

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم اجتماع التربية

عنوان المذكرة:

المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة
-دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع التربية
تخصص: علم اجتماع التربية

إشراف الأستاذ(ة):

- سرار شفيقة

إعداد الطالبين:

ناصر صابرينة

لكحل ريان

لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	الدرجة العلمية	الأستاذة
رئيسا	جامعة جيجل	الدرجة العلمية	
مشرفا	جامعة جيجل	الدرجة العلمية	أ/ سرار شفيقة
مناقشا	جامعة جيجل	الدرجة العلمية	

السنة الجامعية: 2021/2020م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر وتقدير

الحمد لله على كل نعمة أنعمها علينا نتقدم بالشكر الجزيل والاحترام والتقدير للأستاذة المشرفة " سرار شفيقة " لقبولها الإشراف على هذا العمل العلمي المتواضع بكل مودة واحترام وعلى الزملاء والتوجيهات التي استفدنا منها لإتمام هذا البحث

كما نوجه كل الشكر و التقدير لأعضاء لجنة المناقشة

إلى كل أساتذة وعمال المراكز النفسية البيداغوجية

لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام

وفى 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 جزاء



فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
	إهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
4	أولاً: إشكالية
5	ثانياً: فرضيات الدراسة
6	ثالثاً: أسباب اختيار موضوع الدراسة
6	رابعاً: أهمية الدراسة
7	خامساً: أهداف الدراسة
8	سادساً: تحديد مفاهيم الدراسة
14	سابعاً: الدراسات السابقة
28	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: المراكز النفسية البيداغوجية	
30	تمهيد
31	أولاً: مراحل تطور المراكز النفسية البيداغوجية
34	ثانياً: أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية
41	ثالثاً: مستويات المراكز النفسية البيداغوجية
42	رابعاً: استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية
45	خامساً: أهداف المراكز النفسية البيداغوجية
45	سادساً: خدمات المراكز النفسية البيداغوجية

48	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: دراسة في بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة	
50	تمهيد
51	أولاً: لمحة تاريخية عن نشأة ذوي الاحتياجات الخاصة
54	ثانياً: فئات ذوي الاحتياجات الخاصة
115	ثالثاً: طرق تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة
121	رابعاً: النظريات المفسرة لذوي الاحتياجات الخاصة
127	خامساً: الاتجاهات الحديثة للاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة
129	سادساً: نماذج من ذوي الاحتياجات الخاصة
133	سابعاً: واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر
136	خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
140	تمهيد
141	أولاً: مجالات الدراسة
143	ثانياً: منهج الدراسة
144	ثالثاً: أدوات جمع البيانات
147	رابعاً: تحديد عينة الدراسة
148	خامساً: أساليب التحليل
149	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض الجداول وتحليل النتائج	
151	تمهيد
152	أولاً: عرض الجداول

177	ثانيا: تفسير النتائج
181	ثالثا: النتائج العامة للدراسة
183	خلاصة الفصل
185	الخاتمة
187	قائمة المراجع
	الملاحق
	ملخص الدراسة

فهرس الجداول

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	صفحة
01	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الجنس	
02	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب السن	
03	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي	
04	يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الحالة العائلية	
05	يمثل توزيع مجتمع الدراسة حسب عدد سنوات العمل	
06	يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الإقامة	
07	يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الوظيفة	
08	يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب توقيت العمل	
09	يمثل أعمار الأطفال الذين تستقبلهم المراكز	
10	يمثل خضوع تسجيل الطفل المعاق في المراكز لشروط معينة	
11	يمثل شروط تسجيل الطفل المعاق في المراكز	
12	يمثل التقسيم البيداغوجي للأطفال داخل المراكز	
13	يمثل البرنامج التعليمي للأطفال	
14	يمثل الجهة المخولة لوضع البرامج التعليمية في المراكز	
15	يمثل مدى توافق البرامج التعليمية للمراكز مع البرامج التعليمية للمدارس العادية	
16	يمثل الفئة العمرية التي يوجه لها البرنامج المكيف	
17	يمثل مدى تكيف البرامج التعليمية للمراكز بحسب الفروقات الفردية	
18	يمثل توافق المراكز مع أسر الأطفال	
19	يمثل الجلسات التي تقيمها المراكز بين الأسر والأخصائيين	
20	يمثل دور الأولياء في الاهتمام بأولادهم	
21	يمثل المتابعة الطبية للأطفال المعاقين داخل المراكز البيداغوجية	
22	يمثل دوام الطبيب داخل المراكز	
23	يمثل توفر المراكز على قاعة علاج خاصة	
24	يمثل مدى توفر المراكز على العلاج والأدوية اللازمة عند مرض الأطفال	
25	يمثل حصص التأهيل النفسي داخل المراكز	

فهرس الجداول

	يمثل كيفية حصص التأهيل النفسي	26
	يمثل أكثر السلوكات التي يقوم بها الطفل والتي تستدعي تدخل معالج نفسي	27
	يمثل كيفية التعامل مع سلوكات الطفل	28
	يمثل توفر المراكز على ورشات تعليمية	29
	يمثل قيام المراكز بخرجات ميدانية بيداغوجية	30
	يمثل قيام المراكز بخرجات ترفيهية	31
	يمثل قيام المراكز بنشاطات ترفيهية	32
	يمثل مشاركة المراكز في مسابقات وطنية	33
	يمثل الأطفال القادرون على تكوين علاقات داخلية فيما بينهم	34
	يمثل الأطفال القادرون على تكوين علاقات اجتماعية خارجية	35
	يمثل البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق	36
	يمثل مساهمة البرامج البيداغوجية في تعديل سلوكات الطفل المعاق	37
	يمثل مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية	38
	يمثل الأنشطة التربوية التي يستحسنها الطفل والتي تساعد في تأهيله ودمجه في المجتمع مستقبلا	39
	يمثل المدة الزمنية لاكتساب الطفل للأنشطة	40
	يمثل الصعوبات التي يتلقاها المربين أثناء تطبيق النشاطات التربوية	41
	يمثل استجابة الطفل المعاق للأنشطة المقدمة	42
	يمثل اكتساب الطفل مهارات جديدة من خلال الأنشطة البيداغوجية	43
	يمثل تكيف الطفل المعاق مع أقرانه داخل المراكز	44
	يمثل البرنامج العلاجي والتربوي المقترح الذي يساعد الطفل المعاق	45
	يمثل مدى استفادة الطفل المتخرج من المراكز البيداغوجية من مهنة بعد تخرجه	46

فهرس الأٲسكال

الصفحة	العنوان	الرقم
	يوضح الاتجاه التكامللي في تشخيص الإعاقة الذهنية	01
	يوضح دورة السلوك الإنساني	02

مقدمة

إن الأفراد المعاقين هو الذين استقر بهم عائق أو أكثر بوهن من قدرتهم ويجعلهم في أمس الحاجة إلى عون خارجي ودعم مؤسسي على أسس علمية وتكنولوجية يفيدها إلى مستوى العاديين أو على الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى وفي الوقت الحاضر هناك اهتمام واضح ولموس برعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة على جميع المستويات الدولية والإقليمية والقومية، كتعبير عن اقتناع المجتمعات المختلفة بحق المعاقين في الحياة الكريمة كغيرهم من أفراد المجتمع، مقابل النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية، مما يحتم تميمتها. والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

وما يجسد هذا الاهتمام عملية التربية، وهي ذات أهمية قصوى بالنسبة للفرد، حيث يعتبر الهدف الأسمى للتربية الخاصة هو إدماج ذوي الاحتياجات الخاصة اجتماعيا من خلال توفير البرامج التربوية لهم، والتشريعات التي تحفظ حقوقهم حيث يتم ذلك في إطار المدارس الخاصة أو المدمجة في الصفوف العادية.

من هذا المنطلق ركزنا على المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، وقد تضمنت هذه الدراسة جانبين نظري وآخر ميداني.

الجانب النظري تطرقنا فيه إلى ثلاث فصول:

- **الفصل الأول:** ويمثل الإطار العام لدراسة حيث تم من خلاله تحديد إشكالية الدراسة وفرضياتها، أسباب اختيار الموضوع، أهمية وأهدافه، 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 وهي:

مراحل تطور المراكز النفسية البيداغوجية أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية، استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية أهداف المراكز النفسية البيداغوجية، إضافة إلى خدمات المراكز النفسية البيداغوجية.

الفصل الثالث:

هذا الفصل الخاص بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة حيث تطرقنا فيها إلى لمحة تاريخية عن نشأة ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أشرنا إلى بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي اعتمدنا عليها في دراستنا وهي الإعاقة الحركية، الإعاقة ذهنية الإعاقة السمعية، إضافة إلى طرق تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة والنظريات المفسرة لها، إضافة إلى الاتجاهات الحديثة للاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة ونظرة المجتمع لهم.

الجانب الميداني تطرقنا فيه إلى فصلين:

الفصل الخامس: تتولنا فيه الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة بتحديد كل من مجالات الدراسة، والمنهج المتبع، إلى جانب مجتمع الدراسة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات.

الفصل السادس:

من خلاله تم عرض وتحليل معطيات الدراسة، نتائج الدراسة، نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة، وأخيرا التطرق إلى بعض التوصيات والاقتراحات.

ويندرج ضمن هذا التساؤل تساؤلات فرعية مفادها:

- 1- هل تساعد برامج المراكز النفسية البيداغوجية في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة؟.
- 2- هل تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع

رابعاً: أهمية الدراسة

خامساً: أهداف الدراسة

سادساً: تحديد المفاهيم

سابعاً: الدراسات السابقة

أولاً: إشكالية الدراسة

إن مستقبل أي مجتمع متطوراً كان أو نامياً يتحدد بمستوى ونوع الظروف الاجتماعية والتربوية التي يعيش فيها أفرادها، ويتفاعلون فيما بينهم، ولا شك أن المجتمعات تتقدم الواحدة منها عن الأخرى ويقاس هذا التقدم بمدى اهتمامها بالتربية.

فالتربية تعتبر الأساس الذي يبني عليه الإنسان، وتحدد من خلالها شخصيته ومكانته في المجتمع ودوره فيه وتشيد عليها أعمدة مستقبله، فقد اهتمت البشرية منذ القديم بمجال التربية لكونه محطة رئيسية في حياة أي إنسان، وإن تربية الفرد وتعليمه يعد ضماناً لمستقبل مجتمعه والعالم ككل، وفي الآونة سعت مختلف المجتمعات إلى تحقيق هدف تربوي خاص، وهو الاهتمام بالفئات الخاصة في المجتمع، وهم فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهؤلاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فئة كبيرة من البشر يعيشون معنا، وهم ليسوا غرباء عنا فمنهم أخي وأختي وأختك، وابن عمي وابن عمك منهم أطفالاً وشباباً ورجالاً، وما ينطبق على الذكور ينطبق على الإناث فبعضهم معوق جسمياً أو عقلياً والآخر مصاب بضعف أو بطئ في مسأيرة أقرانه.

إن تقدم الأمم والشعوب يقاس بمقدار احترامها لمعوقيها، وتوفير كل الرعاية لهم، وإعطائهم الفرص لكي يظهروا إبداعاتهم، والقدرات التي منحها الله لهم، وعدم التعامل معهم بأسلوب الشفقة التي تحزن كل من لديه مشكلة من هذا النوع، فرعاية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة حق أصيل كفلته الشرائع السماوية، ومبادئ حقوق الإنسان في المساواة وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع تمكينا لهم من تنمية ما لديهم من استعدادات بما يجعلهم قادرين على حماية وإعالة أنفسهم، وعلى المشاركة الفاعلة في الحياة الاجتماعية وتطوير مجتمعاتهم.

وسميت هذه الفئة بذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك لأنهم مجموعة من الأفراد الذين يحتاجون طوال حياتهم، أو خلال فترة من حياتهم إلى مساعدة خاصة حتى يتعلمون أو يتدربون أو يتوافقون مع متطلبات حياتهم اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكن بذلك أن يشارك في العمليات الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع، وبأقصى طاقة كمواطن، كما يعرف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم أولئك الأطفال الذين يختلفون على نحو أو آخر عن الأطفال الذين يعتبرهم المجتمع عاديين، وتسعى المجتمعات الآن إلى الاهتمام بهذه الفئة على اختلاف أنواعها، وذلك لكون هذه الفئة لها

أنواع عديدة من الإعاقات، حيث نجد الإعاقة السمعية، والإعاقة الذهنية، والإعاقة الحركية، وكذا الإعاقة البصرية.

وقد أنشأت المجتمعات ما يعرف بمؤسسات ومراكز رعاية المعاقين، والتي أصبحت تعرف بالمراكز النفسية البيداغوجية للتكفل بالمعاقين، حيث وفرت هذه المراكز مختلف التجهيزات والهيكل المتنوعة البيداغوجية منها والترفيهية والطبية، حيث تعمل هذه المراكز على تقديم عدة خدمات من أهمها التربية والتعليم وخدمات الترفيه والتعلم باللعب، 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 تساؤل رئيسي وهو:

- ما دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة؟

ويندرج ضمن هذا التساؤل تساؤلات فرعية مفادها:

1- هل تساعد برامج المراكز النفسية البيداغوجية في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة؟

2- هل تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

3- هل تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

- للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة:

الفرضية 1: تساعد برامج المراكز النفسية البيداغوجية في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة.

الفرضية 2: تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

الفرضية 3: تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثالثًا: أسباب اختيار الموضوع

- الأسباب الذاتية:

جاء اختيارنا لموضوع الدراسة الحالية للأسباب التالية:

- فضولنا للتعرف على أنشطة وبرامج المراكز النفسية البيداغوجية، ومدى مساهمتها في التكفل بالمعاقين.

- اهتمامنا بهذه الفئة، ورغبتنا في الاحتكاك بها.

- الرغبة المهنية في العمل داخل أحد مؤسسات المراكز النفسية البيداغوجية.

- إثراء معارفنا في التخصص الذي ندرسه.

- الاستفادة من هذه الدراسة مستقبلاً.

- الأسباب الموضوعية:

- قلة الدراسات في التخصص الذي ندرسه، والتي تناولت هذا الموضوع.

- البحث في برامج المراكز النفسية البيداغوجية، ودورها في التكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة.

- التعرف على أهمية المراكز النفسية البيداغوجية باعتبارها مؤسسات مهمة في المجتمع.

رابعًا: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة للبحوث الاجتماعية لكون هذه الأخيرة محل اهتمام الباحثين، والدور الكبير

الذي تلعبه كذلك في إثراء مختلف المعارف لدى أفراد المجتمع، وإثراء البحث العلمي، وبالتالي فإن أهمية

الدراسة تمثل فيما يلي:

- إبراز أهمية أنشطة وبرامج المراكز النفسية البيداغوجية، والتي تساعد في تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وإدماجهم بالمجتمع.
- التعرف على أهمية المراكز النفسية البيداغوجية.
- إبراز ما يمكن أن تتعرض له فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من صعوبات.
- إلقاء الضوء على المراكز النفسية البيداغوجية كونها مطلب اجتماعي خاصة في ظل التطورات الحديثة في المجتمع.
- اهتمام الشعوب والمجتمعات بذوي الاحتياجات الخاصة.

خامسا: أهداف الدراسة

نسعى من الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- الأهداف العلمية:

- يعتبر الهدف الرئيسي لدراسة أي موضوع هو التوصل لنتائج تخدم المجتمع، وكذا البحث العلمي خاصة في مجال العلوم الاجتماعية التي هي مجال تخصصنا.
- العمل على تحليل وتفسير المشاكل التي يواجهونها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- محاولة الربط بين الجانب النظري والتطبيقي لنعطي للقراء والباحثين دراسة علمية متكاملة.

- الأهداف العملية:

- تطبيق ما تعلمناه في سنوات دراستنا الجامعية، وخاصة ما تعلمناه في مجال علم اجتماع التربية.
- معرفة واقع المراكز النفسية البيداغوجية في الجزائر.
- معرفة مختلف الأنشطة والبرامج التي تؤدي إلى تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة اجتماعيا.
- التعمق في معرفة المراكز النفسية البيداغوجية، وذوي الاحتياجات الخاصة.

- الكشف عن الصعوبات التي يواجهها ذوي الاحتياجات الخاصة.
- معرفة خلفيات الاضطرابات التي يعاني منها طفل ذوي الاحتياجات الخاصة.

سادسا: تحديد المفاهيم

1- المراكز النفسية البيداغوجية:

- يشار إليها بأنها ذلك التنظيم المتكامل الذي يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها للفرد ذو الحاجات الخاصة، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية، والصحية¹.
- وتعرف كذلك 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 المجتمع².
- كما يشار إليها بأنها نوع من التربية يهتم بتوفير الظروف والإمكانيات وتقديم الخدمات التي تساعد الفرد ذو الحاجات الخاصة على أن ينمو نموا سليما يؤدي به إلى تحقيق الذات، وذلك عن طريق معاونة هذا الفرد على استثمار كل ما لديه من استعدادات وقدرات وإمكانات³.
- كما تعرف أيضا بأنها وسيلة فعالة في مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيشون فيها، وإعدادهم إعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة العامة التي يعيشها البالغون العاديين⁴.

¹ عبد السلام عبد الغفار: سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ص263.

² فاروق محمد صادق: برنامج التربية الخاصة في مصر، المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، ص52.

³ إبراهيم زكي قشقوش: أثر التدريب أثناء الخدمة على اتجاهات معلمي ومعلمات مدارس التربية الخاصة بدولة قطر، مجلة علم النفس، العدد السادس عشر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1991، ص20.

⁴ عادل عز الدين الأشول: الإرشاد النفسي لغير العاديين، محاضرات غير منشورة كلية التربية، جامعة عين شمس، 1997، ص02.

تعريف آخر:

- تعرف بأنها: "الوسيلة الفعالة في مساعدة الفئات الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيشون فيها، وإعدادهم الإعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة الخاصة التي يعيشها العاديون¹.
- كما يؤكد على أنها: "مجموعة البرامج والخدمات والمناهج التدريسية والتعليمية المنظمة، والهادفة التي تقدم لفئات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يتضمن هذا التشخيص النشاط المبكر لهذه الحالات وسلوكيات واستجابات الأسرة والمجتمع حيالها².
- كما يشار إليها بأنها: "نوعية متخصصة من الخدمات تشير إلى سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التي تستخدم في إطار العملية التعليمية، متضمنة التعديلات التي يتم إدخالها على المنهج التعليمي العادي بكامله أو في جزء منه، ليلام طبيعة انحراف كل فئة من الفئات الخاصة، من حيث نوعيته إيجابيا كان أم سلبيا، ودرجة شدته بسيطة أم متوسطة، أم حادة، ولمواجهة الاحتياجات التربوية والتعليمية الناجمة عن هذا الانحراف بطريقة مناسبة³.

التعريف الإجرائي:

هي ذلك الجزء من الحركة التربوية الذي يقوم بتقديم خدمات متنوعة ذات طبيعة خاصة لفئة معينة من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة تتماشى مع إمكاناتهم وقدراتهم، ومن هنا نجد أن تلك الاحتياجات الخاصة قد تكون دائمة طوال حياة الفرد ذو الحاجات الخاصة، وقد تكون مؤقتة، وربما طبيعة الإعاقة لدى هؤلاء الأطفال هي المغزى في تحديد نوع الاحتياج، بالإضافة إلى اتجاهات مجتمعهم وأسرهم، وبيئتهم نحو إعاقتهم.

2- مفهوم الدور:

للدور مفاهيم عديدة نذكر منها:

¹ إبراهيم عباس الزهيري: تربية المعاقين والموهوبين، ونظم تعليمهم في إطار فلسفي وخبرات عالمية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2003، ص23.

² صبحي عبد الفتاح الكافوري: تعليم غير العاديين، محاضرات غير منشورة، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طانطا، ص 5.

³ عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص135.

لغة: الدور جمع أدوار، وهو مصدر دار أي عود الشيء إلى ما كان عليه¹.

- ونستنتج من خلال المفهوم اللغوي للدور أنه تلك المهام التي يقوم بها الأساتذة، المربون والمختصين في مجال العمل ضمن مؤسسة المعاقين حركيا.

اصطلاحا: عرف "البورت" الدور على أنه أسلوب الفرد في المساهمة في الحياة الاجتماعية، وهو مجرد ما يتوقعه المجتمع من شخص يشغل وضعا اجتماعيا معينا².

- من تعريف "البورت" نفهم أن الدور عبارة عن مجموعة من التوقعات التي يمكن للفرد أن يشغلها في عمله.

- ويستخدم مصطلح الدور في علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي والأنثروبولوجيا معاني مختلفة فيطلق كمظهر للبناء الاجتماعي، والدور عنصر في التفاعل يسير إلى نمط متكرر من الأفعال المكتسبة التي يؤديها شخص معين في موقف تفاعل³.

- أي أن الدور يمكن اعتباره جزء من الكل الذي هو البناء الاجتماعي حيث يظهر باعتباره مختلف الأفعال التي يمارسها الأشخاص في موقف معين.

- أما بالنسبة للدور كمفهوم سوسيولوجي: يقصد به مجموعة من الأنشطة المرتبطة أو الأطر السلوكية المتوقعة من مواقف معينة، ويترتب عن الدور إمكانية التنبؤ بالسلوك في المواقف المختلفة⁴.

3- مفهوم التكفل:

لغة: يقال كفل، يكفل وكفل بمعنى اهتم بمعيشة غيره، أي ضمن الغير والتكافل هو التضامن والكافل هو الضامن المعين، والجمع كلف، وكذلك الكفيل⁵.

¹ مسعود جبران: الرائد (معجم المعاني في اللغة العربية والإعلام)، دار العلم للنشر والتوزيع، لبنان، 2003، ص120.

² عطية عبد الحميد السيد وجمعة محمد سلامة: النظرية الممارسة في خلاصة الصياغة، المكتب الجامعي للنشر والتوزيع، مصر، 2001، ص04.

³ محمد طف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2006، ص358.

⁴ أحمد إبراهيم أحمد: الإدارة التربوية الإشراف الفني بين النظرية والتطبيق، دار الفكر العربي، القاهرة، 1990، ص44.

⁵ بن زعموش، نادية بوضياف وآخرون: اتجاهات الأولياء نحو نظام التكفل في المؤسسة الخاصة بالفئات الخاصة، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 12، 2015، ص36-76.

اصطلاحاً: يعرف نظام التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة بأنه تلك العملية التي يقوم بها المجتمع والدولة عبر مؤسساتها الحكومية من وزارات ومديريات، ومؤسسات غير حكومية من منظمات وجمعيات، اتجاه فئات المجتمع، تتميز بخصائص واحتياجات لا تتوفر عند باقي الفئات الأخرى من المجتمع، وذلك برسم السبل لوضع الخطوط المجملية والمبادئ العامة، والقواعد الشاملة، ولشن التشريعات القائمة على أساس الاعتراف بكرامة الفرد، وحرية الشخصية، واحترام حقوقه من طرف الدولة والمجتمع بأفراده، وهي الحق في التربية والتعليم، حق العلاج، الحق في العمل، الحق في الحياة الكريمة...

وهي أيضا 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 أيضا 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، بعيدا عن سياسة التهميش القائلة¹.

4- مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

الإعاقة ظاهرة ملازمة لكل المجتمعات الإنسانية وتختلف نسبة حدوثها وأنواعها ومواقف المجتمعات منها باختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية لتلك المجتمعات، والمصابون بالإعاقة يتعارف عليهم بذوي الاحتياجات الخاصة ولبيان حقيقة ذلك المصطلح يلزم معرفة معنى الإعاقة في اللغة والاصطلاح.

لغة: جاء في لسان العرب (عوق): عاقه عن الشيء عوقا، أي منعه منه وشغله عنه فهو عائق والجمع عوق للعائق ولغيره عوائق، وعوائق الدهر شواغله وأحداثه وتعوق أي امتنع.

¹ كيار عبد الله: المجتمع المدني ودوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر (الجزائر)، 2005.

وفي القاموس المحيط: العوق أي الحبس والصرف والتثبيط كالتعويق والإعتياق والرجل الذي لا خير عنده يعوق الناس عن الخير، عاقني عائق، وعائق الدهر: الشواغل من أحداثه.

اصطلاحاً: وضعت تعريفات أخرى لأصحاب العاهات أو ذوي الاحتياجات الخاصة على قول المحدثين ومن هذه التعاريف:

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 كالأسيوياء، الأمر الذي يؤثر سلباً على مشاركتهم في واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية¹.

2- أو أنها: حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي، وتجعلهم غير قادرين على التنافس مع غيرهم من الأشخاص، وتختلف هذه الإعاقة من حيث حدتها، فبعضها يكون ولادياً والبعض الآخر يكون مكتسباً بسبب الحروب أو الكوارث الطبيعية أو إصابات العمل وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة أعضاء².

3- أو 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 الاجتماعية³.

4- 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 السنة⁴.

¹ سعيد حسني: الإعاقة الحركية والحسية، ط1، مطبعة الأرز للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص47.

² ماجدة عبيد: رعاية الأطفال المعاقين حركياً، ط1، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2001، ص11 ص12.

³ عثمان لبيب عراج: استراتيجيات محدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، منشور بمجلة الطفولة والتنمية، العدد2، يناير، 2001.

⁴ هادي نعمان الهيبي: الاتصال الجماهيري حول ظاهرة الإعاقة بين الأطفال، منشور بمجلة الطفولة والتنمية، العدد5، فبراير، 2001، ص36.

تعريف آخر:

اتفق المشاركون في المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (1995) على استخدام مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ويقصد 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 العجز¹.

تعريف آخر:

نستطيع التعرف على مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال مفهوم التربية الخاصة، والذي يشير إلى أنها مجموعة البرامج التربوية المتخصصة، والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين لمساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم على التكيف.

أما الأفراد غير العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة فهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المتوسط انحرافاً ملحوظاً من النواحي الأربع: العقلية أو الجسمية أو الانفعالية أو الاجتماعية².

التعريف الإجرائي:

ذوي الاحتياجات الخاصة هم أولئك الأشخاص المصابين بعجز في أحد أعضاء الجسم أو ربما المصابون بقصور في النمو العقلي أو من يعانون من ضعف في بعض الحواس مثل: البصر، السمع، الحركة، وهم يحتاجون إلى معاملة خاصة من طرف أفراد المجتمع وتخصص لهم مراكز تربوية خاصة لمساعدتهم على تنمية قدراتهم وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع.

¹ اشرف سعد نخلة: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الفكر الجامعي للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2010، ص16.

² خولة أحمد يحي: إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ط5، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص11.

سابعاً: الدراسات السابقة

الإطلاع على الدراسات السابقة لا تعني تلك الدراسات والبحوث المتعلقة بالبحث إصافاً تاماً، أو تلك البحوث التي تحمل نفس العنوان أو تدرس نفس المشكلة وإنما الهدف الرئيسي من ذكرها هو توضيح الحقيقة القائلة أن أي بحث لا يبدأ من فراغ كما أن أي باحث لا يكتب آخر كلمة في العلم. ولهذا نجد مثلاً أن "Abilson" يرى البحوث السابقة هي بمثابة حجر الأساس الذي ترتكز عليه أية دراسة كما أنها نقيس التحليل الذي تنتمي إليه في خاتمة المطاف¹.

وفي بحثنا هذا اعتمدنا على بعض الدراسات القريبة من موضوع بحثنا، والتي نرى أنها تخدم موضوع البحث ولو بكيفية غير مباشرة.

1- الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: فيوليت فؤاد (1992)

قامت فيوليت فؤاد (1992) بإجراء دراسة عن مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بعرض داون من فئة القابلين للتعلم بمنطقة مصر الجديدة، وذلك على عينة مكونة من (24) طفلاً، تتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70) درجة قسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتمت مجانسة المجموعتين في الذكاء والعمر والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، واستخدم البرنامج فنيات المنحنى السلوكي والنمذجة لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي، وأسفرت نتائج الدراسة عن:

- وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد البرنامج، حيث تحسن أطفال المجموعة التجريبية تحسناً جوهرياً في السلوك التوافقي والسلوك الاستقلالي الذي يساعدهم على القيام بالأعمال والمهام والأنشطة الحياتية والتفاعل مع البيئة التي يعيشون فيها.

- وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية، اتضح في استمرار التحسن في جميع أبعاد السلوك التوافقي ما عدا البعد الخاص بالنشاط الاقتصادي.²

¹ فهمي محمد سيد: السلوك الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998، ص208.

² فتية سعي: فعالية برامج التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً، (درجة بسيطة)، رسالة ماجستير، تخصص علوم التربية (غير منشورة)، الجزائر، 2004-2005، ص19

التعقيب على الدراسة:

بينت نتائج دراسة فيوليت فؤاد أن هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا بعد تلقيهم البرنامج، حيث أظهر أطفال المجموعة التجريبية تحسنا ملحوظا في السلوك التوافقي والسلوك الاستقلالي مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية، إذ اتضح التحسن في جميع أبعاد السلوك التوافقي ماعدا البعد الخاص بالنشاط الاقتصادي.

الدراسة الثانية:

عاكف عبد الله الخطيب (2010-2011):

عنوان الدراسة « نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية.

أجريت هذه الأطروحة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية، تخصص التربية الخاصة تحت إشراف الدكتور « فتحي جروان » نوقشت سنة 2011.

- هدفت هذه الدراسة إلى تطوير نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة بالأردن، في ضوء المعايير العالمية.

تمثلت مشكلة الدراسة في محاولتها الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1- ما مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية؟

2- ما مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية؟

3- ما النموذج المقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية؟

أما فيما يخص عينة الدراسة فقد تكونت من جميع مجتمع الدراسة من مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، والتي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب التوحد وعددها (153) مؤسسة ومركزاً.

ولجمع البيانات فقد اعتمد الباحث على أداتين:

أداة لتقييم فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و(89) مؤشراً أيضاً، وأداة لتقييم فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و(110) مؤشرات رئيسية.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج فيما يتعلق بالإعاقة العقلية أن هناك بعداً واحداً كان ذا فاعلية مرتفع وهو بعد "البرامج والخدمات" في حين أن هناك ثلاثة أبعاد كانت ذات مستوى فاعلية متوسط وهي على التوالي: بعد "البيئة التعليمية" وبعد "التقييم" وبعد "الإداريين والعاملين" وباقي الأبعاد كانت ذات مستوى فاعلية متدنية، وأشارت النتائج فيما يتعلق باضطراب التوحد أن هناك بعداً واحداً كان ذا فاعلية مرتفع وهو بعد "الخدمات والبرامج".

وهناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسطة وهي على التوالي بعد "التقييم" وبعد "البيئة التعليمية" وبعد "الإدارة والعاملين" أما بقية الأبعاد فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدنية وهي بعد "الرؤية والفكر والرسالة" وبعد "مشاركة وتمكين الأسرة" وبعد "الدمج والخدمات الانتقالية" وبعد "التقييم الذاتي".

إذا فمن نسب النتائج المتحصل عليها فإن فرضيات البحث تحققت.¹

الدراسة الثالثة: دراسة علي ريم (2003)

¹عاكف عبد الله الخطيب: أ نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة عمان العربية، 2010-2011.

عنوان الدراسة: الصعوبات الاجتماعية البيئية التي تواجه الطفل المعوق حركيا (دراسة حالة الأطفال المعوقين بمدينة جدة).

تهدف الدراسة إلى التعرف إلى مستوى الصعوبات الاجتماعية والبيئية التي يواجهها الطفل المعاق حركيا، إضافة إلى الفروق في مستوى تلك الصعوبات من وجهة نظر كل من الأسرة والمدرسة وتبعاً لمتغيرات العمر، وسبب الإعاقة الحركية وعدد الأفراد في الأسرة والدخل الشهري لها.

واعتمدت هذه الدراسة على منهجين هما: المنهج الوصفي (المسح الاجتماعي) ومنهج دراسة الحالة لملاءمته لطبيعة الدراسة وهدفها وقد شملت الدراسة 95 طفلاً من المعاقين حركياً من جمعية الأطفال المعاقين بمدينة جدة.

واستخدمت مقياس الانسحاب الاجتماعي الذي أعدته الصباح (1993) للتعرف إلى مستوى الصعوبات البيئية التي يواجهها الطفل المعوق حركياً من وجهة نظر أسرته، واعتمدت مقياس السلوك المدرسي للتلاميذ المعاقين الذي أعده الزبيدي (1995) للتعرف إلى مستوى الصعوبات البيئية التي يواجهها الطفل المعاق حركياً و من وجهة نظر مدرسته وبعد ذلك تم تحليل استجابات أفراد مجتمع الدراسة على المقياسين باستخدام برنامج SPSS.

عبرت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أن الابتعاد عن اللعب مع الآخرين خوفاً من التعرض للأذى من أكثر الصعوبات الاجتماعية البيئية التي يواجهها الطفل المعوق حركياً من وجهة نظر الأسرة، في حين كانت أقل مشكلة يعاني منها الطفل المعوق حركياً من وجهة نظر الأسرة هي رغبته في عمل الأشياء المناسبة لمن هم أصغر منه سناً¹.

كما تبين من نتائج تحليل التباين أحادي الجانب عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصعوبات الاجتماعية البيئية التي يواجهها الطفل المعوق حركياً تبعاً لجميع المتغيرات المستقلة في الدراسة.

¹ رنا محمد صبحي عواده: دمج المعاقين حركياً في المجتمع المحلي بيئياً واجتماعياً (دراسة حالة في محافظة نابلس)، رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، 2007، ص ص 60-61.

و أوضحت النتائج أيضا أن إقحام النفس في الشجار كان من أكثر الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها الطفل المعوق حركيا من وجهة نظر المدرسة تعزى لمتغيرات: سبب الإعاقة الحركية وعدد الأفراد في الأسرة في حين تبين من نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصعوبات الاجتماعية والبيئية التي يواجهها الطفل المعوق حركيا من وجهة نظر المدرسة تعزى لمتغير الدخل الشهري للأسرة لصالح الأسر ذات الدخل الشهري المرتفع، أي أنه كلما ارتفع مستوى دخل الأسرة الشهري ازداد مستوى الصعوبات الاجتماعية البيئية التي يواجهها الطفل المعوق حركيا من وجهة نظر المدرسة.

وأوصت الدراسة في النهاية بضرورة تسهيل إدماج الطفل صاحب الإعاقة الحركية وتفاعله مع الأطفال الآخرين، وذلك في النشاطات والألعاب التي لا تتطلب احتكاكا جسديا مباشرا، والعمل على جعل الطفل صاحب الإعاقة هو وحدة التحليل التي يتم من خلالها جمع المعلومات وذلك ضمن توصية لحمل دراسات أخرى مشابهة¹.

التعقيب على الدراسة:

ركزت هذه الدراسة على الصعوبات الاجتماعية والبيئية التي يواجهها المعاق حركيا في مجتمعه وحللت هذه الصعوبات بطريقة دقيقة جدا ما جعل الدراسة تمتاز بالمصداقية نظرا لأنها درست الموضوع من زاويتين هما الأسرة والمدرسة، ولكن ما يعاب عليه هو عدم دراستها لمدى تأثير هذه الصعوبات الاجتماعية والبيئية على نفسية المعاق حركيا ومدى تأثيرها على سلوكياته.

2- الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى:

مسعودة بن قيدة (2008-2009)

عنوان الدراسة: « دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون ». «

¹ رنا محمد صبحي عواده: المرجع السابق، ص 61.

أجريت هذه الدراسة لنيل شهادة الماجستير في التربية تحت إشراف الأستاذ "الطيب بلعربي" نوقشت سنة 2009.

يهدف هذا البحث إلى إبراز الدور الذي تلعبه برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، وتوضيح كيف يمكن تنمية السلوك التكيفي داخل مراكز التربية الخاصة من خلال تلقي الأطفال التريزوميين لبرامج علاجية وتدريبية.

وتتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص درجات التصرفات الاستقلالية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون قبل بداية تلقيهم البرنامج وبعد مرور فترة من التلقي؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص درجات التوجيه الذاتي لدى الأطفال ذوي متلازمة "داون" قبل بداية تلقيهم البرنامج وبعد مرور فترة من التلقين؟

ومنه قامت الباحثة بصياغة الفرضيات التالية:

- توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص التصرفات الاستقلالية لدى الأطفال ذوي متلازمة "داون" قبل بداية تلقيهم البرنامج وبعد مرور فترة من تلقيهم إياها.¹

- توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص درجات التوجيه الذاتي لدى الأطفال ذوي متلازمة "داون" قبل بداية تلقيهم البرنامج وبعد مرور فترة من تلقيهم إياها.

فيما يخص أدوات جمع البيانات قامت الباحثة باعتماد أداتين:

1- مقياس السلوك التكيفي "لفاروق محمد صادق".

2- مصفوفات ريفن (P.M.C) Progressive Mataics de J.Raven.

¹ مسعودة بن قيدة: دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الجزائر، 2008-2009.

أما عينة البحث فتضمنت 20 طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والمصابين بمتلازمة " داون " (القابلون للتدريب) وتتراوح نسب ذكائهم بين (35-55) درجة، وتم تحديد نسب ذكائهم بناءً على نتائج مصفوفات ريفن (PMC.PM47.)

وقد توصلت الباحثة في دراستها على النتائج التالية:

- توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص درجات التصرفات الاستقلالية لدى الأطفال ذوي متلازمة " داون " قبل تلقيهم للبرنامج وبعد مرور فترة تلقيهم إياه.

- توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص درجات التوجيه الذاتي لدى الأطفال ذوي متلازمة " داون " قبل تلقيهم للبرنامج وبعد مرور فترة من تلقيهم إياه.

وبناءً على نتائج البحث أعطت الباحثة بعض الاقتراحات منها:

- مراعاة التكوين المتواصل والرسكلة للمربين وتحسين البرنامج وفق مستجدات البحوث الأكاديمية في هذا المجال.

- الاهتمام بالإرشاد الأسري، وتدريب والدي الأطفال المعاقين ذهنياً على بعض أساليب تعديل السلوك في سبيل التأهيل اللازم لهؤلاء الأطفال.

- تكثيف البحوث في مجال التنسيق برامج التكوين للمراكز المختصة بالمختلين ذهنياً مع برامج المدارس العمومية العادية.¹

التعقيب على الدراسة:

ركزت هذه الدراسة على برامج الرعاية التربوية الخاصة ودورها في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال القابلين للتدريب وأهملت بقية الأطفال الذين يعانون من بعض الإعاقات العقلية البسيطة أو المتوسطة.

¹ مسعودة بن قيدة: المرجع السابق.

لكن من الناحية الإيجابية فإن الباحثة اعتمدت في جميع معلومات الدراسة مقاييس دقيقة وهذا إثراء جيد للدراسة.

الدراسة الثانية:

نجاه ساسي هادف (2013-2014)

عنوان الدراسة: « دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة » دراسة ميدانية بمؤسستي مدرسة المعوقين سمعيا والمركز النفسي البيداغوجي بولاية سكيكدة.

هذه الدراسة قامت بها الباحثة نجاة ساسي هادف كأطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تخصص الموارد البشرية تحت إشراف الدكتور "عمار رواب" ونوقشت سنة 2014.

تتمثل مشكلة البحث في كيفية مساهمة التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة وهي تؤدي البرامج المتبعة في التكوين المهني إلى تأثير هذه الفئة الخاصة وهل هناك توفر للإمكانيات المناسبة.

وعليه قام الباحث بصياغة الفرضيات التالية:

1- تؤدي الإجراءات المعتمدة في التكوين المهني إلى تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة.

2- تؤدي البرامج المتبعة في التكوين المهني إلى تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة.

3- تتوفر المؤسسة على الإمكانيات المناسبة في عملية التكوين المهني لتأهيل الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة.

4- التكوين المهني الجيد يؤدي إلى شعور ذوي الاحتياجات الخاصة بالرضا

وقد اعتمدت الباحثة على أدوات لجمع البيانات وهي:

1- الملاحظة البسيطة: حيث أن استخدامها لهذه الأداة ساعدها على تسجيل السلوك مع حدوثه في نفس الوقت، إذ تكون تصرفات مجتمع الدراسة بعيدة عن التصنع والتكلف وقد أتاحت الملاحظة لها اكتشاف جوانب منها: بعض الاستجابات التلقائية.

2- المقابلة: ولقد تم إجراء مقابلات مقننة ومحددة فيها أسئلة كل محور مديري المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا ومدرسة الأطفال المعوقين سمعيا بالقل..

3- الاستمارة: احتوت على 84 سؤالاً وزعت على كامل المؤطرين والعاملين بالمدرسة والمركز.

أما فيما يخص عينة البحث فقد تمثلت في مجتمع الدراسة كاملا ويتمثل في 98 مفردة (77 أستاذ و 21 إداريا).

توصلت الباحثة في دراستها إلى النتائج التالية:

- الإجراءات المعتمدة في التكوين المهني لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة تظهر عند الإداريين من خلال الطرق الخاصة بالتكوين المهني والمتبعة في المؤسسة بنسبة 61.90% وخارج المؤسسة ب 14.28% ويظهر من خلال هذه النتائج أن المؤسسة تحتوي على إجراءات خاصة لتأهلي ذوي الاحتياجات الخاصة ومنه فالفرضية الأولى تحققت.

- أن في المؤسسات يتم التركيز على البرامج التعليمية والبرامج التكوينية عبرت عن ذلك بنسبة 42.85% ونسب جيدة للبرامج الأخرى الترفيهية والتثقيفية ومما ذكر فإن الفرضية الثانية تحققت.

ولكن هناك نقص في بعض الجوانب منها: الجانب النظري يطغى على الجانب التطبيقي مما يجعل هنا صعوبة في الاستيعاب.

- يظهر من خلال النتائج المتحصل عليها بأن المؤسسة تتوفر على الإمكانيات بأنواعها المادية، المالية والبشرية أما الإمكانيات الخاصة بالتكوين المهني فلا تتوفر بصورة كبيرة.

- أما فيما يخص شعور ذوي الاحتياجات الخاصة بالرضا فقد تحققت الفرضية بالفعل فالتكوين الجيد يؤدي إلى شعور ذوي الاحتياجات الخاصة بالرضا.¹

التعقيب على الدراسة:

ركزت هذه الدراسة على جوانب مهمة وجيدة غير أن نتائج الفرضية الفرعية الرابعة والتي تخص شعور ذوي الاحتياجات الخاصة بالرضا من التكوين الجيد لا يمكن أن تكون ذات مصداقية كبيرة، ويمكن الاعتماد عليها فهي من وجهة نظر الإداريين والعاملين وليست من وجهة نظر ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم.

الدراسة الثالثة:

"العلام عبد النور" 2009/2008

عنوان الدراسة: "دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا"، دراسة ميدانية بمدينة سطيف في جامعة منتوري قسنطينة.

قام بهذه الدراسة الباحث "العلام عبد النور" تحت إشراف الأساتذة والدكتورة ياسمين فرشيبي لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري.

هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على مدى فعالية سياسات الرعاية الاجتماعية للمعاق حركيا لتحقيق التأهيل والدمج اللازم من بيئة اجتماعية حضرية.

وتلخصت مشكلة الدراسة في التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هو واقع سياسات الرعاية الاجتماعية؟
- ما هو واقع المعاق في ظل هذه السياسات؟
- هل تؤدي السياسة الاجتماعية إلى التقليل من درجة الإعاقة؟

¹نجا ساسي هادف: دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الأساتذة والإداريين، أطروحة دكتوراه (غير منشورة) جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013-2014.

- هل تؤدي سياسات الرعاية الاجتماعية إلى تأهيل ودمج المعاق حركيا؟

ولقد اعتمد الباحث على عدة أدوات للدراسة الميدانية:

الاستمارة الاستبائية الأولى للمعوقين والتي تضمنت ثلاث محاور المحور الأول تضمن أسئلة البيانات العامة عن المعاق، وأما المحور الثاني فتضمن أسئلة لبيانات عن خدمات الرعاية بالمركز وإشباع حاجات المعوق وكان المحور الثالث يتضمن أسئلة لبيانات حول رعاية المعاق وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي.

أما الاستمارة الثانية فكانت موجهة للمؤطرين والتي بدورها تتضمن ثلاث محاور أيضا، محور أسئلة البيانات العامة ومحور أسئلة البيانات خاصة بخدمات الرعاية وإشباع الحاجات لدى المعوق حركيا ومحور حول سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين حركيا.

كما اعتمد الباحث على الملاحظة كأداة جمع بيانات وأيضا المقابلة.

عينة الدراسة تمثلت في عدد المعاقين بالمركز وهم 101 بالإضافة إلى 24 مؤطرا بالمركز.

من خلال هذه الدراسة توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة ولقد ظهرت جليا من خلال مؤشرات هي:

- خدمات الرعاية الصحية.

- خدمات الرعاية النفسية.

- خدمات الرعاية الاجتماعية.

- خدمات الرعاية التكوينية المهنية.

- خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعاقين بالمركز ميدان الدراسة تؤدي لإشباع حاجاتهم قد ظهر ذلك جليا من خلال مؤشرات هي:

- خدمات الرعاية الصحية تؤدي إلى إشباع الحاجيات الصحية.

- خدمات الرعاية النفسية تؤدي إلى إشباع الحاجات النفسية.
- خدمات الرعاية التكوينية والمهنية تؤدي لإشباع الحاجات التكوينية.
- خدمات الرعاية الاجتماعية تؤدي لإشباع الحاجات الاجتماعية.
- خدمات الرعاية المقدمة للمعاقين بالمركز ميدان الدراسة تساهم في تحقيق سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر ويظهر ذلك من خلال مؤشرات هي:
- الاستقلالية الذاتية.
- التكيف الذاتي.
- التكيف النفسي.
- التكيف الاجتماعي.¹

تعقيب:

تناول الباحث الدراسة من وجهة نظر علم الاجتماع الحضري أي إعطاؤها أبعاد حضرية تدرس كيفية حضور المعاق الوسط الحضري من خلال الدور الذي يلعبه وكيفية تأثير الوسط الحضري على هذا الدور الذي يلعبه المعاق في المجتمع وهذا ما جعل دراسته ذات أهمية وما زاد الدراسة دقة وموضوعية اهتمام الباحث بخدمات الرعاية المختلفة الصحية والاجتماعية والنفسية والتكوينية ولم يهمل أي جانب من الجوانب.

الدراسة الرابعة:

فتيحة سعدي (2004-2005)

عنوان الدراسة: فعالية برامج التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا (درجة بسيطة)، دراسة ميدانية بمركز التكيف المدرسي "علي رملي" بين عكنون - الجزائر.

¹ لعلام عبد النور: دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة منتروي قسنطينة، 2008-2009.

أجريت هذه الدراسة كذاكرة لنيل شهادة الماجستير في علوم التربية تحت إشراف الدكتور "علي بوطاف" ونوقشت سنة 2005.

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا وإكسابهم مهارات السلوك التكيفي، وما مدى تأثير هذه البرامج في إكساب الأطفال المعاقين عقليا مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية.

تتلخص مشكلة البحث في ما مدى فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا من أجل التكيف مع متطلبات البيئة الاجتماعية وتذليل الصعوبات أمام هذه الفئة قصد مساعدة أنفسهم والتخلص قدر الإمكان من التبعية.

وقامت الباحثة بصياغة فرضيات بحثها كالتالي:

الفرضية العامة:

يساعد محتوى برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا وإكسابهم مهارات السلوك التكيفي.

الفرضية الجزئية:

1- يساعد محتوى برامج مراكز التربية الخاصة على إحداث زيادة في نمو مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين عقليا.

2- يساعد محتوى برامج مراكز التربية الخاصة على تخفيض مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا.

استخدمت الباحثة المنهج المقارن.

أما عينة البحث فاشتملت على 30 طفلا (تلميذا) من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وتتراوح نسب ذكائهم بين (50-70) وتم تحديد نسب ذكائهم بناء على نتائج اختبار ستانفورد بينيه المطبق عليهم من طرف الأخصائيين النفسانيين.

أما أدوات جمع البيانات فقد اعتمدت الباحثة على مقياس السلوك التكيفي لـ"فاروق محمد صادق" وكذلك مصفوفات رافن (PMC.PM47) من أجل تحديد المستوى العقلي لأفراد العينة.

واستخدمت المنهج المقارن وتوصلت إلى النتائج التالية:

- وجود زيادة في الدرجة الكلية بالنسبة للسلوك النمائي.
- انخفاض معظم درجات الاضطرابات السلوكية عند أفراد العينة بصورة دالة بعد تطبيق البرامج لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي في كل من أبعاد السلوك التكيفي النمائي (مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية).

وترى الباحثة أن نتائج الدراسة تشيد إلى فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل السلوك للأطفال المعاقين ذهنياً.¹

التعليق على الدراسة:

لقد ركزت هذه الدراسة فقط على البرامج التي يتلقاها المعاق ذهنياً داخل المركز وأهملت جانب آخر فعال في تعديل السلوك وهو الجانب الأسري فهو مهم جداً أولاً لوجود الرابطة الأسرية بين الطفل وكذلك تدريبه على اكتساب سلوكيات الاعتماد على النفس.

بالإضافة إلى أن هذه الدراسة اعتمدت في جمع المعلومات على مقاييس وهي إضافة جيدة لهذه الدراسة.

¹فتيحة سعدي: مرجع سبق ذكره.

خلاصة الفصل:

حاولنا في هذا الفصل وضع إطار منهجي محدد يتمثل في:

إبراز القيمة العلمية والعملية لموضوع الدراسة، وإلقاء الضوء على مختلف الأسباب الذاتية والموضوعية الكامنة اختيارنا لموضوع التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة على غرار المواضيع الأخرى مع تبيان أهم الأهداف المتوخاة من وراء معالجتنا لهذا الموضوع.

وقد قمنا بتدعيم هذا الفصل بسبعة دراسات سابقة من أجل إعطاء الموضوع بعدا إمبريقيا خاصا، فكل هذا سمح لنا معرفة مدى أهمية دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.

الفصل الثاني: المراكز النفسية البيداغوجية

تمهيد

أولاً: مراحل تطور المراكز النفسية البيداغوجية

ثانياً: أسس ومبادئ المراكز النفسية البيداغوجية

ثالثاً: مستويات المراكز النفسية البيداغوجية

رابعاً: استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية

خامساً: أهداف المراكز النفسية البيداغوجية

سادساً: خدمات المراكز النفسية البيداغوجية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر موضوع المراكز النفسية البيداغوجية من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس، حيث يشار إليها بأنها ذلك التنظيم المتكامل الذي يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها للفرد ذوي الحاجات الخاصة، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية والصحية من أجل إعدادهم الإعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة العامة التي يعيشها البالغون العاديون.

وفي هذا الفصل سنحاول التفصيل في مضمون محتوى المراكز النفسية البيداغوجية، من حيث الأسس التي تستند إليها، والإستراتيجيات التي تسير وفقها، وما طبيعة الخدمات التربوية المقدمة، ومختلف الأوضاع التعليمية السائدة، وصولاً إلى مجموعة الأهداف التي تسعى المراكز النفسية البيداغوجية لتحقيقها بعد معرفة واقع هذه المراكز بين الماضي والحاضر وتطلعاتها المستقبلية.

أولاً: مراحل تطور المراكز النفسية البيداغوجية

الشخص المعاق إنسان له حقوق وعليه واجبات لا يجوز تجاهله وهذا ما أكدت عليه الديانات السماوية وأشارت إليه القوانين الوضعية في العديد من الدول، ولكن رغم ذلك فقد كان ينظر إلى هذه الفئة من البشر وخاصة في القرن السادس عشر، وحتى نهاية القرن التاسع عشر نظرة غير إنسانية، ولقد تنبعت المجتمعات لهذه الفئة من الناس، ويعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من أهم عوامل التخلف، وكذلك يعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من العوامل التي تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والمعنوية والبشرية، وخاصة في المجتمعات التي هي في أمس الحاجة إلى هذه الطاقات، لذلك فقد اهتمت الدول الكبرى ومنها الولايات المتحدة في عهد الرئيس هيريت هوفر برعاية الأطفال وخاصة المعاقين، كما أشارت وثيقة الأمم المتحدة التي اعتمدت في 20 كانون الأول عام 1971 إلى حقوق الطفل المعاق، كحقه في التعليم بما يتناسب مع قدراته، وبحيث يتاح للطفل كفرد من المجتمع تحقيق إمكاناته وقدراته وتلبية حاجاته، وتحقيق الحياة الكريمة له، والحق في أن يعيش داخل مجتمع يفهم قدراته ويخلص في رعايته ويحقق هل الكفاية الاقتصادية، كما أن المادة الخامسة من الإعلان العالمي لحقوق الطفل الصادر في 20 نوفمبر 1969، أكدت على ضرورة رعاية الأطفال، ومنهم¹ المعاقون كحق من حقوقهم وكواجب إنساني وتربوي، وكذلك العديد من المنظمات الإنسانية والعالمية مثل اليونسكو واليونسيف والمنظمة الدولية للصحة، ومن المصلحين في الولايات المتحدة الأمريكية "مارتن لوثركنج" والذي تم اغتياله من قبل المعارضين لحقوق الإنسان في أمريكا، وكذلك المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في جامعة الدول العربية سارت بهذا الاتجاه نحو ضرورة رعاية الطفل بحسب قدراته، وتعليمه بالقدر الذي يستطيع، كما عقد في الكويت حلقة تربوية 1973، ودعت إليه إدارة التربية والثقافة في الجامعة العربية لبحث الإنجازات التي قدمت لفئة المعاقين، حيث تبين أن معظم الدول العربية لم تقدم شيء يذكر لهذه الفئة، لذا فقد دعت في توصياتها إلى ضرورة أن تقدم الدول العربية المناهج الدراسية المسايمة لأوضاع هذه الفئة، وأن تساعد في تقديم الأجهزة والوسائل المعينة لتعليمهم، وأن تساعد في تغيير نظام الامتحانات، كما طالبت بإقامة دورات تدريبية للمعلمين من أجل فهم خصائص هذه الفئات وطرق رعايتهم وتعليمهم.

¹ تيسير مفلح كوافحة: علم النفس التربوي وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة، ط2، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص45.

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 يعامل 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 **jean itard**"، 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 عاريا يمشي على أربع، ثم جاء بعده **سيجان segan Edwavcl** حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقليا، وأنشأ أول مدرسة لهم في جامعة بنسلفانيا 1896 تحت إدارة وتمر **wetamar** وظهر بعد ذلك جالتون **Gagltion**.... الذي اهتم بدراسة الوراثة (وراثة الصفات الإنسانية)، واهتم بدراسة الفروق الفردية، وكذلك ابنج هاوس **Ebeng** 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 بنيل **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 التالية¹:

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

2- علاقته بمن حوله.

3- كون عاداته الفكرية منحرفة.

ثم جاءت منتسوري **Mavia Montessori** سنة 1970، وهي سيدة ايطالية عملت في الطب وأسست مدارس تعرف باسمها للأفراد المعاقين ثم جاء هوي **howi** 1801 الذي تخرج من جامعة هارفرد،

¹ تيسير مفلح كوافحة: المرجع السابق، ص46.

وأسس مدرسة للمكفوفين في مدينة واترتون waterton بولاية ماساشوتس the perkins school for the blind، وقد تعلم على يد هوي "هيلين كار" "helen keller" ولورايدا غمان leayva Bridgmen ثم تومارس جالندت tomas H.Gellendet، حيث اهتم بالصم، وأسس أول مدرسة عرفت باسمهن في مدينة هارت في نيويورك، وأسس كلية للصم في واشنطن the Gallandet college.

أما بعد الثورة النازية فقد ظهر كلا من "ماريا فروستج" 1938 "Mavianne frostig"، حيث كانت تعمل اختصاصية نفسية في النمسا وبولندا، وقد اهتمت بالمعاقين عقليا، وكانت لها الفضل في دراسة صعوبات التعلم "learning Disabilities"، ثم جاء ألفرد ستراوس "Alfred straws" ومايكل بست "Mykil bust"، وكان لهم دورا كبيرا في دراسة صعوبات التعلم، وتحديد خصائص الفرد الذي يعاني من صعوبات التعلم، وأجرى دراسات عديدة حول هذا الموضوع، ثم جاء "هوبس" 1960 Nicholas hobbs، وقد ركز في دراساته على المضطربين انفعاليا، وظهر بعد ذلك "جولد برج" Gold berg¹ الذي طالب بالاستفادة من النقد الكبير في التربية الخاصة الموجودة في الدول الإسكندنافية كما ظهر أيضا "بور" Bover الذي اهتم بالاضطرابات السلوكية، وكذلك "ودي وهويت"، ومن خلال استعراض مراحل تطور التربية الخاصة عن طريق الأدب التربوي نلاحظ أن الاهتمام بفئات التربية الخاصة، قد تطور بشكل ملفت للنظر، وخاصة في نهاية السبعينات من القرن الماضي، وحتى هذه الأيام ومما يدل على ذلك ما يلي:

1- ازدياد عدد الورشات التدريبية للعاملين في هذا الميدان.

2- انتشار الكليات المتوسطة، وكذلك اهتمام الجامعات في دراسة هذا التخصص في الدول العربية مثل الأردن والسعودية.

3- الاهتمام المتزايد بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في كل المجتمعات العربية، حيث أنشئت لهم الجمعيات الخاصة، وكذلك إنشاء العديد من الوزارات في الدول العربية التي ترفع شؤونهم مثل قسم التربية الخاصة التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن، وكذلك وزارة التربية والتعليم، والتي أفرزت قسما خاصا لهذه الفئة، والجامعات الرسمية والخاصة، حيث فتحت الكثير من الأقسام الخاصة في التربية الخاصة، ومما زاد الاهتمام بهذه الفئة اهتمام الأسرة الملكية، حيث تلقى المزيد من الدعم والرعاية، كما

¹ عمر فواز: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص47.

يتولى المسؤولية عن هذه الفئة سيادة الشريف رفد بن زيد الذي لا يألو جهدا في دعم هذه الفئة والمساعدة في فتح جميع الآفاق لرعايتهم، كل ذلك بدعم متواصل من جلالة الملك عبد الله الثاني الذي وفر جميع الأموال اللازمة والكوادر المؤهلة لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة¹.

ثانيا: 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 might of special needs for continious services**

تبلورت فلسفة التربية الخاصة والتأهيل في أن الطفل من ذوي الإحتياجات الخاصة إنسان كأى انسان 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 **Ewuality of opportunity** بين الأفراد والمواطنين دون أن تتأثر هذه الحقوق بلون أو دين أو عقيدة أو أصل عرقي أو جنس أو غيرها من دواعي التمييز بين الأفراد.

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".

¹ عمر فواز: المرجع السابق، ص48.

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 و وكالاتها المتخصصة بهذه المشكلة فأفردت لها جلسات متتابعة من الجمعية العامة للأمم المتحدة منذ أوائل التسعينات¹.

من القرن العشرين، ثم أتبعها 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 حفاظا على حقوق الأطفال ذوي الإعاقة في تلقي الرعاية داخل مجتمعاتهم ومتابعتها.

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 مهنيا 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.

¹ وليد السيد أحمد خليفة ومراد علي عيسى: الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2005، ص36.

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 مصلحة المجتمع بأسلوب علمي وحضاري وإنساني.

إن المبدأ الإنساني يتطلب منا رعايته صحيا وتعليميا وتأهليا واجتماعيا ومهنيا حتى تؤدي الرسالة أهدافها¹.

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- المبدأ الثالث: 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 المجهودات اللانهائية للمؤسسات غير الحكومية والدينية) وبعض الدول الأخرى تتجح عن طريق تجنيد الخدمات المتكاملة في مؤسسات غير حكومية أو أهلية أو محلية ينشط دورها في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تتضاءل بجواره المجهودات الحكومية كما هو الحال في الدول الإسكندنافية والتي تتميز برامجها بالمرونة والكفاءة العالية.

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: المرجع السابق، ص ص 37-38.

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 المتقدمة.

4- المبدأ الرابع: 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 تتوفر لديه، كما أن هناك متغيرات خاصة بمكان المتغيرات ونوعها، وتركيزها ومداهها 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 استقلاليته 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 دمجاً مع الأسوياء "Least Restrictive" 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 والتقويم وتعدد الاتجاهات في الانطلاق بالطفل إلى عالم الغد¹.

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: المرجع السابق، ص، ص39-40.

5- مبدأ الخامس: تكامل التقييم والتشخيص في وقت مبكر والاهتمام برسم مال الطفل: **Early**

Identification and Prognosis

تنسب 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 آثارها 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 المتوافرة 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 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 إعاقته.

6- المبدأ السادس: حق التمتع بالرعاية الفردية داخل الخدمات الجمعية **Individualized**

Program.

لا نبالغ في القول إذا نظرنا إلى كل حالة إعاقة على أنها حالة فردية من نوعها في طبيعتها وفي تركيبها وعناصرها وفي تفاعل¹ 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 تدريجيا إلى المؤسسات النهارية ثم الفصول الخاصة بالمدارس العادية ثم الدمج في فصول العاديين، كما تطورت برامج التأهيل المهني والاجتماعي من المؤسسات الداخلية إلى

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: المرجع السابق، ص40.

التأهيل داخل المجتمع community Based في وحدات مجتمعية أهلية أو أسرية قريبة من أماكن الإنتاج ومتكاملة معها في الحياة.

وتحولت الفصول الجمعية إلى أنشطة فردية في غرف للمصادر في إطار جماعي Resource Rooms ونمت البرامج الجمعية وغلب عليها الطابع الفردي 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 جمعية 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
1 Deinsti tuiorlization

7- المبدأ السابع: الجماعة في القرارات الهامة بالنسبة للفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة ومشاركته في اتخاذ القرار Trausition, Group decisions

إذا كانت جوانب البرامج متعددة، ونواحي متابعة الطفل متعددة أيضا 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

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: المرجع السابق، ص42.

التعليمية أو التدريبية 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- المبدأ الثامن: الحق في تعليم وتدريب الوالدين والأسرة كجزء من البرنامج

يحتاج الآباء الذين لديهم أبناء معاقين إلى بعض أنواع التدريب، الذي يساعدهم على رعاية أبنائهم المعاقين في المنزل، وعلى الكيفية التي يتعاملون بها معهم، وكذلك كيفية متابعة أنواع العلاج والتدريب العلاجي أو التأهيلي الذي يقرره الأطباء والأخصائيين، فلا بد أن يتكيف الآباء مع هذا الجو الجديد الذي أصبح لهم فيه ابن معاق.

من أجل ذلك يجب تنظيم دورات تدريبية لهؤلاء الآباء، بمراكز وتأهيل وتدريب المعاقين ويدرب هؤلاء الآباء على يد أخصائيين على كيفية العناية بأبنائهم المعاقين وهم في المنزل، وتدريبهم وتعليمهم².

9- المبدأ التاسع: الحق في المساندة والدفاع الاجتماعي عن ذوي الاحتياجات الخاصة كمواطنين:

support- Citizen Adoocacy

إن البرامج والخدمات الموجهة لذوي الاحتياجات الخاصة هي بطبيعتها موجهة في سياق الحياة الاجتماعية بما فيها من متغيرات فردية أو أسرية أو إنسانية أو اجتماعية أو اقتصادية أو حضارية.

ومن ثم فإن مساندة الطفل أو الراشد من ذوي الاحتياجات الخاصة أمر مرغوب فيه، وتبيان حاجاتهم في الحياة اليومية والمحافظة على حد أدنى من إشباع احتياجاتهم ضرورة لضمان أدائهم أيضا في مستوى مقبول بكل المعايير.

فالمحافظة على حقوقهم، ومساندتهم لضمان أداء مقبول، ونشر الوعي الاجتماعي بأهمية هذه البرامج ومدى فعاليتها وأهميتها الحيوية في حياة كل مستفيد، هي من الأعمال الاجتماعية الأخلاقية،

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: المرجع السابق، ص43.

² ماجدة السيد عبيد: مقدمة في إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم¹، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - 2012 - 19.

ومن ثم فإن توفير "ومساندة" الطفل أو الراشد حتى يمكنه تأدية الحقوق والواجبات بطريقة مستقلة¹ مع الحياة الاجتماعية تعتبر في صميم برامج التعليم والتدريب.

إن دعم ومساندة هؤلاء الأطفال أو الراشدين هي كجزء من عملية التنمية الاجتماعية لأفراد المجتمع الذي يتمتع فيه كل مواطن بحقوقه وواجباته في سياق العدالة الاجتماعية.

10- المبدأ العاشر: التخطيط للوقاية من الإعاقة، كجزء من البرنامج القومي لرعاية ذوي الاحتياجات

الخاصة: **Prevention as a part of the national program for human services**

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

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 برامج التعليم والتدريب المألوفة في المؤسسات والمدارس، والوقاية من الدرجة الرابعة هي في تقديم الخدمات للمحتاجين بعد تركهم المؤسسة أو المدرسة في غمار حياة العمل والحياة الاجتماعية في المجتمع².

ثالثا: مستويات المراكز النفسية البيداغوجية

تعمل المراكز النفسية البيداغوجية على مستويين أساسيين هما:

أ- المستوى الوقائي: ويعنى فيه بكافة 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 الأول من الوقاية الأطباء ومؤسسات ومراكز رعاية الطفولة والأمومة، ومكاتب الصحة ومؤسسات الإعلام ومعلمات ومشرفوا دور الحضانة كما يعني في هذا الصدد بجهود المنظمة التي من شأنها الكشف المبكر عن اضطرابات النمو والإعاقات، والتدخل المبكر للتخفيف

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: مرجع سبق ذكره، ص44.

² : حقوق الإنسان من ذوي الاحتياجات الخاصة وأهم ال . القيمة في بنك وتنفيذ الخدمات والبرامج
لمركز رعاية وتنمية الطفولة، جامعة المنصورة، في الفترة من (24 - 20) 2004 704 - 714.

من شدة تأثيرها، والحد من القصور الوظيفي المرتبط بها على الطفل، والعمل على تجنب الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى تطور الإعاقة.

ب- **المستوى العلاجي:** حيث تهدف الجهود العلاجية إلى إزالة القصور أو العجز في المجالات الوظيفية المختلفة، أو التخفيف من حدته أو التعرض عنه ببناء بديل لهذا القصور، أو ذلك العجز طالما يتعذر إزالته أو تصحيحه كاستخدام نظام "لوبيس برايل" في الكتابة والقراءة بالنسبة للمكفوفين ولغة الإشارة مع الصم.

كما تستهدف الجهود الإنمائية في هذا المستوى من الخدمات استغلال وتنمية استثمار كل ما يتمتع به الفرد ذو الحاجات الخاصة من طاقات واستعدادات، لبلوغ أقصى ما يمكنها الوصول إليه من نمو.

رابعاً: استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية

إن تنفيذ برامج التربية الخاصة يجب أن يستند إلى مجموعة من الاستراتيجيات والعوامل التي يمكنها أن تسهم في نجاح هذه البرامج وتنفيذها بفعالية وهي:

1- شمولية الخدمات (comorehensive):¹

يقوم مبدأ شمولية خدمات المراكز النفسية البيداغوجية على أساس يقضي بتقديم الخدمات التربوية الخاصة لجميع ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث يتم التوسع في الخدمات من خلال الصفوف الخاصة أو دمج هذه الحالات في الصفوف العادية، وعلى الرغم من هذه المبادرات بقيت الغالبية العظمى من ذوي الاحتياجات الخاصة دون خدمات، ولتحقيق درجة أوسع من الشمولية أخذت العديد من المجتمعات بإستراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي (communty base rihabilitation) تقوم هذه الإستراتيجية على مسلمة مفادها أن الخدمات الحكومية المركزية لم تعد قادرة بمفردها على توفير الخدمات اللازمة لذوي الاحتياجات ، ولا بد من أن تسهم أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، والمجتمعات والسلطات والتشكيلات المحلية في هذا المجال، فاشترك مؤسسات المجتمع المحلي كالمدارس والتجمعات

¹ وليد السيد أحمد خليفة: الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ص ص 46- 47.

والتنظيمات المختلفة التأهيل يسهم بشكل فعال في توفير المصادر والموارد اللازمة، كما يقود إلى تحسين الاتجاهات الاجتماعية في هذا المضمار.

كما تعني النظرة الشمولية أيضا اعتبار التلميذ كائنا مستقلا متكاملًا بحيث يتم النظر إلى جوانب القوة لديه، وعدم التركيز فقط على جوانب القصور والعجز التي يعاني منها، إضافة إلى ذلك فإن هذا المفهوم يساعد على تقديم الخدمات للطفل في جميع مراحل حياته بدءًا من الطفولة المبكرة من خلال برامج التدخل المبكر وانتهاءً ببرامج التأهيل المهني التي تمتد إلى مراحل ما بعد المدرسة بحيث تشمل تأهيل الفرد إلى أقصى درجة ممكنة لتسمح بها قدراته كي يصبح مستقلا ومعتمدا على نفسه، ثم إن الخدمات الشمولية تعني تناول مختلف أبعاد وجوانب الشخصية، وكذلك شمولية الخدمات لكافة الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية¹.

2- سهولة الوصول إلى مختلف الخدمات: أي إزالة العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى المرافق العامة والخدمات المجتمعية سواء أكانت هذه العوائق طبيعية أم صناعية أم فكرية أم اجتماعية، وذلك في سبيل التسهيل على المعوقين ممارسة نشاطاتهم والتمتع بحقوقهم بالمشاركة في كافة أنشطة المجتمع.

3- الدمج: أي دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة دمجا شاملا وكاملا، وتلبية جميع احتياجاتهم بغض النظر عن شدتها².

4- الدمج الوظيفي: يقصد به دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية، وتقليل الفروق الوظيفية بينهم وبين أقرانهم خلال مشاركتهم في بعض الأنشطة التعليمية، كالموسيقى والفن والأشغال والتربية الرياضية.

5- الدمج المكاني: يأخذ شكل صف خاص في المدرسة العادية.

6- الدمج الاجتماعي: يقصد به تقليل المسافة الاجتماعية بين المعوق وأقرانه، وتشجيع التفاعل الاجتماعي التلقائي فيما بينهم والمساهمة في كافة أنشطة المجتمع.

¹ وليد السيد احمد خليفة ومراد علي عيسى: مرجع سبق ذكره، ص ص 47-48.

² : تعليم الطفل بطي 1 الأهلية للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 22.

7- التنسيق: يقوم هذا المفهوم على إشراك الوالدين في مختلف الخدمات والبرامج المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك التنسيق بين الدوائر والمؤسسات والوزارات المعنية.

8- الواقعية: أي ضرورة تطوير الخدمات والبرامج للمعوقين بمستوى التطور الاجتماعي والتقني والاقتصادي والسياسي للدولة.

9- التكاملية: هي واحدة من الإستراتيجيات التي يجب أن تميز بها التربية الخاصة، وتعني نظرتها إلى الشخص المعوق ككائن متكامل، وليس إلى جوانب العجز أو النقص فيه.

10- توفر المهنيين: يتطلب تقديم خدمات المراكز النفسية البيداغوجية توافر معلمين مؤهلين على درجة كافية من الخبرة والدراية، وهذا يتطلب إعدادهم والتأهيل الأكاديمي الكافي قبل الخدمة¹.

11- المسؤولية أو الموثوقية (Accountability)

إن تربية ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانوا متفوقين أم معاقين هي مسؤولية وزارة التربية والتعليم بشكل أساسي، وأن الحصول على فرص التعليم المناسبة بغض النظر عن طبيعة الصعوبة ودرجتها حتى كفلته سائر الدساتير والقوانين، كما أضحت تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة من القضايا التي توليها المنظمات الدولية وهيئات الأمم المتحدة اهتماما بارزا، واستنادا إلى ما سبق فإن عددا كبيرا من وزارات التربية والتعليم في مختلف دول العالم قد شكلت الإدارات وأصدرت النظم واللوائح المناسبة بهذا الخصوص، ويفضل وفق المفاهيم المعاصرة أن تبقى مسؤولية خدمات التربية الخاصة موزعة ضمن مسؤولية الإدارات الأخرى وفق اختصاصاتها المختلفة في وزارات التربية والتعليم، ولم تعد الممارسات الإدارية الحالية والتي تقضي بإنشاء أقسام وإدارات متخصصة ومستقلة في وزارات التربية والتعليم، أمرا مرغوبا، حيث إن هذه الممارسات تقود إلى إيجاد خدمات وبرامج منفصلة للخدمات التربوية العامة، وليست جزءا منها، وعليه فإن هذا الاتجاه يستند إلى فلسفة تقوم على مبدأ تقديم الخدمات من خلال البرامج العادية وليس من خلال برامج موازية للبرامج التعليمية المقدمة للطلبة العاديين².

¹ فريد الخطيب: الوجيز في تعليم الأطفال المعوقين عقليا، 1، مؤسسة شرين للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 1999، 23.
² يوسف القربوتي : المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع، دبي، 1995، 41-44.

خامسا: أهداف المراكز النفسية البيداغوجية

- 1- توفير أدوات القياس والتشخيص والملاحظة العلمية والتقليدية التي تساعد في الكشف المبكر عن الأفراد غير العاديين في البيت والمدرسة.
- 2- تقديم البرامج والخدمات التربوية الوقائية والعلاجية اللازمة، بحيث تتضمن البرامج الوقائية الإجراءات التي تحد من تفاقم المشكلة أو توقف تداعيات والتخفيف من آثارها النفسية على الفرد، وتتضمن البرامج العلاجية مجموعة من البرامج التعويضية التي تساعد المعاق على استخدام جوانب أخرى من قدراته غير تلك التي حدثت فيها الإعاقة، فالمعاق بصريا مثلا تقدم له خدمات وبرامج تنمي قدراته على السمع واللمس.
- 3- وضع برامج تعليمية فردية وجماعية تناسب كل فئة من فئات غير العاديين.
- 4- تطوير وابتكار طرق تدريس تتماشى مع كل حالة من الحالات.
- 5- إيجاد وسائل تعليمية سمعية وبصرية وحركية تساعد في تعليم غير العاديين ورعايتهم.
- 6- رعاية النمو السوي لكل فئة حسب الفروق الفردية لديهم.
- 7- تنمية السلوك التكيفي من خلال تنفيذ برامج جماعية في الجانبين التعليمي والتربوي¹.

سادسا: خدمات المراكز البحثية البيداغوجية

إن الإعاقة ليست درجة واحدة وإنما هي درجات مختلفة تبدأ من البسيطة إلى الشديدة، كما أنها ليست واحدا بل هي أنماط كثيرة ومتنوعة، فضلا عن المهتمين بالمعاقين ليست فئة واحدة وإنما فئات متعددة كالأطباء وعلماء النفس والتربويون وعلماء الاجتماع وغيرهم، ولذلك نجد مؤسسات التربية الخاصة تحرص على تكامل فريقها في التكفل بذوي الإعاقات كما تحرص على تشخيص المعاقين بنوع الإعاقة ودرجتها وتحديد الفروق الفردية بينهم قصد توجيهه إلى صفوفهم واستخدام أساليب التدريس المناسبة لهم وتكييف البرامج لكل فئة بما يناسبها ومنه تنقسم الخدمات المقدمة في المراكز إلى:

¹ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف: التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، 1، مكتبة الأنجلو المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001 .22

1- الخدمات الاجتماعية: ويقوم بتقديم هذه الخدمات قسم البحث الاجتماعي الذي يتحمل مسؤولية الإشراف والتوجيه ومتابعة المعاقين داخل المؤسسة وخارجها، ويكون الأخصائي الاجتماعي مسؤولاً عن عدد المعاقين لا يتجاوز أكثر الأحيان (30) معاقاً، إذ يمد المعلمين بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع هذه الفئة لما يمتلك من خلفية حولهم وسعي لمد الجسور بين البيت والمركز للوقوف على قدرات المعاق واستعداداته.

2- الخدمات التربوية:

إن الخدمات التربوية المقدمة للمعاقين تختلف باختلاف نوع الإعاقة لكنها تلتقي جميعاً بضرورة مراعاة الفروق الفردية من خلال استخدام الأساليب التعليمية المتنوعة والوسائل المناسبة¹.

3- الخدمات النفسية: ابتداءً يعدّ التشخيص النفسي غاية في الأهمية لكي يوجه الفرد توجيهها صحيحاً وفق قدراته الحقيقية، فيستخدم الأخصائي النفسي اختبارات الذكاء للوقوف على قدرات المعاق العقلية والاختبارات الشخصية للتعرف على ميوله وهواياته من أجل بداية صحيحة.

يسعى الأخصائي النفسي أيضاً إلى أبعاده عن أي حالة من حالات الإحباط والخوف والتردد ومساعدته على فهم نفسه وقبول إعاقته.

4- الخدمات الترفيهية: يقوم المركز بأنشطة ترفيهية مختلفة تختلف فيهم حسب من العائدية إلى المركز، كما تخلق الجو الصحي الإيجابي.

5- الخدمات الثقافية: يقوم المركز بتوعيتهم على القضايا القومية والوطنية والقيام بأنشطة وفعاليات بهذا الخصوص وعمل نشرات جدارية واصطحابهم إلى مواقع أثرية وفنية واقتصادية وتوعيتهم على كيفية البيع والشراء وطبيعة التعامل مع الآخرين واستغلال مواهبهم في شتى الميادين.

6- الخدمات الرياضية: تعتبر البرامج الرياضية من الوسائل الهامة في تربية المعاق وتنشئة وتدريب حواسه وتنمية قدراته واستغلال ميوله، واستعداداته بشكل سليم وهذا ما ينعكس إيجاباً على وضعه النفسي والاجتماعي.

¹ قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، 2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان- - 2008 - 44.

7- الخدمات الطبية: يفترض أن توفر مراكز المعاقين ورشة طبية تقوم على تقديم الخدمات الطبية للمعاقين ومتابعتهم باستمرار ووضع التقارير الخاصة لكل منهم.

8- خدمات التأهيل الأكاديمي: وهي الخدمات التعليمية والتربوية التي تقدمها المؤسسات التعليمية لغرض تمهينهم وتقليل الفجوة بينهم وبين الأفراد العاديين والتي تكون مناسبة لهم وفق قدراتهم العقلية والجسمية.

9- خدمات التأهيل المهني: حيث تسعى هذه المراكز إلى تذليل كل الصعوبات التي تحول دون شعور ذوي الإعاقات كغيرهم من أقرانهم العاديين، وتحويلهم من حالة الاعتمادية على الغير إلى الاعتماد على الذات، وما يفرزه ذلك من شعور بالرضا، وما يعكسه من تعامل ورؤية أفضل من قبل الآخرين ويجري توجيه المعاق لاختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته ورغباته¹.

¹قحطان أحمد الظاهر: المرجع السابق، ص، 49.

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق نستنتج أن المراكز النفسية البيداغوجية تهدف إلى خدمة الأفراد الغير عاديين فهي تسعى من خلال برامجها المختلفة التي تتطلبها كل فئة لمساعدة هذه الجماعات على التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه، وعلى تطوير ما لديها من طاقات والدفع بها إلى أقصى حد ممكن من أجل الذات، ويعمل في هذه المهنة أخصائيون في مجالات متعددة كالطبيب العام والطبيب النفسي، ورجل القياس النفسي والمهني ومعلم التربية الخاصة.

وتعتمد هذه المراكز في تقديم خدماتها على استراتيجيات علمية يقر ويعترف بها العلم، وتقدم برامج قد تكون تربوية أو نفسية أو اجتماعية، أو تدريسية بحسب الحاجات التي تحتاجها كل فئة من الفئات التي تتعامل معها.

لما أن العمل في مجال هذه المراكز يتطلب تضافر جهود فريق كامل من أجل تقييم الخدمات التي يجب أن تقدم لكل فئة من فئات التربية الخاصة والعمل معا لتقديم خدمات متكاملة لها لكي يكون العمل مفيدا ومثمرا.

الفصل الثالث: دراسة في بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

أولاً: لمحة تاريخية عن نشأة ذوي الاحتياجات الخاصة

ثانياً: بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة

1- الإعاقة الحركية

2- الإعاقة الذهنية

3- الإعاقة السمعية

ثالثاً: طرق تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة.

رابعاً: النظريات المفسرة لذوي الاحتياجات الخاصة

خامساً: الاتجاهات الحديثة للاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة.

سادساً: نماذج من ذوي الاحتياجات الخاصة.

سابعاً: نظرة المجتمع لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة

خلاصة الفصل

تمهيد:

ذوي الاحتياجات الخاصة هم الأفراد الذين يحتاجون لمتطلبات تخصهم دون غرهم من الأفراد العاديين، فهم بحاجة إلى في مختلف المجالات لأنهم يعانون من نقائص تختلف من فرد إلى آخر فبهذه الرعاية يمكن تعويض البعض من هذه النقائص لا تقوى جميعها، فهؤلاء حقوق على المجتمعات، الذي يتحتم عليه الاهتمام بهم وتوفير لهم الظروف المناسبة لحالاتهم، وإلا كان ذلك خيانة منهم لأنهم بالفعل بحاجة إلى يد المساعدة، وطبعاً كما هو معروف فإن فكرة الاهتمام بهم بدأت تتطور تدريجياً في الزمن القديم كانوا يعانون الكثير من المعاناة من هتين الأولى بسبب حالتهم وإصابتهم، والثانية بسبب المجتمع المحيط بهم، فكانوا منبوذين لا يقترب منهم أحد وكأنهم أذنبوا ذنباً عظيماً ولكن في الوقت الحالي بدأ الاهتمام بهم واضحاً تلك المراكز والمؤسسات المنشأة من أجل رعايتهم وكذا تأهيلهم وجعلهم أفراداً منتجين يساهمون في بناء المجتمع وكذلك فائدة لهم بالدرجة الأولى في هذا الإطار يمكن إعطاء نظرة تاريخية لتطور رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة إضافة إلى التطرق بعض المداخل النظرية المستخدمة في هذا المجال وكذلك تعداد لبعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة إضافة إلى طرق تدريسهم وأخيراً واقع هذه الفئة من المجتمع في الجزائر.

أولاً: لمحة تاريخية عن تطور مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

لقد اختلفت نظرة المجتمعات لذوي الاحتياجات الخاصة من عصر إلى آخر واتضحت الرؤية أكثر عند ما جاء الدين الإسلامي بنوره أضاء درب البشرية وأدركوا بضرورة تصحيح الأفكار الخاطئة وإعطائهم حقوقهم الخاصة بهم .

فيما يلي يمكن تقديم شرح بنوع من التفصيل لنظرة المجتمعات لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة عبر مختلف العصور بدا بالعصر القديم مروراً بعصر الديانات السماوية وبالعصر الحديث انتهاء بالحديث عنهم في الجزائر.

1- في التاريخ القديم:

عبر العصور من جيل إلى جيل لم تكن الإعاقة أمراً مقبولاً، حيث أولت المجتمعات القديمة الكمال البدني اهتماماً كبيراً، فقد كانت طبيعة الحياة في تلك المجتمعات تتطلب من الفرد أن يعتمد على قوته البدنية في أداء الأعمال، كما أن هذه المجتمعات اشتهرت بسيطرة الروح العسكرية، حيث كانوا المكفوفون في ذلك الوقت يهملون ويعزلون عن الحياة العامة ويتركون ليموتوا، فقد كان هذا التصرف مشروعاً إذا أكدته الكثير من الفلاسفة أمثال أفلاطون وأرسطو وغيرهم.

لقد عانى المعوقين في الكثير من الأمم والشعوب الكثير من النبذ والظلم والاضطهاد والإهمال فقد كانوا يعانون أسوأ معاناة، فهم لا يعطى بهم الطعام حتى يموتون، أو كانوا يؤدون وهم صغار يتلخص منهم دون رحمة ولا شفقة، فمن بين الشعوب التي شهده هذه الظواهر آنذاك هي روما وأسبرطة، وكذلك الجزية العربية إضافة إلى العديد من القبائل في مختلف أنحاء العالم، في المقابل شهدت بلدان مصر وكذلك الهند رعاية لا بأس بها لهاته الفئة¹.

2- في عصر الديانات السماوية:

بمجيء الديانات السماوية وما تحتوي عليه من تعاليم المحبة والتسامح والاتخاذ بين الأفراد البشر، فقد ظهرت طرق وسبل لهداية البشرية جمعاء، فمن طريق هذه الديانات انتشرت نظم الإحسان، ونظام الملاجئ في فرنسا، ونظام الوقف مثلاً، فقد كان هذا النظام منتشرًا بكثرة في بلاد مصر.

¹ محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2007، ص 16-17.

لقد عرف الإنسان الوقف منذ عابر الأزمان، ولقد مارسه الأمم والشعوب السابقة، فقد عرفه المصريين القدماء، وعرفه الرومان والعراقيون أيضا، إذا كانت الأراضي توقف على الآلهة والمعابد والمقابر وتؤخذ عليها للنفقة عليها، وعلى الكهنة والخدم وكان الناس م ذلك الوقت مدفوعين إلى هذا التصرف بقصد فعل الخير، والتقرب إلى الآلهة عند المسلمين يعتبر ظاهرة شرعية إسلامية جاءت بها تعاليم الدين اكتف وهو بعد مخفرة من مخافر الإسلام الاجتماعية ومظهرا من مظاهر الخيرية المستمرة، ولقد كان له عبر العصور دورا بارزا في تنمية الحياة الاجتماعية والاقتصادية العلمية والسياسية، ولقد توسعت لتشمل مختلف المجالات، وتشمل أيضا سبل الخير المتنوعة سواء كانت دينية أن بنوية من مساجد، مدارس، معاهد، جامعات، ومستشفيات، مؤسسات خيرية ومنازل وغيرها، إضافة إلى نظام الوقف يوجد أيضا نظام الملاجئ في فرنسا، فهذا النظام استمر اهتمامه ورعايته بالمعوقين بمختلف تصفياتهم وحلاتهم، وذلك عن طريق تقديم لهم يد المساعدة من الجانب المادي دون أي جهد أو عناد في مساعدتهم على استعادة مكانتهم في المجتمع، في حين الدين الإسلامي تميز عن أوروبا بنظرة إيجابية إلى المعوقين، إذ خصص لهم من يساعدهم على التحرك، والتنقل وكذا إنشاء مستشفيات علاجية هذه الأخيرة التي تعطي لهم أدوية للعلاج إن لم يكن تماما فإنه بصورة واضحة¹.

كما أن الخلفاء والحكام المسلمين أولوا اهتماما بذوي الاحتياجات الخاصة ويظهر ذلك بصورة واضحة في اهتمام عمر بن الخطاب وعبد الملك بن مروان وعمر بن عبد العزيز، وغيرهم من الخلفاء والحكام المسلمين، وهذا الاهتمام من خلال توفير لهم مختلف الرعاية وخاصة في الجانب الاجتماعي، فعمر بن عبد العزيز حث على عمل إحصاء المعوقين حيث وضع مرافقا لكل كفيف، وخادما لكل مقعد لا يقوى على الحركة والقيام والجلوس أو أداء الصلاة وقوفا.

نلاحظ بأن الدين الإسلامي قد أولى اهتماما كبيرا لهذه الفئة، لأنها بالفعل بحاجة إلى ذلك فالناس لبعضها من هو سليم يساعد المعوق، ويكسب أجرا كبيرا على ذلك كما يظهر لنا الاهتمام من طرف الخلفاء والحكام المسلمين لهؤلاء الأفراد دليل على أن هذا الاهتمام يعتبر حق من حقوق هذه الفئة وواجب كل واحد مساعدتهم ماديا ومعنويا.

¹ سمير جاب الله: الوقف الإسلامي وتاريخه في الجزائر، مجلة المعيار دورية علمية، محكمة تعنى بالدراسات الإسلامية والإنسانية، العدد 26، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية قسنطينة، جوان 2001، ص ص 187، 188.

فمن الحقوق التي يهبها الإسلام للمكفوف على سبيل المثال أن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله أو أقربائه وأن يشاركهم في طعامهم، فله الحق في ذلك لأنه لا يستطيع أن يوفر طعام لنفسه، في هذا المقام جاء قول المولى عزوجل في سورة النور ﴿لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى أَنْفُسِكُمْ أَنْ تَأْكُلُوا مِنْ بُيُوتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ آبَائِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أُمَّهَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ إِخْوَانِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخَوَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَعْمَمِكُمْ ...﴾ الآية 61.

فالإسلام حثنا على الاهتمام والرعاية بالمكفوف، ولو لم يحس بوجودنا وفي هذا يقول الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم "ترك السلام الضرير خيانة" ويقصد بهذا الحديث هو أن عدم إرشاد الكفيف، ومساعدته وكذلك عدم السؤال عنه يعتبر خيانة¹.

3- في العصر الحديث:

كما نعلم جميعاً بأن في العصور الماضية لم يكن هناك اهتماماً بالإنسان كمورد بشري فعال قادر على إفادة البشرية، ولكن في العصر الحديث بدأ الاهتمام به وخاصة في البلدان الأوروبية، والدليل على ذلك هو أنها أصبحت تدرس في مختلف المعاهد والجامعات، والتخصصات التي تهتم بالإنسان من بينها علم الاجتماع وعلم النفس لأنها أدركت بالفعل مدى أهمية العناية بالإنسان لأنه الأساس بدوره لا نستطيع فعل أي شيء وذلك في مختلف المجالات إن هذا الاهتمام لا يقتصر على الأفراد العاديين فقط، بل يتعداه إلى الأفراد العاجزين والضعفاء قصد تخليصهم من جميع أشكال الظلم، وبالتالي العمل على ضمان حقوقهم وتوفير الوسائل والأساليب اللازمة لرعايتهم، وذلك لتحقيق هدفين هامين الأول يتمثل في إمكانية الاستفادة من طاقات المعوقين لأننا قد نجد عندهم طاقات لا نجدها عن العاديين فهم يتمتعون بإبداعات خارقة، والثاني هو مساعدتهم لوجه الله تعالى، لأنها أمانة لا بد من مساعدتهم وتكليفهم وإدماجهم في المجتمع فقد كان التطور بصورة واضحة في وسائل تعلم الطفل المعوق حسيًا، يعني إعاقة بصرية أو سمعية أو الاتنين معاً، فمن أهم الوسائل المساعدة لهؤلاء هي طريقة قراءة الشفاء لتعليم الصم، فهذه كبايات هامة على هذا الطريق وكذلك قراءة الحروف المخصصة التي تفهم بواسطة اللمس².

