وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى-جيجل-

كلية العلوم الانسانية والاجتناعية

- قسم علم النفس والاورطفونيا وعلوم التربية -

عنوان المذكرة

سبل دمج أطفال الثيزوميا21 اجتماعيا ومهنيا من منظور المختصين

-دراسة ميدانية بمركز المتخلفين ذهنيا بجيجل
وجمعية دمج أطفال الثريزوميا21 بحي موسى -

مذكرة مكملة لنيل شهادة اللسانس في علوم التربية
تخصص: علم النفس التربوي

تحت إشراف الأستاذ:

❖ **أ. هاين ياسين**

إعداد الطالبتين:

❖ **صيفور زكية**
❖ **بن عاشور وفاء**

السنة الجامعية:

1437-1438هـ / 2016-2017م

دعاء

قال تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم: "**يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات**"

وقال كذلك: "**هل يستوي الذين يعلمون والذين لا يعلمون**"

باسم الله والصلاة والسلام على رسول الله

اللهم من اعتز بك فلن يذل * ومن اهتدى بك فلن يضل

ومن استكثر بك فلن يضعف * ومن استغنى بك فلن يفتقر

ومن استنصر بك فلن يخذل * ومن استعان بك فلن يغلب

ومن توكل عليك فلن يخيب * ومن جعلك ملاذه فلن يضيع

اللهم إذا أعطيتني النجاح فلا تأخذ مني التواضع، وإن أعطيتني التواضع فلا تأخذي مني اعتزازي بكرامتي.

اللهم أسألك خير الدعاء وخير النجاح، وخير العمل وخير العلم وخير الثواب.

فلك الحمد يا الله كما ينبغي لجلال وجهك ولعظيم سلطانك.

والحمد لله رب العالمين.

شكر وعرفان

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم" «من لم يشكر الناس،لم يشكر الله» .

لله الفضل من قبل و بعد،فالحمد لله و الشكر لله،حمدا يليق بجلالته و سلطانه،الذي منحنا القدرة على إنجاز هدا العمل المتواضع، ولرسوله الذي غرس في قلوبنا حب العلم والإيمان.

إنه لشرف لنا بعد أن أتممنا هدا البحث المتواضع، أن نتقدم بعظيم شكرنا إلى الأستاذ الفاضل هاين ياسين " على مساعدتنا في إنجاز هدا العمل و على جميل صبره و جهودا و نصائحه الصائبة، و حسن تعامله معنا،كما نتوجه بشكرنا كذلك للدكتور" صيفور سليم" الذي ساعدنا في بحثنا، و لا ننسى أيضا الأستاذ" قرفي محمد" الذي ساعدنا هو الأخر والذي لم يبخل علينا بتوجيهاته ونصائحه ا لقيمة

كما نتقدم بجزيل الشكر و العرفان إلى كل من أعاننا على إنجاز هذا العمل من الأصدقاء و الأهل من قريب أو بعيد.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة	1
1. الإشكالية	2
2. أهمية الدراسة	4
3. الهدف من الدراسة	4
4. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة	5
5. الدراسات السابقة	6
الفصل الثاني: متلازمة داون	13
تمهيد	14
1. لمحة تاريخية عن متلازمة داون	15
2. تعريف متلازمة داون	16
3. أسباب حدوث متلازمة داون	17
4. أنواع متلازمة داون	18
5. خصائص ومميزات متلازمة داون	20
6. معدلات الانتشار المرضية والوفياة	22
7. التشخيص والوقاية	24
8. نظرة عامة حول وضعية أطفال الثريزوميا 21 في الجزائر	26
خلاصة	29
الفصل الثالث: الدمج الاجتماعي	30
تمهيد	31
1. تعريف الدمج الاجتماعي	32
2. أشكال الدمج الاجتماعي	32
3. مبررات الدمج الاجتماعي	33
4. أهداف الدمج الاجتماعي	34
5. المراحل والخطوات المتبعة للإدماج الاجتماعي	35
6. استراتيجيات الدمج الاجتماعي	36
7. أهمية العمل بالنسبة للمعاق	38

خلاصة	40
الفصل الرابع: التأهيل المهني رافد نحو الدمج المهني	41
تمهيد	42
1. تعريف التأهيل المهني	43
2. التطور التاريخي للتأهيل المهني	44
3. مبادئ أساسية في التأهيل المهني	45
4. أهمية التأهيل المهني	46
5. أهداف التأهيل المهني	47
6. مراحل التأهيل المهني	48
7. الخدمات التأهيلية والتأهيل المهني أجهزته و وسائله	51
8. المهن المناسبة لتأهيل المتخلفين عقليا	54
خلاصة	55
الفصل الخامس: الدراسة الميدانية	57
1. مجالات وإجراءات الدراسة	57
1.1 مجالات الدراسة	57
2.1 المجالات المكانية	57
3.1 المجالات الزمنية	57
2. إجراءات الدراسة	58
1.2 مجتمع الدراسة	58
2.2 منهج الدراسة	58
2.3 أداة الدراسة	58
4.2 الأساليب الإحصائية	59
3. عرض وتحليل البيانات ومناقشة النتائج	59
1.3 عرض البيانات	59
1.1.3عرض بيانات الفرضية الأولى	59
2.1.3 عرض بيانات الفرضية الثانية	61
3.1.3 عرض بيانات الفرضية الثالثة	62

4.1.3 عرض بيانات الفرضية الرابعة	64
2.3 مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة	65
توصيات	66
خاتمة	67
قائمة المراجع	71
الملاحق	

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

1. الاشكالية
2. أهمية الدراسة
3. الهدف من الدراسة
4. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة
5. الدراسات السابقة

1. الإشكالية:

تعتبر الموارد البشرية الداعم الرئيسي لأي مجتمع من المجتمعات، وأعلى رأس مال فيها، ذلك أنها تعمل على التنمية في شتى المجالات الاقتصادية، السياسية، الثقافية، الاجتماعية، والدينية، كما تعمل على تغييره وتحفظ استمراره من الزوال ومن هذا يتضح وجوب الاهتمام بالعنصر البشري في عملية تنمية المجتمع، وما يملكه من تلك القدرات، حيث يتمثل الاهتمام بهذا العنصر في تطوير مهاراته وتنمية كفاءاته والعمل على الرفع من معنوياته، ومن مساوئ أدائه ومردوده الإنتاجي من خلال الوصول بها إلى أعلى قدر من التكيف الداتي، النفسي والاجتماعي، من الاستقلالية الذاتية والاعتماد على النفس وذلك لا يكون إلا بتوفير جملة من خدمات الرعاية التي تمس جوانب شخصية ولكن توجد فئة خاصة في المجتمع تعيقها قدراتها العقلية أو الجسمية أو الشخصية بصفة عامة والاستفادة الكاملة من تلك الخدمات بصفة عادلة، ومن المشاركة الفعالة والحرة في الحياة الاجتماعية، وهي فئة تعاني من اضطرابات كروموزومية وهي من الأسباب المهمة للتخلف العقلي، ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعا الحالة المعروفة بمتلازمة داون، حيث تمثل هذه الحالة زيادة في عدد الكروموزومات في الخلية 47 بدلا من 46، ويكون الكروموزوم الزائد موجد على زوج كروموزومات رقم 21، وطبيا تسمى ثلاثية الكروموزوم Trisomy21 كما تطرق لها العلماء "ليجن"، "جيوكر"، و"تورن"، وبما أن زوج الكروموزومات رقم 21 مسؤول عم التوتر العضلي والصفات الشكلية الوجهية وبعض العناصر والأجزاء الحيوية في جسم الإنسان، فإن ذالك يؤدي إلى ظهور الأعراض والصفات المميزة لهذه المتلازمة وهناك حقيقتان هامتان في حالة متلازمة داون لابد من توضيحهما، الأولى هي عدم وجود علاقة للآباء في حدوثها وليس هناك أي عوامل أو مورثات أو أخطاء يمكن أن تحصل أثناء الحمل، وتتسبب في حدوثها للطفل، والثانية هي أن كل طفل ذوي متلازمة داون هو شخص فريد يمتلك قدرات ومواهب وأفكار خاصة به كأي طفل عادي أخر، والنمو المعرفي بين المصابين بمتلازمة داون تختلف من شخص لأخر، بحيث لا يمكن التنبؤ بقدرات المصاب عند ولادته، ويتم تحديد طريقة تعليم مناسبة لكل فرد مصاب بعد ولادته، فبعض التأخر المعرفي الذي يصيب أطفال عاديين، ولذلك يجب الدعوة للاهتمام بالأطفال المصابين بمتلازمة داون تشمل عدة نقاط، كالتعليم ودمجهم وأهليهم.[1]

([1]) تركي نورة محمد: فاعلية العلاج السلوكي في زيادة الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا المصابين بمرض داون، رسالة ماجستير غير منشورة قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، الرياض،1994، ص 126.

ورغم أن المجتمع في الآونة الأخيرة يتجه اتجاها أكثر جدية وعمق نحو الاهتمام بهذه الفئة، حيث أنشئت عدة مراكز خاصة تسعى إلى تعليمهم وجعلهم أعضاء فاعلين في المجتمع من خلال ما يتعلمونه في المراكز وتأهيلهم مهنيا في الأمور التي يستفيدون منها في حياتهم اليومية.

إلا أنهم في الجزائر وبالعودة إلى القوانين التشريعية المنضمة لسوق العمل في الجزائر يظهر واضحا أن القانون يمنع تشغيل المعاقين الدين تصل نسبة إعاقتهم 100 % وهذا يستوجب إعادة النضر في تصنيف هذه الفئة وأخذ مطلب الجمعيات الوطنية بعين الاعتبار. [1]

ومنه نطرح التساؤل الرئيسي:

هل تساهم سبل دمج أطفال الثريزوميا 21 اجتماعيا ومهنيا من منظور المختصين؟.

وانطلاقا من التساؤل الرئيسي نطرح التساؤلات الفرعية التالية:

1. هل يمكن أن تساهم البرامج التعليمية المخصصة لتعليم أطفال التريزوميا 21 في الدمج الاجتماعي المهني من منظور المختصين؟
2. هل تساهم الحرف اليدوية في دمج أطفال الثريزوميا 21 اجتماعيا مهنيا من منظور المختصين؟
3. هل يقر المختصون بوجود ضمانات كافية لحفاظ فئة أطفال الثريزوميا 21على مناصبها متى أتيحت لهم فرصة الدمج؟
4. هل يمكن للمجتمع تقبل فئة أطفال الثريزوميا 21 في الجانب الاجتماعي المهني؟

وتندرج تحت هذه الأسئلة فرضيات نذكر منها:

أولا: الفرضية الرئيسية:

تساهم سبل دمج أطفال الثريزوميا 21 اجتماعيا ومهنيا من منظور المختصين.

ثانيا: الفرضيات الفرعية:

1. تساهم البرامج التعليمية المخصصة لدمج أطفال الثريزوميا 21 في الدمج الاجتماعي المهني.
2. تساهم الحرف اليدوية في دمج أطفال الثريزوميا 21 اجتماعيا ومهنيا من منظور المختصين.

([1]) المرجع نفسه ص126.

3. يقر المختصون بعدم وجود ضمانات كافية لحفاظ فئة الثريزوميا 21 على مناصبها متى أتيحت لهم فرصة الدمج.
4. يقر المختصون على إمكانية تقبل المجتمع لهذه الفئة في الجانب الاجتماعي المهني.

2. أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها جاءت لتسلّط الضوء على فئة صنّفت ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة حيث تركز على استخلاص آراء المختصين في مركز المعاقين ذهنيا بجيجل وجمعية دمج أطفال التريزوميا إجتماعيا في حي موسى بجيجل.

وتزداد أهميتها في كونها تحاول إفادة هذه الفئة بنتائج ومقترحات من شأنها أن تساهم في دمجهم إجتماعيا حتى تتعدل الصورة النمطية الموجودة في أذهان الأفراد نحو هذه الفئة وأيضا مهنيا حتى يتمكنوا من تحقيق ذواتهم في العمل.

كما أن هذه الدراسة قامت أيضا على إستقصاء كل المختصين في المراكز والجمعية باتباع تقنية المسح الشامل لآرائهم حتى تتمكن من حصرها كليا.

3. الهدف من الدراسة:

تهدف هده الدراسة إلى التعرف على سبل دمج أطفال الترزنوميا، إجتماعيا ومهنيا من منظور المختصين وذلك من خلال:

- التعرف على مدى مساهمة البرامج التعليمية في دمج أطفال التريزوميا مهنيا واجتماعيا.
- التعرف على مدى مساهمة الحرف اليدوية في دمج أطفال التريزوميا إجتماعيا ومهنيا.
- معرفة مدى مساهمة التكوين المتحصل عليه من طرف أطفال التريزوميا من الحصول على مناصب شغل.
- مدى تقبل المجتمع لهذه الفئة اجتماعيا ومهنيا.
- معرفة رأي المختصين في دمج أطفال التريزوميا واعتماد رأيهم زاوية تحليل وتقاس.

4. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

سبل الدمج: المقصود بسبل الدمج في هذا البحث مجموعة الطرق و القواعد التي يتم الاعتماد عليها في عملية دمج دوي الاحتياجات الخاصة في الأوساط المدرسية و الاجتماعية و المهنية.

الدمج المهني : المقصود بالدمج المهني في هذا البحث هو تعليم دوي الإعاقة و قوانين و أنظمة العمل في المهن المختلفة، و الحياة خارج إطار المدرسة أو المؤسسة التي يتعلم أو يتواجد في فيها بصورة مستمرة.

الدمج الاجتماعي : المقصود بالدمج الاجتماعي في هذا البحث هو التحاق الأطفال دوي الإعاقة بالصفوف العامة والأنشطة المدرسية المختلفة كالرحلات وحصص التربية الرياضية والفنية والموسيقى والأنشطة الاجتماعية المتعددة وهو ابسط أنواع وأشكال الدمج حيث لا يشارك دوي الإعاقة نضيره الغير معاق في الدراسة، داخل الفصول الدراسية وإنما يقتضي على دمجه في الأنشطة التربوية الترويحية والاجتماعية المختلفة.

5.الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: بعنوان :الاستعداد للتعلم والتوافق النفسي لدى المعوقين سمعيا، لعبد الوهاب كامل، 1985.[1]

عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

طرح الباحث أربعة تساؤلات حاول الاستفسار عنها على حد قوله، وكانت كالتالي:

1-هل يمكن التنبؤ بالعمر التعليمي(يوازي مفهوم العمر العقلي بالنسبة للأسوياء) من خلال الدرجات الخام المباشرة التي نحصل عليها من الاختبارات الفرعية؟

2-هل يمكن التنبؤ بالتفوق النفسي(التفوق الذاتي، المنزلي، الاجتماعي، المدرسي والجسمي)؟

3-هل توجد علاقات ارتباطيه بين متغيرات التوافق النفسي ومتغيرات الأداء على الاحتياجات الفرعية للتعلم؟

([1]) عبد الرحمن سيد سليمان: ***سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة*** (الأساليب التربوية والبرامج التعليمية)، ط1 ، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2001 ، ج4 ، ص126 .

4- هل يوجد تأثير متبادل بين العمر التعليمي كمؤشر للاستعداد للتعلم ومتغيرات التوافق المختلفة، والى أي مدى تؤثر في الأداء على الاختبارات غير اللفظية؟

عينة الدراسة:

حصل الباحث على عينة دراسته من مدارس الصم في أربعة مدن بجمهورية مصرالعربية، وهي : طنطا، دمنهور، أسيوط وسوهاج، حيث بلغ عدد الأطفال الذين قاموا بإجراء جميع الاختبارات 124 طفلا أصم، تراوحت أعمارهم ما بين 10 سنوات ونصف وخمسة عشر عاما، من الجنسين، وجميعهم ممن يستخدمون اليد اليمنى في تناولهم للأشياء وفي الكتابة، فقد تمت مقارنة بعض نتائج الأطفال الأسوياء في نفس الفئة العمرية والذين بلغ عددهم 110 أطفال من الجنسين.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث أداتين رئيستين هما:

1- .اختبار(هيسكي – نيبراسكا) القياس الاستعداد العام للتعليم 1982 والذي وضعه راسل.ن كاسيل

2- CBRSمقياس الرتب لتقدير سلوك الأطفال 1962.

نتائج الدراسة:

ناقش الباحث نتائجه في ضوء التساؤلات المطروحة، وتحقق صدق تساؤلاته، والتي كان من بينها وجود تفاعل إحصائي دال بين العمر التعليمي ومتغيرات التوافق الخمسة.

ومنه يتضح أن أفضل أداء نحصل عليه هو ارتفاع العمر التعليمي، وارتفاع درجات التوافق في مجالاته المختلفة، حيث تتجلى أهمية الملاحظة السلوكية وتقنينها في الكشف عن أحد أسباب انخفاض الأداء العقلي، وبالتالي التحصيلي، فكل من التوافق الذاتي والمنزلي والمدرسي يكتسي أهمية خاصة بالنسبة لجوانب الإعاقة الانفعالية التي تؤثر على الأداء بصفة عامة، كما كشف لنا هذا الباحث عن وجود أطفال معاقين سمعيا، ولكنهم متفوقون حيث يجب أن نعتني بهم.

