

جامعة مولود معمري تيزي وزو  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم الأطفونيا



واقع التكفل متعدد التخصصات والدمج المدرسي عند الأطفال  
المصابين بالشلل الدماغي

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأطفونيا تخصص علم الأعصاب اللغوي العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

بلهوشات كريم

من إعداد:

نايت بلعيد ديهية

ردوان زهرة

السنة الجامعية 2023/2022

## ملخص الدراسة:

ان دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس والتكفل بهم حق يكفله القانون الجزائري، تهدف هذه الدراسة الى التعرف على واقع التكفل متعدد التخصصات ودمج الأطفال المصابين بالشلل الدماغي على مستوى ولاية تيزي وزو.

لتحقيق أغراض البحث تم الاعتماد على ثلاثة استبيانات لجمع البيانات التي سبق ان اخضعناها لتحليل القياس النفسي، ثم وزعت على ثلاث مجموعات: اخصائيين ارطفونيين (العدد=22)، اخصائيين نفسانيين (العدد=14)، ومعلمين (العدد=36).

وبعد جمع البيانات ومعالجتها تم التوصل إلى انه يستفيد أطفال الشلل الدماغي من الدمج المدرسي والتكفل متعدد التخصصات، وفقا لشدة الإعاقة كونه حقا يكفله القانون لأطفال الشلل الدماغي في ولاية تيزي وزو.

وعلاوة على ذلك، أشار مختلف المشاركين في هذه الدراسة بوضوح الى الصعوبات التي قد تعرقل وتمنع تجسيد الدمج المدرسي في ارض الواقع.

الكلمات المفتاحية:

التكفل متعدد التخصصات؛ الدمج المدرسي؛ الشلل الدماغي.

**Résumer :**

L'intégration scolaire des enfants aux besoins spécifiques ainsi que leur prise en charge pluridisciplinaire est un droit élémentaire garantie par le législateur algérien. La présente étude cherche à s'enquérir de la réalité spécifique aux enfants atteints de paralysie cérébrale, à la fois sur le plan de leur prise en charge en milieu spécialisé sur le plan orthophonique et psychologique mais aussi leur intégration scolaire au niveau des structures de la wilaya de Tizi Ouzzou.

La collecte des données a été effectuée sur la base de trois questionnaires que nous avons au préalable soumis à une analyse psychométrique, qui par la suite ont été distribués sur trois groupes de participants : orthophonistes (N=22), psychologues (N=14) et enseignants (N=36).

L'analyse quantitative et qualitative des résultats montre que les enfants atteints de paralysie cérébrale bénéficient d'une intégration scolaire qui reste cependant tributaire de la gravité de leur handicap, c'est-à-dire à prendre au cas par cas, en ce qui concerne la prise en charge spécialisée sur le plan orthophonique et psychologique, il existe bien au niveau de la wilaya de Tizi ouzzou des structures qui assurent ce besoin.

En outre les différents participants à cette étude soulignent de façon claire les difficultés qui peuvent entraver voire même empêcher de concrétiser ce droit.

**Les mots clés :**

La prise en charge pluridisciplinaire ; L'intégration scolaire ; La paralysie cérébrale.

## كلمة الشكر

بسم الله الرحمن الرحيم والسلام على رسوله الكريم

الحمد لله الذي أنار درب العلم والمعرفة وأعاننا على إنجاز هذا البحث المتواضع، اللهم لك الحمد والشكر.

بعد شكر الله سبحانه وتعالى على توفيقه لنا بتقديم بجزيل الشكر إلى أوليائنا الذين شجعونا على الإستمرار في مسيرة العلم والنجاح وإكمال الدراسة الجامعية.

كذلك نتقدم بجزيل الشكر والإمتنان للأستاذ المشرف "بلموشاهة كريم" الذي لم يبخل علينا بتوجيهاته ونصائحه التي كانت عون لنا، وكل الكلمات المعهودة لا تليق مقام المشرف على بحثنا.

"ديمية و زهرة"

## إهداء

إهداء الى كل طفل مصاب بالشلل الدماغي.

إلى من غمرتني بحنانها "أمي" لا أجد كلمات يمكن أن تمنحها حقها.

إلى قدوتي في الحياة ومثلي الأعلى "أبي" العزيز الذي لا طالما كان عون لي  
ومشجع للعلم والمعرفة.

إلى الذين يشاركونني الدم، والفرح والحزن توأم روعي أختي "سيليا" وأختي  
"حورية" وأخي "أغيلاس".

إلى من أحببناهم بإخلاص وبادلونا نفس الشعور.

إلى كل من شجعني لإتمام هذا البحث.

إلى كل الأقارب، إلى زملائي الأعزاء، إلى كل من ابتسم في وجهي ومدى يد  
العون.

إلى رفيقتي "زهرة".

إلّكم جميعا أهدي ثمرة جهدي.

"تايت بلعيد ديهية"

## إهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات وجزيل فضله تتحقق الأماني

والغايات

أهدي ثمرة جهدي إلى والدي الكريمان حفظهم الله وأطال في عمرهما.

إلى كل اخواني وإخوتي كل واحد باسمه

إلى رفيقة الدرب في إنجاز هذا العمل.

إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد.

"ردوان زهرة"

## فهرس المحتويات

| الصفحة | العنوان   |
|--------|---|
|        | ملخص الدراسة باللغة العربية                     |
|        | ملخص الدراسة باللغة الاجنبية                    |
|        | كلمة الشكر                                      |
|        | الإهداء   |
|        | فهرس المحتويات                                  |
|        | فهرس الجداول                                    |
|        | فهرس الأشكال                                    |
|        | قائمة الملاحق                                   |
| أ-ب    | مقدمة   |
|        | الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية          |
| 16     | 1-الإشكالية                                     |
| 17     | 2-فرضيات الدراسة                                |
| 17     | 3-دوافع الدراسة                                 |
| 17     | 4-أهداف الدراسة                                 |
| 18     | 5-أهمية الدراسة                                 |
| 18     | 6-تحديد المصطلحات الأساسية                      |
| 19     | 7-الدراسات السابقة                              |
|        | <b>الجانب النظري</b>                            |
|        | الفصل الأول: التكفل المتخصص                     |
| 24     | تمهيد   |
| 24     | 1-تعريف الكفالة                                 |
| 24     | 2-تعريف الكفالة متعددة التخصصات                 |
| 24     | 3-الكفالة المتخصصة بالنسبة لأطفال الشلل الدماغي |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 25                          | 4-المتدخلين في هذه الكفالة بالنسبة لأطفال الشلل الدماغي |
| 26                          | 5-أهمية العمل بشكل موحد في الكفالة متعددة التخصصات      |
| 27                          | 6-الأماكن التي تتم فيها التكفل بهذه الحالات             |
| 28                          | 7-تقنيات التكفل بهذه الحالات                            |
| 29                          | 8-التكفل الارطفوني عند أطفال الشلل الدماغي              |
| 30                          | خلاصة الفصل   |
| الفصل الثاني: التمدرس       |   |
| 33                          | تمهيد   |
| 33                          | 1-مفهوم التعليمية                                       |
| 33                          | 2-العملية التعليمية (الديداكتيكية)                      |
| 36                          | 3-المعرفة (المادة التعليمية) المحتوى التعليمي           |
| 37                          | 4-الوسائل التعليمية                                     |
| 38                          | 5-أهمية الوسائل التعليمية                               |
| 40                          | 6-الدمج المدرسي   |
| 41                          | 7-أهداف الدمج المدرسي                                   |
| 41                          | 8-شروط ومتطلبات الدمج                                   |
| 42                          | 9-متطلبات الدمج   |
| 43                          | 10-أنواع الدمج المدرسي                                  |
| 44                          | 11-إيجابيات الدمج المدرسي                               |
| 44                          | 12-نصائح الدمج المدرسي                                  |
| 45                          | خلاصة الفصل   |
| الفصل الثالث: الشلل الدماغي |   |
| 48                          | تمهيد   |
| 48                          | 1-تعريف الشلل الدماغي                                   |
| 49                          | 2-أعراض الشلل الدماغي                                   |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 49   | 3-أسباب الشلل الدماغي              |
| 50   | 4-أنواع الشلل الدماغي              |
| 55   | 5-نسبة إنتشار الشلل الدماغي        |
| 56   | خلاصة الفصل                        |
| <b>الجانب التطبيقي</b>                             |                                    |
| الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية |                                    |
| 60   | تمهيد                              |
| 60   | 1-الدراسة الإستطلاعية              |
| 61   | 2-منهج الدراسة                     |
| 61   | 3-عينة الدراسة                     |
| 66   | 4-الاطار المكاني إجراء الدراسة     |
| 67   | 5-الاطار الزمني إجراء الدراسة      |
| 68   | 6-أدوات الدراسة                    |
| 71   | 7-كيفية بناء الإستبيان             |
| 72   | خلاصة الفصل                        |
| الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج           |                                    |
| 75   | تمهيد                              |
| 75   | 1-عرض النتائج وتحليل نتائج الدراسة |
| 87   | 2-المعالجة الإحصائية للنتائج       |
| 88   | 3-تحليل ومناقشة النتائج            |
| 92   | 4-الإستنتاج العام                  |
| 97   | الخاتمة                            |
| 78   | قائمة المراجع                      |
| الملاحق  |                                    |

## فهرس الجداول

| الصفحة | عنوان  | رقم |
|--------|--|-----|
| 61     | العينة الخاصة بالأخصائيين الأرتطوفويين                 | 1   |
| 62     | العينة الخاصة بالأخصائيين النفسانيين                   | 2   |
| 6      | العينة الخاصة بالمعلمين                                | 3   |
| 70     | توزيع وإستلام الإستبيان من طرف الأساتذة المحكمين       | 4   |
| 71     | قائمة الملاحظات المسجلة في صدق المحكمين                | 5   |
| 72     | إختبار ثبات ألف كرونباخ للإستبانات الثلاث              | 6   |
| 74     | عرض نتائج النسبة المئوية الخاص بالأخصائيين الأرتطونيين | 7   |
| 79     | عرض نتائج النسبة المئوية الخاص بالأخصائيين النفسانيين  | 8   |
| 83     | عرض نتائج النسبة المئوية الخاص بالمعلمين               | 9   |
| 84     | عرض نتائج النسب المئوية الخاص بالأخصائيين النفسانيين   | 10  |

## فهرس الأشكال

| الصفحة | العنوان   | الرقم |
|--------|---|-------|
| 25     | علاج رودكورد الطبيعي للأطفال والعلاج الطبيعي بالمشي بمساعدة الروبوت | 1     |
| 25     | المعالجة الحسية والعلاج المائي                                      | 2     |
| 32     | المثلث التعليمي   | 3     |
| 52     | أنواع الشلل الدماغي حسب مكان الإصابة                                | 4     |
| 55     | أنواع الشلل الدماغي لطبيعة الضعف العضلي                             | 5     |
| 66     | دائرة نسبية الدراسة   | 6     |
|        |   |       |

## قائمة الملاحق

| العنوان   | رقم |
|---|-----|
| الإستبيان المقدم لصدق المحكمين في صيغة الأولية                                  | 1   |
| يمثل إعادة صياغة الإستبانات في صياغته الأخيرة                                   | 2   |
| ثبات الإستبيان  | 3   |
| يمثل حساب العلاقة الإرتباطية بين البنود والمجموع العام                          | 4   |
| يمثل العلاقة الإرتباطية بين البنود والمشاركة في المجموعات الثلاث والمجموع العام | 5   |
| يمثل يعض التسهيلات للدراسة الميدانية  | 6   |

# مقدمة

## مقدمة:

إن السعي للحصول على تكفل متعدد التخصصات جيد ودقيق من ذوي الخبرة والمعرفة المهنية، يستدعي أبعاد وجوانب مختلفة يتم فيها تقديم مختلف الخدمات والبرامج بناء على ما جاء في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي (DSM 5) ، يستدعي الإعتماد على الإحاطة الشاملة بمختلف جوانب الإضطراب النفسية منها، الطبية، الإجتماعية والنمائية...، وكما أن التكفل متعدد التخصصات يهيئ الطفل المصاب بالشلل الدماغي للتمدرس والتعليم الذي يعتبر من القضايا الأساسية التي تحظى بإهتمام متواصل من القائمين على العمليات التربوية في أنحاء العالم كافة لما لها أهمية في تلبية إحتياجات هؤلاء، ويمثل دمج أطفال الشلل الدماغي أحد المفاهيم التربوية الحديثة التي أصبحت جزءا من السياسات التعليمية في الكثير من الدول المتقدمة.

ومصطلح الشلل الدماغي يستخدم للإشارة إلى إضطراب النمو الحركي نتيجة إصابة في الدماغ قبل، بعد أو أثناء الولادة مما يؤثر على جميع جوانب النمو الحركي، وقد سعت الجزائر إلى وضع قوانين تكفل حقوق ذوي الإحتياجات الخاصة ومن بينها الشلل الدماغي.

نحاول من خلال بحثنا هذا الوقوف على واقع التكفل متعدد التخصصات والدمج المدرسي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، رغبة منا في الإجابة على تساؤلات يطرحها أولياء الحالات والمختصون في هذا المجال لهذا الغرض قمنا ببلورة هذه الفكرة في إطار الفصل التمهيدي اين حددنا متغيرات البحث، التساؤلات والفرضيات.

للإجابة على هذه التساؤلات واختيار فرضية البحث قسمنا بحثنا لقسمين نظري وتطبيقي.

الفصل التمهيدي: يحتوي على إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة، هدف الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية والدراسات السابقة.

❖ قسم نظري وجاء فيه:

الفصل الأول: تناولنا فيه التكفل متعدد التخصصات بالنسبة لأطفال الشلل الدماغي، والمتداخلين في هذه الكفالة والأماكن التي تتم فيها الكفالة وتقنيات التكفل بهذه الفئة.

الفصل الثاني: تناولنا فيه التمدرس، مفهوم التعليم (الديتاكتيكية)، أهمية التعلمية، أهمية الوسائل التعليمية والتعليم لذوي الإحتياجات الخاصة، الدمج المدرسي، أهداف الدمج، أنواع الدمج وأنماط الدمج شروط ومتطلبات الدمج وإيجابيات ونقائص الدمج.

الفصل الثالث: تناولنا فيه الشلل الدماغي تعريفه، أعراضه، أسبابه، أنواعه ونسبة إنشاره.

أما الفصل الرابع: يندرج ضمن الجانب التطبيقي وتناولنا فيه منهجية الدراسة والذي يحتوي الدراسة الإستطلاعية ومنهج الدراسة ومكان وزمان اجراء الدراسة

الفصل الخامس: تناولنا فيه عرض النتائج الخام المحصل عليها، عرض النتائج والمعالجة الإحصائية للنتائج ثم تحليل ومناقشة النتائج، والإستنتاج العام.

الخاتمة: عرض النتائج النهائية للبحث وادراجها في سياق الأبحاث السابقة مع فتح الافاق لدراسات مستقلة.

المراجع والملاحق.

## فصل تمهيدي: الإطار العام للإشكالية

1-الإشكالية

2-فرضيات الدراسة

3-دوافع الدراسة

4-أهداف الدراسة

5-أهمية الدراسة

6-تحديد مفاهيم الدراسة

7-الدراسات السابقة

## 1-الإشكالية:

تعتبر مرحلة الطفولة من أكثر الإهتمامات عند الأمم، ومن بين أهم المراحل التي يمر بها الفرد، يتمكن بعض الأطفال من بلوغ قدر من الإستقلالية، بينما يحتاج البعض الآخر من ذوي الإحتياجات الخاصة إلى تكفل متعدد التخصصات، يستجيب لخصوصيتهم الذي تتدخل فيه مجموعة من المختصين يمثل كل منهم تخصصا مختلفا ذا علاقة بنمو المصابين بالإضطرابات وتعلمهم بالإضافة إلى أولياء الأمور والأشخاص المعوقين إذا كانت ظروفهم تسمح بذلك بالعمل معاً لإتخاذ القرارات المناسبة. (شايجي، 2019، ص23).

ان أهمية التكفل في كونه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة، وتأهيله للتمدرس يعد حق أساسي لكل طفل. الجزائر كغيرها من الدول إعتمدت سياسة الدمج وإهتمت به ويظهر ذلك من خلال المنظومة القانونية تحت تسمية "حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم" وذلك في "المادة 02 من قانون 09/02 المؤرخ في 2002/02/25 (الجريدة الرسمية، 2022، ص06). عندما يدخل الطفل إلى المدرسة يبدأ في إكتشاف العالم من حوله ويكتشف التعلم، ويكون ذلك عن طريق إندماجه مع الأطفال الآخرين واللعب معهم ويكتسب الكثير من المهارات، إن التعلم الهادف لا يحدث دون شروط معينة كالنضج الذي يعتبر أول شرط من شروط التعلم، وأيضاً الدافعية وهي الطاقة الكامنة في الكائن الحي التي تدفعه ليسلك سلوكا معيناً في العالم الخارجي، والممارسة وهو السلوك الحركي المعتاد. (الراشدين، 2016، ص ص255-257).

فعملية التعلم والتمدرس تحتاج إلى مستوى من النضج والإستعداد على المستوى الحسي الحركي المعرفي، النفسي العلائقي والعاطفي وهي شروط أساسية للتعلم والتمدرس التي لا نجدها عند حالات ذوي الإحتياجات الخاصة مثلما هو الحال بالنسبة للشلل الدماغى الذي يعرفه الإتحاد الوطنى للتدريب الصحى بكندا (2023) على أنه "إعاقة في النمو تمس الخلايا العصبية العليا، وهو متلازمة غير تطويرية تحدث قبل سن الخامسة، تظهر التشوهات قبل أثناء أو بعد الولادة على مستوى القشرة الحركية للجهاز العصبى تترجم على شكل مشاكل في الوقوف وإضطرابات في الحركة الإرادية ومشاكل عصبية أخرى". ( , CNF (2023, sans page

ويعتبر طبيب الأعصاب الفرنسي تارديو (Tardieu) أول من إستخدم مصطلح الشلل الدماغي وهذا في الخمسينات (1954) وقدم أول تعريف له: "هو إضطراب عصبي حركي يترجم بخلل على مستوى تنظيم الحركات والإشارات والنتاج عن إصابة دماغية وقعت قبل الولادة أو في الطفولة الأولى". (ميموني، 2021، ص ص720-721).

كما عرّفه "رونالد Rondal" على انه حالة غير متطورة وغير قابلة للشفاء تحدث إما قبل أثناء أو بعد الولادة وتتميز بتمزق أو جروح على مستوى الأنسجة الدماغية مصحوبة بإضطرابات حركية مميزة. (Rondal, 1977, p p360-361).

من إثراء ميدان البحث الأكاديمي بمعطيات حديثة حول واقع التكفل متعدد التخصصات بحالات الشلل الدماغي ودمجهم المدرسي الذي حددناه في حدود إمكانياتنا بولاية تيزي وزو محاولة منا لجمع معطيات حديثة حول واقع التكفل متعدد التخصصات وتمدرس ودمج الحالات المصابة بالشلل الدماغي وهي الفكرة التي قمنا بطرحها من خلال التساؤلات التالية:

-هل تستفيد حالات الشلل الدماغي من التكفل متعدد التخصصات في ولاية تيزي وزو؟

-هل تستفيد حالات الشلل الدماغي من الدمج المدرسي وفقا لدرجة الإعاقة كونه حقا يكفله القانون؟

أسئلة جزئية:

-هل توجد مؤسسات متخصصة تضمن التكفل بحالات الشلل الدماغي في ولاية تيزي وزو؟

-هل توجد صعوبات تعرقل أو تمنع تجسيد الدمج المدرسي في أرض الواقع في ولاية تيزي وزو؟

## 2-فرضيات الدراسة:

- تستفيد حالات الشلل الدماغي من التكفل متعدد التخصصات في ولاية تيزي وزو.

- تستفيد حالات الشلل الدماغي بالدمج المدرسي وفقا لدرجة الإعاقة كونه حقا يكفله القانون.

- توجد مؤسسات متخصصة تضمن عملية الدمج بحالات الشلل الدماغي في ولاية تيزي وزو.

-توجد صعوبات تعرقل أو تمنع تجسيد الدمج المدرسي في أرض الواقع في ولاية تيزي وزو.

### 3-دوافع الدراسة:

-نقص المعطيات الميدانية حول واقع التكفل متعدد التخصصات والدمج المدرسي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

-التعرف على مختلف الصعوبات التي تعرقل الدمج المدرسي عند هذه الفئة.

-معرفة شروط الدمج المدرسي لفئة الشلل الدماغي.

### 4-أهداف الدراسة:

-هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع التكفل متعدد التخصصات عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

-معرفة وإعطاء مفهوم واضح لفئة الشلل الدماغي في ضوء التعريفات والتصنيفات الحديثة.

-الكشف عن شروط قبول الأطفال المصابين بالشلل الدماغي للدمج المدرسي، والموانع التي تمنع ذلك على مستوى المؤسسات التربوية والمتخصصة في ولاية تيزي وزو.

### 5-أهمية الدراسة:

-تحديد المصطلحات المتعلقة بفئة المصابين بالشلل الدماغي وكل مالها من تداعيات أكاديمية وعملية.

-فهم أوسع وأدق لواقع هذه الفئة من حيث الدمج المدرسي لهذه الحالات.

-فهم خصوصية هذه الحالات من زاوية العاملين من أرتوفونيين وأخصائيين نفسانيين ومعلمين ومربين مختصين.

### 6-تحديد المصطلحات:

6-1-التكفل متعدد التخصصات: هو فريق من المتخصصين يمثل كل منهم تخصص مختلفا ذا علاقة بنمو المصابين بالإضطرابات وتعلمهم.

6-2- الدمج: هو اتخاذ قرار إحالة بعض الحالات من ذوي الاحتياجات الخاصة التي تكون نسبة إعاقتهم بسيطة إلى متوسطة أي القابلة إلى التعلم والتدريب، من المراكز الخاصة بهم إلى المدارس

العادية بعض اليوم أو كله مع أقرانهم من الأطفال العاديين ومتابعتهم من طرف معلم التربية الخاصة لتقديم الخدمات الخاصة.

**6-2-التمدرس:** يعني العمليات التي تجري داخل الفصل الدراسي، لتجعل من المنتج "الدارس" نشطا متفاعلا محققا للتعليم الذي ينشده بالمستوى المستهدف، تحت إشراف معلم.

**6-3-الشلل الدماغي:** هو مصطلح يعبر عن قصور في وظائف المخ بسبب تلفه أو ضموره في المخ خلال مراحل نموه، ويؤدي إلى عجز في الوظائف الحركية وقد ترافقه عدة إعاقات.