¹ سمير جاب الله: المرجع السابق، ص 188.

² إبراهيم عبد الله فرج الزريقات: الإعاقة البصرية، المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، ط1، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 17.

4- في الجزائر:

يعتبر ميدان ذوي الاحتياجات الخاصة من الميادين المهمة التي واجهت العديد من التحديات والعراقيل في مختلف دول العالم بما فيها الدول العربية بالأخص الجزائر، فهي كغيرها من الدول التي لم تولي اهتماما بفتة ذوي الاحتياجات الخاصة إلا مؤخرا، فقد كشفت الإحصاءات العالمية عن تزايد أعداد المعوقين، حيث وصل تعدادهم إلى حوالي 500 مليون معاق جسديا وعقليا و نفسيا أي 10% من سكان العالم، وتبين من عدد من التقارير الدولية أن طفلا واحدا على الأقل من عشرة أطفال يولد بعجز خطير أو يصاب به في وقت لاحق، وهذا العجز قد يعرقل نموه إذا لم يتلق الرعاية اللازمة، وتشير هذه التقارير إلى أن 80% من بين مائتي مليون طفل مصابين بين إعاقة في العالم يعيشون في البلدان النامية، ولا يتلق سوى عدد ضئيل منهم الرعاية الصحية والتربوية الجيدة ولا يحظ سوى 2% منهم بالخدمات الخاصة.

وترتفع نسبة المعوقين في البلدان العربية إلى ما بين 13% و 15% من إجمالي عدد السكان أما في الجزائر فإن الإحصاء العام للسكان والسكن (جوان 1998) يشير إلى أن عددهم يصل إلى 1.590.466 معوق، في حين يشير البعض إلى أن العدد الفعلي يصل إلى حوالي ثلاث ملايين معاق، وعليه فإن واجب الرعاية الاجتماعية لهذه الفتة يقع على عاتق الدولة، وهو الأمر الذي تحاول أي حكومة من الحكومات جاهدة في سبيل توفيرها للمواطنين وهذا ما يسمى بدولة الرعاية¹.

ثانيا: فئات ذوي الاحتياجات الخاصة

I - الإعاقة الحركية:

1- مفهوم الإعاقة الحركية:

هناك اختلاف على تعريف الإعاقة الحركية أو الجسمية physical disability إلا أن معظم الأدب المتعلق بهذه التعريفات يجمع على أنها حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي أو أنها

¹ بوسكرة أحمد، بلقري ساهم: الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري واقع وآفاق، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، ص 201.

حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي والدراسي ليستطيع الطفل المعاق حركيا الاستفادة من البرامج التعليمية¹.

والمعوقين جسميا وصحيا هم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم حضورهم المدرسة مثلا أو انه لا يمكنهم من التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة، ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية².

وتعرف الإعاقة الحركية أيضا بأنها "حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم حركية أو نشاطهم الحركي بحيث يثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة، ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية، التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة ومنها حالات الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع"³.

2- خصائص الأطفال المعاقين حركيا:

إن تعدد مظاهر الإعاقة الحركية، واختلاف أسبابها وتباين درجاتها في كل نوع منها جعل من الصعب تحديد خصائص مميزة لكل فئة لكن من الممكن تحديد خصائص عامة يشترك فيها كل المعاقين حركيا بغض النظر عن نوع الإعاقة أو أسبابها أو درجاتها.

وفيما يلي: توضيح للخصائص المشتركة للمعاقين حركيا:

أ- الخصائص العقلية: تتميز الجوانب العقلية للمعاقين حركيا بما يلي:

* نقص في الإدراك نظرا لان المعوق حركيا لا يخرج كثيرا لا ينتقل من مكان لآخر فتتأثر مفاهيمه ومدرجاته.

¹ سعيد حسني العزة: التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، الأردن، 2002، ص 190.

² مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 79.

³ فاروق الروسان: سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ص 244.

* الإعاقة الحركية لا تؤثر على نمو القدرات العقلية إنما اختلاف نسب الذكاء بين المصابين يعود إلى عوامل أخرى مثل الفروق الفردية وقد نجد منهم من يعاني من تدني في الذكاء وآخرين يتمتعون بدرجة عالية من الذكاء.

* انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي مقارنة بالعاديين من السن نفسه.

ب- **النمو اللغوي:** في حالات الإعاقة الحركية التي تعود إلى خلل في الجهاز العصبي أو تلف خلايا المخ فإن أصحاب هذه الحالات يعانون من صعوبات في:

- اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية.

- القدرة اللغوية المتعلقة بحجم المحصول اللغوي.

ج- **النمو الحركي:** لا شك أن الإعاقة الحركية لها تأثير مباشر على النمو الحركي للطفل، لكن هذا التأثير يتوقف على شدة الإعاقة.

فمثلا الحالات البسيطة تكون تأثيراتها ضعيفة ويعاني المعاق من مشكلات محدودة في الحركة كصعوبة الوثب والقفز وممارسة الرياضيات التي تحتاج إلى مهارات حركية عالية، أما الإعاقة الشديدة خاصة المتعلقة بمشكلات في الدماغ فيكون تأثيرها أقوى وتأثر على الحركات البسيطة كالمشي والجري وحتى الوقوف العادي وربما يحتاج أصحاب هذه الحالات إلى استخدام أدوات مساعدة كالعكازات أو الكرسي المتحرك.

د- **الخصائص السلوكية والاجتماعية:** يرى رايت أن الأطفال المعاقين حركيا يتمتعون بنفس الخصائص النفسية والاجتماعية الموجودة لدى الأطفال العاديين، وأن المشكلات السلوكية والاجتماعية التي يواجهونها تعود أساسا لمدى تقبل أو عدم تقبل ذويهم وأقاربهم وزملائهم¹.

3- أسباب الإعاقة الحركية:

هناك عدة أسباب للإعاقة الحركية، وذلك حسب المرحلة التي يمر بها الفرد ومنها:

¹ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف: مرجع سبق ذكره، ص 437.

أ- مرحلة ما قبل الحمل: إن العوامل الوراثية تحدد قدرا كبيرا من طبيعة العمليات النمائية للجنين والطفل الرضيع حديث الولادة.

ب- المرحلة ما بعد الحمل:

- حالة تسم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم وارتفاع ضغط الدم ووجود كمية كبيرة من البروتين في البول في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل، تشير هذه الأعراض إلى زيادة احتمال حدوث تسم الحمل.

- المرض الكلوي المزمن، فيكون الحمل مصحوبا بارتفاع ضغط الدم وتورم القدمين، وزيادة نسبة البروتين في البول، في معظم هذه الحالات تكون الولادة متيسرة (أي قبل الموعد الطبيعي).

- السكري: فعندما تكون الأم مصابة بهذا الداء قد تتعرض للإجهاد وخاصة خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل في حال استمرار الحمل تحتاج الأم في الأشهر الأخيرة لأن تخضع لنظام غذائي صارم ودقيق.

- عامل الريزيسي (RH)

- سوء التغذية

ج- عوامل تحدث أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة

- الولادة المبكرة.

- ميكانيكية عملية الوضع

- الولادة المتعددة (ولادة التوأم).

- نقص الأكسجين الواصل للطفل.

- نقص كمية الماء في الجسم.

- الجلطات الدموية.

د - عوامل ما بعد الولادة:

- العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الأمراض العصبية.
- تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصا في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف¹.
- الإفراط في استخدام الأدوية والعقاقير والمنبهات.
- الضغوط العصبية وغيرها من المشكلات النفسية.
- تكرار حمل المرأة في فترات قصيرة.
- انتشار الأوبئة والجراثيم الخطيرة.
- الحروب وأشكال العنف والدمار المختلفة.
- المجاعات والفقر وعدم كفاية برامج الوقاية وانعدام الخدمات الصحية².

4- تصنيفات الإعاقة الحركية

أ- إصابات الجهاز العصبي المركزي

* الشلل الدماغي (CEREBAL PALSY)

تمثل حالات الشلل الدماغي مظهرا رئيسيا من مظاهر الإعاقة الحركية وهي ليست بالحالة المعدية، ولكنها تمثل شكلا ما من أشكال الشلل الحركي المرتبطة بتلف في الدماغ أو خلل فيه أما المظاهر المشتركة في أنواع الشلل الدماغي فتبدو في:

- الشلل الحركي (Motor paralysis)

- الضعف الحركي (motor weakmess)

¹ عصام حمدي الصفدي: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، اليازوري للنشر والتوزيع، ص ص 19-21.

² أبو النصر مرضى: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، مجموعة النيل العربية للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2005، ص ص

- ضعف التآزر (motor incoordination)
- الاضطراب الحركي (motor dysfunction) كالحركات غير الإرادية¹.
- ويصنف هلهان وكواثمان (2003) (hallahan-kuaffnan) الشلل الدماغي إلى أنواع حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي، منها:²
 - الشلل النصفي الطولي (hemiplegia) وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.
 - الشلل النصفي العرضي (diplegia) وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.
 - شلل الأطراف (quadriplegia) تمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة الجسم.
 - الشلل النصفي السفلي (paraplegia) وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من الجسم.
 - شلل طرف واحد (monoplegia) تمثل هذه الحالة شلل طرف من أطراف الجسم.
 - شلل ثلاث أطراف (triplegia) وتمثل شلل 3 أطراف من أطراف الجسم.
 - شلل الكلي (double hemiplegia) وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معا.

وتعتبر الإصابة بتلف الدماغ سببا رئيسيا لحالات الشلل الدماغي وقد تحدث الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو وراثي ومنها ما هو قبل أو أثناء أو بعد الولادة، حيث تمثل أسباب ما قبل الولادة تلك الأسباب الجينية، وإصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية وخاصة الزهري، والحصبة الألمانية، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، سوء التغذية والصدمات الجسمية، والعقاقير والأدوية وتسمم الحمل، أما أسباب أثناء الولادة فتبدو في نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة، وصعوبة عملية الولادة في حين تتمثل أسباب ما بعد الولادة في ارتفاع درجة الحرارة، الالتهابات، الصدمات الجسمية الخ، بالرغم من صعوبة حصر الأسباب المؤدية إلى حالة تلف الدماغ فإن مثل هذه الحالات

¹- زياد كامل اللالا وآخرون: أساسيات التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص361.

²- فاروق الروسان: مرجع سبق ذكره، ص245.

تكثر في البيئات المتوسطة والفقيرة إذ تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي حالات من الإعاقة العقلية أو غيرها¹.

* اضطرابات العمود الفقري (spina bifida):

وهو تشوه وُلادي ينتج عن عدم اكتمال إغلاق القناة العصبية في العمود الفقري بسبب قصور في الالتحام بإحكام خلال الشهر الأول من الحمل وقد يظهر على شكل بروز أو نتوء في العظم مما يؤدي إلى تلف في الأعصاب وعدم القدرة على القيام بالوظائف الجسدية، وقد يؤدي أحيانا إلى الشلل.

وفيه خلل يصيب النمو السوي للعمود الفقري للجنين ويصنف هذا الخلل بحسب شدته إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

- الشق غير الظاهر (occulta): ويسمى بالخفي وهذا النوع في الغالب ليس له مضاعفات أو علامات ظاهرة وتشير الدراسات إلى أنه غير ضار و لا يحتاج معه المريض إلى علاج مع أن دراسات أخرى ربطت بينه وبين آلام الظهر.

- الكيس السحائي (menin gocele): ويبرز في هذا النوع كيس إلى خارج الظهر مغطى بالجلد ويحتوي على أغشية السحايا ويكون الحبل الشوكي فيه طبيعيا ويمكن تشخيصه من خلال الفحوصات الطبية وصور الموجات الصوتية ويمكن لهذا النوع أن يعالج جراحيا.

- الكيس السحائي الشوكي (Myelomeningocele): وفيه يبرز جزء من الحبل الشوكي والأعصاب خارج العمود الفقري ويصيب عادة منطقة الفقرات العجزية والقطنية ويؤدي في الغالب إلى تشوهات في القدمين والركبتين وألم شديد أسفل الظهر وهو من أكثر الأنواع خطورة وقد يؤدي إلى الشلل.

وحول أسباب العمود الفقري المفتوح فهي لا تزال غير واضحة تماما وهناك اعتقادات حول أسباب معينة قد تؤدي إليه مثل:

• العوامل الجينية.

¹فاروق الروسان: مرجع سبق ذكره، ص ص 245،246.

- تناول الأم الحامل للأدوية والعقاقير و بالذات (مضادات التشنج) خاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل.
- ارتفاع مستويات السكري في الدم للأم الحامل خاصة في بداية الحمل¹.

3- الصرع (epilepsy):

إن الصرع عبارة عن عارض ناجم عن إطلاق مؤقت ومفرط للحركة العصبية في الدماغ والناجمة عن أسباب من داخل الرأس وخارجه تحدث النوبة الصرعية بسبب الزيادة غير العادية في الحركة الكهربائية للدماغ مما يصعب معه السيطرة على وظائف الدماغ وما ينتج عن ذلك من نشاط كهربائي قوي يؤدي إلى خلل وظيفي إلى ظهور أعراض جسمية وعقلية وإدراكية نتيجة الاضطراب الوظيفي الحاصل في الدماغ.

أ- أعراض الصرع:

تبدو مظاهر هذه الحالة في عدد من الأعراض المفاجئة غير الإرادية التي تظهر على الفرد مثل:

- شحوب الوجه.
- اختلاف توازن الجسم
- الوقوع على الأرض.
- الارتعاش.
- تصلب الجسم.
- خروج الزيد من الفم.
- صعوبة التنفس.
- صعوبة ضبط عملية التبول.

¹ زياد كامل اللا لا و آخرون: المرجع السابق، ص ص 362-363.

- النوم العميق في نهاية النوبة.

ب- أسباب الصرع:

وفيما يلي عرض لأهم الأسباب التي تؤدي إلى الصرع:

- العوامل الوراثية.

- الإصابات العضوية في الدماغ.

- مضاعفات العمليات الجراحية في الدماغ¹.

- التهابات الدماغ والتهابات السحايا.

- الأورام الدماغية.

- الحمى أو ارتفاع درجة الحرارة لدى الأطفال الصغار.

- توسع الدماغ أو ما يعرف بالموت الدماغية.

- تناول الأدوية والعقاقير.

- اضطرابات التمثيل الغذائي.

- الأمراض العصبية التي تصيب الدماغ.

ج- أنواع الصرع:

- نوبة الصرع الكبرى (Grand mal):

تعتبر من اشد حالات الصرع عنفا و قسوة على الشخص المصاب وتتصف بما يلي:

- يفقد فيها الفرد وعيه وإحساسه بمن حوله فيصرخ أولا ويحملك عينيه ثم يفقد توازنه ويقع على الأرض.

¹مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة : سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص ص 149، 150.

- تضطرب فيها جميع وظائف الفرد المصاب بحيث تكون العضلات بمجملها في حالة اضطراب وحركة دائمة وفقدان الوعي وظهور حركات لا إدارية غير متناسقة وتشنج عضلات الأطراف والجذع والمفاصل.
- فقدان التحكم في البول والإخراج.
- تستغرق في العادة من (2 إلى 5) دقائق وبعد استعادة الوعي يبدو الاضطراب والتعب واضحا على المصاب ثم تتحد العضلات والمفاصل وترتخي ويستغرق بعدها في نوم عميق قد يستمر لساعات طويلة وذلك بسبب الإجهاد الكبير الذي يعاني منه المصاب.
- يسبق حدوث نوبة الصرع الكبرى ما يسمى بالتحذير، وهو عبارة عن إحساس غريب ينتاب المصاب ويظهر على هيئة الشدا أو العبير أو الرائحة المميزة التي تصل إلى الفرد عن طريق حواسه المختلفة أو عن طريق شعوره الداخلي¹.

فإذا حدث مثل هذا الإحساس الغريب فإن المصاب قد يستطيع في لحظات بسيطة أن ينقل نفسه إلى مكان آمن كأن يتوقف عن قيادة سيارته مثلا أو يبتعد عن الأماكن المرتفعة.

- ألم في الرأس والرقبة والجذع وصعوبة التنفس وتغرق مستمر.

- نوبة الصرع الخفيفة (petit mal):

تتميز هذه الإصابة بما يلي:

- تصيب الأطفال عادة بين سن (3-10) سنوات، يغيب فيها الوعي وقد تستغرق فترة بسيطة جدا حوالي (5-10) ثواني، ولذلك من الصعب جدا التعرف عليها ووصفها بدقة كما هي الحال في نوبة الصرع الكبرى.
- من المحتمل أن تحدث مرات كثيرة في اليوم الواحد.
- تتوقف في العادة قبل مرحلة المراهقة.
- توقف مفاجئ عن العمل هذيان واستمرار حركة جفن العين أو الحمقة.
- لا يسبقها التحذير.

¹مصطفى نوري القمش وخلييل عبد الرحمن المعاينة ، المرجع السابق، 150.

- النوبة النفس حركية (psychomotorfit):

تتميز هذه الحالة بما يلي:

- غير مفهومه تماما بحيث يعتبرها البعض نوعا من الصرع الجزئي.
- عدم فقدان الوعي بحيث يبقى الشخص المصاب واعيا لما حوله.
- القيام ببعض السلوكيات غير الهادفة مثل تلمط الشفاه أو المضغ.
- قصيرة الأمد قد تصل إلى بضع ثوان فقط ويتبعها فقدان الذاكرة.

د- علاج الصرع: مع أن علاج الصرع الحقيقي هو استخدام الأدوية والعقاقير الطبية إلا أنه يجب أن لا يقتصر على ذلك وإنما يجب أن يشمل جميع جوانب حياة الشخص المصاب به، كالجانب التربوي والأسري والنفسي والاجتماعي، كذلك يجب أن لا يقتصر علاج الصرع على التعامل مع الفرد المصاب ومحاولة ضبط نوبات الصرع لديه وإنما يجب أن يشمل التدخل العلاجي أيضا.

وفيما يلي بعض الإرشادات الواجب القيام بها لمساعدة مريض الصرع أثناء حدوث النوبة:

- يجب التأكد من وصول الأكسجين إلى المريض وأن مجاريه التنفسية مفتوحة.
- يجب تجنب فتح الفم إذا كان مغلقا.
- يجب وضع أشياء بين الأسنان إذا كان ممكنا من أجل عدم إيذاء المريض للسانه.
- يجب إبعاد الأشياء التي قد تؤذي المريض أثناء النوبة خاصة في مرحلة الاهتزازات.
- يجب ترك المريض حتى تنتهي النوبة بدون تدخل، وقد يشعر المريض بعدها بالحاجة إلى النوم فيجب حينها أن يتنفس بشكل طبيعي أثناء النوم.
- وأخيرا استدعاء الطبيب إذا كانت النوبة طويلة أو نوبات متواصلة¹.

4- الاستسقاء الدماغي (hydrocephalus):

¹مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة ، المرجع السابق، ص ص 151، 152 .

من الاضطرابات المعروفة التي تدخل في نطاق الاضطرابات العصبية الاستسقاء الدماغي وهو حالة تتصف بتجمع زائد من السائل الدماغي الشوكي في الدماغ بسبب انسداد في مجراه ينتج ضغط على الدماغ والجمجمة، وينتج عن هذا الضغط على الجمجمة ترقق العظام، كما ينتج عن هذا الضغط على أنسجة الدماغ تشويه مادة الدماغ وتخريب وموت العصبونات.

ويمكن في بعض الحالات أن يتوقف الاستسقاء الدماغي تلقائياً إلا أنه في حالات أخرى يتقدم ويخلق ضغطاً متزايداً على الجمجمة، فيحدث التجمع المتزايد للسائل الدماغي الشوكي سلسلة من الاضطرابات يقع في المقدمة منها التخلف العقلي، حتى إن الاستسقاء الدماغي لهذا السبب يعد عيادياً حالة من التخلف العقلي، ومن نتائجه كذلك الاضطرابات الحركية والإعاقة السمعية والبصرية والنوبات الصرعية وربما الموت.

تتطور أعراض هذه العلة في الشهر الثالث من العمر حيث تتضخم رؤوس الرضع تضخماً غير عادي وتصبح ثقيلة يعجزون عن حملها وكانت هذه الحالة تنتهي سابقاً بالموت إلا أن تطوير أنبوب طبي خاص لشفط السائل الدماغي الشوكي الزائد وتقليل الضغط على الدماغ ساعد أطفال كثيرين من الإعاقات الشديدة¹.

وبشكل عام فإن الصعوبات التي تصاحب الإصابة باستسقاء الدماغ تكون على النحو التالي:

- مشكلات تربوية متعلقة في الفهم والاستيعاب.
- صعوبات في التأزر والتناسق البصري الحركي.
- صعوبات حسية كالإعاقات السمعية والبصرية.
- صعوبات لغوية حيث تكون قدراتهم على التعبير الصحيح محدودة².

5- شلل الأطفال (poliomyelitis):

¹ السيد عبد القادر شريف: مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، مصر، 2014، ص ص259، 260.

² مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة ، مرجع سبق ذكره، 92.

يعتبر شلل الأطفال من الأمراض التي تشكل خطراً على الأفراد وينتج عن مرض فيروسي معد يصيب الخلايا العصبية الحركية في النخاع الشوكي مما يؤدي التي تلفها وبالتالي فإن العضلات التي تغذيها هذه الخلايا العصبية تبدأ بالضمور والضعف وقد تصل فيما بعد إلى الشلل.

ويصيب هذا الشلل الأطفال دون سن الخامسة بالدرجة الأولى ويكون أكثر تأثيراً عليهم مع أن الإصابة يمكن أن تحدث في كافة المراحل العمرية وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية (who) إلى انخفاض عدد حالات الإصابة بالشلل منذ عام 1988 بنسبة عالية جداً، وفي عام 2010 أشارت التقارير إلى أن شلل الأطفال لم يعد يتوطن إلا في بلدان معدودة بعد أن كان يتوطن 125 بلد.

أ- أسباب شلل الأطفال:

ينتج الشلل عن عدوى بالفيروس خاصة عن طريق الفم والبلعوم من خلال الرذاذ المتطاير من السعال والعطاس وكذلك عن طريق البراز من خلال الاحتكاك بفضلات الإنسان الملوثة وهناك عوامل قد تزيد من خطر الإصابة بهذا الفيروس منها: نقص المناعة، سوء التغذية، استئصال اللوزتين¹.

ب- أعراض شلل الأطفال:

يصاب الطفل في حالة شلل الأطفال بأعراض مشابهة لأعراض الأنفلونزا مصحوبة بالحمى وألم في الظهر والرقبة وصداع وقيء وإسهال، ثم يعاني الطفل من ارتفاع مفاجئ في درجة الحرارة تختفي بالتدرج خلال ثلاثة أيام ثم فجأة تظهر أعراض الشلل على شكل آلام بالعضلات والأطراف تنتقل الإصابة إلى النخاع الشوكي بعد مهاجمة الفيروس القناة الهضمية وانتقاله إلى الغدد اللمفاوية ثم إلى الدم حيث يكون بإمكانه مهاجمة الخلايا العصبية للنخاع الشوكي فتتورم وتفقد قدرتها على العمل وتصاب أيضاً مجموعة الألياف العصبية المزودة بهذه الأعصاب فتصبح مؤلمة وتضمر وتشل حيث يبدأ عندها المصاب بعدم تحريك عضلاته وإبقائها في وضع أقل إيلا مما يجعلها تنكمش.

ج- علاج شلل الأطفال:

إن الهدف الرئيسي من علاج حالة شلل الأطفال تتمثل في التخلص من الآثار الناجمة عن هذا المرض وتحديدًا يتضمن العلاج ما يلي:

¹ زياد كامل اللالا وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص 361.

- محاولة إعادة المريض للعيش باستقلالية مع المحافظة على الوظائف الحيوية اللازمة.
- المحافظة على وضع جسمي سليم للمريض أثناء الجلوس أو النوم.
- معالجة تقلص العضلات والأوتار.
- التركيز على العلاج.
- تصلب الأنسجة العصبية¹.

ثانياً: إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments) :

توجد الكثير من اضطرابات الهيكل العظمي و العضلي نذكر منها:

1- تشوه وبتر الأطراف (Anputations):

يولد بعض الأطفال ولديهم بتر جزئي أو كلي في بعض الأطراف كالرجلين أو الذراعين أو اليدين أو القدمين، ويفقد أفراد آخرون طرفاً أو أكثر جزئياً أو كلياً في مراحل لاحقة بسبب تعرضهم للحوادث أو الأمراض الخطيرة بعبارة أخرى إن البتر نوعان وولادي ومكتسب وتصنف حالات البتر طبياً لأنواع مختلفة تبعا لموقع البتر ومداه.

ومن الواضح أن العلاج الوحيد لحالات البتر هو استخدام الأطراف الاصطناعية (prothesis) ويجب أن يتعلم الشخص كيف يرتدي هذه الأطراف وكيف يعتني بها وبإمكان المعالجين الطبيعيين والوظيفيين والمعلمين أيضاً المساعدة في هذا الخصوص ولا يمكن التعويض إلا بالأطراف الاصطناعية عن البتر في الأطراف العليا.

ومن النواحي النفسية والتربوية فإن الأداء العقلي العام للأفراد الذين لديهم بتر ودلاي أو مكتسب لا يختلف عن أداء الأفراد الآخرين ولكن البتر قد يؤثر على التوافق النفسي للفرد وعليه ينبغي توفير الظروف المناسبة للاعتماد على النفس والثقة بالذات².

2- مرض لج بيرثر (lagg perthes disease):

¹مصطفى نوري القمش وخلييل عبد الرحمن المعاينة ، المرجع السابق، ص ص92،93.

² جمال الخطيب: مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان، الأردن، 2013، ص ص

مرض يتلف فيه مركز النمو في عظمة الفخذ، ولا يزال سبب هذا المرض غير معروف بالرغم من أن البعض يعزوه للإصابات والعوامل الوراثية ومن خصائص هذا المرض أنه يصيب الأطفال بين الرابعة والثامنة من العمر وأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث وإذا لم يعالج هذا المرض مبكراً فإنه يمنع وصول الدم إلى رأس عظمة الفخذ مما قد يؤدي إلى إعاقة جسمية مزمنة.

ويهدف العلاج إلى حماية مفصل الحوض أثناء عملية مساعدة العظم على استعادته وظيفته وذلك يستغرق من 2-3 سنوات وفي الوقت الحالي لم يعد الأطباء بحاجة إلى أن يرغموا الطفل على البقاء في السرير واستخدام منشآت خاصة، فتلك طريقة مزعجة حيث يبقى الطفل في السرير مدة 6-8 شهور ولا يسمح له بمغادرته إلا بعد أن تبين الأشعة السينية أن العظمة استعادت عافيتها¹.

3- الحثل العضلي (Muscular Dystrophy):

الحثل العضلي هو اضطراب جيني يحدث فيه تدهور شديد و مضطرب في العضلات الهيكلية في الجسم وهذا الاضطراب يحمل على الركوموسوم الجنسي وذلك يعني أنه ينتقل من الأم لأولادها الذكور، وقد تصاب الإناث أحيانا بهذا المرض وفي هذه الحالة يعتقد أن طفرة وراثية تحدث إلا أن أعراض المرض لا تتضح إلا بين الثانية والسادسة من العمر ومن أهم أعراضه الافتقار إلى المهارة الحركية والمشي على رؤوس الأصابع كذلك من أهم علاماته علامة، " جاور" والتي تتمثل في الصعوبة في النهوض عن الأرض مما يدفع بالطفل إلى دعم رجليه بيديه للنهوض.

4- هشاشة العظام (Osteogenesis imperfecta):

يتصف هذا المرض بعدم اكتمال نمو العظام بشكل طبيعي مما يؤدي إلى قصرها وعدم اكتمال وجهها الطبيعي إضافة إلى أنها تصبح هشّة ولينة مما يجعلها قابلة للكسر جراء أية إصابة حتى لو كانت بسيطة وحين حصول الكسر أو أي إصابة للأطراف فإنه يصعب جدا التحامهم وعودتها إلى حالتها السابقة، وقد تؤدي الإصابة إلى الإعاقات السمعية بسبب إصابة عظام الأذن الداخلية بالنسبة للقدرات العقلية المصابين بهذه الحالة فإنهم يتمتعون بقدرات عقلية عادية².

¹ جمال الخطيب: المرجع السابق، ص 123.

² مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة ، مرجع سبق ذكره ، ص 156 .

5- قياس وتشخيص الإعاقة الحركية:

لقد أشارت بيجي عام 1986 إلى ضرورة تقييم الجوانب الآتية للأفراد المعاقين حركيا:

- المهارات الأكاديمية الأساسية.

- التحصيل الأكاديمي.

- المهارات الإدراكية.

- التطور المعرفي.

- التطور اللغوي ومهارات الاتصال.

- المهارات الشخصية والاجتماعية.

- السلوك التكيفي الجسدي.

- الاهتمامات والقدرات.

- المهارات الوظيفية.

أما مسؤولية التعرف على الأطفال المعاقين جسميا فتقع على كاهل فريق من الأطباء المتخصصين وذلك من خلال إجرائهم الفحوصات الطبية اللازمة والتي تشمل:

أ- دراسة العوامل الوراثية.

ب- دراسة مظاهر النمو الحركي.

ثم بعد ذلك تقديم العلاج المناسب.

ومما يجدر إشارته بأن الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية قد يعانون من التوتر والإحباط مما يمنعهم أثناء التشخيص من إظهار مهاراتهم على أحسن وجه وهذا ما يجب على الفاحصين أخذه بعين الاعتبار¹.

6- البرامج والبدايل التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الحركية:

بالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعاقين حركيا وذلك تبعاً لنوع الإعاقة ودرجتها إلا أنه يمكن أن نميز البرامج التربوية التالية:

أ- مراكز الإقامة الكاملة: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي اضطرابات العمود الفقري ووهن العضلات والتصلب المتعدد وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم فيها الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية وتقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

ب- مراكز التربية الخاصة النهارية: وتناسب هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي وخاصة المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإعاقة كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

ج- برامج الدمج الأكاديمي: وتناسب هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع أو السكري أو التهاب المفاصل وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية²، حيث ساهم التطور في الهندسة الحيوية والتي سمحت للعديد من هؤلاء الأفراد بحرية التنقل والحركة الوظيفية وأيضاً إزالة المعوقات البيئية والعمرائية وحل مشكلات التنقل³.

¹ خليل عبد الرحمن المعاينة: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 162.

² خليل عبد الرحمن المعاينة: المرجع السابق، ص ص 163-164.

³ فتحي جروان وآخرون: الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 161.

* برامج التأهيل للأفراد المعاقين حركيا:

يندرج ضمن بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعاقين حركيا ما يطلق عليه برامج التأهيل rehabilitation programs ويقصد بها تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعرف على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية وتتضمن برامج التأهيل البرامج الآتية:

- 1- **التأهيل الطبي:** أي تأهيل المعاقين حركيا من الناحية الجسمية وذلك من خلال تزويدهم بالأطراف الصناعية المناسبة أو استخدام العلاج الطبيعي.
- 2- **التأهيل المهني:** ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسميا من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.
- 3- **التأهيل الاجتماعي:** وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي¹.

8- مشكلات المعوقين حركيا

1- المشكلات الاقتصادية:

- تحمل الكثير من نفقات العلاج.
- انقطاع الدخل وانخفاضه إذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة.
- قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج.

2- المشكلات الاجتماعية:

ويقصد بها المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي أو ما يمكن تسميته بمشكلات التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد ومنها:

¹ خليل عبد الرحمن المعاينة: مرجع سبق ذكره، ص 164.

أ- **المشكلات الأسرية:** وقد تتبع هذه المشكلات أساسا من اتجاهات الوالدين والأخوة نحو المعوق، وقد تعتبر الأسرة المعوق مشكلة دائمة طويلة الحياة، وقد تعتبر عرضا مرضيا لأسرة مريضة لذلك قد تكون الاتجاهات التي تحملها الأسرة نحو المعوق سلبية، مما يضاعف مشكلة المعوق ويزيد الطين بلة.

ب- **المشكلات الترويحية:** حيث تؤثر العاهة في قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ لأنها تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.

ج- **مشكلات الصداقة:** إن عدم الشعور بالمساواة مع زملائه وأصدقائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم، يؤدي إلى استجابات سلبية لينكمش المعوق على نفسه وينسحب منه هذه الصداقة.

د- **مشكلات مهنية:** قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعملية أو تغيير دوره ليتناسب مع وضعه الجديد فضلا عن المشكلات التي ترتبت عن الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه.

3- المشكلات التعليمية:

أ- عدم توفير مدارس خاصة كافية للمعوقين.

ب- الآثار النفسية لإعاقة الطفل المعوق بالمدارس العادية.

ج- شعور الرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية المعوق وانعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون انسحابيا أو عدوانيا كعملية تعويضية.

د- بعض حالات الإعاقة كالمعقدين تتطلب اعتبارات خاصة لضمان سلامتهم خلال تواجدهم بالمدرسة.

4- المشكلات النفسية:

أ- الشعور الزائد بالنقص، مما يعوق تكيفه الاجتماعي.

ب- الشعور بالعجز مما يولد لمخاوف وهمية مبالغ فيها الإحساس بالضعف.

ج- عدم الاتزان الانفعالي مما يولد مخاوف وهمية مبالغ فيها.

د- سيادة مظاهر السلوك الدفاعي وأبرزها الإنكار التعويضي الإسقاط والأفعال العكسية والتبرير.

5- المشكلات الصحية:

- أ- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض مشاكل الإعاقة.
- ب- طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وتكاليف هذا العلاج.
- ج- عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين بالمستشفيات.
- د- عدم توفير المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي¹.

9- التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات الحركية:

أ- تعريف التدخل المبكر:

لقد تعددت التعريفات التي تناولت مصطلح التدخل المبكر (Early Intervention) ويمكن تعريفه أنه عبارة عن مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة. كما ان العمل على التعرف مبكرا على التأخر والاضطرابات والإعاقات الموجودة عند الطفل ما أمكن من تقديم البرامج التربوية الفاعلة له.²

ب- دور الأسرة في الوقاية المبكرة:

على المستوى الأول:

* قبل الولادة:

- أ- إجراء الأم للفحوصات اللازمة التي تكفل سلامة الجنين أثناء فترة الحمل والتأكد من خلو الأم من الأمراض المسببة للإعاقة.
- ب- الاهتمام بالجانب الصحي والنفسي للأم قدر الإمكان.

¹ حسين عمر منسي: التربية الخاصة، ط1، دار مكتبة الكندي للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص ص 82-83.

² خولة أحمد يحي: البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ط8، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص

ج- الابتعاد عن جميع عوامل الخطر البيئية (سوء التغذية الأشعة السينية، الأدوية والعقاقير...).

على المستوى الثاني:

* بعد الولادة وأثناء النمو:

أ- الكشف المبكر والحرص على تخطي أزماتها بهدف تقديم العلاج الفوري المناسب لحالة الطفل (طبي، جراحي، غذائي...).

ب- الاستفادة من برامج التوجيه والتدريب والإرشاد ليصبحوا مشاركين فاعلين في تنمية وتطوير وتدريب وتعليم طفلهم.

ج- إحالة الطفل إلى المكان المناسب، والعمل على توفير برامج التدخل المبكر المناسبة لحالة الطفل وبأسرع وأكثف قدر ممكن.

د- إلحاق الطفل بمراكز ومؤسسات التربية الخاصة للاستفادة من البرامج التربوية والنفسية والصحية العلاجية لاستعادة واستغلال ما يمكنه من قدرات.¹

3- أهداف التدخل المبكر:

من أهم أهداف التدخل المبكر:

أ- التقليل من الآثار السلبية لحالات الإعاقة على نمو الطفل والمنع قدر الإمكان من حالات تدهور الحالة.

ب- مساعدة الطفل بقدر الإمكان على التكيف مع البيئة.

ج- التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة

د- إحداث تغيرات جوهرية في شتى المجالات الجسمية والإدراكية واللغة والكلام وتوفير علاج طبي وطبيعي.

ز- التقليل من جهد العائلة من خلال تدريبها وإرشادها إلى الطريق الصحيح.

¹ خولة أحمد يحي: المرجع السابق، ص ص 375-376.

هـ- إعطاء المعوقين وكل من يحتاج إلى التدخل المبكر حقه في المجتمع كأى فرد عادي.

4- فريق التدخل المبكر:

إن أهم عناصر نجاح برامج التدخل المبكر هو العمل الفريقي حيث يشمل فريق التدخل المبكر:

- اختصاصي النسائية والتوليد.
- الممرضات.
- اختصاصي القياس السمعي.
- الاختصاصي الاجتماعي.
- اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة.
- معلمة ومعلمو التربية العادية.
- المرشدين.
- اختصاصي طب الأطفال.
- طبيب العيون.
- اختصاصي علم النفس.
- اختصاصي العلاج الطبيعي.
- اختصاصي العلاج الوظيفي.¹
- معلمات ومعلمو التربية الخاصة.
- أولياء الأمور.

5- أهم عناصر برامج التدخل المبكر للمعاقين حركيا:

- أ- المهارات أو العمليات الأساسية مثل الانتباه والإدراك، اللغة، التذكر و المهارات الحسية والحركية.
- ب- المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، والمهارات الحياتية اليومية والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية.

¹خولة أحمد يحي: المرجع السابق، ص 378.

ج- المهارات الحركية الكبيرة: المشي، الزحف، التسلق، القفر، والرمي تساعد الطفل في تطوير الأنشطة الآلية الجسمية.

د- المهارات الحركية الدقيقة: مثال على ذلك حركة الأصابع.

ز- مهارات الاتصال واللغة، وتضمن القدرة على الاستماع والكلام.

هـ- المهارات الاجتماعية: تتضمن تعلم التفاعلات وتكوين العلاقات مع الآخرين.

10- احتياجات الأطفال المعاقين حركيا:

أ- قد يعاني بعض الأطفال من اضطرابات في الإدراك البصري أو الإدراك السمعي ومن ثم يحتاجون إلى:

- الجلوس في المقدمة بالقرب من المعلم، من استخدام أجهزة للعرض على المكتب بدلا من السبورة.

- استخدام وسال تعليمية معينة.

ب- ربما يستعين الطفل بأجهزة تعويضية أو أجهزة مساعدة وبالتالي يجب أن يكون بوسع المعلم ملاحظة هذه الأجهزة ومعرفة مدى ملاءمتها للطفل أو إبلاغ المختصين عند اللزوم.

ج- قد يحتاج الطفل لأجهزة معينة تساعده في دورة المياه أو الطعام أو الحركة.

د- جميع الأطفال لديهم الحاجة إلى الاستطلاع والكشف، والتعرض للخطأ والتعلم، وربما يفنقر بعض الأطفال المعاقين حركيا هذه الحاجات ومن ثم يتعين على المسؤولين عنهم إمدادهم بها.

ز- قد يحتاج بعض الأطفال الأجهزة معينة في التواصل لمساعدتهم على الحركة أو التنقل أو الفهم.

هـ- تحل الحاجة الاجتماعية أهمية خاصة لدى المعاقين حركيا حيث يحتاجون إلى التقبل من قبل الآخرين مما يشعرهم بالارتياح لاستخدام الأجهزة المساعدة أو الأجزاء التعويضية، وبوصول الطفل إلى سن المراهقة يحتاج إلى التفاعل الإيجابي مع الأقران... لذلك يجب أن يعمل المعلم على بث الاتجاهات الإيجابية نحوهم كما يجب أن يظهر الحماية اتجاههم.

و- يحتاج هؤلاء إلى تعديلات معنية في نظم الاختبارات مثل زيادة الوقت المخصص للاختبار وتعديل أسلوب الاختبار بما يتناسب مع إعاقة الطفل كأن يكون شفهيًا مثلًا لمن لا يستطيع الكتابة¹.

ثانياً: الإعاقة الذهنية:

1- مفهوم الإعاقة الذهنية:

مر تعريف الإعاقة الذهنية بتطورات كثيرة، في أربعينات وخمسينات القرن العشرين السابق، حيث كان ينظر إليها على أنها مشكلة طبية بالدرجة الأولى، ثم بدأ الاهتمام بها على أنها مشكلة اجتماعية، وتطور الاهتمام بها على أنها مشكلة تربوية، وتعتبر الإعاقة الذهنية مشكلة متعددة الأبعاد، ومن ثم تعددت وتنوعت التعريفات حول مفهومها، وانتشرت التعريفات الطبية والاجتماعية والتربوية².

التعريف الطبي (medical mental retardation):

يعد التعريف الطبي من أقدم التعريفات لحالة الإعاقة الذهنية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل الذين اهتموا بتعريف وتشخيص الإعاقة الذهنية، حيث ركزوا على أسبابها، ففي عام 1900م، ركز إيرلاند (ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل وبعد الولادة، وفي عام 1908 ركز تيزيد جولد (tred gold) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أم بعد الولادة².

ويعتبر تعريف جيرفسا (jervis) نموذجاً للتعريف الطبي حيث ينص على أن الإعاقة الذهنية حالة توقف، أو عدم اكتمال نمو الدماغ الناتج عن مرض أو إصابة قبل المراهقة أو بسبب عوامل جينية³.

التعريف الاجتماعي (social definition):

¹ هالة إبراهيم الجرواني ورحاب محمود صديق: الإعاقات الحركية (التأهيل)، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2012، ص ص 110-111.

² بدر إسماعيل: مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار الزهراء للطباعة، والنشر والتوزيع، الرياض، 2010، ص 103.

² فاروق الروسان: مرجع سبق ذكره، ص 104.

³ القرويني وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص 104.

ظهر هذا التعريف نتيجة الانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة الذهنية، وخاصة مقياس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر في قدرتها على قياس قدرت الفرد الذهنية، حيث ركزت علامة الاجتماع ميرسر (mercer) على الإطار الاجتماعي للفرد، وهو الذي يحدد فيما إذا كان معاقا ذهنيا أم لا، وتؤكد أيضا ميرسر، على أن الشخص الضعيف ذهنيا قادر على الكسب، وتحقيق مستوى من الحياة ينسجم مع ما هو متوقع في فئته الاجتماعية، إضافة إلا أنه يتمتع بسلوك مقبول، فمن غير الممكن أن نصفه بأنه معاقا ذهنيا، وتتفق ميرسر إلى حد ما مع تيريد جول وسودي (terdgold-soddy)، حيث تريان أن الإعاقة الذهنية عبارة عن حالة العجز في النمو الذهني بدرجة لا تسمح للفرد بمواءمة نفسه مع البيئة العادية لأقرانه بشكل يتيح له العيش مستقلا دون الحاجة لمساعدة الآخرين وإشرافهم¹.

ويعرف "دول" الإعاقة الذهنية فيقول: 'أن الفرد المعاق ذهنيا إنما هو الشخص الذي تتوافر فيه الشروط التالية:

- عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي، بالإضافة إلى عدم الكفاءة المهنية، وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.
- إنه دون مستوى الفرد العادي من الناحية الذهنية.
- أن إعاقته الذهنية تعود إلى عوامل تكوينية، إما وراثية، أو نتيجة مرض ما.
- أنه سيكون معاق ذهنيا عند بلوغ مرحلة النضج.
- أن إعاقته الذهنية تكون من لحظة الولادة، أو في مرحلة مبكرة من عمره، وبهذا نجد "دول" يضع حدودا واضحة وشاملة للإعاقة الذهنية في إطار الشروط الخمسة حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها إعاقة ذهنية².

التعريف التربوي (educational definition):

¹ الريحاني سليمان: التخلق العقلي، ط1، مطابع الدستور التجارية للنشر والتوزيع، الأردن، 1985، ص 204.

² الإمام محمد صالح والجوادة، فؤاد عبيد: الإعاقات التطورية والفكرية تطبيقات تربوية من منظور نظرية الدخل، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ص ص 79-81.

يركز هذا التعريف على عدم، القدرة على التعلم في مستوى العاديين، وعلى أساس مدى القدرة في الاستعداد والإنجاز التحصيلي لدى الأطفال، حيث يعرف الطفل المعاق بأنه الطفل الذي يعاني من تخلف دراسي وبطيء التعلم فهو لا يستطيع أن يستفيد إلى درجة كبيرة من برامج المدارس العادية بسبب قصور في القدرة الذهنية، أما بعض التربويين فقد أشاروا إلى أن الإعاقة الذهنية تنتج عن عدم ملائمة البيئة التعليمية وعدم قدرتها على الاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد بشكل مناسب ولعل أكثر التعريفات قبولا وانتشارا هو التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية (1992)، حيث يتميز تعريف هذه الجمعية للإعاقة الذهنية عن غيره بأنه يتضمن ثلاثة محكات أساسية يجب توفرها قبل الحكم على فردا بأنه متخلف ذهنيا، وهذه المحكات هي:

1- انخفاض دال في الوظائف الذهنية: ويقصد بذلك هو وجود مقدار انحرافين معيارين عن المتوسط (مقياس وكسالر تكون درجة الذكاء أقل من (70)، أما على مقياس ستانفورد بنية تكون درجة الذكاء أقل من (68).

