

جامعة الجزائر-2-أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

فعالية التكفل المبكر بمراكز التربية الخاصة في تحقيق السلوك

التكفي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

دراسة ميدانية بمراكز نفسية بيداغوجية جزائرية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التربية

تحت إشراف الأستاذ:

- د. بحري نبيل

من إعداد الطالبة:

- عمروش نسيمة

السنة الجامعية 2017-2018

# كلمة شكر

بعد حمد الله و شكره على توفيقه...

أتقدم بجزيل الشكر و التقدير و العرفان و أسمى عبارات الاحترام إلى  
الأستاذ الفاضل الدكتور نبيل بحرى على إشرافه و نصائحه و توجيهاته  
القيمة التي كانت سندا لي في إنجاز هذا البحث...  
كما أتقدم بالشكر و العرفان إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل  
المتواضع...

# إهداء

أهدي ثمرة جهدي

إلى وطني الغالي الجزائر

إلى أمي الغالية أطال الله في عمرها و روح أبي الطاهرة رحمه الله

إلى أخوتي و أخواتي

إلى روح أخي حكيم رحمه الله

إلى جدتي

إلى زوجي و إبني أحمد إلياس

إلى كل عائلة عمروش، باكوري و بوجاجة

إلى زميلاتي و زملائي في جامعة عبد الرحمان ميرة ببجاية خاصة

تواتي سعيدة، سليمان نعيمة، بولحوات جازية، أكلي فضيلة، فونزار

نعيمة، بلقاسم كريمة...

إلى كل هؤلاء أهدي عملي هذا

# الفهرس

كلمة شكر

الإهداء

فهرس الجداول

المقدمة.....أ

- الجانب النظري -

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 4.....الإشكالية..... -
- 6.....الفرضيات..... -
- 8.....تحديد مفاهيم الدراسة..... -
- 10.....أهداف الدراسة..... -
- .....أهمية الدراسة..... -

## الفصل الثاني: ذوي الاحتياجات الخاصة-الإعاقة العقلية-

- 12.....تمهيد..... -
- 12.....1. لمحة تاريخية عن نظرة المجتمعات إلى الإعاقة العقلية.....
- 16.....2. مفهوم الإعاقة العقلية.....
- 16.....• التعريفات الطبية.....
- 17.....• التعريفات الاجتماعية.....
- 19.....• التعريفات السيكومترية.....
- 20.....3. أسباب الإعاقة العقلية.....
- 29.....4. تصنيف الإعاقة العقلية.....
- 29.....• التصنيف على أساس مصدر الإعاقة.....
- 30.....• التصنيف متعدد الأبعاد.....
- 35.....• التصنيف الإكلينيكي.....
- 38.....• التصنيف حسب متغير البعد التربوي.....

- 39..... 5. قياس الإعاقة العقلية.....
- 41..... 6. علاج الإعاقة العقلية.....
- 44..... - خلاصة الفصل.....

### الفصل الثالث: التكفل المبكر في مجال التربية الخاصة

- 46..... - تمهيد.....

#### - التربية الخاصة

- 46..... 1. مفهوم التربية الخاصة.....
- 47..... 2. خدمات التربية الخاصة.....
- 50..... 3. أهداف تربية المعاقين عقليا.....
- 51..... 4. الأسس التي تقوم عليها برامج التربية الخاصة للمعاقين عقليا.....
- 53..... 5. برامج التربية الخاصة للمعاقين عقليا القابلين للتعلم.....

#### - التكفل المبكر

- 54..... 6. تساؤلات حول التكفل المبكر.....
- 55..... 7. تعريف التكفل المبكر.....
- 56..... 8. أهمية التكفل المبكر.....
- 57..... 9. مبررات التكفل المبكر.....
- 59..... 10. تشخيص الإعاقة العقلية.....
- 63..... 11. خدمات التكفل المبكر.....
- 66..... 12. الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التكفل المبكر.....
- 70..... 13. طرق تقديم خدمات التكفل المبكر في التربية الخاصة.....
- 71..... 14. فريق التكفل المبكر.....
- 71..... 15. المناهج في برامج التكفل المبكر.....
- 72..... 16. الفئات المستهدفة في برامج التكفل المبكر.....
- 74..... 17. فاعلية برامج التكفل.....
- 74..... 18. أهداف التكفل المبكر.....

19	مقترحات للعمل مع الأسرة.....	75
20	دور الأسرة في الوقاية المبكرة.....	75
21	دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة.....	77
22	دور الأسرة في برامج التكفل المبكر.....	78
23	بعض الأمثلة على برامج التكفل المبكر.....	80
-	خلاصة الفصل.....	82

### الفصل الرابع: التكفل المبكر بالجزائر

-	تمهيد.....	84
1	التنظيم العملي للتدخل المبكر.....	84
2	فضاءات التدخل.....	87
3	المشروع المؤسساتي.....	92
4	التدخل المبكر.....	93
5	مشاريع التدخل المبكر.....	94
6	البرامج التربوية و البيداغوجية.....	95
7	العمل مع العائلة.....	104
8	التقييم.....	109
-	خلاصة الفصل.....	110

### الفصل الخامس: السلوك التكيفي

-	تمهيد.....	112
1	الأساس النظري لمفهوم السلوك التكيفي.....	112
•	مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر البيولوجية.....	113
•	مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر النفسية.....	114
•	مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر الاجتماعية.....	115
•	مفهوم السلوك التكيفي من وجهة نظر التربية الخاصة.....	115

118.....	2. معايير السلوك التكيفي.....
119.....	• المعايير النمائية الجسمية والحركية.....
121.....	• المعايير النمائية اللغوية.....
122.....	• المعايير النمائية الاجتماعية و الانفعالية.....
123.....	• المعايير النمائية لمهارات الحياة اليومية.....
126.....	3. مظاهر السلوك التكيفي و اللاتكيفي.....
130.....	4. أهمية السلوك التكيفي في مجال التربية الخاصة.....
132.....	5. مقاييس السلوك التكيفي في صورها الأصلية.....
132.....	• مقياس فايلند للنضج الاجتماعي.....
134.....	• مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية.....
135.....	• مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.....
140.....	6. تعديل السلوك.....
140.....	7. أساليب تعديل السلوك.....
143.....	- خلاصة الفصل.....

### - الجانب التطبيقي -

#### الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

145.....	- تمهيد.....
145.....	1. ميدان البحث.....
150.....	2. الدراسة الاستطلاعية.....
153.....	3. منهج البحث.....
.....	4. عينة الدراسة.....
154.....	5. أدوات البحث.....
159.....	6. التقنيات الإحصائية.....
159.....	7. السياق الزمني للبحث.....

## الفصل السابع: عرض، تحليل و مناقشة النتائج

162.....	- تمهيد
162.....	- عرض و تحليل نتائج البحث
162.....	1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى للبحث
165.....	2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية للبحث
168.....	3. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة للبحث
171.....	- مناقشة و تفسير نتائج البحث
171.....	1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى للبحث
176.....	2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية للبحث
180.....	- الاستنتاج العام
183.....	خاتمة
184.....	قائمة المراجع

### الملاحق

1. الملحق -1- مقياس السلوك التكيفي.
2. الملحق -2- جداول حساب المقياس.
3. الملحق -3- جداول نتائج مقياس السلوك التكيفي.
4. الملحق -4- نتائج SPSS.
5. الملحق -5- صور لأطفال أقسام التكفل المبكر.

# فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
120	تسلسل مظاهر النمو الحركي منذ الميلاد وحتى عمر ست سنوات	01
121	تسلسل مظاهر النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين	02
122	تسلسل مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي لدى الطفل العادي	03
124	مهارات تناول الطعام	04
124	يمثل مهارات استعمال دورة المياه	05
124	مهارات السلامة	06
133	توزيع فقرات الاختبار حسب المراحل العمرية التي يغطيها المقياس	07
151	العبارات التي أجري عليها التعديل، و العبارات البديلة	08
155	معاملات ثبات مقياس السلوك التكيفي بجزأيه	09
160	مواصفات عينة البحث	10
163	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال المهارات النمائية للمقياس	11
163	نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال المهارات النمائية من المقياس	12
164	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التقطين في مجال المهارات النمائية للمقياس	13
164	نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التقطين في مجال المهارات النمائية من المقياس	14
165	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوكات الانحرافية للمقياس	15
166	نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوكات الانحرافية من المقياس	16

166	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التفتين في مجال السلوكيات الانحرافية للمقياس	17
167	نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التفتين في مجال السوكات الانحرافية من المقياس	18
168	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوك التكيفي للمقياس	19
168	نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوك التكيفي من المقياس	20
169	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التفتين في مجال السلوك التكيفي للمقياس	21
170	نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التفتين في مجال السلوك التكيفي من المقياس	22
171	نتائج اختبار(ت) و تحليل التباين للقياسات المتكررة للمجال النمائي لدى أطفال قسم التكفل المبكر و أطفال قسم التفتين	23
176	نتائج اختبار(ت) و تحليل التباين للقياسات المتكررة لمجال السوك الانحرافي لدى أطفال قسم التكفل المبكر و أطفال قسم التفتين	24
180	نتائج اختبار(ت) و تحليل التباين للقياسات المتكررة لمجال السلوك التكيفي لدى أطفال قسم التكفل المبكر و أطفال قسم التفتين	25

## مقدمة:

إذا كان المعاق عقليا قد حرم من نعمة العقل، إلا أنه إنسان له الحق في الحياة، فإذا كان عنده نقص في قدراته العقلية لا يمكن علاجه بالمعنى الطبي، إلا أنه من الممكن أن نشكل سلوكه، وندرجه على أنواع خاصة من العمل، يمكن أن ينجح فيها، فالنجاح في الحياة لا يعتمد على الذكاء فقط بل يعتمد على القدرات المختلفة. من ناحية أخرى فالتعليم لم يعد في عصرنا الحاضر موجها لذوى القدرات العقلية العالية والمتوسطة كما كان الحال في الماضي، وإنما أصبحت الجهود التربوية والتعليمية تستهدف الجميع بغض النظر عن مستوياتهم العقلية وقدراتهم الاستيعابية، وعليه فلم يعد النظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار ولم يعد النظر إلى المعاقين عقليا على أنهم كم بشري يجب إهماله وإغفال تربيته وتعليمه وتنمية مهاراته، وإنما أصبح ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها ظاهرة طبيعية تتطلب التعامل معها بإيجابية كبيرة، كما أصبح ينظر إلى المعاقين عقليا على أنهم أفراد يستحقون امتلاك القدرة على التكيف مع مطالب الحياة وشق طريقهم فيها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم.

إن تعليم وتأهيل المعاقين يشبه تعليم وتأهيل أقرانهم العاديين في بعض النواحي ويختلف عنه في نواحي أخرى، فالطفل المعاق عقليا إنسان قبل أن يكون معاقا عقليا له نفس حاجات الطفل العادي ويتأثر نموه النفسي، الجسمي والاجتماعي بنفس العوامل التي يتأثر بها نمو قرينه العادي.

ومن هذا المنطلق بدأ الاهتمام يتزايد بفئة الأطفال المعاقين عقليا التي تحتاج إلى رعاية وتدريب، بل تحتاج إلى سرعة التدخل ليس فقط باكتشافهم، ولكن بتقديم برامج تدريبية، إرشادية وتأهيلية لرفع وتحسين كفاءتهم وهم في مرحلة مبكرة ليستطيعوا مواجهة الحياة بصورة أسهل، لكي يستطيع هؤلاء الأطفال التوافق مع أنفسهم، مع الآخرين ومع المجتمع. وعلى أهمية التكفل بفئة المعاقين عقليا فإنه كلما كان هذا الأخير مبكرا كانت نتائجه أكثر إيجابية، إذ أن السنوات الخمس الأولى لها أهمية فائقة في النمو العقلي والمعرفي للطفل، حيث تؤكد نتائج البحوث أن "50% من ذكاء الطفل يتشكل خلال هذه الفترة، وأن الفترة من ثمانية أشهر حتى ثلاث سنوات تعد مرحلة هامة في النمو المعرفي سواء للطفل العادي أو المعاق عقليا، حتى وإن كانت درجة الذكاء تختلف بين الفئتين وبالتالي القدرة على التعلم والتكيف، إلا أن الأمر الأكيد هو أنه حتى وإن كانت درجة الذكاء بسيطة أو متوسطة إلا أن تطوير القدرات المرتبطة بها يكون ناجحا أكثر في السنوات الأولى للطفولة.

كما تؤكد البحوث القائمة في ميدان الإعاقة العقلية على أهمية الخبرات الإدراكية والاجتماعية أثناء الطفولة المبكرة في تكوين وتقوية الطفل المعاق والتي تركز عليها عملية تعلمه مستقبلا لإثراء حياة الطفل وبيئته، وتنويع المنبهات بها يمكن أن يؤدي إلى تعلم أفضل خلال استخدامه للأشياء التي يراها ويسمعها، كما أن التعلم المبكر يعد من أقوى الأسس المنطقية لعلاج التخلف العقلي. بالإضافة إلى ذلك فإن التكفل المبكر يسهم في حماية الطفل من التعرض للإعاقة وتحد من مشكلاتها ومضاعفاتها التي يمكن أن تتراكم آثارها مع زيادة العمر الزمني للطفل في غياب الرعاية المبكرة.

من هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية، التي تناولت الدور الفعال للتكفل المبكر في تربية ورعاية الأطفال المعاقين عقليا، ومدى تحقيقه للسلوك التكيفي لدى هؤلاء في مراكز التربية الخاصة بالجزائر وهذا من خلال مقارنة طويلة استمرت ثلاث سنوات. ولغرض تحقيق الأهداف المرجوة فإن البحث الحالي يتكون في مجمله من سبعة فصول مقسمة إلى جانب نظري عرفنا من خلاله بالمتغيرات ذات العلاقة بالظاهرة المبحوثة، وهذا بعد تحديد المشكلة وفرضيات وأهداف البحث، وجانب تطبيقي في فصلين عرفنا من خلال الفصل الأول بإجراءات الدراسة الميدانية لاسيما عينة البحث والأدوات التي استعملناها لجمع البيانات وكذا تقنيات التحليل الإحصائي، واستعرضنا في الفصل الثاني النتائج التي توصلنا إليها، وناقشنا في ضوءها فرضيات البحث.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

## الإشكالية:

تواجه الجزائر كغيرها من بلدان العالم مشكلة الإعاقة، حيث أحصى المكتب الوطني للإحصائيات (ONS) عام (1998) حوالي 1590.466 شخصا معاقا، أي ما يعادل 5,3% من المجتمع العام، وتمثل فئة المعاقين عقليا حوالي 139.478 فردا أي ما يعادل 8,67% من مجموع المعاقين (Tefiani.M. In Poizat.D.2004). الحديث عن الإعاقة العقلية في المجتمع الجزائري يؤدي بنا إلى التساؤل عن مكانة ووضعية الطفل المعاق عقليا في هذا المجتمع و بالرغم من أن قوانين الدولة الجزائرية المسنة لفائدة فئة المعاقين بضمان الكفالة التامة لهذه الفئة، من حيث إقامة المراكز وتكوين المختصين (معلمين منهم أو مؤطرين) و بناء برامج مكيفة حسب قدرات المعاقين عقليا. إلا أن الواقع الذي تعيشه هذه الفئة يعبر عن معاناة، و يتطلب إعادة النظر في السياسات و الإجراءات المتخذة للتكفل بها بطريقة جدية و ليس بعزلهم فقط في مراكز خاصة (والتي غالبا ما تتحول إلى دور حضانة) بعيدة كل البعد عن واقع مجتمعهم الذي ينظر إليهم نظرة تصغير وإنكار. في هذا الصدد قام العديد من الباحثين بإجراء دراسات حول نوعية برامج التكفل بفئة المعاقين عقليا و دورها في تحقيق التوافق الاجتماعي، أمثال دراسة عزت فاطمة محمد (1989) و وهبة فاطمة (1989) اللتان قامتتا بإعداد برنامج تدريبي بغرض تنمية مهارات الاعتماد على الذات أي التدريب اليومي على بعض مهارات العمل الاستقلالي لتحقيق التوافق الاجتماعي، فتوصلت كلا من الدراستين إلى نتائج إيجابية في تحسين التوافق الاجتماعي. ويتوقف ذلك على كيفية إدراكنا ونظرتنا إليهم، ومعارفنا في العلوم الإنسانية، وما تطبقه على مستوى الوقاية الأولية وتطور تقنيات الاكتشاف المبكر وإثارة التكفل الجماعي (Boucebci.M.1984). وعلى تطبيق الكفالة المبكرة في مراكز التربية الخاصة كما يؤكد ذلك دراسة شريف هانم مختار (1997) الذي عمل على اقتراح برنامج للكشف عن مدى فعاليته في تنمية بعض الجوانب العقلية، الانفعالية والاجتماعية للطفل المعاق عقليا في مرحلتي الطفولة الوسطي، مع ضرورة التدخل المبكر في عملية التشخيص والعلاج من أجل رعاية هذا الطفل والدعم الأسري له، والاهتمام بتنفيذ البرامج التربوية المقترحة على المعاقين عقليا بكل دقة، فتوصل الباحث إلى تحسين المستوى العقلي للأطفال، مما يشير إلى مدى تأثير البرامج الإنمائية على مستويات الذكاء للفئات الخاصة. والتي تمثل سلسلة متكاملة من الخدمات التي تستجيب للاحتياجات الخاصة للطفل المعاق عقليا وأسرته كالدراسة التي أجرتها عبيد (2003) بهدف التعرف على فاعلية برنامج صمم لإرشاد الأسر على تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك في تدريب أبنائهم ذوي إعاقة عقلية متوسطة على بعض المهارات الاستقلالية، فأسفرت الدراسة على نتائج جد ناجحة في

تحقيق الهدف المرجو منها. كما أثبت العديد من العلماء من خلال دراسات ميدانية نجاح الكفالة المبكرة على كل المستويات أمثال سكيلز وداى (1939) اللذان قاما بدراسة متميزة على بعض الأطفال المعاقين عقليا الذين تبلغ أعمارهم دون الثالثة وذكاؤهم دون المتوسط فوجدوا أن قدراتهم العقلية قد تحسنت بعد تلقيهم الرعاية والتدريب المبكر، مما شجع تبنيهم من قِبَل أسر مختلفة، كما تمكنوا من مواصلة تعليمهم إلى غاية الصف الثاني عشر في المتوسط، فأصبحوا أفراد معتمدين على أنفسهم وكذا دراسة كيرك (1958) التي أجراها على أطفال تتراوح أعمارهم بين (3 و6) سنوات ودرجة ذكائهم بين (45° و80°) بهدف التعرف على أثر التكفل المبكر، فاستخلص أن تعليم الأطفال المعاقين عقليا في المراحل المبكرة يسرّع من معدل النمو العقلي و الاجتماعي بينما يؤدي الحرمان منه إلى التأخير في ذلك المعدل. كما قام كل من غورالنك و بريكر (1987) بمراجعة (14) دراسة في مجال التكفل المبكر و وجدوا أن جميعها تؤكد على أن الأطفال المعاقين عقليا الذين يتلقون خدمات التكفل المبكر يظهرون تحسنا واضحا من حيث النمو العقلي و السلوك التكيفي الذي يأتي في مقدمة أهداف التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة إذ يعتبر مفهوم السلوك التكيفي من المصطلحات الحديثة التي دخلت في ميدان التربية الخاصة في أواسط الخمسينات من القرن الماضي، حيث بدأ الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للسلوك منذ تعريف دول " DOLL (1941) حيث تحدث عن النضج الاجتماعي و الذي أدى به إلى إعداد مقياس خاص بهذا الغرض عرف بمقياس فانيلاندا للنضج الاجتماعي، ثم جاء تعريف " هيبير" ليضع السلوك التكيفي كمعيار أساسي بجانب الأداء الذهني عند تشخيص حالات الإعاقة العقلية (فوزي، م، ج. 2000). كما يؤكد على ذلك العديد من المهتمين بميدان التربية الخاصة أمثال "ليلاندا 1978" الذي يعرفه على أنه " القدرة على التكيف مع المتطلبات البيئية لثلاثة أنماط سلوكية من وظائف استقلالية، مسئولية شخصية واجتماعية" (الروسان، ف. 2000. ص55). وفي هذا السياق أجرت العطية أسماء (1995) دراسة بهدف تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا بدولة قطر، فكتشفت الدراسة على إمكانية تنمية السلوك التكيفي لدى هذه الفئة بعد تلقيهم لبرامج تدريبية وأن هذه الأخيرة تساهم في التقليل من الاضطرابات السلوكية (يحيي، خ و عبيد، م، أ. 2005). و استنادا إلى الدراسات المذكورة أعلاه فإن التكفل المبكر يشكل منعطفا هاما في الفكر التربوي و الاجتماعي الخاص بالأطفال المعاقين عقليا وما تؤكد مختلف المجتمعات المطبقة لهذه السياسة. الجزائر كغيرها من بلدان العالم الثالث، ومنذ بداية القرن الأخير أولت اهتماما بهذه السياسة بإنشاء أقسام للتكفل المبكر في بعض المراكز الخاصة على المستوى الوطني وتوفير الوسائل المادية والمعنوية المناسبة لتحقيق نجاح هذا المشروع

ومحاولة منها التكفل بالأطفال المعاقين عقليا دون سن السادسة من العمر. إلا أن نقص الإمكانيات والظروف المادية الصعبة التي تعاني منها الجزائر مؤخرا وعدم وعي الأولياء بأهمية هذه السياسة وذلك بالتردد في تسجيل أطفالهم بالمراكز الخاصة في سن مبكرة، أو إهمال التكفل الجماعي المستمر والمتكامل مع الفريق النفسي التربوي بالمنزل قد يعرقل نجاح هذه المهمة التي لطالما حققت نجاحا في تربية وتأهيل فئة المعاقين عقليا في البلدان المطبقة لهذه السياسة، والتي تتطلب جهدا جماعيا من طرف كل المعنيين بالتكفل بالطفل بداية بالأولياء إلى غاية مسؤولين الدولة والمهتمين والمتخصصين في مجال التربية الخاصة. وعلى أهمية تطبيق التكفل المبكر في مراكز التربية الخاصة لرعاية و تأهيل فئة المعاقين عقليا في مختلف مجالات الحياة اليومية خاصة منها الاستقلالية، النمائية والاجتماعية وكذا التقليل من السلوكات الانحرافية التي يعاني منها معظم أفراد هذه الفئة، ارتأينا بحث فعالية تطبيق سياسة التكفل المبكر في مراكز التربية الخاصة بالجزائر، و مدى تحقيقها للسلوك التكيفي لدى أطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة، و بالتالي نطرح التساؤل التالي:

- ما مدى فعالية التكفل المبكر بمراكز التربية الخاصة بالجزائر في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة؟

من خلال المعطيات النظرية ونتائج الدراسات السابقة التي بحوزتنا نفتح الفرضية العامة التالية:

- للتكفل المبكر بمراكز التربية الخاصة بالجزائر فعالية في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة.

الفرضيات الجزئية التالية:

1- التكفل المبكر ينمي المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات

الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية والتعبيرية.

2- التكفل المبكر يقلص من السلوكات الانحرافية مثل التمرد والعصيان، الانسحاب والسلوك

النمطي والزمات الغريبة، الميل للحركة الزائدة والعادات غير المقبولة والشاذة.

تحديد مفاهيم الدراسة:

### 1- الإعاقة العقلية:

الإعاقة العقلية هي انخفاض الأداء الذهني للفرد عن المتوسط، ويظهر أثناء فترة النمو (من الميلاد حتى سن 18 سنة)، ويكون مصحوبا بقصور في السلوك التكيفي، ويتضح ذلك في مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج، والتعلم، والسلوك التكيفي.

#### - الإعاقة العقلية المتوسطة:

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 35-40 إلى 50-55، يمكن تعليمهم مهارات الاعتناء بالنفس و قضاء الحاجة وبعض المكتسبات الأكاديمية كالقراءة و الكتابة بكلمات بسيطة و سهلة، كما يمكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية البسيطة وإحاقهم ببعض الوظائف الروتينية ذا الطبيعة التكرارية في أماكن محمية.

### 2- التكفل المبكر:

مجموعة من الخدمات التي تقدم للطفل المعاق عقليا في سن ما قبل السادسة من العمر، من خلال برامج مصممة خصيصا بغرض التكفل بهذه الفئة.

### 3- السلوك التكيفي:

وهو الطريقة الذي ينجز به الأطفال الأعمال المختلفة المتوقعة من أقرانهم في العمر الزمني، والذي يتمثل في مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية من استقلالية وغيرها من السلوكيات النمائية وبالمقابل انخفاض درجات الانحرافات السلوكية وعليه تدني في مظاهر السلوك الشاذ واضطرابات الشخصية. والذي نستعمل لقياسه في إطار هذا المقياس المعد من قبل محمد فاروق صادق (1985) (الدرجة المحصل عليها في المقياس من طرف أفراد العينة). وله قسمين الجانب النمائي والانحرافات السلوكية، هما كالتالي:

#### أولاً- الجانب النمائي: الذي يشمل:

- التصرفات الاستقلالية: مثل مهارات الأكل، قضاء الحاجة، النظافة، المظهر العام، لبس وخلع الملابس.
- النمو الجسمي: كالمشي والجري، التحكم الجيد في اليدين، و وظائف اليدين والرجلين.
- النمو اللغوي: كالتعبير (التلفظ بكلمات قليلة واستعمال الكلمات).

- التوجيه الذاتي: مثل بطئ الحركة، المبادرة.
- التنشئة الاجتماعية: بالتعاون، التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، الأناية وعدم النضج في النواحي الاجتماعية.
- ثانياً - جانب الانحرافات السلوكية: والذي يتمثل فيما يلي:
  - السلوك المدمر والعنيف: مثل السلوك المدمر والعنيف، حدة الطبع والاصابة بنوبات الغضب.
  - سلوك التمرد: كمقاومة التعليمات وإساءة التصرف في محيط الجماعة.
  - الانسحاب: كالانطواء والخجل.
  - السلوك النمطي و اللزمات الغريبة.
  - العادات الصوتية غير المقبولة.
  - العادات غير المقبولة والشاذة: كالعادات الفمية غير المقبولة وخلع أو تمزيق الملابس.
  - الميل للحركة الزائدة.
  - الاضطرابات الانفعالية والنفسية: كالاستجابة السلبية للإحباط ومطالبة الآخرين بالاهتمام والإطراء الزائد.

**أهداف البحث:**

- 1 . إبراز أهمية التكفل المبكر بالأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة في مراكز التربية الخاصة بالجزائر .
- 2 . إعطاء صورة دقيقة عن فعالية الرعاية التربوية المبكرة بمراكز التربية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة.
- 3 . إثراء البحوث العلمية المكتبات لكل من الدارسين وأصحاب الاختصاص وخاصة المربين بالمراكز النفسية البيداغوجية والأولياء.

**أهمية البحث:**

- في حدود علم الباحثة، تعتبر هذه الدراسة الأولى التي تتناول فعالية التكفل المبكر في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة بالجزائر، وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها:
1. قد توفر بعض المعلومات والبيانات عن مدى فعالية التكفل المبكر بالأطفال المعاقين عقليا لتوعية الأولياء من جهة وذلك لتسجيل أطفالهم في المراكز في سن مبكرة، ومن جهة أخرى المسؤولين لفتح آفاق الرعاية المبكرة بزيادة عدد الأقسام الخاصة بالتربية المبكرة في المراكز، والقائمين على رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في تصميم البرامج العلاجية.
  2. كما تسهم هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية الكشف المبكر للإعاقة العقلية في علاج الاضطرابات السلوكية وتحقيق درجة عالية من التوافق لهؤلاء الأطفال مع إعاقتهم ومحيطهم.

## الفصل الثاني

ذوي الاحتياجات الخاصة

-الإعاقة العقلية-

### تمهيد:

"عدد المعاقين عقليا ليس بالقليل حيث تصل نسبتهم إلى 3% من عدد السكان في المجتمع، وتزداد هذه النسبة حتي تصل 7% أو أكثر في المناطق الفقيرة والمكتظة بالسكان" (إبراهيم، ع.أ. 2000:19)، مما ترتب عنه زيادة في المشاكل التربوية، الاجتماعية والاقتصادية سواء داخل الأسرة أو المجتمع، و هذا ما وسع من نطاق الاهتمام العالمي بمشكلة الإعاقة العقلية، إذ تدعوا جميع المؤتمرات العلمية المهمة بالطفل وتربيته للتصدي لهذه المشكلة باعتبارها من أكبر المشكلات التي تعوق نمو الطفل، كما توصي ببذل الجهود وتظافرها من أجل علاج المعاقين عقليا وتأهيلهم لمواجهة الحياة الاجتماعية والاندماج في المحيط المعاش. ولهذا فقد عمل المختصون في الميادين المختلفة الطب، الاجتماع، التربية وغيرها على التعرف الدقيق بهذه الظاهرة من حيث طبيعتها، مسبباتها، طرق الوقاية منها وأفضل سبل العلاج والرعاية للأشخاص المعاقين عقليا.

### 1- لمحة تاريخية عن نظرة المجتمعات إلى الإعاقة العقلية :

لقد ترك البابليون-سكان ما بين نهري الدجلة والفرات-لوحات طينية عليها قوانين الجزاء والعقاب للحاكم (حمو رابي) الذي يعود تاريخه إلى (2270) قبل الميلاد، كما سجل عليها طرقا لعلاج مبتوري الأطراف وفاقد البصر، وفي جدار معبد مصري عثر على رسم عمره خمسة آلات سنة لطفل فرعوني مشلول الساق قال جدار معبد مصري عثر على رسم عمره خمسة آلاف سنة لطفل فرعوني مشلول الساق قال عنه المختصون في الطب أنه شلل الأطفال، وتحت التراب في أرض (Pérou) من قارة أمريكا الجنوبية عثر الأثريون على عظام جمجمة لرجل قديم تحمل ملامح ثقب منتظم قيل عنه أنه أثر عملية جراحية كان الأطباء البيدائيون يقومون بها، من أجل علاج مرضي العقول حيث يتقنون جماعهم لإفراغها من الأرواح الشريرة التي تسكنها. كانت الإعاقات مرتبطة في العصور الأولى بغضب آلهة حيث كان العمي مرتبط بانقمام الآلهة التي حرمت عبدها من نورها والتمتع بجمال كونها نتيجة فواحش ارتكبها أو قربان لم يقدمه لها. أما الإعاقة العقلية فكانت مرتبطة بعالم الشياطين المتعلقة بالإعاقة سائدة حتى منتصف القرون الوسطي حيث كانت الكنيسة تقول بأن المرض بجميع أنواعه قصاص على ما اقترفه الإنسان من ذنوب، وإن الإعاقة تقهر فكري، فكان ينظر إلى المعاقين على نهم فئة شاذة، فكان مصيرهم السجن أو الموت تحت وطأة الظروف المناخية الصعبة بسبب عدم قدرتهم على مواجهة أعدائهم والتغلب عليهم، ولم يكن حظ المعاقين في العصر الإغريقي بأفضل منه في لعصور السابقة، إذ نادى (أفلاطون) "بوجوب التخلص من الأطفال المعاقين

بقتلهم للمحافظة على نقاء العنصر البشري في جمهوريته " (شاش، س.م.س. 2002:57). ما  
'(أرسطو) " فقد طالب بإيجاد قانون يحدد المواليد الذي يجب تربيتهم، والذين يجب التخلي عنهم  
مثل المعاقين " (Mirabail, 1979). وفي (إسبرطة) فقد طغي على أهلها الاتجاه إلى اعتبار  
الأطفال من سقام الأجسام غير صالحين للقيام بأي عمل ولذلك عمدوا إلى حمل الطفل بعد مولده  
للفحص من طرف شيخ القبيلة وكبارها سنا فإذا وجدوه قوي الجسم متناسق العضلات والتكوين أمروا  
بتربيته وتعليمه أما في حالة ضعف الطفل وسوء تكوينه أو إعاقته فقد كان يلقي به في نهر (أورتاس)  
لكونه يمثل عبئا على نفسه وغيره، ولأن الآلهة قد حرمتهم من القوة وجمال التكوين. وكذلك في (أثينا)  
كان يتم قتل الصم والتخلص من المعاقين عقليا إما بالقتل أو النفي خارج المدينة. وفي العصر  
(الروماني) كان يتم التخلص من المعاقين عن طريق إلقائهم في الأنهار أو تركهم على قمم الجبال  
ليموتوا بقساوة الظروف المناخية العاتية. ثم جاءت التعاليم (المسيحية) التي وفرت للمعاقين  
الحماية والرعاية، رحمة بهم وأصبح المعاقون عقليا يزودون بالملابس والطعام والمأوى  
(شاش، س.م.س. 2002). أما في العصر (الجاهلي) فكانوا يسمون من أصابع العوز باللؤم والخبث  
كما كانت قريش تخاف من البرص فكانت تبتد من يصاب به حتى ولو كان من أشرفها. ليأتي  
(الإسلام) مطالباً بعدم التفرقة بين البشر. فوضع مبادئ المساواة والاحترام وتكافؤ الفرص بين الأفراد،  
فيقول عز وجل: " ليس على الأعمى حرجٌ و لا على الأعرج حرجٌ و لا على المريض حرجٌ..."  
(الفتح 17). كما نهى عن التعالي والكبرياء والسخرية من الغير، وما يؤكد قوله تعالى: " يأيها الذين  
آمنوا لا يسخر قومٌ من قومٍ عسي أن يكونوا خيراً منهم ولا نساءٌ من نساءٍ عسي أن يكنَّ خيراً من منهنَّ  
ولا تلمزوا أنفسكم و لا تتابزوا بالألقاب بئس الفسوقُ بعد الإيمان ومن لم يتب فأولئك هم الظالمون"  
(الحجرات 11). فقد تميز الإسلام باهتمامه الشديد برعاية وتربية المعاقين وإنشاء المستشفيات  
العلاجية لهم، للاهتمام برعايتهم الصحية، حيث أنشأت العديد من البيمارستانات (المستشفيات) في  
العالم الإسلامي، وفي كثير منها كانت تخصص أقسام للمعاقين عقليا ونفسيا، حيث اعتبرت الإعاقة  
مرضا يتطلب العلاج والتأهيل فأسس (الوليد بن عبد الملك) سنة 707م - 88هـ أول معهد للمعاقين  
ثم أسست بعد ذلك بيمارستانات بغداد سنة 756م - 137هـ الذي تولى إدارتها الطبيب الكفيف (أبو  
الحسن البغدادي) لسنوات طويلة. وكان المجتمع الإسلامي أكثر تقبلا للمعاقين عقليا حيث عرفوا  
الكثير عن الانحرافات العقلية، واستخدام العلاج النفسي في معالجة مثل هذه الحالات. كما تنبه " ابن  
سينا " لجماعة المتأخرين والبله الذين لا يقدرّون على أي نوع من أنواع التربية العلمية والعملية. فيرى

أن هؤلاء يجب أن يخصص لهم موضع يكون فيه أمثالهم ويكون عليه قيم، كما ظهرت العديد من المؤلفات الطبية في مجال رعاية المعاقين عقليا ونفسيا، ومن أهمها كتاب (ابن الهيثم) عن الموسيقي لعلاج الإنسان وخاصة المصابين بالأمراض العقلية والنفسية.

(الهجرسي، أ.م. 2002: 81-82). وابتداء من القرن السادس عشر ظهرت قيمة الفرد لمعوق لأول مرة في تاريخ البشرية وكان ذلك في أوروبا، حيث ظهر بعض المصلحين الاجتماعيين بأفكارهم الإنسانية أمثال "مارتن لوثر"، لكن هذه الحركات لم تأخذ سوى الطابع المحلي، ولم تستمر طويلا، وعلى إثر ذلك قامت حركة تنظيم الإحسان في أوروبا وخاصة في إنجلترا لذوي العاهات ومرضي العقول والمشردين، لكنها لم تحقق لهم الحياة الكريمة نتيجة لتجمعهم في بيوت الإحسان أو بيوت الإصلاح. ورغم وجود البعض من هذه الحقائق التي توضح رعاية المعاقين عامة في العصور الأوربية الوسطي إلا أن الأمر قد ازداد سوءا في مراحل الانتقال من هذه العصور إلى العصر الحديث، وذلك لندهور الأوضاع من كل الجوانب. وتؤكد ذلك تحليلات كل (J.Hanlen) و (G.Picket) حيث كان يوضع معظم المعاقين في السجون، وظل هذا الوضع تقريبا حتى نهاية القرن الثامن عشر وبالتحديد عام (1790) حيث ظهرت مجموعة من الإصلاحات والتشريعات الاجتماعية والصحية من أجل رعاية المعوقين (الهجرسي، أ.م. 2002: 82-83). كما تميز العصر الحديث بيزوغ العديد من الباحثين أمثال (J.Itard) و (E.Seguin) إذ بدأ (Itard) في تعليم طفل ضعيف العقل (Victor) وجده أحد الصيادين في غابة "فيرون" بفرنسا عام (1798)، حيث وضع برنامجا لمدة خمسة سنوات لرعايته، ومحاولة إعادة تنشئته الاجتماعية وتعليمه الكلام والسلوك الصحيح (يونس، إ. 2000) فنجح في تعليمه الاستقلالية في الحياة اليومية والاعتناء بنفسه والسلوكيات المقبولة ولكنه فشل في تعليمه اللغة ما عدا بعض الأشكال البسيطة وتفهم بعض الكلمات لذا فقد توقف عن هذا العمل، فتابع تلميذه (Seguin) جهوده في تربية وتعليم المعاقين والتي أسفرت عن إنشاء أول مؤسسة لرعاية المعاقين عقليا وتعليمهم في باريس، ثم في سوتشس بالولايات المتحدة الأمريكية بعد هجرته إليها. (الشناوي، م.م. 1997). رغم هذه التغيرات الجذرية التي حدثت في مجال رعاية المعاقين عقليا في أوروبا في منتصف القرن التاسع عشر، إلا أن نكسة قد ألمت بالاتجاهات نحو هؤلاء الأشخاص، وتقلبت الآراء ضدهم وذلك نتيجة للمعدلات المرتفعة للجريمة، وفساد الأخلاق، وارتفاع معدل الفقر بين المعاقين عقليا، وتبلور الاتجاه الجديد في التفكير في تحديد النسل، فقد قيل أنه ليس من حق المعاقين

عقليا الزواج، ولمن الواجب تطهيرهم وعزلهم عن المجتمع (شاش، س.م.س. 2002: 60). وأدت هذه الصيحة إلى إصدار قوانين تجيز تعقيم الأشخاص المعاقين عقليا في عدة ولايات أمريكية، كذلك انتشرت المعاهد الإيوائية التي كانت تبعد المعاقين عن المناطق الحضرية المزدهمة، وكان التعقيم أمرا شائعا فيها، وبذلك فقد دفعت حقوق الأشخاص المعاقين عقليا إلى المؤخرة بينما تركز الاهتمام على حقوق المجتمع الأكبر. (الشناوى، م.م. 1997). وفي خضم كل هذه التقلبات والقوانين الجائرة، فإنه هناك العديد من المربين والعلماء الذين وصلوا الجهود في إعداد مجموعة من الطرق والبرامج الخاصة بتعليم وتدريب المعاقين عقليا، ونذكر منهم (Zazzo) الذي أكد على أهمية الأخذ بعين الاعتبار نسبة ذكاء هؤلاء الأطفال (Q.I) في تعليمهم وإعادة تربيتهم (Zazzo .1971). وهناك أيضا (M.Mentesory) التي فتحت مدرسة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، واعتمدت على مجموعة من الوسائل والأجهزة في تدريب هؤلاء الأطفال على مختلف القدرات الحسية، الحركية والعقلية.

و (Decroly) و (K.Ingram) و (Duncan) وغيرهم. (عبيد، م.س. 2000). كما برزت حركة القياس النفسي وخاصة قياس الذكاء، حيث ظهرت الصورة الأولى من مقياس (Binet) و (Simon) عام (1905)، تبعها ظهور صورة معدلة عام (1908) وعام (1911)، وقد كان تأثير (Binet) عميقا حيث قدم وسائل موثوقا فيها لتقدير العمر العقلي للطفل، ومع ظهور هذه المقاييس أصبح المختصون بالتعليم مضطرين إلى تصنيف الناس على أنهم عاديون ومعاقون. (الشناوى، م.م. 1997). وهكذا تغيرت النظرة للمعاقين عقليا، ولم تعد الخدمات المقدمة لهم تقصر على مجال الرعاية والتدريب البسيط بل أصبحت تهدف إلى تعليمهم وإعدادهم لأعمال نافعة، كل ما تسمح له به قدراته وإمكاناته العقلية والجسدية، وظل الاهتمام حتى منتصف القرن العشرين تقريبا مركزا على تجميع الأطفال المعاقين عقليا في مدارس ومعاهد مستقلة خاصة بهم بعيدا عن مدارس الأطفال العاديين، وتعليمهم وفقا لمنهج خاصة بهم عن طريق معلمين مدربين متخصصين حتى يمكن تفادي الصعوبات والمشكلات التي يمكن أن تنجم عن وضعهم مع العاديين في نفس المدارس. (شاش، س.م.س. 2002: 62). ومع بداية النصف الثاني من القرن العشرين برزت مجموعة من البحوث التي أوضحت أن المعاقين عقليا لا تزداد استفادتهم في فصول التربية الخاصة (الشناوى، م.م. 1997)، ومع تزايد الانتقادات الموجهة لنظام العزل بدأت التوجيهات في التربية الخاصة تتحول من اتجاه العزل إلى الدمج مع الأطفال العاديين، فهي تربية تقوم على الوصل لا الفصل بين مجتمع العاديين وغير العاديين،

وتسعى إلى دمج المعاقين في المجتمع، واندماجهم فيه كأعضاء وظيفية وانتمائهم إليه كمواطنين فعالين (شاش، س.م.س. 2002). ونتيجة لذلك ظهرت فلسفة التطبيع (الإدماج) في الدول الإسكندنافية ومنها انتقلت إلى الولايات المتحدة الأمريكية، ولاقت ترحيباً كبيراً أدى إلى انتشارها إلى الأقطار الأخرى (الشناوى، م.م. 1997).

## II - مفهوم الإعاقة العقلية:

الإعاقة بشكل عام و الإعاقة العقلية بشكل خاص ظاهرة لا تعترف بالحدود الاجتماعية ويمكن أن تتعرض لها على حد سواء الأسر الفقيرة و الغنية، المثقفة و الأقل ثقافة،... إلخ . إنها بحق ظاهرة استرعت بدرجات متفاوتة اهتمام مختلف الفئات الاجتماعية، على اختلاف درجاتهم العلمية والمهنية، مما أدى إلى التباين في فهم هذه الظاهرة، حيث حاول الأطباء تفسيرها وفقاً لإطارهم المرجعي، بينما حاول المختصون الاجتماعيون تفسيرها و ربطها بالمتغيرات الاجتماعية و الثقافية في الأسرة و البيئة المحيطة، و كذلك فعل علماء النفس والتربية حيث انطلقوا في تفسيراتهم من خلفياتهم الأكاديمية والمهنية و قدموا العديد من التفسيرات القائمة على النظريات السيكولوجية والتربوية المختلفة، لذا فمن الصعب الوصول إلى تعريف دقيق و شامل للتخلف العقلي والذي يلاقي قبول مختلف الفئات العلمية و المهنية. و قد يكون من المناسب استعراض أبرز التعريفات المختلفة للتخلف العقلي وصولاً إلى التعريف الذي نعتبره أكثر قبولاً من سواه.

### II - 1- التعريفات الطبية :

هي التعريفات التي يرى أصحابها بأن التشخيص يبدأ عادة من عيادة الطبيب وبصفة خاصة تلك الحالات الكلينيكية ذات المظهر الخارجي المتميز، أو ذات الخصائص البيولوجية المميزة (سليمان، ع.أ.س. 2001)؛ وقد ركزت هذه التعاريف على أسباب الإعاقة و من بينها نذكر ما يلي:

#### II - 1-1 - تعريف Tred Gold (1938) :

ركز على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل أو بعد الولادة (عبيد، م.س. 2000: 17). إذ يقول بأن " الإعاقة العقلية حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي، أو اكتمال ذلك النمو" (إبراهيم، ع.ع.أ. 2000: 27) و تتعدد الأسباب خاصة المؤدية إلى تلف الجهاز العصبي المركزي و القشرة الدماغية المتضمنة لمراكز الكلام، العمليات

العقلية، التأزر البصرى الحركي، الحركة والإحساس، القراءة والسمع،.... والمؤدية إلي تعطل الوظيفة المرتبطة بها.

## II - 1 - 2 - تعريف *Jervis* (1952) :

إذ يرى بأن الإعاقة العقلية هي " حالة من النمو العقلي المتوقف أو غير المكتمل ناتجة عن مرض أو إصابة قبل المراهقة، أو ناشئة عن أسباب وراثية " (الشناوي، م.م. 1997: 35). و على ذلك فيتمثل التعريف الطبي للإعاقة العقلية في وصف الحالة و أعراضها وأسبابها البيولوجية، فالطبيب يمكنه وصف الحالة و ذكر مظاهرها الفيزيولوجية و الأسباب المؤدية إليها كحالة الطفل المنغولي ولكن دون أن يعطي وصفا دقيقا و عميقا، و بشكل كمي للقدرة العقلية ولا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة بسبب صعوبة استخدام الطبيب لمقياس ما من مقاييس القدرة العقلية (الشناوي، م.م. 1997: 40).

تعرض هذان التعريفان للانتقادات كسابقه خاصة (ستانفورد) ومقياس (وكسلر) وذلك في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد كما وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرفية، ثقافية، عقلية و اجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية التي تسند الإعاقة العقلية للإطار الاجتماعي للفرد وهو الذي يحدد فيما إذا كان متخلفا عقليا أم لا ، وذلك في مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستخدامه للمتطلبات الاجتماعية (عبيد، م.س. 2000: 19 - 20)

## II - 2 - التعريفات الاجتماعية :

تعتمد على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المرحلة العمرية وقد ركز كثيرون من أمثال (Doll)، (Grossman) و (Mercer) على مدى الاستجابة لهذه المتطلبات بمصطلح السلوك التكيفي، و قد تختلف هذه المتطلبات تبعا لمتغير العمر للفرد، حيث تضمن مفهوم السلوك التكيفي تلك المتطلبات الاجتماعية ، وعلى سبيل المثال فإن هذه الأخيرة المتوقعة من طفل عمره سنة واحدة هي:

- التمييز بين الوجوه المألوفة - الاستجابة للمداعبات الاجتماعية- القدرة على الكلام (النطق) بكلمات بسيطة- القدرة على المشي- القدرة على التأزر البصري الحركي- الاستجابة الانفعالية السارة أو المؤلمة حسب طبيعة المثير... (عبيد، م.س. 2000: 23).

في حين تتمثل المتطلبات الاجتماعية لطفل في السادسة من العمر:

- تكوين صداقات- نضج الاستجابات الانفعالية السارة أو المؤلمة- التأزر البصرى الحركى، المشي، القفز، الركض- نمو المحصول اللغوي و الاستعداد للقراءة والكتابة- التمييز بين القطع والفئات النقدية- القدرة على التسوق بقائمة بسيطة من المشتريات- الإحساس بالاتجاه و قطع الشارع- القيام بالمهمات المنزلية البسيطة- ...  
( عبيد، م.س.2000:24).

و على ذلك تعتبر تلك المتطلبات الاجتماعية معايير يمكن من خلالها الحكم على أداء الفرد ومدى قدرته على تحقيقها تبعا لعمره الزمني، أما إذا فشل في تحقيقها في عمر ما، فذلك يعني أن الطفل يعاني من مشكلة في تكيفه الاجتماعي. كما سنذكر بعض التعاريف الاجتماعية الأخرى للإعاقة العقلية:

#### II - 2 - 1- تعريف Doll (1941) :

يعرف الشخص المعوق عقليا بأنه " شخص غير كفاء اجتماعيا، و لا يستطيع أن يسير أمره وحده، وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية وتخلفه يحدث منذ الولادة أو في سن مبكرة"(Lambert.J.L 1981 P12). لقد اهتم(Doll ) بدراسة الإعاقة العقلية من حيث آثارها على النمو الاجتماعي للفرد، و اعتبر مدى الصلاحية الاجتماعية للفرد و التوافق الاجتماعي معيارا أساسيا للتعرف على الشخص المعاق عقليا.

#### II - 2 - 2- تعريف Sarason (1953) :

يرى أن الإعاقة العقلية هي "حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي و تصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي" ( إبراهيم،ع.ع.أ.2000: 28). فيشير هنا(Sarason) إلى أن الإعاقة العقلية هي حالة عجز في النمو العقلي مع قصور في السلوك التكيفي .

#### II - 2 - 3- تعريف Mercer (1973) :

ترى أن الإطار الاجتماعي للفرد هو الذى يحدد فيما إذا كان متخلفا عقليا أم لا، و تؤكد (Mercer) على أنه إذا كان الشخص ضعيف العقل و لكنه قادر على الكسب و تحقيق مستوى من الحياة ينسجم مع ما هو متوقع منه في فئته الاجتماعية إضافة إلى أنه يتمتع بسلوك مقبول فمن غير الممكن أن نصفه بأنه متخلف عقليا"(القيوتي،ي.ف.1996: 9).

بدورها التعاريف الاجتماعية قد تعرضت للانتقادات لاعتمادها على الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية و تجاهلها للأسباب البيولوجية و السيكولوجية. لذا ظهر الاتجاه السيكومتری في تعريف هذه الظاهرة.

### II - 3 - التعاريف السيكومترية :ا

و هي تلك التعريفات التي تهتم بمقارنة الفرد المعاق عقليا بمجموعة معيارية من الأفراد العاديين، أو مقارنة أدائه بمستوى أداء معين مثل نسبة الذكاء و العمر العقلي، و كذلك باعتبار المتوسطات و غيرها من المعالم الإحصائية (سليمان، ع.أ.س.2001). نذكر بعض هذه التعاريف:

### II - 3 - 1- تعريف C.Ingrame (1953) :

تقول بأن الطفل المعاق عقليا هو " الطفل الذى لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي، و تقع نسبة ذكائه بين (50- 75%)، و يطلق على هذا الطفل مصطلح بطيء التعلم " ( إبراهيم، ع.ع.أ.2000: 29) .

### II - 3 - 2- تعريف Spitz (1963) :

الإعاقة العقلية هي "حالة من النمو العقلي المتأخر، تحدّد بنسبة ذكاء أدنى من 70° على اختبار فردي مقنن للذكاء" (الشناوي، م.م.1997:40).

ركزت (Ingrame) على فئة واحدة من فئات الإعاقة العقلية و أهملت الفئات العديدة الأخرى، كما فعل (Spitz) إذ اعتمد فقط على متغير الذكاء في تعريفه للإعاقة العقلية مما جعله ضيقا و محدودا جدا لذا فالتعاريف السيكومترية كسابقتها لم تف بالغرض في إيجاد تعريف كامل وشامل للإعاقة العقلية.

عموما فالتعاريف السابقة تعكس الخلفيات النظرية و التوجهات العلمية المختلفة للميادين العلمية والمهنية للمهتمين في مجال الإعاقة العقلية و مما لا شك فيه أن تلك التعاريف و غيرها أسهمت بشكل أو بآخر في إثراء البحث العلمي و زيادة إمكانية تحديد مفهوم التخلف العقلي و طبيعته. إضافة إلى ذلك فإنها رغم تنوعها ساعدت في التوصل إلى تعريف موحد و الذى تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (A.A.M.D) كونه أكثر التعريفات قبولا و شيوعا بين مختلف الدارسين و العاملين في هذا المجال، و هذا التعريف هو ل: (Grossman 1983) الذى ينص على أن " التخلف العقلي يشير إلى حالة من الانخفاض الدال (الواضح) في الوظائف العقلية العامة، تظهر أثناء فترة النمو من

الميلاد إلى سن 18 وينتج عنها أو يصاحبها قصور في السلوك التكيفي (القيوتي، ي.ف.1996: 11). و يتميز هذا التعريف عن سواه بأنه يتضمن ثلاثة محكات أساسية يجب توفرها معا قبل الحكم على فرد ما بأنه متخلف عقليا وهذه المحكات هي:

❖ - إنخفاض دال في الوظائف العقلية العامة؛ و الإنخفاض المقصود هو مقدار انحرافين معياريين عن المتوسط . فإذا كان مقياس ( وكسلر) هو اختبار الذكاء المستخدم في القياس فإن هذا يعني أن درجة الذكاء تقل عن (70°) أما إذا كان مقياس ( بينيه) هو الاختبار المستخدم فإن الدرجة يجب أن تقل عن (68°).

❖ - قصور في السلوك التكيفي و يشير مفهوم هذا الأخير إلى درجة كفاية الفرد في الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه و فئته الاجتماعية سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية. فعلى سبيل المثال يتوقع من الفرد في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة أن يحقق نموا في المهارات الحسية و الحركية و المهارات اللغوية و العناية بالذات و السلوك الاجتماعي، بينما يتوقع منه في مرحلة الرشد إضافة إلى كل المهمات في المراحل العمرية السابقة والتالية لمرحلة الطفولة المبكرة أن يتحمل مسؤوليته الاجتماعية و القيام بأدواره المتوقعة خاصة في مجال الحصول على مهنة تحقق له الاستقلال الاقتصادي و بناء أسرة والسلوك المتوافق مع القيم والأعراف الاجتماعية.

❖ - ظهور كل من الانخفاض في الوظائف العقلية و القصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو أي دون سن السادسة عشر، و عليه فإن حالات القصور في الوظائف العقلية و التي قد يصاحبها عجز في السلوك التكيفي و التي قد تحدث في مراحل العمر اللاحقة نتيجة عوامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالات تخلف عقلي. فمثل تلك الحالات يشار إليها بالاضطرابات أو الأمراض العقلية (القيوتي، ي.ف.1996: 11). من هذه المحكات التي تضمنها تعريف (Grossman) يظهر لنا تداخل كل من المتغيرات الاجتماعية، النفسية و الطبية في تحديد طبيعة الإعاقة العقلية، فغياب متغير واحد يبطل صفة الإعاقة العقلية على المعني. (عبد الرحيم، ف.أ. بدون تاريخ، 47)

### III - أسباب الإعاقة العقلية:

تشير الدراسات المتخصصة و المصادر المختلفة إلى تعدد أسباب الإعاقة العقلية إلى حد كبير، ويذكر تقرير لجنة الرئاسة الأمريكية للتخلف العقلي إلى أنه يمكن الوقوف على أكثر من مائتي (200) سبب يؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى درجة ما من درجات الإعاقة العقلية (1980 President Committes)، و على الرغم من هذا العدد الكبير جدا من الأسباب إلا أنها لم

تفسر إلا نسبة لا تتجاوز (25%) من الحالات (Ehlers et Al, 1973 P104). وهذا لا يعني أن (25%) من حالات التخلف العقلي يمكن التعرف على مسبباتها كحالات فردية إنما تستخلص من نتائج الدراسات الارتباطية بين معظم حالات التخلف العقلي تلك و مجموعة من الأسباب . و في حالات قليلة جدا تكون العلاقة السببية واضحة بحيث تسمح بالقول أن حالة بعينها كانت نتيجة لسبب محدد، إن إمكانية معرفة السبب أكبر ما تكون في حالات التخلف العقلي الشديد (القريوتي، ي.ف. 1996: 12). و يمكن تصنيف الأسباب المحتملة للتخلف العقلي إلى نوعين:

### 1- أسباب وراثية (جينية): و تنقسم بدورها إلى :

\* - عوامل جينية مباشرة.

\* - عوامل جينية غير مباشرة.

### 2- أسباب بيئية: و تنقسم إلى :

\* - عوامل تحدث قبل الولادة.

\* - عوامل تحدث أثناء الولادة.

\* - عوامل تحدث بعد الولادة.

### III - 1- أسباب وراثية (جينية) :

و هو ذلك الميراث البيولوجي للجنين و الذي يتقرر بتفاعل الصفات و الخصائص الوراثية التي يقدمها كلا من الأب و الأم. و ينتقل إلى الأجيال بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

### III - 1- 1- عوامل جينية مباشرة:

تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه، و التي تحمل الفئات الوراثية للفرد. و هذا لا يعني أن أحد الوالدين معاقا عقليا، فقد يحمل الأب أو الأم أحد الجينات المتنحية التي تحمل صفات الإعاقة العقلية دون أن يتصف بها (إبراهيم، ع.ع.أ. 2000: 29). ففي الخلية المخصبة (46) كروموزوما نصفها من الأب و الآخر من الأم، تتكون هذه الجينات و ما تحمله من مورثات على ثلاثة أشكال: الأول جينات سائدة، الثانية جينات ناقلة و الثالثة جينات متنحية (الروسان، ف. 1998). ويرى (Penrose) أن الطفل قد يرث الإعاقة العقلية من والديه و أجداده عن طريق الجينات السائدة فتؤدي إلى إعاقة عقلية سائدة، و تظهر في جميع الأجيال بنسبة (50%) حسب قانون (Mandel)، في الوراثة (مرسي، ك.إ. 1996) و قد

يرث الطفل الإعاقة العقلية من والديه و أجداده عن طريق الجينات الوراثية المتحثة التي يحملها الفرد العادي دون أن تظهر عليه صفاتها، و لا تظهر في جميع الأجيال حسب قوانين (Mandel) الوراثية، و تظهر نتيجة لاضطرابات بيوكيميائية تنتقل من الوالدين أو أحدهما إلى الجنين، و تسبب تلف الدماغ و الجهاز العصبي .(الداهري،ص.ح. و آخرون.1999)

### III - 1 - 2 - عوامل جينية غير مباشرة:

قد يرث الجنين صفات تؤدي إلى اضطرابات، أو عيوب في تكوين المخ، فيكون الذي انتقل وراثيا في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدي إلى الإعاقة العقلية، و من أمثلة هذه الاضطرابات التكوينية(عبد الحميد،م.إ.1999:24).

#### ❖ - اضطرابات الكروموزومات أو المورثات:

و هو خلل يحدث أثناء عملية التكوين و انقسام الخلايا ينتج عنه شذوذ في توزيع الكروموزومات ، ويكون هذا الشذوذ في شكل وجود كروموزوم زائد في الخلية يؤدي إلى عيب في تكوين المخ ، فتحدث الإعاقة العقلية التي يطلق عليها الخلل الكروموزومي والمعروفة بالمنغولية (الشناوى،م.م.1997)،و المعروف أن الطفل العادي يكون لديه(46)،أما الطفل المصاب بهذه الحالة أو ما يسمى أيضا(عرض داون) يكون لديه(47) كروموزوما، حيث هناك شذوذ في الكروموزوم (21) و يحدث له الانقسام الثلاثي، و يكون العدد ثلاث كروموزومات بدلا من اثنين(زوج) لهذا ندعوه أيضا(Trisomie 21) (Goupil.G,1990).

#### ❖ - اضطرابات في خلايا الدم أو اختلاف مكونات الدم من حيث العامل(RH):

يرمز لفظ عامل(RH) إلى أحد مكونات الدم، و يسمى بهذا الاسم لأنه اكتشف في البداية في دم نوع من القردة يسمى (Rhésus) و منه أخذ رمز(RH) و قد دلت البحوث على أن ( 86%) من الآدميين يحتوي دمهم على هذا المكون(RH+) و(14%) منهم لا يحتوي على هذا المكون (RH-) و قد وجد أن اختلاف دم الجنين عن دم الأم يؤدي إلى عدم نضج خلايا الدم، و بالتالي يؤثر في تكوين المخ مما ينشأ عنه إعاقة عقلية، فإذا كانت الأم (RH-) والأب (RH+) فهناك احتمال قوي لحدوث هذا الاضطراب في تكوين خلايا الدم لاختلاف دم الجنين عن دم الأم. و قد استطاع الأطباء التغلب على هذه المشكلة بنقل دم جديد إلى الطفل عقب ولادته مباشرة و كذلك تم تحضير مصل خاص من (Gama Glaboline) يعطي لأم الطفل بعد الولادة مباشرة، ليقضي على

المواد المتلفة المضادة ( $RH+$ ) في الدم مما يجعل ظروف ولادة أطفال آخرين لهذه الأم ظروفًا عادية وطبيعية (الهجرسي، أ.م. 2002: 81-82).

