

المركز الديمقراطي العربي
برلين- ألمانيا

دراسات وأبحاث في التربية الخاصة

توجهات حديثة في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة



إشراف وتنسيق
الدكتور بحري صابر

رقم التسجيل: VR.3373.6352.B

المركز الديمقراطي العربي

دراسات وأبحاث في التربية الخاصة



Studies in Special Education

Recent Trends in Caring
for People with Special Needs



DEMOCRATIC ARABIC CENTER
Germany: Berlin 10315
Gensinger- Str: 112
<http://democraticac.de>

دراسات وأبحاث في التربية الخاصة توجهات حديثة في رعاية
ذوي الاحتياجات الخاصة.

ديسمبر 2019

الطبعة الأولى

دراسات وأبحاث في التربية الخاصة توجهات حديثة في رعاية
ذوي الاحتياجات الخاصة

أ.عمار شرعان

رئيس المركز الديمقراطي العربي ألمانيا-برلين

تنسيق الدكتور: بحري صابر

رئيس اللجنة العلمية:

د.ربيع عبد الرؤوف محمد عامر، قسم التربية الخاصة، جامعة

الملك خالد-المملكة العربية السعودية

اللجنة العلمية للكتاب:

- أ.د بوعامر أحمد زين الدين: أستاذ علوم التربية، جامعة أم البواقي بالجزائر.
- أ.د عبد الله علي محمد ابراهيم: أستاذ المناهج وطرق تدريس العلوم والتربية الخاصة، بجامعة الأزهر بمصر ونجران بالسعودية.
- أ.د عبد الفتاح رجب علي محمد مطر: أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعتي الطائف بالسعودية والأزهر بمصر.
- د.تومي الطيب: أستاذ التربية الخاصة، جامعة المسيلة بالجزائر.
- د.خرموش منى: أستاذة علوم التربية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02 بالجزائر.
- د.رانيا محمد على قاسم: أستاذ علم نفس الطفل المساعد قائم بعمل رئيس قسم العلوم النفسية بكلية التربية في الطفولة المبكرة جامعة الفيوم.
- د.سعاد صابر على الحليفي: خبيرة الإعاقة الذهنية بوزارة التربية والتعليم بجمهورية مصر العربية.
- د.عبد العزيز بن راشد الطويرش: أستاذ مساعد بكليات الغد الدولية بالدمام المملكة العربية السعودية.
- د.عبده سعيد الصنعاني: أستاذ التربية الخاصة المساعد ورئيس قسم التربية الخاصة سابقا بكلية التربية جامعة تعز- اليمن.
- د.فايزة حلبي: دكتوراه كلية التربية – جامعة طنطا- بجمهورية مصر العربية
- د.محمود إمام عثمان: أستاذ التربية الخاصة المشارك بجامعة السلطان قابوس بسلطنة عمان.
- د.مرسلينا شعبان حسن: خبيرة لشؤون الإعاقة في وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بسوريا.
- د.هند إسماعيل امبابي عبد النبي: أستاذ علم نفس الطفل المساعد بقسم العلوم النفسية كلية التربية للطفولة المبكرة جامعة القاهرة بمصر.

فهرس المحتويات

الرقم	عنوان المقال	الصفحة
01	المعاش النفسي الاجتماعي لأسر الأطفال المعاقين عقليا (دراسة نظرية) د. بوعمامة حكيم المركز الجامعي تيبازة	04
02	تشخيص اضطرابات التعلم في أقسام التعليم المكيف للطور الابتدائي - مدينة تلمسان نموذجا - د. بن سعدون فتيحة ، د. حاج سليمان فاطمة الزهراء جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، الجزائر.	21
03	اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون في المدارس العادية - دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ، الدقيسي 2 قسنطينة - د. بن عبد الرحمن الطاهر بلال فلاحي عماد قدور أستاذ محاضر(أ) طالب دكتوراه طالب دكتوراه جامعة قسنطينة 2-	32
04	وصفة لاكتشاف الأطفال الموهوبين قبل التمدريس د. الصالح بوعزة د. بعبيش أمال جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2	40
05	مقاربة تحليلية للواقع الاجتماعي لذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر د. عائشة بن النوي جامعة باتنة-01-الجزائر	58
06	متلازمة داون قصة كروموزوم 21 عيساوي مجاهد طالب دكتوراه جامعة البليدة 2-الجزائر	70
07	فاعلية البرامج المعلوماتية في تقليص زمن الرجوع لذوي الإحتياجات الخاصة "عرض داون نموذجا" د. عيواج صونيا الجامعة: جامعة باتنة 1	85

115	رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وسياسة إدماجهم في الجزائر. د. نوال بن عمار الجامعة: جامعة باتنة-1-	08
132	الكشف عن اضطرابات الحساب الذهني لدى الأطفال الصم المدمجين في المدارس العادية من خلال تطبيق البطارية ZAREKI-R الصورة الجزائرية الأولى د. لمياء حسان. جامعة مولود معمري تيزي وزو	09
149	واقع التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في قطاع التكوين المهني بالجزائر د. مسعود حناشي د. أم هاني فارس جامعة العربي/م. أم البواقي جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة الجزائر	10
161	العملية التعليمية وصعوبات التواصل التربوي مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة د. بن طرات جلول جامعة الجيلالي لباس جامعة -ولاية سيدي بلعباس-	11
172	التطور التاريخي لصعوبات التعلم د. بولقدام سميرة جامعة سعيدة	12
180	الديسفازيا : تناول معرفي لساني د. كريمة خدوسي جامعة الجزائر	13
194	مقترح برنامج تكويني لأساتذة التعليم الثانوي في المرافقة المدرسية للتلاميذ المتفوقين دراسيا -دراسة ميدانية في ضوء احتياجات الأساتذة - غربي راضية شادة إيمان د. بن علي راجية باحثة دكتوراه باحثة دكتوراه جامعة باتنة-1-	14
216	مستوى الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة د. مهاجي بن معاشو د. سيد أحمد ورغي جامعة الدكتور الطاهر مولاي- سعيدة- الجزائر	16
239	استقصاء آراء معلمي مرحلة التعليم الابتدائي حول إمكانية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين (الإعاقة السمعية نموذجاً) أ. حمودة مريم أ. بن زروال رانية باحثة دكتوراه باحثة دكتوراه جامعة محمد خيضر بسكرة جامعة الحاج لخضر باتنة1	17

254	اضطرابات النمو العصبية بين النظري والتطبيقي (اضطراب طيف التوحد نموذجاً). د. ثابت اسماعيل د.بزاوي نور الهدي جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان الجزائر	18
304	العلاج السلوكي الفعال للسلوكيات العدوانية لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً بن نصر هارون طوبان بلال طالب دكتوراه طالب دكتوراه جامعة عمار ثليجي _ الأغواط _ جامعة مُجَدِّ لمين دباغين _ سطيف _	19

المعاش النفسي الاجتماعي لأسر الأطفال المعاقين عقليا (دراسة نظرية)

د. بوعمامة حكيم
المركز الجامعي تيبازة

د. هوادف رابع
جامعة سطيف 2

مقدمة:

إن مشكلة الإعاقة من أهم المشاكل الاجتماعية في بلدان العلم ، وهذا ما يفسر الاهتمام المتزايد بهذه المشكلة ، حيث تبذل جهودا معتبرا للحد والتقليل منها ، من خلال بعض الجهود في هذا المسار والعمل على تقديم العلاج والعناية اللازمة للأطفال المعاقين وأسرهم ، في جميع النواحي الاجتماعية ، الاقتصادية والنفسية ، وقد ظل الطفل واحتياجاته لفترة طويلة هو مركز الاهتمام للقائمين بالأبحاث والإرشاد وأخصائيي التربية الخاصة دون الاهتمام بالأسرة أو تسليط الضوء عليها ومدى تأثير العلاقة بين الزوجين والعلاقة الأسرية بين جميع أفراد الأسرة ، فوجود طفل معاق داخل الأسرة يسبب قلق وانزعاج لدى الآباء تجعلهم يستجيبون بردود أفعال مختلفة اتجاه هذا الطفل كما تقرض عليهم ظروفًا وحاجات خاصة لمواجهة إعاقة ابنهم والتعامل معها ، هذا الأمر يؤدي بالأسرة الى الدخول في مجموعة من الأزمات والضعفوات النفسية التي تتم عبر عدة مراحل لكي يصلوا بأنفسهم الى القبول التام لهذا الطفل المعاق.

فدراسة أسرة طفل المعاق أضحت له أهمية كبيرة ، حيث أصبح التركيز على النموذج النسقي حيث أن أي تغيير في جزء من النظام الأسري يؤثر في الأجزاء الأخرى من النظام محدثا الحاجة إلى تكييف النظام (التوازن) ، فالطفل المعاق لا يعيش بمعزل عن الأسرة ، والأسرة كذلك لا تعيش بمفردها بل تعيش في بيئة أكبر أي المجتمع العائلي. (إيمان كاشف، 2000: 89).

وأسرة الطفل المعاق باعتبارها منظومة أسرية فإنها تتأثر في منظومتها وبنائها الكلي ، حيث أن جميع أفراد الأسرة الواحدة سيتأثرون بميلاد طفل معاق داخل الأسرة مما ينعكس بالسلب على النسق الأيكولوجي لها ، ولذا فإن أسرة الطفل المعاق تحتاج الى نظام من الدعم الذي يساعدهم على اكتساب المعرفة والمهارات التربوية اللازمة لتربية وتعليم أبنائهم ، ويتمثل ذلك الدعم بتوفير المعلومات عن إعاقة ابنهم والمساندة المادية والاجتماعية والنفسية ، والذي يجعلهم يشعرون بتقدير الآخرين لهم.

وفي ضوء فهمنا لأسرة المعاق من هذا المنظور النسقي للأسرة ، فإن وجود طفل معاق في الأسرة عادة ما يفرض ضغوطا إضافية على مصادر الأسرة ، وقد تصل هذه الضغوط إلى حد يتجاوز إمكانات الأسرة على تحملها والتوافق معها ، وقد تحدث ارتباكا واضطرابا في نظام العلاقات في الأسرة وفي أدائها لوظائفها. (طلعت منصور، 2008: 8).

وفي هذا الصدد يشير عادل الأشول (1993)، أن أهم الاستجابات الوالدية وردود الأفعال الشائعة عند ميلاد طفل معاق عقليا داخل الأسرة نجد القلق ، الشعور بالإحباط والذنب واليأس والعجز عن مواجهة الموقف ، التشكيك في التشخيص ، الاعتراف بتخلف الطفل دون تبصر بإعادة المشكلة ، التبصر بمشكلة وقبول تخلفه والسعي إلى تعليمه وتأهيله. (زينب شقير، 1999: 34)

هذا التأثير الناجم عن وجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة وما له من تأثير على النسق الأسري العام لدى الأسرة ، ينتج عنه انخفاض عام في مستوى الصحة النفسية والانفعالية لدى أفراد هذه الأسرة نتيجة هذا الحدث الضاغط ، إضافة للكثير من الضغوط النفسية والانفعالية ، فهو قد يولد الشعور بالذنب واليأس والقلق لدى الأسرة ، كما أن الضغط النفسي يزداد مع تقدم عمر الطفل المعاق عقليا لاعتماده المطلق على والديه.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى تحقيق مجموعة من الأهداف كما يلي:

- 1- التعرف بالمعاقين عقليا وأسرهم.
- 2- التعرف على أهم ردود الوالدين لميلاد طفل معاق داخل الأسرة.
- 3- التعرف على حجم تأثير ميلاد طفل معاق عقليا على التوافق الأسري.
- 4- التعرف على الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة العقلية على الوالدين.
- 5- التعرف بالاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق.
- 6- التعرف على الحاجات الإرشادية لوالدي الطفل المعاق.

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من حيث تناولها لفئة مهمة في المجتمع ألا وهي أسر الأطفال المعاقين عقليا ، حيث تعتبر أسرة الطفل المعاق عقليا هي الشريك الهام لهذا الطفل المعاق عقليا في المستقبل القريب والبعيد من حيث أن والدي الطفل المعاق عقليا هم من يهتمون ويتكفلون بآبنهم المعاق وتكتسي هذه الدراسة أهميتها في دراسة أسر الأطفال المعاقين عقليا والتي تعتبر الفئة الأهم في المجتمع ونواته والتي من أدوارها أنها تعد المصدر الأول في تنشئة الأطفال وتربيتهم ، والاهتمام بدراسة هذه الفئة بعد ما كانت معظم الدراسات تركز على الطفل المعاق وإخوته.

تبيان المعاش النفسي والاجتماعي لهذه الأسر منذ ميلاد الطفل المعاق عقليا والمراحل أو الردود التي يعيشها والدي الطفل المعاق عقليا من أجل تقبل هذا الطفل والاهتمام به والتكفل به حيث أن لهذين الوالدين باعتبارهما شريكين أو زوجين طموحات يرغبان في تحقيقها في المستقبل ويعتبر الأولاد أهم مشروع للوالدين وما يتعرضان له من صدمة جراء هذا الحادث له تأثير كبير على حياتهما الخاصة أولا وعلى النظام العام للأسرة ثانيا وعلى العلاقات من حيث الجانب الوجداني والانفعالي حيث يتأثر كامل أفراد الأسرة نفسيا وانفعاليا من الوالدين حتى إخوة الطفل المعاق باعتبارهم كمكونات رئيسية للنسق العام لأسرة هذا الطفل المعاق ، ولهذا جاءت هذه الدراسة لتبيان أهم ما يتعرض له والدي الطفل المعاق من ضغوطات نفسية ، اجتماعية وأسرية ، وكذا أهم ردود الوالدين لهذا الحادث ، مما يؤثر هذا الأمر سلبا على التوافق الأسري والذي بدوره يؤثر على النسق الأسري العام لهذه الأسر.

وتأتي أهمية هذه الدراسة من حيث أنها تأتي ضمن مجال الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة ، وهذا لأهمية القيام بدراسات على هذه الفئة والالتفاف حولها من أجل مساعدتها على فهم المعاش النفسي والاجتماعي التي تمر به هذه الأسر مما يؤدي بالباحثين الى وضع برامج إرشادية أو علاجية أو تدريبية من أجل مساعدة هذه الأسر على تخطي هذه الأزمات والضغوطات التي تتعرض لها جراء هذا الحادث من أجل الحفاظ على التماسك الأسري وكذا على صحتهم النفسية والانفعالية ، والقدرة على إحداث توازن من حيث توزيع الاهتمام بالطفل المعاق عقليا وإخوته العاديين وهذا ما يؤدي بهذه الأسر الى تحقيق تماسك للنسق الأسري العام لها.

1- مفهوم الأسرة:

1-1 تعريفها:

أ- لغة:

قال ابن منظور: أسرة الرجل: عشيرته ورهطه الأذنون لأنه يتقوى بهم ، والأسرة عشيرة الرجل وأهله وبيته. (لسان العرب ، 1991 :141).

إن في أصل كلمة الأسرة نجد أنها تحمل معاني الشد والوثاق والقوة ، ففي القاموس المحيط "الأسر ، الشد ، والعصب ، وشددة الخلق والخلق".

والأسرة الدرع الحصين ، عشيرة الرجل وأهل بيته ، وأسرة الرجل: عشيرته ورهطه الأذنون.

(عزي الحسين ، 2013 :39)

ب- اصطلاحا:

وهذا ويرى (عزي الحسين ، 2013 :40)، أنه قبل الخوض في التعريف الاصطلاحي لمفهوم

الأسرة يجب الإشارة إلى النقاط الآتية:

أولاً: تختلف التعاريف الخاصة بمفهوم الأسرة وهذا باختلاف المدارس والنظريات من مختلف العلوم كعلم النفس وعلوم الاجتماع فكل يعرفها من زاويته.

ثانياً: اختلاف الباحثين في استخدام مفهومي الأسرة والعائلة في مؤلفاتهم ، وهناك شبه اتفاق على مصطلح الأسرة والعائلة حيث يتضمن كل منهما الزوج ، والزوجة والأطفال.

وفي هذا الرأي نجد بوتقنوش مصطفى (1984)، في مؤلفه "العائلة الجزائرية" رأى أنه لا توجد فروق واضحة عند الناس في المجتمع الجزائري بين مفهومي الأسرة والعائلة ، حيث قال : "...وبعض المؤلفين حددوا دلالة العائلة بالأسرة والحال أن هذا المصطلح العربي يمكن أن يطلق أيضا على العائلة الزوجية التي تعيش في أحضان الأسرة عندما نطلب من شخص تعريف عائلته الخاصة أي الثنائي الزواجي وأبنائهما ، كما يعني الأسرة التي تعيش فيها والجامعة لأسلافه وأخلافه والتابعين الآخرين للدار الكبيرة". (بوتقنوش مصطفى ، 1984:34).

ثالثاً: من العلماء والمفكرين من فرق بين الأسرة كمؤسسة ، والأسرة كجماعة اجتماعية ، وبين المفهومين المتباينين دلالات تخص وظائف كل منهما.

ومن بين التعاريف العامة للأسرة نجد:

يعرفها حامد عبد السلام زهران: "مسرح التفاعل الذي يتم فيه النمو والتعلم وهي العالم الصغير للطفل الذي تتكون به خبراته عن الناس والأشياء والمواقف". (هميلة شادية ، 2010 :27).

ويعرفها مصطفى بن تفتشوننت: "الأسرة هي المؤسسة الأساسية التي تشمل رجلا أو عددا من الرجال يعيشون زواجيا مع امرأة أو عدد من النساء ومعهم الخلف الأحياء وأقارب آخرين وكذلك الخدم". ويعرف أحمد السكري (2000)، الأسرة بأنها " جماعة أولية يرتبط أعضاؤها بصلات الدم والتبني أو الزواج الذي يتضمن محل إقامة مشترك ، وحقوق والتزامات متبادلة ، وتولي مسؤولية التنشئة الاجتماعية للأطفال".

وتعرفها آسيا بركات (2000)، الأسرة بأنها " عبارة عن مؤسسة اجتماعية ذات ثقافة مشتركة ، وهي اتحاد طبيعي ، ودائم ولازم لدوام الوجود الاجتماعي بصورة يقرها المجتمع ، وتحافظ على القيم

والأخلاق الدينية والتربوية والاجتماعية ، وتمارس تأثيرها في تعديل وتشكيل الشخصية الإنسانية بما تمنحه من حب لأعضائها ، ويقوم فيها الوالدين بدور مميز من خلال التوجيه والضبط".
تعرف الأسرة بأنها " البيئة النفسية – الاجتماعية الأساسية والأكثر تأثيرا في إكساب الأطفال اتجاهاتهم ومعتقداتهم وقيمهم ، وإحساسهم بذاتهم وأنماط سلوكهم وعلاقاتهم الشخصية ، وقد يسهم هذا التأثير سلبا في تطور أنماط من السلوك اللاتوافقي لدى الأفراد من أعضاء الأسرة ، وإيجابا في تغيير هذه السلوكات أو تعديلها". (طلعت منصور، 2008: 4)

هذا ومن خلال التعريفات السابقة يرى الباحث " أن الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى للطفل ، فهي تلعب دورا كبير في تنشئته وتربيته ، وتعليمه ، فهي تعمل على إكسابه جملة من الأخلاق والقيم وتقاليد مجتمعه ، وتلبي حاجاته الى الشعور بالأمن وتقدير الذات".
فالأسرة هي ذلك النظام النسقي الذي يعيش فيه أفراد الأسرة الواحدة يتأثرون ويؤثرون ببعضهم البعض وفق نموذج النسق الايكولوجي للأسرة ، الذي يتناول الأسرة كمنظومة واحدة أو كوحدة كلية ، حيث يؤثر جزء من النسق (العضو المعاق في الأسرة) ، في كل المنظومة الأسرية ، ويذكر طلعت منصور (2008) ، أهم افتراضات هذا النموذج منها:

- أن الفرد يستجيب للتغيرات التي تحدث في المنظومة الأسرية.
- أن المنظومة الأسرية تقاوم التغيير الشديد.
- توجد بنية محددة للأسرة.
- أن الفرد يكون أكثر استعدادا للتغيير في حالة تغير المنظومة الأسرية.
- تلعب التفاعلات الأسرية دورا أساسيا وحاسما في الحفاظ على توازن المنظومة الأسرية.
- أن المشكلات الفعلية والأفراد المشكلون في الأسرة ، يشكلون جزءا من المنظومة الأسرية
- للمنظومة الأسرية قواعد صريحة وضمنية تحكم سلوكات أعضاء الأسرة ، وتنظم العلاقات بينهم. (طلعت منصور، 2008: 4)

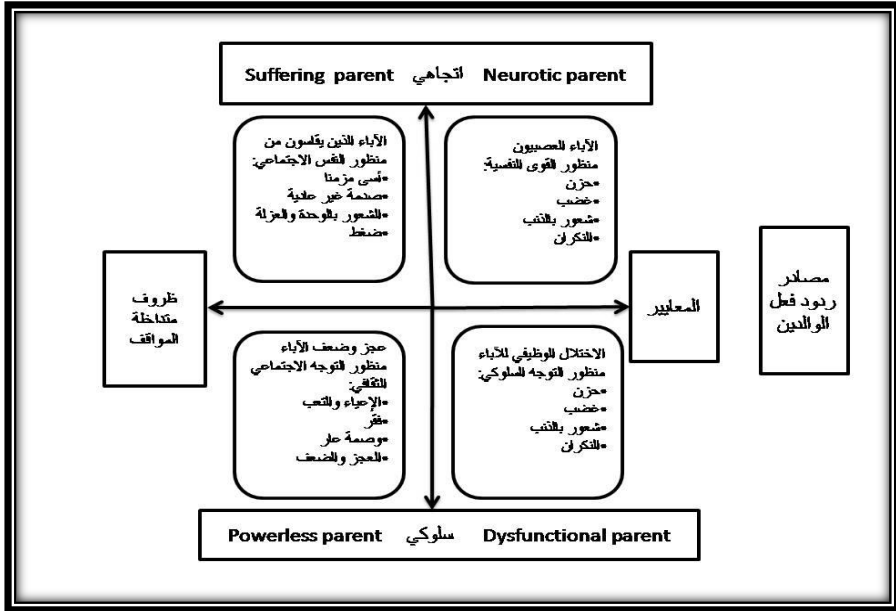
2- ردود أفعال ميلاد طفل معاق داخل الأسرة:

يمثل ميلاد طفل متخلف عقليا حدثا مؤلما للوالدين ، ويراه بعض الآباء بمثابة كارثة تؤرق حياتهم وتستثير فيهم الحسر والأسى ، فكل أسرة تعلم أن طفلها معوق عقليا تشعر بالقلق والاضطراب والارتباك وتفاوت درجات هذه المشاعر باختلاف شخصية أفراد الأسرة وخبراتهم واتجاهاتهم في الحياة ومعلوماتهم عن التخلف العقلي. فميلاد طفل معاق داخل الأسرة يعتبر حدثا ضاعطا على جميع أفراد الأسرة وخاصة الوالدين لما كان لهم من انتظارات عن ميلاد طفل معافي وسليم ، فالأسرة تعمل على تربية هذا الطفل وتنشئته ، وتدرسه وكل ما يترتب عن وجود طفل سليم داخل الأسرة ، لذا فإن ميلاد هذا الطفل المعاق يعتبر كتحطيم لمشروع خطط له من قبل الوالدين في ضوء ميلاد طفل سليم ، لذا فمن الطبيعي جدا أن يترتب عن ميلاد هذا الطفل المعاق عدة تبعات وردود نفسية وانفعالية سلبية من جانب الوالدين.

وفي هذا الصدد يشير عادل الأشول (1993) ، أن أهم الاستجابات الوالدية وردود أفعال والأمهات والآباء الشائعة عند ميلاد طفل معاق عقليا داخل الأسرة:

- 1- القلق ، الشعور بالإحباط والذنب واليأس والعجز عن مواجهة الموقف.

- 2- التشكيك في التشخيص.
- 3- الاعتراف بتخلف الطفل دون تبصر بإعادة المشكلة.
- 4- التبصر بمشكلة وقبول تخلفه والسعي إلى تعليمه وتأهيله. (زينب محمود شقير، 1999: 34)
- وهذا ما يؤكد لنا أنه عند ميلاد طفل معاق داخل الأسرة يصاحبه عدة مشاعر سلبية كالشعور بالذنب والإحباط واليأس وعدم القدرة على مواجهة الموقف من خلال التشكيك في التشخيص وعدم الاعتراف بالمشكلة، هذا وقد خلص كانر Kanner وفي ضوء الدراسات السابقة المتعددة حول ردود الوالدين، أنه توجد ثلاث أنماط للاستجابة الوالدية نحو ميلاد طفل معاق عقليا داخل الأسرة:
- 1- الاعتراف بالواقع العقلي (التسليم بواقع ميلاد طفل معاق عقليا): حيث تتقبل الأسرة أن طفلها متخلف عقليا، وتبدأ بالفعل في تعديل أسلوب حياتها مع ما يتلاءم مع حاجات الطفل المعاق، وتوفر له كافة أساليب الرعاية اللازمة ولا تنسى في ظل هذا الواقع حق أطفالها الأسوياء، كما أنها لا تنعزل اجتماعيا بل تستمر في حياتها الاجتماعية العادية.
- 2- إنكار الواقع: حيث تستمر الأسرة في إنكار أن طفلها معاق عقليا، بالرغم من تأكدها من العديد من المتخصصين، ومن كافة المقاييس النفسية التي توضح ذلك، وكثيرا ما تلجأ الأسرة إلى استخدام التبريرات المختلفة في قصور طفلها المعاق سواء في سوء تكيفه الاجتماعي أو في انخفاض مستواه التحصيلي.
- عجز كامل عن مواجهة الواقع الفعلي: هنا يأتي الرفض التام، والإنكار من وجود أي إعاقة عند طفلهم، ودائما ما يؤكدون لأنفسهم وللآخرين بأن طفلهم سليم. (زينب محمود شقير، 1999: 134).
- أما فرجيسون (2001)، فقد وضع نموذجا يوضح طبيعة ردود فعل الوالدين عند وجود طفل معاق لديهم، حيث أن نظريات المراحل لعملية تكيف الوالدين مع الإعاقة تعكس منظور القوى النفسية، التي ترى أن الوالدين يتقبلان طفلها خطوة خطوة، كما أن الانفعال كالغضب، والحزن والشعور بالذنب والنكران هو تعبير عن مشاعر مهمة وضرورية لعملية التكيف، أما نظرية الضغوط النفسية والاجتماعية تمثل منظور التوجه النفسي والاجتماعي الذي يفترض أن الإعاقة بالنسبة للوالدين تسبب حزنا وأسى وصدمة غير عادية، مما يجعل عملية تكيف أفراد الأسرة مع بعضها البعض تتأرجح بين التكيف وعدمه بسبب تلك الضغوط، أما التوجه الوظيفي (السلوكي)، فيؤكد على الاختلال الوظيفي السلوكي في أنماط الأدوار في حياة الأسرة، والعلاقة الزوجية، بالإضافة إلى مستوى ترابط الأسرة، هي بمثابة ردود فعل الوالدين، وأخيرا هناك بعض النظريات التي تمثل التوجه التفاعلي (التوجه الثقافي الاجتماعي)، كمنظريات نظم الأسرة، أو النظريات البيئية الثقافية التي تركز أيضا على العوامل السلوكية في الأسرة، وكذلك ضمن سياق المجتمع الذي تعيش فيه الأسرة، حيث أن ردود فعل الأسر الفقيرة أو حتى الأسر ذات الدخل المحدود، عند وجود طفل معاق، لا ترتبط بالإعاقة مباشرة بل بالظروف الاجتماعية والاقتصادية المتدنية والتي تشكل ردود فعل الوالدين الذين يعانون من إعياء الفقر ومتاعبه، وكذلك وصمة الإعاقة وهذا ما يوضحه المخطط التالي:



شكل رقم (10): يوضح طبيعة ردود فعل الوالدين حسب فرجيسون (2001).

(عبد الله الوابلي، 2002: 20-21)

نستخلص هنا أن ردود الوالدين تختلف من أسرة لأخرى، فمن الأسر من تقبل إعاقة طفلهم بكل واقعية وتتابع حياتها الاجتماعية بصفة طبيعية متكيفة مع واقع وجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة حيث تغير من أسلوب حياتها مع ما يتوافق واحتياجات طفلها المعاق عقليا دون إهمال أبنائها الأسياء، في حين هناك أسر لا تقبل واقع أن طفلها معاق عقليا لذا تبحث عن تبريرات غير منطقية بالرغم من تأكيد الفحوصات الطبية والنفسية والاجتماعية التي تؤكد أن الطفل معاق عقليا.

3- تأثير ميلاد طفل معاق عقليا على الأسرة:

تعتبر الأسرة هي المؤثر الأول في سلوك الطفل وتربيته، والأسرة بصفقتها وحدة اجتماعية أساسية في بناء المجتمع، وهي مركز تبادل الخبرات بين أفرادها فهم يتأثرون ببعضهم البعض وتتقارب مواقفهم وتتلاحم تعبيرا عن المشاركة الوجدانية والانفعالية لأي فرد من أفرادها. ومن هذا نستنتج أن وجود طفل متخلف عقليا داخل الأسرة يسبب مشكلات عاطفية ووجدانية وسلوكية واقتصادية واجتماعية لأسرته، فعندما يكتشف الوالدان تخلف طفلها الذهني ينتابهم عدة ردود سلبية كالصدمة والكران والغضب والحزن والاكئاب، وعدم الاستقرار النفسي والاجتماعي، والخوف الشديد على مستقبل طفلها. لذا فإن وجود طفل معاق داخل الأسرة يعني أن جميع الأسرة تعاني من الإعاقة، فهو يؤدي إلى اضطراب العلاقات الداخلية للأسرة، كما أن هذا الطفل المعاق يكون عبئا على الأسرة وهذا لعدم دراية الأسرة بإعاقة ابنهم وكذا عن كيفية تدريب وتوجيه الطفل المعاق، مما يترتب عليه إحباط الوالدين كما أن هذه الضغوط تشكل عبئا ثقيلا على الوالدين والأسرة وعلى المناخ الأسري. (ماجدة، خولة أحمد، 2005: 96)

وفي هذا الصدد يرى كل من بلشات، ليفابفر، ليفرت (2005)، أنه إذا كان مجيء الطفل في الأسرة يحتاج إلى بعض التعديل، فإن وجود طفل معاق داخل الأسرة يفرض مزيدا من الضغط على

الأسرة، فبالإضافة إلى فقدان الطفل الحلم والمثالي، يتطلب مجيء هذا الطفل المعاق إعادة تنظيم وظائف الأسرة، التي تشمل كل من الرعاية المطلوبة من أجل هذا الطفل، مواعيد الأطباء، البحث عن الخدمات، هذه المتطلبات تزيد من حدة الضغوط التي يعيشها الآباء، ويمكن أن تزعزع الاستقرار في العلاقة الزوجين بين الوالدين، وهذا ويرى الكثير من الباحثين أن الطفل المعاق هو مصدر يعزز ارتفاع مستوى الضغوط النفسية، وزعزعة العلاقات الأسرية ووظائفها.(عايش صباح، عبد الحق منصور، 2013: 2)

هذا وترى روجي عبدات (2007)، أن من أهم آثار الطفل المعاق على الأسرة الآثار الاجتماعية حيث يؤثر على علاقات الأسرة الخارجية، من حيث الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل فرص التواصل الاجتماعي لهذه الأسرة، وينعكس هذا التأثير على العلاقات الداخلية للأسرة وبين أفرادها، نظرا لانشغال الأم بشكل كبير بالطفل المعاق مما يقلل تلبية احتياجات بقية أبنائها العاديين، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمت زوجية ومشكلات أسرية، وأما عن الآثار النفسية فنجد ذلك في الضغوط النفسية التي تتعرض لها منذ ميلاد الطفل المعاق عقليا داخل الأسرة كردود الفعل التي تظهرها الأسرة كالصدمة النفسية والإنكار والرفض.(روجي عبدات، 2007: 10)

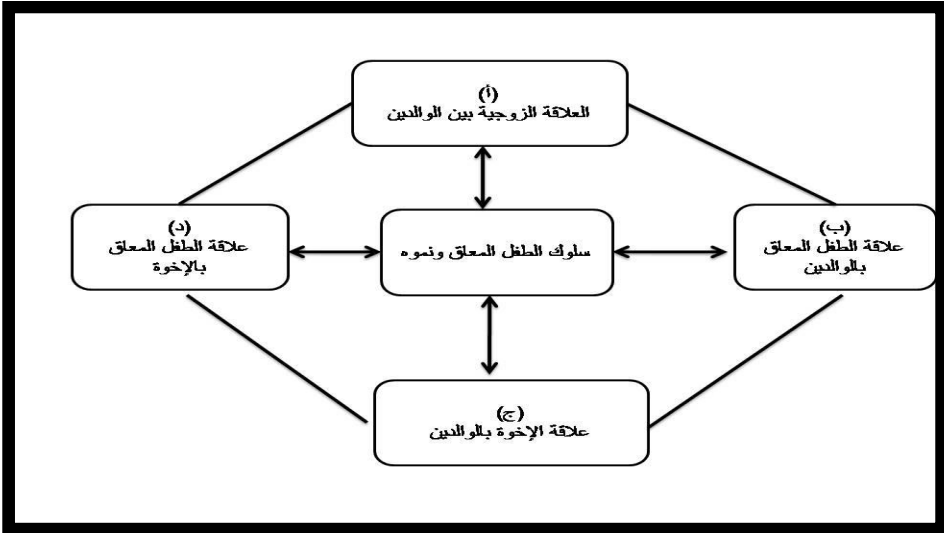
ويشير فاربر (Farber, 1959)، بأن وجود طفل ذو إعاقة ذهنية سوف يساهم في وجود نوع من التوقف أو الكبح لدورة حياة الأسرة، حيث قد تتغير أدوار الوالدين إلى حد ما، ذلك أنه بغض النظر عن ترتيب ميلاد هذا الطفل، فإنه يمثل دائماً مكانة الطفل الأصغر في الأسرة، أو الطفل في مرحلة ما قبل المراهقة، وطالما بقي هذا الطفل في المنزل فإن الأسرة تواجه صعوبة قصوى في الانتقال من مرحلة في دورة حياتها إلى المراحل الأخرى، ومما لا شك فيه عندما يظل أحد أبناء الأسرة في موضع الابن الأصغر يكون لزاماً معاملته على هذا النحو، فإن تأثير ذلك على حياة أخوته يصبح أمراً له أهميته ودلالته، فيشير فاربر من خلال الدراسات الموسعة التي أجريت على أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، أن قصور الطفل ذو الإعاقة الذهنية يميل إلى أن يؤثر على نمو الشخصية لدى الأخوة في الاتجاه السلبي.(مُحَمَّد الفليكاوي، 2007: 35)

كما أن وجود طفل معاق ذهنياً في الأسرة له تأثير كبير على بناء الأسرة ووظائفها وتطورها، حيث يسبب للأسرة بعض المشكلات الوجدانية والسلوكية والاقتصادية والاجتماعية، ومن جهة أخرى ينتاب هذه الأسرة شيء من عدم الاستقرار والخوف الشديد على مستقبل طفلهم، لذلك فإن قيام الأسرة بوظيفتها في تنشئة الطفل المعاق ذهنياً لا يسير في طريق ممد وسهل، بل يحف بدورها بعض الصعوبات مثل تباين اتجاهات الوالدين في تنشئة هذا الطفل وعدم التوافق بين الوالدين واختلاف كل منهما عن الآخر في طريقة معاملة أفراد الأسرة.(مُحَمَّد الفليكاوي، 2007: 36)

هذا ويذكر يحي (2009)، أن وجود الطفل المعاق داخل الأسرة يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أكثر تعقيداً، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغير في تكيف الأسرة، وإيجاد خلل في التنظيم النفسي والاجتماعي لأفرادها، بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل.(عدنان الحازمي، 2009: 33)

أما كل من فاداسي وزملاؤه (1984)، رأوا بأنه يجب النظر الى شكل العلاقة بين أفراد الأسرة التي لديها أطفال معاقون من منظور العلاقات المتداخلة والمتراصة التي تتأثر وتتوثر ببعضها البعض، لأن النظر الى تلك العلاقة ييم أفراد الأسرة في تعقيداتها المختلفة وأثر الاعاقة عليها قد يصعب تحليلها وفهمها من زاوية مستقلة، لذلك اقترحوا نموذجاً يعمل وفق نظام عقارب الساعة، الذي يمكن الباحثين من فحص

كل السبل المعقدة تماما التي من خلالها يؤثر كل فرد من أفراد الأسرة على سلوك الآخرين ، وكذلك على نمو سلوك الطفل المعاق ، وقد أشار الباحثون أن بداية تحرك عقارب الساعة سيكون من العلاقة الزوجية بين الوالدين (أ) التي يمكن أن تؤثر على نمو الطفل المعاق ، فميلاد طفل معاق داخل الأسرة يزيد من الضغوط على العلاقة الزوجية بين الوالدين أو قد يخلق ضغوطا جديدة ، أما علاقة الطفل بالوالدين الذي يمثل المؤشر الثاني من عقارب الساعة (ب) ، حيث أن خصائص الطفل المعاق تعد مصدرا يمكن التنبؤ به من خلاله بمستوى الضغوط التي قد يعاني منها الوالدان ، أما المؤشر الثالث والرابع من عقارب الساعة فهما مؤشران على علاقة الإخوة غير المعاقين بالوالدين (ج) ، وكذلك علاقة الطفل المعاق بالإخوة غير المعاقين (د). وهذا ما يوضحه المخطط التالي:



الشكل رقم (11): يوضح أثر العلاقة بين أفراد أسرة الطفل المعاق (عبد الله الوابلي، 2006: 28-29) هذا وقد أوضح القريوتي (2009)، أن أثر الإعاقة على الأسرة يتحدد بعدة عوامل نذكر منها:

- **المستوى التعليمي والثقافي للوالدين:** يلعب هذا العامل دروا مهما في تحديد طرق تربية الأبناء ، وكذا في درجة وعيهم بأسباب الإعاقة وطرق الوقاية منها ، كما أنه يؤثر على المستوى المعيشي والاقتصادي للأسرة مما يجعله يخفف من تكاليف الطفل المعاق.

- **حجم الأسرة:**

يؤثر حجم الأسرة ويتأثر بالإعاقة ، فولادة طفل معاق في الأسرة الكبيرة غالبا ما يكون له وقع أخف على أفرادها ، فوجود عدد من الأبناء العاديين يعزي أسرة الطفل المعاق كما أن إخوة الطفل المعاق يساعدون الوالدين في رعاية هذا الطفل ، مقارنة بالأسرة صغيرة الحجم التي تتأثر سلبيا بميلاد طفل معاق داخل الأسرة وسيزيد من الأعباء المترتبة عليها خاصة الوالدين .

- **نوع الإعاقة وشدتها:**

ترتبط ردود فعل الأسرة وطريقة تفاعلها مع طفلها المعاق ارتباطا مباشرا بنوع الإعاقة وشدتها ، فولادة طفل معاق عقليا يختلف عنه إذا ما كانت الإعاقة حسية ، وكذا شدة الإعاقة فإصابة الطفل إذا كانت بسيطة تختلف عن ما إذا كانت الإصابة شديدة.(عدنان الحازمي، 2009: 34-35)

● جنس المعاق:

تختلف استجابات الأسرة نحو طفلهم المعاق تبعاً لجنسه، فولادة ذكر معاق في الأسرة يزيد من الشعور بالأسى والحزن، عكس ما إذا كان المولود أنثى فإن له وقع أخف على الأسرة، ويعززون ذلك إلى كون الذكر هو من سيحمل اسم العائلة، على عكس الفتاة التي تتزوج، ومن جانب آخر نظرة الأسرة نحو ابنتهم المعاقة تشوبها الكثير من المخاوف والشعور بالقلق على مستقبلها ومصيرها في ما يتعلق بقيم الزواج وعاداته وما يمكن أن تواجهه من مشكلات في تعامل باقي أفراد المجتمع معها خاصة بعد وفاة والديها وأيضاً نظرتهم خصوصاً من الجوانب الأخلاقية والسلوكية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه المخاوف تزداد بين أسر المتخلفات عقلياً.

● إمكانات الأسرة الهادية والاجتماعية:

إن إمكانات الأسرة الهادية تساعد على التعايش مع الأزمة فعند توفر الإمكانيات المالية، تصبح الأسرة أكثر قدرة على التعايش مع حالة الإعاقة لأن وجود حالة الإعاقة بالأسرة يستنزف الموارد المالية، لذا فإن عدم توفر المصادر الهادية الكافية يترتب عليه مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تثقل كاهل الأسرة.

أما من الناحية الاجتماعية فإن الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه أسر الأطفال المعاقين من الأقارب والأصدقاء والجيران والمتخصصين، يسهل عملية التعايش مع الإعاقة، ويقلل من هروب الأسرة من المواقف الحياتية الاجتماعية، حيث يحد وجود طفل معاق داخل الأسرة من أنشطتها، كونه يحتاج لرعاية مستمرة وخاصة مما يحد من مشاركة الأسرة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة وحتى من الاستمتاع بأوقات الفراغ والعطل لأنه يأخذ كامل الوقت والأهمية، فالإمكانات الاجتماعية غير الملائمة تعمل على عزل الأسرة وشعورها بالإجهاد والاستنزاف. (إبراهيم القربوتي، 2009: 4)

هذا ويذكر الباحث أن لميلاد طفل معاق داخل الأسرة له تأثير كبير على النسق الأسري لهذه الأسرة، فنظام أي أسرة ما يعتمد على الاهتمام المتبادل بين أفراد الأسرة الواحدة، وكذا على التفاعل والاتصال الجيد بين أفرادها، فهي تقوم على مجموعة من الأهداف يعمل أفرادها على تحقيقها، لذا فإعاقة الطفل لها من التأثير على النسق الأسري ما يحدث الخلل على التوافق الأسري لأي أسرة، لأنه بوجود هذا الطفل داخل الأسرة تتغير اهتمامات الأسرة وتتغير خططها المستقبلية وهذا كله من أجل الاهتمام بهذا الطفل المعاق عقلياً، إضافة إلى ذلك أن هذا الطفل يأخذ كامل اهتمام الوالدين مقارنة بأبنائهم الآخرين هذا ما يترك الأثر في نفسية الأبناء، فأخوة الطفل المعاق يتأثرون سلباً بميلاد هذا الطفل باعتبارهم جزء من النسق العام للأسرة احد أفرادها المهمة، حيث أنهم سيتحملون نوعاً من المسؤولية في الاهتمام بأخيهم المعاق مما يشعرهم بنوع من الضغط النفسي، وهذا قبل أن ينمو لدى الأطفال الاستعداد لتحمل المسؤولية، فالطفل المعاق يتطلب الكثير من الاهتمام والذي لا يستطيع الوالدين توفيره دائماً، مما يدفع الأبناء إلى المساعدة وهو الدور الذي لا يستطيعون القيام به، وهذا ما يجعل الأبناء يحرقون الكثير من مراحل النمو النفسي لهم لتحمل مسؤوليات وأعباء لا تليق بالعمر الزمني لهم، وقد يكون إخوة الطفل المعاق اتجاهاً سلبياً نحو أخيهم المعاق لأنه يأخذ الكثير من الاهتمام من الوالدين اللذان يتشارك فيهم كامل أفراد الأسرة.

4- الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة العقلية على الوالدين:

إن أول ما يواجه أسر المعاقين ، عند ميلاد طفل معاق داخل الأسرة هو فقدان الطفل الحلم ، فيكون هناك بعض التقطع والتوتر في العلاقات الأسرية ، فالآباء الذين طالما حلموا بحمل طفلهم ، وإطعامه وكسوته كغيره من الأطفال العاديين ، يجدون أنفسهم أمام تحدي جديد وهو أن هذا الطفل دائم الاعتماد عليهم ، مما يشعرهم بالإحباط والأسى ، فحسب بلاشر (Blacher ; 1984) ، فإن تشخيص الإعاقة يؤدي بمعظم الآباء الى فترة من الحداد والاكئاب ، وعملية الحداد ليست مرتبطة بأن الطفل مات ، بل بصورة الطفل التي حلموا بها. (عايش ، منصورى ، 2013: 202).

وهذا ما يؤكد أن وجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة هو تعيين لعامل الضغط من شأنه أن يؤثر على النمو المستقبلي للأسرة على كل المستويات ، فالعلاقات الأسرية تتأثر بوجود هذا الطفل داخل الأسرة ، وكما ذكرنا سابقا ، فالأسرة بكاملها هي عبارة عن نسق إيكولوجي ، إذا تأثر عضو واحد في الأسرة فإن جميع أفراد الأسرة يتأثرون بهذا الفرد ، وهذا ما ينعكس سلبا على التوافق الأسري كله للأسرة ، وهذا ومع حقيقة أن الآثار والنتائج المترتبة على وجود أو ميلاد طفل معاق داخل الأسرة تشمل جميع أفراد الأسرة ، إلا أن الأبوين هما الأكثر عرضة لخطر المشاكل والضغوط النفسية ، لأن الوالدين هم أكثر من سيتعامل مع هذا الطفل وخاصة مع سقوط صورة الطفل الحلم التي كانت في أذهانهم ، فإن لهذا الأمر تأثير كبير على الحالة النفسية والانفعالية للوالدين.

هذا وقد دلت بعض الدراسات على وجود تباين في استجابة وردود الفعل لدى والدي الطفل المعاق وما يترتب عليها من نتائج ضارة بالصحة الجسمية والنفسية لهم ولوظائفهم المعتادة ، أن الأمهات أكثر عرضة للمعاناة من هذه النتائج الضارة مقارنة بالأب (Winzer ; 1990) ، هذا وأبرز المشكلات التي تواجه والدي الطفل المعاق تشمل الخلافات الزوجية ، والصعوبات المادية إضافة الى الآثار النفسية والانفعالية كالاكتئاب والقلق والشعور بالذنب والأسى. (اللوزي ، الفايز ، 2008: 92)

هذا يشير الوابلي (2002) ، أن هناك العديد من الدراسات مثل دراسة كل من فينتيرا (1987) ، لنجو وبوند (1984) ، شيرمانوكوكوزا (1984) ، مكبين (1988) ، تروث (1990) ، برادلي (1991) ، براغ ، بروان وبرانجر (1992) ، السرطاوي (1991) ، دايسون (1997) ، روسو وفالن (2001) ، والتي حاولت الكشف عن أثر الإعاقة على الوالدين ، حيث جاءت نتائج الدراسات متباينة حول معدل الطلاق ، الانفصال ، بالإضافة الى مستوى الرضا عن العلاقة الزوجية ، حيث توجد دراسات تظهر وجود خلافات زوجية تؤدي الى الطلاق ، في حين العكس توجد دراسات على تماسك أسرة الطفل المعاق ، كما أظهرت كذلك أن الآباء أكثر عرضة للاضطرابات الانفعالية كالاكتئاب أو انخفاض مستوى تقدير الذات لديهم ، أن لشدة إعاقة الطفل المعاق المصحوبة بتدهور الحالة الاقتصادية والمادية تأثير كبير على الحالة العامة للأسرة ، وكذا أشارت هذه الدراسات على أن تكيف الأسرة وانسجامها يرتبط بكل من درجة الإعاقة ، نوع الجنس ، درجة الانفعال ، كما أكدت على أهمية كل من المستوى التعليمي والاقتصادي للأسرة على التوافق بين الزوجين أو الوالدي. (عبد الله الوابلي ، 2006: 23)

هذا وتذكر ماجدة عبيد (2000) ، أن من أهم آثار وجود طفل معاق على الأسرة أنه تزداد الروابط بين الزوجين إذا كنت العلاقة الزوجية قوية منذ البداية قبل قدوم الطفل المعاق ، وتفتك الروابط بين الزوجين إذا كان الزواج هو الرباط الوحيد ولاشيء غيره ، فيسبب قدوم الطفل كثيرا من الخلافات والمشاحنات الأسرية بين الزوجين ويتهم كل منهما الآخر بأنه مصدر المشكلة. (ماجدة عبيد ، 2000: 191).

هذا وقد أكدت دراسة كل من منى الحديدي (1994)، فؤاد هدية (1995)، كاشف (2000)، بيومي (2003)، عواد (2005)، عبد المعطي (2006)، أن أسر الأطفال المعاقين عقليا أكثر عرضة للضغوط النفسية، وتشير كذلك الى تأثير الضغوط النفسية بكل من المتغيرات التالية: درجة الإعاقة، المستوى التعليمي للوالدين والمستوى الاقتصادي، كما تبين ارتفاع الضغوط النفسية مع ارتفاع شدة الإعاقة، وكذا ارتفاع الضغوط النفسية عند ذوي المستوى التعليمي العالي، والمستوى الاقتصادي المرتفع مقارنة بمن هم أقل منهم في المستوى التعليمي والاقتصادي، ما بينت هذه الدراسات على أثر المتغيرات التالية: نوع الإعاقة وجنس الولد على الضغوط النفسية. (غزلان الدعدي، 2008: 66)

أما إكلينيكيا فإن العلاقة بين الأم والطفل الحلم الذي يتبدد مع إن تعلم بغير إعاقة ابنها، قد تكون حاجزا في التفاعلات التقييمية للأم اتجاه رضيعها، فالطفل بفضل خصائصه الوظيفية، بجسمه وحواسه التي يتصل بها مع أمه، والتي يثير بها الأم والتي هي بدورها تعطيها معنى، فخصوصيات هذا الطفل لها أثر على الوالدين، العيوب والعاهات تحدث اضطراب خطير في التوازن الاقتصادي للوالدين، ويمكن أن تسبب صدمة نفسية خاصة للأم فهي جرح نرجسي لها، بمصطلح آخر كل باتولوجيا عند الطفل تؤدي الى إخفاق في اللولب التبادلي. (ابن الطيب فتيحة، 2008: 29).

هذا ويذكر الباحث أن لميلاد طفل معاق عقليا داخل الأسرة تأثير كبير على كامل أفرادها، خاصة الوالدين فطبيعة الطفل الحلم والمنتظر تتبدد في نظر الوالدين ما إن يسمعا بالخبر، ويتعرضان لجملة من ردود الفعل السلبية نتيجة للضغوط النفسية لميلاد هذا الطفل، فهما المعنيان بالأمر، ويأخذ وجود هذا الطفل منحى آخر في حياتهم الاجتماعية وفيما بعد لما له من التأثير على الاستقرار الأسري، وكذا على استقرار العلاقة الزوجية التي تأخذ منحى سلبيا كالخوف من إنجاب طفل معاق في المستقبل، كثرة الاهتمام بالطفل المعاق وإهمال باقي أفراد الأسرة وخاصة إهمال الزوجة لزوجها لانشغالها الكامل بتربية طفلها المعاق، وكذا تعرضها للآثار النفسية والانفعالية كالاكتئاب والقلق والشعور بالذنب والأسى، كما يتأثر الوالدان بالحالة الاقتصادية للأسرة لأنها ستتحمل الكثير من الأعباء المادية في سبيل تربية هذا الطفل المعاق.

5- الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق عقليا:

إن طبيعة ردود فعل الوالدين اتجاه الطفل المعاق، تشكل من منظور القوى النفسية مجمل تلك الانفعالات أو المشاعر التي تتحول مع مرور الوقت إلى اتجاهات لدى الوالدين (Verguson, 2001)، لذلك تصبح الاتجاهات الوالدية سواء أكانت سلبية أو ايجابية محور العلاقة الأسرية، بمعنى أن جميع أفراد الأسرة قد يتأثرون بها، فالشكل النهائي لطبيعة الاتجاهات وشكل العلاقة بين أفراد الأسرة تحدده العديد من العوامل والمتغيرات، وبالتالي نجد أن معظم الدراسات التي حاولت دراسة الاتجاهات لدى الأسر التي لديها أطفال معاقون قد اقترنت بالعديد من المتغيرات كخصائص الأسرة الديموغرافية، وكذلك خصائص الطفل المعاق التي يمكن على ضوءها تحديد أثر الإعاقة على مستوى العلاقة بين جميع أفراد الأسرة. (عبد الله الوابلي، 2006: 15)

هذا ويعرف سارتن (1967)، الاتجاه على " أنه نزعة الفرد أو ميله للاستجابة بطريقة سلبية أو ايجابية نحو موضوع ما، في حين يعرف البورت بأنه استعداد الفرد ونزعه للاستجابة بطريقة ما، كما يمثل الاتجاه توجهاً نحو موضوع أو ضده، وغالباً ما يأخذ الاتجاه شكل الثبات النسبي في السلوك الإنساني. فهو يتضمن الاستعداد أو الميل للاستجابة، أثر الاستعداد على السلوك نحو المواقف والموضوعات المختلفة، يتصف بالثبات النسبي، الاستجابة إما ايجابية أو سلبية، ويتكون الاتجاه من مكونين: مكون معرفي

ويشمل الأفكار والمعلومات والمعتقدات المتوفرة عند الفرد والمتعلقة بموضوع الاتجاه أما المكون الثاني: انفعالي ويتمثل بمدى تأثر الفرد الانفعالي بموضوع الاتجاه، أما المكون الثالث: سلوكي ويشمل سلوك الفرد واستجابته لموضوع الاتجاه بناء على الأفكار والآراء التي كونها عن الموضوع، ويذكر بلقيس ومرعي (1984)، بأن الاتجاهات قابلة للاكتساب والتعلم والانطفاء، وأنها ترتبط بالإدراك ارتباطا مباشرا، وتتأثر بخبرة الفرد وتؤثر فيها، كما أن الاتجاهات غير ثابتة وأنها قابلة للتغير والتطور تحت ظروف معينة.(مني سعود، أسامة البطاينة، 2012: 507)

ويذكر غودناي وآخرون (2005)، أن بعض التشوهات الخاصة بالرضيع يمكن أن تؤدي إلى الرفض والإهمال الأمومي، والوالدية في هذه الحالة يعبر عنها بمصطلح الرفض أو الحماية المفرطة، كموقفين متناقضين لكن يمكن ملاحظة مواقف وسيطية يتجه بها الآباء نحو أبنائهم وقبول هذا الطفل كما هو، وتكييف سلوكياتهم اتجاه تنظيم حياتهم في ظروف ملائمة لنمو أحسن في حالة تضافر الجهود.(ابن الطيب فتيحة، 2008: 29)

إن نظرة الأسرة نحو الطفل المعاق تؤثر إلى حد كبير في أسلوب تعاملها فهناك أسلوب يتسم بالترفة بين الطفل العادي والمعاق، حيث يفضل الأول على الثاني الأمر الذي يجعل حالة الإعاقة تتفاقم سوء ودرجة، وهناك أسلوب أشد وقعا من الأسلوب الأول عندما يتبع الوالدان وهو أسلوب النبذ والكره سواء كان صريحا أو مستترا، إذ يؤدي إلى تفاقم المشكلة بشكل شديد، كما تتسبب في الذات الوقت تعدد حالات الإعاقة، هذا وقد يتبع بعض الآباء أسلوب الحماية المفرطة نتيجة لشعورهما بالذنب اتجاه ابنهما المعاق، وهذا هو الآخر له تأثير سلبي في بلورة وتشكيل شخصية إذ قد يغرس في النفس الاعتمادية وعدم الثقة بالنفس والخوف والتردد.(قحطان الظاهر، 2008: 43)

هذا وتعتبر تعتبر الاتجاهات (سلبية كانت أم إيجابية) من العوامل الهامة والتي تؤثر على مفهوم ذات المعاق، حيث أن ما يترتب على الاتجاهات الإيجابية هو الدعم والتكيف الأمثل والخروج بمفهوم ذات إيجابية للمعاق. في حين أن الاتجاهات السلبية والتي من نتائجها بطبيعة الحال وصم الفرد بصفة معينة (Stigma) والتي قد تعمل على إعاقة الفرد وبالتالي فقد تؤدي إلى ظهور مشكلات مرتبطة بصورة الفرد عن ذاته (Self-concept Image) كظهور مشكلات غير تكيفية ضمن المحيط والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها للفرد كالانسحاب والخجل والقلق والخوف ومشاعر الإحباط. (فاروق الروسان، 2008).

هذا ويذكر الباحث أن الآثار ميلاد أو وجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة تأثير على تكوين اتجاه معين من الوالدين اتجاه ابنهم المعاق، وقد تكون هذه الاتجاهات ايجابية أو سلبية تبعا لعدة متغيرات اجتماعية أو نفسية، فالإتجاهات ترتبط بالإدراك ارتباطا مباشرا، أي كيف يدرك الوالدان إعاقة ابنهم، من خلاله يتم تكوين اتجاه معين نحوه، وتبعا لاتجاه الوالدان نحو ابنهم المعاق يكون اتجاه الأسرة بكاملها، فإذا كان اتجاه الوالدان سلبيا فإن باقي أفراد الأسرة سيقومون بالإهمال أخيهم المعاق لعدم وجود اهتمام وتقبل من طرف الوالدان لأن النظرة الإيجابية أو الاتجاه الإيجابي للوالدين اتجاه ابنهم المعاق سيجعل باقي أفراد الأسرة يتضافرون من أجل الاهتمام ورعاية هذا الطفل المعاق، وقد تكون الإتجاهات السلبية التي يكونها الوالدان اتجاه ابنهم المعاق كأسلوب مقاومة لتخفيف الضغوط الناتجة عن فقدان الطفل الحلم وعن تبعات الإعاقة النفسية والاقتصادية على الأسرة.

6- الحاجات الإرشادية لوالدي الطفل المعاق عقليا:

لقد ظل الطفل المعاق واحتياجاته لفترة طويلة مركز اهتمام الباحثين دون الاهتمام بالأسرة أو تسليط الضوء على احتياجاتها، ومدى تأثير العلاقة بين الزوجين أو تأثير أفراد الأسرة لعدم إشباع هذه الحاجات، وتنوع هذه الحاجات من حاجات إرشادية لرعاية الطفل، ومعرفة لتتعرف على أفضل الطرق للتعامل مع الطفل، واحتياجات معلوماتية لمعرفة معلومات أكثر عن طبيعة الإعاقة التي أصابت الطفل وأسبابها، واحتياجات نفسية وتربوية وتعليمية ومهنية مرتبطة بتنشئة الطفل ومستقبله. (أيمان كاشف، 2000: 89)

هذا وتشير تروجونكي (2002)، في دراستها على الأطفال المعاقين وأسرهم، أن تلبية حاجات الأطفال المعاقين يؤدي إلى إشباع حاجات أسرهم، وكذلك فإن تحديد حاجت أسر المعاقين عقليا يلعب دورا هاما عند تصميم برامج تدريب الأسر حيث أن الخدمات التي ستوجه لأسر المعاقين عقليا يجب أن تقدم بصورة علمية منظمة، حيث يجب أن تستند إلى نظام للتقييم لضمان تلبية احتياجات أسر المعاقين عقليا الأساسية والفعالية التي هم بحاجة ماسة إليها، حيث أن تصورات أسر المعاقين للاحتياجات قد تختلف مع تصورات الأشخاص العاملين مع أطفالهم المعاقين، لذا يجب تحديد هذه الاحتياجات الأسرية بعناية، لأن ذلك يؤدي إلى إشباعها وإلى تحسين مستوى الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين عقليا، وبالتالي تحسين تكيفها مع الإعاقة. (عمر عبد العزيز 2012: 802).

هذا ويذكر عدنان الحازمي (2009)، أنه يمكن تلخيص أهم حاجات أسر الأطفال المعاقين عقليا إلى:

1- الحاجات المعرفية:

يذكر عبد الغني (2008)، أن المعلومات وطريقة الحصول عليها من الحاجات الضرورية لأسر الأطفال المعاقين عقليا، حيث أن حاجة هذه الأسر لفهم إعاقة ابنهم بصورة أعمق مفيدة لتصور ما يتوقعونه مستقبلا، وأيضا هم بحاجة لمعلومات تتعلق باحتياجات التلميذ، وكيفية مساعدته ضمن نطاق روتين الحياة اليومية، كما تعتمد طبيعة الحاجة للمعلومات على نوع الإعاقة وشدها ومتغيرات أخرى، كمستوى تعليم وثقافة الوالدين.

هذا ويؤكد الخطيب (2008)، أن أسر المعاقين عقليا إلى تفسير حالة ابنهم المعاق للآخرين وخصوصا الإخوة والأصدقاء والأقارب، ومن هنا تنبثق أهمية تأسيس مراكز للمصادر المعرفية، لأن هذه المراكز تعد من الطرق الناجعة والفعالة لتلبية حاجات أسر الأطفال المعاقين عقليا المعرفية، وهذا وتمثل الحاجات المعرفية لأسر المعاقين عقليا في الحاجة إلى المعلومات عن حالة ابنهم المعاق، وكذا البرامج الإرشادية للتعامل مع ابنهم المعاق. (عدنان الحازمي، 2012: 39)

2- الحاجات المادية:

يكلف الطفل المعاق عقليا أسرته الكثير، فهي تحتاج الدعم المالي لتأمين المستلزمات الأساسية للمعاق عقليا كالرعاية الصحية، وتأمين المواصلات والخدمات المساندة الإضافية كاللتنظيف والنظفي، والتدريب المهني، وتوفير وسائل تعليمية وترفيهية للابن المعاق عقليا.

فهم أكثر تعرضا للمشاكل الاقتصادية، فقد أشارت عدة الدراسات إلى أن أسر الأطفال المعاقين عقليا يواجهون مشكلات مادية بسبب احتياجات الطفل المعاق للعلاج والرعاية الطبية، بالإضافة إلى المعدات الطبية الخاصة، بالإضافة إلى خدمات أخرى مساندة، كل ذلك يعمل على استنزاف موارد أسر الأطفال المعاقين عقليا، ولصعوبة توفير الموارد المادية فإن ذلك لا يسهل التعايش أسر الأطفال المعاقين

وتكيفهم ، لذلك ينبغي تلبية تلك الحاجات ومحاولة تلبيتها بالطرق الممكنة. (جبالي صباح، 2012: 122)

3- الحاجات النفسية والاجتماعية:

تتمثل الحاجات النفسية والاجتماعية والنفسية لأسر الأطفال المعاقين عقليا في الحاجة الى الدعم المعنوي من الأقارب والأصدقاء ، فإعاقه الطفل قد تجر الأسرة الى الانسحاب والعزلة الاجتماعية ، هذا وتأخذ الحاجات الاجتماعية شكلين أساسيين هما الدعم الرسمي وغير الرسمي ، فالدعم الرسمي هو الدعم الذي تحصل عليه الأسر من الحكومات والجمعيات الخيرية والاختصاصيين ، أما الدعم غير الرسمي فهو الذي تحصل عليه من الأهل والأقارب والأصدقاء ، وكذا الحاجة الى برامج إرشادية متخصصة في الدعم النفسي ، والحاجة لتفعيل برامج موجهة عبر الإعلام لتوعية المجتمع بفئة المعاقين عقليا وأسره ، وتوفير أماكن للترفيه والأنشطة الرياضية. (عمر عبد العزيز، 2012: 803)

فأسر الأطفال المعاقين عقليا بحاجة الى نظام من الدعم الذي يساعدهم على اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لتربية وتعليم أبنائهم بفعالية ، ويتمثل ذلك الدعم بتوفير المعلومات عن إعاقة ابنهم والمساندة المادية والاجتماعية والنفسية ، والتي تجعلهم يشعرون بأنهم يحظون بعناية وتقدير الآخرين .
ففي دراسة لتيرن بيل (1990) : ويربط المراحل التنموية لدورة الحياة الأسرية بالضغوط التي تتعرض لها أسرة الطفل المعاق وما يرتبط بها من احتياجات إرشادية :

- 1- مرحلة حمل الطفل ورضاعته والحاجة الى تلقي تشخيص دقيق عن حالة الطفل ،عمل توافقات انفعالية ،إخبار باقي أفراد الأسرة.
- 2- مرحلة الطفولة وعمر المدرسة والحاجة الى توضيح وجهات النظر الشخصية بالأوضاع السائدة للطفل ، والتعامل مع ردود فعل أقران الطفل ، والترتيب لرعاية الطفل والأنشطة الممكنة.
- 3- مرحلة المراهقة ومواجهة الحالة المزمنة لإعاقة الطفل ، التعامل مع المشكلات الجنسية ، التغلب على رفض وعزلة المراهق من قبل الأقران ، التخطيط للمستقبل المهني للمراهق المعاق.
- 4- الانطلاق والتوافق مع المسؤولية المستمرة للأسرة ، اتخاذ قرار بشأن الوضع السكني اللازم ،التعامل مع انعدام فرص الدمج المجتمعي.
- 5- مابعد الوالدية وإعادة تكوين العلاقات بين الزوجين في ضوء حالة الطفل ، التفاعل مع مقدمي الخدمات البديلة من المتخصصين للفرد المعاق ، التخطيط للمستقبل.

إن المشكلات والاحتياجات الأسرية تزيد من الإحساس بالضغوط مما ينعكس على توافق الأسرة واستقرارها ، وبالتالي لا يمكنها تلبية احتياجات التغير المستمر في الدورة الأسرية وعندما تتزايد الضغوط التنموية مع ازدياد الضغوط الخارجية والنفسية فإن القضايا الأسرية يصعب حلها ، حيث تتوقف دورة الحياة الأسرية عند نقطة معينة لا تتخطاها.

وفي البيئة المصرية أظهرت نتائج دراسة أيمن كاشف (2000): أن أهم الضغوط التي يمكن أن تعاني اسر الأطفال المعاقين وهي:

- ضغوط رعاية الطفل . * ضغوط الهموم المستقبلية.
- ضغوط التوافق الزوجي . * ضغوط ردود فعل الآخرين.
- ضغوط الأبناء العاديين . * ضغوط مادية.

- ضغوط خصائص الإعاقة. * ضغوط مجتمعية. وقد ارتبطت هذه الضغوط بمجموعة من الاحتياجات الأسرية:
 - احتياجات معرفية. * الحاجات المستقبلية.
 - احتياجات مادية. * حاجات رعاية الطفل.
 - الحاجة الى توفير الخدمات. * حاجات رعاية الأبناء العاديين.
 - الحاجة لدعم الزوج. * الحاجات المرتبطة بالمجتمع. (أيمان كاشف، 2000: 91)
- هذا ويذكر الباحث أن لوجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة تأثير كبير على الأسرة بكاملها والوالدين بصفة خاصة، كما أن للطفل المعوق حاجات خاصة، فإن للوالدين أيضا حاجات خاصة، يجب العمل على تلبيتها وهذه الاحتياجات تختلف من احتياجات معرفية كالحاجة الى المعلومات عن إعاقة الطفل وكيفية تربيته، وعن طرق الحصول على المساعدة والمراكز المتخصصة، الى الحاجات المادية فينبغي تفهم حاجة الأسر إلى توفير العناية الطبية والخدمات التربوية والمساندة لطفلها المعوق. فكثيرا ما تشكل مثل هذه العناية الطبية المستمرة عبئاً مالياً كبيراً بالنسبة لمعظم الأسر وقد تعمل على استنزاف مواردها المالية، الى الحاجات الاجتماعية كالحاجة الى الدعم النفسي والاجتماعي من طرف الأهل والأصدقاء وكذا المؤسسات الحكومية والجمعيات وهذا من أجل مساعدة هذه الأسر على تخطي الظروف والضغوطات التي تمر بها، هذا وتختلف أسر الأطفال المعاقين عقليا في كيفية إشباع هذه الاحتياجات وتتأثر هذه الطرق والأساليب بمستوى تعليم الوالدين، ومستوى الخدمات المتوفرة، ومدى توافر المعلومات المسهلة للحصول على هذه الخدمات، والمعتقدات والقيم المسيطرة على هذه الأسرة.

خاتمة:

إن ميلاد طفل معاق عقليا داخل الأسرة له تأثير كبير على أفرادها خاصة الوالدين، هذا وتختلف انعكاسات هذه الأزمة وردود الفعل من أسرة لأخرى، فهو يشكل صدمة نفسية لهم، يتبعها إنكار للتشخيص وشعور بالذنب ثم التبصر بمشكلة وقبول تخلفه والسعي إلى تعليمه وتأهيله، فللطفل المعاق عقليا تأثير كبير على الأسرة من مختلف النواحي، فوجود هذا الطفل المعاق داخل الأسرة يفرض مزيدا من الضغط على الأسرة، فهو يتطلب إعادة تنظيم وظائف الأسرة، التي تشمل كل من الرعاية المطلوبة من أجل هذا الطفل المعاق كما يفرض إعادة النظر في كيفية التعامل والتوفيق بين احتياجاته واحتياجات إخوته العاديين، وهذا ما يتطلب احتياجات إرشادية مختلفة بالنسبة للطفل المعاق ولأسرته.

المراجع:

- 1- إبراهيم أمين القريوتي (2009)، دعم أسرة الشخص المعاق نفسيا واجتماعيا، مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور المعاقين في دعم أسرة الشخص المعاق، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس.
- 2- ابن الطيب فتيحة (2008)، التخلف العقلي عند الطفل وآثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.
- 3- أيمن مُجّد كاشف (2000)، حق أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الحصول على الخدمات الإرشادية، المؤتمر العلمي الأول، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة بنها.
- 4- جبالي صباح (2011)، الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس-سطيف-، الجزائر.
- 5- خولة احمد يحيى، ماجدة السيد عبيد (2005)، الاعاقة العقلية، عمان، دار وائل لمنشر والتوزيع، الطبعة 1.
- 6- روجي مروح عبدات (2008)، الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على إخوة الأشخاص المعاقين، كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة.
- 7- زينب محمود شقير (2009)، مقياس تشخيص معايير جودة الحياة للعاديين وغير العاديين. كلية التربية، جامعة طنطا، الطبعة الأولى. مصر.
- 8- صلاح حمدان اللوزي، عبد الكريم متعب الفايز (2008)، أثر وجود طفل معاق على الوالدين، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 1، العدد 1.
- 9- عايش صباح، منصورى (2013)، الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين، دراسات نفسية وتربوية، العدد 11، جامعة وهران، الجزائر.
- 10- عبد الله بن مُجّد الوابلي (2006)، أثر الإعاقة على التوافق الأسري، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد الثامن، الرياض.
- 11- عدنان ناصر الحازمي (2007)، الإعاقة العقلية دليل المعممين وأولياء الأمور، عمان دار الفكر، الطبعة الأولى.
- 12- عزي الحسين (2013)، الأسرة ودورها في تنمية القيم الاجتماعية لدى الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير، جامعة المسيلة، الجزائر.
- 13- عمر فواز عبد العزيز (2012)، حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وعلاقتها بالجنس والعمر ودرجة الإعاقة للمعاقين عقليا، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 1، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الملك عبد العزيز.
- 14- غزلان شمسي مُجّد الدعدي (2008)، الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 15- فاروق الروسان (2008)، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان، دار الفكر، الطبعة 4.

- 16- قحطان أحمد الظاهر (2009)، اتجاهات معلمي التربية الخاصة والعامة نحو دمج المتعلمين المعاقين عقليا إعاقة بسيطة، كلية الصيدلة والعلوم الطبية، جامعة عمان الأهلية.
- 17- ماجدة السيد عبيد (2000)، تعليم الاطفال المتخلفين عقليا، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة1.
- 18- مُجد عيسى إسماعيل غريب مُجد الفليكاوي (2007)، الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي.
- 19- مصطفى بوتقنوش (1984)، العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، ديوان المطبوعات الجزائرية.
- 20- منى مُجد أبو شعيب سعود، أسامة مُجد البطاينة (2011)، أثر برنامج تدريبي في تعديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم، دراسات العلوم التربوية، المجلد 38.
- 21- هميلة شادية (2010)، الإستراتيجية الأسرية التربوية للمتفوقين، رسالة ماجستير، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر

تشخيص اضطرابات التعلم في أقسام التعليم المكيف للطور الابتدائي

-مدينة تلمسان نموذجاً -

د. بن سعدون فتيحة ، د.حاج سليمان فاطمة الزهراء

جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.

مقدمة:

إن مصطلح صعوبات التعلم هو مصطلح جديد حاول العلماء استخدامه ليوضحوا إعاقة غير واضحة ، حيث يصف هذا المصطلح مجموعة من الأطفال غير قادرين على مواكبة أقرانهم في التقدم الأكاديمي نظراً لأنهم يعانون من مظاهر متعددة مثل قصور في التعبير اللفظي أو النشاط الزائد أو الشرود الذهني.... (قيس ، 2007)

وعليه فلقد ساهمت العديد من الدراسات و العلوم في تفسير وتشخيص ذوي اضطرابات التعلم (علوم الطب ، الأعصاب ، أخصائيين في السمع و البصر ، علم الجينات ، علم النفس و علوم التربية) حيث ساهم كل اختصاص في تفسير ظاهرة صعوبات التعلم ، ذهب التفسير الطبي إلى ربط الاضطراب بالأسباب المؤدية إلى مظاهر صعوبات التعلم إذ يتضمن التشخيص النفسي التربوي التركيز على قياس مظاهر تلك الحالات ، خاصة منها اللغوية ، التحصيلية ، الإدراكية والعمليات المعرفية .

وبالتالي فإن ذوي اضطرابات هم الأطفال الذين يظهرون إضطراباً في واحد أو أكثر من العمليات تعلم العقلية و النفسية المتعلقة باللغة المنطوقة أو المكتوبة و التي تظهر بشكل واضح في مهارات الإصغاء والتفكير ، القراءة ، الكتابة ، الهجاء وحل المسائل الرياضية مما يترتب عليه قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة.

كما أن الباحثين تحدثوا عن الاضطرابات التعلم الخاصة بدلاً من اضطرابات التعلم لسبب تاريخي ، حيث وصف(Pringle Morgan(1896 حالة طفل عادي ، ولا يعاني من إعاقة اجتماعية – ثقافية ، الحالة أظهرت صعوبة واسعة و خاصة في القراءة ، حيث فسرت لأول مرة على أنها عسر قراءة نمائي.

حسب تعريف Rutter لهذه الأخيرة على أنها: " مجموعة من صعوبات التعلم التي لا يمكن أن تنتج عن تخلف عقلي ، إعاقة بدنية أو ظروف بيئية غير مناسبة " و التي تضم عسر القراءة عسر الكتابة وعسر الحساب وبالتالي يصح مفهوم اضطرابات التعلم الخاصة المفهوم العام الذي يندرج عنه الصعوبات التعليمية .

يشير " البحيري و جافين ريد"(2006) أنه على الرغم من التأخر النسبي في الدراسات المتعلقة بالعسر القرائي خاصة وذوي اضطرابات التعلم عامة في العالم العربي ، إلا أنه من المشجع أن هناك صحوه بدأت تأتي ثمارها حيث ظهرت أول دراسة مسحية عن نسبة عسر القراءة في دولة عربية (الكويت) والتي تم تأسيس أول جمعية معنية بالأطفال ذوي العسر القرائي ، وتم عقد أول مؤتمر عربي حول الأطفال عسيري القراءة(جاد، 2006).

1. المفهوم التطوري لذوي صعوبات الخاصة بالتعلم:

يوصف الكثيرون من ذوي صعوبات التعلم وفق المفهوم التطوري بأنهم أصغر سناً من أعمارهم الزمنية في تطورهم اللفظي و الحركي و الاجتماعي ، حيث يفسره علم النفس التطوري بأنه تأخر بعض

مجالات التطور بفعل طبيعة النظام الذي يتطور به الجهاز العصبي في سيرورته نحو النضج بمعنى يظهر عليهم تفاوتات في سرعة نمو القدرات العقلية إذ لا يشترط في هذه الحالة أن يعانون بالضرورة من أدى عصبي وإنما يكون ذلك نتيجة التفاوت في نمو القدرات اللازمة للتعلم ، فيتجسد ذلك على شكل تعلم غير واضح وتنقصه الكثير من المهارات الأكاديمية المعرفية واللفظية والحركية (راضي ، 2012).

1. 1 التعريف الطبي :

يشير مصطلح صعوبات التعلم وفق النموذج الطبي إلى أنهم الأطفال في حدود المتوسط ، أو فوق المتوسط في الذكاء العام ممن لديهم صعوبات معينة في التعلم أو في السلوك والتي تشمل صعوبات في الإدراك والتخيل واللغة ، الذاكرة ، الانتباه والوظيفة الحركية والتي ترتبط بخلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي ويركز هذا التعريف على الخلل الدماغي كسبب لصعوبات التعلم ، وهذا ما أشار إليه Aurton في (البطائنة ، 2007). أنها ناتجة عن فشل في الفص الأيسر من الدماغ المسؤول عن اللغة ، والكثير من الدراسات الحالية أكدت وجود أطفال يعانون من صعوبات في التعلم في كل الأوساط الثقافية- الاجتماعية ، بما في ذلك من لديهم قدرات معرفية عامة مرتفعة.

الرهان ليس نظري فقط ، حيث أن الأعمال تشير إلى أن الأطفال الذين لديهم صعوبات التعلم الخاصة لا يجيبون بنفس الطريقة والأطفال العاديين ، و ذلك في مختلف التدخلات البيداغوجية – أكثر منها تأهيلية – أين يمكنهم النجاح.

وبالتالي فإن ذوي اضطرابات هم الأطفال الذين يظهرون إضطرابا في واحد أو أكثر من العمليات تعلم العقلية والنفسية المتعلقة باللغة المنطوقة أو المكتوبة و التي تظهر بشكل واضح في مهارات الإصغاء التفكير ، القراءة ، الكتابة ، الهجاء وحل المسائل الرياضية مما يترتب عليه قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة.

2. أشكال صعوبات التعلم :

1.2 صعوبات التعلم النهائية :

ويمكن أن نرجع صعوبات التعلم النهائية حسب (أنيس عبد الوهاب ، 2003: 113) كنقص في مهارات النمو في المتطلبات الأساسية ، فالطفل قبل أن يتعلم القراءة يجب أن تنمو لديه القدرة على التمييز البصري والذاكرة البصرية والقدرة على اكتشاف العلاقات وتركيز الانتباه و نمو هذه القدرات يعتبر مطلب أساسي لتعلم القراءة كما تعتبر نمو مهارات لتأزر بين العين واليد والذاكرة وقدرات التتابع متطلبات أساسية للتعلم.

وعليه صعوبات الخاصة في التعلم هي صعوبات تتعلق بنمو القدرات العقلية العليا و النفسية بحيث يظهر هذا النمو متأخرا مما يجعل الطفل يقصر بالمهام التعليمية التعليمية ، فالطفل الذي يعاني من نقص في القدرة على الانتباه ، التذكر الإدراك والتفكير ، حل المشكلات إذ تجعل المهام التي يقوم بها أقل مما ينتظر منه فيما يلي تلك الصعوبات :

1.1.2 صعوبات أولية: في الانتباه ، الذاكرة و الإدراك.

2.1.2 صعوبات ثانوية: في التفكير ، الكلام ، الفهم و اللغة الشفهية حيث تؤثر هذه الصعوبات

على مهارات النمو اللغوي ، النمو المعرفي ، نمو المهارات البصرية-الحركية. (صندقلي ، 2008).

- 2.2 صعوبات التعلم الأكاديمية :
- 1.2.2 صعوبات القراءة: **dyslexie**: يشكل الأطفال ذوي صعوبات القراءة نسبة كبيرة من الحالات الشائعة بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، وغالبا ما تذهب أخطاء القراءة في عدة أشكال: الإدخال-التحريف-الإضافة أو النقصان-التشهير القرائي-الوعي الصوتي.
- 2.2.2 صعوبات الكتابة: **dysgraphie** : تعددت الدراسات التي بحثت في مجال وصف صعوبات الكتابة فمنها من تناولها باعتبارها اضطرابات في الضبط الحركي، وأخرى باعتبارها اضطرابات في الإدراك البصري، وهناك من وصف صعوبات الكتابة باعتبارها اضطراب في الذاكرة البصرية.
- 3.2.2 عسر الحساب: **dyscalculie** : هو عدم قدرة التلميذ على التعامل مع الأرقام والرموز الرياضية مما يؤدي إلى عجزه عن القيام بالعمليات الحسابية البسيطة.
3. أهم المحكات التشخيصية لاضطرابات التعلم الخاصة مايلي:
- أ محك التباعد: يشير إلى وجود فروق بين أداء الأفراد في الاختبارات المتعلقة بالاضطراب والأداء الجيد للكفاءات المعرفية الأخرى (خاصة الذكاء) .
- ب محك الاستبعاد : هذا يعني أن الاضطراب لا يمكن أن يكون كسبب أولي للتخلف العقلي أو اضطرابات انفعالية إعاقه بدنية أو بيئة غير ملائمة (مستوى اجتماعي وثقافي غير كاف ، التنوع اللغوي عدم كفاءة التدريس) ، حيث أن تعريف صعوبات الخاصة في التعلم يستبعد هذه الحالات وإن كانت تعاني من صعوبات في التعلم.
- ت محك العلامات النورولوجية:صعوبة التعلم هي ناتجة عن خلل وظيفي في المخ والتي تنعكس في الاضطرابات الإدراكية (البصري و السمعى والمكاني ، النشاط الزائد صعوبات في الأداء الوظيفي)(بطرس ، 2009: 23).
- ث محك عدم القدرة على التعلم بالأساليب العادية: أي أن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعلم بطرق التدريس المستخدمة في الصفوف العادية ولا يتحسن أدائهم ولا يرتفع تحصيلهم الدراسي إلا إذا تلقوا خدمات التربية الخاصة (خضاونة ، 2013: 80)
4. الخصائص المشتركة لاضطرابات التعلم الخاصة حسب DSM4 :
- أداء منخفض في الاختبارات الخاصة بالقراءة ، الحساب ، التعبير الكتابي ، التي تجرى بطريقة فردية ، حيث تظهر دون المستوى المتوقع مقارنة مع العمر ، الأداء المدرسي ، وذكاء الطفل.
 - " أقل من المستوى " تعرف على أنها اختلاف يزيد عن 2 انحراف معياري بين الأداء في هذه الاختبارات و حاصل الذكاء (في بعض الحالات ، الاختلاف يكون أقل أهمية وملائم ، 1 أو 1.5 انحراف معياري) .
 - مشاكل التعلم يمكن أن تتداخل بشكل ملحوظ مع النجاح الدراسي أو مع نشاطات الحياة اليومية المرتبطة بالقراءة ، الحساب أو الكتابة.
 - إن وجد اضطراب حسي ، صعوبات التعلم تكون أكبر ، خاصة عندما يترافق مع هذا العجز.
5. المحكات التشخيصية المشتركة في اضطرابات الخاصة بالاكستساب الدراسي حسب CIM10:
- الاضطراب يتداخل بصفة دلالية مع الأداء المدرسي أو نشاطات الحياة اليومية.

- هذا الاضطراب لا ينتج مباشرة عن اضطراب حسي.
 - التمدرس يتم في معايير عادية.
 - حاصل الذكاء أكبر أو يساوي 70
6. الأدوات والاختبارات الخاصة بذوي اضطرابات التعلم:
- يمكن قياس و تشخيص ذوي اضطرابات التعلم بعدد من الأدوات ذات العلاقة بالاضطراب و التي يمكن تصنيفها على النحو التالي :
- الأدوات الخاصة بالمقابلة ودراسة الحالة .
 - الأدوات الخاصة بالملاحظة الإكلينيكية .
 - الأدوات الخاصة بالاختبارات.
- أ دراسة الحالة :
- حيث حسب (رياض ، 2005 : 102) تزود هذه الطريقة الأخصائي او الباحث بمعلومات عن نمو الطفل (ميلاد الطفل) ، مظاهر النمو الأساسية كالحركة والجلوس ،مهارات الحياة اليومية ، الأمراض التي أصيب بها الطفل.
- الملاحظة الإكلينيكية :
- تساعد الملاحظة الإكلينيكية المعلم والأخصائيين والباحثين جمع المعلومات عن مظاهر صعوبات التعلم لدى الطفل و يمكن إجراء هذه الملاحظة في ظل ظروف معينة للضبط و التحكم في: (القسم ، ساحة المدرسة ...) كما تسمح الملاحظة الإكلينيكية التعرف على المشكلات المتعلقة بالمهارات السمعية والبصرية ويمكن إدراج أهم المظاهر الرئيسية لحالات صعوبات التعلم فيما يلي :
- الإدراك السمعي: التي تتضمن القدرة على إتباع التعليمات اللفظية ، المناقشة داخل القسم ، القدرة على التذكر السمعي ، القدرة على الفهم .
 - اللغة المنطوقة: والتي تتضمن القدرة على التعبير اللفظي الصحيح والقدرة على النطق والتذكر وربط الخبرات .
 - التعرف على بيئة الطفل: من خلال معرفة الظروف البيئية حيث من أهم المحكات التشخيصية لحالات ذوي صعوبات الخاصة في التعلم (لا يوجد حرمان عاطفي أو فقر في البيئة الثقافية والاجتماعية..) إضافة إلى قدرة الطفل على إدراك العلاقات بين الأشياء والقدرة على إتباع التعليمات.
- الخصائص السلوكية: يمكن أن نستشف من خلال الخصائص السلوكية القدرة على الانتباه والتعاون ، الإدراك والتكيف مع المواقف الجديدة والتأزر الحركي العام(حسن ، 2008).
7. الدراسات التي اهتمت بتشخيص حالات اضطرابات التعلم :
- دراسة " تيتير، Teeter"1980:هدفت الدراسة إلى الكشف عن القدرة التمييزية الثلاث للمداخل التشخيصية في تحديد ذوي صعوبات الخاصة في التعلم و هي :
- التباعد بين نسبي الذكاء اللفظي و العملي على مقياس وكسلر لذكاء الأطفال .
 - التباعد بين التحصيل و العمليات المعرفية العليا وتحليل ل قدرات التجهيز البصري .
- حيث أجريت هذه الدراسة على عينة من المجموعات :

- مجموعة من الأطفال المحرومين من التمدرس و عددهم 189 طفل .
- مجموعة من الأطفال المعاقين و عددهم 113 طفل .
- مجموعة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وتشمل 150 طفل .

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة :

استخدام معيار التباعد اتضح أن 50 من العينة الكلية يندرجون في نطاق المستوى للتباعد لتشخيص حالات صعوبات التعلم حيث تشير هذه النتيجة إلأن دقة التصنيف بناءا على معيار التباعد تعد طفيفة . كما أظهرت النتائج أيضا أن التباعد بين الذكاء اللفظي و الذكاء العملي في مقياس وكسلر لذكاء الأطفال لا يتسم بالثبات في عملية التشخيص ، في حين يعد اختبار بندر جشطلت البصري الحركي كمدخل أحادي البعد في التشخيص لحالات خاصة ذوي صعوبات التعلم ، حيث اتضح أن قدرات التجهيز الإدراكي تميز بصورة متسقة بين المجموعات الثلاثة ، وعلى هذا فقد أكدت هذه الدراسة ضرورة استخدام مدخل تشخيص متعددة الأبعاد عند تصنيف أو تحديد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أكثر من الاعتماد على المداخل التشخيصية أحادية البعد .

دراسة "الساكت" 2004 : والتي كانت بعنوان درجة التوافق في تشخيص صعوبات خاصة في التعلم على عينة من الأطفال الأردنيين ، حيث هدفت الدراسة استقصاء درجة التوافق في تشخيص صعوبات التعلم باستخدام مقياس التقدير و مؤشر الفارق بين التحصيل الفعلي والمتوقع ، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم استخدام هذين طريقتين في التعرف على الأطفال الذي يشك بأن لديهم صعوبات في التعلم .

يتألف مجتمع الدراسة من تلاميذ الصف الرابع ، تكونت عينة الدراسة 100 تلميذ و تلميذة من مدارس تم اختيارها عشوائيا ، وطبق عليهم اختبار القراءة العربية واختبار للحساب واختبار للذكاء غير اللفظي ، وذلك لغرض استخراج العلاقة الارتباطية والانحدارية بين الذكاء والتحصيل وقد أصبح عدد أفراد العينة 76 تلميذ وتلميذة بعد استبعاد الحالات المتطرفة ، أما العينة الثانية فتكونت من 120 تلميذ و تلميذة من ذوي التحصيل المرتفع والمتدني ، وبذلك تكونت هذه العينة من 84 من ذوي التحصيل المتدني و 36 من ذوي التحصيل المرتفع. ثم استخدم مقياس التقدير الخصائص السلوكية واختبار القراءة العربية وهو اختبار متعدد المستويات لقياس مهارات القرائية الأساسية واختبار الرياضيات المحدد للصف الرابع واختبار الذكاء المصور غير اللفظي و الذي يعتمد على مهارة حل المشكلات من خلال التعرف على العلاقة بين الأشكال المجردة .

ولاستخراج العلاقة الارتباطية والانحدارية بين الذكاء والتحصيل حسب معمل الارتباط بين كل من اختبائي القراءة والحساب وبين اختبار الذكاء غير اللفظي في العينة الأولى ، وتم تصحيح القيم الناتجة لأثر ضيق الهدى في العينة ثم حساب معامل الانحدار للقراءة والحساب باعتبار درجة الذكاء متغيرة في معادلة الانحدار وكذلك تم حساب الخطأ المعياري في التقدير عند التنبؤ بدرجات القراءة أو درجات الحساب من درجة الذكاء .

وللتأكد من ثبات المقياس التقدير ، فقد تم حساب معامل الارتباط بين تقديرات مستقلة لمعلمين لمجموعة من الطلبة ذكور وإناث فكان (0.97%) للدرجة الكلية ، و (0.95%) للاختبارات اللفظية و(0.92%) لاختبارات غير اللفظية و (0.76%) لاختبار السلوك الشخصي والاجتماعي ، وتم استخراج صفحة نفسية تمثل أداء التلاميذ على المقياس وتبين حالات صعوبات التعلم وذلك بعد تحويل الدرجات الخام على مقياس التقدير إلى درجات معيارية تائية .

أشارت نتائج أدوات القياس المطبقة على عينة الدراسة البالغة (120) تلميذ إلى أن مقياس التقدير قد شخص (73) تلميذ أي نسبة (60.8%) و(69%) حالة من عينة متدني التحصيل البالغة 84 حالة ، وشخص المقاييس أربع حالات من عينة مرتفعي التحصيل البالغة حالة ، أما الحالات التي شخصت باستخدام مؤشر الفارق بين التحصيل الفعلي و المتوقع فقد بلغت (31) حالة بمستوى ثقة (95%) من عينة الدراسة البالغة 120 حالة أي مايناسب (25.8%) و (60) حالة بمستوى ثقة (47) حالة باعتبار مدى الثقة (68%) أما عدد الحالات المشخصة حسب مؤشر الفارق فهي (31) حالة باعتبار مدى الثقة (95%) و 60 حالة باعتبار مدى الثقة (68%) وعدد الحالات المشخصة حسب التقدير (73) حالة .

وبذلك تكون نسبة التوافق منسوبة إلى الحالات المشخصة حسب مؤشر الفارق (95%) و(80.6%) و باعتبار مدى الثقة (68%) هو (78%) و نسبة التوافق منسوبة إلى الحالات المشخصة حسب مقياس التقدير باعتبار مدى الثقة (95%) و (34%) و باعتبار مدى الثقة (68%) هو (64%) .

وتدل هذه النتائج على إمكانية اعتماد مقياس التقدير كأداة تساعد في التعرف على الأطفال الذي يشك بأنهم حالات ذوي صعوبات خاصة في التعلم و العمل على وضع الاستراتيجيات الفاعلة للتدخل المناسب.

دراسة "فصل خير الزاد" 1991: تحت عنوان: صعوبات التعلم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية في دول الامارات المتحدة (دراسة مسحية تربوية نفسية) حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نسبة ذوي صعوبات التعلم وتحديد الصعوبات النمائية والأكاديمية في اللغة العربية والحساب ، بلغت عينة البحث 500 تلميذ و تلميذة مستبعدين في ذلك الاعاقات الحسية و الحركية و ضعاف العقول والمضطربين انفعاليا و نفسيا بلغت بعدها عينة البحث الاساسية بعد عملية الاستقصاء 365 تلميذ وتلميذة طبق عليهم اختبار الذكاء واختبار التحصيل في اللغة العربية والحساب ، توصلت نتائج الدراسة إلى مايلي:

- نسبة الذكور من ذوي صعوبات التعلم 15.64% في حين الاناث 11.28% .

- نسبة انتشار صعوبات التعلم يزداد بزيادة العمر الزمني .

- ترتيب الصعوبات الأكاديمية كالاتي(اللغة والكلام، المدركات الحسية، الحركية، الانتباه والذاكرة ، المعرفة والتفكير).

- أما عن الصعوبات الأكاديمية كان ترتيبها كالاتي (الحساب، الكتابة، القراءة) (لجل، 60: 1995)

8. التعليم المكيف بالجزائر:

ولعل اهتمام الباحثان بالميدان وبصفتها كمختصين مهتمين بهذا الاضطراب من جهة وكمحتكين في العملية الاستكشافية التي تقام كل سنة مع تلاميذ صعوبات التعلم من أجل إدماجهم في أقسام التعليم المكيف أردنا في هذه الدراسة التعرّيج على أهم الخطوات التي تقوم بها مديرية التربية في العملية الاستكشافية وعرض دراسة حالة من ذوي عسر القرائي.

1.8 تعريف التعليم المكيف بالجزائر:

التعليم المكيف هو تربية خاصة تسعى من خلال برامجها المختلفة لمساعدة هذه الفئة على التكيف مع المحيط الذي تعيش فيه ، و على تطوير ما لديهم من طاقات ، من أجل تحقيق الذات (سعيد حسني. 2002).

وضع التعليم المكيف من طرف وزارة التربية سنة 1982، وحسب ما ورد في المنشور الوزاري فالتعليم المكيف هو نوع من التعليم العلاجي يوجه إلى التلاميذ الذين أظهروا عجزا شاملا في التحصيل الدراسي بسبب الظروف النفسية أو الصحية أو الاجتماعية التي يعيشونها والتي أصبحت تؤثر على وتيرة التعلم لديهم، أو نتيجة ظروف مدرسية غير ملائمة جعلتهم يتأخرون، الأمر الذي يحتم تنظيم تعليم خاص لفائدتهم مكيف مع ظروفهم، يسعى إلى تدعيم ضعفهم وتمكينهم من تدارك ما فاتهم بعد فترة من الرعاية المركزة و بكيفية تجعلهم يكتشفون قدرتهم على التعلم، و يسرون تدريجيا في الاتجاه الذي يهيئهم للاندماج في الأقسام العادية .

2.8 أقسام التعليم المكيف:

إن أقسام التعليم المكيف ليست أقسام استداكية ولا أقسام متخلفين عقليا، وإنما هي أقسام تقدم خدمات دعم خاصة ومكثفة لفئة من التلاميذ في المرحلة الابتدائية الذين أظهروا عجزا شاملا في التحصيل الدراسي جعلهم يتأخرون عن زملائهم بسنتين دراسيتين بالصف الثاني.

3.8 كيفية استكشاف تلاميذ ذوي صعوبات التعلم: يتم استكشاف فئة ذوي صعوبات التعلم من طرف لجنة طبية نفسية بيداغوجية على مستوى كل مقاطعة تفتيشية، وتمر بمرحلتين :

المرحلة الأولى: وهي عبارة عن اجتماع مستشاري التوجيه المدرسي و المهني يكون في شهر ماي وجوان أو سبتمبر وأكتوبر، حيث يقوم بخرجات ميدانية إلى المدارس من أجل استكشاف أولي للتلاميذ المعيدين لسنة الثانية ابتدائي اعتمادا على النتائج المتحصل عليها خلال السنة الدراسية و آراء المعلمين، بحيث يتم تحديد قائمة للتلاميذ المعنيين .

المرحلة الثانية: اجتماع اللجنة الطبية النفسية البيداغوجية (تتكون من طبيب الصحة المدرسية مختص نفسي، مستشار توجيه، تربوي)، حيث يقومون بتحديد القائمة النهائية للتلاميذ لالتحاقهم بأقسام التعليم المكيف، و ذلك اعتمادا على اختبارات خاصة بالمكتسبات المدرسية و أخرى خاصة بالجانب النفسي .

4.8 أدوات التشخيص المستعملة في عملية الاستكشاف في الجزائر:

1- الاختبارات الخاصة بالمكتسبات المدرسية : و هي عبارة عن بطاقة تملأ من قبل مستشار التوجيه أو المختص النفسي استنادا على ملاحظات المعلمين، كراس التلميذ، الدفتر الصحي إضافة إلى الدفتر المدرسي. كما تمس هذه البطاقة مجموعة من الاختبارات الفرعية التي تشمل :

- ✓ التعرف على الصورة الجسمية.
- ✓ إدراك الأشكال و الألوان.
- ✓ التوجه المكاني و الفضائي.
- ✓ أسئلة في الذكاء.
- ✓ إضافة إلى :
- ✓ نص قرائي.
- ✓ نص كتابي .
- ✓ إملاء و قراءة الأعداد.

2- الاختبارات النفسية: وهي اختبارات تخص النمو العقلي حيث يعتمد على اختبارين أساسيين هما :

✓ اختبار رسم الشخص.

✓ اختبار كولومبيا.

و ذلك من أجل تحديد نسبة الذكاء أو النضج العقلي للتلميذ.

5.8 طرق التكفل بالتلاميذ ذوي عسر القراءة : يمر بثلاث (03) مراحل هي :

أ. مرحلة النضج (مرحلة الملاحظة و التهيئة): ترمي هذه المرحلة في البداية إلى استرجاع الثقة و الأمن للتلاميذ الذين يعانون من صدمات نفسية نتيجة فشلهم الدراسي وتقييم سلوكياتهم العامة وكشف النقائص والاضطرابات الموجودة لديهم ، فهذه الفترة تعتبر نقطة الانطلاق لجميع عمليات التعلم. ويمكن أن نلخص أهدافها فيما يلي:

- إعادة تكوين الشخصية.

- إعادة العلاقة العاطفية و تنمية الثقة بالنفس لدى التلميذ في علاقاته مع محيطه و تنمية روح التقدير و التثمين للأعمال التي يقوم بها من جهة و ما يقوم به غيره من جهة أخرى.

أما بالنسبة للأنشطة المقدمة و المقررة في هذه المرحلة تكون بصفة فردية ، أو من خلال مجموعات صغيرة تفاعلية حيث تشكل أفضل نمط لتدريس ذوي صعوبات التعلم القراء ، الكتابة ، الرياضيات ، و مهارات التفاعل الاجتماعي ، تقتصر هذه الأنشطة على:

- أنشطة الإيقاظ: وتتم ممارستها من خلال الألعاب الحرة ، الرسم و الإشغال اليدوية ، الغناء المحفوظات.

- التربية الحسية الحركية: و تحتوي على أنشطة تخص ادراك الجسد و تنظيمه ، التوازن و التحكم في الجسم ، التنظيم الفضائي.

- التعبير الشفوي: و يكون من خلال التعبير عن الوضعيات التي يعيشها في حياته اليومية ، وهذا مهم في تعلم القراءة.

- التدريب على العمل المنطقي: تدريب التلميذ على العمل المنطقي من خلال جمع و ترتيب الأشياء حسب الحجم و العدد...

وهناك أنشطة أخرى تتم بصفة جماعية ، هي تلك التي يستند عليها علم النفس السلوكي و علم النفس المعرفي (مي الحديدي، 2006) فمثلا يكلف فوج من التلاميذ بعمل ، يوظف كل واحد من الأفراد قدراته لإنجاز هذا المشروع (تحضير بحث ، إنجاز رسم)

ب. مرحلة التعليم : هي مرحلة التعليم المكثف ، تنفذ على المستوى الفردي ، يستعمل فيها استراتيجيات عامة (مي الحديدي، 2006) ، الغاية منها إدماج التلميذ ضمن النظام المدرسي العادي بعد تلقينه و التكفل بجوانب نقصه ، ولهذا فيجب على المعلم انتقاء النشاطات تربوية و تعليمية تراعي الفروق الفردية لهذه الفئة و تحدد مستويات نقصهم و تسافر في نفس الوقت البرامج الدراسية للمدرسة العادية حتى يسهل الإدماج. و تشمل التعليم 3 مراحل رئيسة هي:

- القراءة: تعليم القراءة مرتبط بنشاطات التعبير و التواصل ، و تحتوي على 3 أنواع من الأنشطة هي:

- الجملة المنطوقة: يجب أن تكون صورة انعكاسا للجملة المنطوقة.

- طريقة المنتج المكتوب: من خلال الانطلاق من الجملة لنصل إلى الصوت ثم الحرف .

- تعلم الحرف: يتحقق ذلك عندما يستطيع التلميذ تركيب كلمة انطلاقا من حروف تعلمها.

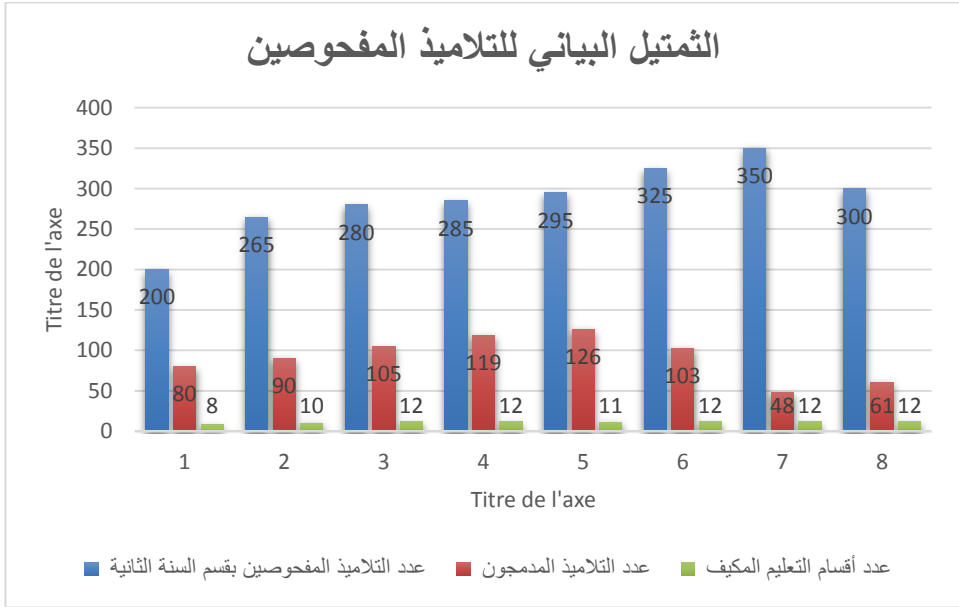
- الكتابة: يتزامن تعلم الكتابة مع تعلم القراءة ، فهما نشاطين غير منفصلين ، يكون التمهيد للكتابة بواسطة تمارين مثل: تنمية المهارة اليدوية بواسطة العجين وتقطيع الحروف ، رسم الحرف في الفضاء ثم على اللوحة ثم على الكراس.
- التربية الرياضية: لا يمكن التطرق لمفهوم العدد إلا عندما يصبح التلميذ قادرا على مقارنة وتقدير الكميات والأحجام ، من خلال استعمال القريصات ، الخشبيات ، الأقلام ، الصور...
- ت. مرحلة إعادة الإدماج في المسار الدراسي العادي: ترتبط هذه المرحلة بمدى استجابة التلميذ للدعم المقدم له ، فهناك معايير لإعادة الإدماج :
- المستوى السيكولوجي: القدرة على التركيز ، التذكر ، الثقة بالنفس ، الاستقرار النفسي ، القدرة على الاندماج في الجماعة .
- المستوى المعرفي: القراءة الصحيحة للجملة ، الكتابة الصحيحة للحروف والكلمات ، جمع العمليات البسيطة.

في نهاية السنة الدراسية تجتمع اللجنة مرة أخرى من أجل تقييم مسار التلميذ خلال السنة، فالحالات التي تجاوزت الصعوبة تنتقل إلى القسم الأعلى (السنة الثالثة ابتدائي)، و حالات أخرى توجه إلى القسم العادي (السنة الثانية) نظرا لعدم تجاوزها للصعوبات الخاصة بمهارات التعلم الأساسية، أما الفئة المتبقية فيتم إحالتها إلى وحدة الكشف و المتابعة المدرسية.

الجدول يمثل احصائيات عملية الاستكشاف لأقسام التعليم المكيف بولاية تلمسان:

السنة الدراسية	عدد المفحوصين السنة الثانية	التلاميذ بقسم	عدد التلاميذ المدمجون	عدد أقسام التعليم المكيف
2011 - 2012	200		80	08
2012 - 2013	265		90	10
2013 - 2014	280		105	10
2014 - 2015	285		119	11
2015 - 2016	295		126	11
2016 - 2017	325		103	11
2017 - 2018	350		48	11
2018 - 2019	300		61	11

ملاحظة: إن التلاميذ المشار إليهم في الجدول أعلاه هم التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين تم استكشافهم من طرف فريق الأخصائيين (اللجنة الطبية النفسية البيداغوجية) بمركز التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني تلمسان.



10. واقع التعليم المكيف:

- انعدام أقسام التعليم المكيف ببعض الولايات الشيء الذي يعبر عن غياب الوعي بفعاليتها و أن وجدت هذه الأقسام تفتح في المناطق الحضرية الكبرى.
- مشكلة التأطير حيث يتم الاعتماد على المختص النفسي دون تلقيه تكوين خاص أو يتم اللجوء إلى معلم القسم العادي فيكون المردود أسوأ.
- الخلط بين صعوبات التعلم و ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يتم توجيه التلاميذ الذين يعانون من تدهور لقدراتهم العقلية إلى أقسام التعليم المكيف عوض توجيههم إلى مراكز متخصصة.
- الدور السلبي للأسرة و ضعف التنسيق بينها و بين المدرسة ، أو لجهلمهم و إسراهم على أن أبنائهم ليسوا بحاجة إلى تعليم مكيف.
- انعدام الاختبارات الخاصة بتشخيص عسر القراءة و هذا ما يصعب مهمة اللجنة الطبية البيداغوجية ، و بالتالي قد يقع الخلط بين صعوبات التعلم و حالات أخرى خاصة حالات التخلف العقلي.

قائمة المراجع:

- أنيس عبد الوهاب. (2003). الصعوبات الخاصة في التعلم الأسس النظرية و التشخيصية. مصر: دار الوفاء
لدينا الطباعة و النشر.
المجيد، جلجل، مُجَّد. (2011). اختبار تشخيص العسر القرائي المكتبات الكبرى بالقاهرة.
البطانية، أسامة، مُجَّد. (2007). علم النفس الطفل غير العادي :دار الميسرة للنشر و التوزيع
والطباعة ،.الأردن.
بطرس، بطرس، حافظ. (2009). تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم :دار وائل للنشر والتوزيع ،.عمان
جاد ،جافين ريد. (2006). الديسليكسيا ،القلم للنشر والتوزيع ،الكويت.
حسن ،إيمان عباس. (2008). صعوبات التعلم بين النظرية و التطبيق ،دار المناهج للنشر والتوزيع.عمان
الأردن.
خضاونة، مُجَّد، أحمد. (2013). صعوبات التعلم النمائية ،دار الفكر للنشر و التوزيع ،عمان
الأردن. راضي، الوقفي. (2012). صعوبات التعلم بين النظرية و التطبيق، دار الميسرة للطباعة و
النشر. عمان الأردن.
رياض، بدري مصطفى. (2005). صعوبات التعلم ،دار صفعاء للنشر و التوزيع. عمان.
صندقلي، هناء إبراهيم. (2008). صعوبات التعلم ،دار النهضة العربية ،لبنان.
قيس ،نعيم عصفور. (2007). المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال غرفة المصادر وفعالية أسلوبي
التعاقد السلوكي و التعزيز التفاضلي في معالجتها ،الجامعة الأردنية .عمان.

اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون في المدارس العادية

- دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً، الدقي 2 قسنطينة -
د.بن عبد الرحمن الطاهر بلال فلاحي عماد قدور
أستاذ محاضر (أ) طالب دكتوراه طالب دكتوراه
جامعة قسنطينة 2-

مقدمة:

مع تطور التعليم المتخصص لذوي الاحتياجات الخاصة ، انتشرت فكرة دمجهم في المدارس التعليمية العادية ، وأيدها المتخصصون والأطباء بقوة لما لها من أثر جيد على نفسية وأداء الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ، مع ضرورة تأهيل الطفل قبلها لهذا الاندماج. ويرى العديد من الباحثين أن دمج ذوي الاحتياجات الخاصة تعليمياً يساهم في سرعة تأهيلهم من خلال جعلهم يعيشون حياة طبيعية في المجتمع كغيرهم من الأطفال العاديين ، ويعمل على زيادة دوافعهم للتفوق ، عبر التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بينهم وزيادة قدرتهم التكيفية مع التلاميذ العاديين ، بالإضافة لمساهمتهم في تعديل نظرة المجتمع المحيط وتوقعاتهم نحو هؤلاء الأطفال. ونظرا للتمهيش الذي تعانيه هذه الفئة في المدرسة الجزائرية حاولنا من خلال هذه الدراسة إبراز اتجاهات عينة من المربين المختصين نحو عملية الدمج التعليمي لإحدى هذه الفئات (أطفال متلازمة داون) بالمدارس التعليمية العادية.

أولاً: الخلفية النظرية للدراسة:

1- إشكالية الدراسة:

كان الاعتقاد السائد في الماضي ان الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يمثلون عبئاً كبيراً على مجتمعاتهم وأسرهم نظراً لتخلفهم العقلي او الجسدي ، الأمر الذي يؤدي الى تحمل المجتمع طاقات مادية وبشرية مما حدا تلك المجتمعات الى ايداعهم في المستشفيات او الملاجئ او دور الرعاية والمراكز المتخصصة. ومن ضمن هذه الفئات اطفال متلازمة داون ، حيث كانت فئة غير مرغوب بها اجتماعياً وتربوياً ونفسياً ويعتقد انها لا تممر طويلاً. ومع تقدم الشعوب وزيادة الوعي الصحي والاجتماعي والتربوي ، اتجه الاهتمام الى هذه الفئة واحاطتها بالرعاية الطبية ولنفسية والاجتماعية.

ورغم أن العديد من الدراسات العربية والأجنبية بينت ان اطفال متلازمة داون قد استفادوا بدرجة كبيرة من تجربة الدمج مع الاطفال العاديين ، إلا أن محاولة دمج هذه الفئة بالمدارس العادية في الجزائر لا يزال رهين التخوف والمقاومة والرفض لعدة أسباب ثقافية أهمها نظرة المجتمع لهذه الفئة ودرجة وعي أسرها. على ضوء ما سبق تجلّت لنا إشكالية دمج أطفال متلازمة داون كموضوع يحتاج منا الطرح العلمي والتناول المنهجي ، وعليه جاءت هذه الدراسة للإجابة على التساؤل التالي:

- ما هي اتجاهات عينة من المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون في المدارس العادية؟

2- فرضيات الدراسة :

1-1- الفرضية العامة:

- يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو الطبيعي لأطفال متلازمة داون.

2-2- الفرضيات الجزئية :

1- يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو النفسي السليم لأطفال متلازمة داون.

2- يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو الاجتماعي السليم لأطفال متلازمة داون.

- 3- يساهم الدمج بالمدارس العادية في التكيف الدراسي لأطفال متلازمة داون.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha=0.05$) في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون بالمدارس العادية ترجع لمتغيرات: السن، الجنس والخبرة.

3-مصطلحات الدراسة:

3-1-الطفل(العادي): لغة: طفْلٌ يَكْسِرُ الطَّاءَ وتَسْكِينُ الفاءِ ، كلمة مفرد جمعها أطفال ، وهي الجزء من الشيء ، والمولودُ ما دامَ ناعماً دونَ البلوغِ ، والطفْلُ أولُ الشيءِ ، والطفل أولُ حياة المولود حتى بلوغه ، ويطلق للذكر والأنثى(معجم المعاني:2017 ، موقع إلكتروني).

- في علم الاجتماع: اختلف علماء الاجتماع في تعريفهم لمفهوم الطفل وتحديد ماهيته ، وبرز في ذلك اتجاهات عديدة منها: الاتجاه الأول: يُطلق مفهوم الطفل على الإنسان منذ لحظات ولادته الأولى حتى يبلغ رشده ، ويُحدّد سن الرشد نظامُ الدولة والمجتمع والقانون في كل بلدٍ بشكلٍ مُستقل. الاتجاه الثاني: يُحدّد مفهوم الطفل بالإنسان الوليد ضمن المرحلة العمرية الأولى حتّى بلوغ الثاني عشر عاماً من عمره بغض النظر عن بلوغه وعن التّشريعات المُتبعة في بلاده والقوانين والأنظمة والاتفاقيات. الاتجاه الثالث: يصف الطفل بأنّه الوليد منذ لحظة ولادته حتّى بلوغه ، على أن يُفَرّق بين الرشد والبلوغ(فهيمى ، 2012: 18-20).

- في علم النفس: ويُعرّف علماء النفس الطفل بأنّه الإنسان مُكتمل الخلقه والتكوين الذي لم يصل بعد لمرحلة النّضج ، ولم تُظهِر عليه علامات البلوغ ، مهما امتلك ذلك الفرد من قدراتٍ ومُميّزاتٍ عقلية وسلوكية وعاطفية(موسوعة علم النفس الطفل ، 2017: موقع إلكتروني).

-في القانون: لقد اعتمدت الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل تعريف الطفل بأنه (كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه)(اتفاقية حقوق الطفل ، 2017: موقع الالكتروني).

3-2- الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:هو مفهوم بنائي يتسع ليشمل فئات فهناك الإعاقة الخاصة وهم معاقين لأسباب بعضها وراثي وبعضها بيئي وتعرف بكونها فقدان أو تهميش أو محدودية المشاركة في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية عند مستوي مماثل للعاديين وذلك نتيجة العقبات و الموانع Barriers الاجتماعية و البيئية(القمش ، 2007: 20).

3-3-طفل متلازمة داون:"متلازمة داون" عبارة عن شذوذ خلقي مركب شائع في الكروموسوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي الطفل المصاب بمتلازمة داون لدية خلل في الجينات الوراثية يتمثل في زيادة عدد المورثات الصبغية عند الطفل المصاب ، بحيث يكون إجمالي المورثات الصبغية لدى الشخص 47 كروموزوم ، بينما يكون العدد الطبيعي للشخص العادي هو 46 كروموزوم(العريض ، 2017: 264).

3-4- الدمج:هو تقديم كافة الخدمات والرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة بعيدة عن العزل وهي بيئة الفصل الدراسي العادي بالمدرسة العادية ، أو في فصل دراسي خاص بالمدرسة العادية أو فيما يسمى بغرف المصادر والتي تقدم خدماتها لذوي الاحتياجات الخاصة لبعض الوقت(الزهراني ، 2005: 02).

4-أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى مايلي:

- التعرف اتجاهات المربين المختصين نحو الدمج التربوي والمدرسي لأطفال متلازمة داون.
- التعرف على دور الدمج بالمدارس العادية في النمو النفسي السليم لأطفال متلازمة داون.
- التعرف على دور الدمج بالمدارس العادية في النمو الاجتماعي السليم لأطفال متلازمة داون.

- التعرف على دور الدمج بالمدارس العادية في التكيف الدراسي لأطفال متلازمة داون.
- معرفة ما إذا كانت هناك فروق في متوسطات اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون في المدارس العادية ترجع إلى متغيرات (الجنس-السن-الخبرة).
- 5-أهمية الدراسة: تتبع أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله ، وهو دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدارس العادية ، بالإضافة إلى:
- محاولة الكشف عن معارف جديدة حول إمكانية تدرس أطفال متلازمة داون من وجهة نظر عينة من المربين المختصين. ومن خلال ذلك يمكن تقديم الحلول والبدائل التي تساعد في تعميق الاهتمام بهذه الفئة.
- التعرف على موقع أطفال متلازمة داون من الإصلاحات التربوية في المدرسة في ظل مناهج الجيل الثاني.

ثانيا : الجانب الميداني للدراسة 6-منهجية الدراسة:

إن طبيعة الإشكالية هي التي تفرض على الباحثين اختيار المنهج الملائم للدراسة ، ونختلف المناهج باختلاف الإشكاليات المراد دراستها ، ونظرا لطبيعة موضوع دراستنا المتعلقة بمعرفة " اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون في المدارس العادية " ، وكذلك نوعية البيانات التي نريد الوصول إليها كان المنهج الواجب الإعتماد عليه المنهج الوصفي التحليلي ، الذي يهتم بالكشف عن الظاهرة المراد دراستها ، وتحليلها أو محاولة تفسيرها استنادا الى معطيات عديدة ، وتحليل نتائجها باستخدام وسائل إحصائية مناسبة للحصول على بيانات كمية ونتائج دقيقة تتفق مع طبيعة الإشكالية وتفسر في ضوء الفرضيات(شفيق ، 1985: 44).

7-الحدود الزمانية والمكانية :

تم إجراء هذه الدراسة خلال السداسي الثاني من السنة الجامعية 2018/2017 ، بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ، الدقيسي 2 قسنطينة.

8-مجتمع الدراسة:

يضم مجتمع الدراسة كل المربين المختصين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ، الدقيسي 2 قسنطينة ، والبالغ عددهم (30)مربيا ومربية.

9-عينة الدراسة :

اشتملت العينة على (30) مربيا متخصصا ، تم اختيارهم بطريقة الحصر الكلي لمجتمع الدراسة ، تراوحت أعمارهم ما بين(25-55 سنة) من الجنسين.

10- أداة الدراسة :

لقد عمدنا في دراستنا على الاستمارة باعتبارها أداة لجمع البيانات في البحوث الوصفية ، وتعرف بأنها " سلسلة من الأسئلة والمواقف التي تتضمن بعض الموضوعات النفسية أو الإجتماعية أو التربوية أو البيانات الشخصية ، تطبق على الأفراد أو المجموعات بهدف الحصول على بيانات خاصة بهم أو ببعض المشكلات التي تواجههم(منسي ، 2000: 1995).

وقد تم بناء استمارة ، (تضم 26 بنداً) والغرض منها هو معرفة اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون في المدارس العادية . حيث اشتملت على ثلاثة أبعاد:

(أ) النمو النفسي ، ويضم البنود: 3-4-6-13-16-17-19-21.

(ب) النمو الاجتماعي ، ويضم البنود: 1-9-14-15-20-22-23-24-25.

(ت) التكيف الدراسي ، ويضم البنود: 2-5-7-8-10-11-12-18-26.

وقد تمّ التأكد من الشروط السيكمومترية للأداة ، حيث تمّ التحقق من صدق المحتوى بعرضها على مجموعة من المحكمين المختصين في المجال ، كما تمّ التأكد من الثبات عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ ، وكانت قيمته مساوية لـ (0.63) ، وهي قيمة ثابت مقبولة.

11- الأساليب الإحصائية المستخدمة : لتحليل بيانات الدراسة تم استخدام مقياس الاحصاء الوصفي والاستدلالي:

-التكرارات ، النسب المئوية ، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

-اختبارات لعينتين مستقلتين(ت) ، اختبار تحليل التباين الاحادي(ف) .

12-عرض ومناقشة النتائج:

1-12-مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الجزئية الأولى :

(يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو النفسي السليم لأطفال متلازمة داون)

من خلال استجابات أفراد العينة في الملحق 01:

■ يوافق إلى حدما 80% من أفراد العينة أنه:(ادماج أطفال متلازمة داون في المدرسة العامة يؤدي الى تقبل الاختلافات ما بين الاطفال جميعا) بمتوسط حسابي قدره(2.00) ، وبانحراف معياري: (0.45) ، وهي درجة متوسطة.

■ يوافق 56.7% من أفراد العينة أن:(الادماج يقلل من احساس أطفال متلازمة داون بالاعاقة مما ينمي التوافق الشخصي لديهم) بمتوسط حسابي قدره(2.50) ، وبانحراف معياري: (0.62) ، وهي درجة عالية.

■ يوافق 60% من أفراد العينة أنه:(من المرجح ان يكون للدمج اثار سلبية على النمو العاطفي لأطفال متلازمة داون) بمتوسط حسابي قدره(2.56) ، وبانحراف معياري: (0.56) ، وهي درجة عالية.

■ لا يوافق 76.7% من أفراد العينة أنه:(تعد المدرسة العادية البيئة الطبيعية التي يمكن لأطفال متلازمة داون والعاديين أن ينموا فيها معا على حد سواء) بمتوسط حسابي قدره(1.23) ، وبانحراف معياري: (0.43) ، وهي درجة منخفضة.

■ يوافق إلى حدما 80% من أفراد العينة أنه:(تعتبر متلازمة داون من الحالات القابلة للدمج مقابل الكثير من الحالات لا يمكن دمجها) بمتوسط حسابي قدره(2.13) ، وبانحراف معياري: (0.43) ، وهي درجة متوسطة.

■ يوافق إلى حدما 83.3% من أفراد العينة أنه:(يتطلب دمج أطفال متلازمة داون توفير الكوادر البشرية من: معلمين -أخصائيين نفسيين) بمتوسط حسابي قدره(1.16) ، وبانحراف معياري: (0.37) ، وهي درجة منخفضة.

■ يوافق 100% من أفراد العينة أنه:(يجب على أسر أطفال متلازمة داون أن تجري تعديلاً في تفكيرها حول تربية ودمج أطفالها) بمتوسط حسابي قدره(3.00) ، وبانحراف معياري: (0.00) ، وهي درجة عالية.

- يوافق إلى حد ما 50% من أفراد العينة أن: (دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين قد يسبب لطفل متلازمة داون الإحباط) بمتوسط حسابي قدره (2.36)، وبانحراف معياري: (0.61)، وهي درجة عالية.
- يرى أفراد العينة أنه يساهم الدمج بالمدارس العادية في: (النمو النفسي السليم) لأطفال متلازمة داون بمتوسط حسابي قدره (2.12)، وبانحراف معياري: (0.20)، وهي درجة متوسطة. وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى التي مفادها: (يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو النفسي السليم لأطفال متلازمة داون) قد تحققت.
- 2-12- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الجزئية الثانية:
(يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو الاجتماعي السليم لأطفال متلازمة داون)
من خلال استجابات أفراد العينة في الملحق 02:
- يوافق تماما 80% من أفراد العينة أنه: (الادماج يهيئ فرصا للتفاعل الاجتماعي مما ينمي التوافق الاجتماعي عند أطفال متلازمة داون) بمتوسط حسابي قدره (2.76)، وبانحراف معياري: (0.50)، وهي درجة عالية.
- يوافق إلى حد ما 50% من أفراد العينة أنه: (طفل متلازمة داون سوف يعزل اجتماعيا من قبل الأطفال في المدرسة) بمتوسط حسابي قدره (2.36)، وبانحراف معياري: (0.61)، وهي درجة عالية.
- يوافق إلى حد ما 66.7% من أفراد العينة أنه: (يعمل الدمج على زيادة التقبل الاجتماعي لأطفال متلازمة داون من قبل أقرانهم وإتاحة فرصة التفاعل معهم) بمتوسط حسابي قدره (1.73)، وبانحراف معياري: (0.52)، وهي درجة منخفضة.
- يوافق إلى حد ما 63.3% من أفراد العينة أنه: (يعمل الدمج التربوي على إيجاد بيئة واقعية يكتسب فيها أطفال متلازمة داون خبرات متنوعة) بمتوسط حسابي قدره (2.30)، وبانحراف معياري: (0.53)، وهي درجة متوسطة.
- يوافق 100% من أفراد العينة أنه: (طفل متلازمة داون عندما يشترك في فصول الدمج لا يلاقي الترحيب والتقبل من الآخرين) بمتوسط حسابي قدره (3.00)، وبانحراف معياري: (0.00)، وهي درجة عالية.
- يوافق إلى حد ما 83.3% من أفراد العينة أن: (الدمج يؤدي إلى تغير اتجاهات الطفل العادي نحو طفل متلازمة داون ويشعره بأنه يحب أن يشترك معه) بمتوسط حسابي قدره (1.90)، وبانحراف معياري: (0.40)، وهي درجة متوسطة.
- يوافق إلى حد ما 60% من أفراد العينة أن: (الدمج يساعد الطفل العادي على أن يتعود على تقبل طفل متلازمة داون ويشعر بالارتياح مع أشخاص مختلفين) بمتوسط حسابي قدره (1.80)، وبانحراف معياري: (0.61)، وهي درجة متوسطة.
- يوافق إلى حد ما 80% من أفراد العينة أن: (الدمج يشعر الآباء بعدم عزل طفل متلازمة داون عن المجتمع) بمتوسط حسابي قدره (2.13)، وبانحراف معياري: (0.43)، وهي درجة متوسطة.
- يوافق 80% من أفراد العينة أنه: (بالدمج تتحسن مشاعر الوالدين تجاه طفلها وكذلك تجاه أنفسهما) بمتوسط حسابي قدره (2.13)، وبانحراف معياري: (0.43)، وهي درجة متوسطة.
- يرى أفراد العينة أنه يساهم الدمج بالمدارس العادية في: (النمو الاجتماعي السليم) لأطفال متلازمة داون بمتوسط حسابي قدره (2.23)، وبانحراف معياري: (0.09)، وهي درجة متوسطة. وعليه يمكن القول أن

الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها: (يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو الاجتماعي السليم لأطفال متلازمة داون) قد تحققت.

12-3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الجزئية الثالثة:

(يساهم الدمج بالمدارس العادية في التكيف الدراسي لأطفال متلازمة داون) من خلال استجابات أفراد العينة في الملحق 03 :

- يوافق إلى حد ما 83.3% من أفراد العينة أن: (الدمج يهيئ فرصا للتنافس العلمي مما ينيي بشكل افضل الجانب الاكاديمي عند أطفال متلازمة داون) بمتوسط حسابي قدره (2.03)، وبانحراف معياري: (0.41)، وهي درجة متوسطة.
- يوافق 50% من أفراد العينة أنه: (الدمج يتطلب تغيرات جوهرية في كل ما له علاقة بالمنهج داخل الفصول) بمتوسط حسابي قدره (2.23)، وبانحراف معياري: (0.67)، وهي درجة متوسطة.
- لا يوافق 70% من أفراد العينة أنه: (من حق أطفال متلازمة داون أن يتلقوا التعليم مع أقرانهم العاديين في المدرسة العامة) بمتوسط حسابي قدره (1.40)، وبانحراف معياري: (0.67)، وهي درجة منخفضة.
- يوافق 60% من أفراد العينة أن: (أطفال متلازمة داون سوف يستهلكون معظم وقت المعلم مما يؤثر سلبا على اهتمامه بالأطفال العاديين) بمتوسط حسابي قدره (2.50)، وبانحراف معياري: (0.68)، وهي درجة عالية.
- يوافق 50% من أفراد العينة أنه: (بشكل عام الدمج يعد ممارسة تربوية مرغوبة) بمتوسط حسابي قدره (1.63)، وبانحراف معياري: (0.61)، وهي درجة منخفضة.
- يوافق 100% من أفراد العينة أنه: (من المرجح أن يزداد ارتباك الطفل غير العادي داخل الفصول العادية) بمتوسط حسابي قدره (3.00)، وبانحراف معياري: (0.00)، وهي درجة عالية.
- يوافق إلى حد ما 63.3% من أفراد العينة أنه: (كثير من الانشطة التربوية التي يقوم بها مدرّس المرحلة الابتدائية مع الأطفال غير العاديين تصلح لأطفال متلازمة داون) بمتوسط حسابي قدره (1.63)، وبانحراف معياري: (0.49)، وهي درجة منخفضة.
- لا يوافق 86.7% من أفراد العينة أنه: (يجب إصلاح نظام المدرسة وإعداده لدمج أطفال متلازمة داون) بمتوسط حسابي قدره (1.13)، وبانحراف معياري: (0.34)، وهي درجة.
- يوافق إلى حد ما 80% من أفراد العينة أن: (الدمج فرصة أمام المعلم لزيادة خبراته التعليمية والشخصية) بمتوسط حسابي قدره (2.13)، وبانحراف معياري: (0.43)، وهي درجة متوسطة.
- يرى أفراد العينة أنه يساهم الدمج بالمدارس العادية في: (التكيف الدراسي) لأطفال متلازمة داون بمتوسط حسابي قدره (1.96)، وبانحراف معياري: (0.18)، وهي درجة متوسطة. وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثالثة التي مفادها: (يساهم الدمج بالمدارس العادية في التكيف الدراسي لأطفال متلازمة داون) قد تحققت.

12-4- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الجزئية الرابعة: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05) في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون بالمدارس العادية ترجع لمتغيرات: السن، الجنس والخبرة).

■ بالنسبة لمتغير الجنس:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون بالمدارس العادية ترجع لمتغير: الجنس).
نلاحظ من الجدول الملحق رقم (04) أنّ قيم المتوسط الحسابي لاتجاهات المربين الذكور (2.20) بانحراف معياري قيمته (0.12) وأنّ قيم المتوسط الحسابي لاتجاهات المربيات الإناث (2.08) بانحراف معياري قيمته (0.10) وهي قيم متقاربة تشير مبدئياً إلى عدم وجود فروق بين متوسطات المجموعتين. كما نلاحظ أنّ القيمة الإحصائية (p) لاختبار (ت) تساوي (0.01) وهي أقل من مستوى المعنوية $(\alpha=0.05)$ ، من ثمّ نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة التي مفادها: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازمة داون بالمدارس العادية ترجع لمتغير: الجنس)، لصالح مجموعة الذكور.

■ بالنسبة لمتغير السن:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازم بالمدارس العادية داون ترجع لمتغير: السن).
نلاحظ من الملحق رقم (05) أنّ القيمة الإحصائية (p) لاختبار (ف) تساوي (0.12) وهي أكبر من مستوى المعنوية $(\alpha=0.05)$ ، من ثمّ نقبل الفرضية الصفرية التي مفادها: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازم بالمدارس العادية داون ترجع لمتغير: السن).

■ بالنسبة لمتغير الخبرة:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازم بالمدارس العادية داون ترجع لمتغير: الخبرة).
نلاحظ من الملحق رقم (06) أنّ القيمة الإحصائية (p) لاختبار (ف) تساوي (0.04) وهي أقل من مستوى المعنوية $(\alpha=0.05)$ ، من ثمّ نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة التي مفادها: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(\alpha=0.05)$ في اتجاهات المربين المختصين نحو دمج أطفال متلازم بالمدارس العادية داون ترجع لمتغير: الخبرة).
بناء على ما سبق يمكن القول أن الفرضية الجزئية الرابعة لم تتحققاً في شقها المتعلق بمتغير السن.

12-5 مناقشة النتائج في ضوء الفرضة العامة:

يرى أفراد العينة أنه: (يساهم الدمج بالمدارس العادية في النمو الطبيعي لأطفال متلازمة داون).
بمتوسط حسابي قدره (2.10)، وبانحراف معياري: (0.11)، وهي درجة متوسطة، وعليه يمكن القول أنّ الفرضية العامة قد تحققت في ضوء البيانات وفي ضوء تحقق الفرضية الجزئية الأولى والثانية والثالثة.

13-إقتراحات وتوصيات: بناء على النتائج المتوصل إليها قام الباحث باقتراح التوصيات التالية:

— الشروع في تجربة دمج دفعات من اطفال متلازمة داون مع اقرانهم العاديين في المرحلة الابتدائية.
وفي روض الأطفال.

- اعداد كوادر تدريسية متخصصة في مجال التعامل وتدريب الفئات الخاصة من خلال تخصيص قسم للاحتياجات الخاصة في كليات علم النفس وعلوم التربية بالجامعات.
- توفير طبيب اطفال لمتابعة حالات اطفال متلازمة داون للقيام بالكشف عليهم بصورة دورية.
- تنظيم دورات تدريبية ومحاضرات توعية لأولياء امور اطفال متلازمة داون في مجال كيفية التعامل مع ابنائهم.
- تكثيف الجهود الاعلامية لإلقاء الضوء على تجربة الدمج من خلال اللقاءات التلفزيونية والاذاعية والصحفية مع القائمين على عملية الدمج واسر اطفال متلازمة داون.
- الاستفادة من تجربة دمج اطفال متلازمة داون برياض الاطفال لإدخال اطفال فئات اخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة التي تسمح لهم قدراتهم العقلية بالتأقلم مع الاطفال العاديين.
- تخصيص ميزانية خاصة لدعم تجربة دمج اطفال متلازمة داون في التعليم العام .
- اتاحة الفرصة للعاملين في برنامج الدمج لزيارة الجهات المختصة بالدول المتقدمة بمجال دمج اطفال متلازمة داون مع اقرانهم العاديين للاستفادة من تجاربهم لتطوير البرنامج.

قائمة المراجع:

- الزهراني ، هناء(2005). دمج المعاقين . المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.
- شفيق ، مُجد (1985). البحث العلمي . الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- شيخة سالم العريض(2017). نحو حياة أفضل لأطفال متلازمة داون. المملكة العربية السعودية: مركز دراسات وابحاث المعوقين.
- فهمي ، خالد (2012).النظام القانوني لحماية الطفل ومسؤوليته الجنائية والهدنية. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- القمش ، مصطفى نوري (2007). سيكولوجية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار المسيرة للطباعة.
- معجم المعاني ، كلمة طفل ، الموقع الالكتروني(بتاريخ: 2018/11/10) : www.almaany.com
- منسي ، محمود عبد الحليم (2000). مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية. دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية ، مصر.
- موسوعة علم النفس الطفل ، موقع إلكتروني(بتاريخ: 2018/11/10): www.abahe.co.uk
- اليونيسيف ، اتفاقية حقوق الطفل ، موقع الالكتروني(بتاريخ 2018/11/10): www.unicef.org

وصفة لاكتشاف الأطفال الموهوبين قبل التمدرس

د. الصالح بوعزة د. بعبيش أمل
الجامعة: مُجَد لمين دباغين – سطيف 2

تعريف الطفل الموهوب:

تعريف الموهبة لغة :

إن الموهبة تعني العطية للشيء بلا مقابل وهذا المصطلح ستتعرف عليه من خلال القواميس العربية للغة ومنها :

تعريف المختار الصحاح للموهبة بأنها / وهب- أي وهب له شيء والاتهاب هي قبول الهبة والموهبة هي الشيء الذي يملكه الإنسان

تعريف قاموس لسان العرب للموهبة بأنها / وهب - يهب - وهوب - أي يعطيه شيئاً

تعريف قاموس المنجد للموهبة بأنها / وهب - أي إعطاء الشيء إياه بلا عوض

تعريف قاموس المحيط للموهبة بأنها / وهب - يهب - والموهبة العطية والسحابة وأوهب الشيء له أي دام له .

ومما سبق من القواميس العربية نجد أن كلمة موهوب أتت من الأصل وهب وتجمع كل القواميس العربية على أن كلمة وهب هي العطية أي الشيء المعطى للإنسان والدائم بلا عوض⁽¹⁾

حول تعريف الذكاء والموهبة اصطلاحاً وأبرز ما وقع من تطورات في التعريف :

التعريفات الكلاسيكية للموهبة والموهوبين: يركز هؤلاء في تعريفهم على المحاور التالية :

- التفوق في القدرات المعرفية وبشكل خاص الذكاء
- التفوق في التحصيل الدراسي
- الابتكار في التفكير والانتاج وتوفر مختلف القدرات الابتكارية
- المواهب العالية في المجالات الخاصة المقدرتها اجتماعياً مثل المجال الفني أو الرياضي أو القيادة الاجتماعية وغيرها .

واتفقت معظم التعريفات الكلاسيكية للموهبة والموهوبين مع التعريف الذي قدمه (بول ويتني) وهو " الطفل الموهوب في رأي بعض المرين هو الطفل الذي يتصف بالامتياز المستمر في أي ميدان عام من ميادين الحياة " وعلى ذلك فكل طفل موهوب في مجال ما هو الطفل الذي يكون قادراً على أن يحقق ما لا نتوقه عادة ممن هم في عمره⁽²⁾

وكلمتا ذكي bright وموهوب gifted تستخدمان بالتبادل لوصف هذالفئة من الأولاد والبنات التي تمتلك قدرة فائقة وأداء متميزاً، ويتطورون بسرعة، ويتعلمون أكثر وأسرع من الأطفال الآخرين في أي مجال ذي أهمية.

وقد عرف ميثاق التربية 1978 "الأطفال الموهوبين" بأنهم "هم الذين يمتلكون قدرات عالية تدل على إمكانيات أداء مميّزة في النواحي العقلية والإبداعية والأكاديمية والقيادة والفنون البصرية"⁽³⁾
- أما التطور الذي حصل في المفهوم كان مع النظرية التي وضعها (هيوارد جاردنر) Howard Gardner عام

1983م حول تعدد الذكاءات ، حيث بدأت بثمان (8) ذكاءات ثم طورها في عام 1999 الى (10) عشر ذكاءات في كتابه الهام " الذكاء إعادة صياغة " Intelligence Reaffirmed .
ومن أحدث التعاريف وأهمها وأشملها للموهبة هو التعريف الذي قدمته عالمة النفس والتربية الأمريكية (ديانوث)Booth;D في عام 2000م والذي حددت فيه عشر مجالات للموهبة كما يلي :

- 1-القدرة العقلية Mental
- 2-الإنجاز Achievement
- 3-الدافعية Motivation
- 4-الابداع Creativity
- 5-قدرات حل المشكلات ProblemSolvingAbilities
- 6-القيادة Leadership
- 7-المواهب الخاصة ، الفنية أو المهنية SpesialTalent
- 8-تحقيق إنجازات غير عادية Unusual Accomplishments
- 9-اللغة والتفكير المتميز precociousLanguageandThought
- 10-المثابرة perservance

بالإضافة إلى ما سبق يمكن الانطلاق من الإرهاص للمنظور الذي صاغهH.Gardner(هوارد جاردينبر) ومن معه حيث تم تحديد مفهوم جديد للذكاء ، اعتبر فيه مفهوم الذكاءات العام(QI) مفهوما خاطئاً ومتجاوزاً ، وأن المفهوم الحقيقي للذكاء يتأسس على مرجعية الكتلة المتشكلة من عدة أشكال من الذكاء التي يحددها كما يلي :

(-الذكاء المنطقي – الذكاء المنطقي الرياضي – الذكاء الفضائي – الذكاء الموسيقي – الذكاء الحركي - الذكاء البينشخصي – الذكاء الشخصي أو الذاتي – الذكاء الطبيعي – الذكاء الوجودي)⁽⁴⁾
تعريف الإبداع : يعني الإيجاد أو الخلق أو التكوين أو الابتكار⁽⁵⁾

التعريف الإجرائي للطفل الموهوب قبل التمدرس:

هو الطفل الذي يكتشف في سن مبكرة- قبل التمدرس- ويتميز بإنجاز متفوق قياساً إلى غيره في نفس العمر والخبرة والمحيط ، ويظهر تأدية عالية في الناحية الذهنية وقدرة على الزعامة وتفوقاً في نواحي أكاديمية محددة وفي النشاطات الإبداعية أو الفنية ، وهناك تسميات متعددة للموهوب المتفوق - المميز – النادر – المبتكر – النابغ – المبدع – المخترع

الخاصية (الخاصية السلوكية) : كفاءة أو صفة تميز الفرد عن باقي أقرانه (سرعة البديهة ، طول مدى الانتباه ، الذكاء المرتفع)⁽⁶⁾

أهمية السنوات الأولى للطفل الموهوب :

تعتبر الأسرة المحضن الأول والرئيسي للطفل في بداية سني حياته ، إذ يقع على عاتق الأسرة مسؤولية اكتشاف ورعاية وتمية مواهب أبنائها .. ولكن في معظم الأحوال تعجز الأسرة عن القيام بواجبها هذا بسبب أما نقص عوامل الخبرة وقلة التدريب ، أو عدم توافر معلومات كافية حول مواهب الأبناء وطرق التعامل معها .