### 7-الدراسات السابقة:

نظرا لطبيعة وإحتياجات الشلل الدماغي تحتاج هذه الفئة إلى توفير بيئة خاصة تختلف عن البيئة التقليدية مع وجود العديد من الموانع التي تعرقل أهدافه حيث أشارت بعض الدراسات لذلك، نذكر البعض منها ادناه:

بينت دراسة "كوك وآخرون" في الولايات المتحدة الأمريكية بالفوائد الإيجابية التي يتركها الدمج على تحصيل الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة وعلى الجوانب الأخرى كما زادت فرص حصولهم على خدمات مساندة أثناء الدمج كما أكدوا معلمو التربية الخاصة في تلك المدارس على ضرورة حصول الأطفال المدمجين على أدوات تعليمية مساندة. وأشارت "فريمان" حول فعالية بيئة التعليم في تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي والسلوك الاجتماعي للأطفال المدمجين مقارنة مع أولئك الملتحقين في مدارس التربية الخاصة في الولايات المتحدة كما أوضحت النتائج أهمية استخدام طرق تعميم وأدوات تعليمية مناسبة كإستخدام الخطط التربوية الفردية كمنهج لبعض الأطفال وذلك لزيادة، فاعلية التعلم في بيئة الدمج (الزرقات، 2004، ص219)

دراسة "بو أحمد التي هدفت إلى الكشف على دور البيئة الفيزيقية في النشاط التعليمي للأطفال المصابين بالشلل الدماغي قام الباحث بإختيار عينة من 12 طفل مصاب بالشلل الدماغي في مرحلة الطفولة من سن 6-12 في المؤسسات التربوية المؤهلة لرعاية هذه الفئة من المجتمع، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين البيئة الفيزيقية والنشاط التعليمي. (أبو أحمد، 2021، ص595).

كما هدفت دراسة بن السايح إلى معرفة مستوى التوافق الدراسي كذا التعرف على الفروق الدراسية لتلاميذ الشلل الدماغي تبعا لمتغير الجنس، ثم التوصل إلى وجود مستوى منخفض في مستولا التوافق الدراسي لدى تلاميذ الشلل الدماغي وعدم وجود فروق في التوافق الدراسي. (بن السايح، 2022، ص43)

ونجد أيضا دراسة العتيق وآخرون التي هدفت الى تصميم برنامج للعلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسن حالات الشلل الدماغي وتأهيلها في ضوء بعض من لمتغيرات النفسية البيئية إستخدم الباحث برنامج العلاج التنبيهي، مقياس الحالة النفسية مقياس الصحة النفسية، واستمرار قياس جودة الحياة البيئية على العين توصلت في نتائجه إلى فعالي البرنامجين (العتيق وآخرون، 2018، 229).

كما نجد دراسة درود، وبوعكاز الى التعرف على مختلف أساليب التكفل الأطفوني المتبعة لدى الطفل المصاب بالشلل الدماغي بالأقسام المدمجة في المدارس التربوية لدى عينة من الأطفال بإختلاف الجنس، نوع الإعاقة والعمر الزمني حيث يعرف إضطراب الشلل الدماغي بتلك المعاناة التي لا تقتصر على الحرة، إذ نجد أن له مشكل سيلان اللعاب أيضا مشكل اللغة كما تظهر لديه معناة معرفية نفسية إجتماعية وعدم التتاسق لحركي مع غياب الحركة الدقيقة. طبق هذه التمرينات في منهج دراسة حالة كما ظهرت نتائج الدراسة وجود فعالية من خلال التمارين المطبقة على عينة الدراسة.

دراسة يحي بو أحمد(2021): هدفت الدراسة إلى دور الحيز المكاني في تطوير المتعلمين من ذوي الاحتياجات الخاصة المصابين بالشلل الدماغي الى الكشف على دور البيئة الفيزيقية في النشاط التعليمي للأطفال المصابين بالشلل الدماغي على عينة مكونة من 12 طفل مصاب بالشلل الدماغي في مرحلة الطفولة من سن 6-12 سنة في المؤسسات التربوية المؤهلة لرعاية هذه الفئة ممن المجتمع ثم استخدام المنهج الوصفي وتوصلت النتائج الدراسة الى نتيجة هي: وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين البيئة الفيزيقية والنشاط التعليمي.

دراسة محمد تماري، معنية قوعيش، هوارية بيو، (2019): هدفت الدراسة الى واقع تلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية الى التعرف على اتجاهات أساتذة التعليم الابتدائي نحو دمج التلاميذ ذوي احتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في المدارس العادية شملت العينة 141 أستاذ تم استخدام مقياس اتجاهات الأساتذة التعليم الابتدائي نحو دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية مستعملين المنهج الوصفي وتوصلت النتائج الى ان طبيعة اتجاهات أساتذة التعليم الابتدائي نحو دمج تلاميذ ذو احتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في المدارس العادية سلبية.



# الجانب النظري

# الفصل الأول

## الفصل الأول: التكفل متعدد التخصصات

تمهيد:

1-الكفالة متعددة التخصصات بالنسبة لأطفال الشلل الدماغي.

2-المتدخلين في هذه الكفالة بالنسبة لأطفال P.C

3-الأماكن التي تتم فيها التكفل بهذه الحالات.

4-تقنيات التكفل بهذه الحالات.

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

الشلل الدماغي إعاقة معقدة تستدعي تدخل فريق عمل متعدد التخصصات استجابة لمتطلبات ودواعي التكفل المختص الموجه لهذه الحالات، وهو ما سوف نحاول التطرق له من خلال هذا الفصل.

**1- تعريف الكفالة:**

هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف، تسمح بوصول الفرد الى ضمان حقوقه والاحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وبانه قادر على التواصل مع الاخرين لتحقيق استقلاليتته، من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال. (البنفسج، 2011، بدون صفحة)

**2-تعريف الكفالة متعددة التخصصات: (La prise en charge pluridisciplinaire)**

التكفل متعددة التخصصات يتمثل في اتخاذ إجراءات مشتركة بين عدة اخصائيين في نفس الموضوع، هذا النوع من العمل يخلق أماكن للتبادل والنقاشات التي يمكن للمحترفين التعبير عن موضوع ما. (Laneyrie & Landry, 2016, p 2)

**3-الكفالة المتخصصة عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي:**

قد يحتاج الأطفال والبالغون المصابين بالشلل الدماغي إلى رعاية طبية، إضافة إلى طبيب الأطفال واختصاصي الطب الطبيعي، وإعادة التأهيل (طبيب العلاج الطبيعي) وربما طبيب أعصاب الأطفال مجموعة متنوعة من المعالجون واختصاصي الصحة العقلية، ويولي أولئك الخبراء عناية خاصة بالاحتياجات والمشاكل الأكثر شيوعا بين المصابين بالشلل الدماغي.

لا يوجد علاج شافي للشلل الدماغي، إلا أن هناك خيارات علاجية عديدة لتحسن وظائف الطفل اليومية، ويعتمد تحديد الرعاية المناسبة على أعراض الطفل واحتياجاته بمرور الوقت، ويمكن للتدخل المبكر أن يحقق نتائج أفضل. (Mayoclinic ,2023, sans page)

يشمل الفريق متعدد التخصصات ما يلي: أطباء الأطفال أطباء الأعصاب، جراحين العظام، العلاج الطبيعي، خبراء التخاطب، خبراء التغذية، علماء النفس (لتقييم القدرة والسلوك). (ليوم السابع، 2018، دون صفحة).

#### 4- المتدخلين في الكفالة بالنسبة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي:

يشمل المتدخلين في هذه الكفالة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي فريقاً من المختصين الصحيين الذين يعلمون معاً لتقديم الرعاية الشاملة للأطفال بما في ذلك العلاج الطبيعي، العلاج النفسي، الأرففوني، العلاج التربوي، العلاج المساعد الاجتماعي والمساعدة العائلية.

#### 4-1- العلاج الفزيائي للشلل الدماغي:

يعد العلاج الفزيائي الخطوة الأولى في علاج الشلل الدماغي، حيث يمكن أن يساعد على تحسين المهارات الحركية، كما يمكن أن يمنع تطور المشكلات الحركية إلى الأسوأ. يمارس العلاج الطبيعي من خلال تمارين القوة والمرونة والمعالجة الحرارية والتدليك والمعدات الخاصة لإعطاء المصاب مزيداً من الإستقلالية. (الطبي، 2023، دون صفحة). إن العلاج الذي يركز على الإستخدام الجاد والمتسق للعضلات عند المرضى الذين يعانون من الشلل بسبب إضطرابات الدماغ والنخاع الشوكي العلاج الطبيعي بالمشي بمساعدة الروبوت يوفر العديد من المزايا الرائعة لتحسين المشي بالمقارنة مع العلاج الطبيعي التقليدي، كما هو موضح في الأشكال ادناه: (ساتيوت، 2023، دون صفحة).



الشكل (1): علاج رذكورد الطبيعي للأطفال، والعلاج الطبيعي بالمشي بمساعدة الروبوت.



الشكل (2): المعالجة الحسية، والعلاج المائي.

#### 4-2- العلاج النفسي:

الغرض من العلاج النفسي هو مساعدة الطفل ووالديه والبيئة الممتدة على فهم الإصابة وإستيعابها وقبولها والتعامل معها ومجموعة الصعوبات المصاحبة لها للمساعدة التطوير الطبيعي للعلاقة: أم - طفل - أب، مما سيسمح لاحقا بنمو إدراكي أفضل والمزيد من العلاقات الاجتماعية الطبيعية وإمكانية إندماج الطفل في المجتمع كما أنه يستخدم المختص النفسي إختبارات معيارية ومقبولة كإختبارات الذكاء، الإختبارات العصبية التنموية، إختبارات الإسقاط، مقاييس التكيف، إستبيانات منظمة. (وزارة الصحة، 2023، دون صفحة).

#### 4-3- العلاج الأرتفوني:

يساعد مختص صعوبة اللغة والنطق في تحسين قدرة الأطفال على التحدث بوضوح أو التواصل بإستخدام الإشارة وكما يمكنه أيضا تعليم طفلك على إستخدام أجهزة التواصل مثل: الكمبيوتر وبرامج إنتاج الصوت إذا كان التواصل صعبا ويستطيع مختص علاج النطق أيضا علاج صعوبات الأكل والبلع. (Mayoclinic, 2023, sans page)

يطبق المختص الأرتفوني مختلف التمارينات لعلاج منعكس الغثيان، التدريبات الفموية الوجهية، وتصحيح التنفس والتنطيق وتقديم العلاج المعرفي، الوظيفي الطبيعي، وتطبيق تقنيات التطوير المهارات الدقيقة. (دررور وبوعكاز، 2021، ص108).

#### 4-4- العلاج التربوي:

هدف العلاج التربوي تعليم الطفل المبادئ التربوية والتعليمية قبل المدرسة، وفي المدرسة ومساعدته على إيجاد إستقلالية دراسية تمكنه مستقبلا في العمل المهني. (الحلوح، 2022، دون صفحة).

**4-5-المساعد الاجتماعي:**

هدفه الربط بين أعضاء فريق التأهيل والعمل مع الأهل.

**4-6-دور الأهل في عملية التأهيل.**

للأهل دور كبير أولاً إكتشاف وجود تطور غير طبيعي للطفل، ومن ثم التوجه للطبيب لوضع التشخيص وثانيا المشاركة بالتأهيل عن طريق تنفيذ التمارين والإنتباه للوضعيات الخاطئة ومساعدة الفريق الطبي للإنجاز البرنامج الخاص بالطفل. (لحلو، 2022، دون صفحة).

**5-أهمية العمل بشكل موحد في التكفل متعدد التخصصات:**

تكن أهمية تدخل فرقة من المختصين تقدم لأطفال الشلل الدماغي خدمات التشخيص والعلاج والتعليم والتأهيل حيث يقوم كل مختص من هذه الفرقة بدور معين، فنجد أن مختص في العلاج الطبيعي يتدخل لتنمية الجوانب الحركية للطفل، كما يسعى أخصائي التربية الخاصة بتقديم الخدمات التأهيلية والتدريسية كل حسب احتياجاته. وإذا ما توجهنا إلى طبيب الأعصاب نجده هو الآخر يتدخل من ناحية طبية لعلاج حالات تعاني من فرط الحركة بتقديم ادوية خاصة بذلك، يعمل على إقامة منحنى التخطيط الدماغي الكهربائي لطفل الشلل الدماغي، هذا الأخير بحاجة كذلك لطبيب أطفال وطبيب مختص في أمراض الأنف والأذن والحنجرة، ليس هذا فحسب، فالطفل المصاب بالشلل الدماغي نجده بحاجة ماسة إلى إقامة عدة جلسات مع إخصائي النفس الذي يدعمه من الجانب السيكولوجي، والوصول به إلى الرضا بإعاقته، تنمية الثقة بنفسه، يساعده من أجل التخفيف من بعض السلوكيات العدوانية، والتقدير الإيجابي لذاته. وعند حديثنا عن المختص الأروطوني، نجده لا يقل أهمية عن باقي المختصين نظرا لما يمارسه من دور فعال بالأقسام المدمجة بالمدارس الإبتدائية التربوية، مع هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال تصحيح النطقي، العلاج المعرفي، والقيام بالتمارين الفمية والوجهية، وتدريب التحكم في النفس. (بوعكاز ودرود، 2022، ص ص 803-804)

**6-الأماكن التي يتم فيها التكفل بأطفال الشلل الدماغي:**

يعاني الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ذي المصدر العصبي في الجزائر، من نقص المرافق المخصصة للتكفل بهم، رغم أن هناك حالات إستطاعت تأسيس مستقبل أفضل من خلال المرافق الأسرية والبيداغوجية، فيما تؤكد الأطباء أن دور الأولياء أساسي.

يتم التكفل بهذه الشريحة في:

- المستشفيات (مستشفى مصطفى باشا الجامعي، مصلحة جراحة العظام بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية المتخصصة في الحروق والرضوض والكسور، مصلحة التأهيل الحركي والوظيفي...الخ) كما نجد على مستوى ولاية تيزي وزو (مستشفى بالوا، ومستشفى ندير محمد).
- المراكز (نذكر منها المركز الوطني للتكفل بالشلل الدماغي الحركي لدى الاطفال البالغين ما بين 0 و3 سنوات المتواجد ببابا حسن بضواحي الجزائر العاصمة...الخ).
- الجمعيات نذكر منها (جمعية امل الحياة المتواجدة في العديد من الولايات)
- العيادات الخاصة. (النصر، 2020، دون صفحة).

## 7-تقنيات التكفل بأطفال الشلل الدماغي:

### 7-1-منهج كوزيافكين (Cosiafkyn) :

يعمل منهج كوزيافكين العلاجي على إعادة تأهيل وظائف الاعصاب، وتتكون من مرحلتين أساسيتين هما: مرحلة إعادة التأهيل المكثفة ومرحلة التوطيد. وعادة ما تستغرق من 15 إلى 21 يوما، يعود الطفل إلى حياته اليومية، ولكنه يتبع برنامجا علاجيا يعتمد على ممارسة التمارين في المنزل صمم لتطوير مهاراته الجديدة التي إكتسبها.

بعد البرنامج المكثف لإعادة تأهيل الوظائف العصبية برنامجا متعدد الأنظمة وتشمل البرامج العلاجية على تقنيات تهدف إلى إستعادة العمود الفقري والمفاصل الطرفية لمجموعة من الحركات وتعزيز قوة العضلات والتنسيق والتحكم والحد من التشنجات والتوتر العضلي الزائد من خلال الحركة والتدليك وحمل الوزن وأداء التمارين الإيقاعية والوظيفية، وجلسات التدريب على الحركة الموجهة نحو الهدف، والعلاج بالضوء والعلاج بالاهتزاز وتتم الجلسات العلاجية على يد أطباء وأخصائي علاجي طبيعي وأخصائي تدليك. (كامبريدج، 2023، دون صفحة).

### 7-2-طرق العلاج المحافظة:

7-2-1-التدريب: هناك العديد من التقنيات التي طورها الأطباء في مختلف البلدان وهي أساليب فروليخ، وفوخذ، وكابوت، وتمرين بلوم، يتم إجراء التمارين على أجهزة رياضية خاصة، وفي الهيكل الخارجي، وفي المسبح، تهدف جميع التقنيات إلى التعويض الجزئي عن الإضطرابات الحركية.

**7-2-2-2-التأثيرات الخارجية على الجسم:** يستخدم العلاج بالمياه المعدنية والتدليك والتحفيز الكهربائي وغيرها من طرق العلاج الكهربائي في بعض الحالات يتم استخدام الأدوية أيضا.

**7-2-3-التأثير التربوي:** ويشمل التدريب مع معالج النطق وتعليم المرضى من أجل العيش المستقل في ظروف قدرة العمل المحدودة، والعلاج المهني والعلاج النفسي وتمارين مختلفة لتطوير الذكاء. في المستشفيات الألمانية المتخصصة يتم أيضا إجراء نوع جديد من علاج الشلل الدماغي، وهو العلاج بالخلايا الجذعية تتكون جميع أعضاء جسم الإنسان من الخلايا الجذعية، لذا فإن إعطائها إضافيا يعمل على تحسين وظائف المخ وإستعادة النهايات العصبية التالفة، بعد العلاج بالخلايا الجذعية في ألمانيا، يقل توتر عضلات الأطفال وتختفي التشنجات وتحسن الرؤية والمهارات الحركية الدقيقة لليدين، بفضل هذا يمكن للمرضى المشي بشكل أفضل وإستخدام الأجهزة اللوحية أو الهواتف التي تعمل باللمس، تستخدم الخلايا الجذعية لدم الحبل السري، يمكن أن تكون من متبرع أو خلايا الطفل نفسه المحفوظة مسبقا، يتم إعطاء الدواء عن طريق الوريد في مستشفى نهري كلما بدأ الأطباء دورة العلاج مبكرا كلما زادت فعالية المتوقعة لان الدماغ عند الأطفال الصغار يكون أكثر مرونة ويتطور بشكل أكثر نشاطاً. (Booking Health, 2022, sans page).

### 8- التكفل الإرطوفوني عند أطفال الشلل الدماغي:

يبدأ التكفل الأرطوفوني من أول لقاء والذي يشمل الطفل، الوالدين والفاحص، أو الفاحص مع المفحوص إذا كان راشد، وعلى كل حال لكل واحد من هؤلاء مكانة خاصة في الكفالة أثناء اللقاء الأول، فيتم التشخيص الأرطوفوني بطرق مختلفة حسب سن المفحوص، فلا بد أن يتم التشخيص بصورة مدققة حتى يعرف فيما بعد نوع الاضطراب وما يحتاج إليه إعادة تربية. (Zellal, 1997, p12)

ويعرف التكفل الأرطوفوني في تلك التقنيات العلاجية للسلسلة الكلامية ذات هدف إنساني وتربوي، بصفة عامة التكفل الأرطوفوني يهدف دائما إلى إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع توظيف عادي، يرتكز على اتفاق أولي بين المختص الأرطوفوني والمفحوص، وتكون دائما مسبوقه بميزاتة أرطوفونية التي تحد الأهداف المرغوبة. (Frédérique, 1997, p125)

أثناء المحادثة هناك سلوكيات ووضعيات يتخذها الأرطوفوني حتى تكون العلاقة إيجابية وهي كما يلي :

8-1-إنصات: عدم إهمال المختص أي جانب من جوانب الحديث.

8-2-دقة الملاحظة: خاصة أثناء الحوار في التركيز ومراقبة سلوكيات الطفل.

8-3- تطبيق الفحوصات على الحالة: وهي تقييم الحالة عبر مقاييس وتطبيقات التشخيص الفارقي (L'huche, 1984, p68)

وبعد القيام بالحصص الأولية يقوم المختص الارطفوني ببناء بروتوكول خاص بالحالة التي يتعامل معها بداية يكون التشخيص الحركي لطفل الشلل الدماغي، الحركة العامة والفموية الوجهية) إذ نجد محتوى هذا المحور يضم تمرين لتشخيص منعكس العثيان والتقيؤ، تمرينات فموية وجهية لتشخيص قدرة الطفل على التحكم في عضلات الفم، الفك واللسان، تمرينات لتقييم مدى قدرة الطفل على التحكم في إيقاع النفس قوته وضعفه، استخدام النشاطات الحركية(الحركة العامة والدقيقة) لتشخيص مدى التناسق الحركي(التآزر الحسي الحركي) واستخدام أشياء أين يتم تشخيص عملية المسك. (بوعكاز ودرود، 2021، ص 334)

العلاج المعرفي و اللغوي: يبدأ بتعليم الطفل المفاهيم الأساسية أولاً ثم ننقل لتنمية المهارات المعرفية الأخرى للطفل مع نشاطات لتنمية الجوانب اللغوية، كما انه يبدأ المختص الارطفوني بالتدرج من البسيط الى المعقد. (بوعكاز، 2022، ص 809)

#### خلاصة الفصل:

تلعب الكفالة متعددة التخصصات دور مهم في الكشف والتشخيص والعلاج فهو عبارة عن فريق من مختلف التخصصات وذلك قصد تقديم الرعاية الشاملة للأطفال، والذي يمس الجوانب الطبية، النفسية، التربوية، الارطفونية والاجتماعية، والتي تكون بصيغة تفاعلية، تكاملية، أي تتطلب المشاركة الجماعية للفريق المشرف او الفريق متعدد التخصصات لتكفل ادق وناجح. كما انه من المهم ان يبقى التواصل المستمر بين أعضاء فريق التشخيص متعدد الابعاد.

# الفصل الثاني

## الفصل الثاني: التمدرس

تمهيد

1- تعريف التعليمية

2- عناصر العملية التعليمية

3- طبيعة العلاقة اليداكتيكية

4- الوسائل التعليمية

5- أهمية الوسائل التعليمية

6- التعليم لذوي الإحتياجات الخاصة

7- الدمج المدرسي

8- وسائل الدمج المدرسي

9- حدود الدمج المدرسي

10- التكفل الأرتو فوني والنفسي ودوره في الدمج المدرسي

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

التمدرس هو إحاطة المتعلم بالمعارف وتمكينه من إكتشافها فهو لا يكتفي، إنما يتجاوز تنمية القدرات والتأثير في شخصية المتعلم والوصول به إلى التخيل والتصور والتفكير المنظم، ويعرف أيضا بأنه مجموع النشاطات التي يؤدها المدرس في موقف تعليمي لمساعدة المتعلمين في الوصول إلى أهداف تربوية محددة.