#### ❖ - اضطرابات التمثيل الغذائي أو الاضطرابات الأيضية:

و هي الاضطرابات التي تحدث أثناء عمليتي الهدم و البناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات ، تؤدي إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم، و يترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء فينتج عنها اضطرابات عديدة مثل حالات الفينيل كيتونيوريا ( $PKU$ ) وحالات الجلكتوسيميا ( $Glactocemia$ ) و كذلك اضطرابات في تمثيل الدهون... (الهجرسي، أ.م. 2002: 81-82).

#### \* - الجلكتوسيميا ( $Glactocemia$ ) :

و هو مرض وراثي ناتج عن جينات متنحية، يصاب به الطفل إذا انتقل إليه جينان طفران من والديه، فيحدث خلل في التمثيل الغذائي بسبب نقص الإنزيم الذي يحول الجلكتوز إلي جلوكوز ، فيتراكم الجلكتوز في دم الطفل و يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ و الجهاز العصبي (كاشف، إ.ف.م. 2001: 26)، تظهر أعراضه بعد أيام قليلة من رضاعة المولود باللبن الطبيعي العادي الذي يحتوي على سكر الجلكتوز، فيظهر على شكل صفراء، قيء، إسهال و تضخم في الكبد ليؤدي إلى موت المولود إذا لم يتم تداركه، و علاجه في الأيام الأولى. وهذا المرض يؤدي إلى تدهور مستمر في القدرة العقلية للطفل مع ظهور عتامة بعدسة العين، و هبوط بوظائف الكبد مع مصاحبته لتشنجات عصبية، و قد تم اكتشاف هذا المرض بواسطة تحليل بول المولود، أما علاجه فيعتمد على إعطاء المولود غذاء لا يحتوي على سكر الجلكتوز حتي يبلغ من العمر ستة سنوات (الهجرسي، أ.م. 2002: 81-82).

#### \* - الفينيل كيتونيوريا ( $PKU$ ) :

ينتقل مرض ( $PKU$ ) وراثيًا كصفة متنحية يحكمها عامل متنحي مما يجعل ظهورها يتوقف على وجود هذا العامل لدى كلا من الأبوين، أي يكون كل منهما حاملًا للصفة المتنحية (الشناوي، م.م. 1997: 95). الفينيل كيتونيوريا ( $PKU$ ) مرض يصيب الأطفال و يؤدي إلى الإعاقة العقلية حيث يؤدي انعدام وجود بعض الإنزيمات اللازمة لتمثيل الأحماض الأمينية الموجودة في الأغذية البروتينية- و تحويلها إلى ما يفيد الجسم- إلى تراكم هذه الأحماض في الدم فتتحول- في

غياب الإنزيم- إلى حمض البروفيك (*Acide Pyrovic*) و هو حمض سام ذو أثر متلف لخلايا المخ (إبراهيم، ع.ع.أ. 2000: 43). والاكتشاف المبكر لهذه الحالة أي عند الميلاد بعده بقليل يساعد على إمكانية إيقاف التأثير الضار لهذا الحمض على المخ، عن طريق إعطاء الطفل وجبات غذائية علاجية، التي تمنع تفاقم الحالة و تدهورها (الشناوى، م.م. 1997).

**\* - مرض تاي ساكس (Tay Sachs) :**

مرض وراثي ناتج عن جينات طفرية متنحية تسبب خلا في التمثيل الغذائي ناتجا عن نقص إنزيم (*Hixosaminidase*) حيث يؤدي انعدام أو نقص هذا الإنزيم اللازم لتمثيل الدهون- و تحويلها إلى ما يفيد الجسم- إلى ترسيب المادة الدهنية (*Gangliosides*) في خلايا المخ ، و هذه المادة الدهنية لها تأثير متلف للدماغ في الجهاز العصبي و تسبب الإعاقة العقلية الشديدة، و يسمى هذا المرض (المرض المميت) إذ يؤدي إلى موت الطفل قبل سن الثالثة من العمر. (علاوه، م.أ. 1998: 44).

**\* - حالات العيوب المخية:**

تنتقل هذه العيوب عن طريق الجينات، و يؤدي إلى إعاقة عقلية، و قد يصحبها نمو شاذ في الجمجمة كما في حالات صغر الدماغ و كبره، و قد تحدث هذه الحالات من عوامل وراثية، و أحيانا أخرى من عوامل غير وراثية مثل إصابة الأم ببعض الأمراض أثناء الحمل مثل مرض الزهري، والالتهاب السحائي، و يمكن تفصيل هذه الحالات كالتالي

**\* - حالات صغر و كبر الدماغ (*Microcéphalie et Macrocéphalie*):**

يتصف هؤلاء برأس مخروطي الشكل و صغير الحجم عن الحجم العادي، و يتميزون بعدم قدرتهم على اكتساب اللغة و إفراطهم في النشاط الحركي، أما حالات كبر الدماغ فعكس هؤلاء، إذ يتميزون بالاضطرابات في البصر، نوبات الصرع و الصداع كما تصاحبها حالة إعاقة عقلية شديدة (الهجرسي، أ.م. 2002: 159).

**\* - الاستسقاء الدماغى (*Hydrocéphalie*):**

يظهر وجود هذا المرض في الأسابيع الأولى من ولادة الطفل المعاق عقليا، و يرجع السبب إلى وجود السائل المخي الشوكي في الجمجمة و هذا السائل يؤدي بدوره إلى تلف خلايا الدماغ، و تكون درجة الإعاقة مرهونة بمدى تأثر خلايا الدماغ (الهجرسي، أ.م. 2002: 159).

### III - 2 - أسباب بيئية :

هي كل العوامل التي تؤثر على الجنين منذ لحظة الإخصاب حتي نهاية الطفولة المبكرة وتنقسم إلى ثلاثة مراحل هي:

### III - 2 - 1 - عوامل ما قبل الولادة :

يتعرض الجنين في بطن أمه لعوامل عدة و التي قد تؤدي إلى إعاقة العقلية منها:

#### ❖ - إصابة الأم بأمراض معدية أثناء فترة الحمل:

قد تتعرض الأم الحامل للعدوى قبل ميلاد الطفل، و تنتقل هذه العدوى بطريقة مباشرة إلى دماغ الجنين و من بين هذه الأمراض نذكر ما يلي:

#### \* - مرض الزهري :

إصابة الأم بهذا المرض يؤدي إلى إنباب أطفال مصابين بحالات الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية، و حالات أخرى من الإصابات الجسمية، حيث يغزو فيروس الزهري الجنين في الأسابيع الأولى من نموه. (Lambert.J.L ,1978).

#### \* - الحصبة الألمانية :

تعتبر الحصبة الألمانية من أكثر الأمراض المعدية التي يمكن أن تؤثر على الجنين عند إصابة الأم الحامل بها ( الشناوى،م.م.1997: 108). إن الأم الحامل التي تصاب بالحصبة الألمانية خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل قد تتجب طفلا معاقا عقليا أو مصابا بالصمم أو تحدث له تشوهات في قلبه أو عتامة عدسة العين (كاشف،إ.ف.م.2001: 27).

#### \* - داء المقوسات :

إن إصابة الأم الحامل بداء المقوسات يؤدي إلى حالات مختلفة من الإعاقات العقلية بحوالي (85%) ؛ كحالات استسقاء الدماغ ، حالات صغر حجم الدماغ و الإعاقة البصرية، إذ يؤدي فيروس هذا المرض إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين (الروسان،ف.1998: 89).

#### ❖ - تعرض الأم الحامل للأشعة السينية :

يعتبر تعرض الأم الحامل للأشعة السينية و مختلف مصادر الإشعاع من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية (Goupil.G,1990)، أو حالات أخرى من الإعاقة والأمراض كمرض اللوكيميا (Leakemia) أو السرطان أو صغر حجم الدماغ التي غالبا ما تصاحبها الإعاقة العقلية (الروسان،ف.1998).

❖ - تناول الأم الحامل العقاقير و الأدوية :

تعتبر العقاقير و الأدوية و المشروبات الكحولية سببا رئيسيا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة (القذافي، ر.م.1998)، و يعتمد الأمر على نوع تلك العقاقير و الأدوية والمشروبات الكحولية و حجمها، و من الأدوية التي تؤدي إلى إتلاف الخلايا الدماغية نجد الأسبرين، وبعض المضادات الحيوية، و الأنسولين والحبوب المهدئة ( الشناوى،م.م.1997).

❖ - سوء التغذية :

تعد التغذية السيئة للأم الحامل عاملا رئيسيا من عوامل حدوث الإعاقة العقلية أو مظاهر أخرى من الإعاقة كالنقص الواضح في مظاهر الطول والوزن مقارنة مع الأطفال العاديين، و ذلك لأن جسم الأم يحتاج إلى العديد من المواد الأساسية كالبروتين، الكربوهيدرات، الفيتامينات و المياه المعدنية اللازمة لنمو الخلايا الدماغية للجنين (الروسان،ف.1998).

❖ - اضطرابات الغدد الصماء :

تؤدي هذه الاضطرابات إلى نقص أو انعدام إفراز هذه الغدد و خاصة إفراز الغدة الدرقية، حيث تفرز هرمون الثيروكسين (*Thyroxine*) و يؤدي نقص هذا الهرمون أو انعدامه في الجسم إلى قصور في نمو المخ و يولد الطفل معاقا عقليا و تظهر عليه بعض الأعراض الجسمية أهمها قصر القامة الواضح، و يطلق على هذه الحالة القصور أو القزامة (*Crétinisme*) و يمكن علاج هذه الحالة إذا اكتشف مبكرا بإعطاء الطفل خلاصة الغدة الدرقية لمدة طويلة من العمر (إبراهيم،ع.ع.أ.2000).

III - 2 - 2 - عوامل تحدث أثناء عملية الولادة :

تؤثر عملية الولادة تأثيرا بالغ الأهمية على النمو الطبيعي للطفل بصفة عامة و على قدراته العقلية بصفة خاصة، و نجد أن هناك حوالي 06 إلى 10% من الذين يعانون من إعاقة عقلية قد أصيبوا بجراح أثناء عملية الولادة العسرة التي قد تحدث إعاقة، و من هذه العوامل نذكر:

❖ - الولادة المبكرة ( المبسترة) :

دللت بعض الدراسات على أن هناك علاقة بين الإعاقة العقلية و بين الولادة المبكرة بمعنى أن حالات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يكثر وجودها بين الأطفال المولودين قبل تمام الفترة الطبيعية للحمل، و هي حد أدنى (37) أسبوعا و يستطيع الطبيب أن يقلل من هذه الأضرار إذا ما أشرف على الأم منذ بداية الحمل (الفقي،ح.ع.أ.1974: 95-96).

❖ - الولادة العسرة :

و فيها تطول مدة الولادة مما يقلل من كمية الدم اللازم للمخ، و كذلك الغذاء الكافي له بسبب تعرض الحبل السرى لضغوط شديدة فتتأثر نتيجة لذلك القدرات العقلية للطفل تأثراً شديداً . وتذكر (عبد الباقي، ع) " أنه قد يحدث أثناء الولادة العسرة أن ينقطع وصول الأكسجين إلى دم الجنين ، ومن المعروف طبياً أن المخ لا يستطيع أن يقوم بوظائفه دون كمية مناسبة من الأكسجين، وأن انقطاع الأكسجين عنه و لو لفترة قصيرة يؤدي إلى تلف بعض خلاياه، ويصاب الطفل بالإعاقة العقلية (إبراهيم، ع.ع.أ.2000: 46).

❖ - إصابة الدماغ :

قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات الجسدية أثناء عملية الولادة بسبب طول هذه العملية أو لاستخدام الأدوات الخاصة بالولادة لإخراج الجنين في حالة الولادة العسرة (الروسان، ف.1998) وفي بعض الحالات يؤدي الضغط الشديد لهذه الأدوات على دماغ الجنين إلى إصابة المخ، فيصاب الطفل أثناء عملية الولادة بالإعاقة العقلية (إبراهيم، ع.ع.أ.2000).

❖ - أسفكسيا الجنين (اختناق الجنين) :

يوجد نوعان من (أسفكسيا) الجنين، أولهما ينجم عن التسمم الحلمي وارتفاع ضغط الدم وإصابة الأم بمرض شديد بالقلب، أو تعرضها لنزيف طارئ أثناء الحمل، و طول فترة الولادة، أما الثاني من (أسفكسيا) الجنين فيرجع إلى توقف تدفق الدم بالمشيمة نتيجة لانضغاط الحبل السري أثناء ولادة الجنين بالمقعدة و غيرها من الولادات العسرة، وأسفكسيا الولادة تؤثر على تنفس المولود بعد الولادة مما يحرمه من الأكسجين، و يعرضه للشذوذ العصبي الناجم عن تلف الدماغ، و بالتالي تزداد فرصة الإصابة بالإعاقة العقلية (إبراهيم، ع.ع.أ.2000: 35).

❖ - الولادة عن طريق الجراحة القيصرية :

الجراحة القيصرية قد تعرض الجنين للإصابة في رأسه ما قد يؤدي إلى إعاقته العقلية (عثمان، ع.ع.أ.م.1989: 32)، و الولادة القيصرية لا تنفي حدوث هلع أو إصابات ولادية، و خاصة إذا ما أجريت بعد أن يكون الطفل قد أبدى علامات ألم و كذلك إذا ما أعطيت للأم كمية كبيرة من المخدر (فياض، م.1985: 85).

### III - 2 - 3 - عوامل تحدث بعد عملية الولادة :

قد يولد الطفل ولادة طبيعية و مع هذا يكون عرضة للإصابة بالإعاقة العقلية إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤذي دماغه و جهازه العصبي في مرحلة الرضاعة أو الطفولة ومن بين هذه العوامل ما يلي:

#### ❖ - التهاب المخ :

ينتج هذا الالتهاب عن دخول فطريات أو طفيليات أو فيروسات أو بكتيريا إلى المخ فتتلف خلاياه و تسبب الإعاقة العقلية أو أي أنواع أخرى من الإعاقات (يونس،إ.2000: 428).

#### ❖ - شلل المخ :

ينتج هذا الشلل عن تلف يصيب المخ أو أجزاء فيه تتصل بحركة الجسم، و من أكثرها خطورة حالة الشلل التي تصيب قشرة اللحاء و هي أربعة أنواع: شلل اختلاجي (*Ataxie*)، شلل تصلبي (*Rigide*)، شلل تشنجي (*Spastique*)، شلل حلزوني (كاشف،إ.ف.م.2001).

#### ❖ - التهاب السحايا:

هو مرض ناتج عن "دخول نوع من البكتيريا إلى سحايا الدماغ فتسبب التهابها، ومن أهم هذه البكتيريا، بكتيريا الإنفلونزا، بكتيريا السل، الحمى الشوكية" (الروسان،ف.1998: 93-94). و تسبب هذه الالتهابات زيادة في الضغط داخل المخ مما يؤثر على نمو القدرة العقلية للطفل و إصابته بالإعاقة العقلية المصحوبة بنوبات الصرع (القدافي،ر.م.1998: 103).

#### ❖ - أمراض الطفولة :

يمكن أن تنشأ هذه الأمراض عن عدوى تصيب الجهاز العصبي و بذلك يزداد الضغط داخل الجمجمة مثل مرض شلل الأطفال، الحصبة، الحمى الشوكية، التهاب الغدة النكفية و السعال الديكي فإذا ما أهمل علاجها أدت إلى إعاقة عقلية و مضاعفات خطيرة مثل التشنجات ومشكلات في الإدراك ( الشناوى،م.م.1997).

#### ❖ - الحوادث ( الصدمات) :

إن لهذه الإصابات دورا هاما في تلف الجهاز العصبي، و تعتبر حوادث الاختناق (*Asphyxia*) و السقوط و الارتطام من أكثر أنواع الإصابات حدوثا و عندما يكون الاختناق حادا و مستمرا لفترة من الوقت فإن المخ ينتفخ، و يؤدي هذا الانتفاخ إلى نقص الدم الذاهب إلى المخ مما ينتج عنه

الافتقار للأكسجين، و نفس الشيء بالنسبة للنزيف الذي يحدث داخل الجمجمة و حلقات الدم، فقد يؤدي إلى نقص الأكسجين الواصل للمخ و هذا ما يؤدي إلى الإعاقة العقلية ( الشناوى،م.م.1997).

#### ❖ - التلوث البيئي :

يعتبر الرصاص من أكثر الملوثات الكيميائية التي لها علاقة بالإعاقة العقلية، فانتشار مركبات الرصاص بصورة مختلفة و واسعة من حولنا يعمل بشكل مباشرة في مرحلة نمو الطفل على الحد من ذكائه، فهي تؤثر تأثيرا مباشرا على الجهاز العصبي للطفل (كاشف،إ.ف.م.2001: 29)

#### IV - تصنيف الإعاقة العقلية :

تتعدد المحكات المعتمدة في تصنيف الإعاقة العقلية و من أهمها مايلي:

#### IV - 1 - التصنيف على أساس مصدر الإعاقة (أسباب الإعاقة) :

يقوم على أساس مصدر الإعاقة و هو كالتالي :

#### IV - 1 - 1 - الإعاقة العقلية الأولية :

تعتبر الإعاقة العقلية أولية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية كما هو الحال في زملة داون أو الفينيل كيتونيوريا (PKU)...(محمد،ع.ع.أ.2002). وتحدث في حوالي 80% من حالات الضعف العقلي.

#### IV - 1 - 2 - الإعاقة العقلية الثانوية :

تعتبر الإعاقة العقلية ثانوية إذا كانت ترجع إلى أسباب بيئية أي عوامل خارجية (الريحاني،س.1981)، والتي تحدث أثناء فترة الحمل أو أثناء فترة الولادة أو بعدها، وقد تكون الإصابة نتيجة لحادثة جسمانية أو عدوى ميكروبية أو نوع من التسمم (العيسوى،ع.ع.أ.1997). والذي يؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل نمو الجنين، و يحدث ذلك في حوالي 20% من حالات الإعاقة العقلية و من أمثلة ذلك حالات استسقاء الدماغ، حالات القصاع (الهجرسي،أ.م.2002 : 145).

يهدف هذا المحك إلى تصنيف المعاقين عقليا حسب منشأ الإعاقة، فإذا كانت نتيجة لعوامل وراثية يطلق عليها إعاقة عقلية أولية و إذا نشأت من عوامل بيئية مكتسبة، فيطلق عليها الإعاقة العقلية الثانوية.

#### IV - 2 - التصنيف المتعدد الأبعاد:

يعد الأكثر انتشارا واستخداما لأنه يعتمد على مستوى الأداء الوظيفي الذهني، وعلى درجة النمو و النضج بالإضافة إلى درجة القصور في السلوك التكيفي. وحديثا أعلنت الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (A.A.M.D) تصنيفا لفئات الإعاقة العقلية وهو أكثر التصنيفات شمولاً وتكاملاً ظهر حتي الآن. ووفقا لهذا التصنيف يتم تقسيم حالات الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية:

#### IV - 2 - 1 - الإعاقة العقلية البسيطة (الخفيفة) :

و يطلق على هؤلاء اسم البليد أو المأفون أو المورون (Moron) (أحمد،س.ك.1998). وأحيانا يسمون بفئة القابلين للتعلم (E.M.R) (UNESCO.1973). وتشمل هذه الفئة "المجموعة الكبرى من المعاقين عقليا، حوالي(85%) " (شاش،س.م.س.2002:44). وهم يتصفون بما يلي

#### ❖ - الأداء العقلي :

تتراوح نسبة ذكائهم بين 50-55 إلى 70-75، و يتوقف النمو العقلي في سن الرشد عند مستوى الطفل العادي في سن سبعة سنوات إلى أقل من 12 سنة تقريبا (أحمد،س.ك.1999:215).

#### ❖ - النضج و النمو :

هؤلاء لا تظهر عليهم أعراض واضحة لتدل على إعاقتهم، فمن ناحية النمو الجسمي تكون الفروق بين ذوى الإعاقة البسيطة و بين الأسوياء أقل بكثير من الفروق بينهم في نواحي النمو العقلي، أما بدايات النمو الحركي فإنها تكون متأخرة عند هؤلاء الأطفال من حيث الجلوس ، الحبو، الوقوف، المشي و الكلام، كما تتأخر القدرة على القفز، الجري والتوازن الحركي ، و يحتاج الطفل لتدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرات الحركية بصفة عامة ، كما نجد بعضهم يعاني من ضعف بسيط في السمع والبصر الذى ينعكس على الوظائف الإدراكية ، وهناك حالات مصاحبة بنسب متباينة للاضطرابات العضوية كالعجز الجسمي والصرع أو بعض الاضطرابات النمائية (إبراهيم،ع.ع.أ.2000). كما يتميز بصعوبة احتفاظه بانتباهه في نشاط معين لفترة طويلة أو بالدرجة التي يستطيعها الطفل العادي (كاشف،إ.ف.م.2001). و تكشف إعاقة هؤلاء الأطفال عن طريق اختبارات الذكاء عند التحاقهم بالمدرسة (Lambert.J.L,1978). ويكتسبون اللغة مع بعض التأخر، و لكن معظمهم يحققون القدرة على استخدام الكلام لأغراض الحياة اليومية، و كذلك الاشتراك في المقابلة الإكلينيكية (الشناوى،م.م.1997). إلا أنهم يعبرون بجمل قصيرة غير سليمة التركيب، ويعانون من عيوب النطق (شاش،س.م.س.2002:45).

❖ - التعلم و التدريب :

هؤلاء الأطفال قابلين للتعلم، و يمكن أن يستفيدوا من البرامج التعليمية العادية أو برامج التربية الخاصة (UNESCO,1973) وإن كانوا يتقدمون ببطء فيدرسون كل مستوى في سنتين أو ثلاثة سنوات إلا أنهم يستطيعون تعلم القراءة و الكتابة و مبادئ الحساب وفي أواخر المراهقة يكونوا قد اكتسبوا مهارات أكاديمية إلى مستوى الصف الخامس الابتدائي (شاش،س.م.س.2002).

❖ - الكفاية الاجتماعية و المهنية :

يتصف الطفل المعاق عقليا بقصور في الكفاية الاجتماعية و العجز عن التكيف في البيئة التي يعيش فيها، و يصعب عليه إقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين، و يلاحظ عليه ميله لمشاركة الأصغر منه سنا في أنشطتهم و ألعابهم (إبراهيم،ع.ع.أ.2000:90). ويعتبر تعليم هذه الفئة ( القابلين للتعلم ) في فصول التربية الخاصة التي تراعي قدراتهم وإمكاناتهم المحدودة من أهم العوامل التي تساعد على تحقيق تكيفهم الاجتماعي و ذلك بتدريبهم و توجيههم (أمين، س.أ.1999). و يستطيع هؤلاء الأطفال في سن المراهقة التسوق و التعامل بالنقود والتعرف على المواقيت وعلى أيام الأسبوع، و لكنهم يفشلون في التعرف على أسماء الشهور أو فصول السنة، وأغلبهم يكتسبون نوعا من الاستقلالية في رعاية أنفسهم ( تناول الطعام، الاغتسال، ارتداء الملابس،...)، و كذا المهارات العملية المنزلية، وإن كان معدل نموهم بطيء جدا(شاش،س.م.س.2002:46). كما يمكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية، والحرفية البسيطة التي تؤهل الفرد للحصول على العمل وبذلك يحقق الاكتفاء الاقتصادي والاعتماد على نفسه في سن الرشد (إبراهيم،ع.ع.أ.2000).

- يمكن القول أن الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة هم الفئة الأسهل في التعامل معهم، و الأكثر استفادة من برامج التربية الخاصة إذ يتميزون بدرجة ذكاء تتراوح بين 50-55 إلى 70-75، ولهم ملامح لا تختلف كثيرا عن ملامح العاديين كما يمكنهم تحصيل رصيد أكاديمي لا بأس به، ولهم قدرة على تحقيق التكيف الاجتماعي والمهني.

IV - 2-2 - الإعاقة العقلية المتوسطة :

يطلق عليهم فئة القابلين للتدريب (UNESCO,1973) و تشمل حوالي 10% من جملة المعاقين عقليا (شاش،س.م.س.2002). و يتصفون بما يلي:

❖ - الأداء العقلي :

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 35-40 إلى 50-55، و يتوقف نموهم العقلي عند مستوى نمو طفل عادي في سن ستة سنوات إلى أقل من 10 سنوات (شاش،س.م.س.2002: 47).

❖ - النضج و النمو :

تقع هذه الفئة دون الأسوياء، من حيث الطول، الوزن و الصحة العامة، و تظهر لديهم تشوهات جسمية كتشوهات العظام و الأسنان (إبراهيم،ع.ع.أ.2000: 92). أما النمو الحركي فيتأخر كثيرا، كما يتسمون بعدم التوازن الحركي و صعوبة القبض على الأشياء و يتأخر لديهم التحطم في الإخراج، و يحتاج هؤلاء الأفراد إلى تدريبات مكثفة لتنمية المهارات الحركية، و تظهر كذلك عيوب حسية حركية مثل قلة السمع، و ضعف البصر وأحيانا توجد حالات لها شلل الأطراف أو مرض الرعاش أو الصرع أو لديها عجز جسمي أو عصبي وذلك نتيجة لتلف خلايا المخ (شاش،س.م.س.2002). و لديهم بطء في فهم و استخدام اللغة ويكون تحصيلهم في هذا المجال محدودا (Mériau.G,2003) حيث يستطيعون اكتساب بعض المبادئ البسيطة للاتصال

❖ - التعلم و التدريب :

يتميز التقدم في التعلم المدرسي لدى هذه الفئة بالمحدودية، إذ نجد نسبة منهم تتعلم المهارات الأولية الضرورية لمبادئ القراءة و الكتابة و الحساب (World Health Organisation,1980). فيمكنهم تعلم بعض الكلمات و القيام بعمليات جمع بسيطة (شاش،س.م.س.2002). و يستطيعون القيام بعملية ضرب (Lauria.A.R.1974)، والبرامج التعليمية توفر لهم فرصا لاكتساب بعض المهارات الأساسية حتي الوصول إلى مستوى الصف الثاني أو الثالث ابتدائي، فيستطيعون التواصل والتحدث مع وجود أخطاء في النطق و المفردات والنحو(شاش،س.م.س.2002)، كما توفر لهم التدريب على بعض المهارات اليدوية البسيطة كالتنظيف و الطبخ بالإضافة إلى بعض الأعمال في الورشات المحمية (إبراهيم،ع.ع.أ.2000).

❖ - الكفاية الاجتماعية :

يتسمون بالقصور في النضج الاجتماعي و سوء التكيف، إلا أن الإشراف والتدريب يمكنهم من تعلم مهارات العناية بالذات و حماية أنفسهم من الأخطار و اكتساب السلوك المقبول في التغذية والنظافة و ارتداء الملابس، و يستطيعون التعرف على الأشياء باستعمالاتها و يسمونها ، و يتعرفون على أفراد عائلتهم و يميزون بين الصباح و المساء و لكنهم يفشلون في معرفة المواقيت بالساعة أو

معرفة أيام الأسبوع أو أسماء الشهور، ومع ذلك فإن الكثيرين منهم يستطيعون التنقل في البيئة المحيطة بالمنزل ويتسوقون (شاش،س.م.س.2002) و لكنهم لا يستطيعون الوصول إلى مستوى يمكنهم من حسن التصرف و تحمل المسؤولية كاملة تجاه أنفسهم ، فهم بحاجة إلى رعاية الآخرين و نادرا ما يحققون استقلالاً حياتياً كاملاً عندما يكبرون (الشناوي،م.م.1997)

- مما سبق يمكن القول بأن الأطفال ذوى الإعاقة العقلية المتوسطة فئة يمكن تعليمهم مهارات الاعتياء بالنفس و قضاء الحاجة و بعض المكتسبات الأكاديمية كالقراءة و الكتابة بكلمات بسيطة و سهلة، كما يمكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية البسيطة وإلحاقهم ببعض الوظائف الروتينية ذا الطبيعة التكرارية في أماكن محمية، و ذلك لتحقيق قدر من الاكتفاء الاقتصادي و الاعتماد على النفس في سن الرشد، و يحتاج هؤلاء الأفراد إلى متابعة و رعاية الكبار في كثير من شؤونهم .

#### VI - 2-3- الإعاقة العقلية الشديدة :

نسبة هذه الفئة حوالي 3- 4 ٪ من المعاقين عقليا و يطلق عليهم اسم المعتوهين و يتصفون بالخصائص التالية :

#### ❖ - الأداء العقلي :

تتراوح نسبة ذكائهم بين 20- 25 إلى 35- 40 و يتوقف نموهم العقلي عند مستوى نمو طفل عادي في سن ثلاثة سنوات إلى أقل من ستة سنوات (شاش،س.م.س.2002).

#### ❖ - النضج و النمو :

عادة ما تكون الإعاقة العقلية لدى هذه الفئة مصحوبة بمضاعفات صحية مثل نوبات الصرع، تأخر النمو الحركي، اضطرابات السمع و الرؤية، و اضطرابات التوافق الحسي الحركي (القذافي، ر.م.1998: 137). كما يتميزون بضعف الكلام الذى تصحبه عيوب واضحة ووجود صعوبات كبيرة في النطق مع ضآلة الحصيلة اللغوية، و عدم القدرة على التعبير بالجمال، و تسمية الأشياء المألوفة بصعوبة (شاش،س.م.س.2002).

#### ❖ - التعلم و التدريب :

يصعب تعليمهم القراءة ، الكتابة و الحساب، و لكن يمكن تدريبهم على العناية بنظافة أنفسهم و القيام بحاجاتهم اليومية البسيطة (أحمد،ل.ب. وآخرون.1971) كتعلم المشي و ضبط عمليات الإخراج و ارتداء الملابس و النظافة و التغذية، والاعتماد على النفس في الحاجات الأساسية وإحداث

قليل من السلوك المستقل (شاش، س.م.س. 2002). و لهذا فهم بحاجة إلى رعاية مباشرة من طرف الآخرين مدى الحياة، نظرا لنموهم العقلي الذي لا يصل بهم لمستوى تحمل مسؤولياتهم تجاه أنفسهم.

#### ❖ - الكفاية الاجتماعية :

يعاني هؤلاء الأطفال قصور شديد في السلوك التكيفي، إذ يشكلون عبئا على أسرهم بسبب عدم مشاركتهم في السلوك الإنتاجي و عدم اعتنائهم بأنفسهم بشكل مقبول، و عدم تلبية حاجياتهم اليومية جميعها، و ضرورة وجود مرافق دائم على مقربة منهم (القذافي، ر.م. 1998: 138).

- نستخلص من هنا أن الأطفال ذوى الإعاقة العقلية الشديدة يصعب جدا تحقيق نتائج إيجابية معهم، سواء ما يخص المتطلبات الاجتماعية الأساسية كالاكتناء بالذات والاستقلالية اليومية أو ما يخص المكتسبات الأكاديمية كالقراءة، الكتابة والحساب و غيرها من المواد البيداغوجية، لكن ورغم حاجتهم الدائمة لمشرف و مرافق يمكن على الأقل تدريبهم على الاعتناء بنظافتهم البدنية وبعض السلوكات الاجتماعية المقبولة.

#### IV - 2 - 4- الإعاقة العقلية العميقة :

#### ❖ - الأداء العقلي :

نسبة ذكائهم تتراوح بين 20- 25% و عمرهم العقلي أقل من ثلاثة سنوات (أحمد، ل.ب. وآخرون. 1971). و يعانون من فهم محدود للتعليمات وضعف القدرة على تنفيذها، و لهم مشاكل ملحوظة في الإدراك مرتبطة بالعجز العقلي الشديد مما يشكل صعوبة بالغة في التعلم و اكتساب الخبرات، و معظم هؤلاء الأطفال لا يمكنهم الحركة أو بمعنى آخر فهم مقيدون بدرجة بالغة في حركتهم (الشناوى، م.م. 1997).

#### ❖ - النضج و النمو :

يصاحب إعاقة هذه الفئة تدهور في الحالة الصحية و التأزر الحركي و النمو الحسي الحركي ، و في أغلب الحالات يكون سبب هذه الإعاقة عضوي، و ينتاب كثيرهم حالات صرع، أو ضعف السمع أو البصر و تكثر فيها بشكل خاص اضطرابات النمو (شاش، س.م.س. 2002). كما لهم فهم محدود للغة و استخدامها إذ يعبرون فقط عن المتطلبات البسيطة.

#### ❖ - التدريب :

إلى وقت قصير كان معظم هؤلاء الأطفال عاجزين عن إطعام أنفسهم، أو قضاء حاجتهم، ولكن الاستخدام الواسع لتقنيات تعديل السلوك أدى إلى تعلم البعض منهم لهذه المهارات

(شاش، س.م.س. 2002). و الغالبية منهم بحاجة للبقاء في مؤسسات خاصة توفر لهم الرعاية اللازمة، و يمكنهم بعد الإشراف المناسب و التوجيه أن يأخذوا دورا صغيرا في المهام المنزلية (الشناوى، م.م. 1997).

#### ❖ - الكفاية الاجتماعية :

هؤلاء الأطفال لا يحسنون السيطرة سلوكهم في كثير من الأحيان، ولا العناية بأنفسهم جسميا وصحيا (القذافي، ر.م. 1998). يحتاجون إلى مساعدة و متابعة دائمة، و يعتمدون على الغير في إطعامهم و قضاء حاجتهم و بقائهم على قيد الحياة لذا يطلق عليهم فئة (المعتمدون في الحياة ) و حياة الكثيرين منهم قصيرة جدا فنادرا ما نجد بينهم البالغين (شاش، س.م.س. 2002).

- ما يمكن قوله مما سبق أن الأطفال ذوى الإعاقة العقلية العميقة فئة لا يرجي منهم الكثير من كل النواحي سواء الاستقلالية و العناية بالذات أو المكتسبات الأكاديمية و لا حتي من حيث السلوك الاجتماعي المقبول فالعمل معهم يتطلب جهدا و صبرا فقط لتدريبهم على أبسط العمليات والمهارات اليومية كالنظافة، الأكل، اللباس و التعبير عن أبسط الرغبات و المتطلبات اليومية.

#### IV - 3 - التصنيف الإكلينيكي (المظهر الخارجي) :

يتميز هذا التصنيف في إمكانية التعرف على البعض من المتخلفين عقليا من خلال المظاهر الخارجية الجسمية المصاحبة لحالات الإعاقة العقلية، حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسمية تشريحية، فسيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء، و من هذه الأنماط الإكلينيكية نذكر ما يلي :

#### IV - 3 - 1 - حالات عرض داون (Syndrome de Dawn) :

تعد من الحالات الأكثر شيوعا إذ تصل نسبتهم إلى حوالي 10% من الإعاقة العقلية، يتميزون بخصائص جسمية خاصة مثل العيون الضيقة ذات الاتجاه العرضي، والوجه المسطح المستدير و الأنوف الضيقة، وقصر القامة، أما الخصائص العقلية فتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 45-70 ° وذلك ما سمح لهم بتعلم القدرات والمهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة، الكتابة والحساب والمهارات الاجتماعية، مهارات العناية بالذات، مهارات التواصل اللغوي، المهارات الشرائية والمهنية ويمكن تصنيفهم ضمن فئة القابلين للتعلم أو القابلين للتدريب (الهجرسي، أ.م. 2002: 149). أما الخصائص اللغوية فيواجهون صعوبات في اللغة التعبيرية بسبب تدني القدرة العقلية واختلال جهاز النطق خاصة اللسان والأسنان عكس اللغة المسموعة التي يتقنون فيها فهم وتنفيذ المطلوب، أما

الخصائص الانفعالية فتبدوا واضحة جدا عليهم في اتسامهم باللفظ والمرح وحب التعاون والابتسام وحب الموسيقى وميلهم لتقليد الآخرين (الهجرسي، أ.م. 2002: 149).

#### IV - 3 - 2 - حالات القماءة أو القصاع (Crétinisme) :

تعتبر حالات القماءة ( قصر القامة) من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية إذ لا يصل طولهم في نهاية سن البلوغ و المراهقة إلى أكثر من 80 سم وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 25- 50 ° و مصحوبة بقدرة عقلية متدنية و خصائص جسمية خاصة كجحوظ العينين و كبر حجم الرأس و جفاف الجلد و بروز البطن و قصر الأطراف و الأصابع. يواجهون مشاكل تعليمية تبدوا في صعوبات القراءة، الكتابة والحساب و حتي مهارات الحياة اليومية أحيانا، وأسباب هذه الحالة هي التفاعل بين العوامل الوراثية و البيئية، إذ تعتبر اضطرابات الغدة الدرقية و خاصة النقص الواضح في إفراز هرمون التيروكسين هو السبب الرئيسي لحدوث حالة القماءة، حيث يتأثر نشاط الغدة الدرقية بعدة عوامل منها الهرمون المنشط لها من الغدة النخامية و كمية الدم التي تصل إليها و مادة اليود. و قد يكون من الضروري التمييز بين حالات القماءة المصحوبة باختلال القدرة العقلية و حالة القماءة التي لا يصاحبها تدني القدرة العقلية (الهجرسي، أ.م. 2002: 149 - 150).

#### IV - 3 - 3 - حالات صغر حجم الدماغ (Microcéphalie) :

من مميزات هذه الحالة صغر محيط الجمجمة 20سم ± 50سم مقارنة مع محيط الجمجمة للأطفال العاديين من نفس المرحلة العمرية، حيث يبلغ حجم محيط الرأس لدى الأطفال العاديين عند الولادة 33سم ± 50 سم و غالبا ما يأخذ الرأس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المعكوس ، و من المظاهر المصاحبة كذلك النقص الواضح في الوزن و الطول، و صعوبات في المهارات الحركية العامة و الدقيقة، أما الخصائص العقلية لهذه الفئة فهي تتراوح بين البسيطة و المتوسطة، و خاصة إذا صاحبها إعاقة أخرى، أما البرامج الملائمة لهم فتنتمثل في مهارات الحياة اليومية، من أسباب هذه الحالة نذكر ما هو معروف مثل فيروس الزهري، تناول الكحول و الأدوية، الإشعاعات و تسمم الحمل، و يمكن اكتشافها قبل الولادة بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية، أو بفحص عينة من خلايا الجنين باستخدام موجات ألفا، حيث تكشف مثل هذه الفحوصات العيوب الخلقية للجنين و يمكن اكتشافه بعد الولادة بمقارنة حجم الدماغ مع العاديين (الهجرسي، أ.م. 2002: 150 - 151).

#### IV - 3 - 4 حالات كبر حجم الدماغ (*Macrocéphalie*) :

من مميزات كبر حجم الجمجمة 40 سم  $\pm$  50 سم مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى العاديين عند الولادة ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لها النقص الواضح أحيانا في الطول والوزن، ظهور مشكلات حركية عامة و دقيقة، أما الخصائص العقلية فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية و غالبا ما تقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدا ، و خاصة إذا صاحبها إعاقة أخرى، والبرامج المناسبة لها تتمثل في مهارات الحياة اليومية، و من العوامل المعروفة المسببة لها تناول العقاقير ، الأدوية والكحول، التدخين، الإشعاعات، تسمم الحمل، و تكتشف كما في صغر حجم الدماغ (الهجرسي، أ.م. 2002: 151).

#### IV - 3 - 5 حالات استسقاء الدماغ (*Hydrocéphalie*) :

تتميز هذه الحالات بكبر حجم الدماغ من 40 سم  $\pm$  50 سم، مصحوبة بسائل النخاع الشوكي في داخل أو خارج الدماغ، لذا يبدو الرأس كبيرا و طريا، و عند الضغط على رأس أحد المصابين بهذه الحالة يشعر و كأنه ضغط على بالون مملوء بالماء ومن المظاهر الجسمية المصاحبة النقص الواضح أحيانا في الوزن و الطول و ظهور مشكلات حركية عام و دقيقة مقارنة مع العاديين. أما الخصائص العقلية فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية و غالبا ما تصنف هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدا خاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى و البرامج الملائمة هي مهارات الحياة اليومية، ومن أسبابها المعروفة مثل التي ذكرناها في حالات كبر و صغر حجم الدماغ وكذلك اكتشافها يعتمد على نفس الأساليب (الهجرسي، أ.م. 2002: 152).

#### IV - 3 - 6 حالات اضطرابات التمثيل الغذائي :

تتعدد حالات اضطرابات التمثيل الغذائي لذا سنذكر بعضها:

#### ❖ - حالات الفينيل كيتونيوريا (*PKU*) :

إكتشفت هذه الحالات من طرف الطبيب (*Volènge*) 1934 عندما كان يقوم بإجراء فحوص روتينية على طفلين من المعوقين عقليا، حيث وجد أن لون البول عندهما يتغير إلي اللون الأخضر بدل اللون الأحمر البني المعتاد عند إضافة محلول الفيريك، كما لاحظ رائحة غريبة في بول الطفلين، وهذا يعود لاضطراب في التمثيل الغذائي الناتج عن فقدان أنزيم يدعي حامض الفينيلين الذي يفرزه الكبد ويساعد هذا الأنزيم على تحويل المصادر الغذائية إلي (*Thyroxine*) وحامض الفينيلين غير المؤكسد يتجمع في الدم فيؤدى إلي تسمم الخلايا العصبية في الدماغ و الطفل المصاب به قد يبدو

طبيعياً عند الولادة و لكن يظهر بعد تناوله لأطعمة تحتوى على حامض الفينيلين ومع العجز عن تحليلها، و أكسدتها مما يؤدي إلي تراكمها في الدم وذلك يعمل على إتلاف خلايا الدماغ . واكتشاف هذه الحالة في سن مبكرة قد يساعد على علاجها بوضع نظام غذائي لهذا الطفل في الشهر الأول من عمره ويستحسن قبل الشهر الثالث والذي ينعدم تقريبا من مادة الفينيلين وهذا يستدعي الاستغناء عن حليب الأم والحليب بصفة عامة واستبداله بحليب خاص والاستغناء عن كل المواد التي تحتوى على هذه المادة، واتباع هذه الحماية الغذائية في عمر مبكرة تجنب حالات الإعاقة والخصائص الجسمية تتمثل في جلد ناعم شاحب وحساس، شعر أشقر، عيون زرقاء وصغر حجم الرأس، أما الخصائص العقلية فيمكن تصنيفهم ضمن الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة بنسبة ذكاء تتراوح بين 25- 50°، والخصائص السلوكية لهذه الفئة فتبدوا في الاضطرابات الانفعالية والعوانية والمزاجية والفصامية (الشناوى،م.م.1997:93).

#### ❖ - حالات الجلكتوسيميا (*Glactocemia*) :

من الأعراض الجسمية لهذه الحالات الاصفرار واليرقان ومظاهر سوء التغذية واضطرابات في الكبد وتظهر هذه الحالة بعد تناول الطفل المولود للحليب، لذا لابد أن يتبع نظام غذائي لا يتضمن سكر الجلكتوز المتواجد خاصة في الحليب ومشتقاته أما الأعراض العقلية فتبدو في القصور العقلي (الشناوى،م.م.1997:95).

#### ❖ - حالات التاي ساكس (*Tay- Sachs*) :

سميت هكذا نسبة للعالمين (*Tay* و *Sachs*) اللذان اكتشفا هذه الحالة والمظاهر الجسمية لها تبدوا في صعوبة النمو الحركي و خاصة مهارات التناسق البصرى الحركي، وكف البصر تدريجياً، والوفاة في أعمار مبكرة وتعود أسبابها إلى الوراثة وذلك للقصور في التمثيل الغذائي للدهون وقد لوحظ انتشار هذه الحالة لدى يهود شرق آسيا المعروف باسم يهود الأشكايتاز (الشناوى،م.م.1997:97).

#### IV - 4 - التصنيف حسب متغير البعد التربوي :

تصنف الإعاقة العقلية حسب متغير البعد التربوي إلى المجموعات التالية :

#### IV - 4 - 1 - فئة بطيء التعلم :

تتراوح نسبة ذكائهم من 75° إلى 90° و قد نجدها في بعض الحالات من 70° إلى 90°، ويتصف هذا الطفل بعدم قدرته على موازنة نفسه مع ما يقدم له من مناهج في المدرسة العادية ، ويعود ذلك إلى قصوره العقلي، فلا يمكنه تحقيق المستويات المطلوبة منه في الصف المدرسي ، حيث

يتراجع في تحصيله الأكاديمي، قياساً إلى تحصيل زملائه من نفس سنه (الشناوى، م.م. 1997: 50).

#### IV - 4 - 2- حالات القابلين للتعلم :

يمكن تصنيفهم ضمن فئة الإعاقة العقلية البسيطة و يتراوح ذكائهم ما بين 50 و 70° و يتم التركيز معهم على البرامج التربوية الفردية، وتتضمن هذه البرامج المهارات الاستقلالية والحركية واللغوية، والأكاديمية كالقراءة، الكتابة والحساب والمهارات المهنية والاجتماعية والمهارات الشرائية، يتوقف التحصيل لديهم في الصف الثاني والصف الخامس، ويتميز بتوافق اجتماعي يسمح لهم بالاستقلالية والكفاية المهنية التي تسمح له بإعالة ذاتية كاملة أو جزئية (الشناوى، م.م. 1997: 50).

#### IV - 4 - 3- حالات القابلين للتدريب :

يمكن تصنيفهم ضمن فئة الإعاقة العقلية المتوسطة ويتراوح ذكائهم ما بين 30 و 50° ولهم نفس الخصائص العقلية ، الجسمية والاجتماعية لذوي الإعاقة العقلية المتوسطة، و يتم التركيز في البرامج التربوية لهؤلاء على التهيئة المهنية وبرامج التأهيل المهني (الشناوى، م.م. 1997: 50).

#### IV - 4 - 4- حالات الاعتماديين :

يمكن تصنيفهم ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة و لهم نفس القدرات والإمكانات العقلية، الجسمية و الاجتماعية و نفس نسبة الذكاء. يتم التركيز في البرامج التربوية الخاصة بهم على مهارات الحياة اليومية و هم دائمو الحاجة للإشراف و الرعاية (الشناوى، م.م. 1997: 51).

#### V - قياس الإعاقة العقلية :

القياس العقلي حسب (بركات) أمر أساسي في العيادات السيكولوجية حيث يلجأ إليه المختص النفسي لإلقاء الضوء على الظروف الحالية ومدى استعداد الفرد للعلاج، فيقياس الذكاء العام في حالات الضعف العقلي باختبارات الذكاء ومنه الاختبارات اللفظية التي لا يمكن أن تطبق على حالات اضطرابات النطق، ولدى غير المتعلمين، لذا فقد أعدت اختبارات مختلفة ومكيفة لكل حالة ومنها اختبارات لفظية، واختبارات غير لفظية، واختبارات لغوية (الهجرسي، أ.م. 2002: 162).

#### V - 1- الاختبارات اللفظية :

موجهة إلى أطفال في سن سبعة سنوات ( العمر العقلي ) و هي خمسة:

#### ❖ - اختبار المعلومات العامة:

يقيس القدرة الثقافية التي اكتسبها الطفل من البيئة و يتكون من خمسة إلى 20 سؤالاً مثل:

- كم أسبوع في السنة ؟

❖ - اختبار الفهم :

يقيس القدرة على فهم المواقف والاستجابة لها و يتكون من 10 أسئلة مثلا :

- لماذا يدفع الناس الضرائب

❖ - اختبار التفكير الحسابي :

و يقيس القدرة على الدقة و اليقظة في التفكير و يضم مجموعة من المسائل و يطلب من المفحوصين إيجاد الحل لها.

❖ - اختبار مدى تذكر الأرقام طرديا و عكسيا :

يذكر للمفحوصين سلسلة من الأرقام، و يطلب منهم تذكرها بنفس الترتيب و العكس.

❖ - اختبار التشابه :

يضم 12 زوجا من الكلمات، و يطلب من المفحوصين أن يبينوا أوجه الشبه مثلا:

- البرتقال - الموز .

❖ - 2- الاختبارات غير اللفظية :

وهي خمسة كالتالي :

❖ - اختبار ترتيب الصور :

يقيس القدرة على إدراك العلاقات، ويتكون من سبعة مجموعات من الصور وتعطي للمفحوصين مبعثرة و يطلب منه ترتيبها.

❖ - اختبار تكميل الصور :

به 15 بطاقة وعلى كل منها صور فيها جزء ناقص، يطلب من المفحوصين أن يعينوا الجزء الناقص من الصورة.

❖ - اختبار أشكال المكعبات :

به تسعة بطاقات عليها أشكال يتطلب كل منها عدد من المكعبات الملونة لترص بجانب بعضها بحيث يتكون نفس الشكل الموجود في البطاقة.

❖ - اختبار تركيب الأجزاء :

يتكون من ثلاثة أجزاء كل جزء منها عبارة عن شكل مسطح من الخشب مقسم إلى أجزاء يمكن وضعها بجانب بعضها للحصول على الشكل و هي :

- 1- شكل رجل بذراعين و رجلين و رأس.

- 2- شكل جانبي للوجه.

- 3 - شكل راحة يد بأصابعها.

وقد وجد أن هذا الاختبار فعال إلا أنه لم ينجح في قياس الذكاء.

❖ - اختبار التعويض :

يتكون من تسعة رموز يقابل كل منها أحد الأرقام التسعة، و يطلب من المفحوصين أن يتذكروا كل رمز، و الرقم المقابل له و يطلب منه أن يعين الأرقام المقابلة للرمز، وهذا الاختبار له القيمة في قياس سرعة التذكر.

V - 3 - الاختبار اللغوي :

يتكون من 42 كلمة مختارة من أساس لغوية خاصة، و مرتبة من الأسهل إلى الأصعب و يطلب من المفحوص أن يعطي تعريفا لكل كلمة و هذا المقياس له أهمية في دراسة حالات الضعف العقلي.

VI - علاج الإعاقة العقلية :

يعد التشخيص المبكر لحالات الإعاقة العقلية و خاصة في مرحلة ما قبل الولادة عاملا هاما في تجنب ولادة طفل معاق عقليا، و إذا ما حدث ووقعت الحادثة، فبتوفر الخبرة المهنية و الموارد المالية المناسبة، يصبح في الإمكان تطبيق تدخلات أكثر تخصصا للتعامل مع الإصابة و من أمثلة هذه التدخلات ما يلي :

VI - 1 - العلاج حسب مصدر الإعاقة :

تكون التدخلات على ثلاث أشكال هي :

❖ - بذل السلي :

وهو إجراء يمكن من خلاله الحصول على خلايا سائل السلي (*Fluide Amniotique*) لزراعتها وفحصها بعد ذلك، و هي تستخدم في المقام الأول للكشف عن التشوهات الطبيعية و عيوب الأنبوبة العصبية، الاضطرابات الأيضية، و هذه الحالات جميعا ترجع لأسباب وراثية ، وهذه الطريقة لا تستخدم إلا إذا كانت الأم معرضة لإنجاب طفل مصاب، نتيجة تعرضها لأشعة معينة، و تناول عقاقير أو إذا كان التاريخ العائلي ينطوي على حالة مكتشفة، و بالنسبة للنساء اللواتي يزيد أعمارهن عن 35 سنة، و قد تم أيضا التوصل إلى وسائل للكشف عن التركيزات غير الطبيعية للبروتين الجيني ألفا في مصل الأم التي تشير إلى عيب الأنبوبة العصبية، يمكن إثباته بعد ذلك ببذل السلي (الهجرسي، أ.م. 2002 : 339).

❖ - تقصي المواليد :

إن كثيرا من الاضطرابات الأيضية التي تؤدي إلى الإعاقة يمكن الكشف عنها الآن مباشرة بعد الولادة وذلك بواسطة تقصي المواليد الذي أصبح جزءا روتينيا في الدانمارك، سويسرا و المملكة المتحدة و في بلدان أخرى، و يمكن أيضا استخدام عينة الدم لإجراء اختبار مجهري لكشف ( بييلة الفنيل كيتون) في الدم و في التقصي للكشف عن قصور الغدة الدرقية و غيرها. و يرتبط التأثير العلاجي للقصور المخي ارتباطا مباشرا بالعمر الذي يجرى فيه التقصي مثل حالة ( بييلة الفنيل كيتون ) و احتمالات التدخل الفعال تكون بدرجة أكبر إذا تم اكتشافه مبكرا (الهجرسي،أ.م.2002: 340).

❖ - المراقبة الصحية :

وهي تبدأ عند الولادة و تشمل مجموعة متنوعة من الحالات، بعضها يمكن مشاهدته بسهولة بفحص الطفل ( مثل الشوكة المشقوقة ) بينما يحتاج البعض الآخر لفحوص مخبرية أكثر تكلفة مثل الاختبارات الكيميائية الحيوية (الهجرسي،أ.م.2002: 340).

VI - 2- العلاج النفسي (السيكولوجي) :

يلزم العلاج السيكولوجي لكل من المعاقين عقليا و ذويهم، حيث تتطلب حالات الإعاقة العقلية برامج العلاج النفسي، لمعالجة الاضطرابات الانفعالية التي تسببها الإعاقة، نتيجة الظروف الاجتماعية المحيطة بالطفل والاتجاهات السلبية من طرف الآخرين نحو المعاقين عقليا. و يتمثل هذا العلاج في برامج الإرشاد النفسي للوالدين لمساعدتهما على تقبل طفلهما، و طرق معاملته و التوقيت المناسب لتقديم البرامج التربوية و التأهيلية الملائمة له حسب المرحلة العمرية التي يمر بها و درجة إعاقته (الهجرسي،أ.م.2002: 340)

VI - 3- العلاج التصحيحي :

ويقصد به تصحيح بعض العيوب و التشوهات الجسمية التي يعاني منها المعاق عقليا، وقد أسماه ( فاروق صادق ) علاجا تصحيحيا (*Thérapie Correctif*) و هو يهدف إلى تحسين مظهر الطفل، و يشمل علاج بروز الأسنان و تشقق الشفاه أو إزالة إصبع زائد، أو لحمية الأنف ، أو أية أسباب جسمية للنتبول اللاإرادي، أو ضعف السمع، أو عدم الاتزان الحركي، أو سيلان اللعاب من الفم وغير ذلك من الأمور التي تؤثر على مظهر الطفل ورائحته و نظافته، وتجعله غير مقبول من الناس. (الهجرسي،أ.م.2002: 341).

#### VI - 4 - العلاج التربوي :

أي علاج الأطفال المعاقين عقليا عن طريق برامج التربية الخاصة التي يقوم بإعدادها المتخصصون في التربية وعلم النفس التي يراعي فيها القدرات المحدودة للمعاقين عقليا وخصائصهم المعرفية والاجتماعية والتربوية والانفعالية والتحصيلية لنمو الطفل نموا متكاملا حسب إمكانياته الخاصة، أي إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكنه من استثمار ذكائه المحدود، ويهدف البرنامج التربوي إلى مساعدة الطفل على التوافق النفسي والاجتماعي وإعداده مهنيا لتحقيق التوافق الاقتصادي . ويستفيد من هذا البرنامج فئة القابلين للتعلم بصفة خاصة والذين تستوعبهم مدارس التربية الفكرية. فمهمة برامج التربية الخاصة في تنمية هؤلاء الأطفال مهمة صعبة لأن هذا الطفل يحتاج إلى جهد كبير لكي يتعلم كل صغيرة وكبيرة في حياته، و يحتاج إلى وقت طويل في تعليمه وتدريبه على المهارات المختلفة لمواجهة حياته سواء كانت مهارات شخصية، انفعالية، اجتماعية، نفسية، تحصيلية، حركية أو غيرها من المهارات التي تهدف التربية الخاصة إلى تعليمها للطفل المعاق عقليا (الهجرسي، أ.م. 2002: 341).

#### VI - 5 - العلاج السلوكي :

أحيانا يطلق على هذا النوع من العلاج ( تعديل السلوك ) و يتضمن البرامج التي تعد من أجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب فيه، أو القضاء عليه نهائيا، كما يتضمن البرامج التدريبية التي تهدف إلى إكساب الطفل سلوكا جديدا يراد تعليمه له، أو زيادة معدل استخدامها من حالة إلى أخرى تبعا لدرجة الإعاقة و لنوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل، و لا يحتاج هذا العلاج إلى مهارات لغوية أو لفظية، لذا فهو يناسب المعاقين عقليا و خاصة ذوي الإعاقة العقلية الشديدة التي لا يتجاوز ذكاؤها 24° (الهجرسي، أ.م. 2002: 341).

- هؤلاء الأطفال بأمس الحاجة إلى الرعاية التربوية، النفسية، الصحية و غيرها من التدخلات الخاصة بهذه الفئة و لكن في بيئتهم المحلية بين أقرانهم العاديين دون عزلهم بعيدا عنهم، بيد أن دمج المعاقين عقليا في التعليم العام يحتاج إلى تكلفة مادية باهضة كما يحتاج إلى متخصصين (مدرسين، إداريين و عاملين ) حيث يتسع نطاق الخدمات التعليمية لهم ليشمل عددا كبيرا من الأطفال، و لكي يتم تطبيق عملية دمج المعاقين عقليا في المدارس العادية لابد من اتخاذ ثلاث خطوات أولية :

❖ - الخطوة الأولى :

من أهمها قياس ذكاء المعاق عقليا، و درجة توافقه الاجتماعي و النفسي، حتى يمكن تحديد ما إذا كانت عملية دمج مع العاديين ذا فائدة له أم لا.

- الخطوة الثانية :

هي عملية التمهيد التي تسبق عملية دمج المعاقين عقليا بتهيئة العاملين في المدرسة من مدرسين و عاملين لتقبل هذه الفكرة، و توضيح المدرسين لتلاميذ المدرسة أن هناك فروق فردية في نسبة الذكاء للتلاميذ، و حاجة بعضهم إلى مساعدات أكاديمية أو نفسية خاصة، لكي يتوافقوا مع الآخرين، حتى يمكن تقبل فكرة تواجد المعاقين عقليا معهم في نفس المكان دون نبذهم. " و هنا نجد تجارب عديدة في ميدان إدماج المعاقين عقليا في المدرسة العادية و من بينها تجربة إيطاليا إذ نجد حالة طفل قاصر عقليا في عمره 12 سنة في قسم السنة الأولى ابتدائي و في مدرسة عادية، إنه يقرأ مع أصدقائه العاديين و في آخر القسم يوجد فراش مخصص له و ذلك عندما يتعب ينفرد إليه (UNESCO 23).

❖ - الخطوة الثالثة :

و هي توفير مدرس أو أكثر يكون متخصصا في التربية الخاصة و قادرا على التعامل مع الأطفال بشكل فردي و جماعي داخل حجرة المصادر أو داخل الفصل العادي (الهجرسي)، أ.م. 2002: (342).

- خلاصة الفصل:

الإعاقة العقلية هي حالة تدني القدرات العقلية والتي تظهر منذ الإخصاب حتى نهاية سن المراهقة وتكون مصحوبة بعجز في السلوك التكيفي. أما القصور العقلي فيظهر بوضوح إذا كان يزيد بمقدار إنحرافين معياريين عن المتوسط، وأما قصور السلوك التكيفي فهو عدم القدرة على تحمل المسؤولية الاجتماعية والتمتع بالاستقلالية الذاتية المتوقعة من الفرد في مرحلة عمرية معينة بالمقارنة مع نظرائه من نفس السن. وتتعدد فئات الإعاقة العقلية بتعدد مستوياتها العقلية ومسبباتها وتعدد المظاهر المميزة لها. ويهدف تحديد مسببات الإعاقة العقلية وتصنيفاتها إلى وضع برامج تأهيلية مكيفة لكل فئة على حدى حسب ما تحتاجه وما يناسب قدراتها العقلية، الجسمية، الانفعالية والاجتماعي.

