# واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين ذهنيا في الجزائر

**د. فقيه العيد**
أستاذ محاضر بجامعة تلمسان،
جامعة أبي بكر بلقايد –تلمسان- الجزائر
قسم علم النفس- ص.ب: **31500**- الجزائر

# واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين ذهنيا في الجزائر

د. فقيه العيد

**ملخص بحث**

يتناول هذا البحث واقع الصحة النفسية للأطفال المعاقين ذهنيا في الجزائر، ويكمن الهدف من الدراسة الحالية في التعرف على واقع الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا من خلال دراسة النتائج التي حققتها مراكزنا الطبية التربوية عن مدى توافق المتخلفين عقليا، اجتماعيا، وبيئيا، وشخصيا. ثم الوقوف على مختلف الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي الذي يسمح بتقديم برامج وقائية قبل، وأثناء، وبعد الولادة. وقد تم استخدام الأدوات التالية:

مقياس الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا من إعداد الباحث، واستمارة توضيحية للسببية المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي.

وقد أظهرت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات التوافق والفئات الأربعة للتخلف العقلي، كما أظهرت أنه توجد فروق دالة بين مختلف فئات السببية المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي أثناء فترة الحمل، وأثناء عملية الولادة، وأثناء مرحلة الطفولة المبكرة. وقد نوقشت هذه النتائج في ضوء البحوث السابقة.

**Abstract**

The present study addresses the psychological health of mentally retarded children in Algeria, with the aim to establish their actual psychological condition from the vantage point of studies undertaken in Algerian medical centers for the education of mentally-retarded children. Such studies investigate the degree of the integration of mentally retarded children in their society and environment. They also determine the causes leading to mental retardation, and propose prevention programmes for the pre-natal period, the moment of child-delivery, and for the post-natal period. The author has devised a psychological test consisting of a set of criteria determining the degree of psychological health condition in mentally-retarded children, and an attached questionnaire specifying the causes leading to mental retardation. The above mentioned studies underline the presence of statistically significant differences between the average of mental health and the four categories of mental retardation. Such studies also establish significant differences amongst the various causes leading to mental retardation during the pre-natal period, child delivery, and early childhood. Such results have already been discussed in the light of previous studies.

## تمهيـــد

منذ سنة 1962 وبناء على المادتين 81 و116 من الدستور والجزائر تبذل جهودا معتبرة، من خلال سياستها الاجتماعية لتربية ورعاية الطفولة المعوقة في كل مجالات الحياة، كالعلاج المجاني والرعاية الصحية وتوفير الأجهزة الاصطناعية والتقنية، ومنح مالية تقدم لهم عند بلوغهم سن الرشد. لقد أدركت الجزائر أن هذه الطاقة المعطلة من واجبها أن تحولها من عبء عليها إلى طاقات تعمل للنهوض بها وإن إنسانية هؤلاء المعوقين كانت دوما المحرك الواعي لحمايتهم، وتدريب ما تبقى لديهم من قدرات واستعدادات من خلال التربية الخاصة حتى يصبحوا قوة منتجة وفعالة في المجتمع.

كان ذلك حافزا للجزائر، جعلها تسرع إلى إنشاء المؤسسات المتخصصة لاستقطاب المعوقين، بالإضافة إلى تأسيس مراكز وطنية لتكوين المربين المؤهلين في التربية الخاصة، كما أنشأت مصالح إدارية في كل ولايات الوطن تتكفل بالإعاقة والمعوقين، وشجّعت إنشاء الجمعيات الخيرية لحمايتهم وترقيتهم.

مما لاشك فيه أن مشكلة الإعاقة من أكبر المشكلات التي يواجهها العالم الحديث، وكلما اشتدت الإعاقة كان تأثيرها على المشاركة في الحياة الاجتماعية أوضح، وكان أثرها في نفسية الإنسان ونظرة المحيطين به أعمق وأعظم ضررا.

يزداد تفاقم هذه المشكلة في الجزائر بسبب ارتفاع عدد السكان خاصة إذا علمنا أنه في سنة 1981 صرحت منظمة اليونسكو: " أن الإصابة بعجز متفاوت الدرجات يمكن أن يصيب كل طفل من بين عشرة أطفال، ويظهر على شكل أداء وظيفي منخفض". بالإضافة إلى انشغال الأولياء عن توجيه الرعاية العائلية والإشراف الصحي لأبنائهم وضعف الدور الوقائي، ونقص الوعي الحضاري بخطورة هذه المشكلة.

وإن النظرة الإنسانية إلى هؤلاء المعاقين، يجب أن تأخذ موقعها من التفكير الواعي لطبيعة عجزهم، قبل أي حساب مادي أواقتصادي. فالمجتمع مطالب بحماية كرامة هؤلاء الأفراد، بإعدادهم للحياة الاجتماعية وضمان حد أوفى من النمولكل طفل معاق.

منذ ظهور مصطلح التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا، حظي باهتمام الباحثين السيكولوجيين الذين وجدوا فيه مؤشرا يساعدهم على فهم شخصية المعاق ذهنيا، من حيث الأسباب والأعراض، والدوافع والحاجات وحيل الدفاع النفسي، والخصائص والمميزات التي يتمتعون بها. ذلك كله بهدف استعمال مختلف الطرق والتقنيات استجابة لاحتياجات الأشخاص المعاقين ذهنيا لعملية الفحص والتشخيص، من حيث النموالنفسي والحركي والمعرفي واللغوي والعاطفي، واستجابة كذلك لعملية علاج مختلف الاضطرابات السلوكية والنفسية، وإعداد برنامج وقائي قبل الحمل وأثناءه والرعاية الصحية وتعديل العوامل التناسلية.

## مشكلة الدراسة

يشير مصطلح التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا حسب الباحث (Serban Ionescu, 1986, P29 بتصرف) إلى أنه كل فعل يؤدي إلى سلوكيات تكيّفية سليمة، ويهدف إلى تغيير أوإقصاء سلوكيات شاذة، والتفاعل ما بين الأشخاص العاديين والمعاقين ذهنيا.

وحسب هذا الباحث، فإن هذا المصطلح لا يعني "التدخل" بهدف إقصاء صفة العجز أوالإعاقة العقلية بقدر ما يعني مدى الاستفادة بمجموعة طرق وتقنيات تهدف إلى أن يكون المعاق ذهنيا متوافقا مع نفسه انفعاليا واجتماعيا وبيئيا، يكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن، ومجابهة مطالب الحياة بسلوك سوي، أي يتمتع بقدر مقبول من الصحة النفسية. إن الصورة العكسية لذلك، تصور لنا ثلاثة محكات للسلوك الذي يعبر عن سوء الصحة النفسية للمتخلف عقليا:

المحك الاجتماعي:
فالانحراف الذي يعكس تباعدا واضحا عن المستويات الاجتماعية المقبولة للسلوك، كالانسحاب والعدوانية والجمود والنشاط الزائد والتمركز حول الذات، يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي الذي يفرز اضطرابا في علاقات الفرد داخل الجماعة ويبتعد عن نهج السلوك الأخلاقي المطلوب.
المحك البيئي:
إن التطرف في حالات عدم الكفاءة، وعدم القدرة على تحمل المستوى الأدنى من المسئولية، أوالأداء على نحوقريب من طاقة المتخلف عقليا وإمكانياته، تؤدي حتما إلى سوء التوافق البيئي.
المحك الشخصي:
إن شعور المتخلف بعدم الارتياح النفسي، كالقلق والمخاوف والأوهام والوساوس. . . وعدم شعوره بالارتياح العقلي، كالاضطرابات العقلية، وعدم شعوره بالارتياح الجسمي كالتعب والإجهاد والآلام الجسدية والاضطرابات الحسية الحركية، يؤدي إلى سوء التوافق الشخصي.

إن علاج مشكلات النموالنفسي الحركي: كالعجز في المهارات اللغوية والسمعية والبصرية والحركية، والاضطرابات السلوكية: كالانسحاب والعدوانية والجمود والنشاط الزائد، والاضطرابات العصبية والعقلية والسلوك المضاد للمجتمع وغيرها من الاضطرابات التي تؤدي إلى اغتراب المتخلف عقليا واجتماعيا وبيئيا وشخصيا؛ تحتاج إلى تسخير برامج صحية مكثفة ومتنوعة، وتقييم فعاليتها من حين لآخر لمعرفة نقاط ضعفها وقوتها.
إن وجود عدد كبير من المراكز الطبية التربوية يستلزم متابعة وتقويم وظائفها وأدواتها في التكفل بالمتخلف عقليا، ولذا فإن التساؤلات الأساسية التي يطرحها البحث الحالي نجملها فيما يلي:

- ما نطاق تطور الخدمات التربوية داخل المؤسسات المتخصصة للطفولة المعوقة عبر ثلاثة عقود من الزمن في ظل التطور الفكري لمتطلبات التربية الخاصة؟
- إلى أي مدى تلبي المراكز الطبية التربوية الجزائرية احتياجات نموالأطفال المعاقين ذهنيا، وما مدى توافقهم اجتماعيا وبيئيا وشخصيا؟ وما هي السببية المرضية الأكثر شيوعا لإعاقتهم الذهنية؟

## الهدف من البحث:

بما أن البحث الحالي يتناول موضوعا شائكا وحساسا في الوقت نفسه ألا وهو"واقع الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا في الجزائر"، ومن الموضوعات التي لم تأخذ حقها من البحث والدراسة، فالهدف من الدراسة الحالية يكمن في التعرف على واقع الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا من خلال دراسة النتائج التي حققتها مراكزنا الطبية التربوية عن مدى توافق المتخلفين عقليا، اجتماعيا، وبيئيا، وشخصيا. ثم الوقوف على مختلف الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي الذي يسمح بتقديم برامج وقائية قبل، وأثناء، وبعد الولادة.

## فرضيات البحث:

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات التوافق لمختلف مستويات التخلف العقلي.
- إن البرامج المسطرة حاليا للعلاج الوقائي تحتاج إلى معرفة واضحة للسببية المرضية الأكثر انتشارا للإصابة بالتخلف العقلي في بلادنا.

## التعاريف الإجرائية للبحث:

الصحة النفسية: هي الدرجة التي يحصل عليها المعاق ذهنيا على مقياس الصحة النفسية ويكون أكثر توافقا عندما ترتفع درجته عن المتوسط وأسوأ توافقا عندما تنخفض درجته عن المتوسط".

المركز الطبي التربوي : المركز الطبي التربوي عبارة عن مؤسسة متخصصة تضم فئة المعاقين ذهنيا ما بين 6 سنوات إلى 17 سنة؛ أنشئ لغرض تربوي، واجتماعي، ونفسي، وطبي ويقدم ما أمكن تقديمه من الخدمات المباشرة وغير المباشرة لحماية المعاق ذهنيا وترقيته وإعداده، ليحقق قدرا وافرا من الصحة النفسية، تؤهله لمواجهة مطالب الحياة.