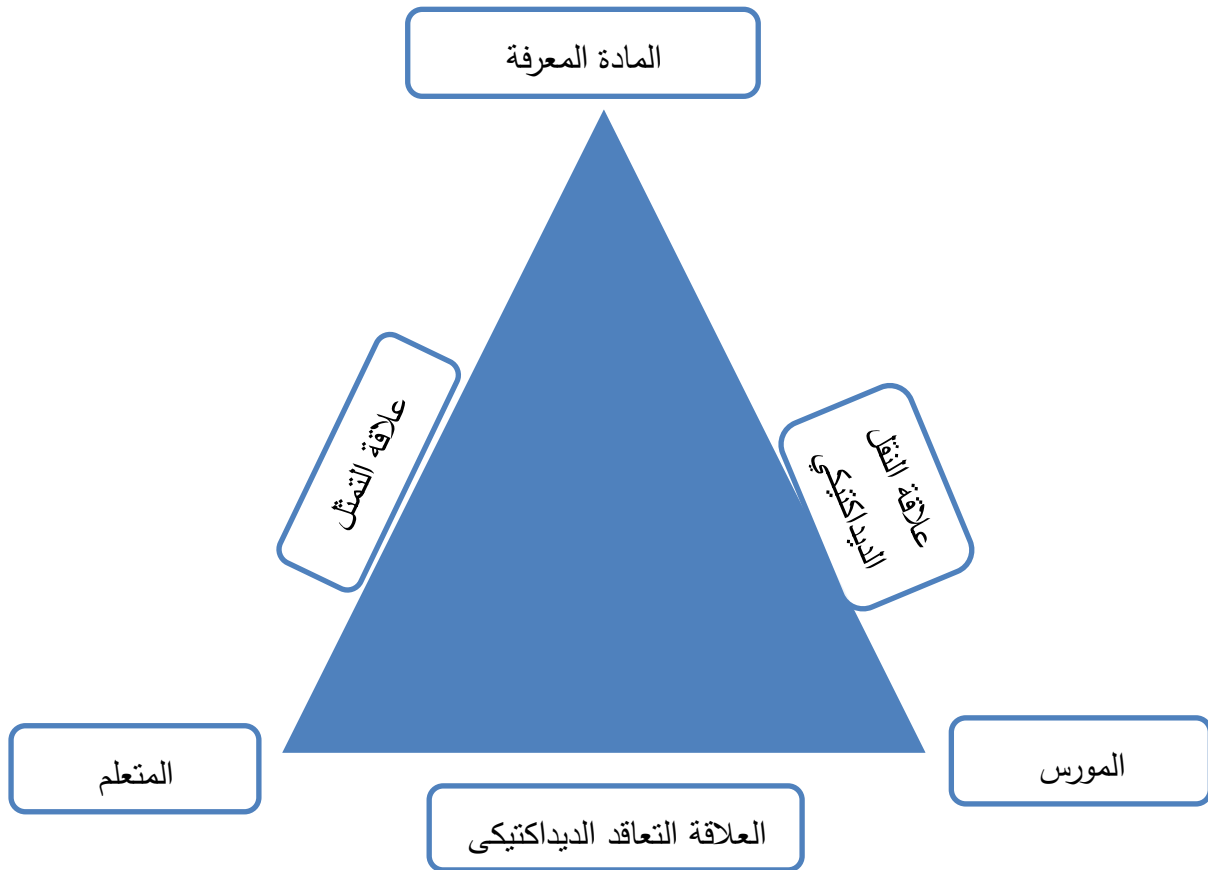
**1-تعريف التعلّمة (Didactique):**

التعلّمية هو دراسة الظواهر التفاعلية بين معارف ثلاثة، وهي المعرفة العلمية والمعرفة الموضوعية لتدريس التي ينقلها المعلم والمعرفة التي يحصل عليها التلاميذ أي التي تتكون لديهم، كما ترتبط التعلّمية أساسا بالموارد الدراسية من حيث المضمون والتخطيط لها وفق الحاجات والأهداف والقوانين العامة لتعليم. ومن العلوم الحديثة والناجمة عن التطور التكنولوجي والمعرفي والفكري الكبير الذي يعرفه عالمنا اليوم علم الديدانكتيكا أو التعلّمية وهو علم يهتم بدراسة كيفية تبسيط المعلومة ونقلها على أفضل شكل إلى المتعلمين حيث تتولى التعلّمية على تعديل وتطوير المعارف مراعية قدرة كل تلميذ على الإستيعاب والتعلم والتحفيز المتعلم للإقبال على المعارف والمعلومات الجديدة وتطوير قدرة التلميذ على التحليل والتفكير المنطقي وتشجيعه على الإبتكار ومساعدته على البحث والتجريب وإتخاذ المبادرة الفردية والمشاركة والتفاعل في العملية التعلّمية كفاعل وليس كقابل للمعارف وتسعى التعلّمية إلى إحترام المتعلم في إستعدادته وقدراته وحاجاته للتعلم بإعتباره مركز العملية التعلّمية. (بن دويغ، 2020، ص54).

**2-العملية التعلّمية (مكونات المثلث الديدانكتيكي):**

ترتكز العملية التعلّمية على مفهوم أساسي يدعى المثلث التعلّمي، هذا الأخير الذي يربط بين ثلاثة أقطاب: (المعلم، المتعلم، المعرفة) ويسمح بتوضيح العلاقات القائمة بينهما بمعنى أنه تنظيم مكوناته (معلم ومتعلم ومعرفة) ، وبالتالي من ثلاث علاقات: (النقل التعلّمي-العقد التعلّمي، التمثلات وقد قال هويس جون (Jean Houssaye) بأنه من غير ممكن أن نتصور العملية التعلّمية خارج المثلث الديدانكتيكي (Triangle Didactique ou pédagogique). (الشاعر، 2019، ص ص3-4).

المثلث التعليمي هو المثلث المعبر عن الوضعية التعليمية بإعتبار ما نسق يرجع بين أقطاب غير متكافئة هي تلميذ ومدرس ومعرفة وما يحدث من تفاعلات بين كل قطب من هذه الأقطاب في علاقته بالقطبين الآخرين وتهتم الديداكتيك بدراسة وتحليل القضايا والظواهر التي تفرزها هذه التفاعلات وبين الأقطاب الثلاثة للمثلث التعليمي:



الشكل رقم 3 المثلث التعليمي

وعلى أنه يتوجب أن تؤخذ بعين الإعتبار العلاقة بين كل أطراف الديداكتيكية وهي علاقة نوعية تتأسس بين المدرس والمتعلم والمعرفة في محيط تربوي معين وزمن محدد فالعلاقات التفاعلية تؤثر تتأثر فتنشأ عنها تحولات تحدث داخل العملية التعليمية لأن هذه الأخيرة تفاعل لنسق من العناصر المختلفة يشمل الكفايات والمادة والطرائق والوسائل والمدرس والتعلم. (بن ناصر، 2019، ص161).

**2-1-المعلم:** هو العنصر الأول والأكثر أهمية من بين عناصر العملية التعليمية لابد أن يكون هذا المعلم متمكناً بالكفايات ولديه الإستعداد والرغبة في التعليم حتى يساعد الطالب على تحقيق أهداف العملية التعليمية. (أبودية، 2021، بدون صفحة).

حسب هورساي ( HOURSAYE ) فإن دور المعلم في هذا المثلث هو الأهم إذا يلعب دور فعالاً في العملية التعليمية، إذا يستطيع بخبراته وكفاءاته أن يحدد نوعية المادة المدرسية وإتجاهاتها وتبسيطها لفكرة المتعلم ما يستوجب الشروط اللازمة لذلك، كأن يكون متخصصاً بكل مفاهيم التدريس ونظريات التعلم مستخدماً طرائق إستراتيجية تتلاءم وطبيعة المادة المدرسية، ولا تقتصر هذه الشروط في الجانب المعرفي العقلي في شخصية المعلم فحسب بل تمتد إلى جوانب أخرى النفسية والاجتماعية وحتى الجسمية مرتبطاً بأدوار نذكر منها: (قاسي، 2021، ص54).

-تربية شخصية التلميذ من جميع جوانبها.

-تنمية المجتمع المحلي وخدمته.

-متابعة الأحداث الجارية والإستكشاف العلمية في مجال التخصص الأكاديمي، تعديل المناهج في معناها الواسع وتحسينه وتطويره.

-إستغلال كل مصادر التعلم في بيئته التعلّم والتعليم وعدم الإقتصار على الكتاب المدرسي.

-تطوير الإدارة التربوية في كل مستويات لتصبح إدارة ديموقراطية وإنسانية.

-النمو المهني المستمر. (التونسي وآخرون، 2018، ص180).

## 2-2- المتعلم:

كشف المتعلم عن طريق النمو من الناحية النفسية والبدنية وغيرها، للكثير من المراحل التي يحصل عن طريقها المعارف والمعلومات بإعتبارها عوامل مؤثرة في عدة إتجاهات مثل الثقافية والنفسية وغيرها من الإتجاهات ما يؤدي ذلك إلى جمل عملية التدخل من أجل القيام على تعديل هذه العوامل من أهم الأمور بهدف القيام على تشكيلها، التحقيق ذلك ينبغي الاهتمام بالنواحي التي ترتبط بالمتعلم. (شاكر، 2021، بدون صفحة).

ومن الخصائص التي يجب توفيرها في المتعلم حتى يكون قادراً على عملية التعليم ما يلي:

\***النضج:** إن إكتساب المتعلم للمهارات متصل أساساً بالنمو الفيزيولوجي والعضوي للمتعلم والنمو العقلي ولا يمكن أن يتحقق إلا بالنمو الجسدي ولعلّ إغفال جانب النضج للعملية التعليمية يؤثر سلباً على الحصيلة المعرفية للمتعلم فالنضج وقدرته على التفكير البدائي، وعلى تذكر الأفكار وشكل الكلمات

أساسي للتعلم ويعد من أهم المؤثرات التي تتحكم في تغيير السلوك، والمتعلم لا يتعلم الكلام لا حين يبلغ سن معينة. (رحموني، 2014، ص114).

**\*الإستعداد:** يعرف أنه مدى قابلية الفرد للتعلم، أو مدى قدرته على إكتساب سلوك أو مهارة معينة إذ متهيأت له الظروف المناسبة وبعد الإستعداد أهم عامل نفسي في عملية التعلم لأنه في غالب هذا العامل المساعد يبقى فعل التعليم والتعلم مجرد جهود مبدولة. (مسابقات الترقية، 2019، بدون صفحة).

**\*الدافع:** والدافع في أبسط تعريفاته هو حالة داخلية مرتبطة بمشاعر الفرد توجه نحو التخطيط للعمل مهما يحقق مستوى محددة من التفوق يؤمن به الفرد ، والدافع إذن عامل يهدف إلى إستشارة سلوك المتعلم وتنشيطه وتوجيهه نحو هدف معين يرغب في الوصول إليه. (قاسي، 2021، ص53).

### 3-المعرفة (المادة التعليمية) المحتوى التعليمي:

هي المادة التعليمية المقررة في ظل المناهج التربوية المختارة للتطبيق ينبغي للمعرفة أن تتميز بالتدرج في مفاهيمها وتفرغ إلى أنواع فهي: تنظيرية (تجريدية) وهناك من صنفها على أساس الموضوع فهي طبيعة، وإنسانية أو إجتماعية، وهناك من صنفها على أساس مراحل التطور التاريخي الذي مرت به معرفة الإنسان فهي: حسية ثم تأملية(روحية) ثم عملية تطبيقية. (زام، 2020، ص692). أما معايير إختيار المادة العلمية لمستوى المتعلمين فهي تتضمن عدة مبادئ أساسية في إختيار المحتوى وبناءه نوجز أهمها فيما يلي:

**\*مراعاة طبيعة:** وذلك من خلال مراعاة المحتوى التعليمي لمستوى المتعلمين وإستعداداتهم وقدراتهم وتوجهاتهم بإختيار المفردات التي تناسب مع السن التعليمي.

**\*مراعاة الأهداف البيداغوجية المسطرة مسبقا:** يتوجب مراعاة ضرورة توافق المحتوى التعليمي المتناسب مع إحتياجات المتعلم وبيئته وثقافته وعادات مجتمعه. (دريوش، 2019، ص8).

#### أ- طبيعة العلاقات الديدانكتيكية التفاعلية بين عناصر المثلث التعليمي.

فهم طبيعة هذه العلاقات وخصوصياتها هو الذي يسمح بالوصول إلى نتائج إيجابية من شأنها أن ترفع من مردودية العملية التعليمية وتجعلها أكثر نجاعة، ثم إنه إنطلاقاً من هذا المثلث سنتنتج مجموعة من

المفاهيم التي ستساهم في إثراء البحوث التعليمية، إن هذا المثلث يضعنا أمام مجموعة من التفاعلات، وهي تفاعلات تعكس ثلاث كل واحدة منها تحيل على وضعية ديداكتيكية:

\* علاقة المعلم والمتعلم العقد الكلاسيكي.

\* علاقة المتعلم والمعرفة، النظر الديداكتيكي. (ميمون، 2015، ص226).

### ب- علاقة المعلم والمتعلم (النقد الديداكتي):

يقتضي هذا المحور أن يقوم المعلم بضبط الإستراتيجيات المناسبة للتعامل مع المتعلم، ويتطلب ذلك تفعيل الطرائق والأساليب والتقنيات المساعدة التي تجعل التعلم يتناغم معه ويتفاعل. (مسعودي، 2020، ص354).

ويعتبر العقد الديداكتيكي مجموع القواعد المنظمة للعلاقات بين مختلف أطراف الوضعية التعليمية الديداكتيكية، فوجد مكانة المتعلم والمعلم على حد سواء. (دريوش، 2019، ص8). ويحتل العقد الديداكتيكي بالغة في مجال العلاقات القائمة بين الفاعل التعليمي والمتعلمين، خاصة في مجال إمتساب التعلّات وتحقيق الأهداف المرجوة من النشاط التعليمي. (أمجد وبوهادي، 2021، ص41).

وحسب بروسو (Brousseau) فإن مفاهيم التلميذ تنتج عن التفاعل المتبادل والمستمر بين الوضعيات التي يتعرض لها هذا الأخير، حيث يتم إستغلال مكتساباته السابقة التي تعدل أو تتم أو ترفض، وهنا طبعا يتدخل المعلم إنطلاقا من إختيارات مدروسة للمسائل المقترحة بحيث تسمح هذه المسائل للتلميذ بقبولها والإستجابة لها بنشاط حركي أو شفهي أو ذهني أو إحداث النمو من خلال إثراء مكتسابه بالنشاط الذاتي ويستعين الملاء في هذا النشاط بالوضعيات ذات المرجعية التعليمية. (بوهادي، 2012، ص371).

**4-الوسائل التعليمية:****4-1-تعريف الوسائل التعليمية:**

الوسيلة التعليمية هي أداة يستخدمها المعلم من أجل تحسين عملية التعليم والتعلم، أو تنمية الإتجاهات أو تعويد التلاميذ على العادات الصالحة وغرس القيم المرغوب فيها دون أن يعتمد المعلم أساس على الأرقام والألفاظ والرموز وتشمل هذه الوسائل جميع الوسائط التي يستخدمها المعلم لتوصيل الأفكار أو الحقائق أو المعاني للتلاميذ. (أساليب التعلم، 2018، بدون صفحة).

**4-2-أنواع الوسائل التعليمية:**

**4-2-1-الوسائل البصرية:** وتتمثل في الوسائل التي تعتمد على حاسة البصر، ومنها الخرائط، الصور، والعينات والرسوم والملصقات واللوحات والنماذج. (فارز، 2022، ص31).

**4-2-2-الوسائل السمعية:** وتشمل الأدوات والمواد التي تعتمد على حاسة السمع، مثل أجهزة التسجيل والبلث والراديو وأجهزة الهاتف الثابت والمنتقل. (أيت علي، 2020، ص6).

**4-2-3-الوسائل السمعية البصرية:** وتضم الأدوات والمواد التي تعتمد على حاستي السمع والبصر وتشمل: الأفلام المتحركة والناطقة، الأفلام الثابتة والمصحوبة بتسجيلات صوتية، مسرح العرائس والتلفزيون والفيديوتيب. (تحريبيشي، 2018، ص461-462).

**5-أهمية الوسائل التعليمية:**

لم يعد اعتماد أي نظام تعليمي على الوسائل التعليمية ضرباً من الترف بل أصبح ضرورة من الضرورات لضمان نجاح تلك النظم وجزء لا يتجزأ من بنيتها إذ نجد أن الوسائل التعليمية مكانة مرموقة بين المدخلات التربوية لتعدد فوائدها وتحظى بأهمية بالغة لدى المعلمين والمخططين التربويين لما تعطيه من خبرات تعليمية للتلاميذ. (مصاييح، 2016، ص80). بحيث أن الوسائل التعليمية أداة رئيسية في تحقيق التواصل بين المعلم والمتعلمين لها أهمية كبيرة من خلال تأثيرها في عناصر التعليمية (المعلم، المتعلم، المادة التعليمية) وفيها يلي نتطرق لكل عنصر من هذه العناصر:

**5-1- أهميتها بالنسبة للمعلم:** إن استخدام الوسائل التعليمية في عملية التعليم تفيد المعلم وتساعدته وتحسن أداءه في إدارة الموقف التعليمي، وذلك من خلال مايلي:

- تساعد على رفع درجة كافية المعلم المهنية وإسعاده.
- تغيير دور المعلم من ناقل للمعلومات، وملقن إلى دور المخطط والمنفذ والمقوم للتعلم.
- تساعد المعلم على حسن عرض المادة وتقويمها والتحكم بها.
- تمكن المعلم من إستغلال كل الوقت المتاح بشكل أفضل.
- تساعد المعلم في إثارة الدافعية لدى المتعلمين، وذلك من خلال القيام بالنشاطات التعليمية أو إكتشاف الحقائق. (تحريشي، 2018، ص464).

**5-2- أهميتها بالنسبة للمتعلم:** تثير إهتمام المتعلم وتشويقه إلى التعلم مما يزيد من دافعيته للقيام بالنشاطات التعليمية من أجل المشكلات وإكتشاف حقائق جديدة، تقوي العلاقة بين المتعلم والمعلم، وبين المتعلمين إذا استخدام المعلم كفاءة عالية، كذلك توسع مجالات خبراته وتكوين مهاراته.

**5-3- أهميتها بالنسبة للمادة التعليمية:** تساعد على توصيل المعلومات والمواقف والإتجاهات والمهارات المتضمنة في المادة التعليمية إلى المتعلمين وتساعدهم على إدراك هذه المعلومات إدراك مقارب وإن اختلفت المستويات. (قمار بومدين، 2022، ص90).

### التعليم لذوي الإحتياجات الخاصة:

أشارت الدراسات إلى واقع التعليم بالنسبة لذوي الإحتياجات الخاصة، وهو ما ندرجه هنا من خلال عرض البعض منها وذلك على العصب العالمي، العربي والوطني (إن وجد)

#### • الدراسات الأجنبية:

-دراسة فيرمان واكان (Freman et akan): أشارت هذه الدراسة إلى فعالية بيئة التعليم في تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي والسلوك الاجتماعي للأطفال المدمجين مقارنة مع أولئك الملتحقين في مدارس التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أهمية استخدام طرق تعليم وأدوات تعليمية مناسبة ومتخصصة بالإحتياجات الخاصة كإستخدام الخطط التربوية الفردية كمناهج لبعض الأطفال وذلك لزيادة فعالية التعلم في بيئة الدمج. (حراوية، 2022، ص892).

-دراسة وانج وارسون (Wang, and, Erson, 1985): وموضوعها نحو قاعدة معلومات ميدانية حول الدمج بحث تفسيري لبرنامج وأثره وقد قامت الدراسة على تحليل خمسين دراسة أجريت في مجال دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في الفصول والمدارس العادية شملت 3400 من الذين يعانون أنماطا مختلفة من الإعاقات بمراحل عمرية ودراسية مختلفة.

وقد إستهدفت الدراسة مقارنة الأداء الأكاديمي والمهارات الاجتماعية للطلاب الذين شملهم الدمج بأقرانهم الذين تم تعليمهم داخل الفصول الخاصة بمعزل عن أقرانهم العاديين، وقد توصلت هذه الدراسة التحليلية إلى النتائج التالية:

أ-تفوق الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة: الذين تم تطبيق عمليات الدمج عليهم في كل من الآداء الأكاديمي والمهارات الاجتماعية، مقارنة فأقرانهم الذين تم تعليمهم في الفصول الخاصة.

ب-تفوق الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة: الذين تعرضوا الخبرات الدمج الكلي العام على أقرانهم الذين تعرضوا الخبرات الدمج الجزئي في كل من المجالين الأكاديمي والإجتماعي. (مراكشي، 2016، ص12).

\*دراسة كوك وآخرون Cook & Al, 2000: هدفت إلى قياس إتجاهات أفراد المجتمع نحو دمج المعوقين مع العاديين وتكونت عينة الدراسة من 206 من الأهالي ممن يسكن في جوارهم أسر لديها أطفال من ذوي الإحتياجات وتم تطبيق إستبانة قياس الإتجاهات نحو دمج المعاقين مع العاديين وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد الذين يعيشون في مجتمع الدمج كانت إتجاهاتهم إيجابية نحو عملية دمج المعاقين مع العاديين أكثر من الأفراد الذين يعيشون في مجتمع الدمج كانت إتجاهاتهم إيجابية نحو عملية دمج المعاقين مع العاديين أكثر من الأفراد الذين يعيشون مجتمع ليس فيه دمج. (رسماش، 2021، ص22).

## • الدراسات العربية:

دراسة بن سايح (2022): تهدف الدراسة إلى معرفة مستوى التوافق الدراسي وكذا التعرف على الفروق في التوافق الدراسي لتلاميذ الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس، ولتحقيق أغراض البحث تم الإعتماد على المنهج الوصفي وعينة من 12 تلميذ وتلميذة من ذوي الشلل الدماغي، وتم التواصل إلى وجود فروق في التوافق الدراسي لدى تلاميذ الشلل الدماغي. (بن سايح، 2022، ص 43).

## 6-الدمج المدرسي:

## الدمج:

الدمج هو عملية تهدف إلى تمكين الأطفال المعاقين من الالتحاق بالمدارس العادية مع غيرهم من الأطفال العاديين ما يوفر لهم بيئة تربوية ومعيشة أقرب ما تكون إلى البيئة الطبيعية. (وادة، 2023، ص 109)

ويعرفه كوفمان (Kauffman) بأنه الدمج الأكاديمي والاجتماعي للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مع نظائهم العاديين، بالإعتماد على التخطيط التعليمي المتطور والبرمجة (قماري واخرون، 2023، ص 233).

## الدمج المدرسي:

يشير هذا المصطلح إلى وضع الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة والمؤهلين للإستفادة مع غيرهم في المدارس العادية مع الأطفال العاديين داخل الفصل العادي لبعض الوقت أو أطول الوقت حسب ما تستدعيه، حاجة الطفل، مع تقديم الخدمات المساندة من خلال فريق متنوع التخصصات وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية لتسهيل فرص نجاحهم (بولحية، 2021، ص 182).

عرف اوكوتيك واخرون (Okutic et all) أن المقصود بالدمج هو دمج الأطفال الغير عاديين والمؤهلين مع أقرانهم دمجا زمنيا وتعليميا واجتماعيا حسب خطة وبرنامج وطريقة تعليمية مستمرة، تقرر حسب حاجة كل طفل على حدة ويشترط فيها وضوح المسؤولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي في التعليم العام والتعليم الخاص. (الرزق، 2023، ص 63).

**7- أهداف الدمج المدرسي:**

تهدف تربية وتعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مع العاديين في المدارس العادية الى تحقيق الصلاحيات بأنواعها المختلفة وهي:

-الصلاحية الشخصية: حيث يهتم بالشخص نفسه وتطوير مهاراته الشخصية إلى الحد الذي يصل به إلى الإستقلالية الشخصية.

-الصلاحية الاجتماعية: وتهدف إلى تطوير المهارات المهنية للفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة (وتأهيله مهنيًا في ضوء قدراته وإمكاناته بحيث يصبح قادرًا على العمل والإستقلال المهني).

-الصلاحية المهنية: حيث يهدف إلى تطوير المهارات المهنية للفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة وتأهيله مهنيًا في ضوء قدراته وإمكاناته يصبح قادرًا على العمل والإستقلال المهني والمعيشي. (حسين، 2021، دون صفحة).