وقد لعبت بيئة المنزل الثرية والمهيئة للتعلم في مرحلة الطفولة المبكرة دوراً في حياة الأفراد الموهوبين والأذكياء ذوي الإنجازات العظيمة ، وعندما قام الباحثون بدراسة خلفيات أطفال المدارس انهلذين صنعوا

على أم موهوبون أو متفوقون عقلياً عن طريق اختبارات الذكاء وجدوا أن البيئة الثرية والتخطيط الواعي من قبل الوالدين يساعدان الطفل على التعلم واستخدامه.

وقد أجمع علماء النفس ، وأساتذة علم النفس أن سنوات الطفل الأولى منذ الولادة وحتى سن الخامسة هي أهم سنوات العمر التي يتطور فيها ذكاء الطفل لذلك من الضروري جداً أن يقوم الوالدان بالآتي:

1- تنمية القدرة اللغوية للطفل من خلال التحدث معه ، ودعوته للقراءة والكتابة.
2- أن تكون ألعابه مشجعة ، وحافزة لقدراته العقلية ، دافعه إياه إلى تفسير الأمور تفسيراً منطقياً كما في بعض الألعاب الحسابية التي تنمي التفكير المنطقي عند الأطفال .

3- إعطاء الطفل الفرصة للتعبير عن نفسه من خلال الرسم الخيال واستكشاف اتجاهه في أي من هذه النواحي وتشجيعه في الاتجاه الذي يهواه وييدي فيه ميلاً من تلقاء نفسه.

4- تشجيعه على القيام بالأنشطة التي تشجع حاجاته العلمية واستكشاف المجهول لأن الطفل عادة ما يكون كثير التساؤل بما يحيط به من ظواهر وأدوات ومعدات .

إذا اكتشف الآباء موهبة الطفل فماذا يصنعون ؟

- إتباع أساليب المعاملة (الوالدية السوية)

- تفهم مشكلات الأبناء ومساعدتهم والقرب منهم وإشباع حاجاتهم وتوفير البيئة الصحية المناسبة لنموهم العقلي والجسمي.

- إيجاد المناخ العلمي في المنزل وتوفير متطلباته

- تشجيع الأبناء على الإبداع وفق قدراتهم وميولهم وإمكاناتهم دون ضغوط.

- تنمية الثقة بالنفس لديهم وتشجيعهم على المثابرة والرفع من معنوياتهم وتعزيز شعورهم الإيجابي نحو ذاتهم ، فقد كشفت الدراسات أن الشعور بالدونية أحد الأسباب التي تعوق تقدم الموهوبين والمتفوقين عقلياً.

لقد أثبتت الدراسات الحديثة أن نسبة المبدعين من الأطفال من سن الولادة حتى سن الخامسة تصل إلى 90% منهم ، وعندما ما يصل هؤلاء الأطفال إلى سن السابعة تقل تلك النسبة لتصل إلى 10% ، وما أن يصلوا إلى الثامنة حتى تحط الموهبة رحالها على 02% منهم فقط . وهذا دليل واضح على أن مدى نجاح أنظمة التربية والتعليم لدينا ، والأعراف الاجتماعية ، والعادات الأسرية في طمس معالم الموهبة لدى أطفالنا ، وإجهاد أحلامهم وأمالهم على صخور واقع مجتمع لا يعرف كيف يتعامل مع نخبته القادمة ، فهو لا يعرفهم إلا متمردون على نظمهم وعاداته ، ويجب أن يخضعوا ولو بالقوة ...

إن تحليل سير الموهوبين ودراسة واقعهم الأسري (دراسة شاذلي 1998) يدلنا على بعض الخصائص المشتركة لبيئتهم الأسرية والتيمن أهمها التفاهم والتراحم بين الوالدين وإتاحتهم جو من المصارحة والنقاش الحر للابناء يمكن أن يوفر لهم الفرصة لرعاية مواهبهم⁽⁷⁾

و يؤكد الدكتور سيد صبحي – أستاذ الصحة النفسية بجامعة عين شمس صحة ما التفت إليه أجدادنا من توجيه الأنظار للفترة الأولى من حياة الأولاد لأنها أفضل مرحلة سنوية كما تؤكد الدراسات التربوية الحديثة حيث أجري احد المعاهد في لندن دراسة على مجموعة من كبار السن دارت حول قياس مستويات الذكاء والذاكرة والنشاط العقلي وعدم النسيان . وتوصل الباحثون إلى حقيقة لم يعرفوها إلا مؤخراً في حين فطن إليها علماءنا منذ خمسة عشر قرناً من الزمان وهي أن الطفل في سنواته الأولى الذي يحرص على ارتياد دور

العلم والكتاتيب لحفظ القرآن الكريم وتعلم القراءة والكتابة ومبادئ الحساب مثلما فعل المسلمون الأوائل يكون أكثر ذكاءً وانتقاداً وميلاً للتحصيل والمطالعة وعدم النسيان!!⁽⁸⁾
أهمية الكشف المبكر عن الأطفال الموهوبين : يفيد الكشف المبكر في:

- تقديم التوجيه والإرشاد لأسرة الطفل الموهوب حول كيفية دعم جهود الروضة في تشجيع الطفل الموهوب ورعايته .

- يفيد الكشف المبكر في اختيار البرنامج وأدوات التعلم المناسبة والتي تتحدى تفكير الطفل وتنمي قدرات التفوق لديه .

يفيد الكشف المبكر في زيادة دافعية -

الطفل الموهوب والتي تظهر من خلال ارتفاع حماسه للعمل وزيادة انتاجه الإبداعي مما يزيد ثقة الطفل بنفسه⁽⁹⁾

خصائص الموهوبين واحتياجاتهم المناسبة

اتفق الباحثون في مجال تعليم الموهوبين على ضرورة استخدام قوائم الخصائص السلوكية كأحد المحكات في عملية التعرف أو الكشف عن هؤلاء الأطفال ؛ وذلك لوجود علاقة قوية بين الخصائص السلوكية والاحتياجات المترتبة عليها وبين نوع البرامج التربوية والإرشادية الملائمة ، إن الشخصية الموهوبة تتميز عن غيرها بعدة خصائص ولهذه الخصائص احتياجات ويمكننا تلخيص هذه الخصائص في خمسة جوانب هي:

أولاً : خصائص تتعلق بالجانب المعرفي .

ثانياً : خصائص تتعلق بالجانب الوجداني .

ثالثاً : خصائص تتعلق بالجانب البدني .

رابعاً : خصائص تتعلق بالجانب الحدسي .

خامساً : خصائص تتعلق بالجانب المجتمعي .

وسنحاول تناول هذه الخصائص بشيء من التفصيل وتعيين ما يقترح من احتياجات تلائم هذه الخصائص على أن يظل الأمر في إطار المرونة التي تناسب العلوم الإنسانية وطبيعة المهمة⁽¹⁰⁾

ما هي خصائص الطفل الموهوب؟ و ما الذي يميزه عن غيره من الأطفال العاديين؟ و كيف تعرف الأم أن لديها طفلاً موهوباً؟

أما عن طرق الكشف عن الموهوبين ؛ فهي متعددة منها ما هو أكاديمي عن طريق محكات واختبارات علمية مقننة ، ومنها ما هو عام ولكنه يستند إلى نظريات ودراسات علمية .. وهذا ما سيستخدمه الوالدين للتعرف على مواهب أبنائهم . فالدراسات الحديثة أجمعت على الرغم من اختلاف نتائجها النهائية ؛ على أنه يوجد خصائص عامة وسمات للموهوبين يمكن من خلالها التعرف عليهم وتبميزهم عن العاديين .. ويمكن تقسيم تلك الخصائص إلى ثلاث مجموعات رئيسية من الخصائص ، وهي كالتالي :

أ- خصائص جسمية :

إن مستوى النمو الجسمي والصحة العامة للموهوبين يفوق المستوى العادي ، فالموهوبين يستطيعون

بشكل عام المشي والتكلم في سن أبكر مما هو عند العاديين . وهو بشكل يميلون إلى أن يكونوا :-

- أقوى جسمًا ، وصحة ، ويتغذى جيدًا .

- متقدم قليلاً عن أقرانه في نمو العظام .

- نضجه الجسمي يتم مبكرًا - بالنسبة لسنه - .

ب- خصائص عقلية ومعرفية :

- أهم ما يميز الطفل الموهوب عن غيره من الأطفال العاديين يكمن في خصائصه وقدراته العقلية .. فالطفل الموهوب أسرع في نموه العقلي عن غيره من الأطفال العاديين ، وعمره العقلي أكبر من عمره الزمني ويمكن إجمال أهم سمات الموهوبين العقلية في النقاط التالية :-
- قوي الذاكرة ، ومحب للاستطلاع .
- يقظ ؛ ولديه قدرة فائقة على الملاحظة .
- سريع الاستجابة .
- لديه قدرة عالية على إدراك العلاقات السببية في سن مبكر .
- يميل إلى ألعاب الحل والتركيب ؛ واختراع وسائل لعب جديدة لألعاب قديمة ومعروفة لديه .
- لديه قدرة فائقة على الاستدلال والتعميم وفهم المعاني والتفكير بمنطقية .
- السن المبكر في تعلی القراءة .
- ميلهم غير العادي للقراءة .
- حصيلة لغوية كبيرة ، وتزداد قدرته على استخدام الجمل التامة في سن مبكر للتعبير عن أفكاره ومشاعره .

ج- خصائص نفسية واجتماعية :-

- أكدت الكثير من الدراسات على أن الطفل الموهوب أكثر حساسية ؛ ورغم ذلك فإنه أكثر شعبية من الطفل العادي ، ولديه قدرة أكبر على تكوين علاقات اجتماعية مع غيرهم ، وهم أيضاً يفوقوا العاديين في تكيفهم مع البيئة ... وبمقارنة الطفل الموهوب بغيره من العاديين نجد أنه يميل لأن يتميز بالخصائص التالية :-
- له صفات شخصية سامية (أكثر دماثة ، مطيع - مع استقلالية - ، مطيع ، أكثر انسجاماً مع الآخرين)
- يتميز بقدرة عالية على نقد الذات .
- يميل لاتخاذ دور القائد في الجماعة (قيادي) .
- يفضل الألعاب ذات القواعد والقوانين المعقدة والتي تتطلب مستوى عال من التفكير .
- يميل إلى تكوين علاقات صداقة مع أقران أكبر منه سناً سنتين أو ثلاث على أكثر - لأنهم يتساوون مهم في العمر العقلي⁽¹¹⁾
- ليست كل تلك الخصائص والسمات إلا علامات يرسلها الله - عز وجل - إلى كل أب وأم ، قائلاً لهما من خلالها أنكم مؤتمنون على تلك الوديعة ، وستسألون عنها .. فإلى كل أب وأم يقرأ ((هيا نكتشف طرق تنمية أمانتك !!)) .
- وتذكر إحدى المختصات في التربية وعلم النفس مجموعة من السمات الدالة على الموهبة لدى الطفل ، منها :

بناء الطفل لجملة مركبة ، والبدء مبكراً بالكلام مقارنة بأقرانه .
سهولة التعلم وسط ظروف مناسبة .

-استياء الطفل من عدم الحصول على إجابات مقنعة وكافية .
-القدرة على القراءة المبكرة أو النضج المبكر للقراءة قبل أقرانه .
-امتلاك ذاكرة قوية وقوة ملاحظة للتفاصيل .

-الشغف بالمعرفة وطرح العديد من التساؤلات: كيف - لماذا - متى - أين ...

- وأول أدوارنا عدم الاستياء من الأسئلة الكثيرة لأبنائنا ، ومحاولة تقديم محتوى يفكر فيها الطفل لنشعل لديه شرارة التساؤلات على أن نجيب إجابات سليمة وغير مغلقة النهاية لتشجع الطفل على مزيد من التساؤلات ، الأمر الثاني هو تدريب الطفل على استخدام الأسئلة ، ولهذا أيضا تفصيل مؤجل :
- استياء من عدم الحصول على إجابات مقنعة وكافية .
 - التفكير بشكل منطقي لافت للنظر .
 - إمكانية التفكير في الأشياء المجردة ؛ ويمكنه تعميم التعلم.
 - الاستقلالية وربما تصل لعدم الامتثال بصعوبة.
 - *المرونة والتكيف مع الأوضاع الجديدة.
 - ممارسة الألعاب التي تستند على الفك والتركيب والتحليل والربط أكثر من استخدام الألعاب التي تستند على الحظ .
 - إبداء قدرة عالية على التعامل مع الألعاب التركيبية المعقدة.
 - العمل لفترة طويلة في مجال يهتم به .
 - التمييز المبكر بين اليمين واليسار .
 - إدراك مبكر لمفاهيم السببية ؛ والقياس والحجم والوقت ومقارنة الأشياء مستخدماً هذه المفاهيم .
 - امتلاك ذاكرة مكانية قوية ، والقدرة على تحديد الاتجاهات بدقة .
 - العد المبكر لأعداد فوق العشرة والعشرين .
 - حل المسائل الحسابية البسيطة بشكل مبكر .
- كذلك يوجد عدد من الصفات النفسية الإيجابية والسلبية التي يشترك فيها الموهوب والمتفوق نذكر منها أولاً الصفات الإيجابية :
- *مهارة في التعبير عن أفكاره ومشاعره .
 - *الإنجاز السريع لما يطلب منه من أعمال .
 - *العمل بعناية وضمير .
 - *حب التعلم والاستكشاف والسعي دائماً وراء المعلومات ، ودقة ملاحظة ما يدور حوله واكتساب الخبرات من هذه الملاحظات .
 - الحساسية لاحترام مشاعر الآخرين واحترام حقوقهم .
 - الاشتراك في المنافسات ، وإثراؤه لها بأرائه .
 - سرعة وإدراك العلاقات التي تربط الظواهر أو المشكلات بأسبابها أو العوامل التي تؤثر فيها .
 - القدرة الفائقة على استخدام مهارات القراءة ، واكتساب معارف ومعلومات جديدة للإسهام في خلق جو من المرح والبهجة وإسعاد الآخرين .
- هذا بالإضافة لعدد من الخصائص النفسية السلبية منها :
- السعي بإصرار للتحكم في المناقشات التي يشترك فيها .
 - قلة الصبر أحياناً في الانتقال من مرحلة إلى أخرى في عمله أنشطته .
 - إمكانية التهور بذكر ملاحظات كبيرة غير قائمة على أساس سليم من المعلومات والخبرة .
 - احتمال تفضيل القراءة على حساب الأنشطة الاجتماعية الأخرى ، والتفاعل مع الآخرين .
 - معارضة أو تجاوز النظم والقواعد والتعليمات أو المعايير .
 - المعاناة من إحباطات نتيجة غياب المنطق أو تجاوزه في ممارسة الحياة اليومية .

- احتمال الاندماج لفترات طويلة في أحلام اليقظة التي تبعده عن الواقع المحيط به وتحول بينه وبين التركيز والانتباه.
- إمكانية الشطط والخروج عن الموضوع أثناء المناقشة لجوانب لا علاقة لها به.
- الشعور بالملل بسبب التكرار والإطالة في شرح قواعد أو بديهيات أو مفاهيم.
- تجاوز الحدود في سرد النكات أو المرح.
- مقاومة الالتزام بجدول أو نظام قائم على الوقت وليس على العمل نفسه.
- سرعة فقد الاهتمام بالأشياء أو الهوايات.
- أخطاء في الهجاء ورداءة الخط.
- الاندماج في أنشطة حركية زائدة مثل الانتقال من عمل غير مكتمل لآخر خاصة حين الافتقاد لمتنفس لطاقته العالية في أعمال تتصل باهتماماته وتتحدى ذكائه العالي.
- المعاناة من اضطراب النوم والقلق.
- الإحساس بالغرور وما يترتب عليه منعزلة اجتماعية أو تهاون يؤدي للفشل في أعمال بسيطة.
- وإجمالاً علينا بإثراء بيئة الطفل بكثير من الأنشطة والاهتمامات التي تتيح التعرف على مواطن القوة والضعف في أداء الطفل ، وكذلك تتيح التعرف على اهتماماته لأنها البوصلة الأولى التي توجهنا لتناوله ، بما يعني ضرورة التعمق في اهتمامات الطفل وتعقيد الأنشطة المقدمة لهلحفز مهارات التفكير العليا لديه ، ويراعي التنوع والهرونة في هذه الأنشطة والتتسثير التفكير وتكشف عن القدرات الإبداعية لدى الطفل ، إضافة للسماح للطفل بالتفاعلا لإيجابي مع بيئته والتواصل الاجتماعي⁽¹²⁾
- وهناك دراسة لشفيق علانة كشفت عن أهم خصائص الأطفال الموهوبين ومنها ما يلي:
- يتقن الطفل الموهوب مستويات عالية من المحتوى و المواد الدراسية في عمر مبكر وهو أقدر من الأطفال العاديين على النجاح في حياته المستقبلية و يتعلم بسرعة أكبر منالأطفال العاديين.
- الأطفال الموهوبون قادرون على التكيف الاجتماعي وهم على أي حال يختلفون في عدة أوجه عن الأطفال العاديين.
- تبدو على الأطفال الموهوبين كفاءة مبكرة في التواصل اللفظي والكتابي ولديهم قدرات عالية علملاحظة الأشياء و كأنهم يرون أكثر مما يرى غيرهم من الأطفال العاديين كما ان لديهمذكاء شديدا في أدراك العلاقات السببية بين الأشياء.
- قد يبرزون في جانب معين و يكونون عاديين في جوانب أخرى و يقضون جزءا من وقتهم في أعمال غير مدرسية أو مشاريع خاصة بهم ، كما يهتم الطفل الموهوب بعدد متنوع من الهوايات والألعاب.
- الطفل الموهوب طفل ودود يحب تكوين الصداقات مع الآخرين و يتمتعبشعبية بين زملائه و أصدقائه.
- الأطفال الموهوبون يضعون مستويات عالية من الطموح و الأداء لأنفسهم إلى حد يشعرون بعدم النجاح في أي أمر ، ولهم عقلياتجادة و يهتمون بموضوعات تهتم الراشدين مثل القضايا العالمية ومعنى الحياة.
- يتفوق الأطفال الموهوبون على الأطفال العاديين في عدد من السمات مثل الصدق ، النضج ، الاعتماد على الذات ، الإبداع ، التكيف الشخصي ، تحمل المسؤولية و التحصيل⁽¹³⁾
- ويرى بعض المختصين أن الطفل الموهوب هو الذي يتميز بما يلي:
- قدرات متميزة مرتفعة.

- قدرة على الانطلاق في اتجاهات متعددة لإعطاء حلول متنوعة للمشاكل

- قدرة على الإبداع بإعطاء حلول جديد

وسرعة في فهم استيعاب المشكلات التي يهتم بها-
يظهر سرعة التعلم وسرعة في إدراك المفاهيم-
يظهر استقلالية في تعلم القراءة مابين اقرانهاالثالث والخامسة-
-يكتسب ثروة لغوية كبيرة بالمقارنة مع أقرانه- كما يبكر في استخدام جمل صحيحة
رغبة للتعامل مع الأرقام والتصنيفات- كما يظهر مقدرة على الترتيب والتنظيم وكذلك على التعامل مع
الأشياء المجردة

لديه مقدرة كبيرة على الاحتفاظ والتذكر- ويمتلك ذاكرة جيدة للأناشيد والآيات والأحداث والأشعار
- يمتلك قدرة كبيرة على التركيز وإمكانية الاستمرارية في التعامل مع مشكلة عقلية محددة.
لديه فضول معرفي كبير وحب استطلاع واستكشاف-الأشياء ويمطر أسرته بالأسئلة مثل:
متي ؟ كيف ؟ لماذا ؟ أين ؟

- يحرص على معرفة كيفية تشغيل شيء ما (جهازكهربائي أو لعبة)
لديه إحساس كبير بالحقوق وحرص كبير علمممتلكاته.
بسرعة ودون الحاجة إلى الإعادة يتعلم الشرح-
يتعلم القراءة قبل دخول المدرسة دون مساعدة كبيرة-
-يفكر تفكيراً منطقياً بشكل ملفت للنظر
-يتميز بروح الدعابة والفكاهة⁽¹⁴⁾

المتفوقون ليسوا أفراداً خارقين بل هم من بني البشر لكنهم يمتلكون قدرات ومواهب غير عادية في
مواقف أو حقول معرفية معينة تميزهم عن أقرانهم العاديين ، ونظرة الناس إليهم إنهم متميزون تأتي من
ملاحظة أن لهم سمات وخصائص متميزة تظهر جلية في سلوكهم ومستويات أدائهم المرتفعة⁽¹⁵⁾

- وقد أعد الدكتور تيسير صبحي بجامعة الخليج العربي المتصل بميدان الموهبة والإبداع دراسة عن
سمات الأطفال الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة وسبل الكشف عنهم تمهيدا لإخضاعهم إلى
رعاية خاصة. وأشارت الدراسة إلى أن الأدب التربوي كشف عن أن نسبة الأطفال الموهوبين تتراوح في
مرحلة الطفولة المبكرة بين 3% و5% ومن أبرز السمات والخصائص السلوكية التي يتمتع بها هؤلاء
الأطفال الموهوبون ما يلي :

ذاكرة قوية -يبدأ الكلام أسرع من أقرانه وقد يبدأ كلامه بتكوين جمل كاملة-يعلم نفسه القراءة - يقدم
حلولاً عديدة للمشكلة التي يعمل على حلها -يتمتع بحصيلة لغوية كبيرة- يستخدم طرائق معقدة في
حل المشكلات -لديه قدرة عالية على التركيز والانتباه- يدرّب نفسه على تحمل المسؤولية- في
مقدوره وصف مشاعر الآخرين والإحساس بها -يتمتع بالدقة ولديه سمة الأصالة ، ، يعني بمشكلات
الكبار ويميل إلى العزلة والانطواء في غالبية الأحيان -يتمتع بطاقة جسدية وعقلية عالية - يطرح
أسئلة واستفسارات كثيرة وقادر على فهم واستيعاب ما يقرأ بصورة معمقة .
ويقول الدكتور تيسير إنه في دراسة أجريت على أولياء أمور الأطفال اتضح أن 87% منهم أدركوا أن
أطفالهم موهوبون قبل التحاقهم برياض الأطفال أما نسبة 22% فقد أدركوا ذلك خلال السنة الأولى
من عمر الطفل في حين ان 48% من أولياء الأمور كانت لديهم توقعات بأن أطفالهم موهوبون في
السنوات الثلاث الأولى وتأكدت نسبة 17% من أولياء الأمور أن أطفالهم من الموهوبين في السنوات
الأربع الأولى من عمر الطفل في حين أولياء الأمور يدركون أن أطفالهم موهوبون في مراحل عمرية
متأخرة⁽¹⁶⁾

وقد بدأ (تيرمان) ، وهو من علماء النفس المهتمين بدراسة الموهوبين ، ودراسته الطولية لمجموعة من الأطفال بلغ عددهم (1528) طفلاً ، ثم التعرف عليهم عام 1920م بتتبعه لمدة (35) عاماً حتى وفاته ، واستخدم اختبارات الذكاء الجماعية ، وملاحظة المعلمين ، وركز على اختبار ستانفورد بينيه للذكاء

1- الخصائص الجسمية

وجد (تيرمان) أن الموهوبين يتمتعون بمستوى مرتفع من اللياقة البدنية بوجه عام ، ويتعلمون المشي قبل العاديين بحوالي شهر ، وكذلك البدء في الكلام ، وفترة نموهم أطول ، ووجد أن حالات سوء التغذية ، وأمراض الأسنان ، والإضرابات الحسية لديهم ، مع زيادة في الطول ، قلة في عيوب النطق ، ولانسي الفروق الفردية .

2- الخصائص العقلية والتعليمية

تتماز هذه الفئة بالتفوق العقلي ، ومشاركة في أنواع النشاط ، ولهم ميول للموضوعات العلمية ولهم سمات في النضج والاتزان الانفعالي 2- الخصائص الانفعالية والاجتماعي يقال أن الموهوبين أكثر انطواءً ، وأقل مشاركة في الحياة الاجتماعية ، ولكن بعض الدراسات تشير إلى خصائص مغايرة ، فتثبت أن غالبية الموهوبين هم أكثر انفتاحاً ، وأكثر نقضا لها يجري حولهم ، وأكثر استقراراً من النواحي الانفعالية والاجتماعية ، وأكثر التزاماً بالمهام التي توكل إليهم ، وأكثر واقعية في أدائها ، وأكثر حساسية لمشاعر الآخرين ، كما أنهم كما أنهم أكثر استمتاعاً بالحياة ممن حولهم⁽¹⁷⁾

العوامل الثلاثة المؤثرة في تفوق الطفل عقلياً:

- 1- بيئة المنزل والمدرسة التي شجعتهم على التعلم والاستمتاع.
 - 2- الوالدين والأشخاص الذين حولهم ، حيث كانوا نموذجاً للاهتمام والالتزام ، فقلدهم الأطفال .
 - 3- تدريب الأسرة المبكر للطفل حتى تنمو لديه الرغبة في الإنجاز .
- عندما تجتمع هذه العوامل في طفل ذي إمكانيات بيولوجية للتعلم ، متوسطة أو فوق المتوسطة ، يصبح متفوقاً عقلياً .
- وعلى الجانب الآخر ، إذا ولد طفل بإمكانيات بيولوجية تعليمية هائلة ولم يتلق التشجيع والتعلم المبكر فلن يصبح ذكياً أو موهوباً .
- طفلك عباره عن صفحه بيضاء (أرض خصبه) فأنت من تسجلي فيها ما تريدين وتزرعي بها جميع القيم التي تحفزها على التفوق والإبداع منذ الصغر .
- فكوني أنت / الأم / الأبمن يدعم الطفل ويشجعه ينشأ طفلاً ذكياً ومن ثما موهوب
- بتوفيرك للإمكانيات الإبداع التي يحتاجها⁽¹⁸⁾

دور الأسرة في رعاية الموهبة:

- يبدأ هذا الدور بتوفير فرص الرعاية المتكاملة ثم تعرف الأسرة على خصائص الموهوبين ثم الملاحظة الدقيقة للابن ثم إجراء حوارات ومواقف مع الابن فإذا تبينت الأسرة موهبة الابن اتخذ الخطوات الآتية:
- 1- التعاون مع المدرسة عن طريق الزيارات واللقاءات مع المعلمين لإعطائهم المعلومات الكافية .
 - 2- التعاون مع الأخصائي النفسي والاجتماعي ومدته بالمعلومات اللازمة عن سلوك الموهوب .
 - 3- التوجه إلى المؤسسات المتخصصة لرعاية المواهب .

يتخلص هذا الدور في توفير المناخ الهلائم والتشجيع اللازم والتقدير المناسب والإمكانات المعينة وعرض نماذج إيجابية يقلدها الموهوب وإيجاد اتجاهات نحو العالم والتعليم.

مشكلات الطفل الموهوب في الأسرة

باستقراء التراث السيكولوجي حول مشكلات الطفل الموهوب في الأسرة يمكن استخلاص المشكلات الآتية:

1- بروز دور الطفل الموهوب كوالد ثالث في الأسرة :

من خلال استطلاع آراء آباء الأطفال الموهوبين في دراسة أجراها (هاكني) عبر هؤلاء الآباء عن غموض دورهم كأباء عند التعامل مع الطفل الموهوب ، وصعوبة تحديد الفرق بين دور الوالدين والأبناء الموهوبين في الأسرة ، كما أبدوا حيرتهم في كيفية التعامل مع الطفل الموهوب كطفل أم راشد ، مما أدى إلى إحساسهم بالقلق والحيرة لصعوبة الفصل بين دورهم كأباء ودور الطفل الموهوب كطفل ، حاله حال سائر الأبناء لان الطفل الموهوب يتمتع بقدرة لفظية عالية ، ويتحدث إلى والديه وكأنه فيلسوف صغير ، كثير الجدل ، قوي الحجج والبرهان ، مما يجعل والديه يشعرون بالحيرة أمام هذا الطفل الراشد ، وكثيرا ما يخسر الآباء الرهان في معركتهم الجدلية مع طفلهم .

ونظرا لحدة ذكاء الطفل الموهوب ، وشدة حساسيته ، وتأثير شخصيته المسيطرة ، وقوة إقناعه ، يعلن الآباء استسلامهم أمام الطفل الموهوب الذي يفرض نفسه كوالد ثالث في الأسرة بلا منازع . ويشعر الآباء بالحيرة الشديدة في أساليب تربية الطفل الموهوب الذي لا تنفع معه الأساليب العادية في التربية ، ويفرض عليهم من حيث لا يشعرون معاملة الند للند .

2 - دوران الأسرة في فلك الطفل الموهوب :

يبدو أن وجود طفل موهوب في الأسرة يؤدي إلى اضطراب أفراد الأسرة إلى إجراء تعديلات خاصة في حياتهم ، والتضحية بالكثير من الجهد والمال والوقت في سبيل تلبية احتياجات الطفل الموهوب ، وتبدو الأسرة وكأنها تدور في فلك الطفل الموهوب ، خوفا على موهبته من الضياع ، هذا إذا كانت الأسرة واعية ومتعلمة ، أما إذا كان الطفل الموهوب يعيش في كنف أسرة جاهلة ، أو تعيش في ظروف صعبة غير عابئة بموهبته ، كان مصير الموهبة الضياع ، ويساء فهمه ، فيتحول إلى عداد الكسالى أو المشاغبين أو المتخلفين (Heckney 1981)

ويبدو أن وجود طفل موهوب في الأسرة يخلق نوعا من الصراع بين الوالدين ، عندما يلجأ كل منهما إلى أسلوب مختلف في المعاملة ، كأن يشجع أحدهما إنجاز ويشجع الآخر الجد مما يجعل الطفل يستخدم أساليب المراوغة بذكاء ودهاء مع الوالدين متبعا مبدأ (فرق تسد) بين الوالدين للوصول إلى أهدافه ، مما يجعل اهتمامها به أكثر والتنافس بينهما من أجل تلبية كل رغباته (Fine 1977)

3- عزل أطفـال الموهوب في شرنقة الحماية الأسرية :

على الرغم من فوز الطفل الموهوب في معركة إثبات وجوده في الأسرة مستغلا تفوق قدراته العقلية ، وبراعته اللفظية إلا أنه يخسر معركة على صعيد آخر وهي علاقاته الاجتماعية مع أقرانه ، فهو يميل إلى عقد صداقات مع أشخاص أكبر منه سنا ، وقد يعزف عنه الأطفال العاديين لاختلافه عنهم ، أو لإحساسهم بالغيرة منه ، مما يؤثر على تقديره لذاته .

وفي بعض المقابلات مع الأطفال الموهوبين أفادوا بأنهم يتظاهرون بالغباء حتى يفوزوا بحب الأصدقاء.

وهذا يشكل هما كبيرا على الأسرة ، فيشعرون بالخوف والقلق على الطفل حتى لا يخذش شعوره ، ويجرح كبرياؤه ، فيلجأ الأبوان إلى أسلوب الحماية الزائدة مما يعزل الأسرة والطفل عن الآخرين (Heckney1981).

4- إحساس الآباء بالتنافر المعرفي (Cognitivedissionance):

تواجه أسرة الطفل الموهوب مشكلة الإحساس بالتنافر المعرفي بسبب التباين بين صورة طفلها الموهوب النمطية ، التي تجعل الطفل وكأنه خارق الصفات ، متفوق في كل المجالات ، منعزل اجتماعيا ، وبين صورته الواقعية رغم اختلافه عن العاديين في مجال موهبته فهو عادي في العديد من الأمور ، وطفل بالدرجة الأولى ، له احتياجاته حاله حال سائر الأطفال في مثل عمره. وهذا التباين بين الصورتين يخلق نوعا من التشويش . والقلق لدى الآباء ، ويواجهون صعوبات في أساليب التعامل مع طفلهم .

5- علاقة الطفل الموهوب بإخوته :

من الأمور التي تقلق أسرة الطفل الموهوب علاقة الطفل الموهوب بإخوته ، إذ تشير الدراسات في هذا المجال إلى أن الإخوة غير الموهوبين يعانون من مشكلات التوافق النفسي ، والقلق وتدني مستوى تقدير الذات بسبب وجود طفل آخر موهوب في الأسرة ، فعلى سبيل المثال الإخوة الأصغر سنا منه يشعرون بأنه من المستحيل أن يصلوا إلى موهبة أخيهم أو أختهم الأكبر سنا.

أما الإخوة الأكبر سنا فإنهم يشعرون بالضغط النفسي الشديد والنفور منه لأنهم لا يتقبلون فكرة تفوق الأخ أو الأخت الأصغر سنا. وإذا كان هناك طفلان في الأسرة ، وكان الأكبر موهوبا شعر الأصغر بالقلق لإحساسه بعدم القدرة على الوصول إلى مستوى أخيه الأكبر.

وتشير بعض الدراسات إلى أن الطفل الموهوب في الأسرة بسبب فرط حساسيته يبحث عن الدفء العاطفي في الأسرة فلا يجده أحيانا ، إذ يشعر الأطفال العاديين بالدفء العاطفي من قبل إخوتهم بدرجة أكبر من الأطفال الموهوبين الذين يشعرون بالرفض والبرود .

ويبدو أن التقارب العمري قد يكون متغيرا وسيطا في العلاقة العاطفية بين الطفل الموهوب وإخوته ، أي كلما كانت الأعمار متقاربة بين الطفل الموهوب وإخوته كان هناك تأثيرات سلبية علي الإخوة العاديين ، أما إذا كانت أعمارهم متباعدة على الأقل ثلاث سنوات فتكون علاقتهم قوية .

كما تشير بعض الدراسات إلى أن العلاقات العاطفية بين الإخوة تكون أكثر سلبية إذا كان الطفل الأكبر هو الطفل الموهوب .ويرى باحثون آخرون أن التأثيرات السلبية للكشف عن الطفل الموهوب على الأسرة والإخوة تكون مؤقتة وتزول بمرور الزمن ، إذ تتكيف الأسرة معها ، وأن الطفل الموهوب أكثر انتقادا للعلاقات الأسرية كحيلة دفاعية لحماية ذاته بسبب إحساسه بالاختلاف عن الآخرين⁽¹⁹⁾ يمكن إجمال أهم تلك المشكلات في النقاط التالية :

-التفرقة في معاملة الأولاد مما يؤدي إلى الكراهية الشديدة بينهم ، والشعور بالإحباط وعدم وجود حالة من الهدوء والأمن النفسي ، والخوف من فقدان حب الوالدين .. وهذا يعتبر معوق خطير يقف أمام إظهار الطفل الموهوب لطاقته وقدراته الكامنة .

عدم فهم الوالدين لطبيعة الطفل الموهوب ، فالطفل الذكي يتذمر من القيود والقوانين والأوامر الصارمة ويعتبرها عائقاً تحول دون انطلاقه .. لهذا يجب توفير قدر من المرونة والحرية في تحركات الطفل وأفعاله لكي يستطيع التنفيس عن انفعالاته وأفكاره .

الطفل الموهوب ذو قدرات عالية ، وقد يقوم بالتخريب لاجبًا في التخريب وإنما لأن طبيعة تحب

الاستطلاع والتجريب .. لذلك يجب إبعاد المثيرات المؤذية عنه ، مع إيجاد بديل لممارسة نشاطه ويجري تجاربه في مكان مخصص للعبه ومكتشفاته على سبيل المثال يريد طفلك استكشاف [المطبخ] وما يحتويه من أشياء والأم لا تريد منه ذلك حتى لا يؤذي نفسه ويتعرض للخطر ، لذا نقول للأم تدخل معه المطبخ وتعرفه على الأشياء ومسمياتها ووظيفتها – بطريقة مسطحة- ، فنقول مثلاً: هذا سكر ، وهذا ملح .. وليدقهما ، وإذا أراد الطفل اللعب بالسكين ونحوه تحضر له الأم سكينًا بلاستيكيًا وتجعله يقطع بعض الخضراوات ويأكلها !! أما ماذا سيحدث إذا منعت الأم الطفل من دخول المطبخ ؛ سيزيد هذا المنع الطفل إصرارًا وعنادًا على الدخول ، وقد يتعرض ساعتها للأذى وهو بعيد عن نظر أمه ..

يجب على الوالدين الأخذ في الاعتبار أن الموهوبين يتصفون بشدة الحساسية ، فقد تؤثر فيهم كلمة بسيطة فيفعلوا الأفاعيل ، أو كلمة لوم بسيطة ولكن قاسية ؛ تقدهم وتفتر من عزيمتهم .
إذا فالطفل الموهوب + تلك المشكلات = قبلة موقوتة على شفا الانفجار ؛ ويجب نزع فتيلها . وهذا واجب على أفراد الأسرة كلهم لا الأب والأم فقط .. فاحتواء الموهوب انفعاليًا وفكريًا مع إتاحة الفرصة له لتنمية نفسه حسب قدراته ، يساعده على فهم قدراته وتوجيهها لحل مشكلات الحياة التي ستقابه في المستقبل وقد جاءت دراسة آن دود 1992 م .Dodd ;A لتضع مرشدا ودليلا للأسرة حول التربية المبكرة ، دليل للوالدين للعمل مع المعلمين والمدرسة من أجل التربية المبكرة لتحقيق أفضل أبقى تعلم حقيقي للأطفال وتعليمهم كيف يفكرون ويعبروا عن الإبداع ، وتمثل هذه الإرشادات إجمالاً في :

- التعلم الذي يزيد عن مجرد حفظ وتسميع المعلومات والتنافس على الدرجات
- اكتشاف الأطفال كيف يفكرون

التعبير عن الابتكارية وتنمية المهارات المطلوبة للتعاون . ولتحقيق نفس الغرض جاءت دراسة (سوزان مكارتنى) McCartney,S1992 وهو وضع " مرشد للأسرة لتشجيع خبرات التعلم النشط والتفكير الابتكاري"⁽²⁰⁾

يشرح هذا ن الدليلان ويناقدان ما يمكن أن يقدمه الوالدان لأطفالهم من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى المرحلة الثانوية كما يشرعان الممارسات الصفية المبتكرة Innovative بما في ذلك الممارسات الخاصة بالتعلم التعاوني LearningCooperative وتشرح بطريقة يفهمها الوالدان

خصائص البيئة الأسرية للأطفال الموهوبين في مرحلة الطفولة المبكرة

تشير دراسات تناولت السيرة الذاتية للمشهورين والنوابغ من العلماء والمفكرين والقادة في مجالات السياسة والآداب والعلوم أن هناك بعض ملامح مشتركة في بيئتهم الأسرية خلال طفولتهم المبكرة يمكن تلخيصها كما يلي:

1- حجم الأسرة : يرى الدكتور مُجدُّ أرزقي بركان بأن حجم العائلة إذا كان كبيراً غالباً ما يؤثر سلباً على نمو الكفّل وتحصيله الدراسي – فيما بعد- وقد توصلت الدراسات في هذا الجانب الى نتيجة مؤداها أن ذكاء الطفل مرهون بحجم العائلة ، ويرجع هذا الى امكانات التكفل والاشراف والمتابعة للأطفال من جانب الوالدين⁽²¹⁾

ففي دراسة تيرومانالكلاسبكية (Terman1925) على عينة قوامها حوالي (1000) من الموهوبين بينت أن 60% من أفراد عينته كانوا ينتمون إلى أسر عدد أفرادها اثنان .

وفي دراسة أجراها سيلفرمانوكميرني (Silverman&Kearney) على (23) طفلاً موهوباً يتجاوز مستوذكائهم (170) درجة تبين أن 65% من أسر هؤلاء كان متوسط عدد أطفالها اثنين .

ووجدت دراسة أخرى أجراها فان تاسلباسكا (Van Tassel Baska 1983) على مجموعة من الطلاب

المتميزين في الاختبارات التحصيلية في الرياضيات واللغة أن نصف الحاصلين على الدرجات الأعلى ينتمون إلى أسر متوسط عدد الأطفال فيها اثنان وبينت دراسة بينو وستانلي (Benbow & Stanley 1998) التي أجريت على (900) طفل موهوب في الرياضيات أن عدد الأطفال في هذه الأسر كان حوالي ثلاثة أطفال . وفي دراسة لجروس (Gross 1993) تبين أن (24) من (36) أسرة من أسر الأطفال الموهوبين بلغ عدد الأطفال فيها اثنين .

ويتضح من هذه الدراسات أن حجم أسرة الطفل الموهوب صغير نسبياً ، وأن عدد أفرادها قليل . ويمكن تفسير ذلك بأن الطفل الموهوب عندما يعيش في أسرة حجمها صغير نسبياً فإن الاهتمام به يكون أكثر ، والوقت الذي يقضيه الوالدان معه أكبر ، مما يساهم في إظهار موهبته ، كما أن الأسرة تستطيع أن توفر دعماً مادياً ومعنوياً بشكل أفضل .

2- ترتيب الطفل في الأسرة : بينت دراسة تيرمان (Terman 1925) أن 60% من أفراد عينته كان ترتيبهم الأول أو الوحيد في الأسرة وفي الدراسة التي أجراها البرت (Albert 1980) على رؤساء الولايات المتحدة الأمريكية ، ونوابهم ، ورؤساء وزراء بريطانيا ، وحائزين على جائزة نوبل في الولايات المتحدة تبين أن 75% من أفراد العينة كان ترتيبهم الأول في الأسرة ، أو كانوا يتمتعون بمكانة خاصة فيها (الطفل الأكبر ، الطفل الوحيد ، الطفل الأصغر ولد بعد مرور عدة سنوات .

وفي دراسة أخرى أجراها سيلفرمانوكيرنر (Silverman & Kearny 1989) على 23 طفلاً موهوباً بلغ مستوى ذكائهم فوق (170) درجة تبين أن 60% من أفراد العينة كان ترتيبهم الأول و الوحيد في أسرهم . أما دراسة بينو وستانلي (Benbow & Stanley 1980) على عينة قوامها (900) طفل موهوب فقد بينت أن عدد أفراد الأسرة كان حوالي ثلاثة فقط . وفي دراسة جروس (Gross 1993) على عينة تتكون من (40) طفلاً موهوباً من أستراليا تبين أن حوالي 72% من الأطفال الموهوبين كان ترتيبهم الأول في الأسرة . وأن 2% منهم أطفال وحيدون .

تبين العديد من الدراسات السابقة أن الطفل الموهوب يحتل الترتيب الأول أو قد يكون الطفل الوحيد ، أو قد يتمتع بمكانة خاصة في الأسرة ، ويمكن تفسير ذلك بأن هذا النوع من الأطفال يلاقون معاملة خاصة في الأسرة ، إذ يتم تشجيعهم على الاستقلالية ولعب دور قيادي في الأسرة منذ الصغر ، وبسبب احتكاكهم بالوالدين وتفاعلهم الدائم معها يكونون أقدر من باقي الإخوة على اكتساب اللغة بشكل مبكر ، مما يساهم في تنمية ذكائهم ، وإظهار قدراتهم الكامنة .

3- عمر الأبوين : بينت دراسة تيرمان (Terman 1925) على أسر الأطفال الموهوبين أن متوسط عمر الأب عند ولادة الطفل الموهوب كان 33 سنة وستة شهور ، ومتوسط عمر الأم كان 29 سنة . وفي منتصف الثمانينيات أجرى روجرز دراسة على عدد من الأطفال العاديين بينت أن متوسط عمر الأم كان 25 سنة و 4 أشهر بينما بينت دراسة سيلفرمانوكيرني أن متوسط أعمار الأمهات كان 29 سنة و 6 شهور . وبينت دراسة فان (تاسلباسكا) أن معظم أعمار أمهات الأطفال الموهوبين ا في عينتها كان في أواخر العشرين ومعظم أعمار الآباء كان في أوائل الثلاثين .

أ وفي دراسة جروس على العينة الأسترالية تبين أن متوسط أعمار الأمهات كان 28 سنة وثلاثة أشهر ، ومتوسط أعمار الآباء كان 28 سنة و 11 شهراً . يتضح من الدراسات السابقة أن أعمار الآباء والأمهات للأطفال الموهوبين كانت كبيرة نسبياً ، أي في أواخر العشرين أو أوائل الثلاثين ، ويمكن عزو ذلك إلى أن الأبوين في هذا العمر يكونان أكثر نضجاً من الناحية العاطفية وأكثر استقراراً من الناحية المادية مما ينعكس إيجاباً على تنمية الموهبة الكامنة لدى طفليهما .

4-المستوى التعليمي والمهني للأبوين: بينت معظم الدراسات أن المستوى التعليمي لإباء الأطفال الموهوبين أفضل من المستويات التعليمي لإباء الأطفال العاديين ، وأن نسبة لا يستهان بها منهم قد أتوا . المرحلة الجامعية .

ويبدو أن تربية الموهبة توجد حتى لدى الأسر التي تعيش في ظروف معيشية سيئة إذا ما توافر فيها الدعم المعنوي الكافي لأبنائها ، وشعرت بالتقدير للعلم والعمل وإذا وجد على الأقل شخص راشد في البيت يوفر التشجيع والتوجيه للطفل الموهوب ، كما تشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعيشون في بيئة أسرية ثرية ثقافيا (توافر الكتب والمجلات والألعاب والرحلات ، والتواصل اللفظي مع الأبوين ..) ، وأن كانت إمكانياتها المادية متواضعة . كانوا أميل إلى امتلاك القدرة على حل المشكلات والمهارات ، العقلية العالية ، وأكثر قدرة على الاستفادة من الخبرات والإمكانيات التعليمية الجيدة في المدرسة من الأطفال الذين ينتمون إلى بيئة فقيرة ثقافيا .

وبالنسبة للمستوى المهني لأباء الموهوبين تبين الدراسات في هذا الصدد أن معظمهم كانوا يحتلون مراكز مهنية وإدارية ، إذ بينت دراسة تيرمان ان 29% من أفراد عينته كانوا من المهنيين ، بينما بينت دراسة فان تاسلباسكا أن معظم آباء أفراد عينته من الأطفال الموهوبين كانوا من المهنيين ، وأن 20% منهم كانوا من رجال الأعمال ، و15% معلمات و8% ممرضات . أما دراسة جروس على العينة الأسترالية فلقد بينت أن 25% كانوا من الأطباء أو المرتبطين بالطب ، وأن 14% منهم كانوا تربويين ، و25% كانوا يحتلون مراكز إدارية . أما الأمهات فحوالي 64% كن عاملات في مراكز مهنية متنوعة .

يتضح جليا من هذه الدراسات أن المستوى التعليمي والمهني للأبوين يؤثر بصورة إيجابية على تنمية الموهبة لدى الطفل لأن الأبوين المتعلمين اللذين يتمتعان بمراكز مهنية يكونان أقدر على توفير البيئة الميسرة لتنمية الموهبة ، والمناخ التربوي والنفسي الملائم لإطلاقته الإبداعية .

لقد ركزت معظم الدراسات السابقة على متغيرات ثابتة في البيئة الأسرية من الصعب التحكم بها أو تغييرها مثل العمر ، والمستوى التعليمي للأبوين ، وترتيب الطفل في الأسرة ، لذا كان لابد من اللجوء إلى بعض الدراسات التي ركزت على متغيرات أكثر ديناميكية مثل التوافق الأسري وأساليب التنشئة الأسرية .

5-العلاقات الأسرية : تشير معظم الدراسات حول العلاقات الأسرية والموهبة إلى أن أسر الطفل الموهوب تتمتع بتوافق أسري جيد ، وأن نسبة الطلاق منخفضة ، وجدير بالذكر أن هناك أطفالا موهوبين لم يحققوا نجاحا في الحياة المدرسية على الرغم من تشابه خصائص حياتهم الأسرية مع الأطفال الموهوبين الناجحين ، وذلك لأنهم اختلفوا عنهم في العلاقات الأسرية بين الوالدين ، حيث تميزت العلاقات الأسرية للموهوبين الناجحين بالتفاهم والحب والسعادة الزوجية ، بينما اتسمت العلاقات بين الأبوين لدى الأطفال الموهوبين الفاشلين بالخلاف والمشاجرة والانفصال وكذلك العلاقة بين الأبوين والأبناء (Rim & Low 1988)

6-أساليب التنشئة الأسرية :

تبين العديد من الدراسات أن أساليب التنشئة الأسرية تلعب دورا كبيرا في تنمية الموهبة والإبداع لدى الأطفال . ومن الدراسات الكلاسيكية المعروفة في هذا المجال دراسة (أن رو) التي قامت بدراسة على ثلاث مجموعات من العلماء المبدعين ، فوجدت أن أهم عوامل البيئة الأسرية المشجعة للإنجاز العالي هي توافر الحرية وتساؤل العقاب والتشجيع المستمر الذي يستخدمه الآباء مع أبنائهم .

وتشير معظم الدراسات العربية والأجنبية في هذا المجال إلى أهمية توافر العناصر الآتية في البيئة الأسرية الميسرة للإبداع أحد الأبعاد الأساسية للموهبة .

-ممارسة الأساليب الأسرية السوية في تنشئة الأبناء أي البعد عن التسلط أو القسوة ، والتذبذب في المعاملة ، والمفاضلة بين الأبناء ، والتدليل الزائد ، والحماية المفرطة ، وغيرها من الأساليب غير السوية .
-تشجيع الاختلاف البناء .- تقبل أوجه القصور .- وجود هوايات لدى الأبناء .- توافر جو من القبول والأمان وعدم الإكراه .- إتاحة الفرصة للاستقلالية والاعتماد على النفس .- الاتجاه الديمقراطي والإيجابي نحو الأبناء .- الانفتاح على الخبرات .- التنوع في الخبرات .- تعويد الطفل على التعامل مع الفشل والإحباط⁽²²⁾

وعليه فإن الآباء مطالبون بمراعاة جملة من الأساليب في رعاية أبنائهم الموهوبين كما يلي :

- 1- أن يفهم الآباء أن الطفل الموهوب ليس بالضرورة موهوباً في كل المجالات وفي كل الأوقات .
 - 2- أن يدرك الآباء أن نمو الطفل الموهوب غير متناغم وأن هناك فجوة بين نموه العقلي ونموه الاجتماعي والعاطفي . بسبب تفوق قدراته العقلية 12 سنة وعمره الاجتماعي 5 سنوات ومن الطبيعي أنه إذا لم يفهموا وحساسيته المفرطة . فقد يكون عمره الزمني 7 سنوات وعمره العقلي هذه التركيبة الخاصة لسيكولوجية الطفل الموهوب فإن التعامل معه سوف يكون صعباً ومتعباً .
 - 3- تشجيع الطفل الموهوب على السعي للتميز لا للكمال فمن المهم تعويده على التعامل مع الإحباط والبعد عن الحرص الشديد على الكمال وعلى تقبل أخطائه وإدراك أن الخطأ هو جزء من الخبرة الإنسانية الواسعة في الحياة .
 - 4- الاهتمام بتثنية الذكاء العاطفي للطفل الموهوب وذلك بتوفير المناخ العاطفي الملائم في الأسرة الذي يساعد الطفل على التعامل مع مشاعر الإحباط والفشل والقدرة على التعبير عن مشاعر الغضب وتحسس مشكلات الآخرين وبناء علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين
 - 5- أن يدرك أن الطفل الموهوب هو طفل أولاً وموهوب ثانياً بمعنى عدم حرمانه من طفولته وأن يعيش مثل غيره من الأطفال وأن لا تفرض عليه سبباً من القيود حوله⁽²³⁾ .
- ومن هنا تبرز الأهمية الكبيرة لتدارك هذا الخطر الذي يهدد كل طفل موهوب إذا لم يتدارك المحيطون به المشكلة من أولها ، ويحسنون فهمه ورعايته ، وخصوصاً فيما يتعلق عند سن الدراسة ، بالبرامج والنهج التعليمية الخاصة⁽²⁴⁾ ، ويرى الدكتور عبد الحكيم الصافي وآخرون إن السياق الأفضل لمستوى التفكير المطلوب لدى الأطفال الموهوبين قد يحدث فقط ضمن برنامج تعليمي للموهوبين⁽²⁵⁾
- ومن المفيد جداً أن تلعب وسائل الإعلام المختلفة دوراً توعوياً للأسر بنشر ثقافة الرعاية و التعامل مع فئة الأطفال الموهوبين ، كما على الدول العربية خصوصاً وضع برامج ووسائل خاصة بهذه الفئة على اختلاف أطوارها التعليمية (من الروضة إلى التعليم الجامعي...).
- وإذا علمنا أن عدة مئات من العلماء والمخترعين كانوا السبب في التطور والتقدم الحضاري الذي ميز و يميز الغرب ، فإن هذا يبعث فينا الحافز كأمة عربية تملك الطاقات وتحتاج للخطة والإعداد لترجمة قدراتها وثرواتها البشرية الى واقع ملموس .

معوقات وجود الموهبة :

يحسن بنا أن نذكر بإيجاز معوقات وجود الموهبة وهي كالتالي :

1- معوقات وراثية:

وهي عبارة عن مؤثرات هرمونية يتأثر بها الجينين أو عوامل جينية فمن هذه العوامل زيادة نسبة فينيلبايروفيت (Phenylpyruvate) في الجسم كما أن عملية الأيض تتوقف على مورثات متنحية (جينات) مما يؤثر في القدرات العقلية وغيرها من القدرات .

2-معوقات مرضية:

وهي عبارة عن الحوادث المبكرة التي تحدث أثناء الولادة أو عقبها مباشرة مثل إصابات الرأس أثناء الولادة أو الحرمان المبكر من الأكسجين وكذلك الإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهاب السحائي والوبائي والتهاب الدماغ الوبائي.

وقد تصاب الأم الحامل بمرض معدي مثل الحصبة الألمانية والزهري وغيرهما من الأمراض التي تنتقل إلى الجنين عبر المشيمة.

الخاتمة :

حيث أن للأطفال الموهوبين وللمتميزين خصائصهم التعليمية وسماتهم الشخصية وميولهم واتجاهاتهم نحو التعلم ، والتي يختلفون فيها عن أقرانهم العاديين كان لا بد أن تقدم لهم مناهج مختلفة ومتميزة تنسجم مع خصائصهم و حاجاتهم بحيث يوفر لهم التدريب اللازم لتطوير هذه الخصائص والوصول بها إلى مستويات أعلى . ولن يتأتى ذلك إلا بتكوين وتوعية القائمين على رعاية هذه الفئة وتوفير الوسائل العلمية قصد اكتشافهم الأطفال الموهوبين في سن مبكرة وإعدادهم إعدادا يتوافق مع قدراتهم وميولهم وبالتالي ضمان طاقات مستقبلية تعود بالنفع والفائدة على الوطن والأمة جميعا . إن المفكر المبدعي رفع علم بلاده إلى عنان السماء فيفخر به ، و تتطلب تلك العملية حماس و اهتمام وتعاون و غير ذلك من أحاسيس تدفع الفرد إلى الاندماج في العمل و الارتباط و السعي إلى أدائه بكفاءة عالية .

قائمة المراجع:

- 1-الأطفال الموهوبون، تم استرجاعه بتاريخ 16 /11/2007 على الرابط [www.jeddahedu.gov.sa/mouhubin/home20%](http://www.jeddahedu.gov.sa/mouhubin/home20%20)
- 2- ليلي كرم الدين ، جامعة عين شمس ، الاتجاهات الحديثة في برامج رعاية الأطفال الموهوبين بمختلف فئاتهم، الملتقى الدولي السادس حول الطفل الموهوب في الوطن العربي في مجلة "مخبر تنمية الموارد البشرية بجامعة فرحات عباس بسطيفالعدد السادس 2008 ص 16
- 3- ليلي كرم الدين ، جامعة عين شمس ، مرجع سابق ، ص 18
- 4-عبد الكريم غريب ، مقارنة الكفايات في تكوين معلمي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، الملتقى الدولي الخامس حول معلم ذوي الاحتياجات الخاصة في القرن الواحد والعشرين ، مخبر إدارة وتنمية الموارد البشرية جامعة فرحات عباس سطيف ، ص148
- 5- عبد الرحمان العيسوي ، سيكلوجية الابداع / دراسة في تنمية السمات الابداعية ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت دون سنة 20 ص
- 6-أسامة حسن معاجيني (ابرز الخصائص السلوكية للمتفوقين في الصفوف الدراسية العادية كما يدركها المعلمون في أربع دول خليجية) المجلة التربوية العدد الثالث والأربعون /المجلد الحادي عشر / الكويت / 1997 ص39
- 7-[سلوكيات الطفل](http://www.kenanaonline.com/page/3869) / دور الأسرة فيالكشف عن الموهبة تم استرجاعه على الرابط <http://www.kenanaonline.com/page/3869>
- 8-[سلوكيات الطفل](http://www.moe.edu.kw/schools-2ahmedy/kinderschools/jawhara/images) / أهمية السنوات الأولى للطفل ، موقع سابق <http://www.moe.edu.kw/schools-2ahmedy/kinderschools/jawhara/images>
- 9- خصائصالأطفال الموهوبين
- 10-حاتم مُجَدَّ آدم /الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى 12 سنة ، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة ، الطبعة الأولى ، 2003م ص 338 بتصرف
- 11-حاتم مُجَدَّ آدم /مرجع سابق ص 341 بتصرف
- 12-شفيق علاونة أستاذ علم الاجتماع / جامعة اليرموك ، تم استرجاعه على الرابط <http://rwabi.net/vb/member.php>.
- 13-حاتم مُجَدَّ آدم /مرجع سابق ص 339 بتصرف
- 14-أسامة حسن معاجيني / مُجَدَّ عبد الرزاق هويدي (الفروق بين الطلبة المتفوقين والعاديين في المرحلة الإعدادية بدولة البحرين على مقياس تقدير الخصائص السلوكية للطلبة المتفوقين) / المجلة العربية للعلوم الإدارية / الكويت / العدد35المجلد التاسع 1995ص112
- 15- نهال / جريدة اخبار الخليج-البحرين ، تم استرجاعه بتاريخ21/11/2007على الرابط <http://www.4uarab.com/vb/member.php>
- 16- السمات الشخصية للأطفال الموهبين(ح4تم استرجاعه بتاريخ21/11/2007على الرابط <http://www.kwse.info/forum/index.php>)
- 17-غُلاعدالله / المنتدى الخاص <http://forums.graaam.com>تم استرجاعه بتاريخ21/11/2007على الرابط

- 18- فيبيتنا موهوبكيف نكتشفهوكيف نعامله ؟ تم استرجاعه بتاريخ 2007/11/21 على الرابط <http://www.jeddahedu.gov.sa/mouhubin/home>
- 19- ليلي كرم الدين ، جامعة عين شمس ، الاتجاهات الحديثة في برامج رعاية الأطفال الموهوبين بمختلف فئاتهم ، الملتقى الدولي السادس حول الطفل الموهوب في الوطن العربي في مجلة "مخبر تنمية الموارد البشرية بجامعة فرحات عباس بسطيف ، العدد السادس 2008 م ص (29-30)
- 20- محمد أرزقي بركان ، صعوبات التعلم ، عواملها ، نتائجها وطرق علاجها ، الملتقى الدولي الثاني حول التكفل العلاجي بذوي صعوبات التعلم ، مخبر تنمية الموارد البشرية ، في مجلة تنمية الموارد البشرية ، جامعة فرحات عباس بسطيف ، ص 17
- 21- خصائص البيئة الأسرية للأطفال الموهوبين ، موقع سابق
- 22- علي عبدالله العمودي / مدرسة البخاري لمحافظة بيشة ، تم استرجاعه بتاريخ 2007/11/21 <http://www.khayma.com/albkhari/almohobaen.htm>
- 23- الطفل الموهوبين هو؟ مؤسسة الملك عبد العزيز ورجاله لرعاية الموهوبين ، تم استرجاعه بتاريخ 2007/11/21 على الرابط <http://www.4uarab.com/vb/member.php>
- 24- عبد الحكيم الصافي / أميمة عمور / حسين أبو رياش / سليم شريف المنهاج الشامل للطلبة الموهوبين دار الفكر – عمان ط 1 2007 ص 319
- 25- أنيس الحروب / نظريات وبرامج في تربية المتميزين والموهوبين / دار الشروق للنشر والتوزيع /الأردن / ط 1 1999 ص 11

مقاربة تحليلية للواقع الاجتماعي لذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر

د. عائشة بن النوي
جامعة باتنة-01-الجزائر

مقدمة

تعد الإعاقة واقع اجتماعي عابثته الإنسانية على مدار تاريخها إلى اليوم رغم التطورات العلمية الحديثة والوعي، والثقافة الصحية الكبيرة التي أثرت في تقليل من معدلات الإعاقة، إلا أن الإعاقة تبقى ظاهرة في المجتمعات الإنسانية، الأمر الذي نتج عنه اهتمام عالمي بقضايا المعاقين وحقوقهم ورعاياتهم وتأهيلهم وإعدادهم للتعايش الاجتماعي والتكيف مع إعاقاتهم وتطوير وتنمية مهاراتهم ليكونوا أشخاصا منتجين وفاعلين في مجتمعاتهم، وقد أدى التطور في تناول قضايا الإعاقة ومشكلاتها إلى إعادة النظر في مصطلح المعاقين، ولقد تنوعت وتعددت المصطلحات والتسميات التي كانت تطلق على هذه الفئة (ذوي التحديات الخاصة)، فيما مضى وحتى منتصف القرن الحالي أطلق عليهم اسم (المقعدون)، ثم أطلق عليهم (ذوي العاهات)، وذلك على اعتبار أن كلمة المقعدون تطلق على مبتوري الأطراف والمصابين بالشلل، أما العاهة فهي أكثر شمولاً لكونها تطلق على أصحاب الإصابات المستديمة ثم تطور مؤخرا هذا الاصطلاح إلى الحاجات الخاصة، ومنه إلى ذوي التحديات الخاصة.

وإن رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم في المجتمع تعتبر نسقا اجتماعيا يقوم بدور وظيفي في إعدادهم وتكبيفهم ذاتيا، ونفسيا واجتماعيا من خلال وسائل ومؤسسات، وأجهزة لها فعالية تكوينهم وتهيئتهم من الناحية الجسمية، والعقلية والنفسية والاجتماعية والأخلاقية ليكونوا أعضاء كاملي العضوية في المجتمع يعيشون حياة سوية في بيئتهم الاجتماعية ويعملون على تحقيق الأهداف المخططة للمجتمع.

I. الإطار النظري للدراسة

1. إشكالية الدراسة:

إن الأساس في الإهتمام بذوي التحديات الخاصة نابع من وجوب احترام الفرد و تقديره و التعامل معه كإنسان، له حقوق يجب أن تراعى و تحفظ عليه واجبات على المجتمع أن يلبسه إياها، وأن يمنحه الوسائل الضرورية ليتمكن من أدائها على الوجه المرغوب، كما أن فئة ذوي الإحتياجات الخاصة جديرة بالاهتمام خاصة في الفترة التي يعيشها المجتمع الجزائري وهي فترة التغيرات الجذرية في شتى المجالات حيث أن الجزائر في حاجة إلى جميع أبنائها دون إقصاء، وهي الفترة التي ساد فيها مبدأ الديمقراطية والذي يتأسس على فكرة الإيمان وبالأفراد جميعا وبقدراتهم في التنمية و تكافؤ الفرص للجميع، وإذا علمنا أنه يوجد بالجزائر ما يقارب 3 ملايين معاق بمختلف أنواع الإعاقات، فإننا ندرك تمام الإدراك بأنه إذا لم يحسن التكفل بهم، وإذا لم نقدم لهم شتى أنواع الرعاية الصحية، والنفسية والاجتماعية والتعليمية والتكوينية بالمستوى المطلوب فإنه لا يمكن الوصول إلى تحقيق الهدف الأساسي من جهود الحكومة المبذولة في هذا الإطار وذلك ضمن دراسة لواقعهم الاجتماعي من أجل العمل على إدماجهم في المجتمع، فإن دراسة الواقع الاجتماعي والوقوف عليه ذات أهمية علمية بالغة حيث أنها أصبحت عملية من عمليات إعداد الخطط و السياسات العلمية لرعاية المعوقين، وإدماجهم الاجتماعي في

الجزائر، وكذلك النهوض بمستويات عمليات التكفل بهم، تمكننا من رصد أيضا من رصد جوانب النقص والقصور فيها وبالتالي الوصول إلى مقترحات لتداركها وتجاوزها من خلال التأسيس لسياسة نموذجية لرعاية المعوقين في الجزائر

فمن خلال هذا الطرح فإن التساؤل الرئيسي للإشكالية يكون كالتالي "ماهي الفئة؟ ما هو الواقع الاجتماعي لرعاية ذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر؟ وما هو مدى التكفل بهم وإدماجهم؟

2. الإطار المفاهيمي لفئة المعاقين و ذوي الإحتياجات الخاصة

سنتناول في هذا المبحث بعض المفاهيم المتعلقة بالمعاقين، وذوي الإحتياجات الخاصة بالإضافة إلى استعراض أهم التصنيفات المعتمدة في الإعاقة التي يواجهها المعاقين وذوي الإحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى معرفة أهم الإحتياجات الخاصة لهم.

1.2 قراءة مفهومية لسياق السوسولوجي للإعاقة

يعتبر تحديد مفهوم المصطلحات، والمسميات من الأمور المهمة التي يجب أن يسبق أي تناول علمي للموضوع، ولذلك سوف نستعرض أهم المصطلحات والمسميات المتعلقة بالمعاقين وذوي تحديات الخاصة والتي نجد منها

1.1.1 تعريف المعاق

أ/ لغة: هو مصطلح يطلق على كل من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوي إلى بمساعدة خاصة، وهو لفظ مشتق من الإعاقة أي التأخير أو التعويق (صالح حسن محمود عبد المجيد، 1997، ص 60)

ب/ تعريف المعاق اصطلاحا: مثل لا يوجد تعريف للمعاق متفق عليه لذلك سنحاول التطرق لأهم التعاريف الخاصة بالمعوق، وقد عرفته منظمة العمل الدولية في دستور التأهيل المهني للمعاقين والذي أقرته الأسرة الدولية منذ عام 1995 "بأنه كل فرد نقصت إمكانيته للحصول على عمل، والاستقرار فيه نقصا فعليا نتيجة لعاهة، وكان نتاجا لهذه العاهة فقدان الشخص القدرة على كفالة نفسه، وأمن يعوله، أو تعطل مقدرات جسده أو عقله الطبيعية على أداء أدوارها الوظيفية الطبيعية (صالح حسن محمود عبد المجيد، 1997، ص 60)

كما عرف المعاق أيضا أنه "الشخص الذي يعاني من قصور فسيولوجي سواء كان وراثيا أو مكتسبا يحول دون قيامه بالعمل أو أن يتولى أموره بنفسه، أو يحول دون إشباع حاجاته الأساسية بما يتناسب و المرحلة العمرية التي يمر بها" (أحمد مصطفى خاطر، 1995، ص 396)
أما المفهوم الإجرائي للمعاق: "بأنه كل شخص أصيب بفقدان القدرة على أداء مهام وواجبات الحياة الشخصية أو المجتمعية بشكل كامل أو نسبي كغيره من الأسوياء"

2.1.2 مفهوم الإعاقة

وحسب منظمة الصحة العالمية هي "مصطلح يغطي العجز، والقيود على النشاطات و مقيدات المشاركة"، ويعرفها ميثاق الثمانينيات لرعاية المعاقين الصادر عن المؤتمر العالمي الرابع عشر للتأهيل الدولي بكندا، و الذي عرف الإعاقة "بأنها تقييد أو تحديد لقدرة الفرد على القيام بواحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من الوظائف الأساسية للحياة اليومية" (عمار رواب، 2008، ص 6)

2.2 مفهوم ذوي الإحتياجات الخاصة:

كما هو معروف فإن أفراد المجتمع لا يكونوا كلهم عاديين، وان نسبة منهم قد تكبر وقد تصغر تكون عادة من ذوي الإحتياجات الخاصة، أو ما يعرف سابقا باسم "المعوقين" وقد غير الاسم

مراعاة لهم وتخفيفا لهم لأن إسم المعوقين فيه نوع من التجريح لهم ، وبذلك يمكن تقديم بعض التعريفات لذوي الإحتياجات الخاصة(نجاة ساسي هادف، 2014، ص 28)
وتعرف فئة ذوي الإحتياجات الخاصة "بأنها أولئك الأفراد الذين يقعون في طرفي التوزيع الطبيعي بناء على السمة النفسية أو البدنية أو الطيبة التي تميزها ، وقد أطلق عليهم ذوي الإحتياجات الخاصة نظرا لأن حاجاتهم النفسية والذهنية والتربوية تختلف عن حاجات الأفراد العاديين.
من خلال التعريف يمكن القول بأن الأفراد الذين يحتاجون إلى حاجات مختلفة سواء كانت نفسية أو بدنية أو طبية أو تربوية وغيرها تختلف عن حاجيات الأفراد العاديين ويطلق عليهم ذوو الإحتياجات الخاصة .(عصام توفيق قهرة، 2008، ص 53)

ذوو الإحتياجات الخاصة تعرف عند زكي زكي حسين زيدان "بأنها الفئات غير السوية جسميا أو حسيا أو فكريا أو حركيا أو اجتماعيا أو عقليا يفهم المجتمع بالشذوذ وغير الأسوياء لمعتقدات مختلفة ويحتاجون إلى رعاية خاصة وبيئات علاجية مناسبة.(حسين زكي زيدان، 2009، ص 11)
وكما يمكن تعريف ذوي الإحتياجات الخاصة "بأنهم كفاءات أو أفراد مختلفون فيما بينهم فيما يتعلق بخصائصهم الشخصية والانفعالية والاجتماعية ، إلا أنهم يتشابهون مع أقرانهم العاديين في بعض الخصائص والحاجات العامة ، ولكن هناك حاجات خاصة تفرضها الإعاقة(حنفي علي عبد النبي، 2000، ص 28) وبالرغم من وجود بعض الحاجات العامة بين المعوقين إلا أنهم لا يمثلون فئة متجانسة ، فهم يختلفون اختلافا كبيرا عن بعضهم البعض ، بحيث إذا تم مراعاتها تأهلهم ليصبحوا أكثر فاعلية في المجتمع.

3.2 مفهوم الواقع الاجتماعي:(الحقيقة الاجتماعية):فهو مفهوم ما يوجد حاليا ، أو ما أقامته و أبتت عليه الجماعة ، و النظرة العامة فيما يتعلق بوجود ظاهرة و ما يتطلب تصديق الأفراد الآخرين ، وفقد الإيمان التام في الحقيقة التي تجمع عليها الجماعة(أحمد مسعودان، 2006، ص 67)
3. تصنيفات و أنواع الإحتياجات الخاصة :لقد اختلفت تصنيفات ذوي التحديات الخاصة وتعددت وبالرغم من ذلك فلا بد من الاتفاق على تصنيفهم ، حيث أن التصنيف يساعدنا على التشخيص الدقيق واهم التصنيفات هي :

1.3 تصنيفات ذوي الإحتياجات الخاصة

1.1.3. تصنيف المعوقين من حيث الأسباب: وقد تكون أسباب الإعاقة خلقية فتنتقل بالوراثة من جيل إلى جيل ، حيث يوجد الاستعداد الوراثي في الأسرة وهي التي تورث المعوق الاستعداد بالإصابة ، ببعض الأمراض كالضعف العقلي ، وقد تكون الإعاقة لأسباب مرضية كالإصابة ببعض الأمراض التي تسبب عجزا مباشرا ، أو تكون الإعاقة لمضاعفات المرضي ، وقد تكون الإعاقة بسبب الأمراض التي تصيب الأم وتترك أثرها على الجنين وتحدث لهم إعاقات متنوعة ، خلال فترات الحمل أو بعد الولادة ، وقد تكون الإعاقة بسبب الحوادث المختلفة ، مثل: حوادث الطرق ، أو حوادث العمل ، أو الإصابات المختلفة من الكوارث الطبيعية (الفيضانات ، الزلازل...)

2.1.3 تصنيف المعاقين حسب التشخيص الإكلينيكي للإعاقة: وهذا التصنيف يقسم المعاقين إلى فئاتهم المختلفة ، مثل: فئة المعاقين ، وفئة الصم البكم ، وفئة المقعدين وضعاف العقول ويتم هذا التقسيم وفق اختبارات ، ومقاييس عملية أو طبية أو نفسية أو اجتماعية ، وتستخدم مقاييس دقيقة لتحديد مدى الإعاقة ومستواها(سلامة مُجد غباري، 2003، ص 35-37)

3.1.3 تصنيف المعوقين حسب زمان الحالة وقابليتها للشفاء: هناك بعض المعوقين قد لازمهم العاهة سنين طويلة ، دون أن يجدوا لهم علاج ، حتى أصبحت عاهة مزمنة غير قابلة للشفاء ، كما أن هناك فئة أخرى أصيبت بعجز طارئ ، نتيجة حادث أو مرض ، ولكنها قابلة للتحسن والشفاء بمجرد الإهتمام بها ، ومساعدتها وتقديم الخدمات لها.

4.1.3 تصنيف المعوقين حسب نوعية العجز: هذا التصنيف يعتبر الشائع بين المختصين ، ويكون كما يلي:

أ/المعوقون جسدياً: ومن أمثلة هذا النوع: المشوهين ، المبتورين ، المصابون بالحروق والكسور ، والمقعدين ، والمصابين بأمراض مزمنة مثل: شلل الأطفال أو الكساح ، ومرض السكري ، والجذام و الدرن ومرض القلب (سعيد حسني العزة، 2001، ص 287)

ب/المعاقون حسيًا: وتشمل ذو الاضطرابات السمعية ، والبصرية والمعاقون في حاستي الشم ، والذوق ، البكم ، والمعاقون من حيث الإحساس ، كما ينظم لهذه الفئة المعاقون الذين يعانون من اضطرابات اللغة والكلام

ج/المعاقون عقلياً: وهم مرضى العقول ، وضعافها غير القادرين على التكيف مع بيئاتهم الإجتماعية ، ومن هذه الفئة: ضعاف العقول ، المعوقين ، البلهاء ، بالإضافة إلى المصابين بالأمراض العقلية مثل الفصام ، الهستيريا بأنواعها. (سعيد حسني العزة، 2001، ص 287)

د/المعاقون نفسياً: الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل: القلق ، والخوف ، والوسوسة ، وذووا الاضطرابات الانفعالية...الخ.

هـ/المعاقون اجتماعياً: اضطرابات في السلوك الانفعالي و الإجتماعي ، ومن أمثلتهم المنحرفون ،

المسنون والمشردون ، المحتالين والمسجونين (سلامة مُجد غباري، 2003، ص 39-40)

2.3 أنواع الإحتياجات الخاصة: وتصنف إلى أربع فئات:

1.2.3 الإحتياجات الخاصة الإجتماعية والسلوكية ، والعاطفية: وأهمها مرض التوحد ، والاضطراب السلوكي العاطفي ، اضطراب العناد الشديد ، اضطراب فرط النشاط و الحركة ، نوبات الغضب

2.2.3 الإحتياجات الخاصة التعليمية والإدراكية: ومن أهمها: صعوبات التعلم المحدودة ، مثل صعوبة القراءة و الكتابة ، أو عدم القدرة على فهم العمليات الحسابية البسيطة ، مثل التأخر في معرفة اللغة وعدم القدرة على القراءة و الكتابة أو الكلام مثل الاضطرابات الخاصة الفكرية ، أو النفسية والتي تنتج عنها صعوبة التواصل مع الآخرين

3.2.3 الإحتياجات الخاصة التواصلية و التفاعلية: ومن أهمها الصعوبة المطلقة في النطق أو الاستماع

4.2.3 الإحتياجات الخاصة الجسدية: من أهمها انعدام البصر ، ضعف أو غياب السمع ، الإعاقة الكلية

4. ذوي الإحتياجات الخاصة بين التجنب و الرعاية :

عندما نتحدث عن ذوي الإحتياجات الخاصة بشكل عام ، فإننا نتجه إلي التركيز علي الإعاقة ، بكل أسف ، بدلا من الإهتمام بالفرد ذاته وما لديه من مميزات وقدرات خاصة لذا جاءت النظرة سلبية إليه فقديمًا كان ينظر للإعاقة علي أنها عاهة ثم بعد ذلك صنف بحكم قرارات إدارية مما ساهم في عزلتهم وتهميش دورهم و إصاق المسميات السلبية بهم وفي ظل المبدأ التوجيهي الذي ينادي بجعل المعاق إنسان طبيعياً وهو اتجاه إجتماعي يهدف إلي إتاحة الفرصة أمام ذوي الإحتياجات الخاصة للحياة مثل الأفراد العاديين وهذا يتطلب التعامل مع هؤلاء الأفراد علي نحو طبيعي وإعطائهم الفرص ومساواتهم

في الحقوق ، وجعل الظروف المحيطة بهم عادية وهناك العديد من الأفكار التي تبنت وجهات نظر مختلفة وفيما يلي نعرض لبعض هذه الأفكار .

- فقيديما أرجع الناس الإعاقة إلي قوى غيبية أو تصورات غير منطقية ومنهم من اعتبرها نذير شؤم بمقدمها إلي الحياة ، أو هي دلالة علي غضب الآلة ، وكانت الكنيسة في أوربا تقول بأن المرض بجميع أنواعه قصاص علي ما اقترفه الإنسان من ذنوب ، وأن الإعاقة تقهر فكري تضعف فيها الروح وتسير عليها المادة (العربي عيسات، 2004، ص64).

- شهد العصر الإغريقي التخلص من الأطفال المعوقين عن طريق قتلهم للمحافظة علي نقاء العنصر البشري كما نادي أفلاطون في جمهوريته .

- أما في العصر الروماني فقد بقي مصير المعوقين بين شيخ القبيلة الذي كان بيده وحده تقرير مصائرهم اعتمادا علي درجة تقدير الإعاقة إلا أنه كان يتم التخلص من المعوقين عن طريق إلقائهم في الأنهار أو تركهم علي قمم الجبال ليموتوا بفعل الظروف المناخية (لطي بركات، 1978، ص133).

- أما في العصور الوسطي بأوربا بها صاحبها من مظاهر الجمود الفكري ، فقد عملت محاكم التفتيش علي اضطهادهم وإيذائهم حتى الموت بوسائل متعددة من خلال اتهامهم بممارسة السحر أو تقمص الشياطين لأجسامهم وبذلك فقد أصبحوا صنائع الشيطان (العربي عيسات، 2004، ص66)

- وعندما جاء الإسلام نادي بعدم التفرقة بين البشر وأقامه المساواة كما أكد علي وجوب النظر إلي الإنسان علي أساس عملة وقلبه وليس علي أساس شكله أو مظهره وطلب كف الأذى المعنوي المتمثل في النظرة والكلمة والإشارة وغيرها من وسائل التحقير والاستهزاء

أما في الإسلام إلي النظرة الإيجابية التي كان ينظر بها أفراد المجتمع الإسلامي للمعوقين ومساواتهم بغيرهم إذ يروى أن " الوليد بن عبد الملك " قد أعطي الناس المجذوبين وقال لا تسألوا الناس وأعطي كل مقعد خادما ، وكل ضرير قائدا ولم يهمل المجتمع الإسلامي أمر علاج الإعاقات التي كان لها علاج معروف في ذلك الوقت ، وأكد "ابن القيم الجوزية" علي أهمية الاهتمام بالطفولة المبكرة وتوفير الرعاية المتكاملة لها ، وحث الأسرة علي ملاحظة نمو أطفالها مما يسهم في الاكتشاف المبكر للإعاقة وأشار إلي أهمية راحة الجسم من الاضطرابات الانفعالية السلوكية (عبد النور لعلام، 2009، ص67)

وفي العصر الحديث اهتمت الحكومات بذوي الاحتياجات الخاصة من خلال إنشاء مؤسسات إيواء لهم وتعليمهم وتأهيلهم بصورة منعزلة ثم تطورت إلي عملية دمجهم داخل مجتمعاتهم ، و بشأن المبادئ و السياسات و الممارسات في تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ، فقد تم الاستناد إلي إعلان حقوق الإنسان لسنة 1948 ، الذي يؤكد علي حق كل فرد في التعليم وجاء المؤتمر العالمي حول التربية للجميع في 1990 وكفل هذا الحق للجميع بغض النظر عما بينهم من فروق فردية ، ونذكر بمختلف الإعلانات الصادرة عن الأمم المتحدة ، التي توجت سنة 1993 بإصدار القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين .

II. مدخل إحصائي لتطور حجم فئة ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الجزائري

إن حجم مشكلة الإعاقة في الجزائر يزداد تضخما يوم بعد يوم ، وأضحى واضحا الحجم الكبير لهذه المشكلة والتي تزداد خطورة وأصبحت معرقله لجهود التنمية ، وذلك كنتيجة جملة من الظروف كال فقر ، المرض ، الأمية و رغم ما تشهد الجزائر من تقدم نسبي في مجال رعاية المعاقين ، فهم في الجزائر مثلهم مثل المعاقين في العالم ، فئة تبحث عن تحقيق التكيف النفسي وسط هذا المجتمع ، حيث أن

نسبة المعاقين يفوق نسبتهم في غالبية دول العالم ، بسبب حرب التحرير الطويلة كما ساهمت العشرية الأخيرة من سنوات التسعينيات في التضاعف بفعل اللامن الذي ساد البلاد ، وحوادث المرور التي تحصده العديد من مبتوري الأعضاء و المشلولين ، وكذلك ما خلفه الاستعمار الفرنسي الذي يعمل على رعاية المعوقين في الجزائر قبل رحليه (عبد النور لعلام ، 2009، ص90) ، لهذا فقد عملت الحكومة آنذاك على إصدار قانون خاص بضحايا الحرب تحت رقم 63-99 الصادر بتاريخ 12أفريل 1963 خاصة بالحماية الاجتماعية للمكفوفين بالجزائر تحت رقم 63-200 بتاريخ 1963 علما أن عدد المعاقين من المكفوفين الذين تم إحصاؤهم في تلك الفترة بلغ 60.000 شخص (Mostefa Boudida, 1999, p18) كما سبق فإن حرب التحرير تركت آثار عميقة في المجتمع الجزائري تلتها تصاعدت اجتماعية رهيبة للفتورة التي دفعها الشعب من أجل نيل حريته ففي العشرية الأولى للاستقلال على سبيل المثال فقد تم إحصاء 6000 طفل معاق تتراوح أعمارهم ما بين (10-20) سنة (عبد الله كبار ، 2005، ص80).

و تقيد معطيات التعداد الرابع من الإحصاء العام للسكان و السكن سنة 1998 بأن عدد المعوقين وعلى إختلاف نوع الإعاقة ، وجنس المصاب وسنه وقد بلغ 1590466 شخص معاق يتوزعون عبر كامل ولايات التراب الوطني وهو ما سيوضحه الجدول التالي

جدول رقم 01: توزيع عدد الأشخاص المعاقين حسب نوعية الإعاقة في الجزائر سنة 1998

نوع الإعاقة	عدد الأشخاص المعوقين	النسبة المئوية %
المعوقون حركيا	226000	34.6%
الصم البكم	211000	32.3%
المتخلفون عقليا	139000	21.3%
متعددي الإعاقات	653000	11.8%

المصدر: عبد الله كبار (2005) ، المجتمع المدني و دوره في التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة —دراسة ميدانية لجمعية المعوقين حركيا بولاية غرداية). رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم الاجتماع الثقافي ، قسم علم الاجتماع ، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة الجزائر ، ص82 .
يبين الجدول رقم 01 توزيع الأشخاص المعاقين و حسب نوعية الإعاقة حسب تعداد سنة 1998 فقد تبين أن أعلى نسبة سجلت للأشخاص المعاقون حركيا بنسبة 34.6% و أصغر نسبة سجلت لمتعددي الإعاقة بـ 11.8% في حين قدرت كل من نسبة المتخلفون عقليا و الصم البكم بـ 21.3% و 32.3% على التوالي
أما بالنسبة لتوزيع المعاقين حسب السن ، فإن ذلك يكشف عدة حقائق حيث يتوزع المعاقون على فئات عمرية خماسية تبدأ بفئة الأطفال الأقل من خمسة سنوات (0-4) ، و تنتهي عند فئة المعاقين الكبار البالغين 80 سنة أو أكثر (أحمد مسعودان ، 2006، ص248) ، و لتبسيط هذه المعطيات و تسهيل قراءتها و دلالتها الاجتماعية و الاقتصادية لهذا فقد تم تصنيف هذه الفئات إلى ثلاثة فئات كبرى :

➤ فئة صغار السن (الأقل من 15 سنة)

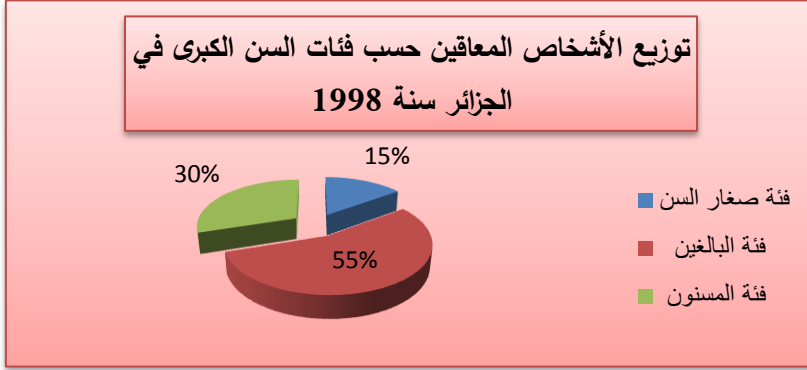
➤ فئة البالغين أو قوة العاملة (15-60 سنة)

➤ فئة المسنين (أكبر من 60 سنة)

إلا أن أغلبية المعاقين ينتمون إلى فئة البالغين ، أي فئة السكان النشطين وهي الفئة التي يقع على عاتقها مسؤولية إعالة الفئتين و التي هي صغار السن و كبار السن ، وقد بلغت المعاقين الذين

ينتمون إلى فئة البالغين نسبة 55% من إجمالي المعوقين ، في حين بلغت نسبة صغار نسبة 15% و فئة كبار السن بنسبة 30% وهو ما سيوضحه الشكل أدناه

الشكل رقم 01: توزيع الأشخاص المعاقين حسب فئات السن الكبرى في الجزائر سنة 1998



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات: أحمد مسعودان (2006)، رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي في الجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية -دراسة ميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين يدنيا خمستي -ولاية تيارت، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، ص 249.

و لإثراء المعطيات السابقة، ارتأينا إلى تدعيمها بأهم المعطيات التي وردت في نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة (EASF2002) و التي خلصت إلى أن 2.34% من الأفراد حسب المسح و المصابون بإعاقة تمنعهم من مواولة نشاطهم اليومي بصفة عادية، وقد كشفت أن هذه النسبة تختلف باختلاف محل الإقامة (ريف، مدينة)، أو باختلاف الجنس (ذكور، إناث) ففي صفوف السكان المدن تبلغ هذه النسبة 2.36%، أما في صفوف السكان الأرياف تبلغ 2.37% كما تبلغ هذه النسبة 3.57% عند الذكور على غرار الإناث التي تبلغ 10.9% و هذا راجع لكونهن أقل عرضة لأسباب الإعاقة (حوادث العمل، حوادث المرور و غير ذلك)، في حين شكلت أسباب الإعاقة و حسب المسح أن 30.8% من الإعاقات سببها تناسلي أو وراثي، 18.5% سببها حدوث إصابة عند الولادة، و 18% بسبب الشيخوخة و البقية لأسباب صحية و نفسية متعددة (أحمد مسعودان، 2006، ص 250).

و وفقا لأحدث الإحصائيات التي قام بها الديوان الوطني للإحصائيات فقد أحصى نسبة 10% من فئة ذوي الإحتياجات الخاصة أي قرابة 4 ملايين (سامية عزيز، 2010، ص 72) يتوزعون ما بين 44% معاق حركيا، و 04% فئة الصم و البكم و 24% فيما يخص فئة المكفوفين، كما أحصت على انه يوجد من بين المعاقين في الجزائر أكثر من 130 ألف طفل معاق من الذين لم يتجاوز السن الخامسة، وقرابة 320 ألف تتراوح أعمارهم ما بين 5 و 19 سنة، في حين تحصى ذات المصالح نحو مليون و نصف معاق من الذين يبلغون 20 سنة فما فوق، و تتنوع أسباب الإعاقة في الجزائر بين العامل الوراثي الذي يقدر بنسبة 28.5% و 16.7% بسبب الحوادث و 14.2% ناتجة عن التعقيدات من الأمراض المزمنة، و 12.5%

عن الشيخوخة و7.9% جراء العنف السيكولوجي ، و2% عن تعقيدات الولادة ، وقد أعلنت وزارة التضامن أيضا أن نسبة 37% أي أكثر من ثلث الأشخاص المعوقين تم التصريح بإعاقتهم منذ الولادة.

III. قراءة للواقع الاجتماعي لذوي الإحتياجات الخاصة و إدماجهم في الجزائر
لا يخلو مجتمع من المجتمعات من أفراد معاقين فقط الفرق يكمن في طبيعة نظرتهم وطريقة معاملته مع هذه الفئة ، فلكل مجتمع خصوصيته التاريخية والحضارية ، ومنظومته القيمية ومعاييرها الاجتماعية التي تحكم تصرفات و تفاعلات أفرادها ، و تحدد نظرتهم للحياة و من المعترف و المسلم به ، أن المجتمعات الإنسانية لا تخلو من المشاكل و الصعوبات التي تواجه الأفراد و الجماعات ، إلا أن حجم هذه المشاكل يختلف من فئة إلى أخرى ، و لعل أهم الفئات الاجتماعية التي تواجه مشاكل معقدة و حساسة هي فئة ذوي الإحتياجات الخاصة خصوصا أمام تزايد حجم هذه الفئة في الجزائر (الهادي خضراوي، الطاهر بن قويدر، 2017، ص 29) ، نتيجة لعوامل وراثية كانت أو مكتسبة رغم الحقوق التي أقرها القانون لهذه الفئة إلا أنها في الواقع الاجتماعي تتلقى تعتبر بمثابة العقبة لهذه الفئة.

1. واقع التشريعات الاجتماعية لذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر
إن عملية الدمج لذوي الإحتياجات الخاصة في الحياة الاجتماعية، واجب تفرضه القيم الاجتماعية والأخلاقية والدينية، فهو يعتبر حق من حقوق المعاق و لقد ظهر مفهوم الدمج الاجتماعي خلال العام الدولي للمعاق سنة 1983 أين أعلنت الأمم المتحدة المساواة والمشاركة الكاملة و مسؤولية المجتمع اتجاه أفراد المعاقين بإدماجهم في الحياة الاجتماعية، في عملية التنمية و تأمين حاجيات المعاق و تقديم الرعاية و الخدمات الخاصة، و التأهيل في إعدادهم لممارسة عمل ما، و لقد تغير مفهوم إدماج المعوقين و الذي تحول من إدماج مهني إلى إدماج اجتماعي شامل تراعي فيه عوامل البيئة الاجتماعية (عبد النور لعلام، 2009، ص 113).

1.1 واقع الحماية القانونية للمعاق الجزائري
تتحمل وزارة التضامن والأسرة و قضايا المرأة على عاتقها ضمان التكفل الفعال بفئة ذوي الإحتياجات الخاصة، وانشغالاتهم و ضمان حقوقهم العامة والخاصة وذلك من خلال توفير الوعاء القانوني المناسب لحمايتهم، و ترقية و بناء على ذلك سن العديد من البرامج من بينها ما تعلق بالتكفل الاجتماعي و الإداري و الإدماج المهني و غير ذلك (عبد القادر بورمانه، 2015، ص 169)، و ذلك ضمن القانون رقم 02-92 المؤرخ في 8 مايو 2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين و ترقيةهم، و جاء القانون في إطار تكريس جملة من الحقوق والامتيازات التي يمكن أن يستفيد منها الأشخاص المعوقين بشكل عام و التي تتجسد وفق ما تقتضيه الحياة الاجتماعية لهم.

1.1.1 الاعتراف بالمعاق : من اجل تحديد المعاق على هذا الأخير أن يتحصل على شهادة قانونية تثبت انتباهه ضمن أنواع الإعاقة سلفا و التصريح لدى مصالح الولاية المكلفة بالحماية الاجتماعية حتى يتمكن من الاستفادة من الحقوق المنصوص عليها وفقا لنوع الإعاقة، التي يتميز بها ويتم تحديد صنف هذه الأخيرة بناء على قرار اللجنة الطبية حسب أحكام المنشور الوزاري المشترك رقم 01 المؤرخ في 31/1/1993 الصادر عن وزارتي العمل و الحماية الاجتماعية و الصحية (عبد القادر بورمانه، 2015، ص 170).

2.1.1 الحق في التأمين الاجتماعي: تطبيقا لأحكام القانون 11/83 المؤرخ في 02/07/1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية (عبد القادر بورمانه، 2015، ص 170)، فإن يقع على عاتق الدولة الممثلة في مصالح النشاط الاجتماعي في إدماج الشخص المعاق غير المؤمن اجتماعيا في منظور الضمان الاجتماعي،

باعتباره من الفئات الخاصة ، فيستفيد من التعويض من العلاج و الدواء حتى بعد بلوغه سن الرشد كما يمكن أن يستفيد من مختلف الامتيازات التي يمنحها الصندوق لهذه الفئة ، كالحصول على الأعضاء الاصطناعية و الكراسي المتحركة ، و إجراء العمليات الجراحية و مواصلة المتابعة الطبية.

3.1.1 الحق في المساعدة الاجتماعية: و المتمثلة أساسا في المنحة المالية للذين ليس لهم دخل و تم تقرير هذه المنحة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 06-45 الصادر في 16/10/2006 ، في مادته الثانية و الثالثة حيث قدرت بـ 3000.00 دج ثم رفعت إلى 4000.00 دج بموجب المرسوم التنفيذي 07-340 الصادر في 31/10/2007 (الهادي خضراوي، الطاهر بن قويدر، 2017، ص 27) ، كما أن للمعوقين الحق في

الاستفادة من مجانية التسعيرات النقل الحضري ، أو عن طريق السكك الحديدية و النقل البري و الجوي

2.1 التكفل المؤسسي و المهني و الإدماج الاجتماعي: تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة عبارة على مجموع من الوسائل و الطرق المستخدمة في مساعدة كل الأفراد الذين يعانون من حالات خاصة ، عن طريق مساعدتهم على التأقلم مع المجتمع المحيط بهم من خلال دمجهم مع البيئة التي يوجدون فيها و التي من بينها:

توفير خدمات الرعاية الصحية و التأهيل لذوي الإحتياجات الخاصة من خلال الاستعانة بالمراكز المتخصصة في تعليمهم و تأهيلهم ليصبحوا قادرين على التأقلم

-العمل على دمج الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة مع الصفوف العادية من أجل مساعدتهم تعليميا على التأقلم و العمل على تطوير قدراتهم الأساسية(الهادي خضراوي، الطاهر بن قويدر، 2017، ص 28) في فهم المعارف الأولى بطريقة مناسبة ، وقد بلغ عدد الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة المتكفل بهم بالمؤسسات التعليمية قد ارتفع من 3375 خلال السنة الدراسية 2014-2015 إلى 23722 خلال السنة الدراسية 2016-2017

-فبموجب المادة 25 من القانون 02-09 لا يجوز إقصاء أي مترشح بسبب إعاقته من المسابقة أو من الاختبار أو من امتحان يتيح له الالتحاق بوظيفة عمومية أو غير ذلك ، إذا أقرت اللجنة الولائية للتربية الخاصة و التوجيه المهني عدم تنافى إعاقته مع هذه الوظيفة و يتم ترسيم العمال المعوقين ضمن الشروط المطبقة على العمال الآخرين ، كما يفرض القانون على كل مستخدم أن يخصص 01% على الأقل من مناصب العمل للأشخاص من ذوي الإحتياجات الخاصة.

2. إستراتيجية و أبعاد إدماج و تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر

من خلال هذا العنصر يمكن ان نتحدث على مجموعة من الأبعاد التي يمكن استحضارها في كل تخطيط يرمي إلى إدماج و تأهيل فئة ذوي الإحتياجات الخاصة و التي نذكر منها:

1.2 البعد الاجتماعي و الثقافي: وهو أكثر الأبعاد أهمية ويشمل على مستويين:

-على مستوى الأسرة: تؤدي الأسرة دورا محوريا في عملية التنشئة الاجتماعية ، وكل خلل سينعكس سلبا على تكيف و اندماج أفراد المجتمع ، ويزداد أهمية الدور إذا ما تعلق بالتنشئة الاجتماعية للمعاقين ، ومن بين الأبعاد الهامة في مشكلة الإعاقة في الثقافة العربية عموما و الجزائرية على وجه التحديد ، شعور الأسرة بـ"وصمة العار" أو عقدة الذنب حيال وجود معاق أو معاقين فأغلبية الأسر تعاني حالة اللامبالاة بخصوص أبنائها المعاقين ، وهذه النظرة التصنيفية الدونية ستحول دون نمو أي قدر من الاعتماد على النفس لدى هذه الشريحة المجتمعية مما يدفعنا على القول أن الأسرة تمثل أهم و اخطر المسؤوليات بالنسبة لتحسين و تطوير أحوال المعاقين ، ومن ثم فإن توعية الأسرة بدورها العلاجي و التأهيلي وإدماج المعاقين ينبغي أن يتساند مع مسؤولية المؤسسات المجتمعية ، وذلك بخلق ثقافة أسرية بدءا بتكوين و إرشاد الأسرة)

العمرى عيسات، 2014، ص 177)، وذلك من خلال توعيتها على أهمية الكشف الطبية للمقبلين على الزواج لتتعرف على ما قد يكون من أمراض وراثية قد تؤثر على نمو الأطفال، إضافة إلى رعاية الأطفال الحرص على عدم وقوع في الحوادث المنزلية على مختلف مصادرها.

على مستوى المحيط المجتمعي: إن مسؤولية منع الإعاقة أو مواجهتها مواجهة موضوعية تتطلب ابتداء من الوعي بأسباب الإعاقة و مصادرها، والخدمات المتاحة لها على نطاق المجتمع و عليه يجب أن يكون لكل مؤسسة من مؤسسات المعاقين هدف تربوي، و تدريسي، و اجتماعي، و علاجي ولا ينبغي أن يقتصر هدف مؤسسة المعاقين على مجرد الإيواء بل يتوجب على المجتمع و بكل مؤسساته اتخاذ القرارات والإجراءات و التدابير وفق سياسة علمية تراعي فيها الإحتياجات الأساسية مع كل أنواع الإعاقة (عمار حامد، 1982، ص 92).

2.2 البعد الاستراتيجي التأهيلي: و بالنظر إلى أدبيات الإعاقة هناك اتفاق على أنواع التأهيل و التي تشمل: -التأهيل الطبي (الوقاية و العلاج): و تشمل هذه الوقاية التحصين ضد الأمراض المعروفة لدى الأطفال بما فيها الحصبة، و شلل الأطفال و إلى جانب ذلك العناية بتغذية الأمهات الحوامل بتغذية صحية، و عموما الاهتمام بمراحل و برامج التطعيم و العناية بصحة الطفل و الكشف على الأجنة المشوهة في الرحم، و فحص الأطفال بعد الإنجاب و المتابعة الصحية المستمرة من أخصائي ذوي الخبرة.

-التأهيل النفسي و الاجتماعي: و يتمثل في إعداد شخص اجتماعي قادر على الشعور بالأمن و الطمأنينة على المستوى الفردي (الثقة في النفس)، و على المستوى الاجتماعي (الثقة و الاحترام و التقبل المتبادل مع الآخرين) الشئ الذي يجعل هذه الفئة تتخطى عقبة المديكات السلبية و تصبح قادرة على التفاعل الاجتماعي، و أضف إلى ذلك فإن تأهيل الشخص ليكون عنصرا فاعل و مندمج في الحياة الاجتماعية و عليه يمكن القول أن التأهيل النفسي و الاجتماعي عملية ديناميكية تتفاعل فيها أدوار الأخصائيين على اختلاف مجالات تخصصهم (نفسى، طبي، اجتماعي) مع اسر ذوي الإحتياجات الخاصة و المؤسسات الاجتماعية المختصة لتصبح هذه الفئات قادرة على التكيف الذاتي و الاجتماعي (العمرى عيسات، 2014، ص 178).

الخاتمة

تعتبر شريحة ذوي الإحتياجات الخاصة قطعة أساسية في البناء الاجتماعي العام، و هي تقتضي بحكم احتياجاتها الجسمية و النفسية توفير رعاية خاصة سواء من طرف أفراد الأسرة أو من طرف مختلف أعضاء المجتمع، و تحاول الجزائر كغيرها من باقي الدول إلى تحسين الوضعية الاجتماعية لذوي الإحتياجات الخاصة، باعتبارهم مواطنين كغيرهم ينبغي الاهتمام بهم و منحهم الحق في الحياة الطبيعية و عدم عزلهم عن المجتمع، و يمكن القول أن دراسة الواقع الاجتماعي و بمختلف اتجاهاته و بما فيها مجمل الحقوق التي كرسها المشرع الجزائري لصالح فئة المعاقين، تمثل جزءا من التكفل و الاهتمام الذي يقع على السلطات العمومية، و كل أفراد المجتمع لان تحقيق الحقوق يتطلب وعي و مرونة و تسهيلات اتجاه هذه الفئة لإعادة بعث الأمل في نفوسهم و إدماجهم في الحياة العامة و القضاء على الحاجز النفسي و التخفي وراء الإعاقة للعيش في عزلة، و هو الجانب الذي ينبغي أن يكون محل دراسة و بحث من طرف مختلف الفاعلين لإيجاد طرق فعالة للتكفل بهذه الفئة.

قائمة المراجع :

مراجع باللغة العربية :

1. العزة سعيد حسني(2001)، التربية الخاصة بذوي الإعاقات العقلية و البصرية و السمعية الحركية ، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع و دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن
2. بورمانه عبد القادر(2015)، "واقع الإدماج المهني العمومي لفئة ذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر" ، مجلة الإدارة و التنمية للبحوث و الدراسات ، ع(8) ، جامعة لونيبي على ، البليدة ، الجزائر
3. بركات لطفي(1978)، الفكر التربوي في رعاية الطفل الأصم ، الشركة المتحدة للنشر و التوزيع السعودية
4. حنفي علي عبد النبي(2000)، العمل مع أسرة ذوي الإحتياجات الخاصة ، دار العلم و الإيمان للنشر و التوزيع ، عمان
5. حامد عمار(1982)، "المعاقون في إطار تنمية الموارد البشرية" ، مجلة شؤون عربية ، ع 16 ، جامعة الدول العربية
6. خضراوي الهادي ، بن قويد الطاهر(2017)، "الحماية القانونية لذوي الإحتياجات الخاصة وواقعها في الجزائر" ، مجلة الدراسات القانونية و السياسية ، م(1)، ع(5)، جامعة عمار ثليجي ، الأغواط ، الجزائر.
7. خاطر أحمد مصطفى(1995)، الخدمة الاجتماعية (نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، المجالات) ، المكتب الدولي الجامعي الحديث للطباعة و النشر ، ط2
8. رواب عمار(2008)، "نظرة الإسلام لذوي الإحتياجات الخاصة" ، مجلة كلية الآداب و العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، ع(2)و(3)، جامعة محمد خيضر بسكرة ، الجزائر.
9. زيدان زكي زكي حسين(2009)، الحماية الشرعية و القانونية لذوي الإحتياجات الخاصة (دراسة مقارنة بين الفقه الإسلامي و القانون الوضعي) ، دار الكتاب القانوني ، جامعة طنطا ، مصر.
10. عزيز سامية(2010)، "الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصريا مدرسة طه حسين لصغار المكفوفين "نموذجا" ، مجلة دراسات نفسية و تربوية ، ع(4)، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر.
11. عيسات العمري(2014)، مسائل الإعاقة و المعوقين في الجزائر-مقاربة تحليلية- ، ع(19)، مجلة العلوم الاجتماعية ، جامعة محمد لمين دباغين ، سطيف ، الجزائر.
12. عيسات العمري(2004)، الرعاية الاجتماعية للمعاقين حركيا ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب و العلوم الاجتماعية ، جامعة بسكرة ، الجزائر.
13. عبد المجيد محمود حسن صالح(1977)، متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر.
14. غباري محمد سلامة(2003)، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية(رعاية المعوقين) ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر.
15. قمره عصام توفيق(2008)، رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين العزل و الدمج ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر.

16. كبار عبد الله (2005)، المجتمع المدني و دوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة (دراسة ميدانية لجمعية المعوقين حركيا بولاية غرداية)، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص علم الاجتماع الثقافي ، قسم علم الاجتماع ، كلية العلوم الإنسانية ، جامعة الجزائر ، الجزائر.
17. لعلام عبد النور (2009)، دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل و دمج المعاق حركيا (دراسة ميدانية بمدينة سطيف)، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع الحضري ، قسم علم الاجتماع ، جامعة منتوري قسنطينة ، الجزائر.
18. مسعودان أحمد (2006) ، رعاية المعوقين و أهداف و سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية (دراسة ميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، خميستي ولاية تيارت)، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع التنمية ، قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا ، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة منتوري ، قسنطينة ، الجزائر.
19. هادف ساسي نجات (2014)، دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة مدرسة المعوقين من وجهة نظرا لإداريين و الأساتذة (دراسة ميدانية بمؤسستي ذوي الاحتياجات الخاصة مدرسة المعوقين سمعيا و المركز النفسي السداغوجي للمعوقين ذهنا بولاية سكبدة)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه العلوم في علم الاجتماع ، تخصص تنمية الموارد البشرية ، شعبة علم الاجتماع ، قسم العلوم الاجتماعية ، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، الجزائر.

المراجع باللغة الأجنبية

1. Boudida Mostefa, « Rétrospective sur les Droits des Handicapes en Algérie », Ruve Horizon Educatif, N15, Edité par le centre National de formation des personns et Spécialises des Etablissements pour Handicapes.

متلازمة داون قصة كروموزوم 21

عيساوي مجاهد

طالب دكتوراه

جامعة البليدة 2- الجزائر

مقدمة:

يجب أن يحظى ذوي الاحتياجات الخاصة بعناية صحيّة طبيعيّة كغيرهم من البشر لممارسة حياتهم الطبيعيّة، وهذا لأنهم بحاجة لتعامل خاص عن غيرهم، لذلك فهم بحاجة إلى مُتابعةٍ حثيثةٍ من ذويهم، بالإضافة إلى إرشادهم لكيفيّة التصرف في حال تعرّضهم لأُمور تعيق تعزيزهم للسلوكات المرغوبة والسوية، مما قد يساهم في تسهيل عملية إرشادهم ومحاولة تحسين أسلوب حياتهم. أما بالخصوص ففي فئات ذوي الاحتياجات، عادة ما نسمع بالمتلازمة والتي تعرف بمجموعة العلامات والخصائص التي توجد وتظهر مجتمعة في وقت واحد. أما فئات ذوي الاحتياجات الخاصة فتضم مجموعة من المتلازمات التي تصنف ضمن مجموعتها.

من أكثرها وبرزها متلازمة داون، فهذه الأخيرة تعتبر واحدة من الظواهر الناتجة عن خلل في الصبغيات أو المورثات، وهو يسبب درجات متفاوتة من الإعاقة العقلية والاختلالات الجسدية والسمات الجسدية المميزة.

ففي الواقع فإن هؤلاء الأطفال يشبه بعضهم بعضا في المظهر للدرجة التي يصعب معها في بعض الأحيان ملاحظة الفروق بينهم، ولابد من الإشارة إلى أنه ليس من الضرورة أن تجتمع كل الصفات أو المشاكل في جميع الأطفال، لهذا سنتطرق لماهية متلازمة داون وما هي أهم الخصائص التي يتميز بها فئة الأطفال المصابين بمتلازمة داون. واهي خلفيتها النظرية السيكلوجية. والتي تعتبر من اهم فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ومحاولة اثراء المجال البحثي في التربية الخاصة ومجالاتها.

1. لمحة تاريخية عن متلازمة داون:

كان يطلق عليها في الماضي (المنغولية)، وسميت بهذا الاسم نسبة إلى لانجدون داون John.Langdon.Down الذي لاحظ أن وجوه بعض المتخلفين عقلياً تمكننا من تقسيمهم إلى أربعة مجموعات عنصرية هي : المنغوليون، والأثيوبيون والقوقازيون، والهنود الأمريكيون، وتحدث متلازمة داون نتيجة لوجود كروموسوم زائد لدى هؤلاء الأطفال .

وكان هذا عندما لاحظ أن أغلب الأطفال في مركز الإعاقة الذي كان يقوم فيه بالإشراف على مجموعة من الأطفال يشبهون بعضهم بعضاً في ملامح الوجه وخصوصا في العين التي تمتد إلى أعلى، والتي تشبه خصائص العرق المنغولي – الآسيوي، فأطلق عليهم اسم المنغوليين نسبة إلى جمهورية منغوليا، وظل هذا الاسم شائعاً إلى عام (1967) عندما كانت أسباب المرض معروفة، ووضح انه ناتج عن زيادة في الصبغيات (الكروموسومات)، ولا علاقة له بالعرق الأصفر، وتقدمت دولة منغوليا بالشكوى لدى الأمم المتحدة ضد هذه التسمية، وتم بعدها اصدار قرار بنوع استعمال هذا الاسم لوصف المرض، وعرف منذ ذلك الوقت بمتلازمة داون في جميع أنحاء العالم. (القريوتي وآخرون، 1995، ص 80)

فذكر روجرز " Rogers " 1992 أن أولى آثار التشوه قد عبر عنها في تماثيل صغيرة تجسد جنس الاولهاك Olmèque الذي كان يعيش في أمريكا الوسطى ما بين 1500 قبل الميلاد والى غاية سنة 300 م وهذه

التماثل تشبه بشكل مدهش الأطفال المصابين بالتشوه الكروموزومي ، لكن مع ذلك تطلب الأمر مرور السنين وإلى غاية القرن التاسع عشر للتعرف أكثر على هذه الفئة.

(بن قيدة مسعودة، 2009، ص81)

أما الطبيب الفرنسي جون إسكروول Jean Etienne Esquirol 1938 أول من قام بوصف للأشخاص المصابون بهذه الهلازمة بطريقة علمية ، ومن بعده قام إدوارد سيكوين Edouard Seguin 1946 بوصف سمات مرضى مصابون بالمتلازمة. (عبدالعزیز سعيد، 2008، ص167)
تشير كلمة متلازمة إلى مجموعة من العلامات والخصائص التي تظهر مجتمعة في آن واحدة.
(الملق سعود بن عيسى ناصر، 2001)

2.متلازمة داون و الوراثة:

تعتبر متلازمة داون من أبرز الاضطرابات الكروموسومية ، وعادة ما تدعى هذه المتلازمة بالتثلث الصبغي 21 ، و أساس المشكل أن الطفل المصاب بهذا التناذر يكون لديه 47 كروموسوما بدل 46 هذا ما يجعلنا نتساءل عن ماهية الصبغيات او الكروموسومات من الناحية البيولوجية .وهذا ما سنوضحه من خلال ما يلي:

1.2. ماهية الكروموسومات:

فتعرف الكروموسومات على أنها أجسام صغيرة جداً تشبه الخيط توجد داخل الخلية ، وعن طريقها تتحدد بعض السمات مثل لون العينين والشعر ولون الجلد ، وتعد مسئولة عن النظام الكيميائي بالجسم ، فهي تحمل التعليمات الكاملة لخلق الإنسان.

وعدد الكروموسومات في كل خلية من خلايا الجسم (46)كروموسوم .وهذه الكروموسومات عبارة عن (23) زوج. كل زوج منها عبارة عن كروموسومين متشابهين بشكل كبير ، واحد من هذه الكروموسومات انتقل إلينا من الأب ، والآخر من الأم . وكل زوج من هذه الأزواج المتطابقة يعطيه الأطباء رقما يميزه عن الآخر ابتداء برقم واحد للزوج الأول إلى الزوج الأخير رقم 23

ونظراً لتشابه هذه الكروموسومات يقوم أخصائي المختبر بصبغها بمادة كيميائية . هذه الصبغة تقوم بتلوين الكروموسومات وتجعلها مخططة أفقياً بالون الأبيض والأسود . كل خط (أبيض أو أسود) يسمى مقطع أو شريحة (BAND) (VirginiaP.,&Carol,C.,2000)
الزوج الثالث والعشرين له خاصية مهمة من ناحية تحديد الجنس(الذكورة والأنوثة) لذلك يطلق عليه الأطباء الزوج الجنسي، وفي المقابل يطلق على بقية الأزواج من الزوج الأول إلى اثنان وعشرين الأزواج غير الجنسية وذلك تميزاً لها .

ويختلف الزوج الجنسي الذكور والإناث . فالكروموسومين الجنسين في الزوج الجنسي عند الإناث تقريبا متطابقين(أي متشابهين بدرجة عالية في الشكل والطول) وكل واحد منهما يرمز إليه بالحرف الإنجليزي X. بينما الكروموسومين في الزوج الجنسي لدى الذكور مختلفين فواحد منهما يرمز له بالحرف الإنجليزي X (وهو يشبه كروموسوم X لدى الإناث) بينما الآخر مختلف فهو أقصر بكثير من كروموسوم X ويرمز إليه بالحرف الإنجليزي (Y).

2.2.الحمض النووي المؤكسد و الجينات والبروتينات

عند فحص الكروموسوم الواحد وجد أنه يحتوي على تجمعات من جزيئات كيميائية بروتينية ، كل جزيء يشبه السلم الحلزوني ، وحيث أن مادته هي Deoxyribonucleic Acid ، وهو الحمض النووي المؤكسد ، فقد سُمي بـ DNA اختصاراً من الأحرف الأولى لاسمه .

والDNA يحتوي على حبات مصفوفة على طولها تسمى جينات (مفرد جين) يوجد مائة ألف جين موزع على الستة وأربعين كروموسوم.
وتحتوي هذه الجينات على التعليمات الكاملة لتحضير جميع البروتينات بأنواعها. والتي هي المواد الأساسية لبناء الخلية ولاستمرارها في العمل. في كل خلية من خلايا الجسم نسختين من كل جين، واحدة منها موجودة على الكروموسوم الذي المنقول من الأم، والجين الآخر موجود على الكروموسوم المنقول من الأب، ولكل جين مكانه الخاص والمحدد على طول الكروموسوم.
(Institute of Human Genetics,2004)

3- ماهية متلازمة داون:

تعرفها N.Sillamy في قاموس علم النفس بأنها "مرض خلقي يمس القدرات العقلية، حيث يتميز صاحبه بمظهر خارجي خاص، وملامح وجمعية خاصة، أيضا بروز الوجنتين وجمعية مسطحة ولسان مشقوق رأس مستديرة نذكرنا بالسلالة المنغولية" (Sillamy.N,1983 ,P117)
تعد متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموسوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحباً لتخلف عقلي. (Braitser ;Winter,1996,p2)
يرى عادل عبد الله بأن متلازمة داون هي بمثابة حالة جينية تنتج عن حدوث خلل أو شذوذ كروموسومي حيث يتضمن كروموسوماً إضافياً في تلك الخلايا التي يتألف منها الجسم
(عادل عبد الله، 2004، ص238)

ومتلازمة داون هي : حالة يولد بها الطفل نتيجة لخلل في الكروموسومات، تسبب درجات متفاوتة من التخلف سواء في النمو الجسمي أو العقلي أو العضلي.
تعد من بين مشاكل الولادة الأكثر تكراراً، وهي ناتجة عن زيادة في عدد الصبغيات، بحيث أن الزوج 21 يحمل 3 صبغيات بدلاً من 2 صبغية. (Didier.A,2003,p143)

وهذا الشذوذ الصبغي، لا يحدث نتيجة خلل في وظيفة جهاز من أجهزة الجسم أو نتيجة للإصابة بمرض معين كما أنه ليس بالضرورة أن يكون وراثية، بل هو تقدير من الله تعالى يحدث يحدث أثناء انقسام الخلية عند بداية تكوين الجنين وعليه فإن أي زوجين بدون تمييز معرضين لأن يولد لديهم طفل ذو متلازمة داون.

من هنا يمكن ان نستنتج أن متلازمة داون هي تناذر أو التثلث الصبغي 21 فنتنتج عن هذا التغير في الكروموسومات؛ بسبب تواجد نسخة إضافية من كروموسوم 21 أو جزء منه في الخلايا، مما يسبب تغيراً في المورثات. تتسم الحالة بوجود تغييرات كبيرة أو صغيرة في بنية الجسم. يصاحب المتلازمة غالباً ضعف في القدرات الذهنية والنمو البدني، وبمظاهر وجمعية مميزة.

4.أنواع متلازمة داون:

أشارت العديد من البحوث والدراسات أن هناك 3 أنواع من التشوهات الصبغية التي تؤدي إلى ظهور مجموعة أعراض متلازمة داون. هذه الأنواع تختلف تبعاً لاختلاف الحاصل في الموقع الكروموسومي وهذه الأنواع هي:

1.4.ثلاثي الصبغي: trisomie 21 libre et homogène

يكون في هذه الحالة للأبوين صبغيات عادية لكن يحدث انقسام خاطئ للخلية أثناء فترة الحمل وهذا الانقسام يمكن أن يحصل في واحد من ثلاثة إما في الحيوان المنوي أو في البويضة أو في انقسام الخلية الأولى بعد الإخصاب.

يتكرر فيه الصبغي 21 ثلاث مرات بدلا من مرتين ليكون عدد الصبغيات 47 بدلا من 46 صبغي في كل خلية ، ويشكل هذا النوع النسبة الأعلى من مجموع المصابين بهذه المتلازمة حيث تبلغ نسبة الإصابة به حوالي 95 % من حالات متلازمة داون. (Jacques.N et al.2006.p5)

2.4.النمط الانتقالي: trisomie 21 par translocation

تم اكتشاف هذا النوع عام 1960 من قبل بولاني وفراكارو Bolani et Fracaro ويوجد عند 5% من الحالات ، و يذكر قوتمان Guttman أن هذا النوع من متلازمة داون يحدث عند انتقال جزء من الكروموزوم 21 إلى موقع آخر أثناء عملية إعادة ترتيب الكروموزوم 14 ، كما لوحظ في حالات أخرى أن يحدث الانتقال إلى الكروموسومات التالية (22، 21، 15، 13) (Flori.E,Doray.B,Carelle.N al.,2007)

3.4.النمط الفسيفسائي: trisomie 21 en mosaïque

التي يحدث فيها الانقسام الثلاثي هو حدوث شذوذ في الكروموسومات بعد حدوث الإخصاب إذ يحدث خطأ في توزيع الكروموسومات بمجرد أن تبدأ البويضة الخصبة في الانقسام مما يؤدي إلى عدم انفصال أحد الكروموسومات فتحتوي الخلية الجديدة بالتالي على كروموزوم واحد. ويسبب نقص الكروموزوم في الخلية الثانية فإنها تموت وتبقى الخلية الأولى التي تحتوي على كروموزوم زائد في الانقسام وهذا الخطأ في الخلية الأولى نتيجة للانقسام ستستمر خلايا الجسم في الانقسام حاملة ثلاثية الكروموزوم الذي حدث فيه الشذوذ (القريوتي يوسف ،الصمادي جميل ،السرطاوي عبد العزيز ،1998، ص300، 301)

5. أسباب متلازمة داون:

بالرغم من تطور العديد من النظريات إلا أنه لم يعرف لحد الآن السبب الحقيقي لمتلازمة داون ، إلا أن هناك افتراضات غير مثبتة حول أسبابها مثل: العوامل الوراثية أو تناول الأدوية و العقاقير أثناء الحمل و طبيعة الغذاء و عوامل التلوث البيئي أو التعرض للإشعاعات خلال فترة الحمل و خصوصا أشعة (X). إن بداية تكوين الإنسان تتم عن طريق اتحاد البويضة التي تحمل 23 كروموزوما مع الحيوان المنوي الذي يحمل نفس العدد من الكروموزومات ، فيتم اتحاد بينهما وتتكون الخلية الأولى للجنين من 46 كروموزوم إلا انه يحدث خلل في عملية الإتحاد وتنتج خلية تحمل 47 كروموزوما تؤدي للإصابة بمتلازمة داون (فتحي السيد ،1984، ص7).

ولسبب غير معروف بشكل مؤكد حتى الآن لا تتم عملية الانقسام بشكل صحيح فيأتي من جانب الأم 24 كروموزوما بدلا من 23 كروموزوما ، وفي هذه الحالة تتكون الخلية الملقحة من 47 كروموزوم أو بما أن الكروموزوم رقم 21 قد التحق بالكروموزوم الزائد لديه يصاب بالتوازن بخلل مما يسبب ولادة طفل لديه متلازمة داون (حمامي ،1999، ص17)

وانه من أهم أسباب الإصابة بمتلازمة داون هو عمر الأم خصوصا إذا تم الحمل بعد الأربعينات ، حيث تكون البويضة في هذا العمر حساسة وسريعة التأثر (Baroff .O,1999,p88) وهناك من يضيف أن من بين أهم الأسباب هي :

1.5.العوامل الداخلية: وهي العوامل المتعلقة بالوراثة وسن الأم وتتضح من خلال

ما يلي:

— حالة ما إذا كانت الأم مصابة بتلازم داون فإن الاحتمال يكون ب 50 بالمئة

- حالة وجود عدة أشخاص مصابين بتلازم داون في العائلة ، غير أن هذا العامل غير منتشر
- حالة ما إذا كان أحد الوالدين حامل لمتلازمة داون على مستوى الصبغيات ، فيكونان شكليا سليمين (جسديا و عقليا)
- أما فيما يخص عامل سن الأم ، فإن احتمال إنجاب طفل مصاب بتلازم داون يتفاقم مع تزايد السن ، خاصة بعد 35 سنة ، ف 3/2 من ولادات هؤلاء الأطفال يتعدى سن أمهاتهم الثلاثي غير أن عامل السن هذا لا يزال يحير الباحثين ، ما دام أن الملاحظ في الآونة الأخيرة أنه هناك ولادات لأطفال مصابين بالتلازم من أمهات صغيرات السن (Redon.I,1999,p09)

2.5.العوامل الخارجية :

و يمكن تلخيصها فيما يلي :

- تعرض الأم للإشعاعات التي لها أثر كبير على السيرورة الجنينية ، و تؤدي إلى تشوه كروموزومي
- تأثير الفيروسات كفيروس الحصبة الألمانية ، اليرقان ، و كذلك بعض العناصر التي تؤدي إلى إحداث تغيرات جينية
- مشاكل الغدة الدرقية لدى الأم.
- ارتفاع نسبة الهيموغلوبين و التريوغلوبين في دم الأم .
- نقص الفيتامينات خاصة فيتامين "أ" ، الذي يؤدي نقصه إلى تأثيرات سلبية على نمو الجهاز العصبي ومن ثم على نمو النظام الجيني للجنين .

(Lambert.I, Rondal.J,1997,p19)

عموما تعددت الأسباب كاحتمالات تؤدي إلى الإصابة بتلازم داون ، في حين تبقى العوامل الحقيقية والمؤكدة للحد من ظهور هذا الاضطراب نهائيا مجهولة.

6.الخصائص المميزة للطفل التريزومي / الطفل المصاب بمتلازمة داون:

إن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة غالبا هم الاطفال المصابون بحالة معينة أو مرض ، مما يتسبب في شعورهم بصعوبة في فعل الأمور مقارنة بزملائهم العاديين ، لذا فهم بحاجة إلى مُقدّمِي رعاية ، ومرشدين مُختصّين بالاحتياجات الخاصّة ، وتقديم التكفل الخاص .

لهذا اذا تكلمنا عن الأطفال ذوي متلازمة داون فم الواجب على المربين أن تكون لديهم خلفية تعكس مدى فهمهم لخصائص الطفل التريزومي وما هي اهم المميزات التي يتمتع بها هذا الطفل حتى تسهل عليه تقديم الخدمات و التدخلات الارشادية كانت أو العلاجية فمن بين خصائص الطفل ذوي متلازمة داون ما يلي :

1.6.الخصائص الجسمية:

كل المصابين بمتلازمة داون يتميزون بمجموعة من الخصائص الجسمية المعروفة التي تشكل الملامح العامة المميزة لشخصية الطفل من متلازمة داون والمتمثلة فيما يلي :

الرأس أصغر من الطبيعي ، عظامه منبسطة من الناحية الخلفية/الوجه يبدو بشكل مفلطح والعنق صغير/العينان ضيقتان ومائلتان إلى الأعلى/الأنف صغير ومفلطح في جزئه العلوي/ تظهر على القرحة

لطخات تسمى لطخات براشي فيلد، تبدو كحبات مائلة إلى البياض حول إطار القرchie، تقدر نسبة وجودها بـ % 70 - 30 لدى الأطفال المصابين./ الأذنان صغيرتان ودائرتين الشكل / الفم صغير والشفاه غليظة ومشققة مع سيلان اللعاب/ اللسان ضخم وخارج الفم/ الأسنان صغيرة وغير موضوعة بشكل عادي/ الأيدي صغيرة والأصابع قصيرة، الأصبع الصغير ينحني نحو الداخل غالباً، يوجد خط واحد عريض في راحة اليد/القدمان ممتلئتان وشكلها مسطح، مع وجود مساحة تزيد عن الحد الطبيعي بين الأصبع الأول والثاني/الشعر ناعم ورقيق والبشرة جافة/نسبة الخصوبة لدى الجنسين اقل من الطبيعي/ تتأخر مظاهر البلوغ والنضوج عند الفتيات المصابات (السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين، 2007، ص131)

2.6. الخصائص الصحية: لقد أثبتت الدراسات أن حوالي 1 من 3 المصابين بمتلازمة داون يعانون من اضطرابات صحية تتمثل في:

- تشوهات على مستوى القلب وهي أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى الطفل المصاب بمتلازمة داون، ومنه يطلب مباشرة بعد عملية التشخيص القيام بفحص قلبي، حوالي % 60 من الأطفال المصابين بمرض داون يموتون في السنة الأولى من جراء هذه المشاكل القلبية.
- اختلال في الجهاز العصبي كنفص عدد الخلايا العصبية في الدماغ أو اضطراب في كهربائية الدماغ التي تسبب مرض الصرع الذي يعاني منه حوالي % 10-5 من المصابين بمتلازمة داون.
- مشاكل بصرية هنا كتأخر في تنسيق حركة العينين، ويكون هذا راجع إلى تسطح الوجه وابتعاد العينين عن الأنف، وهذا خاصة عند المتقدمين في السن حيث انه غالباً ما يؤدي إلى ظهور الحول، وقصر النظر.
- مشاكل سمعية قد يصاب السمع نتيجة التهابات الأذن المتكررة.
- زيادة الوزن وذلك بسبب نوع الأكل المتناول وقلة الحركة بسبب ارتخاء العضلات.
- مشاكل على مستوى البلع، وهذا راجع إلى تأخر ظهور الأسنان وكذلك خلط على مستوى ترتيبها ومشاكل على مستوى الجهاز الهضمي والبولي (Monique.C,2007,pp 24,26)

3.6. الخصائص العقلية:

إن طفل متلازمة داون لديه نمو عقلي بطيء جداً، وقدراته ضعيفة حيث تتراوح نسبة ذكائه بين 25 و 50 ومن بين خصائصه العقلية نجد:

- 1.3.6. **ضعف الانتباه:** ضعف مثيرات الانتباه الداخلية، حاجته الدائمة لما يثير انتباهه من المثيرات الخارجية، عدم قدرته على التعلم من الخبرات التي يمر بها.
 - 2.3.6. **قصور في الإدراك:** ضعف القدرة على معرفة المثيرات التي تعود للحواس والتمييز بينهما.
 - 3.3.6. **قصور في الذاكرة:** صعوبة حفظ ما تعلموه في ذاكرتهم لمدة طويلة من الزمن.
 - 4.3.6. **قصور في التفكير:** التفكير ينمو بمعدلات بطيئة نتيجة قصور الذاكرة، ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم وتكوين الصور الذهنية (نصر الله عمر عبد الرحيم، 2008، ص27)
- كما تضح مما سبق ان الطفل التريزومي 21 يعاني من مشاكل في قدراته العقلية التي تعيقه على عملية الاكتساب و الاستيعاب، و بالتالي التأخر في تعلم الأشياء، سواء كان ذلك في البيت أو في المدرسة.

ومنها بعض الاستعدادات التي ترجع إلى عجز في القيام بالمسائل المرتبطة بالعمليات العقلية ، مما يؤدي إلى صعوبات التصنيف و الفرز و هذا يؤدي بدوره إلى صعوبات تعلم القراءة و الكتابة و الحساب (Guillert,1981,p15)

4.6. الخصائص اللغوية:

يشير ميلر « Miller » 1993 إلى أن أطفال متلازمة داون يصابون بفقدان السمع بسبب إصابات الأذن وفقدان السمع تأثير مباشر على تعلم اللغة حيث يفسد الفهم والكلام ، ويجب إجراء فحص روتيني بواسطة أخصائي أمراض الأذن على أن يشمل الفحص الأذن الداخلية والأذن الوسطى ، ويمكن الاستعانة بوسائل التكبير كأحدى معينات السمع .

والأحبال الصوتية لدى أطفال متلازمة داون متورمة مع تهيج واحمرار ، وهي أكثر تيبسا والاهتزاز متقطع وهذا يؤدي إلى صوت أجش عادة ما يرتبط بأطفال متلازمة داون ، كما أن التأخر في فهم التراكيب اللغوية يبدأ في الظهور لدى أطفال متلازمة داون عندما يواجهون عملية اكتساب جمل معقدة تتجاوز الجمل البسيطة وتزداد مظاهر العجز في اكتساب المهارات اللغوية سواء كلما تقدم بهم العمر (Miller,1993,p40,41)

1.4.6. الصعوبات اللغوية التي تواجه أطفال متلازمة داون:

بعض أطفال متلازمة داون ربما يجدون صعوبة في بعض أو في كل هذه الخطوات بشكل واضح ، فمثلا قد تكون هناك صعوبة في صياغة الأفكار بشكل جيد ، أو أن النظام اللغوي المركزي بالمخ أو العضلات المسؤولة عن إصدار الكلام لا تعمل بكفاءة ، بمعنى أن عملية الكلام تكون مشكلة بالنسبة لهم ، بالإضافة إلى ذلك فإن الضعف السمعي من الاضطرابات الشائعة جدا بين أفراد هذه الفئة ، وهذا الضعف يزيد من صعوبة القدرة على التعلم و التواصل اللفظي .

وقد يعاني البعض من أفراد هذه الفئة من قصور اللباقة الاجتماعية ، فلم يدرج على كيفية احترام الأدوار (متى يتكلم و متى عليه أن يستمع)

عندما يتعرض الشخص السليم لضغوط غير طبيعية أثناء التكلم ، فإنه قد يحدث له بعض التلعثم أثناء الحديث ، وحينما يرغب الفرد الذي لديه متلازمة داون في التواصل اللفظي (أي توصيل رسالة ما) مستخدما مثل هذا النظام اللغوي ، والذي لا يعمل بكفاءة تامة غالبا ، فربما نلاحظ عليه ما يلي:

- تكرار جميع الكلمات أو مقاطع منها و ذلك أثناء تفكيره في إعداد الجزء الآخر من الجملة .

- توقفات طويلة في منتصف الجملة عندما لا يجد ما يقوله لإتمام الجملة .

- توقفات غير ملائمة في مواضيع ما من الجملة أثناء الكلام ، و غالبا ما تكون متنوعة بكلمتين أو ثلاث كلمات ذات اندفاع سريع ، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في فهمها ، فمثلا (أريد أن أنزل لألعب مع الأولاد) فيقولها : (أري أن أنزل..... لجمع ولاد) ، وتنتج هذه التوقفات و البدء في الكلام عن اضطرابات في العضلات المسؤولة عن إصدار الكلام ، فالإصدار بطلاقة

يعتمد على مدى الانتظام في اندفاع الهواء من الرئتين.

- التشديد في مواضيع خاطئة من الجملة ، و هذا يحدث نتيجة لعدم الدقة في عمل النظام اللغوي بالمخ ، أو أن هناك عدم التناسق في التحكم في حركات العضلات المسؤولة عن الكلام - بذل مجهود كبير لإيجاد الأصوات المناسبة للبدء بها ، و أحيانا تكون الصعوبة في البدء في إصدار الصوت المناسب إلى خروج أصوات ذات طبقة صوتية مرتفعة أو أصوات عالية الحدة . (فضامي يوسف ، 2013، ص 114)

5.6. الخصائص الاجتماعية:

لديهم قوة كبيرة في التكيف الاجتماعي ، كما أنهم لا يخلقون المشاكل داخل الوسط الأسري ، لديهم عاطفة ومحبة ، لطفاء ومحبين ومحبوبين من طرف الغير . ان مثل هؤلاء الأطفال من متلازمة داون بحاجة الى استراتيجيات تدخل علاجي منظمة ومكثفة حتى يمكنهم من ممارسة السلوك الاجتماعي المناسب ، ويعد العمل الجماعي وتفاعل اطفال متلازمة داون مع بعضهم البعض أثناء الجلسات لبرامج المهارات الاجتماعية عاملاً مساعداً لإنجاح أي برنامج ، حيث أنه من خلال ذلك العمل الجماعي يستطيع هؤلاء الأطفال اكتساب مهارات اجتماعية يتم التدرب عليها ، فتؤكد دراسة سهيلة العميري (2001) على مدى أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية التي لها دور في أن يحتفظ أطفال متلازمة داون بهذه المهارات ، كذلك تؤكد أن التدريب على السلوك الصحيح من خلال تنوع المواقف الطبيعية واختلاف الأماكن في الروضة ، وكذا قيام الطفل التريزومي نفسه باللعب وتمثيل الأدوار المختلفة كل ذلك يساهم في احتفاظ هؤلاء الأطفال بالمهارات الاجتماعية . (ووان الشمري حمد مُجد طاهر ، 2007، ص24)

6.6. الخصائص الجنسية:

في الأغلب أعضاء التناسلية لذوي متلازمة داون ناقصة ، القضيب اصغر حجم من العادي ، معاناة الذكور من العقم ، الإناث قادرات على الإنجاب والطمث يحدث في نفس الفترة العادية (الشريبي السيد كامل منصور ، 2008، ص179 ، 182)

7.6. الخصائص النفسية-الحركية:

يظهر الطفل المصاب بمتلازمة داون تأخرا في النمو النفسي الحركي بسبب نقص في التوتر العضلي ، في الشهر الأول من عمر الطفل المصاب يكون جد هادئ ومحبوب وغير مزعج ، يبكي قليلا وينام كثيرا ، منذ السنوات الأولى يظهر عليه التعب عند القيام بأدنى نشاط يفضل البقاء لمدة طويلة على نفس الوضعية ويأخذه في التأرجح بصفة الية اذ يلعب الطفل بيديه ورجليه أو أشياء في متناوله ، ففيها يخص الجلوس يكون في السنة الأولى والمشي ما بين سن الثانية الى الثالثة ويتكلم بكلماته الأولى في حدود عامه الرابع أو الخامس .

وانطلاقا من العام السادس والسابع يظهر عليه عدم الاستقرار الحركي والانفعالي بحيث تزداد لديه الحركة الزائدة غير المستقرة ، المرح ، الضحك ، الحركة المتتابعة .

(Clautier.R,Gosselin.P, Tap.P,2005,p50)

8.6. الخصائص المعرفية :

و في نفس السياق توصلت مور Moor 1997 إلى إن الأطفال المنغوليين يصل متوسط درجة ذكائهم إلى 60 درجة. كما يعاني الطفل التريزومي من قصور في عملية التذكر ، فهو يجد صعوبة في التخزين . مما يستلزم تكرار المعلومات المقدمة له لمرات عديدة حتى يستطيع تخزينها. نفس المشكل يتلقاه ، و هو صعوبة الانتباه و التركيز ، حيث تبين ان هذا المشكل يرجع إلى البطء في زمن الرجوع لدى الطفل و كذلك اتصافه بالإفراط الحركي وهناك القدرات التي تتعلق بعملية الإدراك .

بعد إن أقيمت دراسات حول أطفال التريزومية 21، وخاصة تلك التي تهتم بعملية الإدراك Perception . تبين إن هذه الفئة من الأطفال تعاني من بعض الصعوبات ، وهي كالآتي: صعوبة في التنظيم ، و صعوبة في المفاهيم ، وصعوبة في تخزين المعلومات ، و النسيان ، لديه ذاكرة قصيرة ، صعوبة في الإدراك الحسي البصري ، وصعوبة في التمييز اللمسي للأشياء ، صعوبة في إدراك و تمثيل المجسمات الهندسية ومن أهمها نلاحظ:

1.8.6. الجانبية: latéralité

لا يستطيع الفرد التعرف والتمييز بين مختلف الاتجاهات المكانية في الفضاء الا بعد عملية التعلم فالطفل السليم جسدياً يبدأ في التمييز بين الاتجاهات الفضائية (يمين- يسار) بدءاً من السن 3-6 سنوات ، وقد يهيمن على بعض الأطفال استخدام اليد اليسرى عند قيامهم ببعض الحركات كالكتابة أو الإمساك بشيء ففي هذا الصدد توصلت Benoit 1995 إلى أن الطفل التريزومي 21 يبدأ في التعرف على الجانبية ابتداءً من السن 9 سنوات في حالة عدم تلقية تدريب ، حيث توصلت دراسات عديدة مثل تلك التي قام بها كل من Carlso, Boron, Campbell 1995 إلى أن نسبة كبيرة من هذه الفئة يستخدمون أيديهم اليسرى.

2.8.6. زمن الرجوع: le temps de latence

يحتاج الطفل عند قيامه بعملية التعلم إلى بعض الآليات المساعدة لعملية الاستيعاب والتلقي الجيد ، وهذا يفرض نجاح عملية التعلم ، وخاصة في المدرسة لكن ما يميز الطفل التريزومي 21 ، هو بطء عملية الرجوع بمعنى اضطراب زمن الرجوع أو ما يقصد به التأخر الزمني الذي يسبق عملية الاستجابة سواء الأمر يتعلق بالاستجابة المعرفية كالذكر أو الحركية أو الانفعالية وقد تأكد للعديد من البحوث الأثر السلبي لهذا العجز في عملية التعلم اذ يجد صعوبة في الاستجابة لما يحدث أمامه أو ما يطلب منه من طرف المربي أو المعلم .

(فرشان لويوة، 2015، ص08)

7. تشخيص متلازمة داون:

يتم تشخيص الأطفال ذوي متلازمة داون كسائر الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية ، حيث يتم استخدام المنحى التكاملية في التشخيص بأبعاده الطبية السيكومترية والاجتماعية والأكاديمية .
نشر رونالد وينر webnerronald في المجلة الطبية new england journal of medecene دراسة ذكر فيها أن هناك مجموعة جديدة من فحوص الدم و الأشعة فوق السمعية .