تعليق على هذه الدراسة: ركزت هذه الدراسة على الكشف عن الاستعداد للتعلم و التوافق النفسي للمعاقين و أثبتت أن كلا من التوافق الذاتي والمنزلي والمدرسي يكتسي أهمية خاصة بالنسبة لجوانب الإعاقة الانفعالية التي تؤثر على الأداء العام للأفراد المعاقين. وتفيد هذه الدراسة في دراستنا الحالية في كونها تقدم لنا بعضا من الجوانب المحيطة بعملية تعليم و تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة التي يعتبر أطفال الثريزوميا 21 من بينهم.

الدراسة الثانية: دارسة فيوليت فؤاد إبراهيم(2001) بعنوان مدى فاعلية البرامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين ذهنيا والمصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم"، وقد نشرت ضمن بحوث ودراسات المؤتمر السنوي الخاص بالطفل المصري بجامعة عين شمس 30 أفريل 1992، وقد شملت عينة الدارسة 24طفلا متخلفا ذهنيا، نتائج الدراسة تمثلت في:

أيقنت الدارسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الأطفال وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم من طرف الباحث قبل تطبيق البرنامج.

لم يوضح هنا الباحث نوع البرامج المقدمة للمعاقين، تميزت الدارسة بالدقة في اختيار العينة المطلوبة.

تعليق على هذه الدراسة: تشترك دراستنا مع هذه الدراسة في كونها تركز على دراسة فعالية بعض البرامج المقدمة لتأهيل الأطفال المعاقين ذهنيا لاسيما فئة أطفال ذوي متلازمة داون. [1]

الدراسة الثالثة: دراسة عبد الحفيظ سعيد مقدم (2006) بعنوان: دراسة فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى متلازمة داون في جمعية النهضة النسائية بالرياض.

مشكلة الدراسة: يبدي أطفال متلازمة داون أنواعا من السلوك غير التكيفي مثل العدوان، الفوضى و إتلاف الممتلكات ومن الممكن تطبيق برنامج تعزيز السلوك للحد من هذه المشكلات السلوكية، ومن هذه البرامج التعزيز الرمزي الذي أثبتت بعض الدراسات نجاحه في الحد من المشكلات السلوكية ومن هنا جاء الشعور بمشكلة البحث و هي كالتالي:

ما مدى فعالية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى فئة متلازمة داون؟

وقد فت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية استخدام أسلوب التعزيز في ضبط المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون في جمعية النسائية . واستخدم المنهج التجريبي في هذه الدراسة التي توصلت إلى النتائج التالية:

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي و البعدي على المشكلات السلوكية ككل لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001.

([1]) فيوليت فؤاد إبرارهيم وسعاد بسيوني:بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة،ط 1،مكتبة زهراء الشرق،القاهرة، 2001، ص20.

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك (الثرثرة) بين القياسين القبلي و البعدي في المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001.

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك (الصراخ) بين القياسين القبلي في المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001.

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك (التهديد) بين القياسين القبلي و البعدي في المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك (الاستهزاء) بين القياسين القبلي و البعدي في المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001.

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك (الضحك دون سبب) بين القياسين القبلي و البعدي في المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001.

*- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك (الارتماء على الأرض) بين القياسين القبلي والبعدي في المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون عند مستوى الدلالة 0.0001.

تعليق على هذه الدراسة : تشترك هذه الدراسة مع دراستنا هذه في كونهما يتناولان ضبط بعض الجوانب السلوكية لفئة أطفال الثريزوميا 21. حيث و إن هدفت دراستنا إلى معرفة سبل الإدماج الاجتماعي و المهني لهذه الفئة و كان هدف دراسة عبد الحفيظ سعيد مقدم هو دراسة فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى متلازمة داون في جمعية النهضة النسائية بالرياض إلا أنهما تركزان على نفس الغاية و هي تحقيق الإدماج و التكيف لأطفال هذه الفئة في بيئاتهم الاجتماعية . [1]

الدراسة الرابعة: ل مسعودة بن قيدة " (2008) بعنوان: دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون

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

(1) فيوليت فؤاد إبرارهيم وسعاد بسيوني: مرجع سابق، ص 20.

مشكلة الدراسة:

تتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الفرعية التالية:

-هل توجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص درجات التصرفات الاستقلالية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون قبل بداية تلقيهم البرنامج و بعد مرور فترة من التلقين؟

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

فرضيات البحث:

انطلقت هذه الدراسة من الفرضيات التالية:

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

-توجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص درجات التوجيه الذاتي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون قبل بداية تلقيهم للبرنامج و بعد مرور فترة من تلقيهم إياه.

أدوات البحث:

.1مقياس السلوك التكيفي" لفاروق محمد صادق"، وقد اخضع المقياس إلى دراسة سيكومترية هدفت إلى تحقيق شرطي الصدق و الثبات.

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

العينة:

تضمنت عينة البحث 20 طفلا من ذوي الاعاقة العقلية المتوسطة و المصابين بمتلازمة داون (55 درجة، و تم تحديد نسب ذكائهم بناء على) - القابلون للتدريب (و تتراوح نسب ذكائهم ما بين 35 و 47)

النتائج:

تتلخص النتائج فيما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص درجات التصرفات الإستقلالية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون قبل تلقيهم للبرنامج و بعد مرور فترة من تلقيهم إياه.

- توجد فروق دالة إحصائيا فيما يخص درجات التوجيه الذاتي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون قبل تلقيهم للبرنامج و بعد مرور فترة من تلقيهم إياه.

تعليق على هذه الدراسة: حيث هدفت إلى إبراز الدور الذي تلعبه برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، و توضيح كيف يمكن تنمية السلوك التكيفي داخل مراكز التربية الخاصة من خلال تلقي الأطفال التريزوميين لبرامج علاجية و تدريبية. وتشترك هذه الدراسة مع دراستنا هذه في كونها تركز على الفئة ذاتها بالدراسة كما تشترك أيضا في إبراز الدور الذي تلعبه المراكز المختصة في رعاية هذه الفئة و بالتالي إدماجهم الاجتماعي . [1]

الدراسة الخامسة: دراسة ماندي Mundy، سيجمانSigman ، كاساري Ksari، يرميا Yirmiya (2008) حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قدرة أطفال متلازمة داون على اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي.

وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين الأولى تكونت من (15) طفلا من أطفال متلازمة داون منهم (8) ذكور و (7) إناث. و الثانية تم التجانس بين المجموعة الأولى بعينة مماثلة من حيث العدد من الأطفال المعاقين ذهنيا من غير متلازمة داون، وذلك من حيث العمر الزمني و الجنس و المستوى الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة و بلغ العمر العقلي ل (15) طفلا من أطفال العينة الكلية (21) شهرا و ذلك باستخدام اختبارات "كاتل " و اختبار بينيه لقياس العمر العقلي. أما مهارات التواصل غير اللفظي فتم قياسها من خلال أسلوب الملاحظة بواسطة متخصصين حيث تم تقييم مهارات التواصل اللفظي على النحو التالي: التفاعل الاجتماعي، التعبير بالإشارة، طلب الأشياء و قد أسفرت عن النتائج التالية:

1 -أن أطفال متلازمة داون ظهرت لديهم بعض الأنماط الإيجابية و الأنماط السلبية في اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي.

2 -ووجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في مهارات التفاعل الاجتماعي غير اللفظي لصالح أطفال متلازمة داون.

3 -ظهرت فروق دالة لصالح الأطفال المعاقين ذهنيا في مهارة طلب الأشياء بطريقة غير لفظية.

4 -تؤكد الدراسة على أن القصور في اكتساب اللغة التعبيرية يصاحب القصور في مهارة طلب الأشياء بطريقة غير لفظية وذلك في مراحل النمو المبكرة بالنسبة لأطفال متلازمة داون. [2]

([1]) فيوليت فؤاد إبرارهيم وسعاد بسيوني: مرجع سابق، ص 20.

([2]) عبد الرحمن سيد سليمان : ***سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة*** (الأساليب التربوية والبرامج التعليمية)، ط1 ، مكتبة . زهراء الشرق، القاهرة، 2001 ، ج4 ، ص 126.

تعليق على هذه الدراسة: ركزت هذه على معرفة قدرة أطفال متلازمة داون على اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي و هي مهارات تشكل نوعا من التفاعل الاجتماعي لهذه الفئة وهي نقطة الاشتراك مع دراستنا هذه في بعد الإدماج الاجتماعي لهذه الفئة.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

ما يلاحظ على هذه الدراسات أنها تشترك مع دراستنا هذه إما في الفئة المستهدفة بالبحث و هي فئة أطفال الثريزوميا 21 كما هو الحال مع دراسة كل من فيوليت فؤاد إبراهيم و دراسة عبد الحفيظ سعيد مقدم ودراسة بن قيدة إضافة دراسة ماندي و آخرون. أو في مجال التأهيل الاجتماعي و النفسي و المهني لهم كدراسة عبد الوهاب كامل. و قد وضحت لنا هذه الدراسات بعضا الجوانب التي أحاط بها هؤلاء الباحثون و التي تسهم بفعالية في إثراء دراستنا كبرامج التأهيل و التعليم و الدمج الاجتماعي لهذه الفئة، إضافة إلى بعض المعارف العلمية حول هذه الفئة.

الفصل الثاني: متلازمة داون

1. لمحة تاريخية عن متلازمة داون
2. تعريف متلازمة داون
3. أسباب حدوث متلازمة داون
4. أنواع متلازمة داون
5. خصائص ومميزات متلازمة داون
6. معدلات الانتشار المرضية والوفيات
7. التشخيص والوقاية
8. نظرة عامة حول وضعية أطفال الثريزوميا21 في الجزائر

تمهيد:

يتميز الأطفال الحاملين للثريزوميا (21) بخصائص جسمية وعقلية واجتماعية تختلف عن خصائص فئات الإعاقة العقلية الأخرى، إذ تمثل الخصائص الجسمية السمة المشتركة الأكثر وضوحاً لدى أفراد هذه الفئة (الوجه المسطح، ظهور اللسان خارج الفم، الأسنان غير منتظمة وظهور خط هلامي واحد في راحة اليد الخ ...)

ويكون هؤلاء الأطفال أبطأ من الآخرين، بحيث تتمثل الخصائص العقلية لهذه الفئة في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسط والبسيط والكثير منه قابلين للتدريب ولديهم القدرة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة، الكتابة، الحساب و المهارات الاجتماعية ومهارات العناية بالذات والتواصل حيث يُمكن تصنيفهم ضمن الأطفال القابلين للتعلم وسنقدم عرضاً مفصلاً عن هذه الفئة لأهمية خصوصياتها.

1. لمحة تاريخية عن الاهتمام بمتلازمة داون :

يعتبر "جون لندن داون " « JHON LONDON DOWN » طبيب انجليزي جدب أنظار العالم إلى مجموعة من المتأخرين عقلياً وذلك بالتركيز أساساً على خصائص الوجه، الأنف و العيون وتسمى هذه الفئة من المرضى بـ « Les Mongoliens » نسبة إلى المغول الذين يوضعون في أسفل سلم البشرية وبقي الخلط والتداخل بين الأسباب والنتائج بارزاً حتى سنة 1959 م.

ذَكر أن تقارب" داون " لا يُعرف إلاَّ عن طريق المظاهر الخارجية وكذا التأخر العقلي الذي استنتج أنه العرض المهم بالنسبة للأول.

إنطلاقاً من سنة 1959 وبعد أعمال "غوتي" « GUAUTHIER» "ليجون" « LEUJEUNE » و"توربين" « TURPIN » تبين أنَّ الكروموزوم الزائد داخل الخلية يؤدي إلى عدم التوازن الجيني وبالتالي يؤدي إلى ظهور اضطرابات من جميع الأنواع، فالتأخر العقلي ما هو إلا عرض كالأعراض الأخرى المصاحبة لهذا التشوه الجيني.

بالنسبة إلى التسمية أقترح "ليجون" « LEJEUNE » الثريزوميا 21 (Trisomie21) بما أنه يشير إلى الإصابة وبما أن صحتها غير مشكوك فيها وتبقى هذه التسمية معتمد إلى يومنا هذا لدلالة على هذه الفئة [1].

([1]) الميلادي عبد المنعم عبد القادر: من دوي الاحتياجات الخاصة (المعاقون دهنياً)، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندارية 2004.

2.تعريف متلازمة داون:

يمتلك البشر 46 كروموزوما مصنفة إلى ثلاثة وعشرون زوجا ، يحتوي كل من الرجل على 23 كروموزوم وكذلك الحال مع البويضة للمرأة ، لذلك حين يح دث الحمل ويخصب المني البويضة يتكون كائن بشري جديد مع عدد مكتمل من الكروموزومات، لكن قد يطرأ خطأ ما يؤدي إلى ما يسمى بالعيوب الكروموزومية أو العيوب في الكروموزوم، وتُعَدُ متلازمة داون المنغولية واحدا منها ، ففي الإخصاب بدل أن يجتمع رقم واحد من الكروكوزوم 21 من الأب وواحد أخر من الأم يتسلل كروموزوم ثالث ثُمَّ يزدوج في خلية في جسم الجنين، وتعتبر متلازمة داون المنغولية والتي يُطلق عليها أحياناً ثريزومي 21 أكثر العيوب الكروموزومية شيوعاً يظهر في حوالي واحد من أصل 830 ولادة [1].

2-1 تعريف أخر لمتلازمة داون:

عبارة عن شدود خلقي مركب وشائع في الكروموزوم 21 اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي [2]، وتتضمن متلازمة داون عيوب خلقية بالقلب، مظاهر خاصة بالإبصار اضطراب في الجهاز الهضمي والعصبي بالإضافة إلى عيوب بالقلب [3].

التعريف الإجرائي:

هي مجموعة من الصفات تعود إلى اضطراب الكروموزوم 21، بحيث يحتوي هذا الكروموزوم على ثلاثة كروموزومات بدل من اثنين وبهذا يصبح عدد الكروموزوم لدى الجنين في متلازمة داون(47).

(1) www.awsat./details.down.sywmdome.htm(18/04/2017

(2) المرجع نفسه.

(3) نجوى عبد المجيد: الوراثة والتدخل المبكر مع الطفل المنغولي،مجلة أخبار المركز القومي للبحوث، القاهرة 1999

3. أسباب متلازمة داون:

لم يتم حتى الآن التعرف على مسببات حدوث متلازمة داون فهي تحدث للأسر من كافة الأصول والمستويات الاجتماعية والاقتصادية و الثقافية والدينية والعرقية وقد اقترحت عدة أسباب لحدوث متلازمة داون.

1.3 العوامل الداخلية :

تتمثل العوامل الداخلية في العوامل الوراثية وهي الأكثر احتمالا في الحالات التالية :

- الأطفال الثريزومين (les trisomie) المولودون من أمهات تريزوميات فاحتمال إنجاب أم ثريزومية لطفل ثريزومي هي تقريبا (50%)[1].
- امتلاك أحد الوالدين صبغي منقول واحد من الزوج رقم (21)[2].

2.3 سن الأم:

كلما زاد عمر الأم كلما زادت احتمالية حملها بطفل مصاب بمتلازمة داون، فإن البويضات المسنة معرضة لإصابة انقسام كروزومات غير طبيعي، فمثلا احتمالية إصابة الجنين بمتلازمة داون لأم تبلغ من العمر 35 عاما من العمر تساوي واحد في 400 بينما في سن 45 تبلغ هذه النسبة واحد في 35 إصابة السابقة في حال ولادة أم لطفل مصاب بمتلازمة داون ، فإن احتمالية ولادة طفل مصاب بمتلازمة داون إضافة إلى احتمالية ولادة طفل آخر مصاب بهذه المتلازمة تبلغ واحد في المئة الكروموزوم الانتقالي، وقد ذكرنا سابقا في حال كون المرأة أو الرجل حاملين الكروموزوم انتقال Translocated فمن الممكن أن يورثا الجنين بهذا النوع من الإصابة بمتلازمة داون[3].

([1])Ronda.J .A.Lambert JL ,question et ,réponse sur le handicape, mentale, Edition. Mardage .Paris P 28

([2]) الملق سعود بن ناصر: متلازمة داون أكثر الإعاقات الذهنية تزايدا في العالم ،دليل الأسرة والمهنيين ، فهرس مكتبة الملك للنشر،الرياض ص21.

([3])www.gulfkid.com/ar/print.php?p

3.3 الاضطرابات الصبغية (الكروموزومية):

في حالة متلازمة داون يحصل انقسام خاطئ للخلية أثناء فترة الحمل عند بداية تكوين الجنين أو أثناء تشكل البويضة أو الحيوان المنوي[1].

4.3 زواج الأقارب :

يعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى إنجاب الطفل المنغولي وعدم الالتزام بفحص الراغبين في الزواج قبل الإقدام على الزواج مبنية إن الأمراض الوراثية قد تسبب تشوهات للأطفال[2].

