



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

موضوع المذكرة:

دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية
دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي بمدينة قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع

تحت إشراف الأستاذ:

د. ديبش فاتح

من إعداد الطالبين:

- جلايلية أسامة
- برمضان محمد سيف الدين

لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	الدرجة العلمية	الأستاذ
رئيسا	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ التعليم العالي	بلعادي ابراهيم
مناقشا	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ التعليم العالي	حملوي حميد
مشرفا	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر (أ)	ديبش فاتح

إهداء

لا شيء أعز من رب الكون الذي لم يبخل علي برحمته و نعمته له الشكر والحمد حمدا كثيرا لا نهاية له.

إلى من قال فيها الصادق الصديق الذي لا ينطق على الهواء " الجنة تحت أقدام الأمهات " إلى التي حملتني في بطنها وسهرت لأجلي، إلى التي باركتني بدعائها وسامحتني بحبها وحنانها الغالية والعزيرة على قلبي دعيني أنحني أمامك وأقبل جبينك (أمي) .

إلى صاحب السيرة العطرة، والفكر المستنير فلقد كان له الفضل الأول في بلوغي ما أنا عليه (والدي) الحبيب، أطال الله في عمره.

إلى أعلى كنز وهبه الله لي أخي و أختي (أيمن) و (إيناس) حفظهما الله و بارك فيهما بالخير و الإحسان .

إلى كل من أصدقائي وزملائي في الدراسة كل بإسمه و أعز الناس على قلبي سواء من كان ظاهرا أو مخفيا \$.

إلى أساتذة وطلبة وعمال قسم العلوم الإجتماعية بصفة عامة و قسم علم إجتماع الصحة بصفة خاصة بكلية سويداني بوجمعة بجامعة 8 ماي 1945 قامة.

إلى من جمعنتي بهم لحظة صدق وفرقتني بهم لحظة صدق أهدي ثمرة جهدي وتعبني.

جليلية أسامة

إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله ومن وفى أما بعد: الحمد لله الذي وفقنا لتثمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية مذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضلته تعالى مهداة إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله وأدائهما نورا لدربي.

إلى كبيرة المقام ذات السيرة العطرة جدتي الغالية.

إلى الأصدقاء الأوفياء، الذين ما انفكوا يوماً عن تقديم العون والمساعدة والدعم لي في أحلك الظروف.

ولكل من أعطاني يد العون من قريب أو بعيد وساعدني في إنجاز هذه المذكرة.

ونسأل الله أن يجعله نبراساً لكل طالب علم.

برمضان محمد سيف الدين

شكر وتقدير

عملا بقول الرسول الله صلى الله عليه وسلم من لم يشكر الناس لم يشكر الله نشكر الله تعالى على توفيقه لنا لإنجاز هذا البحث الحمد لله على كل نعمة أنعمها علينا نتقدم بالشكر الجزيل والاحترام والتقدير للأستاذ المشرف " ديبش فاتح " لقبوله الإشراف على هذا العمل العلمي المتواضع بكل مودة واحترام وعلى النصائح والتوجيهات التي استقدنا منها لإتمام هذا البحث، كما نوجه كل الشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة إلى كل أساتذة وعمال المركز النفسي البيداغوجي لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام، وفي الأخير نتقدم بالشكر إلى كل من قدم لنا يد العون والمساعدة لإنجاز هذا العمل سواء من قريب أو من بعيد وإلى كل أساتذة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

وأسأل الله عز وجل أن يجزي الجميع خير جزاءه.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
-	إهداء
-	شكر وتقدير
-	فهرس المحتويات
-	فهرس الجداول
-	ملخص الدراسة
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
4	أولا: إشكالية الدراسة
5	ثانيا: فرضيات الدراسة
5	ثالثا: أسباب اختيار موضوع الدراسة
6	رابعا: أهمية الدراسة
7	خامسا: أهداف الدراسة
7	سادسا: تحديد مفاهيم الدراسة
13	سابعا: الدراسات السابقة
19	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: المراكز النفسية البيداغوجية ومراحل تطورها واستراتيجيات عملها	
21	تمهيد
22	أولا: نشأة المراكز النفسية البيداغوجية والمراحل التاريخية التي مرت بها.
24	ثانيا: أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية
31	ثالثا: مراحل تطور برامج المراكز النفسية البيداغوجية
33	رابعا: مستويات المراكز النفسية البيداغوجية

34	خامسا: استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية
36	سادسا: خدمات المراكز النفسية البيداغوجية
40	سابعا: أهداف المراكز النفسية البيداغوجية
42	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: ماهية الإعاقة الذهنية	
44	تمهيد
45	أولا: نبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة العقلية والمراحل التي مرت بها
49	ثانيا: أسباب الإعاقة الذهنية
53	ثالثا: تصنيف الإعاقة الذهنية
64	رابعا: خصائص الإعاقة الذهنية
70	خامسا: قياس وتشخيص الإعاقة العقلية
74	سادسا: البرامج التعليمية للمعوقين عقليا
78	سابعا: الأساليب العلاجية للمعاقين ذهنيا
84	خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
86	تمهيد
87	أولا: مجالات الدراسة
88	ثانيا: منهج الدراسة
91	ثالثا: أدوات الدراسة
93	رابعا: عينة الدراسة
94	خامسا: أساليب التحليل
95	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض الجداول وتحليل النتائج	

97	تمهيد
98	أولاً: عرض الجداول
114	ثانياً: تفسير النتائج
117	ثالثاً: النتائج العامة للدراسة
117	رابعاً: التوصيات والمقترحات
119	خلاصة الفصل
121	الخاتمة
123	قائمة المراجع
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الجنس	98
02	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب السن	98
03	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الحالة العائلية	99
04	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي	99
05	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب مكان الإقامة	100
06	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الوظيفة	100
07	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب سنوات العمل	101
08	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الإقامة في المركز	101
09	توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب توقيت العمل	102
10	يمثل شروط تسجيل الطفل المعاق بالمركز	102
11	يمثل أعمال الأطفال الأكثر تواجد في بالمركز	103
12	يمثل كيفية تقسيم الأطفال داخل المركز البيداغوجي	103
13	يمثل إتباع المراكز لبرنامج تعليمي خاص ومحدد	104
14	يمثل اذا كان هناك توافق في البرامج التعليمية بين المراكز والمدارس العادية	104
15	يمثل المسؤول عن وضع البرامج التعليمية للمركز	104
16	يمثل إذا كان هناك تواصل بين الأسر والمركز	105
17	يمثل كيفية اهتمام الاولياء بأبنائهم	105
18	يمثل النتائج الإيجابية التي تعود على الأطفال من طرف اهتمام الاولياء بهم باهتمام المركز	106
19	يمثل توفر قاعة علاج خاصة في المراكز	106
20	يمثل توفر الطبيب داخل المراكز لمتابعة الحالة الصحية للأطفال	106
21	يمثل توفر المراكز على الأدوية والاسعافات الأولية عند مرض أو إصابة الأطفال	107
22	يمثل قيام المراكز بنشاطات ترفيهية	107
23	يمثل النتائج الإيجابية التي تعود على الأطفال من طرف اهتمام الاولياء بهم باهتمام المركز	108

108	يمثل تواجد ورشات تعليمية في المراكز	24
109	يمثل المشاركة في المسابقات الوطنية	25
109	يمثل امكانية الطفل المعاق لتكوين علاقات داخل المركز أو خارجه	26
110	يمثل البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق	27
110	يمثل مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية	28
111	يمثل مساعدة البرنامج البيداغوجية في تعديل سلوكيات الطفل المعاق	29
112	يمثل المدة الزمنية التي تساعد على تأهيل الطفل المعاق	30
112	يمثل الصعوبات التي تواجه المربي في دمج المعاق	31
113	يمثل المسؤول عن وضع البرنامج الذي يقوم عليه الطفل المعاق	32
113	يمثل اكتساب المعاق لمهارات جديدة من خلال البرامج والانشطة	33
114	يمثل امكانية الطفل المتخرج من المركز اكتساب مهنة بعد تخرجه	34

ملخص الدراسة:

إن فئة المعاقين ذهنيا من ذوي الإحتياجات الخاصة الا أنها تعتبر الفئة الأكثر إنتشارا بين باقي الإعاقات والأقل قدرة على التكيف الإجتماعي والتعامل مع الآخرين، لهذا فهي بحاجة ماسة للإهتمام والرعاية من أجل تحقيق القدر الكافي للاندماج داخل المجتمع لهذا فقد تناولت دراستنا المتمثلة في دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية و التي تهدف إلى معرفة الخدمات المتوفرة داخل المركز التي بدورها تخدم الأطفال المعاقين و إن كان يشمل المركز برامج متخصصة لتدريس ذوي الإعاقة الذهنية، و إذ هناك إستراتيجيات خاصة به يسير عليها .

إذ تم إجراء دراسة تطبيقية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بقالمة معتمدين في ذلك على المنهج الوصفي وأجريت الدراسة على عينة تكونت من 48 فرد من المعلمين والمربين والمختصين... ، أما مجتمع الدراسة فيتمثل في المسح الشامل وقد إستخدمنا في جمع البيانات و المعلومات اللازمة حول موضوع دراستنا كل من أداة الملاحظة و الإستمارة، وبعدها قمنا بالتحليل والتفسير فقد كانت نتائج دراستنا كالتالي:

- توفر المركز على الخدمات الكافية والمختلفة التي من شأنها تكيف المعاق مع بيئته وتعديل سلوك الأطفال العدوانية وتأهيله نحو المجتمع الخارجي .

- أن برامج المراكز الخاصة لها فاعلية كبيرة في دمج المعاقين إجتماعيا ونفسيا وثقافيا وعمليا نتيجة اكتسابهم لمهارات جديدة .

- العمل بإتباع إستراتيجيات خاصة أدت بالأطفال المعاقين إلى إكتساب علاقات داخلية وخارجية مع باقي الأفراد وإكتساب مهارات شخصية و عملية من أجل التكيف مع الحياة بصفة عادية بالقدرة المستطاعة .

وخلاصة لما هو موجود و متوفر فالمركز النفسي البيداغوجي له دور كبير و فعال في التكفل والرعاية بالأطفال المعاقين ذهنيا .

الكلمات المفتاحية :

- الإعاقة الذهنية
- المركز النفسي البيداغوجي
- التكفل
- الدور

Résumé de l'étude :

La catégorie des personnes handicapées mentales ayant des besoins spéciaux est considérée comme la plus répandue des autres incapacités et la moindre adaptabilité sociale et l'interaction avec les autres, de sorte qu'ils ont besoin d'urgence d'attention et de soins afin de parvenir à un degré adéquat d'intégration dans la société, notre étude a examiné le rôle du Centre de psychologique pédagogique dans les soins aux personnes ayant une déficience intellectuelle, qui vise à connaître les services disponibles au sein du centre qui à son tour servir les enfants handicapés et si le centre comprend des programmes spécialisés pour l'enseignement des personnes handicapées intellectuelles.

Une étude appliquée a été menée au Centre psychologique pédagogique pour les handicapés mentaux avec un appel basé sur le programme prescrit. L'étude a été menée sur un échantillon de 48 membres d'enseignants, éducateurs et spécialistes... Le milieu de l'étude est une enquête exhaustive et nous avons utilisé les données et les renseignements nécessaires sur le sujet de notre étude, tant l'outil d'observation que le formulaire. Après analyse et explication, les résultats de notre étude sont les suivants:

- Le Centre fournit des services adéquats et différenciés pour adapter les handicapés à leur environnement et pour modifier et réhabiliter le comportement agressif des enfants envers la communauté extérieure .
- Les programmes des centres spéciaux ont une grande efficacité dans l'intégration sociale, psychologique, culturelle et pratiques des personnes handicapés grâce à l' acquisition des nouvelles compétences.
- Travailler avec des stratégies spéciales qui amènent les enfants handicapés à acquérir des relations internes et externes avec d'autres individus et l'acquisition de compétences personnelles et pratiques afin de s'adapter à la vie le plus normal possible.

En résumé de ce qui disponible , le centre psychologique et pédagogique dispose un role important et efficace en matière d'accueil et de soins enfants handicapés mentaux .

Mots clés :

- Déficience intellectuelle
- Centre de psychologique et pédagogique
- Parrainage
- Rôle

مقدمة

لا يوجد مجتمع في العالم مهما بلغ من التقدم يخلو من الإعاقات بمختلف أنواعها، ورغم تطور اجراءات الوقاية والحماية تبقى مشكلة الإعاقة بأبعادها النفسية و الاجتماعية و التربوية والاقتصادية وغيرها أصبحت واحدة من القضايا المهمة عند أغلب المجتمعات وهي لا تشكل عيباً على المعاق وأسرتة فقط بل تمتد آثارها إلى كل مكونات المجتمع، لذا عملت العديد من المجتمعات على إصدار قوانين وتشريعات تحدد مسؤولية المجتمع اتجاه هؤلاء الأفراد وتنظم استجابات المجتمعات لاحتياجاتهم سواء في مجال الوقاية أو الرعاية، كما بلغ اهتمام بعض المجتمعات بقضية الإعاقة درجات متقدمة جدا لأنه وجب الاهتمام بالأطفال بشكل عام و المعاقين بشكل خاص .

إن ظاهرة الإعاقة العقلية لا تقتصر على المجتمعات النامية فحسب بل هي موجودة في المجتمعات المتحضرة التي تهتم بتنمية ذكائهم ومهاراتهم الحياتية لتحقيق أفضل فرص للتوافق والتكيف، وتعتبر فئة المتخلفين ذهنيا في مقدمة الفئات ذوي الإحتياجات الخاصة، حيث يعد أطفال هذه الفئة أقل قدرة على التكيف الإجتماعي وأقل قدرة على التصرف في المواقف الإجتماعية المختلفة والتعامل مع الآخرين والتي يهتم بها علماء النفس والتربية والاجتماع والصحة النفسية، كونها ظاهرة معقدة الجوانب وتحتاج لجهد كبير من القائمين على تنشئة وتأهيل المعاقين عقليا، وهذا الإهتمام ضروري لاعتبارات كثيرة أولها الاعتبار الديني والأخلاقي الذي يحثنا على الإهتمام والرعاية لفئة المعاقين وخاصة المعاقين عقليا و ما يحققه اتاحة الفرصة للمعاق للتعلم أما الإعتبار الثالث وهو الاقتصادي والذي يتمثل في أن تربية وتأهيل المعاق لها عائد انتاجي بحيث لا يصبح عالية على المجتمع .

و من خلال الدور المهم و الأساسي للتكفل بهذه الفئة لطالما وضعت مختلف الدول في العالم استراتيجيات و سياسات خاصة تمثلت في تسخير كل ما يلزم و يتطلب لهؤلاء المحتاجين و ذلك من خلال توفير و بناء المراكز الخاصة و الجمعيات الخيرية و الحملات التوعوية داخل المجتمع للتكفل و الإهتمام بأفراد الإحتياجات الخاصة بصفة عامة و ضمنهم المعاقين عقليا .

ومن هذا المنطلق فقد ركزنا على الدور الذي يقوم به المركز النفسي البيداغوجي والمربين المختصين في التكفل بأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، حيث تضمنت دراستنا جانبين الجانب النظري و الميداني.

الجانب النظري تطرقنا فيه إلى ثلاث فصول هي:

• الفصل الأول:

ويمثل الإطار العام للدراسة حيث تم من خلاله تحديد إشكالية الدراسة مع وضع فرضياتها، وذكر أسباب اختيار الموضوع، وأهميته وأهدافه، ثم تحديد مفاهيم الدراسة أي الإطار المفاهيمي وأخيرا الدراسات السابقة التي تناولت موضوع دراستنا مع التعقيب عليها.

• الفصل الثاني:

وهذا الفصل الخاص بالمراكز النفسية البيداغوجية تطرقنا فيه إلى مجموعة من العناصر للتعرف عليه و هي :

بداية من نشأة المراكز النفسية البيداغوجية والمراحل التاريخية التي مرت بها، مع أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية و مراحل تطور برامج المراكز البيداغوجية، مستويات المراكز النفسية البيداغوجية و الاستراتيجيات التي يتبعها، إضافة إلى الخدمات الموجودة في المراكز و الأهداف التي يسعى المركز النفسي البيداغوجي تحقيقها .

• الفصل الثالث :

هذا الفصل خاص بماهية الإعاقة الذهنية حيث تطرقنا فيه إلى نبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة العقلية و المراحل التاريخية التي مرت بها ثم أسباب الإعاقة الذهنية و تصنيفها، مع ذكر خصائص الإعاقة الذهنية و معرفة كيفية قياس و تشخيص الإعاقة العقلية، و البرامج التعليمية المقدمة للمعاقين عقليا و الأساليب العلاجية لهم .

الجانب الميداني تطرقنا فيه إلى فصلين هما :

• الفصل الرابع :

تناولنا فيه الإجراءات المنهجية المتبعة و ذلك من خلال مجالات الدراسة و المنهج المتبع، و الأدوات المستخدمة في جمع البيانات إضافة إلى تحديد عينة الدراسة و أساليب التحليل .

• الفصل الخامس :

من خلاله تم عرض الجداول وتحليل معطيات الدراسة و تفسير النتائج، وصولا إلى النتائج العامة للدراسة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- أولاً: إشكالية الدراسة
- ثانياً: فرضيات الدراسة
- ثالثاً: أسباب اختيار موضوع الدراسة
- رابعاً: أهمية الدراسة
- خامساً: أهداف الدراسة
- سادساً: تحديد مفاهيم الدراسة
- سابعاً: الدراسات السابقة
- خلاصة الفصل

أولاً: الإشكالية

إن مستقبل المجتمعات المتطورة يتحدد بمستوى ونوع الظروف الإجتماعية والصحية والتربوية التي فيها أفراده يتفاعلون فيما بينهم، ولا شك دائماً أنه هناك تفاوت بين المجتمعات في مختلف المجالات التي أبرزها تمثلت في الجوانب الاجتماعية الصحية.

إن الصحة لها دور بالغ الأهمية في تعزيز الأفراد والمجتمعات والمحافظة عليها سواء كانت صغيرة أو كبيرة، وتهدف إلى دعم خدمات وقدرات الأفراد وتوفير الظروف الملائمة لهم من أجل المحافظة على صحتهم الجسمية والعقلية، وقد اهتمت البشرية بمجال الصحة منذ العصور القديمة كونه محطة أساسية في الحياة، وفي الآونة الأخيرة سعت مختلف مجتمعات العالم الى تحقيق هدف خاص وهو الإهتمام بالفئات الخاصة وهم فئات ذوي الإحتياجات الخاصة بصفة عامة وفئات ذوي الإعاقة الذهنية بصفة خاصة، وهؤلاء الأطفال يمثلون فئة كبيرة من البشر الذين يعيشون معنا سواء كانوا أطفال أو شباب أو رجال حيث يعانون من عدة نقائص عقلية تختلف باختلافاتها.

إن تقدم الأمم والشعوب يقاس بمقدار إحترامها لمعوقيها، حيث أن الإعاقة الذهنية ظاهرة لا تقتصر على مجتمع دون آخر إنما نجدها في كل الطبقات المتقدمة أو المتخلفة على حد سواء، جعل من مجال الإعاقة والمعاقين ذهنياً ينال إهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة حيث أخذ العالم إتجاهاً أكثر جدية وعمقا نحو الإهتمام بهذه الفئة، وذلك نتيجة توصلهم إلى أن هؤلاء الأطفال رغم إعاقتهم ونقص إمكانياتهم في التكوين داخل المجتمع إلا أنهم يتمتعون بحقوق المواطنة والواجبات الإجتماعية ورعايتهم واجب إنساني أخلاقي وديني.

وقد سميت فئة المعاقين بذوي الإحتياجات الخاصة وذلك لأنهم من الأفراد الذين يحتاجون طوال حياتهم أو خلال فترة من حياتهم إلى مساعدة خاصة حيث يتعلمون أو يتدربون أو يتوافقون مع متطلبات حياتهم اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية ليتسنى لهم التكيف مع متطلبات الحياة والوصول بهم إلى ضمان حقوقهم والإحساس بالعدالة الإجتماعية وتحقيق إستقلاليتهم وتواصلهم مع الآخرين من خلال تنمية قدراتهم مهاراتهم وإستغلالها أحسن إستغلال وإدماجهم في المجتمع.

ولهذا حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها ومسبباتها وطرق الوقاية منها، والأفضل من ذلك معرفة السبل والطرق المختلفة لرعاية الأشخاص المعوقين عقلياً ولم يتوقف الأمر عند ذلك، فقد إستدعى التوسع في الخدمات المقدمة للمعوقين عقلياً تنوع تلك الخدمات بقيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للإستفادة من تلك الخدمات وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات.

لذلك فقد أنشأت المجتمعات ما يعرف بمؤسسات ومراكز رعاية المعاقين التي أصبحت تعرف بالمركز النفسي البيداغوجي للتكفل بالمعاقين، حيث وفرت هذه المراكز مختلف التجهيزات والهياكل المتنوعة البيداغوجية منها و الترفيهية والطبية، حيث تعمل هذه المراكز على تقديم عدة خدمات من أهمها الصحية والتربوية والتعليمية والترفيهية وغيرها... إذ أن هذه الخدمات تسهل على المعاق حياته في ظل إعاقته كما نجد أن هذه المراكز تتوفر على طاقم بيداغوجي متنوع من أخصائيين ومربين وغيرهم من العاملين الذين يسعون إلى خدمة الفرد المعاق لتحويله من فرد مهمش إلى فرد فعال في المجتمع.

وعلى هذا فإن إشكالية بحثنا هذا تتمحور حول التساؤل الرئيسي وهو:

• ما هو دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية؟

ويتدرج ضمن هذا التساؤل تساؤلات فرعية وهي:

1. هل تحتوي المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها التكفل ورعاية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية؟
2. هل تشمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الإعاقة الذهنية؟
3. هل تساعد استراتيجيات المركز النفسي البيداغوجي في التأثير الإيجابي على فئة ذوي الإعاقة الذهنية؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

• للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية.

1. الفرضية الأولى: تحتوي المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها التكفل ورعاية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.
2. الفرضية الثانية: تشمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الإعاقة الذهنية.
3. الفرضية الثالثة: تساعد استراتيجيات المركز النفسي البيداغوجي في التأثير الإيجابي على فئة ذوي الإعاقة الذهنية.

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع

إخترنا هذا الموضوع للدراسة للأسباب التالية:

- من أجل التعرف على دور المركز النفسي البيداغوجي ومدى اهتمامه في التكفل بالمعاقين.

- الرغبة في التعرف على هذه الفئة عن قرب أكثر.
- زيارة أحد مؤسسات المركز النفسي البيداغوجي. والحصول على المعلومات من خلال العمل داخله
- زيادة الرصيد المعرفي والعلمي في اختصاصنا.
- نتيجة تزايد هذه الفئة من المعاقين في المجتمع.
- التعرف على أهمية المراكز النفسية البيداغوجية في المجتمع.
- طرق خدمات المراكز والبرامج التي تحتوي عليها.
- الاحتكاك بمحيط هذه الفئة وعمال المراكز الخاصة بهم.
- نقص الدراسات في التخصص الذي ندرسه وبهذا الموضوع بصفه خاصة.
- فضولنا في كيفية تعامل عمال المراكز الخاصة مع المعاقين ذهنيا وطرق دمجهم في الحياة اليومية.
- من أجل تبيين مكانة المعاقين في المجتمع.
- معرفة الإمكانيات المسخرة من خلال الدولة للاهتمام بهذه الفئة.

رابعاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة للبحوث الاجتماعية لكون هذه الأخيرة محل إهتمام الباحثين، والدور الكبير الذي تلعبه كذلك في إثراء مختلف المعارف لدى أفراد المجتمع، وإثراء البحث العلمي، وبالتالي فإن أهمية الدراسة تمثل فيما يلي:

- أن نسبة المعاقين عقليا في المجتمع هي أعلى من نسبة أي فئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة من المعاقين تبلغ نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ما بين وهذا يعني ضرورة الإهتمام بهذه الفئة من أبناء المجتمع الأقل حظا والتي تشكل فئة غير قليلة في المجتمع.
- التعرف على أهمية ومكانة المراكز النفسية البيداغوجية.
- تبيين الصعوبات التي تواجه المعاقين ذهنيا في الحياة.
- وصف واقع المراكز الخاصة للتكفل بهذه الفئة في الجزائر.
- توضيح الصورة الحقيقية للمعاقين ذهنيا في المجتمع ودورهم في الحياة.
- إظهار مدى تطور الوسائل المسخرة داخل المراكز الخاصة من طرف الدولة والحرص على الدعم الدائم لها سواء ماديا أو معنويا.
- الحاجة إلى الدراسات في مجال الإعاقة لأنها ظاهرة عالمية تعاني منها المجتمعات ككل.

- إبراز أهمية المراكز النفسية البيداغوجية في تأهيل ودمج الأطفال المعاقين بالمجتمع.
- دفع المجتمعات إلى الالتفاف والاهتمام بذوي الإعاقة العقلية.
- زيادة الرصيد العلمي والمعرفي والثقافي للشارع الجزائري لهذه الفئة واحتياجاتها الخاصة.
- إبراز أهمية المهارات الإجتماعية التي تساعد الأطفال على مواجهة مشكلاتهم اليومية.
- إن فئة الإعاقة العقلية من أكثر فئات ذوي الحاجات الخاصة التي تعرضت لسوء الفهم والاضطهاد عبر التاريخ البشري لذا كان لابد من إعطاء هذه الفئة الإهتمام الكبير من أجل تدريبها وتعليمها وتأهيلها لتصبح عامل إنتاج في المجتمع بدلا في أن تكون عالة عليه.

خامسا: أهداف الدراسة

- التوصل لنتائج تخدم اختصاصنا بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة.
- تحليل وتفسير الصعوبات والمشاكل التي تواجه فئة المعاقين ذهنيا وإيجاد حلول لها.
- معرفة واقع المراكز النفسية البيداغوجية في الجزائر.
- تطبيق ما تعلمناه في سنوات دراستنا الجامعية.
- أثر الإهتمام والتكفل الصحي على تحسين قدرة الإنتباه عند الأطفال المعاقين عقليا.
- قياس نسبة تحسن الأطفال قبل وبعد تلقيهم برامج المراكز الخاصة.
- الكشف عن الأسباب المؤدية لهذه الإعاقة.
- التعمق في الخدمات والاستراتيجيات المتبعة من طرف المراكز الخاصة ومدى وتأثيرها على الأطفال المعاقين سواء إيجابيا أو سلبيا.

سادسا: تحديد مفاهيم الدراسة

- **المراكز النفسية البيداغوجية Psych-Pedagogical Centers:**
 - أنها مؤسسات تهتم بتنمية القدرات العقلية والجسمية للأطفال المتخلفين عقليا من خلال برامج تربوية وعلاجية منظمة، وتوفير الخدمات الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والتربوية لهم وتدريبهم على السلوك التكيفي الاجتماعي المقبول لمساعدتهم على التكيف والاندماج في المجتمع.¹

¹ - للاهم قاسيمي، عمر عمور عيسى، "برامج المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في تنمية بعض المهارات الحياتية للمعاقين ذهنيا القابلين للتعليم -دراسة ميدانية ببعض ولايات الشرق الجزائري " مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد الأول 2021، ص 725.

- جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً و مواد ومعدات خاصة أو مكيفة وطرق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية الشخصية و النجاح الأكاديمي و المشاركة في فعاليات مجتمعة.¹
- وتعرف بأنها ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع، والموجهة إلى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم، وتأكيد ذواتهم، وتؤدي في النهاية إلى تكاملهم مع العاديين في المجتمع، لكي تحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية، والمهنية طوال حياتهم ولصالح المجتمع.²
- الوسيلة الفعالة في مساعدة الفئات الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيشون فيها، وإعدادهم الإعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة الخاصة التي يعيشها العاديون.³

تعريف إجرائي:

عبارة عن مؤسسات تربوية حيث يتلقى فيها المعاقون ذهنياً القابلين للتعلم رعايتهم وتعليمهم وتهتم بتنمية القدرات العقلية والجسمية للأطفال المعاقون ذهنياً وذلك وفق خطة تعليمية دراسية تقوم على برامج علاجية تربوية منظمة، وتوفر كافة الخدمات اللازمة لهم وتحثهم على التحلي بالاستقلالية حتى تدفعهم الى الاندماج في الحياة الاجتماعية.

• ذوي الاحتياجات الخاصة:

- هم أفراد يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على تعلم أو اكتساب خبرات أو مهارات وأداء أعمال يقوم بها الفرد العادي السليم المماثل لهم في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية ولهذا تصبح له بالإضافة إلى احتياجات الفرد العادي، احتياجات تعليمية، نفسية، حياتية، مهنية، اقتصادية، صحية خاصة، يلتزم المجتمع بتوفيرها له.⁴

¹- مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي، إستراتيجيات التعامل مع طلاب التربية الخاصة، سعة الإبداع للطباعة والنشر، مصر 2018، ص 11.

²- فاروق محمد صادق، برنامج التربية الخاصة في مصر المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري تتشنته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، ص 52.

³- ابراهيم عباس الزهيري، تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم في إطار فلسفي وخبرات عالمية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 2003، ص 23.

⁴- عثمان لبيب فراج، إستراتيجيات مستحدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، مجلة الطفولة والتنمية، العدد 2، 2001، ص 14

- وبقصد به الفرد الذي يحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى صفات خاصة حتى ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكن بذلك أن يشارك في العمليات الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع، وبأقصى طاقة كمواطن، وينتمي الفرد ذوي الاحتياجات الخاصة إلى فئة أو أكثر من الفئات المعروفة بالإضافة إلى التداخل بين الفئات حسب نسبة العجز.¹
- هي حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي وأنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي ليستطيع المعاق حركياً الاستفادة، وتشمل هذه الإعاقة حالات الشلل الدماغي واضطرابات العمود الفقري وضمور العضلات والتصلب المتعدد والصداع، وهي حالات عجز تحد من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي ومرن كالأسياء، الأمر الذي يؤثر سلباً على مشاركتهم في واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية.²
- وعرفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة على أنها: حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسدية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعيق الفرد عن تعلم بعض الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السنة.³

تعريف اجرائي:

هم الأشخاص الذين لديهم ظروف خاصة ومستوى منخفض جداً يختلف عن المستوى والظروف التي يتمتع بها الأشخاص العاديون، ولذلك هم في الحاجة إلى المساعدة والرعاية التي تمكنهم من تحقيق مهامهم في الحياة والتكيف في المجتمع.

● الإعاقة الذهنية:

- هي عجز يتميز بأوجه قصور واضحة في كل من الأداء الوظيفي العقلي، والسلوك التكيفي، ويظهر هذا القصور في المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية، وينشأ هذا العجز قبل سن الثامنة عشر⁴

1- أشرف سعد نخلة، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، طبعة 01، دار الفكر الجامعي للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية 2010، ص 16.

2- سعيد حسني، الإعاقة الحركية والحسية، طبعة 01، مطبعة الأرز للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن 2000، ص 47.

3- هادي نعمان الهيتي، الإتصال الجماهيري حول ظاهرة الإعاقة بين الأطفال، منشور بمجلة الطفولة والتنمية، العدد 5، فبراير 2001، ص 36.

4- محمد عيسى إسماعيل غريب محمد الفيكاوي، الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين (رسالة ماجستير)، جامعة الخليج العربي، كلية الدراسات العليا الكويت 2007، ص 21.

- لقد تبنت الجمعية الأمريكية التعريف التالي: الإعاقة العقلية هي نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متالزماً مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل والعناية الشخصية، والحياة اليومية المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية ويظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة.¹
- كما تعرف الإعاقة العقلية على أنها حالة قصور في وظائف العقل نتيجة عوامل داخلية في الطفل أو خارجية عنه تؤدي إلى ضعف في كفاءة الجهاز العصبي ونقص في القدرة العامة للنمو وقصور في القدرة على التكيف.²
- مصطلح يشير إلى اضطراب يتميز بأداء الوظائف الذهنية أو العقلية العامة على نحو أقل من المتوسط بدرجة دالة جوهرياً، ويحدد إجرائياً أحياناً بأنه معامل الذكاء 70 أو أقل، مع قصور في السلوك التكيفي (بما فيه التفكير والتعلم وأساليب التوافق المهني والاجتماعي)، ويظهر خلال الفترة الارتقائية أي ما تحت 18 سنة.³
- أما تعريف الإعاقة العقلية الذي يظهر في قانون تربية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية فينص على أن: "الإعاقة العقلية تعني أداءً وظيفياً فكرياً عاماً دون المستوى (المعدل) إلى حد كبير، مصحوباً بمشكلات في السلوك التكيفي، ويظهر ذلك خلال فترة النمو ويؤثر بشدة على الأداء التعليمي.⁴

تعريف إجرائي:

هو حالة من تأخر نمو العقل أو انخفاض كبير في مستوى الأداء الذهني منذ الولادة، ينتج عنه اضطرابات معينة في الوظائف الطبيعية والحياتية للطفل حتى أنها تؤثر في النطق والاستيعاب والذكاء والادراك وصعوبة في التعلم للطفل المصاب.

¹- اوكلبي بديعة، محاضرات في الإعاقة الذهنية للسنة الأولى ماستر صعوبات التعلم، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم

النفس وعلوم التربية والأطفونيا 2014، ص 02

²- ابراهيم محمد المغازي، مدخل إلى التخلف العقلي، المكتبة الأكاديمية، القاهرة 2003، ص 15

³- عبد الرحمان سيد سليمان، معجم التخلف العقلي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة 2004، ص 128.

⁴- مارتين هنلي و روبرت رمز و روبرت الجوزين، خصائص الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة، ترجمة زيدان أحمد السرطاوي، العين دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة 2006، ص 81

• التكفل:

- **لغة:** كفل، يكفل، تكفيلاً، أو كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأمره وحافظ عليها.¹
- يمكن أن يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقاً للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولاً إلى درجة التوافق يستقيه.²
- عملية توفير الوسائل والإمكانيات الخاصة بعدد من مجالات التكفل مثل مجال الصحة (العلاج والأدوية...) مجال التربية والتعليم (الأدوات المدرسية، الوسائل التعليمية الخاصة والمجسمات والخرائط المجسمة)، والإمكانيات العامة مثل وسائل الاتصال بالإدارة، والنقل العمومية، حيث تكون تحت تصرف الفرد بهدف تكيف المحيط والبيئة مع متطلبات الفئة المعنية، والوصول إلى عملية دمج هذه الفئات مع باقي فئات المجتمع، وليس هذا وحسب، بل أيضاً دمجهم عبر المسار التربوي التعليمي، من خلال توفير برامج التربية الخاصة، وتكوين المنفذين لهذه البرامج، وتوفير المؤسسات الخاصة بها لتطبيقها، وأما على المسار المهني العمل للحصول على الاستقلالية المادية، والإحساس بقيمته في المجتمع، بمعنى آخر توفير الحياة الكريمة للفرد بغض النظر عن اختلافه وخصائصه الفريدة، بعيداً عن سياسة التهميش القاتلة.³

• الدور:

- الدور هو مجموعة طرق الحركة في مجتمع ما التي تسم بطابعها سلوك الأفراد في ممارسة وظيفة خاصة.⁴
- وكذلك هو المركز أو المنصب الذي يحتله الفرد، والذي يحدد واجباته وحقوقه الاجتماعية.⁵
- إذ يعرف قاموس (وبيستر) مصطلح الدور **لغوياً** بأنه الجزء الذي يؤديه الشخص في موقف محدد.⁶
- فقد عرف "أحمد زكي بدوي" بأنه "السلوك المتوقع من الفرد في الجماعة والجانب الدينامي لمركز الفرد، فبينما يشير المركز إلى مكانة الفرد في الجماعة، فإن الدور يشير إلى نموذج السلوك الذي يتطلبه المركز، ويتحدد سلوك الفرد في ضوء توقعاته وتوقعات الآخرين منه، وهذه التوقعات تتأثر بفهم الفرد

¹ - عبد القادر المعيري وآخرون، القاموس الجديد، الشركة التونسية للتوزيع، سنة 1984، ص 210

² - سهيل أحمد كامل، التوجيه والإرشاء النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر 1999، ص 7

³ - كبار عبد الله، المجتمع المدني ودوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، 2005

⁴ - صادق الأسود، علم الاجتماع السياسي (أسسه وأبعاده)، مطبعة دار الحكمة، جامعة بغداد 1990، ص 123

⁵ - إحسان محمد حسن، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، طبعة 1، بيروت 1990، ص.

⁶ - 123New Websters Dictionary, U.S.A , Lexicon Publications, 1993, P 862

والآخرين للحقوق والواجبات المرتبطة بمركزه الاجتماعي، وحدود الدور تتضمن تلك الأفعال التي تتقبلها الجماعة في ضوء مستويات السلوك في الثقافة السائدة.¹

- أما "عبد المجيد سالمى" فقد عرفه بأنه "مجموعة من أنماط سلوك الفرد، تمثل المظهر الدينامي للمكانة، وترتكز على الحقوق والواجبات المتعلقة بها، وبمعنى آخر يتحدد الدور على أساس متطلبات معينة تنعكس على توقعات الأشخاص لسلوك الفرد الذي يحتل مكانة ما في أوضاع معينة"، والملاحظ أن هذا التعريف تظهر فيه الكثير من عناصر الدور غير أنه لم يحدد طبيعة الأوضاع التي يتم فيها القيام به.²

- في حين يذهب "محمد عاطف غيث" إلى تعريف الدور بأنه نموذج يرتكز حول بعض الحقوق والواجبات، ويرتبط بوضع محدد للمكانة داخل جماعة أو موقف اجتماعي معين، ويتحدد دور الشخص في أي موقف عن طريق مجموعة توقعات يعتنقها الآخرون كما يعتنقها الفرد نفسه، وقد نظر "محمد عاطف غيث" إلى مفهوم الدور من زوايا مختلفة نذكر أهمها:

1- متطلبات الدور، وهي توقعات الآخرين بشأن أداء شخص لدور معين في موقف ما.