السببية المرضية: هي تلك الأسباب الحيوية التي تؤدي إلى التخلف العقلي وتتحدد إجرائيا في هذه الدراسة بالنسبة المئوية للأسباب المرضية الأكثر شيوعا للإصابة بالإعاقة الذهنية.

## حدود البحث:

تتعين حدود هذا البحث من خلال مدى إمكان تعميم النتائج المحصل عليها من البحث في ضوء العينة والأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة.

## لمحة تاريخية عن المجهودات التشريعية:

يعتبر المرسوم التنفيذي رقم 68-334 المؤرخ في 30 مايو1968، المتمم والمعدّل الذي يتضمن القانون الأساسي للمربين المختصين بالطفولة المعوقة، نقلة نوعية في التجربة التي تمت عام 1970، وذلك من خلال إنشاء مركز نهاري صغير متعدد الأغراض يوفر صفوفا دراسية وعلاجية تتكفل بمختلف أنواع الإعاقة. وفي سنة 1972 تكونت الرابطة المحلية لحماية وترقية المعوقين في الجزائر العاصمة، حيث استهدفت إقامة شبكة من المراكز على أن تتولى الرابطة مسؤولية التنظيم والإدارة، بينما توفر السلطات المحلية التمويل. تخصصت هذه المراكز في رعاية مختلف أنواع الإعاقة، وكان يتولى التدريب بداخلها مجموعة من المربين يتمتعون بمستوى دراسي متفاوت وغير مدربين على كيفية التكفل بالطفولة المعاقة، وبعد ذلك التحقت بهم مجموعة من المربين المتخصصين في المجال، بالإضافة إلى مشاركة فريق من الأخصائيين النفسانيين والأطباء العقليين التابعين لوزارة الصحة العمومية بتقديم مساعدات نفسية وطبية، والمساهمة بخبرتهم التقنية في علاج الحالات ومتابعتها، وتقديم الإرشادات لأولياء أمورهم.

سمحت هذه التجربة على مستوى عاصمة البلاد، بظهور قناعة قوية لدى السلطات العليا في الجزائر بتعميمها على مستوى التراب الوطني من خلال المرسوم التنفيذي رقم 80-59 المؤرخ في 8 مارس 1980 المتضمن إنشاء المراكز الطبية التربوية للأطفال المعاقين ذهنيا، والمراكز المتخصصة في تربية الأطفال المعوقين حركيا وبصريا وسمعيا وكيفية سيرها وتنظيمها.

لقد كان لهذه الالتفاتة صداها في عقد ملتقيات دولية ووطنية، نذكر من بينها الملتقى الوطني المنعقد في الجزائر العاصمة بتاريخ 14 و16 مارس 1981 حول ( تجسيد أهداف السياسة الوطنية تجاه المعوقين وفقا للنصوص التشريعية للبلاد)، تضمنت أشغال الملتقى مناقشات فكرية وعملية موسعة، اشتملت على موضوعات تتعلق بالجانب النفسي والطبي، وأخرى بمجال التربية الخاصة، وخلص إلى التوصيات التالية: الاعتماد على الإعلام والوقاية، العلاج الطبي والنفسي وإعادة التأهيل، التربية الخاصة، الرياضة والتثقيف والترفيه، الإدماج الأسري والاجتماعي والمهني، البناء والتجهيز.

على إثر هذه الإرادة الوطنية لحماية وتربية المعوقين في الجزائر، لقد اعتمدت الحكومة رسميا يوم 23 يناير 1983 قرار كاتب الدولة للشؤون الاجتماعية لدى وزارة التخطيط والتهيئة العمرانية، الذي يحتوي على برنامج انتقالي يتضمن بناء وتجهيز 16 مدرسة إضافية لصغار الصم، و8 مدارس للمكفوفين، و7 مراكز طبية تربوية، بالإضافة إلى إنشاء مدرسة وطنية لتكوين المستخدمين

المتخصصين بمؤسسات المعوقين، تقوم بتكوين ورسكلة العاملين بالقطاع الاجتماعي الذين يقومون بمهام التعليم والتربية وإعادة التربية وكذا المختصين الاجتماعيين بالمؤسسات المتخصصة. واستمرت الجهود في إنشاء المراكز وتجهيزها إلى أن ، 47 مركزا خاصا بالمعوقين ذهنيا، و03 مراكز خاصة بالإعاقة الحركية، و27 مركزا خاصا بالإعاقة السمعية، و12 مركزا خاصا بالمعوقين بصريا في سنة 2000م ، بالإضافة إلى إنشاء ديوان وطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها، ومركزين وطنيين لتكوين المستخدمين المتخصصين في مختلف أنواع الإعاقة.

وفقا لأبحاث الديوان الوطني للإحصاء في شهر يناير 1993، تنتشر الإعاقة في المجتمع الجزائري بنسبة مئوية قدرها 1.2%، وفيما يلي عرض لمختلف النسب المئوية حسب طبيعة الإعاقة في الجزائر وفقا ( للدليل الوطني الخاص بالنشاط الاجتماعي، 1993-1994، ص14):

**الجدول رقم: 1** يبين النسب المئوية حسب طبيعة الإعاقة

| نوعية الإعاقة | النسبة المئوية |
|---|---|
| الإعاقة الحركية | %33.18 |
| الإعاقة العقلية | %24.85 |
| الإعاقة البصرية | %16.50 |
| الإعاقة السمعية | %14.71 |
| المصابين بتعدد الإعاقات Poly-handicaps | %6.58 |

وتتوزع المؤسسات المتخصصة للإعاقة في الجزائر من حيث عددها وطاقة استيعابها والموظفين المتخصصين الذين يشتغلون بها (المرجع السبق، ص16) في الجدول التالي:

**الجدول رقم: 2** يبين توزيع المؤسسات المتخصصة للإعاقة العقلية والحركية والبصرية والسمعية في الجزائر سنة 1994

| المؤسسات المتخصصة | عددها | طاقة استيعابها | الإطارات المتخصصة |
|---|---|---|---|
| المراكز الطبية التربوية للأطفال المعاقين ذهنيا | 45 | 4490 | 843 |
| المراكز الطبية التربوية للأطفال المعاقين حركيا | 03 | 370 | 38 |
| مدارس صغار الصم | 27 | 4100 | 553 |
| مدارس خاصة بالمكفوفين | 12 | 2000 | 213 |

**مفاهيم حول الإعاقة والتربية الخاصة**

قبل الحديث عن واقع التربية الخاصة والمنهاج التربوي المعتمد بالمؤسسات المتخصصة،ومختلف الأدوات البيداغوجية المستخدمة فيها، سوف نقوم بتحديد مفهوم الإعاقة والتربية الخاصة مع إبراز أهميتها في تحقيق الصحة النفسية للطفل المعوق.

**تعريف الإعاقة:**

يعرف (عبد المنعم حنفي، 1987، ص347) الإنسان المعاق بأنه " الطفل أوالفرد الذي يملك من القدرات ما هودون المستوى، أوالذي به عيب أونقص تشريحي أووظيفي يجعله غير قادر على منافسة أقرانه. وقد تكون الإعاقة عقلية أونفسية أوبدنية". أما نوربار سيامي (Norbert,1991,p124) فيعرف المعاق قائلا: "هوكل شخص يعاني من نقص جسمي أوعجز عقلي يمنعه من القيام بأداء وظيفي عادي." من خلال هذين التعريفين يبدوأن هناك ثلاثة محكات رئيسية ذات دلالة واضحة لتحديد مفهوم الإعاقة وهي:

- ضعف الاستعدادات والقدرات وعلاقتها بالأداء الوظيفي المنخفض.
- أشكال القصور العضوي أوالنفسي وعلاقته بالسلوك التكيّفي.
- الفترة النمائية من حياة الفرد.

إن مصطلح الأداء الوظيفي يشير إلى ضرورة تحديد القدرات العقلية والحسية والحركية والعلائقية لمعرفة مدى استعدادات وقدرات الطفل، حيث كلما انخفض الأداء الوظيفي سواء كان عقليا أوحسيا أوحركيا أواجتماعيا أوانفعاليا، انخفضت درجات التوافق واضطربت أشكال السلوك التكيّفي، ومن ثم يصبح التكيف والتوافق معيارين أساسيين لتقرير حالات الإعاقة، وعليه يمكن تصنيف أنواع الإعاقة إلى ما يلي: إعاقة عقلية، إعاقة حركية، إعاقة سمعية، إعاقة بصرية، إعاقة في الجوانب الاجتماعية والانفعالية.

**تعريف التربية الخاصة**

يعرف (فتحي السيد عبد الرحيم،1982،ص30) التربية الخاصة حسب مدلولها في الاستخدام حينما يقول: "بأن مصطلح التربية الخاصة يستخدم للدلالة على تلك المظاهر في العملية التعليمية التي تستخدم مع الأطفال المعوقين أوالأطفال الموهوبين ولا تستخدم عادة مع الغالبية العظمى من الأطفال العاديين". يفسر هذا التعريف التربية الخاصة على أساس إحصائي في حدود انحرافين معياريين سالبين. أما ميزس (Mises,1971,p254) فيذهب بعيدا في تعريفه للتربية الخاصة عندما يقول: "أنها مجموعة من الإجراءات والأساليب التعليمية معدّلة ومكيّفة حسب كل درجة من درجات الإعاقة التي تميز كل طفل من الأطفال، وفقا لميزاتهم وقدراتهم وإمكانياتهم واحتياجاتهم المعرفية والسلوكية والنفسية". لقد عرف ميزس التربية الخاصة على أساس الخدمات التي تقدمها المؤسسة المتخصصة للمعوقين، وانطلاقا من الدراسة المعمقة لشخصية المعوق بهدف الكشف عن نواحي قوته وضعفه، ومن ثم بناء برنامج تربوي خاص لحمايته.

**الفلسفة التربوية في المؤسسة الخاصة**

لم يقتصر التأمل الفلسفي للتربية على الطفل العادي فقط بل تعداه إلى أن يشمل الطفل غير العادي، وخلص هذا التأمل إلى إمكانية إعداد برامج للتربية الخاصة وفقا لما تتطلبه قدرات وإمكانيات الطفل غير العادي، وتختلف التربية العامة عن التربية الخاصة حسب (عبد المجيد عبد الرحيم،1966،ص7) في "أن التربية الخاصة تعد أطفالا غير عاديين للحياة، في حين أن التربية العامة تعد العاديين للحياة، ولذلك كانت مهمة التربية الخاصة أدق وأعمق وتتطلب جهدا تربويا ضخما يتناسب وقدرات هؤلاء الأطفال". فالأشكال المختلفة للتخلف أوالقصور سواء كانت عقلية أم انفعالية أواجتماعية أوحسية، لم يعد ينظر إليها على أنها تكمن في الفرد بشكل كلي، أوأنها نتيجة لتركيب نمائي ضعيف، بل نتاج خصائص تكوينية في حالة تفاعل مستمر مع متغيرات البيئة. يترتب على ذلك أن كلا من التركيب النمائي والمتغيرات البيئية يؤثر كل منهما في الآخر، ولا يعتبر أيٌّ منهما في حالة توقف أوجمود.