5.3 عوامل خارجية :

تتمثل فيما يلي :

أ. الإشعاعات (X وغيرها):توجد علاقة أكيدة بين تأثير ألإشعاع والسياق الجيني ، فكلما كانت درجة التعرض للإشعاع كبيرة كلما سجلت التأثيرات على السياق الجيني.

ب. تأثير بعض الفيروسات: من بين العوامل الفيروسية المسببة في نظر بعض الباحثين فيروس "الأباتيت"(Virus de Lèpatite) وفيروس الحصبة Virusde la rubèole.

ج. نقص بعض الفيتامينات خصوصا فيتامين "A" فمن الممكن أن يكون النقص في الفيتامين سببا في عدم الانتظام الجيني.[3]

4. أنواع متلازمة داون :

1.4 ثلث الصبغي رقم 21 (TRISOMIE21) :

هناك احتمالات لمصدر الكروموزوم الإضافي أو الزائد يتمثلان فيما يلي:

أ. شدود الكروموزومات قبل عملية الإخصاب:

في هذه الحالة نجد كروموزوما زائدا في الزوج 21 سواء في النطفة أو البويضة ، وبالتالي يصبح هناك صبغيان عوض صبغي واحد، فتحصل في الخلية الملقحة على ثلاثة كروموزومات في الزوج 21

(1) الملق سعود بن ناصر: المرجع السابق.ص، 23.

(2) جابي كيفورد كيان , كتب أسامة 18 يناير كانون الثاني.

3– Lambert JL et Rondal .G <le mongolisme> Edition .pierre. Mardage ,Bruxelhes P 24 ,25

عوض 2، وبالتالي بعد تكاثر تلك الخلية وبانقسامها تصبح كل خلايا الجنين تحتوي على ثلاث صبغيات.

ب. شدود الكروموزومات بعد عملية الإخصاب :

في هذه الحالة تكون كل من البويضة والنطفة صبغي واحد كما هو الحال عند الطفل العادي ، لكن خلال انقسام البويضة الملقحة يحدث خطأ بحيث أن كل خلية تنقسم إلى خليتين غير متماثلتين تحتوي واحدة على ثلاثة صبغيات في الزوج " 21"، بينما يكون في الأخرى صبغي واحد وهذه الأخيرة تموت بعد استحالة عملها، ويضم هذا النوع 90% من أولئك الأفراد ذوي متلازمة داون حيث يكون الكروموزوم رقم 21 لديهم ثلاثيا وليس ثنائيا.

2.4 المنتقل التحول الإنتقائي (TRAUSLOTION) :

ويحدث هذا النمط 4% تقريبا من متلازمة داون ويحدث مثل هذا الإنتقال عندما يقوم جزء من الكروموزوم رقم 21 سواء كان مصدره من البويضة أو الحيوان المنوي ، وسواء كان ذالك قبل أن يتم الحمل أو بعد حدوثه بالتوقف فجأة أثناء عملية انقسام الخلايا، ثم يتصل بكروموزوم أخر وينتقل إليه وغالبا ما يكون هذا الكروموزوم رقم 21 أو 22 مما يؤدي إلى حدوث متلازمة داون بسماتها و أعراضها المميزة[1].

3.4 النوع الفسيفسائي MOSOICISM :

يحدث الخطأ الكروموزومي خلال الانقسام الثانوي للخلايا أو الانقسام الثالث، ويكون عبارة عن خليتين تحتوي إحداهما على صبغيان للزوج(21)، والخلية الأخرى على ثلاث صبغيات للزوج (21) والخلية الرابعة تحتوي على صبغي واحد، والتي سوف تموت حيث الجنين يكون حاملا للخلايا العادية وبها(46) صبغي وخلايا بها (47) صبغي[2].

(1) عبد الله عادل محمد: الإعاقات العقلية ،دار الرشاد للنشر، القاهرة، ص ص 242- 244.

2- Lambert J.L Rondal .G(1979)<le mongolisme>Edition .pierre Mardage,Bruxel P11

5. خصائص ومميزات أطفال متلازمة داون :

1.5 الخصائص الجسمية والإكلينيكية:

بالرغم من أن أفراد داون لهم خصائص جسمية مميزة ألاّ أنهم متشابهين عموما بالنسبة للشخص العادي في المجتمع، أكثر من كونهم مختلفين وليس لكل أطفال داون كل الخصائص فبعض منهم قليل من الخصائص والبعض لديهم معظم علامات داون وتتضمن الخصائص الآتية:

- انبساط الوجه.
- انبساط في مؤخرة الرأس.
- رقبة عريضة قصيرة.
- وجود ثنايا لحمية زائدة في مؤخرة العنق.
- شدود ملاحظة في لون البشرة.
- ارتفاع وضيق في أعلى باطن الفك أو الفم.
- ميل وانحدار في العينين يصاحبه مصاعب في حدة الإبصار وتضخم في جفن العين.
- انخفاض في موضع الأذن ونمو غير عادي لقناة الأذن.
- صغر حجم الجمجمة في كل الأعمار.
- لسان عريض ، سميك ومشقق.
- عيوب خلقية بالقلب.
- تأخر عقلي أو نقص في النمو الإدراكي بين المتوسط والشديد.
- قصر اليد وعرضها وانحدار وامتداد أو زيادة عدد الأصابع وارتخاء عضلات الأصابع بالإضافة إلى قوام قصيرة ومتضخمة[1].

2.5 الخصائص العقلية :

غالبية الحالات تكون ضمن فئة متوسطي الإعاقة العقلية ويتراوح العمر العقلي للغالبية بين (5-7) سنوات ويتفاوت معامل الذكاء من (25-50) ويمكن تصنيف ذوي متلازمة داون ضمن الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح بنسب ذكائها مابين (55-70) والجدير بالذكر :أن مخ أطفال متلازمة داون يكون سليم وليس تالف وخلايا المخ أيضا تكون سليمة في معظم الحالات ، ولكن الأعصاب التي تحمل

(1) مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعدة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع،ط1، عمان،2011، ص 283-284.

المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى تكون رديئة العزل ولا تحمل الرسالة بالسرعة التي تحمل بها الأعصاب عند الطفل العادي[1].

3.5 الخصائص السلوكية والاجتماعية:

تتمثل الخصائص السلوكية والاجتماعية التي تمز الأطفال المصابين بمتلازمة داون فيما يلي :

- ودودون من الناحية الاجتماعية ويقبلون على الآخرين ويحبون مصافحة الأيدي واستقبال الغرباء.
- يبدون المرح والسرور باستمرار.
- تقل لديهم المشكلات السلوكية إلاّ أنهم يمكن أن يغضبوا إذا ما استثاروا، إلاّ أن هذه الخاصية ليست مميزة لهم إذ إنّ المشكلات السلوكية التي يظهرها بعضهم يمكن إرجاعها إلى اختلافات الظروف البيئية والأسرية التي توجد فيها هؤلاء الأطفال.

كما يمتاز المصاب بمتلازمة داون بالوداعة والإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابلونه والميل إلى المحاكاة والتقليد[2].

4.5 الخصائص اللّغوية:

أكدت الدراسات في ميدان اللغة أن الطفل المصاب بمتلازمة داون لا يمكنه أن يبدأ في النطق قبل الشهر الثامن عشر، وانّ استعمال المقاطع المزدوجة مثل:(ماما)(بابا) يكون في حوالي الشهر الثامن ، كما يقوم الطفل المصاب بمتلازمة داون بتكرار الأصوات المسموعة وذالك في حوالي الشهر الثاني عشر ، فهؤلاء الأطفال لا يتمكنون من تلفظ جملة ذات معنى وبعدد كافي من الحروف قبل الثلاث أو الأربع سنوات، كما أن تفكيرهم لا يتعدى تفكير مرحلة الطفولة، أما تلفظ الجمل التي تحتوي على علاقة الكم والكيف والأدوات الدالة على النوعية والكمية أو الخاصة بالعملية المنطقية فهي غير مكتسبة لديهم لأنهم لم يصلوا بعد إلى المستوى الإجرائي[3].

6. معدلات الانتشار والمرضية والوفيات :

([1])مصطفى نوري القمش: مرجع سابق ص185.

([2]) المرجع نفسه ، ص 284.

([3])مصطفى نوري القمش: مرجع سابق ، ص 205.

1.6 الانتشار:

نسبة احتمال الإصابة بحالات متلازمة داون نحو واحد لكل 800 أو واحد لكل ألف ولادة حيث قدرت مراكز مراقبة الأمراض والوقاية منها، أن المعدل هو واحد لكل 733 ولادة حية في الولايات المتحدة، أي 5429 حالة جديدة سنويا ما يقرب من 95% من هذه الحالات ناتجة عن التثالث الصبغي 21، تصاب جميع المجموعات العرقية والاقتصادية بمتلازمة داون، حيث يؤثر عمر الأم على فرص ولادة طفل مع متلازمة داون، فإذا كان سن الأم من 20 إلى 24 كانت احتمالية الإصابة واحد لكل 1562، وفي سن 35 إلى 39 يصبح احتمال واحد لكل 214، وفوق سن 45 سنة تزيد لاحتمال واحد لكل 19، وعلى الرغم من زيادة احتمال الإصابة مع زيادة عمر الأم، فإن 80% من الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يولدون لنساء دون سن 35، بسبب معدل الخصوبة الكلي في تلك الفئة العمرية، والبيانات الأخيرة تشير أيضا إلى أن عمر الأب وخاصة ما بعد 42، يزيد من خطر الإصابة بمتلازمة داون في حمل الأمهات المتقدمات بالسن، البحوث الجارية تبين أن حصول متلازمة داون يرجع إلى حدوث عشوائي خلال تشكيل خلايا الجنس أو الحمل، ولم يكن هناك دليل على انه يرجع إلى سلوك الوالدين (عدا العمر) أو العوامل البيئية.

2.6 معدل المرضية ومعدل الوفيات:

معدل الإصابة بالأمراض المختلفة مرتفع جدا عند الأشخاص المصابين بمتلازمة داون، وذلك بسبب نقص المناعة الطبيعية من جهة، وبسبب وجود تشوهات خلقية من جهة أخرى.

فمثلا نقص المناعة يؤدي إلى الإصابة بأمراض معدية مختلفة، وأهمها التهاب الرئة بينما التشوهات الخلقية في الجهاز التنفسي العلوي (تضخم اللوزتين، وتضيق المنخر الداخلي، وتدلي اللسان) قد تؤدي إلى انسداد المجرى التنفسي العلوي [1]، وهذا بدوره يؤدي إلى التهاب الأذن الوسطى ونقص التهوئة في أسناخ الرئة، ونقص أكسجين في الدماغ وارتفاع ضغط الدم الشرياني في الرئتين ما يؤدي إلى حالة مرضية تسمى قلب رئوي وفشل القلب ، كما يؤدي الإضراب والضعف في السمع والنظر ، إضافة إلى التخلف العقلي، إلى خلل في الأداء اليومي للطفل ويمنعه من المشاركة في العملية التعليمية، واكتساب

(1) www.gulfkids.com/ar/print.php?page=article&id=775(25/02/2017

المهارات اللغوية والاجتماعية، إذ أن التأخر في تشخيص الخلل في وظيفتها يؤدي إلى تعزيز الخلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي). [1]

لقد زاد مدى (معدل) العمر بشكل ملحوظ لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة داون.

فمثلا الطفل المولود في عام 1929 لم يكن يعيش حتى سن عشر سنوات ، أما في يومنا هذا فقد يعيش الطفل المصاب حتى سن 50–51 سنة ، ويرجع ذالك الفضل لتقدم علم الجراحة في معالجة العيوب الخلقية واكتشاف المضادات الحيوية في محاربة الأمراض.

وأشارت الدراسات إلى أن نحو 75 في المئة من الحمل بمتلازمة داون من النوع ثلث الكروموزوم 21 يموتون في مرحلة تكون المضغة أو تكون الجنين ، أما في حال الولادة الطبيعية فإن 85 في المئة من الأطفال المصابين بهذه المتلازمة يعيشون حتى عام واحد، بينما 49–50 في المئة يتوقع أن يعيشوا حتى سن 50–52 من العمر.

ومن أبرز الأمراض والعاهات التي تؤدي إلى وفاة الطفل المصاب بمتلازمة داون هي: أمراض القلب الخلقية، ومرض(توسع القولون الخلقي)، والانسداد الخلقي لاثنا عشر واللوكيميا (سرطان الدم) أما في المراحل المتقدمة من العمر(29–39 سنة) فقد يكون سبب الوفاة الشيخوخة والخرف المبكران.

لقد تحسن مستقبل الأشخاص المصابين بمتلازمة داون تحسنا ملحوظا ومثيرا، لأن الصحة العامة للعديد منهم أصبحت أحسن مما كانت عليه في القرن الماضي، وأصبح من الممكن دمجهم في المجتمع وزاد معدل عمرهم، غير أنهم مازال يعيشون أقل من المعدل الطبيعي لبني البشر، كما تعتبر التشوهات والعاهات الخلقية التي تصيب القلب من أبرز وأكثر الأسباب للموت المبكر عند الأشخاص المصابين بمتلازمة داون، بالإضافة إلى الخرف تقيد الحركة، ضعف حاسة البصر والصرع.

7. تشخيص متلازمة داون:

1.7 قبل الولادة :

في ظل التطور العلمي أصبح بالإمكان تشخيص حالات متلازمة داون قبل الولادة وذالك من خلال عدة طرق أكثر هذه الطرق انتشارا واستخداما.

(1) www.gulfkids.com/ar/print.php?page=article&id=775(25/02/2017)

- فصل السائل لآميني (Amniocentèses): بالجنين داخل الرحم، ويتم فحصه خلال الإثني عشر أسبوعا الأولى من الحمل[1].
- فحص الغشاء المشيمي (Chorionic villeuse sampling) :ويتم فحصه خلال الستة عشر أسبوعا الأولى من الحمل.
- الفخص بواسطة الأشعة فوق الصوتية (Examination ultrasound):ويتم فحصه في أي وقت خلال فترة الحمل[2].

2.7 بعد الولادة :

ويكون ذالك من خلال طبيب الأطفال بحيث يقوم بفحص الطفل من حيث الشكل الخارجي والجسمي له، وعند متابعة طبيب الأطفال أيضا لمظاهر تطور النمو الطبيعية الجسمية والحركية والعقلية لذالك الطفل .

3.7 النصائح الجينية (Le conseilsgèmètiques):

هذا النوع الحماية غير متوفر في المراكز الكبيرة كالمستشفيات، المراكز الجامعية وله أهمية كبيرة في نضج الوالدين بإمكانية الأولياء اللذين لديهم طفل مصاب من قبل بهذا التقارن.

يقوم الفحص الكروموزومي على الوالدين أو الإخوة الحاملين لهذا المرض، والإستفادة من النصائح الجينية فأحد الأبناء لديهم كروموزوم ملتحم ينتقل من أحد الأبوين، وبالتالي يكون الطفل حامل في المستقبل (ثريزوميا 21).

4.7 الوقاية من متلازمة داون :

تهدف إلى الحد من حدوث متلازمة داون قدر الإمكان وذلك من خلال مراعاة بعض الجوانب والعوامل أو المتغيرات منها مايلي:

- يفضل أن تقبل السيدات على الحمل بعد الخمسة والثلاثين من أعمارهن، كما ينصح المرأة صغيرة السن أن تمتنع عن الحمل مباشرة بعد إجهاض طبيعي، حيث ينصحها الطبيب في هذه الحالة أن تتجب الحمل لمدة سنتين على الأقل.

---

(1) http// :www.ds-health.com/smosaic.htm

(2) http// :www.ds-health.com/smosaic.htm

- أن يتم إجراء الفحوصات الطبية اللازمة قبل الزواج للتأكد من عدم وجود احتمال حدوث خطأ أو شدود في انقسام الخلايا.
- الكشف المبكر عن وجود حالة متلازمة داون قبل الولادة يأخذ عينة من السائل الذي يحيط بالجنين (السائل الأمينيومي)هذا السائل يحتوي على خلايا الجنين التي يتم تحليلها مخبريا،مما يكشف عن وجود أو عدم وجود حالة متلازمة داون، وذالك باستعمال جهاز يطلق عليه "سيتوسكان " الفحص الكروموزومات المسؤولة عن تحديد الصفات الوراثية للوليد ، ويكون عادة في الفترة 14 إلى 16 أسبوع من الحمل، كما يحتاج ظهور نتيجة فحص هذا السائل إلى مدة قد تمتد إلى مابين أسبوع إلى 4 أسابيع، أو فحص الغشاء المشيمي وذالك من خلال أخذ عينة من النسيج المشيمي عبر فتحة المهبل أو عبر البطن، ويكون غالبا خلال الفترة ما بين 8 إلى 11 أسبوعا من فترة الحمل وتمتاز هذه الطريقة عن سابقتها بإمكانية إجرائها في الفترة الأولى للحمل بالإضافة إلى سهولة فحص النمط الصبغي وسرعة ظهور النتيجة، فإذا اتضح من هذه الفحوصات الطبية أن هناك خطأ كروموزوميا قد حدث وأدى إلى متلازمة فإنه يجب على الأم أن تعمل على مراعاة بعض الإجراءات بعد ولادة طفلها ومن هذه الإجراءات مايلي:
- إن تقوم بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة له آنذاك.
- أن تجعله بعد ذالك يسير وفقا لنظام غذائي محدد.
- أن تجعله يمارس نوعا من أنواع الرياضة بشكل منتظم.
- أن توفر له قسطا كبيرا من الراحة يوميا[1].