## الفصل الثالث

التكفل المبكر في مجال

التربية الخاصة

## تمهيد

مما لا شك فيه، أن الكشف المبكر وثيق الصلة بالتكفل المبكر، فلا يمكن أن يكون هناك تكفلاً فعالاً دون أن يكون هناك كشفاً مبكراً، فبالكشف المبكر يتم تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل المبكر، لكن نسبة حدوث الأخطاء سواء ما يتعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الاطفال غير المعاقين (التطمين الخاطئ) أو بتصنيف بعض الاطفال غير المعاقين على أنهم معاقون (التحذير الخاطئ) تشكك في مصداقية أدوات الكشف المبكر، فالفروق الفردية في معدلات النمو وفي طبيعة التغيرات النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة تفرض قيوداً قد تحول دون التنبؤ الصادق بالنمو المستقبلي، وبالتالي تحديد مدى الحاجة إلى التكفل المبكر في مجال التربية الخاصة.

## - التربية الخاصة:

## -I مفهوم التربية الخاصة:

هناك تعريف عديدة ومتنوعة لمفهوم التربية الخاصة وسنقتصر على ذكر البعض منها:

## 1.I تعريف الجمعية الأمريكية للتربية الخاصة:

التربية الخاصة هي " مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والمصممة بشكل خاص لمواجهة حاجات الأفراد المعاقين، والتي لا يستطيع معلم الصف العادي تقديمها، وتتضمن الأساليب والوسائل الخاصة والمساعدة في تسهيل تعليم المعاقين وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن " (ماجدة، أ، ع، 2000، ص 18).

## 2.I تعريف فاروق الروسان:

التربية الخاصة هي " ذلك العلم الذي يهتم بفئات الأطفال غير العاديين، وذلك من حيث قياسها وتشخيصها وإعداد البرامج التربوية وأساليب التدريس المناسبة له " (الروسان، ف، 1998، ص 15).

## 3.I تعريف نادر فهيم الزيود:

التربية الخاصة هي " عبارة عن نظام من الخدمات التي تقدم برامج تربوية للأطفال الذين يعانون من إعاقة تقلل أو تؤثر في قدرتهم على التعلم في جو تعليمي عادي " (نادر، ف، أ، 1995، ص 165-166).  
من خلال ما سبق نستخلص أن التربية الخاصة هي تلك البرامج التربوية الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتتضمن الوسائل التعليمية وأساليب التدريس التي يستعين بها المعلم أو المربي أثناء تعليم الطفل المعاق وذلك لتنمية قدراته إلى أقصى حد ممكن.

**II. خدمات التربية الخاصة:**

تختلف خدمات الرعاية والتربية للمعاقين عقليا باختلاف مستوياتهم العقلية وتقدم خلال إحدى المؤسسات التالية:

- المؤسسات الداخلية.
- مدارس التربية الخاصة.
- فصول التربية الخاصة في المدارس العادية.
- المدارس العادية.

**1.II. المؤسسات الداخلية:**

تعتبر المؤسسات الداخلية من أقدم أشكال خدمات الرعاية والتربية المقدمة للأطفال المعاقين عقليا (ماجدة السيد عبيد، 2000)، "حيث يقيم فيها هؤلاء الأطفال إقامة شبه دائمة (طول الأسبوع ما عدا العطل)، وأحيانا إقامة دائمة يعيش فيها المعاقون ويتلقون تعليمهم فيها" (نادر فهمي الزبيد، 1995، ص 166)، فقد تنشأ كجزء من برنامج طبي أي ملحقة بمستشفى حيث تدعو حالة الأطفال المستفيدين إلى مباشرة طبية دائمة (محمد محروس الشناوي، 1997). حيث يقوم الأخصائيون في مختلف التخصصات والمعلمون بمهام أساسية لتوفير الحاجات المعيشية للأطفال المعاقين عقليا والعناية بهم ونظافتهم وتغذيتهم وتدريبهم على المهارات الاجتماعية والترويح عنهم، وإكسابهم المعلومات الأساسية عن المجتمع الذي يعيشون فيه (سهير، م، س، ش، 2002).

و رغم ما لهذه المؤسسات من مزايا إلا أنها لا تخلو من المساوي، فقد كشفت دراسة "وايلر" وآخرون (Willer Et al) (1981) أن خروج الطفل المعاق عقليا من المؤسسات الداخلية يمثل منبعا جديدا للضغط، وفاجعة ممكنة للفرد المعاق وأسرته، فالأسر تعاني من عدم قابلية الطفل المعاق عقليا للمشاركة في المجتمع بصرف النظر عن اهتمام المجتمع به.

كما توصل "بوت" وآخرون (Boot et al) (1989) إلى أن عملية خروج الابن المعاق عقليا من المؤسسة الداخلية قد يعيد جروح قديمة لدى الوالدين، وقد تستيقظ لديهما مشاعر من الذنب طالما غاب عنهم لفترة طويلة (سميه، ط، ج، 1998).

**II-2- مدارس التربية الخاصة:**

يستفيد الأطفال المعاقون عقليا في هذه المؤسسات بنوع من التربية تختلف عن تربية العاديين التي تسمح لهم بالاندماج في المجتمع. ويقوم بتعليمهم مدرسون متخصصون في هذا الميدان مما يتيح لهم فرصا أفضل للتعلم (الشناوي، م، م، 1997).

وتعتبر الخدمات التي تقدم في هذه المدارس شبيهة بالخدمات التي تقدم في المؤسسات الداخلية مع فارق جوهري واحد وهو أن الأطفال في المدارس الخاصة يعودون إلى أسرهم في نهاية اليوم الدراسي (1972 Petit Jean). ويوفر ذلك للطفل المعاق فرص التعليم بالإضافة إلى الاندماج والتفاعل في الحياة العامة (ماجدة، أ، ع، 2000).

وقد وجهت عدة انتقادات لهذه المدارس، فنظرا لمركزية مدارس التربية الخاصة فإنها تكون على مسافة بعيدة من إقامة كثير من التلاميذ، الأمر الذي يستهلك كثير من الوقت في الوصول إلى المدرسة والعودة منها، ويقلل من الوقت الذي يتمتع فيه الطفل بملاقة أقرانه و الاندماج معهم، وبذلك يحرم الطفل من الاختلاط بأطفال عاديين من مثل سنه (الشناوي، م، م، 1997).

### 3.II. فصول التربية الخاصة في المدارس العادية:

ظهرت هذه الفصول نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعاقين من السلبية إلى الإيجابية (الشناوي، م، م، 1997) وتتمثل في فصول خاصة منفصلة داخل المدارس العادية (OMS,1980). تضم الأطفال الذين لا تسمح إعاقاتهم بمواصلة الدراسة في الفصول العادية على أن تتاح لهم فرص التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين لبعض الوقت من خلال بعض الأنشطة التربوية مثل الرياضة والموسيقى وكذلك في أوقات تناول الوجبات الغذائية وأوقات الراحة (فيوليت، ف، إ وآخرون، 2001).

وتعمد هذه الفصول إلى إكساب الأطفال وسائل التعامل مع الآخرين و احترام العادات والتقاليد السائدة في الجماعة والمشاركة في المناسبات الدينية والقومية، و الاندماج مع أقرانهم العاديين فلا يشعرون بالنبذ عن العاديين، وحسب " عبد الرحمن سيد سليمان "فإن هذا النوع من الفصول تستقبل فقط الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، الذين تكون لديهم القدرة المناسبة على التفاعل الاجتماعي و الاعتماد على النفس في التنقل، وإقامة العلاقات الاجتماعية ولو بدرجة مقبولة أي يكونوا مستقرين انفعاليا (عبد الرحمن، س، س، 2001).

### 4.II. المدارس العادية:

أحد الاتجاهات القائمة الآن في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (الخفيفة) هو الإبقاء عليهم في حجرات الدراسة العادية كلما كان ذلك ممكنا، وعلى عكس ما كان متبعاً عند ظهور حركة إنشاء فصول خاصة للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، فإن هناك تراخيا في الوقت الحاضر بالنسبة لنقل الطفل ذو الإعاقة العقلية البسيطة من الفصل العادي (الشناوي، م، م، 1997).

ينبغي أن لا يغيب عن الذهن أن الاندماج ليس هو الحل لكل مشكلة كما أنه لا يعني مجرد الالتحاق المادي للأطفال المعاقين بالمدارس العادية، فهو يتطلب تخطيطاً وإعداداً للمدرسين بقدر كبير من العناية وكذلك إنشاء خدمات مساندة.

يقوم برعاية وتعليم هؤلاء الأطفال (الأطفال المعاقين عقلياً) فريق مكون من المعلم العادي، ومعلم التربية الخاصة وأخصائيين اجتماعيين ونفسانيين وطبيب وممرضة، بالإضافة إلى كافة المصادر ذات الصلة بالمدرسة (فيوليت، ف، إ وآخرون، 2001).

وإدماج الطفل المعاق عقلياً في الفصل العادي يكون على النحو التالي:

• **حجرة المصادر:** حيث يوضع الطفل في الفصل الدراسي العادي بحيث يتلقى مساعدة خاصة بصورة فردية في حجرة خاصة ملحقة بالمدرسة العادية حسب جدول يومي ثابت، وعادة ما يعمل في هذه الحجرة معلم التربية الخاصة أو أكثر، الذين أعدوا خصيصاً للعمل مع المعاقين.

• **الخدمات الخاصة:** حيث يلتحق الطفل المعاق عقلياً بالفصل الدراسي العادي مع تلقيه مساعدة خاصة من وقت لآخر بصورة غير منتظمة في مجالات معينة مثل القراءة أو الكتابة أو الحساب... إلخ، وغالباً ما يقدم هذه المساعدة للطفل معلم التربية الخاصة المتنقل الذي يزور المدرسة مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً.

• **المساعدة داخل الفصل:** حيث يلتحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل حتى يمكن للطفل أن ينجح في هذا الموقف، وقد تتضمن هذه الخدمات استخدام الوسائل التعليمية أو الأجهزة المعينة أو الدروس الخصوصية... إلخ، وقد يقوم بهذه الخدمات معلم التربية الخاصة المتنقل (المتجول) أو معلم الفصل العادي المتنقل (سهير، م، س، ش، 2002).

ولكن الأخذ بهذا النظام يواجه صعوبات عديدة لعل من أهمها ما يلي:

• أن الطفل المعاق عقلياً لا يستفيد من وراء هذا النظام لأن زملاءه الأسوياء يدرسون في مستوى دراسي أعلى بكثير من مستوى إدراكه وتحصيله.

• أن الأطفال المعاقين يصبحون مادة خصبة للتهكم والنمذ من طرف زملائهم الأسوياء، مما يؤدي في النهاية إلى التأثير على تكامل الفصول ونظام العمل بها.

• أن المدرس غالباً ما يكون غير معد إعداداً كافياً لمثل هذا النوع من التعليم، وبالتالي ينقصه فهم هؤلاء الأطفال، ويصعب عليه مع وجود الأعداد الكبيرة مراعاة الفروق الفردية بينهم (عبد الرحمن، س، 2001).

من خلال ما سبق نستخلص أن رعاية الأطفال المعاقين عقلياً تتطلب إعداد البرامج التربوية المناسبة التي تتيح لهم فرص التعليم، وتنمية المهارات الشخصية، الاجتماعية، التربوية ومهارات الحياة اليومية إلى أقصى

قدر تؤهله لهم إمكانياتهم وقدراتهم، مما يساعدهم على التعليم والتوافق الاجتماعي داخل المؤسسة التربوية أو خارجها، حيث يتلقى الطفل المعاق عقليا هذه البرامج سواء في المؤسسات الداخلية أو مدارس التربية الخاصة التي تستقبل كل فئة من فئات الإعاقة على حدى، أو فصول التربية الخاصة الملحقة بالمدارس العادية حتى تتيح للطفل المعاق فرصة الاندماج الجزئي مع أقرانه العاديين، وقد يلتحق الطفل المعاق في بعض الأحيان بالفصل الدراسي العادي إذا سمحت له إعاقته بذلك مثل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

### III. أهداف تربية المعاقين عقليا:

إن الأهداف التربوية في أي نظام تربوي سواء كان خاصا بالأسوياء أو بالمعاقين تتحقق عن طريق البرامج المصممة لذلك الغرض، والتي يجب أن تراعى فيها قدرات هؤلاء الأطفال وخصائصهم التعليمية وسماتهم النفسية والاجتماعية ومدى قابليتهم للتأهيل والتدريب. ويشير " محمد محروس الشناوي " أن الأطفال المعاقون عقليا يمثلون مشكلة منفردة في التعليم، ويحتاجون إلى تحديد الموضوعات التعليمية أو التدريبية التي باستطاعتهم تعلمها (الشناوي، م، م، 1997) لاسيما أنهم ليسوا سواسية بالنسبة لاستطاعتهم وقدراتهم، ومن ثم" يجب أن تتضمن برامج التربية الخاصة كيفية العمل بأسلوب تعاوني مع هؤلاء الأطفال والتعرف على الحاجات التعليمية الفردية، وكيفية استخدام تقنيات معينة تساعد المعاقين في عملية التعلم، والأنشطة التعليمية التي تكون ذات قيمة للطفل غير العادي " (فيوليت، ف، إ، 2001 ، ص87).

وإن هذه البرامج يجب أن تأخذ بعين الاعتبار حاجات المتعلمين المستقبلية بالإضافة إلى حاجات المجتمع والتغيرات المستقبلية التي قد تطرأ عليه، آخذين بعين الاعتبار بأنه من الصعب أن نتنبأ بالتحديد بما يمكن أن يتعلم الفرد (سعيد ، ح، أ، 2001).

ويمكن حصر وتحديد أهداف تربية المعاقين عقليا فيما يلي:

1. تعليم المعاقين الحد الأدنى من المبادئ الأساسية للمواد الدراسية كالقراءة والكتابة و الحساب.
2. مساعدتهم على التكيف مع الآخرين عن طريق تعليمهم بعض المهارات الاجتماعية والتواصل.
3. مساعدتهم على الاستقرار العاطفي في المدرسة والبيت والاعتماد على أنفسهم ما أمكنهم ذلك.
4. مساعدتهم على استغلال أوقات فراغهم في نشاطات ترويحوية تدخل عليهم السرور والاستمتاع (سعيد، ح، أ، 2001)
5. تعليمهم العادات الاجتماعية المقبولة مثل عادات الطعام واللباس والإخراج، (كريستين ما يلز، 1994).
6. مساعدتهم على الإحساس بالقيمة والفائدة و أن يصبحوا أعضاء نافعين في المجتمع (Paul Juif & Dovero. F ,1978) .

7. مساعدتهم على استغلال قدراتهم إلى أقصى حد ممكن (Ballarin. J. L.1994) نستخلص من خلال ما سبق أنه من الضروري وضع برنامجا تربويا يلئم قدرات الأطفال المعاقين عقليا، إذ يجب مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد، حيث هناك فروق في أداء الأطفال المعاقين عقليا مقارنة ببعضهم البعض، إذ أن كل طفل حالة خاصة ومنفردة، إذ يجب تحديد الأهداف التربوية الخاصة بكل طفل على حدى وذلك في ضوء حاجاته الخاصة ومصادر القوة في أدائه وجوانب الضعف فيه.

ولا تهدف البرامج التربوية في مثل هذه الحالات إلى تخريج الطلبة من ذوي المستوى الأكاديمي العالي، وإنما عادة ما تكون الأهداف محدودة ولا تتعدى تزويد الطفل المعاق عقليا بقدر مناسب من المبادئ الأساسية للقراءة والكتابة والحساب، مع قدر مناسب من المهارات الاجتماعية ومهارات الاستقلال الذاتي التي لا تتعدى مستوى قدراتهم العقلية حتى تكون عوناً لهم على الاندماج في المجتمع وتحقيق الكفاية الذاتية حياتياً واجتماعياً واقتصادياً.

#### IV. الأسس التي تقوم عليها برامج التربية الخاصة للمعاقين عقليا:

تتمثل الأسس التي تقوم عليها البرامج التربوية للمعاقين عقليا في المجال الاجتماعي والنفسي والتربوي والفلسفي وسنتناول هذه الأسس بشيء من التفسير والتوضيح.

##### 1.IV. الأسس الاجتماعية:

نعني بالأسس الاجتماعية المجتمع بما يحتويه من قيم وتقاليد وأعراف وعادات ومشكلات وأهداف وآمال في الحاضر والمستقبل، وعلى البرامج أن تأخذها بعين الاعتبار، وتسعى المدرسة إلى مساعدة الأطفال الأسوياء والمعاقين عقليا للتكيف مع التراث الثقافي لهذا المجتمع، والتعرف على تقاليده وأعرافه والمعايير السلوكية المقبولة منه، ليتمكنوا من التكيف الاجتماعي مع أفراد مجتمعهم (سعيد حسني العزة، 2001). من خلال تناولنا للأسس الاجتماعية يتضح لنا أنه يجب على واضعي البرامج التربوية للأطفال المعاقين عقليا مراعاة عادات وتقاليد وأهداف وغايات المجتمع، حتى يستطيع هؤلاء الأطفال تحقيق التكيف الاجتماعي مع أفراد المجتمع الذي يعيشون فيه.

##### 2. IV. الأسس التربوية والفلسفية:

ويقصد بالأسس التربوية و الفلسفية آراء التربويين وفلسفتهم المتعلقة بأهداف التربية والتعليم التي تتبناها المدرسة، والتي تسعى إلى تحقيق أهداف تربوية، اجتماعية و إنسانية (سعيد، ح، أ، 2001، ص101). ومن الأسس التربوية الخاصة بالأطفال المعاقين تغيير نظرة التربويين نحوهم بسبب إيمانهم بحق هذه الفئات الخاصة في حياة إنسانية كريمة، واعتبارهم طاقة يمكن الاستفادة منها واستثمارها وأن تتاح لهم فرصة المساواة مع الآخرين، وتمكينهم من الاستفادة من الأنشطة

والخدمات المتوفرة في المجتمع (فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون، 2001).

من خلال ما سبق يتضح لنا أنه أثناء بناء برنامج تربوي للأطفال المعاقين عقليا يجب الأخذ بعين الاعتبار آراء التربويين فيما يخص مجال رعاية المعاقين عقليا، والأهداف المراد تحقيقها لديهم، وكذلك الطرق والأساليب التي يجب إتباعها معهم.

#### IV. 3. الأسس المنطقية:

يجب وضع البرامج التربوية الخاصة بالأطفال المعاقين عقليا بناء على خصائصهم الحقيقية، وبدون مراعاة هذه الأخيرة لن تكون عملية تعليمهم وتدريبهم مفيدة (ماجدة.أ. ع، 2000) ، وتشتمل الأسس المنطقية التي تقوم عليها برامجهم الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من الاضطرابات (المعوقات) المصاحبة لهم أثناء نموهم (العزة. س. ح ، 2001) ، ومنها ما يلي:

• اضطرابات في مجال الإدراك الحسي.

• اضطرابات في عملية التفكير العقلي.

• اضطرابات وصعوبات حركية.

• اضطرابات في مجال استيعاب الأمور النظرية (التجريدية).

• اضطرابات صحية.

• اضطرابات نفسية.

• اضطرابات تتعلق بالتكيف الاجتماعي.

• اضطرابات وصعوبات في الكلام والنطق. (رمضان. م. أ. 1996).

من خلال ما سبق نستخلص أن عملية بناء برنامج تربوي للأطفال المعاقين عقليا تقوم على أسس اجتماعية، ونفسية، وتربوية وفلسفية، فالأسس الاجتماعية تعني عادات وتقاليد وأعراف المجتمع، وكذلك الأهداف والغايات، أما الأسس التربوية والفلسفية فتتمثل في آراء المربين فيما يخص رعاية الأطفال المعاقين عقليا، وكذلك الطرق والأساليب والوسائل والمواد التعليمية الخاصة بمساعدة هؤلاء الأطفال على تسهيل اكتساب مختلف المهارات في المؤسسة التربوية، أما الأسس المنطقية أو النفسية فتتمثل في مراعاة خصائص هؤلاء الأطفال، لأن التعرف على السمات والخصائص العامة للأطفال المعاقين عقليا يساعد واضعي البرامج على تخطيط أفضل الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية التي تفي بحاجات ومطالب هؤلاء الأطفال.

#### V. برامج التربية الخاصة للمعاقين عقليا القابلين للتعلم (E.M.R) :

تهدف البرامج التربوية لهذه الفئة إلى رفع كفاءة الطفل المعاق عقليا من الناحية الاجتماعية والشخصية، حيث لديهم قدرة على إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية العادية، ولكن ببطء مقارنة مع العاديين، حيث

يستطيع هؤلاء الأطفال تعلم القراءة والكتابة والحساب كجزء أساسي من برامجهم التربوية، لأن تقدمهم الاجتماعي والمهني يحتاج إلى الحد الأدنى من هذه المعارف في مثل هذه الموضوعات ليستطيع التسوق واستخدام وسائل المواصلات... إلخ (العزة. س. ح، 2001).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك فروقا فردية بين أطفال هذه الفئة الأمر الذي يخلق صعوبة لدى واضعي البرامج في اختيار المواد الدراسية، وهذا ما يستلزم وضع برامج عمل فردية لكل طفل (العزة. س. ح، 2001).

### 1.V. محتوى برامج التربية الخاصة للمعاقين عقليا القابلين للتعلم:

إن البرامج التربوية لهذه الفئة تتضمن ما يلي:

1. المهارات الحسابية ومفاهيم العدد و الكم.
2. مهارات الاتصال المتمثلة في القراءة والكتابة، وتعليم الطفل المعاق اللغة بشكل يمكنه من استعمالها في التواصل (Rondal. J. A et al, 1988).
3. المهارات الاجتماعية وتشمل مهارات التفاعل الاجتماعي والتكيف الأسري وتحمل المسؤولية والاستقلالية.
4. المهارات الصحية و تشمل تعليم الطفل العادات الصحيحة في الطعام والنظافة، والعناية بالأسنان وغير ذلك مما يساعد في المحافظة على الصحة الجسمية للطفل.
5. مهارات السلامة والأمن وتشمل مهارات قطع الطريق واستخدام وسائل النقل وتجنب المخاطر العامة مثل النار والكهرباء وغيرها.
6. المهارات الحركية وتشمل مهارات التآزر الحركي و الدقة الحركية والسرعة في الأداء (سعيد حسني العزة. 2001).
7. المهارات الترويحية والفنية والتي تشمل على تعليم الطفل كيفية قضاء وقت الفراغ، والاستماع إلى الموسيقى، و ممارسة بعض الأعمال الفنية مثل الرسم والغناء والموسيقى و التمثيل.
8. المهارات المهنية والتي تشمل على تعليم الطفل تلك المهارات التي يحتاجها في ممارسة الأعمال المهنية في المستقبل والتي تفسح له المشاركة في الإنتاج وإمكانية تحقيق الاستقلالية، والاعتماد على الذات، ويتم ذلك من خلال برامج التوجيه المهني والتدريب والتشغيل.
9. التدريب الحسي والمهارات الحسية، وذلك من خلال التركيز على تدريب الطفل على تمييز الأصوات والألوان والأشكال والروائح بالإضافة إلى تدريب حاسة اللمس.
10. تنمية العمليات والمهارات العقلية وتشتمل على تدريب الطفل على عمليات التمييز والتذكر والتخيل والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير وتنمية المفاهيم وطرق حل المشكلات (ماجدة السيد عبيد. 2000).

من خلال ما سبق يمكننا القول أن البرامج التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة أو القابلين للتعلم تشتمل على بعض المهارات المعرفية كالقراءة والكتابة والحساب بقدر ما تسمح به قدراتهم العقلية، كما تشمل على الأنشطة الاجتماعية والمهارات الشخصية والأسرية من أجل تدريبهم للقيام بالأعمال اليومية ومواجهة الحياة الاجتماعية، وتصريف شؤونهم الشخصية بأقل قدر من الاعتماد على الآخرين، وتأهيلهم للالتحاق بالأعمال الحرفية البسيطة والوظائف الروتينية الصغيرة لتحقيق الاكتفاء الاقتصادي في سن الرشد، كما تعمل هذه البرامج أيضا على تنمية حصيلتهم اللغوية ومساعدتهم على التعبير اللفظي من أجل إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.

- التكفل المبكر:

I- تساؤلات حول التكفل المبكر:

1. هل هناك أطفال كثيرون في المجتمع بحاجة إلى التكفل المبكر؟

للأسف ... نعم، وأكثر مما يعتقد البعض، على أي حال لا يتوفر إحصائيات دقيقة ولكن في ضوء الإحصائيات العالمية الموثوقة، يعتقد أن آلاف الأطفال في المجتمع بحاجة للتكفل المبكر.

2. كيف يتم تحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى التكفل المبكر؟

كثيرا ما يتم إحالة الأطفال إلى برامج التكفل المبكر، من قبل طبيب الأطفال أو الأعصاب أو العيون أو الأنف والأذن والحنجرة، وبعد إحالتهم تطبق على الأطفال اختبارات كشفية سريعة لمعرفة مواطن الضعف أو العجز في نموهم من النواحي العقلية والحركية والسلوكية، فإذا كانت النتائج غير مطمئنة، يجري للطفل تقييم شامل متعدد الأوجه باستخدام اختبارات تشخيصية متنوعة وفي ضوء النتائج يتم اتخاذ القرارات المناسبة بالتكفل المبكر.

3. هل برامج الوقاية من الإعاقة فعالة؟

تعتقد المنظمات الدولية ذات العلاقة بهذا الموضوع أن البرامج الوقائية قد تمنع حدوث 70% تقريبا من حالات الإعاقة لدى الأطفال، وتتوه هذه المنظمات إلى أن الوقاية قد تتمثل في كثير من الأحيان في إجراءات بسيطة قابلة للتنفيذ بيسر، حال توفر الوعي.

## 4. ماذا يحدث لو أن طفلا متأخرا نمائيا أو معوقا لم تقدم له خدمات التكفل المبكر؟

سيندهور وضعه، و قد ينجم عن المشكلة الرئيسية التي يعاني منها مشكلات عديدة أخرى، فمرحلة الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لها تأثيرات بالغة على النمو الإنساني المستقبلي، والتكفل المبكر الفعال الذي يوفر الخدمات المناسبة في مثل هذه المرحلة الحرجة، قادر ليس على وقف التدهور فحسب، بل وعلى الوقاية من العواقب المحتملة للمشكلة و تفاقمها.

## 5. ما الخدمات التي تقدمها برامج التكفل المبكر؟

تتضمن هذه الخدمات عناصر وقائية متنوعة مثل العلاج الوظيفي، والعلاج الكلامي والإرشادي الأسري، والتقييم التربوي النفسي، والبرامج التربوية الفردية، والإشراف الطبي والتمريض. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص384).

## II- تعريف التكفل المبكر:

لقد تعددت التعريفات التي تناولت مصطلح التكفل المبكر و يمكن تعريفه على أنه: عبارة عن مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة (نفس المرجع، 2005/2004: 369).

كما أن العمل على التعرف مبكرا على التأخر و الاضطرابات و الاعاقات الموجودة عند الطفل ما أمكن، ومن ثم تقديم البرامج التربوية الفاعلة له، و الخدمات المناسبة لحالته، للعمل على زيادة كفاءته، قدرته ومهاراته و التقليل ما أمكن من نتائج الاضطرابات و الاعاقة. إضافة للخدمات المقدمة لأسرته لزيادة كفاءتها وقدرتها ما أمكن (يحيى، خ.أ. 2004/2005: 369).

في أوروبا ، وفقا لتعريف عملي ، فالتدخل المبكر هو " مجموعة من الخدمات المخصصة للأطفال الصغار (0- 6 سنوات) وأسرهم ، بناء على الطلب في مرحلة من مراحل حياة الطفل، تغطي أي إجراء يتخذ عندما يحتاج الأطفال إلى مساعدة خاصة ل:

- ضمان و تحسين التنمية الشخصية؛

- تعزيز المهارات الأسرية الخاصة.

- وتعزيز الإدماج الاجتماعي للأسرة والطفل" (64 : Nader-Grosbois, N.2015)

من خلال ما سبق هناك إجماع على أن هذه البرامج والخدمات المتنوعة تعنى بالأطفال في مرحلة عمرية دون السادسة، تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم (فئات غير متجانسة- قدرات عمرية متباينة) وعليها فإن الخدمات والبرامج سواء للطفل أو للأسرة متنوعة تبعاً لذلك.

تتضمن خدمات التكفل المبكر مجموعة متنوعة أبرزها الخدمات الصحية، التربوية والاجتماعية. وتختلف طبيعتها باختلاف حالة الطفل ومسبباتها والسن الذي يتم فيه اكتشافها والصعوبات الأخرى المصاحبة من جهة، وخصائص البيئة الأسرية من جهة أخرى.

تستند خدمات التدخل المبكر إلى إجماع المختصين في الميادين الطبية، النفسية والتربوية على أن السنوات الثلاث الأولى من العمر ذات أثر حاسم على النمو الإنساني وأن الخبرات التدريبية أو العلاجية أو الوقائية المناسبة تحسن بشكل واضح من فرص النمو والتعلم للأطفال الذين يعانون من صعوبات مختلفة بوجه عام والمعوقين عقلياً على وجه الخصوص.

### III- أهمية التكفل المبكر:

كان الاعتقاد في الماضي أن الأطفال لا يستطيعون الاستفادة من برامج التدريب المنظم قبل وصولهم سن السادسة أو السابعة حيث تتحقق درجة من النضج اللازم، إلى أن جاء فروبل وحاول تعليم الأطفال العاديين في سن الروضة. وأسهمت جهود منتسوري و أعمالها في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر، في تنفيذ هذا الاعتقاد الخاطئ. واسترعت نظرية منتسوري في التدريب الحركي- العصبي وتركيزها على مبدأ الاستثارة الحسية، اهتمام الأطباء والتربويين في ذلك الوقت.

ويمكن القول بأن الفضل الأساسي يعود إلى منتسوري في اهتمامها بصغار الأطفال المعوقين وتأكيدها من خلال العمل المباشر معهم على استفادتهم من التدريب المبكر.

ثم جاءت دراسات كل من سكيلز و داي و كيرك لتمثل البدايات الحقيقية لفكرة التكفل المبكر. ففي عام 1939 قام سكيلز و داي بدراسة متميزة على بعض الأطفال المعاقين عقلياً الذين يعيشون في أحد ملاجئ الأيتام. اشتملت الدراسة على (25) طفلاً أعمارهم دون الثالثة ذكائهم دون المتوسط وزعوا على مجموعتين تصم الأولى (13) طفلاً، و تضم الثانية (12) طفلاً.

تم نقل إحدى المجموعتين إلى مؤسسة داخلية للمعاقين عقلياً، و أوكلت رعايتهم إلى عدد من النسوة المعاقات عقلياً بدرجة بسيطة. بالتعاون مع مشرفات من المؤسسة، و بالمقارنة بين المجموعتين وجد سكيلز و داي أن

الأطفال الذين تم نقلهم للمؤسسة، حيث يتلقون تدريبا أضافة الى الرعاية، قد حققوا تحسنا واضحا في قدراتهم العقلية ( بمتوسط 27 درجة ذكاء) مما شجع على تبنيهم من قبل أسر مختلفة. واصل سكيلز تتبع حالات الأطفال جميعهم لمدة (21) عاما ووجدا أن الأطفال الذين تلقوا التدريب المبكر و تم تبنيهم من قبل أسر في المجتمع قد واصلوا تعليمهم للصف الثاني عشر في المتوسط. و أصبحوا أفراد معتمدين على أنفسهم، بينما أطفال المجموعة التي بقيت في الميتم لم يتجاوز متوسط تعليمهم الصف الثالث وبقوا إما في مؤسسات المعاقين عقليا أو المرضى العقليين (القيوتي،ي.ف. 1996: 124)

#### IV- مبررات التكفل المبكر:

تلخص ريفر (Raver,1991) الآثار الايجابية لخدمات التكفل المبكر بما يلي:

- تحسين مستوى القدرة العقلية اذ أنها تقدم استثارة هامة للجهاز العصبي المركزي في وقت يكون فيه معدل نمط الدماغ كبيرا.
  - تحدث تقدما ملحوظا في النمو الحركي و اللغوي و الاجتماعي للأطفال، و تحسنا في مستوى مهارات العناية بالذات. كما أن التدريب المقدم لا يساعد فقط في تعلم أنماط السلوك المقبولة فحسب بل يقلل الى حد كبير ظهور أنماط سلوكية غير مقبولة.
  - تساعد في التقليل من مظاهر الإعاقة الثانوية.
  - تقلل من الضغوط التي تتعرض لها الأسرة وتقدم لأفرادها التدريب والارشاد.
  - تقلل من درجة اعتمادية الطفل وحاجته لرعاية الآخرين.
  - تقلل من الحاجة لخدمات التربية الخاصة حيث أن كثيرا من الأطفال يمكنهم دخول المدرسة العادية لاحقا.
  - توفر التكاليف الاقتصادية اللازمة لرعاية وتأهيل المعاقين في مراحل العمر اللاحقة.
  - تحسن من فرص الادمج الاجتماعي للمعاقين. (القيوتي،ي.ف. 1996: 126/ 127)
- بالإضافة الى المبررات التي أشار إليها فوال (Fewell,1982) و غيرهم:

1- تعتبر السنوات الاولى في حياة الاطفال المعاقين أو المتأخرين الذين لا يقدم لهم فيها خدمات وبرامج تدخل مبكر سنوات حرمان و فرص ضائعة وربما تدهور نمائي.

\* منذ الميلاد تبدأ مرحلة جديدة في تطور الدماغ، تتمثل في إنشاء الشبكات والوصلات والناقلات العصبية، تظهر محاور الخلايا الناقلة للإشارات (Anox) و الشجيرات (endriteD) التي تتسلم الإشارات، ولذلك فإن الاستشارة و تكرار التجارب وتتوعها أهم عاملين في عمليين في عملية تطور الوصلات العصبية وتزايد عدد الشبكات، وأن وظائف الدماغ تتطور نتيجة استجابتها للمدخلات البيئية.

2- النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل أن البيئة تلعب دورا حاسما في جوانب النمو.

\* تعرض الطفل في فترات النمو الحرجة لخبرات سلبية أو مثيرات بيئية فقيرة كمًا ونوعا، تؤثر بقوة على تطور وظائف الدماغ ومنها اللغة. فدماع الطفل في الشهور الستة الاولى يبدأ بتعلم حركات الشفاه الملائمة للأصوات التي يسمعها، وفي العام الثاني ينظم الدماغ الوصلات الخاصة باللغة ليصبح قادرا بعدها (35شهر) في تكوين رموز عقلية للأشياء والأحداث والناس. ففرصة تعلم التركيب اللغوي تظل مفتوحة في هذه المرحلة وتغلق في عمر 5 أو 6 سنوات و تبقى بعد ذلك فرصة تطور اللغة. وإضافة كلمات أخرى وتعلم النحو المتطور.

3- التعلم الانساني أسهل وأسرع في السنوات المبكرة من العمر عنه في المراحل اللاحقة.

4- التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر ويقدم إنذار مبكر باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات أو اضطرابات في الاعمار اللاحقة.

5- الوالدين معلمين لأطفالهم وهم في أمس الحاجة إلى الإعداد و التدريب للتعامل مع أطفالهم في هذه المرحلة.

6- معظم مراحل العمر الحرجة والتي تكون فيها القابلية للتعلم والنمو في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر وكذلك مظاهر النمو متداخلة في التأثير والتأثير.

7- التدخل المبكر جدواه مثمرة ومتعددة على جميع الجوانب (الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية،...).

(يحيى،خ.أ. 2005/2004: 370)

ان كفاءة خدمات التكفل المبكر وفعاليتها ونتائجها على الطفل و أسرته والمجتمع بوجه عام تجعل منها عنصرا أساسيا من مجمل الخدمات المقدمة للمعاقين عقليا، مما حدى بالعديد من المجتمعات المتقدمة لإقرار تشريعات تكفل تلك الخدمات وتنظيمها.

## V- تشخيص الإعاقة العقلية :

إن عملية تشخيص الإعاقة العقلية صعبة و معقدة و ذلك راجع لتعدد الفئات، الأسباب، المظاهر والعوامل المؤدية لهذه الحالة، ولا يمكن اعتبارها مجرد قياس لمستوى الذكاء أو تعرف على العمر العقلي للفرد. إن الاعتماد على اختبارات الذكاء وغيرها من المقاييس المقننة بمفردها كثيرا ما يقود إلى الوقوع في أخطاء تشخيصية نتائجها على الفرد والأسرة مدمرة، لذا أصبح المختصون في مجال الإعاقة العقلية أكثر وعيا بالأثار السلبية المترتبة على الاعتماد المطلق على اختبارات الذكاء في تشخيص المعوقين عقليا، وكثرت الكتابات والآراء العلمية التي تدعو للمحاذرة في استخدام تلك الاختبارات، ولم تقتصر هذه الآراء على اختبارات الذكاء بل أصبحت أيضا تتناول مقاييس السلوك التكيفي ( القريوتي، ي.ف. 1996: 60). هذا بالإضافة إلى أن تشخيص حالة إعاقة عقلية يعني وضع طفل أو مجموعة من الأطفال ضمن فئة معينة من الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية وتأهيل من نوع خاص، ولكي يمكن انتقاء أنواع البرامج العلاجية والتأهيلية المناسبة لهؤلاء الأطفال يجب أن يتم ذلك بناء على تشخيص دقيق. ويتضح مفهوم التشخيص من خلال معرفة الأركان الأساسية لعملية تشخيص الإعاقة العقلية.

## V - 1 - الأركان الأساسية لعملية تشخيص الإعاقة العقلية :

و هي أربعة أركان كالتالي :

## V - 1 - 1 - الهدف من التشخيص

ينبغي أن يكون الهدف من تشخيص الإعاقة العقلية التعرف على قدرات الطفل، وتحديد نواحي ضعفه وقصوره من أجل اختيار أنواع الخدمات والبرامج العلاجية والتأهيلية اللازمة له لتحقيق أقصى درجة من النمو التي يمكن أن يصل إليها بقدراته وإمكاناته المحدودة. والتشخيص الجيد للإعاقة العقلية يقدم معلومات دقيقة تفيد في علاج الطفل وتربيته وتأهيله للعيش في المجتمع، والتكيف مع بيئته. (إبراهيم، ع.ع.أ. 2000).

## V - 1 - 2 - التبكير بعملية التشخيص :

يجب على الوالدين والمربين المبادرة بالتشخيص المبكر لحالات الإعاقة العقلية حيث يمكن اتخاذ الإجراءات اللازمة لمساعدتهم في الوقت المناسب (أحمد، س.ك. 1998). والتبكير بعملية التشخيص يساهم في إنقاذ حالات عديدة من التدهور و توقيف تفاقمها، مثل حالة العامل الريزيسي (RH) حيث يحتاج الأمر

إلى عملية نقل الدم من وإلى الطفل خلال الأسابيع الأولى من الميلاد، وفي حالة استسقاء الدماغ يلزم الأمر إجراء عملية جراحية فورية لوقف الضغط على المخ (الهجرسي، أ.م. 2002: 136).

### V - 1 - 3- تكامل عملية التشخيص :

ينبغي أن تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل من قبل فريق من المختصين، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية، الحسية، الحركية، العقلية، الانفعالية و الاجتماعية حتى يمكن إظهار جوانب القصور و الضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة للارتقاء بالطفل وتميته في جميع جوانب النمو في نفس الوقت، بحيث لا نهتم بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى (الهجرسي، أ.م. 2002: 136).

### V - 1 - 4- شمول عملية التشخيص:

لابد أن تعتمد عملية التشخيص على عدة محكات تمثل الأبعاد المتعددة للإعاقة العقلية ، ومن أهم هذه المحكات: الذكاء، السلوك التكيفي، الحالة الاجتماعية والحالة الانفعالية وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر الإعاقة العقلية (إبراهيم، ع.ع.أ. 2000).

### V - 2 - أبعاد التشخيص :

ينطوي موضوع تشخيص الإعاقة العقلية على عدد من الأبعاد الطبية، السيكومترية ، الاجتماعية والتربوية، ففي بداية القرن 19 م بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة النظر الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة العقلية المؤدية إلى تلف الخلايا الدماغية، لكن في أوائل القرن 20 م ومع ظهور مقاييس الذكاء المعروفة كمقياس (ستانفورد بينيه) و مقياس (وكسلر) ظهر تشخيص حالات الإعاقة العقلية و قياسها، و قد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية، و قد استمر هذا الاتجاه حتى أواسط الخمسينات من القرن 20 م فقد ظهر اتجاه جديد في قياس و تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو الاتجاه الاجتماعي، فقد ظهر هذا الاتجاه لكون مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص الإعاقة العقلية، إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة في مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أنه معاقا عقليا وخاصة إذا أظهر قدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية (الروسان، ف. 2000)، كما ظهر في السبعينات من القرن 20 م الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس و تشخيص الإعاقة العقلية والذي يعتبر اتجاها مكملا لعملية القياس والتشخيص، ويهدف هذا الاتجاه إلى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقليا، ولكن فيما بعد ظهر الاتجاه الجديد في القياس و التشخيص ويعبر عنه بالاتجاه التكاملي ، حيث يجمع بين

كل الاتجاهات المذكورة سابقاً: الطبية، السيكومترية، الاجتماعية والتربوية، حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الإتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك من الأخصائيين في مختلف المجالات كالطب، علم النفس وعلوم التربية،... تكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص، ومن ثم لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد (الروسان، ف.2000).

- مما سبق يظهر أنه لكي يتحقق الهدف الأساسي من عملية التشخيص وهو تقديم الرعاية الشاملة والمتكاملة للفرد في الوقت المناسب يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية:

#### ❖ - البعد الطبي :

يتضمن هذا البعد كل من قياس وتشخيص مظاهر النمو الجسمي والحركي، والفحوصات الطبية المخبرية كإجراء التحاليل لمكونات الدم، البول والسائل النخاعي الشوكي وفحص لوظائف الغدد الصماء...، حيث يقارن الطبيب بين مظاهر النمو الحركي والجسمي للطفل العادي كإطار مرجعي ومظاهر النمو الحركي والجسمي لدى الطفل المحول إلي (الهجرسي، أ.م.2002: 137).

#### ❖ - البعد السيكومتري :

يتضمن هذا البعد قياس و تشخيص مظاهر القدرة العقلية(الذكاء) باستخدام مقاييس الذكاء المعروفة مثل مقياس(ستانفورد بينيه) أو مقياس(وكسلر) للذكاء أو الاختبارات المصورة، وذلك بهدف تحديد نسبة ذكاء المفحوص ومن ثم تحديد موقعه على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية (الهجرسي، أ.م.2002: 137).

#### ❖ - البعد الاجتماعي :

يتضمن هذا البعد قياس وتشخيص مظاهر السلوك التكيفي والتي تبدو في مدى استجابة الفرد للمتطلبات الاجتماعية في مراحل العمر المختلفة ومن المقاييس المناسبة: مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، مقياس (Cain) و (Levine) للكفاية الاجتماعية المعروف باسم ( Social Competency Scale by Cain and Levine,1963)، وغيرها من المقاييس . والتي تهدف إلي تحديد مستوى أداء السلوك التكيفي الاجتماعي للفرد على المهارات التي تتضمنها تلك المقاييس مقارنة مع الأفراد العاديين (الهجرسي، أ.م.2002: 137).

#### ❖ - البعد التربوي :

يتضمن هذا البعد تحديد مدى قدرة الطفل على التعلم، و معدل نموه اللغوي و القدرة على التعبير اللفظي والحصيلة اللغوية لدى الطفل، وإن كان الطفل قد بلغ سن المدرسة يجب أن تتضمن عملية التشخيص وصف أدائه التحصيلي ونسبة التحصيل والمستوى العام للطفل بين زملاء الدراسة. ومن المقاييس التي تعتمد في

البعد التربوي نجد مقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقليا، مقياس المهارات العددية للمعاقين عقليا ومقياس المهارات الكتابية للمعاقين عقليا وتهدف هذه المقاييس لتحديد أداء المفحوص في كل المهارات مقارنة مع الأطفال العاديين (الهجرسي، أ.م. 2002: 137).

### V - 3 - معايير التشخيص :

إن تعريف (Grossman) للإعاقة العقلية الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي و الذي مازال معمولا به حتي الآن ، ينص على أن هناك ثلاث معايير أو محكات رئيسية لتشخيص حالة الطفل على أنها حالة إعاقة عقلية و هي كالتالي:

- ❖ - أن يكون الأداء الذهني للطفل دون المتوسط بانحرافين معياريين على الأقل.
- ❖ - أن يصحب ذلك انخفاض في السلوك التكيفي في عدد من المجالات على الأقل.
- ❖ - أن تكون هذه الإعاقة قد حدثت قبل بلوغ الطفل سن 18 ( الشناوى، م.م. 1997).

من خلال ما سبق يتبين أن لتشخيص حالات الإعاقة العقلية لابد من دراية تامة بأركانه الأساسية خاصة الاكتشاف المبكر لهذه الحالة، وضرورة أن يقوم بهذه العملية فريق متكامل من المتخصصين في جميع المجالات الطبية، النفسية، الاجتماعية والتربوية، ومشاركة الأسرة ضرورة قصوى إذ أنها أول خلية يحتك بها الطفل، فالكشف للإعاقة كلما كان مبكرا كلما كان التشخيص سهلا وفعالا وأبسط خطأ في هذه العملية عواقبه خطيرة على الأسرة والمجتمع عامة وعلى الطفل خاصة.

### VI - خدمات التكفل المبكر:

تمثل خدمات التدخل المبكر سلسلة متكاملة من الخدمات التي تستجيب للاحتياجات الخاصة للطفل المعاق عقليا وأسرته. وفي كثير من الأحيان لا تدرك أسرة الطفل المعاق عقليا أو الطبيب أن ذلك الطفل يعاني من إعاقة خاصة عندما تكون تلك الإعاقة بسيطة أو متوسطة وغير مصاحبة بمظاهر جسمية أو صعوبات أخرى. لذلك فإن خدمات الكشف والتشخيص المبكر تعتبر واحدة من العناصر الأساسية في خدمات التكفل المبكر.

وفي أحيان أخرى تصاحب حالة التخلف العقلي صعوبات صحية أو حسية أو اعاقات حركية مما يستدعي توفير خدمات صحية علاجية أو وقائية. وفي كل الحالات تفتقر الأسرة إلى المعرفة الكافية والمهارات اللازمة للعمل مع الطفل المعاق، كما تمتلكها حالة من القلق وعدم الاتزان وشعور قاس بالإحباط والغضب. وحتى تستطيع الأسرة توفير بيئة مناسبة لنمو الطفل، لابد من توفير الخدمات الإرشادية للأسرة

لمساعدتها في التغلب على المشكلات الناتجة عن وجود طفل معاق، وتدريبها على كيفية تنشئة الطفل وتدريبه.

وحيث أن الإعاقة العقلية لا تؤثر على جوانب النمو المعرفي لدى الطفل فحسب، بل تؤثر على نموه اللغوي والاجتماعي والحركي أيضا، فلا بد من توفير التدريب المباشر للطفل لمساعدته على اكتساب المهارات والقدرات النمائية في الجوانب السابقة والتي يتعلمها الأطفال الآخرون بشكل طبيعي خلال مراحل نموهم المبكر. لذلك فإن خدمات التكفل المبكر يجب أن تشمل على تدريب منظم للطفل المعاق. يمكن أن يقدم هذا التدريب من قبل مختص أو من قبل الوالدين المدربين. يتضح مما سبق أن التكفل المبكر سلسلة متصلة من الخدمات يكمل كل منها الأخرى، ويتم تخطيطها وفقا لاحتياجات الطفل وأسرته المستمدة من تقييم دقيق لكل الاحتياجات. وتتضمن الصفحات اللاحقة مناقشة لأبرز تلك الخدمات. (القيوتي، ي.ف. 1996: 128)

#### VI-1- الخدمات التشخيصية:

تهدف خدمات التشخيص إلى الكشف المبكر عن الأطفال الذين يشك في أن لديهم حالة الإعاقة العقلية وتأكيد الإعاقة أو نفيها، وتحديد الخدمات اللازمة من خلال عملية التشخيص المبكر، إذ أصبح بالإمكان إجراء بعض الفحوصات التشخيصية لبعض الحالات قبل الولادة. وبطبيعة الحال لا تجرى مثل هذه الفحوصات إلا إذا توافر لدى الطبيب المختص عدد من المؤشرات الدالة على إمكانية حدوث الإعاقة. وبعد الولادة مباشرة أو خلال السنة الأولى للعمر يتم تطبيق سلسلة من الفحوصات والاختبارات التشخيصية. وبعض هذه الاختبارات ذات طبيعة طبية كالفحوصات العصبية السمعية والبصرية وبعضها الآخر ذات طبيعة نفسية تربوية لقياس المستوى الوظيفي في جوانب النمو المختلفة، خاصة النمو العقلي.

وفيما يلي أهم فئات الأطفال الذين يعتبروا أكثر عرضة من غيرهم و الذين ينصح بإخضاعهم لعملية التشخيص.

- الأطفال الذين يولدون لأسر يشير تاريخها إلى تكرار حالات الإعاقة.

- أطفال الحوامل اللواتي يزيد أعمارهن عن 35 سنة.

- أطفال الأزواج الذين يعرف عدم توافق الدم لديهم.

- أطفال الحوامل اللواتي تعرضن لصعوبات واضحة خلال الحمل و أثناء الولادة.

- الأطفال الذين يولدون بتشوهات خلقية أو صعوبات صحية أو حركية أو حسية.

- المواليد الخدج أو ناقصي الوزن.

- الأطفال الذين يبدون تأخرا في جانب أو أكثر من جوانب النمو المختلفة كالتأخير في المناغاة، المشي أو

النمو الجسمي (القيوتي، ي.ف. 1996: 128)

## VI-2- الخدمات الصحية:

تشتمل الخدمات الصحية ضمن خدمات التكفل المبكر على الخدمات العلاجية اللازمة للأطفال المعاقين عقليا أسوة بأقرانهم والخدمات العلاجية الخاصة التي قد تستلزمها طبيعة الإعاقة أو الصعوبات المصاحبة لها. فعلى سبيل المثال فإن نسبة غير قليلة من المعاقين عقليا يعانون من الشلل الدماغي أو نوبات الصرع أو الاضطرابات العضلية أو العصبية وهذا يستلزم تقديم خدمات علاجية مناسبة كالعقاقير أو العلاج الطبيعي، أو العمليات الجراحية كما في حالات استسقاء الدماغ.

وبالإضافة للخدمات العلاجية هناك الخدمات الصحية الوقائية سواء فيما يتعلق بالفحوصات التشخيصية كفحوصات الاضطرابات الاستقلابية (اضطرابات التمثيل الغذائي) و تخطيط الدماغ، الفحوصات السمعية والبصرية، أو ما يتعلق بالكشف الدوري و سجلات النمو و التحصينات و البرامج الغذائية الخاصة بحالات اضطرابات الاستقلاب أو نقص اليود(القيوتي، ي.ف. 1996: 129).

## VI-3- خدمات إرشاد و تدريب الأسر:

تعتبر خدمات تدريب الأهل حول كيفية رعاية طفلهم الذي يعاني من صعوبات وتوفير الخدمات الارشادية لمساعدتهم في التغلب على الآثار النفسية المترتبة على ذلك، من المكونات الأساسية لبرنامج التكفل المبكر. إن نمو الطفل بوجه عام والطفل المعاق بوجه خاص يتطلب توفر بيئة أسرية تقوم على المحبة والدفء والتقبل. كما يتطلب معرفة أساسية بكيفية التعامل مع الطفل خلافا وأساليب التدريب الملائمة مع الأخذ بعين الاعتبار صعوباته العقلية. وستتم مناقشة خدمات الارشاد والتدريب الأسري بشيء من التفصيل فيما يلي:

## VI-3- التدريب المباشر للأطفال:

تهدف خدمات التكفل المبكر بشكل أساسي إلى الارتقاء بالمستوى النمائي للطفل بجوانبه المختلفة والحيلولة دون تطور الصعوبات التي يعاني منها. ويشكل تدريب الأطفال واستثارة طاقاتهم النمائية وتحفيز ملكاتهم المحور الأساسي لبرامج التكفل المبكر.

يختلف مضمون البرامج التدريبية لصغار الأطفال المعاقين عقليا تبعا لاختلاف درجة إعاقتهم إلا أنها بشكل عام تركز على استثارة الحواس و تنميتها، و تطوير المهارات الحركية و مهارات الاتصال، ومهارات تناول الطعام و زيادة خبرة الطفل بالأشياء من حوله (الجمعية الوطنية لرعاية المعاقين عقليا، 1981). يتوفر العديد من المناهج مسبقا للإعداد لتدريب صغار الأطفال المشاركين في برامج التكفل المبكر. وبعض هذه المناهج صور مترجمة عن مناهج أجنبية كما هو الحال بالنسبة للصورة المعربة من بورتيج والبعض الآخر تم إعداده في بيئات عربية كما هو الحال بالنسبة لبرنامج الشارقة للتكفل المبكر الذي من أبرز محتوياته ما يلي:

- 1- تعويد الطفل على الاتصال بالآخرين (الاتصال الجسدي، اللغوي).
- 2- تدريب حاسة البصر باستخدام حوافز الضوء و الأشياء المتحركة و الألوان المختلفة.
- 3- تدريب حاسة السمع و المهارات السمعية الأولية كالانتباه للمثيرات السمعية المتنوعة، و الاصغاء، وتحديد اتجاه الأصوات و مصدرها، و ذلك باستخدام مثيرات سمعية متنوعة (التصفيق، المناداة، أصوات الأدوات الموسيقية لصغار الأطفال، أصوات الآلات الوترية، أصوات مقطوعة، أصوات متصلة...الخ).
- 4- تدريب حاسة اللمس لدى الطفل.
- 5- التدريب على مهارات الحركة الجسمية الكبيرة (زحف، تدرج، التلويح باليد، المشي، الجري، رمي الأشياء، الرقص مع الموسيقى...الخ).
- 6- تدريب المهارات الأولية للحركة الدقيقة مثل القبض والسلام باليد والتصفيق، قرع الأشياء، دحرجة الكرة واللعب بالمكعبات.
- 7- إثارة النطق لدى الطفل وتدريبه على تسمية الأشياء وترديد الكلمات والأنغام وتشجيعه على التعبير عن حاجاته وذلك من خلال اللعب مع الطفل، الترديد الغنائي للكلمات واستخدام المداعبة والحركة.

8- التدرج في التدريب على تناول الطعام وخلع الملابس وارتدائها (القيوتي، ي.ف. 1996: 131).

### VII- الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التكفل المبكر:

هناك عدد من الأنماط والاستراتيجيات المتبعة في تنظيم خدمات التكفل المبكر وتقديمها. ولكل من هذه الاستراتيجيات مزاياها. من أهمها ما يلي:

#### VII-1- استراتيجية التدريب المنزلي:

تقوم هذه الاستراتيجية على تقديم خدمات التكفل المبكر في المنزل من خلال زيارات منظمة تقوم بها اختصاصية أو اختصاصي الارشاد والتدريب الأسري. وتؤكد هذه الاستراتيجية على تحمل الأسرة للدور والعبء الرئيسي في تنفيذ وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية للطفل، بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.

يتمثل دور الاختصاصية في هذا المجال في تدريب الوالدين ومتابعة جهودهم ومساعدتهم في وضع البرامج التدريبية وتعديلها وتقييم فعاليتها. ومن خلال هذه الاستراتيجية تسعى الاختصاصية إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما:

1- تحسين معدل نمو الطفل و رفع مستوى قدراته و مهاراته.

2- كفاءات الأسرة في رعاية الطفل و تدريبه.

تقوم الاختصاصية بزيارة الأسرة بمعدل مرة في الأسبوع أو مرتين في الشهر.

وتتراوح الفترة المقترحة للزيارة بين (60-75) دقيقة. ويختلف تكرار الزيارات تبعاً للاتجاه المتبع في هذه الاستراتيجية، فهناك اتجاه يركز على تدريب الأم على كيفية تدريب طفلها ومساعدتها في انتقاء الأهداف التعليمية المناسبة. وفي الحالات التي تقوم الاختصاصية بالعمل المباشر مع الطفل، فإنها تهدف إلى تقديم نموذج في التدريب لتقوم الأم بملاحظته وتقليده. أما الاتجاه الآخر فيركز على تدريب الطفل بمساعدة الأم أو أحد أفراد الأسرة الآخرين. وتتمثل مهمة اختصاصية الارشاد و التدريب الأسري في العمل المباشر مع الطفل والتنسيق مع الأم لمتابعة تكرار التدريب خلال الفترة الفاصلة بين كل زيارتين.

تمتاز استراتيجية التدريب المنزلي على غيرها من الاستراتيجيات الاخرى بما يلي:

- 1- تسمح بإبقاء الطفل مع أسرته وتدريبه في بيئته الطبيعية. ومما لا شك فيه أنه يتعذر على المراكز والمؤسسات الخاصة توفير دفء عاطفي أو رعاية واهتمام تكافئ ذلك الذي توفره الأسرة.
  - 2- تعتبر هذه الاستراتيجية من أكثر الاستراتيجيات ملائمة من أجل تقديم خدمات التكفل المبكر للأطفال الذين يعيشون في القرى والأرياف والتجمعات السكنية البعيدة عن المدن ومراكز التجمعات السكنية الكبيرة.
  - 3- تعتبر قضية المواصلات ونقل الأطفال من بيوتهم إلى مراكز التكفل المبكر والعكس من أكثر الصعوبات التي تواجهها برامج التكفل. كما أنها تتطلب تكاليف مادية عالية. لذلك تعتبر استراتيجية الزيارات المنزلية أقل كلفة من غيرها من الاستراتيجيات.
  - 4- تبقى هذه الاستراتيجية المسؤولة الأساسية لرعاية الطفل وتدريبه على أسرته، بينما بعض الاستراتيجيات الأخرى قد لا تعزز هذه المسؤولية بنفس الدرجة.
  - 5- إن بقاء الطفل في الأسرة و تقديم التدريب للأُم و بقية أفراد الأسرة يساعد هذه الأخيرة في تفهم حاجات طفلها من جهة ويزودها بالمهارات اللازمة لرعايته من جهة أخرى مما يساعد في خلق بيئة متقبلة ومحفزة لنمو الطفل، مما يحسن من فرص ادماجه الاجتماعي.
- ازاء المميزات الايجابية لاستراتيجية التدريب المنزلي، هنالك بعض السلبيات أو التحفظات عليها يمكن تلخيصها بما يلي:
- 1- يصعب في بعض الأحيان الحصول على تعاون الأهل و التزامهم بمواصلة تدريب طفلهم، خاصة في حالة عمل الأم خارج المنزل.
  - 2- إن العمل مع الطفل في كثير من الأحيان يستلزم تعاون فريق عمل من تخصصات متنوعة و استراتيجية التدريب المنزلي قد لا تتيح للطفل الاستفادة من جهود وخبرات مثل هذا الفريق على نحو منتظم حيث أن اختصاصية الارشاد والتدريب المنزلي هي التي تتولي بشكل رئيسي المسؤولية الفنية لبرنامج الطفل. وعلى الرغم من أن فريق العمل في برامج التدريب المنزلي يضم عاملين من تخصصات مهنية مختلفة إلا أن التنسيق فيما بينهم بشكل منتظم ليس بالأمر اليسير.
  - 3- يعتقد البعض أن زيارة الاختصاصية للطفل بواقع مرة واحدة أو مرتين في الأسبوع لا تكفي لتقديم برنامج تدريبي فعال، ويضيفون بأن عمل الاختصاصية والأُم مع الطفل لفترات قصيرة ومتقطعة لا يمكن أن تحقق النتائج المرجوة(القيوتي،ي.ف. 1996: 134).

