

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس _ مستغانم
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس
العيادي و الصحة العقلية.
موسومة بـ:

"التوجيه الأبوي للطفل المعاق ذهنيا" دراسة لأربع حالات بمركز النفسي البيداغوجي بسيدي علي

لجنة المناقشة:

رئيسة اللجنة : السيدة زريوح آسيا.
المناقش : السيد ميموني مصطفى .
المؤطرة: السيدة صافة أمينة .
الطالبان: بلخير مليكة .
قلو نسيمة.

السنة الجامعية : 2015_2016

الفصل الاول

المقدمة:

تعتبر الأسرة النواة المركزية وأهم مؤسسة للرعاية والتربية كونها تستقبل الطفل منذ نشأته الأولى حيث يقضي معظم فترات نموه فيها ، فلما يرزق الوالدين بابتسامة ويرتبطان به ارتباطاً فطرياً ويحبانه كثيراً ويحاولان جاهدين أن يعدها عن كل أذى أو خطر ولكن شاءت حكمة الله سبحانه وتعالى أن يأتي الأبناء متفاوتين من حيث الصحة: السلامة البدنية والعقلية ، و نجد الآباء و الأمهات يتألمون ويحزنون ويأسون عندما يرزقون بطفل معاق إذ تتحطم الآمال والأحلام والتوقعات من ذلك الابن . فإذا كانت تربية الأطفال مهمة صعبة وشاقة ف تربية الطفل المعاق أكثر صعوبة ومشقة وبالتالي نتوقع تعرض الوالدين لردود أفعال مختلفة وسيئة فضلاً عن تعرضهم للمشكلات المادية والأسرية و خاصة المشكلات بين الزوجين فهذا ماوضحته الدكتورة إيمان الكاشف في كتابها: الإعاقة بين الإهمال و التوجيه (2001) عن دراسة فابر على 240 أسرة لديها على الأقل طفل متخلف عقلياً وهذه المجودات والأبحاث العلمية والتطبيقية التي ركزت على الطفل المعاق وعائلته و التي ساهمت في تطوير برامج تأهيل مختلفة بهدف فهم نفسية الطفل المعاق وما يحتاجه والسعي لراحته

ولأجل تحقيق ذلك كثفت الدولة الجزائرية جميع الإمكانيات البشرية والمادية لفائدة الأشخاص المعاقين على إختلاف نوع الإعاقة بداية بتكوين إطارات مختصين أطباء و نفسانيين و انشاء مراكز وطنية لتكوين المستخدمين لرعاية هذه الشريحة ودعمت هذا بفتح مراكز بيداغوجية على كامل التراب الوطني للتكفل بهذه الفئة ضمن قانون السياسة الإجتماعية وتوفير مختلف الخدمات الإجتماعية ضمن برنامج تكفل مؤسساتي محظ لغاية توفير رعاية أفضل للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة لكن هذه

الجهود لم تكف ولم تحقق ما سعت إليه الجهات المعنية لأن عملية التكفل المؤسساتي إقتصرت على الطفل المعاق فقط دون إقحام أسرته رغم أنه يؤثر ويتأثر بها وما ينتج من تفاعل بينهما يجب

إستغلاله لتنمية قدراته في جميع الميادين. الا انه تبيننا لنا أن والدي الطفل المعاق هم الحلقة المفقودة في هذا الموضوع ويهدف إدماجهم وجعل الوالدين عنصر فعال وديناميكي وجب توجيههم بمعنى توفير مجموعة من الخدمات التي تقدم للأفراد بغرض مساعدتهم في فهم أنفسهم وإدراك المشكلات التي يعانون منها ويهدف التوجيه إلى تقديم العون والمساعدة من قبل أخصائيين نفسانيين مؤهلون إلى شخص آخر بحيث يتمكن الفرد من تعديل أفكاره وإتجاهاته (عبد الحميد إبن عبد النعيم، 2008، ص 11) فالابحاث التي قام بها clémencejoseph و التي ركزت على أن إدخال الوالدين عملية أساسية لضمان صحة وعافية طفلهم و ليس ذلك فحسب وإنما يشمل كاملاً الأسرة، وأن متابعة الأهداف التعليمية المرسومة في مختلف أماكن ومواقف الحياة للفرد المتكفل به يسمح بتعميم الكفاءات المكتسبة ومرونتها وأيضا إدخال الوالدين في بروتوكول التكفل ومساعدتهم على وضع برنامج عمل ولعب في المنزل مهم جدا لتحسين حياتهم ونمط معيشتهم. (joseph clémence، 2013).

وبهذا تظهر ضرورة التكفل وتوجيه الوالدين من قبل اخصائين لمساعدتهم في تعاملهم مع أطفالهم ولتحقيق هذا التحالف بين التكفل المؤسساتي للفريق البيداغوجي وبين التكفل الأبوي لوالدي الطفل المعاق ذهنيا أردنا دراسة الموضوع لأهميته البالغة والذي عنون ب:

التوجيه الأبوي للطفل المعاق ذهنيا: معتمدين على الطرح النظري و الكشف الميداني :

أولا الطرح النظري : تناولنا في هذا الشق متغيرات البحث وكل ما له علاقة بالجانب النظري والمفاهيم للخوض في الموضوع في سياق الكتابات النظرية والدراسات السابقة متناولين ذلك في ثلاث فصول : الفصل الاول ويضم مدخل إلى الدراسة فيه مقدمة، إشكالية، أهمية البحث، دوافعه وأيضا تحديد مصطلحات البحث أما الفصل الثاني تطرقنا فيه الى تعريف الإعاقة الذهنية وأسبابها وتصنيفاتها وخصائصها وأنواعها مركزين على عرض داون (الصبغي 21) في الدراسة و على المشكلات الناتجة عن الإعاقة بالنسبة للأسرة .

أما الفصل الثالث نتناول فيه التكفل بالمعاق الذهني بداية تعريف التكفل النفسي ثم أهمية التكفل ثم أنواع التكفل بالمعاق الذهني ، ثم تعريف التوجيه بما فيه التوجيه النفسي والأسري ثم الفرق بين التوجيه والإرشاد ثم التوجيه الأبوي وأيضا أهداف التوجيه والإرشاد النفسي لوالدي الطفل المعاق ذهنيا ، خطوات عملية التوجيه والإرشاد النفسي لوالدي الطفل المعاق ذهنيا وصولا إلى التوجيه الأبوي والعلاج النفسي . كما شملت الدراسة على فصلين ممنهجين على الطريقة التالية : الفصل الرابع ففيها المنهج المستعمل والدراسة الإستطلاعية و الوسائل المستخدمة في البحث وعينة البحث والفصل الخامس دراسة الحالات حيث تناولنا اربع حالات مقسمة إلى مجموعتين ضابطة و تجريبية التي خضعت لبرنامج التوجيه

الابوي ثم قدمنا تحليلا للنتائج واستنتاج عام ومناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضيات المطروحة والدراسات السابقة ثم الخاتمة وذكر لقائمة المراجع والملاحق .

اشكالية :

أصبح التكفل بالطفل المعاق ذهنيا يمثل مشكلة عويصة في الاونة الاخيرة، و ذلك لأن طفل الأمس ليس هو طفل اليوم و لأننا كنا ننظر للمعاق الذهني كائن مضطرب وظيفيا، اليوم و بتطور البحوث العلمية و الانسانية وجب النظر له من زاوية أكثر اتساعا و لا نهتم بنقائصه فحسب و انما نهتم بالطفل و علاقته بما يحيط به: بوالديه، باخوته، بميولاته، بانفعالاته و المجتمع الذي ينتمي له، و لذا تطورات التسمية من الشخص المعاق الى الشخص ذو احتياجات خاصة ليصبح اليوم الشخص في وضعية إعاقة.

من هذا نفهم أن التكفل بالطفل هو تكفل بوضعية إعاقة، فيستوجب تحسين الوضعية المتواجد بها و احترامه كشخص فعال في محيطه و في هذا الصدد هناك دراسات كثيرة و منذ زمن كبير اهتمت بأسرة

المعاق الذهني من حيث مرافقتهم(A.Ray, 1953) عند التصريح بالتشخيص (Cunningham,1975)

(Portaray, 1970)

الصدمة التي تعيشها (Carr ;1974) و كذا تقبل الاعاقة الذهنية خاصة عند الوالدين

(Janssen1976) ; (Robinson ;Robinson ;1976).

نوه Misés منذ 1975 الى ان والدين الطفل المعاق الذهني ليسوا بمرضى حيث قال:

" هؤلاء الوالدين لا يحتاجوا الى علاج نفسي و لكن لمساعدة ممنهجة تساعدهم في كيفية تربيته ابنهم."

و لكن بقي ليومنا هذا فراغ كبير في فكرة تقديم هذه المساعدة الممنهجة المتمثلة في ادخال الوالدين في فرقة التكفل كحلقة متينة, ان فقدت اختل التوازن لأن الطفل يعيش و ينتمي الى هذه الأسرة في تفاعل

مستمر معها فوجب استغلال هذا التفاعل لتطوير كفاءاتهم و مهاراتهم متظافرين مجهوداتهم مع مراكز التكفل الموجودة في بلادنا و مواصلة ما اكتسبه الطفل في المحيط الأسري و تعزيزه.

و من أجل محاولة سد هذا الفراغ المتواجد في البحوث العلمية و خاصة في الجزائر في هذا المجال، ارتأينا لدراسة هذا الموضوع بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيًا بسيدي علي و مع فئة خاصة من بين فئة المعاقين ذهنيًا و هي فئة متلازمة داون و ذلك حول التوجيه الأبوي للطفل المعاق ذهنيًا أما تساؤلات البحث كانت كالآتي:

الأساسية منها:

_ هل للتوجيه الأبوي دور في انجاح التكفل المؤسسي بالطفل المعاق الذهني؟

و الفرعية:

_ هل يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن الاضطرابات السلوكية الانفعالية عند الطفل المعاق الذهني؟

_ هل يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن الاضطرابات الاجتماعية العلائقية عند الطفل المعاق الذهني؟

_ هل يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن من اكتساب المفاهيم المعرفية البيداغوجية عند الطفل المعاق الذهني؟

للإجابة عن ذلك نفترض مايلي:

الفرضية الأساسية:

إن للتوجيه الأبوي دورًا فعالًا في انجاح التكفل المؤسسي بالطفل المعاق الذهني.

الفرضيات الفرعية:

1- يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن الاضطرابات السلوكية الانفعالية عند الطفل المعاق الذهني.

2- يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن الاضطرابات الاجتماعية العلائقية عند الطفل المعاق الذهني.

3- يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن من اكتساب المفاهيم المعرفية عند الطفل المعاق الذهني.

أهمية ودوافع وأهداف البحث :

1-3 أهمية ودوافع البحث :

تكمن أهمية البحث في أهمية دور أسرة الطفل المعاق بدرجة بالغة وخاصة الوالدين بعدما سخرت كل الإمكانيات والمجهودات من أجل التكفل بالطفل المعاق لوحده والتركيز عليه لوحده بغاية توفير رعاية أفضل لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وقد تم إختيار الموضوع التوجيه الأبوي لوالدي الطفل المعاق ذهنيا نتيجة لدوافع عديدة وهي:

-التعرف عن قرب على هذه الشريحة من ذوي الاحتياجات الخاصة .

-التعرف عن قرب على والدي الطفل المعاق ذهنيا .

-الرغبة في معرفة مدى فعالية برنامج التوجيه الابوي .

-إدخال برنامج التوجيه الابوي مع عملية التكفل المؤسستي بالطفل المعاق ذهنيا.

-المساهمة في اثراء البحث العلمي.

3-2-أهداف البحث:

كان هدفنا الرئيسي في بحثنا هذا هو الوصول إلى إجابة عن التساؤل المطروح في الإشكالية، وأيضا في تحسين مكتسبات الطفل المعاق سلوكيا و إنفعاليا ومعرفيا و بيداغوجيا و إجتماعيا وتقديم رعاية أفضل للطفل المعاق ذهنيا وإدخال الوالدين في برنامج التكفل بالطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.

تحديد المصطلحات الإجرائية:

1- الطفل المعاق ذهنيا: زملة داون(Trisomie21)

هو الطفل الذي يعاني من زملة داون و له تأخرفي الذكاء و نقص في النمو على المستوى: المعرفي، العلائقي، النفسي، الحركي و ذلك منذ الميلاد.

2-التوجيه الأبوي:

العمل المقدم من طرف الأخصائي النفساني اتجاه الوالدين الذين يواجهون صعوبات في التعامل مع ابنهم المعاق ذهنيا قصد توجيههم، مساعدتهم و مرافقتهم في حياتهم اليومية مع طفلهم المقيم بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا و الذي يعاني من اضطرابات على مختلف المستويات لوحظت بالمركز.

3- التكفل المؤسستي:

هو المساعدة المقدمة للمعاق ذهنيا داخل مؤسسة تعليمية و البرنامج الذي يستفيد منه تحت برتوكول التكفل النفسي، الطبي، الأطفوني، التربوي و البيداغوجي.

الفصل الثاني

الإعاقة الذهنية

تمهيد:

كان للتقدم العلمي في نهاية القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين أثره الواضح في تسيير فهم المشكلات التي تعانيها فئة المعاقين ،وبذلك تطورت طرق مساعدتهم في حل مشكلاتهم والتغلب على الصعاب في حياتهم وأصبحت تستند على أسس علمية بدلا من الأسس العاطفية التي كانت سائدة (مريم ابراهيم وآخرون 1995).

وتعتبر فترة ما بعد الحربين العالميتين أكثر الفترات أهمية نحو توجيه الاهتمام برعاية المعوقين نتيجة لما أحدثته تلك الحروب من آثار كبيرة في عالم المعوقين والإعاقة.

فبداية الثمانينات من أكثر المراحل تطورا في تاريخ سياسات رعاية المعوقين على المستوى العالمي بأسره حيث اعتبر عام 1981 عاما دوليا للمعاقين(عبد الله الرحمان 1995) فالعلم والخدمة وهما عاملان سيطرا على المرحلة السابقة استمر تأثيرهما في هذه المرحلة(القرن العشرين) ولكن بشكل أقوى ولأكثر تطورا وقد أسهمت مجالات المعرفة والعلوم الأخرى في تطوير المنهج النظري والعلمي لهذا المجال .(رشاد علي عبد العزيز موسى ،2008،ص34).

1-تعريف الإعاقة الذهنية:

1-1-الغة:

معنى الإعاقة: مفردة، مصدر أعاق: ضرر يصيب أحد الأشخاص ينتج عنه اعتلال بأحد الأعضاء أو عجز كلي أو جزئي. (معجم اللغة العربية المعاصرة).

2-1 اصطلاحاً:

كان المصطلح الشائع هو مصطلح المعتوه (إديوت) والأصل اللاتيني لكلمة معتوه هو (إديوتا) ويقصد بها الشخص الجاهل وأما الأصل اليوناني للكلمة فهو (إديوتس) وهو الشخص غير المؤهل للحياة العامة. وقد بقي هذا المصطلح مستخدماً حتى بدايات القرن العشرين وبوجه عام كان المعتوه إلى بدايات القرن السادس عشر يعرف بأنه الشخص الذي لا يعرف العد أو الحساب ولا يعرف من هو والده أو والدته ولا يعرف عمره وعليه فهو لا يفهم ولا يملك المنطق وهو بالتالي لا يعرف ما يضره أو ينفعه (1981 باين وبانتون).

ومع الأيام أصبح مصطلح المعتوه (إديوت) يستخدم للإشارة إلى الشخص الذي لديه إعاقة عقلية شديدة جداً. واستخدمت مصطلحات أخرى منها الأبله (مورون) وكان يقصد به الشخص الذي يعاني من إعاقة عقلية بسيطة، والأحمق (أمبيسيل) الشخص الذي لديه إعاقة عقلية متوسطة إلى شديدة، وضعيف العقل أو الناقص عقلياً يقصد به الشخص المتخلف عقلياً عموماً).

3-1 التعريفات:

- مفهوم الإعاقة: توجد تعريفات عديدة تناولت مفهوم الإعاقة، وقد اختلف الباحثون في الزوايا التي تناولوا منها معنى الإعاقة حسب تخصصاتهم المختلفة فمنهم من نظر إليها من زاوية جسمية وحسية وإهتم بالجوانب الطبية المرتبطة بها وبعضهم إهتم بها من زاوية نفسية وإجتماعية ومنهم من نظر إليها من وجهة نظر شاملة للجوانب الجسمية والنفسية والإجتماعية.

31-1- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي 1961 : قدم هيبير تعريفاً اعتمدته الجمعية

الأمريكية للتخلف العقلي عام 1961 ووفقاً لذلك فإن التخلف العقلي

"حالة تشير إلى أداء عقلي عام ينخفض عن المتوسط ويظهر في مرحلة النمو ويصاحبه عجز في السلوك التكيفي". أي التخلف العقلي يعني معامل الذكاء أقل من 85 وكان معنى العجز في السلوك التكيفي عدم قدرة الشخص على التكيف مع متطلبات بيئته وعن مرحلة النمو فهي من الولادة حتى 16 عاماً. ويعتبر هذا التعريف أكثر قبولا في مجال التخلف العقلي، ويمكن القول بأن التعريفات اللاحقة للتخلف العقلي هي بمثابة تنقيح وتعديل لتعريف هيبير.

2-تعريف الجمعية الامريكية للتخلف العقلي 1973: قام جروسمان 1973 بتقديم تعريف معدل للتخلف العقلي 1973 وقامت الجمعية الامريكية للتخلف العقلي بتبني ذلك التعريف، وينص ذلك التعريف على أن التخلف هو "انخفاض ملحوظ في القدرة العقلية العامة ويصاحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر في مرحلة

النمو". ويقصد بالإنخفاض الملحوظ في الأداء العقلي العام ان يكون الذكاء دون المتوسط بواقع انحرافين معيارين على الأقل. (عبد اللطيف حسين الفرج ، 2007 ، ص76).

