفسي وحتى على الصعيد الاجتماعي، بحيث توفر لهم الوسائل والأدوات اللازمة لتغيير حياتهم ورفع مستوى استقلالهم.²

- إن الأسرة باعتبارها النواة الأولى في المجتمع، وهي الأولى أيضا التي تتكفل برعاية وتنشئة الجيل وتهيئته بأن يكون سليما جسميا ونفسيا واجتماعيا، وبالتالي يساهم في التقليل من الإعاقات وتعمل على التكفل بالأطفال المعاقين.

إن أول من يواجه صور الإعاقة ويتعرف على أثرها وتأثيرها وتؤثر على عواطفه واتصالاته هي الأسرة التي يوجد بها فرد معاق، والرعاية الأسرية للطفل بوجه عام والمعاق بوجه خاص تحتاج إلى مزيد من الإرشاد والتوجيه وخاصة فيما يتعلق بالتعرف على أنواع الإعاقة، وطرق الاكتشاف المبكر للإعاقة وأساليب مواجهتها وتعديل المفاهيم نحو المعاق والتوجيه والتنمية البشرية.³

(1) محمد سلامي غباري، مرجع سابق، ص78.

(2) اسماعيل عبد الفتاح، التنمية الفكرية و الثقافية لذوي الاحتياجات الخاصة، الدار الثقافية للنشر، مصر، 2004، ص43.

(3) محمد سيد فهمي، واقع رعاية المعاقين في الوطن العربي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2005، ص123.

وتأهيل المعاقين لاستعادة أقصى قدراتهم البدنية وتكليفهم النفسي والاجتماعي بما يتناسب ونوع الإعاقة التي يعانون منها، يكون بداية من الأسرة فهنا يأتي دور الأسرة والمحيط العائلي للأطفال ذوي الإعاقة سواء الجسمية أو الذهنية، ومن العوامل التي تتسبب فيها الأسرة وخاصة الأولياء في ميدان الإعاقة هي إنجاب مولود به عاهة من دون قصد العوامل وراثية بيولوجية ويكون أيضا نتيجة أسباب اجتماعية لها علاقة بقيم وعادات سلبية ونظم اجتماعية تسود علاقات الزواج فيما بين العائلة الواحدة، ونذكر منها:

أولاً: الزواج المغلق: وهو أن يتم الزواج في إطار محيط الأسرة أو القبيلة الواحدة وبين أبناء الأعمام أو الأخوال وهي ظاهرة ما تزال إلى يومنا هذا في العديد من العائلات الجزائرية، لاعتبارات أخلاقية ولظروف اجتماعية واقتصادية، حيث أكدت الإحصائيات تكرار حالات الإعاقة لهذا النوع من الزواج.

ثانياً: الزواج في سن مبكر: تؤكد البحوث العلمية على أن بعض من الأسباب في الإعاقة تعود إلى ضعف التكوين الفسيولوجي للإناث أثناء المرحلة المبكرة من الإنجاب فيولد الأطفال ضعاف البنية، ناقصي التكوين وبالتالي معرضين للإصابة بالإعاقة.

- انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للأم: جهل الأم لبعض المفاهيم المتعلقة بالتركيبية البيولوجية والجسمية والنفسية لطفلها في مرحلة الطفولة أو الرضاعة وخاصة الجنينية بسبب ضعف مستواها التعليمي يزيد من الإصابة بالإعاقة
- لجوء بعض الأولياء وخاصة الأمهات لممارسة أساليب علاجية بدائية، كالشعوذة واستخدام أعشاب في الطبيب وهي شائعة في وقتنا رغم تقدم الطب والعلاج.
- امتناع الأسرة عن الفحص الطبي قبل الزواج لأسباب قيمية و خاصة لنقص الوعي بأهمية ذلك.¹
- أما التوصيات المقترحة بشأن الرعاية الأسرية في مجال الإعاقة وتحسين التكفل بالمعاقين في الأسرة الجزائرية هي:
- إعداد برامج متخصصة في مجال الرعاية والتأهيل للمعاقين وضم أسرارهم وإرشادهم بأمور الإعاقة وبالعباية التي تخص الأطفال المعاقين، وكيفية تشخيصهم للإعاقة في وقت مبكر.
- دعم الأولياء والمؤسسات المتكفلة بشؤون المعاقين من خلال الدعم المالي وتطوير أساليب الرعاية وتبادل الخبرات مع باقي الدول.

(¹) محمد الطاهر المحمودي، الإعاقة و الوقاية منها، مجلة جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، قسنطينة، العدد 23، ماي 2007، ص 295، 296.

- تدريب وتحسين الأولياء لأبنائهم المعاقين السلوكيات والعادات السليمة، التي تمكنهم من المحافظة على سلامتهم، والاعتماد على أنفسهم في الحياة اليومية، أي تنبيه الأولياء إلى أن الطفل المعاق يجب أن يعتمد على ذاته في العديد من الجوانب السلوكية.
- توعية الأسرة وخاصة الآباء على تقبل حالة العجز لأطفالها وعلى كيفية التعامل معها طبيا ونفسيا.
- إن الحالات التي تتعاون فيها الأسرة مع المساهمين في المجال التأهيل المؤسسات التكوين والتعليم المتخصصة بالإعاقة تساعد على تحسين الوضع الصحي والنفسي وخاصة الاجتماعي لأطفالهم المعاقين.

إن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته فوضعية المعاق إذا لم يتلقى العناية اللازمة يصبح محيطه مضطربا وذلك عندما تحول إعاقة عن أداء دوره الاجتماعي، وهذا من شأنه أن يقلل من توازن الأسرة. وواقع الإعاقة في مجتمعنا مازال يوصف بالمتدهور سواء من حيث الجانب المادي أو من حيث الجانب الاجتماعي، والمتضمن ظروف وطبيعة الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاقين، وهذا من قبل ذويهم و من باقي شرائح المجتمع، و التنشئة الأسرية للمعاق ما تزال بعيدة عن الأساليب الحديثة التي توصل إليها الغرب في المجال النفسي والاجتماعي بسبب ضعف تكوين الأولياء وانخفاض المستوى التعليمي للعديد منهم، ومن حيث نقص توعيتهم في المجال النفسي والتربوي، فالغاية من تكوين الأبوين في مجال الرعاية النفسية بالمعاق هي تنمية دورهما في التكفل السليم، وإنجاح ما يقوم به المختصون في المؤسسات التربوية من تكوين نفسي وتربوي بالمعاق وتحسين التواصل الاجتماعي بين هذه الشريحة وباقي أفراد المجتمع، وعليه نبين أهمية إعلام وإرشاد الأسر باعتبارها الوسط الأول لتربية الطفل والموجه الأساسي نحو تحقيق التمتع بالحقوق الكاملة للمعاقين وللمشاركة في الحياة الاجتماعية، كما نصت عليها المنظمات كل النصوص التشريعية المتضمنة لحقوق الإنسان، ومنه الإعلان العالمي أي ما صدر حول حقوق الإنسان سنة 1948 والذي خص في مادته الخامسة والعشرين منه على أن لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة الكافي للحفاظ على الصحة والرعاية له ولعائلته، وله الحق في تأمين معيشته في الحالات البطالة والمرض والعجز وغير ذلك من وسائل فقدان العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.¹

(¹) بن حمزة حورية، وضعية المعاق في كنف العائلة الجزائرية، مداخلة مقدمة للملتقى الدولي حول الإعاقة و المجتمع، يومي 23 و 24 نوفمبر 2009، جامعة 08 ماي 1945، ص 14 .

المطلب الثاني: الصعوبات التي تواجه الأسرة الجزائرية في التكفل بالمعاق:

إن توجيه طاقة الطفل وقدراته حتى ولو كان به عاهة أو قصور، لتأدية عمل بناء ولامتصاص ما به من شعور بالنقص، أو أنه أقل مستوى ذهنيا أو بدنيا، يعتبر من الأمور التي يختص بها علماء وعلماء الاجتماع، وذلك عن طريق التوعية لكل فرد في المحيط الاجتماعي والوسط الأسري الذي يعيش فيه هذا الطفل، وحتى يحس بأنه إنسان عادي كالأخرين، بل ولاستغلال قدراته وإبداعه لفائدة الغير.

لكن ما يلاحظ في وسطنا الاجتماعي هو العكس، بحيث يرجع علماء النفس والباحثون الاجتماعيون حالات الغضب لدى الطفل المعاق نتيجة هذه العاهة أو الإعاقة، إنها لا تعالج فهي دائمة، مما تجعله ناقما في الحياة، وهنا يأتي دور التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي ليجعل منه إنسانا سويا.¹

ويظهر السلوك العدواني كأهم مشكلة نفسية تلاحظ لدى الأطفال المعاقين من خلال انفعاليتهم أثناء اللعب، والتي توصف بالتهور، فيستخدم المعاق لسانه أو يديه مما يسبب أضرارا للأخرين، تكون بالنسبة لذاته تعويضا عما ينقصه، ويسمى هذا السلوك العدواني لدى علماء النفس بالإيجابي، أما السلوك السلبي للغضب فهو يعبر الطفل عن غضبه بالانسجام أو الانطواء وكبت انفعالاته، لكن يلاحظ في وجوه الأطفال المعاقين، ذلك الاضطراب الفسيولوجي الذي تصل إلى أن يصعب عليهم النطق والتحدث، وأحيانا إلى حالات هستيرية.

ومن الصعوبات أيضا التي تلاحظ في مجتمعنا هي أن الآباء قد يتسببون هم أنفسهم أثناء تنشئة أطفالهم المعاقين في خلق بعض المشكلات النفسية والاجتماعية تبعدهم عن الاندماج وتكون من خلال تصرفاتهم حيث يطالبونهم بضرورة تحقيق مطامحهم دون أن يتساءلوا عما إذا كان الطفل يملك الإمكانية أو الميل لتحقيق هذه المطامح أم لا، فيحدث في هذه الحالة نتيجة للفشل في تحقيق رغبتهم، كثرة الإحباط التي يقع فيها المعاق.