يمكن أن تكشف في الثلث الأول من الحمل أن الأجنة مصابين بمتلازمة داون ، فقد شملت الدراسة أكثر من (8000) امرأة وقد كان التشخيص صحيحا بنسبة 85% (البطانية أسامة مُجد وآخرون ، 2007) وتتلخص التقنيات الشخصية لمتلازمة داون فيما يلي:

- تحليل عينة من السائل المخاطي المحيط بالجنين.

- تحليل عينة دم من الحبل السري عن طريق الجلد/ ت-تحليل عينة من المشيمة يبقى العامل المشترك التقنيات الثلاث هو تعريض الأم الحامل لخطر الإجهاض الذي يصل إلى (1-2%) في حالة إجراء إحدى هذه التقنيات.(وشاحي ، 2003)

8.ردود الأفعال السيكولوجية للأولياء الطفل التريزومي :

والآن نأتي على ذكر ردود الفعل النفسية المختلفة التي يمر بها الوالدان عند معرفتهما بأمر إعاقة ابنهما. وعلى الرغم من أن ردود الفعل هذه تختلف من أسرة إلى أخرى إلا أن أغلبية الأسر تمر بمراحل انفعالية متشابهة. ويجب التأكيد هنا على أن ردود الفعل النفسية هذه والتي من المحتمل أن تتضح من خلال المقابلة العيادية أو الملاحظة من طرف ايماءات و ردود الأفعال الانفعالية .

1.8. الصدمة : وهي أول رد فعل نفسي يحدث لهما ، أي أن الوالدين لا يستطيعان تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي. وهما في هذه المرحلة في حاجة إلى الدعم والتفهم ، فإدراك حقيقة الإعاقة يعث على خيبة الأمل والحزن.

2.8. النكران : وهو أيضا من ردود الفعل النفسية الأولى التي قد تحدث للوالدين وتشير إلى عدم الاعتراف بأن الطفل يعاني من الإعاقة ، وهي وسيلة دفاعية لاشعورية يلجأ إليها الوالدان في محاولة للتخفيف من القلق النفسي الشديد الذي تحدثه الإعاقة.

3.8. الحداد والحزن: وهي فترة حداد وعزاء يعيشها الوالدان على الحلم الجميل الذي لم يتحقق (الطفل العادي) ، خاصة عندما يدرك الوالدان أن طفلها يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته. **4.8. الخجل والخوف:** وذلك بسبب إعاقة الطفل ، نظراً للاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة والمعاقين وتجنبهم التفاعل مع الأشخاص المعاقين ، فالوالدان قد يشعران بالخجل الناتج عن تفكيرهما بما سيقوله الآخرون عنهما وعن طفلها. وهذا يدفعهما إلى تجنب الآخرين وعزل الطفل المعوق خوفاً من نظرات الآخرين وعبارات الشفقة التي قد تصدر عنهم.

5.8. اليأس والاكتئاب: وهنا غالبا ما يمر الوالدان بمرحلة من اليأس والاكتئاب لإحساسهما بالتعب وعدم القدرة على التحمل وفقدان الأمل والثقة بالأطباء (الشفاء) وينطويان على ذاتهما ويمتنعان عن مخالطة الناس ، فالإعاقة تغير مجرى حياة الأسرة وتخلق واقعا جديداً لم يخطر لهما على بال.

6.8. الغضب والشعور بالذنب: وهي أيضا من ردود الفعل التي قد تظهر لدى الوالدين وهي متوقعة ، فهي محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط وغالبا ما يكون الغضب تعبيرا عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء فعلاه أو لم يفعله.

7.8. الرفض أو الحماية الزائدة : ويؤثر الرفض من قبل الوالدين للابن المعوق سلبا على مفهوم الذات والدافعية لدى الطفل ، وكثيرا ما يتحول الرفض إلى حماية زائدة ومغالاة في العناية به ورعايته مما يوكد لدى الطفل الاعتمادية ، وكلا الأسلوبين (الرفض - الحماية) يحدُّ من استقلالية الطفل المعوق وكذلك يحدُّ من نموه وتصبح نتائجه النفسية أشدَّ أذىً على المدى البعيد من الإعاقة نفسها بالنسبة للطفل ولوالديه أيضا.

8.8. التكيف والتقبل : وبعد كل المعاناة السابقة لا يجد الوالدان مفرأ من تقبل الأمر الواقع والاعتراف بإعاقة طفلهما. أما التكيف فيتمثل في القدرة على التحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل. وبالطبع يحدث ذلك تدريجيا بعد أن يكون الوالدان قد تخلصا من الشعور بالذنب والمسؤولية عن الإعاقة ، وهذا لا يعني عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحران.
(صلاح حلمي عبد العزيز، 2001)

9. التطور و الهال لدى الطفل التريزومي:

1.9.الهال المهدد: ويعني التطورات التي لها تهديد بالحياة فمثلا لدى الطفل التريزومي ممكن وجود أمراض القلب وتشوهات الجهاز الهضمي ، والقابلية للعدوى وزيادة خطر الإصابة بسرطان الدم عشرون مرة من عامة السكان.
التحسين في التكفل يسمح حاليا للعديد من هؤلاء الأطفال للوصول إلى مرحلة البلوغ.
التطور على المدى الطويل: يبقى الحجم أقل من المعدل الطبيعي. مع العمر ، و التشوه الخلقي يتغير ، لا سيما بسبب الشيخوخة المبكرة ، تضخم الغدة الدرقية قد يظهر أيضا إعتام في العين. خاصة ، أما الإعاقة العقلية فقد تتفاقم أساسا بسبب ظهور الخرف فيكون قريب من ذلك من مرض الزهايمر. (Flori.E,Doray.B,Carelle.N,2007,p3)

10.سبل الوقاية:

ترتبط حالات متلازمة داون في انتشارها بتقدم عمر الأمهات في أعمار أكبر من 35 سنة هن الأكثر عرضة لإنجاب أطفال مصابين بمتلازمة داون و يزداد هذا التوقع أكثر بعد سن 40 و يزداد كثيرا بعد سن 45 ، لذا ينصح بإجراء وقائي بعد حمل الأم بعد سن 35 عام و هذا الإجراء من شأنه أن يقلل كثيرا من انتشار حالات متلازمة داون.

- تحليل للكروموزومات للمتزوجين قبل حدوث الحمل للتعرف على خطر إنجاب أطفال لديهم أمراض وراثية.
- إجراء الفحوصات الطبية و طلب الاستشارة في حالة حدوث حمل لدى الأم التي سبق و أن أنجبت طفلا مصاب بمتلازمة داون.
- كما أن الآباء الذين أنجبوا طفل لديه حالة متلازمة داون عليهم أن يستشيروا متخصصين في الوراثة لإجراء الفحوص اللازمة لمعرفة توقع إنجاب أطفال آخرين لديهم هذه الحالات.(عزة ،2009،ص233)

- قد تظهر البحوث في السنوات القادمة وجود حالات أخرى يزداد لديها احتمال إنجاب أطفال لديهم مشكلات راجعة لشذوذ الكروموزومات.
- وعلى سبيل المثال فقط أصبح معروفا أن الأمهات اللواتي تعرضن لالتهاب الكبد الوبائي يصبحن عرضة لإنجاب أطفال لديهم شذوذ في الكروموزومات (ومنها حالات متلازمة داون) ، وقد اكتشفت هذه الظاهرة في أستراليا حيث ظهرت حالات متلازمة داون في صورة موجات متفاوتة و لكنها مرتبطة بظهور التهاب الكبد الوبائي. (العرعير مُجد مصباح حسين ، 2010، ص59)
- 11.أهداف التدخل المبكر للأطفال ذوي متلازمة داون :**

للتدخل المبكر أهمية كبيرة في تشخيص الأطفال وسلوكياتهم المرضية فعادة هو المجهودات التي يبذلها الأخصائيين في تحديد الأطفال المعرضين للمشاكل ، فهو الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة مثل تأخر النمو والإعاقة بأنواعها المختلفة والاحتياجات الخاصة بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من حيث تقديم البرامج التدريبية والإرشادية فمن أهداف التدخل المبك للأطفال المصابين بهتلازمة داون سنذكر ما يلي:

- استغلال الأهمية الكبيرة للسنوات الأولى من عمر الطفل في تنمية مهاراته بشكل أسرع وحتى لا تكون سنوات حرمان ورفض وفرص ضائعة وتدهور نهائي أيضاً.
- تنمية المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة كعامل أساسي في برنامج التدخل المبكر من خلال التمرينات الإيجابية و الأنشطة الحركية الفردية والجماعية والفك والتركيب ، وفقاً لقدرات الطفل وقائمة التطور الارتقائي.
- تزويد الطفل بالخبرات المعرفية التي تنمي قدراته على الانتباه والإدراك والتذكر واكتساب المفاهيم وتحصيل المعلومات عن البيئة التي يعيش فيها.
- التدريب على المهارات الأساسية في رعاية الذات : في تناول الطعام واللبس والنظافة والحمام والتفاعل مع الآخرين وقضاء احتياجاته والتعبير عن متطلباته.
- تنمية مفهوم الذات عند الطفل من خلال إشباع حاجاته والاجتماعية واعتماده على ذاته والدافعية وحب الاستطلاع.
- تنمية الحصيلة اللغوية لدى الطفل من خلال المشاركة والتفاعل والانتباه والتقليدي والتشجيع على استخدام اللغة بأقصى قدر ممكن في التعبير عن حاجاته وأفكاره ومشاعره.
- تدريب الطفل على السلوك الاجتماعي المقبول في تعامله مع الآخرين والحصول على احتياجاته
- تبصر الوالدين بقدرات أطفالهم وخصائصهم وكيفية استثمارها والتفاعل معه وخاصة في المراحل الأولى من النمو لا ترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.
- الآباء والأمهات هم المعلمين الحقيقيين لأطفالهم والتدخل المبكر جهد مثمر و ذو جدوى نهائية واقتصادية حيث يقلل النفقات لمن خصصه لبرامج التربية الخاصة المكثفة المكلفة.
- التهيئة النفسية والتربوية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال إلى المصير الحتمي وهو دمجهم مع الآخرين الأسوياء في المجتمع.
- تأخر التدخل المبكر لهؤلاء الأطفال يجعل الفروق بينهم وبين غيرهم أكثر وضوحاً مع الأيام.
- الاهتمام بالجوانب النمائية بصورة كلية وعدم إغفال جانب ، حيث أنهم جميعاً مرتبطين سوياً وأي تدهور في جانب يؤثر عكساً على الجوانب الأخرى.
- توعية وإرشاد الأهل للفحوصات الطبية والمعملية اللازمة للتأكد من حدود الإعاقة ومدى المشاكل الصحية المصاحبة.

-الإيمان بالقدرات وترك المعجزات والبدء مع الطفل وفقاً لما يتناسب مع قدراته وتقبل المدى الزمني للعلاج التأهيلي. (سليمان موسى دعاء، 2008)
التوصيات والاقتراحات:

- الاهتمام بالرعاية الصحية للطفل المصاب بمتلازمة داون
- توفير فرص التعليم و التكفل من خلال فتح مدارس خاصة تهتم بهذه الفئة من خلال برامجها الخاصة.
- بناء برامج إرشادية وعلاجية تتميز بخصائصها التشخيصية والعلاجية.
- حملات إرشادية وتحسيسية بخصائص هذه المتلازمة وخاصة الوالدين.
- ممكن دمج المصابين بمتلازمة ذوي الإعاقة المتوسطة في ورشات عمل أو مصانع .
- تعزيز البحث العلمي والباحثين في الاهتمام بمواضيع تخص متلازمة داون وذوي الاحتياجات الخاصة.
- إدخال مفهوم التربية الخاصة في مجال العلوم الاجتماعية والتربوية.
- التكاملية بين فريق التدخل الذين يتابعون صحة الطفل التريزومي ومحاولة تكوينهم جيداً في مجالات التربية الخاصة وتصميم البرامج الارشادية والعلاجية.

خاتمة:

نفهم من خلال ما سبق أن متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب شائع في الكروموزوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية، ويكون مصاحب لتخلف عقلي والطفل المصاب بمتلازمة داون لديه خلل في الجينات الوراثية يتمثل في زيادة عدد المورثات الصبغية عنده ما ينتج عنه مجموعة من التغيرات والخصائص الجسدية المميزة التي من شأنها أن تعيق رفاهيتهم و استجاباتهم وسلوكياتهم الاستقلالية في جميع الجوانب الشخصية. وهذا ما يتطلب تدخل مبكر واستراتيجيات تدريبية و إرشادية التي تسعى من خلالها تعزيز سلوكيات مرغوبة وتحقيق توافق للطفل المصاب بمتلازمة داون.

قائمة المراجع:

1. البطانية أسامة مُجّد وآخرون (2007)، علم نفس الطفل غير العادي، ط1، دار المسيرة، الأردن.
2. بن قيدة مسعودة (2009)، دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، رسالة ماجستير، تخصص علوم تربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
3. حمامي عبد الكريم(1999)، تعليم النطق لأطفال متلازمة داون، دار فصلت للطباعة والنشر، حلب، سوريا
4. سليمان موسى دعاء (2008)، التدخل المبكر وكيفية تطبيق برامجها المختلفة (الجزء الأول). الجمعية البحرينية لمتلازمة داون، البحرين.
5. السيد عبید وماجدة بهاء الدين (2007)، الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

6. الشربيني السيد كامل منصور(2008).مدخل إلى التخلف العقلي،ط2، خوارزم العلمية ، القاهرة ، مصر .
7. صلاح حلمي عبد العزيز(2011) ، التأثير النفسي والاجتماعي لأسر الأطفال ممن لديهم متلازمة داون ، الجمعية البحرينية لمتلازمة داون ، البحرين .
8. عبد العزيز سعيد (2008) ،إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة ،ط1 ، دار الثقافة ، عمان ،الأردن .
9. العرعير مُجد مصباح حسين (2010) ،الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير ، تخصص علم النفس ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية ، غزة .
10. العسرج عبد الله (2006) ، فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة داون ،ط2 ، جمعية النهضة النسائية ، الرياض .
11. فتحي السيد عبد الرحيم (1984) ،نمو الطفل المنغولي ،إدارة التربية الخاصة الكويت .
12. فرشان لويزة (2015) ، دور عملية إدماج الطفل التريزومي 21 في تعديل السلوك .مجلة دراسات علم النفس والتربية.العدد14 ،جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر .
13. فطامي يوسف(2013) ، النظرية المعرفية في التعلم ، الطبعة الاولى ، دار المسيرة ، عمان .
14. القريوتي يوسف وآخرون (1995) ،المدخل إلى التربية الخاصة ،ط1 ،دار القلم للتوزيع والنشر ، دبي
15. القريوتي يوسف والصادي جميل و السرطاوي عبد العزيز (1998) ، مدخل إلى التربية الخاصة.ط2 ،دار القلم ، دبي .
16. الملق سعود بن عيسى ناصر (2001) ،متلازمة داون ، مطبعة بورصة ، الرياض .
17. نصر الله عمر عبد الرحيم (2008) ،الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط2 ، دار وائل ، عمان ، الأردن .
18. وشاحي سماح نور مُجد (2003) ،التدخل المبكر و علاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون ، القاهرة .
19. واوان الشمري حمد مُجد طاهر (2007) ، الفروق في السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون طبقاً لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر ، رسالة ماجستير ، تخصص التربية الخاصة-الاعاقة الذهنية ، كلية الدراسات العليا ، جامعة الخليج العربي ، البحرين .
20. Braitser et Winter RM (1996), chromosomal disorders in color atlas of congenital malformation syndrome,Mosby-Wolfe,London
21. Barroff,O (1999),mental retardation,nature,cause and management, Philadelphia,Brunner,Majel.
22. Clautier.R .Gosselin.P .Tap.p (2005), Psychologie de l'enfant,2 em Edition,., Gaetan morin éditeur, Canada
23. Didier,A (2003),Pediatrie,Ed3,Germain.edition, Esteme Med-line.
24. Flori.E.Doray,B.carelle.N.(2007). La trisomie 21. Strasboug.faculté médecine

- Guilleret.(1981),Les Trisomiques parmi nous, ou Les Mongoliens Ne Sont .25
Plus. SIME. Ville Urbaine.
- Institute of Human Genetics (2004) : What are Genetic Disorders? U S A . .26
- Jacques,N et al (2007).l'examen clinique de l'intelligence de l'enfant, .27
fondements et pratique.Wixlv.Mardage et al.
- Lambert,I et Rondal.J.A (1997), le mongolisme-mardaga Josette, Lyon, Paris. .28
- Miller (1993), développement of speed and langage in children with down .29
sundrome.in L,TLott.
- Monique,C (2007),trisomie et handicaps génétique associés,ed5.Paris.Masson. .30
- Redon.I.(1999) syndrom de down pris en charge orthophonique mémoire par .31
l'obtention de certificat de capacité d'orthophonie. Faculté médecine, univ
Montpellier, France.
- Sillamy.N(1983),dictionnaire de la psychologie, Bordas .32
- Virginia, P., &Carol ,C.,(2000) : Chromosomal Abnormality, University of .33
South Dakota, School of Medicine, U S A

فاعلية البرامج المعلوماتية في تقليص زمن الرجوع لذوي الاحتياجات الخاصة

"عرض داون نموذجا"

د. عيواج صونيا

الجامعة: جامعة باتنة 1

مقدمة:

في العقود الماضية شهد علم النفس تطور كبير وتقدم مشير لمجال الأطفال الغير عاديين وتضاعفت الجهود في كيفية التكفل بهذه الفئة والتخفيف من مشكلاتهم السلوكية وإدماجهم ولو بنسب طفيفة مع الأطفال العاديين ، وتعد التربية الخاصة الجانب التطبيقي لعلم نفس الأطفال غير العاديين وتعرف بأنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتقصد بالأطفال غير العاديين مجموعة الأفراد ذوي الحاجات غير العادية ومجموعة الأفراد المعوقين أما الفئة الأولى فهم الذين ينحرف أداءهم عن الأداء الطبيعي إلى درجة تصبح معها الحاجة إلى ضرورة استخدام برامج خاصة تناسب هذه الفئة ، وهذه الفئة تشمل كلا من المتفوقين والمعوقين إلى جانب ذوي الإعاقات المتعددة والتي تضم الأطفال ذوي الإعاقات المضاعفة كشلل الدماغ والتخلف العقلي معا أو الصمم وفقد البصر معا ، أما فئة المعوقين فهم الذين يعانون من إعاقة سمعية أو بصرية أو عقلية أو سلوكية أو لغوية ، ومما لا شك فيه أن كل هذه الاضطرابات لها أسباب مختلفة، طبية، نفسية واجتماعية ، وإن اختلاف الأسباب يؤدي إلى اختلافا للإعاقة ، وهذا ما يرغمننا إلى ضرورة نشر ثقافة سيكولوجية ، أو ثقافة تقنية .

كما أن هناك ضرورة ملحة لتنمية الوعي الأمني والوعي الغذائي والصحي للمرأة الحامل ، لأنها مصدر هذه الإعاقات ، فالوقاية تهدف إلى حماية الإنسان من الإصابة بالاضطراب قبل أن يصاب به لأنها أسهل وأكثر إفادة ألف مرة من العلاج الذي ربما لا نجاعة له في العديد من الحالات ، وإن كان فعال فبنسب قريبة من الانعدام في هذه الحالات و بدون تطور ملحوظ يُفْرَح المصاب و المعالج ، فنجد في الجزائر مؤسسات و مراكز خاصة للتكفل و العناية بهذه الشريحة من أطفالنا ،(والحمد لله الذي فضلنا على الكثير من عباده وجعلنا مسلمين) وبالمعوقين ذهنيا موزعة على كامل التراب الوطني ، حيث أصبحت الإعاقة من الظواهر المألوفة في كل العصور ، ولا يكاد يخلو مجتمع ما منها .

كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعا يجمع بين اهتمامات العديد من الميادين كعلم النفس والتربية والطب وعلم الاجتماع وحتى القانون الذي يؤكد بضرورة وجود تشريعات خاصة لحماية حقوق هذه الفئة حيث تعددت المجالات العلمية التي تهتم بدراسة وتفسير والتخفيف من وطء هذه الإعاقة على المعاق وأسرتة وهذا ما يؤدي حتما إلى تنوع التعريفات حول الإعاقة بتنوع مجالاتها وإلى التركيز على تعريفها من المنظور الطبي.

وقد أشار (Macmillan) 1977 وركز في عام 1900 (Irlande) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو بعد أو أثناء الولادة حيث ركز المنظور الطبي على وصف الحالة وأعراضها وأسبابها بدون وصف للإعاقة العقلية بطريقة رقمية تعبر عن مستوى الذكاء. وبذلك ظهر التعريف السيكو متري بظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (1916، 1960) ومقياس وكسلر للذكاء 1949 واعتمد التعريف السيكو متري على نسبة الذكاء (Intelligence Quotient IQ) ، حيث اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 70 معوقين عقليا ، وقد أدت الانتقادات التي وجهت لمرحلة مقياس الذكاء و مدى صدقها

خاصة مقياس ستانفورد بينيه و وكسلر ، إلى ظهور المنظور الاجتماعي الذي يعتمد على المقاييس الاجتماعية والذي يقيس مدى تفاعل الفرد مع المجتمع ومتطلباته ومن رواد هذا المنظور (مرسر و جنسن) ، و يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مقارنة بنظرائه من نفس العمر .

ونجد الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي **American Association For Mental Retardation** و **AAMR** _ قد جمعت بين المنظورين معا. (عادل عبد الله مُجَد، 2003، ص 22)

ومهما اختلفت هذه التعريفات أو الواجهات فهي تتحد في أن الأطفال جميعا سواء كانوا معاقين أم غير ذلك يمكنهم أن يتعلموا ولكن بطرق مختلفة وبمعدلات وبمستويات مختلفة. وما تحاول الباحثة بلوغه في هذه الدراسة هو تقديم برنامج معلوماتي لاختبار الذكاء لدى عرض داوون باعتباره ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تتطلب برامج خاصة لعلاجها وهذا طبعا بعدما تم تكييفه على البيئة الجزائرية.

وإذا تناولنا الرؤية النهائية التطورية نجد أنها تركز بشكل عام على درجة التشابه بين الوظائف التي يؤديها الأفراد الأسوياء والأفراد المعاقين عقليا حيث ذهب علماء النمو إلى تبويب النمو المعرفي عند الأطفال المعاقين عقليا إلى ثلاثة أقسام ، فنجد فرضية التسلسل المتشابه و تذهب هذه النظرية إلى أنه بمقدور الأطفال الأسوياء والمتخلفين عقليا اجتياز نفس المراحل الخاصة بالنمو المعرفي دون أي تمييز إلا في المعدل الذي يتم تحقيقه والنهية القصوى التي يتم تحصيلها أما فرضية التركيب المتشابه فتصوب إلى امتلاك تركيب ذكاء مشابه للأطفال الأسوياء في كل مرحلة من مراحل النمو والتطور أما الفرضية الثالثة فهي تدل على استجابة المعاقين عقليا للمثيرات البيئية بنفس الطرق التي يستجيب لها الأطفال العاديين لكن بتأخر زمني واضح ، ومما سبق نجد أن المنظور الإنمائي التطوري فتح المجال للعديد من الأبحاث الأكاديمية في مجال الإعاقة العقلية انطلاقا من منظور التطور والنمو العاديين ، ومن الواضح أن الطفل المعوق عقليا في حاجة إلى إدراك العالم من حوله وتفاعله و مشاركته مع عناصره المختلفة.

ولكن تعوقه درجة ذكائه المنخفضة التي تؤخره إلى حد كبير مقارنة مع الأطفال العاديين من نفس سنه كما أنه يجمع الانطباعات المختلفة التي تكتسب من خلال الحواس عن هذه الأشياء وينظمها في صورة كلية ، فإذا استثيرت هذه الحواس بمختلف المثيرات كالبرامج المعلوماتية مثلا تجعل استثمارها أحسن بكثير وتجعل الطفل المعوق يدرك العالم من حوله بشكل أحسن.

كما أكدت الدراسات السابقة أن نسبة حدوث مشكلات التذكر بين المعاقين عقليا ومنهم ذوي متلازمة داوون ، تقوون نسبتها لدى الآخرين العاديين ، وأظهرت نتائج الدراسات التي قام بها (كليبر)والآخرون أناضطراب النشاطات المعرفية كان أكثر تكرارا بين الأطفال المعوقين عقليا، وتعتبر من أهم الأسباب التي تكمن وراء فشل أطفال عرض داوون في التكيف الشخصي والاجتماعي وتحول دون دمجهم في المجتمع وبما أن الارتباط قوي بين درجة الذكاء ونمو النشاطات المعرفية فأى اضطراب في الذكاء يؤدي إلى اضطراب في الوظائف المعرفية.

ومن هنا جاءت أهمية هذه المشكلة لاقتراح برنامج معلوماتي يمكن استخدامه من قبل المختصين لقياس ذكاء أطفال عرض داوون ومحاولة إدماجهم في الحياة الاجتماعية العادية من خلال إضفاء صبغة المعلوماتية على اختبار الذكاء حتى يتسنى للباحث التشخيص الصحيح وبالتالي تحديد البرامج التربوية أو العلاجية المناسبة للعمر العقلي حتى تصل إلى مرادها.

وقد تناولنا في بحثنا هذا كمرجع رئيسي اختبار الذكاء للدكتورة إجلال مُجَد يسري أستاذة الصحة النفسية المساعدة، كلية الدراسات الإنسانية بجامعة الأزهر والتي أنشأت اختبار ذكاء الأطفال من ثلاثة إلى تسع سنوات، أي ما يقابل مرحلة الحضانه والتعليم الابتدائي على البيئة المصرية. أضفنا عليه صبغة المعلوماتية (سمعي بصري) بعد نكيّفه مع الأخذ بعين الاعتبار بعض التعديلات الضرورية لكي يتلاءم وثقافة البيئة الجزائرية.

1- مشكلة البحث:

إن الاهتمام بأطفالنا وبمشاكلهم هو نفسه الاهتمام بأنفسنا وحل لمشاكلنا فمستقبلهم هو مستقبلنا، ونحن كأولياء أمرهم أو كمرّبين نخصص الميزانيات ونخطط الاستراتيجيات للمحافظة عليهم ولحماية هذه الطبقة بدنيا وعقليا وذهنيا من خلال كافة المؤسسات التعليمية، التربوية، الإعلامية والاجتماعية، فالأطفال هم فلذات الأكباد لجمع من في الأرض: للفرد، للأسرة، للمجتمع و للعالم كله، وهم الورد المتفتحة التي تطرح رياحينها على حياتنا فتزيدها بهجة، أملا وقوة تدفعنا لمواصلة الاعتناء والمحافظة عليهم، ولا يعرف معنى الأطفال إلا من حُرّم من هذه النعمة أو من أنجب طفلا معوقا أو متخلفا ذهنيا، وعلى هذا الأساس يجب أن نولي عناية خاصة بهم، وربما تكون أساس دراستنا هذه كدعوة لنشر الوعي الصحي والنفسي لتحاشي إنجاب طفل معوق وإن وقعت فهنا الاهتمام يكون خاص ومضاعف ليطم دمج هذه الطبقة مع طبقة الأطفال العادية والموازية لهم في العمر العقلي.

وقد أدركت الباحثة من خلال علاقاتها الاجتماعية مدى معاناة وتآلم عائلاتهم والاحتياجات الخاصة منها فئة المعاقين عقليا عامة وأطفال "عرض داوّن" خاصة من عدم اندماج هؤلاء الأطفال وصعوبة تعلمهم حيث أن هناك دراسات أثبتت وجود نسبة 28.43% من المجموع الكلي للمشاركين يقررون أنه يوجد إنسان معاق من أقاربهم المقربين أو البعيدين " وهي نسبة عالية وتزيد عن ربع المجموعة بقليل. (سهيّر

مُجَد سلامة شاش، 2002، ص 42)

وهذا ما يشير إلى انتشار الإعاقة بشكل يدعو للاهتمام بالمعوقين، رعايتهم، تدريبهم، تأهيلهم وعلاجهم جسيما عقليا ونفسيا، ومن بين العلامات البارزة على طريق رعاية المتخلفين عقليا بزوغ ما يعرف بحركة القياس النفسي وبصفة خاصة قياس الذكاء، وعلى الرغم من وجود بدايات لدراسة الفروق الفردية منذ أواخر القرن التاسع عشر إلا أن الطفرة الحقيقية في القياس النفسي حدثت مع جهود ألفريد بينيه Binet في أوائل القرن 20.

من بين تعريفات التخلف العقلي هو تدني درجة الذكاء عن درجة ذكاء الطفل العادي فهي تتفاوت عند المعاقين كما عند الطفل العادي من طفل لأخراعتادا على سرعة البديهة، والاستفادة من الخبرات، الفهم، التحصيل والتفوق، وحسب بياجيه Piaget « إن جميع الأطفال يمرون خلال نموهم بنفس المراحل (المراحل الأربعة للنمو المعرفي)، هذا الإصرار على التتابع الثابت في مراحل النمو بالنسبة لجميع الأطفال يعتبر النضج عنصرا هاما جدا عند النمو، فهو يربط بين النضج الجسدي والعقلي، وقد أوضحت بعض البحوث الحديثة أن الأطفال المتخلفين عقليا يمرون في نموهم العقلي بنفس المراحل التي يمر بها الأطفال الأسوياء ولكن بمعدل أبطأ.»

فلماذا؟ إذن لا نكسر جهودنا من أجل استمرار وعيهم وشحن أذهانهم وتنمية ذكائهم، بتخصيص برامج تعليمية معلوماتية توافق عمرهم العقلي حتى يكون فيه التحاق ودمج مع أقرانهم ممن يوازونهم في العمر

العقلي ، ومن هنا جاء الشعور بالمشكلة والإحساس بألم أولياء هذه الفئة فرغم تداولها على مراكز للتربية الخاصة إلا أن قابليتهم للتعلم لا تتطور بالقدر المفرج وقد يعود ذلك لعدم التدقيق في التشخيص وفي تقدير نسبة ذكائهم الحقيقية من جهة ومن جهة أخرى ترجع لعدم دقة اختبارات الذكاء الكلاسيكية في تقدير العمر العقلي لهذه الفئة وهذا لعدم امتلاكها (فئة عرض داون) لنفس القدرات المعرفية من تركيز ، انتباه وتذكر مثل الأطفال العاديين ، ومما لا شك فيه أن الجزائر تفتقر إلى حد كبير إلى أدوات القياس رغم أهمية استعمالها في مؤسساتنا سواء التعليمية أو العلاجية الخاصة ، ودورها الفعال في منهجية السيرورة العلاجية ، ونظرا لهذا النقص الواضح يلجأ الباحثون إلى تكييف أدوات قياس أجنبية والتي تتميز بوفرتها في كل المجالات و الاختصاصات ولكن عملية التكييف هذه تكاد تكون منعقدة في الجزائر إذا ما قورنت بإنجازات التقنين في الدول العربية الأخرى ، و نظرا لأن الباحثة كيفتاختبار ذكاء الأطفال في دراسة سابقة ولتخطي هذا المشكل وأيضاً لنقص اختبارات الذكاء المعربة والمبرمجة معلوماتها في المؤسسات التربوية وفي مراكز التربية الخاصة في الجزائر ارتأت الباحثة إضفاء صبغة المعلوماتية على هذا الاختبار المكيف حتى يتم جذب واستثارة القدرات المعرفية لأطفال عرض داون ليكون التشخيص دقيق للعمر العقلي ولنسبة الذكاء ، وحتى يتم أيضا مواكبة التطورات الراهنة لعلم النفس العصبي .

فبعدما كان اختبار الذكاء عبارة عن:

- أولاً: جعل يقرأها المطبق على المفحوص تصبح الجمل مسموعة ومرئية مضاف إليها نغمة جذابة وموسيقى تستثير المفحوص .

- ثانياً: وبعد ما كان عبارة أيضا عن صور جامدة غير معبرة بالشكل الكافي فهي تصبح في البرنامج المعلوماتي صور ناطقة تعبر عن حالها من خلال الألوان والتجسد في أشكال حقيقية التي مرت على الطفل في واقعه وهذا ما ذكره الدكتور إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي في كتابه " الذكاء وتنميتها لدى أطفالنا " (ص 62) عن أهمية وسائل الإعلام في تنمية وتطوير الذكاء لدى الأطفال وقدرتها على تقديم خبرات متنوعة وثرية وجذابة للصغار والكبار معا .

إن اختبارات الذكاء هي جزء بسيط من ساحة واسعة لمهارات الطفل وقابليته ، وهذه الاختبارات تعد فقط مرشداً ولا تؤخذ بصرامة ، ونحن نحتاج إلى اختبارات تتناسب والبيئة التي يعيش فيها الطفل .

فعلى الرغم من المشكلات العقلية والصحية التي يتعرض لها الطفل إلا أنه متعلم نشيط ، لذلك فإن خلق بيئة مثيرة للطفل يساعد على إثارته وتجاوبه مع الفاحص خاصة للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة .

وقد لاحظت الباحثة في مجال تعليم التلاميذ المتخلفين عقليا و القابلين للتعليم في وطننا خاصة افتقاره إلى حد كبير إلى استراتيجيات تعليمية مخصصة واختبارات تقييميه واضحة المعالم وقائمة على الفهم الصحيح بهذا الطفل الخاص ، ولا يزال تعليم هؤلاء الأطفال الخواص يتم من خلال تعديل وتكييف أساليب تدريس وتطبيق اختبارات الذكاء المطبقة على الأطفال العاديين ، ولا يركز على التطورات والنظريات الحاصلة والقائمة في العلوم العصبية في مجال القدرات المعرفية والتي قد تساعدهم على التفاعل بإيجابية مع بيئتهم الطبيعية ، وهذا ما يطرح علامة استفهام حول دور المعلوماتية على هاته الاختبارات ومساعدتها في تقدم البحث العلمي .

ومن خلال تردد الباحثة أيضا على دور التربية الخاصة وجدت أنه يتم استغلال الكثير من الوقت في التطبيق الفردي لاختبارات الذكاء خاصة على هذه الفئة (عرض داون) وهذا ما يعرقل سيرورة البحث العلمي خاصة عندما تكون عينة البحث كبيرة فربما تطبيق اختبار ذكاء معلوماتي ينقص من زمن الرجوع في الإجابة على أسئلة الاختبار .

وحسب علم الباحثة لا توجد دراسات سابقة في الجزائر تناولت هذا الموضوع ، فحسب الدراسة الاستطلاعية لمخبر علم النفس بجامعة الجزائر، قسنطينة، باتنة، سكيكدة، أم البواقي وبسكرة وحسب Creapsy لا يوجد أي برنامج معلوماتي لاختبار ذكاء الأطفال في الجزائر وهذا ما حفّز الباحثة أكثر للخوض في موضوع دراسة يتمتع بالجدّة والأصالة.

ونظرا للنقص الكبير في هذا المجال ولغياب المقاييس المكيفة على البيئة الجزائرية جاءت هذه الدراسة لإثراء البحوث الأرتوفونية والوسط الإكلينيكي الجزائري ولأجل توفير أداة جزائرية مقننة ارتأينا ضرورة تكييف هذا الرأئز وبرمجته معلوماتيا.

ومن كل ما سبق فإن هذه الدراسة تحاول الإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما مدى فاعلية تطبيق البرنامج المعلوماتي لاختبار ذكاء الأطفال على أطفال عرض داون؟
2. هل يوجد فرق في زمن الرجوع بين تطبيق اختباري الذكاء الكلاسيكي والمعلوماتي على فئة عرض داون؟
3. هل يوجد فرق في الوقت المستغرق بين تطبيق اختباري الذكاء الكلاسيكي والمعلوماتي على فئة عرض داون؟

2-فرضياتالدراسة:

- 1-1 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في زمن الرجوع بين تطبيق اختباري الذكاء الكلاسيكي والمعلوماتي لدى أطفال عرض داون.
- 2-2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوقت المستغرق بين تطبيق اختباري الذكاء الكلاسيكي والمعلوماتي لدى أطفال عرض داون.
- 3-أهدافالدراسة:

3-1 التعرف على مدى فاعلية استخدام برنامج معلوماتي معرفي لاختبار ذكاء الأطفال للمصابين بعرض داون.

3-2 توفير اختبار ذكاء معلوماتي يستفيد منه الأخصائيين والباحثين في الجزائر والعمل على إثراء أدبيات البحث في هذا المجال.

4- أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة النظرية والتطبيقية ممايلي:

- 1-4 أنها تساعد الأسرة في ضبط الاحتياجات اليومية السلوكية لدى عرض داون.
- 2-4 قد تفيد المختصين في التربية الخاصة في تطبيق البرامج التعليمية.
- 3-4 قد تُسهّل إدماج فئة عرض داون مع أقرانهم من الأطفال العاديين والموازيين لهم في العمر العقلي.
- 4-4 قد تُقدم توصيات حول دور هذا البرنامج المعلوماتي وتسهيل عملية تطبيقه لدى عرض داون ولدى الأطفال العاديين.
- 5-4 كما تعد هذه الدراسة مساهمة في مجال البحث العلمي والنتائج التي ستتوصل إليها هذه الدراسة ستكون انطلاقة لبحوث ودراسات أخرى في مجال علم النفس.
- 6-4 هذه الدراسة جاءت مواكبة للتطورات الحاصلة في مجال علم النفس الأرتوفوني وذلك من خلال إضفاء صبغة المعلوماتية لتسهيل استخدامها.

5- أسباب اختيارالموضوع:

توجد عدة أسباب أدت بالباحثة لاختيار هذا الموضوع هي:

- 1-5 خلال بحثنا واستطلاعنا على الدراسات التي تناولت عرض داون وجدنا انعدام دراسة الذكاء عند أطفال هذه الفئة ، مما أيقض فينا روح البحث والاستقصاء حول هذا الموضوع.
- 2-5 أهمية إجراء دراسات حول القدرات المعرفية لمتلازمة داون.
- 3-5 عرض داون صعب التحكم فيه ولا الوقاية التامة منه ومع تأخر سن زواج الفتاة الجزائرية في الوقت الراهن هذا يزيد في نسبة إنجاب أطفال هذه الفئة لذلك نرى أن اتخاذه كموضوع للدراسة مهم لمساعدة الأسرة على العموم وهذه الفئة على الخصوص.
- 4-5 مع التطورات الراهنة في العلوم العصبية هناك ضرورة إجراء دراسات مع عرض داون خاصة في علم النفس المعرفي.
- 5-5 لدمج أطفال عرض داون مع أقرانهم من الأطفال العاديين الذين لهم نفس العمر العقلي ضرورة إجراء دراسات في الذكاء وتمييزه لدى هذه الفئة.
- 6- التعاريف الإجرائية لبعض المفاهيم:
- 1-6 التعريف الإجرائي للذكاء: الذكاء هو القدرة على التفكير المجرد ، والقدرة على الحكم السليم ، وهو القدرة على التكيف وهو أيضا القدرة على التعلم وتقاس درجة الذكاء من خلال تطبيق اختبار الذكاء.
- 2-6 التعريف الإجرائي لعرض داون: عرض داون أو التريزومي 21 هو مرض يتميز بجملة من الأعراض المورفولوجية والخصائص البيولوجية المعرفية والاجتماعية مع قابلية الاندماج والتعلم حسب درجة ذكائهم.
- 3-6 التعريف الإجرائي لمفهوم البرامج المعلوماتية: هي إحدى طرق عرض المعلومات من خلال الوسط الملائم لها ويتضمن ذلك عدة وسائط مثل الصور المتحركة والصوت والنصوص المكتوبة ويكون ذلك بعرضه على شاشة الكمبيوتر ويعتبر البرنامج المعلوماتي وسيلة سهلة لعرض المعلومات ولإثارة الانتباه.
- 7- الدراسات السابقة: فيما يخص برمجة اختبارات الذكاء معلوماتيا وتطبيقها على عرض داون لم نلتصم أي دراسات في الجزائر قامت بهذا العمل في حدود علمنا ولم نجد أيضا أي دراسات تناولت زمن الرجوع بالنسبة لعرض داون في مواضيع بحثها أما فيما يخص برمجة الاختبارات فقد تقدم قاسمي صالح بإعادة تكييف اختبار MTA 2002 فقد استهدفت دراسته مقارنة بين الرائز الكلاسيكي والمبرمج تحت إشراف زلال نصيرة ومساهمة دالي سميحة في برمجة البرنامج العلاجي الديسليكسي وتطبيقه على الأطفال الجزائريين تحت إشراف زلال نصيرة.
- ولكي نفهم إجراءات الدراسة ومنتجاتها يجب علينا التطرق لكل ما يخص عرض داون:
- 8- الإعاقة العقلية: لقد عرف الإنسان منذ أقدم العصور التاريخية حالة التخلف العقلي وقد اعتبرت مشكلة اجتماعية ونفسية يجب التعامل معها ، فتضاربت الآراء والنظريات في كيفية التعامل مع هذه الظاهرة ، فبينهم من يرى أن الإعاقة العقلية هي نقص في درجة ذكاء الفرد ويكون غالبا موروثا مما يؤدي إلى توقف في نمو خلايا الدماغ ، بينما هو عند البعض الآخر عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع البيئة التي من حوله.
- 9- عرض داون: إن أصل تسمية "داون" قد جاءت عندما قام الطبيب الإنجليزي جون لانجدون ها يدرون داون John Langdon HydneDouin سنة 1866 بتقديم قائمة بالأعراض والصفات المصاحبة لهذا العرض وكان يعمل في مركز طبي يدعى (The ear Aswoos! Asylun for Idiot) وهو مركز إيواء خاص بالمعوقين عقليا ، حيث قام بإجراء دراسة بحثية تحت عنوان : ملاحظات حول تصنيف سلالات البلاءة. (Observation on An Ethnic classification of Idiots) ومن خلال هذا البحث لاحظ

الطبيب وجود عدد من الصفات المشتركة لدى هذه المجموعة دون غيرها من المعاقين لكنه لم يتعرف على مرضهم ، لذلك عمل على وصف صفاتهم في تقاريره خاصة منها الجسمية. (يوسف وبورسكي ، 2002) الصفات التي وضعها العالم داون تشبه إلى حد بعيد الصفات الشكلية للشعب المنغولي ، فقد أطلق على هذا العرض اسم المنغولية (Mongolism) واستمرت التسمية رسمياً حتى عام 1986 وهذا بعدما ثارت حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية فتقرر تغيير هذا الاسم وكجزءاً للطبيب داون أطلق على هؤلاء اسم ذوي عرض داون Down syndrome (المناعي مُجَّد ، 2002)

بعد وصف العالم داون لصفات هذه الفئة بقي الخلط قائماً بين الأسباب والنتائج حتى سنة 1959 ، حيث أن متلازمة داون لا تعرف إلا عن طريق المظاهر الخارجية وكذا التأخر العقلي الذي استنتج أنه العرض المهم.

وانطلاقاً من 1959 وبعد أعمال غوثي Gauthier ييجون Peu jeune وتوربين Turpin تبين أن الكروموزوم الزائد داخل الخلية يؤدي إلى عدم التوازن الجيني ، وبالتالي يؤدي إلى إصابات من جميع الأنواع ، والتأخر العقلي هو عرض من بين الأعراض الأخرى المصاحبة لهذا التشوه الجيني. (Randal, 1963,p25)

9- مفهوم عرض داون. التريزوميا أو متلازمة داون: تشير كلمة متلازمة إلى مجموعة من العلامات والخصائص التي تظهر مجتمعة في آن واحد.

وكلمة داون نسبة إلى الطبيب الإنجليزي Langdon Down الذي كان أول من شخّص هذه المتلازمة من خلال عمله في أحد المؤسسات الخاصة برعاية المعوقين بالولايات المتحدة الأمريكية. (إبراهيم وآخرون ، 2001)

ويقول SilLamyN أن عرض داون ما هو إلا شذوذ في الكروموزوم (الكروموزوم 21) ويرفقه تشوهاً وهو يتميز بتأخر عقلي وسمات جسمية من النوع المنغولي. (N Sillamy, 1980,p438) متلازمة داون عبارة عن مرض خلقي ، أي أن المرض عند الطفل منذ الولادة وأن المرض كان لديه منذ اللحظة التي خلق فيها ، وهو ناتج عن زيادة في عدد الصبغيات (الكروموسومات) ، والصبغيات هي عبارة عن عصابات صغيرة داخل نواة الخلية ، تحمل هذه الصبغيات في داخلها تفاصيل كاملة لخلق الإنسان فيحمل الشخص العادي ذكراً كان أم أنثى 46 زوج ، وهذه الصبغيات تأتي على شكل أزواج ، في كل زوج صبغيين (أي 23 زوج و 46 صبغة) ، هذه الأزواج مرقمة من الواحد إلى اثنين وعشرين بينما الزوج الأخير (23) لا يعطى رقماً بل يسمى الزوج المحدد للجنس ، يرث الإنسان نصف عدد الصبغيات 23 من أمه و الثلاثة والعشرين الباقية من أبيه وفي متلازمة داون توجد زيادة في صبغي 21. (عبد الرحمان ، 1992 ،

ص 9)

والتأخر الذهني واحد من أهم المظاهر الشائعة بعرض داون حيث تكون معدلات الذكاء للمصابين به بين المتوسط والشديد وبالرغم من أن التخلف العقلي لا يمكن علاجه تماماً إلا أن كل الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يمكن مساعدتهم عن طريق جلسات استشارية والإدماج المبكر لهم الذي يسمح لهم بسيرورة عادية أو شبه عادية. (Rondal, 1995,pp,132,135)

تنتقل هذه الصبغيات بما تحمله من جينات دون تغيير من خلية إلى أخرى ومن جيل لآخر من خلال عملية انقسام الخلية ولهذا السبب يرجع ثبوت نوع وأعداد الجينات التي يحملها ، فإذا حدث خلل أثناء عملية الانقسام ، فإن ذلك يؤدي إلى تغيير في كل تركيب الصبغيات ونوعيتها وكذلك الجينات التي تنقل للفرد مما ينشأ عنه تغيرات مظهرية في صفات هذا الفرد ، والتشوهات

الخلفية **CongénitalAnormalités** في الأطفال ، ويمكن أن يحدث ذلك من خلال تأثير المواد الكيميائية أو العقاقير أو الإشعاعات الذرية. (شيخة سالم العريض، 2003، ص12) في متلازمة داون يحدث خطأ لحظة تقسيم الكروموسومات ، والذي يمكن أن يظهر في ثلاث وضعيات مختلفة باختلاف فترة حدوث الخطأ المصاحب لمرحلة من مراحل توزيع الكروموسومات الذي يندرج عنه في 90 من حالات أبن يكون الخطأ قبل التلقيح أو خلال الانقسام الخلوي الأول وفي 5 من الحالات يظهر وجود فسيفساء **Mosaicisme** ، وفي 5 من الحالات المتبقية يوجد التحام **translocation** . (Rondal . Lambert, j.L.1982)

ومما سبق يكون شكل الخطأ الكروموزوم هو السبب نفسه لظهور العرض والذي ينتج عنه 3 أنواع مختلفة لنفس المتلازمة ، كما تسبب أخطاء الكروموسومات اضطرابات بيوكيماوية تؤثر على عملية التمثيل الغذائي للخلية وتؤدي إلى موتها وعدم استمرار الحمل إلى تشوه الجنين وإصابته بالتحلف العقلي. (كمال إبراهيم مرسي، 1996، ص123)

2-9 أنواع عرض داون:

1-2-9 عرض داون المعياري الحر **libre ou Standard**: هناك احتمالان لمصدر الكروموزوم الإضافي أو الزائد يتمثلان فيما يلي:

شذوذ الكروموسومات قبل عملية الإخصاب: في هذه الحالة نجد كروموزوم زائدا في الزوج 21 سواء النطفة أو البويضة وبالتالي يصبح هناك صبغيان عوض صبغي واحد ، فنتحصل في الخلية الملقحة على ثلاثة كروموسومات في الزوج 21 عوض 2 وبالتالي بعد تكاثر تلك الخلية وبانقسامها تصبح كل خلية من خلايا الجنين تحتوي على ثلاثة صبغيات.

شذوذ الكروموسومات بعد عملية الإخصاب: في هذه الحالة تكون بكل من البويضة والنطفة صبغي واحد كما هو الحال عند الطفل العادي ، لكن خلال انقسام البويضة الملقحة يحدث خطأ بحيث أن كل زوج خلية ينقسم إلى خليتين غير متماثلتين ، تحتوي كل واحدة على 3 صبغيات في الزوج 21 بينما يكون في الأخرى صبغي واحد ، وهذه الأخيرة تموت بعد استحالة عملها وضم هذا النوع حوالي 90% من أولئك الأفراد ذوي متلازمة داون ، حيث يكون الكروموزوم رقم 21 لديهم ثلاثيا وليس ثنائيا. (عبد الله عادل ، 2002، ص242)

2-2-9 عرض داون الفسيفسائي: الذي يحدث فيه الانقسام الثلاثي وهو حدوث شذوذ في الكروموسومات بعد حدوث الإخصاب إذ يحدث خطأ في توزيع الكروموسومات بمجرد أن تبدأ البويضة المخصبة في الانقسام مما يؤدي إلى عدم انفصال أحد الكروموسومات فتحوي الخلية الجديدة بالتالي على ثلاثة كروموسومات بينما الخلية الأخرى الناتجة عن نفس الانقسام لا تحتوي إلا على كروموزوم واحد ، ويسبب نقص الكروموزوم في الخلية الثانية موتها وتبقى الخلية الأولى التي تحتوي على كروموزوم زائد في الانقسام حاملة ثلاثية الكروموزوم أي الذي حدث فيه الشذوذ. (عبد العزيز السرطاوي جميل، 1998، ص301)

3-2-9 عرض داون الملتحم **Translocatif**: تكون الكروموسومات مختلفة يعني أن جزء من الكروموسومات 21 تتجزأ وتلتحم مع كروموزوم آخر ، مثلا زوج 21 مع زوج 14 وبالتالي تصبح خلايا الجنين تحتوي على زوج من الصبغيات 21 والصبغي الجديد الملتحم المتكون من جزء من صبغي 21 و 14 ومن هنا تنتج خلايا تحتوي على ثلاث صبغيات للزوج 21 وبالتالي ينشأ تقارن داون ، وفي بعض الأحيان يكون أحد الأبوين حاملا للكروموزوم الملتحم بدون أن يكون مصابا بعرض داون. (Lambert et (Rondal,1979,p12

3-9 التشخيص الطبي لعرض داون: في ظل مواكبة العصرنة الطبية أصبح بالإمكان تشخيص حالات عرض داون قبل الولادة ، وذلك من خلال عدة طرق ولعل أكثر هذه الطرق انتشارا واستخداما هي:

■ **فحص السائل الأمنيوسي Amniocentèses:** هذا السائل الذي يحيط بالجنين داخل ، الرحم ويتم فحصه خلال الثماني عشر أسبوعا الأولي من الحمل تكون عملية الفحص بواسطة إبرة خاصة وتأخذ وقت طويل لفحص الخلايا الموجودة في هذا السائل. (Sajder et al ,1994,552)

■ **فحص الغشاء المشيمي Chorionique Villus Sampling (CVS):** يتم سحب عينة من المشيمة في الفترة بين 9 إلى 11 أسبوع من الحمل وهي تتطلب عينة صغيرة جدا تعادل الذرة من النسيج الداخلي الذي سيتطور إلى مشيمة ، ويتم فحص النسيج أيضا بأخذ عينة من عنق الرحم وفي هذا النوع يكون التعرض لخطر الإجهاض من 1-2%.

■ **اختبار تحليل البروتين بالدم Fetoprotein Maternal Alpha:** ويتم فحصه خلال 16 أسبوعا الأولي من الحمل.

■ **الفحص بواسطة الأشعة فوق الصوتية Uletrasound examination:** ويتم فحصه خلال أي وقت خلال فترة الحمل. (www.ds.health.com)

4-9 أسباب حدوث عرض داون: يوجد نوعين من الأسباب لحدوث العرض:

■ **العوامل الداخلية:** وتتحصر في العامل الوراثي وعامل سن الأم وسن الأب ويصبح المرض وراثي عندما ينتقل حسب قوانين وراثية داخل العائلة وعبر عدة أجيال بمعنى أكثر تركيزا لا يصبح عرض داون مرض وراثي إلا في الحالة النادرة للأمهات الحاملات لتريزوميا 21 حيث تمت دراسة ملفات مجموعة مكونة من 100 ولادة ناتجة عن أمهات حاملات لعرض داون فكانت النتائج كالتالي 50% ولادة أطفال أسوياء و البقية أطفال حاملين لهذا العرض (Randal et Lambert,p29) (وأكدت الدراسات أن التقدم في سن المرأة يؤثر على إنجاب طفل مصاب بعرض داون ذلك أن التقدم في السن يميل إلى زيادة نسبة حصول اختلالات في الانقسام المتعلق بالخلية الجنسية . www.down syndrome.info)

وفي الجدول الموالي سنبين أثر سن الأم على إنجاب طفل عرض داون:
الجدول رقم (1): يبين أثر سن الأم على إنجاب طفل عرض داون.

عمر الأم	نسبة احتمال إنجاب طفل حامل لتريزوميا 21
أم ذات 20 سنة	2000/1 مولود
أقل من 30 سنة	1000/1 مولود
30 سنة	900/1 مولود
35 سنة	400/1 مولود
36 سنة	300/1 مولود
37 سنة	230/1 مولود

38 سنة	180/1 مولود
39 سنة	135/1 مولود
40 سنة	105/1 مولود
42 سنة	60/1 مولود
44 سنة	55 / 1 مولود
46 سنة	20 / 1 مولود
48 سنة	2 / 1 مولود

(<http://www.downs-heart down-syndrome.net>)

كما أوضحت بعض الدراسات أن سن الأب أيضا له تأثيرات في حدوث عرض داون وذلك عندما قاموا بدراسة 3419 حالة من متلازمة داون في الفترة من 1983 إلى 1997 فقد وجد زيادة كبيرة جدا في عدد الأطفال المصابين بعرض داون عند الآباء الذين ينجبون في سن 35 فأكثر خلال 15 سنة. (et)

(al, 2003Fish H,Hyun

كما أشارت بعض الدراسات أن السن المتقدم للجدة له تأثير لحدوث عرض داون حيث تمت دراسة 69 حالة من عرض داون ووجدوا أن عدد مواليد عرض داون للأمهات صغار السن أكثر من عدد المواليد للأمهات كبيرات في السن بنسبة 91% وأن الأمهات الصغيرات في السن من 18 - 29 سنة ولدن للأمهاتهن في عمر 30 سنة فما فوق وبذلك فإن عمر الأب والأم أقل أثرا من تأثير عمر الجدة للأم. (Malini,)

(Ramachandra, 2006

■ **العوامل الخارجية:** هناك عوامل عديدة تدخل في هذا النمط والتي تبصافتراضات قد تكون هي المؤدية للإصابة أو ذات علاقة بهذه المتلازمة فالتعرض للأشعة السينية Rayons x قد يكون عامل مساعد للإصابة ، كما أن تأثير بعض الفيروسات أو العوامل الكيميائية المتسببة في تشكل بعض الأورام قد تكون لها دور في ذلك وقد يكون نقص الفيتامينات له علاقة أيضا في ظهور نفس المتلازمة. (ANIT,2001).

5-9 أعراض عرض داون:

■ **الخصائص المورفولوجية:** رغم تشابه أطفال عرض داون بعضهم البعض إلا أن كل طفل له خصائص تميزه عن غيره وتغير تلك العلامات مرتبط بالسن ، ومن الملاحظ الأكثر انتشارا هو الارتخاء العضلي العام والذي يتميز بلبونة عضلية مصحوبة ب Hyper laxité للأربطة المفصليّة ويمكن تلخيص الأعراض والخصائص المورفولوجيا لهذا المرض وهي في الغالب تسمح بتشخيص عرض داون أو التريزوميا 21:

❖ رأس صغير بالنسبة للحجم العادي ومسطح في مؤخرته والشعر أملس.

❖ عينان مجعدتان وتحتوي على انثناءات للزاوية الداخلية للعين.

❖ الأذنان غالبا ما تكون صغيرة مسطحة.

❖ انثناءات في حلزون الأذن وصغر حجم الأذن.

- ❖ رقة عريضة قصيرة.
 - ❖ وجود ثنايا لحمية زائدة في مؤخرة العنق.
 - ❖ شذوذ ملاحظ في لون البشرة.
 - ❖ ارتفاع وضيق في أعلى باطن الفك أو الفم.
 - ❖ صغر حجم الأنف.
 - ❖ صغر حجم الجمجمة في كل الأعمار.
 - ❖ لسان سميك، عريض، طويل ومشقق. (<http://www.dsaww.org.au>)
 - ❖ اليدين تبدوان صغيرتان في غالب الأحيان.
 - ❖ تكون الأصابع صغيرة نسبياً ويمكن أن تحتوي على ثنية بدل إثنين عند الشخص العادي.
 - ❖ يكون الأصبع الصغير مع خط انثنائي واحد.
 - ❖ تكون قامته أقصر من المعدل.
 - ❖ الذراعان والساقان قصيران بالمقارنة مع الجذع.
 - ❖ نمو غير طبيعي للأسنان. (Smith,awilson,1976,p46)
- 6-9 خصائص النمو لأطفال عرض داون: فيما يتعلق بالنمو فلا تظهر أي فروق بين الأطفال المصابين بمتلازمة داون وغيرهم من الأطفال العاديين خلال السنتين الأولى والثانية. (عبد العزيز، 1998، ص304)
- غير أن الفروق بين أطفال داون والأطفال العاديين تبدأ في الظهور مع تقدم العمر خاصة في سن الرابعة والخامسة وما يميزهم هو مشكلات النمو إذ يعانون من المشكلات النمائية التالية:
- صعوبات في الحواس المختلفة خاصة اللمس والسمع.
 - صعوبات في التفكير المجرد وكذلك في الفهم والاستيعاب.
 - صعوبات في الإدراك اللمسي والإدراك السمعي. (عبد العزيز السرطاوي جميل، 1998، ص 304)
- كما أن الدراسات تؤكد وجود فروق بين أطفال داون وبعضهم البعض في اكتساب المهارات الأساسية للنمو
- الخصائص السلوكية والاجتماعية لأطفال عرض داون:
- هم ودودون من الناحية الاجتماعية ويُقبلون على الآخرين ويحبون مصافحة الأيدي واستقبال الغرباء.
 - يبدون المرح والسرور باستمرار.
 - تقل لديهم المشكلات السلوكية إلا أنهم يمكن أن يفضبوا إذا ما استثيروا وهذه الخاصية ليست مميزة لهم إذ أن المشكلات السلوكية التي يظهروها بعضهم يمكن إرجاعها إلى اختلافات الظروف الأسرية والبيئية التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال.
 - يمتاز المصاب بمتلازمة داون بالدواعة والإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابله والميل إلى المحاكاة والتقليد. (عبد العزيز السرطاوي جميل، 1998، ص 304)
- 7-9 الاضطرابات الصحية لدى المصابين بعرض داون:

■ أثناء الولادة: تشوهات داخلية قلبية وعلى مستوى الجهاز العصبي أو المريء، مرض **Hirschprung** انسداد المجرى الشرجي وفي بعض الحالات انسداد المجرى البولي وتضيّق في الأمعاء الدقيقة وانسداد وتضخم القولون.

■ الأشهر الأولى من الحياة:

- تشوهات على مستوى الجهاز الهضمي والمسمى بمرض **Hirschprung** والذي يتميز بأعراض تتمثل في تناوب بين الإسهال والإمساك.

- التهاب على مستوى طبلة الأذن، صمم.

- قصور بصري **Amblyopie**.

- شكل من أشكال الصرع الحاد والمسمى بتناذر **West** لأن ذلك متعلق بجهاز عصبي مضطرب.

■ على مستوى الجهاز العصبي:

. نسجل تأثير خاص للصرع عند الرضيع مع ظهور وبصفة مفاجئة تناذر **West**. اضطرابات عصبية من خلال دراسات الدكتور **Dr Gardes, 1999** تبدأ هذه الاضطرابات في الظهور انطلاقاً من المرحلة الثانية من الحمل وهي تمس الجهاز العصبي المركزي والبنيات المحيطة، وهي غير متشابهة عند كل الأفراد.

■ الجهاز العصبي المركزي: هناك نقص في الخلايا العصبية **Hypocellularité** والتي تظهر في دماغ صغير **microcéphale** هذا الدماغ الصغير يمكن ملاحظته أثناء الميلاد وبإمكانه التطور في السنة الأولى من الحياة.

✓ . العصبونات ذات المحاور القصيرة والموجودة على مستوى المساحات الترابطية والتي تتدخل في التعديل **la modulation** السريع كلها مصابة.

✓ . إصابة العصبونات ذات التفرعات القصيرة وإصابة الشجيرة التفرعية، ويظهر هذا في قلة الكثافة الشبكية وصغر مساحة التواصل على مستوى المشابك لذا يكون المجرى العصبي أقل سرعة. (صفحة تصفاوت، 2010، ص 30)

✓ . يعيب النقص في الخلايا العصبية أيضا المخيخ فيؤدي إلى مشاكل في التواصل والتوازن.

✓ . تحت المهاد **hypothalamus** الذي يتدخل في إنتاج هرمون النمو بإمكانه كذلك أن يصاب.

✓ هذا النقص في الخلايا **Hypocellularité** ممكن أن يصيب المخيخ وبالتالي يؤدي إلى اضطراب في التوازن والتنسيق.

✓ بالإضافة إلى إصابة التلافيف الصدغية ((**Circonvolution temporal** العليا وبالتالي ينتج عنها صعوبات لغوية.

✓ وعلى مستوى القشرة الدماغية الجبهية تكون الإصابات أكثر أهمية فهي تعيب المناطق الإستقبالية والحركية وكذا منطقة المشاعر والأحاسيس، وتكون هذه الإصابات مسؤولة عن عطب في الذاكرة القصيرة المدى وفي منطقة بروكا فتفقد عملية التعلم والتركيز وكذا الانتباه.

✓ حتى النواقل العصبية تصاب حيث تنقص من حيث الكمية وتؤدي إلى عدم نقل المعلومة بسرعة وإلى إطالة وقت الإجابة.

- الجهاز العصبي المحيطي (الإصابات المحيطية): تكون الإصابات على مستوى:
- ✓ الأعضاء الحسية خاصة العينان وإحساس البصر.
 - ✓ الأذنان وإحساس السمع بالإضافة إلى إصابة سعة جهد التيار الكهربائي الدماغي خلال المرحلة الحسية الحركية. (صفية تصفاوت، 2010، ص 31)
- الجدول رقم(2): يوضح الإصابات على مستوى الجهاز العصبي المركزي والمحيطي عند عرض داون.

الجهاز العصبي المركزي		
الخلل (الإصابة)	النتائج التشريحية	النتائج الخاصة بالمصاب بعرض داون
نقص الخلايا Hypocellularité	دماغ صغير على مستوى الشق الجداري العلوي ، على مستوى المخيخ.	اضطراب الضبط (التحكم) التناغم، صعوبات لغوية، اضطرابات التوزيع والربط
إصابة الشعيرة الفرعية	أقل كثافة مشبكية	دافع عصبي
إصابة ما تحت المهاد Hypothalamus	نقص في إنتاج هرمونات النمو	القامة أقل من القامة العادية
إصابة القشرة الدماغية الجبهة	إصابة على مستوى المناطق الإستقبالية الحركية ، الإدماج وإصابة على مستوى الشعور والإحساس ، تصغير ونقص الذاكرة قصيرة المدى ، ضعف سيرورة الانتباه ، وعطب على مستوى منطقة بروكا للغة	تخفيف: الحركية الدقيقة ، ضبط القوة ، البرمجة الحركية ، فرط الشعور ، فرط الإحساس ، اضطراب التعلم
الجهاز العصبي المحيطي		
الخلل (الإصابة)	النتائج التشريحية	النتائج الخاصة بالمصاب بعرض داون
وهن الأعضاء الحسية	على مستوى العينين والأذنين	اضطراب البصر والسمع
أقل للألياف العصبية	ضعف سرعة القيادة العصبية	وقت كمون أكثر (المهم)
إصابة القشرة الدماغية الجبهة		اضطراب الربط نقص الأفكار المرجعية

(صفية تصفاوت، 2010، ص 32)

سن الرشد:

■ انخفاض في الضغط الشرياني.

- تشوهات على مستوى صهامات القلب.
- Cataracte أو Kératocône (تشوهات على مستوى (P'accornée). صرع.
- اضطرابات تنفسية Apnées أثناء النوم.
- سرطان الخصية.
- عند المسن:
 - شيخوخة غير عادية ومتسارعة.
- انخفاض على مستوى القدرات العقلية كل هذه الأخطار لا تكون مصدر قلق لأن أغلبية الحالات لا تعاني من هذه المشاكل لكن تبين أهمية المراقبة الطبية المنتظمة في كل المراحل
- 8-9 علاج عرض داون: لا يوجد في الوقت الحالي علاج للأشخاص المصابين بمتلازمة داون ، بسبب عدم القدرة على تغيير الصبغة الوراثية ، لكن يمكن التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها ويكون ذلك بعدة طرق منها:
 - توفير الرعاية الصحية الجيدة للطفل المصاب بمتلازمة داون وذلك لاكتشاف الأمراض التي يتعرض لها فور حدوثها ، ومحاولة الحد من إصابته بالعدوى المتكررة ، مثلا بإعطائه التطعيمات اللازمة.
 - التعليم والتدريب: يعلم الطفل في مدارس خاصة إذا كانت درجة الإعاقة كبيرة كما يمكن له الاندماج في المدارس العادية إذا كان مستواه الذهني في حدود المتوسط.
 - إعادة التأهيل للأطفال الذين لم ينالوا الرعاية الكافية منذ البداية.
 - التمارين الرياضية لتقوية عضلاتهم وتحسين معنوياتهم بالإضافة لأنواع مختلفة من العلاج الطبيعي والعلاج المهني.
- مساندة الوالدين قدر الإمكان ، ولابد أن تبدأ هذه المساندة منذ لحظة التشخيص ، فمن المهم جدا مساعدتهم على فهم حقيقة الموقف ومساعدتهم على تحمل الصدمة ، يفيد بذلك أو في ذلك التذكير بالله ، واحتساب الأجر عنده كما أن التحدث مع أمهات أطفال لديهم نفس المشكلة يفيد كثيرا في تقبل الموقف وامتصاص المشاعر المؤلمة.
- توفير فرص العمل للبالغين المصابين بمتلازمة داون ويمكنهم العمل في أعمال مختلفة بعد التدريب.
- ينصح بإجراء الفحص الصبغي لوالدي الطفل المصاب بالانتقال الصبغي لتحديد الناقل ليتم فحص الجينات في المستقبل (<http://www.ndss.org>)
- تأثيرات عرض داون على النمو العقلي (القصور الذهني): نعرف القصور الذهني من خلال المستوى العام للسيرورة الذهنية المقاسة بواسطة معامل الذكاء IQ بحيث يتميز بانخفاض أكثر من إنحرافين معياريين مقارنة بمتوسط المجتمع ويكون مصاحب بقصور على مستوى السلوك التكيفي (Binet et simon, 1978).
- ويسمى السلوك التكيفي قدرات مختلفة وهي كالآتي: القدرات الحسية الحركية ، القدرات التواصلية ، النشاط اليومي ، الحكم ، التفكير ، النشاط الجماعي والعلاقات ما بين الأفراد.
- حسب Moor (1967) المستوى العقلي للأشخاص التريزوميين يتوزع حسب خط بياني عادي وبمعامل ذكاء متوسط من 40-50 وبمعامل ذكاء مرتفع 65-79 بتدرج محسوس ما بين السنة الأولى و السنة

الخامسة عشر (لكن هناك بطء مقارنة بالأطفال العاديين) تدرج بطيء وينتهي بهضبة ، وهناك نقطة مهمة تتمثل في كون أنه هناك نمو عقلي للأشخاص التريزوميين 21 على الأقل في السن الثلاثين و الخامسة و الثلاثين بالرغم من أن هناك تباطؤ في النمو بعد سن 15.

كما هو معلوم أن معامل الذكاء هو العلاقة ما بين العمر العقلي والعمر الزمني لكن ما نلاحظه عند الأطفال التريزوميين هو تناقص في العمر العقلي وذلك مع تقدم في العمر الزمني ، بسبب أن العمر الزمني يزداد بصفة سريعة نسبيا مقارنة بالعمر العقلي لكن عند الأطفال العاديين نلاحظ أن كل من العمر العقلي والعمر الزمني ينمو بصفة متوازية.

الانخفاض في معامل الذكاء بتزايد السن لا يدل بأن العمل الذهني للأطفال التريزوميين هو كذلك في انحطاط بتقدم السن ولا نتيجة خلل مبكر في العملية العقلية لكن الأمر يتعلق بمقياس معامل الذكاء ومن المهم جدا إعلام الأولياء بخصوصية هذا العامل IQ وأن النمو العقلي بإمكانه الاستمرار حتى في سن متقدم.(صفحة تصافوت، 2011، ص 35)

وكما سبق الذكر يكون عرض داون مصدر للتأخر العقلي عند الفئة المصابة بالعرض وذلك بمختلف درجاتها واستنادا على معطيات ناشئة من أعمال ونظرية Piaget.

إن التطور العقلي للأطفال المتأخرين عقليا يكون ضعيفا ويتوقف هذا التطور في مستوى نهائي أقل من التطور العقلي للعاديين ويختلف هنا المستوى النهائي حسب درجة الإعاقة الذهنية ، ولهذا يكون معامل الذكاء في الإعاقة الحادة أقل من 35 ، هؤلاء المعاقون إعاقة حادة لا يمثلون أفراد عرض داون ، ففي هذا النوع يكون استقرار في مرحلة الذكاء الحسي الحركي (وهي مرحلة يمر بها الطفل العادي من الولادة إلى 20 شهرا تقريبا) وتتميز بالملوس ، بدون تمثيلات عقلية منطقية ولا ترميز ، واللغة محدودة جدا.

أما بالنسبة للفئة متوسطة الإعاقة يكون معامل الذكاء بين 36 و 50 وهي مقابلة لمرحلة ما قبل العمليات (وهي مرحلة يمر بها الطفل العادي من سنتين إلى 7 سنوات) وتتميز أيضا بتطور اللغة والتعبير الشفهي ، ومفاهيم الفضاء والزمان ونضح التفكير.

وأخيرا الفئة الخفيفة الإعاقة يكون فيها معامل الإعاقة بين 60 و 70 ويصلون إلى مرحلة العمليات الملموسة وهي مرحلة يمر بها الطفل العادي من 7 إلى 12 سنة وتتميز هذه المرحلة بتقدم فكري كبير فيما يخص عدة مفاهيم منها: العدد ، الكمية ، الوزن ، الحجم ، الزمان ، المكان والسببية.

إن المعاقين ذهنيا لا يتمكنون أبدا من الوصول إلى المرحلة النهائية من التطور العقلي وهي العمليات الابتدائية والتي تتميز بالتفكير المجرد ، والتفكير حول المعطيات الشفهية وتناسق الأفكار.

(Rondal, j: Aj Lambert ,jl, 1982).

من خلال عرضنا المفصل لمرض داون تبين لنا أن الإعاقة العقلية وليدة تشوهات تحدث في مراحل جد مبكرة من حياة الطفل ، قد تكون في المرحلة الجنينية أو أثناء الولادة أو بعدها وتنقسم إلى ثلاث مستويات أساسية: إعاقة عقلية شديدة ، متوسطة ، بسيطة ، وعرض داون أحد هذه الإعاقات والذي يتميز بخصائص تميزه عن غيره سواء من حيث المظاهر الجسمية ، العقلية أو الاجتماعية ، ومهما كانت درجة الإعاقة العقلية فإن العلاج والتأهيل ضروري لأفراد هذه الفئة من أجل تحقيق التكيف.

ولقد أدى التطور المستمر في العلوم و المعارف الإنسانية كَمَا وكيفا إلى اكتساب المستحدثات التكنولوجية أهمية متزايدة في كل المجالات على اختلاف مستوياتها ، فدمجها في أي مجال يؤدي إلى زيادة الكفاءة والفعالية ، فالبرامج المعلوماتية ، والكمبيوتر أداة لتحسين ما وضعت لأجله فهي تحسن التحصيل الدراسي وتُثمي المهارات الاجتماعية ، فالأطفال المعاقين عقليا والذين يعانون من صعوبات بسيطة أو

متضاعفة يمكنهم استخدام التكنولوجيات في كل المظاهر التعليمية ، فالكومبيوتر بوسائله المختلفة وسيلة فعالة في تحسين أداء هؤلاء الأطفال .

10-فضل وسائل الإعلام: أسهمت وسائل الإعلام الحديثة بفضل رقيها وانتشارها وتأثيراتها العارمة على الرأي العام في تغيير النظرة إلى المعاقين واعتبارهم أعضاء نافعين للمجتمع ، ومساعدة الدول حكومات وشعوبا على التعاون في مساعدة المعاقين وتقوية إرادتهم واعتبار ذلك واجبا إنسانيا لا إحسانا ولا شفقة ، كما أسهمت في إزالة الغرابة والغموض عن عالم المعاقين وبيان ما فيه من قدرات كامنة ، وما يمكن أن يقدمه للمجتمع من تنمية وإقلال من حالات الانحراف والشذوذ الاجتماعي .

فضلا عن أن وسائل الإعلام أسهمت في تقديم المعلومة العلمية المبسطة للمعاقين بحيث تكون قادرة على تنشيط الفهم والتفكير وربط المعلومات الجديدة بالقدمة ، تهيئة المعاق للمران على هواية أو حرفة أو مهنة بحيث يستطيع أن يستعيد الدرس عدة مرات وأن يدرك كيف تسير القدرات البطيئة نحو الإقتان بالتركرار وتكوين العادة المهارية واستغلال الحواس المتاحة وللأسف فإن كثيرا من الأجهزة والوسائل

التعليمية المعينة للمعاقين غير متوافرة في البلاد العربية.(عبد المجيد عبد الحليم ، 1997، ص 163) وتناولنا من خلال هذه الدراسة البرامج المعلوماتية كوسيط فعال بما قد يكون لها من مميزات وفوائد في توصيل المعلومة وإكسابها للمفحوص من ذوي الاحتياجات الخاصة بسهولة وتميز فضلا عن أن المفحوصين المعاقين يتطلبون منا المزيد من الاهتمام وإثارة انتباههم بالعديد من الوسائل مثل استخدام الصور الثابتة ، والصور المتحركة ، والنص والصوت .

11-منهج الدراسة:تختلف المناهج باختلاف المواضيع فلكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستخدمها ، والتي يسلكها كل باحث في ميدان اختصاصه ، والمنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة ، وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تحدد المنهج المتبع فدراسة تأثير البرنامج المعلوماتي على زمن الرجوع فإن المنهج المناسب هو المنهج التجريبي .

ويعرف المنهج التجريبي بأنه: تغيير عمدي ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما مع ملاحظة التغيرات الواقعة في ذات الحدث وتفسيرها. (سامي مُجد ملحم ، 2002، ص 388)

12-مجتمع الدراسة: ونقصد بمجتمع الدراسة جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث ويتمثل مجتمع الدراسة الحالية في الأطفال الجزائريين من فئة الغير العاديين (عرض داون).

13-عينة الدراسة: كما تم اختيار مجموعة من الأطفال الغير عاديين (أطفال عرض داون) من ابتدائية الحرية التي تحتوي على قسم خاص للتعليم المكيف لإدماج المتخلفين عقليا بمدينة شلفوم العيد وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية وقدر عددهم ب 20 طفل من فئة عرض داون .

14-الإطار الزمني و المكاني:تم إجراء هذه الدراسة في السنة الدراسية 2011-2012 ابتداء من شهر سبتمبر إلى نهاية شهر جانفي 2011. بمدينة شلفوم العيد ولاية ميلة .

15-أدواتالدراسة:

15-1اختبار ذكاء الأطفال للدكتورة إجلال يسرى المعدل: تحصلنا على الاختبار بتحميله مباشرة من موقع إلكتروني (مكتبة الإسكندرية) وقمنا بنسخه وأصبح لدينا نسخة مكتوبة من هذا الاختبار .

15-1-1 وصف الاختبار: (إجلال مُجد يسري، 1988) أنشئ اختبار ذكاء الأطفال بهدف قياس الذكاء بمعنى القدرة العقلية العامة لدى الأطفال من سن 3-9 سنوات أي ما يقابل مرحلة الحضانة والصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية ، ويحتوي هذا الدليل على وصف تفصيلي للاختبار والذي يتضمن جزأين:

- إنشاء وتقنين الاختبار: ويشتمل على طريقة إنشائه ، خطواته ، تقنيته ، العينة ، الصور المبدئية ، المعدلة والنهائية والتأكد من صلاحيته (ثباته وصدقته) ، واستخراج معانيه ، وهذا الجزء يهم الباحثين والدارسين في هذا المجال.

- تعليمات إجراء الاختبار: ويتضمن تعريفًا بالاختبار وفتيات إجرائه وتعليمات إجراء الجزء المصور ، وتعليمات إجراء الجزء اللفظي وطريقة تصحيح الاختبار.

15-1-2 إنشاء الاختبار: عند التخطيط لإنشاء الاختبار ، وضعت المؤلفة في حسابها ما يلي:

✓ أن تكون التعليمات موحدة مما يوفر الجهد في عملية إجراء الاختبار ، ويضمن الاستمرار في الأداء بمجرد فهم التعليمات البسيطة والأمثلة التدريبية.

✓ أن تكون الوحدات متنوعة شكلاً وموضوعاً في حدود طريقة الأداء الموحدة ، فتمثل عينات من مظاهر الحياة العقلية العامة إلى جانب إدراك العلاقات ، وما يقيس القدرة على الاستدلال اللفظي والعددي ، والتفكير ، والمعلومات العامة.

ولاحظت المؤلفة أن بعض الأطفال لا يستعملون الألفاظ بدقة وإن كانوا يقصدون المعنى المراد في الفقرة ، وراعت المؤلفة ذلك في إنشاء الاختبار.

وقامت المؤلفة بدراسة مسحية لعدد من اختبارات ومقاييس الذكاء المصورة واللفظية العربية والأجنبية التي تناسب مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة الوسطى (الحضانة والصفوف الثلاثة الأولى من المدرسة الابتدائية).

وراعت المؤلفة أن تكون الوحدات متنوعة لمثل إدراك العلاقات والمتعلقات والمعلومات العامة وتشتمل على أشكال كائنات حية ورسوم هندسية وأدوات وأشياء مألوفة لدى الطفل ومن البيئة المحيطة به. وفي الجزء اللفظي روعي أن تكون الجمل سهلة وواضحة ، ومفهومة لغة ومعنى.

وبعد أن تم تجميع وحدات الاختبار (البطاقات والجمل) ثم تجربتها بصفة مبدئية على عدد محدود من الأطفال (40 طفلاً) وبذلك أمكن اختيار البطاقات والجمل الأكثر ملائمة بصفة مبدئية.

15-1-3 الصورة المبدئية: أعدت المؤلفة صورة مبدئية من الاختبار ، تحتوي على 120 بطاقة في الجزء المصور ، 75 جملة في الجزء اللفظي ، وتعليمات الأداء ، وبعض الأمثلة التدريبية وكان ذلك تمهيداً لتجربتها على عدد من الأطفال بهدف دراسة مدى مناسبة البطاقات والجمل ومدى ملائمة التعليمات ، ومدى كفاية الأمثلة التدريبية.

وتمت تجربة الصورة المبدئية للاختبار بهدف تسجيل بعض الملاحظات أثناء الإجراء على الاختبار وتعليماته وبطاقاته وجمله من حيث مناسبتها ووضوح الصور والأشكال ، وفهم ومعرفة الجمل واستفسارات الأطفال أثناء استجاباتهم ، وإدخال ما يلزم من تعديلات عليها.

وطبقت الصورة المبدئية من الاختبار فردياً دون تحديد لزمان الاستجابة على عينة من 50 طفلاً من المدارس الابتدائية وتم تصحيح الاختبار ، وقدرت درجاته بحيث يحصل كل طفل على درجة لكل بطاقة أو جملة أجاب عنها إجابة صحيحة ، وعلى صفر لكل بطاقة أو جملة أجاب عنها إجابة خاطئة ، وبناء على ذلك تم تعديل بعض البطاقات وبعض الجمل ، وتم حذف 60 بطاقة في الجزء المصور و20 جملة في الجزء اللفظي ، وتم إعادة ترتيب البطاقات والجمل حسب مستوى السهولة. 15-1-4 الصورة المعدلة: تم إعداد صورة معدلة من الاختبار تضم في الجزء المصور 60 بطاقة وفي الجزء اللفظي 60 جملة بالإضافة إلى التعليمات والأمثلة التدريبية المعدلة.

وتم إجراء تجربة استطلاعية بهدف تحليل وحدات الاختبار وتقدير الاتساق الداخلي لها كمؤشر لمدى تكاملها مع بعضها ومدى انتهائها إلى أصل واحد وإعادة ترتيبها بعد تقدير وزن كل منها بحيث تبرز الفروق الفردية في الاستجابة لها، وكانت التجربة الاستطلاعية بمثابة الاستعداد لإعداد الطبعة النهائية من الاختبار. وطبقت الصورة المعدلة على 100 طفل وطفلة في الصف الأول الابتدائي حيث يكون عمرهم في منتصف عمر العينة المختارة (3-9) سنوات أي يكون عمرهم 6 سنوات، وتم ذلك في أربع مدارس (25 طفل وطفلة)، وبعد ذلك تم تصحيح الاختبار وتسجيل درجاته.

وتم تحليل وحدات الاختبار إحصائياً لحساب معاملات السهولة وتقدير الاتساق الداخلي لها (باستخدام طريقة فلانجان)، وكان من نتائج التجربة الاستطلاعية إعادة ترتيب البطاقات في الجزء المصور والجميل في الجزء اللفظي (كل على حدا) حسب معاملات السهولة والصعوبة، والاتساق مع بعضها ومع الدرجة الكلية للاختبار وهكذا روعي في استبقاء وحدات الاختبار ما يلي:

- أن تكون متدرجة من السهل إلى الصعب بمقدار ثابت حسب معامل السهولة من البطاقات الأولى إلى البطاقة رقم 60 في الجزء المصور، ومن الجملة الأولى إلى الجملة رقم 30 في الجزء اللفظي.

- أن يكون معامل الاتساق الداخلي للبطاقة والجملة ذا دلالة عالية.

15-1-5 الصورة النهائية: اشتملت الصورة النهائية على ما يلي:

✓ **الجزء المصور:** يتكون من 45 وحدة، يسبقها ثلاثة أمثلة تدريبية (أ، ب، ج)، والوحدة عبارة عن بطاقة بها عدة صور منها واحدة مختلفة، ويطلب من الطفل أن يشير إليها. وهذا الجزء يشتمل على ثلاثة مستويات: من 3-5، 5-7، 7-9 سنوات، ويحتوي الجزء الأول على لوحة بها ثلاثة أشكال منها شكلان متماثلان والشكل الثالث مختلف، ويطلب من الطفل الإشارة إلى الشكل المختلف (بعد إجراء الوحدات التدريبية الثلاث الأولى)، ويحتوي هذا الجزء على 15 بطاقة.

والجزء الثاني عبارة عن خمسة عشر بطاقة بكل منها أربعة أشكال (أكثر صعوبة)، منها ثلاثة متفقة في الشكل أو الغرض والرابع مختلف عنها، أما الجزء الثالث فهو عبارة عن 15 بطاقة أيضاً تحتوي كل منها على خمسة أشكال، كل شكلين منها متشابهين والخامس مختلف، أما الجزء اللفظي: يتكون من 45 عبارة مقسمة إلى ثلاثة مستويات عمرية، المستوى الأول يحتوي على 15 عبارة متدرجة من السهل إلى الصعب، وهي للفئة العمرية 3-5 سنوات، والمستوى الثاني يحتوي على 15 عبارة للفئة العمرية 5-7 سنوات، والمستوى الثالث يحتوي على 15 عبارة للفئة العمرية 7-9 سنوات، وهذه العبارات المطلوب فيها تكملة الكلمة الناقصة.

15-1-6 تقنين الاختبار: للاطمئنان إلى نتائج الاختبار، وللتأكد من صلاحيته، تم تقنينه في البيئة المصرية بهدف تحقيق ما يلي: تحديد معاملات صدق، ثبات الاختبار ومعايير الاختبار.

● **عينة التقنين:** تكونت عينة التقنين من 600 طفل وطفلة من حضانات الأطفال، والصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية، من القاهرة الكبرى والوجهين البحري والقبلي، وتراوحت أعمار العينة بين 3-9 سنوات، بمتوسطة 6 سنوات وكان التطبيق فردياً.

● **ثبات الاختبار:** تم تحديد معامل ثبات الاختبار بطريقة الإعادة، حيث تم تطبيقه على عينة تتكون من 50 طفلاً وطفلة من الصف الأول الابتدائي وتم إعادة التطبيق على نفس الأفراد بعد أسبوعين، وكان معامل الثبات بهذه الطريقة ر هو 71.

● **صدق الاختبار:** تما لاطمئنان على صدق الاختبار باستخدام محك وهو مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء ، حيث طبق الاختباران على عينة تضم 50 طفلا وطفلة من الصف الأول الابتدائي ، وكان معامل الصدق بهذه الطريقة ر هو.65

15-17 استخدامات الاختبار: يستخدم كأداة لقياس ذكاء الأطفال في مرحلة الحضانة وفي الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية ، وفي العيادات النفسية ، ومراكز رعاية الطفولة ، ومراكز الإرشاد النفسي ، ويمكن أن يستخدم الاختبار كذلك كأداة لقياس ذكاء الأطفال في البحوث العلمية .

5-8 تعليمات الاختبار:

✓ **كراسة الاختبار:** يتكون الاختبار من 90 وحدة في جزأين: الجزء الأول «مصور» ويتكون من 45 بطاقة كل واحدة منها منفصلة ، ويضم ثلاث مجموعات كل منها 15 بطاقة ، والجزء الثاني «لفظي» ، ويتكون من 45 جملة ويضم ثلاث مجموعات ، كل منها 15 جملة ، وكراسة الاختبار خاصة بالفاحص ولا تكتب فيها إجابات .

✓ **ورقة الإجابة:** وهي ورقة منفصلة ، ويدون بها الاسم وباقي البيانات الخاصة بالطفل ، وتسجل على هذه الورقة إجابات الطفل عن الجزء المصور في المكان المخصص لذلك حسب أرقام البطاقات وذلك بكتابة رقم الصورة (من اليمين إلى اليسار) ، وتسجل أيضا إجابات الطفل عن الجزء اللفظي في المكان المخصص لذلك حسب أرقام الجمل وذلك بكتابة الكلمات الناقصة ، ويسجل بورقة الإجابة أيضا «الدرجة» وهي مجموع درجتي الجزء المصور والجزء اللفظي معا ، ويدون بها أيضا العمر العقلي حسب المعايير ، ثم تحسب نسبة الذكاء ، ويدون بورقة الإجابة أية ملاحظات أخرى يراها الفاحص ، ويوقع الاسم .

15-1-9 فنيات إجراء الاختبار: يمكن أن يقوم بإجراء الاختبار الأخصائيون النفسيون أو الأخصائيون الإجتماعيون المدربون أو المدرسون المدربون على استخدامه .
- تراعى الفنيات الخاصة بإجراء الاختبارات النفسية بصفة عامة واختبارات الذكاء بصفة خاصة .
- يجري الاختبار في وقت مناسب من النهار والطفل مستريح وغير متعجل .
- يعطى الاختبار في حجرة كافية الإضاءة جيدة التهوية هادئة .
- يراعى الالتزام بتعليمات إجراء الاختبار دون ارتجال ، ويجب أن يستعد الفاحص بقراءة التعليمات بدقة قبل إجراء الاختبار حتى تكون مألوفة .

- يهيئ الفاحص مناخا نفسيا مناسباً لإجراء الاختبار قوامه الألفة مع الطفل حتى يؤدي أفضل أداء .
- يجلس كل من الفاحص والطفل إلى منضدة وأمام الطفل الاختبار وأمام الفاحص ورقة الإجابة ، ولا يكون على المنضدة شيء آخر .

- يجب أن يتأكد الفاحص من فهم الطفل للتعليمات والأمثلة التدريبية .
- يلاحظ أن الاختبار بصفة عامة اختبار قوة ، وليس هناك زمن محدد للإجابة على كل وحدة على حدا أو على الاختبار ككل ، يمكن للطفل أن يستغرق أي وقت يشاء ، ويمكن أن يأخذ استراحة قصيرة (حوالي 5 دقائق) بين الجزء المصور والجزء اللفظي ، ويجب تشجيع الطفل على الإجابة بأسرع ما يمكنه .

أولا الجزء المصور: يتكون الجزء المصور من 45 وحدة يسبقها ثلاثة أمثلة تدريبية (أب -ج) ، والوحدة عبارة عن بطاقة بها عدة صور منها واحدة مختلفة ويطلب من الطفل أن يشير إليها .

يقدم هذا الجزء إلى الطفل قائلا: «إبراهيم نشوفوا مع بعض مجموعات صور في هذا الكراس» .

يفتح الفاحص كراسة الاختبار بادئاً بالبطاقة (أ) قائلاً: «مثلاً في هذه البطاقة 3 صور ، هذه صورة ، وهذه صورة ، وهذه صورة»، ويشير الفاحص إلى الصور واحدة بأصبعه ، ويكمل قائلاً: «فيه واحدة فقط من هذه الصور تختلف عن الباقي اللي معاها أو مهيش زيبا ، شوف مع الصور كلها وشاور بأصبعك على الصورة المختلفة أو اللي مهيش زي الباقي اللي معاها»، ويجب أن يتأكد أن الطفل ينظر فعلاً إلى كل الصور ، وعادة ينجح الطفل في البطاقة (أ) ، وهنا يشجعه بقوله:

«أحسنت جيد جداً»، ثم ينتقل إلى البطاقة (ب ثم ج)، وإذا أخطأ الطفل في البطاقة (أ)، يصححه الفاحص ويشرح له كيف تختلف الصورة عن الصورتين الأخرتين قائلاً: «هذين الصورتين مربعين ولهذا هما زي بعضاهم ولكن هذه دائرة ومختلفة عن المربعين ومهيش زيبهم وعلى هذي تشاور عليها»، وبنفس الطريقة إذا نجح الطفل في البطاقتين (ب ، ج) يشجعه الفاحص بقوله: «أحسنت جيد جداً»، أما إذا فشل الطفل في أي منهما فيشرح الفاحص بنفس الطريقة السابقة ، لأن البطاقات الثلاث الأولى أمثلة تدريجية ولا تحسب درجاتها.

وبعد التأكد من فهم الطفل لطريقة الإجابة ، ينتقل الفاحص إلى بطاقات المجموعة الأولى (بكل منها 3 صور) ويتابع الفاحص تقديم البطاقات حتى البطاقة العاشرة بالترتيب ، فإذا لم ينجح الطفل في أي منها يوقف الاختبار لأنه يكون غير مناسب لمثل هذا الطفل.

وبالنسبة للطفل الذي يكون عمره 6 سنوات فأكثر ، يبدأ الفاحص بالمجموعة الثانية (بكل منها 4 صور) من البطاقة رقم (16) ، فإذا نجح الطفل في البطاقات العشر (16-25)، يفترض أنه قد نجح في بطاقات المجموعة الأولى ويحصل على درجاتها ، ثم ينتقل الفاحص إلى البطاقات التالية بالترتيب ، وإذا فشل الطفل في البطاقات (16- 25) يرجع الفاحص إلى البطاقات (11- 15) ، فإذا نجح الطفل فيها يفترض أنه قد نجح في البطاقات العشر السابقة ويحصل على درجاتها ، أما إذا فشل الطفل في البطاقات (11 – 25) يبدأ الفاحص معه من البطاقة رقم (1).

وإذا استغرق الطفل أكثر من نصف دقيقة ولم يجب في أي بطاقة ، يسأل الفاحص الطفل سؤالاً أخيراً مثل: «أين الصورة المختلفة اللي مكانش زيبها؟» ، للحصول على الإجابة أو التأكد من فشل الطفل أو عدم قدرته على الإجابة ، وعلى العموم تكون إجابة الطفل سريعة على البطاقات الأقل مستوى من عمره العقلي . ويستكمل الفاحص باقي البطاقات بالترتيب إلى أن يفشل الطفل في عشر بطاقات متتالية فيوقف الاختبار. وعلى الفاحص أن يستخدم حسه الإكلينيكي في متابعة إجابة الطفل بحيث تكون إجابته عقلية فعلاً وليست مجرد تخمين أو صدفة ، وفي حالة شك الفاحص في أن الطفل يجيب بالتخمين أو بالصدفة يسأله: «ليه؟» ، وإذا لاحظ الفاحص أن الطفل أجاب في عدد من البطاقات المتتالية مشيراً إلى الصورة الأولى أو الوسطى أو الأخيرة مثلاً كل مرة ، يكرر قوله: «أنظر للصور كلها ثم شاور على الصورة المختلفة اللي مكانش زيبا» ، وإذا أشار الطفل إلى نفس المكان (أي إلى الصورة الأولى مثلاً) عشر مرات متتالية – حتى لو كان بينها إجابات صحيحة – تعتبر صدفة ويوقف الاختبار.

وعند الانتقال من المجموعة الأولى إلى المجموعة الثانية يلفت الفاحص نظر الطفل إلى وجود أربع صور قائلاً: «لاحظ أن فيه صور أكثر في هذه البطاقات ، هذه صورة ، وهذه صورة ، وهذه صورة ، وهذه صورة»، ويشير الفاحص إلى الصور الأربع واحدة واحدة ، ويكمل قائلاً: «أنظر للصور كلها ووريلي الصورة المختلفة اللي مكانش زيبها».

وعند الانتقال من المجموعة الثانية إلى المجموعة الثالثة يلفت الفاحص نظر الطفل إلى وجود خمس صور قائلاً: «لاحظ أن فيه صور أكثر في هذه البطاقة ، هذه صورة ، هذه صورة ، هذه صورة ، هذه صورة ، هذه

صورة»، ويشير الفاحص إلى الصور الخمس واحدة واحدة ويكمل قائلاً: «شوف الصور كلها ووريلي الصورة المختلفة اللي مكانش زيها».

وإذا وجد الفاحص أن الطفل يحتاج إلى تذكرة بين الحين والحين، فيمكن أن يذكره بالمطلوب قائلاً: «أنظر لهذه الصور وشاور على الصورة المختلفة اللي مكانش زيها».

والإجابة المطلوبة هي الإشارة إلى الصورة المختلفة، وإذا أجاب الطفل بتسمية الصورة المختلفة يطلب الفاحص منه عدم تسميتها والاكتفاء بالإشارة إليها فقط قائلاً: «موش ضروري تقول اسمها، شاور على الصورة المختلفة فقط»، ويمكن أن يسمح للطفل فقط بقوله مثلاً «هذه أو هذا»، والسبب في الاكتفاء بالإشارة إلى الصور المختلفة أن الطفل قد يفشل في تسمية الصورة المختلفة رغم استدلاله عليها، ولكنه لعدم تمكنه من تسميتها قد يختار صورة يعرف اسمها ويسميها لمجرد أنه يعرف اسمها، ومثل هذا الفشل يوضح نقص معرفة الاسماء أكثر منه نقص في قدرته على التمييز العقلي، وهو هدف الاختبار.

وإذا طلب الطفل التأكد من صحة إجابته على بطاقة أثناء إجراء الاختبار كأن يسأل: «هذه صحيحة؟»، يعطي الفاحص إجابة مشجعة فقط مثل: «أنت بتجاوب مريح»، ولكن يجب ألا يحدد ما إذا كانت الإجابة صحيحة أو خاطئة، وفي حالة الأطفال المعوقين حركياً، حيث يصعب على الطفل تحريك ذراعه يعدل الإجراء بأن يضع الفاحص البطاقة أمام الطفل ويلقي عليه تعليمات الإجابة مغيراً عبارة «وشاور بأصبعك» أو «وقول لي»، ويشير الفاحص إلى كل صورة بادئاً من اليمين إلى اليسار سائلاً في كل مرة: «هذه المختلفة اللي مكانش زيها» أو «هذه»... إلخ، وفي مثل هذه الحالة تكون إجابة الطفل بالإشارة برأسه، أو بقوله «نعم».

ثانياً الجزء اللفظي: يتكون الجزء اللفظي من 45 وحدة يسبقها ثلاثة أمثلة تدريبية (أ، ب، ج)، والوحدة عبارة عن جملة ناقصة تقرأ للطفل ويطلب منه إكمالها ويقدم الفاحص هذا الجزء إلى الطفل قائلاً: «نقلك شوية جمل فيها كلمات ناقصة، وأنت تسمعها مريح، وتكمل الكلام الناقص».

يفتح الفاحص كراسة الاختبار، ويقرأ كل واحدة كما هي واردة في كراسة الاختبار مع وضوح مخارج الألفاظ، وفي سرعة معتدلة، فيبدأ بالأمثلة التدريبية بالجملة (أ) فيقول: «باب راجل وماما (إيه) ... تعرف تكمل هذه الجملة؟ تعرف الكلمة الناقصة إيه ... وهكذا، وعادة ينجح الطفل في الجملة (أ)، وهنا يشجعه الفاحص بقوله: «أحسن جيد» ثم ينتقل إلى الجملة (ب ثم ج)، وإذا أخطأ الطفل في الجملة (أ) يصحح له الفاحص ويشرح له كيف يكمل الجملة فيعيد لها قائلاً: «حابك تكمل الجملة، حابك تكمل الكلام الناقص، أنا قلت بابا راجل، وماما (إيه)، يبقى أنت تقول (مرأة)»، وبنفس الطريقة إذا نجح الطفل في الجملتين (ب، ج) يشجعه الفاحص بقوله: «أحسن جيد»، أما إذا فشل الطفل في أي منهما، فيشرح له الفاحص بنفس الطريقة السابقة، لأن الجمل الثلاث الأولى أمثلة تدريبية ولا تحسب درجاتها.

وبعد التأكد من فهم الطفل لطريقة الإجابة، ينتقل الفاحص إلى جمل المجموعة الأولى.

ويمكن إعادة الجملة مرة ثانية أو ثالثة على الأكثر ويتابع الفاحص تقديم الجمل حتى الجملة العاشرة بالترتيب، فإذا لم ينجح الطفل في أي منها يوقف الاختبار لأنه يكون غير مناسب لمثل هذا الطفل.

وبالنسبة للطفل الذي يكون عمره 6 سنوات فأكثر، يبدأ الفاحص بالمجموعة الثانية من الجملة رقم (16)، وإذا نجح الطفل في الجمل العشر (16،25) يفترض أنه قد نجح في جمل المجموعة الأولى ويحصل على درجاتها، ثم ينتقل الفاحص إلى الجمل التالية بالترتيب، وإذا فشل الطفل في الجمل (16،25) يرجع

الفاحص إلى الجمل (11،15)، وإذا نجح الطفل فيها يفترض أنه قد نجح في الجمل العشر السابقة، ويحصل على درجاتها، أما إذا فشل الطفل في الجمل (11،15) يبدأ الفاحص معه من الجملة رقم (1). وإذا استغرق الطفل أكثر من نصف دقيقة ولم يجب في أي جملة، يعيد الفاحص قراءتها مرة أو مرتين على الأكثر للحصول على الإجابة أو التأكد من فشل الطفل في عدم قدرته على الإجابة، وعلى العموم تكون إجابة الطفل سريعة في الجمل الأقل مستوى من عمره العقلي.

ويستكمل الفاحص باقي الجمل بالترتيب إلى أن يفشل الطفل في عشر جمل متتالية فيوقف الاختبار. وعلى الفاحص أن يستخدم حسه الإكلينيكي في متابعة إجابة الطفل بحيث تكون إجابته عقلية فعلا وليست مجرد أي تكلمة، وفي حالة شك الفاحص في أن الطفل يجب بأي تكلمة، وإذا لاحظ أنه يجب باستخدام كلمة متكررة في عشر جمل متتالية يوقف الاختبار.

وإذا كانت الإجابة غامضة يقول الفاحص: « يعني إيه؟ »، ولكن لا يوجه للطفل أي سؤال يستدل منه على الإجابة، وإذا وجد الفاحص أن الطفل يحتاج إلى تذكرة بين الحين والحين فيمكن أن يذكره بالمطلوب قائلا: « بعد أنا ما أقول الكلام أنت تكلم الناقص » والإجابة المطلوبة هي تكلمة الجملة بالكلمة أو الكلمات الناقصة فقط دون شرح، وإذا طلب الطفل التأكد من صحة إجابته في جملة أثناء إجراء الاختبار كأن يسأل: « هل هذه صح؟ »، يعطي الفاحص إجابة مشجعة مثل: « أنت تجاوب مريح »، لكن يجب ألا يحدد ما إذا كانت الإجابة صحيحة أم خاطئة.

10-1-15 تصحيح الاختبار: يستخدم مفتاح تصحيح الاختبار بدقة.

● مفتاح تصحيح الاختبار: له نموذجان:

النموذج الأول: وهو مفتاح إجمالي (جدولاً)، ويتكون من صفحة واحدة بها قسمان: القسم الأول خاص بالجزء المصور وبه ثلاثة أعمدة بكل عمود الإجابات الصحيحة حسب أرقام البطاقات، والقسم الثاني خاص بالجزء اللفظي وبه ثلاثة أعمدة بكل عمود الإجابات الصحيحة حسب أرقام الجمل.

النموذج الثاني: وهو مفتاح يعمل من الورق المقوى ويشتمل على الإجابات الصحيحة في جزئي الاختبار (المصور واللفظي) عليه مستطيلات، ومكتوب ناحية اليمين بجوار الفراغ الإجابة الصحيحة، ويوضع المفتاح على ورقة الإجابة بحيث تظهر الدوائر السوداء الأربع الموجودة على ورقة الإجابة من خلال الثقوب الأربعة الموجودة على مفتاح التصحيح.

● التصحيح: توضع علامة / على الإجابة الصحيحة على ورقة الإجابة، وتحسب لكل إجابة صحيحة درجة واحدة، ولا توضع علامات على الإجابات الخاطئة أو المتروكة.

تعد علامات / الدالة على الإجابات الصحيحة في جزئي الاختبار، وتجمع درجات كل عمود ويكتب أسفله المجموع الكلي في المكان المخصص لذلك «الدرجة».

11-1-15 تقدير نسبة الذكاء: لتقدير نسبة الذكاء يتبع ما يلي:

- تقدر الدرجة الخام (مجموع الدرجات الصحيحة) التي حصل عليها الطفل في الاختبار (بجزيه المصور واللفظي).

- يستخرج العمر العقلي المقابل للدرجة الخام من جدول معايير الأعمار العقلية.

- يحسب العمر الزمني للطفل (بالشهور).

- تحسب نسبة الذكاء بالمعادلة الآتية:

العمر العقل $\times 100$

= نسبة الذكاء

العمر الزمني

15-2 اختبار ذكاء الأطفال الكلاسيكي المكيف من طرف الباحثة
15-3 اختبار ذكاء الأطفال المكيف المبرمج معلوماتيا من طرف الباحثة:
فبعدها كان الاختبار الكلاسيكي:

● جمل يقرأها المطبق على المفحوص تصبح الجمل مسموعة ومرئية مضاف إليها نغمة جذابة وموسيقى تستثير المفحوص.

● وبعد ما كان عبارة أيضا عن صور جامدة غير معبرة بالشكل الكافي تصحح في البرنامج المعلوماتي صور ناطقة تعبر عن حالها من خلال الألوان والتجسد في أشكال حقيقية التي مرت على الطفل في واقعه وهذا ما ذكره الدكتور إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي في كتابه عن الذكاء وتنميته لدى أطفالنا (ص 62) عن أهمية وسائل الإعلام في تنمية وتطوير الذكاء لدى الأطفال وقدرتها على تقديم خبرات متنوعة وثرية وجذابة للصغار والكبار.

16. إجراءات تطبيق الدراسة: تم تطبيق الاختبار الكلاسيكي على مجموعة عرض داون قدرت ب 20 فرد وبعد تكييف الاختبار ووضع المعايير الخاصة به لحساب درجة ذكاء الأطفال الجزائريين تمت برمجته معلوماتيا من طرف مهندس في الإعلام الآلي وبعد مدة 15 يوم تم تطبيقه على نفس أفراد مجموعة عرض داون وقمنا بمقارنة النتائج المتحصل عليها من تطبيق الاختبار المبرمج معلوماتيا بالنتائج المتحصل عليها من تطبيق الاختبار الكلاسيكي بهدف معرفة الفرق في زمن الرجوع وزمن تطبيق الاختبار ككل.

ثانيا: عرض نتائج تطبيق الاختبارين الكلاسيكي والمعلوماتي:

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى: نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في زمن الرجوع بين التطبيقين الكلاسيكي والمعلوماتي لدى أطفال عرض داون.

الجدول رقم (3) يبين النتائج المحصل عليها لزمن الرجوع في التطبيقين الكلاسيكي والمعلوماتي:

الرقم	زمن الرجوع في الاختبار المعلوماتي	المدة بالثواني	زمن الرجوع في الاختبار الكلاسيكي	المدة بالثواني
1	45 د و 15 ثا	2713 ثا	39 د و 52 ثا	2392 ثا
2	51 د و 35 ثا	3095 ثا	49 د و 17 ثا	2957 ثا
3	47 د و 16 ثا	2836 ثا	38 د و 56 ثا	2336 ثا
4	1سا و 13 د و 46 ثا	4426 ثا	59 د و 57 ثا	3597 ثا
5	51 د و 15 ثا	3075 ثا	39 د و 23 ثا	2363 ثا
6	56 د و 21 ثا	3381 ثا	47 د و 3 ثا	2823 ثا
7	48 د و 37 ثا	2917 ثا	35 د و 46 ثا	2146 ثا
8	59 د و 6 ثا	3546 ثا	46 د و 12 ثا	2772 ثا

9	1 سا و 15 د	4500 ثا	59 د و 57 ثا	3597 ثا
10	1 سا و 30 د و 6 ثا	5406 ثا	57 د و 56 ثا	3476 ثا
11	47 د و 59 ثا	2879 ثا	38 د و 16 ثا	2296 ثا
12	58 د و 33 ثا	3513 ثا	46 د و 6 ثا	2766 ثا
13	37 د و 17 ثا	2837 ثا	36 د و 15 ثا	2176 ثا
14	38 د و 56 ثا	2336 ثا	27 د و 59 ثا	1679 ثا
15	45 د و 37 ثا	2737 ثا	39 د و 11 ثا	2351 ثا
16	58 د و 47 ثا	3527 ثا	45 و 26 ثا	2726 ثا
17	46 د و 45 ثا	2805 ثا	28 د و 56 ثا	1736 ثا
18	58 د و 47 ثا	3516 ثا	33 د و 33 ثا	2023 ثا
19	43 د و 46 ثا	2626 ثا	31 د و 57 ثا	1917 ثا
20	42 د و 57 ثا	2577 ثا	30 د و 5 ثا	1805 ثا

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن إجابات التطبيق الكلاسيكي هي الأكبر من حيث الوقت المستغرق في زمن الرجوع مقارنة بتطبيق البرنامج المعلوماتي وقد تم تحويل الزمن المستغرق إلى الثواني لتسهيل عملية حساب الفروق باختبار T والجدول الآتي يبين تطبيق اختبار T student للفروق بين التطبيقين.

جدول رقم (4): يمثل حساب T لدلالة الفروق في زمن الرجوع بين التطبيقين الكلاسيكي والمعلوماتي

الرقم	زمن الرجوع بالثواني		D	$(D - \bar{D})^2$
	في التطبيق الأول الكلاسيكي	في التطبيق الثاني المعلوماتي		
1	2713	2392	321	197136
2	3095	2957	138	393129
3	2836	2336	500	70225
4	4426	3597	829	4096
5	3075	2363	712	2809
6	3381	2823	558	42849

7	2917	2146	771	36
8	3546	2772	774	81
9	4500	3597	903	19044
10	5406	3476	1930	1357225
11	2879	2296	583	33124
12	3513	2766	747	324
13	2837	2176	661	10816
14	2336	1679	657	11664
15	2737	2351	386	143641
16	3527	2726	801	1296
17	2805	1736	1069	92416
18	3516	2023	1493	529984
19	2626	1917	709	3136
20	2577	1805	772	49
المجموع	65248	49934	15314	2913080

بعد تطبيق المعادلة كانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (5): يلخص نتائج تطبيق اختبار t لدلالة الفروق بين التطبيقين.

عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي		التباين	T المحسوبة	T المجدولة	درجة الحرية	Y
	التطبيق الأول	التطبيق الثاني					
20	3262	2496	391.56	8	2.878	18	0

التعليق : يتبين لنا من الجدول أعلاه أن t المحسوبة (8) أكبر من t المجدولة (2.878) عند درجة حرية 18 وبمستوى دلالة 0.01 ، وعليه فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في زمن الرجوع بين التطبيقين لصالح التطبيق الكلاسيكي بمتوسط حسابي (3262) في حين بلغ المتوسط الحسابي للتطبيق المعلوماتي (2496) وعليه نقبل فرضية البحث لتحقيقها. ويمكن أن تُرجع هذه النتيجة إلى أن إضفاء الصبغة المعلوماتية على البرنامج الكلاسيكي جذب اهتمام أطفال عرض داون و انتباههم فلم نلتهم الملل

الذي لاحظناه في التطبيق الأول خاصة في البنود الأخيرة للاختبار بل التمسنا اهتمام كبير لجميع أفراد العينة بدون استثناء حتى كان هناك عدم التقبل عند الانتهاء من الاختبار وكان هناك عناد شديد ورفض الخروج من القاعة و التمسك بالجهاز المحمول .

وبمجرد سماع التعليمات ثوان قليلة ويوجب الطفل ، وحتى أنك تجده مركزاً نظره مع شاشة المحمول وكذا مركزاً سمعه إلى التعليمات التي ستلقى عليه بينما في البرنامج الكلاسيكي تجد طفل عرض داون يهتم في البداية ثم يبدأ يخلط الأوراق وتلاحظ ملل في إجابته وإشاراته وهذا ما يفسر الفرق في زمن الرجوع. كما أن إثارة اهتمام المفحوص عن طريق تقديم أشكال متنوعة وألوان مثيرة وأصوات باهرة تعمل على استثارة أكثر من حاسة لديه مما يؤدي إلى زيادة اهتمامه وجذب انتباهه لما يُعرض عليه من معلومات خاصة لفئة الأطفال الذين يتفاعلون وبقوة مع هذه البرامج وهذا ما يُكسب البرامج المعلوماتية خاصية التفاعلية.

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: نص الفرضية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الزمن المستغرق بين التطبيقين الكلاسيكي والمعلوماتي لدى أطفال عرض داون.

جدول رقم (6): يبين الوقت المستغرق الكلي لتطبيق الاختبارين الكلاسيكي و المعلوماتي .

الرقم	الوقت المستغرق الكلي		D	$(D - \bar{D})^2$
	في التطبيق الأول الكلاسيكي	في التطبيق الثاني المعلوماتي		
1	3313	2512	801	289
2	3845	3207	638	32400
3	3336	2536	800	324
4	5136	3897	1239	177241
5	3495	2763	732	7396
6	3891	2666	918	10000
7	3167	3142	501	100489
8	4126	3857	984	27556
9	4720	3846	893	5625
10	5556	2846	1710	795664
11	3302	2466	836	324
12	3633	2946	687	17161

13	3187	2496	682	18496
14	2586	1849	737	6561
15	2907	2601	306	262144
16	3155	3046	109	502681
17	2985	1966	1019	40401
18	3676	2443	1233	172225
19	2946	2267	679	19321
20	2997	2125	872	2916
المجموع	71950	55604	16376	2170014

وبعد تطبيق معادلة t لدلالة الفروق كانت النتائج كالآتي :
الجدول رقم (7): يلخص نتائج تطبيق اختبار t لدلالة الفروق بين التطبيقين :

عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي		التباين	T المحسوبة	T المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	التطبيق الأول	التطبيق الثاني					
20	3597	2780	337.95	10	2.878	18	0.01

التعليق : يتبين لنا من الجدول أعلاه أن قيمة t المحسوبة (10) أكبر من قيمة t المجدولة (2.878) عند درجة حرية 18 وبمستوى دلالة 0.01 ، وعليه فإنها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الزمن الكلي بين التطبيقين الكلاسيكي و المعلوماتي لصالح التطبيق الكلاسيكي بمتوسط حسابي (3597) في حين بلغ المتوسط الحسابي للتطبيق المعلوماتي (2780) وعليه نقبل فرضية البحث لتحقيقها.

يمكننا أن نُرجع هذه النتيجة إلى أن استعمال المعلوماتية يقتصد لنا في الوقت ويسهل عملية التطبيق حتى أنه يقضي على عدة عوامل التي تعيق طريقة التطبيق كالميل والروتين وتنمية المهارات الإجتماعية فهو وسيلة فعالة في تحسين أداء هؤلاء الأطفال من عرض داون خاصة الأطفال العاديين بصفة عامة فنجد في تطبيق الاختبار فروق واضحة وهذا ناتج لعرض المعلومات من خلال وسط ملائم ويتضمن ذلك عدة وسائط مثل الصور المتحركة والصوت والنصوص المكتوبة ويعرض ذلك على شاشة المحمول وهي وسيلة سهلة لعرض المعلومات على المستخدمين حيث أن استخدام البرنامج المعلوماتي يجعل هناك مجالا للإنتقال من النصوص والبيانات إلى عالم التمثيل البياني والصوت والصور فهي تعطي الخبرة عن طريق عدة حواس كما تعمل على إثارة إهتمام المفحوصين عن طريق تقديم أشكال متعددة ومتنوعة والتي تعمل على إستثارة أكثر من حاسة مما يزيد من الإيضاح والتركيز على المعلومات المراد توصيلها للمتعلم وهذا ما يتوافق ونظرية العوامل المتعددة لجيلفورد .

إستنتاج عام : إن ندرة وجود اختبارات الذكاء المكيفة على البيئة الجزائرية وخطأ التشخيص الذي يكون نتيجة تطبيق اختبارات أجنبية غير مكيفة دفع بنا إلى نكييف اختبار ذكاء الأطفال للدكتورة إجلال يسري

وبرمجناه معلوماتيا لكي نطبقه على أطفال عرض داون ولنكسر روتين الاختبارات الكلاسيكية ونفك قيود الملل ونقتصد في وقت التطبيق .

ولكي نواكب حضارة المعلوماتية برمجناه معلوماتيا لكي نسهل عملية تطبيق الاختبارات للمختصين التربويين والأطفونيين وعلماء النفس ولنخلق جوا من المتعة أثناء الفحص ، فقد إلتسنا إستشارة قوية لأطفال عرض داون في التطبيق الثاني وهذا الذي يؤكد أهداف دراستنا حول مدى فاعلية البرنامج المعلوماتي وتطبيق اختبار **T Student** لدراسة الفروق في زمن الرجوع والوقت المستغرق الكلي بين التطبيقين كان ذا دلالة إحصائية وبذلك تأكدنا من صدق الفرضيتين . وهذا ما سيجعل من دراستنا هذه خطوة إيجابية منتجة في البحث العلمي .

خاتمة :إن إعتداد المختصين في علم النفس على مقاييس أجنبية غير مقننة في عملية التشخيص خطأ فادح لا بد من تداركه وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على مقياس مقنن ومكيف على بيئتنا وهو اختبار ذكاء الأطفال لإجلال يسري والذي يخص فئة الأطفال من 3 سنوات إلى 9 سنوات حيث تناظر هذه المرحلة العمرية فئة أطفال الحضانات و الصفوف الثلاثة الأولى للتعليم الإبتدائي وبعد تكيف اختبار ذكاء الأطفال في دراسة سابقة للباحثة اعتمدنا عليه كركيزة أساسية لتطبيق وتحقيق البرمجة المعلوماتية للاختبار وتطبيقه على أطفال عرض داون .

ثم عرض البرنامج الكلاسيكي المكيف على مهندس في البرمجة المعلوماتية لبرمجته معلوماتيا وبعد ذلك تم تطبيقه على 20 فرد من أطفال عرض داون بعد أن تم تطبيق البرنامج الكلاسيكي عليهم بفارق زمني قُدر ب 15يوم ثم تم حساب زمن الرجوع لكل بنود الاختبار خلال التطبيقين وأجريت مقارنة بينهما فكانت قيمة T لهذا الفرق ذات دلالة إحصائية وهذا ما يؤكد تفوق الاختبار الكلاسيكي من حيث استفراقه لزمن الرجوع وكذا الوقت الكلي المستغرق لتطبيق الاختبارين وهذا ما يُفسر كفاءة البرامج المعلوماتية في تقديم المعطيات وسرعة تقبلها ، فاستخدام المؤثرات الصوتية في البرامج تعمل على جذب انتباه المستخدم وتضيف بُغدا جماليا لأن اللغة المنطوقة من أهم وسائل الاتصال وتتمثل في صورة أحاديث مسموعة منطوقة تستخدم لمصاحبة نص أو رسم أو صور تظهر على الشاشة لإعطاء توجيهات وإرشادات للمفحوص كما أن الموسيقى تعد من أهم العناصر الصوتية في برامج الوسائط المتعددة فهي تعزز العملية التفاعلية لتوضيحها المعنى الذي تحمله الصور فهي تنقل المعنى وتثير الإحساس بطريقة تعجز الكلمات العادية أن تثيرها وبهذا نكون قد تعرفنا على مدى فاعلية استخدام برنامج معلوماتي معرفي لاختبار ذكاء الأطفال للمصابين بعرض داون وبهذا نكون قد حققنا أهداف الدراسة .

قائمة المراجع بالعربية:

- 1- إجلال مُجد يسري ، (1988)، اختبار ذكاء الاطفال ، مكتبة الإسكندرية .
- 2- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي ، (1994) ، الذكاء وتنتيته لدى أطفالنا، مكتبة الدار العربية للكتاب ، القاهرة.
- 3- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، موسوعة مصطلحات ذوي الإحتياجات الخاصة.
- 4- المناعي مُجد عبد الكريم ، (2000) ، دمج الطلبة مهن لديهم متلازمة داون، الجمعية البحرينية لمتلازمة داون.
- 5- تصافوت صفية، (2010)، دراسة الدلالة التركيبية للغة الشفهية لعرض داون، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر 2.

- 6- سامي مُجَّد ملحم ، (2002) ، مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، ط 2 ، دار المسيرة ، عمان الأردن.
- 7- سهير مُجَّد سلامة شاش ، (2002) ، التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل و الدمج ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة
- 8- شيخة سالم العريض ، (2003) ، الوراثة ماليا وما عليها ، دار الحرف العربي .
- 9- عادل عبد الله مُجَّد ، (2003) ، "تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا باستخدام محادول النشاط المصورة ، دار الرشاد ، القاهرة ، ط 1.
- 10- عبد الرحمن فائز السويد ، (1992) ، متلازمة داون ، المرجع المبسط الذي لاغنى عنه لكل أسرة جديدة ، جمعية الحق في الحياة ، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة
- 11- عبد العزيز السرطاوي جميل ، (1998) ، الإعاقات الحسية والصحية ، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 12- عبد الله عادل مُجَّد ، (2004) ، الإعاقات العقلية ، دار الرشاد للنشر ، ط 1 ، القاهرة.
- 13- كمال إبراهيم مرسى ، (1996) ، مرجع في علم التخلف العقلي ، دار النشر الجامعات المصرية ، القاهرة.
- 14- يوسف مُجَّد فوزي وبورسكي ، باوروسواف كفاشي ، (2002) ، متلازمة داون حقائق وإرشاد ، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
- المراجع باللغة الأجنبية:
- 15- ANIT:LE 2^{eme} journée national sur la trisomie 21 (sante et pédagogie) -15
.Alger
- 16- Fish H, Hyun G, Golden R, Hansel W, olssonc A.Liberson G I,200 theinfluence of paternal age on down syndrome,j wrol,169,2275-8.
- 17- "le mongolisme « pierre Margado, 4eme ,(1997).Lambert. J-L et Rondal.j-A édition.
- 18- influence of advance of ,(2006)Malini SS, Ramachandran N B maternalgrandmothers on Down syndrome, BMCM ed genet 14.7.
- 19- Ddictionnaire,Encyclopedique _____ , (1980)"N.Sillamyet al _____ , depsychologie,Edition Bords,Paris.
- 20- ed Margada,paris. ,Fonction Symbolique et le langage ,(1963) ,Rondal
- 21- quetions et reponses sur mongolisme,la ,(1982)Rondal.J.A ;Lambert.J.L ;
- liberté.INC,quebec,Canada.
- 22- perspective en gramatical developement in down syndrome ,Rondal J A inNadel L ,Rosental D (Eds :"down syndrome :Living and icaming in the community.
- 23- Smith, Deborah deusch,Lukasson,Ruth (1992).Introduction to specialEducation ;Teaching in age of challenge.USA..
مواقع الأنترنت:

Down's Heart group http://www.downs-heart.down-syndrome.net/	-24
Down Syndrome Association of South Wales (Australia)	-25
http://www.dsansw.org.au/	
Down Syndrome Health Issues http://www.ds-health.com/	-26
(http://www.dsaustralia.org.au/)Down syndrome research foundation	-27
The Down Syndrome information Network http://www.down-syndrome.info/	-28

رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وسياسة إدماجهم في الجزائر.

د. نوال بن عمار

الجامعة: جامعة باتنة-1-

مقدمة:

اهتمت السياسة الاجتماعية في الجزائر منذ عهد الاستقلال برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال سن قوانين تضمن لهم حقوقهم في التعليم والتعلم بإنشاء مراكز متخصصة تهتم برعايتهم وتأهيلهم علميا وعمليا، إلى جانب ذلك ركزت على إعداد المعلمين المتخصصين في التربية والتعليم المتمكنين والمؤهلين للتعامل مع هذه الفئة من المجتمع.

وتساعد برامج التأهيل والتشغيل على استقرار الشخص المعاق نفسيا واجتماعيا واستقلاله اقتصاديا، بدل أن يكون عالة على غيره وإنسان مستهلكا ومصدرا للعطف والشفقة، وبما أن عملية التأهيل عملية مستمرة والتأهيل المهني جزء منها فهو يهدف إلى تحقيق الكفاية الاقتصادية عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو وظيفة والاستمرار بها، كما تشمل هذه العملية المتابعة ومساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف والرضا عن العمل، والاستفادة من قدراتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والإفادة الاقتصادية بالقدر الذي يستطيعونه، وتحقيق ذاتهم وتقديرهم لها وإعادة ثقتهم بأنفسهم، وكذا تحقيق التكيف المناسب والاحترام المتبادل بينهم وبين أفراد المجتمع باعتبارهم أفرادا منتجين فيه، وهو يساعد على ممارستهم لحقوقهم الشرعية خاصة في مجال الحصول على الأعمال التي تتناسب مع استعداداتهم وإمكاناتهم.

وتمثل فئة ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر وما تحمله من طموحات في أخذهم بعين الاعتبار من حيث التكفل والإدماج الاجتماعي انشغالا دائما للسلطات العمومية التي أخذت على عاتقها هذا التحدي بوضعها جملة من السياسات والترتيبات لفائدة هذه الفئة.

إن هذا التحدي قائم على أساس ضرورة حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، ترتب عنه إصدار جملة من النصوص والقوانين التنظيمية ذات مواضيع متعددة لتغطية حاجيات هذه الفئة الأخذة في التزايد حيث تشير منظمة الصحة العالمية (WHO) **World Health Organization**، إلى أنه يتعايش نحو 15% من سكان العالم مع شكل من أشكال الإعاقة، وفي العالم العربي يبلغ عدد ذوي الإعاقة حوالي 40 مليون شخص، أما في الجزائر يعاني قرابة 4 ملايين شخص من الإعاقة، حيث أن عدد الأشخاص المعاقين حركيا هو الأكثر ارتفاعا بين أنواع الإعاقات الأخرى بنسبة 50% من مجموع عدد المعاقين، وتشير آخر أرقام الديوان الوطني للإحصائيات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني والأسرة عشية الاحتفال باليوم العالمي للمعوقين المصادف لـ 3 ديسمبر من كل سنة بلغ أزيد من 4 ملايين شخصا بمختلف الإعاقات لسنة 2015.

إن الأهداف المحددة لسياسة رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي لها علاقة بالأهداف الكبرى التي يرسمها المجتمع، هذه العلاقات التي يؤكدتها علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية وهي تعنى بالربط بين أهداف التنمية الشاملة للمجتمع وأهداف السياسة الاجتماعية، فتخدم هذه الأخيرة الأولى بفعالية

كبيرة ، وذلك بخلق فرد ذو مستوى نفسي وثقافي واجتماعي قادر على مواجهة تحديات العصر ، من تقدم علمي وتكنولوجي وتغير ثقافي .

إن خدمات الرعاية والتكفل بالأشخاص المعاقين في عصرنا الحالي ، وخاصة في المجتمعات المتقدمة تعتبر استثمارا جد مهما لطاقة جد حيوية ، إذا أهلت التأهيل اللازم والكافي لمواجهة التحديات التي تقرها مبادئ الإنسانية والديمقراطية من كرامة وحرية ومشاركة فعالة في الحياة الاجتماعية وتكافؤ الفرص ، لكن كيف تحقق رعاية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الفعالية اللازمة ، حتى تصبح حقيقة العامل الرئيسي والحاسم في عملية إدماجهم الاجتماعي ، من أجل المساهمة في التطور المجتمعي ؟

I. التأسيس المفاهيمي للدراسة

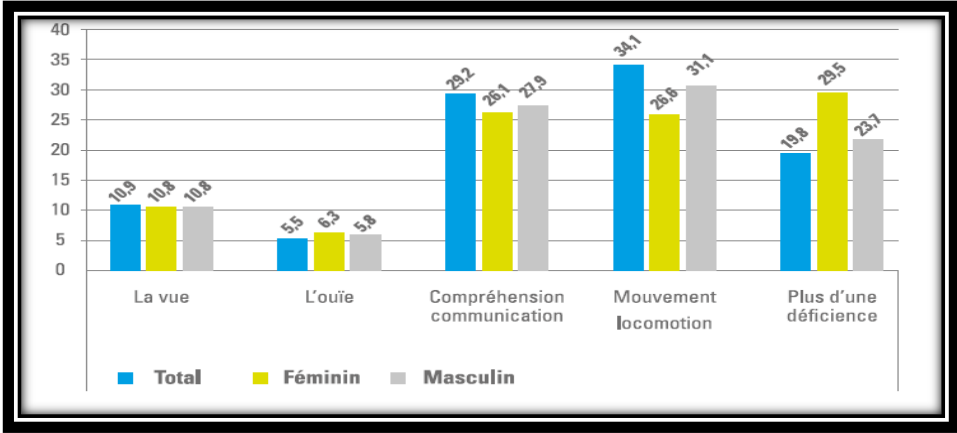
1.1 تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة: "هم أفراد يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على تعلم أو اكتساب خبرات أو مهارات وأداء أعمال يقوم بها الفرد العادي السليم المماثل لهم في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية .
ولهذا تصبح لهم بالإضافة إلى احتياجات الفرد العادي احتياجات تعليمية ، نفسية ، حياتية ، مهنية ، اقتصادية ، صحية ، يلتزم المجتمع بتوفيرها لهم ، باعتبارهم مواطنين وبشراً قبل أن يكونوا معاقين-كغيرهم من أفراد المجتمع."

وعرفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة على أنها: "حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسدية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعيق الفرد من تعلم بعض الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السن."

وجا كذلك أنها "حالة تحد من مقدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من العناصر الأساسية للحياة اليومية من قبيل العناية بالذات أو ممارسة العلاقات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية ، وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية .

وعرف بعضهم صاحب الاحتياجات الخاصة بأنه: "الشخص الذي استقر به عائق أو أكثر ، يوهن من قدرته ويجعله في أمس الحاجة إلى عون خارجي أو: "هو من فقد قدرته على مزاوله عمله ، أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني أو جسمي أو عقلي سواء كان هذا القصور بسبب إصابة في حادث أو مرض أو عجز وُلادِي." (حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، 2014، ص8)

شكل رقم 01: توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر حسب نوع الجنس ونوع الإعاقة 2012-2013.



(Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4 2012-2013), 2016, p241)

إذا أخذنا بعين الاعتبار بعض الخصائص المعينة نجد أن الرجال يعانون في المقام الأول من الإعاقة المرتبطة بالحركة بنسبة (34 %)، وتأتي في المرتبة الثانية الإعاقة المتعلقة بالفهم والتواصل أي الذهنية بنسبة (29 %)، أما بالنسبة لفئة النساء (27 %) منهن يعانين من إعاقة حركية لكن بنسبة أقل من الرجال ويعانين 26 % منهن من إعاقة ذهنية.

2.1 أنواع الإعاقات:

أ. جسمية (بدنية): بفقدان جزء من أجزاء الجسم أو أكثر مما يؤثر في الحركة أو حدوث خلل بها، مثل الشلل.

ب. حسية: بفقدان حاسة من الحواس أو حدوث نقص بها كالصمم والعمى.

ت. ذهنية: بفقدان العقل، أو حدوث نقص فيه (تخلف عقلي).

ث. نفسية: بحدوث آثار ظاهرة واضطرابات مثل الانطواء، الانفصام، القلق.

كما لا بد من ملاحظة أن الفرد قد يعاني من أكثر من إعاقة من تلك الإعاقات (متعدد الإعاقات)، كما أن بعض الإعاقات قد تصاحبها نواحي قصور أخرى فمثلاً قد يعاني المتخلف عقلياً من نوع أو أكثر من نواحي القصور في السمع أو الحركة أو التخاطب... الخ. (حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، 2014، ص 8-9)

3.1 أسباب حدوث الإعاقة: الإعاقة مشكلة متعددة في أبعادها، ومتداخلة في جوانبها حيث أنها نتاج الوراثة والبيئة معا بمعنى نتيجة تكامل العوامل الوراثية والعوامل البيئية، وتأثير العوامل البيئية لا يبدأ بعد ولادة الطفل بل يبدأ منذ زمن اللحظة الأولى، تكون الخلية داخل رحم الأم، ولهذا فإن الطفل يتعرض داخل الرحم لعوامل بيئية مثل: الحرارة والضغط والتغذية وغيرها من العوامل الفيزيولوجية والكيميائية، هذا بالإضافة إلى انفعالات الأم السارة والحزينة، وعادات الأم الخاطئة مثل: التدخين، الإدمان، والمرض أثناء الحمل، وتناول الأدوية المضرة بالجنين. (مدحت محمد أبو النصر، 2004، ص 32) وتقسم هذه الأسباب بشكل عام إلى:

3.1.1 أسباب مرحلة ما قبل الولادة وتشمل الأسباب المتعلقة ب:

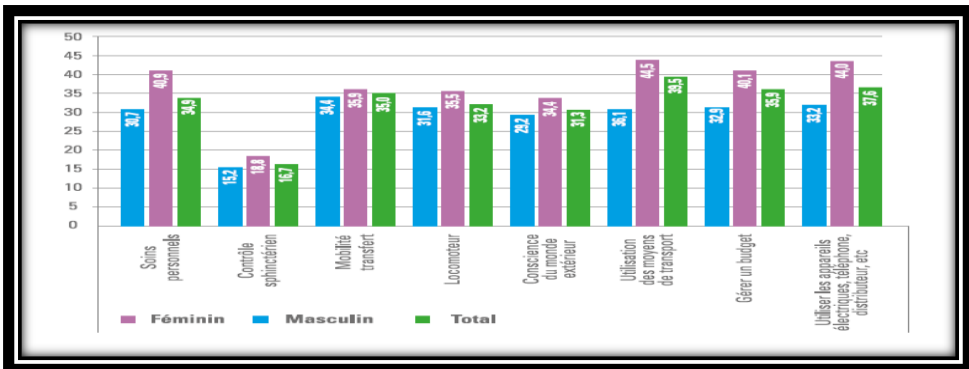
- العوامل الوراثية: مثل انتقال صفات وراثية شاذة (شذوذ الكروموزومات وشذوذ الجينات)، واضطراب الغدد الصماء.
- الأمراض التي تصيب الأم الحامل، وخاصة الزهري والحصبة وأثار ذلك على الجنين.

- سوء التغذية لدى الأم الحامل ، وما يلحقه من آثار على الجنين.
- تعاطي الأم الحامل العقاقير ولأدوية دون استشارة الطبيب. (مدحت مُجد أبو النصر، 2004، ص33)
- نقص وصول الأكسجين لمخ الجنين أثناء الحمل.
- معاناة الأم من الأنيميا ، أو السمّنة أثناء الحمل.
- زواج الأقارب الذي يكثر بصفة خاصة في المناطق الريفية والبدوية.
- إصابة الأم الحامل ببعض الحمات مثل الحمى الروماتيزمية.(فاروق الروسان، 2000، ص539)
- ميلاد الطفل قبل مياعده يمكن أن يصاب بنزيف في المخ ، كبر حجمه وتعتثر ولادته والإهمال في نظافة الطفل عند ولادته.

3.2.1 أسباب مرحلة ما بعد الولادة:

- ✦ الالتهاب وارتفاع درجة الحرارة للطفل.
- ✦ الأمراض التي تصيب الأطفال وخاصة لعدم تقديم اللقاحات في الأوقات المحددة لها والإصابة بالجروح. (مدحت مُجد أبو النصر، 2004، ص34)
- ✦ إضافة إلى بعض العوامل البيئية التي تلعب دورا واضحا في حدوث الإعاقة نذكر منها: الكوارث الطبيعية-أشكال العنف والدمار المختلفة-الأوبئة والمجاعات-عدم كفاية الخدمات الصحية والخطأ في علاج المصابين أثناء الحوادث والكوارث-الحوادث الصناعية-الاستعمال الخاطئ للأدوية والعقاقير والمنبهات.

شكل رقم 02:النسبة المئوية للأشخاص الذين لديهم شروط تحد من أنشطتهم العادية حسب الجنس ونوع الإعاقة، في الجزائر 2012-2013.



(Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4 2012-2013), 2016, p241)
تشير البيانات إلى أن 47 % من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في المناطق الشمالية غير قادرين على استخدام الأجهزة الكهربائية، و44 % يجدون صعوبة في استخدام وسائل النقل، و42 % من الأشخاص ذوي الإعاقة في المناطق الريفية و34 % في المناطق الحضرية.
حسب العمر 59 % من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 0-4 سنوات و47 % من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 5-9 سنوات غير قادرين على الاعتناء بأنفسهم، أما 51 % من الأشخاص البالغين من العمر 60+ يعانون من إعاقات حركية متعلقة بالتنقل والنقل، و46 % يجدون صعوبة في استخدام وسائل النقل. (Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4 2012-2013), 2016, p244-245)

II. الإدماج الاجتماعي: يعرف الإدماج الاجتماعي على أنه: "العملية التي يستطيع الفرد من خلالها أن يتكيف مع بيئته الاجتماعية التي يعيش فيها، وذلك بالالتزام بقواعدها ونظمها، وهذا يتعلم واستدخال كل أشكال السلوك وطرق التفكير واستيعاب ثقافة مجتمعه لتكون جزء من شخصيته". (Erikson.E, 1972, p100)، نفهم من خلال هذا التعريف بأن الإدماج الاجتماعي هو عملية مماثلة لعملية التنشئة الاجتماعية، هذه الأخيرة تتضمن عمليات التعليم والتعلم، التربية، التدريب الإعداد والتكوين والتطبيع، والتي من خلالها يتمكن الفرد من استدخال ثقافة مجتمعه بما تحمله من عناصر متعددة، ويتحول بذلك من مجرد كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، وهذا يعني بأن الإدماج الاجتماعي هو تطبيع اجتماعي "ويقصد بالتطبيع، تزويد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بخبرات الحياة العادية، سواء داخل الفصل الدراسي أو خارجه بحيث تتاح أمامهم الفرص لملاحظة سلوك الآخرين والتفاعل معهم في ظل ظروف ومواقف عادية." (سهير محمد سلامة شاس، 2002، ص 77)

وهنا تأكيد على أهمية دمج الأفراد ذوي الحاجات الخاصة مع الأفراد العاديين من أجل تمكينهم من التفاعل الاجتماعي الإيجابي، لكي يكتسبوا أنماط السلوك المرغوبة ولكي يحققوا ذواتهم وتحسن صورة الذات لديهم ونظرة الآخرين لهم، وكل ذلك يكون سواء داخل المؤسسة أو خارجها في الأسرة وفي المجتمع ككل.

إن مفهوم الشخص المعوق (المصاب بإعاقة)، الذي عوض مفهوم الشخص القاصر (المصاب بقصور)، ظهر كانعكاس لنمط خاص من التكفل والرعاية ألا وهو إعادة التكييف والإدماج، هذا الأخير يتحدد كيفيا كمفهوم مضاد لمفهوم التهميش (Ebersold.S, 1991, p38) الذي يمكن أن يحمل مظاهرا متعددة كالإقصاء من الدراسة أو العمل.

ويرى آخرون بأن الإدماج الاجتماعي هو: "عبارة عن تلاؤم أو تكيف الفرد أو الأفراد بشكل واع ومقصود، وبطرق معينة مع وضع جديد، سواء أكان هذا الوضع اجتماعيا أو اقتصاديا، أم مهنيا، أو حتى سياسيا." (سهير محمد سلامة شاس، 2002، ص 77)

ويوضح من خلال ذلك بأن عملية الإدماج الاجتماعي ونتائجها، من تكيف وتلاؤم هي عملية مقصودة وواعية، ونتائجها مستهدفة ومخططة وليست بالعشوائية، ولا تأتي عن طريق الصدفة فلها طرقها ومناهجها ووسائلها، ومن يسهرون على تطبيقها وهي تمس جوانب عديدة من شخصية الفرد وحياته، بحيث تمدد بالوسائل والإمكانيات مع تطوير واستثمار ما لديه من الطاقات وقدرات كامنة ومواهب لجعله

يتكيف ذاتيا ونفسيا واجتماعيا مع ظروف حياته ، وخاصة الاجتماعية والمهنية منها ، التي تتطلب قدرات جديدة لا بد كم عملية الإدماج بما تتضمنه من برامج وخدمات أن تمنحه إياها وتمنحه كذلك القدرة على تنميتها.

كما يرى إيريكسون أن الإدماج الاجتماعي " هو العملية التي تسمح للفرد الدخول في نظام التبادلات الاجتماعية الخاصة بجماعته التي ينشأ فيها."

وبالتالي فإن أساس الإدماج الاجتماعي هو العلاقات الاجتماعية التي يربطها الفرد المدمج مع جماعته سواء أكانت أسرته أو مدرسته أو مؤسسة خاصة أو جماعة العمل أو المجتمع الكبير.

وهذا ما يجعلنا نفكر بأن الإدماج الاجتماعي يحقق للفرد المدمج القدرة على التواصل مع الآخرين ، و التعايش معهم والاستقلالية الذاتية والتكيف الذاتي والاجتماعي.