2- توقعات الدور، وهي السلوك المتوقع والمرغوب الذي يرتبط بدور معين.

3- أداء الدور، وهو طريقة قيام الشخص بدوره في موقف معين.

وهناك من يرى أنه السلوك المتوقع من شاغل أو لاعب المركز الاجتماعي، كما إن هناك من يرى إن الدور النموذج المنظم للسلوك ومتعلق بوضع معين للفرد في تركيبة تفاعلية.³

أما اصطلاحاً: فالدور لا يرتبط بمجال معين إذ يتحدد دون غيره ويدخل في اختصاصات مختلفة اقتصادية وسياسية واجتماعية وطبيعية، وذلك ضمن عملية تحديد النتائج الخاصة بطبيعة العلاقات الارتباطية بين جزئيات ظاهرة ما، أو بين مجموعات محددة من الظواهر، وحتى في نطاق المجال الواحد يمكن إن يظهر التنوع في معنى الدور، وبالتالي في تعريفه، وإذا ما نظرنا في إطار حقل العلوم السياسية نجد إن له أكثر من تعريف، إذ يعرف في المصطلحات السياسية والاقتصادية والاجتماعية بأنه موقف أو سلوك أو وظيفة لشخص داخل مجموعة.⁴

1- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت 1993، ص 365

2- عبد المجيد سالمى و آخرون، معجم مصطلحات علم النفس، دار الكتاب المصري، طبعة 4، القاهرة 1998، ص 107

3- محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1997، ص 390

4- أعياد عبد الرضا العبدال، دور مصر في النظام الشرق أوسطى وأفاق المستقبلية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية

ابن رشد، جامعة بغداد 2006، ص 1

سابعاً: الدراسات السابقة

الدراسات السابقة لا تعني تلك الدراسات التي يجب أن تكون لها نفس دراسة بحثنا هذا تماماً، أو التي تحمل نفس العنوان أو تدرس نفس وإنما الهدف الرئيسي من ذكرها هو توضيح الحقيقة التي دائماً ما يقال أنه لا يوجد باحث يكتب آخر كلمة في العلم بل دائماً ما كان هناك علوم جديدة و متقدمة تعتمد على بعضها الا انها غير منتهية، وفي بحثنا هذا اعتمدنا على بعض الدراسات المشابهة لموضوع بحثنا، والتي وجدنا بأنها تخدم موضوع البحث الخاص بنا.

(أ) الدراسات الجزائرية:

1. دراسة فاطمة الزهراء العمراوي 2021 / 2022:

تعتبر دراسة وصفية حيث قامت الباحثة فيها بالتعمق أكثر في الصعوبات التي قد يواجهها التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية ومع التلاميذ العاديين واعتمدت الباحثة على أربعة فرضيات كنظرة معينة حول موضوع الدراسة وكانت ترى بأن معظم الصعوبات التي يواجهها هؤلاء التلاميذ أكثرها تكون في التحصيل الدراسي للتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية.

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على الصعوبات التي قد يواجهها التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العامة بشكل عام وبشكل خاص في القراءة، الكتابة، الحساب واللباس والطعام، وحسب الطالبة تكمن أهمية هذا الموضوع في أنه من الموضوعات الهامة في الدراسات التربوية والنفسية مما دعا الى التوجه إلى هذا الموضوع للبحث فيها وكذلك الاثراء الرصيد المعرفي والرصيد الميداني للموضوع.

وقد اسفرت على العديد من النتائج أهمها:

- يواجه دمج تلاميذ ذوي الاعاقة الذهنية في المدارس العادية صعوبة القراءة بشكل كبير من وجهة نظر الفريق البيداغوجي
- يواجه دمج تلاميذ ذوي الاعاقة الذهنية في المدارس العادية صعوبة الكتابة بشكل متوسط من وجهة نظر الفريق البيداغوجي.
- يواجه دمج تلاميذ ذوي الاعاقة الذهنية في المدارس العادية صعوبة الحساب بشكل كبير من وجهة نظر الفريق البيداغوجي.

- وفي الأخير قدمت الطالبة مجموعة من التوصيات والمقترحات المرتبطة بالموضوع.¹

التعقيب على الدراسة:

أشارت دراسة فاطمة الزهراء إلى ما يواجه دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية حيث يواجه صعوبة في الكتابة والقراءة والحساب و اللباس و الطعام و اتضح هناك صعوبة في دمج كل تلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية.

2. دراسة ناصر صبرينة ولكحل ريان 2021/2020:

- دراسة وصفية اهتمت بدراسة فئة ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تعتبر فئة خاصة في المجتمع تقتضي على المجتمع ضرورة الاهتمام والرعاية اللازمة من أجل تحقيق قدر من التكيف والاندماج داخل المجتمع، ولذلك قامت الطالبتين بصياغة هذا الموضوع وكان التساؤل المطروح هل للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة؟
- تكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز أهمية أنشطة وبرامج المراكز النفسية البيداغوجية، والتي تساعد في تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وإدماجهم بالمجتمع، اهتمام الشعوب والمجتمعات بذوي الاحتياجات الخاصة وإظهار ما يمكن أن تتعرض له فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من صعوبات. أما بالنسبة إلى مجتمع الدراسة فتمثل في المسح الشامل الذي اشتمل على مجموعة من المعلمين، الأخصائيين، المربون.... قامت الطالبتين في جمع البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة باستخدام كل من أداة الملاحظة والاستمارة.
- تهدف الطالبتين من خلال هذا الموضوع إلى العمل على تحليل وتفسير المشاكل التي يواجهونها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حت تتوصلان إلى نتائج تظهر أن برامج التربية الخاصة داخل هذه المراكز لها فاعلية كبيرة في تحقيق الدمج الاجتماعي للطفل المعاق، وكذا التكفل اللازم من جميع النواحي النفسية أو الفكرية والصحية والتأهيل المهني أيضا، كما أن الخدمات التي تقدمها هذه المراكز تساعد كلها في تأهيل معاق وزيادة تكيفه مع بيئته، أي أن المعاق يحتاج إلى التعليم التطبيقي أكثر من حاجته واستيعابه للتعليم النظري².

¹دراسة فاطمة الزهراء العمراوي، "صعوبات دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية من وجهة نظر الفريق البيداغوجي دراسة ميدانية في بعض المراكز البيداغوجية بولاية أم البواقي"، (رسالة ماستر)، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة أم البواقي، سنة 2021 / 2022 .

²ناصر صابرينة ولكحل ريان، "المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة -دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل"، (رسالة ماستر)، جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل، سنة 2020 / 2021.

التعقيب على الدراسة:

تبين أن دراسة ناصر صابرينة ضمن المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة و قد توصلت إلى أن برامج المراكز النفسية البيداغوجية تساعد على التأهيل المهني كما تساعد الطفل مستقبلا في الاندماج داخل المجتمع و الإعتناء بالجانب النفسي للطفل.

3. دراسة وهيبة طيطي وآمال عتوسي 2019 / 2020:

- تناولت هذه الدراسة مختلف السياسات الحكومية والتشريعات القانونية المتعلقة بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، والذي كرس الإطار القانوني والمؤسسي لحماية إدماجهم اجتماعيا، حيث تسعى هذه الدراسة إلى إبراز واقع وظروف التكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة بالجزائر، بالإضافة إلى مدى فعالية ونجاعة سياسة التكفل بصغار المكفوفين والاشارة إلى أهم المشاكل والعوائق التي تحول دون نجاح سياسات الرعاية الاجتماعية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة بالجزائر.
- اهتمت هذه الدراسة بمدى فاعلية خدمة التكفل بصغار المكفوفين بمدرسة صغار المكفوفين بالرباح وكان السؤال المطروح ما مدى تكفل سياسة الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر؟، بحيث عملت الطالبتين على استخدام منهجين، الأول المنهج الوصفي استخدم للتعريف بمفهوم سياسات الرعاية الاجتماعية، التكفل ومفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة على سبيل الحصر، أما الثاني فكان منهج دراسة الحالة استخدم لدراسة مدرسة صغار المكفوفين بالرباح، واعتمدت الطالبتين على أداة المقابلة في جمعها للمعلومات.
- توصلت هذه الدراسة إلى أن ظاهرة الإعاقة تعتبر من بين الظواهر الاجتماعية التي تعرف تزايدا كبيرا، والتي تنعكس سلبا سواء على الفرد ذوي الاحتياجات الخاصة أو المجتمع، باعتبارها فئة مهمشة، و الجزائر من بين الدول التي تعاني انتشار لهذه الظاهرة حيث عرفت تزايدا كبيرا ومستمرًا خلال السنوات الأخيرة، وانطلاقا من أهمية العنصر البشري في عملية التنمية أصبح الاهتمام بهذه الفئة في الجزائر من أولويات الجهود الحكومية، حيث صدرت العديد من التشريعات التي توفر الحماية والرعاية في مختلف مجالاتها القانونية والاجتماعية والنفسية والصحية. لكن بالرغم من الجهود التي بذلت سواء على المستوى الاجتماعي أو المهني أو التأهيلي لتحقيق الدمج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، إلا أنها لم تخفف من حدة الوصمة التي ا رفقهم، وذلك لاصطدام هذه الجهود بالواقع خاصة عدم تصميم المنشآت العمرانية بما يتماشى ونوع

إعاقتهم إضافة لعدم تقبل بعض أفراد المجتمع لهذه الفئة، وأيضاً عدم كفاية المنحة المقدمة لهم لتلبية احتياجاتهم الأساسية¹.

التعقيب على الدراسة:

تبين الدراسة بعض نتائج حول دور سياسة الرعاية الاجتماعية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر حيث تضمنت تقديم الخدمات الصحية والنفسية وتقسيم خدمات الرعاية الاجتماعية والتربوية من أجل تلبية احتياجاتهم وتأهيلهم ودمجهم.

ب) الدراسات العربية:

1. دراسة أريج عقاب أحمد عبد الفتاح 2018:

• تناولت الدراسة اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الإعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سيلفييت الحكومية، ومعرفة مدى تقبلهم لعملية الدمج في ضوء بعض المتغيرات وتضمنت خمسة فرضيات لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة في اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة مع أقرانهم في المدارس الحكومية .

• حيث قامت الدراسة على السؤال الرئيسي : ما اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سيلفييت الحكومية؟ خلال أسئلة الدراسة صيغة الفرضيات تتمثل في لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة مع أقرانهم في المدارس الحكومية لمتغير الجنس ولمتغير الخبرة والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية وجود إعاقة في الأسرة او عدم وجود إعاقة حيث تسعى الدراسة الى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف الى اتجاهات معلمين مدارس محافظة سيلفييت نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة في المدارس العادية .

2. التعرف إلى فروق اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سيلفييت .

¹ وهيبه طيطي وآمال عتوسي، " دور سياسة الرعاية الاجتماعية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر -دراسة حالة مدرسة المعوقين بصربا بالرباح، (رسالة ماستر)، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي، سنة 2019/

- ومن النتائج المتعلقة بفحص فرضيات وجود فروق ضد الدلالة إحصائية في إتجاهات المعلمين نحو دمج الإعاقة مع أقرانهم في المدارس الحكومية تعزى لمتغير الجنس حيث كانت هذه الفروق لصالح الإناث¹.

التعقيب على الدراسة:

تبين أن دراسة أريج عقاب تظمنت اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة في ضوء متغيرات الجنس و المؤهل العلمي و سنوات الخبرة و الحالة الاجتماعية و أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة على الدرجة الكلية تبعاً لمتغير وجود إعاقة داخل أسرة المتعلم و بالتالي فقد تم قبول الفرضية الخامسة في الدراسة الحالية .

2. دراسة محمد عيسى اسماعيل الغريب محمد الفلكاوي 2007:

- تعتبر دراسة وصفية حيث قام الباحث بتعمق في معرفة الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسرة التلاميذ العدوانيين من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة واعتمد الباحث على أربع أسئلة تضمنت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أسرة التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين في أبعاد العلاقات الأسرية وأبعاد النمو الشخصي وأبعاد التنظيم وأبعاد مقياس العلاقات .
 - وتهدف هذه الدراسة الحالية إلى معرفة الفروق في بعض أبعاد التفاعل الأسري داخل أسرة التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين غير العدوانيين في المرحلة العمرية من 10 الى 11 سنة في مدرسة التربية الفكرية بدولة الكويت .
- وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج :

- 1- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعتي الدراسة وأسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في أبعاد العلاقات الأسرية التماسك الأسري صراع التفاعل الاسري .
- 2- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعتي الدراسة أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في أبعاد النمو الشخصي والاستقبال والتوجيه نحو التحصيل والإنجاز والتوجيه العقلي الثقافي.

¹أريج عقاب أحمد عبد الفتاح،"اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الإعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سلفيت الحكومية" (رسالة ماجستير) جامعة القدس المفتوحة فلسطين 2018 .

3- عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مجموعتي الدراسة بعد التنظيم ولكن وجدت فروق ضد دلالة إحصائية¹.

التعليق على الدراسة:

بينت نتائج الدراسة لمحمد عيسى أن فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أسر التلاميذ دون الإعاقة الذهنية البسيطة تتمثل في أبعاد العلاقات الأسرية التماسك حرية التعبير عن المشاعر صراع التفاعل الأسري حيث يجد الوالدين صعوبة في تهدئة الطفل بعد شعوره بالغضب و التوتر و نقص الإستمرار و انعدام الهدوء جراء التغيرات التي تحدث داخل الأسرة.

¹محمد عيسى إسماعيل غريب محمد الفيلاوي، "الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت" (رسالة ماجستير) جامعة الخليج العربي 2007.

خلاصة الفصل:

حاولنا في هذا الفصل وضع إطار منهجي محدد يتمثل في:

- التعرف وإبراز أهمية موضوع الدراسة في حياتنا اليومية، والتطرق لمختلف الأسباب التي أثارت اهتمامنا والتي تركت طابعا خاصا دفعنا لاختيار موضوع التكفل بذوي الإعاقة الذهنية على غرار المواضيع الأخرى من مختلف الإعاقات الموجودة، وصولا إلى أهم الأهداف التي وصلنا إليها من خلال بحثنا في هذا الموضوع.
- وقد قمنا بتدعيم هذا الفصل بدراسات سابقة لها مختلف العلاقات بالإعاقة الذهنية والجوانب المتنوعة من أجل إبراز القيمة الحقيقية لهذا الموضوع، فكل هذا سمح لنا بمعرفة مدى أهمية دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الإعاقة العقلية بصفة خاصة ومختلف الإعاقات الأخرى بصفة عامة.

الفصل الثاني: المراكز النفسية البيداغوجية

ومراحل تطورها واستراتيجيات عملها

- تمهيد.
- أولا: نشأة المراكز النفسية البيداغوجية والمراحل التاريخية التي مرت بها
- ثانيا: أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية
- ثالثا: مراحل تطور برامج المراكز النفسية البيداغوجية
- رابعا: مستويات المراكز النفسية البيداغوجية
- خامسا: استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية
- سادسا: خدمات المراكز النفسية البيداغوجية
- سابعا: أهداف المراكز النفسية البيداغوجية
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعوقين من المؤسسات ذات الطابع الاجتماعي التي تهتم برعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و التي من ضمنها الإعاقة الذهنية بدرجاتها المختلفة، و الأطفال الذين لديهم تأخر مدرسي أو اضطرابات في السلوك و ذلك بتقديم الرعاية اللازمة كي يتكيفوا مع ظروفهم البيئية الداخلية و الخارجية، و محاولة ادماجهم في الحياة الاجتماعية اليومية و ذلك من خلال توفير الرعاية الصحية اللازمة و الخدمات المتنوعة التي تشمل الجوانب النفسية و التعليمية و التربوية و غيرها من أجل تحقيق الاهداف المنشودة و هي دمج الأطفال في الحياة العامة و العادية و ممارسة الأعمال مثلهم مثل الأطفال العاديين .

وفي هذا الفصل سنحاول التطرق إلى محتوى المراكز النفسية البيداغوجية، وذلك من خلال جميع الجوانب التي تشمل الأسس التي تستند إليها المراكز، والاستراتيجيات التي تسير وفقها، وأنواع الخدمات المقدمة للمعاقين، ومختلف المستويات التي تقوم عليها، وصولاً إلى مجموعة الأهداف التي تسعى المراكز النفسية البيداغوجية تحقيقها وتجسيدها على أرض الواقع.

اولاً: نشأة المراكز النفسية البيداغوجية والمراحل التاريخية التي مرت بها

- لقد وجد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في كل العصور، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأفراد ذوي الحاجات الخاصة قد اختلفت من عصر إلى آخر، تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفراداً غير صالحين لخدمة المجتمع، وقد ساعدت وحثت الديانات السماوية على الرعاية والمعاملة الحسنة، وهي الاتجاه السائد في معاملة ذوي الحاجات الخاصة، وفي القرن الثامن والتاسع عشر، وبعد قيام حركات الإصلاح، الثورة الفرنسية والأمريكية، ظهرت الأفكار التي تنادي بحماية المعوقين وتعليمهم.

- أما في أوروبا فلا نجد في الأدب التربوي أي إشارة إلى الاهتمام بهذه الفئة حتى ظهور حركة الإصلاح والثورة الفرنسية، والثورة الصناعية، حيث أصبح الإنسان عامل بغض النظر عن الإعاقة الموجودة لديه كإنسان له حقوق وعليه واجبات، وبناء على ذلك ظهر في أوروبا ما يسمى بحقوق الإنسان .

- ومن أوائل العلماء الذي اهتموا بالتربية الخاصة "جين إيتارد Itard Jean"، وهو طبيب فرنسي يعتبر من أوائل المؤرخين للتربية الخاصة اهتم بتربية وتشخيص الصم وتدريبهم، وقد قام هذا الطبيب الفرنسي بتدريب طفل متوحش في غابات إفيرون في فرنسا 1798، حيث وجد عارياً يمشي على أربع، ثم جاء بعده سيجان Edwavcl Segan حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقلياً، وأنشأ أول مدرسة لهم في جامعة بنسلفانيا 1896 تحت إدارة وتمر Wetamar وظهر بعد ذلك جالتون Gaglton الذي اهتم بدراسة الوراثة (وراثة الصفات الإنسانية)، واهتم بدراسة الفروق الفردية، وكذلك ابنج هاوس الذي اهتم بالاضطرابات العقلية، واستخدم الأساليب العلمية لمعالجتها، حيث كانت تعالج الماضي عن طريق الشعوذة، أما الطبيب الفرنسي الذي كان له الأثر الأكبر في دراسة الاضطرابات العقلية فهو أبو الطب النفسي الحديث بانيل Banel، حيث عمل على دراسة الاضطرابات العقلية ومعالجتها، وأمر بنزع القيود الحديدية من المرضى، حيث أنها تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى زيادة الاضطرابات النفسية، وتعمل مع تخريب بعض الأنسجة الدماغية وتسبب مرض الزهري وتصلب الشرايين، وهذا ما تسببه بعض أنواع العقاقير التي كانت تصرف للمرضى، ويعتقد Banel أن قيام العضوية السليمة بعمل غير سوي يعود إلى الأسباب التالية :

1- نظرة الشخص نظرة خاطئة إلى نفسه (تدني اعتبار الذات)

2- علاقته بمن حوله

3- كون عاداته الفكرية منحرفة

- وتعد منتسوري 1870-1952 أول سيدة إيطالية حصلت على درجة في الطب، رواد الأوائل الذين اهتموا بتعليم الاطفال العاديين وذوي الحاجات الخاصة¹.
- اما في الولايات المتحدة الأمريكية، فيعد هوي 1801-1876 والذي تخرج من جامعة هارفارد طبيبا في عام 1824، من رواد التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، اذ يعد هوي من الأطباء والمربين الأوائل في تاريخ التربية الخاصة، قام بتأسيس أول مدرسة للمكفوفين عرفت باسم the perking school for the blinde في مدينه (water town) بولاية ماستوشس، وتعد هيلين كيلير ولورا برجمان من الأوائل الذين تتلمذوا وتعلموا على يدي هوي، يعد توماس جاليدت(1851-1787) من المربين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الصم، فقد سافر الى أوروبا لتعلم طرائق تربية الصم، ثم عاد الى الولايات المتحدة الأمريكية عام 1817، ليؤسس أول مدرسة أمريكية للصم في مدينة هارد فورد، بولاية كونيكات والمعرفة باسم المدرسة الأمريكية للصم، وقد كرم جاليدت بأن أسست أول كلية للصم في مدينة واشنطن عرفت باسمه هي (the gallavdet college). وقد كان من آثار الحركة النازية على ألمانيا هجرة الكثير من المربين والأطباء الألمان إلى الولايات المتحدة الأمريكية، حيث ساهم هؤلاء بشكل واضح في نمو ميدان التربية الخاصة، من هؤلاء ماريان فروستج 1938 والتي كانت تعمل أخصائية نفسية واجتماعية في النمسا وبولندا، حيث ساهمت بشكل واضح في نمو التربية الخاصة وتطورها، وخاصة في تعليم الاطفال ذوي الحاجات الخاصة وذوي صعوبات التعلم، وكذلك الفرد سترافوس طبيب الأعصاب المشهور، وكروك شانك، هيلمر مايكل باست، إذ يعود الفضل لهؤلاء الرواد في تطوير موضوعات صعوبات التعلم كأحد الميادين الرئيسية في التربية الخاصة، وكذلك هنزفرنر 1930 الأخصائي في علم نفس النمو الذي ترك ألمانيا، إلى مدرسة (wayen) في مدينة (northville)، ليساهم في تطور الابحاث في ميدان التربية الخاصة، نيكولاس هوبس 1960 الأخصائي في علم النفس و التربية الخاصة والذي اهتم بتربية الاطفال المضطربين انفعاليا وتعليمهم، واخيرا جولدبيرج 1972 والذي أشار الى تقدم الدول الإسكندنافية في تربية ورعاية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة والذي دعى الى الاستفادة من خبرات هذه الدول، ونقل تلك الخبرات الى الولايات المتحدة الأمريكية².

¹تيسير مفلح كوافحة، علم النفس التربوي وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة، دار المسيرة للطباعة و النشر و التوزيع، الطبعة 02، عمان 2004، ص 46.

²محمد بن عامر الدهمشي، دليل الطلبة و العاملين في التربية الخاصة، دار الفكر للنشر و التوزيع، الطبعة 01، عمان 2007، ص 16 - 15.

● المراحل التاريخية التي مرت بها المراكز النفسية البيداغوجية:

- **مرحلة العزلة:** في هذه المرحلة أعتقد المجتمع أن المعاقين مصابون بالشياطين والأرواح الشريرة، لذلك دعوا إلى عزلهم وقتلهم.
- **مرحلة المؤسسات:** بدأ المجتمع باستيعاب فئة ذوي الاحتياجات الخاصة وبدأت الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية تظهر بعض الخدمات لإيواء المعاقين واقتصر ذلك على تقديم المأوى والغذاء ثم بدأت تقديم الخدمات التعليمية للصم والمكفوفين وذلك بوضعهم في مراكز يقضي فيها المعاق معظم حياته باعتباره مشكلة تحاول الأسرة إخفائها قدر الإمكان.
- **مرحلة التأهيل:** بدأ المجتمع في هذه المرحلة بالاعتراف بوجوب تعليم وتأهيل هذه الفئة من الأفراد، وتم إنشاء مدارس ومراكز ومؤسسات خاصة بهم.
- **مرحلة الدمج:** هذه المرحلة تتميز بأن المجتمع أصبح متفهماً للجوانب النفسية للذوي الاحتياجات الخاصة، فلم تعد النظرة إلى الإعاقة على أنها وصمة وإنما المعاق هو شخص يعاني من صعوبات معينة وهو بحاجة إلى العلاج والرعاية والمساندة¹.

ثانياً: أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية

إن أهم أسس ومبادئ التربية الخاصة والأصول في بناء البرامج هي الوصايا العشر التالية في مجال حقوق الإنسان من ذوي الاحتياجات الخاصة:

1. حق ذي الاحتياجات الخاصة في الخدمات الخاصة حق مستمر:

The Right of People with Special Needs to Special Services is a Continuous Right

تبلورت فلسفة التربية الخاصة والتأهيل في أن الطفل من ذوي الإحتياجات الخاصة إنسان كأى إنسان له الحق في الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية في جميع مراحل نموه وتطوره، كما أن له حق العمل والتوظيف في مرحلة العمل، وله حق تكوين أسرة بالزواج (إن لم يكن هناك محددًا يمنع من ذلك)، كما أن له حق الحياة في سياق الحياة الاجتماعية في المجتمع والتمتع بما يتمتع به كل مواطن من حقوق مادية أو اجتماعية أو إدارية وعليه كل واجبات المواطنة (حسب إمكاناته وتوجهاته) أي أن الفرد الذي لديه إعاقة "هو مواطن له حق المواطنة وعليه واجباتها بقدر استطاعته وتحمله لمسؤولياته وقد ارتبطت هذه الحقوق بمبدأ تكافؤ الفرص Opportunity of Equality بين الأفراد والمواطنين دون أن الأفراد تتأثر هذه الحقوق بلون أو دين أو عقيدة أو أصل عرقي أو جنس أو غيرها من دواعي التمييز بين الأفراد .

¹بديع عبد العزيز القشاعلة، الأساس في التربية الخاصة، دار الهدى عبد الزحافة، فلسطين 2017، ص 29 - 30 .

ولقد ارتبطت معظم الأفكار بالفكرة الديمقراطية الحديثة في معظم الكتابات الغربية في طرق إدارة الحكم والتنظيم الإداري للدولة، ولا يخفى علينا أن هذه الفلسفة إسلامية في الأصل أرسى أسسها القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة وسلوك الخلفاء الراشدين ورجال الدين الإسلامية في كل العصور، (فلا فضل لعربي على أعجمي إلا بالتقوى).

فقد أرسى الإسلام حقوق المواطنة في الرعاية على أسس شرعية لا تحتمل التأويل أو التزييف أو المزايدة ولقد تواجدت الاختلافات في الفلسفات أو الإمكانيات أو في التطبيق بين دول العالم واختلفت الأولويات، ولذلك اهتمت منظمات الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة بهذه المشكلة فأفردت لها جلسات متابعة من الجمعية العامة للأمم المتحدة منذ أوائل التسعينات من القرن العشرين، ثم أتبعتها مؤتمرات في الوكالات المتخصصة ولخصت إلى دستور بين دول العالم بوضع برامج التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة ضمن خطط التنمية الاجتماعية في كل دولة.

ولقد برزت منظمة الصحة العالمية "WHO" ومنظمة العمل الدولية "ILO" واليونسيف "UNICEF" واليونسكو "UNESCO" في أداء هذه الأدوار حفاظاً على حقوق الأطفال ذوي الإعاقة في تلقي الرعاية داخل مجتمعاتهم ومتابعتها¹.

2. حق اندماج "ذوي الاحتياجات الخاصة" في حملة التنمية الشاملة :

Integration of special Needs in the society

لقد مارست الكثير من الدول عزل الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة في مؤسساتهم أو مستعمراتهم لفترة قصيرة أو طويلة ترتبط بتعليمهم وإعدادهم مهنيًا على مهن تصلح لهم ويصلحون لها، وارتبط ذلك بخطة إعدادهم في عدد من المهن أو الحرف التي جرت العادة على توجيههم إليها حسب إمكانيات كل دولة أو إمكانيات كل مؤسسة.

ولقد أوضحت البحوث العلمية عدم صدق كثير من المبادئ والممارسات التي تعتمد على مفهوم أو خبرات محدودة سبق الاعتماد عليها في ممارسات القبول أو التسكين أو التصنيف أو التوجيه المهني، كما اكتشفت البحوث بأن الطفل ذو الحاجات الخاصة كفرد يصعب وصفه حسب معيار واحد أثناء تقديم الخدمات إليه وفي كل مراحل تعليمه أو تأهيله.

فالجانب العلمي ينقضي منا اكتشاف ميوله واستعداداته ومهاراته المتعددة، فالفرد الذي لديه احتياجات خاصة إنسان له إمكانياته وقدراته ومهمتنا العلمية اكتشاف تلك الإمكانيات والقدرات ورعايتها وحصادها في

¹عبد الفتاح علي غزالي، سيكولوجية الفئات الخاصة، ماهي للنشر و التوزيع و خدمات الكمبيوتر، الإسكندرية 2008، ص 30-

مصلحة المجتمع بأسلوب علمي وحضاري وإنساني. إن المبدأ الإنساني يتطلب منا رعايته صحيا وتعليميا وتأهليا واجتماعيا ومهنيا حتى تؤدي الرسالة أهدافها.

والخلاصة أن الإنسان الذي لديه احتياجات خاصة لا بد من رعايته كفرد له إمكانيات وقدرات، كما أن به تصورات وعلى البرنامج المعد له إدخال تلك المفاهيم في الاعتبار لإعداده مواطنا يقوم بواجباته الاجتماعية، وأن يكون الفرد الذي لديه احتياجات خاصة في عمله وإنتاجه وكيانه جزء من الخطة التنموية للمجتمع الذي يعيش فيه يقتضي الدمج أيضا أن تعطى الخدمات في جو عادي من الحياة ذات الإيقاع الطبيعي في الحياة اليومية العادية بقدر الإمكان Normalization وبأقل قدر من المحددات البيئية التي تمنح تفاعله مع الحياة الطبيعية للأفراد العاديين .

3. الأخذ بالنظم المتعددة التخصصات في صورة متكاملة عند رسم البرنامج :

Multidisciplinary Approach

من المؤلف أن يحتاج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى عدة خدمات تخصصية ذات كفاءة عالية حتى تتكامل الجهود وتوفق في تقديم فرص نمو متكاملة من النواحي الصحية والتعليمية والتأهيلية والمهنية، وتضمن للفرد فرص النجاح في الاندماج في مجتمعه في سن الرشد وتعتمد بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية مثلا في تقديم خدماتها "الحكومية" عن طريق وزارة واحدة للخدمات، (بالإضافة إلى الجهود اللانهائية للمؤسسات غير الحكومية والدينية) وبعض الدول الأخرى تنجح عن طريق تجنيد الخدمات المتكاملة في مؤسسات غير حكومية أو أهلية أو محلية ينشط دورها في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تتضاءل بجواره الجهود الحكومية كما هو الحال في الدول الإسكندنافية والتي تتميز ببرامجها بالمرونة والكفاءة العالية .

ولقد بدأت المحاولات الجادة منذ بدأ السبعينات من القرن العشرين في الدول العربية بعامة لتشكيل هيئات عليا بكل دولة ثم بجامعة الدول العربية لرسم الخطط وتحديد السياسات والأولويات وطرق تنفيذها بدولها لضمان تحقيق التكامل بين الدول في تنفيذ برامج فعالة للأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة في جميع مراحل حياتهم .

والمعروف أنه بالرغم من الجهود الدائمة في هذا المجال، إلا أن تقييم النواتج وتقنين البرامج ومتابعتها مازال يحتاج إلى المزيد إذا ما قارنا بين البرامج العربية والمستوى السائد حاليا في الدول المتقدمة¹.

¹ عبد الفتاح علي غزالي، المرجع السابق، ص32-33.

4. توفير البدائل عند اختيار برنامج لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة :

Educational Alternatives

إن المتغيرات التي تحدد خصائص الفرد من ذوي الإعاقة متعددة فمنها متغيرات الطفل كالسن والنوع وخصائص الطفل النفسية والاجتماعية، كما أن هناك متغيرات خاصة بالإعاقة مثلا وهي تشمل نوع من الإعاقة وشدتها ومدى الضغوط التي تحدثها الإعاقة في الفرد، ونوع ومدى الإمكانيات التي تتوافر لديه، كما أن هناك متغيرات خاصة بمكان المتغيرات ونوعها، وتركيزها ومدى تأثير هذه الخدمات على الطفل ومدى الإمكانيات المتوفرة في مكان تأدية الخدمة ومدى كفاءتها في إحداث التغيير المطلوب في الطفل بحيث تؤدي به في النهاية إلى أكبر درجة من النمو الكمي والكيفي وفي مدى اعتماده على نفسه ثم استقلالته في حياته الشخصية والاجتماعية ويعتقد العلماء بأنه من الأفضل عند اختيار خدمات الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أن تحقق في الخدمات خصائص الكفاءة والمرونة والتنوع بحيث تكون البيئة الخدمية أو الاجتماعية من حولها أقل عزلا وأقرب دمجا مع الأسوياء "Restrictive Least" وهذا يتطلب من المؤسسات الكثير من التعديلات في نظم القبول وتحديد المعايير والمرونة والملاحظة والمتابعة في ضوء خصائص الطفل، والتنوع في الخبرات والممارسات والتنوع في أساليب العمل والتقييم وتعدد الاتجاهات في الانطلاق بالطفل إلى عالم الغد .

5. تكامل التقييم والتشخيص في وقت مبكر والاهتمام برسم مال الطفل :

Early Identification and Prognosis

تتسبب الإعاقة في تعطيل ملامح النمو المتكامل عند الطفل، فكلما تم التعرف على مسبباتها وأبعادها في وقت مبكر، وكلما قدمت الخدمات للطفل ذو الحاجات الخاصة في وقت مبكر، كلما تم حصر أثارها الأساسية والفرعية في نطاق أضيق، وكانت القصورات لدى الطفل أقل أثرا على عمره المتكامل. ويحتاج التقييم والتشخيص المتكامل والمبكر عدة عمليات تخصصية في النواحي الطبية، والطبية النفسية، والنواحي السلوكية للطفل والنواحي الأسرية بحيث تؤدي في النهاية إلى رؤية واضحة لأبعاد المشكلة في علاقتها بإمكانات الطفل من ناحية، وديناميات القصورات الموجودة لديه من ناحية أخرى، ولا بد أن يؤدي التقييم والتشخيص إلى هذه الرؤية المتكاملة في علاقتها بالرؤية المستقبلية للطفل في سياق الخدمات المتوفرة في المؤسسة أو في البيئة ورسم مال الطفل Prognosis في هذه الخدمات والتوقعات المنتظرة منها في أثناء أداء هذه الخدمات له ومتابعة الفعلية وهو الأمر الذي يؤكد على ضرورة متابعة دائم للخدمات وتعديلها لكي توافق احتياجات الطفل وتوابع إعاقته. الفريق للطفل في سياق هذه الخدمات لتحديد إيقاعاتها

معه ومدى الاستفادة منها ومن ثم يكون هناك تقييم دائم للخدمات وتعديلها لكي توافق احتياجات الطفل وتوابع إعاقته¹.

6. حق التمتع بالرعاية الفردية داخل الخدمات الجماعية:

Individualized Program

لا نبالغ في القول إذا نظرنا إلى كل حالة إعاقة على أنها حالة فردية من نوعها في طبيعتها وفي تركيبها وعناصرها وفي تفاعل هذه العناصر في الطفل وأسرته، ومن ثم فإن الحق في الرعاية الفردية يتحقق. ولقد تعدلت الاتجاهات في التعامل مع الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة من ممارسات المؤسسة الداخلية العزلية وتطورت تدريجياً إلى التأهيل داخل المجتمع Based community في وحدات مجتمعية أهلية أو أسرية قريبة من أماكن الإنتاج ومتكاملة معها في الحياة.

وتحولت الفصول الجماعية إلى أنشطة فردية في غرف للمصادر في إطار جماعي Resource Rooms ونمت البرامج الجماعية وغلب عليها الطابع التفردي Individualized داخل الفصل أو داخل الجماعة سواء في التعليم أو التأهيل لطي تقابل الخصائص الفريدة لكل فرد ولكي تسمح له بأقصى قدر ممكن من النمو والاستقلالية.

ولا يمكن أن ننسى أن يكون لدينا معايير فردية للعمل الجماعي ومعايير جماعية للعمل الفردي، وإن متابعة البرامج الفردية يكون من قبل عمل الفريق Team work الذي يتحقق من خلاله تحقيق أهداف البرامج في كل فرد من الأفراد من ذوي الإعاقة، ومن ثم فإن الاعتماد على البرامج الكلية -Group Mass والعزلية يجب أن يتم التغيير فيه إلى الجماعات الصغيرة داخل المؤسسة وداخل المجتمع

7. الجماعة في القرارات الهامة بالنسبة للفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة ومشاركته في اتخاذ القرار:

Decisions Group

إذا كانت جوانب البرامج متعددة، ونواحي متابعة الطفل متعددة أيضاً فمن المنطقي أن يشترك أكثر من مختص واحد في الملاحظة لتسجيل نواحي نموه وتقييمها. وإذا كان الأفراد (في ضوء إعدادهم وخبراتهم) يختلفون في وجهات نظرهم وتقييمهم للحالة فمن الضروري أن يتم الاتفاق بين المختصين فيما يخص بحالة الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة فيما يرتبط بالقرارات الهامة التي تحدد كيانه ومصيره كما هو الحال في المواقف التالية:

التشخيص المتكامل، والتكهن بالحالة، والقبول في مؤسسة أو مدرسة، التحويل إلى خدمات أفضل، التسكين في مستوى أو مجموعة داخل جماعة العمل، في التعليم أو التدريب أو النقل من مستوى إلى مستوى آخر أو من مرحلة إلى مرحلة أخرى في أثناء تعليمه أو تدريبه، كذلك مرحلة إنهاء الخدمات التعليمية أو التدريبية

¹عبد الفتاح علي غزالي، المرجع السابق، ص34-36

أو الانتقال إلى مرحلة التشغيل الخارجي، أو في مرحلة إعادة تأهيله وتدريبه إلى حرف بديلة أو تحفيزه إلى مرحلة الاستقلالية للعمل في نماء حياة المجتمع اليومية... إلخ.