(¹) فاطمة المصري، أبحاث و مقالات في الدراسات النفسية و الإجتماعية، دار المريخ، جامعة الرياض، 1985،

وتكون بعض الاضطرابات الذهنية سبب في اخلال الفرد بوظائفه السيكولوجية العادية فهو شخص مضطرب التفكير والمزاج، وانفعالاته غير ملائمة للظروف الخارجية والمهنية ويعيش في عزلة عن الواقع ... وغير قادر على الاتصال بالناس في علاقات سوية طبيعية.¹

يستوجب ذلك رعاية خاصة من طرف الأولياء و بالأخص الأمهات، وعن طريقة أخرى خاطئة في التنشئة، أن يستخدم الأولياء طريقة التدليل والتفرقة بين الإخوة، فينمو الطفل المعاق ناقصا عن الآخرين، فيوصف بأنه لا يستطيع فعل هذا أو ذاك لأنه ناقص، أو لديه عاهة تعيقه عن فعل ذلك، ومن هنا تكون الحالة النفسية محبطة لهذا الطفل، كما أن التواصل الاجتماعي مع الآخرين يصبح صعبا، لهذا فإن الكثير من المربين ينصحون الأولياء بضرورة أخذ تكوين خاص لمعاملة ناجحة وسليمة لطفلهم المعاق مهما كانت إعاقته، وتكون هذه التوجيهات التي تخص الأولياء في مراحل الأولى من ولادة طفلهم والهدف من ذلك أيضا التشخيص المبكر لنوع الإعاقة.

كذلك نجد الاغتراب أيضا من الصعوبات التي تواجه الأسرة في التكفل بالمعاق حيث يفسر العالم "سيجموند فرويد" الاغتراب في ضوء نظريته حول الشخصية، فهو يؤسس مفهومه للاغتراب افتراضيا، فالاغتراب الأنا عن الهو، أي اغتراب الشعور عن اللاشعور، وهنا يحدث كثيرا لدى الأطفال المعاقين الذين يجدون أنفسهم مختلفين عن الآخرين العاديين، حيث يصبحون في حالة انفصال بين كيانهم و بين الأشياء المحيطة بهم، وبينهم و بين باقي الأفراد في مجتمعهم، مما يعني أن علاقة الفرد بالأشياء أو بالموضوع علاقة غير سوية، فهو يعيش بين أهله و في مجتمعه و لكن في دائرة الغربة أو الانفصال. إنه يعيش في عالم مجرد من القيم لدرجة أنه لا يرفض الحياة فقط بل يعاديه فيدخل الفرد إلى عالم الانتماء ويفقد الحس والوعي.²

وعن نظرة المجتمع اتجاه المعاق فلقد كانت النظرة القديمة ترى أن هذه الفئة من المجتمع لا أمل من ورائها حيث كانت مهمشة أو توضع في ملاجئ حتى تنتهي آجالها ولذلك فقد كان المعاق يعاني من الإحباط والشعور بالخيبة وكان الآباء في بعض المجتمعات يساهمون في ذلك، من خلال ترك أبنائهم المعاقين في الطرقات فيتخذونها مكانا للتسول والتشرد. ولكن مع تطور الفكر البشري وتقدم البحوث

(1) محمد سلامة وتوفيق حداد، علم نفس الطفل، وزارة التربية و التكوين، الجزائر، 1973، ص163.

(2) محمد عثمان نجاتي، علم النفس في حياتنا اليومية، دار القلم ، الكويت، 1995، ص404.

الاجتماعية والتجارب العلمية في ميدان رعاية المعاقين وتأهيلهم ودمجهم اجتماعيا بدأت هذه الفئة تأخذ نصيبها الطبيعي من الرعاية والتوجيه والتأهيل نحو حياة أفضل يستطيعون العيش في المجتمع بأمان.

المبحث الثالث: دور الأخصائي الاجتماعي في التكفل بالمعاق

المطلب الأول: دور الأخصائي في خدمة المعاق ذهنيا وأسرته:

يبدأ هذا الدور منذ تقدم أسرة المعاق عقليا بطلب إلى مركز التوجيه النفسي والتأهيل حيث يقوم الأخصائي بالمهام التالية:

- إجراء مقابلة تمهيدية مع المعاق ذهنيا ووالديه وذلك للتعرف على المشكلة وأعراضها وتاريخها وتطوراتها والجهود السابقة التي بذلت كمحاولة لعلاجها.
- تحويل الحالة إلى الأخصائي النفسي لإجراء الاختبارات المناسبة لقياس ذكائه وسمات شخصيته وتحصيله الدراسي كما يتم تحويله للطبيب وذلك لإجراء الفحص الطبي الشامل للحالة.
- إجراء العديد من المقابلات مع الوالدين والتعرف على التاريخ التطوري للحالة واستكمال الظروف البيئية التي نشأ فيها المعاق واستجابات الأسرة له.
- يتولى الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل الاطلاع على نتائج الفحوصات النفسية والعقلية والجسمية في ضوء النتائج التي توصل إليها من خلال المقابلات التشخيصية المتعمقة التي أجراها مع الوالدين ليتمكن من تحليلها وتفسيرها من ثم تشخيص الحالة وتحديد البرامج والخدمات التي يحتاجها ضعيف العقل في ضوء قدراته وإمكانيته.
- يقوم بتبصير الوالدين بظروف الابن مع توضيح مسؤولياتهم في برنامج رعايته .
- يتيح الأخصائي لضعيف العقل الفرصة لتحمل المسؤولية و التي تنمو من خلال إشراكه معه في كافة عمليات خدمة الفرد و في تطبيقه لمفاهيم التقبل و حق تقرير المصير .
- يساعد الأخصائي المعاق ذهنيا على إدراك نقاط القوة في شخصيته وكيفية استثمارها وذلك عن طريق استخدامه لأساليب العلاج الذاتي كالمعونة النفسية والتعلم والاستبصار.¹

(¹) بركات و آخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، مكتبة الرشد، 2017، ص 170-186.

ولكي يستطيع الأخصائي مساعدة المعاق عقليا بالنجاح لابد أن يكون لأسرته دور حيث يجب أن يستثمرها الأخصائي لتحقيق الأهداف المرجوة وهذا يتطلب من الأخصائي كسب ثقة الوالدين خاصة وأن ما ينتابها من مشاعر سلبية قد تعرقل الجهود المبذولة.

المطلب الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المعاق ذهنيا:

- مساعدة الأسرة على تقبل الأمر الواقع ومحاولة تخليصها من المشاعر السلبية اتجاه الابن المتخلف ذهنيا.
- إقناع الوالدين بضرورة تقبل الابن كما هو حتى يمكنهما مساعدته.
- يوضح للوالدين أن استخدام أسلوب الرفض و المعاملة السيئة للأبن قد تؤدي به للانحراف.
- تشجيع الأم لمساعدة الابن في تعليمه عادات النوم وتناول الطعام بشكل سليم وتدريبه على التفاعل التلقائي داخل الأسرة من خلال تشجيعه في حالة إنجاز أي تقدم في سلوكه أو عند أداء عمل ناجح.
- مساعدة الأم على تعليم الابن النطق الصحيح مع إرشادها إلى ضرورة استخدامها التكرار حتى يحق الاستجابة وتحرص على تشجيعه في المجالات التي يبذلها.
- التخفيف من حدة الشعور بالتشاؤم نحو الأبناء المتخلفين عقليا.
- تدعيم الوازع الديني نحو أسرة مريض العقل من اجل تقبله والعمل على رعايته ومساعدته بطريقة صحيحة.
- و يستخدم الأخصائي أسلوب المقابلة و الزيارة المنزلية لضعيف العقل من فئة المورون و أسرته أي غالبا يركز في عمله على المقابلات المشتركة داخل منزل الأسرة.¹

المطلب الثالث: دور الأخصائي الاجتماعي مع المعاقين ذهنيا كجماعة:

- مساعدة المعاقين عقليا كأعضاء في جماعة على التعبير عن رغبتهم و حاجاتهم و معاونتهم على مقابلتها بقدر الإمكان.
- المساعدة في وضع برامج هادفة تساعد الأعضاء على النمو والتغيير.
- المساعدة في تنفيذ تلك البرامج والإشراف عليها.

(¹) عبد الحميد، يوسف محمد و شعبان، سحر محمد سيد، الخدمة الاجتماعية و رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ، رؤية متكاملة معاصرة ، مكتبة الرشد، 2016، ص 297-298.

- تقييم قدرة تلك البرامج والأنشطة التثقيفية والتعليمية على إحداث التقدم والنمو وتحسين السلوك الاجتماعي للأعضاء .
- إتاحة الفرصة للأعضاء للإحساس والشعور بالدفء والحب نتيجة الانتماء للجماعة.
- إتاحة الفرصة للأعضاء للاعتماد على النفس بشكل بسيط.
- مساعدة الأعضاء استخدام قدراتهم المتبقية.
- تقديم برامج ترفيهية تتناسب مع نواحي عجزهم.
- مساعدتهم على التكيف مع أسرهم وزملائهم.
- العمل على شغل وقت فراغ الأعضاء على تحمل المسؤولية من خلال تشجيعهم على المشاركة في التجهيز لبعض الأنشطة المحببة لديهم.¹
- تشجيع الأعضاء على محاولة اكتساب علاقات اجتماعية جديدة وتدعيم ثقتهم بأنفسهم وذلك من خلال تشجيعهم على المشاركة في النشاط المحبب لهم.
- تنظيم رحلات داخلية ومعسكرات صيفية للأعضاء في حدود قدراتهم وذلك كوسيلة للترفيه عنهم وأيضا كوسيلة لربطهم بالمجتمع.
- تنظيم مناقشات جماعية للأباء وأمهات المتخلفين عقليا لمساعدتهم على تخفيف مشاعر الحزن والأسى وتساعدهم على تبادل الخبرات لخدمة أبنائهم.²

المطلب الرابع: دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع المحيط بالمعاق ذهنيا:

- إثارة الوعي لدى جماهير المجتمع بالمشكلات التي يعاني منها فئة المعاقين عقليا وطبيعة الخدمات المتاحة لخدمة هذه الفئة وكيفية التعامل مع أفرادها.
- الإشراف على إجراء البحوث التقييمية للخدمات وأوجه الرعاية الاجتماعية التي تقدم لفئات الإعاقة العقلية من خلال المؤسسات المعدة لرعايتهم ومدى ملائمة وكفاية هذه الخدمات حتى يتسنى العمل على تطويرها بقدر الإمكان.

(1) بركات، وجدي، الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، جامعة البحرين، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة الخدمة الاجتماعية، 2008 ، ص116.

(2) المرجع نفسه، ص117.