أنماط الدمج كما صنفها كوفمان (Kauffman) إلى:

-**الدمج الوقتي:** ويقصد به الوقت الكلي الذي يقضيه الطالب المعوق مع زملائه الطلبة الطبيعيين وبواسطة يعبر من خلال مجموع المدة الزمنية من اليوم الدراسي التي يتعلم فيها الطالب المعوق ويتفاعل مع أقرانه غير المعوقين.

-**الدمج التعليمي:** ويقصد به إتاحة الفرص للطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة لتلقي التعليم مع الطلبة العاديين إلى أقصى درجة ممكنة، ويعني مشاركة الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة في الأنشطة الأكاديمية وغير الأكاديمية. (بجياوي، 2023، ص126).

**8- شروط ومتطلبات الدمج:**

-أن يكون الطفل المعاق من نفس المرحلة العمرية للطلبة العاديين.

-أن يكون قادرًا على الإعتماد على نفسه في قضاء حاجاته.

-القدرة على التعليم في مجموعات تعليمية كبيرة عند عرض مواد تعليمية جديدة.

(قاسي، 2020، ص34).

-يجب أن يتم إعداد معلمي التربية العادية وتدريبهم على كيفية تطبيق عملية الدمج المدرسي.

-يجيب أن يتعاون معلم التربية العادية مع معلم التربية الخاصة، والمرشد الطلابي والأخصائي النفسي لتسهيل تقبل الأطفال، لطفل ذو الإحتياجات الخاصة، وتقبله هو كذلك لأقرانه. (لعزازقة، 2022، بدون صفحة).

يجب مراعاة نوع وشدة الإعاقة قبل إتمام عملية الدمج. (دعاء، 2018، بدون صفحة).  
-يبدأ سن إلتحاق الطفل بالصف الأول الإبتدائي بمدارس الدمج من 6 إلى 9 أعوام وفقا لقانون التعليم، ويجوز في حالة وجود أماكن النزول بالسن إلى 5 أعوام ونصف مع عدم الإخلال بالكثافة المقررة. (خلود، 2021، بدون سنة).

### 9-متطلبات الدمج:

-توفير الدعم النظامي والقانون لضمان التعليم السائل للأطفال المعوقين في المدارس العادية والتخطيط المسبق للدمج وتجديد أهدافه والفئات التي يشملها.

-الإختبار الملائم للمدرسة التي سيتم تطبيق الدمج بها إنطلاقا من حاجات الأطفال الذين سيتم دمجم وتوفير مصادر الدعم والمساند المادية والبشرية للمدرسة. (العزیز، 2021، ص888).

-بالإضافة إلى ضرورة تحديد الفئات التي يمكن لها الإستفادة من برامج الدمج، وتوفير الأدوات والتجهيزات النجاح برامج الدمج، وضع معايير ذاتية من أجل تقييم برامج الدمج من حيث الفشل والنجاح ومن أجل إعناء عملية الدمج وتصويبها وتطويرها، إعداد الإدارة المدرسية لتقبل فكرة الدمج بالمدارس العادية. (أبو المواهب، 2016، ص25).

-قبل تنفيذ أي برنامج للدمج يجب إعداد المعلمين إعدادا مناسباً للتعامل مع العاديين وذوي الإحتياجات الخاصة معا، ومعرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرائق التدريس للاستجابة للحاجات الخاصة لذوي الإحتياجات الخاصة في الصف العادي، إلى جانب معرفة أساليب توجيه التلاميذ العاديين وإرشادهم بما يساعدهم في تقبل أقرانهم ذوي الإحتياجات الخاصة. (هيام، 2015، ص36).

-تطوير المناهج التعليمية وأساليب التقويم بما يناسب هذه الفئة، ومن خلال إعداد مناهج خاصة لذوي الإحتياجات الخاصة يراعي التدرج والتنوع لتلائم إمكانيات وقدرات التلاميذ وتنوع أساليب الإمتحانات والتقويم بما يسمح بفرص متعددة أمام التلاميذ الإستمرارية في عملية التعلم. (حسام، 2019، ص69).

-نجاح عملية الدمج من حق الأطفال ان يكونوا على وعي كامل بالتغيرات الجوهرية في النظام المدرسي، فبالنسبة للأطفال العاديين يجب تقديم حصص محددة توضح مفهوم الدمج، وتوفير الفرصة لمناقشة

أسئلتهم ومخاوفهم وإهتماماتهم ومن حقهم معرفة كيف ومتى ولماذا يتعين عليهم أن يساعدوا رفاقهم المعوقين. (العطية، 2015، ص223).

### 10-أنواع الدمج المدرسي:

ينظر في هذه الحالة إلى:

#### 10-1-الدمج المكاني:

حيث يلتحق التلاميذ غير العاديين مع التلاميذ العاديين في نفس البناء المدرسي، ولكن أقسام خاصة بهم ويلتقون لبعض الوقت خلال برامج تعليمية من قبل معلم التربية الخاصة، كما يلتقون ببرامج تعليمية مشتركة مع التلاميذ العاديين في أقسام العادية وفق جدول زمني لهذه الغاية، بحيث يتم إنتقال التلاميذ سهولة من وإلى الأقسام الخاصة وبهدف هذا النوع من الدمج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين التلاميذ العاديين وغير العاديين في نفس المدرسة. (صديقي، 2022، ص89).

#### 10-2-الدمج الأكاديمي:

يشير أسلوب الدمج الأكاديمي في جوهره إلى إلحاق الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام مع أو بدون خدمات إضافية حسب خطة وبرنامج وطريقة تعليمية مستمرة تقرر وفق حاجة كل طفل، ويشترط فيها وضوح المسؤولية لدى الجهاز الإداري والتعليمي والفني لكل اليوم الدراسي أو جزء وأيضا ضرورة تعليم الأطفال ذوي الإعاقات وتدريبهم ورعايتهم جنب إلى جنب مع أقرانهم العاديين. (سي يوسف، 2022، ص104).

#### 10-3-الدمج الاجتماعي:

هو أبسط أنواع دمج هذه الفئة الخاصة مع فئة الطلاب العاديين من خلال إلحاقهم بالأنشطة المدرسية التي تتمثل بالرحلات، الرياضة، الفن الموسيقى، والمعسكرات وغيرهم من الأنشطة. (ميدون، 2022، ص523).

#### 10-4-الدمج الكلي:

ويتم فيه تعليم ذوي الإحتياجات الخاصة في فصول النظامية للعاديين مع تقديم خدمات خاصة لهم تحت إشراف المتخصصين في تعليمهم مما ينتج لهم المشاركة أقرتهم العاديين في جميع الأنشطة سواء كانت تعليمية أم غيرها. (عبد سعيد المقطري، 2017، ص ص30، 31).

**10-5-الدمج الجزئي:**

ويقصد به وضع تلاميذ ذوي الإحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في الفصول العادية لبعض الوقت أي لنصف اليوم. (باشيرة وقشاو، 2023، ص150).

**11-إيجابيات الدمج المدرسي:**

من ناحية التحصيل الدراسي أثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثر إيجابي على تحصيل الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة ومن هذه الدراسات دراسة الخشرمي(2002) ولقد أوضحت نتائج الدراسات أن الطلاب المعوقين بدرجة متوسطة وشديدة يمكن أن يحققوا مستويات أفضل من التحصيل والمخرجات التربوية في الوضع التربوي العام. (طبال، 2022، ص77).

-يشكل الدمج وسيلة تعليمية مرنة يمكن من خلالها زيادة وتطوير وتنويع البرامج التربوية المقدمة للتلاميذ المعوقين، وتعميم المهارات الأكاديمية المتعلقة في البيئة المنظمة في أوضاع تعليم ضمن المجموعة مع رفاق عاديين من نفس العمر وإكتساب خبرات واقعية متنوعة من خلال تعاملهم مع مشكلات مجتمعية وتفاعلهم مع أقرانهم العاديين كما يوفر الدمج فرص التفاعل بين الطلاب مما يكسر بينهم حاجز التمييز. (مصطفى، 2012، ص313).

-يساعد الطفل المعوق على تحقيق ذاته ويزيد دافعيته للتعلم ويكون علاقات إجتماعية مع الأطفال العاديين، ويساهم في تعديل إتجاهات الأسرة والمعلمين والطلاب في المدرسة وأفراد المجتمع بصفة عامة نحو الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، حيث يجعل الطفل المعاق يتعلم بطريقة أفضل لأنه يتعلم من زملائه الأطفال العاديين ويأخذ فرصا للتعرف على معلومات أكثر. (عواطف، 2019، ص ص14-15).

**12-نصائح الدمج المدرسي:**

-عدم توفير معلمين مؤهلين ومدربين في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية يؤدي إلى فشل برامج الدمج مهما تحقق له إمكانيات، وقد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وباقي أطفال المدرسة، خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والدرجات كمعيار أساسي (مدود، 2020، ص25).

-قد يحدث في بعض الأحيان خلل أو فشل في النظام الإداري للمدارس العادية، مما يؤدي بالضرورة إلى نتائج وخيمة تضر بجميع التلاميذ داخل المدرسة سواء العاديين منهم أو المعوقين. (أبو عقرب، 2021، 396).

-قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند ذوي الإحتياجات الخاصة التأثير على مستوى دافعتهم نحو التعلم وتدعيم مفهوم الذات السلبي خاصة كانت المتطلبات المدرسية توفق إمكانيات المعاق. (طباع، 2021، ص695).

### خلاصة الفصل:

ان المرحلة التعليمية مرحلة مهمة لذا يجب الاهتمام بها ومراعاة تلاميذ الشلل الدماغي لتحسين من قدراتهم التعليمية ومساعدتهم على تحقيق أهدافهم.

مما سبق نستنتج أن التمدرس هو إكتشاف المعارف لتنمية القدرات وتطوير الذات قصد الوصول إلى أهداف تربوية محددة، كما انه من الضروري ان يشارك الطفل المصاب بالشلل الدماغي في الدمج المدرسي، لذا يجب ان تكون دافعية لدى المعلم وتقبل لمساعدة هذه الفئة.

# الفصل الثالث

## الفصل الثالث: الشلل الدماغي

### تمهيد

- 1- تعريف الشلل الدماغي
- 2- اعراض الشلل الدماغي
- 3- أسباب الشلل الدماغي
- 4- أنواع الشلل الدماغي
- 5- نسبة انتشار الشلل الدماغي

### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

الشلل الدماغي هو إصابة حركية مكتسبة متفاوتة الشدة ناتج عن إصابة المناطق العصبية المتدخلة في الية الحركة او التحكم بها. فقد يكون مصحوب بتخلف ذهني (I.M.O.C) او غير مصحوب بذلك (I.M.C).

من خلال هذا الفصل سنتطرق الى تقديم اهم تعاريف الشلل الدماغي، اعراضه، الأسباب المؤدية اليه، وانواعه وأكثر الاضطرابات المصاحبة له.

**1-تعريف الشلل الدماغي:**

- يعتبر طبيب الأعصاب الفرنسي تارديو (Tardieu) أول من استخدم مصطلح الشلل الدماغي، وهذا في الخمسينات (1954)، حيث عرفه على انه اضطراب عصبي حركي يترجم بخلل على مستوى تنظيم الحركات والإشارات والناتج عن إصابات دماغية وقعت قبل الولادة أو في الطفولة الأولى. (ميهوبي، 2022، دون صفحة).

- بالنسبة لتعريف شوفري مولر (Chevrie Muller) الشلل الدماغي: "هو كل إعاقة مرتبطة بإصابة على مستوى الجهاز العصبي المركزي مكتسبة في بداية الحياة متطورة تؤدي الى اضطرابات حركية متعددة وشاملة".

- حسب متيار (Le Metayer) يعرف الشلل الدماغي على انه نتيجة لجرح غير متطور وغير وراثي، يمس الطفل منذ الولادة والمرض الحركي يكون مسيطرا، وذكاء محفوظ يسمح له بالتمدرس.

(Metayer, 1979, p72)

- حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا التابعة لولاية المتحدة اسكوا (ESCWA): يعتبر الشلل الدماغي اضطرابا عصبيا ناتجا عن إصابة أو تشوه غير متقدم في الدماغ يحدث أثناء نمو مخ طفل. (اسكوا، دون صفحة).

- الشلل الدماغي ليس مرضا بل هو متلازمة تربط بين اضطراب الوضعية والحركة، ويرجع ذلك إلى إصابة دماغية غير متطورة ونهائية تحدث في الدماغ النامي خلال عامين أو ثلاثة أعوام من الحياة،

غالبا ما ترتبط هذه الاضطرابات الدائمة المصاحبة بالاضطرابات المعرفية والتواصل والإدراكي والحسي واضطرابات العضلية الهيكلية قد يكون مصحوب بتخلف ذهني (IMOC) أو غير مصحوب بذلك (IMC). (Greau, 2013, p2)

- أشار الخطيب إلى أن الشلل الدماغي هو اضطراب نمائي ينتج عن خلل في الدماغ، ويظهر على شكل عجز حركي تصحبه غالبا اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية (الخطيب، 1995)

## 2- أعراض الشلل الدماغي:

غالبا ما تكون الأعراض واضحة عند الولادة وتظهر الأعراض بشكل أوضح بعد مرور 2-3 سنوات من حياته ومن أبرز هذه الأعراض:

- التأخر في تطور القدرات عند الطفل مثال لا يستطيع الطفل الجلوس بعد 8 أشهر من ولادته أو عدم القدرة على المشي بعد عمر 18 شهر.

- الطفل يكون متصلبا جدا، أو مرنا أكثر من اللازم.

- ملاحظة ظهور حركات تشنج عند الطفل.

- حركة الطفل العشوائية والغير المنتظمة. (واب طب، 2023، دون صفحة).

- بطيء النمو الطبيعي.

- عدم انتظام التنفس.

-سلس البول.

-إلتهابات متكررة للجهاز التنفسي.

-سيان اللعاب الزائد

-تأخر في تطور الكلام أو صعوبة التحدث. (الطبي، 2023، دون صفحة).

**3-أسباب الشلل الدماغي:**

ينتج الشلل الدماغي عن نمو غير طبيعي للدماغ أو تضرره أثناء مراحل النمو، وذلك يحدث عادةً قبل ولادة الطفل، ولكنه يمكن أن يحدث عند الولادة أو في مرحلة مبكرة من الرضاعة. وفي العديد من الحالات، لا يُعرف سبب محدد للحالة. لكن توجد عوامل عديدة يمكن أن تتسبب في مشكلات في نمو الدماغ. ومنها ما يلي:

- الطفرات الجينية التي تؤدي إلى اضطرابات أو تباينات وراثية في نمو الدماغ
- عدوى من الأم تصيب الجنين أثناء نموه
- سكتة دماغية جنينية، وهي خلل في إمداد الدم إلى الدماغ أثناء نموه
- نزيف في دماغ الجنين أو الطفل حديث الولادة. (مايو كلينك، 2023، دون صفحة).
- هناك أسباب ما بعد الولادة تؤدي إلى الإصابة بالشلل الدماغي منها حوادث السقوط من أماكن مرتفعة، أو حوادث السيارات أو الضرب العنيف الذي قد يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ، وقد يكون الشلل الدماغي ناتجاً من الإصابة بالأورام الخبيثة والأمراض الفيروسية كالسحايا أو إصابة الطفل بالإسهال الشديد والسريع، مسبباً الجفاف وفقدان السوائل ما يؤدي إلى انتفاخ في أنسجة الدماغ وبالتالي تلفها بسبب ضغط عظام الجمجمة عليها. كما ويؤثر انخفاض نسبة السكر بالدم بشكلٍ حادٍ إلى إعاقة وصول الأوكسجين للدماغ، مسبباً حدوث تلف في خلايا الدم ليصاب الطفل بالشلل الدماغي. (الخطيب، 2018، بدون صفحة).

**4-أنواع الشلل الدماغي:**

يصنف الشلل الدماغي إلى ثلاثة أنواع، تبعاً لمعايير مختلفة، وهي:

**1.4. تصنيف الشلل الدماغي تبعاً للأطراف المصابة:**

يصنف الشلل الدماغي تبعاً لأطراف الجسم المصابة إلى الأنواع الرئيسية التالية:

**1.1.4. الشلل النصفي:**

وهو الشلل الدماغي الذي تقتصر الإصابة فيه على أحد جانبي الجسم (الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر)، وتكون هذه الإصابة عادةً من النوع التشنجي (ارتفاع مستوى التوتر العضلي).

**2.1.4. الشلل السفلي:**

في هذا النوع يقتصر الشلل على الأطراف السفلية فقط، وعلى أية حال فإن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف حركي بسيط من الأطراف العليا أيضا. وفي هذه الحالة لا يعاني طفل من صعوبة في الكلام أو في الحركة، تبط الرأس، كما أن شدة الإصابة غالبا ما تكون متمثلة في كلا الجانبين. وفي العادة فإن هذا النوع من الشلل يتصف بالتشنج.

**3.1.4. الشلل الأحادي:**

يتمثل في إصابة عضو واحد في الجسم، وهذه الحالة نادرة من حالات الشلل الدماغي.

**4.1.4. شلل الأطراف الثلاثة:**

تتمثل في إصابة ثلاثة أطراف في الجسم. وهذه الحالة نادرة عند الأطفال المشلولين دماغيا.

**5.1.4. الشلل الرباعي:**

في هذه الحالة، تصاب الأطراف الأربعة بالشلل، إلا أن شدة الإصابة في الأطراف العليا تكون أكبر من الأطراف السفلية، كذلك فإن شدة الإصابة غالبا ما تكون غير متماثلة في الجانبين. ويعاني معظم الأطفال المصابين بهذا النوع من عدم القدرة على ضبط حركة الرأس ومن مشكلات في الكلام (صالح، 2006، ص ص34-35)



الشكل (4): أنواع الشلل الدماغي حسب أنواع الإصابة

(<https://www.ad.org.sa/4277.html>)

#### 2.4. تصنيف الشلل دماغي تبعا لطبيعة الضعف العضلي:

ان نظام التصنيف الأكثر شيوعا وقبولاً، هو الذي قدمته الأكاديمية الامريكية للشلل الدماغي

(American Academy for cerebral palsy) يصنف الشلل الدماغي الى الأنواع الأساسية

التالية :

#### 1.2.4. الشلل التشنجي (Spastic):

وقد تم إكتشافه أول مرة من قبل الدكتور ليتل (Little) عام 1961 وأعراض هي فقدان التوازن وظهور حركات لإرادية بسبب تشنجات عضلية مختلفة نتيجة للاستجابة المبالغة للتميز الحركي جراء تلف الخلايا الحركية القوية من القشرة العصبية ما يؤدي إلى تيبس حركي بمرور الوقت وزيادة في التصلب للجسم، وبسبب هذه الحركات اللاإرادية والتشنجات والحركة غير الهادفة ستضعف حركة المعاق، ما يؤدي

إلى ضمور العضلات وتحديد المفاصل، وإن استطاع المقاومة واستمرار المشي سيكون المشي على رؤوس الأصابع لتشنج سمانة الساق عند الحركة. (الخطيب، 2018، بدون صفحة)

#### 2.2.4. الشلل الدماغي الالتوائي التخبطي (Athetosis):

يتصف الشلل الدماغي الالتوائي (أو الكنعاني كما يسمى بسيم البعض) بحركات التوائية غير منتظمة وغير هادفة في العضلات، خصوصاً العضلات القريبة من مركز الجسم، إن مستوى التوتر العضلي غير ثابت فهو يتغير باستمرار، ونتيجة لذلك فإن الأطفال المصابين بهذا النوع يواجهون صعوبة في البقاء في وضع جسمي معين. كما يتصف التغير في التوتر العضلي بكونه مفاجئاً، ويظهر على هيئة حركات لاإرادية راقصة في الأطراف.

وهؤلاء الأطفال يعانون من صعوبة في الحركة، فتكون حركتهم بطيئة وغير منتظمة، وتظهر هذه الحركات اللاإرادية بوضوح عندما يكون الطفل متوتر أو غير مرتاح، وتقل في حالة الاسترخاء وتخفي في أثناء النوم، وهذا يحدث في العادة إنبساط في أصابع اليد، فتبتعد عن بعضها البعض، ويميل الرأس إلى الوراء، ويكون الفم مفتوحاً، ويخرج اللسان منها، وغالباً ما تظهر لدى هؤلاء الأطفال تعبيرات وجهية غير عادية، ويسيل لعابهم وتكون قدراتهم على الكلام محدودة لعدم مقدرة الطفل على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام، مما يجعل كلامه علامة غير واضح وغير مفهوم، وتعاني نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال بعض أشكال الإعاقات السمعية.

ويصنف الشلل الدماغي الاستوائي الى نوعين رئيسيين هما الشلل التوتري والشلل الغير التوتري. (صالح، 2007، ص ص 34-35)

#### 3.2.4. الشلل الدماغي الرنحي (Ataxic):

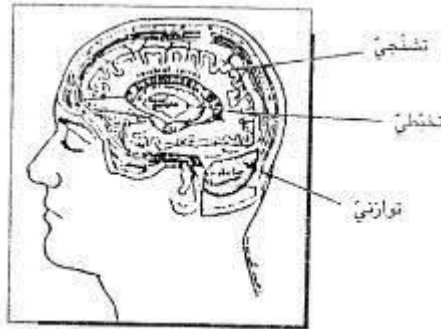
يشكّل الشلل الدماغي الرنحي نسبة صغيرة من أنواع الشلل الدماغي، ويتمثل بارتعاشات في الحركات الإرادية مسبباً مشاكل في التوازن وتناسق الحركات، وينتج هذا النوع من الشلل الدماغي بسبب تلف في المخيخ.

#### 4.2.4. الشلل الدماغي الارتعاشي (Tremor):

هذا النوع نادر جدا وهناك عدة أنواع منه، أن يكون خفيف، كما يمكن أن يكون شديد وقد يكون سريعا أو بطيئا، فهو عبارة عن حركات لا إرادية تظهر بصفة مستمرة أو أثناء الحركات الإرادية، وقد تمس هذه الحركات كل أجزاء الجسم أو البعض منها، هذا راجع إلى غياب التناسق الحركي الذي يعود إلى غياب التنسيق المخيخي. فالمصاب هنا لا يستطيع القيام بالحركات، كما يلاحظ عنده اضطراب في التوازن. (بن طالبي، 2020، ص2)

#### 5.2.4. الشلل الدماغي التيبسي (Rigidity):

يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظرا لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي او أي نوع اخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية وقد يصحبها صغر الرأس وتخلف عقلي شديد. (الصفدي، 2007، ص ص34-35)



الشكل (5): يمثل أنواع الشلل الدماغي

### 3.4. تصنيف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة:

يصنف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة الحركية الى ثلاثة أنواع:

#### 1.3.4. الشلل الدماغي البسيط:

هو نوع من أنواع الشلل الدماغي الذي يؤثر على قدرة الشخص على التحكم في حركاته بسبب تلف او نمو غير عادي للدماغ، ويشار اليه على انه "بسيط" لأنه يشمل جزءا واحدا فقط من الجسم، وعادة ما يكون ذراعا او ساقا، كما ان الضرر الذي يلحق بالدماغ يكون محدود. (الرفاعي، 2023، بدون صفحة)

#### 2.3.4. الشلل الدماغي المتوسط:

يكون النمو الحركي في الشلل الدماغي المتوسط بطيئا جدا الا ان الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة، ويتعلمون المشي في النهاية باستخدام أدوات مساندة أحيانا، وبشكل عام فهؤلاء الأطفال بحاجة الى الخدمات العلاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات.