2- قصور في السلوك التكيفي: ويشير هذا المفهوم إلى درجة كفاية الفرد على الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل عمره، فنته الاجتماعية، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية.

3- ظهور انخفاض في الوظائف الذهنية والقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشر، وعليه فإن احتمالات القصور في الوظائف الذهنية، والتي قد يصاحبها عجز في السلوك التكيفي، والتي قد تحدث في مراحل عصرية لاحقة نتيجة عوامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالاتها إعاقة عقلية¹.

2- المراحل التي مرت بها الإعاقة الذهنية:

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

¹ القمش مصطفى، المعاينة خليل : مرجع سبق ذكره ، ص 106.

² القرويني وآخرون: مرجع سابق ذكره، ص 106.

* **مرحلة الإبادة: stage of genocide:** 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 أرستقراطية العقل فقد ناده أفلاطون بضرورة إخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا، وكذلك فعلات إسبارطة والإمبراطورية الرومانية ذلك الأمر.

* **مرحلة الإهمال: stage of neglect** في هذه المرحلة فقت حدة سلبية ردود الفعل إزاء المعوقين ذهنيا، 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 الرعاية الأساسية: primay 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 والمعوقين ذهنيا، وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء، كما شهدت هذه المرحلة وجود دور إيواء للمعوقين ذهنيا في أقبية الكنائس والمارستانات، وكان الاعتقاد السائد بعد إمكانية تعليم المعوقين ذهنيا حيث كانوا يودعون السجن بجانب المجرمين، للظن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع، وفي أحيان كثيرة يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى الذهنيين.

مرحلة التربية والتأهيل: (education and rehabilitation):

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 (itard) البداية الحقيقية لهذه المرحلة، حيث كان طبيبا لامعا يعمل في مركز الصم وفي عام 1798 وجد ثلاثة صيادين طفلا متوحشا في إحدى الغابات وسطي هذا الطفل باسم افيرون 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 ويعلامه ويجعله ينطق ويكتب ويقرأ بعض الكلمات إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء وقام سيجان (segain) وهو أحد تلاميذ إيتارد (1837) بافتتاح أول مؤسسة لرعاية المعوقين 1854 أول مؤسسة لرعاية المعوقين ذهنيا.

وبدأت برنامجا لتدريس المعلمين للعمل في هذا المجال حيث طورت نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعوقين وغير المعوقين، وتقوم على استثارة وتدريب الحواس¹.

3- خصائص الإعاقة الذهنية

أ- 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 ذهنيا غير قادر على مسايرة بقية الطلبة العاديين في ناسف 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 المعاقين ذهنيا وبين درجة التخلف الأكاديمي، إذا من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأطفال المعاقين ذهنيا النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الاطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني ، كما تشير الدراسات في هذا الصدد الى نقص الواضح في قدرة هؤلاء على التعلم².

ب- الخصائص العقلية (mental characteristic):

يعد التأخر في النمو العقلي و انخفاض نسبة الذكاء من أهم صفات الأطفال المعوقين عقليا من قصور واضح في فهم الرموز المعنوية والقدرة على التخيل، حيث يكون الطفل عاجزا عن تكوين روابط وعلاقات حيث لا يكون قادرا على تركيز الانتباه رغم وجود المثيرات الحسية اللازمة لجذب الانتباه لأن المعنويات لديه لا محل لها في تفكيره وليست لديه القدرة على التعميم ويعتبر أيضا الكلام من الأمور المعقدة لديه ويكون الطفل المعاق سهل الانقياد، وعديم الإرادة وتكمن الخصائص العقلية في النقاط الآتية³.

أ- **التذكر: memory** بعد ضعف الذاكرة والنسيان من أهم الخصائص العقلية المعاقين بخاصة الذاكرة قريبة المدى وقد يرجع ذلك إلى ضعف درجة الإنتباه للمثيرات والمقدرة على تتبعها واستقبالها ومن ثم تخزينها أو استرجاعها بالإضافة إلى محدودية القدرة على الملاحظة.

¹ القمش والمعايطة: مرجع سبق ذكره، ص ص 106-107.

² قاسم أنس محمد : مقدمة في سيكولوجية اللغة، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، مصر، 2000، ص 94.

³ محمد محمود مندوه وآخرون: مقدمة في التربية الخاصة في مكتبة الرشد بلغة، التوزيع المملكة العربية السعودية، 2010، ص98

ب- قصور الانتباه والإدراك : يتصف للأطفال المعاقين عقليا بأنهم قابلون للتشتت وضعافي القدرة على التركيز والانتباه لفترات طويلة حيث تزداد هذه الصفة بازدياد درجة شدة الإعاقة مما يعكس على قدراتهم التعليمية وصعوبة تحديهم المثيرات والأبعاد المرتبطة بالمهمة المطلوب منهم تعلمها يرتبط القصور في الانتباه والتركيز عند الأطفال المعاقين عقليا بقصور آخر في عمليات الإدراك والتمييز بين الخصائص المميزة للأشياء كالأشكال والألوان والأحجام، والأوزان حيث تتأثر عمليات الإدراك والتمييز بدرجة الإعاقة العقلية وبمستوى أداء الحواس المختلفة.

ج- التفكير: **thinking** يرتبط التفكير لدى الأفراد المعاقين عقليا إلى حد كبير بدرجة قدرة الفرد على الانتباه والذاكرة حيث يتأثر التفكير بحصيلة هؤلاء الغوية وقصورهم في اكتساب وتكوين المفاهيم العقلية، وتدني قدراتهم على التفكير المجرد ويمتاز الأفراد المعاقين عقليا بأن تفكيرهم يعتمد على الإدراكات الحسية أكثر من اعتمادهم على الأفكار المجردة كما أنهم يتعاملون مع المفاهيم العيانية بشكل أفضل من تعاملهم مع المفاهيم المجردة والتوجهات اللفظية، حيث تكشف الدراسات أنه من الممكن تنمية تفكير الأفراد المعوقين عقليا للتعلم من خلال التدريب على بعض العمليات العيانية في إطار نظرية بياجيه كالتصنيف والسلسلة مما ينعكس إيجابا على تحسين القدرة العقلية العامة والتحصيل المدرسي¹.

د- خصائص السلوكية والانفعالية (behavioral and emotional characteristic):

في كثير من الأحيان يتصف الأطفال المعاقين عقليا بسلوكيات تختلف من طفل إلى آخر، حيث يمل الطفل المعاق عقليا إلى الانسحاب و الانزواء والبعد عن الأنشطة الجماعية وبعضهم يتميز بسلوك عدواني تجاه الآخرين².

وبشير الخطيب إلى أن المعاقين عقليا يتصفون بعدة مظاهر سلوكية غير تكيفية ومن أهمها:

- العنف والتخريب.
- الانسحاب
- السلوك النمطي
- العادات الشخصية السيئة

¹ محمد محمود مندوه وآخرون : المرجع السابق، ص99

² زياد كامل اللالا وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص 126.

- إيذاء الذات
- النشاط الزائد.
- العادات الكلامية غير المقبولة.
- التمرد¹

أما " بدر " فيذكر أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أشخاص فاشلون وقل من غيرهم وانهم لا قيمة لهم ويرجع ذلك إلى شعورهم بعدم الأمن وتعرضهم لمواقف كثيرة من الإحباط مما يجعلهم يشعرون بالدونية وانخفاض تقدير الذات أما بالنسبة لمشكلات التواصل مع الآخرين فقد لوحظ غياب الاهتمام بالمظهر العام والميل إلى المبالغة في عناق الآخرين وصعوبة الاهتمام بالمظهر العام والميل إلى المبالغة في عناق الآخرين وصعوبة التمييز بين تحية الولد وتحية البنت كل هذه المشاكل ترجع إلى الجهل بالمعلومات الخاصة بالنمو الجنسي لدى الأطفال المعاقين عقليا².

هـ - الخصائص الجسمية والحركية (physical and motor characteristic):

من الخصائص النهائية الحركية المتخلفين ذهنيا، خلص " فالن وأمانسكي " (1985) إلى ما يلي:

- هناك علاقة قوية بين العمر الزمني والأداء الحركي، فمع تقييم العمر يصبح المتخلف ذهنيا أكثر مهارة حركيا حيث ان هناك علاقة قوية بين شدة التخلف الذهني وشدة الضعف الحركي.

إن تسلسل النمو الحركي لدى المتخلفين ذهنيا يشبه التسلسل النهائي لدى غير المتخلفين ذهنيا، ومن المشكلات الرئيسية التي يعاني منها الأطفال المتخلفين ذهنيا المشكلات المتصلة بالمجاري البولية وبخاصة منها السلس البولي وكذلك يواجهون صعوبة كبيرة في التحكم بحركة اللسان ويظهرون أنماط تنافسية شاذة مما قد يجعلهم عرضة للالتهابات مجرى التنفس وكذلك اضطرابات عصبية بخاصة الصرع فحوالي 10% يعانون من الصرع ولدى الذكور أكثر منها لدى الإناث وأشارت أن بلوغهم الجنسي مبكر³.

¹ جمال الخطيب: المظاهر السلوكية غير الكيفية لدى الأطفال المعاقين عقليا الملتحقين بمدارس التربية الخاصة (دراسة مسيحية)، مجلة دراسات العلوم الإنسانية، الأردن، مجلد الخامس عشر، العدد الثامن، ص 163-186.

² بدر إسماعيل، مرجع سبق ذكره، ص86

³ رينشيتين س ي، ترجمة بدر الدين عامود: علم النفس الطفل المتخلف عقليا، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1989، ص 260.

و- الخصائص اللغوية (linguistic characteristic):

إن المعاقين ذهنياً يعانون في قسور واضح في استخدام اللغة والكلام فهم لا يستطيعون استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى، وأن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المعاقين ذهنياً هو تأخر نمو اللغة حيث يكون لديهم إخراج الأصوات ونطق الكلام واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر وبمستوى أقل نضج مقارنة مع أقرانهم العاديين.

ويضيف كوهمان " أن درجة شيعو شدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين ذهنياً ترتبط بدرجة الإعاقة الذهنية، فالمعوقون ذهنياً بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق إلا أنهم يطورون قدرة الكلام لديهم، أما المعوقون ذهنياً بدرجة متوسطة فهم في الغالب يواجهون صعوبة في الكلام ولغتهم تتصف بالانمطية، أما بالنسبة للأطفال شديدي الإعاقة الذهنية فتلاحظ نسبة كبيرة منهم عاجزين عن النطق حيث أن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات لا تكون مفهومة.¹

ي- الخصائص الاجتماعية (social characteristic):

يعاني الأطفال المعاقين عقلياً نقصاً في الجوانب الاجتماعية من حيث القدرة على التعامل مع الآخرين وعدم تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم العاديين وعد الالتزام باللوائح والتعليمات داخل المدرسة وأن سلوكياتهم تتصف بالسلبية والتخريب في الممتلكات والوقاحة في التعامل مع الآخرين وكثرة السلوكيات غير المرغوبة داخل الصفوف.²

ن- الخصائص الحسية (sensory characteristic):

ونقصد بالخصائص الحسية الصفات التي تمتاز بها حواس حراس الطفل المعوق وكيفية القدرة على تأديتها لهذه الوظائف حيث يكون الأطفال المعوقين عقلياً يعانون من مشكلات حسية مقارنة مع أقرانهم العاديين وفيما يلي مختصر لأهم المشكلات الحسية التي يعاني منها ذوو والإعاقة الذهنية.³

¹ كوافحة تيسير عبد العزيز: مقدمة في التربية الخاصة، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع الأردن، 2011، ص125.

² زياد كامل اللا لا وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص 128.

³ بدر إسماعيل: مرجع سبق ذكره، ص125

- القصور السمعي: يمتاز الأطفال المعاقين ذهنياً بأنهم يعانون من بعض القصور السمعي حيث تؤكد الدراسات البحثية التي يجريها الباحثون بأن نسبة فقدان السمع لديهم تكون ما بين (3.4) أضعاف الفقدان لدى أقرانهم العاديين.

- القصور البصري: تشير الدراسات البحثية في مجال التربية الخاصة بأن نسبة إصابة القرينة لدى الأقران المعاقين ذهنياً أكثر منها لدى الأفراد العاديين كما وتنتشر لديهم حالات عمى الألوان وقصر النظر وطول النظر والحول وخصوصاً بين أطفال متلازمة داون، وتشير الدراسات أيضاً إلى أن أسباب هذا القصور في البصر يكون بسبب الإصابة بالحصبة الألمانية والزهري وحالت التسمم عدا عن إصابات الرأس التي تحدث أثناء الولادة نتيجة الولادة غير الطبيعية.

- القصور اللمسي: بنت الدراسات التي فحصت القدرة على التمييز خلال حاسة اللمس لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أنهم يقعون في أخطاء التمييز الحسي باللمس أكثر من أقرانهم العاديين وإن معدل هذه الأخطاء يرتفع كلما انخفض معامل ذكائهم¹.

4-أسباب الإعاقة الذهنية:

أ- عوامل ما قبل الولادة: هي مجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين ونسبة إعاقته الذهنية، ويمكن اعتبارها عوامل وراثية إلا أن وراثة الإعاقة الذهنية هذه قد تحدث مباشرة عن طريق المؤثرات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية كما قد تؤدي التغيرات المرضية التلقائية التي تطرأ على الجينات التي تحملها الكروموزومات إلى الإعاقة الذهنية أيضاً وذلك أثناء انقسان 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.

¹ البيلوي وآخرون: مناهج واستراتيجيات تدريس نووي للاحتياجات الخاصة، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2011، ص258.

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

- العوامل الجينية المباشرة.

- العوامل الجينية الغير المباشرة.

- **العوامل الجينية المباشرة:** 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.

استطاع " لجوين " ورفاقه في سنة 1959 أن يكتشفوا أنه في حالة الإعاقة الذهنية التي أطلقوا عليها اسم المنقولية يكون لدى الفرد كروموزم زائد وأن هذا.

الكروموزوم ملتصق مع زوج الكروموزومات رقم 21 بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثي لا ثنائي، وهناك حالات أخرى تنسب نوع آخر من المنقولية، لا يكون فيها كروموزوم زائد بل يكون لدى الفرد فيها 46 كروموزوم انقسم إحداها، أو التصق ذلك الجزء بكروموزوم آخر¹.

- **العوامل الجينية غير المباشرة:** تشمل هذه العوامل حالات الإعاقة الذهنية التي يرث فيها الجنين صفات مختلفة عن الصفات التي ذكرت في العوامل الجينية المباشرة، من حيث ان الإعاقة الذهنية لا تورث مباشرة، وأما ما يورث هنا فهو نوع من المرض أو الخلل أو الاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من أحد والديه أو كليهما وتسبب تلف الدماغ الطفل وتصيب جهازه العصبي وتعيقه وتؤدي إلى تخلفه الذهني.

تشمل هذه الفئة من العوامل ما يلي:

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

¹ الإمام محمد صالح والجمالية: مرجع سبق ذكره، ص ص 104-105.

- 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 يؤدي إلى الإعاقة الذهنية¹.

- مشكلات سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل: مما يسهم في حدوث تلف في دماغ الجنين حتى ولو لم يصب (pku) ولكن يتأثر فيه وهذا ما يسمى ب (matemel pku) حيث ان 90% من اطفال الامهات 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، 23% من إعاقة ذهنية متوسطة و 13% تعاني من إعاقة ذهنية خفيفة.

- تعرض الأم الحامل لحوادث مفاجئة.

- نقص هرمون الغدة الدرقية لكل من الأمهات الحوامل والأجنة.

- إصابة الجنين نفسه ببعض الأمراض النادرة التي يكثر انتشارها بين بعض الشعوب والأجناس دون الأخرى مثل: التهاب السحايا، والأمراض الناجمة عن زوال المادة النخاعية².

* **العوامل غير الجينية:** وهي العوامل البيئية التي تؤثر في الجينية منذ لحظة الإخصاب، وحتى نهاية مرحلة الحمل و أهمها;

- تعرض الأم للإصابة بالتقزم البلازمي (داء المقوسات) (toscoplasmosis) خلال الحمل، وهو إصابة الأم بميكروب طفيلي عن طريق اللحم النيء والخضار الملوثة بروت القطط، مما يسهم في تلف الجهاز العصبي المركزي للجنين، ومن ثم الإصابة بالإعاقة الذهنية أو العمى أو التشنجات أو الوفاة.

- تعرض الأم الحامل للأشعة السينية والإشعاعات خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل مما يؤدي على العديد من الإعاقات ومنها الإعاقة الذهنية تعمل على انقسام الخلايا بطريقة غير عادية فيحدث تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين.

¹ الخطيب جمال محمد سعيد: الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص ص 54-56.

² وادي أحمد: الإعاقة العقلية أسباب، تشخيص، تأهيلات، ط1، درا أسامة للطباعة والنشر والتوزيع، 2009، ص 100-101.

- تعاطي العقاقير والأدوية في أثناء الحمل مثل بعض المضادات الحيوية أو بعض أدوية الصرع واستخدام الكوكايين قبل أو أثناء الحمل يؤدي إلى ظهور حالات إجهاض أو ولادة أطفال خداج، أو الإصابة بالإعاقة الذهنية أو تشوهات خلقية وتناول مادة التاليدوميد (thalidomide) في الأشهر الثلاثة الأولى وبخاصة الأسبوع الثاني من الحمل يؤدي إلى تشوهات في الجنين¹.

- سوء التغذية خلال الحمل من الأسباب المؤدية للإعاقة الذهنية، كما أن نقص البروتين في التغذية وبخاصة في أثناء الحمل والطفولة المبكرة تسهم في حدوث الإعاقة الذهنية².

- أسباب أثناء الولادة:

- تسقم الجنين (tosemia)، أو انفصال المشيمة المبكر (placental separation early) أو طول عملية الولادة أو عسرهما، أو زيادة هرمون (oxgtion) الذي ينشط عملية الولادة استخلص الباحثون إلى أن ظروف الحمل السيئة، والولادة العسرة لها علاقة كبيرة بانخفاض الذكاء لدى المواليد وتؤدي الولادة الطويلة والولادة الجافة والولادة التي بها دفع سريع إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الدماغ فيؤدي إلى إعاقة ذهنية عند الوليد³.

- النفاف الحبل السري حول رقبة الجنين يؤدي إلى نقص أو انقطاع الأوكسجين الواصل إلى دماغ الجنين ما يسهم في حدوث الإعاقة العقلية.

- الإصابات الجسمية (physical trauma) تحدث تلف أو جرحا في الدماغ الجنين أثناء عملية الولادة نتيجة وضع الجنين داخل الرحم، أو نتيجة استخدام الأدوات أثناء عمالية الولادة مثل (الملقط) تسهم في حدوث الإعاقة الذهنية الشديدة أو الشلل أو التشنجات أو الشلل المخي ومشكلات في الإدراك ونشاط حركي زائد⁴.

¹ الروسان فاروق: مرجع سبق ذكره، ص 115.

² فراج عثمان لبيب: الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة، والتنمية، مصر 2002، ص 216.

³ كمال إبراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر الجامعات، مصر، 1999، ص 117.

⁴ محمد محروس الشناوي: التخلف العقلي، دار غريب للطباعة النشر والتوزيع، مصر 1997، ص 11.

-أسباب بعد الولادة: وتشمل الحوادث والأمراض المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره شكل خاص وتسبب تلك في الجهاز العصبي أو بعض أجزائه ومن بين هذه الحوادث والأمراض ما يلي:

- إصابة الدماغ على إثر الحوادث والصدمات.
- نقص نشاط الغدة الدرقية أحد الأسباب الرئيسية للإعاقة الأطفال.
- تعرض الطفل لحوادث التسمم والاختناق على الدماغ.
- سوء التغذية له تأثير رئيسي في تطور الدماغ لدى الأطفال وينتج عنه إعاقة ذهنية دائمة¹.

5- تصنيفات الإعاقة الذهنية:

صنف العلماء ثلاثة أصناف من الإعاقة الذهنية فيما يلي:

أ- التصنيف حسب الأسباب:

تصنيف ستراس STRASS:

* إعاقة ذهنية داخلية: وهي حالات لا تظهر لها أي أسباب عضوية أو مكتسبة وإنما ترجع إلى أسباب وراثية تحدث قبل الولادة.

* إعاقة ذهنية خارجية: والتي ترجع إلى أسباب بيئية مكتسبة مثل الإصابات التي تؤدي إلى تلف المخ قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وهذه الحالات يصطحبها ضعف القدرة على الإدراك، والاضطرابات بين الجوانب الانفعالية، والنشاط الحركي الزائد، وصعوبة ضبط السلوك².

ب- تصنيف الجمعية الأمريكية aamr:

¹ قاسم أنس محمد: مرجع سبق ذكره، ص 91.

² عدنان ناصر الحازمي: الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، ط1، دار الفكر نشارون وموزعون، عمان، 2007، ص

- إعاقة هيئة مرتبطة بأمراض معدية، مثل الحصبة الألمانية خاصة إذا حدثت في الأشهر الأولى من الحمل، أو المرتبطة بأمراض الجسم بإصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم أثناء الحمل.
- إعاقة ذهنية ناتجة عن إصابات جسيمة كإصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها.
- إعاقة ذهنية مصاحبة لعيوب الكروموسومات مثل متلازمة دوان.
- إعاقة ذهنية مصاحبة لحالات أخرى أثناء الولادة مثل نقص النمو¹.

ج- التصنيف على أساس الذكاء:

- * الإعاقة الذهنية البسيطة: يتم تشخيص هذا النمط من الإعاقة الذهنية على أساس امتلاك نسبة ذكاء تبلغ أقل من (80 درجة)، وقع وجه التحديد بين (50-70) ويقع في هذا.
- * المدى غالبية المعاقين ذهنياً (100%) والباقي قادرون على استكمال تعليمهم المدرسي في الفصول الخاصة، والكبار منهم من يشغلون وظائف غير ما هر، وهم يستطيعون إطعام وإلباس أنفسهم ويستطيعون كذلك استقبال واستعمال اللغة المناسبة مع اتصال المفهوم، ويستطيعون ربط علاقات صداقة وتشكل هذه الفئة 10% من الأطفال المعاقين ذهنياً.

* الإعاقة الذهنية المتوسطة:

- إن المصابون بالإعاقة الذهنية المتوسطة تصل نسبة ذكائهم ما بين (50-60) درجة ويصلون إلى عمر عقلي قدره (8-10) سنوات، ولا يستطيعون الاستفادة من الفصول الدراسية العادية، ولكنهم يستطيعون الاستفادة من الفصول الخاصة بتعليم ضعاف العقول والمتخصصة لتعليم البطيء، ويستطيعون أيضاً أن يعملوا في بعض الأعمال البسيطة ولكن تحت إشراف دقيق ومباشر مثل الأعمال في الزرع والأعمال المنزلية والأعمال الروتينية في المصانع، وغالبا ما يحتاجون إلى من يرعاهم ويحميهم، ويقض لهم حاجاتهم وإذا تركوا لوحدهم قد يتعرضون للاستغلال والخطر².

¹ عبد الناصر دياب وآخرون، علم النفس الطفل غير العادي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 124.

² عبد الرحمن محمد العيسري: في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة للنشر والتوزيع، بيروت، 1992، ص ص 98-126.

* الإعاقة الذهنية الشديدة (saver mental retardation): تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (40 فما فوق)، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة الذهنية الشديدة، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما وتتميز هذه الفئة من الأفراد باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي¹.

د- التصنيف على أساس السلوك التكيفي:

إن المهارات التكيفية يحددها العمر والموقف، وهي تختلف بين الكبار والصغار، وتختلف من بيئة إلى أخرى، فتؤكد الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية أنه في مرحلة الطفولة تكون مهارات الحس الحركية والاتصالية، ومساعدة الذات، ومهارات التأقلم الاجتماعي، مهمة، أما في مرحلة الطفولة المتوسطة وبداية المراهقة فإن السلوك التكيفي يعتمد على قدرات تتضمن العمليات التعليمية، والمهارات الاجتماعية، أما في المراهقة والبلوغ فإنها تعتمد على المهارات المهنية والمسؤوليات الاجتماعية².

هـ- الإعاقة العقلية حسب القدرة على التعلم: (التصنيف التربوي)

ويستخدم هذا التصنيف ليسهل الجانب التدريس، والتعامل مع الطالب المعوق جسمياً حيث يتجه المهتمون في مجال التربية الخاصة إلى تقسيم فئات المعاقين ذهنياً حسب قابليتهم للتعلم، ومن أهم هذه التقسيمات تقسيم كيرك وهو:

* فئة بطيء التعلم (slow learners): وتبلغ نالسبة الذكاء من (75-90)

*فئة القابلين للتعلم (): وتبلغ نسبة الذكاء من (50-70) أو (55-79) درجة، ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية العادية، وأنه تبقى لديهم إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية إذا قدمت لهم فرص التربية الخاصة المناسبة.

* فئة القابلين للتدريب (trainable mentally retarded): وتبلغ نسبة الذكاء من (30-50) أو (35-55)، وهم غير قادرين على التعلم، غلا أنهم قابلون للتدريب في مجالات المهارات اللازمة للاعتماد على النفسية والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة.

¹ زياد كامل اللا لا وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص 111.

² عبد الناصر دياب وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 124.

* فئة الاعتماديين (the totally dependent child): وتبلغ نسبة الذكاء أقل من (25) أو (25-30) وهم غير قادرين على الاستفادة من التعلم، أو التدريب، وهم بحاجة إلى رعاية وإشراف باستمرار¹.

ي- تصنيف الإعاقة حسب الشكل الخارجي:

* عرض دوان (down syndrome) التي كانت تعرف بالمنقولية (mong olism)، وتسمى هذه الحالة نسبة إلى الطبيب الإنجليزي john down حيث تعود أسباب هذه الحالة على اضطرابات في الكروموسوم رقم 21، حيث يظهر الزوج من الكروموسومات ثلاثيا لدى الحنين، وهناك أيضا أسباب أخرى لحدوث هذه الحالة تعود إلى خطأ في موقع الكروموسوم، ويرتبط أيضا بعمر الأم.

ويمكن تصنيف هؤلاء الافراد ضمن فئة الإعاقة البسيطة و التي تتراوح نسبة ذكائهم بين (53-70) كما أنهم يتميزون بخصائص جسمية مميزة حيث الوجه المسطح، وصغر حجم الأنف، والعيون الضيقة و كبير أو صغر حجم الأذنين، وظهور اللسان خارج الفم، وتشققه وعدم انتظام تشكل الأسنان وأيديهم وأصابعهم القصيرة وكذلك رقابهم².

* حالات استسقاء الدماغ (hydrocephaly): وهو تراكم السائل النخاعي الشوكي داخل الجمجمة، مما يؤدي إلى زيادة الضغط فتتلف أنسجة الدماغ، وترجع زيادة هذا السائل إلى اختلال إعادة امتصاصه، أو وجود عائق يمنع جريانه، ويتصف هؤلاء المعوقون عقليا بكبر حجم الرأس وبروز الجبين، وتحدث هذه الحال نتيجة عدوى كالزهري أو التهاب السحايا التي تصاب به الأم أثناء فترة الحمل، وربما تظهر هذه الحالة قبل الولادة أو خلال السنة الأولى من العمر أو في الطفولة المبكرة، ويمكن التعرف على هذه الحالة عن طريق قياس محيط الرأس، وملاحظة منطقة اليافوخ³.

* حالات القماءة أو القصاع (cretinism): تعتبر هذه الحالة من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة الذهنية، حيث يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط، وقد لا يتجاوز طول الطفل (60-70سم) في مرحلة المراهقة، وترجع أسباب هذه الحالة إلى الأسباب الوراثية أو الخلقية نتيجة لنقص إفراز الغدة الدرقية لدى الأم الحامل، وقد ترجع إلى عوامل مكتسبة نتيجة نقص في غذاء الطفل، مما يؤدي إلى تلف في

¹ عبد المطلب أمين القرطبي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، دار الفكر العربية، القاهرة، 2005، ص 112.

² قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر، عمان، 2005، ص 109.

³ خولة أحمد يحيى وماجدة السيد عبيد: الإعاقة العقلية، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص98.

الدماغ ليتصف هؤلاء الأطفال بالكسل والخمول وبطئ الاستجابة وبطئ النمو النفسي الحركي، وتأخر في نمو الكلام، ولا يميل هؤلاء الأطفال إلى التفاعل الاجتماعي مثل الابتسام أو الضحك وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد، ويميل لون جلده إلى الاصفرار، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25-50) وكذلك يواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبة القراءة والكتابة والحساب، وهي مهارات الحياة اليومية¹

* حالات كبر حجم الدماغ (macrocephaly): حيث تتميز هذه الفئة من الأفراد كبر حجم الجمجمة، وزيادة في حجم الدماغ، وتتراوح نسبة ذكائهم بين (25-50)، أي أنهم يقعون ضمن الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة، ويكون سبب هذه الحالة عيباً في الموروثات التي تؤثر على نحو المخ، ولا بد هنا من الإشارة إلى أن زيادة الحجم لا تعني دائماً وجود قصور ذهني².

قياس وتشخيص الإعاقة الذهنية

تشخيص المعاق ذهنياً مهمة ليست سهلة، وهذا وتختلف سلوكيات الأطفال باختلاف درجة إعاقتهم البسيطة أو المتوسطة أو الشديدة لذا يتطلب الأمر جهوداً وطاقتاً لملاحظة الأعراض الداخلية والخارجية ودراسة شأنها وتطورها ويتضمن التشخيص وصفاً دقيقاً لحالة الشخص وتحديد مستوى تخلفه ونوعه.

كما وتعتبر عملية القياس والتشخيص للمعاقين ذهنياً من أهم الموضوعات في هذا المجال لما يترتب عليها من نتائج إذا أن التقييم يهتم بثلاث نواحي أساسية وهي:

- تحديد ما إذا كان الطفل معاقاً ذهنياً أو لا.

- تصنيف الطفل المعاق ذهنياً ضمن فئات الإعاقة الذهنية.

- تحديد إمكانات الطفل المعاق ونقاط القوة والضعف لديه حتى يتمكن تنمية قدراته³

* خطوات عملية القياس والتشخيص:

- إشعار ولي الأمر إلى جمع معلومات أولية عن طفله الذي قد يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة.

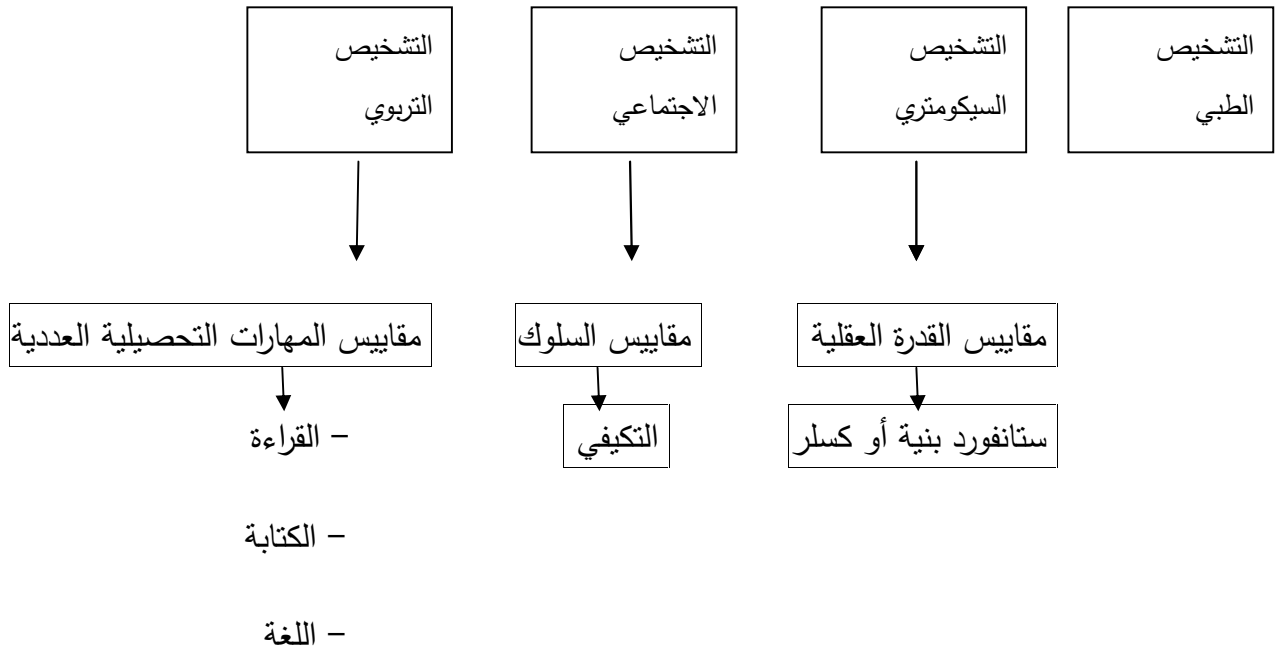
¹ عبد الرحمن محمد الخوجا، سيكولوجية الإعاقة العقلية، ط4، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001، ص 110.

² أحمد قحطان الظاهر: مصطلحات ونصوص في التربية الخاصة باللغة الإنجليزية، ط1، دار البازوري، عمان، 2004، ص165.

³ ماجدة السيد عبيد، الإعاقة العقلية، ط3، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 119.

- يجب أن يشمل التقرير النهائي لفريق القياس والتشخيص على توصيات ومقترحات عملية تفي بجميع احتياجات الطفل.
- إحالة الطفل للقياس والتشخيص عند الحاجة وفقا لطبيعة الحالة.
- تشكيل فريق القياس والتشخيص (معلم التربية الخاصة، معلم التدريبات السلوكية أي أخصائي نفسي، الأخصائي الاجتماعي، ولي أمر الطفل).
- القيام بإجراء عملية القياس والتشخيص.
- إعداد التقرير النهائي للقياس والتشخيص¹.
- * الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة الذهنية

مخطط رقم 1: يوضح الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة الذهنية



¹ عدنان ناصر الحازمي: الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2012، ص 68-

أ- **التشخيص الطبي:** يقوم به أخصائي في طب الأطفال يتضمن تقريراً عن عدد من الجوانب منها تاريخ الحالة الوراثية و أسباب الحالة وظروف الحمل ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها والفحوص المخبرية اللازمة¹.

ب- **التشخيص السيكومتري:** يعتبر من الاتجاهات التقليدية في تشخيص الإعاقة الذهنية و التي جاءت بعد التشخيص الطبي، وظهر أول مقياس عند الفرد " بينيه" (binet alfred) مع بيانات عام 1904 في فرنسا ثم ظهر مقياس "ستانفورد بنيه" للذكاء في عام 1905، 1016 ثم ظهر مقياس و"كسلر" للذكاء عام 1939م².

ج- التشخيص الاحتمالي:

يتضمن التشخيص الاجتماعي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة تقريراً عن درجة السلوك التكيفي، ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية سبب تقنية على البيئة العربية.

د- **التشخيص التربوي:** يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة ويتضمن تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمعوقين ذهنياً، ومقياس مهارات الكتابة ومقياس مهارات القراءة³.

6- أساليب تدريس ذوو الإعاقة الذهنية:

لكي نحقق تعليماً فاعلاً أولاً نختار معلماً بمواصفات تتلاءم مع هؤلاء الأطفال المعاقين ذهنياً، وأولها الرغبة الحقيقية الصادقة للتعامل مع هذه الشريحة وأن يتجلى بالصبر وسعة الصدر والانسباطية وأن يكون متعاوناً محباً للآخرين مركزاً على الجانب الإنساني أولاً قبل كل شيء بعيداً عن الجانب المادي⁴.

ومن الطرق الحديثة في تعليم المعوقين ذهنياً

¹مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة: مرجع سبق ذكره، ص 63.

² عدنان ناصر الحازمي: مرجع سبق ذكره، ص 73.

³ سوسن شاكر مجيد: اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 48.

⁴ قحطان أحمد ظاهر: مرجع سبق ذكره، ص 107.

* طريقة ديكروني: وتعتمد على تعليم الطفل ما يريده ويرغب فيه، ثم تعديل سلوكه وتخليصه من العادات السيئة وتعليمه الأخلاق الحميدة وتدريبه على تركيز الانتباه ودقة الملاحظة وتنمية مهاراته الحركية، وتدريب قدراته على التمييز الحسي من خلال الأنشطة اليومية وأعباءه الجامعية والفردية.

* طريقة دسيردرس:

- تربية الطفل من خلال نشاطه اليومي

- تدريب حواسه وانتباهه وإدراكه وتعليمه موضوعات مترابطة ومستمدة من خبراته اليومية.

- الاهتمام بالفروق الفردية بين الأطفال المعوقين ذهنياً.

* طريقة الوحدة أو الخبرة التربوية (جون ديوي)

- تنمية مشاعر الطفل الطبيعية نحو نفسه والآخرين.

- اكتساب الطفل السلوك الاجتماعي المقبول.

- تنمية مهاراته الحركية وتآزر رد العضلي

- تنمية اهتمامه بالأنشطة خارج الفصل.

- إصلاح عيوب نطقه وزيادة حصيلة اللغوية.

- زيادة معلوماته العامة وإكسابه الخبرات التي تفيده في حياته اليومية.

- تعليمه القراءة والكتابة والحساب.

ولا تهدف مناهج مدارس التربية الخاصة لإعداد المعوقين ذهنياً لمواصلة التعليم العام إلى مراحل أعلى بل هدفها قاصر على الإعداد للمواطنة الصالحة بحيث يستطيع هؤلاء الأطفال التعايش مع غيرهم من الطلبة العاديين بالإضافة على تعليمهم مهنة ليكونوا مواطنين منتجين كل حسب قدرته.

7- مشكلات المعاقين ذهنياً:

تنقسم هذه المشكلات إلى :

- **المشكلات الاجتماعية:** صعوبة التوافق الاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات والانسحاب والعدوان وعدم تحمل المسؤولية واضطراب مفهوم الذات والميل إلى مشاركة الأصغر سنا في النشاط الاجتماعي.

- **المشكلات الانفعالية:** فتظهر عدم قدرتهم على ضبط دوافعهم وغرائزهم وعدم استقرارهم الانفعالي فتأتي انفعالاتهم مغايرة لمواقف التي يمرون بها فيظهرون تبليدا انفعاليا ويظهرون شدة الانفعال أحيانا أخرى ونتيجة لعدم قدرتهم على ضبط سلوكهم فيخالفون القواعد الخلفية في معظم الأحيان.

*** - المشكلات النفسية :**

أ- الإحساس بفقد الأمان، الضعف في تحقيق حاجات الطفل الأساسية وخاصة بقبول من طرف الآخرين.

ب- الشعور بعدم أو صعوبة إشباع حاجات النمو النفسية والاجتماعية¹.

*** - المشكلات العقلية:**

تتضح في بطيء النمو العقلي المعرفي ونقص نسبة الذكاء وعدم تكامل وانسجام القدرات العقلية وضعف القدرة اللغوية والذاكرة وعدم القدرة على التركيز والانتباه وبطيء القدرة على التعلم والتحصيل مع عدم القدرة على حل المشكلات نتيجة لفقد المعرفة وعدم الاستفادة من الخبرات السابقة.

*** المشكلات السلوكية:** يفسر الباحثون المتخصصون انتشار العديد من المشكلات السلوكية بين الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة أكبر من انتشارها بين أقرانهم العاديين لأن معظمهم يعيشون بعيدين عن الحياة الاجتماعية السوية و واجباتها فيشغلون في إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين ويتعرضون للرفض النبذ من ذويهم والمحيطين بهم².

8-مستويات وإجراءات الوقاية من الإعاقة الذهنية وبرامجها التعليمية:

أ- مستويات الوقاية من الإعاقة الذهنية

وتقسم الوقاية من الإعاقة الذهنية إلى ثلاثة مستويات وهي:

¹ عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الإعاقات والنظريات والبرامج العلاجية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2012، ص ص 31، 32.

² عبد الفتاح علي نزال: مرجع سبق ذكره، ص 26-28.

* المستوى الأول (primary prevention) : وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ للوقاية من أسباب الإعاقة الذهنية، وتتضمن مطاعيم الحصبة، والإرشاد الجيني وخاصة لعرض داون، كذلك تزويد الأمهات الحوامل بـ فوليك أسيد (folic acid) للوقاية من خلال الأنبوب العصبوني الجيني (tube defect neural)، وتقديم المعلومات والتثقيف بمخاطر تناول الكحول خلال فترة الحمل، ومخاطر مادة الرصاص خلال فترة الطفولة والرعاية الصحية خلال فترة الحمل، وتغذية الاطفال و الوقاية من اصابات الراس والوقاية من الاضطرابات الجينية مثل "فنييل كيتون بوريا" قبل حدوث المشكلة، يضاف إلى هذه.¹ الجهود التي تبذل في الإرشاد الوراثي، وفحص الشباب الراغبين في الزواج، وتشجيع الاغتراب في الزواج وخاصة في الأسر التي تكثر فيها الأمراض الوراثية.

* المستوى الثاني (secondary prevention): تسعى الوقاية في المستوى الثاني إلى منع تطور وتفاقم الضعف إلى عجز، وبالتالي خفض أعداد الأفراد العاجزين في المجتمع من خلال الكشف المبكر، والعلاج الفوري والمناسب لحالات الاعتلال والضعف ، وتمثل وسائل الوقاية الثانوية في التعرف المبكر على الأفراد الذين يعانون من ضعف ما وتزويدهم بالأدوات المساندة عند الحاجة، وتقديم الخدمات العلاجية في أسرع وقت مكن، وكذلك توفير البرامج التدريسية والإرشادية والتعليمية للفئات الأكثر عرضة للخطر الإعاقة.²

* المستوى الثالث (tertiary prevention): وهي الإجراءات والتدابير الوقائية التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة الذهنية وتتضمن التعرف المبكر على الحالات، وتقديم العلاج المناسب، وخدمات التأهيل، كما وتتضمن العلاج الطبي للتعايش مع الاضطرابات السمعية والبصرية لعرض داون وبرامج الإثارة للأطفال الرضع، وتدريب الوالدين وتعليم أطفال ما قبل المدرسة، وخدمات الإرشاد للحفاظ على وحدة الأسرة.

ويعرف الخطيب والحديدي المستوى الثالث من الوقاية بأنه التغلب على العجز والحيولة، دون تطوره إلى حالة إعاقة، وذلك من خلال مساعدة الفرد على استعادة ما يمكنه من القدرات الجسمية، والعقلية ومنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها على أقل تقدير.

¹ مرسى كمال إبراهيم: مرجع سبق ذكره ، ص 120.

² الخطيب والحديدي: التدخل المبكر، ط4، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 121.

* أهم البرامج الوقائية من الإعاقة الذهنية هي:

- برنامج الإرشاد الجيني.
- برنامج العناية الطبية في أثناء الحمل.
- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى.
- برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر.

لقد استقطبت الإعاقة الذهنية والوقاية منها اهتمام العالم أجمع في الآونة الأخيرة وبرزت كإحدى المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود¹.

* أهمية البرامج التعليمية في مجال دعم جهود الوقاية من الإعاقة الذهنية:

تقدم برامج تعليم الوالدين المعرفة والمعلومات عن نمو وتطور الأطفال، والأسباب المؤدية للأمراض والإعاقات ومهارات التدريب عن العناية ورعاية الأطفال والتعرف على الخدمات المتاحة والمتوفرة في المجتمع المحلي، وذلك من خلال استخدام العديد من الطرائق والاستراتيجيات سواء التعليم أو التدريب، كذلك ركزت برامج تعليم الوالدين على الأسر المعرضة لخطر سوء معاملة الأطفال، أو التعرض للأمراض والإعاقات أو الحوادث أو الضغوطات وركزت أيضا على مستوى تعليم وعمر الوالدين، وذوي الدخل المتدني..

ويشير "هيربرت ولا فوي وبارينت" (hebert,pavoie,parent,2002): إلى أن برامج تعليم الوالدين التي تم مراجعتها، والتي طبقت عن طريق ورشة العمل أو من خلال جلسات تعليمية والتي مدتها من (4-6) أسابيع أو أكثر ذات فعالية أكثر من البرامج التي تقدم بمدة أقل من ذلك.

ويؤكد "هولزير و برومفيلد وريكارد سون وهيجنز"، من خلال تقييم نتائج (20) دراسة اهتمت ببرامج تعليم الوالدين ان النتائج الإيجابية التي اكتسبها المشاركون في تلك البرامج كان لها دور إيجابي ومفيد من خلال البرامج التعليمية، والزيارات المنزلية والتي زادت من:

¹ يحي وعبيد: مرجع سبق ذكره، ص ص 121،122.