- التنسيق مع الجهات المسؤولة و المشتركة في تقديم برامج الرعاية لفئات الإعاقة الذهنية على المستوى القومي كوزارة التربية و التعليم و وزارة الصحة و وزارة العمل و ذلك بهدف تحديد صور التعاون التي تتم من خلال هذه الأجهزة.
- تنظيم برنامج زيارات لقيادات المجتمع للمؤسسة و ذلك كوسيلة لربط ضعاف العقول بالمجتمع الخارجي و أيضا كمحاولة لتدعيم هذه القيادات لنشاط المؤسسة و تمويلها.
- تنظيم برامج للجهود الذاتية لضعاف العقول للخدمة البيئية المحيطة بالمؤسسة و ذلك لغرس روح الانتماء و الولاء لديهم تجاه المجتمع و أيضا كوسيلة لشعور المجتمع الخارجي بهم كفئة و تعريضهم بكيفية التعامل معهم.
- عقد مؤتمرات سنوية للعاملين بالمؤسسة أو بالقطاع ككل لمناقشة المشكلات التي تعوق تحقيق المؤسسة لرسالتها و كيفية التغلب عليها و تعديل البرامج لتساير تغيير احتياجات ضعاف العقول.
- إيجاد الروابط بين المؤسسة و المنظمات الأخرى الموجودة بالبيئة المحيطة بصفة خاصة و بالمجتمع بصفة عامة، مؤسسات اقتصادية، ترفيهية، تثقيفية، و ذلك للاستفادة منها في خدمة عملائها 'ضعاف العقول'.

المبحث الرابع: واقع الرعاية الاجتماعية والمعاقين ذهنيا في المجتمع الجزائري:

للمعاق مكانة خاصة في الجزائر إذ نجد أنها و ضعت تشريعات خاصة برعايته و إدماجه في العمل، كما خصصت مؤسسات للتكفل بهذه الفئة و طرحت عليها وسائل للتكفل و التأهيل.

المطلب الأول: واقع الرعاية الاجتماعية للمعاقين في الجزائر:

لقد اخذت الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في مراحلها الأولى صورة الاحسان للفقراء و المحتاجين و رعاية حالات العجز الجسماني، و كان اسلوبها في ذلك تقديم خدمات مباشرة مادية من مأكّل و ملابس و مسكن، دون الاهتمام بمحاولة فهم الحاجات الاجتماعية و النفسية لهذه الفئة.

وقد ظهرت رعاية المعاقين وتربيتهم عبر التاريخ بأشكال مختلفة، بحسب البيئة الدينية والظروف الاجتماعية والنظم السياسية، ولقد أكدت كل الأديان والشرائع السماوية على اعانة الضعفاء ومد يد العون للمحتاجين والمرضى العاجزين، وكان للإسلام دورا واضحا في رعاية المعاقين، حيث أمر بتعليم الرعاية لهم وخصص لهم موارد خاصة من بيت مال المسلمين وتعتبر فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من

الفئات التي واجهت العديد من التحديات والعراقيل في الجزائر التي لم تولي اهتمام بهذه الفئة الا مؤخرا عندما قامت بفتح مدارس ومراكز لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وعليه فإن واجب الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة يقع على عاتق الدولة وهو الأمر الذي تحاول أي حكومة من الحكومات جاهدة في سبيل توفيرها للمواطنين، وهذا ما يسمى بدولة الرعاية، والجزائر كغيرها من الدول ومن خلال ما جاء في دستورها في المادة 31 تهدف من خلال مؤسساتها الى ضمان مساواة كل المواطنين والمواطنات في الحقوق والواجبات بإزالة العقبات التي تعوق تفتح شخصية الانسان وتحول دون المشاركة الفعلية في الحياة الاجتماعية و الاقتصادية والسياسية، غير أن واقع فئة المعاقين هو التهميش والاقصاء وسوء الاندماج في المجتمع.

وفي هذا الصدد فإن المجتمع الجزائري يعاني هو الآخر من مشكلات عديدة أفرزتها طبيعة الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وتعد مشكلة المعاقين احدي أهم وأبرز المشكلات التي تواجه الدولة سيما و ان هذه الفئة يزداد عددها باستمرار جراء أسباب و عوامل متعددة (وراثية، مكتسبة) حيث بلغ تعداد المعاقين بمختلف الاعاقات حوالي ثلاثة ملايين معاق حسب آخر الاحصائيات، و هو ما يفوق عدد سكان دولة قطر على سبيل المثال، و يعاني ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الجزائري من عدة اعاقات حسب ما ورد في الدليل الوطني للنشاط الاجتماعي لوزارة العمل و الحماية الاجتماعية، فقد بلغت نسبة المعاقين حركيا 33.18 % و المعاقين عقليا 24.85 % و بصريا 16.50 % و سمعيا 14.71 % و اعاقات متعددة 6.58 %.

وتفيد معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنات لعام 1998م (RGPH 98) بأن عدد المعاقين على اختلاف نوع الإعاقة، وجنس المصاب (اناث أو ذكور)، أو سنة قد بلغ 1590466 معاق، يتوزعون عبر كامل ولايات الوطن، أما فيما يخص توزيع المعاقين حسب طبيعة الإعاقة، فقد تبين أن أكبر نسبة للمعاقين هي من فئة المصابين بأمراض مزمنة 32.25 % أما أصغر نسبة فهي تعود للمصابين بإعاقة سمعية 4.02 %، أما المصابين بإعاقات متعددة 4.48 %¹.

ان عملية التكفل المؤسساتي بالأشخاص المعاقين تتطلب وضع برامج تربوية علاجية مكيفة حسب الحالات، مع السهر على توفير الشروط الصحية و الاجتماعية الضرورية لتحقيق الخدمات المطلوبة

(¹) جمال حواوسة، دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية بالمركز الطبي التربوي، قالمة، 2019، ص 24.

على أحسن وجه ممكن، و لهذا قامت الجزائر بسن التشريعات و القوانين الكفيلة برعاية المعاقين وادماجهم الاجتماعي، فقد جاء في المادة الثامنة من القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم ما يلي: تتم الوقاية من الإعاقة بواسطة اعمال الكشف وبرامج الوقاية الطبية، و حملات الاعلام والتحسن تجاه المواطنين حول العوامل المسببة للإعاقة أو في تشديدها.

وهذا القانون يضمن البرنامج الوقاية من الإعاقة عن طريق الفحص الطبي والتطعيم والتغذية مع الزامية التصريح بالإعاقة وضمان العلاجات المتخصصة والتكفل الطبي والنفسي والاجتماعي، ويضمن القانون أيضا الاندماج الاجتماعي والمهني للمعاقين عن طريق التشغيل والمساعدة الاجتماعية.

ومن خلال هذه التشريعات أصبح المعاق يحتل مكانة خاصة في الجزائر، حيث يتمتع قطاع التشغيل والتضامن الوطني بشبكة هيكلية تتكون من 220 مؤسسة متخصصة في التكفل بالأشخاص المعاقين، والأشخاص اللذين يعانون من صعوبات اجتماعية، هذه المؤسسات هي موزعة على 46 ولاية، بقدرة استيعاب تفوق 22000 شخصا، والعدد الفعلي للأشخاص اللذين يستفيدون من التكفل داخل هذه المؤسسات يقدر ب 17456 شخصا.

الا أن مراجعة التوزيع الجغرافي لهذه المؤسسات يؤثر على سوء توزيعها اذ نجد على سبيل المثال 5 مراكز تتواجد في ولاية الجزائر وحدها، في حين تفتقد ولايات أخرى لأي مركز، وهذا من شأنه تهميش فئات كثيرة من ذوي الاحتياجات الخاصة هم بحاجة ماسة للرعاية الاجتماعية.

ومن جهة أخرى فإن برنامج الدولة المتعلق بالمعاقين اصبح يحتوي على جوانب متعددة منها الوقاية، الادماج الاجتماعي والمهني، والتأهيل....، حيث تقوم الجهات المهنية بتطبيق برامج خاصة بالمعاقين اللذين يستفيدون من تدريب مسبق لتحضيرهم و ادماجهم في تكوين مهني يمس كل الجوانب الاجتماعية، وهذا من خلال التكوين المهني والتمهين المتخصصة بالمعاقين بدنيا، ومراكز الطب النفسي والبيداغوجي، ومن خلال الأهداف التي حاولت وزارة التكوين المهني والعمل على تحقيقها من خلال هذه البرامج هي تطوير المعايير الحالية لتكوين مهني للمعاقين وهذا يتطلب الاهتمام أثناء تطبيق هذا البرنامج بإنشاء مرافق التكوين المهني وتخصيص فروع خاصة بالمعاقين مع تكوين محدد في مختلف

التخصصات التي توزع عبر التراب الوطني... ولهذا، فإن التأهيل المهني للمعاقين غاية في الأهمية لتدريبهم على التكيف والاعتماد على أنفسهم بدلا ان يكونوا عالة على المجتمع.

المطلب الثاني: مجالات رعاية المعاقين بالجزائر:

إن رعاية المعاقين وتحديد واقعهم الاجتماعي في الجزائر يتطلب أولا عرض إحصائي عن عدد المعاقين في الجزائر وتوزيعهم على مختلف الإعاقات كالآتي:

- عدد الصم والبكم: جاء في وثائق وزارة الصحة العمومية الجزائرية، أن عدد المصابين بالصم والبكم في الجزائر يبلغ 400.000 ما بين كبير وصغير.
- عدد المعاقين بصريا: وثائق الصحة تحدد عددهم ب 76000.
- عدد المعاقين ذهنيا وبدنيا: يبلغ عدد المعاقين ذهنيا حوالي 150.000 شخص، أما عدد المعاقين بدنيا فيتراوح 1.900.000.

ومن مجالات رعاية المعاقين في الجزائر ما يلي:

أولا: التعليم: تمثل المدرسة المرحلة الثانية من حياة الفرد، وهي حق أساسي أكد عليه الميثاق الوطني، حيث تمثل المدرسة الوسيلة التي عن طريقها يتم الوصول إلى دمج عدد أكبر من المعاقين في الحياة الاجتماعية، ذلك أن اندماجهم بها يتطلب ارتباطا وثيقا بالتعليم والمدرسة التي يتعلم فيها المعاق وعندما يتم تدريس الطفل المعاق فإن هناك عدة صعوبات تواجه الطريقة، والوسائل والتعليم بصفة عامة لذا فإن علاج المعاق بالمدرسة يتطلب مساهمة الأسرة فهي مؤسسة أساسية من المؤسسات الاجتماعية التي لا يمكن للمجتمع ان يقوم قياما صالحا إلا عليها.¹

وكمثال عن المدرسة المتخصصة: مدارس الأطفال المكفوفين الذين يتعلمون طريقة "برايل" وهي طريقة تعتمد على لمس الحروف البارزة في القراءة والكتابة، كما أنه تعز في الآونة الأخيرة مكسب هام تمثل في صدور مجلة "منتدى البصائر" المتخصصة بالمكفوفين، وهي مطبوعة بطريقة برايل كما أنه بدأ الاهتمام بالطلبة الممتحنين في شهادة البكالوريا وذلك بطبع أسئلة الممتحنين بنفس الطريقة.²

(¹) مراد زعيمي، مؤسسات التنشئة الاجتماعية، منشورات جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، 2006، ص 69.