كما يعرف الإدماج الاجتماعي بأنه " هو التطور الذي بواسطته يتعلم الإنسان ويستدخل خلال حياته كل العناصر الاجتماعية والثقافية لمجتمعه ، ويدرجها في بناء شخصيته تحت تأثير الخبرات

والعوامل الاجتماعية ذات الدلالة ، وبذلك يتكيف مع المحيط الاجتماعي أين يجب أن يعيش". (Rocher.Guy, 1968, p132) ويرى إيريكسون (1957) بأن عملية التطبيع الاجتماعي تمر ب8

مراحل وهي: 1-تعلم الثقة في مقابل عدم الثقة. 2-تعلم الذاتية والاستقلالية في مقابل الشعور بالعار. 3-

تعلم المبادأة في مقابل الشعور بالذنب. 4-تعلم الاجتهاد في مقابل الشعور بالنقص. 5-تعلم الهوية في مقابل اضطرابات الهوية. 6-تعلم الألفة في مقابل العزلة. 7-تعلم الإنتاجية في مقابل الإغراق في الذاتية. 8-

تعلم التكامل في مقابل اليأس. (محي الدين توق ، عبد الرحمان عدس ، 1984 ، ص 128-129).

بعد تعرضنا لمختلف التعاريف والمحاولات التي جاء بها أصحابها ، بغرض تحليل وفهم مفهوم الإدماج الاجتماعي ، نجدهم اختلفوا حول مراكز اهتماماتهم في المفهوم ولكنهم لم يختلفوا حول جوهر

هذه العملية ، والذي يتمثل في أنها عملية اجتماعية تستهدف تكيف الفرد نفسيا واجتماعيا.

ومن خلال ما سبق يمكن إعطاء تعريف إجرائي لمفهوم الإدماج الاجتماعي على أنه عملية اجتماعية مقصودة تستهدف تحقيق الاستقلالية الذاتية ، والتكيف الذاتي والنفسي والاجتماعي للفرد ،

بفضل جملة من البرامج والخدمات الاجتماعية ، النفسية ، الصحية ، التكوينية والمهنية ، ولكي يحي حياة اجتماعية إيجابية وفعالة في جماعته الأسرية والمدرسية المهنية أو العامة.

III سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين: الإدماج الاجتماعي للمعوقين هو عملية نتجت عن المعاناة التي يعيشها المعوقون ، ولقد جاءت لكي تجعله فردا من المجتمع ، له حقوقه وعليه واجبات كغيره من الأفراد العاديين في المجتمع ، وللإدماج الاجتماعي أهمية تكمن في أنه يقتصر على الفرد المعوق فقط ، فالإدماج الاجتماعي نتيجة طبيعية للتفاعل الذي يتم بين الفرد ومحيطه الاجتماعي.

لذلك فإن نوع الإدماج الذي أصبح شائعا ومستحسنا في العالم ، هو إعادة التكيف المتبادل

تكييف الشخص المعوق مع إعاقته ومع مجتمعه ، وتكيف هذا الأخير معه) ويتضمن هذا النوع تعويض النقص (القصور) الذي يعاني منه المعوق ، من أجل استيعابه من طرف النظام المنتج. (Stiker.H.J, 1982, p107)

كما أن أهميته الثانية تتمثل في أن عملية الإدماج الاجتماعي تتسع دائرة انتشارها من أسرة الفرد إلى جماعة رفاقه ، ثم إلى المدرسة فتشمل المحيطين به ككل ويكون هذا خلال حياته ، وتكمن

أهمية الإدماج الاجتماعي الثالثة ، في أنها عملية لا تقتصر على فترة واحدة من حياة الفرد ، بل هي مستمرة

ويتم فيها الأخذ بقواعد المجتمع ونظمه ، وتعلم كل أشكال السلوك وطرق التفكير كما أن الإدماج الاجتماعي يساهم في اكتساب الفرد المعوق بثقافة المجتمع الذي يعيش فيه ، وهذا لبناء جزء من شخصية الفرد المعوق عن طريق الإدماج الاجتماعي ، والتكيف يعني استدخال النماذج القيمة التي توجد في محيطه ، وإدماجها في تربية شخصيته ، وبالتالي يستطيع الاتصال والاشتراك بسهولة مع أعضاء الجماعات التي ينتمي إليها.(علال بن العزيمة، ص321).

IV. استراتيجيات الدمج الاجتماعي: إن عملية دمج المعوقين 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 أفراد المعوقين بإدماجهم في الحياة الاجتماعية والمساهمة في عملية التنمية وتأمين حاجيات المعوق ، وتقديم الرعايات والخدمات الخاصة والتأهيل وإعدادهم لممارسة عمل ما ، ولقد تغير مفهوم إدماج المعوقين وتحول من إدماج مهني إلى إدماج اجتماعي شامل بحيث تراعي فيه عوامل البيئة الاجتماعية ، كما تحول النظرة إلى التعامل مع الإعاقة من نظرة تكيفية إلى نظرة اجتماعية إنسانية.(Ebersold,S,1991, p38)

فهذا يستدعي وضع سياسات وخطط اجتماعية تهدف لإدماج المعوقين ويمكن تحقيقها على مديين من التدخل المبكر والمتأخر ، والأول يقصد به التدخل في مجال معين ومحدد ويكون العجز أو القصور محدد في ميدان ، ويمكن التغلب عليه وأما الثاني فيقصد به التدخل ضمن مجال العجز والقصور ويشملان ميادين أخرى.(علال بن العزيمة، ص341).

1) المستوى الأول: التخطيط على مستوى ذوي الاحتياجات الخاصة: يتضمن هذا التخطيط عدة نقاط هدفها تنمية الذات لدى الفرد المعاق وابتعاده عن التبعية واستعادة الثقة بنفسه وتغيير اتجاهات المعوق نحو قدراته ، والعمل على تنميتها فهنا تقوم بالكشف عن قدراته الكامنة أو الخفية التي لم يتم باستخدامها وهذا لشعوره بالنقص والعجز ، ويقوم باستخدامه تعويضا للنقص الذي يحس به ، وتغيير اتجاهات المعوق نحو الآخرين. فهنا تتغير نظرة المعوق بأن الآخرين أحسن منه بأنهم لا يحبونه ، وبأنهم ينظرون إليه بأنه شخص غير مرغوب فيه ، وتوسيع العلاقات الاجتماعية للمعوق بين أسرته ومجمعه وجماعة رفاقه بالمدرسة والمؤسسات المتخصصة والمجتمع.

2) المستوى الثاني: التخطيط الاجتماعي نحو مشكلة الإعاقة على مستوى الفئات الاجتماعية والجماعات: ففي هذا المستوى يكون التركيز على محاولة تغيير الأفكار والذهنيات المنتشرة في المجتمع ونظرتهم إلى المعوق بأنه فرد جدير بالعطف والحنان وتجاوز فيه الصدقة ، وبأنه خطير يجب الاحتياط منه ، وبأنه شخص لا يفهم ولن يتعلم العمل يمكنه التسول فقط ويكون هذا بتوعية المجتمع بأن المعاق فرد مثله كمثل شخص سوي في المجتمع ، أدت به أسباب وراثية أو مكتسبة إلى الإعاقة ، فهذه الإعاقة ليست بشيء يعاب عليه وهنا يتوجب على الأسر والمجتمع التعامل مع هذه الشريحة بطريقة عادية لا تشعره بأنه شخص غير مرغوب فيه وإدخاله مدارس عادية إذا كانت الإعاقة بسيطة لا تستدعي الدخول في مدارس خاصة ، وإذا كانت الإعاقة شديدة فيتم إدخاله إلى مؤسسات متخصصة لكي يتعلم وهذا حق من حقوقه كغيره في المجتمع وتقدم له رعاية خاصة تجعله مستقلا بذاته (يمارس دوره الاقتصادي ودوره الاجتماعي).

3) المستوى الثالث: التخطيط الاجتماعي على مستوى المجتمع: وهنا نقصد به الاهتمام بالمؤسسات التي تقدم الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، فإذا كان المعوق بمدرسة عادية فتقدم له خدمات بهذه المدرسة من طرف عمال عاديين مع استشارة المختصين وإذا كانت في مؤسسة خاصة تقوم بتقديم رعاية خاصة للمعوقين والعمل على تحسين وتطوير الخدمات وتوفير حاجيات المعوقين والسهر على توفيرها وتحسين طرق التكفل بهذه الفئة ، وتغيير التشريعات الاجتماعية والقانونية حتى تضمن جميع الحقوق والواجبات الأساسية للمعوقين بصفة عامة ، وتوفير فرص العمل والكسب وخدمات التربية والثقافة والترفيه ، والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية.

وتعتبر عمليات التأهيل بمختلف أنواعها الصحية والنفسية والمهنية والاجتماعية ، ذات أهمية بالغة حيث أنه إذا تم تجسيدها فدون شك ستتمكن من توفير أحسن الظروف الملائمة لإدماج أصحاب الهمم في المجتمع.(عبد الله مُجَد، 1995، ص188)

v. المراحل والخطوات المتبعة للإدماج الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة: تتم كل أنواع الرعاية التأهيلية للمعوقين وفق عدة مراحل وخطوات هامة يحتاج إليها المعوقين لتأهيلهم صحيا ونفسيا واجتماعيا وتعليميا ومهنيا ، وهذه الخطوات والمراحل يمكن حصرها بصفة عامة فيما يلي:

1. التشخيص التقويبي الشامل للمعوقين: من حق الشخص المعاق أن يحصل على الرعاية التي يحتاج إليها في أقرب وقت من أجل إعادة تكيفه وإدماجه من جديد في المجتمع الذي يعيش فيه ، وأول خطوة في سبيل تحقيق ذلك هي تشخيص ودراسة حالة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة دراسة شاملة ، وهذا ما تعبر عنه بالتشخيص التقويبي الشامل ولهاذ التشخيص عدة أهداف أهمها: (عبد الله مُجَد، 1995، ص188)

✓ **تشخيص الحالة:** أي معرفة نوع الإعاقة هل حركية أو بصرية أو سمعية....الخ ودراسة أسبابها.

- تحديد مدى العجز الذي تعاني منه الحالة ودرجته.
- قياس مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعاق وتشخيصها.
- تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته وإمكانيتها واستعداداتها ومدى توفير الخدمات لرعايته.
- تقدير الحاجات المباشرة للمعاق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية.(السيد رمضان، 1995، ص230)

— وضع خطة الرعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

هذا ويتكون التشخيص التقويبي الشامل لحالة المعاق من عدة عناصر وعمليات محددة أيا كانت طبيعة الإعاقة ودرجتها ولكن تختلف أهمية كل عملية من هذه العمليات بين حالة وأخرى وفقا للمشكلات النوعية للحالات وهذه العمليات والعناصر هي:

✦ التقويم الطبي والصحي العام لحالة المعاق.

✦ التقويم الاجتماعي للمعاق.

✦ التقويم النفسي للمعاق.

✦ التقييم المهني للمعاق. (سامية مُجد فهمي، 1997، ص 269)

2. الرعاية الشاملة لذوي الاحتياجات الخاصة: وهي المرحلة الثانية بعد التشخيص التقويبي الشامل، حيث يتم وضع برامجها بواسطة فريق متكامل يعمل معهم الأخصائي الاجتماعي بصفة عامة، وهذا الفريق متكون من أطباء، هيئة التمريض، وأخصائيين نفسانيين، أخصائيين في التوجيه (أي مستشار التوجيه والإرشاد)، الأطباء الجراحيين وأخصائيين في العلاج الطبيعي وأخصائيين في التدريب البدني وغيرهم وذلك بهدف: (عبد المحي مُجد صالح والسيد رمضان، 1999، ص 337)

✦ إيضاح خطة الرعاية سواء كانت قصيرة أو طويلة الأجل.

✦ تأكيد الطريقة العملية لتأكيد استمرارية الرعاية ومتابعتها.

✦ تحديد طرق التقييم الدوري لبرنامج رعاية المعاق ومدى نجاح هذا البرنامج.

ويحتوي برنامج الرعاية الشاملة لذوي الاحتياجات الخاصة على عدة مكونات أهمها:

➤ الرعاية الصحية والطبية للمعاق.

➤ الرعاية النفسية للمعاق.

➤ الرعاية الاجتماعية للمعاق.

➤ الرعاية المهنية للمعاق.

3. التتبع والرعاية اللاحقة لذوي الاحتياجات الخاصة: وهي المرحلة الثالثة بعد خطوة الرعاية الشاملة، (السيد رمضان، 1995، ص 185) وتنحصر أهمية هذه العملية وأهدافها فيما يلي:

❖ التأكد من متابعة الشخص المعاق للخطة العلاجية خاصة مع الذين يعانون من مشكلات صحية أو نفسية.

❖ تجنب ذوي الاحتياجات الخاصة أية انتكاسة قد يتعرض لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن في الحسبان خاصة مع الذين يعودون إلى بيوتهم الطبيعية.

❖ من أهم الأساليب المفيدة لتقييم ممارسة خدمة الفرد أو خدمات المؤسسات تقييما علميا وإحصائيا، دراسة حالات خاصة لهدى تطبيق الطرق المهنية في الخدمة الاجتماعية لمساعدة هؤلاء العملاء، من ثم فهي عملية طبيعية خاصة تتشكل حسب ظروف كل حاجة وكل جديد يطرأ على الموقف كما أن مكان المقابلات البيئية ذاتها منزلا كان أو عملا أو مؤسسة يحدد بدوره قواعدها التنظيمية وزمنها وما إلى ذلك.

VI. واقع الاهتمام بذوي التحديات الخاصة في الجزائر: بدأ الاهتمام بالمعوقين منذ ستينات القرن

20، حيث تأسست العديد من المدارس والمراكز للمكفوفين والتي تقدم تعليمها في المرحلة الابتدائية والمتوسطة مثل المنظمة الوطنية للمكفوفين الجزائريين ومدرسة المكفوفين سنة (1963)، مدرسة الشبان المكفوفين بسكرة (1975)، ومدرسة المكفوفين في ولاية بشار سنة (1978)، كما ظهرت مدارس الصم والبكم والتي تقدم خدمات تربوية وتعليمية للصم في المرحلة الابتدائية مثل الصم والبكم في ولاية الشلف ومدرسة الصم والبكم في ولاية تلمسان (1982)، ومدرسة الصم والبكم في الجزائر العاصمة (1980)، ومدارس الصم في ولاية البليدة (1981)، عنابة (1976)، قسنطينة، سطيف وهران (1976)، جيجل، سعيدة (1976)، باتنة (1980)، كما تأسست العديد من المؤسسات أو المراكز للإعاقاة الذهنية مثل المركز الطبي

التربوي والبيداغوجي والفدرالية الوطنية للأولاد المتخلفين عقليا (1973)، وجمعية المساعدة للمتخلفين عقليا (1974)، والمركز الطبي البيداغوجي (1982)، كما ظهرت العديد من مؤسسات ومدارس الإعاقة الحركية، ومتعددي الإعاقات ولم تتوفر بعد مدارس أو مراكز يمكن أن تقدم خدمات تعليمية للأطفال المعوقين، بل اقتصرت الخدمات التربوية على المرحلة الابتدائية والمتوسطة فقط. (فاروق الروسان، 1989، ص 75)

VII. سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين في الجزائر: يقصد بسياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين جملة التدخلات التي تسعى من خلالها الدولة الجزائرية إلى تشخيص ومعرفة وتحديد فئة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (المعوقين)، لتضمن لهم معاملة، تربية، تكوين، وعملا يسمح لهم بممارسة حقهم في المواطنة. (Boudrsa Leulmi, 1993, p179)

وتتمثل تلك التدخلات في البرامج الوقائية العلاجية والإنمائية التي تخططها الدولة، وفي المؤسسات المتخصصة التي تنشئها بغرض رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي، كما تتمثل في الوسائل والتجهيزات الضرورية لذلك، وفي المكونين والمؤطرين والمختصين الذين يطبقون تلك البرامج ويقدمون تلك الخدمات، ويعملون في سبيل تحقيق الأهداف المسطرة لكل ذلك.

كما تتضمن سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، في الإجراءات القانونية والتشريعية التي سنتها الدولة لصالح المعوقين، وفي سبيل حماية حقوقهم وحمايتهم من التمييز وتضمن لهم رعاية كاملة ومتكاملة الجوانب من أجل أن يحيوا حياة كريمة في المجتمع، وكذلك تتضمن سبل تكوينهم وتشغيلهم وإنشاء مؤسسات العمل المحمية والمكيفة مع خصوصياتهم وحاجاتهم، ويعتبر دمج الشخص المعوق اجتماعيا ومهنيًا الهدف العام من سياسة التكفل به، فوعيه بذاته يجعله قادرا على التواصل مع الآخرين، ويحقق استقلاليتته بتنمية قدراته الحركية، التقنية، الاجتماعية والاقتصادية ولتحقيق هذا الهدف العام يجب أن تعمل المؤسسات المتخصصة على تحقيق مجموعة من الأهداف الخاصة والمتمثلة في:

- أ. تحقيق التكيف الذاتي.
- ب. تحقيق التكيف النفسي.
- ت. تحقيق التكيف الاجتماعي. (وزارة العمل والحماية الاجتماعية، مديرية المؤسسات

المتخصصة، 2000، ص 5)

◆ حيث إنه من معايير التكيف الذاتي:- تقبل الإعاقة من الشخص المعوق- تحسن مفهوم الذات لدى الشخص المعوق (أي أنه شخص له نفس الحقوق والواجبات كالآخرين)- الإحساس بالقدرة على الإنجاز والإنتاج- التخلص من الشعور بالدونية- التخلص من العزلة الاستقلالية والاعتماد على الذات.

◆ أما من معايير التكيف النفسي:-زيادة الثقة في النفس-الشعور بالأمن والاطمئنان النفسي والألفة-الشعور بالراحة والسعادة النفسية-التخلص من البأس والشعور بالأمل في الحياة.

◆ أما معايير التكيف الاجتماعي تتمثل في:- القدرة على التواصل مع الآخرين-حب التفاعل الاجتماعي-القدرة على الحوار الاجتماعي-الشعور بتقبل الآخرين له-التقدير الاجتماعي-التوافق الدراسي-التوافق الأسري والمهني، وذلك من خلال اكتساب مهارات وقدرات مهنية تمكنه من العمل.

VIII. تنظيم السياسة العامة لرعاية المعاقين وإدماجهم الاجتماعي في الجزائر:

إن المنظومة التشريعية و القانونية الخاصة برعاية وحماية الأشخاص المعاقين وإدماجهم الاجتماعي في أي بلد من البلدان تعكس مدى وعي الدولة بدورها وواجبها في التكفل بهذه الفئة الخاصة في المجتمع ومدى إحساسها بمسؤولياتها اتجاهها، وعن نيّتها في ترفيتها وحمايتها من كل أنواع التمييز والتفريق على أساس الإعاقة، الذي يقف عائقا في سبيل تكريس مبادئ الديمقراطية من كرامة وحرية واستقلالية وتكافؤ الفرص.

والجزائر بدورها ومنذ الاستقلال لم تتأخر في سن التشريعات والقوانين الكفيلة برعاية المعاقين وبادماجهم الاجتماعي، رغم أن هذه الأخيرة كانت تنحصر في مواد ضمن قوانين خاصة بالصحة، التربية، التشغيل وبالمساعدة الاجتماعية والتضامن.

لكن لم تفتطن الدولة إلى ضرورة سن قانون خاص بحماية وترقية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة حتى سنة 2002، وكان ذلك بصدر القانون رقم 09-02 المؤرخ في 8 ماي 2002 والذي يتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم.

وقد عرفت النصوص التشريعية الخاصة بهذه الفئة تطورا من خلال 5 فترات مختلفة:

- الفترة الأولى ما بين 1962-1980 والتي تميزت بوضع النصوص الأساسية لسياسة المساعدة الاجتماعية.
- الفترة الثانية ما بين 1981-1987 وقد سعت إلى وضع نظام جديد لإعادة التأهيل والإدماج الاجتماعي والمهني للمعاقين.
- الفترة الثالثة ما بين 1988-1992 وتميزت بالركود والتجاهل وذلك لغياب سياسة توسيع وإثراء النصوص السابقة. (مُجَّد بوسنة، 1995)
- الفترة الرابعة ما بين 1993-1999 تميزت بمواجهة المسألة الوطنية.
- الفترة الخامسة ما بين 2000-2002 وتميزت بالانتعاش الفكري، ونمو الوعي والاستيقاظ من الركود إلى فترة العمل الجاد في سبل ترقية الأشخاص المعاقين وحمايتهم على عدة مستويات (الوقاية، التربية والتكوين، الإدماج والاندماج الاجتماعي في الحياة الاجتماعية للمعاقين ورفاهيتهم).

وسيتم فيما يلي التفصيل في الجهود الجزائرية المبذولة في سبيل ذلك وعلى مختلف المستويات:

أ. الوقاية من الإعاقة: تتوزع أسباب الإصابة بالإعاقة في المجتمع الجزائري بين 3 أسباب كما يلي: 45 % من الحالات تعود أسبابها إلى الأمراض، 30 % من الحالات تعود أسبابها إلى الأسباب الوراثية الفطرية، أما 25 % تعود أسبابها إلى الحوادث المختلفة (حوادث العمل، الحوادث المنزلية، حوادث المرور.....)

وهذا ما يسمح لنا بالقول بأن الوقاية من الإعاقة هي عملية ضرورية من أجل الحد من شدتها ومن شدة انتشارها في المجتمع، ويكون ذلك بالحد من الأسباب المؤدية إلى الإصابة بها.

لذلك فقد أولت الدولة الجزائرية اهتماما بالغا لطلب النساء وحماية الأمومة والطفولة، ويتجلى هذا من خلال القوانين المنظمة لهذه المجالات الوقائية الصحية، وخاصة في قانون الصحة الذي صدر سنة 1976، والذي يؤكد على حق الطفل في التطعيمات ضد الأمراض المعدية، وضد الأمراض المتقلبة وعلى حق الأم في الرعاية والمتابعة الطبية خلال فترة الحمل وعند الولادة وبعدها، وقد صدر بعد ذلك قانون

05-85 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بالحماية والترقية الصحية. (Ministère du travail et de protection sociale, Direction de l'aide et de l'action sociale, sous direction des programmes sociaux, 2001.)

ب. التربية والتكوين المهني وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف: إن عملية التكفل المؤسساتي بالأشخاص المعاقين، تتطلب وضع برامج تربوية علاجية مكيفة حسب الحالات، مع السهر على توفير الشروط الصحية والاجتماعية الضرورية لتحقيق الخدمات المطلوبة على أحسن وجه ممكن.

وهذا ما يسعى إليه قطاعنا الوزاري كل يوم، وتبقى الغاية من كل هذا الوصول إلى إدماج اجتماعي ومهني للأشخاص المعاقين في المجتمع. (لخلف مسعود، 2002)

يتمتع قطاع التشغيل والتضامن الوطني بشبكة هيكلية تتكون من 220 مؤسسة متخصصة في التكفل الإقليمي بالأشخاص المعاقين، والأشخاص الذين يعانون من صعوبات اجتماعية وهذه المؤسسات موزعة على 46 ولاية بقدرته استيعاب تفوق 2200 شخصا، والعدد الفعلي للأشخاص المستفيدين من التكفل داخل المؤسسات قدر بـ 17456 شخص، إن تصنيف المراكز المتخصصة التابعة لقطاع التشغيل والتضامن الوطني منظم حسب مجالات التدخل وأنماط التكفل وهي مجسدة في الميدان كما يلي:

✦ مجال التربية والتعليم المتخصص: توجد المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنيا، مدارس صغار المكفوفين، مدارس صغار الصم، مراكز ذوي نقص التنفس، المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المعاقين حركيا، هذه المؤسسة مدعمة بمركزيين وطنيين لتكوين المؤطرين التقنيين والبيداغوجيين والتكوين المهني للأشخاص المعاقين.

✦ المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنيا: إن عدد هذه المراكز يقدر بـ 72 مركز موزعة على 45 ولاية وتقدر طاقة الاستيعاب لهذه المؤسسات بـ 5600 مقعدا بيداغوجيا، وعدد الأطفال المتكفل بهم على مستوى هذه المراكز يفوق 6000 طفل، وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر بالأطفال المتخلفين ذهنيا يقارب 2700 عامل منهم 1466 إداريين و 1211 مؤطرين تقنيين وبيداغوجيين، إن التكفل التربوي المنتهج بهذه المراكز يعتمد على تطبيق منهجية المشروع المؤسساتي، وهذا طبقا للبرامج المسطرة لهذا الغرض من قبل المراكز الوطنية للتكوين التي تسهر على تقديم الدعم البيداغوجي للمراكز المتخصصة حسب مجالات التخصص.

✦ مدارس صغار الصم: عدد المدارس المستقبلية لصغار الصم هو 33 مؤسسة، موزعة على 31 ولاية بقدرته استيعاب تفوق 4300 مقعدا بيداغوجيا، وعدد الأطفال المتكفل بهم يفوق 3400 طفلا مسجلا في مختلف أطوار التعليم الأساسي، والبرامج المطبقة للتدريس في هذه المدارس هي نفس البرامج المطبقة في المدارس التابعة لقطاع التربية الوطنية بطرق بيداغوجية ووسائل مكيفة، والهدف المنشود هو إيصال صغار الصم المتمدرسين إلى أعلى مستوى ممكن، مع الحرص على الإدماج المهني والاجتماعي لهذه الشريحة من المجتمع، وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر لصغار الصم هو 1643 عامل، منهم 875 عون إداري و 786 مؤطرا تقنيا وبيداغوجيا.

✦ مدارس صغار المكفوفين: عدد المدارس المستقبلية لصغار المكفوفين هو 16 مؤسسة، موزعة على 16 ولاية بقدرته استيعاب تقدر بـ 2100 مقعد بيداغوجي، وعدد الأطفال المتكفل بهم يفوق 1214 طفل متمدرس في مختلف الأطوار التعليمية في هذه المؤسسة المتخصصة تطبق البرامج الرسمية للتربية الوطنية، مع استعمال الوسائل والطرق البيداغوجية المكيفة، إضافة إلى التكفل الإقليمي

داخل المؤسسات المتخصصة التابعة للقطاع ، هناك تنظيم جديد تم وضعه لتحسين التكفل بهذه الفئة بالاشتراك مع المصالح المختصة لوزارة التربية الوطنية ، ويتمثل في فتح أقسام مدمجة داخل المدارس العادية التابعة لقطاع التربية الوطنية ، الهدف المنشود لهذا التنظيم الجديد هو السماح للأطفال المعاقين حسيًا الإدماج في المدارس العادية على غرار الأطفال الآخرين .

مراكز ذوي النقص التنفسي: يبلغ عدد المراكز التي تتكفل بالأطفال ذوي النقص التنفسي ب6 مؤسسات موزعة على 6 ولايات ، بقدرة استيعاب تقدر ب550 مكانا بيداغوجيا وعدد الأطفال المتكفل بهم يقارب 300 طفل ، يزاولون داستهم على مستوى هذه المؤسسات .

المراكز البيداغوجية للأطفال المعوقين حركيا: عدد المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال حركيا هو 3 مؤسسات موزعة على 3 ولايات بقدرة استيعاب تفوق 300 مكانا بيداغوجيا وعدد الأطفال المتكفل بهم على مستوى هذه المؤسسات يقدر ب231 طفل ، وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر وغير المباشر لهذه الشريحة من الأطفال يقدر ب125 عاملا (منهم 67 إداري و56 مؤطرا تقنيا وبيداغوجيا)

وتبين هذه الأرقام ما يلي:

✓ يتمتع القطاع بشبكة هيكلية جد معتبرة للتكفل بالأشخاص المعاقين ، والأشخاص الذين يعانون من صعوبات اجتماعية .

✓ أن عدد الأشخاص المتكفل بهم في هذه المؤسسات ضئيل ، بحيث تسجل في كل الولايات ودون استثناء عدد كبير من الأشخاص المتواجدين في وضع اجتماعي صعب ، ولم يستفيدوا من أية خدمة كانت من طرف المؤسسات المتخصصة المتواجدة على مستوى ولاياتهم ، وفي كثير من الأحيان نجدهم مسجلين في قوائم الانتظار لمعالجة هذا الإشكال ، ويطلب من مديرية المؤسسات المتخصصة قامت مديرية الدراسات والتخطيط بتسجيل دراسة ميدانية لوضع خريطة اجتماعية للمؤسسات المتخصصة حسب متطلبات الواقع .

✓ في مجال التكوين المهني والتمهين ، وعلى غرار المراكز التابعة لقطاع التكوين المهني ، يسهر المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين المتواجدين بخميسي على تطوير التكوين المهني والتمهين لفائدة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة المعاقين حركيا . (لخلف مسعود ،

(2002

XIV. حاجات المعاقين ومشكلاتهم:

أ. حاجات المعاقين: المعاق إنسان له حاجاته التي يجب إشباعها كغيره من الأفراد الآخرين ، هذه الحاجات التي أحدثتها إعاقة فطبعي أن تكون لهذه الفئة متطلبات تربوية ونفسية وجسمية واجتماعية ، تختلف عن متطلبات العاديين ، وتختلف تبعا لنوع الإعاقة وما يترتب عنها من مؤثرات ولو تركت هذه الفئة دون تكفل بها أو الاهتمام بمشكلاتها ، وتذليل الصعوبات التي تواجهها قد تحول البعض إلى وجهات إنحرافية وتوقع تقدمهم في العلاج ، فالاستفادة من هذه الفئة بعد رعايتها والتكفل بها هو في حد ذاته توفير طاقات إنتاجية في المجتمع ، وفيما يلي مجموعة من الحاجات التي يسعى المجتمع إلى توفيرها لهذه الفئة .

(1) حاجات فردية: هي تلك المتطلبات التي يحتاجها المعاق كفرد وتمثل في:

✚ الرغبة في استعادة اللياقة البدنية بتوفير الأجهزة التعويضية في حالة المعاق حركيا عن طريق برمجة تمارين تساعد الشخص المعاق على تحسين حالته الجسدية. (أحمد مُحمَّد حجازي، 1994، ص32)

✚ الحاجة إلى التوجيه والإرشاد، مثل الاهتمام بالعوامل النفسية المساعدة على التكيف وتنمية قدراته عن طريق الاستشارات الشخصية والعلاج النفسي والتدعيم الإيجابي. (مُحمَّد سيد فهمي، 1998، ص118)

✚ الحاجة إلى توفير فرص التعليم المتكافئ لجميع الأفراد، مع اختلاف مستوياتهم النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، فيجب إعداد طرق تعليمية تربوية منظمة وفعالة.

✚ الحاجة إلى التدريب تبعا لمستوى المهارة والإعداد المهني للعمل المناسب والملائم له، لأنه يتحصله على ذلك يعتبر يد عاملة مؤهلة تساهم في زيادة الإنتاج وبالتالي المحافظة على المعايير الاقتصادية. (أحمد فايز النحاس، 2000، ص248)

2) حاجات اجتماعية: وتتمثل في توثيق صلات المعاق بمجتمعه من جانب وتعديل نظرة المجتمع إليه من جانب آخر، وذلك بتوفير فرص الاحتكاك والتفاعل مع بقية الأفراد الأسوياء والعمل على إدماجه في المجتمع (إبراهيم عبد الهادي المليحي، 1997، ص282)، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

➤ الحاجة إلى الاندماج في المجتمع وتوثيق صلات المعاق به كإشارة إلى سبل الاتصال مع الغير ليتمكن من مسايرة ومعايشة الأفراد الآخرين في المجتمع.

➤ حاجات تدعيميه مثل خدمات المساعدة التربوية والمادية واستثمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات... الخ، وكذا تشجيع وتحفيز المعاق على أداء أي عمل له قيمة يفيد في حياته.

➤ توفير الوسائل التثقيفية في المجتمع، لأن هذا الجانب غالبا ما تفتقر إليه هذه الفئة لذا تبين أنه من الضروري العمل على توسيع مجالات المعرفة لدى المعاقين بتوفير مختلف الوسائل الثقافية.

➤ تمكين المعاق من الحياة الأسرية المستقرة، وذلك بتوعية الأسر بكيفية التعامل مع أبنائها لكي لا يحسوا بالاعترا ب بين أهلهم. (أحمد فايز النحاس، 2000، ص248)

3) حاجات مهنية وتوجيهية: مثل سبل التوجيه المهني المبكر والاستمرارية لحين الانتهاء من العملية التأهيلية وإصدار التشريعات في محيط تشغيلهم وتوفير فرص العمل التي تتناسب مع قدراتهم، ويمكن تلخيص هذه الحاجات فيما يلي:

❖ حاجات توجيهية مثل تهيئة سبل التوجيه المهني أي توجيه أولئك الأفراد غير العاديين توجيهها مهنيا من أجل الحصول على عمل يلائمهم وفقا لإمكاناتهم وقدراتهم.

❖ حاجات تشريعية كإصدار تشريعات في محيط تشغيلهم تؤكد وجوب حصول المعاق على عمل والمحافظة عليه وفق شروط موضوعة، كإنشاء مصانع محمية لهم. (بدر الدين كمال عبده، 1991، ص90)

❖ حاجات اندماجية مثل فرص الاحتكاك والتفاعل مع الآخرين في الوسط المهني والاجتماعي. (إقبال مُحمَّد بشير، ص56)

لذلك فإن كل الرعايات الاجتماعية هي مرتبطة ارتباطا وثيقا بكل هذه الحاجات في مدى إشباعها وكفائتها.

ب. **مشكلات المعاقين:** إن شخصية الفرد في تفاعل ديناميكي بين مختلف القوى النفسية والعقلية والاجتماعية ، ومن غير المستبعد أن يحدث له مشكل معين لذا سيتم من خلال هاَ العنصر سيتم عرض مختصر للأثار الناجمة عن الإعاقة والتي تعكس المشكلات التي يعاني منها المعاقين سواء على مستوى الفرد المعاق ، أو أسرته أو المجتمع الذي يعيش فيه وذلك على النحو التالي:

— **مشكلات طبية صحية:** باعتبار الفرد المعاق أحوج الأفراد إلى رعاية طبية خاصة ، فإن هناك بعض المعوقات تحول دون حصوله عليها تجعله عرضة لأنواع مختلفة من المشكلات ، وذلك راجع لعدم معرفة ذوي الاختصاص الأسباب الخاصة لبعض أشكال الإعاقة وعدم تأهيلهم مما يؤدي إلى طول فترة العلاج الطبي ، وارتفاع تكاليفه (مُحمد سيد فهمي ، 1998 ، ص155) وأيضاً عدم توفر مراكز خاصة وكافية للعلاج المميز للمعاق ، ومستشفيات تراعي ظروفهم ومشكلاتهم وقلة الأجهزة الملائمة لعلاج فئة المعاقين. (مختار حمزة ، 1955 ، ص49-55)

— **مشكلات نفسية:** اهتم علماء النفس بذوي الاحتياجات الخاصة وتحديد سماتهم ، من أجل التعرف على مشكلاتهم النفسية فخلصوا إلى أنه ينتابه شعور زائد بالنقص ، يؤدي به إلى التقليل من تقدير ذاته ورفضها ، إن صورة الذات لدى المعاق تتأثر بشدة بدرجة الإعاقة ، كما تتأثر بالمحيط لذلك فإن محدودية استقلالته وزيادة تبعيته تحتاج إلى استماع أكثر من المحيطين به ، وإلى المزيد من الاهتمام به من أجل أن تحسن لديه صورة ذاته ونظرته لنفسه وللآخرين ، كما يتولد لدى المعاق شعور بالعجز بحيث يستسلم للإعاقة ويحس بالضعف ونقص ثقته بنفسه ، وتصبح لديه رغبة في الانسحاب والعزلة شبه دائمة ، ويسلك المعاق في كلتا الحالتين سلوكا سلبيا يشعره بعدم الأمان والقلق والخوف من المجهول ، ومن أعراض هذا الشعور التوتر وعدم الاتزان والانفعال والسمة الدفاعية التي تكون بمثابة حماية لذاته المهددة من طرف الآخرين ، سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة أو بصورة غير مباشرة كعدم إعارته الاهتمام الكافي. (مُحمد سلامة غباري ، 2003 ، ص111)

— **المشكلات الاجتماعية:** يقصد بها المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد المعاق بمحيطه داخل الأسرة وخارجها ، عند قيامه بالدور الاجتماعي أو ما يعرف بسوء التكيف مع البيئة الاجتماعية ومن المتعارف عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته ، مهما بلغت درجتها ومهما كان نوعها ، كون الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة العلاقات الاجتماعية الإيجابية التي تتميز بالتآزر والاستمرار ، والمعاق في الأسرة يؤثر على التنشئة الاجتماعية لبقية إخوانه ، حيث يتمتع باهتمام أكبر أو ما يسمى الحماية الزائدة. (عبد المحي محمود حسن صالح ، 1999 ، ص208-209)

— **المشكلات الاقتصادية:** تتسبب الإعاقة في الكثير من المشكلات الاقتصادية ، والتي يمكن حصرها على في:

✚ تحمل الكثير من نفقات العلاج.

✚ انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعاق هو العائل الوحيد للأسرة ، حيث أن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

نتائج الدراسة:

✓ العمل على تحسين وضع أصحاب الهمم (ذو الاحتياجات الخاصة) في المجتمع ، وهذا ينبع من إيمان هذا الأخير بالفرد وبالأفراد جميعا ، بكرامتهم وبإنسانيتهم وبوجوب تكافؤ الفرص بينهم.

- ✓ إن تحسين وضع المعاقين في المجتمع لا يمكن الوصول إليه من خلال الزيادة في عدد المدارس والمؤسسات المتخصصة والمؤطرين المختصين فحسب ، وإنما يتطلب ذلك نوع من تغيير ثقافة المجتمع ، ورفع مستوى الوعي لدى أفراد وجماعته حول دور كل واحد ومسؤولياته اتجاه هذه الفئة الخاصة في المجتمع ، في كيفية رعايتها وكيفية معاملتها والتكفل بها تكفلا كاملا نفسيا واجتماعيا لكي يستطيع فيما بعد التكفل بنفسه.
- ✓ إن العمل على تحسين حالة المعاقين في المجتمع يجب أن تنطلق من الوعي بأن عملية تهميشهم أو إدماجهم في الحياة الاجتماعية هو سلوك اجتماعي قبل كل شيء وأن إدماجهم يهدف إلى جعلهم يعيشون حياة اجتماعية كريمة.

خاتمة:

تعتبر رعاية الأشخاص المعاقين بمختلف أبعادها التي تستهدف مختلف جوانب شخصياتهم البيولوجية (الصحة) ، العقلية ، النفسية ، الاجتماعية والتكوينية (المهنية) ، ضرورة لا بد منها من أجل الوصول بهم إلى أقصى قدر ممكن من التكيف الذاتي ، النفسي والاجتماعي من الاستقلالية الذاتية ، وهذه هي أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي في الجزائر.

وتعتبر مجمل الحقوق التي كرسها المشرع الجزائري لفئة المعاقين تمثل فقط جزءا من التكفل والاهتمام الذي يقع على عاتق السلطات العمومية وكل أفراد المجتمع لأن تحقيق حقوق هذه الفئة يتطلب وعي ومرونة وتسهيلات اتجاه هذه الفئة لإعادة بعث الأمل في نفوس هؤلاء وإدماجهم في الحياة العامة ، والقضاء على الحاجز النفسي والتخفي وراء الإعاقة للعيش في عزلة وهو الجانب الذي يبقى محل دراسة وبحث من طرف مختلف الفاعلين في هذا المجال لإيجاد طرق التكفل الفعالة بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة.

قائمة المراجع:

1. إقبال محمد بشير ، الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر .
2. أحمد مجدي محمود حجازي(1994) ، المخدرات والواقع المصري المعاصر ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر .
3. أحمد فايز النحاس (200) ، الخدمة الاجتماعية الطبية ، ط1 ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، القاهرة .
4. إبراهيم عبد الهادي المليحي (1997) ، الممارسة المهنية في المجال الطبي والتأهيلي ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، مصر .
5. السيد رمضان (1995) ، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
6. بدر الدين كمال عبده (2003) ، الإعاقة في المحيط الاجتماعي ، ط2 ، المكتب الجامعي الحديث ، الإزارطية ، مصر .
7. حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة (2014) ، مركز هردو لدعم التعبير الرقمي ، القاهرة .
8. سامية محمد فهد (1997) ، المشكلات الاجتماعية. منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
9. سهير محمد سلامة شاس (2000) ، التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل والدمج ، ط1 ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ، مصر .

10. علال بن العزيمة ، تنمية الأطفال المعاقين ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر .
11. عبد الله مُجَد (1995) ، سياسات الرعاية الاجتماعية النامية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر .
12. فاروق الروسان (2000) ، دراسات وبحوث في التربية الخاصة ، ط1 ، دار الطباعة والنشر والتوزيع ، عمان .
13. لخلف مسعود (2002) ، مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني ، تصريح خلال مقابلة .
14. مُجَد سيد فهمي ، السيد رمضان (1984) ، الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية (مجرمين ومعوقين) ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .
15. مُجَد سيد فهمي (1998) ، السلوك الاجتماعي للمعاقين ، دراسة في الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .
16. مختار حمزة (1955) ، سيكولوجية ذوي العاهات ، ط1 ، مؤسسة التأهيل ، القاهرة ، مصر .
17. مُجَد سلامة غباري (2003) ، رعاية الفئات في محيط الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الأزطية ، مصر .
18. محي الدين توف ، عبد الرحمن عدس (1984) ، أساسيات علم النفس التربوي ، دار جون وايلي وأبنائه ، نيويورك .
19. مدحت مُجَد أبو النصر (2004) ، الإعاقة الجسمية (المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية) ، ط1 ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة .
20. وزارة العمل والحماية الاجتماعية ، مديرية المؤسسات المتخصصة (2000) ، المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة ، الجزائر .
21. Boudrsa Leulmi (1993), *Eléments d'une politique d'intégration sociale des personnes handicapées en Algérie, acte de la 3ème rencontre internationale, C.N.F.P.H, Constantine, Algérie.*
22. *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4 2012-2013) (2015), suivi de la situation des enfants et des femmes, Algérie.*
23. Ebersold.S (1991), *La notion de handicap : de l'inadaptation à l'exclusion, Regards sociologiques, N°1, Paris, France.*
24. Ministère du travail et de la protection sociale, direction de l'aide et de l'action sociale, sous direction des programmes sociaux, *Dispositif Législatif et réglementaire relatif à l'aide sociale, Algérie.*
25. Rocher. Guy (1968), *L'action sociale*, édition H.m.h, Paris.
26. Stiker.H.J(1982), *Corps infirmes et sociétés*, aubier montagne, Paris.

الكشف عن اضطرابات الحساب الذهني لدى الأطفال الصم المدمجين في المدارس العادية من خلال تطبيق البطارية ZAREKI-R الصورة الجزائية الأولى د.لمياء حسان.

جامعة مولود معمري تيزي وزو

مقدمة:

يعد الصمم من أبرز المشكلات التي قد يواجهها الطفل في حياته إذا أصيب بها ، فعن طريق حاسة السمع يستطيع الطفل أن يدرك العالم من حوله ، كما يحصل على معلوماته عن واقعه الخارجي من خلالها ، كما أنها تؤثر تأثيراً بارزاً في نمو القدرات اللغوية والمعرفية والاجتماعية والأكاديمية .

ومن بين أكثر المشكلات الأكاديمية في مادة الحساب التي يعاني منها الأطفال الصم تبعاً لهذه الإعاقة انتشار اضطرابات الحساب الذهني لديهم ، ولا يقتصر أثر اضطرابات الحساب الذهني لدى الأطفال الصم على صعوبات في إجراء العمليات الحسابية وإجراء المهام الحسابية ، بل يمتد هذا الأثر إلى إحداث قصور في مواجهة المشكلات الرياضية التي قد يتعرضون لها في مواقف حياتية مختلفة ، ولتغلب على تلك الآثار السلبية لابد من تنمية قدرات هؤلاء الأطفال على الحساب الذهني والكشف عنها بصفة دقيقة .

وقد جاء في التقرير القومي للرياضيات المدرسية في استراليا National Statement On School Mathematics for Australia : أن الحساب الذهني يجب أن يكون أول طريقة نلجأ إليها خصوصاً في إجراء المهام الحسابية الأقل تعقيداً ، والتي تتضمن أعداد يسهل التعامل معها ، وعندما لا تكون هناك ضرورة لتوضيح خطوات الحل كتابياً (Australian Education Council-AEC,1990) (في: فتنه وليد عابد بسومي ، 2007 ، 3).

وقد وجد "واندت و براون و سكوبن" أن حوالي 75 % من الحسابات اليومية يتم إجراؤها ذهنياً ، بينما استخدمت إستراتيجيات الورقة والقلم لـ 25 % فقط من الحسابات اليومية. وهذا يعني أن الغالبية العظمى لمسائل الحساب اليومية يتم حلها باستخدام أساليب ذهنية ، مما يؤكد أهمية الحساب الذهني (Schoen, 1986, p. 86) (في: فتنه وليد عابد بسومي ، نفس المرجع ، 3). كما يمكن النظر إلى الحساب الذهني كأداة تربوية تساعد على تنمية المفاهيم والمهارات المرتبطة بالأعداد والعمليات عليها (Morgan, 1999, p. 143).

ويعتبر الحساب الذهني كأحد العمليات العقلية للأعداد والإستراتيجيات المستخدمة لمعالجتها ، وللحساب الذهني دور أساسي في الحياة اليومية لكل إنسان ليس لأنه يعلم التلاميذ أساليب دقيقة للتعامل مع البيئة ولكن لأنه يساعد على رسم ارتباطات بين ما يدور في ذهن الفرد وما يمر به من خبرات حيث تغيير تدريس الرياضيات ، فبعد أن كان تدريس الرياضيات يركز على التدريبات والتطبيقات الاجرائية أصبح الآن على تنمية التفكير من خلال استخدام استراتيجيات الحساب الذهني وبذلك تغيير أدوار المعلم والمتعلم داخل حجرة الدراسة ، حيث أصبح من المنتظر منه أن يكون قادراً على تحديد أساليب التعلم الجيدة في الرياضيات وتحديد استراتيجيات الحساب الذهني (البلوشي ، 2003 ، 1) (في: تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، 296).

فالحساب الذهني يعد مهارة من مهارات الاساسية الهامة في التوجهات المعاصرة في تعلم وتعليم الرياضيات ، ولا تقل أهميتها عن أهمية مهارة إجراء العمليات الحسابية بالورقة والقلم خاصة بعد ظهور

الحاجة الهامة لاكتساب التلاميذ الحد الأدنى من المهارات الرياضية الضرورية لمواجهة المشكلات التي قد يتعرضون لها في مواقف حياتية مختلفة ، وأشار إلى ذلك كل من "كلارك وكياي" بأن 80% من الحساب المستعمل في الحياة اليومية يتم ذهنياً (Heirdsfield, 2002, p. 86) (في: تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، 297).

وتؤكد اختبارات الذكاء أن معظم الأطفال المعاقين سمعياً لديهم قدرات عقلية تفوق الأطفال عادي السمع ، وفي هذا الصدد يشير "فورت" إلى تشابه عمليات التفكير بين الأطفال العاديين والمعاقين سمعياً بالرغم من الصعوبات التي يواجهها هؤلاء في التعبير عن بعض المفاهيم المجردة (نجية آيت يحيى ولمياء حسان ، 2006). كما وجدنا في بعض الدراسات التي أقيمت على تلاميذ المعاقين سمعياً بأنهم غالباً ما يكون لديهم تحصيل أكاديمي متدن خاصة في القراءة ، ويزداد تحصيلهم الأكاديمي ضعفاً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ، وفي المقابل يعتبر "مورس" بأن الحساب من الميادين التي ينجحون فيها (لمياء حسان ، 2006).

ففي بحثنا هذا اخترنا الجانب التعليمي لدى فئة الأطفال الصم المدمجين في المدرسة العادية ، وأردنا لدراستنا أن تنصب على موضوع "الحساب الذهني" الذي تعتبر كأداة تربوية تساعد على تنمية المفاهيم والمهارات المرتبطة بالأعداد والعمليات عليها.

اشكالية الدراسة:

تعتبر الإعاقة السمعية من أكثر أنواع الإعاقات شيوعاً ، حيث تشير الإحصاءات إلى أن أعداد المصابين بالصمم على مستوى العالم يصل إلى سبعين مليوناً ، وتزداد نسبة المعوقين في أي مجتمع بصفة عامة كلما زادت معاناة ذلك المجتمع من الجهل والفقر والمرض ، لذا فإن المجتمعات النامية أو ما يطلق عليها دول العالم الثالث بها (80) من إجمالي المعوقين في العالم ، وهذه النسبة غير مبالغ فيها ، حيث أكدتها هيئة الأمم المتحدة (إقبال مخلوق ، 1991 ، 52).

يعد الاهتمام بالفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ، ومنهم المعوقون سمة من سمات المجتمعات المتحضرة ، فمقياس تحضر الشعوب وتقدمها يكون بمدى الاهتمام العادل بجميع فئات المجتمع بصفة عامة ، فالطفل المعوق مواطن ، وله ما للمواطن العادي من حقوق ، وعليه ما عليه من واجبات ، ولن يكون المجتمع طبيعياً ما لم يشترك جميع أفراده العاديين منهم ، وغير العاديين بمن فيهم المعوقون سمعياً جنباً إلى جنب في مختلف ميادين الحياة ، وعلى أسس مبنية على التفاهيم والاحترام (سعيد كمال عبد الحميد ، 2009 ، 3).

ونظراً لما يعانيه الأصم من مشكلات أكاديمية وضعف في مهارة الحساب الذهني ، ومن خلال اهتمام وعمل الباحثة مع فئة الصم سابقاً ، وبالنظر في جملة الدراسات التي اهتمت بالصمم ودراسة الجانب الأكاديمي لديهم نجد نقصاً كبيراً في الاهتمام باضطرابات الحساب الذهني. وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن الكشف عن اضطرابات الحساب الذهني لدى الأطفال ذوي الصم المدمجين في مدارس عادية تتطلب الاستعانة بأدوات مقننة وذات مصداقية علمية ، والقائمة على العلم وتقدمه ، فتسعى الدراسة الحالية إلى الاستناد إلى "اختبار الحساب الذهني الشفهي" المأخوذ من البطارية Zareki-R لتقييم الحساب ومعالجة الأعداد الصورة الجزائرية الأولى. وتأتي هذه الدراسة لتثري الدراسات التي أجريت حول اضطرابات وصعوبات الحساب الذهني لدى الأطفال الصم بالوسط الجزائري.

ومن خلال ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في السؤال التالي:

هل يواجه الأطفال الصم المدمجين في المدارس العادية اضطرابات في مهارة الحساب الذهني ؟

فرضية الدراسة:

يواجه الأطفال الصم المدمجين في المدارس العادية اضطرابات في مهارة الحساب الذهني.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على أداة قياس تحليلية ذات مصداقية علمية تتصف بخصائص سيكومترية ملائمة من معاملات الصدق والثبات ، وذات موضوعية يمكن أن يستفيد منها الوسط الاكلينيكي الجزائري في الميدان الأروطوفوني والعمل على إثراء أدبيات البحث في هذا المجال.
- استخدام اختبار "الحساب الذهني" المأخوذ من بطارية تقييم معالجة الأعداد والحساب ZAREKI-R الصورة الجزائرية الأولى للكشف والتعرف عن الأطفال الصم الذين لديهم اضطرابات في الحساب الذهني بدرجة يمكن التعويل عليها والعمل على المساعدة في التدخل المبكر والتخطيط والإعداد للعلاج المناسب.

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية في عدة جوانب نوجزها فيما يلي:

- المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة ، وهي المرحلة الابتدائية ، حيث يتم في هذه المرحلة بناء الدعامات والقواعد الأساسية التي من خلالها ترسم وتنظم مهارات التلميذ ، فالسنوات المبكرة من حياة الفرد هي الأساس التكويني للجانب العقلي المعرفي (القحطاني ، 1430هـ ، 6).
- ندرة الدراسات العربية وبالأخص الجزائرية التي تناولت موضوع اضطرابات الحساب الذهني بالأخص تلك التي تخص التقييم والتعرف على الصعوبات بصفة دقيقة وعلمية.
- من أهمية الفئة التي تتناولها وهي فئة الأطفال ذوي الصم المدمجين في المدارس العادية ، وفي كونها من الدراسات التي سعت إلى دراسة الحساب الذهني لدى الأطفال الصم في المرحلة الابتدائية ومثل هذه الدراسات تتسم بالندرة في العالم العربي بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة.
- تقدم هذه الدراسة إطاراً نظرياً قد يستفيد منه العاملون بحقل المهتمين بتعلم الحساب ، وذلك من خلال التعرف على طبيعة مشكلات واضطرابات الحساب الذهني لدى الطفل اللأصم.
- محاولة سد ثغرة في مجال دراسات أطفال المرحلة الابتدائية من خلال ربطها بمتغير هام وهو اضطرابات الحساب الذهني.

مصطلحات الدراسة:

ورد في هذه الدراسة عدد من المصطلحات ، وفيما يلي تعريف لكل منها:

- الكشف:

هي المرحلة التي يتم من خلالها التعرف على الطلبة الذين هم بحاجة إلى إجراء تقييم إضافي معمق لاحقاً (الخطيب والحديدي ، 1998). وفي مجال صعوبات التعلم ، فإن مرحلة الكشف تهدف إلى التعرف على الطلبة الذين يُتوقع بأنهم يعانون من صعوبات تعليمية (عبد الرحمن محمود جزار ، 2008 ، 72).

- تقييم:

التقييم هو إصدار حكم يتضمن توصيف واثمين وضع بعينه ، وذلك بهدف اتخاذ قرارات بعينها ، بعد جمع البيانات عن الحالة ، سواء كانت هذه البيانات كمية أو كيفية ، أي أن الأمر في التقييم ما دام يتضمن تقديراً كمياً وكيفياً فهو بهذا يتضمن عملية القياس ، وهي العملية التي تقوم على فكرة التقدير الكمي أو الرقيمي للخاصية أو الصفة أو السمة التي يتم إخضاعها للقياس. وفي هذا السياق يشير "عثمان وصادق أبو حطب" (1976)، و"رمزية الغريب" (1977) إلى أن القياس النفسي يشير إلى قواعد استخدام الأعداد بحيث تدل على الأشياء بطريقة تشير إلى كميات من صفة أو خاصية ، أي أنها عملية يمكن بواسطتها الوصول إلى تقديرات كمية للأشياء التي نقيسها ، أو الفروق الكمية بين شئيين من نفس النوع. بينما التقييم يشير أيضاً إلى إصدار حكم ولكنه لا يعتمد فقط على التقدير الكمي. إنه أوسع الأحكام والتقديرات الرقمية أو الكمية (السيد عبد الحميد سليمان السيد ، 2010 ، 55).

- الصمم:

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين الكافي (1993 ، 861) الصمم بأنه فقدان الكامل لحاسة السمع. كما يشير رشاد موسى (2002 ، 187) إلى أن الأصم هو:

- ذلك الشخص الذي لا يمكنه استخدام حاسة السمع نهائياً في حياته اليومية.
- ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو فقد القدرة السمعية قبل الكلام أو فقدها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.
- ذلك الشخص الذي لديه ضعف سمعي شديد جداً بحيث إنه لا يستطيع اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام أو بدون استخدام أدوات تضخيم الصوت الأمر الذي يؤثر سلباً على الأداء التربوي.
- ذلك الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة فقدان سمعي 70 ديسيبل فأكثر تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء أكان ذلك باستخدام السماعات أم بدونها.
- الشخص الذي لا يستطيع استخدام حاسة السمع لفهم الكلام حتى مع استخدام أجهزة وأدوات مساعدة.

- الحساب الذهني:

كان يفهم الحساب الذهني على أنه القدرة على إجراء العملية الحسابية بسرعة وبدون استخدام الورقة والقلم ، أما اليوم فإنه لا يؤكد على السرعة فقط ، وإنما يبين قدرة الفرد الذهنية في الوصول إلى النتيجة مضبوطة من خلال استخدام خواص الأعداد والنظام العشري للعدد (Kennedy, 1998, p. 83) (في: تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، ص 297).

كما يمكن النظر للحساب الذهني على أنه يشمل على جزئين مهمين:

- الاسترجاع السريع أو الخطي للحقائق الاعداد.

- قدرة التلميذ على إيجاد الاجابات باستخدام استراتيجيات ذهنية والتي تعرف على أنها الاساليب التي نستخدمها تلقائياً للحساب قد يتم تدريسه ، أو أحيانا نبتكرها بانفسنا. (تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، 297)

التلميذ في بداية تعلمه للعدّ يستخدم أصابعه كمعداد يعتمد عليها عند العدّ أو ضم المجموعات الصغيرة ذات العناصر المحدودة ولكن بعد فترة من الدراسة فإنه لا بد أن يجري العمليات الحسابية دون الحاجة للأصابع فيكون قد ارتقى إلى مستوى الحساب الذهني. تعددت تعريف الحساب الذهني نذكر أهمها فيما يلي:

• عرفه "سودر" (Sowder, 1988) بأنه: "عملية إيجاد ناتج العملية الحسابية بدون استخدام الورقة والقلم أو أي وسيلة مساعدة أخرى ، ويوجد مظهران للاستجابات الذهنية هما الاسترجاع السريع واللحظي لحقائق الأعداد والثاني في القدرة على إيجاد الاجابات باستخدام استراتيجيات الحساب الذهني" (Heirdsfield, 2001, pp. 55-62) (الإمام جبار العقبي ، 2007 ، 422).

• ويعتبر "رايس" (Reys et al, 1995) مهارة الحساب الذهني بأنها إعطاء إجابة دقيقة وصحيحة لمسألة حسابية سواءً كانت عددية أم لفظية دون استخدام أي أدوات مثل القلم والورقة أو الآلة الحاسبة (في: فتنه وليد عابد بسومي ، 2007 ، 14).

• وعرفه "جواد سعد الدين وآخرون" (1997 ، 130): أنه التوصل إلى ناتج عملية من العمليات الحسابية أو حل مسائل ذهنياً دون الاستعانة بالكتابة (تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، 295).

• عرفه المجلس القومي لمعلمي الرياضيات أنه: "مهارة حياتية أساسية تساعد في تنمية الثقة لدى التلاميذ وتجعلهم يمتلكون المهارة لحل مسائل رياضية بدقة وبسرعة" (NCTM, 2000, p.21).

• ويعرفه "سميح" (2002): "بأنه المهارة التي يجري المتعلم باستخدامها العمليات الحسابية دون اللجوء إلى الكتابة أو أي وسيلة خارجية أخرى معطياً إجابة دقيقة ولا مجال للتقريب فيها" (تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، 295).

• وعرفه "مقدادي وعلي الخطيب" (2003) بأنه: "إعطاء التلميذ إجابة شفوية دقيقة لمسألة حساب دون استخدام أدوات القياس (مقدادي والخطيب ، 2003 ، 78).

• وعرفته "النعيمي" بأنه: "أداة ووسيلة تنمي الفهم الجيد والعميق لبنية الأعداد والعمليات عليها ، وتساعد على ابتكار طرائق لمعالجة الأعداد ذهنياً من دون استخدام الورقة والقلم ، أو أية مساعدات حسابية أخرى (النعيمي ، 2009 ، 15).

● أهمية الحساب الذهني:

يعتبر إجراء الحسابات ذهنياً مؤشراً أفضل على كفاءة الأطفال الحقيقية في التعامل مع الأعداد أكثر من إجرائها باستعمال طرق الحفظ الآلي والمتكرر المعتمدة على الورقة والقلم (Bobis, 2001, p.265). ولا تقتصر أهمية الحساب الذهني على ذلك بل هناك مجموعة أخرى من الإيجابيات التي تتحقق عند استخدام الفرد للحساب الذهني ، منها: (تغريد عبد الكاظم ، 2013 ، 293)

- يمكن من إصدار القرارات والحكم على مدى معقولية النتائج.
- ينمي القدرة على الحكم والتقدير لنواتج العمليات.
- يزيد من الاستقلالية في إصدار الأحكام.
- يزيد من فهم الأعداد والعمليات الحسابية.

- يساعد في استخدام العدد في مواقف متعددة.
- يساعد على معالجة الكميات العددية بشكل مختزل وسريع.
- يزيد من فهم أثر العمليات على الأعداد.
- ينمي القدرة على حل المشكلات التي تواجهه.
- يسمح بتنمية التفكير المنطقي الرياضي والتأملي.

● أهداف تدريس الحساب الذهني:

للحساب الذهني هدفان رئيسيان هما (سدیل عادل فتاح ، 2016 ، 34-35) (تغريد عبد الكاظم وكریم ، 2011 ، 243):

أ- الهدف النفعي:

ويعود هذا الهدف إلى الحاجة الماسة والضرورية للحساب الذهني في كثير من المواقف العملية والحياتية اليومية ، فنجد أن الكثيرين من الناس الأميين لديهم القدرة الفائقة على القيام بالحسابات ذهنياً وبشكل سريع نتيجة لتدريبهم على هذا النوع من الحساب بحكم أعمالهم ومهنتهم في التعاملات الحسابية السوقية ، في حين نجد الكثير من المتعلمين يضطرون لاستعمال الحساب الآلي (الحاسبة) أو الحساب الكتابي (الورقة والقلم) عند احتياجهم لإيجاد نواتج الحسابات اليومية ، وذلك ناتج عن عجزهم عن القيام بالحساب الذهني في كثير من حالات البيع والشراء حتى في حالة إجراء العمليات الحسابية التي تحوي على أعداد صغيرة (سدیل عادل فتاح ، 2016 ، 34).

ب- الهدف التربوي:

يتجلى هذا الهدف في كونه وسيلة من الوسائل الفعالة للمران العقلي وتنمية قابلية التفكير عند التلاميذ ، وجعل الدرس حيويًا ومشوقًا ، إذ إنه ومن خلال الحساب الذهني نستطيع تحقيق الكثير من الأهداف التربوية ، مثل:

- تقوية الذاكرة.
- تنمية قوة الانتباه: إنها رياضة عقلية تعود التلميذ على التذكر والتحليل والتفكير والحكم وإعطاء النتيجة بعد السؤال مباشرة خلال وقت قصير.
- يستخدم كعنصر تشويق وإثارة وجذب انتباه للتلاميذ.
- زيادة دافعية التلاميذ للتعلم والتعليم.
- ويُعد الحساب الذهني الجسر الذي يصل الحقائق الرياضية بالخوارزميات ، ومن خلاله يتم تطبيق بعض الحقائق الأساسية ، وبالتالي فإنه يساعد التلميذ على تطوير معرفته الرياضية. (سعد الدين ، 1997 ، 132)
- الثقة بالنفس: تدريب التلميذ على إبراز قدراته الذهنية ومواهبه ومهارته المتعددة والاستفادة منها (السعدي ، 2011 ، 244) (في: سدیل عادل فتاح ، 2016 ، 35).
- الخصائص المميزة للحساب الذهني:

الحساب الذهني مهم في الحياة ، فله خصائص مميزة ومتعددة ومتنوعة ومهمة ، لابد هنا أن ندرجها في نقاط (نقلا عن: كريم وعبد الكاظم ، 2011 ، 242):

- إن محوره الأساسي هو حساب الأعداد.
- فيه تعطي إجابة صحيحة مائة بالمائة ولأجل للتقريب فيها.
- يتم هذا النوع من الحساب ذهنياً بدون استخدام أي وسيط خارجي كالألة الحاسبة أو الورقة والقلم.
- يؤكد على أهمية القيمة المكانية للرقم ، ويعيق إدراك التلاميذ لها ، كما أنه يؤكد على أهمية العشرات في النظام العشري وتعميق فهم التلاميذ لهذا النظام.
- يوضح للتلاميذ العلاقة بين الأعداد ، ويؤدي إلى إدراك هذه العلاقة بعيق.
- يؤدي إلى الاقتصاد في الوقت ، إذ أنه لا يحتاج إلى وقت طويل في التوصل إلى الناتج.
- يساعد التلاميذ على تركيز انتباههم مباشرة إلى المسألة والتفكير في الناتج.
- يُعد وسيلة فعالة في توظيف الخواص الأساسية للعمليات الحسابية (كخاصية التجميع وخاصة التوزيع).
- إن المعلم بوساطته يستطيع أن يكتشف قابلية تلاميذه ومدى قدرتهم على التفكير والإبداع عندما يشجع كل واحد منهم على توضيح طريقته في كيفية التوصل إلى الناتج ذهنياً.
- له أهمية كبيرة عند البدء بتوضيح درس جديد في جميع مراحل الدراسة ، إذ يعطي أمثلة بسيطة تتضمن أعداد صغيرة ، فيتوصل التلاميذ بإرشاد المعلم إلى الناتج أو لحل بصورة ذهنية ، ويساعدهم هذا على تركيز انتباههم جميعاً إلى طريقة الحل.
- يؤدي إلى إثراء المناهج عندما يستعمل كالغاز أو ألعاب حسابية ، يتبارى التلاميذ بها للتوصل إلى الناتج ، كما أنه يُعد من الوسائل الترفيهية يستعملها المعلم عندما يصيب التلاميذ شيئاً من الملل.
- يشجع التلاميذ على التفكير الحر ، كما وأن متابعة التلميذ لحل زملائه الآخرين ينمي فيه القابلية على التفكير. (سعد الدين ، 1997 ، 133-134).

إجراءات الدراسة:

أ. منهج الدراسة:

هو مجموعة من القواعد التي يتبعها الباحث ، بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية ، وتختلف طرق ومناهج البحث باختلاف المواضيع ، فعلى الباحث أن يعتمد على أدوات وتقنيات متعلقة بموضوعه ، وعليه أيضاً بوضع خطة يتمكن من خلالها استثمار معطيات الميدان الذي يمثل قاعدة بحثه (بوحوش ، 1990 ، 107). وفي دراستنا الحالية اعتمدنا على المنهج الوصفي الذي يعتبر أكثر المناهج استخداماً في مجال البحوث الاجتماعية والإنسانية ، يقوم بتحديد الوصف الحالي للظاهرة المدروسة ويتميز بعدة خصائص حيث أنه يقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة التي تؤثر فيها مما يساعد على فهم الظاهرة نفسها وتساعد على التنبؤ بمستقبل الظاهرة (الزوبغي و الغنام ، 1994 ، 51).

ب. عينة الدراسة:

يعرف الباحث "أنجرس" (1998) العينة على أنها مجموعة يتم اختيارها حسب طبيعة البحث العلمي في العلوم الإنسانية حيث إذا لم يستطع دراسة المجتمع الكلي للأفراد يقوم باختيار جزء منهم فقط مع التأكد بأن الجزء المختار يمثل المجموعة ، وهذا الجزء من الأفراد هو مجموعة البحث (Angers, 1998, p11).

وعلى هذا النحو قمنا باختيار مجموعة دراستنا المتمثلة في 15 تلميذاً وتلميذة من الأطفال الصم المدمجين في المدارس العادية ، بحيث تتراوح أعمارهم بين (8-11) سنة وقد اخترنا هذه الفئة بطريقة تتلاءم مع موضوع دراستنا ، والجدول التالي يمثل خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم 1: يمثل عينة الدراسة

الحالات	الجنس	السن
1.	ذكر	09 سنوات
2.	ذكر	08 سنوات
3.	ذكر	08 سنوات
4.	ذكر	08 سنوات
5.	انثى	09 سنوات
6.	ذكر	09 سنوات
7.	ذكر	09 سنوات
8.	انثى	09 سنوات
9.	ذكر	09 سنوات
10.	انثى	11 سنة
11.	ذكر	8 سنوات
12.	ذكر	8 سنوات
13.	ذكر	8 سنوات
14.	أنثى	9 سنوات
15.	ذكر	9 سنوات

ج. أداة الدراسة:

كل باحث في أي مجال من مجالات البحث يستعمل أدوات خاصة من أجل تحقيق فرضيته والحصول على المعلومات والنتائج التي يريد الوصول إليها. وفي هذه الدراسة استخدمت الباحثة الأداة الآتية: «اختبار الحساب الذهني الشفهي».

تتمثل أداة الدراسة الحالية في «اختبار الحساب الذهني الشفهي» مأخوذة من البطارية تقييم معالجة الأعداد والحساب لدى الأطفال (ZAREKI-R) الصورة الجزائرية الأولى (2010) المكيفة والمقننة على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة "حسان" في إطار تحضير الماجستير.

تعد البطارية ZAREKI-R صورة معدلة من البطارية الأصلية ZAREKI التي تم إعدادها وتطويرها باللغة الألمانية من طرف VON ASTER بالتعاون مع WEINHOLD بهدف تقييم معالجة الأعداد والحساب لدى الأطفال. قام DELLATOLAS بتكييفها وتعديلها على البيئة الفرنسية ، وكانت كنتيجة لأعمال تعاونية جماعية تحت إطار برنامج أوروبي الذي قام بتنسيقه DELOCHE في التسعينات حيث اقترحت أدوات لتقييم معالجة الأعداد والحساب لدى الأطفال بما في ذلك باللغة الفرنسية (Deloche, 1995). ولأهمية وحداثة هذه البطارية ، ترجمت إلى عدة لغات منها الإنجليزية- البرتغالية اليونانية وعدة بلدان أخرى (Koumoula, 2004) (في: حسان ، 2011).

صُمِّمَت بطارية "زاربكي المعدلة" كأداة تحليلية للتحديد والتعرف على الصعوبات التي تواجه كل طفل في مجال الحساب ومعالجة الأعداد ، وهذه الصعوبات يمكن أن تكون متنوعة ومتعددة وتحدد على مستوى:

- معرفة الرموز العددية و الانتقال من رمز إلى آخر. الانتقال الصحيح من نظام تمثيل الأعداد إلى آخر (الأعداد بالكتابة العربية ، الأعداد المقدمة شفويا ، عدد مكتوب حرفيا).
- الذاكرة العاملة.
- الانتباه.
- إدراك الفضاء.
- القدرة على التقدير و تقدير الكميات.
- القدرة على مقارنة الأعداد و الكميات.
- استيعاب مبادئ العدّ أي القدرة على العدّ.
- معرفة السلسلة اللفظية للأعداد.
- فهم معنى الأعداد.
- القدرة على مقارنة الأعداد و الكميات.
- معرفة الحقائق الحسابية و إجراءات الحساب الأساسية (مثلا جدول الضرب).
- الحكم.

والهدف الأساسي من البطارية هو الكشف عن الصعوبات الخاصة بكل طفل ، ويمكن أن تكون مختلفة ومتنوعة ، حتى ولو أن كلها تؤدي إلى ظهور عسر الحساب. وهذا التحليل الدقيق لصعوبات الحساب و/ أو معالجة الأعداد ، إضافة إلى ميزانية نفسية ونفسية عصبية ، ويؤخذ بعين الاعتبار الوسط الاجتماعي الثقافي والتربوي ليسمح باختيار الطرق المناسبة للعلاج لكل طفل.

تتكون الصورة الجزئية للبطارية من 12 اختبارا وهي:

- 1- عدّ النقاط.
- 2- التعداد الشفهي العكسي.
- 3- إملاء الأعداد.
- 4- الحساب الذهني الشفهي.
- 5- قراءة الأعداد.
- 6- موضع الأعداد في سلم عمودي.
- 7- إعادة الأرقام.
- 8- مقارنة عددين مقدمين شفويا.
- 9- تقدير بصري للكميات.
- 10- تقدير كيفي للكلمات في السياق.
- 11- مسائل حسابية مقدمة شفويا.
- 12- مقارنة عددين مكتوبين.

● **مزايا البطارية:**

- يمكن استخدام بطارية "زاربكي المعدلة" الصورة الجزائرية للأغراض التالية:
- أنها قابلة للتطبيق عبر مدى عمري واسع يتراوح بين 6 سنوات و 11 سنة.
- أنها قابلة للتعميم على الأطفال ذو المستويات الاقتصادية والاجتماعية والأطر الثقافية المختلفة.
- تطبيق البطارية لا يعتمد على التوقيت ، فلا يوجد زمن محدود للاختبار وهو متغير حسب الطفل وقدراته وسرعته في الجواب ، ويستغرق تطبيقها ما بين 30-47 دقيقة.
- تطبق البطارية بطريقة فردية.
- أنها واضحة الصياغة وتتميز بسهولة تطبيقها وتصحيحها.

● **تقديم الصورة الجزائرية الأولى المعربة للبطارية ZAREKI-R (حسان ، 2010):**

صممت دراسة من طرف الباحثة "المياء حسان" سنة 2010 بهدف تكييف وتقنين بطارية زاربكي المعدلة لتقييم معالجة الأعداد والحساب "لميكايل فون آستر وجورج دولاتولاس" على تلاميذ المرحلة الابتدائية بالجزائر الذين تمتد أعمارهم بين (6 و 11) سنة ، من خمس مستويات دراسية مختلفة (السنة الأولى ، الثانية ، الثالثة ، الرابعة والخامسة ابتدائي).

قامت الباحثة بترجمة هذه البطارية بنودها وتعليماتها إلى اللغة العربية ، وقد عرضت البطارية في صورتها الأولية المترجمة للغة العربية ومعها البطارية الأصلية ذاتها على مجموعة من المحكمين ، وذلك للتأكد من اتساق الترجمة مع الأصل الأجنبي الذي أخذت منه ومن مدى صلاحيتها للتطبيق في هذه الدراسة. واعتمدت الباحثة في دراستها على المراحل الأساسية التالية: (حسان ، 2018)

أولاً: إجراء الدراسة الاستطلاعية الأولى (التحقيق):

تم التطبيق الأول -من طرف الباحثة- للبطارية من النسخة المترجمة الأولية وفق إجراءات: اختيار(50) تلميذاً وتلميذة عشوائياً من الصفوف الخمسة في إحدى المدارس بالمرحلة الابتدائية ، ثم تطبيق البطارية على المجموعة من طرف الباحثة بهدف التعرف على درجة وضوح الفقرات ، ومناسبة التعليمات ، والزمن اللازم للإجابة ، وقد وجدت أن معدل الزمن اللازم للإجابة عن الفقرة حوالي (59) دقيقة. ثم قامت بتعديل بعض المفردات في بعض الفقرات وفق الملاحظات الناتجة عن تطبيق البطارية.

ثانياً: الدراسة السيكومترية (مرحلة التقنين):

تم التحقق -من طرف الباحثة- من الخصائص السيكومترية (الثبات و الصدق) للبطارية الصورة الجزائرية التي يمكن الاعتماد عليها في تقديم الكفالة المناسبة لهم ، ثم إيجاد معايير الأداء الملائمة والمتمثلة في الرتب العشرية للدرجات الخام خاصة بهذه الفئة من المجتمع الجزائري.

● **الثبات:** لقد تم التحقق من ثبات البطارية بعدة طرق هي كالاتي:

أ. طريقة إعادة التطبيق:

نتج معامل ثبات قدره (0,97) وهو دال إحصائياً عند مستوى (0,01)، وفي هذا دلالة على ثبات الأداء الفعلي للتلاميذ في الجزائر بالنسبة للبطارية زاربكي لتقييم معالجة الأعداد والحساب المكيفة.

ب. ثبات المصحح:

نتج عامل ثبات قدره (0,98) وهو دال إحصائياً عند مستوى (0,01)، يعطي مؤشراً ودلالة على أن التصحيح في المرة الأولى والثانية لم يتغير لأنه مستند إلى أسس وتعليمات التصحيح التي وضعت في البطارية الأصلية.

● الصدق: لقد استخدمت الباحثة عدد من معاملات الصدق ، وفيما يلي عرض للنتائج:

أ. الصدق الذاتي:

بالرجوع لقيمة معامل الثبات التي بلغت (0,97) وبحساب الجذر التربيعي لهذه القيمة بلغت قيمة معامل الصدق الذاتي (0,98) وهي قيمة عالية وتؤكد لنا بأن البطارية تتمتع بدرجة عالية من الصدق الذاتي.

ب. الصدق التلازمي:

أظهرت نتائج التحليل بأن قيم معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (0,01)، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين درجاتهم على بطارية زاريكي الصورة الجزائرية وتقديرات المعلمين في الرياضيات بين (0,73-0,90). وهذه القيم تعتبر قيم مقبولة كمعيار للتحقق من صدق بطارية زاريكي التلازمي.

ج. الصدق التكويني الفرضي:

لاحظت الباحثة من مصفوفة الارتباط أن الاختبارات المكونة للبطارية ترتبط مع بعضها البعض وبالدرجة الكلية ارتباطاً دالاً يمتد ما بين (0,14-0,92)، وفي ذلك دلالة على أن اختبارات البطارية متسقة مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0,01). وجميع هذه النتائج أكدت تمتع اختبارات البطارية بصدق البناء والتكوين الفرضي عند تطبيقه على المفحوصين.

● المعايير:

طبقت الباحثة الصورة المعربة الجزائرية للبطارية ZAREKI-R على جميع أفراد عينة الدراسة النهائية التي بلغ عددها (334) تلميذاً وتلميذة من طرف الباحثة ، وتم التوصل إلى درجات خام لكل فرد من أفراد العينة. تم إيجاد جدول معياري خاص بالبيئة الجزائرية توضح فيه الدرجات الخام للفئات العمرية الخمسة ، من الفئة العمرية الأولى (6) سنوات إلى الفئة العمرية الأخيرة (11) سنة ، والمقابلة للعشير الأول لكل اختبار وللبطارية ككل. ووضعت النتائج في الجدول الموالي:

جدول رقم 2: يبين العشير الأول للبطارية ZAREKI-R الصورة الجزائرية حسب متغيري الاختبار والفئة العمرية

الفئات العمرية الاختبارات	6-6 سنوات 11 شهر	7-7 سنوات 11 شهر	8-8 سنوات 11 شهر	9-9 سنوات 11 شهر	10-11 سنة 6 أشهر
1. عدد النقاط	3	3	4	4	4
2. التعداد الشفهي العكسي	0	0	1	1	1
3. إملاء الأعداد	2	4	9	11	10
4. الحساب الذهني الشفهي	0	9	16	26	31
5. قراءة الأعداد	2	4	10	11	12
6. موضع الأعداد في سلم عمودي	4	6	6	8	9
7. إعادة الأرقام	6	7	7	5	8
8. مقارنة عددين مقدمين شفهيًا	7	6	8	8	8

3	2	2	1	1	9. تقدير بصري للكميات
4	3	2	2	2	10. تقدير كيفي للكميات في السياق
3	0	0	0	0	11. مسائل حسابية مقدمة شفهيًا
7	8	6	4	3	12. مقارنة عددين مكتوبين
99	98	88	52	27	الدرجة الكلية

* لكل اختبارات البطارية ما عدا اختبار إعادة الأرقام لا يتم إدراجه.

- اختبار الحساب الذهني الشفهي :
يتضمن هذا الاختبار 3 أجزاء كل جزء يمثل عملية من العمليات الحسابية وهي الجمع والطرح والضرب ، حيث تتضمن كل جزء عدة بنود: الجمع (8 بنود) والطرح (8 بنود) والضرب (6 بنود).
الإجراءات: يطلب من الطفل القيام بحسابات في ذهنه (الجمع ، الطرح ، الضرب).

• التنقيط :

- عمليات الجمع: الدرجة الخام للجمع تكون محصورة بين 0 و 16.
- عمليات الطرح: الدرجة الخام للطرح تكون محصورة بين 0 إلى 16.
- عمليات الضرب: الدرجة الخام للضرب تكون محصورة بين 0 و 12.
- الدرجة الخام الإجمالية للحساب الذهني الشفهي تكون محصورة بين 0 و 44.

• تقييم نتائج اختبار الحساب الذهني الشفهي:

يتم تقييم الاختبار من خلال جدول الرتب العشرية الخاص بالبيئة الجزائرية التي تمت بها عملية التكييف والتقنين ، ذلك لسهولة استخدامها ودقتها في تحديد رتبة الفرد. يتمثل الدور الرئيسي للرتب العشرية في ترتيب المفحوصين وبيان موقعهم في الصفة المقاسة ، وبالتحديد هي تعني نسبة الدرجات التي تقل عن درجة الطفل المفحوص ، وتستخدم لتحديد الموقع النسبي للطفل المفحوص بالمقارنة مع فئته العمرية ، ويمكن استخدام الرتبة العشرية وبالتحديد العشير الأول للكشف عن التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في الحساب الذهني. يتم توضيح هذه الرتب التي تتصل عليها الحالة في الاختبار للفئات العمرية الخمسة ، من الفئة العمرية الأولى (6) سنوات إلى الفئة العمرية الأخيرة (11) سنة ، والمقابلة للعشير الأول لاختبار الحساب الذهني الشفهي. ووضعت النتائج في جدول رقم 3 التالي:

جدول رقم 3 : يبين العشير الأول حسب متغيري الاختبار والفئة العمرية
الحساب الذهني الشفهي

الفئات العمرية الاختبار الرابع	6-6 سنوات 11 شهر	7-7 سنوات 11 شهر	8-8 سنوات 11 شهر	9-9 سنوات 11 شهر	10-11 سنة 6 أشهر
اختبار الحساب الذهني الشفهي	0	9	16	26	31

ويبين الجدول السابق العشير الأول الخاص بمختلف الفئات العمرية الخمسة وبالنسبة لاختبار الحساب الذهني الشفهي ، ويمكن استخدام هذا الجدول ببسر ، حيث يتم أولاً تحديد الفئة العمرية للمفحوص ، ثم الدرجة الخام التي حصل عليها المفحوص ، ومن هنا يتمكن الفاحص من معرفة إذا كان المفحوص يعاني

من اضطرابات في الحساب الذهني أو لا والكشف عنها وسببها. حيث إذا كانت الدرجة الخام تنتمي للعشير الأول مقارنة بالعينة الكلية ، على الفاحص أن يقوم بالتعرف وتحديد طبيعة الصعوبات والاضطرابات التي يتلقاها المفحوص في اختبار الحساب الذهني الشفهي.

يجب أن نشك ونتوقع وجود اضطراب لها نلاحظ درجة كلية تقل عن:

9- عند الأطفال من 7 سنوات إلى 7 سنوات و11 شهرا.

16- عند الأطفال من 8 سنوات إلى 8 سنوات و11 شهرا.

26- عند الأطفال من 9 سنوات إلى 9 سنوات و11 شهرا.

31- عند الأطفال من 10 سنوات إلى 11 سنة و6 أشهر.

يلاحظ وبكثرة فشل تام (درجة كلية 0) عند الأطفال من 6 سنوات إلى 6 سنوات و11 شهرا ، وبالتالي يعتبر الاختبار صعبا جدا بالنسبة لهؤلاء الأطفال هذا لأنهم لم يتعلموها بعد في المدرسة.

يسمح زمن الإجابة معرفة إذا كان الطفل يعرف الإجابة أو أنه يستعمل إستراتيجية من استراتيجيات الحساب. وبالتالي يمكن التعرف على الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم الحقائق الحسابية (مثلا جدول الضرب) من الذين لديهم صعوبات استراتيجيات الحساب.

عرض النتائج وتفسيرها:

يمثل الجدول الموالي النتائج التي تحصلت عليها كل الحالات المدروسة من خلال تطبيق "اختبار الحساب الذهني الشفهي" المأخوذ من بطارية تقييم معالجة الأعداد والحساب الصورة الجزائرية الأولى ، وهذه النتائج ممثلة في الجدول الموالي رقم 4:

جدول رقم 4: يمثل نتائج اختبار الحساب الذهني الشفهي للحالات الصم المدمجين في مدارس عادي

النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	درجة الخام الإجمالية	اختبار الحساب الذهني الشفهي			الحالات
		الضرب	الطرح	الجمع	
4.54%	44/2	12/0	16/1	16/1	.1
2.27%	44/1	12/0	16/1	16/0	.2
0%	44/0	12/0	16/0	16/0	.3
0%	44/0	12/0	16/0	16/0	.4
36.36%	44/16	12/9	16/1	16/6	.5
2.27%	44/1	12/0	16/0	16/1	.6
0%	44/0	12/0	16/0	16/0	.7
13.63%	44/0	12/0	16/0	16/6	.8
0%	44/0	12/0	16/0	16/0	.9
75%	44/33	12/13	16/13	16/13	.10

11.	16/6	16/0	12/0	44/6	13.63%
12.	16/1	16/0	12/0	44/1	2.27%
13.	16/0	16/0	12/0	44/0	0%
14.	16/9	16/6	12/0	44/9	20.45%
15.	16/3	16/3	12/0	44/6	13.63%

تحليل نتائج اختبار الحساب الذهني الشفهي:

انطلاقاً مما تم ذكره سابقاً نقوم بمناقشة ما كشفنا عنه في الدراسة الحالية ، وبعد النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار الحساب الذهني الشفهي الممثلة في الجدول السابق ومقارنتها بالجدول المعياري رقم (3) الذي يمكننا من التعرف إذا كانت الحالات تعاني من صعوبات في الحساب الذهني ، توصلنا إلى أن جميع الحالات الصم يعانون من صعوبات في الحساب الذهني الشفهي رغم التفاوت في النتائج الراجعة للمستوى الدراسي. حيث لاحظنا أن الحالات لم تتمكن من بلوغ كل الإجابات الصحيحة رغم استخدامها وهذا راجع إلى عدم فهمهم للأعداد وعدم تمكنهم من استخدام الاستراتيجيات الملائمة ، حيث أكد "هيرد سلفيد" (Heirdsfield,1996) أن الأطفال غالباً ما يختارون الإستراتيجية المناسبة للحل بناء على فهمهم للأعداد والعمليات كما لديهم استراتيجيات في فهم الحساب. كما يرجع المستوى ضعيف لعدم تمكن الحالات من استعمال إستراتيجيات الحساب المناسبة. ولكي تتمكن هذه الفئة من إجراء العمليات الحسابية لابد منها أن تتمكن من إتقان عملية العدّ ومعرفة النظام الترتيبي للأعداد ، قراءة الأعداد وكتابتها جيداً وفهم الوضع المكاني للرقم. وبالتالي أمكننا التعرف بأن الأطفال الصم المتمدرسين يعانون من اضطرابات وصعوبات في تعلم الحقائق الحسابية (مثلاً جدول الضرب) من الذين لديهم صعوبات استراتيجيات الحساب.

مناقشة النتائج:

انطلاقاً من النتائج السابقة المتحصل عليها من خلال تطبيق "اختبار الحساب الذهني الشفهي" المأخوذ من البطارية "زاريكي المعدلة" لتقييم معالجة الأعداد والحساب لدى الأطفال الصورة الجزائرية الأولى ، يتضح لنا أن كل الحالات تعاني من اضطرابات متنوعة في حل العمليات الحسابية باستخدام الحساب الذهني ، فمن خلال تقييم النتائج تبين أن كل الحالات أبدت تقريبا نفس الصعوبات في حل العمليات الحسابية لكنها متفاوتة بدرجة قليلة ، إذ اعتمدوا تقريبا على نفس طريقة الحل وذلك باستعمال أساليب مساعدة كالعدّ على الأصابع في كل عملية مما يشنت تركيزهم وهذا ما يؤدي إلى نسيان التعليمات بمتغيراتها ، إضافة إلى تعودهم استخدام إجراءات مسهلة كالورقة والقلم أثناء الإجابة. والتفاوت في نتائج الاختبار بين الحالات راجع إلى اختلاف سن الحالات (من 8 إلى 12 سنة) وبصفة عامة وضوح معنى الحساب الذهني يزداد تدريجياً مع زيادة في العمر ، وهذا ما لاحظناه لدى الحالات المدروسة. ومن خلال هذه النتائج تبين لنا أنّ الحالات نجحت بنسب متفاوتة ولها قدرة ضعيفة في اكتساب مهارة الحساب الذهني الشفهي وبنسب متفاوتة وتختلف باختلاف السن والمستوى.

استنتاج عام:

عرف الحساب الذهني اهتماماً واسعاً من قبل العديد من الباحثين ، ونظراً لأهميته ودوره الكبير في تحسين مختلف المهارات الفكرية فقد ركزنا خلال هذه الدراسة من خلال تطبيق اختبار الحساب الذهني الشفهي المأخوذ من بطارية تقييم معالجة الأعداد والحساب لدى الأطفال المكيفة والمقننة من قبل

الباحثة "حسان" عن الصورة الأصلية على البيئة الجزائرية ، لتحديد مدى اكتساب الأطفال الصم لهذه المهارة والصعوبات التي يواجهونها في تحصيل الحساب الذهني. ومن خلال النتائج التي تحصلنا عليها بعد تطبيق أداة الدراسة تبين لنا أن الحالات تعاني من صعوبات كثيرة في اكتساب مهارة الحساب الذهني والأخطاء المرتكبة في بنود الاختبار بأجزائه الثلاثة راجعة سواء إلى عدم التركيز وهي نفسها الصعوبات التي يواجهها الأطفال عادي السمع ، وكما قد نشير في دراستنا هذه أن كل الأطفال يلجئون إلى استعمال وسائل مساعد كالعدّ على الأصابع للتمكن من الحساب ذهنياً ، وتبين لنا من خلال النسب المئوية أن الصمم له تأثير في اكتساب مهارة الحساب الذهني ، ومن خلال ذلك نكون قد أكدنا صحة الفرضية التي تقول أن الطفل الأصم المدمج في مدارس عادية يواجه صعوبات في اكتساب مهارة الحساب الذهني ، وهذا لا يوافق قول "موريس" بأن المعاقين سمعياً ليس لديهم صعوبات في الحساب ولكن يواجهون البعض منها وهي تقريبا نفس الأخطاء التي يقع فيها الأطفال عادي السمع.

توصيات الدراسة:

استناداً لما أسفرت عنه الدراسة الحالي من نتائج وما لاحظته أثناء تطبيق الأداة فإنها تقدم التوصيات الآتية:

- الاستفادة من الأداة المستخدمة في هذه الدراسة وهي "اختبار الحساب الذهني الشفهي" في دراسة أخرى لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية للتعرف على الصعوبات بصفة دقيقة للتمكن من التغلب عليها والتخفيف منها.
- تقديم برامج تدريبية تعليمية للتغلب على اضطرابات وصعوبات الحساب الذهني لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية باعتبارها أساس المراحل الدراسية الموالية بصفة عامة ولدى الأطفال الصم بصفة خاصة.
- العمل على إدماج هذه الفئة من الأطفال الصم في المدارس العادية بصفة مبكرة بما يسمح لهم للتأقلم واكتساب المهارات التي يكتسبها الأطفال عاديي السمع بنفس الوتيرة.
- عقد دورات تدريبية لمعلمين التلاميذ الصم في مادة الحساب باقتراح ألعاب وأدوات تعليمية مساعدة لهذه الفئة.
- الاهتمام بإعداد معلمين ومراكز وأقسام مؤهلة لمساعدة الأطفال الصم على تعلم أساليب التعامل المناسب في جميع المواد الدراسية.
- ضرورة توعية الأسرة والعاملين المختصين بأهمية التدخل المبكر والإدماج المبكر للأطفال الصم في مدارس عادية.

المراجع:

1. إلهام جبار العقبي (2007)، تنمية الحس العددي لدى طلبة الصف الأول المتوسط باستخدام استراتيجيات الحساب الذهني، ع (51)، مجلة كلية التربية الأساسية.
2. تغريد عبد الكاظم (2013)، استخدام استراتيجيات الحساب الذهني الأكثر شيوعاً عند معلمي الرياضيات، مجلة الأستاذ، م (2)، ع (204)، ص ص 289-336.
3. جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفاقي (1991)، معجم علم النفس والطب النفسي، ج (4)، دار النهضة العربية، القاهرة.
4. حميدة محسن علوان النعيمي (2009)، أثر استخدام استراتيجيات الحساب الذهني في التحصيل والتفكير الابداعي لدى تلميذات المرحلة الابتدائية ومبلهن نحو مادة الرياضيات، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ابن هيثم، جامعة بغداد، العراق.
5. رفاة عزيز كريم السعدي (2002)، أثر استخدام التعلم التعاوني لمعالجة الأخطاء الرياضية لطالبات الصف الثاني متوسط وتحصيلهن الدراسي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، بغداد.
6. رفاة عزيز كريم وتغريد عبد الكاظم (2011)، الصعوبات التي تواجه تلامذة المرحلة الابتدائية في الحساب الذهني من وجهة نظر معلمهم، مجلة الفتح، العدد 47، ص ص 234-274.
7. رمزية الغريب (1985)، التقويم والقياس النفسي والتربوي، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة.
8. ريمة عيد بنت سعيد بن علي البلوشي (2003)، الحساب الذهني لدى تلاميذ الصف الخامس الاساسي وعلاقته بالمهارات الأساسية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
9. سدیل عادل فتاح (2016)، العلاقة بين مهارة الحساب الذهني والتقدير التقريبي وحل المشكلات الرياضية لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي، ع (217)، م (2)، مجلة الأستاذ.
10. عبد الجليل ابراهيم الزويبي، ومُحَمَّد احمد الغنام (1994)، مناهج البحث، مؤسسة الجامعية الأردنية، عمان، الأردن.
11. علي سعد سالم آل جبار القحطاني (1430)، فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات القراءة الجهرية لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط، رسالة ماجستير، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
12. فاروق مقدادي وعلي الخطيب (2003)، مدى اكتساب طلبة مرحلة التعليم الاساسي العليا في الاردن لمهارتي التقدير والحساب الذهني (19)، ع (2)، مجلة جامعة دمشق.
13. فتنه وليد عابد بسومي (2007)، قدرات الأطفال الفلسطينيين للصفوف السادس والثامن والعاشر في تقدير نواتج العمليات الحسابية وإجراء الحساب الذهني، رسالة ماجستير، قسم الدراسات العليا، جامعة بيرزيت، فلسطين.
14. فؤاد أبو حطب، وآمال صادق (1996)، علم النفس التربوي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

15. لمياء حسان (2011)، الكشف عن اضطرابات الحساب ومعالجة الأعداد لدى الطفل الجزائري (6-11 سنة) من خلال تكييف وتقنين البطارية ZAREKI-R على البيئة الجزائرية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2.
16. لمياء حسان، ونجية آيت يحي (2006)، صعوبات الطفل المعاق سمعيا في العمليات الحسابية دراسة لست حالات بالقسم الخامس ابتدائي مدمجة في مدرسة عادية، مذكرة ليسانس، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر.
17. محمد جواد سعد الدين وآخرون (1997)، طرائق تدريس الرياضيات للصف الرابع لمعاهد إعداد المعلمين، جمهورية العراق، وزارة التربية، الرياض.
18. BOBIS J. (1980), Mental computation: Shaping our children's success in mathematics, Proceedings of the Eighteenth Biennial Conference "Mathematics: Shaping Australia", AAMT, Canberra, 2001, 265-270.
19. DELOCHE G., VON ASTER M., DELLATOLAS G., GAILLARD F., TIECHE C., AZEMA D. (1995), Traitement des nombres et calcul en CE1 et CE2, ANAE (Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant).
20. HEIRDSFIELD A.M. (2001), Spontaneous mental computation strategies, International group for Psychology of mathematics education conference, pp. 55-62, Honolulu, U.S.A.
21. KENNEDY L.M. (1989), Guiding children to mathematical discovery, 3rd Ed, Weedsport, California.
22. KOUMOULA A., TSIRONI V., STAMOULI V., BARDANI L., SIAPATI S., ANNIKA G., KAFANTARIS L., CHARALAMBIDOU L., DELLATOLAS G., VON ASTER M. (2004), An epidemiological study of number processing and mental calculation in Greek schoolchildren Journal of Learning Disabilities, 37, 377-388.
23. MORGAN G.R. (1999), An analysis of the nurture and function of mental computation in primary mathematics curriculum, Unpublished doctor dissertation, QUT, Brisbane.
24. SOWDER J.T. AND WHEELER M.M. (1989), The development on concepts and strategies used in computational estimation, Journal for research in Mathematics education, Vol 20, No 2.

واقع التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة

في قطاع التكوين المهني بالجزائر

د. مسعود حناشي

د. أم هاني فارس

جامعة العربي/م. أم البواقي

جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة

الجزائر

الجزائر

مقدمة:

نال مجال رعاية وتأهيل المعاقين اهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة سواء من ناحية الدراسة العملية أو من ناحية التقدم التكنولوجي ويرجع ذلك إلى الشعور المتنامي في المجتمعات المختلفة بأن للمعاقين الحق في الحياة كغيره من أفراد المجتمع حسب قدراته وإمكانياته.

وبهذا يعتبر العمل مع المعاقين ميداناً من ميادين العمل الاجتماعي وذلك من أجل توفير الخدمات التأهيلية لهم ليكون لهم دور في التنمية الشاملة لمجتمعنا وبغير ذلك يكونون طاقات معطلة مما يؤدي إلى الكثير من المشكلات التي تؤثر على أسس الحياة الاجتماعية للمجتمع ككل.

يشهد العالم تعاضماً ملحوظاً في نسب المعاقين لعدد من الأسباب منها التغيرات التكنولوجية الصراعات الداخلية، حوادث المرور وما ينجر عن ذلك من نتائج سلبية متفاوتة الخطورة على العنصر البشري بالدرجة الأولى.

وإذا كانت الدول المتقدمة قد استطاعت على الأقل التحكم في تداعيات المشكلة ولو بمنظور مادي على عكس المجتمعات النامية بصفة عامة والعربية بصفة خاصة من ضمنها الجزائر "لا تزال جهودها في هذا الشأن مبعثرة ومشتتة تكاد تنحصر في تبني سياسات هشة تقتصر على بعض المؤسسات الخاصة وبعضها الآخر عبارة عن جهود تطوعية غير رسمية، وسرعان ما تخبو" (الطيب، بوقرون، بدون سنة نشر):

تحاول هذه الورقة تسليط الضوء على واقع تكفل قطاع التكوين المهني لفئة المعاقين من دلائل الوقوف على الآليات المدرجة لتسهيل إدماج فئة المعاقين في القطاع، تمثلت مبررات الدراسة في قلة الدراسات الاجتماعية الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، وكذا رغبة الباحثين في دراسة موضوع ذي أهمية بالغة في مجال الدراسات الاجتماعية، كما تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة بمؤسسات التكوين المهني في الجزائر، من هذا المنطلق جاءت هذه الورقة البحثية للكشف عن واقع التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في قطاع التكوين المهني بالجزائر، ويتم تناول هذا الطرح من خلال الأبعاد الآتية:

__ واقع خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين بمؤسسات (مراكز أو معاهد) التكوين المهني.

__ واقع التكفل النفسي بذوي الاحتياجات الخاصة.

__ واقع التكوين المهني (التأهيل المهني).

أولاً: قطاع التكوين المهني:**1_ مفهوم التكوين والتعليم المهنيين:**

عرف المشرع الجزائري التعليم المهني في القانون التوجيهي للتكوين والتعليم المهنيين بأنه: "...كل تعليم أكاديمي وتأهيلي، ممنوح من طرف مؤسسات التعليم المهني بعد الطور الإجباري في مؤسسات التربية الوطنية" (المادة 10 من القانون رقم 07-08):

2_ أهداف التكوين المهني:

يهدف التكوين المهني إلى:

__ إكساب الشباب مهارات عملية عن طريق ممارسة نشاط مهني يسمح لهم بالحصول على تأهيل يسهل اندماجهم في الحياة العملية.

__ تمكينهم من تكوين يتلاءم وخصوصيات الوسط الذي ينتمون إليه وفق توجهاتهم ورغباتهم.

__ المساهمة في تحسين تأطير النسيج الاقتصادي للمقاولات الصغرى والمتوسطة.

__ المساهمة في المحافظة على حرف الصناعة التقليدية التي لا يزال المجتمع في حاجة لمنتجاتها.

__ الرفع من كفاءات الموظفين لتأهيلهم للقيام بالمهام الملقة على عاتقهم وتأهيلهم لمسيرة الأساليب والوسائل الحديثة في العمل.

3- تكامل التربية والتكوين:

لقد تعايش قطاع التكوين المهني وقطاع التربية والتعليم، منفصلين ومتباعدين إلى حد التنافر واقعا وتديرا وتسييرا من حيث المؤسسات التعليمية والمهنية والبرامج والمناهج التكوينية. إلا أنه و نظرا لضرورة واقعية من تقارب بين القطاعين لأنهما يكملان بعضهما البعض حيث يعتبر التكوين المهني من وجهة نظر العديد من المتتبعين والفاعلين التربويين، سيرورة تربوية وتعليمية وتكوينية، تمكن التلاميذ والطلبة الملتحقين بهذا القطاع، من تكوين نظري وتطبيقي يشحذ مهاراتهم وينمي كفاءاتهم من أجل القيام بمهنة أو نشاط مهني يتطابق وميولاتهم وتوجهاتهم، ويترجم مؤهلاتهم وقدراتهم المعرفية والجسمية عمليا وواقعيًا. من هذا المنطلق فالتكوين المهني ينسجم وأهداف التربية والتكوين، بل يعتبر امتدادا لمنظومة التربية والتعليم، مركزا على الجوانب التطبيقية والميدانية، من أجل تأهيل المتكون لممارسة مهنة تمكنه من الاندماج في الحياة العملية.

من هذا المنطلق عملت الوزارتين على تقارب عملي بين القطاعين و ذلك بعقد عدة اتفاقيات عمل شراكة بين القطاعين منها التوجيه ما بعد الإلزامي للتلاميذ سواء لمسار التكوين المهني أو للمسار الجديد الذي ما زال في بداية نضجه وهو التعليم المهني، وهذا كله للاعتبارات التالية:

__ محو الصور النمطية والتصورات الخاطئة لدى التلاميذ والطلبة حول قطاع التكوين المهني وإطلاعهم ميدانيا على مميزاته ومزاياه والمهن التي يعرضها لهم، وفرص الاندماج في الحياة العملية التي يتيحها لحاملي الدبلومات المهنية، وذلك عبر التواصل المستمر بين التلاميذ والطلبة والمتكويين.

__ تعايش التلاميذ والطلبة والمتكويين ضمن نفس الفضاءات التعليمية والتكوينية، وشعورهم بالثقة في التكوين المهني بالانتماء إلى نفس المنظومة، واقتسامهم نفس المرافق، وخضوعهم لنفس الظروف التعليمية والتكوينية، من أجل ردم الهوة الفاصلة بين التعليم والتكوين تجسيدا لمبدأ المساواة وتكافؤ الفرص.

__ تبادل المعلومات والاطلاع، في عين المكان، على عروض التكوين المهني، بحيث تلغى جميع الحواجز والالتباسات والفوارق التي يتخيلها التلاميذ بين التعليم والتكوين، وذلك عن طريق التواصل

اليومي بين المتعلمين والمتدربين والمكونين ، وعن طريق الزيارات المستمرة للفضاءات التكوينية ومعاينة الأشغال النظرية والتطبيقية التي يستفيد منها المتكويين.

— توزيع التجهيزات المخبرية المتواجدة حاليا بمؤسسات التكوين المهني على المؤسسات التعليمية من أجل استغلالها بالتعليم المهني خلال الحصص التطبيقية.

— استغلال القاعات المتخصصة والمختبرات والورشات في مختلف التجارب والأشغال التطبيقية ، حيث يفتقر التلاميذ حاليا للخدمات التربوية والتعليمية التي تقدمها الأنشطة الحرفية والمخبرية ، لما لها من أهمية قصوى في ترسيخ مضامين الدروس النظرية وربطها بالواقع المعيشي اقتصاديا وتكنولوجيا واجتماعيا ؛

— استغلال قاعات التعليم العام ، ما يخفف وطأة الاكتظاظ التي تعيشها أغلب المؤسسات التعليمية ، وما يمكن التلاميذ من القيام بأنشطة إضافية من قبيل الاستفادة من حصص الدعم والتقوية والمراجعة والتثبيت من خلال تمارين وأشغال موجهة ، تمكنهم من استيعاب محتويات الدروس النظرية بشكل عميق يتيح لهم فرص شحذ خيالهم وفهم الظواهر المجردة .

— تقرب التكوينات والتخصصات المهنية وأهميتها من جميع التلاميذ والطلبة ، من أجل ازدياد تعلقهم بالتكوين المهني وشحذ رغباتهم وتقوية طموحاتهم وتبديد الصور النمطية المكونة ، والنظرة السلبية المتراكمة عبر الزمان لدى غالبيتهم ، والتي تشكل مشبطات وعوائق اجتماعية وثقافية تعترض سبيل الراغبين في الالتحاق بالتكوين المهني ؛

— بلورة التلاميذ والطلبة مشاريعهم المهنية انطلاقا من واقع معيشي ، وبناء على خدمات أبواب مفتوحة محليا بشكل مستمر ومستدام ، وعروض وموائد مستديرة لقاءات توعوية وإعلامية وأنشطة تعريفية من إعداد التلاميذ أنفسهم تحت إشراف المستشار في التوجيه التربوي ، ومن إعداد مختصين ومهنيين وأرباب مقاولات ومعامل وضعيات فلاحية ومحلات خدماتية أو تجارية... الخ

— توفير جهود أطر التوجيه التربوي وتوحيدها وترشيد معايير التوجيه إلى التعليم المهني بمزاوجة منطق الرغبة والميول ونتائج القياس النفسي والتربوي والمعرفي ، وتجاوز منطق الانتقاء والطاقة الاستيعابية المحدودة.

4-هيكلية التكوين المهني في الجزائر:

يتوفر قطاع التكوين والتعليم المهنيين على شبكة واسعة من هياكل التكوين المهني موزعين على النحو التالي:

❖ مؤسسات التكوين والتعليم المهني:

■ المعاهد الوطنية المتخصصة في التكوين المهني:

تتميز بطابعها الوطني ، وهي موزعة عبر معظم ولايات الوطن ، وتحتوي على ملحقات وكذا فروع منتدبة.

تتخصص المعاهد الوطنية في واحدة من الشعب المهنية ، و هي مكلفة بضمان تكوينات في المستوى الخامس (05) متوجة بشهادة تقني سامي.

■ معاهد التعليم المهني:

هي موجهة أساسا لاستقبال التلاميذ المقبولين في الطور ما بعد الإلزامي ، الموجهين من طرف وزارة التربية الوطنية.

■ مراكز التكوين المهني والتمهين:

تشكل مراكز التكوين المهني والتمهين الشبكة القاعدية لمنظومة التكوين المهني ، وهي موزعة عبر 48 ولاية.

تتميز بطابعها المحلي وهي مكلفة بضمان تكوينات في المستويات من (01 إلى 04) ، تتوفر على ملحقات كما تتوفر أيضا على فروع منتدبة تهدف أساسا إلى تقريب عروضها التكوينية من طالبي التكوين.

■ مراكز التكوين المهني والتمهين المختصة بالأشخاص المعاقين جسديا:

وهي موجهة أساسا للتكفل ببعض الفئات الخاصة ، عددها أربعة (4) الجزائر ، غليزان ، بومرداس والأغواط .

■ المؤسسات الخاصة للتكوين المهني :

➤ وهي مؤسسات خاصة للتكوين المهني وتوفر في مجملها تكوينات تنحصر في الشعب التخصصات التالية:

الإعلام الآلي ، المحاسبة ، التسويق ، الحلاقة و التزيين ، السياحة .

هذه التكوينات هي متوجهة إما:

* بشهادة دولة مسلمة من طرف وزارة التكوين والتعليم المهنيين ، وهذا من خلال مشاركة متربصي المؤسسات الخاصة في الامتحانات المنظمة من طرف مؤسسات التكوين المهني .
* شهادة تأهيلية متعلقة بالمؤسسة الخاصة للتكوين المهني ، بالنسبة للتكوينات التأهيلية .

❖ مؤسسات الهندسة البيداغوجية:

■ المعهد الوطني للتكوين والتعليم المهنيين:

مقره في الجزائر العاصمة ، يتميز بطابع وطني ومن بين مهام المعهد الوطني للتكوين والتعليم المهنيين ما يلي:

✓ تصميم منهجيات إعداد برامج التكوين والتعليم المهنيين تتطابق مع مختلف أنماط تطور التكوين

✓ ترقية مناهج و طرق التعليم والتمهين و تطويرها.

✓ القيام بالدراسات و البحوث المتعلقة بالطرق البيداغوجية ومحتويات البرامج

و الوسائل التعليمية .

■ معاهد التكوين و التعليم المهنيين:

تتكفل معاهد التكوين والتعليم المهنيين بالمهام المسندة الآتية:

* ضمان التكوين وتحسين المستوى وإعادة تأهيل المكونين ومستخدمي التسيير وأعوان الصيانة لمؤسسات التكوين المهني .

* المشاركة في إنجاز البرامج البيداغوجية وتحسينها .

❖ مؤسسات الدعم:

■ المركز الوطني للتعليم المهني عن بعد:

من بين المهام الأساسية للمركز ما يلي:

- ✓ التكوين بالمراسلة في مختلف التخصصات للتحضير للامتحانات والمسابقات المنظمة من طرف المؤسسات العمومية للتكوين.
- ✓ القيام بعمليات تكوين وتحسين المستوى وإعادة التأهيل لفائدة الهيئات العمومية والمؤسسات.
- ✓ تنظيم دورات تكوينية وتربصات تطبيقية.
- الديوان الوطني لتنمية وترقية التكوين المستمر:
من بين مهام المعهد ما يلي:
 - ✓ ضمان تطوير وترقية التكوين المستمر.
 - ✓ التدعيم البيداغوجي والتقني للمؤسسات الاقتصادية في إطار برنامج التكوين والرسكلة لفائدة العمال والموظفين.
 - ✓ تنظيم وإنجاز حصيلة الكفاءات حسب طلبات كل من الأفراد، المؤسسات الاقتصادية الخاصة، المؤسسات الاقتصادية العمومية، والمستخدمين العموميين والخواص.

5-التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة:

- هي تلك العملية المنظمة والمستمرة والتي تهدف إلى إيصال الفرد المعوق إلى أقصى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها حيث تتداخل خطوات هذه العملية ويعرف التأهيل المهني بأنه " العملية التي تشمل توفير الخدمات المهنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني والاستخدام الاختباري بقصد تمكين الشخص المعوق من ضمان عمل مناسب والاحتفاظ به والترقي فيه، ويهدف التأهيل المهني لتقليل أثر الإعاقة، مساعدة المعوق على تطوير ومساعدته على الشعور بقيمته في المجتمع" (آل سالم، 2014، ص: 33)
- لعملية التأهيل عدة خطوات هامة تستدعي إتباعها ومراعاتها، لأنها تضمن تنظيم مرتب للعمل وبالتالي نتائج إيجابية تعود بالفائدة على الفرد الذي يتأهل وأصحاب عملية التأهيل تتمثل في:
- القيام بدراسة حالة الشخص المعوق دراسة عامة وشاملة، وذلك بمحاولة تقصي ظروفه الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمهنية، بمعنى إيضاح النقاط الغامضة وجعلها معلومة حتى تسهل عملية تأهيله.
 - التشخيص الطبي والنفسي، الفحص الطبي يشمل تقرير عن درجة العجز وطبيعته وقياس القدرات البدنية وتحديد المواصفات والظروف المناسبة للعمل، ويشمل هذا التشخيص الاختبارات النفسية وقياس القدرات العقلية ومحاولة اكتشاف المهارات والمواهب والإبداعات الخاصة بالأفراد.
 - الإعداد البدني لاستعادة قدراته الجسمية، وذلك بتدريبه على استعمال الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وتنمية قدراته بالعلاج الطبيعي.
 - التوجيه المهني، بمساعدة الشخص المعوق على فهم حقيقة مشكلته واختيار له المهنة المناسبة إمكانياته، وبالتالي مساعدته على التكيف مع وضعه الجديد، من الأحسن إجراء اختبار على حسب قدراته و له لمعرفة المهنة الأنسب له.

- التدريب على العمل الملائم، ويتركز أساسا على التدريب من الناحية البدنية والعقلية الذي تتناسب مع مطالب العمل الموجه إليه وبالتالي تنمية المهارات والقدرات اللازمة للعمل.
- تقديم الخدمات الاجتماعية ، كمساعدة الأسرة ومصاريف الانتقال وثمان الأدوات والمواد اللازمة لعملية التدريب لبدأ العمل الجديد، هذه الخدمات الاجتماعية لا تقتصر على الأسرة فقط بل أيضا تمتد إلى المجتمع الذي يعيش فيه الفرد المعوق إذا ما استقر في عمله.
- المراقبة والتتبع لهذا الفرد ومعرفة إذا ما حلت مشاكله الاجتماعية.

5-1 أنواع عملية التأهيل:

للتأهيل عدة أنواع وكل نوع يتميز بخصائص وسمات معينة تميزه عن غيره ، فيما يلي نذكر هذه الأنواع:

- ◆ **التأهيل الطبي:** هذا النوع يعتمد على استخدام المهارات الطبية ، وذلك قصد التقليل من الإعاقة وان أمكن إزالتها تماما ، وبالتالي يصبح الفرد المعاق يحتل أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحيتين البدنية والعقلية ، التأهيل الطبي يتضمن الخدمات التالية :
 - _ العمليات الجراحية التي تساعد الفرد المعاق لاستعادة قدراته الفيزيولوجية .
 - _ العلاج بالأدوية والعقاقير للتقليل من أثر الإعاقة تستعمل أجهزة طبية وتقنيات مختلفة وغير ذلك (عبيد ، ص: 20).

كما أن التأهيل الطبي يعني به محاولة الطبيب لمعالجة الفرد المعاق عن طريق الأدوية أو بالعلاج الجراحي ، أو بالعلاج الطبيعي أو العلاج بالعمل أو علاج عيوب النطق باستعمال الأجهزة المساعدة ، من خلال هذا يمكن خلق قدرات بدنية للفرد المعاق ، فخدمات التأهيل الطبي تتضمن مختلف العمليات الجراحية التي تعمل على مساعدة الفرد المعاق لاستعادة قدراته العقلية والجسدية عن طريق العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية ، باستعمال الأجهزة المساعدة التي تقلل من أثر الإعاقة مثل السماعات والعكازات وغيرها لأنها تساعد الفرد في تحسين الصحة الجسدية والوظائف الجسمية ، تحسن حركة المفاصل وقوتها ، التأزر والتناسق وزيادة الدعم في الأطراف ، هذا النوع من أفضل الوسائل التأهيلية.

◆ **التأهيل الاجتماعي النفسي:**

هذا النوع من التأهيل يعني بإعداد الفرد المعاق إلى أعلى مستوى وذلك من الجانبين الاجتماعي والنفسي ، ويكون ذلك باستعمال طرق مناسبة نذكرها منها العلاج النفسي الذي يتم طريق الجلسات الإرشادية والنفسية والهدف منها ، محاولة التقليل من حدة المشكلة ، وبالتالي الوصول إلى حل مناسب للمعاق ، وعادة ما تستغرق هذه الجلسات زمنا طويلا بالنسبة للحالات المستعصية.

◆ **التأهيل المهني:**

التأهيل المهني يتطلب الاستقرار الاجتماعي للفرد المعوق ، وكذلك يكون مساير للتأهيل المهني ومتطلب سابق له الجانب النفسي وإرشاد الفرد للحاجة الخاصة لهذا الجانب الجانب المهني من أهم جوانب التأهيل التي تسعى إلى استقرار الفرد اجتماعيا الاعتماد على ذاته وتحقيق الاستقلالية على أن لا يكون معتمدا على الآخرين وسنلاحظ أن التأهيل المهني لا يشترط أن يكون في سن متقدم هذا التأهيل يكون في الباب العملي في سن يسمح للعمل له يتم التدريب عليه مسبقا في الجانب المهني في بداية حياته. (دس ، ص: 34).

5-2 خدمات التأهيل المهني :

أ- الاستفادة من خدمات الإرشاد المهني:

من بين أهم الإرشادات التي تستفيد منها ذوي الاحتياجات الخاصة على مستوى مراكز التكوين المهني هي استفادته من خدمات الإرشاد المهني من طرف أخصائيين في الميدان ، والتي تهدف إلى مساعدة الفرد المعوق ، وتوجيهه نحو اختيار المهنة المناسبة ، سواء كانت للتدرب عليها أو العمل بها.

ب- التدريب: يقصد بالتدريب خضوع الفرد المعاق لأنواع من إحدى التدريبات التالية:

6-المفاهيم الأساسية في التأهيل المهني:

من أجل التفاعل مع أنشطة التأهيل المهني في مراحلها المختلفة ، لابد من الإلمام بالمفاهيم الأساسية التي تستخدم في البرامج والأنشطة المهنية ، حتى يكون هناك توحيد لهذه المفاهيم دون الاختلاف في معناها وأبعادها بصورة علمية وعملية تساعد في التفاعل والإفادة بالصورة والمستوى المرغوب فيه ، ومن هذه المفاهيم:

● تحليل العمل:

هو جميع الإجراءات التي تؤدي إلى جمع البيانات المتعلقة بعمل معين ، والتي تؤدي إلى فهم التفاصيل الأساسية للعمليات المتضمنة للعمل وظروف القيام به .

● وصف العمل:

هو الوصف المكتوب لعمليات وأهداف وخطوات وواجبات ومسؤوليات عمل معين.

● متطلبات العمل

هو الوصف المكتوب للقدرات والسمات والمتطلبات الشخصية التي يتطلبها القيام بعمل معين.

● تصنيف العمل :

وهو ترتيب الأعمال في نظام معين أو في سلم خاص.

● دورة العمل:

هي الفترة الزمنية اللازمة لأداء نشاطات أو واجبات عمل للوصول إلى الهدف. وتستمر الدورة ابتداء من الواجب الخاص بالتهيئة للعمل إلى الواجب الخاص بإنهاء العمل.

● نشاطات العمل:

هي الأفعال الجسمية والحركية والذهنية الذي يستطيع العامل من خلالها إنجاز وحدة العمل.

● عناصر العمل:

يقسم العمل إلى عناصر (خطوات) وهي أحد مكونات المهمة. وقد تكون هذه العناصر منفردة وتؤدي كل منها على حدة ولكن يجب مراعاة التتابع في هذه الخطوات.

● المهمة:

هي العمل الجزئي الذي يؤديه الفرد في إطار عمل ما ، وهي جزء من العمل ، حيث يتكون العمل (العنصر أو الخطوة) من جملة من المهمات المختلفة في شكلها ومضمونها وتتكامل فيما بينها في إطار العمل الواحد.

● الوظيفة:

هي المركز الذي يشغله الفرد ، والتي تتكون من جملة المهام التي عليه أن يقوم بها لتحقيق الأهداف.

● العمل:

هو مجموعة من الوظائف المتماثلة ، ويتسم العمل بأن نشاطاته الرئيسية وأهدافه متشابهة بمفاهيم الأعمال.

● المهنة:

هي مجموعة من الأعمال المتماثلة ، وتتسم بأنها علماً وتدريباً يتصل بالمهام والمهارات المحددة التي يتطلبها أداء العمل حيث أن مجموعة الأعمال المتماثلة على علاقة ببعضها البعض بمفاهيم الطرق والدورات المتشابهة التي تستخدم في كل منها وحركات العامل وأفعاله وهي بذلك تختلف عن الحرفة التي تكتسب عن طريق التلمذة والتدريب العملي والمران غير المنظم وغير المعزز بالعلم والمعرفة المتخصصة.

● الكفاءة:

هي جملة المعلومات والمهارات والاتجاهات والقيم التي يمتلكها الفرد وتتمكنه من أداء عمل أو مهمة معينة بنجاح وفاعلية وإتقان.

● المهارة:

● هي سلسلة الإجراءات أو الخطوات الأدائية العملية القابلة للملاحظة والتي يقوم بها الفرد أثناء أدائه لمهمة معينة سعياً لتحقيق هدف أو إنتاج معين.

● الأداء:

هو السلوك الذي يقوم به الفرد في أثناء تنفيذه لمهمة معينة أو مهارة ما وقد يكون الأداء ملاحظاً بصورة مباشرة وقد لا يكون مثل المهارة الذهنية.

● التغذية الراجعة:

● هي المعلومات التي يتلقاها الفرد أو الجماعة عن مدى ملائمة أدائه وكفايته والتي كثيراً ما تؤدي إلى تغيير أو تعديل في سلوك الفرد.

● الاختبار:

أداة أو إجراء منظم لقياس عينة من السلوك.

● خطة العمل:

● مجموعة التدابير والمعالجات للبرنامج التدريبي وفق منهج محدد وأهداف محددة.

● الأهداف الأدائية:

هي العبارة التي تصنف الأداء أو السلوك المتوقع أن يصح الفرد المتدرب قادراً على إظهاره في سلوكه بعد التدريب.

● التدريب:

نشاط متخصص محدد يعمل على حصر نطاقات استجابات المتدربين في نسق واحد وهو

بذلك مصطلح تربوي يشير إلى العملية التعليمية التي تكون نتائجه من النوع القابل للملاحظة والتحديد على هيئة استجابات أداوية مرغوب فيها.

فالتأهيل المهني يعتبر أحدث ميادين الخدمة الاجتماعية في العالم ويشمل العديد من أنماط التأهيل وتقوم فكرته على أن العمل ليس فقط من الواجبات الاجتماعية للمواطن وإنما هو في نفس الوقت حق من حقوقه وحاجة من حاجات النفسية الطبيعية التي يجب على المجتمع إن يوفرها لهذا الفرد حتى يحقق جودة و معاشه وكذا أهميته ومشاركته في بناء حياته وحياة أفراد آخرين من المجتمع .

7- التشريعات المتعلقة بتنظيم التكوين المهني للفئات الخاصة

لقد فتح قطاع التكوين المهني في الجزائر و منذ زمن الأبواب أمام الفئات الخاصة وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة و بصفة رسمية بتقديم التأهيل والتكوين الموجه لهذه الفئة بعدما كانت مقتصره مهامه على المجتمع المدني والجمعي وكذا وزارة التضامن بمنشور وزاري المتضمن كفيات تنظيم التكوينات اتجاه الفئات الخاصة (المنشور رقم 07 ، 1997) والتكفل بها من أجل الحصول على كفاءات مهنية تؤهلها للإندماج المهني .

أ - تحديد الفئات الخاصة في قطاع التكوين المهني:

إن المكانة المعتبرة التي أولتها السياسة الوطنية للتكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة و التي تم التأكيد عليها في القانون التوجيهي للتكوين و التعليم المهنيين في ماته الرابعة التي كرتت مبدأ المساواة للإلتحاق بالتكوين بالنسبة لكافة الفئات الاجتماعية وكذا وضع أنظمة و إمكانيات خاصة لهذه الفئات ، لذا جاء القرار الوزاري رقم 24 المتضمن لتنظيم التكوين المهني للفئات الخاصة (القرار الوزاري رقم 24 ، 2001) لتحديد الفئات الخاصة المعنية بالتأهيل المهني و التكوين في أحد التخصصات المفتوحة بمراكزه بما يلي :

❖ المعوقون المعترف بهم طبيا :أي كل فرد أصيب بعاهة جسدية يمكن إثباتها طبيا

والمتمثلة في :

- المعوق حركيا و جسديا (سوء التركيب الجسمي أو تشوه المكتسب : عواقب الحوادث ،إلتهاب العضلات ،عجز حركي ذات أصل دماغي ، الشلل و الشلل النصفي)
- المعوق حسيا (المكفوفون و الصم و البكم)
- المريض المزمن (الربو ،مرض فقر الدم ،مرض السكر ،مرض القلب ،مرض الصرع ،مرض الكلية ، ومرض العضال)

من خلال قراءة هذا القرار يتبين لنا أن قطاع التكوين المهني قد وسع نظرتة للفئات الخاصة من غير المعاقين حركيا أو حسيا ليشمل كل الفئات التي تعاني من أمراض دائمة ومستعصية تحول بينهم وبين بعض المهن التي تتطلب إمكانيات تختلف عن ما أصبحوا عليهم وأنهم أصبحوا مقيدين في ممارسة بعض المهن التي لا تتلاءم مع حالتهم الجسمية .

ب-تنظيم التكوين:

لقد نصت القوانين التشريعية المنظمة للتكوين المهني للفئات الخاصة و بإسهاب (مذكرة وزارية ،

2011) في تنظيم التكوين كما يلي :

✓ فتحت أمام الفئات الخاصة كل تخصصات المدونة الوطنية للشعب (*¹)، حيث يوجه هؤلاء نحو التخصصات و أنماط التكوين الملائمة مع إعاقاتهم وقدراتهم الجسدية .

✓ ينظم التكوين المهني لفائدة الأشخاص المعوقين وفق كل أنماط و أنواع التكوين (الإقامي عن طريق التمهين وعن بعد) (*²)

ينظم التكوين الإقامي حسب الأشكال التالية :

➤ في فرع مدمج (مع العاديين) و تهدف هذه الصيغة إلى دمج بعض المعاقين في فروع عادية.

➤ في فرع خاص ، (يعانون من نفس الإعاقة) تهدف هذه الصيغة إلى فتح فرع على مستوى مؤسسات التكوين المهني يجمع خصيصا المتربصين المعوقين .

➤ في فرع منتدب (أي خارج أسوار مؤسسات التكوين المهني وبالشراكة مع قطاعات أخرى أو مؤسسات أخرى) تهدف هذه الصيغة إلى فتح فرع لدى الحركة الجمعوية أو القطاعات

¹ - مدونة الشعب المهنية هي المرجع الأساسي الذي يحوي كل التخصصات المفتوحة في قطاع التكوين المهني ، شروط الالتحاق ، مدة التكوين وكذلك نمط التكوين

- التكوين الإقامي

التعريف : هو تكوين يهدف إلى اكتساب تأهيل داخل مؤسسة تكوينية باستعمال التجهيزات الصناعية أو التعليمية ويدعم هذا التكوين تربيصات في الوسط المهني.

التكوين المتواصل

التعريف : هو التكوين المنظم فقط لفائدة العمال و الموظفين و يهدف أساسا إلى تحسين كفاءتهم و مردوديتهم و اكتساب المعارف و التقنيات و التكنولوجيات الجديدة التي يتطلبها منصب العمل، بحيث لا يمكن أن ينظم هذا الشكل من التكوين إلا بالاتصال مع الوسط المهني

التكوين عن طرق التمهين

التعريف : يعد التكوين عن طرق التمهين نمطا تكوينيا متناوبا فيه تكوين تطبيقي بوحدات الإنتاج بالمؤسسة سواء كانت من القطاع العام أو القطاع الخاص و يدعم بتكوين نظري بمؤسسة التكوين المهني.

التكوين عن طرق الدروس المسائية

التعريف : هو تكوين موجه فقط لفئة العمال الراغبين في اكتساب مهارات مهنة لتحسين وضعيتهم الاجتماعية و المهنية ويمكن أن يكون الطلب على هذا النمط من التكوين فرديا أو جماعيا بالنسبة من المترشحين من قبل الهيئة المستخدمة

التكوين عن بعد : هو تكوين موجه لكل شرائح المجتمع التي تتوفر فيها الشروط اللازمة للتكوين عن طريق المراسلة .يشرف على هذا النوع من التكوين مراكز جهوية للتكوين عن بعد

الأخرى ، يحتوي على نوع واحد من الفئات المذكورة أعلاه و يُؤطره مكونين من قطاع التكوين والتعليم المهنيين

➤ دمج الفئات الخاصة في الفروع العادية و الخاصة او المنتدبة له أولوية عن العاديين كما ينظم في التكوين عن طريق التمهين كما يلي :

يستثنى ذوي الحالات الخاصة من بعض الإجراءات والطرق المحددة بالقانون الخاص بالتمهين كما يلي :

- منح رخصة المستوى الدراسي لا تتجاوز سنة واحدة بالنسبة للمستويات 1، 2، 3⁽³⁾
- فيما يخص التكوين عن طريق التمهين ، فالسن الأقصى المحدد للمتمهين العاديين لا يطبق على الأشخاص المعوقين (المادة 12 من القانون رقم 34.90 ، 1990)
- يستفيد المترشحون المعوقون الذين ليس لهم مستوى دراسي بتكوين تحضيري قبل متابعتهم تكوين مهني مكيف وفق نمط التكوين بدون مستوى
- يعفى المترشحون المعوقين من امتحان الدخول إلى مؤسسات التكوين المهني .
- يسمح للمعاقين الذين انقطعوا عن تكوينهم لأسباب صحية ،استئنافه حسب المستوى الذي بلغه .

ج- محتوى البرامج و المناهج والتأطير البيداغوجي :

لقد فصل القرار الوزاري لسنة 2001 في مواد من 11 إلى المادة 19 كيفية تدريس الفئات الخاصة وكذلك المنافذ المخصصة لذلك وحتى كيفية التتويج بشهادات تؤهل هذا الفرد المعاق للحياة العملية وفق حالته الخاصة كالتالي :

- أوكلت مهمة تكييف البرامج التكوينية الموجهة للمعاقين المتربصين إلى المكونين (أساتذة متخصصين في التكوين المهني) المكلفين بتأطير المعاقين بالتعاون مع المعهد الوطني للتكوين المهني والمعاهد الجهوية للتكوين المهني والتي مهمتها الأساسية هي وضع البرامج الموجهة لمختلف التخصصات والمستويات في قطاع التكوين المهني
- مدة التكوين للفئات الخاصة تطابق المدة المحددة قانونيا (حسب مدونة الشعب المهنية) إلا أنه يمكن أن تسبق البرامج المدرسة في الفروع الخاصة والمنتدبة بمرحلة لرفع المستوى مدتها 3 أشهر.
- يسمح للمعاقين الذين انقطعوا عن تكوينهم لأسباب صحية استئنافه او مواصلته ،حسب المستوى الذي بلغه في الاختصاص الأصلي أو اختصاص معادل له .
- تكيف المناهج التقييمية عند الحاجة من طرف المكونين المكلفين بهذه الفئة ، كما يمكن الارتجاء إلى كل كفاءات خارجية تمكن تسهيل تقييم بعض المتربصين المعوقين حسيًا .
- يستفيد المتربصون بمدة إضافية لا تتجاوز 30 دقيقة خلال امتحانات نهاية التكوين كما تمنح تسهيلات مادية و تنظيمية للمعاقين ذوي الإعاقة الثقيلة حسب نوعها و درجتها .
- كل الشهادات التي يتوج بها المتربصون من ذوي الفئات الخاصة محددة ضمن تنظيم و ترويج التكوين والامتحانات المهنية السارية في القطاع (المرسوم التنفيذي رقم 99-77 ، 1999)

³ - مستويات التكوين المهني في الجزائر خمسة هي : المستوى الأول : عامل متخصص المستوى الثاني : عامل مؤهل

المستوى الثالث : عامل مهني ذو كفاءة عليا المستوى الرابع : تقني المستوى الخامس : تقني سامي

الهاتف	العنوان	المؤسسات
021.28.78.28 021.28.09.14	القبة الطرق الأربعة (04) الجزائر	مركز التكوين المهني والتمهين بلقاسم سعيد (القبة الطرق الأربعة) (04)
024.84.03.84	الطريق الوطني قرصو بومرداس	مركز التكوين المهني والتمهين تاجوينات مُجد قرصو بومرداس
046.90.99.41 046.90.90.23	بلدية أولاد جمعة دائرة حمودنة	مركز التكوين المهني والتمهين أولاد جمعة غليزان
029.92.08.28	صندوق بريد 1171 الاغواط	مركز التكوين المهني والتمهين أحمد مجبوبي الاغواط

د- المراكز المخصصة لتكوين الفئات الخاصة :

حددت المراكز الأربعة كمؤسسات متخصصة في تأهيل وتكوين الفئات الخاصة و هذا منذ سنة 2005:

8- الخاتمة:

لقد حظي الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بكل عناية و اهتمام في قطاع التكوين المهني لأنه هو القطاع الوحيد المؤهل بتكوين الفرد في الجانب المهني وتمكينه من صقل مهاراته وتعزيزها وتكييفها ضمن قدراته العقلية والجسمية وكذا النفسية من أجل العمل على إدماجه مهنيا وتحقيقه مشاريعه المهنية وبالتالي ضمان مكانته في المجتمع و كذلك توازنه وتحقيق ذاته وهذا لا يتأتى غلا بتوسع مجالات المهن المخصصة لهذه الفئة وإنشاء مراكز جديدة مخصصة لتكوين مختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتجهيزها بما يتلاءم مع نوع الحاجة للأفراد .

قائمة المراجع:

آل سالم ، حسن سعد (2014) ، التخلف العقلي ، مؤسسة الرحاب الحديثة ، بيروت ، الأردن .
(ماجدة السيد عميد: مقدمة في تأهيل المعوقين ، ط:1 ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
عاطف بحراوي (دون سنة) ، مقدمة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة . بيروت .
الطبيب ، بوقرون ، (دون سنة) ، دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الحاجات الخاصة ، ورقة بحثية منشورة في مجلة العلوم القانونية والاجتماعية جامعة زيان عاشور ، العدد (7).
" (المادة 10 من القانون رقم 07-08) المتضمن القانون التوجيهي للتكوين والتعليم المهنيين).
- المنشور رقم 07 بتاريخ 26 جوان 1997 المتضمن كفايات تنظيم التكوينات اتجاه الفئات الخاصة .
- القرار الوزاري رقم 24 بتاريخ 23 جانفي 2001 المتضمن تنظيم التكوين المهني للفئات الخاصة .
- مذكرة وزارية رقم 03 المؤرخة في 06 أكتوبر 2011 موضوعها تطوير التكوين لفائدة الفئات الخاصة .
- المادة 12 من القانون رقم 34.90 المؤرخ في 25 ديسمبر 1990 المعدل و المتمم للقانون رقم 07.81 المؤرخ في 27 جوان 1981 الخاص بالتمهين) .

¹ - المرسوم التنفيذي رقم 99-77 المؤرخ في 11 أبريل 1999 المتضمن تنظيم و ترويج التكوين و الامتحانات المهنية .

العملية التعليمية وصعوبات التواصل التربوي مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة د. بن طرات جلول جامعة الجيلالي ليابس جامعة – ولاية سيدي بلعباس-

مقدمة:

شكل موضوع الاهتمام بتربية الطفل وتعليمه حجر الأساس في الفكر التربوي المعاصر الذي انصرف إلى تعزيز قيم العملية التربوية التي تتحرك في حدود مجال التوجيه والتكوين والإرشاد، وكل ما تحمله الأهداف التربوية من خلال دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية، لاسيما الأسرة والمدرسة في تشكيل ملامح الوعي التربوي المسؤول عن ترسيخ منظومة القيم، وتفعيل عملية التفاعل الثقافي والقيمي بين الطفل والمجتمع، ومن ثم فإن بنية الثقافة التربوية داخل المجتمع الجزائري لا تنظر إلى عملية التعليم كأداة لتوجيه الفكر والسلوك وإنتاج المعرفة فقط، وإنما كمنتوج ثقافي يؤسس لمستقبل الطفل والاهتمام بجميع مراحل نمو جوانب شخصيته خاصة الجسدي والعقلي والنفسي والاجتماعي، ومن ثم فإن تطوير العملية التعليمية يتحرك في حدود الرعاية التربوية لفئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خاصة في مجال الوسط التربوي الذي يقتضي تسخير دور كل الفاعلين التربويين، وفي مقدمتهم أولياء الأمر، والمعلمين، والإدارة المدرسية، والموجهين والمرشدين والمساعدات التربويين في ممارسة الدور النفسي والاجتماعي قبل التعليمي، وهما ما يعكس إيجابياً عليهم من حيث تحقيق التكيف والتلاؤم مع الوسط الذي يعيشون فيه، ومن ثم فالخدمات الإرشادية تحمل مشروعا تربويا للأسوياء وغير الأسوياء، وهذا ما يتطلب حضور التربية الخاصة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة، "... لكونها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواء أكان ذلك في المناهج أو الوسائل أم طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية، وعليه فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلبا في قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضا الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة..." (رشا عبد العزيز موسى، 2009، ص11) فما يميز هذا النوع من التربية يتطابق مع تلك المتغيرات والتحويلات التعليمية التي حددت الأساليب الملائمة والتي تحقق نجاعتها التربوية من خلال وضع برنامج متكامل يهيئ هؤلاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتواصل مع طبيعة هذا البرنامج الذي يحمل كل مكونات وعناصر الرعاية الخاصة التي تساعد على تذليل صعوبات التعلم أمامهم، وبذلك "... فالتربية الخاصة بالمعوقين تشترك فيها مجموعة من المهنيين المختصين مثل: معلم التربية الخاصة، معلم المدرسة العادية، الأخصائي الاجتماعي، الأخصائي النفسي، أخصائي العلاج الطبيعي، أخصائي العلاج المهني، أخصائي النطق..." (المرجع نفسه، ص11)، فهذه الفئة من المعوقين على غرار الصم والبكم، والمتخلفين ذهنيا، والذين يحملون عاهات خلقية، وبعض مظاهر الإعاقة الحركية والبصرية تحتاج إلى ضرورة تكييف النظام التربوي في الجزائر مع طبيعة احتياجاتهم طبقا للقيم الأخلاقية والثقافة الدينية التي تتطلب معاملة إنسانية دون إقصائهم أو تهيمشهم أو ممارسة الضغط النفسي والاجتماعي عليهم بإلغاء حقهم في التمدد الجيد، أو تغييب وجودهم، وبذلك فإن كل الدراسات التربوية والنفسية والاجتماعية الحديثة والمعاصرة تؤكد على استعمال هذا المعنى الخاص في تربية وتعليم هذه الفئة، أين أكد صاحب الكتاب على فعالية هذا النموذج التربوي في قوله "... فالتربية الخاصة مجموعة من الخدمات والبرامج المنظمة التي تهدف إلى

مساعدة الأفراد ذوي الحاجات الخاصة على تنمية قدراتهم لتوظيفها في حياتهم ، والاستفادة منها في المواقف التعليمية ، وهذه البرامج قد تكون مجموعة برامج تربوية تأخذ شكل رزم تعليمية أو وحدات مبرمجة ، أو برامج إثراء تعليمي كالتي تستخدم مع المتفوقين عقليا ، وقد تأخذ هذه البرامج شكل برامج مثل برامج علاج النطق أو العلاج الطبيعي ، أو علاج الصعوبات الخاصة في التعليم ، ويمكن أن تكون هذه البرامج برامج إرشادية واجتماعية ، ويمكن أن تكون برامج في التأهيل المهني والتدريب المهني أو العلاج الوظيفي... (المرجع نفسه ، ص ، 12) فحضور الطابع السيكولوجي للعملية التربوية اتجاه ذوي الاحتياجات الخاصة هو ما يعزز لغة التواصل التربوي في الوسط المدرسي ، ومن ثم احتواء كل المشكلات والأزمات التي قد تصطدم بها هذه الفئة ، فالمعوقين حركيا ، والصم والبكم والمكفوفين يحتاجون إلى نظام تعليمي يراعي طاقاتهم وقدراتهم وميولهم بشكل يسمح لهم بالتجاوب والتواصل مع مبادئ هذا النظام وأساليبه التربوية ، وبالتالي فطبيعة البرامج والمناهج ، وخلق مناخ تعليمي مناسب لهم ، وفضاء نفسي واجتماعي ملائم لهم للتحرر من كل الضغوط ، والتعبير الحر عن ذواتهم قد يكون له دخلا في بناء هذه العملية التعليمية وتحقيق النموذج التربوي الخاص مع هذه الفئة ، فكل مظاهر الرعاية خاصة ، النفسية والاجتماعية قد تهيئ ذوي الاحتياجات الخاصة إلى مواصلة تعليمهم والتواصل مع أنماط المجتمع وقيمه وأنساقه ، وبالتالي فالأهداف التربوية لطبيعة هذه الرعاية خاصة حقهم في العلاج ، والتأهيل والتوجيه والإرشاد الذي يفتح على ضرورة التشخيص المبكر للإعاقة التي قد تؤثر على مستقبلهم الدراسي داخل المجتمع ، "... ونظرا لمستوى المتخلفين عقليا المحدود في القيام بالعمليات العقلية والمتنوعة والضرورية للتعليم المدرسي ، مثل القدرة على الفهم ، وإدراك العلاقات ، والقدرة على التصور والتخيل ، أو استدعاء الصور الذهنية ، ونقص القدرة على الذكر ، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على التركيز لفترات طويلة ، فإنهم محتاجون إلى طرق متميزة وتقنيات تعليمية ذات مواصفات خاصة ، وإلى كثرة استخدام الأشياء الحسية وكثير من عمليات الإعداد والتكرار ، مما يستدعي إعداد مدرسيهم ، وبيئتهم المدرسية إعدادا خاصا يتناسب وحجم وطبيعة العمل ومستوى الدارسين..." (علي فهمي ، 2009 ، ص 119) فمستويات المردود والتحصيل العلمي عند هذه الفئة بخلاف الفئة العادية تقتضي إعادة النظر في وضعية المنظومة التربوية داخل الجزائر ، ومؤسسات التكوين المهني لإيجاد بدائل مناسبة تقدم الرعاية التعليمية التي تعزز برامج العلاج والإرشاد النفسي والاجتماعي داخل الفضاء المدرسي ، وبرامج التوجيه والتدريس ، وتفصيل كل العوامل والعناصر الأساسية المحددة لفعالية التعليم ونجاحته قصد تحقيق التكافؤ والتلاؤم والتكيف مع خصوصيات العملية التربوية التي تراعي مظاهر النمو الجسمي والحركي ، ومظاهر نمو الكلام واللغة وبعض المهارات والقدرات الأكاديمية والمهنية التي تسمح للمتخلفين عقليا من التواصل مع الفاعلين التربويين ، لذلك يجب على البرنامج التعليمي أن يتضمن بعض الأساليب العلاجية التي تسمح بتطوير مستواهم الدراسي ، فقد أشارت بعض الدراسات الحديثة: "... أن الطفل المتخلف عقليا بدرجة حادة يعاني نقصا كبيرا في النمو الجسمي وفي أساليب التواصل ، كما يعجز عن القيام بالأمر المتعلقة بالرعاية الشخصية ، ويبدو على مثل هذا الطفل النقص الواضح في قدرته العقلية ، إذ تقل نسبة ذكائه عن 25% ، والغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى البقاء في مؤسسات توفر لهم الرعاية اللازمة نظرا لحالتهم الصحية والطبية ، أما فئة التخلف العقلي الشديد فإنها تضم أطفالا تتراوح نسب ذكائهم ما بين: 20 و 39 ، ونسبة الذكاء في حد ذاتها - في هذه الحالات- لا تحدد طبيعة الخدمات الواجب توفيرها لمثل هؤلاء الأطفال..." (المرجع نفسه ، ص133) فالبرامج التعليمية الملائمة قد تكون مرجعا للعملية التواصلية بين المعلمين وذوي الاحتياجات الخاصة ، فالنقص الدراسي الجيد لهذه الفئة متوقف على سلامة الفهم والاستيعاب

والقدرة على التواصل اللغوي والمعرفي والمنهجي مع طريقة التدريس عند المعلم وشخصيته التي تحقق عملية انجذاب هذه الفئة له دون النفور منه ، فقد يكون للأساليب التربوية الناجحة تأثيرا إيجابيا على عملية التوافق التربوي والنفسي مع المحيط التعليمي الملائم لهذه الفئة خاصة الذين يعانون من إعاقات جسمية أو عقلية أو نفسية في غاية التعقد ، ومن ثم فإن وضعية هذه الفئة تستوجب الاهتمام الفائق بها ، والمتابعة الأسرية والمدرسية لهم ، وبالتالي فكل ما يعكس سلبا على مستواهم الدراسي يمتد إلى الأسباب النفسية والاجتماعية والتربوية من حيث طريقة المعاملة عند الآباء والمعلمين والمجتمع ككل معهم.