- تحسين معرفة ووعي أولياء الأمور بمراحل نمو تطور الأطفال، وطرق وقايتهم من بعض الأمراض المعدية، أو الإهمال أو سوء المعاملة.
- انخفاض سوء معاملة وإهمال الأطفال، والحوادث المنزلية التي تؤدي للمضاعفات الخطيرة.
- استخدام الاستراتيجيات الإيجابية والمفيدة في تحسين قدرات الوالدين على ضبط النفس من خلال التعامل مع أطفالهم بدل استراتيجيات العقاب الشديد، والمؤدي للأطفال والذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى إصابة الأطفال الصغار بمضاعفات خطيرة مثل إصابات الرأس¹.

9- إجراءات الوقاية من الإعاقة الذهنية:

- إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج خاصة عند وجود إعاقات وراثية لدى أسر الزوجين.
- الحرص على إعطاء المطاعيم للأطفال، وكذلك الأم في الوقت المناسب خاصة مطعوم الحصبة الألمانية الذي يجب أن يعطى قبل الزواج بـ (6) أشهر على الأقل.
- الاهتمام بتغذية الأم الحامل وعدم تناول الأدوية دون استشارة طبية
- العناية بالطفل حديث الولادة، خاصة فيما يتعلق بمجالات اليرقات وإجراء الفحوص اللازمة.
- عدم التأخر استشارة الطبيب عند مرض الطفل.
- الحرص على المباشرة بين فترات الحمل.
- الحرص على عدم تعرض الطفل للحرمان البيئي.
- تجنب الحمل في سن مبكرة أو متأخرة (أقل من 16 سنة أو بعد 40 سنة).
- امتناع الأم عن التدخين.
- التأكد من عدم وجود مشكلة تتعلق بالعامل الرايزيسي (rh)
- توفير الجو النفسي والتربوي والثقافي والاجتماعي المناسب للطفل.

¹ يحي وعبيد: مرجع سبق ذكره، ص 123.

- تجنب الأم الحامل تناول اللحوم غير المطبوخة جيدا، وتجنب الاتصال مع القطط التي يمكن أن تكون مصدرا لمرض داء المقوسات¹.

10 حاجات المعاقين ذهنيا

أ- الحاجة إلى التقليل الاجتماعي: يحتاج المتخلفين ذهنيا بالإحساس بتقليل الآخرين له سواء في المدرسة أو المنزل ويرجع هذا الإحساس إلى الحرمان الاجتماعي الذي يعيش فيه المتخلفين ذهنيا بشكل عابر وهم أكثر مثابرة على القيام بعمل ما إذا تلقوا تعزيزا اجتماعيا.

ب- الحاجة إلى الإنجاز: يشير ماكميلان "macmillan" إلى أهمية الإنجاز في حياة الفرد وربطها بالذكاء وقد ربط ماكميلان بين حالات التخلف الذهني الخفيفة والموجودة في محيط الأسر اجتماعيا واقتصاديا وبين ارتفاع الحاجة لهذه الفئة وتحسين ظروف تنشئتها ورعايتها².

ج- الحاجة إلى التقدير: إن إحساس المتخلف ذهنيا بتقدير الآخرين له يؤدي إلى الارتفاع تقديره لنفسه وبالتالي الإحساس بالأمن والطمأنينة وعلى العكس عندما يحرم الطفل من تقدير الآخرين يشعر بالعجز والفشل مما يجعله يعارض عن المشاركة في أي نشاط إيجابي يرتبط بهذه الحاجة³.

11 علاج الإعاقة الذهنية

هل يمكن علاج الإعاقة الذهنية؟

يمكننا في عصرنا الحالي أن نقول أن الأهل أصبح كبيرا في علاج الإعاقات الذهنية، فقد تقدم الطب الحديث وعلم الهندسة الوراثية تقدما ملفتا للنظر، وتؤكد الأبحاث الطبية الجديدة نجاح أطباء المخ و الأعصاب.

- في حالات قليلة حتى الآن - من إعادة وظائف مراكز المخ التالفة نتيجة نزيف دموي شديد يؤدي عادة إلى الشلل النصفي، ولاحظوا إمكان تحول الخلايا الجذعية إلى خلايا عصبية عاملة تقوم بالوظائف التي

¹ احرس نائل، مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، مكتبة الرشيد للنشر والتوزيع، الرياض، 2005، ص 123.

² عبد اللطيف حسين فرج: الإعاقة العقلية، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع الأردن، 2007، ص 11.

³ شواهين خير، تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 52.

تقوم بها الخلايا المخية التالفة مما يفتح باب الأمل الكبير في علاج أمراض كثيرة مثل الزهايمر والسكتة الدماغية وأمراض القلب والسرطان وكذلك التخلف العقلي.

أما من الناحية الطبية فيقول الأطباء أنه في حالات الإعاقة التي تعرف أسبابها فيمكن منع أو تقليل نسب حدوثها إذا ما تم اكتشافها في مرحلة الحمل كما يمكن علاج حالات مثل استسقاء الدماغ (تضخم الجمجمة) بإجراء عملية جراحية¹.

ثالثا: الإعاقة السمعية:

1- مفهوم الإعاقة السمعية:

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة، فعلى سبيل المثال يهتم الأطباء والعاملون في مجال القانون على درجة فقدان السمع وذلك من أجل التمييز بين ضعاف السمع والمصابين بالصمم الكامل، بينما يهتم التربويون بالمضامين التربوية والآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل.

مما سبق نستنتج أن مصطلح الإعاقة السمعية يشير إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط، وهو ما يسمى بالضعف السمعي (hard of hearing) إلى الشديد، وهو ما يسمى بالصمم (beafness) ومن هنا يعرف الصمم على أنه درجة من فقدان السمع تزيد عن (35) ديسبل وتقل عن (70) تجعل الفرد يعاني من صعوبات في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماعيات أو بدونها².

وفي تعريف آخر " الإعاقة السمعية تعني انحراف في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي كما نشير على مستويات متفاوتة من الضعف السمعي، تتراوح ما بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديدا جدا.

ويعرف كل من " أحمد القاني وأمير القرشي " الإعاقة السمعية على أنها مصطلح يشير إلى وجود حيز في القدرة السمعية بسبب وجود مشكلة , في مكان ما في الجهاز السمعي، قصد تحدث هذه

¹ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف: مرجع سبق ذكره، ص ص 373-374.

² مصطفى نوري القمش: مرجع سبق ذكره، ص 113.

المشكلة في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى أو الداخلية أو في العصب السمعي الموصل للمخ، والفقدان السمعي قد يتراوح مداه من الحالة المعتدلة إلى أقصى حالة من العمق والتي يطلق عليها الصمم.

وتعرف " ماجدة السيد" الإعاقة السمعية بأنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات السمعية، وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع.

ويعرفها " إبراهيم الزريقات" على أنها أي نوع أو درجة من الفقدان السمعي والتي تصنف ضمن بسيط، متوسط، شديد أو شديدا جدا¹.

ومما سبق يمكن تعريف الإعاقة السمعية بأنها تشير على درجة الفقدان السمعي الذي يتراوح من الفئة البسيطة إلى الشديدة جدا ويشتمل على الأطفال الصم والأطفال ضعاف السمع.²

2- خصائص الإعاقة السمعية :

من البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم، وفقدان السمع والقدرة اللغوية لدى الفرد الأصم الأكم على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية والعقلية والأكاديمية والاجتماعية... الخ.

وفيما يلي توضيح لتلك الآثار على هذه الجوانب، مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الخصائص والصفات تخص المعوقين سمعيا كقناة، وهي ليست خصائص مميزة لكل جزء يعاني من الإعاقة السمعية.

أ- **الخصائص اللغوية:** من الطبيعي أن يتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعيا فهو يعتبر من أكثر الحالات تأثرا بالإعاقة السمعية، ولا عجب في ذلك، حيث أن الصعوبة في جوانب النمو اللغوي، وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعوقين سمعيا، وترجع إلى غياب التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة، إن الطفل السامع عندما يقوم بالمناغات فإنه يسمع صوته وهذا يشكل تغذية راجحة عنها فيستمر بالمناغاة، في حين أن الطفل الأصم لا يسمع مغاناته، وبالتالي يتوقف على استشارات سمعية كافية أو

¹ ماجدة السيد: مرجع سبق ذكره، ص13.

² أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشريني: الإعاقة السمعية، ط1، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص 47-48.

على تغذية راجحة او تعزيز من قبل الراشدين لتوقعاتهم السلبية من الطفل الأصم و بالتالي فان الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغوي مناسب يقوم بتقليده.¹

ويذكر هلهان وزملائه (hallahan et.al.1981) ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي، وخاصة لدى الأفراد الذين يولدون صمًا و هي:

- لا يتلق الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات .
- لا يتمكن الطفل من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها ويعتبر العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية من العوامل الحاسمة في تحديد درجة التأخر في النمو اللغوي، فالأطفال الذين يصابون بالإعاقة السمعية منذ الولادة وقبل اكتساب اللغة يواجهون عجزا في تطور اللغة منذ الطفولة المبكرة رغم أنهم يصدرون أصوات، ويقومون بالمناغاة كباقي أقرانهم من الأطفال السامعين، كما تتأثر مظاهر النمو اللغوي بدرجة الإعاقة السمعية، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية، والعكس صحيح، وعلى ذلك يواجه الأفراد و الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة أو في فهم موضوعات الحديث المختلفة، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة وفهم (50%) من المناقشات الصفية، وتكوين المفردات اللغوية في حين يواجه الأفراد ذو الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية، وتتناقض عدد المفردات اللغوية، وبالتالي صعوبات في التعبير اللغوي في حين يواجه الأفراد ذو الإعاقة الشديدة مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها، وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي.

ب- الخصائص العقلية (المعرفية):

ونقصد بها هل تؤثر الإعاقة السمعية على القدرة العقلية للفرد والمعوق سمعيا؟ لقد تم التوضيح سابق أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد، وبما أن معظم علماء النفس التربويين يشيرون إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية فمن البديهي أن يكون أداء الأفراد المعوقين سمعيا متدنيا على اختبارات الذكاء، وذلك بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية والسؤال الذي يطرح نفسه هنا، هو أنه لو تم تصميم اختبارات ذكاء خاصة بالصم تركز على الجوانب الأدائية فهل

¹ مصطفى نوري القمش: مرجع سبق ذكره، ص ص 122-126.

سيكون اداهم متدنيا على هذه الاختبارات على كل حال يجب الإشارة الا ان اختبارات الذكاء الحالي والمشعبة بالناحية اللفظية لا تقيس قدرات الصم العقلية الحقيقية.¹

ج- الخصائص التربوية (التحصيل المدرسي):

من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم وبخاصة في مجالات القراءة والكتابة والحساب، وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية اعتمادا أساسيا على النمو اللغوي، وحيث أن الدراسات أشارت بشكل عام إلى أن الأفراد المعوقين سمعيا ليس لديهم تدني في القدرات العقلية مقارنة بأقرانهم السامعين.

لذلك فإن الانخفاض الواضح في التحصيل الأكاديمي لديهم يمكن تفسيره بعدد من العوامل أهمها:

- عدم ملائمة المناهج الدراسية لهم، حيث أنها مصممة بالأصل للأفراد السامعين.
 - انخفاض الدافعية للتعلم في الغالب لديهم نتيجة ظروفهم النفسية الناجمة عن وجود الإعاقة السمعية.
 - عدم ملائمة طرائق التدريس لحاجاتهم فهم بحاجة لأساليب تدريسه فعالة تتناسب وظروفهم.
- إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عليا من التحصيل الأكاديمي فإذا أتاحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية مركزة و وطرائق تدريس فعالة فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عليا مشابهة لأقرانهم السامعين.

د-الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل، لذلك يعاني المعاقون سمعيا من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء أكان ذلك في مجال الأسرة، أو العمل أو المحيط الاجتماعي بشكل عام لذا يبدو الفرد الأصم، وكأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة، أو بلغة الأصابع ولهذا السبب يميل المعاقون سمعيا إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم اذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات الأهمية بالنسبة لهم سبب تعرض

¹ مصطفى نور القمش، مرجع سبق ذكره، ص ص 122-126.

الكثير منهم لمواقف الإحباط التي ترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والصم، حيث أن الأفراد المعوقين سمعياً يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة.

من الأفراد ويميلون إلى إقامة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو اثنين لذلك فهم يميلون إلى العزلة، كذلك يعانون من بطئ في النضج الاجتماعي مقارنة بأقرانهم السامعين وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأفراد.

أما فيما يتعلق بالجوانب الانفعالية للمعوقين سمعياً، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً أكثر عرضة للضغوط النفسية والقلق والتوتر من أقرانهم العاديين، مع ضرورة الإشارة إلى أن تأثير الإعاقة السمعية على الجوانب الانفعالية للفرد تختلف من فرد إلى آخر، وذلك إستناداً على عوامل عديدة تتعلق بالظروف الخاصة، الفردية إلا أن ذلك لا يعني أن سوء التوافق الانفعالي نتيجة حتمياً للأفراد المعوقين سمعياً¹.

هـ- الخصائص الجسمية والحركية:

لم يحظى النمو الجسدي لدى الأطفال المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، إذ لم تزود هذه الفئة باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن إعاقتهم تفرض قيود على النمو الجسدي، لذا فهم لا يتمتعون باللياقة البدنية وحوالي 30% منهم يعانون من ضعف التآزر الحركي هذا ومن الصعوبة المعاقين سمعياً ذو ذكاء العادي والذين يعانون من اضطرابات في التآزر الحركي أن يتعلموا قراءة الشفاه أو الكلام واستخدام البقايا السمعية استخداماً فعالاً ومثمراً.

* لا يختلف الطفل المعاق سمعياً عن الطفل العادي في الخصائص والحاجات الجسمية فكل منها مر بنفس مراحل النمو التي يمر بها الآخر، من حيث الساعات المنظمة من النوم والهواء الطلق والطعام الجيد والرعاية الصحية الكاملة².

إلا أن ما أثبتته الدراسات الحديثة هو أن الفرق بينهما يحدث نتيجة لأثر فقد السمع فقد تفرض الإعاقة السمعية قيود على النمو الحركي لديهم فهم محرومون من الحصول على التغذية الراجعة السليمة

¹ مصطفى نور القمش، مرجع سبق ذكره، ص ص 122-126.

² حنفي علي عبد النبي: مدخل إلى الإعاقة السمعية، ط1، أكاديمية التربية الخاصة، 2003، ص 104.

الأمر الذي يطور لديهم أوضاعاً جسمية خاطئة، كما أن نموهم الحركي يعتبر متأخراً قياساً مع الأسوياء وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة، وأنهم لا يشعرون بالأمن بسبب التصاق أقدامهم بالأرض.

* إن فقدان السمع ينعكس عليه حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية، مما قد يؤثر سلباً على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه¹.

3- أسباب الإعاقة السمعية:

تصنف العوامل المسببة للإعاقة السمعية تبعاً لأسس مختلفة من بينها طبيعة هذه العوامل (وراثية- مكتسبة) وزمن حدوث الإصابة (قبل الميلاد، أثناء الميلاد، وبعد الميلاد) وموضع الإصابة (في الأذن الخارجية، الأذن الوسطى والأذن الداخلية).

أ- العوامل الوراثية: كثيراً ما تحدث الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلا أبنائهم عن طريق الوراثة ومن خلال الكروموزومات الحاملة بهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، وبقوى احتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب الذين يحملون تلك الصفات حيث تظهر الإصابة بالصمم الوراثي منذ الولادة لهم أو ضعف السمع الولادي أو بعدها بسنوات حتى سن الثلاثين أو الأربعين كما هو الحال في مرض تصلب عظمة الركاب لدى الكبار مما يتعذر معه انتقال الموجات الصوتية للأذن الداخلية نتيجة التكوين غير السليم والاتصال الخاطئ لهذه العظمة بنافاذة الأذن الداخلية ومرض ضمور العصب السمعي.

ب- العوامل غير الوراثية (المكتسبة):

* إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض (قبل الولادة): من أهم الإصابات الخطيرة التي لها تأثير مباشر على حالة الجنين الصحية، إصابة الأم الحامل بفيروسات كالحصبة الألمانية والزهري والأنفلونزا إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعي كمرض البول الكسري.

¹ الصفدي عصام حمدي، الإعاقة السمعية، ط1، دار اليازوري العلمية، للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 194.

* تعاطي الأم بعض العقاقير: يؤدي تعاطي الأم أثناء فترة الحمل بعض العقاقير دون استشارة الطبيب الأخصائي إلى إصابة الجنين ببعض الإعاقات كالتخلف العقلي والإعاقة السمعية فضلا عن التشوهات التكوينية.

* عوامل ولادية (أثناء الولادة): وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عنها بالنسبة للوليد، ومن الولادات العسيرة أو الطويلة حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين إلى نقص الأكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية، وكذلك الولادات المبكرة قبل اكتمال قضاء الجنين سبعة أشهر على الأقل في رحم الأم مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض لنقص مناعته وعدم اكتمال نموه.

* إصابة الطفل ببعض الأمراض (بعد الولادة): غالبا ما تؤدي إصابة الطفل خصوصا في السنة الأولى من حياته ببعض الأمراض إلى الإعاقة السمعية ومن بين هذه الأمراض الحميات الفيروسية والميكروبية.

* الأطفال الذين ولدوا بدون حاسة السمع لا يمكنهم سماع أية أصوات ولا يمكنهم التكلم فهم لا يسمعون كلام الناس ولا يعلمون أن الناس يستعملون كلمات في تواصلهم ببعضهم البعض¹.

* أسباب أخرى مختلفة:

* الصم الناتج عن الحوادث والصدمات: مثل السقوط على الرأس لحدوث انشقاقات في العظم الصدغي الذي يحدث تشوه في بنيات الأذن الداخلية مما يعيق وظيفتها.

- التعرض لأصوات قوية.

- الضجيج الناتج عن المصانع.

- الكبر والشيخوخة².

* 4 تصنيفات الإعاقة السمعية:

هنالك العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية تبعا للعديد من العوامل أهمها:

¹ بطرس حافظ بطرس: تكييف الاحتياجات المناهج الطلبة ذوي الخاصة، ط1 دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص ص 174-175.

² بطرس حافظ بطرس: المرجع السابق، ص 175.

- التصنيف حسب طبيعة موقع الإصابة.

- التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية.

- التصنيف حسب شدة فقدان السمع.

أ- التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة:

يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي ويقسم إلى ما يلي:

الفقدان السمعي التوصيلي (conductive hearing loss): وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى عدم نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسبل، ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة وتمييزها، إن استخدام السماعات في مثل هذا النوع يفيد في مساعدة الأفراد على استعادة بعض قدراتهم السمعية.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن من أسباب الفقدان السمعي التوصيلي ما يلي:¹

* التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو التعرض للالتهابات.

* تجمع المادة الصمغية التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن وتصلبها مما يؤدي إلى سد القناة السمعية.

* ثقب في الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مزعجة ومرتفعة ولفترات طويلة.

* تعرض الأذن للالتهابات المتكررة مما يؤدي إلى زيادة إفرازات السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى.

* العيوب الخلقية في الأذن الوسطى كالتشوهات الخلقية في الطبلة أو العظيومات الثلاث.

ب- **الفقدان السمعي الحسي العصبي**: (sens oieural hearing loss): وينتج عن خلل في الأذن

الداخلية أو العصب السمعي، تكمن المشكلة في هذا النوع من أن موجات الصوت إلى الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب

¹ فؤاد عيد الجوالدة: الإعاقة السمعية، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 35.

السمعي فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ، وعادة فإن درجة فقدان السمع في هذا النوع تزيد عن (70) ديسبل.

يعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من فقدان السمع من صعوبة في فهم الأصوات، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على سماعها، وإلى اضطراب نغمات الصوت وازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي، عادة ما يتكلم الفرد بصوت مرتفع لسمع نفسه.

إن استخدام السماعات في هذا النوع قليل الفائدة، ومن أسباب فقدان السمع الحس عصبي:

- أسباب وراثية.

- الإصابة بالحمى الشوكية.

- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.

- نقص الأكسوجين والولادة المتعسرة.

- عدم توافق دم الوالدين (العامل الريزي سي rh).¹

ج- فقدان السمع المختلط (mixed hearing loss):

يسمى فقدان السمع بالمختلط إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمعي توصيلي وفقدان سمعي حس عصبي في الوقت نفسه، مثل هذا النوع من فقدان قد يكون فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية.

السماعات قد تكون مفيدة لهم .

د- **الفقدان السمعي المركزي:** وتحدث في حالة وجود خلل يحول دون تحويل الصوت من جدع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ، أو عندما يصاب الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، ويعود بسبب هذه الإصابة إلى الأورام أو الجلطات الدماغية أو إلى عوامل ولادية أو مكتسبة.²

¹ فؤاد عبد الجواد: المرجع السابق، ص 36.

² يوسف القريوتي وآخرون: مدخل إلى التربية الخاصة، 2001، ص 103.

2- التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية:

يعتبر العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية هام من حيث الأثر الذي تتركه على نمو واكتساب اللغة و التعرض لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة، من هنا تقسم الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف إلى:

أ- صمم ما قبل تعلم اللغة (perlingual beafness):

وهو حدوث الإعاقة السمعية في عمر مبكر وقبل أن يكتسب الطفل اللغة سواء كانت الإعاقة ولادية، أي منذ الولادة أو مكتسبة وفي هذا النوع من الصمم لا يستطيع الطفل أن يكتسب اللغة أو الكلام بطريقة طبيعية، فعندما لا يسمع الطفل فإنه لا يستطيع أن يقلد كلام الآخرين أو ملاحظة كلامه، ومن هنا يحتاج الطفل في هذه الحالة أن يتعلم اللغة عن طريق حاسة البصر أو إلى استخدام لغة الإشارة، وذلك أن هذه الفئة فقدت قدرتها على الكلام لأنها لم تسمح ولم تتعلم اللغة، ويطلق عليهم (الصم البكم).

ب- الصمم ما بعد تعلم اللغة (postingnal deafness):

ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام لأنها سمعت وتعلمت اللغة، ويطلق عليهم مسمى (الصم) فقط.

ج- التصنيف حسب شدة فقدان السمع:

تصنف الإعاقة السمعية حسب شدة فقدان السمع إلى خمس فئات هي:

- الإعاقة السمعية البسيطة جدا slight:

يتراوح فقدان السمع ما بين 25-40 ديسبل، يواجه المصاب بها صعوبة في سمع الكلام الخافت أو التمييز بين الأصوات، ولا يواجه صعوبات في المدرسة العادية.¹

¹ فؤاد عبد الجوالدة: المرجع السابق، ص 37.

- الإعاقة السمعية البسيطة **mild**: تتراوح ما بين 41-55 ديسبل، المصاب بها يفهم كلام المحادثة عن بعد 3-5 أمتار، لكن وجها لوجه، وقد تفوته 50% من المناقشة، إذا كانت الأصوات خافتة أو عن بعد، وقد تحدث لديه بعض الانحرافات في اللفظ والكلام، فلا بد من إحالته إلى التربية الخاصة.

- الإعاقة السمعية المتوسطة **mederate**: تتراوح ما بين 56-70 ديسبل لا يستطيع الفرد فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عال، وقد يعاني من اضطرابات كلامية ولغوية فيحتاج الالتحاق بقسم خاص.

- الإعاقة السمعية الشديدة **severe**: تتراوح ما بين 71-90، ديسبل ويعاني المصاب من صعوبات بالغة لا يسمع حتى الأصوات العالية، يعاني من اضطرابات شديدة في الكلام واللغة، وبالتالي فهو يحتاج إلى الالتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين سمعياً ليحصل على تدريب نطقي وسمعي.

- الإعاقة السمعية الشديدة جداً **profond**: يزيد عن 90 ديسبل لا يسمع المعاني منها سوى بعض الأصوات العالية جداً، يكون لديه ضعف في الكلام واللغة وهو يعتمد على حاسة البصر، فيحتاج إلى دوام كامل في مدرسة الصم مزودة بأساليب خاصة لتطویر الكلام واللغة وتوظيف طرق التواصل اليدوي والتدريب السمعي.¹

5 قياس وتشخيص الإعاقة السمعية:

يمكن قياس وتشخيص القدرة السمعية وفق عدد من الطرق والأساليب حيث تنقسم تلك الطرق أو الأساليب إلى مجموعتين:

1- المجموعة الأولى: تمثل الطرق التقليدية ومنها طريقة مناداة الطفل باسمه (whirper test) وطريقة سماع دقات الساعة (watch test).

2- المجموعة الثانية: تمثل الطرق العلمية الحديثة، وغالبا ما يقوم بإجرائها أخصائي في قياس وتشخيص القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (audiologist) وهي:²

¹ عبد الرحمان سليمان: فقدان السمع- المعينات السمعية وطفلك دليل الآباء والأمهات، ط3، مكتبة زهراء الشرق للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2001، ص ص 76-77.

² ماجدة عبيد السيد : مرجع سبق ذكره، ص 38.

- أ القياس السمعي الدقيق (**pure tone audiometry**): في هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة عتبة القدرة السمعية بوحدات تسمى هرتز (hertz) والتي تمثل عدد الدبذبات في كل وحدة زمنية بوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت، تسمى الديسبل (dib), حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد بوضع سماعات الأذن على أذني المفحوص وعلى كل أذن على حدى، ويعرض على المفحوص أصوات ذات ذبذبات تتراوح ما بين 125-8000 وحدة هرتز وذات شدة تتراوح ما بين صفر إلى 210 ديسبل، وعلى ضوء ذلك يقرر الفاحص مدى سماع المفحوص للأصوات ذات الذبذبات و الشدة المتدرجة وبالتالي يعين نوع الاضطراب السمعي.

-ب- طريقة استقبال الكلام و فهمه (**speech audion etry**): في هذه الطريقة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصوات ذات شدة متدرجة، ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه.

-ج- طريقة الاختبارات التربوية المقننة: في هذه الطريقة يستخدم الأخصائي اختبارات التمييز السمعي المقننة، ومنها مقياس " ويب مان للتمييز السمعي " "bisiscrimination wepman auditory" ومقياس لندامود لتمييز السمع (amditory conceptualisation test)¹.

6- طرق تعليم الأطفال المعوقين سمعياً:

يعتمد على عدد من الأساليب المستخدمة للتواصل معه ومنها:

- التواصل الملفوظ: (**oral communication**): وهي تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام وقراءة الشفاه المسالك الأساسية لعملية التواصل، أو الأسلوب السمعي الشفهي.

ويركز على العلاج المكثف لمهارات الاستماع المتبقية لدى الأصم، وتستخدم هذه الطريقة مع المتعلمين الذين يعانون تخلفاً سمعياً خفيفاً، كما يستخدم فيها العديد من الأدوات المساعدة مثل مكبرات الصوت،

ويجب أن تشارك الأسرة في تطبيق هذه الطريقة لأنها تكمل المدرسة في ذلك².

¹ فاروق الروسان: مرجع سبق ذكره، ص 329.

² ماجدة عبيد السيد: مرجع سبق ذكره، ص 45.

- التواصل اليدوي (manuel communication): وهو نظام يعتمد على استخدام الرموز اليدوية لإيصال المعلومات للآخرين وللتعبير عن الأفكار والمفاهيم والكلمات ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام:

* لغة الإشارة sign language: وتقسم إلى:

أ- هي التي تصف شيئاً معيناً أو فكرة معينة، وتساعد على توضيح صفات الشيء مثل فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة وهكذا، وفي الواقع أن الصم والأسوياء كلاهما يستعمل هذه الإشارات الوصفية لتوضيح المقصود بالكلام.

ب- الإشارات غير الوصفية: هي عبارة عن إشارات لها دلالة خاصة للغة متداولة بين الصم كأن يشير الأصم بإصبعه إلى أسفل فإنه يعني أن الشيء رديء.

- أسلوب الاتصال الكلي: وهو أسلوب يجمع ما بين لغة الإشارة واللغة المسموعة معا.

- أسلوب الكلام التلمحي: وهو عبارة عن مزيج من قراءة كلام شفهي وسمعي، وهو أسلوب شفهي أكثر من كونه يدوي، ويستخدم في مساعدة المتعلمين فاقد السمع أو ضعاف السمع على التفريق ما بين الأصوات المختلفة التي تبدو متشابهة على الشفاه وأيضاً تسهيل قراءة الكلام¹.

7- مستويات الوقاية من الإعاقة السمعية:

يمكن تقسيم مستويات الوقاية من الإعاقة السمعية إلى مستويين وهما:

- الوقاية الأولية:

أو وقاية من الدرجة الأولى، وهي الإجراءات التي تتخذ قبل حدوث المشكلة وتهدف إلى منع أو الحيلولة دون حدوث الإعاقة السمعية مثل التطعيم قبل الزواج ضد الحصبة الألمانية والتهاب السحايا، عدم زواج الأقارب أو زواج المعاقين من بعضهم، خصوصاً في العائلات التي تكثر فيها حالات الإعاقة، إجراء التحاليل الطبية لرأبغبي الزواج للكشف عن عامل Rh، وعدم تناول الحامل الأدوية والعقاقير والمهدئات أثناء فترة الحمل إلا بعد استشارة الطبيب، والإقلاع عن التدخين وتعاطي المخدرات، والولادة تحت إشراف

¹ عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة عين شمس، 2001، ص 98.

طبي لتجنب المخاطر التي تحدث أثناء عملية الولادة، وتجنب تعرض الأطفال للحوادث الخطيرة، ويمكن أن تقوم البرامج التوعوية، الإرشادية من خلال وسائل الإعلام والمؤسسات الاجتماعية بدور كبير في هذا الجانب¹.

- الوقاية الثانوية:

وهي وقاية من الدرجة الثانية، وتشمل جميع الإجراءات التي يمكن اتخاذها للعمل على عدم تفاقم أو زيادة المشاكل المترتبة على الإعاقة السمعية، وذلك من خلال الاكتشاف والتدخل المبكر، والعمل على استغلال البقايا السمعية باستخدام المعينات السمعية وتوفير الخدمات الطبية والعلاجية، والاهتمام بعمل برامج تأهيلية وعلاجية في المجال الطبي والنفسي والاجتماعي والتربوي والمهني، والعناية بالتربية الخاصة لهذه الفئة.

ثالثاً - طرق تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة:

تختلف طريقة تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة، أو الصعوبات التي يعاني منها الطفل، ومن أبرز طرق تدريس ذوي الاحتياجات ما يلي:

أ- طرق تدريس المصابين بالإعاقة العقلية:

يجب أن تكون طريقة تربية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية قائمة على عدد من الأسس الاجتماعية والنفسية و التربوية والجسدية، حيث تتمثل طرق تعليم ذوي الإعاقة العقلية في ما يلي:

* طريقة الأطقم التعليمية المنفردة (individualized instruction kits):

- يتكون هذا النوع من الطرق من عدة مضامين تعليمية تتمثل فيما يلي:

- وجود معلومات مفهومة عن المواد التعليمية الخاصة بهذه الطريقة.

- تقديم مقترحات حول استخدام هذه الطريقة مع تحديد الوقت، والمواد المناسبة لبدء التعلم، وتحديد الأنشطة المناسبة التي تتوافق مع عملية التطبيق والخبرة، والمهارات المناسبة لهذا النوع من التعليم.¹

¹ عاطف عبد الله بحراوي وسهير ممدوح التل، النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً، ط1، دار زمزم ناشرون وموزعون للنشر والتوزيع، الأردن (عمان)، 2012، ص 97.

- ذكر المجالات التي يمكن أن يصل إليها صاحب الإعاقة العقلية في تعلمه.

- وضع المعلم للأهداف الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، مع اختبار المواد التعليمية التي تساعد على إيصال الهدف التعليمي إليهم، وتحديد النشاطات التي تتناسب مع الأسلوب الخاص بالتعليم من قبل المتعلمين.

* طريقة التعلم باستخدام الدورات المصغرة (mini courses): تهتم هذه الطريقة بتقسيم المواد الدراسية إلى عدد من المهارات والوحدات التي يمكن فهمها، إذ أنه لا بد من إنهاء كل وحدة قبل الانتقال إلى وحدة أخرى على أن يكون تعليم تلك المراحل تحت إشراف معلم مختص، وتساعد هذه الطريقة على ضمان عدم دراسة الوحدات مجدداً، أو عدم دراسة وحدات تحتوي على معلومات مشابهة لوحدة سابقة ويطبق هذا النظام من خلال عرض شامل للمسافات الخاصة، بالمؤسسة التربوية كلها، على أن تتشكل من عدد من الدورات قصيرة الأمد، مما يتيح للمعلم اختيار الدورة المناسبة له، بما يتناسب مع الأهداف والاحتياجات الخاصة به، ومن ثم تحقيق هذه الأهداف من خلال إشراف المعلم، إضافة إلى إيجاد المصادر لهذا النوع من الدورات.

* طريقة التدريس بشكل مصغر: (teaching micro): وهو التدريس الذي يهتم بتدريب المعلم على المهارات الخاصة بالتدريس، ويكون على شكل حصة أو درس مصغر، ويستخدم لعدد معين من المعلمين أو ذوي الاحتياجات الخاصة، تحت ظروف معينة، ويتم التدريب عليه من خلال التدريب الميداني، حيث إن تعليم ذوي الاحتياجات بهذه الطريقة، أكثر فعالية من تدريس عدد كبير من الطلاب في الوقت نفسه، حيث يعرف التدريس المصغر بأنه: موقف تعليمي ينفذه ذوو الاحتياجات الخاصة، أو المعلم بما يساعد في التدريب على عدد من المواقف الخاصة بالتعليم المصغر، والذي يتشابه بشكل كبير مع التعليم العادي داخل الغرف الصفية، ولكن دون وجود أي عوامل معقدة خاصة في عملية التدريس، إضافة إلى التدريب على المهارات التي يجب إتقانها، ويتم ذلك من خلال عدة خطوات هي²:

- اختبار المهارات التدريسية.

- المشاهدة.

¹ عاطف عبد الله بحراري وسهير ممدوح التل، المرجع السابق، ص 98.

² كوثر جميل سالم بلجون : مناهج وطرق وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، 2009، صص 45، 46.

- وضع خطة بهدف شرح الدرس المصغر.

- الشروع بعملية التدريس.

- مناقشة الطالب والتحدث معه فيما يتعلق بالدرس.

- إعادة تنفيذ عملية التدريس.

- تقييم الطالب.

- الانتقال إلى مرحلة التدريس بشكل كامل.

ب- طرق تدريس الأطفال المعوقين بصريا:

تعتمد طريقة تدريس وتدريب المعوقين بصريا على شدة الإعاقة والإعاقات المرافقة لها ومن هذه الطرق والتي تهدف إلى تعليمهم مهارة الحركة والقراءة والكتابة طريقة بريل braille و الابتكون optacon واستعمال العداد حسابي لتعليمهم الحساب.

ولتعليمهم مهارة الحركة يمكن الاعتماد على ما يلي لتحقيق ذلك:

- العصا البيضاء white cane

- عصا الليزر lazer cane

- الدليل المبصر human guide

- الكلاب المرشدة guide dogs

- النظارة الضوئية sonic glasses

- الأجهزة الصوتية sound systems

* إن الحركة تعتبر مشكلة بالنسبة للكفيف، ولذلك فإن الوسائل السابقة تساعد على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، حيث تساعد على تخطي العوائق الحركية التي تواجهه في مسيره نحو غايته ولتعليمهم مهارة القراءة والكتابة يمكن الاعتماد على طريقة بريل وتخلص طريقة بريل في قدراتها على تحويل

الحروف الهجائية إلى نظام من النقط البارزة dot system التي يرمز كل نقطة فيها إلى حرف هجائي معين، ويمكن بواسطة ذلك تعليم الكفيف هذه الحروف ليستطيع القراءة وقراءة الساعة على يده لتحديد الزمان، ويمكن استخدام المخرز stylus في عملية الكتابة على ورق خاص، وهناك آلات طابعة لهذا الغرض.

وتعتبر طريقة الأبنتكون طريقة أخرى لتعليم مهارة القراءة للمكفوفين والأبنتكون هو عبارة عن كاميرا صغيرة وشاشة صغيرة¹ وجهاز بحجم آلة التسجيل الصغيرة، ويساعد الجهاز الكفيف على قراءة المطبوعات والكتب والجرائد عن طريق تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة ويقراً الكفيف ما معدله من 5-11 كلمة في الدقيقة.

- مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الأبكس abacus أي العداد الحسابي، وهو عبارة عن لوحة خشبية داخلها عيدان متوسطة المساحة عليها خزارات يستطيع الكفيف لمسها وعدها واستعمالها في العمليات الحسابية، الطرح والجمع والضرب والقسمة واستخراج الجذر التربيعي وفهم الكسور.

- مهارة الاستماع

ولتعليم الكفيف مهارة الاستماع يمكن الاستعانة بما يلي:

- الكتب الناطقة.

- الأشرطة المسجلة.

- تعريض الكفيف لمواد مسموعة والطلب منه فهم المادة المسموعة.

- التدرج في إطالة مدة الاستماع.

- مهارة استخدام القدرة المتبقية من بصر لدى الكفيف، ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- استخدام النظارة الطبية.

- استخدام النظارات المكبرة.

¹ سعيد حسني العزة: مرجع سبق ذكره، ص 103.

- استخدام الحروف الكبيرة.

- مهارة استخدام الحاسوب

يستطيع الكفيف الحصول على معلومات عن طريق استخدام جهاز الحاسوب الخاص الذي يحول الكتابة إلى لغة منظومة على غرار الأبتكون¹.

- مهارة التواصل:

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- توظيف الخبرات غير البصرية بدلا من البصرية.

- استخدام الإثارة السمعية ولمسه للتواصل مع الآخرين

- التحدث مع الطفل ولمسه ومعانقته

- تحسيس الطفل بالدفء العاطفي.

- تقديم الدعم العاطفي للطفل.

- تشجيعه على إجراء الاتصال الناجح.

- إعطائه تغذية راجعة عن الاتصال الناجح.

- تشجيعه على الوضوح وعدم الغموض في رسائله.

- تعليمه استقبال رسائل الآخرين بطريقة هادئة.

- مهارة التعرف على الأشياء.

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- تحليل فوائض الأشياء.

- تنظيم المعلومات وتصنيفها.

- التخطيط لاستعمال هذه الأشياء بناء على المعلومات السابقة.

- التنفيذ تجريب ما تعلمه في الواقع.

¹ سعيد حسني العزة: مرجع سبق ذكره، ص 103.

- وقد تشمل عملية التعرف المجالات التالية:

* علامات الطريق.

* محطة الباصات.

* المستشفى

* المدرسة

* الاتجاهات المختلفة

* استخدام وسائل النقل

* استخدام العصا

* طرح الأسئلة

* تلقي التوجيهات¹.

- المهارات السمعية واللمسية

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- تكيف أساليب التعليم لتناسب حاجات الكفيف.

- التركيز على الملموسات.

- القيام بالنشاطات المختلفة باستخدام حاسة اللمس والسمع.

- لمس الأشياء.

- التعلم بالعمل

ويمكن تحقيق ذلك من خلال ما يلي:

- زيادة دافعية الكفيف لاكتشاف البيئة.

- تعليم الكفيف الحركة.

- تنظيم زيارات ورحلات للكفيف للأماكن المختلفة.

¹ سعيد حسني العزة: مرجع سبق ذكره، ص 104.

- تنظيم المواد التعليمية بحيث تشمل ألفاظ واضحة.
- توفير فرص كافية له ليكتسب خبرات حياتية مختلفة من خلال ما هو ملموس وملفوظ.
- استخدام تقنيات تعتمد على اللمس والسمع¹.

رابعاً : النظريات دراسة ذوي الاحتياجات الخاصة:

هناك عدة نظريات تعالج موضوع ذوي الاحتياجات الخاصة ومحاولة تأهيل الأفراد المعاقين وتحديد كل ما يحقق الرعاية الكافية لهم من هذه النظريات نذكر:

1- استخدام المدخل السلوكي في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة:

نعني بها تلك الإجراءات السلوكية فكل مؤسسة داخلية كانت أو مفتوحة تهتم بالمعاقين سواء كباراً أو صغاراً تصمم لهم برامج وتخلق لهم مهارات خاصة بهم على سبيل المثال تعليمهم كيفية ارتداء الملابس، وطريقة التكلم وتعليمهم المهارات الاجتماعية وزيادة القدرات الخاصة بهم إضافة إلى تقديم يد المساعدة لهم من طرف مختلف العالمين الموجودين في المؤسسة وكذا من طرف الوالدين، الإخوة والأخوات، جماعات الرفاق وغيرهم الذين يكونون لديهم قوة تأثير على سلوك الفرد المعاق، فالمنهج السلوكي هنا يسعى إلى زيادة قدرة الفرد على أداء وظائفه الاجتماعية وبالتالي يمكن القضاء على المشاكل التي قد تواجهه وتغوق أعماله والتعديل السلوكي يستخدم عشرات الأساليب العلاجية الأخصائي يختار ما يناسب طبيعة البيئة والأعضاء والمؤسسة إضافة إلى أن هناك علاقة بين كل من المنهج السلوكي والتعديل السلوكي فاستخدام مختلف الوسائل والأساليب بإتباع منهج مناسب لتعليم الفرد المعاق بمساعدة الأخصائي وأفراد المجتمع القريبين منه يمكن تهيئته للعمل بشكل مقبول ومفيد².

الهدف من معالجة الأفراد المعاقين هو التخفيف من حالتهم وجعل سلوكهم سوي وإبعادهم عن مصادر الاكتئاب والقلق والانطواء فالسلوكيين يهتمون كثيراً بموضوع الاكتئاب كحالة ناتجة عن مشاكل عديدة و الاكتئاب والتعزز ظاهرتان تتعلق كل منهما بالأخرى ويرون أن السلوك والشعور الوجداني

¹ سعيد حسني العزة: مرجع سبق ذكره، ص 104.

² محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي المعوقين دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2005، ص 296-297

المكتتب دالة لانخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الإيجابي حيث أن التعزيز هنا بجودة تفاعلات الفرد مع بيئته¹.

فالإكتتاب له علاقة وطيدة بالتعزيز فوجود تفاعلات إيجابية بين الأفراد دليل على وجود تعزيز إيجابي فالتخلص من هذا الإكتتاب يكون عن طريق التعزيز الإيجابي الذي يضمن للفرد الطمأنينة وبالتالي إمكانية حصول عملية الدمج في وسط المجتمع.

هذه النظرية لها أسس عديدة تتمثل في:

- أ- التعلم والتلعيم والتدريب من العمليات الأساسية في نمو الشخصية الإنسانية.
- ب- الاهتمام بالجماعة ودورها في توجيه مواقف الأفراد نحو الأهداف.
- ج- التركيز على موضوع التفاعل بين الأفراد والمؤسسة وكيفية توجيه العاملين لصالح أهداف المؤسسة.
- د- الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية للفرد داخل المؤسسة.
- هـ- العنصر الإنساني هو مصدر التغيير في السلوك الإنساني.
- د- يؤثر التنظيم غير الرسمي في السلوك التنظيمي².
- ي- الاهتمام بموضوع بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العامل اتجاه المؤسسة التي يعملون بها.

فأصحاب هذه المدرسة يركزون أكثر على العمل باعتباره نوع من أنواع السلوك الإنساني الذي ينطبق عليه كل القوانين فحتى الفرد المعاق يقوم بأعمال تتناسب مع حالته لأن هناك دوافع تدفعه إلى ذلك العمل قصد إشباع حاجياته فكل إنسان مهما كانت حالته ورغبات وأغراض يسعى إلى تحصيلها وبالتالي تحقيق أهدافه فالنفس البشرية تطلب.

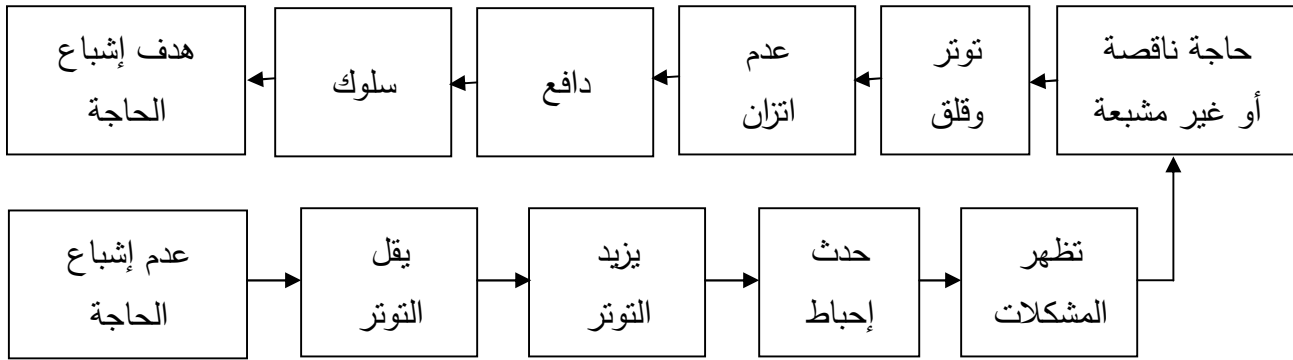
¹ بشير معمريّة: بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الأول، منشورات الخبر، بني مسوس، الجزائر، 2007، ص ص 17-16.