(²) بن حمزة حورية، مرجع سابق، ص 6.

ثانيا: التدريب المهني للمعاقين:

إن برنامج الدولة المتعلق بالمعاقين قد أصبح يحتوي على جوانب متعددة منها الوقاية، الإدماج الاجتماعي و المهني، التأهيل و الرياضة.... حيث تقوم الجهات المعنية بتطبيق برنامج خاص بالأشخاص المعاقين الذي يستفيدون من تدريب مسبق لتحضيرهم وإدماجهم في تكوين مهني يمس كل الجوانب الاجتماعية.¹ فمنها:

- مراكز التكوين المهني والتمهين: يتمثل في تكوين وتحسين التكوين المتخصص بالمعاقين بدينا
 - مراكز الطب النفسي والبيداغوجي
 - ملحقات بمدارس صغار الصم.
- ومن أهم الأهداف التي تسعى وزارة التكوين المهني والعمل إلى تحقيقها من خلال هذه البرامج هي تطوير المعايير الحالية للتكوين المهني للمعاقين وهذا يتطلب:
- الاهتمام أثناء تطبيق هذا البرنامج بإنشاء مرافق التكوين المهني وتخصيص فروع خاصة بالمعاقين مع تكوين محدد في مختلف التخصصات التي توزع عبر التراب الوطني.
 - خلق فروع خاصة بالمعاقين في المؤسسات الغير التابعة لجهاز التكوين المهني.
 - إدخال الأساليب البيداغوجية و التقنية في المؤسسات و المنظمات الأخرى.²

المطلب الثالث: التشريعات الخاصة بالمعاقين في الجزائر:

إن حجم مشكلة المعاقين في الدول النامية و خاصة في الوطن العربي و منها الجزائر يمكن في المحيط الاجتماعي و انطلاقا من الأسرة يمكن توضيح مسألتين مهمتين الأولى تكمن في التقليل و الثانية تتعلق بأهمية التكفل الأسري بالطفل المعاق، و للخوض في هاتين المسألتين نستعرض أهم القوانين و النصوص التشريعية الخاصة بالمعاقين في الجزائر لتدعيم الإطار القانوني، و الذي تجسد في النصوص الأولى لما بعد الاستقلال، تضمنه قانون ضحايا و معطوبي الثورة و قداماء المجاهدين و من القوانين التي توالى الاستقلال فيما يتعلق بالفئة المعاقة نجد :

(¹) وزارة الحماية الاجتماعية، مجلة إعلام و تربية اجتماعية، تربية الأطفال المعاقين، عدد 3، 1983.

(²) بن حمزة حورية، مرجع سابق، ص7.

- المرسوم رقم 80-59 المؤرخ في 8 مارس 1980 يتضمن إحداث المراكز الطبية و المراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعاقين، المنصوص عليها في قانون الصحة العمومية الصادرة في 23 أكتوبر 1970 تعد مراكز عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي.¹
- أما المادة الثانية منه تقول : ينشأ في كل ولاية مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المتخلفين عقليا، و مركز طبي تربوي أو أكثر للمعاقين حركيا، و مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد الانفعاليين، مركز طبي تربوي أو أكثر للمعاقين بصريا و مركز طبي تربوي أو أكثر للمعاقين سمعيا.
- المرسوم رقم 82-180 المؤرخ في 15 مايو 1982 و المتعلق بالتشغيل و إعادة التربية المهنية للمعاقين.
- القانون رقم 83-88 المؤرخ في 2 يوليو 1983 و المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.
- قانون حماية الأشخاص المعاقين و ترفيتهم رقم 2-9 المؤرخ في 8 مايو 2002 و احتوى على برنامج الوقاية من الإعاقة عن طريق الفحص الطبي و التطعيم و التغذية مع إلزامية التصريح بالإعاقة و ضمان العلاجات المتخصصة و إعادة التدريب الوظيفي من خلال العلاج الطبيعي، الأعضاء الصناعية و الأجهزة و التعليم و التكوين المهني و ذلك بمراكز متخصصة تعمل على التكفل الطبي و النفسي و الاجتماعي و تتكفل الدولة بالمصاريف و يضمن القانون أيضا الاندماج الاجتماعي و المهني للمعاقين عن طريق التشغيل و المساعدة الاجتماعية، كتوفير منحة مادية و بعض الامتيازات الخدماتية كمجانية النقل.
- كما أن الجزائر تمنح للأشخاص المعاقين منحة مالية تقدر بثلاثة آلاف (3000 دج) شهريا، ولقد جاءت في المادة 16 من الفصل الأول من القوانين بعنوان الأحكام العامة النص التالي: إنه يتم التعليم والتكوين المهني للأشخاص المعاقين في مؤسسات متخصصة عندما تتطلب الإعاقة درجتها ذلك وتضمن المؤسسات المختصة زيادة على التعليم والتكوين المهني وهذا الاقتضاء إيواء المتعلمين.²
- ولقد تناول الفصل الرابع من الأحكام العامة التي جاءت بعنوان الإدماج والاندماج الاجتماعيان فقد نصت على ما يلي: في المادة رقم 23 أقرت أنه يتم إدماج الأشخاص المعاقين واندماجهم لا سيما من

(¹) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، عدد 11، الصادرة في 11 مارس 1980، ص372.

(²) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 34، 14 مايو 2002، ص09.

خلال ممارسة نشاط مهني مناسب أو مكيف يسمح لهم بضمان استقلالية مدنية واقتصادية، وأما المادة 29 فهي تقر أنه من أجل ترقية وتشغيل المعاقين وتشجيع إدماجهم الاجتماعي والمهني، يمكن إنشاء أشكال تنظيم عمل مكيفة مع طبيعة إعاقاتهم ودرجاتها وقدرتهم الذهنية والبدنية.¹

ولقد جاء في المادة 36 من الفصل السابع الخاص بالأحكام المختلفة أنه تقدم للحكومة عرض أمام المجلس الشعبي الوطني حول برامج حماية المعاقين و ترفيتهم لا سيما برامج الوقاية من الإعاقة و النتائج المحققة في إطار عرض بيان السياسة العامة.²

أما المادة 37 فهي تقر بأنه يعتبر 14 مارس من كل سنة يوما وطنيا للشخص المعاق. ولقد جاء المرسوم المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين و ترفيتهم في المادة 38 على أنه يقصد بالمعاق كما هو منصوص في المادة 02 أنه كل شخص مصاب بإعاقة خلقية أو مكتسبة أو بمرض معجز و تؤدي إلى عجز كلي عن العمل و كل شخص يوجد في وضعية يحتاج احتياجا كليا إلى غيره للقيام بنشاطات الحياة اليومية بسبب إصابة الوظائف الذهنية أو الحركية أو العضوية أو الحسية.³

المطلب الرابع: وسائل التكفل بالمعاق في المؤسسات الجزائرية الخاصة:

تعتبر المناهج التربوية والتعليمية للمؤسسات الخاصة والذي اعتمده وزارة العمل والحماية الاجتماعية سنة 2001/2000 بنية قاعدية لجميع المؤسسات المتخصصة التي تتكفل بالأطفال المعاقين، ولقد ساهمت هذه المناهج في تحقيق ذات المعاقين واستغلال قدراتهم ومواهبهم ومن ثم تحقيق التكيف والاندماج في المجتمع. إن عملية تكيف واندماج المعاقين في المجتمع تتطلب مناهج وتقنيات علمية تتمثل في:⁴

أولاً: دفتر التقنيات التربوية: تم من إنجاز خبراء في المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين لفائدة المراكز الطبية التربوية التي تهتم بتنمية المواهب والقدرات الفكرية لدى المعاق.

(1) المرجع نفسه، ص11.

(2) المرجع نفسه، ص12.

(3) المرجع نفسه، ص17.

(4) فقيه العيد، واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين ذهنيا، أستاذ محاضر بجامعة تلمسان، قسم علم النفس، تلمسان، الجزائر.

ثانيا: دليل التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا: أنجز هذا الدليل مجموعة من المختصين العاملين في ميدان الإعاقة الذهنية، تحت إشراف المركز الوطني بقسنطينة، تم تعديله ثلاث مرات خلال 1995 إلى 1998، وشهد عدة تعديلات في شكله ومضمونه.

ثالثا: دليل الوسط الاجتماعي: أنجز من طرف وزارة الحماية الاجتماعية سنة 1998، فهو يعمل على توجيه الوسط الاجتماعي وفقا لتخصصه.

رابعا: دليل التكفل داخل المؤسسات الخاصة بحماية الطفولة: قام بإنجاز هذا الدليل المركز الوطني لتكوين المتخصصين بالجزائر العاصمة سنة 1994، يحتوي على مجموعة من الإرشادات والتوجيهات في كيفية التكفل بالطفل المعاق والمراهق.

خامسا: خاص بالطفولة المسعفة: أنجزه المركز الطبي لتكوين المتخصصين بالجزائر العاصمة، بالاشتراك مع مديريةية المؤسسات المتخصصة، على مستوى الوزارة، يتضمن مجموعة من الإجراءات للتكفل بالأطفال المحرومين داخل مراكز الطفولة المسعفة.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

المبحث الأول: عرض النتائج و تحليلها و
تفسيرها

المبحث الثاني: نتائج الدراسة

المبحث الثالث: الاقتراحات و التوصيات

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية:

المبحث الأول: عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها:

المطلب الأول: البيانات الخاصة بأسر المعاقين (1):

الجدول رقم (01): خاص بالجنس

النسبة	التكرارات	الجنس
%50	8	ذكر
%50	8	أنثى
%100	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 50% من أفراد العينة من جنس ذكر وهي مساوية لنسبة الإناث.

وهذا يدل على أن الإعاقة الذهنية لا تستثني أي جنس عن الآخر وإنما هي تمس الجنسين معا.