8. نظرة عامة حول وضعية أطفال الثريزوميا في الجزائر:

إن الحديث عن الأشخاص المعاقين بمجتمعنا يؤدي بنا إلى البحث عن سبل التكفل بهذه الشريحة والتي هي بحاجة ماسة إلى رعاية خاصة، حيث أن خصوصياتها الثقافية والاجتماعية في هذا المجال تعتبر الأساس أو البنية الأولى لكل إجراء يتخذ لصالح هذه الفئة، ونخص بالذكر فئة المتخلفين ذهنيا المصابين بمتلازمة داون حيث أن مجتمعنا العربي الإسلامي لازالت تطبعه سمات التكافل والتراحم ورعاية الأبناء مهما كانت الوضعية الاجتماعية للأسر، فهم يبدلون قصار جهدهم في رعاية هؤلاء المصابين

(1) عبد الله عادل محمد:الاعاقات العقلية، دار الرشاد للنشر،ط1، القاهرة، 2004،ص 288.

انطلاقا من الخصوصيات الدينية والثقافية والاجتماعية بالإضافة إلي ذلك فإن الهيئات المعنية في الجزائر لا تدخر جهدا في التكفل بالأطفال المصابين بمتلازمة داون.

1.8 المؤسسات المختصة في التكفل بالأطفال المتخلفين ذهنيا والمصابين بمتلازمة داون:

المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال عبر المكيفين ذهنيا في مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

2.8 تنظيم المراكز الطبية البداغوجية بالجزائر:

ومهامها:

نضمت وأنشأت هذه المراكز بموجب المرسوم 80-59 المؤرخ في 21 ربيع الثاني الموافق ل 8 مارس 1980 المتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية والمراكز المخصصة في تعليم الأطفال المعوقين وتنظيمها، حيث تقدم الرعاية التعليمية والتربوية للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس نذكر منها مدارس الصم والبكم، المراكز الطبية النفسية البيداغوجية، المراكز الوطنية للتأهيل[1].

1.2.8 شروط الالتحاق بالمركز:

تتولى المراكز البداغوجية الطبية بالجزائر استقبال الأطفال ذوي إعاقة ذهنية خفيفة أو متوسطة أو عميقة و الأطفال دوي الاضطرابات النفسية للاستفادة من تكفل تربوي[2].

2.2.8 أنواع التكفل :

تعمل هذه المراكز كبقية المؤسسات، تقوم بالمتابعة ويصنف إلى مجموعات يخضعون للبرنامج التربوي التالي:

([1]) عبد الله عادل محمد:الاعاقات العقلية، دار الرشاد للنشر،ط1، القاهرة، 2004،ص ص 281-282.

([2]) قاسمي و عمروش: المرشد النمهجي للمراكز الطبية التربوية للمتخلفين ذهنيا ،المركز الوطني لتكوين المختصين بمؤسسات المعوقين قسنطينة2002.

❖ **الملاحظة :**

المرحلة التي فيها الأطفال بقسم الملاحظة، بهدف تعديل السلوكيات وقياس نسبة ذكاء كل طفل بهدف تفويج هؤلاء الأطفال بأقسام التفطين(الإيقاظ أ و ب)، وأثناء هذه الفترة تمارس نشاطات بيداغوجية نشيطة ومحفزة، تهدف إلى تنمية التحكم في الجسم والمهارات الحركية لضمان تربية حسية حركية.

❖ **اليقظة:**

تفطين الأطفال اللذين قدموا من أقسام الملاحظة حيث يعمل في هذا القسم على تنمية السلوك ألتكيفي لديهم بواسطة تمارين متدرجة مثل: تعليمهم حسن ارتداء الثياب وصولا بهم إلى الاعتماد على النفس.

❖ **التدريب المدرسي:**

يعنى بالطفل في هذا الجانب من ناحية تهيئته للتمدرس حيث يتعرف على بعض الأصوات والرموز والخطوط والمساحات، انطلاقا من المحسوس والملموس وصولا به إلى المجرد وقت القدرات الفردية لكل حالة.

❖ **ما قبل التمهين:**

يركز في هذا الجانب التعليمي على إجراء تمارين تمكن الطفل من التدرب على الأشغال اليدوية المتنوعة باستعمال مختلف الأدوات في البستنة والنجارة والبناء.

❖ **التوجيه وإعادة التربية النفسية التربوية و الأورطفونيا والنفسية الحركية.**

❖ **الوحدات العلاجية.**

3.2.8 نظام التكفل:

رتبت المادة 16 من القانون 09/02/ المذكور آنفا أنه تضمنت المؤسسات المتخصصة زيادة على زيادة التعليم والتكوين المهني عند الاقتضاء نظام المتعلمين والمكونين أعمالا نفسية اجتماعية وطبية تقتضيها الحالة الشخصية للشخص المعوق داخل هذه المؤسسات، وذلك بالتنسيق مع الأولياء ومع كل شخص أو هيكل معني، كما أنّ الدولة تتكفل بالأعباء المتعلقة بالتعليم والتكوين المهني

والإقامة والتنقل في هذه المؤسسات العمومية، وتعمل هذه المؤسسات حسب التنظيم التالي :الداخلي والخارجي والنصف داخلي[1].

(1) الجريدة الرسمية رقم 34، 2002,

خلاصة:

تعد متلازمة داون شكلا من أشكال الإعاقة العقلية وتنتج هذه الحالة في الأساس من شذوذ ينشأ عن خلل أو شذوذ في انقسام الخلايا سواء قبل الحمل أو بعد حدوثه، و سواء كانت تلك الخلايا أنثوية أو ذكرية مما يؤدي إلى وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم 21 و بالتالي يصبح ثلاثيا بدلا من كونه ثنائيا كما في الوضع العادي، فيصبح بذلك عدد الكروموزومات في الخلية الواحدة 47 بدلا من 46 و هذه الحالة تأخذ ثلاثة أنواع مختلفة، النوع الأول يدعى تثلث الصبغي رقم 21 أما النوع الثاني فهو المنتقل أو التحول الانتقالي، و الثالث يعرف الفسيفسائية.

ومن الجدير بالذكر أن الخطأ الكروموزومي يؤثر سلبا على نمو المخ، و على نمو الجسم مما يترتب عليه قصور في الأداء الوظيفي العقلي، و بطء في سرعة نمو هؤلاء الأطفال في جوانبهم المختلفة قياسا بأقرانهم العاديين في نفس عمرهم، كما تتأثر قدراتهم و مهاراتهم المختلفة، و إلى جانب ذلك تبدو عليهم سمات جسمية معينة تميزهم عن غيرهم من الأطفال، كذلك ينتج عن هذه الحالة مشاكل صحية، مما يجعلهم في حاجة ماسة إلى رعاية طبية، و تعليم في إطار مدارس التربية الخاصة، و توجيههم مهنيا عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة، حتى نؤهلهم للحصول على عمل مناسب يتلاءم معهم و مع ظروفهم بشكل عام.

الفصل الثالث: الدمج الاجتماعي

1. تعريف الدمج الاجتماعي
2. أشكال الدمج الاجتماعي
3. مبررات الدمج الاجتماعي
4. أهداف الدمج الاجتماعي
5. المراحل والخطوات المتبعة في الدمج الاجتماعي
6. استراتيجيات الدمج الاجتماعي
7. أهمية العمل بالنسبة للمعاق

تمهيد:

الاهتمام بالأطفال الأسوياء والمعاقين باختلاف درجات وأنواع الإعاقة وتربيتهم ورعايتهم يعتبر بمثابة الاستفادة من إمكاناتهم وقدراتهم حتى يصبح لكل منهم دوره في الحياة كمواطن يقوم بواجباته، ليكون بعمله جزء من خطط التنمية للمجتمع الذي يعيش فيه.

ولذلك تهتم دول العالم برعاية أطفالها بشكل عام وتقدّم لهم الخدمات المختلفة وقد بدا الاهتمام بالتربية للأطفال المعاقين ونخص بالذكر أطفال التريزوميا، ومع بداية هذا القرن والذي حقّق تقدّما كبيرا في مجال التعليم وفي السنوات الأخيرة لوحظ وجود اهتماما عالميا يدعوا إلى تغيير ما هو متبع من عزل الأطفال المعاقين والأسوياء والذي يدعوا إلى عدم عزل أي طفل معاق بسبب الإعاقة أو منعه من المشاركة أو إنكار حقّه في الاستفادة أو إخضاعه لأي نوع من التمييز وسنتطرق في هذا الفصل إلى دمج أطفال التريزوميا (21)على وجه الخصوص وما يسعى لتحقيقه من أهداف تعليمية تربوية لهذه الفئة.

1. مفهوم الدمج:

هناك الكثير من الباحثين عرّفوا الدمج ومن هذه التعريفات نذكر ما يلي:

1.1 **تعريف كوفمان 1978 "Kauffman"** : فقد عرّف الدمج بأنّه أحد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة والتي تهدف تهدف إلى وضع الأطفال المعوقين والمؤهلين للاستفادة مع الأطفال الغير معوقين في صوت المدرسة العادية وذلك بتصميم وتخطيط تربوي منظّم ومبرمج.

2.1 **تعريف تيرنبل 1982 "Turnball"**: فقد عرّف الدمج بأنّه التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال المعوقين والأطفال الغير معوّقين في الصفوف العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل[1].

كذلك الدمج يعني مساعدة الأطفال المعاقين على الحياة والتعلم والعمل في البيئة العادية حيث يجدون فرصة كبيرة للاعتماد على النفس بما يناسب طاقاتهم وإمكاناتهم ودلك بتواجدهم لمدة مؤقتة أو دائمة في نفس حجرة الدّراسة مع الأطفال الأسوياء والمشاركة في البرامج والأنشطة الدراسية.

2. أشكال الدمج:

تتنوع أشكال الدمج للأطفال المعاقين على النوع التالي:

1.2 الدمج المكاني:

ويتمثل هذا الدمج في وضع الأطفال المعاقين مع الأفراد العاديين في نفس المكان لتعليمهم كوضعهم في الصفوف العادية.

2.2 الدمج الأكاديمي:

وهو إلحاق الطلبة غير العادين بالطلبة العادين في الصفوف العادية طوال الوقت حيث هؤلاء الطلبة نفس البرامج التعليمية ويشترط توفير الظروف المناسبة تمكنهم من الدمج[2].

([1])عصام حمدي الصفدي: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر، الاردن، 2007، ص 208.

([2]) فاروق الروسان: قضايا ومشكلات في التربية الخاصة،دار الفكر للنشر، ط3، الأردن،2013، ص 33.

3.3 الدمج الوظيفي:

هو تقليل المسافة بين الطلاّب المعاقين والأصحاب كاستخدام نفس الأدوات وإعطاء نفس المنهج.

3.4 الدمج المجتمعي:

نعني به أن يتم دمج الأفراد المعوقين في المجتمع بعد أن يتم تأهيلهم للعمل والاعتماد على أنفسهم لتلبية حاجاتهم.

3. مبررات الدمج:

- تزايد عدد هؤلاء الأطفال على الرغم من البرامج الوقائية، أو برامج التدخل المبكر وخاصة في

الدول النامية مما أدّى إلى عدم استعاب هذه الأعداد في المراكز الخاصة بهؤلاء الأطفال، مما دعى المربيين إلى التفكير في حلول لهذه المشكلة ومن هذه الحلول أسلوب الدمج.

- التغير الواضح الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية.
- ظهور القوانين والتشريعات التي أصبحت تنص صراحة على حق الطفل غير العادي في تلقي

الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية.

ظهور بعض الفلسفات التربوية التي تؤيد دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية وذلك بهدف توفير الفرص للأطفال غير العادين للنمو الاجتماعي والتربوي مع أقرانهم[1]

4. أهداف الدمج:

يسعى الدمج إلى تحقيق أهداف عديدة من بين الأهداف مايلي:

- زيادة فرص التفاعل الاجتماعي ويقصد بذلك أنّ برامج الدمج تعمل بطريقة ما أو بأخرى إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين سواء كان ذلك في غرفة الصف أو في مرافق المدرسة الأخرى.
- مساعدة الأطفال دوي الاحتياجات الخاصة للتكيف والاندماج في الحياة العادية.

([1])المرجع نفسه، ص34.

- تعديل الاتجاهات نحو فئات التربية الخاصة،ويقصد بذلك أنّ برامج الدمج تعمل على تغيير

وتعديل اتجاهات العاملين في المدرسة العادية من السلبية إلى الإيجابية نحو فئات التربية الخاصة إذ أنّ معرفة هذه الفئة وتقدير أدائها يعمل على تعديل تلك الاتجاهات وخاصة المتعلقة بالرفض أو عدم التعاون إلى اتجاهات إيجابية تتمثل في التعاون والتقدير من قبل كل من الإدارة والمعلمين والطلبة لفئات التربية الخاصة.

- يسمح للطلبة اللذين يلتحقون بالمدارس الخاصة ليكونوا مندمجين ضمن المدارس العادية

ومساعدتهم على تطوير قدراتهم العقلية.

- توفير الفرص التربوية المناسبة للتعلم، ويقصد بذلك أن برامج الدمج تعمل على زيادة فرص التفاعل الصفي بين الطلبة العاديين والطلبة غير العاديين حيث تعمل الأنشطة الصفية والمتمثلة في أساليب التدريس المختلفة وأساليب التقويم،على زيادة فرص التعلم الحقيقي وخاصة للطلبة غير العادين [1].

وأخصائيين في التوجيه، أطباء جراحين وأخصائيين في العلاج الطبيعي والتدريب وغيرهم، وذلك بهدف:

- إيضاح خطة الرعاية سواء كانت قصيرة الأجل أو طويلة الأجل.
- تأكيد الطريقة العملية لتأكيد استمرارية الرعاية والمتابعة.
- تحديد طرق التقويم الدوري لبرنامج الرعاية الشاملة للمعوق ومدى نجاح هذا البرنامج، وتحتوي برامج الرعاية الشاملة للمعوق على عدة مكونات أهمها:
- الرعاية الصحية والطبية للمعوق.
- الرعاية النفسية للمعوق.
- الرعاية الاجتماعية للمعوق.
- الرعاية المهنية للمعوق[2].

([1]) فاروق الروسان :مرجع سابق، ص33.

([2])عبد المحي محمود حسن صلاح: مرجع سابق، ص 337.

5.المراحل والخطوات المتبعة للإدماج الاجتماعي للمعاقين:

تتم كل أنواع الرعايات التأهيلية للمعاقين وفق عدة مراحل وخطوات هامة يحتاج اليها المعوق لتأهيله صحيا، نفسيا، اجتماعيا، تعليميا، ومهنيا، وهذه الخطوات يمكن حصرها بصفة عامة فيما يلي:

1.5 التشخيص التقويمي الشامل للمعوق:

من حق المعوق أن يحصل على الرعاية التي يحتاج إليها في أقرب وقت من أجل إعادة تكييفه و إدماجه من جديد في المجتمع الذي يعيش فيه، وأول خطوة في سبيل تحقيق ذلك هي تشخيص ودراسة حالة المعوق دراسة شاملة، وهذا ما نعبر عنه بالتشخيص التقويمي الشامل [1].

ولهذا التشخيص عدة أهداف أهمها:

- تشخيص الحالة، أي معوق حركيا، سمعيا، عقليا،..الخ ودراسة أسبابها.
- تحديد مدى العجز الذي نعاني منه الحالة ودرجتها.
- قياس مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعوق وتشخيصه.
- تقدير مستقبل الحالة بناءا على مدى العجز وشدته، و إمكانية المعاق واستعداداته ومدى توفير الخدمات لرعايته.
- تقدير الحاجات المباشرة للمعوق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية.
- وضع خطة رعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

2.5 الرعاية الشاملة للمعوق:

وهي المرحلة الثانية بعد التشخيص التقويمي الشامل حيث يتم وضع برامجها بواسطة فريق متكامل يعمل معهم الأخصائي الاجتماعي بصفة عامة، وهذا الفريق متكون من أطباء، هيئة التمريض، أخصائيين نفسانيين، أخصائيين في تعليم المعاقين، أخصائيين في القويم المهني.

(1)السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص 230.

3.5 التتبع والرعاية اللاحقة للمعاق:

وهي المرحلة الثالثة بعد خطوة الرعاية الشاملة، وتنحصر أهمية هذه العملية وأهدافها فيما يلي:

- التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية مع الدين يعانون من مشكلات صحية أو نفسية.
- تجنب المعوق أية انتكاسة قد يتعرض لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن في الحسبان.
- وسيلة هامة لاستقرار بعض المعوقين في حياتهم الجديدة، وخاصة ذوي النزعات الاعتمادية أو المضطربين نفسيا[1].