² مدحت محمد أبو نصر: بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، ط1، إبتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2005، ص 22.

دائماً المزيد من تحقيق الحاجيات، فالأفراد في هذه الحالة عبارة عن موارد بشرية لا بد من العمل على إدارتها وتحديد مسارها الصحيح فتاريخ الموارد البشرية معظمه حديث نسبياً، لقد طورت الجماعة لنفسها مكانة مهنية، ودورا محددًا فقد بدأت الجامعات تقدم منهاجاً أساسياً تمشي عليه أعطى ظهور الحركات العمالية وقيام اتحادات العاملين أهمية الحاجة إلى مهنيين لديهم مهارات في علاقات العمل يخضعون إلى قوانين ولوائح عمالية¹.

فيما يلي نوضح من خلال الشكل أهمية إشباع الحاجات الإنسانية بواسطة دوافع العمل لتحقيق الارتياح للنفس البشرية والابتعاد عن مصادر القلق والتوتر:

شكل رقم (2) يوضح دورة السلوك الإنساني



المصدر: مدحت أبو النصر مرجع سابق، ص 23.

المدخل السلوكي يمكن تطبيقه على هذه الفئة من الأفراد المعاقين بجميع تقنياته ومناهجه المنظمة ولكن ما يمكن الانتباه إليه هو يمكن إيجاد صعوبة في تطبيقه على الفرد المعاق الذي يعاني من حالات إعاقة قديمة بمعنى لم تكتشف مبكراً فهناك صعوبة في التعامل معه خاصة إذا لم يكن تعاون من طرف أفراد المجتمع القريبين منه، وبذلك يجب معالجة هذه الحالات أولاً من الناحية النفسية لأنها بدون شك مصابة بأمراض نفسية عويصة.

تم الانتقال إلى الجانب السلوكي، عكس الحالات الجديدة يمكن معالجتها بصورة أسهل، نتيجة تلك الأساليب والمناهج المتبعة في هذا المدخل.

تظهر في هذه الحالة أدوار لكل فرد في المجتمع، فنجد الأخصائي والوالدين الإخوة، العاملين وغيرهم لكل منهم دور إضافة إلى دور الفرد المعاق المهم عند دراسة سلوك الفرد من الناحية النفسية

¹ عبد الحكيم أحمد الخزامي: إدارة الموارد البشرية إلى أين؟ التحديات، التجارب، التطلعات، ط1، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، مصر، 2003، ص 157.

خاصة نلجأ إلى تلك النظريات في المجال النفسي " فإن إسهامات علم النفس تساعدنا على فهم التعقيدات الموجودة عند ذلك بدراسة العوامل الاجتماعية المتعلقة بجذور حالة الأفراد والفئات الاجتماعية¹.

2- استخدام مفاهيم نظرية الدور في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة:

هذه النظرية تحاول أن تفهم السلوك الإنساني بصورة معقدة وتصنف السلوك الاجتماعي الذي يشمل عناصر حضارية اجتماعية، كما أنها تساعد الأخصائي في بعض المواقف للقيام بعمله المهني من تخطيط وتنفيذ للخطط وغيرها في هذا الصدد يمكن تقديم تعريف لعملية التخطيط " هو عملية تنبؤ بما سيكون عليه المستقبل مع الاستعداد الكامل لمواجهة²، بأنه عملية إدارية متشابكة تتضمن البحث والمناقشة والاتفاق ثم العمل من أجل تحقيق الأهداف التي ينظر إليها باعتبارها شيئاً مرغوباً فيه"³ في هذا المضمار يظهر مفهوم الدور فهو يركز أساساً على جوانب الأداء مع إغفال تلك الفروقات الفردية الدقيقة وكذا عدم توضيح لتلك الدوافع التي تكون وراء السلوك كما أن هذه النظرية تقدم مفاهيم تحتنا على إدراك السلوك الاجتماعي وبالتالي يمكن فهم البناء الاجتماعي، وهذه المفاهيم مرتبطة بالقيم، وذلك بتحديد مجموعة القيم السائدة في المجتمع، أكد " تالكوت بارسونز" (1902-1979) بأن الأدوار هي نتائج للتنشئة الاجتماعية لأن عملية تعليم الدور توضح مشاركة الفرد في جماعته وهذا ما يساعد على إشباع الحاجات، فكل دور يتضمن مجموعة من الالتزامات الأخلاقية، على الفرد أن يقبل هذه الالتزامات خلال عضويته، إضافة إلى وجود إيديولوجيات ينتجها الفرد تعبر عن ثقافة المجتمع فالأدوار تؤدي إلى انتشار مجموعة من العلاقات الاجتماعية وتقدم مفاهيم تساعد الأخصائي على تحليل ألوان السلوكيات الاجتماعية، فهذا الأخصائي يمكنه توقيع سلوك المعاقين من ذوي الحاجات الخاصة في مواقف مختلفة، وبالتالي إمكانية التحكم في مختلف المشكلات التي تواجهه خلال عمله المهني مع المعاقين على أساس فكرة توقعات الدور وصراع الأدوار⁴.

¹ مدحت محمد أبو نصر: مرجع سبق ذكره، ص 23.

² مغن محمود عيامرة، مروان محمد بن محمد: القيادة والرقابة والاتصال الإداري، دار حامد والتوزيع، الأردن، 2008، ص 44.

³ جمال الدين لعويسات: مبادئ الإدارة، دار هومة للنشر والتوزيع، بوزريعة الجزائر، 2005، ص 51.

⁴ محمد سيد فهمي: مرجع سبق ذكره، ص 299.

إذا تكلمنا عن القيم والمعايير عند **بارسونز** في البداية اتخذ موقفاً فالعلم بالنسبة له لا يمكن أن يختزل في مجرد تراكمات للمعطيات، بل يجب أن ينطلق من تساؤلات والاعتماد على إطار نظري يعطي معنى للمعطيات الحادثة، فالمجتمع يوجد كنسق من القيم الثقافية، المعايير، فالأفعال الفردية يمكن أن تكون في توافق فيما بينها، لأن الفاعلين الاجتماعيين يتصفون من خلال معايير وقيم المجتمع، **بارسونز** اعتبر المجتمع كنسق ودافع عن هذا النسق وعن وصفه للمجتمع فلكي يكون المجتمع مستقراً ويستمر في الوجود عليه أن يستجيب لعدة وظائف التكيف مع المحيط الذي يضمن البقاء، متابعة الأهداف التكامل بين أعضاء المجتمع الحفاظ على النمط والمعايير¹.

فنظرية "بارسونز" كما يقال عليها هي تشبه الصناديق الصينية، حينما تفتح صندوقاً منها تجد صندوقاً آخر بداخله، وهذا الصندوق بداخله أصغر منه وهكذا².

هذه النظرية جد ضرورية في عملية التعرف على السلوكيات الاجتماعية لأفراد بصفة عامة والفرد المعاق بصفة خاصة، فالأخصائي بإطلاعه عليها يستطيع أن يطبقها في عدة أمور منها أن يتوقع دور الفرد المعاق في المجتمع من خلال المكانة التي يحتلها و بالتالي التعرف على كيفية التفاعل مع غيره والمشاكل التي يتعرض لها وإيجاد الحلول المناسبة لها، فإتباع مفاهيم الدور يمكن تحديد سلوكيات الأفراد فالدور يعبر عن تلك العلاقات الموجودة بين الأفراد ويعبر عن مجموعة القيم السائدة في المجتمع فالأدوار هي نتيجة البيئة الاجتماعية التي تحتوي ثقافة معينة من تعلم وتدريب وتأهيل وغيرها فالفرد المعاق يتعلم كيفية ارتداء الملابس، وكيفية الكلام وكيفية التعامل مع الآخرين فسلوكه ينتج عن دور معين يتعلمه من طرق أفراد المجتمع بمعنى الذين يتأثر بهم، كالمعلم الأخصائي، الوالدين، الأقارب وغيرهم، ففي حالة تعلمه لمهنة معينة يراها تتناسب مع قدراته فهي تعبر عن دوره في المؤسسة التي يعمل بها وبالتالي تتحدد مكانة فيها وكذا مختلف علاقاته مع زملائه في العمل، إذ أنه أيضاً يعمل وفقاً لثقافة المؤسسة وقوانينها وعلى سبيل المثال في مؤسسة المعاقين حركياً لا حظنا العديد المعاقين بإعاقات مختلفة يقومون بأدوارهم على أكمل وجه بشكل إتيقان وثقة وهي تناسب حالتهم، هذا دليل على أهمية التأهيل في هذه المؤسسات وتكوينهم مهنياً.

¹ دبله عبد العالي: محاضرة بعنوان **تالكاوت بارسونز و النظرية الكبرى**، السنة الأولى، ماجيستر تنمية الموارد البشرية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية قسم علم الاجتماع، جامعة بسكرة، الجزائر، 2007-2008، ص ص 7، 8.

² إيان كريب: **النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هارماس**، ترجمة محمد حسين علوم، مطابع الوطن، الكويت، 1999، ص 72.

3- استخدام نظرية اللعب مع ذوي الاحتياجات الخاصة:

كل إنسان تواجهه مشاكل وعراقيل سواء شخصية أو اجتماعية أو الاثنتين معا تظهر هذه المشاكل أثناء التعامل مع الأفراد العاديين وبالأخص الفرد المعاق الذي تكون حالته أصعب من العادين يترتب عن تلك حالة نفسية مزدوجة مما يؤدي إلى سوء التكيف الاجتماعي والنفسية لأنه يجد نفسه مختلف عن الأفراد الآخرين، فالمعاق في هذه الحالة يبني عالم خاص به يتميز بالعزلة والانتواء على ذاته ويمكن أن يكون لديه نظرة سوداوية عن الحياة إن صعوبة هذه الحياة دفعت العديد من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين إلى إيجاد حلول لها، تمثلت هنا فيما يعرف بنظرية اللعب، فاللعب عبارة عن سلوك فطري ولد مع الإنسان وذا أهمية عالية وخاصة بالنسبة للطفل، باعتبار اللعب كوسيلة للتعبير عن العديد من النواحي كالتفكير والإبداع وغيرها فمن خلاله يمارس الطفل أعمال وأنشطة مختلفة يعبر بها عن ذاته ويشبع حاجياته وهذا ما يساهم في نمو بناء شخصيته وبالتالي الإعداد للحياة¹.

نظرية اللعب أو بمعنى آخر معالجة الفرد المعاق عن طريق اللعب أي العلاج باللعب الذي عرفته الباحثة " عائشة نحوي" في أطروحتها بما يلي:

"هو نشاط أو أي سلوك يقوم به الفرد بدون غاية عملية مسبقة، وهو نشاط ممتع يتضمن إشباعا للحاجات كما أنه وسيلة للتعبير عن النفس وطريقة لفهم العالم من حولنا، حيث نجد أن الطفل يعبر عن نفسه من خلال اللعب ويختلف باختلاف مراحل الطفولة"².

مختلف الألعاب تحتاج إلى درجات متفاوتة من القدرات الجسمية والعقلية والتعاون، فهناك ألعاب تقيد في تكوين تنمية الجسم والتوافق العضلي العصبي، هناك ألعاب لتنمية بعض القدرات العقلية وهناك من تهتم بالتعاون والعمل الجماعي، فالألعاب تعتبر فرصة للأخصائي لملاحظة الأطفال المعاقين وهم يلعبون ويتم دراسة حالتهم فهو يعتبر أيضا كأسلوب للتخفيف من حدة التوترات التي تحدث بين الأطفال المعاقين، وأيضا تلك مضايقات عنيفة فعند اللعب تظهر درجة تقبل المعاق للأفراد وإمكانية تكيفه معهم والمهارة في اللعب غالبا ما تحقق الثقة في النفس، من خلال اللعب تظهر قيادات في الجماعة، بعض

¹ عبد المنصف حسن رشوان: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة والموهبين، المكتب الجامعي الحديث للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 178.

² عائشة نحوي: العلاج النفسي عن طرق البرمجة اللغوية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة، 2009، ص ص 80-81

الألعاب تستخدم لاكتشاف قدرات الأعضاء وحاجاتهم وكذلك الكشف عن مختلف قدرات ومتطلبات عملية التأهيل والعلاج وبذلك فأهمية اللعب للطفل المعاق تظهر في الآتي:

- اللعب يفتح المجال لممارسة القيادة وتعلم أصولها.
- يقبل الطفل المعاق في الجماعة عن طريق اللعب.
- من خلال اللعب يظهر السلوك العدواني للفرد المعاق وبالتالي إتاحة الفرصة لعلاجيه.
- يمكن التعرف عن القدرات والإمكانيات بالإضافة إلى الإبداعات والابتكارات.
- يساعد اللعب على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ومع أفراد المجتمع، وبالتالي الكشف ومعرفة الاحتياجات التأهيلية فكل فرد له احتياجاته الخاصة به وتأهيله لما يناسبه¹.

فالأخصائي يبحث عن الأشخاص الذين يمكن أن يتصل بهم المعاق في البيئة الخارجية والداخلية مثل: الوالد، المدرس، صاحب العمل أخصائي التربية أخصائي التأهيل وغيرهم، فهذا المدخل يؤكد على ضرورة تعديل سلوك الفرد عن طريق اللعب الذي له فوائد كثيرة تفيد بالدرجة الأولى الفرد المعاق إذ تفتح له آفاق كبيرة منها الترويح والاشتراك مع الآخر بمعنى فتح المجال للتفاعل وسط الجماعة إبراز للقدرات والإبداعات وغيرها، فك عقدة العزلة والانطواء على النفس، كسب الثقة بالنفس، المساهمة في تعديل السلوك بمساعدة أفراد البيئة المحيطة.

خامسا: الاتجاهات الحديثة للاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة:

1- الدمج من المنظور الحديث: يعرف الدمج بأنه وضع الطفل ذو الحاجات الخاصة مع الطفل العادي داخل إطار التعليم النظامي والعادي ولمدة قد تصل غلى (50%) من وقت اليوم الدراسي، مع تطوير

¹ محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1، دار الوفاء للنشر والتوزيع، مصر، 2004، ص ص 302،303.

الخطة التربوية بما يحقق الأهداف المرجوة من تعاون التربويين في نظامي التعليم الخاص والتعليم النظامي من أجل رعاية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة بفئاتهم المختلفة¹.

2- التدخل المبكر: يعرف التدخل المبكر بأنه برنامج متكامل ومتخصص معد للكشف عن قدرات ومهارات ذوي الاحتياجات الخاصة ذلك خلال السنوات الأولى من حياتهم².

وعلى هذا يعد التدخل المبكر من أهم الاتجاهات الحديثة التي ظهرت منذ أوائل الستينات من القرن العشرين في ميدان التربية الخاصة³.

3- التأهيل المهني: إن المعنى العام لكلمة التأهيل هو الإعداد أو تزويد الفرد بما يجعله مؤهل لشيء ما⁴.

ويقصد بتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في التعريف الوارد في تقرير هيئة الأمم المتحدة عام (1975) بأنه " عملية ديناميكية متناسقة متكاملة تهدف إلى استثمار قدرات ذوي الحاجات الخاصة إلى أقصىها لإكسابه أنسب المهارات المهنية، ليتمكن بها من المعيشة واستقلالية وعلى درجة مناسبة من التوافق الاجتماعي⁵.

كما تهدف عملية التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة إلى زيادة قدراتهم على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات واحترامها، كما أن التأهيل يساعدهم في التعرف على إمكانياتهم وتزويدهم بالوسائل المعنية التي تمكنهم من استغلال هذه الإمكانيات⁶.

¹ محمد حسين العجمي ومحمد إبراهيم مجاهد: متطلبات تفعيل إستراتيجية دمج المعوقين مع أقرانهم العاديين بمدارس الحلقة الأولى عن التعليم الأساسي الدفيلية، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين تحديات الواقع وآفاق المستقبل، كلية التربية، جامعة ألمانيا في الفترة من (7-8) مايو، 2002، ص 336.

² عواد جاسم الجدي، مراكز رعاية الطفولة، العدد 447 وزارة الإعلام، الكويت، 1998، ص 10.

³ عبد المطلب أمين القريطي، مرجع سبق ذكره، ص 330.

⁴ عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الإيج، مطبعة البيان العربي، القاهرة، مصر، 1979، ص 157.

⁵ جمهورية مصر العربية، وزارة الشؤون الاجتماعية، قانون رقم (39)، القاهرة، الهيئة العامة للشؤون المطابع الأميرية، 1979، ص 17.

⁶ سعيد حسن العزة: التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، الأردن، 2001، ص 129.

سادسا: نماذج من ذي الاحتياجات الخاصة:

1- هيلين كيلر:

لن نجد في حياتنا ولا على مر تاريخ البشرية الطويلة حالة إعاقة أصعب من حالة هيلين كيلر، وهي واحدة من أبرز الشخصيات التي ولدت في القرن التاسع عشر، فالتاريخ سيظل يذكرها باعتبارها الفتاة الوحيدة التي تمكنت من قهر الإعاقة المزوجة التي أصيبت بها فأفقدتها سمعها وبصرها ونطقها، فقد ولدت هيلين كيلر في أسرة من الطبقة المتوسطة، كانت تقطن بلدة (توسكومبيا) بولاية الألباما في الجنوب الأمريكي، وعاشت في بيت تتوافر فيه وسائل الراحة، وكان والدها يعمل محررا صحفيا، وابتداء من الوقت الذي أصيبت فيه هيلين بالمرض الذي أفقدتها السمع والبصر وهي في عمر 19 شهرا إلى أن بلغت العام السابع من عمرها ظلت محل رعاية أسرته المحبة لها والتي منحتها قدرا كبيرا من الحرية في نطاق المنزل، وبدون أي ضوابط لذا كانت هيلين تتصرف بطريقة شاذة وفي منتهى السوء كلما حاول أحد أن يحول بينها وبين ما تفعل وما ترغب فيه بالضبط، كما كانت تدمر الدمى واللعب وتمزق الملابس وتخرب الكثير مما حولها كلما أصابتها من نوبات الغضب المتكررة الوقوع كثيرا.

أرسلت وهي في الرابعة عشر من عمرها إلى مؤسسة بركنز للمتفوقين في بوسطن حيث تعلمت استخدام أبجدية الأيدي وقراءة النصوص المكتوبة بطريقة برايل وكانت المشكلة الأولى أمام معلمتها سوليفان أن تهذب سلوك هيلين وتحكم سيطرتها على تلك الطفلة صعبة الميراس واقتضى الأمر أن تخوض صراعا مع والديها اللذين لم يكن بوسعها تحمل خضوع طفلتها المسكينة لقيود الانضباط السلوكي وضغوطه النفسية، لكن الوالدين أيضا كان متعطين لرؤية ابنتهما تتعلم وتكتسب قدرا من الثقافة والتحضر، مما جعلهما يتفهمان حقيقة استحالة أن تتمكن الأنسة سوليفان من البدء في تدريب هيلين قبل الهيمنة مع سلوكها وتعويدها الطاعة والالتزان، ومن ثم اضطر الوالدان للإدغام ومنح المعلمة الشابة فرصة العمل دون أي تدخل منهما، وما إن تم الاتفاق على ذلك حتى تسرعت الأنسة سوليفان في مهمتهما وبدأت تشبك مع الطفلة الصغيرة المتوحشة في معارك حقيقية ومشاهد دامية، لكن قدرتها الخلاقة وصبرها الطويل وحسن تصرفها أعطت جميعا ثمارها بعد فترة غير طويلة وتمكنت بالفعل من السيطرة على سلوكها، وأجبرتها على احترامها وطاعاتها حتى تحولت وامتألت بالحب واللين والرفق بدلا من الخوف والشدّة وهكذا تهيأت الفرصة للشروع في تعليمها وإطلاق ذكائها الحبيس لقد حاولت

آن سوليفان ببساطة شديدة تعليم اللغة لهلين كيلر بنفس الطريقة التي يتعلم بها كل طفل من المحيطين به ولكن عن طريق أبجدية الأيدي لكونها تفتقد القدرة على السمع وقد تيقنت العلاقة بين الأحاسيس الناجمة عن استخدام أبجدية الأيدي وبين الأشياء الحقيقية الموجودة في العالم، وتيقنت أن الإشارات ما هي إلا حروف يجري هجاؤها باللمس بالأصابع على يد الشخص الكفيف الاسم، وهذه الإشارة w.a.t.e.r حيث يجري هجاؤها على إحدى يديها فهي إنما تمثل ذلك السائل البارد، الذي يتدفق من الطلمبة على يديها الأخرى.

ومنذ تلك اللحظة العبقريّة مضت هيلين كيلر وبكل شغف السجين الذي يتوق إلى الحرية أن تسأل عن اسم كل شيء تلمسه أصابعها مضى عقلها يقتنص المعلومات بسرعة كبيرة، لم يكن بمقدور معلمتها أن تجاريها ولم تحاول الأنسة سوليفان فقط في أي وقت من الأوقات أن تتحدث إلى هيلين بطريقة مبسطة أو غير طبيعية، بل كانت دائما تتحدث إليها بجمل كاملة وصحيحة، وتلوم كل أعضاء الأسرة بفعل الشيء نفسه حتى برغم علمها بأن هيلين لن يكون باستطاعته تفهم كل الكلمات التي يجري هجاؤها على يديها ومن الطبيعي أن هيلين شأنها شأن أي طفل آخر كانت تفهم فقط ما يثير اهتمامها في التو واللحظة.¹

أما الباقي فكان يختزن في مستوى اللاوعي من عقلها ليعاود الظهور فيما بعد حين يتوافر لديها الاستعداد لاستخدامه، وبعد تسعة شهور فقط من تعلم هيلين للكلمة الأولى أصبح بمقدورها كتابة جمل كاملة في خطابها والحقيقة أنه نادرا ما ظفرت به الأنسة آن سوليفان في تعليم هيلين كيلر، وبمجرد أن وجدت هيلين كيلر أمامها نافذة مفتوحة على العالم تخلصت تماما من دوافع الثورة والهيّاج ولم تعد قط إلى نوبات غضبها الجامع وبدت في حالتها الطبيعية ودودة محبة الآخرين ومتجاوبة معهم ونظرا لكون هيلين أول شخص كفيف أصم يتلقى تعليما أكملًا حتى المرحلة الجامعية فقد اعتبرت أكثر من مجرد فرد عادي من البشر إذ اعتبرت حدثا تعليميا وكان العالم كله في تلك الفترة يقرأ أخبار تعليمها بكل شغف ويتابع التقارير الخاصة بذلك باهتمام شديد، كما تلقت هيلين العون من أجل مواصلة تعليمها في صور هدايا من الكتب وفي صورة هبات مالية من أهل الخير من كل أنحاء العالم، وشمل الاهتمام بتلك الفتاة الفدة ومعلمتها البارعة ليس المعلمون فقط بل الكتاب والمنقون وغيرهم من أو سمة من المهتمين بحياة

¹ بلقاسم محمد الغالي: الإعاقة من منظور الإسلام، مجلة منار الإسلام، دولة الإمارات العربية المتحدة، إصدار وزارة الأفاق، 1424هـ، ص ص 51، 50.

العقل والروح وقد كتبت هيلين قصة حياتها وهي بعد طالبة في الجامعة عام 1902 لتتروى للعالم لمحات من حياتها وقصة كفاحها في التعليم خصوصا في مراحلها الأولى، قد تخرجت هيلين في كلية رادكليف rad celeff collede بمرتبة الشرف الأولى عام 1904 م.

واختارت منذ ذلك مسار حياتها، وكانت بالفعل قد بدأت في الحادية عشرة من عمرها حين قامت بتنظيم حفل شاي من أجل الخير تولت فيه جمع التبرعات المالية من أجل تعليم طفلة أخرى أصغر منها ومحرومة مثلها من نعمتي السمع البصر.

وفي عام 1968 صعدت روح هيلين إلى بارئها ونعتتها الصحف في كل أنحاء العالم، وكان من بينها صحيفة الأهرام القاهرية التي و دأبت على نشر الكثير من أخبار هيلين عبر مراحل حياتها المختلفة¹.

2- لويس برايل:

ولد لويس برايل في كويري بفرنسا عام 1809، وفقد بصره في محل والده عام 1819 م، فذهب إلى المعهد القومي للشباب العميان في باريس عام 1824 وبدأ في تبني نظام كابتن باريسيه للكتابة ليلا، وسنة 1826 أصبح معلما لعميان وفي 1829 ابتكر الفية للحروف الأبجدية البارزة، حيث استطاع المحرمون من نعمة الإبصار في الوقت الحاضر القراءة بسرعة ويسر في الكتب المطبوعة بطريقة برايل وقد كانوا قبل أن يبتكر الحروف الأبجدية المكتوبة بحروف بارزة وفتح لهم لابتكاره عالما جديدا وفسيجا، وقد فقد بصره وعمره ثلاث سنوات، وكان أبوه صانع سروج، وكان الابن يحب مراقبة أبيه أثناء عمله وذات يوم زحف الصغير إلى ورشة أبيه وحاول أن يقطع بنفسه قطعة من الجلد وإذا بالسكين تقلت من يده وتستقر في عينه اليسرى وتأثرت عيناه وفقد البصر بعد شهور قليلة وعندما وصل لويس برايل إلى العاشرة من العمر و أرسل للمعهد القومي للشباب العمى في باريس وكانت الحروف المستعملة في القراءة كبيرة وثقيلة وصعبة على الأطفال لذلك قرر لويس ابتكار ألفيات جديدة خاصة برموز بسيطة وميسرة².

3- ألكسندر جراهام بيل:

¹ بلقاسم محمد الغالي : المرجع السابق، ص 53.

² كلير فهميم: رعاية الأبناء ذوي الاحتياجات الخاصة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2005، ص 60.

ولد ألكسندر عام 1847 في ايد نبوج باسكتلندا كان يعمل معلما للبكم والبكم وقبل اختراع التلفون سنة 1876 كان على الناس أن يبعثوا البوقيات ويكتبوا الرسائل وعندما أصبح جراهام بيل في الثالثة والعشرين أصيب بالسل وهاجرت أسرته إلى كندا حيث الجو فيها أكثر جفافا، ثم انتقل بعدها إلى بوسطن في أمريكا وفيها واصل عمله معلما للبكم والبكم، وقد أوحى إليه بالفكرة اهتمامه الكبير بأصوات الحديث والكلام إذ تصور أنه من الممكن أن نرسل بالكلمات بعيدا من خلال الأسلاك، لقد كان يعرف أن الموجات الصوتية تتسبب فيذبذبة طبلة الأذن وأن هذا هو الذي يجعل في مقدور الناس أن يسمعو فقرر أن يصنع محولا كهربائيا قرص بتذبذب يستطيع أن يتلفظ الموجات الصوتية بنفس الطريقة التي تحدث مع طبلة الأذن وهذا المحول يمكن أن يتصل بسلك مستقبل يحتوي كذلك على قرص يتذبذب، وتمر الذبذبات الصوتية خلال السلك إلى المستقبل، الذي يحولها بدوره ويعيدها كلمات¹.

4- جان جاك روسو:

ولد روسو في 28 يونيو 1712 في جنيف لأسرة فرنسية كانت قد هاجرت كما يقول روسو نفسه في اعترافاته في منتصف القرن السادس عشر من فرنسا، إلى سويسرا وكان والده يعمل بصناعة الساعات وتجاريتها ولكنه ترك هذه الحرفة فجأة وراح يعمل مدرسا للروس ثم تزوج ببنت يتيمة².

كان والدها قد توفى وتركها في سن مبكرة وفي ظروف قاسية ولد جان جاك روسو وقد دفعت أمه حياتها ثمنا لمولده، إذا توفيت بعد عملية الوضع، وبدأ حياته بحادث مؤلم كان على رأس سلسلة من الحوادث المؤلمة التي امتلأت بها حياته فيما بعد، وبعد أن تعلم مبادئ القراءة والكتابة بدأ يقرأ القصص والروايات التي تركتها له والدته في مكتبتها الخاصة والتي كانت شديدة الشغف بقراءتها وما إن انتهى من قراءة الروايات حتى وجه كل همه لقراءة المؤلفات الأدبية والفلسفية التي وجدها في مكتبة والده.

وفي عام 1720 ترك الوالد جنيف بعد أن عهد بابنه إلى خاله الذي عهد به بدوره إلى الراعي لامبر سيسه مع ابنه برنار لكن روسو لم يستمر هنا كثيرا وعاد إلى حاله في جنيف وعاش متعطلا طيلة ثلاث سنوات كاملة ثم اشتغل مساعدا لكاتب إحدى المحاكم ولكنه طرد بعد وقت قصير بسبب غيابه

¹ أشرف سعد نخلة: مرجع سبق ذكره، ص ص 54-55.

² أشرف سعد نخلة: المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال وكيفية علاجها، ط1، دار الفكر الجامعي، للنشر والتوزيع، الإسكندرية،

2011، ص 111.

الشديد وأخيرا أرسل سنة 1726 ليتمرن عند احد المصورين وهنا أصبح كما قال في الاعترافات شخص لا ضابط لسلوكه كاذبا لصا، وفي سنة 1728 ترك جنيف إلى أنسى بفرنسا حيث ألحقته إحدى السيدات بملجأ بني طلياني بمدينة توريننتو وهناك غير مذهبه الديني فتحول من المذهب البروتستانتي إلى المذهب الكاثوليكي ومن سنة 1729 إلى سنة 1740 كان روسو يرتحل من بلد إلى بلد أخرى إلى أن اشتغل عام 1740 مدرس خاصا لأولاد مابلي dem bly الأديب والفيلسوف الفرنسي المشهور في ليون، وفي عام 1741 سافر روسو إلى باريس وتقدم عام 1742 بمشروعه عن التسجيل الموسيقي للمجمع الفرنسي للعلوم، وذهب بعد ذلك إلى مدينة البندقية حيث عمل سفيرا لفرنسا في البندقية، وهناك اتصل بكبار الشخصيات الأدبية لا سيما فولتيرن وفي سنة 1746، عاش مع الأنسة لوفاسير معيشة الأزواج بلا عقد يربط بينهما، وأنجب فيما بعد من هذه العلاقة غير المشروعة عدة أطفال، وفي عام 1750، قدم إلى مجمع أكاديمية et, les, arts ولقد أجاز المجمع هذا الخطاب بعد مناقشات حامية، وهذا الخطاب يناقش فيه روسو أثر تقدم العلوم والفنون على أخلاق الأفراد ثم كتب سنة 1752 أوبا هزلية بعنوان منجم القرية وملهاه بعنوان نرجس، ثم عاد إلى جنيف عام 1754 وتحول من الكاثوليكية البروتستانتية، واستعاد صفة المواطن في جنيف بعد أن فقد منذ مدة، وأخرج عام 1755 مؤلفة الشهير عن أصل التفاوت ونشأته بين الناس.

Discours sur l' origine et la fondation de l' inégalité parmi les homes وحاول في هذا الكتاب الوصول إلى صفات الإنسان الطبيعي، أو الإنسان قبل أن تصبغه الحضارة بصفات معقدة أدت غلى إخفاء ملامحه الأصلية¹.

سابعا: واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر:

جاء القانون 02/09 المؤرخ في الثامن من شهر ماي سنة 2002 بمجموعة الحقوق العامة والأساسية لذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من أجل ضمان التكفل الجاد والإدماج الفعلي بهذه الفئة ودمجها في الحياة الاجتماعية والعملية بوصفها عنصرا فعلا في المجتمع يتضمنها القانون 39 مادة موزعة في سبع فصول يضم كل فصل منها أحكام تسهل التكفل بحقوق المعاق في الجزائر وتوضح إجراءات ضمان تحقيق هذا التكفل على أرض الواقع في الجزائر وتوضح إجراءات ضمان تحقيق هذا التكفل على أرض الواقع وعلى ضوء هذا القانون يستفيد ذوي الاحتياجات الخاصة.

¹ أشرف سعد نخلة: مرجع سبق ذكره، ص 59.

- بعد إثبات إعاقته من ثلاثة محاور كبرى من الحقوق تقع على عاتق الإدارات والهيئات المعنية المختصة بهذا الشأن وتتمثل هذه المحاور في التكفل الاجتماعي والإداري والتكفل المؤسساتي والمهني والتكفل القضائي والسؤال المطروح هنا هل حقا استطاعت الدولة الجزائرية ضمان التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة على أرض الواقع من خلال سنها القانون 09/02؟

تمثلت المحاور الكبرى من الحقوق والتي جاء بها هذا القانون في حق الاعتراف بصفة المعاق وحق التأمين الاجتماعي والحق في المنحة الاجتماعية وقد عرف مبلغ هذه المنحة عدة زيادات حتى وصل إلى قيمة 4000 دينار جزائري شهريا سنة 2007 بموجب أحكام المرسوم التنفيذي 07/340 المؤرخ في 2007/10/31 وإلى يومنا هذا لا يزال المنسوب إلى هذه الفئة يتقاضون هذا المبلغ والذي لا يمكنه تلبية أدنى احتياجات المواطن البسيط ولطالما سعت الجمعيات المتخصصة وذو الحقوق في كل مناسبة على تسليط الضوء على هذا المطلب عن طريق رفع انشغالهم هذا والمطالبة برفع قيمة المنحة إلى 10 آلاف دينار جزائري¹.

وقد تحددت مطالب الحركة الجمعوية في عدة مناسبات بتحسين وضعية المعاق في الجزائر حيث طالبت برفع منحة المعاق، واستحداث كتابة دولة على مستوى وزارة التضامن تتكفل بانشغالات فئة ذوي الاحتياجات الخاصة بالإضافة إلى دمج فئة المعاقين اقتصاديا واجتماعيا بتوفير مناصب شغل لائقة بهم.

وقالت رئيسة فيدرالية الأشخاص ذوي الإعاقة أن قضية المعاقين تتعدى الحديث، عن المنحة، لأن، الواقع الذي تعيشه هذه الفئة لا يشير الخير في ظل النقائص التي تحاصرهم والتي تعوق مشاركتهم المجتمع وتحقيق طموحاتهم السياسية.

وفي هذا السياق قالت في اتصال مع قناة الفجر أنه تم تفعيل دور المجلس الوطني للمعاقين منذ أسابيع وفي انتظار إيجاد سياسة شاملة لتكفل بفئة المعاقين تقول المتحدث إن فيدرالية جمعيات المعوقين حركيا تسعى إلى توسيع أفاقها من خلال فتح أبوابها للمواطنين في الدفاع عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة².

¹ <https://www.sasapost.com>. 13:30، (2021/06/13)

² <https://www.djazcuress.com/alfadjr> (2021/06/13)، 14:00 .

وفي ملتقى بجامعة ادرار أخصائيين يناقشون واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر تمت الإشارة إلى أن مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة الحياتية لا ترجع إلى الإصابة أو الإعاقة في حد ذاتها بل تعود أساسا إلى طريقة تعامل الأسرة وتكيف المجتمع مع مشكلاته وتمت الإشارة أيضا إلى أن التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، هو كل فريق متكامل بمختلف تخصصاته¹.

وفي مقال أخر لمولود صياد في 2018 يقول أن ذوي الاحتياجات الخاصة في مجتمعاتنا يعانون من مشاكل كبيرة صعبت عليهم الانخراط في المجتمع بصفة عادية خاصة أمام عجز السلطات المحلية في التكفل بهذه الفئة على أكمل وجه خاصة ما تعلق بجانب الترفيه والدمج في المدارس العادية والمجتمع هو الأمر الذي جعل أوليائهم يتخبطون في جملة من المشاكل التي تواجه أبنائهم إلا أن هذه الفئة ليست بمنأى عن هذا الواقع المر خاصة في وسط لا تتوفر فيه الإمكانيات اللازمة ويعاني الشخص المعاق الكثير من الصعوبات التي تحد في كثير من الأحيان من عزيمة².

هذه الفئة لم تختبر لنفسها الوضع الذي تعيشه ولكن العراقل التي تواجههم في حياتهم تحد من عزيمة الكثيرين منهم وإن مجمل الحقوق التي كرسها المشروع الجزائري لصالح فئة المعاقين تمثل فقط جزءا من التكفل والاهتمام الذي يقع على عاتق السلطات العمومية وكل أفراد المجتمع.

¹ <https://www.el-massa.com/dz> (2021/06/13)، 14:14 .

² <https://www.elhiwardz.com> (2021/06/13)، 14:15

خلاصة الفصل

من خلال عرضنا لهذا الفصل والذي يدور حول ذوي الاحتياجات الخاصة ودراسة في بعض فئاتها تبين أن التكفل بهذه الفئة ظهر نتيجة التغير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال المعاقين من السلبية إلى الإيجابية ، ظهور الدراسات أكثر حولهم ووضوح لبرامج خاصة بهم وأساليب تدريس مطبقة لهم كذلك تأهيل أخصائيين تربويين لتدريبهم فالتكفل يشير إلى إعدادهم ليكونوا أفراد فاعلين في المجتمع وإعطائهم فرص في المهنة كأقرانهم العاديين مع تلبية احتياجاتهم المختلفة كل حسب طبيعة إعاقته ومراعاة ما يحتاجونه هم أيضا من خدمات.

إن المهتمين بسياسة التكفل بالمعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة يدعون كل من المراكز الخاصة والمدارس والأسر و حتى المجتمع لأن يساهموا بشكل فعال في تحقيق هذه السياسة فهو عمل إنساني قبل كل شيء ولما له من أثر إيجابي على نفسية الطفل المعاق حيث تزداد ثقته بنفسه كلما تعلم أمرا جديدا ويصبح قادرا على الاعتماد على نفسه فلا يشعر أنه عالة على أسرته والمجتمع، كما يخفف ذلك من جهة أخرى على أسرته والمجتمع كما تزيد دافعية نحو التعلم أكثر وتكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير ومع ذلك تبقى هناك سلبيات كصعوبة توفر الخدمات في مراكز التكفل وعليه لا بد من توحيد الجهود لتجاوز هذه السلبيات ومواجهتها.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

أولاً: مجالات الدراسة

ثانياً: منهج الدراسة

ثالثاً: أدوات الدراسة

رابعاً: عينة الدراسة

خامساً: أساليب التحليل

خلاصة الفصل

تمهيد:

تكتسي الإجراءات المنهجية دورا مهما في مسار البحث العلمي فهي التي ترسم معالم وآفاق البحث وتعطي الباحث الأداة الفعالة بمتابعة خطوات بحثه، فكلما كان الباحث على وعي تام بمجالات بحثه سهل عليه فهم موضوعه، وسنتعرض في هذا الفصل مجالات الدراسة المكانية والزمانية والبشرية، منهج الدراسة أدوات جمع البيانات وتحديد عينة الدراسة.

أولاً: مجالات الدراسة

يعد تحديد مجالات الدراسة ركيزة للخطوات الأساسية في البناء المنهجي نظراً لأنه يساعدنا على قياس تحقيق المعارف النظرية في الميدان، وتشتمل على المجال المكاني، المجال البشري، المجال الزمني.

1- المجال المكاني (الجغرافي):

يقصد بالمجال الجغرافي الحيز المكاني الذي تجرى فيه الدراسة الميدانية وفي بحثنا هذا قمنا بدراسة في المراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل.

- المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والمركز تحت وصاية وزارة التضامن الوطني والأسرة قضايا المرأة.

تم إنشاء المركز بموجب المرسوم التنفيذي 328/08 المؤرخ في 22 شوال 1430 الموافق لـ 11 أكتوبر 2009.

يقع في الجهة الغربية لولاية جيجل بتجزئة 40 هكتار، تقدر مساحته بـ3890.000م² يضم 194 طفلاً من ذوي الإعاقة الذهنية 125 منهم ذكور و 69 من الإناث يقع بجواره المركزين الآخرين مركز صغار الصم و مركز رعاية المعاقين حركياً يحتوي المركز على فرقة بيداغوجية تضم (نفساني تربوي، طبيب عام، نفساني عيادي، نفساني في تصحيح النطق والتعبير اللغوي، مساعد اجتماعي، مربي متخصص رئيسي، مربي متخصص المربي، مربي مساعد).

- المركز النفسي البيداغوجي للمعوقين حركياً بجيجل:

تأسس المركز بمقتضى المرسوم رقم 87-259 المؤرخ في 1-12-1998 يقع المركز بحي 40 هكتار بجانب مركز المعوقين ذهنياً تقدر مساحته الإجمالية بـ3022.29م².

يتضمن المركز المرافق التالية:

- الجناح الإداري: يتكون من 3 مكاتب ومكتب المدير والمخزن.

- الجناح البيداغوجي: يضم ثمانية مكاتب، وخمس أقسام و4 ورشات، ورشة الذكور، ورشة الإناث، ورشة الإعلام الآلي، ورشة المسرح، وقاعة إعادة التربية الحركية الوظيفية، قاعة العلاج ومطبخ، وقاعة أكل طاقة استيعابها 120 طفل وسكن وظيفي إلزامي واحد، و12 مرقد طاقة استيعابها 70 سريرا و مرأب سيارات، وقاعة استراحة تستوعب 100 شخص ومكتب الحجابة يضم 8 حراس بالتناوب ويوفر المركز 20 كرسي متحرك وفيه 15 حمام مقسما بين الذكور والإناث.

- مركز صغار الصم (مدرسة المعاقين سمعيا) - جيجل:-

فتحت أبوابها منذ سنة 1981 وهي تستقبل الأطفال الذين يعانون من الصم بمختلف أنواعه ودرجاته ويتراوح سن الاستقبال من 3 إلى 8 سنوات نظام التكفل المنهج بالمؤسسة هو نظام داخلي ونصف داخلي حيث تحتوي على مرقد ومطعم، تقع بتجزئة 40 هكتار تضم فرقة تقنية بيداغوجية مكونة من مختصين في علم النفس العيادي ومعلمون مختصون، علم النفس الأروطوفوني، أساتذة مختصين، علم النفس التربوي، ومربون تنتهج نظام المدارس العادية وتضم مرحلة التطبيق سنتين ثم مرحلة الابتدائي ومرحلة المتوسط والثانوي حيث تتكفل بـ15 فوج أو قسم مرحلة التحضيري منها 12 فوج داخل المؤسسة و3 أقسام مدمجة بالمدارس العادية تحتوي المؤسسة على أقسام مجهزة بالجهاز السمعى SUVOG قاعة الإيقاع والتربية النفسية الحركية، ألعاب تربية، كتب ووسائل بيداغوجية أخرى، اختبارات أو الروائز النفسية.

2- المجال الزمني:

ونقصد به المدة الزمنية المستغرقة في إنجاز هذه الدراسة من أول زيارة للمراكز إلى آخر زيارة، وقد أخذنا ورقة لتسهيلات من طرف مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن يوم 12 أبريل 2021 وقمنا بجولة استطلاعية على المراكز وأخذنا معلومات أولية عامة.

امتدت الزيارات من تاريخ 12 أبريل إلى غاية 31 ماي.

قمنا خلالها بالتعرف على الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وكذا العاملين داخل المراكز من مربين وأخصائيين وعمال الإدارة، دخلنا معهم إلى الصفوف وتعرفنا على أنواع الأقسام الموجودة وكيف يتم تقسيم الأطفال وألقينا نظرة على جميع الغرف الموجودة بالمراكز.

3- المجال البشري: إن دراستنا تهدف إلى معرفة دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة ولجمع المعلومات اخترنا مسح شامل للمربين والأخصائيين والذين بلغ عددهم في المراكز الثلاثة بـ100 مختص موزعين حسب تخصصاتهم كالتالي:

أخصائيين نفسانيين، مساعدين اجتماعيين، مربيين، مساعد مربي، معلمين، أخصائيين عياديين، أطفونيين، أخصائيين بيداغوجيين، مربي متخصص رئيسي، منهم من يعمل في النهار ومنهم من يعمل بالليل.

ثانيا: منهج الدراسة

إن طبيعة الموضوع هي التي تفرض استخدام منهج معين في البحث ولكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستخدمها كل باحث في مجال تخصصه.

1- تعريف المنهج:

- في اللغة: يأتي المنهج في اللغة بمعنى الطريق، وقد ورد في القرآن الكريم بصيغة أخرى في المنهاج قال تعالى: ﴿ لِكُلِّ جَعَلْنَا مِنْكُمْ شِرْعَةً وَمِنْهَاجًا ¹ ﴾ حيث يعرفه ابن كثير بقوله: « المنهاج هو الطريق الواضح السهل والسنن والطرائق » أو هو "السييل إلى المقاصد الصحيحة والطرائق والسلك الواضح ومنه تقول نهجت الطريق أو السبيل.

- **التعريف العلمي:** أما التعريفات الأكاديمية للمنهج فهي كثيرة، فهو يعرف عند البعض بأنه "فن التنظيم الصحيح لسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حين نكون بها جاهلين، وإما من أجل الكشف عن الحقيقة حين نكون بها جاهلين.. وإن من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين.

ويعرفه عبد الرحمان بدوي "المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلم بواسطة طائفة من القواعد تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل غلى نتيجة معلومة.

¹ القرآن الكريم، سورة المائدة الآية 5.

أما القاموس الحديث لعلم الاجتماع فيعرف المنهج العلمي بأنه عملية يتم في إطارها بناء كيان من المعرفة العلمية من خلال الملاحظة والتجريب والتعميم والتحقق¹.