الجدول رقم (02): خاص بمكان الإقامة

النسبة	التكرارات	مكان الإقامة
%80	13	داخل المدينة
%20	03	خارج المدينة
%100	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه من أفراد العينة أن نسبة 80% تقطن داخل المدينة في حين سجلت

نسبة 20% تسكن خارج المدينة، وهذا ما يدل على أن البيئة الاجتماعية في المدينة تختلف عن تلك

الموجودة في القرية أو حيث أن الأولى تتسع بتوسع العلاقات بين الأسرة مما يخلق نوع من الوعي

الزائد لدى أفرادها حيث تستفيد أسر المعاقين في المدن من خبرات ومعارف أوسع من التي يكتسبها

من يقطنون خارج المدينة.

جدول رقم (03): خاص بعدد أفراد الأسرة

النسبة	التكرارات	أفراد الأسرة
%20	4	4-1
%70	10	8-5
%10	02	أكثر من 08
%100	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 70% من أفراد أسرهم تتراوح من 5-8 و نجد نسبة 20% من المبحوثين عدد أفراد أسرهم من 1-4 إضافة إلى نسبة 10% من المبحوثين عدد أفراد أسرهم أكثر من 8. وهذا ما يدل على أنه كلما زاد عدد أفراد الأسرة كلما زاد معه احتمال إصابة أحد أفرادها بالإعاقة.

الجدول رقم(04): خاص بنوع السكن والمرافق والتجهيزات الضرورية

النسبة	التكرارات	نوع السكن والمرافق الضرورية
90%	14	نعم
10%	02	لا
100%	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 90% من أفراد العينة تحتوي منازلهم على المرافق الضرورية من كهرباء وغاز . . . مقابل 10% من المساكن التي تفتقر الى المرافق الضرورية حيث أن المنزل هو أول مكان ينشأ فيه الطفل المعاق لذلك فهو يتعود على كل ما يتوفر عليه منزله من مرافق ضرورية.

الجدول (05): الوالدين على قيد الحياة

الأم		الأب		الوالدين على قيد الحياة
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	16	70%	12	نعم
0	0	30%	4	لا
100	16	100%	16	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة 70% من أفراد العينة وأوليائهم على قيد الحياة في حين هناك نسبة 30% فقدوا آبائهم كما أن هناك نسبة 100% أكدت حياة أمهاتهم. وهذا يدل على أن غياب أحد الوالدين يؤدي الى تشتت الأسرة في أغلب الأحيان حيث أن غياب الأب يؤدي الى التشتت وعدم قدرة الأم على تولي المسؤولية في الأسرة خاصة إذا كان بهذه الأسرة فرد معوق لما يحتاج له من رعاية ومتطلبات.

الإجابة عن السؤال رقم (06): يوضح العوامل التي تجعل الأسرة لا تهتم بأطفالها المعاقين: يرجع سبب عدم اهتمام الأسر بأطفالهم المعاقين إلى الحالة المادية، فالأسر ذات الدخل المحدود تجد الكثير من الصعوبات في توفير حاجات الطفل المعاق، وبهذا يضطر الآباء للبحث عن مصادر أخرى للتحقيق الاكتفاء بخروجهم للعمل ما يضع الطفل المعاق في حالة من الإهمال. ويرجع آخرون إلى أن ثقافة المجتمع ونظرة للمعاق هي السبب في تعرضه للإهمال وعدم حصوله على الاهتمام من أسرته. وهذا بسبب قلة الوعي وعدم تقبل الطفل المعاق.

الجدول رقم (07): خاص بتأثير غياب وجود الطفل على العائلة

وجود أو غياب الطفل على العائلة	التكرارات	النسبة
نعم	14	90%
لا	2	10%
المجموع	16	100%

يمثل الجدول أعلاه نسبة 90% من أفراد العينة يعتقدون أن غياب الطفل عن الأسرة له تأثير عليهم في حين أن نسبة 10% من تعتقد عكس ذلك. وهذا ما يدل على أن الأسر التي يوجد بها طفل معاق تكون تحت ضغط دائم.

الجدول (08): وجود مثل هذه الحالة في العائلة

وجود مثل هذه الحالة داخل العائلة	التكرارات	النسبة %	الاحتمالات	التكرارات	النسبة %
نعم	3	18.75%	الأب	2	66.66%
لا	13	81.25%	الأم	1	33.33%
المجموع	16	100%		3	99.99%

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة 81.25% من أفراد العينة لا تتواجد في عائلاتهم حالة مماثلة لحالة الطفل المعاق في حين أن نسبة 18.75% منهم تتمثل حالة الطفل مع حالة أحد أفراد العائلة

وذلك بنسبة 66.66% على مستوى الآباء وبنسبة 33.33% على مستوى الأمهات وهذا يدل على أن العوامل والظروف والوراثية والبيئية تؤثر على الحالة الذهنية للطفل والدليل على ذلك هو وجود بعض الحالات اعاقا طفلهم راجعة الى عوامل وراثية.

الجدول رقم (09): خاص بدخل الأسرة

النسبة المئوية	التكرار	دخل الأسرة كافي لسد الحاجات الضرورية
70%	12	نعم
30%	4	لا
100%	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 70% من أفراد العينة أكدوا كفاية دخلهم من أجل سد حاجات الطفل المعوق مقابل 30% عبرت عن عدم قدرتها على توفير الحاجات الضرورية. وهذا ما يدل على وجوب تكفل بهذه الأسر من طرف الدولة والمؤسسات الاجتماعية.

الجدول رقم (10): خاص بالتمييز بين معاملة المعاق وإخوته:

النسبة	التكرار	التمييز في المعاملة
95	15	نعم
5	1	لا
100	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 95% من المبحوثين أكدت على أن هناك تمييز بين معاملة المعاق وإخوته بالمقابل نجد نسبة 5% ينفون ذلك. وهذا ما يدل على أن الطفل المعاق يحتاج إلى معاملة خاصة ومميزة داخل الأسرة.

الجدول رقم (11): خاص بالتوفيق بين متطلبات الطفل المعاق وإخوته

النسبة	التكرار	التوفيق بين متطلبات المعاق و إخوته
90	14	نعم
10	2	لا
100	16	المجموع

يبين الجدول أعلاه إلى نسبة 90% من أفراد العينة لم يجدوا صعوبة في التوفيق بين متطلبات أبنائهم و الطفل المعاق، مقابل 10% وجدت صعوبة في التوفيق بين متطلبات الطفل و اخوته. وهذا ما يدل على أن وجود فرد يعاني من إعاقة ذهنية في الأسرة يؤدي إلى ضرورة الترتيب الجيد لمختلف مداخل الأسرة للتوفيق بينه وبين اخوته.

الجدول رقم (12): خاص بمدى الرضا عن الرعاية التي يحظى بها الطفل داخل المركز.

النسبة المئوية	التكرارات	بمدى الرضا عن الرعاية التي يحظى بها الطفل داخل المركز
95	15	نعم
5	1	لا
100	16	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 95% من عائلات الأطفال راضية عن الرعاية التي يحظى بها الطفل داخل المركز بينما 5% عبرت عن عدم رضاها. وهذا ما يدل على توفر المركز على التجهيزات المادية اللازمة واعتماده على الكفاءات في تعامل مع هاته الفئة.

الجدول رقم (13): المتعلق بالشعور بالإحراج من تواجد طفل معاق داخل الأسرة

النسبة المئوية	التكرارات	الإحراج من وجود طفل معاق داخل الأسرة
5	1	نعم
95	15	لا
100	16	المجموع

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 95% من أفراد العينة أكدت عن عدم تعرضها للإحراج لوجود طفل معاق داخل الأسرة.

وهذا ما يدل على الوعي الثقافي والديني الذي يتمتع به أولياء المعاقين، والتقبل والمعاملة الخاصة التي يحظون بها من طرف المجتمع.

المطلب الثاني: البيانات الخاصة بالعاملين بالمركز (ب):

الجدول رقم (01): يوضح خصائص عينة الدراسة (الجنس):

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
أنثى	14	70
ذكر	6	30
المجموع	20	100

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 70 % من المبحوثين كنت من الاناث ونسبة 30% من الذكور وذلك يرجع الى أن الاناث أكثر قابلية للعمل مع هذه الفئات مقارنة مع الذكور .

الجدول رقم (02): يوضح خصائص عينة الدراسة (السن).

السن	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 25 سنة	0	0
25-35 سنة	7	35
36-46 سنة	11	55
47-57 سنة	02	10
المجموع	20	100

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة 55 % من المبحوثين تتراوح أعمارهم بين 36 و 46 سنة حين أن نسبة 10 % من المبحوثين كانت لفئة 47-57 سنة ونسبة 35% تتراوح أعمارهم من 25-35 سنة. وهذا ما يدل على أن المركز يتوفر على موارد بشرية ذات خبرة تسمح لها بأداء مهامها على أكمل وجه.

الجدول رقم (03): يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
ثانوي	1	5
جامعي	19	95
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 95% من أفراد العينة من ذوي المستوى الجامعي ونسبة 05% من ذوي المستوى الثانوي وهذا ما يدل على أن شرط المستوى التعليمي مهم.

الجدول رقم (04): يوضح تخصص أفراد العينة:

الاختصاص	التكرار	النسبة
التقنيين	18	90
أعوان الخدمات	02	10
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 90% من المبحوثين يصنفون في اطار التقنيين بالمركز، لأن العمال التقنيين يقومون في الكثير من الأحيان بمهام أعوان الخدمات.

الجدول رقم(05): يوضح نوع التكوين المتحصل عليه.

نوع التكوين المتحصل عليه	التكرار	النسبة المئوية
نعم	14	70
لا	6	30
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 70% من المبحوثين تحصلت على تكوين خاص في المركز الوطني في تكوين الموظفين المتخصصين في الاعاقة قبل التحاقهم بمناصب العمل وهذا ما يدل على انها تلقت تكويناً متخصصاً في العمل البيداغوجي.

الجدول رقم (6): يوضح نوع التربصات أثناء العمل

نوع التربصات	التكرار	النسبة المئوية
تربصات ميدانية	5	25
دورات تكوينية	6	30
تكوين داخل المركز نفسه	9	45
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 45% من المبحوثين تحصلوا على تكوين داخل المركز، ونسبة 30% تحصلوا على دورات تكوينية ونسبة 25% كانت لهم تربصات ميدانية. وهذا ما يدل على حرص المركز على تكوين موارده البشرية باستمرار من خلال تنظيم تربصات ودورات تكوينية للعمال.