يعتقد معظم الأكاديميين التربويين ، وعلماء النفس والاجتماع أن عملية التواصل التربوي مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة قد تساهم في إرساء جملة من القيم الأخلاقية أثناء ممارسة الفعل التربوي داخل المؤسسات التعليمية ، من بينها لغة الخطاب ، وطريقة الكلام عند بناء الدرس التربوي المرتبط بتحقيق الهدف المعرفي والسلوكي ، هذا الهدف جوهر نجاح العملية التعليمية التي تقتضي مراعاة هذه الحاجات الخاصة عند المعوقين حركيا ، والمتخلفين ذهنيا ، والمكفوفين ، وأصحاب الصم والبكم ، لذلك تنحصر بعض عمليات التأهيل والعلاج والدمج وكل صور الرعاية والتربية الخاصة كبديل حقيقي يحد من أشكال تهيمش وإهمال هذه الفئة التي قد تضررت نفسيا واجتماعيا داخل المجتمع الجزائري بصفة خاصة ، ومن هذا المنظر فواقع العملية التعليمية اتجاه هذه الفئة يحملنا على ضرورة التعامل مع مستقبل تربيتهم وتعليمهم بإقامة عدة أبحاث ودراسات في الميدان لمعرفة أسباب مشكلة التواصل التربوي مع هذه الفئة ، وإنعدام مبدأ تكافؤ الفرص مع جميع أصناف هذه الفئات في مواصلة تعليمهم وتمدرسهم الجيد ، وإعدادهم مهنيا ، ومن ثم هناك بعض الأفكار التي تعتقد "... أن المتخلفين عقليا هم أشخاص مستهلكين للخدمات أكثر من كونهم منتجين ، ولكن في الواقع ينبغي الإهتمام ببرامج الإعداد المهني لأن المهنة أو العمل ليس مجرد الحصول على دخل مادي ، وإنما العمل في حد ذاته للفرد يساعده على إكتساب الثقة في نفسه بما ينتجه ويضيفه ، ويؤدي إلى إثابة الفرد بتعزيز سلوكياته الإنتاجية..." (المرجع نفسه ، ص 137) فتباين هذه الخدمات على مستوى الإعداد التربوي والمهني هو مايساعد المشرفين على إستخدام أدوات التعزيز الإيجابي للعملية التعليمية من خلال ربط فكرة التواصل بالحوافز المادية والمعنوية التي تثير فيهم الدافعية إلى التعلم قصد تجديد طاقاتهم الإبداعية ، ومن ثم يشعر هؤلاء بالفخر والإعتزاز النفسي بشخصيتهم داخل المدرسة ، ويمكنهم من تحقيق الملاءمة التربوية بين معارفهم وسلوكياتهم المكتسبة ، وبذلك فما يميز تلك الاختلافات الفردية لدى الأطفال ذوي الحاجات الخاصة هي كالاتي (أماني محمود ، تعليم 2013 ، ص 43):

-الاختلافات العقلية: والتي تشمل الأطفال المتفوقون عقليا ، والأطفال الذين يتعلمون ولكن بشكل أبطأ بكثير (الإعاقات الفكرية والنمائية).

- الاختلافات التواصلية: والتي تتضمن الأطفال الذين لديهم صعوبات في اللغة والكلام ، مثل الذين يعانون من التوحد ، بحيث يكون التواصل لديهم متأخرا أو فيه إعاقة.

- صعوبات التعلم: والتي تشمل فئة الأطفال الذين يعانون من مشاكل تعليمية ، ومن مشاكل الإلتحاق بالغرف الصفية العادية.

-الاختلافات الحسية: التي تشمل على الأطفال الذين يعانون إعاقات سمعية أو إعاقات بصرية.

-الاختلافات السلوكية: تشتمل على الأطفال الذين يعانون من مشاكل إنفعالية أو سلوكية.

-الاختلافات المتعددة والشديدة: تشتمل على الأطفال الذين لديهم أكثر من إعاقة مثل: (الشكل الدماغي والصعوبات النمائية والعقلية أو كلا من حالة الكف: البصري/الصم).

- الإختلافات الجسدية: التي تشتمل على الأطفال الذين يعانون من مشاكل صحية وجسدية وحركية. إن التأمل في طبيعة هذه الإختلافات ك تصنيف علمي لمفهوم الطفل ذوي الإحتياجات الخاصة قد جعل مجال التربية والتعليم يهتم بجميع المهارات الحسية والحركية، والمهارات الكلامية واللغوية، والمهارات العقلية والإجتماعية والتنظيمية عند هذه الفئة لتجاوز كل صعوبات التواصل الكتابي، أو صعوبة التواصل اللفظي أو صعوبة في فهم المعلومات التي تقدم بطريقة سمعية أو بصرية في البيئة التربوية، وبالتالي كل حالة من حالات الإضطراب في عملية التعلم أو التواصل تشكل عائقا حقيقيا قد يؤثر سلبا على ظاهرة ضعف التحصيل العلمي، والسلوكيات العدوانية التي تظهر بين الطفل السوي وغير السوي، وكل الأطفال العاجزين عن التعايش مع حالاتهم المرضية وواقعهم الإجتماعي. ومن ثم "... فالصعوبات التعليمية المحددة تشكل إضطرابات في واحدة من العمليات النفسية الأساسية التي تتعلق بالفهم أو إستخدام اللغة المحكية أو المكتوبة، والتي تظهر في عدم القدرة على الإستماع، التفكير، القراءة، الكتابة، التهجئة أو الحساب، وتتضمن حالات الصعوبة الإدراكية، كإصابة الدماغ، الخلل الوظيفي للدماغ، الديسلوكيا والحسنة النمائية، الإضطرابات التي لا تشملها صعوبات التعلم: كمشاكل التعلم الناتجة عن الصعوبات البصرية، والسمعية والحركية، التأخر النمائي العقلي، الإضطراب الإنفعالي أو الحرمان البيئي أو الثقافي أو الإقتصادي (المرجع نفسه، ص 42) وضمن هذه الصعوبات وجب على المعلمين أن ينتهجوا إستراتيجية تتلاءم ومتطلبات الرعاية الخاصة بهذه الفئة للوقوف عند حدود جميع المشكلات التي تعيق الأداء التربوي خاصة أمام الخدمات التواصلية التي تزود هذا الصنف من التلاميذ بأليات ونماذج تعليمية تتطابق وجميع مراحل الإعداد والتخطيط لإحتواء تلك الإضطرابات الإنفعالية والسلوكية والمعرفية، وبالتالي يجب أن تتدخل لغة التعاون كإستراتيجية أخلاقية تعزز قيم الثقافة التواصلية داخل الوسط المدرسي. كما قد يكون للتكنولوجيا دخلا في تربية وتوجيه طريقة التفكير والسلوك عند هذه الفئة، خاصة أن العالم الافتراضي للطفل المعاق حركيا أو ذهنيا قد يقلل عنده الشعور بالدونية ويساعده على التحرر على مستوى الذات، فكل المتغيرات والتحويلات السياسية والثقافية والإجتماعية والإقتصادية والتربوية التي تحيط بالأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة قد تحدد مجال التفاعل والتواصل مع هذه المؤسسات التي تحمل أهداف التكوين والتربية والتعليم لاسيما أن لغة تنمية العقل وتوجيه القدرات والمهارات التعليمية عندهم قد تعزز دافعية الطموح والإنجاز وتستوعب كل أنواع الدعم والتكفل النفسي والإجتماعي والتربوي البيداغوجي بهم، ومن ثم فصعوبات التواصل التربوي لا ترتبط فقط بصعوبة التواصل اللفظي والكتابي أثناء العملية التعليمية وإنما تتجاوز هذا الإطار إلى صعوبة التفاعل والتجارب التربوي في بعده النفسي والإجتماعي والقيمي، فما أنتجه خطاب الحداثة والعولمة لا ينفصل عن أهداف العلوم الإنسانية والإجتماعية التي إنصرفت إلى الإهتمام بالطفل الذي يعاني من جميع الإعاقات كإنسان بحاجة إلى إمتلاك كل الحقوق الطبيعية والإجتماعية والأخلاقية، وبذلك فالدراسات النفسية والإجتماعية في مجال الحقل التربوي تلمي على المعلم أن لا يقصي أو يهمل هذه الفئة داخل القسم، وأن يتجنب لغة تعنيفهم جسديا أو لغويا، وأن يترك لهم الحرية أثناء عملية التدريس للتعبير عن ذواتهم وحاجاتهم، كما يجب أن يكيف عملية الشرح اللغوي بإستعمال الأمثلة التي لا تؤثر عليهم نفسيا، فقد يتأثر الكفيف عن طريق السمع، ونفس الأمر بالنسبة للصم والبكم عن طريق الرؤية، وهي جملة الآثار التي قد تحول الشعور بالنقص والدونية عندهم إلى كراهية في صورة سلوكيات عدوانية مع زملائهم أو إتجاه المعلمين من خلال النور والعزوف عن الدراسة، فتداخل الإضطرابات اللغوية والكلامية والتواصلية قد تجعل من طريقة التواصل التربوي والإجتماعي جوهر عملية النمو السليم للشخصية، فكل ما ينطوي تحتم هذه العملية من مفردات نفسية

وإجتماعية يتطابق مع النظرة الفلسفية لمفهوم التواصل في هذا المجال ، " ... إذ تعتبر المقدرة على التواصل ضرورية لمساهمتنا في داخل المجتمع وهي ما يقوم بربطنا بالآخرين ومساعدتنا على تشكيل إحساس مشترك بالإنتماء ، فعملية التواصل تعني تبادل الأفكار ، المعلومات ، المشاعر وهي تتطلب ثلاثة أشياء: المرسل ، الرسالة والمستقبل... فحسب نموذج معالجة المعلومات نرى كيف أن عملية التواصل تتعلق بالمدخلات (السمعية ، البصرية). والعملية المركزية (التفكير حول الشيء وفهمه) ، والمخرجات (الكلام ، الغناء ، الكتابة...إلخ) ، كما تتعلق عملية التواصل باستخدام الوظيفة التنفيذية (إتخاذ القرار) ، وكل هذه جميعها تأخذ مكانا في السياق الإنفعالي الذي يجب أن يحلل إلى عوامل لتكوين الفهم الصحيح للرسالة (المرجع نفسه ، ص 359) ومن ثم مفهوم التواصل يتحرك ضمن وظائف اللغة وإستعمالاتها داخل المجتمع. وبتعبير أدق داخل مؤسسات التنشئة الإجتماعية وهي الأسرة والمدرسة ، وبذلك فتحقيق هذا المفهوم نظريا وعمليا مع هذه الفئة يتطلب مواجهة سليمة لكل المواقف الإنفعالية التي تولد الغضب والقلق والهيجان على مستوى السلوك مما قد تعرقل المعلم في تحسين أدائه التربوي خاصة كيفية التواصل معهم ، فطبيعة هذه الإضطرابات الإنفعالية قد لا تهيب المعلم لتطوير العملية التعليمية ، وتؤثر سلبا من جانب آخر على هؤلاء الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة على متابعة الدرس وإستيعاب وفهم المادة المعرفية بشكل سليم ، لذلك فإضطراب اللغة ، ومشاكل الكلام ، وصعوبات الفهم ، وغياب القدرة على التواصل مع وسائل الإيضاح التربوي (السيبورة ، الكتاب... إلخ) قد ينعكس سلبا على مستوى التحصيل الدراسي خاصة على مستوى الإمتحانات الشفوية والكتابية ، فعملية التعلم تقتضي حضور بعض العناصر والشروط التربوية التي تربط فكرة التواصل بالرغبة والدافعية التعليمية عند هذه الفئة ، وعند غياب هذه الصلة قد تجد المنظومة التربوية صعوبة في تكييف نظام التعليم مع الحاجات الخاصة للأطفال المتخلفين ذهنيا. أو المعوقين حركيا ، أو المكفوفين ، أو أطفال الصم والبكم أو الذين ولدوا بنقائص بيولوجية وراثية معقدة ، وبذلك فإن رؤيتنا التربوية المعاصرة لواقع هذه الفئة يتحرك في حدود المسألة الأخلاقية لأسباب التأخر في التشخيص المبكر لإعاقة الطفل؟ وتأثير هذا التأخر على العملية التربوية داخل الوسط المدرسي؟ وطبيعة البدائل لتحقيق عملية التواصل التربوي بجميع أنواعها داخل مؤسسات التنشئة الإجتماعية؟ ، كل هذه الأسئلة والإنشغالات قد تحدد طبيعة هذه التنشئة "باعتبارها الدعامة الأولى التي تركز عليها مقومات الشخصية ، وهي العملية التي تتعلق بتعليم ما يجب وما لا يجب أن يفعله الفرد في ظل الظروف المختلفة ، فهي تكسب أفراد المجتمع القيم (ما يعتبر خيرا أو شرا) ، والرموز الرئيسية للأنساق الإجتماعية التي يشارك فيها ، والتعبير عن هذه القيم والرموز في معايير تكون الأدوار التي يؤديها هو والآخرين. كما تكسبه المهارات والإتجاهات وأنماط السلوك المختلفة ، أي ثقافة المجتمع حتى يتيسر له عملية التعامل مع البيئة الإجتماعية ، ويتمكن من أن يشارك أفراد الجماعة في العمل لتكوين جماعات ذات أهداف ونماذج إجتماعية معينة يحترمها الأفراد ويقدمونها ويرون أنه في العمل على إبقائها خير ضمان لبقائهم وإستمرارهم..." (حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، 2000 ، ص 109) فالعلاقة القائمة بين هذه الفئة والدور التربوي والإجتماعي للأسرة والمدرسة هو ما يظهر من خلال تزويدهم بأساليب التربية الصحيحة التي توجه عملية النمو لحواسهم الظاهرة والباطنة لا سيما ما تعلق بعملية مراعاة تلك الإعاقات خاصة ما تعلق بصعوبات النطق ، "...إذ يرى بعض المحللين النفسانيين أن صعوبات النطق هي إنعكاس لتوترات إنفعالية لدى بعض الأطفال الذين يعانون من بعض عيوب النطق ، فقد يكون للطفل محصولا لغويا من خلال السمع ، وهو يريد أن يستخدمه في كلامه المتصل ولكنه لا يستطيع ، وعادة ما تقلق هذه العيوب الآباء إذا ما إستمرت مع الطفل عندما يكبر ، وتزداد المسألة تعقيدا إذا ما إستجاب الوالدان لهذه

الظاهرة بالتوتر والقلق والإضطراب ... وتأخذ عيوب النطق صورا متعددة نذكر منها: اللججة ، والتعلم ، والتأخر في الكلام والتأتأة... (المرجع نفسه ، ص 130) وأمام هذه الإضطرابات يجد معظم المعلمين صعوبات في التواصل التربوي أثناء ممارسة العملية التعليمية مع هذه الفئة ، فتعلم لغة الكلام والكتابة تمثل حجر الأساس لتحسين أدائهم التربوي ومن ثم فمظاهر الإستجابة التعليمية عند أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مرتبطة بتكليف أساليب التعليم وطريقة التدريس والنموذج التربوي الخاص داخل الأسرة والمدرسة مع طريقة تفكيرهم وسلوكهم الإجتماعي والمدرسي ، ومع بنية نهوم العقلي والجسمي والإنفعالي ، ومع نوع إعاقاتهم ، ومن ثم قد يحمل المعلم صورة واضحة في ذهنه عن طبيعة هذا الطفل قصد التحكم في عوامل النمو المعرفي وأدوات التواصل التربوي معهم ، فكل مرحلة من مراحل النمو والرغبة في تعديل السلوك وتغييره عند هذه الفئة قد يجعل من نمو العمليات الدافعية والإنفعالية جوهر العملية التواصلية في الوسط المدرسي التي تفتح على أبعاد نظرية النمو عند عالم النفس السويسري "جان بياجيه" Jean peaget بخلاف نظرية "سيجموند فرويد" S.Freuid ، إذ يعتقد بياجيه "... أن الطفل يؤثر ويتأثر بالبيئة التي يوجد فيها ، إذ قسم النمو العقلي عند الطفل إلى أربعة مراحل أساسية هي: المرحلة ، الحسية الحركية من الميلاد حتى الثانية ، ثم مرحلة التفكير التصوري وهي من الثانية حتى السابعة ، ثم مرحلة العمليات المحسوسة أو العيانية وهي من السابعة حتى الحادي العاشر ، ثم مرحلة العمليات الشكلية التي تبدأ من السن الحادي عشر إلى الثاني عشر حتى نكتمل مع مرحلة بداية التفكير المنطقي..." (المرجع نفسه ، ص 11-12) فطبيعة هذه النظرية تتحرك في حدود الرؤية التربوية والإجتماعية الحديثة التي تنصرف إلى ضرورة الإهتمام بهذه الفئة من الناحية الصحية والنفسية معا إنطلاقا من تعزيز القيم السيكولوجية للتعلم واللعب والعمل والتعاون مع البيئة الأسرية والمدرسية وهو ما سينعكس إيجابيا على عملية التفاعل والتوازن النفسي والإجتماعي لشخصية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ، لاسيما أن خصائص النمو تراعي هذه القيم ، "... فالنمو يحمل مظهران رئيسيان هما: المظهر التكويني ويشمل النواحي العضوية البدنية أو الجسمية ، والمظهر الوظيفي ، كما أن هناك نمو يتصل بالنواحي العقلية المعرفية ، ونمو يتصل بالنواحي الإنفعالية ، وتعمل هذه النواحي في تحقيق التكامل والتوافق..." (المرجع نفسه ، ص ، 17) ومن هذا المنظور فإن التواصل التربوي هو لتأثير نواحي النمو الإنفعالي والإجتماعي ، فقد أكدت مدرسة التحليل النفسي والمدارس الإجتماعية على نوعية الصراع بين الفرد وذاته ، وبين الفرد وبيئته الإجتماعية ، وهو ما يقتضي من الفاعلين التربويين دراسة ومتابعة كل التغيرات والإضطرابات التي تصاحب نواحي هذا النمو وأثر هذا الصراع النفسي والإجتماعي عند هذه الفئة الذي قد ينعكس على خصائص السلوك ومستويات الذكاء وقدراتهم على التعلم ، كما يكون لتلك الإنفعالات الداخلية والخارجية تأثيرا على تواصل هؤلاء الأطفال المتدربين مع برامج ومناهج وطرق العملية التربوية ، خاصة حالات الخوف والغضب والأرق ، والحزن والإكتئاب والتوحد والسلوك العدواني ، وظاهرة الغيرة والمحبة والكرهية التي قد تؤثر على عملية التحصيل العلمي ، فقد أثبتت الدراسات الميدانية أن السلوك التواصلية داخل مؤسسات التعلم مرتبط بشكل مباشر مع مساهمة الوالدين من خلال المناخ العائلي ، ونمط الحياة وعلاقات الطفل مع الآخرين ، ومع البيئة المحيطة به ، "... وبهذا يجب مراعاة خصائص النمو في وضع المنهج المدرسي وتنفيذه كي تصبح المدرسة في نشاطها ودراساتها وجهدها العام مجتمعا يساعد كل تلميذ على النمو النفسي السليم من جميع نواحيه: الجسمية والعقلية والمزاجية والإجتماعية والحركية... إلخ ، إلى أقصى حد يستطيعه" (14) (مجدي أحمد محمد عبد الله ، 2006 ، ص 181-182) فمراعاة مراحل هذا النمو قد يعزز لغة التواصل داخل الأقسام ومن ثم الإرتقاء بعملية التعلم التي

تتحول من فعل تربوي محض على المستوى النظري إلى فعل تعليمي تواصلية على مستوى الممارسة ، وبذلك لا يجب أن نحمل المعلمين أسباب الإخفاق وال فشل في تحقيق طبيعة هذا الفعل ، فكل مؤسسات التنشئة الاجتماعية تملك مبادئ تحقيق هذه العملية التواصلية التي تستند إلى إعادة تصحيح نظرة المجتمع لفئة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ، والإستمرار في التربية والمتابعة والرعاية النفسية والصحية والاجتماعية والإرشادية ، والمعرفة الكاملة للفروق الفردية بين الجنسين (الذكور والإناث) ، كما يجب تشخيص قدرات المتفوقين والموهوبين وإعدادهم إعدادا سليما يتلاءم وقيم المنظومة التربوية ، وضمن هذا المعنى جاء دور علم النفس التربوي "... باعتبار العلم الذي يهتم بدراسة الخصائص الأساسية لمراحل النمو المختلفة وكيفية تطبيقها في الميدان التربوي ، وفي إعداد المناهج الدراسية التي تناسب كل مرحلة عمرية معينة ، ويهتم باستخدام المبادئ الأساسية للتعليم والتعلم ، وتهيئة المناخ التعليمي المناسب لزيادة فعالية عملية التعليم حتى يمكن تعلم التلاميذ بالطرق الصحيحة وإكسابهم إتجاهات سليمة ، فهو يحاول تطبيق نتائج البحوث والنظريات النفسية المختلفة في الميدان التربوي سواء كانت هذه النظريات في مجال النمو النفسي أو التعليم أو القياس النفسي... كما يعني علم النفس التربوي بإجراء التجارب لإختيار المناهج التعليمية المناسبة ويستعين بالإختبارات النفسية لقياس ذكاء التلاميذ وقدراتهم المختلفة." (عمر لعويبة ، 2004 ، ص 15) فدراسة سلوك هؤلاء الأطفال وفق هذا المفهوم يحمل تجليات تلك الثقافة التربوية التي تماشى وبنية نظام التعليم في الجزائر الذي لم يهمل فئة ذوي الإحتياجات الخاصة وإنما إعتنى بطبيعة تربيتهم وتعليمهم وكيفية التواصل معهم لغويا ومعرفيا إنطلاقا من تقاطعات التنشئة الاجتماعية ، وتمثلات العملية التربوية التي تركز على فهم محددات السلوك عند هذا النوع من الأطفال منطويا أو عدوانيا تحت تلك النقائص والعوامل البيولوجية الفطرية ، والتأثيرات البيئية ، خاصة أساليب القمع والحرمان الاجتماعي ، وضغوط التربية الأسرية ونتائج الإستعمال السلبي للتكنولوجيا ، ومن ثم فعائق التواصل التربوي بين المعلم والطفل المعاق (حركيا ، سمعيا ، ذهنيا ، بصريا) يتمظهر بشكل جلي على مستوى دافية التعلم واللغة وأثر التربية الأسرية وكل نقص في مراحل الإشباع النفسي والبيولوجي والاجتماعي ، وإنعدام الرؤية الإستشرافية لمستقبل هذه الفئة أثناء مراحل الإعداد والبناء التربوي والتعليمي لجوانب شخصيتهم ، ومن ثم فالإشباع العاطفي للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة أقوى من المعرفي وهو ما تتقاطع مع دلالات "نظرية الحاجات عند مسلو Maslow : التي تقوم على النظام الهرمي للدوافع ، حيث يرى أن دوافع الإنسان ترتب فوق بعضها فيما يشبه الهرم ، ويكون أكثرها إلحاحا هو الذي يسيطر على السلوك وعلى ترتيب الدوافع ، وتكون الحاجة في الشكل الهرمي الأكثر سيطرة هي التي تحتاج للإشباع قبل الحاجات الأخرى ، ويشمل ترتيبه خمس مستويات هي: الحاجات الجسمية ، الفسيولوجية مثل (الحاجة إلى الطعام والشراب والهواء) ، حاجات الأمن ، حاجات الحب (وتتمثل في الحب والعطف والعناية والإهتمام من الآخرين) ، وحاجات التقدير والإحترام مثل (التقبل والتقدير) ، والحاجة إلى تحقيق الذات وترتبط بالتحصيل والتعبير عن الذات..." (المرجع نفسه ، ص 41-42) وفي سياق معاني وقيم هذه النظرية وجب رعاية هذه الحاجات وتكييفها مع عناصر ومكونات العملية التعليمية لتجاوز كل الصعوبات التي تصادف هؤلاء الأطفال داخل المدرسة الجزائرية على غرار الصف الإبتدائي أو المتوسط أو الثانوي ، وبذلك كل الأبحاث والتجارب في حقل التربية والتعليم قد إستأنست بالدراسات الميدانية الأخرى التي ربطت العملية التواصلية مع هذه الفئة بأثر التدريس والخطط المدرسية والمناهج التي تعزز فعالية التعلم كعملية تذكرو ، أو كتحدي لل عقل ، أو كتغيير للسلوك ، أو كعملية إكتساب للقيم والأهداف والحاجات ، وليس إكتساب الوسائل والمعارف فقط ، ومن هذه الزاوية يحتاج هذا الطفل غير

العادي إلى رعاية صحية ونفسية تتحاور مع الرعاية التعليمية من خلال تحسين فهمه ، وطريقة إستقباله للمادة المعرفية ، وتدريبه على الحفظ السليم ، وتوجيه دوافعه وإرشاده ، وتحسين آليات النطق والكلام والكتابة ، وتمكينه من التعبير عن أفكاره بحرية ، وخلق التوازن النفسي والاجتماعي بين محيطه العائلي وبيئته المدرسية. كل ذلك يكون مدلول التواصل التربوي معهم قائماً بذاته لاسيما أن مرحلة التلقي والتكوين والإعداد والرعاية والتربية والإرشاد والتوجيه لديهم قد تساهم في ترسيخ وعيهم بذواتهم الذي يجمع بين النضج والتحصيل كقيمة معرفية وأخلاقية تختزل أهمية تكامل الأدوار التربوية داخل المجتمع. إن النظر في واقع العملية التعليمية يختزل طبيعة العلاقة القائمة بين المعلم والمتعلم لاسيما هذه الفئة التي صادفت عدة صعوبات ، إرتبط بعضها بعدم تقبل بعض المعلمين لنوعية إعاقاتهم ، إلى جانب ذلك عامل سخرية وإحتقار زملائهم لهم ، وإهمال الآباء وعدم تحملهم للمسؤولية من خلال تلبية حاجاتهم ومتطلباتهم الضرورية خاصة الحب والعطف والحنان ، كل ذلك كان كافياً في صعوبة التواصل معهم على نطاق واسع لينعكس ذلك سلباً على نتائجهم الدراسية ، وعدم قدرتهم على التكيف والتأقلم مع هذا الوضع الذي وُجد بعض الاضطرابات والعقد النفسية ، والأمراض العدوانية التي أملت على الفاعلين التربويين إيجاد حلول ملائمة لتحريرهم نفسياً واجتماعياً قصد منحهم كل الحقوق التي تمكنهم من التفاعل الإيجابي مع مؤسسات المجتمع ، وبذلك أعتقد أن الإهتمام بالأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة يحتاج إلى ربطه بعملية الإشراف التربوي ، "بكونه يعتبر خدمة تربوية تستهدف مساعدة المعلم وإرشاده في تربية وتعليم الطلاب ، فهو يشمل نمو شخصية المعلم نفسه ، فيوجهه إلى الإستزادة في المادة والطريقة المثلى في تدريسها وخصائص عملية التعليم ونتائجها بحيث يكون المعلم في نمو متواصل في مهنته ، ويمثل أيضاً خدمة تعاونية كونه يساهم فيها المشرفون والمعلمون ومديروا المدارس والعاملون في المدرسة والطلاب في جو من التعاون والعطف والثقة المتبادلة بين المدرس والطلاب..." (رمزي أحمد عبد الحي ، 2013 ، ص ، 115) فوظيفة التعليم في الجزائر قد حملت كل الأهداف التربوية التي عززت فلسفة الإصلاحات التي مرت بها المدرسة لتطوير العملية التعليمية وضمن هذا العمل جاءت كل الإجراءات العملية والبدائل التربوية لندافع عن حق فئة ذوي الإحتياجات الخاصة في التمدد الجيد ، خاصة في منهجية التدريس والتواصل ، وكيفية تقويم الإختبارات لهؤلاء الأطفال المتمدرسين ، "...فالتقويم التربوي مدخلا أساسيا لإصلاح التعليم وتطويره على مدى تحقيق الأهداف التربوية المنشودة ومدى تقدم المتعلمين في البرامج التعليمية ودرجة إتقانهم للتعلم ، بالإضافة إلى تشخيص صعوبات التعلم لدى بعض المتعلمين... فالتقويم عملية وقائية علاجية تعطي المعلم تغذية مرتدة عن أدائه التدريسي وفعالية هذا الأداء في تحقيق أهداف العملية التعليمية التي يسعى إلى تحقيقها" (مُجد عبد الحليم منسى ، 2007 ، ص ، 11) ومن هذا المنظور فإن نجاح هذه العملية على المستوى النظري والعملي قد ساهم في بناء المناهج المدرسية والإختيار العقلاني للبرامج التي تساعد هذه الفئة على التكيف والتلاؤم ، "...فالتربية تهدف إلى تحقيق النمو الشامل للمتعلمين ، في حين التقويم التربوي يعتبر مؤشراً له دلالاته المهمة في تقدير مدى كفاءة المناهج المدرسية ومحتوياته وأساليبها في تحقيق هذا الهدف ، ويعتمد التقويم التربوي على تحليل البيانات التي يتم الحصول عليها عن طريق إستخدام وسائل القياس النفسي والتربوي المختلفة مثل الإختبارات النفسية والتحصيلية وكافة الوسائل التي تساعد على معرفة التغيرات التي تطرأ على نمو المتعلم في جميع جوانب شخصيته..." (المرجع نفسه ، ص ، 21) وضمن هذه التطورات التي صاحبت مشروع المدرسة الحديثة تجلي الخطاب العقلاني للعملية التعليمية التي تنصرف إلى تعيين جوانب الضعف والقوة في المستوى الدراسي ، وتباين العلامات في المواد ، ومن ثم فكل المفاهيم الإجرائية لأهمية هذه العملية قد تعطي للتلاميذ ذوي

الإحتياجات الخاصة حرية المشاركة في الحوار والتواصل اللغوي مع المعلمين دون ضغوط وهو يشكل النموذج التربوي السليم الذي سيسمح مستقبلا في الوسط التربوي بمعرفة هذه الصعوبات أثناء ممارسة العملية التعليمية وعلاقتها بدافعية المتعلم، ومن ثم فالتواصل التربوي هو حلقة من حلقات، التقييم البنائي أو التكويني لتلك الحاجات التي إستوعبتها الدراسات والنظريات الحديثة في مجال الحقل التربوي والتعليمي، فاتخاذ الأساليب الإستراتيجية هو حجر الأساس لتقويم عناصر هذه العملية، ومن ثم قد يتمكن هذا الطفل من تجاوز هذه الصعوبات من خلال تكامل الأدوار التربوية بين الأولياء والمعلمين والمعلمين في توجيه تلك الأفكار والأهداف والوسائل التربوية إلى هذه الفئة التي تعتبر المدرسة فضاءا لتحقيق أغراضهم وحاجاتهم التي فقدوها أثناء مراحل نموهم، وبذلك فالكفاءة التربوية للمعلم وخبرته في التعليم قد تساعده على ترقية إستعداداتهم التعليمية، وإختبارات الأداء، وتطوير قدراتهم وملكاتهم ومهاراتهم ضمن تأثير فعالية البرامج المدرسية والمناهج التعليمية.

إن الحديث عن لغة التواصل في الفكر التربوي المعاصر لا يخرج عن نطاق مبادئ العملية التعليمية وخصوصياتها في مجال التوجيه والإرشاد النفسي وطرائقه لذوي الإحتياجات الخاصة، لتنطوي هذه العملية تحت أساليب رعاية الموهوبين والمتفوقين من هذه الفئة التي تكيف كل مهارات التعلم مع تلك الأفكار الخلقية والإبداعية التي تجسد معاني تحقيق الذات والرغبة في المعرفة، فكل درجات التحصيل العلمي تختزل مظاهر النمو اللغوي والحركي والجسمي والإجتماعي والمعرفي وعلاقتها بالخدمات الإرشادية والأساليب التعليمية التي تساعد هذه الفئة في برمجة أفكارهم وميولهم وحاجاتهم الأساسية لتطوير جوانب النمو والإنصراف إلى تجاوز كل الإضطرابات والصعوبات التي تحد من نموهم المعرفي وتكفيهم التربوي بخلاف الأطفال العاديين، ومن ثم فمهارات التواصل الإجتماعي قد تساعد فئة ذوي الإحتياجات الخاصة على تعزيز كل المهارات التعبيرية والإستقبالية أثناء فترات التعلم وهو ما يجعل من التفاعل التربوي داخل تلك المؤسسات التعليمية حاضرا في فهم إنفعالات هؤلاء الأطفال، وتعبيراتهم اللغوية، وتغيراتهم الجسمية داخل القسم، وهو ما يدفع بالمعلم إلى تفعيل نشاطه التعليمي والحرص على تحقيق كل الأهداف التربوية لطبيعة هذا النشاط في صورته التواصلية، أين يجب عليه أن يجمع بين عاطفته الإنسانية وكفاءته التربوية لكي يوجه أداءه التعليمي إنطلاقا من إستخدام اللغة السيكولوجية المناسبة والخطاب التربوي الملائم خارج أساليب العنف أو العقاب التي قد تؤثر على هؤلاء الأطفال المتمدرسين لاسيما المتخلفين عقليا، أو الذين يعانون من الإعاقة اللغوية والبصرية والحركية من حيث متابعتهم للمدرس أثناء شرح الدرس، أو على تركيزهم وصعوبات الفهم والتواصل معه، وبذلك يعتقد جل الباحثين أن "... اللغة التربوية الخاصة تعبر عن رغبة المجتمع في تلبية الحاجات الفردية والخاصة للأطفال التي تحول تلك تحول الصعوبات أو المشكلات التي يعانون منها دون إمكانية إتحاقهم أو إستفادتهم من البرامج التربوية التقليدية التي تقدمها المدارس العادية، إلى جانب أنها تحرص على توفير فرص التعليم المناسبة لجميع الأطفال والإلتزام بمعاملة الإنسان على أنه أهل للإحترام بصرف النظر عن خصائصه، والحرص على تكيف النظام التربوي ليصبح قادرا على مراعاة الفروق الفردية كعائلة بين الأطفال، وبعبارة أخرى فالتربية الخاصة هي فلسفة إنسانية تنادي بتساوي الفرص وعدم حرمان أي فئة من فئات الأطفال من الحق في التعلم المناسب والفعال..." (رشا عبد العزيز موسى، ناصر مُجد بلجرشي، مرجع سابق، ص11) فالإستجابة لحاجات هذه الفئة ضمن طبيعة هذا النموذج وهو ما يجعل من الأداء التربوي عند المعلمين يستوعب مجال التعلم أو الإتصال أو الحركة أو التوافق، وهذا ما تحمله هذه البرامج التعليمية الخاصة التي تراعي الجانب النظري والعملي لطريقة التواصل التربوي التي تحمل دلالات فعالية التعليم

وسمات المعلم الناجح ، فكل المفاهيم المتصلة بحقل التربية والتعليم قد جعلت من الإهتمام والفاائق بفئة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة أبرز العوامل والمحددات النفسية والإجتماعية لنجاح العملية التعليمية وتطويرها ضمن ربط قيم التواصل التربوي بأساليب التدريس والتوجيه والتقويم والإشراف ، ومن ثم جاءت الثورة العلمية كذلك لتساعد المعلم على تحقيق هذه القيم وتجسيدها داخل المؤسسات التعليمية. فقد كشفت بعض الدراسات عن علاقة الرعاية النفسية والإجتماعية بطبيعة التوافق المدرسي عند هذه الفئة خاصة تلك الآثار الإيجابية التي تصاحب نموهم المعرفي واللغوي ونضجهم الأخلاقي والإجتماعي خاصة طريقتهم في الكلام والمعاملة مع الآخرين داخل محيطهم الأسري والمدرسي ، ومن ثم فقد تكون أساليب التنشئة الإجتماعية غير المباشرة أكثر نفعاً من الأساليب المباشرة من حيث تعزيز ثقافة الإصغاء والحوار التربوي ، والحرية في الكلام ، هذه السمات الثقافية هي أبرز عناصر العملية التربوية التي إتخذت من مفهوم التواصل نظرية تعليمية تستوعب كل الصعوبات التي تصادف هذه الفئة ، خاصة من حيث النتائج المدرسية وبعض مشكلات الوسط التربوي ، فالصراع بين الرغبات والحاجات الأساسية عند الطفل المتمدرس قد يجعل من هذا المفهوم أداة تربوية لتكليف هذا الصراع مع دافعية التعلم عنده وتوجيه مهاراته وقدراته العقلية ، وإستعداداته ومواهبه داخل الفضاء المدرسي والإجتماعي ، فتجاوز صعوبات التواصل مع هذه الفئة يتطلب فهم طبيعة السلوك المعرفي والوجداني عندهم والتعامل معهم بشكل أخلاقي يحقق لهم التوافق النفسي والتربوي ، وبالتالي تقبلهم داخل الأسرة والمدرسة قد يجعل من المجتمع يستثمر في تربيتهم وتعليمهم ، فالعلاقة بين التعليم وهذا الطفل ، كان كفيلاً أو أبكياً أو أصماً أو متخلفاً ذهنياً ، أو معاقاً حركياً يتحرك ضمن حضور القيم الإسلامية التي تتطلب المعاملة الأخلاقية معه ، إلى جانب تكيف النظام التربوي في الجزائر مع طبيعة هذه القيم ليتحدد مستقبل الأداء التعليمي للمعلمين ، ومن هذا المنظور لا يمكن أن نتصور مظاهر التواصل التربوي مع فئة ذوي الإحتياجات الخاصة خارج دائرة هذا النموذج وحقيقة المعاني التي تتطلب رعاية خاصة على المستوى النفسي والمدرسي ، وبالتالي قد تندرج هذه المظاهر والمعاني ضمن فهم الحاجات الأساسية للطفل وكيفية تحقيقها وتلبيتها ، والحرص على تجسيد لغة الإشباع العاطفي والمعرفي التي تؤثر إيجابياً على العملية التعليمية وأساليبها الموجهة لهم ، فكل نظريات التعلم تجمع على حقيقة مفادها أن النجاح الحقيقي لعملية التعليم تنطلق من ترسيخ أساليب التقبل النفسي والإجتماعي لفئة ذوي الإحتياجات ونكتهم في عملية تحقيق التكيف والتوافق التربوي مع البرامج والمناهج التعليمية التي تعزز سلوكهم التعليمي داخل الوسط المدرسي وسلوكهم الإجتماعي داخل الوسط الأسري ، ومن ثم تظهر البدائل الحقيقية لتجاوز كل صعوبات التواصل التربوي مع هذه الفئة ، فأساليب التعليم وعلاقتها بآليات العلاج النفسي والتربوي معا قد تنسجم مع كل خطوات العملية التعليمية وتأثيرها على سلوك وفكر المعلمين والمتعلمين ، أين يستطيع كل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة التعبير عن أفكارهم ، والتواصل مع الآخرين داخل المجتمع.

المراجع:

1. أماني محمود (2013) تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ، ط1 ، دار الفكر ، عمان ، الأردن.
2. حسين عبد الحميد أحمد رشوان (2000) الطفل ، دراسة في علم الإجتماع النفسي ، ط1 ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر.
3. رشا عبد العزيز موسى ، ناصر مُجد بلجريشي (2009) الإرشاد النفسي لذوي الإحتياجات الخاصة ، ط01 دار الوفاء ، الإسكندرية ، مصر.
4. رمزي أحمد عبد الحي (2013) الإشراف التربوي ، مفهومه وأساليبه ووظائفه ، ط1 الوراق ، عمان ، الأردن.
5. علي فهمي (2009) سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة-رعاية المتخلفين عقليا وتأهيلهم دار الجامعة الجديدة ، مصر.
6. عمر لعويبة (2004) علم النفس التربوي ، ط1 ، دار الهدى ، الجزائر.
7. مجدي أحمد مُجد عبد الله (2006) علم النفس التربوي بين النظرية والتطبيق ، ط1 ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر.
8. مُجد عبد الحلیم منسى (2007) التقويم التربوي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر.

التطور التاريخي لصعوبات التعلم

د. بولقـــــدام سميرة

جامعة سعيدة

مقدمة:

يعود الاهتمام بالتلاميذ ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية إلى ملاحظات المعلمين المتكررة حول هذه الفئة وعجزها عن مواكبة مسيرة لتعلم مع أقرانها، فيظهر عليهم التأخر الدراسي ويتباين تحصيلهم وقد ينقطعون عن الدراسة تماما في أوقات مبكرة من حياتهم التعليمية يشير "الوقفي" إلى أن عدد التعريفات المتعلقة بصعوبات التعلم قد بلغ ثمانية وثلاثين (38) تعريفا بعد عقد كامل من تقديم "صموئيل كيرك" Kirk Samuel لهذا المصطلح (راضي الوقفي، 2004، ص69)، الأمر الذي يؤكد تعدد وجهات نظر الباحثين والمختصين، وعدم اتفاقهم على تعريف موحد لصعوبات التعلم، لكن الناظر للتطور التاريخي لهذا المفهوم يميز على الأقل بين اتجاهين تعتمد عليهما التعاريف عموما وهما السبب والسلوك، فتتزع المداخل الطبية التشخيصية أو العلاجية إلى الحديث عن صعوبات التعلم من خلال ربطها باختلال الدماغ وإصاباته، والتلف الدماغي البسيط، والقصور الدماغي الطفيف، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، في حين تتزع المداخل السلوكية للحديث عن صعوبات التعلم من خلال النواتج والمظاهر النفسية السلوكية لدى فئة المصابين بها، فتركز على الإعاقات الإدراكية والاضطرابات النفسية وصعوبات القراءة والكتابة والحساب واضطرابات اللغة والانتباه .

يعرف "صموئيل كيرك 1962" صعوبات التعلم على أنها " اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات الأساسية المرتبطة بالحديث أو اللغة أ والقراءة أو الكتابة أو الحساب أو التهجي، وتنشأ هذه الصعوبات نتيجة لاحتمال وجود اضطرابات وظيفية في المخ أو اضطرابات سلوكية أو انفعالية، وليس نتيجة لأي من التأخر العقلي أو الحرمان الحسي أو العوامل البيئية أو الثقافية" (مأمون محمود غوانمة، 2009، ص102) فظهرت عدة تعريفات بناء على تعريف كيرك، واختلفت بسبب تعدد مناحي التشخيص، فمنها ما اعتمد محك التباين والتباين بين إمكانات التلميذ وبين إنجازاته، ومنها ما اعتمد التباين بين نسبة الذكاء والتحصيل الدراسي، ومنها ما ركز على الصعوبات الأكاديمية كعسر القراءة والكتابة والعمليات الرياضية لدى ذوي صعوبات التعلم مقارنة مع زملائهم من نفس العمر الزمني، وهناك من ركز على الخلل في النظام العصبي المركزي، ولذلك اختلفت التعريفات ولم تجمع على تعريف موحد لصعوبات التعلم حتى يومنا هذا، وهو ما أدى إلى ظهور نماذج تفسيرية متعددة بنيت عليها مداخل علاجية متنوعة تستند في مطلقاتها على هذه النماذج التفسيرية.

1-لمحة تاريخية:

تعد نقطة بداية ميدان صعوبات التعلم عام 1802، حين بحث أخصائي الأعصاب الألماني فرانسيس جال Gall Franceis في بعض الإصابات الدماغية لمجموعة من المراهقين الذين يعانون ضعفا في القدرة على التعبير والحديث (اضطرابات لغوية من مظاهر صعوبات التعلم) وتوالت الأبحاث بعد ذلك التي تفيد بوجود علاقة بين الإصابات الدماغية واضطرابات اللغة بأنواعها المتعددة من العجز اللغوي في الكلام والقراءة والكتابة، ومنها أبحاث بروكا Broca 1860 وفيرنك 1872، وتبعهم هنشليوود طبيب العيون البريطاني الذي استنتج أن سبب فشل القراءة عند الأطفال لا يرجع إلى مشكلات بصرية، ومع بداية القرن

العشرين تزايد اهتمام علماء النفس أيضاً بتقييم الجوانب المصاحبة لتلك الصعوبات وعندما قدم العالم بينيه مقياس بينيه للذكاء عام 1905 (عادل عبد الله مُجَد، 2007، ص223)، أصبحت الخطوة الأولى نحو الاهتمام بتطوير القدرات العقلية للأطفال المعاقين عقلياً، لذلك أسهمت دراسات علماء النفس حول مفهوم الذكاء في التقدم في موضوع صعوبات التعلم.

وفي الفترة التي امتدت من بداية القرن العشرين وحتى عام 1960 كان حقل صعوبات التعلم يلحق بميدان التربية الخاصة وكان لعلماء الأعصاب وعلماء النفس دور كبير في الاهتمام بهذا الميدان في تلك الفترة، حيث شهد مفهوم التربية الخاصة الاهتمام والوعي على مستوى المنظمات والسياسات الحكومية في الولايات المتحدة الأمريكية بحق هذه الفئة في الحصول على فرص تعليمية متكافئة، ومنذ عام 1960 بدأت ثمار البحوث والنظريات في مجال صعوبات التعلم في الفترة السابقة تقطف ثمارها، وكان أولها فصل هذا المجال عن مجال التربية الخاصة التي كانت تضم فئات الإعاقة العقلية للمعاقين حركياً وانفعالياً وسمعيًا وبصريًا وذوي البطء في التعلم والذين يعانون من الحبسة الكلامية والاضطرابات النفسية (راضي الوقفي، 2009، ص225).

ومن الذين أسهموا في التربية العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية المتحدة في تلك الفترة العالمان شتراوس ولنتن، اللذان شجعا أهالي الأطفال ذوي صعوبات التعلم على افتتاح فصول خاصة لهم، وتطور مسمى مفهوم صعوبات التعلم من الإصابات الدماغية ثم أعراض شتراوس ثم الخلل الوظيفي البسيط للمخ وأخيراً صعوبات التعلم، وكل مصطلح يعكس مفهوم كل فترة فبعضهم وضع على أساس المسببات العضوية وبعضهم الآخر وضع على أساس السلوكيات الناتجة.

يمكن القول إن عقود الأربعينيات والخمسينيات وبداية الستينيات من القرن العشرين لم تشهد وجود حقل معروف لم تشهد وجود حقل معروف ومُعترف به رسمياً لصعوبات التعلم، بالرغم من أن الباحثين والعاملين في عيادات المدارس كانوا يتعاملون مع هذه الفئة تحت تسميات مختلفة، ويعود الفضل في اعتماد مصطلح صعوبات التعلم إلى العالم صاموئيل كيرك، حين تحدث في مؤتمر اكتشاف مشكلات الطفل المعاق إدراكياً، الذي عقد في شيكاغو، عن حقوق هذه الفئة من الأطفال التي حرمت من خدمات التربية الخاصة المخصصة للمعاقين عقلياً وخدمات المدرسة العادية المخصصة للأطفال الأوسياء، وقد شجع هذا الحديث الكثير من المربين وأولياء الأمور على تقبل هذا المصطلح وتأسيس جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم عام 1963 (الزيات فتحي مصطفى، 2008، ص92)، التي أدت دوراً كبيراً في الضغط على أصحاب القرار لإصدار التشريعات التربوية ذوي صعوبات التعلم، مما فتح المجال للعلماء والباحثين للبحث عن سمات الأطفال ذوي صعوبات التعلم وأساليب تشخيصهم وتقييمهم والبرامج العلاجية التعليمية الملائمة لهم.

2-مراحل تطور مفهوم صعوبات التعلم:

كانت هناك ارتباك وخلط في تقديم تعريف دقيق لمفهوم صعوبات التعلم، ونستطيع أن نشير إلي ثلاث مراحل (عادل عبد الله مُجَد، 2007، ص83-85) مر بها المفهوم قبل أن يستقر على معناه الحالي :

1-2-مرحلة التأسيس: امتدت من سنة 1900 حتى 1930م، اقتصر جهود الباحثين فيها على بحث الأسباب المرضية لاضطرابات التعلم، وتصنيفها إلي أنواع، وتقديم العلاج للكبار الذين يعانون من اضطرابات في اللغتين المكتوبة أو المقروءة أو في العمليات الحركية.

2-2-المرحلة الانتقالية: امتدت من 1930 وحتى 1960م تركزت الجهود فيها على تحويل التراث النظري والمعلومات الخاصة بفئة المضطربين تعليمياً إلي ممارسات تشخيصية وعلاجية، كما تركز الاهتمام على

تصميم اختبارات لقياس الاضطراب في النواحي اللغوية ووضع برامج علاجية لها ، مثل اختبارات لينوى للقدرات النفس لغوية.

2-3- المرحلة المتكاملة: بدأت من مؤتمر شيكاغو 1963م وحتى الآن.

الكثير من التعريفات والمفاهيم للطالب الذي يعاني من صعوبات التعلم ، وكثرة هذه التعريفات نابع من صعوبة تحديد هؤلاء التلاميذ الذين يعانون صعوبات في التعلم من جانب ، وصعوبة اكتشافهم رغم كثرة عددهم من جانب آخر ، وسوف نكتفي فقط بتعريفين لها أحدهما قديم والآخر معاصر:

أ- تعريف باتمان 1965م: الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم الذين يظهرون تباعداً تعليمياً بين قدرتهم العقلية العامة ومستوى انجازهم الفعلي ، وذلك من خلال ما يظهر لديهم من اضطرابات في عملية التعلم ، وهذه اضطرابات سببها خلل ظاهر في الجهاز العصبي المركزي ، وليس بسبب التخلف العقلي أو الحرمان .
ب- تعريف ليرني 2000م: هي اضطراب ناتج عن أسباب فسيولوجية وظيفية لدى الفرد قد تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الأعصاب والدماغ ، ويؤثر الاضطراب على قدرات الفرد العقلية بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي في مجال القراءة والكتابة والتهجئة والمهارات العادية ، ولا يكون سببها راجع إلي إعاقة عقلية أو حسية.

3- التلهيد الذي لديه صعوبات في التعلم هو:

• يتميز أصحاب صعوبات التعلم بالتحصيل المتدني الناتج عن نوع الصعوبة التي لديهم (القراءة- الكتابة – الحساب) إلي جانب التشتت في الانتباه رغم أن ذكائهم في المتوسط.
• لا يكون التدني في التحصيل في جميع المواد الدراسية ولا يكون بسبب ضعف الدافعية للدراسة والتحصيل.

• ضرورة استبعاد الإعاقات الأخرى مثل: الإعاقات العقلية ، السمعية ، البصرية.

و يمكن تفسير هذه الصعوبات على أسس نفسية ، لغوية ، عصبية ، سلوكية ، انفعالية وهي صعوبات تشمل مجالات الإدراك واللغة والانتباه والتذكر والحواس.

ثم ربط مفهوم صعوبات التعلم بما يلي :

• تم ربط مفهوم صعوبات التعلم بالإعاقات العقلية.

• تم تفسيره بوجود مشاكل في الجهاز العصبي المركزي.

• تم إدخال المفاهيم التربوية إليه.

• تم إدخال المفاهيم الاجتماعية إليه (المهارات الاجتماعية).

• تم نقله من مرحلة واحدة في حياة الطفل ليشمل حياة الفرد بأكملها.

4-مراحل تطور تخصص صعوبات التعلم :

تشير ليرنر Lerner ، إلى أن تخصص صعوبات التعلم مر بمراحل تطورية عدة وفقاً للطابع السائد في كل مرحلة من هذه المراحل (الخطيب جمال ، 2010 ، ص176) ، ويمكن تمييز هذه المراحل كالتالي:

4-1مرحلة التأسيس -1800 1930:

وتتسم بالبحوث الطبية خاصة ما يتعلق بالدماغ وعمله والعوامل المؤثرة في أدائه الوظيفي وتبسيط الصعوبات على حالات ضعف القراءة وعدم القدرة على القراءة ، وقد توصل بعض الأطباء إلى تصميم برامج

تربوية تدريبية لمن يعاني من تلك المظاهر مرحلة التحول أو التغيير في الاتجاه 1960-1930م.

وهي المرحلة التي صممت فيها أساليب للتشخيص من أجل التعليم ، ووضعت برامج التعليم الخاصة للأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم.

4-2 مرحلة النمو السريع والواسع للبرامج المتخصصة 1960-1980م :

مع بداية هذه المرحلة سمي هذا المجال باسمه الرسمي ، وهو صعوبات التعلم ففي عام 1963 كثفت البحوث العلمية التي تهدف إلى اكتشاف طبيعة المشكلة وأبعاده أو تصميم البرامج التربوية على أسس علمية لمساندة طلبة المدارس في عملية التعلم في مواجهة صعوبات التعلم .
4-3 المرحلة المعاصرة 1980 حتى الآن:

وهي المرحلة التي تتصف بالاتجاهات الحديثة في تربية وتعليم من يواجهون صعوبات التعلم من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة الثانوية.

5-تشخيص صعوبات التعلم من الناحية التاريخية:

من الناحية التاريخية فقد ظل تشخيص الإصابة الدماغية البسيطة موضع شك مدة طويلة ، إلا انه كان مستندا إلى بيانات سلوكية مشكوك فيها ، عوضا عن استناده إلى بيانات عصبية دقيقة بالإضافة لذلك فإن مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة لم يكن ذا دلالة تربوية ألن مثل هذا التشخيص لم يقدم سوى قدر ضئيل من المساعدة على تخطيط البرنامج العلاجي وتنفيذه ، إما مصطلح بطاء التعلم .

فيستخدم لوصف أداء الطفل في بعض المجالات دون غيرها ، حيث إن فحص الذكاء يشير إلى أن القدرة على التعلم موجودة ، كما يشير مصطلح عسر القراءة Dyslexia إلى صعوبات القراءة فقط على الرغم من أن أولئك الأطفال يعانون من مشكلات في مجالات أكاديمية أخرى كالحساب ، ويبدو أن وصف طفل ما بأنه معاق إدراكيا تقاوم المشكلة أيضا ، حيث تمثل المشكلات الإدراكية جوا محيرا من عدم القدرة على التعلم وبناء على عدم الدقة في المصطلحات السابقة اتفق أولياء الأمور في اجتماعهم بمدينة نيويورك على مصطلح صعوبات التعلم الذي يتسم بالتوجه التربوي وأطلقه صموئيل كيرك كما أسسوا جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم Disabilities Learning with Association التي تعرف حاليا بالجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم with America of Association وبعد جهود الآباء والمتخصصين والحكومة الفدرالية ومتابعيهم لبضع السنوات تم الاعتراف رسميا بهذا المصطلح (زراد فيصل ، 2002 ، ص251-256) .

وقد تبلور الاهتمام بصعوبات التعلم نتيجة لتزايد الوعي بأن عددا كبيرا من أطفال هذه الفئة لم يتلقوا الخدمات التربوية المطلوبة .

وبما أن أولئك الأطفال يتمتعون بذكاء على الأقل عادي فلم يكن من المنطقي أن يظهروا اضطرابات سلوكية غير ملائمة ، إذ إن بعضهم الآخر لا يظهر مثل تلك الاضطرابات ، لذلك كان واضحا أن وضعهم في صفوف خاصة بالمضطربين انفعاليا غير مناسب أيضا ، لذلك ركز آباء الأطفال ذوي مستويات التحصيل الأقل من مستوى قدراتهم الكامنة على ضرورة تصويب مشكلات التحصيل الأكاديمية لخاصة بأطفالهم في مكان تعليمي مناسب .

وقد بلغ عدد التعريفات التي تناولت مفهوم صعوبات التعلم ما يقارب أحد عشر تعريفا ، وذلك منذ بداية استخدام هذا المصطلح في مطلع الستينيات من القرن الماضي ، وقد تعددت الجهات التي تناولت تقديم مصطلح صعوبات التعلم بين متخصصين ولجان متخصصة ، ويبدو أن التعريفين الأكثر تأثيرا هما: التعريف الفيدرالي وتعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم .

1-5 التعريف الفدرالي :

تستخدم غالبية الولايات الأمريكية تعريف صعوبات التعلم المستند إلى تعريف الحكومة الفدرالية الذي تمت المصادقة عليه بوصفه قانونا في عام 1957 ، وأعيد تبنيه مع تغير بعض الكلمات مرة أخرى من قبل

الحكومة الفدرالية في عام 1997، ثم أعيدت له سلطته القانونية في عام 2004، وهو قانون تربية الأفراد المعاقين، ليصبح على النحو التالي:

• من الناحية العامة: يعني مصطلح صعوبة التعلم المحددة، وجود اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم استخدام اللغة كانت مكتوبة أو منطوقة، وقد يظهر كاضطراب أو قصور في قدرة الطفل على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهدئة أو إجراء العمليات الحسابية المختلفة.

• الاضطرابات المتضمنة: يتضمن هذا المصطلح حالات، مثل: صعوبات الإدراك، إصابات الدماغ، والخلل الوظيفي، الدماغ البسيط، عسر القراءة، الحبسة الكلامية التطورية أو الثقافية أو الاقتصادية غير الدائمة للطفل.

• الاضطرابات المستثناة: لا يتضمن هذا المصطلح مشكلات التعلم الناجمة عن إعاقات بصرية أو سمعية أو حركية أو عقلية، أو اضطراب انفعالي أو ناجمة عن أي ظروف بيئية أو ثقافية أو اقتصادية غير داعمة للطفل.

2-5- تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم:

أصدرت هذه اللجنة والتي تتألف من العديد من ممثلين عن العديد من المنظمات المهنية العاملة في ميدان صعوبات التعلم، تعريفاً بديلاً لصعوبات التعلم نتيجة لعدم رضاهم عن العوامل المذكورة في التعريف الفدرالي السابق:

• الإشارة إلى تعبير العمليات النفسية: يعتقد العديد من الرواد الأوائل في حقل صعوبات التعلم أن وجود خلل ما في معالجة المعلومات البصرية والسمعية أو تمييزها وتفسيرها المختلفة عن المشكلات الدائمة والمتمثلة في الصمم أو الكف يمثل السبب وراء المشكلات الأكاديمية كصعوبات القراءة، بل اعتقدوا بإمكانية مساعدة الطلبة على التغلب على مشكلاتهم القرائية من خلال التدريب على معالجة مهاراتهم البصرية والسمعية بمعزل عن المادة الأكاديمية ولكن سرعان ما توصل الباحثون الحقا إلى أن تلك التدريبات الإدراكية والإدراكية -الحركية لا تعود بالنفع والفائدة على التحصيل القرائي للطلبة، وكردة فعل للانتشار الواسع في تبني برامج التدريب الإدراكي غير المثبتة بحثياً فإن اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم رفضت استخدام تعبير العمليات النفسية الأساسية.

• عدم الإشارة إلى الطبيعة الداخلية لصعوبات التعلم: حيث خالاً التعريف الفدرالي من الإشارة إلى العوامل المسببة، في حين أن اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم ترى أن صعوبات التعلم تعود إلى خلل في النظام العصبي المركزي لدى الفرد.

• عدم الإشارة إلى الراشدين: حيث استجابت اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم إلى وعي متزايد مفاده أن صعوبات التعلم غير محصورة بمرحلة الطفولة، وإنما مستمر مدى الحياة.

• عدم الإشارة إلى المشكلات في التنظيم الذاتي والتفاعل الاجتماعي: حيث وجدت اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم إلى حقيقة مفادها أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يواجهون صعوبات في التنظيم الذاتي والتفاعل الاجتماعي.

• تضمين مصطلحات صعبة التعريف: تعتقد اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم أن التعريف الفدرالي كان مشوشاً بسبب تضمينه مصطلحات يصعب تعريفها، مثل: الإعاقات الإدراكية وعسر القراءة، والخلل الدماغى الوظيفى البسيط.

• تضمين التهجئة: تعتقد اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم عدم الحاجة إلى الإشارة للتهجئة كإحدى الصعوبات في التعريف الفدرالي لأنها متضمنة أصال في الكتابة. واعتماداً على تلك الانتقادات الموجهة للتعريف الفدرالي تقدمت اللجنة الوطني المشتركة لصعوبات التعلم بالتعريف التالي:

تعد صعوبات التعلم بمثابة مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر على هيئة صعوبات ذات دلالة في اكتساب واستخدام القدرة على الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التفكير أو القدرة الرياضي وترجع هذه الاضطرابات لذات الفرد، ويفترض أنها ناجمة عن خلل وظيفي الجهاز العصبي المركزي وقد تحدث خلل فترات حياته المختلفة، وقد يرافقها مشكلات في سلوكيات التنظيم الذاتي والإدراك والتفاعل الاجتماعي، ولكنها تعد صعوبة من صعوبات التعلم في حد ذاتها على الرغم من أن صعوبات التعلم قد تتزامن في حدوثها مع حالات أخرى للإعاقة (كالإعاقة الحسية أو الإعاقة العقلية أو أحد الاضطرابات الانفعالية الخطيرة) أو مع مؤثرات خارجية معينة (كالتباينات الثقافية والتدريس غير الكافي أو غير الملائم).

6- تطور تقنيات التعليم:

مفهوم تقنيات التعليم مر بتسميات متعددة أهمها:

• الوسائل البصرية.

وسميت بالوسائل البصرية لكونها تعتمد حاسة البصر كمصدر أساسي للتعليم، والعين هي الإدارة الفعالة في هذا المجال، فالإنسان يشاهد ما حوله من حقائق تملئ بيئته الحياتية فيتفحص هذه الأشياء فيدركها ثم يفهمها وفي هذا تأكيد على ممارسة التعليم عن طريق الخبرات الحسية المباشرة، وقد أكد ذلك علماء التربية الأوائل كالحسن بن الهيثم الذي كان يفسر لطلابه ظواهر الطبيعة علمياً، و(ورسو) الذي أكد ضرورة وضع الأشياء أمام عين المتعلم حتى يراها ليتعلم تعليماً واقعياً بعيداً عن الكلام المجرد.

• الوسائل السمعية البصرية

وتعني هذه التسمية التأكد على استخدام أكثر من حاسة من حواس الإنسان في العملية التعليمية كالبصر والسمع أي مرافقة الكلمة المنطوقة لعملية المشاهدة للأشياء سواء كانت حقيقة أو بديله، وقد زاد في تأكيد هذا الأسلوب ظهور السينما التي تعتمد تقديم المعارف بواسطة الصور المتحركة وما يرافقها من مؤثرات صوتية.

وسواء أكانت الوسائل سمعية وبصرية فيجب أن تشكل جزءاً أساسياً لا يتجزأ من المادة التعليمية ومن عملية التعليم نفسها. ومن هنا كانت تسمية الوسائل التعليمية أشمل حيث أنها تعتمد على جميع حواس الإنسان وأساليب العمل واستخدام كل الإمكانيات المتوفرة في بيئة المتعلم (مصطفى نوري، 2012، ص164).

• تكنولوجيا التدريس

وهي استخدام المدارس للطرق النظرية والعملية في إطار العملية التربوية للوصول إلى تعليم أكثر فعالية. وقد عرف هذا المفهوم بأنه، (طريقة منظمة للتصميم وتنفيذ وتقويم العملية التربوية على أساس من البحث العلمي عن طرق التعليم الإنساني مصحوبة باستخدام مصادر بشرية وغير بشرية للوصول إلى عملية تعليمية متطورة تتسم بتأثير الجودة. ومن هنا يتبين لنا أن تكنولوجيا التدريس تساهم في حل المشاكل التعليمية في المدرسة وتوفر للمدارس إمكانات فعالة في تحسين مواقفه التعليمية.

• تكنولوجيا التربية والتعليم

من المفاهيم الشائعة لدى الكثير من الناس ارتباط كلمة التكنولوجيا بالمبتكرات الحديثة الآلية والإلكترونية والكمبيوتر وإنها وليدة الثورة الصناعية التي تعم حياة البشرية وحلول الإله محل الإنسان في كثير من الأعمال إلا أن هذا الموقف يختلف اختلافا كبيرا بالنسبة للتربية حيث يبقى الإنسان سيد الموقف وعليه أن يسخر جميع هذه الأشياء في الوصول إلى نتائج أفضل في تحقيق أهدافه في مجالات التربية والتعليم. وقد عرف روبرت جانين تكنولوجيا التعليم بأنها (تطوير مجموعة من الأساليب المنظمة مصحوبة بمعارف علمية لتصميم وتقويم وإدارة المدرسة كنظام تعليمي).

خاتمة :

تعد صعوبات التعلم من المجالات التي أثارت جدلا كبيرا في الأوساط التربوية والنفسية والطبية والاجتماعية ولازالت ، وتعددت الرؤى فيها انطلاقا من اختلاف التعريفات وصولا إلى الاختلاف العلاجي المقترح ، مروراً بتباينات التشخيص وعتبات التحديد والتسميات ، وفي هذا كله دليل واضح على سعة المجال وتشعبه ، ولهذا ظهرت العديد من النماذج المفسرة لصعوبات التعلم ، لذلك فقد حان الوقت لأن يعرف المعلمون بشكل دقيق والقائمون على العملية التعليمية بشكل عام ماهية صعوبات التعلم ومظاهرها وآثارها السلبية على المسيرة الدراسية والتعليمية والحياتية للفرد والمجتمع ، بما يدفع لتقديم المساعدة لهذه الفئة ابتداءً بالكشف المبكر لترسيخ إجراءات الوقاية ، وصولاً إلى التدخل العلاجي المناسب مهما كان نوعه ، سواء كان طبيًا أو تربويًا أو سلوكيًا أو معرفيًا أو تدريسيًا اجتماعيًا ، بما يضمن الحد الأدنى من التعلم لجميع التلاميذ ، والسير في طريق النجاح للتحكم في مفاتيح التعلم وهي القراءة والكتابة والحساب.

حيث تعاني نسبة كبيرة من الأطفال الذين يتمتعون بمستوى طبيعي من حيث القدرات والاستعدادات والعقلية والحسية ، إلا أن معدل تحصيلهم يكون اقل بكثير من ذلك ، وهو ما يطلق عليه الفرق الواضح بين الإمكانيات وبين أداء الفعلي ، فمصطلح صعوبات التعلم استخدمت العديد من المصطلحات قبل استخدامه لوصف أولئك الذين لا تتناسب نماذج سلوكياتهم وتعلمهم مع فئات الإعاقة الموجودة ، حيث فرض التوجه النظري لكل متخصص المصطلح الذي يفضله ، فجدد كل باحث يضع تعريفاً لصعوبات التعلم انطلاقاً من الخلفية النظرية التي انتهجها ومن المهنة التي يمارسها.

قائمة المراجع والمصادر :

- خطيب جمال والحديدي منى (2010):مناهج وأساليب التدريس في التربية ،: دار الثقافة.
- راضي الوقفي (2004): أساسيات التربية الخاصة ، المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- راضي الوقفي (2009): صعوبات التعلم النظري والتطبيقي ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عما ، الأردن .
- زاد فيصل (2000): دليل المعلم لتشخيص صعوبات التعلم النمائية والاكاديمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، بيروت ، دار النفائس.
- زيات ، فتحي مصطفى (2008): صعوبات التعلم الاستراتيجيات التدريسية والمداخل العلاجية ، دار النشر للجامعات ، القاهرة.
- عادل عبد الله مُجَّد (2007): صعوبات التعلم ط 1 ، عالم الفكر ، عمان ، الأردن.

-مأمون محمود غوانمة(2009): علم نفس الطفل غير العادي ، ط 2 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الأردن.
-مصطفى نوري(2012): البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة ، دار الثقافة عمان ، الأردن.

الديسفازيا : تناول معرفي لساني

DYSPHASIA

د.كريمة خدوسي

جامعة الجزائر

لمحة تاريخية عن الديسفازيا:

ظهر هذا المصطلح في فرنسا منذ حوالي 15 سنة بواسطة الانقلوسكسونين و يشير إلى اضطراب وظيفي حاد في اللغة. فأغلبية الأخصائيون الفرنسيون يستعملون هذا المصطلح لتعيين المظهر المتأخر و غير الكامل للغة ، أما الالمانيون يقررون على ان الديسفازيا مرتبط بإعاقة عصبية حركية بينما يبين اجرياقيرا والآخرين على انه اضطراب لغوي يظهر أساسا ابتداء من السنة السادسة تحت تنظيم مضطرب في تكوين اللغة والذي ينعكس على اللغة المكتوبة (عسر القراءة والكتابة) عند أطفال ليس لديهم أي اضطراب حسي حركي او تشوه في أعضاء النطق .

أن معظم الدراسات العلمية الفرنسية أنسبت للعالم "اجرياقيرا" المبادرة الأولى في ميدان الديسفازيا و ذلك لدراسته عدة حالات مرضية مصابة بهذا النوع من الاضطراب والتي أصبحت مراجع أساسية في هذا الميدان حيث يعرفها على انها مجموعة من الاضطرابات الحادة في تنظيم اللغة عند الطفل دون وجود اضطراب سمعي حركي او عقلي.

فالباحثة "لوني" تعطي تفسيراً مقاربا حيث تقول ان الديسفازيا اضطراب كلي للتعبير الشفهي والذي يكون غالبا على وتيرة الية ومفردات ضعيفة وجمل قصيرة غير مركبة تركيبا صحيحا بالإضافة الى وجود أخطاء في الألفاظ.

اما هيكاين (1978) يعرف الديسفازيا على انها اضطراب خاص بالنطق الشفهي ويكون هذا مصحوب بخلل في الفهم حيث تكون المفردات ضعيفة وكذا عدم إدراك المفاهيم المجردة.

ومن بين الأبحاث الحديثة نجد تفسير الجمعية الفرنسية للديسفازيا(2002) توضح ان الديسفازيا عبارة عن نقص متميز للوظيفة اللغوية للطفل مع نمو عادي للعمليات المعرفية ، كما قدمت الجمعية الكندية للديسفازيين (2002) تفسيراً آخر حيث أدخلت الجانب العضوي قائله ان الديسفازيا ناتجة عن خلل دماغي في منطقة اللغة و الذي يتسبب في كف هام على مستوى الفهم و تطوير اللغة و الكلام.

في حين توصلت الباحثة ا.د س براهيمي(2003) الى وجود غياب في مهارات الربط بين مكونات الجملة والترتيب الخاطيء لها وكذا الخلط في استعمال النوع والعدد ، وهذا ما أكدته الباحثة د.ك خدوسي(2010) في دراستها حين أضافت ان بالرغم من فقر الرصيد اللغوي للطفل الديسفازي إلا ان خطابه يبقى فعال ويحقق البراغمية اللغوية في وضعية التواصل.في حين اقرت ا.د نصيرة زلال(2005) ان الديسفازيا ليس اضطراب وظيفي وإنما اضطراب حاد في اكتساب اللغة مع الاحتفاظ بالجانب المعرفي والذكاء.

تعريف الديسفازيا: Definition of dysphasia

إن كلمة "ديسفازيا" مكونة من ديسـ "dys" يعني سيء أوخطأ, صعب. ومن جذر فازيا Phasis تعني كلام ، لغة, فكلمة ديسفازيا تعني لغة سيئة أو "كلام صعب".

في كندا حوالي 3% إلى 4% من الأطفال في سن ما قبل المدرسة يعانون من هذا الاضطراب ، بينما في بلجيكا (فاني هوت 1989م) قال نسبة 5% إلى 20% من الأطفال ما قبل المدرسة والابتدائية يعانون منه بينما في فرنسا إلى 2% من الأطفال המתدرسين مصابين بالديسفازيا .
على خلاف تأخر اللغة البسيط هو تأخر في المستوى الزمني لاكتساب اللغة يستدرك لاحقا عن طريق التكفل المبكر به ، فإن الديسفازيا هو تأخر في نمو اللغة واختلال في تنظيم بنية اللغة يؤثر على الفهم والإنتاج وهو يعتبر محل إهتمام اللسانيين ، علماء النفس العصبي والعلوم المعرفية .
يعرف اللسانيين الديسفازيا أنها اضطرابات دائمة (مستمرة) وناجمة في مرحلة اكتساب الأطفال للغة علما بأنهم أطفال ذوي ذكاء عادي ولا يعانون من نقص في حاسة السمع أو من أي اضطراب له علاقة بعلم النفس المرضي .

يعرف روندال الديسفازيا على انه خلل في اللغة الشفهية تظهر خاصة في السن السادسة على شكل صعوبات واضحة في التنظيم اللغوي يمكن ان تؤثر على اللغة المكتوبة ، و تظهر في عسر القراءة والكتابة وهذا عند أطفال يمتازون بنمو حسي حركي عادي (روندال 1988 ، ص 88)
اما المنظمة الكندية تعرف الديسفازيا على انه اضطراب اللغة يخص التعبير وغالبا الفهم غير الناتج من اختلال الذكاء او السمع او العاطفة او الهيكانيزمات او المؤثرات الغير المناسبة . فاضطراب اللغة هذا سببه اختلال في الوظيفة العصبية ، الديسفازيا ناتج عن احد هذه الاختلالات
على انها مجموعة من في نفس هذا المجال وعرفها
الاضطراب العصبي الآلي والذي لا يعاني من إعاقة بصرية سمعية ، تأخر عقلي ، اضطراب نفسي او من وسط اجتماعي تربوي مختل .

فالديسفازيا هو اضطراب خاص في نمو اللغة الشفوية يمتاز بوجود نقص لساني معتبر ودائم . فهذا الاضطراب لا يخضع لأي نقص سمعي أو اختلال تكويني للأعضاء المصوتة ، نقص الذكاء ، اضطرابات عصبية مكتسبة خلال الطفولة أو مشاكل تربوية ونقص عاطفي حاد .
(Rousteau,2003,p48)

الأعراض

مجموعة من الأعراض تبدو على الديسفازيا فهي:

- في السنوات الأولى من عمر الطفل لا يتكلم ، ليست لديه نشاطات تبادلية (يشير إلى الأشياء بأصبعه لتمييزها).
- في 18 شهر لا يقول كلمات ذات معنى مثل: بابا-ماما
- في 24 شهر لا يقول جمل ذات معنى متكونة من 2-4 جمل .
- في 3 سنوات لا يفهم إلا من طرف أقربائه حيث لديه خطاب غير مفهوم وتظهر في هذا السن كذلك:

اضطرابات اللغة:

- صيغ لفظية غير مميز ، خطاب غير مبني
- نقص المفردات والكلمات
- الطفل لا يطرح الأسئلة وعاجز عن طرح انشغالاته ، عكس الأطفال الآخرين

- يفهم المعنى السطحي للكلمات فقط ولا يفهم معانيها والمفاهيم المجردة أو التمييز بين ما هو مهم أو ما هو غير مهم.
 - اضطرابات دراسية**
 - لطفل صعوبات فهم التعليمات.
 - يعاني من إضرابات في تعلم القراءة ، الكتابة والرياضيات.
 - اضطرابات الإدراك الزمني**
 - ينفصل من وقت أو زمن الحاضر
 - يتكيف بصعوبة مع التغيرات الخارجة عن الروتين
 - نقص أو عجز في المصطلحات المتعلقة بالزمن
 - اضطرابات معرفية**
 - يطور نوعا ما الألعاب الرمزية jeux symboliques.
 - كثير الشرود ، قليل الانتباه وكثير الحركة.
 - إضطرابات اجتماعية**
 - يعيش إحباط عندما يبحث عن الكلمات ولا يجدها.
 - يعيش عدم الأمن ، ميل للعزلة وضعيف في تقدير ذاته
- (GérardetBrun ;2003 :225)
- الأعراض المصاحبة**
- تصاحب الديسفازيا أعراض أخرى وهي:
- التجريد:**
- صعوبة استخلاص عناصر أساسية للمفاهيم المجردة.
- التعميم**
- صعوبة في توظيف مصطلحات مكتسبة في سياقات مختلفة التعلم يبقى مرتبط بالسياق.
- التوقع**
- صعوبة في توقع الأحداث ونتائجها (الحياة اليومية ، الأحداث ،... إلخ).
- التحديد الزمني**
- فهم واستعمال مصطلحات الزمنية.
 - الترتيب ، تخطيط مراحل الأحداث ، القصص.
- بعض الاضطرابات الممكنة:**
- الإدراك السمعي: صعوبة التمييز السمعي المرتبط بالزمن السمعي ، صعوبة تذكر الإشارات السمعية.
- الإدراك البصري: صعوبة التمييز البصري

اضطرابات براكسية واضطرابات حركية رقيقة أو عامة.
اضطرابات في بناء المكان: اتجاه وتنظيم في المكان
اضطرابات السلوك

الصلابة: يقاوم التغييرات ، صعوبة في تأقلم سلوكه للمواقف الجديدة ، قلة التأقلم مع الغير ، إحراج اجتماعي.

- استجابة غير متزنة مرتبطة بصعوبات الفهم والتأقلم للوضعيات ، قلة فهم حقائق الأشياء.
- تدهور مع صعوبات للتصحيح الذاتي

بالنسبة للقراءة نلاحظ:

- صعوبة في فك الترميز.
 - الفهم المختل بسبب قلة المفردات.
 - صعوبة في فهم تراكيب الجمل المعقدة (معنى ونحو).
 - صعوبة في وضع الترتيب الزمني لنص.
- على الرغم من التعريفات والآراء والتصنيفات المختلفة للديسفازيا توجد حقائق مختلفة للأطفال الديسفازين (Boileau 2004 :93)
- كل طفل ديسفازي هو حالة خاصة حسب قدراته الذكائية اللفظية واللافظية ، نوع الصعوبات المشتركة (المعرفية ، النفسية ، العاطفية) وأيضاً حسب محيطه العائلي والتربوي.

وهي crosson: الدسفازيا الى 5 انواع حسب نموذج

3-1 ديسفازيا فونولوجية: يعد هذا النوع أكثر شيوعاً ويمتاز بضعف الاتصال بين الصياغة والبرمجة ، نجد ان الكفاءات الاستقبالية عند الديسفازيا تكون أحسن من القدرة التعبيرية التي تكون قليلة و غير واضحة نجد عدة الخصائص منها:

-خلل كبير في النظام الفونولوجي والذي يؤثر على وضوح الكلام .
-اضطراب في الترميز التركيبي وتكون الانتاجات لفترة طويلة غير سليمة نحوياً ويتضح هذا أثناء القيام باختبارات الوعي التركيبي .

نجد كذلك في هذا النوع صعوبات في النمو القدرات الحركية الفنية و الوجيهة و الاضطرابات نفسية حركية و اضطرابات على مستوى المشي و صعوبات في اكتساب مفاهيم مكانية و اضطراب على (Gérard,1953)مستوى الخط

3-2 ديسفازيا الانتاج الفونولوجي:

تكمن الصعوبات في هذا النوع الى الجانب التعبيري مثل النوع الأول ولهن على المستوى التركيبي اي في برمجة المعلومات وإنما تكمن في المراقبة الصوتية للسلسلة اللفظية ، فالمراقبة الفونولوجية حسب "كروسون" لا تلعب دورها فالديسفازيا هنا عندما يتكلم لا يستطيع والتحكم في كلامه كفي النوع الأول فهم يستطيعون ولو جزئياً التعويض عن صعوباتهم بالتكرار او الرجوع من بداية الكلام .
يندرج هذا النوع في شكل اخر من الديسفازيا و هي:

حيث يكمن الخلل في هذا النوع في كيفية انتقاء موقع النطق للحروف أثناء الكلام فالتعبير عند هؤلاء ناقص يمتاز بالاستبدالات الصوتية خاصة بالنسبة للحروف المتشابهة المخارج.

3-3 ديسفازيا الاستقبالية:

تكون عمليات الترميز مضطربة جدا فلديهم خلل في الفهم و اضطراب في التعبير ، مشاكل التعرف على المستوى الفونيمي و تكون مشتركة مع صعوبات التعرف على الأصوات المألوفة غير اللفظية ، صعوبات في تكوين الجمل ، يكتسب الديسفازي لغة لكنها سطحية كما تكون الكتابة مضطربة لديه مع صعوبات في تسمية الأشياء والتكرار مع وجود كلمات مخترعة خالية من المعنى دليل في نفاذ على معجمهم الذهني

Néologisme (Boileau,2004,124) الكلماتواسترجاع

4-3 ديسفازيا دلالية براغماتية:

يتعلق هذا النوع باضطراب في الوظيفة الصياغية حيث لما نضع الديسفازي في وضعية حوار فيظهر خلل كبير في إعلام الغير بما يريد ، فخطابه يكون غير منسجم و متقطع مع وجود ظاهرة تكرر الكلمة وهذا يظهر بقوة خاصة في الجانب التعبيري أكثر منه في الجانب الاستبدالي مقارنة مع écholalie (Gérard,1999) (27,9) السابقة ، فالطفل ليس واع بوضعيته الأنواع

5-3 ديسفازيا ديسبراكسيا:

ويتميز هذا النوع باضطراب حاد في السيوالة اللغوية و من مظاهرها التعبير بكلمات معزولة مع غياب التحكم في النحو وكذا اضطراب في التنظيم الحركي للكلام (ديسبراكسيا فمية و جهية) كما يكون الفهم عادي او فوق العادي فهذه المظاهر تتخذ الأشكال الآتية:

-التلقائية الزائدة مشتركة مع التحفيز اللغوي

حيث العجز في إنتاج بعض الوحدات Dissociation automatico volontaire الي ارادي تفكك اللغوية عند الطلب حيث تكون ثرية لها يكون في وضعية تلقائية.

Manque de mot الكلمة او اضطراب في استحضار اللغوي نقص - اضطراب في الفهم او اضطراب في الاحتفاظ اللغوي الفوري

يتميز بعدم قدرة الطفل في إيصال Trouble de l'informativité اضطراب في الإعلام المعلومة

(Boileau,2004,18) بصفة دقيقة عن طريق الكلام الشفوي)

4-التشخيص:

يصعب تشخيص الديسفازيا قبل 3 سنوات ، فيجب القيام بالفحوصات التالية:

1-4 الفحص الطبي (السمعي)

يجب القيام بفحص الاذن والحنجرة وكذا القياس السمعي حيث وجود عجز في السمع غالبا لكن لا يمنع اكتشاف اضطراب اللغة ، فالطفل الديسفازي يسمع ولكن لديه صعوبات في فك الترميز وفهم الرسائل الموجهة (فهم اللغة).

2-4 الفحص النورولوجي:

يجب عزل اصابة عصبية تكوينية خلقية او عصبية تطويرية قد تكون مؤشر لاضطراب اللغة. احيانا تظهر حركات غير عادية للفم ، الحنجرة التي تشكل مشاكل وعراقيل في تطور اللغة ، فيجب القيام بالفحوصات النورولوجية كالتصوير الدماغي.

3-4 الفحص العقلي:

يجب عزل الاضطرابات العقلية و ذلك باستخدام اختبارات الذكاء "وكسلر" بالإضافة إلى بطاريات و روائز أخرى في هذا المجال.

4-4 الفحص اللغوي:

الطفل الديسفازي لا يستطيع ان يطور لغته بصفة عادية حيث لا يفهم ما يسمع بذكاء و السرعة اللازمة كما يعاني من اضطراب في التنظيم الزمني الموجود غالبا على مستوى الذاكرة بالإضافة إلى اضطراب الانتباه والتركيز حيث يخضع للتعب سريعا خاصة عندما يكون العامل الإدراكي ضعيف (Rondal,1988,183)

فيستعمل الاختبارات التالية للفحص اللغوي و منها:

-اختبارات اللغة الشفوية

BECبطارية التقييم المعرفي

D2اختبار الانتباه

التشخيص الفارقي*:

لتشخيص الديسفازيا يجب عزل التأخر اللغوي البسيط ولا يجب ان نخلط بين أعراضهما حيث هذا الأخير هو تطور ونمو بطيء في اكتساب اللغة ولكن عادي من ناحية مراحل اكتسابها ، فهو بالتالي تأخر زمني في الاكتساب فقط بينما الديسفازيا هو اضطراب في نظام اللغة.

لتشخيص الديسفازيا يجب إزالة التأخر اللغوي البسيط وحتى لا نخلط بين أعراضهما يجب أن نبيّن أن هذا الأخير هو تطور ونمو بطيء في اكتساب اللغة ولكن عادي من ناحية مراحل اكتسابها. فمثلا الطفل ذو 7 سنوات لديه المستوى النحوي والتركيبى الموافق لطفل في عمر 5 سنوات فالكلام واللغة عند هؤلاء تصبح عادية بين 7 و10 سنوات. أو تلقائيا عن طريق الكفالة الأرتوفونية.

فالتأخر اللغوي البسيط هو تأخر زمني في الاكتسابات فقط فهو اضطراب وظيفي ، بينما "الديسفازيا" هي اضطراب في نظام اللغة فاضطرابات اللغة عند الطفل الديسفازيا ترافق في معظم الأحيان نقائص في نمو اللغة ونقائص أخرى بصفة عامة.

"فالديسفازيا" هي اضطراب حاد ومزمن في نظام اللغة الذي يظهر في ثلاثة أنواع من الاختلالات:

- بين القدرات اللغوية والقدرات الذهنية الأخرى.
- بين قدرات الفهم وقدرات التعبير.
- بين المفردات والتراكيب (Bérnard 1999:173)

التأخر اللغوي و الديسفازيا
تطور اللغة
إن نمو اللغة يأخذ مجرى ثابتا بين طفل وآخر (تنوع في تواريخ المراحل) يتعلق بالقدرات النور ومعرفية ، مشروط باندماج:
- الأعضاء المصوتة

<p>— الجهاز السمعي</p> <p>— الأنظمة الخاصة لوظائف اللغة</p>	
<p>المرحلة قبل-لغوية</p>	
<p>2-0 شهورين أول الانتاجات- الصراخ ، أول الفونامات حسب الحالة</p> <p>6-2 أشهر ابتداء من 6 أشهر إنتاج المقاطع. تطور في الانتاجات المقطعية ، تطور في التواصل غير اللفظي (النظر ، الابتسامه ، الإشارة ، ..)</p>	<p>2-0 شهورين الاهتمام بصوت الإنسان ، الإدراك ، التفرقة بين الفونامات</p> <p>6-2 أشهر تنوع في المناغاة ، منبع اللذة ، تطور تدريجي ، اللعب المتبادل مع المحيطين به.</p>
<p>المرحلة اللغوية</p>	
<p>16-12 أشهر - عدم فهم استيعاب اسمه ثروة منعدمة فهم مفهوم غياب التكرار</p> <p>18 أشهر - وجود كلمة أو كلمتين</p> <p>- استيعاب كلمة واحدة فقط في الجملة</p> <p>26-20 أشهر - الفهم يتم إلا باستعمال وسيلة مرئية</p> <p>نهاية السنة 2</p> <p>— غياب الاهتمام في تعلم الكلمات</p> <p>— تفصيل استعمال الحركات أثناء الكلام</p> <p>3 سنوات اضطراب في اكتساب التراكيب .</p> <p>مفردات فقيرة</p> <p>أسلوب تلغرافي</p> <p>في 6 سنوات الطفل غير مستعد للغة المكتوبة.</p>	<p>16-12 أشهر الكلمات الأولى ، ازدياد المفردات (حوالي 3 كلمات مختلفة من طفل لآخر) يفهم 12 إلى 100 كلمة ، يفهم الأوامر البسيطة.</p> <p>18 أشهر يبدأ في استعمال "لا" ، بداية جهوده الفردية.</p> <p>26-20 أشهر الجميل الأولى (تركيب كلمتين) يفهم الأمر الثنائي</p> <p>نهاية السنة 2 يكتسب من 200 إلى 300 كلمة</p> <p>3 سنوات حوالي 1000 كلمة.</p> <p>التوفيق في النطق ، اكتساب التراكيب (كلمات ، جمل ، أطفال ، ...)</p> <p>ظهور "أنا" ، تطور وإثراء رصيد المفردات والتراكيب</p> <p>في 6 سنوات الطفل مستعد لاكتساب اللغة المكتوبة.</p>

جدول الآتي الذي يوضح الفوارق بين اضطرابي التأخر اللغوي البسيط والديسفازي (Bernard 1999:210)

5- الأسباب:

5-1- التناول المعرفي:

لمعرفة الأسباب الكامنة وراء هذا الاضطراب دفعت بعض الباحثين على التساؤل هل الخلل يمكن في المعالجة الزمنية في الإدراك السمعي اللفظي ام تتعلق بتحليل التماثلات الفونولوجية او المورفوتركيبية.

5-1-1 اضطراب في المعالجة للإدراك السمعي اللفظي: حسب أغلبية الباحثين ان الأطفال ذوي التأخر الحاد في النمو اللغوي لا يدركون المعلومة الصوتية بنفس الطريقة التي تكون عند الأطفال العاديين وهو ما يترجم صعوبة حادة عند هؤلاء الأطفال في إعادة التعرف على العناصر الصوتية للمثيرات والتي تتم بسرعة. فالأطفال الדיسفازيين يكونون بحاجة لوقت أكبر للقيام بإدراك الصفات التمييزية لهذه الأصوات.

(1973, piercy بالمقارنة بالأطفال العاديين)

5-1-2 المعالجة الفونولوجية: يتعلق هذا الاضطراب بخلل في شكل الكلمة ككل وليس فقط الفونيمات المنعزلة والتي يتم نطقها ويتجلى في حذف لبعض الصوامت او المقاطع مع تسهيل للمقاطع المعقدة والقلب والتشبيه للحروف او الإبدال (تغير حرف في كلمة بالتقديم او التأخير).

ان المعالجة الفونولوجية للطفل الذي يعاني من صعوبة في النفاذ الى معجمه يرى الباحثون ان التحويلات ليس نقصا فقط بالنسبة للأخطاء الفونولوجية ولكن ايضا بالنسبة لأخطاء الاستبدال الدلالي وهذا في دراسة تركزت على تقديم للطفل معالجة تشتمل على تزويده بمعلومات فونولوجية تتعلق بمعنى الكلمات قصد تسميتها. فهذه الدراسة ارتكزت على فرضية مفادها ان اضطراب المعالجة الفونولوجية يكون هو السبب في عجز الطفل عن استرجاع الكلمة من معجمه باعتبار ان نتائج هذه الدراسة أكدت على ان تقديم مؤشر يتعلق بالمقطع الأول للكلمة يساعد في استرجاعها حتى بعد مدة طويلة.

(Gregor et appel,2002)

5-1-3 اضطراب في المعالجة الدلالية: لتأكيد فرضية الإصابة على المستوى الدلالي فمن النتائج المتحصل عليها خلال عدة دراسات للباحثين أرجعت ان الأخطاء التي يرتكبها الطفل اثناء التسمية تكون مرتبطة دلاليا مع الصورة المراد تسميتها وان الأخطاء الفونولوجية الدلالية كانت نادرة .

وفي المقابل ما يجب التنويه له هو ان وجود نسبة مرتفعة من الأخطاء الدلالية لا يعني الإصابة تقع على المستوى الدلالي حتى ولو كانت هذه التمثلات مخزنة في الجهاز المعجمي. وفي الواقع اثناء انتاج كلمة ما فالتمثل الدلالي لكلمة "سيارة" ينشط بصفة جزئية التمثلات الفونولوجية لنفس الكلمة وللکلمات القريبة منها دلاليا "دراجة"، "حافلة"، "سيارة" أي الكلمة المراد تسميتها سوف لا ينشط وبالتالي فان تمثّل فونولوجي (Pillon,2002,p72) ينشط بصفة جزئيا مثلا شاشة

5-2 التناول العصبي:

يرى بعض الباحثين ان هناك تشوهات من الناحية العصبية قد تكون السبب في ظهور التأخر اللغوي الحاد حيث الأبحاث التي أجريت في الثلاثون سنة الأخيرة في ميدان الاضطرابات العصبية ووظائفها عن طريق التصوير الطبي التي سمح باكتشاف معطيات أساسية لفهم أسباب الاضطراب حيث في دراسة فني دراسة تحليلية لدماغ أشخاص من عائلة "ك-ر" مصابين بالديسفازيا و آخرون غير مصابين وعينة ضابطة من نفس السن فبينت نتائج التصوير الطبي وجود إصابات واضحة عند الأشخاص الדיسفازيين على عكس الأطفال المصابين بالديسفازيا.

(Allkinet et All,2000)

في دراسة أخرى أجريت على أطفال يعانون من اضطرابات في نمو اللغة الذين يظهرون عاديين عند الفحص الاكلينيكي البصري غير ان نتائج الدراسة بعد التصوير الطبي بينت وجود عدم التماثل عند معظم الأطفال حيث ان المعطيات التشريحية العصبية *Asymétrie périlyrrienne atypique* بينت وجود إصابات في تطور الدماغ التي تخلف اضطرابات الدماغ (Bloont and All,1991,424) فكانت كل من أعمال بيني و ليفتسك المتعلقة بالتماثل العصبي بينت ان المساحة العليا للفص الصدغي الأيسر والأيمن ل100 دماغ الراشدين ان مساحة الفص الصدغي كان أطول ب 81|3 على الجهة من من الحالات فقط 10% واقصر في الجهة اليسرى ب من الحالات من 25% و متماثل 65% اليسرى فهذا يدل على ان الإصابة على المستوى العصبي يلعب دورا هاما في ظهور الديسفازيا حيث ال التكوين العصبي للدماغ سواء كان تشريحيًا او وظيفيًا يساهم في سلامة ووضوح اللغة عند الطفل. (kshwind et livist,1990,40)

3-5 التناول اللساني:

لغة الديسفازي حتما مشوهة أو تقريبا منعدمة بالمقارنة مع الطفل في سنه ، فإن لغة الطفل في مراحل اكتسابها تمر بتشوهات وأخطاء ثم يصححه لينتقل إلى مراحل أخرى في اللغة ،وما نلاحظه هو هذا الميكانيزم عند انتقال الطفل إلى صيغة تركيبية جديدة يتخلص حتما من الصيغة القديمة التي كانت مشوهة أو خاطئة بينما الطفل الديسفازي يحتفظ بالصيغتين معا ولمدة طويلة. والسؤال المطروح هنا ، لماذا الطفل الديسفازي لا يحذف الصيغ القديمة عند اكتسابه للصيغ الجديدة وإن اختفت هل تختفي بالصدفة أم لأشياء لها معنى؟

فماهو ملاحظ عند الديسفازيين وجود اضطرابات استرجاع المفردات:

1- تباطؤ في الاسترجاع. نقص في الكلمات ، جمل ناقصة (إصدار صوت بدل الأخر)

● تخص المعنى (فنجان-كأس ، جبهة-راس)

● شفوية ، تبديل كلمة بكلمة أخرى ليس لها علاقة بالكلمة المقصودة (شجرة سكين)

● صوتية (تحويل ، تغيير الفونامات المتتالية)

2- التقارب ، التسمية بواسطة الوظيفة (كرسي= لنجلس فيه) جمل فارغة (كان.....إه!...!)

3- جمل ناقصة

4- صعوبات لتسمية أشياء ، لوجود كلمة تنطبق مع تسميتها ، لإنتاج خطاب تحت أمر ، تعليق على خطاب أو صور ، لوجود الكلمة أو الفعل المناسب بينما يستطيع تكرار الكلمات. وهذا الاضطراب يستطيع الوصول إلى حد استحالة استرجاع كلمة معروفة وشائعة.

فتلاحظ عند الديسفازيين اضطراب استرجاع المفردات عند تسمية الصور المعروفة مثال: تسمية بعض الحيوانات بطريقة صحيحة.

نجد أيضا اضطرابات ترميز المفردات ، مشاكل في تتابع الكلمات:

● عدم القدرة والمرونة المورفوتركيبية (الصيغ الوصفية ، الفعلية)

● حذف الكلمات الوظيفية (على ، من ، إلى ، و ، عن ، إذن)

● عدم استعمال الكلمات التي تضمن استمرارية ومرونة الخطاب (إذن ، و ، ...)

- صعوبات في استعمال ، الضمائر ، أسماء الإشارة
- صعوبات في ترتيب الكلمات داخل الجمل الطويلة. (Sylves Casting 2009: 130)

ملاحظة:

رغم ذلك يبقى خطاب الديسفازي فعالا، ففي هذه الحالة: نقدم للطفل الديسفازي عدة صور ونطلب منه تسمية الصور المطلوبة: مثال: العصفور يطير ، العصافير تطير ، القط داخل السيارة ، ...إلخ.

- نتجج جمل عن طريق كلمتين أو ثلاث كلمات معطاة
- نكمل جمل عن طريق صور مكملة.
- فيما يخص التعبير الشفوي والصوتي: نلاحظ عامة عند الديسفازي نقص التلقائية التي تلخص فيما يلي:
- نقص المبادرة اللفظية ، حيث الطفل نادرا ما يأخذ الكلمة ، نادرا ما يجيب على الأسئلة.
- نقص في سلامة الكلام
- فقر في إنتاج الكلمات وحتى عند إجابته فهي مقتصدة وغالبا على نحو "لا أعرف" ، "معلبلش".
- نقص في متوسط طول إصدار الصوتي.
- تفكيك ألي ارادي (Dissociation automatico volontaire) حيث الطفل لا يستطيع إنتاج إراديا أو تحت أوامر أصوات متعود على أنتاجها تلقائيا ، في المجال الفونولوجي عدم قدرة الطفل على إنتاج أصوات تحت أمر بينما هو قادر عليه تلقائيا.
- أما فيما يخص الفهم الشفوي ، فيتلخص فيما يلي:

- اختلال قدرات الفهم والتمثيل العقلي تحت تأثير سمعي

درجات مختلفة في:

- 1- اضطراب التعرف على الكلمات
- 2- اضطرابات على مستوى فهم التراكيب والجمل
- 3- اضطرابات على مستوى التمييز الفونولوجي
- 4- الخلط بين الفونومات المتشابهة صوتيا (c/q,t/d,b/p) هذا ما يشكل صعوبات أثناء تعلم القراءة والكتابة ، فهنا نقدم للطفل صورا ذات كلمات متقاربة صوتيا (نادرا/دار- غار/فار- فول/غول...) ونطلب منه تمييزها لنا
- 5- نقدم أيضا أزواج صوتية مثل (cri/tri- kla-gla) ونطلب من إن كانت تتشابه سمعيا أم لا في كل مرة.
- 6- اضطراب على مستوى الإعلام ، حيث الطفل يفهم الكلمات ولكن لا يعني القصد من الرسالة أو العكس.

فالطفل الديسفازي عامة لديه رغبة في التواصل وإن تعذر عليه الكلام والتعبير الشفوي فيعوضه بوسائل أخرى لكي يفهم مثل: الإشارات الإيماءات ، تعابير الوجه ، ..إلخ).

غيرأن الديسفازي قادرعلى أن يدخل في وضعيات التوصل المختلفة بطرق بديلة عند غياب أو اضطراب اللغة الشفوية فيبقى الطرف الأخر يبذل جهد التلقي وفهم لغة الديسفازي حتى يدخل في اتصال

في الحياة اليومية

وإليك جدول يبين تطور اللغة والكلام عند الطفل العادي والطفل الديدسفازي.
(francieLussier et Janine1992 :84)

السن	طفل عادي	الطفل المصاب بالديسفازيا
من سن 0 إلى (2) شهرين	- صرخات إنعكاسية. - صرخات مسرة - بكاء للدلالة علىالجوع ، أو عدم الشعور بالراحة... - ظهور صوت إنساني (خاصة صوت الأم) - ارتجاف لدى سماع ضجة.	- صعوبات في القيام بعملية المص succion Dyspraxique et Dysarthique - ردود الفعل محدودة حيال المنبهات الصوتية (البراغماتية وناحية المعنى وكذا Agnosique)
من 2 إلى 6 أشهر	- مناغاة - أصوات متكررة مطولة تحمل نغمات (3 أشهر). - إتصال بصري ثابت - ابتساماة وتعبير جسدي عن الرضا - إدراك وفهم النبرات الصوتية والايماءات الدالة على الغضب	- غياب الثغثغة - اللعب مع إصدار أصوات محدودة جدا - اتصال بصري نادرا - ابتسامات متأخرة - صعوبة في الابتلاع
من 6 إلى 12 شهر	- الغناء على نفس الوتيرة - ثرثرة ، سلسلة كلامية متقطعة - اللون الصوتي(8 أشهر) (مثال: حسب الإيقاع) - تقليد الأصوات - نموذج للكلمة المصححة (مثال: lalé=louise) - الكلمات الأولى.	- إنتاج شفهي ضعيف. - إستيعاب شفهي غير محفز عند الطفل المضطرب لغويا: - إتصال بصري منعدم. - إهتمام محدود بالمتكلم.
من سن 12 إلى 18 شهرا	- زيادة في مستوى l'écholalie. - ظهور 10 إلى 15 كلمة. - تطابق الكلمات بالإشارات. - إجابات - طلبات-وتعابير. - إستيعاب لبعض الكلمات المتعلقة بإشارات مرئية أو مرفقة بعض الحالات.	- غياب التكرار. - ندرة الصوت. - ثرثرة منعدمة. - عدم فهم وإستيعاب إسمه. - فهم مفهوم. - جهل الشخص المتحدث إليه.

<ul style="list-style-type: none"> - الإستعمال النادر لكلمة الإتصال. - وجود كلمة أو كلمتين. - تباعد بين الكلمات. - إنعدام التفريق بين الكلمات المتداولة. - عدم التقارب بين الكلمات. - إستيعاب كلمة واحدة فقط في الجملة. - الفهم لا يتم إلا بإستعمال وسيلة مرئية. 	<ul style="list-style-type: none"> - القدرة على التحكم في الكلمات. - إستعمال اللغة بدل الحركة للتعبير. - فهم الأسئلة. - التحكم في اللعاب. - إستيعاب من 10 إلى 300 كلمة (أفعال-أسماء-صفات). - تكوين جمل من 2 إلى 3 كلمات - بإستعمال أفعال غير مصرفة. 	<p>من 18 إلى 24 شهرا</p>
<ul style="list-style-type: none"> - غياب الإهتمام في تعلم الكلمات. - تقارب نادر لكلمتين. - إصدار حروف ضعيفة. - غياب الذكاء في إستعمال الكلمات. - تفضيل إستعمال الحركات أثناء الكلام. - تقليد ضعيف للأصوات وقصر الكلمات. - عدم إستعاب أبسط الطلبات. - معاودة P'écholalie (التكرار الذاتي). 	<ul style="list-style-type: none"> - ظهور جمل بسيطة تتزايد شيئا فشيئا. - فهم وإستيعاب ما يحيط به بإستعمال أدوات التعريف. - نهاية التكرار الذاتي. - الذكاء في إستعمال الكلمات. - بروز الفهم المحسوس (المرفقة بسياق الفعل). - بداية الحديث. - إستعمال أدوات التعريف وهذا في مكانها. - إستعمال الضمائر: أنا-أنت. - بداية إستعمال ظروف المكان. 	<p>من 2 إلى 3 سنوات</p>
<ul style="list-style-type: none"> - محادثة نادرة. - إعادة الأسئلة بإستعمال التكرار الذاتي - حديث مبتور coq-à-l'âne. - غياب الذكاء. - أسلوب تليغرافي. - صعوبة استعمال الكلمات. - الميل إلى الكلمات المكتسبة . - صعوبة استدراج الكلمات البسيطة ونصف الكلمة - عدم استيعاب. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحادثة - طرح الأسئلة. - إستعمال ضمير "أنا". - ثروة لغوية ممتعة. - غياب الذكاء في إستعمال الكلمات. - سرد لتجربة ما. - إعطاء الإسم والسنة بعد الطلب. - اكتساب ثروة الاستعاب المحسوس. - استعمال الصفات المسندة إلى الأشياء ، والضمائر. - تصريف الأفعال (محاولات 	<p>من 3 إلى 4 سنوات</p>

	<p>وأخطاء).</p> <p>- استعمال الجمل الاستفهامية ،</p> <p>- النافية وهذا عن رضى.</p>	
<p>- لا وجود لسرد تجربة</p> <p>- عدم استيعاب أوقات الأفعال.</p> <p>- غياب ضمير "أنا".</p> <p>- غياب الأسئلة.</p> <p>- استعمال الأفعال دون تصريفها .</p> <p>- استعمال جمل قصيرة جدا وخاطئة.</p> <p>- عدم استيعاب ظروف الزمان .</p> <p>- عدم استيعاب المحسوس .</p> <p>- انتباه محدود اتجاه المتكلم.</p> <p>- صعوبة الحديث.</p> <p>- اكتساب حروف فقيرة .</p> <p>- عدم فهم واستيعاب الأسئلة.</p> <p>- خطاب محدود.</p> <p>- عزلة</p> <p>- تلقين بطيئ</p> <p>- نسيان</p>	<p>- سرد لتجربة باتقان .</p> <p>- إحترام تسلسل الأحداث.</p> <p>- ظهورمدلول الوقت (الزمن).</p> <p>- نحسن في مستوى الفهم .</p> <p>- إدخال جمل مركبة ومتشعبة</p> <p>- باستعمال أدوات الربط (الذي-</p> <p>و- إذا- أين- مثل .. Qui-Que-</p> <p>Pourquoi-Si-Ou-Comme.</p> <p>- استعمال ظرف الزمان</p> <p>- استعمال الكلمات المستعملة أنفا</p> <p>للدلالة على الأشياء</p>	<p>من 4 إلى 5 سنوات</p>
<p>- استعمال جمل قصيرة وملخصة.</p> <p>- ثروة لغوية محدودة.</p> <p>- عدم القدرة علىتعريف شيء ما.</p> <p>- شروحات قصيرة.</p> <p>- عدم فهم الحكايات، الألغاز، اللغة المحسوسة، التعبير المجازي والنكت.</p> <p>- الخلط بين الكلمات المتشابهة.</p>	<p>- الشروع في استعمال لغة والتعبير المجازي</p> <p>- الاستدلال واستعمال المنطق.</p> <p>- اكتساب لغة الكبار عبر مراحل</p> <p>- مواصلة الاكتساب</p>	<p>من 5 إلى 6 سنوات</p>

خاتمة

تعتبر الديسفازيا من الاضطرابات النمائية اكثر صعوبة وتعقيد لا لخطورتها بل لصعوبة تشخيصها، حيث ان الدراسات والابحاث العلمية الاكاديمية في هذا المجال ضئيلة والاختبارات والمقاييس للتشخيص نادرة.

لذا توجب من المختص الاطوفوني بذل الكثير من الجهد والتشبع ببعض الخلفيات النظرية في هذا المجال لمحاولة فهم هذا الاضطراب. و ان بدى صعب الولوج اليه الا ان تتواصل البحوث في هذا الميدان متخذين بذلك التوجه الحديث والذي هو الاتجاه المعرفي العصبي لمحاولة تفسير وفهم اكثر هذا الاضطراب، و بالتالي تبني البرنامج الملائم لذلك دون اهمال طبعا المعايير الثقافية اللسانية للطفل الديسفازي حتى يتسنى التكفل به بصفة شاملة وفعالة.

8_المراجع

8.1.المراجع اللغة العربية:

1. حنفي بن عيس1980محاضرات في علم النفس اللغوي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الساحة المركزية بن عكنون ، الجزائر.
2. خدوسي كريمة (2001)، التأخر اللغوي البسيط بالوسط الإكلينيكي الجزائري ، ت.إ.د.ن/ زلال ، جامعة الجزائر.2.
3. حسن عبد الباسط مُجد (1980)، أصول البحث الاجتماعي ، القاهرة ، مكتبة وهبة
4. الذينيات مُجد(2009) ، مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحث ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ،الجزائر
5. العكش فوزي (1975)، البحث العلمي ، مناهج والإجراءات ، العين: مطبعة العين والإعلان.

2.8.المراجع باللغة الاجنبية:

1. Aimard P, (1972) l'enfant et son langage , lyon SIMEP.
2. Rondal, (1988), trouble du langage, diagnostic, rééducation, édition mardage.
3. Benveniste, E (1996), problème de linguistique général, gallimard, Paris.
4. De Saussure, F (1990), cour de linguistique générale, éditions, Enag, Algérie.
5. Gerard , C.L (2003) les dysphasies, edition masson, ISBN2-29.
6. Lussier, F, Flesse, J, (1992) neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux de l'apprentissage, édition dunod.
- , A propos de corrélations entre situation de communication et 967. Lecinna . S (19 structures énonciatives, deux aspects de la relation du locuteur à son, discours, laboratoire jacque lordat, université de Toulouse le Mirail.
8. Sylves Casting(2009) les dysphasies, apports théoriques,PARIS
9. Vygotsky,(1985) « pensée et langage », édition sociales messidor, Paris,.
10. J.Zwobada, (1999) « peut on parler de dysfonctionnement dans un dialogue ? glossa, n049, novembre.

مقترح برنامج تكويني لأساتذة التعليم الثانوي في المرافقة
المدرسية للتلاميذ المتفوقين دراسيا
-دراسة ميدانية في ضوء احتياجات الأساتذة-

غربي راضية
شادة إيمان
د. بن علي راجية
طالبة دكتوراه
طالبة دكتوراه
جامعة باننة -1

مقدمة:

لقد التفتت التربية مؤخرا وفي ظل تعميم التعليم والانفجار المعرفي وتطور وسائل الكشف والتشخيص الى تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة ، وعلى رأسهم المتفوقين والموهوبين باعتبارهم أعلى ما تمتلكها الأمماليوم من ثروات. هذا التصور جعل من البحث عن القدرات المتميزة والمبدعة ورعايتها هدفا أساسيا للمنظومات التربوية الرائدة في العالم ، وهذا بغرض حسن استثمارها والاستفادة منها مستقبلا.

وفي هذا السياق أكدت معظم الدراسات التي تهتم بهذه الفئة من المتعلمين ، على أهمية المعلم في نجاح برامج تعليمهم والتكفل بهم ، كما اكدت على ضرورة تكوين هؤلاء الأساتذة والمعلمين وتدريبهم وفق برامج مدروسة ومسطرة تأخذ بعين الاعتبار حاجات المتفوقين أنفسهم وحاجات الأساتذة في هذا المجال. اي أن تتضمن هذه البرامج في طياتها موضوعات تتعلق بالتفوق ، بطبيعة المتفوقين ، خصائصهم ، مشكلاتهم واحتياجاتهم ، إضافة إلى اكساب هؤلاء الاساتذة مهارات في مجال استخدام دينامية الجماعة وأساليب الإرشاد والتوجيه الملائمة لمساعدة هذه الفئة ، وبالتالي كسب معركة الاستثمار في راس المال البشري ، الذي اضحى ضرورة لربح رهانات وتحديات هذا العصر .

ولما كانت المرافقة المدرسية خدمة يقدم من خلالها -حسب الدراسات- المساعدة والتوجيه للتلاميذ لمعرفة أنفسهم وتجاوز مشكلاتهم ، كان لابد من تدريب أساتذة المتفوقين على هذا النوع من الإرشاد لإفادة المتفوقين ومرافقتهم في مشوارهم الدراسي ومساعدتهم على تجاوز مختلف الصعوبات التي قد يواجهونها، وهذا ما سنحاول التطرق له في هذه دراستنا هذه في اطار التجربة الحديثة للجزائر في ميداني المرافقة المدرسية وفتح اقسام خاصة بالمتفوقين في بعض الثانويات.

1-الإشكالية:

لقد أحيطت فئة المتفوقين في العشرينات الأخيرة باهتمام كبير من قبل العاملين في مجال التربية والتعليم لتحديد خصائصهم ، مشكلاتهم وحاجاتهم وقبل كل هذا تحديد تعريف محدد لهم: أي تحديد من هو المتفوق؟ ويأتي هذا الاهتمام سعيا لإيجاد الطرق الأنجع لتدريس هذه الفئة ، واستغلال قدراتهم ، وتجنب تعرضهم كفئة خاصة للمشكلات بأنواعها ولحسن الاستثمار فيها كفئة جد خاصة ، تمثل زبدة راس المال البشري. ومن بين المجهودات التي جاءت في هذا المجال نجدبناء برامج تربوية تسهر على رعاية المتفوقين وتضمن حقهم في أن يحصلوا على فرص تربوية متكافئة مع الاخرين وتتنجم مع قدراتهم واستعداداتهم. ليس هذا فقط ، بل نجد أيضا اعداد اطارات بشرية خبيرة تتولى مسؤولية تطبيق هذه البرامج ، أي تكوين معلمي المتفوقين والذين وفق دراسة اجراها رونزولي Renzulli(1981) يعتبرون أساس نجاح البرامج ، اذ احتلوا المرتبة الأولى ضمن 15 عامل اخر وضعت من قبل الخبراء العاملين في مجال تعليم الموهوبين و المتفوقين (فتحي عبد الرحمنجروان، 1998:335).

وأكدت ليندزي Lindsey (1980) على ضرورة اتسام معلم المتفوقين بمجموعة من الخصائص ليؤدي المهام المنوطة به على اكمل وجه ، كإحساسه بمشكلات الآخرين ، ذكاءه فوق المتوسط ، وعيها بخصائص متعلميه وحاجاتهم وقضائه وقتا كافيا معهم خارج الصفوف (فتحي عبد الرحمن جروان، 1998:335). غياب هذه المقومات قد يخلق فجوة معرفية ، بل حتى نفسية تواصلية واجتماعية معهم. وهو ما أكدته كل من دراسة حمود (1995) ودراسة دياب (2005) والتي توصلت إلى أن أبرز معوقات الابداع لدى التلاميذ ضعف كفاية وتأهيل المدرسين ، وعدم تشجيع تلاميذهم ومساعدتهم وعدم المبالاة بأفكارهم الإبداعية (الغوارمي، 2011:407).

وقد جاءت العديد من الدراسات والابحاث لتنادي بضرورة إعداد معلمي المتفوقين وتأهيلهم لرعاية هذه الفئة وفقا لطبيعتها واحتياجاتها (كمور، 2013:560). هذا الاعداد لا يكون على المستوى الأكاديمي فحسب ، بل يجب ان يتجاوزها إلى المستوى النفسي والاجتماعي لخلق بيئة مثفمة تساعد المتفوق وتدفعه نحو الامام. فالمعلم بحكم احتكاكه الدائم مع تلاميذه يعتبر عاملا مهما في بلورة فكرهم واتجاهاتهم نحو التعلم ، ونظرتهم لأنفسهم ولمشروعهم الدراسي والشخصي ، وهو ما يتجاوز حدود عملية التدريس الى الارشاد والتوجيه. والمتفوق وفقا للتراث النظري يحتاج لمعلم يدرسه ، يرافقه ، يسانده ويساعده على الاستبصار بذاته ليتعرف على قدراته وحاجاته ومشكلاته وكيفية التعامل معها وبيئته ليحسن التكيف معها.

وقد أكدت التشريعات التربوية على هذا الدور (المساندة والمساعدة) ضمن ما يسمى بالمرافقة المدرسية ، كشكل من أشكال الارشاد الاكاديمي (مديرية التعليم الاساسي، 2008:27). حيث تعتبر المرافقة خدمة يقدم من خلالها التوجيه والمساعدة للتلاميذ ، لمعرفة أنفسهم وتجاوز مشكلاتهم ، بهدف ارشادهم وتوجيههم لما هو أحسن وأفضل لهم. هذه الخدمة قد يتولها المختصون او المعلمون أنفسهم بفعل احتكاكهم المستمر والدائم مع التلاميذ ، ومعرفتهم بهم. ولكي تحقق المرافقة أهدافها المنشودة المتمثلة في المساعدة والإرشاد ، خاصة مع فئة مثل فئة المتفوقين دراسيا ، يجب ان يكون مهارتها مدربا على أجدياتها واساليبها عارفا لطبيعة وخصوصية التلاميذ الذين سيراقتهم. انطلاقا من هنا ، ومن التجربة الحديثة للمنظومة التربوية الجزائرية في مجال المرافقة المدرسية التي تم تعرض لها المشرع سنة 2008 ، ومجال خلق اقسام خاصة بالمتفوقين في بعض الثانويات عبر الوطن من جهة أخرى ، جاءت دراستنا هذه والتي تهدف الى اقتراح برنامج تكويني لأسانذة التلاميذ المتفوقين دراسيا في المرافقة المدرسية ، وهذا بعد رصد حاجاتهم التكوينية. وقد جاءت تساؤلات دراستنا كالتالي:

1- ماهي أهم الحاجات التكوينية لأسانذة التلاميذ المتفوقين دراسيا في مجالي التفوق الدراسي والمرافقة المدرسية ؟

2- في ضوء هذه الحاجات ماهو البرنامج التكويني الذي يمكن اقتراحه في المرافقة المدرسية لأسانذة التلاميذ المتفوقين دراسيا ؟

2- أهمية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهميتها من:

- أهمية الفئة التي ستستفيد من هذا البرنامج أي فئة المتفوقين دراسيا ، كونها فئة تحتاج لأسناد متمكن ، على دراية بخصائص وحاجات ومشاكل متعلميه وواعي بمشكلاتهم مرشدا ومرافقا لهم في حلها. - تبيان مدى الحاجة إلى وجود برامج تكوينية مخططة ومؤسسة لتأهيل أسانذة المتفوقين ، وذلك من خلال الكشف على أهم احتياجاتهم التكوينية في مجالي معرفة المتفوقين والمرافقة المدرسية.

تسلط الدراسة الضوء على شكل من أشكال الإرشاد المدرسي ، هو المرافقة المدرسية التي لم تحض بالحظ الوفير من الكتابات والدراسات في بلدنا-حسب إطلاع الباحثين-، رغم ورودها في بعض المناشير الوزارية.

تعتبر إضافة علمية في مجالي التكوين على المرافقة والتكفل بالمتفوقين ، حيثتصبر القائمين على برامج تكوين الأساتذة في بلدنا بأهم الحاجات التكوينية للأساتذةعموما ولأساتذة المتفوقين دراسيا خصوصا في هذين المجالين.

3-أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

1-تحديد أهم الحاجات التكوينية لأساتذة التلاميذ المتفوقين دراسيا في مجالي التفوق الدراسي والمرافقة المدرسية لهذه الفئة.

2-تصميم برنامج تكويني مقترح للأساتذة في ضوء حاجاتهم في مجال المرافقة المدرسية للمتفوقين دراسيا.

4-مفاهيم الدراسة اجرائيا:

1.1.4.الاحتياجات التكوينية: تعتبر عملية رصد وتحليل الاحتياجات التكوينية مرحلة أساسية ومفصلية في تخطيط وبناء مشاريع التكوين ، ونقصد بالاحتياجات التكوينية في هذه الدراسة الفجوة بين الوضعية الحالية والوضعية المنتظرة او المرغوبة لدى أساتذة التلاميذ المتفوقين في مجالي رعاية المتفوقين والمرافقة المدرسية والتي تم الكشف عنها من خلال الدرجة المحصل عليها في الاستبيان المستخدم والمبني على الأنشطة والفعاليات التي يرى أساتذة المتفوقين أنهم بحاجة إليها لرفع مستواهم الوظيفي.

2.4 المرافقة المدرسية: هي مجموعة النشاطات التي تهدف إلى تقديم الدعم والمساندة الضرورية التي يقدمها الاساتذة لتلاميذهم المتفوقين لتنمية استعداداتهم وقدراتهم على التعامل بفاعلية مع المشكلات الحياتية المعقدة التي تواجههم في حاضرهم والتي يتوقع أن يواجهوها في مستقبلهم ، والتي قيست بالجزء الثاني من الاستبيان الاحتياجات التدريبية.

3.4أساتذة التلاميذ المتفوقين:نقصد بهم في هذه الدراسة الأساتذة الذين يزاولون تدريس التلاميذ المسجلين في اقسام المتفوقين في الرياضيات ، المتدرسين بثانوية العمراني بولاية باتنة. هؤلاء التلاميذيتم انتقاؤهم انطلاقا من ناتج جمع معدلهم العام في شهادة التعليم المتوسط ومعدلهم في الرياضيات ضرب 2 قسمة 3، حيث يقبل في هذه الأقسام التلاميذ الذين تحصلوا على معدل 17 فما فوق.

4.4 برنامج تكويني مقترحلأساتذة المتفوقين: هو مجموعة من الحصص المقترحة المبرمجة انطلاقا من احتياجات الأساتذة ، لتكوينهم على مبادئ واساسيات ومهارات عملية في المرافقة المدرسية للتلاميذ المتفوقين، والتي تقوم على جزئين ، الاولللتعريف بالمتفوقين ، خصائصهم ، حاجاتهم وطرق تدريسهم ومساعدتهم ، والثاني في المرافقة المدرسية وبعض مهاراتها كمهارات الاتصال و التواصل، الانصات ، المناقشة...

5-التناول النظري لمتغيرات الدراسة:

سنحاول فيما يلي التعرض لمتغيرات دراستنا وفق ما جاء في التراث النظري ، وسنبداً أولاً بالتراث الخاص بالمتفوقين وأساتذتهم ، حيث حظياعداد وتأهيل أساتذة المتفوقين باهتمام كبير من قبل المهتمين بمجال التفوق ، واستندت البحوث العلمية ذات الصلة في هذا المجال إلى افتراض مفاده أن

معرفة الاساتذة بخصائص تلاميذهم العقلية والجسمية والنفسية من شأنه أن يساهم لامحالة في حسن التعامل معهم ، وتقديم المساعدة الكاملة لهم لتحقيق الاهداف التربوية بمستوياتها المختلفة. ولا يتأتى ذلك إلا من خلال تكوين مكيف وتدريب هادف ومستمر للأساتذة قبل وأثناء الخدمة. وقد دعمت عدة دراسات صحة هذا المنطلق منها دراسة معاجيني(1996) ودراسة بيكي (Piquée , 2000). وتنطلق الدراسات المتعلقة بإعداد وتأهيل الاساتذة من عدة مداخل ، كمدخل تحديد الاحتياجات التكوينية ، او مدخل تحليل المهمة وقوائم الرصد لبناء برامج تكوينية تغطي العجز القائم...وقد اخترنا لبناء برنامجنا المقترح مدخل تحديد الاحتياجات التكوينية للأساتذة في مجالي معرفة ومرافقة المتفوقين ، لأهميته وفعالته في رفع كفاءة الاساتذة. وسنحاول فيما يلي تناول بعض النقاط التي تخص المتفوقين.

1-5 التفوق

1-1-5 مفهومه:

اختلفت التعريفات التي جاءت في التفوق والمتفوقين على الرغم من المحاولات الجادة لتحديد مفهوم دقيق لمصطلح التفوق ، إلا أن الوصول إلى تعريف موحد بين الباحثين لازال أمراً بعيد المنال. وسنحاول فيما يلي التطرق لأهم التعاريف التي وردت في هذا المصطلح.

* يرى جانييه (Gagne): "التفوق هو أداء فوق المتوسط (أداء متميز) في مجال أو أكثر من مجالات النشاط الإنساني. وحدد مجالات التفوق على أنها: التفوق العقلي ، التفوق الأكاديمي ، التفوق في التجارة ، التفوق العلمي...وظهور التفوق في مجال معين ينتج عن قدرة الفرد على استغلال استعداداته الفطرية في تحصيل المعلومات و إتقان المهارات التي تتعلق بهذا المجال في ظل بعض العوامل المحفزة التي تنقسم إلى-التعليم والتدريب والممارسة و المحفزات الشخصية و المحفزات البديلة". (يحي صلاح ماضي ، 2011:20)

* وعرفت هيلدريث (Hildreth): الطفل المتفوق على انه: "الطفل الموهوب سواء كانت موهبته في مجال أكاديمي أو كانت في مجال آخر مثل الموسيقى ، الرسم ، التمثيل ...". (يحي صلاح ماضي ، 2011:20)

* ويرى تاننوم (Tannenbaum): الطفل الموهوب والمتفوق هو: "ذلك الطفل الذي يتوافر لديه الاستعداد أو الإمكانية ليصبح منتجا للأفكار في مجالات الأنشطة كافة التي من شأنها تدعيم الحياة البشرية أخلاقياً وعقلياً وعاطفياً واجتماعياً ومادياً وجمالياً". (فتحي عبد الرحمن جروان ، 1998:63)

* في حين يرى هولنجورث (Hollingworth): إن "المتفوق عقلياً هو كل من يصل في تحصيله الأكاديمي إلى مستوى يضعه ضمن أفضل نسبة بين 15-20 % من المجموعة التي ينتمي إليها في مجالات كالرياضيات والعلوم والفنون التعبيرية والكتابات الابتكارية"

* أما دير (Diya) 1964 فبرى ان الطالب المتفوق هو: "الذي لديه مستوى عال جدا من القدرات الأكاديمية الفعالة أو الكامنة". (نايفة قطامي ، 2015:57)

* رجاء أبو علام: "المتفوقون هم الذين يمتازون بدرجات تحصيل مرتفعة و بدرجة عالية من الانجاز المهني و استمرار الدافع إلى التحصيل الأكاديمي للوصول إلى درجات عقلية مرتفعة". (يحي صلاح ماضي ، 2011:27).

انطلاقاً من هذه التعاريف يمكننا القول ان الأطفال المتفوقين هم الأطفال او التلاميذ الذين يتم التعرف عليهم من قبل أشخاص مؤهلين ، والذين لديهم قدرة على الأداء الرفيع في مجال او عدة مجالات ،

ويحتاجون إلى برامج تربوية خاصة وخدمات إضافية ، فوق ما يقدمه البرنامج الدراسي العادي بهدف تمكينهم من تحقيق فائدة لهم ولمجتمعهم ، باعتبارهم رأس مال بشري.

2-1-5 خصائص المتفوقين:

لقد كشفت العديد من الدراسات عن بعض خصائص المتفوقين نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما توصلت له دراسة ماسيه و جانيهالتيتبين خصائص وسمات المتفوقين كما يلي:

1- السرعة في التعلم مقارنة بالطلبة العاديين ، كما أنهم أسرع منهم في القدرة على الاستدلال والاستنتاج والتعميم ووصولهم بسرعة الى الهدف التعليمي الذي يسعون لتعلمه. وهم أكثر قدرة على تحمل الغموض والتعامل مع الافكار التجريدية.

2- سهولة التعلم فهم قادرين على الاستفادة من خبراتهم السابقة وربطها بما يتعلمونه حالياً.

3- التنوع في الاهتمامات حيث يظهر لديهم حب استطلاع لمعرفة كل شيء في مختلف المجالات ولديهم كذلك تعطش واضح للإلهام بكل شيء ومعرفته.

4- التعمق في مجال معين حيث يظهرون منذ نعومة أظافرهم اهتماما خاصا وبشكل مميز في موضوع ما أكثر من غيره.(فتحي عبد الرحمن جروان ، 1998: 24)

وخلصت دراسة تتل و بيكر (Tuttle&Becker)التصنيف خصائص المتفوقين الى ثلاث مجموعات هي:

1- خصائص شخصية تتمثل في: محب للاستطلاع/ متابر في متابعة اهتماماته وتساؤلاته/ مدرك لمحيطه وواع لها يدور حوله.

2- خصائص تتعلق بالتعامل مع الآخرين: ناقد لذاته وللآخرين/ يتمتع بمستوى رفيع من حس الدعابة ولاسيما اللفظية منها/حساس ، شديد التأثير بالظلم على كافة المستويات/ قيادي في مجالات متنوعة.

3- خصائص تتصل بمعالجة المعلومات: ميال لعدم قبول الاجابات أو الاحكام أو التعبيرات السطحية/ يفهم المبادئ أو القوانين العامة بسهولة/ غالبا ما يستجيب لمحيطه بوسائل وطرق غير تقليدية/ يرى العلاقات بين أفكار تبدو متباعدة/ يولد أفكارا عديدة لمثيرمعين.(فتحي عبد الرحمن جروان، 1998: 124).

3-1-5 مشكلات المتفوقين:

الخصائص السابقة للمتفوقين قد ينتج عنها عدة مشكلات ، يمكن إجمالها فيما يلي:

1- مشكلات داخلية: مرتبطة بسمات المتفوق من عدم توازن في النمو العقلي والجسمي ، الحساسية العالية ومحاسبة النفس ، فلسفة الوجود ، تعدد الاهتمامات والميول ونشدان الكمال.

2- مشكلات خارجية: تتعلق بمحيط المتفوق وتتجسد في الضغوط التي يمارسها المحيطين به عليه سواء كانوا زملاء أو الإخوة ، دون أن ننسى الوالدين من خلال عدم التفهم والتوقعات والطموحات العالية التي يضعونها عليه إضافة حشريتهم والتدخل الزائد في شؤونه وانجازاته ، وحتى في تطلعاته للمستقبل.(فتحي عبد الرحمن جروان ، 1998: 299)

4-1-5 حاجات المتفوقين:

مشكلات المتفوقين عادة ما تنشأ من عدم اشباع حاجاتهم ، والتي حددها أبو أسعد (2015) في:

1- الاحتياجات النفسية:

* الحاجة إلى الاستبصار الذاتي باستعداداتهم والوعي بها وإدراكها.

* الحاجة للاعتراف بقدراتهم وتقوهم.

* الحاجة إلى الاستقلالية والحرية في التعبير.

* الحاجة إلى توكيد الذات.

* الحاجة إلى الفهم المبني على التعاطف والتقبل غير المشروط من الآخرين.

* الحاجة إلى احترام أسئلتهم وأفكارهم.

* الحاجة إلى الشعور بالأمن وعدم التهديد.

* الحاجة إلى بلورة مفهوم موجب عن الذات. (أحمد عبد اللطيف أبو سعد ، 2015: 63)

2- الاحتياجات العقلية- المعرفية:

* الحاجة إلى الاستطلاع والاكتشاف والتجريب.

* الحاجة إلى مهارات التعلم الذاتي واستثمار مصادر التعلم والمعرفة.

* الحاجة إلى المزيد من التعمق المعرفي في مجال التفوق.

* الحاجة إلى مناهج تعليمية وأنشطة تربوية متجددة لاستعداداتهم وأسلوبهم الخاص في التفكير والتعلم.

* الحاجة إلى اكتساب مهارات التجريب والبحث العلمي وفحص الأفكار والبحث عن الحلول واقتراح الفروض واختبارها في عالم الواقع ومناقشة النتائج.

3- الاحتياجات الاجتماعية:

* الحاجة إلى تكوين علاقات اجتماعية مثمرة ،تواصل صحي مع الآخرين.

* الحاجة إلى اكتساب المهارات التوافقية وكيفية التعامل مع الضغوط البيئية الاجتماعية.

* الحاجة إلى مواجهة المشكلات الدراسية. (أحمد عبد اللطيف أبو سعد ، 2015: 64)

5-1-6-معلم المتفوقين:

يتفق كثير من المربين والباحثين على أن المعلم هو المفتاح الرئيس لنجاح العملية التربوية في أي برنامج تربوي سواء أكان لأطفال عاديين أم معوقين أم متفوقين. هذا لأن المعلم هو الذي يهيئ المناخ الذي يقوّي ثقة المتعلم بنفسه أو يدمرها ، يقوّي روح الإبداع أو يقتلها ، يثير التفكير الناقد أو يبطئه ، ويفتح المجال للتفوق والإنجاز أو يغلقه. ويرصد التراث النظري مجموعة من الخصائص التي يجب ان يتميز بها معلمي المتفوقين ، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يذكره الشيخلي (2013) والذي ركز على السلوك التدريسي للمعلم ، حيث أدرج له مجموعة من الخصائص وهي:

1. القدرة على بناء برامج تفريدية مرنة.
2. القدرة على تهيئة المناخ الذي يتسم بالدفء والامان والتسامح.
3. القدرة على تقديم التغذية الراجعة باستمرار.
4. القدرة على استخدام أساليب واستراتيجيات متنوعة في التدريس.
5. استثارة المستويات العقلية العليا في التفكير.
6. العمل باستمرار عن طريق احترام ذاتية الافراد.
7. احترام الابداع والتحليل. (خالد خليل الشيخلي ، 2013: 167)

في حين وضع المعايطه جمله من الشروط التي يتصف بها معلم المتفوقين باختلاف أدواره كما يلي:

1-المعلم باعتباره مدرباً ومربياً:

✓ أن يكون على مستوى من الذكاء والكفاية الممتازة حتى يتمكن من القيام بمهمته المميزة.

- ✓ ألا تقل خدماتهم في مجالات تخصصهم عن خمس سنوات على الأقل.
- ✓ أن يكون من الحاصلين على مؤهلات تربوية ويفضل منهم الحاصلون على دراسات عليا في التربية.
- ✓ عند اختياره يراعى أن يكون المعلم متخصصا في المادة التي يقوم بتدريسها.
- ✓ أن يراعي العوامل التي تؤدي إلى الابتكار والتعبير الإبداعي.
- ✓ أن تتناسب الطرق والوسائل التي يختارها مع المصادر الجديدة للمعلومات.
- ✓ أن يكون واسع الاطلاع ثري المعرفة وعلى دراية بطرق البحث في المجالات العلمية.
- ✓ أن يجمع الحقائق ويسجلها في صور تمكن الطفل من الاستفادة منها.
- ✓ أن تعقد دورات تدريبية متخصصة لأمثالهم بحيث تكون هذه الدورات وبرامجها كافية لأعدادهم إعدادا خاصا.
- ✓ أن يكون المدرس قادرا على استخدام الامكانيات المناسبة والمتاحة في المجتمع المحلي.
- ✓ تشجيع الممتازين من المعلمين والذين تزيد تقديراتهم عن ممتاز أو جيد أو جيد جدا في المدارس العامة للإقبال على التدريس للمتفوقين وترغيبهم بالوسائل المادية والمعنوية كحوافز مثمرة.

2- المعلم باعتباره إنسان:

- ✓ ان يكون محبا لقلوب التلاميذ وأن يشعروا بالحاجة إليه ويكون عطوفا ودودا نحوهم.
- ✓ أن يكون مخلصا في تأديته لعمله.
- ✓ سعة الصدر بحيث لا يتضايق من كثرة استطلاعهم.
- ✓ أن يكون واقعا بحيث يعترف بالخطأ إن هو أخطأ وأن يقول لا أعرف إذا جهل شيئا وألا يكون سطوحيا في حديثه.
- ✓ أن يكون مرحا بحيث يمتاز بروح الفكاهة والدعابة.
- ✓ أن يستجيب للمواقف والعلاقات الانسانية بطبيعته.

3- المعلم باعتباره موحها:

- ✓ مساعدة المتفوق ليرسم خطته المستقبلية واختيار المهنة الانسب لمزاوتها
- ✓ مساعدته في معرفة مشاكله الشخصية وكيفية العمل على حل الصعاب التي تعترضه
- ✓ أن يوجه المناقشات التي تدور داخل الصف بشكل ديمقراطي بحيث يحيد صفة عن التسلطية أو الفوضوية و ذلك للإفادة بأكبر قدر ممكن.
- ✓ مساعدته على اكتشاف مواهبه الخاصة وتقدير هذه المواهب.

4- المعلم باعتباره أخصائيا نفسيا:

- ✓ معرفة الطرق المناسبة لمجموعة الصف تساعد على تقوية ميولهم واستثارة دافعيتهم.
- ✓ فهم وإدراك مراحل النمو عند الطفل.
- ✓ معرفته بالعوامل المعززة المؤثرة في عملية التعلم وعدم الإسراف فيها لكيلا تخلق غرورا في الطفل المتفوق.

