



جامعة ابن خلدون-تيارت

University Ibn Khaldoun of Tiaret

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

Faculty of Humanities and Social Sciences

قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا

Department of Humanities, Philosophy, and Speech Therapy

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د.

تخصص علم النفس العيادي

بعنوان:

ما مدى فعالية برنامج النمذجة في تنمية بعض مهارات العناية
بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا
" دراسة ميدانية لأربعة حالات بالمركز النفسي البيداغوجي "

الإشراف:

الأستاذ الدكتور قاضي مراد

إعداد:

ولد رابح كاتيا

قبسي هبة ونام

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا	محاضرة (ب)	حوتي سعاد
مشرف ومقررا	مساعد (أ)	قاضي مراد
مناقشا	مساعد (أ)	حامق محمد

الموسم الجامعي: 2023/2022

فهرس المحتويات

أ.....	فهرس المحتويات.....
ب.....	فهرس الجداول.....
ث.....	جدول الأشكال.....
ج.....	الشكر والتقدير.....
د.....	الإهداء.....
ذ.....	ملخص الدراسة.....
1.....	المقدمة.....

ا. الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

05.....	• تمهيد الفصل.....
06.....	1. إشكالية الدراسة.....
07.....	2. تساؤلات الدراسة.....
07.....	3. فرضيات الدراسة.....
08.....	4. أهداف الدراسة.....
08.....	5. أهمية الدراسة.....
08.....	6. أسباب اختيار الموضوع.....
09.....	7. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....
10.....	8. الدراسات السابقة والتعقيب عليها.....

II. الفصل الثاني: مهارات العناية بالذات

16.....	• تمهيد.....
17.....	1. مفهوم مهارات العناية بالذات.....
18.....	2. أهمية مهارات العناية بالذات.....

3. أهمية المهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.....18
4. العوامل المؤثرة في تنمية المهارات الحياتية.....19
5. تقسيم مهارات العناية الذاتية.....20
6. تصنيف المهارات الاستقلالية الذاتية (مهارات الحياتية اليومية)20
7. مهارات الحياة اليومية وأهميتها بالنسبة للطفل معاق عقليا.....21
8. أشكال المهارات الاستقلالية.....21
9. المراحل العامة لتعلم المهارات الاستقلالية للأفراد ذوي التخلف العقلي.....23
10. أساليب التدريب على المهارات الاستقلالية.....24
11. إجراءات التدريب على المهارات الاستقلالية.....26
12. خلاصة الفصل.....32

III. الفصل الثالث: الاعاقة الذهنية

- تمهيد.....35
- 1. لمحة تاريخية عن الإعاقة الذهنية.....35
- 2. مفهوم الإعاقة الذهنية.....36
- 1.2. تعريفات الإعاقة الذهنية.....37
- 3. تعريف السلوك التكيفي.....39
- 4. الفرق بين الاعاقة العقلية والمرض العقلي.....40
- 5. نسبة إنتشار الاعاقة العقلية.....40
- 6. أسباب الإعاقة الذهنية.....41
- 1.6. العوامل المسببة للإعاقة العقلية قبل الولادة.....41
- 2.6. العوامل المسببة للإعاقة العقلية أثناء الولادة.....44
- 3.6. العوامل المسببة للإعاقة العقلية بعد الولادة.....44
- 7. تصنيف فئات الإعاقة الذهنية.....45
- 1.7. تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.....46
- 1.1.7. فئة التخلف العقلي البسيط.....46
- 2.1.7. فئة التخلف العقلي المتوسط.....46

46.....	3.1.7. فئة التخلف العقلي الشديد.
46.....	4.1.7. فئة التخلف العقلي الحاد.
47.....	2.7. التصنيف التربوي.
47.....	1.2.7. القابلون للتعلم.
47.....	2.2.7. القابلون للتدريب.
47.....	3.2.7. من يحتاجون إلى رعاية وحماية.
48.....	3.7. التصنيف الطبي.
48.....	1.3.7. الاستسقاء الدماغي.
48.....	2.3.7. المنغولية.
49.....	3.3.7. القزامة او القصاع.
49.....	4.3.7. حالة صغر الدماغ او الجمجمة.
50.....	5.3.7. حالة كبر الجمجمة.
50.....	6.3.7. حالات الفنيل الكيتونيوريا.
50.....	8. خصائص الإعاقة الذهنية.
54.....	9. تشخيص الإعاقة الذهنية.
54.....	1.9. معايير التشخيص حسب DSM-5.
55.....	2.9. معايير التشخيص حسب DSM-4.
55.....	3.9. خطوات التعرف على المعوق عقليا.
55.....	1.3.9. التشخيص الطبي.
56.....	2.3.9. التشخيص النفسي.
56.....	4.3.9. التشخيص الاجتماعي.
56.....	5.3.9. التشخيص التربوي.
56.....	10. الوقاية من الاعاقة الذهنية.
56.....	1.10. الوقاية الأولية.
56.....	2.10. الوقاية الثانوية.
57.....	3.10. الوقاية من الدرجة الثالثة.
58.....	11. العلاج.

58.....	1.11.العلاج الطبي للإعاقة الذهنية.....
58.....	2.11.العلاج التربوي للإعاقة الذهنية.....
59.....	3.11.العلاج النفسي للإعاقة الذهنية.....
59.....	4.11.العلاج السلوكي للإعاقة الذهنية.....
60.....	12.خلاصة الفصل.....

IV. الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للدراسة

62.....	• تمهيد.....
63.....	1. الدراسة الاستطلاعية.....
63.....	2. حدود الدراسة الاستطلاعية.....
63.....	1.2. الحدود المكانية.....
64.....	2.2. الحدود الزمنية.....
65.....	3. الدراسة الأساسية.....
65.....	1.3. مدة الدراسة الأساسية.....
65.....	2.3. مكان الدراسة الأساسية.....
65.....	3.3. حالة الدراسة الأساسية.....
66.....	4. منهج الدراسة.....
66.....	5. أدوات الدراسة.....
66.....	1.5. مقياس مهارات العناية بالذات.....
66.....	1.1.5. وصف المقياس.....
66.....	2.1.5. مفاتيح تصحيح المقياس.....
67.....	3.1.5. الخصائص السيكومترية للمقياس.....
68.....	2.5. الملاحظة العيادية.....
68.....	3.5. المقابلة العيادية.....
69.....	4.5. برنامج النمذجة.....

70.....	5.5. الهدف العام لبرنامج النمذجة.....
70.....	6.5. الأهداف الفرعية للبرنامج.....
70.....	6. صدق المحكمين.....
71.....	7. تطبيق برنامج النمذجة العلاجي.....
77.....	8. محتوى برنامج النمذجة العلاجي لتنمية مهارات السلوك الاستقلالي.....

٧. الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

110.....	1. عرض نتائج الدراسة.....
110.....	1.1. عرض نتائج الفرضية الرئيسية.....
111.....	2.1. عرض نتائج الفرضية الفرعية الاولى.....
111.....	3.1. عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية.....
111.....	2. تفسير النتائج.....
112.....	1.2. تفسير نتائج الفرضية الرئيسية.....
113.....	2.2. تفسير نتائج الفرضية الفرعية الاولى.....
116.....	3.2. تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية.....
117.....	3. الاستنتاج العام.....
118.....	4. خلاصة الفصل.....
119.....	• خاتمة.....

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
40	-الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي.	(01)
51	- أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقين ذهنياً والعاديين في الأعمار الزمنية من سن سنة إلى سن 18 سنة.	(02)
64	- مجموعة الهياكل التي يحتوي المركز النفسي البيداغوجي تيارت.	(03)
65	-يمثل حالات الدراسة تبعا لمتغير الجنس.	(04)
65	-يمثل حالات الدراسة تبعا لمتغير السن.	(05)
65	-يوضح مواصفات حالات الدراسة حسب درجة الاعاقة.	(06)
67	- نتائج حساب صدق أداة بتطبيق المقارنة الطرفية لمقياس مهارات العناية بالذات.	(07)
68	- نتائج حساب ثبات الإختبار باستخدام طريقة التجزئة النصفية ومعادلة سبيرمان براون.	(08)
70	- يوضح أسماء المحكمين للبرنامج المطبق.	(09)
71	- يمثل تطبيق برنامج النمذجة العلاجي.	(10)
77	- يمثل محتوى برنامج النمذجة العلاجي.	(11)
110	- يوضح المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة.	(12)
110	- يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي للوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس.	(13)
110	- يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي للوظائف الاستقلالية المتعلقة بالنظافة والسلامة العامة	(14)

جدول الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم الشكل
23	الشكل (01) يوضح نموذج هارنج وجنتري لمراحل تعلم وإتقان الطفل المهارات.	(01)
42	الشكل (03) اختلاف العامل الرايزيسي بين الام والأب.	(02)
47	الشكل (02) تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي	(03)
57	الشكل رقم (04) يبين إجراءات الوقاية والحد من الاعاقة الذهنية لمنظمة الصحة العالمية.	(04)



شكر وتقدير



اللهم لك الحمد؛ كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، الحمد لله والشكر لله سبحانه وتعالى الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة وأعانا على أداء هذا الواجب ووفقنا على إنجاز هذا العمل المتواضع.

يقول المصطفى - عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم: " من لا يشكر الناس لا يشكر الله " واعترافاً بمن كان له الفضل بعد الله سبحانه وتعالى في إنجاز هذا البحث، نتقدم بخالص الشكر والتقدير والامتنان إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل، ونخص بالذكر الأستاذ المشرف استاذنا الفاضل الدكتور قاضي مراد لقبوليه الإشراف على هذه المذكرة، وما أحاطنا به من عناية ورعاية علمية، وتوجيهات أكاديمية دون تقصير، حيث كان خير سند لنا. وكل الشكر والتقدير للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول تحكيم هذا العمل الذي بين أيديهم، وتقديم الملاحظات التي ستسهم في إثرائه.

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى جميع الإداريين وأساتذة قسم العلوم الاجتماعية بصفة عامة وخاصة أساتذة علم النفس. كما نتقدم بالشكر لجميع الإطارات والعمال وكذا مديرة (المركز النفسي البيداغوجي الأطفال المعاقين ذهنياً) ببلدية تيارت ولاية تيارت لتعاونهم معنا من أجل إنجاز دراستنا الميدانية.

والشكر موصول لأولياء وتلاميذ أفراد العينة على التلقائية والتجاوب اللذين لقيناهما لديهم طيلة فترة هذه الدراسة الميدانية.

إِهْلَاءٌ

الى دنيا المحبة والعطاء الى دعاء الخير الذي رافق كل خطواتي إلى مصدر الحنان
والحب والدتي "ماما" حفظها الله وأطال في عمرها.

إلى روح أبي الشهيد يا من يرتعش قلبي لذكرك يا من افتقدك بكل وقت " بن طالب".

إلى رفيق الدرب وقرّة العين إلى من وقف بجانبه بحبه الكبير وأبي الثاني " عبد القادر".

إلى من وهبني الله نعمة وجودهم في حياتي إلى العقد المتين من كانوا عوناً لي في رحلة

بحثي إخواني وأخواتي (حسان * احمد *كنزة *إكرام * دنيا).

إلى من كاتفتني ونحن نشق الطريق معا نحو النجاح في مسيرتنا العلمية إلى رفيقة

الدرب " كاتيا"

هبة وئام

إِهْدَاء

تختلف اللغات التي نعبر فيها عما في داخلنا وكانت لي لغتي الخاصة التي أهدي بها
ثمرة سنوات من المثابرة والاجتهاد والسعي، والتشريف والامتداد، امتداد لمسيرة لم
أحملها على عاتقي لوحد بل شاركني فيها كل أفراد أسرتي الذين كان لهم كل
الفضل بعد الله عز وجل.

أسرتي العزيزة فردا فردا أهدىكم هذا التخرج

إلى التي فرشت تحت قدميها الجنان سبحانه من وهبها نهرا من الحب والعطف
والحنان أُمي الحبيبة.

إلى الذي ضحى بالغالي والنفيس في سبيل تربيتي وتعليمي وكان دائما لي السند

المعتمد أبي الغالي

وإلى أخي الحبيب وكل العائلة الكريمة أعماما وأخوالا.

إلى جميع أساتذتي الأفاضل في علم النفس العيادي.

كاتيا

ملخص الدراسة بالعربية:

يشكل موضوع العناية بالذات لدى المعاقين ذهنياً موضوعاً هاماً في حياتهم اليومية باعتباره يعبر عن استقلاليتهم وتكيفهم الاجتماعي، ويعاني الطفل المعاق ذهنياً من القصور في مختلف المجالات ويعتبر مجال العناية بالذات هو الأهم حيث أن أي قصور في هذا الجانب سيؤثر على باقي الجوانب الأخرى في حياة الطفل، حيث يفقد ثقته بذاته، وفي الآونة الأخيرة بدأ إهتمام ذوي الاختصاص في مجال الإعاقة بالبحث في هذا الموضوع وتصميم البرامج الفاعلة لتدريب ذوي الإعاقة الذهنية.

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فعالية أسلوب النمذجة في تحسين القدرات العقلية لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي والمتمثلة في الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس والنظافة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً درجة متوسطة ولهذا تموضعت إشكالية الدراسة في مجموعة من التساؤلات وعلى أساسها صيغت الفرضيات ويتمثل التساؤل الرئيسي فيما يلي:

➤ كيف يمكن تنمية بعض مهارات العناية بالذات والمتمثلة في مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً درجة متوسطة؟

والإجابة عن هذا التساؤل تم صياغة الفرضية التالية: يمكن تنمية بعض مهارات العناية بالذات والمتمثلة في مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً درجة متوسطة باستخدام أسلوب النمذجة. وتتفرع هذه الفرضية إلى:

➤ يمكن تنمية الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس لدى الأطفال المعاقين ذهنياً درجة متوسطة باستخدام أسلوب النمذجة.

➤ يمكن تنمية الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالنظافة والسلامة العامة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً درجة متوسطة باستخدام أسلوب النمذجة.

تألفت عينة الدراسة من أربع حالات (02 ذكور) و(02 إناث) من المتمدرسين في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً لولاية تيارت. تتراوح أعمارهم (08 إلى 12 سنة عمرية) ونسبة ذكائهم تراوحت ما بين (40 إلى 55) كما جاء في ملفاتهم (النفوس طبية) وتم استخدام المنهج الشبه التجريبي باعتباره الأنسب ودراسة الحالة بالاعتماد على مجموعة تجريبية واحدة لقياس درجة الاستقلالية الذاتية لمهارات السلوك الاستقلالي لديهم (القياس القبلي) وذلك بالاعتماد على مقياس مهارات العناية بالذات المكون من مجالين يضم 36 فقرة وبعدها تم تطبيق برنامج النمذجة العلاجي لمدة شهرين ونصف قمنا بتطبيق (القياس البعدي) وجاء نتائج الدراسة على النحو التالي:

➤ أدى تطبيق برنامج النمذجة القائم على مجموعة من مهارات السلوك الاستقلالي إلى وجود فعالية في تنمية بعض الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالإطعام واللبس والنظافة والسلامة العامة لدى الأطفال المعاقين ذهنيا درجة متوسطة.

➤ الكلمات المفتاحية: مهارات العناية بالذات. ** الأطفال المعاقين ذهنيا. ** النمذجة**.

Abstract

Abstract:

The issue of self-care for people with intellectual disabilities is an important subject in their daily life because it expresses their autonomy and their social adaptation. The mentally handicapped child suffers from deficiencies in various domains, and the domain of self-care is the most important, because any deficiency in this aspect will affect the rest of the other aspects of the child's life. Where he loses his self-confidence, and recently the interest of specialists in the field of disability has begun to study this issue and design effective programs for the training of people with intellectual disabilities.

The present study aimed to determine the effectiveness of the modeling method in improving the mental abilities to develop certain independent behavioral skills represented in the independent functions related to eating, dressing and hygiene in children. With moderate mental impairment. Thus, the problem of the study was positioned in a set of questions, and based, on which the hypotheses were formulated, the main question being the following:

- How to develop certain autonomy skills, represented by autonomous behavioral skills, in moderately mentally handicapped children?

In response to this question, the following hypothesis was formulated: It is possible to develop some autonomy skills represented in the autonomous behavioral skills of moderately mentally handicapped children using the modeling method. This hypothesis is divided into:

- It is possible to develop the autonomous functions related to food and clothing in moderately mentally handicapped children using the modeling method.

- It is possible to develop the functions of autonomy related to hygiene in moderately mentally handicapped children using the modeling method.

The study sample consisted of four cases (men) who were students at the psychological and pedagogical center for the mentally handicapped in the state of Tiaret (municipality of Tiaret). Their ages ranged from (08 to 15) and their IQ ranged between (26 to 52) which was determined from the man's drawing test as it was identical to what was stated in their records (self-medical). the experimental approach was used as the most appropriate and the case study was based on an experimental group One to measure the degree of self-independence of their independent behavioral skills (pre-measurement), based on the self-care skills scale composed of two domains which includes 36 items, then the therapeutic modeling program was applied for a period of two and a half months. We applied (post-measurement), and the results of the study were as follows:

- The application of a modeling program based on a set of autonomic behavioral skills led to efficiency in the development of certain autonomic functions related to

Abstract

food, clothing, hygiene and public safety in moderately mentally handicapped children.

Keywords: Self-care skills- Mentally handicapped children- the modeling method.

مقدمة:

إن ظاهرة الإعاقة الذهنية لا تقتصر على المجتمعات النامية فحسب بل هي موجودة في المجتمعات المتحضرة التي تهتم بتنمية ذكاء ومهارات مواطنيها لتحقيق أفضل فرص للتوافق الاجتماعي.

حيث أكدت العديد من الدراسات والبحوث السابقة أن نسبة ذوي الإعاقة العقلية في المجتمع أعلى من نسبة أي فئة أخرى؛ حيث تبلغ نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ما بين 2 إلى 3 % وبذلك تشكل فئة غر قليلة من المجتمع؛ وحيث أنهم في معظم الأحيان غر قادرين على إيصال أصواتهم أو التعبير عن مطالبهم بالشكل المناسب لصانعي القرار؛ ولأنهم من أكثر الفئات التي تعرضت لسوء الفهم والاضطهاد؛ لذا أصبح من الضروري الاهتمام بذوي الإعاقة العقلية من أجل تعليمهم وتدريبهم وتأهيلهم ليصبحوا مواطنين منتجين في المجتمع. (القمش والمعايطة، 2011)

وفي دراسة حديثة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة "اليونيسيف" قدرت فيه عدد الأطفال ذوي الإعاقة في العالم ب 450 مليون طفل، 80 % منهم من سكان دول العالم الثالث بسبب سوء التغذية وقلة الوعي الصحي والنفسي والاجتماعي، متوقعة ارتفاع هذا الرقم خلال الأعوام القادمة.

وقد تحصنا من مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية تيارت على الإحصائيات الخاصة بالمعاقين ذهنياً والمسجلين خلال هذه السنة (2023/2022) والبالغ عددهم 319 طفل معاق ذهنياً موزعين على 24 قسم عبر المراكز النفسية البيداغوجية عبر تراب الولاية (تيارت-مهديّة-الدهموني -قصر الشلالة - فرندة وعين كرمس) أما قائمة الانتظار بلغ عددها 173 طفلاً.

أصبح مصطلح الإعاقة الذهنية يستخدم بشكل متزايد كبديل لمصطلح التأخر العقلي .ويتم تعريف الإعاقة الذهنية بأنها حالة توقف/عدم اكتمال النمو الذهني ، وتتسم بخلل في المهارات التي تظهر خلال مرحلة النمو والتطور والتي تساهم في مستوى ذكاء الطفل بما في ذلك القدرات الإدراكية ،اللغة ، المهارات الحركية ، القدرات الاجتماعية. (World Health Organization, WHO, 1992)

يعتبر موضوع الإعاقة العقلية من المواضيع القديمة والتي يهتم بها علماء النفس والتربية والاجتماع والصحة النفسية، كما أنها ظاهرة معقدة الجوانب وتحتاج إلى جهد الكثيرين من القائمين على تنشئة ورعاية المعاقين عقلياً، ومن هنا فإن رعاية هذه القطاعات تعد بمثابة مبدأ إنساني وحضاري نبيل يؤكد على أهمية حقوق المعاقين وأسرههم .(عايدة شعبان وأنور البناء، 2007 ، ص 03)

فالإعاقة الذهنية هي إحدى درجات العجز بوظائف معينة تؤدي إلى تأخير الفرد بقيامه بتلك الوظائف بشكل عادي وهذا التأخير الذهني هو اضطراب علاقات الفرد بنفسه أولاً و بمحيطه في الزمان والمكان علماً أن تواصل هذه العلاقات الممارسة اليومية للحياة الإنسانية، بمعنى آخر أن الإعاقة الذهنية هي ضعف في

الوظيفة الذهنية الناتجة عن عدة عوامل وينص التعريف الحديث للإعاقة العقلية على انها مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط بدرجة ملحوظة، والتي تؤدي إلى تدني متعدد في مظاهر السلوك التكيفي وتظهر في مراحل العمر النمائية (أحمد وادي، 9002، ص3).

وبشكل عام يعتبر موضوع العناية بالذات لدى المعاقين ذهنيا موضوعا هاما في حياتهم اليومية باعتباره يعبر عن استقلاليتهم وتكيفهم الاجتماعي، ويعاني الطفل المعاق ذهنيا من التخلف في مختلف المجالات ويعتبر مجال العناية بالذات هو الأهم حيث أن أي قصور في هذا الجانب سيؤثر على باقي الجوانب الأخرى في حياة الطفل، حيث يفقد ثقته بذاته، وفي الآونة الأخيرة بدأ إهتمام ذوي الاختصاص في مجال الإعاقة بالبحث في هذا الموضوع وتصميم البرامج الفاعلة لتدريب ذوي الإعاقة الذهنية لإكسابهم المهارات المتمثلة في الوظائف الاستقلالية المتعلقة (بالطعام واللباس والسلامة العامة و النظافة) من اجل الوصول بهذه الفئة الى الاعتماد على انفسهم في مجابهة المواقف الحياتية اليومية وتخفيف العبء على المهتمين برعايتهم من الأولياء والمربين. ومن هذا المنطلق نحاول من خلال هذا البحث التأكد من فاعلية برنامج تدريبي(النمذجة) لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لعينة من الأطفال المعاقين ذهنيا درجة متوسطة والتي يتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8-12) سنة ودرجة ذكائهم محصورة ما بين (40-55) درجة والمتمدرسين بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بولاية تيارت .

و قد تم تنظيم و ترتيب هذا البحث كالتالي:

أولا: الإطار النظري للدراسة: وهو إطار نظري يحتوي على مجموعة من الفصول النظرية بداية من:

الفصل الاول: الإطار العام للدراسة حيث تناولنا فيه كل من: مشكلة الدراسة، فروض الدراسة، أهمية الدراسة، التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة، بالإضافة الى الدراسات السابقة والتعليق عليها.

الفصل الثاني: تمهيد- مفهوم مهارات العناية بالذات وأهميتها و العوامل المؤثرة في تنمية المهارات الحياتية و تقسيم مهارات العناية الذاتية وتصنيف المهارات الاستقلالية وأشكالها والمراحل العامة لتعلم المهارات الاستقلالية وأساليب وإجراءات التدريب عليها و خلاصة الفصل.

الفصل الثالث: الإعاقة الذهنية: وتناولنا فيه تمهيد-لمحة تاريخية عن الإعاقة الذهنية ومفهوم الإعاقة الذهنية والفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي ونسبة إنشار الإعاقة الذهنية وأسبابها وتصنيفها. تشخيصها والعلاج والوقاية منها.

ثانيا: الإطار العملي للبحث: وهو إطار ميداني تطبيقي يحتوي على مجموعة من الفصول وهي:

الفصل الرابع: منهجية البحث وإجراءاته وتناولنا فيه توضيح كل من: المنهج ونوعه، العينة وخصائصها، والأدوات المستخدمة في الدراسة خصائصها السيكومتري، البرنامج وجلساته وكيفية تطبيقه.

الفصل الخامس: عرض النتائج والتفسير ومناقشة الفرضيات، وتناولنا فيه: عرضا للنتائج الخاصة بالفروض، وتفسير ما تم الحصول عليه من نتائج، واقتراح بعض النصائح والتوصيات لجميع المهتمين بهذه الفئة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

تمهيد الفصل

1. إشكالية الدراسة
2. تساؤلات الدراسة
3. فرضيات الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
7. أسباب اختيار الموضوع
8. الدراسات السابقة والتعقيب عليها
9. خلاصة الفصل

تمهيد الفصل:

يمثل هذا الفصل الإطار العام للدراسة والخطوات الأساسية التي يتبعها الباحث في إجراء بحثه لأن تحديد الإشكالية وتحديد الأهداف والأهمية وتحديد مفاهيم الدراسة يساعد الباحث على تحليل الدراسات السابقة والتراث النظري وتمكنه من تصميم البرامج وتساها في توضيح الموضوع للقارئ.

1- مشكلة الدراسة:

يعتبر موضوع الإعاقة الذهنية من الإشكاليات التي تحظى باهتمام كبير من المختصين في علم النفس وعلوم التربية وعلم الاجتماع والصحة النفسية، كونه ظاهرة معقدة ومتعددة الجوانب وتحتاج إلى جهد كبير؛ إن ذوي الاحتياجات الخاصة بكل فئاتها بما فيهم فئة الإعاقة الذهنية جزء من المجتمع ولها نفس الحقوق، مثل الحصول على خدمات الرعاية التي تسمح لها بالتكيف وتحقيق التوافق النفس والاجتماعي، وذلك عبر استعمالها لكل إمكانيات الفرد واستثمارها في نشاطات تتناسب مع إمكانيته وقدراته ضمن نظام تكفل تربيوي نفسي واجتماعي ينتج عنه تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

بحيث تمس الاعاقة جوانب معينة والتي تظهر خلال أداء دون المتوسط للقرارات العقلية مصحوبة بعجز في المهارات التكيفية بما فيها الاتصال والعناية بالذات، المهارات الاجتماعية، المهارات العلمية، قضاء وقت الفراغ، المهارات الاستقلالية. (عسلة 2012، ص 32).

وتشير منظمة الصحة العالمية بان نسبة الاعاقة التأخر العقلي تتراوح بين (1-4) % من أفراد المجتمع ويوجد حوالي 80% في المجتمعات النامية (معمرية، دس: 147).

وتشير الدراسات الواردة في أدبيات موضوع التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة إلى إمكانية استخدام الإرشاد النفسي الخاص بالأطفال من فئة المعاقين ذهنياً كأحد الوسائل الفعالة للرعاية النفسية والتربوية.

حيث أوضح هارسون وآخرون Harrison (1987) أن التغيير الذي حدث في النظرة الحديثة لفئة المتخلفين ذهنياً التي تتجلى في الاهتمام بهم، كما أن الاتجاه السائد المرتكز على تقديم خدمات تعليمية مناسبة لهم بقدر الإمكان، ومن هذا المنطلق بدأ الاهتمام بالمتخلفين عقلياً في مختلف الدول ومختلف المجالات، واهتمت الدول بعمل برامج تربوية ونفسية واجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً. (غراب، 1999: 1).

وتعتبر مهارات العناية بالذات من المهارات الاستقلالية الرئيسية ويعتمد إتقانها على عدد من العوامل مثل العمر الزمني ودرجة الإعاقة وطبيعة الأطعمة وقد يبدو الأمر تعلم هذه المهارات أمراً سهلاً للطفل العادي إلا أن الأمر ليس كذلك للطفل ذو الاحتياجات الخاصة. (عبد الرحمان، عبد الرحمان، 2016).

إن الهدف الأساسي الذي تحاول البرامج الإرشادية تحقيقه هو مساعدة الفرد المعوق الاعتماد على نفسه والاستقلالية الذاتية وأن مهارات العناية الذاتية تتأثر بشكل واضح بالعوامل البيئية. فمثلاً مهارات تناول الطعام والشراب إن نسبة كبيرة من الأطفال المعاقين يعانون من مشكلات حقيقية في مهارات تناول الطعام والشراب فيواجهون صعوبات في استخدام المصاصة أو حمل الملاعقة أو الشوكة. ويعود جزءاً من ذلك إلى عدم إهتمام الأخصائي بهذا الجانب من جوانب العناية بالذات فيجب على أخصائي التدخل المبكر والاهتمام بهذا الجانب، فالمهارات المعقدة تسبقها مهارات بسيطة لذا يجب تدريب الأطفال على المضغ والشرب من

فنجان، ففي المرحلة التدريبية الأولى يجب استخدام التوجيه الجسدي والتعليمات اللفظية والنمذجة. إن الإعاقة بعض الأحيان تمنع الطفل من تأدية مهارات تناول الطعام والشراب لأنها تؤثر على قدرته على الجلوس بشكل مناسب فلا بد من الاهتمام بالحاجات الخاصة والعمل على تليتها باستخدام أدوات مخصصة لمراعاتهم. (صالح، الزهراني، 2013).

ولذا تم اختيار موضوع الدراسة الحالية في مجال العناية والاستقلالية الذاتية بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنياً لما له من أهمية في مجال التربية الخاصة وعلم النفس، وذلك عن طريق بناء برنامج علاجي قائم على النمذجة من أجل إكسابهم لبعض المهارات المهمة والأساسية (كطعام واللباس والنظافة والسلامة العامة). كون الاستقلالية الذاتية تساعد في اكتساب مهارات أخرى منها الأكاديمية والمهنية التي تتماشى والقدرات العقلية النمائية التي يصل إليها المعاق ذهنياً بعد اكتساب الاستقلالية الذاتية.

وبالتالي صيغت إشكالية الدراسة على النحو الآتي:

2- تساؤلات الدراسة:

➤ هل يسهم أسلوب النمذجة في تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة)؟

2-1- التساؤلات الفرعية:

➤ هل يسهم أسلوب النمذجة في تنمية بعض مهارات المتعلقة بالطعام واللباس لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة)؟

➤ هل يسهم أسلوب النمذجة في تنمية بعض المهارات المتعلقة بمهارات النظافة والسلامة العامة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة)؟

3-الفرضية الرئيسية للدراسة:

➤ يسهم أسلوب النمذجة في تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة).

3-1- الفرضيات الفرعية:

➤ يمكن تنمية الوظائف الاستقلالية المتعلقة بمهارات الطعام واللباس لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة) باستخدام أسلوب النمذجة.

➤ يمكن تنمية الوظائف الاستقلالية المتعلقة بمهارات النظافة والسلامة العامة لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة) باستخدام أسلوب النمذجة.

4- أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- استفادة المربين وأولياء الأطفال المعاقين ذهنيا من البرنامج العلاجي في تحسين مهارات الاستقلالية.
- تقديم برنامج علاجي للأطفال المعاقين ذهنيا (درجة متوسطة) لاكتساب مهارات السلوة الاستقلالي ليساعدهم على العناية بالذات في الأسرة والمجتمع.
- الخروج بنتائج و ببعض التوصيات تساعد على تنمية بعض المهارات السلوك الاستقلالي لدي لأطفال المعاقين ذهنيا باستخدام أسلوب النمذجة.

5-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في:

- تهتم الدراسة الحالية بفئة الأطفال المعاقين ذهنيا وهي من الفئات الخاصة التي تزايد الاهتمام بها في الآونة الأخيرة.
- أهمية مهارات الاستقلالية والاعتماد على النفس عند الأطفال المعاقين في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لديهم.
- تساعد دراسة مهارات العناية بالذات لدى الطفل المعاق ذهنيا على تحديد درجة القصور لديه وبالتالي العمل على تتميتها، والتعامل معه بالطريقة التي تكفل له أقصى درجة ممكنة من النمو والارتقاء.
- اعتماد نتائج الدراسة في بناء برنامج تدريبي على مهارات العناية الذاتية، وذلك بهدف تحسينها لدى الأطفال المعاقين ذهنيا.
- توفر الدراسة الحالية أداة لقياس مهارات العناية بالذات للأطفال المعاقين ذهنيا.

6- أسباب اختيار الموضوع:

6-1- أسباب ذاتية:

- الرغبة والميلول إلى معالجة المواضيع التي تدور حول فئة المتخلفين ذهنيا باعتبارها الفئة الأوسع انتشارا في العالم.
- معاشة هذه الفئة عن قرب من خلال النزول الى الميدان والمتمثل هذه الدراسة بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بتيارت.
- الاهتمام أكثر بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة ومساعدتهم للوصول الى شروط الحياة الكريمة.

2-6- أسباب موضوعية:

- موضوع الدراسة يندرج ضمن تخصصنا علم النفس العيادي وكونه قابل للتداول النظري والميداني.
- اثراء الأبحاث والدراسات في هذا المجال.
- التعرف على مدى فعالية برامج التربية الخاصة في ادماج الطفل المعاق ذهنيا في الحياة واكسابهم لمهارات الأساسية والاستقلالية للاعتماد على أنفسهم.

7- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

7-1- مهارات العناية بالذات:

وهي كل المهارات الأدائية والمتمثلة في مقياس السلوك التكيفي بحيث يتم فيه التركيز على المهارات الاجتماعية المتمحورة حول مهارات العناية بالذات، وتتمثل في: الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس، والوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة. وذلك بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا وهو ما يعبر عنه بالدرجة التي يتحصل عليها الطفل المعاق ذهنيا على مقياس مهارات العناية بالذات. بتيارت خلال السنة 2023.

7-2- الأطفال المعاقين ذهنيا :

هم الأطفال الذين يتراوح مستوى أدائهم العقلي والوظيفي بين (40 و55) حسب مقياس ستانفورد بينيه للذكاء وهم قابلون للتعلم ولديهم بعض القدرات تساعد على القيام ببعض المهارات التكيفية والملتحقون بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين عقليا -ببلدية تيارت-

7-3- النمذجة :

هي الأسلوب القائم على تقديم نماذج بالمشاركة التي تم الاعتماد عليها في تطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال المعاقين ذهنيا الملتحقون بالمركز البيداغوجي النفسي للمعاقين ذهنيا والمتمثلة في نماذج الطعام واللباس والسلامة العامة والنظافة والمصحوبة بتوجهات لحالات الدراسة إلى جانب النمذجة المباشرة للسلوكات المرغوب تحقيقها.

8- الدراسات السابقة

8-1- الدراسات المحلية:

جاءت دراسة معمريّة (2006) بعنوان " تدريب المتخلفين عقليا على السلوك الاستقلالي في مجال مها رات العناية بالذات داخل الأسرة وفق مبادئ و فنيات " التعلم بالتقليد والتعلم بالاشتراط الإجرائي " حيث هدفت إلى تقديم تصور لمفهوم التخلف العقلي، وتقديم الأسس النظرية السلوكية لتي تقوم عليها أساليب التدريب، بالإضافة إلى التوضيح للآباء أنهم بإمكانهم تدريب أبنائهم المتخلفين عقليا على اكتساب مها رات سلوكية تساعد على الاستقلالية نسبيا في مجال العناية بالذات من خلال تقديم برنامج تدريبي يركز على التعلم بالتقليد والاشتراط الإجرائي بهدف تنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل والمتمثلة

في المهارات التالية كنموذج قصد التحليل: غسل اليدين، استخدام_المرحاض، غسل الوجه بالماء والصابون.