الطفل يحتاج الى أجهزة تعويضية وتدريب للمشي واستخدام اليدين ويحتاج الى علاج طبيعي مستمر.

#### 3.3.4. الشلل الدماغي الشديد:

تكون الإعاقة الحركية شديدة، فتحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية، والحركة المستقلة والكلام، قد لا يستطيع المشي بسهولة لذا فهؤلاء الأطفال بحاجة الى علاج مكثف منظم ومتواصل. (الشافعي، 2019، ص17)

### 5-نسبة انتشار الشلل الدماغي:

حتى الان لا يوجد إحصاء دقيق لإعداد الأشخاص ذوي الإعاقة، وهو المشروع الذي عمل عليه المجلس القومي للإعاقة منذ انشاءه لإعداد قاعدة بيانات، وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية فان نسبة الإعاقة في مصر تتراوح بين 15% من عدد السكان، أي ان مصر بها ما يقارب من 8 مليون و700 ألف شخص معاق وقد تصل الى 10 ملايين و440 ألف شخص. بينما يقول كامل محمود مدير مركز حلم

الطفل لمصر اوي ان حالات الشلل الدماغي في مصر وصلت ل 4.5 مليون طفل بالشلل الدماغي، بينما أشار بحث اعده الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة تحت عنوان الإعاقة في مصر قضية اجتماعية واقتصادية الى تقديرات هيئات مستقلة وضعت تقسيما للإعاقة وفقا لنوعها، الا ان الدراسة لم تحدد نسبة إعاقة الشلل الدماغي على وجه التحديد وجاء فيها ان معدل الإصابة بالشلل الكلي والجزئي 14.8% من إجمالي الاعاقات، وان العاهات الأخرى تبلغ 18.3% بدون تحديد طبيعة الإعاقة، وباستخدام لفظ عاهة الذي يرفضه الأشخاص ذوي الإعاقة لما فيه من إهانة لهم.

في احدى الدراسات التي تم اجراءها عام 2003 فان التكلفة الاقتصادية المرتبطة بالشلل الدماغي في الولايات المتحدة هي 921 ألف دولار امريكي للفرد الواحد، حيث يتم تشخيص إصابة ما يقارب من 10 الاف حالة من الأطفال حديثي الولادة بالشلل الدماغي في كل عام ويتم تشخيص عدد يتراوح ما بين 1200 و 1500 حالة قبل سن الدخول الى المدرسة. (أبو ليلة، 2014، دون صفحة)

نظمت الجمعية الوطنية لأطفال الشلل الدماغي ملتقى وطنيا بولاية معسكر، حيث تم التطرق للمعاناة التي تلاقها هذه الفئة وكذا الاولياء. واكد رئيس الجمعية الوطنية سيد احمد مقدم الشروق ان الجزائر تحصي 15 ألف طفل مصاب بهذا المرض يشكون كلهم في نفس المعاناة، مع العلم انه يتم تسجيل سنويا 150 ألف حالة جديدة. (مزيلة، 2021، دون صفحة)

### خلاصة الفصل:

ان الشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن خلل على مستوى الجهاز العصبي، يظهر على شكل عجز حركي تأتي قبل، أثناء او بعد الولادة، غالبا ما تصاحبه اضطرابات حسية، معرفية، وانفعالية.

من خلال ما سبق عرضه تبين وجود مشاكل كثيرة عند أطفال الشلل الدماغي في مجتمعنا ومدى خطورتها على مستقبل أطفالنا، لذا يجب الاهتمام أكثر بمجال الشلل الدماغي، وتشجيع البحوث العلمية في هذا الجانب ليأخذ هذا الأخير نصيبه من الاهتمام.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- عينة الدراسة

4- الإطار المكاني إجراء الدراسة

5- الإطار الزمني إجراء الدراسة

6- أدوات الدراسة

7- كيفية بناء الاستبيان

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

بعد بناء القاعدة النظرية للبحث في الجانب النظري وصياغة الفرضيات، يسمح لنا هذا الفصل باختيار هذه الأخيرة ولهذا الغرض كان من المهم ضبط مختلف الخطوات المنهجية الكفيلة ببلوغ هذه الغاية وهو ما نحاول عرضه من خلال الفصل المنهجي وما اعطيه من عرض وتحليل للنتائج.

**1\_ الدراسة الاستطلاعية:**

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في أي بحث علمي ذلك لارتباطه المباشر بالميدان، يقوم به الباحث للتعرف على ميدان البحث، ومختلف الظروف والامكانيات المتوفرة، كما تعتبر دراسة أولية تقوم بتحديد إشكالية البحث، وتهدف الى الحصول على أكبر عدد ممكن من المعلومات المتعلقة بمختلف جوانب البحث. (نوري، 2007، ص58)

لإجراء هذا البحث قمنا بأول خطوة الى مديرية التضامن والنشاط الاجتماعي (DASS) لإرشادنا الى المراكز والمدارس التي تتواجد فيها حالات الشلل الدماغي وذلك يوم 20/02/2023، وبعد الموافقة عليه، وهذا قد اخذ منا الكثير من الوقت تم توجيهنا الى المركز البيداغوجي للمعاقين ببوخالفا، لجمع معلومات عن فئة الشلل الدماغي، وذلك بمقابلة قمنا بها بطرحنا مجموعة من الأسئلة بخصوص المركز وعلى موضوع الدراسة الذي يتمثل عن واقع التكفل متعدد التخصصات ودمج الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. غير ان هذا لم يكفينا فقمنا بدراستنا في أماكن أخرى مختلفة وهي:

- المركز الخاص " Tisura Tmusni " في انار امال.
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين بواقنون.
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين بزارع بن خدة.
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببوخالفة.
- جمعية الامل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
- مستشفى (C.H.U) بالوا.
- 8 عيادات خاصة.
- المدارس المتواجدة في ولاية تيزي وزو.

**2\_ منهج الدراسة:**

كل بحث علمي يتطلب منهج خاص به على حسب طبيعة الإشكالية وموضوع البحث، وفي دراستنا نحاول التطرق لوصف دقيق للمعطيات المتعلقة "بواقع التكفل متعدد التخصصات والدمج المدرسي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي"، لهذا اعتمدنا المنهج الوصفي الذي يعرف بأنه وصف منظم للحقائق والميزات لمجموعة معينة او ميدان من ميادين المعرفة الهامة بطريقة موضوعية وصحيحة. (عناية، 2008، ص18)

**3\_ عينة الدراسة:**

حددت عينة البحث بثلاثة مجموعات على المنوال التالي:

- اخصائيون ارطفونيون وعددهم 22.
- اخصائيون نفسانيون وعددهم 14.
- معلمون وعددهم 36.

بالنسبة للكفالة متعددة التخصصات اکتفينا هنا بالأخصائيين الارطفونيين والنفسانيين، وذلك في حدود امكانياتنا لإجراء هذا البحث، حيث نلخص الجداول المرقمة من 1 الى 3 بعض خصائص هذه المجموعات.

بالنسبة لاختيار العينة كان بطريقة قصدية وهذا راجع لهدف الدراسة وهو واقع التكفل متعدد التخصصات وتدرس الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، لذا قمنا باختيار مجموعة البحث والتي تتمثل في 72 مختص ومعلم تعاملوا مع فئة الشلل الدماغي وفقا للخصائص المسجلة في الجدول رقم (1) ادناه:

**الجدول 1: يمثل الاخصائيين الارطفونيين:**

| الاسم    | مكان العمل | الخبرة  |
|----------|------------|---------|
| مختص (1) |            | 4 سنوات |
| مختص (2) |            | 9 سنوات |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4 سنوات  | عيادات ارطفونية   | مختص (3)  |
| 10 سنوات | خاصة  | مختص (4)  |
| 8 سنوات  | بولاية  | مختص (5)  |
| 7 سنوات  | تيزي وزو  | مختص (6)  |
| 7 سنوات  |   | مختص (7)  |
| 15 سنوات |   | مختص (8)  |
| سنة      | المركز النفسي البيداغوجي<br>بذراع بن خدة                | مختص (9)  |
| 19 سنة   | المركز النفسي البيداغوجي<br>بواغنون                     | مختص (10) |
| 5 سنوات  |   | مختص (11) |
| 20 سنة   | المركز النفسي البيداغوجي<br>للمعوقين ببوخالفة           | مختص (12) |
| 10 سنوات | المركز الخاص بانار املا                                 | مختص (13) |
| 3 سنوات  | المركز الخاص  | مختص (14) |
| سنة      | المركز الخاص  | مختص (15) |
| سنة      | المركز الخاص  | مختص (16) |
| سنة      | عيادة ارطفونية خاصة<br>باعكورن                          | مختص (17) |
| 10 سنوات | المؤسسة العمومية للصحة<br>الحوارية بالاربعاء ناث ايراشن | مختص (18) |
| 10 سنة   | جمعية الامل   | مختص (19) |

|           |                                     |          |
|-----------|-------------------------------------|----------|
| مختص (20) | مستشفى بالوا                        | 10 سنوات |
| مختص (21) | المركز النفسي البيداغوجي<br>بواقنون | 12 سنوات |
| مختص (22) | عيادة ارطفونية، جمعية               | 8 سنوات  |

الجدول 1: تابع

الجدول 2: يمثل العينة الخاصة بالأخصائيين النفسانيين:

| الاسم     | مكان العمل   | الخبرة  |
|-----------|--|---------|
| مختص (1)  | عيادة خاصة للعلاج النفسي                           | 8 سنوات |
| مختص (2)  |  | 5 سنوات |
| مختص (3)  | مستشفى بالوا                                       | 6 سنوات |
| مختص (4)  |  | سنة     |
| مختص (5)  | المركز النفسي البيداغوجي<br>بواقنون                | 5 سنوات |
| مختص (6)  | مركز خاص لذوي الاحتياجات<br>الخاصة بتيزي وزو       | 3 سنوات |
| مختص (7)  | المركز البيداغوجي للأطفال<br>المعوقين بذراع بن خدة | 3 سنوات |
| مختص (8)  |  | سنة     |
| مختص (9)  |  | سنة     |
| مختص (10) | المركز البيداغوجي<br>للأطفال<br>المعوقين           | 5 سنوات |
| مختص (11) |  | سنة     |
| مختص (12) |  | 11 سنة  |

|        |  |           |
|--------|--|-----------|
| سنة    | بيوخالفة   | مختص (13) |
| 15 سنة | المؤسسة العمومية للصحة<br>الحوارية الأربعة ناث<br>ايراثن | مختص (14) |

الجدول رقم(3) يمثل العينة الخاصة بالمعلمين:

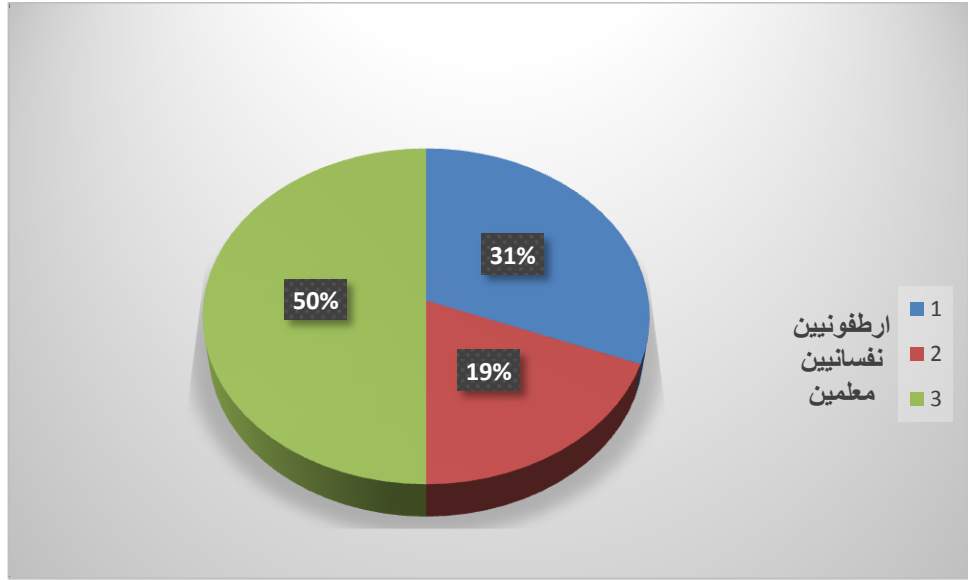
| الخبرة   | مكان العمل                          | الاسم     |
|----------|-------------------------------------|-----------|
| 11 سنة   | ثانوية فتحي<br>سعيد<br>بذراع بن خدة | معلم (1)  |
| سنة      |                                     | معلم (2)  |
| 5 سنوات  |                                     | معلم (3)  |
| 10 سنوات |                                     | معلم (4)  |
| 7 سنوات  |                                     | معلم (5)  |
| 5 سنوات  |                                     | معلم (6)  |
| 20 سنة   |                                     | معلم (7)  |
| سنتين    |                                     | معلم (8)  |
| 5 سنوات  |                                     | معلم (9)  |
| 9 سنوات  |                                     | معلم (10) |
| 8 سنوات  |                                     | معلم (11) |
| /        |                                     | معلم (12) |
| /        |                                     | معلم (13) |
| /        |                                     | معلم (14) |

|         |                                       |           |
|---------|---------------------------------------|-----------|
| /       |                                       | معلم (15) |
| /       |                                       | معلم (16) |
| /       |                                       | معلم (17) |
| /       |                                       | معلم (18) |
| /       |                                       | معلم (19) |
| /       |                                       | معلم (20) |
| 15 سنة  | المدرسة الابتدائية ايت يحي موسى       | معلم (21) |
| 3 سنوات | المدرسة الابتدائية بذراع الميزان      | معلم (22) |
| 9 سنوات | المدرسة الابتدائية سيد علي بوناب      | معلم (23) |
| 8 سنوات | المدارس الابتدائية<br>بذراع بن خدة    | معلم (24) |
| 5 سنوات |                                       | معلم (25) |
| 15 سنة  |                                       | معلم (26) |
| 12 سنة  |                                       | معلم (27) |
| 12 سنة  |                                       | معلم (28) |
| 4 سنوات | المركز النفسي البيداغوجي بذراع بن خدة | معلم (29) |
| سنة     |                                       | معلم (30) |
| 15 سنة  | المركز النفس و بيداغوجية بوخالفة      | معلم (31) |
| سنتين   |                                       | معلم (32) |
| 5 سنوات |                                       | معلم (33) |
| 8 سنوات | مركز ذوي الاحتياجات الخاصة            | معلم (34) |

|   |         |           |
|---|---------|-----------|
| / | بواقنون | معلم (35) |
| / |         | معلم (36) |

الجدول 3: يمثل العينة الخاصة بالمعلمين

انطلاقا من الجداول السابقة يمكن توزيع مجموعات البحث وفق ما توضحه الدائرة النسبية ادناه:



الشكل 6: يمثل الدائرة النسبية لعينة الدراسة

### 3\_ الإطار المكان لإجراء الدراسة:

قمنا بإجراء بحثنا في:

- المركز الخاص « Tisura Tmusni » في انار املا.
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين بواقنون.
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين بذراع بن خدة.
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببوخالفة.
- المركز نفسي بيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بتيزي راشد.

- المؤسسة العمومية للصحة الحوارية الأربعاء ناث ايراثن.
- جمعية الامل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
- مستشفى (C.H.U) بالوا.
- عيادة خاصة باعكورن.
- 8 عيادات خاصة بولاية تيزي وزو.
- المدرسة الابتدائية بتيزي وزو.
- مدرسة ابتدائية بذراع بن خدة.
- مدرسة ابتدائية بسيدي علي بوناب.
- ثانوية فتحي سعيد بذراع بن خدة.

#### 4\_ الاطار الزمني للدراسة:

دامت مدة الدراسة من ماي الى جوان 2023، ووزعنا الاستبيان لكل مختص ومعلم وتركنا له الاستبيان ما بين 4 الى 15 أيام ليحيب بطريقة صحيحة.

#### 6\_ أدوات الدراسة:

##### 6\_1\_ المقابلة :

هي وسيلة منظمة وهادفة وأكثر أساليب جمع البيانات إنتاجية وفعالية، وهي تكملة للاستبيان، وتعتبر وسيلة مناسبة لدراستنا بما أننا سنقوم بإجراء مقابلات مع الأخصائيين الارطفونيين والنفسانيين.

##### 6\_2\_ الملاحظة

تعد الملاحظة واحدة من الطرق العلمية الهامة في جمع المعلومات عن ظاهرة ما، حيث اعتمدنا عليها لرؤية تعابير الأخصائيين عند إجابتهم عن أسئلة الاستبيان الخاصة بدراستنا.

**6\_3\_ الاستبيان:**

استخدمنا في دراستنا الاستبيان كأداة رئيسية لجمع المعطيات ويعرف بأنه: "مجموعة من الأسئلة المتنوعة والتي تربط في بعضها البعض بشكل يحقق الهدف الذي يسعى اليه الباحث من خلال المشكلة التي يطرحها بحثه، ويرسل الاستبيان بالبريد او باي طريقة أخرى الى مجموعة من الافراد او المؤسسات التي اختارها الباحث لبحثه لكي يتم تعبئتها ثم اعادتها للباحث. (امجد، 2021، بدون صفحة)

**6\_3\_1\_ بناء الاستبيان:**

نظرا لخصوصية موضوعنا وبحثنا المتعلقة بنقص الحقائق المرتبطة بالتكفل متعددة التخصصات والدمج المدرسي بحالات الشلل الدماغي، والذي يعتمد على جمع بعض البيانات الجد دقيقة، اعتمدنا على طريقة الاستبيان لبلوغ هذه الأسئلة المتعلقة بالاستبيان، بحيث مرت عملية بناء الاستبيانات بعدت مراحل بدأت بالجانب النظري للدراسة، والاطلاع على بعض الادبيات العلمية (عايش، 2015؛ سليمان، 2009)، مع استشارة الأستاذ المشرف، وأساتذة من قسم علم النفس، وعلوم التربية.

ولقد حددنا هذا الاستبيان بثلاثة مجموعات مثل ما وضعناه سابقا في عينات البحث وذلك على المنوال التالي:

- استبيان خاص بالأخصائيين الارطفونيين الذي قسمناه لمختلف المحاور:

المحور الأول: حالات الشلل الدماغي والتي تتفرع الى 3 بنود.

المحور الثاني: التكفل بحالات الشلل الدماغي والتي تتفرع الى 7 بنود.

المحور الثالث: الاضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي والتي تتفرع الى 5 بنود.

المحور الرابع: الدمج المدرسي لأطفال الشلل الدماغي والتي تتفرع الى 7 بنود.

المحور الخامس: مشاكل الاولياء والتي نجد فيها بندين.

- استبيان خاص بالأخصائي النفسي الذي قسمناه الى 18 بند.

- استبيان خاص بالمعلمين الذي قسمناه الى محورين المتمثل في:

المحور الأول: حالات الشلل الدماغي والتي تحتوي على 4 بنود.

المحور الثاني: الدمج المدرسي والتي تحتوي على 15 بند.

ومن هذه المحاور انبثقت مختلف أسئلة الاستبيان في صيغته الأولية مثلما هو موضح في الملحق رقم 1، ولقد تم اخضاع هذه الاستبيانات لمجموعة من الإجراءات السيكومترية.

### 2\_3\_6 الخصائص السيكومترية:

#### أ\_ الصدق:

هو ان يقوم البند ما صمم لقياسه، حيث اعتمدنا على صدق المحكمين.

طبيعة الاستبيان كأداة أساسية لجمع المعطيات دفعا للتأكد من صدق الأسئلة المكونة له، وذلك بإخضاعه للقراءة والنقد من طرف أساتذة متخصصين على مستوى جامعة مولود معمري بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية للقطب الجامعي بتامة، وذلك على مستوى قسم الارطفونيا، علم النفس، وعلوم التربية، مثلما هو موضح في الجدول ادناه، اين نحدد تواريخ توزيع واسترجاع الاستبيانات:

#### جدول 4: يمثل تواريخ توزيع واستلام الاستبيان من طرف الأساتذة المحكمين.

| تاريخ توزيع واستلام الاستبيان | الأساتذة المحكمين       |
|-------------------------------|-------------------------|
| من 25 افريل الى غاية 9 ماي    | الأساتذة قسم الارطفونيا |
| من 25 افريل الى غاية 3 ماي    | أساتذة قسم النفس        |
| من 25 فريل الى غاية 7 ماي     | أساتذة قسم علوم التربية |

بعد استرجاع الاستبيانات، سجلنا العديد من الملاحظات التي يمكن تلخيصها في الجدول ادناه. والتي تشير اليها بالتفاصيل في الملحق رقم 2.

جدول 5: يمثل قائمة الملاحظات المسجلة في صدق المحكمين.

| التخصص       | قائمة الملاحظات المسجلة   |
|--------------|---|
| الارطفونيا   | _ تقسيم البنود الى محاور.<br>_ زيادة بعض الأسئلة. (البند 1)<br>_ ونزع بعض البنود. (البند 5، 6)  |
| علم النفس    | _ زيادة بعض الأسئلة. (البند 7، 11)<br>_ (نزع البند 14)  |
| علوم التربية | _ تصحيح بعض الأسئلة. (البند 1، 6، 7)<br>_ زيادة بعض الأسئلة. (البند 13، 14، 15،<br>16، 17)<br>_ نزع بعض الأسئلة. (كلمة عادية في<br>اقتراحات البند 4، 5) |

حيث خلصنا الى صياغة الاستبيان في صياغته الصادقة (valide)، وهو ما نوضحه في الملحق (2).

ب\_ ثبات الاستبيان:

نظرا لضيق الوقت، مباشرة بعد الحصول على التحكيم والتصحيح من طرف الأساتذة المحكمين، قمنا بنسخه لعدة نسخ و وزعناه على مجموعات البحث المحددة سابقا، وبعد جمع إجابات هؤلاء، قمنا بالتأكد من ثبات الاستبيانات من منطلق انه كان بإمكاننا تصحيحه وتعديله في حالة حصول على ثبات ضعيف لكن بينت النتائج نسبة عالية من الثبات الملحق(3)، مثلما هو موضح في الجدول ادناه:

الجدول 6: يمثل اختبار ثبات الفا كرونباخ للاستبيانات الثلاث.

| معامل الفا | الاستبيان                    |
|------------|------------------------------|
| 0.94       | الخاص بالأخصائي بالارطفونيين |
| 0.89       | الخاص بالأخصائي النفسانيين   |

|      |                 |
|------|-----------------|
| 0.94 | الخاص بالمعلمين |
|------|-----------------|

كما توضح الجداول المرفقة بالملحق 3، ان كل بنود الاستبيانات تتوفر على نسبة عالية من الثبات.