- ✓ الحرص على إشباع حاجات الطفل المختلفة.
- ✓ أن يبتعد عن المعوقات التي تخلق أنواعا داخلية من الصراع النفسي كالقلق والخوف والفشل.
- ✓ تجنب مواقف الإحباط كاستهانة بقدراتهم وعدم تقديرها أو محاولة حصرها وتحييدها لان ذلك سوف يخلق هوة بين المعلم والمتعلم.
- ✓ إبراز دوره القيادي بإسناد مراكز القيادة له.
- ✓ ألا يثقل على المتفوق بالأعمال العقلية والواجبات الكثيرة التي تفسد عليه نموه الطبيعي. (خليل عبدالرحمن المعايطة ، 2000:298)

من خلال ما سبق يتضح أن معلم التلاميذ المتفوقين مطالب بأن يكون معلما خاصا ذا قدرات ومهارات خاصة ، لن يكتسبها إلا بالتدريب المستمر. هذا الأخير بات ضرورة لا مناص منها ، حيث أنه يزيد من الوعي بحاجات الطلبة المتفوقين ويزودهم بالمعلومات المهمة والضرورية عن أساليب تعليمهم والطرائق التي يمكن أن يتدارك بواسطتها المواد التعليمية المناسبة لاحتياجاتهم. وفي هذا اقترح قطامي (2015) ان تتضمن برامج تأهيل و تدريب معلمي المتفوقين على مايلي:

- 1- مفهوم التفوق وأشكاله المختلفة.
 - 2- الوعي بحاجات المتفوقين وإدراك الاختلاف بينهم وبين العاديين.
 - 3- المعرفة بالطرائق والأساليب والتقنيات والاجراءات التي ينبغي اتخاذها لتعليم المتفوقين في المدرسة العادية. (يوسف قطامي، 2015:374)
- ويصنفنا (khatena,1982) أشكال برامج تأهيل المعلمين الى:

- 1- البرامج الصيفية: حيث يتلقى المعلمون والاداريون والمهنيون والمشرفون والطلبة والاباء برامج تدريبية أثناء العطلة الصيفية ، تدور حول كل ماهو جديد في مجال المهوبة والتفوق ، حيث تتم غرلة الافكار والمعلومات الخطأ في هذا المجال و تقيتها لتبادل الخبرات بين جميع المشاركين.وتعتبر هذه البرامج من أفضل أشكال التدريب من حيث الفاعلية وتحقيق الأهداف.
- 2- المشروعات والمعارض: يتم في هذا النوع من البرامج عرض جميع المشروعات الجديدة والمتطورة في مجال رعاية الطلبة الموهوبين والمتفوقين ، بما في ذلك أساليب التدريس والتقييم وطرائق الكشف عنهم.

- 3- مراكز الخدمات والاستشارات: حيث تمثل هذه المراكز غرف مصادر لتقديم الخدمات الاستشارية لمعدي برامج تأهيل المتدربين ، كما تعمل على تقديم دورات تدريبية قصيرة لتأهيل المعلمين على استخدام المواد العلمية وكيفية تطبيق البرامج المقدمة للطلبة الموهوبين والمتفوقين.
- 4- النشاطات والفعاليات المدعمة: تتضمن عرض حلقات دراسية خاصة وورش عمل يدعى إليها الخبراء لتقديم فعالية البرنامج ، ويتم عرض نماذج من دروس نموذجية قام المعلمون بإعدادها لتوزع على مدارس الموهوبين والمتفوقين للاطلاع عليها والافادة منها (يوسف قطامي، 2015:374).

5-1-7 المتفوقون في الجزائر:

إن عملية رعاية المتفوقين والتكفل بهم في الجزائر تعثرها الكثير من الشوائب والنقائص ، لدرجة انه يمكن اعتبارها اليوم من اهم التحديات التي تواجه المنظومة التعليمية.فعلى الرغم من ان الإشارة للمهوبة والتكفل بالمتفوقين ورد في أمرية 1976 ، الا ان التطبيق الفعلي لبعض ما جاء فيها من قبل وزارة

التربية الوطنية تأخر الى غاية سنة 1991 ، حيث فتحت شعب الامتياز في ثلاث ثانويات في كل من الجزائر العاصمة وقسنطينة وهران ، لكن التجربة توقفت بعد ثلاث سنوات فقط من التطبيق ، دون أي تقويم فعلي لها.

ثم وفي سنة 2005 عاد الحديث مرة أخرى عن المهويين عن طريق إنشاء ما يعرف بثانويات الامتياز المخصصة لاستقبال التلاميذ المتفوقين في مرحلة التعليم الثانوي ، حيث تم اقتراح ست ثانويات جهوية للتلاميذ الممتازين ، الا ان هذه المبادرة أيضا لم تكتمل ، بل بقيت كما تؤكد بن يعقوب و لكل حبراً على ورق ولم تعرف تطبيقاً في أرض الواقع ، ليبقى الأمر على حاله إلى أن تم الشروع في الاهتمام بهذه الفئة بمؤسسة وحيدة على أرض الوطن ، هي ثانوية المتفوقين في الرياضيات بالقبة (الجزائر العاصمة) (نعيمه بن يعقوب و لخضر لكل ، 2013 : 603-604).

كما بادرت بعض الاكاديميات ومن خلالها الثانويات بفتح اقسام خاصة بالمتفوقين في الرياضيات ، كما هو الحال في ثانوية العمراني التي أجرينا بها دراستنا الميدانية ، بحيث يعتمد في قبول هؤلاء المتفوقين في هذه الثانويات معيار النتائج الدراسية ، خاصة في مادة الرياضيات بالشكل التالي:

معدل شهادة التعليم المتوسط + معدل مادة الرياضيات $2X/3$ ثم يتم اختيار اعلى

المعدلات.

وعموما يمكننا القول ان تجربة الجزائر في رعاية المتفوقين لم ترق بعد إلى المستوى المطلوب ، وان المتفوقين لا يحظون بعد بالتكفل المناسب لهم ، لكن يمكن اعتبار بقاء تجربة المتفوقين في الرياضيات لمدة تقارب العشر سنوات خطوة أولى ، قد تفتح لخطوات أخرى لاحقة.

2-5- المرافقة المدرسية:

1-2-5- نشأة المرافقة المدرسية:

المرافقة مفهوم سار مع الانسان منذ القدم ، فكثير من العائلات المقدرة في الحضارات المختلفة اليونانية ، كانت تحرص على الحصول على خدمات مربى يرافق الأطفال ويلزمهم. كما ان الأسر والعائلات في الكثير من المجتمعات ، كانت تحرص على مرافقة افرادها في الوضعيات الصعبة او التي تستدعي تقديم الدعم والمساندة. ويرى M Paul بول (2004) ان هذا المفهوم قد استطاع عبر مختلف مراحل التاريخ الإنساني ان يحافظ على مبادئ تعريفه الحديث ، وانه رغم استخدامه في العديد من السياقات والمجالات إلا أنه ظل شاملا ولم يتأثر جوهره رغم تغير اشكاله (Paul Maele, 2004).

ومن بين اشكال المرافقة نجد المرافقة المدرسية التي ارتبطت في بداياتها بما عايشته المنظومة التعليمية الفرنسية ، خاصة من ستينات القرن الماضي ، اين تم تبني هذا المفهوم لمواجهة المشكلات التي تعاني منها المنظومة التعليمية عموما والتلاميذ ضعيفي التحصيل الدراسي خصوصا. ويرى جي لو بويديك (Guy Le Bouëdec) ان مفهوم المرافقة نتج عن ظروف خاصة عرفتها فرنسا. فقبل 1960 كانت هناك ثلاث سياقات متكاملة تقود الفرد وتوجهه طيلة حياته هي الدين ، الأسرة والمدرسة. لكنوابتداء من سنة 1960 بدأت هذه السياقات الاجتماعية والأنظمة تتهاوى ويضعف تأثيرها نتيجة لتغيرات عالمية ومحلية خاصة. ليبدأ عهد التحرر والفردانية التي وضعت الفرد وحيدا في مواجهة كل ما يطرق على حياته بمختلف مجالاتها ، ما أدى الى ظهور الحاجة للمرافقة او لعروض المرافقة ، التي بدأت أولا لمرافقة المحتضرين (المشرفين على الموت) لتعمم فيما بعد لمجالات التربية ، الاقتصاد ، السياسة ، الحياة الاجتماعية والروحية.

(Sandra Auber ,2010:17)

ويرى دومنيك جلاسمن (Dominique Glasman) أن ظهور المرافقة المدرسية يرجع إلى الحقبة التاريخية 1960-1970، أين توقف النجاح المدرسي شيئاً فشيئاً عن إدماج الأفراد مهنيا واجتماعيا. وأدت الاضطرابات على مستوى سوق العمل والأزمة الاقتصادية والإصلاحات التي أجريت على النظام التربوي، إلى جعل الرسوب المدرسي ظاهرة ومشكلة اجتماعية أكثر منها تربوية تعليمية. وقد واجهت وزارة التربية هذا المشكل وغيره بتبني أجهزة واستراتيجيات عديدة مثل استحداث ما يسمى (ZEP) (Zone d'éducation prioritaire) منطقة ذات أولوية في التربية والتعليم سنة 1981، و حركة إحياء وتنشيط التعليم والتعليم التحضيري (AEPS) (Animation éducative et periscolaires) سنة 1982 لصالح التلاميذ الأجانب في الطور المتوسط، ثم عمم بعد ذلك ليشمل كل التلاميذ الذين يعانون من نفس المشكلات والتي استدعت اهتمام وتدخل أطراف آخرين في المنظومة التعليمية كالمختصين الاجتماعيين. كما كان للجمعيات دور في استحداث المرافقة المدرسية، التي لقيت اهتمام وزارة التربية الفرنسية في نهاية سنة 1982 أين أكدت على الحاجة للمرافقة المدرسية، ثم وبحلول سنة 1992 تم توقيع ميثاق أو قانون المرافقة المدرسية والذي أعطاه مرجعية رسمية وقانونية من أجل وضعها حيز التنفيذ والاستخدام بمختلف طرقها وأنواعها واستخداماتها. ودعمت النصوص الخاصة بها بعد ذلك بنص آخر لإنشاء أو تنظيم جهاز رسمي خاص بالمرافقة المدرسية سنة 2008

(Sandra Auber, 2010:20).

1-2-5 مفهومها

لغة: من وجهة نظر علم الاشتقاق فإن مصطلح " المرافقة " هو مشتق من فعل مرافق، مُرَافَقَةً، فهو مرافق، والمفعول المُرافَق. رافق الشخص: صار مصاحباً له في سيره. (أودريرو لاندو وآخرون، 2009:10)

إما في اللغة الفرنسية فهي *accompagnement* كلمة ذات أصول يونانية *cumpanis* وتعني السير أو المشي إلى جانب شخص ما وأكل الخبز معه (مشاركته الأكل).

(Sandra Auber, 2010:16)

اصطلاحاً:

بالرجوع إلى النصوص والكتابات الفرنسية التي اشتقت منها الممارسات الخاصة بالمرافقة فإن المرافقة المدرسية تشير إلى: "مجموعة أفعال وأنشطة تهدف إلى جانب جهود الدراسة، لتقديم الدعم⁴ والمساندة والمساعدة في المواد التي يحتاجها التلميذ، من أجل النجاح في الدراسة، تلك المساعدات لا يجدونها في محيطهم العائلي" (CLAS*, 2015:02)

وحدها ميثاق 7 أكتوبر 1992 الصادر بباريس والخاص بجهاز المرافقة المدرسية في النقاط التالية:

- 1- مساعدة التلميذ وإكسابه مهارات معرفية وتقنيات لتواصل أفضل مع محيطه.
- 2- توسيع مجال تفاعل التلميذ ورفع مستوى تحصيلهم واطلاعهم على الخصائص الثقافية والاجتماعية وحتى الاقتصادية لبيئتهم.
- 3- مساعدتهم لإدراك ذواتهم وقدراتهم والطرق الأمثل لاستغلالها. (GLAS, 2015:02)

و عموما يمكننا القول بان المرافقة المدرسية هي: الأخذ بيد التلميذ من أجل تحقيق مشروعه الدراسي والمهني وذلك في ضوء إمكانياته وقدرته ، ولا يتأتى ذلك إلا إذا كان بمعية مرافق خبير و متدرب .

2.2.5. المرافقة في الجزائر:

ظهر مصطلح المرافقة أولا في المرسوم التنفيذي رقم 315-08 المؤرخ في: 2008/10/11 الذي تضمن القانون الاساسي الخاص بالموظفين المنتهين للأسلاك الخاصة بالتربية الوطنية فرع مستشاري التربية ، والتوجيه المدرسي وذلك في المادتين التاليتين:

المادة 86: يكلف مستشارو التربية بمرافقة التلاميذ من الناحية البيداغوجية والسهر على مواظبتهم ومداومتهم على الدروس والاشراف على تأطيرهم أثناء الحركة ، وخلال المذاكرة المحروسة وكذا على الخدمة في النظام نصف الداخلي وفي الداخلي وفق نظام المؤسسة .

المادة 97: يكلف مستشارو التوجيه المدرسي و المهني بمرافقة التلاميذ خلال مساهمهم المدرسي وتوجيههم في بناء مشروعاتهم الشخصي وفق رغباتهم واستعداداتهم ومقتضيات التخطيط التربوي . كما يشاركون في متابعة التلاميذ الذين يعانون صعوبات من الناحية النفسية البيداغوجية قصد تمكينهم من مواصلة التمدرس .

وعموما تتخذ المرافقة المدرسية بالجزائر أشكالا متنوعة تختلف من وضعية إلى أخرى ، وهذا حسب نوع المشكل والصعوبة التي تستدعي التدخل في المجال المدرسي ولتجنب الرسوب نتيجة صعوبات مدرسية . ومن أهم الاشكال وأكثرها حسب صياد نجد:

1/ حصص الدعم:

عرفها المنشور الوزاري رقم 526 المؤرخ في 2006/11/20 "أنها حصص توجه لكل تلاميذ أقسام الامتحانات الرسمية : خامسة ابتدائي / الرابعة متوسط /الثالثة ثانوي " هو عبارة عن عملية بيداغوجية تهدف إلى تقوية و تعزيز المكتسبات و امتلاك قدرات ومهارات تساعد على استيعاب البرامج المقررة ، و هي موجهة لجميع تلاميذ القسم و تنظم في المواد الاساسية بشكل خاص قصد مراجعتها وتعميقها و انجاز التمارين و الاعمال التطبيقية و القيام بالبحوث و العروض (صيادنعيمة ، 2010: 96)

2/ حصص الاستدراك:

هي عملية بيداغوجية تربوية و علاجية و فورية يتم من خلالها اجراء عملية تقويم تشخيصي لضبط قائمة التلاميذ التي لا تتجاوز العشرة ، ثم تسند مهمة الاستدراك إلى الأساتذة الأكفاء وتدرج في توقيتهم الأسبوعي للتنفيذ.(صياد نعيمة، 2010: 97)

3/ المراجعة ضمن أفواج أو مناقشات جماعة:

عرفها المنشور الوزاري رقم 526 المؤرخ في: 2006/11/20 على أنها: "فضاءات زمنية مفتوحة تنظم في أوقات تقررها المؤسسة حسب إمكانياتها، تعتمد على العمل الجماعي ،قصد دعم التعاون والتكامل بين أعضاء الفوج للتعميق في بعض المفاهيم التعليمية وحل المسائل والتمارين ، ويؤطرها الأساتذة وكذلك التلاميذ فيما بينهم". والهدف منها هو تغيير الاتجاهات عند اعضاء الفوج ، حيث من خلال هذه الطريقة يتخلص التلميذ من حالة القلق ،ينشط اجتماعيا وعقليا وانفعاليا ، يسهل التنفيس والتعبير عن المشكلات ، ويزداد شعوره بالانتماء ، وإدراك التشابه مع الآخرين .

4/المراجعة المحروسة:

يمكن تنظيمها في أوقات فراغ التلاميذ وتعتمد على عمل الفرد، يتم التركيز فيها على مراجعة الدرس وإنجاز الواجبات المدرسية والقيام ببحوث وتمارين نموذجية.

5/الدروس الخاصة :

تعتبر من حصص الدعم المدرسي التي انتشرت بشكل كبير في العشرية الأخيرة. حيث يمكن تقديم المساعدة الحقيقية للتلاميذ. حيث تعتمد على طرق عملية لها نفس محتوى المنهج المدرسي ، كما تساهم في إعادة الدافعية للتلميذ ، لأنها تسمح لها باكتشاف استراتيجيات أكثر خربللتفكير والاستيعاب أكثر .

6/الإشراف:

ويقصد به إشراف كل استاذ على مجموعة من التلاميذ لا تزيد عن 20 تلميذ ، الغرض منه هو التغلب على المشكلات العامة التي تطرح من طرف التلاميذ ، ومرافقته أثناء حلها وتجاوزها ، وتقديم الاقتراحات المناسبة لهذه المشكل (صياد نعيمة، 2010: 99)

3.2.5. أهداف المرافقة المدرسية:

- 1- المساعدة في الواجبات من خلال تصحيح التمارين وإسداء الملاحظات.
- 2- تقديم الإرشادات والتوجيهات.
- 3- مساعدة الطلاب على استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على وجه الخصوص وتطوير الأساليب والنهج والعلاقات مما قد يسهل الوصول إلى المعرفة.
- 4- توسيع اهتمامات الطفل أو المراهق لتعزيز تعلم المواطنة من خلال تقنحه على الموارد الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للمدينة أو البيئة المباشرة.
- 5- تعزيز مهاراتهم لتطوير الشخصية والقدرة على الحياة الاجتماعية بما في ذلك ممارسة المساعدة المتبادلة.
- 6- التدريب المنهجي وتشجيع التلاميذ لمعرفة دافعيتهم ، إيجاد طريقة عمل ، تقديم طرق و تقنيات مختلفة وجديدة والخروج عن المألوف وتجنب الإحباط أمام الصعوبات التي تواجههم.(صياد نعيمة، 2010: 105)

4.2.5.أبعاد المرافقة:

حدد دليل المنظمة الدولية للإعاقة أبعاد المرافقة والتي يمكن اسقاطها على المرافقة المدرسية في:

1/ البعد المهني على العلاقة: تكون نوعية العلاقة (المعرفة والاحترام المتبادل) هي التي تحدد إلى حد كبير نجاح العمل.

2/ البعد المهني على التغير والانتقال إلى وضعية جديدة أفضل: حيث يكون المرافق:

- في الأمام: للدفع، ولكن بدون مبالغة مراعي خصوصية المرفوق.
- في الجانب: للاقتسام، والمشاركة والبناء المشترك والتفاوض.
- في الوراء: للسماح للشخص بأن يشق طريقه ولكن في حالة الفشل أو التعب يجب تقديم الدعم والاحتواء والدفع.

3/ البعد الزمني: للمرافقة بداية ونهاية يجب تحديدهما بالاتفاق مع الشخص ، ويجب أن يحترم إطار

التدخل (مدة البرنامج) ، ولا يجب أن تستمر المرافقة وقتا طويلا جدا ، لكي لا تتولد علاقة الاتكالية بين المتدخل والشخص الذي تتم مساعدته.(أودريو لاندو وآخرون، 2009: 20)

5.2.5 المرافق المدرسي:

يرى

جي لو بويداك (Guy Le Bouëdec) أن صلاح و نجاح المرافقة مرهون بصلاح الفرد الذي يقوم بها. وفي نفس السياق يشير كل من لويس وروموند (F.Raumont et J.M.Louis) إلى انه يجب على المرافق أن يخلق جو من الراحة والارتياح النفسي بينه وبين التلميذ حيث يتحول فيه إلى مساعد وموجه وناصح ، يذلل العقبات أمام التلميذ ويرشده ويترك له حرية التعبير والتجريب والظهور والخطأ...إلخ . ويبقى في كل ذلك موجه ومرشدا ومنظما لخبراته ومكتسباته ، وهكذا يتحول وقت انجاز الواجبات والوظائف ، ووقت المرافقة إلى لحظات دعم نفسي تصنع وتشجع النجاح ، أين يتحول الخطأ والإخفاق والاختلافات إلى فرص للتعليم والاكتماب.وبهذا يلعب المرافق خلال مرافقته للتلميذ أدوارا متعددة ، حيث يكون: مساعدا ، وسيطا ، موجها ، مرشدا وناصحا (Auber Sandra ,2010:20).

ومن خلال ما تم تناوله يمكننا الاستنتاج أن المرافقة المدرسية تهدف إلى مساعدة التلاميذ على تخطي مشكلاتهم والصعوبات التي تواجههم ، ويتوقف تحقق ذلك على مدى كفاءة وإلمام القائم على المرافقة(المرافق المدرسي) بمهارات المرافقة المدرسية ، من جهة وكذا بخصائص من يرافقهم(التلاميذ) من جهة أخرى ، ولا تأتي ذلك إلا بالتكوين. ولما كان أهم مقومات نجاح أي برنامج تكويني هو بناء هذا الأخير وفق احتياجات المتكويينسقوم في الدراسة الميدانية برصد احتياجات الأساتذة لاقتراح برنامج تكويني يمكنهم من مرافقة التلاميذ المتفوقين.

6-إجراءات الدراسة الميدانية:

1-6 منهج الدراسة:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي ، لان الهدف منها هو التعرف على الاحتياجات التكوينية لأساتذة التلاميذ المتفوقين في مجال المرافقة المدرسية ، واقتراح برنامج وفق تلك الاحتياجات.

2-6 الدراسة الاستطلاعية

هدفت الدراسة الاستطلاعية الي بناء استبيان يقيس الاحتياجات التكوينية لأساتذة التلاميذ المتفوقين في المرافقة المدرسية ، والتأكد من خصائصه السيكومترية. كما هدفت للتعرف اكثر على عينة الدراسة وتحديثها.

وبغرض بناء الأداة تم اطلاع على عدد من الدراسات والأبحاث والأدبيات المتوفرة كدراسة Rogers 1989 ، Paryman ,L.&Mosha 1990 ، دراسة الخطيب2003 ، دراسة آل كاسي 2009 ، دراسة سحنون و زروالي 2012. وانطلاقا منها ومن التراث النظري المرتبط بالدراسة صنفنا الحاجات التكوينية لأساتذة تحت مجالين أساسيين: مجال معرفة المتفوقين ومجال المرافقة المدرسية ، توزع عليها 50 بند بالشكل التالي:

المجال الأول: يمثل أهم الحاجات التكوينية لأساتذة المتفوقين في مجال معرفة المتفوقين وتندرج تحته أربع أبعاد موزعة على (19) بند.

المجال الثاني: يمثل أهم الحاجات التكوينية لأساتذة المتفوقين في مجال المرافقة المدرسية ، ويندرج تحته بعدين موزعين على (30) بند.

بالإضافة للعدد رقم واحد الذي كان مستقلا عن باقي المحاور والذي تضمن مدى معرفة الاساتذة بمفهوم التفوق.

1.2.6.1. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم تطبيق الاستبيان في صورته الأولى على 31 أستاذ ثانوي يدرسون المتفوقين دراسياً.

2.2.6. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية التحقق من الخصائص السيكومترية للأداة وتم الحصول على

النتائج التالية:

1.2.2.6. الصدق: تم حساب الاستبيان بطريقتين

1.1.2.2.6. صدق الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد والدرجة الكلية

للبعد، وتراوحت هذه المعاملات بين 0.36 و 0.72 وهي كلها دالة عند مستوى 0.01، كما تم حساب معاملات الارتباط البنود بالدرجة الكلية وكانت دالة عند مستوى دلالة 0.05 باستثناء البنود (1-10-24-34)، وأيضاً تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (1)

الجدول رقم (01): بوضع معاملات ارتباط ابعاد الاستبيان بالدرجة الكلية

معامل الارتباط	البعد
*0.66	الخصائص الانفعالية والاجتماعية
*0.75	الخصائص المعرفية
*0.85	الخصائص الأكاديمية
*0.91	مشكلاتهم وحاجاتهم الإرشادية
*0.81	مفهوم المرافقة ومهام المرافق
*0.90	آليات المرافقة

*دالة عند مستوى 0.01

2.1.2.2.6. الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

تم قياسه بحساب الفروق بين مجموعتين متمايزتين، المجموعة الأولى مرتفعة الدرجات على الاستبيان، والمجموعة الثانية منخفضة الدرجات، وذلك باستخراج نسبة 27% من طرفي التوزيع لأفراد العينة البالغة 31 أستاذ وأستاذة، حيث تم المقارنة بينها باستخدام أسلوب الإحصائي اختبار "ت" والذي بلغ 8.13، وهي قيمة دالة إحصائياً على مستوى دلالة 0.05 وبذلك فالاختبار يستطيع التمييز بين المجموعات المضادة.

2.2.2.6. الثبات: تم التحقق من ثبات الاستبيان من خلال:

1.2.2.2.6. التجزئة النصفية: حيث تم تجزئة بنود الاستبيان إلى جزئين (فردى/زوجي)، وحساب

معامل الارتباط بين الجزئين، فكانت قيمته تساوي 0.94 وبما أن القيمة المحسوبة تمثل معامل ارتباط لنصف الاستبيان، فقد تم تعديلها بمعادلة سبيرمان-براون وبذلك بلغت قيمة معامل الارتباط بعد التعديل 0.97 وهي قيمة مرتفعة ودالة تدل على ثبات الاستبيان.

2.2.2.2.6. معامل ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الاتساق

الداخلي حيث يربط هذا المعامل ثبات الاختبار بثبات بنوده، وتم حسابه للاختبار ككل، كما تم حسابه للإبعاد. والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (02): يوضح معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان والاستبيان ككل

الدرجة الكلية	المرافقة المدرسية		معرفة المتفوقين				المجالات
	آليات المرافقة	مفهوم المرافق و مهام المرافق	مشكلاتهم و حاجاتهم	الخصائص الأكاديمية	الخصائص المعرفية	الخصائص الانفعالية والاجتماعية	البعد
0.79	0.90	0.81	0.91	0.85	0.75	0.66	قيمة معامل ألفا كرونباخ

من خلال الجدول رقم (02) يتضح أن معاملات ألفا كرونباخ مرتفعة سواء على الأبعاد أو على الاختبار ككل مما يؤكد ثبات الاستبيان. وعليه فإن الاستبيان المصمم يتمتع بدرجات مقبولة من الصدق والثبات، ما يمكن من استخدامه في الدراسة الأساسية لرصد الحاجات التدريبية لأساتذة المتفوقين في مجال المرافقة المدرسية.

3.6. الدراسة الأساسية:

1.3.6. حدود الدراسة:

تمت الدراسة الحالية بولاية باتنة، وبالضبط بثانوية العمراني، لأنها الوحيدة على مستوى الولاية التي تحوي اقسام للتلاميذ المتفوقين في الرياضيات، وأجريت خلال شهري مارس وأفريل من سنة 2016.

2.3.6. عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بطريقة قصدية حيث تضمنت أساتذة مؤسسة العمراني بولاية باتنة الذين يدرسون الأقسام الخاصة بالمتفوقين في الرياضيات. وقد بلغ عدد الأساتذة 31 أستاذ موزعين حسب بعض المتغيرات وفق الجدول (04).

الجدول رقم (04): يوضح توزيع العينة حسب الجنس والخبرة المهنية

المتغير	العدد	النسبة المئوية
الجنس	الذكور	24 / 77%
	الإناث	7 / 23%
الخبرة	من 0-5 سنوات	17 / 55%
	من 6-10 سنوات	04 / 13%
	أكثر من 10 سنوات	10 / 32%
المجموع	31	100%

3.3.6. أدوات الدراسة:

تكون الاستبيان النهائي للحاجات التكوينية لأساتذة التلاميذ المتفوقين في مجال المرافقة المدرسية من 46 بند ، موزع على ستة أبعاد ، تتم الإجابة عنها وفق ثلاث بدائل تحمل الأوزان التالية:
بدرجة كبيرة=3 ، بدرجة متوسطة=2 ، بدرجة قليلة=1
وبذلك تتراوح درجة الفرد على الاستبيان بين 46-138 درجة ، وكلما ارتفعت الدرجة على الاستبيان دل ذلك على درجة حاجة الأستاذ التكوينية في مجال المرافقة المدرسية للتلاميذ المتفوقين دراسيا ، بحيث يتم تقدير مستويات الاستجابة وفق الجدول رقم (03)
الجدول رقم (03): يوضح مستويات تقدير استجابة أفراد العينة على الاستبيان

متوسطاتدرجة الاحتياج			المجالات
كبيرة	متوسطة	قليلة	
[84-65.33]	[65.32 -46.66]	[46.65-28]	معرفة المتفوقين
[54-43]	[42-30]	[29-18]	المرافقة المدرسية

7- عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

السؤال الأول: ماهي أهم الحاجات التدريبية لأساتذة التلاميذ المتفوقين دراسيا في مجالي معرفة المتفوقين والمرافقة المدرسية لهذه الفئة؟
تمت الإجابة عن هذا السؤال من خلال تحديد درجة الاحتياج على كل بعد من أبعاد الاستبيان والتي جاءت كما يلي:

جدول رقم (05): يوضح توزيع متوسطات كل من المجالات ودرجة الاحتياج

درجة الاحتياج	المتوسط الحسابي	المجالات
كبيرة	65.32	معرفة المتفوقين
متوسطة	37.70	المرافقة المدرسية

نلاحظ من خلال الجدول أن اساتذة المتفوقين بحاجة كبيرة إلى معرفة المتفوقين ، وهو ما يعكسه المتوسط الحسابي ، في حين تحصل مجال المرافقة المدرسية على درجة متوسطة في الاحتياجات.

مناقشة نتائج السؤال الأول:

تؤكد النتائج المتحصل عليها على حاجات الاساتذة الكبيرة لتكوين في مجال معرفة المتفوقين. ورغم ان العينة تدرس في ثانوية للمتفوقين وبمستويات خبرة مختلفة ، الا ان حاجاتهم التكوينية في التعرف على الخصائص المتفوقينالمعرفية ، الانفعالية ، الاجتماعيةوالأكاديمية وكذا مشكلاتهم وحاجاتهم بدت أكبر من حاجاتهم التكوينية في مجال المرافقة المدرسية.وقد يعود هذا الى ان التعرف على التلميذ وخصائصه يمثل مدخلا رئيسا لحسن مراقبته ومساعدته ، وان بعض مهارات المرافقة هي مهارات يمارسها الأستاذ في ادارته

للصف ، وفي التفاعل الصفي مع تلاميذه. لكن تبقى خصوصية التلميذ هي ما يخلق اللبس لدى الأستاذ ، وهي التي تمثل ممكن الحاجة الأساسية بالنسبة له.

تكوين الأساتذة وتدريبهم على فهم المتفوقين والتعامل معهم والتعرف على حاجاتهم ومشكلاتهم ، سيمكّنهم من معرفة كيفية تقديم الدعم والمساندة لهم ، ومساعدتهم أيضا على فهم ذاتهم تجنباً للوقوع في مشكلات نفسية او دراسية وكذا تسهيل عملية التكيف مع محيطهم ومع ذاتهم واساتذتهم ، وهذا هو جوهر المرافقة المدرسية.

معرفة المتفوق في خصائصه وحاجاته يعد أساسياً من خلاله علاقة التفهم بين الاستاذ والمتفوق (أنا أعرفه أنا أتعلمه) ، مما سيخلق المناخ الذي يتسم بالدفء والأمان والتسامح ، وهي مهارات لا بد من الاستاذ أن يدركها ويتمكن منها وهو ما أقره الشيخلي (2013). وليس بمقدور الاستاذ أداء كل هذه الأدوار على أكمل وجه إلا إذا خضع لتكوين وتدريب عليها.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Rogers, 1989) ، وخطيب (2003) آل كاسي (2009) والتي أكدت على أهمية تطوير المعلم ، وإلحاقه بالبرامج التدريبية في مجال معرفة المتفوقين. وما أكد عليه قطامي (2015) ، موسى (2003) ، المعاينة (2000) وسيسك (Sisk, 1975) على ضرورة تضمين البرامج التكوينية على معرفة في مجالات خصائص المتفوقين.

فالتلميذ المتفوق بحاجة إلى رعاية خاصة ومستمرة من قبل معلم متخصص ، او على الأقل مكون بشكل يمكنه من تقيم الحاجات المتنوعة لهذه الفئة ، والتي تتجاوز مجرد المساعدة على تنمية قدراتهم العقلية والمعرفية ، إلى توفير خدمات إرشادية واجتماعية ونفسية. وما دامت البرامج المقدمة لإعداد المعلمين ، بما فيهم من يتم اختيارهم لتدريس هذه الفئة ، لا تبلي هذا النوع من التكوين ، فان حاجات الأساتذة لمعرفة فئة التلاميذ الذين يدرسونهم ، والتي ظهرت بدرجة كبيرة قد تكون مبررة ، ما يستدعي اقتراح برامج تكوينية وتدريبية تقدم اثناء الخدمة تهتم بهذه الاحتياجات وتلبىها لضمان احسن تكوين لهذه الفئة من المتعلمين. وهذا ما سنحاول القيام به من خلال الإجابة عن التساؤل الثاني للدراسة.

السؤال الثاني: في ضوء هذه الاحتياجات ماهو البرنامج الذي يمكن اقتراحه لتكوين أساتذة المتفوقين على المرافقة المدرسية؟

انطلاقاً من النتائج السابقة تم اتخاذ موضوع خصائص المتفوقين ، مشكلاتهم ، حاجاتهم وآليات المرافقة المدرسية كموضوع رئيسي لبناء برنامج تكويني مقترح في المرافقة المدرسية للمتفوقين. اذ بعد الاطلاع على كيفية بناء البرامج التكوينية ، تم وضع خطة البرنامج والتي سنعرضها بشكل موجز كالآتي:

1- تحديد الهدف العام للبرنامج والاهداف الخاصة المنبثقة منه:

يهدف البرنامج إلى هدفين رئيسيين هما:

- أن يتعرف الأساتذة على المتفوقين كقوة خاصة في خصائصهم ، مشكلاتهم وحاجاتهم الأساسية.

- أن يتعرفوا على مفهوم مرافقة المتفوق ويتدربوا على آلياته.

و تأتي تحت هذه الاهداف العامة أهداف خاصة تتمثل في:

- تحديد الخصائص الانفعالية للمتفوقين.

- تحديد الخصائص الاجتماعية للمتفوقين.

- تحديد الخصائص المعرفية للمتفوقين واستراتيجيات تعليمهم.

- تحديد مشكلات المتفوقين.

- تحديد حاجاتهم الإرشادية.

- تحديد مفهوم المرافقة المدرسية.
- تحديد أهداف المرافقة المدرسية.
- تحديد خصائص المرافقة المدرسية.
- تنمية بعض المهارات القاعدية لدى أساتذة المتفوقين في مجال المرافقة المدرسية.

2-مصادر وخطوات بناء محتوى البرنامج:

تم اعداد هذا البرنامج بناء على مجموعة من المصادر منها:

*الاطار النظري الذي يلقي الضوء على متغيرات الدراسة المتفوقين ، خصائصهم ، مشكلاتهم ، وكذا المرافقة المدرسية تعريفها ، أهدافها وآلياتها .
*الدراسة الاستطلاعية التي اجريت للتعرف على أهم الحاجات التدريبية لأساتذة المتفوقين من خلال ردود أفعال الأساتذة وتعليقاتهم حول بنود الاستبيان ، وكذا المقابلة التي أجريت مع مستشارة التوجيه بالثانوية .

*اشتق الإطار العام للبرنامج ومادته العلمية وفنائه من الدراسات والبحوث التي تناولت متغيرات البحث .
*الدراسات السابقة العربية والاجنبية التي استهدفت اقتراح برامج تكوينية وتدريبية لأساتذة المتفوقين مثل دراسة: ROGERS 1989 ، توك(1990) ، معاجيني (1996) ، الخطيب (2003) ، وكذا الدراسات التي اقترحت تدريب الاساتذة على المرافقة كدراسة سحنون وزروالي (2012).

وقد مر بناء البرنامج بعدة خطوات هي:

*الاطلاع على الدراسات والكتابات النظرية ذات العلاقة بموضوع الدراسة .

*تحديد أهداف البرنامج وصياغتها .

*صياغة محتوى البرنامج في عدد من الحصص تحتوي على أهم المعلومات والمهارات التي ينبغي تزويد الاساتذة بها ، والفنيات المستخدمة خلال هذه الحصص ، واستراتيجيات وأساليب التقويم التكويني و النهائي .

3- الفئة المستهدفة:

يوجه البرنامج لأساتذة التلاميذ المتفوقينالذين يشتركون في الحاجة إلى تكوين وتدريب يمكنهم من مرافقة هؤلاء التلاميذ مدرسيا .

4-تحديد محتوى البرنامج

1.4. تحديد الخطة الزمنية للبرنامج ككل ثم الحصص:

يتمتنفيذ البرنامجخلال 8 أسابيعبعدلحصة كالأسبوع ؛ حيثستغرقالحصة الواحدة ثلاثساعات ، تتخللهافترةراحة تتراوحمن 06 إلى 15 دودلكمبدئياكليومسبت منالساعة 09:00التاسعة صباحاإلىالغاية 12:00 الثانية عشرة زوالا .

2.4. الوسائل التدريبية:

يتطلب هذا البرنامج توافر مايلي :

*جهاز العرض Data show وجهاز حاسوب .

*أقلام كتابة ملونة .

*سبورة بيضاء اللون .

*شاشة عرض .

*أوراق بيضاء وأقلام عادية .

*مقاعد وطاولات يمكن لصقها ببعض لتكوين مجموعة عمل.

3.4. الاساليب والطرق المستخدمة في البرنامج:

* أسلوب المحاضرة.

* أسلوب المناقشة والحوار.

* أسلوب تمثيل الأدوار.

* أسلوب استمطار الأفكار.

* أسلوب الورشة "الدروس النموذجية".

* أسلوب دراسة الحالة.

5-تقييم البرنامج:

لضمان فعالية التقييم كان لابد من استمرارته من البداية حتى نهاية تنفيذ البرنامج وكذا في فترة المتابعة ، مع العلم أن التقييم عملية جماعية تعاونية يشترك فيها المسؤول عن تنفيذ البرنامج بالاشتراك مع الاعضاء.

وجاء تقييم البرنامج الحالي في الشكل التالي:

1.5. التقييم التكويني: يتمثل هذا النوع في استمرار التقييم منذ انطلاق أول جلسة إلى نهاية

البرنامج كما يلي:

*توزيع استمارة تقييم يُظهر من خلالها المتدرب وجهة نظره حول الحصص وانطباعه حولها ودرجة قناعاته بالحلول المطروحة ومدى استفادته من الحصص ومقترحاته في الحصص المقبلة. هذه الاستمارة تقيد المكونات إعطائه تغذية راجعة مستمرة وتقييم دائم للأداء بهدف التقويم السريع. كما أن لها هدف آخر هو إشعار المتدربين بأهمية ما يقدمونه وما يقترحونه ما يمكن ان يزيد من إقبالهم على العملية التكوينية.

*ملاحظة المكون بشكل مباشر لتصرفات الاساتذة ومدى التحسن الذي يطرأ على معارفهم أثناء الحصص

من خلال المناقشات الجماعية. (يوسفي حدة ، 2012: 334)

2.5.التقييم الختامي: الاجابة على الاستبيانوكذا استمارة تقييم البرنامج.

3.5.التقييم التتبعي: والذي يتم من خلال إعادة تطبيق الاستبيان بعد فترة ثلاث اشهر لمعرفة مدى

فعالية البرنامج وتحقيقه لأهدافه ، والوقوف على بقاء أثره في ممارسات الاساتذة.

يبقى عرض محتويات كل حصة من الحصص المقترحة على حدى والتي لا يسع المقال للتطرق

لها. هذا الجزء من البرنامج يعتبر خطوة أولى فيه ، سيتم تنقيحها من خلال اراء الخبراء والمختصين ، في

انتظار الحصول على موافقة الجهات المعنية للتمكن من تطبيقه مع الاساتذة.

الخاتمة:

يعتبر تكوين وتدريب أساتذة التلاميذ المتفوقين من أهم الخطوات التي تقوم عليها برامج رعاية هذه

الفئة المتميزة من المتعلمين. وبما ان الجزائر خطلت خطوة في هذا المجال -ولو انها تعد جد بسيطة بالنظر

لما يجب القيام به- من خلال فتح اقسام للمتفوقين في الرياضيات ببعض الثانويات ، فان الاهتمام بها

وتزويدها بما يمكن ان يحقق اهدافها ، ويضمن فعاليتها يعتبر خطوة ضرورية وأساسية. ولن يتأتى هذا دون

الاهتمام بالأساتذة الذين يدرسون هؤلاء التلاميذ والذين دخلوا لهذه الأقسام الخاصة دون تكوين معتمد.

فالمعلم او الأستاذ الذي يتعامل مع التلميذ المتفوق يجب أن يلم ببعض الخبرات والمعارف التربوية

والنفسية اللازمة لتدريبه ومرافقته على حد سواء ، وهو ما يلزم تكوينه وحسن تدريبه من خلال برامج

خاصة تعرفهم بالمتفوقين وأساليب رعايتهم ومرافقتهم. هذه البرامج تقوم على عدة أسس ، لعل أهمها

تحديد الاحتياجات التكوينية والتدريبية للأساتذة في هذا المجال ، والتي يتم السعي من خلالها للتكفل الجيد بفئة المتفوقين وعدم اهدار الإمكانيات البشرية ، التربوية والمادية. وقد حاولنا في هذا المقال رصد هذه الاحتياجات وعرض مقترح لبرنامج تكويني قائم عليها لمرافقة التلاميذ المتفوقين في الرياضيات كخطوة أولى في انتظار تطبيقه.

التوصيات:

- 1- عرض البرنامج على محكمين وخبراء مختصين في مجالي التفوق والمرافقة المدرسية.
- 2- تطبيق البرنامج لتبيان مدى فاعليته.
- 3- توسيع دائرة التكوين والتدريب لتشمل الاولياء وبقية أعضاء الفريق التربوي كالمستشارين ، مدراء المؤسسات التي بها الأقسام الخاصة ، المفتشين ،...وهذا في ضوء احتياجات كل فئة.
- 4- تصميم برامج تدريبية موضوعها أساليب تدريس فئة المتفوقين دراسيا.
- 5- تصميم برامج تدريبية لمستشاري التوجيه على تقنيات وأساليب التكفل النفسي بهذه الفئة وذلك في ضوء احتياجاتهم.

قائمة المراجع

أولا/ باللغة العربية

- 1- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2009)، الإرشاد المدرسي ، ط1، دار المسيرة ، عمان ، الأردن
- 2- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2014)، إرشاد الموهوبين و المتفوقين ، ط2، دار المسيرة ، عمان ، الأردن
- 3- أودريولاندو وآخرون (2009). المرافقة الاجتماعية المشخصة "المقاربة الخاصة بالعمل الاجتماعي عن قرب ، مناهجها و أدواتها. المنظمة الدولية للإعاقة
- 4- الغورامي (2011)، أهم المعوقات تنمية الإبداع لدى الطلبة المرحلة الأساسية في مدارس قطاع غزة من وجهة نظر معلميهم، المؤتمر العلمي العربي الثامن لرعاية الموهوبين و المتفوقين ، عمان ، الاردن .
- 5- القذافي رمضان مُجد (1998)، الصحة النفسية والتوافق، ط3، المكتب الجامعي ، الاسكندرية ، مصر
- 6- النشرة الرسمية لتربية الوطنية (2005)، دليل المعالجة التربوية.
- 7 -جودت أحمد سعادة (2010)، أساليب تدريس الموهوبين و المتفوقين ، ط1، مركز بيونولتعلما للتفكير ، الاردن.
- 8 - جميلة جحيش (2011)، الموهوبين ، د.ط ، المركز الوطني للوثائق التربوية ، الجزائر.
- 9- حسن أحمد الطعاني (2002)، التدريب " مفهومه وفعالياته، بناء البرامج التدريبية و تقويمها" ، ط1، دار الشروق ، الأردن.
- 10- حدة يوسف (2012)، فاعلية برنامج إرشادي " سلوكي- معرفي" في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية، الإرشاد النفسي ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية ، جامعة الحاج لخضر -باتنة-، الجزائر.
- 11- خالد خليل الشبخلي (2013)، الاطفال الموهوبين و المتفوقين "أساليب اكتشافهم و طرائق رعايتهم" ، ط1، دارالكتاب الجامعي ، العين ، الامارات العربية المتحدة.
- 12- خليل عبد الرحمن المعاينة ، مُجد عبد السلام البواليز (2000)، الموهبة و التفوق ، ط1، دار الفكر ، عمان ، الأردن.
- 13- سامي محمد ملحم (2006)، سيكولوجية التعلم والتعليم ، د.ط ، دار المسيرة ، عمان ، الأردن.
- 14- عبد الرحمان سيد سليمان ، صفاء غازي أحمد (2001)، المتفوقين عقليا "خصائصهم، اكتشافهم، تربيتهم، مشكلاتهم، د.ط، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ، مصر .
- 15- عبد الرزاق سحنون ، فتيحة بن زروال المرافقة البيداغوجية كشكل للإرشاد الأكاديمي في الجامعة " برنامج تدريبي مقترح لتدريب أساتذة الجامعة على المرافقة البيداغوجية" ، الملتقى الدولي لبرامج الإرشاد و التوجيه التربوي ، جامعة بسكرة ، الجزائر
- 16- عبد الله آل كاسي (1430)، الحاجات التدريبية لمعلمي العلوم الطبيعية في مجال اكتشاف و رعاية الموهوبين في ضوء التوجهات التربوية الحديثة. رسالة دكتوراه غير منشورة ، مناهج و طرق التدريس ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية .
- 17- فتحي عبد الرحمن جروان (1998)، الموهبة و التفوق و الإبداع ، ط1، دارالكتاب الجامعي العين ، الامارات العربية المتحدة.
- 18- فتحي مصطفى الزيات (2002)، المتفوقين عقليا ذوو صعوبات التعلم " قضايا التعريف و التشخيص و العلاج ، ط1، دار النشر للجامعات ، القاهرة ، مصر .

- 19-كمور(2013)، الخصائص المهنية و الاجتماعية و الشخصية لدى معلمي الطلبة الموهوبين. المؤتمر العلمي العربي العاشر لرعاية الموهوبين والمتفوقين ، عمان ، الأردن.
- 20-ماهر صالح(2006)، مهارات الموهوبين ووسائل تنمية قدراتهم الابداعية ، ط1 ، دارالمشرقالثقافي ، عمان ، الأردن.
- 21-نايفة قطامي(2015)، مناهج و أساليب تدريس الموهوبين و المتفوقين ، ط2 ، دارالمسيرة عمان ، الأردن.
- 22- نعيمة بنيعقوبولخضرلكحل(2013)، واقع رعاية المتفوقين في النظام التربوي الجزائري ، دراسة مقدمة في المؤتمر العربي العاشر لرعاية الموهوبين والمتفوقين ، الجزء الثاني للمجلد ، عمان ، الأردن.
- 23- نعيمة صياد(2010)، واقعالمرافقة النفسية والتربوية لمعيديشهادة البكالوريا ،رسالة ماجستير ، إرشاد وتوجيه مهني تربوي ، كلية الآداب والعلوم الانسانية الاجتماعية ، جامعة عنابة ، الجزائر.
- 24-يحي صلاح ماضي(2011)، المتفوقين و تنمية مهارات التفكير في الرياضيات، ط2، مركز بيونولتعليمالتفكير ، الأردن.
- 25-يوسف قطامي(2015)، الموهبة و التفوق ط1 ، دار المسيرة ، عمان: الأردن.
ثانيا / المراجع الاجنبية:

1- **accompagnement a la 'CLAS(2015), Cahier des charge, Le contrat local D**
scolarité, <https://www.caf.fr/Document/2014>

تم استرجاعها الساعة 16:00 يوم 2016-05-15

1- **Sandra Auber(2010), Accompagnement éducatif et (re) motivation :Le cas particulier du collège. Mémoire Master Professionnel. Université François Rabelais.**

2- **Stephanie Auber(2012), Accompagner l'enfant à haut potentiel intellectuel «comprendre, enseigner, aider», <https://www.linkedin.com/pub/dir/Stephanie/Aubert>**

تم استرجاعه الساعة 15:00 يوم 2016-05-15

4- **Paul Maela(2012), L'accompagnement une posture professionnelle spécifique, L'Harmattan, Paris.**

مستوى الاحتراق النفسي لدى مربّي التربية الخاصة
د. مهاجي بن معاشو
د. سيد أحمد ورغي
جامعة الدكتور الطاهر مولاي - سعيدة - الجزائر

مقدمة:

قد يظهر اهتمام الدولة الجزائرية بذوي الاحتياجات الخاصة انطلاقاً من نسبة هذه الشريحة المجتمعية التي تفوق حالياً 20 % من إجمالي عدد سكان العالم الثالث، والجزائر واحدة من أبرز هذه البلدان التي يقارب فيها عدد المعاقين 03 ملايين معاق (عيسات، 2014).

حيث تم إصدار العديد من القوانين التي هدفت من ورائها الجزائر إلى تقديم تكفل أفضل لهذه الفئة، خاصة في الشق المتعلق بالتعليم والتكوين المهني، ففي المادة: 53 من الدستور وقانون حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002 جاء فيه الحق في التعليم مضمون، وتسهر الدولة على التساوي في الالتحاق بالتعليم والتكوين المهني، كما ورد في الفصل الثالث منه بعنوان "التربية والتكوين المهني وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف"، حيث أكدت المادة: 14 من هذا القانون، على ضرورة التكفل المبكر بالأطفال المعوقين، أما المادة: 15 فقد ذكرت بصريح العبارة: أن يخضع الأطفال والمراهقون المعوقون إلى التمدريس الإجباري في مؤسسات التعليم والتكوين المهني.

وبقدر الأهمية التي تحظى بها تربية ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، إلا أنها تبقى من المهن الصعبة التي تقع في الأساس على عاتق مربّي التربية الخاصة، إذ تتطلب هذه المهنة التحمل وبذل المزيد من الجهد وكثير من الصبر، هذا لطبيعة هذه الوظيفة التي تتسم ببعدها الإنساني بالدرجة الأولى، ما قد يولد لدى كثير من المربين الشعور بالضغط النفسي، الذي قد يصل لدى بعضهم إلى درجة الاحتراق النفسي، ما قد يؤثر سلباً على حياتهم المهنية، وقد يصل بهم الأمر إلى تغيير المهنة، حيث أجرى "ميلر وآخرون" (Miller & al, 1999)، دراسة لمعرفة عوامل بقاء المعلم أو انسحابه في مجال العمل في التربية الخاصة، أو تحوله إلى أعمال أخرى في المجال التربوي في أمريكا، وأشارت النتائج بعد متابعة الدراسة لمدة عامين أن 21% من عينة الدراسة تركوا المهنة، و20% منهم تحولوا للعمل في مجال التربية العادية، و41% لم يستمروا في العمل في مجال التربية الخاصة، وأظهرت النتائج أيضاً أن المعلمين ذوي سنوات الخبرة الطويلة، والأكبر عمراً أقل احتراقاً من المعلمين ذوي سنوات الخبرة القصيرة والأقل عمراً.

إذن البحث في موضوع الاحتراق النفسي يفيد العاملين في المجال التربوي، وهو ظاهرة تستحق الدراسة، حيث احتلت خلال السنوات الأخيرة اهتماماً كبيراً في الدراسات النفسية لما تسببه من آثار سلبية تؤدي إلى سوء التوافق النفسي والمهني والاجتماعي لدى العاملين في مجال التعليم، وقد تنبه العاملون في مجال الإرشاد النفسي والطب النفسي والتربية الخاصة بالأهمية هذا الموضوع كونه ينعكس بالسلب على سلوك المعلمين وتصرفاتهم وأدائهم (الرافعي والقضاة، 2010).

من هذا المنطلق، أتى هذا البحث ليحاول فيه الباحثان الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى مربّي التربية الخاصة في بعض المراكز الطبية البيداغوجية لبعض الولايات في الجزائر.

1. إشكالية البحث:

يعتبر المعلم العنصر الأساس في العملية التعليمية، إذ يحركها نحو تحقيق أهدافها المنشودة، وقد تتضاءل أمام دوره التربوي أدوار باقي أفراد الجماعة التربوية.

تعد المهنة التعليمية من أكثر المهن التي تكثر فيها الضغوط النفسية، لما تنطوي عليه من أعباء ومسؤوليات ومطالب بشكل مستمر، الأمر الذي يتطلب مستوى عالي من الكفاءة والمهارات الشخصية من قبل المعلم بقصد تلبيتها (Maslach & Jackson, 1991)ورد فيالزيودي، (2007: 191).

ولعل العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة يأتي في مقدمة المهنة التي يمكن أن تخلق مشاعر الإحباط لدى العاملين لما تقتضيه هذه المهنة من متطلبات مع فئات متنوعة من الأشخاص الذين يعانون من مختلف الإعاقات، حيث يعتبر كل شخص حالة خاصة، تتطلب نمطا خاصا من الخدمة والتعليم والتدريب والمساندة، بالإضافة إلى أن انخفاض قدرات الأشخاص المصابين بالإعاقة وتنوع مشكلاتهم وحدتها أحيانا، قد يولد لدى العديد من العاملين معهم خصوصا المعلمين الشعور بالإحباط وضعف الشعور بالإنجاز والنجاح، كما تظهر في كثير من المهنة ذات الطابع الإنساني والتعاوني معوقات وضغوط مختلفة تحول دون قيام الموظف بدوره المطلوب كما يتوقعه هو ويتوقعه الآخرون، وتعتبر ظاهرة الاحتراق النفسي من أبرز المعوقات التي قد تظهر في مجال العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (الفرح، 2001: 248)

ويتدعم العرض السابق بدراسة "القيوتي والخطيب" (2005) بعنوان الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة العاديين والموهوبين وذوي صعوبات التعلم والإعاقات الشديدة، حيث كشفت النتائج عدم وجود فروق في درجة الاحتراق النفسي تعزى لمتغير جنس المعلم ومؤهله التعليمي وسنوات خبرته وحالته الاجتماعية، كما أظهرت الدراسة كذلك، وجود فروق تعزى لمتغير فئة الطالب الذي يعلمه المعلم، لصالح معلمي الطلبة ذوي الإعاقة الشديدة ومعلمي الطلبة الموهوبين.

في نفس السياق يضيف أصحاب هذه الدراسة، أن الاحتراق النفسيوما ينتج عنه من مشاكل عند الفرد، سواء ما يتعلق بالتكيف أو السيطرة على التحديات التي تواجهه، قد يترك آثارا سلبية على المحترق نفسه، بل قد تمتد هذه الآثار لتشمل الذين يتفاعلون ويتواصلون معهم أيضا، ويحتل الحديث عن موضوع الاحتراق النفسي والضغوط النفسية مساحة كبيرة في مجال التربية والتعليم والعاملين في مجالات المهنة الإنسانية (الخطيب والقيوتي، 2005: 2)

قد تختلف الأسباب التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي من فرد لآخر من حيث وقعها النفسي عليه، ويعود سبب هذا الاختلاف إلى التباين في قدرة التحمل النفسي من فرد لآخر، وطريقة تعامل الفرد مع مسببات ومصادر الاحتراق النفسي، وكذلك بسبب الفروق الفردية والخبرات السابقة والقدرات والاستعدادات، وطبيعة الشخصية ومفهوم الذات، والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد في البيئة المحيطة به (عبد الرحمان، 1992).

إذن يمكن القول أن الاحتراق النفسي قد يصيب بعض المربين دون أن يصيب البعض الآخر، كما أنه قد يرتبط ببعض المتغيرات الشخصية أو المهنية لدى المربين في التربية الخاصة، ففي هذا المنحى أجرى "خطارة" (2018)، دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك معرفة إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الاحتراق النفسي نتيجة لاختلاف (الجنس، سنوات الخبرة المهنية، العمر، المستوى التعليمي، الحالة العائلية) لدى عينة من معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تألفت عينة الدراسة من (72) معلم ومعلمة في التربية الخاصة (إعاقة سمعية، إعاقة بصرية، إعاقة عقلية) يعملون بمراكز تعليم ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بالجزائر العاصمة، وقد تم استخدام مقياس "ماسلاش" لقياس الاحتراق النفسي

لديهم ، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات أوضحت النتائج أن معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون بمستوى عالي من الاحتراق النفسي ، وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (ذكور وإناث) في مستوى الاحتراق النفسي لصالح الإناث ، كما توجد فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية لعينة الدراسة في بعد نقص الشعور بالإنجاز لصالح الفئة العمرية الكبيرة أي أكثر من خمسين سنة ، كما أوضحت كذلك أنه توجد فروق دالة إحصائية نتيجة لتباين سنوات الخبرة في بعد نقص الشعور بالإنجاز ، وكانت لصالح ذوي الخبرة القصيرة أي من 1 إلى 5 سنوات.

في نفس الدراسة دلت النتائج على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة لاختلاف الحالة العائلية ولصالح المطلقين ، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة لاختلاف المؤهل العلمي.

كما قد نضيف في نفس المنحى دراسة "بورزق" و "نميش" و "نقموش" (2018) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق الوظيفي لدى مربي ذوي الاحتياجات الخاصة ، وكذا معرفة الفروق في مستوى الاحتراق الوظيفي لدى مربين تبعاً لمتغير الجنس والخبرة المهنية ، وطبقت الدراسة على عينة من المربين المتواجدين بالمؤسسات المختصة بولاية الأغواط والجلفة ، الجزائر ، بالاعتماد على مقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي ، وتوصلت إلى وجود مستوى متوسط للاحتراق الوظيفي لدى مربي ذوي الاحتياجات الخاصة ، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس ولمتغير الخبرة المهنية. (بورزق و نميش ونقموش ، 2018).

انطلاقاً من العرض السابق ، فالاحتراق النفسي قد يتواجد لدى مربي التربية الخاصة بنسب متفاوتة ، وقد يختلف باختلاف المتغيرات شخصية أو مهنية ، ما قد ينعكس بالسلب عليه وعلى عملها التربوي مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، كل هذا جعل الباحثان يستهدفان بالبحث والدراسة موضوع الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة العاملين بالمراكز الطبية البيداغوجية لبعض الولايات الجزائرية طارحين الإشكالية العامة الآتية :

✓ ما مستوى الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة ؟

ويتفرع هذا التساؤل العام إلى التساؤلات الفرعية التالية :

1.1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة تعزى لجنسهم ؟

2.1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة تعزى لتخصصهم (إعاقة عقلية ، إعاقة سمعية) ؟

2. فروض البحث :

للإجابة عن تساؤلات البحث صيغت الإجابات الآتية :

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة تعزى لجنسهم .

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة تعزى لتخصصهم (إعاقة عقلية ، إعاقة سمعية).

3. أهداف البحث :

لقد هدف البحث إلى :

- الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة العاملين بالمراكز الطبية البيداغوجية في ولايتي (سعيدة و تيارت) في الجزائر.
- معرفة الفروق التي يمكن أن توجد في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة والتي قد تعزى للجنس.
- معرفة الفروق التي يمكن أن توجد في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة والتي قد تعزى للتخصص (إعاقة عقلية ، إعاقة سمعية).

4. أهمية البحث:

- يمكن تحديد أهمية البحث في النقاط التالية :
- إن نتائج هذا البحث التي تكشف مستوى الاحتراق لدى مربى التربية الخاصة ، قد تمثل أهمية لدى المهتمين بشؤون المهربي في منظومة التربية الخاصة في الجزائر ، قصد تحسين ظروفه المهنية.
- تقديم صورة ميدانية للحياة المهنية للمربي التربية في الجزائر ، قد يمثل أهمية لدى المشرفين على تكوينه و تأهيله ، قصد إعادة النظر في أساليب تكوينه.
- يأتي هذا البحث ليثري الرصيد النظري والتطبيقي حول مربى التربية الخاصة في الجزائر.
- قد يمثل هذا البحث أهمية بالنسبة للمربي التربية الخاصة في الجزائر ، ليفهم هذه الظاهرة وأبعادها الخطيرة عليه ، وعلى علاقته بالآخرين الذين يتعامل معهم ، على رأسهم ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تقديم مجموعة من التوصيات في هذا البحث ، قد تمثل أهمية في الوقاية من أعراض الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة.

5. التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث :

- مستوى الاحتراق النفسي:هو درجة تقدير حالة الشعور الداخلي التي تتناب مربى التربية الخاصة نتيجة لضغوط العمل ، وتظهر في الاستجابات المحصلة من الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز ، التي تمثل أعراض الاحتراق النفسي ، وأبعاد مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش" (Maslach) المعرب ، والمستخدم في هذا البحث لقياسه ، ويصنفمستوى الاحتراق النفسي لدى المربي في حدود ثلاث مستويات (مرتفع ، متوسط ، ومنخفض) ، أما أبعاده فيعبر عنها فيما يلي:
- بعد الإجهاد الانفعالي: شعور المهربي بالتعب والإنهاك نتيجة لكثرة متطلبات العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويقاس بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المربي على هذا البعد الفرعي.
- بعد تبدل المشاعر:الشعور السلبي للمربي تجاه الآخرين في بيئة عمله ، ويقاس بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المربي على هذا البعد الفرعي.
- بعد نقص الشعور بالإنجاز: الشعور السلبي للمربي تجاه ذاته و قدراته ، ويقاس بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المربي على هذا البعد الفرعي.
- مربى التربية الخاصة:هو المهني المتخصص للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة في إطار برامج تربوية متخصصة ، وقد تلقى تكوينا مهنيا متخصصا بإحدى المراكز الوطنية المتخصصة في تكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين.
- التربية الخاصة:هي تلك الخدمات والبرامج التربوية المتخصصة المقدمة لصالح ذوي الاحتياجات الخاصة قصد مساعدتهم على تطوير قدراتهم إلى أقصى حد ممكنوتحقيق تكيفهم واندماجهم الاجتماعي.

6. حدود البحث:

- تلخصت حدود البحث في الحدود البشرية والحدود المكانية والحدود الزمنية:
- الحدود البشرية: اقتصر البحث الحالي على مربي ومربيات التربية الخاصة.
 - الحدود المكانية: طبق البحث الحالي في المراكز الطبية البيداغوجية لولايته (سعيدة و تيارت).
 - الحدود الزمنية: طبق البحث الحالي خلال السنة الدراسية (2018/2019).

الإطار النظري للبحث:

1. مربي التربية الخاصة:

هناك العديد من التعريفات التي حاولت أن تقدم تعريفا لمربي التربية الخاصة ، وأغلبها تشترك في عرض مهامه وتأهيله ، وقد نورد في هذا الصدد تعريف " التويم " (2010) لمعلم التربية الخاصة حيث ذكر بأنه "معلم على رأس العمل من خريجي الأقسام المتخصصة في مجال التربية الخاصة في كليات التربية أو في كليات المعلمين ، والحاصل على درجة البكالوريوس أو الدبلوم ، أو المؤهل خصيصا للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، ولديه خبرة عامة في مجالات الكشف والتعرف والتأهيل لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة من التلاميذ المعاقين ، وهو المعلم الذي أعد إعدادا خاصا ليقوم بتدريس الأطفال غير العاديين أو غير الأسوياء ممن يتطلب تعليمهم حاجات خاصة تميزهم عن غيرهم من التلاميذ العاديين وكيفية التعامل معهم وفقا لاحتياجاتهم وخصائصهم وظروفهم (التويم ، 2010).

كما يمكن للباحثين تعريف مربي التربية الخاصة على أنه الشخص المؤهل مهنيا للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة قصد مساعدتهم على تطوير قدراتهم إلى أقصى حد ممكن في إطار برنامج تربوي متخصص من اجل تكيفهم واندماجهم الاجتماعي.

أما من الناحية التشريعية في الجزائر ، فقد عملت الوزارة الوصية على التربية الخاصة على توظيف إطارات متخصصة للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، ولهذا الغرض تم إصدار المرسوم التنفيذي 59-85 المؤرخ في 23/03/1985 ، الذي حدد المناصب المناسبة لأسلاك المعلمين في التربية الخاصة والممثل في سلك مربي ومربي مختص ، أما شروط توظيفه فقد أوضحها المرسوم التنفيذي 93-102 المؤرخ في 12/04/1993 ، حيث جاء في المادة:32 شروط الالتحاق بسلك المربين والمربين المختصين ، حيث يتعين على المربي الحصول على مستوى السنة الثالثة من التعليم الثانوي ، ومتابعة بنجاح تكوينا متخصصا مدته (2) سنتان بإحدى المراكز الوطنية المتخصصة في تكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين ، أو عن طريق امتحان أو تأهيل مهني بالنسبة للمربين المساعدين ، ذوي مستوى السنة الرابعة من التعليم المتوسط على الأقل ، وتلقى تكوينا متخصصا وإثبات خمس (5) سنوات اقدمية في الممارسة على الأقل.

أما المربي المختص يشترط فيه الحصول على شهادة بكالوريا التعليم الثانوي ، ومتابعة بنجاح مدة ثلاثة (3) سنوات تكوينا متخصصا ، أو من المربين الذين يثبتون اقدمية خمس (5) سنوات ممارسة لمهام مربي.

(الجريدة الرسمية ، 1993 : 12-13)

2. مهام مربي التربية الخاصة:

فوفقا للتشريع الجزائري فقد حدد المرسوم التنفيذي 93-102 المؤرخ في 12/04/1993 ، مهام المعلمين حسب السلك الوظيفي الذي ينتهون إليه ، حيث تحدد المادة:30 مهام المعلمين المنتهين لسلك المربي والمتمثلة في "أنهم مكلفون بتطبيق البرنامج والسهر على النظافة الجسمية ، والثيائية للأشخاص المتكفل بهم أثناء كل تنقل لهم خارج المؤسسة ، وتأطيرهم والمشاركة في تطبيق أعمال ملاحظة مجموعة شباب

المعسرين / أو إعادة تربيتهم قصد إدماجهم في الحياة الاجتماعية. أيضا المشاركة في المداومات المنظمة ، وفقا للجدول الدورية المقررة لهذا الغرض وأنهم ملزمون بحجم عمل أسبوعي قدره (30) ساعة. أما المربون المختصون فهم مكلفون حسب ما تنص عليه المادة: 34 من المرسوم السابق الذكر "بتقديم تعليم متخصص إلى الشباب المعسرين والمعوقين ذهنيا والمعوقين حسيًا ، والقيام بكل عمل يتعلق بملاحظة مجموعة شباب معسرين / أو إعادة تربيتهم قصد إدماجهم الاجتماعي وضمان إعادة تربية الشباب المعوقين وإعادة تكييفهم ، وكذا أو غير المتكيفين ، وكذا تنظيم أعمال التنشيط والترويج للأشخاص المتكفل بهم ومراقبتهم. وهم مطالبون أيضا بالمشاركة في تحضير البرامج ومتابعة تطبيقها ، وفي المداومات ، وبحضور الاجتماعات التربوية وتأطير التلاميذ المتمرنين. كما أنهم ملزمون بحجم عمل أسبوعي قدره ثلاثون (30) ساعة ، وبثنتين وعشرين (22) ساعة عندما يكلفون بصفة أساسية ودائمة بهام التعليم. (الجريدة الرسمية، 1993: 12-13)

إن المتفحص لمهاممربي التربية الخاصة ، يجدها ذات أبعاد اجتماعية أكثر منها تربوية وتعليمية ، إضافة إلى شموليتها لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة بدون تحديد أو تخصيص في فئة واحدة ، سواء أكانت ذهنية ، أم حسية أم حركية وغيرها.

3. تكوين مربي التربية الخاصة:

في الجزائر لم يظهر الاهتمام الفعلي بذوي الاحتياجات الخاصة إلا في بداية الثمانينات ، حيث صدر مرسوم 59/80 المؤرخ في 08 مارس 1980 يتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية ، والمراكز المتخصصة ، بتعليم المعوقين وتنظيمها و تسييرها ، كما ظهر الاهتمام بتكوين المعلمين المتخصصين في سنة 1987 وذلك بإنشاء المركزين الوطنيين للمتخصصين في تكوين المستخدمين الاختصاصيين ، في مؤسسات المعوقين بالعاصمة وقسنطينة ، وذلك بصور المرسوم 257/87 المتضمن إنشاء مركز وطني لتكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين.

هذا لا يعني أنه لم يكن هناك تكفل بذوي الاحتياجات الخاصة قبل هذا التاريخ ، بل كانت تتكفل برعايتهم الجمعيات الخيرية بمختلف تسمياتها ، حيث ذكر "بركان" (2006) "بأنها تتكفل بما بين 8000 و10000 متخلف ذهنيًا من سن (06) سنوات إلى أكثر من (30) سنة ، والتي بدأت التكفل بهذه الفئة منذ (1974) " (بركان ، 2006: 221).

لكن نتيجة الاهتمام المتزايد بترقية الأشخاص المعوقين من خلال الاهتمام بحاجاتهم وبتأهيلهم أكاديميا ومهنيًا ، ومحاولة استغلال كامل قدراتهم إلى أقصى حد ممكن من التعلم ، لتحقيق عملية الإدماج الاجتماعي لهم ، "أخذت المراكز تغير في برامجها الأكاديمية والتدريسية بحيث تشبه بالقدر الكبير خدمات المدارس العادية وصاحب ذلك بروز عدد من المتغيرات الإيجابية منها: ضرورة توفير المناهج الخاصة والملائمة للمعوقين ، والأساليب الخاصة بالتعليم والتدريب المهني للمعوقين وضرورة توفير المختصين أو الكوادر المدربة الكافية لتعليم هذه الفئة من أبناء المجتمع " (الطاعين ، 2005: 15).

4. تعريف التربية الخاصة:

إن ذوي الاحتياجات الخاصة أو المعاقين هم بحاجة مثل العاديين إلى تربية لتحقيق التوافق على المستوى الشخصي والاجتماعي ، لكن هذه التربية تبقى خاصة لارتباطها بطبيعة وخصوصية فئة المعاقين ، وقد اتسع مفهوم التربية الخاصة ليشمل كل ألوان الرعاية والخدمات المقدمة للأفراد غير العاديين. ففي قاموس التربية الخاصة فإن مصطلح التربية الخاصة مصطلح شامل يستخدم للتعبير عن البرامج والخدمات المقدمة للأفراد الذين لا يتماثلون مع أقرانهم العاديين في الجانب الجسمي أو العقلي أو

الانفعالي ، بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات وأساليب ومواد تعليمية خاصة تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن ، سواء في الفصول العادية أو الفصول الخاصة ، إلا إذا كانت مشكلاتهم أكثر حدة ، هي نوع من التعليم يقدم دون مقابل لمواجهة الحاجات الخاصة للطفل المعوق (بطرس ، 2010: 15) كما يعرف "الروسان" التربية الخاصة: " بأنها مجموعة البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين ، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن ، وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم في التكيف " (الروسان ، 2013: 14).

ثم يعرفها كذلك "بطرس" على أنها: "جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعا تعليميا خاصا ، مواد ومعدات خاصة ، وطرائق تربوية خاصة ، وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية أو الشخصية والنجاح الأكاديمي " . (بطرس ، 2010: 23).

يمكن أن نستنتج من التعريفات السابقة أن التربية الخاصة يتلخص مفهومها في أنها مجموعة من الخدمات والبرامج المتخصصة التي تهتم بشؤون ذوي الاحتياجات الخاصة قصد تطوير قدراتهم إلى حد الاعتماد على ذواتهم وتكيفهم الاجتماعي.

5. أهداف التربية الخاصة:

فإن التربية الخاصة حسب "الروسان" (2013) تهدف إلى:

- التعرف إلى الأفراد غير العاديين من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

- إعداد الكوادر العلمية لتدريس وتأهيل وتدريب أصحاب هذه الفئات.

- إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة ، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية.

- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة ، كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين.

- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بشكل عام ، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية.

- مساعدة أفراد هذه الفئات على أن يكونوا أفرادا نافعين في المجتمع ، ليشعروا بأنهم أناس غير مختلفين عن غيرهم ، وإزاحة المعوقات المختلفة التي تحول دون توافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين.

- استثمار ما لدى هذه الفئات من قدرات متباينة ، والسعي إلى تنميتها وتطويرها.

- تقديم الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة ولذويهم ليسهل على الطرفين تقبل هذه الحاجات أو الخدمات.

- تقديم الإرشاد المهني وخدمات التأهيل والتدريب لأصحاب هذه الحاجات ، ليستطيعوا الاستقلالية ما أمكن عن ذويهم (الروسان ، 2013: 14).

- مساعدتهم على التكيف السليم ، والنمو في مختلف مجالات الحياة ، وتأكيد كرامتهم ، وتوفير الفرص المناسبة أمامهم للمساهمة في تقدم ورقي مجتمعهم (العزة ، 2009: 14)

6. تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة (المعوقين):

قد حاول المشرع الجزائري تقديم تعريف للمعاق من خلال ، القانون المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم رقم 02/09 المؤرخ في 08 ماي 2002 ، حيث اعتبر في المادة:2 بأن المعوق "كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر ، وراثية أو خلقية أو مكتسبة تحد من قدراته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية نتيجة إصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية الحسية " (الجريدة الرسمية ، 2002: 6)

يمكن أن نقدم كذلك تعريف المعاق حسب الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الصادرة بتاريخ 13 ديسمبر 2006 ، التي صادقت عليها الجزائر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 188/09 المؤرخ في 12 ماي 2009 الذي نص على أن يشمل مصطلح "الأشخاص ذو الإعاقة" كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية ، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع آخرين" (الجريدة الرسمية ، 2009: 4)

يذكر "سلامة" أن ذوي الاحتياجات الخاصة "هم أولئك الذين يختلفون على نحو أو آخر عن الأشخاص الذين يعتبرهم المجتمع عاديين ، إنهم الأشخاص الذين يختلف أدأؤهم جسميا أو عقليا أو سلوكيا عن أداء أقرانهم العاديين". (سلامة ، 2009: 13)

ثم يضيف "غباري" بأنهم مجموعات من أفراد المجتمع ينحرفون عن مستوى الأفراد العاديين بالنسبة لخصائصهم الجسمية والنفسية والعقلية ، الأمر الذي يتطلب توفير الرعاية الخاصة لهم بما يتناسب مع قدراتهم و امكانياتهم و ظروفهم الخاصة ، حتى يمكن الوصول إلى مستوى أفضل من التوافق الشخصي أو النفسي أو الاجتماعي" (غباري ، 2003: 13)

كما أن استخدام مصطلح "الفئات الخاصة" أو "ذوو الاحتياجات الخاصة" ، قد يغطي فئات عديدة ممن يحتاجون إلى الاهتمام التربوي والصحي والتشريعي ، بدل من كلمة معوق أو إعاقة التي تعبر عن الذين يعانون عجزا عضويا أو عقليا أو سلوكيا أو خلقيا ، يحول بينهم وبين الوصول إلى مستوى الأفراد الآخرين العاديين.

7. تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة:

نجد أن تصنيفات ذوي الاحتياجات الخاصة قد تختلف باختلاف مواقف الهيئات والعلماء المهتمين بشؤون هذه الفئة ، فحسب "الروسان" يمكن تقسيمهم إلى فئتين رئيسيتين الأولى ذوو الاحتياجات الخاصة الإيجابية وتشمل الموهوبين والمتفوقين عقليا ، والثانية ذوي الاحتياجات الخاصة السلبية وتتضمن (الروسان ، 2013: 14) :

- الإعاقة العقلية Impairment Mental
- الإعاقة البصرية Impairment Visual
- الإعاقة السمعية Impairment Hearing
- الإعاقة الانفعالية Impairment Emotional
- الإعاقة الحركية Impairment Motor
- صعوبات التعلم disabilities Learning
- اضطرابات النطق أو اللغة disorder speech & Language
- حالات التوحد Autism
- حالات ضعف الانتباه والنشاط الزائد Attention deficit & hyperactivity

Talents and Giftedness

- الموهبة و التفوق

أما تصنيف ذوي الاحتياجات من الناحية القانونية ، قد أوضحه المشرع الجزائري في المرسوم التنفيذي رقم 14/2014 المؤرخ في 15 جويلية 2014 ، الذي يهدف إلى تحديد الإعاقات حسب طبيعتها ودرجتها ، إذ صنفها إلى أربع مجموعات وهي كالتالي :

- الإعاقة الحركية: التي تنجم عن إصابة في إحدى الوظائف التالية: الحركية والمسك أو النشاط البدني التي تسبب نسبة عجز تساوي 50. %

- الإعاقة البصرية: التي تنجم عن إصابة تتسم بفقدان كلي أو جزئي للبصر ، أو نقص تكون فيه حدة البصر المصححة للعينين معا تقل من 20/1.

- الإعاقة السمعية: التي تكون نتيجة إصابة تتسم بصمم ثنائي مرفوق بفقدان للسمع يفوق أو يساوي 80 ديسبال ، مع بكم أو بدونه ، يقلل بالتالي من القدرة على الاتصال (والأصح يقلل من القدرة على التواصل).

- الإعاقة الذهنية: التي تكون ناجمة عن إصابة عقلية تطويرية ذات أصل ذهني و/ أو نفسي يتسم بإصابة في الجهاز العصبي ، مصحوبة باضطراب عقلي ثابت أو بدونه (و الأصح دونه) يسبب عجزا لا يقل عن 50% في القيام بالنشاطات الأولية في الحياة اليومية (الجريدة الرسمية، 2014، 5)

بالإضافة إلى ذلك جاء المرسوم التنفيذي رقم 80-59 المؤرخ في 08 مارس 1980 ، المتضمن إحداه المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين وتنظيمها وسيرها ، حيث نصت المادة: 2 منهن على أن ينشأ في كل ولاية:

- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المتخلفين عقليا.
- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المعاقين حركيا.
- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد الانفعاليين.
- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المعاقين بصريا.
- مركز طبي تربوي أو أكثر للأولاد المعاقين سمعيا.

8. مفهوم الاحتراق النفسي:

قد يرتبط مفهوم الاحتراق النفسي أكثر بمجال العمل ، وهو تلك الاستجابات النفسية والجسمية الناجمة عن ضغوط العمل لدى العاملين ، خاصة ذوي المهن الخدماتية ، التي تتقدمها مهنة التعليم ، وخاصة التي تتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

كان "فريدينبيرجر" (Freudenberger) أول من ذكر مصطلح الاحتراق النفسي ، وأدخله إلى حيز الاستخدام ، فأورد المعنى الوارد بالقاموس للفعل (Burnout) ومعناه "أن الفرد يصاب بالضعف والوهن ، أو الجهد و يرهق ، ويصبح منهكا" (البتال، 2000: 22-23)

لقد توالى الجهود في دراسة الاحتراق النفسي ، منها إسهامات "كروستينا ماسلاش" (Christina Maslach, 1981) ، فقد أضافت الدراسات الأولى التي أجرتها مع باحثين آخرين شهرة أكثر لهذا المصطلح ، حيث وصفته بأنه "مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل مع المباشر مع الناس ، وتمثل الأعراض في: الإجهاد الانفعالي ، تبدل المشاعر ونقص الانجاز الشخصي" (البتال، 2000: 102)

كما يرى "جولد" (Gold, 1987)، أن الاحتراق النفسي في مهنة التعليم "حالة يعاني منها المعلم من برودة العاطفة وانعدام الود تجاه الطلبة، والشعور مرارا وتكرارا باستنفاذ الطاقة الانفعالية أو البدنية، وعدم القدرة على امتصاص آثار المحبطات والمهبطات".

كما يمكن أن نضيف تعريف "عسكر" (2000) للاحتراق النفسي، حيث يصفه بأنه "حالة من الإنهاك أو الاستنزاف البدني والانفعالي، نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية، ويتمثل الاحتراق النفسي في مجموعة من الظواهر السلبية منها: التعب، والإرهاق، والشعور بالعجز، وفقدان الاهتمام بالآخرين، وفقدان الاهتمام بالعمل، السخرية من الآخرين، والكآبة، والشك في قيمة الحياة، والعلاقات الاجتماعية والسلبية في مفهوم الذات" (عسكر، 2000).

يمكن القول، أن جل تعاريف الاحتراق النفسي تتفق على أنه حالة نفسية تصيب الفرد وتؤثر على شخصيته في جوانبها المختلفة، كما أن مصدره هو ضغوط عالية يعيشها الفرد، قد تستمر معه لفترات طويلة، ما يحد من قدرته على التحمل والتكيف.

ففي ضوء التعاريف السابقة نجد الاحتراق النفسي هو حالة من الاستنزاف الانفعالي والاستنفاذ البدني والمعرفي، والشعور بالعجز والضعف تجاه متطلبات العمل، وشك في القدرة على الانجاز، وجمود المشاعر تجاه الآخرين والسخرية منهم.

كما يشير الأدب التربوي إلى العلاقة بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي في أبسط تفسير لها، هو أنها علاقة سبب ونتيجة، فالاحتراق النفسي لا يحدث دفعة واحدة، بل يبدأ بصورة تدريجية عبر فترات زمنية ممتدة، يمر الفرد فيها بسلسلة من الضغوط النفسية التي لا يستطيع التغلب عليها، فتصل به في نهاية المطاف إلى حد الاحتراق النفسي (مجمد، 2008).

9. أسباب الاحتراق النفسي:

قد تختلف وتتنوع أسباب الاحتراق النفسي، قد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة ببيئة العمل أو مرتبطة بما هو اجتماعي، ففي هذا الإطار نقدم ما أشار إليه "عبد الكامل" (2013) حيث حدد ثمانية أسباب للاحتراق النفسي وهي:

- العمل لفترات طويلة دون الحصول على الراحة.
- فقدان الشعور بالسيطرة على مخرجات العمل.
- الشعور بالعزلة في العمل وضعف العلاقات المهنية.
- زيادة العبء في العمل وكثرة المهام المطلوبة.
- الروتين والملل في العمل.
- ضعف استعداد الفرد للتعامل مع ضغوط العمل.
- الخصائص الشخصية للفرد. (عبد الكامل، 2013: 3-5)

إضافة إلى الأسباب السابقة يمكن أن نضيف ما جاءت به دراسة "قيصر" (Qaisar, S1997)، التي هدفت إلى معرفة أسباب الإنهاك عند معلمي التربية الخاصة، وعدم تأقلمهم للعمل وتركهم له في أمريكا، وأشارت النتائج إلى أن أكثر الأسباب المؤدية لترك العمل في التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين، كانت القيام بالأعمال الكتابية، ونقص الدعم والتقدير والتعاون، والتقبل والتفهم من قبل معلمي التربية العامة لمعلمي التربية الخاصة، ونقص دعم الإدارة المدرسية لمعلمي التربية الخاصة.

10. مراحل حدوث الاحتراق النفسي:

فيما يتعلق بكيفية إصابة الفرد بالاحتراق فقد أشار "ماتسون و ايفانسفك" (1987 Matson& Evancivik) الوارد في " الريدي " (2013) أن الاحتراق النفسي يمر بأربعة مراحل وهي:
* مرحلة الاستغراق: فيها يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفعا، وتشمل حالة من الاستراحة والسرور ، وعندما يحدث عدم الاتساق بين ما هو متوقع عن العمل ، وبين ما يحدث فعليا فإن هذا ما يؤدي إلى الاحتراق النفسي.

* مرحلة الكساد: فيها ينخفض مستوى الرضا عن العمل تدريجيا ، وتقل الكفاءة ، و ينخفض مستوى الأداء في العمل ، وتنخفض الاستثارة التي كانت في المرحلة الأولى ، ويشعر الفرد فيها باعتلاء الصحة النفسية ، وينتقل اهتمام الفرد من العمل إلى مظاهر الحياة الأخرى مثل: الاتصالات الاجتماعية ، والهوايات ، وممارسة أنشطة معينة لشغل أوقات الفراغ.

* مرحلة الانفصال: فيها يدرك الفرد ما يحدث ، ويبدأ بالانسحاب النفسي ، ويرتفع لديه بذلك مستوى الإجهاد النفسي ، ويصل الفرد إلى الإنهاك المزمن ، واعتلال الصحة البدنية والنفسية.

* مرحلة الاتصال: تعتبر هذه المرحلة أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق النفسي ، وفيها تزداد الأعراض البدنية والنفسية والسلوكية سوءا وخطرا ، حيث يختل تفكير الفرد نتيجة الارتباك ، وشكوك الذات ، ويصل بذلك الفرد إلى مرحلة التدمير ، ويصبح الفرد في تفكير مستمر لترك العمل أو حتى التفكير في الانتحار (الريدي ، 2013).

11. مراحل الاحتراق النفسي حسب "ماسلاش" (Christina Maslach, 1982):

حيث ترى "ماسلاش" (Christina Maslach, 1982) الوارد في "ابو هوش" و "الشايب" (2012) أن الاحتراق النفسي يتطور في ثلاثة أبعاد على النحو التالي :

1. بعد الإجهاد الانفعالي: تنشأ مرحلة الإجهاد الانفعالي نتيجة لضغوط العمل وسوء العلاقات الشخصية ، حيث أن المهربي الذي يلتحق بمهنة التدريس وهو على درجة عالية من الحماس والمثالية والتفاؤل تجاه مهنته ، قد يشعر بالرغبة بترك العمل كرد فعل طبيعي لازدياد حجم العمل عن الحد الذي يفوق طاقته.

2. بعد تبدل المشاعر: أو ما يعرف بالتجرد من الخصائص الشخصية ، وفي هذه المرحلة يحاول المهربي المنهك انفعاليا والمجهد عصبيا أن يواجه الضغوط النفسية الناجمة عن العمل من خلال النزوع إلى السلبية تجاه الآخرين كتنبي مواقف سلبية تجاه الطلاب ، وأولياء الأمور ، وزملاء المهنة ، وإقامة حواجز وهمية معهم ما يترتب عليه اتساع الهوة بينه وبين الآخرين.

3. بعد نقص الشعور بالإنجاز: في هذه المرحلة يصبح المهربي غير راض وغير مقتنع بأدائه المهني وإنجازاته ، وبعد سنوات قليلة يصل هذا المعلم إلى نوع من القناعة بأنه لم يكن في مستوى توقعات والمثل العليا التي نصبها هدفا لنفسه.

كما ينبغي الإشارة إلى أنه ليس من الضروري وجود جميع الأعراض في كل مرحلة من هذه المراحل ، فظهور عرض واحد أو أكثر في كل مرحلة يمكن أن يشير إلى أن المهربي يمر بإحدى مراحل الاحتراق النفسي (دردير ، 2007).

12. مستويات الاحتراق النفسي:

قد أشار "سبانول" (Spaniol, 1979) إلى ثلاثة مستويات للاحتراق النفسي هي:

1. احتراق نفسي متعادل: ينتج عن نوبات قصيرة من التعب ، والقلق والإحباط ، والتهيج.
2. احتراق نفسي متوسط: ينتج عن نفس الأعراض السابقة ، ولكنها تستمر لمدة أسبوعين على الأقل.

3. احتراق نفسي شديد: ينتج عن أعراض جسدية مثل القرحة، وآلام الظهر المزمنة، ونوبات الصداع الشديدة، وليس غريباً أن يشعر العاملون بمشاعر احتراق نفسي معتدلة ومتوسطة من حين لآخر، ولكن عندما تلح هذه المشاعر وتظهر على شكل أمراض جسدية ونفسية مزمنة عندئذ يصبح الاحتراق مشكلة خطيرة (بدران، 1997:28).

إجراءات الدراسة الميدانية:

1. المنهج: تختلف مناهج البحث العلمي باختلاف طبيعة موضوع البحث، وبما أن الباحثين يستهدفان استكشاف مستوى الاحتراق النفسيلدى مربى التربية الخاصة، كان المنهج الوصفي الاستكشافي هو الملائم لأهداف البحث الحالي.

2. عينة البحث و مواصفاتها: تكونت عينة البحث من جميع مربى التربية الخاصة العاملين في المراكز الطبية البيداغوجية لولاية تيارت و سعيدة)، حيث بلغ عددهم (33) مربى ومربية، قد اختيروا بطريقة شاملة، والجدول التالي يبين توزيع أفراد عينة البحث في ضوء متغيراتها المختلفة:

الجدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد عينة البحث في ضوء متغيراتها

المتغير	الفئات	العدد	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	8	24.2%
	أنثى	25	75.8%
مكان العمل	سعيدة	20	60.6%
	تيارت	13	39.4%
تخصص المربي	إعاقة سمعية	23	69.7%
	إعاقة ذهنية	10	30.3%
المجموع		33	100%

يلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة الذكور في عينة البحث تساوي 24.2%، وهياقل بكثير من نسبة الإناث 75.8%، كما نجد أن نسبة عينة البحث في ولاية تيارت بلغت 39.4%، وهي أقل بكثير مقارنة بنسبة عينة البحث في ولاية سعيدة، التي تساوي 60.6%، أما نسبة عدد المربين ذوي تخصص الإعاقة السمعية كانت 69.7%، وهم يمثلون أكثر من الضعف مقارنة بنسبة عدد المربين ذوي تخصص إعاقة ذهنية التي كانت 30.3%.

3. أداة البحث:

لتحقيق أهداف البحث الحالي، والتمثلة أساساً في معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة لولاية تيارت و سعيدة)، اعتمد الباحثان على مقياس "ماسلاش" (Maslach) للاحتراق النفسي المعرب (انظر الملحق رقم 01)، والمستخدم في كثير من الدراسات العربية ومنها الجزائرية. لقد تكونت أداة البحث من جزأين، الجزء الأول متعلق بالبيانات العامة وتشمل المتغيرات الديموغرافية لعينة البحث، أما الجزء الثاني فيتضمن الصورة المعربة لمقياس "ماسلاش" (Maslach) للاحتراق النفسي.

1.3. أبعاد المقياس وفقراته:

طور مقياس الاحتراق النفسي من قبل "ماسلاش" و "جackson" (Maslach&Jackson, 1981) ليقاس الاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية والاجتماعية، ويتكون هذا المقياس في صورته الأصلية من (22) فقرة، تتعلق بمشاعر الفرد نحو مهنته، أما أبعاده الفرعية فتتمثل في: الإجهاد الانفعالي (Emotional Exhaustion)، تبرد المشاعر (Depersonalization)، نقص الشعور بالإنجاز (accomplishmentLow personal).

- بعد الإجهاد الانفعالي (Emotional Exhaustion): يقيس الإنهاك الذي يشعر به الفرد نتيجة الجهد المبذول لمساعدة الآخرين، ويتكون من (9) فقرات.

- تبرد المشاعر (Depersonalization): يقيس الشعور السلبي لدى المعلمين نحو طلابهم، ويتكون من (5) فقرات.

- نقص الشعور بالإنجاز (accomplishmentLow personal): يقيس نقص الشعور بالكفاءة لدى العاملين وتطور الميل السلبي في أدائهم ويتكون من (8) فقرات، والجدول الآتي يوضح توزيع الفقرات على أبعاد المقياس:

الجدول رقم (2): يوضح توزيع الفقرات على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي

المجموع	توزيع الفقرات	البعد
9	20.16.14.13.8.6.3.2.1	بعد الإجهاد الانفعالي
5	22.15.11.10.5	تبرد المشاعر
8	21.19.18.17.12.9.7.4	نقص الشعور بالإنجاز
22		المجموع

المصدر: (Maslach & Jackson, 1981) عن (الزيودي، 2007).

كما يتضمن مقياس الاحتراق النفسي على فقرات موجبة وأخرى سالبة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3): يبين توزيع الفقرات الموجبة و السالبة في مقياس الاحتراق النفسي

أرقام الفقرات	الفقرات
22 ، 20 ، 16 ، 15 ، 14 ، 13 ، 11 ، 10 ، 8 ، 6 ، 5 ، 3 ، 2 ، 1	الفقرات الموجبة
21 ، 19 ، 18 ، 17 ، 12 ، 9 ، 7 ، 4	الفقرات السالبة

2.3. بدائل الأجوبة و أوزانها:

للإجابة على فقرات مقياس الاحتراق النفسي هناك سبعة (7) بدائل للإجابة، كما هي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (4): يوضح بدائل المقياس وأوزانها

كل يوم تقريبا	6 نقاط
بضع مرات في الأسبوع	5 نقاط
مرة في الأسبوع	4 نقاط
بضع مرات في الشهر	3 نقاط

2 نقطتين	مرة في الشهر أو أقل
1 نقطة	بضع مرات في السنة
0 نقطة	أبدا

إذن تتراوح درجة الاستجابة على الفقرات الموجبة في مقياس الاحتراق النفسي ما بين (0-6)، بينما تتراوح درجة الاستجابة على الفقرات السالبة ما بين (6-0).

كما يتم تحديد مستوى الاحتراق النفسي من خلال ثلاث مستويات (مرتفع، متوسط، منخفض)، وهذا حسب الدرجات المحصل عليها في الأبعاد الثلاثة كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (5): يبين تحديد مستويات الاحتراق النفسي في البحث الحالي

مستوى الاحتراق النفسي	الإجهاد الانفعالي	تبلد المشاعر	نقص الشعور بالإنجاز
مرتفع	30 فأكثر	12 فأكثر	11-0
متوسط	29-18	11-6	23-12
منخفض	17- 0	5- 0	24 فأكثر

يمكن اعتبار مستوى الاحتراق النفسي مرتفعا، عندما يحصل المهربي على درجات عالية في بعد الإجهاد الانفعالي وفي بعد تبلد المشاعر ودرجات منخفضة في بعد نقص الشعور بالإنجاز، في حين يعتبر مستوى الاحتراق النفسي متوسطا، عندما يحصل المهربي على درجات متوسطة في الأبعاد الثلاثة للمقياس، كما يعتبر مستوى الاحتراق النفسي منخفضا، عندما يحصل المهربي على درجات منخفضة في الإجهاد الانفعالي وفي بعد تبلد المشاعر ودرجات مرتفعة في بعد نقص الشعور بالإنجاز (العتيبي، 2003).

3.3. وضع التعليمات:

يتضمن المقياس تعليمات توضح لعينة البحث طريقة الإجابة، مع تقديم شرح حول أهداف موضوع البحث، والتي تبقى علمية لاغير.

4. مؤشرات الصدق و الثبات:

1.4. صدق الأداة:

قد قامت كل من (Maslach & Jackson, 1981) باستخراج دلالات صدق مقياس الاحتراق النفسي وثباته في صورته الأصلية، وقد ظهرت دلالات صدق المقياس من خلال قدرته على التمييز بين فئات المعلمين الذين يعانون من احتراق نفسي عال والذين يعانون من احتراق نفسي متدن، وذلك من خلال دراسات مختلفة مثل (Maslach and Jackson, 1981 and Kyriacou, 1987) (الزيودي، 2007) كما قد تم التأكد من صدق مقياس الاحتراق النفسي في دراسات عربية، حيث قام كل من الباحثين مثل "الدبابسة" (1993)، و"الوابلي" (1995)، و"السرطاوي" (1997)، و"البтал" (1999)، و"الزيودي" (2007)، بقياس دلالات صدق المقياس من خلال عرضه على المحكمين للتأكد من صحة تعريبه ومناسبته لأهداف الدراسة.

انطلاقا من العرض السابق لمؤشرات الصدق لمقياس الاحتراق النفسي، اطمنن الباحثان لهذه المؤشرات، و اكتفيا بما أقرته هذه الدراسات السابقة الذكر حول دلالات صدق المقياس.

2.4. ثبات الأداة:

نظرا لأن مقياس الاحتراق النفسي "لماسلاش" (Maslach) المرعب، قد أظهر في العديد من الدراسات العربية، منها دراسات جزئية معاملات ثبات مقبولة، كما هو موضح في الجدول رقم (6)، فقد اطمئن الباحثان لهذه المعاملات، واكتفيا بما أقرته هذه الدراسات حول قيم ثبات هذا المقياس.

الجدول رقم (6): يوضح ملخص لمعاملات ثبات مقياس الاحتراق النفسي كما ورد في الدراسات العربية

حساب الثبات بطريقة الفا كرونباخ			دراسات عربية
نقص الشعور بالإنجاز	تبدل المشاعر	الإجهاد الانفعالي	
0.86	0.72	0.83	"الوالبلي" (1995)
0.60	0.76	0.77	"العنبيبي" (2003)
0.78	0.63	0.84	"الزيودي" (2007)
0.71	0.75	0.67	"خطارة" (2018)

إذن من خلال معطيات الجدول أعلاه، يمكن القول أن الأداة تتمتع بقيم ثبات مقبولة، ويمكن الاعتماد عليها في جمع البيانات في الدراسة الأساسية.

5. الأساليب الإحصائية:

تم الاعتماد في معالجة معطيات البحث على برنامج المعالجة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) بالأساليب الإحصائية الآتية:

- الإحصاء الوصفي: المتوسطات الحسابية والنسب المئوية والانحرافات المعيارية.

- الإحصاء الاستدلالي: اختبار (ت).

6. نتائج البحث و مناقشتها:

سيتم عرض نتائج البحث في ضوء أهدافه الذي تسعى إلى تحديد مستوى الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة في ولايتي (سعيدة و تيارت) بالجزائر، ثم معرفة الفروق في مستوى أبعاد الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة تبعا لمتغيري (الجنس و التخصص) وذلك وفق ما يلي:

1.6. الإجابة عن التساؤل العام للبحث: ما مستوى الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة؟

للإجابة عن هذا التساؤل فقد استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات مربى ومربيات التربية الخاصة على الأبعاد الثلاثة لمقياس الاحتراق النفسي، والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم (7): يبين نتيجة مستوى الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة

مستوى الاحتراق النفسي في المقياس ككل	نقص الشعور بالإنجاز	تبدل المشاعر	الإجهاد الانفعالي	
متوسط	13.61	2.36	20.21	المتوسط الحسابي
	5.56	4.70	12.49	الانحراف المعياري
	متوسط	منخفض	متوسط	مستوى الاحتراق النفسي في البعد

يتضح من الجدول أعلاه أن درجات الأبعاد الثلاثة (الإجهاد الانفعالي ، تلبد المشاعر ، نقص الشعور بالإنجاز) تعبر عن وجود مستوى متوسط من الاحتراق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة ، وهذا بعد مقارنتها بالحدود الافتراضية لمستوى الاحتراق النفسي. لقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة "بورزق" و "نميش" و "تقموش" (2018) ، التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق الوظيفي لدى مربي ذوي الاحتياجات الخاصة بالمؤسسات المختصة بولاية الأغواط والجلفة ، الجزائر ، حيث توصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط للاحتراق الوظيفي لدى مربي ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما تتفق كذلك مع نتيجة دراسة "الزيودي" (2007) التي هدفت إلى معرفة الاحتراق النفسي لدى عينه من معلمي التربية الخاصة في الأردن ، وأظهرت النتائج عن وجود احتراق نفسي لدى المعلمين والمعلمات بدرجة متوسطة.

لكن تختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة "خطارة" (2018) ، التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث أوضحت النتائج أن معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون بمستوى عال من الاحتراق النفسي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن المربين عينة البحث الحالي يعانون من الاحتراق النفسي ، لكن بمستوى يشير إلى بداية تأثيره عليهم ، ولكن في المقابل قد تعبر النتائج عن وجود نسبة من المربين تعيش ضغوطا مهنية بمستوى قد يؤثر على حياتهم المهنية وعلى توافقهم المهني ، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة المهنة ذات البعد الإنساني ، ثم إلى متطلباتها الكثيرة ، وتوازنها مقارنة بالمهنة الأخرى.

2.6. الإجابة عن الفرضية الأولى: قد نصت الفرضية على أنها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات أبعاد الاحتراق النفسي لدى مربي التربية الخاصة تعزى لجنسهم.

للإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسط درجات المربين الذكور ومتوسط درجات المربيات على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي ، كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (8): يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات المربين في أبعاد مقياس الاحتراق النفسي.

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت" عند مستوى 0.05
الإجهاد الانفعالي	ذكر	08	12.63	9.50	31	-2.07
	أنثى	25	22.64	12.50		
تلبد المشاعر	ذكر	08	2.50	3.07	31	0.09
	أنثى	25	2.32	5.17		
نقص الشعور بالإنجاز	ذكر	08	14	5.75	31	0.22
	أنثى	25	13.48	5.61		

يتضح من الجدول أعلاه أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى 0.05 بين درجات المربين الذكور ودرجات المربيات في بعد "الإجهاد الانفعالي"، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (2.07) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية التي تساوي (2.04)، عند درجة حرية (31)، وكانت الفروق لصالح الإناث، ما يدل على أن مربيات التربية الخاصة يعانين أكثر إجهاداً انفعالياً مقارنةً بزملائهم الذكور، كما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المربين الذكور ودرجات المربيات على بعد "تبدل المشاعر" و في بعد "نقص الشعور بالإنجاز"، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة للمعدين بالترتيب (0.09، و0.22) وهي أصغر من قيمة "ت" الجدولية التي تساوي (2.04) عند درجة حرية (31).

لا تتفق هذه النتيجة البحثية مع نتيجة دراسة "ساري" (Sari, H2004)، التي هدفت إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي ومشرفي التربية الخاصة في عينة من مدارس التربية الخاصة بتركيا، والتي ضمت (295) من معلمي ومشرفي التربية الخاصة، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين (المعلمين والمعلمات) في بعدي الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز ولصالح المعلمين، بينما كانت الفروق في بعد تبدل الشعور لصالح المعلمات (ورد في اللالا و اللالا، 2014). ولا تتفق مع نتيجة دراسة "الزيودي" (2007) التي هدفت إلى معرفة الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي التربية الخاصة في الأردن، التي أظهرت نتائجها ارتفاع مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين مقارنةً بالمعلمات.

كما قد تتفق في جزء مع هذه النتيجة دراسة "الجمالي" و"حسن" (2003) التي هدفت إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة بسلطنة عُمان، حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في أبعاد الاحتراق النفسي لدى المعلمين تعزى لمتغير الجنس. ثم في نفس منحى نتيجة دراسة "القريوتي والخطيب" (2005) بعنوان الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة العاديين والموهوبين وذوي صعوبات التعلم والإعاقات الشديدة، وكشفت النتائج عدم وجود فروق في درجة الاحتراق النفسي تعزى لمتغير جنس المعلم.

يمكن تفسير هذه النتيجة البحثية في ضوء الخصائص الشخصية للإناث والفروق الفردية بين الجنسين، على أن الإناث أكثر تأثراً من الناحية الانفعالية بمعطيات المهنة ومتطلباتها، مما قد يجعل مستوى الاحتراق النفسي لديهن في بعد الإجهاد الانفعالي مرتفعاً مقارنةً بالذكور. بينما عدم وجود فروق في بعد تبدل المشاعر وبعد نقص الشعور بالإنجاز، قد يرجع إلى أنهن على قدر متكافئ في معاشة الظروف المهنية، والتعامل مع معطياتها.

3.6. الإجابة عن الفرضية الثانية: نصت الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات أبعاد مقياس الاحتراق النفسي لدى مربى التربية الخاصة تعزى لمتغير التخصص (إعاقة عقلية، إعاقة سمعية).

للإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسط درجات مربى الإعاقة العقلية ومتوسط درجات مربى الإعاقة السمعية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي، كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (9): يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات مربي الإعاقة العقلية والسمعية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي.

القيمة "ت"	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	التخصص: الإعاقة	البعد
0.51	31	13.75	20.96	23	سمعية	الإجهاد الانفعالي
		9.36	18.50	10	عقلية	
0.28	31	5.39	2.52	23	سمعية	تبلد المشاعر
		2.70	2	10	عقلية	
-0.46	31	6.16	13.30	23	سمعية	نقص الشعور بالإنجاز
		4.05	14.30	10	عقلية	

يبين الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المربين ذوي تخصص الإعاقة السمعية ودرجات المربين ذوي تخصص الإعاقة العقلية في الأبعاد الثلاثة لمقياس الاحتراق النفسي (الإجهاد الانفعالي، تبلد المشاعر، نقص الشعور بالإنجاز)، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة للأبعاد بالترتيب (0.51، و0.28، و0.46) وهي أصغر من قيمة "ت" الجدولية التي تساوي (2.04)، عند درجة حرية (31).

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة "العرايضة" (2016) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في المدارس الحكومية بمحافظة الرس في المملكة العربية السعودية، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية، حيث اشتملت العينة على (32) معلماً، وقد أشارت نتائجها عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للتخصص.

كما قد تتفق هذه النتيجة في جزء من نتيجة دراسة "اللالا واللالا" (2014) التي هدفت إلى التعرف على مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يتعاملون مع طالب (الإعاقة العقلية، الإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية) في منطقة القصيم، ومدى اختلاف هذه المستويات بناءً على متغيرات تخصص المعلم (العقلية، السمعية، البصرية)، ومتغير المؤهل العلمي للمعلم، ومتغير الخبرة المهنية للمعلم، وتكونت عينة الدراسة من (144) معلماً، حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين تخصص المعلم وبعد الإجهاد الانفعالي، ووجود فروق بين تخصص المعلم وبعدي نقص الشعور المعلم بالإنجاز، وتبلد المشاعر.

لكن قد تختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة "خطارة" (2018) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع للاحتراق النفسي في بعدي الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز، ومتوسط في بعد تبلد المشاعر لدى معلمي الإعاقة العقلية، بينما كان مستوى الاحتراق النفسي مرتفع في الأبعاد الثلاثة لدى معلمي الإعاقة السمعية.

يمكن تفسير هذه النتيجة المحصل عليها في إطار طبيعة الفئة المتعامل معها من ذوي الاحتياجات الخاصة ومتطلباتها الخاصة ، في أن التعامل مع المعاق عقليا قد يكون بنفس القدر من الجهد والمسؤولية عند التعامل مع المعاق سمعيا فكل يحتاج إلى توفير حاجات خاصة به وينتظر اهتماما يختلف عن غيره ، وقد يكافأ هذا عند المربي سواء مع المعاق ذهنيا أو مع المعاق سمعيا ، كما يمكن أن نفسر هذه النتيجة في ضوء شخصية المربي وقدرته على التحمل واستعداده المهني ، فقد يشعر بنفس الإنهاك بالرغم من تغير الفئة المتعامل معها ، هذا ما يجعلنا نستنتج أن المربي قد يحتاج إلى تدريب تخصصي أكثر ، وإعادة تكوين مستمرة.

❖ توصيات البحث:

- في ضوء الإطار النظري للبحث ونتائجه يحاول الباحثان تقديم بعض التوصيات وهي كالآتي:
- برمجة دورات إرشادية وقائية لصالح مربي التربية الخاصة حول ظاهرة الاحتراق النفسي.
 - برمجة دورات تدريبية لتخفيف من الضغوط المهنية ، وأساليب مواجهة الاحتراق النفسي.
 - محاولة تحسين الظروف المهنية لمربي التربية الخاصة.
 - تقديم مزيد من الاهتمام للتربية الخاصة والعاملين بها من خلال تفعيل الشراكة بين وزارة التضامن الوطني ووزارة التعليم العالي في مجال التكوين والبحث العلمي والتأطير البيداغوجي.
 - تحيين برامج تكوين مربي التربية بما يتناسب والتطورات المعرفية والتكنولوجية الحاصلة في مجال التربية الخاصة في العالم وفي العالم العربي.
 - توفير الوسائل المساعدة على تعليم وتكوين ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف فئاتهم.

✓ قائمة المراجع:

- المراجع العربية:
1. أبو هوش راضي مُجد جبر والشايب عبد الحافظ قاسم (2012)، مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمات التربية الخاصة مقارنة بالمعلمات العاديات في محافظة الباحة ، المجلة الدولية التربوية المتخصصة ، المجلد (1) ، العدد (7) : 360-382.
 2. بركانارزقي مُجد (2006)، الرعاية التربوية للمتخلفين ذهنيا ، مجلة مخبر تنمية الموارد البشرية بجامعة سطيف ، الجزء (1) ، العدد (3) : 217-244 ، الجزائر.
 3. بطرس حافظ بطرس (2010)، تكييف المناهج للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الأردن.
 4. البتال زيد (2000)، الاحتراق النفسي لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة ، منشورات التربية الخاصة ، الرياض ، المملكة العربية السعودية.
 5. البتال زيد (1999)، الاحتراق النفسي لدى معلم التربية الخاصة ، بحث مقدم في ندوة الإرشاد أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، جامعة الخليج العربي ، البحرين.
 6. بورزق كمال ونميش نورة و نقموش مُجد الطاهر (2018) ، الاحتراق الوظيفي لدى مربي ذوي الاحتياجات الخاصة ، مجلة اقتصاديات المال والأعمال ، العدد (6): 542-528 ، الجزائر.
 7. التويمنايف بن عبد الله (2010)، الكفايات لدى معلمي التربية الخاصة لتدريس ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام بمنطقة مكة المكرمة (أطروحة دكتوراه غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة الخرطوم ، السودان.

- 8.الجمالي فوزية وحسن عبد الحميد (2003)، مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة واحتياجاتهم التدريبية بسلطنة عمان، دراسات عربية في علم النفس، مجلد(1)، العدد (2): 151-210
9. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية (1993)، المرسوم التنفيذي 102-93 المؤرخ في 12/04/1993، العدد 25 بتاريخ (13 ذو القعدة 1413).
10. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية(2002)، القانون المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم رقم 02/09 المؤرخ في 08 ماي 2002، العدد 34.
11. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية(2009)، المرسوم الرئاسي رقم 188/09 المؤرخ في 12 ماي 2009، العدد33.
- 12.الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية(2014)، المرسوم التنفيذي رقم 2014/14 المؤرخ في 15 جويلية 2014 الخاص بتحديد الإعاقات حسب طبيعتها ودرجتها، العدد 45.
13. خطارة عبد الرحمان (2018)، مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة — دراسة مقارنة، مجلة السراج في التربية و قضايا المجتمع، العدد (7) : 41-66، الجزائر.
14. دردير نشوه كرم (2007)، الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ و ب)، وعلاقتها بأساليب مواجهة المشكلات (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الفيوم، مصر.
15. الدبابسة محمود (1993)، مستويات الاستنفاد النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
16. الربدي سفيان (2013)، مستويات الاحتراق النفسي لدى المرشدين والمرشحات القصيم في ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم الإدارية والانسانية في جامعة المجمعة، المجلد (3)، العدد (3):281-283.
- 17.الروسان فاروق(2013)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط9، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن.
18. الرافي يحيي عبد الله والقضاة مُجَّد فرحان (2010)، مستويات الاحتراق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في كلية المعلمين بابها في ضوء بعض المتغيرات، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد (2)، العدد(2):297-351
- 19.الزبودي مُجَّد(2007)، مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، المجلد (23)، العدد (2): 189- 219.
20. السرطاوي زيدان (1997)، الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلميالتربية الخاصة، جامعة عين الشمس، مجلة كلية التربية، المجلد (1)، العدد (12): 57-96.
21. سلامة عبد الحافظ مُجَّد (2009)، تكنولوجيا التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
22. الظاغينمحمود إبراهيم (2005)، تأهيل العاملين مع المعاقين ومقترحات تطويرها، دراسة مقدمة في مؤتمر التربية الخاصة العربي "الواقع والمأمول" من 26 إلى 27 ابريل 2005، عمان، الأردن.
23. عبد الرحمانعلي (1992)، مستويات الاحتراق النفسي لدى المشرفين التربويين في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير)، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

24. العزة سعد حسني(2009)، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1، الإصدار الثاني، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
25. عسكرعلي (2000)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها: الصحة النفسية والبدنية في عصر التوترو والقلق ، ط2 ، القاهرة: دار الكتاب الحديث ، مصر.
26. عبد الكاملعاصم (2013)، الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة، الملتقى العلمي الأول لمعايير الكفايات للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، منطقة القصيم ، المملكة العربية السعودية.
27. العتيبي بندر (2003)، الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين في معاهد التربية الفكرية – دراسة مقارنة، مجلة كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
28. عيسات السري (2014)، مسائل الإعاقة والمعوقين في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد (19) ديسمبر (2014): 168-180، تم استرجاعه: 2018 / 01/14 ومتوفر على الموقع التالي: <http://www.webreview.dz/IMG/pdf/11-9.pdf>
29. العرايضة عماد صالح نجيب(2016)، مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد (2)، العدد (1): 197-227.
30. غباري مُحمَّد سلامة(2003)، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، مصر.
31. الفرح عدنان (2001)، الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر، مجلة دراسات الجامعة الأردنية، المجلد (28)، العدد (2): 247-271.
32. القريوتي إبراهيم أمينوالخطيب فريد مصطفى (2005)، الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة العاديين والموهوبين وذوي صعوبات التعلم والإعاقة الشديدة، المؤتمر العلمي الرابع لرعاية الموهوبين والمتفوقين (245-269)، عمان، الأردن.
33. المرسوم التنفيذي 85-59 المؤرخ في 23/03/1985، الجزائر.
34. المرسوم التنفيذي رقم 87 - 257 المؤرخ في 01 ديسمبر 1987، يتضمن إنشاء مركز وطني لتكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين، الجزائر.
35. المرسوم التنفيذي رقم 80-59 المؤرخ في 08 مارس 1980، يتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين و تنظيمها و سيرها، الجزائر.
36. مُحمَّد سهام إبراهيم (2008)، اتجاهات معلمات رياض الأطفال نحو العمل مع الطفل في ضوء بعض المتغيرات النفسية والديموغرافية (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القاهرة، مصر.
37. منى بدران (1997)، الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية وعلاقته ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة)، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.
38. الوابلي سليمان (1995)، الاحتراق النفسي لدى معلمي التعليم العام بمدينة مكة المكرمة في ضوء مقياس "ماسلاش" المعرب، مركز البحوث التربوية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
39. الاللا زياد كامل والاللا صائب كامل(2014)، الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة في منطقة القصيم في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (3)، العدد (8): 160.

- المراجع الأجنبية:

40. Gold, Y (1987), Stress reduction programs to prevent teachers' burnout, Journal of Education, 107 (3), 338-340.
41. Miller, M., Brownell, M, & Smith, S. (1999), Factors that predict teachers staying in Leaving, or referring from the special education classroom, Council for Exceptional Children, 65(2), pp (201-218).
42. Qaisar, S. (1997), Special education teachers, attrition in Kentucky and its reasons, Paper presented at the annual conference of the Mid South Education Research Association, USA.

الملحق رقم (1): مقياس "ماسلاش" المعرب للاحتراق النفسي.

6 نقاط	كل يوم تقريباً	5 نقاط	بضع مرات في الأسبوع
4 نقاط	مرة في الأسبوع	3 نقاط	بضع مرات في الشهر
2 نقطتين	مرة في الشهر أو أقل	1 نقطة	بضع مرات في السنة
0 نقطة	أبداً		

0	1	2	3	4	5	6	العبرة
							1 أشعر أن عملي مستنفذ نافع ليا نفعياً نتيجة عملية التدريس
							2 أشعر أن طاقتي مستنفذة مع نهاية اليوم المدرسي
							3 أشعر بالإنهاك حينما استيقظت صباحاً وأعرف أن عملي واجهه عمل جديد
							4 من السهل معرفة مشاعر طلابي
							5 أشعر أنني أتعامل مع بعض الطلبة وكأنهم أشياء لا بشري.
							6 إن التعامل مع الناس طوال اليوم العملي سبباً للإجهاد
							7 أتعامل بفعالية عالية مع مشاكلي
							8 أشعر بالاحتراف لنفس عملي
							9 أشعر أن ليا تأثيراً إيجابياً في حياة كثير من الناس من خلال عملي
							10 أصبحت أكثر قسوة مع الناس نتيجة عملي التدريس
							11 أشعر بالإزعاج والقلق لأنهم ينتزيم من قسوة عواطفهم
							12 أشعر بالحيوية والنشاط
							13 أشعر بالإحباط من ممارستي المهنة التدريس
							14 أشعر أنني عملي هذه المهنة بإجهد كبير
							15 حقيقة لا أهتم بما يحدث مع طلابي من مشاكل
							16 إن العمل بشكلي ما شرع الناس يسيرون بي إلى ضغوط شديدة
							17 أستطيع بسهولة خلق جو نفسي مريح مع طلابي
							18 أشعر بالسعادة والراحة بعد انتهاء العمل مع طلابي
							19 أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة وأهمية في ممارستي لهذه المهنة
							20 أشعر وكأنني أشرف على النهاية نتيجة ممارستي لهذه المهنة
							21 أتعامل بكل هدوء مع المشاكلي لأنفعالية والعاطفية في أثناء ممارستي لهذه المهنة
							22 أشعر أنا الطلبة يلومونني عن بعض مشاكليهم

استقصاء آراء معلمي مرحلة التعليم الابتدائي حول إمكانية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين (الإعاقة السمعية نموذجا)

أ.حمودة مريم
طالبة دكتوراه
جامعة مُجَدَّ خيضر بسكرة

أ.بن زروال رانية
طالبة دكتوراه
جامعة الحاج لخضر باتنة 1

المقدمة :

يعد موضوع دمج المعاقين في المدارس العادية من الموضوعات الهامة و القضايا التي حظيت باهتمام الكثير من العلماء و المهتمين في كافة أنحاء العالم وعلى مستويات مختلفة وذلك انطلاقا من القاعدة الأساسية التي تنادي بأن الديمقراطية تقتض أن جميع الأفراد داخل مجتمع من المجتمعات هم متساوون بالحقوق و الواجبات .

ومن المسلم به أن التعليم هو حق من حقوق الإنسان التي كفلتها كافة القوانين و الشرائع ، وأقرتها و اعترفت بها كافة الدول العربية و الأجنبية بغض النظر عن مواهب و قدرات و إمكانات هذا الفرد.ولذلك يعتبر الدمج من القضايا التي تطرحها كافة الدول من منطلق أن ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن توفر لهم مقاعد دراسية في المدارس العادية أسوة بغيرهم من الطلبة الأسياء. (مصلح غانم ، 2015، ص258) وعليه فإن الدمج التعليمي هو إتاحة الفرص للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة البسيطة لتلقي التعليم مع الطلبة العاديين إلى أقصى درجة ممكنة ، وهذا يعني مشاركتهم في الأنشطة التعليمية التي يستطيعون تأديتها بنجاح ، وإذا لم يكن أولئك الطلبة قادرين على هذه المشاركة بسبب افتقارهم إلى المهارات الأكاديمية اللازمة ، فمن الممكن بذل الجهود لدمجهم في الأنشطة غير الأكاديمية مثل :التربية البدنية و فترات الاستراحة ، وبعض الموضوعات و الأنشطة الدراسية الخاصة.علما بأن المعاقين بدرجة بسيطة هم أكثر تأثرا و استفادة من أسلوب الدمج ، وهم ما يطلق عليهم ببطيئوا التعلم ،ضعاف السمع ،ضعاف البصر ،ومن صعوبات التعلم أو مشكلات سلوكية بسيطة أو متعددي الإعاقات البسيطة ، وهم الفئات الخاصة التي لا تلقى العناية و الرعاية التربوية المناسبة.وفي هذا الصدد يرى مادن (Madden) وسلانين(Slanin) أن الدمج يعني ضرورة أن يقضي المعاقون أطول وقت ممكن في المدارس العادية مع تزويدهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر .

وتعدّ عملية التعرف على وجهات نظر المعلمين و تصوراتهم نحو الدمج وما يثير قلقهم حول تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية أمرا مهما ، لأن للمعلم دورا حاسما في نجاح إدماج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في الصف العادي ، و بالتالي فإن المعلم يعد المحفز الأكثر تأثيرا في التفاعل الاجتماعي و الانجاز لدى هؤلاء الطلبة داخل غرفة الصف .(الدبابة ، الحسن ، 2009: 1-2)

مشكلة الدراسة :

نالت مشكلة الإعاقة السمعية عند الأطفال اهتماما كبيرا في العقود الأخيرة ، فالدمج من الأساليب التربوية الجيدة التي تساعد المعاقين عقليا على اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل و التواصل الاجتماعي السوي مع أسرهم و بيئاتهم الاجتماعية و أقرانهم من العاديين ، فالطفل المعاق عندما يشترك في فصل دراسي مع أقرانه العاديين و يلاقي الترحيب و القبول من الآخرين فإن ذلك يعطيه الشعور بالثقة في النفس و بقيمته في الحياة و يدرك قدراته و إمكاناته في وقت مبكر .

ويعتبر عملية الدمج وسيلة هامة من وسائل تربية الأطفال المعاقين ، حيث يساعد في التغلب على العديد من المشكلات النفسية و السلوكية و الاجتماعية ، كما تؤدي الى اكتساب المعاق السلوك الاجتماعي المطلوب و يعمل على التخلص من العديد من السلوكيات الخاطئة .

حيث أشار (السرطاوي ، 2000) أن الدمج في مرحلة مبكرة يجنب الطفل المشكلات الناجمة عن اختلاف البيئات في العزل في المدرسة والدمج الطبيعي في الحياة الأسرية و الاجتماعية لتجنب ظهور سلوكيات غير مرغوبة بسبب العزلة ، وتعديل سلوك غير مرغوب فيه قبل ان يتفاقم (شوقي الشهابي ، 2013: 3) غير أن اتجاهات المعلمين نحو دمج المعاقين سمعيا في المدارس العادية تلعب دورا أساسيا في نجاح أو فشل برامج الدمج وذلك لأن المعلمين الذين يؤمنون بتدني قدرات و مهارات المعاقين تكون اتجاهاتهم نحو المعاق بشكل عام سلبية (التجار ، 2014: 3)

كما أن اتجاهات المعلمين نحو عملية دمج المعاقين في المدارس العادية تتأثر بالعديد من العوامل المختلفة مثل :طبيعة الإعاقة وحدتها لدى المتعلم ،ونوعية التدريب الذي تلقاه المعلم ،بالإضافة إلى مدى توفر المصادر البشرية و المادية اللازمة لتنفيذ عملية الدمج ، ومنه جاءت ورفقتنا البحثية لمعرفة اتجاهات المعلمين نحو عملية دمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس العادية و ذلك من خلال الإجابة على التساؤل الرئيسي وهو :ما هي وجهات نظر معلمي المرحلة الابتدائية نحو الدمج ذوي الإعاقة السمعية في المؤسسات التعليمية العادية ؟

التساؤلات الفرعية :

— هل تختلف وجهات نظر معلمي التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية نحو الدمج باختلاف المرحلة التدريسية (ابتدائي /إكمالي)؟

— هل تختلف وجهات نظر معلمي التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية نحو الدمج باختلاف مكان التدريس (مركز المعاقين سمعيا /المدارس العادية)؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى :

— التعرف على وجهات نظر معلمي المرحلة الابتدائية حول دمج ذوي الإعاقة السمعية في المؤسسات التعليمية العادية .

— التحقق من دلالة الفروق الإحصائية في تقديرات المعلمين حول دمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس العادية باختلاف المرحلة التدريسية (ابتدائي /إكمالي)

— التحقق من دلالة الفروق الإحصائية في تقديرات المعلمين حول دمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس العادية باختلاف مكان التدريس (مركز المعاقين سمعيا /المدارس العادية).

— كما هدفت الدراسة إلى الوصول إلى توصيات خاصة بدمج المعاقين سمعيا في المدارس العادية .

أهمية الدراسة

— تعدُّ أهمية الدراسة الحالية محاولة لاستقصاء آراء المعلمين حول دمج ذوي الإعاقات السمعية في المؤسسات العادية ،باعتبارها من القضايا الهامة لتطوير عملية التوجه نحو إلحاق الطلبة ذوي

الإعاقة السمعية في المدارس العادية، فعدم تقدير وجهات النظر هذه وفهمها بالشكل الملائم و الصحيح ربما يؤثر سلبا على نجاح عملية التعلم و التعليم في الصف العادي.

ولعل ما يؤكد أهمية الدراسة الحالية من الناحية النظرية —حسب علم الباحثان- هو تفردها بدراسة وجهات نظر معلمي تلاميذ ذوي الإعاقة السمعية(زارعي القوقعة) في المدارس العادية وفي مدارس الصم اتجاه دمج هؤلاء التلاميذ في المدارس العادية باختلاف عدد من المتغيرات منها: المستوى الدراسي، مكان التدريس..

تحديد مفاهيم الدراسة:

معلم المرحلة الابتدائية: هو الشخص المعين رسميا من وزارة التربية والتعليم وظيفه معلم ،ويدرس إحدى صفوف الابتدائية و هو المسئول المباشر عن تنفيذ البرامج التعليمية .

الدمج: مفهوم يفيد خدمة المعوقين سمعيا ببرنامج دراسي عادي ،مع تزويدهم بعاملين متخصصين و إضافة إلى الخدمات المساعدة بدل من وضع الأطفال في فصول خاصة مستقلة بهم ،وكذلك شعور الفرد المدمج بانتمائه إلى الجماعة المدمج فيها ،إذا هي عملية إرادية تهدف خلق تناسق وتكامل الجماعة لدرجة الانسجام .ما تقصد به في هذه الدراسة عملية مشاركة تلاميذ العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين سمعيا وهم زارعي القوقعة) في بيئة صافية داعمة واحدة وتلبية احتياجات الجميع التربوية والاجتماعية بما يتناسب مع قدراتهم و إمكاناتهم.

الإعاقة السمعية: (ضعف السمع) هي قصور في السمع وهي حاله تجعل المعاق غير قادر على التواصل السمعي وبالتالي لا يستطيع أن يتواصل لفظيا.

المؤسسات العادية: هي تلك المؤسسات التي تقدم برامج التعليم الرسمي من وزارة التربية و التعليم و الذي يتلقاه التلميذ من السادسة إلى غاية الثامنة عشر ،فيتعهد بالرعاية الروحية و الجسمية و الانفعالية والاجتماعية ،على نحو يتفق مع طبيعة الطفل والمجتمع الذي يعيش فيه .

الدراسات السابقة :

لقد تزايد الاهتمام في الفترة الأخيرة بالأفراد ذوي الإعاقات بشكل عام ،المعاقين سمعيا بشكل خاص حيث ازداد عدد الدراسات التي اهتمت بدمج ذوي الإعاقات ومن هذه الدراسات :

١-دراسة السرتاوي(1995) التي هدفت إلى التعرف على اتجاهات المعلمين والطلاب الجامعة نحو دمج الأطفال المعاقين ،وأیضا معرفة فئات الإعاقة التي يمكن تقبلها في الصفوف العادية ،وشملت عينة الدراسة على معلمين من وزارة المعارف طلاب كلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض بلغت (627) مدرسا وطالبا ،وتوصلت هذه الدراسة إلى معارضة الدمج من الطلاب والمعلمين العاديين ،بينما كانت اتجاهات المتخصصين في التربية الخاصة كانت اتجاهات ايجابية . كما أشارت الدراسة إلى تأييد عينة الدراسة لدمج الطلاب ذوي الإعاقات البسيطة ومعارضة دمج الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة

2- وفي دراسة استطلاعيه قام بها الخطيب(1997) لقياس الاتجاهات نحو دمج الطلاب ذوي الإعاقات في المدارس العادية في دولة الإمارات العربية المتحدة ، حيث تم جمع معلومات موضوعيه عن انطباق المعلمين والمعلمات حول دمج الطلاب ذوي الإعاقات في المدارس العادية من خلال استمارة أعدت خصيصا لهذا الغرض حيث تم تطبيقها على (110) من معلمي ومعلمات لصفوف الدراسية العادية من مدارس تمارس الدمج من خلال الفصول الخاصة او غرف المصادر في الإمارات (75) من معلمي ومعلمات الأردن .وقد أظهرت نتائج الدراسة ان الغالبية العظمى من المعلمين والمعلمات تعارض مفهوم الدمج ،وانه غير مفيد سواء بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات او الطلاب العاديين. كما أظهرت نتائج هذه

الدراسة كذلك اتجاهات المعلمين والمعلمات في دولة الإمارات كانت أكثر سلبية من اتجاهات المعلمين والمعلمات في الأردن .

3-وقام ستيفن وآخرون (2000) بدراسة إجرائية للتعرف على اتجاهات المعلمين في الدول النامية (إفريقيا ،أمريكا اللاتينية ،وآسيا) نحو المعاقين سمعيا. وتكونت عينه الدراسة من (357) معلم من الدول النامية وتم مقارنتهم بـ (107) معلمه من أوروبا الغربية ،وتوصلت هذه الدراسة إلى أهمية الإعداد المسبق لعملية الدمج. كانت اتجاهات المعلمين سالبة نقص المعلومات عن المعاقين سمعيا وهذه النتيجة تعتبر من أهم العوامل التي أدت إلى تكوين اتجاهات سالبة لدى المعلمين نحو المعاقين سمعيا ،وتوصلت أيضا إلى أهمية إعداد المعاقين دمجهم في المدارس.

I. الإطار النظري للدراسة :

أولا:الدمج:

1/ تعريف الدمج :

يعرفه طلعت منصور على أن الدمج حاله تهيئ أو الاستعداد عام لدى المربين والمعلمين والعاملين مع المعوقين ،ولدى الوالدين والمجتمع عامة بتوفيق تعلم للأطفال المعوقين داخل البيئة المهيأ لكل الأطفال الآخرين في المدرسة العادية.

وبرى هجرتي وآخرون أن الدمج هو تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية حيث يتم تزويدها في بيئة طبيعية تضم الأطفال العاديين وبذلك يتخلصوا من عزلتهم عن المجتمع . (جبوري ،2016:ص22-23)

2/أشكال الدمج :

حدد تقرير وارنوك (warnock 1978)4أشكال للدمج هي :

1-الدمج المكاني: يقصد به إنشاء فصول خاصة ملحق بالرياض العامة العادية ،حيث يرتاح الطلبة المعوقون مع الطلب العاديين في بناء الروضة لكن في الفصول الخاصة بهم ،ويتلقى الأطفال المعوقون لبعض الوقت برامج تعليمية مدارس التربية الخاصة ،وبرامج تعليمية مشتركة مع أقرانهم الأسوياء في قاعات النشاط العادية .

2- الدمج الأكاديمي يقصد به التحاق الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في الفصول العادية طوال الوقت ،حيث يتلقون برامج تعليمية مشتركة ،ويشترط هذا النوع من الدمج توافر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاحه ،ومنها مدرس التربية الخاصة الذي يعمل جنبا الى جنب مع المدرس العادي في قاعات النشاط التغلب على الصعوبات التي تواجه المعوقين في الفصل مثل الاتجاهات الاجتماعية و إجراء الامتحانات وتصحيحها وتوفير الوسائل التعليمية الملائمة.

3-الدمج الوظيفي: ويتطلب هذا النوع أن يشارك الأطفال المعوقون في البرامج التعليمية نفسها مع الأطفال العاديين لبعض الوقت ،ثم يتم سحب هؤلاء الأطفال من قاعات النشاط العادية حيث يتلقون نوعا من التعليم الفردي المتخصص او المساعدة من معلم متخصص.

4- الدمج الاجتماعي:ويقصد به مشاركة الأطفال المعوقين للأطفال الأسوياء في الخدمات والتسهيلات و الأنشطة الرياضية والاجتماعية وغيرها مما يمارس في الروضة زيادة فرص التفاعل الاجتماعي(منصور، عواد، 2012،:312-313)

3//إيجابيات وسلبيات الدمج :

١- إيجابيات الدمج

- يعمل على التقليل من الفروق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال .
- يخلص الأطفال وأسرتهم من الوصية التي تلحق بهم نتيجة العجز .
- يساعد على تحقيق ذواتهم ويزيد من دافعيتهم نحو التعلم .
- على تحقيق وتقديم بعض المشكلات النفسية والاجتماعية والتعليمية بصورة واسعة وفعالة.
- يعمل على تخفيض الكلفة الاقتصادية التي تتطلبها خدمات التربية الخاصة في المؤسسات والمراكز الخاصة.

٢. سلبيات الدمج- .

- من الممكن ان يؤدي الى زيادة الفروق والبعد بين الأطفال المعاقين الأطفال العاديين في المدرسة خصوصا اذا عدنا التحصيل العلمي الاكاديمي معيار الاساسي للحكم على مدى نجاح او فشل العملية .
- من الممكن ان تؤدي الى حرمانهم من الاهتمام الفردي الخاص الذي يحظى به كل طفل في مراكز التربية الخاصة- .تؤدي الى عزلة الطفل المعوق من المجتمع المدرسي خاصة اذا طبقت فكرة الصفوف الخاصة ، الأمر الذي يتطلب ايجاد برامج لا منهجية مشتركة بين الطلاب المعاقين والعاديين وذلك من اجل تحقيق هذه العزلة
- في بعض الاحيان يساعد الدمج على اثبات وتدعيم فكره الفشل التي يشربها الأطفال المتخلفين مما يؤثر على مستوى الدافعية لديهم للتعلم والتحصيل وهذا بدوره يعمل على تدعيم مفهومهم السلبي عن ذواتهم وخصوصا عندما تكون المتطلبات المدرسية اعلى من مستوي امكانيات الأطفال .(عبد الرحيم نصر الله ،2008 : 205-217).

ثانيا :الاعاقة السمعية :

1/ مفهوم الاعاقة السمعية :

- يعرف مجدي عزيز الاعاقة السمعية بأنها :وجود مشكلات تحول دون أن يقوم الجهاز السمعى عند الفرد بوظائفه الكاملة ، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة .
- وتتراوح الاعاقة السمعية في شدتها من الدرجة البسيطة و المتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي الى درجات شديدة جدا والتي ينتج عنها الصمم (جبوري أم جلالى ، 2016 : 38)
- ويمكن تعريفها أيضا بأنها :تلك الحالة التي يعاني منها الفرد من نقص في القدرات السمعية ،وتكون غير كافية لتمكينه من تعلم استعمال لغته و المشاركة في الأنشطة العادية لمتابعة التعليم العام مدرسيا وتصيب الأذن أو في إحدى تراكيبها فتكون اعاقه ميكانيكية السمع ،لهذا يفقد الانسان القدرة على اسماع الأصوات المحيطة به كليا أو جزئيا نتيجة عوامل وراثية أو خلفية أو بيئية مما يترتب من جرائها آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنين معا (نيسان ، 2009 : 12).

2/ تصنيفات الإعاقة السمعية:

قدم العلماء والمختصين العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية تمثلت في مايلي:

أولا :تصنيف حسب طبيعة الإعاقة:

- 1.فقدان السمع التوصيلي:ينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو الأذن الوسطى على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الخارجية رغم سلامتها ،و عليه يجد صعوبة أكبر في سماع

الأصوات المنخفضة بينما يواجه صعوبة أقل في سماع الأصوات المرتفعة ، لذلك لا يتجاوز فقدان السمع الناتج عن 60 ديسبل .(الزريقات ، 2009 :144)

2.فقدان السمع الحسي العصبي (الصمم الإدراكي) :ينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي و على الرغم من أن موجات الصوت تصل إلى الأذن الداخلية وتحولها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة قد لا يتم على نحو ملائم ، و لا يتم نقلها إلى الدماغ بشكل تام ،ولا يؤثر فقدان السمع الحسي العصبي على قدرات سماع الأصوات فقط بل على فهمها أيضا ،فالأصوات المسموعة تتعرض إلى تشويه يحول دون فهمها ،بمعنى لا تكون المشكلة في توصيل الصوت بل في عملية تحليله و تفسيره وهذه الحالة تتجاوز 70 ديسبل .

3.الفقدان السمعي المختلط :يجمع هذا النوع بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية الحس عصبية وفي هذا الاضطراب لا تسير الموجات الصوتية بشكل عادي وهي في طريقها للأذن الداخلية وعندما تصل الاهتزازات إلى الأذن الداخلية لا يتم التقاطها وإرسالها للدماغ ،وقد يسمع المصابون بهذا النوع من الصمم أصواتا متقطعة مشوهة ،كما يعانون من صعوبات في مستوى الصوت.(الزريقات ، 2009 :144)

4.الفقدان السمعي المركزي :يحدث بسبب ضرر في العصب السمعي أو في المراكز العصبية ،فالعصب السمعي قد لا يستطيع إرسال الموجات الكهربائية إلى الدماغ ، أو أن المراكز السمعية في الفص الصدغي للدماغ لا تستلم الإشارات بشكل صحيح ،وهنا تكون سبب فقدان السمع هو مشكلة على طول المهر من الأذن الداخلية إلى المنطقة السمعية في الدماغ ،وينتج عنه إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ بأي نوع من الأورام .(الزريقات ، 2009 :145)

ثانيا :تصنيف حسب عمر الإصابة :

1*الصمم قبل اللغوي :يحدث هذا النوع من الصمم قبل مرحلة اكتساب اللغة (قبل عمر 3 سنوات)وتعود أسباب هذا الاضطراب إلى مشاكل جينية أو وراثية ،أو مشاكل أثناء الحمل ،وفي هذه الحالة تتأثر قدرة الطفل على النطق والكلام ،لأنه لم يسمع اللغة المحكية بالشكل الذي يساعده على اكتسابها وتعلمها .

2*الصمم بعد اللغوي :يظهر هذا النوع من الصمم في مرحلة عمرية بعد تطور اللغة وهذه الفئة من الأفراد قادرون على الكلام لأن الإصابة تحدث بعد تطور اللغة لديهم .

ثالثا :تصنيف حسب درجة الإصابة:

1.سمع عادي أو قريب من العادي :تكون العتبة السمعية أقل من 20 ديسبل ،الطفل في هذه الحالة ليس لديه صعوبة في إدراك الكلام لكن يمكن أن تكون لديه بعض الاضطرابات النطقية .

2.عجز سمعي خفيف :العتبة السمعية تكون ما بين 20 و40 ديسبل هناك صعوبة في إدراك أصوات الكلام كما أن الصوت الضعيف أو البعيد يكون غير مسموع إضافة إلى أن الطفل لا ينتبه ،لكن التأهيل و التجهيز السمعي يساعدان الطفل على التعويض .

3.عجز سمعي بسيط :تكون العتبة السمعية ما بين 40 و 70 ديسبل يجب أن يكون الصوت قوي نوعا ما حتى يدركه الطفل بصفة مناسبة في هذه الحالة عادة ما يظهر التأخر اللغوي و الاضطرابات النطقية كنتيجة لهذا العجز .

4.عجز سمعي حاد :العتبة السمعية في هذه الحالة تتراوح بين 70 و 90 ديسبل ،لا يدرك لطفل إلا الصوت القوي فإذا كان الوسط العائلي منتبها ،فيمكن أن تنمو لدى الطفل لغة و إلا يصل إلى سن 4 أو 5 سنوات دون أن يتكلم أو يعرف الكلام .(الزريقات ، 2009 : 146)

- 5.عجز سمعي عميق: تكون العتبة السمعية أكبر من 90 ديسبل ،هذا العجز يتطلب إعادة التأهيل المناسبة وإلا أصبح الطفل أبكمًا ،فهو في هذه الحالة لا يدرك الصوت القوي جدا والقريب من أذنه.
- 6.الصمم الكلي:وهي حالة استثنائية أين هناك غياب كلي و تام لحاسة السمع.(الزريقات ، 2009 : 147)

3/ العوامل المسببة للإعاقة السمعية:

يرتكز تشخيص حالات فقدان السمع على أساسا على معرفة الأسباب المؤدية إلى هذه الإصابة حيث ترجع الإعاقة السمعية إلى مجموعة من العوامل المسببة بعضها وراثي أو جيني والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات مكتسبة ،و يمكن بوجه عام تصنيف الأسباب التي تؤدي للإعاقة السمعية إلى مايلي:

الأسباب الجينية: تحدث حالات الإعاقة السمعية ذات الأصول الجينية نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة ،ويتضمن هذا النوع من الصمم الوراثي فقدان السمع بدرجة حادة ،ويكون غير قابل للعلاج وكذلك فإن هذه الحالات تكون مزدوجة (أي تصيب الأذنين) و تشمل عيوبًا جسمية - عصبية في نفس الوقت تسبب تلف الخلايا الشعرية القوقعية الخاصة بالسمع أو إصابة العصب السمعي ،ويمكن تحديد بعض من هذه العيوب في :

1. الأطفال الذين يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ لعظام الأذن الوسطى تكون نتيجة عوامل وراثية إلا أن حالات عدم التكوين الصحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بأساليب جراحية

2. زملة أعراض تريتشر TREACHER'S SYNDROME و تتضمن أعراضها المتزامنة صغر حجم أذن الطفل و اتساع الفم و خلل في تكوين الأسنان و ارتجاع خلقي للذقن ،وبعض العيوب الخلقية في عظام الوجه.