وما لا شك فيه أن اللوائح ونظم العمل الموضوعية في كثير من المؤسسات والمعاهد تظل حبيسة عن التطبيق ما طال أمد القرارات الفردية من أعلى إلى أسفل دون تشغيل لديناميات اللجان الفنية أو دون تنفيذ العمل الجمعي بروح الفريق لصالح المستفيدين. (أمركم شوري بينكم)¹

8. الحق في تعليم وتدريب الوالدين والأسرة كجزء من البرنامج :

Parent education as a part of the programe

إذا كانت الإعاقة دائما تحدث في الأسرة فإن الوالدين بحكم مسؤوليتيهما في الأسرة مسؤولين أيضا عن طفلها من ذوي الإحتياجات الخاصة، فمن الناحية الشرعية كلنا راعي ومسؤول عن رعيته. فالإعاقة تحدث في جو الأسره ومسبباتها غالبا ما تترك ظللا من المسؤولية غير مرغوب فيها على الوالدين، في نشأتها وتطورها، كما أن الأسرة مسؤولة عن رعاية الطفل وتنشأته وتربيته قبل سن المدرسة وتظل مسؤوليتها موازية للمدرسة أو المؤسسة وإلى الأسرة يرد ذوي الحاجات الخاصة في أثناء تعلمه أو تدريبه وما بعدها .

في المنزل أولى بالرعاية والعناية، وهو احوج إلى معرفة المسببات والنتائج وخصائص الطفل وطرق التعامل معه، كيفية رعايته طفلا أو مراهقا، في مراحل تعلمه أو تدريبه أو تهيئته للحياة الاجتماعية بعد إكمال البرنامج، وغالبا ما يستمر المنزل مسؤولا عن متابعة الراشد ذا الإعاقة ولو كان الأمر جزئيا إن لم يكن طوال حياته .

ومن هذا فإن التخطيط لكي يكون المنزل جزءا من برنامج الرعاية في جميع مراحل التعليم والتدريب أمر في منتهى الحيوية والجدية إذا أردنا لكل مستفيد النجاح في الحياة بعد التخرج² .

9. الحق في المساندة والدفاع الاجتماعي عن ذوي الإحتياجات الخاصة كمواطنين :

Support People with Special Needs as Citizens

إن البرامج والخدمات الموجهة إلى الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة هي بطبيعتها موجهة في سياق الحياة الاجتماعية بما فيها من متغيرات فردية أو أسرية أو انسانية أو إجتماعية أو إقتصادية أو حضارية ويتحدد مصير كثير من

البرامج على إتجاهات المجتمع ومصادره نحو كفاءة هذه البرامج ومدى تحقيقها لاهدافها فاتجاهات المجتمع نحو الإعاقة و ذوي الإحتياجات الخاصة غالبا ما تعمل كوسط تعمل داخله هذه البرامج .

¹ وليد السيد أحمد خليفة ومراد علي عيسى، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، الطبعة 01، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر 2005، ص 41-43.

² وليد السيد أحمد خليفة ومراد علي عيسى، المرجع السابق، ص 44.

ومن ثم فإن مساندة الطفل أو الراشد من ذوي الإحتياجات الخاصة أمر مرغوب فيه، وتبيان حاجتهم في الحياة اليومية و المحافظة على حد أدنى من إشباع احتياجاتها ضرورة لضمان أدائهم أيضا في مستوى مقبول بكل المعايير للمحافظة على حقوقهم، ومساندتهم لضمان أداء مقبول، ونشر الوعي الإجتماعي بأهمية هذه البرامج ومدى فعاليتها وأهميتها الحيوية في حياة كل مستفيد، هي من الأعمال الإجتماعية الأخلاقية . ومن ثم، فإن توفير ومساندة الطفل أو الراشد حتى يمكنه تأديه الحقوق والواجبات بطريقة صحيحة مع الحياة الاجتماعية تعتبر في صميم برامج التعليم والتدريب .

إن حفظ الدعم والمساندة لهؤلاء الأطفال أو الراشدين هي كجزء من عملية التنمية الاجتماعية لأفراد المجتمع الذي يتمتع فيه كل مواطن بحقوقه وواجباته في سياق العدالة الإجتماعية .

إن هناك ثلاث مستويات من عمليات الدفاع الإجتماعي في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة المستوى الاول : هو توفير المساندة في الاماكن الطبيعية لوجود الفرد سواء كان في الأسره أم في المدرسة أم في المؤسسة ام في الحياة الإجتماعية في سن الرشد لتسهيل عملية نموه وتفاعله وتحمله لمسؤولياته؛ والمستوى الثاني : إجتماعي هو حشد الجهود لدعم برامج المساندة من جانب وبرامج رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة من جانب آخر، وتعديل إتجاهات الناس نحو هذه الفئة في أكثر من أسلوب، أما المستوى الثالث : للدفاع الإجتماعي عن ذوي الإحتياجات الخاصة، أن يعمل المواطن على المستوى الوقائي فيعمل مع أفراد المجتمع في أعمال الوقاية شقيها الأولى او الثانوي على أنها حركة تعليم مستمر .

10. التخطيط للوقاية من الإعاقة، كجزء من البرنامج القومي لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة :

Disability Prevention as a part of the National Program

ان الوقاية خير من العلاج، والوقاية في مجالات الإعاقة هي في مستويين أحدهما: الوقاية الأولية أي التخلص من المسبب تماما، والثاني هو الوقاية الثانوية وهو بمثابة الاكتشاف المبكر ومواجهة متضمنات الإعاقة وأبعادها في وقت مبكر للسيطرة عليها أو التقليل من آثاره.

والبرامج ذو الكفاءة العالية هو البرنامج الذي يحتوي في مكوناته على عمليات الوقاية الأولية (في تدريب الوالدين للسيطرة على مسببات المرض أو ناقلاته وإصابات الحوادث...)، أول الوقاية الثانوية (مثل رعاية الأم الحامل لسلامه الجنين من كل المخاطر) في صورة الاكتشاف المبكر، وعمل القوائم الإنتظار مع المتابعة المنزلية حتى يحين وقت القبول المنتظم في المدرسة او المؤسسة، وكذلك زيادة الكفاءة للبرامج التعليمية في المدارس والمؤسسات من زيادة الإمكانيات والوسائل والوسائط، واستهداف طرق وأساليب جديدة في التعامل مع الأفراد من ذوي الإعاقة أو في زيادة خبرات العاملين بها من إعداد وتدريب متدرج خلال فترة الخدمة، وزيادة كفاءة إتصال المدرسة أو المؤسسة بالمؤسسات الاجتماعية في المجتمع وهي التي يعمل بها المستفيدون من البرامج بعد تخرجهم في غمار حياة الراشدين في أداء العمل أو في مجال الأسره أو في الحياة الإجتماعية .

فالوقاية من الدرجة الأولى هي الوقاية من حدوث الإعاقة، والوقاية من الدرجة الثانية هي في الاكتشاف المبكر والتحرك مبكرا في مواجهة آثارها ومتضمناتها، والوقاية من الدرجة الثالثة هي في برامج التعليم والتدريب المألوفة في المؤسسات والمدارس، والوقاية من الدرجة الرابعة هي في تقديم الخدمات للمحتاجين بعد تركهم للمؤسسة أو المدرسة في غمار حياة العمل والحياة الاجتماعية في المجتمع¹.

ثالثا: مراحل تطور برامج المراكز النفسية البيداغوجية

1- مراكز الإقامة الدائمة: (Residential schools)

يقوم نظام هذه المراكز على وضع الأطفال غير العاديين في مراكز خاصة تكون الإقامة فيها دائمة تقدم فيها جميع الخدمات التربوية والتعليمية والنشاطات بجانب المبيت والتغذية ووسائل الترويح، ولا يسمح لغير العاديين بالخروج منها إنما يسمح لذويهم بزيارتهم خلال العطلات الأسبوعية، إلا أن التربويين لاحظوا أن هذه المراكز برغم ما تقدمه من خدمات إلا أنها تحرم الأطفال من المشاركة في الحياة الاجتماعية مما يسبب لديهم قصور في السلوك التكيفي.

2- المراكز الخاصة النهارية: (Special day care schools)

أنشأت هذه المراكز لتجنب الانتقادات التي وجهت لمراكز الإقامة الدائمة فهي تستقبل الأطفال غير العاديين في الصباح وتصرفهم في وقت متأخر من النهار بعد تقديم البرامج المقررة لهم. لكن هذه التجربة وجهت بانتقادات من حيث ضعف الخدمات المتعلقة بنقل الأطفال والعجز في إعداد المتخصصين وعدم إكمال شروط المشاركة الاجتماعية لأن عودة الطفل الى منزله لم تحقق له التفاعل مع زملائه من نفس السن².

3- الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية: (Special classes within Regular schools)

وقد ظهرت فكرة الصفوف الخاصة والملحقة بالمدارس العادية نتيجة الانتقادات الموجهة نحو مراكز الرعاية النهارية ونتيجة تغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية. ويخصص لهذه البرامج صفوف خاصة للمعوقين (عقليا سمعيا بصريا حركيا) وغالبا ما يكون عدد الأطفال في الصف قليلا لا يتجاوز 10 طلاب يتلقون برامج تعليمية وفيهم الخاصة كما يطلقون برامج تعليمية مشتركة في صفوف العادية مع زملائهم العاديين³.

¹وليد السيد أحمد خليفة ومراد علي عيسى، المرجع السابق، ص45-46.

²عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، التربية الخاصة و برامجها العلاجية، مكتبة الانجلو المصرية للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة 2011، ص22-23.

³عاطف عبد الله بحراري، مفاهيم أساسية في إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة، دار الخوارزمي للنشر و التوزيع، الطبعة 01، 2012، ص 36.

4- الدمج الأكاديمي : (*Academic integration*)

ظهر هذا الإتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين العاديين في الصف الدراسي. ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك.

شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الإتجاه، ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي :

أ – التجانس بين الطلاب العاديين والمعاقين.

ب – تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

ج – تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين وجميع الكوادر العاملة.

ويعتبر الدمج من أهم مراحل عملية تطوير برامج التربية الخاصة.

5- الدمج الإجتماعي: (*Socialization*)

تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع.

و يتمثل هذا في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع. كذلك دمج المعاقين في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم و مناسب لهم كأسرة مستقلة و التعامل معها على أساس حكم الجيرة و ما تتطلبه من مستلزمات¹.

6- الدمج الشامل : (*Total integration*)

اتجهت السياسة التربوية بعد ذلك نحو تطبيق سياسة الدمج الشامل لغير العاديين في الفصول الدراسية مع العاديين مع توجيه رعاية خاصة بهم وهذا الإتجاه يقضي على سلبيات التجارب السابقة ويحقق لغير العاديين تربية متوازنة مع العاديين و يتيح لهم فرصة الانخراط الكامل مع أقرانهم بما يساعدهم على التكيف الاجتماعي السليم .

ان سياسة الدمج الشامل تقوم على عدة أسس هي :

- ان يتعلم الطفل غير العادي ويمارس نشاطاته المختلفة مع أقرانه العاديين في المدارس العامة والخاصة.
- ان يتسم نظام الدراسة في الفصل العادي الذي به اطفال غير عاديين بالمرونة والحرية بعيدا عن التعقيدات التي تفرضها المؤسسات والمراكز الخاصة بغير العاديين .

¹شيماء عزيز عبد المولى، القياس والتقويم في التربية الخاصة، دار أمجد للنشر و التوزيع، الطبعة 01، 2018، ص 12 - 13.

- إلحاق جميع الاطفال غير العاديين بالفصول العادية باستثناء الحالات الشديدة التي تتطلب رعاية في مؤسسات خاصة .

- ان تعد للأطفال غير العاديين برامج فردية تناسبهم بجانب البرامج العادية التي تقدم للجميع .
- النظر بعين الاعتبار الى الحاجات الخاصة المتنوعة والمتعددة للأطفال غير العاديين التي تختلف عن الحاجات الخاصة للأطفال العاديين¹ .

رابعا : مستويات المراكز النفسية البيداغوجية

وتعمل على مستويين هما :

1- المستوى الوقائي – الصياني :

ويعنى فيه بكفالة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة، وتهيئة الظروف التي تحمي الطفل من التعرض لمسبباتها المختلفة، وتحقق سلامته الجسمية والحسية والعقلية والنفسية والاجتماعية، ويسهم في هذا المستوى الأولى من الوقاية الأطباء ومؤسسات ومراكز رعاية الطفولة والأمومة ومكاتب الصحة ومؤسسات الإعلام ومعلمات ومشرف دور الحضانة .

كما يعني في هذا الصدد بالجهود المنظمة التي من شأنها الكشف المبكر عن نقائص النمو الاضطرابات والاعاقات، والتدخل للتخفيف من شدة تأثيرها، والحد من القصور الوظيفي المرتبط بها على الطفل، والعمل على تجنب الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى تطور الإعاقة، وتفاقم المشكلات الناتجة عنها بحيث لا تتدهور حاله الطفل الى أبعد من الحد الذي وصلت إليه من ناحية، ويتم الحفاظ ما أمكن ذلك على ما لديه من إمكانيات واستعدادات فعلية يمكن تنميتها واستثمارها فيما بعد من ناحيه أخرى² .

2- المستوى العلاجي – الإنمائي :

يقوم الاتجاه العلاجي على إزالة القصور او التخفيف من حدوث الإعاقة عن طريق التعويض، فعند الشخص المعاق سمعيا مثلا يتم دعم الحاسة البصرية أو الحسية وذلك بتأهيل المعاق واستغلال إمكانياته وطاقاته الكامنه إلى أقصى حد ممكن .

كما تستهدف الجهود الإنمائية في هذا المستوى من الخدمات إستغلال وتنمية وإستثمار كل ما يتمتع به الفرد ذو الحاجات الخاصة من طاقات واستعدادات و لبلوغ أقصى ما يمكنها الوصول إليه من النمو³ .

¹ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، المرجع السابق، ص 23-24.

² عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة و تربيتهم، الطبعة 04، توزيع دار الفكر العربي، القاهرة 2005، ص 66 – 67.

³ تيسير مفلح كوافحة، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان 2003، ص 17.

خامسا : إستراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية

- يؤكد المتخصصون في مجال التربية الخاصة على ضرورة وضع الخطط العلمية المعدة إعدادا سليما لتبنى عملية تنفيذ البرامج التي إعتمدت لمساعدة الفئات الخاصة للوصول إلى أفضل مستوى من الأداء عن طريق حسن استثمار ما لديهم من إمكانيات و قدرات، بما يساعدهم على إحراز النجاح في الحياة، و من بين هذه الخطط و الإستراتيجيات ما يلي :

- شمولية الإسهام في الخدمات :

ويقصد بهذه الشمولية أنه ينبغي أن تقدم الدولة الخدمات التربوية الخاصة لمتحدي الإعاقة ومساعدتهم كغيرهم من الافراد العاديين داخل المجتمع، بالإضافة الى الهيئات الاجتماعية، والمنظمات الدولية، والمجتمعات المحلية التي يجب أن تعمل بجد وبحب في عملية الإسهام في مساعدة هذه الفئات إذ ما بدا تقصير من جانب الدولة، وذلك عن طريق توفير الموارد المالية والمعونات المعنوية، والاشتراك في تعديل وتغيير الاتجاهات نحو هذه الفئات .

كما تعني الشمولية ايضا عدم النظر الى المعاق على أساس إعاقته فقط، بل لابد من اعتبار جوانب القوة التي يتميز بها، وكذلك كل ما يظهر لديه من الجوانب الإيجابية والإبداعية، والتي قد لا تتوافر في الفرد العادي، بما يساعده على إحداث عملية التعويض التي تتيح له إدراك الجوانب الإيجابية لديه والعمل على حسن استثمارها، هذا فضلا عن إدراك الشمولية في عملية تقديم الخدمات التي تسهم في نمو مختلف جوانب الشخصية، الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية لديهم بما يساعدهم على الوصول الى أفضل مستوى من التأهيل التربوي .

- الإدماج :

ويرى المتخصصون في مجال الفئات الخاصة ومتحدي الإعاقة أنه كي تنجح الخطة الإستراتيجية لعملية التربية الخاصة لابد أن يوضع في برنامجها فكرة الإدماج والتي تعني تحديد الإجراءات التي تتيح إمكانية المشاركة الفعلية لهذه النواعيات من متحدي الإعاقة الممارسة، والمشاركة الفعلية في مختلف جوانب الحياة الثقافية والاجتماعية في المجتمع الذي يعيشون فيه .

هذا ولابد أن تراعي الخطة أن من بين أهدافها الاندماج التعليمي ليقرب مثل هذه الفئات بدرجة او بأخرى من بقيه أفراد المجتمع بحيث يكونون قادرين على الفهم والتعامل الجيد مع غيرهم من افراد المجتمع توفير القدر الكافي من الخدمات التربوية الخاصة لهذه الفئات.

هذا ويتوقف مستوى نجاح هذا الاندماج على مدى تهيئه أفراد المجتمع العاديين لتقبل ومساعدة مثل هذه الفئات على عملية الاندماج في المجتمع، وذلك من خلال السعي وراء تغيير اتجاهات بعض أو غالبية أفراد المجتمع نحو مثل هذه الفئات بما يحقق أفضل تعامل معهم يساعدهم على الاندماج عن طريق المشاركة

الفعالة مع أفراد المجتمع، وبما يساعد على استثمار ما لديهم من قدرات وإمكانيات في نمو المجتمع وتقدمه، الأمر الذي يشعر أفراد مثل هذه الفئات بالإحساس بذواتهم وأهمية دورهم في المجتمع¹.

- التنسيق:

ويؤكد من يعملون في هذا المجال على ضروره التنسيق بين مختلف الجهات، والمؤسسات المعنية بتربية الفئات الخاصة ومتحدي الإعاقة، تنسيق بين مختلف البرامج التي تقدم لهم وسواء كان من ينفذ هذه البرامج الاسرة أو المدرسة أو أي مؤسسة أو هيئة تهتم بالمعاقين، فضلا عن مختلف الوزارات كالتربية، والصحة، والشؤون الاجتماعية، والشباب، وأن يراعى في هذه البرامج التنسيق بين مختلف الجوانب التي تسهم في نمو شخصيتهم بشكل سواء كالجانب الجسمي، والنفس والاجتماعي.

بالإضافة إلى ما تقدم لابد من إعداد من يعملون في هذه الهيئات أو المنظمات والوزارات، إعدادا تربويا، مبنيا على أساس سليم من الفهم لكيفية التعامل مع هذه الفئات، مستخدمين عمليات التوجيه والإرشاد النفسي، فضلا عن الإعداد الفتي لعملية التأهيل التربوي لمن يعملون ويتعاملون مع هذه الفئات، حيث أن عملية التنسيق لا تنجح إلا باستخدام الوسائل التربوية والفنية لتحقيق أهداف البرامج التي قد وضعت لحسن استثمار قدرات وإمكانيات متحدي الإعاقة.

- واقعية الخطط الإستراتيجية :

يرى المتخصصون في هذا المجال أنه كي تتحقق الخطط التي وضعت لإستثمار القدرات وإمكانات الفئات الخاصة ومتحدي الإعاقة بأعلى مستوى من الأداء لابد من مراعاة مدى التطور الاجتماعي والثقافي، والتقني الواقع في الحياة العصرية بما يسهم في إقتصاد الوقت الذي يتم فيه تأهيل أو تعليم أو إدماج هذه الفئات في المجتمع الذي يعيشون فيه .

بالإضافة إلى مراعاة واقع البيئة التي تعيش فيها هذه الفئات من حيث المستوى الإقتصادي، بمعنى أنه ليس بالضرورة أن يعتمد على أفضل ما توصل إليه العالم المتقدم في عملية التربية الخاصة لهذه الفئات، وإلا فلن نستطيع أن نقدم شيئا لهم، بل المطلوب ان نستخدم ما لدينا من إمكانيات، وما نتوصل إليه من وسائل معينة، وبرامج معدة لإعداد متحدي الإعاقة للمشاركة في واقع الحياة، ولا ننتظر حتى نحصل على الوسائل الجديدة التي تعين المهتمين بتأهيل وإعداد هذه الفئات للقيام بدورهم الذي ينبغي أن يقوموا به، بما يحقق لهم الإحساس بذواتهم بين أفراد مجتمعهم .

- القائمون بالعملية :

ولتحقيق أهداف وخطط وبرامج التربية الخاصة لابد من إعداد متخصصين لها، وأن يكونوا على أعلى مستوى من المهارة في تنفيذ ما يسند إليهم من هذه البرامج، حيث أنه لابد من تأهيلهم مهنيا لممارسة دورهم

¹نبه إبراهيم إسماعيل، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة 2006، ص17-16.

في عملية التربية الخاصة لهذه الفئات، ومتحدي الإعاقة، بما يجعل لديهم القدرة على التعامل مع أمثال هذه الفئات للإستفادة بقدراتهم وامكانياتهم في تحقيق مستوى أفضل من تقبل الذات، والتفاعل مع أفراد المجتمع، حيث أن المتخصص في تعليم وتأهيل المتحدي الإعاقة يعتبر من العوامل الأساسية، والفعالة في حفظ وتعزيز سلوك أفرادها للوصول بهم إلى أعلى مستوى من السواء النفسي¹.

- اللامركزية :

أي أن تصبح إدارات التربية الخاصة موزعة على مختلف المناطق، وإلا تقتصر على الإدارات المركزية.

- سهولة الوصول إلى مختلف الخدمات :

أي إزالة الموانع التي تحول دون وصول الأشخاص، ذوي الإحتياجات الخاصة، الى المرافق العامة والخدمات المجتمعية، سواء كانت هذه العوائق الطبيعية أم صناعية أم فكرية، أم اجتماعية، ذلك في سبيل التسهيل على المعوقين ممارسة نشاطاتهم والتمتع بحقهم بالمشاركة في كافة أنشطة المجتمع.

- الدمج الوظيفي:

يقصد به دمج الإحتياجات الخاصة في المدرسة العادية، وتقليل الفروق الوظيفية بينهم وبين أقرانهم خلال مشاركتهم في بعض الأنشطة التعليمية كالموسيقى والفن والأشغال والتربية الرياضية .

- الدمج المكاني :

يأخذ شكل صف خاص في المدرسة العادية .

- التكاملية :

هي واحدة من الإستراتيجيات التي يجب أن تميز بها التربية الخاصة، وتعني نظرتها إلى الشخص المعوق ككائن متكامل، وليس إلى جوانب العجز او النقص فيه².

سادسا: خدمات المراكز النفسية البيداغوجية

إن الإعاقة ليست درجة واحدة وإنما هي درجات مختلفة تبدأ من البسيطة إلى الإعاقة الشديدة، كما أنها ليست نمطا واحدا وإنما هي أنماط كثيرة ومتنوعة، أما أسبابها فكثيرة جدا و لا يمكن أن نصل إلى قرارها فضلا عن أن المهتمين بالمعاقين ليست فئة واحدة، وإنما فئات متعددة كالاطباء وعلماء النفس وعلماء الاجتماع وغيرهم، ولا تقتصر الخدمات المقدمة للمعاقين على شريحة واحدة مؤسسة واحدة وإنما تشترك كثير من المؤسسات جميعا لتقديم الخدمات للمعاقين ومنها المؤسسات التعليمية والمؤسسات الاجتماعية والمؤسسات الصحية والإعلامية وغيرها، ولكنها تختلف فيما بينها الخدمات التي تقدمها وفق نوع الإعاقة.

¹تنبيه إبراهيم إسماعيل، المرجع السابق، ص18.

²مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعاينة، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان 2006، ص 23.

اما اذا تحدثنا عن الخدمات المقدمة في المراكز النفسية البيداغوجية أو معاهد المعاقين فتشمل :

- الخدمات الإجتماعية :

ويقوم بتقديم هذه الخدمات قسم البحث الإجتماعي الذي يتحمل مسؤولية الإشراف والتوجيه ومتابعة المعاقين داخل المؤسسة وخارجها، فيكتب التقارير التي تساعد كثيرا في كيفية متابعتهم متابعة علمية .
يكون الأخصائي الإجتماعي مسؤولا عن عدد المعاقين لا يتجاوز في أكثر الأحيان عن 30 معاقا، إذ يمد المعلمين بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين لما يمتلك من خلفية حولهم من خلال الملاحظة الدقيقة المستمرة ومن خلال لقاء أسرهم سواء في بيوت المعاقين أو عند إستدعاء أولياء أمورهم إلى المركز. فالأخصائي الإجتماعي يسعى جاهدا لمد الجسور بين البيت و المركز للوقوف على قدرات المعاق واستعداداته واستثمارها استثمارا سليما الأمر الذي يعزز ثقته بنفسه ونظرتة إلى ذاته ويحقق بعض القبول الإجتماعي .

- الخدمات التربوية :

إن الخدمات التربوية المقدمة للمعاقين تختلف باختلاف نوع الإعاقة لكنها تلتقي جميعا بضرورة مراعاة الفروق الفردية من خلال إستخدام الأساليب التعليمية المتنوعة والوسائل المناسبة، والتنوع تعيين الواجبات بحسب الإمكانيات والقدرات، والتنوع في الخبرات لكي تتناسب مع عمرهم الزمن والعقلي .
فعدت تعليم المعاقين سمعيا يجري التركيز على قراءة الشفاه والوضوح في النطق والتكبير الصوتي والإشارة ووسائل الإيضاح بشكل مكثف والكتابة .
وعند تعليم المعاقين عقليا عوقا بسيطا يركز المعلم على التعليم الفردي لمراعاة الفروق الفردية بينهم إضافة إلى إستخدام الحث والتشكيل والتسلسل والنمذجة .
ومن أجل تعليم فاعل لا بد من إختيار معلم كفاء بمواصفات تتلائم مع حالة الإعاقة لكي يمتلك حسا واستشعارا بحالة الإعاقة، وهذا للقيام بواجبه على أكمل وجه ويكون متابعا ما من شأنه أن يدعم عمله ويفيد المعاقين .
يتم توزيع المعاقين حسب أعمارهم ودرجة عوقهم ويركز في تعليمهم على القراءات والكتابة والحساب ليؤدوا دورهم في حياتهم الإجتماعية، ويجري متابعتهم المستمر من قبل إدارة المركز والمشرفين الأخصائيين الاجتماعيين والمعلمين¹ .

¹قحطان أحمد الطاهر، مدخل إلى التربية الخاصة 02، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، ص43-45

- الخدمات النفسية :

إبتداءا بعد التشخيص النفسي أمرا في غاية الأهمية لكي يوجه الفرد توجيهها صحيحا وفق قدراته الحقيقية. فيستخدم الأخصائي النفسي إختبارات الذكاء للوقوف على قدرات المعاق العقلية والاختبارات الشخصية للتعرف على ميوله وهوايته وما هيته بشكل كامل من أجل بداية صحيحة بعيدة عن العشوائية والتجريب. إن الفهم الحقيقي للطفل المعاق من خلال عملية التشخيص يساعد على التوجيه والتخطيط ويمكن من خلال توفير برنامج تعليمي ينسجم مع القدرات العقلية له .

وبما أن الطفل المعاق معرض أكثر من غيره إلى الإحباط والفشل والانكسار النفسي نتيجة للأسباب غير التربوية التي يتبعها أولياء الأمور معهم والتي تغرز فيهم الخوف والقلق والتردد . لذلك يسعى الأخصائي النفسي إبعاده عن أي حالة من حالات الخوف والتردد، ومساعدته على فهم نفسه وقبول اعاقته، بشكل سليم دون التركيز على حالة الاعاقه .

- الخدمات الثقافية :

يقوم المركز بتوعيتهم على القضايا القومية والوطنية والقيام بأنشطة وفعاليات بهذا الخصوص وعمل نشرات جدارية واصطحابهم الى مواقع تراثية وفنية واقتصادية، وتوعيتهم على كيفية البيع والشراء وطبيعة التعامل مع الآخرين، واستغلال مواهبهم في شتى الميادين كالادب والفن بأنواعها .

- الخدمات الترفيهية :

يقوم المركز بأنشطة ترفيهية مختلفة تخلق فيهم حس من العائدية للمركز، كما تخلق الجو الصحي الإيجابي للعطاء الأوفر حظا إذ تقوم بالحفلات الفنية في بعض المناسبات الوطنية، والسفارات إلى المناطق الأثرية والسياحية والتاريخية والجولات الترفيهية في الحدائق والمتنزهات وحدائق الحيوانات، كما يقوم المركز بحمل المعاقين إلى بعض المسارح ودور السينما لمشاهدة المسرحيات والأفلام التي تتناسب معهم .

- الخدمات الرياضية :

تعتبر البرامج الرياضية من الوسائل الهامة في تربية المعاق ونشأته وتدريب حواسه وتنمية قدراته واستغلال ميوله واستعداداته بشكل سليم، وهذا ما ينعكس بشكل إيجابي على وضعه النفسي والإجتماعي، ويقوم المركز بتوفير المستلزمات الضرورية للألعاب المختلفة حيث يجري تدريبهم على مختلف الألعاب كما تقام المسابقات الدورية والثانوية على المدارس الأخرى القريبة .

إن الأنشطة الرياضية وما يتخللها من لعب ومرح ومتعة تبعث على الراحة والصفاء، وتبعد الملل والسأم فهي بمثابة فرصة للتجديد والعطاء¹ .

¹قحطان أحمد الطاهر، المرجع السابق، ص45-46

- الخدمات الطبية :

يفترض أن توفر مراكز المعاقين ورشة طبية تقوم على تقديم الخدمات الطبية للمعاقين، ومتابعتهم باستمرار، ووضع التقارير الخاصة لكل منهم، والتنسيق مع المراكز الطبية القريبة لهذا الغرض، وقد يحول المعاق أحيانا الى أطباء اختصاصيين، وتقوم الممرضة بإصطحابه إلى المستشفيات المختصة وإن لم تتوفر الممرضة يتكفل بذلك الأخصائي الإجتماعي، وقد تجرى لهم فحوصات طبية دورية كل ستة أشهر من قبل مركز تشخيص العوق والذي يتوفر فيه أطباء لمختلف الاختصاصات وهم :

- طبيب إختصاصي للأمراض النفسية والعصبية .
- طبيب اختصاصي للأنف والأذن والحنجرة .
- طبيب اختصاصي بالعيون .
- طبيب اختصاصي بالعلاج الطبيعي .

أما أهم مهمة لمركز تشخيص العوق هو تشخيص طبيعة الإعاقة، وتحديد الوحدة التي يرسل إليها، وتكون مسؤوليتها كما هو معمول به في العراق الإشراف الفني الكامل على مراكز الرعاية الإجتماعية للمعاقين، ووضع الخطط والبرامج الفنية لها والتنسيق مع الجهات المختلفة ذات العلاقة لضمان تحقيق الرعاية الإجتماعية للمعاقين .

- خدمات التأهيل الأكاديمي :

وهي الخدمات التعليمية والتربوية التي تقدمها المؤسسات التعليمية لغرض تنميتهم وتقليل الفجوة بينهم وبين الأفراد الاعتياديين والتي تكون مناسبة لهم وفق قدراتهم العقلية والجسمية . يتم ذلك من خلال البدائل الخدمية التي سبق أن أشرنا إليها، كما تتطلب خدمات التربية الخاصة معلمين مختارين بمواصفات تتلائم مع إحتياجات الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة وطرق وأساليب ووسائل ومعدات خاصة وتكيف في البيئة التعليمية .

- خدمات التأهيل المهني :

إن الإهتمام بالمعاقين يعد حالة وعي وتحضر وتجسيد لانسانية الإنسان، لذلك يركز كل المهتمين في مجال المعاقين على كيفية إثبات الإنسان وتذليل كل الصعوبات التي تحول دون شعوره كغيره من أقرانه الاعتياديين، وتحويله من حالة الاعتمادية على الغير الى الإعتماد على الذات، وما يفرزه ذلك من شعور بالرضا فضلا عما يعكسه ذلك من تعامل ورؤية أفضل من قبل الآخرين، ومساعدته على تطوير قابليته وقدراته العقلية والجسمية والحصول على شغل مناسب له .

و يجرى توجيه الفرد المعاق لإختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته ورغباته. تشتمل خدمات التأهيل التقييم والإرشاد والتوجيه المهني والتهيئة المهنية والتشغيل والمتابعة¹.

سابعاً: أهداف المراكز النفسية البيداغوجية

- 1- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة.
- 2- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة .
- 3- إعداد طرائق تدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.
- 4- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة، والوسائل التعليمية الخاصة بمختلف المعوقين .
- 5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من برامج الوقاية².
- 6- مساعدة أفراد هذه الفئات على أن يكونوا أفراد نافعين في المجتمع يشعرون بأنهم أناس غير مختلفين عن الآخرين.
- 7- استثمار ما لدى هذه الفئات من قدرات متباينة والسعي إلى تنميتها وتطويرها الى أقصى مدى ممكن ليشعر ذوي هذه الحاجات بوجودهم ومكانتهم في المجتمعات التي يعيشون فيها.
- 8- إعداد الكوادر العلمية لتدريس وتأهيل وتدريب أصحاب هذه الفئات سواء في أثناء الخدمة أو قبلها ليتعاملوا باقتدار مع كل فئة من فئات التربية الخاصة وايفادهم في بعثات للخارج للإطلاع على كل جديد في مجال تقديم الخدمات لهذه الفئات.
- 9- إعداد الموازنات الخاصة التي تحتاجها كل فئة.
- 10- تقديم الإرشاد النفسي لذوي أصحاب هذه الحاجات ولذويهم ليسهل على الطرفين تقبل هذه الحاجات والخدمات.
- 11- تقديم الإرشاد المهني وخدمات التأهيل والتدريب لأصحاب هذه الحاجات ليستطيعوا الاستقلالية ما أمكن عن ذويهم.

¹قحطان أحمد الطاهر، المرجع السابق، ص49-46

²بلال أحمد عودة، الإشراف في التربية الخاصة، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان 2008، ص 55 - 56

- 12- استصدار القوانين التي تنص على حقوق هذه الفئات في التربية والتعليم لتلبي خدمات خاصة تقتضيها حاجاتهم النفسية والاجتماعية والجسمية والفكرية والعقلية.
- 13- التركيز على مساعدة هذه الفئات من جانب الرعاية الصحية في مجتمعاتهم والنمو في مختلف مجالات حياتهم بما تسمح به قدراتهم.
- 14- تغيير اتجاهات أفراد المجتمع نحو أصحاب هذه الحاجات بحيث تكون إتجاهات إيجابية تصب في مصلحة هذه الجماعات.
- 15- مساعدة أفراد هذه الجماعات على تحقيق ذواتهم ليشعروا بأنهم أفراد لديهم قدرات يمكن الإستفادة منها¹.

¹سعيد حسني العزة، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان 2002،

خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه نجد بأن المراكز النفسية البيداغوجية تهدف إلى خدمة الافراد الغير عاديين أي الذي لديهم مختلف الإعاقات من ذوي الإحتياجات الخاصة، و هذه المراكز لها أسس و مبادئ تسيير عليها من أجل الوصول إلى الاهداف المطلوبة حيث تعتمد في عملها على إستراتيجيات خاصة و مدروسة بطريقة علمية من طرف الأخصائيين و توفير الخدمات التي يحتاجها المعاق من أجل تطور مهاراتهم و الدفع بها الى اقصى الحدود و دمجهم مع فئة الافراد العاديين و التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي نعيش فيه، ويعمل في هذه المهنة أخصائيون في مجالات متعددة كالطبيب العام والطبيب النفسي، ورجل القياس النفسي والمهني ومعلم التربية الخاصة .

وتعتمد هذه المراكز في عملها على برامج مختلفة قد تكون تربوية او نفسية او اجتماعية او ترفيهية... حسب حاجة المعاق من اجل الدفع به نحو الأفضل الذي لن يكون الا بتضافر الجهود من خلال كل من يعمل في المراكز البيداغوجية والأسرة بصفة خاصة والمجتمع الخارجي عامة لخدمة الفرد المعاق والسير به نحو الأفضل.

الفصل الثالث: ماهية الإعاقة الذهنية

- تمهيد
- أولا : نبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة العقلية و المراحل التي مرت بها
- ثانيا : أسباب الإعاقة الذهنية .
- ثالثا : تصنيف الإعاقة العقلية .
- رابعا : خصائص الإعاقة الذهنية .
- خامسا : قياس و تشخيص الإعاقة العقلية .
- سادسا : البرامج التعليمية للمعوقين عقليا .
- سابعا : الأساليب العلاجية للمعاقين ذهنيا .
- خلاصة الفصل .

تمهيد:

تعتبر الإعاقة العقلية إحدى التحديات التي تواجه المتخصصين في مجال التربية الخاصة وذلك لأنها تشكل مشكلة مختلفة الأبعاد من النواحي النفسية والتعليمية والطبية والاجتماعية...، حيث أن الإعاقة الذهنية تؤثر في مجالات النمو العقلي والجسمي واللغوي والاجتماعي، وتنتشر هذه الإعاقة في مختلف المجتمعات والطبقات كافة، ولكن بنظائر الجهود لم تعد التربية في عصرنا الحاضر مقتصرة على العاديين من البشر فقط، وإنما أصبحت الجهود التربوية والتعليمية تستهدف جميع الفئات بغض النظر عن مستوياتهم العقلية وقدراتهم الاستيعابية، وذلك انطلاقاً من الإيمان بجملة من المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها مواثيق حقوق الإنسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان في أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته، وعليه فلم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار بل أصبح ينظر إليهم على أنهم أفراداً يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم، حتى يتسنى لهم امتلاك القدرة على التكيف مع مطالب الحياة، وفي هذا الفصل سنحاول التعرف على الإعاقة الذهنية بإعطاء نظرة تاريخية لها و المراحل التي مرت بها مع معرفة الأسباب المؤدية لهذا النوع من الإعاقة و ذكر تصنيفاتها و خصائصها وصولاً إلى عملية تشخيصها و برامجها المختلفة و أخيراً الأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً .

أولاً: نبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة العقلية والمراحل التي مرت بها

- تعد الإعاقة العقلية مشكلة قديمة جداً قدم وجود الإنسان وقد اختلفت النظرة إليها عبر الزمان والمكان، وترتبط هذه المشكلة ارتباطاً كبيراً بدرجة الوعي والتحضر لأي مجتمع من المجتمعات لأن الاهتمام بها يعبر عن وعي الإنسان بإنسانيته، لذلك بعد الاهتمام بالمعاقين عقلياً بشكل خاص والمعاقين بشكل عام إحدى النقاط التي يمكن من خلالها قياس تحضر أي دولة من دول العالم، وبما أن درجة الوعي المرتبط بالتحضر لم يكن على درجة واحدة عبر التاريخ إذ هي في زيادة مستمرة، لذلك لم يكن هناك اهتمام بالمعاقين عقلياً عبر العهود القديمة، فكانت النظرة إليهم ظالمة غير واعية لأخطاء غالب ما يكون الآباء هم المسؤولون عنها، فلم تكن النظرة إليهم نظرة طبيعية أسوة بأقرانهم العاديين فمثلاً كانوا يعدونهم من أبناء الشياطين وأنهم عالية على المجتمع، ويجب التخلص منهم بأي شكل من الأشكال لما تحمله أجسادهم من أرواح شريرة، لذلك فقد تعرضوا إلى أشكال متعددة من العقاب كالقتل والخنق والرمي في البحر، وترك في المناطق الخالية، وقد أشار قانون حمورابي الذي يمثل قرون قديمة قبل الميلاد إلى أن لرئيس القبيلة الحق في التخلص من الضعفاء وأولهم المعاقين عقلياً .

- لقد ركز اليونان والرومان مثلاً على الأقوياء من الرجال سواء من الناحية الجسمية والعقلية لأنهم أقدر الناس على أخذ زمام المبادرة للنهوض بأى مرفق من مرافق الحياة، بينما الضعفاء وأولهم المعاقون عقلياً هم عانة على المجتمع، ويجب التخلص منهم لأن وجودهم هو ضعف ويقاءهم يعد تجسيداً لذلك الضعف، بينما العناية والرعاية للقوى عقلياً وجسماً يعن تقدماً ونهوضاً وتحسن للجنس البشرى .

- ويرى افلاطون في أثينا أن تنتصر العناية والرعاية بأصحاب الاجسام القوية والعقول السليمة إذ أن الحياة للأقوياء ولا وجود للضعفاء .

فكانت هذه هي النظرة السائدة عبر العهود السابقة، وفي اسبرطة كانت تشكل لجنة من الأعيان وشيوخ المدينة للنظر في حالة اتفاقيين المولودين، وكانت تقرر في أحقية البقاء أو الخلاص منهم عند الولادة.

- وفي العصور الوسطى كانت النظرة لضعاف العقل بأنهم من أبناء الشياطين، ومكانت أحاديث البنهاء والمعتوهين غير المفهومة تترجم على أنها لغة بتشاهمون بها مع آبائهم .

- أما العرب قبل الإسلام فكانوا يعتقدون بالجن ويخافونه وهم موجودون أن المناطق الخالية الجرداء، وقد عدوا المعاق عقلياً مجنوناً والمجنون صرته جنية والمجنونة مرعها جنى، حيث كان الناس لا يفرقون بين المرض المتنى والعوق العقلى ولا بد لنا أن نقف فخر واعتزاز لديننا الحنيف الذى جسد الإنسانية بكل معانيها عند عاتب الله سبحانه وتعالى رسوله الكريم من موقفه من عبد الله بن مكتوم لعدم الاهتمام به والانصات إليه فنزلت الآية الكريمة الاعبس ونواح الا أن .. جاه الأحمر والتي عممت فيما بعد إلى كل من يحتاج إلى عناية واهتمام حيث أصبحت منهجاً يتبعه المسلمون حقا تجسيداً لتعاليم السماء في الأرض، فهذا الوليد بن الملك بينى أول مشفى المعالجة المعاقين عقلياً عام (707م) والذى يعد أول مشفى من نوعه فى العالم. وقد

بنى انتصور دارا للعجزة والأيتام وأخرى المعالجة الجنون، وأنشأ هارون الرشيد داراً أسماها بأسمه وكذلك فعل البرامكة، وأنشأ أحمد بن طولون في مصر داراً عام (259هـ)، وكذلك صلاح الدين الأيوبي عام (578هـ) (1182م).

- ولقد كان للأطباء العرب دور كبير في مجال رعاية المعاقين نفسياً وعقلياً واستخدموا وسائل للعلاج من الأمراض المستعصية.

ونتيجة للتطور الحاصل في مجال العلم والاكتشافات التي حدثت في العالم وانتي ساعدت على معرفة كثيراً من الأمور الجزئية للحقائق التي كانت غير واضحة للعالم مما جعل الإنسان يدرك كثير من الأسباب إلى تؤدي إلى الإعاقة بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص بعدما كانت تنسب إلى الشياطين و الجن .

- وتعد محاولة اينارد في نهاية القرن الثامن عشر المحاولة النظامية الأولى الدراسة الإعاقة العقلية كما أجمع على ذلك المهتمون أي بداية مرحلة التربية والتأهيل، وكان ذلك عقب الثورة الفرزية عناما عشر أحد الصيادين في غابة افيرون الفرنسية على طفل في العاشرة من عمره يعيش مع الكلاب، ويتم رف مثلهم، فهو يمشي على أربعة، ويأكل اللحم التي شخص هذا الطفل على أنه معتوه أي درجة ذكاؤه أقل من (20).

وأطلق عليه اسم (فكنور) وأخذ إينارد الذي كان يعمل مديراً لمعهد الصم والبكم في باريس هذا الطفل، وعمل معه خمس سنوات، لكنه لم يفلح في تعليمه القراءة والكتابة، وعندما وصل الطفل إلى مرحلة البلوغ تخلى إيتاود عنه بعد أن حقق بعض التقدم في الجانب الاجتماعي.

ام يترك فيكتور تماماً وإنما قام سيجوين أحد طلاب يشاراة على عمل بعض التجارب والاختبارات غير اللفطية للتفاهم مع هذا الطفل، والذي ساعد على تطور البحوث في قياس الضعف العقلي ولا تزال لوحة سيجرون الشهيرة تستعمل حتى الآن في اختبار الذكاء.

وأنشأ سيجوين عام 1837م أول مدرسة التعليم ضعاف السمع، وكانت الأولى من نوعها في أوروبا. ترك سيجوين فرنسا عام 1848 وذهب إلى الولايات المتحدة الأمريكية ليؤسس أول ثلاثة معاهد للمعاقين عقلياً والتي شكلت اللبنة الأساسية لمعالجة وتعليم المعاقين عقلياً في أمريكا منذ عام (1870) وحتى يومنا هذا، أما أهم المبادئ التي أكد عليها سيجوين فهي :

1- أن ينظر إلى الطفل بشكل كلي وأن يجرى تعليمه على هذا الأساس.

2- أن يبنى التعليم وفق قدرات الطفل وفهمه.

3- يجري التأكيد على الأشياء المحسوسة الواقعية ويكون ذلك عن طريق الأنشطة وخاصة الحسية.

وكان ناري مونتسوري اهتم بالمعاقين عقلياً حيث درست أعمال إيتارد وسيجوين وتوصلت إلى استنتاج أن سبب الإعاقة العقلية تربوي أكثر منه مادي، لذلك تعد ماريا مونتسوري من الأوائل الذين ناشدوا بالتدريب والإعداد الجيد للمعلمين وخاصة في حقل التربية الخاصة.

وفي بداية القرن العشرين، قضى بينيه سنوات عديدة في دراسة الأطفال المعاقين عقلياً في المدارس والمستشفيات، الأمر الذي جعله يطور الاختبارات لتقدير مستويات الذكاء عند الأطفال .

ويعتقد بينيه أن هناك ثلاث طرق نلحکم على ضعف الجانب العقلي وهي:

1. الطبي (المؤشرات المادية).

2. التربوي (الجانب الأكاديمي).

3. الجانب النفسي من خلال الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية.

وقد شهد منتصف القرن العشرين اهتماماً ملحوظاً بالتعاقين عقلياً فأُسست الجمعية القومية للمعاقين عقلياً من أولياء أمور الطلبة، وهذا يدل على درجة الوعي الذي أصبح عليه أولياء الأمور والتي تختلف اختلافاً جوهرياً عن النظرة القديمة للإعاقة العقلية.

وأدرك الآباء تماماً أن هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً لا حول لهم ولا قوة وهم نتيجة لأسباب يتحمل أوزارها بشكل أساسي الآباء.

يشير الريحاني في هذا الصدد إلى أن العلامة المضيئة في تاريخ الاهتمام بهذه الشريحة كان في عبد الرئيس الأمريكي جون كنيدي وذلك عندما طلب المختصين من علماء النفس والتربويين والأطباء والأخصائيين الاجتماعيين دراسة هذه المشكلة ووضع تصورات لها للحد منها أو معالجتها.

- وكانت أمريكا وأوروبا المسبق في ميدان الاهتمام بالمعاقين عقلياً حيث تذكر أدبيات الموضوع إلى أن ألمانيا كانت سباقة في فتح الفصول الخاصة للمعاقين عقلياً في المدارس العادية وفي مدينة دريسدين ((Dresden)) عام 1867م والذي يمثل شكلاً من أشكال الدمج حيث كان الطفل يتلقى بعض البرامج الخاصة هذه الصفوف ثم يعاد إلى الصفوف العادية.

- أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد فتحت أول الفصول خاصة في بروفدينس (Providence) بولاية روز ايلاند عام 1896م بعد محاولة سابقة غير موفقة في نهاية العقد السابع من القرن التاسع عشر في مدينة كليفلاند بولاية اوهايو، ثم أنشئت فصول خاصة في مدن متعددة في الولايات الأمريكية، حيث ازداد عدد الأطفال المسجلين في الفصول الخاصة في عام 1922 كان العدد 23,000 طفلاً وبلغ العدد 90.000 في عام 1948 ثم وصال عام 1963 إلى 400.000 طفلاً .

- أما اهتمام آسيا في مجال المعاقين عقلياً فكانت متأخرة قياساً بأمريكا وأوروبا حيث بدأ الاهتمام بالمعاقين عقلياً بعد الحرب العالمية الثانية ويستثنى من ذلك اليابان حيث افتتحت أول مدرسة للمعاقين عقلياً عام 1891م¹.

¹ - السيد عبد القادر شريف، مدخل إلى التربية الخاصة، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، الطبعة 01، القاهرة 2014، ص 45 - 49.

● المراحل التي مرت بها الإعاقة العقلية :

تشير معظم ومختلف المصادر إلى أن الحضارات المتعددة استجابت لظاهرة الإعاقة العقلية كل حسب قناعاتها وثقافتها ، حيث مرت في أربع مراحل رئيسية هي :

- **مرحلة الإبادة: Stage of Extermination**

حيث كانت المجتمعات القديمة الإنسانية في العصور الوسطى القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء. وأبرز الأمثلة ما ورد في جمهورية أفلاطون التي كانت تقوم على ارسنقراطية العقل . فقد نادي أفلاطون بضرورة إخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا ، وكذلك فعلت اسبارطة والإمبراطورية الرومانية ذلك الأمر .

- **مرحلة الرعاية الأساسية: Primary care Stage**

ويمكن القول أن هذه المرحلة بدأت وتأسلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية تنادي برعاية الضعفاء، والمرضى والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظا في المجتمع. واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقليا وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء . كما شهدت هذه المرحلة وجود دور إيواء للمعوقين عقليا في أقبية الكنائس والمارستانات، وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعوقين عقليا حيث كانوا يودعون السجن بجانب المجرمين، للضن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع . وفي أحيانا كثيرة كانوا يرسلون إلى المصححات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى العقليين¹.

- **مرحلة الإهمال: Stage of Neglect**

في هذه المرحلة خفت حدة سلبية ردود الفعل إزاء المعوقين عقليا ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل أو حتى الموت، بل كانوا يتركون في المجتمع مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا².

- **مرحلة التربية والتأهيل: Education and Rehabilitation Stage**

بدأت هذه المرحلة مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر وتميزت هذه المرحلة ببدء محاولات تدريب المعوقين وتأهيلهم. وتشكل جهود الطبيب الفرنسي إيتارد البداية الحقيقية لهذه المرحلة ، حيث كان طبيبا لامعا يعمل في مركز الصم، وفي عام 1798 وجد ثلاثة صيادين طفلا متوحشا في إحدى الغابات وسمي الطفل باسم أفيرون نسبة إلى الغابة التي وجد فيها حيث كان متوحشا بكل معنى الكلمة حيث لا يتقن أي جانب من جوانب السلوك الإنساني، حيث استطاع إيتارد وخلال (5) سنوات أن يدرّب هذا الطفل المتوحش ويعلمه ويجعله ينطق ويكتب ويقرأ بعض الكلمات إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض

¹يوسف محمد العايد وآخرون، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ص 106 – 107.

²القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، مدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، طبعة 03 ، دولة الإمارات العربية المتحدة 2003

الشئ ، وقام سيجان (Seguin) وهو أحد تلاميذ إيتارد (1837م) بافتتاح أول مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا. وفي عام 1848م هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث افتتح سنة 1854 أول مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا، وبدأت برنامجا لتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال حيث طورت نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعوقين وغير المعوقين وتقوم على استثارة وتدريب الحواس¹.

ثانيا: أسباب الإعاقة الذهنية

إهتم العديد من الباحثين بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية، وعلى الرغم من تحديد كثير من هذه الأسباب، إلا أنه مازال هناك. عوامل أو أسباب لم يتم التوصل إليها حتى الآن. وتوضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروف ، وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة، والتي لها أسبابا متعددة، فهناك عوامل جينية وراثية تكون سببا رئيسيا ويجب تجنبها والوقاية منها، وهناك عوامل غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة ، فالزواج من الأقارب ، والزواج المبكر ، وانتشار الأمية وانخفاض مستوى التعلم، وخروج المرأة للعمل والفقر وارتفاع معدلات الإنجاب كلها تعتبر من اسباب الإعاقة التي من السهل الوقاية منها و منه نذكر الأسباب التالية:

1- عوامل ما قبل الولادة:

هي مجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين، وتسبب إعاقة العقلية، ويمكن اعتبارها عوامل وراثية، إلا أن وراثة الإعاقة الذهنية هذه قد تحدث مباشرة عن طريق المورثات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية كما قد تؤدي التغيرات المرضية التلقائية التي تطرأ على الجينات التي تحملها الكروموزومات إلى الإعاقة الذهنية أيضا وذلك أثناء انقسام هذه الخلايا.

يضاف إلى ذلك أن الإعاقة الذهنية قد تحدث في فترة ما قبل الولادة نتيجة عوامل أخرى ليس لها علاقة في الجينات وإنما هي عوامل يحدث تأثيرها بعد أن تتم عملية الإخصاب وتكوين الجنين سواء كان ذلك في بداية تكوينه أم أثناء فترة الحمل لذلك يمكن تقسيم عوامل ما قبل الولادة إلى قسمين رئيسيين هما: عوامل جينية، عوامل غير جينية.

- **العوامل الجينية:** وتنقسم هذه العوامل أيضا إلى قسمين هما:

(أ) العوامل الجينية المباشرة.

(ب) العوامل الجينية الغير مباشرة.

¹ - مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعايضة، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة - مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، طبعة 01، عمان 2010، ص 56.

1.1 عوامل جينية:

1.1.1. العوامل الجينية مباشرة: يرث الطفل الإعاقة الذهنية مباشرة من والديه وأجداده عن طريق الجينات الوراثية الذهنية ما بين (20-40 %) فقد وجدت بعض الدراسات أن 40% من حالات الإعاقة الذهنية تعود إلى النوع العائلي. وفيما يتعلق بالوراثة الجينية أيضا فإننا نعود إلى التذكير بأن الفرد يرث عددا متساويا من الكروموزومات من كلا الوالدين تساوي (23) كروموزما من كل منهما وبهذا فإن الفرد يرث (46) كروموزوم تترتب في 23 زوجا .

2.1.1. العوامل الجينية الغير المباشرة: تشمل هذه العوامل حالات الإعاقة الذهنية التي يرث فيها الجنين صفات مختلفة من الصفات التي ذكرت في العوامل الجينية المباشرة هنا ، وأما ما يورث هنا فهو نوع من المرض أو خلل من الاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من أحد والديه أو كليهما و تسبب تلف الدماغ الطفل و تصيب جهازه العصبي وتعيقه وتؤدي إلى تخلفه العقلي تشمل هذه الفئة من العوامل ما يلي:

- العيوب المخية : تنتقل هذه العيوب إلى الجنين عن طريق الجينات يصحبها أحيانا نمو شاذ في الجمجمة قد يرافقه إما صغر الدماغ أو كبره .

- الاضطرابات في تكوين الخلايا : وهذا الاضطراب ينتقل إلى الجنين عن طريق جينات معينة تؤثر في سلامة الخلايا بشكل عام أو خلايا الدماغ على وجه الخصوص وفي هذه الحالة بالذات يؤدي إلى الإعاقة الذهنية .

- اضطرابات التمثيل الغذائي أو عملية الهدم و البناء : ويذكر " جيريتين " أنه أمكن التعرف حتى الآن على حوالي 90 نوعا من الأمراض التي تصيب الجنين نتيجة اضطرابات في التمثيل الغذائي و أن هذه الأمراض تنتقل إلى الجنين عن طريق الجينات

- إصابة الأم الحامل بارتفاع درجة حرارة شديدة لمدة طويلة أثناء الأشهر الثلاثة الأولى .

- مشكلات سوء التغذية بالنسبة للام الحامل : مما يسهم في حدوث تلف في الدماغ الجنين حتى لو لم يصب ب (PKU) ولكن يتأثر فيه وهذا ما يسمى ب maternal ku حيث أن 90% من الأطفال الأمهات المصابات ب (PKU) لا يتبعن نظاما غذائيا مناسب يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة الذهنية أو صغر حجم الدماغ أو نقص الوزن عند الولادة. ووجد أن حوالي 64% من الأطفال المصابين ب (PKU) يعانون من إعاقة ذهنية شديدة و 23 % من إعاقة ذهنية متوسطة و 13 % تعاني من إعاقة ذهنية خفيفة الوادي .

- تعرض الأم الحامل لحوادث مفاجئة .

- نقص هرمون الغدة الدرقية لكل من الامهات الحوامل .

2.1. العوامل غير الجينية : تؤثر على الجنين في فترة الحمل عوامل متعددة اخرى غير تلك العوامل الجينية التي ذكرت سابقا . ويطلق البعض على هذه المجموعة من العوامل البيئية قبل الولادة " اسفكيس " وفي مثل هذه الحالة فإن انقطاع الأوكسجين وعدم وصوله إلى الدماغ الوليد ولو لفترة قصيرة جدا يؤدي

إلى تلف في بعض خلايا الدماغ و يسبب الإعاقة الذهنية . تسمم الجنين أو انفصال المشيمة المبكر أو طول عملية الولادة أو عسر أو زيادة هرمون الذي ينشط عملية الولادة¹.

2- عوامل اثناء الولادة :

ويقصد بهذه المجموعة من أسباب اثناء الولادة، تلك الأسباب التي فترة الولادة والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات، ومنها:

- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia):

قد تؤدي حالات نقص الأوكسجين (أسفكسيا) لدى الأجنة اثناء عملية الولادة إلى موت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين. كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقصان الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين كحالات التسمم (Toxemia)، أو انفصال المشيمة (Placental Separation) او طول عملية الولادة أو عرها أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة (Oxytocin)

- الصدمات الجسدية (Physical Trauma) :

قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة، أو استخدام طريقة الولادة القيصرية (Serurian)، بسبب وضع رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم، مما يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين، وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.

- العدوى التي تصيب الطفل (Infections) :

إذن تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات وخاصة التهابات السحايا (Meningitis) من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته أو إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات².

3- عوامل ما بعد الولادة:

لقد أثبتت الدراسات المختلفة أن الكثير من حالات الإعاقة تحدث في مراحل الطفولة المختلفة، نتيجة لإهمال الأسرة، من إعطاء المطاعيم الواقية من الأمراض، التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة والتي قد تؤدي إلى إعاقة قد يكون السبب فيها إهمال الأسرة الرعاية والعناية اللازمة للطفل في هذه المرحلة المهمة

¹- سليمة قاسي، صعوبات دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية من وجهة نظر الفريق البيداغوجي دراسة ميدانية في بعض المراكز البيداغوجية بولاية أم البواقي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة أم البواقي 2022/2021، ص 25 - 27.

²- مصطفى نوري القمش، الإعاقة العقلية النظرية والممارسة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، طبعة 01، عمان 2011،

الحساسية في حياته، مما يتعرض إلى حوادث مختلفة قد تؤدي إلى إعاقات خطيرة وأمراض متعددة وفيما يلي أهم هذه الأمراض:

- الأمراض:

النكاف	شلل الأطفال	الشلل الدماغي	السعال الديكي
الحصبة	البرقان	الحمى القرمزية	الكساح
التهاب سحايا الدماغ الشوكي الوبائي		الدفتيريا	

- الحوادث:

إن للحوادث التي يتعرض لها الطفل خلال مراحل الطفولة المختلفة لها دوراً هاماً في تعرضه، وإصابته بمختلف أنواع الإعاقة التي تترك آثارها البارزة عليه وعلى أسرته، وعلى المجتمع بشكل عام، وأن أكثر هذه الإصابات إنما تحدث نتيجة لإهمال الأسرة وخاصة الأم في رعاية الطفل وتوجيهه، وإرشاده إلى كيفية تجنب المواقف التي قد تؤدي إلى إصابته وفي النهاية إلى إعاقته. ومن هذه الحوادث ما يلي:

- سقوط الطفل على مناطق حساسة من الجسم.

- إصابات الصعقة الكهربائية.

- الحروق.

- الأدوية الخاطئة.

- حوادث الطرق.

- استعمال القسوة في عقاب الطفل.

4- عوامل غير محددة (Undifferentiated Factors) :

لقد لاحظ العلماء والباحثون في مجال الإعاقة العقلية في السنوات الأخيرة الدور الكبير الذي تلعبه العوامل الثقافية والاجتماعية في حدوث الإعاقة العقلية بكافة أشكالها، كما أكدوا نتيجة للدراسات التي قاموا بها أن للمؤثرات البيئية في المحيط الذي ينشأ فيه الطفل نتائج قد تكون سلبية وقد تكون إيجابية وجميعها تنعكس عليه، وقد تشكل مستقبلاً الكثير من ميزات الجسمية أو العقلية أو الخلقية مما يؤثر على مستقبل حياته بشكل خاص وعلى المجتمع بشكل عام. كما أكد هؤلاء الباحثون من خلال النتائج التي توصلت إليها دراساتهم أن أكثر حالات الإعاقة تنحدر من بيئات متخلفة اجتماعياً وثقافياً، تعاني من تدني المستوى الاقتصادي، وتنتمي إلى الطبقة الفقيرة أو الأسر المفككة التي تعاني من الخلل في العلاقات الزوجية والعائلية وغيرها من العوامل التي قد تتشابك وتتفاعل مع بعضها¹.

¹مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، ص33-34

ثالثاً: تصنيف الإعاقة الذهنية

1- التصنيف حسب الأعراض:

أ- تصنيف ترييد جولد (Tredgold):

يصنف ترييد جولد (1961) الإعاقة العقلية على أساس أسبابه إلى الفئات التالية:

- **إعاقة عقلية أولية (Primary amentia):** وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.
- **إعاقة عقلية ثانية Secondary amentia:** وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة العقلية التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة كالمرض و الإصابات والتشوهات الخلقية التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة .
- **إعاقة عقلية مختلطة (وراثي بيئي) Mixed amentia:** وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معاً .
- **إعاقة عقلية غير محددة الأسباب:** وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من المعاقين عقلياً وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى الإعاقة .

ب- تصنيف ستر اوس (Strauss):

يقسم ستر اوس المعاقين عقلياً إلى فئتين هما :

- **النمط الداخلي Endogenous Typology:** وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية ذات الجانب الوراثي ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كليهما أو أحد الأخوة أو بعضهم ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني.
- **النمط الخارجي Exogenous Typology:** وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء الولادة. فقد تكون الإعاقة العقلية هنا ناتجة عن إصابة أحدثت تلفاً في الدماغ قبل أو أثناء أو بعد الولادة وتتصف هذه الحالات باضطراب التفكير وعدم الاتزان الانفعالي، كما قد يصاحبها ظهور بعض العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للطفل .

ج- تصنيف تيرمان Terman عام 1916، ويشمل الفئات الآتية :

- أفراد على حدود التخلف العقلي، معدل ذكائهم من 70-79.
- أفراد مورون أو مافونون، معدل ذكائهم من 69-50 .
- أفراد بلهاء، معدل ذكائهم من 25-49 .
- أفراد معتوهون، معدل ذكائهم أقل من 25.
- ولقد استخدم ويكسلر Wechsler عام 1958 نفس المسميات مع اختلافات طفيفة في معدلات الذكاء.

د- تصنيف هيبير Heber عام 1959، 1961

تبنّت الجمعية الأمريكية للطلب النفسي تعريف هيبير عام 1959 عن التخلف العقلي والذي شمل أولئك الأفراد الذين ينخفض معدل ذكائهم عن المتوسط بدرجة واحدة من درجات الانحراف المعياري، ومن هنا قد صنفت حالات التخلف العقلي إلى خمس مجموعات 1961 :

- المتخلف عقليا على الحدود 68-83 .
- حالات التخلف البسيطة 52-67 .
- حالات التخلف المتوسط 36-51 .
- حالات التخلف الشديدة 20-35 .
- حالات التخلف العميق 19 أو أدنى¹ .

2- التصنيف الإكلينيكي (المظهر الخارجي) :

يتميز هذا التصنيف في إمكانية التعرف على بعض الحالات في الإعاقة العقلية من خلال المظهر العام، حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسمية تشريحية فسيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء، ومن هذه الأنماط الإكلينيكية الأطفال المنغوليين، وحالات القماءة أو القصاع وحالات صغر حجم الدماغ وحالات كبر حجم الدماغ، وحالات استسقاء الدماغ، وحالات اضطراب التمثيل الغذائي، وحالة الجلاكوسيميا.

أ) الأطفال المنغوليين :

تعتبر حالات الإعاقة العقلية والمصنفة ضمن حالات المنغولية من الحالات الأكثر شيوعاً من بين حالات الإعاقة العقلية إذ تصل نسبة الأطفال المنغوليين إلى حوالي (10%) من حالات الإعاقة العقلية، وقد سميت حالات المنغولية بهذا الاسم نسبة إلى التشابه بين الملامح العامة. وقد بقيت مثل هذه التسمية للأطفال المنغوليين شائعة حتى عام (1886)، حيث سميت مثل هذه الحالات باسم عرض داون (Dawns Syndrom) نسبة على الطبيب الإنجليزي لانج دون داون (1886)، الذي قدم محاضرة طبية عن حالات المنغولية واقترح التسمية التي لاقت إقبالاً من أوساط المهتمين في ميدان التربية الخاصة، ولكن التسمية القديمة مازالت شائعة حتى يومنا هذا في كثير من أوساط التربية الخاصة. ويتميز الأطفال المنغوليين بخصائص جسمية وعقلية واجتماعية مميزة ، عن خصائص فئات الإعاقة العقلية الأخرى، إذ تمثل الخصائص الجسمية المشتركة الأكثر وضوحاً لدى هذه الفئة. الأطفال الخصائص في شكل الوجه حيث الوجه المستدير السطح، والعيون الضيقة ذات الاتجاه العرضي، وصغر حجم الأنف، وكبر حجم الأذنين وظهور اللسان خارج الفم والأسنان غير المنتظمة، وقصر الأصابع والأطراف وظهور خط هلامي واحد في راحة اليد بدلاً من خطين، ويكون هؤلاء أبطأ من الآخرين في تعلم استعمال أجسامهم وعقولهم .

¹ - حمدي علي الفرماوي، الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة 01، عمان 2010، ص28-29.

أما الخصائص العقلية لهذه الفئة فتتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسط والبسيط، إذ تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين (45-70) على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، ويعني ذلك قدرة هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات ومهارات التواصل اللغوي، والمهارات الشرائية، والمهنية، ويمكن تصنيف هذه الفئة ضمن فئة الأطفال القابلين للتعلم، أو الأطفال القابلين للتدريب .

أيضاً الخصائص اللغوية لهذه الفئة فتتمثل في المهارات اللغوية الاستيعابية والتعبيرية، حيث يواجه أطفال هذه الفئة مشكلات في اللغة التعبيرية، إذ يصعب عليهم التعبير عن ذواتهم لفظياً لأسباب متعددة أهمها القدرة العقلية وسلامة جهاز النطق وخاصة اللسان والأسنان، أما مشكلات اللغة الاستقبالية فتبدو أقل مقارنة مع اللغة التعبيرية، إذ يسهل على الطفل المنغولي استقبال اللغة وسمعها وفهمها وتنفيذها، وفيما يتعلق بالخصائص الانفعالية للمنغوليين فإنهم يتصفون باللطف والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام، ويظهر لديهم حب الموسيقى وميلهم إلى تقليد الآخرين .

وتعود أسباب حالات المنغولية إلى خلل في الكروموسومات رقم (21) الذي تحمله الأم وخاصة في الأعمار المتقدمة للأمهات بعد عمر (35) سنة، فكلما زاد عمر الأم كلما زادت الفرصة لولادة أطفال منغوليين، وبسبب من ضعف هذا الكروموسوم لدى الأمهات المتقدّمات في العمر (قبل الحمل)، حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين وبذا يصبح لدى الطفل المنغولي (47) كروموسوم بدلاً من (46) كروموسوماً، وسبب آخر احتمال إصابة الأم أو الأب ببعض الأمراض المعدية مثل الزهري، والسل.....

ب) حالات القماءة أو القصاع (Cretinism) :

تعتبر حالات القماءة (قصر القامة) من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، ويقصد بها حالات قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدنية، ومن المظاهر الجسمية المميزة لهذه الحالة قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد حتى في نهاية سن البلوغ والمراهقة (16-18 سنة إلى أكثر من (80) سم، ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد واندلاع البطن وقصر الأطراف والأصابع.

أما الخصائص العقلية لهذه الحالات فتتمثل في تدني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقياس الذكاء التقليدي، وفي الغالب تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (25-50) درجة، وتواجه هذه الحالات مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة والحساب وحتى مهارات الحياة اليومية أحياناً، وترجع أسباب حالات القماءة إلى عوامل وراثية وبيئية والتفاعل بينهما، إذ تعتبر الغدة الدرقية وخاصة النقص الواضح في إفراز هرمون الثيروكسين والذي تفرزه الغدة الدرقية سبباً رئيسياً في حدوث حالات القصاع حيث يتأثر نشاط الغدة الدرقية بعدة عوامل منها الهرمون المنشط لها من الغدة النخامية وكمية الدم التي تصل إليها، ومادة البود، إذ تعتبر نقص مادة اليود في الطعام عاملاً أساسياً في نقص هرمون الثيروكسين وعند ولادة هؤلاء

الأطفال يصعب تشخيص حالاتهم لأنهم يشبهون الأطفال العاديين، ولكن يظهر ذلك بعد ستة شهور من العمر من خلال الحركة والجلوس، حيث يبدو على الطفل الكسل والخمول وبطء الاستجابة والنمو النفسي الحركي، ويتأخر نمو الكلام، ولا يميل هؤلاء إلى التفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبته فلا يظهر أي ابتسامة أو ضحك، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويتغير لون جلده إلى الاصفرار، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (25-50) درجة، ويواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة والحساب وهي مهارات الحياة اليومية .

وقد يكون من المناسب التمييز بين حالات قصر القامة التي لا يصابها تدني في القدرة العقلية وبين حالات قصر القامة التي يصابها تدني واضح في القدرة العقلية.

(ت) حالات صغر حجم الدماغ (Microcephaly) :

حيث تبدو مظاهر هذه الحالة في صغر محيط الجمجمة (20سم + 5سم) م محيط الجمجمة للأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني لم الرأس لدى الأطفال العاديين عند الولادة هو (33سم + 5سم) وغالباً ما يأخذ الرأس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المعكوس أو حبة الكمثرى المحكومة، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول وصعوبات في المهارات الحركية العامة الدقيقة، ومقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين .

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية، وغالباً ما تقع هذه الحالات في فئة الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وخاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى، أما البرامج التربوية لمثل هذه الفئة فتبدو في تدريبهم على مهارات الحياة اليومية. وتتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة النشاط الحركي .

ترجع أسباب هذه الحالات إلى عوامل متعددة منها ما هو غير معروف ومنها ما هو معروف، من مثل فيروس الزهري وتناول الكحول، والعقاقير والأدوية والإشعاعات وتسمم الحمل، ويمكن اكتشاف مثل هذه الحالات قبل الولادة بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية أو بواسطة فحص عينة من خلايا الجنين باستخدام موجات الفأ، حيث تكشف مثل هذه الفحوصات الطبية العيوب الخلقية للجنين، ومظاهر نموه الجسمي مقارنة مع الأجنة العادية المماثلة لها في العمر الزمني أثناء فترة الحمل، أما بعد الولادة فيمكن اكتشاف مثل هذه الحالات بعد الولادة حين يقارن طبيب الأطفال محيط رأس الطفل المصاب بحالة صغر حجم الدماغ مع محيط الرأس لدى الأطفال العاديين المولودين حديثاً .

(ث) حالات كبر حجم الدماغ (Macrocephaly) :

تعتبر حالات حجم كبر الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسب حدوث مثل هذه الحالات مقارنة مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة (40سم + 5سم)، مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة، وغالباً

ما يكون شكل الرأس في مثل هذه الحالات كبيراً، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة مقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين. أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية، وغالباً ما تقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً، خاصة إذا ما صاحبها إعاقات أخرى، أما البرامج التربوية فتبدو في مهارات الحياة اليومية .

ترجع معظم أسباب هذه الحالات إلى عوامل غير معروفة، وبعضها إلى عوامل قد تكون معروفة مثل تناول العقاقير والأدوية والكحول والتدخين والإشعاعات وتسمم الحمل، ويمكن اكتشاف الحالة كما في صغر حجم الدماغ .

ج) حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly) :

تعتبر حالات استسقاء الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسبة حدوث مثل هذه الحالات مقارنة مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الدماغ (40 سم = 5سم)، مصحوبة بسائل النخاع الشوكي في داخل أو خارج الدماغ، ولهذا السبب يبدو الرأس كبيراً وطرياً، وعندما يضغط الفرد على رأس حالة استسقاء الدماغ يشعر وكأنه يضغط على بالون مملوء بالماء، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الطول والوزن وظهور مشكلات حركية عامة وخاصة، مقارنة مع نظرائها من الأطفال العاديين.

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية، وغالباً ما تصنف مثل هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً، وخاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى، وتقدم مهارات الحياة اليومية كبرامج لمثل هذه الحالات .

ترجع معظم أسباب هذه الحالات إلى عوامل غير معروفة، وبعضها إلى عوامل قد تكون معروفة مثل العوامل الوراثية والعوامل البيئية كالأضرار التي تصيب الأم الحامل، ومرض تسمم الحمل والعقاقير والأدوية والإشعاعات... الخ. يمكن اكتشاف مثل هذه الحالات قبل عملية الولادة، بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية، أو بواسطة فحص عينة من خلايا الجنين أما بعد الولادة إذ يمكن لطبيب الأطفال التعرف إليها عند مقارنة محيط الرأس لديها المملوء بسائل النخاع الشوكي، مقارنة مع الأطفال العاديين، وإذا ما تم اكتشاف مثل هذه الحالات في أعمار مبكرة فيمكن إجراء عمليات جراحية تهدف إلى سحب السائل المخي الشوكي داخل أو خارج الجسم، مما يقلل من درجة الإعاقة العقلية.

ح) حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (PKU):

وقد اكتشف هذه الحالة طبيب نرويجي يدعى فرلنج (1934)، عندما كان يقوم بإجراء بعض الفحوص الروتينية على طفلين من المعاقين عقلياً، حيث وجد أن لون البول عندهما يتغير إلى اللون الأخضر بدلاً من اللون الأحمر البني المعتاد عندما كان يضيف إليه الفيريك (Ferric Chloride)، كما لاحظ رائحة غريبة

في بول الطفل وهذه الحالة عبارة عن اضطراب في التمثيل الغذائي ناتج عن فقدان أنزيم يدعى حامض الفيتلين يفرزه الكبد، ويساعد هذا الأنزيم على المصادر الغذائية مثل الحليب وتحويله إلى ثيروسين (Tyrosine) .

وبسبب فقدان الأنزيم المشار إليه سابقاً فإن حامض الفينيلين غير المؤكسد يتجمع في الدم والأنسجة بنسبة مرتفعة، مما يؤدي إلى آثار سامة بالنسبة للخلايا العصبية في الدماغ، والطفل المصاب بهذه الحالة (PKU) قد يبدو طبيعياً عند الولادة، ولكن استمرار تناول الطفل للطعام المحتوى على حامض الفينالين مع العجز عن تحليلها وأكسدها يؤدي إلى تراكمها في دم الطفل مما يؤدي بدوره إلى اتلاف متزايد لخلايا الدماغ .

وتظهر حالات (PKU) لدى الأطفال كصفة متنحية حيث يحمل الأبوان حالة الـ (PKU) كصفة ناقلة كشرط أساسي لحدوث حالات الـ (PKU)، ويتصف أبناء الأمهات الناقلات للمرض بأنهم عاديين عند الولادة، ولكن أعراض الحالة تبدو عليهم فيما بعد بسبب اضطراب التمثيل الغذائي لديهم، وخاصة عند تناولهم للمواد التي تحتوي على مادة الفينيلين والموجودة في المواد البروتينية، وخاصة الحليب .