حيث يتم تحليل المهارة إلى مهام سلوكية بسيطة يدرّب عليها الطفل المتخلف عقليا وحسب هذه الدراسة العينة التي يمكن أن تستفيد من هذا البرنامج هم الأطفال لمعاقين عقليا إعاقة عقلية بسيطة القابلون للتعلم وفئة الإعاقة عقلية المتوسطة القابلون للتدريب، من خلال مجموعة من الإجراءات:

توفير معلومات عن الطفل، تحديد وقت التدريب بما يوافق عادات الحياة العامة للأسرة، التدريب على المهام السلوكية البسيطة مع توفير الظروف المناسبة.

➤ **دراسة فتيحة سعدي (2015)** بعنوان فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا بمركز التكيف المدرسي على رملي بن عكنون، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا وإكسابهم مهارات السلوك التكيفي، والتعرف على مدى تأثير برامج مراكز التربية الخاصة في إكساب الأطفال المعاقين عقليا مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية، والتعرف على مدى تأثير برامج مراكز التربية الخاصة على المظاهر السلوكية المضطربة لدى الأطفال المعاقين عقليا، مستخدمة بذلك المنهج المقارن باعتباره الأنسب لموضوع الدراسة، واختارت عينة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (50-75) على اختبار ستانفورد بينيه ومصنوفات - رافن وسنهم ما بين (9-12 سنة)، ويكون مكرر السنة مرتين ولا توجد إعاقة أخرى مصاحبة، واستخدمت مقياس السلوك التكيفي لفاروق محمد صادق واعتمدت على الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري واختبار "ت"، كما توصلت إلى أن هناك تعديل إيجابي في ما يخص سلوكيات الأطفال المعاقين عقليا (درجة بسيطة) وهناك تحسن على مستوى النمائي مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية، كما توصلت إلى أن هناك تعديل إيجابي للسلوكيات اللاتكيفية للأطفال

المعاقين عقليا (درجة بسيطة) وان هناك انخفاض في الاضطرابات السلوكية، ووجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي في كل من أبعاد السلوك التكيفي النمائي (مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية) وأبعاد الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدي، ومنه توصلت الباحثة إلى فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا (درجة بسيطة).

➤ دراسة سامية شويعل (2006):

الهدف من الدراسة استخدام برنامج تدريبي لتعليم مهارات تطبيق نظافة الذهاب الى المرحاض وتعلم الضبط على حالات الغثة القابلة للتعلم عن طريق برنامج تعلم فنيات اللعب على أداء السلوك التكيفي وذلك باستخدام مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والصورة المعرفية بالأردن كادات لتقييم وتشخيص الأداء قبل وبعد إخضاع حالات الدراسة لبرنامج التدريب.

محتوى البرنامج مقتبس من دليل (BAKER) وتدريب الأمهات على كيفية أداء السلوك بطريقة صحيحة في الوقت المناسب وبالتالي يتيح البرنامج التدريبي في المنزل المجال للتدخل بصفة خاصة للتعرف على المستوى الأداء السلوكي للطفل.

استغرق تطبيق هذا البرنامج حوالي 18 شهرا بمعدل يومين كل أسبوع وكان المكان هو المركز النفسي البيداغوجي ببولوجين الجزائر العاصمة. نوع الدراسة (دراسة حالة) على ثلاثة متخلفين عقليا وجاءت النتائج هناك فاعلية تطبيق المقياس في قياس التغير في الأداء للمتخلفين عقليا بعد إخضاعهم لبرنامج تدريبي.

8-2- الدراسات العربية:

➤ دراسة عبد المعطي والعباس وبخيتة (2017):

هدفت الدراسة للتعرف على مدى فعالية برنامج تربوي في تحسين مهارات العناية بالذات لدى أطفال معاقين ذهنيا (متلازمة داون) بمركز بستة لوزي بمدينة جبل أولياء، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي (التصميم الشبه التجريبي) ذو المجموعة الواحدة مع القياسين القبلي والبعدي وتمثلت أدوات البحث في استمارة البيانات الأولية للطفل، كمقياس مهارات العناية بالذات مقتبس من مقياس فاينلاد للسلوك التكيفي إعداد العتيبي (2004) كبرنامج تربوي من تصميم الباحثة، وتكون مجتمع البحث من جميع أطفال متلازمة داون المسجلين بمركز بستة لوزي و يتراوح عددهم (29) طفلا وقد أسفرت نتائج البحث عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدل أطفال متلازمة داون بمركز بستة لوزي بمدينة جبل أولياء بعد تطبيق البرنامج في مهارتي الأكل والشرب، في مهارتي خلع ولبس الملابس، في مهارة دخول المرحاض وفي مهارة نظافة الأسنان، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين مهارات العناية بالذات تبعا للمتغيرات النوع (ذكر، أنثى) لصالح الذكور، شدة الإعاقة (بسيطة، متوسطة) لصالح الإعاقة (البسيطة)، المستوى التعليمي للأبوين (محو

أمية، أساس، ثانوي، جامعي، معهد عالي فوق الجامعي) لصالح المستوى (ثانوي) للأبوين، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين مهارات العناية بالذات تبعا لمتغير العمر (8 سنوات، 9 سنوات، 10 سنوات، 11 سنة، 12 سنة)

➤ دراسة هيفاء عبد الرحمان إبراهيم (2007)

بعنوان أثر برنامج تعليمي لتنمية المهارات الاستقلالية لدى تلاميذ التربية الخاصة، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج تعليمي لتنمية المهارات الاستقلالية لدى تلاميذ التربية الخاصة حيث استخدمت الباحثة المنهج التجريبي وفق التصميم

التجريبي المجموعتين المتكافئتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة كما قامت بالقياس القبلي والبعدي واختارت عينة عمدية مقصودة مكونة من مدرستين تجريبيتين القبس (12) تلميذ وتلميذة، والزهاء مكونة من (12) تلميذ وتلميذة، واستخدمت مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والسلوك التكيفي الصورة المدرسية العامة لالجرار وآخرون (1984) واعتمدت على الأداة لجمع البيانات لجمعة (2001)، كما صممت لتقويم مهارات وعادات تتعلق بالتكيف الشخصي للحيات اليومية وترتبط بالمراحل الإنمائية للفرد ومجالات تتعلق بالوظائف الاستقلالية وهي (الاستحمام، غسل اليدين، غسل الوجه، العناية بالشعر، العناية بالأظافر، العناية بالحذاء، تنظيف الأسنان، الترتيب والهندام، استعمال المرحاض)، كما استخدمت الأساليب الإحصائية اختبارات للفروق بين المتوسطات واختبار مربع كأي والاختبار التثائي لعينتين مستقلتين، وتوصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار المهارات ولصالح المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي وتعكس هذه النتيجة إثر البرنامج التعليمي لتنمية المهارات لدى تلاميذ التربية الخاصة.

➤ دراسة الشمري (2008)

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية استخدام إجرائي المساعدة المتناقصة تدريجياً والتأخير الزمني الثابت في إكتساب الفتيات ذوات التخلف العقلي المتوسط والشديد على بعض المهارات الاستقلالية، بالإضافة إلى مقارنة فاعلية هذين الإجراءيين من حيث عدد محاولات اكتساب المهارة، والفترة الزمنية المستغرقة لاكتساب المهارة ونسبة الأخطاء. وقد استخدمت هذه الدراسة منهج البحث شبه التجريبي. تكونت عينة الدراسة من (6) فتيات ملتحقات بمركز التأهيل الشامل بالملز بمدينة الرياض، وتم تدريبهن على مهارة تنظيف الأسنان من خلال تقسيمهن مجموعتين متساويتين. تم تدريب المجموعة الأولى باستخدام إجراء المساعدة المتناقصة تدريجياً، أما المجموعة الثانية فقد تم تدريبها باستخدام إجراء التأخير الزمني الثابت. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية استخدام إجراء المساعدة المتناقصة تدريجياً، حيث اكتسبت الفتيات في المجموعة الأولى، كما

توصمت نتائج الدراسة إلى أن استخدام إجراء التأخير الزمني الثابت كان أكثر فاعلية من إجراء المساعدة المتناقصة تدريجياً من حيث عدد محاولات اكتساب المهارة، وقلّة الفترة الزمنية المستغرقة لاكتساب وتدني نسبة الأخطاء.

8-3- الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة ماتسون وآخرون (1990) Matson et al

بدراسة موضوعها فاعلية التدريب على مهارة مساعدة الذات للأطفال المتخلفين عقليا والمصابين بالتوحدية على عينة قوامها 104 طفلا من الذكور تراوحت أعمارهم بين (04-11 سنة) واشتمل البرنامج على أساليب وإجراءات القائمة على أسلوب تحليل المهارات واعتمدت في ذلك على ثلاثة فنيات تضمنت: النموذج والشرح اللفظي للسلوك المطلوب والإرشاد خلال تعاقب مراحل تحليل العمل وتزدوج الطفل للأداء المستقل باتباع التعليمات والنموذج اشتمل البرنامج على مهارة رعاية الذات الشخصية والاجتماعية. وأسفرت نتائج الدراسة على فاعلية التدريب على مهارات مساعدة الذات وإجراءات تعديل السلوك وذلك للعينة التجريبية وهذه النتيجة فاعلية استخدام الفئات والنماذج في اكتساب المهارات المستهدفة لدى المفحوصين. (سهير أمين عبد الله 1997).

➤ دراسة دين وماك لافلين (2000)

جاءت الدراسة بعنوان برنامج للتدخل مع الأطفال المتأخرين عقليا القابلين للتعلم لتنمية المهارات الاستقلالية على 4 أطفال متأخرين عقليا تتراوح أعمارهم بين 3-4 سنوات تعرضوا للبرنامج لمدة 9 أشهر بمعدل 3 جلسات في الأسبوع لتدريب الأطفال على معرفة الأشياء وفوائدها مستخدما النمذجة والتوجيه اليدوي واللفظي والتعزيز الإيجابي. أظهرت نتائج الدراسة بأن الأطفال المتأخرين عقليا القابلين للتعلم استطاعوا استخدام الجمل والكلمات بعد انتهاء البرنامج ونمو مهارات السلوك الاستقلالي النمائي بصورة سرعة لدى هؤلاء الأطفال. (الشايب 2016: 381).

➤ دراسة كل من آلان بيلاك Alan Bellack ، وميشيل هيرسون Hachel Hersen (1985)

التي قدمت نموذجا لبرنامج خاص بتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا، اعتمد فيه على أهمية تعلم المهارات الأساسية ومبادئ السلوك لهؤلاء الأطفال، وقد أقرح الباحثان تطبيق هذا البرنامج على الأطفال المتخلفين عقليا من الفئة المتوسطة والتي تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (25-50)، والذين ألحقوا بالمؤسسات التربوية الخاصة وتضمن البرنامج تعلم مهارات: - الأكل - الملابس - الإخراج - العناية بالذات - اللغة والاتصال - والمهارات الاجتماعية وكذا مهارات التأهيل المهني. (كاشف، 113، 2001).

9-التعقيب على الدراسات السابقة:

ركزت كل الدراسات العربية والأجنبية وكذلك المحلية على البرامج التأهيلية في تحسين السلوك الاستقلالي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً وقد استفدنا منها في دراستنا التي تهدف إلى تحسين السلوك الاستقلالي واكتساب مهارات العناية بالذات لدى هذه الفئة من الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين (8-12) سنة من ذوي الإعاقة (المتوسطة) والذين قدرة درجة ذكائهم على التوالي (40-55).

كما اختلفت الدراسات من حيث عينة الدراسة (29 طفلاً-24 طفلاً-06 أطفال-104 أطفال-04 أطفال) أما العمر الزمني كان ما بين (03 إلى 14 سنة) ودرجة الإعاقة كانت الأغلبية متوسطة وأخرى خفيفة.

لقد اتبعت كل الدراسات المنهج الشبه تجريبي لخصوصيات الدراسات مع تنوع في أسلوب الدراسة من حيث البرامج المعتمدة في تنمية السلوك الاستقلالي منها من استخدم النمذجة والتوجيه اليدوي واللفظي والتعزيز الإيجابي ومنها استخدام إجراء المساعدة المتناقصة تدريجياً والتأخير الزمني الثابت في إكساب المهارات الاستقلالية. كما امتاز المنهج المستخدم باتباع المجموعة الضابطة والتجريبية كما اعتمدت دراسات أخرى على التجربة ذو المجموعة الواحدة مع القياسين القبلي والبعدي.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: مهارات العناية بالذات

تمهيد

1. مفهوم مهارات العناية بالذات
2. أهمية مهارات العناية بالذات
3. أهمية المهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم
4. العوامل المؤثرة في تنمية المهارات الحياتية
5. تقسيم مهارات العناية الذاتية
6. تصنيف المهارات الاستقلالية الذاتية (مهارات الحياتية اليومية)
7. مهارات الحياة اليومية وأهميتها بالنسبة للطفل معاق عقليا
8. أشكال المهارات الاستقلالية.
9. المراحل العامة لتعلم المهارات الاستقلالية للأفراد ذوي التخلف العقلي
10. أساليب التدريب على المهارات الاستقلالية
11. إجراءات التدريب على المهارات الاستقلالية
12. خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر المهارات الاستقلالية من اهم المهارات الاستقلالية التي تمثل ضرورة حتمية لجميع الأفراد في أي مجتمع بصفة عامة والأشخاص المعوقون عقليا بصفة خاصة فهي من المتطلبات التي يحتاجها الأفراد لكي يتوافقوا مع أنفسهم ومجتمعهم الذي يعيشون فيه مما يساعدهم على حل مشكلاتهم اليومية والتفاعل مع مواقف الحياة اليومية.

1- مفهوم مهارات العناية بالذات:

مهارات العناية بالذات **Self-care** : يقصد بمهارات العناية بالذات أنها مهارات الحياة اليومية وهي أحد مظاهر السلوك التكيفي الإجتماعية (Aspects of Adaptive behavior) مثل تناول الطعام والشراب، واستخدام المراوض، والنظافة الشخصية ارتداء ونزع الملابس.

تعرف سوسن الجلبى (2005) :مهارات العناية بالذات بأنها تلك المهارات التي تشتمل على ارتداء الملابس واستخدام السكن والمعلقة والاغتسال وتمشيط الشعر وتنظيف الأسنان وجميع الاحتياجات اليومية وتعرفه أيضا (2008) هي قدرة الطفل المعاق ذهنياً على أداء بعض المهارات المتعلقة بالعناية بالذات مثل تناول الطعام والشراب، وارتداء الملابس وخلعها، والقيام بعملية الإخراج، الثقافة الشخصية، الأمان بالذات. (الجندي، 2010)

ويقصد بها مهارات الاعتماد على النفس وهي تلك التمرينات التي تنمي مهارات الحياة اليومية من أكل وشرب ولبس واستحمام وغيرها من الأمور الأساسية في الحياة. (حبيب، 2005 ص 270)

- المهارات الحياتية (Life Skills) :

تشير (Anamarija- 1996) إلى أن مهارات الحياة تشير إلى مستوى النمو الوجداني للفرد، كما تشير أيضا إلى نمط حياة الفرد، وتوجد اختلافات كثيرة في اكتساب مهارات الحياة اليومية بين الأشخاص إذا كانوا عادين أو من ذوي الإحتياجات الخاصة، وتتمثل تلك المهارات في التواصل مع الآخرين وإدارة الوقت والاستقلالية والأنشطة وعادات الأكل والشرب والنوم ومهارات كثيرة أخرى، وبالنسبة للطفل المعاق عقليا عادة ما تتخفف مستويات التكيف عنده، إضافة إلى استخدام مهارات حياة يومية خاطئة، وتقاس مهارات الحياة اليومية :المكتسبة بمستوى السلوك التكيفي للفرد عند التعامل مع الآخرين والعقبات التي يتعرض لها في حياته. (جابر، 2013 ص 8).

- وقد تصنف مهارات العناية بالذات ضمن مهارات الحياة (Life Skills).

- وتعتبر هذه المهارات من المهارات الاستقلالية الرئيسية ويعتمد إتقانها على عدد من العوامل مثل العمر الزمني ودرجة الإعاقة وطبيعة الأطعمة وقد يبدو الأمر تعلم هذه المهارات أمراً سهلاً للطفل العادي إلا أن الأمر ليس كذلك للطفل ذو الإحتياجات الخاصة. (عبد الرحمان، عبد الرحمان، 2016)

- ويرى كلا من جمال الخطيب، منى الحديدى (2004، 104) أن العناية بالذات تتضمن أربعة مجالات منفصلة وهي: الطعام وارتداء الملابس وخلعها، واستخدام الحمام، والنظافة الشخصية.

هي قدرة الطفل على أداء بعض المهارات المتعلقة بالعناية بالذات مثل تناول الطعام والشراب وارتداء الملابس وخلعها والقيام بعملية الإخراج والنظافة الشخصية. (بيومي. 2008. ص4).

- وقد عرف ليلاند (1977) المهارات الاستقلالية بأنها قدرة الفرد على الاستجابة لمتطلبات الاجتماعية بنجاح حسب العمر الزمني.

- ويرى كل من ناجي قاسم وفاطمة فوزي (2003) بأنها مجموعة من المهارات التي يتدرب عليها الأطفال المعاقين عقليا حتى يكونوا قادرين على الاعتماد على أنفسهم في إمكانية قضاء حاجاتهم اليومية والتي تؤدي إلى تحسين بعض المهارات الحركية والنفسية مما يساعدهم على ان يعيشوا حياتهم الاجتماعية بصورة طبيعية. (عبد الكريم، 2009، 23).

- كما تعرف مهارات العناية بالذات بأنها "المهارات العملية التي تمكن الطفل أو البالغ من أن يعيش حياة أكثر استقلالاً بذاته مندمجا في المجتمع بإيجابية وتختلف برامج ومناهج المعاقين عن برامج ومناهج الأطفال العاديين من حيث محتوى تلك البرامج وطرق تدريسها والمناهج هنا تأخذ شكلا فرديا وتدرس بطريقة فردية أيضا، ويستطيع الطفل من خلالها الاعتناء بنفسه والتعامل مع البيئة المحيطة به، وفي النهاية يستطيع الطفل الاندماج مع المجتمع. (James, Tekin & Kircaali, 2009:54- 66)

من التعريفات السابقة نستخلص تعريفا لمهارات العناية بالذات وهي: قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية بالذات والتي تشمل على: تناول الطعام، الشرب، ارتداء الملابس وخلعها، النظافة الشخصية، الأمان بالذات، وذلك لتحقيق الاستقلالية والاعتماد على النفس.

2- أهمية مهارات العناية بالذات:

تعتبر مهارات العناية بالذات من أهم الأمور التي يجب على الأم ومؤسسات الرعاية والتأهيل الاهتمام بها وتعليمها لطفلها؛ لأنها تتعلق بعدة جوانب منها:

- اعتماد الطفل على نفسه يعطي دافعية وراحة للام من العبء النفسي والجسدي.
- من الناحية الدينية فهي طهارة ونظافة حثا عليها الإسلام.
- من الناحية الصحية تمنع حدوث إصابة الطفل بالأمراض.
- من الناحية التعليمية تساعد الطفل في جميع المجالات.
- من الناحية الاجتماعية تجعل الطفل مقبولا من الناس.
- من الناحية النفسية تعزز من ثقة الطفل بنفسه. (أبو عمار، 2007 ص 29).

3- أهمية المهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم:

تبرز أهمية المهارات الحياتية من أن التمكن من أدائها يشعر الطفل بالفخر والاعتزاز بالنفس ذلك أنه عندما يطلب منه أن يمدى عملا من الأعمال ويتقن ما طلب منه فان هذا يشعر الآخرين بالثقة فيه ويعطيه هو المزيد من الثقة بالنفس، حيل تعبر المهارات الحياتية كثيرة متعددة ويحتاج إليها المرء في كل حياته سواء في

الأسرة أو العمل أو في العلاقات مع الآخرين ومن يمكن القول ان الفرد في حاجة إلى امتلاك مهارات يستطيع ان يمارسها في كافة مجالات الحياة معهم وكذا حب الآخرين له وتقديرهم إياه. (القانى محمد، 2010، ص222)

4-العوامل المؤثرة في تنمية المهارات الحياتية:

يتأثر اكتساب الفرد للمهارات الحياتية الجيدة أو الرديئة نتيجة العوامل التالية:

- **العلاقات المدعمة:** وجود العلاقات المدعمة يجعل الفرد يصر على اكتساب المهارة، أو يهمل تلك المهارة.
- **نماذج التقويم:** (قوة أو ضعف المهارة) يتأثر بملاحظة الفرد لنماذج التقويم لأداء تلك المهارة.
- **تتابع الإثابة:** وقد تكون هذه الإثابة أساسية مثل الحصول على التشجيع.
- معظم تعليمات أداء المهارات الحياتية مكتسبة من البيت، ولكن هناك تعليمات لمهارات العمل والدراسة، والحفاظ على الصحة، ينبغي تعلمها بطريقة صحيحة خارج البيت.
- **إتاحة الفرصة:** عندما يعتمد الفرد على الآخرين لأداء المهارات الحياتية يصعب اكتسابه لتلك المهارات.
- **التفاعل مع الأقران:** قد يكون تعلم المهارات من الأقران مفيدا حسب طبيعة ومهارات هؤلاء الأقران.
- **اعتبار نوع الجنس:** يؤثر نوع الجنس على اكتساب نوعية معينة من المهارات.
- **المستوى الاجتماعي والثقافي.**
- **وجود تحديات تواجه الفرد.** (بخيت، 2000: 106).

وتشير (النجار 2009، 11): إن المهارات الحياتية مهارات مركبة متعددة الجوانب، تتضمن عددا من المهارات الفرعية المترابطة والمتكاملة، وتشمل على ثلاثة مكونات رئيسية:

- **الجانب المعرفي:** لابد لتعلم أي مهارة من الإلمام بالجوانب المعرفية المتصلة بها لكي يتمكن الفرد من أدائها بدقة وكفاءة ويعد الإدراك المعرفي أول وأهم مستويات تعلم المهارات الحياتية والتمكن من أدائها، ويندرج ضمن العمليات المعرفية اللازمة لأداء أي مهارة.
- **الجانب الوجداني:** الجانب الثاني بعد الإدراك، ويعد هذا الجانب من أهم الموجهات المحددة لسلوك أي إنسان، وهو أحد جوانب التعلم الأساسية التي لا يمكن تجاهلها، ويتعلق بالاتجاهات والتقدير، والقيم، والانفعالات.
- **الجانب السلوكي أو الأدائي:** الجانب الظاهر الملموس يتمثل في مدى قدرة الفرد على أداء هذه المهارة وممارستها بطريقة عملية، وحين يقوم الفرد بممارسة أي مهارة، فإن هذه الممارسة لابد أن تعتمد من حيل نوعيتها ومستواها على عدة جوانب ومدى ترابط هذه الجوانب والمكونات التي تشمل نواحي معرفية إدراكية، وأخرى وجدانية انفعالية تتبلور في صورة تصرفات وسلوكيات أدائية. (النجار 2009، ص 11).

5- تقسيم مهارات العناية الذاتية:

تتضمن العناية بالذات أربعة مجالات منفصلة هي: الطعام واللباس، واستخدام الحمام، والنظافة الشخصية، وبما أن مجالات العناية بالذات عوملت بوصفها مجالات مستقلة فمن الممكن أن يتضمن المنهاج عدة مهارات في العناية بالذات في نفس الوقت ففي اليوم نفسه، قد يؤدي الطفل مهارات طعام متقدمة ومهارات لباس بدائية ومهارة استخدام الحمام، ومهارتين في مجال النظافة. (الخطيب، الحديدي، 2004 ص 104).

5-1-1- مهارات النظافة وتشمل: غسل اليدين، الوجه، الأسنان، الاستحمام، قص الأظافر، والعناية بالمظهر الخارجي.

5-1-1- مهارة استخدام المراض وتشمل:

- استعمال المراض وورق التواليت وصب الماء.
- خلع الملابس وارتدائها.

5-1-2- مهارة تناول الطعام وتشمل:

- استعمال أدوات المائدة.
- تناول الطعام بدون مساعدة.
- آداب المائدة.

5-1-3- مهارة المظهر العام وتشمل:

- ارتداء الملابس وخلعها.
- لبس الحذاء.

6- تصنيف المهارات الاستقلالية الذاتية (مهارات الحياتية اليومية)

يصنفها كمال مرسي تبعا لأهميتها بالنسبة للفرد المعاق عقليا إلى:

6-1-1- مهارات العناية الشخصية:

مهارات تناول الطعام والنظافة والذهاب إلى الحمام وحماية النفس وممتلكاته إلى جانب مهارات الانتقال والتواصل مع الآخرين والاهتمام بالمظهر والهندام وارتداء الملابس وتمشيط الشعر ونظافة الأسنان والوجه واليدين هذا بالإضافة إلى مهارات رعاية شؤون الأسرة (الأعمال المنزلية) التي تساعد المعاق عقليا على الاستقرار داخل أسرته والاعتماد على النفس.

6-2- مهارات تنمية العلاقات الإاجتماعية وتشمل:

تنمية العلاقات الاجتماعية بالوالدين والأسرة والأصدقاء والزلاء وكيفية التواصل معهم والتدريب على التعاون معهم وكسب مودتهم وتكوين العلاقات الطيبة معهم.

6-3- مهارات الترفيه عن النفس:

وهي مهارات يحتاج الهيا الفرد المعاق عقليا وتشمل مهارات الترويح عن النفس في الأسرة والانخراط في الأندية الرياضية والتدريب على استعمال النقود والمحافظة عليها.

7- تكتسب مهارات الحياة اليومية أهميتها بالنسبة للطفل معاق عقليا من خلال النقاط التالية:

- تساعد مهارات الحياتية الطفل على مواجهة مواقف الحياة المختلفة والقدرة على التغلب على مشكلات الحياة اليومية والتعامل معها بحكمة.
- ممارسة مهارات الحياة اليومية في مختلف المواقف تشعر الطفل بالفخر والاعتزاز والثقة بالنفس.
- يتوقف نجاح الطفل المعاق في حياته بقدر كبير على ما يمتلكه من مهارات الاستقلالية وخبرات حياتية ومن ثم فهي مهمة لتحقيق النجاح في الحياة.
- تساعد المهارات الاستقلالية على الربط بين الدراسة النظرية والتطبيق للطفل وذلك لكشف الواقع الحياتي.
- تضمن مهارات الحياتية على المساعدة بصورة أو بأخرى في زيادة الدافعة وحافز، الطفل في التعلم. (الشهاوي 2016، 203-204).

8- أشكال المهارات الاستقلالية:

لقد تعددت أشكال المهارات الاستقلالية لدى المعاقين ذهنيا وتتمثل المهارات الأساسية فيمايلي:

8-1- تناول الطعام:

تعد هذه المهارة إحدى المهارات الاستقلالية الرئيسية التي يعتمد إتقانها على عدد من العوامل مثل العمر الزمني، درجة الإعاقة، طبيعة الأطعمة وقد ذكر الروسان وهارون (2001) أن الهدف العام من تنمية مهارات تناول الطعام لدى الأفراد ذوي التخلف العقلي هو تعويدهم على إطعام أنفسهم باستقلالية، وقيامهم بالأنماط السلوكية الاجتماعية المناسبة ذات العلاقة بمهارات تناول

الطعام كاستعمال أدوات المائدة، تناول الطعام في الأماكن العامة والمشروبات وأدوات المائدة. (الشمري، 2008، 34).

8-2- الملابس:

تعد مهارة الملابس من بين المهارات الأساسية التي تمكن الأفراد ذوي التخلف العقلي البسيط والمتوسط من الاستقلالية الذاتية في ارتداء الملابس وخلعها والمحافظة على نظافتها كما تعتبر هذه المهارة مطلب سابق لتعليم الفرد مهارة استخدام دورة المياه فإن لن يكتسب مهارة ارتداء الملابس وخلعها فإنه لن يتمكن من تحقيق مهارة استخدام دورة المياه بنجاح. (يحيى، 2006، 61).

8-3- استخدام دورة المياه:

تعد مهارة استخدام دورة المياه من المهارات الاستقلالية الهامة حيث يعد عدم إتقان هذه المهارة أحد اهم العقبات الأساسية، وتطور هذه المهارة يتطور تبعاً لتسلسل نمائي محدد ويستغرق وقت أطول في عملية التدريب، وقد يرجع التأخر في اكتساب المهارة إلى مشاكل عضوية أو نفسية إلا أن الثابت علمياً أن هذه المهارة تتطور بشكل ملحوظ في حالة تقييم البرامج التدريبية المنظمة والهادفة من قبل معلم الطفل وأسرته.

8-4- النظافة الشخصية:

مهمة لأنها مرتبطة بالسلامة الصحية للفرد وتقبل المحيطين له، وتهدف هذه المهارة إلى تدريب هذه الفئة على اختلاف درجاتهم لفهم وإدراك مبادئ الصحة والنظافة العامة في حياتهم اليومية ومساعدتهم على حماية أنفسهم عن طريق تنمية العادات الصحية، وأنماط السلوك الصحي ومساعدتهم على معرفة كيفية تجنب المشكلات الصحية والاجتماعية والوقائية منها.

8-5- المظهر العام:

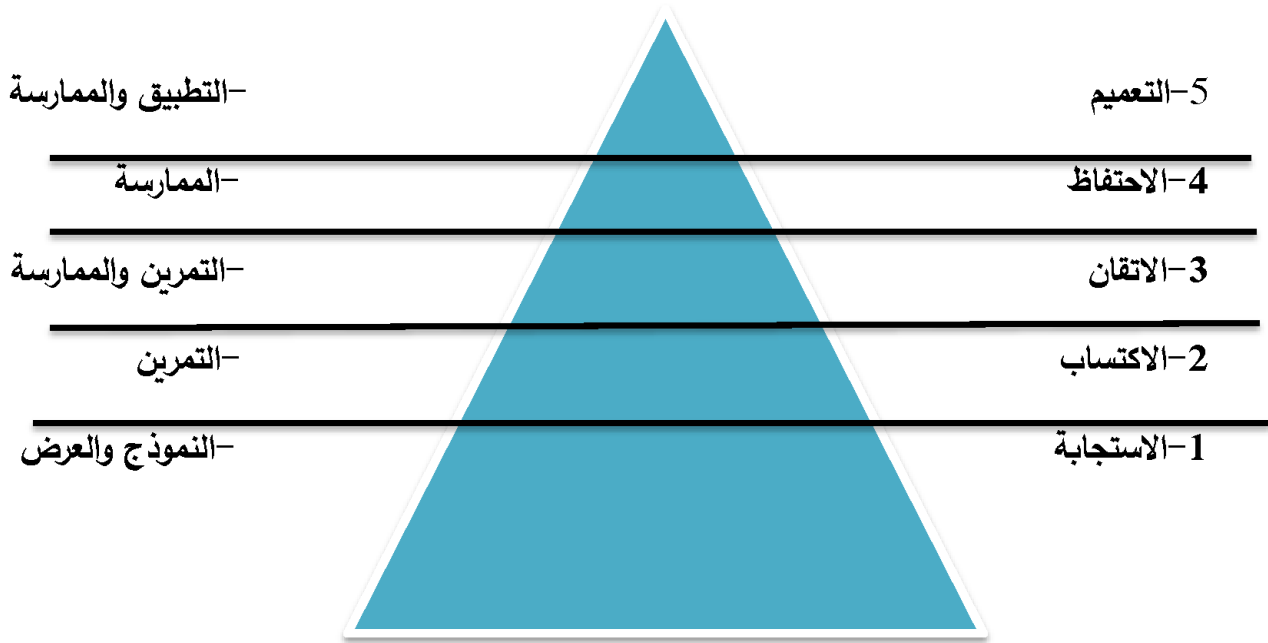
يعد المظهر العام بعداً مهماً يساهم في استقلاليتهم وتفاعلهم مع الآخرين بصورة طبيعية، حيث أن المظهر الجيد أحد العوامل الأساسية لتقبلهم. (الشمري، 2008، 35).

8-6- التنقل:

تعد مهارة التنقل من المهارات الاستقلالية التي يتوجب تعليمها للأفراد ذوي التخلف العقلي وأطفال متلازمة داون إذ يساهم إكسابهم لهذه المهارة تعويدهم على تحمل المسؤولية وتنمية الثقة بالنفس وتشجيعهم بالتعرف على قواعد السلامة والمرور أثناء التنقل بين الأماكن ومرافق الخدمات في المجتمع مثل المدرسة والعمل والمستشفى وأماكن البريد. (يحيى، 2006، 63).

9- المراحل العامة لتعلم المهارات الاستقلالية للأفراد ذوي التخلف العقلي:

تعد أهمية تعلم المهارات الاستقلالية للأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد كغيره من المهارات التكيفية والأكاديمية والوظيفية التي تتم وفق عدد من المراحل الأساسية حيث تتيح هذه المراحل الخاصة للمعلم التخطيط العام والتنظيم قبل البدء في تدريب هذه الفئات على عدد من المهارات فقد ذكر ماكد ونيل (1996) أن أهمية تعلم أي مهارة لا بد أن تسير على نمط النموذج العام لمراحل التعلم الثلاث الأساسية وهي مرحلة (الاكتساب، الاحتفاظ، التعميم كما أوضح هارون (2001) نموذجا لمراحل ومستويات تعلم و إتقان أي مهارة و الذي اقترحه كل من هارنج وجنتري.



شكل (01) يوضح نموذج هارنج وجنتري لمراحل تعلم وإتقان الطفل المهارات.

9-1- مرحلة الاستجابة: يقصد بها استجابة الطفل من خلال انتباهه للنموذج المعروض أمامه هذه أول مرحلة للتعلم لذا يجب الحرص على جذب انتباه المتعلم نحو النموذج او الهدف المعروض أمامه وتقديم المثيرات بطريقة منظمة وهادفة لضمان الحصول على الاستجابة الصحيحة.

9-2- مرحلة الاكتساب: يقصد بها تعليم وتدريب الطفل على المهارة المستهدفة، حيث تشمل هذه المرحلة تطبيق جميع أساليب التدريب المختلفة والتي قد تكون تلقينات، نمذجة، تشكيل سلوك، تعزيز، تسلسل او تغذية راجعة.

9-3- مرحلة الإتقان: يقصد بها قدرة التلميذ على إتقان المهارة المستهدفة وذلك من خلال إنجازة للتمرينات والتطبيقات المقدمة له وبالكيفية والمعيار المحدد له مسبقا، بالإضافة إلى قدرة الطفل على ممارسة التمارين والأنشطة المترجة من الأسهل إلى الصعب في المهارة المكتسبة.

9-4- مرحلة الاحتفاظ بالمهارة: وهي القدرة على الاحتفاظ بالمهارة لمدة طويلة وتخزينها في الذاكرة ويتم ذلك من خلال الأنشطة العلمية المختلفة والمتنوعة. (الشمري، 2008، 38).

9-5- مرحلة التعميم: ان الطفل المعاق يواجه مشكلة إذا اختلف الموقف التعليمي حيث الأدوات المستخدمة (الحجم، الشكل، اللون) المكان (البيت، الفصل، الشارع) الشخص (الأسلوب) لذا لابد من تعميم المهارة على كل المواقف المشابهة لأننا نتجاهل ذلك ونفترض ان الطفل سيقوم بذلك بمفرده. (عبد المنعم، 2007).