3. زملة أعراض واردنبرج WAARDENBUG'S SYNDROM و تتضمن أعراضها المتزامنة وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس و تلوين العينين بلونين مختلفين ،وبروز الأنف وخاصة من ناحية الوجنتين و تقوس الشفاه .(قرشم و عبد السميع مجد ، 2004 : 24)

كما توجد عوامل جينية أخرى غير وراثية تحدث أثناء الحمل كتسمم الحمل ،النزيف الذي يحدث قبل الولادة ،أمراض تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية ،و الالتهابات التي تصيب الغدة النكفية والزهري وتناول الأم الحامل لبعض العقاقير الطبية مما يؤثر على تكوين الجهاز السمعي عند الجنين و هناك أيضا عوامل تحدث عند الولادة وتشمل الولادة التي تطول مدتها أو الولادة المتعثرة وعدم وصول الأوكسجين إلى مخ الجنين.

ب- الأسباب المكتسبة: وتتمثل فيما يلي:

1.استخدام العقاقير الطبية: هناك بعض العقاقير التي يترتب على استخدامها وجود إعاقة في السمع سواء عند الجنين أو عند الطفل حديث الولادة أو حتى عند الشخص الراشد ،ومن أهم هذه العقاقير MEOMYCIN و KANOMYCIN ، وكذلك عقار STREPTOMYCIN ،وبعض العقاقير الأخرى من مجموعة " MYCIN " قد تسبب إصابة الخلايا القوقعية في الأذن بالتلف على أن الأفراد يختلفون عن بعضهم البعض في درجة تأثرهم بالعقاقير المختلفة.

2.أمراض تصيب الأذن الداخلية:ومن بينها التهاب السحائي والجذري الكاذب ،البكتيريا السبحية STREPTOCUS ،و البكتيريا العضوية و التهابات الغدد النكفية و الحصبة و الأنفلونزا ،ففي مثل هذه الحالات يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي المخي.

3. أمراض تصيب الأذن الوسطى: لعل من أهم الأمراض التي تصيب الأذن الوسطى الالتهاب السحائي المخي ففي هذه الحالة يتواجد سائل (صديد) في الأذن الوسطى بسبب انسداد قناة أستاكيوس ،مما يترتب عليه ضغط سلبي في الأذن الوسطى ،ومن الأعراض الملحوظة في مثل هذه الحالات :إفراز صديد في الأذن الوسطى وينتج عن إصابة الأذن الخارجية بثقب نتيجة مؤثر خارجي كآلة حادة . (قرشم و عبد السميع مُجد ، 2004: 25-26)

أو نتيجة التهاب الأذن الوسطى ،الالتهاب السحائي المزمن الذي يؤدي إلى تلف الأذن تماما ،ورم الأذن الوسطى اللؤلؤي ،بالإضافة إلى تأثر سمع الطفل نتيجة تراكم مادة الصماغ أو نتيجة تجمع أشياء غريبة في القناة السمعية .(قرشم و عبد السميع مُجد ، 2004: 26)

II. الإجراءات المنهجية للدراسة :

منهج الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة ،والمتمثلة في الإجابة عن تساؤلاتها ،تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الأنسب لطبيعة الدراسة الحالية و أهدافها ،وذلك من خلال جمع البيانات باستخدام الأداة التي طبقت لتحقيق هذه الغاية.

عينة الدراسة: تكوّنت عينة الدراسة من المعلمين الذين يدرسون تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية (زارعي القوقعة) في المدارس العادية من المرحلة الابتدائية حتى المتوسطة ومركز المعاقين سمعياً للعام الدراسي 2017/2018 بولاية بسكرة ،والذين بلغ عددهم الاجمالي (30) معلماً ومعلمة .

أداة الدراسة: تمثّلت أداة الدراسة مقياس اتجاهات الدمج من اعداد الدبابة خلود وسهي الحسن ،والذي ضم مجموعة من السمات و الرؤى التي تعبر عن وجهات نظر المعلمين لعملية دمج التلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المدارس العادية ،والذي يتكوّن من (48) فقرة مدرجة على سلم خماسي (أوفق بشدة -أوافق - محايد -لا أوافق -لا أوافق بشدة)بتدرج من (1-5) بحيث تشكل القيمة (3) منتصف هذا المقياس ،فقد تم اعتبار متوسط الدرجات الذي يتراوح بين (2.5-3.49) تقريبا كمنطقة تمثل الدرجة المتوسطة على المقياس ،وهكذا تم تحديد فئتين أقل من هذه الفئة و فئتين أعلى من هذه الفئة وهي على النحو التالي:

أ.(01-4-5) درجة تمثل وجهات نظر ايجابية جدا

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
1	تعد الأنشطة الصفية التي تنفذ مع الطلبة العاديين مناسبة للطلبة ذوي الاعاقات السمعية	3.99	1.01	ايجابية
2	يعطى للطلاب ذوي الاعاقة السمعية الفرص للأداء في الصف العادي	3.94	0.89	ايجابية
3	يؤثر الانتباه الزائد المطلوب للطلاب ذي الاعاقة السمعية على الطلبة الآخرين سلبيا	3.76	0.92	ايجابية
4	يحث دمج الطلبة ذوي الاعاقات السمعية على بناء استقلالياتهم الاجتماعية	3.54	0.78	ايجابية

5	يؤدي الدمج لتطوير علاقات ايجابية بين المعلمين العاديين ومعلمي التربية الخاصة	3.76	0.92	ايجابية
6	يطور الدمج للطلبة ذوي الاعاقة السمعية احساس بالانتماء الى المجتمع الغير متجانس	3.76	0.92	ايجابية
7	يشجع الدمج المدارس على تقدير التنوع	3.83	0.91	ايجابية
8	يسهم الدمج في احترام الحقوق المدنية لجميع الأفراد	4.02	0.91	ايجابية جدا
9	يشجع وجود طفل ذي الاعاقة السمعية في الصف على التطوير الأكاديمي له	3.76	0.92	ايجابية
10	يزود الطلبة ذوي الاعاقة السمعية بنفس الفرص المتاحة للطلبة العاديين في الصف العادي	3.33	0.87	محايدة
11	لدمج تأثيرات سلبية على الطلبة العاديين	2.54	0.78	محايدة
12	وضع الطالب ذي الاعاقة السمعية يعزله اجتماعيا عن الطلبة الآخرين عندما يوضع في صف خاص	3.83	0.91	ايجابية
13	لا يمتلك المعلمين القدرة على تعليم الأطفال ذوي الاعاقة السمعية	2.94	0.89	محايدة
14	يوفر الدمج بيئة مثيرة لنمو وتعلم الطلبة ذوي الاعاقة السمعية	3.33	0.87	محايدة
15	يتيح الدمج الفرص لتفهم الآخر	3.33	0.87	محايدة
16	يدعم الدمج القيم الاجتماعية للمساواة	3.83	0.91	ايجابية
17	لا يتقن الطفل ذوي الاعاقة السمعية المهارات الأكاديمية اللازمة للتعلم في الصف العادي	3.85	0.88	ايجابية
18	لا يتكيف الطالب ذوي الاعاقة السمعية مع أقرانه العاديين	3.76	0.92	ايجابية
19	يساعد الدمج الطلبة على زيادة التقبل للتنوع بينهم	2.54	0.78	محايدة
20	يحرر الالتحاق الطالب ذي الاعاقة السمعية في الصف العادي من التمييز الاجتماعي والاقتصادي	3.96	0.85	ايجابية
21	أوصي باستخدام غرف المصادر للأطفال ذوي الاعاقة	3.96	0.85	ايجابية

			السمعية	
22	يطوّر الدمج مهارات التعاطف مع الطلبة ذوي الاعاقة السمعية	3.96	0.85	اجيائية
23	يعلم الدمج مهارات التعاون بين أفراد المجتمع	4.17	0.76	اجيائية جدا
24	يؤثر وضع الأطفال ذي الاعاقة السمعية في الصفوف العادية على البرنامج الدراسي ككل	4.04	0.81	اجيائية جدا
25	لدمج تأثير سلبي على التطور الانفعالي للطالب ذي الحاجات الخاصة	3.62	0.94	اجيائية
26	من الضروري اشراك أولياء الأمور الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في عملية تعليمهم في المدارس العادية	3.72	0.87	اجيائية

ب.(3.5-4) درجة تمثل وجهات نظر ايجابية جدا
ج.(2.5-3.49) درجة تمثل وجهات نظر محايدة
د.(1.75-2.49) درجة تمثل وجهات نظر سلبية

27	يزيد برنامج الدمج من الهوية الاجتماعية بين ذوي الاعاقة السمعية و العاديين	2.72	1.22	محايدة
28	يرسخ الدمج الامن الاجتماعي بين أفراد المجتمع	3.99	1.01	اجيائية
29	تلبي المدرسة العادية رغبات ذوي الحاجات الخاصة و ميولهم	2.53	1.11	محايدة
30	يقيّد وجود الطالب ذي الاعاقة السمعية في الصف الخاص مشاركته في الأنشطة كالرياضة المتاحة للطلبة في الصف العادي	2.39	0.87	سلبية
31	يصعب الحفاظ على النظام في الصف الذي يحتوي على طالب ذي الحاجات الخاصة	3.41	1.12	محايدة
32	يسمح الدمج بتطوير علاقات صداقة بين ذوي الاعاقة السمعية و العاديين	3.54	0.78	اجيائية
33	أوصي باستخدام الصف الخاص للطلبة ذوي الاعاقة السمعية	2.34	0.99	سلبية

34	يعتبر الصف الخاص أكثر فعالية للطفل ذي الإعاقة السمعية من وجوده في الصف العادي	2.53	1.11	محايدة
35	يساعد الدمج المعلمين على تقدير الفروق الفردية	3.33	0.87	إيجابية
36	يقدم الدمج للأطفال نموذجا مصغرا عن مجتمع الديمقراطي	3.88	0.86	إيجابية
37	يزود الصف الخاص الطالب ذي الإعاقة السمعية بالخدمات التعليمية على نحو كافي لذا لا حاجة للدمج	2.76	1.005	محايدة
38	يعد سلوك الطالب ذي الإعاقة السمعية نموذجا سيئا للطلبة الآخرين	3.62	0.94	إيجابية
39	يساعد برنامج دمج الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على زيادة رضاهم عن أنفسهم	2.67	1.18	محايدة
40	ينفذ تعليم الطلبة ذوي الإعاقة السمعية بشكل أفضل من قبل معلم التربية الخاصة	2.67	1.18	محايدة
41	يطور الدمج مهارات المعلم على التعامل مع التحديات التي تواجه الطالب ذي الإعاقة السمعية	3.2	1.17	محايدة
42	الاتحاق الطالب ذي الحاجات الخاصة في الصف العادي يساعد المعلم على ادراك مواطن القوة لدى الطلبة ذوي القدرات المتباينة	2.79	1.27	محايدة
43	يطور الدمج الوعي لدى المعلمين بأهمية التعليم الفردي المباشر	2.93	1.16	محايدة
44	يفيد دمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة الطلبة العاديين	3.33	0.87	إيجابية
45	يسهم الدمج في تطوير قدرة المعلم على التعليم المبني على التعاون بدل التنافس	3.54	0.78	إيجابية
46	يقدم الدمج للأطفال نموذجا مصغرا على	3.33	0.87	إيجابية

			المجتمع الديمقراطي	
47	يؤكد الدمج على فردية الطالب	3.1	1.06	محايدة
48	يطور الدمج مهارات المعلم على العمل كعضو في فريق	3.85	0.88	إيجابية

هـ. (1.74-1) درجة تمثل وجهات نظر سلبية جدا

ولقد تم حساب الشروط السيكومترية للأداة بطريقة صدق المحكمين (Construct Validity) من خلال عرضها على (6) محكمين من ذوي الخبرة و الاختصاص من أعضاء هيئة التدريس من الجامعات الأردنية التالية (الجامعة الأردنية ، جامعة البلقاء التطبيقية ، و الجامعة الهاشمية) وعلى (10) معلمين من المدارس العادية و المراكز الصم ، بهدف الوقوف على آرائهم حول الأداة و مدى تحقيقها للأهداف المتوخاة منها ، ومدى دقة الفقرات و في ضوء الآراء المجتمعة تم حذف فقرتين بإجماع المحكمين على عدم ملائمتها أو لأنه كان هناك صعوبة في مقروئية الفقرة ، وبذلك أصبحت الأداة بصورتها النهائية تتكون من (48) فقرة . وتم التحقق من ثبات أداة الدراسة الحالية باستخدام معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha) وقد بلغت قيمة معامل الثبات الأداة (95.8) واعتبروها قيمة مقبولة لأغراض الدراسة .

وبطريقة إعادة الاختبار حيث جرى تطبيق الأداة لأول مرة على عينة استطلاعية مؤلفة من (100) معلما ومعلمة ، وبعد أسبوعين أعيد تطبيق الاستبانة على العينة نفسها ، وحسب معامل الارتباط بين التطبيقين فبلغ (0.88) حيث عدت الباحثان ما تحقق للمقياس بصورته النهائية من دلالات الصدق و الثبات كافيًا لأغراض الدراسة الحالية .

المعالجات الإحصائية المستخدمة :

- ❖ النسب المئوية .
- ❖ المتوسطات الحسابية .
- ❖ الانحرافات المعيارية

❖ عرض وتفسير نتائج الدراسة:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول وهو : ما هي وجهات نظر معلمي المرحلة الابتدائية نحو دمج ذوي الإعاقة السمعية في مؤسسات التعليم العادية ؟

و للإجابة على هذا السؤال حسب النسب المئوية و المتوسطات الحسابية لوجهات نظر أفراد عينة الدراسة والجدول رقم (1) يبين أبرز النتائج التي تم التوصل إليها فيما يتعلق بوجهات نظر معلمي المرحلة الابتدائية نحو دمج تلاميذ ذوي الإعاقة السمعية في مؤسسات التعليم العادية .

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لوجهات نظر معلمي المرحلة الابتدائية نحو دمج تلاميذ ذوي الإعاقة السمعية في مؤسسات التعليم العادية .

يتضح من الجدول رقم (1) أن وجهات نظر معلمي تلاميذ ذوي الإعاقة السمعية لعملية دمج هؤلاء الطلبة في المدارس العادية قد وزعت بين وجهات نظر (إيجابية جدا) و(إيجابية) و(محايدة) و(سلبية) و (سلبية جدا) حيث كانت وجهات نظر أفراد عينة الدراسة إيجابية على الفقرات

(1.2.3.4.5.6.7.12.16.17.18.20.21.22.25.26.28.32.35.36.38.44.45.46.48) أما الفقرات التي كانت تدل على نظر محايدة هي (9.10.11.13.14.15.19.27.29.31.34.37.39.40.41.42.43.47) وللإجابة على السؤال (2-3) الفرعيين تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة على أداة وجهات نظر معلمين لعملية دمج التلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المدارس العادية وذلك من خلال نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (2) يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لاستجابات معلمي تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية حول دمجهم في المدارس العادية وذلك تبعا لمتغير المرحلة التدريسية و مكان التدريس.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	مستوى المتغير	المتغيرات
0.64	3.72	12	ابتدائي	المرحلة التدريسية
1.42	3.4	18	اكهالي	
0.74	3.35	19	مدارس التعليم العادية	مكان التدريس
1.61	2.96	11	مركز المعاقين سمعيا	

يتضح من خلال ما هو موضح في الجدول أعلاه ان قيمة متوسط الدرجات الكلية لأفراد عينة الدراسة ضمن مرحلة التعليم الابتدائي نحو عملية دمج تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المدارس العادية بلغت (3.35) حيث تمثل وجهات نظر محايدة بالمقابل بلغ متوسط الدرجات الكلية لوجهات نظر أفراد عينة الدراسة الذين يدرسون تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المرحلة المتوسطة (الاكمالية) بلغت (2.96) حيث تمثل وجهات نظر محايدة نحو دمج تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المدارس العادية ومن الواضح ان متوسط الدرجات الكلية للمعلمين الذين يدرسون التلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المرحلة الابتدائية أكبر من متوسط الدرجات الكلية للمعلمين الذين يدرسون التلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المرحلة الاكمالية .

أما بالنسبة مكان التدريس وحسب ما هو موضح في الجدول السابق أن قيمة متوسط الدرجات الكلية لأفراد عينة الدراسة في المدارس العادية ضمن نظام الدمج نحو الدمج كانت محايدة ، إذ بلغت (3.72) بالمقابل بلغ متوسط درجات الكلية لأفراد عينة الدراسة في مركز المعاقين سمعيا نحو الدمج (3.4) حيث تمثل درجة محايدة أيضا .ومن الواضح ان متوسط الدرجات الكلية للمعلمين العاملين في المدارس العادية حول نظام الدمج أكبر من متوسط الدرجات الكلية للمعلمين العاملين في مراكز المعاقين سمعيا .

مناقشة نتائج الدراسة :

1/عني سؤال الدراسة الأول بمعرفة بوجهات نظر معلمي المرحلة الابتدائية نحو دمج تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في مؤسسات التعليم العادية حيث أظهر وجهات نظر المعلمين نحو عملية الدمج

بالمحايدة و الإيجابية نوعا ما لحصول معظم الفقرات (25) على وجهات نظر ايجابية للمعلمين ،و(18) فقرات على وجهات نظر امحايدة ،و(2) على وجهات نظر سلبية ،و(3) على وجهات نظر ايجابية جدا ويمكن تفسير ذلك بان عملية دمج التلاميذ ذوي الاعاقة السمعية على وجه الخصوص وهي عملية صعبة ومليئة بالتحديات ، وأن وجهات نظر المعلمين تتسم بالاختلاف و التباين ، وذلك حسب طبيعة الاعاقة وحدتها بحث أن هناك حاجة الى وجود الكثير من التسهيلات كالدعم الفني و المادي و المعنوي لضمان نجاح عملية الدمج وهذا ما يتفق مع دراسة شويم وفوجن (Schumm and Vaughan ,1992) التي بينت أن ردود فعل ووجهات نظر المعلمين نحو عملية الدمج تتسم بالاختلاف و التنوع نتيجة لنقص التدريب اللازم لكيفية التعامل مع هؤلاء الفئة (الدبابة ، الحسن ، 2009:12) في حين يمكن تفسير النظرة الايجابية لبعض المعلمين حول عملية دمج المعاقين سمعيا في المدارس العادية حيث أن هناك من المعلمين و المعلمات يحترمون ويقدرّون المعاق و يحرصون على تلبية حقوقه بنفس الدرجة مع التلميذ العادي وذلك من منطلق أنخ يتمتع بنفس الحقوق التي يتمتع بها أي تلميذ آخر دون مظهر من مظاهر التمييز .

2/ وعني السؤال الثاني والثالث الفرعيين بمعرفة وجهات نظر معلمي تلاميذ ذوي الاعاقة السمعية حول دمجهم في المدارس العادية وذلك تبعا لمتغير المرحلة التدريسية و مكان التدريس . حيث أظهرت النتائج أن متوسط الدرجات الكلية لأفراد عينة الدراسة العاملين في مرحلة التعليم الابتدائي نحو عملية دمج التلاميذ ذوي الاعاقة السمعية في المدارس العادية أكبر من متوسط الدرجات الكلية لأفراد عينة الدراسة العاملين في مرحلة التعليم الاكمامي .ويمكن أن نعزو ذلك الى المناهج الدراسية الخاصة بكل مرحلة حيث تزداد غنى بالمفردات اللغوية كلما تقدم التلاميذ في المرحلة الدراسية ، وبالتالي تزداد المناهج صعوبة ، هذا اضافة الى زيادة بعض المواد التي تدرس في المرحلة الاكمامية كالمواد العلمية الفيزياء و العلوم مما يستدعي لغة خاصة ودقيقة لتوصيل المعلومات وهذا ما يظهر قصورا في امكانية المعلم في توصيل المعلومات للتلاميذ ذوي الاعاقة السمعية كلما زادت المرحلة التدريسية ، وهذا ما يتفق مع دراسة كول و مكليسكي (Cole and Mcleskey 1997) التي أكدت أن معلمي المدارس الاساسية يميلون الى تكوين وجهات نظر و آراء أكثر ايجابية نحو الدمج مقارنة بمعلمي المدرسة الثانوية .

أما فيما يتعلق بمكان التدريس فقد أظهرت النتائج أن متوسط درجات الكلية لأفراد عينة الدراسة العاملين في المدارس العادية أكبر من متوسط درجات الكلية لأفراد عينة الدراسة العاملين في مراكز المعاقين سمعيا ،ويمكن تفسير ذلك أن معلمي التلاميذ ذوي الإعاقه السمعية في المدارس العادية أتاحت لهم الفرصة للإطلاع على هذه التجربة و الفوائد التي تعود على التلميذ ذي الإعاقه السمعية جراء هذه التجربة وهي دمجهم مع تلاميذ عاديين في المدارس العادية ذلك مقارنة بمعلمي مراكز المعاقين سمعيا الذين لم يختبروا عمليا عملية دمج هؤلاء التلاميذ(الدبابة ، الحسن ، 2009) ،ويمكن كذلك أن نفسر أن المعلمين العاملين في المدارس العادية مع تلاميذ ذوي الإعاقه السمعية لديهم الرغبة الفعلية في التعامل مع هؤلاء التلاميذ ، وأنهم اختاروا طبيعة عملهم ، أو أنهم لاحظوا تطوّر ملحوظ لهؤلاء التلاميذ من الناحية التحصيلية(الأكاديمية) أو الاجتماعية أو السلوكية جزاء دمجهم و احتكاكهم ببقية التلاميذ العاديين في المدرسة العادية ، هذا ما انعكس على وجهات نظرهم و تقبلهم لفكرة تعليم تلاميذ ذوي الإعاقه السمعية في المدرسة العادية .

التوصيات :

بناء على النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثان بما يلي

- تنظيم دورات تأهيل لمعلمي التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية بهدف تحسين اتجاهاتهم ووجهات نظرهم نحو الدمج .
 - إعداد معلمي المدارس العادية قبل تطبيق الدمج من خلال دورات أو محاضرات توضح خصائص التلاميذ من ذوي الإعاقات ،وكيفية التعامل معهم.
 - تهيئة البيئة المدرسية لتناسب حاجات التلاميذ المدمجين من وسائل تعليمية أو أجهزة مساعدة أو توفير البيئة الصفية المناسبة لطبيعة إعاقة التلميذ .
 - ضرورة تهيئة كافة المدارس العادية لتحسين عملية دمج المعاقين فيها وتذليل كافة الصعوبات والتي من الممكن أن تحول دون التحاقهم فيها.
- قائمة المراجع:**
- احمد عفت قرشم و مصطفى عبد السميع مُجد (2004) ،مهارات التدريس لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة (النظرية و التطبيق) ، ط1، مركز الكتاب للنشر ،القاهرة ،مصر
 - إبراهيم عبد الله فرح الزريقات (2009) ،الإعاقة السمعية (مبادئ التأهيل السمعي و الكلامي و التربوي) ، ط1 ، دار الفكر للنشر و التوزيع ،عمان ،الأردن
 - بتول مصلح غانم (2015)، وقع الخدمات التربوية المقدمة لطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس الحكومية الأساسية في مدينة حنين من وجهة نظر العاملين ،مجلة جامعة الأقصى(سلسلة العلوم الإنسانية) ،المجلد التاسع عشر ،العدد الأول .
 - خالدة نيسان (2009) ،الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي ،دار أسامة للنشر والتوزيع ،عمان الأردن
 - خلود الدبائنة ،سهى الحسن (2009)،دمج الطلبة ذوي الإعاقة السمعية في المدارس العادية من وجهة نظر المعلمين ،المجلة الأردنية في العلوم التربوية ،مجلد 5، عدد 1.
 - سامية أحمد شوقي الشهابي (2012-2013) ،الخصائص السلوكية لدى الأطفال العاديين و المعاقين عقليا في ضوء نظام الدمج ،رسالة ماجستير منشورة ،كلية رياض الأطفال ،جامعة القاهرة .
 - سميرة منصور، رجاء عواد (2012)، تصور مقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة رياض الأطفال في سورية في ضوء خبرة بعض الدول (دراسة مقارنة)،مجلة جامعة دمشق ،المجلد 28 ،العدد الأول.
 - صارة جبوري أم جلال (2015-2016) فعالية البرنامج الإرشادي للدمج المدرسي على دافعية التعلم لدى المعاقين سمعيا "دراسة شبه تجريبية بمدرسة ابن باديس سعيدة مذكرة ماستر منشورة ،قسم العلوم الاجتماعية و الإنسانية ،شعبة علم النفس ،جامعة الطاهر مولاي ،السعيدة.
 - عبد الله حسين النجار (2014) اتجاهات معلمي ومعلميات المرحلة الأساسية في مدارس التربية والتعليم / جنوب الخليل نحو دمج المعاقين سمعيا في مدارسهم من وجهة نظرهم ،جامعة القدس المفتوحة .

اضطرابات النمو العصبية بين النظري والتطبيقي (اضطراب طيف التوحد نموذجا).

د. ثابت اسماعيل
د. بزاوي نور الهدي
جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان الجزائر

مقدمة:

تعتبر ظاهرة ذوي الاحتياجات الخاصة من الظواهر المألوفة على مر العصور ، لا يكاد زمان يخلو منها ، وهي من القضايا المهمة التي يواجهها المجتمع ، وهي قضية ذات أبعاد مختلفة ومتنوعة وتشكل تحدياً كبيراً في المجتمع. ولذلك وجبت وفير الرعاية اللازمة لأفراد المعاقين لأنها تعتبر ضرورة اجتماعية وإنسانية وأخلاقية ، وذلك بمساعدتهم على الاستقلالية والاندماج في مجتمعهم ، ثم استثمار قدراتهم وإمكانياتهم لجعلهم أفراداً فعالين في المجتمع.

إنّ الاضطرابات العصبية النمائية هي مجموع من الاضطرابات التي تصيب الطفل في أولى مراحل نموه ، أيانها تظهر في وقت مبكر من نمو الطفل. فجلهذه الاضطرابات تظهر قبل التمدرس ، وهي تتميز بوجود قصور في نمو الطفل من جوانب مختلفة ومتعددة ، الاجتماعية منها والأكاديمية وكذا المهنية وغيرها. إن هذا العجز في النمو هو متنوع كما أنّه يختلف من اضطراب إلىآخر من حيث الدرجة فبعض الاضطرابات نجد عندهم لديهم قصور في الذكاء اما التوصل الاجتماعي غير متأثر كثيرا كاضطراب التخلف الذهني و البعض الآخر نجد لديهم قصور في الوظائف المعرفية ولكن الجانب الاجتماعي غير متأثر كثيرا مثل اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والبعض الآخر لديهم قصور في التوصل الاجتماعي أكثر من الجانب المعرفي مثل اضطراب طيف التوحد ، والذي يعتبر بين أهم وأصعب الاضطرابات النمائية العصبية التي تصيب الأطفال في المرحلة الأولى من نموه ، لها له من تأثير ليس فقط على الطفل المصاب به وإنما أيضا على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه ، وذلك لما يفرضه هذا الاضطراب على المصاب من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو إذ يحول دون تطور الجوانب التالية: التواصل ، اللغة ، التفاعل الاجتماعي ، الإدراك الحسي والانفعالي مما يُعيق عمليات النمو واكتساب المعرفة. (B. Roge ,2004 :39)

إنّ الحديث عن اضطراب التوحد هو الحديث عن إحدى الإعاقات الصعبة التي تؤثر على النمو ، وعلى طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها ، مما ينتج عنهما مشاكل في اتصال الفرد بمن حوله مع وجود اضطراب في اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي ، وهو من الاضطرابات التي عرفنا انتشارا هاما ومتزايدا في جميع المجتمعات رغم اختلاف العرق والجنس. ويعود الفضل في التعرف على التوحد والاهتمام به ليو كانر سنة 1943 Leo Kanner ، الذي قام بنشر دراسة وصفية لإحدى عشر طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تشابه مع أي اضطرابات عرفت آنذاك ، فاقترح مصطلح التوحد وسعى إلى تفسير هذا الاضطراب. كما يعدّ الطبيب النفسي -ليوكانر" LeoKanner" من بين الباحثين الأوائل الذين اهتموا باضطراب التوحد ، حيث قام بوصف سلوك مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد ، وذلك في دراسة له نشرها عام 1943 وأطلق على هؤلاء الأطفال اسم "التوحد الطفولي "نسبة للعزلة والانسحاب الاجتماعي ، مرجعا السبب في ذلك إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للأباء خلال عقدين من الزمن على أنّهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم(J.Fchossy,2003:7)

أما في بداية الثمانينات 1980 ركزت الأعمال والبحوث على التعرف على أنواع التوحد وشدة تأثيره على مراحل النمو ، بينما في 1990 ظهر الاهتمام بالعوامل الجينية وأثرها في التوحد إضافة إلى التشابه بين التوحد والأنماط السلوكية عند الأطفال الذين يعانون من حرمان عاطفي شديد أو يعانون من مشاكل على مستوى اللغة والفهم.

فيما وجهت البحوث حاليا إلى الاهتمام بأساليب المساعدة في إحداث تغيرات إيجابية وطرق علاجية من أجل التخفيف من آثار الاضطراب وتدريب الأطفال المصابين بالتوحد على مهارات يومية ومعرفية للتكيف مع المحيط الخارجي. فقد كان يعتقد في وقت مضى أن اضطراب التوحد هو اضطراب نادر ولكننا نعرف الآن أن هذا الاضطراب من بين أكثر الاضطرابات شيوعا بين الأطفال ويقدر حاليا معدل الاضطرابات النمائية (TED) بـ 1,7/1000 إلى غاية 1000/4 و 3/4 1000، أما نسبة الأطفال المصابين بالتوحد فهي 1000/2 وهذا نسبة إلى الأشخاص الذين تم تشخيصهم خلال 20 سنة الأخير.

الملاحظ أن هذا الاضطراب منتشر في العالم وبنسبة كبيرة، وتعتبر الجزائر من بين الدول التي يوجد فيها أطفال التوحدين، إلا أن ما يمكن تسجيله أو التنويه به هنا هو غياب الإحصائيات الدقيقة، فمن بين الإحصائيات المتوفرة التي تم الاطلاع عليها، والتي تخص الجزائر، هي تلك التي تم ذكرها في جريدة المساء الجزائرية le soir بتاريخ 03 / 04 / 2011، والتي تحدثت عن وجود 70000 شخص متوحد ما بين طفل وراشد على حسب المحاسب العامة لجمعية الطفل المصاب بالتوحد (AEA) (Le soir, d'Algérie).

هذا وبعد اضطراب طيف التوحد من بين أكثر الاضطرابات النمائية العصبية تعقيدا ما أدى إلى إرباسة الكثير من الحبر حول كيفية الإصابة به، أي الأسباب الكامنة وراءه وكيفية التعامل معها والتكفل به، حيث ترتبط الصعوبة بشكل خاص بالمراحل الأولى من عمر الطفل، فعالمنا يتم تشخيص هؤلاء الأطفال على أنهم متخلفون عقليا، وذلك باعتبار عملية تحديد وتشخيص هذه الاضطرابات في المراحل الأولى على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة فقط، وهذا ما يترتب عليه الخلط بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية العصبية الأخرى نظرا لأوجه التشابه بين هذه الاضطرابات. بالإضافة إلى المشكل نوعية التكفل المقدم إليهم، فالبرامج العلاجية التي يخضعون لها لا تتلاءم مع طبيعة وخاصة هذا الاضطراب (كبرنامج التخلف الذهني مثلا)، ونظرا للأهمية البالغة التي تحتلها العملية التشخيصية في تحسين عملية التكفل المبكر والمثمر للأطفال التوحدين فقد استهدفت الدراسة الحالية الوقوف على نقطتين هامتين، هما المقارنة بين المقاربة النظرية في تشخيص وعلاج اضطراب طيف التوحد وما هو معمول به ضمن الممارسة المهنية في المراكز الاستشفائية الموجودة في ولاية تلمسان (الجزائر)، وذلك من خلال القيام بدراسة استقصائية على مستوى خمسة مراكز حكومية وستة مراكز غير حكومية (الجمعيات والممارسة النفسية الحرة أو الخاصة).

1. الجذور التاريخية لاضطراب طيف التوحد:

كلمة أوتيزم Autism أو التوحد أو الذاتوية تنقسم إلى شقين: Autos بمعنى النفس، و ism بمعنى الحالة غير السوية، وهذا يعني أن الطفل المصاب بطيف التوحد لديه نفسية غير سوية.

في سنة 1911، كان الطبيب النفسي النمساوي "أويغنبوير" أول من وضع مصطلح "التوحد" وقصد بذلك الانفلاق عن الواقع والانفصال عنه إلى حد كبير، حيث تم استخدام مصطلح التوحد آنذاك بهدف وصف المرضى الأطفال الفصامين الذين يتصفون بالانسحاب الشديد والتمركز الشديد حول الذات. (سامر جميل رضوان، 2002: 44)

وفي سنة 1943 قام الطبيب الأمريكي "كانر" بوصف اضطراب التوحد كصورة مرضية مستقلة ومختلفة عن الفصام، واصفا إياه من خلال ملاحظاته الخاصة على 11 حالة مصابة بالتوحد، يعانون من أنماط سلوكية غير عادية، فاستنتج أن ما يصدر من سلوكيات عن هؤلاء الأطفال تختلف بدرجة كبيرة وفي جوانب كثيرة عن أقرانهم المتخلفين عقليا. فقد لاحظ استفرافهم المستمر في الانعزال الكامل عن ذواتهم والابتعاد عن الواقع، ليتم، فيما بعد، النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من فصام الطفولة، وفي عام 1944 اكتشف الطبيب

النمساوي "هانز اسبرجز" متلازمة من الأعراض المرضية التي تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد لكنها لا تتفق مع اضطراب طيف التوحد. (عادل عبد الله ، 2008: 27 وفي (Schopler ;1992 :03) وفي الستينات كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك لها ورد في الطبعة الثانية في القاموس الإحصائي الثاني لتشخيص الأمراض العقلية ، ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلى غاية عام 1980 حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية DSM-III. (اسامة مُجّد البطانة ، 2007)

وأصبح ينظر إلى هذا الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل سنة 1994 على أنه اضطراب من اضطرابات الطفولة الأولى النمائية. (عادل عبد الله ، 2008:27).

واعتبرت ليميا سنة 2003 أنّ التوحد حالة من حالات الإعاقة التي لها تطوراتها ، وتعرقل بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها ، ما يؤدي إلى عجز في عملية الاتصال ، لديه صعوبة شديدة في اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي (Lemay, 2003 :15).

وبعد ما تمسكت المدارس الفرنسية بالتوحد كذهان جاءت المدارس الأنجلوسكسونية وأدرجته ضمن اضطراب النمو إياصبح يعامل كنوع من الإعاقة الأولية الفطرية تمس الجوانب العقلية والمعرفية عند الطفل فتظهر على شكل استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التمتع حول الذات. (بدره ، 2005 :29).
وأما الجمعية الأمريكية فتعرّف اضطراب التوحد على أنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ، والتي تؤثر على مختلف نواحي النمو ، فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي مع حركات تكرارية أو مقاطع من الكلمات تكرارية كذلك (المملغوث ، 2006 :28).

2.تعريف التوحد بين النظري والتطبيقي:

إنّ مشكلة تعريف مفهوم التوحد تكمن في أنّه يوجد العديد من الألفاظ التي تشير إلى هذا الاضطراب ، فهناك من الباحثين من يسمي التوحد بالذواتية ومنهم من يسمي الاضطراب بانسغال الطفل بالذات والأناية ، وبعضهم من يسميه بالاجترية ، ويفضل جل الباحثين بتسمية هذا الأخير بالتوحد أو بطيف التوحد متأخرا.
ويذكر عبد العزيز السيد وعبد الغفار الدماطي في (حسام مُجّد احمد على ، 2014: 9) أنّ التوحد اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك ، يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (30 ، 42) شهرا ، ويؤثر في سلوكيهم ، فمعظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح ، كما يتصفون بالانطوائية على الذات ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر .

بينما أشار كوربر Corbier سنة 2004 في (الهام مُجّد حسين ، 2016 :10) أنّ هذا الاسم ظهر أول مرة على يد الطبيب النفسي اوجين بلولر عام 1912 وكان يقصد بالتوحد أنداك الهروب من الواقع ، فالطفل التوحدي كان برأيه هو الطفل الذي لا يمت للواقع بصلة ، وكان معنى التوحد عند بلولر هو الذهان .

كما عرفه كاتر في (الهام مُجّد حسين ، 2016 :11) على أنّه عبارة عن اضطراب يصيب الطفل منذ نشأته ويؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين مع عدم استخدام اللغة ووجود سلوكيات روتينية ومقاومة التغيير وقصور في القدرات الإدراكية العالية والمظاهر الجسمية الطبيعية والحساسية تجاه المثيرات الخارجية .

كما استنتج غيرلاش (Gerlach, 2003) مما ذكره ليوكاتر في دراساته بأن اضطراب التوحد يعتبر من بين أحد الاضطرابات النمائية الأساسية التي تصيب الأطفال منذ الأشهر الأولى من ولادة الطفل ، فيظهر الطفل سلوكيات نمطية وتكرارية ويمكن لنا تشخيصه بداية من عامين ونصف إذا كانت الأعراض شديدة أو حادة ، وحتّى أربعة أعوام إذا كانت الأعراض طفيفة (Gerlach, 2003, 3-7) ويعرفه احمد بدوي 1987 في (الهام مُجّد

حسين، 2016: 11) على أنه اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة ويتصف الطفل بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين. في حين عرفت ربيع سلامة في (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 8) التوحد على أنه حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة، أو خلال المرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وغير قادرين على تطوير مهاراتهم التواصلية ليصبحوا أطفالاً منعزلاً عن محيطها الاجتماعي، ويتفوقون على الملقين المتصفتين بترددات حركات والنشاطات.

يشير كلا من تارديف و جبير C. Tardif, B. Gepper إلى أن التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو، تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. حيث يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي، إضافة إلى بروز سلوكيات متكررة. (C. Tardif, 2003: 11).

كما تعرفه ليسا B. Lissa كنوع من اضطرابات النمو المعقدة التي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية و الاتصال و سلوكيات شاذة عن النمو العادي كما يحدث التوحد قبل ثلاث سنوات كما يستمر مدى الحياة وغالبا ما يصاحب الطفل قصور في القدرات العقلية.

إن التوحد حالة من الحالات الإعاقة التي تعرفل بشكل كبير طريقة استيعاب المخ ومعالجته للمعلومات، فتؤدي إلى عجز في عملية الاتصال لديه وصعوبة شديدة في اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي (Lemay, 2003: 15).

في نفس السياق أشار نايف الزراع 2004 في (حسام محمد احمد على، 2014: 9) أن التوحد يعتبر خلافا في الجهاز العصبي غير معروف المنشأ والسبب، ويؤثر على عدد من الجوانب الممثلة غالبا في الأبعاد النمائية التالية: بعد العناية بالذات، البعد اللغوي والتواصل، البعد المعرفي، البعد السلوكي، البعد الاجتماعي و الانفعالي، البعد البدني وفي الأخير البعد الحسي.

وأما بالنسبة للجمعية الأمريكية فتعرف اضطراب التوحد على أنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، والتي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي مع حركات تكرارية (الملغوث، 2006: 28) وقد عرفته الجمعية البريطانية للأطفال التوحدين (National Society for Autistic Children NSAC 1978) علماءها اضطرابا يشتمل على المظاهر التالية:

- اضطراب في معدل النمو والسرعة.
 - اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
 - اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
 - اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (الزراع، 2005: 17)
- وفي الأخير، يعرف الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DSM 5 اضطراب طيف التوحد على أنه اضطراب يظهر بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل ويندرج ضمن اضطرابات النمو العصبية ويتصف بضعف التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وعدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة كذلك على اللعب واستخدام وقت الفراغ.

الملاحظاً أن جميع هذه التعريفات، وإن اختلفت من باحث لآخر، إلا أنها تجمع بأن هذا الاضطراب هو اضطراب يصيب الطفل في السنوات الأولى من عمره، وبأنه يحدث خلافاً في العلاقات الاجتماعية واضطراب السلوك، وكذا اضطراب في اللغة.

لكن ما يجب الإشارة إليه والتنويه به هو أن تناول النظري لاضطراب طيف التوحد قد يختلف وإلى حد كبير عن تناول الإجراءي أو التطبيقي له، إذ أنه لا يحظى بنفس الوضوح والاتفاق، سواء من حيث التعريف أو من حيث التشخيص. فمن بين أهم الملاحظات التي تم تسجيلها أثناء الدراسة الاستقصائية الحالية، سيما على مستوى بعض المراكز الاستشفائية (مثل جمعيات ذوي العاهات الذهنية والتيتضم 6 مراكز)، بأنهم يطلقون على الطفل المصاب بطيف التوحد تسمية الطفل المنعزل، وبأنهم لا يدركون معنى مصطلح التوحد، وحين يطرح عليهم سؤال حول إمكانية وجود أطفال منعزلين داخل المركز فغالبا ما تكون إجابتهم بنعم، إضافة إلى اعتماد عملية التشخيص لديهم على ثلاثة أعراض فقط، وهي: قصور التواصل اللفظي، وصعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين ووجود سلوكيات تكرارية.

3. انتشار اضطراب التوحد:

يعد اضطراب طيف التوحد من بين أكثر الاضطرابات انتشاراً. فنسبته لا تتعد كثيرا عن اضطراب التخلف الذهني مثلا أو الشلل المخي وحتى الصرع، وبالتالي يعتبر من بين أهم الإعاقات المنتشرة في العالم ككل. فمن بين أهم الدراسات التي تناولت انتشار هذا الاضطراب نذكر ما يلي:

- دراسة لوتر سنة 1966 وهي من بين أهم الدراسات الميدانية الأمريكية الأوليات التي اهتمت بنسبة انتشار اضطراب طيف التوحد والتي قدرت بأربع إلى خمس حالات لكل عشرة آلاف طفل مولود، وذلك بالاستعانة بالخصائص التي أشار إليها كانر في مذكرته.
- في حين يري ابراهيم محمود في (حسام محمد احمد على، 2014: 9) أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في مصر يقدر بحوالي 100 إلى 200 ألف طفل.
- فيما يشير تقرير المعهد الدولي عام 1990 أن اضطراب التوحد مجهول الأسباب يصيب الأطفال في مراحل مبكرة من العمر وبأن طفلا واحدا لكل 500 من المواليد يصاب بهذا الاضطراب، كما تظهر أعراضه في سن 18 شهرا على هيئة قصور في إمكانية التفاعل الاجتماعي والاتصال والتخيل، وأن نسبة (1:4) معدل إصابة الأولاد مقارنة بالبنات.
- بينما توصل جيلبرج 1991 إلأن نسبة الإصابة باضطراب التوحد تقدر بحوالي 12 حالة لكل 10000 ولادة طبيعية في المرحلة العمرية من 5-7 سنوات وتوصل إلى النتيجة نفسها تقريبا في المرحلة العمرية التي تمتد من 4 إلى 14 سنة. (الطحان، 2012: 19)
- وهذا ما أكدها ديلسون سنة 1998 بناء على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة وانجلترا، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد الموجود أنذاك أفرت أنه يحدث بمعدل 4-5 طفل لكل 10000 طفل، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحد 1999 أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة 1 / 500 من الأطفال بما يعادل (20: 10000) وإن نسبة انتشارها بين البنين والبنات هي (1:4) (عصام زيدان، 2004: 124).
- كما أشار محمد زايد سنة 2004 في (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، 14) إلأن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) قد أعلن أن اضطراب التوحد هو أكثر شيوعا من متلازمة داون وبأنه يستمر

مدى الحياة ، وبأنه يصيب على الأقل (4-5) طفل من كل 10000 ألف طفل ، وتبلغ نسبة إصابة الذكور (3-4) أضعاف الإناث. (مُجد زايد 2004 :100)

وتتراوح النسبة العالمية لانتشار التوحد بين (5-15) لكل عشر آلاف حالة وتشمل هذه النسبة جميع فئات التوحد وتبلغ عند الذكور مقارنة بالإناث (1:4) (الشامي ، 2004 :49)

وبذكر كل من زونا دكولا روسو ، كولينا ورور (2003) في (ليماء عبد الحميد بيومي، 2008 :14) أن نسبة انتشار إعاقة التوحيدين الأطفال من سن 3-12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي % 0.06 .

وقد صدرت في نهاية عام 2009 دراسة حديثة أعدها مركز مكافحة ومراقبة الأمراض (CDC 2009) تتعلق بنسبة انتشار طيف التوحد لعام 2006 حيث وجدت الدراسة أن 1 من كل 110 طفل ضمن عمر الثماني سنوات يعاني من اضطراب طيف التوحد وهذه النسبة تفوق النسبة التي أكدها ذات المركز في دراسة له عام (2002/2000) والتي توصلت إلى أن النسبة هي 1 من كل 150 طفل مصاب بالتوحد (الهام مُجد حسين ، 2016 : 13).

الملاحظ أنّ هذا الاضطراب يعرف انتشارا كبيرا، وينسب متفاوتة في جميع دول العالم ، والتي تعتبر الجزائر واحد منها، وذلك في ظل غياب إحصائيات دقيقة حول عدد الأفراد المصابين بهذا الاضطراب. فالإحصائيات النادرة المتوفرة ، إن لم نقل الوحيدة هي تلك الأرقام التي وردت في جريدة المساء الجزائرية (Le Soir d'Algérie, 2011) استنادا إلى تصريحات المحاسبة العامة لجمعية الطفل المصاب بالتوحد (AEA)، والتي تتحدث عن وجود 70000 مصابا بالتوحد ما بين أطفال وراشدين. إنّ تزايد نسبة انتشار الاضطراب جعلنا نتهتم الباحثين ينصبون إجراء دراسات وبحوث عديدة ومتنوعة في محاولة منها لفهم أكثر وأعمق لهذا الاضطراب. فحسب التحليل الذي قام به Fombonne Eric سنة 2009 لـ 43 دراسة أقيمت في كل من إنجلترا، والولايات المتحدة الأمريكية، اليابان ، السويد ، الدانمرك ، فرنسا ، كندا ، ألمانيا وفنلندا ، اندونيسيا ، إيرلندا ، أيسلندا ، فلسطين المحتلة ، النرويج ، والبرتغال قدرت نسبة شيوع اضطراب التوحد بـ 20.6 حالة توحد لكل 10000 مولود جديد (Haute de santé, 2010, p.27). أما في الجزائر فتقدر نسبة انتشاره بـ 4 حالات طفل مصاب بالتوحد لكل 1000 مولود جديد ، كما تشير إحصائيات Mahmoud Ould Taleb إلى وجود حوالي 65000 حالة توحد بالجزائر (1: Hadna, 2010).

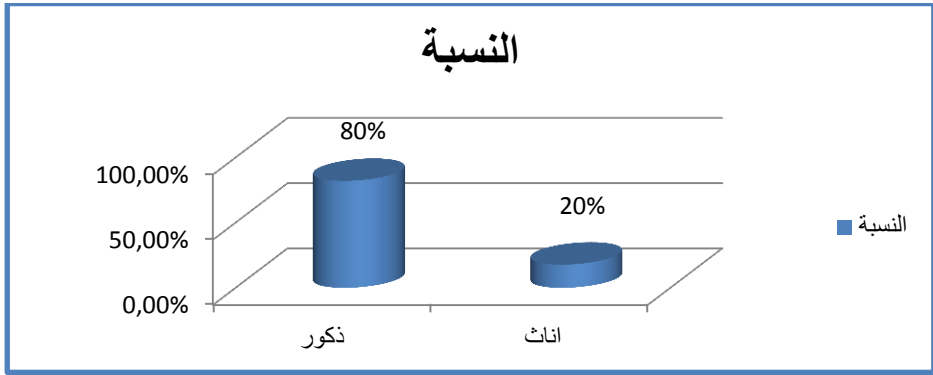
وأما بالنسبة للدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة فقد أشار إلى أنّ نسبة الأطفال المصابين بطيف التوحد تقدر في السنوات الأخيرة بـ 1% من أطفال الولايات الأمريكية والدول المجاورة لها.

بناء على ما تمّ ذكره ، يتبين ارتفاع نسبي للأرقام والإحصائيات الخاصة بنسبة الإصابة بالاضطراب ، الأمر الذي جعله يصنّف من بين الاضطرابات الأكثر شيوعا وانتشارا مقارنة مع الإعاقات التي تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة الأولى. هذا وكما سبقت الإشارة إليه آفا ، فإنّ الإحصائيات الخاصة بمدى انتشار اضطراب التوحد في الجزائر تبقي دقيقة وناقصة. وهذا ما دفع بالباحثين للقيام بالدراسة الإحصائية الحالية - المراكز الاستشفائية المتواجدة على مستوى مدينة تلمسان نموذجا - من أجل الكشف عن مدى انتشار الاضطراب وماهية تشخيصه ، حيث قدرت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب بها نسبته 0.01% . وفيما يلي عرض تفصيلي لأهم النتائج المتوصل إليها:

النتائج المتعلقة بنسبة الذكور والإناث المصابين بالتوحد داخل المراكز الاستشفائية:

جدول رقم 01: التكرارات ونسبة الأطفال المصابين بالتوحد حسب الجنس.

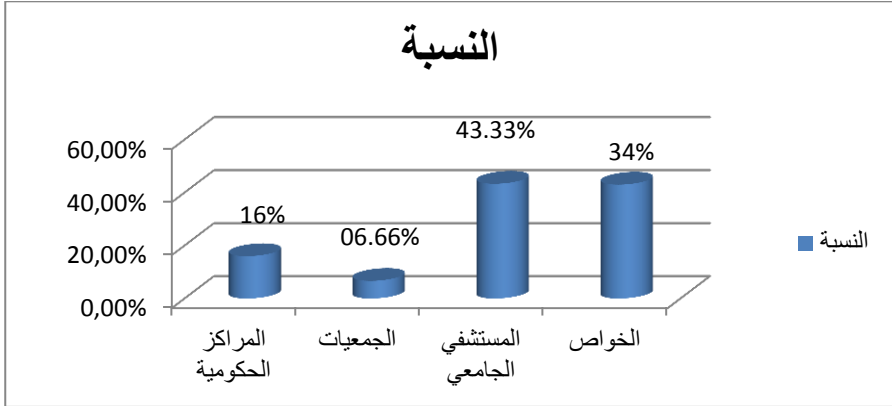
النسبة	التكرارات	الجنس
80%	120	ذكور
20%	30	إناث
100%	150	المجموع



شكل رقم 01: أعمدة بيانية لنسب الأطفال المصابين بالتوحد من حيث الجنس. يظهر الجدول رقم 01 أن أكبر نسبة الأطفال المصابون بالتوحد من حيث الجنس هم الذكور والتي قدرت بـ 80% أما الإناث فكانت 20%.

ج. النتائج المتعلقة بانتشار الأطفال المصابون بالتوحد على مستوى المراكز:
جدول رقم 02: التكرارات ونسبة الانتشار للأطفال المصابين بالتوحد في المراكز.

تقسيمهم حسب المراكز	لتكرارات	النسبة
لمراكز البيداغوجية	24	16%
لجمعيات	10	6.66%
لمستشفى الجامعي	65	43.33%
لخواص	51	34%
لمجموع	150	100%



شكل رقم 02: أعمدة بيانية لنسبة انتشار الأطفال المصابين بالتوحد في المراكز. يظهر الجدول إن أكبر نسبة لانتشار الأطفال المصابين بالمستشفى الجامعي التوحد إذ قدرة ب 43.33% وتليها الخواص بنسبة 34% ثم المراكز الحكومية ب 16% وأقل نسب هي الموجود في الجمعيات ب 06.66%.

4. النظريات المفسرة لأسباب طيف التوحد:

لقد اختلف الباحثون حول الأسباب المؤدية لحدوث اضطراب طيف التوحد، ففي حين يرى البعض أسباب الإصابة تبقى غير محددة وأحيانا متعددة الأسباب، فقد ذهب آخرون إلى محاولة تفسير حدوثه انطلاقا من مقاربات مختلفة ومتعددة: نفسية، طبية وعصبية وبيولوجية، ... الخ، ومنها:

1.4.1 الأسباب النفسية:

والتّي تعتبر التوحد اضطراب شديدا يصيب تشكل وتركيب الشخصية يؤدي إلى خلل وقصور عميق في تركيب الأنا والجهاز النفسي، وعلى مستوى تنظيم العلاقة بالعالم الخارجي، حيث يرى بتلهام (B. Bettelheim) أنّ التوحد ناتج عن تفاوت مبكر للعلاقة أم- طفل قد يكون لأم انهيار أومومي أو خطأ في الاستثمار البدائي للرضيع، أي البرودة العاطفية عند الأم اتجاه الطفل وتسمى الأم التلاجة (froidure mère) إذن هذا الاضطراب في العلاقة أم- طفل يصل إلى حالة معاناة عميقة وإلى قلق كبير تدفع بالطفل إلى الانغلاق بلا وعي في قوقعة التوحد التي تحميه من كل إثارة تأتي من العالم الخارجي، وبالتالي يبني الطفل قلعة فارغة.

من بين الباحثين الأوائل الذين أبدوا اهتماما باضطراب التوحد ليوكاير 1943 Leo Kanner، وهو طبيب أطفال ذو جنسية أمريكية يعمل في مستشفى جامعة (جونز هوبكنز) في ولاية ماريلاند، والذي قام سنة 1943 بنشر دراسة وصفية لإحدى عشرة طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطرابات عرفت آنذاك، فقام باقتراح مصطلح التوحد وسعى إلى تفسيره من خلال إسناد السبب في حدوثه إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) مما يؤثر على نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل. وعلبه أصبح يُنظر إلى الآباء خلال عقدين من الزمن على أنّهم السبب الرئيسي في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم. (J.F. Chossy, 2003: 7).

وفي دراسة لورناوينج في (لبياء عبد الحميد بيومي، 2008: 32) إنّ آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والعزوف عن الآخرين، والميل إلى النمطية نوعا ما، فهذا الجمود العاطفي والانفعال في شخصية الوالدين عما يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة العاطفية

والانفعالية اللازمة. إذن، من هذا المنظور فإنَّ أسس اضطراب التوحد إنّما هي نتيجة فشلنا الطفلة لتكوين إدراكها للأمتعة بمثابة المثلث الأول للعالمه الخارجي. فالطفل التوحد هو طفل لم تسنح لها الفرصة بتوجيهها وتركيز طاقتها النفسية نحو موضوعاً وشخصاً خرم فصل عنه. ومن بين الدراسات التي تفند دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد دراسة ميريلاكياراند (1992) في (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 32) التي أكدت علناً العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأول للشخصية الطفل كما يبرر مدنا احتياجا للطفلة بيئة آمنة ومرحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة ايجابية من خلال اللقاءه مع الأشخاص الذين يوفرون لها الحماية، ويشبعون احتياجاته النفسية والعاطفية والانفعالية.

ويرى (عمر بن الخطاب خليل، 1991: 85) أنّ أنصار وجهة النظر هذه يؤكدون علنا الخبرات الأولى في حياة الطفل لها من تأثير علمها العاطفية والانفعالية، وأنّ الفسلفيا قامه علاقاتها مع الطفل قد تكونت لأسبابا القوية للاضطرابا خاصة الانفعالية مما يؤدي بالانسحابه وعزله هذا خلاسو ارها الذاتية.

وقد انتقدت ريملاند في (الهام محمد حسين، 2016: 17) التفسيرات النفسية للتوحد وردت عليها بشدة، وقدمت جملة من البراهين التي تنفي تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين: أنّ بعض الأطفال التوحدين قد ولدوا لأباء وأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحد من جهة ومن جهة أخرى: هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفالا غير توحدين، كما أنّ أشقاء الأطفال التوحدين هم في الغالب أطفال عادين، مما يدل على عدم صحة تلك النظرية والتي أصبحت اليوم محل نقد جل الباحثين في هذا المجال.

2.4 الأسباب البيولوجية:

في بداية الثمانينات 1980 ركزت الأعمال والبحوث على التعرف على أنواع التوحد وشدة تأثيره على مراحل النمو، بينما في 1990 ظهر الاهتمام بالعوامل الجينية وأثرها في التوحد إضافة إلى التشابه بين التوحد والأنماط السلوكية عند الأطفال اللذين يعانون من حرمان عاطفي شديد أو يعانون من مشاكل على مستوى اللغة والفهم. كما قد وجهت البحوث حاليا إلى الاهتمام بأساليب المساعدة في إحداث تغيرات ايجابية وطرق علاجية من أجل التخفيف من آثار المرض وتدريب الأطفال المصابين بالتوحد على مهارات يومية ومعرفية للتكيف مع المحيط لخارجي.

هذا ما دفعنا إلى البحث في دور العوامل البيولوجية في حدوث اضطراب طيف التوحد، ويرجع سبب ذلك هو فشل الأسباب النفسية في إعطاء إجابة دقيقة، وكذلك لها يحدث للأطفال المصابين بطيف التوحد من معاناة من إعاقات بيولوجية، مثلما ورد في (سميرة عبد اللطيف 1998، 135) أنّ أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية، وليست نفسية وتشير الدراسات المعاصرة إلى أنّ التوحد هو اضطراب عصبي نمائي وراثي أو حدوث مشاكل أثناء الحمل وذلك بشكل مرتفع ويؤدي للإعاقة خطيرة على مدى الحياة، فتظهر أعراض التوحد:

أ – العوامل الجينية:

توصلت بعض الدراسات إلى أنّه يوجد ترابط بين اضطراب التوحد والكروموزومات وهذا ما استنتجته من مجموعة من الدراسات أولها أنّ هناك ارتباطا بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموزومات مثل دراسة ميشالوجيا (Michael Lwgia) سنة 1997 أنّ اضطراب طيف التوحد يحدث عند أطفال التوائم بنسبة 96% عند التوائم المتماثلة ويحدث بنسبة أقل بمعدل 27% عند التوائم غير المتماثلة.

وهذا ما أكدته دراسة هارولد وبنجامين سنة 1998 (Harold et Benjamin) ودراسة هولين (Howlin) من نفس السنة أن اضطراب طيف التوحد يرجع بالأساس إلى عوامل جينية فقط ، إذ لوحظ أن حوالي 4.2% من إخوة الأطفال التوحديين يصابون بهذا الأخير بمعدل 50 مرة أكثر من غيرهم ، وأن معدل حدوث التوحد في التوائم المتماثلة هو بنسبة 36% ، وهذا ما يعني أن احتمال ولادة طفل توحدي يرتفع أكثر بكثير عند ما يكون لديه أخيعاني من التوحد.

بينما أشار الباحثان زونا ليوداجنت سنة 1998 (Zonalliet Degett) في دراسة لهما حول الكروموزومات ودورها في حدوث اضطراب طيف التوحد أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من هشاشة في الكروموزوم (X) الهش. كما تمت الإشارة في نفس البحث أن هذا الأخير هو المسؤول عن الوظائف العقلية أي إذا كان خلل في هذا الكروموزوم يصاب الطفل بالتخلف العقلي وهذا الكروموزوم يمدخل بنسبة 16.5% في كلاً للحالات المصابة بطيف التوحد.

وفي الأخير أشار (حسن مصطفى، 2001: 561-560) في محاولة هو كذلك للجمع بين مجموعة من البحوث التي توصلت إلى أن التوحد اضطراب جيني وله علاقة بالكروموزوم رقم 7 وبالكروموزوم رقم 15 وبعد الجين 7 المسؤول عن نمو اللغة وتطورها عند الأطفال وهي المسؤولة عن فهم القواعد النحوية ، أما بالنسبة إلى الجين رقم 15 فيعد مسؤولاً عن نمو الفص البصري ، وهذه المنطقة تؤلف جزءاً من الجهاز الطرفي وهي مسؤولة عن التحكم في الانفعالات ، كما أن الجنين يقوي القدرة على التكيف الاجتماعي ، والقدرة على فهم مشاعر الآخرين. وقد أشارت إحدى الدراسات إلى العديد من جينات الكروموزوم 15 تتفاعل لنتج الأعراض التي تتمثل في عدم القدرة على إقامة روابط وعلاقات عاطفية مع الآخرين ، وضعف مهارات اللغة ، والسلوك النمطي المتكرر مثل هز الجسم للأمام وللخلف. وأوضحت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث إلى الأسباب الجينية والوراثية في طيف التوحد ، حيث ينتشر التوحد بنسبة 36% إلى 91% بين التوائم المتطابقة من بويضة واحد بينما لم توجد دلائل على انتشاره بين التوائم المتأخرة من بويضتين.

ب – المضاعفات الولادية قبل الولادة:

ذكر (حسام محمد أحمد على، 2014: 30) أن هناك حالات حدوث عالية لتعقيدات في مرحلة ما قبل الولادة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد رغم أن بعضها قد يكون عرضاً. وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف إلام بعد الشهر الثالث الأولى على الجنين وأيضاً المواد الموجودة في بطن الجنين كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالي التأثير للعقاقير التي تتعاطاها إلا أثناء فترة الحمل على الأجنة ، والنتيجة هي ميلاد الطفل التوحدي.

يستنتج من مجموع بحوث (عثمان فراج ، 2002: 61 ، وسوسن الحلبي ، 2005: 315 ، ولورنا وينج ، 1994: 65 و Bernard، 1995) أن معاناة إلام الصحية قد تكون سبباً من أسباب الإصابة بطيف التوحد عند طفلها ، وهذه المعاناة إما تكون في صورة قصور عضوي أو حيوي ، ومنها: إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو حالة من حالات نقص التمثيل ، أو حالات تصلب الدرنى ،

أو الإصابة بفيروس سي وتومجالو ، وفي التقارير الطبية يتبين في بعض الأحيان وجود خلل أو إصابة أو قطع في نسيج مركز ساق المخ والذي يعرف باسم جهاز التنبيه التشابهي ، وهو النسيج الذي يتحكم في استقبالاتنا للاستثارة والنوم فتضعف قدرة الجهاز

العصبي المركزي بأومخالجين على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في العالم المحيط به . كما أشارت (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 34) أنه يوجد حالات تصاب بطيف التوحد وذلك لتعقيدات تحدث في مرحلة ما قبل الولادة لدى الطفل مثل نزيف الأم في الشهر الثالث الأولى على الجنين ،

وكذا المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل داخلها المحيط بالجنين. كما تشير بعض الأدلة المحدود لخلل لتأثير العقاقير التي تتعاطها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة، والنتيجة هي ميلاد الأطفال التوحدي. كما أثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وإنجلترا وكندا إلّا أنّ مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لداء أطفال التوحد منها لدى غيرهم من الأسوياء، أو حتّى المصابين بضرابا تآخرى، كما يلاحظ وجود عيوب خلقية طفيفة لداء التوحد يبيّن أكثرهم نأشقا لهم من أقرانهم الأسوياء، وهذا ما يشير إلى وجود مضاعفات مهمة حدثت في الحمل أثناء الشهور الثلاثة الأولى.

ج- العوامل البيوكيميائية:

تناولنا العديد من الدراسات التي تبحث في أسباب المرضية المؤدية لحدوث التوحد وهذه الدراسات تناولت فحص الأنسجة وعملية الأيضوا لهمونات الأحماض الأمينية وأيضادور الموصلات العصبية في حدوث التوحد. فاتفق كل من لويس ملبك سنة 1998 ودراسة كينتاندي 1995 ومكبرايد وآخرون أنّ الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من خلل في المستقبلات العصبية للسيروتونين مما يؤدي إلى ارتفاع في مادة السيروتونين في الصفائح الدموية مقارنة مع الأطفال العاديين من خلال هذا المنطلق يروي بعض الآباء أنّ الأطفال المصابين بطيف التوحد ان تقدم لهم أدوية لتعديل مستوى السيروتونين في الدم مما يؤدي إلى التقليل من أعراض طيف التوحد وارتقاء السلوك التكيفي.

3.4 العوامل الغذائية والسموم البيئية:

يري بعض الباحثين أنّ النظام الغذائي الذي قد يتبعه الطفل قد يكون سبب في حدوث اضطراب طيف التوحد من بين هذه المواد الناقصة نجد كالأزبيجات الموجودة في الغذاء التي تعمل تحويل الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم ومنهم من يري أنّ حتى بعض المواد التي نجدها في القمح وحتى الحليب أنّه إذا لم تهضم هذه المواد بشكل جيد تؤثر على الجهاز العصبي. كما أنّ الأسمدة الموجودة في الخضار والفواكه بكثرة قد تتحول إلى مواد سامة مما تؤثر على الطفل وجهازه العصبي وحتى المواد السامة الناتجة عن المصانع الكيميائية التي تعمل على تلويث البيئة مما يؤثر على الطفل قبل الولادة بعد الولادة.

4.4 خلل في الجهاز العصبي المركزي:

قد ترجع عاقبة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي يفقد يكون هنا كقصورا في الوظائف الفيزيولوجية والكهربائية مما يؤثر على عمل الوظائف الفيزيولوجية فيتسبب عند الطفل قصور في الإدراك والتوافق الحركي والاجتماعي. وهذا ما أثبتته دراسة بلوتينو وآخرون (Ballottin et al., 1998) في (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 35) أنّ صورة الرنين المغناطيسي للأطفال المصابين بطيف التوحد يختلف إذا ما قرناه مع الأطفال العاديين وذلك من ناحية الحجم الكلي للمخاخذ يتزايد لداء المصابين بطيف التوحد والنسبة الكبرى للزيادة في الفص القذالي، والفص الجداري والفص الصدغي يكونان أكبر من الفص القذالي ولم توجد فروقا في الفصوص الأمامية. كما أنّه في بعض الحالات يكون لديهم شذوذ في حجم الدماغ وبشكل خاص نقصه في الحصين وفي المناطق الخلفية للمخيخ، في حين أثبتت دراسة (إيمان أبو العلا، 1995: 135) أنّ تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات طيف التوحد، كما

توجد اضطرابات في أسفل المخو الجهد المستشار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

كما استنتج من البحث الذي قام به تريفارين وآخرون Treavarthen a et al سنة 1996 إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية المنتشرة مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

ويعتقد كذلك، كما ورد في (رمضان القذافي، 1994: 215) أنّ الاضطراب العضوي الذي يصيب بعض مراكز المخ يؤدي بالباحثين لظهور اضطرابات في وظائف الإدراك والتوافق الحركي.

5. تشخيص التوحد

1.5 محكات التشخيص:

يوجد العديد من المحكات التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص التوحد وفي ما يأتي سنعرض أهم المحكات التي يمكن الاعتماد عليها:

أولاً أشار الطبيب ليون Leo-Kanner 1943 في مذكرته مجموعة من المعايير لتشخيص حالات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهي كالآتي:

- 1- سلوكنا نحيا ونأطو على ذاته بشكل شديد وعزوفنا لاتصال بالآخرين المحيطين به.
 - 2- مقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به.
 - 3- شدة الارتباط بالاشياء الجامدة أكثر من الارتباط بالأفراد بما في ذلك الأب والأم والإخوة
 - 4- قد نجد مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادثاً أو صوتاً أو القيام بالرسماً والغناء بشكل طفرات هجائية.
 - 5- تأخر في الكلام إذ يظهر عليه بالكم أو إذ انكلموا فالكلام فيشكلاً أصوات غير مفهومة مما يتسبب في عدم القدرة على الاتصال بالآخرين المحيطين بهم.
- في حين شخص الدليل الدولي التاسع (1978) أنّ اضطراب طيف التوحد هو عبارة عن زملة تظهر عند الأطفال في الثلاثين شهر الأولى وتكون بدرجات متفاوتة وتكون الأعراض لعلمنا النحو التالي:
- 1- استنارة الطفل المصاب بالتوحد الى مثيرات سمعية وبصرية غير طبيعية.
 - 2- صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام وتكرار الكلام.
 - 4- عدم القدرة على استخدام الألفاظ فيمكنها اللزم.
 - 5- تأخر في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
 - 6- قصور في الارتباط والتفاعل الاجتماعي خاصة قبل خمسة سنوات ويشمل هذا القصور عدة جوانب منها التواصل بالبصر كما أنّ الطفل يعاني من قصور في اللعب الجماعي.
 - 7- الاهتمام بالمواضيع الغريب مع وجود نوع من النمطية في اللعب.
 - 8- قصور في اللعب التخيلي مع عدم القدرة على تجديد الأفكار.
 - 9- يتراو حال الذكاء من النقص الشديد إلى الحدود السواء أو أكثر من المتوسط.
- بينما أشار الدليل لتشخيص الإحصائي الثالث للاضطراب العقلية بالتوحد (1980) (الأعراض المصاحبة له لعلمنا النحو التالي:
- 1- ظهور أعراض التوحد قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل.
 - 2- تأخر لغوي تام عند بعض الحالات والبعض الآخر تكتسب بعضنا الكلمات، وغياب التوصل عند الجميع.
 - 3- لا يوجد الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين.
 - 4- وجود حركات نمطية أي روتينية عند الطفل المصاب بالتوحد مع الانصهار فيها لمدة طويلة.
 - 5- غياب الأعراض الفصا ما الطفولة منها لوسه هذين اتوسمها أصوات تخيلية تغيير واقعية.

في حين أشار الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الثالثة سنة 1987 المعدل على أنه يجب أن تتوفر ثمانية من الصفات (16) التالية، وعلماً أن شمل علماً لأقل (4) من المجموعة (أ) و(2) من المجموعة (ب) و(2) من المجموعة (ج).

(أ) وجود قصور في التفاعل الاجتماعي كما يظهر في واحدة مما يلي :

- 1- نقص ملحوظ في الوعي بوجود مشاعر الآخرين وتعامل مع الأفراد كالجماد.
- 2- لا يبحث عن الراحة وقت التعب ويطلبها بطريقة حادة عندما يكون مريضاً.
- 3- التقليد الآلي للآخرين مع أنه لا يقلد الآخرين ويقلد هم بطريقة مضطربة.
- 4- لا يشارك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي.
- 5- خلل بارز في القدرة على عمل صداقات مع الرفاق.

(ب) قصور في التواصل اللفظي والنشاط التخيلي :

- 1- لا توجد طريقة تواصل سواء لفظية أو التعبير الوجهي أو الإيماءات أو التواصل الحركي.
- 2- التواصل اللفظي إن وجد فهو غير طبيعي مثلاً استخدام الحلقمة بالعنين.
- 3- غياب النشاط التخيلي.
- 4- شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام مثل رفع الصوت أو الكلام متيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤل أو بصوت مرتفع.
- 5-

شذوذ ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام مبسوطاً آلياً متكررة مثلاً لترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانا التلفز يونوسوء استمعاً للضما ثم مثل قولها أنتبداً لأننا يقولاً أنا.

6- خلل ملحوظ في قدرة الطفل المصاب بالتوحد على بدء محادثة مع الآخرين واستمرارها برغم وجود ظروف مناسبة لذلك.

(ج) النقص الملحوظ في خبرة الأنشطة والاهتمامات :

- 1- الحركات الآلية للجسم مثلاً للقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو هز الرأس أمام الخلف.
- 2-

الانشغال الدائم بجزء من الأشياء مثل شمس الأشياء أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثلاً لإصرار على حلق قطعة من الخيط طوا لا لوقتاً وقلم.

3- الشعور بالملل الشديد عند حدوث تغيير في البيئة حتى لو كان تغييراً خفيفاً.

4- الإصرار غير المناسب على اتباع عنقسا الروتين كالتفاصيل مثلاً لإصرار على أن يسلك نفسا الطريق عند شراء شيء معين.

5- ضيق ملحوظ في الاهتمامات أو الانشغال بشيء واحد فقط.

أما الدليل الدولي العاشر (1993) الصادر عن منظمة الصحة العالمية فقد حدد المؤشرات

التشخيصية للتوحد علماً النحو التالي :

1- عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وإن وجدت لا تتجاوز عمر 3 سنوات.

2- الأطفال لتوحد في لديها اختلالات في طريقة التفاعل الاجتماعي والعاطفي.

3- قصور في اللعب الخيالي والتقليد الاجتماعي وضعف المرونة في التعبير الإيمائي.

4- عدم القدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير.

5- فقدان الاستجابة العاطفية سواء اللفظية وغير اللفظية.

6- صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في توضيح التواصل اللفظي.

7- سلوكيات نمطية متكررة.

9- الإصرار على أداء بعض الأشياء الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدى أي وظيفة.

11- كثيرًا ما يظهرون ومشكلات تغير عادية مثل الفزع الغير مبرر، والخوف أو الخوف الغير مبرر كذلك.

12- صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية وفي اتخاذ القرار.

في حين أدرجان الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة، اضطراب التوحد ضمن الاضطرابات النمائية، إذ يعرفه على أنه اضطراب نمائي عام وشامل. ولكي يشخص الاضطراب لابد من توفر الأعراض التالية:

أولاً: وجود مجموعة 06 أعراض فما فوق من بين العناصر الموضحة في البنود (1) (2) (3) وتكون على الأقل عرضين في الأول عرض واحد في البند الثاني وعرض واحد في البند الثالث.

1- قصور كفي في قدرات التفاعل الاجتماعي بواسطة اثنتين على الأقل من الأعراض التالية:

المجموعة الأولى:

أ- قصور واضح في استخدام صور متعددة من التواصل غير اللفظي مثل تلاقي العيون أو تعابير الوجه أو حركات الجسم في مواقف اجتماعية. ب- الفشل في تكوين علاقات مع الأقران تناسب مع العمر أو مرحلة النمو.

ج- قصور في القدرة على المشاركة مع الآخرين في الأنشطة الترفيهية أو الهوايات أو انجاز أعمال مشتركة.

د- غياب المشاركة الوجدانية أو الانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

2- قصور كفي في القدرة على الاتصال كما يكشف عنها هذه الأعراض:

المجموعة الثانية:

أ- تأخير أو غياب تام في النمو القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ب- بالنسبة للأطفال القادرين على التخاطب وجود قصور في القدرة على المبادرة و البدء في الكلام مع الشخص الآخر وعلى مواصلة هذا الحديث.

ج- التكرار والنمطية في استخدام اللغة.

د- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو التقليد الاجتماعي الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

3- اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية كما تكشف عنها الأعراض واحد على الأقل من الأعراض التالية:

المجموعة الثالثة:

أ- استغراق أو اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها. ب- الجمود و عدم المرونة الواضح في الالتزام و الالتصاق بسلوكيات و أنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها.

ج- حركات نمطية تمارس بتكرار غير هادفة مثل طقطقة الأصابع أو قفز الأقدام.

د- انشغال طويل المدى بأجزاء أو أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة.

ثانياً: تأخير أو شذوذ وظيفي يكون قد بدا في الظهور قبل العام الثالث من عمر من الطفل في واحد من بين هذه الأعراض:

1- استخدام اللغة في التواصل أو الاتصال.

2- اللعب الرمزي أو التخيلي.

3- التفاعل الاجتماعي.

ثالثاً: غياب أعراض متلازمة ريث (Reet) أو اضطراب الطفولة التفككي (Association) عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى 24-30 شهراً ، حينما يلاحظ الوالدين تأخر في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي ،وعادة ما تكون الأعراض واضحة في هذه العناصر المذكورة. وأخيراً جاء الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية مفسراً مشخفاً اضطراب طيف التوحد بطريقة جديدة وهي كالآتي:

معايير التشخيص:

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (2015) إنّ اضطراب طيف التوحد يدخل ضمن الاضطرابات العصبية النمائية التي تظهر عند الطفل في مراحل النمو الأولى ، وأوردت المعايير التشخيصية في هذا الدليل التي يجب أن تنطبق جميعها على الطفل وهي:

أ- عجز مستمر في الاتصال والتفاعلات الاجتماعية الملاحظ في عدة سياقات ، وهذه الأعراض يمكن أن تظهر إما في الحاضر أو في السوابق المرضية ويمكن أن نجد:

- عجز في التبادلات الاجتماعية أو الانفعالية ، يمكن أن يصل إلى حد عدم القدرة على الحديث مع الآخر بطريقة عادية ، وصعوبات في تقسيم الاهتمامات والانفعالات والمشاعر إلى عدم القدرة على فتح تفاعلات اجتماعية أو الإجابة عنها.
- عجز في التعبير الغير اللفظي الذي يظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية و الذي يصل إلى عدم التوافق في التعبير اللفظي والتعبير الغير اللفظي إلى حد عدم القدرة على عدم الاتصال البصري. وخلل في لغة الجسد وأيضاً يمكن أن يصل إلى عجز كبير في الفهم و استخدام الحركات ، كما قد يكون هناك غياب تام للتعايير الوجهية والغير شفوية.
- عجز في تطوير العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها قد يصل إلى عدم القدرة على التكيف الاجتماعي وضغوطات كبيرة إلى غاية عدم الاهتمام بالأخر ، فحدة الاضطراب تعكس في مدى العجز في الاتصال الاجتماعي والسلوكات الفقيرة والمتكررة.
- ب- نشاط هاداف فقيرة و المتكررة للسلوكات والاهتمامات والنشاطات كما يمكن أن نلاحظ اثنين من هاته التمثلات في الوقت الحالي أو في السوابق المرضية.
- الحركات النمطية أو المتكررة إما في استعمال الأشياء أو في اللغة (مثلا حركات نمطية بسيطة ، ترتيب الألعاب على شكل صف أو تدويرها تكرر صوت ..)
- عدم القدرة على تحمل التغيير سلوكيات روتينية (مثلا حالة من التوتر لمجرد تغير بسيط ، عدم القدرة على تشير حالات الانتقال من شيء لأخر أفكار متعصبة...)
- اهتمامات مبالغ فيها لأشياء ثابتة وفقيرة غير عادية إما في حداثها أو أهدافها مثلا الاهتمام بأشياء تافهة.
- انفعال مبالغ فيه أو ناقص للمثيرات الحسية أو اهتمام مرضي للظواهر الحسية للمحيط مثلا تجاهل الإحساس بالألم أو الحرارة ، رد فعل سلبي للأصوات أو لمس مبالغ فيه للأشياء..
- ج- هذه الأعراض يجب أن تكون حاضرة منذ المراحل الأولى من النمو ولكن لا تكون واضحة قبل السن الذي يظهر فيه السن الاجتماعي ويمكن أيضاً لهذه الأعراض أن تقل حداثها بعد مدة زمنية ما حيث يكون قد اكتسب الطفل استراتيجيات معينة للتعامل مع الآخرين.

هـ- هذا الأعراض تسبب عجزا ملحوظا في الجوانب الآتية: الاجتماعية، المدرسية، العملية وغيرها.
و- هذه الاضطرابات لا يمكن تفسيرها بعجز أو قصور في القدرات العقلية كالتخلف الذهني وغيرها. يمكن أن نجد بعض الحالات يعانون من كلا الاضطرابين أي التوحد والتخلف الذهني والملاحظ أنّ هاته الحالات تمتاز بقصور كبير في الاتصال الاجتماعي .

2.5. دور الفريق الطبي في تشخيص التوحد:

إنّ عملية تشخيص التوحد ليست بالعملية السهلة، فهي تحتاج إلى الخبرة والدقة والاستناد على دلائل علمية للكشف على أبرز الأعراض واستقصاء أهم الاضطرابات المصاحبة للتوحد حتى نضمن التكفل الجيد للارتقاء بهذه الفئة ولضمان الوصول إلى التشخيص النهائي لاضطراب التوحد يجب الإلمام بعدة اختبارات، من بينها:

الاخصائيا النفسودور هفيا التشخيص:

إنّ للأخصائي النفسي دور هام في تشخيص الاضطرابات النفسية على العموم واضطراب طيف التوحد على الخصوص. إن هذا الأخير يعد من بين الاضطرابات النفسية الأكثر تعقيدا وبالتالي تكمن أول خطوة في ضرورة التأكد من سلامة التشخيص، وذلك بمعرفة التاريخ العيادي للحالة ثم استخراج الأعراض ومطابقتها مع الجدول العيادي، ثم تطبيق الاختبارات النفسية (اختبار الذكاء)، والقيام بإلغاء الجانب العضوي، أي للتأكد من أنّ الحالة لاتعاني من إصابات جسدية. فالمختص النفسي يعتبر الحلقة الأساسية في تشخيص الطفل المصاب بطيف التوحد.

أخصائي اللغة والتخاطب:

يعتبر أخصائي اللغة واحدمن فريقالعمال المهمين لتقييم عمرالطفلاللغويوذلكبالملاحظةالمباشرةللطفل، وذلك من خلال عمليةتقييم الإشاراتوالإيماءاتوتعبيرات الوجهبههدف تحديدهعمرالطفلاللغوي.

الاختبارات الجسمية:

والذي يعتمد على الفحص الطبي لاستقصاء التشخيص التفريقي والكشف عن اضطرابات مصاحبة عند الطفلاللمصاب بالتوحد كالتخلف الذهني، الصمم والبكم، اضطراب الرؤية، نوبات الصرع، أورام دماغية، وذلك عن طريق القيام بالتحاليل الدموية والتحاليل البصرية من أجل الكشف على درجة الرؤية، وكذا عن طريق اختبار وتحاليل الأذن والأنف والحنجرة من أجل الكشف عن آثار الإصابة السمعية، إضافة إلى التحاليل الخاصة بالأمراض المعدية وضرورة خضوعالطفل للتصوير الدماغي الذي يسمح بالكشف عن آثار الحوادث العصبية أو التهاب السحايا أو أورام دماغية.

التقييم النفسي التربوي:

والذي يعمل على تزويدنا بالأدوات التي يمكن استعمالها مع الأطفال كاللعب بفقاعات الصابون... فهذه المهمات تصنف ضمن المجموعات الوظيفية: التقليد والمحاكاة، الملاحظة والإدراك الحسي، السلوك الحركي، تأزر اليد والعين، القدرة على التعبير ومهارة اللغة الاستقبالية، إضافة إلى الاستعانة بتسجيلات الكاميرا التي تسمح بملاحظة أكثر دقة للطفل وتحديد إمكاناته بصفة أكيدة وموضوعية. كما تساعد في تقييم لقدرات الطفل من جهة، والأفلام العائلية تعتبر من جهة أخرى كأداة للحوار مع العائلة والمربين تسمح بتحديد المشاكل السلوكية.

اختبارات الذكاء المقننة:

الغرض من استخدامها هو الحصول على درجة الذكاء عند الطفل وتطوير قدراته التعليمية ، حيث تساعد المعلمين والوالدين على تخطيط توقعات التطور والمال عند الطفل كما أن معايير الذكاء تستخدم كأداة تركيز لقبول طبيعة الإعاقة.

مقابلة الأولياء:

إن التأكيد على مقابلة الوالدين والمراقبة المباشرة للتفاعل بينهما يمدنا بمعلومات أولية وأساسية للتدخل ضمن الأسس الفردية لبنية تعلم الطفل في البيت والمدرسة أو المركز من أجل أن يكون هناك تنسيق ومتابعة لترسيخ الحد الأقصى من المعلومات في ذهن الطفل . ولتحقيق تشخيص دقيق للتوحد يجب أن يتوفر لدينا فريق متكامل من مختص نفسي وأرطوفوني وطبيب الأمراض العقلية للأطفال.

اختبار أدوس ADOS:

هو عبارة عن مراقبة الطفل وسلوكياته في غرفة مخصصة عن طريق تقديم بعض الألعاب المحددة له (الخاصة بالاختبار) وتسجيل تفاعل الطفل مع كل لعبة وقدرته على التواصل مع المطبق وتفاعله الاجتماعي وطريقة لعبه ومدة هذا الاختبار حوالي 30 دقيقة.مثلا ملاحظة الطفل في الوضعيات التالية: التواصل البصري ، مشاركة الاهتمام ، حركات الوجه ، المبادرة التلقائية ، محاولة جذب الانتباه ، التفاعل فيالنشاط المشترك ، محاولة استعمال الإشارة وغيرها من الفقرات الهامة. بعد ذلك تحسب النقاط التي حصل عليها الطفل وتوزع بشكل معين في الاستمارة الخاصة بما يمكننا منحدد الطفل التوحدي من غير التوحدي ، وكذا الطفل ذو الاضطراب النمائي الغير محدد. يتمّ تقديم اختبار أدوسوفقا لقدرات الطفل على الكلام.إذا كان الطفل غير قادر علالتواصل باللغة ، فإنّ طريقة اختباره تختلف عن الطفل الذي بإمكانه التحدث بجمل قصيرة ، مع وجود اختبار يقدم للأطفال الذين يتكلمون بطلاقة ، وللمراهقين والبالغين. وعليه فإنّ عملية التطبيق هاته تتطلب من المختص النفسي تدريباً خاصاً حول كيفية الاستخدام ، حيثتتعمد المراكز إلى القيام بتسجيل الطفل على شريط فيديو أثناء التطبيقبهدف مراجعة النقاط التي سجلها الطفل بشكل أدق.

اختبار (Autism Diagnostic Interview) ADI:

تمّ تطويره سنة 1988 ، وهو عبارة عن مقابلة تشخيصية للتوحد يتمّ إجراؤها مع الأولياء يطبق خلالها الاختبار في مدة زمنية تصل إلى ثلاث ساعات. يتكونالاختبار من15 بند يركز على تاريخ نمو الطفل ، وتمحور الأسئلة حول التفاعل الاجتماعي ، التواصل والسلوك ،ويمكن تطبيقه ابتداء من السنة الثالثة ، وهو يشكّل معياراً لتقييم شدة اضطراب التوحد ، حيث تقسّر العلامة المحصل عليها على النحو التالي: أقل من 30: غياب حالة التوحد ، ما بين 30 و37: توحد خفيف إلى متوسط الشدة ، وأكثر من 37: توحد حاد الشدة.

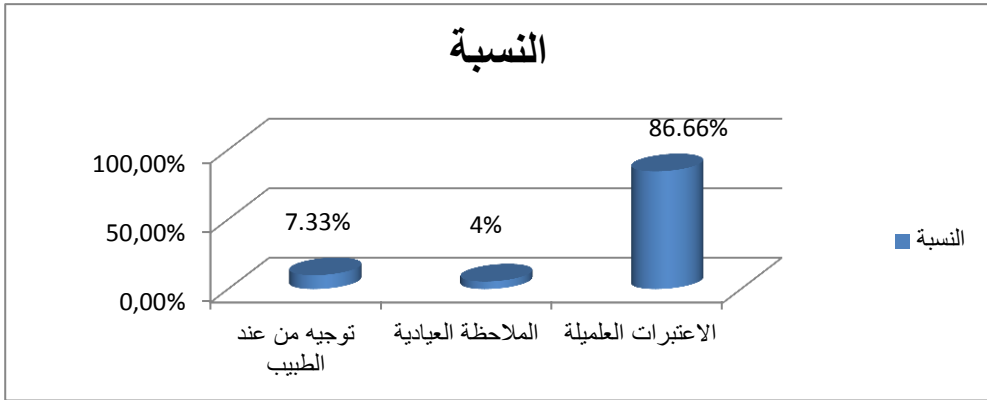
إذن ، وكما تبيّن الإشارة إلى ذلك من قبل ،تتأكد الصعوبات التي يجدها الأخصائي النفسي في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد سيما المرجعية النظرية التي يمكنه الاستناد إليها. وهذا ما يقودنا إلى استعراض بعض النتائج المتعلقة بالأسس العلمية التي يعتمد عليها الأخصائيون النفسيون في عملية تشخيص طيف التوحد:

د. النتائج المتعلقة بالمحكات العلمية المختلفة لتشخيص الأطفال المصابون بالتوحد:

جدول رقم03: التكرار ونسبة المتعلقة بمختلف الطرق المستعمل في التشخيص.

المراكز الصحية الخاصة	المراكز الصحية الحكومية
<ul style="list-style-type: none"> - التاريخ الإكلينيكي للحالة - المختصة النفسية تقدم للأولياء M-CHAT - تقوم بملاء استمارة CIM 10 أو D.S.M 5 - ADOS؛ وCARS-T - اختبار ADI من أجل معرفة نسبة نجاح البرنامج العلاجي. 	<ul style="list-style-type: none"> - تقرير طبيب الأمراض العقلية للأطفال - تاريخ الحالة. - قديم استمارة CARS-T وM-CHAT للوالدين - اختبارات الذكاء - تقرير الأروطوفوني

النسبة	التكرارات	التشخيص
7.33%	11	توجيه طبي
4%	06	الملاحظة العيادية
88.66%	133	الاعتبارات العملية (DSM4) (CIM10, MCHAT, CARS)
100%	150	المجموع



شكل رقم 03: أعمدة بيانية لنسبة الطرق المستعمل في تشخيص الأطفال المصابون بالتوحد.

يتبين لنا من خلال الجدول رقم 03 أنّهم طريقة في تشخيص الأطفال المصابون بالتوحد تتمّ على أساس الاعتبارات العملية والمتمثل في DSM4 و CIM10 MCHAT, CARS وكانت بنسبة 86.66% وتليها التوجيه الطبي بنسبة 7.33% ثم الملاحظة العيادية بأصغر نسبة والتي قدرت بـ 4%.

هـ. الفرق بين واقع تشخيص الأطفال المصابين بطيف التوحد داخل المراكز الصحية الحكومية والخواص. جدول رقم 04: يوضح النقاط الأساسية التي تستعملها المراكز الصحية الحكومية مقارنة بالمراكز الصحية الخاصة

والمترقب بوجود فرق بين الأدوات التشخيصية المستعملة في المراكز الصحية الحكومية والمراكز الصحية الخاصة في تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث تبين وجود محكات عديدة ومختلفة في تشخيص التوحد:

- فهناك مراكز صحية حكومية يعتمدون على الملاحظة العيادية فقط ويتعلق الأمر بالجمعيات والمقدرة بنسبة 5.45% : وهي تقوم على ملاحظة الطفل أثناء قيامه بالنشاطات الاعتيادية كالغذاء واللعب سواء داخل القسم أو خارجه.

- أما بالنسبة للمراكز البيداغوجية النفسية، والتي بدورها تندرج ضمن المراكز الصحية الحكومية، فهي كذلك تعتمد على التقرير الطبي للحالة وقد قدرت بنسبة 10%، علما أن هذه التقارير غالبا ما تصدر عنمختصين مثل طبيب الأمراض العقلية للأطفال أو طبيب الأمراض العقلية للراشد وأطبيب الأطفال، أي وبمعنى آخر فإن التقارير الطبية قد تحمل تشخيصات صحيحة أو قد يكون عكس ذلك. وقد كانت أعلى نسبة 84.54% خاصة بالمراكز الصحية الخاصة والمستشفى الجامعي لولاية تلمسان، والمعتمدين على اعتبارات علمية مقننة متمثلة في M-CHAT وLa CARS.

- في حين أن المراكز الصحية الخاصة تستعمل محكات أخرى مثل DSM4-CIM10 وADOS وكذلك مع الاستعانة بالفحوص الجسمية لاستخراج التشخيص التفريقي أو الكشف عن الاضطرابات المرافقة وذلك للتخفيف من تأثيراتها السلبية على الطفل أثناء عملية التكفل.

وفي هذا السياق لا بد من التذكير بصعوبات تشخيص الأطفال التوحدين، الأمر الذي يمكن إرجاعه بالدرجة الأولى إلى الوجود تشابه على مستوى الأعراض بين الاضطراب وحالات أخرى. فمن بين الصعوبات نجد:

- لا يوجد عامل واحد مسبب التوحد أي كل باحث يرجع سبب التوحد إلى توجهه الخاص في بعض الأحيان.
- يوجد الكثير من الأعراض قد تتشارك مع اضطرابات أخرى كالتخلف العقلي، تأخر في الكلام وغيرها.
- في بعض الأحيان، اختلاف الجدول العيادي من حالة إلى الأخرى وخاصة من ناحية الشدة.

6. التشخيص التفريقي:

أ- متلازمة ريت:

تعد متلازمة ريت من الاضطرابات المشابهة لاضطراب التوحد من حيث الخلل الموجود على مستوى المهارات الحركية والمتمثل في الحركات الدائرية المحورية للأيدي والمشية على أطراف الأصابع، إضافة إلى الانسحاب الاجتماعي والقصور اللغوي. أما من حيث الاختلاف الموجود بينهما فإن متلازمة ريت تصيب البنات فقط، في حين أن اضطراب التوحد يصيب البنات والأولاد على حد سواء، وفيما يتعلق بالعوامل

المسببة لمتلازمة ريتفانها تنحصر في وجود تلف في المخ أو النخاع الشوكي أو المخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أما بالنسبة للتوحد فلم تحدد أسبابه إلى يومنا الحالي. فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية... إضافة لذلك فإن متلازمة ريت دائما ما تكون مرتبطة بالإعاقة العقلية الشديدة، وأما في اضطراب التوحد قد نجد تفاوت في شدة الإعاقة العقلية (بسيطة، متوسطة وناذرا ما نجدها شديدة) وأحيانا نجدهم في فئة العاديين أو العباقرة.

ب- التخلف العقلي:

يتشابه اضطراب التوحد مع التخلف العقلي فتختلط بعض أعراضهما لدرجة أنه يصعب أحيانا التفرقة في عملية تشخيصهما، ومن بين الأعراض التي نجدها في كلا الاضطرابين صعوبة في الكلام والتخاطب، اضطراب على مستوى السلوك التكيفي مع تكرار السلوكات النمطية والقهرية، ورغم هذا التشابه إلا أنه في حالة التخلف العقلي نجد تدني في نسبة الذكاء وذلك حسب شدة التخلف التي يتميز بها الفرد (بسيط، متوسط، شديد)، وأما في اضطراب التوحد فقد تختلف الحالات بين وجود تخلف عقلي، أو ذكاء متوسط، أو ذكاء عادي، بل وقد نجد توحدين عاقرة. علما أنّ المتخلفون عقليا، مقارنة بالتوحدين، لديهم اضطراب واضح على مستور القدرات العقلية (الذكاء).

أما فيما يخص المجال الاجتماعي والعلائقي نجد أن المتخلفين عقليا يستطيعون تكوين علاقات اجتماعية ولا يرفضون التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما يستطيعون التواصل مع الآخرين سواء توصلا لفظيا أو غير لفظي عن طريق الأعين أو الإيماءات وتعابير الوجه أو حركات الجسم على عكس المتوحدين.

ج- الحبسة الانتقائية Mutisme sélectif:

يكمن الفرق بين هذا الاضطراب والتوحد في أنّ الحبسة الكلامية الانتقائية لا تحدث في سن مبكر عند الطفل وفي بعض الأحيان يكتسب الطفل مهارات اجتماعية عادية ومناسبة كما أنّ الطفل المصاب بهذا الأخير لا يظهر حركات تكرارية.

اضطرابات التعلم:

لقد توصل جونسون وآخرون Johnson, et al., 1999 إلى وجود انخفاض الواضح لدى الأطفال لتوحد يعني الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم في الخصائص التالية:

1- تدهور حدة السمع والبصر.

2- الاستجابات الحركية.

3- الأداء اللغوي.

4- العزلة الاجتماعية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية.

اضطرابات اللغة واضطرابات التواصل الاجتماعي:

في بعض الأحيان قد يظهر الطفل المصاب بهذا الاضطراب مشكل في التواصل مع صعوبة في بناء العلاقات الاجتماعية بشكل ثانوي في جميع الحالات، كما لا نجد عند الأفراد المصابين باضطراب التواصل اضطراب في التواصل الغير اللفظي، في حين لا نجده عند الأطفال المصابين بطيف التوحد إذ أنهم يعانون من اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

فرط في النشاط الحركي مقصور في الانتباه:

قصور التركيز نجده عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بصورة كبيرة وكذا في اضطراب فرط النشاط الحركي. لكنّ الفرق بينهما هو وجود قصور في الانتباه، وإمكانه التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين، وعدم وجود اضطراب حاد على مستوى العلاقات الاجتماعية بالنسبة لحالات اضطراب فرط النشاط الحركي.

الاضطرابات الذهانية: (الفصام)

بالرغم من التشابه الموجود بين الفصام واضطراب التوحد في كثير من الأعراض إلا أنّ الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع صنف كلاهما كحالة منفردة بذاتها لوضوح الفروق على النحو التالي:

- التوحد غالبا ما يصاحبه تخلف عقلي بينما لا يحدث ذلك في الفصام.
- التوحد يصنف ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة، بينما يصنف الفصام ضمن الاضطرابات العقلية.
- التوحد يظهر في الأعمار الأولى من العمر لكن الفصام قد يظهر عادة في مرحلة البلوغ.
- الفصامي لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن النفس والاتصال والتخاطب مع الآخرين، بينما في التوحد نجد قصور واضح أو عجز في هذه الجوانب، كما أنّ الفصامي لديه القدرة على التواصل البصري على عكس التوحدي. (سهام علي عبد الغفار عليوه، 1999: 31)
- إنّ أهم ما يمكن استنتاجه مما سبقاً شدة الإصابة باضطراب التوحد تؤدي إلى وجود عدة اضطرابات مصاحبة غالبا ما تطرح مشكلات صحية من شأنها أن تعقد عملية التشخيص والتكفل: كالمشكلات البصرية والمشكلات السمعية، إضافة إلى التخلف الذهني الذي يصاحب التوحد بنسبة 70%، ونوبات الصرع، والاضطرابات الغذائية، واضطرابات النوم دون إهمال فرط النشاط الحركي الذي نجده بكثرة لدى الأطفال المصابين بالتوحد. لهذا نقترح ماثلة نتعرض فيها لأهم نقاط الاختلاف بين أهم الاضطرابات واضطراب التوحد.

7. البرامج التربوية العلاجية:

في هذا العنصر نقوم بطرح الأساليب العلاجية التي يمكن استخدامها مع الأطفال المصابين بطيف التوحد وهي كالآتي:

1.7. تعديل السلوك:

يوجد العديد من البرامج التدريبية السلوكية التي تسعي إلى تأهيل الأطفال المثابين بطيف التوحد، والغرض الرئيس من هذه البرامج هو العمل على التقليل من حدة المشكلات السلوكية والوصول بالطفل إلى الاستقلالية الذاتية.

فمن بين الدراسات التي اهتمت بالعلاج السلوكي عند الأطفال المصابين بطيف التوحد نجد دراسة (عمر بن الخطاب خليل، 1991: 333) التي يشير فيها إلأنّ العلاج السلوكي عند هذه الفئة من الأطفال يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك لتقليلنا السلوكيات غير المقبولة، والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية، وغيرها من أساليب السلوكيات المتوافقة، وكذلك لتشريط الإجراءات التي يفيد فيها علاج الأطفال المصابين بطيف التوحد، ويرى الباحث أنّ الثواب والعقاب مبدأ رئيسي في علاج هذه الفئة، وتعزيز السلوك الإيجابي، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي، ولقد تبين نجاح هذا العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ورعاية الذات، والمهارات المعرفية.

في حين يرى (رمضان القذافي، 1994: 166) أنّ فكرة تعديل السلوك ومعلم كفاءة وإثابة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخر بالغيرال مناسبة تماما، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الأطفال لتوحيدي وضبط السلوك الإيجابي. كما أشار لويسمليك سنة 1998 في (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 40) أنّ المعززات يجب استخدامها عندما يقوم الأطفال بالاستجابة الصحيحة حتى تتكون نمطاً مكافأة له لتلك الاستجابات، وأن تعطى لهم بعد قيامها بالاستجابة الصحيحة، كما يجب أن يكون هناك تنوع في المعززات لتشمل كلنا الاجتماعي والمادي. والغرض من هذه التعزيزات هي انقاص الأعراض السلوكية السلبية، والارتقاء بالوظائف المعرفية والاجتماعية المختلفة سواء كانت ضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة ومهارات رعاية الذات. وذلك عن طريق تدريب دقيق للوالدين بصورة فردية علمياً هي موهبة تعديل السلوك. ومن بين البرامج السلوكية المقننة التي سعت للحد من السلوك السلبي لدى الأطفال المصاب بطفح التوحد والتي كان لها فعالية في خفض السلوك السلبي نجد:

أ. برنامج Teach:

هو برنامج أسسه (Eric Schopler) في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو معترف به عالمياً ويستعمل في الكثير من البلدان إذ يهدف إلى مساعدة الأطفال المصابين بطفح التوحد أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال المحاولة فهم العالم من حولهم، حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء الطفل المصائب معلوماً تبصيرية واضحة كما يعمل على تطوير مهاراته الاتصال والمتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج تعلم والتدريب بالأطفال المصابين بطفح التوحد.

ب. برنامج ABA:

هو برنامج أسسه البروفيسور إيفار لوفاس (Ivor Lovaas) الذي بدأ رحلته في تعليم الأطفال المصاب بطفح التوحد في أواخر عقد الخمسينات من القرن العشرين، وأسس كل تجاربه على نظرية تعديل السلوك، إذ أنّ الفلسفة الأساسية التي تبنى عليها هذا النظرية هي أنّ سلوك الإنسان مكتسب، وظاهره وقابل للقياس، كما يحكمه هياكل تحدث قبل السلوك بعده، وبناء عليها فإنّ التحكم في الأحداث التي تحدث السلوك منشأه أن يؤثر على نسبة ظهور هذا السلوك ويقتصر حلوفاس (Lovaas) على عدة عناصر لتعديل السلوك أهمها التدريب المكثف، ومشاركة الأسرة، والتدريب المبكر، والتسلسل من الأسهل إلى الأصعب.

العلاج النفسي:

إنّ العلاج ذو المنحى السلوكي يركز على أنّ الاضطراب ينتج عن الخبرات السلبية التي يعيشها الفرد، ولذلك فإنّ تعرض الطفل للخبرات الإيجابية قد يخلصه من هذا الاضطراب، ولهذا فإن العلاج النفسي عند الأطفال المصابين بطفح التوحد يجب أن يوفر لهم مناخ يتسم بالرعاية الوجدانية والعاطفية والضبظ الانفعالي من أجل الوصول بالطفل إلى التفاعل الإنساني الإيجابي. هذا ما أكدته كلا من (عبد العزيز السيد الشخوصي زيدا أحمد السرتاوي، 1990: 440) إلى أنّ العلاج النفسي يستخدم مع الأطفال المصابين بطفح

التوحد، ويكون التركيز على العمل على التوحد بالفشل الوالدي، وقد ركز العلاج على جعل البيئة بعيدة عن الوالدين حتى يستطيعوا لطفلاً أن ينمو كشخص مستقل، إذ وجد أنّ العلاج يربط قدرة الطفل اللغوية، وأكد أنّ 79% من الحالات التي تعرضت للعلاج أظهرت تقدماً جيداً أو متوسطاً. في حين يرى (عبد الرحمن سليمان، 2004: 92) أنّ العلاج باستخدام التحليل النفسي شمل على

مرحلتين:

الأولى: يقوم فيها المعالج بتزويد الطفل بأبزر قدر ممكن من التدعيم، وتقديم الإشباع النفسي، وتجنب الإحباط، والنباتات الانفعالية للمعالج.
الثانية: يقوم فيها المعالج بتطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة تدريب الطفل علناً جيلوا إرجاء الإشباع والإرضاء.

2.7. العلاج الطبي الدوائي:

تشير البحوث الحديثة إلى أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم، وتعديلاً لمنظومة الكيمياء العصبية التي تتق خلف السلوك الشاذ عند الأطفال المصابين بطيف التوحد مثل فرط النشاط الحركية، وسرعة الاستثارة، والانفعالات المزاجية التي تظهر خاصة في الطفولة المبكرة، ويركز على أعراض أخرى مثل العدوانية والاندفاعية وسلوك إيذاء الذات والآخر والتي تظهر بكثرة في الطفولة الوسطى والمتأخرة. وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت أنه يوجد العديد من العوامل التي تسبب اضطراب طيف التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع هذا الاضطراب، ومع أنه لا يوجد دواء واحد خاص بطفيف التوحد بل يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاجات بحيث يساعد على تحسين قدرات الأطفال لتوحيده.

3.7. العلاج باللعب:

إنَّ لعب أهمية كبيرة في حياة الطفل إذ تعتبر اللغة التي يعبر فيها عن احتياجاته النفسية والعاطفية، كما يساعد اللعب في تطور النمو المعرفي، اكتساب المهارات الاجتماعية وذلك بالخض من السلوك العدواني والأنطوائي.

ويذكر (مُجد الفوزان، 2000: 114) بعض التوصيات بخصوصاً لعب الأطفال المصاب بطفيف التوحد، ومنها:

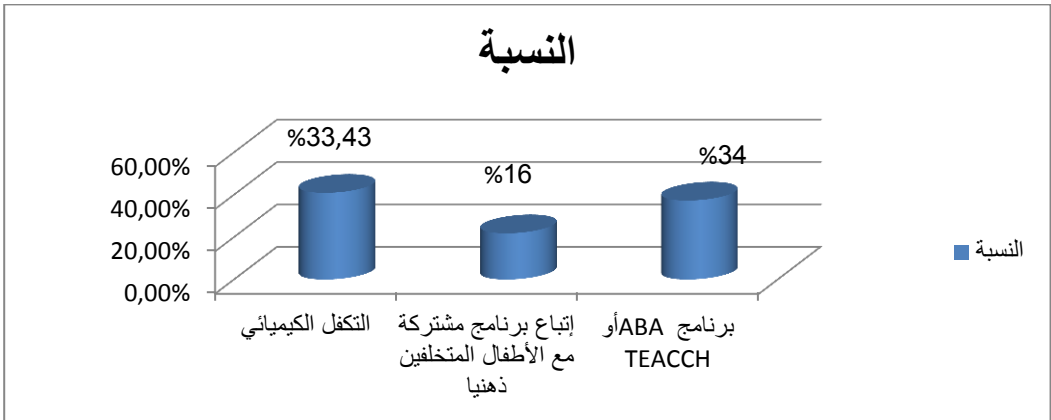
- 1- يجب أن ندلل اللعبة علمياً بتبصيرة مثل الأضواء التي تشبه الأطفال لتوحد يعلم التحديقاً للأضواء وتركيزاً وتثبيتاً بصره.
- 2- يجب أن تحتوي اللعبة علمياً تسمعية.
- 3- يجب أن تحتوي اللعبة أيضاً علمياً تسمعية.
- 4- يجب أن تحتوي هذه الألعاب علمياً لتلقائية.

أما دراسة (خالد السيد، 2001: 55)، والتي استهدفت التحقق من فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب مثل اللعب الحر واللعب الجماعي والتعاوني وكذا اللعب الفردي التنافسي وذلك في تعديلاً لاضطرابات السلوك لدى الأطفال. فقد أشارت نتائجها أن أكثر أنواع اللعب فاعلية في تعديلاً لاضطرابات السلوك عند الطفل المصاب بطفيف التوحد هو اللعب الحر ثم اللعب الجماعي والتعاوني، وأخيراً اللعب الفردي التنافسي.

خلاصة يمكن القول أن علاج اضطراب طيف التوحد يعتبر من الأمور الصعبة التي يواجهها المختص النفسي وفريقه، لكن إذا توفرت بعض الشروط يمكن للطفل أن يتحسن: مثل التدخل المبكر في سن قبل الخامسة سنوات، استعمال الأساليب وطرق تدريجية مناسبة لمستوى الطفل ولعمره العقلي، وتهيئة جو دراسي جيد يتناسب مع طبيعة البرامج المقدمة للطفل، واستخدام أساليب التعزيز كهدايا للسلوك. هذا من الناحية التطبيقية، أما من الناحية التطبيقية، أي الممارسة المهنية فإن المراكز الاستشفائية لمدينة تلمسان تعتمد على:

النتائج المتعلقة بالبرامج العلاجية المستخدمة في المراكز الصحية الحكومية والمراكز الصحية الخاصة في علاج اضطراب طيف التوحد:
جدول رقم 05: التكرار ونسبة المتعلقة بمختلف الطرق المستعمل في التشخيص.

النسبة	التكرارات	التشخيص
43.33%	65	التكفل كيميائي
16%	24	إتباع برنامج مشتركة مع الأطفال المتخلفين ذهنيا
34%	51	برنامج ABA أو TEACCH
100%	150	المجموع



شكل رقم 04: أعمدة بيانية لنسبة الطرق المستعمل في تشخيص الأطفال المصابون بالتوحد.

يتبين لنا من خلال الجدول رقم 05 أن جل الأطفال المصابون بطيف التوحد يتم التكفل بهم عن طريق التكفل الكيميائي والتي قدرت بنسبة 43.33% ثم تليها نسبة 34% وهي إتباع برنامج ABA و TEACCH وفي الأخير إتباع برنامج مشترك مع الأطفال المتخلفين ذهنيا بأصغر نسبة والتي قدرت بـ 16%.
ز. الفرق بين واقع تشخيص الأطفال المصابين بطيف التوحد داخل المراكز الصحية الحكومية والخاص:
جدول رقم 05: بين النقاط الأساسية التي تستعملها المراكز الصحية الحكومية مقارنة بالمراكز الصحية الخاصة.

المراكز الصحية الحكومية	المراكز الصحية الخاصة
-------------------------	-----------------------

<p>التكفل بالطفل المصاب وذلك بالاعتماد على برنامج TEACCH و ABA توجه الوالدين إلى كيفية التعامل مع أبنائهم المصابين بطيف التوحد.</p>	<p>التكفل للكيمائي. توجه الوالدين إلى كيفية التعامل مع أبنائهم المصابين بطيف التوحد. يتم التكفل بالاضطرابات المرافقة له مثل التخلف الذهني. إتباع برنامج مشتركة مع الأطفال المتخلفين ذهنياً وذلك من أجل الوصول إلى الاستقلالية الذاتية</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

من خلال هذه النتائج نستنتج انه يوجد فرق بين البرامج العلاجية المستخدمة في المراكز الصحية الحكومية والمراكز الصحية الخاصة في علاج اضطراب طيف التوحد إذ أنه يوجد عدة برامج مستعملة في التكفل باضطراب طيف التوحد ، فهناك مراكز صحية يستعملون البرنامج الخاص بالأطفال المصابين ذهنياً ويتعلق الأمر بالجمعيات والمراكز البيداغوجية النفسية والمقدرة بنسبة 16% .
أما بالنسبة للمستشفى الجامعي لولاية تلمسان ، والمعتمدين في التكفل على العلاج الكيمائي وتوجيه الوالدين فقط فقد قدرت بنسبة 43.33% في حين كانت نسبة 34% خاص بالمراكز الصحية الخاصة والتي تعتمد على برامج خاصة بالأطفال المصابين بطيف التوحد مثل برنامج ABA و TEACCH مع توجيه الوالدين حول كيفية التعامل مع أبنائهم المصابين بطيف التوحد أثناء عملية التكفل .
فوجود الطرق المختلف في التكفل بالأطفال المصابين بطيف التوحد مرتبط بالكفاءة العلمية والمهنية للمختص ومدى معرفته بالبرامج العلاجية ، ذلك أن البرامج المشار إليها في الجانب النظري تتطلب من المختص النفسي تكويناً وتدريباً خاصين بها يضمن سير العملية العلاجية بشكل موفق ، حيث كلما كانت عمليتي التشخيص والتكفل بالحالات جيدتين كلما قل عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد.

قائمة المصادر والمراجع:

أ- المراجع والمصادر باللغة العربية:

1. احمد سليم النجار(2006)، التوحد واضطراب السلوك ، دار أسامة للنشر ، طبعة الأولى ، عمان.
2. احمد عباد(2002) ، مقدمة في المنهجية ، مؤسسة قاعدة للخدمات الجديدة للطباعة ، الطبعة الأولى تلمسان.
3. إيمان أبو العلا ، (1995) ، الجوانب النفس العصبية في أهم أمراض الأطفال النفسية والعصبية ، رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة عين شمس القاهرة ، مصر .
4. الهام محمد حسن ، (2016) ، الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة والأطفال العادين ، ماجستير ، جامعة دمشق مصر .
4. الشامي وفاء على (2004) ، علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية ، ط1 ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض ، السعودية .
5. الخطيب جمال ، الحديد يمني (2005) ، استراتيجيات تعليمها للطلبة ذوي الحاجات الخاصة ، دار الفكر ، الأردن .
6. الزراع نايف بن عابدين ابراهيم (2005) ، قائمة تقدير السلوك التوحدي ، دار الفكر عمان الأردن .
7. الطحان رائد (2012) ، فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الحركية الدقيقة لدى الأطفال التوحديين رسالة ماجستير في التربية الخاصة جامعة دمشق كلية التربية

8. الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2004)، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية، ترجمة تيسير حسون.
9. أسامة مُجَّد البطانة (2007)، علم النفس الطفل الغير عادي، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، القاهرة.
10. المفلوحت فهد بن مُجَّد احمد (2006)، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، الإصدار الأول الرياض.
11. بدرة معتصم ميموني (2005)، الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق، دار النشر العربية الطبعة الثانية.
12. حسن مصطفى عبد المعطى (2003)، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.
13. حسن مصطفى عبد المعطى (2001)، الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة "الأسباب التشخيص العلاج ط 4 القاهرة مكتبة القاهرة
14. حسام مُجَّد احمد على (2014)، فعالية برنامج معرفي الكتروني قائم على توظيف الانتباه الانتقائي في تحسين استجابات التوصل لدى أطفال التوحد، رسالة ماجستير، جامعة جنوب الوادي، مصر.
14. خالد عبد الرازق السيد (2001)، فاعلية استخدام اللعب في الكشف عن الاضطراب الناجم عن الإعاقة 50-70 وتعدد الإعاقة (إعاقة عقلية - صم) دراسة تشخيصية - العقلية مجلة معوقات الطفولة، المجلد التاسع، مايو، جامعة الأزهر.
15. رمضان محمد القذافي (1994)، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة ليبيا مطبعة الانتصار.
16. سوسن شاكر الجلبي، (2005)، التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، ط1 مؤسسة علاء الدين دمشق، سوريا.
17. سميرة عبد اللطيف السعد (1998)، برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي، المؤتمر الدولي السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة الشيوخ ديسمبر ص 57.18. سهام علي عبد الغفور عليه (1999)، فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد، رسالة ماجستير منشورة، جامعة طنطا.
19. سامر جميل رضوان، (2002)، الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
20. مصطفى عشوي، (2003)، مدخل إلي علم النفس المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية، ط. 2، الجزائر.
21. عثمان لببيفراج، (2002)، الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة: تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي، "المجلس العربي للطفولة والتنمية"، القاهرة
22. عثمان لبب فراج (1996)، إعاقة التوحد تابع مشكلة التشخيص والكشف المبكر، مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد (46)، السنة الثالثة عشر، القاهرة اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
23. عصام محمد زيدان، (2004)، الإنهاك النفسي لآباء وأمهات الأطفال التوحيدي وعلاقتها بعبعض المتغيرات الشخصية والأسرية، مجلة البحوث النفسية، العدد (1)، كلية التربية - جامعة المنوفية.

24. عمر بن الخطاب خليل، (1991)، التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، المجلد 3، القاهرة، دار النهضة العربية.
25. عادل عبد الله مُجد (2008)، العلاج بالموسيقى للأطفال المتوحدين، الطبعة الأولى، دار الرشد للنشر والتوزيع، القاهرة.
26. عادل عبد لله محمد، (2000)، بعضاً نماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال المتوحدين وأقرانها المعوقون عقلياً، مجلة كلية التربية بالزقازيق، جامعة الزقازيق، العدد 35 مايو.
27. عبد المعطى حسن مصطفى (2003) علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.
28. عباد احمد (2002)، مقدمة في المنهجية، مؤسسة قاعدة للخدمات الجديدة للطباعة، الطبعة الأولى تلمسان.
29. عبد الرحمن سيد سليمان، (2004)، اضطراب التوحد، ط 3، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
30. عبد العزيز السيد الشخص، زيدان أحمد السرتاوي، (1999)، تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، الجزء 1، الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
31. فهد بن مُجد أحمد الملقوث (2006)، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، الإصدار الأول الرياض.
32. لورنا وينج، (1994)، الأطفال المتوحدين مرشدين للآباء، ترجمة هناء مسلم، الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين، الكويت.
33. لهياء عبد الحميد بيومي، (2008)، فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المتوحدين، رسالة دكتوراه، جامعة قناة السويس، مصر.
34. مُجد بن عبد العزيز الفوزان، (2000)، التوحد المفهوم والتعليم والتدريب مرشد إلمالو الدين والمهنيين، الرياض، دار عالم الكتب للطباعة والنشر.

ب- المرجع الأجنبية:

1. American psychiatric association (2015), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5eme édition, Elsevier Masson.
2. [American psychiatric association](#) 1989, DSM-III-R — Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson.
3. American Psychiatric Association (APA). (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Association psychiatrique Américaine, DSM-IV Manuel Diagnostique et Statistique, 2004, Eds. Masson (TRAD, française). Paris
5. B. Roge, La fin des querelles ? in revue la recherche, Mars 2004.
6. Baghdadli A, Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, Fédération française de psychiatrie.
7. B. Geepper C. Trdif, (2003), L'autisme, université Nathan, paris.

8. Bernadette Rogé (2003), Le syndrome d'Asperge et l'autisme de haut niveau, Damod, Paris.
9. Bernard & R. (1995), Vitamin B6 and magnesium in the Treatment of Autism, Autism Research Institutes, San Diego.
10. Trevarthen, C. et al., (1996), Children with Autism Diagnosis and Intervention to meet their needs, London, Jessica Kingsley Publishers.
11. Balottin, V, Bejor, M., Cechini, A., Martelli, A., & Polazzi, G. (1998). Infantile autism on it, brain-scan findings: specific versus nonspecific abnormalities. Journal of Autism Development Disorder, 23, 19-190
12. Baghdadli A, Recommendations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, Fédération française de psychiatrie.
13. Barley, A. & Rutter, M. (1998). Assessing and intervening in the communication environment, British Journal of Learning Disabilities, Vol. (26), pp. 62-66.
14. Chossy J.F., 2003, Autisme, comprendre et agir, Eds. Dunod, Paris.
15. Edelson, A. (1998). The autistic child in adolescence. American Journal of Psychiatry, Vol. (1112), pp. 607-612.
16. Gerlach, E. (2003): Autism Treatment Guide, United Kingdom, Future Horizons. p11.
17. Howlin, P. (1998). Children with Autism and Asperger Syndrome: A Guide for Practitioners and Careers, New York, Weinheim, John Wiley and Michael, T. & Lwgia, D. (1997). A comparison of the construal communication of human. Journal 18. Human Development, Vol. (40), pp. 7-27
19. Gerlach, E. (2003): Autism Treatment Guide, United Kingdom, Future Horizons. p11
20. Geepper .B, Trdif .C, 2003, L'autisme, université Nathan, paris.
21. Harold, L. & Benjamin, S. (1998). Synopsis of psychiatry behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 8th ed
22. Haute Autorité de Santé/Autisme et autres troubles envahissants du développement/ Service Documentation – Information des publics 2/ avenue du Stade-de-France/ www.has-sante.fr
23. Hadna Khalil, 2010, L'autisme en Algérie le prolld Taleb Mahoud, Tirer la sonnette www.stif.info
24. J. F. chossy, 2003, Autisme, comprendre et agir, Dunod, Paris.
- Le soir d'Algérie, Edition d'Alger - ISSN IIII – Khalil Hadna, l'autisme en Algérie le prolld taleb Mahoud, Tirer la sonnette 2010 www.stif.info
25. Loret Mottron, 2004, L'autisme une autre intelligence, Mardaga.
- Le soir d'Algérie, Edition d'Alger - ISSN IIII.
26. Lemay Michel, 2003, L'autisme au jour d'hui, Odile Jacob.

27. Michel Lemay, l'autisme au jour d'hui ,Odile Jacob,2003.
MotttronLoret, 2004, L'autisme une autre intelligence, Eds. Mardaga.
28. Richard cloutier / pierre Gosselin / pierre tap ; psychologie de l'enfant / 2ème édition / Gaëtan morin édition / paris 28
29. Rogé Bernadette, 2003, Le syndrome d'asperge et l'autisme de haut niveau,damod,paris,
30. Rogé Bernadette, 2004, La fin des querelles ? in revue la recherche, Mars
31. Schopler, V. (1992): High_Functioning Individuals with autism, Journal of The American academy Of Child and Adolescent Pyschiatey, 3
32. Schopler Eric, Reichler Robert .J, ROCHEN RENNER Barbara, Echelle d'évaluation de l'autisme infantile, traduction et adaptation française Bernadette Rogé, Toulouse France.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, 1975 (Ninth) Revision, Geneva, Volumes 1 and 2, 1977 and 1978.
34. Zonalli, K., & Degett, J. (1998). The effects of reinforcement rate on the spontaneous, Social Initiations of Socially with Drown Preschoolers. P: 17-25.

استراتيجيات العلاج النفسي-اجتماعية والتدخلات التعليمية الموجهة لرعاية طلبة الجامعة من ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط

عبد الهادي عيدوسي

طالب دكتوراه

جامعة سطيف – 2

مقدمة:

تتأسس معيارية سلوكيات الأفراد وتحدد مستويات ثباتها على العديد من المقاربات البحثية والتصنيفية ، ذات الارتباطات العلائقية بمفهوم الصحة النفسية الشاملة .
إذ أنه وخلال مراحل تكوين بنية شخصية الفرد فقد تواجهه مجموعة من المعوقات والاختلالات التي تؤثر على سيرورة الأنساق الوظيفية لحياته ، والتي قد تتشكل في صورة تواجد لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط .

وعلى الرغم من أنتمظهرات أعراض هذا السلوك قد تم العناية بها منذ بدايات القرن العشرين ، بما أوردته الأدلة التوصيفية للطبيب البريطاني جورج ستيل عن حالة مرض ستيل (1902). إلا أن الغموض لا يزال يكتنف اضطراب فرط النشاط من حيث الأسباب المؤدية لظهوره وعلى مراحل مختلفة من النمو ، وهو ما جعل استخداماته البحثية تختلف من حيث تصورات الباحثين في الإشارة إليه ، من خلال إدراجه ضمن مزيج من التتابعات المفاهيمية للأعراض السلوكية ذات التوجهات الطبية المتعلقة باضطراب ما بعد الدماغ في عشرينيات القرن العشرين ، ومتلازمة تلف الدماغ في الأربعينيات ، والحد الأدنى من خلل في الدماغ في الستينيات ، واضطراب فرط الحركة لدى الأطفال منذ العام 1970. وبانتقال التفسيرات من الجوانب الطبية نحو الأطر النفسية الإكلينيكية ، فقد سجل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ظهوره لأول مرة من خلال الجمعية الأمريكية للطب العقلي ، من خلال تبويبه في الطبعة الثالثة من الدليل الإحصائي (DSM-2,1968) ، حيث اصطلح عليه بالاضطراب التفاعلي المفرط للطفولة ، ليتم إعادة تصور الاضطراب بشكل ملحوظ مع التركيز على المشاكل القائمة على الانتباه والاندفاع وفرط النشاط وذلك عبر النسخة الثالثة من الدليل (أي مطلع 1980) ، ليعمد المشرفون على تغيير اسمه إلى اضطراب نقص الانتباه (مع وبدون فرط النشاط) ، ليعرف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط توصيفه الحالي خلال الطبعة المعدلة الثالثة من DSM ، إلا أنه عرف جدلا واسعا بالنظر لما أقرته المعايير التي تضمنها الدليل الرابع ، والذي قام بإلغاء جانب نقص الانتباه تماما ، ومع نشر DSM-4 تم الرجوع إلى الاصطلاح ADHD مع إرفاقه بثلاثة أنواع فرعية محددة ممثلة في (اللامبالاة ، مفرط الفعالية ، ومتهور) ، ليعرف من خلال وجود أعراض مفرطة لعدم الانتباه و/ أو فرط النشاط / الاندفاع ، وهو ما تم البناء عليه في الطبعة الخامسة من الدليل الاحصائي ، لتشتمل التحديتات على التفصيل أكثر في معايير الاضطراب بتقسيمه إلى جزئين نقص الانتباه و فرط النشاط .

يمثل الأفراد المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحديا صعبا لأسرهم ومعلميهم وزملائهم في الصف ، فعدم قدرتهم على البقاء في المهمة ، والسلوك المتهور ، والتحمل ، عوامل أن شأنها أتضعف من قدرتهم على التعلم وزيادة احتمالية التفاعل غير المرضي مع الآخرين .

ولذلك تبرز أهمية الكشف والتدخل المبكرين في مثل هذه الحالات ، غير أن التأخر في تحديد هؤلاء الأفراد خلال المراحل العمرية والدراسية الأولى قد تعقد من إجراءات التكفل والرعاية المناسبة ، على اعتبار أن تطور الحالات في مستويات متقدمة تتطلب نوعية معينة من الخدمات التي تستلزم توفيرها بجهود مضاعفة ، وهذا ما قد يتوافق مع وضعية طلاب الجامعات من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط ، والذين يحتاجون لبرامج واستراتيجيات وخطط تستدعي ملائمة توافقاتهم ، ومن ثمة الوصول بهم إلى تحقيق الأهداف المنشودة ، ومنها على وجه الخصوص الدمج والتكيف .

2-توصيف ونظرة عامة على ADHD :

الأعراض المميزة لاضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD) هي مستويات متغيرة متطورة عقليا من السلوك الغامض والمفاجيء .

الاهتمام هو عملية متعددة الأوجه تتطلب القدرة على الحفاظ على الاهتمام بمهمة معينة وتجاهل المحفزات الدخيلة أثناء المهام مشاركة في هذا المهمة. (Roberts & al, 2014, P51). إذ أن الصعوبات

في أي من هذه العمليات المتعددة ينتج عنها حالات العجز المرتبطة عادة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (مثل صعوبة الحفاظ على الاهتمام في المهام) . وبالمثل ، فإن النشاط المفرط – الاندفاعي -

متعدد الأبعاد يتضمن عمليا آثارا شاذية تحفيزية ، ومختلفة ذاتيا . حيث يمكن الإشارة

إلى المعدل وتواجده اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط علمستون العالم بنحو 5% تقريبا .

وفي سياق ذي صلة ، فإن العجز العام في تثبيط الاستجابة والقدرة على توقع النتيجة . قد يحدد

الطلاب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Shelley Hyman & al, 2017, P311)

هنا كأدلة كثيرة على أن اضطراب نقص الانتباه وفرط

النشاط لها أسباب عصبية فيزيولوجية ويرتبط ارتباطا كبيرا بالضعف الكلي في كيمياء الدماغ (Barkley, 2015) ، تحدث أكثر حالات الاختلال المنتشرة ضمن المجالات الأكاديمية والاجتماعية . إذ يعاني الطلاب المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط باستمرار من الأداء الأكاديمي مقارنة بأقرانهم من نفس العمر عبر خبراتهم التعليمية (Frazier &

al, 2007) ، واستنادا على ذلك ، فقد تم العثور على معدلات عالية من النشاط لدى الطلاب ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (الخروج من قاعدتهم) والسلوك السلبى خارج المهمة خلال الفصول الدراسية .

تم تصنيف الطلاب ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أنهم مستو اجتماعي ، حيث يكون

لديهم عدد أقل من الأصدقاء المتبادلين ، ويتم تحديدهم مع علماء أنهم غير أصدقاء بواسطة الأقران المشهورين (Hoza et

al, 2000). أما ما تعلق بالأبحاث المتضمنة في هذا المحور فلم يعثر رامزي وروستين (2007) إلا على ثمانية

دراسات عن نتائج علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى البالغين ، مع ثلاثة فقط من هذه

التجارب السريرية العشوائية . بالنظر إلى أن الأدبيات التجريبية التي تدعم علاج حالات اضطراب فرط

الحركة ونقص الانتباه لدى البالغين ، بما في ذلك طلاب الجامعات الذين يعانون من هذا

الاضطراب ، والتي تعد قليلة نسبيا بالمقارنة مع علاج الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب نقص

الانتباه وفرط النشاط ، وهو ما يؤكد على أهمية التدخلات الفعالة للتخفيف من انتشار هذا الاضطراب وفق

الأطر المنهجية الحديثة .

على الرغم من أن جمعية الطب النفسي الأمريكية (2013) قد قدرت نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة

ونقص الانتباه لدى 5% من الأطفال في سن الدراسة ، إلا أن دراسة حديثة أجرتها مراكز السيطرة على

الأمراض والوقاية منها (CDC) وجدت أن 9% من الأطفال تم تشخيصهم في وقت الدراسة و11% تم تشخيصها في وقت آخر من قبل مع ذوي فرط النشاط. (Walkup, Stossel, & Rendleman, 2014).

3- التعريف والتشخيص:

اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD) هو اضطراب في النمو العصبي يتألف من عدم الانتباه والسريريو / أو فرط النشاط ، ويرتبط مع انخفاض كبير في الأداء الأكاديمي والاجتماعي / أو المهني (APA, 2013, P61). وحسب ما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فإن الحديث عن تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، يتحدد بشقين: نقص الانتباه و/ أو فرط النشاط ، حيث يمكن إيهما من خلال ما يلي:

أولاً: معايير نقص الانتباه حسب DSM-5:

- ✓ يفشل في إيلاء اهتمام وثيق للتفاصيل أو يجعل الأخطاء غير المبررة في العمل المدرسي ، المهني ، أو مع الأنشطة الأخرى.
- ✓ يواجه صعوبة في جذب الانتباه للمهام أو ممارسة الأنشطة.
- ✓ في كثير من الأحيان لا يمكنه الإصغاء لذاته عند تحدته مباشرة أي غياب الوعي بالحديث.
- ✓ لا يتابع التعليمات ويخفق في إنهاء العمل المدرسي أو الأعمال المنزلية أو المهام في مكان العمل (على سبيل المثال ، يفقد التركيز ويتبع الجانب).
- ✓ يواجه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
- ✓ يتجنب ، أو يكره ، أو يحجم عن القيام بمهام تتطلب بذل جهد عقلي خلال فترة طويلة من الزمن (مثل العمل المدرسي أو الواجب المنزلي).
- ✓ كثيراً ما يفقد الأشياء الضرورية للمهام والأنشطة (على سبيل المثال ، المواد المدرسية ، وأقلام الرصاص ، والكتب ، والأدوات ، والمحافظ ، والمفاتيح ، والأوراق ، والنظارات ، والهواتف المحمولة).
- ✓ غالباً ما يتصرف أو يميل إلى السهولة في تنفيذ مهامه.
- ✓ غالباً ما يتم نسيان الأنشطة اليومية.

ثانياً: معايير فرط النشاط من خلال DSM-5:

- غالباً ما يترك مقعده في المواقف عندما يتوقع منه أن يبذل جالسا.
- غالباً ما يركض أو يتسلق في المواقف التي لا يكون فيها بوضع مناسب (قد يكون المراهقون أو البالغون مقبدين بالشعور بالقلق).
- يتعذر عليه اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
- تتميز سلوكياته وفق نمط "علي الذهاب" كما لو "يقودها محرك"
- في كثير من الأحيان يتحدث بشكل مفرط.
- غالباً ما يقدم الإجابة قبل إتمام سؤال.
- في كثير من الأحيان يجد صعوبة في انتظار دوره.
- غالباً ما يقطع أو يتطفل على الآخرين (على سبيل المثال: يتسبب في إجراء محادثات جانبية أو الدخول في ألعاب لاصفية) (Joel Macht, 2017, P 154)

لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، يجب أن يكون الطفل قد أظهر ستة أو أكثر من هذه الأعراض لمدة 6 أشهر على الأقل في بيئتين أو أكثر ، مع ظهور العديد من الأعراض في عمر 12 سنة. كما يجب أن تتداخل هذه الأعراض مع وظيفة الطفل في المهام الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية ولا تكون نتيجة لخلل عقلي آخر (اضطراب المزاج واضطراب القلق).
تم الافتراض بأن أوجه القصور في الوظائف التنفيذية هي السمة الأساسية للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Barkley, 2015, 2015 ; Bohlin & al, 2010). وتتكون الوظيفة التنفيذية من "تلك الإجراءات الموجهة ذاتياً ، اللازمة لاختيار الأهداف وسن القوانين ، ومواصلة الإجراءات تجاه تلك الأهداف ، أو كتنظيم ذاتي لتحقيقها" (Barkley, 2012, P60).
يمكن التطرق إلى التحديثات التي جاء بها الدليل التشخيصي الخامس حول اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مقارنة بما ورد في الدليل الرابع ، من خلال الجدول الوارد تالياً:

أوجه المقارنة	DSM-4	DSM-5
من حيث الأعراض	❖ خمسة أعراض كافية لتشخيص موثوق للحالة.	❑ يجب أن يكون لدى الأطفال ستة أعراض على الأقل من / أو كليهما.
من حيث الظهور	❖ بداية تشخيص الحالة بعد سن 7 سنوات.	❑ بداية ظهور الأعراض قبل سن 12 سنة.
من حيث الفئات	❖ اقتصار التشخيص على الأطفال فحسب	❑ مس لأول مرة تشخيص المراهقين والبالغين (17 سنة فما فوق)
التشخيص الفارقي	❖ توجد إمكانية استبعاد الاضطرابات المصاحبة.	❑ لا يتضمن أي معيار لاستبعاد الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد.

الجدول 01: يبين أوجه المقارنة بين معايير التشخيص الواردة في الدليلين الرابع والخامس (APA, 2013)

1-3 التشخيص الفارقي لADHD- التشخيص الخاطئ المحتمل - والحالات المرضية المشتركة:

خلال مراحل التشخيص ساهمت العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحالات الطبية المختلفة إلى وجود نقاش مثير للجدل في السياقات الأدبية ، حتى أن بعض الباحثين جادلون بأن ADHD غير موجود وأنه في الواقع يعبر عن مجموعة من الأعراض التي قد تمثل اضطرابات أخرى (Saul, 2014). إذ يمكن تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط

النشاط بشكل خاطئ إذ الميتم استبعاد الحالات الأخرى التي لها مشاكالها تما مشابهة باعتبارها مسببات مرضية ممكنة ، وأنها ينبغي استبعادها للعلاج في الحالة الأساسية . فبعض الأحيان قد يكون لها الصعاب التمييز بينها إذا كان هناك حالة أخرى (مثلاً لاكتئاب)

تسبب أعراض ADHD أو ما إذا كانت الأعراض تستل عند المستوى التالكليينكية إذ المتكنا الحالة الأخرى موجودة .

إن الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط

النشاط هم أكثر عرضة للإصابة باضطراب نفسياً وأكثر ، مع الاعتلال المشترك الأكثر شيوعاً كونها اضطراب متحد للمعارضة

- (30-90%)، ومنبينا الاضطرابات الأخرى المصاحبة للمرض اضطراب السلوك (24-27%)، متلازمة ريت (25-85%)، اضطراب التشنجات الإرادي (20%)، الاضطراب ثنائي القطب (22-24%)، الاضطرابات الاكتئابية (14%)، واضطرابات القلق (18-50%)، وحتتار يخنشر الدليل التشخيصي DSM-5 في 2013، لميكنا الإمكانيات تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطراب اتطيف التوحد (ASD) علماً أنها مرضية مشتركة، ومع ذلك، فإن ما يقرب من 20-50% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يستوفون معايير طيف التوحد، في حين أن 30-80% من المرضى الذين يعانون من طيف التوحد فإنها تلبى معايير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Monica. T. and Mark D, 2017, P314)
- وتشير مونيكاف في هذا الصد ، فيما يتعلق بالمرض المشترك مع مشكلات أخرى مصاحبة للولادة ، وجود تفاعل كبير بين اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطرابات التعلم (10-50% ، Margari et al, 2013)، اضطرابات اللغة (45%)، مشاكل الكلام (12%)، عسر القراءة (18-45%)، والخلل الوظيفي (33%)، فوجود قضايا أخرى مواجهة للتوتر تستدعي التركيز على أهمية ضمان وجود الضعف الجوهرى في الاهتمام بدلا من ضعف المعالجة الرئيسي في فترات لاحقة بالنسبة إلى الامتحان ، قد لا يتمكنا الطالب الذي يعاني من اضطراب لغوي استقبالي من الحفاظ على التركيز في الفصل نظرًا لمطالب اللغة العالية ، ولكن قد يكون ولدنا الطالب المهارات السمعية وبصرية سليمة عند تقليل مكونات اللغة يصعب كذلك التمييز بين اضطرابات المعالجة البصرية والاضطرابات السمعية المؤدية إلى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بسبب مشكلات انتباهها لللاحقة المرتبطة بهذه الاضطرابات وخاصة ما تعلق بالانتباه الانتقائي .
- من المفيد للأخصائيين النفسيين في الموضوعات التعليمية التحديث للمعلمين حول طرق التعرف على الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطرابات المعالجة الأخرى ووضع نظام للإحالة إلى الطبيب النفسي لوقوف حولها إذا كان هناك ما يبرر التوصية بإجراء تقييم أكثر شمولية.
- 2-3 الآثار المترتبة على اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط : لاتزال الأسباب باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط غير واضحة ، لكن أغلب الأدلة تشير إلى ما يلي :
1. اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو اضطراب يقع لها الأعصاب .
 2. من حيث التشخيص يتمظهر هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر من الإناث ، ولكن هذا الاختلاف قد تفسر جزئياً عن طريق التحيز في الإحالة .
 3. العجز المعرفي كما من وراء اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قد يشتمل ، على سبيل المثال اللالاحصر ، على :
 - ا. تثبيط سلوكي .
 - ب. الوظائف العقلية العليا (الماءراء المعرفية) .
 4. يتم تحديد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أو إثباته جزئياً منه ، ولكننا لجذور الوراثة للاضطراب ليست مفهومة تماما .
 5. غالباً ما يشارك أفراد الأسرة ، بما في ذلك الأشقاء والأهل وحتى مقدمي الرعاية غير المتصلين في عملية التكفل .
 6. يرتبط نقص الانتباه وفرط النشاط مع تشوهات تشريحية ، سواء من حيث هي التخبط الدماغى والقوام الجسدى .
 7. حالياً ، لا يمكن استخدام أي اختبار عصبي أو جيني أو طبي لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط . (Brandon K. Schultz, 2015, P37).