ومن الناحية الطبية فقد أصبح من الممكن اكتشاف هذه الحالة عند الطفل في الأيام والأسابيع الأولى من عمره عن طريق مجموعة فحوصات تجري على الدم والبول، وفي حالة الكشف عن حالة الـ (PKU) في سن مبكرة من حياة الطفل الرضيع فإنه من الممكن علاج هذه الحالة عن طريق وضع الطفل في سن مبكرة في الأشهر الأولى من عمره ويستحسن قبل الشهر الثالث من العمر تحت نظام غذائي بديل تكون فيه نسبة الفينيلين الموجودة في طعام الطفل محدودة جداً، وهذا يستدعي الاستغناء عن حليب الأم وعن الأنواع الأخرى الشائعة من الحليب واستبدالها بحليب خاص، كذلك يتمثل النظام الغذائي في تناول المواد الغذائية التي تحتوي على الفينيلين وخاصة المواد البروتينية كالحوم والحليب والبيض، وفق معايير معينة (حمية غذائية)، ويعمل مثل هذا النظام الغذائي إذا ما تم تطبيقه في أعمار مبكرة على تجنب حالات الإعاقة العقلية والعكس صحيح.

أما خصائصهم العقلية فتشير الدراسات التي أجريت حول القدرة العقلية إلى أن نسبة ذكاء هذه الفئة تتراوح ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ولكن الغالبية العظمى من هذه الفئة ذات قدرات عقلية تتراوح ما بين (25-50) درجة على اختبارات الذكاء .

أما عن الخصائص الجسمية لهذه الفئة تشير الدراسات إلى خصائص مثل الجلد الناعم الحساس الشاحب، والشعر الأشقر، والعيون الزرقاء، وصغر حجم الرأس .

أما الخصائص السلوكية لهذه الفئة فتبدو في الاضطرابات الانفعالية والعنوانية والمزاجية والفصامية. وتتراوح نسبة انتشار هذه الحالة ما بين (1:10000) إلى (1:2000) في الولايات المتحدة.

(خ) حالة الجلاكتوسيميا (Galactosemia):

هي أيضاً إحدى الحالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجوده في كلا الوالدين، وحدوثه أكثر ندره من حالة (PKU) وكثيراً ما يموت الأطفال حديثو الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في فترة الرضاعة، أو يصابون بالإعاقة العقلية إذا استمروا بدون علاج على قيد الحياة.

أما أسباب هذه الحالة فهي قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات، ويعود هذا إلى القصور في فقدان إنزيم معين يساعد في تحويل مادة الجلاكتوز (السكر) الموجود في الحليب وأكسدتها تمهيداً لدخول هذه المادة في عملية توفير الطاقة في الخلية.

وبذلك فإن إعطاء الطفل الحليب العادي سيؤدي إلى نتائج خطيرة بالنسبة للرضيع ومن هذه النتائج إصابته باليرقان، وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيء وإعتام عدسة العين، وتظهر هذه الأعراض بعد ولادة الطفل وتناوله الحليب، لذا يجب أن يخضع الأطفال في هذه الحالة إلى نظام غذائي معين لا يتضمن سكر الجلاكتوز، وتعزى هذه الأعراض إلى تجمع وتركيز بعض المواد الغذائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجودة في الجسم، لذلك فإن علاج هذه الحالة يكون بوضع الطفل تحت نظام غذائي يخلو من اللاكتوز والاستعاضة عن الحليب المعتاد ببديل له مثل حليب الصويا وغيره .

ومن حالات اضطرابات التمثيل الغذائي للسكريات الحالة المعروفة باسم اضطراب تخزين سكر الكبد والذي يترتب عليه نقص مستوى السكر في الدم (Hypoglycemia) والذي يؤدي إلى تلف في المخ والجهاز العصبي المركزي.

(د) حالات تاي ساتش : وسميت هذه الحالات بهذا الاسم نسبة إلى العالمين اللذين اكتشفاها، وتبدو

الأعراض الجسمية لمثل هذه الحالات في صعوبة نمو مظاهر النمو الحركي بشكل طبيعي وخاصة مهارات التآزر البصري/ الحركي وكف البصر تدريجياً، وأخيراً الوفاة في أعمار مبكرة، وتبدو أسباب هذه الحالة إلى أسباب وراثية تبدو في قصور التمثيل الغذائي للدهون، وقد لوحظ انتشار هذه المرحلة لدى يهود شرق آسيا المعروف باسم اليهود الأشكائيتاز¹ .

3- التصنيف السيكومتری :

هذا التصنيف اقترحه جروسمان (1973)، (1983) وتبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، حيث أوضح أن مصطلح التخلف العقلي يشير إلى الحالات التي ينخفض أداؤها الذهني العام عن المتوسط بإنحرافين معيارين على الأقل، الأمر الذي ضيق حدود التخلف فأصبحت تقع تحت 70 على مقياس ويكسلر ، وتحت 68 على مقياس "بينيه" ، وتكون نسب الذكاء في مجموعات هذا التصنيف ولقد فصلت منظمة الصحة العالمية عام 1992 الخصائص السلوكي لهذه الفئات كالآتي :

1- ماجدة السيد عبيد، الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة 03، عمان 2013، ص136-145.

• التخلف العقلي البسيط أو الخفيف :Mild Mental Retardation

الأشخاص المتخلفون ذوو التخلف البسيط (الخفيف) يكتسبون اللغة مع بعض التأخير، ولكن معظمهم يحققون القدرة على استخدام الكلام لأغراض الحياة اليومية، ولإجراء محادثات، وكذلك الاشتراك في المقابلة الكلينيكية، ويصل معظمهم أيضاً إلى لاستقلالية الكاملة في الرعاية الذاتية تناول الطعام، النظافة، ارتداء الملابس والإخراج وكذلك في المهارات المنزلية والعملية حتى لو كان معدل نموهم أبطأ من العاديين – وتبدو الصعوبات الرئيسية عادة في أداء الواجبات المدرسية

وكثير منهم تكون لديه مشكلات في القراءة والكتابة، وعلى أي حال فإن حالات التخلف البسيط يمكن مساعدتهم بشكل كبير عن طريق التعليم المعد لتنمية مهاراتهم والتعويض عن إعاقاتهم، ومعظم الذين يقعون في المستويات الأعلى داخل هذه الفئة قادرون على العمل الذي يتطلب قدرات عملية أكثر من القدرات الأكاديمية ويشمل ذلك الأعمال اليدوية غير الماهرة وشبه الماهرة .

وفي الإطار الاجتماعي الحضاري الذي يتطلب قليلاً من التحصيل الأكاديمي فإن بعض درجات التخلف العقلي البسيط لا تمثل مشكلة في حد ذاتها ، وإذا كان هناك عدم نضج انفعالي واجتماعي واضح يتمثل في عدم القدرة على التعامل مع مطالب الزواج وتربية الأطفال أو صعوبات التعامل مع تقاليد المجتمع وتوقعاته تكون ظاهرة وبصفة عامة، فإن الصعوبات السلوكية والانفعالية والاجتماعية لحالات التخلف العقلي البسيط وحاجاتهم للمعالجة والمساندة تكون قريبة من تلك الخاصة بذوى الذكاء المتوسط أكثر من قربها لتلك الخاصة بحالات التخلف العقلي من المستوى المتوسط.

• التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental Retardation :

الأفراد في هذه الفئة بطيئون في تطوير وفهم واستخدام اللغة ويكون تحصيلهم في هذا المجال محدود ، كما يكون إنجازهم في مجال الرعاية الذاتية والمهارات الحركية متخلفاً أيضاً، وبعضهم يحتاج إلى إشراف طول حياته ، و يكون تقدمهم في التعليم المدرسي محدوداً ولكن نسبة من هؤلاء الأفراد يتعلمون المهارات الأساسية اللازمة للقراءة والكتابة والحساب، ويمكن للبرامج التعليمية أن تتيح لهم الفرص لتنمية طاقتهم المحدودة ، ولاكتساب بعض المهارات الأساسية، ومثل هذه البرامج

تكون مناسبة لبطيء التعلم ذوى الإمكانات المحدودة للتحصيل، وهؤلاء الأفراد عندما يصلون إلى مرحلة الرشد يكونوا قادرين على أداء مهام عملية إذا كانت المهام معدة جيداً وتوفر الإشراف الماهر. ومن النادر أن يتحقق لهؤلاء الأفراد في الرشد الاستقلال المعيشي الكامل . وبصفة عامة فإن هؤلاء الأفراد يتحركون تماماً وهم نشطون بدنياً كما أن معظمهم يظهرون شواهد على النمو الاجتماعي في قدرتهم على الاتصال والتخاطب مع الآخرين، وكذلك الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية البسيطة .

● **التخلف العقلي الشديد Severe Moderate Mental Retardation:**

هذه الفئة قريبة الشبه بفئة متوسطي التخلف من حيث الصورة الكلينيكية ووجود جوانب عضوية، وكذلك الحالات المرافقة. كما أن مستويات الإنجاز والتحصيل المنخفضة المذكورة في الفئة السابقة توجد هنا أيضاً، وهي أكثر شيوعاً يُعاني معظم أفراد هذه المجموعة من درجة واضحة من القصور الحركي وغيره من العيوب المصاحبة، والتي تشتمل على وجود تلف واضح كلينيكياً أو شذوذ في نمو الجهاز العصبي المركزي.

● **التخلف العقلي العميق Profound Moderate Mental Retardation:**

يقدر معدل الذكاء في هذه الفئة بما دون 20، وهذا يعني عملياً أن الأشخاص في هذه الفئة ذوى قدرة محدودة جداً على فهم التعليمات والمطالب والاستجابة لها، فمعظم هؤلاء الأفراد لا يمكنهم الحركة أو مقيدون بدرجة بالغة في حركتهم، ولديهم إمكانيات ضئيلة على التعامل بصورة غير لفظية، ولديهم قدر قليل أو لا يوجد على رعاية حاجاتهم الشخصية، وهم بحاجة إلى رعاية ومساعدة وإشراف مستمر¹.

4- تصنيف النفس الاجتماعي (الجمعية الأمريكية):

لقد اعتمدت الجمعية الأمريكية للمعاقين عقلياً مقياس السلوك التكيفي وهو مقياس شائع الاستخدام، إضافة إلى متغير آخر هو القدرة العقلية إذ تؤخذ بعين الاعتبار في عملية تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات الدرجة على مقياس الذكاء والدرجة على مقياس السلوك التكيفي، ويشبه الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية تصنيف الإعاقة حسب نسب الذكاء، مع التركيز على مظاهر السلوك التكيفي في كل فئة من فئات الإعاقة العقلية، وهي حسب هذا التصنيف تكون على الشكل التالي:

● **الإعاقة العقلية البسيطة Mild:**

وهي الفئة التي تحدد نسبة الذكاء بين (55-69) درجة، ويتوقف النمو العقلي عند عمر (10-7) سنوات. ويعتبر أفراد هذه الفئة قابلين للتعليم والاستفادة من البرامج التربوية مع العلم أنهم بطيئو التقدم، ولديهم ضعف التحصيل وعيوب في النطق كما أن لديهم إمكانية الاستقلال اجتماعياً واقتصادياً في المستقبل، وهم بحاجة إلى برامج تربوية مباشرة لمساعدتهم على التكيف وتقبل الأنماط الاجتماعية والأهداف المهنية الحقيقية، كما أنهم يحتاجون إلى التوجيه في اختيار الأعمال المناسبة لهم.

● **الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate:**

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (54-40) درجة ويعاني أفرادها من التأخر في النمو العام ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3-7) سنوات على أنه يمكن اعتبار معظمهم قابلين للتدريب، إذ يمكن تدريبهم للعناية بأنفسهم، إلا أنهم مع ذلك يبقون بحاجة إلى الإشراف الذي يمكن أن يستفيدوا منه في تعلم بعض المهارات الحياتية العامة كالأعمال المنزلية، ويمكن إعداد بعضهم للقيام بأعمال بسيطة، ويمكنهم تعلم

¹حمدي علي الفرماوي، المرجع السابق، ص 40-43.

المبادئ الأساسية البسيطة في القراءة والكتابة والحساب، وقد يحتاج بعضهم إلى أن يوضعوا في مراكز خاصة، وتمثل هذه الفئة حوالي (10%) من مجموع المعاقين عقلياً .

• الإعاقة العقلية الشديدة Severe :

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25-39) درجة ويتوقف نمو هؤلاء عند مستوى عمر أقل من (3) سنوات، أما قدرتهم على تعلم اللغة والقدرات الحركية وتعلم الكلام فمحدود جداً، إلا أن بعضهم يستطيع تعلم مهارات معينة وتنمية بعض الإمكانيات التي تمكنهم من العناية بأنفسهم إلى حد ما، فالمعاق هنا لا يستطيع حماية نفسه من الأخطار الطبيعية، ويفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة والتغذية وضبط عمليات الإخراج، ويحتاج إلى رعاية شديدة من الآخرين في كل شيء وفي جميع الحاجات الأساسية والضرورية. وقد يحتاج بعضهم إلى إيداع في مراكز الرعاية الداخلية بينما يستطيع العديد منهم الاستمرار في حياة المنزل وفي جو الأسرة .

• الإعاقة العقلية الحادة (الاعتمادية) Profound :

تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن (25) درجة، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدرتهم الحسية والحركية، وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل، أو في مراكز الرعاية الخاصة، أما إذا تمكن بعضهم من تعلم بعض المهارات الأساسية فإنها تكون في العادة في حدها الأدنى مع نمط

بسيط في القدرة اللفظية، إنهم مع ذلك يبقون في حاجة إلى الرعاية المستمرة. وتجدر الإشارة إلى أن خصائص كل فئة الجسمية والعقلية والاجتماعية توازي خصائص الأطفال المماثلين لهم في التصنيف التربوي في وصف حالات الإعاقة العقلية حسب متغير الذكاء¹ .

5- التصنيف التربوي :

تصنف حالات الإعاقة العقلية وفقاً لمتغير البعد التربوي أو القدرة على التعلم إلى مجموعات، هي :

• فئة بطئ التعلم (Slow Learner) :

الحالات من هو ذلك الطفل الذي تتراوح نسبة ذكائه من (90-75) وقد نجدها في بعض (90-70)، إذ أن هناك بعض الاختلاف بين علماء النفس والتربية في تحديدها، ويتصف هذا الطفل بعدم قدرته على موازنة نفسه مع ما يعطى له من مناهج في المدرسة العادية، ويعود ذلك بسبب ما لديه من قصور في نسبة الذكاء. فيظهر هذا الطفل بعدم قدرته على تحقيق المستويات المطلوبة منه في الصف الدراسي حيث يكون متراجعا في تحصيله الأكاديمي قياساً إلى تحصيل أقرانه من نفس الفئة العمرية والصفية .

¹ - ماجدة السيد عبيد، المرجع السابق، ص 134-136.

• حالات القابلين للتعلم EMR :

توازي حالات القابلين للتعلم وفقاً لهذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية البسيطة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة العقلية البسيطة (50-70) أو (55-79) ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج التربوية الفردية أو ما يسمى بالخطة التربوية الفردية (IEP) Individualized Educational Plan حيث لا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية في المدرسة العادية بشكل يوازي الطلبة الأسوياء. ويتضمن محتوى منهاج الأطفال القابلين للتعلم المهارات الاستقلالية والمهارات الحركية والمهارات اللغوية والمهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات المهنية والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة والمهارات الشرائية .

بعض الباحثين لا يعتبر الأطفال القابلين للتعلم معاقين عقلياً خلال مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن هذه الإعاقة تظهر بشكل يمكن ملاحظته في النشاطات العقلية خلال مرحلة ما قبل المدرسة، ويكون نمو الطفل في معظم الأحيان طبيعياً إلى أن يظهر عجزه عن التعلم في المدرسة .

حالات القابلين للتدريب TMR :

توازي حالات القابلين للتدريب وفق هذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية المتوسطة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة، ولهذه الفئة نفس الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية المتوسطة، فهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي، إلا أنهم قابلون للتدريب في المجالات التالية :

أ - تعلم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس .

ب- التكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيرة.

ج- تقديم بعض المساعدة في نطاق الأسرة والمدرسة والعمل.

تظهر الإعاقة العقلية لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جداً قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تخلف في القدرة على الكلام والمشي بالإضافة إلى بعض العيوب الجنسية. ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج المهنية وخاصة برامج التهيئة المهنية، وبرامج التأهيل المهني.

حالات الاعتماديين SMR :

توازي حالات الاعتماديين وفق هذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية الشديدة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة العقلية، ولهذه الفئة نفس الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية الشديدة، ويطلق عليه أحياناً الطفل غير القابل للتدريب وتقل نسبة ذكائه عن (30-25) درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وإشراف مستمرين لأنه غير قادر على الاستمرار بلا مساعدة مباشرة، ويتم التركيز في برامج هذه الفئة على مهارات الحياة اليومية¹.

¹ماجدة السيد عبيد المرجع السابق، ص146-147.

رابعاً: خصائص الإعاقة الذهنية

إن التعرف على خصائص النمو عند الأطفال المتخلفين عقلياً لأمر هام في إمكانية تزويد المعلم بالمعلومات الهامة عن جوانب النمو في الجوانب الأكاديمية والجسمية والاجتماعية والانفعالية والعقلية وكذلك في جانب الشخصية، فإن التعرف على هذه الخصائص يساعدنا في إمكانية وضع وتصميم المناهج والبرامج اللازمة لإعداد هؤلاء المتخلفين عقلياً، وقد بنيت الخصائص لدى المعوقين عقلياً على نتائج الدراسات المقارنة بين الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني، إلا أنه يصعب تعميم هذه الخصائص على كل الأطفال المعاقين عقلياً، إذ قد تنطبق هذه الخصائص على طفل ما بينما لا تنطبق على طفل آخر بنفس الدرجة، ومن أهم تلك الخصائص:

1. الخصائص الأكاديمية:

إن العلاقة القوية التي يرتبط بها كل من الذكاء وقدرة الفرد على التحصيل يجب أن لا تكون مفاجئة للمعلم عندما يجد الطفل المتخلف عقلياً غير قادر على مسايرة بقية الطلبة العاديين في نفس العمر الزمني لهم، وخاصة في عملية تقصيره في جميع جوانب التحصيل وقد يظهر على شكل تأخر دراسي في مهارات القراءة والتعبير والكتابة والاستعداد الحسابي، وقد أشارت دونا بأن هناك علاقة بين فئة المتخلفين عقلياً وبين درجة التخلف الأكاديمي، إذن من أكثر الخصائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص الواضح في قدرة هؤلاء على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع العاديين و من تلك الدراسات دراسة بني مستر، 1976، وديني، 1964، وزقزر، 1964، والتي يلخصها ماكميلان 1977 بقوله أن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع.

أما من ناحية الانتباه فيواجه الأطفال المعاقون عقلياً مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية إذ تتناسب تلك المشكلات طردياً كلما نقصت درجة الإعاقة العقلية، وعلى ذلك يظهر المعاقون عقلياً إعاقه عقلية بسيطة مشكلات أقل في القدرة على الانتباه والتركيز مقارنة مع ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، ويلخص ماكميلان الدراسات التي أجراها زيمان وتيرنر وسبتز في هذا المجال كما يلي:

أ- يعاني المعاقون عقلياً من نقص واضح في الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها، وخاصة لدى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.

ب- يعاني المعاقون عقلياً وخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة من فرط الإحباط والشعور بالفشل، لذا يبحث الطفل المعاق عقلياً عن فرص النجاح وعلاماته إذ يركز على تعبيرات وجه المعلم أكثر من تركيزه على المهمة المطلوبة منه.

ج- يعاني المعاقون عقليا من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر، ولذا من الضروري لمعلم التربية الخاصة العمل على مساعدة الأطفال المعاقين عقليا على استقبال المعلومات بطريقة منظمة وسهلة.

د - يميل الأطفال المعاقون عقليا إلى تجميع الأشياء وتصنيفها بطريقة غير صحيحة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الطريقة التي يستقبل فيها المعاقون عقليا تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء.

أما درجة التذكر فهي ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية إذ تزداد درجة التذكر كلما زادت القدرة العقلية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعوقين سواء كان ذلك متعلقا بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى ويلخص ماكملان نتائج بعض البحوث على موضوع التذكر ومنها :

- تقل قدرة المعوق عقليا على التذكر مقارنة مع الطفل الذي يناظره في العمر الزمني ويعود السبب في ذلك إلى ضعف قدرة المعاق عقليا على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائل للتذكر كما يقوم بذلك الطفل العادي.

- ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقة أكثر حسية كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح.

- تتضمن عملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية هي: استقبال المعلومات و تخزينها ثم استرجاعها، وتبدو مشكلة الطفل المعاق عقليا الرئيسية في مرحلة استقبال المعلومات، وذلك بسبب ضعف الانتباه لديه.

وهناك أيضا مشكلة انتقال أثر التعلم، يعاني الأطفال المعاقون عقليا من نقص واضح في نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر، ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة، إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل آثار التعلم من الخصائص المميزة للطفل المعوق عقليا مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني ويبدو السبب في ذلك في فشل المعوق عقليا في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد وقد لخص ماكملان نتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع انتقال أثر التعلم، فأشار إلى الفروق الواضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية، وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث قدرتهم في التعرف إلى الدلائل المناسبة بين الموقف المتعلم السابق، والموقف الجديد اللاحق، كما أشار إلى أن قدرة

الطفل المعوق عقليا على نقل التعلم يعتمد على درجة الإعاقة العقلية وعلى طبيعة المهمة التعليمية ودرجة التشابه بين الموقف السابق واللاحق¹.

2. الخصائص العقلية :

يمكن التمييز بين الطفل المعاق عقليا إعاقة متوسطة والطفل العادي في النمو العقلي والقدرات العقلية في سن مبكرة ، لأن نموه العقلي بطئ جدا وقدراته العقلية ضعيفة ، وحصيلته اللغوية بسيطة ، ونستطيع تشخيص تخلفه في مرحلة الروضة ونحن مطمئنون إلى دقة التشخيص. أما الفروق بين حالات التخلف البسيط وأقرانهم العاديين في النواحي العقلية فبسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وكبيرة في مرحلة الطفولة المتوسطة وما بعدها ، ويتعذر تشخيص تخلفها في مرحلة الروضة ، ويفضل تشخيصها بعد التحاقها في المدرسة الابتدائية وملاحظتها فترة كافية لان الخصائص العقلية لا تميز بين التخلف وغير المتخلف في الأعمار الصغيرة وتميز بينها في الأعمار الكبيرة.

ومن أهم الخصائص العقلية التي تميز المعاقين عقليا عن أقرانهم العاديين :

• البطء في النمو العقلي :

حيث نجد أن الطفل المعاق عقليا ينمو عقليا ٨ شهور أو أقل كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة ، وأقصى عمر عقلي يصل إليه المتخلف عقليا عندما يبلغ سن الثامنة عشر هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة أو الحادية عشر أو أقل من ذلك ، أي أن هضبة النمو العقلي عند العاديين تظهر في مستوى سن من ١٦-١٨ سنة ، بينما تظهر عند حالات التخلف العقلي البسيط في مستوى سن ١٠ أو ١١ سنة ، وعند حالات التخلف المتوسط في مستوى سن ٧ أو ٨ سنوات تقريبا .

• ضعف الانتباه :

الانتباه لدى الأفراد العاديين يزداد في المدة والمدى مع زيادة أعمارهم ، فانتباه المراهق العادي أطول مدة وأوسع مدى من الكباء طفل العادي ، مما يجعله قادرا على الانتباه لأكثر من موضوع وفي آن واحد ولمدة طويلة ، أما الانتباه عند المراهق المعاق عقليا فمثل انتباه الطفل الصغير محدود في المدة والمدى ، فلا ينتبه إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة ويتشتت انتباهه بسرعة لان مثيرات الانتباه الداخلية عنده ضعيفة ويحتاج إلى ما يثير انتباهه من الخارج ، والى من ينبه ما يدور حوله ويشده الى الموضوع الأساسي ، فلا ينشغل بمثيرات اخرى ليس لها علاقة بهذا الموضوع ، وهذه خاصية تجعل المتخلف لا يتعلم من الخبرات التي تمر به الا اذا وجد من ينبهه إليها وحتى يدرك ويتعلم منها .

¹ - ماجدة السيد عبيد، تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة 01، عمان 2000، ص114-

• **القصور في الإدراك :**

يمكن القول ان المعاق عقليا لديه قصور في عملية الإدراك وخاصة في التمييز والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه الخمس ، بسبب صعوبات الانتباه والتذكر ، فهو لا ينتبه إلى خصائص الأشياء فلا يدركها ، وينسى خبراته السابقة بها فلا يتعرف عليه بسهولة ، مما يجعل إدراكه لها غير دقيق ، أو يجعله يدرك جوانب غير أساسية فيها .

• **قصور في الذاكرة :**

المعاقون عقليا يتعلمون ببطء وينسون ما تعلموه بسرعة ، لأنهم يحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد جهيد في تعلمها ، وهذا المستوى من الذاكرة يحفظ المعلومات والخبرات الجديدة لمدة قصيرة ولا ينقلها إلى المستويات الأخرى كالذاكرة قصيرة المدى التي تحفظ المعلومات لمدة طويلة نسبيا أو طويلة المدى ، فإذا طلب المعلم منهم إعادة مجموعة من الكلمات أو الصور أو الخبرات التي تعلمها منذ قليل يجده نسي معظمها ، ويبدو وكأنه لم يتعلمها ، ويعاني جميع المعاقين عقليا من قصور في الذاكرة القصيرة والبعيدة لأنهم لا يتقنون ما تعلموه ، ولا يحتفظون في ذاكرتهم لمدة طويلة إلا بمعلومات وخبرات قليلة بعد جهد كبير في تعلمها .

• **القصور في التفكير :**

ينمو تفكير المعاقين عقليا بمعدلات بطيئة بسبب القصور في الذاكرة وضعف القدرات على اكتساب المفاهيم وتكوين الصور الذهنية وضالة الحويلة اللغوية ، ويظل تفكير المعاقين عقليا متوقفا عند مستوى المحسوسات ، ولا يرتقي إلى مستوى المجردات وإدراك الغيبيات وفهم القوانين والنظريات والمبادئ ، ويكون تفكيرهم في المراهقة والرشد مثل تفكير الأطفال عيانا بسيطا يستخدم الصور الذهنية الحسية والمفاهيم الحسية وحل المشكلات البسيطة ، ويظل تفكيرهم مدى الحياة تفكير سطحي ساذج في مواقف كثيرة .

القدرة على التحدث واستخدام اللغة ترتبط بالنمو العقلي ، فالذين يعانون من الإعاقة العقلية يواجهون صعوبة في التحدث واستخدام اللغة ، كذلك يوجد لديهم صعوبة في النطق ، ويمكن أن تكون المهارات اللغوية أكثر المشاكل التي تواجههم في محاولاتهم أن يكونوا جزءا متكاملًا في المجتمع.

وتبين الدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعا لدى الأشخاص المتخلفين عقليا منها لدى غير المتخلفين وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل تأخر النمو اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة ، وقد أشار هالمان وكوفمان 1982 إلى الخصائص التالية :

- إن مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات يرتبط بشدة الإعاقة العقلية التي يعاني منه الفرد ، فكلما ازدادت شدة الإعاقة ازدادت المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشارا .

- إن المشكلات الكلامية واللغوية لا تختلف باختلاف الفئات التصنيفية للإعاقة العقلية.
- إن البنية اللغوية لدى المعاقين عقليا تشبه البناء اللغوي لدى غير المعاقين فهي ليست شاذة، انها لغة سوية و لكن بدائية.
- اما كريمر فقد أشار عام 1974 من خلال الإطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المعاقين عقليا وقد كانت على الشكل التالي :
- الأطفال المعوقين عقليا يتطورون ببطء في النمو اللغوي.
- يتأخرون في اللغة مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين .
- لديهم ضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة¹ .

3. الخصائص الجسمية :

من الملاحظ أن الأطفال المعوقين عقليا بصفة عامة لديهم فروق في مستوى نموهم الجسمي والحركي، فهم أقل وزنا ومتأخرون في نموهم الحركي وذلك مثل القدرة على المشي، وبما أن هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا لديهم أكثر بقليل من حيث المشاكل في السمع والبصر والجهاز العصبي من العاديين لذلك من المتوقع بأن هؤلاء الأطفال من حيث التربية الرياضية أقل من العاديين في المهارات الرياضية كما أن قدرتهم الحسية والحركية سريعة وذلك يظهر من خلال الحركات التي يقومون بها من دون هدف مثل المشي إلى الأمام ثم العودة إلى الخلف، وقد يصاحب بعضا منها تحريك الرأس والأزمات العصبية.

4. الخصائص الشخصية:

إن الأطفال المعوقين عقليا لديهم بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية وذلك لسبب يعود إلى المعاملة والطريقة التي يعامل بها هؤلاء المتخلفين في المواقف الاجتماعية حيث قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون ... الخ.

وقد أشار زغلر من خلال الفرضيات التي وضعها في بحثه إلى أن السبب الحقيقي وراء تسمية أو الحكم على الأطفال المتخلفين عقليا بأنهم غير اجتماعيين يعود إلى الخبرات السابقة لديهم وما أصيبوا من احباطات نتيجة هذا التفاعل مع القادرين، وقد أكد زغلر بأن السبب يعود إلى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين.

وأشارت الكثير من الدراسات إلى أن لدى المعوقين عقليا احساس سلبي لحو أنفسهم بسبب ضعف القدرات لديهم التي قد تساعدهم في عملية النجاح وكذلك أن لدى المعوقين عقليا ضعف في مفهوم الذات².

¹- مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي، مقدمة في التربية الخاصة، شعبة الإبداع للطباعة والنشر، طبعة 01، مصر 2018، ص 33-35.

²- ماجدة السيد عبيد المرجع السابق، ص117.

5. الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

ان العجز في السلوك التكيفي يعتبر من أحد الخصائص المهمة للمعاق عقليا، ولا يعود ذلك للضعف العقلي فحسب بل ايضا الى اتجاهات الآخرين نحو المعاقين عقليا وطرق معاملتهم وهذا يؤدي الى تدني مفهوم الذات لديهم، كما ان المتخلفين عقليا يظهرون انماط سلوكية اجتماعية غير مناسبة ويواجهون صعوبات باللغة في بناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

كما أن المعاقين عقليا لا يتطور لديهم شعور الثقة بالذات، فهم يعتمدون على الآخرين في حل مشكلاتهم، وأنهم يعززون سلوكهم لعوامل خارج نطاق سيطرتهم، وأنهم بسبب الإخفاق يتطور لديهم الخوف من الفشل وتوقع الفشل الامر الذي يدفع بهم غالبا الى تجنب تأدية المهمات المختلفة، وهذه المظاهر الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية أكثر انتشارا لدى الأشخاص المعاقين عقليا الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة بسبب عزلهم وعدم توفير فرص الدمج لهم.

كذلك لوحظ ان المعاق عقليا يميل الى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة، وفي عدم قدرته على ضبط الانفعالات، وعدم القدرة على انشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير وغالبا ما يميل الى المشاركة مع الصغر سنا في نشاطاته وقد يميل الى العدوان وعدم تقدير الذات، والعزلة والانطواء. ان الطفل المعاق عقليا قد يكون هادئا لا يتأثر بسرعة، حسن التصرف والسلوك راضيا بحياته كما هي، قانعا بامكاناته المحدودة ، ويستجيب اذا عاملناه كالطفل الصغير ويغضب اذا اهمل ولكن لا يستمر في الغضب فنية طويلة ، فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التأثير عليه لانه سريع الاستهواء.

6. الخصائص اللغوية:

القدرة على التحدث واستخدام اللغة ترتبط بالنمو العقلي، فالذين يعانون من الإعاقة العقلية يواجهون صعوبة في التحدث واستخدام اللغة، كذلك يوجد لديهم صعوبة في النطق، ويمكن أن تكون المهارات اللغوية أكثر المشاكل التي تواجههم في محاولاتهم أن يكونوا جزءا متكاملًا في المجتمع. وتبين الدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعا لدى الأشخاص المتخلفين عقليا منها لدى غير المتخلفين وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل تأخر النمو اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة، وقد أشار هالمان وكوفمان 1982 الى الخصائص التالية:

- إن مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات يرتبط بشدة الإعاقة العقلية التي يعاني منه الفرد، فكلما ازدادت شدة الإعاقة ازدادت المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشارا.

- إن المشكلات الكلامية واللغوية لاتختلف باختلاف الفئات التصنيفية للإعاقة العقلية.

- إن البنية اللغوية لدى المعاقين عقليا تشبه البناء اللغوي لدى غير المعاقين فهي ليست شاذة، انها لغة سوية ولكن بدائية.

اما كريمير فقد أشار عام 1974 من خلال الإطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المعاقين عقليا وقد كانت على الشكل التالي :

- الأطفال المعوقين عقليا يتطورون ببطء في النمو اللغوي.
- يتأخرون في اللغة مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين .
- لديهم ضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة¹ .

خامسا: قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

ان عملية قياس وتشخيص الإعاقة الذهنية، عملية منظمة تسعى الى التعرف على جوانب القوة و الضعف في أداء الطفل، تمهيدا لتحديد البرنامج التربوي المناسب لاحتياجاته.

1- القياس: هو وصف البيانات المتعلقة بخصائص الأشياء باستخدام الأعداد أو الجوانب الكمية في وصف سمات أو خصائص الأفراد.

2- التشخيص: يعرف "هاول Hawell" التشخيص على أنها شكلمن أشكال التقويم وهو مصطلح مستعار من العلوم الطبية، و يستخدم بشكل خاص في ميدان التربية الخاصة أغراض الحكم على السلوك.

• قواعد وأسس عملية القياس و التشخيص:

- يجب أن تكون المقاييس و الأدوات المستخدمة مناسبة ومالئمة،و أن تكون تعليماتها واضحة للطفل.
- يجب استخدام أساليب وأدوات متنوعة عند قياس و تشخيص كل حالة.
- يجب ان تكون الاختبارات و المقاييس الرسمية في حالة استخدامها مقننة تتصف بالصدق و الثبات.
- عدم الكفاءة بنتائج مقياس واحد عند تحديد أهلية الطفل لخدمات التربية الخاصة .
- يجب ان تتم عملية القياس و التشخيص من قبل فريق متعدد التخصصات يجب أن يتم تطبيق و تفسير أساليب و أدوات القياس من قبل متخصصين مؤهلين .
- يجب أن يتم جمع المعلومات التشخيصية من مصادر متنوعة .
- يجب المحافظة على موافقة ولي الأمر خطيا بعد اشعاره رسميا على اجراءات القياس و التشخيص.

¹مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي المرجع السابق، ص35-38.

- يجب أن يوضع الطفل تحت الملاحظة لمدة فصل دراسي كامل عند الحاجة وذلك بغرض التحقق من صحة نتائج القياس و التشخيص لوضع الطفل في المكان التربوي المناسب¹ .

● خطوات عملية القياس و التشخيص :

- إشغار ولي الأمر الى جمع معلومات أولية عن طفله جمع معلومات أولية عن حالة الطفل الذي قد يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة .

- يجب أن يشتمل التقرير النهائي لفريق القياس و التشخيص على توصيات و مقترحات عملية تفي بجميع احتياجات الطفل .

- إحالة الطفل للقياس و التشخيص عند الحاجة وفقاً لطبيعة الحالة .

- تشكيل فريق القياس و التشخيص من معلم التربية الخاصة، معلم تدريبات سلوكية أي أخصائي نفسي، الأخصائي الاجتماعي ، ولي أمر الطفل، مما تستدعي حالة الطفل مشاركته .

- القيام باجراء عملية القياس و التشخيص .

- اعداد تقرير النهائي للقياس و التشخيص² .

● تشخيص الإعاقة العقلية :

إن الفرد المعاق عقلياً حالة في أشد الحاجة إلى التعامل معها بتفاهم وموضوعية وبفراصة اكلينيكية، حيث إن تقييمه وتشخيصه يحتاج من الأخصائي مجهوداً كبيراً، إذ إن لكل حالة وضعها الخاص عند التعامل والتفاعل معها، ومن هذا المنطلق ينبغي على الأخصائي عند تقييم وتشخيص المعاقين عقلياً أن يعيش في اطار جملة من الاعتبارات على النحو التالي :

- دراسة حالة الفرد المعاق ظاهرياً، بمعنى الانطباع المبدئي عن الحالة.

- الالتقاء مع اسرة المعاق والقائمين على رعايته المنزلية او المجتمعية.

- اختبار المقاييس المناسبة للحالة، بشرط ان يكون الاخصائي ملماً بكيفية تطبيق هذه المقاييس وتصحيحها، واجادة التعليق عليها.

- توفير البيئة المستجيبة لإجراء المقاييس .

- ينبغي ان يتحلى الاخصائي بسمات شخصية متميزة، وان يشعر الفرد المعاق بالقبول والألفة.

- ينبغي أن يتحلى الاخصائي باستراتيجيات الدعم النفسي ينبغي أن يتحلى الاخصائي باستراتيجيات التعلم والتعليم.

¹ - العوادي خولة، دراسة أثر الإعاقة الذهنية على مستوى اللغة الشفوية دراسة مقارنة بين المعاقين ذهنياً درجة خفيفة و درجة

متوسطة دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين ذهنياً أم البواقي 2013- 2014 . ص 29-30

² - الحازمي عدنان ناصر، الإعاقة العقلية، دليل المعلمين وأولياء الأمور، طبعة 01، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان 2007،

- ينبغي على الاخصائي ان يعايش الحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والمعرفية للفرد المعاق والقائمين على رعايته.