نستخلص مما سبق ذكره أن تدريب الأطفال ذوي الاعاقة العقلية على المهارات الاستقلالية يتبع النمط العام لتعلم أي مهارة ، لذا ينصح القائمون على تدريب أفراد هذه الفئة على المهارات الاستقلالية ضرورة مراعاة تلك المراحل الأساسية العامة للتعلم والتدريب، ولكي يتم ذلك لابد التركيز على أهمية اكتساب هؤلاء الأفراد للمهارات من خلال استخدام الأساليب والاستراتيجيات التدريسية التي تتناسب مع الخصائص العامة لهم، بالإضافة إلى متابعة احتفاظهم بالمهارات المكتسبة من خلال استراتيجيات التكرار بعد تمام التعلم ، ومتابعة المعلم سلوكيات الأفراد بعد تعلمها، ومدى تطبيقهم للمهارات المكتسبة في مواقف أخرى جديدة .

10- أساليب التدريب على المهارات الاستقلالية:

من أبرز الأساليب التعليمية التي نستند عليها في تدريب الأطفال المتخلفين ذهنيا وهي كالتالي:

10-1- تحميل المهمة:

أي تجزئة السلوك إلى الاستجابات التي يتكون منها، بمعنى تجزئة المهارة أو المهمة إلى خطوات سهلة يمكن للطفل ان يتعلم إنجازها، وبعد ذلك يتم ترتيب الاستجابات والخطوات ترتيبا منطقيا بدءا من الاستجابة الأولى في السلسلة السلوكية وانتهاء بالاستجابة الأخيرة، وبعد تعلم الاستجابة الأولى وإتقانها ننتقل إلى الاستجابة الثانية والثالثة وهكذا إلى أن، يتعلم الطفل المهارة بشكل منطقي وسليم. (يحيى، 2006، 54).

10-2- التلقين:

هو نوع من المساعدة المؤقتة يستخدم لمساعدة الطفل على إكمال العمل بالطريقة المنشودة وعندما يعجز الطفل عن أداء عملية ما. يمكن اللجوء إلى تلقينه وكلما تعلم الطفل أداء العملية التي يتعلمها يتم التخفيف من التلقين بالتدرج حتى يتوقف تماما، وهناك ثلاثة أنواع من التلقين:

- التلقين الإيمائي: ويمثل الإشارة والنقر والإشارة المتتابعة وإشارة التنبيه والتصفيق.
- التلقين اللفظي: ويكون باستخدام الكلمات إذا كان الطفل يفهم اللغة بشكل جيد.
- التلقين الجسدي: بالمساعدة الجسدية المتكاملة بمسك اليد أو المساعدة الجزئية مع استخدام المساعدة اللفظية، أو الإيمائية.

10-3- النمدجة: يستخدم مصطلح النمدجة ليشير إلى سلوك الفرد الذي نلاحظه أي الذي يعمل كنموذج، أما التقليد فانه مصطلح للدلالة على سلوك المتعلم الذي يلاحظ سلوكا معينا ويقوم بتقليده وهو يعكس الأداء. في حين يطلق مصطلح التعلم بلا ملاحظة للدلالة على التعلم الذي يحدث من ملاحظة الآخرين، وقد يكون الأداء في هذه الحالة لاحقا ولا يشمل على التقليد الفوري.

وتعرف النمدجة " بانها عملية موجهة إلى تعليم الفرد كيف يسلك، وذلك من خلال الإيضاح". (عبد المعطي، نمر، شاش، 2013، ص 192).

أو هي "التغير الذي يحدث في سلوك الفرد نتيجة لملاحظة السلوك الآخرين"، فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية مرغوبة كانت أو غير مرغوبة من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، وتسمى عملية التعلم هذه بمسميات مختلفة منها:

التعلم بالملاحظة، التعلم الاجتماعي، التقليد، التعلم المتبادل. نستنتج أن النمدجة تعتبر من بين المهارات الاجتماعية للسلوك التكيفي الذي يتدرب عليها الأطفال وهي تختلف عن التقليد كونها تعمل كنموذج وتهدف إلى تعليم الطفل الملاحظة والإيضاح.

10-4- التعزيز: ويعرف بانه أي حدث سار يتبع سلوكا مرغوبا، ويعمل على تقوية احتمالية تكرار مثل هذا السلوك في مرات لاحقة هذا ووفق هذا التعريف يمكن النظر إلى التعزيز على أنه حالة سارة أو مثير مرغوب فيه يرتبط بعلاقة زمنية معينة مع السلوك بحيث يعمل على المحافظة بالسلوك المستهدف وزيادة احتمالية ظهوره لاحقا ويوجد نوعان من التعزيز هما:

10-4-1- التعزيز الإيجابي: عبارة عن إضافة مثيرات مرغوبة أو سارة بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة، مما يؤدي إلى زيادة حدوث هذا السلوك مستقبلا.

10-4-2- التعزيز السلبي: عبارة عن إزالة المثيرات غير المرغوبة أو المؤلمة بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة، مما يؤدي إلى زيادة حدوث هذا السلوك مستقبلا. (الزغول، 2003، 83).

10-5- التعلم باللعب:

من أبرز الطرق واستراتيجيات المناسبة لتعلم الأطفال المعاقين عقليا وأطفال متلازمة داون، فمن خلالها يصبح للطفل دور إيجابي يتميز بكونه عنصر نشط وفعال لما يتسم هذا الأسلوب من التفاعل بين الكفل والمربي وذلك من خلال أنشطة وألعاب تعليمية تم إعدادها بطريقة علمية منظمة. (بطرس 2010، 132).

11- إجراءات التدريب على المهارات الاستقلالية:

تعتبر المهارات الاستقلالية من المهارات الرئيسية ويعتمد إتقانها على عدد من العوامل منها العمر الزمني ودرجة الإعاقة واهتمام الأهل بتدريب الطفل وتهيئة الظروف التعليمية المناسبة، ويبدو أن تعلم هذه المهارات أمرا سهلا بالنسبة للأطفال العاديين، لكن الأمر ليس كذلك بالنسبة للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، فتعلم هذه المهارات يتطلب إتباع العديد من الإجراءات بطريقة منظمة لتحقيق الاستقلالية الجزئية أو الكلية ومن هذه المهارات:

11-1- أولا التدريب على مهارة تناول الطعام:

➤ يتم تجزئة أو تقسيم الوجبة الصغيرة إلى أجزاء أصغر، ويتم تقديم كل جزء في كل ساعة أثناء اليوم، حيث توفر هذه الطريقة نوع من الإثارة للتدريب نظرا لأن الطفل يكون جائعا بنسبة قليلة وبالتالي تتم المحافظة على الدافعية، ويعنى هذا أن كل جزء من الوجبة الكاملة لا يجب أن يستغرق أكثر من (15) دقيقة.

➤ مما ينصح به أن تعقد جلسات التدريب في مكان تناول الطعام (المنزل)، ولكن ليس في أوقات الوجبات المنتظمة حيث تكون هناك المشتتات.

➤ نطلب من الطفل وضع أحد يديه على حجره ما لم تكن كلتا يديه مطلوبتين لقطع الطعام بالسكين، ويجب ألا تبدأ جلسة التدريب حتى يضع الطفل يده في حجره طواعية أو لا يقاوم تحفظ والديه بشأن اليد التي لا تحمل الملعقة، وهذا الإجراء يقلل فرص القبض على الطعام.

➤ عندما يتم اختيار سلوك الهدف (على سبيل المثال الأكل بالملعقة ممسكاً إياها بالأصابع وراحة اليد إلى أعلى) يتم استخدام توجيه يدوي بطيء وخفيف جداً للتأكد من أن استجابة محددة أنجزت من قبل الطفل بلع نحو صحيح، يجب ألا يقوم الوالد بالاستجابة الصحيحة للطفل، ولكي نمنع هذا يجب ألا تكون يد الطفل رخوة في قبضة الوالد، وأيضا ألا يستخدم الوالد قيداً أو تحفظاً أكثر مما هو ضروري.

➤ يجب أن يبدأ التدريب بأن يقبض الوالد أو المعلم أو مدرب المنزل بيده حول الطفل ويوجهه الاستجابة الكاملة لكي يحقق النجاح في اتجاه سلوك الهدف، عندما يمسك الطفل بنفسه أداة الأكل؛ فإن الوالد يقلل تدريجياً من ضغط يده على يد الطفل، ويقوم بلمسة رقيقة، ومن النجاح المتزايد يتحول التوجيه والضغط

يد إلى الساعد، عندما يتم المحافظة على النجاح عن طريق اللمسة الخفيفة على الساعد، ويتقدم الوالد بيده ويطبها على كتف الطفل ثم على أعلى الظهر، ويتم الإبقاء على لمسة رقيقة ما لم يكن مطلوباً المزيد من التوجيه إن هذا المجهود ينكر الطفل بان هناك حركات غير ملائمة من جانبه.

➤ لا بد من التوقف عن أداؤها وبصفة عامة يستمر هذا الإجراء حتى لا يرتكب الطفل المزيد من الأخطاء، ويتم اختيار " سلوك الهدف " التالي للتدريب.

➤ يتم تقديم كل أداة من أدوات الأكل على نحو منفصل في جلسة التدريب، ويجب تقديم نوع واحد من الطعام بحيث يكون مناسباً للأداة الموضوعية بعد تقديم كل أداة بصفة مستقلة، ويتمكن الطفل منها، وبالتالي يمكن تقديم مجموعات مختلفة من الطعام تتطلب أكثر من أداة واحدة مثل المناديل والسكاكين والشوك. يتم إعطاء الطفل قدر كبيراً من التعزيز المعنوي مقابل جهوده الأولية في الإمساك بالأداة وملئها بالطعام في سياق الأكل، وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل (أنس) عندما يلتقط الأداة أو عندما ينقلها إلى الطبق وهكذا. (سوسن الجلي، 2005، 350).

➤ يجب أن يتحدث الوالد أو المعلم مع الطفل على نحو مشجع، وبصفة مستمرة طوال جلسة التدريب، وينقل إليه ما يدور حوله بلطف، وكما يمتدح بإخلاص كل جهد صادق يبذله الطفل نحو إنجاز استجابة الأكل المستقلة، ويضمن هذا أن جلسة التدريب سوف تكون معززة إيجابياً وذات مغزى بالنسبة للطفل.

➤ يجب تقديم تشكيلة من المعززات وعدم الاعتماد على معزز لفظي واحد، كما أن المدح اللفظي يجب أن يكون ساراً ومخلصاً، واللمس أيضاً يمكن أن يكون معزراً قوياً وكذلك معانقة الطفل عندما يؤدي أداءً حسناً واستخدام تعبيرات الوجه الدالة على الاستحسان، خاصة إذا كان الطفل ضعيف السمع.

➤ عندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدى بعض المقاومة يتم استخدام التوجيه اليدوي، وكما وصف من قبل لتقديم الاستجابة الملائمة، كما يجب تجنب الإساءة اللفظية أو المضايقة نظراً لأنه تركز الانتباه على السلوكيات المقاومة وغير الملائمة.

➤ يتم إيقاف الطفل بصورة بدنية عند ارتكاب الأخطاء الواضحة في جلسة التدريب على سبيل المثال عندما يحاول وضع الطعام في فمه بدون أداة تناول الطعام لأن السماح له للقيام بذلك يعوق اتساق وثبات التدريب، ويسبب اضطراب الطفل، والتباس الأمر عليه بحيث لا يستطيع تمييز ما هي الاستجابات الصحيحة. عندما يحدث خطأ ما يجب أن يتم تدريب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح، وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء الوجبات اللاحقة.

➤ يجب أن يتقدم التحسن التدريجي في معايير تناول الطعام، فعندما يستطيع الطفل مسك وملء الأداة في التدريب المبكر يجب أن يصل الطعام إلى فمه " مباشرة " بعض النظر عن تساقط القليل منه عند هذه النقطة.

➤ ما دام الطفل قد تمكن من إستخدام الأداة فإنه سوف يتعلم تجنب سكب الطعام أو إسقاطه لاضطراره إلى تنظيف موضع سقوط الطعام بنفسه، وعندئذ يجب على الوالد أو المعلم عدم تصحيح الأخطاء أو تنظيف تلك المواضع بعد تلك الأحداث المؤسفة.

➤ يجب أن يستمر التدريب حتى يصب التعلم كاملاً وثابتاً، وعندما يبدأ التدريب يجب أن يكون أحد الوالدين موجوداً في كل وجبة لأن أخطاء الطفل في تناول الطعام تثبت، وترسخ بدون إشراف.

➤ يجب أن يكون التدريب متسقاً بين كل وجبة، وهذا يعنى أن كل الطعام الضروري للتدريب يجب أن يكون متاحاً فإذا كان الطفل تعلم تناول الأطعمة بالأصابع على سبيل المثال، حينئذ يجب أن تتوفر تلك الأطعمة في كل وجبة. (ايريل بالنازار، 1999، 45).

11-2- ثانياً: إجراءات التدريب على مهارات الشرب:

➤ يتم تقديم السوائل في كأس أو كوب بطريقة مثيرة تشجع الطفل على التدريب، وهنا يستطيع الوالد أو المعلم أو المدرب أن يحمل الكأس أو الكوب للطفل.

➤ ينصح أن يكون تناول السوائل في أوقات مناسبة على سبيل المثال (بعد الوجبات) حتى يستجيب الطفل للتدريب.

➤ نطلب من الطفل أن يحمل الكأس بيديه، وأن يبلع السائل بطريقة ملائمة.

➤ يتم استخدام التوجيه اللفظي للطفل حيث نوجهه بأن لا يقطر السائل أو يسيل لعابه أثناء الشرب.

➤ نطلب من الطفل الاحتفاظ بالسائل في وضع عمودي حيث يحتفظ الطفل بالسائل في فمه أثناء الشرب من الكأس أو الكوب في وضع الجلوس.

➤ يتم ملامسة الطفل للكأس عند الشرب بيد واحدة أو بكلتا يديه.

➤ عندما نجد مقاومة من الطفل وعدم إتباعه للتعليمات يتم استخدام التوجيه اليدوي وذلك لتقديم الاستجابة الملائمة، كما يجب تجنب الإساءة اللفظية والمضايقة.

➤ تدريب الطفل على الشرب من الكأس أو العصائر بالشفافة بدون مساعدة حيث يتعامل الطفل مع الكأس والشفافة بنفسه باستخدام أحدي يديه أو كليهما ويرفع الكأس من على المنضدة بنفسه مع استخدام بعض التوجيهات اليدوية له حتى يصل إلى الهدف.

➤ يتم إعطاء الطفل قدراً كبيراً من التعزيز اللفظي والاجتماعي على مجهوداته الأولية وتشجيعه بصفة مستمرة طوال جلسة التدريب.

نطلب من الطفل عدم انسكاب أي سائل أثناء الشرب من الكأس أو أثناء شطف العصائر بعيداً عن المنضدة

وعدم انسكاب أي شيء من الكأس أثناء رفعه من على المنضدة حيث ينقل الطفل الكوب أو الكأس

مستخدماً كلتا يديه دون أن يفقد أي سائل قبل أن يصل إلى فمه، وكذلك توجيهه أن يتبع هذا أيضاً عند

إعادة الكأس إلى المنضدة (بالنازار: 1999، ص، 26).

11-3- ثالثا إجراءات التدريب على مهارة ارتداء الملابس وخلعها:

➤ يختار المدرب مكانا مريحا ومألوفًا للطفل ويكون هادئا وخاليا من المقاطعات، وقبل البدء في التدريب يجب ملاحظة الطفل لدقائق قليلة، فإذا كان الطفل متقلب المزاج ومنصرف بشكل غير عادي ومضطرب انفعاليا يجب تأجيل التدريب، وعندما تكون الأمور متاحة يبدأ المدرب في التدريب وذلك بأن يجعل الطفل يقوم بخلع ملابسه بالكامل ثم يجعله يقوم بارتدائها.

➤ يتم تجزئة المهارة إلى أجزاء، حيث يتم ارتداء القميص أولا ثم البنطلون، وكذلك عند الخلع مع إعطاء الطفل فترات راحة بين الارتداء والخلع.

➤ ينصح أن تعقد جلسات التدريب في حجرة الملابس في المنزل.

➤ عندما يتم اختيار سلوك الهدف-على سبيل المثال-ارتداء القميص يستخدم توجيهه يدوي بطيء وخفيف جدا للتأكد من أن استجابة محددة أنجزت من قبل الطفل على نحو صحيح.

➤ يجب تقديم كل أداء من أدوات الملابس على نحو منفصل، وفي جلسة التدريب يجب تقديم نوع واحد من الملابس بحيث يتقبلها الطفل ويكون قادرا على أدائها، وبعد تقديم كل أداء بصفة مستقلة وتمكن الطفل منها يتم تعزيز الطفل لفظيا.

➤ يجب إعطاء الطفل قدرا كبيرا من التعزيز اللفظي مقابل جهوده الأولية في ارتداء الملابس وخلعها وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل " حسنا "، عندما يرتدي القميص أو عندما يخلعه وكذلك البنطلون.

➤ يجب أن يتحدث المعلم والوالد مع الطفل على نحو مشجع وبصفة مستمرة طوال جلسة التدريب وينقل إليه ما يدور حوله بلطف، كما يمتدح بإخلاص كل جهد صادق يبذله الطفل نحو إنجازه لاستجابة الارتداء والخلع المستقلة.

➤ يجب على المعلم والوالد أن ينوع في استخدام المعززات حتى لا يشعر الطفل بالملل، كما أن المدح اللفظي يجب أن يكون مشجعا، واللمس أيضا يكون معززا قويا.

➤ عندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدي بعض المقاومة يستخدم التوجيه اليدوي كما وصف من قبل لتقديم الاستجابة الملائمة، ويجب تجنب الإساءة اللفظية أو المضايقة عندما يقع الطفل في خطأ ما يجب أن يتدرب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء خطوات الارتداء والخلع اللاحقة.

➤ يجب أن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملا وثابتا وحتى يستطيع الطفل إنجاز المهمة المحددة بنجاح من خلال أداء كل مراحل الارتداء والخلع بنفسه. (بالتازار: 1999، ص26).

11-4- رابعا إجراءات التدريب على القيام بعملية الإخراج:

➤ قبل أن البدء في برنامج التدريب يجب أن يخضع الطفل للفحص الطبي؛ فقد توضح الدراسة البولي تناسلية إحدى المشاكل التي تمنع الطفل من التحكم في أمعائه أو مثانته من حين لآخر، ومن ثم تكون

العملية الجراحية الإصلاحية ضرورية، وقد تبين من الفحص الفونولوجي أو اختبار وظيفة الكلية لهو دليل إضافي على وجود اختلال وظيفي جسمي، وأحيانا نجد أن الدواء يساهم في عدم انتظام عمل الأمعاء أو المثانة.

- يجب أن تكون جلسات التدريب طويلة بقدر الإمكان في كل يوم.
- يجب إعطاء السوائل قبل التدريب بحوالي ساعة واحدة، وذلك لضمان أن جلسة التدريب تبدأ باستجابة إخراجية ناجحة، وينبغي توفير معززات الحلوى وغيرها من الأشياء التي يمكن أكلها وذلك لتعزيز الطفل على الإخراج بصورة ملائمة، وكذلك المحافظة على جفاف ملابسه، وتكون المكافأة صغيرة في حالة اكتشاف جفاف البنطلون وكبيرة في حالة الإخراج الملائم، وعندما تشمل المكافأة المديح اللفظي يحدث تأثير تعزيزي إضافي، وبعد أيام قليلة لا تكون هناك حاجة لإعطاء المكافآت المادية، كما أكدنا من قبل أنه يجب تقديم المعززات وفقا للخطوات المعطاة في عملية الإخراج لوقتي النهار أو الليل.
- مراعاة توافر أنواع عديدة من المكافآت.
- يجب إعطاء المكافآت للسلوك الصحيح فورا، وهذا هو السبب في أن الاكتشاف الفوري للتبول أمر هام.
- ربط المكافأة بالاستجابة الصحيحة، وعند عدم ظهور الاستجابة تحجب المكافأة، فحين يرتبط السلوك الصحيح بالمكافأة؛ فإن الطفل سوف يريد الإخراج عندما يجلس على المراض.
- يمكن التخلص من الاستجابة غير الصحيحة عندما يقدم الوالد مباشرة رد فعل لفظي سليم ويجب تقديم ذلك باتساق وثبات، وكذلك بطريقة لفظية، وبدعم إعطاء مكافأة وعلى العكس عندما تعطى استجابة صحيحة يجب تقديم المدح اللفظي اللافت للنظر مع المكافأة.
- إذا حدث التبول على نحو غير منتظم (نادر أو غير متكرر) أثناء النهار، فيجب القيام بعرض الطفل على الطبيب للتحكم، وتنظيم عملية الإخراج نتيجة لزيادة تكرار التبول، ويجب إعطاء الطفل فرصة أكبر للتعلم.
- تقليل الأحداث المفاجأة على نحو أكثر تكرارا إذا كان الطفل يرفض ترك موقف اللعب، أو أن يمشي مسافة كبيرة إلى المراض، هذه المواقف تعوق برنامج التدريب، ومن ثم يجب تقليلها ولذلك فإن التدريب يجب أن يتم أولا في الحمام.
- في بداية المراحل الأولى من التدريب يكون الإرشاد الجسمي أمرا هاما، ولكن يجب ألا يستخدم بعد رسوخ التدريب الأولي، ويتم الإرشاد مع تقديم المكافآت الملائمة، ويقل تكراره حتى يختفي تماما وكما ذكرنا من قبل فإن هذه العملية التدريجية لخفض تكرار الإرشاد والإثابة تسمى التلاشي ("Fading").

11-5- خامسا النظافة الشخصية:

تتضمن النظافة الشخصية، غسل اليدين والوجه، وتجفيف اليدين والوجه بالفوطة، تنظيف الأسنان بالفرشاة وتمشيط الشعر، والهدف من النظافة الشخصية تدريب الطفل للمحافظة على نفسه أنيقا ومنظما، وتوفير أساس للقيام بذلك بصفة مستقلة.

11-6- إجراءات التدريب على النظافة الشخصية:

-إن ألفة الطفل بالأشياء المستخدمة في عملية التدريب على النظافة الشخصية مهمة جدا، إن الاستخدام والعرض الفعلي للشيء ليس هو الأمر المفيد فقط، ولكن المفيد أيضا هو أين يجب أن يوضع هذا الشيء في حالة عدم استخدامه، ومن الأشياء التي يجب أن يألفها الطفل هي، الصابون ومنشفة صغيرة للوجه، وصنبور، ومشط، وفرشاة للشعر، وفرشاة ومعجون أسنان وزجاجة عطر.

-تساعد كل من الإشارة (تسمية الأشياء)، والإرشاد (غرض الاستخدام) أمرين مهمين في عملية التدريب.

-الدقة في تسمية الشيء، ومعرفة ما يقوم به من الأمور المساعدة جدا في تقليل الالتباس والغموض لدى الطفل، ويعد هذا صحيحا بصفة خاصة عندما تكون الأشياء متشابهة مثل المنشفة أو مناديل الورق.

-يتراوح التعزيز عند أداء المهام من المديح اللفظي وإيماءات الاستحسان إلى الاتصال الجسمي الذي يبدي المودة، وتكون المكافآت المادية ملائمة عندما يظهر الطفل بنجاح استخدام الشيء أو احدى المهارات الخاصة، كما يتحقق أيضا إجراء خفض التعزيز التدريجي والمنتظم (التلاشي)، واستخدام التعزيز في مهام التعلم الجديدة، على سبيل المثال استخدام أحد الأدوات الموجودة في قائمة النظافة الشخصية، وذكر اسم هذه الأداة مع الإشارة إليها، وإظهارها بوضوح خلال توجيه يد الطفل إليها (على سبيل المثال استخدام فرشاة الشعر) ويعرض عليه كيف يقوم بتمشيط شعره من خلال نموذج الفيديو والمعلمة وتوجيهه أن يستخدمها، وطمأنته بصورة لفظية أثناء استخدامه لها، وعند انتهاء المهمة إذا كانت الاستجابة ناجحة يعطي مكافأة مادية ولفظية.

يجب تكرار هذا السياق حتى تنخفض كمية التوجيه اليدوي واللفظي مع كل طلب، وبالطبع كل خطوة تعطي مديحا لفظيا وإيماءة مختصرة من العطف والحنان، وكل مهمة يعطى لها مكافأة مادية مع تعزيز لفظي وإيماءات من العطف والحنان. (بالتازار: 1999، ص 30).

11-7- صعوبات في أمن الذات:

➤ ترى ليلي عبد الفتاح (20، 1990) أن الأمان بالذات يعني المحافظة على حياة الأفراد من خطر الحوادث في أي مكان مثل حوادث المعامل والمنازل والمصانع والشوارع.

➤ تشير لمياء أحمد (1997، 8) أن الأمان بالذات يعني تربية أفراد الأسرة على اختلاف أعمارهم على التكيف مع البيئة المنزلية، وكيفية التعامل مع المستجدات المنزلية بأمان مما يجعلهم يحافظون على حياتهم وممتلكاتهم وعلى حياة الآخرين.

➤ ترى حنان رستم (2001، 36) أن الأمان بالذات يهدف إلى إكساب الطفل خبرات ومهارات لازمة للمحافظة على سلامته الشخصية وسلامة الآخرين بجانبه من خلال تدريبه ومعايشته لبعض المواقف والظواهر التي يمكن أن يتعرض لها خارج أو داخل المدرسة والمنزل حتى يتمكن من تفادي أو تقليل حجم الأضرار والخسائر التي يتعرض لها.

11-8- إجراءات التدريب عن امن الذات:

- معرفة دراسة العوامل والأسباب المؤدية لوقوع الحوادث من البداية بمختلف إشكالها.
- ضرورة تعليم الأمان لجميع الأطفال من خلال تدريبهم إجباريا في المدارس أو المنزل أو الجمعيات من خلال استراتيجيات مختلفة، ومناسبة للتعامل مع الأخطار.
- ضرورة تعليم الأطفال كيفية إدراك الأخطار التي يتعرضون لها من مواقف حياتهم اليومية حتى يكونوا معدين لذلك، ومن ثم يتجنبوا الحوادث.
- تقديم برامج التوعية للآباء من قبل وسائل الإعلام.
- يتم التفاعل والتبادل بين الجمعيات الخاصة بالأطفال المعاقين والمنزل فيما يخص سلوك الطفل المنذر بالخطر.
- التعزيز المستمر لسلوك الطفل الأمني ايجابيا أو سلبيا لتأكيد السلوك الايجابي ومنع السلوك السلبي.
- اصطحاب الأطفال في جولة للمناطق التي تقع خارج المنزل، والتي قد يكون فيها خطر فيتم توعيتهم نحو هذا الخطر حتى يأخذوا حذرهم إذا تعرضوا لهذا الخطر مرة ثانية. (ربيع سلامة، 2005، 225).

12- خلاصة الفصل:

من خلال استعراضنا في هذا الفصل حول المهارات الاستقلالية لدى الاطفال المعاقين ذهنيا والأساليب والمراحل العامة لاكتساب هذه المهارات يتبين أن هذه المهارات ضرورية جدا لاستقلالية الفرد وعدم اعتماده على مساعدين كما أنها تزيد من تكيفه داخل المجتمع وجميع المواقف التي يتعرض لها في حياته اليومية، فهي أساسية لتعلم المهارات الأخرى، ولذلك أطفال المعاقين ذهنيا يحتاجون لبرامج لتنمية هذه المهارات ليعيشوا حياتهم بشكل طبيعي.

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن الإعاقة الذهنية
2. مفهوم الإعاقة الذهنية
 - 1.2. تعريفات الإعاقة الذهنية
 3. تعريف السلوك التكيفي
 4. الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي
 5. نسبة إنشار الإعاقة العقلية
 6. أسباب الإعاقة الذهنية
 - 1.6. العوامل المسببة للإعاقة العقلية قبل الولادة
 - 2.6. العوامل المسببة للإعاقة العقلية أثناء الولادة.
 - 3.6. العوامل المسببة للإعاقة العقلية بعد الولادة
 7. تصنيف فئات الإعاقة الذهنية
 - 1.7. تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.
 - 1.1.7. فئة التخلف العقلي البسيط
 - 2.1.7. فئة التخلف العقلي المتوسط
 - 3.1.7. فئة التخلف العقلي الشديد.
 - 4.1.7. فئة التخلف العقلي الحاد.
 - 2.7. التصنيف التربوي.
 - 1.2.7. القابلون للتعليم.
 - 2.2.7. القابلون للتدريب.
 - 3.2.7. من يحتاجون إلى رعاية وحماية.
 - 3.7. التصنيف الطبي.
 - 1.3.7. الاستسقاء الدماغي.
 - 2-3.7. المنغولية.

- 3.3.7. القزامة او القصاع
- 4.3.7. حالة صغر الدماغ او الجمجمة.
- 5.3.7. حالة كبر الجمجمة.
- 6.3.7. حالات الفنيل الكيتونيوريا.
8. خصائص الإعاقة الذهنية.
 - 1.8. الخصائص الجسمية.
 - 2.8. الخصائص العقلية
 - 3.8. الخصائص الشخصية.
 - 4.8. الخصائص اللغوية
 9. تشخيص الإعاقة الذهنية
 - 1.9. معايير التشخيص حسب DSM-5.
 - 2.9. معايير التشخيص حسب DSM-4.
 - 3.9. خطوات التعرف على المعوق عقليا.
 - 1.3.9. التشخيص الطبي.
 - 2.3.9. التشخيص النفسي.
 - 4.3.9. التشخيص الاجتماعي
 - 5.3.9. التشخيص التربوي.
 10. الوقاية من الاعاقة الذهنية.
 - 1.10. الوقاية الأولية.
 - 2.10. الوقاية الثانوية.
 - 3.10. الوقاية من الدرجة الثالثة.
 11. العلاج.
 - 1.11. العلاج الطبي للإعاقة الذهنية.
 - 2.11. العلاج التربوي للإعاقة الذهنية
 - 3.11. العلاج النفسي للإعاقة الذهنية.
 12. خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر ظاهرة الإعاقة العقلية من الظواهر المألوف وجودها على مر العصور ولا يكاد يخلو مجتمع ما منها، ويعود الاهتمام بها، في ميادين متنوعة مثل: علم النفس والتربية والطب والقانون ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع. (مرسي عبد العظيم شحاتة، 1990، ص 20).

وقبل التعرف على الإعاقة الذهنية لابد للإشارة بأنه هناك عدة مصطلحات للتخلف العقلي (الذهني) المستعملة في البحوث العربية والغربية:

➤ (L'idiot /Arrière /Débiles /Déficiences L'imbécile /capés)

➤ أما المراجع فتستعمل مصطلحات: التخلف العقلي، الإعاقة العقلية، الإعاقة الذهنية، الضعف العقلي، التأخر العقلي ويرجع التعدد في المصطلحات إلى ظروف الترجمة إما ترجمة حرفية أو حسب المفهوم أو حسب المضمون .

وبشكل عام فإن مصطلح الإعاقة الذهنية ينطبق على نفس الأشخاص الذين سبق تشخيصهم بتأخر عقلي فيما يخص التصنيف والمستوى والنوع ومدى الحاجة إلى الخدمات والدعم. لذا فإن كل شخص يتم أو سبق، تشخيصه بالتأخر العقلي ينطبق عليه أيضا تشخيص الإعاقة الذهنية. (Schalock et al 2007)

وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى: لمحة تاريخية عن الإعاقة الذهنية، مفهوم وتعريف الإعاقة الذهنية، وخصائص المعاقين ذهنيا، تصنيف الإعاقة الذهنية، أسباب الإعاقة الذهنية، تشخيص الإعاقة الذهنية والعلاج.

1. لمحة تاريخية عن الإعاقة الذهنية

تعتبر مشكلة المعاقين ذهنيا ورعايتهم واحدة من المشكلات الاجتماعية التي تمتد جذورها إلى العصور القديمة والوسطى إلى أن وصلت إلى الوضع الذي هي عليه في العصر الحديث ولكن تختلف أساليب الرعاية ونوعيتها حسب الوضع السياسي والاقتصادي والاجتماعي والديني والذي كان سائدا في كل عصر من العصور. (عبد الله محمد، 1996، ص 85)

ففي العصور القديمة عانى المعاقون في كثير من الأمم من الاضطهاد والإهمال فكانوا يتركون للموت جوعا (محمد سيد فهمي 2002 ص 236). وكان هذا الاضطهاد والحرمان والإهمال ناتج عن المعتقدات الخاطئة والخرافات التي كانت سائدة في ذلك الوقت حيث الأعمى ظلام والظلام شر والمجزوم هو الشيطان بعينه ومرضى العقول هم أفراد تقمصتهم الشياطين والأرواح الشريرة. (إبراهيم عبد الهادي محمد، 2002 ص 231).

ففي العصور الإغريقية كان المعاقون ذهنياً يعاملون معاملة قاسية فأحياناً كانوا عرضة للسخرية والذل والاحتقار، وأحياناً يتركون لحالهم حتى الموت، حيث اعتبر الإغريق أن المعاق ذهنياً غير صالح للحياة ويجب التخلص منه في مرحلة الطفولة، وقد دعا أفلاطون إلى التخلص من هذه الفئة إما بالنفي أو النبذ والطرده خارج البلاد وحرمانهم من كافة الحقوق والواجبات المتاحة للعاديين. (عدنان ناصر الحازمي. 2007. ص 20)

أما عند الرومان فقد كانوا أكثر تسامحاً في رعاية المعاقين ذهنياً وقد حظوا باهتمام، وذلك بسبب اعتقادهم بأن المعاق ذهنياً يمكن علاجه ويعتبرون أن الصلاحية الجسدية والعقلية مهمة جداً أما في العصور المسيحية الأولى تغيرت النظرة على المعاقين ذهنياً حيث أصبحت أكثر إنسانية إذ وفرت الأماكن الخاصة للإيواء المعاقين ذهنياً ورعايتهم، غير أن سرعان ما عادت النظرة القديمة نحو تلك الفئة في بداية العصور الوسطى حيث استخدم المعاقون ذهنياً كوسيلة للتسلية والترفيه لأبناء الطبقة الحاكمة في بعض المجتمعات الأوروبية.

وأما في العصر الإسلامي فقد شهد المعاقون بجميع فئاتهم كل مظاهر العون والرعاية والتقبل من المجتمع كما نهى الإسلام عن السخرية بأي فرد كائن من كان بسبب ما ألم به من نقص وبذلك أعتبر المجتمع الإسلامي أو المجتمعات التي قدمت برامج الرعاية ووفرت لهم كل سبل العيش الكريم والاندماج مع أفراد المجتمع. (محمد سيد فهمي، نفس المرجع، ص 236).