وهناك ثلاث معايير أساسية بها يصنف الشخص على أنه ذو إعاقة عقلية هي:

-الإنخفاض الملحوظ في مستوى القدرة العقلية العامة .

- العجز في السلوك التكيفي .

- الظهور في مرحلة النمو .

3- تعريف الجمعية الامريكية للتخلف العقلي 1992: قدمت هذه الاخيرة في الطبعة التاسعة

من دليل تعريف وتصنيف التخلف العقلي تعريفا ونظاما مختلفا عما كان معتمدا من قبل وهو التعريف الوظيفي وركزت على التفاعل بين الفرد وبيئته وعلى شدة وأشكال الدعم التي يحتاج إليها الشخص فقد عرف هذا الدليل التخلف العقلي كما يلي : "يشير التخلف العقلي إلى أوجه ضعف ملحوظة ويرافقه أشكال مختلفة من العجز في واحدة أو أكثر من المهارات التكيفية التالية:التواصل،العنايةبالذات،الحياة المنزلية ،المهارات الإجتماعية ،العيش المجتمعي ، التوجيه الذاتي ،الصحة والسلامة ،المهارات الأكاديمية الوظيفية ،وقت الفراغ والترويح،والعمل .ويظهر التخلف العقلي قبل بلوغ الشخص الثامنة عشر من العمر".

4-تعريف الجمعية الامريكية للطب النفسي: في الطبعة الرابعة من دليلها التشخيصي

والإحصائي لإضطرابات العقلية ،حاولت الجمعية الامريكية للطب النفسي 1994دمج التعريفين الذين تبنتهما الجمعية الامريكية للتخلف العقلي عام 1973وعام 1992 .فقد تبنت تعريف عام 1992ولكنها أبقت على التصنيف السيكومنتري المعتمد على معامل الذكاء كما ورد عام 1973 .

بمعنى أن معامل الذكاء في الإعاقة العقلية يقل عن 70 درجة وأن الشخص أن يجب يكون لديه تأخر ملحوظ في ما لا يقل عن مجالين من المجالات العشرة التي أشير إليها في تعريف عام 1992وأضافت الجمعية إلى أن يتم تقييم القدرات العقلية والمهارات السلوكية التكيفية بشكل شامل

ومعمق وليس أثناء زيارة قصيرة لعيادة أومكتب للكشف التطوري. (عبد اللطيف حسين الفرّج ، 2007، ص76).

5-تعريف منظمة الصحة العالمية: أصدرت منظمة الصحة العالمية عام 1993 دليل التصنيف

الدولي للأمراض المعروف ب:إي.س.د- 10 والذي تعتمد به بعض دول العالم وفيه تعرف المنظمة التخلف العقلي بوصفه "حالة تنتج عن إخفاق الدماغ في النمو بشكل كامل ويقترح اعتماد المهارات المعرفية واللغوية و التكيفية و الإجتماعية والحركية لتحديد درجة الإعاقة العقلية ويدعم هذا الدليل أيضا فكرة التشخيص الثنائي للتأكيد على أن الإعاقة العقلية قد يرافقها اضطرابات جسمية أو نفسية .

6-تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي 2002: وهو أحدث تعريف للتخلف العقلي في

طبعته العاشرة من الدليل وأهم ما فيه هو التركيز على مدى حاجة الشخص للدعم أكثر من التركيز على مستويات الضعف الموجودة لديه فهذا التعريف ينظر إلى الإعاقة بوصفها نتاجا للتفاعل بين الأداء المستقل للفرد وبيئته التي يعيش فيها ويتعلم ويعمل ما يبرز الحاجة إلى الإهتمام بأساليب مساعدة الطالب على الوصول إلى المناهج المدرسية العامة. (عبد اللطيف حسين الفرّج ، 2007 ، ص77).

7-تعريف الجمعية الامريكية للإعاقات العقلية والتطورية 2008: تغير اسمها من الجمعية

الامريكية للتخلف العقلي 2007 إلى جمعية الامريكية للإعاقات العقلية والتطورية ففي عام 2008 قدمت هذه الجمعية التعريف التالي: "الإعاقة العقلية هي إعاقة تتميز بإنخفاض ملحوظ في كل من <الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذي تمثلهما المهارات المفاهيمية و الإجتماعية والتكيفية العملية وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشر من عمره

فالطفل المعوق إذن : هو كل شخص لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كامل، أو جزئي، أو حياته الإجتماعية، كنتيجة لعاهة خلقية أو غير ذلك تؤثر في أهليته الجسمية أو العقلية .وهذا ما أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1975 .

2-أسباب الإعاقة الذهنية:

اختلف العلماء في تحديد الاسباب التي تؤدي إلى التخلف العقلي فمعظم أسباب الإعاقة غير معروفة حتى الآن إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى إكتشاف 25% من أسباب الإعاقة العقلية وأن 75% من

هذه الأسباب هي غير معروفة لحد الآن وللإعاقة العقلية أسباب كثيرة يصعب الفصل بينها ويمكن تصنيفها كالاتي :

2-1 أسباب وراثية: قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها

الخصائص الجسمية والنفسية كالطول والقصر والنحافة والسمنة ولون الجلد، وقد تحدث الإعاقة للطفل بسبب إنتقال خصائص وراثية شاذة من الأباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي والمخ وقد يكون هذا الشذوذ في الكروموزومات أو في الجينات التي تحملها فأى خلل بها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية ويسبب تلف في خلايا المخ أو في الجهاز العصبي ومن بين هذه الأخطاء: إنتقال كروموزوم أو جزء منه إلى كروموزوم آخر ليس نظير له، وتحدث هذه الحالة عادة في الكروموزوم رقم 15 الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى الكروموزوم رقم 21. وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكروموزومات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية: متلازمة داون"

"متلازمة تينر " "متلازمة كلاينفلتر " وغيرها . إضافة إلى اضطرابات الغدد الصماء والعامل اليرازيسي واللدان يدرجان ضمن الشذوذ الجيني .

2-2 أسباب بيئية : يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي كما تؤثر

على أنسجة مخه والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية وتنقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام وهي :

2-2-1- أسباب قبل الولادة: الإلتهابات الفيروسية ، تعرض الأم الحامل إلى الإشعاعات ، إستخدام الأدوية ،...صغر سن الأم أو كبر سنها.

2-2-2- أسباب أثناء الولادة: الوضع غير طبيعي للمشيمة ، استخدام جفت الولادة ، انفجار الجيب الأمامي مبكرا أي الولادة الجافة ،....

2-2-3- أسباب بعد الولادة: الإلتهابات :أنسجة المخ أو الأغشية المخ السحائية إصابات المخ بالحوادث مثل السقوط وغيرها ،نقص أو سوء التغذية ويوجد أيضا الأسباب الاجتماعية والمرضية . (مليكة بلخير، 2014 - 2015 ، ص45).

3-وضعية الإعاقة: Situation d' handicap

يشير هذا المفهوم إلى محدودية تحقيق والقيام بالعادة اليومية الناتجة عن التفاعل الموجود بين العوامل الشخصية والبيئية.

فالتصنيف الدولي لمدى أداء الوظائف والعجز والاعاقة: يعرف **الاعاقة** بوصفها مصطلحا جامعا يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للإعتلال أي الخلل العضوي ومحدودية النشاط ، والقيود التي تحد من المشاركة . كما يعود مصطلح الإعاقة الى السمات السلبية للتفاعل بين الأفراد الذين يعانون حالة صحية ما (الشلل الدماغي ، أو متلازمة داون ...) وبين العوامل الشخصية والبيئية (المواقف السلبية ، إنعدام إتاحة وسائل النقل والمباني العامة ، والدعم الاجتماعي المحدود مثلا)

فالنموذج الاجتماعي للإعاقة: هو إستجابة للنموذج الطبي للإعاقة الذي يعد في حد ذاته تحليلاً وظيفياً للجسم باعتباره آلة يتم إصلاحها للتوافق مع القيم المعيارية. ويحدد النموذج الاجتماعي للإعاقة الحدود النظامية والمواقف السلبية والاستبعاد من المجتمع (بقصد أو بدون قصد)؛ ما يعني أن المجتمع هو العامل المشارك الرئيسي في إعاقة البشر. وبينما قد تتسبب المتغيرات الجسمانية أو الحسية أو الفكرية أو النفسية في قصور وظيفي أو ضعف، فهذا لا ينبغي أن يؤدي بالضرورة إلى إعاقة ما لم يفشل المجتمع في الاهتمام بالناس واحتوائهم بغض النظر عن اختلافاتهم الفردية. (اسماعيل مراني ، 2014).

4- خصائص المعاق ذهنياً:

يتشابه المعاقون عقليا في في صفة واحدة وهي الإعاقة ويختلفون في كافة المظاهر ويمكن حصر خصائص المعاقين عقليا العامة في خمسة جوانب هي كالاتي:

4-1 الخصائص الجسمية : تأخر في النمو الجسمي وبطنه وصغر حجم الجسم وصغر حجم الدماغ

وزن أقل، تشوهات في شكل الجمجمة والعين والفم والأطراف ،عدم الإلتزان الحركي ،إضطراب في المهارات الحركية ،عدم إكمال النمو الجسمي نتيجة لإصابة المخ.

4-2 الخصائص العقلية: تأخر في النمو العقلي وإنخفاض في نسبة الذكاء وكذلك فيما يتعلق في

بالقدرات العقلية الأخرى مثل :ضعف الإنتباه والذي يؤثر بشكل مباشر في القدرة على التعلم.

4-3 الخصائص الإجتماعية: ضعف في القدرة على التكيف الإجتماعي ونقص في الميول

والإهتمامات وعدم تحمل المسؤولية كما يتسمون بالإنسحاب والعدوان ،إضطراب في مفهوم الذات أي ينظر إلى نفسه على أنه أقل من غيره.

4-4 الخصائص النفسية والإنفعالية:

تتصف إنفعالات المعاقين بالتذبذب والحدة والإضطراب بالإنفعالي وعدم التباثا لإنفعالي وفيما يلي بعض الخصائص الإنفعالية للمعاقين عقليا من فئة التخلف العقلي البسيط:

- الإنسحاب والعدوان: تميل هذه الفئة إلى الإنسحاب والإنطواء والبعد عن المشاركة الإجتماعية ونجد السلوك العدوانى .

- النشاط الزائد: تعاني من الحركة الزائدة وكثرة التنقل وعدم البقاء في مكان معين بسبب تلف في الجهاز العصبي المركزي.

- الجمود: إن فئة التخلف العقلي تتصف بالجمود حيث يميلون للأعمال الروتينية.

وعليه ومما سبق ذكره نستنتج أن بعد التطرق للإعاقة الذهنية من تعريف وأسباب والتصنيفات وكذا خصائص المعاق عقليا ومحاولة الإلمام بكل جوانبها

من أجل إعطاء صورة واضحة للقارئ والموضوع في حد ذاته يأمر بذلك فلننتقل الآن إلى أحد التصنيفات الطبية عرض داون والذي أخذنا منه عينة الدراسة فلا بأس أن نعرض نظريا على هذا الشذوذ الكروموزومي. (اسيا عمراني ، سنة 2014 -) .

5-5 تصنيفات الإعاقة العقلية و أنواعها:

عرف مفهوم الإعاقة تطورا في كل المجالات بدءا من سنوات الستينات بسبب المطالب التي نادى بها المعوقون شخصا خاصة فيما يتعلق بالتسمية والحقوق الخاصة بهم وهذا ما أدى الى إعادة النظر في المفاهيم المتعلقة بالإعاقة باعتبارها مسألة بيئية اجتماعية وليست مسألة طبية فقط وكان هذا في ظل التصنيفات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. لماذا التصنيفات الدولية؟

- الحاجة الى تقييم الحالة الصحية للمجتمعات.

- الحاجة الى أداة وصف وجمع المعلومات الخاصة بصحة المجتمعات.

- مقارنة الاحصائيات العالمية.

- كلغة مشتركة بين المختصين والمهنيين في مجال الصحة.

CIM10 -1-5 التصنيف الدولي للأمراض والهيكل :

يعتبر هذا التصنيف إحصائي عالمي للأمراض والهيكل ومن بينهم الإعاقات يقدم معلومات حول الأمراض من حيث الأسباب والتشخيص والتصنيف وخاصة أسباب الوفيات في العالم ككل. وساهم هذا التصنيف في تطوير مجال الطب بظهور تخصصات جديدة وانخفاض نسبة الوفيات في العالم .

5-2-التصنيف الدولي للإعاقة: لتكملة التصنيف الدولي للأمراض اقترحت منظمة الصحة العالمية

هذا التصنيف الخاص بالإعاقة ونشر عام 1980 من طرف فيليب وود PHILIP WOOD لدراسة مدى تأثير الإعاقة على حياة الفرد وللتعريف بمظاهر العجز وربطها بالعوامل البيئية والاجتماعية ، انطلاقاً من المرض يركز هذا التصنيف على المفاهيم التالية:

-القصور La déficience

-العجز l'incapacité

-الإعاقة désavantage.

ولهذا كان لابد من تصنيفات أخرى تتجه أكثر نحو المنظور الاجتماعي وهي:

5-3-من النموذج الفردي الطبي الى النموذج الاجتماعي:

وأدخل مفاهيم جديدة في حقل الإعاقة وهي FOUGEYROLLAS قدم هذا التصنيف الكندي من طرف القصور ، العجز ، المسهلات ، العوائق ، المشاركة الاجتماعية ، وضعية الإعاقة وعمل هذا التصنيف هو التعريف بالمرض وأسبابه ونتائجه على الشخص وإحساس المجتمع بمسؤوليته اتجاه المعاقين وليست مسؤولية الفرد المعاق نفسه وممارسة حقوقه وتمتعه بسياسة اجتماعية عادلة.

يتضمن هذا التصنيف مفاهيم وهي :

-عامل خطر: تعرض لخطر بيئي، والتي تزيد من خطر الإصابة بالمرض. يقصد هنا الاحتمال الاحصائي.

-العضو وعلاقته بالجهاز: مثل الجهاز البصري الجهاز العصبي الجهاز التنفسي... الخ

كمهارة اللغة ، **المهارات** : لتمكن من انجاز مهمة بكيفية محددة وبدقة متناهية، وسرعة في التنفيذ مهارات اكااديمية ، مهارات الحركة ، مهارات التنفس ، الخ.

-العوامل البيئية: تشمل العوامل الكيميائية و العوامل البيولوجية و العوامل الفيزيائية والاجتماعية.

-عادات الحياة اليومية: تتمثل في مجموعة الأنشطة التي يقوم بها الشخص العادي في حياته اليومية.

4-5-التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة:

ويعتبر التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة مكملاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي تجريه منظمة الصحة العالمية، والذي يتضمن معلومات حول التشخيص والحالة الصحية، ولكن ليس حول الحالة الوظيفية ولأول مرة يدمج مفهوم البيئة في مجال الإعاقة ولا يعتبر مؤيدي هذا التصنيف أن الإعاقة هي سمة في الإنسان بل هي نتيجة تفاعل بين صحة الفرد والعوامل البيئية ولهذا قدم هذا التصنيف قائمة من الأسماء وسلام القياس الخاصة بالعادات اليومية ، العوامل البيئية ، العوامل الشخصية فهذا التصنيف يسمح بتحديد وتقدير ومتابعة التغييرات التي تطرأ في هذه المجالات.

يتضمن التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة المكونات الشاملة التالية:

-وظائف الجسم وهيكله.

-عادات الحياة اليومية.

-معلومات إضافية حول الخطورة والعوامل البيئية: العوامل المسهلة :كالمصعد الكهربائي ،العوامل المعوقة :كالسالم.

المشاركة الاجتماعية :

يشير هذا المفهوم إلى القيام بالعادات اليومية بأكملها الناتجة عن التفاعل بين العوامل الشخصية (العاهات ، الإعاقات ،..) والعوامل البيئية (الميسرة والعوائق)

-العوامل البيئية الميسرة: هي العوامل المساعدة على تحقيق عادات الحياة اليومية.

-العوامل البيئية المعيقة: هي العوامل التي تمنع عن تحقيق عادات الحياة اليومية.

6-عرض داون:

6-1-تعريفه:

هو شذوذ كروموزومي نتيجة لتغير عدد الكروموزومات الموجودة داخل كل خلية جسمية فالمصابين بهذا العرض لهم صفات ومميزات خاصة ،بحيث خلايا الجسم المنغولي تحتوي على 47 كروموزوم

عوض 46 كرموزوم في الكروموزوم 21 الذي فيه 03عوض02 . وأول من أكتشف هذا العرض هو الطبيب الإنجليزي جون دارن عام1866 ،حيث إكتفى بالوصف مجموعة من الأطفال المتأخرين عقليا ،إذ كان لهؤلاء نفس الخصائص الجسمية والعقلية فظن أنهم ينتمون لعرق المنغول لذا أطلق عليهم إسم المنغوليين ،وفي عام 1959 بين مجموعة من العلماء :دوجان،غوتي،جيريان.أن المنغولية هي نتيجة لتغير عدد الكروموزومات والصبغيات الموجودة داخل كل خلية جسمية. وبعد إكتشاف هذا الشذوذ الكروموزومي أصبحت الدراسات تهتم خاصة بالأسباب المؤدية لهذا العرض من أجل التخفيف منه.