الجدول (07): يوضح مدى كفاية الخدمات المقدمة للمعاق

النسبة المئوية	التكرار	الخدمات المقدمة للمعاق
65	13	نعم
35	7	لا
100	20	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 65% من المبحوثين قالت بأن الخدمات المقدمة داخل المركز كافية، ونسبة 35% من المبحوثين يقرون بأن الخدمات غير كافية. وهذا ما يدل على النقص العددي الذي يعاني منه المركز في العديد من مناصب العمل.

الجدول رقم (08): يوضح مدى تمتع المعاق بالرعاية الطبية

النسبة المئوية	التكرار	الاحتمال
95	19	نعم
05	01	لا
100	20	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 95% من أفراد العينة عبروا عن استفاضة المعاق من الرعاية الطبية بصفة مستمرة وذلك لتواجد عيادة طبية تحتوي على طبيب يقوم بالفحص المعاقين باستمرار بينما نسبة 5% من المبحوثين عبروا عن عدم رضاهم عن الخدمات الطبية المقدمة بالمركز بسبب نقص التجهيزات والمستلزمات الطبية وعدم التزام الطبيب بأوقات العمل.

الجدول رقم (09): يوضح مدى توفر المركز على عدد كاف من الممرضين

النسبة المئوية	التكرار	الحالة
65	13	نعم
35	07	لا
100	20	المجموع

يبين الجدول أعلاه نسبة 65% من المبحوثين يرون أن المركز يتوفر على عدد كاف من الممرضين وهذا ما يدل على مدى اهتمام المركز بالخدمة الطبية ودور الممرضين في ذلك.

الجدول رقم (10): يوضح مدى توفر المركز على الاسعافات الأولية

الاسعافات الاولية	التكرار	النسبة المئوية
يتوفر	20	100
يتوفر الى حد ما	00	00
لا يتوفر	00	00
المجموع	20	100

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 100% من عينة البحث أكدت على توفر المركز على كل الاسعافات الأولية في حالة تعرض الطفل لحوادث لأن هذه الفئة أكثر تعرضاً من غيرها فإنه من الطبيعي أن يتوفر المركز على الاسعافات الأولية التي يجب أن يتلقاها الطفل المعاق قبل وصوله المستشفى .

الجدول رقم (11): يوضح مدى كفاية الخدمات الغذائية

الوجبات الغذائية	التكرار	النسبة المئوية
كافية	19	95
كافية إلى حد ما	1	5
غير كافية	0	00
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 95% من أفراد العينة عبرت عن كفاية الوجبات الغذائية المقدمة، ونسبة 5% من المبحوثين عبرت عن أن الوجبات المقدمة كافية إلى حد ما، وهذا ما يدل على اهتمام ادارة المركز بهذا الجانب بالإضافة إلى الرقابة المستمرة من قبل الجهات الوصية المتمثلة في مديرية النشاط الاجتماعي وبعض جمعيات المجتمع المدني.

الجدول رقم (12): يوضح وقت تقديم الوجبات الغذائية:

وقت تقديم الوجبات	التكرار	النسبة المئوية
مناسب	19	95
مناسب إلى حد ما	1	5
غير مناسب	00	00
المجموع	20	100

يتبين من الجدول اعلاه ان نسبة 95% من المبحوثين أكدت على أن الوقت الذي تقدم فيه الوجبات يعتبر مثالي ومناسب في حين ان نسبة 5% من المبحوثين ترى أن الوقت مناسب نسبيا وهذا ما يدل على انتظام المركز وحرصه على أوقات تقديم الوجبات لأن عدم الانتظام في المواقيت من شأنه يؤخر الحالة الصحية للطفل.

الجدول رقم (13): يوضح الرقابة الدورية على الوجبات المقدمة

النسبة المئوية	التكرار	الحالة
100	20	نعم
00	00	لا
100	20	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين عبرت عن وجود رقابة دورية على الوجبات المقدمة وهذا ما يدل على حرص إدارة المركز واعتناءها بالجانب الغذائي للأطفال سواء من حيث الجودة والكمية وهذا لضمان صحتهم وأن تكون إقامتهم مستوفية لكامل الشروط.

الجدول رقم (14): يوضح مدى تنظيم المركز للرحلات والخرجات الاستطلاعية

النسبة المئوية	التكرار	تنظيم الرحلات
85	17	نعم
15	03	أحيانا
00	00	لا
100	20	المجموع

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 85% من أفراد العينة أكدت على تنظيم الرحلات والخرجات الاستطلاعية من طرف المركز، ونسبة 15% من المبحوثين عبرت على أن هاته الأخيرة تكون أحيانا. وهذا ما يدل على ضرورة وجود هاته الخرجات كونها تدخل في طرق وأساليب العلاج للأطفال، وتوطد العلاقات بين المربين والأطفال بصفة خاصة والعاملين بالمركز بصفة عامة.

الجدول رقم (15): يوضح مدى تنظيم المركز للأنشطة الثقافية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة
100	20	نعم
00	00	لا
100	20	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين أكدوا على توفر الأنشطة الثقافية داخل المركز، كونها تدخل في إطار برامج التأهيل الموجهة للأطفال وإدماجه داخل المجموعة

الجدول رقم (16) يوضح نوع الأنشطة الرياضية الممارسة

النشاط	التكرار	النسبة المئوية
كرة القدم	17	85
كرة السلة	03	15
المجموع	20	100

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة 85% من الأطفال يمارسون كرة القدم، ونسبة 15% يمارسون كرة السلة. هذا ما يدل على أن ممارسة الطفل لهاته الرياضات يولد له شعور أنه مثل الآخرين وينقله من الإحساس بالعجز إلى الإحساس بالقوة.

الجدول رقم (17): يوضح نظرة المعاق تجاه العاملين بالمركز

الاحتمال	التكرار	النسبة المئوية
صديق	6	30
أب أو أم	3	15
مربي	11	55
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 55% من المبحوثين عبرت عن أن علاقتهم بالطفل هي مجرد علاقة طفل ومربي. وهذا ما يدل على صعوبة التعامل مع هذه الفئة في غاية التعقيد. في حين أن نسبة 30% قالت بأن علاقتهم مع الأطفال وصلت لمرحلة الصداقة نتيجة منحهم كامل الدعم لهاته الفئة.

في حين أن نسبة 15% من المبحوثين عبرت عن أن المعاملة بينهم وبين الطفل هي علاقة بين أب وابنه ما يدل على أن المعاملة الحسنة عامل هام وأساسي في الرعاية لذلك من الضروري تحسين العلاقات مع هذه الفئة بقدر المستطاع.

الجدول رقم (18): مدى رضاهم عن تصنيف الأطفال داخل المركز

الاحتمال	التكرار	النسبة المئوية
نعم	19	95
لا	1	5
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 95% من المبحوثين راضية عن تصنيف الأطفال داخل المركز، وهذا ما يدل على أن المركز يعتمد على طرق حديثة في مجال رعاية المعاقين، كما يسهل أيضا هذا التصنيف والتقسيم على المربين والمختصين بطريقة معرفة نوع الإعاقة وسبب الإعاقة ودرجة الإعاقة.

الجدول رقم (19): يوضح نوع العلاقات داخل المؤسسة

نوع العلاقة	التكرار	النسبة المئوية
جيدة	07	35
حسنة	13	65
سيئة	00	00
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 65% من المبحوثين تتمتع بعلاقة عمل حسنة مع زملائها، ونسبة 35% عبرت بأنها جيدة. ويرجع ذلك لعمل المركز بنظام التناوب الذي يجعل المربين في تواصل واحتكاك دائم يولد نوع من الصداقات والاحترام المتبادل بينهم. بالإضافة إلى حرص المربين توطيد العلاقة وجعلها جيدة حتى لا يؤثر ذلك على الأطفال. فالجميع يدرك أهمية وخطورة المهمة الموكلة لهم خاصة إذا انتهت بالسوء وهو ما ينعكس بالسلب على الأطفال.

الجدول (20): يوضح مدى زيارة العائلات لأبنائها المقيمين

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
يومية	02	10
أسبوعيا	18	90
شهريا	00	00
نادرا	00	00
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 90% من المبحوثين أن العائلات تزور أبنائها أسبوعياً. وهذا ما يدل على أن أغلبية الأطفال بالمركز مقيمين، وأن الزيارة تكون من أجل نقل الطفل لقضاء نهاية الأسبوع في المنزل وإعادته بداية الأسبوع. أي أن الزيارات في مختلف أيام الأسبوع قليلة جداً.

الإجابة عن السؤال (21): (خاص بالمربين ومدير المركز): إن العاملين بالمركز تعترضهم مشاكل عديدة أثناء قيامهم بمهامهم، ويرجع ذلك إلى المسؤولية الواقعة على عاتقهم. ورغم ذلك استبعدوا تأثير هاته المشاكل في تعاملهم مع الأطفال، وهذا ما يدل على أنهم يفصلون بين الجانب المهني والمشاكل المتعلقة به والجانب الإنساني المتمثل في تعاملهم مع الأطفال المعاقين ذهنياً.

الجدول رقم(22): خاص بمدى توفر المركز على عدد كاف من الممرضين

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
يتوفر	17	85
يتوفر إلى حد ما	03	15
لا يتوفر	00	00
المجموع	20	100

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة 85% من المبحوثين يرون بأن المركز يتوفر على عدد كاف من الممرضين، في حين نسبة 15% ترى بأن المركز يتوفر إلى حد ما على عدد كاف من الممرضين، حيث يسعى المركز إلى استغلال كل إمكانياته لتوفير أكبر عدد من الممرضين القائمين على رعاية الأطفال المعاقين. وهذا ما يدل على وعي إدارة المركز بمدى أهمية دور الممرضين في تقديم الخدمات الطبية.

الجدول رقم (23): يوضح مدى التقدير من طرف المجتمع للعاملين بالمركز :

الحالة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	18	90
لا	02	10
المجموع	20	100

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 90% من المبحوثين يحظون بالتقدير معنوي من طرف المجتمع، ونسبة 10% ترى عكس ذلك. وهذا ما يدل على أن ما يقوم به المربين تجاه الأطفال المعاقين يحظى بتقدير كبير من طرف المجتمع وينظر له على أنه عمل نبيل وإنساني.

السؤال رقم (24): الاقتراحات المقدمة من أجل تحسين الخدمات داخل المركز:

تم تقديم مجموعة من الاقتراحات من طرف العاملين في المركز نذكر منها:

• تحسين الوضعية المهنية للإطارات.

• زيادة الوسائل البيداغوجية.