فالتربية الخاصة حسب هذا التصور الفلسفي هي منهج مخطط يتم تصميمه بهدف التقليل من شدة الإعاقة. إن فلسفة التربية الخاصة ترفض الفكرة الداعية إلى مجرد رعاية الأطفال ذوي الإعاقة، أومساعدتهم على تحقيق التوافق بل تعمل الفلسفة الحالية على تأكيد الجوانب الوقائية والتصحيحية، على أن يظل الهدف هواتباع خطوات متتابعة لتحقيق أكبر قدر ممكن من التطبيع نحوالعادية، أي تحقيق التحسن المستمر في الأداء الوظيفي باتجاه النمط العادي. التربية الخاصة في جوهرها تجيب عن مشكلات التعلم والتوافق، والقدرة على التحكم في هذه المشكلات وضبطها. لقد سمحت الأساليب الجديدة في القياس النفسي والطبي بالقيام بإجراءات تقييمية أكثر دقة للحاجات التعليمية للأطفال غير العاديين.

## التجربة الجزائرية في مجال التربية الخاصة بالمؤسسات المتخصصة

لقد استفادت الجزائر بمختلف الجهود العلمية والعملية التي اعتُمدت في مختلف الدول المتطورة، مع مراعاة الخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري. نلاحظ من خلال دراسات (محفوظ بوسبسي، 1984 ص ص179-182 بتصرف) بأن نظام التربية الخاصة تجاه المعوقين في الجزائر يهدف إلى حمايتهم من مختلف الأخطار الخارجية التي تهددهم من جهة، وتطوير قدراتهم من جهة أخرى، وذلك بتلقينهم وتعليمهم مختلف المعارف والمفاهيم الأساسية. فلكل طفل الحق في الحصول على فرصة للتّعلم والتّكفل طبقا لما تسمح به قدراته بهدف تحقيق الصحة النفسية.

## الأساس النظري لبناء برامج التربية الخاصة:

تُبنى برامج التربية الخاصة لدى المعوقين وخاصة برامج الإعاقة العقلية على أساس التصور التالي لعملية نموالمعارف:

المرحلة الأولى: تبدأ من خلال الإلمام بجوانب شخصية المعاق والتعرف على حاجاته الأساسية والثانوية، وتحديد مختلف انشغالاته واهتماماته بهدف بناء خطة تربوية ذات أهداف معينة.

المرحلة الثانية: تبدأ بتقبل الطفل وتوطيد العلاقة معه، ثم يترك المربي الحرية للطفل أثناء قيامه بمختلف الأنشطة المبرمجة مسبقا على شكل بطاقات فنية، في جويشجع الطفل ويحفزه ماديا ومعنويا، ثم محاولة تحسين التقدير الذاتي للطفل.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة التقييم، وتتضمن التحقق من الأهداف المرجوة، ومعرفة مختلف المعارف الجديدة التي اكتسبها الطفل من خلال تجاربه السابقة. ثم رصد مختلف الاهتمامات والاحتياجات التي يظهرها الطفل من جديد بهدف بناء خطة تربوية أخرى تنطلق من النقطة التي وصلت إليها سابقتها.

ما دامت الحاجات والاهتمامات تتجه نحوالتجدد والنمو، فإن نشاط الطفل وتجربته في تطور مستمر، أي هناك علاقة ارتباطية طردية بين الحاجة ومختلف النشاطات التي تساهم في بلورة شخصية الطفل. تؤدي هذه العملية إلى النموالنوعي التدريجي بشكل تصاعدي التوائي من أدنى مستوى إلى أعلاه. والمخطط التالي يبين هذه العملية بشكل واضح.

### الوسائل التربوية والتعليمية المعتمدة رسميا في المؤسسات الخاصة

1- كراسة التقنيات التربوية:

لقد قام بإنجاز هذا الدليل خبراء من المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين، لفائدة المراكز الطبية التربوية للمعوقين عقليا، وحسيا، والطفولة المسعفة، والجانحة. ويحتوي هذا الدليل على مجموعة من التقنيات التربوية تهتم بتنمية القدرات الفكرية والنفسية والاجتماعية للطفل في جومؤسساتي.

2- دليل النطق اللغوي:

قام بإنجاز هذا الدليل المركز الوطني لتكوين المربيين المتخصصين في مختلف أنواع الإعاقة

بقسنطينة. يخص هذا الدليل فئة المعاقين سمعيا، ويحتوي على مجموعة من التدريبات العملية في مجال السمع والنطق، والتعبير الجسدي والإيقاعي والتربية الحسية.

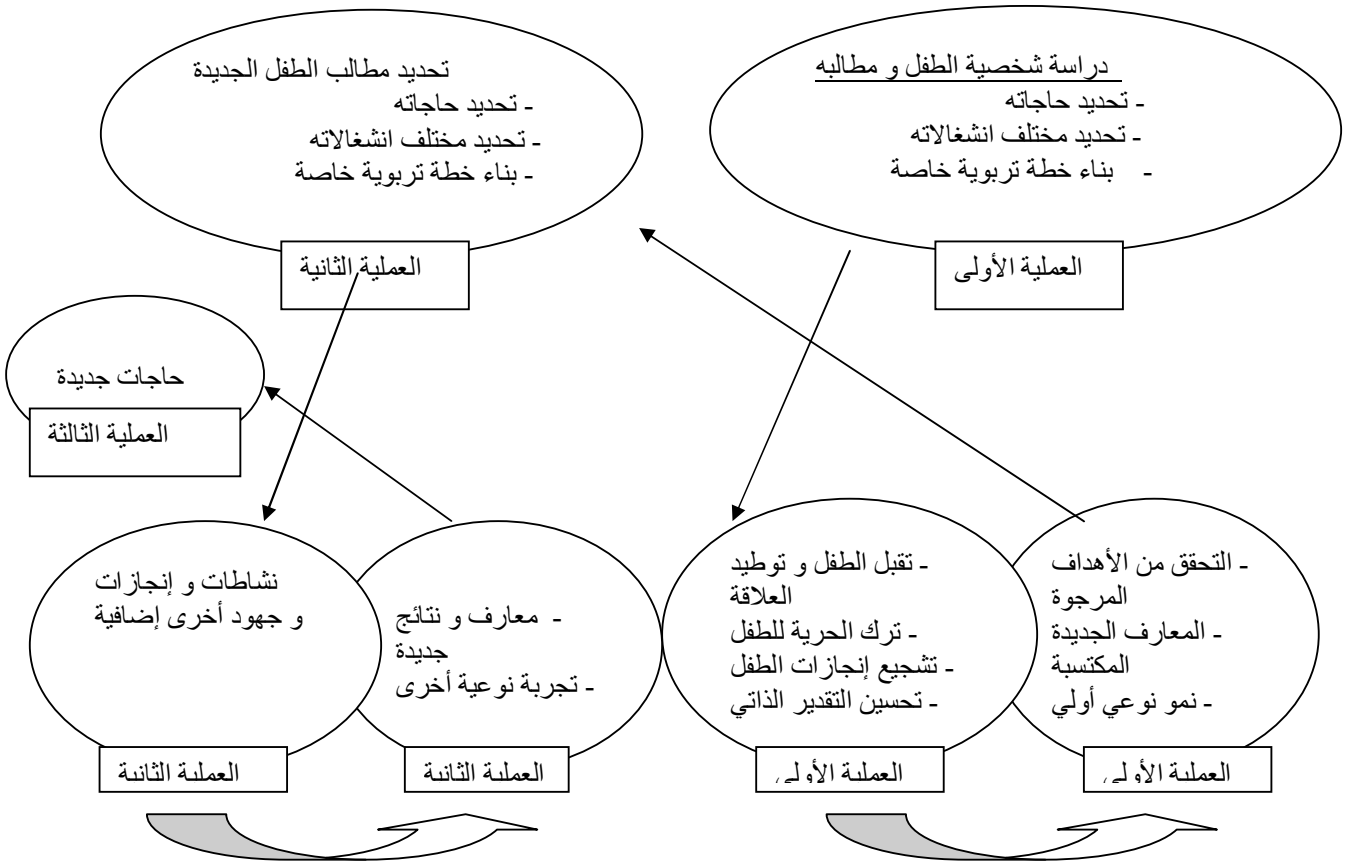
3- دليل التكفل بالأطفال المعاقين عقليا:

قام بإنجاز هذا الدليل مجموعة من المختصين العاملين في ميدان الإعاقة العقلية، تحت إشراف المركز الوطني بقسنطينة. وتم تقييمه وتعديله ثلاث مرات خلال السنوات 1995 إلى غاية 1998، وشهد عدة تعديلات في الشكل والمضمون.

4- دليل الوسيط الاجتماعي:

قام بإنجاز هذا الدليل وزارة الحماية الاجتماعية في سنة 1998، وهو عبارة عن وسيلة منهجية تعمل على توجيه الوسيط الاجتماعي وفقا لتخصصه.

**الشكل رقم 1: يبين المخطط النظري لعملية النموووبناء برامج التربية الخاصة (SIVUS, 1989,p13)**




5- دليل التكفل داخل المؤسسات الخاصة بحماية الطفولة والمراهقة:

قام بإنجاز هذا الدليل المركز الوطني لتكوين المتخصصين بالجزائر العاصمة سنة 1994، ويتضمن مجموعة من الإرشادات والتوجيهات القيمة في كيفية التكفل بالطفل والمراهق الجانح.