ومع عصر النهضة الحديثة وما صاحبه من ثورات إصلاحية ظهرت حركات الاهتمام بالمعاقين والبحث عن سبل لرعايتهم وذلك منذ صدور قانون الفقر في المملكة المتحدة 1601 والذي أعتبر أول اهتمام حكومي بالمعاقين حيث قدم القانون الدعم المالي للمعاقين وعلاج مشكلة البطالة، ومع بدايات القرن التاسع عشر بذلت الولايات المتحدة الأمريكية جهوداً كانت موجهة للإشباع احتياجات المعاقين حيث أنشأت أول مدرسة لتعليم الصم 1817 بهارفورد ومدرسة المكفوفين 1832 وتأسيس الجمعية الأمريكية لتخلف العقلي 1876، كما أنشأت أول مستشفى خاص بالمعاقين ذهنياً عام 1960 وفي تلك الفترة ازداد الاهتمام بالمعاقين ذهنياً في فرنسا خاصة حيث أنشئت العديد من الملاجئ ودور الرعاية لهذه الفئة. (أسماء سراج الدين هلال. 2009. ص 16)

2. مفهوم الإعاقة الذهنية:

يختلف مفهوم الإعاقة الذهنية باختلاف وجهات نظر العديد من الباحثين، حيث أصبح مصطلح الإعاقة الذهنية يستخدم بشكل متزايد كبديل لمصطلح التأخر العقلي .

ويتم تعريف الإعاقة الذهنية بأنها حالة توقف/عدم اكتمال النمو الذهني ، وتتسم بخلل في المهارات التي تظهر خلال مرحلة النمو والتطور والتي تساهم في مستوى ذكاء الطفل بما في ذلك القدرات الإدراكية ،اللغة،المهارات الحركية ،القدرات الاجتماعية(World Health Organization, WHO, 1992) .

2-1- تعريف الإعاقة الذهنية:

وينص التعريف الحديث للإعاقة الذهنية على انها: " مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط بدرجة ملحوظة والتي تؤدي الى تدني في تعدد في مظاهر السلوك التكيفي وتظهر في مراحل العمر النمائية." يختلف مفهوم الإعاقة الذهنية باختلاف وجهات نظر العديد من الباحثين، وأهم الاتجاهات التي أسهمت في تنوع تعريف الإعاقة الذهنية منها الاتجاه الطبي والاتجاه الاجتماعي والاتجاه السيكومتري والاتجاه التربوي.

2-2- وفيما يلي سنعرض بعض التعريفات للإعاقة الذهنية (العقلية):

2-2-1- يعرفه كريمان بدير 2004:

بأنه قصور جوهري في الوظائف العقلية، وهذه الإعاقة تميز بمعدلات ذات دلالة تظهر في الوظائف العقلية ونسبة الذكاء، ويرتبط هذا القصور بالنشاط الذي يقوم به الفرد، ويكون مؤثرا على أهم وظيفتين عقليتين، وهما: الاتصال العقلي والعناية الشخصية، وكذلك الوظائف الاجتماعية والصحة. (بدير، 2004: 94) ويشير هذا التعريف إلى أن الوظائف العقلية تقل عن المعدل العادي للطفل العادي.

2-2-2- تعريف قسم الصحة (2008) :

فيعرف الإعاقة العقلية على أنها مشكلة تطويرية تظهر أثناء سنوات نمو الطفل أي من (0-18) وهي حالة التي يكون بها ذكاء الطفل وقدرته على التكيف هي أقل بكثير من المستوى المتوسط من أقرانه. (Département of Health, 2008) .

2-2-3- وتذكر الجمعية الأمريكية ديسمبر (1992) :

في تعريفها للإعاقة العقلية على أنها حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح يوجد متلازما مع جوانب قصور ذات صلة في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية

التالية :التواصل، العناية بالذات، والحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية، وقت الفراغ، ومهارات العمل وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن 18 سنة. (فرج، 2007 105)

2-2-4- ومن التعريفات الحديثة التي ظهرت في الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وخاصة لدى جروسمان ودول

(Doll Grossman) والتعريفات المعدلة للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :

(American Association for Mental retardation) عام 1993 (عبد الرشيد، 2011: 21).

2-2-5- تعريف جروسمان: 1973- 1983

وهو مفهوم الثاني الذي تبنته الجمعية الأمريكية للضعف العقلي في دليلها الذي أصدرته في عام 1973 والذي أعيد عامي 1977 و1983، بنفس الصياغة، وهذا بعد أن أعادت النظر في المفهوم الذي جاء به جروسمان.

على أن التخلف العقلي هو: حالة تشير إلى الأداء الوظيفي دون المتوسط بشكل واضح في العمليات العقلية مع عجز أو قصور في السلوك التكيفي ويظهر ذلك أثناء الفترة النمائية من حياة الفرد. (فتحي السيد عبد الرحيم، 1981، ص 15).

2-2-6- تعريف إدجار دول:

حيث عرفها بأنها الشخص المتخلف عقليا لا يكون قادرا على التكيف الاجتماعي، وغير قادر على ممارسة أي مهنة ولا يستطيع أن يدير أمور حياته دون الآخرين، وأنه دون الأسوياء في القدرة العقلية (الذكاء) كما يظهر تخلفه منذ الولادة في سن مبكرة ويظل متخلفا عقليا عند بلوغه سن الرشد.

2-2-7- تعريف هيبير (Heber) (1961): فقد عرف الإعاقة العقلية على أنها تمثل مستوى الأداء العقلي الذي يقل عن مستوى الذكاء العادي أو المتوسط بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية وحتى سن 16 سنة. (عبد الرشيد 2011: 22).

2-2-8- وقد عرف كمال مرسي/ 1996 :

يعرف التخلف تعريفاً أقرب للشمول حيث يرى أن المتخلف العقلي هو: حالة بطء ملحوظ في النمو العقلي تظهر قبل سن الثامنة عشر يتوقف فيها العقل عن اكتمال نموه وتحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية بيئية معا ويستدل عليهما في انخفاض مستوى الذكاء العام لدرجة كبيرة، عن المتوسط ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبهما أو ينتج عنهما. (الزغبى 2003، ص 106/ 107).

2-2-9- تعريف (نبيه إبراهيم 1999) للمعاقين ذهنياً:

الفرد المعاق ذهنياً هو الذي يكون مستوى عمره العقلي أقل بكثير من عمره الزمني وهذا مقارنة مع أقرانه الذين هم في مثل عمره، وهذه بعض العلامات التي يمكن من خلالها التعرف على الفرد المعاق ذهنياً:

- قصور في المكتسبات الأولية مثل الجانبية والتوجه الزمني والمكاني...
- قصور في العمليات العقلية العليا كالذاكرة والإدراك والذكاء والانتباه...
- التأخر في النمو النفس حركي: مثل التأخر في الجلوس والمشي والوقوف والنطق والحبو وضعف التآزر الحركي العضلي وغيرها.
- استمرار التصرفات الصبغانية حيث يكون التعبير عن رغباته في مستوى أصغر بكثير من سنه.
- اضطرابات نفسية مختلفة كالقلق والاكتئاب مع تقلب المزاج بين أقصى درجاته من فرح وحزن وهذا لأسباب بسيطة ودون سبب حتى.
- غياب التجريد ومرونة التفكير والواقعية . (نبيه إبراهيم إسماعيل، 1999، ص 20).

3- تعريف السلوك التكيفي:

يشير السلوك التكيفي إلى الاستقلال الذاتي وقدرة الشخص على تحمل المسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في عمره، ومن مجموعته الثقافية، ويقاس السلوك التكيفي بأدوات عديدة من أهمها مقياس السلوك التكيفي الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، الذي يقاس الجزء الأول منه الجوانب الآتية: الأداء المستقل، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأرقام والوقت، النشاط المهني، التوجيه الذاتي، تحمل المسؤولية، النضج الاجتماعي. (البواليز، 2000، صفحة 82).

نلاحظ من التعاريف السابقة وإنما هو حالة تشير إلى مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي ينخفض عن المتوسط انخفاضاً ذا دلالة مرتبطاً بسلوك الفرد التكيفي وتظهر آثاره في مراحل النمو المختلفة.

ومن خلال التعريفات السابقة نستنتج من أن أغلبها يتفق على أن الإعاقة الذهنية هي حالة تصيب عقل الإنسان في سن مبكرة من الميلاد فتصيبه بالتأخر أو القصور أو عدم الاكتمال أو الضعف أو الانخفاض أو البطء في النمو أو كلهم جميعاً، ويستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء عن المتوسط العام، مع وجود خلل في مظهرين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي وهي حالة غير قابلة للشفاء. وأن الإعاقة الذهنية ليست مرضاً وتختلف تماماً عن المرض العقلي.

4- الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي: تختلف الإعاقة العقلية عن المرض العقلي اختلافا واضحا من عدة جوانب: يمكن توضيحها في الجدول التالي:

X	الإعاقة العقلية (الذهنية)	المرض العقلي
01	يرجع في معظمه إلى اسباب وراثية او عوامل جينية	يحدث نتيجة تأثيرات بيئية ولا دخل للوراثة او العوامل الجينية في حدوثه
02	حالة تحدث عند الولادة او قبلها يولد بها الطفل وتظهر في مراحل العمر النمائية	يحدث في مرحلة العمر المتوسطة ولا يحدث في الطفولة
03	حالة يصعب علاجها (حتى الان) إذ يصاحبها تلف في خلايا المخ والخلية المخية التي تتلف لا تعوض ولا تعالج	مرض وليس حالة ويمكن علاجها بالعقاقير بالتحليل النفسي او بالصدمة الكهربائية
04	يصاحبها بعض التشوهات الجسمية او الاضطرابات النفسية	ليس له تأثيرات جسمية ولكن بعض الحالات يصاحبها تغير في بنية الشخصية مثل انفصام الشخصية

(جدول رقم " 01 " الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي).

5- نسبة إنتشار الإعاقة العقلية:

التخلف العقلي ظاهرة منتشرة في كل دول العالم ولم يسلم منها مجتمع من المجتمعات الإنسانية لكن نسبة انتشارها تختلف باختلاف التأثيرات البيئية. فالمجتمعات المتقدمة بما لديها من إمكانات وتقنيات وأدوات قياس وأجهزة تسهم في عمليات التعلم وظروفها الاجتماعية التي لا تحتم زواج الأقارب تقل فيها نسبة الإعاقة العقلية أما المجتمعات النامية التي تفتقر الى هذه الإمكانيات وينفشى فيها الجهل وينخفض فيها المستوى الثقافي والتعليمي والصحي وعاداتها في زواج الأقارب تكثر فيها حالات التخلف العقلي.

وتشير الدراسات التربوية الحديثة الى ان نسبة المتخلفين عقليا في مجتمع ما تصل الى 3% من عدد السكان والجدير بالذكر ان معظم هذه الدراسات اعتمدت الذكاء كوسيلة لقياس القدرات العقلية. ولو روعي السلوك التكيفي للأفراد والعوامل الثقافية والصحية والعمر الزمني في تحديد نسبة الإعاقة لانخفضت نسبة الى 1% وعلى أي حال فقد أوضحت هذه الدراسات ان نسبة انتشار التخلف العقلي في الدول المتقدمة تبلغ 2.5% بينما في الدول النامية تصل 5%. وفي دراسة أجرتها هيئة اليونيسكو عام 1981 م تبين ان نسبة الانتشار في الدول العربية تتراوح بين 2.27% الى 3.8%. (عبد الفتاح عبد المجيد. 2011. ص.357. ص.358).

أما في الجزائر تشير اخر الإحصائيات ان عدد المتخلفين عقليا قد بلغ 6603 شخص ما يمثل 6% وهذا طبقا للتعداد السكاني لسنة 1998 في حين كشف الديوان الوطني للإحصاء عن تواجد 200 الف شخص من ذوي الإعاقة الذهنية سنة 2011 و هذا التزايد يمكن تفسيره أيضا بظاهرة زواج الأقارب وهذا ما أكدته الدراسات و التحقيقات التي أجرتها الاتحادية الجزائرية لتطوير الصحة والمحيط العلمي كل 04 سنوات عبر 12 ولاية و التي شملت 26000 ام و من اهم النتائج التي توصلت اليها ارتفاع نسبة زواج الأقارب بمعدل 38 بالمئة و الذين نتج عنه 423 معاق ذهني وسمعي . (جزايرس.2010).

6-أسباب الإعاقة الذهنية:

أهتم العديد من الباحثين بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية، وعلى الرغم من تحديد كثير من هذه الأسباب، إلا أنه مازال هناك عوامل أو أسباب لم يتم التوصل إليها حتى الآن. توضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروف ، وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة ، والتي لها أسبابا متعددة، فهناك عوامل جينية وراثية تكون سببا رئيسيا ويجب تجنبها والوقاية منها ، وهناك عوامل غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة ، فالزواج من الأقارب ، والزواج المبكر ، وانتشار الأمية وانخفاض مستوى التعلم ، وخروج المرأة للعمل والفقر وارتفاع معدلات الإنجاب كلها تعتبر من اسباب الإعاقة التي من السهل الوقاية منها. (السباعي، 2004، ص36).

6-1-أسباب ما قبل الولادة:

يمكن تقسيم العوامل المسببة للتخلف العقلي في مرحلة ما قبل الولادة إلى مجموعتين من العوامل كما يلي:

6-1-1-العوامل الجينية: تتمثل العوامل الجينية في عاملين قد يتسببان في إحداث حالة الإعاقة العقلية لدى المولود.

6-1-2-الوراثة: يقصد بالوراثة انتقال صفات معينة من جيل سابق إلى جيل لاحق، أو هي كل ما يأخذه الفرد عن والديه عن طريق ما يسمى " بالكروموزومات "التي لها أهمية كبرى في تكوين الفرد إذ تتوقف عليها العوامل الوراثية. (الزهيري، 1998، ص 237).

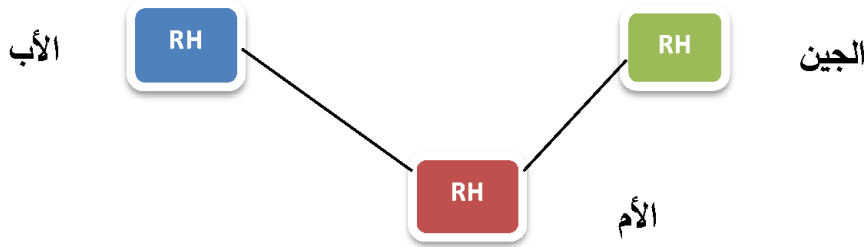
ويمكن تفسير دور العوامل الوراثية في نقل الصفات الخاصة بالقدرة العقلية حسب نوع الصفات الوراثية لكلا الأبوين، فيما يلي إذا كانت سائدة أو ناقلة أو متنحية. الخلايا يوجد بها 23 كروموزوم، 46 للأب و46 للأم.

➤ الخلل الذي قد يحدث أثناء انقسام الخلية الجنسية:

في عام 1959 اكتشف (Lejeune) مع مجموعة من الباحثين الفرنسيين وجود كروموزوم زائد في الخلايا الجسمية للمصابين بهذه الأعراض، أي أنهم يحملون 47 كروموزوم بدلا من 46 كروموزوم، وقد تبين أن 90% تقريبا ترجع هذه الزيادة إلى وجود ثلاثة كروموزومات تحمل الرقم 21 أما أسباب وجود هذا الكروموزوم الزائد فغير معروفة تماما من الناحية الطبية، ولكن لوحظ أن هناك ارتباطا طرديا ما بين ازدياد عمر الأم وبين ازدياد احتمال إنجابها لأطفال مصابين بهذه الحالة.

6-1-3- اختلاف العامل الرايزيسي (RH) :

تدل التجارب التي أجريت على عدد كبير من المجتمعات لمعرفة مدى انتشار العامل الرايزيسي بصفة سائدة حيث أشارت هذه الدراسات ان حوالي 85% من المجتمعات البشرية يوجد بها هذا العامل بصفة سائدة و15% فقط هم من لا تحتوي دماءهم على هذا العامل بصفة سائدة ويؤدي اختلاف العامل الرايزيسي بي الام والأب (أي إذا كان الأب يحمل عامل الرايزيسي موجب والام تحمل عامل الرايزيسي سالب). أما الجنين فسوف يحمل عامل الرايزيسي موجب بسبب سيادة العامل الموجب حسب قانون مندل في الوراثة وهذا ما يوضحه الشكل (3).



الشكل (3) اختلاف العامل الرايزيسي بين الام والأب

وبسبب هذا الاختلاف الرايزيسي للام والجنين تتكون أجسام مضاد في دم الام وتعمل هذه الأجسام على مهاجمة كريات الدم الحمراء عند الجنين مما يؤدي الى تكسير دم الجنين وحدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي وهذه الحالة تحدث للطفل الثاني وليس للطفل الأول الذي يخرج سالما حتى مع اختلاف العامل الرايزيسي بين الام والطفل حيث الام تحتفظ بالأجسام المضادة في جسمها عد انفصال الحبل السري للوليد حيث يختلط دم الام ودم الجنين بعد الحمل الأول. وتطور الطب الحديث تغلب على هذه المشكلة عن طريق حقن الام بآبرة تحتوي مادة (Gamaolobuin) بعد الولادة ب 72 ساعة وتعمل هذه المادة على وقف إنتاج الأجسام المضادة لدى الام. (كوافحة وعبد العزيز 2003 ص 68 ص 69).

وتعرف هذه الحقنة أيضا ب (Anti D).

6-1-4-العوامل غير الجينية:

تشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين فتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة. وفيما يلي عرض لأبرز هذه العوامل:

6-1-5-الأشعة:

تؤثر الأشعة تأثيرا ضارا بالجنين إذا تعرض لها وعمره أقل من ثلاث أشهر وقد اكتشف ذلك في الثلاثينات من هذا القرن، عندما كان يعالج سرطان الرحم بالأشعة عند بعض النساء الحوامل فأدى ذلك إلى تعرض الأجنة للإصابة بحالة صغر الرأس وأنواع أخرى من التشوهات وقد أكد ذلك ما حدث في هيروشيما ونجازكي، وكذا التجارب التي تم إجراؤها على الحيوانات المعرضة للأشعة في فترة الحمل. وعلى ذلك فإن أثر هذه الأشعة يتوقف على عدد من العوامل أهمها:

جرعة أو حجم الأشعة.

➤ العمر المرحلة العمرية الذي يتعرض فيه الفرد إلى تلك الإشعاعات. (ماجدة السيد عبيد: 2000 ص63).

6-1-6-الحصبة الألمانية:

تعتبر من أخطر الأمراض التي يمكن أن ينتقل تأثيرها من الأم إلى الجنين، ويعتبر Mcalistar Gregg هو أول من اكتشف تأثير هذه الحصبة على الجنين وذلك عام 1941، وقد شهد العالم انتشار هذا المرض بصورة وبائية حيث كان لانتشاره في أمريكا عام 1964 أثار خطيرة أدى إلى وفاة أو إصابة أكثر من 50000 طفل بأضرار بالغة الخطورة.

6-1-7- تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل:

تعتبر العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية سببا رئيسيا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة. ومن الأدوية التي قد تؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين، الأسبيرين وبعض المضادات الحيوية والأنسولين والهرمونات الجنسية والأدوية الخاصة بعلاج الملاريا والحبوب المهدئة. ويبدو تأثير هذه الأدوية في التشوهات الخلقية أو خلل في الجهاز العصبي المركزي، كما يؤثر التدخين والغازات بشكل عام إلى نقص واضح في وزن الجنين، أما تعاطي الكحول فيبدو في مشكلات نمو الجنين وحالات صغر حجم الدماغ بالإضافة إلى مشكلات في التأزر فيما بعد الولادة. (مرسي، 1990، صفحة 102).

6-1-8- الإصابة بالزهري:

وقد قلت احتمالات الإصابة به في الوقت الحاضر بشكل ملحوظ حيث أن كثير من الأمهات أصبحنا يخضعن في فترة الحمل لرعاية طبية والتي تتطلب تحليل الدم مما يسمح للطبيب بالتعرف على ما يحمله من أمراض معدية، وغالبا ما تموت الأجنة التي تحملها الأمهات المصابات قبل موعد ولادتها، أما ما يولد منها فيحتمل إصابته بالتخلف الذهني. (رمضان محمد القذافي، 1995، ص 32).

6-2- العوامل المسببة للإعاقة العقلية أثناء الولادة :

6-2-1- نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة:

قد تؤدي حالات نقص الأكسجين لدى الأجنة أثناء عملية الولادة إلى موت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات، ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين، كما تتعدى الأسباب الكامنة وراء نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين، كحالات التسمم أو نقص المشيمة، أو طول عملية الولادة أو عسرها أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على عملية تنشيط عملية الولادة.

6-2-2- الالتهابات التي تصيب الطفل: Infections:

تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات وخاصة التهاب السحايا (Meningitis) من العوامل الرئيسية في تلف وإصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته، أو إلى إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات. (رمضان محمد القذافي: 1996- ص 33).

6-2-3- إصابة الجسدية والدماغ:

قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات الجسدية أثناء عملية الولادة بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة لإخراج الجنين في حالة الولادة العسيرة (فاروق الروسان، 1998) وفي بعض الحالات يؤدي الضغط الشديد لهذه الأدوات على دماغ الجنين إلى إصابة المخ، فيصاب الطفل أثناء عملية الولادة بالإعاقة العقلية (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000).

6-3- العوامل المسببة للتخلف العقلي ما بعد الولادة:

قد يولد الطفل ولادة طبيعية ومع هذا يكون عرضة للإصابة بالإعاقة العقلية إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤدي دماغه وجهازه العصبي في مرحلة الرضاعة والطفولة، ومن بين هذه الأسباب نجد ما يلي:

6-3-1- التهاب المخ:

تشير " انتصار يونس" إلى أن " هذا الالتهاب ينتج عن دخول فطريات أو طفيليات أو فيروسات أو بكتيريا إلى المخ فتتلف خلاياه وتسبب الإعاقة العقلية أو أي أنواع أخرى من الإعاقة ". (انتصار يونس، 2000، ص 428).

6-3-2- الأمراض والالتهابات:

كثيرا ما يتعرض الطفل وخاصة في السنوات الأولى من عمره إلى عدد من الأمراض، وقد يكون من نتائج ارتفاع درجة حرارة الطفل، وخاصة في حالات السحايا، والحصبة والتهاب الجهاز التنفسي... الخ، وقد يؤدي ارتفاع درجة حرارة الطفل إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل وبالتالي إلى الإعاقة العقلية.

6-3-3- سوء التغذية:

قد أشرنا إلى أهمية التغذية الجيدة للأم الحامل أثناء فترة الحمل، وأثر ذلك على نمو الجنين، وعلاقة ذلك بالإعاقة العقلية، كما تبدو أهمية التغذية الجيدة أيضا بعد عملية الولادة، إذ يشكل سوء التغذية وخاصة في المناطق الفقيرة سببا رئيسيا من أسباب حالات الإعاقة العقلية، ومن هنا كان من الضروري أن يتضمن غذاء الطفل بعد الولادة على المواد الرئيسية اللازمة لنمو الجسم كالمواد البروتينية والكربوهيدراتية والفيتامينات خاصة فيتامين A، B6، B12، D.

6-3-4- الحوادث والصدمات:

تعتبر الحوادث والصدمات الجسمية والتي تؤثر بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سببا رئيسيا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية، وما يصاحب ذلك من نقص في الأوكسجين أو تلف للخلايا الدماغية.

6-3-5- العقاقير والأدوية: ويقصد بذلك مجموعة العوامل التي قد تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي. (الروسان، 1997، ص 93).

6-3-6- العوامل البيئية والحرمان من الخبرات البيئية:

ويتمثل في نقص الخبرات والمثيرات المعرفية والثقافية، أو نتيجة لظروف اقتصادية أو نفسية أو اجتماعية سيئة يمر بها الفرد، وغالبا ما يؤدي الحرمان البيئي إلى تخلف عقلي بسيط. (السرطاوي وسيسال، 1992).

7- تصنيف الإعاقة العقلية (الذهنية):

تعتبر كل من درجة القصور في الأداء العقلي والسلوكي التكيفي، هي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة العقلية عند الأفراد، فهما يشيران إلى الاختلاف الواسع في المهارات والقدرة ضمن فئات الإعاقة

العقلية المختلفة، بحيث يمكن القول بأن فئات الإعاقة العقلية المختلفة إنما هي فئات أو مجموعات غير متجانسة، وهذا التعميم يعتمد على آخر ما توصلت إليه البحوث الخاصة بالأفراد، الذين يظهرون قصورا في الوظائف العقلية والاجتماعية. (القمش، 2011، ص 35)

وأشارت معظم التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية الى أربعة مستويات رئيسية للإعاقة العقلية هي:

- البسيطة (Mild):
- المتوسطة: (Moderate)
- الشديدة: (Severe)
- والعميقة (Profound)

وعلى الرغم من وجود اختلاف في درجة الأداء العقلي أو السلوك الاجتماعي بين هذه الفئات الأربع، إلا أنه يجب التأكيد أيضا على أن هناك فروقا واسعة بين أفراد الفئة الواحدة، تماما كما هو الحال بالنسبة للأفراد العاديين حيث يتوافر عدد كبير من المتغيرات التي تؤثر على الأفراد نفسيا وجسميا، وذلك في مستوياتهم المختلفة وعبر مراحل حياتهم المختلفة، ومن هذه المتغيرات وجود إعاقة أخرى مصاحبة حسية أو جسمية أو مشاكل مرتبطة بالصحة العامة، أو المؤثرات الأسرية، أو مدى توافر الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية. (الصماوي، وآخرون، 2003، ص 50).

أما عن تصنيف الإعاقة العقلية تقدم لنا أدبيات الموضوع ثلاثة فئات من التصنيفات للإعاقة العقلية:

7-1-1- التصنيف الأول: تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: اعتمدت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نسبة الذكاء فهي ترى أنه يمكن تقسيم المتخلفين عقليا إلى أربعة (04) فئات اعتمادا على نتائج اختبارات الذكاء مثل، اختبار ستانفورد— بينيه واختباراتها للذكاء وقد حدد ذلك جروسمان 1983 وهذه التقسيمات هي:

7-1-1-1- فئة التخلف العقلي البسيط/ Mild mental Rotardation: وحسب هذا المعيار تكون هذه الفئة للأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين (55-70) على اختبار الذكاء.

7-1-1-2- فئة التخلف العقلي المتوسط / Modrate mental Rotardation:

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين (40-55) على اختبارات الذكاء.

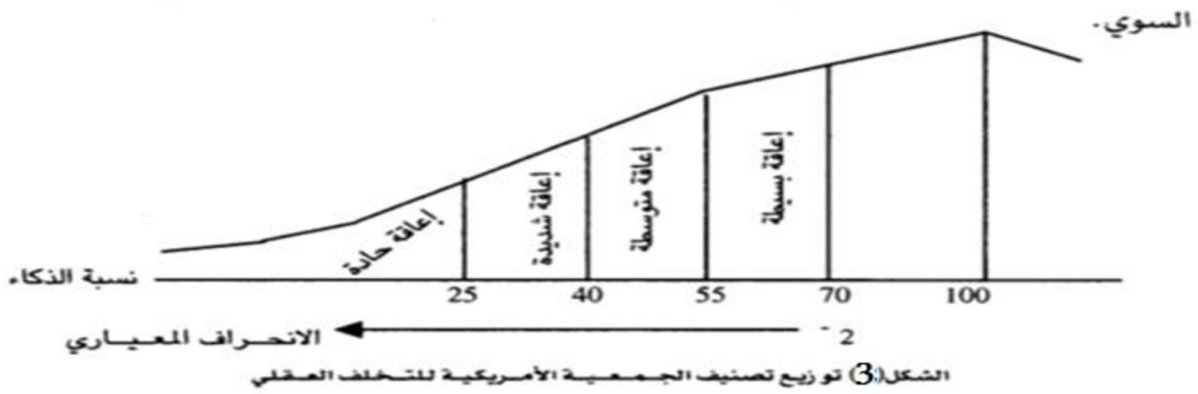
7-1-1-3- فئة التخلف العقلي الشديد / Severe mental Rotardation:

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين (25-40) على اختبارات الذكاء.

7-1-1-4- فئة التخلف العقلي الحاد: / Profonnd mental Rotardation:

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء متدنية جدا تقل عن 25 على اختبارات الذكاء. (كوافحة وعبد العزيز 2003 ص63).

ويمثل الشكل رقم (3) توزيع تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على المنحنى



7-2-2- التصنيف الثاني: التصنيف التربوي / Educational Classification:

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة العقلية إلى الأقسام التالية وذلك حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية وهذه الأقسام هي:

7-2-2-1 القابلون للتعلم: / **Educable mentally Retarded** وهم من تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (55-75) درجة على مقياس الذكاء وهذه الفئة تقع ما بين بطيئي التعلم والمتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة، وهم من يستطيعون تعلم بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب.

7-2-2-2 القابلون للتدريب / **Trainable mentally Retarded**: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (25-55) درجة على مقياس الذكاء، وهذه الفئة غير قادرة على تعلم المهارات الأساسية مثل القراءة والكتابة والحساب، ولكن يمكن تدريبهم على القيام ببعض المهارات الأساسية مثل العناية بالنفس واللباس والقيام بالأعمال البسيطة التي تتطلب ذكاء بسيطاً.

7-2-2-3 من يحتاجون إلى رعاية وحماية / **Costodial**: وهم الأفراد من ذوي التخلف العقلي الشديد أو الحاد ويطلق عليهم الأشخاص الاعتماديون وهم غير القادرين على تعلم حتى المهارات الأساسية كالاعتماد على النفس في اللباس، وغير ذلك، وهؤلاء يحتاجون إلى متابعة ورعاية دائمة. (كوافحة وعبد العزيز 2003 ص62)

7-3-3- التصنيف الثالث: التصنيف الطبي / Medical Classification:

هذا التصنيف يعتمد الخصائص الإكلينيكية المميزة لفئة التخلف العقلي ويتضمن الفئات التالية:

7-3-3-1 الاستسقاء الدماغي / **Hydrocephalic**: سميت هذه الحالة بهذا الإسم لوجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ. أي ما بين القشرة الدماغية والدماغ، أو خارج القشرة الدماغية. في هذه الحالة تعتمد الإعاقة على سرعة إكتشاف هذا السائل فإذا تم إكتشافه مبكراً يمكن سحبه بعملية جراحية، أما

إذا تأخر إكتشافه فإنه يعرض الشخص للإصابة بالإعاقة العقلية لأنه ليسمح بالنمو بشكل سليم. (كوافحة وعبد العزيز 2003 ص63).

من الخصائص المميزة لحالة استسقاء الدماغ :كبر محيط الجمجمة، اضطراب في الحواس، خاصة البصر والسمع وجود نوبات من الصرع واضطراب النمو والتوافق الحركي. (سرية، 2006 ص23).

وترجع أسباب هذا المرض الى حدوث عدوى مؤثرة أثناء الحمل مثل الزهري والالتهاب السحائي مع وجود عوامل وراثية مؤثرة. (إبراهيم وآخرون، 2008، ص 90).

7-3-2- المنغولية / Mongolism: ترجع تسمية هذه الحالة لأعراض دون نسبة الى الطبيب الإنجليزي DOWN وهو أول من اكتشف هذه الحالة حيث لاحظ خلال عمله في إحدى مؤسسات رعاية المعاقين عقليا في و.م.أ أن عدد كبير من نزلاء المؤسسة يتشابهون في كثير من الملامح الجسمية. (إبراهيم وآخرون 2008 ص69)

تتميز بخصائص جسمية واضحة تشبه ملامح الجنس المنغولي ويصاحبها بله أو عته، وسبب هذه الحالة اضطراب الإفرازات الداخلية عند الأم بداية الحمل خاصة إذا كانت كبيرة السن، أو شذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد من نوع (Y) نتيجة لإضطراب تكويني في البويضة بحيث الطفل المنغولي يكون لديه 47 كروموزوماً والطفل العادي 46 كروموزوماً. (الطائي، 2008، ص238)

أما الخصائص العقلية تتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسط والبسيط على حيث تتراوح نسبة الذكاء ما بين 70/45 على منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ويعني ذلك قدرة هذه الفئة على تعلم مهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات ومهارات التواصل اللغوي، والمهارات الشرائية والمهنية، ويمكن تضيف هذه الفئة ضمن فئة الأطفال القابلين للتدريب. (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص 109).

أما الخصائص اللغوية، يكون الكلام عند الطفل المنغولي متأخر والصوت خشن والنمو والتأزر الحركي مضطرب ويلاحظ الترهل الحسي بصفة عامة. ويكون الطفل المنغولي كذلك لطيف ودود ومرح نشط اجتماعيا .

يحب التقليد والدعاية مبتسم يجب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض الأطفال السعداء. (سرية، 2006، ص 21).

7-3-3- القزامة أو القصاع / Cretinism:

هي حالة ضعف عقلي وهي تتصف بقصر القامة بدرجة كبيرة وملحوظة. فقد لا يصل طول الفرد إلى 90 سم مهما كان عمره الزمني لذا يطلق عليها اسم القزامة ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن مستوى نكاه البلهائه والمعتوهين. (السيد رمضان 1995، ص 253).

ومن أبرز الخصائص المميزة لهذه الحالات قصر القامة والنمو المتأخر شعر الخشن والخفيف. الشفتان الغليظتان واللسان المتضخم. الرقبة القصيرة والسميكة الجلد الجاف والغليظ والمجدد وخاصة الجفنين والشفتين والأطراف القصيرة. (لعجال فتيحة، 2004 ص 71).

والبطن البارزة المستديرة والحركة البطيئة والنمو الجين المتأخر والكسل الواضح والصوت الخشن أما الغدة الدرقية فهي غائبة غالبا مع وجود تورم شحمي في الرقبة. (السيد رمضان، المرجع نفسه، ص 253).

ما فيما يخص الخصائص الاجتماعية والانفعالية ففي العادة يكون الأطفال هادئون متلبدون انفعاليا. (سهير كامل أحمد، 1998، ص 88)

وقد أثبتت الدراسات أن هذه الحالة ترجع إلى نقص في هرمون الغدة الدرقية وهذا يؤدي إلى تلف في المخ ولذلك فالعلاج المبكر هو خلاصة إفرازات هذه الغدة الذي يدوم مدى الحياة وهذا بحقنه باستمرار لمنع هذه الحالة من الوقوع. (لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره، ص 71).

7-3-4- حالة صغر الدماغ أو الجمجمة / Microcephalic :

هي حالة تخلف عقلي ولادي تتميز بصغر حجم الرأس أو المخ وهذا راجع لعدم اكتمال نمو الجمجمة ويصحب ذلك قلة النمو ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالات عن العته والبله. (تغري مليكة، ص 35) ومن أهم الخصائص الإكلينيكية المميزة لهذه الحالة ما يلي: صغر حجم الجمجمة رغم نمو الوجه الذي يميل شكله إلى المخروطي كما يفيض جلد الرأس على العظام الذي يغطيه فيبدو مجعدا. النمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح وقد تصاحب هذه الحالة نوبات التشنج والصرع والنشاط الحركي الزائد وغير مستقر. (لعجال فتيحة، مرجع سبق ذكره ص 72).

وتشير الأبحاث والدراسات العلمية إلى أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية أو حدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث متحي مسؤول عن الحالة أو التحام عظم الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموا طبيعيا. (سهير كامل أحمد، مرجع سبق ذكره، ص 89).