6-2-أسباب عرض داون:

لم تعرف الأسباب الحقيقية المسببة له إلا أن هناك افتراضات عدة . فقسم العالمان " لمبار و رونالد" الأسباب إلى العوامل الداخلية والخارجية وهي :

6-2-1العوامل الخارجية:أرجع علماء الوراثة على أن 4/1من حالات عرض داون تكون وراثية

المنشأ ومنها : -وجود أكثر من طفل مصاب بعرض داون في العائلة الواحدة ويرجع إلى النوع الملتحم. -السن المتقدم للأم يرتبط طرديا وشيوع إصابات الأطفال بعرض داون. -إنجاب الأطفال من أمهات مصابات بعرض داون.

6-2-2العوامل الداخلية:-الاشعة السينية .- بعض العوامل الكيماوية المخربة للخلايا وتدخل في

تكوين الأورام.- نقص الفيتامينات.-اضطراب في وظيفة الغدة الدرقية.

فمهما تعددت الأسباب فقد أسفرت الدراسات ما بين الفترة 1846- 1860 وهذا في مجال علم الوراثة وتوصلت إلى تأكيد على وجود عدة أنواع تصنف عرض داون

6-3-أنواع عرض داون:

6-3-1 العرض المعياري: يطرأ الخلل قبل إخصاب البويضة كما تشخص العلة في الحيوان

المنوي عوض البويضة، تحتوي البويضة المخصبة على ثلاث صبغات عن الزوج رقم21 والسائدة في بقية الخلايا الأخرى فعند التقسيم الخلوي الأول يحدث الخلل في توزيع الصبغي وتلتقي الخلايا الجديدة 03 صبغات عن الزوج رقم 21 بينما تلتقي الخلايا الجديدة صبغيات واحد فتقشل وتموت،تنقسم الخلية 03 صبغيات عن الزوج رقم 21 وتكون خلايا الجنين المتكون تحتوي على ثلاث صبغيات من الزوج رقم 21 وعلى هذا النمط من الإنقسام الخلوي تكون شاملة 95/1من المصابين بعرض داون .

2-3-6 الشكل الفسيقي: يسود هذا الشكل 5/ من المصابين بعرض داون ويرجع هذا الشذوذ إلى خلل كروموزومي في المرحلة الثانية من الإنقسام الخلوي ويوجد في خليتين من صبغي رقم 21 وفي الخلية الثالثة يوجد 03 صبغيات وفي الخلية الرابعة يوجد صبغي واحد فلهذا محكوم عليها بالموت . يتبلور الجنين وهو يحمل في جسمه خلايا تحتوي على 46 صبغيا وخلايا متميزة تحتوي على 47 صبغيا منها ثلاثة صبغيات للزوج 21 وعليها أطلق عليها الإسم الفسيقي.

3-3-6 الشكل الملتهم: بعد من الأشكال النادرة التكرار أو الظهور غير أنه يرتمي على العائلة التي كان بها طفل مصابا بعرض داون وينتج عن هذا النوع من ألتحام من صبغي رقم 21 وصبغي 14 وتكون الخلية في هذه الحالة محتواة على ثلاث صبغات من زوج رقم 21 .

فهذا العرض يؤدي إلى ظهور علامات جسمانية وفيولوجية تكون العامل المشترك بين المصابين من الناحية المظهر لذلك عندما نرى هؤلاء الأطفال نظن بأنهم من عائلة واحدة بسبب هذه الخصائص. (محمد حولة، 2009) .

وأخيرا و بعد التعرف على الإعاقة من جوانبها المختلفة وخاصة الإعاقة العقلية واحدة من الإعاقات الرئيسية التي كانت من أولى الإعاقات التي عرفتتها المجتمعات البشرية وقدمت لها الرعاية الخاصة وكغيرها من الإعاقات قد تحدث الإعاقة العقلية منفردة وقد تكون مصاحبة لإعاقات أخرى بمعنى لدى بعض الأشخاص إعاقات متعددة: مثل الإعاقة العقلية والإعاقة الجسمية أو الإعاقة البصرية والإعاقة العقلية، مما يسبب مشكلات فريدة لديهم ولدى أسرهم وهذا ما سنعرضه لاحقا محاولين التنويه لما يعانيه والدي الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة "متلازمة داون" .-(جمال م الخطيب ، 2010 ، ص102).

7-المشكلات الناتجة عن الإعاقة بالنسبة للأسرة:

فالأسرة تعتبر نظاما متكاملًا يضم مجموعة من الأفراد وترتبطهم علاقات حميمة بحيث يؤثر كل منهم على الآخر ويتأثر به ولذلك فإن تعرض أي فرد في الأسرة لظروف غير مناسبة أو لأي اضطراب سوف يمثل مصدر ضغط لبقية أفراد الأسرة سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة .

ومما لاشك فيه أن أسرة المعاق تعاني من مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية ينبغي التعرف عليها .

1-7 المشكلات النفسية : إن الضغط النفسي يعبر عما يحدث للفرد عندما يتعرض لمواقف تتضمن مؤثرات يصعب عليه مواجهة متطلباتها وبالتالي يتعرض لردود فعل إنفعالية وعضوية وعقلية تتضمن مشاعر سلبية وأعراض فسيولوجية تدل على تعرضه للضغط ولاشك في أن وجود المعاق يعد مصدرا

دائماً للضغط حيث تتطلب رعايته جهداً ينوء بكاهل الوالدين ويصعب عليهم تحمل مسؤولية رعايته فيتعرضون لتلك المشاعر السلبية .

حيث تتأثر الأسرة بالعديد من المشاكل العاطفية الانفعالية التي تمر بها خلال مراحل حدوث الإعاقة ذاتها وتلك المراحل هي:

7-1-1 مرحلة الصدمة: وتظهر هذه المرحلة فور علم الأسرة بحدوث الإعاقة سواء أكانت الإعاقة

خلال مرحلة حدوث الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها فالإنسان بطبيعته ضعيف يتأثر من الناحية العاطفية بصفة خاصة إذا كانت الصدمة في أعز الناس لديه.

7-1-2 مرحلة الإنكار: نجد أن الأسرة عند معرفتها بحدوث الإعاقة تسعى إلى معرفة سبيل وكيفية

علاج الإعاقة أو وضع تبرير حدوث الإعاقة والمسؤول عنها .

7-1-3 مرحلة الخوف والإحباط: تبدأ الأسرة في تلك المرحلة في الخوف من المستقبل بأن تسوء

حالة المعاق عما هي الآن أو تتغير أوضاع الأسرة (مثلاً وفاة أحد الوالدين) بما لايساعد على الوفاء بحاجات هذا الطفل عندما يكبر كذلك هناك نوع من الخوف حول ما قد يلقاه المعاق وأسرته من رفض من المجتمع ,بالإضافة إلى مخاوف حول احتمالية إنجاب أطفال آخرين بعد هذا الطفل مصابون بمثل حالته ,بالإضافة إلى مشاعر الإثم و التشويش والعجز ,خيبة الأمل ,الرفض وبالطبع فإنه ليس بالضروري للوالدين أن يتواجدا مع كل المشاعر المزعجة التي يمكن أن تظهر بحيث يمكنهم أن يعلموا أنهم ليسوا وحدهم.

7-2 المشكلات الاجتماعية: كثيراً ما نلاحظ عدم التنسيق بين الوالدين في التعامل مع مشكلة الابن

المعاق ,فألم عادة ما تتولى الرعاية الأساسية للطفل بينما الأب يظل بعيداً أو غير مندمج في الموقف ومشكلاته فأسرة التي تعيش في مجتمعات تنظر إلى الإعاقة نظرة سلبية جداً تواجه صعوبات جمة ولأن الإعاقة تعريفاً هي حالة اضطراب غير قابلة للمعالجة فأن العوامل الثقافية والاجتماعية تدفع بكثير من الأسر على إخفاء أطفالها عن عيون الناس وللأسف فإن الإعاقة و ما تنطوي عليه من مشكلات تتفاعل مع الأعباء والضغوط الإضافية الناتجة عن إساءة معاملة الآخر الذي يعني في معظم الأحيان فقدان الأسر للاستقرار.(ن،2004) .

7-3 المشكلات الاقتصادية: وهي تتمثل في العجز المالي الذي يعانيه الوالدين من تكاليف مادية تتطلبها

الحالة الصحية للطفل المعاق من متابعة طبية أي العلاج وكذا إن استوجبت وضعية الطفل كرسي

متحرك وهو مكلف أو إن تطلب نوعية الإعاقة العلاج بالخارج وأيضا أن الأطفال ذوي الإعاقة لديهم نظام غذائي خاص لعدم قدرة الوالدي في توفير متطلبات أبنتهم نتيجة العجز المادي يضعهما في مشكلة اقتصادية يصعب حلها.

وعليه فلا يمثل ميلاد طفل معاق داخل الأسرة في حد ذاته حادثة ضغط أو أزمة في المجال الأسري فحسب بل تكمن المشكلة الرئيسية في إعتبار وجود مثل هذا الطفل أزمة للأسرة عن طريق التعرف على معنى ميلاد هذا الطفل لدى أفراد الأسرة وإدراكهم لطبيعة الإعاقة به وتأثيرها على الوالدين فهما يصابان بصدمة أليمة عندما يبلغهما أن إبنهما متخلف عقليا فيشعران بالغم والهم والإحباط وتضطرب حياتهما الأسرية وتدور في أذهانهما العديد من الأسئلة والتي من بينها"ما معنى التخلف العقلي؟ وهل هذا التشخيص صادق؟ ولماذا أصيب إبننا بالتخلف العقلي؟ وهل له علاج؟ وإلى أين أذهب به؟ وغير ذلك من التساؤلات التي لا يجدون لها إجابات مقنعة بدون توجيه وإرشاد الأخصائيين وهذا ما سنعرضه بإسهاب في الفصول القادمة محاولين الإلمام بكل جوانبه التي تخدم موضوع الدراسة.

الثالث الفصل

التكفل النفسي

تمهيد:

منذ سنة 1962 وبناء على المادتين 71 و 116 من الدستور والجزائر تبذل جهودا معتبرة، من خلال سياستها الاجتماعية لتربية ورعاية الطفولة المعوقة في كل مجالات الحياة، كالعلاج المجاني والرعاية الصحية وتوفير الأجهزة الاصطناعية والتقنية، ومنح مالية تقدم لهم عند بلوغهم سن الرشد . لقد أدركت الجزائر أن هذه الطاقة المعطلة من واجبها أن تحولها من عبء عليها إلى طاقات تعمل للنهوض بها وإن إنسانية هؤلاء المعوقين كانت دوما المحرك الواعي لحمايتهم، وتدريب ما تبقى لديهم من قدرات واستعدادات من خلال التربية الخاصة حتى يصبحوا قوة منتجة وفعالة في المجتمع . كان ذلك حافزا للجزائر، جعلها تسرع إلى إنشاء المؤسسات المتخصصة لاستقطاب المعوقين بالإضافة إلى تأسيس مراكز وطنية لتكوين المرشدين المؤهلين في التربية الخاصة، كما أنشأت مصالح إدارية في كل ولايات الوطن تتكفل بالإعاقة والمعوقين، وشجعت إنشاء الجمعيات الخيرية لحمايتهم وترقيتهم.

1.1—تعريف التكفل النفسي :

لغة:

كفل بالرجل ويكفل كفلا وتكفل به ، كله : ضمنه .(لسان العرب لأبن المنظور)

اصطلاحا:

التكفل النفسي هو مجموع التقنيات الغير الدوائية المستخدمة لمساعدة المريض لتجاوز الأزمة النفسية، إذ يقوم الأخصائي النفسي بالتشخيص وتحديد نوع الاضطراب ولا يقف عند هذا بل يطبق تقنيات علاجية

تحول دون استمرار الصراع والشعور بالقلق وعدم التوافق وبالتالي وجود الاضطرابات النفسية ، إذ ينشط آليات الدفاع ويساعد على الاستبصار وإعادة التكيف وانخفاض التوتر، وهذا ما اتفق عليه جميع المختصين في العلاج النفسي . (موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، ص 688) .

وعموما يشير مصطلح التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيًا إلى أنه كل فعل يؤدي إلى سلوكيات تكيفية سليمة، ويهدف إلى تغييراً وإقصاء سلوكيات شاذة، والتفاعل ما بين الأشخاص العاديين والمعاقين ذهنيًا وعليه فإن هذا المصطلح لا يعني "التدخل" بهدف إقصاء صفة العجز أو الإعاقة العقلية بقدر ما يعني مدى الاستفادة بمجموعة طرق وتقنيات تهدف إلى أن يكون المعاق ذهنيًا متوافقًا مع نفسه :انفعاليًا واجتماعيًا وبيئيًا ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن ومجابهة مطالب الحياة بسلوك سوي ، أي يتمتع بقدر مقبول من الصحة النفسية .-(العيد فقيه، ص 2) .

2-أهمية التكفل:

تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الناحية النفسية الاجتماعية ومهنية توعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية وبعدل لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة النقص أو التحقير أو الشفقة و لمنح الفرد فرصة العيش وتحقيق استقلاليته بتنمية قدرته الحركية الاجتماعية والعاطفية فيصبح قادر على العيش في المجتمع.

3-أنواع التكفل :

-3-1التكفل الطبي : فحص و تشخيص و علاج مختلف الاضطرابات العضوية و العصبية و العقلية عن طريقالأدوية- التدخل الطبي الاستعجالي أثناء النوبات الحادة.

-3-2-التكفل النفسي:

يحتاج الطفل المتخلف ذهنيًا إلى مجهود كبير في التكفل النفسي وهذا نظرا لطبيعة الإعاقة التي تسبب له الكثير من الصعوبات التي يعاني منها و الاضطرابات النفسية والسلوكية وهنا يكمن دور الأخصائي النفسي عند إجراء أول مقابلة يكون الهدف منها عادة التعرف على تشخيص حالة الطفل و تحديد قدراته وذلك عن طريق الملاحظة وجمع المعلومات من الأم التي عادة ما تكون مرافقة للطفل تدون الأخصائية المعلومات المتحصل عليها في بروتوكول الفحص العيادي.

ويقصد به أيضا:

القيام بعملية الفحص و التشخيص و المأل- استخدام مختلف طرق و أساليب العلاج النفسي- إقامة علاقة توجيهية و علاجية مع الأسرة-التقييم والمتابعة.

3-3-التكفل الأطفوني: التدريب اللغوي و النفسي الحركي تقييم النمو اللغوي، و عملية الكتابة-

- تنمية عملية التآزر الحسي الحركي لدى الطفل- علاج عيوب النطق و الكلام.

3-4-التكفل التربوي : التكفل التربوي و تحديد الأهداف.

--القيام بنشاطات تحضيرية للخط والحساب.

التدرج التربوي عند القيام بالنشاطات التفطنية.- الاعتماد على البطاقات الفنية وتحديد الاهداف.- التحفيز والتشجيع والإبتعاد عن النشاط المرهق.

3-5 التكفل المؤسساتي :

هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الاهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والاحساس بالعدالة في وسط المجتمع وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وبأنه قادر على التواصل مع الاخرين لتحقيق إستقلاليتته من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها بشكل أحسن . (المركز النفسي البيداغوجي، 2012، قسنطينة).

كما يعرف أيضا: هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية، البيداغوجية، الإجتماعية ويكون هذا المفهوم علاج نفسي، إعادة تأهيل أطفوني، علاج نفسي حركي، علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي بإعتبار المؤسسة مكان التكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا ضمن برنامج تكفلي تربوي، تعليمي، أو تجهيزي علاجي.... إلخ - (محمد أمين كوروغلي ، 2009-2010).

هو مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للمريض ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله، بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصورات له لذاته . (عيسوي، 1997، 21).

وينقسم إلى قسمين :

التكفل النفسي بأسرة المريض : عن طريق

-تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى الأسرة حول المرض وإستبدالها بمفاهيم صحيحة.

أن تتقبل الأسرة المرض .

توعية الأسرة بالطرق الصحيحة في التعامل مع المريض .

التكفل النفسي بالمريض: من أجل تقبل العلاج والمرض عن طريق -تصحيح الاعتقاد بالمرض وتوضيح خطر الكتمان .

و بما أن موضوع الدراسة يدور حول التكفل بالطفل المعاق الذهني فستتناول المؤسسات التي تتكفل بهذه الشريحة التابعة لوزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة، المتمثلة في المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا و التي تحدد مهام فرقة التكفل كما هو مبين في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية/ العدد 64 الصادرة في 08 نوفمبر 2009م

الباب الرابع:

الأحكام طبقه على شعبة علم النفس

تشتمل شعبة علم النفس على الأسلاك الآتية المادة 87: :

__ سلك النفسانيين العياديين،

__ سلك النفسانيين التربويين،

__ سلك النفسانيين المتخصصين في تصحيح النطق و التعبير اللغوي،

الفصل الأول :

سلك العياديين النفسانيين.

المادة 88: يضم سلك النفسانيين العياديين بثلاث (3) رتب:

__ رتبة النفسانيين العياديين من الدرجة الأولى،

__ رتبة النفسانيين العياديين من الدرجة الثانية،

__ رتبة النفسانيين العياديين من الدرجة الثالثة،

الفرع الأول : تحديد المهام.

المادة 89: يضمن النفسانيون والعياديون من الدرجة الأولى كل النشاطات الوقائية و العلاجية في الميدان النفسي العيادي تجاه الأشخاص المتكفل بهم في المؤسسات أو المصالح المتخصصة التابعة للإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

و يكلفون بهذه الصفة، على الخصوص بما يأتي:

_ تطبيق الروايز النفسية و تفسيرها و القيام بالتشخيص النفسي و إبداء الرأي العيادي، حسب الحالة.

_ ضمان المتابعة الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين.

_ المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات و في اللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسسة.

_ المشاركة في التكفل بضحايا الصدمات النفسية الناجمة عن أسباب مختلفة.

_ ضمان الفحص الخارجي للأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط القبول بالمؤسسة.

_ ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة.

المادة 90: زيادة على المهام المنوطة على النفسانيين العياديين من الدرجة الأولى، يكلف النفسانيون العياديون من الدرجة الثانية، على الخصوص بما يأتي:

_ المشاركة في تحيين برامج المؤسسات العمومية لتكوين المتخصص التابعة للإدارة المكلفة بالتضامن الوطني و إثرائها،

_ المشاركة في تأطير المتربصين و تقييم مذكراتهم،

_ المشاركة في كل بحث أو نشاط له علاقة بمهامهم تبادر به المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص أو الإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

المادة 91: زيادة على المهام المنوطة على النفسانيين العياديين من الدرجة الثانية، يكلف النفسانيون العياديون من الدرجة الثالثة، على الخصوص بما يأتي:

_ القيام بالدراسات و التحليلات الرامية إلى تحسين التكفل العيادي بمختلف الفئات المستقبلية بالمؤسسات المتخصصة،

_ القيام بتقييم مدى تنفيذ برامج التكفل العيادي و قياس أثرها ،

_ إعداد الحصائل المتعلقة بالتكفل العيادي في المؤسسات المتخصصة.

الفصل الثاني :

سلك النفسانيين التربويين.

المادة 98: يضم سلك النفسانيين التربويين بثلاث (3) رتب:

_ رتبة النفسانيين التربويين من الدرجة الأولى،

_ رتبة النفسانيين التربويين من الدرجة الثانية،

_ رتبة النفسانيين التربويين من الدرجة الثالثة،

الفرع الأول : تحديد المهام.

المادة 99: يكلف النفسانيون التربويون من الدرجة الأولى، على الخصوص بما يأتي:

_ تقييم النتائج المتحصل عليها لدى الأشخاص المتكفل بهم بواسطة روائز ملائمة و اقتراح التصحيحات الضرورية،

_ المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات و في اللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسسة،

_ المشاركة في تصور الدعائم التربوية و التعليمية و إنجازها.

_ مساعدة مستخدمي التعليم و التربية و إعادة التربية و إعادة التكييف المهني في تحضير برامجهم و/ أو تقديم الإستشارة لهم،

_ ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة.

المادة 100: زيادة على المهام المنوطة على النفسانيين التربويين من الدرجة الأولى، يكلف النفسانيون التربويين من الدرجة الثانية، على الخصوص بما يأتي:

_ المشاركة في تحيين برامج المؤسسات العمومية لتكوين المتخصص التابعة للإدارة المكلفة بالتضامن الوطني و إثرائها،

_ المشاركة في تأطير المتربصين و تقييم مذكراتهم،

_ المشاركة في كل بحث أو نشاط له علاقة بمهامهم تبادر به المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص أو الإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

المادة 101: زيادة على المهام المنوطة على النفسانيين التربويين من الدرجة الثانية، يكلف النفسانيون التربويين من الدرجة الثالثة، على الخصوص بما يأتي:

_ المساهمة في الدراسات و التحليلات قصد تطوير أكثر للتكفل التربوي بمختلف الفئات المستقبلية بالمؤسسات المتخصصة،

_ القيام بتقييم مدى تنفيذ برامج التكفل العيادي و قياس أثرها ،

_ إعداد الحصائل المتعلقة بالتكفل العيادي في المؤسسات المتخصصة.

الفصل الثالث:

سلك النفسانيين في تصحيح النطق و التعبير اللغوي.

الفرع الأول : تحديد المهام.

المادة 109: يكلف النفسانيون في تصحيح النطق و التعبير اللغوي من الدرجة الأولى، على الخصوص بما يأتي:

_ ضمان كل النشاطات الوقائية و العلاجية في مجال تصحيح النطق و التعبير اللغوي،

_ القيام بإعادة تقويم الصوت و التعبير اللغوي و تقييم النتائج المتحصل عليها بواسطة روائز خاصة.

_ المشاركة في إعداد البرامج البيداغوجية و تنفيذها،

_ المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات و في اللجنة أو المجلس النفسي البيداغوجي للمؤسسة،

_ القيام بالفحص الخارجي للأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط القبول بالمؤسسة،

_ ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة.

المادة 110: زيادة على المهام المنوطة على النفسانيين في تصحيح النطق و التعبير اللغوي من الدرجة الأولى، يكلف النفسانيون في تصحيح النطق و التعبير اللغوي من الدرجة الثانية، على الخصوص بما يأتي:

_ المشاركة في تحيين برامج المؤسسات العمومية لتكوين المتخصص التابعة للإدارة المكلفة بالتضامن الوطني و إثرائها،

_ المشاركة في تأطير المتربصين و تقييم مذكراتهم،

_ المشاركة في كل بحث أو نشاط له علاقة بمهامهم تبادر به المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص أو الإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

المادة 111: زيادة على المهام المنوطة على النفسانيين في تصحيح النطق و التعبير اللغوي من الدرجة الثانية، يكلف النفسانيون في تصحيح النطق و التعبير اللغوي من الدرجة الثالثة، على الخصوص بما يأتي:

_ المشاركة في الدراسات و التحليلات المتعلقة بالتكفل الخاص بتصحيح النطق و التعبير اللغوي لمختلف الفئات المستقبلية بالمؤسسات الخاصة،

_ إعداد الحصائل المتعلقة بالتكفل الخاص بتصحيح النطق و التعبير اللغوي بالمؤسسات المتخصصة.

الباب الثاني:

الأحكام المطبقة على شعبة الحضانة و التربية و إعادة التربية.

المادة 27: تشتمل شعبة الحضانة و التربية و إعادة التربية الأسلاك التالية:

_ سلك المساعدات الحضانات.

_ سلك مساعدات الأمومة.

_ سلك المساعدين في الحياة اليومية.

_ سلك المربين.

الفصل الرابع:

سلك المربين.

المادة 49: يضم سلك المربين بأربع (4) رتب:

_ رتبة المربين المساعدين، الموضوعه في طريق الزوال،

_ رتبة المربين المتخصصين،

_ رتبة المربين المتخصصين الرئيسيين،

_ رتبة المتخصصين الرؤساء.

الفرع الأول: تحديد المهام.

المادة 50: يكلف المربين المساعدون، حسب تخصصهم، بالمشاركة في النشاط التربوي و التنشيط و تنظيم الحياة الجماعية للمقيمين بالتعاون مع الفرقة المتعددة الاختصاصات.

و يكلفون بهذه الصفة، على الخصوص بما يأتي:

_ ضمان التربية و إعادة التربية الخاصة المكيفة للفئات المتكفل بها،

_ ضمان مرافقة و تأطير الأشخاص المتكفل بهم أثناء نشاطات الإطعام و النظافة الجسدية و الهندامية،

_ ضمان تأطير و مساعدة الأشخاص المتكفل بهم أثناء تنقلاتهم داخل و خارج المؤسسة،

_ القيام بالمهام ذات الصلة.

و يلزمون بحجم ساعي أسبوعي مدته ثلاثون (30) ساعة.

المادة 51: زيادة على المهام المنوطة بالمربين المساعدين، يكلف المربون المتخصصون حسب تخصصهم بالمشاركة في التكفل بالفئات في وضع إعاقة أو هشاشة أو شدة اجتماعية أو عدم التكيف.

و يكلفون بهذه الصفة، على الخصوص بما يأتي:

_ ضمان التكفل التربوي و إعادة التربية للأحداث الموضوعين في الوسط المغلق أو الوسط المفتوح

بالتعاون مع الفريق المتعدد الاختصاصات و العائلة و المؤسسات المعنية،

_ تطوير نشاطات اليقظة لفائدة الأطفال بالتنسيق مع النفسانيين و مستخدمي التأطير التقني المعنيين،

_ المساهمة في تحفيز الإبداع لدى الأطفال و تشجيعهم استقلاليتهم و تحسين سلوكهم الاجتماعي بالتنسيق مع أعضاء الفريق المتعدد الاختصاصات،

_ المشاركة في التحضير المادي للنشاطات التربوية و المسلية و الترفيهية التي تطورها المؤسسة،

_ السهر على أمن الأطفال و المراهقين المتكفل بهم في الوسط التربوي،

_ تطوير علاقات الثقة مع الأولياء و عائلات الأشخاص المتكفل بهم.

و يلزمون بحجم ساعي أسبوعي مدته ثلاثون (30) ساعة.

المادة 52: زيادة على المهام المنوطة بالمربين المتخصصين، يكلف المربون المتخصصون الرئيسيون بضمان تنظيم نشاطات التكفل الإقامي في الوسط المفتوح و في الوسط التربوي أو بمنزل الفئات المعنية.

و يكلفون بهذه الصفة، على الخصوص بما يأتي:

_ السهر على الإدماج المدرسي و العائلي للأحداث المتكفل بهم بالاتصال مع الفريق المتعدد الاختصاصات.

_ القيام بالعمل الجوّاري تجاه الأطفال و المراهقين و اللاشدين الذين هم في وضعية إعاقة أو خطر معنوي أو عدم التكيف أو شدة اجتماعية،

_ مساعدة الأطفال و المراهقين الذين هم في وضعية اجتماعية صعبة أو إعاقة أو المهمشين لاستعادة استقلاليتهم و المحافظة عليها و تنميتها و كذا اندماجهم الاجتماعي بالتعاون مع الفريق المتعدد الاختصاصات،

_ المشاركة في إعداد المشاريع الفردية و المؤسساتية بالاتصال مع الفريق المتعدد الاختصاصات،

_ تشجيع تنمية الاستقلالية و قدرات التعلم لدى الطفل بالاتصال مع الفريق المتعدد الاختصاصات،

_ المشاركة بالتنسيق مع الفريق المتعدد الاختصاصات في أعمال التلخيص حول وضعية الأطفال و المراهقين المعوقين أو الذين هم في وضع صعب.

و يلزمون بحجم ساعي أسبوعي مدته ثلاثون (30) ساعة.

المادة 53: زيادة على المهام المنوطة بالمربين المتخصصين الرئيسيين، يكلف المربون المتخصصون الرؤساء ، على الخصوص بما يأتي:

_ السهر على تنظيم الأنشطة المشغلة و البدنية و الرياضية و التنشيط و الترفيه لفائدة الأشخاص المتكفل بهم بالتنسيق مع الفريق المتعدد الاختصاصات،

_ المشاركة في إعداد و تنفيذ برامج التربية المتخصصة و متابعتها و تقييم النتائج،

_ المساهمة في إعداد و / أو تكييف البرامج و الوسائل البيداغوجية الضرورية للتكفل بالفئات المستقبلية،

_ المشاركة في إعداد الأدوات التعليمية الخاصة المرتبطة بممارسة مهامهم.

و يلزمون بحجم ساعي أسبوعي مدته ثلاثون (30) ساعة.

و الجدول الاتي يبين النشاطات المقان بها داخل المركز النفسي الطبي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيًا:

جدول النشاطات:

| المحاور | النشاطات | الأهداف |
|---|--|---|
| الاستقلالية. | 1-الذاتية: التحكم في التبرز و التبول- التنقل- الأكل بمفرده... 2-في الحياة اليومية: الغسل- اللبس- الطبخ 3-في الحياة الاجتماعية: التنقل بمفرده في المركز- ركوب وسائل النقل- التوجه للمرافق العمومية- المراكز التجارية... | 1_ النظافة. 2_ الاعتماد على الذات. 3_ الادماج الاجتماعية. |
| علم النفس الحركي و الحركة العامة. | _ نشاطات المرونة- التوازن- الحركة العامة- المشي- إعادة الحركات الايقاعية- التمييز بين مختلف الايقاعات- استعمال الالات الموسيقية.... | _ l'ordre en soi-même. _ normaliser le comportement moteur. تقوية العضلات- القوة- تطوير حاسة السمع. |
| الإيقاع. | نشاطات إحترام الإشارة- تعاقب الأشكال و الألوان.. | تنظيم عام للجسم في الفضاء- تطوير حاسة السمع. |
| التربية الحسية الإدراكية التربية الفكرية. | _ نشاطات الفرز: الألوان- أدوات الغسل- الشكل أدوات الأكل... _ الألوان و الأشكال الأساسية و الثانوية- مزج الألوان- نشاطات التذوق- اللمس- الشم. Empilage- enboitement- نشاطات الدمج الكدس | _ فهم- استوعاب المعلومات. _ تحليلا لمعلومات. _ تطوير الحواس لاستكشاف المحيط. _ استعمال النقود- الشراء- الاستقلالية الاجتماعية. |
| الحركة الدقيقة. | فتح و غلق الأشياء - | تطوير مهارات الأنامل- |

| | | |
|---|--|---|
| الأصابع- اليد- التحضير للكتابة... | استعمال الدبابيز Essorage | |
| التركيز- الاستقرار النفسي الحركي- تحضير الطفل للورشات. | -التعمير- التقصيص- التقطيع perlagefroissage | التناسق الحركي- البصري. |
| تطوير المهارات الجسدية- خلق روح الجماعة- التسلية و الترفيه. | ألعاب القوى- مباريات كرة القدم- babyfoot...كرة السلة- billard | الرياضة المكيفة. |
| تطوير اللغة و إثراء الرصيد. | rééducation orthophoniste-conte القصة | التعبير و اللغة. |
| التسلية- التنفس- الدمج الاجتماعي- تعديل السلوك. | التركيبة- التربوية- الحرو- الجماعية. | الألعاب . |
| تعزيز المكتسبات المعرفية و تنمية الكفاءات و التقنيات اليدوية- تحقيق انجازات. | ورشة الطين- ورشة الطلاء و الصباغة- ورشة الألعاب التعبيرية- ورشة الصوف- ورشة الخطاطة- ورشة الماكرامي- ورشة الورق- ورشة علاجية- ورشة متعددة الأشغال- ورشة النسيج- ورشة الخيط المدود. | الورشات. |
| تعزيز و تعميم المكتسبات المعرفية و إثراء اللغة و مراكز الاهتمام. | -محور أدوات الغسل- الخضر و الفواكه- وسائل النقل- المهن. | محاور Thème de vie . الحياة |
| الدمج المهني و الاستقلالية الاجتماعية. | تسجيل الأطفال بمراكز التكوين المهني- تربص تطبيقي بالمركز. | المشاريع: التكوين المهني- البستنة- البناء و الطلاء- الخطاطة- الطبخ. |
| -تعليم الطفل التوجه في المحيط الضيق و الواسع. -تعليم الأيام و الوقت. | -فوق-تحت-داخل-خارج-أسفل- أعلى-أمام-وراء-صباح-مساء...الخ -ليل-نهار-أيام الأسبوع-صباح- مساء...الخ | التوجيه الفضائي و الزماني |
| تنمية الدقة اليدوية ، التوجيه و التركيز. | التلصيق-الطي- القص-التقطيع- مقدمة للخطاطة...الخ | التقنيات اليدوية |
| تعليم الطفل تحقيق الانجازات و تنمية الإنتباه. | الخطاطة- الطلاء- المكرامي- الخيط الممدود- الرسم على الرمل...الخ | الأشغال اليدوية |
| -تقوية الثقة بالنفس. -تقوية الوظيفة الوالدية. -استخراج الكفاءات و القوة. -تحسين ردود أفعالهم مع أبناءهم. -التشجيع على الكلام عن المعاناة. -تشجيع الاتصال داخل الأسرة. -تقبل الإعاقة في الأسرة. -تطويرهم مع الطفل المعاق. | الإنصات- تقديم النصائح- المقابلة النصف الموجهة- تشجيع لقاءات الأولياء...الخ | التوجيه الأبوي. |

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| -تحضير الأولياء لما بعد المركز "الرشد". | | |
| -الدمج الاجتماعي. -التنفيذية التسلية. -تشجيع المهارات الفردية. -اكتشاف ميولات الأطفال- | زيارة مناطق تاريخية- أماكن التسلية- البحر- الغابة- مراكز تجارية. | sortie et excurssion الخرجات |

التوجيه

تمهيد :

تعتبر بداية الخمسينات بداية جديدة في مجال علم النفس الإرشادي وميلاد علم جديد يعرف بالإرشاد النفسي ، بعدما حدث تطور مفاده أن التوجيه ليس عملية ميكانيكية تتمثل في مطابقة قدرات الفرد مع متطلبات المهنة ،وقد عبر سوبر 1955 عن ذلك في مقالته "الانتقال من التوجيه المهني إلى علم النفس الإرشادي" ،وقبل ذلك بعام 1954 م صدرت مجلة الإرشاد النفسي ،ثم دخل موضوع الإرشاد النفسي ضمن مقررات علم النفس في الجامعات،فقد ظهرت عدة نظريات في الإرشاد النفسي هذا من جهة وإذا تتبعنا جذور التوجيه والإرشاد إلى تأسيس المكتب المهني على يد 'بارسون' حيث إهتم خاصة بمشكلات البطالة عند الشباب وفي العالم العربي يمكن تحديد بداية حركة التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي بإنشاء العيادة النفسية الأولى في الوطن العربي عام 1934 على يد الدكتور "عبدالعزیز القوصي" حيث كانت تعرف بعيادة' توجيه الطفل' (عبد الرحمن الجنيد،2007)

1-تعريف التوجيه:

لغة:

توجيه:قدم له توجيهات ،إتجاهها ،توجهها:إختار توجيهها يتلائم مع تكوينه أي إلى إرشاد:يحتاج إلى توجيه سليم (وجه ه) ،مص:وجه.تعليمات ،إرشادات،يستتيرون بأرائه وتوجيهاته. تربوية.