6- دليل خاص بالطفولة المسعفة:

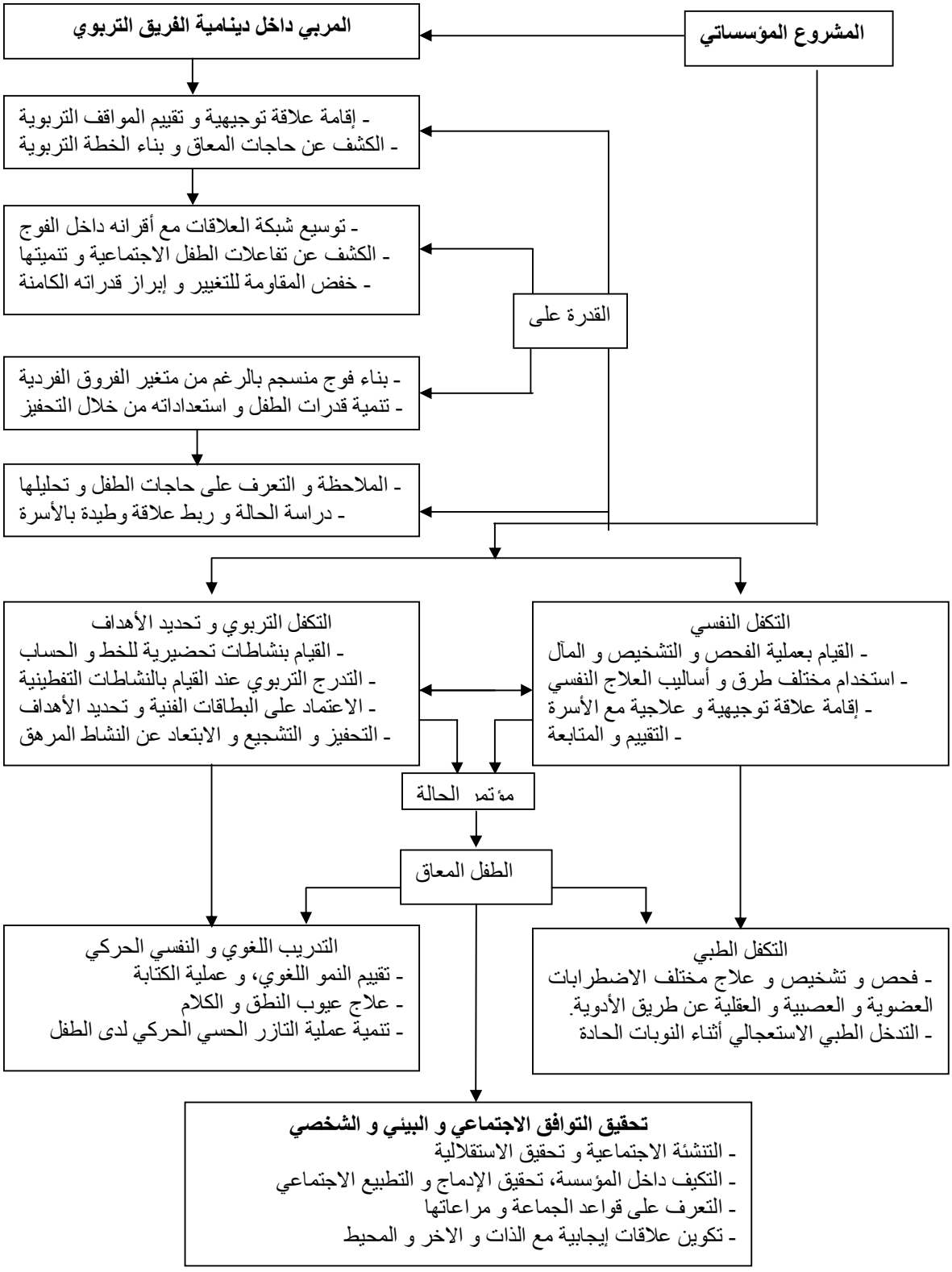
قام بإنجاز هذا الدليل المركز الوطني لتكوين المتخصصين بالجزائر العاصمة، بالاشتراك مع مديرية المؤسسات المتخصصة على مستوى الوزارة، ويتضمن مجموعة من الإجراءات العملية للتكفل الحسن بالأطفال المحرومين داخل مراكز الطفولة المسعفة، كما يتضمن مجموعة من الإجراءات القانونية التي يجب أن يلتزم بها المواطن عندما يرغب في التكفل بأحد الأطفال.

**عملية التكفل بالطفل المعوق**

يعتبر المنهاج التربوي للمؤسسات المتخصصة الذي أعدته وزارة العمل والحماية الاجتماعية سنة 2000، الذي تمّ اعتماده رسميا بداية الدخول الاجتماعي 2000-2001 بنية قاعدية موحدة لجميع المؤسسات المتخصصة التي تتكفل بالأطفال المعوقين. لقد ساهم هذا المنهاج في إرساء قاعدة أساسية للصحة النفسية والتربية الخاصة، تسمح للطفل بتحقيق ذاته واستغلال قدراته من حيث الاستقلالية والاندماج والتطبيع الاجتماعي.

المخطط التالي خلاصة لدراسة قام بها الباحث حول عملية التكفل بالمعوقين ذهنيا سنة 1997.

**الشكل رقم 2: يبين عملية التكفل بالمعوقين ذهنيا داخل المركز الطبي التربوي في الجزائر**



## إجراءات الدراسة:

- **أدوات البحث ومؤشراتها السيكومترية**

من أجل تحقيق أهداف البحث والوصول إلى نتائج موضوعية وجيدة القياس، اعتمد الباحث على أداتين أساسيتين:

الأداة الأولى: مقياس الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا:

وصف المقياس: يعتبر "مقياس الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا" أداة من إعداد الباحث، وهي مفيدة ومؤثرة، توفر كثيرا من الوقت والجهد ويرتكز المقياس في أساسه النظري على مفهوم الصحة النفسية والصورة المعاكسة لها. ويشتمل المقياس على 106 سؤالا، تعبر عن التوافق الاجتماعي والبيئي والشخصي.

صدق المقياس وثباته :

لدراسة صدق المقياس اتبعنا طريقة صدق المحكمين لتقرير صدق المضمون. أما الثبات فقد تم حسابه عن طريق الاتساق الداخلي وحساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس الذي كان يساوي 0.94 وهي درجة مرتفعة جدا بحيث يمكن الاعتماد على هذا المقياس كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

الأداة الثانية: الاستمارة التوضيحية للسببية المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي :

تعتبر هذه الأداة أساسية لجمع المعلومات حول الأسباب المرضية للمتخلفين عقليا، حيث يرتكز أساسها النظري على الأسباب البيئية التي تؤثر على عملية الإخصاب وتكوين الجنين، سواء كان ذلك في بداية تكوينه أوأثناء مدة الحمل أوعند الولادة أوبعد الولادة؛ وعلى الأسباب النفسية المساعدة كالصدمات العاطفية والانفعالية الحادة سواء للأم الحامل أوللطفل أثناء الطفولة المبكرة.

وقد تم تقسيم المحاور على النحوالتالي:

المحور الأول : يضم العوامل أوالأسباب التي تحدث أثناء فترة الحمل ويتضمن 12 سببية مرضية يمكن أن تُحدث خللا على مستوى الدماغ ومن ثم الإصابة بالقصور العقلي.

المحور الثاني : تم بناؤه على أساس الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة ويتضمن 06 أسباب مرضية.

المحور الثالث : تم بناؤه على أساس الأسباب التي تحدث بعد فترة الولادة أي أثناء مرحلة الطفولة المبكرة ويتضمن 25 سببية مرضية.

المحور الرابع : تم بناؤه على أساس الأسباب التي تحدث بفعل الوراثة والسوابق السيكوباتية للوالدين وتتضمن 11 سببية مرضية.

**- اختيار العينة**

لاختيار العينة كان لزاما علينا القيام بمجموعة من الزيارات لمختلف المراكز الطبية التربوية الموجودة ببلادنا، قصد الملاحظة والتعرف على سير العمل بهذه المؤسسات، وما تتضمنه أنشطتها العلاجية والتربوية، ومختلف أوجه الرعاية المقدمة للأطفال المتخلفين عقليا.

العينة التي طبق عليها مقياس الصحة النفسية للأطفال المتخلفين عقليا :

تم استخدام المعاينة العشوائية البسيطة في اختيار العينة، فحصلنا على عينة تضم 200 طفل ينتمون إلى عشر مؤسسات تشمل الوطن الجزائري، حيث تم اختيار 20 طفلا من كل مؤسسة، يتوزعون على 4 مستويات للتخلف العقلي، وكل مستوى يضم 05 أطفال. لقد تم اختيار أفراد العينة على أساس عدد السنوات التي قضوها بالمركز وقد حددت بـ 4 سنوات بهدف تقييم أثر الخدمات التي يقدمها المركز للمتخلفين عقليا.

عمر أفراد العينة : يتراوح عمر أفراد العينة بين 9 و12 سنة؛ بمتوسط قدره 11 سنة.

العينة التي طبقت عليها استمارة السببية المرضية للتخلف العقلي :

تم اختيار العينة باستخدام طريقة المعاينة العشوائية البسيطة، فحصلنا على عينة قوامها 1000 طفل تمثل مختلف مستويات التخلف العقلي من كل مركز طبي تربوي على المستوى الوطني.

- **الأساليب الإحصائية المستعملة**

لمعالجة نتائج الدراسة الأساسية استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية كحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، وحساب النسب المئوية، واستخدام معيار مربع كاى ، وتحليل التباين البسيط، واختبار شيفي للمقارنات البعدية .

**النتائج**

عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

نص الفرضية : " توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات التوافق لمختلف فئات التخلف العقلي"

**الجدول رقم:3** يبين المتوسطات وانحرافاتها المعيارية للتوافق الشخصي والبيئي والاجتماعي لكل فئة من فئات التخلف العقلي.

| | التوافق الاجتماعي | | التوافق البيئي | | التوافق الشخصي | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
| إعاقة ذهنية خفيفة | 18,46 | 2,26 | 8,48 | 1,77 | 48,96 | 9,54 |
| إعاقة ذهنية متوسطة | 15,42 | 3,61 | 7,24 | 1,48 | 43,5 | 5,91 |
| إعاقة ذهنية شديدة | 15,56 | 3,53 | 6,52 | 1,89 | 41,4 | 8,57 |
| إعاقة ذهنية عميقة | 11 | 4,75 | 4,66 | 2,20 | 34,84 | 7,75 |

من خلال **الجدول رقم:3** نلاحظ أن المعاقين ذهنيا بدرجة خفيفة أكثر توافقا من الناحية الاجتماعية والبيئية والشخصية إذا ما قورنت بأنواع التخلف الأخرى. كما نلاحظ أن هناك تقارب فيما يخص التوافقات الثلاثة بين التخلف العقلي المتوسط والشديد، ويمكن أن نفسر هذا التقارب على أساس المميزات والخصائص التي تميز كلاً من التخلف العقلي المتوسط والشديد، فكلاهما يتمتعان بأنشطة تربوية مشتركة سواء أكانت نشاطات جماعية أونشاطات ليدوية، كما يشتركان في كثير من الاحتياجات، فكلاهما يبحث عن اهتمام المربي وتأكيد الذات. كما نلاحظ من خلال الجدول أن هناك تباعداً بين التخلف العقلي بدرجة عميقة والمستويات الأخرى ويمكن تفسير هذا التفاوت إلى الاختلاف الكبير في الطاقة الاستيعابية بينهم وبين المستويات الأخرى سواء من حيث الاستيعاب المعرفي أومن حيث الاستقلالية الذاتية.