## VII-2- استراتيجيات مراكز التكفل المبكر:

خلافًا لاستراتيجية الزيارات المنزلية، تقوم استراتيجية مراكز التكفل المبكر على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المختصين اللازمين. تستقبل هذه المراكز الأطفال وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة كما هو الحال في دور الحضانه ورياض الأطفال. هناك ثلاثة أشكال من المراكز:

1- مراكز تقدم التدريب للطفل على مدار الأسبوع أو جزء منه، دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.

2- مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل، تقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال كما في المراكز السابقة، إلا أنها تشترط على الأهل الحضور إلى المركز والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات في الأسبوع.

3- مراكز تدريب الوالدين، تقوم هذه المراكز باستقبال الوالدين وأبناءهم عددا من المرات خلال الأسبوع، وفي البداية يتم تدريب أولي للوالدين على كيفية العمل مع الطفل، ومن ثم يقوم الوالدان بموالاته التدريب بإشراف المختصين العاملين في المركز.

باستعراض الأشكال المختلفة من مراكز التدخل المبكر، يلاحظ أنها جميعا تتطلب إحضار الطفل إلى المركز بدلا من الذهاب إليه، كما في برنامج الزيارات المنزلية، و يلخص المتحمسون لهذه الاستراتيجية ميزاتها، بما يلي:

1- إن إحضار الطفل إلى المركز يسهل عملية تقديم مختلف الخدمات اللازمة له في مكان واحد. كما يتيح للمهنيين من تخصصات مختلفة العمل مع الطفل كفريق، مما يسمح بتقديم خدمات شاملة ومتكاملة للطفل وفقا لاحتياجاته.

2- توفر هذه الاستراتيجية فرصا للأهل للالتقاء ببعضهم، تبادل الخبرات والمعلومات والمساندة فيما بينهم وغنى عن القول أن مثل هذه الفرص للأهل تساعد في التغلب على الكثير من المشكلات والصعوبات المرتبطة بوجود طفل معوق في الأسرة.

وعلى الطرف الآخر يشير البعض إلى أن هذه الاستراتيجية مكلفة بالمقارنة مع استراتيجية التدريب المنزلي، علاوة على المشكلات المادية المرتبطة بالمواصلات والتي تعتبر من أبرز المشكلات التي تواجهها مراكز التربية الخاصة على وجه العموم (القريوتي، ي.ف. 1996: 135).

### VII-3- استراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي :

إزاء الاختلاف في وجهات النظر حيال الاستراتيجيتين الرئيسيتين السابقتين برز عدد من الاستراتيجيات الأخرى التي تحاول الاستفادة من ميزاتهما معا وضمن هذه الاستراتيجية هنالك نمطين أحدهما يعتبر التدريب في المركز الخاص المحور الرئيسي والتدريب في المنزل كخدمة مساندة، بينما النمط الآخر يعتبر عكس ذلك، إذ يعتبر التدريب المنزلي هو المحور بينما التدريب في المركز بمثابة خدمة مساندة (القيوتي، ي.ف. 1996: 135).

### VII-4- استراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز :

تقوم هذه الاستراتيجية على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأوليتين من عمر الطفل ومن ثم يتم إلحاقه بمركز التكفل المبكر حتي يبلغ سن الخامسة (القيوتي، ي.ف. 1996: 136).

### VII-5- استراتيجية مراكز تتبع نمو الأطفال :

تتلخص هذه الاستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال -دون الخامسة- الأكثر عرضة للإعاقة، ومتابعة نموهم بشكل دوري، من خلال مراكز خاصة تنشئ لهذا الغرض، أو من خلال برامج خاصة ضمن عيادات الأمومة والطفولة، أو المراكز الصحية في المناطق السكنية المختلفة. (القيوتي، ي.ف. 1996: 136).

### VIII- طرق تقديم خدمات التكفل المبكر في التربية الخاصة :

#### VIII-1- من حيث محور اهتمام البرنامج :

1. برامج تتمركز حول الطفل.
2. برامج تتمركز حول الأسرة.
3. برامج مجتمعية.

#### ب- من حيث مكان تقديم الرعاية :

1. الخدمات المقدمة في المنزل: لابد من تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل في بيته ولكن من المآخذ على ذلك، أنه قد لا تتوفر قدرة لدى أولياء الامور على تدريب أبنائهم بشكل فعال.
2. الخدمات المقدمة في المراكز: يستفيد من خدمات هذه المراكز الأطفال من (2 إلى 6) سنوات، حيث

يقضي الأطفال في هذه المراكز من (3 إلى 5) ساعات يوميا، وفي هذه المراكز يتم نشر الوعي الاجتماعي بضرورة التكفل المبكر، وإتاحة الفرصة للتفاعل مع المجتمع، لكن قد تكون التكلفة المادية وعدم توفر المواصلات من العقبات التي تواجه هذا البرنامج.

**3. برامج الدمج:** أي الدمج بين الخدمات المقدمة في المنزل والخدمات المقدمة في المراكز، وهذا البرنامج يساعد في تلبية حاجات الأطفال وأسرههم بمرونة أكبر ولكنه يتطلب الإشراف باستمرار.

**4. التكفل المبكر في المستشفيات:** ويستخدم للأطفال الذين لديهم إعاقات نمائية شديدة، يتطلب إدخالهم المستشفى بشكل متكرر.

**5. التكفل المبكر من خلال وسائل الإعلام:** ويستخدم هذا النموذج جميع وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية لتدريب أولياء الأمور وتوعية المجتمع، وبيان ماهي المراكز التي تقدم الخدمات باختلاف أنواعها للأطفال المحتاجين لهذه الخدمات. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص380).

### VIII-2- فريق التكفل المبكر

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

1. اختصاصي النسائية و التوليد.
  2. اختصاصي طب الأطفال
  3. الممرضات
  4. طبيب العيون
  5. اختصاصي القياس السمعي
  6. اختصاصي علم النفس
  7. الاختصاصي الاجتماعي
  8. اختصاصي العلاج الطبيعي
  9. اختصاصي اضطرابات اللغة و الكلام
  10. اختصاصي العلاج الوظيفي
  11. معلمات ومعلمو التربية العادية
  12. معلمات ومعلمو التربية الخاصة
  13. المرشدين
  14. أولياء الأمور (خولة، أ، ي. 2004-
2005. ص376).

## VIII-3- المناهج في برامج التكفل المبكر:

يتم تطوير المناهج في برامج التكفل المبكر استناداً إلى جداول النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يتم تحديد حاجات كل طفل ومدى تقدمه بالمقارنة مع النمو الطبيعي للأطفال. وتشمل هذه المناهج العناصر التالية:

1. **مهارات العناية بالذات** : تعليم الأطفال الاعتناء بأنفسهم من خلال بعض الأنشطة مثل ارتداء الملابس، تناول الطعام والنظافة الشخصية. فتعلم مهارات العناية الذاتية يؤدي إلى تطور مفهوم الذات الإيجابي والشعور بالاستقلالية.
2. **المهارات الحركية الكبيرة**: يتطلب تعليم عدد من الأنشطة و المهارات استعمال العضلات لتحريك الذراع والجذع والأيدي والأقدام. ومن الأنشطة التي تساعد الأطفال في تطوير الآلية الجسمية: المشي والزحف والتسلق والقفز والرمي والحركة الزائدة.
3. **المهارات الحركية الدقيقة**: و تساهم هذه المهارات في تحريك الأصابع و المعصم، بالإضافة إلى تنسيق حركات اليد و غير ذلك.
4. **المهارات السمعية**: وهي التدريب على مهارة إدراك الأصوات (إدراك سمعي). والنشاطات التي تساعد الأطفال على تمييز الأصوات والذاكرة الصوتية تتضمن لعبة الكلمات وألعاب ذاكرة الكلمات.
5. **المهارات البصرية**: وتساعد الأطفال على تطوير التمييز البصري والذاكرة البصرية والإدراك البصري.
6. **مهارات الاتصال و اللغة**: إن القدرة على استعمال اللغة في الاتصال هي مركز هذا التعلم. و تتضمن القدرة على الاستماع والكلام أو اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
7. **المهارات الإدراكية**: و تساعد كثير من أنشطة اللعب لدى الأطفال على ممارسة مهارات التفكير، وعلاقات التعلم، والاختلافات والتصنيف والمقارنة وتناقض الأفكار وحل المشكلات.
8. **المهارات الاجتماعية**: و هي النشاطات التي تساعد الأطفال على تطوير المهارات الاجتماعية. والتي تضم تعلم التفاعلات الاجتماعية وتكوين العلاقات مع الآخرين. والذي يتم عن طريق هذه الأنشطة (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص382-383).

## VIII -4- الفئات المستهدفة في برامج التكفل المبكر:

تستهدف خدمات التكفل المبكر الحالات التالية:

## 1. الأطفال المتأخرون نمائياً:

وهم الاطفال الذين لديهم تأخر في النمو في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية، الحركية، الاجتماعية-الانفعالية ومجال العناية بالذات.

ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط في اثنين أو أكثر من المجالات المذكورة أعلاه، بنسبة مقدارها 25% مقاسة بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع، أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة.

## 2. الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية.

و هم الأطفال الذين يعانون من:

- اضطرابات جينية
- اضطرابات في عملية الأيض
- اضطرابات عصبية
- اضطرابات حسية
- أمراض معدية
- تشوهات خلقية
- الارتباط الزائد بالأم
- حالات التسمم (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص376).

## 3. الأطفال الذين هم في حالة خطر.

و هم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية أو بيولوجية. مثال:

- عمر الأم عند الولادة
- تدني مستوى الدخل
- عدم استقرار الوضع الأسري

- وجود إعاقة لدى الوالدين
- استخدام العقاقير الخطرة
- الخداج
- الاختناق
- النزيف الدماغي (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص376).

#### VIII-5- فاعلية برامج التكفل المبكر:

ذكرت السويدي (1997) بعض نتائج الدراسات التي أجريت للتحقق من فاعلية التكفل المبكر على النحو التالي:

1. معظم الأطفال الذين يلتحقون ببرامج التكفل المبكر يحققون تطوراً نمائياً، ويظهرون تغيرات سلوكية طويلة المدى نسبياً.
2. برامج التكفل المبكر التي تعتمد المناهج السلوكية والمعرفية هي البرامج الأكثر فاعلية.
3. معظم الأدلة على فاعلية التكفل المبكر و جدواه قدمته الدراسات ذات العلاقة بالأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيئية. أما الدراسات ذات العلاقة بالأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية- طبية، فهي لم تتجح بعد في تقديم أدلة مقنعة.
4. يوجد أدلة متزايدة على أن التكفل المبكر يكون أكثر فاعلية عندما يكون لمدة أطول ومبكر أكثر.
5. يتأثر التقدم الذي يحرزه الأطفال المستفيدين من خدمات التكفل المبكر باختلاف شدة إعاقاتهم، فكلما كانت الإعاقة أشد، كانت الفوائد التي يجنيها الأطفال أقل والعكس صحيح. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص377).

#### IX- أهداف التكفل المبكر:

من أهم أهداف التكفل المبكر:

1. التقليل من الآثار السلبية لحاجات الإعاقة على نمو الطفل والمنع قدر الامكان تدهور الحالة.
2. مساعدة الطفل بقدر الامكان على التكيف مع البيئة.

3. التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة.
4. إحداث تغييرات جوهرية في شتى المجالات الجسمية، الإدراكية، اللغة و الكلام، و توفير علاج مهني، طبي وطبيعي.
5. التقليل من التبعية للأسرة.
6. التقليل من احتياجات خدمات التعليم الخاص في سن المدرسة.
7. التقليل من جهد العائلة من خلال تدريبها و إرشادها إلى الطريق الصحيح.
8. تجنب المجتمع الرعاية الصحية المكثفة و تكاليف التعليم.
9. التقليل من الاضطرابات السلوكية و السيطرة عليها.
10. إعطاء المعاقين و كل من يحتاج إلى التكفل المبكر حقه في المجتمع كأفراد عادي. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص375).

#### X- مقترحات للعمل مع الأسرة:

1. اجعل مساعدة الأسرة هدف أساسي لأي نشاط في التكفل المبكر، لذلك يجب على المختص الذي يعمل مع الطفل أن يتعرف على أهمية هذا الدور المهني، و لأن هؤلاء المختصين لا يستطيعون إنشاء برنامج يعتمد على الأسرة وحدها، لذلك يجب توفير خدمات إدارية ومساندة أيضا.
2. وسع مفهوم اشتراك الأهل الفعال، لذلك يجب أن يسمح الاختصاصي للأسرة أن تقوم بتعريف مشاركتها في البرنامج بطرق ذات معني لها، وأن يحدد الأهل ما يناسبهم وعلى الاختصاصي مساعدتهم، هذه العملية تتضمن إشراك الوالدين من خلال عملية التقييم وكذلك عملية التكفل.
3. ساعد وساند نظرات الأسرة المستقبلية، و يجب أن يسمح الاختصاصي للوالدين بالشعور بالأمل حيص أن بدون الأمل يصبح من الصعب على الوالدين مواجهة الحاضر الذي يعيشونه. وهكذا يمكن القول أن الأحلام والتخيلات المستقبلية التي يبنها الوالدان تساعد أيضا في عملية صنع القرار في تخطيط وتنظيم حياة الطفل المعاق و حياة الأسرة أيضا.
4. ساعد الأسرة في التعرف على مصادر أولوياتها و اهتماماتها، فلا يستطيع الاختصاصي تقييم حاجات الأسرة دون معرفة كيف تنظر الأسرة لحاجاتها، لذلك يجب على الاختصاصي إشراك الوالدين في عملية التعرف على مصادر هذه الحاجات ومساعدتها في البناء عليها.

5. تعرف على طريقة الأسرة المفضلة في حفظ الاتصال بين المدرسة (المركز) و البيت، و ذلك لأن معظم الوالدين يفضلون طرق الاتصال غير الرسمية فقد تكون ورقة صغيرة تشير إلى أداء الطفل أو مكالمة هاتفية أو حضور الوالدين بدلا من مخاطبتهم بشكل رسمي (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص396).

### X-1- دور الأسرة في الوقاية المبكرة:

تتطلب الوقاية من الإعاقة معرفة الاسباب الفعلية للإعاقة، لأن معرفة الاسباب يساعد في تحديد فئات المجتمع الأكثر عرضة للخطر، مما يسهل عملية توجيه الخدمات الوقائية.

مثال ذلك: الإعاقة الناجمة عن عوامل وراثية تقود للتنبؤ باحتمالات تكرار حدوث الإعاقة في الأسرة. هنا يصبح الإرشاد الجيني واضحا.

ونظرا لأهمية دور الأسرة في الوقاية المبكرة من الإعاقة، أصبح هناك تركيز على التشريعات المتعلقة بالإعاقة ( على المستوى الوقائي -العلاجي- الحقوق والواجبات- التأهيلي الانساني والاخلاقي...) خاصة في الدول المتقدمة. والسؤال ما هو دور الأسرة في الوقاية المبكرة من الإعاقة باختلاف مستوياتها؟

### X-1-1- دور الأسرة في الوقاية على المستوى الأول:

**هدف الوقاية:** الحيلولة دون حدوث الاعتلال او الضعف بهدف خفض الإصابة في المجتمع.

#### دور الأسرة:

1. إجراء الفحوصات الطبية اللازمة والاسترشاد الديني (الشبكة الجينية).
2. الكشف الدوري في فترة الحمل وعمل الفحوصات التي تكفل سلامة الام والجنين قدر الامكان والتأكد من خلو الام من الامراض المسببة للإعاقة.
3. الابتعاد عن جميع عوامل الخطر البيئية (سوء التغذية- الاشعة السينية- الادوية و العقاقير...).

### X-1-2- دور الأسرة في الوقاية على المستوى الثاني:

**هدف الوقاية:** منع تطور وتفاقم الضعف إلى العجز بهدف خفض أعداد العاجزين في المجتمع.

دور الأسرة:

1. الكشف المبكر والحرص على تخطي أزماتها بهدف تقديم العلاج الفوري المناسب لحالة الطفل (طبي- جراحي- غذائي...).
2. الاستفادة من برامج التوجيه والتدريب والارشاد ليصبحوا مشاركين فاعلين في تنمية وتطوير وتدريب وتعليم و تعديل سلوك طفلهم.
3. إحالة الطفل إلى المكان المناسب، والعمل على توفير برامج التدخل المبكر المناسبة لحالة الطفل وبأسرع وأكثر قدر ممكن.

X-1-3- دور الأسرة في الوقاية على المستوى الثالث:

هدف الوقاية: التغلب على العجز و الحيلولة دون تطوره إلى إعاقة متطورة تراكمية.

دور الأسرة:

1. إلحاق الطفل بمراكز ومؤسسات متخصصة للاستفادة من البرامج التربوية والنفسية والصحية العلاجية لمساعدته على استعادة واستغلال ما يمكنه من قدرات جسمية وعقلية.
2. المتابعة الطبية الدورية لمنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها قدر الامكان.
3. تقديم الخدمات التأهيلية و المساعدة للطفل ( العلاج الطبيعي- العلاج الوظيفي- علاج النطق- علاج ترويجي...).
4. الاستفادة من برامج التوجيه و الارشاد والتدريب قدر الامكان لمساعدة أنفسهم على التأقلم والتكيف مع الطفل وإعاقته والازمات التي يمرون بها أو يمر بها الطفل.
5. بذل الجهد للتعرف على النظام التربوي للطفل وحقوقه وواجباته، الخدمات المساندة، التواصل، تقبل الدعم، المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات (القيوتي،ي.ف. 1996)

X-2- دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة:

يمكن دور الاسرة في استعدادها و قدراتها في التعرف على الاطفال الذين يظهرون أنماط نمائية غير طبيعية ومن ثم العمل على إحالتهم إلى التشخيص المناسب بهدف تزويدهم بالخدمات العلاجية الصحية الغذائية

النفسية- التربوية في أسرع وقت ممكن. وهنا يظهر دور الإعداد الوالدي (قبل الزواج- أثناء الحمل) في التعرف على مظاهر النمو غير الطبيعية وانحرافاته رغم أنه ليس كل انحراف يعني بالضرورة حالة إعاقة. فالإعاقة لها انحرافات ملحوظة ومظاهر شكلية و نمائية و جسمية تحدد وفق أساليب علمية ومعايير مقننة. ويزداد العبء في الكشف المبكر عن ذلك إذا كانت الإعاقة غير ظاهرية أو بسيطة. ويكمن دور الوالدين في:

1. الاطلاع والتعرف على الخصائص النمائية الطبيعية في المجالات المختلفة (الحركية- الجسمية- العقلية/ المعرفية- اللغوية- الانفعالية- الاجتماعية) ويلعب الطبيب المعالج للأُم خلال فترة الحمل دورا كبيرا في توجيهها إلى مصادر المعلومات، والأدلة النمائية وكذلك الإعلام ومراكز الأمومة والطفولة، وخدمة المجتمع المحلي.

2. إسراع الوالدين إلى الجهات المختصة عند ملاحظة أي اضطرابات أو اعتلالات أو انحرافات نمائية مهما كان نوعها بهدف الكشف وإجراء الفحوصات وتطبيق الاختبارات التشخيصية اللازمة للتأكد من الحالة وتحديد طبيعتها.

3. المتابعة الدورية لصحة الطفل وقدرته الحسية والعقلية والحركية واللغوية ويعتبر أيضا أسلوب وقائي هام في المراحل الأولى (الخطيب، الحديدي، 2004).

### X-3- دور الأسرة في برامج التكفل المبكر:

يعتمد تقديم الخدمات الفعالة في التكفل المبكر على تطور علاقات عمل ايجابية مع الاسر. وقد بين الباحثون والممارسون أن هذه العلاقة الايجابية تعتبر ضرورية من أجل تحيقي نتائج فعالة لكل من الطفل والاسرة معا. وقد عبر شلمان (Shulman) في نموذجه عن ذلك، وقدّم برهانا على أنها شرطا مسبقا للمساعدة الفعالة(بيكمان، 2001). و يظهر تأثير دور الاسرة في البرامج الخاصة بالتكفل المبكر فيما يلي:

1. لا يؤخذ في الاعتبار أي برنامج تدخلي للطفل المعوق إلا مع وجود تأثير فعال من قبل الوالدين في المشاركة في النمو والارتقاء بقدراته واستعداداته وشخصيته وجميع جوانب النمو المتداخلة، فتدخلهم بفاعلية أمرا هاما وحيويا. إن المرونة والتفرد اللذين يتصف بهما تدخل الآباء هما أمران بالغا الأهمية، نظرا لاختلاف آباء الاطفال المعاقين في مدى تفهمهم وقبولهم واستعدادهم للتدخل في البرامج العلاجية والخدمات.

2. قد يكون لاشتراك الآباء وتدخلهم تأثير إيجابي أيضا في تعاملهم مع أطفالهم العاديين.

3. هناك عدة مستويات للمشاركة من قبل الآباء، وعلى أساسها يطور الممارسين ومقدمي الرعاية برامجهم، بما يمكن الآباء من الانتقال من مستوى إلى آخر، أكثر تقدما من التدخل. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص373)

ويؤكد برومويك (Bromwich,1981) أن دور المشاركة والتعاون الفاعل للآباء في برامج التدخل المبكر يعود بفوائد على الأطفال لثلاثة أسباب رئيسية :

1. العلاقة التبادلية بين الآباء والأبناء والتي بتفرد الأنماط الشخصية والتفاعلية، فبمساعدة الآباء على تعديل أساليبهم في التنشئة والرعاية، يصبح الممارسين والاختصاصيين، قادرين على تطوير وتعديل استجابات الطفل بشكل غير مباشر.

2. العلاقة التشاركية الايجابية بين الآباء والاختصاصيين تساعد هؤلاء على زيادة وتطوير تفهمهم لحاجات أبنائهم المعاقين و زيادة تقبلهم. وهذا يعود بفوائد على جميع الأطراف.

3. العلاقة الايجابية بين الآباء والاختصاصيين تساعد أكثر على تعلم الآباء الطرق والاستراتيجيات الأكثر ملائمة. في تلبية حاجات أبنائهم خاصة، فيما يتعلق بأنماط التنشئة الوالدية الفعالة. مما يحسن أدائهم ويسهل تعديل سلوكياتهم ومنها تصبح الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر متعددة الابعاد فبالنسبة للطفل:

- تزود فرص نموه و تعلمه- تحسن إمكانيات تعديل سلوكه.- تزود فرص تعميم الاستجابة.

وبذلك تصبح الخدمات المقدمة للطفل أكثر شمولية و عمقا و قدرة في الارتقاء و النمو بالنسبة له الفارسي (2003). (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص374)

**X-4- أما بالنسبة لدور الأسرة في برامج التكفل المبكر فإنه يشمل ما يلي:**

1. المشاركة في تحديد البدائل التربوية المبكرة المناسبة للطفل.

2. المشاركة في تحديد الاهداف و تصميم الخطط التربوية و البرامج و اتخاذ القرارات و التقييم.

3. مساعدة الاختصاصيين و مقدمي الرعاية في العلاج الوظيفي و التركيز على المهارات الحياتية اليومية بشكل تناوبي منظم وتكملة دورهم في المنزل بعد تدريبهم.
4. مساعدة الاختصاصيين في التدريس والتدريب وتعديل السلوكيات في المنزل.
5. مساعدة المدرسة الاختصاصيين في التقويم كتنغذية راجعة بهدف التطوير و التعديل.
6. حضور الاجتماعات والدورات التدريبية بصفة دورية.
7. بذل أقصى جهد في الاطلاع على مصادر المعلومات وآخر التطورات فيما يتعلق بطبيعة إعاقة طفلهم والتقنيات المساعدة والابحاث والمنشورات العلمية.
8. الحصول على الدعم الاجتماعي والانفعالي والعون الاقتصادي مع الاختصاصيين والجهات المتخصصة. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص375).

#### XI- بعض الأمثلة على برامج التكفل المبكر:

##### XI-1- برنامج التكفل المبكر لأطفال متلازمة داون:

بدأ تطبيق البرنامج عام 1974م باسم برنامج الرعاية الالدية لأطفال متلازمة داون، و هو برنامج تعليمي للتكفل المبكر يهدف إلى تدريب أهالي أطفال متلازمة داون بعد الولادة مباشرة و حتى سن 3 سنوات، و يعتبر هذا البرنامج الأمهات و الآباء شركاء رئيسيون في العملية التعليمية لهؤلاء الأطفال. صمم البرنامج من قبل فريق مختص من ضمن أعضاءه عدد من أهالي أطفال متلازمة داون المهتمين بالموضوع، و ذلك لقناعة القائمين على تصميم البرنامج بأن أكثر الناس قدرة على فهم احتياجات أطفال متلازمة داون هم ذويهم لقربهم منهم و قدرتهم على ملاحظة و تقييم سلوكهم طوال اليوم. يقدم التدريب من قبل متخصصين بعضهم من الأهالي (برنامج من الوالدين)، ويتم التدريب دون إرباك برنامج الأسرة اليومي، فعلى سبيل المثال: على الأم أن تستغل وقت الإفطار في تدريب طفلها على كيفية استخدام الملعقة وهي بالحديث معه عن نوع الطعام، و كيفية طهيه نثري محصوله اللغوي أيضا، وبذلك يكون التعليم في أكثر الأوقات ملائمة لها و لأسرتها. كما يرشدها البرنامج إلى كيفية إجراء تعديلات مناسبة عند استخدام الأدوات، و من الأمثلة على ذلك رفع الكرسي بوسادة (لما قد يتصف به أطفال المتلازمة من قصر في القامة)، تصميم أرضية لصينية الطعام تحول دون انزلاق الطبق عند تناول طعامه مثلا.

يقوم البرنامج بزيارة أهالي الأطفال في الأسبوع الذي يلي الولادة مباشرة من قبل أخصائية مدربة لهذه الغاية، تصمم برنامجا تدريبيا بالتعاون مع الأهل بناء على تقييم عام يجري للطفل، و بعد تصميم البرنامج تتم الزيارة مرة كل أسبوعين، تترك فيها الأخصائية خطة تعليمية يعمل الأهالي على تطبيقها مع أبنائهم و لكونها مكتوبة يكون بمقدور الأهل التدريب يوميا على المهارات و مراقبة تطور طفلهم مع ضرورة الاتصال بالأخصائية عند كل انجاز يحققه الطفل مما يتيح الفرصة لإضافة مهارات جديدة أكثر تقدما.

لقد حقق البرنامج منذ بدايته نجاحا كبيرا لاعتماده الأساسي على مراحل التطور الطبيعي للطفل والذي يوضح تفصيليا ما ينبغي على الطفل أن يتقنه في كل شهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر. وقد اعتمد فريق العمل المختص في تصميم هذا البرنامج منهاج بورتاج. (خولة، أ. ي. 2004-2005. ص402).

## 2-XI- برنامج Help :

لقد تم تأسيس نظام التعليم المبكر في هاواي استجابة للحاجة إلى وجود وسيلة يمكن من خلالها إنجاز التطوير على مراحل بخطوات صغيرة تدريجيا، واقتراحات خاصة بالنشاطات لتعليم المهارات التنموية.

وقد نشأ هذا المشروع عن المشروع التجريبي و برنامج التدريب عام 1971م المسمى بمشروع انريشمنت للأطفال المعاقين الرضع تحت إشراف كلية الصحة العامة بجامعة هاواي، و تأسس على يد مكتب التعليم للمعاقين (ذوي الحاجات الخاصة) بوزارة الصحة و التعليم و الرعاية الصحية (يسمى حاليا مكتب التعليم الخاص- و زارة الصحة و الخدمات البشرية). و قد عمل العاملون مع ما يربو على مائة طفل من الأطفال الرضع من ذوي الحاجات الخاصة، من سن الولادة وحتى ثلاث سنوات (ومن ثلاث إلى ست سنوات أيضا) وأسره، وتولوا عملية تدريب الموظفين العاملين في برامج تعليم الأطفال الرضع وفي المدارس التمهيديّة، والعاملين في برامج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بولاية هاواي.

وقد تم اختيار استمارة (برنامج) نظام التعليم المبكر هيلب، و تمتاز بنوعيتها الجيدة حيث تتيح للآباء بأن يعملوا معا، وهي تعطي صورة شاملة لمستويات الأطفال (في جميع مهارات النمو من عرف على المهارات التي تحتاج إلى تطوير) و هذه اللوائح تسهل عملية الإعداد اعتمادا على نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل.

إن دليل النشاط في برنامج (Help) بما يحتويه من آلاف الأنشطة يتيح عملية الاختيار لتحقيق أهداف التخطيط والتطوير وتحليل المهام التي يحتاج إليها الطفل في هذه المرحلة من العمر.

لقد تم استخدام عدد هائل من المقاييس التطورية والاختبارات أثناء تطوير لوائح هيلب ودليل النشاط. وقد تم اختيار اللوائح و دليل النشاط ميدانيا للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بولاية هاواي، إضافة إلى ذلك فقد تم استخدام المواد ومراجعتها من قبل البرامج في 35 ولاية وسبع دول، وقد تم استقاء المعلومات المطلوبة من كل منهما للمساعدة في تحسين المنتجات وينتشر استخدام برنامج هيلب بصورة واسعة في الوقت الحالي في كثير من الدول الأجنبية. (خولة، أ، ي. 2004-2005. ص403).

### خلاصة الفصل:

لنجاح سياسة التكفل بالأطفال المعاقين عقليا لابد من تطوير سياسة التكفل المبكر بهذه الفئة لأهمية السنوات الأولى من العمر في مجال تربية الأطفال عامة والمعاقين عقليا خاصة، سواءا كان ذلك في محيط الأسرة أو المراكز المتخصصة.

## الفصل الرابع

### التكفل المبكر بالجزائر

**تمهيد:**

لقد أضحى التكفل بفئة المعاقين عقليا مرتبطا بالظرف الاقتصادي والواقع المؤسساتي، وأبرزت مختلف الجهود المبذولة من طرف المهتمين بتربية الأطفال المعاقين عقليا أنماط متباينة في عملية التكفل المؤسساتي. وتشكل مختلف هذه الأنماط مصدر ثراء، الأمر الذي يستدعي تثمينها. إن المؤسسة المتخصصة مدعوة لرفع قدراتها عبر سياسة التدخل المبكر حتي تستجيب لحاجة الطفل المعاق عقليا و تحقيق مكانته في الوسط الاجتماعي.

تستدعي هذه الغاية تدخل كل المستخدمين الاجتماعيين (مربيين، مربيين مختصين، ومختصين في النفسية الحركية والمختصين النفسانيين بكل تخصصاتهم و المساعدين الاجتماعيين إلى جانب الأسرة، باعتبارها شريكا لا يمكن الاستغناء عنه في تصميم مشروع التكفل الفردي والجماعي للطفل.

**التكفل المبكر في مراكز التربية الخاصة بالجزائر:**

**I- التنظيم العملي للتدخل المبكر**

**1- المصلحة الطبية النفسية البيداغوجية والاجتماعية:**

يتعين أن يكون موقعها في احدي المؤسسات المتخصصة (المركز الطبي البيداغوجي) أو مدرسة صغار المكفوفين أو مدرسة صغار الصم، أو في مكان آخر وفق الإمكانيات المتوفرة على مستوى الولاية بحيث يكون باستطاعة العائلة الالتحاق بها، ويتعين أن يكون فضاء المؤسسة مهياً لاستقبال الطفل والأولياء.

لهذا الغرض يستحسن تهيئة فضاءات تسهل عملية الاستقبال كالفضاء المخصص للعب لصالح الأطفال والذي يشرف عليه المربي.

- فضاء للأولياء يساعد على التواصل فيما بينهم ومع الفرقة المتخصصة.

- فضاء مخصص لأجل تسهيل عملية الرضاعة أو تبديل الحافظات والسماح للأولياء بالارتياح.

تكلف المصلحة الطبية النفسية البيداغوجية والاجتماعية بمهمة استقبال الرضع والأطفال الذين تم

توجيههم من طرف:

- البيت.

- الحضانة و روضة الأطفال.

- المؤسسة المتخصصة (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا. قسنطينة. 2015).

**2- تشكيلة أعضاء المصلحة الطبية النفسية البيداغوجية والاجتماعية:**

- أطباء طب عام أو مختص.
- أخصائيين نفسانيين في كل التخصصات.
- مساعدين اجتماعيين لأجل إعداد المعطيات الإضافية.
- مربين. (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

**3- دور المصلحة النفسية الطبية البيداغوجية والاجتماعية:**

تقوم هذه المصلحة بإعداد تقييم أولي الذي يسمح بالتعرف على إمكانيات وحدود واضطرابات الرضيع والطفل، لأجل إعداد مشروع علاجي تربوي وبيداغوجي لصالح الطفل. عند إنهاء هذه العملية يتعين القيام بالتقييم لتحديد التطور الذي مس الطفل.

وبعد الحوصلة يتم توجيه الطفل نحو أحد الفضاءات التي تتوافق ومعايير كل واحدة. بالنسبة للأطفال من 0 إلى 3 سنوات يتم التكفل بهم في البيت أو الحضانة و/ أو في المؤسسة المتخصصة. أما بالنسبة للأطفال البالغين 3 إلى 5 سنوات يتم التكفل بهم في رياض للأطفال أو في المؤسسة المتخصصة (نفس المرجع، قسنطينة. 2015)

## فضاءات التكفل

### فضاءات التكفل



1 بالمنزل



2

الحضانة و رياض الأطفال



3

المؤسسة المتخصصة  
المركز الطبي البيداغوجي



## II- فضاءات التدخل

يتمتع الآباء بالحق في الأعلام أثناء الحمل لما يتعلق الأمر بالكشف عن القصور، إذ يساهم تحضير الآباء في التكفل النوعي بهم.

### 1- التدخل في البيت:

يتكفل الفريق المتخصص التابع للمؤسسة والمتكون من الأخصائي العيادي والأخصائي البيداغوجي والأخصائي في تصحيح النطق والأخصائي النفسي الحركي والمدلك والمساعد الاجتماعي والمربي بتطبيق المشروع العلاجي والتربوي بالمشاركة الفعلية للعائلة التي تعد شريكا أساسيا في التكفل بالطفل. يحظى الآباء في هذه الفترة بالمساعدة والإصغاء من طرف الفريق المتخصص. يتجه التدخل في البيت على وجه الخصوص للعائلات الميسورة والمقيمة بعيدا عن المؤسسة والعائلات التي يتواجد بها عددا من الأطفال حاملي قصور، أو ذوي إعاقات متعددة، وذلك في انتظار إنشاء الهياكل المناسبة.

### يستهدف التدخل بالبيت:

- تشجيع التكفل في الوسط الاعتيادي لأجل التقليل من صعوبات تكيف الطفل.
- المشاركة في التفاوض وإثراء برنامج التكفل وتخطيط وتقييم المشروع.
- تسهيل العلاقات بين المتدخلين والآباء لتجاوز كل أشكال المقاومة إلى جانب إقامة علاقة ثقة بين مختلف المتدخلين أخذين بعين الاعتبار الظرف الاجتماعي والثقافي الذي يتطلب مرافقة الأسرة لأجل تراجع مقاومة الأولياء وتكريس حقوق الطفل.
- يستوحي محتوى برنامج التدخل المبكر من واقع الطفل المتخلف ذهنيا، أخذين بعين الاعتبار تفرغ الآباء مما يسهل تفريد عملية التدخل، يقوم التدخل مع الأسرة على مرافقة الآباء في التكفل المشترك بالطفل بهدف الاستثارة النفسية الحركية التي تعزز اكتسابه لمهارات الحياة اليومية (استقلالية، نظافة جسمية، تواصل الحركة، النظر والإيماء... الخ)
- بالموازاة يستفيد الآباء من الدعم النفسي الذي على التحسيس والإعلام. وتوضع تحت تصرفهم دعائم متخصصة (أدوات ولعب) لدعم الاستثارة.
- ويتعين ابتداء من 3 سنوات توجيه الطفل نحو دور الأطفال أو المؤسسة المتخصصة لتحقيق جمعهم وتعلمهم (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

## 2- التدخل في الحضانة ورياض الأطفال:

يتعين أن يحقق وضع الأطفال ذوي القصور الذهني في الحضانة ورياض الأطفال:

- تنمية عاطفية وفكرية من أجل جمعة أفضل.
- توسيع مجال تواصل الأطفال مع أقرانهم العاديين لأجل السماح لهم بفتح شخصيتهم وسلوكهم.
- ولتحقيق ذلك يتعين أن تحظى هذه الهياكل بتوظيف مستخدمين ذوي كفاءة وتخصص في القصور الذهني.
- ويتم إعداد برنامج التكفل بذوي القصور الذهني وتقييمه من طرف فريق متعدد التخصصات التابع للمؤسسة المتخصصة ومستخدمي دور الحضانة ورياض الأطفال.
- أما عملية وضع الأطفال في هذه المصالح فيكون من اختصاص فريق المؤسسة المتخصصة، في حين يتم تحديد العمر من طرفها وفق الإعاقة وإمكانيات الطفل القابلة للتطور.
- لذا فكلا المؤسستين تستقبل الأطفال العاديين وذوي القصور حيث يتقاسمون نفس الفضاءات ويشاركون في نفس النشاطات الترفيهية والتربوية.
- إلا أن ذوي التخلف الذهني يستفيدون من برنامج خاص يتضمن الاستثارة والتفطير والتواصل والجمعة والاستقلالية والتعلم مثل (الخرشة، التلوين، الكتابة الأولية، التعبير الجسماني، التعبير الشفاهي والاستقلالية).

يخضع البرنامج لتقييم متواصل من أجل إدخال التعديلات الضرورية.

## 3- التدخل في المؤسسة المختصة:

يخضع وضع الطفل في المؤسسة المتخصصة لمجموعة من المعايير هي:

- 1- طبيعة ودرجة التخلف الذهني.
  - 2- قرب المؤسسة
  - 3- احترام اختيار الآباء الذي يتعين أن لا تتعارض مع مصلحة الطفل.
- يتم إعداد برنامج التكفل وتطبيقه وتقييمه من طرف الفريق المتعدد التخصصات بمشاركة الأولياء.
- من أشكال التكفل داخل المؤسسة المتخصصة (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

## 3-1: التكفل الخارجي:

يلتحق الطفل بالمؤسسة وفق البرنامج الخاص بالتكفل المتعدد التخصصات، يحظى كل طفل بتكفل فردي (برنامج خاص) أعد من طرف مختلف المتدخلين ويقوم على الاستثارة الحسية والنفسية الحركية اللفظية والتفطير.

يلتحق الطفل بالمؤسسة للاستفادة من حصة أو عدة حصص أسبوعيا وفق البرنامج الذي تم إعداده.

### 3-2: التكفل بالمؤسسة:

يخص التكفل المؤسستي الأطفال المتخلفين ذهنيا من 0 إلى 5 سنوات، الذين يستفيدون من برنامج فردي مكيف مع حاجات الطفل الخاصة. ويدعم الآباء النشاطات التربوية والبيداغوجية والعلاجية بعد عملية تأهيل ومشاركة فعلية داخل المؤسسة.

من هنا يتبين لنا أن التكفل له عدة أوجه حيث يقوم المسؤولون و العاملين في ميدان التربية الخاصة بإعداد برامج مختلفة تبعا لحالة الأطفال و الوضعية الاقتصادية و الثقافية لأولياهم، وهدفهم المشترك هو أن يحظى الطفل المعاق عقليا بالتربية الخاصة في سن مبكرة قدر الإمكان، سواءً بالمنزل أو المركز أو المؤسسات المتخصصة أو حتي من خلال حصص تدعيمية خلال الأسبوع، وذلك لفعالية التكفل المبكر في تربية و تأهيل هذه الفئة.

### 3-3: تهيئة الفضاء داخل المؤسسة المتخصصة:

لأجل تسهيل التكفل المؤسستي، يتعين تهيئة فضاء الطفل المتخلف ذهنيا، للسماح له بالتنقل في مختلف الفضاءات (ركن ماء، ركن الرمل، ركن دمي، ركن الحدوثة، ركن المراب، وركن الاسترخاء) وتناوب مختلف النشاطات، اللعب استخدام العتاد التربوي وترتيبه، دون تجاهل فضاء الاسترخاء الذي يسمح للطفل الاستراحة وتجديد طاقته. كما يتعين تخصيص فضاء الإنجازات وإنتاج الأشغال الشخصية للأطفال المتخلفين ذهنيا (رسم، تخطيط، أشغال يدوية ... الخ) من أجل:

- دعم الشعور بالانتماء للمؤسسة المتخصصة.
- تثمين المجهودات المبذولة من طرف كل طفل، واستعمالها كدعائم أثناء النشاطات البيداغوجية.
- تنمية معنى المسؤولية عند الطفل المتخلف ذهنيا.
- جعل الفضاء ذو وظائف متعددة، ووضع حد للملل السائد فيه (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

### 3-4: تشاور الفرقة المتعددة التخصصات:

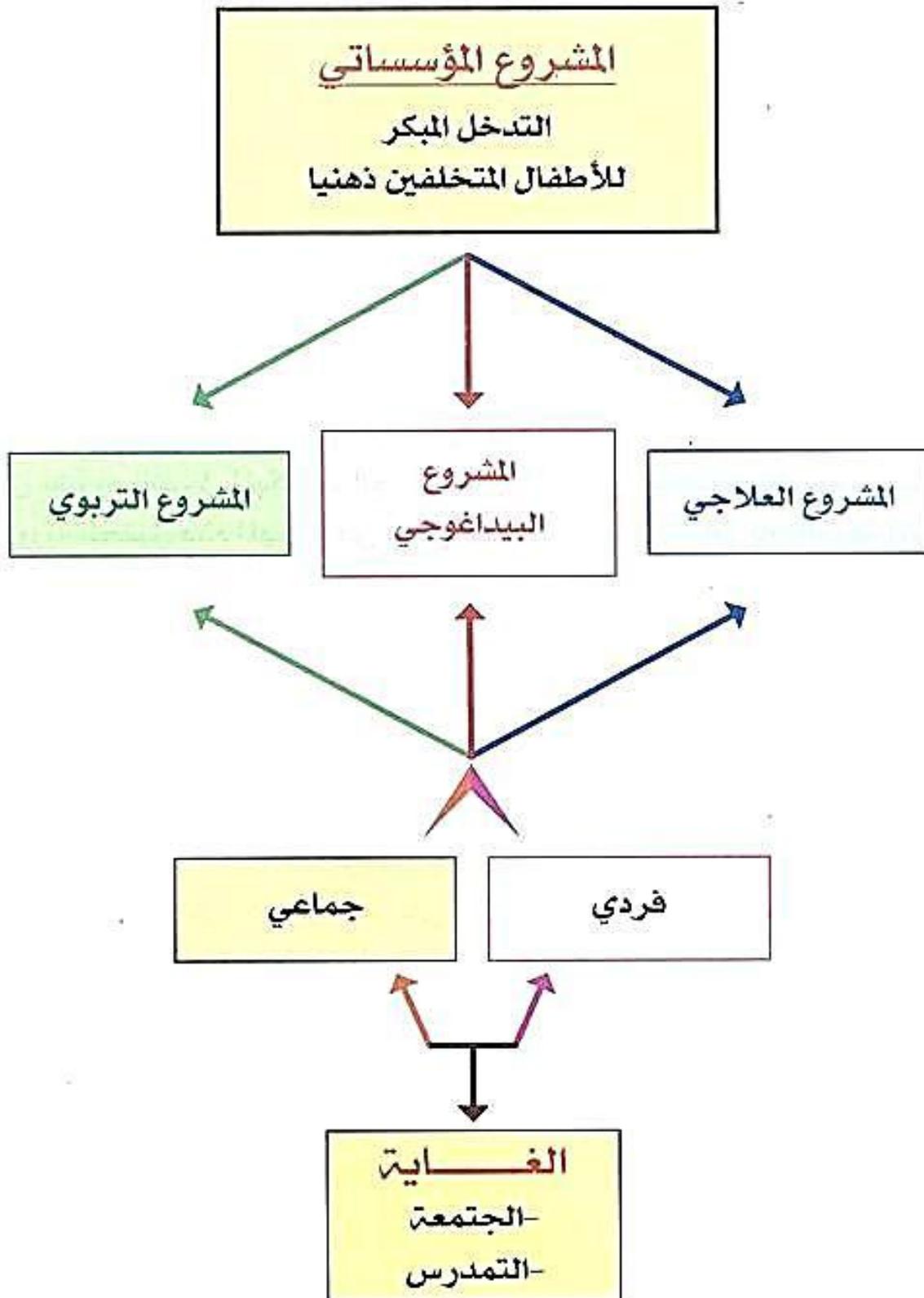
تعد المشاركة الفعلية والدائمة لكل الفرقة المؤسستية أساسية لأجل إنجاح تطبيق مشروع التدخل المبكر لصالح المتخلفين ذهنيا، إذ يضمن ذلك توفير الشروط الضرورية لتحقيق هذه المهمة ومن ضمن هذه الشروط، التشاور بين الفرقة المتعددة التخصصات. إذ أن هذه الأخيرة مدعوة لتخصيص فترة للتشاور والتبادل والتحاور في إطار غير رسمي في بداية ونهاية الأسبوع بهدف:

- تعزيز علاقة جيدة بين أعضاء الفريق المتعدد التخصصات والأطفال المتكفل بهم.
- تجاوز بعض العراقيل المرتبطة بالعمل المؤسساتي، مثل: عدوانية الآباء البارزة في علاقاتهم مع المؤسسة وفي معيشتهم الأليم للإعاقة.
- الصعوبات التي تكون لها آثار على علاقات أعضاء الفرقة المتعددة التخصصات فيما بينهم والمرتبطة بطبيعة المهام وبالصعوبات المادية، وفضاء التكفل و وسائل الاستثارة.
- طرح الصعوبات الناتجة عن تطبيق بعض المشاريع الفردية أو الجماعية.

### 3-5: الشراكة مع الجمعيات والقطاع الخاص:

إنشاء مؤسسات متخصصة تابعة للجمعيات وللقطاع الخاص في مجال التربية المبكرة الخاصة بالمتخلفين ذهنيا من أجل التنويع في أشكال التكفل المبكر.

تمارس الوصاية البيداغوجية على هذه الجمعيات على المستوى البيداغوجي والعلاجي (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).



### III- المشروع المؤسساتي

يعبر المشروع المؤسساتي عن الرغبة في التغيير الذي يستهدف استثمار التجربة المؤسساتية لأجل تفعيلها ومواجهة النقائص الملاحظة من طرف المهنيين المتعلقة بالتكفل المتأخر للطفل المتخلف ذهنيا مما يطرح ضرورة التكفل المبكر.

إذ يعد المشروع المؤسساتي نتاجا لتفكير حول البرنامج المؤسساتي والذي يندرج ضمن مسلكا عاما يوجه أساسا نحو الإدماج العائلي والمدرسي والاجتماعي كما يعبر عن إرادة الفرقة المتخصصة في السعي لتلبية حاجة الفئة المتكفل بها.

لذا فان تجسيد أهداف مشروع التكفل المبكر رهين بعدة عوامل:

#### 1- التنظيم

ينظم كل فضاء من فضاءات التكفل تبعا لأشكال التدخل المتنوعة لتحقيق الأهداف المسطرة في المشروع الفردي أو الجماعي.

#### 2- الوسائل المستعملة

##### 1-2 البشرية:

يعد دور مختلف المتدخلين مهما نظرا لما يقدمونه من دعم خلال مرحلة تصميم مختلف المشاريع (تربوية، بيداغوجية، وعلاجية) وعند تطبيقها في شكلها الفردي و/ أو الجماعي.

##### 2-2 الوسائل المادية والتعليمية:

تسمح بتنمية قدرات الطفل الذي يبلغ من العمر أقل من 5 سنوات، وتجسيد مختلف البرامج.

- ينبغي تكييف هياكل الاستقبال للتكفل بالرضع والأطفال (من 3 إلى 5 سنوات)

- توفير الوسائل المادية لصالح المتدخلين المكلفين بالاستئارة والتفطين والتربية وإعادة التربية الحسية الحركية، بالإضافة إلى وسائل التقييم منها - مختلف الروايز المناسبة ويتم هذا الانجاز في إطار عمل الشركة مع العائلة والجمعيات وأخرى.

أما تقييم العمل المنجز فيكون على المدى القصير، المتوسط، والبعيد (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

#### IV- التدخل المبكر

تقوم الغاية من التدخل المبكر على تطوير مكتسبات الطفل النفسية الحركية واللغوية والمعرفية والاجتماعية والاستقلالية إذ يتعين أن يستجيب المشروع في أشكاله المختلفة (فردية و/ أو جماعية) للحاجات الخاصة بالطفل ومعيشه.

يستفيد الأطفال في الفضاءات الثلاث (البيت أو الحضانة ورياض الأطفال والمؤسسة المتخصصة) من المشروع الفردي أو الجماعي في أبعاده العلاجية البيداغوجية والتربوية.

يتم إعداده والتفاوض حوله وتطبيقه وتقييمه بمشاركة مختلف الفاعلين المعنيين به وهم الطاقم الطبي والشبه طبي منهم الممرضين والمدلكين ومصححي النطق والمكلفين بالتغذية والنشاطات والمربين والمربين المختصين والمساعدين الاجتماعيين والمختصين في النفسية الحركية.

#### 1- الوسائل:

##### 1-1 الملاحظة:

في إطار تطبيق مشروع التدخل المبكر تشكل الملاحظة طريقة ووسيلة في آن واحد، فهي طريقة التعرف على حاجات الطفل والسهر على الإحاطة بأولويات هذا الأخير بالاعتماد على خصائص الوسط العائلي (ظروف المعيشة، مرتبة الطفل في الأسرة) كما تعتمد كوسيلة لأجل تحديد إمكانيات الطفل لذا يتعين على الفريق المكلف بإدارة مشروع التكفل المبكر، السهر على مساهمة الملاحظة في تناسق نظرة مختلف الفاعلين الذين شاركوا في عملية التربية المبكرة. وذلك من خلال التحكم في التدرج الضروري حسب مراحل متسلسلة بما فيها:

- المشاهدة التي تتطلب وعي الفرقة بأن الطفل موجود ويتميز بخصائص مماثلة ومختلفة عن خصائص أقرانه.
- التعرف الذي يفرض تشخيص الطفل سواء كان يعرفه الفريق أو لا.
- التقدير لأجل التعرف على خصائص الطفل، إمكانياته وحدوده.
- التقييم الذي يركز على العمل بمجموعة معايير وهي (السن والجنس وطبيعة ودرجة التخلف الذهني) (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

## 1-2 التقييم بأشكاله المختلفة:

### التقييم الأولي:

تساهم الملاحظة في الإحاطة بمؤهلات الطفل وصعوباته بالإضافة إلى مقارنة معيش الآباء بالاعتماد على وسائل سمعية بصرية (كاميرا- سلم التقييم لبرينات، ليزين، كولومبيا، بورلي وبيني سيمون) وسائل بالمختص النفسي، والحركي ومصحح السمع.

### التقييم المتواصل:

يقوم على تقدير تطور ونمو الطفل في مستوى (فكري وحسي حركي واجتماعي وعلائقي وعاطفي) و/ أو تفهقر محتمل.

## 2- مشاريع التدخل المبكر:

### 1-2 المشروع العلاجي:

يقوم المشروع العلاجي على مقارنة الطفل وفق مسلك متكامل ومتناسق من أجل التخفيف والإحاطة وتجاوز الصعوبة ذات الطابع العضوي النفسي والعلائقي لتحقيق نمو شخصيته بطريقة متناسقة وكذا كفاءاته الاجتماعية.

### 2-2 المشروع التربوي:

يقوم على نشاطات الاستثارة والتفطين (كالتربية النفسية الحركية والحسية الحركية والجمعة و اللعب وذلك أثناء القيام بمختلف النشاطات.

ويتعين تثمين النفسية العاطفية لاستثارة قدرات الطفل المتخلف ذهنيا وتنمية المبادرة لديه (الغسل اللباس، الحلاقة، الأكل، التنقل في الفضاء، التزير، التشبيك.) (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

## 2-3 المشروع البيداغوجي:

يخص الأطفال الذين يتميزون بقدرات معرفية بارزة ينبغي تطويرها عبر النشاطات البيداغوجية الأساسية مثل: الخريشة، الرسم، الطلاء بالأصابع ونشاط التصنيف، الدمج والفرز والتعرف، القصة التعبير الجسمي والشفاهي، العرائس والغناء، نشاط الإيقاع وما قبل الكتابة وما قبل الحساب وما قبل القراءة.

تهدف هذه النشاطات إلى تأهيل الطفل لتعليم مكيف يرمي إلى دمجها في وسط تعليمي عادي إذا كانت قدراته المعرفية تسمح بذلك.

## V- البرامج التربوية والبيداغوجية

### 1- أهداف برامج التدخل المبكر:

ترمي برامج التدخل المبكر إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تنمية قدرة الطفل المتابعة البصرية واستعمال مكونات المحيط.
- تعليم الطفل الانتباه للأشخاص المحيطين به.
- تنمية قدرة الطفل في تقليد الأطفال الآخرين في اللغة وفي المجال الحركي.
- تسهيل فهم واستخدام اللغة (نظرة العين، الكلام، الحركة...) إلى جانب دعائم أخرى (كالصور).
- تنمية قدرة الطفل في استعمال الألعاب بطريقة مناسبة.
- تنمية قدرات الطفل على فهم قواعد الألعاب الجماعية.
- تسهيل التفاعل بين الطفل و أقرانه ومع المتدخل.
- تنمية قدرة الطفل على الانتباه و التقليد والتواصل مع الأشخاص المحيطين به.
- تنمية قدرة الطفل في فهم الإرشادات المقدمة من طرف المتدخل.
- تنمية قدرة الطفل في طلب المساعدة والتعبير عن صعوباته.

### 2- البرنامج التربوي والنفسي الحركي للأطفال من 0 إلى 3 سنوات:

يتم التكفل بالأطفال ما بين 0 إلى 3 سنوات في البيت في جل محاوره ويتم توجيه الآباء من طرف الفرقة المتعددة التخصصات وفق للمشروع التربوي والعلاجي الفردي الذي تم إعداده لأجل غاية الاستثارة النفسية الحركية وتنمية قدراته النفسية والعاطفية.

فالنشاط البدني أساسي في التنمية الجسدية والذهنية والانفعالية لدى الطفل ويتضمن ما هو ملازم له أي النشاط الفكري. كما أنه عبر جسمه يدخل الطفل في علاقة مع العالم الخارجي ويبقى على الأحاسيس والمدرجات البصرية واللمسية والسمعية.

لذا فالنشاطات الجسمية تسمح باكتشاف الواقع والأحاسيس والمدرجات التي تساهم في تكوين شخصية الطفل (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

يتعين على الراشد (مختص نفسي حركي أم أولياء الطفل) ربط الاستثارة الحسية الحركية مع الوظيفة اللعبية والعلاقة الديناميكية.

في البداية تكون الاستثارة النفسية استثارة مدعمة من طرف الراشد الذي يعتبر عنصراً أساسياً في النشاط الذي يقوم على:

- استثمار لمسية بالدرجة الأولى.
  - تنمية النشاطات الحركية العامة.
  - تنمية النشاطات الحركية الدقيقة (المسك).
  - يعزز أيضاً تنمية القدرة على البناء والإبداع الخيالي.
  - تنمية العلاقات العاطفية والاجتماعية.
- يتعين أن يستفيد كل طفل من برنامج فردي مكيف مع مستوى نموه واضطرابه وصعوباته.  
تحدد الخطوط العريضة للعمل المطلوب مع الأطفال وكذا المتابعة و التقييم.

### 3- برنامج التربية اللفظية للأطفال من 0 إلى 3 سنوات:

يعد التكفل السمعي اللفظي المبكر لصالح المتخلف ذهنياً منذ الأشهر الأولى من حياة الطفل ضروري وبالأخص أسس اللغة والسلوك اللفظي والسمعي إلى جانب التصدي لصعوبات التغذية والوقاية من اضطرابات النطق الناتجة عن التشنج الذي يلحق بالفم والفك.  
ولإنجاح عملية التكفل يتعين التنسيق بين الآباء والمصحح للنطق.

ميادين التدخل اللفظي المبكر:

#### 3-1: مرافقة الآباء: تشجيع الآباء على:

- اعتماد موقف إيجابي.
- محاربة الإفراط في الحنان.
- تشجيع العلاقات مع المحيط الخارجي.

- تحقيق التدريب المثير للتواصل الشفوي (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).  
**3-2: التركيز على المكتسبات الأولية:** يركز التواصل الجيد على مكتسبات الطفولة المبكرة. وتنمية التواصل الغير لفظي (إيمائي) (السن 0-1 سنة).

يتعين منذ الأيام الأولى من الولادة الدخول في علاقة مع الطفل بكل الوسائل (الابتسام، الكلام للمس).

- الإدراك والتمييز السمعي:

- تحسيس الطفل بمحيطه السمعي، حيث تقدم له ألعاب صوتية وبتكبير الأصوات المعتادة لمعرفة إذ كان الطفل يستجيب أم لا للمذياع والهاتف والمنبه.

- حث الطفل على الاستجابة للأصوات التي تحيط به (الصراخ الصادر من الحيوانات، محرك رياح...).

- الإدراك والتمييز البصري:

- متابعة شيء بالعين.

- ترتيب أشياء متتابعة.

- وضع صور متماثلة مع بعض.

- جمع شيء ما مع صورة.

-التنسيق الزمني والمكاني.

#### ❖ الأهداف

التدرب على النطق والصوت.

**1- تدريب الطفل منذ الصغر (سنة) على التحكم في الفم ويهدف ذلك السماح له ب:**

- التحكم في اللعاب.

- عدم إخراج لسانه.

- المضغ الجيد ثم النطق لاحقاً.

يتحقق ذلك عبر تمارين لمهارات الفم والوجه عبر التقليد والدلك الداخلي والخارجي للفم.

ولأجل الوصول إلى صوت واضح لا يكون حاداً ومستخرجاً من الأنف. يتعين أن يكون لديه تنفس جيد

بهدف:

- دعم التنفس والمقوية العضلية للشفيتين والفكين.

- تهذيب التنفس.

- تعزيز التنفس عبر الأنف.

- تدريب الطفل على تكرار الحروف السهلة وتتنوع الشدة، ثم المقاطع السهلة.

- السير:

لتحقيق هذه الأهداف يتعين تدريب الطفل عبر اللعب على إطفاء الشموع اللعاب بالقطن، الصابون

المزمار، سفارة، وتناول مشروبات (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

#### ملاحظة:

في كل حصة يقوم المربي بتسمية أجزاء الوجه، وتوضيح حركات الشفتين وكأننا نتعامل مع طفل أصم ويتطلب الاعتماد على حركات تدعم كل صوت، لأجل تمكين الطفل من تكراره واستدخاله.

#### 4- برنامج التربية النفسية الحركية للأطفال ما بين 3 إلى 5 سنوات:

تندرج التربية النفسية الحركية للطفل متخلفاً ذهنياً في المشروع البيداغوجي الذي يتم إعداده من طرف الفرقة المتعددة التخصصات بمشاركة الأولياء إذ يتم إشراكهم في عملية التعلم.