### 6\_3\_3\_ كيفة توزيع الاستبيان:

قمنا بتوزيع الاستبيانات في صياغ مقابلات لتوضيح موضوع بحثنا ابتداء من 25 ماي 2023، حيث أكدنا ان تكون الإجابات صادقة وان يأخذوا الوقت الكافي لذلك بحيث ان تعطينا مصداقية تسمح لنا ولهم لفهم أكثر للواقع الإكلينيكي ودمج هذه الحالات، وبالفعل تركنا لهم الوقت الكافي لهذه العملية والتي تتراوح من 4 الى 10 يوم.

#### خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل الى الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة، مكان وزمان اجراء الدراسة، أدوات الدراسة وجمع البيانات من فكرة بناءها الى الصورة النهائية، كما تطرقنا الى الخصائص السيكومترية المعتمدة في الدراسة.

# الفصل الخامس

## الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض النتائج

2- المعالجة الإحصائية للنتائج

3- تحليل ومناقشة النتائج

4- الإستنتاج العام

**تمهيد:**

بعد أن تعرفنا على عينة الدراسة في الفصل السابق، وزعنا إستبيان الدراسة على الأخصائيين الأرففونيين والأخصائيين النفسانيين والمعلمين سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج، تحليلها والتأكد من فرضيات الدراسة.

**1- عرض النتائج:**

تبعاً لكل استبيان، سوف نقدم حوصلة النتائج وذلك من خلال تقديمها على شكل نسب مئوية وذلك تبعاً لاجابة كل مجموعة من خلال الجداول المرفقة ادناه وما يتبعها من تحليل:

عرض النتائج الخاصة بالأخصائيين الأرففونيين، يوضح الجدول 7 نتائج الأخصائيين الأرففونيين والتي تلخص نسب التكرارات الخاصة "بنعم" ثم ب "لا".

**الجدول رقم (07): عرض نتائج النسب المئوية الخاص بالأخصائيين الأرففونيين**

| رقم البند | تكرارات "نعم" | النسبة المئوية | تكرارات "لا" | النسبة المئوية |
|-----------|---------------|----------------|--------------|----------------|
| بند 1     | 22            | 100            | 0            | 0              |
| بند 2     | 6             | 27             | 16           | 73             |
| بند 1/3   | 14            | 64             | 8            | 36             |
| بند 2/3   | 14            | 64             | 8            | 36             |
| بند 3/3   | 9             | 41             | 13           | 59             |
| بند 3/4   | 14            | 64             | 8            | 36             |
| بند 5/3   | 15            | 68             | 7            | 31             |
| بند 6/3   | 9             | 41             | 13           | 59             |
| بند 4     | 19            | 86             | 3            | 14             |
| بند 5     | 20            | 91             | 5            | 9              |
| بند 1/6   | 22            | 100            | 0            | 0              |
| بند 2/6   | 22            | 100            | 0            | 0              |
| بند 3/6   | 18            | 82             | 4            | 18             |
| بند 4/6   | 22            | 100            | 0            | 0              |

|     |    |     |    |          |
|-----|----|-----|----|----------|
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 5/6  |
| 32  | 7  | 68  | 15 | بند 6/6  |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 7    |
| 32  | 7  | 68  | 15 | بند 8    |
| 100 | 22 | 0   | 0  | بند 10   |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 11   |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 12   |
| 100 | 22 | 0   | 0  | بند 1/12 |
| 41  | 9  | 59  | 13 | بند 2/12 |
| 59  | 13 | 41  | 9  | بند 3/12 |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 4/12 |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 5/12 |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 6/12 |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 13   |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 14   |
| 14  | 3  | 86  | 19 | بند 15   |
| 27  | 6  | 73  | 16 | بند 16   |
| 18  | 4  | 82  | 18 | بند 17   |
| 18  | 4  | 82  | 18 | بند 1/17 |
| 50  | 11 | 50  | 11 | بند 2/17 |
| 55  | 12 | 45  | 10 | بند 18   |
| 55  | 12 | 45  | 10 | بند 19   |
| 0   | 0  | 100 | 22 | بند 20   |
| 14  | 3  | 86  | 19 | بند 23   |
| 9   | 2  | 91  | 20 | بند 24   |

الجدول (7) : تابع

\*تحليل الجدول المتمثل في بنود إستبيان الخاص بالأخصائي الأرتو فوني:

نلاحظ من الجدول السابق المتعلق بنتائج بالإستبيان الخاص بالأرتو فونيين أن:

البند الأول المتمثل في هل تعاملتهم مع الحالات التي تعاني من الشلل الدماغي حيث كانت نسبة إجاباتهم بنعم هي 100% ونسبة إجاباتهم بلا هي 0% أي أن كلهم تعاملوا مع أطفال الشلل الدماغي.

البند 2 المتمثل في هل تعاملتهم مع جميع أنواع حالات الشلل الدماغي حيث كانت نسبة إجاباتهم بنعم 27% ونسبة إجاباتهم بلا 73% أي أنهم يكفون أن أغلبيتهم لم يتعاملوا مع جميع حالات الشلل الدماغي.

البند 3: الذي يتمثل في أما هي حالات الشلل الدماغي التي تعاملتهم معها فكانت نتائج الذين تعاملوا مع الشلل الدماغي 84% كانت إجاباتهم "بنعم" و 36% تعاملوا مع حالات الشلل النصفي الطرفي المزوج و 31% لم يتعاملوا مع هذه الحالات.

ثم لدينا الشلل الشقي المزوج 41% كانت إجاباتهم بنعم و 59% كانت إجابة المختصين الأروطونيين بلا لم يتعاملوا مع حالات الشلل الشقي المزوج.

نلاحظ في البند 4 الذي يتمثل في هل يتم التكفل الأروطوني المبكر لهذه الحالات ب 86% كانت إجاباتهم بنعم و 14% كانت إجاباتهم ب "لا" أي أنهم يؤكدون أغلبيت المختصين الأروطونيين أنه يتم التكفل الأروطوني المبكر لهذه الحالات.

نلاحظ في البند 5 المتمثل في هل يتم تدخل جميع المختصين للتكفل بالشلل الدماغي فكانت النتيجة 91% بنعم، و 9% بلا إذن أغلبيتهم يتم التكفل يتم التكفل المبكر بالشلل الدماغي.

نلاحظ في البند 1/6 المتمثل في "من هم" بحيث في الطقم الطبي كانت إجاباتهم بنعم 100% هذا يدل على كل الأروطونيين أكدوا على وجود الطقم الطبي وفي البند 2/6 الذي يتمثل في المختص الأروطوني بحيث أن كل الأروطونيين وذلك بإجاباتهم كلهم على "نعم" أي بدرجة 100% أما بالنسبة للبند 3/6 أي المختص النفسي كانت 82% بنعم و 18% بلا هذا ما يدل في كفاءة هذه الفئة بالنسبة للبند 4/6 الذي يتمثل في إعادة التأهيل الحركي والوظيفي والبند 5/6 المتمثل في مختص في إعادة التأهيل الحركي الوظيفي لكلا البندين كانت إجاباتهم

بنعم 100% هذا يدل على أنهم إتفقوا جميع المختصين أنه يتم تدخل هذين المختص أما بالنسبة للبند 6/6 الذي يتمثل في مختص في التربية الخاصة فكانت نتائجهم 68% بنعم و 32% منه فأغلب إجاباتهم كانت نعم أي إتفقوا على أن هناك تدخل المختص التربية الخاصة.

بالنسبة للبند 7 الذي يتمثل في: هل تشخيصهم على أساس أنهم حالات مصابة بالشلل الدماغي فكانت النتيجة كلهم أجابوا بنعم أي بنسبة 100% انفقوا على هذا البند.

أما في البند 8 الممثل في: "حسب علمكم، هل توجد مؤسسات للتكفل بحالات الشلل الدماغي؟ فكانت النتيجة 68% أجابوا بنعم، و32% أجابوا بـ "لا" ، أي أن أغليبيتهم كانت إجابته نعم • أما البند 10 الممثل في: "هل تتوفر جميع الوسائل البيداغوجية والمعدات الكافية للتكفل بهذه الحالات." فكانت النتيجة كلهم اتفقوا على عدم وجود معدات أي 100% أجابوا بـ "لا"

• أما في البند 11 الممثل في: "هل يعاني أطفال الشلل الدماغي من صعوبات في البلع فكانت إجابتهم 100% بنعم أي أكدوا على وجود صعوبات في البلع عند أطفال الشلل الدماغي • أما البند 12 المتمثل في هل يعاني أطفال الشلل الدماغي من اضطرابات مصاحبة كانت النتيجة بـ 100% أكدوا على وجود اضطرابات مصاحبة • أما بالنسبة للبند 1/12 المتمثل في التخلف العقلي كانت إجابتهم 100% بلا أي أن هناك غياب اضطراب في التخلف العقلي عند أطفال الشلل الدماغي.

• البند 2/12 المتمثل في "الإعاقة البصرية" كانت إجابتهم بـ 59% أجابوا بـ "نعم" و41% أجابوا بلا هذا يدل على أن أغليبيتهم أكدوا على وجود إعاقة بصرية عند أطفال الشلل الدماغي • البند 3/12 الذي يتمثل في الإعاقة السمعية 41% أجابوا بنعم و59% أجابوا بلا هذا يدل على أغليبيتهم لا يعانون من الإعاقة السمعية.

• البند 4/12 المتمثل في الصرع، البند 5/12 المتمثل في التواصل البند 6/12 المتمثل في اللغة كلهم كانت إجابتهم 100% بنعم وهذا دال على وجود هذه الاضطرابات عند أطفال الشلل الدماغي.

• البند 13 المتمثل في "هل يعاني أطفال الشلل الدماغي من اضطرابات التعلم بحيث كانت إجابتهم 100% بنعم والبند 14 المتمثل في هل يعاني أطفال الشلل الدماغي من اضطرابات في التواصل فكانت النتيجة 100% بنعم أي أنهم يعانون أطفال الشلل الدماغي من اضطرابات في التواصل.

• البند 15 المتمثل في: هل اعتمدتم على نشاطات بيداغوجية موجهة للتكفل بالشلل الدماغي فكانت نتائجهم 86% كانت إجابتهم بنعم و14% كانت إجابتهم بلا هذا ما يؤكد على أن أغليبيتهم أكدوا هذا البند.

• البند 16 المتمثل في "هل قمت بمتابعة حالات استفادت من الدمج فكانت إجابتهم 73% بنعم و27% بلا هذا يدل على تأكيد هذا البند.

• البند 17 المتمثل في " حسب علمكم، هل توجد مؤسسات تضمن عملية الدمج فكانت النتيجة 82% بنعم، و18% بلا أي أنه أغلبيتهم اتفقوا على وجود مؤسسات تضمن عملية الدمج. أما البند 1/17 على مستوى القطر الوطني 82% بنعم و18% بلا أي أنهم أكدوا على وجود الدمج في القطر الوطني.

• البند 2/17 المتمثل في وجود مؤسسات تضمن عملية الدمج على مستوى ولاية تيزي وزو حيث كانت إجابتهم بـ50% بنعم و50% بلا .

البند 18 المتمثل هل إن طبيعة الإعاقة باختلاف أنواعها وشدتها لا تمنع عملية الدمج فكانت نتائجهم 45% بنعم و55% بلا أي أن أغلبيتهم أجابوا بلا.

• البند 19 المتمثل في حسب علمكم هل يوجد برنامج خاص ومدروس خصيصا لأطفال الشلل الدماغي فكانت إجابتهم 45% بنعم و55% بلا أي أغلبيتهم اتفقوا على عدم وجود برنامج خاص ومدروس لهذه الفئة.

• البند 20 المتمثل في هل يشكو المصابين من عراقيل تمنع دمجهم فكانت النتيجة 100% بنعم وهذا يؤكد على أنهم يشكو من عراقيل تمنع دمجهم .

. البند 23 المتمثل في هل أولياء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يساهمون في التكفل بأبنائهم فكانت إجابتهم 86% بنعم و14% بلا هذا دال على أن أولياء أطفال الشلل الدماغي أغلبيتهم يساهمون في التكفل بأبنائهم .

• أما البند 24 المتمثل في "هل يشكو الأولياء من نقص المؤسسات أو عملية الدمج المدرسي بشكل ما فكانت النتيجة 91% بنعم و9% بلا وهذا ما يؤكد على أن أولياء أطفال الشلل الدماغي يشكون من عملية الدمج.

الجدول 8: يمثل نتائج الأسئلة المفتوحة الخاصة بالاختصاصيين الارطفونيين

| رقم البند | الإجابات المتكررة | النسبة المئوية |
|-----------|-------------------|----------------|
| 9         | 17                | 77             |
| 21        | 16                | 73             |
| 22        | 13                | 59             |

نلاحظ في الجدول أعلاه المتمثل في نتائج الإجابات للأسئلة المفتوحة للاستبيان الخاصة بالاختصاصيين الارطفونيين: نجد في البند 9 المتمثل في: "الذين توجد هذه المؤسسات؟"، فكانت معظم الإجابات توجد هذه المؤسسات في الجمعيات خاصة بفئة الشلل الدماغي والمراكز البيداغوجية، بحيث قدرة النسبة المئوية للإجابات المتكررة ب 77%.

وفي البند 21 المتمثل في: "ماهي العراقيل التي تمنع دمجهم؟"، فكانت معظم الإجابات بمشاكل في التواصل، الاستقلالية، مشاكل على المستوى الحركي وهذا يكون حسب شدة الاصابة، حيث بلغت نسبة الإجابات المتكررة 73%.

اما في البند 22 المتمثل في: "ماهي الأسباب لعدم قبول هذه الفئة في الدمج المدرسي في ولاية تيزي وزو؟"، فكانت اغلبية الإجابات بنقص الإمكانيات، نقص المختصين في المدارس، نقص الخبرة الكافية لدى المعلمين لمتابعة هذه الفئة وعدم برامج مخصصة، حيث بلغت النسبة المئوية للإجابات المتكررة ب 50%.

الجدول 9: يمثل نتائج النسب المئوية الخاصة بالمعلمين:

| رقم البنود | تكرارات نعم | النسبة المئوية | تكرارات لا | النسبة المئوية |
|------------|-------------|----------------|------------|----------------|
| 1          | 36          | 100            | 0          | 0              |
| 2          | 2           | 6              | 34         | 34             |
| 1/3        | 5           | 14             | 31         | 86             |
| 2/3        | 19          | 53             | 17         | 47             |
| 3/3        | 10          | 28             | 26         | 72             |
| ¾          | 13          | 36             | 23         | 64             |
| 5/3        | 7           | 19             | 29         | 81             |

|    |    |     |    |     |
|----|----|-----|----|-----|
| 83 | 30 | 17  | 6  | 6/3 |
| 81 | 29 | 19  | 7  | 1/4 |
| 72 | 26 | 28  | 10 | 2/4 |
| 72 | 26 | 28  | 10 | 3/4 |
| 75 | 27 | 25  | 9  | 4/4 |
| 47 | 18 | 53  | 19 | 5   |
| 22 | 8  | 78  | 28 | 6   |
| 86 | 31 | 14  | 5  | 7   |
| 78 | 28 | 22  | 8  | 8   |
| 81 | 29 | 19  | 7  | 9   |
| 61 | 22 | 39  | 14 | 10  |
| 50 | 18 | 50  | 18 | 11  |
| 0  | 0  | 100 | 36 | 12  |
| 36 | 13 | 64  | 23 | 13  |
| 17 | 6  | 83  | 30 | 14  |
| 19 | 7  | 81  | 29 | 15  |
| 28 | 10 | 72  | 26 | 16  |
| 36 | 13 | 64  | 23 | 17  |

الجدول 9: تابع

نلاحظ من الجدول السابق الذي يتمثل في نتائج البنود المعقدة لاستبيان الخاص بالمعلمين أن: البند الأول المتمثل في هل تعاملتم مع الحالات التي تعاني من الشلل الدماغي حيث كانت نسبة إجاباتهم بـ"لا" (0%) أي أن كلهم تعاملوا مع أطفال الشلل الدماغي. وفي ما يخص البند الثاني المتمثل في هل تعاملتم مع جميع أنواع حالات الشلل الدماغي، يتضح من خلال النسبة إجاباتهم بلا التي تقدر بـ(94%) أنهم لم يتعاملوا مع جميع حالات الشلل الدماغي، في حين نسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ6%، أما في البند الثالث المتمثل في ما هذه الحالات فكانت النتائج الذين تعاملوا الشلل الرباعي (الشلل في الأطراف الأربعة) تقدر بنسبة 14% مما يتضح أغلبية المعلمين لم يتعاملوا مع حالات الشلل الرباعي بينما تقدر نسبة إجاباتهم بلا بـ86%، أما ما يخص حالات الشلل النصفي (الشلل في الأطراف السفلية) يتضح أن أغلبية المعلمين

تعاملوا مع هذه الحالات أي أنه تقدر نسبة إجاباتهم بنعم بـ 53% بينما نسبة إجاباتهم بلا تقدر بـ 47%، وحالات الشلل الشقي (الشلل في نصف الجسم) تقدر نسبة إجاباتهم بنعم بـ 28% بينما نسبة إجاباتهم بلا تقدر بـ 72% مما يتضح من خلال إجابة المعلمين أن أغليبتهم لم يتعاملوا مع هذه الحالات بينما نجد في حالات شلل أحادي الطرف (شلل في طرف واحد) تأكيده بأن أغلبية المعلمين لم يتعاملوا مع هذه الحالات بحيث تقدر النسبة إجاباتهم بلا بـ 64% بينما نسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ 36%. مثل ما الحال كذلك في حالات الشلل النصفي الطرفي المزدوج (الشلل في الأطراف الأربعة بحيث الأطراف السفلى أكثر وضوحا من الأطراف العليا) كذلك أغلبية المعلمين لم يتعاملوا مع هذه الحالات بحيث تقدر نسبة إجاباتهم بلا بـ 81% ونسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ 19%. وكذلك ما يخص حالات الشلل الشقي المزدوج (الشلل في الأطراف الأربعة) يتضح أن أغلبية المعلمين لم يتعاملوا مع هذه الحالات بحيث تقدر نسبة إجاباتهم بلا بـ 83% بينما إجاباتهم بنعم تقدر بـ 17%، يتضح في البند الرابع الذي يتمثل: ما هي تجربتك مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغى أنها ليست سهلة بحيث تقدر نسبة إجاباتهم بنعم بـ 19% بينما نسبة إجاباتهم بلا تقدر بـ 81% ما يؤكد أنها ليست ليست بالسهلة، أما كونها متوسطة فكانت نسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ 28% ونسبة إجاباتهم بلا تقدر بـ 72% مما يتضح أنها ليست المتوسطة، كذلك في ما يخص بالصعبة تقدر نسبة إجاباتهم بنعم بـ 28% بينما نسبة إجاباتهم بلا تقدر بـ 72% مما يؤكدون أنها ليست صعبة كذلك. ومثل ما الحال في الصعبة جد بحيث كانت نسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ 25% بينما تقدر نسبة إجاباتهم بلا بـ 75% مما يدل على أنها ليست ليست صعبة جدا. بينما يتمثل البند الخامس في هل يستفيد التلاميذ المصابين بالشلل الدماغى من الدمج المدرسى في ولاية تيزي وزو؟ بحيث يؤكد أغلبية المعلمين على أنه تستفيد هذه الفئة من الدمج المدرسى بحيث تقدر نسبة إجاباتهم بنعم بـ 53% أما نسبة إجابة لا تقدر بـ 47%، والبند السادس المتمثل في هل يدمج التلاميذ المصابين بالشلل الدماغى مع الأطفال العاديين؟ بحيث أن أغلبية المعلمين أكدوا بوجود الدمج تلاميذ الشلل الدماغى مع الأطفال العاديين بنسبة تقدر بـ 78% وتقدر نسبة إجابة لا بـ 22% غير أن البند السابع المتمثل في حسب علمكم، هل المدارس مكيفة لإدماج التلاميذ المصابين بالشلل الدماغى؟ وبناء على إجابة المعلمين يتضح أنه المدارس غير مكيفة لإدماج التلاميذ المصابين بالشلل الدماغى بحيث تقدر نسبة الإجابة بنعم بـ 14% بينما نسبة الإجابة بلا تقدر بـ 86%، وفي ما يلي في البند الثامن المتمثل في هل تتوفر الوسائل الكافية في الأقسام العادية لتدريس تلاميذ الشلل الدماغى؟ بحيث كانت نسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ 22% بينما تقدر نسبة إجاباتهم بلا بـ 78% مما يتضح أنه لا تتوفر الوسائل الكافية في الأقسام العادية لتدريس تلاميذ الشلل الدماغى، مثل ما الحال في

البند التاسع المتمثل في هل طبيعة الوسائل التعليمية مكيفة على حالات الشلل الدماغي؟ ومن خلال نسبة إجاباتهم يتضح أن طبيعة الوسائل التعليمية غير مكيفة في حالات الشلل الدماغي، بحيث تقدر نسبة إجاباتهم بنعم بـ39% بينما نسبة إجاباتهم بلا تقدر بـ81%. والبند العاشر المتمثل في هل يستفيد تلاميذ الشلل الدماغي المدمنين في الأقسام العادية من مرافقة في المدرسة؟ فكانت نتائج إجاباتهم بنعم تقدر بـ39% بينما تقدر نسبة إجاباتهم بلا بـ61% مما يؤكد أنه ليس كل تلاميذ الشلل الدماغي المدمجين في المدارس العادية يستفيدون من موافقة في المدرسة، وفي البند الحادي عشر المتمثل في هل طبيعة الإعاقة إختلاف أنواعها وشتها لا تمنع عملية الدمج؟ (50% نعم (50%) لا.

وفي البند الثاني عشر المتمثل في هل يشكو أوليا حالات الشلل الدماغي من نقص المؤسسات المتخصصة أو عملية الدمج المدرسي بشكل ما؟ فكانت نسبة نتائج الإجابة المعلمين بـ نعم بقدر بـ (100%) وتقدر بنسبة إجاباتهم بدلا 0% مما يتضح أن كل المعلمين متفقين في الإجابة ويؤكدون أنه فعلا يشكو أوليا حالات الشلل الدماغي من نقص شديد للمؤسسات المتخصصة أو عملية الدمج المدرسي. وفي البند الثالث عشر المتمثل في هل يواصل تلاميذ الشلل الدماغي التفاعل في الحصص الدراسية؟ فكانت نسبة إجاباتهم بنعم تقدر بـ(64%) وبنسبة إجاباتهم بـ 36% هما يتضح أنه في أغلبية التلاميذ يوجد عند التلاميذ الشلل الدماغي تواصل وتفاعل في حصة الدراسة.

#### جدول 10 : يمثل عرض نتائج النسب المئوية الخاص بالمعلمين

| البند | الإجابات المتكررة | النسبة المئوية |
|-------|-------------------|----------------|
| 18    | 18                | 50%            |
| 19    | 24                | 67%            |

نلاحظ في الجدول السابق الذي يتمثل في نتائج البنود المفتوحة لإستبيان الخاص للمعلمين:

البند الثامن عشر المتمثل في ما هي أسباب لعدم قبول هذه الفئة في الدمج في ولاية تيزي وزو؟ فكانت الإجابات المتكررة من طرف المعلمين بـ نقص الوسائل التعليمية الخاصة والمكيف وإنعدام ونقص الخبرة في التعامل مع حالات الشلل الدماغي بحيث قدرة نسبة إجاباتهم المتكررة بـ 50%.