إذا عدنا مرة أخرى إلى تعريف الإعاقة العقلية بأنه حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي تولد مع الطفل أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية يصعب مقاومتها ووضع العلاج المناسب لها ، وأما آثار هذه الحالة من عدم اكتمال النمو العقلي فتتضح في مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتكيف مع البيئة بحيث ينخفض مستوى هذا الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين". نستطيع القول إن آثار الإعاقة العقلية تنعكس على مختلف مظاهر سلوك الفرد بدرجات متفاوتة فهي تنعكس على أداء الفرد في الجوانب العقلية والمعرفية والتحصيل، كما تنعكس في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي ونموه الحركي واتزانه العاطفي وسمات شخصيته بوجه عام، فقد يظهر أثر الإعاقة العقلية لدى فرد ما على قدراته العقلية كالتفكير والإدراك والتذكر والانتباه والتركيز، أكثر مما يظهر في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي أو مستوى نموه الحركي ونموه العاطفي، وقد يظهر أثر هذه الإعاقة العقلية في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي والعمل أكثر مما يظهر في قدرته على التحصيل والتعلم بشكل عام.

ولهذا فإن تشخيص الإعاقة العقلية انما يحتاج إلى معيار أو محك يتخذ أساساً في تقرير الإعاقة العقلية ومستوى هذه الاعاقة، فهل يكون ذلك المحك نسبة الذكاء أم النضج الاجتماعي والتكيف الاجتماعي؟ أم يكون في القدرة على التعلم والاستفادة من التدريب؟ أم هو في تاريخ تطور نمو الطفل؟ أم أنه يكمن فعلاً في كل هذه الجوانب مجتمعة؟

يعتمد بعض الاختصاصيين العاملين مع المعاقين عقلياً محكات مختلفة في تشخيص الإعاقة العقلية وذلك حسب اختصاصاتهم ومفهومهم للإعاقة العقلية فالاختصاصيون الاجتماعيون مثلاً يعتمدون القدرة على التكيف الاجتماعي. بينما يعتمد بعض علماء النفس على تقدير نسبة الذكاء مقيسة باختبارات الذكاء في حين يعتمد التربويون على قدرة الفرد على التعلم والاستفادة من التدريب، ويعتمد الأطباء على تطور نمو الفرد والعوامل والأسباب الفيسيولوجية التي أدت إلى تلك الحالة. أما الاتجاه العام في تشخيص الإعاقة العقلية، فيعتمد على جميع هذه المحكات فيما يمكن أن يسمى التشخيص التكاملية، ويتم بواسطة فريق من الاخصائيين يشمل كلاً من الطبيب والاختصاصي النفسي والاختصاصي الاجتماعي، والاختصاصي التربوي أخصائي التأهيل المهني¹.

¹- فؤاد عيد الجوالدة، الإعاقة العقلية و مهارات الحياة في ضوء نظرية العقل، دار الثقافة للنشر و التوزيع، طبعة 01، عمان 2010، ص 151-153.

- التشخيص الطبي :

يقوم بالتشخيص الطبي عادة طبيب أطفال أو فريق من الأطباء الاختصاصيين حيث يتم الكشف هنا عن نواحي النمو الجسمي بشكل عام والتاريخ الصحي للفرد والأمراض والحوادث التي تعرض لها في طفولته، كما يشمل دراسة وضع الأم أثناء الحمل وظروف الولادة والتاريخ الأسري والنمو الحركي وفحص حواس الجهاز العصبي والغدد وغير ذلك من الفحوص الطبية التي قد تتطلب فحوصاً مخبرية للبول والدم والسائل النخاعي بشكل خاص.

- التشخيص السيكومتري :

ويقوم بهذا الجانب اختصاصي القياس النفسي والاكلينيكي، ويشمل ذلك تحديد نسبة ذكاء الفرد عن طريق استخدام اختبارات الذكاء المقننة بالإضافة إلى الكشف عن سمات الشخصية وجوانب النمو العاطفي (الانفعالي والقدرة اللغوية محاولاً التعرف على سمات الشخصية وأشكال السلوك الانفعالي والعاطفي التي تميز المعاقين عقلياً عن غيرهم من الأسوياء مستعيناً في ذلك باختبار الشخصية.

- التشخيص الاجتماعي :

يقوم بهذا الجانب الاختصاصي الاجتماعي وذلك انطلاقاً من أهمية الكفاءة الاجتماعية كمعيار في تحديد الإعاقة العقلية، ويقصد Tredgold بالكفاءة الاجتماعية قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة الآخرين في علاقاتهم الاجتماعية.

ويشمل هذا التشخيص تاريخ نمو الفرد مع أسرته وبيئته المحلية والمجتمع بشكل عام، بالإضافة إلى دراسة مستوى علاقاته الاجتماعية وسلوكه الاجتماعي وقدرته على تحمل المسؤولية. وقد يستعين الاختصاصي الاجتماعي هنا ببعض الاختبارات التي تقيس النضج الاجتماعي أو التوافق الاجتماعي، ومن أمثلة هذه الاختبارات مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي .

يعتبر تليفورد وسوري أن المعيار الاجتماعي يشكل نقطة بداية في تشخيص الإعاقة العقلية، وذلك على اعتبار أن الفرد الذي يظهر تكيفاً اجتماعياً واقتصادياً مناسباً بالمقارنة مع رفاقه، يصعب اعتباره معاقاً عقلياً بغض النظر عن انخفاض نسبة الذكاء أو حتى وجود نقص في النمو العصبي ووجود تلف في الدماغ.

- التشخيص التربوي :

يتولى هذا الجانب من التشخيص اختصاصي التربية الخاصة معتمداً في ذلك على أن الإعاقة العقلية تنعكس على قدرة الفرد على التعلم والتحصيل بشكل نقل معه قدرة المعاق على التعلم والتحصيل عن مستوى الأفراد الأسوياء. ولذلك فإن التشخيص التربوي ينطوي على وصف للتاريخ التربوي للفرد وقدرته على التعلم ومستوى تحصيله المدرسي وما يعاني منه من نقص في المعلومات، يضاف إلى ذلك أن اختصاصي

التربية الخاصة يحدد نوع الخدمات التربوية التي يحتاج إليها المعاق والتي تتناسب مع درجة الإعاقة العقلية في حدود المعلومات التي يحصل عليها من الطبيب والاختصاصي النفسي والاجتماعي وغيرهم¹.

- التشخيص المهني :

ويرتبط بالجانب التربوي وذلك من حيث صلاحية الفرد المعاق وقابليته للاستفادة من بعض فرص التدريب المهني أو الحرفي التي يمكن ان يتقنها إلى حد ما وفقاً لقدراته ومهاراته وإمكانياته المتوافرة، ويقوم بهذا الجانب اختصاصي التأهيل المهني .

- التشخيص التطوري :

ويقصد به هنا التشخيص الذي يقوم على أساس دراسة تاريخ نمو الفرد والتعرف على مظاهر التأخر في بعض جوانب النمو الجسمي والحركي واللغوي بشكل خاص، فبالإضافة إلى المؤشرات النفسية والتربوية والطبية والاجتماعية التي قد تدل على وجود الإعاقة العقلية لدى فرد ما ، فإن دراسة التاريخ التطوري لنموه انما يشكل معياراً آخر يزيد من صدق التشخيص القائم على المعايير السابقة، وذلك حين يثبت الانحراف في نمط النمو كأن يكون الفرد قد تأخر في المشي أو الكلام أو التدريب على النظافة أو الجلوس، فالتأخر في المشي والكلام والجلوس واستعمال أدوات الأكل والتوافق الحركي والوقوف مثلاً قد تشكل مؤشرات كافية لتشخيص الإعاقة العقلية في الحالات التي يكون فيها هذا التأخر واضحاً وخاصة عندما لا توجد لدى الفرد اضطرابات واضحة في الأجهزة الحركية والحسية كالشلل والعمى والصمم. وعلى العكس من ذلك فإن التاريخ التطوري السوي مع غياب المرض والحوادث والاصابات يشكل معياراً كافياً لاستبعاد احتمال وجود الإعاقة العقلية لدى المفحوص².

سادساً: البرامج التعليمية للمعوقين عقلياً :

تقدم المدارس والمؤسسات القائمة على تربية وتعليم الأطفال المعاقين عقلياً، برامج تربوية مختلفة في مستوياتها وفي طبيعتها من مرحلة دراسية إلى أخرى، وذلك حسب عمر الطفل ودرجة نموه الأكاديمي. هذا وتوجد خمسة مستويات رئيسية من البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقلياً هي:

(أ) برامج ما قبل المدرسة من (3-6) سنوات.

(ب) برامج المرحلة الابتدائية من (6-10) سنوات.

(ج) برامج المرحلة المتوسطة من (10-13) سنة.

(د) برامج المرحلة الثانوية من (2013) سنة.

¹فؤاد عيد الجوالدة، المرجع السابق، ص153-154.

² فؤاد عيد الجوالدة، المرجع السابق، ص.155.

(هـ) برامج ما بعد المدرسة بعد (20) سنة.

أ) برامج ما قبل المدرسة:

تتراوح أعمار الأطفال في برامج ما قبل المدرسة فيما بين (3-6) سنوات زمنية. وتعتبر البرامج الخاصة بالأطفال القابلين للتعلم في هذه المرحلة قليلة جداً، إذا ما قورنت ببرامج الأطفال العاديين، وذلك بسبب الصعوبة في التعرف على الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر. وتركز البرامج التعليمية في هذه المرحلة على تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية، ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضاً على هذه المهارات، ويحتاج التدريب عليها سنة واحدة في حين يحتاج الأطفال القابلين للتعلم إلى فترة سنتين أو ثلاث سنوات لتعلم هذه المهارة، ويذكر كوفمان (Kauffman) أن التدريب في برامج ما قبل المدرسة يشمل مجموعة من المهارات أهمها:

- 1- الجلوس بهدوء والانتباه للمعلم
- 2- تمييز المثيرات السمعية والبصرية.
- 3- إتباع التعليمات.
- 4- التناسق في الحركات الدقيقة والكبيرة (مسك القلم، استخدام المقص).
- 5- تنمية اللغة.
- 6- تنمية مهارات العناية بالذات ربط الحذاء التزير، استخدام الحمام).
- 7- التفاعل مع الأقران ضمن مجموعات.

وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر مرحلة مناسبة لاشتراك الأهل في تربية أطفالهم، كما أن الأمهات يستطعن أن يكن مدرسات ناجحات لأطفالهن في هذه المرحلة، خاصة أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو صعوبة معينة.

ب) برامج المرحلة الابتدائية:

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة الابتدائية فيما بين (6-10) سنوات زمنية، ويلتحق معظم الأطفال القابلين للتعلم في الصف الأول الابتدائي في سن السادسة، إلا أنه يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف، وذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية في هذه المرحلة فيما بين (1-6) سنوات. وعلى الرغم من أنهم يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكنهم من دراسة المناهج في مستوى المرحلة الابتدائية، إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس وتطوير عدد من المفردات والعادات الصحية السليمة، ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء أداء العمل أو اللعب كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة في مستوى أطفال مرحلة الروضة من العاديين بشكل عام فإن برامج هذه المرحلة تعتبر استمراراً لبرامج مرحلة ما قبل المدرسة

للتدريب على تنمية المهارات الأساسية (مهارات التواصل العمليات الإدراكية الاعتماد على النفس والمهارات الاجتماعية)¹

ت) برامج المرحلة المتوسطة :

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة المتوسطة فيما بين (10-13) سنة زمنية، في حين تتراوح أعمارهم العقلية ما بين (6-8) سنوات. ونجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يصلون إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع بسبب نظام النقل التقائي، إلا أنهم يفشلون بعد ذلك في النجاح الأكاديمي والانتقال من الصفوف العليا، مما يستلزم وضعهم في فصول أو مدارس خاصة.

وتركز برامج المرحلة المتوسطة على النشاطات والجوانب الأكاديمية، مثل مهارات القراءة والكتابة والحساب وتنمية العمليات العقلية كالتمييز والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير المفاهيمي.

هذا ويلخص الريحاني (1985) الأهداف الأساسية لتعليم القابلين في هذه المرحلة بما يلي:

- تنمية المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة، والتهجئة، والحساب، مع الأخذ بالاعتبار أن الطفل لا يحتاج إلى هذه المهارات إلا بالقدر الذي يساعده في حياته المهنية والاجتماعية.

- التكيف مع البيئة المادية عن طريق التعرف على طرق المواصلات وجغرافية المنطقة المحيطة به، ومراكز الخدمات المختلفة التي يحتاجها كالمحلات التجارية وأقسام الشرطة، والمصانع، والحدائق العامة والأندية، ويتم تحقيق ذلك عن طريق الرحلات أو الزيارات الميدانية.

- التكيف مع البيئة الاجتماعية، وذلك بتنمية قدرته على المشاركة والتعاون وتحمل المسؤولية واتباع العادات والتقاليد الاجتماعية.

- التكيف مع البيئة الشخصية، وذلك بتنمية العادات الصحية السليمة والمحافظة على النظافة وتجنب مصادر الخطر سواء في التنقل أو في العمل، بالإضافة إلى تنمية الشعور بالنجاح والأهمية واحترام الذات وتقديرها والشعور بالأمن الاطمئنان، وهي جميعها مظاهر للصحة النفسية².

ث) برامج المرحلة الثانوية :

في المرحلة الثانوية يكون المعاق عقلياً قد تراوح عمره الزمني فيما بين (13-20) سنة، وتمثل هذه المرحلة نهاية التعليم المدرسي الرسمي وتهدف إلى استكمال إعداد الفرد المعوق ليكون عوضواً نافعاً في مجتمعه محققاً درجة ملائمة من الاستقلالية والتكيف، ولتحقيق ذلك فإن البرنامج التعليمي يركز بشكل خاص على تدريب الفرد على المهارات المهنية (التدريب المهني). ويتم تعزيز برنامج التدريب المهني من خلال

¹مصطفى نوري القمش المرجع السابق، ص66-67.

²- الريحاني سليمان، التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، عمان 1985، ص 288.

التدريب على المهارات الاستقلالية والمهارات الاجتماعية الملائمة لجنس المعوق في هذه المرحلة العمرية، وتشمل المهارات المهنية.

- إتقان مهنة محددة تتوافق مع ميول وقدرات المعوق عقلياً.

- مهارات البحث عن وظيفة.

- التقدم بطلبات التوظيف والسلوك أثناء المقابلة.

- السلوك المهني المرغوب فيه ومهارات الحفاظ على الوظيفة.

• أما في جانب المهارات الاستقلالية فيتم التدريب على :

- العناية بالذات والصحة العامة وتنظيف المنزل.

- اختيار الملابس المناسبة والمحافظة على جمال المظهر.

- إعداد وجبات الطعام الخفيفة.

- مهارات التسوق.

- ضبط الميزانية الشخصية والادخار.

- الاستفادة من التسهيلات والخدمات المختلفة في البيئة المحيطة.

- استثمار وقت الفراغ والنشاطات الترفيهية.

- تكوين الأسرة وإدارتها .

• أما في مجال المهارات الاجتماعية فيتم التأكيد على المهارات التالية :

- مهارات التفاعل اللفظي

- إقامة العلاقات والصدقات الاجتماعية.

- أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة للفرد في مثل هذا السن.

- تعزيز مفهوم الهوية (معرفة المشاعر والميول والرغبات).

وأخيراً فإن برامج المرحلة الثانوية تؤكد على فهم الصحة النفسية الجسمية بما يتضمنه هذا الفهم من اتباع

القواعد الصحية السليمة بالإضافة إلى تقبل الذات والشعور بالأمن والاطمئنان¹.

ج) برامج ما بعد المدرسة :

يفترض في الملتحقين ببرامج ما بعد المدرسة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، أن يكونوا قد انتهوا من

الدراسة الأكاديمية التي تتناسب مع قدراتهم، وتدريبوا على مهارات الاستعداد المهني وحصلوا على قدر

كاف من المهارات الاجتماعية التي تؤهلهم للتفاعل المباشر مع الحياة العامة. ويتم تنفيذ برامج ما بعد

المدرسة عادة في ورش محمية، تحت إشراف إدارة التأهيل المهني التابعة لوزارة العمل والشؤون

¹ - سيسالم كمال و آخرون، المعاقون أكاديمياً و سلوكياً، دار عالم الكتب، الرياض 1987، ص 125.

الاجتماعية في معظم بلاد العالم، ويقدم خلالها برنامج تأهيلي، حيث تدريب الطالب على مهمة أو حرفة تتناسب مع قدراته وميوله. وبعد إتمام فترة التدريب بالنسبة للطالب على مهنة، يتم إلحاقه للعمل في مصنع أو مؤسسة، ثم تقوم الجهات المعنية بمتابعته للتعرف على الصعوبات أو المشاكل التي قد يواجهها، ومحاولة مساعدته في التغلب عليها، كما يتم دراسة مدى إجادته للمهارات التي يتطلبها العمل، ومدى تكيفه مع ظروف العمل ومع الزملاء والرؤساء. ولقد ذكر سميث (1971) أن البرامج المهنية في مرحلة ما بعد المدرسة تتألف من خمسة أوجه هي:

• الوجه الأول: الكشف المهني

وفيه يتم تعريف الطالب بمجموعة متعددة من المهن والمهارات التي تتطلبها كل مهنة كي يصبح على ألفة بطبيعة كل مهنة.

• الوجه الثاني: تقييم المهنة

وهذا الوجه يتضمن تعريض الطالب لخبرات ومهارات عمل مختلفة وذلك بهدف التأكد من قدراته وميوله المهنية.

• الوجه الثالث: التدريب المهني

ويهدف هذا إلى تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله الطالب، وعادة ما يصل الطالب إلى مستوى نصف المهارة، حيث يتم التدريب تحت إشراف مدرب متخصص في مجال التربية الخاصة

• الوجه الرابع: التوظيف

ويتعلق هذا الوجه بإيجاد عمل للطالب بعد تخرجه.

• الوجه الخامس: المتابعة

وتتعلق المتابعة بتقديم الإرشادات والتوجيهات للمتخرج أثناء أدائه العمل، كذلك العمل على مساعدته في حل المشاكل أو الصعوبات التي قد تواجهه أثناء العمل¹.

سابعا : الأساليب العلاجية للمعاقين عقليا

رعاية المعاقين عقلياً أمر ضروري تحتمه الضرورة الاجتماعية ، ولا بد أن يوفر كل مجتمع الرعاية والعلاج المناسبين لأبنائه المعاقين عقلياً وغير المعاقين إذا أن يعدهم للمستقبل مواطنين صالحين ويتضمن علاج ورعاية المعاقين عقلياً الخدمات التي تساعد على تحسين وضعهم في البناء الاجتماعي مثل العلاج

¹- الصمادي جميل و الناظور و آخرون، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة 01، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت 2003، ص 73.

الطبي والنفسي، والتعليم في معاهد خاصه ، والتدريب على مهنة ، واكتساب السلوك الاجتماعي وسوف نتحدث عن كل نوع من هذه الخدمات بشئ من التفصيل كما يلي :

1- العلاج الطبي :

التخلف العقلي مشكلة طبية وقد أشرنا فيما سبق إلى العوامل العضوية والبيو كيميائية التي تسببه ويهدف العلاج الطبي إلى القضاء على أسباب التخلف العقلي العضوية والوقاية منها مثل علاج أخطاء التمثيل الغذائي ، ووجود الأحماض في بول ودم المريض وأخطاء تركيب الدم ، وسحب السائل النخاعي في حالة استسقاء الدماغ ، كما يهدف العلاج الطبي أيضا إلى تقوية خلايا وأنسجة الجهاز العصبي والدماغ حتى تستطيع أن تقوم بواجباتها ، وتحمل تعويض الخلايا والأنسجة التالفة، ومن أشكال العلاج الطبي للأعاقة العقلية مايلي :

أ) علاج أخطاء التمثيل الغذائي :

أجريت دراسات كثيرة لاكتشاف أخطاء التمثيل الغذائي بعد ولادة الطفل مباشرة كان من نتائجها الكشف عن وجود حوالي 30 عاملا تسبب أخطاء التمثيل الغذائي عند الطفل ، وتوجد ثلاثة طرق للكشف عن اخطاء التمثيل الغذائي :

- اختبار حامض الفيريك حيث تخط بعض من نقاط حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (PKU) للطفل .
- اختبار شريط كل وريد الحديد : وفي هذا الاختبار يوضع شريط كلوريد الحديد في بول الطفل أو على منشفة الطفل ، ثم يقارن لون الشريط مع لوحة الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها .
- اختبار جثري، أو ما يسمى باختبار نسبة وجود الفينيلين بالدم ، وفي هذا الاختبار تؤخذ عينة من دم كعب الطفل فإذا تبين أن مستوى الفينيلين في الدم هو ٢٠ ملجرام لكل ١٠٠ مل من الدم، فهذا يعني وجود اضطراب التمثيل الغذائي (pKU) للطفل ، ولا تزال التجارب مستمره في علاج العوامل التي تسبب أخطاء التمثيل الغذائي من أحدثها ما يقوم بها أطباء الدنمارك من إجراء للكشف عن السالب والموجب اختلاف العامل (RH) فإذا ثبت وجودها في دم الطفل، يسحب ويستبدل بدم جديد في الاسبوعين الأولين بعد الميلاد مباشرة قبل أن يسبب تلفيات في الدماغ أو في الأنسجة العصبية .

ب) العلاج بالعقاقير :

من أشهر العقاقير المستخدمة في علاج التخلف العقلي أقراص الجلوتامين استخدمها علماء الطب على الحيوانات ووجدوا أنها ساعدت (Glutamin) على زيادة تعلمها السير في المتاهات وزيادة نشاطها وتصرفها ، ومن التجارب التي أجريت على الإنسان وجدوا أنها ساعدت على زيادة نسب الذكاء ، وعلاج اضطرابات التعليم .

ت) العلاج النفسي :

يصنف التخلف العقلي إلى تخلف عقلي مستقرا ، وآخر غير مستقر ، ويعاني الصنف غير المستقر من اضطرابات وجدانية ، واهتزازات في الشخصية ، وضعف في القدرة على تكوين علاقات شخصية واجتماعية ، مثل هذه الحالات في حاجة إلى العلاج النفسي لمساعدتها على أن يعيشوا في سلام مع انفسهم ، ومع الآخرين ، وأن يتغلبوا على معوقات سلوكهم وتكيفهم . ويقوم العلاج النفسي مع حالات التخلف العقلي على أساس تكوين علاقة طبية مع العميل، وإعادة الرابط بينه وبين المجتمع ، ومنحه العطف والحنان . وإزالة مخاوفه التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها ، ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة والمجتمع . لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي ، تدريب العميل على حل مشكلاته ، وتصرف أموره وغرس ثقته بنفسه ، وإدراكه لإمكانياته المحدودة ، وتبصيره بها ، وكيف يستغلها ويستفيد منها خطوات العلاج النفسي :- بحسب يبدأ العلاج النفسي بأهداف بسيطة تزداد في الصعوبة تدريجياً . إمكانيات العميل، ومستواه العقلي والشخصي، ويمر بعدة خطوات مترابطة

هي :

- يبدأ المعالج في المرحلة الأولى بإزالة مخاوف العميل نحو أسرته والمجتمع ، وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع والناس.
- في الخطوه الثانية يعمل على تخليصه من نزعاته العدوانية تجاه الناس ، واتجاه نفسه . لأن المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسيا معاملته لنفسه ، وللأطفال الآخرين .
- زيادة ثقة الطفل بنفسه ،وبالناس، وتبصيره بإمكانياته ، وقدراته الشخصية، وكيف يستغلها ، ويستفيد منها إلى أقصى قدر ممكن ، ويقوم التبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل وتجنيبه مواقف الإحباط والفشل فيبدأ الإخصائي معه من العمليات التي يستطيع القيام بها في سهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه ، حتى تزداد ثقته بنفسه، ومن ثم ثقته في قيامه بعمل يرضي عنه الآخرين .

2. العلاج النفسي:

يصنف التخلف العقلي إلى تخلف عقلي مستقرا ، وآخر غير مستقر ، ويعاني الصنف غير المستقر من اضطرابات وجدانية ، واهتزازات في الشخصية ، وضعف في القدرة على تكوين علاقات شخصية واجتماعية ، مثل هذه الحالات في حاجة إلى العلاج النفسي لمساعدتها على أن يعيشوا في سلام مع انفسهم ، ومع الآخرين ، وأن يتغلبوا على معوقات سلوكهم وتكيفهم . ويقوم العلاج النفسي مع حالات التخلف العقلي على أساس تكوين علاقة طبية مع العميل، وإعادة الرابط بينه وبين المجتمع ، ومنحه العطف والحنان . وإزالة مخاوفه التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها ، ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة والمجتمع . لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي ، تدريب العميل على حل مشكلاته ، وتصرف

أموره وغرس ثقته بنفسه ، وإدراكه لإمكانياته المحدودة ، وتبصيره بها ، وكيف يستغلها ويستفيد منها خطوات العلاج النفسي :- بحسب يبدأ العلاج النفسي بأهداف بسيطة تزداد في الصعوبة تدريجياً . إمكانيات العميل، ومستواه العقلي والشخصي، ويمر بعدة خطوات مترابطة هي :

- يبدأ المعالج في المرحلة الأولى بإزالة مخاوف العميل نحو أسرته والمجتمع ، وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع والناس.
- في الخطوه الثانية يعمل على تخليصه من نزعاته العدوانية تجاه الناس ، واتجاه نفسه . لأن المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسياً معاملته لنفسه ، وللأطفال الآخرين .
- زيادة ثقة الطفل بنفسه، وبالناس، وتبصيره بإمكانياته ، وقدراته الشخصية، وكيف يستغلها ، ويستفيد منها إلى أقصى قدر ممكن ، ويقوم التبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل وتجنبيه مواقف الإحباط والفشل فيبدأ الإخصائي معه من العمليات التي يستطيع القيام بها في سهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه ، حتى تزداد ثقته بنفسه، ومن ثم ثقته في قيامه بعمل يرضي عنه الآخرين¹ .

3. العلاج التربوي:

لقيت مشكلة تعليم المعاقين عقلياً اهتماماً كبيراً منذ القرن (19) فأنشأت كثير من الدول الصفوف الخاصة، وانتشرت معاهد التربية الفكرية، وتخصص المعلمون والمعلمات في تعليم المعاقين عقلياً . ويهدف أي برنامج تربوي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى مساعدة المعاقين على التكيف الاجتماعي وتدريبهم على رعاية أنفسهم وتعويدهم على اللبس والأكل، وصادات النظافة والتواليت، وتعريفهم بدورهم في الحياة الاجتماعية ومكانتهم في البناء الاجتماعي، ومساعدتهم على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس ثم يأتي بعد ذلك تعليمهم القراءة والكتابة إذا ساعدتهم إمكانياتهم الذهنية والشخصية على تحصيلها. وتوجد عدة طرق لتعليم المتخلفين عقلياً من أهمها:

أ) طريقة إيتارد لتعليم المعاقين عقلياً :

- عندما حاول إيتارد أن يعلم طفل الغابة المتوحش اتبع معه الخطوات الآتية:
- تعليم الطفل العادات الأساسية التي يعرفها أولاً. وهذا مبدأ تربوي هام فيكون الطفل ما يعرفه أولاً ثم ما لا يعرفه بعد ذلك.
- تنبيه جهازه العصبي عن طريق تدريب حواسه الخمس، ومساعدته على التمييز الحسي، وزيادة مرونته في استخدام حواسه.

¹- فكري لطيف متولي، الإعاقة العقلية - المدخل - النظريات المفسرة - طرق الرعاية، مكتبة الرشد ناشرون، الرياض 2015، ص

- تعديل رغباته ونزعاته الحسية الحيوانية وتدريبه أيضاً على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.

ب) طريقة منتسوري سنة 1897 :

منتسوري سيدة إيطالية اهتمت بتعليم الأطفال المعاقين عقلياً، وكان لها منهاج تربوي مشهور، لا يزال يطبق معظم مبادئه في تعليم المعاقين عقلياً حتى يومنا هذا. يقوم على الربط بين التعليم في المدرسة والتعليم في المنزل، ليكون التعليم في المدرسة استكمالاً للتعليم في المنزل. ونصحت منتسوري بأن تعمل المعلمة على خلق جو من الطمأنينة والحب ليعبر الطفل بحرية عن نفسه، وعن مشاعره، وأن يقوم توجيهها على الإرشاد والمكافأة التي تعبر مفتاح التعليم.

واهتمت منتسوري بالتعليم الحسي وتدريب الحواس الخمس، واتبعت في ذلك الخطوات الآتية:

- 1- تدريب حاسة اللمس عن طريق الورق المصنفر المختلف في سمكه وخشونته .
- 2- تدريب حاسة السمع عن طريق علب بها مسامير وماء وخشب وعلب فارغة بقصد إصدار أصوات مختلفة النغمة.
- 3- تدريب حاسة التذوق عن طريق التمييز بين الأطعمة المختلفة.
- 4- تدريب حاسة الشم عن طريق التمييز بين الروائح الطيبة والنافذة.
- 5- تدريب حاسة الإبصار عن طريق التمييز بين الألوان والأشكال والأحجام.
- 6- زيادة اعتماد الطفل على نفسه.

وعموماً تقوم طريقة منتسوري على البساطة والإيجاز والموضوعية، ولكن يؤخذ عليها اهتمامها الكبير بالوظائف الحسية، أكثر من اهتمامها بالوظائف النفسية وعدم وضوح الهدف من برنامجها.

ت) طريقة ديكرولي سنة 1920 :

كان الدكتور ديكرولي من علماء الطبيعة الفرنسيين أنشأ مدرسة لتعليم المعاقين عقلياً بباريس، سماها مدرسة تعليم الحياة من الحياة ركز فيها على تعليم الطفل ما يريده ويرغب فيه، وتعليمه الأخلاق الطيبة، وتعديل سلوكه، وتخليصه من العادات السيئة، وتدريبه على تركيز الانتباه ودقة الملاحظة وتنمية قدرته على التمييز الحسي. ويقوم منهج ديكرولي ومساعدته الدكتور ديسكو درز على تعليم الطفل من خلال لعبه، واستغلال الخبرات التي تعترض حياته، تعليمه وإكسابه المعلومات والعادات الاجتماعية المقبولة.

وظهرت بعد ذلك عدة مناهج تربوية من أشهرها منهج جون ديوي الذي يقوم على تعليم الطفل من خلال خبرته اليومية سماه منهاج التعليم من خلال الخبرة . وطريقة أنسكيب التي تقوم على تعليم المعاقين عقلياً عن طريق اليد والرأس والقلب.

والتعليم بمعناه الواسع يتضمن كل شيء يؤثر في الطفل، يكون من شأنه أن يكسبه شيئاً جديداً في النواحي الاجتماعية والذهنية والسلوكية والجسمانية. وهذا التعريف يعني أن جميع المعاقين عقلياً تتوفر لديهم القابلية للتعلم، ولكنهم يتفاوتون في مدى هذه القابلية، فمنهم من يتسع وسعه الذهني بحيث يمكنه تعلم القراءة والكتابة

والحساب، ومنهم من لا يتسع وسعه إلا لتعليم العمليات الاجتماعية والتدريب على بعض المهارات اليدوية. لذلك تختلف برامج تعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة كماً وكيفاً عن برامج الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة أو متوسطة.

4. العلاج الاجتماعي:

تعاني حالات الإعاقة العقلية من تأخر في النضوج الاجتماعي، وفشل في التكيف واكتساب العادات الضرورية في الحياة وغباء التصرف والسلوك في المواقف التي تعترض حياتهم، وجمود العلاقات الاجتماعية، وفشل في الاستفادة من الخبرات السابقة، وتكرار الوقوع في المحذور، ومخالفة المألوف من غير وعي أو تبصر، وهروب من تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية. وهي في حاجة إلى الرعاية والتربية والتوجيه والإرشاد المستمر. والعلاج الاجتماعي مهمة شاقة، لا تقل أهمية عن العلاج الطبي والنفسي والتربوي.

وهو لا يقتصر على علاج الفرد المعاق عقلياً فقط بل يمتد إلى علاج البيئة الاجتماعية والأسرة التي إلى منها ويعود إليها¹.

¹ - ماجدة السيد عبيد، المرجع السابق، ص253-258.

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا لهذا الفصل و الذي يدور حول الإعاقة الذهنية حيث تبين أن الاهتمام و التكفل بهذه الفئة ظهر نتيجة التغير في الاتجاهات الاجتماعية نحو الاطفال المعاقين، و من أجل معرفة كيفية تجنب هذه الإعاقة لا بد من معرفة الأسباب المؤدية لها حيث قمنا بذكرها و تبيينها، وأن مجموع الخدمات المقدمة من الخدمات النفسية والطبية والاجتماعية والسلوكية والتربوية تهدف إلى تحسين وضع المعاق و دمجهم في الحياة الطبيعية قدر المستطاع، و رغم ما ذكرنا من خصائص للمتخلفين عقليا الا أنه يجب العمل على تحسين وفق ما يتناسب مع قدراتهم المتاحة و الاستفادة منها و تطويرها من خلال مختلف الأنشطة الفعالة، مع إتباع أساليب علاجية تهدف إلى رعاية الأطفال و تقديم ما يلزمهم من أجل استغلال قدراتهم و مهارتهم في الحياة العملية و الاجتماعية مع الإحساس بأن الطفل المعاق ليس عالة على المجتمع أو الأسرة بل هو فرد فعال له دور مهم في الحياة .

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

- تمهيد
- أولا: مجالات الدراسة
- ثانيا: منهج الدراسة
- ثالثا: أدوات الدراسة
- رابعا: عينة الدراسة
- خامسا: أساليب التحليل
- خلاصة الفصل

تمهيد:

خصص هذا الفصل للإجراءات المنهجية الخاصة بالدراسة، والذي يضم مجالات الدراسة الثلاثة الزماني والمكاني والبشري التي من خلالها تأخذ الدراسة مجراها المنهجي، فيحدد المنهج الملائم والأدوات المناسبة وكذا عينة الدراسة الممثلة من أجل اختبار فرضيات الدراسة والتحقق منها. وعليه فإننا سنتطرق إلى ما سبق بشيء من التفصيل ليتضح مسعى دراستنا وأهدافها ولا ننسى أن هذا الفصل يعتبر همزة وصل بين الفصل الأول والفصل الأخير.

أولاً: مجالات الدراسة

يمثل تحديد مجالات الدراسة خطوة أساسية في كل البحوث السوسولوجية و البناء المنهجي، وهذا باتفاق العديد من المختصين نظرا لدوره المهم في قياس و تحقيق المعارف في مختلف البحوث و الدراسات، و هذه المجالات تتمثل في ثلاث هي: المجال المكاني و المجال الزمني و المجال البشري.

1. المجال المكاني (الجغرافي):

- يقصد بالمجال الجغرافي الحيز المكاني الذي تجرى فيه الدراسة الميدانية وفي بحثنا هذا قمنا بدراسة في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا قالمة.
- تقع ولاية قالمة داخليا بالشمال الشرقي للجزائر تتربع على مساحة قدرها 4125 كم² و تعداد السكان 555 355 نسمة (احصاء 2015)، تقسيمها الإداري 10 دوائر و 34 بلدية، ويحدها من الشمال ولايات الطارف عنابة وسكيكدة ومن الشرق سوق اهراس ومن الغرب قسنطينة ومن الجنوب أم البواقي.
- تم إنشاء المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا قالمة، بموجب المرسوم التنفيذي رقم 158/93 المؤرخ في 7 جويلية 1993، تاريخ الافتتاح 11 سبتمبر 1993، مهامه إستقبال الأطفال او المراهقين ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة و المتوسطة و العميقة .
- يقع المركز النفسي البيداغوجي بحي نزار الهادي شمال مدينة قالمة يحده شرقا الاروقة الجزائرية سابقا و سكنات لموظفي البريد، و غربا الأمن الحضري الثاني، و شمالا مقر قسم الري و خزان الماء لمركب السكر، جنوبا متوسطة 8 ماي 1945، قدرة الاستيعاب النظرية 120 طفلا ، و الاستيعاب الفعلي 176 طفلا منها 116 ذكور و 60 إناث موزعين على عدة افواج حسب قدراتهم العقلية .

2. المجال الزمني :

- ونقصد به المدة الزمنية المستغرقة في إنجاز هذه الدراسة من أول زيارة للمراكز إلى آخر زيارة، حيث عند زيارتنا الأولى للمركز و جدنا جميع التسهيلات المختلفة خاصة من رئيس المصلحة البيداغوجية بصفة خاصة و من عمال الإدارات او المتخصصين في التعليم بصفة عامة ، حيث قمنا بالتعرف على ما يحتوي عليه المركز من ورشات و بنايات و ملاعب و غيرها أي قمنا بجولة استطلاعية على المراكز وأخذنا معلومات أولية عامة.
- امتدت الزيارات من تاريخ 16 أفريل إلى غاية 11 ماي.

قمنا خلالها بتطبيق اداة جمع البيانات بتوزيع الاستمارات على المبحوثين مع استرجاعهم و خلال ذلك قمنا بالتعرف على الأطفال من ذوي الإعاقة الذهنية وكذا العاملين داخل المراكز من مربين وأخصائيين وعمال الإدارة.