(معجم الغني) -

اصطلاحا: -

عملية مساعدة الفرد لفهم نفسه وفهم ماحوله ،وما يهيمه ،ليصبح قادرا على إتخاذ القرار وأيضا هو عملية إنسانية تتضمن مجموعة من الخدمات التي تقدم للأفراد بغرض مساعدتهم في فهم أنفسهم وإدراك المشكلات التي يعانون منها ، ويهدف إلي تقديم العون بالإرشاد.

(سميحان الرشيدى، 2003)

وعرف زهران (1980) التوجيه النفسى بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا وزوجيا.

واستنادا إلى مرسى والرشيدى (1974) " فإن التوجيه والإرشاد يتم في موقف مواجهة بين متخصص في علم النفس الإرشادي (المرشد) وشخص آخر يقدم له التوجيه والإرشاد بهدف مساعدته على فهم نفسه، وتحديد قدراته واستعداداته وميوله، وتوضيح اتجاهاته ودوافعه وطموحاته، ومعرفة مشكلاته وظروفه البيئية التي يعيش فيها، والإمكانيات المتاحة له فيها، ومساعدته على كيفية توظيف هذه المعلومات في تحديد أهداف واقعية لنفسه وتشجيعه على اتخاذ القرارات المناسبة والاستفادة منها لأقصى قدر ممكن في ضوء فرص الحياة المتاحة له لتنمية قدراته ". (صالح أبو عباة، عبد الحميد ينازي، 2000، ص25).

3- الإرشاد (التوجيه) الأسري: يعرف الإرشاد الأسري بأنه " عملية مساعدة أفراد الأسرة

، والوالدين، الأبناء وحتى الأقارب فرادى وجماعات في فهم الحياة الأسرية لتحقيق سعادة واستقرار الأسرة وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره يدل على إعتبار أن الأسرة هي وحدة العمل الإرشادي وليس الفرد بمعنى أن المرشد يتعامل مع الأسرة ككل وتتركز مهمة المرشد في تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يختفي السلوك المضطرب عن طريق توثيق العلاقات بين أفراد الاسرة وتحقيق توافق أفضل لكل فرد من أفراد الأسرة بما في ذلك المسترشد المقصود أصلا

التوجيه النفسى يتضمن عملية الإرشاد، أما الإرشاد النفسى فهو عملية من خدمات التوجيه.- الإرشاد في جوهره عبارته عن علاقة بين المرشد والعميل بمعنى أنه عملية فردية تشير إلى علاقة فرد بفرد في العيادة أو المدرسة أو مركز الإرشاد , أما التوجيه فيتناول جميع الأفراد في المجتمع والوقاية من الوقوع في المشكلات والانحرافات السلوكية .

-التوجيه يحتاج إلى وقت طويل مقارنة بالإرشاد .

-يتعامل التوجيه مع مشكلات عميقة ويقنصر على تقديم المساعدة والنصح أما الإرشاد يتعامل مع مشكلات أقل خطورة وعمق على مستوى الوعى ويمكن حلها .

- هو توجيه إلى الصحة النفسية مثل الإرشاد إلى العلاج النفسى .

- هو توجيه إلى التربية مثل الإرشاد إلى التدريس.

يعتبر كلا من التوجيه والإرشاد النفسي توأمين غير متماثلين لكنهما متشابهان جدا لأن أوجه التشابه أكثر من الاختلاف وهما يتوافقان في مواطن عدة. (سميحان بن ناصر الرشيد، 2003، ص15).

4- الفرق بين التوجيه والإرشاد : يعبر مصطلح التوجيه والإرشاد معنى مشترك وهو الترشيح

والهداية والتوعية والإصلاح وتقديم الخدمة والمساعدة والتغيير السلوكي وهما مترابطان ووجهان لعملة واحدة، ومع ذلك توجد فروق بينهما أهمها ما يلي: - يؤكد التوجيه علي النواحي النظرية ، بينما يهتم الإرشاد بالجزء العملي التوجيه أعم وأشمل منه.

-التوجيه يسبق الإرشاد ويمهد له، أما الإرشاد النفسي فيلي التوجيه وهو ختام لعملية التوجيه.

-التوجيه يغلب عليه الصفة الإعلامية لكن الإرشاد علم وفن.

والمساعدة التي يقدمها اخصائون نفسيون مؤهلون إلي شخص آخر بحيث يتمكن الفرد من تعديل أفكاره واتجاهاته .

5-التوجيه الأبوي : يعرفه باسكالأنجر'على أنه نوع من المرافقة والمساعدة النفسية تتركز على:-

الوظيفة الأبوية،معناها ،صعوبتها،وعوائقها.-الإلتصال الأبوي اللازم لتأديتها (الوظيفة).

-نوعية العلاقات الأسرية(أولياء،أطفال ،أجداد،..)والغاية منها مساندتهم.

-يستعمل التوجيه الأبوي لكل فرد لصعوبات في تأدية دوره كوالدين سواء كانت تنظيمية

،اتصالية،اقتصادية.

أما عند 'كليمونس -جوزف ' فقد أشار على أهمية إدخال الوالدين في التوجيه عملية أساسية لضمان راحة طفلهم ليس هذا فحسب وإنما يشمل كامل الأسرة فإن متابعة الأهداف التعليمية المرسومة في مختلف أماكن ومواقف الحياة للفرد المتكفل به يسمح بتعميم الكفاءات المكتسبة وتساهم في مرونتها ،إن إدخال الأبوين في في بروتوكول التكفل ومساعدتهم على وضع برنامج عمل ولعب في المنزل مهم جدا لتحسين حياتهم ونمط معيشتهم .

فالتوجيه الأبوي يعطي للوالدين مفاتيح لاكتساب ردود أفعال تربوية جديدة وحسن تسيير حياتهم اليومية ،إضافة إلى المحافظة على دورهم كوالدين ،خاصة بوجود مرض أو إعاقة عند أحد الأبناء

وهنا تكمن أهمية التوجيه الأبوي فعملية المرافقة أو مايقصد به في محطات أخرى الدعم تكون مركزة على إبراز الوسائل لكل والد يستطيع أن يجهز وينظم الطريقة التي بها يشعر بالثقة في تقديم الوسائل التعليمية . كما أن التوجيه الأبوي يكون مصاحبة الوالدين من طرف مهنيين لمساعدتهم في تربية أبنائهم.. (سميحان الرشدي، 2011).

6- أهداف التوجيه والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال المعاقين :

يذكر عدد منالمتخصصينفي التوجيه والإرشاد النفسي أهدافا كثيرة ومتعددة للتوجيه والإرشاد النفسي ، والبعض الآخر يرى أن الأهداف خاصة بكل مسترشد حسب حالته. وأهداف عملية التوجيه والإرشاد تمس مستويات ثلاثة:

-المستوى المعرفي: يشمل التفكير والإدراك والمعارف والخبرات والمعتقدات .

-المستوى الوجداني:يركز على الجانب الوجداني وكذا الإنفعاليوالإتجاهات والقيم.

-المستوى العملي السلوكي: يختص بعملية تعديل السلوك وتغييره وإكتساب المهارات المختلفة.

إن أهداف التوجيه والإرشاد لأولياء الاطفال المعاقين تحدد وجهة كل من المرشد وعملية التوجيه والإرشاد نفسها ولعل من أهم وأشمل الأهداف مايلي:

-تحقيق التوافق أو التكيف .-تحقيق الصحة النفسية .-تحقيق الذاتوليتمكنالقارئ من تثبيت أهداف التوجيه وإثراء جعبته الفكرية سنضيف إلى ماسبق ذكره من أهداف التوجيه الأبوي أنه يسعى إلى تحسين المستوى المعيشي لكل العائلة ولا يمكنها أن تتحقق دون تحالفهم الكلي والمراد بالتوجيه هنا تقديم النصائح والمساعدة والارشاد والسند وكذا المرافقة والمصاحبة .زد على ذلك تيسير نمط الحياة العادي واليومي للطفل وأقاربه تجاه موقف إشكالي (مشكلة) ناهيك عن مساعدة الوالدين الراغبين في تطوير كفاءات طفلهم في مجال الإستقلالية – الإتصال-اللعب . مساعدة في تحقيق جلسات عمل حول كيفية تعميم مكتسبات طفلهم . ففي جميع الحالات هدف التوجيه هو إعلام وتكوين الوالدين من أجل مساعدتهم لإيجاد أنجع

7-خطوات عملية التوجيه والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال المعاقين : الإستراتيجيات لحياتهم اليومية.

-الخطوة الأولى: بناء العلاقة الإرشادية وهي علاقة تفاعلية تعاونية تشاركية محورها المسترشد ، يتشارك فيها المرشد والمسترشد في تحقيق الأهداف المنشودة .

-**الخطوة الثانية :** الفحص: هنا يستخدم المرشد أساليب وأدوات لأستكشاف الموقف الحياتي كما يراه المسترشد 'الوالدين' اعتماداً على المعلومات المجتمعة بإستخدام أساليب وأدوات جمع المعلومات كالمقابلة، الملاحظة، ومقاييس التقدير الذاتي..(عبد الحميد بن أحمد النعيم ، 2008، ص21).

-**الخطوة الثالثة:** التفسير:يركز المسترشد على المفاهيم والأفكار والمعتقدات الغير الصحيحة ليتعلم مفاهيم وأفكار ومعتقدات أكثر دقة وعقلانية.

الفرق بين التوجيه الأبوي و العلاج النفسي:

حسب Vincent laupis عام 2004 لا يكمن الفرق بين التوجيه و العلاج في طبيعة التغيير الذي أحدثناه و إنما في الهدف المرسوم فإن التوجيه يهدف الى مساعدة الأفراد على فهم و تطوير وظيفتهم كأولياء حيث أن الموجه يكون على علم بكل مبادئ التربية الأساسية ، النمو النفسي و كذا بعض التقنيات العلاجية. أما العلاج فهو مساعدة الأفراد مع تطويرهم في مختلف أبعاد حياتهم.

يلعب الإرشاد الأسري دوراً في تخفيف من الضغوط التي تتعرض لها الأسرة , واتخاذ التدابير للوقاية من حدوث المشكلات أو التخفيف منها ومن بين هذه التدابير ما يلي: تزويد الأخوة بالمعلومات اللازمة عن حالة الإعاقة والتركيز خاصة على عدم التمييز في المعاملة لصالح الطفل المعوق وتجنب إسقاط الانفعالات الناتجة عن إعاقته علي أخوته ففي عملية التوجيه الأسري والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً يهتم المختصين بتشجيع الأسر للتعامل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال معوقين ومحاولة الإفادة من خبرات وتجارب تلك الأسر وهذا ما نحاول الإلمام به من خلال تقديم خدمات إرشاد وتوجيه الأسري لأولياء الأطفال المعاقين ونقصد بذلك مساعدة والدي أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في استيعاب وفهم حالة أبنائهم وهذا بتتويرهم بوضعية أطفالهم وتقديم معلومات حول تطوره وأيضا مساعدتهم في إكتساب مهارات تسهل من إحتواء الوضعية التي تتضمن المشاكل والصعوبات التي تفرضها الإعاقة على الأسرة وهنا تظهر أهمية التوجيه والإرشاد الأسري لأولياء الأطفال المعاقين فالإرشاد الأسري يهدف إلى تحقيق السعادة والتوازن واستمرار الأسرة ويتم ذلك من خلال توعية الوالدين وتنقيفهم بأساليب التنشئة الأسرية والإجتماعية السليمة لأبنائهم المعاقين ومساعدتهم في حل وعلاج المشكلات والاضطرابات الأسرية الناتجة عن وجود أطفال معاقين داخل الأسرة وهذا ما يجرنا إلى ضرورة تكثيف الجهود لكامل فريق البيداغوجي والنفسي في المراكز المتخصصة لذوي الإحتياجات الخاصة من التكفل بمختلف أنواعه بالمعاق الذهني وهذا ما سنلقي عليه الضوء لاحقاً.

الفصل الرابع

1-تحديد المصطلحات الاجرائية:

1-1- الطفل المعاق ذهنيا: زملة داون (Trisomie21)

هو الطفل الذي يعاني من زملة داون و له تأخر في الذكاء و نقص في النمو على المستوى: المعرفي، العلائقي، النفسي، الحركي و ذلك منذ الميلاد.

2-2- التوجيه الأبوي:

العمل المقدم من طرف الأخصائي النفسي اتجاه الوالدين الذين يواجهون صعوبات في التعامل مع ابنهم المعاق ذهنيا قصد توجيههم، مساعدتهم و مرافقتهم في حياتهم اليومية مع طفلهم المقيم بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا و الذي يعاني من اضطرابات على مختلف المستويات لوحظت بالمركز.

3-3- التكفل المؤسسي:

هو المساعدة المقدمة للمعاق ذهنيا داخل مؤسسة تعليمه البرنامج الذي يستفيد منه تحت برتوكول التكفل النفسي، الطبي، الأروطوفوني، التربوي و البيداغوجي

2- الدراسة الاستطلاعية:

من المسلم به في البحوث العلمية أنه لا بد من دراسة استكشافية لظروف اجراء البحث الميداني، تمهيدا له و لمساعدة الباحث على تحديد أبعاد بحثه و الهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، إذ يستجيب قبل البدء في اجراءات البحث و بصفة خاصة في البحوث الميدانية القيام بدراسة استطلاعية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها اجراء البحث، فالدراسة الاستطلاعية هي " دراسة فرعية) أو دراسات فرعية) يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي، حتى يطمئن على صلاحية خطته و أدواته و ملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به" (فرج عبد القادر طه، ط 1).

و عليه فالدراسة الاستطلاعية توجه الباحث و توضح له الميدان الذي سيجري عليه بحثه و كيفية التعامل مع المعطيات.

و قد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على معلومات تم الحصول عليها من خلال برنامج التوأمة الذي تقوم به المراكز المتخصصة في الإعاقة الذهنية التابعة لقطاع التضامن الوطني و كذا من اعمال

MILLE VIVRE EN FA مع الحركة الجموعية لجمعية: ALEXANDRINE SANCHEZ (AVEF)

و قد مكنتنا هذه الدراسة من التعرف على مختلف الحالات الموجودة بالمراكز و ساعدت على اختيار الحالات التي سيتم التعامل معها و التي تخدم موضوع دراستنا، حيث أننا لاحظنا الأطفال المعاقين خلال فترة تواجدهم بالمركز و قمنا بملاحظة تصرفاتهم و سلوكياتهم داخل المؤسسة و كذا الاتصال بأوليائهم ، فكان الاتصال في بداية الأمر صعب نظرا للاحتياجات الخاصة التي يعانون منها فالدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا و مكنتنا من تحديد إشكالية البحث و أبعاده كما ساعدتنا على صياغة الفرضيات بشكل دقيق و محدد.

3-المنهج المستخدم:

ان كل دراسة تتطلب منهج بحث يساعد على الوصول الى الغاية المرجوة و على الباحث اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الامور ويكون بحثه دقيق

اد يعرف المنهج على انه جملة من المبادئ والقواعد و الاشارات التي يجب على الباحث اتباعها من بداية الى غاية نهاية بحثه قصد الكشف عن العلاقات العامة و الجوهرية و الضرورية التي تخضع لها ظواهر موضوع الدراسة و يرتبط المنهج بموضوع العلم ارتباطا وثيقا ومنه تعددت المناهج حيث عرفه (عمار بوحوش 1995 ص 92) بأنه "الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته لاكتشاف الحقيقة" كذلك حسب روتز "اجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة"(محمد محمد قاسم 2003 ص 52) أي ان المنهج ييسر العمل و يمكن الباحث من الوصول الى هدفه بشكل مباشر و محدد

وكون موضوع بحثنا يتمحور حول التوجيه الاسري لأولياء الاطفال المعاقين ذهنيا اعتمدنا على المنهج التجريبي لأنه يخدم موضوع البحث

المنهج التجريبي:

هو من أهم المناهج في البحث العلمي و أقربها إلى الطريقة العلمية الموضوعية و في البحث عن الحقيقة و اكتشافها و التنبؤ بها و التحكم فيها غرف المنهج التجريبي عند الدكتور عبد الرحمان بدوي بأنه "المنهج المستخدم حين نبدأ من وقائع خارجة عن العقل، سواء كانت خارجة عن النفس او باطنية فيها لتفسيرها بالتجربة دون اعتماد على مبادئ و قواعد المنطق الصورية لوحدها". (عبد الرحمن بدوي 1977. ص 128) و نحاول تحديد معنى المنهج التجريبي عن طريق تعريف و تحديد معنى

التجربة " فالتجربة... هي ملاحظة مقصودة تحت ظروف محكمة و يقوم بها الباحث لاختيار الفرض و الحصول على العلاقات السببية (عاقل فاخر 1982، ص85).

يتميز المنهج التجريبي بإثبات الافتراضات العلمية عن طريق التجربة للتوصل الى العلاقات السببية أو العلاقات بين الظواهر المختلفة للتجربة و التحكم فيها إذن فهو يختلف عن بقية مناهج البحث من حيث كونه سلوك علمي و موضوعي و خارجي إذ يعتمد على التجربة الخارجية و على العقل و تفرض نفسها من الخارج، ثم تتطلب من العقل تحليلها و تفسيرها و وضعها.

فالمنهج التجريبي موضوعه الظواهر و الوقائع الخارجية و هذا ما يحتاج له بحثنا.

4-مجتمع الدراسة:

بحكم أن موضوع بحثنا يخص شريحة خاصة من بين أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و هي فئة الأطفال المعاقين ذهنيا و بالأخص المتكفل بهم بالمراكز التابعة لمديرية النشاط الاجتماعي تحت وصاية وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة، فمجتمع الدراسة متكون من أطفال معاقين ذهنيا مقيمين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا و الذي يتراوح سنهم ما بين 3 إلى 18 سنة من جميع أطراف ولاية مستغانم، حيث أن المركز متواجد بسيدي علي و عددهم 90 طفل معاق ذهني.