6. استراتيجيات الدمج:

إن عملية دمج المعاقين في الحياة الاجتماعية واجب تفرضه القيم الاجتماعية والأخلاقية والدينية، فهو يعتبر حق من حقوق المعوق.

ولقد ظهر مفهوم الإدماج الاجتماعي خلال العام الدولي للمعوقين سنة 1981، أين أعلنت الأمم المتحدة المساواة والمشاركة الكاملة ومسؤولية المجتمع اتجاه الأفراد المعاقين بإدماجهم في الحياة الاجتماعية والمساهمة في عملية التنمية وتأمين حاجيات المعاق، وتقديم الرعاية والخدمات الخاصة والتأهيل وإعدادهم لممارسة عمل ما.

ولقد تغير مفهوم إدماج المعاقين، وتحول من إدماج مهني إلى إدماج اجتماعي شامل، بحيث تراعى فيه العوامل البيئية الاجتماعية، كما تحول النظرة الى التعامل مع الإعاقة من نظرة تكيفيه (تقنية)إلى نظرة اجتماعية (إنسانية).

فهذا يستدعي وضع سياسات وخطط اجتماعية تهدف لإدماج المعاقين، ويمكن تحقيقها على ميدانين من التدخل المبكر والمتأخر، فالأول يقصد به التدخل في مجال معين ومحدد ويكون العجز أو القصور محدد في ميدان، ويمكن التغلب عليه، أما الثاني فيقصد به التدخل ضمن مجال العجز والقصور ويشملان ميادين أخرى[2].

([1]) عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي الاكلنيكي، الجزء الأول، دار العلم للملايين، ط 1، لبنان، بيروت، 1981، ص 123.

([2])علال بن عزيمة: دور التدخل المبكر في إدماج الأشخاص المعاقين،مجلة علم الفكر، المجلد28،العدد1،المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت، ص 321.

1.6 المستوى الأول: التخطيط على مستوى المعوق:

يتضمن هذا التخطيط عدة نقاط هدفها تنمية الذات لدى الفرد المعوق، وابتعاده عن التبعية واستعادة الثقة بنفسه وتغيير اتجاه المعوق نحو قدراته، والعمل على تنميتها، فهنا نقوم بالكشف عن قدراته الكامنة أو الخفية التي لم يقم باستخدامها،وهذا الشعور بالنقص أو العجز، ويقوم باستخدامها تعويضا للنقص الذي يحس به، وتغيير اتجاهات المعوق نحو الآخرين، فهنا تتغير نظرة المعوق بأن الآخرين أحسن منه، بأنهم لا يحبونه، بأنهم ينظرون إليه بأنه شخص غير مرغوب فيه،وتوسيع العلاقات الاجتماعية للمعوق بين أسرته ومجتمعه وجماعة رفاقه بالمدرسة والمؤسسة المتخصصة[1].

2.6 المستوى الثاني: التخطيط الاجتماعي نحو مشكلة الإعاقة على مستوى الفئات الاجتماعية والجماعات:

في هذا المستوى يكون التركيز على محاولة تغيير الأفكار والدهنيات المنتشرة في المجتمع ونظرته إلى المعوق بأنه فرد جدير بالعطف والحنان وتجوز فيه الصدقة،وبأنه خطير يجب الاحتياط منه، وبأنه شخص لا يفهم ولن يتعلم العمل،يمكنه التسول فقط، ويكون هذا بتوعية المجتمع بأم المعوق فرد مثله مثل أفراد المجتمع العاديين، أدت به أسباب وراثية أو مكتسبة إلى الإعاقة، فهذه الإعاقة ليست شيء يعاب، كما يقوم بترشيد الأسر بمعاملة الطفل المعوق معاملة عادية كأنه طفل عادي، وهذا كي لا نحسسه بأنه غير مرغوب فيه، وإدخاله مدارس عادية إذا كانت الإعاقة بسيطة لا تستدعي الدخول إلى مؤسسات مختصة كي يتعلم وهذا حق من حقوقه كفرد في المجتمع، وتقدم له رعاية خاصة تجعله مستقلا بذاته (يمارس دوره الاقتصادي ودوره الاجتماعي).

3.6 المستوى الثالث: التخطيط الاجتماعي على مستوى المجتمع:

وهنا نقصد به الاهتمام بالمؤسسات التي تقدم الرعايات الاجتماعية للمعوقين، فإذا كان المعوق بمدرسة عادية، فتقدم له خدمات من طرف عمال عاديين مع استشارة المختصين وإذا كانت في مؤسسة خاصة تقوم بتقديم رعاية خاصة للمعوق والعمل على تحسين وتطوير الخدمات وتوفير حاجات المعوقين

(1) عبد الله محمد: سياسات الرعاية الاجتماعية النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،مصر، 1995،ص 188.

والسهر على إشباعها، وتحسين طرق التكفل بهذه الفئة، وتغيير التشريعات الاجتماعية والقانونية حتى تضمن جميع الحقوق والواجبات الأساسية للمعوق، وتوفير فرص العمل والكسب وخدمات التربوية والثقافية والترفيهية والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية و المهنية.

وتعتبر عملية التأهيل بمختلف أنواعها الصحية، النفسية، المهنية، والاجتماعية ذات أهمية بالغة حيث أنه إذا تم تجسيدها فدون شك ستتمكن من توفير أحسن الظروف الملائمة لإدماج المعاق في المجتمع[1].

7. أهمية العمل بالنسبة للمعاق:

العمل هو طريقة تؤمن للفر د الحصول على استقلالية مادية ومعنوية، من خلاله يدخل الإنسان حياة عملية يبرهن بإمكاناته، فالعمل هو تأكيد للذات ووجود الإنسان وقيمته.

والعمل من الوجهة النفسية للمعاق، ليس مجرد مجهودات أو طاقة يبذلها من أجل تحقيق منفعة مادية فحسب، وهو ليس مجرد مصدر للرزق أو مكسب مادي فقط، لكنه يعني تحقيقه لذاته وتمكنه من فرض نفسه في المجتمع، ويجعل حياة المعاق مليئة بما يفيده ويساعده على تجنب الملل والقلق، كما أنه يخرجه من دائرة التفكير في إعاقته أو النقص الذي يعاني منه ، ويشغل تفكيره بأشياء مفيدة ويشعره بأنه فرد منتج، وهذا ما يؤدي إلى رفع روحه المعنوية وثقته بنفسه، فالفرد المعاق بعد تأهيله صحيا ونفسيا ومهنيا هو بحاجة ماسة إلى الإيصال بالعلم الخارجي ويمكن تحقيق ذلك بواسطة العمل الذي يتيح فرصة التواصل مع الآخرين.

لقد ظهر حديث مفهوم جديد في "إعاقة الموقف" وهو يعني الحالة التي يكون عليها المعاق عندما يتعرض لموقف في حياته الاجتماعية (كعدم الحصول على عمل).

بحيث يؤثر عليه نفسيا واجتماعيا وحتى بيولوجية، وذلك ما يزيد من شدة إعاقته، ومن الآثار الناجمة عنها ويعقدها، وعليه يجب أن نوفر للشخص المعوق فرص الإدماج الاجتماعي من أجل تحقيق سعادته النفسية ورضاه عن النفس وتقبله لذاته وحصوله على التقدير الاجتماعي وتقبل الآخرين له [2].

([1])عبد الله محمد : مرجع سابق، ص 189.

([2])عبد المحي محمود حسن صالح:الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 1999،ص 66.

خلاصة الفصل:

تعتبر المدارس العادية هي البيئة الطبيعية التي يمكن للأطفال المعوقين وغير المعوقين أن ينموا فيها معا على حد سواء، وعليه فإن القيام بإجراء بعض التعديلات في بيئة طبيعية لتفي بالاحتياجات الخاصة بالأطفال المعوقين أسهل وأجدى من القيام بتعديل بيئة اصطناعية لتفي باحتياجاتهم الأساسية كما يتيح الدمج للأطفال المعوقين فرصة البقاء في منازلهم بعد اليوم الدراسي الأمر الذي يمكنهم من أن يكونوا أعضاء عاملين في أسرهم وبيئاتهم الاجتماعية.

الفصل الرابع: التأهيل المهني رافد نحو الدمج المهني

1. تعريف التأهيل المهني
2. التطور التاريخي للتأهيل المهني
3. مبادئ أساسية في التأهيل المهني
4. أهداف التأهيل المهني
5. مراحل التأهيل المهني
6. الخدمات التأهيلية والتأهيل المهني أجهزته ووسائله
7. المهن المناسبة لتأهيل المتخلفين عقليا

تمهيد:

يعتبر التأهيل المهني للمتخلفين عقليا، عملية متخصصة تتضافر فيها جهود أخصائيين مؤهلين ومدربين من أجل تقديم أشكال الخدمات الاجتماعية بصورة منسقة يعملون بروح الفريق، محور العمل هو المعوق نفسه الذي يشترك في كل خطوات وبرامج التأهيل ،واضعين في الاعتبار كل الأفكار و الخطط التي تؤدي إلى الهدف المنشود وهو الدمج المهني.

حيث تبدأ برامج التأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقليا بعد استفادة هؤلاء من الخدمات الاجتماعية المقدمة في المجال الاجتماعي والصحي والنفسي، وتستمر معهم حتى عودتهم للمجتمع مرة أخرى أفرادا يستطيعون التكيف معه، وبذلك أصبحت فلسفة التأهيل ذات طابع اقتصادي واجتماعي شامل

وانطلاقا من ذلك سنتناول في هذا الفصل أهم أساسيات التأهيل التي تضم التطور التاريخي للخدمات التأهيلية وأهمية وفلسفة والمبادئ العامة للتأهيل وكذا العناصر الأساسية التي يعتمد عليها في تأهيل المتخلفين عقليا ،وكذا سنتطرق إلى مضمون البرنامج التدريبي ثم نستعرض المهن المناسبة لتأهيل المتخلفين عقليا.

1. مفهوم التأهيل المهني:

1.2 تعريف سبنسر 1961:

التأهيل هو عملية إعادة تنظيم وبناء لطاقات الفرد المعوق ،لكي يستطيع أن يتفاعل مع البيئة التي يعيش فيها ويسهم في أنشطته ويتصل بغيره من أفراد المجتمع ،وأن يتوافق مع العالم من حوله ويتضمن ذلك تنمية مقدرته على القيام بالجهد البدني اللازم لأنشطة الحياة اليومية وتحقيق أف ضل استفادة من طاقاته الذهنية والاجتماعية.

2.2 تعريف سيدينفيلد 1959:

التأهيل هو العملية التي نساعد فيها الفرد المعوق على تحقيق طاقاته وأهدافه في النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية.

3.2 تعريف هيئة الصحة العالمية 1969:

التأهيل هو الاستخدام المشترك والمنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية للتدريب أو إعادة تدريب الفرد المعوق إلى أعلى مستوى ممكن لقدرته الأدائية.

أما التأهيل المهني فيقصد به ذلك الجانب من عملية التأهيل الشاملة و التي تتعامل مع الجوانب المهنية للفرد ومحاولة لتنمية قدراته المهنية ومساعدته على دخول سوق العمل وإحساسه بأنه منتج ومفيد في المجتمع .

4,2 تعريف هاميلتون 1950:

التأهيل عملية تهدف إلى تقويم القدرات النافعة لذي الفرد المعوق وتنميتها والاستفادة منها[1].

(1) نايف بن عابد الزراع : تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ،دار الفكر ،ط2 ،عمان ،الاردن ،2006 ،ص 119.

5.2 تعريف المجلس الوطني للتأهيل في أمريكا 1942:

التأهيل استفادت الشخص ذو الإعاقة من كامل قدرته الجسمية والعقلية والاجتماعية والبدنية والإفادة الاقتصادية بالقدر الذي يستطيع.

التعريف الإجرائي:

التأهيل هو العملية الكلية التي تتضافر فيها جهود فريق من المختصين، في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة، من خلال تقويم طاقاته ومساعدته على تنميتها والاستفادة منها لأقصى ما يمكن.

وهو تلك العملية المنظمة والمستمرة والتي تتم بمشاركة ذو الإعاقة وأسرته في بيئته المحلية، بهدف الوصول بالأفراد من دوي الإعاقات إلى أفضل درجة ممكنة، من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والاقتصادية والتي يستطيع الوصول إليها [1].

2. التطور التاريخي للخدمات التأهيلية:

لقد ظهرت خدمات التأهيل الاجتماعي والمهني للمعوقين في القرن التاسع عشر، وقد كانت هده الخدمات مؤسسة تعليمية في غالب الأحيان تقدمها مؤسسات خاصة ولكن لم تكن كافية ،مما استدعى إلى ضرورة أقامت المصانع والمشاغل المحمية ،ثم جاءت الحرب العالمية الأولى لتبرز أعدادا كبيرة من المعوقين، فكان لابد من تأهيلهم مهنيا وإيجاد أعمال لهم بطرق وبرامج مختلفة منها إدراج برامج التدريب المهني التي تدعمها الحكومات ،وبرامج التشغيل المهني وكذا تشريعات التأهيل المهني التي سنت لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1919، ونضم أخرى للعمالة الأمريكية.

ثم جاءت الحرب العالمية الثانية لتخلف أعدادا هائلة من المعوقين ، عندئذ اتخذت التدابير التشريعية أوسع نطاق في البلدان المختلفة، هذه التدابير متعلقة بالتأهيل المهني الذي يمكن من خلاله إعادة تشغيل المعوقين، فتوسعت هذه البرامج لتشمل التركيز نحو دمجهم في الحياة العملية، كما دفعت الضرورة الاقتصادية الكثير من البلدان الغربية نهج الاستخدام بصورة أكثر عقلانية لجميع الأيدي العاملة والمتوفرة

(1) نايف بن عابد الزراع : مرجع سابق،ص 120.

مع الإدراك أن اللياقة البدنية الكاملة ليست ضرورية لمعظم المهن ،حيث بدأ هذا التوجه ينتشر أيضا في البلدان ذات المجتمعات الزراعية التي قامت بإنشاء وإقامة برامج التأهيل المهني الريفي.

أما المفهوم الحديث للتأهيل المهني فقد ظهر بعد عام 1845 ويعود ذلك إلى سياسة العمالة في البلدان الغربية التي تركز على تأهيل المعوقين، وكذا التقدم في علم الطب الذي ساعد في تأهيل بعض حالات الإعاقة وظهور التشريعات المهنية التي تشمل جميع المعوقين، وكذا الضغط الذي تمارسه كل المنظمات الاجتماعية مثل منظمة الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية ،ذلك لرفع المستويات الاجتماعية والاقتصادية للمعوقين، كما أن مفهوم تأهيل المعوق قد ساعد في ظهور سياسة المشاركة التامة والمساواة التي نادت لها السنة الدولية للمعوقين عام 1981 وبرنامج العمل العالمي مع المعوقين من 1983 إلى 1992 [1].

3. مبادئ أساسية في التأهيل المهني :

إن نجاح عملية تأهيل المعوقين عامة والمتخلفين عقليا خاصة، لا يمكن إن تكون إلا إدا قامت على أسس ومبادئ تؤخذ بعين الاعتبار ،مبادئ نفسية واجتماعية واقتصادية، ذلك أن العمل مع المعوقين لابد أن يستند إلى مبادئ نفسية فيها من ميول وقدرات وخصائص شخصية وغير ذلك، كما أنها تستند إلى مبادئ اجتماعية تعتمد على توفير فرص النجاح لعملية التأهيل بتقديم الخدمة الاجتماعية والصحية والتربوية والمهنية والمراكز الخاصة ،بما فيما يتعلق بالمبادئ الاقتصادية بما فيها تشريعات خاصة بتوفير فرص العمل، والتخطيط للتأهيل المهني بما يناسب متطلبات الظروف الاقتصادية للبيئة التي يعيشون فيا. وعلى ضوء ذلك يمكن اعتبار المبادئ التالية في تأهيل المعاقين عامة والمتخلفين عقليا خاصة:

- التأهيل عملية فردية تتناول الشخص المعوق ومشكلة الإعاقة كما تتناول مشكلاته النفسية والاجتماعية والصحية وغيرها التي ترتبط بإعاقته.
- التأهيل عملية متكاملة تتكامل فيه الخدمات النفسية والاجتماعية والمهنية فيما يتعلق بالتشخيص أو العلاج أو التدريب أو التشغيل.
- تبدأ عملية التأهيل مند اكتشاف الإعاقة والتحقق من وجودها في الفرد.
- يجب أن تأخذ عملية التأهيل بعين الاعتبار ميول الفرد المعوق واتجاهاته واستعداداته في كل برامج التأهيل.

([1])ماجدة السيد عبيد: مقدمة في تأهيل المعاقين ، دار صفاء للنشر والتوزيع ،ط1 ،عمان ،الأردن ،2000 ،ص ص 34-35 .