• التكتيف من دورات تحسين المستوى و الترتيبات.

السؤال رقم (25): الاقتراحات المناسبة لتحسين مستوى تأهيل المعاق.

أكد جميع المتعاملين مع المعاقين بالمركز عن وجوب إخضاع المعاق لتأهيل تربوي ونفسي

واجتماعي وأيضا طبي. كذلك وجوب زيادة الإدماج الاجتماعي للأطفال من خلال مختلف الخرجات

الميدانية.

المبحث الثاني: نتائج الدراسة:

المطلب الأول: النتائج المتعلقة بالتساؤل الرئيسي:

النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول: هل توفر الأسرة الرعاية الجيدة للمعاق ذهنياً؟

من خلال الجدول رقم (04) المتعلق بنوع السكن والمرافق والتجهيزات الضرورية، والجدول رقم(07)الخاص بتأثير غياب وجود الطفل على العائلة، والجدول رقم(09)الخاص بدخل الأسرة، والجدول رقم (10) المتعلق بالتمييز بين المعاق واخوته، والجدول رقم(11) الخاص بالتوفيق بين حاجات المعاق واخواته، نستنتج ما يلي:

- هناك رعاية اجتماعية يحظى بها الطفل المعاق ذهنياً، حيث تسعى الأسرة بقدر الإمكان إلى تلبية حاجاته المادية من ملابس-مأكل-ألعاب
- أن الأسرة تعمل على تنشئة الطفل المعاق ذهنياً تنشئة سليمة
- أن الطفل المعاق ذهنياً يحظى بالحنان والرعاية مثله مثل السوي، فالأسرة لا تفرق في معاملتها بينه وبين السوي، واعتبارهما فردين من أفرادها. أي ان الأسرة تعمل على اتباع أسلوب متوازن في المعاملة.
- أن الأسرة تتحمل جزء كبير من عبئ رعاية وتربية الطفل المعاق ذهنياً بهدف تكوين شخصيته وتأهيله ومحاولة إدماجه في المجتمع.
- أن الأسرة تبذل أقصى ما تستطيع من جهد في تدريبه على أسس الحياة اليومية كتناول الطعام وارتداء الملابس والمشاركة في الأعمال المنزلية.

النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني: هل توفر مؤسسات الرعاية الاجتماعية الخدمات الكافية للمعاقين؟

من خلال تحليل الجدول رقم (07) الذي يوضح مدى كفاية الخدمات المقدمة للمعاق، والجدول رقم(08) الخاص بمدى تمتع المعاق بالرعاية الطبية، والجدول رقم(09) الخاص بمدى توفر المركز على الاسعافات الأولية، والجدول رقم (11) ، والجدول رقم(12) والجدول رقم (13) المتعلقين بالخدمات الغذائية ومدى كفايتها ووقت تقديمها والرقابة الدورية عليها، والجدول رقم (14) و (15) و الجدول رقم (16) المتعلقين بمدى تنظيم المركز للرحلات والأنشطة الثقافية

نتائج الدراسة

والرياضية، والجدول رقم (22) الخاص بمدى توفر المركز على عدد كاف من الممرضين نستخلص ما يلي:

- أن الرعاية الاجتماعية التي يحظى بها الطفل المعاق ذهنيا داخل المركز من خلال الخدمات المختلفة التي تقدم له لتحقيق تكيف أفضل.
- أن المركز يعمل على تقديم خدمات تثقيفية ترويحوية، لأن الطفل المعاق ذهنيا بحاجة ماسة إلى الترويح عن النفس، واكتساب مهارات تعود عليه بالنفع، وهذه المهارات تكتسب بالتدريب مثل، اللعب، الرسم، كما يقوم المركز بتنظيم رحلات وزيارات للمعاقين التي لها دور كبير في تكوين شخصيته، إضافة إلى الأنشطة الرياضية التي تنمي من النواحي الجسمية والنفسية.
- أن المركز يعمل على تقديم فرص التعليم المناسبة للمعاقين ذهنيا حسب درجة إعاقتهم والتي تهدف أساسا إلى تزويدهم بالمهارات التي تزيد من درجة استقلاليتهم.
- أن المركز يساعد الطفل المعاق ذهنيا على تحقيق التكيف مع نفسه من جهة ومع المحيط الخارجي من جهة أخرى.
- أن المركز يسعى إلى تقديم الرعاية الصحية من خلال التنسيق مع الوحدات الصحية الموجودة خارج المركز والتي توجد داخله، مع إجراء الفحوص الدورية المستمرة للطفل المعاق ذهنيا وإعطاءه العلاج المناسب بالإضافة إلى التغذية الجيدة.

النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث: ما طبيعة التنسيق القائم بين الأسرة والمركز في تحقيق الاندماج الاجتماعي للمعاق ذهنيا؟

من خلال الجدول رقم (12/أ) المتعلق بمدى الرضا عن الرعاية التي يحظى بها الطفل داخل المركز، والجدول رقم (13/أ) المتعلق بالشعور بالإحراج من وجود طفل معاق داخل الأسرة، والجدول رقم (20/ب) الذي يوضح مدى زيارة العائلات لأبنائها المقيمين بالمركز. نستنتج ما يلي:

. أن الأسرة تتقبل وجود طفل معاق ذهنيا داخلها وتعمل ما في وسعها لسعادته، وضمان تكيف سليم له داخل المجتمع من خلال إدماجه بالمركز المختص.

أن هناك تنسيق بين الأسرة والمركز حيث تتعاون الأسرة مع المركز في إعطاء المعلومات اللازمة عن حالة الطفل قبل دخوله المركز.

المطلب الثاني: النتائج المتعلقة بالتساؤل الرئيسي:

من خلال دراستنا توصلنا إلى مجموعة من النتائج تتمثل في:

نتائج الدراسة

- يحظى المعاق بالرعاية في المراكز والمؤسسات الخاصة التي تسعى إلى تحسين وضعية هذه الفئة من الناحية النفسية، والاجتماعية والصحية والتربوية.
- هناك بعض النقائص في التجهيزات والوسائل اللازمة لرعاية المعاقين.

النتائج العامة:

إن الطفل المعاق ذهنياً يحظى داخل الأسرة برعاية خاصة، وتختلف طرق وأساليب هذه الرعاية حسب الإمكانيات المادية، وهناك فرص يحظى بها الطفل في الالتحاق بالمراكز المختصة، ويستفيد من مختلف البرامج والخطط الموجودة ضمنها، إذ أن هناك تنسيق قائم بين المركز والأسرة من أجل تحقيق إدماج وتكيف أحسن للطفل.

المطلب الثالث: التوصيات والاقتراحات:

لقد استهدفت الدراسة عرض بعض الاقتراحات في ضوء المحاولة للكشف عن وضعية المعاقين داخل المراكز البيداغوجية المتخصصة والتي تسعى إلى تحسين وضعية هؤلاء المعاقين من الناحية النفسية والاجتماعية والصحية والتربوية وكانت هذه الاقتراحات والتوصيات المقدمة من طرف العديد من المربين رغبة منهم في الرفع من مستوى ونوعية الخدمات المقدمة داخل المركز وتتمثل هذه التوصيات فيما يلي:

- التكتيف من الخرجات الترفيهية للأطفال ولا يجب ان تقتصر على الغابات والاماكن البعيدة عن المدينة ولكن يجب ان تكون الخرجات خاصة بمجالات مختلفة داخل المدينة وذلك لدمجهم في المحيط الاجتماعي.
- ضرورة وضع برامج تقييمية خطط الرعاية الاجتماعية.
- ضرورة بقاء الطفل المعاق ضمن محيط أسري ملائم وعدم عزله عنه.
- إعداد برامج لمساعدة المعاقين في حدود الموارد المتاحة.
- أن يكون مدراء المراكز مختصر اي من ذوي الاختصاص في المربون المختصون وهم ادرى بهذا المجال وبحالات هذه الفئات.
- توعية الأسر بضرورة التواصل المستمر مع المربين وإرشاد الوالدين وتعليمهم طرق تطبيق البرامج الخاصة بالتكفل أطفالهم المعاقين.

صعوبات الدراسة: هناك صعوبات وعراقيل وقفت أمامنا لإنجاز هذا البحث تتمثل في:

- رفض الاستمارة من طرف بعض أولياء المعاقين.
- وجود نفس المعلومات في الكثير من المراجع والكتب.
- صعوبة التعامل مع مجتمع البحث ويعود ذلك للنقص الموجود لديهم.

نتائج الدراسة

وفي الاخير لا توجد دراسة عملية سوسولوجيا تخلو من النقائص والأخطاء والصعوبات التي تواجه أي بحث في بدايته للبحث عن حقيقة الأمور والموضوعات.

خاتمة

خاتمة:

يصنف المعاقون ذهنيا من بين الشرائح الاجتماعية الأكثر تأثرا بمعطيات الواقع الاجتماعي، لهذا تلجأ المجتمعات إلى الاعتناء بهذه الفئة إيماناً بحقها في الحصول على خدمات اجتماعية تؤمن لها الاندماج. ورغم الصعوبات التي واجهتنا وبناء على ما سبق من النتائج النظرية والعملية التي تؤكد على أن المعاق يحظى بالرعاية الكافية في الأسرة الجزائرية، ويقع على عاتقها جزء كبير من رعاية المعاق، حيث تعتبر المنطلق الأساسي للرعاية من خلال متابعتها له: تربيوا، نفسيا وصحيا منذ المرحلة العمرية الأولى والتي تستمر معه في المراكز والمؤسسات المختصة من خلال البرامج والنشاطات المتبعة فيها. إضافة إلى أن الدولة تسخر كل إمكانياتها المادية والتأطير البشري من أجل دمج هذه الفئة اجتماعيا واقتصاديا من خلال توفير المراكز والمؤسسات المتخصصة، وتأهيل القائمين عليها.

وفي الأخير إن هذه الدراسة تعتبر خطوة أولية في اتجاه البحث حول ظاهرة الإعاقة الذهنية، نتمنى أن تكمل بمحاولات أخرى من أجل الكشف عن أبعادها والحقائق المرتبطة بها، ووضعها أمام السلطات لتبني سياسات اجتماعية تؤمن لهذه الفئة التوافق الاجتماعي السليم.