5-عينة الدراسة واختبارها:

عينة بحثنا مقصودة أين حاولنا ضبط كل العوامل و الشروط التي تخضع لها حالات بحثنا الأربعة و تحكمنا في كل التغيرات كما يشترطه المنهج التجريبي المقارن الذي سنستعمله.

أخذنا وقتا معتبرا لملاحظة الأطفال المصابين بتناذر "داون" للتعرف عليهم ، الاقتراب منهم و معرفة سلوكياتهم و كذا الاتصال بأولياتهم، و نظرا لكون موضوع بحثنا حساس حيث يسلط الضوء على الأولياء و دورهم في تربية أبنائهم إن يتماشى ذلك و التكفل داخل المؤسسة فاستلزم منا الامر أخذ الوقت اللازم لبناء الثقة بيننا و بينهم ليفصحوا لنا عن حقيقة الوضع الذي يعيش فيه الطفل المعاق ذهنيا في أسرته.

وكانت الشروط كالاتي:

5-1- الجنس: أخذنا 4 أطفال و أولياتهم: بنتان و ولدان حتى نتمكن من مقارنة سلوك بنت و ولد بعد القيام بتوجيه الأسري مع بنت و ولد لم يقدم المساعدة لأولياتهم.

2-5- السن: عمر الأطفال يتراوح ما بين 7-9 سنوات بإعتبارها مرحلة مهمة للتعليم و التربية
الأطفال. عند

3-5- المستوى الإجتماعي- الثقافي – الإقتصادي لأسرة الطفل: حالات عينتنا من أسر متوسطة الدخل
حيث أن للآباء عمل مستقر و الأمهات ماكثات بالبيت، ينحدرون من عائلات تقليدية و مستوى معيشي
متوسط، عدد الإخوة يفوق 3، يقطنون بمنطقة حضرية بها المتطلبات الأساسية للحياة.

4-5- نظام التكفل داخل المركز و تاريخ الالتحاق به:

أطفال البحث الأربعة يتمتعون بنظام نصف داخلي بالمركز حيث يلتحقون به على الساعة 8سأ30
صباحا إلى غاية 15سأ30 طيلة أيام الأسبوع عاد عطلة نهاية الأسبوع و كذا العطل المدرسية
التحقت الحالات بالمركز في سبتمبر 2015 أين وضعوا في فوج الملاحظة لمدة الفصل الدراسي الأول
مع نفس المربي و يخضعون لنفس برنامج التكفل حسب النظام الداخلي للمؤسسة..

6- الحدود المكانية و الزمانية:

1-6- تحديد زمن البحث:

تم هذا البحث خلال الموسم الدراسي 2016/2015 و بالفصل الأول منه، ابتداء من الدخول المدرسي
إلى غاية عطلة الشتاء و هذا لكون أن المركز يستقبل أطفال جدد في بداية السنة الدراسية ليضعهم في
فوج الملاحظة لمدة 3 أشهر.

إن المنهجية تعتبر محرك البحث العلمي ذاته و هي مجال واسع في البحوث النفسية و تؤدي لحدثة
البحث العلمي.

2-6- تحديد مكان البحث:

تم إجراء البحث الذي بين أيدينا في مركز خاص بالتربية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة التابعة
لوزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة ، تحت وصاية مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن
لولاية مستغانم المتواجد في مدينة سيدي علي ألا و هو:

"المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا" بسيدي علي للمركز الفنية البطاقة هذه

للمركز: الفنية البطاقة هذه

7- الأدوات المستعملة:

لكل بحث أو دراسة منهج يخدمها و وسائل تساعد على التوصل الى النتائج بشكل دقيق و على الباحث إختيار الوسيلة المناسبة ليجعل بحثه موجه بشكل صحيح و دقيق.

لهذا استعملنا في هذه الدراسة عدة وسائل ليكون البحث دقيق و موضوعي و هذه الوسائل هي:

7-1- الملاحظة:

تعرف الملاحظة على أنها "توجيه الحواس و الانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها و خصائصها توصلنا إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة أو تلك الظواهر المراد دراستها" (عبد الرحمن العيسوي، 1997 . ص 94).

كما عرفها عبد الفتاح دويدار على "أنها وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، و تتميز الملاحظة العلمية عن غيرها من ذوات جمع البيانات فتصف سلوك الفرد الفعلي، و في بعض المواقف الواقعية في الحياة ثم أنها تفيد أيضا في جمع البيانات في الأحوال التي يبدي فيها المبحوثين نوع من المقاومة للباحث و يرفضون الإجابة عن أسئلته" (عبد الفتاح دويدار، 1995. ص 274).

و من ذلك نستنتج أن الملاحظة تمكن من ملاحظة كل الأشياء المتعلقة بالظاهرة: موضوع الدراسة و جمع بيانات في الأحوال التي يكون فيها المفحوص، و قد استعملنا الملاحظة لهذا الغرض و الذي لاحظنا من خلالها إيماءات و سلوكات المعاق الذهني طيلة تواجده بالمركز و في مواقف مختلفة التشخيص لكل حالة موضوع الدراسة.

7-2- المقابلة:

تعتبر المحور الأساسي الذي تدور حوله عمليات التوجيه التلابوي و المهني بل عمليات الاستشارة النفسية، العلاج النفسي. فهي عبارة عن علاقة ديناميكية بين الموجه و العميل، فيها يحاول الموجه أن يقدم للعميل خلالها المساعدة التي يراها ملائمة له سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة، موجهة أو غير موجهة، و لا يقتصر الموجه في المقابلة التي يقوم بها على مجرد تقديم المساعدة بل أنه يحاول عن طريقها أن يصل الى أهداف متعددة تنطوي كلها تحت عملية التوجيه حيث يعرفها بنجاح على أنها "المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد اللاعبة في المحادثة نفسها" (عبد الفتاح دويدار، 1996).

أما المقابلة الإكلينيكية فقد عرفت على أنها "الوسيلة الأولى في الفحص و التشخيص و هي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين العميل و المعالج في جو نفسي آمن" نشوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات (حامد عبد السلام زهران، 1997).

و قد كانت وسيلتنا في هذا البحث هي المقابلة النصف الموجهة لأنها تسمح لنا و تساعدنا في جمع قدر كاف من المعلومات حيث يتمكن والدي الطفل المعاق من التعبير بكل حرية، و أن يحصره في إطار الموضوع لكن يترك له حرية الكلام.

تعريف المقابلة النصف موجهة:

في المقابلة النصف موجهة يدرك الفاحص أنه يريد أن يعطي و يتحصل على المعلومات فهو يقوم بتوجيه أسئلة مباشرة و أخرى غير مباشرة كثيرة لتغطية الموضوع المدروس.

أما عباس فيقول "أن هذا الفرع من المقابلة يهدف الى توجيه حادث العميل نحو أهداف البحث و السير في اتجاه واضح و أقل توجيه و ضبط الأسئلة مع المحافظة على التعبير للعميل و البحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع" (فيصل عباس، 1983. ص175).

3-7 البرنامج المطبق:

إن البرنامج المطبق في عمل التوجيه الأبوي بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بسيدي الأخصائيين Alxendrine Sanchez علي هو ثمرة مجهودات فرقة التكفل و خاصة مع الحركة النفسانيين و كذا تأثرهم بالجمعية بفرنسا منذ فيفري 2000 و كذا دراسات سابقة. حيث عدل بمرور المواسم الدراسية ليكون في خدمة الطفل المقيم بالمركز، و والديه و فرقة التكفل.

8- الدراسة الأساسية:

1-8- خصائص عينة الدراسة:

1-1-8- تقديم الحالات:

أخذنا حالات الدراسة من المركز النفسي الطبي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بسيدي علي و.مستغانم و هي 4 حالات 2 منها تجريبية و 2 اخرى ضابطة و هم من زملة داون و و نعرض فيما يلي تفاصيل الحالات:

الحالة 1 : ف. ف

هي طفلة تبلغ من العمر 8 سنوات، نحيفة البنية، جسدها لا يناسب سنها، تحتل الرتبة الأخيرة من أسرة مكونة من 4 أطفال : ولد و 3 بنات ، تنحدر من عائلة تقليدية ، متوسطة الدخل، الأم مأكثة بالبيت و الأب موظف يقطنون في منطقة حضرية.

تعاني ف.ف من إعاقة ذهنية متوسطة و هي من زملة داون.

التحقت بالمركز في سبتمبر 2015 أين وضعت في فوج الملاحظة خلال الفصل الأول من الموسم الدراسي 2016/2015 تحت نظام نصف داخلي.

الحالة 2: م. س

هو طفل يبلغ من العمر 9 سنوات، نحيف البنية، جسده لا يناسب سنه، يحتل الرتبة 2 و هو الذكر الوحيد لأسرة مكونة من 4 أطفال، نمط عيشهم تقليدي الأم مأكثة بالبيت، أما الأب موظف في مكان بعيد عن بيته و بذلك غيابه متكرر عن أسرته و غير موجود في معظم الأوقات، دخلهم متوسط يقطنون بالمنطقة الحضرية.

يعاني م.س من إعاقة ذهنية متوسطة و من زملة داون.

التحق بالمركز في سبتمبر 2015 أين وضع في فوج الملاحظة خلال الفصل الأول من الموسم الدراسي 2016/2015 تحت نظام نصف داخلي.

الحالة 3: ك. ر

هي طفلة في 8 من عمرها، نحيفة، قصيرة، لا يتناسب جسدها مع سنها، تحتل المرتبة 4 من أسرة بها 4 أطفال 3 إناث و ذكر واحد، من عائلة تقليدية، الأب موظف حر، الأم مأكثة بالبيت، دخلهم متوسط و يقطنون منطقة حضرية.

تعاني ك.ر من إعاقة ذهنية متوسطة و هي مصابة بزملة داون.

التحقت بالمركز في سبتمبر 2015 أين وضعت في فوج الملاحظة خلال الفصل الأول من الموسم الدراسي 2016/2015 تحت نظام نصف داخلي.

الحالة 4: ز. أ

هو في 9 من عمره، له سمنة، قصير، سنه لا يناسب جسده، يحتل المرتبة الأخيرة من أسرة متكونة من 5 أطفال، 3 ذكور و بنتان اثتان، عائلته تقليدية و متوسطة الدخل، الأم مأكثة بالبيت و الأب موظف يقطنون بمنطقة حضرية.

يعاني ز.أ من إعاقة ذهنية متوسطة و هو مصاب بزملة داون.

التحق بالمركز في سبتمبر 2015 أين وضع في فوج الملاحظة خلال الفصل الأول من الموسم الدراسي 2016/2015 تحت نظام نصف داخلي.

8-1-2-جدول خصائص العينة:

| | | | | العينات المعلومات |
|--|--|--|--|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

-جدول رقم (2)-

الفصل الخامس

الملاحظات لحالات الدراسة قبل تطبيق البرنامج: 1-

في برنامج التكفل المؤسستي بالحالات يتم تدوين كل الملاحظات الخاصة بالحالة و تتمثل في سلوكيات اتجاه الأطفال، سلوكيات اتجاه فرقة التكفل، اتجاه البرنامج المقدم، على طاولة الأكل، في المرقد، في دورة المياه، الملعب، الفناء.

و قد لخصنا ما رأيناه مضطرب و غير عادي عند الحالات المدروسة و في هذا السن في الجدول التالي:

| الاضطرابات | | الاضطرابات | |
|-------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| الحالات | سلوكية / انفعالية | معرفية / بيداغوجية | علائقية / اجتماعية |
| التجريبية الحالات | الحالة الأولى. | عدم الاستقرار النفسي | عدم معرفة الألوان/ الأشكال الأساسية. |
| | الحالة الثانية. | البكاء المستمر | عدم التعرف على أعضاء الجسم. |
| الضابطة الحالات | الحالة الثالثة. | عدم الاستقرار النفسي الحركي | تأخر لغوي. |
| | الحالة الرابعة. | تمزيق ملابسه. | عدم التركيز. |

جدول رقم (3)

2- تطبيق البرنامج:

إن البرنامج البرنامج المطبق في حصص التوجيه هو عبارة عن مقابلات نصف موجهة مع والدين الطفل المعاق الذهني المقيم بالمركز أين يتم في بداية الأمر:

1- جمع المعلومات اللازمة عن الحالة المدروسة، و عن عائلتها (تاريخ الحالة).

2- برمجة حصص و يكون عددها 10 بمعدل حصة كل بداية أو نهاية كل أسبوع حسب ما يناسب والدين لإشراكهم في بروتوكول المشروع الفردي لابنهم و تكون الأولوية للبحث عن الطريقة المناسبة للتعامل مع ابنهم قصد تحسين من الاضطرابات التي يعاني منها و تعيق التكفل الجيد به . و هي متمثلة في اضطرابات سلوكية- انفعالية، اضطرابات معرفية-بيداغوجية و كذا اضطرابات علائقية-اجتماعية. و لهذا الغرض و يجب احترام بعض النقاط و هي:

1- بناء علاقة متينة و وطيدة بين الأخصائي النفساني و والدين مع احترام مشاعرهم تجاه الإعاقة.

2- العمل بالكفاءات الوالدية من أجل والدين و مع والدين.

3- عدم المساس بالوظيفة الوالدية لأن لنا الخبرة المهنية و لهم الخبرة الوالدية و احترام ذلك.

4- التوصل الى تكلم نفس اللغة بين والدين و فرقة التكفل (التحالف).

5- فسح المجال للوالدين للتطرق الى أي موضوع يروونه مهم و يخدم طفلهم أو ناتج عن إعاقته.

6- اضافة حصص في البرنامج ان استلزم الأمر،

7- يمكن للتوجيه الأبوي أن يبرمج من طرف والدين.

8- تسيطر أهداف العامة للتكفل المؤسساتي مع والدين.

و لخصنا الأهداف الاجرائية لكل حصة في الجدول التالي الذي طبق على حالي المجموعة التجريبية، و لكن يكمن سير الحصة حسب المستوى الاقتصادي – الثقافي و الاجتماعي لكل أسرة و سميناه جدول رقم-(3) - .

تطبيق برنامج التوجيه الأبوي:

| ملاحظة | هدف الحصة | محتوى الحصة | الحصص |
|---|---|--|---------|
| مع الوالدين معا. | مدى تقبل فكرة لالتحاق الطفل بالمركز. | التطرق الى النظام الداخلي للمركز، البرنامج المقدم، كيفية العمل مع الطفل، التعرف بالمركز. | 1 الحصة |
| مع الوالدين. | معلومات الأولياء حول الاعاقة الذهنية و زملة داون و ثقافتهم حول ذلك. | التطرق الى مفهوم الاعاقة الذهنية عن طريق اعطاء أمثلة حول كفاءات الطفل -حدوده- انتظارات الوالدين - الإجابة عن كل سؤال يرونه مهم عن ابنهم أو المعاق الذهني. | 2 الحصة |
| غياب أب الحالة الثانية (2) لأسباب مهنية. | المحيط العائلي و الأسري للطفل المقيم بالمركز و كيفية التعامل معه. | -التحدث عن خصائص العائلة و الأسرة. -الأنساق التي تتعامل مع الطفل خارج المركز: طبيب- أخصائي- مربية. | الحصة 3 |
| مع الوالدين. | الاضطرابات التي تعاني منها الحالة. | -إعادة التطرق الى خصائص زملة داون بصفة عامة ثم التحدث عن طفلهم بصفة خاصة. -تقييم السلوكيات. سلوكيات الطفل في المركز مع الراشدين، مع الأطفال تجاه البرنامج و في المنزل: مع الوالدين- الاخوة- الأطفال خارج المنزل. | الحصة 4 |
| مع الوالدين. | -تحديد أولويات الحالة. -التوجيه في كيفية التعامل معها. | -نضبط مع الوالدين كل الاضطرابات التي تعاني منها الحالة و يجب تحسينها في أسرع الأوقات (الأولويات). -اعطاء نصائح، توجيهات في كيفية التعامل مع ذلك بالمنزل. | الحصة 5 |
| أحد الوالدين. | مواجهة الاضطرابات بالمركز. | -حضور الوالدين بالمركز لمدة ساعتين للتعرف على كيفية التعامل مع الطفل داخل المركز و خاصة عند صدور السلوكيات السلبية و التصحيح الفوري من طرف المربي أو | الحصة 6 |

| | | | |
|-----------|---|--|--------------|
| | | الاخصائي النفساني موجهها الرسالة الى الوالدين بطريقة غير مباشرة للحفاظ على وظيفتهم الوالدية و تعميم ذلك بالمنزل. | |
| الحملة 7 | تشجيع الوالدين في الاستمرار بالعمل بالتوجيهات المقدمة و النصائح مع إعادة تعزيز الثقة بالنفس. -تشجيع الاتصال مع طفلهم بطريقة ايجابية. -احترام ابنهم كطفل قبل أن يكون معاق ذهني و تطوير الأمان العاطفي. | -ترقية الوظيفة الوالدية و إعادة الثقة للوالدين في كيفية تربيتهم | مع الوالدين. |
| الحملة 8 | -تقييم سير العمل بالمنزل و الصعوبات في ذلك. | -الصعوبات التي يواجهها الوالدين في تطبيق ماقلناه بالمنزل. | مع الوالدين. |
| الحملة 9 | تقييم كلي للطفل داخل المركز و في المنزل منذ التحاقه بالمركز. -الاستمرار في تعزيز ما حققناه من ايجابيات. -إعادة النظر فيما لا يزال مضطرب و إعادة تكيف التعامل معه. | حصيلة حول سلوك الحالة بعد تطبيق البرنامج. | مع الوالدين |
| الحملة 10 | -توطيد العلاقة بين الوالدين و المركز. -توطيد العلاقة بين الوالدين/ طفلهم. -تقييم المهارات الوالدية المكتسبة من برنامج التوجيه الأبوي. -تعديل بعض السلوكات في مواجهة كل صعوبة في التعامل مع طفلهم. -ترك المجال مفتوح للوالدين في تقديم لهم المساعدة في كل وقت. | تقييم و تعديل. | مع الوالدين. |