3. المجال البشري :

- يعتبر المجال البشري لأي دراسة الوحدات الأساسية من مجتمع البحث التي يجرى عليها التحليل .
- إن دراستنا تهدف إلى معرفة دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية ولجمع المعلومات اخترنا مسح شامل للمربين والأخصائيين والذين بلغ عددهم 125 تنقسم كالاتي 15 عمال الادارة و 9 عمال مهنيين و 41 من الاعوان المتعاقدين و 48 من مجتمع البحث التي تخص بحثنا موزعين حسب تخصصاتهم كالتالي:

العدد	التخصص	العدد	التخصص
02	أخصائية نفسانية اطفونوية	01	أخصائية نفسانية تربوية
19	معلم التعليم المتخصص رئيسي	04	أخصائي نفساني عيادي
08	مربي متخصص رئيسي	03	مربي متخصص رئيس
02	مساعد في الحياة اليومية	02	مربي متخصص
01	طبيبة	02	معيدة في التربية النفسية الحركية
02	مساعد اجتماعي	01	ممرض
01			مراقب عام

ثانيا: منهج الدراسة

تعد مرحلة اختيار المنهج العلمي خطوة مهمة في انجاز البحوث العلمية فيتوجب على الباحث قبل الشروع في بحثه ان يقوم بتحديد المنهج الملائم لدراسة الميدانية وذلك وفقا لطبيعة موضوع بحثه فالمنهج بمثابة التاريخ او المسار الذي يتبعه الباحث للكشف عن حقائق.

1. تعريف المنهج في اللغة:

- المنهج من نهج ينهج، و نهج الأمر أبائه و أوضحه... و نهج الطريق سلكه، و نهج فلان أي سلك مسلكه و منهجا و نهوجًا للأمر و الطريق وضح، و بان.
- و المنهج و المنهاج جمعهما مناهج و معناها الطريق الواضح . و قد جاءت لفظة المنهج أو منهاج في التنزيل: "لَكُلِّ جَعَلْنَا مِنْكُمْ شُرَعًا و مِنْهَاجًا" (المائدة 48)¹. و في قول لابن عباس رضي الله عنهما: " لم يمت رسول الله حتى ترككم على طريق ناهجة".
- ويقابل المنهج في اللغة الانكليزية كلمة Curriculum وتعني ميدان السباق ويمكن تعريف المنهج المدرسي بأنه : الطريق الذي يسلكه المدرس والطالب لتحقيق إلى الأهداف المنشودة .²

2. في الاصطلاح :

- أما القاموس الحديث لعلم الاجتماع فيعرف المنهج العلمي بأنه عملية يتم في إطارها بناء كيان من المعرفة العلمية من خلال الملاحظة والتجريب والتعميم و التحقق³ .
- المنهج هو كل نشاط هادف تقدمه المدرسة و تنظمه و تشرف عليه وتكون مسؤولة عنه تم داخل المدرسة أو خارجها.⁴
- و هو أيضا " الأداة التي توظفها المدرسة لتحقيق الأهداف التربوية و الاجتماعية المنشودة في إعداد الأجيال للحياة ،إعدادا، صحيحا ومتكاملا في جميع الجوانب؛ و هي الجوانب العقلية والروحية و الاجتماعية والصحية و النفسية والجسمية و الانفعالية، و ما يتمخض عنها من مهارات مختلفة لهذه الجوانب .⁵

¹القرآن الكريم، سورة المائدة، الآية 48.

²اسعد محمد جبر وضياء عويد حربي العرنوسي، المناهج البناء والتطوير، دار صفاء للنشر و التوزيع، طبعة 01، عمان 2015، ص 17.

³ميلود سفاري والطاهر سعود، مدخل إلى المنهجية في علم الاجتماع، مخبر علم اجتماع الاتصال، جامعة منتوري، قسنطينة 2007، ص 51- 52

⁴محمد فتحي عبد الهادي، الاتجاهات الحديثة في المكتبات والمعلومات الأكاديمية، مصر 2000 ص 127 .

⁵هاشم السامرائي و آخرون المناهج، أسسها، تطويرها، نظرياتها، دار الأمل للنشر والتوزيع، طبعة 01، الأردن 1995، ص 7 .

- و يمكن القول أن كلمة "منهج تعن الطريقة التي ينتهجها الفرد حتى يصل إلى هدف معين، وإذا رجعنا إلى مجال التربية فإن كلمة منهج تعني الوسيلة التربوية التي تحقق الأهداف التربوية المخطط لها.¹

3. المنهج المعتمد:

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي باعتبار انه يعتمد على الوصف الدقيق لظاهرة محل الدراسة فهذا المنهج الأنسب حيث يمكننا من وصف دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بذوي الاعاقة الذهنية والتعرف على مختلف جوانبه وساعدنا في تحليل اجوبة المبحوثين وتفسير النتائج كما انه لا يعتمد على الوصف لفئات العينة فقط بل يتعدى الى تحليل المعطيات للوصول الى نتائج اللازمة ويعرف المنهج الوصفي على انه طريقه لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل اليها على اشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها. ويعد المنهج الوصفي ذلك المنهج الذي يعتمد على وصف الظاهرة موضع البحث وصفا تفصيليا دقيقا، ويدرس كل جوانبها الكيفية والنوعية، والكمية، يعبر عن ملامحها وخصائصها، وحجمها، وتأثيرها ومدى ارتباطها بالظواهر الأخرى المحيطة بها.²

- وهناك من يعرفه بأنه محاولة الوصول الى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر مشكلة او ظاهرة قائمة للوصول الى فهم أفضل وأدق او وضع السياسات والاجراءات المستقبلية الخاصة بها.³

- وهناك من يرى بأن المنهج الوصفي يركز على وصف الدقيق والتفصيل لظاهرة او موضوع محدد على صورة نوعية او كمية رقمية وقد يقتصر هذا المنهج على وضع قائم في فترة زمنية محددة او تطوير يشمل فترات زمنية عدة حيث يهدف هذا المنهج اما الى رصد ظاهرة او موضوع محدد بهدف فهم مضمونها او مضمونه او قد يكون هدفه الاساسي تقويم وضع معين لاغراض عملية على سبيل المثال تعرف اعداد العاطلين عن العمل من خريجي الجامعات من الامثلة الحية على هذا المنهج بشكل عام.

¹ عبد المحسن عبد العزيز أبانمي، المناهج الدراسية و التغيرات الاجتماعية والثقافية في المجتمع السعودي، مطابع التقنية للأوفست ، طبعة 01الرياض، ص 12 .

² محمد بلال العنذور، البحث العلمي بين النظرية والتطبيق، دار الجوهرة، القاهرة 2015 ،ص179.

³ -محمد سرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي دار الكتب صنعاء، ط3، الجمهورية اليمنية 2019، ص 45 .

- حيث يمكن تعريف هذا المنهج "بأنه أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافيته ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية تم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة¹."
- ومن منظور آخر فالمنهج الوصفي يهتم بدراسة الظواهر والاحداث كما هي من حيث خصائصها وأشكالها والعوامل المؤثرة في ذلك فهو يدرس حاضر الظواهر والاحداث عن طريق توصيفها مع جمع الجوانب والابعاد وبهدف استخلاص الحلو وتحديد الاساليب والعلاقات التي ادت الى هذه الظواهر والاحداث وكذلك تحديد العلاقات مع بعضها والعوامل الخارجية المؤثرة بها للاستفادة منها في التنبؤ بمستقبل هذه الاحداث والظواهر حيث يستخدم المنهج الوصفي في العلوم الاجتماعية بشكل واسع نظرا لما يتمتع به من مزايا حيث يقوم على رصد ومتابعة الظاهرة او الحدث بدقة وبطريقة كمية ونوعية في فترة زمنية معينة من أجل التعرف على الظروف والعوامل التي ادت بحدوث ذلك للوصول الى النتائج التي تساعد في فهم الحاضر والتنبؤ بالمستقبل².

ثالثا : أدوات الدراسة

ويُمكن أن نُعرّف أدوات الدراسة في البحث العلمي بأنها الطرق التي يتمُّ من خلالها جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بالبحث، والتي تُساعد في دراسة وتحليل مُشكلة البحث، وبعد ذلك التوصل إلى النتائج، ورغم تعدد أدوات الدراسة إلا أن الباحث هو من يختار الأداة الملائمة لطبيعة موضوعه للحصول على المعلومات الأكثر دقة للتحقق من فرضيات بحثه و لذلك قد اعتمدنا في دراستنا على :

1. الملاحظة :

- تعني الاهتمام أو الانتباه إلى الشيء أو حدث أو ظاهرة بشكل منظم عن طريق الحواس حيث نجتمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه، والملاحظة العلمية تعني الانتباه للظواهر و الحوادث بقصد تفسيرها و اكتشاف أسبابها والوصول إلى القوانين التي تحكمها³.
- و تعتبر أهم الأدوات المستخدمة في الدراسات الوصفية و تكمن أهمية تلك الأداة في جمع البيانات المتعلقة في كثير من أنماط السلوك التي لا يمكن دراستها إلا بواسطة تلك الأداة، كما أن الملاحظة

¹-محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، ط2، عمان الأردن 1999، ص 46.

²-كمال دشلي، منهجية البحث العلمي، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، 2016، ص61 .

³جودت عزت عطوي، أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2007، ص 120.

- المباشرة يمكن استخدامها في بحث وصفي، لدراسة سلوك الأطفال وتصرفاتهم عندما يجتمعون بهدف اللعب، حيث يهدف لاكتشاف قدراتهم الحركية و المعرفية و الوجدانية أثناء ممارستهم لنشاط اللعب.¹
- و تعد الملاحظة من بين التقنيات المستعملة خاصة في الدراسة الميدانية لأنها الأداة التي تجعل الباحث أكثر اتصالاً بالبحوث و الملاحظة العلمية تمثل طريقة منهجية يقوم بها الباحث بدقة تامة وفق قواعد محددة للكشف عن تفاصيل الظواهر و لمعرفة العلاقات التي تربط بين عناصرها و تعتمد الملاحظة على قيام الباحث بملاحظة ظاهرة من الظواهر في ميدان البحث أو الحقل أو المختبر و تسجيل ملاحظاته وتجميعها أو الاستعانة بالآلات السمعية البصرية².
- وقد اعتمدنا على الملاحظة البسيطة للعمال على مستوى المركز بمختلف أدوارهم نحو الأطفال و قد لاحظنا كيفية المعاملة من طرف المختصين و المربين مع المعاقين و كيفية الطرق و الوسائل التي تؤدي بالطفل المعاق إلى تقديم سلوك إيجابي نتيجة تعاون و تلاحم المربين من أجل نجاح هذه المهنة التي تعتبر نبيلة قبل كل شيء، إضافة إلى استقبالنا استقبال جيد و لائق و المعاملة الجيدة عند طرح بعض الأسئلة العامة عليهم من أجل الإستفادة في موضوع دراستنا .

2. الإستمارة :

- يعتبر الاستبيان أو الاستمارة من أهم و أكثر أدوات جمع المعلومات و البيانات استخداماً في البحوث النفسية و التربوية والاجتماعية، و ذلك نظراً لقلّة تكلفة استخدامها من جهة و سهولة استخدامها و معالجة البيانات التي نحصل عليها من جهة أخرى، و هي ببساطة قائمة أسئلة توجه للأفراد ليقوموا بالإجابة عليها و هذا للحصول على معلومات حول موضوع معين.
- قائمة من الأسئلة تعبر عما يرغب الباحث العلمي في معرفته عن طريق عينة الدراسة، حيث يقوم بعرض قائمة على المفحوصين للإجابة عنها، وتوفير المادة العلمية الخام للباحث العلمي، وبعد ذلك يتم تبويبها وتصنيفها، ومن ثم استخدام الوسائل الإحصائية، لتحليلها بدقة والوصول إلى النتائج النهائية للبحث العلمي³.

¹نبيل لأحمد عبد الهادي، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، الأهلية للنشر و التوزيع، لبنان 2006، ص55 .

²خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، جسر للنشر و التوزيع ، 2008، ص 127 .

³عليان عبد الحميد، المحاضرة الرابعة الاستبيان و أنواعه في البحث العلمي، 2019 - 2020، ص 01 .

- أداة للحصول على البيانات والمعلومات والحقائق المرتبطة بواقع معين أو ظاهرة محددة، وذلك في ضوء مجموعة من الأسئلة يطلب من المبحوثين الذين توجه لهم استمارة الاستبيان الإجابة عليها¹.
 - وقد استخدمنا الاستمارة كأداة رئيسية في دراستنا هذه والتي طبقت على عينة مكونة من 48 عامل بالمركز النفسي البيداغوجي قالمة والتي تضمنت محاور أساسية هي:
 - المحور الأول : حول البيانات الشخصية للمبحوثين .
 - المحور الثاني : حول المراكز النفسية البيداغوجية .
 - المحور الثالث : الخدمات المتوفرة داخل المركز .
 - المحور الرابع : البرامج المساعدة في تأهيل ذوي الإعاقة الذهنية .
- حيث تضمن كل محور مجموعة من الأسئلة تمت صياغتها وفق فرضيات الدراسة، وقد قمنا باستخدام أسلوب بسيط وسهل وأكثر وضوحاً في صياغتها من أجل فهمها من طرف المبحوثين و الإجابة عليها بكل سهولة .

رابعا : تحديد عينة الدراسة

- إن استعمال العينات لدراسة ظاهرة ما دراسة علمية أصبح شائعاً في مجال البحث العلمي، نتيجة أهميتها في مجال البحوث الإجتماعية و غيرها .
- مجموعة من وحدات المعاينة تخضع للدراسة التحليلية أو الميدانية، ويجب ان تكون ممثلة تمثيلاً صادقاً ومتكافئاً مع المجتمع الاصلي ويمكن تعميم نتائجها عليه².
 - مجموعة نسبية من مجتمع الدراسة الاصلي، يتم اختيارها بطريقة معينة، وإجراء الدراسة عليها بالملاحظة والتحليل³.
 - و باعتبار دراستنا تهدف إلى معرفة دور المركز النفسي البيداغوجي للتكفل بذوي الإعاقة الذهنية، فهذه الدراسة أساس إختيار الباحث للعينة المناسبة، لذلك فقد تم إختيار المربين و الأخصائيين بمختلف تخصصاتهم و الذي كان عددهم 48 عامل في المركز حيث قمنا بإجراء و باختيار عينة المسح

¹سعد سلمان المشهداني، منهجية البحث العلمي، دار اسامة للنشر و التوزيع، طبعة الاولى، عمان 2019، ص170.

²سمير محمد حسين، تحليل المضمون - تعريفاته، مفاهيمه، محدداته، واستخداماته الأساسية، طبعة 2، القاهرة 1996، ص117.

³يوسف عبد الامير طباجة، منهجية البحث - تقنيات ومناهج، دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت 2007، ص 160.

الشامل للمبجوثين لأنها التقنية المناسبة لدراستنا، و قمنا بتوزيع الاستمارات على مجتمع البحث كله و استرجعنا 35 استمارة فقط و 13 مبحوث لم يقوموا بإرجاعها .

خامسا : أساليب التحليل

1. التحليل الكمي :

- مفهوم البحث الكمي : هي نوع من البحوث العلمية التي تفترض وجود حقائق إجتماعية موضوعية منفردة ومعزولة عن مشاعر ومعتقدات الأفراد، وتعتمد على الأساليب الإحصائية في الغالب، في جمعها للبيانات وتحليلها¹.

ومن خلال ذلك فإن التحليل الكمي نقصد به تكميم المعلومات أو البيانات التي تم التوصل إليها في بحثنا، وترتيبها في جداول بعد التحقق، و تحويلها إلى أرقام مئوية ذات دلالات إحصائية، يمكن قراءتها سوسيوولوجيا لقياس الفرضيات السابقة و التحقق منها.

2. التحليل الكيفي :

- مفهوم البحث الكيفي : بأنه البحث عن الطبيعة الجوهرية للظواهر كما هي في الواقع ومن هنا فالبحث الكيفي يستند على البعد الذاتي للخبرة الانسانية التي هي دائمة التغيير وفقا لمعطيات الزمان والمكان ... فالباحث من خلال هذا المنهج لا يستطيع تحييد ذاتية المهنية فهو جزء من الظاهرة المدروسة يؤثر ويتأثر².

ومن خلال ذلك فإن التحليل الكيفي هو تحليل وتفسير النتائج الواردة في الجداول وفق الإطار النظري الذي تطرقنا إليه، بهدف معرفة صدق فرضيات الدراسة ومدى تحققها³.

¹ عامر قنديل، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن 2000 ، ص 45 .

² محمد مسفر القرني، منهج البحث الكيفي والخدمة الاجتماعية العيادية، جامعة أم القرى، الطبعة 1، السعودية 2009 ، ص 6

³ ناصر صبرينة ولكحل ريان، المرجع السابق، ص 148

خلاصة الفصل:

بعد عرضنا لأهم مجالات الدراسة والمتمثلة في المجال البشري الذي تم اختيار فيه عمال المركز النفسي البيداغوجي والمجال الزمني والمكاني الذي مر بمراحل أهمها: مرحلة الجولة الاستطلاعية لجمع المعلومات الأولية ومرحلة النزول للميدان، وأخيرا مرحلة توزيع الاستمارات على المبحوثين واسترجاعها وتطرقنا أيضا للمنهج والعينة وأدوات جمع البيانات التي اعتمدها في دراستنا، نستنتج بأن هاته الخطوات من أهم المراحل التي لا بد على أي باحث أن يمر بها لاستكمال دراسته وللوصول إلى نتائج تتميز بالمصداقية.

الفصل الخامس: عرض الجداول وتحليل النتائج

- تمهيد
- أولاً: عرض الجداول
- ثانياً: تفسير النتائج
- ثالثاً: النتائج العامة للدراسة
- رابعاً: التوصيات والمقترحات
- خلاصة الفصل
- الخاتمة
- قائمة المراجع
- الملاحق

تمهيد:

من خلال اي موضوع بحث لابد من الوصول إلى نتائج الدراسة التي يتوصل إليها الباحث يجب المرور على خطوات مهمة تمثلت في تفريغ الجداول وتحليلها وتفسيرها من خلال التكرارات والنسب المؤوية للوصول إلى النتائج العامة التي تبين مدى صدق والتحقق من الفرضيات وبالتالي معرفة نتائج دراستنا من خلال إتباع الخطوات الموضحة في هذا الفصل.

أولاً: عرض الجداول

المحور الأول: البيانات الشخصية

• الجدول رقم (01): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
22.86%	8	ذكر
77.14%	27	انثى
100%	35	المجموع

من المعطيات الإحصائية الموجودة في الجدول رقم 01، نجد أن هناك اختلاف بين نسبة الجنسين المشرفين على الأطفال المعاقين ذهنياً، حيث وجدنا أن نسبة الذكور تقدر ب 22.86% ونسبة الإناث تقدر ب 77.14% وهذه النتائج تشير إلى أن مهنة الرعاية والتكفل بالمعاقين هي من اختصاص المرأة أكثر من الرجل لأن وظيفة المرأة في الحياة بصفة أولى هي التربية.

• الجدول رقم (02): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
2.85%	1	28 - 18
60%	21	39 - 29
28.57%	10	50 - 40
8.57%	3	51 - فما فوق
100%	35	المجموع

يتبين لنا من خلال المعطيات الموجودة في الجدول الذي يمثل أفراد المجتمع حسب متغير السن حيث وجدنا هناك تفاوت بين اعمارهم وذلك من خلال أن أكبر فئة عمرية موجودة هي من 29 الى 39 بنسبة 60% بينما تليها الفئة العمرية من 40 الى 50 بنسبة 28.57% ونسبة 8.57% بالنسبة للأفراد 51 سنة فما أكثر واخيراً نسبة 2.85% للفئة العمرية 18 إلى 28 التي تعتبر اقل نسبة ومن خلال هذه النسب المتفاوتة نجد بأن مهنة التكفل بالمعاقين بمختلف تخصصاتها تحتاج إلى عامل الشباب بشكل كبير

الذي يستطيع بدوره بذل جهد كبير وإعطاء إضافات كبيرة لهذه الخدمة نتيجة قدرته الكامنة عكس فئة كبار السن اصحاب القدرة المحدودة .

• الجدول رقم (03): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الحالة العائلية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
أعزب - عزباء	4	11.43%
متزوج (ة)	31	88.57%
مطلق (ة)	00	00%
أرمل (ة)	00	00%
المجموع	35	100%

تظهر لنا من خلال الإحصائيات الموجودة في الجدول 03، أن نسبة الأفراد المبحوثين و العاملين بالمركز متزوجين بنسبة كبيرة جدا مقارنة مع البقية حيث كانت نسبتهم 88.57% مقارنة مع فئة العزاب التي كانت ضعيفة 11.43% مع انعدام تام للمطلقين و الأرامل، و من خلال هذا نستنتج بأن الأفراد المكونين للعائلات قادرون على الإهتمام بصفة أكبر بالمعاقين نتيجة توفر عنصر الأمومة و الأبوة و التحلي بروح المسؤولية إتجاه الأطفال بصفة عامة و للمعاقين بصفة خاصة .

• الجدول رقم (04): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
جامعي	33	94.25%
ثانوي	2	5.71%
المجموع	35	100%

يتبين لنا من خلال المعطيات المذكورة و النسب المؤوية لأفراد مجتمع البحث أن أغلبهم ذو مستوى عالي حيث كانت نسبتهم 94.25% من الجامعيين بمختلف المستويات من حاملي شهادة ليسانس و الماستر و الدكتوراه، و نسبة 5.71% من الثانويين و من خلال هذه النتائج نستنتج أن هذه المهنة تحتاج لعمال ذو كفاء عالية و رصيد معرفي و علمي كبير من أجل تقديم الأفضل إتجاه الأطفال المعاقين و الإهتمام بهم و توجيههم نحو الطريق الصحيح .

• الجدول رقم (05): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب مكان الإقامة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
قائمة	35	100%
المجموع	35	100%

من خلال النتائج الموجودة في الجدول الذي يدرس المبحوثين حسب الأماكن المقيمين بها وجدنا أن جميع العمال من ولاية قائمة بنسبة 100% ومنه نستنتج أن جميع العمال يقطنون بنفس الولاية التي بها المركز البيداغوجي و بالتالي يسهل عليهم التنقل و العمل في ظروف مريحة.

• الجدول رقم (06): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الوظيفة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نفساني عيادي	3	8.57%
نفساني تربوي	1	2.86%
أرطفوني	1	2.86%
معلم	11	31.42%
رئيس المصلحة البيداغوجية	1	2.86%
طبيب	1	2.86%
نفسانية حركية	2	5.71%
طباخ	1	2.86%
مربي مختص رئيسي	10	28.57%
مساعد اجتماعي	3	8.57%
مربي	1	2.86%
المجموع	35	100%

نلاحظ من خلال الإحصائيات الموجودة في الجدول أعلاه أن أكبر نسبة كانت 31.42% للمعلمين وتليها 28.57% لمربي مختص رئيسي أما بالنسبة للنفساني العيادي و المساعد الاجتماعي 8,57% ونسبة 5.71% لنفسية حركية ونجد أقل نسبة 2.86% للوظائف التالية «نفساني تربوي - أرطفوني - رئيس المصلحة البيداغوجية - طبيب - طباخ - مربي» و من خلال هذه النتائج والنسب المتفاوتة نجد

بأن المركز يحتوي على مختلف الوظائف والتخصصات التي يحتاجها الأطفال المعاقين في مختلف الجوانب تعود بنتائج إيجابية مستقبلا .

• الجدول رقم (07): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب سنوات العمل

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
40%	14	اقل من 10 سنوات
60%	21	أكثر من 10 سنوات
100%	35	المجموع

يمثل الجدول أعلاه إحصائيات ونسب أفراد مجتمع البحث حسب عدد سنوات العمل الخاصة بهم في المركز البيداغوجي حيث وجدنا نسبة 40% تمثل الأفراد الأقل من 10 سنوات ممارسة لهذه المهنة و نسبة 60% للعمال الاكثر من 10 سنوات في أداء الوظيفة و منه نستنتج أن هذه المهنة تحتاج الأفراد الأكثر خبرة والأكثر ممارسة لهذا العمل رغم أن نسبة الأقل من 10 سنوات كانت ليست بقليلة ومنه نجد أنه هناك تفاوت بين الأعمار في المركز .

• الجدول رقم (08): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب الإقامة في المركز

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
00%	00	نعم
100%	35	لا
100%	35	المجموع

نلاحظ أن هذا الجدول يشير إلى أنه لا يوجد أي شخص مقيم بهذا المركز وذلك نتيجة نسبة 100% غير مقيمين به وذلك راجع الى ما قلناه سابقا أن عمال المركز كلهم يقطنون في ولاية قالمة وبالتالي غير محتاجين للإقامة داخل المركز .

• الجدول رقم (09): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب توقيت العمل

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
71.42%	25	دوام عادي
25.71%	9	دوام مستمر
2.86%	1	دوام بالمناوبة
100%	35	المجموع

تشير القراءة الإحصائية في هذا الجدول لنسب توقيت العمل بالنسبة للمبحوثين حيث وجدنا أكبر نسبة لأصحاب الدوام العادي 71.42% وبعدها نسبة 25.71% للدوام المستمر وأضعف نسبة 2.86% للدوام بالمناوبة ومنه نجد ان المركز يقوم بصفة كبيرة على العمل بالدوام العادي .

المحور الثاني : المراكز النفسية البيداغوجية

• الجدول رقم (10): يمثل شروط تسجيل الطفل المعاق بالمركز

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
8.57%	3	معاينة أولية
5.71%	2	فحص طبي
85.72%	30	الشرطين معا
100%	35	المجموع

نلاحظ في الجدول التالي إحصائيات ونسب مؤوية تمثل شروط تسجيل الطفل المعاق بالمركز حيث وجدنا نسبة 5.71% تمثل الفحص الطبي و8,57% معاينة أولية أما النسبة الأكبر فكانت من خلال الشرطين معا 88,72% وهذا إن دل فيدل على أن المركز قبل استقبال الاطفال المعاقين يقوم بالمعاينة الأولية والفحص الطبي أي يطبق الشروط اللازمة من أجل معرفة الحالات المختلفة التي يكون عليها المعاق والتأكد من صحة إعاقته.

• الجدول رقم (11): يمثل أعمال الأطفال الأكثر تواجد في بالمركز

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
2.86%	1	اقل من 5 سنوات
77.14%	27	من 5 الى 15
20%	7	من 15 سنة فمافوق
100%	35	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه نسب أعمار الأطفال الموجودة بالمركز حيث وجد نسبة 2,86% تمثل أطفال أقل من 5 سنوات ونسبة 20% من 15 سنة فما فوق أما النسبة الأكبر فكانت 77.14% لأصحاب من 5 إلى 15 سنة وهذا يدل على أن الفئة العمرية الأكثر تواجدا بالمركز هي الفئة المتوسطة.

• الجدول رقم (12): يمثل كيفية تقسيم الأطفال داخل المركز البيداغوجي

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
2.86%	1	حسب السن
2.86%	1	حسب الجنس
17.14%	6	حسب نوع الإعاقة
57.14%	20	حسب درجة الإعاقة
20%	7	حسب المستوى المدرسي
100%	35	المجموع

يتضح لنا من خلال الإحصائيات الموجودة بالجدول التي تمثل كيفية تقسيم الأطفال داخل المركز البيداغوجي أن أقل نسبة كانت حسب السن والجنس 2,86% وحسب نوع الإعاقة 17.14% وبنسبة أكبر بقليل حسب المستوى المدرسي 20% وحسب درجة الإعاقة كانت الأعلى 57.14% و منه نستنتج ان المركز يقوم بالتقسيم حسب درجة الإعاقة بدرجة أولى وذلك من أجل التقسيم الأمثل داخل الاقسام ومراعاة كل معاق ودرجة إصابته وقدرة استيعابه للأفضل.

• الجدول رقم (13): يمثل إتباع المراكز لبرنامج تعليمي خاص ومحدد

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
100%	35	نعم
00%	00	لا
100%	35	المجموع

يشير الجدول أعلاه من خلال الإحصائيات والنسب المئوية التي تمثل إتباع المركز لبرنامج تعليمي خاص ومحدد حيث وجدنا أن نسبة 100% من المبحوثين أجابوا بنعم وهذا يدل على أن المركز يقوم بوضع برنامج خاص و محدد حسب حاجيات الاطفال المعاقين ودرجة استفادتهم من هذا البرنامج.

• الجدول رقم (14): يمثل اذا كان هناك توافق في البرامج التعليمية بين المراكز والمدارس العادية

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
5.71%	2	نعم تتوافق
37.14%	13	لا تتوافق
57.15%	20	برنامج مكيف
100%	35	المجموع

من خلال الجدول و المعطيات المذكورة فيه التي تمثل إن كان هناك توافق في البرامج التعليمية بين المراكز والمدارس العادية نلاحظ نسبة 5,74% أجابوا بنعم توافق وهي النسبة الأقل والاضعف و نسبة 37,14% لا تتوافق والنسبة الأعلى 57.15% برنامج مكيف ومنه نستنتج بأن المركز يقوم بوضع برامج تعليمية مكيفة لتقدمها للأطفال المعاقين اي بمعنى آخر برنامج يتماشى مع القدرات العقلية لكل معاق من أجل التكيف مع المحيط الداخلي والخارجي للحياة .

• الجدول رقم (15): يمثل المسؤول عن وضع البرامج التعليمية للمركز

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
57.14%	20	نعم
42.86%	15	لا
100%	35	المجموع

يوضح الجدول 15 من خلال الإحصائيات والنسب الموضحة فيه التي تمثل إن كانت الوزارة هي المسؤولة عن وضع البرامج التعليمية للمركز حيث وجدنا نسبة 57.14% اجابوا بنعم و 42.86% اجابوا بلا و منه نجد بأن أفراد مجتمع البحث بنسبة أكبر يرون أن الوزارة هي الجهة المسؤولة عن وضع البرامج.

• الجدول رقم (16): يمثل إذا كان هناك تواصل بين الأسر والمركز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	35	100%
لا	00	00%
المجموع	35	100%

يبين الجدول أعلاه إحصائيات إن كان هناك تواصل بين أسر المعاقين والمركز حيث كانت نسبة 100% بوجود العلاقة اللازمة ومنه نستنتج أن المركز يحرص على أنه يجب أن يتواصل الأسر مع المركز من أجل الإطلاع الدائم حول كل ما يخص أطفالهم ومختلف انشغالاتهم.

• الجدول رقم (17): يمثل كيفية اهتمام الاولياء بأبنائهم

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
اهتمام كبيرا	7	20%
اهتمام متوسطا	22	62.86%
اهتمام ضعيفا	6	17.14%
المجموع	35	100%

يشير الجدول من خلال النسب المئوية الموضحة إلى كيفية إهتمام الأولياء بأولادهم حيث نلاحظ نسبة الاهتمام الكبير بنسبة 20% و نسبة 62,86 للاهتمام المتوسط و بنسبة أضعف الإهتمام الضعيف 17.14% ومنه نجد أن أكبر من نصف المبحوثين يرون بأن الآباء لا يهتمون بأولادهم بالشكل الكافي اي مثل ما يلزم لأن المركز رغم الدور الكبير الذي يقوم به في الاهتمام بالمعاقين إلا ان البيت يعتبر همزة وصل في إكمال العمل داخل المركز من أجل الوصول إلى نتائج إيجابية .

- الجدول رقم (18): يمثل النتائج الإيجابية التي تعود على الأطفال من طرف اهتمام الاولياء بهم باهتمام المركز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	26	74.28%
لا	9	25.72%
المجموع	35	100%

تظهر لنا من خلال الإحصائيات والنسب الواردة في الجدول الذي يمثل إهتمام الاولياء له نتائج إيجابية أكثر من إهتمام المراكز بهم حيث وجدنا نسبة المبحوثين أجابوا بلا 25.72% والأغلبية 74.28% اجابوا بنعم و من خلال هذه النتائج نستنتج أن الاولياء هم أساس التكفل والإهتمام بالمعاقين والوصول إلى نتائج إيجابية أي أن الطفل المعاق أساس نجاح عملية تأهيله للمجتمع والحياة الطبيعية هو تظافر الجهود بين الاولياء وعمال المركز من مربين وغيرهم للوصول للهدف المنشود .

- الجدول رقم (19): يمثل توفر قاعة علاج خاصة في المراكز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	35	100%
لا	0	0%
المجموع	35	100%

نلاحظ من خلال الجدول 19 انا نسبة 100% من العمال يؤكدون على وجود قاعة علاج خاصة بالمركز بينما تتعدم نسبة العمال الذين يقرون بعكس ذلك 0% ومن هذا نستطيع التاكيد على حرص وفعاليه طاقم المركز على توفير الخدمات الطبية والعلاجية للاطفال.

- الجدول رقم (20): يمثل توفر الطبيب داخل المراكز لمتابعة الحالة الصحية للأطفال

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	35	100%
أحيانا	0	0%
عند الضرورة	0	0%
المجموع	35	100%

يتبين لنا من خلال الجدول المبين انا 100% من العمال أكدوا على وجود الطبيب داخل المركز دائماً لمتابعة الحالات الصحية للاطفال وهذا يدل على جدية وحرس المركز على المتابعة الدائمة للاطفال وتقديم الخدمات الصحية لهم.

• الجدول رقم (21): يمثل توفر المراكز على الأدوية والاسعافات الأولية عند مرض أو إصابة الأطفال

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	35	100%
لا	0	0%
المجموع	35	100%

من خلال جدول 21 الذي يبين انا نسبة 100% من العمال صرحوا على توفر المركز على الادوية والاسعافات الأولية داخل المركز وعلى هذا الاساس نستنتج ان طاقم المركز جد يقظ على سلامه الاطفال المعاقين.

• الجدول رقم (22): يمثل السلوكيات التي يقوم بها المعاق التي تستدعي تدخل المعالج النفسي

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
الانطواء والانعزال	8	22.55%
السلوك العدوانى	15	42.85%
كثرة الحركة	12	43.28%
المجموع	35	100%

نلاحظ من خلال الجدول 22 ان السلوك العدوانى والعنيف لدى الطفل المعاق هو اكثر سلوكيات الغالبية في المركز بنسبة 42,85% والذي تستوجب تدخل المعالج نفساني، بينما احتل سلوك كثرة الحركة المرتبة الثانية كأكثر سلوك منتشر في فئة الاطفال المعاقين داخل المركز بنسبه 34.28% وهذا ما يستدعي توفير الرياضة و مختلف الانشطة الحركية التي تساعد الطفل على إفراغ النشاط الزائد فيه ، اكد مبحوثين ايضا على ان سلوك الانطواء والانعزال الذي قدرة نسبتهم بـ 22,85% والذي يستدعي تدخل المعالج نفسي.

• الجدول رقم (23): يمثل قيام المراكز بنشاطات ترفيهية

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات	
%28.57	10	الرياضة	نعم
%5.71	2	المسرح	
%25.71	9	الاحتفال بالأعياد	
%5.71	2	الرسم	
%34.28	12	كلها معا	
%100	35	المجموع	
%0	0	لا	
%100	35	المجموع	

نلاحظ من خلال جدول 23 انا المركز يقوم بالنشاطات الترفيهية وهذا ما صرح به 100% من الباحثين حيث ان 28.75% منهم يؤكدون على وجود نشاط الرياضة والذي يساهم بشكل كبير في علاج سلوك الافراط الحركي كما يحتل نشاط الاحتفال بالاعيد المرتبه الثانية كا اكبر ثاني نشاط يقام في المركز بنسبة 25.71% وهذا يدل على حرص العمال على دمج الاطفال المعاقين داخل المجتمع واحتل نشاط المسرح والرسم المرتبتين الاخيرتين بنسبه 5.71% لكل منهما وكذلك 34.28% منهم اجابوا على ان هذه النشاطات متنوعة كل من المسرح والرسم والرياضة والاحتفال بالاعيد.

• الجدول رقم (24): يمثل تواجد ورشات تعليمية في المراكز

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات	
%14.28	5	الخيطة	نعم
%20	7	الطبخ	
%11.42	4	أشغال يدوية	
%54.28	19	كلها معا	
%100	35	المجموع	
%0	0	لا	
%100	35	المجموع	

نستطيع ان نلاحظ من خلال الجدول المبين ان كل العمال داخل المركز اكدوا على توفر ورشات تعليمية داخل المركز بنسبة 100% حيث ان 20% منهم صرحوا بوجود ورشة الطبخ داخل المركز بينما 14.28% منهم يؤكدون على وجود ورشة الخياطة فقط اما 11.42% من افراد العينه فيجزمون بوجود ورشة الاشغال فقط، واكبر نسبة من المبحوثين والمقدرة ب 54.28% اجابو على الاحتمال القائل كلها معا اي ان المركز يتوفر على الورشات التعليمية كلها السابق ذكرها.

• الجدول رقم (25): يمثل المشاركة في المسابقات الوطنية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	21	60%
لا	14	40%
المجموع	35	100%

يبين الجدول رقم 25 ان 60% من المبحوثين اجابو بنعم لمشاركة المركز في المسابقات الوطنية 40% منهم اجابو لعدم مشاركته المركز في المسابقات الوطنية ومنهم من اجابوا على ان هذه النشاطات هي مسابقات رياضة ورسم، وهذا يوضح امام المركز بخلق روح المنافسة بين الاطفال المعاقين ودمجهم مع اقرانهم من خلال المسابقات.

• الجدول رقم (26): يمثل امكانية الطفل المعاق لتكوين علاقات داخل المركز أو خارجه

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	11	31.4%
لا	0	0%
حسب حالة الطفل	24	68.6%
المجموع	35	100%

من خلال الجدول رقم 26 ان معظم المبحوثين اجابوا على السؤال التالي هل يمكن للطفل المعاق تكوين علاقات اجتماعية داخل المركز او خارجه؟ بإقتراح على حسب حالة الطفل ومقدار اعاقته وهذا ما اكدته نسبه 68.6% من افراد العاملين في المركز ومن جهة اخرى 31.4% فقط اجابو بان جميع الاطفال المعاقين والموجودون داخل المركز قادرين على تكوين علاقات اجتماعية سواء داخل المركز او خارجه.