7-3-5 حالات كبر الجمجمة / cases of skull enlargement:

هي حالة من الضعف العقلي الشديد تحدث بسبب تضخم أجزاء من المخ يتبعها كبر حجم الجمجمة وكبر حجم المخ وخاصة المادة البيضاء ويتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالات إلى البله والعتة وهي حالات نادرة الحدوث ومن الخصائص المميزة لهذه الحالات كبر حجم الجمجمة فتظهر مريعة أكثر منها مستديرة وعادة يصاب البصر وتحدث التشنجات ومن أسباب هذا المرض وجود عيبا في المخ عن طريق المورثات (الجينات) أدى الى نمو شاد في أنسجة المخ وفي الجمجمة (سرية، 2006، ص 22).

7-3-6 حالات الفينيل الكيتونيوريا / Cases of phenylketonuria:

وتتميز هذه الحالة لاضطراب في تمثيل الدهون والبروتينات والكاربوهيدرات وهذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات وهناك العديد من المركبات والعناصر الكيميائية التي تسبب ذلك الاضطراب الجيني المسؤول عن الإعاقة العقلية. وجدير بالذكر ان الإعاقة العقلية في حد ذاتها لا تكون مورثة في مثل هذه الحالة ولكنها تحدث بسبب اضطراب الأيض أي عمليتي الهدم والبناء الناتج في هذه الجينات في اختفاء نشاط انزيمي معين أو اضطراب فيما يتعلق بالعمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكاربوهيدرات ، ويظهر ذلك في لون البول ورائحته الكريهة حيث تزداد نسبة حامض الفينيل في الدم مما يسبب تسمم الدماغ وهو ما يؤدي الى اضطراب في الخلايا العصبية في الدماغ ومن ثم الإعاقة العقلية التي لا تزيد نسبة الذكاء فيها عن 40 فقط ولرعاية هذه الحالة يتم تحديد نظام غذائي معين يتم الالتزام به ويمكن التعرف عن الحالة من، خلال تحليل الدم. (محمد، 2003، ص415، ص 416).

8- خصائص الإعاقة الذهنية

إن خصائص نمو الأشخاص المعاقين ذهنياً تخضع لقوانين النمو التي يسير عليها الأشخاص العاديين، وتتأثر بعوامل وراثية وبيئية فالنمو الجسمي والعقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي تسير وفقاً لتلك القوانين، ويستطيع الأشخاص المعاقين ذهنياً أن يؤديوا الكثير من الأعمال والمهام في حدود ما تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم، لذلك كان من المهم الإلمام بخصائصهم لتكوين صورة شاملة عنهم مما يساعد في تزويد المربي والأخصائي والوالدين بالمعلومات الهامة عن جوانب النمو، وفيما يلي شرح لأهم الخصائص:

8-1- الخصائص الجسمية:

لا توجد خصائص جسمية تميز الأشخاص المعاقين ذهنياً من الدرجة البسيطة عن أقرانهم العاديين، فالأشخاص المعاقين ذهنياً يشبهون العاديين إلى حد ما في كل من الطول والوزن والحالة الصحية العامة، وقد أكدت الدراسات أن فئة المعاقين ذهنياً من الدرجة البسيطة يقاربون الأسوياء في معدل النمو الجسمي ويتبعون نفس المعدل في النمو تقريبا، وكلما انتقلنا إلى أسفل منحى الذكاء فان الفروق الفردية في المظهر الجسمي تأخذ بالظهور بشكل واضح، وتزداد هذه الفروق وضوحا عندما نصل إلى المستوى الأدنى لفئة ذوي الإعاقة الذهنية.

2.8- الخصائص العقلية:

أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص			العمر الزمني بالشهور	أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص			العمر الزمني بالشهور
متوسط التخلف	بسيط التخلف	العادي		متوسط التخلف	بسيط التخلف	العادي	
58	83	137	120	06	08	14	12
64	91	150	132	11	16	26	24
70	99	164	144	17	25	40	36
76	107	177	156	22	33	54	48
80	112	187	168	28	42	67	60
84	117	196	180	34	50	81	72
87	122	205	192	40	59	96	84
87	122	205	204	46	67	109	96
87	122	205	216	52	75	123	108

الجدول رقم (2) (مقتبس من كمال مرسي، 1996، ص 279)

يختلف المعاقين ذهنياً عن أقرانهم العاديين في النمو العقلي والقدرات العقلية، والفروق بين حالات الإعاقة الذهنية البسيطة وأقرانهم العاديين في النواحي العقلية تكون بسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة وكبيرة في مرحلة الطفولة المتوسطة وما بعدها، ويتعذر في بعض الأحيان تشخيص الإعاقة الذهنية البسيطة في مرحلة الروضة ويفضل تشخيصه بعد التحاقه بالمدرسة الابتدائية وملاحظتها فترة كافية. إن أهم الخصائص العقلية التي تميز المعاقين ذهنياً عن أقرانهم العاديين هي البطء في النمو العقلي وضعف الانتباه والقصور في الإدراك والذاكرة والتفكير وفيما يلي سوف نتناولها بشيء من التفصيل:

8-2-1- البطء في النمو العقلي: هي من أحد الخصائص الأساسية عند المعاقين ذهنياً فنلاحظ أن الطفل العادي يسير نموه العقلي بنفس القدر الذي يزيد به عمره الزمني، بينما الطفل المعاق ذهنياً من الدرجة البسيطة فإن العمر العقلي ينمو بمعدل أقل من العمر الزمني أي كل سنة زمنية يقابلها ثمانية شهور عمر عقلي والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول (02) أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقين ذهنياً والعاديين في الأعمار الزمنية من سن سنة إلى سن 18 سنة.

من جدول (2) نستخلص أن النمو العقلي عند الشخص العادي يكتمل عند عمر زمني 18 عاماً والعمر العقلي مساوي له، ولكن الشخص ذو الإعاقة الذهنية البسيطة والذي يبلغ عمره الزمني 18 عاماً نجد نمو عمره العقلي عند سن العاشرة أو إحدى عشر عاماً فقط.

8-2-2- الضعف في الانتباه:

يتزامن زيادة نمو الانتباه مع العمر الزمني لدى العاديين، بينما نجد المعاقين ذهنياً لا يتزامن نمو الانتباه لديهم مع العمر الزمني فنجدهم محدودين في المدة والمدى، فلا ينتبهون إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة، ويتشتت انتباههم بسرعة، وعندما تمر بهم أشياء

كثيرة الانتباه فإنهم لا ينتبهون إليها من تلقاء أنفسهم، ذلك يرجع إلى أن مثيرات الانتباه الداخلية عندهم ضعيفة، ويحتاج إلى ما يثير انتباههم من الخارج وإلى من ينبههم بما يدور حولهم ويشدهم إلى الموضوع الأساسي.

8-2-3- القصور في الإدراك:

يعاني المعاقين ذهنياً من قصور في عمليات الإدراك خاصة في عمليتي التمييز والتعرف التي تقع على حواسهم الخمس بسبب صعوبات الانتباه والتذكر، فهم لا ينتبهون لخصائص الأشياء فلا يدركونها ولا ينسون خبراتهم السابقة بها فلا يتعرفون عليها بسهولة، مما يجعل إدراكهم غير دقيق أو يدركون جوانب غير أساسية فيها، فنلاحظ أن إدراكه لعلاقة التشابه سطحية تشبه إدراك الأطفال فمثلاً لو سأل المعاق ذهنياً عن التشابه بين التفاح والبرتقال، يجيب بأن لها قشرة أو بداخلها بذور ولكن لا يدرك بأن الاثنان فاكهة.

8-2-4- القصور في الذاكرة:

يظهر الفرق بين الأشخاص المعاقين ذهنياً والعاديين في التعلم والتذكر، فيحتفظ العاديين بالمعلومات والخبرات المتعلمة في الذاكرة الحسية، ومن السهل نقل هذه المعلومات إلى الذاكرة قصيرة المدى أو الذاكرة بعيدة المدى، أما الأشخاص المعاقين ذهنياً فيتعلمون ببطء ومن الصعب الاحتفاظ بما تم تعليمه بسرعة، وذلك يرجع إلى صعوبة الاحتفاظ بالمعلومات في الذاكرة الحسية، ويعاني جميع الأشخاص المعاقين ذهنياً من قصور في الذاكرة القصيرة والبعيدة المدى مما يجعل الأشخاص المعاقين ذهنياً لا يتقنون ما تعلموه ولا يحتفظون بالمعلومات بذاكرتهم لمدة طويلة، إلا بعد جهد وتكرار كبير لخبرات ومعلومات قليلة وبسيطة.

8-2-5- القصور في التفكير:

التفكير عملية يتم فيها جمع المعلومات والخبرات التي سبق تعلمها وإعادة تنظيمها في اتجاه مواجهة الموقف الجديدة أو حل المشكلة الجديدة، وينمو تفكير الطفل العادي من التفكير الحسي إلى المجرد، أما تفكير الأطفال المعاقين ذهنياً من الدرجة البسيطة فلديهم قصور وضعف في قدرتهم على اكتساب المفاهيم

والمعاني الكلية، وضعف في التفكير المجرد، ويظل التفكير متوقفاً عند مستوى المحسوس وشبه المحسوس، فيكون تفكيرهم سطحي وساذج وبحاجة دائمة إلى مساعدة الآخرين لهم في حل المشكلات، وضعف قدراتهم على اكتساب المفاهيم وتكوين الصور الذهنية والحركية وضآلة حصيلتهم اللغوية. (كمال مرسي، 1996، ص 273، ص 282).

8-3- الخصائص الشخصية:

إن الانخفاض في القدرات العقلية والقصور في السلوك التكيفي لدى الأشخاص المعاقين ذهنياً قد يضعهم في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانهم العاديين، فقد ينتج إحساس لديهم بالدونية وقد يضاعف هذا الإحساس الانخفاض في التوقعات الاجتماعية منهم، حيث أن الآخرين في معظم الأحيان يعاملونهم على أنهم مختلفين أو لا يتوقعون منهم الكثير. (يوسف القريوتي، 1996، ص 47)

كما أن الخصائص الشخصية للأشخاص المعاقين ذهنياً تتأثر بعوامل متعددة أسوةً بتلك العوامل التي تؤثر في شخصية الأشخاص العاديين، ولكن نجد الأشخاص المعاقين ذهنياً يعانون من سلبيات ذاتية، ذات تأثير

مباشر على نمو شخصيتهم وسلوكهم الاجتماعي، كما أن هناك عجز واضطراب في المهارات الشخصية والاجتماعية وعدم القدرة على التوجيه الذاتي، بالإضافة إلى صعوبة التعامل مع الأقران، وقد يصابون

بالإحباط نتيجة تعرضهم المستمر لمواقف الفشل مما يؤدي إلى نمو الشعور بعدم الكفاءة لديهم كما أن عدم قدرتهم على التعبير عن حاجاتهم وعدم قدرتهم على الاتصال بالآخرين يجعلهم أكثر عرضة للشعور بالإحباط وإن هذا الإحباط يرتبط لديهم في أغلب الأحيان بالسلوك العدوانية الذي لا يتجه غالباً نحو الذات أو الآخرين ولكنه يهدف إلى جذب انتباه الآخرين. (آمال مليجي، 2003، ص 23).

8-4- الخصائص اللغوية:

يعرف الأطفال المعوقين عقلياً عادة بالتأخر في النمو اللغوي، مما يؤدي إلى وجود صعوبات في التعبير الآخرين ومن المشكلات اللغوية التي يعاني منها الأطفال المعوقين عقلياً: عن أنفسهم وفهم

-البطء الملحوظ في النمو اللغوي. -التأخر في النطق.

-التأخر في اكتساب قواعد اللغة. -محدودية المفردات اللغوية وبساطتها.

ت-بساطة التراكيب اللغوية وسطحيتها. د -تدنى مستوى الأداء اللغوي. (عبد الله: 2011 ص 67).

9-تشخيص حالات الإعاقة الذهنية والوقاية منها:

لقت مشكلة تشخص التخلف العقلي اهتماما كبيرا من علماء الطب وعلم النفس والاجتماع ورجال التربية، لأن الحكم على الطفل بالتخلف العقلي يؤثر تأثيرا كبيرا على مستقبله، فبناءا على كلمتين يصدرهما الأخصائي التشخيصي "تخلف عقلي" يتحدد مصير إنسان ومستقبله ومكانته الإجتماعية، ونوع تعليمه، وتأهيله وتشغله. (كمال مرسي، 1996، 37 ص)

إن تشخيص حالات الإعاقة الذهنية يجب أن يكون شاملا لجميع جوانب شخصيته النفسية، المرضية، التربوية الاجتماعية، والاقتصادية، على أن يكون ذلك مبكرا من أجل اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تمكننا من تجنب بعض حالات الإعاقة، خصوصا إذا ظهرت أعراض غير عادية خلال فترة نموه. وللوثوق في النتائج التي تتوصل إليها عملية التشخيص يجب أن يشارك في ذلك فريق كامل من مختلف المتخصصين في علم النفس والصحة المدرسية، مرشد اجتماعي، مدرسي، وكل من له علاقة بالطفل من أجل جمع المعلومات والبيانات التي تساعد في عملية التشخيص، والتي تخص التاريخ الشخصي للطفل أثناء الحمل والولادة، المراحل الأولى من نموه، الوسط الثقافي والاجتماعي والاقتصادي، الصراعات العائلية المحتملة، والسلوك العادي للطفل في المراحل الأولى من عمره والسلوك الحالي، ومختلف رغباته. إضافة إلى الحالة التعليمية من تاريخه المدرسي، وقدراته وكفاءاته، وسلوكاته مع المعلم والزملاء، والغيابات، والحالة النفسية، بقياس المستوى العقلي في الاختبارات اللفظية والأدائية والاسقاطية، وفحوصات طبية ومقابلات نفسية، وفيما يلي نبرز اهم التشخيصات ومعايير التشخيص للإعاقة الذهنية:

9-1-معايير تشخيص (DSM-5) للإعاقة الذهنية:

الدليل التشخيصي الخامس الذي أصدرته الجمعية الأمريكية حول تصنيف وتشخيص الاعاقة الذهنية يؤكد على ضرورة توفر ثلاثة عناصر للتشخيص الفرد بانه يعاني من إعاقة ذهنية ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

- القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحكمة والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كل من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.
- القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية. ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.
- بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور. (APA. DSM-5, 2013 : 22)

9-2- معايير تشخيص DSM-4 للإعاقة الذهنية:

أما الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع فإنه يؤكد على ضرورة توفر ثلاثة عناصر للتشخيص الفرد بأنه يعاني من إعاقة ذهنية ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

- مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط حيث يكون حاصل ذكاء الفرد دون (70) درجة كما تقيسه اختبارات الذكاء، وبالنسبة للمولودين حديثاً فإن اختبارات الذكاء المتاحة لهم لا تعطي كمية وبالتالي يمكن الحكم عليها من خلال الفحص السريري والملاحظة الإكلينيكية لتحديد المستوى المتدني للأداء العقلي.

- قصور في السلوك التكيفي يميز الشخص خلال مرحلة النمو مع تقدمه في العمر.

- بداية حدوثه قبل الثامنة عشر. (40 : 1994, APA. DSM-4).

9-3- خطوات التعرف على المعوق عقلياً:

- إجراء تقييم تربوي شامل.
- دراسة التاريخ التطوري عند الوالدين وأولياء الأمور ودراسة تاريخ الأسرة الصحي والمرضي.
- الوقوف على نتائج المفحوص الجسمية، والنفسية، والبصرية، والسمعية، والحركية والعقلية والعصبية.
- انخفاض قدرات الطفل العقلية وسلوكه التكيفي على مقاييس الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي.
- أن يكون التخلف قد حدث في فترات النمو وقد لوحظ ذلك.
- جمع المعلومات وتنظيمها ومراجعتها لاستخدامها في التشخيص الفارقي بين المعاقين والعاديين وأصحاب المرض العقلي.
- ماذا على المشخص أن يعمل؟ يجب استبعاد مشكلات اللون والتحيز الجنسي، ومشكلات اللون، العرق من التشخيص والقياس.
- إن تكون النشاطات متعددة ومتنوعة.
- يجب أن تكون الأسئلة الموجهة للطفل واضحة ومباشرة بحيث يكون هناك إجابة واحدة لسؤال.
- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وأن تبدأ بالسهل ثم الصعب.
- تجديد الأبعاد المراد قياسها . (سعيد الحسني العزة 2002 ص75).

9-3-1- التشخيص الطبي: يقدم طبيب الأطفال تقريراً عن العديد من الجوانب في حياة الطفل مثل التاريخ

الوراثي وأسباب التخلف وظروف الحمل والعلاجات التي تناولتها الأم الحامل وسوء التغذية، ويقدم صورة عن الأمراض التي تعرضت لها الأم الحامل، ويقدم تقريراً أيضاً عن الأمراض التي تعرض لها الطفل والحوادث

التي تعرض لها في طفولته، ويدرس تاريخ الأسرة والجهاز العصبي للطفل وفحوصات البول والدم والسائل النخاعي. (العزة، 2000).

9-3-2- التشخيص النفسي:

يقوم بهذا التشخيص اختصاصي في القياس النفسي والإكلينيكي حيث يحدد درجة ذكاء الطفل عن طريق استخدام اختبارات الذكاء المقننة، وكذلك يقدم تقريراً عن جوانب النمو الاجتماعي والانفعالي واللغوي للطفل من خلال مقابلة الطفل وأسرته وإعداد تقرير مفصل حول نموه وخصائصه المختلفة، ومن الأدوات التي يستخدمها الاختصاصي النفسي لقياس وتحديد الذكاء الاجتماعي والعقلي ما يلي:

- 1- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء .
- 2- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.
- 3- اختبار رسم الرجل جودنف.
- 4- مقياس فاينلاد للنضج الاجتماعي. (العزة، 2001؛ السرطاوي وسيسال، 1992).

9-3-3- التشخيص الاجتماعي:

يقوم بهذا التشخيص الأخصائي الاجتماعي حيث يقدم تقريراً مفصلاً عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة من خلال دراسة التاريخ الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.

- 9-3-4- التشخيص التربوي: يقوم بهذا الدور أخصائي التربية الخاصة والذي يقدم تقريراً عن التاريخ التربوي للفرد وقدرته على التعلم، ومستوى تحصيله المدرسي أما أن هذا المختص يقوم بتحديد أنواع الخدمات التربوية التي يحتاج إليها الطفل. (العزة، 2001).

10- الوقاية من الإعاقة الذهنية:

يشير (السرطاوي، 2000 ص 18) إلى نتائج بعض الدراسات العلمية في مجال الإعاقة الذهنية فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية التي يفترض ان تأخذ بعين الاعتبار للحد منها أو على الأقل لتقليل من الإصابة بها ويؤكد على انها تنقسم إلى ثلاثة أقسام وهي كما يلي:

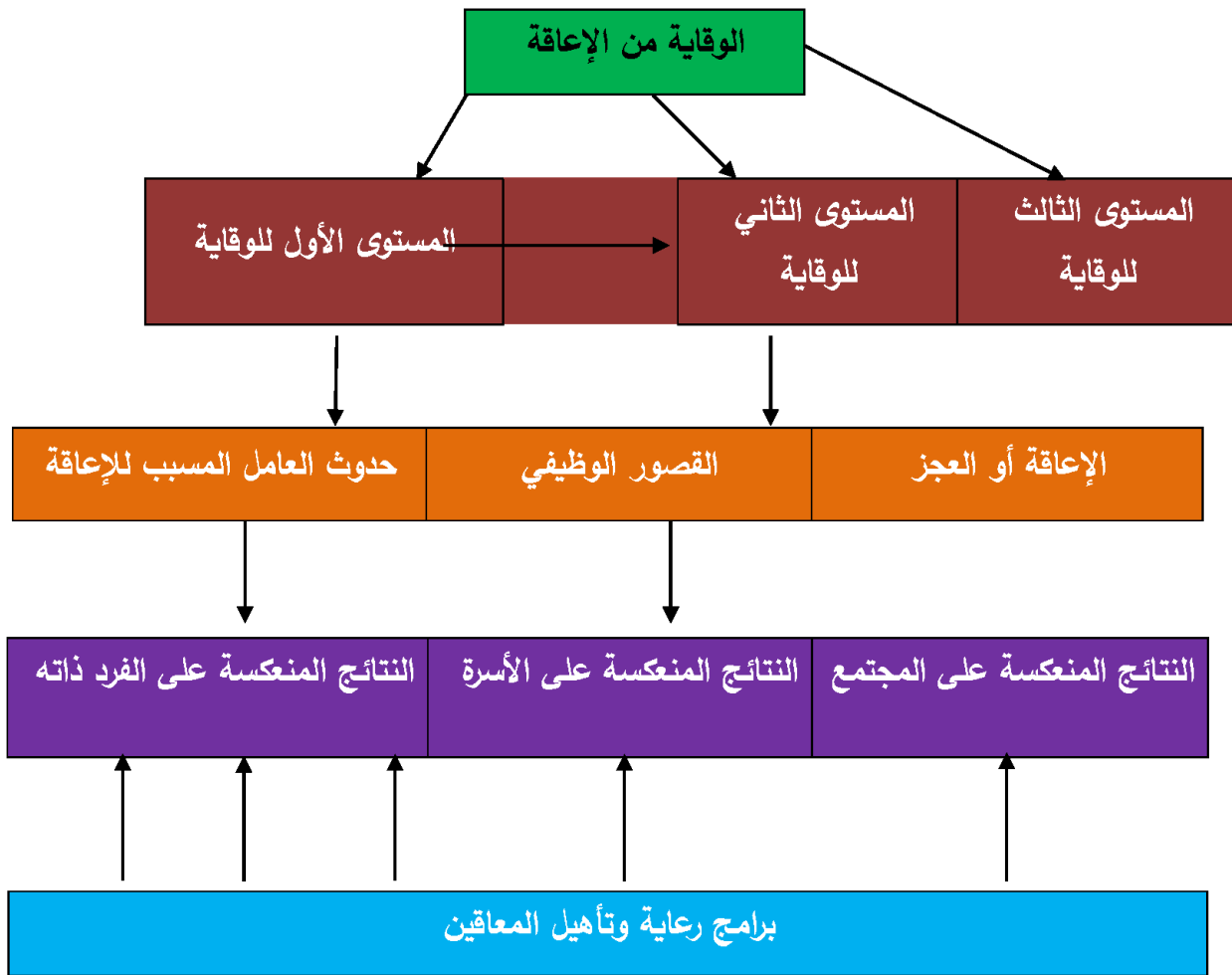
- 10-1- الوقاية الأولية: وتتمثل في الإجراءات التي تتخذ قبل حدوث المشكلة وتعمل على منع حدوثها كتوعية الأمهات عن عدم التدخين وتعاطي المخدرات والكحول وضرورة توعيتهن بخاظرها على الجنين، وضرورة تفعيل التحليلات الطبية والفحوصات اللازمة قبل الزواج للكشف عن الأمراض الوراثية (برامج التوعية).

10-2- الوقاية الثانوية:

وتتمثل في الإجراءات التي تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها أو التقليل من استمرارها لمعالجة الأشخاص المولودين وهم مصابين بها (برامج الحماية).

10-3- الوقاية من الدرجة الثالثة:

وتتمثل في الأفعال التي تشير للحد من المشكلات المترتبة على التخلف، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد (برامج التأهيل الفيزيائي أو التعليمي أو المهني). والشكل الموالي يبين إجراءات الوقاية والحد من الاعاقة الذهنية لمنظمة الصحة العالمية الوثيقة رقم : A 29 (I.P.14. / INF .DOC /). (فراج، 2002، ص 41).



الشكل رقم (04) يبين إجراءات الوقاية والحد من الاعاقة الذهنية لمنظمة الصحة العالمية.

11-العلاج:

تؤكد الأبحاث الطبية الجديدة نجاح أطباء المخ والأعصاب قليلة حتى الان من إعادة وظائف مراكز المخ التالفة نتيجة نزيف دموي شديد يؤدي عادة إلى الشلل النصفي ولاحظوا إمكان تحويل الخلايا الجذعية إلى خلايا عصبية عاملة تقوم بالوظائف التي تقوم بها الخلايا المخية التالفة مما يفتح باب الأمل الكبير في علاج أمراض كثيرة مثل الزهايمر والسكتة الدماغية وأمراض القلب والسرطان وكذلك التخلف العقلي. و في هذا بصيص من الأمل للمعاقين عقليا وسبحان القائل في كتابه الكريم :

" هَذَا كِتَابُنَا يَنْطِقُ عَلَيْكُمْ بِالْحَقِّ إِنَّا كُنَّا نَسْتَنْسِخُ مَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ " .سورة الجاثية اية (28).«

وقال ابن عباس ان كلمة نستنسخ تعني نسخة طبق الأصل.كما ان نجاح العلماء الكوريين في تصنيع خلايا جذعية يفتح بابا جديدا من الأمل للمعاقين عقليا. (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف2011..ص375).

11-1-العلاج الطبي للإعاقات الذهنية :

يتمثل في الرعاية الطبية العامة وعلاج أية أمراض قد تكون مصاحبة للتخلف الذهني مما يؤثر تأثيرا ضارا على الذكاء كأمراض سوء التغذية واضطرابات الغدد الصماء أو الإصابة بمرض الزهري، التدخل الجراحي في حالات استسقاء الدماغ والعلاج بالأدوية المهدئة كعلاج الاضطرابات السلوكية التي قد تصاحب التخلف الذهني، علاج أي خلل في أعضاء الإحساس علاج خلل إفراز الغدد الصماء مثل إعطاء هرمون الثيروكسين في حالت القزامي، نقل الدم في حالت العامل الرزيسي وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

واتضح حديثا أن إدخال حمض الغلوتامين (Glutamicacid) في الغذاء في حالت التخلف أدى إلى تحسين ملحوظ في وظائف الشخصية الكلية، مع ارتفاع طفيف ولكنه جوهري في نسبة الذكاء وازديادا عاما في صحوة الذهن. (وفيق صفوة مختار، 2005، 108-109ص).

11-2-العلاج التربوي:

يشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربية خاصة يمكن من استثمار نكاته المحدود و إمكانيات بأفضل طريقة ممكنة، و مساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته، و قد يستلزم ذلك تعليمه في مدارس التربية الفكرية بأساليب متخصصة تربوية علاجية مع فئة المأفون كما يشار بأن الطفل المتخلف عقليا ليس مشكلة طبية فحسب بل هو مشكلة أسرية و نفسية و تربوية و اجتماعية و اقتصادية أيضا، و يؤثر البيت و المدرسة و النظام الاجتماعي في إطار تحسنه أو تأخره، مع أنه في الحالة التي يغلب على التخلف العقلي فيها عوامل البيئة هذه أو التي يتم فيها تخلف عقلي لدى الكبار.

يكون العلاج النفسي التأهيلي والتربوي هو الأجدى، كما ان التحليل النفسي للمشاكل الانفعالية لنقص العقل هو العلاج المفضل لتهيئة ما هو ملائم لتحسين المريض وإعادة توافقه بالآخرين. (عامر 2002، 422ص 429، ص).

11-3- العلاج النفسي:

يقوم العلاج النفسي مع الحالات الإعاقة الذهنية على أساس تكوين علاقة طيبة مع العميل لإعادته الثقة بنفسه ومنحه العطف والحنان وإزالة مخاوفه التي اكتسبها من بيئته ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة والمجتمع، لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي، تدريب العميل على حل مشكلاته ومن بين أهم خطوات العلاج النفسي ما يلي:

- يبدأ المعالج بأهداف بسيطة تزداد في الصعوبة تدريجياً بحسب امكانيات العميل، ومستواه العقلي والشخصي.
- إزالة مخاوف العميل نحو أسرته والمجتمع وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع.
- يعمل المعالج على تخليصه من نزعاته العدوانية اتجاه الأقران، واتجاه نفسه لأن المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسياً في معاملته لنفسه، وللأطفال الآخرين.
- زيادة ثقة الطفل بنفسه وبالناس، وتبصيره بإمكانياته وقدراته الشخصية، وكيف يستغلها ويقوم بالتبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخب ارت النجاح في العمل وتجنبه مواقف الإحباط والفشل
- يقوم المعالج بإعطائه العمليات التي يستطيع القيام بها في سهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه حتى تزداد.
- ثقته بنفسه ومن ثم ثقته في قيامه بعمل يرضى عنه الآخرين. (متولي، 201، 222).

11-4- العلاج السلوكي:

أحياناً يطلق على هذا العلاج " تعديل السلوك " ويتضمن البرامج العلاجية التي تعد من أجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب فيه أو القضاء على هذا السلوك نهائياً ، كما يتضمن برامج تدريبية تهدف إلى إكساب الطفل سلوكاً جديداً، يراد تعليمه له أو زيادة معدل ممارسة سلوك مرغوب ، ويعتمد العلاج السلوكي على إجراءات وفتيات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى وتبعاً لدرجة الإعاقة ونوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل ، ولا يحتاج العلاج السلوكي إلى مهارات لغوية أو لفظية لذلك فهو يناسب المعوقين عقلياً تماماً ، وقد أكدت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نجاح العلاج السلوكي في الحد من المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأفراد وفي إكسابهم الكثير من السلوك الاجتماعي الإيجابي ، ولقد مكن استخدام فتيات تعديل السلوك مع حالات الإعاقة العقلية الشديدة ، إكساب هؤلاء الكثير من مهارات العناية بالنفس والمهارات

الاجتماعية التي تساعد على اعتماد الطفل على نفسه في تصريف شؤون حياته اليومية وتقليل اعتماده على الآخرين. (علا عبد، الباقي. 2000. ص106).

12- خلاصة الفصل:

ومما سبق يمكن القول أن الإعاقة العقلية نقصٌ جوهري في الأداء الوظيفي الراهن ، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازماً مع جوانب قصورٍ في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية، و تتسبب في ظهورها عدة عوامل كالعوامل الجينية وغير الجينية وأسباب أثناء الولادة وأسباب بعد الولادة كمختلف الأمراض والالتهابات وسوء التغذية كما تساهم العوامل الاقتصادية والثقافية والاجتماعية في ظهورها ، كما يتميز ذوي الإعاقة الذهنية بعدة خصائص منها جسمية كالتلازمة داون و الاستسقاء الدماغية وكبير او صغر الجمجمة وغيرها وخصائص عقلية وسلوكية وتربوية تجعلهم يختلفون عن الأسوياء ولهذا يحتاجون لعناية خاصة تجعلهم يكتسبون مهارات لتحسين أداءهم العقلي و الوظيفي.

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية.
2. حدود الدراسة الاستطلاعية.
 - 1.2. الحدود المكانية.
 - 2.2. الحدود الزمانية.
3. الدراسة الأساسية
 - 1.3. مدة الدراسة الأساسية
 - 2.3. مكان الدراسة الأساسية
 - 3.3. حالات الدراسة الأساسية
4. منهج الدراسة
5. أدوات الدراسة
 - 1.5. مقياس مهارات العناية بالذات
 - 1.1.5. وصف المقياس
 - 2.1.5. مفاتيح تصحيح المقياس
 - 3.1.5. الخصائص السيكومترية للمقياس
 - 2.5. الملاحظة العيادية.
 - 3.5. المقابلة العيادية
 - 4.5. برنامج النمذجة
 - 5.5. الهدف العام لبرنامج النمذجة
 - 6.5. الأهداف الفرعية للبرنامج
6. صدق المحكمين.
7. تطبيق برنامج النمذجة العلاجي.
8. محتوى برنامج النمذجة العلاجي لتنمية مهارات السلوك الاستقلالي.

تمهيد:

يعمل الجانب التطبيقي من البحث على تكميله وتأكيده ما جاء في الجانب النظري، ووسيلة نقل مشكلة البحث إلى الميدان وتوضيحها وتحديدها من أجل التوصل إلى الإجابات عن التساؤلات المطروحة والتحقيق من الفرضيات وجمع العديد من المعلومات للكشف عن الظاهرة المراد دراستها وذلك عن طريق عدة خطوات منهجية المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية وحدود الدراسة والمنهج المستخدم والأدوات البحثية.

1- الدراسة الاستطلاعية:

قبل البدء في إجراءات البحث تم القيام بزيارة الاستطلاعية في منتصف شهر فيفري 2023 للوقوف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث، وأيضا للتعرف على مدى استعداد المسؤولين عن أفراد العينة محل الدراسة للتعامل معنا، ومن أجل ذلك تم عدة لقاءات مع:

- مسؤول مديرية النشاط الاجتماعي وتضامن بحكم إشرافه إداريا على المركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنيا بمدينة تيارت بهدف الحصول على تصريح لزيارة هذه المؤسسة.
- مع المسؤولين على المركز البيداغوجي النفسي للمعوقين ذهنيا للتعرف على مدى استعدادهم للتعاون مع البحث، حيث تم عرض الأدوات التي تستخدم في جمع البيانات كما تم توضيح كل تفاصيل وإجراءات البحث الميداني لمدير المركز.
- التعرف على الأخصائية النفسية والطاقم التربوي بالمؤسسة مكان إجراء البحث.
- التقرب من الأطفال والتعرف عليهم (فئة الإعاقة الذهنية).
- الاطلاع على الملفات النفس-طبية للأطفال لاختيار العينة المناسبة للدراسة بمساعدة الأخصائية النفسية
- اختيار عينة الدراسة الأساسية حيث تكونت من (04 أطفال معاقين ذهنيا درجة متوسطة).

2- حدود الدراسة الاستطلاعية:

-2-1- الحدود المكانية: أجريت الدراسة في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا ببلدية تيارت ولاية تيارت، أنشأ هذا المركز بموجب المرسوم الرئاسي 87/20599 حيث افتتح رسميا من قبل وزيرة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة يوم 2010/09/29 وتتمثل مهام هذا المركز في:

- التكفل بفئة الأطفال المعاقين ذهنيا. - تنمية القدرات الحركية، الاجتماعية، الفكرية والعاطفية.

- مساعدة الأطفال على الاندماج في الوسط الاجتماعي. - تهيئة الطفل لاندماجه في الحياة.

يحتوي المركز النفسي البيداغوجي على مجموعة من الهياكل كما يوضحه الجدول التالي رقم (03):

ا/ الجناح الإداري			
مكتب المديرية	مكتب المقتصد	المخزين	قاعة الاجتماعات
الأمانة	مصلحة المستخدمين	الحراسة	
ب/ الجناح البيداغوجي			
المكتب البيداغوجي	مكتب الاخصائي النفسي	العيادة	مكتب المساعدة الاجتماعية
القاعة النفسية الحركية	مكتب الاخصائي الارطوفوني	الأفواج	النادي-الساحة-المراقد

تمت الدراسة بالجناح السفلي أين يوجد مكتب الأخصائية النفسية العيادي مع الاستعانة بالأطفال المعاقين ذهنيا المتواجدين في أقسام النطق المختلفة حيث الأفواج تحتوي على:

2-1-1-1- مصالحة الفحص والمتابعة الخارجية: تهتم هذه المصلحة بالكشف عن درجة الاعاقة وإمكانية التكفل بالطفل الحامل لها وتوجيه أولياء الأطفال فيما يخص المتابعة الارطوفونية والعيادية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات مصاحبة وتحضير الأطفال المعنيين بالدخول إلى المركز النفسي البيداغوجي.