قائمة المصادر

و المراجع

قائمة المصادر و المراجع

المراجع:

- 1- إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2002
- 2- اسماعيل عبد الفتاح: التنمية الفكرية والثقافية لذوي الاحتياجات الخاصة، الدار الثقافية للنشر، مصر، 2004
- 3- إقبال محمد بشير إقبال إبراهيم مخلوف: الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث
- 4- إيمان فؤاد محمد كاشف: «الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001
- 5- بدرة معتصم ميموني: الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
- 6- بركات وآخرون: ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، مكتبة الرشد، 2017
- 7- بركات، وجدي: الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، جامعة البحرين، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة الخدمة الاجتماعية، 2008
- 8- تيسير مفلح كوافحة: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط5، 2011
- 9- خالد بن عايد الحبوب وآخرون: منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للطلبة القابلين للتدريب من ذوي الإعاقة العقلية، دار اليازوري، عمان، الأردن، الطبعة العربية
- 10- خولة أحمد يحي وماجدة السيد عبيد: الإعاقة العقلية، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط1، 2004
- 11- خولة أحمد يحي: ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن، 2003
- 12- دنيا مصطفى: تنمية التصور الذهني لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، دار الجامعة الجديدة

13-السعيد حسين الفرة: الاعاقة العقلية، دار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2001

14-سهى أحمد أمين: المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال

15-سهير كامل أحمد: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الاسكندرية للكتاب، 1998

16-السيد رمضان، اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، 1995

17-طلعت إبراهيم لطفي: أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1995

18-عبد الباقي زيدان: قواعد البحث الاجتماعي، مطبعة السعادة، القاهرة، الطبعة الثانية، 1974

19-عبد الحميد، بوسف محمد وشعبان: سحر محمد سيد، الخدمة الاجتماعية ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، رؤية متكاملة معاصرة، مكتبة الرشد، 2016

20-عبد الصبور منصور محمد: الإعاقة العقلية تطور المهارات السلوك الاجتماعي في الحياة اليومية، دار الكتاب ط1، القاهرة، مصر

21-عبد اللطيف حسين فرج: الإعاقة العقلية والذهنية، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2007، عمان الأردن

22-عبد المجيد عبد الرحمان: مدخل الى الخدمة الاجتماعية، نظرة تاريخية، دار الغريب للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999

23-عصام دور، سيكولوجية الاطفال ذوي الاعاقة الذهنية، دار الشباب الجامعة 2006

24-علاء شكري: قراءات معاصرة في علم اجتماع، دار الكتاب للنشر

25-فاروق الروسان: مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط3

- 26-فاطمة المصري: أبحاث ومقالات في الدراسات النفسية والاجتماعية، دار المريخ، جامعة الرياض، 1985
- 27-فقيه العيد: واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين ذهنيا، أستاذ محاضر بجامعة تلمسان، قسم علم النفس، تلمسان، الجزائر
- 28-فيوليت فؤاد إبراهيم، بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، مكتبة زهراء الشرق، مصر، ط1، 2001
- 29-كريستين مايلز: التربية المتخصصة دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع، لبنان، الطبعة العربية، 1994
- 30-محمد الطاهر المحمودي: الإعاقة والوقاية منها، مجلة جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، قسنطينة، العدد 23، ماي 2007
- 31-محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر
- 32-محمد سلامة وتوفيق حداد: علم نفس الطفل، وزارة التربية والتكوين، الجزائر، 1973
- 33-محمد سيد فهمي وآخرون: التأهيل الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة للنشر، الاسكندرية، 2005
- 34-محمد سيد فهمي: أسس الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، إسكندرية، 1998
- 35-محمد سيد فهمي: واقع رعاية المعاقين في الوطن العربي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2005
- 36-محمد عثمان نجاتي: علم النفس في حياتنا اليومية، دار القلم، الكويت، 1995
- 37-مدحت محمد أبو نصر: رعاية وتأهيل المعاقين، الروابط العالمية للنشر والتوزيع، مصر، 2009

38-مراد زعيمي: مؤسسات التنشئة الاجتماعية، منشورات جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر،
2006

39-مصطفى نوري القمش: الإعاقة العقلية النظرية والممارسة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان،
الأردن، ط1

40-عمار بخوش: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، القاهرة،
1999

المذكرات:

- 1- أحمد مسعودامي: رسالة دكتوراه بعنوان "رعاية المعوقين وأهداف سياسة ادماجهم" الجزائر، دراسة ميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بطنيا، خميستي، تيبازة، 2006،
- 2- تغري مليكة، امكانيات التكيف الاجتماعي للطفل المتخلف ذهنيا، مذكرة ليسانس، جامعة قالمة
- 3- جمال حواوسة: دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية بالمركز الطبي التربوي، قالمة، 2019
- 4- فتيحة سعدي: فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2005
- 5- لعجال فتيحة: دور الخدمة الاجتماعية في التأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقليا، مذكرة ماجستير، دراسة ميدانية بقسنطينة، الجزائر، 2003

الملتقيات:

- 1- بن حمزة حورية: وضعية المعاق في كنف العائلة الجزائرية، مداخلة مقدمة للملتقى الدولي حول الإعاقة والمجتمع، يومي 23 و24 نوفمبر 2009، جامعة 08 ماي 1945

الجرائد والمجالات:

- 1- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 34، 14 مايو 2002
- 2- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، عدد 11، الصادرة في 11 مارس
1980

3- وزارة الحماية الاجتماعية، مجلة إعلام وتربية اجتماعية، تربية الأطفال المعاقين، عدد 3، 1983
فقيه العيد، واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين ذهنياً، أستاذ محاضر بجامعة تلمسان، قسم
علم النفس، تلمسان، الجزائر

الملاحق

أولاً: بيانات أولية متعلقة بالأسرة (1)

- 1/ الجنس ذكر أنثى
- 2/ أين تقيم داخل المدينة خارج المدينة
- 3/ كم عدد أفراد الأسرة؟ (4-1) (8-4) أكثر من 8
- 4/ هل يتوفر السكن على التجهيزات الضرورية؟ نعم لا
- 5/ هل يتوفر السكن على المرافق الملحقة؟ نعم لا
- إذا كانت الإجابة "بنعم"، فما نوع هذه المرافق؟.....
- 6/ في رأيكم ماهي العوامل التي تجعل الأسر لا تهتم بأطفالها المعاقين؟
.....
- 7/ هل يؤثر غياب الطفل خارج البيت عن العائلة؟ نعم لا
- ما نوع هذا التأثير؟.....
- 8/ هل سبق وان وجدت مثل هذه الحالة داخل العائلة؟ نعم لا
- إذا كان الجواب "نعم" من أي جانب؟ الأب الأم
- 9/ هل دخل الأسرة كافي لسد الحاجات الضرورية؟ نعم لا
- إذا كان الجواب ب "لا" وضح ذلك.....
- 10/ هل يوجد تمييز بين معاملة المعاق واخوته؟ نعم لا
- إذا كان الجواب ب "نعم" من قبل من؟.....
- 11/ هل يمكنكم التوفيق بين متطلبات الطفل المعاق وأسرته؟ نعم لا

..... اذا كان الجواب ب "لا" لماذا؟.....

12/ هل أنتم راضون عن الرعاية التي يحظى بها الطفل في المركز؟ نعم لا

..... اذا كانت الإجابة ب "لا" لماذا؟.....

13/ هل يسبب لكم الاحراج وجود طفل معاق داخل الأسرة؟ نعم لا

ثانيا: البيانات المتعلقة الخاصة بالعاملين في المركز(ب)

- 1/ الجنس ذكر انثى
- 2/ السن (35-25) (46-36) (57-47)
- 3/ المستوى التعليمي ثانوي جامعي
- 4/ المهنة تقنيين أعوان خدمات
- 5/ هل تحصلتم على تكوين قبل دخولكم للعمل بالمركز؟ نعم لا
- ما نوع التكوين المتحصل عليه؟ تریصات ميدانية دورات تكوينية تكوين داخل المركز نفسه
- 6/ هل الخدمات المقدمة للمعاق كافية؟ نعم لا
- اذا كانت الإجابة ب "لا" لماذا؟
- 7/ هل يحظى المعاق بالرعاية الطبية بصفة مستمرة؟ نعم لا
- 8/ هل يتوفر المركز على عدد كافي من الممرضين؟ نعم لا
- 9/ هل يتوفر المركز على الإسعافات الأولية الضرورية في حالة حدوث حوادث؟
- تتوفر تتوفر الى حد ما لا تتوفر
- 10/ هل الوجبات الغذائية المقدمة؟
- كافية كافية الى حد ما غير كافية
- 11/ هل الوقت الذي تقدم فيه الوجبات؟
- مناسب مناسب الى حد ما غير مناسب
- 12/ هل تمارس رقابة دورية على الوجبات المقدمة؟ نعم لا
- 13/ هل ينظم المركز خرجات استطلاعية ورحلات؟ نعم لا أحيانا

14/ هل هناك أنشطة ثقافية تدخل في إطار البرامج الموجهة للأطفال؟

نعم لا

15/ ما نوع الأنشطة الرياضية الممارسة في المركز؟

كرة قدم كرة سلة أخرى.....

16/ في نظركم ماهي العوامل التي تحد من تحقيق المؤسسة لأهدافها؟

أ/ غياب التنسيق بين الأسرة والمركز

ب/ غياب التنسيق بين المركز ومختلف المؤسسات الاجتماعية الأخرى

ج/ اعتماد المركز على طرق تقليدية في التكفل بالمعاقين

17/ على أي أساس ينظر إليكم الطفل العاق ذهنيا؟

صديق أب أو أم مربي أخرى.....

18/ هل أنتم راضون عن تصنيف الأطفال؟

نعم لا

19/ كيف ترون علاقتكم مع المربين زملائكم؟

جيدة حسنة سيئة

20/ هل تزور العائلات أبناءها المقيمين؟

يوميا أسبوعيا شهريا نادرا

21/ هل تعترضكم مشاكل في العمل؟ نعم لا

(أ) إذا كانت الإجابة ب(نعم). وضح أكثر.....؟

(ب) ما مدى تأثير هذه المشاكل.....؟

22/ هل ترون أن المركز يوفر عدد كافي من المختصين المهنيين؟

يوفر يتوفر الى حد ما لا يتوفر

23/ هل هناك تقدير معنوي من طرف المجتمع لكم؟ نعم لا

24/ ماهي الاقتراحات التي تقدمها من أجل تحسين الخدمات داخل المركز؟

.....
.....
.....

25/ حسب رأيكم ماهي الاقتراحات المناسبة لتحسين مستوى تأهيل المعاق؟

.....
.....
.....