- يجب أن تعتمد عملية التأهيل بشكل خاص القدرات العقلية والجسمية المتبقية عند المعوق.
- يجب أن تهتم عملية التأهيل بتكييف المعوق مع ذاته من ناحية ومع البيئة المحيطة من ناحية أخرى، ذلك بتحقيق تقبل الفرد لذاته وتقبل المجتمع له.
- إن نجاح عملية التأهيل تعتمد على توفير الاتجاهات الايجابية بين الناس وتقبلهم لهؤلاء المعوقين لان ذلك يساعد في نجاح اندماجهم في البيئة الاجتماعية[1].
- إن نجاح عملية تأهيل المعوقين يعتمد على مقدار توفر فرص العمل المتاحة لهم في البيئة المحلية، كما أن نجاح هذه العملية يعتمد على توفير التشريعات والقوانين التي تحمي حقوقهم الإنسانية والمدنية، وترعى مصالحهم خاصة في مجال التدريب والتشغيل[2].

4. أهمية التأهيل المهني:

ترجع أهمية تأهيل المعوقين عامة والمتخلفين عقليا خاصة، إلى أهمية الفئة في حد ذاتها، وما تخلفه الإعاقة عليها من أثار جسمية واجتماعية ومهنية، حيث تهتم هذه العملية بزيادة بناء ايجابيات الفرد المعاق ثم مساعدته على خلق الرغبة في الاعتماد على نفسه، وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي والوصول به إلى أن يكون عضوا نافعا في حدود قدراته الخاصة، فالتأهيل ليس مجرد اكتشاف مهارة ومقدرة وتنميتها فحسب بل هي إعادة الأمل والحياة للإنسان العاج، وتتضح أهمية التأهيل المهني في المجتمع في النقاط التالية:

أ) يعتبر الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة وبذلك ينبغي أن يكون هدف مباشر لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتنوعة.

ب) الشخص المعوق يعتبر فرد قادر على المشاركة في جهود التنمية، ومن حقه المشاركة فيها متى أتيحت له الفرص والأساليب اللازمة لذلك.

ج) تعتبر فئة المعوقين طاقة إنسانية ينبغي المحافظة عليها، وهم كذلك جزء لا يتجزأ من الموارد البشرية التي ينبغي أخدها بعين الاعتبار عند التخطيط والإعداد للموارد الإنمائية في المجتمع.

([1])عبد المحي محمود صلاح :متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ،دار المعرفة الجامعية ،ط1 ،1999 ،ص ص 206-207

([2]) مرجع نفسه:208.

د) إن المعوقين أفراد من المجتمع ،وبالتالي لهم كل الحق في الاستفادة من الفرص المتاحة مثلهم مثل الأشخاص العاديين، وذلك بتوفير الخدمات والإمكانات لهم التي تساعدهم على التكيف في المجتمع.

هـ) أن تأهيل المعوقين قد يهيئ لهؤلاء كل فرص النجاح من خلال الرعاية والتكفل بهم ،مما يفيد المجتمع أكبر فائدة، لان إهمال هذه الشريحة في المجتمع هو مساعدة لهم على التسول و الاتكالية والاعتماد على الآخرين.

و) إن المعوقين مهما بلغت درجة إعاقتهم واختلفت فئاتها ،فإن لهم قابلية وقدرات ودوافع للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية ،لذلك لابد من التركيز على تنمية ما لديهم من إمكانيات وقدرات في مجالات التعلم والتأهيل[1].

5.أهداف التأهيل المهني: تتمثل أهداف التأهيل المهني للمعوقين بصفة عامة على النحو التالي:

- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة.
- توفير فرص العلاج الطبي والنفسي لهم.
- توفير الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها عن طريق الأخصائي الاجتماعي، بحيث تمتد هذه الخدمات إلى دويهم إذا تطلب الأمر ذالك.
- الاعتراف الواعي بهم كطوائف إنسانية لها كرامتها، ولها حقوقها كي تحيى حياة كريمة.
- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهني بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم الخاصة.
- توفير فرص التشغيل المناسبة لهم ،يعد ذلك استكمالا للجهود التأهيلية التي بدلت لهم.
- تنوير الرأي العام بمشكلاتهم، وحثه على بدل الجهود لتقبل مساعدتهم.
- تشجيع البحوث العلمية في مجال رعاية هذه الفئة لتطوير أسس الرعاية وأساليبها.
- تهيئة المؤسسات والطرق والمواصلات وغيرها كي يمارس المعوق حقه في استخدامها والاستفادة منها بما يضمن سلامته وعدم تعرضه للأخطار.

وهكذا فإن التأهيل يخلق ويبني وهدفه الأساسي ينحصر في: مدى الاستفادة من قدرات الفرد وإمكاناته ومعاونته على استعادة قدرته على التنافس والإنتاج ،كما يعمل على تنمية ثقة الفرد والاستقلال بذاته[1].

([1])عبد المحي محمود صلاح : مرجع سابق ص .210.

6. مراحل تأهيل المتخلفين عقليا:

6 1 -مرحلة اكتشاف الحالة:

يعتبر التعرف على الحالة أو العثور على المعوق عقليا في وقت مبكر أمرا ضروريا، لما لذلك من أثر على المعوق عقليا، ونوع الخدمات التي تقدم له والنتائج المتوقعة من تأهيله ،فقد ينعكس تأخر العثور على الحالة وتقديم خدمات التأهيل على نفسية المعوق، مما قد يؤدي إلى بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية كالشعور بالنقص وعدم القيمة والانطواء والاكتئاب، وبالتالي يؤدي إلى الأضرار بعمليات التأهيل والخدمات التي تتجه لخدمة المعوق، لذلك فان التعرف على الحالة والعثور عليها في أقرب وقت يشكل الخطوة الأولى والاهم في عملية التأهيل الشاملة التي تعنى بالتأهيل الجسمي والاجتماعي والإرشاد النفسي والتأهيل المهني.

2.6- مرحلة الإعداد الجسمي: تشمل هذه المرحلة ما يلي:

- إتمام خطة العلاج الطبي: ويتم ذلك عن طريق الجراحة والعلاج بالعقاقير الطبية أو العلاج الطبيعي، لتدريب بعض العضلات والمفاصل لاستعادت مرونتها ،تبدأ عملية التأهيل بعد انتهاء العلاج الطبيعي تماما.
- العلاج بالعمل: هذا العلاج يقرره الطبيب بالاشتراك مع الأخصائي الاجتماعي ،فالمريض يمارس نوعا من النشاط ذات الصيغة الإنتاجية أثناء فترة العلاج، وبذلك محاولة استغلال وقت الفراغ لصالح المريض، إضافة إلى صرف المريض عن التفكير في إعاقته وتحسين حالته النفسية والرفع من روحه المعنوية ،هذا يكون له دور فعال في تعجيل التحسن.
- التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية[2].

3.6 مرحلة البحث الاجتماعي:

تهتم هذه المرحلة بإجراء دراسة شاملة عن الإعاقة لمعرفة أسباب ونوعية ودرجة الإعاقة ،والآثار الاجتماعية والنفسية ومعرفة بيانات العمل والأجر والمستوى الدراسي[1].

([1]) سعيد حسن العزة : الإعاقة العقلية ،دار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ،دار الثقافة للنشر والتوزيع ،ط1 ،عمان ،الأردن ،2001 ،ص 162 .

([2])سعيد حسن العزة: مرجع سابق ص206.

كما يشمل أيضا على دراسة الشخصية للفرد الذي يحتاج إلى تأهيل خاص من حيث مدى نضجه الانفعالي واعتماده على نفسه ودرجة الإتكالية والانطواء أو سلوكه العدواني [2].

ومعرفة أثر سلوكه في علاقته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.

–أثر البيئة الخارجية في سلوكه : معرفة إذا ما كانت الإعاقة سببا في الانحراف آو سببا في استعداداته من حيث ميولاته وقدراته العقلية وغيرها.

4.6 مرحلة التقييم التربوي:

يهتم هذا الجانب بالتعرف على الخبرات التعليمية للأفراد المعوقين ،وذلك قصد معرفة مهاراتهم ودافعتيهم في التعليم من خلال النتائج المتحصل عليها ،ويتم ذلك من خلال تنمية جوانب القصور لدى هؤلاء الأفراد.

5.6 مرحلة التقييم المهني:

ويشمل هذا الأخير على المعلومات التي تم استنتاجها من أنواع التقييم السابقة، إذ تساعد في التعرف على مشكلة الفرد المعاق النمو المهني المناسب له، أخصائي التقييم يركز أساسا على خيارات الفرد العملية واهتماماته وميولاته المهنية ومدى تحمله للمسؤولية ،إضافة إلى التعرف على قدراته بهدف التنبؤ بالمستوى الذي يصل إليه الفرد مستقبلا.

للتقييم أهداف متعددة تتمثل في التشخيص ويتم فيه معرفة وتحديد المشكلة، تحديد مسار مناسب لتدريب المعوق والتنبؤ بمستقبله العملي كما ذكرنا سابقا.

6.6 مرحلة التوجيه النفسي والإرشاد المهني:

أخصائي التوجيه والإرشاد النفسي والمهني يهتم بما تكشف عنه عمليات التشخيص الطبي والنفسي بشكل خاص وذلك للاستفادة من الميول والقدرات والسمات الفردية في توجيهه نحو العمل المناسب [3].

([1]) بشير معمرية: بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس ،ج4 ،منشورات الحبر ،بني مسوس ،الجزائر ،2007 ،ص 119.

([2])المرجع نفسه ،ص 119.

([3]) بشير عبد الرحيم نصر الله : أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرها على الاسرة والمجتمع ،دار وائل للنشر ،ط1 ،2002 ،ص 299

7.6 مرحلة التهيئة الاجتماعية:

إن هدا النوع من التدريب يعمل على تزويد المعاق والمتخلف بمهارات ومعارف أولية مطلوبة للقيام بانجاز مهنة معينة كخطوة أولى ليبدأ التدريب المهني أو التشغيل[1].

8.6 مرحلة التدريب المهني:

هدف هذه المرحلة هو تدريب الفرد على المهارات اللازمة لتأدية العمل أو المهمة الموجهة للفرد المعوق ،ويتم التدريب عادة بمراكز التدريب المهني للمعاق الأقل من 19 سنة ،هيئات ومؤسسات التأهيل المهني تقوم بإنشاء مراكز داخلية لتأهيل الأطفال حتى سن 18 سنة ،يلحق بها فصول دراسية وورش للتدريب على بعض الأعمال والحرف ،إضافة إلى الرعاية النفسية الاجتماعية[2].

9.6 مرحلة التشغيل:

تهدف هذه المرحلة إلى توجيه الفرد المعاق بعد استكمال عملية التدريب المهني نحو العمل المناسب سواء في المصانع أو الشركات أو الورش أو المنزل ،يجري تشغيل المعوقين أيضا إما بالنظام العادي كغير المعوقين وإما في المصانع الخاصة بالمعوقين ويطلق عليها أحيانا المصانع المحمية ،بمعنى إعفائها من الضرائب أو الجمارك أو إعطائها الأولوية في شراء المنتجات للحكومة أو القطاع العام ،وأيضا مراعاة تعديل أوضاع العمل بما يتوافق مع حالات العجز الفردية ،بإدخال تعديلات على الأدوات المستخدمة وغيرها[3].

7: الخدمات التأهيلية والتأهيل المهني (أجهزته ووسائله):

التأهيل المهني للمعوق هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية، كالتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل، مما يجعل المعوق قادرا على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه ولكي نتمكن من خدمة المعوق ينبغي معرفة احتياجاته والتي تتمثل في:

([1])المرجع نفسه ،ص 299.

([2]) نايف بن عابد الزراع : تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ،دار الفكر ،ط2 ،عمان ،الاردن ،2006 ،ص 119.

([3]) ماجدة السيد عبيد : مرجع سابق ،ص103

1.7 احتياجات فردية ومنها:

1) بدنية: مثل استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.
2) إرشادية: مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمعاونة على التكيف وتنمية الشخصية.
3) تعليمية: إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.
4) تدريبية: مثل فتح مجالات التدريب تبعا لمستوى المهارات وبقصد الإعداد المهني للعمل المناسب للمعوق.

2.7 احتياجات اجتماعية ومنها:

1) الحاجة إلى تكوين العلاقات مثل : توثيق صلة المعوق بمجتمعه.
2) تدعيميه: وتشمل خدمات المساعدة المادية والتربوية وامتيازات الانتقال وغيرها.
3) ثقافية: مثل توفير الوسائل ومجالات المعرفة.
4) أسرية: مثل :تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة والاهتمام بالحالات التي يكون فيها الزوج والزوجة لديهما عائق مشترك.

3.3 احتياجات مهنية :

1) توجيهية: مثل تهيئة سبل التوجيه المهني السديد مبكرا والاستمرار فيه لحين انتهاء عملية التأهيل.
2) تشريعية: مثل إصدار التشريعات في مجال تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم[1].
3) محمية: مثل إنشاء المصانع المحمية والمنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع غيرهم من أفراد المجتمع[2].

4.7 أجهزته ووسائله:

إن عملية التأهيل المهني عملية ديناميكية متخصصة تتضافر فيها جهود المختصين الذين يعملون بصورة متكاملة ومتناسقة بهد تحقيق اعتماد المعوق على ذاته في حدود قدرته.

([1])ماجدة السيد عبيد : مرجع سابق ،ص،105.

([2])محمد مصطفى أحمد: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين ،دار المعرفة الجامعية ،ط1 ،الاسكندرية ،1997 ،ص273.

والتأهيل كغيره من ألوان الخدمة والرعاية يحتاج إلى أجهزة مؤسسية تقوم بتنفيذ أهدافه، حيث يمكن تصنيف الأجهزة التي من خلالها تأهيل المعوقين والتي يمكن الإشارة إليها فيما يلي:

أ. **مكاتب التأهيل:**

مكتب التأهيل هو المكان الذي يمكن استقبال فيه مختلف فئات المعوقين لتأهيلهم وتوفير كافة الخدمات التأهيلية لهم ،حيث تهدف هذه المكاتب إلى استقبال المعوقين من مختلف الفئات، ويتم ذلك من خلال مختصين وفق الموارد والإمكانات المتاحة ،حيث يقوم هذا المكتب بالاستفادة من هذه الموارد لتقديم الخدمات التأهيلية لهؤلاء ،كما تشغل هذه المكاتب الورش التابعة لها في تدريب المعوقين، ويعتبر مكتب التأهيل الاجتماعي والمهني هو في نفس الوقت أحسن الوسائل وأجدرها في هذه العملية ويتكون مكتب التأهيل عادة من أخصائي اجتماعي، مختص في التأهيل مع عدد كبير من الأخصائيين حسب الحالات المراد تأهيلها.

ب. **مراكز التأهيل:**

تقدم برامج شاملة للمعوقين وتقوم بدور تأهيلهم بإتباع نظام الإقامة الداخلية، حيث تقوم هذه المراكز بعد دراسة الحالة من الناحية الاجتماعية والنفسية والطبية والمهنية بإلحاقها بالورش الداخلية الملحقة بالمراكز مع تقديم الخدمات الاجتماعية والثقافية والطبية والترويحية والنفسية الممكنة.

ويوجد هناك نوعان من المراك، داخلية ونصف داخلية يتم من خلالها تقديم الخدمات ناحية أخرى، كما تتميز مراكز أخرى بعدة خصائص، حيث تتميز بقلة التكاليف، صلته الوثيقة بالبيئة، كما تحتوي على فرص واسعة للتوجيه المهني وسهولة التدريب لما يتوفر فيها من إمكانات البيئة العادية ،وكذا سهولة التشغيل بعد إتمام التدريب[1].

ت. **المصانع المحمية:**

وهي مصانع معدة لاستقبال الأفراد الذين يتعذر إلحاقهم بالعمل ،فالهدف من إنشاء هذه المصانع هو الاستفادة من قدراتهم ،خاصة إذا وجد هؤلاء صعوبة في الحصول على العمل، حيث يؤدون دورهم

([1])محمد مصطفى أحمد: مرجع سابق ص 274.

الاجتماعي والمهني في هذه المصانع الموجودة في المراكز الذي يقوم فيما بعد بتسويقه ،فهذه المصانع تعمل على تكملة برامج التأهيل لتحقيق الاندماج في المجتمع على مستواها.

ث. **مراكز التوجيه النفسي:**

تقوم هذه المراكز باستقبال حالات التخلف العقلي المتقدمة للالتحاق بالمؤسسات الخاصة لإجراء الفحوص النفسية اللازمة ثم توجيهها إلى المؤسسة التي يمكن أن تتلاءم مع الخدمة المراد تقديمها لهذه الفئة.

ج. **مؤسسات التثقيف الفكري:**

وهي التي يمكن من خلالها استقبال حالات التخلف العقلي في أعمار مابين (6-25)سنة حيث تتيح فرصة الدراسة لهؤلاء مع تقديم البرامج المناسبة لكل فئة عمرية ،هذه البرامج تشمل :برامج التعليم ،البرامج التعليمية الترويحية ،البرامج المهنية ،الإرشاد و التوجيه المهني للفرد وأسرته للالتحاق بالعمل المناسب وذلك بعد تدريب الحالات التي يمكن تدريبها مهنيا في مهن تتفق مع درجات ذكائهم ،وعموما توفر هذه المؤسسات الخدمات المتكاملة في النواحي الاجتماعية والنفسية والمهنية والطبية والترويحية الداخلية للحالات الملحقة بها.