• الجدول رقم (27): يمثل البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
20	7	تربية بيداغوجية
14.29	5	تقنية علاجية
2.86	1	طبية
5.71	2	ترفيهية
17.14	6	تقنية حركية
40	14	كلها معا
100	35	المجموع

نستطيع الملاحظة من خلال الجدول رقم 27 ان الاغلبية من المبحوثين اقرروا على ان التنوع في البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق يمس جميع البرامج البيداغوجية والنفسية والطبية والترفيهية والحركية وهذا بنسبة 40% من مجمع المبحوثين، كذلك 20% منهم يؤكدون على ان البرامج المقدمة هي برامج تربوية بيداغوجية فقط، اما 17.14% منهم يؤكدون على ان هذه البرامج هي نفسية حركية فقط ومن جهة اخرى 14.29% منهم يقررون ان هذه البرامج هي نفسية علاجية فقط واحتلت النشاطات، اما النشاطات الترفيهية فأقر المبحوثون عليها بنسبة 5.71% فقط، واحتلت النشاطات الطبية المرتبة الاخيرى بنسبة 2.86% وهذا يؤكد لنا ان المركز يقدم برامج شاملة تمس جميع الجوانب التي يحتاج اليها الطفل المعاق من برنامج تربوية بيداغوجية الى برامج ترفيهية.

• الجدول رقم (28): يمثل مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
28.57%	10	كبير
57.41%	20	متوسط
14.28%	5	ضعيف
100%	35	المجموع

من خلال جدول 28 نلاحظ ان 57.14% من المبحوثين اجابو بـ متوسط على سؤال ، ما مقدار استفادته الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية؟ هذا دال على مدى صعوبة العمل مع هذه الفئة من الاطفال والجهد المبذول عليهم، كذلك اجاب 28.57% من العاملين على ان الطفل يستفيد بشكل كبير من البرامج البيداغوجية، كذلك اجاب 14.28% من المبحوثين بان مقدار الاستفادة من البرامج البيداغوجية يكون ضعيف وهذا شيء ممكن ، ومن هنا نستنتج أن مقدار الاستفادة من البرامج يتركز على حالة الطفل المعاق ودرجه استوعابه.

• الجدول رقم (29): يمثل مساعدة البرنامج البيداغوجية في تعديل سلوكات الطفل المعاق

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات	
34.1	12	بشكل كبير	نعم
48.5	17	بشكل متوسط	
17.4	6	بشكل ضعيف	
100	35	المجموع	
0	0	لا	
100	35	المجموع	

يؤكد لنا الجدول رقم 29 ان كل المبحوثين اجابوا بنعم 100% واكدوا ان البرامج البيداغوجية تساعد على تعديل سلوكات الطفل المعاق حيث ان نسبة 48.5% من المبحوثين اكدوا ان البرامج تساعد بشكل متوسط وهذا راجع لصعوبه استيعابهم، اما نسبة 34.1% منهم اكدوا ان هذه البرامج تساعد بشكل كبير في تعديل سلوكيات الطفل المعاق، كذلك نسبه 17.4% من المبحوثين اجاب بان البرامج تساعد بشكل ضعيف، ومن خلال نسب نلاحظ ان نسبة 48.5% هي نسبة لا باس بها وهي تؤكد على ان البرامج البيداغوجية تساعد بشكل كبير وفعال في تعديل سلوكيات الطفل المعاق وهذا يعود الى خبره المربي مع الاطفال المعاقين.

• الجدول رقم (30): يمثل المدة الزمنية التي تساعد على تأهيل الطفل المعاق

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
يوم	0	0
أسبوع	0	0
شهر	3	8.52
عام	5	14.28
أكثر من عام	27	77.14
المجموع	35	100

في الجدول رقم 30 يمكن القول ان المبحوثين اكدوا على ان المده الزمنية التي تساعد على تاهيل الطفل المعاق هي مدة اكثر من عام و هذا بنسبه 77,14% ومنها يكتسب الطفل الانشطة البيداغوجية ، تاليها نسبة 14.28% من المبحوثين لمن يرون ان عام هي مدة زمنية كافية لتاهيل طفل معاق ، فيما اجاب 8.57% من المبحوثين على ان مدة شهر ، اما يوم واسبوع فكلهما احتل المرتبه الاخيرده ب 0% من خلال النسب الاحصائية المبينة يمكن القول ان الطفل ذوي الاحتياجات الخاصه يحتاج الى مدة زمنية طويلة لتاهيله وتعليمه الانشطة البيداغوجية المقدمه له.

• الجدول رقم (31): يمثل الصعوبات التي تواجه المربي في دمج المعاق

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
الفروق الفردية	6	17.14
قلة الوسائل البيداغوجية	5	14.28
صعوبة الاستيعاب	11	31.4
عدم دعم الأولياء	13	37.14
المجموع	35	100

نلاحظ من الجدول رقم 31 انا المربين تواجههم صعوبات عند تطبيق الانشطة البيداغوجية على الاطفال المعاقين و ذوي الاحتياجات الخاصة حيث ان 37.14% من المبحوثين الذين اجابوا باختيار عدم دعم الاولياء وهي الحصيلة الكبرى وهي من اهم الصعوبات التي تعرقل سير عملية التربية والتاهيل على

المربي، اما 31.4% من المربين اجابوا استيعاب هي اهم صعوبة تواجههم، نسبة 17.14% من المبحوثين الذين اجابوا ان اكثر صعوبة واجهتهم هي الفروق الفردية بين الاطفال المعاقين، تختتمها نسبة ضئيلة قدرها 14.28% ممن اقر ان قلة الوسائل البيداغوجية هي اكبر صعوبة للمربي والذي تعرقل عمل المختص في تطبيق أنشطة دمج المعاق.

• الجدول رقم (32): يمثل المسؤول عن وضع البرنامج الذي يقوم عليه الطفل المعاق

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
الوزارة	7	20
الطاقم البيداغوجي	25	71.24
الأخصائيين النفسانيين	3	8.57
المجموع	35	100

في جدول رقم 32 الذي يمثل من المسؤول عن وضع البرامج التي يقوم عليها الطفل المعاق داخل المركز حيث نلاحظ ان النسبة الساحقة من المبحوثين التي قدرت بـ 71.42% المؤكدة أن الطاقم البيداغوجي هو المسؤول عن وضع البرامج ، تليها 20% نسبة المبحوثين الذين أقرروا أن الوزارة هي التي تضع البرنامج ، اما نسبة ضئيلة من صرحت ان الاخصائيين النفسانيين هم المسؤولين عن وضع البرنامج وقدرت بي 8.57%، مما يعني انا الطاقم البيداغوجي هو الذي يضع البرنامج لعلاجي التربوي الذي يساعد الطفل المعاق وإن الوزارة ليس لها برنامج منظم ومشارك تعمل عليه جميع مراكز الوطن.

• الجدول رقم (33): يمثل اكتساب المعاق لمهارات جديدة من خلال البرامج والانشطة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	35	100%
لا	0	0%
المجموع	35	100%

نلاحظ من الجدول 33 ان نسبة 100% اجابو ب نعم على سؤال هل الطفل المعاق يكتسب مهارات جديدة داخل المركز من خلال البرنامج والأنشطة البيدوجية؟ مما نتوصل الى نتيجته ان المركز جد مهتم بالاطفال المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة خاصتا فيما يخص المهارات الجديدة والأنشطة البيداغوجية

• الجدول رقم (34): يمثل امكانية الطفل المتخرج من المركز اكتساب مهنة بعد تخرجه

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	5	14.28%
لا	0	%0
حسب الحالة	30	85%
المجموع	35	100%

من خلال جدول 34 يمكن الملاحظه ان اغلب مبحوثين اعجابوا باقتراح حسب الحالة على إمكانية الطفل المتخرج من المركز ان يكتسب مهنة معينة بلغت نسبتهم 85%، اما الاجابه بجواب نعم تصدرت ب 14.28% ومنه نستنتج ان اكتساب الطفل المعاق وذوي الاحتياجات الخاصة مهنة بعد خروجه من المركز مرتبطة بحالاته العقلية والجسدية فا المركز يعلمه ويحسن من قدراته العقلية الى اقصى حدودها ويعلمه الاستقلالية التي قد تمكنه من الإدماج في المجتمع لكن ليست كل الحالات تتشابه وليست كل الحالات تستطيع تعلم مهنة معينة.

ثانيا: تفسير النتائج

• تفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

(أ) الفرضية الأولى:

من خلال النتائج التي توصلنا إليها في ضوء هذه الفرضية بأن المركز النفسي البيداغوجي يحتوي على الخدمات الكافية واللازمة من أجل التكفل بالمعاقين عقليا حيث وجدنا نسبة 100% على توفر قاعة للعلاج بالمركز ونفس النسبة 100% بالنسبة لوجود طبيب لمتابعة الحالة الصحية للأطفال وبصفة دائمة وهذه الخدمة تعتبر أهم وأولى من جميع الخدمات لأن صحة المعاق قبل كل شيء، وليس هذا فقط فتوفر قاعة

العلاج و الطبيب لابد من وجود أدوية وإسعافات أولية عند المرض والإصابة وقد كانت نسبة 100% تمثل وجود هذه الأدوية اللازمة.

كما يقوم المركز بتوفير كافة النشاطات الترفيهية والتي تمثلت في الرياضة والمسرح والاحتفال بالأعياد والرسم وغيرها... حيث كانت نسبة ممارستهم لهذه الأنشطة متفاوتة حيث كانت الرياضة أولاً بنسبة 28.57% و بعدها الاحتفال بالأعياد 25.71% وبعدهم باقي النشاطات، وهناك نسبة الاطفال الذين يمارسون جميع الأنشطة المذكورة معا 34.28% هي نسبتهم، وهذه النشاطات تقوم بدرجة أولى بتعديل سلوك الأطفال من السلوكيات العدوانية وتوفير أجواء مريحة نفسياً و شعور الطفل بتقبل الذات.

كما كانت النتائج تشير إلى وجود ورشات تعليمية في المركز تمثلت في الخياطة والطبخ والاشغال اليدوية وهذا إن دل يدل على توفير المركز لمختلف الحرف التي بدورها تعود بالفائدة على المعاق نتيجة هذه الأعمال التي يمكن أن تجعله يندمج بها مع غيره من الاطفال العاديين.

وما نلاحظه أيضاً هو مشاركة المركز في المسابقات الوطنية حيث كانت النسبة 60% وهذه المسابقات تؤثر بشكل مباشر على إندماج الاطفال مع غيرهم من خلال الإحتكاك و التعارف وتكوين علاقات داخلية وخارجية.

ب) الفرضية الثانية:

من خلال النتائج التي توصلنا إليها في ضوء الفرضية الثانية التي تقوم على أن المركز النفسي البيداغوجي يقوم على برامج متخصصة لتدريب الطفل المعاق ذهنياً حيث وجدنا بأن 100% من المبحوثين أكدوا على أن المركز يتبع برنامج تعليمي خاص و محدد مع وجود برامج مختلفة مقدمة للأطفال المعاقين تمثلت في برامج تربوية بيداغوجية، نفسية علاجية، وترفيهية، وطبية، ونفسية مركية، وهذا ما يدل على توفير جميع البرامج التي يحتاج لها المعاق .

ونتيجة البرامج المقدمة وجدنا أن نسبة تأثيرها على سلوك المعاق كانت بشكل كبير 28.57% و بشكل متوسط 57.41% أي نتيجة إيجابية وتلك النتيجة راجعة إلى مسؤولية من يضع البرنامج الذي يقوم عليه الطفل المعاق حيث وجدنا الوزارة والأخصائيين النفسانيين نسبة وضعهم للبرنامج 20% و 8.57% على التوالي أما النسبة الأكبر فكانت 71.24% للطاقت البيداغوجي الذي يعتبر المسؤول رقم واحد حسب إجابات

المبحوثين وذلك نتيجة معرفة الطاقم لما يحتاجه المعاقين ويقوم بوضع البرامج على أساس ذلك لتلبية حاجياتهم .

وأخيرا من خلال البرامج المقدمة والمتنوعة والمدرسة دراسة علمية وجدنا أن نسبة 100% من الأطفال إستفادوا واكتسبوا مهارات جديدة تقيدهم في حياتهم اليومية وهو الهدف المنشود من خلال هذه البرامج التي تساعد على تأهيل ذوي الإعاقة الذهنية .

ت) الفرضية الثالثة:

في ضوء فرضية إن كانت الإستراتيجيات الخاصة بالمركز تقوم بالتأثير الإيجابي على ذوي الإعاقة الذهنية وجدنا أن نسبة 85,72 % كانت تمثل شروط قبول الأطفال بالمركز التي تمثلت في المعاينة الأولية والفحص الطبي مع الإعتماد على إستراتيجية العمل على مدى طويل من طرف المركز وذلك ما تؤكد نسبة 77.14% الأعلى بين النسب وهي التي تمثل المدة الزمنية أكثر من عام التي تساعد على تأهيل ودمج المعاق داخل المجتمع مقارنة بباقي النسب التي تراوحت من 0% إلى 15% لمدة أسبوع، شهر وعام.

و لكن أهم الإستراتيجيات المتخذة بالمركز هي كيفية التقسيم البيداغوجي للأطفال حيث وجدنا النسب متفاوتة ومحصورة بين 2,86% و 20% تمثل التقسيم حسب السن والجنس ونوع الإعاقة والمستوى المدرسي أما النسبة الأعلى كانت 57.14% حسب درجة الإعاقة وهذا يدل على أن التقسيم الداخلي له أهمية كبيرة في وجود نتائج إيجابية مستقبلا، ومع ذلك فالتقسيم وحده لا يكفي بدون وضع برنامج مكيف لحاجيات الأطفال الذي كانت نسبته 57.15% .

لطالما ركز المركز على الجانب الأسري للأطفال المعاقين من خلال التوعية الإجتماعات مع الطاقم البيداغوجي وغيره من النصائح والإرشادات التي تؤكد على أهمية الأسرة بالنسبة للمعاق التي أدت إلى وجود تواصل بين المركز والأسر بصفة دائمة حيث كانت نسبة هذا التواصل 100% .

وأخيرا نتيجة كل الإستراتيجيات المتوفرة والمتخذة من قبل المركز وجدنا بأن الطفل المعاق المتخرج من المركز يمكن أن يكتسب مهنة 14.28% و 85% حسب حالته مع إنعدام تام لإحتمالية عدم اكتسابه لمهنة ما وهذا هو الهدف المطلوب في الأخير دمج الطفل المعاق في الحياة بشكل عادي بالقدرة المستطاعة .

ثالثاً: النتائج العامة للدراسة

من خلال النتائج التي توصلنا إليها بعد جمعنا للمعلومات المطلوبة عبر الأدوات اللازمة فقط تحققنا من صحة و صدق الفرضيات الثلاثة وبالتالي التأكد من صحة الفرضية الرئيسية بأن للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية، حيث وجدنا أن المركز يوفر مختلف الخدمات التعليمية والنفسية والاجتماعية والتربوية وغيرها... تقوم على كسب المعاق ما يحتاجه خلال حياته اليومية سواء في بيته أو مع باقي أفراد المجتمع، إضافة إلى توفير برامج خاصة تؤدي بالأطفال المعاقين إلى الدمج الاجتماعي والتكيف مع البيئة التي يعيش بها، ونظراً للنتائج التي تحصلنا عليها وجدنا بأن المركز أساس نجاحه في التكفل بالمعاقين هو وضع إستراتيجيات خاصة وعلمية من أهل الإختصاص تؤدي الى نتائج إيجابية للأطفال وذلك بما ذكرناه سابقاً من خلال توفير الخدمات و تقديم برامج خاصة إضافة إلى النشاطات التي بدورها تساعد على تأهيل المعاقين وذلك من خلال الاحتكاك مع الغير وإنشاء علاقات خارجية تعود بالفائدة على الأطفال المعاقين الذين يحتاجون الى اكتساب هذه العلاقات من أجل الإحساس بالذات بين الأفراد، وقد تكون نشاطات ترفيهية أو ثقافية أو تربوية أو مناسبات و أعياد دينية، وبالتالي فالأطفال المعاقين بحاجة الى التعليم تطبيقياً أكثر منه نظرياً لأن تجارب الحياة الملموسة تكون أكثر فهماً لهم، ومن خلال ما تعرفنا عليه في دراستنا هذه نجد بأن المركز أساس الرعاية والتكفل والدمج والتأهيل للمعاقين في الحياة العادية والاجتماعية والعملية أي أن المركز والمربين والعمال هم العائلة الثانية بالنسبة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة .

رابعاً: التوصيات والمقترحات

- تشكيل لجنة تكون مهمتها التنسيق بين الجهات الرسمية والمنظمات الشعبية والجمعيات الأهلية في وضع السياسات والبرامج والخدمات المختلفة لذوي الإعاقة الذهنية.
- حث الجهات المسؤولة عن الإعاقة على إجراء دراسات إحصائية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية.
- إنشاء مراكز تدريبية خاص للإعاقة الذهنية، في مختلف المناطق عبر ولايات الوطن، لتنمية وتطوير مهارات العاملين في التخصصات المختلفة داخل المراكز.
- زيادة الاهتمام بأسر الأشخاص المعاقين ذهنياً، والعمل على تعميق الوعي لديهم من خلال النشرات والمطبوعات التثقيفية وإقامة الورش التدريبية، وذلك حتى يسهموا بفعالية في تعليم وتربية أبنائهم.

- الاهتمام بالعمل التطوعي في مجال رعاية المعاقين، من خلال إنشاء مديرية في وزارة الشؤون الاجتماعية تهتم بشؤون المتطوعين، سواء من حيث استقطاب المزيد من المتطوعين، أو إبراز وتقدير الجهود الفعلية القائمة.
- وضع آلية لتبادل الخبرات والتجارب بين الجمعيات الأهلية العاملة في رعاية المعاقين ذهنياً، من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية.
- حث مختلف وسائل الإعلام على زيادة اهتمامها بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والمعاقين ذهنياً خاصة، والعمل على نشر الوعي بين أفراد المجتمع.
- توفير الدعم المالي اللازم لدعم خدمات واحتياجات ذوي الإعاقة العقلية من خلال التعاون بين الجمعيات والمؤسسات الحكومية.
- الحث على توفير فرص العمل المناسبة حسب درجات الإعاقة والمستوى العلمي والخبرات المهنية لذوي الإعاقة الذهنية.
- الدعم الكلي للدولة من خلال انشاء المراكز النفسية البيداغوجية في جميع أقطاب الوطن مع تجهيزها الكامل بمختلف الورشات والخدمات والمربين والمختصين للتكفل ورعاية ما يحتاجه المعاق.

خلاصه الفصل:

نتيجة استخدام الأدوات الصحيحة في جمع المعلومات وترجمتها إلى إحصائيات ونسب مئوية إتباعا بتحليلها وتفسيرها وإتباع المنهج المعتمد توصلنا إلى التأكد من صحة ومصداقية فرضيات الدراسة ميدانيا وذلك إثر النتائج المتوصل لها والتأكد من صحة الفرضية الرئيسية وبالتالي معرفة بأن المركز النفسي البيداغوجي له دور مهم وأساسي في التكفل بفئة ذوي الإعاقة الذهنية.

خاتمة

طرحت هذه الدراسة موضوع ذو أهمية كبيرة في مجتمعنا الحالي وهي الفئة الأكثر انتشارا بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وهي ذوي الإعاقة الذهنية، حيث تطرقنا إلى دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بهم وذلك عن طريق ما يحتوي عليه من رعاية وتأهيل في المجال العلمي والنفسي والمهني والصحي إلى جانب مختلف الخدمات والبرامج التي يسهر عليها كل من المربين والمختصين في هذه المراكز .

ومن خلال التحقق من صدق الفرضيات التي توصلت إليها دراستنا وجدنا بأن المركز النفسي البيداغوجي له دور فعال في تنمية قدرات وعقول ومهارات المعاقين واكتساب ما يلزم من أجل الخروج نحو الحياة الاجتماعية مع باقي أفراد المجتمع العادي، وذلك نتيجة الخدمات المتوفرة والمختلفة داخل المركز من ورشات للخياطة والطبخ والأشغال اليدوية وغيرها... تجعل من الأطفال المعاقين ذو قيمة وأصحاب مهنة تجعلهم يحسون بأنهم ذو أهمية في هذا المجتمع، إضافة إلى البرامج الخاصة التي تعتبر أساس نجاح المعاقين في الإعتماد على النفس وتدفعهم للاندماج في الحياة، ولطالما سعت هذه البرامج إلى تحقيق أهداف تشمل التأهيل النفسي والأكاديمي والمهني للطفل وتقييم قدراته ووضعها في المسار الصحيح، وبإتباع المركز للإستراتيجيات الخاصة به التي وضعت من طرف أهل الإختصاص حسب حاجات المعاقين، فستكون النتيجة إيجابية دائما مؤدية بالأطفال المعاقين ذهنيا للعيش كأى إنسان عادي إلى حد ما متخطيا كل العقبات يطمح لمستقبل مزدهر يستطيع من خلاله تغيير نظرة المجتمع له .

ومن خلال جمع المعلومات والبيانات اللازمة من المركز البيداغوجي بقالمة أي ميدان دراستنا وعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها، وجدنا بأن المركز هو العائلة الأولى بالنسبة للمعاقين نتيجة تلبية إحتياجاتهم وأهميته الكبيرة في تحقيق الاندماج الإجماعي نفسيا وصحيا ومهنيا، وهو أساس إحساس الطفل المعاق بأنه فرد مهم في الحياة مثل باقي الافراد وهو الهدف الذي يسعى المركز لتحقيقه، أي نصل إلى أن للمركز الدور الأول في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية، ورغم كل ما ذكرناه سابقا هذا لا يعني أن المراكز تخلو من النقائص التي تؤدي إلى تحقيق الهدف بشكل ناقص، لذلك وجب علينا تظافر الجهود و العمل يد واحدة سواء من طرف الدولة بصفة عامة أو أفراد المجتمع بصفة خاصة .

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر

أولاً: القرآن الكريم

ثانياً: المعاجم والقواميس

1. إحسان محمد حسن، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، طبعة 1، بيروت 1990.
2. أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت 1993.
3. عبد الرحمان سيد سليمان، معجم التخلف العقلي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة 2004.
4. عبد القادر المعيري وآخرون، القاموس الجديد، الشركة التونسية للتوزيع، سنة 1984.
5. عبد المجيد سالمى و آخرون، معجم مصطلحات علم النفس، دار الكتاب المصري، طبعة 4، القاهرة 1998.
6. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1997
7. NEW WEBSTERS DICTIONARY, U.S.A , LEXICON PUBLICATIONS, 1993

ثالثاً: الكتب

1. ابراهيم عباس الزهيري، تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم في إطار فلسفي وخبرات عالمية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 2003.
2. ابراهيم محمد المغازي، مدخل إلى التخلف العقلي، المكتبة الأكاديمية، القاهرة 2003.
3. اسعد محمد جبر و ضياء عويد حربي العرنوسي، المناهج البناء والتطوير، دار صفاء للنشر و التوزيع، طبعة 01، عمان 2015 .
4. أشرف سعد نخلة، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، طبعة 01، دار الفكر الجامعي للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية 2010 .
5. اوكلي بديعة، محاضرات في الإعاقة الذهنية للسنة الأولى ماستر صعوبات التعلم، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا 2014.
6. بديع عبد العزيز القشاعة، الأساس في التربية الخاصة، دار الهدى عبد الزحافة، فلسطين 2017.
7. بلال أحمد عودة، الإشراف في التربية الخاصة، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان 2008.
8. تيسير مفلح كوافحة، علم النفس التربوي و تطبيقاته في مجال التربية الخاصة، دار المسيرة للطباعة و النشر و التوزيع، الطبعة 02، عمان 2004.
9. تيسير مفلح كوافحة، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان 2003.
10. جودت عزت عطوي، أساليب البحث العلمي مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، 2007.
11. الحازمي عدنان ناصر، الإعاقة العقلية، دليل المعلمين و أولياء الأمور، طبعة 01، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان 2007.
12. حمدي علي الفرماوي، الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة 01، عمان 2010.
13. خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، جسر للنشر و التوزيع ، 2008.
14. الريحاني سليمان، التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، عمان 1985.
15. سعد سلمان المشهداني، منهجية البحث العلمي، دار اسامة للنشر و التوزيع، طبعة الأولى، عمان 2019.
16. سعيد حسني العزة، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع، عمان 2002.
17. سعيد حسني، الإعاقة الحركية والحسية، طبعة 01، مطبعة الأرز للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن 2000.

18. سمير محمد حسين، تحليل المضمون - تعريفاته، مفاهيمه، محدداته، واستخداماته الأساسية، طبعة 2، القاهرة 1996.
19. سهيل أحمد كامل، التوجيه والإرشاء النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر 1999 .
20. السيد عبد القادر شريف، مدخل إلى التربية الخاصة، دار الجوهرة للنشر و التوزيع، الطبعة 01، القاهرة 2014.
21. سيسالم كمال و آخرون، المعاقون أكاديميا و سلوكيا، دار عالم الكتب، الرياض 1987.
22. شيماء عزيز عبد المولى، القياس و التقويم في التربية الخاصة، دار أمجد للنشر و التوزيع، الطبعة 01، 2018
23. صادق الأسود، علم الاجتماع السياسي (أسسه وأبعاده)، مطبعة دار الحكمة، جامعة بغداد 1990، ص 123
24. الصمادي جميل و الناظور و آخرون، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة 01، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت 2003.
25. عاطف عبد الله بحراوي، مفاهيم أساسية في إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة، دار الخوارزمي للنشر و التوزيع، الطبعة 01، 2012.
26. عامر قنديل، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن 2000 .
27. عبد الفتاح عبد الحميد الشريف، التربية الخاصة و برامجها العلاجية، مكتبة الانجلو المصرية للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة 2011.
28. عبد الفتاح علي غزالي، سيكولوجية الفئات الخاصة، ماهي للنشر و التوزيع و خدمات الكمبيوتر، الإسكندرية 2008.
29. عبد المحسن عبد العزيز أبانمي، المناهج الدراسية و التغيرات الاجتماعية والثقافية في المجتمع السعودي، مطابع التقنية للأوفست الرياض.
30. عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة و تربيتهم، الطبعة 04، توزيع دار الفكر العربي، القاهرة 2005.
31. عليان عبد الحميد، المحاضرة الرابعة الاستبيان و أنواعه في البحث العلمي، 2019 - 2020.
32. فاروق محمد صادق، برنامج التربية الخاصة في مصر المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
33. فكري لطيف متولي، الإعاقة العقلية - المدخل - النظريات المفسرة - طرق الرعاية، مكتبة الرشد ناشرون، الرياض 2015.
34. فؤاد عيد الجوالدة، الإعاقة العقلية و مهارات الحياة في ضوء نظرية العقل، دار الثقافة للنشر و التوزيع، طبعة 01، عمان 2010.
35. قحطان أحمد الطاهر، مدخل إلى التربية الخاصة 02، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان.
36. القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، مدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، طبعة 03، دولة الإمارات العربية المتحدة 2003.
37. كمال دشلي، منهجية البحث العلمي، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، 2016 .
38. ماجدة السيد عبيد، الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة 03، عمان 2013.
39. ماجدة السيد عبيد، تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة 01، عمان 2000

40. مارتين هنلي و روبرت رمز و روبرت الجوزين، خصائص الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة، ترجمة زيدان أحمد السرطاوي، العين دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة 2006.
41. محمد بلال العنذور، البحث العلمي بين النظرية والتطبيق، دار الجوهرة، القاهرة 2015.
42. محمد بن عامر الدهمسي، دليل الطلبة و العاملين في التربية الخاصة، دار الفكر للنشر و التوزيع، الطبعة 01، عمان 2007.
43. محمد سرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي دار الكتب صنعاء، ط3، الجمهورية اليمنية 2019 .
44. محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، ط2، عمان الأردن 1999.
45. محمد فتحي عبد الهادي، الاتجاهات الحديثة في المكتبات والمعلومات الأكاديمية، مصر 2000.
46. محمد مسفر القرني، منهج البحث الكيفي والخدمة الاجتماعية العيادية، جامعة أم القرى، الطبعة 1، السعودية 2009.
47. مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي، إستراتيجيات التعامل مع طلاب التربية الخاصة، سعة الإبداع للطباعة والنشر، مصر 2018.
48. مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي، مقدمة في التربية الخاصة، سعة الإبداع للطباعة والنشر، طبعة 01، مصر 2018.
49. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعاينة، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان 2006.
50. مصطفى نوري القمش، الإعاقة العقلية النظرية و الممارسة، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، طبعة 01، عمان 2011.
51. مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة - مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، طبعة 01، عمان . 2010
52. ميلود سفاري والظاهر سعود، مدخل إلى المنهجية في علم الاجتماع، مخبر علم اجتماع الاتصال، جامعة منتوري، قسنطينة 2007.
53. نبيل لأحمد عبد الهادي، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، الأهلية للنشر و التوزيع، لبنان 2006.
54. نبيه إبراهيم إسماعيل، سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة 2006.
55. هاشم السامرائي و آخرون المناهج، أسسها، تطوورها، نظرياتها، دار الأمل للنشر والتوزيع، طبعة 01، الأردن 1995.
56. وليد السيد أحمد خليفة و مراد علي عيسى، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، الطبعة 01، دار الوفاء للطباعة و النشر و التوزيع، مصر . 2005
57. يوسف عبد الامير طباجة، منهجية البحث - تقنيات ومناهج، دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت 2007
58. يوسف محمد العايد و آخرون، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.

رابعاً: المجالات

1. عثمان لبيب فراج، إستراتيجيات مستحدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، مجلة الطفولة والتنمية، العدد 2 ، 2001 .

2. للاهم قاسيمي، عمر عمور عيسى، "برامج المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في تنمية بعض المهارات الحياتية للمعاقين ذهنيا القابلين للتعلم - دراسة ميدانية ببعض ولايات الشرق الجزائري " مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد الأول 2021.

3. هادي نعمان الهيتي، الإتصال الجماهيري حول ظاهرة الإعاقة بين الأطفال، منشور بمجلة الطفولة والتنمية، العدد 5، فبراير 2001.

خامسا: المذكرات والرسائل الجامعية

1. أريج عقاب أحمد عبد الفتاح، "اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الإعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سلفيت الحكومية" (رسالة ماجستير) جامعة القدس المفتوحة فلسطين 2018.

2. أعياذ عبد الرضا العبدال، دور مصر في النظام الشرق أوسطي وأفاق المستقبلية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية ابن رشد، جامعة بغداد 2006.

3. العوادي خولة، دراسة أثر الإعاقة الذهنية على مستوى اللغة الشفوية دراسة مقارنة بين المعاقين ذهنيا درجة خفيفة و درجة متوسطة دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا أم البواقي 2013- 2014 .

4. كبار عبد الله، المجتمع المدني ودوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، 2005 .

5. دراسة فاطمة الزهراء العمراوي، "صعوبات دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية من وجهة نظر الفريق البيداغوجي دراسة ميدانية في بعض المراكز البيداغوجية بولاية أم البواقي"، (رسالة ماستر)، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة أم البواقي، سنة 2021 / 2022.

6. سليمة قاسي، صعوبات دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية من وجهة نظر الفريق البيداغوجي دراسة ميدانية في بعض المراكز البيداغوجية بولاية أم البواقي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة أم البواقي 2022/2021

7. محمد عيسى إسماعيل غريب محمد الفيلاكاوي، الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين رسالة ماجستير، جامعة الخليج العربي، كلية الدراسات العليا الكويت 2007.

8. محمد عيسى إسماعيل غريب محمد الفيلاكاوي، "الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت" (رسالة ماجستير) جامعة الخليج العربي 2007 .

9. ناصر صابرينة ولكل ريان، "المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة -دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل"، (رسالة ماستر)، جامعة محمد الصديق بن يحيى جيجل، سنة 2020 / 2021.

10. وهيبه طيطي وآمال عتوسي، " دور سياسة الرعاية الاجتماعية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر -دراسة حالة مدرسة المعوقين بصريا بالرياح-، رسالة ماستر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي، سنة 2019 / 2020 .

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية



استمارة بحث بعنوان :

دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي بمدينة قالمة

مذكرة مكلمة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع

تخصص : علم اجتماع الصحة

ملاحظة :

هذه الاستمارة بها عدد من الأسئلة التي تهدف إلى معرفة دور المركز النفسي البيداغوجي في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية، و عليه يرجى أن تكون إجاباتكم صادقة و معبرة عن الحقيقة نتيجة أهميتها الكبيرة بالنسبة للبحث العلمي. ونحيطكم علما أن كل المعلومات التي سيتم الإدلاء بها تستغل في البحث العلمي فقط. شكرا على تعاونكم

إشراف الأستاذ :

ذبيش فاتح

من إعداد الطالبين :

• جلايلية أسامة

• برمضان محمد سيف الدين

السنة الجامعية: 2023/2022

وضع علامة x أمام العبارة المناسبة :

المحور الأول : البيانات الشخصية

- 1- الجنس : - ذكر - أنثى
- 2- السن : - من 18 الى 28 سنة - من 29 الى 39 سنة
- من 40 الى 50 سنة - من 51 سنة فما فوق
- 3- الحالة العائلية : - أعزب/ عزباء - متزوج (ة)
- مطلق (ة) - أرمل(ة)
- 4- المستوى التعليمي :
- 5- مكان الإقامة :
- 6- الوظيفة:- نفساني عيادي - نفساني تربوي - أرطفوني
- أخصائي بيداغوجي - مربى متخصص رئيسي - مربى مساعد
- مساعد إجتماعي - مربى - ممرن - معلم
- أخرى تذكر:
- 7- عدد سنوات العمل : أقل من 10 سنوات أكثر من 10 سنوات
- 8- هل أنت مقيم في المركز: - نعم - لا
- 9- توقيت العمل :
- دوام عادي - دوام مستمر - دوام بالمناوبة

المحور الثاني : المراكز النفسية البيداغوجية

10- ماهي شروط تسجيل الطفل المعاق في المركز :

معاينة أولية فحص طبي الشرطين معا

11 – أعمار الأطفال الأكثر تواجدا بالمركز؟

أقل من 5 سنوات من 5 الى 15 سنة من 15 سنة فما أكثر

12- كيف يتم التقسيم البيداغوجي للأطفال داخل المراكز؟

حسب السن حسب الجنس حسب نوع الاعاقة
حسب درجة الاعاقة حسب المستوى الدراسي

- أخرى تذكر:

13- هل تتبع المراكز برنامج تعليمي خاص و محدد؟

نعم لا

14- هل تتوافق البرامج التعليمية للمراكز مع المدارس العادية؟

نعم تتوافق لا تتوافق برنامج مكيف

15- هل البرامج التعليمية المتبعة من قبل المراكز وضعت من قبل الوزارة؟

نعم لا

16- هل يوجد تواصل بين مراكز و أسر الأطفال؟

نعم لا

17- كيف هو إهتمام الأولياء بأبنائهم المعاقين؟

اهتماما كبيرا اهتماما متوسطا اهتماما ضعيفا

18- حسب رأيك: هل إهتمام الأولياء بأولادهم له نتائج إيجابية أكثر من إهتمام المراكز بهم؟

نعم لا

المحور الثالث : الخدمات المتوفرة داخل المراكز

19- هل توجد قاعة علاج خاصة بالمراكز؟

- نعم - لا

20- هل يتواجد الطبيب داخل المركز دائما لمتابعة الحالة الصحية للأطفال المعاقين؟

- نعم أحيانا عند الضرورة

21- هل توفر المراكز الأدوية و الاسعافات الأولية عند مرض أو إصابة الأطفال؟

- نعم - لا

22- ماهي السلوكيات التي يقوم بها المعاق و التي تستدعي تدخل معالج نفساني؟

- الإنطواء و الإنعزال - السلوك العدوانى و العنفي - كثرة الحركة

- أخرى تذكر:

23- هل تقوم المراكز بنشاطات ترفيهية؟

- نعم - لا

- إذا كانت الاجابة "نعم"

- الرياضة - المسرح - الاحتفال بالأعياد - الرسم - كلها معا

24- هل توجد في المراكز ورشات تعليمية؟

- نعم - لا

- إذا كانت الاجابة "نعم"

- الخياطة - الطبخ - أشغال يدوية - كلها معا

- أخرى تذكر:

25- هل تشارك المراكز في مسابقات وطنية؟

- نعم - لا

- إذا كانت الاجابة "نعم"

- فيما تتمثل هذه المسابقات؟

-

26- هل يمكن للطفل المعاق تكوين علاقات سواء داخل المركز أو خارجه؟

- نعم - لا - حسب حالة الطفل

المحور الرابع : البرامج التي تساعد على تأهيل ذوي الإعاقة الذهنية

27- ما هي البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق ؟

- تربوية بيداغوجية نفسية علاجية طبية
 ترفيهية نفسية حركية كلها معا

28- ما مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية ؟

- كبير متوسط ضعيف

29- هل تساعد البرامج البيداغوجية في تعديل سلوكيات الطفل المعاق؟

- نعم لا

- إذا كانت الإجابة "نعم" كيف نقدر ذلك ؟

- بشكل كبير بشكل متوسط بشكل ضعيف

30- ما هي المدة الزمنية التي تساعد على تأهيل و دمج الطفل المعاق في المجتمع ؟

- يوم أسبوع شهر عام أكثر من عام

31- ما هي الصعوبات التي تواجهكم كمرابي (ة) مختص في تطبيق أنشطة دمج المعاق؟

- الفروق الفردية قلة الوسائل البيداغوجية
 صعوبة الاستيعاب عدم دعم الأولياء

32- من هو المسؤول عن وضع البرنامج الذي يقوم عليه الطفل المعاق داخل المركز؟

- الوزارة الطاقم البيداغوجي الأخصائيين النفسانيين

33- هل يكتسب المعاق مهارات جديدة من خلال البرامج و الأنشطة البيداغوجية؟

- نعم لا

34- هل يستطيع الطفل المتخرج من المركز البيداغوجي أن يكتسب مهنة بعد تخرجه؟

- نعم لا حسب الحالة