إذا فالمنهج هو الطريقة التي تحدد بواسطتها مسار البحث وتحدد للباحث المسار الذي يتبعه من أجل الوصول إلى حل للمشكلة التي هو بصدد البحث فيها.

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 بها².

وهو يقوم على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع الفعلي لها ووصفها وصفا دقيقا كما وكيفا، بما يجعل عملية البحث تسير وفق أسس مضبوطة بشكل مناسب، ويعطي لنتائجه صبغة موضوعية وصادقة بفضل الأسلوب التفسيري والتحليلي الذي يتمتع بهما.

ثانيا: أدوات جمع البيانات

أداة الدراسة والبحث هي تلك الوسيلة التي بواسطتها يقوم الباحث بجمع المعلومات عن موضوع بحثه من ميدان دراسته حيث تتعدد هذه الأدوات والباحث هو من يقوم باختيار الأداة الملائمة لطبيعة موضوعه والتي تساعده في الحصول على المعلومات من أجل إكمال عملية البحث والتحقق من فروض بحثه وقد اعتمدنا في دراستنا على:

1- الملاحظة observation:

تعرف الملاحظة بأنها « عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهدف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته ».

¹ ميلود سفاري والظاهر سعود: مدخل إلى المنهجية في علم الاجتماع، مخبر علم اجتماع الاتصال، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007، ص ص 51-52.

² محمد بلال العنذور: البحث العلمي بين النظرية والتطبيق، دار الجوهرة القاهرة، 2015، ص 179.

وقد اعتمدنا على الملاحظة البسيطة للمربين والأطفال داخل الصفوف وقد تمت الاستفادة من هذه الأداة منذ بداية الدراسة الميدانية وأول ما لاحظناه هو التعاون والعلاقات الوطيدة بين المربين وكذلك قرب المربين من الأطفال المعاقين والتفاني في إيصال المعلومة لهم بالإضافة إلى المعاملة الحسنة لهم معنا واستقبالنا بشكل لائق، ومساندة الإدارة لنا طوال فترة التربص بالمراكز الثلاثة.

2- الاستمارة: تعد استمارة البحث من أكثر أدوات جمع البيانات شيوعاً في البحوث الاجتماعية وتعرف بأنها "نموذج يضم مجموعة من أسئلة توجه على الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، فهي التقنية المباشرة للاستطلاعات العلمية المستعملة للأفراد والتي تسمح لمساءلتهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة والحصول على نتائج كمية من أجل إيجاد علاقات إحصائية ومن أجل القيام بمقارنات عديدة¹.

ويشترط في صياغة ووضع الاستمارة ضرورة ارتباطها بالظاهرة وضرورة الارتباط بالفروض التي وضعت من أجل التحقق منها.

وقد تم الاستعانة بالاستمارة كأداة رئيسية في دراستنا هذه والتي طبقت على عينة متكونة من 100 عامل بالمراكز النفسية البيداغوجية - جيل - والتي تضمنت محاور أساسية هي:

- المحور الأول: تمحور حول البيانات الشخصية للمبحوثين.

- المحور الثاني: تمحور حول المراكز النفسية البيداغوجية.

- المحور الثالث: يتمحور حول الخدمات المتوفرة داخل المراكز.

- المحور الرابع: يتمحور حول البرامج التي تساعد على تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة حيث تضمن كل محور مجموعة من الأسئلة تمت صياغتها وفق فرضيات الدراسة ومؤشراتها وقد حاولنا قدر الإمكان استخدام أسلوب بسيط وسهل وأكثر وضوحاً في صياغتها لضمان فهمها واستيعابها من طرف جل أفراد العينة.

¹ ربحي مصطفى عليان: طرق جمع البيانات والمعلومات للأغراض البحث العلمي، ط1، دار هناء للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص ص 68-69.

3- **المقابلة:** تعتبر المقابلة من أهم أدوات جمع البيانات خاصة عند استعمال المنهج الوصفي وجمع المعلومات والبيانات من الوسط الاجتماعي.

والمقابلة هي تقنية يطرح خلالها الباحث مجموعة من الأسئلة مدروسة ومدققة وهادفة من أجل خدمة موضوع البحث على مجموعة مختارة من عينة البحث حيث تعد الطريقة الحديثة¹ "وتعد المقابلة محادثة موجهة يقوم بها الفرد مع آخر أو مع أفراد بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي أو الاستعانة بها في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج".

وفي إطار بحثنا تم استعمال المقابلة كأداة ساعدتنا على صياغة أسئلة الاستمارة وكذلك التأكد من صحة المعلومات التي تم جمعها بواسطة الاستمارة وبالخصوص في المحورين الثاني والثالث.

وقد تم إجراء المقابلة مع عدة مربين من المراكز الثلاثة وإداريين وأخصائية نفسية بمركز صغار الصم.

وقد طرحنا عليها بعض الأسئلة فكانت كالاتي:

- ما هي أول خطوة تقومين بها عند دخول الأطفال للمراكز؟
- هل تقومين بجلسات مع جميع الأطفال بالمراكز؟
- كيف يكون توجيه الأطفال لأقسامهم؟
- كيف يتم تشخيص درجة أعاقتهن؟
- هل يمر الأطفال بحالات نفسية مرضية صعبة تقومين بمعالجتها؟
- هل لديك أطفال دائمون يقومون بجلسات معك؟
- هل هناك أطفال استطعتهم دمجهم في المدارس العادية؟
- هل هناك تحسن ملحوظ للأطفال من يوم دخولهم وبعد اندماجهم في المراكز؟
- هل ترين أن الأولياء يتعاملون بشكل سليم مع أبنائهم المعاقين؟

¹ تيودور كابلوف: البحث السوسيوولوجي، ترجمة: نجاة عياش، بيروت، دار الفكر الجديد، 1979، ص171.

- وهل تقومين بجلسات توعية لهم؟
- أما أسئلة المربين فكانت كالاتي:
- هل تواجه صعوبة في إيصال المعلومة للأطفال؟
- ما هي أهم الصعوبات التي تواجهها؟
- هل البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال جيدة ومساعدة لحالتهم؟
- هل يتفاعل الأطفال مع الدرس داخل الصف؟
- هل هناك تحسن إيجابي في الاستقلالية الذاتية والكم المعرفي للأطفال؟
- هل ترين أن هناك دعم من طرف الأولياء وهل تقومين باستدعاءات لتوعيتهم بحالة أبنائهم؟
- هل ترين أن الطفل بعد تخرجه من المركز قادر على الاندماج في المجتمع؟
- هل هناك تأهيل مهني للأطفال داخل المركز وهل ترين أن الأطفال قادرون على ممارسة هذه المهن مستقبلا؟
- وكان هدفنا من هذه المقابلات مدى تكيف الأطفال داخل المراكز ومدى اندماجهم مع زملائهم وأيضا معرفة إذا ما كانت النشاطات والبرامج مساعدة لهم وهل يوجد تحسن إيجابي للأطفال.
- أما الأخصائية النفسانية فكانت أسئلتنا عن تشخيص الإعاقات والجانب النفسي للأطفال، وأيضا كيف تقدم توجيه الأطفال المعاقين للقسم المناسب لهم.

رابعا: تحديد عينة الدراسة

يعد استخدام العينات من الأمور المهمة في مجال البحوث والدراسات العلمية سواء الاجتماعية أو الطبيعية.

تعرف العينة بأنها: مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها، ومن تم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي¹.

وتعرف أيضا بأنها: "الجزء الصغير من الكل أي هي جزء من الظاهرة المدروسة الواسعة والمعبرة عنه كله يستخدم كأساس بتقدير الكل الذي يستحيل دراسته بصورة كلية لأسباب تتعلق بالواقع الظاهرة أو بالكلفة أو الوقت، بحيث يمكنه تعميم دراسة نتائج العينة على الظاهرة كلها².

وتعتبر مرحلة تحديد العينة من أهم الخطوات المنهجية في البحوث الاجتماعية، وبالتالي فطبيعة الموضوع المدروس هي التي تعرض على الباحث أسلوب معين لاختيار العينة، ولقد كانت الدراسة تهدف لمعرفة دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.

فقد تم اختيار المربين والأخصائيين من مختلف التخصصات، حيث تم إجراء مسح شامل لكل المربين والأخصائيين بالمراكز لأنها التقنية الأكثر ملائمة للدراسة نظرا لكون مجتمع البحث ليس كبيرا جدا والمتمثل في 100 عامل.

وتم توزيع الاستمارة على مجتمع البحث كله ولكن تم استرجاع 82 استمارة فقط، و189 مبحوث لم يقوموا بإرجاعها.

خامسا: أساليب التحليل

التحليل الكمي: ونقصد به تكميم المعلومات أو البيانات التي تم التوصل إليها، وترتيبها في جداول بعد تحويلها إلى أرقام مئوية ذات دلالات إحصائية، يمكن قراءتها سوسيوولوجيا لقياس الفرضيات موضوع التحقق.

التحليل الكيفي: وهو تحليل وتفسير النتائج الواردة في الجداول وفق الإطار النظري الذي تطرقنا إليه، بهدف معرفة صدق فرضيات الدراسة ومدى تحققها.

¹ محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي (القواعد والمراحل والتطبيقات)، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص83.

² رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص212.

خلاصة الفصل:

بعد عرضنا لأهم مجالات الدراسة والمتمثلة في المجال البشري الذي تم اختيار فيه عمال المراكز النفسية البيداغوجية والمجال الزماني والمكاني الذي مر بمراحل أهمها: مرحلة الجولة الاستطلاعية لجمع المعلومات الأولية ومرحلة النزول للميدان، وأخيرا مرحلة توزيع الاستثمارات 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:

تمهيد

أولاً: عرض الجداول

ثانياً: تفسير النتائج

ثالثاً: النتائج العامة للدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

للوصول إلى نتائج الدراسة التي يقوم بها أي باحث لابد أن تمر على أهم الخطوات التي بدونها يعتبر البحث ناقص وهي مرحلة تفرغ الجداول وتحليلها في ضوء الفرضيات المطروحة والدراسات السابقة التي جمعها الباحث ليتوصل أخيرا إلا جملة من النتائج العامة التي تبين مدى تحقيق فرضياته وكذا مدى مصداقية بحثه وعليه فقد قمنا في هذا الفصل بهذه الخطوات من أجل معرفة نتائج دراستنا.

أولاً: عرض الجداول

المحور الأول : البيانات الشخصية

الجدول رقم (1) : توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الجنس

الإحتمالات	التكررات	النسبة المئوية
ذكر	9	%10.98
أنثى	73	% 89.02
المجموع	82	% 100

لقد تبين من المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول رقم (1) أن هناك تباين بين نسبة الجنسين المشرفين على رعاية في فئة ذوي الاحتياجات الخاصة , حيث تقدر نسبة الذكور ب:10.98% في حين تقدر نسبة الإناث ب: 89.02%، وهذا إن دل على شيء فهو يدل على أن وظيفة التربية هي من اختصاص المرأة أكثر منها اختصاصا للرجل.

الجدول رقم (2) : توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب السن

الاحتمالات	التكررات	النسبة المئوية
من 20 إلى 30 سنة	24	%29.27
من 31 إلى 40 سنة	43	%52.44
من 41 إلى 50 سنة	10	%12.19
من 51 سنة فما فوق	5	%6.10
المجموع	82	%100

يتبين لنا من خلال استعراض الجدول 2 الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن بان هناك تفاوت في سن العمل حيث نجد أن أكثر من نصفهم يقعون في الفئة العمرية (من 31 إلى 40 سنة) بنسبة قدرها 52.44%، بينما نجد أن نسبة الفئة العمرية (20 إلى 30 سنة) تقدر ب 29.27%، أما باقي أفراد العينة فيقعون في الفئة العمرية من (41 إلى 50 سنة) بنسبة 12.19%، واصل نسبة نجدها في الفئة العمرية من (51 سنة فما فوق) وتقدر بنسبة 6.10%، وهذا يدل على أن هذه المهنة تحتاج لعنصر الشباب بشكل كبير القادر على إعطاء الكثير وبذل جهد اكبر والذي يتمتع بقدر من الطاقة والحيوية مقارنة بعنصر الكهولة.

الجدول رقم (3): توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
متوسط	7	8.53%
ثانوي	18	21.95%
عالي	57	69.51%
المجموع	82	100%

تشير النسب الإحصائية في الجدول رقم (3) أن معظم أفراد مجتمع الدراسة ذو مستوى عالي حيث تقدر نسبتهم ب 69.51%، في حين تقدر عند المستوى الثانوي ب 21.95%، ونسبة 8.53 عند المستوى المتوسط وهذا راجع إلى أن تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل جيد وتقديم الرعاية لهم يحتاج إلى مؤطرين ذوو كفاءة عالية في أدائهم للعملية التربوية وذوي خبرة واسعة في مجال التربية الخاصة لذلك فأغلبيتهم ذو المستوى العالي.

الجدول رقم (4): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الحالة العائلية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
أعزب/عزباء	28	34.15%
متزوج(ة)	53	64.63%
مطلق(ة)	1	1.22%
أرمل(ة)	0	00%
المجموع	82	100%

تدل النسب المئوية المتحصل عليها من تكرارات الحالة العائلية للمبحوثين أن أكبر عدد منهم متزوجون وتقدر نسبتهم ب 64.63%، فيما نلاحظ أن عدد العزاب تقدر نسبتهم ب 34.15%، ونسبة منخفضة جدا عند المطلقين تقدر ب 1.22%، وتتعدم تماما نسبة الأرمال ومن هذا كله يتضح لنا أن المتزوجون قادرون على الرعاية و الاهتمام بالمعاقين نظرا لوجود عنصر الأبوة والأمومة الذي يفترقه المبحوثين المتبقين.

الجدول رقم (5): يمثل توزيع مجتمع الدراسة حسب عدد سنوات العمل

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	38	46.34%
من 5 سنوات إلى سنوات	20	24.39%
أكثر من 10 سنوات	24	29.27%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (5) المتمثل في سنوات العمل للمبحوثين نسجل أكبر نسبة والتي تقدر ب 46.34% بالنسبة للمبحوثين الذين تتراوح سنوات عملهم اقل من خمس سنوات تليها نسبة 29.27% للأفراد الذين لديهم خبرة أكثر من عشر سنوات في مجال العمل، تليها أخيرا نسبة 24.39% للمبحوثين الذين لديهم خبرة عمل من 5 إلى 10 سنوات ومن هذا كله نلاحظ وجود تفاوت في عدد سنوات العمل لعمال المراكز .

الجدول رقم (6): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الإقامة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	3	3.66%
لا	79	96.34%
المجموع	82	100%

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 96.34% أجابوا ب لا أي أن معظم المبحوثين غير مقيمين داخل المراكز أما نسبة الذين أجابوا بنعم أي يقيمون داخل المراكز تقدر ب 3.66%، ومن هنا نلاحظ أن المراكز تحرص على توظيف الأفراد الأقرب إليها.

الجدول رقم (7): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الوظيفة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نفساني عيادي	3	3.66%
نفساني تربوي	2	2.44%
أرطفوني	2	2.44%
أخصائي بيداغوجي	3	3.66%
مربي متخصص رئيسي	17	20.73%
مربي مساعد	10	12.19%
مساعد اجتماعي	2	2.44%
مربي	27	32.93%
ممرن	1	1.22%
معلم	15	18.29%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول أعلاه أن أكبر نسبة عند المربين وتقدر ب 32.93%، تليها نسبة 20.73% عند المربي المتخصص الرئيسي فيما تقدر نسبة المعلمين ب 18.29%، وبنسبة 12.19% عند المربي المساعد ونجد أن أقل النسب تأتي في الترتيب التالي 3.66% من العمال يعملون كنفسانيين عياديين وهي نفس نسبة الأخصائيين البيداغوجيين و 2.44% هي نسبة النفسانيين التربويين والأرطفونيين والمساعد الاجتماعي أما أقل نسبة فكانت من نصيب الممرن حيث قدرت ب 1.22% ومن هنا نستنتج أن المراكز توفر كل التخصصات التي تحتاجها في خدمة الأطفال المعاقين من كل الجوانب النفسية والصحية والتأهيلية والتعليمية والتربوية وغيرها.

الجدول رقم (8): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب توقيت العمل

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
دوام عادي	58	70.73%
دوام مستمر	5	6.10%
دوام بالمناوبة	19	23.17%
المجموع	82	100%

يتبين لنا من خلال استعراض الجدول رقم (8) والخاص بتوقيت العمل أن أغلبية المبحوثين يعملون بدوام عادي بنسبة تقدر بـ 70.73% لنسجل بعدها بنسبة 23.17% للمبحوثين الذين يعملون بدوام بالمنوبة أما أقل نسبة فنسجلها لعدد العمال الذين يعملون بدوام مستمر وتقدر بـ 6.10%. ومن هنا يتضح لنا أن المراكز تعطي فرصة للعمال لاختيار دوام العمل الذي يتناسب وظروفهم الشخصية.

المحور الثاني : المراكز النفسية البيداغوجية .

الجدول رقم (9): يمثل أعمار الأطفال الذين تستقبلهم المراكز

- الجدول (أ):

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	71	86.59%
لا	11	13.41%

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن 86.59% من المبحوثين أجابوا بـ "نعم" أي أن المراكز تستقبل الأطفال من مختلف الأعمار وذلك يبين لنا اهتمام المراكز بالأطفال المعاقين بغض النظر عن سنهم مع وجود حد أدنى وحد أقصى يمكن تجاوزه في بعض الحالات الخاصة

الجدول (ب): إذا كانت الإجابة "نعم"

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
الحد الأدنى	3	47.56%
	4	28.05%
	5	6.10%
	6	4.88%
المجموع	71	86.59%
الحد الأقصى	17	4.88%
	18	76.83%
	19	3.66%
	22	1.22%
المجموع	71	86.59%

من خلال النسب الإحصائية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 47.56% أجابوا على أن الحد العمري الأدنى لدخول الأطفال إلى المراكز البيداغوجية النفسية هو 3 سنوات في حين أن 28.05% منهم أجابوا على احتمال 4 سنوات هذا يبين أن الحد الأدنى هو ما بين 3 إلى 4 سنوات في حين وجود حالات خاصة يمكن أن تصل حتى ست سنوات حسب ما أجاب 4.88% .

كما يتضح أن 76.83% من أفراد العينة الذين أجابوا بنعم يقولون أن الحد الأقصى لدخول الأطفال المراكز هو 18 سنة و 4.88% أجابوا على سن 17 سنة وأجاب 3.66% على احتمال 19 سنة كما توجد نسبة صغيرة جدا تقدر ب 1.22% أجابوا على احتمال 22 سنة هذا يبين لنا أن العمر الأدنى والأقصى لاستقبال الأطفال في المراكز هو عمر محدد مع مراعاة إدارة المراكز لبعض الحالات الخاصة بحيث تتجاوز هذا الحد .

الجدول رقم (10): يمثل خضوع تسجيل الطفل المعاق في المراكز لشروط معينة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	77	93.9%
لا	5	6.10%
المجموع	82	100%

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 93.9% أجابوا بنعم في حين أجاب 6.10% من المبحوثين بـ "لا" أي أن أغلبية أفراد العينة يرون أن تسجيل الطفل المعاق داخل المراكز يحتاج لشروط معينة.

ومن هنا نستنتج أن مراكز رعاية المعاقين يتم تسييرها بشكل منظم حيث تقوم مجموعة من الشروط لاستقبال ذوي الاحتياجات الخاصة .

الجدول رقم (11): يمثل شروط تسجيل الطفل المعاق في المراكز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
معاينة أولية	3	3.66%
فحص طبي	3	3.66%
الشرطين معا	76	92.68%
المجموع	82	100%

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (11) أن أكبر نسبة من المبحوثين والمقدرة ب 92.68% أجابوا باحتمال الشرطين معا وبنسبة متساوية عند المعاينة الأولية والفحص الطبي حيث قدرت ب 3.66% .
ومن هذا كله نرى بأن المراكز تقوم بمعاينة أولية وفحص طبي للأطفال قبل استقبالهم وذلك بالإطلاع على حالته ومراقبته للتطورات الحاصلة بعد دخوله لهذه المراكز .

الجدول رقم (12) : يمثل التقسيم البيداغوجي للأطفال داخل المراكز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
حسب درجة الإعاقة	29	35.37%
حسب السن	4	4.88%
حسب السن ودرجة الإعاقة	11	13.41%
حسب قدرات الطفل العقلية	31	37.80%
حسب المستويات الدراسية	7	8.54%
المجموع	82	100%

تبين لنا من خلال القراءة الإحصائية للجدول أعلاه والذي يمثل التقسيم البيداغوجي للأطفال داخل المراكز أن أكبر نسبة نجدها عند "حسب قدرات الطفل العقلية" وتقدر ب 37.80% يليها التقسيم حسب درجة الإعاقة والتي قدرت ب 35.37% ليليها بعد ذلك التقسيم حسب السن ودرجة الإعاقة معا والذي قدر ب 13.41% أما أخفض نسبة فنجدها في كلا التقسيم حسب السن حيث قدرت ب 4.88% والتقسيم حسب المستويات الدراسية حيث قدرت ب 8.54% ومن هذا نستنتج أن المراكز تحرص على تقسيم الأطفال حسب درجة الإعاقة وقدراتهم العقلية وذلك لحرصها على تكافؤ الفرص بين الأطفال المعاقين وضمان عدم وجود فروقات فردية كبيرة بين المتمدرسين من نفس الصف.

الجدول رقم(13) : يمثل البرنامج التعليمي للأطفال

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	66	80.49%
لا	16	19.51%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول (13) نلاحظ أن نسبة 80.49% يرون أن التعليم في المراكز يتم وفق برنامج تعليمي محدد فيما نسجل نسبة 19.51% فقط للمبحوثين الذين أجابوا ب لا والذين يرون أن التعليم في المراكز لا يتم وفق برنامج تعليمي محدد. ومن خلال هذه القراءة الإحصائية نستنتج أن المراكز تضع برنامج تعليمي محدد يتلاءم و احتياجات الأطفال الذين يستقبلهم.

الجدول رقم (14): يمثل الجهة المخولة لوضع البرامج التعليمية في المراكز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	35	42.68%
لا	47	57.32%
المجموع	82	100%

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أكثر من نصف أفراد العينة يرون أن وزارة التربية ليست الجهة المخولة بوضع البرنامج التعليمي للمراكز وقد قدرت نسبتهم ب 57.32% فيما نسجل نسبة 42.68% لمن أجابوا بنعم.

الجدول رقم (15): يمثل مدى توافق البرامج التعليمية للمراكز مع البرامج التعليمية للمدارس العادية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم تتوافق	25	30.49%
لا تتوافق	07	8.54%
برنامج مكيف	50	60.97%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أن 60.97% من المبحوثين يرون أن البرنامج التعليمي للمراكز هو برنامج مكيف بينما نجد أن 30.49% من المبحوثين كانت إجاباتهم بأن البرنامج التعليمي للمراكز يتوافق مع البرنامج التعليمي للمدارس العادية، أما اخفض نسبة فهي 8.54% وهي لعدد أفراد العينة الذين يقولون أن البرنامج التعليمي للمراكز لا يتوافق والبرنامج التعليمي للمدارس.

ومن خلال هذه الاستنتاجات نلاحظ بأن المراكز تحرص على تكييف البرامج التعليمية التي تقدمها للأطفال المعاقين بحيث تتماشى وإعاقتهم كما أنه يسهل عملية تكيفهم مع بيئتهم والمجتمع.

الجدول رقم(16): يمثل الفئة العمرية التي يوجه لها البرنامج المكيف

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
جميع الفئات العمرية	48	58.54%
لا توجد فئة معينة حسب قدرات الطفل	34	41.46%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (16) يتضح لنا أن النسب متقاربة جدا حيث أجاب 58.54% من المبحوثين أن البرنامج المكيف موجه لجميع الفئات العمرية و 41.46% أجابوا انه لا توجد فئة معينة حسب قدرات الطفل أي انه لا توجد فئة عمرية يوجه لها البرنامج المكيف وان جميع الفئات العمرية بالمراكز معنية بتكييف البرنامج ويكون ذلك حسب القدرات العقلية والصحية للأطفال ذوي الإعاقات.

الجدول رقم (17): يمثل مدى تكييف البرامج التعليمية للمراكز بحسب الفروقات الفردية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	55	67.07%
لا	27	32.93%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد المبحوثين الذين يرون بأن تكييف البرامج التعليمية داخل المراكز بحسب الفروقات الفردية هو عدد كبير حيث تقدر نسبتهم ب 67.07% مقارنة مع من يرون أن البرامج التعليمية لا تكييف بحسب الفروقات الفردية للأطفال فقد قدرت نسبتهم ب 32.93% ومن هذا كله نرى بأن الفروقات الفردية هي عنصر فعال في عملية وضع وتكييف البرامج داخل المراكز.

الجدول رقم (18): يمثل توافق المراكز مع أسر الأطفال

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	81	98.78%
لا	1	1.22%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (18) أن أغلبية المبحوثين يوافقون على وجود علاقة بين المراكز وأسر الأطفال حيث تقدر نسبتهم 98.78% في حين قدرت نسبة من أجابوا بـ "لا" بـ 1.22% وهي نسبة ضعيفة ومن هنا نستنتج أن المراكز تحرص على التواصل مع أسر الأطفال بشكل فعال بغية اطلاعهم على مختلف المستجدات المتعلقة بأبنائهم.

الجدول رقم (19): يمثل الجلسات التي تقيمها المراكز بين الأسر والأخصائيين

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	21	25.61%
	55	67.07%
	6	7.32%
لا	0	0%
المجموع	82	100%

حسب الجدول أعلاه وحسب إجابة 100% من المبحوثين أن المراكز تقيم جلسات بين الأسر والأخصائيين للاطلاع على مختلف المستجدات المتعلقة بأبنائهم وأجاب 67.07% منهم أن اهتمام الأولياء بأبنائهم من خلال حضور الجلسات هو اهتمام متوسط في حين أجاب 25.61% على أنه اهتمام كبير.

إن اهتمام الأولياء لا يمكن قياسه بحضور الجلسات في المركز فقط لذا فهذه النسب لا يمكن الاعتماد عليها بشكل مطلق أما من ناحية المراكز فيبين لنا أنها تهتم بالأطفال المعاقين حتى خارج نطاق المركز من خلال إقامة هذه الجلسات لتدريب الأولياء وإعطائهم نصائح لكيفية التعامل مع أبنائهم.

الجدول رقم (20): يمثل دور الأولياء في الاهتمام بأولادهم

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم يساهم	52	63.41%
نعم يساهم بشكل كبير	23	28.05%
نوعا ما	7	8.54%
المجموع	82	100%

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (20) والخاص بدور الأولياء في الاهتمام بأولادهم أن نصف المبحوثين يرون أن اهتمام الأولياء بأولادهم يساهم في بروز تطورات إيجابية في سلوك وإعاقة الطفل حيث أجابوا بنعم يساهم والتي قدرت ب 63.41% لنسجل بعدها نسبة 28.05% بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا بنعم يساهم بشكل كبير، أما أقل نسبة فنسجلها للأشخاص الذين أجابوا ب "نوعا ما" والتي قدرت ب 8.54% .

من هذه النسب نستنتج أن للأولياء دور كبير في بروز تطورات إيجابية في سلوك وإعاقة أولادهم ما يبين أن عمل المراكز يكمله الأولياء في البيت ولأن التكفل بالمعاقين لا بد أن يكون بتكامل الجهود بين المربين و الأولياء للخروج بنتائج جيدة لهؤلاء الأطفال .

المحور الثالث : الخدمات المتوفرة داخل المراكز

الجدول رقم (21) : يمثل المتابعة الطبية للأطفال المعاقين داخل المراكز البيداغوجية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	82	100%
لا	0	0%
المجموع	82	100%

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن 100% من المبحوثين يجزمون بوجود متابعة طبية للأطفال داخل المراكز ومن هذا نستنتج حرص المراكز على تقديم الخدمات الطبية للأطفال المعاقين .

الجدول رقم (22) : يمثل دوام الطبيب داخل المراكز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	43	52.44%
أحيانا	29	35.37%
عند الضرورة	10	12.19%
المجموع	82	100%

الجدول أعلاه يبين لنا أن نسبة 52.44% من العمال أجابوا بنعم أي يقرون بتواجد الطبيب داخل هذه المراكز بينما نجد أن 35.37% منهم يقولون بأن الطبيب يتواجد إلا أحيانا داخل المراكز وأقل نسبة والمقدرة ب 12.19% ممن أجابوا بتواجد الطبيب داخل المراكز عند الضرورة .
ومن هذا كله نرى بأن المراكز تتوفر على الطبيب لكن ما نلاحظه هو اختلاف آراء المبحوثين حول طريقة عمله ودوامه.

الجدول رقم (23) :يمثل توفر المراكز على قاعة علاج خاصة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	76	92.68%
لا	6	7.32%
المجموع	82	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (23) أن 92.68% يقرون بوجود قاعة علاج خاصة داخل المراكز بينما نجد أن 7.32% فقط ممن ينفون هذا الأمر .

وعلى هذا الأساس نستنتج حرص طاقم المراكز على تقديم الخدمات الطبية والصحية للأطفال .

الجدول رقم (24) : يمثل مدى توفر المراكز على العلاج والأدوية اللازمة عند مرض الأطفال.

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	78	95.12%
لا	4	4.88%
المجموع	82	100%

يبين لنا الجدول رقم (24) أن 95.12% من العمال أجابوا بنعم أي أن المراكز توفر العلاج والأدوية اللازمة عند مرض الأطفال بينما سجلنا نسبة 4.88% لمن أجابوا ب لا .
وهذا يوضح لنا حرص المراكز على الصحة العامة للأطفال المعاقين .

الجدول رقم (25) : يمثل حصص التأهيل النفسي داخل المراكز

النسبة المئوية	التكرارات	الإحتمالات	
20.73%	17	الأخصائي النفسي	نعم
1.22%	1	الأخصائي التربوي	
51.22%	42	عمل مشترك بينهما	
24.39%	20	التأهيل يكون بين جميع الأخصائيين	
97.56%	80	المجموع	
2.44%	2		لا
100%	82		المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (25) والذي يمثل حصص التأهيل النفسي داخل المراكز نرى أن 51.22% يرون أن هذه الحصص تكون بإعداد مشترك بين كل من الأخصائي النفسي والأخصائي التربوي ليلبيها بعد ذلك نسبة الذين أجابوا أن حصص التأهيل تكون بين جميع الأخصائيين حيث قدرت ب 24.39%، كما قدرت ب 20.73% عند المبحوثين الذين يرون ان حصص التأهيل النفسي يقوم بها الأخصائي النفسي بينما 1.22% منهم فقط وهي نسبة منخفضة للذين يقولون أن الأخصائي النفسي التربوي هو من يقوم بهذه الحصص .

ومن خلال هذه القراءة الإحصائية نرى أهمية العمل المشترك في المراكز وتشجيع المراكز لمثل هذه الأعمال نظرا لأنها تعطي نتائج أفضل من الأعمال الفردية.

الجدول رقم (26) : يمثل كيفية حصص التأهيل النفسي.

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
فردى	73	89.02%
جماعى	09	10.98%
المجموع	82	100%

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (26) أن 89.02% من المبحوثين أجابوا بالاحتمال القائل أن حصص التأهيل النفسي تكون بشكل فردي وهي نسبة كبيرة مقارنة مع عدد المبحوثين الذين أجابوا بأن هذه الحصص تكون بشكل جماعى والتي قدرت نسبتهم ب 10.98% .

ومن خلال هذه القراءة نرى أن المراكز بالرغم من أنها تقوم بحصص علاج وتأهيل نفسي جماعية إلا أنها تفضل حصص التأهيل الفردية لما تظهره من نتائج جيدة وفعالة.

الجدول رقم (27) : يمثل أكثر السلوكيات التي يقوم بها الطفل والتي تستدعي تدخل معالج نفساني

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
الانطواء والانعزال	5	6.10%
السلوك العدوانى	73	89.02%
الإفراط فى الحركة	4	4.88%
المجموع	82	100%

يظهر لنا من خلال الجدول أن 89.02% من المبحوثين يرون أن السلوك العدوانى لدى الطفل هو أكثر السلوكيات المنتشرة داخل المراكز والتي تستدعي تدخل معالج نفساني بينما 6.10% منهم يرون أن الانطواء والانعزال أيضا لدى الطفل يحتاج إلى علاج نفساني، كما نرى أن هناك عدد من المبحوثين أكدوا لنا أنه من بين السلوكيات التي تستدعي تدخل معالج نفساني هي الإفراط فى الحركة.

ومن هنا يتبين لنا أن الأطفال المعاقين يقومون بسلوكيات خاطئة وخطيرة تحتاج إلى تقويم من طرف أخصائى فى هاته المراكز .

الجدول رقم (28): يمثل كيفية التعامل مع سلوكيات الطفل

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
استدراج الطفل للتعبير عما بداخله	67	81.71%
الاجتماع بالأسرة	09	10.98%
القيام بنشاطات ترفيهية	05	6.09%
الاسترخاء	01	1.22%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (28) والمرتبب بالسؤال 27 نرى أن 81.71% من أفراد العينة يرون أن أفضل حل للتعامل مع تلك السلوكيات يكون من خلال استدراج الطفل للتعبير عما بداخله بينما 10.98% منهم يرون أن أفضل حل للتعامل مع هذه السلوكيات هو الاجتماع بالأسرة ووضع خطط وطرق لعلاج وتقويم سلوكيات الطفل ونلاحظ أن نسبة قليلة منهم يرون أن قيام الطفل بالنشاطات الترفيهية يعدل من سلوكياته غير السوية وقد قدرت نسبتهم ب 6.09% وبنسبة قليلة جدا قدرت ب 1.22% لمن يرون بأن الاسترخاء أفضل حل للتعامل مع هاته السلوكيات .

ومن هذا كله يتبين لنا أن المراكز والقائمين على تسييرها يبذلون جهدا كبيرا من أجل تقويم وتعديل سلوكيات الأطفال وتسهيل إدماجهم في المجتمع.

الجدول رقم (29): يمثل توفر المراكز على ورشات تعليمية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	الخطا	12
	الطبخ	02
	الأشغال اليدوية	20
	الرسم	3
	كلها معا	40
	المجموع	77
لا	5	6.1%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (29) أن 100% من المبحوثين يؤكدون على وجود ورشات تعليمية في المراكز حيث أن 14.63% منهم يقرون بوجود ورشة الخياطة فقط داخل المراكز بينما 2.44% منهم يؤكدون على وجود ورشة الطبخ أما 24.39% من أفراد العينة فيجزمون بوجود ورشة الأشغال اليدوية فقط وقدرت ب 3.66% عند الذين يرون بأنها تحتوي على ورشات الرسم فقط وأكبر نسبة من المبحوثين والمقدرة ب 48.78% أجابوا على الاحتمال القائل كلها معا أي أن المراكز تتوفر على كل الورشات التعليمية السابق ذكرها إضافة إلى أن عدد من المبحوثين أجابوا بوجود ورشة البستنة كورشة تعليمية جديدة .

ومن هذا كله نلاحظ اهتمام المراكز بالورشات التعليمية الملموسة وهي الأقرب إلى المهن المختلفة إذ أنها تساهم في تعليم الأطفال كل حسب قدراته.

الجدول رقم (30) : يمثل قيام المراكز بخرجات ميدانية بيداغوجية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	79	96.34%
لا	3	3.66%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) أن 96.34% أجابوا بنعم تقوم المراكز بخرجات ميدانية بيداغوجية ونسبة ضعيفة قدرت ب 3.66% لمن أجابوا ب لا .

يتبين لنا من خلال النتائج أن المراكز تحرص على القيام بخرجات ميدانية بيداغوجية كالخروج للزراعة والبستنة وذلك من أجل الدمج الأكاديمي للطفل المعاق وكذا تطوير قدراته المهنية.

الجدول رقم(31) : يمثل قيام المراكز بخرجات ترفيهية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	82	100%
لا	00%	00%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) أن المراكز تحرص على القيام بخرجات ترفيهية بغية تغيير الجو الدائم الذي يحيط بالطفل المعاق وكذا حثه على الاستكشافات وتنمية قدراته ومهاراته المعرفية عن طريق الترفيه وإخراج الطاقة السلبية الكامنة في داخله حيث نرى أن 100% من عمال المراكز أجابوا على احتمال نعم مما يدل على الأهمية الكبيرة لمثل هذه الخرجات الترفيهية لهذه الفئة من الأطفال .

الجدول رقم (32): يمثل قيام المراكز بنشاطات ترفيهية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	1	1.22%
	5	6.10%
	1	1.22%
	0	0%
	75	91.46%
	82	100%
لا	0	0%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (32) يتبين لنا أن المراكز تقوم بنشاطات ترفيهية وهذا ما أقره 100% من المبحوثين حيث 91.46% منهم أقروا أن هاته النشاطات متنوعة تشمل كل من المسرح الاحتفالات بالأعياد والرسم والشعر والغناء .

وهذا دليل على أن المراكز البيداغوجية النفسية تهتم بالجانب الترفيهي للأطفال المعاقين والحرص على إخراج إبداعاتهم وميولاتهم من خلال تنويع النشاطات.

الجدول رقم (33): يمثل مشاركة المراكز في مسابقات وطنية

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات	
%14.63	12	مسابقات رياضية	نعم
%4.88	4	مسابقات فكرية	
%4.88	4	الرسم و المسرح	
%9.76	8	حفظ القرآن الكريم	
%7.32	6	مسابقات بين الأقسام	
%32.93	27	كل النشاطات	
%74.4	61	المجموع	
%25.6	21	لا	
%100	82	المجموع	

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (33) يتضح أن نسبة كبيرة تقدر ب %74.4 أجابوا على احتمال نعم أي أن المراكز تشارك في مسابقات وطنية و %32.93 منهم أجابوا على أن هذه النشاطات هي مسابقات رياضية وفكرية والرسم والمسرح وحفظ القرآن الكريم كما توجد مسابقات بين الأقسام وهي اعلي نسبة

هذا يوضح مدى اهتمام المراكز بخلق روح المنافسة بين الأطفال المعاقين و دمجهم مع أقرانهم من خلال هذه المسابقات.

الجدول رقم (34): يمثل الأطفال القادرون على تكوين علاقات داخلية فيما بينهم

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
%52.44	43	نعم
%47.56	39	لا
%100	82	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (34) نجد أن %52.44 من المبحوثين أكدوا أن الأطفال المعاقين قادرين على تكوين علاقات داخلية فيما بينهم، بينما %47.56 من المبحوثين أجابوا أن الأطفال غير قادرين على تكوين علاقات داخلية فيما بينهم .

فالأطفال ذوي الإعاقة الشديدة غير قادرين على تكوين علاقات داخلية مع زملائهم نظرا لنقص طرق التواصل فيما بينهم.

الجدول رقم (35) : يمثل الأطفال القادرون على تكوين علاقات اجتماعية خارجية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	18	21.95%
لا	00%	00%
حسب حالة الطفل	64	78.05%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (35) يتضح لنا جليا أن تكوين الأطفال لعلاقات اجتماعية خارجية يكون بحسب حالة الطفل وشدة إعاقته وهذا ما أكدته نسبة 78.05% من أفراد المبحوثين بينما نلاحظ أن 21.95% فقط أجابوا بأن جميع الأطفال المعوقين الموجودين داخل المراكز قادرون على تكوين علاقات اجتماعية خارجية.

المحور الرابع : البرامج التي تساعد على تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة

الجدول رقم (36):يمثل البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	9	10.98%
	1	1.22%
	0	00%
	0	00%
	0	00%
نعم	72	87.80%
	82	100%
	00	00%
لا	00	00%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول أعلاه أن 100% من المبحوثين يؤكدون أن هناك تنوع في البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق حيث أن 87.80% منهم يقرون أن هذا التنوع يشمل كل البرامج التربوية البيداغوجية، النفسية العلاجية، الطبية، الترفيهية، والنفسية والحركية و 10.98% منهم يؤكدون أن هذه البرامج هي تربوية بيداغوجية فقط أما 1.22% يقرون أنها نفسية علاجية محضة.

أي أن المراكز تحرص على التنوع في البرامج المقدمة للأطفال المعاقين كما نلاحظ أن هذه البرامج شاملة تهتم بجميع جوانب الطفل التربوية والنفسية العلاجية والطبية أي الحالة الصحية وكذلك الترفيهية.

الجدول رقم (37) : يمثل مساهمة البرامج البيداغوجية في تعديل سلوكيات الطفل المعاق

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	29	35.36%
	48	58.54%
	5	6.1%
	82	100%
لا	00	00%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (37) أن 100% من المبحوثين أجابوا على احتمال نعم أي أنهم يرون أن البرامج البيداغوجية تساهم في تعديل سلوك الطفل المعاق حيث أن أكثر من نصف المبحوثين 58.54% يرون أن هذه البرامج تساهم بشكل متوسط في تعديل سلوك الطفل المعاق تليها نسبة 35.36% ممن أجابوا على احتمال بشكل كبير ونسبة ضعيفة جدا وهي 6.10% ممن أجابوا على احتمال بشكل ضعيف، ومن خلال النسب نلاحظ أن ما يزيد عن نصف المبحوثين يقرون أن البرامج البيداغوجية تساهم بشكل متوسط في تعديل سلوك الأطفال المعاقين وذلك ربما يرجع إلى أن ذلك يكون حسب حالة الطفل ودرجة الإعاقة والاستيعاب لدى كل طفل وربما يرجع ذلك إلى عدم تكيف البرامج مع جميع الحالات الموجودة داخل المراكز ولكن نسبة لا بأس بها يرون أنها تساهم بشكل كبير ربما يرجع

إلى خبرة المربي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وربما يرجع ذلك إلى ضعف الإمكانيات والوسائل المتطورة في تكوين المدرسين والأخصائيين.

الجدول رقم (38) : يمثل مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
كبير	29	35.37%
متوسط	51	62.19%
ضعيف	2	2.44%
المجموع	82	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (38) أن 62.19% من المبحوثين يؤكدون على أن الطفل المعاق يستفيد من البرامج البيداغوجية بشكل متوسط في حين أن 35.37% يرون أن الطفل يستفيد من هذه البرامج بشكل كبير وبنسبة تقدر ب 2.44% للمبحوثين الذين يرون أن الطفل المعاق يستفيد من هذه البرامج بشكل ضعيف أي أن البرامج التي تقدمها المراكز النفسية البيداغوجية هي برامج جيدة نسبياً يستفيد منها نسبة كبيرة من الأطفال المعاقين هذا لا ينفي حاجة المراكز إلى تطوير الوسائل التعليمية وتكييف برامجها بشكل أفضل بحيث تضع بعين الاعتبار الفروقات الفردية بين الأطفال المعاقين.

الجدول رقم (39) : يمثل الأنشطة التربوية التي يستحسنها الطفل والتي تساعد في تأهيله ودمجه في المجتمع مستقبلاً

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
أنشطة تعليمية محضة	18	21.95%
التعليم عن طريق اللعب	64	78.05%
المجموع	82	100%

من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (39) يتضح لنا أن التعليم عن طريق اللعب هو من أكثر الأنشطة التي يستحسنها الطفل والتي تساعد على تأهيله ودمجه في المجتمع هذا من خلال النسبة

المتحصل عليها والمقدرة ب 78.05% وهي نسبة كبيرة مقارنة مع نسبة المبحوثين الذين أجابوا أن الأنشطة التعليمية المحضة هي التي تساعد الطفل على التأهيل الاجتماعي وقد قدرت نسبتهم ب 21.95%.

من خلال النسب يمكن أن نستنتج أن الأطفال يفضلون التعلم عن طريق اللعب ويتفاعلون أكثر وهي الطريقة الأكثر فاعلية مع الأطفال المعاقين والتي يكتسبون خلالها مهارات تأهلهم للاندماج في مجتمعهم أكثر وهي طريقة ملموسة قريبة من الواقع وذلك ما جعل المبحوثين يختارونها.

الجدول رقم (40): يمثل المدة الزمنية لاكتساب الطفل للأنشطة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
يوم	2	2.44%
أسبوع	11	13.41%
شهر	26	31.71%
عام	15	18.29%
أكثر من عام	28	34.15%
المجموع	82	100%

من خلال الجدول رقم (40) نلاحظ أن هناك تقارب في أكبر نسبتين حيث يرى أغلبية المبحوثين أن مدة عام إلى أكثر من عام هي المدة الزمنية اللازمة لاكتساب الطفل للأنشطة البيداغوجية بنسبة 65.86% تليها نسبة 13.41% لمن يرون أن مدة أسبوع هي مدة كافية ليكتسب الطفل هذه الأنشطة فيما أجاب 2.44% على مدة يوم فقط .

من خلال النسب الإحصائية في الجدول نلاحظ أن الطفل المعاق يحتاج إلى مدة زمنية طويلة نسبيا لاكتساب الأنشطة البيداغوجية المقدمة له داخل المراكز ما يبين أن الطفل يجد صعوبة في الاكتساب.