**1- مقارنة متوسطات التوافق الاجتماعي لمختلف فئات التخلف العقلي.**

**الجدول رقم:4** يبين نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفروق بين متوسطات التوافق الاجتماعي لأربع فئات من التخلف العقلي.

| المصدر | مجموع المربعات | درجات الحرية | التباين | النسبة الفائية | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | 1422,50 | 3 | 474,16 | 1,97 < 37,39 | دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.05 |
| داخل المجموعات | 2486 | 196 | 12,68 | | |
| المجموع | 3908,50 | 199 | | | |

يتبين من خلال الجدول:4 أن الفروق بين متوسطات التوافق الاجتماعي للفئات الأربع من التخلف العقلي دال إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,05، ولمعرفة لصالح من يكون هذا الفرق كان لزاما علينا مقارنة قيمة الفروق بين متوسطات المجموعات بقيمة الفرق الحرج المحسوب باختبار شيفي للمقارنات البعدية بين المتوسطات.

**الجدول رقم:5** يبين قيم الفروق بين المتوسطات للتوافق الاجتماعي

| | 11 | 15,42 | 15,56 | 18,46 |
|---|---|---|---|---|
| 18,46 | *7,46 | *3,04 | *2,90 | . |
| 15,56 | *4,56 | 0,14 | . | |
| 15,42 | *4,42 | . | | |
| 11 | . | | | |

يتبين من خلال **الجدول رقم:5** أن قيم الفروق بين جل المتوسطات أكبر من قيمة الفرق الحرج المحسوب باختبار شيفي وهي 2,07، أي أن هذه الفروق جوهرية وبالرجوع إلى متوسطات التوافق الاجتماعي للفئات الأربع من التخلف العقلي نجد أن هذه الفروق كانت :

- بين متوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي الخفيف (18,46) ومتوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي المتوسط (15,42) ومتوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي الشديد (15,56) ومتوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي العميق (11). أي أن المتخلفين عقليا بدرجة خفيفة أكثر توافقا اجتماعيا من جميع الفئات الأخرى من التخلف العقلي سواء كان هذا التخلف متوسطا أوشديدا أوعميقا.
- بين متوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي المتوسط (15,42) ومتوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي العميق (11) أي أن فئة المتخلفين عقليا بدرجة متوسطة أكثر توافقا اجتماعيا من فئة المتخلفين عقليا بدرجة عميقة.
- بين متوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي الشديد (15,56) ومتوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي العميق (11). أي أن فئة المتخلفين عقليا بدرجة شديدة أكثر توافقا اجتماعيا من فئة المتخلفين عقليا بدرجة عميقة.
- أما قيمة الفرق بين متوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي المتوسط ومتوسط التوافق الاجتماعي للتخلف العقلي الشديد قد كانت أقل من قيمة الفرق الحرج (2,07)، أي أنه لا يوجد فرق بين متوسطيّ التوافق الاجتماعي لهذين الفئتين من التخلف العقلي.

**2- مقارنة متوسطات التوافق البيئي لمختلف فئات التخلف العقلي.**

**الجدول رقم:6** يبين نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفروق بين متوسطات التوافق البيئي لأربع فئات من التخلف العقلي.

| المصدر | مجموع المربعات | درجات الحرية | التباين | النسبة الفائية | مستوى الدلالة عند |
|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | 382 | 3 | 127,33 | 1,97 < 31,44 | دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.05 |
| داخل المجموعات | 795,55 | 196 | 4,05 | | |
| المجموع | 1177,55 | 199 | | | |

يتبين من خلال **الجدول:6** أن الفرق بين متوسطات التوافق البيئي للفئات الأربعة من التخلف العقلي دال إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,05، ولمعرفة لصالح من يكون هذا الفرق كان لزاما علينا مقارنة قيمة الفروق بين متوسطات المجموعات بقيمة الفرق الحرج المحسوب باختبار شيفي للمقارنات البعدية بين المتوسطات.

**الجدول رقم:7** يبين قيم الفروق بين المتوسطات للتوافق البيئي

| | 4,66 | 6,52 | 7,24 | 8,48 |
|---|---|---|---|---|
| 8,48 | *3,82 | *1,96 | *1,24 | . |
| 7,24 | *2,58 | 0,72 | . | |
| 6,52 | *1,86 | . | | |
| 4,66 | | | | |

يتبين من خلال **الجدول رقم:7** أن قيم الفروق بين جل المتوسطات أكبر من قيمة الفرق الحرج المحسوب باختبار شيفي وهي 0,80، أي هذه الفروق جوهرية وبالرجوع إلى متوسطات التوافق البيئي للفئات الأربع من التخلف العقلي نجد أن هذه الفروق كانت :

- بين متوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي الخفيف (8,48) ومتوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي المتوسط (7,24) ومتوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي الشديد (6,52) ومتوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي العميق (4,66)، أي أن المتخلفين عقليا بدرجة خفيفة أكثر توافقا بيئيا من جميع الفئات الأخرى من التخلف العقلي سواء كان هذا التخلف متوسطا أوشديدا أوعميقا.
- بين متوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي المتوسط (7,24) ومتوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي العميق (4,66)، أي أن فئة المتخلفين عقليا بدرجة متوسطة أكثر توافقا بيئيا من فئة المتخلفين عقليا بدرجة عميقة.
- بين متوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي الشديد (6,52) ومتوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي العميق (4,66)، أي أن فئة المتخلفين عقليا بدرجة شديدة أكثر توافقا بيئيا من فئة المتخلفين عقليا بدرجة عميقة.
- أما قيمة الفرق بين متوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي المتوسط ومتوسط التوافق البيئي للتخلف العقلي الشديد قد كانت أقل من قيمة الفرق الحرج (0,80)، أي أنه لا يوجد فرق بين متوسطيّ التوافق البيئي لهذين الفئتين من التخلف العقلي.

### 3- مقارنة متوسطات التوافق الشخصي لمختلف فئات التخلف العقلي.

**الجدول رقم:8** يبين نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفروق بين متوسطات التوافق الشخصي لأربع فئات من التخلف العقلي.

| المصدر | مجموع المربعات | درجات الحرية | التباين | النسبة الفائية | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| بين المجموعات | 5108,50 | 3 | 1702,83 | 1,97 < 25,16 | دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.05 |
| داخل المجموعات | 13264,36 | 196 | 67 .67 | | |
| المجموع | 18372,86 | 199 | | | |

يتبين من خلال **الجدول رقم:8** أن الفروق بين متوسطات التوافق الشخصي للفئات الأربع من التخلف العقلي دال إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,05، ولمعرفة لصالح من تكون هذه الفروق كان لزاما علينا مقارنة قيمة الفروق بين متوسطات المجموعات بقيمة الفرق الحرج المحسوب باختبار شيفي للمقارنات البعدية بين المتوسطات.

**الجدول رقم:9** يبين قيم الفروق بين المتوسطات للتوافق الشخصي

| | 34,84 | 41,40 | 43,50 | 48,96 |
|---|---|---|---|---|
| 48,96 | *14,12 | *07,56 | 05,46 | . |
| 43,50 | *8,66 | 02,10 | . | |
| 41,40 | *6,56 | . | | |
| 34,84 | . | | | |

يتبين من خلال **الجدول رقم:9** أن قيم الفروق بين جل المتوسطات أكبر من قيمة الفرق الحرج المحسوب باختبار شيفي وهي 6,25، أي أن هذه الفروق الجوهرية وبالرجوع إلى متوسطات التوافق الشخصي للفئات الأربع من التخلف العقلي كانت :

- بين متوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي الخفيف (48,96) ومتوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي المتوسط (43,5) ومتوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي الشديد (41,4) ومتوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي العميق (34,84). أي أن المتخلفين عقليا بدرجة خفيفة أكثر توافقا شخصيا من جميع الفئات الأخرى من التخلف العقلي سواء كان هذا التخلف متوسطا أوشديدا أوعميقا.
- بين متوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي المتوسط (43,50) ومتوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي العميق (34,84)، أي أن فئة المتخلفين عقليا بدرجة متوسطة أكثر توافقا شخصيا من فئة المتخلفين عقليا بدرجة عميقة.
- بين متوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي الشديد (41,40) ومتوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي العميق (34,84)، أي أن فئة المتخلفين عقليا بدرجة شديدة أكثر توافقا شخصيا من فئة المتخلفين عقليا بدرجة عميقة.
- أما قيمة الفرق بين متوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي المتوسط ومتوسط التوافق الشخصي للتخلف العقلي الشديد قد كانت أقل من قيمة الفرق الحرج (6,25)، أي أنه لا يوجد فرق بين متوسطيّ التوافق الشخصي لهذين الفئتين من التخلف العقلي.

**الجدول رقم:10** يبين قيمة ك$^2$ لتقدير الفروق بين تكرارات التوافق ومستويات التخلف العقلي

| | التوافق الاجتماعي | التوافق البيئي | التوافق الشخصي | قيمة ك2 | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| ت ع الخفيف | 903 | 398 | 2494 | 12,59 < 12,93 | دالة عند مستوى دلالة معنويـــة 0.05 ودرجة حرية 6 |
| ت ع المتوسط | 787 | 347 | 2174 | | |
| ت ع الشديد | 755 | 333 | 2086 | | |
| ت ع العميق | 608 | 268 | 1680 | | |

من خلال **الجدول رقم:10** يتبين أن مقارنة ك$^2$ المحسوبة بالنتيجة النظرية عند درجات الحرية 6 نجد أنها أكبر من القيمة التي تقابلها ومن ثم فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,05. وعليه نقول أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين التوافق ومستويات التخلف العقلي، بمعنى أكثر وضوحاً أن هناك استقلالية بين متغير التوافق ومتغير التخلف العقلي فكل مستوى من مستويات التخلف العقلي تقابله درجات توافق خاصة به.