ونظراً للتأخر العام للطفل وصغر سنة، يصعب إقامة علاقة معه في البداية، مما يتطلب التأكيد على أهمية الموقع الذي يحتله الآباء كحلقة في التدخل المبكر تجاه الاضطرابات الأدائية. ويهدف إرشاد الآباء والتخفيف من قلقهم. فكل تمرين يقترح على الطفل يستوجب شرحه للآباء فيما يخص آلياته وأهدافه.

فالتربية النفسية الحركية لا تحقق أهدافها إلا إذا تمكن فريق العمل من تحقيق المشاركة الفعالة للآباء في عملية التكفل.

وتجدر الإشارة أن التربية النفسية الحركية حتى وإن اتجهت في مسعى إعادة التربية للاضطرابات السلوكي ضمن عملية كلية لنمو الفرد.

وتكمن خصوصيتها في أنها تعتمد على الجسم كوسيلة تواصل والتفهم والتفكير والتدخل. ويعتبر الحور الجسماني النمط الأول للتواصل الذي نعرفه عند الولادة.

ترتكز التربية النفسية الحركية المبكرة لصالح الطفل المتخلف ذهنياً أساساً على النشاط اللعاب الحر والنصف موجه.

يقترح على الطفل وضعيات قابلة لتجديد باستمرار، والتي يكون فيها عبر استثماره للفضاء الذي يوجد فيه. والتعامل مع الوسائل التي توضع في متناوله: وسائل صغيرة لا تشكل خطر على الطفل وتمكنه من الاستعمالات المتعددة.

يتجه المتخلف ذهنيا عادة إلى تكرار ما قام به بنجاح وذلك لأنه يشكل عامل لطمأنته، إلا أنه يمكن أن يكون مصدر ركود من خلال ما سبق، يتعين إدخال متغيرات تصبح مصدر مشكلات على الطفل للبحث عن حلها.

من خلال هذه المقاربة يشترط الاعتماد بالدرجة الأولى على الملاحظة والإصغاء للطفل للوقوف على التكيف والتعرف على جسمه، ثم التعرف على ذاته، ومعرفة استعماله، التنقل الحركة التوجه في الفضاء واستخدامه في التواصل مع الغير (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

أثناء الاستعمال يرجى استنارته وحثه على الاستجابة بفضل مختلف الاحتمالات التي تمنحها الوسائل التي وضعت تحت تصرفه، حيث يكتشف في كل لحظة متعة جديدة. وبمساعدة الراشد الذي يصاحبه بالكلام والحركة والإشارة، يتمكن الطفل من إعطاء مدلول لما يقوم به.

أثناء إعادته يحث الطفل على الوعي باستقرار الشيء وفي كل الوضعيات تكون المتعة موجودة، لأن الرغبة هي العنصر المحرك الذي يحفز الطفل ويدفعه للاستمرار ما بعد ذلك.

#### سير الحصص النفسية الحركية

تحتل تهيئة الفضاء مكانة أساسية في وضع آليات التكيف والتصرف عند الطفل.

يتعين أن تكون القاعة مريحة، ولا تحتوي على وسائل يمنع الطفل من لمسها. تتوزع الحصص على ثلاث فترات:

#### الفترة الأولى:

- دخول الطفل للقاعة.
- اكتشاف القاعة ووسائل العمل والشخص الذي يتواجد بها.
- كيفية استغلال الطفل لكل هذه المكونات.

#### الفترة الثانية:

- يدخل الراشد مع الطفل تبعا لتفرغ هذا الأخير بالاعتماد على الطريقة النصف موجهة أو الحرة، لأجل مرافقة الطفل فقط.

#### الفترة الثالثة:

- تقليل وتيرة العمل، الرجوع إلى الهدوء وإعادة ترتيب الوسائل بمشاركة الأطفال.

5- برنامج التربية اللفظية للأطفال من 3 إلى 5 سنوات:

تطوير الكلام و اللغة

- يرتبط الكلام بالإيقاع، لذا يتعين التدريب على الإيقاع بشكل عام
- الرقص الإيقاعي
- ضرب على الطبل
- إعادة حصة سمعية السابقة، ومعرفة التوقف.
- التدريب عن مفاهيم المدة، الاستمرارية، التمييز السمعي (المشي وفق صوت الطبل والتصفيق).
- التحفيز للتعبير الشفاهي (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).
- إثراء لغة الطفل بتسمية الأشياء وصور بالاعتماد على تفكيك مقاطع الكلمة.
- طرح باستمرار على الطفل الأسئلة التالية:
- ما هذا؟ (كأس)
- ماذا أفعل (أشرب)
- و لما يتم اكتساب الفعل والاسم يتم إدراج الصفة، الربط بين كلمتين ثم جمل.
- دعم عملية تذكر الأحداث و إثراء المفردات.

6- البرنامج التربوي والبيداغوجي للأطفال من 3 إلى 5 سنوات:

الهدف:

يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة الطفل ل:

- تنمية قدراته الحسية
- تنمية قدراته اليدوية
- تنمية قدراته الحركية
- تنمية قدراته الفكرية

المحور الأول: الوعي بالجسم والذات

يستهدف تمكين الطفل إدراك جسمه وجنسه وذاته وهويته.

### المحور الثاني: التربية الحسية

يسمح للطفل باستخدام حواسه الخمس:

1- **السمع:** تمكين الطفل من تنمية قدراته اللغوية بالتعرف على مختلف الأصوات:

(الإنسان و الحيوان و مختلف وسائل النقل الخ...)

2- **البصر:** تمكين الطفل المتخلف ذهنيا من التعرف على مختلف الأشياء واستعمال المجال البصري.

3- **الذوق:** تمكن الطفل من التعرف على مختلف الأذواق المألوفة (مالح، حلو، مر، حار).

4- **الشم:** يسمح للطفل المتخلف ذهنيا التعرف على الروائح المعتادة (صابون، روائح، جافيل... الخ)  
(دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

5- **اللمس:** تمكن الطفل من التعرف على الأشياء من خلال اللمس (ناعم، خشن، ساخن، بارد مبلل، جاف... الخ)

### المحور الثالث: التربية الاعتيادية

يهدف هذا المحور لدعن استقلالية الطفل من خلال:

- النظافة الجسمية.
- تدريب الطفل على الذهاب بمفرده للمرحاض وطلب ذلك.
- النظافة الجسمية: تعليم الطفل القيام بالغسل لوحده.
- اللباس: تمكن الطفل من ارتداء ملابسه (حذائه، جواربه، سرواله، قميصه).
- تمكن الطفل من نزع ملابسه (حذائه، جواربه، سرواله وقميصه).
- تمكن الطفل من فك وتركيب الأزرار.
- تمكن الطفل من التشبيك.

### التغذية:

- تعليم الطفل مسك الملاعقة، عملية المضغ والبلع، مسك الكوب و الشرب.

### المحور الرابع: النشاطات الفكرية

- تمكن الطفل من استعمال الكلمات بطريقة جيدة
- تمكن الطفل من التعرف الجيد على المحيط

- تنمية قدراته المعرفية من خلال معرفة الألوان الأساسية وفرزها:

أحمر ---- أزرق

أحمر ---- أصفر

من خلال التعرف على اللون و تسميته.

- معرفة اللون الأحمر، الأزرق و الأصفر و تسميتهم.

معرفة الأشكال: عن طريق الفرز

- فرز المربع والدائرة، المربع والمثلث، الدائرة و المثلث.

من خلال التعرف و التسمية.

- التعرف على المربع، الدائرة، المثلث و تسميتهم (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة،

2015).

ملاحظة: عند تطبيق النشاطات يعتمد على التماثل في التربية الفكرية.

- التفرقة بين الكبير والصغير، بين الطويل والقصير.

المحور الخامس:

التربية النفسية الحركية:

- تسمح للطفل بمعرفة هويته وتطوير الحركة العامة والدقيقة.

- تنمية مدلول التوجه المكاني الزماني عند الطفل.

- اكتساب صورة الجسم وفق المراحل التالية:

1)مرحلة التعرف على الوجه:

- التخطيط

- رسم الوجه على الماء واستعمال الأصابع بإتباع مختلف أجزاء الوجه (العيون، الفم)

- رسم الوجه على المرآة بأصابع مبللة

- رسم الرأس في السبورة بالطباشير

- تشكيل مختلف أجزاء الوجه بالعجينة

- رسم مختلف أجزاء الوجه بقلم على ورقة

2)المرحلة الحسية الحركية:

يعي الطفل أطراف الجسم المختلفة مع تسميتها

### 3) مرحلة التمييز البصري:

تمكين الطفل من التعرف على نفسه في المرآة

### 4) مرحلة التفكيك:

تفكيك وإعادة تركيب الرجل المفكك.

### نشاطات الحركة العامة:

ترمي إلى اكتساب الإحساس بالمعيش الجسدي عبر: تمارين مثل الزحف والتدحرج على الأرض المشي والجري (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

### نشاطات الحركة الدقيقة:

ترمي إلى تنمية المهارات اليدوية (أصابع)

- تمزيق

- تكوين كرات صغيرة بالعجين

- استعمال أشياء صغيرة (عدس ... الخ)

- استعمال الخيط والإبرة

- الطي

- التقطيع

### تمارين التوازن السكوني والديناميكي:

يسمح للطفل اكتساب الحركات الضرورية لتحقيق التوازن مثل:

- الوقوف على رجل واحد، القفز، الجري و الدفع ... الخ

### التخطيط:

- يهدف إلى تمكين الطفل من مسك القلم، التحكم في الحركة الدقيقة، اكتساب مفهوم الشكل عن طريق الخريشة، التلوين في فضاء غير محدد و رسم خطوط في مختلف الاتجاهات.

### ما قبل الحساب:

تهدف إلى اكتساب الطفل مفهوم العدد والكمية عن طريق اللعب والنشاطات التربوية بالاستناد على

مكونات الجسم (عينان، أذنان، يدا...).

### تمارين التنسيق العام:

يهدف إلى تمكين الطفل من التعرف الجيد على الجسم وتمثيله في الفضاء.

### التربية التعبيرية:

تستهدف تنمية التعبير الشفاهي عند الطفل وتحسين نطق الحروف بالإضافة إلى إثراء لغته.

### المحور السادس:

النشاط البدني المكيف: يرمي إلى حث الطفل على:

- اكتساب التنسيق الحركي
- مساعدة الطفل على تنمية مؤهلاته الحركية
- تنمية شخصية الطفل
- دفعه إلى اكتساب الثقة في قدراته الحركية من خلال نشاطات لعبية ورياضية (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

### المحور السابع:

الأشغال اليدوية: يرمي إلى تنمية الحركة الدقيقة عند الطفل

- التنسيق البصري والحركي
- التذوق الفني
- باستخدام نشاطات التقطيع، اللصق والقص، أشكال، تلوين، طلاء، رسم حر وموجه.

### المحور الثامن:

النشاطات الحرة: تمكين الطفل من اختيار النشاط من أجل التسلية لتحقيق الراحة النفسية وتنمية روح المبادرة.

## VI- العمل مع العائلة:

### 1- غايات وأهداف:

تعد ولادة طفل في العائلة حدثاً يضيف البهجة والسعادة على الأسرة إلى أن المولود الذي كانت تنتظره ليس كما كانت تتصوره، مما يترتب عليه اضطراب في حياة الأولياء، ويمتد التصريح بالقصور لكل أعضاء الأسرة (الإخوة والأصول) مما يترتب عليها خلل في حياته، ويعاني آباء الطفل المتخلف ذهنياً في أعماقهم معاناة ناتجة عن ولادة طفل يختلف عن ذلك الذي كانوا ينتظروه.

لذا فإن ألم الأبوين قد يؤدي إلى خلل في العلاقة العاطفية مع الطفل، التي تترجم حسب كل حالة إلى مواقف كالإفراط في الحماية أو بالعكس تكون ردود أفعال كالرفض. في هذه الحالات يقوم الإرشاد الأبوي على هدف إحداث ديناميكية عائلية تسعى إلى:

- تقديم شروحا ضرورية لفتح آفاق مستقبلية.
- معرفة إن كانت الأسرة تشعر بالإخفاق في العلاقة بين الآباء والطفل بهدف السماح بدمجه داخل أسرته.
- إرشاد الأولياء ودعوتهم إلى تجاوز نمط المعيشة السابق لهم.
- لا يمكننا تعميم الإعلان عن القصور وبالأخص حول النمط الذي ميز معيش الآباء، لذا فإن كل حالة تعتبر حالة خاصة بحيث لا يتوقف ذلك عن قصور الطفل فقط لكن الظرف العائلي الاجتماعي وحتى الثقافي والديني الخاص بكل أسرة.
- فالتبليغ عن القصور والتشوه لما يكون متأخر أو غامض أو مفاجئ في غياب الأب وعزل الطفل لذا فإن غالبية الآباء أو معظمهم يعيشون هذا التبليغ كذكرى أليمة، ولذا مهما كانت طريقة التبليغ أو مكان التبليغ عن القصور وبغض النظر عن الظرف الذي يتواجد فيه الآباء، يستدعي ذلك الاهتمام بحاجة الآباء في الإصغاء والدعم والمرافقة (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).
- لما يفتقد الآباء للمساعدة النفسية يجدون أنفسهم أمام إعاقة لا يعرفون عنها شيء من حيث طبيعتها وأشكالها المتطورة.
- لذا قد تشعر الأسرة بخيبة الأمل والإخفاق وبجرح نرجسي في غياب دعم مبكر وإرشاد ومصاحبة تتم في إطار الإرشاد الأبوي.
- لذا فالتدخل المبكر والعمل مع آباء المتخلفين ذهنياً أساسى لكون دوره يقوم على:
- 1- تعريف الآباء بطبيعة القصور وشرحه لهم.
- 2- تذليل معيشتهم المأساوي بمرافقتهم في تجاوز الشعور بالذنب.
- 3- الشروع في عمل نفسي علاجي لدعم ومصاحبة الآباء والعائلة من خلال المقابلات النفسية (خاصة مع الآباء) للسماح لهم بالتعبير مع الأخصائي النفسي عن قلقهم، وطرح أسئلتهم المتعلقة بمستقبل ابنهم. السماح لهم بالتعبير عن معيشتهم الأليم الذي يجدون فيه عسر أثناء التعبير عنه، لذا يتعين مساعدتهم وإعطاء مدلول للأحاسيس التي لا يستطيعون توصيلها.
- من خلال جماعات الحوار وديناميكية الجماعات والتي تسمح للآباء تقاسم معيشتهم مع أولياء آخرين لأجل التقليل من إحساسهم بالعزلة وعدم تثمين الذات.
- 4- إشراك الأولياء في المشروع العلاجي.
- 5- إعلام الأولياء بكل مراحل التكفل ومستوى تدخلهم وفق تطور عملية التكفل.

6- مساعدة الأولياء على تعزيز مكانة الطفل ذو القصور الذهني ضمن إخوته.

## 2- طرق العلاج النفسي:

يتدخل المختص النفسي مع الأولياء وفق طريقتين إما فردية أو جماعية حسب شخصية الآباء واختيارهم.

### 1-2: التكفل الفردي:

يقوم الإرشاد الأبوي على مقابلات مع الأولياء يتم أثناءها التعبير عن تساؤلاتهم، تسمح هذه المقابلات طيلة عملية التكفل توضيح استفسار الآباء، وتساهم في التخفيف من ألامهم ومرافقتهم في تربية الطفل (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

يسمح التكفل الفردي للآباء بتجاوز الصورة السلبية عن الذات، وإعادة تثمين دورهم لتقبل الطفل لأجل السماح له بالتطور الإيجابي. لما يكون استقبال الآباء وتقبلهم وتفهمهم باختلافهم، نلاحظ اثر ذلك تغير نوعي في سلوكهم.

في علاقة المساعدة هذه يمتته المختص النفسي عن إصدار أي حكم أدبي أو فكري.

تبرمج المقابلات وخصص الإرشاد الأبوي مرة في الأسبوع أو خمسة عشرة يوم أو شهر، تبعاً لإشكالية العائلة واضطراب الطفل.

تعد المقابلة العيادية أداة مفضلة في التكفل الفردي، كما تعتمد كطريقة للحصول على بيانات ذاتية (تاريخ الحياة، تصورات، أحاسيس ومشاعر) وتقوم المقابلة العيادية على إقامة علاقة غير متناظرة وهي عبارة عن علاقة مساعدة تتميز بالتمركز عن الحالة، بالاعتماد على أسلوب غير موجه، والسعي إلى الحياد النشط والاهتمام الصادق وإعادة صياغة الأحاسيس المعبر عنها.

لقد أظهرت ممارستنا اليومية أن على المختص النفسي أن يستعمل دائماً الطرق النصف موجهة وفي حالات لما تقتضي الضرورة طرق موجهة من أجل معرفة الطفل وأسرته قبل بداية كل تكفل فردي أو جماعي.

على المختص النفسي أن لا يتجاهل التواصل الغير لفظي بمعنى كل وسائل التواصل من إيماءات ووضعية الجسم والنظر واستثمار الفضاء وردود أفعال عصبية نباتية (العرق، فالاحمرار... الخ) والتي تنقل معلومات مهمة قابلة للتغيير.

## 2-2: التكفل الجماعي:

في ظل تعدد طرق التكفل الجماعي وتضارب التيارات النظرية، ومن هذه الطرق، يتعين على المختص النفسي اختيار الطريقة التي تلائم الآباء.

### جماعات الحوار:

تعد هذه الجماعات جماعات ظرفية ذات أهمية بالغة في المؤسسة، إذ تسمح بعلاقة منظمة داخل الفريق المتعدد التخصصات وكل الآباء (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

تضع جماعات الحوار تحت تصرف الآباء فضاء غير رسمي يساعدهم بطريقة أفضل على التعبير عن انشغالهم وتحديد اتجاهاتهم نحو الطفل والمؤسسة.

تسمح هذه الجماعات باللقاءات بين الآباء لهم صعوبات مماثلة، تمنح لهم فرص طرح تساؤلاتهم والتعبير عن قلقهم ومعيشهم.

### التحليل الوجودي:

يرى في طريقة التحليل الوجودي، أن الجماعة تمنح فرصة التقرب والتفهم المتبادل بين الأفراد حسب كارل روجرس، يكون لذلك أثر ايجابي لصالح الأفراد الذين تكون لديهم اضطرابات مصاحبة توجهه نحو الانطواء وعدم تفهم الآخرين له.

إن الجماعة التي يسودها جو التقبل، تسمح لكل طرف باكتشاف عبر الاتصال بالآخرين ما هو مشترك بينهم، وما هي الجوانب التي يقاومها، مما يسمح له ببناء ذاته بصفة تدريجية، ويساعده على تجاوز الشعور بالعزلة، لذا انه من الأهمية بمكان التأكيد على بعض المعطيات التي يتعين احترامها في التكفل النفسي بالجماعات.

أ- يتراوح عدد الفوج ما بين 8 إلى 12 فرد.

ب- تستغرق الحصة ما بين ساعة أو ساعتين تقريبا.

ج- يتعين أن يكون مكان التكفل مستقر وموعده محدد، وأن لا يكون الفضاء ضيقا أو واسعا بصفة كبيرة، أو مظلم أو مضيء بصفة مبالغ فيها حتى لا يكون مصدر قلق للمشاركين.

د- يتعين احترام السرية لأعضاء الفوج.

هـ- الامتناع عن بناء علاقات مع المشاركين.

### ديناميكية الجماعة:

تعد ديناميكية الجماعة لكورط لوين ومساعديه طريقة خاصة بالجماعات والتي تقوم على تحقيق هدف مشترك، وأن تكون بينهم علاقة صادقة، إذ يتعين أن يقتنع كل فرد بأن له دورا مهما يتعين عليه القيام به.

تعد شخصية كل فرد في ديناميكية الجماعة (التي يمكن ملاحظتها عبر الخطاب والسلوك والمواقف) في تفاعل مع الأشخاص الآخرين كأعضاء إذ يتأثر بردود أفعالهم ومواقفهم تجاهه.

يساهم التمتع النفسي والعاطفي الذي يسعى كل طرف لبنائه من خلال انفعاله ومشاركته لنسج شبكة علائقية ووجدانية غير رسمية، تمد الجماعة بهوية خاصة.

إذن تعد طرق العلاج وتتطلب التكوين النفسي لأجل التحكم فيها بصفة أفضل.

لذا فالطرق المشار إليها أعلاه، يمكن الجمع بينها كطرق علاجية جدية، التي تقوم على أن شخصية المعني وبالأخص صورة الذات تتغير عبر التبادل الشفاهي مع المعالج، مما يسمح بإدخال في شعور الفرد مضامين كانت لا شعورية قبل ذلك.

### 3- مواقف النفساني في الحصص العلاجية:

إن المختص النفسي مدعو لجعل الآباء على ثقة بأهمية هذه الحصص ومن خلال الموافقة بالإصغاء لهم وما يقولونه حول أطفالهم والصعوبات التي يواجهونها عند التعبير عن أنفسهم ومعيشتهم وما يطمحون إليه.

كما يعين التوضيح لهم بأن الآباء المتواجدين معكم والآباء الذين سوف يلتحقون لاحقا يعيشون نفس الصعوبات مع أطفالهم، ولهم انشغالات مماثلة.

- يكون الآباء مدعوون لتقاسم نفس الفضاء لعدة أسابيع وتقاسم قلقهم ألمهم وتعلم التعرف على بعضهم البعض.
- وهم مطالبون باحترام تجربة كل واحد والحرص على احترام أسرار بعضهم البعض.
- يأخذ المختص النفسي مكانة كباقي أعضاء الفوج (في الدائرة أو نصفها) يتعين عليه أن لا يتميز عن بقية المشاركين بالموقع الذي يحتله لأجل تسهيل التواصل والتفاعلات بين كل أعضاء الجماعة.
- يلعب المختص النفسي دور المسهل للتعبير، كما يتعين أن يكون ملاحظاً كفاً، قادراً على تفسير وتحليل الصمت، التردد وأوقات السكون.
- يسهر المختص النفسي على ديمومة الجماعة وعلى تقييم كل المشاركين فيها.
- يسهر المختص النفسي على تبليغ كل مشارك عن درجة تقدم الجماعة، يتدخل متى سجل انسداد أو تردد لأجل السماح لأعضاء الجماعة لتجاوزه وحثهم على التبادل فيما بينهم (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنياً، قسنطينة، 2015).

## VII - التقييم

إن التقييم جزء لا يتجزأ من برنامج التدخل، ويقوم على غاية تقدير فعالية التدخل المبكر.

### 1- مستويات التقييم:

#### 1-1- التقييم الأولي أو المبدئي:

- يدعى كل متدخل في الشروع في عملية التقييم بصفة متواصلة بالوسائل المناسبة: (الروايات وسلالم التقدير والملاحظة وشبكة التدرج والحصيلة النفسية الحركية والسمعية اللفظية) لأجل كشف المكتسبات والنقائص الخاصة بالطفل المتخلف ذهنياً، لأجل تحديد أولويات العمل الواجب القيام به.
- يتم إشراك الآباء كمصدر معلومات لأجل التقييم ويستدعي كل تقييم تعيين:
- المستوى الذي يخص مؤهلات الطفل ذو القصور الذهني عبر سلالم الذكاء ما قبل التمدرس وبالأخص روايات غير شفوية دون تجاهل الروايات الخاصة بالحركة والإدراك وسلوكيات الجماعة.
- لذا يتعين تحديد معايير النجاح التي تسمح بقياس إذ كانت الأهداف المسطرة للتكفل قد تم تحقيقاً.

## 1-2- التقييم النهائي: يتجه ل:

- التعرف على الأهداف التي تم تحقيقها.
- فعالية طرق التدخل.
- إن كان برنامج التدخل قد استجاب للحاجات الخاصة بالطفل، عبر تحديد نقاط القوة و الضعف، يتم إدراج الحلول البديلة التي تعزز التدخل النوعي، وكل متخصص مطالب بعملية التقييم باستخدام وسائل ملائمة لطبيعة التدخل والوصول للتقييم الشامل بهدف تقدير أثر التدخل المبكر على العائلة والطفل معا (دليل التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، قسنطينة، 2015).

## خلاصة الفصل:

وحيث أن التكفل المبكر يؤدي دوره ويؤتي ثماره ينبغي أن يبدأ مبكرا وخاصة في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل نظرا لأهميته الفائقة في النمو العقلي والمعرفي للطفل، حيث تؤكد نتائج البحوث أن 50% من ذكاء الطفل يتشكل خلال هذه الفترة، وأن الفترة من ثمانية أشهر حتي ثلاث سنوات تعد مرحلة هامة في النمو المعرفي للطفل (آمال، م، ي وآخرون. 2013).

على أهمية سياسة التكفل المبكر الذي يسهم في حماية الطفل المعاق عقليا من تعقيد حالته وتحد من مشكلاتها ومضاعفاتها التي يمكن أن تتراكم آثارها مع زيادة العمر الزمني للطفل في حالة غياب الرعاية المبكرة. فإن نجاحها يتوقف على مدى توفر الوسائل المادية والمعنوية والبشرية لتحقيق غاياتها، أي نجاح مشروع التكفل المبكر بالجزائر كغيرها من الدول المطبقة لهذه السياسة كفيل بمشاركة جميع المختصين في مجال تربية ورعاية الأفراد ذوي الإعاقة العقلية وأوليائهم.

# الفصل الخامس

## السلوك التكيفي

**تمهيد:**

لم تعد عملية قياس وتشخيص الإعاقة العقلية تقتصر على البعد السيكومتري نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مقاييس الذكاء التقليدية كمقياس " ستانفورد بينيه" ومقياس "وكسلر" وإنما أصبح البعد الاجتماعي أحد الأبعاد الأساسية للاتجاه التكاملي في قياس و تشخيص الإعاقة العقلية، حيث يتضمن ذلك البعد قدرة الفرد أيا كان على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة ممن يماثلونه في العمر الزمني والبيئة الثقافية.

لقد حظي السلوك التكيفي باهتمام علماء النفس في شتى نواحي الحياة الانسانية، حيث أكد العديد من العلماء العاملين في مجالات النمو والطفولة والصحة النفسية على أهمية تكيف الفرد مع المواقف والمتغيرات البيئية والحياتية المختلفة (الهابط، 1985). كما اتخذ السلوك التكيفي كمعيار للحكم على الإعاقة العقلية، حيث اعتبرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي أحد المحكات الرئيسية لتشخيص الإعاقة العقلية(الروسان، 2000).

في هذا الصدد سنتعرض للعناصر الأساسية لهذا المتغير المهم في دراستنا الحالية.

**I- الأساس النظري لمفهوم السلوك التكيفي:**

يعتبر مفهوم السلوك التكيفي من المصطلحات الحديثة التي دخت في ميدان التربية الخاصة، ففي أواسط الخمسينات من القرن الماضي استخدم هذا المصطلح في ميدان التربية الخاصة من قبل دول (Doll, 1941) ومن بعده استخدمه هيبير (Heber, 1959, 1961) وجروسمان (Grossman, 1973) وكذلك الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD, 1973, 19) وبقي هذا المفهوم شائعا حتى الوقت الحاضر(الروسان، 2000. ص48).

أما البدايات المنظمة لاستخدام هذا فتعود إلى العلوم البيولوجية التي استخدمت مفهوم التكيف للدلالة على مدى قدرة الكائنات الحية على التكيف مع العوامل البيئية والطبيعية، ثم ظهر هذا المفهوم في العلوم الاجتماعية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية كما ظهر هذا المفهوم في العلوم النفسية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف بالمعنى النفسي، والصحة النفسية، واعتبرت مظاهر التكيف النفسي دلالة على الصحة النفسية السوية في حين اعتبرت مظاهر سوء

التكيف النفسي دلالة على الصحة النفسية السوية في حين اعتبرت مظاهر سوء التكيف النفسي دلالة على اضطرابات الشخصية في تكيفها مع الذات ومع الظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية حيث اعتبرت الاضطرابات النفسية والأمراض النفسية والعقلية دلالة على سوء تكيف الفرد بالمعنى النفسي.

أما في التربية الخاصة، فقد اعتمد هذا المفهوم واعتبر متغيراً أساسياً في تعريف الإعاقة العقلية حيث اعتبر فشل الفرد في التكيف الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مظهراً من مظاهر الإعاقة العقلية، والتي قد ترجع إلى قصور في القدرة العقلية للفرد (الروسان، 2000، ص48).

### I-1- مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر البيولوجية:

تعتبر العلوم الطبية والحياتية من أوائل العلوم التي استخدمت هذا المفهوم، ومن وجهة نظر تلك العلوم فإن قدرة الفرد على التكيف البيولوجي تعني القدرة على البقاء والحياة والعكس صحيح بمعنى فشل الفرد في التكيف البيولوجي يعني العديد من المشكلات الحياتية والتي تهدد بقاءه، وما ينطبق على الإنسان ينطبق على الحيوان والنبات من حيث قدرة هذه الكائنات على التكيف، فالحيوانات القادرة على التكيف هي تلك الكائنات التي تتكيف مع الظروف المناخية وظروف التغذية، والعكس صحيح، فالكائنات التي يصعب عليها التكيف البيولوجي فإنها ولاشك تواجه مشكلات صحية ومناخية تؤدي في النهاية إلى انقراضها كما أن قدرة النبات على البقاء والعطاء مرهون بقدرتها على التكيف مع الظروف المناخية، وشروط توفر المواد اللازمة لبقائها كالماء والهواء والغذاء.

ومن وجهة النظر البيولوجية فإن الكائنات الحية القادرة على التكيف البيولوجي هي تلك الكائنات القادرة على الموائمة والتلاؤم مع الظروف التي تواجهها وخاصة الظروف الصحية والبيولوجية وتوفر الشروط اللازمة لبقائها مثل شروط التغذية والماء والهواء ومقاومة الأمراض، والظروف المناخية، ومن أوائل من أشاروا إلى قدرة الفرد على التكيف بالمعنى البيولوجي، عالم البيولوجيا المعروف تشارلس دارون ( Darwin, 1859 ) حيث عرفت نظريته باسم نظرية النشوء والارتقاء، والتي خلاصتها مدى قدرة الكائن الحي على الموائمة بينه وبين الشروط التي يواجهها وخاصة الشروط والظروف الطبيعية والمناخية، والصحية، والمرضية، وظروف التغذية، وبنجاح الكائن الحي في القدرة على التكيف بالمعنى البيولوجي يعني قدرته على تعديل وتكييف تلك الظروف وفقاً لحاجاته الأولية، ولهذا السبب ابتدع الإنسان كل العوامل والظروف التي تعمل على تكيفه بنجاح مع البيئة التي يعيش فيها (نفس المرجع، 2000، ص49).

## I-2- مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر النفسية:

ساهمت العلوم النفسية في تفسير مفهوم السلوك التكيفي من وجهة نظرها، وعلى ذلك ظهر مفهوم التكيف النفسي، ومفهوم التوافق النفسي، كما ظهرت مفاهيم أخرى تعبر عن تلك المفاهيم مثل مفهوم الصحة النفسية، وعلى ذلك يعتبر علم النفس من العلوم التي قدمت تفسيراً لمدى تكيف الفرد مع نفسه ومع البيئة التي يعيش فيها فظهرت مصطلحات الشخصية السوية، تلك الشخصية القادرة على التكيف النفسي والاجتماعي وتبدو مظاهر ذلك في:

- الرضا عن الذات وتحقيقها.
  - التحصيل الأكاديمي الناجح.
  - التوافق الأسري والاجتماعي.
  - القدرة على الإنتاج والعمل.
  - القدرة على التفاعل الاجتماعي الناجح وبناء العلاقات الاجتماعية الناجحة.
  - وضع أهداف واقعية والقدرة على تحقيقها، وغيرها من مظاهر الصحة النفسية.
- أما مفهوم الشخصية المضطربة نفسياً، فتعني فشل تلك الشخصية في التكيف مع الذات ومع الآخرين، وتبدو مظاهر الاضطرابات النفسية فيما يلي:

- أشكال الدفاع الأولية والمتمثلة في الإسقاط والإنكار والتبرير والتقمص والنكوص والكبت وغيرها من حيل الدفاع الأولية يقوم بها الفرد إزاء المشكلات النفسية والاجتماعية، حيث أشكال الدفاع الأولية حلاً ودياً لمشكلات التكيف النفسي التي يواجهها نتيجة لتفاعله الاجتماعي.
- الأمراض النفسية والمتمثلة في حالات الاكتئاب والصراعات النفسية والإحباط والقلق المرضي والمخاوف المرضية والوسواس والهستيريا والأمراض النفسية الجسمية مثل قرحة المعدة وحالات الإمساك والإسهال والصداع وضغط الدم... الخ.
- الأمراض العقلية والمتمثلة في حالات فصام الشخصية وحالات البارانويا والفصام التخشبي، وجنون العظمة أو الاضطهاد... الخ. وتعكس مظاهر اضطرابات الشخصية شكلاً من أشكال سوء التكيف والتوافق النفسي بين الفرد ومجمعه، نتيجة لعدد من الأسباب المرتبطة بالفرد نفسه، والأسباب المترابطة بالعوامل الاجتماعية المحيطة بالفرد (الروسان، 2000. ص50).

**I-3- مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر الاجتماعية:**

تعتبر العلوم الاجتماعية من أكثر العلوم التي ركزت على موضوع التكيف بين الفرد والمجتمع، ولذا ظهرت مصطلحات تعبر عن ذلك مثل مفهوم التكيف الاجتماعي ويعتبر ذلك المصطلحات مدى توافق أو تكيف الفرد مع كل المتغيرات الاجتماعية التي تحيط بالفرد والتي تمثلها مؤسسات اجتماعية كالأسرة والمدرسة ومؤسسات العمل والإنتاج، ويمكن تصنيف تلك المتغيرات إلى ما يلي:

- المتغيرات الأسرية وتشمل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي للأسرة وعدد أفرادها ومكان سكنها، والقيم والمعايير الاجتماعية الأسرية، كما تشمل نمط التربية الأسرية كالنمط الدكتاتوري والفضوي والديموقراطي.
- المتغيرات المدرسية وتشمل أنماط الإدارة المدرسية كالنمط الدكتاتوري والفضوي والديموقراطي كما تشمل أنماط الإدارة الصفية، وأساليب تعديل السلوك المستخدمة، وموقع المدرسة ومكانتها ونوعيتها، كما تشمل البرامج التعليمية والمناهج المدرسية وأساليب التدريس.
- المتغيرات الاجتماعية وتشمل القيم الدينية والاجتماعية، واللغة والعادات والتقاليد، والاتجاهات الاجتماعية، والنظم والقوانين التي تسود المجتمع.

وتبدو مظاهر التكيف الاجتماعي الناجح في توافق الفرد الأسري والمدرسي والاجتماعي في حين تبدو مظاهر سوء التوافق أو التكيف الاجتماعي في الخلافات الأسرية والتصددع الأسري، والفشل المدرسي، والفشل في مجال العمل، والشعور بالإحباط الاجتماعيين والسلوك العدواني، وقديما قبل فتنش عن الإحباط وراء كل عدوان (الروسان، 2000. ص51).

**I-4- مفهوم السلوك التكيفي من وجهة نظر التربية الخاصة:**

ظهر مفهوم السلوك التكيفي في مجال التربية الخاصة منذ أواسط القرن الماضي إذ استخدمه بتاجيه (piaget, 1950) بالمعنى البيولوجي للدلالة على قدرة الفرد على التكيف، واستمر ظهور هذا المفهوم حتى الوقت الحاضر، إذ يعتبر دول (Doll, 1953) من أوائل من استخدم هذا المفهوم في مجال التربية الخاصة، كما ساهم هيبير (Heber, 1959) وجروسمان (Grossman, 1973)، وميرسر (Mercer, 1973) والجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD, AAMR, 1983, 1993) والقانون العام رقم (146/94) والمعروف باسم "قانون التربية لكل الأطفال المعوقين" في تثبيت هذا المفهوم في

مجال التربية الخاصة وظهوره في التعريفات التقليدية والحديثة \* للإعاقة العقلية التي ركزت على بعد السلوك التكيفي ويتضمن هذا المفهوم قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وقد أدى تبني مفهوم السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية إلى ظهور مقاييس السلوك التكيفي المعروفة (الروسان، 2000. ص 52).

ويتضمن مفهوم السلوك التكيفي عددا من المظاهر، تتمثل فيما يلي:

- النضج الجسمي والتأزر البصري الحركي.
  - القدرة على التعلم والمتمثلة في تعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية والنمائية.
  - المهارات الاجتماعية والمتمثلة في التعلم مهارات الحياة اليومية والمهارات اللغوية، ومهارات معرفة الأرقام والوقت والتعامل بالنقود وتحمل المسؤولية والتنشئة الاجتماعية (الروسان، 2000. ص 52).
- وتعتبر الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR, AB) من الجهات العلمية التي أدخلت هذا المفهوم في مجال الإعاقة العقلية، وتعود البدايات في ذلك إلى الرواد الأوائل الذين ساهموا في ظهور مفهوم السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية وقياسها، ومن أوائك هيبير (Heber, 1959) وجروسمان (Grossman, 1973) وليلاند (Leland, 1973) الذين أشاروا إلى تعديل تعريف الإعاقة العقلية التقليدي المبني على المعيار السيكومنتري، وإدخال مفهوم السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية، كما ساهمت لامبرت وزملاءها (Lambert et al. 1974) في اعتبار مفهوم السلوك التكيفي متغيرا أساسيا في اعتبار الفرد معاقا عقليا أم لا وذلك من خلال قدرته على ذاته وخاصة في مهارات الحياة اليومية وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية أما ليلاند وزملاءه (Leland et al, 1967) فيؤكد على ثلاثة مظاهر للسلوك التكيفي هي: النضج، والتعلم، والتكيف الاجتماعي وتبدو هذه المظاهر في المهارات الاستقلالية ومهارات تحمل المسؤولية الاجتماعية.

وقد أكد كولتر ومورو (Coulter & Morrow, 1978) على مفهوم السلوك التكيفي واعتباره بعدا رئيسيا في مقياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، وتأكيد ذلك المفهوم من قبل القانون العام رقم 146/94 والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين:

(The Education For All Handicapped Act, 1975) وخاصة بعد الانتقادات التي وجهت إلى

مقياس الذكاء التقليدي التي لا تفسر كيف يتصرف الفرد في المجتمع أو كيف يستجيب للمتطلبات الاجتماعية كما تشير إلى ذلك لامبرت وزملاءها (Lambert et al, 1975).

أما ليلاند (Leland, 1977) فقد ركز على العلاقة المتبادلة بين متغيري الذكاء والسلوك التكيفي، وخاصة بين الأطفال الملتحقين بمراكز التربية الخاصة، وغير الملتحقين بتلك المراكز، واختلافهم في مظاهر السلوك التكيفي وتشابههم في قدرتهم العقلية، ومما يؤيد وجهة النظر تلك ما أشار إليه هلهان وكوفمان (Hallhan & Kauffman, 1977, 1994) في تأكيدهما على العلاقة المتبادلة بين الذكاء والسلوك التكيفي فالقدرة العقلية العالية لا تعني قدرة عالية على التكيف الاجتماعي، والعكس صحيح (الروسان، 2000. ص 54).

أما جروسمان (Grossman, 1977) فقد عرف مفهوم السلوك التكيفي على أنه القدرة على التفاعل مع البيئة الاجتماعية والطبيعية وقد نشر ومورو (Coulter & Morrow, 1978) كتاباً بعنوان السلوك التكيفي حيث تضمن ذلك الكتاب عدداً من الموضوعات المتعلقة بالسلوك التكيفي وخاصة الأساس النظري لمفهوم السلوك التكيفي، وقياس وتشخيص السلوك التكيفي والبحوث والدراسات التي تناولت مفهوم السلوك التكيفي وفيما يلي التعريفات التي قدمت لمفهوم السلوك التكيفي (الروسان، 2000. ص 55):

- تعريف ميرسر 1973 تفسر ميرسر مفهوم السلوك التكيفي على أنه ذلك الدور الاجتماعي المتوقع من مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية سواء كان ذلك في مرحلة الطفولة أو الشباب أو الكهولة ويتضمن ذلك المفهوم الاجتماعية المتوقعة من الفرد وخاصة قدرته على الاستجابة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية المتوقعة منه.
- تعريف ليلاند 1968: يفسر ليلاند مفهوم السلوك التكيفي بأنه القدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية والتي تبدو في ثلاثة أشكال هي:
  - المهارات الاستقلالية والتي تعني قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بنجاح حسب العمر الزمني للفرد.
  - تحمل المسؤولية الشخصية والتي تعني قدرة الفرد على تحمل كل ما يتعلق بأموره والنجاح فيها واتخاذ القرار المناسب فيها.

- تحمل المسؤولية الاجتماعية وتعني قدرة الفرد على القيام الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه بنجاح وتحمل المسؤولية المترتبة على قيامه بتلك الأدوار كما تعني النضج الاجتماعي والانفعالي عند اتخاذ القرار المناسب.

• تعريف نهيرا: 1976 يعرف نهيرا السلوك التكيفي على أنه مدى فعالية الفرد في التكيف مع بيئته الطبيعية والاجتماعية، ويتضمن مفهوم السلوك التكيفي حسب رأي نهيرا بعدين هما: الاستقلال الشخصي، وتحمل المسؤولية الاجتماعية.

• تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي السلوك التكيفي، على أنه مدى قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته الطبيعية والاجتماعية والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه النجاح مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها وخاصة متطلبات تحمل المسؤوليات الشخصية والاجتماعية باستقلالية.

ويبدو من استعراض التعريفات السابقة لمفهوم السلوك التكيفي وجود عناصر مشتركة فيها وهي:

• مدى قدرة على تحمل مسؤولياته الشخصية، وخاصة مهارات الحياة اليومية مثل مهارات تناول الطعام والصحة الشخصية وارتداء الملابس... الخ ولمهارات الاستقلالية الأخرى كالتنقل والتعامل بالنقود واستخدام اللغة في التعبير عن نفسه.

• مدى قدرة الفرد على تحمل مسؤولياته الاجتماعية المتوقعة منه، وخاصة في المراحل العمرية المتقدمة وما تتطلبه من مسؤوليات اجتماعية تتمثل في التفاعل مع الآخرين، والقيام بعمل ما يمكنه من الاستقلال المعيشي (الروسان، 2000. ص56-57).

## II- معايير السلوك التكيفي:

تضمنت الصفحات السابقة من هذا الفصل مفهوم السلوك التكيفي من وجهات النظر البيولوجية والاجتماعية والنفسية والتربية الخاصة، ولقد ساهمت علوم النفس والتربية، وخاصة علم نفس النمو، في وصف مظاهر النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي ووضع معايير نهائية تظهر تسلسل مظاهر السلوك الجسمي والعقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي، للأطفال العاديين وفق مراحل عمرية معينة، حيث اعتبرت تلك المعايير أساسا للأطفال للمقارنة مظاهر النمو لدى العاديين والمعوقين عقليا، ومن هنا تأتي أهمية دراسة علم نفس النمو لطلاب التربية الخاصة، ومن أوائل الذين ساهموا في وضع تلك المعايير النمائية للأطفال العاديين جيزيل والذي وضع جداول النمو المعروفة، 1940/1973 وأريكسون

والذي ركز على مظاهر النمو الاجتماعي ومتطلباتها وفق المراحل العمرية، المختلفة والتي ظهرت في نظريته المعروفة باسمه:

(Stages of psychosocial Development by Erickson, Erik 1963) وكذلك ماكاندلس 1967 والذي ركز على مظاهر النمو اللغوي للأطفال العاديين (Fitzgerald, et al. 1977).

تضمنت مقاييس السلوك التكيفي عددا من مظاهر النمو الجسمي والحركي واللغوي والاجتماعي والمهني، وقد تم تسلسل تلك المظاهر تبعا لتغير العمر الزمني للأطفال العاديين وعلى ذلك اعتبرت تلك المعايير النمائية أساسا في قياس وتشخيص تلك المظاهر لدى الأطفال المعاقين عقليا، إذ تفسر تلك المعايير مدى قرب أو بعد الأطفال غير العاديين عن المظاهر النمائية الطبيعية وتسلسلها لدى الأطفال العاديين وتصنف هذه المعايير إلى معايير نمائية حركية، ومعايير نمائية اجتماعية، ومعايير نمائية عقلية ولغوية وهي:

#### أولا: المعايير النمائية الجسمية والحركية:

تعتمد المعايير النمائية التالية في قياس وتشخيص مظاهر النمو الجسمي للأطفال المعاقين عقليا:

- محيط الرأس: يتراوح محيط الرأس للطفل العادي عند الولادة ما بين 28-38 سم (+33-5)، وعلى ذلك تعتبر حالات صغر حجم الدماغ وحالات كبر حجم الدماغ وحالات استسقاء الدماغ حالات نمو غير عادية مقارنة مع ذلك المعيار النمائي.
- الوزن عند الميلاد: يتراوح وزن الطفل العادي عند الولادة ما بين 2,5 - 3,5 كغم (3 كغم + 500 غرام) وعلى ذلك يعتبر الأطفال الخداج (أقل من 2,5 كغم) والأطفال الذين أوزانهم عن 3,5 كغم أطفالا غير عاديين مقارنة مع ذلك المعيار النمائي.
- الطول عند الميلاد: يتراوح طول الطفل العادي عند الولادة ما بين 35 سم - 55 سم (50سم + - 5 سم)، وعلى ذلك يعتبر الأطفال الذين تقل أو تزيد أطوالهم عن ذلك المعيار غير عاديين من حيث الطول عند الولادة.
- المشي: يمشي الطفل العادي في عمر يقارب السنة وفي مدى عمري يتراوح ما بين 9 أشهر إلى 15 شهر (12 شهر + - 3 أشهر) وعلى ذلك تعتبر حالات الأطفال الذين لا يمشون في هذا المدى العمري، أطفالا غير عاديين مقارنة مع ذلك المعيار النمائي (الروسان، 2000. ص58).

- مظاهر النمو الحركي العامة:

الجدول رقم (1): يمثل تسلسل مظاهر النمو الحركي منذ الميلاد وحتى عمر ست سنوات، كما يذكرها زهران (1995)، والروسان (1991) (الروسان، 2000. ص59-60).

العمر بالشهر	مظاهر النمو الحركي
0	وضع الوليد ( انبطاح على الوجه)
1	يرفع رأسه
2	يرفع صدره
3	يصل بيديه إلى الشيء ولكن لا يلمسه، يرفس بقدميه
4	يجلس بمساعدة الغير
5	يجلس بدون سند ويمسك الأشياء، يلتقط الأشياء، ينقل الأشياء من يد لأخرى.
6	يجلس على كرسي وحده ويمد يده ليلمس الأشياء ويضع معظم ما تصل إليه يده في فمه.
7	يجلس وحده
8	يقف بمساعدة الغير
9	يحاول الوقوف مستندا إلى الأثاث
10	يجبو
11	يمشي بمساعدة الغير
12	يقف مستندا إلى الأثاث يمسك بالكوب يشرب يرسم خطوطا عشوائية بالقلم
13	يتسلق السلالم
14	يقف وحده
15	يمشي وحده
16	يبني برجا من مكعبين
17	يقذف بالكرة
18	يقذف بالكرة في صندوق، يبني برجا من ثلاث مكعبات، يعتلي كرسي
العمر بالشهر	مظاهر النمو الحركي
19	يعتلي كرسي
20	يصعد وينزل السلالم بمساعدة الغير

21	يمشي تحت الإشراف في الخارج، يمشي للخلف
22	بركل الكرة بقدميه
23	يقلب صفحات الكتاب
24	يركض، يقلد الخطوط، يصعد السلالم وحده، يضع ثلاث قطع خشبية (دائرة، مربع، مثلث) في أماكنها الصحيحة في لوحة خشبية يبني برجاً من ست مكعبات، يحاول طي الأوراق
30	يصعد وينزل السلالم وحده يبني برجاً من (7) مكعبات، يقف على رجل واحدة، يقلد خطأ أفقياً.
36	يستخدم القلم، يقلد رسم دائرة، يطوي قطعة ورق رأسياً وأفقياً، يجري بسرعة، يستدير بزاوية حادة، يقف وقوفاً مفاجئاً، يمشي على أطراف أصابعه، يركب الدراجة ذات الثلاثة عجلات، يبني برجاً من (10) مكعبات.
48	يقلد الرسم، يتبع ممرات الطرق المرسومة، يزرر الأزرار، يقفز أثناء الجري، يطوي ورقة مربعة إلى مثلث، يرسم دائرة، يرسم علامة (+)
60	يقلد رسم مثلث، يقلد رسم مربع، يربط الحذاء، يرسم صورة إنسان بسيطة.
72	يقلد رسماً معيناً.

ثانياً: المعايير النمائية اللغوية:

الجدول رقم (2): يمثل تسلسل مظاهر النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين، وتعتبر هذه المظاهر معايير نمائية يمكن الاعتماد عليها في مقارنة الأداء اللغوي للطفل المعلق عليها كما يذكرها زهران (1995) (الروسان، 2000، ص 61-62).

العمر بالشهر	مظاهر النمو اللغوي
0	صراخ غير منتظم وتير بدون سبب
1	أصوات وصراخ عند الشعور بالجوع أو الألم أو عدم الراحة
2	أصوات من مقطع واحد + تغيرات الوجه
3	ابتسام وضحك فاتر + أصوات تدل على السرور + بداية المناغاة
4	ضحك بصوت عال + مناغاة
5	ضحك بصوت + صياح

6	أصوات بسيطة يقلدها + التعبير عن السرور بالصياح
7	أصوات متعددة المقاطع
8	مقاطع مفردة (دا - كا ... الخ)
9	ماما + بابا + يقلد الأصوات
10	الكلمة الأولى
11	تقليد الكلمات البسيطة + فهم الإشارات
12	فهم معاني بعض الكلمات بالارتباط + الاستجابة للأوامر البسيطة التي يصاحبها الإشارة + عدد من الكلمات لا يزيد على أصابع اليد الواحدة
15	الكلمات الأولى معظمها أسماء مما يوجد في البيئة + مرحلة الكلمة الجملة عدد المفردات حوالي 20
18	الأفعال + الصفات + ظروف الزمان والمكان (أشياء مألوفة) تكوين العبارات عدد المفردات حوالي 25 مفردة
24	جمل بسيطة قصيرة تتكون غالبا من كلمتين (تشمل الضمائر وأدوات وحروف العطف والجر) عدد المفردات حوالي 250 مفردة
36	زيادة كبيرة في المفردات + صفات كثيرة + قواعد لغوية مثل الجمع والمفرد + أمثلة كثيرة
48	تبادل الحديث مع الكبار + وصف الصور وصفا بسيطا + الإجابة عن الأسئلة التي تتطلب إدراك علاقة
60	جمل كاملة تشمل كل أجزاء الكلام
72	يعرف معاني الأرقام + يعرف معاني الصباح وبعد الظهر والمساء والصيف والشتاء

### ثالثا: المعايير النمائية الاجتماعية الانفعالية

الجدول رقم (3): يمثل تسلسل مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي لدى الطفل العادي وتعتبر

هذه المظاهر معايير يمكن الاعتماد عليها في مقارنة أداء الطفل المعاق عقليا مع الأطفال العاديين كما

يذكرها زهران (1995) (الروسان، 2000، ص 63): .

العمر بالسنوات	مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي
1	البكاء كتعبير عن حاجاته الجسمية

1	الابتسام للتعبير عن سروره
2	البكاء كتعبير عن الخوف أو الغيرة
2	تمايز النمو الانفعالي نحو الآخرين
2	اللعب الفردي والتفاعل الاجتماعي
3	التعبير اللغوي عن العلاقات الاجتماعية
3	ظهور مهارات تناول الطعام مع الآخرين باستخدام أدوات المائدة اللازمة
3	التعبير عن الانفعالات السارة والمؤلمة بوضوح
4	زيادة فرص التفاعل الاجتماعي
5	نمو الصداقات والقيم الاجتماعية
6	الميل إلى الاستقلالية
6	التكيف مع الكلمات والأوامر والنواهي الاجتماعية الأسرية و المدرسية
7	اللعب الجماعي
8	تمايز النمو الانفعالي وظهور العواطف
9	زيادة دائرة العلاقات الاجتماعية
10	تعدد الميول والاهتمامات
11	النضج الانفعالي (توافق المثير مع الاستجابة)
12	نمو الشعور بالمسؤولية الشخصية والاجتماعية

#### رابعاً: المعايير النمائية لمهارات الحياة اليومية:

الجدول التالية تمثل تسلسل مظاهر مهارات الحياة اليومية لدى الطفل العادي، وتعتبر هذه المظاهر معايير نمائية يمكن الاعتماد عليها عند مقارنة أداء الطفل المعاق عقلياً مع الأطفال العاديين كما يذكرها الروسان 1983 (الروسان، 2000، ص 64) .

#### الجدول رقم (4): يمثل مهارات تناول الطعام:

العمر	المهارة
1 - 4 أشهر	المص - البلع - موازنة الرأس

تناول السوائل - الوصول إلى الأشياء القريبة، الجلوس دون مساعدة أحد - حمل الزجاجاة بكليتي اليدين	4 - 8 أشهر
تناول السوائل من الكأس بمساعدة البعض وبمساعدة الإبهام و الإصبع	8 - 12 أشهر
ترك الرضاعة ( الفطام ) - حمل طبق فارغ	12 - 18 شهر
فك غطاء علبة، تناول الطعام باستقلالية الشرب من الكأس دون مساعدة، استعمال الملاعقة بشكل جيد باستقلالية	18 - 22 شهر
الحصول على الماء دون مساعدة، صب الماء دون مساعدة وبشكل صحيح	24 - 36 شهر
استعمال مناديل الورق أو القماش أثناء تناول الطعام، تناول الطعام باستقلالية	3 - 6 سنوات
استعمال السكين في القطع والتقسير والاعتناء بالنفس أثناء تناول الطعام	6 - 9 سنوات

الجدول رقم (5): يمثل مهارات استعمال دورة المياه:

العمر	المهارة
18 - 22 شهرا	يضبط مثانته
24 - 36 شهرا	يعبر عن طريق ابحاءات لفظيات على حاجته لاستعمال المراض
3 - 6 سنوات	يعتني بنفسه أثناء التبول أو التبرز ودون مساعدة

الجدول رقم (6): مهارات ارتداء الملابس:

العمر	المهارة
00 - 4 أشهر	يشد على الملابس
4 - 8 أشهر	يبدى تعاوناً في ارتداء ملابسه
8 - 12 أشهر	يبدى مزيداً من التعاون في ارتداء الملابس
18 - 22 شهر	يخلع جواربه و حذاه
22 - 24 شهر	يخلع الجاكيت
24 - 36 شهر	يلبس وحده
2 - 6 سنوات	يفك الأزرار و يربطها ثانية و يخلع ملابسه
6 - 9 سنوات	يميز بين ملابسه و يختار اللباس المناسب

9 - 12 سنة	يربط رباط حذاءه
------------	-----------------

الجدول رقم (7): المهارات الصحية:

العمر	المهارة
00 - 24 شهرا	
24 - 36 شهرا	يغسل و يجفف يديه
3 - 6 سنوات	يغسل وجهه وينظف أسنانه بالفرشاة
6 - 9 سنوات	يحمم نفسه بمساعدة و يسرح شعره
9 - 12 سنة	يستخدم مزيل للروائح
12 - 15 سنة	يستعمل أدوات التنظيف المختلفة
15 - 20 سنة	يخلق ذقنه و يعتني بهندامه

الجدول رقم (8): مهارات السلامة:

العمر	المهارة
5 - 24 شهرا	
24 - 26 شهرا	يتجنب المنبهات البسيطة
3 - 6 سنين	يستعمل الدرج والممرات بأمان، يعرف أخطار الكبريت أو المدفأة والغاز يستعمل الباص أو السيارة بأمان يقطع الشارع بأمان يعتمد على نفسه في الذهاب إلى مكان مجاور.
6 - 9 سنين	يستعمل الأشياء الحادة بأمان، يستعمل الأدوات الكهربائية بأمان، يتعرف على الأشياء السامة و يستعمل الدراجة بأمان، يخبر عن الحوادث.
9 - 12 سنة	يخمد النار البسيطة
12 - 15 سنة	يذهب إلى المدن / القرى القريبة وحده
15 - 20 سنة	يخبر عن الحوادث للشرطة أو المطافي، يذهب إلى المدن البعيدة وحده

ويذكر الروسان ( 1999 ) عددا من المتطلبات الاجتماعية والتي تضم مهارات حركية ولغوية واجتماعية

ومنها :

- المتطلبات الاجتماعية المتوقعة من الطفل العادي في عمر السنة الأولى:
  - التمييز بين الوجوه المألوفة وغير المألوفة.
  - الاستجابة للمداعبات الاجتماعية.
  - القدرة على الكلام ( النطق ) بكلمات بسيطة.
  - القدرة على المشي.
  - القدرة على التأزر البصري الحركي.
  - الاستجابة الانفعالية السارة أو المؤلمة حسب طبيعة المثير...إلخ.
- المتطلبات الاجتماعية للطفل في السنة السادسة من العمر:
  - تكوين الصداقات.
  - نضج الاستجابات الانفعالية السارة أو المؤلمة.
  - التأزر البصري الحركي، المشي، القفز، الجري.
  - ضبط عملية التبول والتبرز.
  - أداء المهارات المنزلية البسيطة.
  - نمو المحصول اللغوي والاستعداد للقراءة والكتابة.
  - التمييز بين القطع النقدية ومعرفة أهميتها في الش... .
  - الاحساس بالاتجاه وقطع الشارع.
- المتطلبات الاجتماعية للطفل في الثانية عشر من العمر:
  - اتساع دائرة العلاقات الاجتماعية.
  - تحمل المسؤولية الشخصية والاهتمام بالمظاهر.....
  - تحمل المسؤولية الأكاديمية.
  - الاستقلالية الاجتماعية.
- المتطلبات الاجتماعية لعمر الثامنة عشر:
  - تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية والأكاديمية.
  - الاستقلالية الاجتماعية.
  - الاستقلالية في العمل.

- مشاركة الآخرين والنضج الانفعالي (الروسان، 2000، ص 67).

### III- مظاهر السلوك التكيفي واللاتكيفي:

بينت الصفحات السابقة لهذا الفصل الأساس النظري الذي بني عليه مفهوم السلوك التكيفي والتي خلاصتها أن مظاهر السلوك التكيفي مرتبطة بمتغير العمر الزمني لدى الأطفال العاديين، حيث اعتبرت هذه المظاهر معايير نمائية يمكن الاعتماد عليها بمقارنة أداء الأطفال المعاقين عقليا بها وقد بنيت مقاييس السلوك التكيفي في التسلسل الطبيعي لتلك المظاهر، وعلى ذلك يمكن تقييس مظاهر السلوك التكيفي إلى قسمين رئيسيين الأول ويسمى بالمظاهر السلوك التكيفي المقبولة اجتماعيا إلى حد ما، والثاني ويسمى بمظاهر السلوك اللاتكيفي وهي مظاهر غير مقبولة اجتماعيا.

#### أولاً: مظاهر السلوك التكيفي:

تضمنت مقاييس السلوك التكيفي والتي ذكرت في الفصل الخامس من هذا الكتاب عددا من مظاهر السلوك التكيفي المقبول اجتماعيا والتي تظهر بدرجات متباينة ضد الأطفال المعاقين عقليا، وقد تضمنت مقاييس السلوك التكيفي الاجتماعي في صورته الأردنية (الروسان، 1998) عددا من مظاهر السلوك التكيفي والتمثلة في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية وبالتالي قدرة الطفل المعاق عقليا على التكيف مع أسرته ومجتمعه وهي:

#### • المهارات الاستقلالية:

ويقصد بها مهارات الحياة اليومية ومنها مهارات تناول الطعام والشراب واستخدام دورة المياه، والنظافة الشخصية والاستحمام والاهتمام بالمظهر العام واستخدام التليفون ووسائل المواصلات العامة.