جدول رقم (4)

3- نتائج تطبيق البرنامج:

3-1- نتائج الملاحظات على حالات الدراسة بعد تطبيق التوجيه الأبوي:

بعد تطبيق برنامج التوجيه الأبوي على والدينا لحالات التجريبية أي الحالة (1) و الحالة (2) لخصنا نتائج الملاحظات فيما يلي:

| علاقة / اجابة | الملاحظات | | الملاحظات | |
|--------------------|--|-------------------------|----------------|-------------------|
| | معرفية / بيداغوجية | سلوكية / انفعالية | الحالات | |
| قيادة الفج في فقط. | التعرف على لون واحد (أحمر). | اختفاء كلام السوء. | الحالة الأولى | التجريبية الحالات |
| تقبل الانسباط و | المستوى (1) من التعرف على الأشكال. | استقرار نفسي-حركي. | | |
| تقبل مشيكة الغ | الكلام بسرعة. | | | |
| اختفاء الدوائية | التعرف على أجزاء الوجه فقط. | قلة البكاء. | الحالة الثانية | |
| تقبل المربي (الم | | تقبل الاحباط. | | |
| اللعب الانفرادي. | تأخر لغوي. | الاستقرار النفسي-الحركي | الحالة الثالثة | الضابطة الحالات |
| | التوجه إلى القسم و طاولة الأكل. | بحضور المربي(القسم). | | |
| | نقص السيالان اللعابي(تحسن المضغ و البلع) | شهية قليلة. | | |
| تقبل نسبي للمرأة | عدم التركيز | نقص التقية | الحالة الرابعة | |
| | عدم الانتباه | تمزيق الملابس | | |

الجدول رقم (5) _

3-2- تحليل نتائج تطبيق البرنامج:

تحليل نتائج تطبيق برنامج التوجيه الأبوي على الحالات الأربعة (التجريبية و الضابطة) من خلال الجدول رقم (5) كما هو مبين فيما يلي:

في ما يخص الحالة الأولى (تجريبية) نلاحظ من خلال الجدول (5) أنه بعد تطبيق برنامج التوجيه الأبوي مع والدين الحالة (1) و بعد مرور 3 أشهر من تواجدها بالمركز ، توصلنا إلى نتائج جد مرضية فقد تم تعديل مجمل الاضطرابات التي كانت تعاني منها الحالة:

ففيما يخص الاضطرابات السلوكية الانفعالية كان هناك التجاوب فعال و التوجيهات المقدمة للوالدين في هذا المجال أعطت نتائج ايجابية حيث أصبحت الحالة أكثر استقرار مما كانت عليه، هادئة، تمكث بمكانها لوقت معتبر و اختفى كلام السوء الذي كانت تتلفظ به إلا نادرا و تعم ذلك على مستوى المحيط الأسري و ليس بالمركز فحسب.

أما فيما يخص مجال الاضطرابات المعرفية البيداغوجية فنلاحظ من خلال الجدول (5) دائما أنه هناك تباطؤ في الاكتسابات المعرفية حيث لم تتوصل الحالة إلا إلى التعرف على اللون الأساسي الأحمر و توقفت في المستوى الأول من التعرف على الأشكال الأساسية و هو الفرز و ذلك راجع لانعدام خبرة و معرفة الوالدين في هذا المجال و كون ذلك من تخصص التكفل المؤسسي و التربية الخاصة لهذه الفئة من الأطفال و لا سيما قصر الوقت (3 أشهر) حيث مثل هذه الاكتسابات البيداغوجية الأكاديمية تتطلب عمل مكثف و وقت كبير حتى تترسخ المعلومة عند أطفال من تناذر داون مع التعزيز المستمر.

أما المجال العلائقي الاجتماعي فأصبحت الحالة تتقبل أكثر فأكثر مشاركة الأطفال الآخرين في الأدوات و اللعب، تنتظر دورها، تحترم موقف المربي و تعليماته، تضع للنظام الداخلي للمؤسسة و الانضباط و كذا مع الوالدين و الإخوة في المنزل.

أما بالنسبة للحالة الثانية (و هي أيضا تجريبية) نلاحظ من خلال الجدول (5) الذي يلخص نتائج الملاحظات على حالات الدراسة بعد تطبيق برنامج التوجيه الأبوي و بعد 3 أشهر من التكفل المؤسسي أنه هناك تغير ايجابي على الحالة(2) حيث أصبح يتقبل الاحباط و قل بكائه و يستطيع ان يتحاور مع غيره للتعبير عن ما يريد أو ما لا يريده بطريقته (لغته) المتمثلة في كلمات، جمل و إشارات و ليس

بالبكاء المستمر الذي كان لغته الوحيدة و هذا ما أسعد كثيرا الوالدين أين أصبح الجو الأسري أكثر هدوءا و زاد تفاعلها معه.

أما فيما يخص الجانب المعرفي فاقترصر ذلك التغيير الايجابي على أنه أصبح يتعرف على أجزاء وجهه، يشير اليها عند الطلب محاولا التلفظ بأسمائها حسب قدراته و هذا بعد العمل الجبار الذي قامت به الأم في المنزل لتحفيزه و تشجيعه أكثر فأكثر خاصة عند الغسل علما أنه نشاط يومي و يتكرر عدة مرات في اليوم بعد التوجيهات التي تلقته في البرنامج المقدم و نصائح التكفل الارطوفوني في المؤسسة.

أما علائقيا فأصبحت الحالة (2) أكثر اجتماعيا مما كانت عليه حيث اختفت العدوانية نحو الأطفال و الاندفاعية التي كان يعاني منها و أصبح يستعمل وسائل اخرى ليعبر عن احباطه و رفضه و كذا علاقته مع المربي الذكر بعد إعادة بناء علاقته مع أبيه و استثمار عادات الأب في هذا الجانب و تثمينها فلم يقتصر ذلك على المربي فقط (المسؤول على الفوج الموجود فيه) و تعممت فيما بعد على الراشدين الذكور بالمركز علما أنه الذكر الوحيد بين 3 أخوات و الأم و غياب الأب بسبب وظيفته كما هو مذكور في تقديم الحالة (2) في الصفحة ().

و الحالة الثالثة (و هي ضابطة) فبعد مرور 3 أشهر من التكفل المؤسساتي ظهر تغير طفيف في سلوكات الحالة كما هو مبين في الجدول (5).

ففيما يخص الجانب السلوكي الانفعالي فبقت شهية الحالة انتقائية و ان أجبرت على أكل وجبة أخرى رفضت و انفجرت بكاءً على طاولة الأكل بالمركز لم تستقر في تحركاتها إلا استسلاما لسيطرة المربي على الموقف نفس الشيء فيما يتعلق باللعب فلا زالت تلعب بمفردها و لا تشارك زملائها في ذلك، أما فيما يخص المجال المعرفي البيداغوجي فهناك نقص في سيالان اللعاب و تحكم اكثر في حركة الفكين و المضغ و البلع بفضل التكفل الأرطوفوني بالمؤسسة و كذا أصبحت تتوجه إلى قسمها و طاولة الأكل بمفردها و ذلك تحت تأثير الاشراف و التعود.

و فيما يتعلق بالحالة الرابعة (و هي ضابطة)، بعد مرور 3 أشهر من التكفل المؤسساتي نلاحظ نوعا ما من التحسن بالنسبة للحالة(4) كما هو مبين في الجدول(5).

فيما يخص الجانب السلوكي الانفعالي فنلاحظ أن الحالة (4) لازالت تمزق ملابسها كلما وجدت الفرصة أي في دورة المياه، المرقد بغياب المربي أما التقيؤ نقصت حدثه و ذلك لأن فرقة التكفل قررت أن لا تواليه اهتماما كبيرا كما كان الحال في أول الأمر بعد تأكيد الفحوصات الطبية أنه لا يوجد سبب عضوي.

أما في الجانب المعرفي البيداغوجي فلا زالت الحالة لا تتنبه لما يقدم لها من نشاطات و لا يمكنها التركيز على عملها و تبحث عن الخروج من القسم، كما هو الحال بالنسبة للجانب الاجتماعي العلائقي حيث أصبح يتقبل نسبيا المركز حيث صار يشارك و يمدح في أغاني الاستقبال صباحا و في حصة التعبير أين يحكى ما قام به البارحة في المنزل و بعد الاستراحة تطلب الذهاب باحثا عن والديها.

3-3- دراسة مقارنة لنتائج ملاحظات الحالات الضابطة و الحالات التجريبية:

في بحثنا هذا طبقنا المنهج التجريبي المقارن أين أخذنا 4 أطفال من تناذر داون مسجلين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بسيدي علي حيث حاولنا ضبط كل الشروط التي يتطلبها المنهج التجريبي حيث كانت حالات الدراسة من نفس الفترة العمرية، نفس المستوى الاقتصادي، الثقافي و الاجتماعي لأسرهم، التحقوا بالمركز في نفس الفترة، وضعوا في نفس الفوج و مع نفس المربين، الأطفال يعانون من اضطرابات مختلفة و متفاوتة في المجال السلوكي، الانفعالي، المعرفي، البيداغوجي و حتى الاجتماعي و العلائقي.

أخذنا حالات ضابطة تلقت تكفل مؤسساتي متنوع: تكفل نفسي، طبي، أرطفوني، تربوي و بيداغوجي و الحالات التجريبية خضعت إضافة للتكفل المؤسساتي المتنوع إلى التجريب أين تم تطبيق برنامج التوجيه الأبوي المسطر من طرف الأخصائي النفسي حتى يعدل أو يقضي على الاضطرابات التي تعاني منها الحالات التجريبية، فبعد تحليل نتائج الجدول (5) لكل حالة على حدى نأتي هنا لنقارن هذه الأخيرة و ذلك بين نتائج الحالات الضابطة و نتائج الحالات التجريبية و نلخص ذلك كمايلي:

ساهم برنامج التوجيه الأبوي للحالة (1) و الحالة (2) من تعديل عدة اضطرابات كانت تعاني منها الحاليتين فيما يخص الجانب السلوكي النفعالي أين نلاحظ أن العمل الذي قام به والدي الحالات التجريبية مع طفليهما تحت توجيهات و نصائح البرنامج أما ثمارها فكانت النتائج جد مرضية كما هو ظاهر في الجدول (5) أين اختفى كلام السوء و قل البكاء على عكس الحالات الضابطة التي طرأ تغيير طفيف على سلوكها حيث أصبحت الشهية قليلة بعدما كانت انتقائية، نقص التقوي بعدما كان متكرر، بينما عدم الاستقرار النفسي الحركي و تمزيق الملابس استمر عند هذه الحالات و هذا راجع لعدم استفادتهم من برنامج التوجيه الأبوي و اقتصر الأمر على التكفل المؤسساتي كما هو الأمر في الجانب العلائقي الاجتماعي أين بقيت هذه الحالات الضابطة تعاني من اللعب الانفرادي و تقبل نسبي للمركز، بينما هناك تغيير ايجابي بالنسبة للحالات التجريبية أين اختفت العدوانية اتجاه الأطفال و أصبح تقبل كبير للمربي

الذكر و مشاركة الغير في اللعب و كذا تقبل التعليمات و الانضباط داخل المركز بفضل الاستفادة من < برنامج التوجيه الأبوي.

فيما يخص الجانب المعرفي البيداغوجي فتطبيق برنامج التوجيه الأبوي لم يعطي نتائج جيدة بل متوسطة على العموم بالنسبة للحالات التجريبية فقد توصلت إلى التعرف على اللون الأحمر و أجزاء الوجه فقط و بقيت تتكلم بسرعة و تفرز بين الدائرة و المربع و لم تتوصل للتعرف التام عليها أي بقيت في المستوى الأول من التعلم.

كما هو الحال بالنسبة للحالات الضابطة أين أصبحت تتوجه إلى القسم و طاولة الأكل بفضل التعود و بقيت تعاني من تأخر لغوي و عدم التركيز كما هو مبين في الجدول رقم (5).

للاشارة بما اكتسبته الحالات التجريبية و الحالات الضابطة من مفاهيم بيداغوجية و معرفية راجع إلى التكفل المؤسستي و ساهم برنامج التوجيه الأبوي عند الحالات التجريبية بتعزيز هذه المكتسبات في المنزل فقط.

4-الاستنتاج العام :

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل الأخير من دراسة تجريبية مقارنة لأربع حالات من فئة الإعاقة الذهنية وبالأخص من زملة داون مقيمين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بسيدي علي بمستغانم ، يتمتعون بنظام نصف داخلي ، تتراوح أعمارهم ما بين 7 و9 سنوات أين أخذنا حالتين للتجريب والحالتين الاخريتين أبقيناها ضابطة ،فحصنا السلوكات المضطربة التي تعاني منها الحالات في الجدول رقم(3) حيث قسمناها إلى اضطرابات سلوكية ،إنفعالية،إضطرابات معرفية بيداغوجية وإضطرابات إجتماعية علائقية،طبقتنا على الحالات التجريبية برنامج التوجيه الأبوي المتمثل في مقابلات نصف موجهة مع أولياء الحاليتين مقسمة على 10 حصص كما هو مبين في الجدول (4)وبعد مرور 3 أشهر من التكفل المؤسستي للحالات الاربع أعدنا جدولة النتائج في الجدول رقم (5) ورحنا نحلل كل حالة على حدى من حيث ما كانت تعاني منه قبل التكفل المؤسستي وقبل تطبيق البرنامج وما أصبحت عليه بعده .

قارنا بين المجموعة التجريبية والضابطة من حيث أن هذه الأخيرة إكتفت بالتكفل المؤسستي بينما المجموعة التجريبية إضافة إلى التكفل المؤسستي إستفادت من برنامج التوجيه الأبوي،تبين ذلك عند حالات دراستنا أين نلاحظ أن المجموعة التجريبية المتمثلة في الحالة (1)والحالة(2)تجاوبت مع بروتوكول التكفل المزدوج بين التكفل المؤسستي وبرنامج التوجيه الأبوي أي إدخال الوالدين في حلقة

التكفل وأعطت نتائج جد مرضية وتحققت الأهداف المسطرة على المدى القصير الذي تمثلت في تعديل السلوك والإنفعال من حيث: التخلص من كلام السوء – عدم الإستقرار النفسي الحركي، وتوصلنا إلى قلة البكاء وتقبل الإحباط وتحسين الجانب الإجتماعي العلائقي من حيث تقبل مشاركة الغير في اللعب، تقبل التعليمات والإنضباط وإخفاء العدوانية تجاه الطفل و تقبل المربي الذكر (الرجل)، على غرار المجموعة الضابطة التي لم يطرأ عليها إلا تغيير طفيف وذلك لعدم إستفادتها من برنامج التوجيه الأبوي والإكتفاء بالتكفل المؤسساتي فقط ، أما الجانب المعرفي البيداغوجي فلم تتحسن فيه الحالات الاربع كثيرا وبقيت مكتسباتها ضئيلة وذلك نظرا لقصر مدة التكفل (3 أشهر) وما تتطلبه من معرفة وتعليم خاصين لا يتقنه إلا أهل الإختصاص بالرغم من إستفادة المجموعة التجريبية من برنامج التوجيه الأبوي إلا أنه لم يساهم ذلك إلا في تعزيز ما إكتسبته الحاليتين في الوسط الأسري .

إذن نستنتج من كل هذه الدراسة أنه للتكفل الجيد والأنجع بفئة المعاقين لا بد من إدخال الوالدين كحلقة متينة في فرقة التكفل وأن يتحدوا وتتظافر جهودهم مع المؤسسة البيداغوجية والنفسية لتحسين قدراتهم في جميع مجالات الحياة وحتى المهنية إن توفرت فيه الكفاءات اللازمة قصد دمجهم في المجتمع .

إذن ما نستخلصه هو أن العمل مع الوالدين وإعتبارهم معالجين ضمن فرقة التكفل بفضل التوجيه الأبوي يلعب دورا هاما في التكفل الجيد والإيجابي بالأطفال المعاقين ذهنيا.

5--تحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

بعد تطرقنا للدراسة الميدانية وتطبيق منهج البحث التجريبي ومن خلال النتائج المتحصل عليها للحالات الأربعة عن طريق المقابلات النصف الموجهة مع الوالدين والملاحظة المباشرة للطفل المعاق ذهنيا وكذا تطبيق برنامج التوجيه الأبوي على المجموعة التجريبية توصلنا إلى عدة نتائج قد تمكنا من تحديد أهمية إدخال الأسرة وبالأحرى الوالدين في حلقة التكفل بهذا الطفل من زملة داون وكذا من نفي أو إثبات فرضيات البحث الرئيسية منها أو الفرعية .

إستطعنا الوصول إلى نتائج ذات دلالة جد مهمة فبالرغم من أن حالات بحثنا تشترك في عدة نقاط وتتشابه فيها كأنها تعاني من تناذر داون ،أعمارها متقاربة ،تتحد من أسر متوسطة الدخل ومستواها الاجتماعي الثقافي متجانس ومقيمة بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بسيدي علي والتحقت به في نفس الوقت واستفادة 3 أشهر من التكفل المؤسساتي إلا أن هناك فرق كبير بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من حيث تحقيق الأهداف التكفل المؤسساتي المسطرة .