## مناقشة نتائج الفرضية الأولى وتحليلها في ضوء الدراسات السابقة

مما سبق ذكره نلاحظ أن هذا الفرض قد تحقق في ضوء نتائج الدراسة الحالية، ويمكن تفسير النتائج الدالة إحصائيا التي تبين أن المتخلفين عقليا بدرجة خفيفة أكثر توافقا من الناحية الاجتماعية والبيئية والشخصية عند مقارنتهم بالفئات الأخرى من التخلف العقلي، سواء كان هذا التخلف متوسطا أو شديدا أوعميقا، بالمميزات والخصائص التي تميز كل مستوى عن الآخر؛ فإن كان الطفل المتخلف عقليا بدرجة خفيفة لا يستطيع في الكثير من الأحيان استيعاب كثير من المفاهيم المجردة، إلا أنه يكون قادرا بصفة عامة على فهم كلام الآخرين والتعبير عن نفسه بطريقة مقبولة فعلى العكس من ذلك بالنسبة للتخلف العقلي المتوسط والشديد، حيث يكون التنسيق الحركي لديهم ضعيفا في الكثير من الحالات، مما يترتب عليه إصابة عضلات الجسم بخمول تدريجي، أما بالنسبة للمتخلف عقليا بدرجة عميقة، فإنه يعاني ضعفاً كبيراً في النموالجسمي والعقلي إلى درجة العجز عن القيام بالأمور المتعلقة بالعناية الشخصية وتأخرا عميقا في أساليب التواصل إلى درجة العجز عن إدراك ما يحدث حولهم، كما أن المتخلفين عقليا بدرجة عميقة أكثر المتخلفين عقليا تعرضا للأمراض العقلية والنفسية والعصبية، وهذا التفسير تدعمه الدراسة التي قام بها كل من جارفيلد-Garfield 1963، ودولارد-Dollard، وبانروز-Penrose 1954 في (فاروق محمد الصادق، 1982)، حيث وجد "جارفيلد" أن الأمراض العقلية تحدث في المستويات العميقة من التخلف العقلي، كما تتفق الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بها "دولارد"، التي درست علاقة مستويات التخلف العقلي بالإحباط، وتوصلت إلى النتيجة التي مفادها أنه كلما انخفضت درجة الذكاء زادت كمية الإحباط، نتيجة للقدرة العقلية المنخفضة.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات التوافق الثلاث للتخلف العقلي المتوسط، ومتوسطات التوافق الثلاثة للتخلف العقلي الشديد، بذلك التقارب النسبي بين الكثير من المميزات والخصائص النفسية والجسمية والحركية واللغوية والعاطفية، التي تؤهلهم لنفس الفرص التعليمية والتدريبية، سواء من حيث الكفاية الاجتماعية أو التفاعل مع المحيط والاستقلالية؛ ولعل الدراسة التي قام بها "بانروز" لـ 1280 طفلا متخلفا عقليا بالمؤسسات المتخصصة بهدف التعرف على نسبة الاضطرابات السلوكية لكل مستوى من المستويات الأربعة للتخلف العقلي، وجد أن النسبة المئوية للاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الأطفال المتخلفون عقليا بدرجة متوسطة مقدارها 11%، بينما التخلف العقلي الشديد مقدارها 10%، وهذه النتيجة إن دلت على شيء فإنما

تدل على مدى التقارب بين التخلف العقلي المتوسط، والتخلف العقلي الشديد فيما يخص الاستعدادات للإصابة بالاضطرابات السلوكية.

**ثانيا: عرض نتائج الدراسة الإحصائية للسببية المرضية لدى المتخلفين عقليا**

من خلال **الجدول رقم:11** يتبين لنا أن أكبر نسبة مئوية للسببية المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي تتمثل في الصدمة العاطفية أثناء فترة الحمل حيث قدرت ب3,4%، ثم تليها النسبة المئوية التي تقدر بـ2,3% من المتخلفين عقليا بسبب ولادة غير تامة النضج، ثم 1,9 % بسبب فقر الدم وضعف شديد أثناء فترة الحمل، ثم 1,7% بسبب محاولة للإجهاض أو الاضطرار للإجهاض، ثم 1,6% بسبب حمل مطول ونفس النسبة المئوية بسبب عدوى التلوث الميكروبي أثناء فترة الحمل، ثم تليها النسبة المئوية التي تقدر بـ1,5% بسبب إصابة الأم بحالة انهيارية أوعصابية أوذهانية خلال فترة الحمل، ثم 1,3% بسبب أمراض قلبية لدى الأم أثناء فترة الحمل (ارتفاع ضغط الدم)، أما السببية المرضية الأخرى قد حصلت على نسب مئوية ضعيفة لا تكاد تذكر.

**الجدول رقم:11** يبين التكرارات ونسبها المئوية للأسباب المرضية التي تحدث أثناء فترة الحمل.

| % | ك | Facteurs prénataux:Incidents/grossesse | الأسباب التي تحدث أثناء فترة الحمل | |
|---|---|---|---|---|
| 2,3 | 23 | Prématurité | حمل غير تام النضج | أ |
| 1,6 | 16 | Grossesse prolongée | حمل مطول | ب |
| 0,9 | 09 | Hémorragie durant la grossesse | نزيف دموي أثناء فترة الحمل | ج |
| 1,6 | 16 | Maladie infectieuse durant la grossesse | أمراض بسبب عدوى التلوث الميكروبي أثناء فترة الحمل | د |
| 0,9 | 09 | Syndrome méningé pendant la grossesse | التناذر السحائي لدى الأم أثناء فترة الحمل | ه |
| 1,7 | 17 | Tentative ou menace d'avortement | محاولة للإجهاض أوالاضطرار للإجهاض | و |
| 3,4 | 34 | Choc affectif pendant la grossesse | صدمة عاطفية أثناء فترة الحمل | ز |
| 1,9 | 19 | Anémie de la mère et fatigue importante | فقر الدم وضعف شديد أثناء فترة الحمل | ح |
| 1,3 | 13 | Cardiopathie de la mère pendant la grossesse (hypertention) | أمراض قلبية لدى الأم أثناء فترة الحمل (ارتفاع ضغط الدم) | ط |
| 1,5 | 15 | Etat dépressive, psychose, nevrose pendant la grossesse | إصابة الأم بحالة انهيارية أوعصبية أوذهانية خلال فترة الحمل | ي |
| 0,5 | 05 | Ethylisme de la mère pendant la grossesse | الإدمان على الخمر أثناء فترة الحمل | ك |
| 0,4 | 04 | Grossesse gémellaire | الحمل بالتوأم | ل |

**الجدول رقم:12** يبين مختلف التكرارات ونسبها المئوية للأسباب المرضية التي تحدث أثناء الولادة

| % | ك | Facteur neonataux / Incidents de la naissance | الأسباب التي تحدث أثناء الولادة | |
|---|---|---|---|---|
| 1,7 | 17 | Asphyxie pendant la naissance | اختناق الجنين أثناء فترة الولادة | أ |
| 5,1 | 51 | Accouchement long et difficile | ولادة طويلة وعسيرة | ب |
| 2,1 | 21 | Utilisation des couveuses | استعمال المحاضن الطبية | ج |
| 1,4 | 14 | Forceps | استعمال الملاقط الطبية | د |
| 1,2 | 12 | Césarienne | الولادة عن طريق العملية القيصرية | ه |
| 1,2 | 12 | Hémorragie de l'accouchement | نزيف دموي أثناء عملية الولادة | و |

من خلال **الجدول رقم:12** يتبين لنا أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في ولادة طويلة وعسيرة حيث قدرت بـ5,1%، ثم تليها النسبة المئوية التي تقدر بـ2,1% بسبب استعمال المحاضن الطبية فور ولادتهم، ثم1,7% بسبب اختناق الجنين أثناء فترة الولادة، ثم 1,2% بسبب ولادة عن طريق العملية القيصرية (شق البطن)، ونفس النسبة المئوية التي تقدر بـ1,2% بسبب نزيف دموي أثناء عملية الولادة.

**الجدول رقم:13** يبين مختلف التكرارات ونسبها المئوية للأسباب المرضية التي تحدث بعد الولادة وخاصة أثناء الطفولة المبكرة:

| % | ك | Facteurs postnataux (Maladie et incidents pathologiques de la première enfance) | الأسباب التي تحدث بعد الولادة (الإصابات المرضية التي تحدث أثناء الطفولة المبكرة) | |
|---|---|---|---|---|
| 1,2 | 12 | Ictère grave - 1ère semaine | يرقان خطير في الأسبوع الأول من العمر | أ |
| 2 | 20 | Encéphalopathie postnatale | التهابات مخية بعد الولادة | ب |
| 1 | 10 | Encéphalite vaccinal | التهابات مخية نتيجة لعملية التلقيح | ج |
| 2,4 | 24 | Hémorragie méningée | نزيف دموي على مستوى السحايا | د |
| 1,1 | 11 | Encéphalite diverses | التهابات مخية مختلفة | ه |
| 0,2 | 02 | Cardiopathie congénitale | أمراض قلبية ولادية | و |
| 2,3 | 23 | Comitialité | اضطرابات الصرع | ز |
| 2,1 | 21 | Convulsion | الاختلاجات | ح |
| 5 .0 | 05 | Pneumopathie aiguë | أمراض رئوية حادة | ط |
| 7,2 | 72 | Méningite | التهاب السحايا | ي |
| 0,9 | 09 | Coqueluche grave | إصابة خطيرة بالسعال الديكي | ك |
| 1,6 | 16 | Otite aiguë 1er âge | إصابة حادة للأذن خلال الطفولة المبكرة | ل |
| 0,9 | 09 | Mastoïdite | التهاب الخلايا الغشائية التي تؤدي إلى إصـــابة حادة للأذن | م |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ن | العجز السمعي المتوسط | Semi surdité | 07 | 0,7 |
| س | التسمم | Toxicose | 08 | 0,8 |
| ع | التوكسوبلازموز | Toxoplasmose | 09 | 0,9 |
| ف | اضطرابات خطيرة للجهاز الهضمي | Troubles digestifs grave 1ère année | 12 | 1,2 |
| ص | الإصابة بمرض السل | Tuberculose 1er âge | 04 | 0,4 |
| ق | الإصابة بأمراض عدوى التلوث الميكروبي | Maladie infectieuse du 1er âge | 58 | 5,8 |
| ر | الإصابة بالشلل النصفي | Hémiplégie | 19 | 1,9 |
| ش | التعرض لحادث اختناق | Asphyxie accidentelle du 1er âge | 22 | 2,2 |
| ت | حوادث مختلفة واستشفاء طويل المدى | Accidents et hospitalisation prolongée du 1er âge | 44 | 4,4 |
| ث | الإصابة بفقر الدم | Anémie | 13 | 1,3 |
| خ | استشفاء مطول خلال مرحلة الطفولة المبكرة | Hospitalisme 1ère enfance | 12 | 1,2 |
| ذ | تخلي الأم عن طفلها | Abondons de la mère | 10 | 1 |

من خلال **الجدول رقم:13** يتبين لنا أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في إصابة الرضيع بالتهاب السحايا حيث قدرت بـ7,2% وتليها النسبة المئوية التي تقدر بـ5,8% بسبب الإصابة بأمراض عدوى التلوث الميكروبي، ثم تليها النسبة المئوية التي تقدر بـ4,4% بسبب حوادث مختلفة واستشفاء طويل المدى خلال مرحلة الطفولة المبكرة، أما السببية المرضية الأخرى قد حصلت على نسب مئوية ضعيفة لا تكاد تذكر.