#### • المهارات الجسمية والحركية:

ويقصد بها مهارات استخدام الحواس كالبصر والسمع ومهارات التوازن الجسمي والمشى والركض والتحكم بحركات اليد واستعمال الأطراف (الروسان، 2000، ص 68-69).

• **مهارات التعامل بالنقود:**

ويقصد بها مهارات معرفة القطع النقدية المعدنية والورقية والتمييز بينهما ومعرفة أهميتها، وتنظيمها، وتوفيرها، والمهارات الشرائية البسيطة.

• **المهارات اللغوية:**

ويقصد بها مهارات اللغة الاستقبالية والتعبير والمتمثلة في استقبال وفهم وتنفيذ اللغة (المهارات اللغوية الاستقبالية) ومهارات النطق والتعبير اللفظي والكتابي والقراءة ومهارات اللغة الاجتماعية (المهارات اللغوية التعبيرية).

• **مهارات الأرقام والوقت ومعرفة الأرقام والوقت:**

ويقصد بها مهارات معرفة الأرقام والتمييز بينها وقراءتها وكتابتها، ومعرفة الوقت ومعرفة أيام الأسبوع والأشهر والسنوات.

• **المهارات المهنية:**

ويقصد بها المهارات المهنية البسيطة مثل مهارات النظافة والبستنة، وجمع النفايات، والنسيج والخياطة والنجارة والقش والخيزران، والمهارات المتعلقة بإنجاز العمل والمحافظة على أدوات العمل ومواعيده وتعليماته.

• **مهارات التوجيه الذاتي:**

ويقصد بها المهارات المتعلقة بتوجيه الفرد لذاته وخاصة مهارات المبادرة أو السلبية أو المثابرة والإصرار ونشاطات أوقات الفراغ.

• **مهارات تحمل المسؤولية:**

ويقصد بها مهارات المحافظة على الممتلكات الشخصية وتحمل المسؤولية والاعتماد عليه في تحمل المسؤولية بإنجازه للأعمال الموكلة إليه (الروسان، 2000، ص 69-70).

• مهارات التنشئة الاجتماعية:

ويقصد بها مهارات التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مثل مهارات التعاون مع الآخرين ومساعدتهم، وتقدير واحترام مشاعر الآخرين وخاصة أفراد أسرته وزملاءه في المدرسة وأسماء جيرانه، وعنوانه ومكان سكنه وعمل والديه، والمشاركة في النشاطات الجماعية، أو السلبية والأناثية في التعامل مع الآخرين والنضج الاجتماعي والمتمثل في تتناسب السلوك مع المواقف الاجتماعية (الروسان، 2000، ص 70).

ثانياً: مظاهر السلوك اللاتكيفي:

تضمنت مقاييس السلوك التكيفي، عدداً من مظاهر السلوك الاجتماعي وهي مظاهر غير مقبولة اجتماعياً وهي مظاهر من قبل الأطفال المعاقين عقلياً، بل تعبر عن درجة عالية من سوء التكيف الاجتماعي، قد تضمن مقاييس السلوك التكيفي الاجتماعية في صورته الأردنية (الكيلاي، الروسان، جرار، 1983) والروسان (1999) عدداً من المظاهر وهي:

• العدوانية:

وتتضمن العدوانية عدداً من أشكال السلوك المتمثلة في الإيذاء الجسدي والمعنوي للآخرين باستعمال الإيماءات التهديدية والألفاظ النابية والضرب وشد الشعر، وإتلاف الممتلكات الخاصة والعامة كتمزيق المجلات والكتب والأثاث وتكسير الشبائيك، والبكاء والصراخ الحاد.

• السلوك الاجتماعي:

ويتضمن ذلك مضايقة الآخرين ونشر الإشاعات والقصاص المبالغ فيها وإزعاج الآخرين وإفساد أعمال الآخرين وعدم احترام مشاعر الآخرين وممتلكاتهم مثل رفع صوت الراديو والتلفزيون والحديث بصوت عالٍ وغاضب واستخدام اللغة البذيئة، واستخدام ممتلكات الآخرين دون استئذان.

• السلوك التمردى:

ويتضمن ذلك تجاهل الأنظمة والتعليمات ومخالفتها، و معاكسة الآخرين في العمل واللعب والسلطة، سلوك الهروب والنشاطات الجماعية، مقاطعة وعرقلة نشاط الآخرين.

• السلوك التشكيكي:

ويتضمن ذلك أخذ ممتلكات الآخرين دون الاستئذان، و الكذب والغش في اللعب والكذب في المهمات الموكلة إليه.

• السلوك الانسحابي:

ويتضمن ذلك الجلوس أو الوقوف بدون عمل، والخمول و الكسل والانسحاب من المواقف الاجتماعية، وبالتالي السلوك الانعزالي.

• السلوك النمطي:

ويتضمن ذلك أشكال السلوك المتكرر على وتيرة واحدة كقرعة الأصابع وتحريك اليدين أو القدمين والحركات الجسمية المتكررة والجلوس ووضع الركبتين تحت الصدر أو قطع الغرفة ذهابا و إيابا والاستلقاء على الأرض.

• العادات الشخصية غير المقبولة:

ويتضمن ذلك الحديث في وجوه الآخرين والنفخ في وجوه الآخرين وتقيلب الآخرين ومعاينة الآخرين والتعلق بهم.

• العادات الصوتية غير المقبولة:

ويتضمن تلك الحديث بصوت مرتفع ومزيج مع الآخرين والضحك بشكل غير مناسب وتقليد أصوات الآخرين بسخرية(الروسان، 2000، ص 71-72).

• العادات الغريبة:

وتتضمن عادات غير مقبولة اجتماعيا مثل ملء الجيوب بالأزرار والخيوط، أغطية الزجاجات، والطعام، وسيلان اللعاب وعض الأصابع وقضم الأظافر أو تمزيق الملابس والخوف والصراخ لأي سبب.

• النشاط الزائد:

ويقصد بذلك أشكال السلوك المتمثلة في الحركة الزائدة في الكلام والجري والقفز أو الحركة المستمرة.

• السلوك العصابي:

ويتضمن ذلك السلوك المبالغ فيه والاستجابة الانسحابية، ولوم الآخرين، ونوبات الغضب، والغيرة، وجذب الانتباه والشعور بالاضطهاد، ونوهم المرض، ومظاهر عدم الاستقرار الانفعالي.

• استخدام العقاقير والأدوية:

ويتضمن ذلك استعمال الأقراص المهنئة و الأدوية والعقاقير المضادة للتشنج(الروسان، 2000، ص 72).

VI- أهمية السلوك التكيفي في مجال التربية الخاصة:

اكتسب مفهوم السلوك التكيفي أهمية في مجال التربية الخاصة منذ أوسط الخمسينات من القرن الماضي وفي الوقت الحاضر، وتبدو تلك الأهمية فيما يلي:

- اعتبار السلوك التكيفي متغيرا أساسيا في تعريف عدد من فئة التربية الخاصة، وخاصة فئات الإعاقة العقلية، والاضطرابات السلوكية وصعوبات التعلم، والاضطرابات اللغوية.
- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا رئيسيا في تعريف هيبر للإعاقة العقلية.
- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا رئيسيا في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية.
- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا رئيسيا في تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي(نفس المرجع، 2000، ص 73).

- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا رئيسيا في تعريف الإعاقة العقلية الذي تبناه القانون العام رقم 142/94 والمعروف باسم التربية لكل الأطفال المعاقين والذي صدر في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1975.
- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا رئيسيا في تعريف ميريل للإعاقة العقلية وانتقاداتها للتعريف السيوكومتري للإعاقة العقلية والمعروف باسم:

(The System of Multicultural Pluralistic Assessment, SOMPA)

والذي يتضمن قياس الأبعاد التالية للإعاقة للعقلية:

البعد الاجتماعي، البعد الطبي، البعد الثنائي (الثقافي) وتركيزها على بعد السلوك التكيفي المعروف باسم: (Adaptive The Children Inventory Behavior ABIC).

- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا بديلا لمفهوم القدرة العقلية كما أكدت ذلك الدراسات التي بحثت العلاقة المتبادلة بين السلوك التكيفي و القدرة العقلية (الذكاء) و خاصة الدراسات العربية الحديثة (الروسان 1994، 1996) التي أظهرت قدرة مقياس السلوك التكيفي في صورته الأردنية على قياس و تشخيص و تصنيف حالات الإعاقة العقلية مقارنة مع الأساليب التقليدية السيكومترية كمقياس ستانفورد بينيه للذكاء، و التي تضمنت العديد من الصعوبات في استخدام هذه المقاييس التقليدية مع الأطفال المعاقين عقليا.
- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي بعدا شاملا للمظاهر السلوكية الاجتماعية و اللغوية والحركية التحصيلية التربوية حيث شملت مقاييس السلوك التكيفي وخاصة مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR،ABS) عددا من الفقرات التي غطت المظاهر السابقة كالمهارات الاجتماعية ومهارات الحياة اليومية و المهارات الحركية والمهارات اللغوية ومهارات التعامل بالنقود ومهارات التوجيه الذاتي، ومهارات تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية.
- اعتبار مفهوم السلوك التكيفي مفهوما إجرائيا يمكن قياسه و تصحيحه و تفسير نتائجه بعدد من مقاييس السلوك التكيفي بكل سهولة من قبل معلم التربية الخاصة عند استخدام مقاييس الذكاء التقليدية مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء و مقياس وكسلر للذكاء، وخاصة مع الأطفال المعاقين عقليا ذوي المشكلات اللغوية(الروسان، 2000، ص 73-74).

### V- مقاييس السلوك التكيفي في صورها الأصلية:

يتضمن هذا الجزء من الفصل السابع وصفا لمقاييس السلوك التكيفي حسب تاريخ ظهورها، من حيث التعريف لتلك المقاييس، ودلالات صدقها وثباتها وإجراءات تطبيقها وتصحيحها و هي:

- مقياس فايلند للنضج الاجتماعي.
- مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية.
- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

### V-1- مقياس فايلند للنضج الاجتماعي: (the vineland social maturity scale)

#### ❖ تعريف بالمقياس:

ظهر مقياس فايلند للنضج الاجتماعي من قبل دول (Doll، 1935، 1965) وقد سمي باسم فايلند نسبة إلى مدرسة فايلند للتخلف العقلي في الولايات المتحدة الأمريكية، ويعتبر هذا المقياس من أقدم مقاييس السلوك التكيفي، ويهدف إلى قياس وتشخيص المهارات الاجتماعية ويغطي الفئات العمرية منذ الميلاد وحتى سن 52 سنة.

#### ❖ وصف المقياس في صورته الأصلية:

يتألف المقياس في صورته الأصلية من 117 فقرة تغطي ثمانية أبعاد هي:

- العناية بالنفس بشكل عام.
- العناية الذاتية بالملابس.
- العناية الذاتية بالطعام.
- الاتصال.
- توجيه الذات.
- التنقل.
- التنشئة الاجتماعية.
- المهنة.

ويعطى الاختبار عند تطبيقه الدرجات التالية:

- درجة تمثل العمر القاعدي الاجتماعي.
- درجة تمثل العمر الاجتماعي (الروسان، 2000، ص 120-121).

- درجة تمثل العمر الزمني.

$$- \text{درجة تمثل النسبة الاجتماعية} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

وقد وزعت فقرات الاختبار حسب المراحل العمرية التي يغطيها المقياس ويبين الجدول (7) التالي ذلك:

عدد الفقرات	المستوى العمري
17	2-1
10	3-2
6	4-3
6	5-4
5	6-5
4	7-6
5	8-7
4	9-8
3	10-9
4	11-10
3	12-11
5	15-12
6	18-15
6	20-18

وتمثل الفقرات التالية أمثلة من الصورة الأصلية للمقياس:

- الجلوس دون مساعدة.
- غسل الوجه دون مساعدة.
- معرفة الوقت.
- إجراء المكالمات الهاتفية.
- قراءة الكتب.
- الذهاب إلى الأماكن القريبة (الروسان، 2000، ص 122).

- التحكم في المصروف الشخصي.

❖ دلالات صدق وثبات المقياس في صورته:

توفرت دلالات عن صدق المقياس في صورته الأصلية تمثلت في قدرة المقياس على التمييز بين الأطفال العاديين و الأطفال المعاقين عقليا.

كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس في صورته الأصلية حيث بلغ معامل ثبات المقياس 92، (ن = 123) محسوبا بطريقة الإعادة، (صادق 1985، أحمد 1978، الشناوي 1998).

V-2- مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية: ( Cain-levine social competency scale ) (1963)

❖ تعريف بالمقياس:

ظهر مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية في عام 1961 من قبل كين وليفين (Cain & Levine، 1961، 1963) وذلك بهدف قياس وتشخيص الكفاية الاجتماعية للأطفال المعوقين عقليا في الفئات العمرية من 5-14 سنة، حيث يعتبر هذا مقياس من المقاييس السلوك التكيفي الاجتماعي المعروفة في مجال قياس وتشخيص البعد الاجتماعي للإعاقة العقلية كما يفيد في التعرف إلى مستوى الأداء الحالي للأطفال المعوقين عقليا، وإعداد الخطط التربوية والتعليمية الفردية الخاصة بهم وتقييم فاعلية تلك الخطط والبرامج التعليمية.

❖ وصف الصورة الأصلية من المقياس:

يتألف مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية من 44 فقرة تغطي أربعة مقاييس فرعية هي:

- 1- مقياس المساعدة (Self-Help Scale) وعدد فقراته 14 فقرة.
- 2- مقياس المبادرة (Initiative Scale) وعدد فقراته 10 فقرات.
- 3- مقياس المهارات الاجتماعية (Social Skills Scale) وعدد فقراته 10 فقرات.
- 4- مقياس الاتصال (Communication Scale) وعدد فقراته 10 فقرات.

وقد رتبت فقرات كل مقياس فرعي بطريقة متدرجة في صعوبة، حيث تصف عبارات كل فقرة الأداء المتوقعة مع الأطفال العاديين والمعوقين عقليا، حيث تمثل العبارة الأولى من فقرة الأداء البسيط في حين تمثل العبارة الأخيرة الأداء الأصعب والمتوقع من الطفل العادي في قدرته العقلية ويمثل المثال التالي ذلك (الروسان، 2000، ص 123-124):

الرد على الهاتف (الفقرة رقم 5 من مقياس المهارات الاجتماعية):

- 1- لا يستطيع الرد على الهاتف.
- 2- يرد على الهاتف ولكنه لا يستطيع تدوين الرسائل التليفونية وطلب شخص ما على الهاتف.
- 3- يرد على الهاتف ويطلب شخصيا ما ولكنه لا يستطيع تدوين الرسائل الهاتفية.
- 4- يرد على الهاتف ويطلب شخصيا ما ويدون الرسائل التليفونية.

#### ❖ دلالات صدق وثبات الصورة الأصلية من مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية:

توفرت دلالات عن صدق وثبات المقياس في صورته الأصلية إذ يتضمن دليل المقياس (Cain & Levin, 1963) وصفا لتلك الدلالات وتبدو دلالات صدق البناء في تمايز الأداء مع تمايز العمر إذ كلما زاد متغير العمر كلما زاد الأداء على أبعاد المقياس المختلفة، كما توفرت دلالات عن مدى فاعلية فقرات المقياس من خلال معاملات الترابط الدلالة الإحصائية بين الأداء على الفقرة والأداء على المقياس الكلي.

كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس في صورته الأصلية حيث حسب معامل ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة الإعادة (ن=35) وتراوحت قيم معاملات الترابط المحسوب بطريقة الإعادة للمقاييس الفرعية ما بين 0,80-0,97 وللمقياس الكلي 0,98. كما حسب ثبات المقياس بالطريقة النصفية حيث تراوحت قيم معاملات الثبات للاختبارات الفرعية ما بين 0,55-0,95 وما بين 0,78-0,91 للمقياس الكلي في الفئات العمرية التي شملتها الدراسة (ن=716). وقد تم تقنين المقياس في صورته الأصلية على عينة مؤلفة من 716 طفلا من الأطفال المعوقين عقليا يمثلون الفئات العمرية من 5 سنوات إلى 13 سنة في ولاية كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وتم التواصل إلى جداول مؤينية تحول الدرجة الخاصة على كل مقياس فرعي إلى درجات مؤينية كما تحول الدرجة الكلية على المقياس إلى درجة مؤينية، يمكن أن تساهم في تفسير الأداء على مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية (الروسان، 2000، ص 124-125).

## V-3- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي\* (AAMR, ABS)

## ❖ تعريف بالمقياس:

ظهر مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مقاييس الذكاء التقليدية في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ونتيجة لظهور تعريف الإعاقة العقلية من قبل هيبير (Heber, 1959, 1961) وجروسمان (Grossman, 1973, 1977)، والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والذي يؤكد على بعد السلوك التكيفي الاجتماعي بالإضافة إلى بعد القدرة العقلية، وعلى ذلك طور نهيرا وزملائه (Nihira, et al, 1969) مقياس السلوك التكيفي وذلك بهدف قياس وتشخيص البعد الاجتماعي في تعريف الإعاقة العقلية، وقد تمت مراجعة المقياس في عام 1975 من قبل نهيرا وزملائه (Nihira, et al, 1969) و لامبرت وزملائه (Lambert, N, 1975) وظهر المقياس في صورتين الأولى للكبار، (AAMD, ABS, for Adults) والثانية الصورة المدرسية العامة (AAMD, ABS, Public School Version) وجمعت الصورتان في صورة واحدة في مراجعة عام 1981 هي الصورة المدرسة العامة بعد حذف الفقرات غير المناسبة.

ويعتبر هذا المقياس من أكثر مقاييس السلوك التكيفي شهرة وفاعلية في عملية في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، فلقد تم تطوير / تقنين واستخدام المقياس في عدد من دول العالم كالولايات المتحدة الأمريكية (Lambert, 1975, 1981) وبلجيكا (Magerotte, 1977) واليابان (Tomiyasu, 1977) والهند (Upadhaya, 1977) وبورتوريكو (Reyes, 1987) ومصر (فاروق صادق 1974، 1985، زينب الغنيث 1989، وعبد الرقيب أحمد 1981، ونهى اللحامي 1983، وعبد الغفار الدماطي 1984، وصالح هارون 1985)، والبحرين (جلال جرار 1985) وفي الأردن (فاروق الروسان 1981، جلال جرار 1983، وعبد الله زيد الكيلاني وفاروق الروسان وجمال جرار 1983، وعبد الله الكيلاني وفاروق الروسان 1985، وفاروق الروسان 1994، 1996، 1998) (الروسان، 2000، ص 126-127).

❖ وصف المقياس (الصورة المدرسية العامة)، مراجعة عام 1981:

يتألف المقياس من 95 فقرة تغطي قسمي المقياس، الأول ويشمل مظاهر السلوك التكيفي (Adaptive Behavior) وعدد فقراته 56 فقرة، والثاني ويشمل السلوك اللاتكيفي (Maladaptive Behaviour) وعدد فقراته 39 فقرة، ويتضمن القسم الأول من المقياس تسعة أبعاد فرعية هي:

- 1- الوظائف الاستقلالية (Independent Functioning) وعدد فقراته 17 فقرة.
  - 2- النمو الجسمي (Physical Development) وعدد فقراته 5 فقرات.
  - 3- النشاط الاقتصادي (Economic Activity) وعدد فقراته 4 فقرات.
  - 4- النمو اللغوي (Language Development) وعدد فقراته 9 فقرات.
  - 5- الأرقام والوقت (Number & Time) وعدد فقراته 3 فقرات.
  - 6- النشاط المهني (Vocational Activity) وعدد فقراته 3 فقرات.
  - 7- التوجيه الذاتي (Self-Direction) وعدد فقراته 5 فقرات.
  - 8- تحمل المسؤولية (Responsibility) وعدد فقراته 2 فقرة
  - 9- التنشئة الاجتماعية (Socialization) وعدد فقراته 7 فقرات.
- كما يتضمن القسم الثاني من المقياس اثني عشرة بعدا فرعيا هي:

- 1- السلوك العدوانى (Violent & Destructive Behavior) وعدد فقراته 5 فقرات.
- 2- السلوك المضاد للمجتمع (Antisocial Behavior) وعدد فقراته 6 فقرات.
- 3- السلوك التمردى (Rebellious Behavior) وعدد فقراته 6 فقرات.
- 4- السلوك التشكى (Untrust Worthy Behavior) وعدد فقراته 2 فقرة.
- 5- السلوك الانسحابى (Withdrawal Behavior) وعدد فقراته 33 فقرات.
- 6- السلوك النمطى (Sterotype Behavior) وعدد فقراته 2 فقرة.
- 7- العادات السلوكية غير المناسبة (Inappropriate Interpersonal Manners) وعدد فقراته فقرة واحدة.

- 8- العادات الصوتية غير المناسبة (Unacceptability of Voice Habits) وعدد فقراته فقرة واحدة.
- 9- السلوك الإيذائى للذات (Self-Abuse Behavior) وعدد فقراته 4 فقرات (الروسان، 2000، ص 127-128).

- 10- الميل للنشاط الزائد (Hyperactive Tendencies) وعدد فقراته فقرة واحدة.  
 11- السلوك العصابي (Psychological Disturbance) وعدد فقراته 7 فقرات.  
 12- استخدام العقاقير (Use Of Medication) وعدد فقراته واحدة (الروسان، 2000، ص 128).

❖ دلالات صدق المقياس في صورته الأصلية:

توفرت دلالات عديدة عن صدق البناء (صدق المفهوم) والصدق العملي، والصدق التنبؤي، والصدق التلازمي للمقياس في صورته الأصلية.

وتبدو دلالات صدق للمقياس في الأساس النظري الذي بني عليه المقياس وبمثل ذلك الأساس في أهمية السلوك التكيفي في نمو الفرد العادي، والمعاق عقليا ومدى استجابة الفرد المعاق عقليا للمتطلبات الاجتماعية (Social Demands) في المراحل العمرية المختلفة حيث يعتبر مفهوم السلوك التكيفي مفهوما مألوفاً في ميدان علم النفس، فقد بدأ بياجيه (Piaget, 1952) باستخدام هذا المفهوم كأحد الأبعاد الرئيسية في نظريته المعروفة باسم نظرية النمو المعرفي (Cognitive Developmental Theory)، حيث يتضمن ذلك المفهوم كما تفسره لامبرت وزملائها (Lambert, et al, 1974) الدرجة التي يستطيع فيها الفرد مواجهة الحاجات الاجتماعية ومتطلباتها بشكل مقبول اجتماعياً وفق المتطلبات العمرية. ويبدو هذا المفهوم في ثلاث أبعاد هي النضج والتعلم، والمهارات الاستقلالية التكيفية، وتحمل المسؤولية الشخصية الاجتماعية، ومثل هذه الأبعاد لم تكن متضمنة في مقاييس الذكاء التقليدية، مما دفع بالمهتمين في ميدان قياس وتشخيص الإعاقة العقلية إلى التفكير بمقياس يهدف إلى قياس السلوك التكيفي الاجتماعي للمعاقين عقلياً اعتماداً على معايير مرجعية تبدو في مظاهر السلوك التكيفي الاجتماعي لدى الأطفال العاديين في الفئات العمرية المختلفة.

وبناء على ذلك الأساس النظري بني مقياس السلوك التكيفي وظهرت الصورة الأولى من المقياس من قبل نهيرا وزملائه (Nihira, K. et al, 1969) في عام 1969 والمؤلفة من قسمين: الأول ويمثل السلوك التكيفي الاجتماعي، والثاني ويمثل السلوك اللاتكيفي، وتضمن القسم الأول، عشرة أبعاد هي الوظائف الاستقلالية والنمو الجسمي، والنشاط الاقتصادي، والنمو اللغوي، والأرقام والوقت، والنشاط المنزلي، والنشاط المهني، والتوجيه الذاتي، وتحمل المسؤولية، والتنشئة الاجتماعية، وتشكل تلك الأبعاد العشرة القسم الأول من المقياس، وكانت عدد فقراته 66 فقرة، وفي مراجعة عام 1974 من قبل لامبرت وزملائه (Lambert, et al , 1975) حذف بعد النشاط المنزلي بناءً على ملاحظة المعلمين والعاملين

في مراكز التربية الخاصة والتي مؤداها صعوبة تقييم مظاهر النشاط المنزلي، وعلى ذلك أصبح عدد أبعاد المقياس تسعة أبعاد وتتضمن 56 فقرة.

أما القسم الثاني من المقياس فقد تكون في الصورة الأصلية للمقياس (1969) من 13 بعدا هي: السلوك العدواني، السلوك المضاد للمجتمع، السلوك التمردى، السلوك التشككي، السلوك الانسحابي، السلوك النمطي، العادات الكلامية غير المناسبة، العادات السلوكية غير المقبولة، السلوك الإيذائي للذات، (السلوك الجنسي غير المقبول اجتماعيا)، السلوك العصابي) استخدام العفاقير)، وفي مراجعة عام 1974 حذف بعد السلوك الجنسي غير المقبول اجتماعيا، وعلى أصبح عدد أبعاد المقياس اثني عشر بعدا وتتضمن 39 فقرة.

وقد طبق المقياس بقسميه على عينة مؤلفة من 6200 طفلا يمثلون الأطفال العاديين والمعوقين عقليا في الفئات العمرية من 7-13 سنة، وذلك بهدف التوصل إلى جداول مئينية يمكن من خلالها رسم الصفحات البيانية للأداء على المقياس.

وفي عام 1981 تمت مراجعة المقياس من قبل لامبرت وزملائه (Lambert, et al, 1981) وطبق المقياس على عينة مؤلفة من 6500 مفحوصا من الأفراد المعاديين عقليا في الفئات العمرية 3-16 سنة وذلك بهدف إعادة تقنين الصورة المدرسية من المقياس، والتواصل إلى معايير تمكن المهتمين من تشخيص أداء الأفراد مقياس السلوك التكيفي، ومن ثم تحويلهم إلى المكان المناسب لهم(الروسان، 2000، ص 130).

تشكل الإجراءات السابقة والتي اتبعت من قبل مطوري المقياس، دلالة هامة من دلالات بناء المقياس وفق الأسس النظرية الذي بني عليها، وخاصة بعد توفر دلالات عن الصدق العاملي للمقياس فقد أشارت لامبرت (Lambert, 1981) إلى عدد من الدراسات العاملة للمقياس قام بها نهيرا (Nihira, 1969 & 1970)، وجارناسيا (Guarnaccia, 1976) و لامبرت ونيكول (Lambert & Nicoll, 1976) وتلخص لامبرت خمسة عوامل أمكن استخدامها من تلك الدراسات هي:

- 1- الاكتفاء الذاتي الشخصي: (Personal Self-Sufficiency)، وتظهر تشعبات هذا العامل في عدد من فقرات البعد الأول، وفقرات البعد الثاني من القسم الأول من المقياس.
- 2- الاكتفاء الذاتي الاجتماعي: (Community Self-Sufficiency)، تظهر تشعبات هذا العامل في عدد من فقرات البعد الأول، وفقرات البعد الثالث والرابع والخامس والقسم الأول من المقياس.

3- المسؤولية الشخصية الاجتماعية: (Personal Self-Responsibility)، وتظهر تشعبات هذا العامل في عدد من فقرات السابع والثامن من القسم الأول من المقياس، وفي فقرات البعد الخامس من القسم الثاني من المقياس.

4- التكيف الاجتماعي: (Social Adjustment)، وتظهر معظم تشعبات هذا العامل في البعد الأول، والثاني، والثالث، والرابع، والثامن، والعاشر، والثاني عشر من القسم الثاني من المقياس.

5- التكيف الشخصي: (Personal Adjustment)، ويظهر تشعبات هذا العامل في البعد السادس، والسابع، والثامن، من القسم الثاني من المقياس (الروسان، 2000، ص 131).

كما توفرت دلالات عن الصدق البنائي من المقياس وذلك من خلال قدرة المقياس على التمييز بين مستويات الحالة العقلية (عاديون، إعاقة عقلية متوسطة) وفي الفئات العمرية التي يشملها المقياس، وذلك من خلال نتائج الدراسات التي أجراها ازت وسبرت (Isset & Spreat, 1979) ودراسة جاردرن وجامبيا (Gardeer & Gampia, 1975) ودراسة رايبور (Reyer, 1978) ودراسة ليلاند (Leland, 1975).

كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي للمقياس، حيث ذكرت لامبرت (Lambert, et al, 1981, 1975) نتائج الدراسات التي أجريت للصدق التلازمي للمقياس، وخاصة مدى الترابط بين الأداء على المقياس، والأداء على مقياس ستانفورد بينيه، ووكسلر، ولورج، وثورندايك، حيث تراوحت قيم معاملات الترابط ما بين 0,27 إلى 0,67 (نفس المرجع، 2000، ص 132).

#### IV- تعديل السلوك:

تعديل السلوك هو نوع من أنواع العلاج النفسي، ومركز اهتمامه هو السلوك القابل للملاحظة، ويقوم أساساً على مبادئ التعلم في تكوين مهارات وأساليب السلوك الجديد، والمحافظة على استمرارية السلوكيات المرغوبة، واختزال وكف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوبة. فقد عرفته خولة أحمد (2000) بأنه: « شكل من أشكال العلاج النفسي، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون موضوع الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهرة الملاحظ» (ص164، 165) كما يرى Kazdin أن تعديل السلوك « عملية تتضمن الاستمرار في السلوك المرغوب فيه، وتحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه » (الروسان، 2000، ص 51)، وعرفه Mitzel et al (1982) بأنه: « عملية تتضمن استخدام مجموعة من

الفنيات والأساليب والإجراءات بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه، أو تدعيم هذا السلوك، أو تعليمه سلوكا جديدا، أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه « (علا عبد الباقي، 2000، ص46).

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن عملية تعديل السلوك تتضمن تغيير السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه، أو الاستمرار في السلوك المرغوب فيه وذلك لتثبيته أو تعليمه سلوكا جديدا.

#### IV-1- أساليب تعديل السلوك:

تجدر الإشارة إلى أن الأساليب الموظفة لتعديل سلوك الأطفال العاديين والمتخلفين ذهنيا تتمثل في التعزيز، والنمذجة وتشكيل السلوك والضبط الذاتي، وفيما يلي وصف موجز لتلك الأساليب.

#### IV-1-1- التعزيز الإيجابي:

يشير مبدأ التعزيز إلى زيادة تكرار ظهور الاستجابة حين تتبع مباشرة بنتائج معينة، ويطلق عليها اسم المعززات، ومنها المعززات المادية المتعلقة بالأطعمة والشراب والأشياء الأخرى المستهلكة والمعززات الإيجابية أيا كانت، وإذا ما تم توظيفها بالطريقة المناسبة على تثبيت أشكال السلوك المرغوب فيها (الروسان، 2000).

#### IV-1-2- التعزيز السلبي:

يشير التعزيز السلبي إلى زيادة قوة الاستجابة بعد حدوثها، ويتطلب التعزيز السلبي وجود أحداث مؤلمة أو غير مرغوب فيها والتي يمكن إزالتها أو التخلص منها بعد حدوث استجابات مؤلمة أو غير مرغوب فيها والتي يمكن إزالتها أو التخلص منها بعد حدوث استجابات معينة من قبل الفرد. وكثيرة هي الأمثلة عن توظيف التعزيز السلبي في مواقف الحياة اليومية والأكاديمية مثل تشجيع الأطفال على الحديث أمام الآخرين وذلك بتجنب المواقف الانطوائية (الحديدي والخطيب، 2005).

إذن فالتعزيز يقوي احتمالات تكرار الاستجابة بإضافة مثيرات إيجابية بعد حدوثها (تعزيز إيجابي)، أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثها (تعزيز سلبي).

#### IV-1-3- النمذجة:

تعتبر النمذجة واحدة من طرق التعلم الرئيسية للفرد، فهي تعتمد على تقليد السلوك المرغوب فيه اجتماعيا. ولتوظيف هذا الأسلوب في تعديل لسلوك يرى الروسان (2000) بأنه لابد من توفر النقاط التالية: (ص211)

1. مكانة النموذج، فقد يكون هذا النموذج أبا أو معلما أو قائدا...
2. نوع السلوك المقلد، ويتعلق السلوك المقلد بمظهر السلوك الاجتماعي.
3. مكافئة السلوك المقلد، ويتعلم الطفل الكثير من أشكال السلوك المتعلقة بالنظافة والرعاية الصحية، والمظهر العام، وطريقة الحديث مع الآخرين، وأساليب ومنه تأتي أهمية تقديم النماذج السلوكية المناسبة للأطفال حتى يتم تقليدها.

#### IV-1-4- تشكيل السلوك:

يتضمن هذا الأسلوب تحليل الهدف السلوكي إلى مجموعة من الخطوات الفرعية أو ما يسمى بأسلوب تحليل المهمات ثم يتم تعزيز كل خطوة فرعية ناجحة، حتى يقترب الطفل من السلوك النهائي المتوقع تحقيقه. ويوضح المثال التالي كيفية أسلوب تشكيل السلوك في تعديل السلوك، فإن كان الهدف السلوكي هو تنظيف الطفل لأسنانه، فيمكن تحليل هذا الهدف إلى مجموعة من الخطوات الفرعية تبدأ بالتوجه نحو المغسلة، وتنتهي بتنظيف الأسنان بطريقة معينة، وبعد ذلك يقوم الأخصائي بتعزيز كل خطوة ناجحة (الروسان، 2000).

ومنه ففي هذا الأسلوب يتم تعديل سلوك الفرد تدريجيا حتى يحقق الفرد السلوك النهائي المتوقع منه.

#### IV-1-5- الضبط الذاتي:

يعرف عبد الله؛ عادل (2004) الضبط الذاتي للسلوك بأنه: « تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغيير في سلوك الفرد والتي تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك » (عبد الله، ع، 2004، ص136). وهناك برنامج مقترح يتضمن ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتي أو الضبط الذاتي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام ومن بينهم أولئك الأطفال المتخلفين عقليا ويمكن عرض هذه الخطوات كالتالي:

#### • الشرح والتفسير والمناقشة:

ويعني مناقشة السبب الذي من أجله تعتبر نمطا سلوكيا معينا على درجة كبيرة من الأهمية.

• **التعيين:**

ويعني مساعدة الطفل على أمثلة أو نماذج من السلوك الذي يتم تدريبه عليه.

• **النمذجة:**

ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوبة تعلمها أو السلوك المستهدف.

• **التمييز:**

ويعني تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج الملائمة وغير الملائمة من السلوك.

• **لعب الدور:**

ويمارس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية راجعة أو مرتدة.

• **التقييم:**

يتم التأكد على فارت منتظمة من أن الطفل قد اكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت (عبد الله؛ ع، 2004).

إذن يعد أسلوب الضبط الذاتي من أساليب تعديل السلوك، حيث يعمل فيه الفرد على التدريب الذاتي وضبط تصرفاته وفقا لمعايير اجتماعية، تجعله قادرا على التكيف مع نفسه ومع الآخرين بطرق ناجحة.

**خلاصة الفصل:**

السلوك التكيفي مفهوم حديث في ميدان التربية الخاصة، حيث كانت البدايات الأولى لاستخدام هذا المصطلح تعود إلى العلوم البيولوجية التي استخدمت مفهوم التكيف للإشارة إلى أن الكائن الحي يحاول أن يتلاءم مع نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء.

العلوم الاجتماعية بدورها قد تبنت هذا المفهوم للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية، حيث ظهر مفهوم السلوك التكيفي في كل من تعريف "دول" (Doll)، "هيبر" (Heber)، و "جروسمان" (Grossman) الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي. وأصبح السلوك التكيفي من المعايير الأساسية في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية، حيث يشير مفهوم السلوك التكيفي إلى مدى قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من نفس المجموعة العمرية والثقافية.

تتضمن مقاييس السلوك التكيفي مظاهر السلوك النمائي كالمهارات الاستقلالية، المهارات الجسمية والحركية، المهارات اللغوية وغيرها، ومظاهر السلوك الانحرافي كالسلوك المدمر والعنيف، السلوك المضاد

للمجتمع، سلوك التمرد والعصيان وغير ذلك من السلوكات الشاذة التي تعمل مراكز التربية الخاصة على تعديلها وتحويلها إلى سلوكات اجتماعية مقبولة.

# الجانب التطبيقي

# الفصل السادس

## إجراءات الدراسة الميدانية

## تمهيد:

إن الهدف الرئيسي من الدراسة الميدانية هو جمع البيانات للإجابة عن أسئلة البحث أو للتحقق من صحة الفرضيات التي صاغها الباحث وهذا بتطبيق أسلوب البحث الذي يتماشى وطبيعة الظاهرة المبحوثة واختيار أدوات جمع البيانات وأدوات التحليل الملائمة.

## 1- ميدان البحث:

أجريت الدراسة على مستوى (04) مراكز من ولايتي بجاية و الجزائر العاصمة و هم كالتالي :

## 1-1- مركز الأطفال المعوقين ذهنيًا- سليم و سليمة- الدويرة، ولاية الجزائر :

أنشئ المركز تحت الرقم 121 /86 المؤرخ في 1986/05/06، مساحته حوالي 15180م<sup>2</sup>. يتكون المركز من ستة أقسام، أربعة ورشات، مطعم و مركب الإدارة. أما باقي المساحة غير المبنية فعبارة عن مساحات خضراء ومساحات للعب. يبلغ عدد تلاميذ المركز (90) طفلا ( 35 إناث و 55 ذكور)، يتمتعون بنظام نصف داخلي، ويوفر لهم وجبة غذائية متوازنة وصحية بعناية وإشراف. كما يستفيد هؤلاء الأطفال بتأطير محكم يتكون من مربين مختصين، مربين، أستاذ التعليم المختص، مسئول بيداغوجي، وإشراف نفسي يتكفل به كل من المختص العيادي، المختص البيداغوجي والمختص الأرثوفاوني. يتم استقبال الأطفال على مستوى المركز من الثامنة صباحا إلى غاية الرابعة مساء- يتوزع هؤلاء الأطفال في أقسام متباينة حسب درجة الإعاقة الذهنية والسن والجنس كما يلي:

- أربع ورشات ( ورشة الحياة العملية للإناث، الورشة الصغيرة، ورشة تعدد الحرف و ورشة الأعمال التطبيقية ).

- ستة أقسام بيداغوجية متباينة.

كما أولي المركز عناية خاصة بالرياضة. تجدر الإشارة إلى الركن الهام المسطر في برنامج التكفل أنه تم توزيع و دراسة برنامج زمني لكل طفل حتى يتسنى له الاستفادة من حصة واحدة على الأقل أسبوعيا لدى المختصة الأرثوفاونية، العيادي والبيداغوجية. تتم عملية التدخل في أي وقت إن اقتضت الضرورة. إضافة إلى ذلك تبرمج حصص خاصة مع أولياء الأطفال وهذا للاستماع إلى انشغالاتهم ولتوعيتهم. وتخصص حصص للتكفل والتشخيص المبكر مع المختصة النفسانية بهدف حسن التوجيه في الأقسام. (البطاقة الفنية للمركز).

**1-2-1 مركز (الينابيع) التابع لجمعية المساعدة للمتخلفين ذهنيا، ولاية الجزائر:**

أسست الجمعية سنة 1974، اعتمدت بمرسوم رقم 543/25 من السيد والي ولاية الجزائر

بتاريخ 1976/09/11، تتشكل الجمعية مما يلي :

- مكتب الجمعية.
- المديرية العامة المكلفة بالتوجيه و التنسيق بين مراكز الأحياء.
- تضم الجمعية 10 مراكز أحياء على مستوى ولاية الجزائر كالتالي:

- ثلاثة مراكز الأطفال تستقبل 129 طفلا.
- مركزين للمراهقين يستقبلان 106 مراهق.
- خمسة مراكز للكبار تستقبل 296 شخص.

يقدر الإجمالي للمعوقين ذهنيا بـ 531 معوق ( و العدد مرشح للارتفاع ). يعد مركز الينابيع من بين المراكز الثلاثة الخاصة بفئة الأطفال من أربعة إلى 14 سنة. يبلغ عددهم حوالي 75 طفلا، يتمتعون بنظام نصف داخلي، يوفر لهم وجبة غذائية متوازنة و صحية، يلتحق هؤلاء الأطفال بالمركز على الساعة الثامنة صباحا حتي الساعة الرابعة مساء، عدا الخميس و الجمعة، و الثلاثاء حتي الساعة الثانية عشر زوالا. يتوزعون حسب درجة إعاقاتهم في أقسام مختلفة كقسم التكفل المبكر، قسم التقطين، قسم التحضيري، قسم المستوى المتوسط، قسم لمستوى التمدرس و قسم خاص بالأطفال التوحيديون. كما يحتوى المركز على ورشات، يقضي فيها الأطفال الفترة المسائية كورشه الطبخ ، الخياطة، اللعب، البطاقات، الورق،... .

يتمتع المركز بوسائل و مادية و بيداغوجية و موارد بشرية تتمثل فيما يلي :

**1-2-1- الموارد البشرية:**

يسير المركز من طرف المديرية مدعمة بفريق من المتخصصين في الميدان كالمختص في علم النفس العيادي، المختص البيداغوجي ، المختص في علم النفس الأروطوفوني، مربين مختصين، مربين مساعدين و مساعدة اجتماعية، بالإضافة إلى المقتصد، أعوان إداريون، أعوان الآلة الراقنة، أمين المخزن، أعوان متعددي الخدمات، أعوان المطبخ،...و غيرهم.

**1-2-3- الوسائل المادية :**

يشمل المركز على هيكل الاستقبال، مكتب المديرية، مكتب الأمانة العامة، مكتب المقتصد ومكتب الأخصائية النفسية. خمسة قاعات للتدريس، قاعة للتربية النفسية الحركية، مكتبة، حديقة صغيرة

ووسائل المتابعة المتمثلة في ملف الحالة الإداري، ملف الحالة النفسي- البيداغوجي، ملف متابعة الحالة من طرف الفرقة المتعددة الاختصاصات، البطاقة التقنية و الكراس اليومية.

### 1-2-4 الوسائل البيداغوجية :

تتمثل في البرامج البيداغوجية المطبقة على مستوى الأفواج ، المسطرة وفقا لمشاريع الفرقة النفسية البيداغوجية، البطاقة الفنية، وسائل تطبيق البرنامج، كتب و وثائق. ( البطاقة الفنية للمركز)

### 1-3- المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بتيمزريت، ولاية بجاية :

أنشئ المركز تحت رقم 203/04 المؤرخ في 2004/07/19، مساحته تقدر بـ 6000م<sup>2</sup>، بهدف استقبال الأطفال المعوقين عقليا من ثلاثة إلى 12 سنة، و السهر على الصحة الجسمية و العقلية للأطفال و كذا ضمان تربية و تكوين بغية تحقيق اندماج اجتماعي للمعوق عقليا. فتحت المؤسسة في 2005/10/01. و يتمتع الأطفال بنظام نصف داخلي. تصل قدرة استيعابه إلى 120 طفل ( 70 داخلي و 50 نصف داخلي). يحتوى المركز على شقين هما:

أ- شق مخصص للتعليم و يحتوى على قسمين للتقطين ( أ و ب)، قسمين للملاحظة (أ و ب)، قسم للتكفل المبكر، قسم شبه مدرسي، قاعة للتربية الحسية الحركية، قاعة للرياضة، قاعة للتسلية، سبع ورشات، ثلاثة مكاتب للفريق الطبي البيداغوجي، مكتب الطبيب، و مجموعة مراحيض.

ب- شق خاص بالإطعام و يشمل المطبخ و المطعم.

### 1-3-1- مهام الفريق الطبي البيداغوجي للمركز :

#### أ- المديرية :

مكلفة بإدارة شؤون المركز و تأمين التسيير الحسن لمختلف المنشآت.

#### ب - المختصة النفسانية البيداغوجية :

تكلف بإعداد البرامج البيداغوجية و جداول التوقيت، و تشرف على عمل المربين و توجيههم، كما تقيم النتائج المحصل عليها، و تقترح الحلول المناسبة.

#### ج- المختصة النفسانية الإكلينيكية:

تتكفل بتطبيق الاختبارات النفسية و إعداد تقارير إكلينيكية لكل حالة. الكفالة الفردية والجماعية بالأطفال، التكفل الخارجي بالأطفال الأقل من خمسة سنوات و التكفل بتوجيه الأولياء.

**د- المختصة الأطفونوية :**

تتكفل بإعادة التربية اللغوية، التدخل في إعداد البرامج البيداغوجية و التكفل الخارجي بالأطفال الأقل من خمسة سنوات.

**هـ- المختص النفسي الحركي:**

يتكفل بإعادة التربية النفسية الحركية و التركيز على اكتساب الصورة الجسمية للأطفال.

**و- المربي المختص:**

التكفل بمجموعة من الأطفال، إعداد و مراقبة النشاطات الترفيهية و المشاركة في تنظيم وتأطير الخرجات البيداغوجية.

**ي- المربي :**

تطبيق البرامج المكلف بها، التكفل بالنظافة الجسمية و الغذائية و المشاركة في تنظيم وتأطير الخرجات البيداغوجية.

**م- الطبيب :**

التكفل بالتدخلات الأولية، إدارة الأدوية، السهر على نظافة المطعم و المشاركة في تنظيم و إعداد الوجبات. ( البطاقة الفنية للمركز )

**1-4- مركز (إحدان) التابع لجمعية المساعدة للمتخلفين ذهنيا، لولاية بجاية :**

أسست الجمعية سنة 1983، بمرسوم رقم 242/83 المؤرخ في 1983/08/09. تتشكل

الجمعية ممايلي :

- المديرية العامة.

- مركز نفسي بيداغوجي للأطفال ( بإحدان).

- مركز نفسي بيداغوجي للمراهقين و الكبار ( بسيدي علي لبحر).

وصل عدد المعوقين عقليا الذين تكفلت بهم الجمعية في 2004/06/01 إلى 191 معوق، وعدد عمالها وصل إلى 52 عامل. تهدف هذه الجمعية إلى الكفالة النفسية البيداغوجية والتكوين المهني المكيف لذوى الإعاقة العقلية، الغير المتمدرسين والذين لا يعانون من اضطرابات سلوكية عنيفة. مركز (إحدان) متخصص بفئة الصغار من ستة إلى 13 عاما، يبلغ عددهم حوالي 50 طفل. يتمتعون بنظام نصف داخلي، يفتح أبوابه من الساعة الثامنة والنصف صباحا إلى الرابعة مساءا من يوم السبت إلى الأربعاء عدا الثلاثاء من الثامنة والنصف صباحا إلى الثانية عشر زوالا. توفر هذه المؤسسة الحاجيات الخاصة

لكل طفل، مركزة على تطوير استقلاليته و قدراته التكيفية للحياة اليومية و الاجتماعية. يتوفر المركز على وسائل بشرية و مادية و بيداغوجية هي كما يلي :

#### 1-4-1- الموارد البشرية:

يسير المركز مدير مدعم بفريق نفسي بيداغوجي كالمختص البيداغوجي، المختص العيادي، المختص النفسي الأروطونوي، مربين مختصين، مربين و مساعدة اجتماعية. بالإضافة إلى الفريق الإداري كالأمانة، أعوان متعددي الخدمات، أعوان المطبخ...و غيرهم.

#### 1-4-2- الوسائل المادية :

يشمل المركز على هيكل الاستقبال، مكتب المدير، مكتب الأمانة، مكتب المساعدة الاجتماعية، مكتب الأخصائية النفسية و مكتب المختصة البيداغوجية و المختصة الأروطونوية. ثمانية قاعات للتدريس، قاعة صغيرة للتربية النفسية الحركية، قاعة للقبولة، مطعم، ساحة، حديقة صغيرة ومساحة صغيرة مخصصة للعب.

#### 1-4-3- الوسائل البيداغوجية :

تتمثل في كل الوسائل والبرامج والتقنيات البيداغوجية التي يوفرها المركز بهدف تحقيق أحسن كفاءة بهؤلاء الأطفال وذلك حسب قدرات وإمكانيات كل طفل العقلية والنفسية والجسدية كوسائل المتابعة المتمثلة في ملف الحالة الإداري، ملف الحالة النفسي والبيداغوجي والأروطونوي، البطاقات الفنية، الكراس اليومية، كراس المراقبة لكل حالة وكراس المراسلة. بالإضافة إلى الأفواج المختلفة باختلاف درجة إعاقة الأطفال وهي قسم الملاحظة، قسم التقطين، قسم التحضير، قسم المستوى المتوسط وقسم المستوى شبه المدرسي. كما يحتوى المركز على ورشات لقضاء الفترة المسائية وهي ورشة للعب، ورشة الرسم، ورشة الرمل، ورشة الطرز، ورشة الصلصال وغيرها (البطاقة الفنية للمركز).

#### 2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية "مرحلة تجريب الدراسة بقصد استطلاع إمكانيات التنفيذ، ويقصد اختبار مدى سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومبلغ صلاحيتها، ويمكن اعتبار هذه الدراسة صورة مصغرة للبحث، وهي تستهدف اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحث قبل ان يبدأ التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية" (بركات، م، خ. 1984).

أجرينا الدراسة الاستطلاعية في أربعة مراكز طبية بيداغوجية تابعة لولايتي الجزائر العاصمة وبجاية، وبما أن الهدف من هذه دراستنا هو الحديث عن سياسة التكفل المبكر المطبقة مؤخرا بمراكز التربية الخاصة

بالجزائر و مدي نجاحها في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا، فإننا قد قمنا بمقابلة الأخصائيين النفسانيين و البيداغوجيين، للتعرف على الأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة، الذين التحقوا بالمركز في سن مبكرة أي من 03 إلى 05 سنوات (قسم التكفل المبكر) وكذا الأطفال الذين التحقوا بالمركز بعد سن السادسة حتى سن 08 سنوات (قسم التفطين)، و لمدة أربعة أشهر من السنة الأولى للتطبيق (مع العلم أنها دراسة طويلة أي تم تطبيق نفس المقياس على نفس العينة لمدة ثلاثة سنوات متتالية) قصد تشخيص وتحديد إلى أقصى حد ممكن درجة ذكائهم واكتشاف مهاراتهم من طرف الأخصائيين العياديين والارطوفونيين، وذلك باستخدام مقياس رسم الرجل وغيرها من المقاييس، بالإضافة إلى ذلك تم الاطلاع على ملفاتهم بهدف اختيار عينة الدراسة وذلك وفقا لشروط معينة كالسن، عدم الاصابة بأي مرض عضوي، كما لجئنا إلى حضور بعض الحصص والنشاطات، مع كلا من قسم التفطين وقسم التكفل المبكر، وذلك للتقرب أكثر من مجتمع البحث، محاولين من خلال ذلك اكتشاف مهارات وقدرات الأطفال وملاحظة سلوكياتهم، ومختلف الصعوبات التي يعانون منها، وبهذا فقد تم الاستعانة بالملاحظة المقصودة "وهي التي تتم بشكل مقصود لأفراد معينة أو لمجموعات في مواقف محددة، وهذه الطريقة ذات قيمة علمية ومفيدة في دراسة السلوك لدى الأفراد" (جابر، ع، أن ج، 1993. ص42).

كما قامت الباحثة بالاستعانة بالمقابلة المسحية والتي تهدف " إلى الحصول على المعلومات الضرورية لموضوع ما، وتجمع البيانات عادة من الأشخاص الذين لهم علاقة بطبيعة موضوع البحث" (سامي، ع، 1999. ص74).

لابد من الإشارة إلى أن تطبيق المقياس على عينة الدراسة قد تم بفضل مساعدة المختصين النفسانيين والأرطوفونيين و بالخصوص المربين لكونهم الأقرب من الأطفال.

تمت هذه الاجراءات مع المختصين المذكورين أعلاه، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة، كان لابد من تطوير وتعديل بعض أبعاد الجزئين الأول والثاني لمقياس السلوك التكيفي "لفاروق محمد الصادق"، ويتمثل هاذين الجزئين في المجال النمائي ومجال السلوك الانحرافي، وقد تضمنت عملية التطوير مايلي:

- توزيع المقياس على مجموعة من المحكمين للتأكد من مدى صلاحيته في قياس السلوك التكيفي والمتمثل السلوكات النمائية والانحرافية.

- تطبيق المقياس على مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة من أقسام التكفل المبكر وأقسام التفطين، بحيث تم توزيع المقياس على المربين المختصين والأخصائيين

النفسانيين المسؤولين على رعايتهم، لمعرفة مدى فهمهم لبنود المقياس و بعدها أخضع هذا الأخير لعملية تنقيح بعد أن طبق على عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية و عددها 10 طفل (05 أطفال من قسم التكفل المبكر و 05 أطفال من قسم التفطين)، حيث تم استبدال بعض المفردات والعبارات التي لا تناسب أو لا تفهم في البيئة الجزائرية بمفردات أخرى مناسبة، كذلك الإبقاء على بعض العبارات كما هي في النص الأصلي للمقياس لأنها أكثر ملائمة كما في الفقرة رقم (01) استعمال أدوات الأكل... .

وفي الجدول الموالي سنوضح البنود التي تعرضت للتكييف بسبب احتوائها على العبارات الغامضة أو غير الملائمة لبيئة الدراسة.

الجدول رقم(8): يبين العبارات التي أجري عليها التكييف، و العبارات البديلة:

رقم العبارة	العبارة كما هي في الصورة المعربة	العبارة البديلة
01	استعمال أدوات الأكل: 6- يستعمل كل أدوات الأكل بطريقة <u>متقنة</u> . 3- يأكل بالملعقة فقط بإتقان مناسب.	استعمال أدوات الأكل: 6- يستعمل كل أدوات الأكل بطريقة <u>صحيحة</u> . 3- يتقن استعمال الملعقة دون سواها من أدوات الأكل.
02	الشرب: 3- يشرب و هو يمسك <u>الكوب</u> بيد واحدة دون أن يسكب شيئاً. 2- يشرب بإتقان من الفنجان أو <u>الكوب</u> دون مساعدة باستخدام اليدين. 1- يشرب من <u>الكوب</u> أو الفنجان دون مساعدة مع سكب الماء أحياناً.	الشرب: 3- يشرب و هو يمسك <u>الكأس</u> بيد واحدة دون أن يسكب شيئاً. 2- يشرب بإتقان من <u>الكأس</u> باستخدام اليدين دون مساعدة. 1- يسكب ويشرب الماء من الكأس دون مساعدة.
03	آداب المائدة: أ- يبلع <u>الأكل</u> دون أن <u>يمضغه</u> . ب- يمضغ الأكل و فمه مفتوح. ج- يسقط الأكل على الطاولة أو على الأرض. د- يستعمل الفوطة أو المنديل استعمالاً	آداب المائدة: أ- يبتلع <u>الطعام</u> دون <u>مضغه</u> . ب- لا يغلق فمه عندما يأكل. ج- يسقط الأكل منه على الطاولة و على الأرض. د- أحياناً لا يحسن استعمال منديل الأكل

<p>وأحيانا أخرى لا يستعملها إطلاقا. هـ- <u>يتحدث</u> و فمه <u>مملوء</u> بالطعام. ح- يعبث بيده بمحتوى الأطباق دون أن يأكل. جيدا.</p>	<p>خاطئا أثناء تناول الطعام أو لا يستعملها إطلاقا. هـ- <u>يتكلم</u> و فمه <u>مليء</u> بالطعام. ح- يحرك أصابعه في الأطباق دون أن يأكل. جيدا.</p>	
<p><u>غسل الوجه و اليدين:</u> ج- يغسل وجهه و يديه بالماء <u>فقط</u>. د- يجفف وجهه و يديه <u>بعد الغسل</u>.</p>	<p><u>غسل الوجه و اليدين:</u> ج- يغسل وجهه و يديه بالماء. د- يجفف وجهه و يديه.</p>	<p>05</p>
<p><u>تنظيف الأسنان:</u> 2- ينظف أسنانه بالتعاون مع <u>المربي</u>.</p>	<p><u>تنظيف الأسنان:</u> 2- ينظف أسنانه بالتعاون مع <u>المشرف</u>.</p>	<p>06</p>
<p><u>الهيئة و القوام:</u> ب- مطأطي الرأس في معظم الأوقات. و- يمشي و قدماء <u>منفرجتان</u>.</p>	<p><u>الهيئة والقوام:</u> ب- منحني الرأس للأمام معظم الوقت. و- يمشي و قدماء <u>متباعدتان</u>.</p>	<p>07</p>
<p><u>التلفظ بكلمات قليلة:</u> أ- <u>يشير</u> برأسه و يبتسم ليعبر عن فرحته.</p>	<p><u>التلفظ بكلمات قليلة:</u> أ- <u>يومئ</u> برأسه و يبتسم ليعبر عن فرحته.</p>	<p>13</p>
<p><u>الكسل:</u> أ- <u>بطيء</u> و <u>متناقل</u> في حركة <u>جسمه</u>.</p>	<p><u>الكسل:</u> أ- <u>بطيء</u> و <u>تثاقل</u> في حركة <u>الجسم</u>.</p>	<p>إضافي</p>
<p><u>المبادرة:</u> 2- يسأل عن أي عمل <u>يمكنه القيام به</u> أو يحاول استكشاف ماحوله.</p>	<p><u>المبادرة:</u> 2- يسأل عن أي عمل <u>ليقوم به</u> أو يحاول استكشاف ماحوله.</p>	<p>16</p>
<p><u>السلبية:</u> هـ- حركته بليدة و ساذجة.</p>	<p><u>السلبية:</u> هـ- حركته بطيئة و متبلدة.</p>	<p>17</p>
<p><u>التعاون:</u> أ- يساعد الآخرين دون أن <u>يطلب منه</u>.</p>	<p><u>التعاون:</u> أ- يساعد الآخرين دون <u>سؤال</u>.</p>	<p>18</p>
<p>يخلع أو يمزق ملابسه: ب- يخلع <u>الحذاء</u> أو الجوارب بطريقة غير عادية.</p>	<p>يخلع أو يمزق ملابسه: ب- يخلع <u>النعل</u> أو الجوارب بطريقة غير عادية.</p>	<p>34</p>

**3- منهج البحث:**

« إن المنهج هو وسيلة الباحث للوصول إلى الحقائق التي يرمي إلى اكتشافها، فهو الطريقة الفنية التي يستخدمها الباحث في أي فرع من فروع العلم لمعالجة معطياته و اكتساب المعرفة » ( حسن، ع.أ. 1979: ص 210-211). و اختلاف الدراسات يعني أن المناهج المستخدمة تختلف تبعاً لاختلاف طبيعة و أهداف هذه الدراسات، وبما أن الموضوع المطروح أمامنا هدفه الكشف عن مدى فعالية التكفل المبكر المطبق بمراكز التربية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة، ضمن دراسة مقارنة من حيث تطور السلوكات النمائية وتدني السلوكات الانحرافية لدى هؤلاء وأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة من أقسام التفطين والذين لم يحظو بالتكفل المبكر، فإن النهج المناسب والذي يلائم هذا النوع من الدراسات هو المنهج الوصفي الذي يقوم على «وصف ما هو كائن ويهتم بتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع وكذلك يهدف إلى جمع البيانات والمعلومات عن حقائق الأشياء والظواهر الموجودة وإخضاعها للدراسة العلمية» (حسن، ع.أ. 1979: ص 210-211)، إذ هو سبيل أساسي نتبعه في دراستنا وضروري لأنه أول خطوة يقوم بها الباحث، فبدائية كان مع وصف تقنيات التكفل المبكر وإبراز مختلف خصائصها لتكوين صورة واضحة عن الظاهرة المدروسة، بعدها المقارنة مع أطفال من مستوى التفطين (لم يحظو بالتكفل المبكر) من حيث نجاح هذه التقنيات في تحقيق السلوك التكيفي لهؤلاء الاطفال، و ذلك بتطبيق مقياس السلوك التكيفي على نفس العينة ثلاث مرات متتالية لمدة ثلاث سنوات من خلال دراسة طولية.