ح. **جمعيات دوي العاهات:**

هي هيئات تعمل في ميدان الفئات الخاصة وذلك بغرض توفير الخدمات التأهيلية لفئات المعوقين حيث تعتمد برامج تأهيل المعدة لهذه الجمعيات على الجهود الشعبية المتنوعة والمسجلة بها والتي توفر العطاء التلقائي في هذا المجال.

أما بالنسبة للوسائل في تشمل تلك التي يستفيد منها في عملية التأهيل مثل أجهزة المعالجة أو الوسائل المستخدمة لأغراض خدمة هؤلاء وتأهيلهم في المجالات التربوية والنفسية والمهنية[1].

8. المهن المناسبة لتأهيل المتخلفين عقليا:

قد يعتقد البعض في عدم صلاحية المتخلفين عقليا إلا للتدريب على الأعمال اليدوية البسيطة مثل عمل المكانس والكراسي والسلاسل والسجاد والنسيج اليدوي ،وهذا الاعتقاد خاطئ لان الدراسات بينت

([1])محمد مصطفى أحمد: مرجع سابق ص 275.

صلاحيتهم للتدريب على أعمال صناعية وزراعية كثيرة ،فقد نجح " **أنجل**" في تدريب بعض المتخلفين عقليا (المستوى الخفيف) على أعمال ماهرة حصلوا منها على مرتبات عالية في هده الأعمال(سائق شاحنة ،خياط في الآلات المستحدثة) كما تبين من دراسة "دافيز" أن 50% من الأعمال في المصانع والفنادق والمطاعم والحدائق والمزارع يمكن تدريب المتخلفين عقليا عليها.

ومن دراسة "كروجو" أن 45% من الأعمال التي تؤديها النساء ،يمكن تشغيل المتخلفين عقليا عليها ،هذا كله استدعى التخلي على برامج التأهيل التقليدي وإدخال برامج تأهيل حديثة تساعد على اكتساب المتخلفين عقليا على المهارات اللازمة لأداء أعمال صناعية وزراعية مستحدثة، لأنه لم يعد لها مكان في عصر الصناعة[1].

ومن الأعمال التي يمكن تأهيل المتخلفين عقليا عليها: الحلاقة، البستنة، تنسيق الحدائق ،تربية الحيوانات والطيور، أعمال المراسلة والحراسة ولحام إطارات السيارات وأعمال البناء والدهان، تصليح الأحذية وغسل الملابس وتجميع الإنتاج وتصنيفه[2].

(1) ماجدة السيد عبيد :الاعاقة العقلية ،ص265

(2) د.كمال ابراهيم مرسي: مرجع في علم التخلف العقلي ،دار النشر للجامعات المصرية ،ط1 ،ص 113.

خلاصة الفصل:

لقد عرفنا أن عملية التأهيل الاجتماعي المهني للمتخلفين عقليا ،هي خدمات تتضمن الإعداد والتوجيه والتدريب والتشغيل من خلال برامج مخططة تهدف إلى الإدماج الاجتماعي المهني للمتخلفين عقليا في المجتمع الذي نعيش فيه.

حيث تناولنا في هذا الفصل أهم أساسيات العملية التأهيل من حيث التطور والأهمية والمبادئ والأهداف والوسائل المستخدمة للتأهيل ثم تطرقنا لأهم المراحل والخطوات الأساسية لتأهيل المتخلفين عقليا ،وذلك عند التحاقهم بالمراكز الخاصة ،وما يمكن قوله ألان أنه رغم إيماننا بأن جميع أفراد المجتمع مطالبون بالمشاركة في التكفل بهذه الفئة، عملا بمبدأ المسؤولية التضامنية، إلا أنه يجب القول أيضا بأن بعض هؤلاء الأفراد من المجتمع أو فئاته ومؤسساته لهم علاقة أكثر من غيرهم في التكفل بهذه الشريحة في المراكز الخاصة ،وعلى وجه الخصوص يجب تسليط الضوء الأطراف المهنية المتخصصة، مهما تعددت تخصصاتهم فإنهم يقومون جميعا بمقابلة ما يتطلبه دور كل منهم، وفي أداء العمل بروح جماعية مشتركة لتحقيق هدفهم الرئيسي هو إعداد شخصية المتخلف عقليا بشكل يجعله متكيف مع بيئته الاجتماعية.

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

1. مجالات واجراءات الدراسة
2. اجراءات الدراسة
3. عرض وتحليل البيانات
4. مناقشة النتائج

1. مجالات وإجراءات الدراسة

1.1 مجال الدراسة:

تتحدد مجالات الدراسة الميدانية في ثلاثة مجالات ، المجال الجغرافي، المجال البشري المجال الزمني، أما في المجالين الأولين فيتعلقان بالمركز فحين المجال الزمني، فيحدد المدة الزمنية التي تمت فيها الدراسة الميدانية وقبل التعرف بهذه المجالات نشير إلى أن المركز البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا هو عبارة عن ملحقة تابعة للمركز المركزي بالطاهير.

وقد تم العمل فيه رسميا في شهر سبتمبر 2010 كما أنها تمت دراستنا في جمعية خاصة بدمج أطفال التريزوميا 21 اجتماعي الذي صادف موضوع دراستنا وتقع هذه الجمعية بحي موسى وفيما يأتي تحديد لمجالات الدراسة.

2.1 المجال الجغرافي:

يقع المركز البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا وسط مدينة جيجل في مساحة تقدر بحوالي 2500م^2 وهو يبعد بحوالي 300م جنوب مقر بلدية جيجل، بعده من نواحي الشمال والشرق والجنوب ملكيات خاصة ومن الغرب طريق عمومي.

أما جمعية شايب الدرع لدمج أطفال التريزوميا 21 فتقع بحي موسى في مدخل مدينة جيجل.

3.1 المجال الزمني:

ويقصد به الفترة الزمنية التي بدأت فيها الدراسة بشقيها الميدانية والنظرية والتي بادرت فيها من بداية السنة الجامعية بعد قبول موضوعنا حتى نهاية الدراسة والتي انتهينا منها في حدود 20ماي، حيث قمنا بتنظيمها بشكل علمي ممنهج فبعد الانتهاء من الجانب النظري توجهنا إلى الدراسة الميدانية، حيث قمنا بزيارات إلى المركز وكذلك الجمعية من أجل الاطلاع على واقع دمج أطفال التريزوميا اجتماعيا ومهنيا من خلال جمع البيانات والمعلومات.

2. إجراءات الدراسة:

1.2. مجتمع الدراسة:

إن العنصر البشري داخل المركز متمثل في ثلاث أسلاك هم، السلك الأمني، السلك الإداري والبيداغوجي حيث يمثل هذا الأخير المربين والمعلمين والإخصائيين وفي تقديم الرعاية الصحية والنفسية كفئة أطفال التريزوميا 21 حيث قمنا بالمسح الشامل لعينة الدراسة وقد شمل كل المختصين في المجال النفسي والتربوي والأرطفوني وقد بلغ عددهم في المركز 24 أما في الجمعية فقد بلغ 28 مختصا.

2.2 منهج الدراسة:

يسمح المنهج الوصفي بإتباع أنواع معينة من طرق البحث ومنها يكون الرأي و الإستقصاء وآراء المبحوثين، والمنهج الوصفي يقوم على وصف الظاهرة أو المشكلة من خلال تحديد ظروفها وأبعادها وتوصيف العلاقات بينها وهو أسلوب فعال في جمع البيانات والمعلومات ولقد استخدمناه في دراستنا لواقع سبل دمج أطفال التريزوميا 21 اجتماعيا ومهنيات لأننا في دراستنا نحاول استقصاء أراء المختصين حول الموضوع وهو دراسة الوضع بالبحث والتقصي في الأسباب والمسببات وهو أسلوب متعلق بمنهج الوصف لأنه يقوم على دراسة مسحية تتعامل مع مشكلة محددة قائمة وأهدافها واضحة ومقررة وبالتالي يصبح لزاما علينا إتباع هذا النهج لمناسبة وملائمته لموضوع دراستنا.

3.2 أداة الدراسة:

تتمثل أداة الدراسة في الاستمارة التي تعتبر وسيلة من وسائل جمع البيانات والمعلومات حول موضوع الدراسة واستمارتنا هذه تكونت من خمسة محاور وكل محور يتكون من بنود.

- محور البيانات الشخصية
- محور خاص بمساهمة البرامج التعليمية في دمج أطفال التريزوميا 21 مهنيا واجتماعيا بدرجة عالية من منظور المختصين
- محور خاص بمساهمة الحرف اليدوية في دمج أطفال التريزوميا 21 اجتماعيا ومهنيا بدرجة عالية من منظور المختصين وتتضمن 5 بنود
- محور خاص بعدم وجود ضمانات كافية لحفاظ هده الفئة على مناصبها المهنية من أتيحت فرصة الدمج وتضمنت 5 بنود

- محور أخير خاص بمدى إمكانية تقبل المجتمع لهذه الفئة في الجانب الاجتماعي المهني.

وقد اعتمدنا في دراستنا على الاستمارة وقد تم توزيع استمارة في صورتها النهائية على عينة تجريبية مشكلة من 10 أشخاص تم حساب صنف هذه الأداة بطريقة الإنسان الداخلي عن طريق معامل الارتباط بين البنود(بيرسون) وقد أظهرت نتيجة الارتباط مستويات عالية من الاتساق تراوحت ما بين 0.54- 0.83 وهي مستويات صدق عالية تسمح لنا بإعداد الاستمارة في صورتها النهائية.

4.2 الأساليب الإحصائية المتبعة في الدراسة:

استخدمنا في عملية تحليل برنامج SPSS المتوسط الحسابي وتم استخدامه في هذه الدراسة من أجل معرفة درجات استجابات أفراد مجتمع الدراسة في أي منحى اتخذته.

الانحراف المعياري، وقد استخدمنا هذا المعامل لمعرفة درجة انحرافات القيم عن وسطها الحسابي وهذا الإعطاء دلالة أكبر للقيم المعبر عنها للمتوسطات الحسابية.

* تنفيذ الدراسة: بعد إتباع كل الخطوات اللازمة لعملية البحث وبعد محاكمة هذه وثبات هذه الاستمارة، ثم توزيعها على 47 مختصا وإعادة جمعها بغية تفريغ بياناتها وتحليلها.

3. عرض وتحليل البيانات ومناقشة النتائج:

1.3 عرض البيانات:

الجدول (1) يوضح استجابات أفراد عينة البحث لبنود المحور الأول المتضمن الفرضية الجزئية الأولى القائلة « تساهم البرامج التعليمية في دمج أطفال التريزوميا 21 مهنيا واجتماعيا بدرجة عالية من متطور المختصين»

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1- يعتبر الإدماج الاجتماعي المهني نمن أولويات البرامج المختصة لتعليم أطفال التريزوميا	2.85	0.416	عالية
2- تتضمن البرامج المخصصة لتعليم أطفال الثريزوميا 21 خبرات تعليمية نظرية تساعدهم على الاندماج الاجتماعي المهني	2.79	0.463	عالية
3- تتضمن البرامج المخصصة لتعليم أطفال التريزوميا 21 خبرات تعليمية ميدانية تساعدهم	2.77	0.428	عالية

على الاندماج الاجتماعي المهني			
4- تحتوي البرامج المخصصة لتعليم أطفال التريزوميا21 على وسائل تعليمية تساهم في تعزيز اندماجهم الاجتماعي المهني	2.87	0.337	عالية
5- تعتمد البرامج المخصصة لتعليم أطفال التريزوميا21 على أساليب تقويمية تؤهلهم للاندماج الاجتماعي المهني	2.64	0.673	عالية

المصدر: إعداد الطلبة بناء على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم(1) أن أغلب أفراد عينة البحث أن الإدماج الاجتماعي المهني بعد من أولوياته البرامج المخصصة لتعليم أطفال التريزوميا 21 حيث بلغ متوسط الحسابي لتلك 2.85 وبانحراف معياري قدره0.416، كما يعتقدون وهي درجة عالية، كما يعتقدون البرامج المخصصة لتعليم أطفال هذه الفئة تتضمن خبرات تعليمية.

تساهم على الاندماج الاجتماعي حيث بلغ المتوسط الحسابي 2.79 من الانحراف المعياري فيقدر بـ0.463 وهي درجة عالية، كما تتضمن هذه البرامج خبرات تعليمية ميدانية تساعد على الاندماج الاجتماعي المهني فقد قدر المتوسط الحسابي بـ 2.77 بانحراف معياري قدره 0.428 وهي درجة عالية، في حين يعتقدون أن البرامج المخصصة لهذه الفئة تساهم في تعزيز اندماجهم الاجتماعي المهني، فقد بلغ المتوسط الحسابي في تعزيز اندماجهم الاجتماعي المهني فقد بلغ المتوسط الحسابي 2.87 بانحراف قدره0.337 وهي درجة عالية.

كما يرون أن البرامج التعليمية المخصصة لتعليم هذه الفئة تعتمد على أساليب تقويمية تؤهلهم للاندماج الاجتماعي المهني حيث قدر المتوسط الحسابي 2.64 بانحراف معياري قدره 0.637 وهي درجة عالية

وعليه ومن خلال ما سبق عرضه نلاحظ أن هؤلاء المختصون يرون أن البرامج التعليمية تساهم بدرجة عالية فيدمج أطفال التريزوميا 21 في دمجهم اجتماعيا مهنيا، وعليه يمكن اعتبار الفرضية الأولى تحققت.

الجدول رقم (2) يوضح استجابة أفرد عينة البحث لبنود المحور الثاني المتضمن الفرضية الجزئية الثانية القائلة:" تساهم الحرف اليدوية في دمج أطفال الثريوزميا 21 اجتماعيا و مهنيا من منظور المختصين"

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1 يشعر أطفال التريزوميا 21 بالارتياح أثناء ممارستهم للحرف اليدوية	2.70	0.462.	عالية
2 يسمح التآزر الحسي حركي لدى أطفال التريزوميا21 في تحسين أدائهم في الحرف اليدوية	2.70	0.462	عالية
3 يسمح المستوى العقلي لدى أطفال التريزوميا231 في تحسين أدائهم في الحرف اليدوية	2.44	0.503	عالية
4 يمتلك أطفال التريزوميا 21 المهارات اللازمة للحرف اليدوية	2.21	0.463	عالية
5 يستفيد أطفال التريزوميا 21 من معارفهم النظرية في تحسين أدائهم المهني اليدوي.	2.30	0.628	عالية

المصدر: إعداد الطالبتين بناءًا على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم(2) أن أغلب أفراد عينة البحث يرون أن أطفال التريزوميا 21 يشعرون بالارتياح أثناء ممارستهم للحرف اليدوية حيث بلغ المتوسط الحسابي لذلك 2.70 بانحراف معياري قدره0.462 وهي درجة عالية، كما يقول المختصون أن التآزر الحسي الحركي لأطفال هذه الفئة يسمح لهم من تحسين أدائهم في الحرف اليدوية حيث بلغ المتوسط الحسابي 2.70 بانحراف معياري قدره 0.462 وهي درجة عالية كما يرون أن المستوى العقلي لأطفال هذه الفئة يسمح لهم بتحسين الأداء في هذه الحرف فقد بلغ المتوسط الحسابي 2.44 أما الانحراف المعياري فقد بلغ 0.503 وهي درجة عالية، كما أتفق معظم المختصون على امتلاك أطفال التريزوميا مهارات اللازمة للقيام بهذه الحرف فقد بلغ المتوسط الحسابي 2.21 بانحراف قدره0.463 وهي درجة عالية كما يعتمد المختصون استفادة أطفال هذه

الفئة من المعارف النظرية في تحسين الأداء المهني اليدوي فقد بلغ المتوسط الحسابي 2.030 في حين قدر الانحراف المعياري ب0.628 وهي درجة عالية

- ومن خلال ما سبق عرضه نلاحظ أن هؤلاء المختصين يرون أن الحرف اليدوية تساهم في الدمج الاجتماعي المهني بدرجة عالية لهذه الفئة.