2-1-2- قسم الملاحظة: بعد قبول الأطفال المعاقين ذهنيا للالتحاق بالمركز يخضع هؤلاء الأطفال لفترة الملاحظة من اجل تقييم إمكانياتهم وقدراتهم ثم توجيههم الى المستوى الذي يناسبهم.

2-1-3- قسم الإثارة: موجهة على الخصوص للأطفال الذين لديهم درجة عميقة من التخلف الذهني او الذين يعانون من اضطرابات مصاحبة التي تؤثر على أدائهم التربوي.

2-1-4- أقسام التفطين: هي 01 إلى 06 مخصصة لفئة التخلفين ذهنيا درجة متوسطة تعمل هذه الأقسام على تربية مناسبة للطفل حسب قدراته كما تضمن له الرعاية والتدريب على الحياة العملية باستغلال إمكانياته وقدراته إلى أقصى حد ممكن.

2-1-5- قسم ما قبل التمدرس: يشمل هذا القسم خاصة الأطفال المعاقين ذهنيا درجة خفيفة، يستفيد هؤلاء الأطفال من متابعة تربوية من خلال برنامج المستوى الثانية ابتدائي.

2-1-6 - قسم ما قبل التمهين: بعد المرور على المستويات السابقة يضمن هذا القسم التدريب المهني للطفل وفقا لقدراته وتحضيره للاعتماد على نفسه والاندماج في الحياة المهنية.

2-2- الحدود الزمنية للدراسة الاستطلاعية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال المدة الزمنية الممتدة بين 2023/02/19 إلى 2023/02/20.

3- الدراسة الأساسية:

3-1- المدة الزمنية للدراسة الأساسية:

-تم إجراء الدراسة الأساسية خلال الفترة الزمنية الممتدة من 2023/02/19 الى 2023/05/04.

3-2- مكان الدراسة الأساسية:

- أجريت الدراسة الأساسية في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بولاية تيارت.

3-3- حالات الدراسة الأساسية:(العينة): تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية بحيث تتميز بنقص ونوع

من القصور في مهارات السلوك الاستقلالي (الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام، اللباس، النظافة والسلامة العامة) وأجريت الدراسة على عينة قوامها أربعة (04) حالات (04 أطفال 02 ذكور و02 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (08 إلى 12 سنة) ويتميزون بالمواصفات التالية:

الجدول رقم "04" يمثل حالات الدراسة تبعا لمتغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
الذكور	02	50 %
الإناث	02	50 %
المجموع	04	100%

الجدول رقم "05" يمثل حالات الدراسة تبعا لمتغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
08	01	25%
12-08	03	75%
المجموع	04	100%

الجدول "06" يوضح مواصفات حالات الدراسة حسب درجة الإعاقة

درجة الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
متوسطة	04	100%
المجموع	04	100%

4-منهج الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى معرفة فاعلية أسلوب النمذجة في تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال المعاقين ذهنيا دراجة (متوسطة) والذي يقتضي تطبيق برنامج علاجي فالمنهج المتبع هو المنهج الشبه تجريبي مع الاعتماد على الدرجات المتحصل عليها من ملفات النفس -طبية لحالات العينة كبديل عن اختبار رسم الرجل لتحديد الذكاء . واستخدام القياس القبلي قبل تطبيق البرنامج والقياس البعدي بعد الانتهاء من تطبيق برنامج (النمذجة) بالإضافة الى دراسة الحالة من اجل الدراسة المعمقة للحالات الأربعة.

4-1-المنهج المتبع والتصميم شبه التجريبي:

4-1-المنهج :يعرف المنهج على أنه طريقة وتنظيم للبحث يشمل تخطيط العمل حول موضوع دراسة ما، فهو يتضمن مجموعة من الإجراءات الخاصة بمجالها، والمنهج يتدخل في الدراسة بطريقة أكثر أو أقل دقة في كل مراحل البحث .(موريس أنجرس -2006، 99).

4-2-تعريف المنهج شبه التجريبي:

هو: " المنهج الذي يقوم في الأساس على دراسة الظواهر الإنسانية كما هي دون تغيير، وفي تعريف آخر هو "دراسة العلاقة بين متغيرين على ما هما عليه في الواقع دون التحكم في المتغيرات."

مثال لذلك: "دراسة الفروق بين من يعانون من التخلف العقلي وبين متوسطي الذكاء في التفاعل الاجتماعي " حيث لا يمكن هنا تحويل بعض الناس إلى متخلفين عقلياً لكي نقارنهم بغيرهم. (د. احمد إبراهيم خضر 2013)

4-3-التصميم شبه التجريبي: تعتمد الدراسة الحالة على نوع واحد من التصميم وهو التصميم شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة وقياس قبلي وبعدي.

5-أدوات الدراسة:

5-1-مقياس مهارات العناية بالذات:

تم تصميم هذا المقياس من طرف الباحثين (سمية قاسم ونادية بوضياف بن زعموش) بجامعة قاصدي مرباح بورقلة (مقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً).

5-1-1-وصف المقياس: ينقسم هذا المقياس إلى قسمين، القسم الاول يضم المعلومات والبيانات الشخصية للطفل والقسم الثاني يضم بنود الاستبيان وعدده 36 بندا موزعة على مجالين وكل مجال تدرج تحته مجموعة من الفقرات:

المجال الاول: يتمثل في الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس وفقراته 1-25.

المجال الثاني: يتمثل في الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة وفقراته من 26- إلى 36.

5-1-2-مفاتيح تصحيح المقياس: تم صياغة لبنود الاستبيان (خمسة بدائل مع تقدير الإجابة كالتالي):

-بدون أي مساعدة وتقدر درجة الإجابة ب 04. -بنفسه لكن بصعوبة وتقدر درجة الإجابة ب 03.

- بتوجيهات لفظية وتقدر درجة الإجابة ب 02. - بمساعدة مباشرة وتقدر درجة الإجابة ب 01.
- لا يستطيع القيام بالسلوك وتقدر درجة الإجابة ب 00.
- مجموع درجات المقياس يمتد من 00 إلى الدرجة 144 وكلما زادت الدرجات زاد مستوى الاستقلالية، ويتم تفسير درجات المقياس كمايلي:
- (1) "144-109" استقلالية تامة.
- (2) "108-73" استقلالية متوسطة
- (3) "72-37" استقلالية ضعيفة.
- (4) "36-3" لا توجد استقلالية.
- 5-1-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

- 5-1-3-1- صدق المحتوى: لقد تم عرض المقياس في صورته الأولية (من أصحابه) على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس والتربية وكان عددهم 05 محكمين.
- 5-1-3-2- صدق التمييزي: تم حساب صدق المقارنة الطرفية لعينة قوامها 30 طفل وذلك بترتيب الدرجات التي نحصل عليها لكل فرد في المقياس المقدم، وتم اخذ نسبة 33% من الدرجة العليا و 33% من الدرجة الدنيا والكشف عن الدلالة الإحصائية بتطبيق الدلالة "ت".
- يوضح الجدول "07" نتائج حساب صدق أداة بتطبيق المقارنة الطرفية لمقياس مهارات العناية بالذات.

المؤشرات لإحصائية العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الإحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا 33%	30	38.50	10.06	8.34	2.87	18	دالة
الفئة الدنيا 33%	30	124.50	12.30				

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (07) يتضح لنا أن "ت" المحسوبة والمقدرة ب: (08.34) أكبر من "ت" المجدولة التي تقدر ب: (2.87) عند درجة حرية (18) وبمستوى دلالة (0.01) وعليه يعتبر المقياس صادقا.

- 5-1-3-3- الثبات: لتقدير ثبات المقياس استخدمت طريقة التجزئة النصفية عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في الجزئين (الفردى والزوجي)، ثم تصحيح هذا المعامل باستخدام معادلة سبيرمان براون 21 وذلك للحصول على: معامل الثبات ككل. (مزيان، 1999، 87).

الجدول رقم (08): يوضح نتائج حساب ثبات الإختبار باستخدام طريقة التجزئة النصفية ومعادلة سبيرمان براون.

المؤشرات الإحصائية	حجم العينة	"ر" قبل التعديل	"ر" بعد التعديل	مستوى الدلالة (0.01)
الفقرات الفردية	18	0.91	0.95	دالة
الفقرات الزوجية	18			

من خلال الجدول رقم (08) نلاحظ ان النتائج المتحصل عليها في حساب ثبات باستخدام معادلة التجزئة النصفية لبرسون قدرت بقيمة "ر" قبل التعديل ب: 0.91 وذلك عند مستوى الدلالة 0.01 وبعد التعديل بتطبيق معادلة سبيرمان براون قدرت ب: 0.95، مما يعني أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

5-2-الملاحظة العيادية:

5-2-1-تعريف الملاحظة: يقصد بالملاحظة "الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين؛ بقصد متابعته ورصد تغيراته ليتمكن الباحث من وصف السلوك فقط، أو وصفه وتحليله، أو وصفه وتقويمه". كما تعني أيضاً معاينة منهجية لسلوك المبحوث - أو أكثر - يقوم بها الباحث مستخدماً بعض الحواس وأدوات معينة؛ بقصد رصد انفعالات المبحوث وردود فعله نحو جوانب متعلقة بمشكلة البحث، وتشخيصها وتنظيمها وإدراك العلاقات فيما بينها. (د. عماد حسين المرشدي-2014).

5-2-2-قنا بملاحظة الأطفال خلال الحصص مع المربين والأخصائي النفسي العيادي:

- ❖ ملاحظة الأطفال فيما يخص الأكل داخل المطعم والنظافة العامة ونظافة اللباس والسلامة العامة.
- ❖ ملاحظة كلام الأطفال والإيماءات والإشارات المستعملة من خلال المقابلات معهم.
- ❖ أما عينة الدراسة فقد لاحظنا ان مستوى الفهم لديهم أحسن بكثير من اللغة التعبيرية التي تبدو ضعيفة.

5-3-المقابلة العيادية:

5-3-1-تعريف المقابلة:

يقصد بالمقابلة "تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة، حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات أو التغيرات لدى المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته كما تعرف المقابلة، بأنها "محادثة بين شخصين، يبدأها الشخص الذي يجري المقابلة - الباحث لأهداف معينة - وتهدف إلى الحصول على معلومات وثيقة". وتعرف أيضاً، بأنها عملية مقصودة، تهدف إلى إقامة حوار فعّال بين

الباحث والمبحوث أو أكثر؛ للحصول على بيانات مباشرة ذات صلة بمشكلة البحث. (د. عماد حسين المرشدي-2014).

" المقابلة العيادية" من الأدوات التي يعتمد عليها الاخصائي الإكلينيكي، وهي عبارة عن علاقة دينامية وطريقة استماع او تبادل لفظي او غير لفظي بين المختص النفسي والعميل وفي دراستنا الحالية تم الاعتماد على المقابلة العيادية مع حالات الدراسة وأيضا المقابلة النصف موجهة مع الاخصائي النفسي والمربين من اجل تزويدنا بكل المعلومات التي تخص عينة الدراسة حيث تم الاطلاع على الملفات الخاصة بحالات الممثلة لعينة الدراسة وسجلنا جميع المعلومات وكذا درجة ذكاء كل حالة.

5-4-4-برنامج النمذجة:

5-4-4-1-تعريف النمذجة: يرى ألبرت باندورا (albert bandura) ان النمذجة عبارة عن مجموعة من السلوكات التي يتم اكتسابها عن طريق مشاهدة فرد ما يمارس سلوكا فيثاب او يعاقب عليه، ويتم تنمية السلوك المرغوب فيه من خلالها. (معمرية، دس: 16).

➤ ويقصد بها إتاحة نموذج سلوكي مباشر (فرد) للطفل، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للطفل بقصد إحداث تغير ما في سلوكه أو إكسابه سلوكا جديدا (محمد الشناوي، عبد الرحمن 1998، 156)

5-4-4-2-العوامل المؤثرة في النمذجة:

5-4-4-2-1خصائص النموذج: فالانتباه للنموذج يزداد كلما كان هذا النموذج محببا ومشوقا للمتدرب، ويفضل أن يكون النموذج مناسبا لعمر المتدرب وجنسه.

5-4-4-2-2خصائص المتدرب: أوضح بندورا (Bandura) حتى تنجح النمذجة فإن المتدرب يجب أن تتوفر فيه عدّة خصائص :كعملية الانتباه، الحفظ، الاسترجاع، والدافعية .(محمد الشناوي، عبد الرحمن، 1998، 157-159).

5-4-4-3حسب باندورا:

النمذجة تكون إبتداءا من ملاحظة الآخر، تكون فكرة حول كيفية إنتاج السلوكيات في وقت لاحق، هذه المعلومات بمثابة دليل للعمل ومن جهة اخرى قول باندورا التعلم عن طريق النمذجة هو تعلم سلوك جديد من خلال مراقبة للنموذج والعواقب التي تنتج عنه. وتسمى هذه النظرية ايضا بالتعلم بالملاحظة، نظرية التعلم الاجتماعي.(Afonso, 2012 :03)

➤ من خلال التعاريف السابقة نستنتج بأن النمذجة هي عبارة عن تعديل أو إكساب أنماط سلوكية ومهارات عن طريق ملاحظة النموذج الذي يقوم بمحاكاة السلوك المرغوب فيه وفي غالب الأحيان تكون

عملية التعلم بالملاحظة استراتيجية تعليمية قصدية من خلال مشاهدة وملاحظة سلوك معين بهدف تنمية وتطوير المهارات المرغوب فيها.

5-5- الهدف العام لبرنامج النمذجة: يهدف البرنامج الى تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي كخطوة ذات أهمية وأساسية في تطوير الاستقلالية الذاتية خاصة في متطلبات الحياة اليومية ويتم ذلك باستخدام أسلوب النمذجة ك تقنية علاجية في اغلب المهارات.

5-6- الأهداف الفرعية للبرنامج: (تم التركيز في البرنامج على الأهداف الأتية):

- مساعدة الأطفال المعاقين ذهنيا على اكتساب الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالإطعام واللباس والنظافة كونها تجعل الطفل مستقل نسبيا والتخفيف من التبعية للغير سواء في المنزل او المدرسة.
- مساعدة الأطفال المعاقين ذهنيا على توعيتهم من خلال اكتسابهم الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة وذلك من اجل تفادي الوقوع وضغيات خطيرة قد تهدد سلامتهم والتالي حياتهم.
- ترسيخ مهارات السلوك الاستقلالي كقاعدة أساسية من اجل بناء مهارات أخرى مكملة كالمهارات الأكاديمية والاجتماعية والمهنية.
- إكساب الأطفال المعاقين ذهنيا قدرات مساعدة الذات والعناية بها.

6- صدق المحكمين:

لقد سبق عرض البرنامج على الأساتذة المحكمين من اجل معرفة مدى صلاحية البرنامج في تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي (الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس والنظافة والسلامة العامة) لدى الأطفال المعاقين ذهنيا (فئة متلازمة داون).

الجدول رقم (09) يوضح أسماء المحكمين للبرنامج المطبق

الرقم	أسماء الأساتذة المحكمين	الدرجة العلمية
01	د. لكحل مصطفى	أستاذ تعليم عالي، علم النفس العيادي، جامعة سعيدة
02	د. توهامي سفيان	أستاذ محاضر أ، علم النفس العيادي، جامعة سعيدة
03	د. عمار عبد الحق	أستاذ محاضر أ، علم النفس العيادي، جامعة سيدي بلعباس
04	د. موفق كروم	أستاذ محاضر أ، قياس نفسي، جامعة عين تموشنت
05	د. طهراوي ياسين	أستاذ بجامعة أبي بكر بالقائيد تلمسان

7- تطبيق برنامج النمذجة العلاجي:

تم تطبيق البرنامج العلاجي للأطفال المعاقين ذهنيا خلال 41 جلسة بواقع جلسة كل يوم أي 05 جلسات في الأسبوع واستمر تطبيق البرنامج لمدة شهرين ونصف بما فيها جلسة تفحص ملفات الحالات المعنية بالدراسة. قمنا بتقديم البرنامج للمربين من اجل معرفة وتحديد المهارات الاستقلالية وعلى أساس النتائج المتحصل عليها والمدونة في الملفات النفس طبية لحالات عينة الدراسة تم اختيار اغلب المهارات التي لا يستطيعون القيام بها واغلب المهارات التي تقدم لهم فيها المساعدات المباشرة وبعض المهارات التي يحتاجون فيها إلى التوجيهات اللفظية والمهارات التي يقومون بها ولكن بصعوبة ملحوظة.

جلسات مهارات التقشير والتقطيع وجلسات مهارة الشرب باستعمال الكاس:

الهدف من الجلسة	المعززات	الأدوات المستعملة	جلسات البرنامج
الاعتماد على الذات في التقطيع والتقشير.	المعززات الغذائية: عصير، قطع حلوى. المعززات الاجتماعية: الابتسام، الثناء والتصفيق. المعززات اللفظية: جيد - Bravo	سكين غير حاد برتقالة، بطاطا جزر، منديل. 	جلسات مهارات التقشير والتقطيع: تم التدريب على هذه المهارة عن طريق تقنية النمذجة بحيث يقوم النموذج (الباحثين) بتطبيق المهارة أمام الحالة ثم الطلب منه إعادة صياغتها.

<p>تحسين مهارة الشرب في الأكواب بمقبض ويدن مقبض دون سكب شيء منها او إيقاعها.</p>	<p>-المعززات الغذائية: -قطع حلوى، شكولاتة. المعززات الاجتماعية: -التصفيق -التربيت. - المعززات اللفظية: عمل ممتاز، أحسنت</p>	<p>-كوب بمقبض-كوب بدون مقبض. ماء، عصير.</p> 	<p>جلسات مهارة الشرب باستعمال الكاس: -اعتماد على أسلوب النمذجة.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

جلسات مهارة لبس المعطف والألبسة المماثلة وجلسات مهارة التزير واستعمال السحاب

<p>- تحسين مهارة ارتداء الملابس وكيفية خلعها بالاعتماد على الذات في حياتهم اليومية.</p>	<p>-المعززات الغذائية: -قطع حلوى. - المعززات اللفظية: جيد-أحسنت، ممتاز- الإنشاد</p>	<p>-معطف - منزر. والألبسة المماثلة</p> 	<p>جلسات مهارة لبس المعطف والألبسة المماثلة: تم التدريب على هذه المهارة عن طريق تقنية النمذجة وذلك عن طريق ارتداء النموذج (الباحثين) ببطيء للمآزر والمعطف وإعادة نزعهما بالطريقة الصحيحة والطلب من الحالات القيام بنفس المهارة.</p>
<p>-الاعتماد الذاتي في غلق وفك الأزرار وسحب المعطف او المئزر أثناء ارتدائه دون الاعتماد على المرية او أحد أفراد الأسرة.</p>	<p>-المعززات الغذائية: قطع حلوى. -المعززات النشاطية: -زيادة فترة الاستراحة. -الإنشاد. -المعززات المادية: -اللعب بالدمية وتطبيق</p>	<p>لعبة خرز الإبر (الحركات الدقيقة)</p> 	<p>- تم الاعتماد في هذه الجلسات على تقنية تحليل المهارة والنمذجة وذلك عن طريق استخدام لعبة مونتيسوري (خرز الإبر) ثم الانتقال إلى التزير بالحجم الكبير ومنه التزير بالحجم الصغير (أزرار المآزر)، أما فيما يخص استخدام</p>

	<p>الأزرار بالحجم الكبير، الأزرار بالحجم الصغير معطف به سحاب الدمية. -التزير على ثيابها. -المعززات الاجتماعية: الابتنامة، التصفيق. -المعززات اللفظية: (جيد-أحسننت).</p>	<p>السحاب فاستعملت تقنية النمذجة فقط.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

-جلسات مهارة التشبيك مع ربط وفك الحذاء

<p>-التدريب على التشبيك وربط الحذاء بصفة ذاتية.</p>	<p>-المعززات الاجتماعية: الابتنامة، التريبت، التصفيق. -المعززات اللفظية: (ممتاز -جيد). -المعززات الغذائية: قطع حلوى-شكلاطة-عصير</p>	<p>لوحة التشبيك</p>  <p>حذاء رياضي في شكل لوحة</p>	<p>-جلسات مهارة التشبيك مع ربط وفك الحذاء: -تم الاعتماد في هذه الجلسات على تقنية تحليل المهارة بالإضافة إلى أسلوب النمذجة وذلك عن طريق استعمال لوحة التشبيك ثم الانتقال إلى الحذاء الرياضي.</p>
<p>تعلم مهارة ربط الحذاء وتشكيل العقدة</p>	<p>-المعززات المادية: -الرسم. -المعززات النشاطية: -زيادة فترة الاستراحة</p>	<p>حذاء رياضي-أوراق الرسم-أقلام ملونة.</p> 	<p>المجسد في شكل لوحة ثم التشبيك في الحذاء الرياضي وعند التمكن من هذه الخطوات يتم الانتقال إلى ربط الحذاء وتشكيل العقدة.</p>

جلسات إدراك المواد السامة ومواد التنظيف وجلسات استخدام الممرات والأدراج

<p>-تفادي الوقوع في وضعيات تهدد سلامة وحياة الحالات. -إدراك مواد التنظيف والغرض منها ومعرفة خطورتها. -معرفة خطورة المواد السامة.</p>	<p>المعززات الغذائية: - قطع حلوى -المعززات الاجتماعية: - التصفيق- التعنيق. -المعززات اللفظية: -جيد-ممتاز- Bravo</p>	<p>ماء جافيل-منظف الأرضيات-ملطف الجو- منظف اليدين-مكنسة- منشفة. </p>	<p>جلسات إدراك المواد السامة ومواد التنظيف -فهذه الجلسات كانت عملية النمذجة عن طريق توضيح موضع استعمال كل المواد وبأنها غير صالحة للشرب. - كانت الحالة (04) أكثر استيعابا بما انها (إعاقة متوسطة) وقد تم الاستعانة بها من اجل التوضيح للحالات مجال استعمال هذه المواد وكانت النتيجة جيدة في إكسابهم هذه المهارة.</p>
<p>-مساعدة الحالات في التغلب على الخوف أثناء صعود ونزول الأدراج. -الاعتماد على الذات في استعمال الأدراج دون الاستعانة بأحد او التمسك بالجدران.</p>	<p>- المعززات الاجتماعية: - التصفيق- الابتسامة. -المعززات اللفظية: -جيد-عمل ممتاز- أحسن.</p>	<p>الأدراج (السلام) تدريب الحالات على صعود ونزول السلالم او الأدراج. </p>	<p>جلسات استخدام الممرات والأدراج: -تم الاعتماد في هذه المهارة على تدريب الحالات على صعود و نزول السلالم او الأدراج وذلك بتقديم النموذج بدرجة واحدة والطلب من الحالات الصعود و النزول وكل مرة نضاعف عدد الدرجات.</p>

جلسات المحافظة على نظافة الملابس والمكان أثناء تناول الطعام:

<p>-تحسين مهارة النظافة الشخصية ونظافة المكان أثناء تناول الطعام.</p>	<p>- المعززات الاجتماعية: - التصفيق- الابتسامه. -المعززات اللفظية: -جيد -أحسنت.</p>	<p>ملعقة -ياغورت - منديل.</p> 	<p>جلسات المحافظة على نظافة الملابس والمكان أثناء تناول الطعام: -تم تنفيذ هذه المهارة بتقديم نموذج عملي عن كل خطوة أمام حالات الدراسة ثم الطلب منهم اعادة صياغة الخطوات.</p>
<p>-تحسين مهارة النظافة الشخصية</p>	<p>- المعززات الاجتماعية: - التصفيق- الابتسامه. -المعززات اللفظية: -جيد -أحسنت.</p>	<p>الماء والصابون -امرأة.</p> 	<p>جلسات غسل الوجه واليدين بالماء والصابون: -تم تنفيذ هذه المهارة بتقديم نموذج عملي عن كل خطوة أمام حالات الدراسة ثم الطلب منهم اعادة صياغة الخطوات.</p>

جلسات غسل الأسنان وجلسات مراقبة اليدين والوجه والأسنان

<p>تحسين مهارة النظافة الشخصية وتعلم السلوك والاعتماد على النفس.</p>	<p>- المعززات الاجتماعية: - التصفيق- الابتسامه. -المعززات اللفظية: -عمل ممتاز - أحسننت.</p>	<p>فرشاة ومعجون الاسنان- الماء-منديل والمرأة.</p> 	<p>جلسات غسل الأسنان: -في هذه المهارة يقوم النموذج بغسل أسنانه أمام الحالات والطلب منهم القيام بنفس السلوك.</p>
<p>-مراقبة الوجه واليدين والأسنان بعد الانتهاء من عملية الاغتسال واكتساب المهارة (مراقبة الذاتية).</p>	<p>- المعززات الاجتماعية: - التصفيق- والترتيب والابتسامه. -المعززات اللفظية: -جيد -أحسننت.</p>	<p>امرأة -منديل -معطر.</p> 	<p>جلسات مراقبة اليدين والوجه والأسنان: مباشرة بعد الانتهاء من غسل الاسنان والوجه واليدين يقوم النموذج بالنظر الى المرآة والتأكد من نظافة الوجه الاسنان يطلب من الحالات القيام بنفس السلوك والتأكد من عملية النظافة التي قاموا بها.</p>

ملاحظة: لقد تم استخدام الفنيات التالية في كل جلسات البرنامج العلاجي:

- النمذجة بالمشاركة.
- التعزيز المادي .
- التعزيز النشاطي.
- التعزيز الاجتماعي.
- التعزيز الغذائي.

8- محتوى برنامج النمذجة العلاجي لتنمية مهارات السلوك الاستقلالي:

الجدول (11) يمثل محتوى برنامج النمذجة العلاجي:

المدة الزمنية	الجلسات	هدف الزيارات الاستطلاعية قبل تطبيق البرنامج	
من سا 08 الى سا 13 زوالا يوم 2023/02/19	جلسة واحدة مع الأخصائية النفسية	تصفح ملفات العينة ومعرفة درجة نكاه كل حالة وخصوصيتها	
الى 2023/02/20 2023/02/23	أربعة أيام (04) جلسات	التقرب والتعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا (لكسب الثقة).	
توزيع حصص تطبيق البرنامج العلاج			
عدد الجلسات	مدة الحصة	الموضوعات المتناولة	المهارات الفرعية
(04) جلسات	30 د	1. استخدام السكين في التقطيع والتقسير	<u>مهارة الطعام</u>
(02) جلستان	15 د	2. الشرب من كاس دون مقبض	
(02) جلستان	15 د	3. الشرب من كاس دون ان يسكب منه شيء	
(04) جلسات	40 د	1. لبس وخلع المعطف والألبسة المماثلة.	<u>مهارات اللباس</u>
(04) جلسات	45 د	2. غلق وفك الأزرار	
(04) جلسات	35 د	3. غلق وفتح السحاب الخاص باللباس	
(05) جلسات	40 د	4. التشبيك مع ربط وفك رباط الحذاء	
(02) جلستان	20 د	1. إدراك مواد التنظيف والمواد السامة (المبيدات).	مهارات السلامة العامة
(03) جلسات	20 د	2. استخدام الممرات والأدراج	
(02) جلستان	15 د	1. الحفاظ على نظافة الملابس والمكان أثناء تناول الطعام.	

مهارات	2. غسل الوجه واليدين بالماء والصابون.	20 د	(03) جلسات
النظافة	3. غسل الاسنان بالفرشاة والمعجون.	15 د	(04) جلسات
	4. مراقبة الوجه واليدين والأسنان ان كانت نظيفة. ووضع المعطر.	15 د	(02) جلسات
عدد الجلسات.	41 جلسة علاجية + جلسة تفحص ملفات العينة مع الأخصائية النفسانية + جلسات كسب الثقة مع حالات الدراسة.		

(دراسة الحالة): عرض نتائج الدراسة

الحالة الأولى (ه-ر):

البيانات الأولية للحالة الأولى

الاسم: هـ

اللقب: ر

الجنس: ذكر

العمر الزمني: 11 سنة (ولد يوم 2012/07/22)

العمر العقلي: 05 سنوات

نسبة الذكاء: 45.

تاريخ الالتحاق بالمركز البيداغوجي 2021/01/03. (منذ سنتين)

تاريخ الأسرى:

المستوى الاقتصادي للعائلة: متوسط

سن الام: 41 سنة

المستوى الدراسي للام: ثانية متوسط

وظيفة الام: مأكثة في البيت

الحالة الصحية للام: حالة أنيميا متوسطة (anémie modéré)

سن الأب: 46 سنة

المستوى الدراسي للاب: ثالثة ثانوي

وظيفة الأب: عامل مهني

الحالة الصحية للاب: جيدة

صلة القرابة بين الوالدين: لا توجد قرابة.

عدد الأبناء: 03 (02 إناث - وذكر واحد)

ترتيب الحالة (هـ-ر): الأولى.

تقدم الحالة الأولى:

الحالة "هـ. ر" ذو 11 سنة درجة إعاقة متوسطة (الملف النفس-طبي للحالة)، يحتل المرتبة الأولى في عدد الإخوة، ولادته كانت طبيعية ولكن طريقة الولادة كانت متعسرة حيث كانت الام تشكو من حالة إرهاق شديد (asthénie) وكان سن الام عند ميلاده 30 سنة مع العلم ان الحمل مرغوب فيه لإنجاب طفل ذكر. الجانب العلائقي جيد مع العائلة فهو الذكر الوحيد والطفل المدلل للأسرة رغم حصرت الام ورفضها للإعاقة الذهنية وعدم تقبل الواقع وجد الحالة حب كبير من الأب والام التي ترعاه

وتلعب معه. مظهره المورفولوجي عند الولادة كان وزنه قليل نوعا ما (2كلغ و400غ) مقارنة بالوزن العادي للمواليد العادين (2.500غ إلى 3 كلغ) أما طوله فكان عاديا تقريبا 38 سم من 40 سم العادية. نموه الحس-حركي متأخر له صعوبات في النطق ويخلط بين ترتيب الأحرف في الكلمة يتميز بضعف في الذاكرة ويغطي عليه النسيان لا يعاني الحالة من أي مرض عضوي او اضطراب نفسي مصاحبة للإعاقة الذهنية. أما النمط السائد في شخصيته فهو غير مطيع ولايصغي للتوجهات الا إذا أحس بنوع من التفضيل والاهتمام ومعاملة خاصة.

-نتائج القياس القبلي للحالة الأولى(هـ-ر) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول: الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				
يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض			X		
يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء		X			
يمكنه ان يشرب من كأس باستخدام مصاصة			X		
يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام				X	
يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام				X	
يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة				X	
يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة			X		
يمكنه ان يغلق أزرار قميصه				X	
يمكنه ان يفك أزرار قميصه.				X	
يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.					X
يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.			X		
يمكنه ان يلبس سرواله.			X		

	X				يمكنه ان ينزع سرواله.
		X			يمكنه ان يلبس حذاءه.
			X		يمكنه ان ينزع حذاءه.
X					يمكنه ان يربط رباط حذاءه
		X			يمكنه ان يفك رباط حذاءه
			X		يمكنه أن يلبس جواربه.
				X	يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة

الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.			X		
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.			X		
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.			X		
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.				X	
يمكنه أن يقص أظافره.	X				
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امنه.	X				
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.			X		
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.		X			

تحصلت الحالة على درجة 72 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تنحصر ما بين (37-72) وهذا المجال يمثل استقلالية ضعيفة.

وجود استقلالية ضعيفة في المهارات التالية:

- استخدام السكين عند القطيع والتشهير.
- الشرب من كأس بدون مقبض.
- الشرب من كأس باستخدام مصاصة.
- الحفاظ ا على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام.
- الحفاظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام.
- لبس معطفه والألبسة المماثلة.
- فك وعلق أزرار قميصه
- غلق السحاب الخاص باللباس.
- نزع سرواله.
- ربط رباط حذاءه.
- مراقبة يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.
- قص أظافره.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امناه.

-نتائج القياس البعدي للحالة الأولى(هـ-ر):

المجال الأول :الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التشهير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				

				X	يمكنه ان يشرب من كاس به مقبض
			X		يمكنه ان يشرب من كاس بدون مقبض
			X		يمكنه ان يشرب من كاس بدون ان يسكب منه شيء
				X	يمكنه ان يشرب من كاس باستخدام مصاصة
		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام
		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام
			X		يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة
		X			يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة
		X			يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
			X		يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
X					يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يلبس سرواله.
			X		يمكنه ان ينزع سرواله.
		X			يمكنه ان يلبس حذاءه.
				X	يمكنه ان ينزع حذاءه.
X					يمكنه ان يربط رباط حذاءه
			X		يمكنه ان يفك رباط حذاءه
				X	يمكنه أن يلبس جواربه.
				X	يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.		X			
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.		X			
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.			X		
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.			X		
يمكنه أن يقص أظافره.					X
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امته.	X				
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.			X		
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.	X				

تحصلت الحالة على درجة 92 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تبين وجود استقلالية متوسطة والتي تتدرج في المجال (73-108).

اكتسبت الحالة بعض المهارات وتحسن أدائه ابتداء من الأسبوع الخامس بخطوات ثابتة. ليست بطيء كما في الأسبوعين الأولين. بالرغم ان نسبة ذكاهه 45 الا انه اكتسب مهارات عديدة بالتكرار وتحسن في مهارات اخري كما بقي مثبطا في بعضها الاخر وهي:

- استخدام السكنين عند التقطيع.
- استخدام السكنين في التقشير.
- غلق السحاب الخاص باللباس.

- ربط رباط حذاءه.
- قص أظافره.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنية.

تقيم الحالة الأولى (ه-ر):

تربية اعتيادية:

- تحسن ملحوظ في نظافة الوجه واليدين.
- تحسين ملحوظ في طلب الذهاب إلى المرحاض وعدم تبول نهائيا في القسم في الفترة الأخيرة.
- تحسن في فرش الاسنان.
- يدرك الملابس وأدوات الأكل ويشير اليها.
- يجلس بطريقة صحيحة.

ملاحظات هامة عن الحالة (ه-ر):

- تحسن الطفل في جانب الاستقلالية في مهارات عديدة خاصة توقفه عن التبول في القسم.
- للطفل قدرات يمكن تلميتها واطهر تحسن مستمر في الفهم والتركيز مع المربية.
- الطفل مزاجي وكثير الشكوى ولا ينصت للتوجيهات الا بعد التكرار والإلحاح وإبراز التعزيزات والمحفزات المادية واللفظية.
- الطفل مدلل في البيت ويحب الإصرار على رايه والقيام بكل ما يجب.
- يحب التميز على زملاءه - أناني-غير متعاون.
- في المطعم يضع راسه على الطاولة ويرفض الأكل بالتجاهل وسرعان ما يعود إلى رشده ويبدأ بالأكل.
- " لولا مزاجية الطفل (ه-ر) لكان مستواه أكثر تحسنا"

- تقديم الحالة الثانية:

البيانات الأولية للحالة الثانية (م-ه) انثى:

الاسم: م

اللقب: ه

الجنس: انثى

العمر الزمني: 11 سنوات (ولد يوم 28/08/2012)

العمر العقلي: 6 سنوات

نسبة الذكاء: 54.