4- الانتقال من المدرسة الثانوية إلى إعدادات التعليم ما بعد الثانوي:

بالنظر إلى العجز الأكاديمي / أو الاجتماعي في وضعيات مختلفة ، والذين يعانون منها هم الهقونا المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، فإنهم يكونون عرضة لمخاطر أعلى بكثير من أقرانهم لتخليعنا للدراسة ، حيث تشير إحدى التقديرات الحديثة إلى أن الطلاب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كانوا بعد ثمانية أضعاف احتمال التسرب بهم مندونا لاضطراب (Kent et al, 2011) ، وقد وجد دراسة طولية واحدة على الأقل بين 30% و40% من المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قد تخرجوا من المدرسة الثانوية.

(Barkley, 2006)

فالمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين تخرجوا من المدرسة الثانوية هم أقل احتمالاً للإبكتير للذهاب إلى التعليم ما بعد الثانوي من نظرائهم من غير المصابين بالاضطراب. فيما يتعلقها طولية لعينة من الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) تبعت من الطفولة إلى المرحلة البلوغ ، وجد Barkley وزملاؤه (2006) أن 21% فقط من المشاركين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قد التحقوا بالكلية مقارنة بـ 78% من مجموعة المقارنة. حيث تم العثور على معدل تماثل أقل من المتوسط لمن حضر في الكلية.

جمعت نيلسون و غريغ (2012 Nelson and Gregg)

تصنيفات لتقرير ذاتي عن قلقوا الاكتئاب من الطلاب المدارس الثانوية الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين كانوا ينتقلون إلى الكلية ومن طلاب الجامعات المصابين بالاضطراب كذلك. ومن المثير للاهتمام أن الطلاب الذين قاموا بتركاض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أبلغوا عن وجود أعراض اكتئاب أقل قليلاً بكثير مما أظهره طلاب الكلية الذين يعانون من هذا الاضطراب. وقد يشير هذا الاستنتاج إلى أن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الاعتيادي الذين يعانون من عجز وظيفي قادر ونعلا لا التحاق بالجامعة ، ومع ذلك ، في مجرد وجودهم ، تزداد معدلات قلقوا الاكتئاب مع مواجهة الطلاب للبعوضات التعليمية و / أو الاجتماعية. ويواجه طلاب المدارس الثانوية الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ADHD الذين يسعون إلى التحاق بالكلية أو أي مكان آخر للتعليم في مرحلة ما بعد المدرسة الثانوية تحديات واضحة لا يواجهها زملائهم من غير المصابين بالاضطراب. ومن ثمة ، فإن هذه الفئة تتطلب الدعم قبل وأثناء وبعد الانتقال من المدرسة الثانوية إلى الجامعة.

يقدم شوبير وآخرون (1998) عدة اقتراحات لمستشاري المدارس الذين يعملون مع طلاب المدارس الثانوية المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط للمساعدة في الانتقال إلى التعليم ما بعد الثانوي. حيث يوصي بضرورة أن يدافع المستشارين عن الطلاب للحصول على تقييم نفسي شامل يركز على نطاق واسع على التاريخ والأداء الأكاديمي ، وينبغي أن يحدد تقرير الاستند إلى هذا التقييم قصد التعرف

على احتياجات الأكاديمية المحددة ويقدم توصيات مفصلة لكيفية معالجة هذه المسائل على مستوى الكلية.

قد يكون هذا التقييم مرحافياً للحصول على إقامة الضرورية وخدمات الدعم ذات الصلة في الجامعة. كما

يجب على مستشاري المدارس مساعدة الطلاب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

في الحصول على الدورات الدراسية المناسبة للجامعة.

سيضمن هذا أن الطلاب يتخذوا جميع الدورات اللازمة ، وبالتالي يمنعوا أجزاء الطريق الممكنة للالتحاق بالكلية.

بالإضافة إلى ذلك ، ينبغي مساعدة الطلاب في تطوير مهاراتهم التفكير الذاتي (Schwiebert et al., 1998). وهنا قد يقوم المستشارون بتوجيه الطلاب خلال التمارين التدريسية يوسيناريوها لتلعب الأدوار حيث يحتاج الطلاب إلى التعرف على الذات وطلب الدعم والإقامة. يمكن أيضاً إرشاد الطلاب في كتابة الرسائل التي تطلب اعتبارات خاصة ببناء اعلاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. بما يسمح للطلاب من فهمها للاضطراب وأثره على حياتهم ، وخاصة على الأداء التعليمي ، بتحفيزهم لقبول التدبير في إدارة الوقت ومهارات الحياة اليومية التي ستكون حاسمة للنجاح في الجامعة.

5- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط خلال مرحلة المراهقة:

عندما يظهر الأطفال إما أعراضاً ويعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في مرحلة ما قبل المدرسة أو في المدرسة الإعدادية ، فمن المرجح أن يستمروا في النشاط المفرط / أو اللامبالاة التي قد تستمر لمرحلة المراهقة. اعتماداً على تعريف الاضطراب ، تشير التقديرات إلى أنها بين 15 و 25% فقط من الأطفال الذين تمتحديدهم على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في سن مبكرة ، سيتم اعتبارهم معدني بشكل جيد بمجرد دبلوهم سن المراهقة.

ومناشير للاهتمام أن هورتيجو وآخرون (2007)

أثبتوا أنهم من المرجح أن تستمر الأعراض للغامضة في مرحلة المراهقة ، في حين أن الأعراض المفرطة تتلاشى ، حسب النسبة للأف راد الذين أظهروا قدراً كبيراً من النشاط الزائد في مرحلة الطفولة.

وصفه هورتيجو وآخرون المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بأن لديهم "أعراض حالة" ، مثل صعوبة التنظيم والنسيان وتجنبها مطوية أو مملّة.

من الممكن أن يستوعب المراهقون فرط نشاطهم في الواقع ، مما يؤدي للمشاعر التملل لادخلي في مقابلة عندما لتصرف الخارجيل سلوكيات التخريبية. (Sam G.Melissa D,2017,P404)

ووفقاً لبيانات تتبعية ، فإن أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) التي نشأت في وقت لاحق في مرحلة المراهقة تشبه إلى حد كبير الإصابة باضطراب ونقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال الذين يعانون عادة من حالات عجز متكررة أكثر شيوعاً من فرط النشاط والانفداع ، كما أن إجراءات العلاج في مرحلة المراهقة متشابهة جداً. (Petr Bob. Jana Konicarov,2018,P5)

ومن هذا المنظور ، فإن هنالك اتجاه خطي سلبي المسار أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط للمراهقين المصابين بالاضطراب.

حيث يواصل المراهقون الذين يعانون من الاضطراب إظهار اختلافات واضحة في الأعراض ولكن أعراضها خذة في التناقص (Barkley et al,2008). ونتيجة لذلك ، فإن الغالبية العظمى من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يستمرون في تلقي معايير الاضطراب. من المهم ملاحظة أنهم على الرغم من التناقص المسجل في الأعراض يعتقد أن الأطفال في العمر ، إلا أن تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لا يزال يتميز بمستوياتهم من الانتباه والاندفاع / أو الأعراض المرتبطة بالنشاط التي تكون أكثر حدة بشكل كبير من تلك التي ولدوا فرانهم.

1-5 المصعوبات المترتبة بتواجد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط داخل الوسط الجامعي:
يرتبط اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بصعوبات نفسية مرضية تحدث خلال مرحلة المراهقة (Barkley & al,2008) ، من بينها المشاكلا أكثر شيوعاً تلك التي تتميز

بمستويات تعليمية من السلوك غير الاجتماعي والنشاط التخريبي واستخدام المواد المرتبطة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Langley et al,2010)

وفي هذا الصدد تشير النتائج التحليلية إلى أن المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هم أكثر عرضة بمقدار الضعف مقارنة بالشباب الذين لا يعانون من اضطراب استخدام النيكوتينومواد أخرى ولكن ليس كحولاً، ومن المرجح أن تتطور لديهم اضطرابات تتراوح بين ضعيفين وثلاث مرات. فف دراسة مسحية لأكثر من 10000 طفل تتراوح أعمارهم بين 14 و16 عاماً في أيسلندا، كان المراهقون الذين يستوفون معايير أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أكثر عرضة بثمانية أضعاف تقريباً لاعتقادهم باستخدام الكحول أو الكوكايين وحوالي سبعة أضعاف احتمال استخدامهم للمخدرات (Gudjonsson, G & al, 2012).

يقول (لي وآخرون، 2011 Lee & al) أن هذا الخطر المتزايد لاستخدام المواد المخدرة وإساءة استعمالها متناسق مع مجموعة من الخصائص الديموغرافية (عكس الميل للمثلية والعمر والجنس والعرق). ومن المثير للاهتمام أن معظم الدراسات المتعددة بين العلاجات الدوائية المنشطة والمخاطر المتزايدة لاستخدام المواد (عكس الميل للمثلية، Hartly et al. 2011).

يبدو أن العلاقة بين تدخين السجائر ونقص الانتباه وفرط النشاط متوسط جزئياً، بالتعددياً للمدرسي ولا سيما علمستون المدارس المتوسطة (Flory & al, 2010). المراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قديكون أكثر عرضة للاضطرابات الدوائية. فقد أدرجت Chronis-Tuscano et al, (2010) دراسة طولية تبحث في مخاطر الاكتئاب والسلوكيات الانتحارية في مرحلة المراهقة في عينة تضم 125 طفلاً مصاباً باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط و123 من نظرائهم مقارنة ديموغرافياً. كانوا أطفالاً المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يعانون من اضطرابين سنين 4 و6 سنوات، تمت متابعة جميع الأطفال لحتى سن 18 عاماً. وبناء على المقابلات الشخصية مع الشباب وأولياء الأمور، كانوا الأفراد المصابون بنقص الانتباه وفرط النشاط أكثر عرضة بأربعة أضعاف مقارنة بأطفال المقارنة للوفاء بمعايير التشخيص للاكتئاب في عمر 18 عاماً، وكانوا على الأرجح أربعة أضعاف محاولة لإجراء الانتحار. كما توصلت النتائج إلى أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بكلتا النتيجتين من الذكور، والمشاكل العاطفية والسلوكية للأطفال لامتزاجاً بين سنين 4 و6 سنوات، وكذلك كإكتئاباً الأمهات، وتنبأ في وقت لاحقاً لاكتئاب في سن المراهقة والسلوكيات الانتحارية. لقد تمدها أهمية الاضطرابات المرضية، خاصة أعراض اضطراب الاستيعاب الداخلي، فيسنبكرة للتنبؤ بالنتائج الوجودية والسلوكية اللاحقة بشكل نسبي في الأدبيات.

بالإضافة إلى المخاطر الاضطرابات الداخلية والخارجية، قديؤدى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في مرحلة المراهقة إلى تعطيل مجال المهمة أخريفياً لأداءه.

علوجها التحديد، قديكون المراهقون الذين يعانون من هذا الاضطراب أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات جنسية مبكرة مقارنة بأقرانهم المصابين بنقص الانتباه وفرط النشاط (غالير وآخرون، 2010).

وجد غالير وزملاؤه أن خطر السلوك الجنسي المبكر حاد بشكل خاص عندما يظهر المراهقون اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بمستويات عالية من أعراض الأقران المضغوطة. كما وجد أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يعانون من معدل أعلى بكثير من تسوس الأسنان (أي، التجاوييف) مقارنة بالعمر المطابق. كما وجدنا العديد من مجموعات البحث المستقلة تواتر أعلى بكثير لحوادث السيارات المنتشرة بين المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مقارنة بمعنائهم (Barkley، 2004، Weiss & Hechtman: 1993).

علعكسا لصعوبات الأخرى المرتبطة، لا يبدو أن مخاطر القيادة تخضع للإشراف بسبب وجود أو عدم وجود ظرف وهمضية. إلا

أنالعجزواتالمعرفيةوالسلوكيةالأساسيةالتيبشملاضطرابنقص الانتباه وفرط النشاطهيالمتنبأناأوليةلنتائجالقيادةالسيئةفيالمجتمع.

2-5 الأهلية للحصول على خدمات التربية الخاصة:

يمكن تقديم الطلاب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحت فئة ضعف الصحة إذا كانت نتيجة هذا الاضطراب "يقظة مرتفعة للمحفزات البيئية التي تؤدي إلى انتباه محدود فيما يتعلق بالبيئة التعليمية التي تؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي". ومع ذلك ، يتم تقديم العديد من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحت فئات الإعاقة الأخرى. يقدر الباحثون أن 16% إلى 31% من الأطفال الذين يعانون من إعاقات في التعلم و25% إلى 56% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب انفعالي يعانون كذلك من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Xin, Yu, & Shaver, 2014) وفي هذا الشأن ، يحصل العديد من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين لا يتلقون خدماتهم بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) على الخدمات بموجب المادة 504 من قانون إعادة التأهيل. قد يطلب من المدارس تكييف خطط الإقامة وتنفيذها لمساعدة الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط للمساعدة على النجاح في الفصل الدراسي العادي. غالباً ما تشمل خطط الإقامة ("الخطط 504") على مثل هذه الإضافات كوقت ممتد في الاختبارات والمقاعد التفضيلية ومراقبة المعلم للمسارات الإضافية والأهداف القصيرة المدى والمهارات التحليلية ذات الارتباط السلوكي إلى أجزاء أصغر ومراقبة تأثير الدواء على سلوك الطفل في المدرسة. (William L. Heward & al, 2017, P361)

6-العلاج النفسي والاجتماعي والتدخلات التعليمية:

إن العلاجات الأولية غير الطبية للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تمثل استراتيجيات فاعلة لممارسات السلوك التطبيقي المطبقة في المنزل والمدرسة جنباً إلى جنب مع التدخلات التعليمية والدعم ، حيث يمكن لطلاب الجامعات المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تلقي خدمات العلاج النفسي الاجتماعي ، وبشكل أساسي في شكل علاج سلوكي إدراكي ، إلى جانب التدخلات التعليمية والإقامة.

إذ ينطوي العلاج السلوكي للشباب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على الأبواب بوصفهم متلقين للتدخل.

فيما يشار إليها لتدريبات الأسري ، يتم تعليم هؤلاء البالغين كيفية تفكيك المهام إلى أجزاء مكونة وتوفير

الدعم الروتيني للسلوكيات الإيجابية وتلافي العواقب السلبية للسلوكيات غير المرغوب فيها. (Burleson

(Daviss, 2018, P134)

ولأجل تحقيق ذلك ، فإن مكونات برنامج دعم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الفعالة لتشمل على معايير توثيق الإعاقة وإجراءات الفرز ، وتوفير الخدمات والبرامج التي من المحتمل أن تدرج ضمن العلاج النفسي الاجتماعي و/أو الدروس الأكاديمية ، والإقامة في الممارسات التعليمية والاختبارية.

بعد القيام بالفحص والتقييم المناسبين ، يتم العمل على بناء مناهج التدخل ثم استعراض الخطوات التي ينبغي اتخاذها بعد التشخيص ، وذلك لتنفيذ برنامج الدعم الفعال لطلاب الجامعات المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وبالموازاة مع ذلك ، تتواجد ثلاثة مكونات مهمة للتدخلات السلوكية لاضطراب نقص الانتباه وفرط

النشاط ، والتي ينبغي أن تتحدد

بشكل متكامل ، شاملتدريبالوالدين والتدخلات المدرسية والعلاجات التي تركز على الطفل. (Stephen E. Brock & al, 2009, P100)

قبل مناقشة استراتيجيات العلاج المحددة لطلاب الجامعات من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط ، فإنه من المفيد مراجعة الأساليب الموصى بها عادة والمستخدمه للعلاج لذوي نقص الانتباه وفرط النشاط عند الراشدين. وقد تم اقتراح مجموعة متنوعة من أساليب العلاج النفسي الاجتماعي للبالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في ذلك المشورة الفردية ، والعلاج الجماعي ، والمشورة العائلية والزوجية ، والاستشارات المهنية ، والتدريب ، واستخدام التكنولوجيا المساعدة. (Murphym, 2006, pp425-452).

يتمثل أحد المكونات الرئيسية للمعالجة الأولية في توضيح طبيعة الآثار المترتبة على تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في آن واحد ومساعدة البالغين على إعادة صياغة الماضي وصناعة الأمل في المستقبل (أي التركيز على طرق مواجهة تحديات نقص الانتباه وفرط النشاط في الحياة اليومية) ، من المهم ملاحظة أن كم الدراسات التجريبية نادر جدا في سياقات العلاج النفسي الاجتماعي للبالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

7- الاستراتيجيات الموجهة لرعاية الطلاب من ذوي ADHD:

7-1 استراتيجيات العلاج النفسي الاجتماعي:

خلال القيام بعملية البحث عن أساليب العلاج الفعالة والممكنة لرعاية الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، فقد تم إيلاء الجهود نحو المناهج العلاجية النفسية ، والتي ترتبط بالعوائق المتواجدة بين طلاب الجامعات ، لتشمل التدخلات المقترحة العلاجات السلوكية المعرفي (CBT) ، والاستشارة الفردية ، واستراتيجيات الحد من الإجهاد ، وإدارة الغضب ، والترويج لرعاية الذاتية (عند سيليا لثال: عادات النمو والتغذية السليمة). (Wolf & al, 2009)

يمكن أن تكون بعض هذه التدخلات وجميعها جزءا من برنامجا لمدعما شاملا ، والذي يعتمد على الجامعة في تنفيذ إجراءاته ، ويتم إدارته من خلال العجز الطالب بغير مركز تقديم المشورة و / أو مركز الاستشارات الجامعية (Javorsky & Gussin, 1994) ، بدلا من ذلك ، يمكن توفير التدخلات النفسية الاجتماعية من قبل المختص الاجتماعي . بغض النظر عن الإعداد ، يتم توجيه العلاج النفسي إلى ثلاثة مجالات رئيسية مستهدفة:

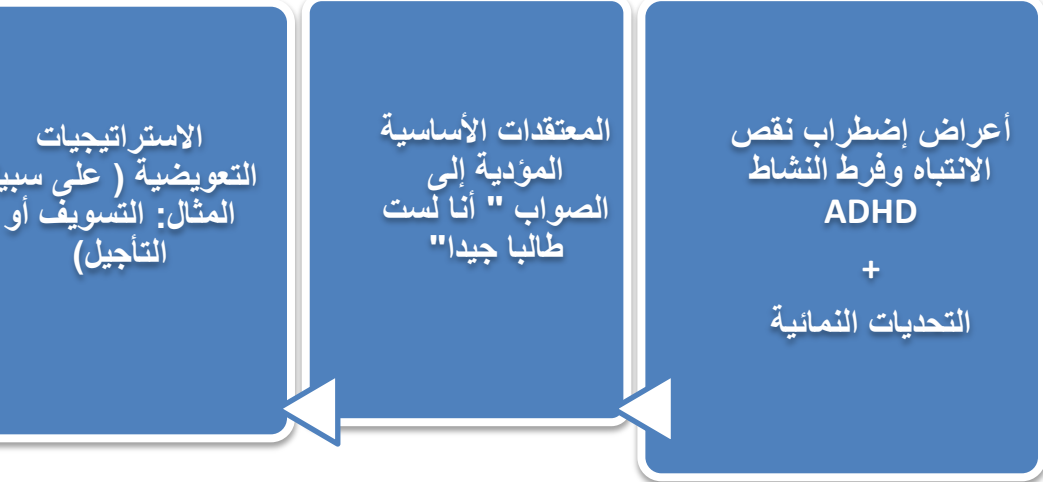
- (أ) زيادة الدافع لإكمال المسؤوليات المتعلقة بالجامعة في الوقت المناسب.
- (ب) تحسين مهارات التنظيم الذاتي في السياقات الأكاديمية والاجتماعية والمهنية.
- (ج) تقليل أو منع تزايد حدة أعراض الاضطرابات المرضية سواء كانت اضطرابات انفعالية أو سلوكية (مثل اضطراب المزاج).

أما فيما يتعلق بالعلاج النفسي الاجتماعي لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الراشدين. كما لوحظ في السابق ، في مراجعة أدبياتهم ، فإنه على الرغم من أنه كان بالإمكان العثور على العديد من الأوصاف المفاهيمية للعلاجات النفسية الاجتماعية بها في ذلك التدريب (شوارتز ، بريفات ، 2005) والعلاج المنطقي (أي العلاج ، القائم على الفلسفة الوجودية ، التي تعلم الأفراد أنهم أحرار في الاختيار لأنفسهم).

يعد النهج العلاجي النفسي الأكثر توصية على نطاق واسع لرعاية طلاب الجامعات من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط ADHD ، والمستند إلى العلاج السلوكي المعرفي (CBT). بحيث لا يتعامل العلاج السلوكي المعرفي بشكل مباشر مع أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، بل إنه مصمم لتخفيف التدايعات

المعرفية الوجدانية والسلوكية لأعراض ADHD(على سبيل المثال ، التأجيل في إكمال المهام الأكاديمية).

لأعراض العلاج المعرفي السلوكي ، يجب على المختصين تطوير مفاهيم الحالة لفهم التحديات التي يواجهها الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاطمن وجهة نظر الطلاب. يعرض الشكل 1 العناصر الرئيسية لتصور حالة نموذجية كما هو موضح من قبل رامزي وروستين (2006).



الشكل 01: يبين الحالة المفاهيمية نموذجية للعلاج السلوكي المعرفي مع طلاب الجامعات المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Ramsay & A.L. Rostain, 2006, PP 11-12) قد يؤدي الجمع بين الصعوبات المرتبطة بـ ADHD والتحديات النمائية ذات الصلة (على سبيل المثال ، زيادة التوقعات لإدارة المنظمة والوقت) إلى تبني الطلاب للمعتقدات الأساسية غير المؤهلة ، خاصة فيما يتعلق بعدم الكفاءة (على سبيل المثال ، "لست طالبا جيدا") ، بدورها ، فإن الإدراك المتكيف مع الذات يزيد من القلق ويستثير استراتيجيات تعويضية لتخفيف القلق (على سبيل المثال ، ملاحظة المهام الصعبة). بمرور الوقت ، قد تتخلل هذه الدورة غير المؤكدة الأفكار والمشاعر والسلوكيات في الحياة الجامعية اليومية. ومن ثمة ، فإن الأهداف الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تركز على مساعدة الطلاب على التعرف على هذه الدورة واعتماد استراتيجيات التكيف وحل المشكلات للتغلب على هذه العملية غير المؤهلة. يقدم رامزي وروستين (2006) نظرة عامة مفصلة على العلاج السلوكي المعرفي لطلاب الجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. حيث قاما بتحديد الخطوات اللازمة للمختصين لمتابعة تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي عبر الفصل الدراسي الأكاديمي ، والمبين في الجدول الآتي:

مرحلة الفصل	خطوات العلاج السلوكي المعرفي (CBT)
بداية الفصل الدراسي	-1 تحديد أهداف علاجية محددة للفصل الدراسي المتعلقة بقضايا الأكاديمية والجوانب الأخرى للحياة الج

<p>امعية (علسيبالمثال، الأنشطة الاجتماعية).</p>	
<p>2-مناقشة دوافع الطلاب للمشاركة في العلاج.</p>	
<p>3- تفاصيل إرشادية عن الخبرات المعرفية والانفعالية والسلوكية للطلاب الذين يحيطون بالصعوبات الشائعة (علسيبالمثال، ملاحظة المهام المحددة).</p>	
<p>4-تشجيع الطلاب على "بدء العمل بشك صغير" وإجراء تغييرات محتملة على الروتين والأنشطة.</p>	
<p>5-استعراض النتائج المتوقعة لواجبات العلاجية. في حالة الفشل، يتم العمل مع الطالب لحل المشكلات بشكل تعاوني حول الصعوبات</p>	<p>منتصف الفصل الدراسي</p>
<p>6-تعزيز التفكير المتوازن البناء عندما تواجه الطالب للتحديات (علسيبالمثال، الاختبارات الفصلية والمشاريع). استخدام تقنيات إعادة الهيكلة الإدراكية لمساعدة الطلاب على الوصول إلى منظور صحي واقعي للتأثير السلبية.</p>	
<p>7-معالجة المشكلات المرضية المحتملة (مثلا لاكتئاب) عن طريق تقديم مفاهيم واضحة للمفاهيم خطة العلاج.</p>	
<p>8- مساعدة الطلاب على التعامل مع العثرات المحتملة في إجراء تغييرات معرفية ووجدانية وسلوكية من خلال ما استخدم استراتيجيات مواجهة وحل المشكلات.</p>	<p>نهاية الفصل الدراسي</p>
<p>9-التأكيد على الحاجة إلى "إنهاء قوي" باستخدام استراتيجيات مواجهة في سياق الاختبارات النهائية لمتطلبات الفصل الدراسي (علسيبالمثال، التسجيل للفصول الدراسية)</p>	
<p>10- إنهاء العلاج من خلال دعم الطالب بتقدير النجاحات، وتشجيع الطلاب على التركيز على كيفية إدارة أعرا ضفرط النشاط بشك مستمر، ووضع استراتيجيات استباقية لمنع الانتكاس، وتمكين الطلاب من طلب المساء دة إضافية عند الحاجة.</p>	

الجدول 02: يوضح خطوات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) لطلاب الجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Ramsay & A.L. Rostain, 2006, PP13-17)

في المراحل المبكرة من الفصل الدراسي، يجب على المختصين مساعدة الطلاب على تحديد الأهداف ذات الصلة للعلاج فيما يتعلق بكل من التحديات الأكاديمية (على سبيل المثال، زيادة وقت الدراسة) وأنشطة الحياة الجامعية الأخرى (على سبيل المثال، تقليل استخدام الكحول). عند صياغة الأهداف، من المفيد النظر في تحفيز الطلاب للمشاركة في العلاج على وجه الخصوص، فإن درجة استعداد الطلاب لإجراء تغييرات في حياتهم سوف تملئ الجدوى النسبية للأهداف المحتملة.

يتم دعم الطلاب في فهم الروابط بين الإدراك والعواطف والسلوكيات فيما يتعلق بالتحديات التي يواجهونها. على سبيل المثال، عند إعطاء مهمة صعبة، قد يكون لدى الطالب أفكار غير مؤذية ("أفضل دائماً في المهام الصعبة طويلة الأمد") المرتبطة بالعواطف غير السارة (مثل القلق).

قد يقود القلق الطلاب إلى الانخراط في استراتيجيات تعويضية غير مؤذية مثل التسويف والتأجيل. وبمجرد أن يتعرف الطلاب على هذه الأنماط ، فإن الأخصائيين يوجهونهم نحو استخدام نهج المواجهة وحل المشكلات في صنع تغييرات صغيرة مجددة في روتينهم وأنشطتهم. بينما يمارس الطلاب نهج المواجهة وحل المشكلات ، يراجع المختصون النجاح النسبي للواجبات العلاجية ويؤيدون الاستخدام المستمر لهذه الاستراتيجيات في توقع تحديات منتصف الفصل الدراسي (على سبيل المثال ، الاختبارات الفصلية وزيادة عبء العمل) (Ramsay & Rostain,2006). إذا واجه الطلاب صعوبات في تنفيذ استراتيجيات المواجهة ، يعمل المختصون مع الطلاب على استخدام نهج حل المشكلات لتحديد ومعالجة المعوقات التي تمنعهم في الوصول لتحقيق أفضل الطرق للتكيف.

قد تساعد استراتيجيات إعادة الهيكلة الإدراكية الطلاب على تبني وجهات نظر صحية وواقعية بشأن النتائج السلبية (على سبيل المثال ، "أنا غاضب من نفسي لعدم قيامهم بعمل أفضل في هذا الأمر المعين. ومع ذلك ، فإن هذا هو أصعب مسار وأنا أضع المزيد من الجهد في هذه الورقة مما لدي لهم سابقة"). يجب على المختصين تقييم الطلاب لاضطرابات المرض المصاحبة ودمج استراتيجيات العلاج المناسبة لل صعوبات المرتبطة بها في العلاج المعرفي السلوكي ، إن أمكن.

مع اقتراب نهاية الفصل الدراسي ، يجب أن يكون الطلاب مستعدين للتعامل مع العثرات المحتملة في إجراء تغييرات في حياتهم اليومية من خلال دعمهم في الاستخدام المستمر لاستراتيجيات التكيف وحل المشكلات (Ramsay & Rostain,2006) ، ونظرا للأزمات الأكاديمية المتزايدة (مثل الاختبارات النهائية) والاجتماعية (مثل أحداث نهاية العام) التي تتم مواجهتها عادة في نهاية الفصل الدراسي ، بما يوجب دعم الطلاب في إنهاء الفصل الدراسي بقوة من خلال مضاعفة الجهود لاستخدام استراتيجيات التكيف. من المهم كذلك إعداد الطلاب لإنهاء العلاج المعرفي السلوكي من خلال مساعدتهم على تقدير النجاحات التي تحققت خلال الفصل الدراسي وكذلك خطة استباقية لاحتمال الانتكاس. على وجه الخصوص ، ينبغي تمكين الطلاب من الحصول على مساعدة إضافية خلال استراحة الفصل الدراسي و/ أو في الفصول اللاحقة.

على الرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي له فاعلية كبيرة في علاج طلاب الجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. أجرى Safren وزملاؤه (2010) أفضل دراسة متاحة في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج فرط النشاط المتعلق بالراشدين ، كانت هذه تجربة سريرية عشوائية تعمل على مقارنة العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة ذات انتباه تلتقت تدريبات على تقنية الاسترخاء بدعم تعليمي ، حيث كانت العينة مكونة من 86 بالغاً مصاباً باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين أكملوا 12 جلسة فردية لـ CBT أو حالة المقارنة. أشارت النتائج إلى انخفاض كبير في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مما يصاحب ذلك من زيادة في تقييم المختصين ، لتحسين حالة المرضى في حالة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بمجموعة المقارنة.

وقد أظهر 67% من المجموعة العلاج المعرفي السلوكي استجابة علاج إيجابية على أساس تحسن في أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط نسبة إلى 33% فقط من مجموعة العلاج المقارنة. تم الحفاظ على مكاسب العلاج في مراحل تقييم المتابعة لمدة 6 أشهر و12 شهراً. وقد خففت هذه النتائج الواعدة من حقيقة أن هذه الدراسة لم تدرس النتائج الخاصة بطلاب الجامعات (على سبيل المثال ، الأداء الأكاديمي والاجتماعي) ، استخدمت عينة كان متوسط أعمارها أقدم من العينة الضابطة. بالإضافة إلى ذلك ، كان جميع المشاركين يتلقون العلاج طوال فترة تجربة العلاج المعرفي السلوكي. وبالتالي ، فإن الدرجة التي يتم بها

الحصول على نجاح CBT يمكن تعميمها على طلاب الجامعات الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، لا سيما أولئك الذين لا يتلقون العلاج. قد يكون العلاج السلوكي المعرفي أكثر رسمية ، على سبيل المثال ، معالمرضا الذين يعانون من صورة سلبية ذاتية نتيجة لتجارب الفشل .

أومعالمريض الآخرين ، قد يكون التركيز أكثر على تدريب المهارات العملية ودعم تحقيق الأهداف ، بشكل ميسر معهما ليفي الوضع الداخلي . معالكثير من المرضى ، ليست هناك حاجة للتدريب على الكلا العنصرين . وبالتالي سيساعد تركيز العلاج على المشاكال المرضى . (Sandra Kooij, 2013, P169)

هناك تدخل آخر موصى به عادة لطلاب الجامعات الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذي يعرف بالتدريب. كما هو الحال بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي ، لا يركز التدريب على الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاطي حد ذاته بل " ينطوي على مساعدة الطلاب على التعامل مع جوانب إعاقتهم التي تتداخل مع الأداء الأكاديمي والتعامل مع جوانب من تجربة الجامعة ، مثل التأجيل ، وعدم التركيز ، التنظيم الذاتي غير الفعال ، سوء التخطيط ، القلق ، عدم الكفاءة الاجتماعية ، أو إدارة الوقت. (Swartz et al, 2005, P648)"

يعد القائم على تدريب الأفراد من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط تطوير علاقة تعاونية مع الطلاب من أجل مساعدتهم في تطوير الاستراتيجيات والثقة بالنفس فيما يتعلق بمهارات الأداء التنفيذي (على سبيل المثال ، إدارة الوقت). وصف سوارتز وآخرون عملية التدريب على أنها تتضمن عدة خطوات بما في ذلك اجتماع أولي لتحديد التوقعات ، وتنظيم محتوى الاجتماع وجدوله الزمني ، بالإضافة إلى تحديد أهداف طويلة المدى مع أهداف الأسبوع الأول من التدريب .

يتم تحديد الأهداف الأسبوعية (أي ، المدى القصير ، النتائج القابلة للتحقيق) المتعلقة بكل هدف طويل المدى في نهاية كل جلسة تدريب ويتم تقييمها في بداية كل اجتماع لاحق. يمكن للمدربين رسم التقدم في الأهداف الأسبوعية بحيث يتلقى الطلاب ملاحظات مرئية بشأن التقدم نحو تحقيق الأهداف. يوافق الطلاب والمدرّبون على المكافآت والعواقب على حضور الجلسات والتقدم نحو تحقيق الأهداف (على سبيل المثال ، الدفع للمدرب في حالة الغياب عن الجلسة أو عدم تحقيق الهدف الأسبوعي).

يقوم المدربون عموماً بتوجيه الطلاب ودعمهم في استخدام منهجية لحل المشكلات من أجل تحقيق الأهداف التي تتضمن مناقشة التحديات أو العقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف ، وتحديد الاستراتيجيات الممكنة للتغلب على التحديات أو عواقب التغيير ، والعواقب المتغيرة على الإجراءات ، وتقييم فعالية الاستراتيجيات على أساس أسبوعي ، وإجراء تغييرات على الاستراتيجيات حسب الضرورة. كما هو الحال بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي ، لم يتم إجراء سوى القليل من الأبحاث حول التدريب على ADHD ، بشكل عام ، مع دراستين فقط من هذا التدخل لطلاب الجامعات المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. سوارتز وآخرون. قدمت (2005) بيانات دراسة حالة غير خاضعة للرقابة لطالبة جامعية من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط ، والتي أظهرت تقدماً في استراتيجيات الدراسة الذاتية المبلغ عنها ، وزيادة وقت الدراسة ، واستلام الصف الدراسي المطلوب بعد 8 أسابيع من التدريب ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط .

فحص بريقات ، لامبروبولوس وآخرون (2011) تأثير التعينات بين الدورات في تدريب ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط لعينة أكبر (N = 13) من طلاب الجامعات الذين يعانون من ADHD. أشارت النتائج إلى أن التقدم في دورات التدريب لهؤلاء الطلاب الثلاثة عشر كان مرتبطاً بشكل كبير بثلاثة جوانب بين مهام

الدورة: (أ) تقدير المدرب لنوعية الطلاب بين الدورات خلال فترة العلاج ، (ب) موقف الطلاب الإيجابي تجاه واجبات الدورة ، و (ج) الفائدة المتصورة لتلك التخصيصات .
كما كانت نتائج كسب العلاج (كما تم قياسها بواسطة تقييم المعالج لدوافع الطلاب وعملهم) مرتبطة بشكل كبير بدوافع الطلاب لإرضاء آبائهم. حيث تدعم هذه النتائج استخدام التعيينات بين الدورات في سياق التدريب على معالجة نقص الانتباه وفرط النشاط، وأيضاً تسليط الضوء على العوامل المتعلقة بالمهام وتدريب التفاعلات التي من المحتمل أن تكون مفيدة للغاية. ل يتم التأكيد علناً الاستنتاجات المتعلقة بفعالية تدريب ADHD لطلاب الجامعة محدودة بسبب عدم وجود ضوابط تجريبية واستخدام العينات الصغيرة في هذين الدراستين.

2-7 التدخلات التعليمية الموجهة لرعاية ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط:

تتضمن التدخلات التعليمية تزويد الطلاب بالتدريب على مهارات محددة في مجال المحتوى (على سبيل المثال ، المهارات التي يتم تدريسها مباشرة في دورة تدريبية) ، تعليم طرق تنظيم مواد ومهام الدورة التدريبية ، والدراسة للاختبارات ، و/ أو تدوين الملاحظات الصفية ، والدعم المستمر في تنفيذ الاستراتيجيات أو ممارسة المهارات الأكاديمية المكتسبة حديثاً. وهكذا ، تم تصميم التدخلات لتعزيز مهارات الطلاب والمعرفة في مجالات المحتوى و/ أو بطرق لدعم التعلم الخاص بهم ، والتي تشمل على مجموعة متنوعة من التدخلات التعليمية الممكنة للطلاب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وعلى الرغم من ذلك ، فقد ركزت معظم الاستراتيجيات على توفير التعليم في مهارات الدراسة / التنظيم و/ أو أساليب لتعزيز فهم المحاضرات ومواد القراءة. كما كان الحال بالنسبة للتدخلات النفسية والاجتماعية. وفي هذا الصدد نشير إلى الدراسة التي قامت بها قامت (Allsopp & al, 2005) والتي سعت إلى تطوير وتنفيذ وتقييم نموذج لتقديم إرشادات إستراتيجية خاصة بالدورة إلى 46 طالبا جامعيا من ذوي الإعاقات ، بما في ذلك 18 طالبا ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أو بدون صعوبات التعلم. حيث تم استخدام طرق شبه تجريبية ذات أساليب مختلفة ل يتم تخصيص تعليم الاستراتيجيات لكل طالب بناء على احتياجات تعليمية محددة بالإضافة إلى الدعم التجريبي. على سبيل المثال ، لتعزيز فهم القراءة لدى الطالب ، تم استخدام استراتيجية إعادة صياغة RAP التي تتضمن (R-read a paragraph أي إعادة قراءة الفقرة بالترتيب) -أسأل ما هي الأفكار الرئيسية ، وضع الأفكار بأسلوبك الذاتي.

بين دورة واحدة إلى ثلاث دورات استراتيجية ، كل منها استمر من 1 إلى 2 ساعة ، تم توفيرها على مدار فصل دراسي واحد. تم العثور على زيادات ذات دلالة إحصائية في متوسط نقطة الدرجات (GPA) ، مما يشير إلى زيادة ما يقرب من نصف الانحراف المعياري مع العلاج. كانت التحسينات أكبر للطلاب الذين كانوا تحت الاختبار الأكاديمي قبل التدخل.

بالإضافة إلى ذلك ، فقد وجدت إجابات المقابلة من الطلاب عاملين مرتبطين بالتحسين بما في ذلك الاستخدام المستقل للاستراتيجيات والعلاقة الداعمة بين الطالب والمعلم. وعلى العكس من ذلك ، كان هناك عاملان لا يرتبطان بأي تحسن بما في ذلك عجز الطلاب الأكاديمي / المهارات المعرفية والقضايا الانفعالية / المتعلقة بالأدوية.

وبعبارة أخرى ، كان الطلاب الذين لديهم ظروف مرضية أكثر حدة أقل عرضة للرد على التدخل. على الرغم من أن هذه النتائج واعدة فيما يتعلق بالآثار المفيدة لتدريس الاستراتيجيات الأكاديمية الفردية ، إلا أن الاستنتاجات قد خففت بسبب عدم وجود عنصر تحكم أو مقارنة في هذه الدراسة. يعتقد الباحثون أن

تكنولوجيا الكمبيوتر (على سبيل المثال ، البرامج المساعدة) لديها إمكانات كبيرة في تلبية الاحتياجات الأكاديمية لطلاب الجامعات المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. قام هيكر وآخرون (2002) بفحص البرامج المساعدة لتعزيز مهارات القراءة لدى 20 طالبا يعانون من اضطرابات الانتباه الذين حضروا الكلية الخاصة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات في التعلم (بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط).

تم استخدام تصميم دراسة حالة AB مع المشاركين الذين يعملون بمثابة عناصر التحكم الخاصة بهم. تمت مقارنة أداء الطلاب في دورة اللغة الإنجليزية المطلوبة للظروف دون مساعدة (خط الأساس أو مرحلة) مقابل البرمجيات المساعدة (التدخل أو المرحلة B). أفاد المشاركون عن إجهاد أقل عند استخدام البرنامج المساعد ، وارتبطت حالة العلاج بمعدلات قراءة محسنة ووقت أقل لاستكمال فقرات القراءة. وفي مقابل ذلك ، لم يتم الحصول على أي تغييرات في فهم القراءة. بالموازاة مع ذلك ، فإن بعض هذه النتائج جيدة ، ولكن تبقى الاستنتاجات محدودة بسبب عدم وجود سيطرة تجريبية وكذلك تأثير الحد الأدنى من العلاج على الفهم القراءة.

3-7 التدخل المستند إلى الإقامة التعليمية:

يتطلب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) والمادة 504 من قانون إعادة التأهيل من الكليات والجامعات إجراء تعديلات معقولة على البرامج الأكاديمية والبرامج ذات الصلة للطلاب الذين يعانون من إعاقات ، بما في ذلك المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. عادة ما يشار إلى هذه التعديلات باسم الإقامة. حيث تختلف أماكن الإقامة التعليمية عن التدخلات في أن الأولى لا تتضمن التدريب لتحسين مهارات الطلاب أو معارفهم. بدلا من ذلك ، فإن الإقامة تمثل تغييرات في الممارسة التعليمية التي تخفف من تأثير الإعاقة ، في حالة ADHD ، فإن المطلوب هو وصول الطالب إلى اكتساب القدر الكافي من المناهج الدراسية.

على الرغم من أن الإقامة المحددة تعتمد على الاحتياجات والضعف الذي أظهره الطلاب ، فإن التوصيات النموذجية للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تتضمن توفير وقت إضافي أو فترات راحة أثناء الاختبارات ، مما يسمح باستخدام التدقيق الإملائي لمعالجة الكلمات أثناء الفحوصات ، مما يضع الطلاب في بيئات خالية من الهلع خلال اختبارات ، وتوفير شخص لتدوين الملاحظات خلال محاضرات الصف ، وتمديد المواعيد النهائية مهمة (Wolf, L & al, 2009).

من المفيد التفكير في أماكن الإقامة في سياق أربع فئات بما في ذلك العرض والاستجابة والتوقيت/الجدولة والإعداد. حيث تتضمن إعدادات العرض التقديمي تغيير طريقة تقديم التعليم الأكاديمي أو المهام الدراسية أو التقييم للطلاب. فعلى سبيل مثال العرض تقديمي يندرج في وصف مهام الدورة الدراسية سواء شفهايا أو كتابيا (Javorsky & Gussin, 1994).

هناك طريقتان ممكنتان لتوفير أماكن استجابة. قد يتضمن أحد التغييرات في الطريقة التي يطلب من الطلاب فيها الاستجابة للتعليمات والواجبات و/ أو عناصر الاختبار. شكل بديل للامتحانات (على سبيل المثال ، الشفوي مقابل الكتابة) هو محل استجابة موصى به كثيرا (Javorsky & Gussin, 1994). كما توجد طريقة أخرى لتوفير سكن استجابة وهي السماح للطلاب باستخدام جهاز (على سبيل المثال ، آلة حاسبة ، مسجل رقمي) كآلية مساعدة في الاستجابة للتعليمات أو الواجبات أو الاختبارات: (حيث يوضح الجدول 03 أماكن الحصول على استجابة إضافية).

نوع	إمكانية الإقامة
-----	-----------------

الإقامة	
التقديم	1. وصفها ما الدورة الدراسية سواء شفهيًا أو كتابيًا
	2. بدء محاضراتها واستعراض المحاضرة السابقة والموضوع بنظرة عامة لجلسة الفصل الدراسي الحالي .
	3. التأكيد على الأفكار الرئيسية والمفاهيم الأساسية على حد سواء شفهيًا وكتابيًا (علسبيلا للمثال ، استخدمها الخطوط البألوان المختلفة على Powerpoint) : استعراض الأفكار الرئيسية في نهاية الدرس .
	4. التحديث بوضوح بوتيرة تسمح للطلاب بمتابعة المحتوى وتدوين الملاحظات ، والتوقف بانتظام لمرحلا لأسئلة على الطلاب .
	5. مع ملاحظة علامات الارتباك لدى الطلاب الرد عليها (علسبيلا للمثال ، تعابير وجهها واستفسارات شفوية) مع شرح واضح / أو مساعدة داعمة .
	6. السماح للوقت في نهاية جلستها ورسائل المحاضرات للمناقشة وفرصا لأسئلة والأجوبة .
	7. تزويد الطلاب بدلة الامتحان التي تقدم أمثلة على أشكال الاختبار والمحتوى .
	8. أثناء إعداد الامتحانات ، تجنب استخدام الجمال المعقدة (مثال لسليباتا المزدوجة) وتضمن أسئلة ضمن السياقات .
	9. خلال الامتحانات ، لا بد من منح الطلاب مساحة فارغة كافية للطلاب الذين لديهم كتاب يدوية كبيرة .
الاسم تجابة	1) تقديم صيغة بديلة (علسبيلا للمثال : الشفوي بقابل المكتوب) للامتحانات .
	2) السماح للطلاب باستخدام جهاز (علسبيلا للمثال : آلة حاسبة ، نظاما استجابة التقر) كمساعد في الاستجابة للتعليمات والواجبات والاختبارات .
	3) العمل على قبول مجموعة متنوعة من الردود المحتملة (علسبيلا للمثال : الشفوية والطبوعة) على أسئلة الامتحان .
	4) منح الطالب فرصة توضيح أو إعادة صياغة سؤال الاختبار لضمان فهمه قبل الإجابة عليه .
	5) تزويد الطلاب بالخيارات (علسبيلا للمثال : مشروع البحث ، عرض الفصل الدراسي) لإظهار التمكين أهداف الدورة .
	6) السماح للطلاب باستخدام المدققا لإملائها لجهة النصوص أثناء الاختبارات .
	7) تزويد الطلاب بملاحظات الفصل والسماح لخصا خرب تدوين الملاحظات أثناء المحاضرات .
	8) السماح للطلاب بالتحديث بدو لأنفسهم أثناء الاختبار ، لأن ذلك قد يساعد في الحفاظ على انتباهها واستدعاء المعلومات .
التوقيت / الجدولة	1/ توفير وقت إضافي (علسبيلا للمثال ، مزدوج) في الاختبارات .
	2/ منح المنهج الدراسي للطلاب بمناورة الستة أسابيع قبل الفصل الدراسي ، وإذا كان ذلك ممكنا ، مناقشة متطلبات المقرر الدراسي والمادة مع الطلاب قبل بدء الفصل الدراسي .
	3/ السماح للطلاب كما أجزاء من الاختبارات والواجبات الدراسية بطريقة مجزأة على مد فترة زمنية .
	4/ تمديد الوقت لاستكمالها المتطلبات بالدورة .
	5/ تزويد الطلاب بفرص للالتقاء لمناقشة أسئلة أو مخاوف بشأن مواد المحاضرات أو القراءة المعينة و /

أومها ما الدورة التدريبية .	
6/ تقديم المشورة للطلاب للتسجيل في دورات تدريجية صعبة في الصباح حول لسيق فترة ما بعد الظهر أو في المساء .	
7/	
تقديم المشورة للطلاب للتسجيل من أجل تقليل عدد الدورات ، وتحديد الدورات التدريبية التي تتجنبها أكثر تكراراً في وقت قصير (على سبيل المثال: جلسات دراسية لمدة 50 دقيقة).	
8/ تمديد الوقت لاستكمالها للمتطلب بدرجة .	
1-	الإعدادات
السماح للطلاب بالاختبار أثناء الفصول الدراسية الهادئة بعيداً عن الطلاب الآخرين وغيرهم من الانحرافات المحتملة .	
2- خلال جلسات الفصل الدراسي ، حاول إزالة أو تقليل الانحرافات المسببة والمشوية (على سبيل المثال: الضجيج الخارجي).	

الجدول 03: يعبر عن توصيات الإقامة المعدة من قبل وولف وآخرون (2009)

يمكن أن يستغرق تسكين التوقيت / الجدولة واحداً من ثلاثة أشكال. أحد الاحتمالات هو تغيير مقدار الوقت المسموح به لاستكمال الاختبار أو الواجب. يعتبر الوقت الممتد (على سبيل المثال ، مزدوج) في الامتحانات مثلاً موصى به بشكل متكرر (Wolf et al,2009, Javorsky & Gussin,1994). مكان آخر للتوقيت / الجدولة هو تغيير الوقت المخصص لتقديم محاضرة أو تعليقات. البديل الأخير لهذا النوع من الإقامة هو تغيير الجدول الزمني أو الإطار الزمني لإجراء أو اختبار. على سبيل المثال ، قد يسمح للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بكمال أجزاء من الاختبار بطريقة مجزأة على مدار عدة ساعات أو أيام (كما ورد بالجدول 03 للحصول على أماكن إضافية للتوقيت / الجدولة).

8- الإشراف على خدمات الدعم والمعالجة:

نظراً لتنوع خدمات الدعم والمعالجة التي قد تكون ضرورية للطلاب بالجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، فمن المرجح أن يكون هناك شخص واحد يعمل في دور مدير الحالة . وعلو جه التحديد ، يجب أن يكون شخصاً واحداً على الأقل على دراية بجميع الخدمات التي يتم تقديمها للطلاب ، وكذلك مراقبة تنفيذ هذه الخدمات والنجاح النسبي لها .

إن وجود مدير الحالة مهم بشكل خاص للطلاب بالجامعات الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين لم يعودوا قادرين على الاعتماد بشكل كامل على والد أو الوصي . حيث تمثل سنوات الأولى للمزاولة بالكلية تحدي لإدارة حياتهم بشكل مستقل ، بما في ذلك علاجهم الخاص . علماء الرغمة أنهم الممكّنون للطلاب بعلمهم كمدربين للحالات الخاصة بهم ، إلا أن أحد أعضاء هيئة التدريس من طلاب جامعة أو الأستاذ الجامعي والمختص بالاجتماعية قد يكون خياراً أكثر مثالية لهذا الدور . بغض النظر عن مقيوم مدير الحالة ، هناك العديد من الأنشطة التي تعتبر حاسمة لهذا الدور . أولاً: يجب أن يعمل مدير الحالة مع الطالب لتحديد جميع الخدمات التي يتم تلقيها حالياً المعالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لديه . من خلال إذنا الطالب ، يجب أن يكون مدير الحالة عالماً بتفاصيل المتظم (شهرياً) مع جميع المحترفين الذين يعملون مع الطالب . وهذا يشمل الصحة النفسية ، والتعليم ، والعملين في المجال الطبي .

(Lisa L & George J,2013,P71)

ثانياً: يجب على مدير الحالة مساعدة الطالب في جميع البيانات المتعلقة بآثار خدمات الدعم والمعالجة . قد يكون تدرّب الطالب على اتخاذ القرارات المستندة إلى البيانات مفيداً في هذا الصدد . ثالثاً:

يمكن لمدير الحالة توجيهها الطلاب في العمل كمدا فعين خاصين بهم من حيث (أ)
الحصول على الخدمات المطلوبة ولكن غير المتوفرة حالياً، و(ب)
العمل مع زوديا الخدمة لضمان تحقيق أقصى قدر من النتائج
(علسيلا لمثال: طلب التغييرات إلى العلاجات التي لا يمكنها الأخرى ناجحاً).

الخاتمة:

إن بروز نماذج عن الاضطرابات السلوكية في مستويات متقدمة من المراحل العمرية ، قد أدى بالباحثين إلى التفكير في استراتيجيات علاج تستند إلى مقاربات داخلية وأخرى خارجية ، من شأنها أن تعمل على التخفيف من حدوث مثل هذه الإشكالات " نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الطلبة الجامعيين " ، لتندرج إجراءات تصوراتهم العلاجية في الاتجاهات النفسية الاجتماعية ، والتربوية وكذا على مستوى الإقامات التعليمية ، بما يوجب التطرق لمجموعة من التوصيات التي لا بد من الأخذ بها في مثل هكذا حالات ، والمتمثلة في:

- العمل على الكشف المبكر للحالات التي يتم التشكيك في إصابتها باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط .
- ضرورة القيام بالتشخيص الدوري والمستمر للطلاب خلال المراحل العمرية والتعليمية المختلفة .
- متابعة تقدم الطلاب ومرافقتهم قبل وأثناء وبعد تحديدهم في فئة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط .
- الاستعانة بنموذج الاستجابة للتدخل RTI كبرنامج وقائي وتدخل له جوانب معرفية وسلوكية .
- إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات المتعلقة بهذه الفئة ، في إطار الاختلاف البيئي للمجتمعات .
- السعي إلى إشراك كل من الطلبة والأسرة في تصميم وتنفيذ وتقييم برامج التدريب المتبعة للتكفل ورعاية الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط .

قائمة المراجع:

1. American Psychiatric Association. (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), Washington, DC: Author.
2. Barkley, R. A. (2015): Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed). New York, NY: Guilford.
3. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006): Attention - deficit hyperactivity disorder: A clinical Workbook(thirdEd), New York: Guilford Press.
4. Steven W. Evans(2015): A Practical Guide to Implementing School-Based .Brandon K. Schultz Interventions for Adolescents with ADHD, Department of Psychology East Carolina University,Greenville –NC, Springer International Publishing, USA.
5. Burleson Daviss(2018): Moodiness in ADHD -A Clinician’s Guide,Department of Psychiatry, Springer International Publishing, Library of Congress, Switzerland.
6. Frazier T. W, Youngstrom, E A, Glutting, J. J, & Watkins, MW. (2007): ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students, Journal of Learning Disabilities, 40, 49–65.
7. Flory, K., Malone, P. S., & Lamis, D. A. (2011): Childhood ADHD symptoms and risk for cigarettesmoking during adolescence: School adjustment as a potential mediator, Psychology ofAddictive Behaviors, 25 (2), 320–329.
8. Gudjonsson, G. H, Sigurdsson, J. F, Sigfusdottir, I. D, & Young, S. (2012): An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and therelationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53, 304–312.
9. Javorsky, J, & Gussin, B. (1994): College students with attention deficit hyperactivity disorder: An overview and description of services, Journal of College Student Development, 35 (3), 170–177.
10. Joel Macht(2017): The Medicalization of America’s Schools -Challenging the Concept of Educational Disabilities, Library of Congress, Davidson, North Carolina, USA.
11. Kent, K. M., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S. G., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., et al. (2011): The academic experience of male high school students with ADHD, Journal of Abnormal Child Psychology, 39, 451–462.
12. Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., et al. (2010): Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder, British Journal of Psychiatry, 196 (3), 235–240.
13. Lisa L. Weyandt, George J. DuPaul (2013): College Students with ADHDCurrent Issues and Future Directions, Department of Psychology, University of Rhode Island, Kingston , RI ,Library of Congress, USA.
14. Margari, L., Buttiglione, M., Craig, F., Cristella, A., de Giambattista, C., Matera, E.Simone, M. (2013): Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders, BMC Neurology, 13(1), 198.
15. Monica Thielking.Mark D. Terjesen (2017):Handbook of Australian School Psychology Integrating International Research, Practice, and Policy, Department of Psychological Sciences,Library of Congress,Springer International Publishing AG, Switzerland.

- Murphy, K.R. & Gordon, M. (2006): Assessment of adults with ADHD. In R.A. Barkley (Ed.), Attention - deficit / hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed .) (Pp.425–452). New York: Guilford. .16
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2006): Cognitive behavior therapy for college students with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of College Student Psychotherapy*, 21 (1), 3–20. .17
- Roberts, W., Milich, R., & Barkley, R. A. (2014): Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping and prevalence of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis & treatment* (4th ed., pp. 51–80), New York, NY: Guilford Press. .18
- Sam Goldstein-Melissa DeVries (2017): *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*, Neurology, Learning and Behavior Center, Salt Lake City, UT, USA. .19
- Sandra Kooij (2013): *Adult ADHD Diagnostic Assessment and Treatment*, Third Edition, PsyQ the Hague, Springer-Verlag London, Library of Congress, the Netherlands. .20
- Saul, R (2014): *ADHD does not exist: The truth about attention deficit and hyperactivity disorder*, New York, NY, Harper Collins. .21
- Schwiebert, V. L., Sealander, K. A., & Bradshaw, M. L (1998): Preparing students with attention deficit disorders for entry into the workplace and postsecondary education, *Professional School Counseling*, 2 , 26–33. .22
- Shelley Hyman, George J. DuPaul, and Matthew J. Gormley (2017): *Evidence-Based Assessment and Intervention for ADHD in School Psychology*, Department of Education and Human Services, Lehigh University, Springer International Publishing Switzerland, Bethlehem, PA, USA. .23
- Stephen E. Brock. Shane R. Jimerson. Robin L. Hansen (2009): *Identifying, Assessing, and Treating ADHD at School*, Department of Special Education, Rehabilitation School Psychology and Deaf Studies, California State University, Sacramento, USA. .24
- Swartz, S. L., Prevatt, F., & Proctor, B. E (2005): A coaching intervention for college students with attention deficit/hyperactivity disorder, *Psychology in the Schools*, 42 (6), 647–656. .25
- Jana Konicarova (2018): *ADHD, Stress, and Development*, Department of Psychiatry . Petr Bob & UHSL, First Faculty of Medicine, Charles University Prague, Czech Republic, Library of Congress. .26
- Wolf, L. E., Simkowitz, P., & Carlson, H. (2009): College students with ADHD, *Current Psychiatry Reports*, 11 (5), 415–421. .27
- Xin, Yu, J. W., & Shaver, D (2014): Longitudinal effects of ADHD in children with learning disabilities or emotional disturbances, *Exceptional Children*, 80, 205–219

العلاج السلوكي الفعال للسلوكيات العدوانية لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا

بن نصر هارون طوبان بلال

طالب دكتوراه طالب دكتوراه

جامعة عمار ثلجي _ الأغواط _ جامعة مُجد لمين دباغين _ سطيف _

مقدمة :

تعتبر مرحلة الطفولة من بين المراحل الحساسة التي يمر بها نمو الفرد فهي مرحلة تتميز بالنمو المتسارع الذي يشمل النواحي العقلية ، الانفعالية ، الجسمية ، وغيرها فهي البنية الأساسية في تكوين شخصية الطفل والتي تتشكل فيها العادات والاتجاهات وتنمو وتبرز الميولات والاستعدادات وذلك تبعاً لما توفره البيئة المحيطة به من عديد الجوانب نجد منها التربوي ، الاجتماعي ، الأسري والصحي .

إلا أنه هناك العديد من المشاكل التي تعيق النمو والتطور السليم للطفل وتكبحه مقارنة بغيره من الأطفال فنجد الإعاقة العقلية أو ما يعرف بالتخلف الذهني ، الذي يعد من أصعب ما قد يصاب به الفرد خلال مراحل حياته الأولى فتؤدي إلى عرقلة مسيرة نموه الطبيعية ، فتظهر بعض المشاكل و لعل أغلبها مشكلات سلوكية وانفعالية حيث يرى " عبد الرقيب أحمد ، 1981 " أن الأطفال المعاقين عقليا لا تقتصر مشكلاتهم على نقص الكفاءة العقلية ولكنهم يعانون أيضا من عدة مشكلات سلوكية وانفعالية وهذا ناتجا لما يتعرضون له من ظروف اجتماعية وتربوية غير ملائمة خلال مراحل حياتهم ونشأتهم ، فالفشل الدائم للطفل الذي يتعرض له من خلال مرحلة تنشئته لسبب ضعف القدرات العقلية على مواجهة مختلف تحديات الحياة يولد له صراعا وشعورا سلبيا في تقدير الذات ، يؤدي هذا الشعور بتبني أساليب دفاعية تتجسد في سلوكيات غير مقبولة اجتماعيا ، سلوكيات ضد الآخرين أو ضد الذات فينتج ما يعرف بالعدوان الذي يراه الكفافي (1990) من أقرب الاستجابات في حال الإحباط ، بالرغم من أنه متعلم وليست فطري .

ونظرا لخطورة السلوك العدواني عند المتخلفين ذهنيا وزيادة نسبته وخطورته على الفرد نفسه وعلى الآخرين ، فقد اختلفت الأساليب والطرق المستخدمة في علاجه ، فظهر اللعب و العلاج النفسي الجماعي و الإسترخاء و التعزيز الإيجابي كمقتررات لعلاج هذه السلوكيات أو بالأحرى التخفيف منها و الوصول لأدنى المستويات .

أولاً: التخلف الذهني .

1_ تعريف التخلف الذهني :

1_1_ تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني : تعرف الجمعية الأمريكية الإعاقة الذهنية وإعاقات التطور والنمو حيث تصف الإعاقة الذهنية بأنها: تتسم بالقيود المؤثرة على كل الوظائف العقلية والسلوك التكيفي ، كما يعبر عنها في سياق المفاهيم والمهارات الاجتماعية ومهارات التأقلم ، حيث تظهر الإعاقة الذهنية قبل سن 18 سنة ، وبشكل عام فإن مصطلح الإعاقة الذهنية ينطبق على نفس الأشخاص الذين سبق تشخيصهم بتأخر عقلي فيما يخص التصنيف والمستوى والنوع ومدى الحاجة إلى الخدمات والدعم ، لذا فإن كل شخص يتم أو سبق تشخيصه بالتأخر العقلي ينطبق عليه أيضا تشخيص الإعاقة الذهنية. (زياويان كي وجنج ليو ؛ ترجمة عبد اللطيف إبراهيم ، د ت ، ص : 02)

1_2_ تعريف منظمة الصحة العالمية : هو حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله ، ويتميز بشكل خاص باختلال في المهارات ، يظهر أثناء دورة النماء ، ويؤثر في المستوى العام للذكاء ، أي القدرات المعرفية ، واللغوية الحركية ، والاجتماعية ، وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسدي آخر ، ولكن الأفراد المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل أن معدل انتشار الاضطرابات الأخرى بين المعاقين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين عموم السكان ، ويكون السلوك التكيفي مختلفاً (منظمة الصحة العالمية ؛ 1999 ؛ ص : 238)

2_ تصنيفات التخلف الذهني:

1_2_ تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني:

1_2_1_ تخلف ذهني حاد: أين يسجل معامل الذكاء أقل من 20 ، والنمو الذهني الشديد التأخر من بين السمات التي يتميز بها هؤلاء المتخلفين ذهنياً ، كما أن اتصالاتهم محدود ، ولا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم ويفتقرون للتركيز السليم حتى في أبسط حالاته وهم بحاجة إلى عناية الآخرين بصفة مستمرة .

1_2_2_ تخلف ذهني شديد: يكون معامل الذكاء من 20 إلى 34 ، أصحاب هذه الفئة يعتمدون على أنفسهم بشكل جزئي وغالبا ما يحتاجون لرعاية الغير نتيجة لمعاناتهم ، وغالبا ما يستفيدون من أي نوع من أنواع التدريب المهني لذا فهم بحاجة دائمة للكفالة بكل أنواعها: بيداغوجية ، نفسية ، حركية وحسية .

1_2_3_ تخلف ذهني متوسط : يكون معدل الذكاء ما بين 35 و45 ، هؤلاء يشكلون فئة قابلة للتدريب على بعض العمال البسيطة خاصة منها ذات الطبيعة النمطية ، مع هذا فإنهم يحتاجون لملاحظة ومتابعة مستمرة نظرا لما يعانون منه من ضعف في النمو .

2_1_4_ تخلف ذهني بسيط: أصحاب هذه الفئة يتراوح معدل الذكاء ما بين 50 و70 وهم يشكلون غالباً التلميذ الذين يلتحقون بالأقسام الدراسية الخاصة ، يتميز هؤلاء ببطيء الحركة كما أن قابلية التعلم عندهم تبقى محدودة إلى أنه يمكنهم تحقيق استقلالهم بشكل كبير. (السيد عابد، 2008، ص ص: 130، 129)

2_2_ التصنيف الاكلينيكي:

2_2_1_ الأطفال المنغوليين: من الحالات الكثر شيوعاً للتخلف الذهني وقد سميت بالمنغولية نسبة للتشابه الموجود لدى افراد المصابين في ملمح الوجه ، قدرتهم العقلية تتراوح ما بين المتوسط والبسيط ، ونسبة الذكاء لديهم تتراوح ما بين (40 و70) درجة.

2_2_2_ حالة القماءة أو القصاع: يعتبر قصر القامة من الحالات المعروفة في ميدان التخلف الذهني حيث تصاحبها نقص وتدني في القدرة العقلية ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد وقصر الطراف والأصابع.

أما الخصائص العقلية للقماءة فتتمثل في تدني الداء العقلي وتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (25 و50) درجة ، كما تواجه هذه الفئة مشكلات تعليمية تبدو في صعوبة القراءة والكتابة ، الحساب ، ومهارات الحياة اليومية وترجع أسباب القماءة لعوامل وراثية وبيئية.

2_2_3_ حالة صغر حجم الدماغ : حيث تبدو مظاهر هذه الحالة في صغر محيط الجمجمة مقارنة مع محيط الجمجمة للطفل العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني ومن مظاهرها الجسمية النقص الواضح في الوزن والطول ، وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة ، أما المظاهر العقلية فيتميزون بنقص واضح في القدرة العقلية وغالباً ما ضمن فئة الاعاقة البسيطة والمتوسطة.

2_2_4_ حالة كبر حجم الدماغ : هي من الحالات الإكلينيكية في التخلف الذهني حيث يتميز أصحاب هذه الحالة بنقص واضح في القدرة العقلية وغالباً ما تقع هذه الحالات ضمن فئة التخلف الذهني الشديد والشديد جداً ، أما البرامج التربوية فتبدوا في مهارات الحياة اليومية.

2_2_5_ حالة استسقاء الدماغ : تبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الدماغ مصحوبة بسائل النخاع الشوكي في داخل أو خارج الدماغ ، من الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات النقص الواضح في القدرة العقلية وتصنف غالباً ضمن فئة التخلف الذهني الشديد والشديد جداً ، خاصة إذا صاحبها اعاقات أخرى ، وتقدم مهارات الحياة اليومية كبرامج لمثل هذه الحالات. (السيد عابد ، 2008 ، ص: 133-134 135)

3_ أسباب التخلف الذهني:

3_1_ الوراثة :

نتكلم عن الجانب الوراثي يعني تواجد أشخاص متخلفين ذهنياً في العائلة ، يتكون جسم الانسان من مجموعة من الخلايا وكل خلية تحمل نواة وبها مجموعة من الصبغيات والكروموسومات تحمل بدورها

المورثات أو الجينات ، في الحالة العادية النواة تحمل 46 كروموزوم مرتبة 23 زوج من 01 إلى 23 كل الزوج متماثلة:

عند المرأة: (XX) عند الرجل: (XY).

في حالة الصبغيين اللذان يحملان مورثات متماثلة فإن الجينات متجانسة وبالتالي النمط الظاهري يمثل في الصبغيات التي تحمل هذه الجينات ، وفي حالة الصبغيين المتقابلين اللذان يحملان مورثات غير متماثلة في النمط الظاهري فإنه يخضع لقانون السيادة: $(XY) + (XX) = (XX) + (XX)$ ذكر.

3_2_ عوامل أثناء الولادة :

__ الشدة أثناء الولادة منها عسر الولادة ، اصابة الجنين ببعض الميكروبات وكذا الشأن بالنسبة للولادة المبكرة أين يمكن أن يصاب الطفل المولود بنزيف في المخ كما يمكن أن يعاني من نقص في الأكسجين.

__ الاختناق الشديد: فهذه الحالة قد تؤدي إلى الاختناق وقلة الأكسجين الذي يصل إلى الدماغ.

__ هبوط نسبة السكر: يحدث هذا عند المولود الحديث والمولود قبل الاوان خاصة.

3_3_ إصابة الطفل بعد الولادة:

__ نجد منها الامراض المعدية الحصبة الألمانية - La rubéole - La rougeole

__ التهاب السحايا La minangéte.

__ الحوادث والاصابات التي تصيب الرأس كالصددمات الدماغية ومنها: سقوط الطفل العنيف على الرأس.

__ سوء التغذية وحرمان الطفل من الحصول على المواد الأساسية والضرورية لنمو عقلي سليم.

__ الحرمان النفسي والاجتماعي والمعرفي للطفل وفقر البيئة لدرجة إعاقة عمليات النمو العقلي والمعرفي.

4_ خصائص المتخلفين ذهنيا :

4_1_ الخصائص الجسمية:

4_1_1_ التخلف الذهني الخفيف: من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز الاطفال المتخلفين ذهنيا درجة خفيفة و القابلين للتعلم في الفصول المدرسية عن أقرانهم العاديين من متوسطي الذكاء ، حيث يشبهونهم تقريبا في الطول و الوزن و التأزر الحركي في مرحلة الطفولة ، و حالات التخلف الذهني الخفيف تظهر عندهم علامات البلوغ الجسدي في مرحلة المراهقة و البلوغ ، و يكتمل عندهم نمو

العضلات و العظام و الطول و الوزن و الجنس في حوالي سن الثامنة عشر مثل أقرانهم و لكنهم أخف و أقصر في القوام بدرجة طفيفة من أقرانهم العاديين.(الشرييني ؛ 2009 ؛ ص ص: 31-64)

4_1_2_ التخلّف الذهني المتوسطه: يلاحظ وجود قصور لديهم في التآزر الحركي للحركات الدقيقة أو الكبيرة على الرغم من أن الفرد يكون غالباً قادراً على المشي والحركة باستقلال ، زيادة لقابلية الصلابة بالأمراض المختلفة وكثرة التعرض للمشاكل الصحية وذلك على الرغم من أن النمو الحركي يبدو أقل تأثراً من غيرهم من القدرات الأخرى ما عدا في الحالات الشديدة والعميقة.(الشرييني؛ 2009؛ ص: 64)

4_1_3_ التخلّف الذهني العميق: وهؤلاء الافراد أدنى بكثير من العاديين في الصحة العامة وفي البنيان الجسمي ، وتكثر بينهم الامراض والتشوهات كما أن عدد كبير منهم لديه صعوبات حركية دالة تتمثل في عدم القدرة على المشي وصعوبة في المهارات الحركية الدقيقة اضافة لأمراض عدة كالصرع واضطرابات في السمع والرؤية وتكثر بينهم الاضطرابات الجينية واضطرابات التغذية واضطرابات حسية وآلم الاسنان ، وعامة فإن معدل النمو الجسمي والحركي للمتخلفين ذهنياً يميل إلى الانخفاض بشكل عام.(الشرييني؛ 2009؛ ص: 65)

4_2_ الخصائص المعرفية:

4_2_1_ الإنتباه: يعاني الأطفال ذوي التخلّف الذهني من ضعف القدرة على الانتباه ، والقابلية العالية للتشتت وهذا ما يفسر عدم مثابرتهم أو مواصلتهم الدائم في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة ، أو مناسبة للعاديين. كما أن الضعف في الانتباه والذاكرة هما من الأسباب الرئيسية لضعف التعلم العارض (أي من الخبرة وبشكل غير مقصود) عند الأطفال المتخلفين ذهنياً ، وتزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة التخلّف الذهني.

4_2_2_ التذكر: يواجه الأطفال ذوي التخلّف الذهني صعوبات في التذكر مقارنة ب أقرانهم العاديين ، خاصة الذاكرة قصيرة المدى (أي تذكر الأحداث أو المثيرات التي تعرض لها الفرد قبل فترة زمنية وجيزة) ويمكن القول إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر ، ولذا فإنه يترتب على ضعف الانتباه ضعف الذاكرة ، ومن العوامل الأخرى التي تساهم في ضعف الذاكرة لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً ما يعرف بضعف القدرة على القيام بعملية الضبط المتتابعة ، والتي تعتبر ضرورية لعادة تكرار الشيء في ذهن الشخص حتى يستطيع أن يحفظه.

4_2_3_ التمييز: إن معرفتنا للخصائص المميزة تقوم على الانتباه لتلك الخصائص وتصنيفها ومن ثم تذكرها ، ولما كانت عملية الانتباه والتصنيف والتذكر لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً تواجه قصوراً ، فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين ، بالإضافة إلى ذلك فإن عملية التمييز بين المدركات الحسية تتأثر بشكل كبير بمستوى أداء الحواس المختلفة (السمع ، البصر ، الذوق ، الشم ، اللمس).

4_2_4_ الخيال: يلاحظ أن الاطفال ذوي التخلف الذهني بشكل عام ذو خيال محدود ، وعملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على استدعاء الصور الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى .

4_2_5_ التفكير: تعتبر عملية التفكير من أرقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيدا. فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل ، والتذكر ، والتعليل ، وغير ذلك من العمليات العقلية. والقدرة على التفكير المجرد تعكس بشكل كبير القدرة العقلية. (القيوتي ؛2006 ؛ ص: 16-17-18)

5_ تشخيص وقياس التخلف الذهني:

5_1_ التخلف الذهني الخفيف: يتم تشخيص هذا النمط من الضعف العقلي على أساس امتلاك نسبة ذكاء تبلغ أقل من 70% وعلى وجه التحديد بين 50%-70% ويقع في هذا المدى أغلبية المتخلفين ذهنيا 80% ولا يزيد من يحتاج إلى الإيداع في المؤسسة من هؤلاء عن 1% أما الباقي قادرون على استكمال تعليمهم المدرسي في الفصول الخاصة ، والكبار منهم يشغلون وظائف غير ماهرة ، وفي وسط هؤلاء يوجد حالات التدمير الدماغي والصعوبات العصبية الخاصة بالجهاز العصبي.(عيسوي ؛ د ت ؛ ص: 98)

5_2_ التخلف الذهني المتوسط: صاحب هذا النمط يجد صعوبة في اكتساب مهارات مساعدة النفس ويحتاج إلى التدريب ولكنه يستطيع أن يتعلم المهارات المطلوبة لرعاية ذاته ، وعلى مستوى اللغة والاتصال يستطيع أن يمارس اللغة استعمال واستقبال ، ولكنه يعاني من صعوبات كلامية ، وعلى المستوى الأكاديمي لا يكتسب إل قليل جدا من المهارات الأكاديمية ، يصل إلى المستوى الأول أو الثاني ، وعلى مستوى المهارات الاجتماعية فهو قادر على إقامة صداقات ، ولكنه يجد كثيرا من الصعوبات في كثير من المواقف الاجتماعية ، وعلى مستوى التكيف المهني ، فإنه يحتاج إلى مأوى في بيئة عمله ويحتاج دائما إلى اشراف مستمر ، وعلى مستوى حياة الراشدين ، في الغالب لا يتزوج ولا ينجب أطفال نتيجة الاعتمادية على الغير .

5_3_ التخلف الذهني الشديد و العميق: على مستوى رعاية النفس فيتراوح الوضع ما بين عدم وجود مهارات اطلاقا إلى وجودها جزئيا ، البعض يستطيعون رعاية الحاجات الشخصية و لكن بمستوى محدود جدا ، وبالنسبة لمستوى اللغة والاتصال ، ف لغة الاتصال تتراوح ما بين محدودة وجيدة ، ولغة التعبير من محدودة إلى ضعيفة ، وعلى المستوى الأكاديمي فل يوجد مهارات أكاديمية اطلاقا ، وعلى مستوى المهارات الاجتماعية فإنه يعجز عن إقامة صداقات حقيقية ولا يوجد لديه تفاعلات اجتماعية ، وبالنسبة للتكيف المهني فل يحصل على عمل وقد يكون في أحد مراكز النشاط ودائما يحتاج إلى رعاية مستمرة ، وبالنسبة لحياة الراشد الكبير فدائم الاعتماد على غيره ، أما درجة ذكائهم فتتراوح ما بين 40% و50% بالنسبة للمتخلف ذهنيا درجة متوسطة ونسبة 25% و40% للشديد والعميق.(عيسوي ؛ د ت ؛ ص: 90)

ثانيا : السلوك العدواني :

1_ تعريف السلوك العدواني (Aggressive Behavior)

1_1_ يشير يوسف القريوتي وآخرون (2001) إلى تعريف السلوك العدواني بأنه "السلوك الذي يظهر على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة ، كالاغتداء الجسدي وإلحاق الأذى المادي بالآخرين ، أو بالاعتداء اللفظي كالسباب والشتائم ، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر والمخاصمة".

1_2_ ويعرف سعيد ديبس (1998) السلوك العدواني بأنه أي فعل أو سلوك يهدف إلى إلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين أو بممتلكاتهم ويسبب القلق لهم". (سعيد ديبس ، 1998 ؛ ص: 02)

1_3_ ويعرفه "كونجر (1987)) بأنه "السلوك الذي يستهدف إيذاء الآخرين .(عبدالله الوابلي ؛1993 ؛ ص: 10)

2_ بعض المصطلحات المتقاطعة مع العدوان :

1_2_ العدائية أو العداوة:

رجح معظم الباحثين أن العدائية والعدوان مفهومان متمايزان رغم أنها يترجم ان معايشة الفرد لخبرات معينة ، واستجابته لهذه الخبرات ، مما يجعل البعض الآخر يتعامل معها بمعنى واحد ، وقد حاول (عبد الله) أن يميز بين السلوك العدواني والعداء ، فهو يرى انه العداء او (المشاعر العدائية) تستخدم للإشارة إلى الاتجاه الذي يقف خلف السلوك او المكون الانفعالي للاتجاه ، بينما يشير العدوان إلى السلوك الذي يوجه إلى شخص آخر او موضوع معين .(عبد الله ؛1978 ؛ ص: 133)

2_2_ العنف : أشار (علي) إلى أن العنف هو: شكل من أشكال السلوك العدواني ، الذي يتضمن الخسارة أو الأذى للأشخاص أو الممتلكات ، والسلوك العنيف يكون له النية في التكرار ولا يمكن التحكم فيه تائرا أو متطرفا ، صاحبا ومفاجئا وقتيا.(علي ؛2001 ؛ ص: 574)

كما أشار (المغربي) الى ان العنف استجابة سلوكية تتميز بصفة انفعالية شديدة قد تنطوي على انخفاض في التفكير ، وليس من الضروري ان يكون العنف مرادفا للعدوان ، وليس من الضروري ان يكون العنف مرادفا للتدمير ، حيث يكون العنف ضرورة في موقف معين وظروف معينة ، للتعبير عن واقع معين ، او تغيير واقع معين تغييرا جذريا ، يقتضي استخدام العنف في العدوان .(المغربي ؛1987 ؛ ص:32)

3_ أشكال السلوك العدواني:

حدد " (1979) (Zilman) أشكال السلوك العدواني في أربعة أبعاد تتفاوت في مظاهرها التعبيرية تتمثل في:

3_1_ العدوان البدني : الذي يهدف الفرد من خلاله إلى إلحاق الأذى أو الضرر البدني أو المهادي بالآخرين الذين يميلون إلى تحاشي مثل هذا السلوك .

3_2_ العدائية : التي يسعى الفرد من خلالها إلى الإساءة للآخرين أو القيام بخداعهم دون إلحاق ضرر أو آلام بدنية.

3_3_ التهديدات العدائية : و هي التي تستخدم أحيانا كوسيلة مضادة لمواجهة العدوان أو العداوة ، ويُنظر إليها كوسيلة أو إشارة تسبق العدوان أو العداوة المتعمدة .

3_4_ السلوك التعبيري : و المتمثل في صورة الغضب أو الانزعاج ، و التي من المحتمل أن تشبه في طبيعتها سلوك العدوان ، و لكنها لا تصل في صورتها التعبيرية إلى المستويين الأول و الثاني. (حسين فايد؛ 2007؛ ص: 15)

4_ أسباب ظهور السلوك العدواني:

4_1_ أسباب بيولوجية:

__ وجود اختلال في بناء الكروموسومات عند الأفراد العدوانيين والمضادين للمجتمع.

__ وجود هرمون الذكورة عامل في ظهور السلوك العدواني وخاصة عند الذكور.

__ دلت الأبحاث إلى أن التنبيهات الكهربائية لأجزاء من الجانب الخارجي للمهيد (Hypothalamus) في المخ لها علاقة بأشكال العدوان.

__ القوة العضلية تساعد على ظهور السلوك العدواني.

4_2_ أسباب نفسية:

__ نقص الحب الذي يمنحه الأبوين للطفل حيث أن الحب غذاء ضروري في نم والطفل وهذا الغذاء لا يقل أهمية عن الغذاء الجسدي. عدم إشباع حاجات الطفل الأولية ينمي لدى الطفل الشعور بعدم الأمن والإحباط مما يساعد على نمو الشعور المضاد للعالم من حوله وفي رشده يستجيب استجابات مرضية مثل الانسحاب عن العالم والسلبية والعنف والعدوان.

__ اضطراب البناء النفسي للشخصيات العدوانية حيث يخضع لهدأ اللذة متجاهلا مبدأ الواقع فلم يعتاد على ترويض أنفسهم وعلى تعديل الظروف الواقعية بشكل إيجابي نتيجة لعدم كفاءة " الأنا " لديهم وفشلهم في التوفيق بين إشباع مطالب الهو والانا الأعلى. (سهير كامل؛ 1993؛ ص: 16)

__ اضطراب علاقة الطفل بأمه لها للأم من تأثير على البناء النفسي لشخصية الطفل حيث يؤدي ذلك إلى بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يظهر معها السلوك العدوانوي.

5_ النظريات المفسرة لسلوك العدوان:

5_1_ نظرية الغرائز: ويمكن تقسيم نظريات الغرائز إلى قسمين :

5_1_1_ نظرية التحليل النفسي:

تهتم هذه النظرية بجذور العدوان ، فقد استخدم فرويد غريزة الموت في تفسيره للترعة العدوانية للإنسان فالعدوانية هي تدمير للذات فالشخص يقاتل الآخرين ويشرع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد أعاقبتها قوى غرائز الحياة وهو يرى أن العدوان سلوك غريزي هدفه تصريف الطاقة العدوانية التي تنشأ داخل الفرد (Hall G.&Linds 1987)

كما يرى " Freud " فرويد أن الحياة كفاح بين غريزة الحياة ودوافعها (الحب والجنس) والتي تعمل من أجل الحفاظ على الفرد وبين غريزة الموت ودافعه العدوان والتدمير والانتحار وهي غريزة تحارب دائماً من أجل إفناء الإنسان وتقوم بتوجيه العدوان المباشر خارجياً نحو تدمير الآخرين ، وإذا لم يستطيع العدوان أن ينفذ نحو موضوع خارجي سوف يرتد ضد الكائن نفسه بدافع تدمير الذات (Buss, ArnoId)1961.184

وبذلك يرى أصحاب نظرية الغرائز من علماء التحليل النفسي أن العدوانية صفة سائدة وعامة وأن جانبا كبيرا من العدوانية لا يمكن تفسيره على أساس أعمال القتل والانتحار أو الانتقام وحدها ، وأن بعض الظواهر مثل السادية تدل على وجود الاستمتاع الفطري بإيذاء الآخرين وإيذاء الذات وان العدوانية شيء فطري أو غريزة أصلية في الإنسان.

ويشير Hamblin هامبلن إلى أن Ferud فرويد وهو من أشهر القائلين بنظري الغرائز في العدوانية من علماء التحليل النفسي الذي يرى أن العدوانية هي الدافع الأساسي والمحرك الرئيسي للإنسان مثلها مثل بقية الدوافع الفسيولوجية الأخرى كالمأكل والمشرب والمأوى. (Hamblin Robert , etal1971.96)

5_1_2_ الفرويديون الجدد :

حيث يرى Adler أدلر أن العدوان والقوة وسيلتين للتغلب على مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل وإذا لم يتم التغلب على هذه المشاعر عندئذ يصبح العدوان والسلوك العنيف استجابة تعويضية عن هذه المشاعر ، كما يرى أن هناك قوة دافعية مستقلة يطلق عليه العدوان وتوجد في اللاشعوري وتوجه

السلوك ويحدث ذلك إذا ما تواجد فردان أو أكثر في موقف عدائي وهو بذلك لم يختلف كثيرا عن فرويد.)
P 192.1981. Kauffman james

أما المحلل النفسي Jung يونج وحد بين غريزة الموت وغريزة الحياة تحت اسم الليبيدو ليصبح شكل واحد ذو وجهين متناقضين الحب والكراهية فعندما لا يولد الحب وهو الوجه الإيجابي يظهر الوجه الآخر السلبي وهو الكراهية والتدمير حيث أن سيكولوجية الأنا تقوم على الإدماج الداخلي واللاشعوري ليس فقط لموضوع الحب بل أيضا لموضوع الكراهية والذي يستمر مكبوتا ويشكل تهديدا كامنا للانا وأحيانا ما انفجر هذا التهديد للخارج في شكل سلوك عدواني عند مواجهة أي إحباط. وأحيانا يكون هذا السلوك العدواني عملية دفاعية ، كما أن الأنا الأعلى لها فاعليتها في كف العدوان فأى اضطراب أو نقص في الأنا الأعلى سيقبل من كبتها لهذه النزعات العدوانية.(أحمد عكاشة:1980؛ ص:171)

بينما ترى Klein كلاين أن العدوان يعمل داخل الطفل منذ بداية الحياة ويكون هذا الدافع عنيفا جدا حيث أن الطفل يمر بخبرات من القلق الشديد تدور حول أولئك المعتنون به ويدور كذلك حول دماره هو نفسه. (ستور ؛ انتوني ؛1975؛ ص:27) ، وترى كذلك Horny هورني أن العدوان هو استجابة الفرد للقلق أساسا فالشعور بالعجز في عالم عدائي يخلق إحدى استجابات ثلاثة:(تحرك نحو ، تحرك ضد ، تحرك بعيد عن الآخرين) والشخص العدواني هو الشخص الذي يتحرك ضد الآخرين لأنه يسلم جدلا بأن العدا هو طبيعة العالم ويجب أن يتصدى له بالقتال وأن الناس ليسوا محل ثقة وفي غابة الحياة يجب أن يضرب الواحد الآخر وترى أن العداوة والعدوانية ميل تكمن جذورها في الرفض والنبذ. (Buss. 193). P 1961 Arnold,

5_2_ نظرية الإحباط – العدوان:

تقوم هذه النظرية على أساس أن العدوانية تعتبر حتمية للإحباط وإن كان البعض يرى أنه ليس من المعقول الافتراض بأن السلوك العدواني يتكون لدى الفرد من الإحباط بل يمكن القول إن الإحباط يتولد عنه شكل من أشكال العدوانية وذلك لأن الإحباط قد ينتج عنه قبول الموقف الذي يوجد فيه الفرد ، ولقد تناول دولر نظرية الإحباط العدواني في ضوء نظرية المثير والاستجابة حيث يرى أن العدوان دافع غريزي داخلي ولكن لا يتحرك بواسطة غريزة بل بتحريض من مشيرات خارجية لذا يشير دولار وفقا لهذه النظرية إلى حدوث السلوك العدواني دائما ويفترض وجود الإحباط والإحباط دائما يؤدي إلى العدوان. (عزة عبد الغني ؛ حجازي: 1986؛ ص:29)

ويرى عبد السلام عبد الغفار أنه عندما يزيد الإحباط تزداد الرغبة في السلوك العدواني وازدياد هذه الرغبة يعني توجيه جزء من الطاقة النفسية لدى الفرد نحو السلوك العدواني ضد مصدر الإحباط.(عبد السلام ،عبدالغفار1983م ،115) ولقد اتفقت أبحاث دولر وزملاؤه على أن للإحباط دورا محرضا دافعا على اتخاذ الاستجابة العدوانية وأن العدوان دائما ناتج عن الإحباط ولكن ميلر أعاد تصحيح هذه النظرية حيث أدرك أن هناك استجابات أخرى للإحباط إضافة إلى حدوث العدوان كالانطواء والانسحاب والاكئاب إلا أنه استمر في اعتقاده بأن الاستجابة العدوانية تحدث بدافع وتحريض من الإحباط.(Mussen paul1983.52)

5_3_ نظرية التعلم الاجتماعي :

تقوم هذه النظرية على ثلاثة أبعاد رئيسية:

__ نشأة جذور العدوان بأسلوب التعلم والملاحظة والتقليد.

__ الدافع الخارجي المحرض على العدوان.

__ تعزيز العدوان.

ويؤكد بندورا وهوستون (1961م) على أن معظم السلوك العدواني متعلم من خلال الملاحظة والتقليد وهناك ثلاثة مصادر يتعلم منها الطفل بالملاحظة هذا السلوك وهي: " التأثير الأسري وتأثير الأقران وتأثير النماذج الرمزية كالتلفزيون ". (فتياني حجازي؛ 2000؛ ص: 42)، كما يشير كلا من هوستون وبندورا (1961) إلى أن الأطفال يكتسبون نماذج السلوك التي تتسم بالعدوان من خلال ملاحظة أعمال الكبار العدوانية بمعنى أن الأطفال يتعلمون الأعمال العدوانية عن طريق تقليد سلوك الكبار (Berkowitz 1962 Leonard)، ويضيف البعض إن تأثير الجماعة على اكتساب السلوك العدواني يتم عن طريق تقديم النماذج العدوانية للأطفال فيقلدونها أو عن طريق تعزيز السلوك العدواني بمجرد حدوثه. (Buss, Arnold 196، p.2001)، وتفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك العدواني لا يتشكل فقط بواسطة التقليد والملاحظة ولكن أيضا بوجود التعزيز وأن تعلم العدوان عملية يغلب عليها الجزاء أو المكافأة التي تلعب دورا هاما في اختيار الاستجابة بالعدوان وتعزيزها حتى تصبح عادة يلجأ إليها الفرد في أغلب مواقف الإحباط، وقد يكون التعزيز خارجي مادي مثل إشباع العدوان لدافع محبط أو مكافأة محسوسة أو إزالة مثير كربه أو تعزيز معنوي مثل ملاحظة مكافأة آخرون على عدوا نهم على تقدير الذات. (Kauffman james 1981، p. 100)

5_4_ النظرية البيولوجية:

تهتم هذه النظرية بالعوامل البيولوجية في الكائن الحي كالصبغيات والجينات الجنسية والهرمونات والجهاز العصبي المركزي واللامركزي والغدد الصماء والتأثيرات البيوكيماوية والأنشطة الكهربائية في المخ التي تساعد على ظهور السلوك العدواني، حيث يوجد لدى الإنسان والحيوان ميكانيزم فسيولوجي وينمو هذا الميكانيزم عندما يتأثر لديه الشعور بالغضب وهو يؤدي إلى حدوث بعض التغيرات الفسيولوجية التي تؤثر بدورها على سرعة دقات القلب وزيادة ضغط الدم، وزيادة نسبة الجلوكوز فيه، والى ازدياد معدل تنفس الفرد وانكماش عضلات أطرافه مما يؤدي إلى تورثها لتقاوم التعب والإرهاق كما تزداد سرعة الدورة الدموية وخاصة في الأطراف، ويعض الفرد أنيابه وتصدر عنه أصوات لا إرادية ويقبل إدراكه الحسي حتى إنه قد لا يشعر بالألم في معركته مع غريمه. (فؤاد البهي السيد؛ 1981؛ ص: 174)

فقد أشارت دراسات مارك (1970م) وماير (1977م) إلى أن هناك مناطق في أنظمة المخ هي الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسئولة عن ظهور السلوك العدواني لدى الإنسان ولقد أمكن بناء على ذلك إجراء جراحات استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة من المخ لتحويل الإنسان من حالة العنف إلى

الهدوء). (عزه حسين؛ 1989؛ ص: 33)، أما عن العلاقة بين الهرمونات والعدوانية فقد اتضح أن عدوانية الذكور لها مكون بيولوجي مرتبط بهرمون جنس الذكورة Testosterone ومن ثم أشار جاكليين (1971) إلى أن الذكور بوجه عام أكثر عدوانية من الإناث وذلك للدور الهام الذي يلعبه هرمون الذكورة في علاقته بالعدوان كما توصل أيضا إلى حقيقة هامة مؤداها أن الإناث تستطيع أن تكون أكثر عدوانا من الذكور بواسطة تعديلا لهرمون الذكري لديهم في فترة البلوغ. (فتياني حجازي؛ 2000؛ ص: 41)

6_ طرق ضبط السلوك العدواني:

6_1_ التعزيز التفاضلي: ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها، وقد أوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال هذا الإجراء، ففي دراسة قام بها براون و إليوت (Brown & Elliot) استطاع الباحثان تقليل السلوكات العدوانية اللفظية والجسدية لدى مجموعة من الأطفال في الحضانة خلال اتباع المعلمين لهذا الإجراء، حيث طلب منهم الثناء على الأطفال الذين يتفاعلون بشكل إيجابي مع أقرانهم، وتجاهل سلوكياتهم عندما يعتقدون على الآخرين، (خولة أحمد يحي، 2000، ص: 191) فلا يعطى أي اهتمام على الإطلاق لتصرفات الطفل العدوانية إلا إذا ترتب عليها تهديد جدي لسلامة الآخرين الجسمية، لأنه وتجاهل سلوكاته العدوانية تكون متأكدا من أنك لا تعزز هذا السلوك دون قصد منك عن طريق انتباهك له (هدى الحسيني بيبي، 2007، ص: 39).

6_2_ الحرمان المؤقت من اللعب: ويستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص والألعاب الجماعية، وقد استخدم بريسكلاد وجاردنر هذا الإجراء مع طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الصراخ ورمي الأدوات وإيذاء الآخرين من زملائها وكانت النتيجة تقليل سلوك العدوان عند الطفلة من 45% إلى 41% بعد هذا الإجراء. (خولة أحمد يحي، 2000؛ ص: 191)

6_3_ العقاب: يتضمن العقاب إيقاع أذى-لفظي أو بدني-أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب، ومن أمثلة العقاب الضرب، والحرمان من التفاعل الاجتماعي، وزجر الطفل، والصراخ في وجهه وحرمانه من لعب. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك، فطرده التلميذ من الفصل أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوكا غير محبب هي أنواع من العقاب.

6_4_ تقليل الحساسية التدريجي: ويتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدواني وتدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع تدريبه على الاسترخاء، وذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة وبطريقة تدريجية، وذلك لمواجهة المواقف التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني. (خولة أحمد يحي، 2000، ص: 191)

6_5_ الحوارات مع النفس (المونولوج): يبين ماكنباوم (Meichenbaum 1977) أن من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الاضطراب الذي يصيب الطفل (بها في ذلك الخوف الشديد، والقلق،

والاندفاع والعدوان) في المواقف التي يواجهها ، اجتماعية كانت أو دراسية ، يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه ، ومع ما تتوقع به ذاته من أفكار أو حوادث. ويقيم "مايكبوموم" شهرته في مجال العلاج المعرفي على نجاحه في ابتكار وسائل مكنته من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات وما تثيره من استجابات انفعالية مهددة ، وعلى استبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليمات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله مع هذه المواقف.

ويرى هربرت (1987)، أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين ، من شأنه أن ينبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه ، ويقترح عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل "توقف " "فكر قبل أن تجيب ساعد عشرة قبل أن استجيب " ، وبالتدرج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيدا من ذلك.

6_6_ النهدجة: تعتبر طريقة النهدجة من أكثر الطرق فعالية في تعديل السلوك العدواني ، ويتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل ، وذلك في ظروف استفزازية مثيرة للعدوان ، ويمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل استرجار سلوكات غير عدوانية ، ويمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف. (خولة أحمد يحي: 2000 ؛ ص: 192)

7_ السلوك العدواني للطفل المعاق ذهنيا:

إن السلوك العدواني لدى الطفل المعاق ذهنياً يظهر في أغلب الأحيان في سن مبكر داخل الأسرة. فإذا تم تعزيز هذا السلوك زاد وأصبح هناك مشكلة لدى الأسرة ، في حين عدم تعزيز السلوك ووضع برنامج للتقليل من تكراره) ، (Whitaker, 1993, p.7 يؤدي إلى التقليل من احتمالية حدوث السلوك العدواني وتواجه أسرة المعاق ذهنياً في بداية علاقتها مع الطفل ثلاثة أنواع من المشاكل وهي صعوبة فهم وتقبل حقيقة أنهما أنجبا طفلاً معاقاً ، وصعوبة التعامل مع السلوك اليومي للطفل ، والقلق حول مستقبل الطفل ، وفي حالة عدم تخطي الأسرة أي من هذه الصعوبات فسوف يكون هناك خلل في العلاقات داخل الأسرة مما يؤدي إلى ظهور المشكلات السلوكية من قبل الطفل المعاق ذهنياً ، وقد يشتكي الأهل أحياناً من أن سلوك طفلهم في البيت يزداد صعوبة كلما كبر ، ويشعر الأهل بإحباط لأن الطفل لا يفهمهم ، ويحتاج الأهل في هذه الحالة إلى النصح والإرشاد حول كيفية التعامل مع طفلهم بحيث يتعلم طرق الحفاظ على السلوك المقبول. (كرستين مايلز ، 1994 ، ص: 201)

وفي بعض الأحيان ينكر الوالدان أن طفلهم طفل معاق ذهنياً ويعتقدان بأنه ما لم يكن الطفل معاق من الناحية الجسدية ، أو مصاب بشكل أو آخر من أشكال التشوه البدني ، فإنه لا يكون طفلاً معاقاً ذهنياً ، ويترتب على ذلك مستوى عالي من القلق لدى الآباء والأمهات يتركز حول الطفل المعاق ذهنياً ، وغالبا ما يحمل هذا القلق آثاراً عكسية في العلاقات الأسرية. (فتحي عبد الرحيم ، 1981 ، ص: 150)

ومن الملاحظ أن الأسرة هي من أحد أهم العوامل المؤثرة في تكوين شخصية الطفل وخصوصاً في السنوات الأولى من حياته ، تلك التي تشكل أبرز معالم شخصيته ، إذ تشير الدراسات إلى أن 80% من

شخصية الطفل إنما تتشكل في الثمان سنوات الأولى من عمره وأن هذا التشكل يخضع لاعتبارات تتصل بشخصية الطفل من جهة ، وبالمؤثرات التي تحيط به من جهة أخرى ، وتأتي أهمية الأسرة كونها الوسيط الأول من وسائط نقل ثقافة المجتمع إلى الطفل ، فهي المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الطفل أولى علاقاته الإنسانية. (كافية رمضان ، 1986 ، ص 59)

ثالثا : العلاج السلوكي :

1_ تعريف العلاج السلوكي :

1_1_ يعرف العلاج النفسي السلوكي ، على انه المذهب القائم ، على السلوك السوي و اللاسوي عند الفرد ، والذي يكتسب عن طريق التعلم وعملية الارتباط ، أو فك الارتباط الشرطي باستخدام معطيات "بافلوف" وهي جد متناقضة ، وغريبة عن التحليل النفسي ، الذي يرى أن السلوكية وضعت الفرد وشخصيته في حالة موحدة ، ويعالج بطريقة مباشرة. (André virel. (Psychothérapies directives)) (Dictionnaire de psychologie.1977. P39)

1_2_ ويعرفه "nober sillamy" على أنه علم النفس الموضوعي ، الذي ظهر على يد "واطسون" Watson الذي عرف علم النفس على أنه "دراسة للسلوك بدلا عن اللاشعور والاستبطان" وحدد الدراسة بملاحظة العضوية في حالة مثير -استجابة ، سواء كانت شفاهية أو حركية والتي تكون غالبا متكيفة مع الوضع ، و إلى يومنا هذا يعد العلاج السلوكي من أهم العلاجات ، إذا انبثقت منه ما يعرف بالسلوكية الجديدة neo-behaviorisme والتي ما زالت تعتمد على نظرية "واطسون" ، "النظرية الموضوعية وأهمية الوسيط. (Nober sillamy. 2003. P35).

2_ مجالات استخدام العلاج السلوكي :

لقد ثبتت فاعلية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا والقلق واللزمات القهريّة والتبول اللاإرادي ، والشذوذ الجنسي وإدمان المخدرات والخمور ، كذلك الاضطرابات العقلية والتدخين ، وعليه فالعلاج السلوكي ، يصلح لعلاج جميع حالات العصاب وترجع فاعليته في تحقيق ما يلي :

- قدرة المعالج السلوكي على ضبط والتحكم في وضع خطة العلاج.

- اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.

- بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض.

فمن خلال هذا فإن السلوكيين يرون ، ان الاضطراب الانفعالي ، ينتج عن أحد العوامل الآتية :

- فشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.

-تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية.

-مواجهة الفرد لمواقف ضاغطة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.

-ربط استنتاجات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة. (Ouide Fontaine .1978 . P683)

3_ مسلمات العلاج السلوكي:

_ الاضطرابات النفسية سلوك متعلم في تكوينه ، وإزالته يخضع لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوي.

_ الاضطرابات النفسية قد تنشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة ، وأي اضطراب نفسي ينشأ يكون بسبب الصراع الذي يتعرض له الفرد ، عندما يجد نفسه أمام هدفين المطلوب منه أن يختار أحدهما وأن يتحمل مسؤولية هذا الاختيار.

أما مساهمة Skinner في تطور العلاج السلوكي فإنها تكون خصوصاً في أبحاثه الخاصة بتعديل السلوك ، فقد أشار أن أي سلوك هو محدد برد الفعل الذي ينتجه رد فعل يتخيله أو يحسه أو يلاحظه على الآخرين كذلك قام بعدة بحوث أبرزت الفروقات الموجودة بين اشتراط بافلوف إلى علاقة التغيرات في المحيط على السلوك ، وقد طور نظريات التربية والسياسة وعالج حالات فقدان الشهية العصبي وحالات الانطواء. (Skinner b. 1972. P: 17)

وشهد عقد الستينات والسبعينات تطورات كبيرة في مجال العلاج السلوكي حيث تجاوز مرحلة الاعتماد على قواعد الإشراف الكلاسيكي والاجرائي التي استنتجت من البحوث المخبرية على الفئران ، وإلهام وقد أطلق kurnboltz 1964 اصلاح للانطلاق العلمية على عصر يسوده العلاج السلوكي. (J. cottraux. Ibid. p:) (16)

4_ النظريات المفسرة للتعلم السلوكي (السلوك الإنساني):

4_1_ نظرية الاشراف الكلاسيكي:

بداية علم النفس التجريبي كانت على يد بافلوف بحيث تنص نظريته في التعلم على ارتباط استجابة ما بمثير ما ولا تربطهما علاقة طبيعية وتفسير ذلك حدوث التعلم لدى الفرد حيث يحدد الاقتران بين المثيرين ، يحل أحدهما في احداث استجابة ليست له في الأصل ، وضح بافلوف بأن السلوك الاستجابي يعرف بأنه الاستجابة من خلال جهاز أو تنظيم لوضعية مثيرة بحيث أن المثير يسبق الاستجابة.

بافلوف يوضح بأنه يمكن احداث استجابة اشرافية بالربط بين المثير الأحادي المثير إلى المثير غير الشرطي الذي يفجر أو يظهر دائماً استجابة اللعاب عند الكلب. (أسامة فاروق مصطفى ؛ 2003 ، ص:81)

لقد قام بافلوف بدراسة التعلم في ظروف تجريبية بحيث قام سنة 1900 بدراسة عملية الهضم عند الكلب في المختبر وقام بقياس مقدار أو كمية اللعاب الذي يفرزه الكلب عند إطعامه ولقد أدرك أن مجرد رؤية الطعام تؤدي على أحداث الاستجابة التي تثار حين يلامس مسحوق اللحم (الطعام) لسان الكلب. (بطرس حافظ بطرس، 2010، ص 64-65)

وضح بأن تقديم الأكل وهو مثير غير انعكاسي يؤدي على استجابة سيلان اللعاب عند الكلب الجائع وهو رد فعل فيزيولوجي و غريزي محض ، أما إذا سبقنا تقديم الأكل بصوت جرس وهو مثير المحايد وذلك لعدة مرات ، هذا المثير المحايد يصبح مثيرا اشتراطيا ، أي أن الصوت يسبب لوحده سيلان اللعاب ، وبهذا تصبح عملية سيلان اللعاب رد فعل شرطي ومن جهة أخرى تختفي الاستجابة الشرطية إذا لم تثبت برابطة حديدية (جرس ، كلب).

وتنتفض الاستجابة في الأخير وبهذا توصل بافلوف إلى أن الارتباط المكتسب هو مؤقت والفرد الذي بقي قادرا على التكيف أما محيط في تغيير دائم ، وبالعكس إذا بقي السلوك جامدا رغم التغيرات الهامة للوسط فإنه يصبح حتما سلوكا غير متكيف أي سلوكا مرضيا .

4_1_1_ خصائص الفعل المنعكس الشرطي:

__ إنه فعل مكتسب ومتعلم خلافا للفعل المنعكس ذي الطبيعة الوراثية الفطرية.

__ إنه فعل قابل للتغيير والتعديل قوة وضعفا ويتأثر بالشروط التي أحاطت بالكائن أثناء تكوينه.

__ لا يتطلب تكوينه وجود مستقبل معين متخصص في استقبال منبهاته لأنه يستخدم الزمن كمثير شرطي لإفراز اللعاب عند الكلب.

__ قابل للانطفاء والإمحاء إذ يمكن إمحاء الفعل المنعكس الشرطي بعد تكوينه ورسوخه أحيانا وذلك باتباع طريقة معاكسة لتكوينه فإذا تكرر الجرس مرات عديدة دون أن يعقب ذلك تقديم الطعام ، وتجد الإشارة هنا إلى أن الانطفاء في الغالب

لا يكون كلياً وإلى الأبد وإنما يلاحظ بعد فك الارتباط التجريبي بين المثير غير الشرطي والشرطي إعادة ظهور هذا الارتباط وهذا ما أطلق عليه اسم الاسترجاع التلقائي للفعل المنعكس الشرطي بعد إمحائه.

4_1_2_ قوانين الاشرط عند بافلوف:

اكتشف بافلوف في سياق ابحاثه التي أجراها على التعلم الشرطي عددا من القوانين التي تفسر العلاقة بين المثيرات الشرطية وغير الشرطية وفيما يلي موجز عن كل منها:

4_1_2_1_ قانون الاستثارة: يتضمن هذا القانون التعبير عن حدوث الاشارات في حال تمت المزاجية بين المثير الشرطي وغير الشرطي مما يؤدي إلى أن يكتسب المثير الشرطي خواص المثير اللاشرطي ويقوم مقامه.

4_1_2_2_ قانون الكف الداخلي: إذا تكرر ظهور المثير الشرطي لفترة من الزمن دون تعزيز بالمثير الطبيعي فإن عمل المنعكس الشرطي يضعف ويضمحل تدريجياً وفي النهاية ينطفئ أي لا تظهر الاستجابة الشرطية فإذا تكرر قرع الجرس دون تقديم الطعام فإن كمية اللعاب تأخذ بالنقصان شيئاً فشيئاً حتى تتوقف تماماً.

4_1_2_3_ قانون التعزيز: إن التعزيز شرط لا بد منه لتكوين فعل المنعكس الشرطي ويقصد بذلك تتابع الموقف علة النحو يكون فيها التعزيز هو الخيط الذي يوحد عناصر الموقف ويجعل منها كتلة سلوكية ترابطية.

4_1_2_4_ قانون التعميم: ويعني هذا القانون أنها حينما يتم اشراط الاستجابة لمثير معين فإن المثيرات الأخرى متشابهة للمثير الأصلي تصبح قادرة على استدعاء نفس الاستجابة بعد أن يتعلم الكلب الاستجابة لقرع الجرس يافراز اللعاب عند سماعه لأصوات مشابهة للجرس ، وهذه ظاهرة التعميم تلاحظ كثيراً في سلوك الحيوان والانسان ، فالطفل الذي يخاف نوعاً من الحيوانات يستجيب بالخوف لحيوانات مشابهة لهذا النوع. (بطرس حافظ بطرس ؛ ص: 68)

4_1_2_5_ قانون التمييز: وهو قانون مكمل لقانون التعميم فإذا كان التعميم استجابة للتشابه بين المثيرات فإن التمييز استجابة للاختلاف بينهما بمعنى أن الكائن الحي يستطيع في هذه العملية أن يميز بين المثيرات الموجودة في الموقف بشكل لا يصدر الاستجابة للمثير المفرد وبالتالي غلا الاستجابة المفردة بينما تنطفئ الاستجابات الأخرى غير المفردة.

وتعد عملية التمييز المتأخرة أو تالية لعملية التعميم حيث لا يستطيع الطفل على سبيل المثال القيام بعملية التمييز بدقة بين المثيرات إلا في مرحلة متقدمة من النمو، فبعد أن كان يخاف من الجميع الحيوانات المشابهة للحيوان الذي كون لديه استجابة الخوف يبدأ في اصدار استجابات الخوف على نفس الحيوان فقط. (بطرس حافظ بطرس ؛ ص: 66)

4_2_ نظرية الاشارات الاجرائي "لסקينر":

يميز سكينر بين نوعين من الاشارات هما: الاشارات (م) واشترط (س)، ويقصد باشرط (م) الاشرط الاستجابي الكلاسيكي ، ويسمى اشترط (م) لتأكيده على أهمية المثير في انتزاع الاستجابة المطلوبة ، أما النوع الثاني فهو الاشرط الاجرائي الذي يحدث في ظل السلوك الاجرائي ويسمى اشترط (س) لأنه يعتمد على استجابة دون مثير ، وتقاس قوة الاشرط الاجرائي بمعدل صدور الاستجابة بينما الكلاسيكي بقوة الاستجابة الشرطية.

4_2_1_ مفهوم الاشتراط الاجرائي:

السلوك الاستجابي هو استجابة مباشرة كما هو الحال في الاشتراط الكلاسيكي مثلك إسالة اللعاب بالنسبة للطعام ، أما السلوك الاجرائي فيبدو تلقائيا أكثر منه استجابة لمثير معين ومعظم الاستجابات التي تصدر عن الفرد هي نوع من السلوك الإجرائي. (كريمان بدير ، 2010 ، ص 72-73).

4_2_2_ كيفية حدوث الاستجابة:

وضع سكينر حمامة في صندوق لتصل إلى هذه الفتحة المضيئة لتحصل على حبة القمح ، في المرحلة الثانية أصبح يجب على الحمامة أن تتوسط الصندوق لتصل إلى الفتحة المضيئة بالإضافة إلى توحه رأسها نحو هذه الفتحة في المرحلة الثالثة المعززة الذي هو حبة القمح لم يفتح الحمامة إلا عند اتباع الشروط التي تتمثل في توسطها الصندوق واتجاه رأسها نحو الفتحة وإدخال منقارها في هذه الفتحة المضيئة ، كما تلاحظ بأنه لم يمكن الانتقال من مرحلة إلى أخرى إلا إذا حصلنا على السلوك المراد حصوله .

حسب سكينر والسلوكيين الجدد néo-béhavioriste معظم السلوكات للأفراد تظهر بهذه الطريقة ولكن بمساعدة معزز اجتماعي مثل: الابتسامة الطيبة أو الملاطفة caresse أو التصفيق applaudissement. (jo. Godefroid.Ibid. P 339- 340).

كما وضع سكينر تجربة على الفأر بحيث قام بوضع صندوق يحتوي على رافعة تتصل بطبق الطعام من الداخل ، وللمبة صغيرة أعلى الرافعة ووضع الفأر جائع داخل الصندوق ، بحيث يتحرك الفأر داخل الصندوق ، وبالصدفة يضغط على الرافعة وبعد الوصول على المستوى الإجرائي يقوم المجرّب بتحريك مستودع الطعام بحيث يصبح خارج الصندوق ، ويتحرك الفأر ومع كل مرة يضغط فيها على الرافعة تنزلق كرة صغيرة من الطعام في الطبق ويأكل الفأر الطعام ويعود للضغط على الرافعة بصورة طردية ، وعند فصل مستودع الطعام عن الرافعة تصبح استجابة الضغط عن الرافعة غير معززة بالطعام.

وهنا يقلل معدل الضغط على الرافعة (الإنطفاء) بسبب غياب التعزيز ولدراسة قدرته على التمييز يقوم المجرّب بتقديم الطعام مقترنا بضوء اللمبة عندما يقوم بالضغط على الرافعة وعدم تقديم الطعام في حال انطفاء الضوء (كريمان بدير ؛ 2010 ؛ ص: 74-75) و من هنا استنتج سكينر بأن السلوك هو معالجة إجرائية للبيئة ، فضغط الفأر على الرافعة استجابة إجرائية للحصول على الطعام.

4_2_3_ قياس قوة الاستجابة:

كلما زاد معدل الاستجابة الإجرائية (معدل الضغط على الرافعة) خلال فترة معينة كلما كانت الاستجابة الإجرائية أكبر.

يمكن استخدام منحني الإنطفاء كمقياس لدى مقاومة الاستجابة الإجرائية للانطفاء(كريمان بدير ، 2010 ، ص 74-75)

4_2_4_ المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في النظرية:

4_2_4_1_ التعزيز الإيجابي: هو المعزز الذي يزيد من احتمالية ظهور السلوك المطلوب.

4_2_4_2_ التعزيز السلبي: يتمثل في استجابة إجرائية تسمح بتجنب ظهور المعزز بحيث المعزز يكون متبوع بمعزز يزيد من عدم استجابة إجرائية تسمح بتجنب ظهور المعزز يكون متبوع بمعزز يزيد من عدم احتمالية حدوث هذا السلوك المطلوب مثلا:

إذا أعطينا حيوان الأكل ونتبعه بمعزز سلبي الذي هو مثلا: شحنة إلكترونية أو صدمة كهربائية فبظهور هذا المعزز كل مرة عندما يظهر فيها الأكل بهذا سوف يتجنب هذا الحيوان الأكل.

__ التعزيز الأولي: هو التعزيز الذي يرتبط بإشباع الحاجات الفيزيولوجية الأولية مثلك الجوع ، العطش ، النوم.

__ التعزيز الثانوي: يتمثل في الإشباع الذي نحصل عليه بمصاحبة عدة معززات أو غيرها مثلا: الحصول على الدخل الشهري يسمح بشراء مثل: الأكل الملابس وعدة حاجات أخرى.

__ التعزيز المستمر: يتمثل في ظهور معزز لكل استجابة من طرف الفرد هذا النوع من البرنامج يسمح بالتعلم السريع للسلوك لكن باستمرار ظهور المعزز يظهر السلوك.

__ التعزيز المتقطع أو الجزئي: يشكل سيرورة ذات فعالية أكثر إذا أردنا أن يبقى هذا السلوك أطول مدة زمنية ، يتمثل إما في ظهور المعزز بعد مدة معينة مهما كان عدد الاستجابات (مثل جداول الزمن المتقطع) أو بظهور المعزز بعد عدد معين من الاستجابات مهما كان زمن أو وقت ظهورها (جداول الاستجابات) أو يمكن قول بأنه يقوم على تعزيز الاستجابات التي تصدر عنا في بعض المرات حدوثها اعتمادا على جداول التعزيز. (jo. Godefroid. Lbid. P 341-342)

4_2_5_ خصائص الاشتراط الاجرائي عند سكينر:

__ في الاشتراط الاجرائي يكون التأكيد على السلوك أو نتائجه او ما يترتب عليه فالكائن الحي عليه أن يستجيب بطريقة تؤدي الى المثبر المعزز.

__ يحظى المثبر الذي يتبع الاستجابة مباشرة باهتمام المجرب عكس ما يحدث في الكلاسيكي.

__ يرى سكينر أنه يمكن تطبيق مبادئ الاشتراط الإجرائي في مختلف المواقف فلكي نعدل أي سلوك فإننا نبحث عن أنماط المعززات أو المكافآت التي تثير اهتمام الفرد الذي نريد تعديل سلوكه وينتظر حتى تصدر الاستجابة المرغوبة ونعززها على الفور ، كما يرى سكينر أنه يمكن للإباء والمعلمين تحديد اتجاه شخصيات الأطفال وذلك بمكافأتهم على الأنماط السلوكية التي يستهدفونها في شخصياتهم وعبر الخطوات لتالية:

__ تحديد خصائص الشخصية لاتي يريد الأب أن يتصف بها الطفل عندما يكبر.

__ تحديد الأهداف في الصيغ السلوكية (صياغة أنماط السلوكية التي يتعين أن يفعلها الطفل).

__ مكافأة السلوك الذي يصدر عن الطفل وفقا لهذه الأهداف.

__ تهيئة نوع من الاتساق عن طريق ترتيب خواص رئيسية لبيئة الطفل (مكافأة السلوك الذي يحظى بالأهمية).

5_ خصائص العلاج السلوكي:

__ يميل العلاج السلوكي الى التركيز على الاعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية.

__ يفترض العلاج السلوكي ان السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة الى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر.

__ يفترض العلاج السلوكي ان الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن ان تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق.

__ يتضمن العلاج السلوكي اعداد اهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدي.

__ يرفض العلاج السلوكي النظرية السلوكية للسمات.

__ يقوم المعالج السلوكي بأعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل.

__ يقوم العلاج السلوكي على مبدا هنا الآن.

__ يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي.

__ السلوك المضطرب يكتسب نتيجة التعرض للخبرات التي تؤدي اليه ، ومن ثمة يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.

__ العناصر السلوكية المضطربة تمثل نسبة قليلة او كثيرة من السلوك الكلي للفرد ، وز هذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي اليها.(مُجد محروس الشناوي، 1998، ص ص: 24-27)

6_ أخلاقيات العلاج السلوكي:

__ العلم والخبرة

__ العمل لمصلحة العميل او المريض.

__ مبدا اشتراك العميل في تحديد اهداف العلاج ووسائله.

__ سرية المعلومات.

__ مبدا التدرج.

__ احترام المعالج لزملاء المهنة.

__ انتهاء العلاقة عند الضرورة.

__ تجنب العلاقة عند الضرورة.

__ مراقبو الذات.

__ استخدام الاختبارات وأدوات القياس.

__ البحوث والدراسات. (مُجد محروس الشناوي: 1998؛ ص: 27-34)

7_ خطوات تعديل السلوك:

7_1_ مرحلة ما قبل الخططة: وهي تحديد سلوكيات التي تسبب مشكلة وتعد هذه الخطوة هامة.

7_2_ مرحلة تحديد الأولويات: لكل طفل مجموعة من المشاكل السلوكية كلها تحتاج الى تعديل السلوك، مثال: الطفل يرفض اللعب، الطفل يمزق الأوراق، الطفل يرمي كل شيء على الأرض أو من النافذ، لا يحترم الضيوف، هنا يجب اختيار المشكل الذي يشكل خطر على الطفل والآخرين. (بطرس حافظ بطرس: 2010؛ ص: 212)

7_3_ مرحلة تحديد وظيفة السلوك: يجب تحديد وظيفة السلوك أي الوظيفة التي يخدمها وهذه الخطوة قد تكون صعبة لذا تحتاج إلى التحليل والاستنتاج ليس بناء على الخبرة المرئي أو المعلم بل نعتد على شكل التالي:

__ ما يسبق السلوك.

__ ما هو السلوك.

__ ما يحدث بعد السلوك.

من خلال هذه المراقبة وتدوينها نحدد حجم السلوك وتكراره ومدى شدته ويجب عدم استبعاد احتمال وجود أسباب طارئة قد تكون مسببة مثل: قلة النوم ، التعب ، المرض ، ويجب الانتباه إذا كان السلوك في إطار البيئة. (بطرس حافظ بطرس، 2010، ص: 212)

علينا تحديد البديل الذي يجب أن نضعه بدلا من السلوك غير المرغوب به وأن نستطيع الطفل أن يقوم به وفي حدود قدراته ويجب أن يكون البديل في مستوى السلوك غير المرغوب به آخذين بعين الاعتبار سن الطفل وقدراته ويتوقف نجاح المهمة على معرفتنا بقدرات الطفل واهتماماته.

8_ الأهداف العامة للعلاج السلوكي أو تعديل السلوك:

- __ مساعدة الطفل على تعلم سلوكيات جديدة غير موجودة لديه.
- __ مساعدة الطفل على زيادة السلوكيات المقبولة اجتماعيا والتي يسعى الطالب إلى تحقيقها.
- __ مساعدة الطفل على تقليل من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا.
- __ مساعدة الطفل على التخلص من مشاعر القلق والإحباط والخوف.
- __ مساعدة الطفل على أن يتكيف مع محيطه المدرسي وبيئته الاجتماعية.
- __ تعليم الطفل بأسلوب حل المشكلات. (بطرس حافظ بطرس؛ 2010؛ ص: 212-213)

9_ مزايا العلاج السلوكي:

- __ نسبة الشفاء باستخدام العلاج السلوكي عالية جدا، قد تصل إلى 90% من الحالات اليسيرة على المعالجين، في استخدام أساليب مختلفة لعلاج أنواع كثيرة من الأمراض النفسية.
- __ أثبتت نجاحا ملحوظا، في علاج المشكلات عند الأطفال السلوكية والنفسية.
- __ يركز على مشكلة أو العرض مما يسهل معرفة نتيجة العلاج.
- __ يعتمد العلاج السلوكي على البحوث التجريبية العلمية، المضبوطة القائمة على نظريات علمية.
- __ يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة ومحددة حيث يلعب المريض دورا يتم فيه اكتشاف ما يعاينه.
- __ يستغرق وقتا قصيرا في العلاج، مما يوفر المال والجهد.

10_ أشكال وتقنيات علاجية سلوكية مستخدمة في البرنامج العلاجي:

11_2_العلاج باللعب:

11_2_1_تعريف اللعب:

__ هو ذلك النشاط الحر الموجه او غير الموجه يكون على شكل حركة أو سلسلة من الحركات يمارس فردياً او جماعياً ويتم فيه استغلال طاقات الجسم الذهنية والطاقة الجسمية أيضاً ويمتاز بالخفة والسرعة في التعامل مع الأشياء ولا يتعب صاحبه وبه يتمثل الفرد للمعلومات التي تصبح جزءاً لا يتجزأ من البنية المعرفية للفرد ولا يهدف الا الى الاستمتاع وقد يؤدي وظيفة التعلم (مُجد احمد صوالحة ؛ 2004؛ ص ص: 16-15)

__ يعد اللعب حسب مُجد عدس بأنه: استغلال طاقة الجسم الحركية في جلب المتعة النفسية للفرد ولا يتم اللعب دون طاقة ذهنية او حركة جسمية " (حنان عبد الحميد العناني، 2002، ص 15)

__ كما يعد اللعب وسيلة لإهداء الطفل للحياة المستقبلية وهو نشاط حر وموجه ويكون على شكل حركة او عمل يمارس فردياً او جماعياً " (مُجد محمود الحيلة ، 2004 ، ص 19)

11_2_2_أهمية اللعب:

11_2_2_1_أهمية اللعب للنمو الجسمي والحركي والحسي:

__ تقوية الجسم وتمارين العضلات الكبيرة والصغيرة كما في العاب الحركة والمجهود الجسمي

__ تعليم الطفل العديد من المهارات الحركية مثل الركل والقفر والتسلق.

__ تنسيق الحركات وتنظيمها وزيادة القدرة على حفظ التوازن .

-تنمية مفهوم الذات الجسمي.

__ تدريب الحواس واعتناء القدرة على استخدامها.

__ تنمية التأزر الحسي الحركي.

__ المساهمة في اعداد الطفل للعمليات العقلية كالتحليل والتركيب والاكتشاف وذلك لأسباب عدة منها قدرة التفاعل الإشعاع بالاسترخاء ونظراً لإتاحة الفرصة امام الطفل بمعالجة الأدوات واكتشافها.

__ التخلص من اضطرابات الحركة وذلك يعمل الاعب على التخلص من الانفعالات التي قد يؤدي وجودها الى اضطرابات حركية.(حنان العناني ، 2000، ص: 23)

11_2_2_2_أهمية اللعب في النهو العقلي:

__ توفير فرص الابتكار والتشكيل كما في ألعاب التركيب.

__ تنمية الإدراك الحسي.

__ تنمية القدرة على التفكير والربط والتبصر والاستبصار وتقوية الملاحظة

__ زيادة معلومات الطفل عن الناس والأشياء.

__ تنمية حب الاستطلاع والخيال الإبداعي لدى الطفل.

__ التدريب على التركيز والانتباه.

__ توظيف وقت الفراغ واستثماره في المجالات المفيدة.

__ تنمية القدرة على التفكير وعلى حل المشكلات ، وذلك عن طريق حل الأحجيات والألغاز.

__ التدريب على وضع نماذج وأشكال ولعب هادفة.

__ تحقيق أهداف متصلة باكتساب الحقائق والمفاهيم والمبادئ. (حنان العناني؛ 2002؛ ص: 24)

11_2_2_3 أهمية اللعب للنمو الاجتماعي:

__ معرفة عادات وقوانين المجتمع.

__ تعليم القيم الاجتماعية كالتعاون والحب والعطاء والانتفاء.

__ فهم الذات وتقبلها وتنميتها ومعرفة الآخرين وتقبلهم.

__ تعلم الدور الخاص بالجنس الدور عموماً وأدوار الآخرين في الحياة.

__ التدريب على الانتقال من التمرکز حو الذات إلى الاهتمام بالآخرين ولا شعور بهم وفهم جهة نظرهم.

__ تحقيق المكانة الاجتماعية وممارسة مواقف الحياة المختلفة.

__ تعلم مهارات التواصل الاجتماعي وتقبل الخسارة بروح رياضية.

11_2_2_4 أهمية اللعب للنوم الانفعالي:

__ تنمية التعبير عن الحاجات النفسية واشباعها.

__ تنمية الثقة بالنفس ورفع الروح المعنوية.

__ تنمية الميول والاتجاهات.

__ الشعور بالمتعة والبهجة.

__ المساهمة في علاج عدد من الاضطرابات الانفعالية كالخوف مثلاً.

__ التخفيف من الانفعالات الضارة ، فاللعب يعوض الطفل عن الحرمان الذي يعانيه في الواقع ، ويظهر نفسه من الانفعالات والغضب والعدوان. (حنان العناني ، 2002 ، ص 25)

11_3_3 تقنية الاسترخاء

11_3_1 تعريف الاسترخاء:

__ هو توقف كامل لكل انقباضات عضلية مصاحبة ، والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عان الهدوء الظاهري ، أو حتى النوم لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة ، لكنه لا يكف مع ذلك لإبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي: مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات". (أمثال هاذي الحويلة ، 2009 ، ص 07)

__ هو التغذية الرجعية بين الضغط العضلي والنشاط الدماغي الشعوري ، حيث تعكس تفاعلات الجسم مع التوتر على مستوى العضلات الغشائية الإرادية. (رضوان جبالي ، 2013 ، ص 36)

__ هو زوال ارادي للشد العضلي يترافق مع الإحساس بالراحة ويستعمل في العلاج النفسي كطرق للاسترخاء تبنى على التدريب المنتظم للحصول على ارخاء عام للجسم ، وكذا للوصول إلى تعديل غير مباشر وإخضاع لنفسية الافراد للفوائد التي تنتج عن هذا السكون وتستعمل طرق الاسترخاء لعلاج الأشخاص الذين يعانون من ضعف الدم ، الامراض السيكوسوماتية. (SILLAMY.2003. P226)

11_3_2 أهمية الاسترخاء:

__ يعتبر الاسترخاء مؤشراً وقائياً لحماية أعضاء الجسم من الاجهاد الزائد وخاصة أعضاء أو أجهزة الجسم الأكثر تهيأً لحدوث أمراض التوتر.

__ يعتبر الاسترخاء مدخلاً علاجياً حيث يخفف من حدة التوتر في حالات مثل الصداع النصفي والارق وعدم القدرة على النوم الهادئ والفرحة والمشكلات الجنسية ، والتشنج القولوني ، ودقات القلب غير المنتظمة.

__ يعتبر الاسترخاء مهارة مفيدة لمواجهة الضغوط COPING SKILL والتغلب عليها بما يسمح بتحقيق الصفاء الذهني والتفكير الفاعل... فكما هو معروف أن التوتر الزائد قد يعوق العمليات العقلية ، بينما

الاسترخاء يساعد على وضوح واستعادة التفكير، حيث يمكن التعامل مع الأفكار في الذاكرة على نحو أفضل عندما يكون الفرد في حالة استرخاء، وعلى ضوء ذلك يمكن أن يستخدم الشخص لمهارات الاسترخاء في مواقف الحياة الضاغطة والتغلب عليها، ومن ذلك ضغوط العمل (ضغوط مهنية، ضغوط مواقف المنافسة الرياضية). (أسامة كامل راتب، 2004، ص 124)

__ يساعد على ضبط مستوى الاستثارة الانفعالية.

__ يساعد على الوصول الى مستويات عالية من الشعور بالراحة على النفسية والهدوء والطمأنينة.

__ الوعي بالفروق الجوهرية ما بين الاسترخاء أو الانقباض أو الوتر العضلي.

__ التخلص من بعض التوترات العضلية في بعض المجموعات العضلية المعينة طبقا لرغبة الفرد.

__ اكتساب الانفعالات الإيجابية السارة. (عكللة سليمان الحوري وآخرون، 2010، ص 189)

11_3_3_3 شروط الاسترخاء:

11_3_3_1 شروط المتعالج أو العميل:

__ توفر الدافعية شرط ضروري للحصول على الاسترخاء وكذا من أجل تعلم وسائل الاسترخاء وطرقها، فإن كانت الدافعية موجودة فستحصل على درجة استرخاء عالية.

__ أن يفهم الفرد أسباب التي دفعته للقيام بهذه التمارين وما الفائدة منها والفلسفة من القيام بهذه التمارين.

__ للحصول على الاسترخاء لا بد من التزام الفرد في الاستمرار بممارسة التمارين، فيخصص لذلك فترة زمنية يومية يقوم خلالها بهذه التمارين، وتكون عملية التمرين منتظمة ومستمرة. (مركز أضواء؛ 2014؛ ص: 66)

__ أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد 08 سنوات تقريبا)، وان لا يكون متخلفا، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها. (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1970، ص 66)

11_3_3_2 شروط المعالج:

__ أن يكون ملما بميدان الاضطرابات النفسية والشخصية.

__ أن يكون ملما بمهارات التشخيص وإدارة المقابلات العيادية.

__ أن يكون ملما بدواعي وموانع الاستخدام.

__ أن يكون قد خضع للاسترخاء (لخضر عمران؛ 2013؛ ص: 06)

11_3_3_3 شروط أخرى :

__ الوقت: تحتاج عملية الاسترخاء مثلها مثل أي مهارة ، الى وقت ممارسة عند تعلمها ، ويمكن لمعض الناس أن يحققوا مكاسب واضحة ودائمة خلال شهر واحد ، عند القيام بالتمارين اليومية لمدة 30 دقيقة .

وان أفضل أوقات ممارسة الاسترخاء تكون عند الشعور بالمعانات من الضغوط الشديدة ولكن ذلك ليس سهيا على الدوام ، فعلى الفرد ألا يتقيد بكل الأوقات للاسترخاء ، ولكن عليه أن ينوع ذلك ليرى ان كان الموعد اليومي مناسباً أم لا ، ولا بد من إعطاء الفرصة والوقت حتى تظهر فاعلية الاسترخاء. (أمثال هادي الحويلة ، 2009 ، ص 90)

__ محيط هادئ: نختار محيطاً هادئاً ساكناً يشتمل على أقل قدر ممكن من الملهيات ، اختيارنا لغرفة هادئة او مكان العبادة هو اختيار مناسب يسهم المكان في المحيط الهادئ في فعالية الكلمة والعبارة المكررة في تسهيل التخلص من أفكار ملهية. (هربرت سبنسون ، 2001 ، ص 130) كما ينبغي تجنب الأماكن المغلقة والمظلمة كلياً خاصة عند الخوفين وألا يكون المكان مفتوحاً لكل داخل. (لخضر عمران ، 2013 ، ص 07)

__ وضع مريح: من المهم أن يتخذ الفرد وضعية مريحة حتى يكون هناك توتر عضلي غير ملائم. (هربرت بانسون ، 2011 ، ص 130)

__ توفر أريكة : و يجب أن تكون ذات مسندين او طاولة استرخاء أو بساط. (لخضر عمران ، 2013 ، ص 07)

خاتمة:

يمكننا القول أن التخلف الذهني بحد ذات لا يعد مشكلة حقيقية للعائلة و لكنه يصبح هاجساً كبيراً إذا ما ارتبط بالسلوك العدواني ، ونظراً لخطورة هذا السلوك عامة ، و خاصة عند المتخلفين ذهنياً فقد اختلفت الأساليب والطرق المستخدمة في علاجه ، و لأن الأطفال عموماً يعتبرون اللعب أهم شيء فهو وسيلة ناجحة وجد فعالة في تدخلات الأخصائيين عامة من اجل التخلص من السلوكيات الغير مرغوبة ، فنجد اللعب من أهم الاحتياجات الحيوية للطفل ، ذلك لها له من خاصية وسمة عملية للطفولة ويعتبر المحرك الأساسي للطفولة باتجاه النضج بمختلف نواحيه ووسيلة لاكتشاف ذاته ، قدراته كما تعمل على التخفيف من الطاقة الزائدة التي غالباً ما نجدها عند الأطفال ، كما أن الإسترخاء عامة والاسترخاء العضلي ل " جاكبسون " خاصة يساعد على إفراغ الجسم والتخلص من مشاعر القلق والتوتر الزائد وصرف الطاقة الزائدة ، دون التفاوضي عن فنية التعزيز الإيجابي التي تلعب دوراً محورياً في التخفيف من السلوكيات العدوانية بصفة عامة عند الأطفال و بصفة خاصة عند المتخلفين ذهنياً .

كل هذه العلاجات السابقة الذكر أبدت فعالية كبيرة و هو ما يفتح المجال في بناء برامج علاجية للتكفل بهته الفئة الحساسة .

قائمة المراجع و المصادر:

أولا : مراجع باللغة العربية :

- 1_ إبراهيم أمين القروني (2006): الإعاقة العقلية ، دار يافا للنشر والتوزيع ، عمان .
- 2_ أحمد عكاشة (1980م): علم النفس الفسيولوجي ، الطبعة الخامسة ؛ دار المعارف ، القاهرة.
- 3_ أنتوني ستور (1975م): العدوان البشري ترجمة مُجد احمد غالي والهام عفيفي ، النهضة المصرية العامة للكتاب ، مصر .
- 4_ أسامة كامل راتب (2004): النشاط البدني والاسترخاء -مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة ؛ ط1 ؛ دار الفكر العربي ؛ مصر .
- 5_ أسامة فاروق مصطفى (2003): مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ؛ ط1 ؛ دار المسيرة الأردن .
- 6_ أمثال هادي الحويلية (2009): القلق والاسترخاء العضلي -المفاهيم والنظريات والعلاج - ؛ ط1 ؛ دار الهندسية ، مصر .
- 7_ بطرس حافظ بطرس (2010): تعديل وبناء سلوك الأطفال ؛ ط1 ؛ دار المسيرة ؛ الأردن .
- 8_ حنان عبد الحميد عناني (2002): اللعب عند الأطفال -الأسس النظرية والتطبيقية- ؛ ط1 ؛ دار الفكر ؛ الأردن .
- 9_ حجازي فتياياني ابو المكارم (2000): مدى فاعلية برنامج ارشادي في تخفيف السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، مصر .
- 10_ حجازي ، عزة عبد الغني (1967): العنف الجماعي ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، الكتاب السنوي في علم النفس ، المجلد الخامس .
- 11_ خولي أحمد يحي (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، الأردن .

- 12_ رضوان جبالي (2013): فعالية أساليب الاسترخاء في غدارة الضغوط النفسية لدى حكام نخبة كرة القدم الجزائرية ؛ أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية ؛ جامعة الجزائر .
- 13_ حسين فايد (2007): العدوان والاكنتاب في العصر الحديث "نظرة تكاملية" ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، مصر .
- 14_ طه عبد العظيم (2008): حسن استراتيجيات تعديل السلوك (للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة) ، مصر .
- 15_ سعيد ديبس (1998): فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ؛ ورقة عمل مقدمة لندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي ، قطر .
- 16_ السيد ، فؤاد البهي (1981): علم النفس الاجتماعي ، الطبعة الثانية ، دار الفكر العربي ، مصر .
- 17_ السيد كامل الشربيني منصور (2009) ، خصائص المعوقين عقليا ، الإسكندرية ، دار الوفاء ، مصر .
- 18_ عبد الرحمان العيسوي (1993): مشكلات الطفولة والمراهقة ، د ط ؛ دار العلوم العربية ؛ لبنان .
- 19_ عبدالله الوابلي (1993): السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا طبيعته ، مصر .
- 20_ عبد الستار ابراهيم وآخرون (1970): العلاج السلوكي للطف -أساليبه نماذج من حالاته ؛ د ط ؛ عالم المعرفة ، مصر .
- 21_ لخضر عمران (2013): دورة تدريبية في تقنيات الاسترخاء ؛ مركز C.T.O للتدريب الشخصي والتطوير الإداري ؛ الجزائر .
- 21_ مُجد محروس الشناوي والسيد عبد الرحمان مُجد (1998): العلاج السلوكي الحديث ؛ أسسه وتطبيقاته ؛ دار القياء ؛ مصر .
- 22_ مُجد أحمد صوالحة (2004): علم النفس للعب ؛ ط 1 ؛ دار المسيرة ؛ الأردن .
- 23_ مُجد محمود الحيلة (2004): الألعاب من أجل التفكير والتعلم ؛ ط 1 ؛ دار المسيرة ؛ الأردن .
- 24_ كافية رمضان (1986). التنشئة الأسرية وأثرها في تكوين شخصية الطفل العربي: المؤتمر العربي حول الطفولة والتنمية ، تونس .
- 25_ كرسيتين مايلز (1994): التربية المختصة دليل لتعليم الأطفال المعاقين عقليا ؛ ترجمة عفيف الرزاز ومحمود المصري ومؤنس عبد الوهاب وفاديا الملة بريطانيا؛ ورشة الموارد العربية ، مصر .

26_ كريمان بدير ؛ (2010)؛ الأسس النفسية لنمو الطفل ؛ طبعة 3 ؛ دار المسيرة ؛ الأردن.

27_ المغربي سعد سي (1987): سيكولوجية العدوان والعنف ، مجلة علم النفس ، ال عدد1 ، القاهرة.

ثانيا :مراجع باللغة الأجنبية :

28André vivle (1997): Dictionnaire de psychologie Vacaluise psychothérapie Marafut libraire au thème Fayard.

29_Buss, Arnold (1961): The psychology of Aggression. London John Wiley .

30_Berkowitz, Leonard (1962): Aggression, A social psychological, Analysis. New York: McGraw. Hill Book Company.

31_cottraux. J Ibid (1972) : Les théories comportementales, ed, Maison, paris.

32_Niber Sillamy (1999) : Dictionnaire de psychologie et Larousse paris.

33_Norbert sillamy (2003): dictionnaire de psychologie se larousse.

34_SkINNER B (1972): par la liberté de la dignité Labbout, paris.

35_Hamblin Robert. Et al (1971): The Humanization processes, Asocial Behavioral Analysis of children's problem, London: John Wiley and sons.

36_Hall. G & Lindsey. G (1987): Theories of psychoanalytic. New York : John Wiley & Sons.

37_Kauffman, James (1981): characteristics of children's behavior disorders. Columbus , London : A bell and Howell Co.

38_Goldfroid, Jo (2008): psychologie (science humaine et science cognitive) 2eme Ed, Deoick, Bruxelles.

39_Mussen, Paul (Ed) (1983): Hand book of child psychology the development of aggression. New York : John Wiley.

40_Ouide Fontaine (1978) : introduction au thérapies comportementales Behaviour thérapie Pierre Mardaga au éditions de Galerie des princes Bruxeles.