بينما في البند التاسع عشر المتمثل في ما هي العراقيل التي تمنح دمج هذه الفئة في ولاية تيزي وزو؟ فكانت أغلبية الإجابات المتكرر من طرف المعلمين ب الإستقلالية الذاتية التلميذ لا يستطيع التنقل إلى المرحاض، والسبورة ولا يستطيع التنقل بين التلاميذ الآخرين وعدم قدرة على الكتابة (حركة اليد) وإكتظاظ المؤسسات التربوية، بحيث قدرة نسبة الإجابات المتكرر ب (67%).

وفي البند الرابع عشر المتمثل في هل يتمي تلاميذ الشلل الدماغي بالتركيز والهدوء في القسم؟ من خلال إجابة المعلمين اتضح أنه فعلا أن أغلبية التلاميذ الشلل الدماغي يتميزون بالتركيز والهدوء في القسم بحيث تقدر نسبة إجاباتهم المعلمين بهم ب 83% بينما تقدر نسبة إجابة المعلمين بلا (17%) وفي البند الخامس عشر المتمثل في هل يتقيد تلاميذ الشلل الدماغي بتعليمات المعلم؟ بحيث يتضح من خلال إجابة المعلمين بنعم ب 81% بينما تقدر نسبة إجابة المعلمين بدلا ب (19%) كما يتضح في البند السادس عشر المتمثل في هل يتغيب تلاميذ الشلل الدماغي عن الدروس؟ أنه فعلا يتغيب أن تلاميذ الشلل الدماغي عن الدروس وذلك من خلال إجابة المعلمين بنعم التي تقدر نسبته ب 72% بينما تقدر نسبة إجاباتهم بدلا ب 28% وفي البند السابع عشر المتمثل في هل يتعمد تلاميذ الشلل الدماغي على نفسه في الإمتحانات؟ فكانت نتائج إجابة المعلمين بنعم تقدر ب 64% بينما تقدر نسبة إجابة المعلمين بدلا ب 36% وانطلاقا من إجابة المعلمين المتعلمين مع حالات الشلل الدماغي أن أغلبية التلاميذ الشلل الدماغي يتعمدون على أنفسهم في الإمتحانات.

### الجدول 11: عرض نتائج الأخصائيين النفسانيين

| رقم البند | تكرارات نعم | النسبة المئوية | تكرارات نعم | النسبة المئوية |
|-----------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| بند 1     | 14          | 100            | 0           | 0              |
| بند 2     | 3           | 21             | 11          | 79             |
| بند 1/3   | 6           | 43             | 8           | 57             |
| بند 2/3   | 6           | 43             | 8           | 57             |
| بند 3/3   | 7           | 50             | 7           | 50             |
| بند 4/3   | 6           | 43             | 8           | 57             |
| بند 5     | 5           | 36             | 9           | 64             |
| بند 6     | 5           | 36             | 9           | 64             |
| بند 1/4   | 0           | 0              | 14          | 100            |

|    |    |     |    |         |
|----|----|-----|----|---------|
| 86 | 12 | 14  | 2  | بند 2/4 |
| 29 | 4  | 71  | 10 | بند 3/4 |
| 79 | 11 | 21  | 3  | بند 4/4 |
| 36 | 5  | 64  | 9  | بند 5   |
| 7  | 1  | 93  | 13 | بند 6   |
| 0  | 0  | 100 | 14 | بند 8   |
| 7  | 1  | 93  | 13 | بند 9   |
| 7  | 1  | 93  | 13 | بند 10  |
| 29 | 4  | 71  | 10 | بند 12  |
| 29 | 4  | 71  | 10 | بند 13  |
| 0  | 0  | 100 | 14 | بند 14  |
| 0  | 0  | 100 | 14 | بند 15  |

الجدول 11: تابع.

نلاحظ من الجدول السابق الذي يتمثل في نتائج البنود المعلقة لإستبيان الخاص بالأخصائيين النفسانيين: البند الأول المتمثل في تعاملهم مع الحالات التي تعاني من الشلل الدماغي حيث كانت نسبة إجاباتهم بنعم هي 100% كانت نسبة إجاباتهم بنعم هي 100% بينما كانت نسبة إجاباتهم بـ "لا" 0% أي أن كلهم تعاملوا مع حالات الشلل الدماغي وفيما يخص البند الثاني المتمثل في هل تعاملتهم مع جميع أنواع الشلل الدماغي قدرت نسبة إجاباتهم بنعم 21% في حين أن نسبة إجاباتهم بـ "لا" تقدر بـ 79% وهذا ما يوضح أنهم لم يتعاملوا مع جميع حالات الشلل الدماغي أما في البند الثالث المتمثل في ما هي هذه الحالات فكانت النتائج الذين تعاملوا مع الشلل الرباعي (الشلل في الأطراف الأربعة) تقدر بنسبة 43% وهذا ما يوضح أن أغليبيتهم لم يتعاملوا مع هذه الفئة من الشلل الدماغي ومن خلال إجابة المختصين الذين تقدر إجاباتهم بـ "لا" بنسبة 57% أما ما يخص حالات الشلل النصفي (الشلل في الأطراف السفلية) يتضح أن أغلبية الأخصائيين النفسانيين لم يتعاملوا مع هذه الفئة بينما نسبة إجاباتهم بـ "لا" قدرت بنسبة 57% وحالات الشلل الشقي (الشلل في نصف الجسم) تقدر نسبة إجاباتهم بـ "نعم" 50% وهذه النتيجة تكررت مع نسبة إجاباتهم بـ "لا" بينما نجد في حالات شلل أحادي الطرف (شلل في طرف واحد ما يؤكد أن أغليبيتهم لم يتعاملوا مع حالات أحادي الطرف حيث قدرت نسبة إجاباتهم بـ "لا" بـ 43% وتمثلت نسبة إجاباتهم "بنعم"

57% أما فيما يخص تعاملهم مع حالات الشلل النصفي الطرف المزدوج (الشلل في الأطراف الأربعة) ولكن في الأطراف السفلي أكثر وضوحا من الأطراف العليا وحالات الشلل الشقي المزدوج (الشلل في الأطراف الأربعة ولكن في أحد النصفين أكثر وضوحا أكثر) كذلك تبين أن أغليبتهم تعاملوا مع هذه الحالات بحيث تقدر نسبة إجابتهم بـ "لا" بـ 36% أم نسبة إجابتهم بـ "نعم" تقدر بـ 64% يتضح في البند الرابع الذي يمثل في هل تجربتك في التعامل مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أنها ليست سهلة بحيث تقدر نسبة إجابتهم بـ "لا" 100% أما كونها متوسطة فكانت نسبة إجابتهم بنعم تقدر بـ 14% ونسبة إجابتهم بـ "لا" تقدر بـ 86% ما يتضح أنها ليست بالمتوسطة كذلك فيما يخص في الصعبة تقدر نسبة إجابتهم بـ "نعم" 72% بينما نسبة إجابتهم بـ "لا" قدرت بـ 29% مما يدل أن التعامل معهم صعبة ومثلما الحال في الصعبة جدا قدرت نسبة إجابتهم بـ "نعم" بـ 21% بينما تقدر نسبة إجابتهم بـ "لا" بـ 79% مما يدل على أنها ليست صعبة جدا، بينما يمثل البند الخامس بحسب عملكم هل توجد مؤسسات موجهة للتكفل بحالات الشلل الدماغي في ولاية تيزي وزو، بحيث يؤكد أغلبية المختصين النفسانيين وجود مؤسسات موجهة للتكفل بحالات الشلل الدماغي في ولاية تيزي وزو حيث قدرت نسبة إجابتهم بـ "نعم" 64% ونسبة إجابتهم بـ "لا" 36% والبند السادس المتمثل في هل يتم التكفل النفسي لهذه الحالات بحيث أن أغلبية الأخصائيين النفسانيين أكدوا أنه يتم التكفل النفسي لهذه الحالات حيث قدرت نسبة إجابتهم بـ "نعم" بـ 93% أما إجابتهم بـ "لا" قدرت بنسبة 7% أما البند الثامن المتمثل في هل يشعر أطفال الشلل الدماغي بالنقص؟ حيث كانت نسبة إجابتهم بـ "نعم" تقدر بـ 100% ما يؤكد إجابتهم أن أطفال الشلل فعلا يعانون من النقص مقارنة بالآخرين والبند التاسع المتمثل في هل يشعر أطفال الشلل الدماغي بالوحدة قدرت نسبة إجابة معظم الأخصائيين بـ 93% مما يؤكد أنهم يشعرون بالوحدة بينما في البند 10 الذي يقول هل يشعر أطفال الشلل الدماغي بالخل قدر نسبة 93% حيث اتضح أنهم يشعرون بالخل وفي البند الثاني عشر المتمثل في هل يبكي أطفال الشلل الدماغي بك سبب قدرت نسبة الإجابة بنعم بـ 71% و قدرت نسبة المختصين الآخرين بـ 59% ما يتضح أن معظم أطفال الشلل الدماغي سيكون بدون سبب إجابة المختصين بنعم بـ 71% مما يتضح أن فعلا لدى حالات الشلل الدماغي دافعية للتمدرس والإنجاز والبند 14 الذي يقول هل يشعر أطفال الشلل الدماغي بالحرع عند التعبير عن حاجاتهم أكدوا كل المختصين بأنه فعلا كل أطفال الشلل الدماغي يشعرون بالحرع عند التعبير عن حاجتهم بحيص قدرت النسبة المثوية بإجابتهم بـ "نعم" 100% أما البند 15 المتمثل في هل يشكو أولياء الشلل الدماغي من نقص المؤسسات المختصة أو عملية الدمج يشكل ما فكانت النتيجة 100% بنعم .

## الجدول 12: يمثل عرض نتائج الأسئلة المفتوحة الخاصة بالأخصائيين النفسانيين

| رقم البند | الإجابات المتكررة | النسبة المئوية |
|-----------|-------------------|----------------|
| 7         | 10                | 71             |
| 11        | 9                 | 64             |
| 16        | 7                 | 50             |
| 17        | 8                 | 57             |
| 18        | 13                | 93             |

نلاحظ في الجدول السابق الذي يمثل نتائج البنود المفتوحة للاستبيان الخاص بالأخصائيين النفسانيين: البند 7 المتمثل في " في حالة نعم ماهي طبيعة الكفالة النفسية الموجهة لحالات الشلل الدماغي؟ " فكانت معظم الإجابات المتكررة من طرف الأخصائيين النفسانيين بإرشاد الوالدين، إقامة حصص فردية مع الطفل وذلك باستعمال تقنيات وتحسين مستوى تقدير الذات، بحيث قدرة النسبة المئوية للإجابات المتكررة ب 71%.

بينما نجد في البند 11 المتمثل في: " في حالة "نعم" كيف يتم التدخل؟ " فكانت معظم الإجابات المتكررة بإدماجهم مع الأطفال العاديين والعمل على تشجيعهم باللعب والمشاركة معهم، حيث قدرة اجاباتهم ب 64%.

اما في البند 16 المتمثل في: "ماهي طبيعة علاقة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مع المحيطين بهم (الام، الاب، العائلة، الأصدقاء) فكانت معظم الإجابات المتكررة من طرف الأخصائيين ب: مبدئياً يكون نوعاً من الرفض من طرف الوالدين، ومع الوقت يكون النقبل بهؤلاء الأطفال وتكون العلاقة جيدة خاصة مع الاب، كما تكون الحماية الزائدة، حيث قدرة نسبة الإجابات ب 50%.

وفي البند 17 المتمثل في: ماهي طبيعة علاقة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مع المحيطين بهم خاصة في المرحلة الأولى، ومعظم الإجابات كانت بالصدمة من طرف العائلة وعدم تصديق الاولياء، النكران، الياس والرفض، حيث قدرة نسبة الإجابات المتكررة ب 57%.

اما البند 18 المتمثل في: " حسب رأيكم العراقي التي تمنع دمج تلاميذ الشلل الدماغي في المدارس العادية في ولاية تيزي وزو؟ " فكانت اغلبية الإجابات بنقص في الإمكانيات ونقص المختصين في

المدارس وعدم وجود تكيف اما على مستوى المكان او على مستوى البرنامج الدراسي. بحيث قدرة نسبة الإجابات ب 93%.

## 2\_ المعالجة الإحصائية للنتائج:

قمنا بحساب معامل (pearson) بهدف التأكد من قوة وثقل الإجابات المقدمة على مستوى الأسئلة المكونة لكل استبيان وذلك على صعيد المجموع العام للإجابات المسجلة "بنعم"، قمنا بحساب معامل برسون (pearson) لتقييم العلاقة الارتباطية بين البنود والمجموع العام، من خلال استعمال البرنامج الاحصائي spss، وذلك كما يلي:

### 2\_1\_ دراسة العلاقة الارتباطية بين بنود الاستبيان الخاص بالاحصائي الارطفوني مع المجموع العام:

يتضح من الجدول الخاص بالارطفونيين ان هناك علاقة بين اغلب البنود و المجموع العام للنتائج، حيث  $c p < 0.01$  باستثناء البند الأول الذي يتمثل في: " هل تعاملتهم مع حالات الشلل الدماغية؟"، والبند 5 الذي يتمثل في: "هل يتم تدخل جميع المختصين"، وأيضاً البند المتمثل في: "حسب علمكم هل توجد مؤسسات تضمن عملية الدمج؟"

### 2\_2\_ دراسة العلاقة الارتباطية بين بنود الاستبيان الخاص بالاحصائيين النفسانيين مع المجموع العام:

يتضح من خلال الجدول الخاص بالاحصائيين النفسانيين ان هناك علاقة بين اغلب البنود والمجموع العام، الملاحظ ان هناك علاقة دالة بحيث  $c p < 0,01$  بين اغلب الاسئلة بشكل يعكس مدى مصداقية إجابة الاحصائيين النفسانيين، حيث نلاحظ اتساق وانسجام بين الإجابات المقدمة، مثلاً في البند 7: " ما هي طبيعة الكفالة النفسية الموجهة لحالات الشلل الدماغية؟"، كانت اغلب الإجابة على العمل على تطوير الثقة بأنفسهم، وايضا كيفية تقبل الصورة الذاتية.

## 2\_3\_ دراسة العلاقة الارتباطية بين بنود الاستبيان الخاص بالمعلمين والمجموع العام:

يتضح من خلال الجدول الخاص بالمعلمين ان هناك علاقة بين اغلبية البنود والمجموع العام، بحيث  $c p < 0.01$ ، الا في البند 1 الذي يمثل: "هل تعاملتم مع حالات الشلل الدماغي".

## 2\_4\_ العلاقة الارتباطية بين البنود المشتركة في المجموعات الثلاث:

بهدف نفي او تأكيد وجود توافق بين مختلف المجموعات فيما يخص الأسئلة المشتركة والمبينة في الملحق(5)، يتضح من الجدول وجود علاقة ارتباطية قوية مع  $p < 0.01$  بين إجابات الاخصائيين الارطفونيين والاختصاصيين النفسانيين والمعلمين حيث سجلنا معامل بيرسون بين المجموعات الثلاث حيث سجلنا قيمة معامل بيرسون بين الاختصاصيين الارطفونيين والاختصاصيين النفسانيين سجلنا قيمة 0,84 مع  $p < 0,01$ ، اما بالنسبة الاختصاصيين النفسانيين والمعلمين سجلنا قيمة 0,94 مع  $p < 0,01$  ، بينما سجلنا عند المعلمين و الارطفونيين 0,81 مع  $p < 0,05$ ، واخيرا المعلمين مع الاختصاصيين النفسانيين بقيمة 0,94 مع  $p < 0,05$  بشكل عام يعكس هذا مدى اتفاق المجموعات الثلاث على تقديم نفس الإجابات بشكل يعزز قوة وصدق الإجابات مع تأكيد ذلك على توجه مختلف الشركاء في مجال الكفالة الى نفس لوضعية وحالة المصاب بالشلل الدماغي وواقعه المعاش التي تؤكد بشكل عام وجود صعوبات وعراقيل تكبح من هذه الكفالة، وهو ما وجدناه في وقت سابق عند استجواب لبعض لالة الأمور .

## 3\_ تحليل ومناقشة النتائج:

الملاحظ في الإجابة المقدمة في الاستبيانات للمجموعة الثلاثة كل من المختص الأرتفوني، المختص النفساني والمعلمين، أنهم تعاملوا مع حالات الشلل الدماغي، بحيث بلغت النسبة المئوية ب100% عند كل مجموعة، بحيث أنهم لم يتعاملوا كل من المجموعات الثلاث مع جميع أنواع حالات الشلل الدماغي، بحيث قدرت النسبة المئوية للمختصين الأرتفونيين الذين تعاملوا مع جميع حالات الشلل الدماغي ب27%، بينما عند المختصين النفسانيين قدرت النسبة المئوية ب21%، ونجد عند المعلمين بنسبة 6%، ومن الحالات التي تعامل معها كل من المختصين الأرتفونيين نجد الشلل الرباعي، بحيث قدرت النسبة المئوية ب64%، والشلل النصفي قدر ب64%، والشلل الشقي بنسبة بلغت 64%، وكذلك الشلل النصفي بنسبة مئوية بلغت ب68%، في حين نجد عند المختصين النفسانيين، أغلب الحالات التي

تعاملوا معها نجد الشلل الرباعي بحين بلغت النسبة المئوية ب43%، والشلل النصفي بحيث قدرت النسبة المئوية ب50%، والحالات التي تعامل معها المعلمين تتمثل في الشلل النصفي بنسبة مئوية قدرت بي 53%، والشلل أحادي الطرف بنسبة مئوية قدرت ب36%.

شاهدنا أن معظم المختصين الأورطفونيين اتفقوا أنه يتم التكفل الأورطفوني المبكر لحالات الشلل الدماغي حيث قدرت النسبة المئوية للإجابات المختصين أورطفونيين ب 86% مثل ما هو الحال عند المختصين النفسانيين، حيث أنهم اتفقوا على وجود الكفالة النفسانية لحالات الشلل الدماغي، بحيث قدرت النسبة المئوية ب 93%.

وأيضاً أغلبية المعلمين اتفقوا على وجود دمج لحالات الشلل دماغي مع الأطفال العاديين، بحيث قدرت النسبة المئوية ب78%.

كانت تجربة المختصين النفسانيين الذين تعاملوا مع حالات الشلل الدماغي صعبة بحيث قدرت النسبة المئوية المسجلة ب 71%، بحيث انها كانت عند المعلمين تجربة من متوسط إلى صعبة، بحيث قدرت النسبة المئوية ب28%.

اتفقوا المختصين الأورطفونيين أنه يتم تدخل جميع المختصين للتكفل بحالات الشلل الدماغي بحيث قدرت النسبة المئوية ب 91%، ونجد كل من الطقم الطبي، والمختص أورطفوني، ومختص في إعادة تأهيل حركات الدقيقة، ومختص في إعادة تأهيل حركة الوظيفي قدرت نتائج النسبة المئوية ب 100%، إلى جانبهم، نجد المختص النفسي، بحيث بلغت 82%، وعند المعلمين بنسبة بلغت 68%، واتفقوا كل المختصين الأورطفونيين على وجود مؤسسات للتكفل بحالات الشلل الدماغي، بحيث بلغت نتائج الإجابة بنسبة مئوية قدرت ب 100%. وحسب نتائج الاستبيان عند الأخصائيين النفسانيين، والأورطفونيين نجد أغلبية المختصين إتفقوا على انه توجد مؤسسات للتكفل بحالات الشلل الدماغي في ولاية تيزي وزو بحيث قدرت النسبة المئوية عند المختصين أورطفونيين بنسبة 60%، وعند المختصين النفسانيين ب64% بحيث كانت معظم الإجابات المتكررة عند المختصين الأورطفونيين بالمراكز البيداغوجية والجمعيات، بحيث بلغت النسبة المئوية للإجابات ب 77%

وحسب نتائج الاستبيان الخاص بالمعلمين تكيف المدارس لإدماج التلاميذ المصابين بالشلل الدماغي، بحيث كانت نتائج الإجابات لتكرار "نعم" ب 14%، أما نتائج الإجابات ب "لا" كانت ب 86%.

وبالنسبة للوسائل البيداغوجية والمعدات الكافية للتكفل بهذه الحالات، كانت نتائج الاستبيان عند المختصين الأروفونيين 100% ب "لا"، وكذلك نتائج الاستبيان الموجه للمعلمين بنسبة لتوفير الوسائل الكافية في الأقسام العادية لتدريس تلاميذ الشلل الدماغي، بحيث أغلبية المعلمين اتفقوا على عدم توفير هذه الوسائل فقد كانت اجابتهم على "لا" تقدر ب 78%.

إتضحت نتائج الاستبيان الموجهة للمختصين الأروفونيين أن أطفال الشلل الدماغي يعانون من صعوبات في البلع والاضطرابات المصاحبة، بحيث قدرت النسبة المئوية ب 100%، كما اتفقوا المختصين الأروفونيين أن معظم حالات الشلل الدماغي يعانون من الإعاقة البصرية بحيث قدرت النسبة المئوية ب 59%، إلى جانب الإعاقة السمعية بحيث قدرت النسبة المئوية ب 41%، واتفق كل من المختصين الأروفونيين. انهم يعانون من اضطرابات في التواصل واللغة، ونوبات الصرع بنسبة مئوية قدرت ب 100%، بحيث أنهم اتفقوا انه لا تعاني حالات الشلل الدماغي من التخلف العقلي، بحيث قدرة النسبة المئوية لتكرار "بلا"، كما أنهم يعانون من اضطرابات في التعلم، بحيث قدرت النسبة المئوية "بنعم" 100%.

وكذا كانت نتائج الاستبيان الموجه للمختصين النفسانيين حول الحالة النفسية لأطفال الشلل الدماغي، انهم يشعرون بالنقص مقارنة بالآخرين، بحيث أنها اتفق جميع المختصين النفسانيين "بنعم" بنسبة مئوية قدرت ب 100%، وأنهم يشعرون بالوحدة والخجل، بحيث قدرت بنسبة 93% "بنعم".

واتفقوا المختصين النفسانيين على إدماج أطفال الشلل الدماغي مع الأطفال العاديين، بحيث قدرت النسبة المئوية للإجابات المتكررة "بنعم" 64%، واتفقوا المختصين النفسانيين أن أغلبية أطفال الشلل الدماغي يبكي بدون سبب، بحيث قدرت النسبة المئوية ب 70%، واتضح نتائج المختصين النفسانيين أن أطفال الشلل الدماغي يشعرون بالحرج عند التعبير عن حاجاتهم، بحيث قدرت النسبة المئوية ب 100%، كما اتفق المختصين النفسانيين على طبيعة علاقة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مع المحيطين بهم، خاصة الأم والأب في المرحلة الأولى فكانت الاجابة على هذا البند: تكون الصدمة على الأولياء والنكران، وعدم اليأس والرفض، ثم تأتي مرحلة التقبل، والإفراط في مساعدته وحمايته الزائدة، والخوف عليه، بحيث بلغت النسبة المئوية الإجابات المتكررة ب 57%.