فبالنسبة للحالة 1 و الحالة 2 حققت الأهداف المزعمة بنسبة كبيرة وهي المجموعة التجريبية التي استفادت من برنامج التوجيه الأبوي أما بالنسبة للحالة 3 و4 أي المجموعة الضابطة التي لم تخضع لهذا البرنامج توصلنا إلى تحقيق نسبة ضئيلة من الأهداف المرجوة وهذا راجع لفعالية إدماج الوالدين في البرنامج وحلقة التكفل بطفلهم المعاق الذهني ضمن برنامج سطر خصيصا لهذا وهو برنامج التوجيه الأبوي وهنا نؤكد فرضية بحثنا الأساسية التي تقول: "إن التوجيه الأبوي، دورا فعالا في إنجاح التكفل بالطفل المعاق ذهنيا". أي تحققت. أما فيما يخص الفرضية الفرعية 1 فتظهر من خلال ما توصلنا إليه مع المجموعة التجريبية في تعديل الاضطرابات السلوكية الإنفعالية كما هو ظاهر في مقارنة الجدول (3) والجدول (5) أين كانت تعاني الحالة 1 من عدم الإستقرار النفسي الحركي والتلفظ بكلام السوء والحالة 2 تعاني من البكاء المستمر وعدم تقبل الإحباط فأصبحت بفضل تطبيق برنامج التوجيه الأبوي والتكفل المؤسستي مستقرة نفسيا -حركيا وإختفى كلام السوء وقل البكاء وأصبح هناك تقبل للإحباط وهذا لتطبيق الوالدين للتوجيهات ونصائح الأخصائي النفساني ولعبهما دور مساعد المعالج في المنزل وبصفة مستمرة إذن الفرضية الفرعية 1 قد تحققت وتأكدت والتي تقول: "يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن من الاضطرابات السلوكية الإنفعالية عند المعاق ذهني".

وبالنسبة للفرضية الفرعية 2 تلاحظ من خلال إذا ما قارنا نتائج تطبيق برنامج التوجيه الأبوي المتمثلة في جدول (5) مع ملاحظات الخاصة بالحالة المدونة في الجدول (3) قبل تطبيق البرنامج. بمعنى الاضطرابات العلائقية الإجتماعية قد عدلت بفضل هذا البرنامج عند المجموعة التجريبية فبعد ما كانت الحاليتين تعانين من قيادة الفوج وعدم مشاركة الغير في اللعب وكذا العدوانية الموجهة نحو الأطفال وعدم تقبل المربي الذكر، إختفت العدوانية الموجهة نحو الأطفال وأصبحت الحالة 2 تتقبل المربي الذكر وهذا بالطبع بعد ما استفادت الحاليتين من التكفل المؤسستي وإستفادت الوالدين من برنامج التوجيه الأبوي، إذن الفرضية الفرعية 2 قد تحققت وهي: "يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن من الاضطرابات العلائقية الإجتماعية عند الطفل المعاق ذهنيا".

أما الفرضية الفرعية 3 تتجلى بمقارنة الجدول (3) والجدول (5) أين يظهر أن الاضطرابات المعرفية البيداغوجية لم تتطور ولم تتحسن كثيرا عند الحالات الاربعة أي بالرغم من الإستفادة من التكفل المؤسستي للحالات الاربعة لمدة 3 أشهر وإستفادة المجموعة التجريبية من برنامج التوجيه الأبوي إلا أن المستوى المعرفي البيداغوجي لم تظهر عليه إلا تغيير طفيف وذلك راجع لكون هذا المجال المعرفي يتطلب أهل خبرة ومدة طويلة حتى نتوصل بالطفل المعاق الذهني من إكتساب بعض المفاهيم وإن لم يعدل السلوك والإنفعالواضطرابا إجتماعي والعلائقي فلا يستطيع الطفل أن يكتسب الألوان والأشكال الأساسية، الصورة الجسدية، التوجه الفضائي، التركيز والانتباه، البلع والمضغ السليم.... فهذه الفرضية

لم تتحقق إلا نسبيا والتي تقول أنه: "يمكن للتوجيه الأبوي أن يحسن من الإكتسابات المعرفية البيداغوجية للطفل المعاق الذهني". أي لم تتحقق .

6-الخاتمة:

من خلال الدراسة التي قمنا بها على الحالات الاربعة للاطفال المعاقين ذهنيا والمصاحبة لزملة داون والمقيمين بمركز خاص يتكفل بهذه الشريحة وإعتماد على المنهج التجريبي والمقابلات النصف الموجهة المباشرة لحالات البحث إلى نتيجة أنه لايمكننا أن نحقق الأهداف المسطرة في التكفل بالطفل المعاق الذهني إعتامادا على التكفل المؤسساتي فقط وإنما من الضروري إدخال وإدماج والديه في حلقة التكفل وكمساعدة معالج من خلال برمجة حصص التوجيه الابوي مستمرة وتتماشى ومتطلبات الطفل المعاق الذهني العمرية، البيولوجية، النفسية، الإجتماعية، المعرفية،... إلخ ومرافقة الطفل المعاق الذهني تفرض علينا مرافقة أسرته لأنه هو واحد منها يؤثر ويتأثر منها .

و عليه نقترح التوصيات الآتية:

- لابد من الاهتمام بوالدي الطفل المعاق ذهنيا عند التكفل بالطفل بحد ذاته.
- لابد من ادراج برنامج التوجيه الأبوي بشكل أساسي في عملية التكفل النفسي بالطفل المعاق ذهنيا من أجل الحصول على تكفل مؤسساتي كامل.
- تدريب فرق بيداغوجية مختصة في التوجيه الأبوي لا سيما الأخصائيين النفسانيين حديثي التخرج أو أي برنامج علاجي من شأنه التكفل بهذه الشريحة.
- اقتراح برنامج التوجيه الأبوي كمادة أكاديمية تدرس في الجامعات لطلبة العلوم الاجتماعية و اختصاص تكويني محظ للطلبة النفسانيين و العياديين يساهم في إثراء البحوث العلمية.
- عدم الاكتفاء بجعل التوجيه الأبوي حكرا على والدي الطفل المعاق ذهني بل تعميمه على والدي الطفل الغير المعاق و في جميع المجالات.
- تنظيم حملات التوعية التحسيسية حول والدي الطفل المعاق و كيفية التعامل معهم و توجيههم و نشر ثقافة فن التعامل مع الطفل المعاق و مع والديه من أجل إدماجه في المجتمع.
- و كذا نقترح استبدال مصطلح التوجيه الابوي بمرافقة اولياء الطفل المعاق

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1_ القواميس:

- 1- ابن المنظور، محمد، بن مكرم. (711). لسان العرب عدد الأجزاء: 15. ط1. القاهرة الناشر: دار صادر، (2003).
- 2 -مختار، أحمد، عمر. معجم اللغة العربية المعاصرة، القاهرة. دط. الناشر: دار المعارف .
- 3- أبو العزم، عبدالغني. معجم الغني. دط .
- 4- الحفني، عبد المنعم. (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط4. القاهرة: مكتبة مدبولي .

2-الكتب:

- 1- الكاشف فؤاد محمد، إيمان . (2001). الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه. د ط. القاهرة. الناشر: دار قباء.
- 2- الخطيب، جمال، محمد سعيد. (2010). مقدمة في الإعاقة العقلية. ط1: الأردن.
- 3- أبو عباة، صالح . نيازي، عبد الحميد. (2000). الإرشاد النفسي والاجتماعي. د ط. جامعة محمد بن سعود الإسلامية: الرياض. -
- 4- الجندي، عبدالرحمان، عبد الفتاح . (2007). الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة. دط. مكتبة الزهراء: الرياض.
- 5- النعيم، عبد الحميد، ابن أحمد. (2008). أسس التوجيه والإرشاد النفسي . حقية تدريبية أكاديمية. مركز التنمية البشرية. الناشر: الإحساء.
- 6- النافع، عبد اللطيف، بن حمود (1425 هـ). التوثيق و الإقتباس تبعا لطريقة علم النفس الأمريكية. قسم الجغرافيا كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض .
- 6- الفرغ، عبداللطيف، حسين . (2007). الإعاقة العقلية والذهنية. ط1: عمان.
- 7- العيسوي، عبد الرحمان . (1997). العلاج النفسي. ط1. لبنان. الناشر: دار راتب.
- 9- العيسوي، عبد الرحمان . (1997). مناهج البحث في الفكر الإسلامي والفكر الحديث. لبنان. الناشر: دار الراتب .
- 10- دويدار، عبد الفتاح (1995). بيروت. الناشر: دار النهضة العربية .
- 11- رشاد، موسى، علي عبد العزيز . (2008). علم النفس الإعاقة. ط1: جامعة الأزهر .

12- حلاوة، محمد، السيد. (2008). الأسرة وأزمة الإعاقة العقلية. دط. الإسكندرية: الناشر: مواسة حورس الدولية.

14- حولة، محمد. (2009) علم الإضطرابات اللغوية والكلام والصوت. ط3. الجزائر. الناشر: دار هومة.

15- الخطيب ،سعيد، جمال، محمد. (2010) . مقدمة في الإعاقة العقلية. ط1. الأردن. الناشر: داروائل.

3-المجلات العلمية المحكمة للأطروحات:

1- معمريّة، بشير. (2007) . التكفل النفسي والإجتماعي. بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزائر. تاريخ النشر: 2016_04-18

www.sidiamer.com/t84534-topic .-

2-بوضياف ،نادية و زهار ،جمال (2015) . إتجاهات الأولياء نحو نظام التكفل في المؤسسات الخاصة بالفئات الخاصة. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية. الجزائر: جامعة قاصدي مرباح.

تاريخ النشر : 2015-09-12 .

<http://www.univ-eloued.dz/rers/images/pdf/L092015063.pdf>

3- فقيه ،العبد. واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين بالجزائر. الجزائر: تلمسان .

تاريخ النشر: 2010-05-10

<https://www.hawaalive>.

4- فقيه ، العبد. (1996). المراكز الطبية التربوية للأطفال المتخلفين عقليا بالجزائر .رسالة ماجيستر غير منشورة . وهران .

5- عمراني ،أسيا .(2014). محاضرات حول الإعاقة الذهنية . دن. المركز الوطني لتكوين الموظفين المختصين .بئر خادم. الجزائر.

6- الرشيد، سميحان، ابن ناصر . (2003). التوجيه والإرشاد النفسي لذوي الإحتياجات الخاصة. جامعة الملك فيصل. المكتبة الإلكترونية: الكويت.

- بتاريخ: 2013-04-20.

<https://www.youtube.com/watch?v=FJKkOnce7Ck>

4- الجرائد :

1- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، (2009)، العدد 64 ، 2017 ،الصادرة: 08 نوفمبر.

المراجع:

المراجع باللغة الفرنسية:

- 1 – CARR, J young. (1974)
- 2 –Clémence Joseph-Roche. (2013). Thérapie familiale et conjugale. Guidance parentale – Accompagnement grossesse .
- 3 –Cunningham . (1975)
- 4- Janssen. (1976).
- 5 –Laupies Vincent. (2004) . Guidance parentale : ses liens avec la psycho thérapie et la bienveillance. Editeur Médecine & hygiène.
- 6 –Portaray. (1970).
- 7 – Robinson Robinson. (1976).
- 8 – Sanchez Alexandrine.(2009). Un travail sur les compétences des parents. Editeur Martin média.

إهداء

إلى من قسى على نفسه، وحرمها حق الراحة و عمل ليل نهار لأجل توفير حق التعليم والعيش، إلى من تشرفت بحمل إسمه ، عماد البيت أبي العزيز: صالح .

إلى التي أفنت عمرها من أجل تعليمي ، وحرمت نفسها الكثير لأجلي و عملت المستحيل لتكوينني ، إلى روعي الغالية أمي: عائشة .

إلى إخوتي : محمد، عبدالنور ، شمس الدين ، سفيان .

إلى أخواتي : أمينة ، سامية ، أنيسة ، ليندة .

إلى عمتي : حليلة .

إلى شعلة البيت ، إلى ملاكي الطاهر : " يحييا " ، إلى شقيقتي بياض الثلج " تاج " .

إلى الكتاكيت : الأء ، ريان ، آدم ، إسلام ، يسرى ، رحيل .

إلى أعز الأصدقاء : مدراسي أمين ، بن خطاب مهدي ، لصواني جمال ، فرح ، إلى كل طلبة
ماستر علم النفس و الصحة العقلية لسنة 2015-2016 .

ملبكة

كلمة شكر

الحمد لله الذي أنار طريقنا إلى أيسر وأنبل السبل لإنجاز هذه المذكرة ،كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى من كانت لنا موجهًا وسندا منذ البداية الأستاذة المشرف صافّة أمينة التي لم تبخل علينا بآرائها السديدة وكتبتها القيمة وأفكارها النيرة .

إلى من حمل على عاتقه هم ومشاكل الطلبة وحرص على إيصالها إلى بر الأمان رئيس مشروع الماستر الأستاذ بن أحمد قويدر، إلى الذين لم يبخلوا علينا بتوجيهاتهم أساتذتنا الكرام علاق كريمة، ميموني مصطفى ، عباس نادية ، زريوح آسيا وجميع الأساتذة الكرام.

نشكر السيدة ثلجة تاج' والسيد أمين على مساعدتهم لنا إلى مديرة المركز النفسي البيداغوجي بسيدي علي السيدة: حمومان فايزة وإلى جميع الفريق البيداغوجي الذي أمدنا بيد المساعدة إلى كل الأطفال المتواجدين بالمركز من ذوي الإحتياجات الخاصة وإلى كل أطفال العالم وألف تقدير وعرفان إلى والدي الطفل المعاق و إلى زبيدة التي ساهمت في كتابة و إنهاء المشروع نقدم هذا العمل المتواضع ثمرة مجهود لكل من ساهم من قريب أو بعيد في

إخراجه إلى النور

إلى كل الطلبة المتخرجين دفعة ماستر علم النفس العيادي والصحة العقلية ونرجوا أن

نكون خير خلف لخير سلف .

محتويات

- أ..... كلمة شكر
- ب..... محتويات البحث
- ه..... فهرس الجداول
- و..... ملخص الدراسة

الفصل الاول: مدخل الى الدراسة

- 1- المقدمة.....1
- 2- الاشكالية.....2
- 3.....3 و دوافعها البحث-3- أهمية
- 4- تحديد المصطلحات الاجرائية.....4

الذهنية الاعاقة: الثاني الفصل

- 6..... تمهيد
- 7- تعريف الاعاقة الذهنية.....1
- الذهنية. الاعاقة-2- أسباب
- 3- وضعية الإعاقة.
- الذهني. المعاق-4- خصائص
- الذهنية و أنواعها. الاعاقة-5- تصنيفات

التوجيه النفسيالتكفلالفصل الثالث :

I - التكفل النفسي :

I-1 تعريف التكفل .

I-2أهمية التكفل.

I-3أنواع التكفل .

الخلاصة.

II- التوجيه.

II-1 تعريف التوجيه.

II-2 تعريف التوجيه النفسي.

II-3 تعريف التوجيه (الإرشاد) الأسري.

II-4 الفرق بين التوجيه والإرشاد.

II-5 التوجيه الأبوي.

II-6 أهداف التوجيه والإرشاد النفسي للوالدي الأطفال المعاقين ذهنيًا.

II-7خطوات عملية التوجيه والإرشاد النفسي لأولياء الأطفال المعاقين.

II-8 التوجيه الأبوي والعلاج النفسي.

الخلاصة.

البحثاجراءات :الرابعالفصل

1- تحديد المصطلحات الاجرائية.

2- الدراسة الاستطلاعية.

3- المنهج المستخدم.

4-مجتمع الدراسة.

5- عينة الدراسة.

6- الحدود المكانية و الزمانية.

7- الأدوات المستعملة: الملاحظة- المقابلة-البرنامج المطبق.

8- الدراسة الأساسية.

النتائج عرض: الخامس الفصل

1- الملاحظات لحالات الدراسة قبل تطبيق البرنامج.

البرنامج.2-تطبيق

3-نتائج تطبيق البرنامج.

4-الاستنتاج العام.

5-تحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

6- الخاتمة.

ملخص الدراسة :

تطرقنا في موضوعنا الذي يحمل عنوان :التوجيه الأبوي للطفل المعاق ذهنيا ،لدراسة تجريبية مقارنة لأربع حالات من فئة الإعاقة الذهنية والمصاحبة لزملة داون والمقيمين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بسيدي علي - مستغانم – يتمتعون بنظام نصف داخلي.

ومن خلال المنهج التجريبي المعتمد في البحث وبواسطة أداة الملاحظة المباشرة والمقابلات النصف الموجهة لحالات البحث وبعد تطبيق برنامج التوجيه الأبوي للطفل المعاق ذهنيا لحالتين فقط ،والحالتين الأخرى بقيت في التكفل المؤسساتي دون ان تخضع للتوجيه الأبوي توصلنا إلى ضرورة إدماج الوالدين في برنامج التكفل عن طريق حصص للتوجيه الأبوي مع مراعاة متطلبات الطفل المعاق ذهنيا سواء كانت إجتماعية أو إنفعالية أو سلوكية أو معرفية ...ولتحقيق ذلك يجب عند مرافقة الطفل المعاق ذهنيا لابد من مرافقة والديه أي تطبيق برنامج التوجيه الأبوي لنجاحته وفعالته في إنجاح التكفل المؤسساتي للطفل المعاق ذهنيا .

الكلمات المفتاحية :

التكفل المؤسساتي ،المركز النفسي البيداغوجي للأطفال ، 'صبغي21' زملة داون التوجيه الأبوي ، المعاقين ذهنيا.