تاريخ الالتحاق بالمركز البيداغوجي (: 2022/01/02)

تاريخ الأسرى:

المستوى الاقتصادي للعائلة: (حالة اقتصادية مزرية)

سن الام: 51 سنة

المستوى الدراسي للام: ثالثة ابتدائي

وظيفة الام: ماکثة في البيت

الحالة الصحية للام: تعاني من ارتفاع الضغط الدموي. (HTA) منذ الأشهر الأولى لحملها بالحالة (م-هـ) إلى يومنا هذا.

سن الأب: 57 سنة

المستوى الدراسي للاب: رابعة متوسط

وظيفة الأب: بطال

الحالة الصحية للاب: يشكو من الام في البطن (القلون العصبي).

صلة القرابة بين الوالدين: أبناء العمومة.

عدد الأبناء: 05 (02 إناث - 03 ذكور)

ترتيب الحالة الثانية (م-هـ): الخامسة والأخيرة في ترتيب الإخوة

تقديم الحالة الثانية (م-هـ) انثى:

الحالة "م. هـ" ذو 11 سنة درجة إعاقة متوسطة (الملف النفس-طبي للحالة)، تحتل المرتبة الأخيرة في عدد الإخوة، ولادتها كانت طبيعية ولكن تحت الرعاية الطبية للام لخفض درجة الضغط الدموي لديها حيث بلغت (10/15) وكان سن الام عند ميلادها 40 سنة مع العلم ان الحمل غير مبرمج. الجانب العلائقي جيد مع العائلة فهي تلقى كل الرعاية والاهتمام من الوالدين أما مع الإخوة فالعلاقة متذبذبة وأحيانا تصل للشجار.

مظهرها المورفولوجي عند الولادة كان وزنها قليل (2كلغ و200 غ) مقارنة بالوزن العادي للمواليد العادين (2.500غ إلى 3 كلغ) أما طولها فكان عاديا تقريبا. نموها الحس-حركي بطيء لها صعوبات في النطق والتعبير رغم ان لغتها الاستقبالية حسنة وتشير إلى ما تريد مع محاولة التهجي تتميز بالنسيان تعاني الحالة من تعب مستمر وتطلب دائما الجلوس. أما النمط السائد في شخصيتها فهي اتكالية في تنفيذ المهارات وتعتمد كثيرا على الغير (الام-او المربية).

-نتائج القياس القبلي للحالة الثانية(م-هـ) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول :الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل		X			
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				
يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض			X		
يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء			X		
يمكنه ان يشرب من كأس باستخدام مصاصة			X		
يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام				X	
يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام				X	
يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة				X	
يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة			X		

X					يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
	X				يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
X					يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
		X			يمكنه ان يلبس سرواله.
	X				يمكنه ان ينزع سرواله.
		X			يمكنه ان يلبس حذاءه.
			X		يمكنه ان ينزع حذاءه.
X					يمكنه ان يربط رباط حذاءه
	X				يمكنه ان يفك رباط حذاءه
			X		يمكنه أن يلبس جواربه.
				X	يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة

الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.			X		
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.				X	
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.		X			
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.					X
يمكنه أن يقص أظفاره.					X
يمكنه أن يمشط شعره.		X			

X					يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امنه.
	X				يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.
			X		يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.

تحصلت الحالة على درجة 66 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تتدرج في المجال (37-72) والتي تبين وجود استقلالية ضعيفة في المهارات التالية:

- استخدام السكين عند التقطيع.
- استخدام السكين في التقشير.
- غلق أزرار قميصه.
- غلق السحاب الخاص باللباس.
- ربط رباط حذاءه.
- محافظة على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام.
- لبس المعطف والألبسة المماثلة
- نظافة الجسم بعد استخدام المراض.
- مراقبة يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.
- قص الأظافر.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنه.
- إدراك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.

-نتائج القياس البعدي للحالة الثانية(م-هـ) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول: الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X

				X	يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل
				X	يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض
			X		يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض
		X			يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء
			X		يمكنه ان يشرب من كأس باستخدام مصاصة
		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام
		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام
		X			يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة
			X		يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة
	X				يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
	X				يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
X					يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يلبس سرواله.
		X			يمكنه ان ينزع سرواله.
		X			يمكنه ان يلبس حذاءه.
				X	يمكنه ان ينزع حذاءه.
X					يمكنه ان يربط رباط حذاءه
		X			يمكنه ان يفك رباط حذاءه
				X	يمكنه أن يلبس جواربه.
				X	يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المرحاض بشكل مباشر.		X			
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المرحاض.			X		
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.					X
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.		X			
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.				X	
يمكنه أن يقص أظافره.	X				
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امته.	X				
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.				X	
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.		X			

تحصلت الحالة على درجة 82 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تندرج في المجال (73-108) والتي تبين وجود استقلالية متوسطة في مهارات العناية بالذات (المهارات الاستقلالية).

اكتسبت الحالة بعض المهارات وتحسن أداءها إبتداءً من الأسبوع الرابع بخطوات بطيئة لكنها ثابتة بالرغم ان نسبة ذكاهه 54 الا انها يمكنها التحسن أكثر لولا شعورها بالتعب والذي جعلها منها تتكاسل في تنفيذ التوجيهات. اكتسبت الحالة مهارات عديدة بالتركرار والتعزيز المادي والاجتماعي وتحسنت في بعض مهارات كما بقيت مثبطا في بعضها الاخر وهي:

➤ استخدام السكين عند التقطيع والتششير.

➤ غلق السحاب الخاص باللباس.

- ربط رباط حذاءه.
- قص الأظافر.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنية.
- مراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.
- إدراك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية

تقييم الحالة الثانية (م-هـ):

تربية اعتيادية:

- تحسن ملحوظ في نظافة بصفة عامة. تغرف تسمية الملابس وأدوات الأكل وكيفية استعمالها.
- تحسين ملحوظ في طلب الذهاب إلى المرحاض وعدم تبول في القسم.
- تجلس بطريقة صحيحة على الكرسي.
- تحب مقابلة الباب في كل المرافق (المطعم -القسم-قاعة النشاطات).
- يدرك الملابس وأدوات الأكل ويشير اليها.

ملاحظات هامة عن الحالة (م-هـ):

- تحسن الطفل في جانب الاستقلالية في مهارات عديدة خاصة النظافة بصفة عامة.
- للطفل قدرات جيدة على الفهم والتركيز وهي في تحسن مستمر لولا إحساسها المستمر بالتعب.
- الطفل اتكالية وغير منضبطة غيابات متكررة ربما يعود لحالتها الجسدية الضعيفة وهي تتابع علاجها لدى طبيب الأطفال.
- الطفلة هادئة وبتكثيف التعزيزات والمحفزات المادية واللفظية أصبحت في الآونة الأخيرة تبذل نوع من الجهد الإيجابي اكسبها عدة مهارات وتحسنت في أداءها لمهارات اخري.
- في المطعم لا تتم وجبتها وأكلها قليل مقارنة بأقرانها.
- أحيانا تنتم على المربية. يمكنها التطور أكثر في المستقبل القريب حسب ما لمسناه لديها من قدرات.

الحالة الثالثة (ا-س) انثى:

البيانات الأولية للحالة الثالثة (ا-س):

الاسم: ا

اللقب: س

الجنس: انثى.

العمر الزمني: 08 سنوات (ولد يوم 2015/08/28)

العمر العقلي: 4 سنوات

نسبة الذكاء: 50.

تاريخ الالتحاق بالمركز البيداغوجي (: 2021/02/07)

تاريخ الأسرى:

المستوى الاقتصادي للعائلة: (حالة اقتصادية جيدة)

سن الام: 36 سنة

المستوى الدراسي للام: أولى جامعي

وظيفة الام: ماکثة في البيت

الحالة الصحية للام: جيدة ولا تعاني من أي مرض.

سن الأب: 42 سنة

المستوى الدراسي للاب: الثالثة ثانوي (تحصل على شهادة محاسب من مركز التكوين المهني)

وظيفة الأب: موظف في مؤسسة اقتصادية.

الحالة الصحية للاب: صحة جيدة ولا شكوا من أي مرض.

صلة القرابة بين الوالدين: لا توجد أي قرابة بين الأب والام

عدد الأبناء: 03 (02 إناث - 01 ذكور)

ترتيب الحالة الثانية (ا-س): الثانية في ترتيب الإخوة

تقدم الحالة الثالثة:

الحالة "ا. س" نو 08 سنوات درجة إعاقة متوسطة (الملف النفس-طبي للحالة)، تحتل المرتبة الثانية في عدد الإخوة، ولادتها كانت طبيعية وعادية جدا وكان سن الام عند ميلادها 28 سنة مع العلم ان الحمل كان مرغوب فيه كون أختها الكبرى تفوقها بخمسة سنوات. الجانب العلائقي عادي جدا مع العائلة فهي تلقى رعاية والاهتمام من الوالدين أما مع الأخت فالعلاقة حميمية وتلقى منها كل العون والمساعدة خاصة في اللعب والحماية من الضرر المحتمل في البيت وخارجه. مظهرها

المورفولوجي عند الولادة كان وزنها طبيعي (2 كلغ.800 غ) أما طولها فكان نقصا نسبيا. نموها الحس-حركي متأخر ولا تحسن النطق. التناسق البصري الحركي ضعيف (الحول الخارجي) - (Strabisme divergent) وتشير إلى ما تريد مع محاولة التهجي. أما النمط السائد في شخصيتها فهي انطوائية ولا تبادر حتى في اللعب مع أقرانها. لكن بعد تصحيح البصر أصبحت مندمجة مع زملاءها وتصغي للتوجيهات وتحب التعزيز والتشجيع اللفظي وخاصة التصفيق.

-نتائج القياس القبلي للحالة الثالثة (ا-س) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول: الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل		X			
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				
يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض		X			
يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء			X		
يمكنه ان يشرب من كأس باستخدام مصاصة			X		
يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام			X		

		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام
	X				يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة
		X			يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة
X					يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
	X				يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
X					يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
	X				يمكنه ان يلبس سرواله.
			X		يمكنه ان ينزع سرواله.
	X				يمكنه ان يلبس حذاءه.
			X		يمكنه ان ينزع حذاءه.
X					يمكنه ان يربط رباط حذاءه
X					يمكنه ان يفك رباط حذاءه
		X			يمكنه أن يلبس جواربه.
			X		يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.		X			
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.			X		
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.			X		
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.	X				
يمكنه أن يقص أظافره.	X				
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امنة.	X				
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.				X	
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.			X		

تحصلت الحالة على درجة 67 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تتدرج في المجال (37-72) والتي تبين وجود استقلالية ضعيفة في المهارات التالية:

- استخدام السكين عند التقطيع والنقشير.
- غلق أزرار القميص.
- غلق السحاب الخاص باللباس.
- لبس المعطف والألبسة المماثلة.
- فك أزرار القميص.

- لبس السروال.
- ربط رباط الحذاء.
- فك رباط الحذاء.
- يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.
- قص الأظافر.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنة.
- إدراك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.

-نتائج القياس البعدي للحالة الثالثة (أ-س) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول: الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				
يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء			X		
يمكنه ان يشرب من كأس باستخدام مصاصة	X				
يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء		X			

					تناول الطعام
		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام
		X			يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة
			X		يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة
	X				يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
		X			يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
X					يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
		X			يمكنه ان يلبس سرواله.
			X		يمكنه ان ينزع سرواله.
			X		يمكنه ان يلبس حذاءه.
			X		يمكنه ان ينزع حذاءه.
	X				يمكنه ان يربط رباط حذاءه
X					يمكنه ان يفك رباط حذاءه
			X		يمكنه أن يلبس جواربه.
				X	يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.		X			
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.		X			
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.			X		
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.			X		
يمكنه أن يقص أظفاره.	X				
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امه.	X				
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.			X		
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.		X			

تحصلت الحالة على درجة 86 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تتدرج في المجال (73-108) والتي تبين وجود استقلالية متوسطة في مهارات العناية بالذات (المهارات الاستقلالية).

اكتسبت الحالة بعض المهارات وتحسن أداءها مع نهاية الأسبوع الثالث بخطوات ثابتة ومتزايدة في كل جلسة بالرغم ان نسبة ذكاه 54 الا انها تتحسن بوتيرة ملحوظة. تحسنها في التناسق الحركي البصري ساعدها كثيرا

في اكتساب المهارات الاستقلالية بنسبة جيدة كما تحسنت في أداءها في مهارات اخرى وبعضها الاخر باقى مثبطا رغم المحاولة تتمثل هذه المهارات فيمايلي:

- استخدام السكين عند التقطيع والتشوير.
- غلق أزرار القميص.
- غلق السحاب الخاص باللباس.
- قص الأظافر.
- ربط رباط الحذاء.
- فك رباط الحذاء.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنة

تقيم الحالة الثانية (ا-س):

تربية اعتيادية:

- تطلب الذهاب للمرحاض وتحسن ملحوظ في نظافة بصفة عامة في غسل اليدين والوجه وغسل الاسنان.
- تعرف تسمية الملابس وأدوات الأكل وكيفية استعمالها.
- تجلس بطريقة صحيحة على الكرسي.
- ملاحظات هامة عن الحالة (ا-س) انثى:
- تحسن الطفلة في جانب الاستقلالية في مهارات عديدة خاصة النظافة بصفة عامة.
- للطفلة قدرات جيدة على الفهم والتركيز وهي في تحسن مستمر.
- الطفلة هادئة وبتكثيف التعزيزات والمحفزات المادية واللفظية أصبحت في الأونة الأخيرة تبذل نوع من الجهد الإيجابي اكسبها عدة مهارات وتحسنت في أداءها لمهارات اخرى.
- في المطعم تتم وجبتها وطريقة أكلها منظم مقارنة بأقرانها.
- تحسن واضح في التنسيق البصري الحركي خاصة عند لعبها بالألعاب التركيبية والنظر اليها وكذلك بالنظر إلى المربية وهي تتحدث اليها.
- المتابعة المنزلية الصحيحة ولتكملة الجهد المبذول في المركز قد تصل إلى استقلالية شبه تامة في المهارات الحياتية والعناية بالذات في أقرب وقت.

الحالة الرابعة (ع -ع) ذكر:

البيانات الأولية للحالة الرابعة (ع -ع):

الاسم: ع

اللقب: ع

الجنس: ذكر

العمر الزمني: 10 سنوات (ولد يوم 2013/5/26)

العمر العقلي: 5 سنوات

نسبة الذكاء: 45%.

تاريخ الالتحاق بالمركز البيداغوجي (: 2020/02/07)

تاريخ الأسرى:

المستوى الاقتصادي للعائلة: (حالة اقتصادية متوسطة)

سن الام: 49 سنة

المستوى الدراسي للام: السنة أولى متوسطة

وظيفة الام: مائكة في البيت

الحالة الصحية للام: تعاني من الم في الركب (L'arthrose).

سن الأب: 54 سنة

المستوى الدراسي للاب: السنة الرابعة متوسط.

وظيفة الأب: فلاح.

الحالة الصحية للاب: صحة جيدة ولا شكوا من أي مرض.

صلة القرابة بين الوالدين: لا توجد أي قرابة.

عدد الأبناء: 08 (05 إناث -03 ذكور)

ترتيب الحالة الرابعة (ع-ع): الثامنة والأخير في ترتيب الإخوة

تقدم الحالة الرابعة (ع-ع):

الحالة (ع-ع) ذو 10 سنوات درجة إعاقة متوسطة (الملف النفس-طبي للحالة)، يحتل المرتبة الثامنة في عدد الإخوة، ولادته كانت طبيعية وصعبة (مدة الولادة غير عادية) وكان سن الام عند ميلادها 39 سنة. الجانب العلائقي عادي جدا مع العائلة فهو يلقي الرعاية من جميع أفراد العائلة كونه ازداد بعد بلوغ اخته الصغرى 7 سنوات. مظهره المورفولوجي عند الولادة كان وزنه قليل (2 كلغ و100غ) أما طوله فكان نقصا ايضا. نموه الحس-حركي متأخر ولا يحسن النطق. يحسن التواصل بالإشارة حيث يشير إلى ما يريد يسترجع الذكريات عند تكرار المهارة أمامه. النمط السائد في شخصيته فهو اجتماعي ويجب التعاون ويصغي لتوجيهات. لا يعاني (ع-ع) من أي أمراض مصاحبة.

-نتائج القياس القبلي للحالة الرابعة (ع-ع) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول: الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بف نفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل		X			
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع					X
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				
يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض		X			
يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء			X		

			X	يمكنه ان يشرب من كاس باستخدام مصاصة
		X		يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام
		X		يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام
	X			يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة
			X	يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة
X				يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
	X			يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
X				يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
		X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
	X			يمكنه ان يلبس سرواله.
			X	يمكنه ان ينزع سرواله.
		X		يمكنه ان يلبس حذاءه.
			X	يمكنه ان ينزع حذاءه.
X				يمكنه ان يربط رباط حذاءه
	X			يمكنه ان يفك رباط حذاءه
		X		يمكنه أن يلبس جواربه.
			X	يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.		X			
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.			X		
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.		X			
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.			X		
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.	X				
يمكنه أن يقص أظافره.	X				
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امنه.	X				
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.				X	
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.			X		

تحصلت الحالة على درجة 69 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تتدرج في المجال (37-72) والتي تبين وجود استقلالية ضعيفة في المهارات التالية:

- استخدام السكين عند التقطيع والتشهير.
- غلق أزرار القميص.
- غلق السحاب الخاص باللباس.
- ربط رباط الحذاء.
- قص الأظافر.

- يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنة.
- إدراك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات الحشرية.
- لبس المعطف والألبسة المماثلة.
- فك أزرار القميص.
- لبس السروال.
- فك رباط الحذاء.

ب - نتائج القياس البعدي للحالة الرابعة (ع-ع) على مقياس العناية بالذات:

المجال الأول: الوظائف الأساسية المتعلقة بالطعام واللباس					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه استخدام الملعقة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام الشوكة عند الأكل	X				
يمكنه استخدام السكين عند التقطيع			X		
يمكنه استخدام السكين في التقشير					X
يمكنه ان يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل	X				
يمكنه ان يشرب من كأس به مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون مقبض	X				
يمكنه ان يشرب من كأس بدون ان يسكب منه شيء		X			
يمكنه ان يشرب من كأس باستخدام مصاصة		X			
يمكنه ان يحافظ على نظافة ملابسه أثناء		X			

					تناول الطعام
		X			يمكنه ان يحافظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام
		X			يمكنه ان يلبس معطفه والألبسة المماثلة
			X		يمكنه ان يخلع معطفه والألبسة المماثلة
	X				يمكنه ان يغلق أزرار قميصه
	X				يمكنه ان يفك أزرار قميصه.
	X				يمكنه ان يغلق السحاب الخاص باللباس.
			X		يمكنه ان يفتح السحاب الخاص باللباس.
		X			يمكنه ان يلبس سرواله.
			X		يمكنه ان ينزع سرواله.
		X			يمكنه ان يلبس حذاءه.
			X		يمكنه ان ينزع حذاءه.
X					يمكنه ان يربط رباط حذاءه
		X			يمكنه ان يفك رباط حذاءه
		X			يمكنه أن يلبس جواربه.
			X		يمكنه أن ينزع جواربه.

المجال الثاني: الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة					
الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه ان يستخدم المراض بشكل مباشر.	X				
يمكنه ان ينظف جسمه بعد استخدام المراض.		X			
يمكنه ان يغسل وجهه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل يديه بالماء والصابون.	X				
يمكنه ان يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون.		X			
يمكنه ان يراقب يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول.			X		
يمكنه أن يقص أظافره.					X
يمكنه أن يمشط شعره.		X			
يمكنه ان يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة امنة.					X
يمكنه ان يدرك المواد السامة مثل الغازات والمبيدات			X		
يمكنه ان يستخدم الممرات والأدراج.		X			

تحصل الحالة على درجة 89 من 144 درجة ممكنة على مقياس مهارات العناية بالذات والتي تتدرج في المجال (73-108) والتي تبين وجود استقلالية متوسطة في مهارات العناية بالذات (المهارات الاستقلالية).

اكتسب الحالة عدة مهارات وتحسن أداءه مع بداية الأسبوع الثالث بخطوات متزايدة في كل جلسة بالرغم ان نسبة ذكائه 45 الا انه يتحسن بوتيرة ملحوظة. تحسنه الحركي وتناسقها (الحركات الدقيقة خاصة) ساعده كثيرا في اكتساب المهارات الاستقلالية بنسبة جيدة كما تحسن في أداءه في مهارات اخرى وبعضها الاخر باقي مشطا رغم المحاولة تتمثل هذه المهارات المثبطة فيمايلي:

➤ استخدام السكين في التقشير.

- قص أظافره.
- ربط رباط حذاءه
- استعمال الأدوات الكهربائية بطريقة امنة.
- غلق أزرار قميصه.
- فك أزرار قميصه.
- غلق السحاب الخاص باللباس.

تقيم الحالة الرابعة (ع-ع):

تربية اعتيادية:

- تحسن في المهارات الاستقلالية حيث أصبح.
- يطلب الذهاب للمرحاض وتحسن ملحوظ في نظافة بصفة عامة في غسل اليدين والوجه وغسل الاسنان. يعرف تسمية الملابس وأدوات الأكل وكيفية استعمالها.
- يجلس بطريقة صحيحة على الكرسي.
- ملاحظات هامة عن الحالة (ع-ع):
- تحسن الطفل في جانب الاستقلالية في مهارات عديدة خاصة النظافة بصفة عامة.
- للطفل قدرات جيدة على الفهم والتركيز وهي في تحسن مستمر.
- الطفل هادئ وأصبح في الآونة الأخيرة مجتهد واكتسب عدة مهارات وتحسن في أداءه المهارات اخري.
- في المطعم منظم واكتسب أدب الأكل.
- دور الأسرة في المتابعة المنزلية الصحيحة ولتعزيز الجهد المبذول في المركز قد يصل إلى استقلالية شبه تامة في المهارات الحياتية والعناية بالذات في أقرب وقت في المواسم القادمة.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

1- عرض نتائج الدراسة.

نتائج الحالة الأولى.

نتائج الحالة الثانية.

نتائج الحالة الثالثة.

نتائج الحالة الرابعة

1.1. عرض نتائج الفرضية الرئيسية.

2.1. عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى

3.1. عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية

2. تفسير النتائج

1.2. تفسير نتائج الفرضية الرئيسية.

2.2. تفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى.

3.2. تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية

3. الاستنتاج العام

4. خلاصة الفصل

➤ عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- الجدول رقم (12) يوضح المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة:

الحالات النتائج	الحالة الأولى (هـ-ر)	الحالة الثانية (م-هـ)	الحالة الثالثة (ا-س)	الحالة الرابعة (ع-ع)
النتائج البرنامج قبل تطبيق	72	66	67	69
النتائج البرنامج بعد تطبيق	93	82	86	89

يوضح الجدول رقم (12) النتائج المتوصل إليها إلى وجود تحسن ملحوظ في تنمية واكتساب مهارات السلوك الاستقلالي حيث أشارت النتائج، إلى وجود فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لحالات الدراسة.

1-1-1- المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة:

من خلال النتائج المتحصل عليها قبل وبعد تطبيق البرنامج تم التوصل إلى تحسين تدريجي من خلال ارتفاع درجات الاستقلالية الذاتية حسب مقياس مهارات العناية بالذات حيث سجلت الحالة الأولى (هـ-ر) ارتفاع في درجة الاستقلالية الذاتية ب (21 درجة) وانتقل الحالة من استقلالية ضعيفة إلى استقلالية متوسطة ورغم التحسن لم يتمكن من اكتساب كل المهارات المطبقة في البرنامج التي تسمح له بالاستقلالية التامة. أما الحالة الثانية (م-هـ) فقد تحسنت على (20 درجة) وانتقلت من استقلالية ضعيفة إلى استقلالية متوسطة ونفس الملاحظة للحالة الثالثة (ا-س) والتي ارتفعت درجاتها على مقياس مهارات العناية بالذات ب (19) درجة وانتقلت من استقلالية ضعيفة إلى استقلالية متوسطة والحالة الرابعة والأخيرة (ع-ع) فقد تحسنت على (20 درجة) وبالتالي انتقل من استقلالية ضعيفة إلى استقلالية متوسطة.

1-2- الجدول رقم (13) يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي للوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس الدرجة الكلية لمجال مهارات الأكل واللباس هي 100

الحالات القياس	الحالة الأولى (ه-ر)	الحالة الثانية (م-ه)	الحالة الثالثة (ا-س)	الحالة الرابعة (ع-ع)
القياس القبلي	50	46	47	49
القياس البعدي	66	59	61	61

حيث جاءت النتائج بصفة عامة اقل من المتوسط في القياس القبلي ماعدا الحالة الأولى التي كانت متوسطة على المقياس في مجال المهارات المتعلقة بالأكل واللباس أما نتائج القياس البعدي فاق اغلبها 60% لجميع حالات الدراسة.

1-3- الجدول رقم (14) يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي للوظائف الاستقلالية المتعلقة بالنظافة والسلامة العامة الدرجة الكلية لمجال المتعلقة بمهارات النظافة والسلامة العامة هي 44

الحالات القياس	الحالة الأولى (ه-ر)	الحالة الثانية (م-ه)	الحالة الثالثة (ا-س)	الحالة الرابعة (ع-ع)
القياس القبلي	22	20	20	20
القياس البعدي	26	23	25	28

جاءت النتائج بصفة عامة اقل من المتوسط في القياس القبلي ماعدا الحالة الأولى التي كانت متوسطة على المقياس في مجال المهارات المتعلقة بالنظافة والسلامة العامة أما نتائج القياس البعدي فاق اغلبها 50% لجميع حالات الدراسة.

2- مناقشة نتائج الدراسة:

2-1- مناقشة الفرضية الرئيسية:

يمكن تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلال لدى أطفال المعاقين ذهنيا (درجة متوسطة) باستخدام أسلوب النمذجة.

نصت فرضية الدراسة على أنه " يمكن تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلال لدى أطفال المعاقين ذهنيا (درجة متوسطة) باستخدام أسلوب النمذجة . "وحسب النتائج المتوصل إليها تحققت الفرضية بشكل جزئي.

تتم عملية النمذجة بنحو تبديلي من خلال ملاحظة أنشطة النماذج (الباحثين) و أنماطهم السلوكية و العمل على محاكاتها إذ تعتبر النمذجة من أفضل الأساليب الإجرائية في تعلم استجابات ومهارات جديدة ولا يمكن إكساب وتنمية السلوكيات لأطفال المعاقين ذهنيا إلا إذا كان العرض للنموذج معتمدا على الشرح المفصل والمتسلسل بشكل واضح والانتقال تدريجيا من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيدا مع إتباع أسلوب تحليل المهارة وتجزئتها مع التكرار حتى تصبح الإستجابة تلقائية و التذكير المستمر بالمهارات السابقة لتسهيل عليهم استرجاعها من جديد لأنهم سرعوا النسيان.

وذلك بهدف مساعدتهم على اكتساب مهارات السلوك الاستقلالي (الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس والنظافة والسلامة العامة) لأنها تؤثر على مسار حياتهم وصحتهم ويصبحون كغيرهم من الأطفال يمارسونها بشكل تلقائي وتندرج هذه المهارات ضمن عاداتهم اليومية. ويجب توعيتهم لتفادي الوقوع في الأخطار المحتملة والتي قد تهدد حياتهم والمحافظة على سلامتهم وقدرتهم على التمييز بين خصائص الأشياء وطبيعة المدركات من أجل تحقيق نوع من الاستقلالية الذاتية، وتكيفهم مع الواقع قدر الإمكان وتخفيف الأعباء على الأسرة والمربين.

أثبتت النتائج المتوصل إليها وجود تحسن ملحوظ في تنمية واكتساب مهارات السلوك الاستقلالي حيث أشارت النتائج إلى وجود فرق بين القياسين القبلي والبعدي لحالات الدراسة لصالح القياس البعدي على مقياس مهارات العناية بالذات كما هو موضح في الجدول رقم(12).

وجود تحسن في العديد من المهارات بطريقة مستقلة وذلك نتيجة التدريب على تلك المهارات وفق البرنامج العلاجي.

بالإضافة إلى فعالية استراتيجية النمذجة في تنمية بعض المهارات الاستقلالية والاعتماد على الذات بالنسبة لفئة المعاقين ذهنيا.

إنفقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة ماتسون واخرون(1990) Matson et al على فعالية التدريب وفق النماذج في اكتساب المهارات المستهدفة ، كما إنفقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة دين وماك لافلين (2000) على نمو مهارات السلوك الاستقلالي بصورة سريعة بالاعتماد على أسلوب النمذجة والتعزيز . ، كما

اتفقت دراستنا مع دراسة هيفاء عبد الرحمان إبراهيم (2007) اثر برنامج تعليمي لتنمية المهارات الاستقلالية لدى تلاميذ التربية الخاصة في اكتساب المهارات المستهدفة، مهارات وعادات تتعلق بالتكيف الشخصي للحياة اليومية وترتبط بالمراحل الإنمائية للفرد ومجالات تتعلق بالوظائف الاستقلالية وهي (الاستحمام، غسل اليدين، غسل الوجه، العناية بالشعر، العناية بالأظافر، العناية بالحذاء، تنظيف الأسنان، الترتيب والهدام، استعمال المراض). وقد اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة عبد المعطي والعباس وبخينة (2017) على فعالية التدريب بعد تطبيق برنامج تربوي في تحسين مهارات العناية بالذات لدى أطفال معاقين ذهنيا البرنامج في مهارتي الأكل والشرب، في مهارتي خلع ولبس الملابس، في مهارة دخول المراض وفي مهارة نظافة الأسنان.

وبصفة عامة لقد اتفقت دراستنا مع جميع الدراسات التي سبق ذكرها سواء محلية، عربية او اجنبية في هدفها والمتمثل في تدريب الأطفال المعاقين ذهنيا في اكتساب المهارات الاستقلالية المتعلقة (بالأكل واللباس والسلامة العامة والنظافة) وقد استخدمت كل البرامج المنهج التجريبي (شبه تجريبي) وتوصلت كلها إثبات فاعليتها في تحسين اكتساب مهارات العناية بالذات والمتمثلة في المهارات الاستقلالية او الحياتية.

كما تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا على تعلم واكتساب أنماط معينة من السلوك وذلك بإستخدام أسلوب النمذجة، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين (النماذج) وما ينتج عنها من آثار عقابية أو تعزيزية فينشأ الدافع لدى الأفراد في اكتساب مهارات سلوكيات جديدة.

2-2- مناقشة الفرضية الفرعية الأولى: حيث نصت الفرضية على ان:

يمكن تنمية الوظائف الاستقلالية المتعلقة بمهارات الطعام واللباس لدي لأطفال المعاقين ذهنيا (درجة متوسطة) باستخدام أسلوب النمذجة.

لقد أظهرت النتائج وجود فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في مجال الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس، حيث تمثل هذا الفرق في زيادة الدرجات من (12 إلى 16) درجة كما هو موضح في الجدول رقم (13). وتحسن أداء حالات الدراسة (فئة الاعاقة الذهنية درجة متوسطة) في المهارات التالية:

2-2-1- بالنسبة للحالة الأولى (هـ) ذكر:

بالنسبة لمهارة الشرب كان الحالة الأولى (هـ) لا يستطيع تنفيذ المهارة الا بتوجيهات لفظية وبعد جلستين من التدريب تحسن بدرجة واحدة على مقياس مهارات العناية بالذات وأصبح يؤدي مهارتي الشرب من الكوب بمقبض او بدون مقبض بنفسه رغم الصعوبة ولكن في استخدام المصاصة فقد اكتسب المهارة ويؤديها دون أدني مساعدة ، الحالة لا تستطيع الحفاظ على نظافة ملابسها ونظافة المكان أثناء تناول الطعام إلا بمساعدة مباشرة، وبعد جلستين من التدريب بحيث كان النموذج (الباحثة) تأكل أمام الحالة ولا تسكب شيء من الملعة وإن سكبت شيء يتم مسحه فورا بالمنديل وعند إتمام الأكل تمسح يديها وفمها وتمكن الحالة

من التحسن في مهارة الحفاظ على نظافة الملابس ومهارة الحفاظ على نظافة المكان حيث تقدم بدرجة واحدة الى (توجهات لفظية). وقد تم مدح الحالة لتشجعه على الاستمرار كونه يحب الثناء. أما في مهارة لبس وخلع المعطف والألبسة المماثلة فقد اكتسب الحالة خمسة درجات في مهارة اللبس وأصبح يلبس المعطف والملابس المماثلة بنفسه رغم الصعوبة حيث اكتسبها في الأسبوع الثالث بعد التدريب والتعزيز المادي فانتقل من المساعدة المباشرة إلى خانة (بنفسه ولكن بصعوبة) على مقياس مهارات العناية بالذات ومن ناحية خلع اللباس بقي مثبت عند المساعدة المباشرة. من جهة مهارات غلق وفك الأزرار كان الحالة يخضع للمساعدة

المباشرة وبعد قيام النموذج بغلق وفك أزرارها أمام المرآة وبعد مساعدة الحالة في فك الأزرار في الجلسة الأولى فاكسب المهارة وأصبح يؤديها بنفسه رغم الصعوبة ام مهارة غلق الأزرار اكتسب الحالة درجة واحدة وانتقل الحالة من المساعدة المباشر الى التوجيه اللفظي وهذا التحسن لأنه يحب القيام بعملية التزير أمام المرآة. أما مهارة غلق السحاب بقي مثبت عكس فتح السحاب حيث كان يؤدي المهارة وبقي يؤديها بنفسه وبصعوبة ولم ينسها.

مهارة لبس ونزع السروال لقد تحسن الحالة في هذه المهارة وكسب نقاط حيث مر من المساعدة المباشرة إلى أداء المهارة بنفسه ولو بصعوبة وفي مهارة لبس الحذاء ونزعه لقد اكتسب الحالة مهارة خلع الحذاء بسهولة بعد التدريب في الأسبوع الثاني أما مهارة لبس الحذاء تحسن كذلك حيث مر من المساعدة المباشرة إلى القيام بالمهارة بتوجهات لفظية مع نفس مدة اكتساب مهارة نزع الحذاء ولقي الحالة تعزيزا ماديا (قطعة حلوى). أما بالنسبة لمهارة لبس ونزع الجوارب فقد اكتسب الحالة مهارة لبس الجواب بعد

التدريب حيث قام النموذج بالعملية أمام الحالة عدة مرات وفي خلال أربعة جلسات اكتسب الحالة المهارة وأصبح يتقنها دون مساعدة (التكرار) أما مهارة النزع كانت مكتسبة ولم ينسها.