الجدول رقم03: يوضح استجابة أفراد عينة البحث لبنود المحور الثالث المتضمن الفرضية الجزئية الثالثة القائلة " يقر المختصون بعدم وجود ضمانات كافية لحفاظ هذه الفئة عل مناصبها المهنية متى أتيحت لهم فرصة الدمج"

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
يجد أطفال التريزوميا 21 صعوبة في التكيف داخل الأوساط المهنية	2.40	0.681	عالية
يواجه أطفال التريزوميا 21 صعوبة في التحسن المستمر في الوسط المهني	2.55	0.503	عالية
يواجه أطفال التريزوميا 21 صعوبة في التقليل من الأخطاء أثناء قيامهم بالعمل المسند إليهم.	2.43	0.651	عالية
يصعب على أطفال التريزوميا 21 إقامة علاقات إنسانية في أوساطهم المهنية	1.46	0.721	عالية
يتحسن الأداء لدى الأطفال التريزوميا 21 من خلال تشجيع الأفراد لهم.	1.85	0.416	عالية

المصدر: إعداد الطالبتين بناءًا على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم(3) أن أغلب أفراد عينة البحث يرون أن أطفال تريزوميا 21 يجدون صعوبة في التكيف داخل الأوساط المهنية وذلك بمتوسط حسابي قدره 2.40 وبانحراف معياري قدّر ب،0.681 بانحراف وهي درجة عالية، كما يرون أن أطفال هذه الفئة يواجه صعوبة في التحسين المستمر في الوسط المهني فقد بلغ المتوسط الحسابي ب 2.81 بانحراف معياري قدره0.398 وهي درجة

عالية بما يرى المختصون أن أطفال هذه الفئة تواجه صعوبة في التقليل من الأخطاء أثناء قيامهم بالعمل المسند لهم فقد بلغ المتوسط الحسابي بـ 2.43 بانحراف معياري قدره 0.651 وهي درجة عالية، كما يقر المختصون أنّ أطفال هذه الفئة يجدون صعوبة في إقامة علاقات إنسانية داخل الوسط المهني بحيث بلغ المتوسط الحسابي 1.46 بانحراف معياري قدره بـ 0.721 وهي درجة منخفضة كما يعتمد المختصون أن تحسين الأداء المهني لدى أطفال هذه الفئة يتم من خلال التشجيع فقد بلغ المتوسط الحسابي ب 2.43 وبانحراف معياري قدره0.416 وهي درجة عالية.

ومن خلال ما سبق عرضه نلاحظ أن هؤلاء المختصون يرون بعدم وجود ضمانات كافية لحفاظ هذه الفئة على مناصبها المهنية متى سنحت لهم فرصة الدمج.

الجدول رقم (04) يوضح استجابات أفراد عينة البحث لبنود المحور الرابع المتضمنة الفرضية الجزئية القائلة "يقر المختصون على إمكانية تقبل المجتمع لهذه الفئة في الجانب الاجتماعي المهني"

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1 يمكن للمجتمع أن يفرق بين أنتاج أطفال التريزوميا21 وإنتاج غيرهم من الأطفال العاديين	2.17	0.797	عالية
2يمكن للمجتمع أن يقتني منتجات أطفال التريزوميا21 من أجل تشجيعهم	2.81	0.398	عالية
3 يساهم إعطاء أطفال التريزوميا 21 فرص ملائمة لتموين منتجاتهم في رفع درجة تقبل المجتمع لهم.	2.85	0.416	عالية
4 يختلف تقبل المجتمع لدمج الذكور من أطفال التريزوميا21 عن تقبله لدمج الإناث	1.57	0.779	منخفضة
5 يختلف الذكور عن الإناث من أطفال التريزوميا21 في قدرتهم على النجاح في الدمج الاجتماعي المهني	1.68	0.783	منخفضة

نلاحظ من خلال الجدول رقم(4) أن أغلب أفراد عينة البحث يرون أن المجتمع يمكن أن يفرّق بين إنتاج طفل تريزومي وإنتاج غيرهم من الأطفال العاديين فقد بلغ المتوسط الحسابي 2.17 بانحراف معياري قدره0.791 وفي درجة عالية كما يعتقد المختصون أن المجتمع يمكن أن اقتناء منتجات أطفال التريزوميا21 من أجل تشجيعهم فقد قدر المتوسط الحسابي ب 2.81 بانحراف معياري قدره 0.398 وفي درجة عالية تساهم في رفع درجة تقبل المجتمع لهم فقد بلغ المتوسط الحالي 2.85 بانحراف معياري 0.416 وفي درجة عالية، كما يعتمد المختصون اختلاف تقبل المجتمع لأطفال هذه الفئة والتفرقة بين دمج الذكور وعدم دمج الإناث حيث قدر المتوسط الحسابي 1.57 بانحراف معياري قدره 0.779 وهي درجة منخفضة، أما فيما يخص اختلاف الذكور عن الإناث من أطفال التريزوميا في قدرتهم على النجاح فيرون وجود هذا الاختلاف في القدرة عن النجاح في جانب الدمج الاجتماعي المهني.

ومن خلال ما تم عرضه نلاحظ أن هؤلاء المختصون يرو أن المجتمع يمكن تقبل هذه الفئة من أطفال التريزوميا21 في الجانب الاجتماعي المهني **(أنظر الملحق)**.

2.3 مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

النتائج:

*- البرامج التعليمية التي يتلقاها أطفال فئة التريزوميا 21 تساهم في تحقيق الدمج الاجتماعي المهني لهم.

*- الحرف اليدوية التي يمارسها أطفال التريزوميا 21 أثناء فترة التكوين هي الأنسب من غيرها في دمج أطفال هذه الفئة.

*- لا توجد ضمانات كافية لحفاظ هذه الفئة على مناصبهم إذا ما أتيحت لهم فرصة الدمج المهني.

*- يتقبل المجتمع أطفال هذه الفئة مهنيا.

جاءت نتائج هذه الدراسة متوافقة مع نتائج دراسة ماندي و أخرون (2008) التي أكدت على معرفة قدرة أطفال متلازمة داون على اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي و هي مهارات تشكل نوعا من التفاعل الاجتماعي لهذه الفئة المساعد على الإدماج الاجتماعي لهم.

كما تؤيد هذه النتائج نتائج دراسة بن قيدة (2008) التي أكدت على تعديل سلوكات أطفال هذه الفئة و تعزيز التصرفات الاستقلالية بعد مرور فترة من تأهيلهم مما أكسبهم درجات عالية من التوجيه الذاتي اللازم لمزاولة الحرف اليدوية التي تستلزم نوعا من التعزيز و الضبط في السلوك الاجتماعي، و هذا ما ذهبت إليه دراسة عبد الحفيظ سعيد مقدم (2006) التي بلورت فكرة أن أطفال متلازمة داون يبدون أنواعا من السلوك غير ألتكيفي مثل العدوان، الفوضى و إتلاف الممتلكات ومن الممكن تطبيق برنامج تعزيز السلوك للحد من هذه المشكلات السلوكية، ومن هذه البرامج التعزيز الرمزي الذي أثبتت بعض الدراسات نجاحه في الحد من المشكلات السلوكية التي بتعزيزها تزداد فرص الإدماج الاجتماعي لهذه الفئة و زيادة درجة تقبل المجتمع لهم. و هذا ما يتطلب استعداد للتعلم و التوافق لديهم حيث أكدت دراسة عبد الوهاب كامل، (1985) على أن أفضل أداء نحصل عليه بعد تأهيل المعاقين عموما هو ارتفاع العمر التعليمي، وارتفاع درجات التوافق في مجالاته المختلفة، حيث تتجلى أهمية الملاحظة السلوكية وتقنينها في الكشف عن أحد أسباب انخفاض الأداء العقلي، وبالتالي التحصيلي، فكل من التوافق الذاتي والمنزلي والمدرسي يكتسي أهمية خاصة بالنسبة لجوانب الإعاقة الانفعالية التي تؤثر على الأداء بصفة عامة، كما كشف لنا هذا الباحث عن وجود أطفال معاقين ، ولكنهم متفوقون و هو ما يشجع على تأهيل و إدماج الأطفال المتفوقون من هذه الفئة.

التوصيات:

- إثراء وتعزيز وتحيين البرامج التعليمية الموجهة لأطفال التريزوميا بما يسمح بإعطاء فعالية أكبر لعملية الدمج المهني لهذه الفئة.
- توسيع نطاق الحرف المهنية القادرة على تحقيق الدمج المهني لهذه الفئة
- استعمال التكنولوجيات الحديثة في مجال تأهيل وتكوين أطفال التريزوميا وفتح تخصصات تناسبهم في مراكز التكوين المهني للأفراد العاديين.
- تخصيص نسبة من مناصب التوظيف المفتوحة خارج النسبة المحددة ب 1% لذوي الاحتياجات الخاصة وتخصص النسبة الجديدة للأفراد المصابين بالتريزوميا 2%.
- القيام بحملات تحسيسية حول أهمية التكفل والدمج المهني لهذه الفئة.

خاتمة

وفي الأخير نستنتج من خلا لدراستنا هذه أن فئة أطفال اثريزوميا 21 ذات الكروموزوم الإضافي هي القابلة للدمج الاجتماعي المهني، ومن خلال ما تطرقنا إليه من البرامج المخصصة لتعليمهم و كيفية التعامل مع هذه الفئة من كل الجوانب النفسية و الاجتماعية، وجدنا أن أطفال الثريزوميا 21 بالرغم من قدراتها المحدودة إلا أنهم لا يمكن تصنيفهم ضمن الإعاقة العقلية الشديدة 100% هي فئة قابلة للتعلم و العمل و التفاعل الاجتماعي و هي فئة قادرة على إنشاء علاقات خاصة بها في جميع الأوساط أي هي قابلة للدمج الاجتماعي بجميع أشكاله، و تأهيلهم المهني أسبق من دمجهم إلا أنهم مستعدون للدمج لو وجدت هده الفئة من يساندها من جميع النواحي وخاصة هي بحاجة أكثر إلى دعم الدولة وتوفير مناصب شغل لها.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

الكتب العربية:

1. بشير معمرية: بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس،ج 4، منشورات الحبر، بني مسوس، الجزائر،2007.
2. خولة أحمد يحيى: البرامج التربوية للأفراد دوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر، عمان، 2006.
3. سعيد حسن العزة: الاعاقة العقلية، دار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، ط1،عمان، 2001.
4. السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995.
5. الصبي عبد الله محمد: متلازمة داون، دار الزهراء للنشر،2002.
6. عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي: الاعاقات الجسمية والصحية ،مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان،1998.
7. عبد العزيز محمد كمال: الرعاية الفائقة والمتكاملة لأطفال دوي الاحتياجات الخاصة(الاعاقة الدهنية)، مكتبة ابن سينا للنشر، ط1، مصر،2002.
8. عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الاعاقات النظريات والبرامج العلاجيةّ، المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2012.
9. عبد الله عادل محمد: الاعاقات العقلية، دار الرشاد للنشر، ط1، مصر،2004.
10. عبد المحيى محمود حسن صالح: متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، ط1، 1999.
11. عصام حمدي الصفدي: الاعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر، الاردن،2007.
12. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي الاكلنيكي، الجزء الاول، دار العلم للملايين، ط 1، لبنان، بيروت، 1981.
13. عمر عبد ا لرحيم نصر الله: أطفال دوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع، دار وائل للنشر، ط1، 2002.

14. فيوليت فؤاد ابراهيم، سعاد بسوني، عبد الرحمان سيد سليمان، محمود الحاس: بحوث ودراسات في سيكلوجية الاعاقة، مكتبة زهراء الشرق،ط1، مصر، 2001.
15. قاسمي وعميروش: المرشد المنهجي للمراكز الطبية التربوية لأطفال المتخلفين ذهنيا، المركز الوطني لتكوين المختصين بمؤسسات المعوقين، قسنطينة، 2002.
16. كمال ابراهيم مرسي: مرجع في علم التخلف العقلي ،دار النشر للجامعات المصرية ،ط1.
17. مروان عبد المجيد عبد المجيد: الرعاية الاجتماعية لدوي الاحتياجات الخاصة، مؤسسة الوراق للنشر، الاردن، 2006.
18. مصطفى نوري القمش: الاعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع،ط 1، عمان،2011.
19. الملادي عبد المنعم عبد القادر: من ذوي الاحتياجات الخاصة(المعاقون دهنيا)، مؤسسة شباب الجامعة: الاسكندرية للنشر،مصر،2004.
20. الملق سعود بن ناصر: متلازمة داون أكثر الاعاقات الدهنية تزايدا في العالم(دليل الاسرة والمهنيين)،فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر،ط2، الرياض.
21. نجوى عبد المجيد: اوراثة والتدخل المبكر مع الطفل المنغولي: مجلة أخبار المركز القومي للبحوث، مصر، 1999.

الكتب الاجنبية:

1. Bernadette,cet benoit.l, le jeume enfant porteur de trismie 21 , paris, edition, natham/her,2000 .
2. Biatrice,guidicelli,et moriplellisier,le trisonie ensyclopedia, universale.
3. Lambert.j.l.et rondal.g,le moungoliane, edition, ppierre, mardage,bruxelhe.
4. Rondal.j.a.lambert jl ,question et réponse sur le handicape mentale, edition,mardage,paris,1982.

الرسائل و الاطروحات الجامعية:

1. تركي نورة محمد: فاعلية العلاج السلوكي في زيادة الانتباه لدى الاطفال المتخلفين عقليا المصابين بمرض داون، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، الرياض.

المنشورات:

1. وزارة التشغيل والتضامن الوطني، الجريدة الرسمية رقم 34، 2003،2002.

المواقع الالكترونية:

1. http/www.ds_heolth.com/mosaie.htm.
2. http/www.awsat.com /details ,down,syndrome.htm.
3. http/www.gulf kids.com/ar/print.php .

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأورطفونيا

تخصص علم النفس التربوي

استبيان : بحث بعنوان

سبل دمج أطفال الثريزوميا مهنيا واجتماعيا

من منظور المختصين.

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بحي موسى ومركز المعاقين ذهنيا بجيجل.

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الليسانس في علوم التربية تخصص علم النفس التربوي

إعداد الطالبتان :

بن عاشور وفاء

صيفور زكية

إشراف الأستاذ:

هاين ياسين

تحية طيبة:

السادة المختصين يشرفنا ان نضع بين ايدكم هذا استبيان والذي موضوعه "**سبل دمج أطفال الثريزوميا مهنيا واجتماعيا من منظور المختصين**"

وهذا يدخل ضمن البحث الميداني من متطلبات الحصول على شهادة الليسانس في علوم التربية نرجو من سيادتكم المساهمة في الاجابة على هذا الاستبيان بكل صدق وموضوعية بهدف مساعدتنا للوصول الى نتائج علمية، بوضع العلامة(×) في الخانة المناسبة.

ونحيطكم علما أن المعلومات الواردة بهذه الاستمارة سرية، ولن تستعمل إلا لأغراض علمية.

السنة الجامعية:2017/2016.

1.الجنس ذكر ☐ أنثى ☐

2.الوظيفة: .....

3.يعتبر الإدماج الاجتماعي المهني من أولويات البرامج المخصصة لتعليم أطفال الثريزوميا 21.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

4.تتضمن البرامج المخصصة لتعليم أطفال الثريزوميا 21 خبرات تعليمية نظرية تساعدهم على الاندماج الاجتماعي المهني.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

5.تتضمن البرامج المخصصة لتعليم أطفال الثريزوميا 21 خبرات تعليمية ميدانية تساعدهم على الاندماج الاجتماعي المهني.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

6.تحتوي البرامج المخصصة لتعليم أطفال الثريزوميا 21 على وسائل تعليمية تساهم في تعزيز اندماجهم الاجتماعي المهني.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

7.تعتمد البرامج المخصصة لتعليم أطفال الثريزوميا 21 على أساليب تقويمية تؤهلهم للاندماج الاجتماعي المهني.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

8.يشعر أطفال الثريزوميا 21 بالارتياح أثناء ممارستهم للحرف اليدوية.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

9.يسمح التآزر الحسي الحركي لدى أطفال الثريزوميا 21 في تحسين أدائهم في الحرف اليدوية

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

10.يسمح المستوى العقلي لدى أطفال الثريزوميا 21 في تحسين أدائهم في الحرف اليدوية

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

11.يمتلك أطفال الثريزوميا 21 المهارات اللازمة للحرف اليدوية.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

12.يستفيد أطفال الثريزوميا 21 من معارفهم النظرية في تحسين أدائهم المهني اليدوي.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

13.يجد أطفال الثريزوميا 21 صعوبة في التكيف داخل الأوساط المهنية.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

14.يواجه أطفال الثريزوميا 21 صعوبة في التحسين المستمر في الوسط المهني.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

15.يواجه أطفال الثريزوميا 21 صعوبة في التقليل من الأخطاء أثناء قيامهم بالعمل المسند إليهم.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

16.يصعب على أطفال الثريزوميا 21 إنشاء علاقات إنسانية في أوساطهم المهنية.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

17.يتحسن الأداء المهني لدى أطفال الثريزوميا 21 من خلال تشجيع الأفراد لهم.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

18.يمكن للمجتمع أن يُفَرّقَ بين إنتاج أطفال الثريزوميا 21 وإنتاج غيرهم من الأطفال العاديين.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

19.يمكن للمجتمع أن يقتني منتجات أطفال الثريزوميا 21 من أجل تشجيعهم.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

20.يساهم إعطاء أطفال الثريزوميا 21 فرص ملائمة لتسويق منتجاتهم في رفع درجة تقبل المجتمع لهم.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

21.يختلف تقبل المجتمع لدمج الذكور من أطفال الثريزوميا 21 عن تقبله لدمج الإناث.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐

22.يختلف الذكور عن الإناث من أطفال الثريزوميا 21 في قدرتهم عن النجاح في الدمج الاجتماعي المهني.

نعم ☐ لا ☐ احيانا ☐