**4- عينة الدراسة:**

تتكون العينة من (60) طفلاً ذوي إعاقة عقلية متوسطة من الجنسين (ذكور و إناث)، (30) منهم من أقسام التكفل المبكر و(30) من أقسام التفطين. على اعتبار الأربعة مراكز فقد اخترنا قسدياً عينة الدراسة (المجتمع الأصلي) وفقاً للمعايير التالية :

- العمر الزمني.
  - العمر العقلي.
  - سنة الالتحاق بالمركز.
- وفي ما يلي توزيع العينة حسب المعايير.

الجدول رقم (10) : يمثل مواصفات عينة البحث:

أقسام التفطين	أقسام التكفل المبكر	الإقسام العينة
30	30	العدد
من 6 إلى 8 سنوات	من 3 إلى 5 سنوات	العمر الزمني
درجة متوسطة	درجة متوسطة	العمر العقلي

#### 5- أدوات البحث:

استخدمنا في بحثنا مقياس السلوك التكيفي.

#### 5-1- مقياس السلوك التكيفي

صدر هذا المقياس سنة 1985، وهو تعديل لمقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للضعف العقلي حسب البيئة المصرية وقد قمنا بتطبيق هذا المقياس في الميدان على مجموعة البحث بعد القيام ببعض التعديلات على مستوى اللغة وتكييفها مع متطلبات البيئة المحلية الجزائرية، يهدف هذا المقياس إلى قياس فعاليات الفرد المختلفة في مواجهة مطالب بيئته المادية، الطبيعية، السلوكية والاجتماعية، ويطبق على كل من العاديين وغير العاديين من المعوقين والشواذ، ومن العصائيين والذهانيين والجانحين والمسنين ابتداء من سن الثالثة إلى سن الشيخوخة. يتكون هذا المقياس من (110) سؤالاً في جزأين رئيسيين، يشمل الجزء الأول المجال الإنمائي ويتكون من عشرة مجالات فرعية، أما الجزء الثاني فيشمل مجال الانحرافات السلوكية ويتكون من أربعة عشر مجالاً فرعياً. ويمكن تطبيق هذا المقياس دون الإجابة على بعض أسئلته، لذلك حذفنا بعض المجالات في الجزء الأول والبعض في الجزء الثاني والتي لا تخدم إشكاليتنا. وتم مراعاة ذلك في حساب درجة كل جزء من المقياس.

## 5-2- صدق وثبات المقياس:

## 5-2-1- ثبات المقياس:

يقصد به أن يعطي نفس النتائج في حالة استخدامه على نفس الفرد أو المجموعة تحت ظروف مشابهة (تركي، ر. 1984) ونظرا لأهمية الاختبارات والمقاييس في اتخاذ القرارات المصيرية الحاسمة في حياة الأطفال وغيرهم، بناء على نتائج تطبيق الاختبارات والمقاييس، فلا بد أن تكون أداة القياس ثابتة تحاشيا لارتكاب الأخطاء وإصدار الأحكام والقرارات الظالمة (عبد الرحمن عيسوي، 2001/ 2002). وقد توفرت دلالات عديدة عن ثبات الصورة الأصلية من المقياس، منها دراسة " نهى اللّحامي" (1983) التي أثبتت أن معاملات ثبات الجزء الأول من المقياس عن طريق إعادة تطبيقه على ( 68 ) حالة تتراوح بين ( 0.65 ) في كل من التنشئة الاجتماعية والنمو الجسمي إلى ( 0.88 ) في التصرفات الاستقلالية، أما عن ثبات الجزء الثاني من المقياس وهو الانحرافات السلوكية فقد تراوحت معاملات الثبات بين ( 0.73 ) في العادات الصوتية غير المقبولة إلى ( 0.92 ) في سلوك التمرد والعصيان، وبلغ ثبات الدرجة الكلية للجزء الأول من المقياس ( 0.75 ) ، وثبات الدرجة الكلية للجزء الثاني من المقياس ( 0.82 ) ، وأن كل معاملات الثبات لها دلالة إحصائية عند المستوى (0.01).

الجدول رقم (9) : يبين معاملات ثبات مقياس السلوك التكيفي بجزأيه

الرقم	المجال	معامل الثبات
1	التصرفات الاستقلالية	0.90
2	النمو الجسمي	0.93
3	النشاط الاقتصادي	0.82
4	النمو اللغوي	0.86
5	مفهوم العدد و الوقت	0.86
6	الاعمال المنزلية	0.84
7	النشاط المهني	0.81
8	التوجيه الذاتي	0.78
9	المسؤولية	0.81
10	التنشئة الاجتماعية	0.79

الرقم	المجال	معامل الثبات
1	السلوك المدمر و العنيف	0.69
2	السلوك الضاد للمجتمع	0.79
3	سلوك التمرد و العصيان	0.81
4	سلوك لا يوثق به	0.78
5	الانسحاب	0.69
6	السلوك النمطي	0.70
7	السلوك غير المناسب	0.85
8	عادات صوتية غير مقبولة	0.82
9	عادات غير مقبولة	0.86
10	سلوك يؤذي النفس	0.81
11	الميل إلى الحركة الزائدة	0.79
12	الاضطرابات الانفعالية	0.86
	درجة الاضطرابات السلوكية	0.83

يتضح لنا من الجدول رقم ( 3 ) أن معاملات ثبات الجزء الأول من المقياس أي مهارات الاعتماد على النفس ( السلوك النمائي ) تتراوح بين ( 0.79 ) في التنشئة الاجتماعية إلى ( 0.93 ) في النمو الجسمي، أما عن ثبات الجزء الثاني من المقياس (الاضطرابات السلوكية) فقد تراوحت معاملات الثبات بين ( 0.69 ) في السلوك المدمر العنيف و ( 0.86 ) في كل من العادات غير المقبولة والاضطرابات الانفعالية، وبلغ ثبات الدرجة الكلية للجزء الأول من المقياس (0.84)، وثبات الدرجة الكلية للجزء الثاني من المقياس ( 0.83 ) ، ويعتبر الثبات هنا مقبولاً في حدود العينة.

#### 5-2-2- صدق المقياس:

يقصد به أن يقيس المقياس ما وضع لقياسه فعلاً، ولا يفشل في ذلك أو يقيس عرضاً

سمات أخرى (عبد الرحمن عيسوي، 2001 / 2002). وقد توفرت دلالات عديدة عن صدق الصورة الأصلية من المقياس تمثلت في الصدق لعالمي " نهيرا (Nihira) (1969. 1970) حيث أسفر التحليل العاملي لدرجات المقياس على العينة الأصلية (الأمريكية) إلى الكشف عن ثلاثة عوامل رئيسية هي الاستقلالية، الشخصية، سوء التكيف الاجتماعي، وسوء التكيف الشخصي، حيث هناك اختلافات قليلة في تشعبات هذه العوامل في مراحل العمر المختلفة. أما الصدق التلازمي للمقياس فقد تمكن "سبريت" (Spreat) (1980) من حساب الصدق التلازمي لمقياس السلوك التكيفي (ABS)، عن طريق اختبار قدرة المقياس على تصنيف ( 97 ) حالة من الحالات المقيمة بالمؤسسات الداخلية التي أوشكت على الانتهاء من برنامج المؤسسة و ( 178 ) حالة من الحالات المقيمة بالمؤسسة، وقد توصل الباحث إلى أن الأخصائي النفسي يمكنه الاعتماد على درجة مقياس السلوك التكيفي في تحديد مستوى الحالة أو مدى انتمائها إلى مجموعة معينة داخل المؤسسة.

أما فيما يخص الصدق الذاتي فقد تمكنت " نهى اللّحامي ( 1983 ) " من حساب الصدق بطريقتين : الأولى هي الصدق الذاتي وتوصلت إلى أن صدق الجزء الأول من المقياس هو (0.87)، كما أن صدق الجزء الثاني من المقياس هو (0.91) ، أما الثانية هي طريقة الاتساق الداخلي وتوصلت الباحثة إلى أنه هناك ارتباط بين أجزاء المقياس بالدرجة الكلية حيث كانت معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) (إلا مجال استعمال الأدوية وهو المجال رقم (14) في الجزء الثاني من المقياس). وفي هذه الدراسة قمنا بحساب صدق المقياس كما يلي:

### 5-2-3- صدق المحكمين:

- قمنا بعرض المقياس على مجموعة من المحكمين المختصين في قسم العلوم الانسانية و الاجتماعية بجامعة بجاية لغرض إيجاد الصدق الظاهري، وطلب منهم إبداء ملاحظاتهم حول مدى صلاحية أسئلة المقياس لتحقيق أهداف الدراسة تكييف أو حذف أو إضافة أي سؤال يرويه مناسباً، وقد أسفرت نتائج الاستطلاع على بعض الملاحظات التي أخذت بعين الاعتبار، ومن ثم إجراء بعض التعديلات المناسبة والتمثلة فيما يلي:

• تبسيط أسلوب الأسئلة بما يلائم البيئة الجزائرية.

• التعديل في صياغة بعض العبارات و المفردات.

### 5-3- تطبيق المقياس:

هناك عدة طرق لتطبيق هذا المقياس منها ما يلي:

**أ- طريقة المصدر الرسمي:**

إذ يقوم الباحث بنفسه بكتابة كل البيانات عن المفحوص و تشتت هنا المعرفة الوثيقة بالمعنى سواء عن طريق الإقامة أو التردد على المفحوص بدرجة تسمح له بالمعرفة الكاملة تقريبا.

**ب- طريقة المقابلة الحرة:**

تتضمن المقابلة الحرة إما الوالدين أو أي مصدر آخر للبيانات عن الطفل، و لابد للمقابل من استخدام عبارات محددة ومعينة حتي يتسنى لمصدر البيانات الحديث عن الحالة حسب كل سؤال مطلوب.

**ج- طريقة الطرف الثالث :**

تستخدم عندما يكون مصدر البيانات غير مدريا، و يحتاج جمع البيانات إلى الاتصال بالإضافة للمصدر الأصلي لأكثر من شخص واحد.

**- ملاحظة :**

يمكن الاعتماد على الطرق الثلاثة في آن واحد عند جمع المعلومات، مثلما قمنا به في بحثنا هذا إذ اعتمدنا على المصدر الرسمي بتطبيق الملاحظة بالمشاركة بالاحتكاك الدائم و المباشر مع أفراد عينة البحث وذلك في الأقسام والساحة والمطعم والمرقد والرحلات حتي أننا تدخلنا في بعض الحصص كالنشاطات الذهنية والرياضية، كما تحصلنا على معلومات من خلال ملفاتهم الرسمية ومن خلال المربين المسؤولين عنهم و كذا الفريق النفسي البيداغوجي الذي عمل معهم.

**4-5- تصحيح المقياس:**

لكل سؤال من أسئلة المقياس درجات خاصة به، فالجزء الأول من المقياس يحتوي على ثلاثة أنواع من الأسئلة :

**- النوع الأول: أسئلة أعلى مستوى:**

يطلب السؤال أن تحدد أعلى مستوى من مستويات الأداء للمهارة المذكورة في السؤال، وعلينا أن نختار العبارة التي تدل على المستوى المهارى لدى المفحوصين و نضع الدائرة حول الرقم على يمين العبارة، و يكون هذا الرقم هو الدرجة المستحقة على السؤال.

**- النوع الثاني: أسئلة كل ما ينطبق على الحالة ( السلبية):**

أي إذا طلب منا وضع دوائر أمام العبارات المناسبة و هي الأسئلة التي يتطلب الإجابة عن احتمالاتها ( أ، ب، ج، د... إلخ ) بوضع دائرة على كل العبارات التي تناسب الحالة، و عبارات

هذه الاحتمالات كلها سلبية أي أنها تعني قصورا، ولذلك فبعد وضع الدوائر على العبارات المناسبة ما علينا إلا أن نحسب درجة السؤال كما يلي : الدرجة المستحقة = عدد الاحتمالات - عدد العبارات التي وضعت عليها الدوائر.

#### - النوع الثالث : أسئلة كل ما ينطبق على الحالة ( الإيجابية ) :

يطلب من المجيب وضع دائرة بجوار كل الاحتمالات الممكنة، و تكون الدرجة المستحقة على السؤال هي مجموع العبارات التي يجيب عليها بنعم. وهي كما يلي : الدرجة المستحقة على السؤال = العدد الكلي لاحتمالات السؤال.

و في الجزء الثاني من المقياس لدينا نوع رابع من الأسئلة :

#### - النوع الرابع :

كل سؤال يقابله عدد من الاحتمالات ( أ، ب، ج، د...إلخ) و أمام كل احتمال (غالبا) و (أحيانا). تقدر (غالبا) بدرجتين و تقدر (أحيانا) بدرجة واحدة، و تكون الدرجة المستحقة على السؤال هي مجموع درجات (غالبا) في السؤال مضافا إليها مجموع درجات (أحيانا) في نفس السؤال.

يتم جمع درجات مجالات الجزء الأول لنعطي درجة الجزء الإنمائي، و بالمثل يتم جمع درجات مجالات الجزء الثاني لتعطي درجة الانحرافات السلوكية. بعد أن يتم حساب و تسجيل درجات المفحوصين في كراسة الإجابات الواردة في دليل المقياس، نقوم بحساب متوسطات الأفراد في كل مجال من مجالات جزئي المقياس، ثم بعد ذلك نقوم بتحليل المتوسطات إلى درجات مئوية، و نطبق بعد ذلك اختبار (ت) للمقارنة بين نتائج تطبيق البرامج التأهيلية في المراكز العمومية و في المراكز التابعة للجمعيات الخيرية.

#### 6- التقنيات الإحصائية :

« الهدف من استخدام الوسائل الإحصائية هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعدنا على التحليل و التفسير و التأويل و الحكم » (حليمي، ع. أ. 1993: ص 57).

و بعد مرحلة التطبيق الميداني تم تفرغ بيانات مقياس السلوك التكيفي الصالحة لأغراض الدراسة والمستوفية الإجابة في الحساب الآلي (الحاسوب) لغرض تحليلها و معالجتها عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية و ذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية التالية :

- حساب المتوسطات الحسابية لمعرفة مدى فعالية تقنيات التكفل المبكر المطبقة في مراكز

التربية الخاصة في تحقيق التكيف الاجتماعي للأطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة وذلك بمقارنة متوسط كلا من المجال الإنمائي والسلوكيات الانحرافية والسلوك التكيفي للمقياس بين ثلاث تطبيقات متتالية

لأطفال من اقسام **التكفل المبكر** وأطفال من اقسام **التفطين** وبالتالي المقارنة بين نتائج مقياس السلوك التكيفي لهذان المستويان المذكوران اعلاه.

- حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع العينة و مدى انسجامها في كل من المجال الإنمائي و السلوك الانحرافي و بالتالي السلوك التكيفي.

- و قد تم الاستعانة في ذلك بالحقيبة الاحصائية المستخدمة في العلوم الاجتماعية "SPSS" في تحليل البيانات الاحصائية.

#### 7- السياق الزمني للبحث:

لكون دراستنا طويلة فقد دامت ثلاث سنوات من شهر جانفي 2011 إلى غاية شهر ديسمبر 2013.

# الفصل السابع

عرض، مناقشة و تحليل

النتائج

**تمهيد:**

قبل أن نستعرض النتائج التي توصلنا إليها من خلال المقاربة الميدانية لموضوع التكفل المبكر وفعالته في تحقيق السلوك التكيفي لدى الطفل المعاق إعاقة عقلية متوسطة، يجدر بنا الإشارة إلى أننا حاولنا توفير الظروف المثالية التي من شأنها تمكيننا من تجميع معطيات موضوعية موثوق فيها تصلح للتحقق من صحة الفرضيات التي صغناها، و هذا من خلال التجريب القبلي لأداة البحث وإجراء التعديلات الملائمة، العمل مباشرة مع المربين والطاقم القائم على أمور الأطفال الذين اختيرت منهم عينة البحث، والتطبيق الصارم لتعليمات أداة القياس سواء من حيث طريقة التطبيق أو التصحيح وأخيرا اختيار أدوات التحليل الإحصائي التي يتطلبها البحث الذي يدخل ضمن الدراسات الطولية (التتبعية).

**1- عرض و تحليل النتائج:****- عرض و تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى:**

تتعلق هذه الفرضية دور التكفل المبكر في تنمية المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، مهارات الحياة اليومية والاستقلالية، المهارات اللغوية والتعبيرية. فقمنا بمقارنة نتائج مجموعتين من الأطفال المعاقين عقليا لمدة ثلاث سنوات، إحداهما من قسم التكفل المبكر و الأخرى من قسم النقطين أي لم تحظى بالتربية المبكرة، و للتحقق من النتائج اعتمدنا على اختبار T.test و توصلنا إلي النتائج المدرجة في الجداول التالية:

**1- قسم التكفل المبكر (المهارات النمائية):**

الجدول رقم (13): يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال المهارات النمائية للمقياس:

المتوسط	الانحراف المعياري	العينة	
44,8667	16,37014	30	المجال النمائي 01
52,6667	13,85972	30	المجال النمائي 02
56,9000	12,10115	30	المجال النمائي

الجدول رقم (14): يمثل نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال المهارات النمائية من المقياس:

الخطأ المصدر	مجموع المربعات من النوع الثالث	العينة	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الترتيب الأصلي	238496,544	1	238496,544	436,408	000
الخطأ	15848,456	29	546,498		

يتضح من خلال نتائج المجال النمائي من مقياس السلوك التكيفي المطبق على أطفال قسم التكفل المبكر الموضحة في الجدول (13) أعلاه أن المتوسط الحسابي لعينة الدراسة في المجال النمائي المطبق في السنة الأولى قد قدر ب 44,8667، و انحراف معياري المقدر ب 16,37014، ليصل المتوسط الحسابي في السنة الثانية للتطبيق على نفس العينة إلي 52,6667، و الانحراف المعياري إلي 13,85972، ثم في السنة الثالثة للتطبيق يصل المتوسط الحسابي إلي 56,9000، و الانحراف المعياري إلي 12,10115، و من خلال عملية تحليل التباين للقياسات المتكررة الموضحة في الجدول (14) أعلاه نلاحظ أن قيمة "F" المقدر ب 436,408 دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 و درجة الحرية 30، فيما يخص المجالات النمائية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من قسم التكفل المبكر و ذلك لصالح هذه الفئة إذ شهدت تطوراً في تنمية مهارات السلوكيات الاجتماعية المقبولة بعد تلقي الرعاية و التكفل المبكر في مراكز التربية الخاصة لمدة ثلاث سنوات قبل سن السادسة من العمر.

2- قسم التفطين (المهارات النمائية):

الجدول رقم (15): يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التفطين في مجال المهارات النمائية للمقياس:

العينة	الانحراف المعيارية	المتوسط	
30	18,84483	50,9000	المجال النمائي 01
30	18,74646	54,5333	المجال النمائي 02
30	18,02007	56,9667	المجال النمائي 03

الجدول رقم (16): يمثل نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التفطين في مجال المهارات النمائية من المقياس:

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	العينة	مجموع المربعات من النوع الثالث	الخطأ المصدر
000	265,855	263737,600	1	263737,600	الترتيب الأصلي
		992,037	29	28769,067	الخطأ

يتضح من خلال نتائج المجال النمائي من مقياس السلوك التكيفي المطبق على أطفال قسم التفطين الموضحة في الجدول (15) أعلاه أن المتوسط الحسابي لعينة الدراسة في المجال النمائي المطبق في السنة الأولى قد قدر ب 50,9000، و انحراف معياري المقدر ب 18,84483، ليصل المتوسط الحسابي في السنة الثانية للتطبيق على نفس العينة إلي 54,5333، و الانحراف المعياري إلي 18,74646، ثم في السنة الثالثة للتطبيق يصل المتوسط الحسابي إلي 56,9667، و الانحراف المعياري إلي 18,02007، ومن خلال عملية تحليل التباين للقياسات المتكررة الموضحة في الجدول (16) أعلاه نلاحظ أن قيمة "F"

المقدرة بـ 265,855 دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 و درجة الحرية 30, فيما يخص المجالات النمائية لدى الأطفال المعاقين عقليا من قسم التفطين و ذلك لصالح هذه الفئة إذ شهدت تطورا في تنمية مهارات السلوكيات الاجتماعية المقبولة بعد تلقي الرعاية و التكفل في مراكز التربية الخاصة لمدة ثلاث سنوات.

- عرض و تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية:

تدرس هذه الفرضية دور التكفل المبكر في التقليل من السلوكيات الانحرافية أو غير المقبولة اجتماعيا مثل التمرد و العصيان، الانسحاب و السلوك النمطي و اللزمات الغريبة، الميل للحركة الزائدة و العادات غير المقبولة و الشاذة. فقمنا بمقارنة نتائج مجموعتين من الأطفال المعاقين عقليا لمدة ثلاث سنوات، إحداهما من قسم التكفل المبكر و الأخرى من قسم التفطين أي لم تحظي بالتربية المبكرة، و للتحقق من النتائج اعتمدنا على اختبار T.test و توصلنا إلي النتائج المدرجة في الجداول التالية:

- قسم التكفل المبكر (السلوكيات الانحرافية):

الجدول رقم (17): يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوكيات الانحرافية للمقياس:

العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	
30	18,45541	38,5333	المجال الانحرافي 01
30	16,44863	32,8333	المجال الانحرافي 02
30	12,83677	28,9000	المجال الانحرافي 03

الجدول رقم (18): يمثل نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوكيات الانحرافية من المقياس:

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	العينة	مجموع المربعات من النوع الثالث	الخطأ المصدر
000	136,035	100534,044	1	100534,044	الترتيب الأصلي
		739,033	29	21431,956	الخطأ

يتضح من خلال نتائج مجال السلوكيات الانحرافية من مقياس السلوك التكيفي المطبق على أطفال قسم التكفل المبكر الموضحة في الجدول (17) أعلاه أن المتوسط الحسابي لعينة الدراسة في مجال السلوكيات الانحرافية المطبق في السنة الأولى قد قدر ب 38,5333، و انحراف معياري المقدر ب 18,45541، ليقصص المتوسط الحسابي في السنة الثانية للتطبيق على نفس العينة إلي 32,8333، و الانحراف المعياري إلي 16,44863، ثم في السنة الثالثة للتطبيق يصل المتوسط الحسابي إلي 28,9000، و الانحراف المعياري إلي 12,83677، ومن خلال عملية تحليل التباين للقياسات المتكررة الموضحة في الجدول (18) أعلاه نلاحظ أن قيمة "F" المقدر ب 136,035 دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 و درجة الحرية 30، فيما يخص المجالات الانحرافية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من قسم التكفل المبكر و ذلك لصالح هذه الفئة إذ تمكنت من التقليل من السلوكيات الاجتماعية غير المقبولة بعد تلقي الرعاية و التكفل المبكر في مراكز التربية الخاصة لمدة ثلاث سنوات قبل سن السادسة من العمر.

- قسم التفطين(السلوكيات الانحرافية):

الجدول رقم (19): يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التفطين في مجال السلوكيات الانحرافية للمقياس:

العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	
30	21,07079	33,2333	المجال الانحرافي 01
30	20,04939	30,5667	المجال الانحرافي 02
30	18,26148	28,6333	المجال الانحرافي 03

الجدول رقم (20): يمثل نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التفطين في مجال السوكات الانحرافية من المقياس:

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	العينة	مجموع المربعات من النوع الثالث	الخطأ المصدر
000	73,189	85439,211	1	85439,211	الترتيب الأصلي
		1167,372	29	33853,789	الخطأ

يتضح من خلال نتائج مجال السلوكات الانحرافية من مقياس السلوك التكيفي المطبق على أطفال قسم التفطين الموضحة في الجدول (19) أعلاه أن المتوسط الحسابي لعينة الدراسة في مجال السلوكات الانحرافية المطبق في السنة الأولى قد قدر بـ 33,2333، و انحراف معياري المقدر بـ 21,07079، ليقص المتوسط الحسابي في السنة الثانية للتطبيق على نفس العينة إلي 30,5667، و الانحراف المعياري إلي 20,04939، ثم في السنة الثالثة للتطبيق يصل المتوسط الحسابي إلي 28,6333، و الانحراف المعياري إلي 18,26148، ومن خلال عملية تحليل التباين للقياسات المتكررة الموضحة في الجدول (20) أعلاه نلاحظ أن قيمة "F" المقدر بـ 73,189 دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 و درجة الحرية 30، فيما يخص المجالات الانحرافية لدى الأطفال المعاقين عقليا من قسم التفطين و ذلك لصالح هذه الفئة إذ

تمكنت من التقليل من السلوكيات الاجتماعية غير المقبولة بعد تلقي الرعاية و التكفل في مراكز التربية الخاصة.

- عرض و تحليل النتائج الخاصة بالفرضية العامة للبحث:

تدرس هذه الفرضية دور التكفل المبكر المطبق في مراكز التربية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا. فقمنا بمقارنة نتائج مجموعتين من الأطفال المعاقين عقليا لمدة ثلاث سنوات، إحداهما من قسم التكفل المبكر و الأخرى من قسم التفطين أي لم تحظي بالتربية المبكرة، و للتحقق من النتائج اعتمدنا على اختبار T.test و توصلنا إلي النتائج المدرجة في الجداول التالية:

-قسم التكفل المبكر ( السلوك التكيفي):

الجدول رقم (21): يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوك التكيفي للمقياس:

المتوسط	الانحراف المعياري	العينة	
83,4000	9,57943	30	المجال التكيفي 01
85,5000	9,37256	30	المجال التكيفي 02
85,8000	8,68371	30	المجال التكيفي 03

الجدول رقم (22): يمثل نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التكفل المبكر في مجال السلوك التكيفي من المقياس:

الخطأ المصدر	مجموع المربعات من النوع الثالث	العينة	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الترتيب الأصلي	648720,900	1	648720,900	3053,333	000
الخطأ	6161,433	29	212,463		

يتضح من خلال نتائج مجال السلوك التكيفي من مقياس السلوك التكيفي المطبق على أطفال قسم التكفل المبكر الموضحة في الجدول (21) أعلاه أن المتوسط الحسابي لعينة الدراسة في المجال النمائي المطبق في السنة الأولى قد قدر ب 83,4000، و انحراف معياري المقدر ب 9,57943، ليصل المتوسط الحسابي في السنة الثانية للتطبيق على نفس العينة إلي 85,5000، و الانحراف المعياري إلي 9,37256، ثم في السنة الثالثة للتطبيق يصل المتوسط الحسابي إلي 85,8000، و الانحراف المعياري إلي 8,68371، ومن خلال عملية تحليل التباين للقياسات المتكررة الموضحة في الجدول (22) أعلاه نلاحظ أن قيمة "F" المقدره ب 3053,333 دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 ودرجة الحرية 30، فيما يخص مجالات السلوكات التكيفية لدى الأطفال المعاقين عقليا من قسم التكفل المبكر وذلك لصالح هذه الفئة إذ شهدت تطورا في تنمية مهارات السلوكات التكيفية المقبولة اجتماعيا بعد تلقي الرعاية والتكفل المبكر في مراكز التربية الخاصة لمدة ثلاث سنوات قبل سن السادسة من العمر.

– قسم التفطين(السلوك التكيفي):

الجدول رقم (23): يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأطفال قسم التفطين في مجال السلوك التكيفي للمقياس:

العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	
30	10,61142	84,1333	المجال التكيفي 01
30	10,06993	85,1000	المجال التكيفي 02
30	8,50395	85,6000	المجال التكيفي 03

الجدول رقم (24): يمثل نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة لأطفال قسم التفطين في مجال السلوك التكيفي من المقياس:

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	العينة	مجموع المربعات من النوع الثالث	الخطأ المصدر
000	2725,392	649400,278	1	649400,278	الترتيب الأصلي
		238,278	29	6910,056	الخطأ

يتضح من خلال نتائج مجال السلوك التكيفي من مقياس السلوك التكيفي المطبق على أطفال قسم التفطين الموضحة في الجدول (23) أعلاه أن المتوسط الحسابي لعينة الدراسة في المجال النمائي المطبق في السنة الأولى قد قدر ب 84,1333، وانحراف معياري المقدّر ب 10,61142، ليصل المتوسط الحسابي في السنة الثانية للتطبيق على نفس العينة إلي 85,1000، والانحراف المعياري إلي 10,06993، ثم في السنة الثالثة للتطبيق يصل المتوسط الحسابي إلي 85,6000، والانحراف المعياري إلي 8,50395، ومن خلال عملية تحليل التباين للقياسات المتكررة الموضحة في الجدول (24) أعلاه نلاحظ أن قيمة "F" المقدرة ب 2725,392 دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 و درجة الحرية 30، فيما يخص مجالات السلوكيات التكيفية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من قسم التفطين وذلك لصالح هذه الفئة إذ شهدت تطوراً في تنمية مهارات السلوكيات التكيفية المقبولة اجتماعياً بعد تلقي الرعاية والتكفل في مراكز التربية الخاصة.

مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بفرضيات البحث:

- الفرضية الجزئية الأولى:

الجدول رقم (25): يوضح نتائج اختبار(ت) و تحليل التباين للقياسات المتكررة للمجال النمائي لدى أطفال قسم التكفل المبكر و أطفال قسم التفطين.

درجة الحرية		F		مستوى الدلالة		الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		درجات الاقسام
قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	المجال
30	30	265,855	436,408	000	000	18,84483	16,37014	50,9000	44,8667	المجال النمائي 1
						18,74646	13,85972	54,5333	52,6667	المجال النمائي 2
						18,02007	12,10115	56,9667	56,9000	المجال النمائي 3

- جاء في الفرضية الجزئية الأولى أن " التكفل المبكر ينمي المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية و التعبيرية".

من خلال نتائج الجدول (25) المدرج أعلاه، نلاحظ أن كل مجموعة من أفراد العينة سواء قسم التكفل المبكر أو التفطين قد شهد تطورا في المجال النمائي خلال السنوات الثلاث للرعاية بالمركز، بمعنى أنهم قد تمكنوا من تعلم مهارات الحياة اليومية اللازمة و الضرورية كاستعمال أدوات الأكل، آداب المائدة، لبس و خلع الملابس، وضع الحذاء و خلعه، التحكم الجيد في الجسم واليدين، التفاعل والمشاركة في النشاطات الاجتماعية، تحسين المستوى اللغوي وغيرها من التصرفات الاستقلالية و بمقارنة بسيطة بين النتائج المحصل عليها من طرف كل قسم نجد أن أطفال قسم التكفل المبكر و رغم صغر أعمارهم قد حققوا نتائج تقريبا مماثلة مع تلك التي حققها أطفال قسم التفطين خاصة في السنة الثالثة للتطبيق، وهذا إن دل على شيء فهو يدل

على أن التحاق الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بأقسام التكفل المبكر في سن ما قبل السادسة يمكّنهم من تخطي عقبات الحياة اليومية، و بالتالي فتح المجال بعد هذه السن لتعلم القراءة، الكتابة والحساب، تعلم الألوان و الأشكال وغيرها من النشاطات البيداغوجية في حين الالتحاق بمراكز التربية الخاصة في سن متأخرة أي ما بعد السادسة من العمر (أطفال قسم التقطين) يسبب تأخرا لهؤلاء الأطفال، إذ عوضا من مباشرة التعليم البيداغوجي، يقضون مدة قد تكون طويلة في تعلم مبادئ الحياة اليومية كالنظافة، المأكل، الملابس، التنشئة الاجتماعية وغيرها من أمور الحياة اليومية، خاصة الأطفال الذين لم يتعلموا في المنزل الاستقلالية في العناية الذاتية بسبب جهل أو عدم اهتمام الأولياء.

منه يمكن القول بتحقق الفرضية الجزئية الأولى للبحث، التي تؤكد على فعالية التكفل المبكر في تنمية وتحسين المهارات النمائية لدى الأطفال المعاقين عقليا، ويمكن تفسير هذا التحسن الذي طرأ على السلوكيات الاستقلالية لهؤلاء الأطفال (قسم التكفل المبكر)، أن كلما كان التكفل بهذه الفئة مبكرا سواء في المنزل أو المركز المتخصص، كلما كانت النتائج أكثر ايجابية، بالإضافة إلى المناهج، التقنيات والبرامج المقدمة إليهم قد عملت على تحسين تكيفهم مع أنفسهم ومع المجتمع المحيط بهم والتي يطبقها المتخصصين في مجال رعاية المعاقين عقليا. هذه البرامج قد تم وضعها بصفة متسلسلة، متتابعة ومتكاملة كل مرحلة تكمل الأخرى وهي مزودة بالوسائل التعليمية الخاصة والضرورية لتنفيذها، وهذه الوسائل أيضا لا بد أن تكون مصنوعة تماشيا ومتطلبات عمرهم الزمني و العقلي، وتحقق حاجاتهم الأساسية للحياة.

وعليه فإن التقنيات المقدمة والمنفذة قد حققت تقدما لدى الأطفال بعد تلقّهم إياها، في اكتساب العديد من التصرفات السلوكية ومهارات الحياة اليومية التي تعد مهمة وأساسية للاعتماد على النفس، والاستقلال الشخصي في بعض أمور الحياة اليومية، ولعل طرق وأساليب التدريب التي قامت على تحليل الأعمال التعليمية وتسلسلها وتدرجها من السهل إلى الصعب قد ساعدت الأطفال على اكتساب هذه المهام السلوكية (فيوليت، ف وآخرون، 2001).

تستخدم أساليب تعديل السلوك بشكل واسع في مجال الرعاية المبكرة و تعليم مهارات الاعتماد على النفس، كاستخدام الحمام وتناول الطعام وارتداء الملابس، و ما يؤكد هذا قول الباحثان (Kauffman&Hallahan, 1994) "أنه لكي يتعلم المعاق عقليا تنفيذ التتابع التعليمي في مهام مثل استخدام الشوكة، الهاتف، ربط الحذاء وقول مرحبا يجب استخدام برامج و تقنيات تعديل السلوك" (خولة، أ، ي و عبيد، م، أ. 2005). وما لاحظناه في المراكز المختصة، استعمال أسلوب التعزيز من طرف المربين، وهو من أهم مبادئ تعديل

السلوك، حيث يقضي هذا المبدأ على أن السلوك الذي يؤدي إلى نتائج إيجابية يتدعم و تزداد احتمالات تكراره في المستقبل، أي عندما يقوم الفرد بسلوك ثم يعود عليه بنتائج تعزيزية يقوى السلوك سواء أكان تعزيز سلبى أو إيجابى، إذ عندما تؤدي نتائج السلوك إلى تقويته بإضافة خبرات جيدة أو مريحة نقول أن ما حصل هو تعزيز ايجابي، أما عندما يؤدي السلوك إلى تجنب الطفل أو تخلصه من مثيرات أو أحداث غير مريحة ومنفرة نقول أنه تعزيز سلبى(الخطيب، ج والحديدي، م. 1994).

وعلى ذكر أساليب التعزيز فإن المربين و المختصين النفسانيين العاملين بالمراكز المختصة التي أجريت فيه الدراسة (ميدان البحث) قد تبناوا هذه الطرق لتحقيق النتائج المرجوة من البرامج النمائية، من أمثلة التعزيز الإيجابي السماح للطفل باستعمال لعبته أو مشاهدة برنامجه المفضل، و قد لمسنا تفاعل وتحمس الأطفال للقيام بما طلب منهم بغرض الحصول على المكافأة، فيبدوا واضحا تعبير الأطفال عن فرحتهم المزدوجة، فرحة بحسن أداء الواجب وفرحة بنيل الجزاء عن ذلك، وهو المتمثل في هذه الفسحة للقيام بالنشاطات المفضلة بكل حرية. أما التعزيز السلبى فيبدوا في عزل الطفل في القسم أو حرمانه من شيء محبب لديه إن أبي أن يؤدي العمل المطلوب منه.

من أساليب تعديل السلوك المعتمدة كذلك في تربية الأطفال المعاقين، نذكر التقليد والنمجة إذ يركز المربون في برامج تدريب الأطفال على التقليد و ذلك بالحرص على انتباه الطفل قبل تقديم الإيضاحات له، واستخدام حركات واضحة يسهل تقليدها، مع تقصير مدة الجلسات التدريبية إلى حد ما واستخدام معززات فعالة. "مع ضرورة تقديم المساعدة الحسية والحركية عند تدريب الأطفال المعاقين عقليا لمساعدتهم على سرعة التدريب"(فيوليت، ف و آخرون، 2001).

تتفق نتائج الدراسة الحالية بالمراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين عقليا في المجتمع الجزائري، والمتعلقة في دور التكفل المبكر في تنمية السلوك التكيفي لدي أطفال ذوي إعاقة عقلية متوسطة، إلى حد كبير مع ما توصلت إليه نتائج دراسة تلي أونجان (Talay Ongan 2001) التي تناولت خدمات التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين عقليا يتراوح أعمارهم ما بين (3-5 سنوات) ونسبة ذكائهم (50-75 درجة) تكونت عينة الدراسة من (6) أطفال معاقين عقليا وأسرهم، حيث استخدم الباحث برنامجا لتنمية مهارات العناية بالذات ثم قياس البرامج ببطاقة ملاحظات السلوك الاجتماعي مستخدما فنيات النمجة والتلقين والتدعيم. استمر البرنامج مدة ستة أشهر، بمعدل جلستين في الأسبوع، مدة الجلسة (55) دقيقة.

و قد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقليا (أفراد العينة) قبل البرنامج و بعد الانتهاء منه وذلك لصالح هؤلاء الأطفال وكذا تفوقهم في مهارة العناية بالذات و تحسين السلوك الاجتماعي لهؤلاء الأطفال نتيجة اشتراك الأسر مع الأبناء في البرنامج(آمال، م، ي و آخرون، 2013: ص6).

كما تتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة توملان أنجل (Tomlin Angel 2002) التي أجريت حول فعالية برنامج التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين عقليا في مرحلة ما قبل المدرسة، تكونت عينة الدراسة من (3) آباء لديهم أطفال معاقين عقليا، يتراوح أعمار الآباء ما بين (35-45 سنة)، وعمر الأطفال ما بين (2-4 سنوات)، استخدمت الباحثة برنامجا يحتوي على مهارات عقلية ولغوية مستخدمة فنيات الإرشاد الجماعي مع الآباء.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التدخل المبكر مع الآباء يحسن من سلوك الأبناء، ويؤدي إلى حدوث التوافق مع الآخرين وأن الأطفال المعاقين عقليا (عينة الدراسة) قد أصبح لديهم القدرة على الاتصال بعد الانتهاء من البرنامج مما جعلهم يندمجون مع الأطفال العاديين مع زيادة الحصيلة اللغوية لدى هؤلاء الأطفال(آمال، م، ي وآخرون، 2013: ص6).

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Magerotte, 1975) و التي تنص على ضرورة اكتساب الاستقلالية الذاتية لدى المتخلفين ذهنيا فيما يخص نظافة المخارج البولية و التدريب على المرحاض من الأمور المستعجلة وذلك عن طريق التوجيهات المنهجية الشاملة والمتعلقة بتربية المتخلفين عقليا وتدريبهم على المرحاض بتقاطيع زمنية منتظمة واستخدام التعزيزات في حالة النجاح في التنفيذ وإضفاء الجو الايجابي أثناء التعلم، وهذا ما توصلت إليه كل من دراسة (Ellis, 1963) التي تعتبر أول من اقترحت وصفا دقيقا لاكتساب نظافة المخارج البولية لدى المتخلفين عقليا بالطريقة الموجبة (شويعل، س، 2007).

و كذلك دراسة (Fox et Azrin, 1993) حيث اقترح الباحثان برنامجا لتعلم استخدام المرحاض و أكدوا على أن الأمر يتعلق بالدرجة الأولى بسياق تعلم موجب و اجتماعي معقد، لأن عملية الإخراج داخل المرحاض يعود إلى الرغبة في تجنب الاستجابات الاجتماعية السيئة، لأن القبول اللاإرادي يعتبر كاستجابة اجتماعية غير مرغوبة، ويمكن مناقشة نتائج البحث في ضوء معطيات النظرية السلوكية و نظرية التعلم الاجتماعي وما أكده علماء النفس السلوكيون في مجال تعديل السلوك (شويعل، س، 2007).

يرى أصحاب النظرية السلوكية، أن كل سلوك يمكن أن يتغير بإحداث تغيير في بيئة الفرد، وأن هذا الأخير يكتسب كلا من السلوك العادي والسلوك غير العادي، وأنه يمكن تعديل السلوك وتقويمه عن طريق التحكم في نتائج هذا السلوك، وبالتالي فإذا مارس الطفل سلوكا مرغوبا وأعقبه تعزيز فإن ذلك يدعمه ويزيد من احتمالات ممارسته (عبد الباقي، ع، 1995). هناك من يرى كذلك بأن التعزيز شرطاً أساسياً لحدوث تعديل السلوك (Sills, 1972)، (أحمد زكي، ص، 1974).

كما قامت فاطمة محمد عزت (1989) بدراسة هدفها نمو النضج الاجتماعي والاعتماد على الذات لدى الأطفال المعاقين عقليا، و تحقيقا لهذا الهدف قامت الباحثة بإعداد برنامج تدريبي يهدف إلى تنمية مهارة الاعتماد على الذات، مثل الأكل و النظافة اليومية، و تدريب الأطفال على استعمال أدوات المائدة، أي التدريب على بعض مهارات العمل الاستقلالي لتحقيق التوافق الاجتماعي مقاسا بمقياس السلوك التكيفي.

توصلت الدراسة إلى نتائج ايجابية في تحسين التوافق الاجتماعي و تنمية مهارات الاعتماد على الذات لدى أطفال المجموعة التجريبية، الذين استفادوا من التدريب من خلال البرنامج المعد، و كانت الفروق دالة إحصائيا إذا ما قورنوا بأطفال المجموعة الضابطة (الهجري، أ، 2002).

لذلك تعد المهارات المنزلية من أهم الأعمال التي يفضل تدريب ذوي الإعاقة العقلية عليها، لمساعدتهم على الاعتماد على أنفسهم في القيام باحتياجاتهم اليومية في المنزل، وهذا يجعل الفرد أقل عبئا على الآخرين ممن يعيش معهم (بجي، خ و عبيد، م، 2005).

كل ما ذكرناه أعلاه عن أهمية التدريب على الاستقلالية في متطلبات الحياة اليومية للأطفال المعاقين عقليا، واستنادا إلى الدراسات السابقة التي تؤكد على ضرورة البدء بالتدريب في سن مبكرة فإن دراستنا الحالية قد أثبتت ذلك من خلال النتائج المحققة من طرف أطفال قسم التكفل المبكر مقارنة مع أطفال قسم التقطين رغم فارق السن إلا أن التدريب قد نجح في تنمية مهارات المجال النمائي لدي هؤلاء قبل سن السادسة الذي من المفروض هو سن تعلم النشاطات البيداغوجية وليس المهارات الاستقلالية كأداب المائدة، النظافة، الهيئة والقوام، قضاء الحاجة وغيرها من السلوكات النمائية اللازمة للحياة اليومية.

وعليه فإن الفرضية الجزئية الأولى للبحث قد تحققت.

- الفرضية الجزئية الثانية:

الجدول رقم (26): يوضح نتائج اختبار(ت) و تحليل التباين للقياسات المتكررة لمجال السوك الانحرافي لدى أطفال قسم التكفل المبكر و أطفال قسم التفطين.

درجة الحرية		F		مستوى الدلالة		الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		درجات الاقسام
قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	المجال
30	30	73,189	136,035	000	000	21,07079	18,45541	33,2333	38,5333	المجال الانحرافي 1
						20,04939	16,44863	30,5667	32,8333	المجال الانحرافي 2
						18,26148	12,83677	28,6333	28,9000	المجال الانحرافي 3

- جاء في الفرضية الجزئية الثانية أن " التكفل المبكر يقلص من السلوكات الانحرافية مثل التمرد والعصيان، الانسحاب و السلوك النمطي و اللزمات الغريبة، الميل للحركة الزائدة و العادات غير المقبولة والشاذة".

من خلال نتائج الجدول (26) المدرج أعلاه، نلاحظ أن كل فئة من أفراد العينة سواء قسم التكفل المبكر أو التفطين قد شهد تغيرا في المجال الانحرافي للمقياس خلال السنوات الثلاث للرعاية بالمركز، بمعنى أنه قد تمكنوا من التقليل من حدة السلوكات الانحرافية و بمقارنة بسيطة بين النتائج المحصل عليها من طرف كل قسم نجد أن أطفال قسم التكفل المبكر و رغم فارق السن قد حققوا نتائج تقريبا مماثلة مع تلك التي حققها أطفال قسم التفطين خاصة في السنة الثالثة للتطبيق، وهذا إن دل على شيء فهو يدل على أن التحاق الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بأقسام التكفل المبكر في سن ما قبل السادسة أمكنهم من التحسين من سلوكاتهم الشاذة، و بالتالي فتح المجال بعد هذه السن لتعلم النشاطات البيداغوجية كالقراءة، الكتابة والحساب، تعلم الألوان و الأشكال وغيرها. في حين أن الالتحاق بمراكز التربية الخاصة في سن متأخرة أي ما بعد السادسة من العمر (أطفال قسم التفطين) يسبب تأخرا لهؤلاء الأطفال، إذ عوضا من مباشرة التعليم البيداغوجي،

يقضون مدة قد تكون طويلة في تعلم مبادئ الحياة الاجتماعية المقبولة، خاصة الأطفال الذين لم يتعلموا في منازلهم ذلك بسبب جهل أو إهمال الأولياء.

منه يمكن القول بتحقق الفرضية الجزئية الثانية للبحث، التي تقول أن التكفل المبكر يقلص من السلوكات الانحرافية مثل التمرد و العصيان، الانسحاب و السلوك النمطي و اللزمات الغريبة، الميل للحركة الزائدة والعادات غير المقبولة و الشاذة، و لا ربما هذا النجاح المحقق يعود إلى الأساليب، التقنيات و البرامج المطبقة من خلال المربين و الأخصائيين العاملين بالمراكز.

و عليه فإن للتكفل المبكر أثر فعال و موجب في الخفض من حدة السلوكات الانحرافية لدى أفراد العينة وما تؤكده نتائج الدراسة الحالية و المذكورة في الجدول (24) أعلاه خاصة بعد السنة الثالثة للتكفل. وهي نتائج تتفق مع الاتجاه العام السائد في هذا المجال، و التي تؤكد على ضرورة الاهتمام بعلاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا في سن مبكرة من خلال استخدام البرامج التربوية، الإرشادية والتدريبية المعدة خصيصا لهذه الفئة من الأطفال، حيث أكدت نتائج البحوث و الدراسات أن تطبيق برامج تعديل السلوكات المنحرفة تسمح لهؤلاء الأطفال بالتركيز في تعلم المهارات الصحيحة، مما يساعد على النهوض بمستواهم التحصيلي بقدر ما تسمح به قدراتهم المحدودة (أمان و آخرون، 1987).

و على ذكر تقنيات تعديل السلوك، فإن العاملين بمراكز التربية الخاصة التي أجري فيها البحث (ميدان الدراسة)، قد سهروا على تطبيق مختلف أساليب التعديل في مجال الرعاية المبكرة و تعليم هؤلاء الأطفال المهارات المقبولة اجتماعيا و القضاء أو التقليل من شدة الاضطرابات السلوكية و المعتادة لدى أغلبية الأطفال المعاقين عقليا إن لم نقل كلهم. و هذه التقنيات تتمثل في التعزيز، النمذجة و تشكيل السلوك.

فالنمذجة و التقليد تعني إقامة نموذج سلوكي مباشر حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج المعروف للطفل بقصد إحداث تغيير في سلوكه و إكسابه سلوكا جديدا (يحيي و عبيد، م، أ، 2005، ص191) و من أمثلة النمذجة نذكر في "حصّة آداب المائدة" على المري أن يقوم بعرض نموذج عن كيفية الجلوس الصحيح و الإمساك بالملعقة و قول باسم الله قبل الأكل و كل المراحل حتي الانتهاء من الأكل وتنظيف المائدة و ذلك كي يتسنى للأطفال تقليد هذه السلوكات الصحيحة "لآداب المائدة" و بتكرارها كل يوم تصبح سلوكا أليا لدي هؤلاء الأطفال.

و التعزيز هو الحادثة التي تتبع سلوكا ما بحيث يعمل على تقوية احتمالية تكراره في مرات لاحقة و يمكن النظر إليه على أنه نوع من أنواع المكافآت ذات الطابع النفسي و التي ربما تكون داخلية أو خارجية المنشأ (الزغلول، 2005، ص105) و المثال على ذلك أن يقوم المربي بمكافئة الطفل بعد أن يؤدي هذا الأخير واجبا مطلوبا منه دون معارضة أو إحداث فوضى في القسم، و يكون ذلك لفظيا كالثناء عليه أمام الآخرين أو السماح له باستخدام لعبته المفضلة...و غيرها مما يثير فرحة ذلك الطفل كي يقوي احتمالية تكرار نفس السلوك من نفس الطفل أو زملائه.

أما تشكيل السلوك فهو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب أو يقاربه بخطوات صغيرة تيسر الانتقال من خطوة إلى أخرى، و هو الأسلوب المتبع في إيجاد سلوكيات جديدة كليا لدى الطفل (بحيي و عبيد، م، أ، 2005، ص192-193) و نذكر على سبيل المثال سلوك العادات الفمية غير المقبولة كالجز على الأسنان و البصق على الأرض، مص الأصابع و الملابس...، للقضاء على هذه السلوكات الشاذة فالمربي يتبع خطوات منتظمة حيث لا يحاول القضاء على كل هذه السلوكات في آن واحد بل واحدة تلو الأخرى و كل سلوك قد يستغرق القضاء أو التقليل منه مدة معينة من الوقت ومع الكثير من الصبر والعمل الجاد.

تتفق نتائج هذه الدراسة و المتعلقة في دور التكفل المبكر في تنمية السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا مع التي توصل إليها كل من سكيلز و داي (1939) و بريكر (1987) والتي أكدت على فعالية البرامج الارشادية والتدريبية بفنياتها المختلفة، خاصة تلك المرتبطة بفنية التعزيز و تقليد النموذج واستخدام الأسلوبين معا في تعديل السلوكات غير المرغوب فيها اجتماعيا لدى المعاقين عقليا، حيث يؤدي استخدام هذه الأساليب إلى تعديل أسلوب هؤلاء الأطفال، ذلك لأن الطفل المعاق عقليا لا توجد لديه القدرة على إنجاز المهام المطلوب منه وهو في حاجة ماسة إلى من يوضح له طريقة إنجاز العمل بصورة مبسطة ووفقا لخطوات متتالية تسهل عليه ملاحظتها وتقليدها، و هو في حاجة إلى التعزيز المستمر، للتعرف على نتائج سلوكه خطوة بخطوة، وتعزيز الاستجابات الصحيحة لديه فور صدورها من أجل الاستمرار في تشجيعه على تقليد نموذج الأداء المعروف عليه، والتوصل إلى السلوك المطلوب، و بذلك يمكن تعديل الكثير من أنماط وصور السلوك الخاصة بهؤلاء الأطفال و إكسابهم أنماط و صور أخرى من السلوك الأكثر إيجابية وفاعلية.

وتتفق مع دراسة "صالح هارون" (1985) التي تشير إلى انخفاض معظم درجات السلوكات الانحرافية لدى أفراد المجموعة التجريبية بصورة دالة بعد تطبيق البرامج التدريبية.

وكذلك دراسة "بخش أميرة" (1997) التي حاولت من خلال هذه الدراسة التعرف على مدى فعالية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض مستوى النشاط الزائد لدى فئة من الأطفال المعاقين عقليا. و قد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج في الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية و المهارات الفرعية كالتفاعل و التواصل الاجتماعي، المشاركة الوجدانية و التعاون و الصداقة، مهارات الحياة اليومية و مهارات وقت الفراغ و ذلك لصالح القياس البعدي. كما أشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الاضطرابات السلوكية و منها النشاط الزائد(بحيي، خ و عبيد، م، أ، 2005).

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية، إلى حد كبير مع ما توصلت إليه نتائج دراسة "تومالين أنجلة" (2002) التي استهدفت فعالية برنامج التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين عقليا في مرحلة ما قبل المدرسة، تكونت عينة الدراسة من (3) آباء لديهم أطفال معاقين عقليا أعمارهم (2-4 سنوات). فأسفرت النتائج على أن التدخل مع الآباء يحسن من سلوك الأبناء و يؤدي إلى حدوث توافق مع الآخرين، كما تمكن هؤلاء الأطفال من الاتصال و الاندماج مع الأطفال العاديين مع زيادة حصيلتهم اللغوية. (أمال، م، ي، 2013، ص: 06).

إن الأطفال المعاقين عقليا غير مسئولين عن قدراتهم المختلفة، بل المحيطين بهم إذا لم يوليهم الرعاية الكاملة المتمثلة في الاهتمام بتدريبهم على المهارات المختلفة التي تعمل على التكيف مع البيئة المحيطة، و كذلك معاملتهم بالرفض و القسوة و الإهمال فإن ذلك يؤدي إلى نقص المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال وبالتالي تؤدي إلى صعوبات في حياتهم الاجتماعية، و قد يلجأ هؤلاء الأطفال إلى أساليب أخرى مطمئنة أي يخلقوا من السلوكيات غير الاجتماعية المتمثلة في العدوانية، الانعزالية أو سلوك إيذاء النفس...إلخ. سياتجا يقيمهم من التعامل مع المحيطين و هذا ما أكدته العديد من الدراسات (Bundura 1973) و (Wayna 1984) و (Masud 1988)، و هؤلاء جميعا أكدوا أن الأطفال قد يسلكون بالعدوانية أو الانطوائية و غير ذلك من السلوكيات المضطربة في المواقف المختلفة لأنهم لم يتعلموا الاستجابات البديلة المناسبة، بل تعلموا الاستجابات للمواقف بإحدى الطرق السابقة. و نرجع هذا التحسن الذي طرأ على سلوك الأطفال المعاقين عقليا (عينة الدراسة الحالية) إلى أن المختصين في مجال رعاية هذه الفئة سواء الأخصائيين النفسانيين أو المعلمين أو المربين يكون تفاعلهم مبني على الثواب و تأجيل العقاب، و الاهتمام بالقدوة و التدعيم بأشكاله المتنوعة و هذا ما أكدته نظريات التعلم. و كذلك فإن البرامج المقدمة قد أتاحت لهم فرصة التعبير عن أنفسهم بطريقة سليمة، بجانب ذلك فإن ممارسة الأنشطة المختلفة من طرف الأطفال قد أدى بهم إلى تفرغ

الطاقات و الشحنات الانفعالية المكبوتة، التي كانت تدفعهم إلى إيذاء الذات و الآخرين، كما أكسبتهم هذه الأنشطة حب العمل الجماعي، وكل هذه المهارات كانت مندرجة في الأنشطة المقدمة لهم.

بما أن التدريب على المهارات و السلوكات السليمة اجتماعيا قد أثبت نجاحا في ميدان الاعاقة العقلية، فإن التدريب كلما كان مبكرا كانت النتائج أكثر فعالية.

وعليه فإن الفرضية الجزئية للبحث قد تحققت،

-الاستنتاج العام:

الجدول رقم (27): يوضح نتائج اختبار(ت) و تحليل التباين للقياسات المتكررة لمجال السلوك التكيفي لدى أطفال قسم التكفل المبكر و أطفال قسم التفطين.

درجات الاقسام		المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		مستوى الدلالة		F		درجة الحرية
المجال	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر	قسم التفطين	قسم التفطين	قسم التكفل المبكر
المجال التكيفي 1	83,4000	84,1333	9,57943	10,61142	000	000	3053,333	2725,392	30	30
المجال التكيفي 2	85,5000	85,1000	9,37256	10,06993						
المجال التكيفي 3	85,8000	85,6000	8,68371	8,50395						

-جاء في الفرضية العامة أن " للتكفل المبكر المطبق في مراكز التربية الخاصة دور فعال في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا".

على ضوء النتائج المحصل عليها و التي يؤكدتها الجدول (27) المدرج أعلاه، يمكن القول أن سياسة التكفل المبكر المطبقة في مراكز التربية الخاصة قد أفرزت نتائج ذات أثر إيجابي وفعال على السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا دون سن السادسة من العمر (في حدود عينة البحث)، والمتمثل في التصرفات

الاستقلالية كاستعمال أدوات الأكل، الشرب، آداب المائدة، تنظيف الأسنان، قضاء الحاجة؛ والمظهر العام كالهئية والقوام، لبس و خلع الملابس، لبس الحذاء و خلعه؛ والنمو الجسمي كالمشي والجري والتحكم الجيد في اليدين؛ و التعبير و النطق؛ و التوجيه الذاتي والتنشئة الاجتماعية. و بالمقابل التدني في الاضطرابات السلوكية، كالتنمر و العصيان و العنف، الانسحاب والخجل، السلوك النمطي و اللزمات الغريبة، العادات الصوتية غير المقبولة، تمزيق الملابس والميل للحركة الزائدة، الاضطرابات الانفعالية و النفسية. نفس النتائج نلاحظها لدي أطفال قسم التفطين سواء في النواحي النمائية للمقياس أو الانحرافات السلوكية، و لكن إذا ما قارنا فارق السن نقول أن قسم التكفل المبكر هم الأكثر تفوقا و استفادة من هذا النجاح و التقدم المحصل بعد ثلاث سنوات من التكفل بالمراكز، كما وضحنا في تحليل الفرضيتين الجزئيتين أن أطفال قسم التكفل المبكر يمكنهم في سن السادسة من العمر مبادرة تعليم النشاطات البيداغوجية المختلفة و المكيفة حسب قدراتهم الممكنة، عكس الأطفال الذين التحقوا بالمراكز في سن متأخرة (بعد سن السادسة فما فوق) خاصة منهم الذين لم يحظو بالتكفل اللازم و السليم في البيت مع أهاليهم لأسباب مختلفة الجهل واللامبالاة، أو بحجة انشغال الأولياء بالعمل و غيرها من الأسباب...التي تجعل من الطفل أكثر عجزا و إعاقتا.

التكفل المبكر سياسة تفتح الآفاق لميدان التربية الخاصة، و توسع من مجالها ليشمل حتي ذوي سن الثالثة من العمر، ذلك لأن التربية عامة و تربية المعاقين عقليا خاصة كلما كانت مبكرة كانت أكثر فعالية، يمكن موازاتها مع دور الحضانه و الأقسام التحضيرية لدى الأطفال العاديين، التي أنشئت لتهيئة الطفل للمدرسة، نفس الهدف تقريبا مع أقسام التكفل المبكر.

من خلال تحقق نتائج الفرضية الجزئية الأولى القائلة بنجاح سياسة التكفل المبكر في تنمية الجوانب النمائية والفرضية الجزئية الثانية القائلة بفعالية التكفل المبكر بتقليص الانحرافات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية و بما أن تحقق السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال يشمل ارتفاع درجات النواحي النمائية وانخفاض درجات الانحرافات السلوكية في المقياس فإنه يمكن القول بتحقيق الفرضية العامة للبحث والتي تقول أن للتكفل المبكر المطبق في مراكز التربية الخاصة دور فعال في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا.

هناك العديد من الدراسات المؤيدة للنتائج المحققة من خلال هذه الدراسة، أمثال بسيتلي Piscitelli (2000) التي هدفت إلى التعرف على دور الدمج الشامل في نمو اللغة وأثره على الكفاءة الاجتماعية لذوي الإعاقة العقلية ذات الطبيعة النمائية، فكانت نتائج هذه الدراسة أن معظم الأطفال قد حققوا مكاسب هامة في تنمية

اللغة والمهارات الاجتماعية بمرور الوقت. كما أكدت أن كل الأطفال على اختلاف قدراتهم العقلية يمكن أن يستفيدوا من نوعية البرنامج بغض النظر عن نوع مكان الإقامة و نوع البرنامج، ومدى كثافة التدريب، وللتدخل الوالدي أثر بالغ الأهمية في تحسين الكفاءة الاجتماعية لأبنائهم المعاقين عقليا(أسامة، ع، أ، 2015: ص45).