مهارة التشبيك مع ربط رباط الحذاء تم استخدام مع الحالة مباشرة الحذاء الرياضي مع الانتقال بشكل تدريجي في التشبيك من اليمين إلى اليسار ومن الأسفل إلى الأعلى مع تكرار المهارة عدة مرات ثم الانتقال إلى ربط الحذاء مع تشبيك العقدة بوضع طرف الرباط على شكل دائرة مع وضع الطرف الآخر وسطها ثم السحب في اتجاهين معاكسين مع وضع العقدة الثانية بنفس الطريقة ثم إدخال الرباط داخل الحذاء لكن باقي أداء الحالة مثبت ولم يقوم بالمهارة عكس فك الرباط حيث تحسن الحالة في هذه المهارة وكسب نقاط وانتقل أداءه من التوجيهات اللفظية إلى القيام بالعملية بنفسه وبصعوبة وكان التعزيز والتشجيع حتى يستمر في اكتساب المهارتين أكثر بالتصفيق عليه.

2-2-2-2- بالنسبة للحالة الثانية (م-هـ) انثى:

لقد حفظت الحالة على المهارات المكتسبة سابقا ولم تنسها كاستخدام الملاعقة في الأكل وكذا الأكل باليد المباشرة والشرب من الكاس بمقبض ونزع الجوارب كما اكتسبت مهارات جديدة وأصبحت تؤديها دون أي

مساعدة كالأكل بالشوكة وخلع حذاءه وليس جواربه وتحسن كثيرا في مهارات اخرى بعد التدريب وتقديم النموذج لكل المهارات مع استخدام جميع أنواع التعزيز والتشجيع اللفظي والمادي لخصوصيات الحالة حيث تقدمت على مقياس مهارات العناية بالذات من خانة التوجيهات اللفظية إلى خانة أداء المهارة بنفسها رغم الصعوبة مثل الشرب من كأس دون مقبض و الشرب بالمصاصة و الحفاظ على نظافة اللباس أثناء الأكل و لبس السروال و خلع معطفها والألبسة المماثلة وانتقلت في مهارات اخرى من المساعدة المباشرة إلى أداء هذه المهارات بتوجيهات لفظية كالمحافظة على نظافة المكان ولبس المعطف و الملابس المماثلة وفك رباط الحذاء وبقية مثبت في مهارة لبس الحذاء في نفس هذه الخانة مع مهارة الشرب دون السكب منه شيء أما مهارة فك الأزرار و نزع السروال تبقى بمساعدة مباشرة أما المهارات التي لا تستطيع القيام بها هي استخدام السكين في التقطيع و النقشير غلق السحاب و مهارة غلق رباط الحذاء.

2-2-3- الحالة الثالثة (أ-س) انثى:

تحسنت الحالة تقريبا في جميع مهارات الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس ولو نسبيا حيث حافظت على المهارات المكتسبة مسبقا ونمت لديها مهارات اخرى بدرجة إلى درجتين على مقياس مهارات العناية بالذات فهي أصبحت تؤدي المهارات التالية دون أي مساعدة الشرب من كأس دون مقبض والشرب بمصاصة واستخدام الشوكة ومهارة نزع الحذاء بالإضافة إلى محافظتها على مهارات الأكل بالملعقة والأكل المباشر باليدين

والشرب من كأس به مقبض وهي مهارات مكتسبة مسبقا أما المهارات التي تحسنت فيها و الأداء اصبح في خانة (بنفسها ولكن بصعوبة) الحفاظ على نظافة الملابس أثناء الأكل و خلع المعطف و الملابس المماثلة و نزع السروال ولبس الجوارب و بعض المهارات الأخرى مرت منها من المساعدة المباشرة إلى القيام بها بتوجيهات لفظية و هي لبس المعطف والملابس المماثلة و مهارتي فك الأزرار و لبس السروال أما المهارات التي بقيت مثبت في نفس هذه الخانة (توجيهات لفظية) كانت مهارة الشرب من الكأس دون ان يسكب منه شيء ومهارة الحفاظ على نظافة المكان أثناء تناول الطعام أما مهارة غلق الأزرار و ربط الحذاء كانت الحالة لا تقوم بالسلوك و أصبحت تؤدها بالمساعدة المباشرة وبقية الحالة مثبتة في مهارات استخدام السكين في التقطيع والنقشير و غلق السحاب الخاص باللباس و فك رباط الحذاء.

2-2-4- الحالة الرابعة (ع-ع) نكر:

لقد تحسن الحالة تحسن ملحوظ بالإضافة إلى حفاضه على المهارات المكتسبة سابقا كاستخدام الملعقة في الأكل واستخدام المباشر لليدين في الأكل دون استخدام الأدوات والشرب من كأس به مقبض فقد اكتسب مهارة الشرب من كأس دون مقبض حيث أصبح يؤدها دون أي مساعدة كما اكتسب درجات على مقياس مهارات العناية بالذات جعلت منه يتقدم في مستوى الأداء من التوجيهات اللفظية إلى الأداء بنفسه ولو بصعوبة مثل مهارة الشرب من الكأس دون ان يسكب منه شيء والمحافظة على نظافة اللباس أثناء الأكل و مهارة فتح السحاب الخاص باللباس كما بقي مثبتا في نفس هذه الخانة على مهارات الشرب بالمصاصة

وخلع المعطف والألبسة المماثلة ونزع السروال وخلع الحذاء ونزع الجوارب أما النسبة لمهارة استخدام السكين في التقشير كان لا يقوم بالسلوك وبعد التدريب و التكرار و استخدام التعزيز اللفظي وفي ظرف أسبوعين استطع الحالة من أداء المهارة بتوجهات لفظية كما تحسن في تنفيذ مهارات لبس المعطف والألبسة المماثلة و لبس السروال وفك رباط الحذاء حيث كان يؤدها بمساعدة مباشرة وانتقل الى أداءها بتوجهات لفظية كما بقي مثبط في نفس هذه الخانة في مهارات لبس الجوارب والحذاء والمحافظة على نظافة المكان أثناء الأكل أما مهارات غلق الأزرار والسحاب كان لا يقوم بالسلوك وأصبح يحاول قيام بها بمساعدة مباشرة بينما بقي مثبط ولا يقوم بالسلوك في مهارتي التقشير بالسكين وربط رباط الحذاء .

2-3- مناقشة الفرضية الفرعية الثانية: حيث نصت الفرضية على ان:

يمكن تنمية الوظائف الاستقلالية المتعلقة بمهارات النظافة والسلامة العامة لدي لأطفال المعاقين ذهنيا (درجة متوسطة) باستخدام أسلوب النمذجة.

لقد أظهرت النتائج وجود فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في مجال الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة، حيث تمثل هذا الفرق في زيادة الدرجات من (04 إلى 08) درجة كما هو موضح في الجدول رقم (14). وتحسن أداء حالات الدراسة (فئة الاعاقة الذهنية درجة متوسطة) في المهارات التالية:

2-3-1- بالنسبة للحالة الأولى (ه-ر) ذكر:

لقد تحسن الحالة في اغلب المهارات المتعلقة بالنظافة حيث أصبح يستخدم المراض بنفسه رغم الصعوبة وتقدم في الدرجة من خانة (توجيهات لفظية الى خانة بنفسه رغم الصعوبة) ونفس الشيء بالنسبة لنظافة الجسم بعد استخدام المراض أما مهارة غسل اليدين كانت مكتسبة من قبل ويتقنها أما مهارة غسل الوجه بقيت مثبط في خانة بنفسه ولكن بصعوبة لأنه يخاف من دخول الصابون الى عينيه كما تحسن في غسل الاسنان ويقوم بالمهارة بصعوبة بعد التدريب حيث قام النموذج بالعملية أمام الحالة عدة مرات وفي خلال أسبوعين من جلسات تحسن الحالة أما مهارة المراقبة الشخصية للنظافة فقد تحسن كثيرا حيث انتقل الحالة من المساعدة المباشرة إلى القيام بالسلوك بنفسها و لو بصعوبة ونفس الأداء بالنسبة لمشط الشعر بقي مثبط أما مهارة قص الأظافر فانه لا يقوم بالسلوك أما مهارة السلامة العامة فقد اكتسب مهارة استخدام الممرات والأدراج ويقوم بها دون أي مساعدة بعد التدريب والتكرار لأسبوع واحد عكس مهارة إدراك مواد التنظيف والمواد السامة فبقي الحالة مثبط عند التوجهات اللفظية.

2-3-2- بالنسبة للحالة الثانية (م-هـ) انثى:

لقد تحسنت الحالة (م-هـ) في الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة نسبيا مع المحافظة على مستواها في المهارات التي تؤدها كغسل اليدين والوجه بالماء والصابون ومشط الشعر واستخدام الممرات والأدراج ولو بصعوبة وبقيت مثبطة في المهارات المعقدة كاستعمال الأدوات الكهربائية وقص الأظافر حيث لا تقوم بالسلوك وأصبحت تستخدم المراض بنفسها رغم الصعوبة وتنظف جسمها بتوجيهات لفظية عوض المساعدة المباشرة أما غسل اليدين فهي مهارة مكتسبة مسبقا.

2-3-3- الحالة الثالثة (ا-س) انثى:

لقد تحسنت الحالة (ا-س) في الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة في أربعة مهارات بدرجة واحدة أي من الدرجة الأدنى إلى الدرجة التي تليها في مقياس مهارات العناية بالذات في مجال السلامة العامة والنظافة وهي مهارات: تنظيف الجسم بعد استخدام المراض واستخدام الممرات والأدراج حيث تقوم بالمهارتين بنفسها رغم الصعوبة كما حافظت على

استخدام المراض وغسل وجهها بالماء والصابون وكذا مشط الشعر في نفس هذه الخانة وبقيت مثبطة في مهارة غسل الاسنان بتوجيهات لفظية أما مهارة المراقبة الذاتية للنظافة بشكل مقبول (الأيدي - الوجه - الاسنان) كانت لا تقوم بالسلوك وأصبحت تؤده بتوجيهات لفظية كمهارة إدراك المنظفات والمواد السامة وقيت الحالة مثبطة في كل من مهارات قص الأظافر واستخدام الأدوات الكهربائية حيث لا تقوم بالسلوك.

2-3-4- الحالة الرابعة (ع-ع) نكر:

في الوظائف الأساسية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة سجل الحالة تقدم ملحوظ وكسب درجات هامة على مقياس مهارات العناية بالذات حيث بقي الحالة (ع-ع) مثبطة في ثلاثة مهارات فقط هي مهارة قص الأظافر ومهارة استعمال الأدوات الكهربائية خوفا من الإصابة حيث لا يقوم بالسلوك كما بقي مثبطة في مهارة مراقبت يديه ووجهه وأسنانه إذا كانت نظيفة بشكل مقبول في خانة التوجيهات اللفظية. واكتسب الحالة مهارتين وأصبح يؤدها دون أي مساعدة وهي استخدام المراض وغسل يديه ووجهه بالماء والصابون كما لم ينسى مهارة غسل اليدين بالماء والصابون وتقدم في أداء مهارات تنظيف الجسم بعد استخدام المراض وغسل الاسنان الفرشاة والمعجون واستخدام الممرات والأدراج بنفسه وبصعوبة أما مهارة إدراك المواد السامة انتقل من المساعدة المباشرة إلى أداء المهارة بتوجيهات لفظية.

3-استنتاج عام:

ومن خلال ما تم عرضه فقد أشارت نتائج البحث الحالي الى فعالية البرنامج التدريبي (النمذجة) في تنمية بعض مهارات العناية بالذات لأطفال المعاقين ذهنيا.

فقد تبين من النتائج التي تم عرضها سابقا في الجدول رقم 12 " أنه يوجد فرق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي لعينة الدراسة على مقياس مهارات العناية بالذات لصالح القياس البعدي حيث تحسن أداء افراد عينة الدراسة بنسب متفاوتة ومتقاربة حسب امكانيات وقدرات كل فرد من أفراد العينة محل الدراسة وان

متوسط درجات الحالات الأربعة هو 20 درجة مكتسبة وهذا الناتج في حد ذاته ان دل على شيء فإنه يدل على مدى فعالية برنامج النمذجة في تحسين واكتساب المهارات الاستقلالية للعناية بالذات وتحسين القدرات الأدائية لدى هذه الفئة من الأطفال المعاقين ذهنيا درجة متوسطة وهو ما يتوافق مع قول باندورا " التعلم عن طريق النمذجة هو تعلم سلوك جديد من خلال مراقبة للنموذج والعواقب التي تنتج عنه. وتسمى هذه النظرية ايضا بالتعلم بالملاحظة او نظرية التعلم الاجتماعي".

ونفس النتائج تم رصدها بالنسبة لما نصت عليه الفرضية الفرعية الاولى جدول رقم (13) والفرضية الفرعية الثانية جدول رقم (14) فقد تحسن أداء عينة الدراسة باستخدام "النمذجة" كبرنامج تدريبي لكسب مهارات الاستقلالية الذاتية (مهارات الطعام واللباس) و (مهارات السلامة العامة ومهارات النظافة) على التوالي.

4- خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض نتائج فرضيات الدراسة، بداية بالفرضية الرئيسية وصولا إلى الفرضية الفرعية الاولى والفرضية الفرعية الثانية ومنه انتقلنا إلى تفسير نتائج الدراسة، حيث وتوصلنا من خلال جداول الموضحة للنتائج المسجلة في القياسين القبلي والبعدي لمهارات العناية بالذات والتي كانت نتائجها ايجابية لصالح القياس البعدي محققا بذلك لفرضيات الدراسة.

➤ VI الخاتمة :

يعد موضوع الاعاقة الذهنية من بين أهم وأبرز المواضيع الحديثة وأكثرها اهتماما من طرف أهل الاختصاص والباحثين، ولعل ما جعل هذا الاهتمام يتزايد خاصة في الآونة الأخيرة في مختلف دول العالم وبالخصوص الدول العربية ومنها الجزائر هو الغموض الذي يكتنفه، بالإضافة الى تشعب وعدم وضوح أسباب وعوامل حدوثه بصفة قطعية، فتناولنا لهذا الموضوع هو نفس السبب وكذلك حينا للتقرب والتعرف أكثر على المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال الأبرياء الذين وجدوا أنفسهم مختلفين عن أقرانهم من الأطفال. إن الضعف الذي تشهده هذه الفئة من الأطفال المعاقين ذهنيا في مهارات السلوك الاستقلالي من المشكلات المنتشرة بكثرة لديهم بحيث يخلف هذا الضعف تداعيات نفسية واجتماعية، فيصبح هؤلاء الأطفال في تبعية دائمة لأوليائهم والأفراد المحيطين بهم مما يعزز لديهم الشعور بعدم الثقة، لهذا فإن إكساب وتنمية المهارات الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس والنظافة والسلامة العامة لأطفال المعاقين ذهنيا من الأمور المهمة في مجال علم النفس والتربية الخاصة وذلك من خلال إكسابهم مهارات و سلوكيات تجعلهم يواجهون بديهيات الحياة اليومية بشكل استقلالي بالاعتماد على أنفسهم في المهارات الضرورية وتخفيف التبعية ولو نسبيا على الوالدين والمربين، وهذا ما يتطلب تدريب خاص وفق البرامج العلاجية التي تتناسب مع قدراتهم وإمكاناتهم التي تعتمد على عدة أساليب وتقنيات ولعل أسلوب النمذجة المعتمد في دراستنا الحالية من الأساليب الناجعة لهذه الفئة حيث يلعب النموذج دور هام في عملية التدريب وكذا الظروف التعليمية تؤثر في اكتساب المهارات المرغوب فيها سواءا بالإيجاب أو بالسلب ، فإن برنامج النمذجة يساهم في تحسين وتنمية مهارات السلوك الاستقلالي وارتفاع درجة الاستقلالية لدى المعاقين ذهنيا وهو ما توصلنا اليه من خلال نتائج دراستنا في إثبات فعالية برنامج النمذجة في اكتساب المهارات الاستقلالية للمعاقين ذهنيا درجة متوسطة.

VII. اقتراحات:

- ❖ توفير دراسات خاصة ببرنامج النمذجة للأطفال المعاقين ذهنيا.
- ❖ ضرورة تطبيق أسلوب النمذجة ضمن البرامج العلاجية في المراكز النفسية البيداغوجية وتوفير أحدث الأدوات التربوية للتدريب لريح الوقت.
- ❖ ضرورة أرفاق البرامج الخاصة بتعديل السلوك وتنمية المهارات الاستقلالية للأطفال المعاقين ذهنيا بجوانب خاصة بتتقيف أسرهم للمساهمة في تدريب وتعليم أطفالهم في البيت لتكامل العلاج بين (المركز والبيت).
- ❖ ضرورة تكوين وتأهيل مختصين وإطارات موجهين الى هذه الفئة بالخصوص باعتبار ان خصائصها تختلف عن جميع الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى.
- ❖ ضرورة إدماج هذا المجال (الاعاقة الذهنية) كتخصص فيما بعد التدرج ليساهم في تطوير البحث والاكتشاف في مجال الاعاقة الذهنية.
- ❖ دعوة الهيئات الإعلامية في الجزائر الى الاهتمام بهذه الفئة الخاصة والمساهمة في تحسين نظرة المجتمع اليها.
- ❖ التشديد على ضرورة إجراء الفحوصات البيولوجية قبل الزواج لتخفيف او التقليل من احتمال ازدياد أطفال معاقين وخاصة الاعاقة الذهنية التي تتطلب جهد كبير لإدماجهم في المجتمع (جهد نفسي -تربوي - اجتماعي-اقتصادي مادي).
- ❖ دعوة السلطة التشريعية في الجزائر لتجديد بعض القوانين لحماية حقوق هذه الفئة وإعطاءها الدعم المادي والمعنوي لتوفير حياة أفضل.

VIII. المراجع

المراجع العربية:

1. وادي، أحمد (2009). الإعاقة العقلية: اسباب - تشخيص - تأهيل. الطبعة الأولى. دار سامة للنشر والتوزيع. عمان.
2. القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن (2011)، الإعاقة العقلية النظرية والممارسة، عمان، دار المسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
1. بوشيل، وايدانمان، سكولا، بيرنر (ترجمة كريمان بدير، 2004)، الأطفال ذوو الإحتياجات الخاصة، (ط1)، القاهرة، عالم الكتب.
2. غراب نجوى، (1999)، مدى فعالية برنامج تغذوي تربوي على السلوك التكيفي للأطفال المعاقين ذهنياً، القاهرة، منشأة المعارف الإسكندرية.
3. كاشف ايمان فؤاد محمد، (2001)، الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، (ط 1)، القاهرة، دار قباء.
4. عبد الله محمد عبد الرحمن. سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، القاهرة: دار المعرفة الجامعية، بدون طبعة، 1996.
5. محمد سيد فهمي. مدخل في الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، بدون طبعة، 2002.
6. إبراهيم عبد الهادي محمد. الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية: بدون طبعة، 2002، المكتب الجامعي الحديث.
7. عدنان ناصر الحازمي. الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، عمان دار الفكر، طبعة أولى، 2007.
8. أسماء سراج الدين، تأهيل المعاقين، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2009.
9. حبيب زينب منصور، (2005)، المرجع في رعاية وتربية وتعليم ذوي الإحتياجات الخاصة، (ط 1)، عمان، الموسوعة الذهبية.
10. جابر جابر عبد الحميد، الراجحي دعاء السيد محمد، إبراهيم أماني سعيدة سيد، (2013)، دراسة مقارنة للمهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقلياً في ضوء مستويات 7 جودة الحياة لدى الأمهات، (العدد 3) معهد الدراسات والبحوث التربوية.
11. اللقاني (أحمد). محمد (فارعة) 2010. مناهج التعليم بين الواقع والمستقبل، القاهرة، مكتبة عالم الكتب، ط 1
12. يحيى، خولة أحمد (2006). البرامج التربوية لأفراد ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار المسيرة

13. عبد المعطي حسن ونمر عواد وسلامة شاش سهير محمد (2013). تعديل السلوك، دون طبعة، عمان الأردن: دار اليازوري.
14. الزغلول عماد (2003). نظريات التعلم. عمان: دار الشروق.
15. بطرس، حافظ بطرس (2010). تكيف المناهج للطلبة ذوي الحاجات الخاصة. الأردن: دار المسيرة
16. الجليبي، سوسن. شاكر، 2005 التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، ط 1، دمشق، سوريا، مؤسسة علاء الدين.
17. إيريل. بالثازار، (1999) تد ريب المتخلفين فى المنزل والمدرسة، دليل الوالدين والمدرسين ومدرربي الأطفال بالمنزل، ط، ترجمة عبد الرقيب أحمد البحير، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية
18. -ربيع شكري سلامة (2005): التوحد - اللغز الذي حير العلماء والأطباء. القاهرة: دار النهار.
19. عبد الله محمد عبد الرحمن .سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، القاهرة :دار المعرفة الجامعية، بدون طبعة، 1996
20. محمد سيد فهمي .مدخل في الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية :المكتب الجامعي الحديث، بدون طبعة، 2002.
21. إبراهيم عبد الهادي محمد .الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية :بدون طبعة، 2002، المكتب الجامعي الحديث.
22. عدنان ناصر الحازمي .الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، عمان دار الفكر، طبعة أولى، 2007.
23. أسماء سراج الدين، تأهيل المعاقين، عمان :دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2009
24. -بوشيل، وايدانمان، سكولا، بيرنر (ترجمة كريمان بدير)، (2004) ، الأطفال ذوو الإحتياجات الخاصة، (ط1)، القاهرة،
25. -فرج عبد اللطيف حسن، (2007) ، الإعاقة العقلية والذهنية، ط(1)، عمان، دار حامد. عالم الكتب.
26. -3- عبد الرشيد ناصر سيد جمعة، (2011) ، مهارات السلوك التكيفي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، (ط1)، الرياض، دار الزهراء.
27. فتحي السيد عبد الرحيم، الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي، مؤسسة الصباح الكويت، ط 1، 1981.
28. الزغبى أحمد محمد، التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم، ط 1 ، المطبعة العلمية .لنشر، دمشق، 2003.
29. نبيه إبراهيم إسماعيل، سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة، مكتبة الأنجلو .مصرية للنشر، القاهرة، 1999.
30. الصمادي، جميل، الناظور، ميادة، الشحومي، عبد الله . (2003). تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط 1 ، الكويت : منشورات الجامعة العربية المفتوحة.

31. كوافحة تيسير مفلح، (2003) ، مقدمة في التربية الخاصة، (ط1)، عمان، دار المسيرة.
32. تيسير كوافحة / عمر عبد العزيز (2003) مقدمة في التربية الخاصة-عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع
33. عبد البشار إبراهيم وآخرون، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، (ط1) 2008.
34. عصام نور سرية، سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2006
35. الطائي عبد المجيد حسن، (2008) ، طرق التعامل مع المعوقين، ط(1) ، عمان، دار الحامد.
36. السيد رمضان، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجالات، رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعي 1995.
37. سهير كامل أحمد سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الاسكندرية للكتاب، 1992.
38. عادل عبد الله محمد، جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيدين، دار الرشد، القاهرة، 2003 .
39. خديجة أحمد السباعي . (2004) صعوبات التعلم (أسببها- نظرياتها- تطبيقاتها). القاهرة :مكتبة النهضة المصرية
40. إبراهيم عباس الزهيري (1998) تربية المتخلفين عقليا .القاهرة :دار الفجر للنشر والتوزيع.
41. عبد العظيم شحاتة مرسي (1990) -التأهيل المهني للمتخلفين عقليا .القاهرة :دار الاتحاد العربي للطباعة.
42. رمضان محمد القذافي:"رعاية المتخلفين ذهنيا" ط 1 -المكتب الجماعي الحديث - الإسكندرية - 1996
43. فاروق الروسان :قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع الأردن، ط1 1998.
44. -علا عبد الباقي إبراهيم :التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، عالم الكتب، القاهرة، بدون ط، 2000 .
45. انتصار يونس :السلوك الإنساني، المكتبة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، بدون ط، 2000
46. فاروق الروسان (1997) سيكولوجية الأطفال غير العاديين-مقدمة في التربية الخاصة .عمان :دار الفكر للطباعة والنشر الطبعة الثالثة.
47. محمد عبد السلام البواليز (2000) الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، عمان :دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
48. السرطاوي، زيدان وسيقالم، كمال(1992) (المعاقون أكاديميا وسلوكيا :خصائصهم وأساليب تربيتهم . الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.
49. -كمال مرسي .(1996) مرجع في علم التخلف العقلي .الكويت :دار القلم.

50. يوسف القريوتي. (1996) أساليب تربية الطفل بين النظرية والتطبيق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
51. آمال مليجي. (2003) سيكولوجية غير العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
52. عبد الله عادل (2011). مقدمة في التربية الخاصة"، دار الرشد للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
53. خليل، عزة (2001) :لعب الأطفال من الخامات البيئية، دار الفكر العربي: القاهرة.
54. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف(2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية (ط1) مكتبة الانجلو المصرية القاهرة.
55. عبد العزيز، السرطاوي، عبد العزيز، حسن أيوب: (2000) الإعاقة العقلية، الكويت، مكتبة الفلاح.
56. عثمان، لبيب فراج: (2002) الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة تصنيفها، أسبابها أعراضها، تشخيصها والتدخل العلاجي، الزمالك القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية.
57. وفيق صفوت مختار، سيكولوجية الأطفال ضعاف العقول، ط 1، دار العلم والثقافة، مصر، 2005.
58. طارق عبد الرؤوف عامر، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤسسة طبية للنشر، (ط1)، القاهرة، 2002.
59. مزيان محمد، (1999)، مبادئ في البحث النفسي والتربوي، (ط 1)، الجزائر، دار العرب للنشر والتوزيع.
60. محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمان. (1998) العلاج السلوكي الحديث اسسه وتطبيقاته. بدون طبعة. القاهرة: دار قباء.
61. موريس اجرس. (2006) ترجمة: بوزيد صحراوي وآخرون. البحث العلمي في العلوم الإنسانية-تدريبات علمية الطبعة الثانية الجزائر: دار القصبية.
- المراجع الأجنبية:

62. (World Health Organization, WHO, 1992)

Baileye DB, Blasco PM, Simeonsson RJ (1992), Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. American Journal on Mental Retardation, 97:1-10.

63. Cirugia Bucall, 14:434.439.Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA, et al (2007). The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. Intellectual and Developmental disabilities, 45:116-124

64. James. A. G. Tekin-Iftar, E.M., & Kircaali-Iftar, G.D. (2009). Effects of antecedent prompt and Test Procedure on Teaching simulated menstrual care skills to females with Developmental Disabilities. Education and Training in Developmental. Disabilities, 4454-66

65. Child Assessment service, (2008), Copyright@, Departement of Health, Hksar.

66. Psychiatrie American assotiation APA DSM4.

67. Psychiatrie americane assotiation APA DSM5.

71. Catherine afonso, 2012, de la théorie de l'apprentissage sociale a la théorie sociocognitive, IPFA, France.

الرسائل والمذكرات والمجلات العلمية:

- 72- عايدة شعبان صالح وأنور حمودة البنا(2007) ، فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، بمحافظة غزة (مجلة جامعة الأزهر، غزة، سلسلة العلوم الإنسانية، 2008، المجلد 10 ، العدد A1).
73. سعدي فتيحة. (2015). قلق واكتئاب الأولياء والسلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا درجة بسيطة. (أطروحة دكتوراه)، جامعة الجزائر.
74. هيفاء عبد الرحمن إبراهيم (2007) أثر برنامج تعليمي لتنمية بعض المهارات لدى تلاميذ التربية الخاصة مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية: دورية علمية محكمة جامعة الموصل.
75. الشمري عواطف حبيب (2008). فعالية استخدام إجرائي المساعدة المتناقص تدرجيا والتأخير الزمني الثابت في التدريب عمى بعض المهارات الاستقلالية لفتيات ذوات التخلف العقلي المتوسط والشديد. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الملك سعود.
76. عبد المعطي، نورا الحاج (2017). فعالية برنامج تربوي في تحسين مهارات العناية بالذات لدل أطفال متلازمة داون بمركز بستالوزي بمحلية جبل أولياء رسالة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
77. سامية شويعل (2006) برنامج تدريبي لتعليم مهارات تطبيق نظافة الذهاب الى المراض.
78. سهير محمود امين عبد الله فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال المعاقين ذهنيا-بحوث ودراسات المؤتمر القومي الرابع للتربية الخاصة - المجلد الثاني 1997.
79. علياء فتحي الشايب، 2016 فاعلية التدخل المبكر لخفض العناد والاعتمادية لتحسين مساعد الذات للأطفال المتأخرين عقليا القابلين للتعلم، مجلة العلوم التربوية العدد 4، الجزء الأول
80. جمال محمد سعيد الخطيب ومنى الحيدى (2004): برنامج تدريبي للأطفال المعاقين. معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
81. بيومي، لمياء عبد الحميد. (2008) فاعلية برنامج تدريجي لتنمية بعض مهارات.
82. ابو عمار، إيمان (2007). دليل التدريب المبدئي لأمهات أطفال التوحد في مجال العناية بالذات. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.
83. بخيت. خديجة (2000). فعالية الدراسة الجامعية في تنمية بعض المهارات الحياتية، المؤتمر السنوي السابع لمركز تطوير التعليم الجامعي.

84. النجار سميرة. (2009). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الحياتية في خفض صعوبات التعلم الاجتماعي لدى المراهقين، الحولية الخامسة الرسالة الثامنة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
85. ميادة محمد ابراهيم محمد الشهاوي ،2016، فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية التعلم الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الحياتية اليومية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، مجلة كلية التربية العدد 20 جامعة بورسعيد، مصر.
86. عبد الكريم، غادة قصي مصطفى (2009). أثر برنامج قائم على التعلم النشط في الدراسات الاجتماعية لتنمية بعض المهارات الحياتية والتحصيل لدى التلاميذ المعوقين عقليا القابلين للتعلم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة جنوب الوادي.
87. عبد المنعم، محمود أحمد (2007). مجالات التربية الخاصة وكيفية تطبيقها مع من لديهم متلازمة داون. الجمعية البحرينية لمتلازمة داون.
88. لمياء شعبان أحمد (1997): برنامج مقترح للتربية الأمانية في الاقتصاد المنزلي وأثره على تحصيل واتجاهات تلميذات الصف الثالث الإعدادي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلة التربية، جامعة الوادي.
89. ليلي عبد الحميد عبد الفتاح (1990): دراسة مقارنة بين طريقتي العروض العملية والمعملية لتنمية المهارات الأمانية في الكيمياء لدى طلاب دور المعلمين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة قناة السويس.
90. حنان عبد المنعم مصطفى زكي رستم (2001): فاعلية وحدة مقترحة في التربية الوقائية في منهج العلم لتنمية الوعي الوقائي لدى تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
91. لعجال فتيحة، دور الخدمة الاجتماعية في تأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقليا، مذكرة ماجستير (د راسة ميدانية، بقسنطينة) ، الجزائر 2003-2004.
92. تغزي مليكة، امكانيات التكيف الاجتماعي للطفل المتخلف ذهنيا، مذكر ليسانس، جامعة قالمه. بدون تاريخ.
93. جزايرس أكثر 38 بالمئة نسبة الزواج من الاقارب في الجزائر (2010).
94. بشير معمريه، د.س تدريب المتخلفين عقليا على السلوك الاستقلالي في مجال مهارات العناية بالذات داخل الاسرة وفق مبادئ و فنيات التعلم بالتقليد والتعلم بالاشراط الاجرائي، مجلة تنمية الموارد البشرية جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.
95. شلغوم نعيمة -نورالدين هجيهر-مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي-فعالية أسلوب النمذجة في تنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لدى أطفال متلازمة داون. جامعة ابن خلدون تيارت 2019
- المواقع الإلكترونية:

- 96 - طالب صالح، طالب الزهراني، 21013/11/24، مهارات العناية بالذات
<http://www.gulfkids.com/vb/showthread>
97. جمال الجندي، 2010/08/02، العناية بالذات للأطفال التوحيين تعديل سلوك.
<http://www.alnoor.se/article>
98. عزة عبد الرحمان، سحر عبد الرحمان، صعوبات التعلم الشامل، <https://www.facebook.com>
2016/10/.
99. د. احمد إبراهيم خضر.
100. عماد، حسين، عبيد، المرشدي، وسائل جمع المعلومات في البحث العلمي، Time 27/02/2014
<https://www.uobabylon.edu.iq/> 08:41:23: كلية التربية الاساسية

الملحق رقم (01)

مقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا.

إعداد: أ.سمية قاسم، أ. د نادية بوضياف بن زعموش

جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر 2017)

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

أختي الفاضلة...

في إطار إنجاز رسالة الدكتوراه، نضع بين أيديك هذا الإستبيان المكون من مجموعة عبارات تصف سلوكيات الطفل في الخانة المناسبة كما هو (×) (الإبن) ونجروا منك الإجابة بكل صراحة بما ينطبق على الطفل (الإبن) وذلك بوضع علامة موضح في المثال دون نسيان أيا من هذه العبارات مع العلم أن إجابتك ستحظى بالسرية التامة ولا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي، وأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. وأشكركم مسبقا على حرصكم وتعاونكم معنا.

المثال التوضيحي:

الفقرات	بنفسه	بمساعدة مباشرة	بتوجيهات لفظية	بنفسه وبصعوبة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يستطيع رسم خط مستقيم	X				

معلومات خاصة بالطفل:

إسم الطفل: الفوج:

نسبة الإعاقة:



المربية



المستجيب الأم

المجال الأول: الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس

الفقرات	دون أي مساعدة	بنفسه ولكن بصعوبة	بتوجيهات لفظية	بمساعدة مباشرة	لا يستطيع القيام بالسلوك
يمكنه أن يستخدم الملاعقة عند الأكل					
يمكنه أن يستخدم الشوكة عند الأكل					
يمكنه أن يستخدم السكين في التقطيع					
يمكنه أن يستخدم السكين في التقشير					
يمكنه أن يأكل بيديه دون استخدام أدوات الأكل.					
يمكنه أن يشرب من كأس به مقبض.					
يمكنه أن يشرب من كأس دون مقبض.					
يمكنه أن يشرب من الكأس دون أن يسكب منه شيء.					
يمكنه أن يشرب من الكأس باستخدام مصاصة.					
يمكنه أن يحافظ على نظافة ملابسه أثناء تناول الطعام.					

الملاحق

					يمكنه أن يقص أظافره.
					يمكنه أن يمشط شعره.
					يمكنه أن يستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة آمنة.
					يمكنه أن يدرك المواد السامة مثل الغاز ومبيد الحشرات.
					يمكنه أن يستخدم الممرات والأدراج.

تأكدوا رجاء من أنكم أجبتم عن جميع الفقرات

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون * تيارت *

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

رقم القيد: 1449 / ق ع ن. أ. ف / 2023

إلى السيد المحترم: ...مدير...المركز...النفسي...

...المعهد...علاج...تيارت...

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار تميمين وترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة يشرفني أن أتمس من سيادتكم الترخيص لطلبة السنة الثانية ماستر ، تخصص علم النفس العيادي الآتية أسماؤهم:

- ...ولدرابج...كاتيا
- ...ببسة...هبة...وثام
-
-

بإجراء بحث ميداني تحت عندي وان:

...مهايرات...العنايت...بالذات...لدى...الأطفال...المعاقين...
...ذهنيا...

وفي الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير.

تيارت في: 21 FEB 2023