**الجدول رقم:14** يبين مختلف التكرارات ونسبها المئوية للأسباب المرضية التي تحدث بفعل الوراثة والسوابق السيكوباتية للوالدين

| | الأسباب المرضية التي تحدث بفعل الوراثة والسوابق السيكوباتية للوالدين | Facteurs d'allure progénitique et antécédent psychopathique | ك | % |
|---|---|---|---|---|
| أ | التشوهات الخلقية | Malformation congénital | 27 | 2,7 |
| ب | الحالات المنغولية | Etats mongoloïdes | 136 | 13,6 |
| ج | أب مدمن على الكحول | Père éthylique | 12 | 1,2 |
| د | أم مدمنة على الكحول | Mère éthylique | 05 | 0,5 |
| ه | الجد من الأب مدمن على الكحول | Grand père paternel éthylique | 05 | 0,5 |
| و | الجد من الأم مدمن على الكحول | Grand père maternelle éthylique | 05 | 0,5 |
| ز | إصابة الوالدين بمرض الصرع | Epilepsie parentale | 17 | 1,7 |
| ح | عوامل وراثية غير عادية | Facteurs héréditaires extraordinaire | 08 | 0,8 |
| ط | خال أوخالة سيكوباتية | Oncle ou tente psychopathe | 07 | 0,7 |
| ي | أب سيكوباتي | Père psychopathe | 08 | 0,8 |
| ك | أجداد سيكوباتيين | Grands parents psychopathes | 01 | 0,1 |

من خلال **الجدول رقم:14** نلاحظ أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في الحالات المنغولية حيث قدرت بـ13,6 %، ثم تليها النسبة المئوية التي تقدر بـ 2,7% بسبب التشوهات الخلقية نتيجة للعيوب الجينية -**Tare génétique**-، أما السببية المرضية الأخرى فقد حصلت على نسب مئوية ضعيفة لا تكاد تذكر.

**الجدول رقم:15** يبين مختلف التكرارات ونسبها المئوية للفئات الأربعة من الأسباب المرضية.

| الفئات | الأسباب المرضية | التكرارات | % |
|---|---|---|---|
| الفئة الأولى | الأسباب المرضية التي تحدث أثناء فترة الحمل | 180 | 18 |
| الفئة الثانية | الأسباب المرضية التي تحدث أثناء الولادة | 127 | 12,7 |
| الفئة الثالثة | الأسباب المرضية التي تحدث بعد الولادة (الطفولة المبكرة) | 462 | 46,2 |
| الفئة الرابعة | الأسباب المرضية التي تحدث بفعل الوراثة والسوابق السيكوباتية | 231 | 23,1 |

من خلال **الجدول رقم:15** يتبين لنا أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في فئة الأسباب المرضية التي تحدث بعد الولادة أي أثناء الطفولة المبكرة حيث قدرت بـ46,2%، ثم تليها فئة الأسباب المرضية التي تحدث بفعل الوراثة حيث قدرت نسبتها المئوية بـ23,1%، ثم تليها فئة الأسباب المرضية التي تحدث أثناء فترة الحمل بنسبة مئوية مقدارها 18%، وأخيرا فئة الأسباب المرضية التي تحدث أثناء الولادة بنسبة مئوية مقدارها 12,7%.

**الجدول رقم:16** يبين تكرارات السببية المرضية التي تحدث أثناء فترة الحمل، ودلالة كا$^2$.

| | الفئة الأولى من الأسباب المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي وتحدث أثناء فترة الحمل | | | | | | | | | | | | مج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | أ | ب | ج | د | هـ | و | ز | ح | ط | ي | ك | ل | |
| التكرار المعلوم | 23 | 16 | 09 | 16 | 09 | 17 | 34 | 19 | 13 | 15 | 05 | 04 | 180 |
| التكرار المتوقع | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | – |

**كا$^2$ المحسوبة = 49,54 ك$^2$** **كا$^2$ الجدولية = 24,72**

وعند مقارنة **كا$^2$** المحسوبة 49,54 بالنتيجة النظرية 24,72 عند درجة حرية 11 نجد أنها أكبر من القيمة التي تقابلها ومن ثم فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، وعليه نقول إن هناك فروقا واضحة بين تكرارات السببية المرضية داخل الفئة الأولى من الأسباب المرضية التي تحدث أثناء فترة الحمل.

**الجدول رقم:16** يبين تكرارات السببية المرضية التي تحدث أثناء الولادة، ودلالة كا$^2$

| | الفئة الثانية من الأسباب المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي وتحدث أثناء الولادة | | | | | | مج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | أ | ب | ج | د | هـ | و | |
| التكرار المعلوم | 17 | 51 | 21 | 14 | 12 | 12 | 127 |
| التكرار المتوقع | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | |

**كا$^2$ المحسوبة =55,97** **كا$^2$ الجدولية =15,09**

وعند مقارنة **كا$^2$** المحسوبة 55,97 بالنتيجة النظرية 15,09 عند درجة حرية 05 نجد أنها أكبر من القيمة التي تقابلها ومن ثم فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، وعليه نقول إن هناك فروقا بارزة بين تكرارات السببية المرضية داخل الفئة الثانية من الأسباب المرضية التي تحدث أثناء الولادة.

**الجدول رقم:17** يبين تكرارات السببية المرضية التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، ودلالة كا$^2$.

| | الفئة الثالثة من الأسباب المرضية التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | مج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | أ | ب | ج | د | ه | و | ز | ح | ط | ي | ك | ل | م | س | ع | ف | ص | ق | ر | ش | ت | ض | غ | خ | ن | |
| كم | 12 | 20 | 10 | 24 | 11 | 02 | 23 | 21 | 05 | 72 | 09 | 16 | 09 | 05 | 02 | 09 | 12 | 04 | 58 | 19 | 22 | 44 | 8 | 12 | 10 | 462 |
| كم | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | |

**كا$^2$ المحسوبة =63.38** **كا$^2$ الجدولية =42,98**

وعند مقارنة كا$^2$ المحسوبة 63.38 بالنتيجة النظرية 42,98 عند درجة حرية 24 نجد أنها أكبر من القيمة التي تقابلها ومن ثم فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، وعليه نقول إن هناك فروقا شاسعة جدا بين تكرارات السببية المرضية داخل الفئة الثالثة من الأسباب المرضية التي تحدث أثناء الطفولة المبكرة.

**الجدول رقم:18** يبين تكرارات السببية المرضية التي تحدث بفعل الوراثة والسوابق السيكوباتية للوالدين ودلالة كا$^2$.

| | الفئة الرابعة من الأسباب المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي وتحدث بفعل الوراثة | | | | | | | | | | | مج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | أ | ب | ج | د | هـ | و | ز | ك | ل | م | ح | |
| التكرارات مع | 27 | 136 | 12 | 05 | 05 | 05 | 17 | 08 | 07 | 08 | 01 | 231 |
| التكرارات مت | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | |

**كا$^2$ المحسوبة =34.71** **كا$^2$ الجدولية =23,21**

وعند مقارنة **كا$^2$** المحسوبة 34.71 بالنتيجة النظرية 23,21 عند درجة حرية 10 نجد أنها أكبر من القيمة التي تقابلها ومن ثم فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، وعليه نقول إن هناك فروقا شاسعة جدا بين تكرارات السببية المرضية داخل الفئة الرابعة من الأسباب المرضية التي تحدث نتيجة للعوامل الوراثية والسوابق السيكوباتية لدى الوالدين.

**اختبار كا$^2$ للدلالة الإحصائية في تقدير مدى التطابق بين التكرارات داخل الفئات الأربعة.**

**الجدول رقم:19** يبين تكرارات الفئات الأربعة من الأسباب المرضية.

| | الفئات الأربعة من الأسباب المرضية التي تؤدي إلى التخلف العقلي | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|
| | أسباب قبل الولادة | أسباب أثناء الولادة | أسباب بعد الولادة | أسباب وراثية | |
| التكرارات المعلومة | 180 | 127 | 462 | 231 | 1000 |
| التكرارات المتوقعة | 250 | 250 | 250 | 250 | |

**كا$^2$ المحسوبة = 32.26** **كا$^2$ الجدولية =11,34**

وعند مقارنة **كا$^2$** المحسوبة 32.26 بالنتيجة النظرية 11,34 عند درجة حرية 03 نجد أنها أكبر بكثير من القيمة التي تقابلها ومن ثم فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، وعليه نقول إن هناك فروقا شاسعة جدا بين الفئات الأربعة من الأسباب المرضية، أي توجد فروق جوهرية من حيث الأسباب التي تؤدي إلى التخلف العقلي، سواء التي تحدث قبل الولادة، أوالأسباب التي تحدث أثناء الولادة، أوالأسباب الوراثية.

## مناقشة النتائج

من خلال نتائج الفئة الأولى من السببية المرضية التي تحدث أثناء فترة الحمل، نلاحظ أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في الصدمة العاطفية أثناء فترة الحمل كسبب رئيسي يؤدي إلى التخلف العقلي، حيث قدرت ب 3,4 %. من خلال هذه النتيجة يبدوأن للصدمة العاطفية التي تتعرض لها الأم الحامل تأثيرا كبيرا على حياة الجنين، خاصة الشعور بالإحباط، والقلق، والانهيار العصبي، وغيره من الصدمات التي تؤثر سلبا على النموالطبيعي للجنين. وعند مقارنة هذه السببية المرضية بمختلف السببيات المرضية الأخرى التي تحدث أثناء فترة الحمل، نلاحظ أن الفروق بين التكرارات دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ولصالح الصدمة العاطفية أثناء فترة الحمل حيث بلغ تكرارها (34)؛ وإن دلت هذه النتيجة على شيء فإنما تدل على قوتها في إحداث التخلف العقلي، ويرجع ذلك إلى تأثير العوامل الأسرية والعلائقية بين الزوجين ومختلف أفراد العائلة، فكلما كانت الأجواء العائلية متوترة ومفعمة بالمشكلات بسبب عدم النضج الانفعالي للزوجين، وابتعادهم عن المشاركة في الخبرات، وتكوين الروابط الانفعالية المتينة من جهة، وسوء العوامل البيئية وتدني مستوى المعيشة من جهة أخرى، يؤدي حتما إلى الشعور بالإحباط والقلق والصراع وعدم الكفاية، وكلها عوامل تؤثر سلبا على حياة الجنين والأم في نفس الوقت.

- من خلال نتائج الفئة الثانية من السببية المرضية التي تحدث أثناء الولادة، نلاحظ أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في الولادة الطويلة والعسيرة، حيث قدرت بـ 5,1 %؛ من خلال هذه النتيجة يبدوأن للولادة الطويلة، وخاصة إذا تمت في ظروف صعبة وبعيدا عن المستشفى، تأثير سلبي على حياة المولود، ففي هذه الحالة يتعرض المولود إلى تأثير مباشر على مستوى الجهاز العصبي نتيجة لنقص الأكسجين والاختناق. وعند مقارنة هذه السببية المرضية بمختلف الأسباب الأخرى التي تحدث أثناء الولادة نلاحظ من خلال قيم كا$^2$ أن الفروق بين التكرارات دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، ولصالح النتائج المعلومة الخاصة بالسببية المرضية التي تتمثل في الولادة الطويلة والعسيرة، حيث بلغ تكرارها (51) ويمكن تفسير هذه النسبة العالية بمدى التركيب الفيزيولوجي للمرأة وعلاقته بعملية الولادة، كعدم تمدد عنق الرحم- Dilatation stationnaire du col utérin أثناء عملية الولادة، وضيق حوض المرأة -Bassin rétréci؛ أما فيما يخص فيزيولوجية الجنين فإن لكبر حجم المولود-Gros bébé تأثيراً سلبياً على عملية الوضع ومعاناة المولود من نقص الأكسجين.