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة إيمان صادق (2003)، التي استهدفت زيادة السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم عن طريق زيادة مهاراتهم اللغوية، و قد أسفرت نتائج الدراسة جدوى البرنامج في تنمية المهارات اللغوية و الذي ساعد في تحقيق قدر كبير من التكيف الاجتماعي لهؤلاء الأطفال(أسامة، ع، أ، 2015: ص46).

## خاتمة:

فعالية سياسة التكفل المبكر المطبق في مراكز التربية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا كانت موضوع بحثنا الحالي، إذ حاولنا إبراز دور التكفل المبكر أولا في تنمية المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية والتعبيرية وثانيا في التقليل من حدة السلوكيات الانحرافية مثل التمرد والعصيان، الانسحاب والسلوك النمطي والالزمات الغريبة، الميل للحركة الزائدة والعادات غير المقبولة والشاذة، وهذا من خلال دراسة طولية دامت ثلاث سنوات.

بعد تحليل وإثراء متغيرات البحث نظريا، شرعنا في إعداد الأداة المستعملة في الدراسة (مقياس السلوك التكيفي لـ. "فاروق محمد صادق" (1985)) من خلال بعض التعديلات اللغوية لمفردات المقياس، ثم قمنا بتطبيق المقياس ثلاث مرات متتالية على مدار ثلاث سنوات على العينة المكونة من (60) طفلا معاقا عقليا (درجة متوسطة) (30) منهم من أقسام التكفل المبكر و (30) من أقسام النقطين المتواجدين بالمراكز حيث أجري البحث. بعد الانتهاء من عملية جمع البيانات قمنا بمعالجتها إحصائيا قمنا بمناقشة فرضيات البحث في ضوء النتائج التي حصلنا عليها وبالاعتماد على التناول النظري وعلى ما توفر من دراسات سابقة، حيث أكدت النتائج:

- وجود زيادة في الدرجة الكلية بالنسبة للسلوك النمائي (مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية) وكانت هذه الزيادة دالة إحصائيا بعد تدخل المراكز الخاصة للتكفل بهؤلاء الأطفال (أقسام التكفل المبكر)، وهذا ما يؤكد تحقق الفرضية الجزئية الأولى القائلة " التكفل المبكر ينمي المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية والتعبيرية".
- انخفاض معظم درجات الاضطرابات السلوكية عند أفراد العينة بصورة دالة إحصائيا وهذا بعد التكفل المبكر بهؤلاء الأطفال (عينة الدراسة)، وهذا ما يؤكد تحقق الفرضية الثانية القائلة " التكفل المبكر يقلص من السلوكيات الانحرافية مثل التمرد والعصيان، الانسحاب والسلوك النمطي والالزمات الغريبة، الميل للحركة الزائدة والعادات غير المقبولة والشاذة".
- وجود فروق دالة إحصائيا في كل أبعاد السلوك التكيفي، سواءا النمائي منه (مهارات الحياة اليومية)، أو الاضطرابات السلوكية و ذلك لصالح فئة أقسام التكفل المبكر و هذا ما يؤكد الفرضية العامة للبحث

## القائلة " للتكفل المبكر بمراكز التربية الخاصة فعالية في تحقيق السلوك التكيفي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة".

من خلال ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة من نتائج مؤداها أن التكفل المبكر سياسة جد فعالة في تنمية المهارات النمائية وبالمقابل التقليل من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا لدى فئة المعاقين عقليا (درجة متوسطة)، وهذا إن دل على شيء فهو يدل على دور عامل السن في نجاح عملية التكفل بالأطفال المعاقين عقليا، فكلما كان التدخل في سن مبكرة أكثر كانت النتائج إيجابية أكثر، والدليل نلمسه في نتائج الدراسة الحالية إذ أن أطفال أقسام التكفل المبكر قد حققوا نتائج مقاربة لنتائج أطفال أقسام النقطين، رغم فارق السن بين هاتين الفئتين. وبالتالي يمكن اعتبارها مؤشرات تستدعي منا كباحثين في مجال علم النفس والتربية الخاصة الانتباه لها وذلك من خلال الجهود الحثيثة من أجل رعاية هذه الشريحة من المجتمع.

إذا حاولنا أن نشرح تفاصيل التكفل المبكر، من حيث أسباب نجاحه يمكن أن نستعين بالأبحاث القائمة مؤخرا في ميدان بيذاغوجية الأعصاب، والتي تناولت البحث في أسرار تطور الدماغ أثناء عملية التعلم لدى الأطفال والمراهقين، وبالرغم من أن هذه الدراسات لم تتناول المعاقين عقليا بالتحديد، ولكن يمكن القول بأن الطفل المعاق يحدث معه نفس ما يحدث لدى الطفل العادي أثناء عملية التعلم في سن مبكرة، والاختلاف يكمن في سرعة التعلم ودرجة القدرة على الاستيعاب فحسب أما تأثير عامل السن على نجاح عملية التعلم فهو مؤشر نجده لدى الطفل العادي والمعاق على السواء.

بالتالي يمكن القول أن نجاح عملية التعلم في ميدان التربية الخاصة وتحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا مرتبط ليس فقط بمدى فعالية التقنيات والنشاطات المقدمة ونوعية البرامج المسطرة والوسائل المستخدمة بل بعامل السن لدى الأطفال المعاقين عقليا أثناء التحاقهم بالمراكز، وكلما كان هذا الأخير مبكرا كانت النتائج أكثر نجاحا، ونتائج الدراسة الحالية أكبر دليل على ذلك، حيث حقق الأطفال (عينة الدراسة) من أقسام التكفل المبكر نتائج مماثلة تقريبا مع نتائج الأطفال من سن السادسة فأكثر، وهذا أكبر مؤشر على تأثير عامل السن على عملية التعلم لدى الأطفال المعاقين عقليا كما هو الحال مع الأطفال العاديين.

نعتقد بأن هذه الدراسة قد تلفت انتباه بعض الباحثين في هذا الميدان للاهتمام بفئة المعاقين عقليا، للبحث فيها وجوانبها المختلفة الشخصية منها، العقلية والاجتماعية وغير ذلك من أجل التخفيف من حدة معاناتها، مما يجعل أفراد هذه الشريحة يحققون قدرا معينا من السلوك التكيفي حسب ما تسمح لهم قدراتهم وإمكاناتهم.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع:

1. أرنوف وبيتيج/ ترجمة عادل عز الدين الأشول و آخرون: مقدمة في علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، بدون ط، 1992.
2. أحمد زكي صالح: علم النفس التربوي، النهضة المصرية، القاهرة، بدون ط، 1974.
3. أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية، ط9، 1973.
4. إنتصار يونس: السلوك الانساني، المكتبة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، بدون ط، 2000.
5. إيمان فؤاد محمد كاشف: الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيه، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، بدون ط، 2001.
6. جابر عبد الحميد جابر: مهارات البحث التربوي، دار النهضة العربية، قطر، ط1، 1993.
7. جمال الخطيب و آخرون: التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 1998.
8. جمال الخطيب والحديدي مني: مناهج و أساليب التدريس في التربية الخاصة، ط1، عمان، 1994.
9. جمال مثقال القاسم و آخرون: الاضطرابات السلوكية، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، ط1، 2000.
10. حسن حسين زيتون: مهارات التدريس (رؤية في تنفيذ التدريس)، عالم الكتب، القاهرة، ط1، 2001.
11. حسن منسي: الصحة النفسية، دار الكندي للنشر و التوزيع، الأردن، ط1، 1998.
12. خولة أحمد يحيي: الاضطرابات السلوكية، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، ط1، 2000.
13. رباح تركي: مناهج البحث في علوم التربية و علم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984.
14. رمضان محمد القذافي: الصحة النفسية و التوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط3، 1998.
15. رمضان محمد القذافي: رعاية المتخلفين ذهنيا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، بدون ط، 1996.
16. سامي عريفج: مناهج البحث العلمي و أساليبه، دار مجد لاوي للنشر، ط2، 1999.

17. سعيد حسني العزة: التربية الخاصة لذوي الإعاقة العقلية و البصرية و السمعية و الحركية، مكتب روعة للطباعة، الأردن، ط1، 2001.
18. سليمان الريحاني: التخلف العقلي، المطبعة الأردنية، الأردن، بدون ط، 1981.
19. سميه طه جميل: التخلف العقلي، استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط1، 1998.
20. سهى أحمد أمين: المتخلفون عقليا بين الإساءة و الإهمال (التشخيص، العلاج)، دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع، القاهرة، بدون ط، 1999.
21. سهير كامل أحمد: الصحة النفسية و التوافق، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، بدون ط، 1999.
22. سهير كامل أحمد: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، بدون ط، 1998.
23. سهير محمد سلامة شاش: التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل و الدمج، مكتبة زهراء الشرق، مصر، ط1، 2002.
24. صادق فاروق محمد: دليل مقياس السلوك التكيفي، الرياض، ط2، 1985.
25. صادق فاروق محمد: سيكولوجية الخلف العقلي، جامعة الملك سعود، الرياض، ط2، 1982.
26. صالح حسين الداھري و آخرون: الشخصية و الصحة النفسية، دار الكندي للنشر و التوزيع، الأردن، ط1، 1999.
27. عادل عبد الله محمد: جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين و إمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، دار الرشاد، القاهرة، بدون ط، 2002.
28. عادل عز الدين الأشول: موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1987.
29. عبد الحميد محمد شاذلي: الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، ط2، 2001.
30. عبد الرحمان سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ط1، 2001.
31. عبد الرحمن عيسوي: اتجاهات جديدة في علم النفس الحديث، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بدون ط، 1982.
32. عبد الرحمن عيسوي: العلاج السلوكي، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، بدون ط، 1997.

33. عبد الرحمن عيسوي: سيكولوجية الإعاقة الجسمية و العقلية مع سبل العلاج و التأهيل، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، بدون ط، 1997.
34. عبد الرحمن عيسوي: فن الإرشاد و العلاج النفسي، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، ط1، 1999.
35. عبد الرحمن عيسوي: في الصحة النفسية و العقلية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، بدون ط، 1992.
36. عبد الرحمن عيسوي: موسوعة علم النفس و التربية و الاجتماع، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، ط2001، 1-2002.
37. عبد الرحمن فتحي السيد و آخرون: سيكولوجية الأطفال غير العاديين و استراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت، ط2، 1982.
38. عبد الرحمن فتحي السيد: الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي، مؤسسة الصباح، الكويت، ط1، 1981.
39. عبد القادر حلبي: مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، ط2، 1993.
40. عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم، دار الفكر العربي، ط4، 2005.
41. عدلي علي أبو الطاحون: مناهج و إجراءات البحث الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1، 1998.
42. علا عبد الباقي ابراهيم: التعرف على الإعاقة العقلية و علاجها و إجراءات الوقاية منها، عالم الكتب، القاهرة، بدون ط، 2000.
43. علاء الدين كفاني: الإرشاد و العلاج النفسي الأسري (المنظور النسقي الإتصالي)، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 1999.
44. علاوة محمد السيد: التخلف العقلي في محيط الأسرة، المكتب العلمي للنشر و التوزيع، الإسكندرية، بدون ط، 1998.
45. عيسي محمد رفقي: بياحيه بين النظرية و التطبيق، دار المعارف، القاهرة، بدون ط، 1981.
46. غراب نجوى: مدى فعالية برنامج تغذوي تربوي على السلوك التكيفي للأطفال المعاقين ذهنياً، القاهرة، منشأ المعارف الإسكندرية، 1999.

47. فاروق الروسان: أساليب القياس و التشخيص في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن، ط1، 1996.
48. فاروق الروسان: الذكاء و السلوك التكيفي (الذكاء الاجتماعي)، دار الزهراء، الرياض، ط1، 2000.
49. فاروق الروسان: تعديل و بناء السلوك الإنساني، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، الأردن، ط1، 2000.
50. فاروق الروسان: سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر، الأردن، ط3، 1998.
51. فاروق الروسان: قضايا و مشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، الأردن، ط1، 1998.
52. فاروق الروسان: مقياس التكيف الاجتماعي، دار الفكر، الأردن، ط1، 1998.
53. فهمي محمد سيد: السلوك الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الإسكندرية، بدون ط، 1998.
54. فوزي محمد جبل: الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، بدون ط، 2000.
55. فيوليت فؤاد ابراهيم و آخرون: بحوث و دراسات في سيكولوجية الإعاقة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ط1، 2001.
56. كاشف إيمان فؤاد محمد: الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيه، ط1، القاهرة، دار قباء، 2001.
57. كريستين مايلز: التربية المختصة (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا)، ورشة الموارد العربية، لبنان، بدون ط، 1994.
58. كمال ابراهيم مرسى: التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي و دور الإرشاد فيه، المؤتمر الأول، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، قضايا و مشكلات، 1994.
59. كمال ابراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، دار القلم، الكويت، ط1، 1996.
60. لطفي بركات أحمد و آخرون: المرجع في التربية الفكرية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، بدون ط، 1971.
61. ماجدة السيد عبيد: الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2005.
62. ماجدة السيد عبيد: الوسائل التعليمية في التربية الخاصة، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2000.

63. ماجدة السيد عبيد: تعليم الأطفال المتخلفين عقليا، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2000.
64. ماجدة السيد عبيد: تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مدخل إلى التربية الخاصة)، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2000.
65. ماجدة السيد عبيد: مقدمة في تأهيل المعاقين، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2000.
66. محمد خليفة بركات: مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس، دار القلم، الكويت، ط2، 1984.
67. محمد زياد حمدان: تعديل السلوك الصفي، دار الراتب الحديثة، عمان، بدون ط، 1990.
68. محمد عبد الحميد: تحليل المحتوى في بحوث الإعلام، دار الشرق، جدة، المملكة العربية السعودية، ط1، 1983.
69. محمد عبد الرحيم عدس: الذكاء من منظور جديد، دار الفكر، عمان الأردن، ط1، 1997.
70. محمد محروس الشناوي: التخلف العقلي (الأسباب، التشخيص، البرامج)، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 1997.
71. محمد محروس الشناوي، عبد الرحمن محمد سيد: العلاج السلوكي الحديث (أسسه و تطبيقاته)، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، بدون ط، 1998.
72. محمد مصطفى أحمد: التكيف و المشكلات المدرسية من منظور الخدمة الاجتماعية، محطة الرمل، الإسكندرية، بدون ط، بدون سنة.
73. مصطفى القمش و آخرون: القياس و التقويم في التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2000.
74. مصطفى فهمي: الصحة النفسية (دراسات في سيكولوجية التكيف)، مكتبة الخانجي، القاهرة، ط2، 1987.
75. نادر فهمي الزيود: تعليم الأطفال المتخلفين عقليا، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط3، 1995.
76. نصيف فهمي منقربوس و ماهر أبو المعاطي على: مهارات الممارسة للخدمة الاجتماعية ، حلوان، الطبعة الأولى

77. نوال محمد عطيه: علم النفس و التكيف النفسي الاجتماعي، دار القاهرة للكتاب، القاهرة، ط1، 2001.
78. الهابط محمد السيد: التكيف و الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، ط2، الإسكندرية 1985.
79. واطسون. ل. س. / ترجمة محمد فرغلي فراج و آخرون: تعديل سلوك الأطفال، دار الكتاب الحديث، الكويت، ط1، 1988.
80. ANIT (2002): La 2ème Journée national Sur LA Trisomie 21 Santé et Pédagogie, Alger.
81. Boucebc.M (1984): «Maladie mentale, handicap mental», Alger, Enal.
82. Brauner.A, Brauner.fr, (1982): «Des méthodes éducatives Spécifiques aux enfants trisomiques 21» In Réadaptation, n° 295 10-15.
83. Béatrice Guidicelli et Marie pellisier et Caroline piquet et Jean François Mattei (2002): «La trisomie», encyclopedia universalis.
84. Guillert.c (1982): «Prise en charge éducative pour des enfants trisomiques 21», in Réadaptation, n°295, 19, 24.
85. Guidetti, M, Tournette, G (1996): «Handicaps et développement psychologique de l'enfant», Edition, Armand colin, Paris.
86. Lambert J.L et Rondal J.A (1979): «Le mongolisme», Edition Pierre Mardaga, Bruxelles.
87. Lambert J.L, Rondal G (1997): «Le mongolisme», Mardaga, Paris.
88. Lambert J.L : «Enseignement spécial ET handicap mental» Bruxelles, 1978.PIERRE MARDAGA, ÉDITEUR
89. Mallet R et Lambrune B (1967): «Le mongolisme, trisomie 21», J.B Baillièrre et Fils, Paris.
90. Mainardi M (1990): «Comportement exploratoire, jouets et handicap mental», in L'éducation par le jeu et L'environnement, n°40, 4ème trim, 21-26
91. Nowaille M A, Lainé T (1983): «L'intégration des enfants et adolescents malades mentaux», in Réadaptation, n°381, 37-40.
92. Ridet C.L, Ladregt Ponchon J.P (1982): «Des classes Spéciales pour enfants trisomique 21», in Réadaptation n°295, 16-18.
93. Raven J/ traduction de Schutzen Berger A et Mavré D: «progressive Matrices (Manuel PMC), Edition et Application psychologiques», Paris.
94. Rondal J.A (1985): «Trouble du langage», Edition Pierre Mardaga, Bruxelles.

95. Rondal J.A, Lambert J.L (1981):«Développement psycholinguistique et handicap mentale, Edition Mardaga, Paris.
96. Rondal J.A, Lambert J.L (1982):«question et réponse sur le mongolisme», Edition la liberté, Québec , Canada.
97. Smith D, Wilson A (1976):«L'enfant trisomique 21», Edition le centurium, Paris.
- 98.Vicki M.Johnson ET Roberta A. Werner, Guide progressif des acquisitions de L'Enfant handicapé mental, Traduction et adaptation Françaises Anne-Marie Mater ET René Guggisberg, Paris 1980.
- 99.Joseph ROUZEL. Le travail d'éducateur spécialisé, éthique et pratique. Dunod, Paris, 2000.
- 100.Projet de guide intervention précoce pour enfants retardes mentaux ; manuel 01.C.N.F.P.H.Constantine. 2008.
- 101.Projet de guide intervention précoce pour enfants retardes mentaux ; supports matériels. Manuel 02.C.N.F.P.H. Constantine.2008

#### قائمة الوثائق:

- 102.الاختبارات و الامتحانات. سلسلة ملفات يصدرها المركز الوطني للوثائق التربوية.
- 103, المنظمة العربية للتربية " قراءات في التربية الخاصة و تأهيل المعاقين".1982.
- 104.آمال محمد يوسف و آخرون: فاعلية برنامج التدخل المبكر بنظام الدمج في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعاقين ذهنيا ما قبل المدرسة، دراسة مقدمة إلى الملتقى الثالث عشر، الجمعية الخليجية للإعاقة، المنامة مملكة البحرين، 2013.
- 105.دليل أولياء الأطفال المعاقين "معايشة إعاقة طفلكم" وزارة التشغيل و التضامن الوطني-مديرية المؤسسات المتخصصة.

## قائمة المذكرات:

106. أسامة عبد المنعم عيد حسن: فعالية برنامج تدريبي لتخفيف بعض اضطرابات النطق و أثره في خفض السلوك الانسحابي لدي عينة من الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم)، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، عين شمس، 2015.
107. شعبان إسماعيل: "العلاقة البيداغوجية بين المربي والمعوق ذهنيا في إطار المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا" رسالة ماجستير، 2003-2004.
108. سوميشة هارون " أثر برامج التربية الخاصة على تحسين القدرة على الانتباه عند ذوى الإعاقة " رسالة ماجستير، 2004.
109. سعدى فتيحة " فعالية برامج التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا " رسالة ماجستير، 2004.
110. كبار عبد الله " المجتمع المدني و دوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة " رسالة ماجستير، 2004.
111. بومزيود كريمة " المدارس الخاصة في الجزائر - آفاق و تطلعات - " رسالة ماجستير، 2004.
112. عمروش نسيمة " دراسة مقارنة بين فعالية البرامج التأهيلية الخاصة بالمعاقين عقليا المطبقة بالمراكز العمومية و المراكز التابعة للجمعيات الخيرية" رسالة ماجستير، 2009.

## قائمة القواميس:

113. نوبير سلامي، ترجمة وجيه أسعد: المعجم الموسوعي في علم النفس "الجزء الثاني"، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 2001.
114. Lafon. R (1979): «Vocabulaire de psychologie et psychiatrie de l'enfant», puf, 4ème Edition, France.
115. Lafon. R (1933): «Vocabulaire de psychologie et de l'enfant», puf, Paris.
116. Norbert Sillamy et al: Dictionnaire Encyclopédique de psychologie Edition Bords, Paris.
117. Sillamy. N : Dictionnaire de la psychologie, librairie Larousse, Paris. 1989.
118. Sillamy. N : Dictionnaire usuel de psychologie, Bordas, Paris. 1980.

الملاحق

## مقياس السلوك التكيفي

من إعداد : فاروق محمد صادق

القسم الأول من المقياس: المجال النمائي :

أولاً: التصرفات الإستقلالية:

(أ) - مهارات الأكل:

1- إستعمال أدوات الأكل: (الحد الأقصى 6 درجات)

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على استعمال أدوات الأكل:

- 6- يستعمل كل أدوات الأكل بطريقة صحيحة.
- 5- يأكل بإتقان دون استخدام بعض أدوات الأكل.
- 4- يأكل باستخدام أدوات الأكل و يبعثر الطعام و مازال يحتاج للتدريب أكثر.
- 3- يتقن استعمال الملعقة دون سواها من أدوات الأكل.
- 2- يأكل بالملعقة أو الخبز و لكنه مازال يحتاج إلى تدريب.
- 1- يأكل بيده فقط مع بعثرة الطعام دون استخدام أدوات الأكل إطلاقاً.
- 0- يأكل إذا أطعمه أحد.

2- الشرب: ( الحد الأقصى 3 درجات)

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على الشرب:

- 3- يشرب و هو يمسك الكأس بيد واحدة دون أن يسكب شيئاً.
- 2- يشرب بإتقان من الكأس باستخدام اليدين دون مساعدة.
- 1- يسكب و يشرب الماء من الكأس دون مساعدة.
- 0- لا يشرب بدون مساعدة.

3- آداب المائدة: ( 8- عدد العبارات التي تنطبق )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يبتلع الطعام دون مضغه.
- ب- لا يغلق فمه عندما يأكل.
- ج- يسقط الأكل منه على الطاولة و على الأرض.

- د- أحيانا لا يحسن استعمال منديل الأكل و أحيانا أخرى لا يستعملها إطلاقا.  
هـ- يتحدث و فمه مملوء بالطعام.  
و- يأخذ الأكل من أطباق الآخرين.  
ز- يأكل بسرعة زائدة أو ببطء زائد.  
ح- يعبث بيده بمحتوى الأطباق دون أن يأكل.  
ط- لا شيء مما تقدم.

**(ب) - قضاء الحاجة:****4- التدريب على قضاء الحاجة: ( الحد الأقصى 3 درجات )**

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص للتدريب على قضاء الحاجة:

- 3- لم يتبرز ولم يتبول على نفسه في أي وقت من الأوقات.  
2- يتبرز و يتبول على نفسه أثناء النهار.  
1- يتبرز و يتبول على نفسه بكثرة أثناء النهار.  
0- لم يتدرب إطلاقا على التحكم الإرادي في قضاء الحاجة.

**(ج) - النظافة:****5- غسل الوجه و اليدين: (الحد الأقصى 4 درجات)**

ضع علامة على كل عبارة تتطبق على الحالة :

- أ- يغسل يديه بالصابون.  
ب- يغسل وجهه بالصابون.  
ج- يغسل وجهه و يديه بالماء فقط.  
د- يجفف وجهه و يديه بعد الغسل.  
هـ- لا شيء مما تقدم.

**6- تنظيف الأسنان: (الحد الأقصى 5 درجات)**

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على تنظيف الأسنان:

- 5- يغسل أسنانه بالفرشاة و معجون الأسنان بصورة منتظمة.  
4- ينظف أسنانه بالفرشاة دون مساعدة و دون معجون أسنان أحيانا.  
3- ينظف أسنانه تحت إشراف بسيط.

2- ينظف أسنانه بالتعاون مع المربي.

1- كثيرا ما يطلب معاونته في تنظيف أسنانه و فمه.

0- لا يحاول تنظيف أسنانه أو فمه.

(د) - المظهر العام:

7- الهيئة و القوام: (8- عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

أ- الفم مفتوح معظم الوقت.

ب- مطأطئ الرأس في معظم الأوقات.

ج- بطنه بارز لعدم اعتدال قامته.

د- ظهره و أكتافه منحنية إلى الأمام.

هـ- يمشي و أصابع القدمين إلى الخارج أو إلى الداخل، يقارب أو يباعد بين قدميه في المشي.

و- يمشي و قدماه منفرجتان.

ز- ينقل قدميه ببطء و يجرحهما أو يضرب بهما الأرض عند المشي.

ح- يمشي على أطراف أصابعه.

ط- لا شيء مما تقدم.

(هـ) - لبس وخلع الملابس:

8- لبس الملابس بدون مساعدة الآخرين (الحد الأقصى 5 درجات)

ضع علامة على أفضل عبارة تصف الحالة:

5- يلبس ملابسه كاملة دون مساعدة من أحد.

4- يلبس ملابسه كاملة إذا حفزه أحد لفظيا.

3- يلبس مع التشجيع اللفظي و يساعد في غلق السوستة أو الزرار.

2- يعاون أثناء تلبيسه في غلق السوستة أو الزرار.

1- يعاون أثناء تلبيسه عن طريق مد ذراعيه أو رجليه.

0- يحتاج إلى مساعدة كاملة في تلبيسه بشكل دائم.

9- وضع الحذاء و خلعه بدون مساعدة: (الحد الأقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يلبس النعل أو الحذاء بطريقة صحيحة بمفرده.
- ب- يربط رباط الحذاء بمفرده.
- ج- يفك رباط الحذاء بمفرده.
- د- يخلع الحذاء بمفرده.
- هـ- لا شيء مما تقدم.

### ثانيا: النمو الجسمي ( معلومات تكميلية )

#### أ- النمو الجسمي:

#### 10- المشي و الجري: ( الحد الأقصى 5 درجات )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يستطيع المشي بمفرده.
- ب- يستطيع أن يصعد أو ينزل السلم بمفرده.
- ج- يمكنه نزول الدرج بتبادل القدمين.
- د- يستطيع الجري دون أن يسقط على الأرض.
- هـ- لديه القدرة على النط و الحجل.
- و- لا شيء مما تقدم.

#### 11- التحكم الجيد في اليدين: (الحد الأقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يمكنه التقاط أو مسك الكرة.
- ب- يمكنه قذف الكرة في الهواء.
- ج- يمكنه الإمساك بالسبابة و الإبهام.
- د- يمكنه رفع الكوب أو الفنجان من مكانه.
- هـ- لا شيء مما تقدم.

#### 12- و ظائف اليدين و الرجلين: ( الحد الأقصى 4 درجات )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يستخدم ذراعه اليمنى جيدا.

- ب- يستخدم ذراعه اليسرى جيدا.
- ج- يستخدم ساقه اليمنى جيدا.
- د- يستخدم ساقه اليسرى جيدا.
- هـ- لا شيء مما تقدم.

### ثالثا: النمو اللغوى

(أ) - التعبير:

### 13- التلغظ بكلمات قليلة: ( الحد الأقصى 6 درجات )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يشير برأسه و يبتسم ليعبر عن فرحته.
- ب- يمكنه أن يعبر عن الجوع.
- ج- يعبر عن احتياجاته بالإشارة و الأصوات.
- د- يقهقه أو يضحك حينما يكون مسرورا.
- هـ- يعبر عن غضبه أو فرحته بأصوات مختلفة.
- و- يستطيع التلغظ بكلمات بسيطة في محادثته مع الآخرين.
- ز- لا شيء مما تقدم.

- إذا لم ينطبق السؤال 1 على الحالة فترك الأسئلة 2 و3.

### 14- وضوح النطق و فهمه: (4- عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- الكلام ضعيف مهموس، منخفض أو من الصعب سماعه.
- ب- الكلام بطيء، مدفوع أو بمشقة.
- ج- الكلام متسرع أو مدفوع بسرعة.
- د- الكلام به سكنات، احتباسات أو تهتهة أو أية عيوب أخرى من عيوب الكلام.
- هـ- لا شيء مما تقدم.

### 15- استعمال الكلمات: ( الحد الأقصى 3 درجات )

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على استعمال الكلمات:

- 3- يمكنه تسمية الأشخاص و الأشياء الموجودة بالصور.

- 2- يمكنه تسمية الأشياء المألوفة.  
 1- يطلب الأشياء بأسمائها الصحيحة.  
 0- لا يمكنه الكلام أو يكاد لا يعرف كيف يعبر لفظيا عن أي شيء.

رابعاً: التوجيه الذاتي

(أ) - بطئ الحركة:

(إضافي) - الكسل: ( 3 - عدد العبارات التي تنطبق )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

أ- بطيء و متناقل في حركة جسمه.

ب- تكاسل في العمل.

ج- ليس لديه طاقة على العمل.

د- لا شيء مما تقدم.

(ب) - المبادرة:

16- المبادرة: ( الحد الأقصى 3 درجات )

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على المبادرة:

3- يأخذ المبادرة في جميع الأنشطة التي يقوم بها.

2- يسأل عن أي عمل ليقوم به أو يحاول استكشاف ماحوله.

1- يشترك في أي عمل أو نشاط إلا إذا طلب منه ذلك.

0- لا يقوم بالأعمال المسندة إليه مثل تنظيم اللعب،...إلخ.

17- السلبية: ( 5 - عدد العبارات التي تنطبق )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

أ- يجب أن يفرض عليه عمل الأشياء التي يجب أن يعملها.

ب- يبدو عديم الاهتمام بأي شيء.

ج- آخر من ينتهي من عمله بسبب تضييع الوقت.

د- يعتمد على مساعدة الآخرين دون أي داع.

هـ- حركته بليدة و ساذجة.

و- لا شيء مما تقدم.

## خامسا: التنشئة الاجتماعية

## 18- التعاون: ( الحد الأقصى درجتان )

تخير أفضل عبارة تصف الحالة:

- أ- يساعد الآخرين دون أن يطلب منه.
- ب- يساعد الآخرين إذا طلب منه ذلك.
- ج- لا يساعد الآخرين على الإطلاق.

## 19- وعيه و شعوره بمن حوله: ( الحد الأقصى 5 درجات )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- أ- يتعرف على أسرته.
- ب- يتعرف على آخرين بجانب أفراد أسرته.
- ج- لديه معلومات كافية عن الآخرين مثل عنوانهم، عملهم و صلتهم به.
- د- يعرف أسماء المقربين إليه من الناس.
- هـ- يعرف أسماء غير المقربين إليه إذا رآهم أكثر من مرة.
- و- لا شيء مما تقدم.

## 20- التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ( الحد الأقصى 3 درجات )

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين:

- 3- يتفاعل مع الآخرين في الأنشطة و الألعاب الجماعية.
- 2- يتفاعل مع الآخرين لمدة قصيرة.
- 1- يتفاعل مع الآخرين مقلدا لهم دون أي تفاعل معهم.
- 0- لا يستجيب للآخرين بصورة مقبولة اجتماعيا.

## 21- المشاركة في الأنشطة الجماعية: ( الحد الأقصى 3 درجات )

تخير أفضل عبارة تصف قدرة الشخص على المشاركة في الأنشطة الجماعية:

- 3- يتخذ المبادرة في الأنشطة الجماعية (كرائد منظم لها).
- 2- يشترك في الأنشطة الجماعية تلقائيا و بحماس (مشارك فعال).
- 1- يشترك في الأنشطة الجماعية إذا شجع على ذلك (مشارك سلبي).
- 0- لا يشترك في الأنشطة الجماعية.

**22- الأناية:** ( 5- عدد العبارات التي تنطبق )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة:

- أ- يرفض أن ينتظر أو يأخذ دوره مع الآخرين.
- ب- لا يقتسم أو يشارك أحد في شيء.
- ج- يثور و يغضب إذا لم ينل مراده.
- د- يقاطع المدرس أو أي شخص يقوم بمعاونة أحد سواه.
- هـ- لا شيء مما تقدم.

**23- عدم النضج في النواحي الاجتماعية** ( 4- عدد العبارات التي تنطبق )

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة:

- أ- يرفع الكلفة مع الأعراب.
- ب- يخاف من الأعراب.
- ج- يفعل أي شيء ليحصل على أصدقاء.
- د- دائم الإلتصاق و التقرب الزائد من الآخرين.
- هـ- لا شيء مما تقدم.

القسم الثاني من المقياس: الانحرافات السلوكية

(أ) - السلوك المدمر و العنيف:

24- يتلف ممتلكاته الشخصية ( الحد الأقصى 3 درجات ×2 )

أ- يقطع أو يمزق بأسنانه ملبسه.

ب- يوسخ ممتلكاته.

ج- أخرى.

25- حاد الطبع و يصاب بنوبات غضب ( الحد الأقصى 5 درجات ×2 )

أ- يبكي و يصرخ.

ب- يضرب الأرض بقدميه، يغلق الأبواب بعنف.

ج- يضرب الأرض بقدميه، يصيح و يصرخ.

د- يرمي نفسه على الأرض صائحا و صارخا.

هـ- أخرى.

26 - عدم اعتبار الآخرين في حضورهم ( الحد الأقصى 5 درجات ×2 )

أ- دائم الإزعاج للآخرين.

ب- يحدث أصوات مرتفعة أثناء انشغال الآخرين بأي نشاط هادئ.

ج- يتحدث بصوت عال للغاية.

د- يلقي بنفسه على المقاعد و الأثاث لمنع الآخرين من استخدامها.

هـ- أخرى تذكر.

و- لا تنطبق.

(ب) - سلوك التمرد

27 - يقاوم اتباع التعليمات و الطلبات أو الأوامر ( الحد الأقصى 4 درجات ×2 )

أ- يتضايق إذا صدر إليه أمر مباشرة.

ب- يتصنع الصمم و لا يتبع التعليمات.

ج- لا ينتبه للمعلومات.

د- يرفض العمل في الموضوع المقرر عليه.

هـ- يتردد قبل عمل الواجبات المقررة.

و- يعمل عكس المطلوب.

ز- أخرى.

28- يسيء التصرف في محيط الجماعة ( الحد الأقصى 5 درجات  $\times 2$  )

أ- يقاطع مناقشة مجموعة بكلامه في موضوع لا يرتبط بموضوع المناقشة.

ب- يفسد اللعب بسبب رفضه اتباع قواعد اللعب.

ج- يفسد أنشطة المجموعة بصوته المرتفع أو بسلوكه التمردى.

د- لا يبالي على مقعده أثناء الدرس أو الأكل.

هـ- أخرى.

(ج) - الانسحاب:

29- منطو ( الحد الأقصى 6 درجات  $\times 2$  )

أ- يبدو و كأنه لا يدرك ما حوله.

ب- من الصعب الوصول إليه أو الاتصال به.

ج- لا مبالي و غير متجاوب في مشاعره.

د- نظرتة محدقة خالية من التعبير.

هـ- ذو تعبير متبلد.

و- أخرى.

30- خجول ( الحد الأقصى 5 درجات  $\times 2$  )

أ- خجول في المواقف الاجتماعية.

ب - يخفي وجهه في المواقف الاجتماعية.

ج- لا يختلط كما يجب بالآخرين.

د- يفضل دائما أن يكون وحيدا.

هـ- أخرى.

(د) - السلوك النمطي و اللزمات الغريبة

31- سلوكه النمطي ( الحد الأقصى 8 درجات ×2 )

أ- يديق الأرض بقدميه باستمرار.

ب- يدها في حركة مستمرة.

ج- يصفع، يخذش و يحك نفسه بصفة مستمرة.

د- يحرك أو يهز أجزاء من جسمه بصورة متكررة.

هـ- يحرك أو يلف رأسه من الأمام إلى الخلف.

و- يهز جسمه إلى الأمام و إلى الخلف و يتأرجح.

ز- يمشي في الحجرة ذهابا و إيابا.

ح- أخرى.

(هـ) - عادات صوتية غير مقبولة

32- لديه عادات صوتية أو كلامية مزعجة ( الحد الأقصى 8 درجات ×2 )

أ- يضحك بهستيرية.

ب- يتكلم بصوت عال أو يصرخ في الآخرين.

ج- يتحدث إلى نفسه بصوت عال.

د- يضحك بطريقة غير مناسبة.

هـ- يزمجر و يههم أو أية أصوات أخرى مزعجة.

و- يكرر كلمة أو جملة مررا و تكرارا.

ز- يقلد كلام الآخرين.

ح- أخرى

(و) - عادات غير مقبولة أو شاذة

33- العادات الفموية غير المقبولة ( الحد الأقصى 10 درجات ×2 )

أ- يسيل لعابه باستمرار.

ب- يجز على أسنانه بصوت عال.

ج- يبصق على الأرض.

د- يقضم أظافره باستمرار.

- ه- يمضغ أو يمص أصابعه أو أجزاء أخرى من جسمه.
- و- يمضغ أو يمص الملابس أو غيرها مما لا يؤكل.
- ز- يأكل مالا يؤكل.
- ح- يشرب من مياه المراض.
- ط- يضع كل شيء في فمه.
- ى- أخرى.

### 34- يخلع أو يمزق ملابسه (الحد الأقصى 7 درجات ×2)

- أ- ينزع الأزرار أو السوستة.
- ب- يخلع النعل أو الجوارب بطريقة غير عادية.
- ج- يخلع ملابسه في أوقات غير مناسبة.
- د- يخلع كل ملابسه وقت قضاء الحاجة.
- ه- يمزق ملابسه عند خلعها.
- و- يرفض أن يرتدى ثيابه.
- ز- أخرى.

### (ي) - الميل للحركة الزائدة

### 35- لديه الميل إلى الحركة الزائدة (الحد الأقصى 5 درجات ×2)

- أ- دائم الكلام.
- ب- لا يمكنه الجلوس ساكتا إطلاقا.
- ج- دائم القفز أو الجري حول الحجرة أو الصالة.
- د- دائم الحركة.
- ه- أخرى.

### (ل) - الاضطرابات الانفعالية و النفسية

### 36- استجابته للإحباط رديئة (الحد الأقصى 5 درجات ×2)

- أ- يسقط أخطائه على الآخرين.
- ب- ينسحب أو يكشر عندما يقاوم أو يحبط.
- ج- يضطرب أو يتضايق عندما يعارض.

د- يصاب بنوبات غضب عندما لا تسير الأمور حسب ما يهوى.  
هـ- أخرى.

37- يطلب من الآخرين اهتماما زائدا أو إطراء (الحد الأقصى 5 درجات×2)

أ- يحتاج إلى إطراء مستمر.

ب- يغار من الانتباه إلى الآخرين دونه في أي مجلس.

ج- يطلب إعادة الطمأنينة المستمرة.

د- يتصرف ببلاهة و سخف ليثير الانتباه.

هـ- أخرى.

الجزء الأول من المقياس: النواحي النمائية.

رقم السؤال	نمط السؤال	الإجابات المحتملة	الدرجة العظمى	الدرجة المستحقة	المجال الفرعي	الدرجة	المجال الرئيسي	الدرجة
1	أعلى مستوى	0.1.2.3.4.5.6	6	= ( - 8)	1-1 مهارات الأكل		أولاً :	
2	أعلى مستوى	0.1.2.3	3					
3	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح.ط	8					
4	أعلى مستوى	0.1.2.3	4		1-ب قضاء الحاجة		التصرفات الاستقلالية	
5	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه	4		1-ج النظافة			
6	أعلى مستوى	0.1.2.3.4.5	5					
7	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح.ط	8	= ( - 8)	1-د المظهر العام			
8	على مستوى	0.1.2.3.4.5	5		1-هـ			
9	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه	4		العناية بالملبس			
10	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه.و	5		1-2 النمو العضلي		ثانياً:	النمو الجسمي
11	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه	4					
12	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه	4					
13	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه.و.ز	6		1-3 التعبير		ثالثاً:	النمو اللغوي
14	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه	4	= ( - 4)				
15	أعلى مستوى	0.1.2.3	4					
إضافي	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د	3		بطى الحركة		رابعاً:	
16	أعلى مستوى	0.1.2.3	3		1-4 المبادرة		التوجيه الذاتي	
17	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه.و	6	= ( - 6)				
18	أعلى مستوى	ا.ب.ج			1-5 التطبيع الاجتماعي		خامساً:	التطبيع الاجتماعي
19	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه.و						
20	أعلى مستوى	0.1.2.3						
21	أعلى مستوى	0.1.2.3						
22	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه		= ( - 4)				
23	كل ما ينطبق	ا.ب.ج.د.ه		= ( - 4)				

الدرجة المحصلة من الجزء الأول من المقياس للحالة:

**الجزء الثاني من المقياس: الانحرافات السلوكية.**

الدرجة	المجال	درجة السؤال	درجة الاحتمالات	احتمالات السؤال	درجة السؤال
	:1 السلوك المدمر و العنيف		.....	(غ) ا.ب.ج (x2)	1
			.....	(ح) ا.ب.ج (x1)	
	:2 السلوك المضاد للمجتمع		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	2
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	
	:3 سلوك التمرد و العصيان		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه.و.ز (x2)	3
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه.و.ز (x1)	
	:4 الانسحاب		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	4
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	
	:5 السلوك النمطي و اللزمات		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح (x2)	5
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح (x1)	
	:6 عادات صوتية غير مقبولة		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح (x2)	6
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح (x1)	
	:7 عادات غير مقبولة او شاذة		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح.ط.ي (x2)	7
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه.و.ز.ح.ط.ي (x1)	
	:8 الميل إلى الحركة الزائدة		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه.و.ز (x2)	8
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه.و.ز (x1)	
	:9 الاضطرابات النفسية و الانفعالية		.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	9
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	
			.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	10
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	
			.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه.و.ز (x2)	11
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه.و.ز (x1)	
			.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	12
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	
			.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	13
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	
			.....	(غ) ا.ب.ج.د.ه (x2)	14
			.....	(ح) ا.ب.ج.د.ه (x1)	

الدرجة المحصلة من الجزء الثاني من المقياس للحالة:

الدرجة المحصلة من المقياس للحالة:

**الجدول رقم (1): نتائج التطبيقات الثلاث لمقياس السلوك التكيفي لدى أطفال قسم التكفل المبكر:**

السنة الثالثة للتطبيق			السنة الثانية للتطبيق			السنة الاولى للتطبيق			التطبيق و المجال
السلوك التكيفي	السلوك الانحرافي	المجال النمائي	السلوك التكيفي	السلوك الانحرافي	المجال النمائي	السلوك التكيفي	السلوك الانحرافي	المجال النمائي	
98	30	68	98	31	67	98	33	65	1
90	50	40	95	60	35	98	71	27	2
95	50	45	94	59	35	98	74	24	3
88	48	40	95	50	45	83	58	25	4
85	40	45	95	50	45	85	59	26	5
98	40	58	95	65	30	98	71	27	6
80	35	45	90	40	50	80	47	33	7
89	39	50	85	40	45	75	44	31	8
90	45	45	95	50	45	86	58	28	9
90	40	50	80	45	35	82	51	31	10
75	35	40	75	40	35	76	49	27	11
77	36	41	80	40	40	77	49	28	12
80	35	45	76	40	36	73	47	26	13
91	41	50	81	49	32	83	57	26	14
91	26	65	90	30	60	82	30	52	15
72	10	62	90	20	70	68	21	47	16
96	35	61	96	36	60	98	41	57	17
95	30	65	98	33	65	96	35	61	18
86	5	81	75	5	70	72	9	63	19
97	20	77	98	32	66	98	33	65	20
86	16	70	79	16	63	86	16	70	21
82	11	71	81	11	70	76	11	65	22
92	19	73	88	8	80	89	21	68	23
70	15	55	65	15	50	78	18	60	24
82	20	62	82	22	60	79	25	54	25
63	13	50	75	15	60	67	17	50	26
79	21	58	77	22	55	76	26	50	27
90	22	68	89	25	64	89	29	60	28
85	15	70	70	10	60	77	27	50	29
82	25	57	78	26	52	79	29	50	30
2574	867	1707	2565	985	1580	2502	1156	1346	المجموع

## الجدول رقم(02): نتائج التطبيقات الثلاث لمقياس السلوك التكيفي لدى أطفال قسم التفطين:

السنة الثالثة للتطبيق			السنة الثانية للتطبيق			السنة الاولى للتطبيق			التطبيق و المجال
السلوك التكيفي	السلوك الانحرافي	المجال النمائي	السلوك التكيفي	السلوك الانحرافي	المجال النمائي	السلوك التكيفي	السلوك الانحرافي	المجال النمائي	
85	70	15	92	80	12	98	87	11	1
78	60	18	80	65	15	81	71	10	2
94	56	38	95	60	35	97	66	31	3
85	45	40	85	50	35	89	58	31	4
76	33	43	75	35	40	73	37	36	5
92	70	22	95	75	20	97	79	18	6
93	66	27	95	70	25	84	64	20	7
94	39	55	93	40	53	98	45	53	8
91	26	65	90	25	65	93	31	62	9
87	22	65	90	25	65	92	26	66	10
79	5	74	83	8	75	83	8	75	11
96	11	85	97	11	86	97	12	85	12
86	11	75	85	10	75	83	12	71	13
90	25	65	88	28	60	88	30	58	14
56	10	46	56	11	45	53	11	42	15
86	14	72	65	15	50	80	20	60	16
85	20	65	87	22	65	84	24	60	17
92	20	72	93	23	70	94	25	69	18
90	24	66	90	25	65	89	29	60	19
87	17	70	70	20	50	70	20	50	20
84	19	65	85	19	66	83	19	64	21
80	20	60	64	19	45	60	20	40	22
89	23	66	87	22	65	84	24	60	23
85	21	64	86	24	62	78	28	50	24
93	23	70	93	25	68	84	29	55	25
97	30	67	96	30	66	82	32	50	26
69	19	50	86	19	67	87	22	65	27
82	22	60	83	21	62	78	23	55	28
79	19	60	85	20	65	76	16	60	29
88	19	69	84	20	64	89	29	60	30
2568	859	1709	2553	917	1636	2524	997	1527	المجموع

## Classes de prise en charge précoce

## Modèle linéaire général

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\Administrateur\Documents\amroche.sav

## Facteurs intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

factor1	Variable dépendante
1	Champdevlo1
2	Champdevelo2
3	Champdevelo3

## Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Champdevlo1	44,8667	16,37014	30
Champdevelo2	52,6667	13,85972	30
Champdevelo3	56,9000	12,10115	30

Tests multivariés<sup>a</sup>

Effet	Valeur	D	ddl de l'hypothèse	Erreur ddl	Sig.
factor1 Trace de Pillai	,714	34,991 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
factor1 Lambda de Wilks	,286	34,991 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
factor1 Trace de Hotelling	2,499	34,991 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
factor1 Plus grande racine de Roy	2,499	34,991 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Statistique exacte

Test de sphéricité de Mauchly<sup>a</sup>

Mesure: MEASURE\_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
factor1	,986	,405	2	,817	,986	1,000	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Peut être utilisé pour ajuster les degrés de libertés des tests de signification centrés. Les tests corrigés sont affichés dans le tableau des Tests des effets intra-sujets

#### Tests des effets intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Sphéricité supposée	2235,622	2	1117,811	37,252	,000
	Greenhouse-Geisser	2235,622	1,972	1133,845	37,252	,000
	Huynh-Feldt	2235,622	2,000	1117,811	37,252	,000
	Borne inférieure	2235,622	1,000	2235,622	37,252	,000
Erreur(factor1)	Sphéricité supposée	1740,378	58	30,007		
	Greenhouse-Geisser	1740,378	57,180	30,437		
	Huynh-Feldt	1740,378	58,000	30,007		
	Borne inférieure	1740,378	29,000	60,013		

#### Tests des contrastes intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source	factor1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Linéaire	2172,017	1	2172,017	67,261	,000
	Quadratique	63,606	1	63,606	2,295	,141
Erreur(factor1)	Linéaire	936,483	29	32,293		
	Quadratique	803,894	29	27,720		

#### Tests des effets inter-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Variable transformée: Moyenne

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Ordonnée à l'origine	238496,544	1	238496,544	436,408	,000
Erreur	15848,456	29	546,498		



factor1	,891	3,221	2	,200	,902	,958	,500
---------	------	-------	---	------	------	------	------

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Peut être utilisé pour ajuster les degrés de libertés des tests de signification centrés. Les tests corrigés sont affichés dans le tableau des Tests des effets intra-sujets

#### Tests des effets intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Sphéricité supposée	102,600	2	51,300	2,411	,099
	Greenhouse-Geisser	102,600	1,804	56,874	2,411	,105
	Huynh-Feldt	102,600	1,916	53,537	2,411	,101
	Borne inférieure	102,600	1,000	102,600	2,411	,131
Erreur(factor1)	Sphéricité supposée	1234,067	58	21,277		
	Greenhouse-Geisser	1234,067	52,316	23,589		
	Huynh-Feldt	1234,067	55,577	22,205		
	Borne inférieure	1234,067	29,000	42,554		

#### Tests des contrastes intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source	factor1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Linéaire	86,400	1	86,400	6,029	,020
	Quadratique	16,200	1	16,200	,574	,455
Erreur(factor1)	Linéaire	415,600	29	14,331		
	Quadratique	818,467	29	28,223		

#### Tests des effets inter-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Variable transformée: Moyenne

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Ordonnée à l'origine	648720,900	1	648720,900	3053,333	,000
Erreur	6161,433	29	212,463		

1- التكفل المبكر ينمي المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية و التعبيرية.

### Modèle linéaire général

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\Administrateur\Documents\amroche.sav

#### Facteurs intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

factor1	Variable dépendante
1	Compdév1
2	Compdév2
3	Compdév3

#### Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Compdév1	38,5333	18,45541	30
Compdév2	32,8333	16,44863	30
Compdév3	28,9000	12,83677	30

#### Tests multivariés<sup>a</sup>

Effet	Valeur	D	ddl de l'hypothèse	Erreur ddl	Sig.	
factor1	Trace de Pillai	,694	31,697 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Lambda de Wilks	,306	31,697 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Trace de Hotelling	2,264	31,697 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Plus grande racine de Roy	2,264	31,697 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Statistique exacte

**Test de sphéricité de Mauchly<sup>a</sup>**

Mesure: MEASURE\_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse- Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
factor1	,712	9,515	2	,009	,776	,812	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Peut être utilisé pour ajuster les degrés de libertés des tests de signification centrés. Les tests corrigés sont affichés dans le tableau des Tests des effets intra-sujets

**Tests des effets intra-sujets**

Mesure: MEASURE\_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Sphéricité supposée	1407,622	2	703,811	38,137	,000
	Greenhouse-Geisser	1407,622	1,553	906,588	38,137	,000
	Huynh-Feldt	1407,622	1,624	866,659	38,137	,000
	Borne inférieure	1407,622	1,000	1407,622	38,137	,000
Erreur(factor1)	Sphéricité supposée	1070,378	58	18,455		
	Greenhouse-Geisser	1070,378	45,027	23,772		
	Huynh-Feldt	1070,378	47,102	22,725		
	Borne inférieure	1070,378	29,000	36,910		

**Tests des contrastes intra-sujets**

Mesure: MEASURE\_1

Source	factor1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Linéaire	1392,017	1	1392,017	51,789	,000
	Quadratique	15,606	1	15,606	1,556	,222
Erreur(factor1)	Linéaire	779,483	29	26,879		
	Quadratique	290,894	29	10,031		

## Tests des effets inter-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Variable transformée: Moyenne

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Ordonnée à l'origine	100534,044	1	100534,044	136,035	,000
Erreur	21431,956	29	739,033		

1 - التكفل المبكر يقلص من السلوكيات الإنحرافية.

## Classes d'éveil

## Modèle linéaire général

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\Administrateur\Documents\amroche.classe d'aveil.sav

## Facteurs intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

factor1	Variable dépendante
1	Compdévía1
2	Compdévía2
3	Compdévía3

## Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Compdévía1	33,2333	21,07079	30
Compdévía2	30,5667	20,04939	30
Compdévía3	28,6333	18,26148	30

Tests multivariés<sup>a</sup>

Effet	Valeur	D	ddl de l'hypothèse	Erreur ddl	Sig.	
factor1	Trace de Pillai	,524	15,438 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Lambda de Wilks	,476	15,438 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Trace de Hotelling	1,103	15,438 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Plus grande racine de Roy	1,103	15,438 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Statistique exacte

#### Test de sphéricité de Mauchly<sup>a</sup>

Mesure: MEASURE\_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse- Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
factor1	,527	17,944	2	,000	,679	,701	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Peut être utilisé pour ajuster les degrés de libertés des tests de signification centrés. Les tests corrigés sont affichés dans le tableau des Tests des effets intra-sujets

#### Tests des effets intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Sphéricité supposée	320,089	2	160,044	26,528	,000
	Greenhouse-Geisser	320,089	1,358	235,771	26,528	,000
	Huynh-Feldt	320,089	1,401	228,461	26,528	,000
	Borne inférieure	320,089	1,000	320,089	26,528	,000
Erreur(factor1)	Sphéricité supposée	349,911	58	6,033		
	Greenhouse-Geisser	349,911	39,371	8,888		
	Huynh-Feldt	349,911	40,631	8,612		
	Borne inférieure	349,911	29,000	12,066		

#### Tests des contrastes intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source	factor1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Linéaire	317,400	1	317,400	31,784	,000
	Quadratique	2,689	1	2,689	1,293	,265
Erreur(factor1)	Linéaire	289,600	29	9,986		
	Quadratique	60,311	29	2,080		

## Tests des effets inter-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Variable transformée: Moyenne

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Ordonnée à l'origine	85439,211	1	85439,211	73,189	,000
Erreur	33853,789	29	1167,372		

-1 - التكفل المبكر يقلص من السلوكيات الإنحرافية.

## Modèle linéaire général

[Ensemble\_de\_données] C:\Users\Administrateur\Documents\amroche.classe d'eveil.sav

## Facteurs intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

factor1	Variable dépendante
1	Champdevlo1
2	Champdevelo2
3	Champdevelo3

## Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Champdevlo1	50,9000	18,84483	30
Champdevelo2	54,5333	18,74646	30
Champdevelo3	56,9667	18,02007	30

Tests multivariés<sup>a</sup>

Effet	Valeur	D	ddl de l'hypothèse	Erreur ddl	Sig.	
factor1	Trace de Pillai	,517	14,967 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Lambda de Wilks	,483	14,967 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Trace de Hotelling	1,069	14,967 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000
	Plus grande racine de Roy	1,069	14,967 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,000

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Statistique exacte

**Test de sphéricité de Mauchly<sup>a</sup>**

Mesure: MEASURE\_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse- Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
factor1	,789	6,648	2	,036	,826	,869	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Peut être utilisé pour ajuster les degrés de libertés des tests de signification centrés. Les tests corrigés sont affichés dans le tableau des Tests des effets intra-sujets

**Tests des effets intra-sujets**

Mesure: MEASURE\_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Sphéricité supposée	559,267	2	279,633	14,251	,000
	Greenhouse-Geisser	559,267	1,651	338,731	14,251	,000
	Huynh-Feldt	559,267	1,738	321,791	14,251	,000
	Borne inférieure	559,267	1,000	559,267	14,251	,001
Erreur(factor1)	Sphéricité supposée	1138,067	58	19,622		
	Greenhouse-Geisser	1138,067	47,881	23,769		
	Huynh-Feldt	1138,067	50,402	22,580		
	Borne inférieure	1138,067	29,000	39,244		

**Tests des contrastes intra-sujets**

Mesure: MEASURE\_1

Source	factor1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Linéaire	552,067	1	552,067	22,744	,000
	Quadratique	7,200	1	7,200	,481	,494
Erreur(factor1)	Linéaire	703,933	29	24,274		
	Quadratique	434,133	29	14,970		

## Tests des effets inter-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Variable transformée: Moyenne

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Ordonnée à l'origine	263737,600	1	263737,600	265,855	,000
Erreur	28769,067	29	992,037		

1- التكفل المبكر ينمي المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية و التعبيرية.

## Modèle linéaire général

[Ensemble\_de\_données] C:\Users\Administrateur\Documents\amroche.classe d'evail.sav

## Facteurs intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

factor1	Variable dépendante
1	Compadap1
2	Compadap2
3	Compadap3

## Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Compadap1	84,1333	10,61142	30
Compadap2	85,1000	10,06993	30
Compadap3	85,6000	8,50395	30

Tests multivariés<sup>a</sup>

Effet	Valeur	D	ddl de l'hypothèse	Erreur ddl	Sig.	
factor1	Trace de Pillai	,042	,613 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,549
	Lambda de Wilks	,958	,613 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,549
	Trace de Hotelling	,044	,613 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,549
	Plus grande racine de Roy	,044	,613 <sup>b</sup>	2,000	28,000	,549

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Statistique exacte

#### Test de sphéricité de Mauchly<sup>a</sup>

Mesure: MEASURE\_1

Effet intra-sujets	W de Mauchly	Khi-deux approché	ddl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse- Geisser	Huynh-Feldt	Borne inférieure
factor1	,874	3,759	2	,153	,888	,942	,500

Teste l'hypothèse nulle selon laquelle la matrice de covariance des erreurs des variables dépendantes orthonormées est proportionnelle à la matrice identité.

a. Plan : Ordonnée à l'origine

Dans le plan des sujets : factor1

b. Peut être utilisé pour ajuster les degrés de libertés des tests de signification centrés. Les tests corrigés sont affichés dans le tableau des Tests des effets intra-sujets

#### Tests des effets intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Sphéricité supposée	33,356	2	16,678	,694	,504
	Greenhouse-Geisser	33,356	1,777	18,773	,694	,488
	Huynh-Feldt	33,356	1,885	17,699	,694	,496
	Borne inférieure	33,356	1,000	33,356	,694	,412
Erreur(factor1)	Sphéricité supposée	1393,311	58	24,023		
	Greenhouse-Geisser	1393,311	51,527	27,040		
	Huynh-Feldt	1393,311	54,652	25,494		
	Borne inférieure	1393,311	29,000	48,045		

#### Tests des contrastes intra-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Source	factor1	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
factor1	Linéaire	32,267	1	32,267	1,040	,316
	Quadratique	1,089	1	1,089	,064	,802
Erreur(factor1)	Linéaire	899,733	29	31,025		
	Quadratique	493,578	29	17,020		

## Tests des effets inter-sujets

Mesure: MEASURE\_1

Variable transformée: Moyenne

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Ordonnée à l'origine	649400,278	1	649400,278	2725,392	,000
Erreur	6910,056	29	238,278		

1- التكفل المبكر ينمي المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات، المهارات الحياتية اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات اللغوية و التعبيرية.

يلاحظ من خلال الجداول الملونة بالأزرق أن كل قيم D دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه نقول بتحقق فرضيات البحث، مع العلم أن الاختبار الإحصائي المستخدم هو تحليل التباين للقياسات المتعددة **Mesures répétées**



النشاطات الاستقلالية للحياة اليومية



نشاطات التدريب اللغوي



النشاطات الحسية الحركية



\*

النشاطات الحسية الحركية



النشاطات الفكرية



نشاطات الحياة اليومية- آداب المائدة-



### النشاطات الترفيهية