الجدول رقم (41) : يمثل الصعوبات التي يتلقاها المربين أثناء تطبيق النشاطات التربوية

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
25.61%	21	الفروق الفردية
31.71%	26	صعوبة الإستعاب
15.85%	13	قلة الوسائل البيداغوجية
19.51%	16	عدم دعم الأولياء
92.68%	76	المجموع
7.32%	6	لا
100%	82	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (41) أن المربين يواجهون صعوبة عند تطبيقهم لأنشطة البيداغوجية حيث أجاب 92.68% منهم على احتمال نعم وقد أجاب 31.71% منهم أن أهم الصعوبات تتمثل في صعوبة الإستعاب أما 25.61% يرون أن أهم صعوبة هي الفروق الفردية الموجودة بين الأطفال المعاقين تليها نسبة 19.51% لمن يرون أن دعم الأولياء هو ما يشكل هذه الصعوبة في تطبيق الأنشطة أما 15.85% فأجابوا بأن ذلك بسبب قلة الوسائل البيداغوجية ونسبة ضعيفة يقرون بأنهم لا يواجهون أي صعوبات في تطبيق الأنشطة وهم 7.32% .

الجدول رقم (42) :يمثل استجابة الطفل المعاق للأنشطة المقدمة

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
87.80%	72	إيجابي
12.20%	10	سلبي
100%	82	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة أجابوا على أن الطفل المعاق يستجيب بشكل ايجابي للأنشطة المقدمة وهي نسبة تقدر ب 87.80% في حين أجابت نسبة صغيرة تقدر ب 12.20% على أن الاستجابة للأنشطة تكون بشكل سلبي.

هذا يبين أن أغلبية الأطفال بالمراكز يستفيدون من البرامج وتتطور مهاراتهم بحيث يستجيبون للأنشطة مع مرور الوقت وهذا دليل أيضا على حب أغلبية الأطفال للأنشطة المقدمة وملائمتها لهم أما النسبة الضئيلة التي لا تستجيب للأنشطة بشكل ايجابي يمكن أن يرجع ذلك للفروقات الفردية بينهم أو للحالات المستعصية صحيا وعقليا .

الجدول رقم (43): يمثل اكتساب الطفل مهارات جديدة من خلال الأنشطة البيداغوجية

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	82	%100
لا	00	%00
المجموع	82	%100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (43) أن 100% من المبحوثين أجابوا بنعم أي أن الطفل يكتسب مهارات جديدة من خلال الأنشطة البيداغوجية المقدمة.

ومنه نستنتج ان الأنشطة البيداغوجية ملائمة للأطفال المعاقين وذلك ما ساعدهم على اكتساب مهارات جديدة ، أي ان المراكز النفسية البيداغوجية تحرص على تنمية شخصية الطفل المعاق بالاعتماد على هذه الأنشطة.

الجدول رقم (44): يمثل تكيف الطفل المعاق مع أقرانه داخل المراكز

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	82	%100
لا	00	%00
المجموع	82	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (44) أن نسبة 100% من المبحوثين يؤكدون على أن المهارات المكتسبة تساعد في تكيف الطفل المعاق مع أقرانه داخل المراكز .

ومنه نستنتج أن البرامج و الأنشطة المقدمة للطفل المعاق داخل المراكز ساعدته على التكيف مع أقرانه وهذا ما يؤكد فاعلية البرامج في مساعدة الطفل للاندماج في المجتمع مستقبلا .

الجدول رقم (45): يمثل البرنامج العلاجي والتربوي المقترح الذي يساعد الطفل المعاق

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
الوزارة	9	%10.98
الطاقم البيداغوجي	62	%75.61
الأخصائيين النفسانيين	11	%13.41
المجموع	82	%100

تدل النسب الإحصائية في الجدول أعلاه أن الطاقم البيداغوجي هو من يقوم بوضع البرنامج العلاجي والتربوي المقترح الذي يساعد الطفل المعاق حيث أجاب %75.61 من المبحوثين على هذا الاحتمال وهي اكبر نسبة فيما توزعت النسبة المتبقية على احتمال الوزارة والأخصائيين النفسانيين.

الجدول رقم (46): يمثل مدى استفادة الطفل المتخرج من المراكز البيداغوجية من مهنة بعد تخرجه.

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	13	%15.85
لا	00	%00
حسب الحالة	69	%84.15
المجموع	82	%100

من خلال الجدول رقم 46 نلاحظ أن نسبة كبيرة قدرت ب %84.15 أجابت على أن استفادة الطفل من مهنة بعد تخرجه يكون حسب الحالة في حين أجاب %15.85 من المبحوثين ب نعم .

هذا يبين أن استفادة الطفل المعاق من مهنة يكون حسب قدراته الصحية والعقلية فالمراكز النفسية البيداغوجية تعلم الطفل المعاق أقصى المهارات التي يمكنه تعلمها وتحسين الاستقلالية لديه ما أمكن لكي يتمكن من الاعتماد على نفسه والاندماج مع المجتمع و محاولة إعطائه القدرة على الإنتاج والاعتماد على نفسه ماديا أيضا من خلال تعليمه نشاط حرفي لكن ليس بإمكان جميع الحالات القدرة على تعلم مهنة فالإعاقات لديهم متفاوتة الشدة.

ثانياً: تفسير النتائج

1- تفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

1-1- في ضوء الفرضية الأولى:

- من خلال النتائج الكمية التي تحصلنا عليها فيما يخص الفرضية الأولى توصلنا على أن برامج المراكز النفسية البيداغوجية تساعد في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة؛ وما يؤكد هذا هو أن المراكز النفسية البيداغوجية لا تستقل الأطفال إلا بعد استوفاء شروط معينة، وهذا ما أدى به 100% من المبحوثين.

كما يظهر جلياً أن التعليم في المراكز يكون وفق برنامج محدد، وهذا ما صرح به 80.49% من أفراد العينة.

إضافة إلى أن 60.97% منهم يؤكدون أن البرامج التعليمية للمراكز يتم تكييفها حسب مجموعة من الشروط لجعلها تتوافق والبرامج التعليمية للمدارس العادية، ومن بين هاته الشروط الفروقات الفردية للأطفال المعاقين حيث أن 67.07% من العمال يرون أن المركز تكيف هذه البرامج بحسب الفروقات الفردية.

ومن بين الأشياء التي تساعد الطفل مستقبلاً في الاندماج داخل المجتمع هو التواصل المستمر بين الأسر والمراكز حيث أن هذا التواصل الفعال يساهم في معرفة سلوكيات الطفل، داخل المراكز وداخل الأسرة ومقارنتها والخروج بنتائج تساهم في وضع طرق العلاج الخاصة، وهذا ما أكده 98.78% من عمال المراكز.

كما أن نسبة 100% من أفراد العينة يصرحون بقيام المراكز بجلسات تجمع الأسر بالأخصائين لإطلاعهم على مختلف المستجدات المتعلقة بأبنائهم.

وما جعل المراكز تصل إلى كل هاته النتائج هو تعدد العمال داخله كل حسب وظيفته وكل حسب قدراته ومهاراته فمراكز الرعاية بالمعاقين تحتاج لمثل هذه المهارات في التعامل خصوصاً إذا كان المعاق ما بين مرحلة الطفولة والمراهقة، فهاتين المرحلتين هما من أهم المراحل في حياة الفرد، إذ فيها يتم بناء شخصية الطفل، وكذا صقلها وتكييفها مع البيئة التي يعيش فيها وكذا تكيف إعاقته مع قدراته

الفكرية الحركية والمهارية، كما أن العناية بتعليم الطفل المعاق في هذه المراحل تجعل منه شخصا قادرا على العيش في المجتمع الذي يحيط به، بحيث يتفاعل فيهن ويكون فردا بارزا منه يؤثر ويتأثر به.

1-2- في ضوء الفرضية الثانية

تؤكد لنا النتائج المتحصل عليها في ضوء هذه الفرضية ان مركز التربية تشمل على جميع الخدمات التي منشأها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث نلاحظ حرص المراكز على المتابعة الطبية للمعاقين، وهذا ما أكدته 100% من أفراد العينة، كما أن 52.44% من المبحوثين أجابوا على تواجد الطبيب بشكل دائم في المراكز.

وما نلاحظه أيضا هو توفير قاعة علاج خاصة، وكذا أدوية لازمة عند مرض الطفل، حيث تفاوتت إجابات المبحوثين بين 92.68% و 95.12% وهي نسبة عالية جدا.

كما تهتم المراكز بالجانب النفسي للطفل المعاق حيث يؤثر حصص تأهيل وهذا ما أكدته 97.56% من أفراد العينة، حيث أقر 51.22% منهم على أن هذه الحصص تكون بعمل مشترك بين الأخصائي النفسية و الأخصائية النفسية في التربوي، حيث تقوم هذه الحصص بتقويم السلوكات غير السوية للطفل، وكذا استدراجه للتعبير عما في داخله كما يشترك الأسر في هاته العملية إن دعت الحاجة لذلك، وهذه الحصص تساعد الطفل على شعوره بالراحة النفسية وتقبله لذاته، وكذا استقراره النفسي والعاطفي.

كما أكد 93.9% منهم على وجود ورشات تعليمية في المراكز، وتشمل هاته الورشات الخياطة والطبخ، والأشغال اليدوية، وهذا ما يراه من خلال النسبة المتحصل عليها، والمقدرة بـ 48.78% بالإضافة إلى ورشة البستنة وتقوم المراكز بخرجات ميدانية بيداغوجية، وأخرى ترفيهية، وهذا ما صرح به 100% من المبحوثين، كما أن مراكز التكفل بالمعاقين يحرص دائما على القيام بنشاطات ترفيهية كالمسرح، والاحتفال بالأعباء الدينية والوطنية، وكذا الرسم والشعر والغناء، وهذا ما تؤكدته نسبة 100% من المبحوثين كل هذا يجعل الطفل قادرا على تكوين علاقات داخلية في المراكز، وأخرى اجتماعية خارجية حيث تفاوتت نسبة إجابات المبحوثين بين 52.44% و 78.05%.

ومن خلال هذه النتائج نلاحظ اهتمام المراكز بجميع نواحي الطفل النفسية الاجتماعية، الصحية، الثقافية والبيداغوجية، إذ أنه يسعى إلى توفير كل متطلبات الراحة والأمان التي تجعل من الطفل مقدرًا لذاته معتمدًا معتمدًا على نفسه متخطيًا لإعاقة وأهم شيء مندمج في مجتمعه وفعالًا في بيئته.

1-3- في ضوء الفرضية الثالثة:

تبين لنا النتائج المتحصل عليها من خلال هاته الفرضية أن المراكز النفسية البيداغوجية تشتمل على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة.

- حيث نجد أن 100% من المبحوثين يرون أن هناك تنوع في البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق.

- كما تساهم البرامج البيداغوجية في تعديل سلوكيات الطفل المعاق وذلك ما أكده 100% من المبحوثين.

كما يظهر مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية في إجابة 62.19 من المبحوثين على احتمال الاستفادة بشكل متوسط و 35.37% بشكل كبير وأجاب 78.05 أن الاستفادة من هذه الأنشطة يكون بالتعليم عن طريق اللعب.

كما يظهر أن الطفل المعاق يس تجيب للأنشطة المقدمة بشكل إيجابي وذلك ما أكده 87.80% من أفراد العينة.

كما أن نسبة 100% من المبحوثين يقرون أن الأطفال يكتسبون مهارات جديدة من خلال الأنشطة البيداغوجية ونفس النسبة تؤكد أن الطفل يتكيف من أقرانه داخل المركز .

ومن هنا يبين لما مدى فعالية البرامج المقدمة، داخل المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين بجبل إذ أن هاته الأخيرة تسعى دائما إلى تحقيق أهداف معينة تشمل التأهيل النفسي الأكاديمي والمهني والاجتماعي للطفل مواهبه وتقييم قدراته ووضعها في المسار الصحيح، وبذلك يحيط ويعيش كأى إنسان عادي فيتخطى عقبة إعاقة ويطمح لمستقبل مشرق ومزدهر يستطيع من خلاله تغيير نظرة المجتمع للمعاق ويؤكد بذلك صحة مقولة أن الإعاقة هي إعاقة الفكر وليس إعاقة الجسد.

2- تحليل النتائج في ضوء الدراسات السابقة

لقد ساهمت الدراسات الجزائرية والعربية التي جمعناها في توضيح مسار دراستنا الذي تمحور حول المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.

فدراسة الباحثة «فيوليت فؤاد» ساهمت في معرفتنا لمدى فاعلية برنامج لتعديل السلوك للأطفال المعاقين عقليا ومساهمتها في تحسين مهاراتهم من حيث السلوك التوافقي والسلوك الاستقلالي ووجود تحسن ملحوظ للأطفال الذين خضعوا لتجربة البرنامج، وهذا ما توصلت إليه نتائج بحثنا حيث أن البرامج والأنشطة المقدمة داخل المراكز التكفل بالمعاقين تساهم بشكل كبير في تحسين المهارات الاستقلالية لدى المعاقين ما يساعدهم على التكيف في المجتمع.

أما دراسة الباحث علي ريم والتي تناولت الصعوبات الاجتماعية البيئية التي تواجه الطفل المعوق حركيا والتي توصلت إلى إدماج الطفل في المجتمع وعدم عزله فهذا يخلق له جل الصعوبات التي يواجهها من عدم القدرة على التفاعل وغيرها، سعت إليه دراستنا في ما مدى اندماج الطفل مع أقرانه وفي المجتمع من خلال التكفل به في مراكز التربية الخاصة وقد توصلنا إلى أن هذه المراكز تساهم بشكل فعال وكبير في دمج وتنمية التفاعل الاجتماعي لديه والحد من الصعوبات التي تواجهه.

أما عن الدراسات الجزائرية فقد تناولنا دراسة الباحثة مسعودة بن قييدة والتي سعت إلى إبراز دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة دون توصلت الباحثة إلى أن هذه البرامج كانت فعالة في تطوير الكثير من مهارات الطفل المعاق والتي تساعد على الاندماج في المجتمع وهذه الدراسة تتشابه مع دراستنا التي ركزنا فيها على البرامج التي تقدم للأطفال المعاقين داخل المراكز والتي بنينا عليها المحور الرابع من استمارة بحثنا وقد توصلنا أيضا إلى نتائج متشابهة وهي نتائج إيجابية نسبيا بغض النظر عن الفروق الفردية بين الأطفال المعاقين والتي تتطلب تكييف البرامج واخذ وقت أطول للحصول على نتيجة إيجابية من حيث استفادة الأطفال من هذه البرامج داخل المراكز.

أما دراسة الباحثة نجاة سياسي هادف فهي تتشابه كثيرا مع دراستنا حيث ساعدتنا في أخذ صورة عامة عن دراستنا نظرا للتشابه الكبير بين الدراستين ومن حيث النتائج أيضا فقد توصلت الباحثة إلى أن المؤسسات الخاصة بتأهيل المعاقين تحتوي على الإجراءات خاصة لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة وأن المؤسسة تركز على البرامج التعليمية والتكوينية والترفيهية.

توفر المراكز على الإمكانيات البشرية والمادية والمالية، أما الإمكانيات الخاصة بالتكوين المهني فلا تتوفر بصورة كثيرة وهي نتائج تتشابه مع نتائج دراستنا من حيث أننا ركزنا أيضا على برامج تأهيل المعاقين وما مدى الاستفادة من التكوين المهني داخل المراكز في ممارسة المعاقين للمهني مستقبلا.

أما دراسة الباحثة فنتيجة سعدي والتي تناولت فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا وهي أيضا دراسة تتشابه مع دراستنا ساهمت في معرفتنا لأهم برامج التربية الخاصة ومدى مساهمتها في إدماج المعاقين وتعديل سلوكهم وهذا ما توصلت إليه نتائج بحثنا، حيث أن البرامج المختلفة للتربية الخاصة في مراكز التكفل بالمعاقين تساهم بشكل كبير في دمج هاته الفئة في المجتمع.

دراسة الباحث لعلام عبد النور والتي عرفت على سياسات الرعاية الاجتماعية ومدى مساهمتها في تأهيل ودمج المعاقين وقد توصل الباحث إلى نتائج لخصها في الخدمات التي توفر عليها المؤسسات الرعاية الاجتماعية وكيف تساهم هذه الخدمات في تأهيل المعاقين وإشباع حاجياتهم المتطلبة لتأهيل هذه الفئة وإدماجها في المجتمع وهذا ما ركزنا عليه في دراستنا أيضا من خلال إبرازنا للخدمات المقدمة داخل المراكز النفسية البيداغوجية ومدى فاعليتها في التكفل بالمعاقين وتأهيلهم هذه النتائج توضحت لنا جليا مدى مطابقة دراستنا للدراسات السابقة التي جمعناها ومدى مساعدتها في تكوين بحثنا وتعبيد مسارنا.

ثالثا - النتائج العامة للدراسة

من خلال النتائج لمتوصل إليها وبعد التحقق من صدق الفرضيات الثلاث، ثم التأكد من صدق الفرضية العامة التي مفادها أن للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، حيث بينت النتائج أن برامج التربية الخاصة داخل هذه المراكز لها فاعلية كبيرة في تحقيق الدمج الاجتماعي للطفل المعاق وكذا التكفل اللازم من جميع النواحي النفسي أو الفكري والصحي والتأهيل المهني أيضا، كما أن الخدمات التي تقدمها هذه المراكز والتي تشمل الخدمات الصحية النفسية التعليمية والاجتماعية تساعد كلها في تأهيل المعاق وزيادة تكييفه مع بيئة كما ترى أن معظم النشاطات والبرامج التعليمية التي تؤكد لنا أن التربية الخاصة داخل هذه المراكز تساعد في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة هي نشاطات تربوية ترفيهية ملموسة، أي أن المعاق يحتاج إلى التعليم التطبيقي أكثر من حاجته واستيعابه للتعليم النظري أنظر، لمراعاة الفروق الفردية، وكذا الفروقات الفكرية وتشتد الإعاقة ونوعها ومن

هذا كله يتضح لنا أن هاته المراكز لها دور كبير في المجتمع فهي الأسرة الثانية للمعاق، وهي المكان الذي يحظى فيه بكامل الحب والرعاية التي قد يفتقدنها داخل أسرته الحقيقية وعليه فقد تساعد هذه الأخيرة غالبا على بناء حياة كريمة ومستقبل أفضل للمعاق.

خلاصة الفصل:

تم اختبار فرضيات الدراسة ميدانيا من أجل التأكد من مدى مصداقيتها وصدقها، وعليه توصلنا إلى أن النتائج كانت إيجابية إلى حد ما، ومن هذا كله يمكن القول إن المنهج المتبع وكذا الأدوات التي اعتمدنا عليها في دراستنا ساعدتنا كثيرا في الوصول إلى هاته النتائج.

الختام

في إطار دراستنا التي تمت في المراكز النفسية البيداغوجية وجدنا أنها تحتوي على جميع أنواع الرعاية والتأهيل في المجال العلمي والنفسي والمهني والصحي إلى جانب الخدمات الأخرى يقوم بتقديمها مؤطرين متخصصين ذوو خبرة في الميدان.

ولقد كان لذلك دور فعال في دمج الأفراد الذين ينتمون لهذه الشريحة اجتماعيا وذلك من خلال تنمية جميع قدراتهم اللغوية والفكرية واليدوية إلى جانب تحقيق قدر من الصحة النفسية، والتي من خلالها يستطيع ذوي الاحتياجات الخاصة الخروج إلى الحياة الاجتماعية، وإدراك آليات التفاعل والتعامل في مختلف المواقف، واعتماد المعاق على نفسه في قضاء حوائجه إلى جانب امتلاك القدرة الكافية لمواجهة العقبات التي تواجهه.

وهذا ما أكدته صحة الفرضيات التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فالمراكز النفسية البيداغوجية بما تقوم به من مهام ساعدت بشكل كبير في تحقيق التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة، وكذا اهتمام تلك المراكز بجميع نواحي الطفل النفسية الاجتماعية، الصحية، الثقافية والبيداغوجية، إذ أنه يسعى إلى توفير كل متطلبات الراحة والأمان التي تجعل من الطفل مقدرًا لذاته معتمدا على نفسه متخطيا لإعاقته وأهم شيء مندمج في مجتمعه وفعالًا في بيئته. كما أنه لنا مدى فعالية البرامج المقدمة داخل المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين بجيجل إذ أن هاته الأخيرة تسعى دائما إلى تحقيق أهداف معينة تشمل التأهيل النفسي الأكاديمي والمهني والاجتماعي للطفل مواهبه وتقييم قدراته ووضعها في المسار الصحيح، وبذلك يعيش كأبي إنسان عادي فيتخطى عقبة إعاقة ويطمح لمستقبل مشرق ومزدهر يستطيع من خلاله تغيير نظرة المجتمع للمعاق ويؤكد بذلك صحة مقولة أن الإعاقة هي إعاقة الفكر وليس إعاقة الجسد.

ومن هنا ومن خلال هذه النتائج التي تم التوصل إليها والتي تبين أن التربية الخاصة لها أهمية في تحقيق الاندماج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة بالمراكز النفسية البيداغوجية، عبر جميع مؤسساتها الخاصة أو المدمجة في الصفوف العادية، لكن مع هذا لا بد من وجود بعض النقائص التي تحول دون تحقيق هذا الهدف بشكل كامل، أو تجعله محققا بالنسبة لفئة معينة دون فئة أخرى لذا لا بد

من تضافر جميع الجهود للتقليل من هذه النقائص وتحقيق الأهداف التي تسعى إليها الدولة من خلال إقامتها لمراكز النفسية البيداغوجية وتقديم نوعية جيدة من التربية الخاصة لهذه الفئة الحساسة في المجتمع وتحقيق آمال الأولياء والمجتمع في دمج فئات ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة الاجتماعية بصورة عامة والمهنية بصفة خاصة .

قائمة المصادر

والمراجع

القرآن الكريم

I-المراجع باللغة العربية

أولاً: المعاجم والقواميس

1. أحمد إبراهيم أحمد: الإدارة التربوية الإشراف الفني بين النظرية والتطبيق، دار الفكر العربي، القاهرة، 1990.
2. محمد طف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2006، ص358.
3. مسعود جبران: الرائد (معجم المعاني في اللغة العربية والإعلام)، دار العلم للنشر والتوزيع، لبنان، 2003.

ثانياً: الكتب

أ- كتب باللغة العربية

1. إبراهيم عباس الزهيري: تربية المعاقين والموهوبين، ونظم تعليمهم في إطار فلسفي وخبرات علمية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2003.
2. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات: الإعاقة البصرية، المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، ط1، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2006.
3. أبو النصر مرضى: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، مجموعة النيل العربية للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2005.
4. احرس نائل، مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، مكتبة الرشيد للنشر والتوزيع، الرياض، 2005.
5. أحمد قحطان الظاهر: مصطلحات ونصوص في التربية الخاصة باللغة الإنجليزية، ط1، دار البازوري، عمان، 2004.
6. أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشريني: الإعاقة السمعية، ط1، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2013.
7. أشرف سعد نخلة: المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال وكيفية علاجها، ط1، دار الفكر الجامعي، للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2011.
8. اشرف سعد نخلة: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الفكر الجامعي للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2010.

9. الإمام محمد صالح والجوالدة، فؤاد عبيد: الإعاقات التطورية والفكرية تطبيقات تربوية من منظور نظرية الدخل، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
10. إيان كريب: النظرية الاجتماعية من بارسوتز إلى هارماس، ترجمة محمد حسين علوم، مطابع الوطن، الكويت، 1999.
11. بدر إسماعيل: مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار الزهراء للطباعة، والنشر والتوزيع، الرياض، 2010.
12. بشير معمريّة: بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الأول، منشورات الخبر، بني مسوس، الجزائر، 2007.
13. بطرس حافظ بطرس: تكييف الاحتياجات المناهج الطلبة ذوي الخاصة، ط1 دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2010.
14. بوسكرة أحمد، بلقلمي سهام: الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري واقع وآفاق، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
15. البيلاوي وآخرون: مناهج واستراتيجيات تدريس نووي للاحتياجات الخاصة، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2011.
16. تيسير مفلح كوافحة: علم النفس التربوي وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة، ط2، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2004.
17. تيودور كابلوف: البحث السوسولوجي، تر: نجاه عياش، بيروت، دار الفكر الجديد، 1979.
18. جمال الخطيب: مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان، الأردن، 2013.
19. جمال الدين لعويسات: مبادئ الإدارة، دار هومة للنشر والتوزيع، بوزريعة الجزائر، 2005.
20. حسين عمر منسي: التربية الخاصة، ط1، دار مكتبة الكندي للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2014.
21. حنفي علي عبد النبي: مدخل إلى الإعاقة السمعية، ط1، أكاديمية التربية الخاصة، 2003.
22. الخطيب جمال محمد سعيد: الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2010.
23. الخطيب والحديدي: التدخل المبكر، ط4، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
24. خليل عبد الرحمن المعايطه: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.

25. خولة أحمد يحي: إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ط 5، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2013.
26. خولة أحمد يحي: البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ط8، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
27. خولة أحمد يحيي وماجدة السيد عبيد : الإعاقة العقلية، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
28. ربحي مصطفى عليان: طرق جمع البيانات والمعلومات للأغراض البحث العلمي، ط1، دار هناء للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
29. رنيشتين س ي، ترجمة بدر الدين عامود: علم النفس الطفل المتخلف عقليا، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1989.
30. الريحاني سليمان: التخلق العقلي، ط1، مطابع الدستور التجارية للنشر والتوزيع، الأردن ، 1985.
31. الزيايدي أحمد: تعليم الطفل بطبيئ التعلم، ط1، الأهلية للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 1999.
32. زياد كامل اللالا وآخرون: أساسيات التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
33. سعيد حسن العزة : التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، الأردن، 2001.
34. سعيد حسني العزة: التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، الأردن، 2002.
35. سعيد حسني: الإعاقة الحركية والحسية، ط1، مطبعة الأرز للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000.
36. سوسن شاكر مجيد: اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1 دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
37. السيد عبد القادر شريف: مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، مصر، 2014.
38. شواهين خير، تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
39. الصفدي عصام حمدي، الإعاقة السمعية، ط1، دار اليازوري العلمية، للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2003..

40. عاطف عبد الله بحراوي وسهير ممدوح النل، النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً، ط1، دار زمزم ناشرون وموزعون للنشر والتوزيع، الأردن (عمان)، 2012.
41. عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الإيج، مطبعة البيان العربي، القاهرة، مصر، 1979.
42. عبد الحكيم أحمد الخزامي: إدارة الموارد البشرية إلى أين؟ التحديات، التجارب، التطلعات، ط1، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، مصر، 2003.
43. عبد الرحمان سليمان: فقدان السمع- المعينات السمعية وطفلك دليل الآباء والأمهات، ط3، مكتبة زهراء الشرق للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2001.
44. عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة عين شمس، 2001.
45. عبد الرحمن محمد الخوجا، سيكولوجية الإعاقة العقلية، ط4، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.
46. عبد الرحمن محمد العيسري: في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة للنشر والتوزيع، بيروت، 1992.
47. عبد السلام عبد الغفار: سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
48. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف: التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.
49. عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الإعاقات والنظريات والبرامج العلاجية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2012.
50. عبد اللطيف حسين فرج: الإعاقة العقلية، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع الأردن، 2007.
51. عبد المطلب أمين القرطبي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، دار الفكر العربية، القاهرة، 2005.
52. عبد المطلب أمين القرطبي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.
53. عبد المنصف حسن رشوان: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة والموهبين، المكتب الجامعي الحديث للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
54. عبد الناصر دياب وآخرون، علم النفس الطفل غير العادي، ط1، دار مسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
55. عدنان ناصر الحازمي: الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2007.

56. عدنان ناصر الحازمي: الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، 2012.
57. عصام حمدي الصفدي: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، اليازوري للنشر والتوزيع.
58. عطية عبد الحميد السيد وجمعة محمد سلامة: النظرية الممارسة في خلاصة الصياغة، المكتب الجامعي للنشر والتوزيع، مصر، 2001.
59. عمر فواز: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
60. فتحي جروان وآخرون: الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
61. فراج عثمان لبيب: الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة، والتنمية، مصر 2002.
62. فريد الخطيب: الوجيز في تعليم الأطفال المعوقين عقليا، ط1، مؤسسة شرين للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 1999.
63. فهمي محمد سيد: السلوك الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998.
64. فؤاد عيد الجوالدة: الإعاقة السمعية، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2012.
65. قاسم أنس محمد: مقدمة في سيكولوجية اللغة، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، مصر، 2000.
66. قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر، عمان، 2005.
67. قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2008.
68. كلير فهيم: رعاية الأبناء ذوي الاحتياجات الخاصة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2005.
69. كمال إبراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، دار الشر الجامعات، مصر، 199.
70. كوافحة تيسير عبد العزيز: مقدمة في التربية الخاصة، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع الأردن، 2011.
71. كوثر جميل سالم بلجون: مناهج وطرق وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، 2009.
72. ماجدة السيد عبيد: الإعاقة العقلية، ط3، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
73. ماجدة السيد عبيد: مقدمة في إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن - 2012.

74. ماجدة عبيد: رعاية الأطفال المعاقين حركيا، ط1، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2001.
75. محمد بلال العنذور: البحث العلمي بين النظرية والتطبيق، دار الجوهرة القاهرة، 2015.
76. محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1، دار الوفاء للنشر والتوزيع، مصر، 2004.
77. محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2007.
78. محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي المعوقين دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2005.
79. محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي (القواعد والمراحل والتطبيقات)، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
80. محمد محروس الشناوي: التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر 1997.
81. محمد محمود مندوه وآخرون: مقدمة في التربية الخاصة في مكتبة الرشد بلغة، التوزيع المملكة العربية السعودية، 2010.
82. مدحت محمد أبو نصر: بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العاملين داخل المنظمة، ط1، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2005.
83. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة : سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
84. مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة ، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
85. مغن محمود عيامرة، مروان محمد بن محمد: القيادة والرقابة والاتصال الإداري، دار حامد والتوزيع، الأردن، 2008.
86. ميلود سفاري والطاهر سعود: مدخل إلى المنهجية في علم الاجتماع، مخبر علم اجتماع الاتصال، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007.
87. هالة إبراهيم الجرواني ورحاب محمود صديق: الإعاقات الحركية (التأهيل)، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2012.
88. وادي أحمد: الإعاقة العقلية أسباب، تشخيص، تأهילה، ط1، درا أسامة للطباعة والنشر والتوزيع، 2009.
89. وليد السيد أحمد خليفة ومراد علي عيسى: الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2005.

90. وليد السيد أحمد خليفة: الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

91. يوسف القريوتي وآخرون: المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع، دبي، 1995.

ثالثا: المذكرات والرسائل الجامعية

1. رنا محمد صبحي عواده: دمج المعاقين حركيا في المجتمع المحلي بيئيا واجتماعيا (دراسة حالة في محافظة نابلس)، رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، 2007.
2. عاكف عبد الله الخطيب: أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة عمان العربية، 2010-2011.
3. عائشة نحوي: العلاج النفسي عن طرق البرمجة اللغوية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة، 2009.
4. فتيحة سعدي: فعالية برامج التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا، (درجة بسيطة)، رسالة ماجستير، تخصص علوم التربية (غير منشورة)، الجزائر، 2004-2005.
5. كبار عبد الله: المجتمع المدني ودوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر (الجزائر) 2005.
6. لعلام عبد النور: دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة منتوري قسنطينة، 2008-2009.
7. مسعودة بن قيدة: دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الجزائر، 2008-2009.
8. نجاة ساسي هادف: دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الأساتذة والإداريين، أطروحة دكتوراه (غير منشورة) جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013-2014.

رابعا: المجلات

1. إبراهيم زكي قشقوش: أثر التدريب أثناء الخدمة على اتجاهات معلمي ومعلمات مدارس التربية الخاصة بدولة قطر، مجلة علم النفس، العدد السادس عشر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1991.

2. بلقاسم محمد الغالي: الإعاقة من منظور الإسلام، مجلة منار الإسلام، دولة الإمارات العربية المتحدة، إصدار وزارة الآفاق، 1424هـ.

3. بن زعموش، نادية بوضياف وآخرون: اتجاهات الأولياء نحو نظام التكفل في المؤسسة الخاصة بالفئات الخاصة، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 12، 2015.
4. جمال الخطيب: المظاهر السلوكية غير الكافية لدى الأطفال المعاقين عقليا الملتحقين بمدارس التربية الخاصة (دراسة مسيحية)، مجلة دراسات العلوم الإنسانية، الأردن، مجلد الخامس عشار، العدد الثامن.
5. سمير جاب الله: الوقف الإسلامي وتاريخه في الجزائر، مجلة المعيار دورية علمية، محكمة تعنى بالدراسات الإسلامية والإنسانية، العدد 26، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية قسنطينة، جوان 2001.
6. عثمان لبيب عراج: استراتيجيات محدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، منشور بمجلة الطفولة والتنمية، العدد 2، يناير، 2001.
7. عواد جاسم الجدي، مراكز رعاية الطفولة، العدد 447، وزارة الإعلام، الكويت، 1998.
8. هادي نعمان الهيتي: الاتصال الجماهيري حول ظاهرة الإعاقة بين الأطفال، منشور بمجلة الطفولة والتنمية، العدد 5، فبراير، 2001.

خامسا: المؤتمرات

1. فاروق محمد صادق: برنامج التربية الخاصة في مصر، المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
2. فاروق محمد صادق: حقوق الإنسان من ذوي الاحتياجات الخاصة وأهم المآزق. القيمة في بنك وتنفيذ الخدمات والبرامج، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة، جامعة المنصورة، في الفترة من (24-20) مارس 2004، المجلد الثاني.
3. محمد حسين العجمي ومحمد إبراهيم مجاهد: متطلبات تفعيل إستراتيجية دمج المعوقين مع أقرانهم العاديين بمدارس الحلقة الأولى عن التعليم الأساسي الدفهلية، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين تحديات الواقع وآفاق المستقبل، كلية التربية، جامعة ألمانيا في الفترة من (7-8) مايو، 2002.

سادسا: المحاضرات

1. دبلة عبد العالي: محاضرة بعنوان تالكاوت بارسونز و النظرية الكبرى، السنة الأولى، ماجستير تنمية الموارد البشرية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية قسم علم الاجتماع، جامعة بسكرة، الجزائر، 2007-2008.
2. صبحى عبد الفتاح الكافوري: تعليم غير العاديين، محاضرات غير منشورة، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طانطا.

3. عادل عز الدين الأشول: الإرشاد النفسي لغير العاديين، محاضرات غير منشورة كلية التربية، جامعة عين شمس، 1997.

سابعاً: القوانين

1. جمهورية مصر العربية، وزارة الشؤون الاجتماعية، قانون رقم (39)، القاهرة، الهيئة العامة للشؤون المطابع الأميرية، 1979.

II - المواقع الإلكترونية

1. <https://www.sasapost.com>.
2. <https://www.djazcuress.com/alfadjr>.
3. <https://www.el-massa.com/dz> .
4. <https://www.elhiwardz.com>.

الملاحق

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم : علم الإجتماع

إستمارة بحث بعنوان :

المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات

الخاصة

- دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع

تخصص : علم اجتماع التربية

ملاحظة :

هذه الاستمارة بها عدد من الأسئلة التي نهدف من خلالها إلى معرفة دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، وإجاباتكم لها أهمية كبيرة بالنسبة للبحث العلمي، وعليه يرجى أن تكون صادقة معبرة عن الحقيقة.

إن هذه المعلومات سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العملي.

- شكرا على تعاونكم.

إشراف الأستاذة :

سرار شفيقة

إعداد الطالبتين :

- ناصر صابرينة

- لكحل ريان

السنة الجامعية : 2020 - 2021 م

وضع علامة (x) أمام العبارة المناسبة:

المحور الأول : البيانات الشخصية

- 1- الجنس: - ذكر - أنثى
- 2- السن: - من 20 إلى 30 سنة - من 31 إلى 40 سنة
- من 41 إلى 50 سنة - من 51 سنة فما فوق
- 3- المستوى التعليمي:.....
- 4- الحالة العائلية: - أعزب/ عزباء - متزوج (ة)
- مطلق (ة) - أرمل (ة)
- 5- عدد سنوات العمل: - أقل من خمس سنوات - من 5 إلى 10 سنوات
- أكثر من 10 سنوات
- 6- هل أنت مقيم في المركز: - نعم - لا
- 7- الوظيفة: - نفساني عيادي - نفساني تربوي - أطفوني
- أخصائي بيداغوجي - مربى متخصص رئيسي - مربى مساعد
- مساعد اجتماعي - مربى - ممرن
- أخرى تذكر:
- 8- توقيت العمل:
- دوام عادي - دوام مستمر - دوام بالمناوبة

المحور الثاني: المراكز النفسية البيداغوجية

9- هل تستقبل المراكز الأطفال من مختلف الأعمار؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم":

- الحد العمري الأدنى والأقصى لاستقبال الأطفال في المركز:

- الحد الأدنى:.....

- الحد الأقصى:.....

10- هل يخضع تسجيل الطفل المعاق في المراكز لشروط معينة؟

- نعم - لا

11- فيما تتمثل شروط تسجيل طفل معاق في المراكز؟

- معاينة أولية - فحص طبي - الشرطين معا

12- كيف يتم التقسيم البيداغوجي للأطفال داخل المراكز؟

..... -

13- هل التعليم في المراكز يتم وفق برنامج تعليمي محدد؟

- نعم - لا

14- هل تعتبر وزارة التربية الجهة المخولة بوضع البرامج التعليمية داخل المركز؟

- نعم - لا

15- هل البرامج التعليمية للمراكز تتوافق مع البرامج التعليمية للمدارس العادية؟

- نعم تتوافق - لا تتوافق - برنامج مكيف

16- ماهي الفئة العمرية التي يوجه لها هذا البرنامج المكيف؟

..... -

17- هل تكيف البرامج التعليمية للمراكز يكون بحسب الفروقات الفردية؟

- نعم - لا

18- هل هناك تواصل بين المراكز وأسر الأطفال؟

- نعم - لا

19- هل تقيم المراكز جلسات بين الأسر والأخصائيين للإطلاع على مختلف المستجدات المتعلقة بأبنائهم؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم":

- هل تلاحظون اهتمام الأولياء بأبنائهم من خلال حضور الجلسات؟

- اهتماما كبيرا - اهتماما متوسطا - اهتماما ضعيفا

20- حسب رأيك: هل يساهم اهتمام الأولياء بأولادهم في بروز تطورات إيجابية في سلوك وإعاقة الطفل؟

..... -

المحور الثالث: الخدمات المتوفرة داخل المراكز

21- هل توجد متابعة طبية للأطفال المعاقين داخل المركز؟

- نعم - لا

22- هل يتواجد الطبيب داخل المركز دائما؟

- نعم - أحيانا - عند الضرورة

23- هل تتوفر المراكز على قاعة علاج خاصة؟

- نعم - لا

24- هل توفر المراكز العلاج والأدوية اللازمة عند مرض الأطفال؟

- نعم - لا

25- هل تتواجد حصص تأهيل نفسي داخل المراكز؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم": من يقوم بهذه الحصص؟

- الأخصائي النفسي - الأخصائي النفسي التربوي - عمل مشترك بينهما

- أخرى تذكر:

26- تكون حصص التأهيل النفسي:

- بشكل فردي - بشكل جماعي

27- ماهي أكثر السلوكات التي يقوم بها الطفل والتي تستدعي تدخل معالج نفسي؟

- الانطواء والانعزال - السلوك العدوانى

- أخرى تذكر:

28- يكون التعامل مع هاته السلوكات ب:

- استدراج الطفل للتعبير عن ما بداخله - الاجتماع بالأسرة

- القيام بنشاطات ترفيهية

- أخرى تذكر:

29- هل تتوفر المراكز على ورشات تعليمية؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم": تتمثل هذه الورشات في:

- الخياطة - الطبخ - أشغال يدوية - كلها معا

- أخرى تذكر:

30- هل تقوم المراكز بخرجات ميدانية بيداغوجية؟

- نعم - لا

31- هل تقوم المراكز بخرجات ترفيهية؟

- نعم - لا

32- هل تقوم المراكز بنشاطات ترفيهية؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم":

- المسرح - احتفالات بالأعياد الوطنية والدينية - الرسم

- الشعر والغناء - كلها معا

33- هل تشارك المراكز في مسابقات وطنية؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم":

- فيما تتمثل هذه المسابقات؟

.....-

34- هل ترى أن الأطفال داخل المراكز قادرون على تكوين علاقات داخلية فيما بينهم؟

- نعم - لا - حسب حالة الطفل

35- هل ترى أن الأطفال قادرون على تكوين علاقات اجتماعية خارجية؟

- نعم - لا - حسب حالة الطفل

المحور الرابع: البرامج التي تساعد على تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة

36- هل هناك تنوع في البرامج البيداغوجية المقدمة للطفل المعاق؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم" هل هي برامج؟

- تربوية بيداغوجية - نفسية علاجية - طبية

- ترفيهية - نفسية حركية - كلها معا

37- هل تساهم البرامج البيداغوجية في تعديل سلوكيات الطفل المعاق؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم"، كيف تقدر ذلك؟

- بشكل كبير - بشكل متوسط - بشكل ضعيف

38- ما مقدار استفادة الطفل المعاق من البرامج البيداغوجية؟

- كبير - متوسط - ضعيف

39- حسب رأيك ماهي الأنشطة التربوية التي يستحسنها الطفل والتي تساعد على تأهيله ودمجه في

المجتمع مستقبلا؟

- أنشطة تعليمية محضة - التعليم عن طريق اللعب

40- ماهي المدة الزمنية لاكتساب الطفل لهذه الأنشطة؟

- يوم - أسبوع - شهر - عام - أكثر من عام

41- هل تواجه كمرابي (ة) مختص صعوبة عند تطبيق هذه الأنشطة؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة "نعم"، ماهي أهم الصعوبات التي تواجهها؟

- الفروق الفردية - قلة الوسائل البيداغوجية

- صعوبة الاستيعاب - عدم دعم الأولياء

42- كيف يستجيب الطفل المعاق للأنشطة المقدمة؟ بشكل:

- إيجابي - سلبي

43- هل اكتسب الطفل مهارات جديدة من خلال الأنشطة البيداغوجية؟

- نعم - لا

44- هل تساعد المهارات المكتسبة في تكيف الطفل المعاق مع أقرانه داخل المركز؟

- نعم - لا

45- كيف يتم وضع البرنامج العلاجي والتربوي المقترح الذي يساعد الطفل المعاق؟

- الوزارة - الطاقم البيداغوجي - الأخصائيين النفسانيين

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

- نعم - لا - حسب الحالة

ملخص الدراسة:

فئة ذوي الاحتياجات الخاصة هو فئة خاصة في المجتمع بحاجة ماسة للاهتمام والرعاية من أجل تحقيق قدر من التكيف والاندماج داخل المجتمع، وهو الهدف الأسمى الذي يسعى ميدان التربية الخاصة الوصول إليه، لدى فموضوع دراستنا يدور حول : المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة.

اشتملت هذه الدراسة على الأسئلة التالية:

التساؤل الرئيسي:

هل للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة؟

التساؤلات الفرعية:

- هل تساعد برامج المراكز النفسية البيداغوجية في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة؟

2- هل تشتمل المراكز النفسية البيداغوجية على جميع الخدمات التي من شأنها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

3- هل تشتمل المراكز النفسية البداغوجية على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة؟

للإجابة على هذه الأسئلة والوصول إلى الهدف العام من الدراسة قمنا بإتباع مجموعة من الخطوات والإجراءات المنهجية:

بالنسبة للمنهج اتبعنا المنهج الوصفي، حيث يتمثل ميدان دراستنا بالمراكز النفسية البيداغوجية بمدينة جيجل، أما مجتمع الدراسة فيتمثل في المسح الشامل، إذ يبلغ عدد الأفراد المبحوثين 100 فرد وهم يمثلون كل من المعلمين، الأخصائيين، المربون....، استخدمنا في جمع البيانات والمعلومات الضرورية حول موضوع دراستنا كل من أداة الملاحظة، إلى جانب الاستمارة والتي قمنا بحساب شروطها السيكومترية (الصدق والثبات)

بعدها قمنا بعرض وتحليل الدراسة باستخدام كل من التكرارات والنسب المئوية.

ولقد كانت نتائج دراستنا كالتالي:

بينت النتائج 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 واستعابه للتعليم النظري.

Summary:

The group with special needs is a special group in society that is in urgent need of attention and care in order to achieve a degree of adaptation and integration within society. This is the ultimate goal that the field of special education seeks to achieve.

This study included the following questions:

The main question:

Do psycho - educational centers have a role to play in caring for people with special needs?

Sub-questions:

- Does the programmes of educational psychological centres assist in the vocational rehabilitation of persons with special needs?

Do psychosocial centres include all services that can care for children with special needs?

Do junior psychological centres include specialized programmes for teaching people with special needs?

To answer these questions and reach the overall objective of the study, we followed a set of methodological steps and actions:

With regard to the curriculum, we followed the descriptive curriculum, where our field of study is in the school psychological centres in the city of Jegel, and the study community is in the comprehensive survey, where 100 people are being examined .