- من خلال نتائج الفئة الثالثة من الأسباب المرضية التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، نلاحظ أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في التهاب السحايا كسبب يؤدي إلى التخلف العقلي، تلتهب السحايا نتيجة لوجود فيروسات أوبكتيريا على مستوى السحايا فتقوم بتخريبها مما يؤدي إلى ظهور ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل وآلام حادة على مستوى الرأس، وغثيان وقيء وتصلب الرقبة.

وعند مقارنة هذه السببية المرضية بمختلف الأسباب الأخرى التي تحدث أثناء الطفولة المبكرة نلاحظ من خلال قيم كا$^2$ أن الفروق بين التكرارات دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، ولصالح النتائج المعلومة الخاصة بالسببية المرضية التي تتمثل في التهاب السحايا، حيث بلغ تكرارها (72)، ويمكن تفسير هذه النتيجة بمدى انشغال الأولياء عن مراقبة غذاء الرضيع، والعناية غير الكافية بتنظيف جسمه وملبسه مما يؤدي إلى التعفن وتكاثر البكتيريا. كما أن هناك الكثير من الأولياء يقومون بعلاج أعراض التهاب السحايا بالطرق التقليدية، التي غالبا ما تؤدي إلى نتائج سلبية وتزيد من تعقيد المرض. وأخيرا عدم تعود المواطنين على إجراء الفحوص الطبية الشاملة دوريا للوقاية من الاضطرابات والأمراض العضوية.

- من خلال نتائج الفئة الرابعة من الأسباب المرضية التي تحدث بفعل الوراثة والانحرافات السيكوباتية للوالدين، نلاحظ أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في الحالات المنغولية- Etat mongoloïde أي شذوذ توزيع الكروموزومات أثناء تكوين البويضة، كسبب يؤدي إلى التخلف العقلي حيث قدرت بـ 13,6%، من خلال هذه النتيجة يبدوأن للعوامل الجينية أهمية لا يستهان بها في إحداث التخلف العقلي وخاصة في هذا النوع من المرض بسبب تغيرات تطرأ على المورثات التي تحملها الصبغيات وذلك أثناء انقسام الخلايا.

وعند مقارنة هذه السببية المرضية بمختلف السببيات المرضية الأخرى التي تحدث بفعل الوراثة نلاحظ من خلال قيم كا$^2$ أن الفروق بين التكرارات دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01، ولصالح النتائج المعلومة التي تتمثل في الحالات المنغولية حيث بلغ تكرارها (136)، وهي حالات مرضية نتيجة لشذوذ توزيع الكروموزومات، غالبا ما يكون هناك كروموزوم زائد في المورث رقم -21- وقليلا ما يكون هناك كروموزوم زائد في المورث رقم -18- ورقم -16-. ويحتمل أن تكون الإفرازات الداخلية عند الأم في بداية الحمل من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى شذوذ توزيع الكروموزومات. ومن الأسباب المشجعة لظهور هذه الحالات:

- كبر سن الأم عند الحمل (أكثر من 40 سنة)، واضطراب تكويني في البويضة ونقص هورمونات الغدد الصماء.

يظهر من خلال الجدول الخاص بنتائج الفئات الأربع من الأسباب المرضية، أن أكبر نسبة مئوية تتمثل في نسبة فئة الأسباب التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وعند مقارنة هذه الفئة من الأسباب المرضية بمختلف الفئات الأخرى، نلاحظ أن الفروق بين التكرارات المعلومة والمتوقعة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ولصالح النتائج المعلومة لفئات الأسباب التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، حيث بلغ تكرارها (462). ويمكن تفسير هذه النتيجة الدالة إحصائيا لصالح الأسباب التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، لكون الطفل في السنوات الأولى من العمر معرضا إلى الكثير من الحوادث البيئية، بالإضافة إلى المطالب الملحة للنموفي هذه المرحلة، فالطفل لا يزال في مرحلة النموليست له القدرات المعرفية والحركية الكافية التي تؤهله للابتعاد عن مواطن الخطر، أضف إلى ذلك ضعف المستوى الحضاري والثقافي لدى الأولياء، وانشغالهم عن توجيه الرعاية والإشراف المستمر لأبنائهم فالطفل في هذه المرحلة يحتاج إلى تقوية المناعة لديه وتطعيمه ضد الأمراض المعروفة وتزويده بالتغذية الملائمة، والتوجيه السليم لتخطي الحواجز الخارجية، وأخيرا ضعف الإجراءات الوقائية من التخلف العقلي في بلادنا.

وعند مقارنة النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية بالنتائج التي توصل إليها (Mises,1980)، يتضح أن هناك تقارباً بين النتيجتين إلى حد ما فيما يخص الأسباب الوراثية حيث وجد أنها تُحْدث التخلف العقلي بنسبة 30%؛ بينما الدراسة الحالية وجدت 23.1 % أي بفارق 6,9% ، أما فيما يخص الأسباب التي تحدث أثناء فترة الحمل توصّل الباحث إلى النسبة المئوية التي تقدر بـ 20%؛ بينما توصلت الدراسة الحالية إلى النسبة المئوية التي تقدر بـ 18 % أي بفارق 2%؛ أما فيما يخص الأسباب التي تحدث أثناء مرحلة الولادة وجد الباحث النسبة المئوية التي تقدر بـ15%، بينما توصلت الدراسة الحالية إلى 12,7% أي بفارق 2,3%؛ بينما نلاحظ أن هناك فرقا شاسعا جدا بين الدراستين فيما يخص الأسباب التي تحدث أثناء مرحلة الطفولة المبكرة حيث وجد الباحث النسبة المئوية التي تقدر ب 7,7% بينما الدراسة الحالية توصلت إلى 46,2% أي بفارق 38,5%، ويمكن تفسير هذا الفرق الشاسع، بمدى الاهتمام الذي توليه المجتمعات المتطورة للصحة النفسية والعقلية والجسدية للأطفال منذ ولادتهم، ومدى وعي مواطنيهم بأهمية الدراسات الوقائية الأولية والثانوية لحماية الأطفال الذين يظهرون أمراضا منذ الولادة، وبمدى توفير الرعاية لأبنائهم سواء على المستوى الغذائي أوعلى مستوى نظافة الجسم والهندام.

## توصيات البحث:

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث الحالي يمكن تقديم التوصيات التالية:

**1- على مستوى الفريق المتعدد التخصصات**

- الاحتفاظ بشمولية النظرة في كل جهد تربوي أوعلاجي يقوم به الأخصائي النفسي أوالمربي، وتحديد الخدمات العلاجية في ضوء التقييم الشامل لشخصية المتخلف عقليا.
- الاعتماد على التشخيص الدقيق قبل اتخاذ القرار بإيداع الطفل في المركز، تفاديا للانعكاسات الخطيرة على الطفل أوأسرته.
- حل المشكلات المرتبطة بالتعب والإرهاق، والحفاظ على إقامة علاقة إيجابية بين المتخصص والطفل المتخلف عقليا.
- الاحتفاظ بالتواضع والصبر والالتزام بالوعي الفعلي بكل الأبعاد المحيطة بالعمل.

**2- توصيات مختلفة موجهة إلى الوزارة الوصية**

بالرغم من المجهودات الضخمة التي تبذلها الوزارة الوصية من أجل تحقيق الصحة النفسية للأطفال المعوقين عامة والأطفال المتخلفين عقليا خاصة، إلا أنها لا زالت غير كافية حسب النتائج التي خلص إليها البحث الحالي، ويمكن تدارك هذا النقص بإعطاء العناية اللازمة إلى ما يلي:

- الاهتمام بالبحث العلمي في المجال.
- توفير المعدات التقنية والأدوات السيكومترية، وتكييفها على المجتمع الجزائري ومحاولة تقنينها.
- إعادة تقييم التكفل التربوي الخاص وتسليط الأضواء على الظروف والمتغيرات التي تتحكم في الصحة النفسية، قصد ضبطها ومحاولة توجيهها نحوالمسار الصحيح الذي يجب أن تسير فيه.
- ضرورة إقامة جسر من التواصل بين الجامعة والمؤسسات المتخصصة لضمان الحد الأدنى من الخدمات العلمية.

## قائمة المراجع:


مراجع باللغة العربية

1- عبد المنعم حنفي، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، 1987، ص 347
2- عبد المجيد عبد الرحيم، سيكولوجية الطفل المعوق وتربيته، مكتبة النهضة، ط$_1$ ، 1966، ص 30
3- فتحي السيد عبد الرحيم، سيكولوجية غير العاديين، الجزء الأول والثاني، دار القلم، الكويت، ط$_2$، 1982، ص7
4- فاروق محمد الصادق، سيكولوجية التخلف العقلي، عمادة شؤون المكتبات، جامعة الملك سعود، الرياض، ط$_2$ ، 1982، ص 234
5- فقيه العيد، المراكز الطبية التربوية للأطفال المتخلفين عقليا في الجزائر – دراسة ميدانية لعملية التكفل بالطفل المعاق- رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران، الجزائر، 1996، ص61
5- الدليل الوطني للنشاط الاجتماعي، وزارة العمل والحماية الاجتماعية، الجزائر، 1993-1994، ص14-16

الجرائد الرسمية

- الجريدة الرسمية العدد 11 ، الصادر بتاريخ 11 مارس 1980م، والعدد 43 ، الصادر بتاريخ 27 أكتوبر 1981م، والعدد 17 ، الصادر بتاريخ 07 مايو1986م، والعدد 54 ، الصادر بتاريخ 02 ديسمبر 1987م

مراجع باللغة الفرنسية

1) Annuaire National de l'action sociale, C.N.F.P.S , Algérie, 1993-1994
2) Mahfoud Boucebci , Maladie mentale et handicap mental, - ENAL-, Alger, 1984, p 179-182
3) Mises . R , La cure institutionnelle des déficiences intellectuelles dysharmoniques chez l'enfant, Revue de neuropsychiatrie infantile, 1971, N° 19 , pp 253-258
4) Mises .R et al, arriération et débilités mentales, Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1980, 37270 A10 , 7
5) Norbert Sillamy , dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris, 1991
6) Serban Ionescu , L'intervention en déficience mentale, Pierre mardaga ed, Bruxelles, 1987,p 29
7) SIVUS, (Group Dynamic Method) for social integration and normalization by Sophian Walujo, Stockholm, Sweden, 1989, p 13