اتضح في الاستبيان الموجه للمختصين الأطفونيين أن معظم المختصين قاموا بمتابعة حالات استفادت من الدمج بحيث قدرت النسبة المئوية بـ 73%، وكذلك اتفقوا الأغلبية على وجود مؤسسات تضمن عملية الدمج المدرسي لهذه الحالات بنسبة 82% "بنعم"، على المستوى القطر الوطني نجد 82%، وعلى مستوى ولاية تيزي وزو قدرت النسبة المئوية بـ 50%.

ورغم وجود هذه المؤسسات، إلا أن المجموعات الثلاث اتفقوا على أن أولياء أطفال الشلل الدماغي يشكوا من نقص في المؤسسات وعملية الدمج المدرسي، بحيث قدرت النسبة المئوية عند المختصين الأطفونيين بـ 91% "بنعم"، في حين أن نسبة 100% قدرت عند كلا من المختصين النفسانيين والمعلمين.

وتبين عند المعلمين والأطفونيين أن طبيعة الإعاقة، باختلاف أنواعها وشدتها لا تمنع عملية الدمج، بلغت نسبة التكرارات "بنعم" عند المختص الأطفوني بـ 45%، حيث بلغت نسبة تكرار "بلا" بـ 55%، بحيث أن أغلبية المختصين الأطفونيين اتفقوا على أن شدة الإعاقة تمنع عملية الدمج، و 50% من المعلمين اتفقوا على أن شدة الإعاقة تعرقل من عملية الدمج، و 50% آخري صرحوا أن لا تعرقل عملية الدمج.

كانت نتائج استبيان المختصين، الأطفونيين أن أطفال الشلل الدماغي يشكوا من عراقيل تمنع دمجه، بحيث بلغت النسبة المئوية بـ 100%، واتفقوا في المجموعات الثلاث أن الاسباب التي تعرقل دمج تلاميذ الشلل الدماغي تكمن في الاضطرابات المصاحبة، خاصة اضطرابات في التواصل واللغة، وشدة الإعاقة أو الاستقلالية الذاتية، بحيث بلغت نتيجة الإجابات المتكررة عند المختصين الأطفونيين بـ 73%، في حين بلغت النسبة المئوية للإجابات المتكررة عند المختصين النفسانيين بـ 93%، كما كانت نتائج الإجابات المتكررة عند المعلمين بـ 67%.

كانت نتائج الاستبيان الإجابات المتكررة للمختصين الأطفونيين حول وجود برامج خاصة ومدروسة خصيصا لأطفال الشلل الدماغي بـ 56% بـ "لا"، أي أن معظم المختصين اتفقوا على عدم وجود برنامج خاص ومدروس خصيصا للأطفال شلل دماغي.

وفيما يخص بمساهمة أولياء أطفال المصابين بالشلل الدماغي بالتكفل بأبنائهم كانت معظم الإجابات المختصين الأطفونيين بنعم قدرت بـ 86%، أي أن الأولياء يساهمون في التكفل بأبنائهم، اتضح عند الاستبيان الموجه للمختصين النفسانيين أن تلاميذ حالات الشلل الدماغي لديهم دافعية للتمدرس والإنجاز،

بحيث قدرت النسبة المئوية لأغلبية المختصين النفسانيين ب 64%. كما اتضح عند استبيان المعلمين بأن أطفال الشلل الدماغي يتميز بالتركيز والهدوء في القسم، وأيضاً يتقيد بتعليمات المعلم، وأنه يواصل التفاعل في الحصص الدراسية بحيث قدرت النسبة المئوية للإجابات بنعم 64% إلى 81% من أغلبية المعلمين، واتضح أيضاً عند المعلمين بأن تلاميذ الشلل الدماغي يتغيب عن الدروس، بحيث كانت نسبة التكرارات بنعم قدرت ب72%، وكذا اتضح عند المعلمين أن تلاميذ الشلل الدماغي أغلبيتهم يعتمدون على أنفسهم في الامتحانات، بحيث قدرت النسبة المئوية ب64%، إلا أنه اتضح عند كل من المختص الأروطوني والمعلمين أن هناك عدة أسباب لعدم قبول هذه الفئة في المدارس في ولاية تيزي وزو، بحيث سجلنا في معظم الإجابات المتكررة على نقص الإمكانيات المادية، عدم تكيف المدارس والوسائل الخاصة، وخاصة أن البرنامج الدراسي ليس مكيف على أطفال الشلل الدماغي، بحيث بلغت النسبة المئوية للإجابات المتكررة عند المختصين الأروطونيين ب59%، في حين بلغت عند المعلمين ب50...%.

#### 4\_ الاستنتاج العام:

عرض ومناقشة الفرضية العامة الأولى التي تقول "يستفيد أطفال الشلل الدماغي من التكفل متعدد التخصصات في ولاية تيزي وزو." من خلال نتائج الاستبيانات المتوصل إليها توضح لنا أنه يستفيد أطفال الشلل الدماغي من التكفل متعدد التخصصات في ولاية تيزي وزو، وهذا حسب إجابات أفراد عينة دراستنا في الإستبيان الموجه للمختصين الأروطونيين قدرت النسبة المئوية ب 100%، بحيث نجد كل من المختص الأروطوني والمختص النفسي، والطقم الطبي، ومختص في إعادة التأهيل الحركي الوظيفي، ومختص في إعادة تأهيل الحركات الدقيقة بنسبة مئوية قدرت ب100%. ومنه نستنتج ان الفرضية العامة الأولى قد تحققت.

وتتفق نتائج الفرضية الأولى إلى ما توصلت إليه دراسة كل من درود أسماء، بعكاز سهيلة، محمد حولة (2021) تحت عنوان: "اقتراح بروتوكول تشخيصي أروطوني للطفل المصاب بالشلل الدماغي." وقد أظهرت نتائج الدراسة نجاح البروتوكول في الكشف عن مشكل منعكس الغثيان، الحركة الفموية الوجهية والتنفس، سيلان اللعاب، المهارات المعرفية ومهارات التواصل اللغوي. وكذا نجد دراسة درود وبوعكاز سهيلة سنة (2020)، تحت عنوان "أساليب التكفل الأروطوني المتبعة بالأقسام المدمجة في المدارس

التربوية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي (دراسة حالات في المستوى الأول بالمدارس الابتدائية لولاية مستغانم) وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فعالية عالية، من خلال التمارين المطبقة على عينة الدراسة.

وكذلك نجد دراسة بن قطاف محمد، وعمور محمد (2019) بعنوان: "دور التكفل النفسي التربوي في تنمية أبعاد الذكاء الانفعالي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي"، فكانت نتائج الفروق دالة إحصائياً، ويمكن تفسير ذلك بالدور الذي تلعبه الكفالة النفسية والتربوية المقدمة داخل المركز الطبي التربوي.

بالإضافة إلى الملتقى الوطني حول التكفل بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك يوم سلطة (2016) اختتمت بمستشفى الدكتور بن زرجب في وهران فعاليات الوطني للتكوين الموجه لتكوين الاطباء الأخصائيين في الطب الفيزيائي، وإعادة التأهيل الوظيفي للتكفل بالتشنجات العضلية التي يعاني منها الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

مناقشة والتفسير الفرضية العامة الثانية بحيث يشير مضمون الفرضية العامة الثانية الى "يستفيد أطفال المصابين بالشلل الدماغي من إمكانيات الدمج المدرسي وفقاً لشدة الإعاقة كونه حق يكفله القانون على مستوى ولاية تيزي وزو، تبينت النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية إلى أنه يستفيد أطفال الشلل الدماغي من إمكانيات الدمج المدرسي، وفقاً لشدة الإعاقة، كونه حق يكفله القانون على مستوى ولاية تيزي وزو، وذلك ما أفطر به أفراد عينة دراستنا بحيث بلغت النسبة المئوية عند المختص الأروطوني ب 100 %، وهذا على حسب إجابات المختصين على البند 14، وكذلك بلغت النسبة المئوية لإجابات المعلمين على البند (6) 78% الموجود في إستبيان الموجه للمعلمين، وهذا يدل على أن الفرضية العامة الثانية تحققت.

وهذه النتيجة لا تتوافق مع دراسة مسعودة بن السائح (2022) بعنوان "التوافق الدراسي لدى التلاميذ الشلل الدماغي"، توصلت إلى وجود مستوى منخفض في مستوى التوافق الدراسي لدى تلاميذ الشلل الدماغي، وعدم وجود فروق في التوافق الدراسي لدى تلاميذ الشلل الدماغي حسب متغير الجنس، وكذلك دراسة لبنى زعرور وفيروز سماش (2021) "بعنوان اتجاهات الأساتذة نحو التلاميذ الشلل الدماغي المدمجين في المدارس العادية". بحيث توصلت الدراسة إلى لا توجد فروق بين اتجاهات الأساتذة نحو التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المدمجين في المدارس العادية تبعاً لمتغير الجنس توجد فروق بين اتجاهات الأساتذة نحو التلاميذ والشلل دماغي المدمجين في المدارس العادية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي لا توجد

فروق بين اتجاهات الأساتذة نحو التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المدمجين في المدارس العادية تابعة لمتغير سنوات الخبرة.

بالإضافة إلى الملتقى الوطني حول إدماج أطفال الشلل الدماغي ذو المصدر العصبي في الوسط المدرسي (2022) بالمدرسة العليا للأساتذة آسيا جبار بقسنطينة، وبمشاركة إطارات قطاع النشاط الاجتماعي والتضامن الوطني لولاية قسنطينة، وبمشاركة أطباء مختصين من المستشفى الجامعي بن باديس بقسنطينة، وأساتذة جامعيين، كما كانت هناك جلستين، الأولى حول التكفل الطبي، والثانية تحت عنوان "التكفل النفسي البيداغوجي"، وهي فرضية تطلع على واقع هذه الشريحة من المتعلمين التي تستحق الاهتمام بها، والصهر على جعل المدرسة الجزائرية مدرسة أكثر إدماجا بكل فئات المتعلمين.

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الأولى يشير مضمون الفرضية الجزئية الأولى توجد مؤسسات متخصصة تضمن التكفل بحالات الشلل الدماغي تبينت النتائج التي توصلنا إليها إلى أنه توجد مؤسسات متخصصة تضمن التكفل بحالات الشلل الدماغي، وذلك ما أقر به أفراد عينة دراستنا، من المختص الأروطونومي والنفسي بحيث بلغت النسبة المئوية عند المختصين الأروطونوميين ب 68%، وهذا حسب إجابات المختصين على البند (8) الموجود في الاستبيان الخاص بالأخصائيين الأروطونوميين، وكذا بلغت النسبة المئوية لإجابات المختصين النفسانيين على البند (5) الموجود في الاستبيان الموجه للمختصين النفسانيين ب 64%، وهذا يدل على أن الفرضية الجزئية الأولى تحققت.

وانفقت نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة سرار شفيقة، وناصر صبرينة، ريان (2021) بعنوان المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة بحيث توصلت الدراسة إلى أن برامج المراكز النفسية البيداغوجية ودورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، بحيث توصلت الدراسة إلى أن برامج المراكز النفسية البيداغوجية تساعد في التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة، وتشمل جميع الخدمات التي من شأنها رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وإن المراكز النفسية البيداغوجية تشتمل على برامج متخصصة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى الملتقى الوطني لجمعية أمل الحياة مع أطفال الشلل الدماغي في (2022)، في إطار الأنشطة التي تقوم بها الجمعية الوطنية أمل الحياة لحماية اطفال الشلل الدماغي قامت الجمعية بإعداد ملتقى وطني حول أطفال الشلل الدماغي في الجزائر بولاية تيزي وزو، الملتقى شارك فيه كل من الوزير الصحة، و الهيئة الوطنية لحماية وترقية الطفولة، ومختصين في المجال، بحيث تطرق الملتقى إلى النقائص والمشاكل المتعلقة بهذه الفئة

من بينهم مشكل في الدمج المدرسي كما له دور كبير بالنسبة للأولياء، وكيفية التعامل مع المرافق، إلى جانب التكوين وضرورة تبادل الخبرات لدى الأطباء.

تفسير الفرضية الجزئية الثانية يشير مضمون الفرضية الجزئية الثانية إلى أنه يوجد صعوبات تعرقل وتمنع تجسيد الدمج المدرسي في أرض الواقع، تبينت النتائج المتوصل إليها دراستنا الحالية إلى أنه توجد صعوبات تعرقل وتمنع تجسيد الدمج المدرسي في أرض الواقع، وفقا ما صرح به أفراد عينة الدراسة "بنعم" لكل من المختص الأروطوني، والمختص النفسي والمعلمين، اتضح أنه توجد صعوبات وعراقيل تمنع عملية الدمج المدرسي عند أطفال الشلل الدماغي، بحيث بلغت النسبة المئوية للإجابات المتكررة عند المختصين الأروطونيين ب 73%، في حين أنها بلغت عند المختصين النفسيين بنسبة تقدر ب 93%، وعند المعلمين بلغت النسبة المئوية للإجابة المتكررة ب 67%، مما يوضح أن هنالك اتفاق لدى أفراد عينة الدراسة لهذه الفرضية، مما يدل على أن الفرضية الجزئية الثانية تحققت، ويمكن تفسير ذلك إلى ان وجود الاضطرابات المصاحبة من الأسباب التي تعرقل عملية الدمج، خاصة اضطرابات التواصل واضطرابات اللغة وشدة الإعاقة، والاستقلالية الذاتية، ونقص الوسائل التعليمية، وعدم تكييف المدارس على حالة الشلل الدماغي.

وتتفق نتائج دراسة محمد رضا جاد حواس (2021) بعنوان: "المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات الشلل الدماغي"، بحيث توصلت الدراسة أن مستوى المعوقات مرتفعة، وخاصة فيما يتعلق بالأخصائيين الاجتماعيين لذا فهم بحاجة إلى التنمية المهنية.

خاتمة

من خلال مراجعتنا لبعض الأدبيات التي خصت واقع التكفل متعدد التخصصات والدمج المدرسي، خاصة على الصعيد الوطني، اصطدمنا بنقص كبير في الدراسات مع وجود نوع من الغموض، فبينما يؤكد بعضها على وجود هذا الدمج، نجد البعض الآخر ينفي وجودها، ولقد بينت نتائج بحثنا أن أطفال الشلل الدماغي يستفيد من التكفل المتعدد التخصصات، ومن إمكانية الدمج المدرسي وفقا لشدة الإعاقة وأنه توجد مؤسسات متخصصة تضمن التكفل بهذه الحالات مع وجود صعوبات تعرقل وتمنع تجسيد الدمج المدرسي في أرض الواقع.

قراءة هذه النتائج يبقى محدود في المؤسسات الخاصة بولاية تيزي وزو، مكان بحثنا، لكن املنا لاحقا ان يعتمد هذا الموضوع في دراسات أوسع تخص باقي الولايات ولما لا القطر الوطني بشكل يساهم في تغطية الثغرات ونقص المعلومات الخاص بالتكفل والدمج المدرسي بهذه الفئة. وهو ما يدفعنا لاقتراح بعض النقاط:

-الإعتماد على الأساليب الإحصائية لإستقصاء المعلومات والوقوف على واقع هذه الحالات على مستوى الجهات الوصية.

-توفير الوسائل البيداغوجية التربوية لمساعدة تسهيل التعليم لأطفال الشلل الدماغي

-إنشاء مراكز ومؤسسات جديدة خاصة بفئة الشلل الدماغي وتدعيمها بأدوات وتقنيات خاصة وضرورة توفير المراكز.

-على فريق متعدد التخصصات التكفل بهذه الحالات (الطقم الطبي، ومختصين في العلاج الحركي ومختصين أرطفونيين، نفسانيين).

-ضرورة الدمج المدرسي للأطفال الذين يعانون من الإعاقات المصاحبة للإعاقة الحركية العصبية سواء في مدارس خاصة أو أقسام خاصة في المدارس العادية.

-إقامة ندوات وملتقيات لتعرف بالإعاقة وأسبابها وطرق التكفل بها للمعلمين في المدارس التربوية والتعليم.

-إقامة ندوات للمعلمين في المدارس لتعريفهم بالأقسام المدمجة.

# المراجع

## قائمة المراجع باللغة العربية:

1\_ أبو المواهب، منى محمد.(2016). معايير جودة برامج الدمج لذوي الإعاقة في المدارس العادية بمنطقة الجوف بالمملكة العربية السعودية.مجلة العلمية لكلية التربية.32(1).

2\_ أبو شهبه , ع.و و أبو ليلة, م (s.d.). الشلل الدماغي 4 مليون طفل ينتظرون الموت.تاريخ دخول الموقع . مارس 09, 2023

3\_ أكرم, ا. (2018). كل ما تريد معرفته عن الشلل الدماغي وطرق التعامل معه، .  
Récupéré sur <https://www.youm7.com/story2018/5/19/3799311>

4\_ ألين (s.d.). الشلل الدماغي. مركز تأهيلي للأطفال والمراهقين.

الأمم المتحدة. (2022). اشلل الدماغي . تم إسترجاعه  
<https://www.Escwa.org.newsroom>

5\_ أيت علي، نبيلة.(2020). دور الوسائل التعليمية الحديثة في تدريس اللغة العربية في مرحلة التعليم الابتدائي.مجلة تعليميات. 1(3).

6\_ باشيرة، حسين. قشارة، خولة. (2023).الصعوبات التي تواجه أعضاء الهيئة التعليمية في تطبيق إستراتيجية الدمج المدرسي العادية (دراسة تطبيقية).مجلة العلوم الاجتماعية جامعة سطيف .17(1).

7\_ بريطل، جويرية. ميدون، مباركة.(2022).الدمج المدرسي للحالة تعاني من اضطراب طيف التوحد دراسة لطفل توحد يعاني من صعوبات التعلم النمائية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنيا ورقلة، مجلة قيس للدراسات الإنسانية والاجتماعية. 6(2).

8\_ بن طالبي. ليندة. (2020). محاضرة في مقياس الشلل الدماغي. جامعة الجزائر 2 أبو قاسم سعد الله. كلية العلوم الاجتماعية

9\_ بوكثيرة، حمز. بن ناصر، حنفي. (2019). من قضايا التعليمية عند عبد الرحمن صالح المثلث الديدانكتيكي. مجلة الموروث. 7(01)

10\_ بوكينغ، ه. (2022). الشلل الدماغي عند الأطفال: التشخيص العلاج وإعادة التأهيل في مستشفيات ألمانية. تم إسترجاعه .  
<https://www.BookingHealth.ae/blog/30334>

11\_ بولحية، زهيرة. (2021). واقع الدمج المدرسي واثره على التحصيل الدراسي لفئة المصابين بطيف التوحد في المدارس العادية، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية. 9(2).

12\_ بوهادي، رابح عابد. (2021). تحليل الفعل الديدانكتيكي. مجلة العمدة في اللسانيات وتحليل الخطاب. 5(1).

13\_ بوهادي، عابد. (2012). تحليل الفعل الديدانكتيكي مقارنة لسانية بيداغوجية. مجلة دراسات العلوم.

14\_ تحريشي، عبد الحفيظ. بونوة، نعيمة. (بدون سنة). الوسائل التعليمية وأهميتها في تحسين جودة الأداء التربوي. مجلة البدر. 10(5).

15\_ جامعة طاهري محمد. بشار قمار بومدين، خديجة. (2022). التدبير الديدانكتيكي فن التدبير من اجل حسن التكوين. مجلة الجسور المعرفة. 8(4).

الجرائد:

16\_ الجريدة الرسمية رقم 34 القانون رقم 09/02 المؤرخ في 25 صفر 1423 الموافق لـ 08 مايو 2002 المتعلقة بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم.

- 17\_ حزير، أسماء. لزرق، أمال.(2023).الدمج المدرسي لأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري.مجلة سلسلة الانوار.13(1).
- 18\_ حسام، أحمد حسين.(2021).تطوير سياسة الدمج الشامل لمدارس التعليم الإبتدائي.مجلة التربوية لتعليم الكبار.2(4).
- 19\_ حسني، ا (s.d.). أسباب وأنواع الشلل الدماغي. تاريخ دخول الموقع مارس 09, sur <https://www.almayadeen.net/health2023> ,
- 20\_ حسين،مصاييح.(2016).أثر الوسيلةالديداكتيكية في العملية التعليم.مجلة المعيار.العدد الخامس عشر.جامعة تيارت.
- 21\_ حسين،مصاييح.(2016).أثر الوسيلةالديداكتيكية في العملية التعليم.مجلة المعيار.5. تحريشي،عبد الحفيظ. بونوة،نعيمة.(بدون سنة) .الوسائل التعليمية وأهميتها في تحسين جودة الأداء التربوي.مجلة البدر10(5).
- 22\_ حمر العين، نور الدين.زحام،نور الدين.(بدون سنة).العملية التعليمية تطورها في المنظومة التربوية الجزائرية الدراهم.مجلة العلوم الانسانية.8 (1) .
- 23\_ حناشي،سامة. مدود،حسيبة.(2020).الدمج المدرسي للطفل التوحدي من وجهة نظر الاولياء. مذكرة لنيل شهادة ماستر علم النفس.جامعة8ماي1945.
- 24\_ خلود، زكريا.(2021).نظام الدمج في التعليم أهدافه وشروطه ومميزاته تم إسترجاعه2023/04/05 من [https : lamkinn.com](https://lamkinn.com)
- 25\_ دردور ، أ. و بوعكاز، س. (2021). اساليب التكفل الأرتفوني المتبعة بالأقسام المدمجة في المدارس التربوية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي. مجلة الإضطرابات

النمائية العصبية والتعلم، (3)1 <https://ojs.univ-tlemen.dz/index.php/jndlindex>.Doi.org/10.46.325/jnddl.vli3.50

26\_ دردور، ا. وبوعكاز، س. محمد حولة (2021). اقتراح بروتوكول تشخيصي ارطفوني للطفل المصاب بالشلل الدماغى. مجلة دراسات إنسانية واجتماعية. 2(10)

27\_ دردور، ا. وبوعكاز، س. (2022). أساليب التكفل الارطفوني المتبعة بالاقسام المدمجة في المدارس التربوية للأطفال المصابين بالشلل الدماغى. (دراسة حالات في المستوى الأول بالمدارس الابتدائية لولاية مستغانم). مجلة العلوم الإنسانية لجامعة ام البواقي. 9(3)

28\_ دريوش، راضية. (2019). مكونات المثلث الفعل الديدانكتيكي ودور في العملية التعليمية. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية. 7(1)

27\_ دعاء. (2018). شروط دمج ذوي الإحتياجات الخاصة من الموقع. تم إسترجاعه من <https://www.amrsal.com> 2023/04/05

28\_ دويفع، تسعديت. (2020). تأثير العولمة على المدرسة والمجتمع الجزائري من خلال الجانب السيكلوجي والبيداغوجي والديدانكتي. مجلة المجتمع والرياضة. 3(2)

29\_ زعرور، لبنى. يماشى، فيروز. (2021). إتجاهات الأساتذة نحو التلاميذ ذوي الشلل الدماغى المجمعدين في المدارس العادية.

30\_ زعموشي، رضوان. العزيز، وردة. (2020). إتجاهات نحو الدمج لذوي الإحتياجات الخاصة بين مؤيد ومعارض (قراءة سيولوجية في الدراسات العربية والأجنبية). مجلة أبحاث. 6(2)

31\_ ساميتيويين ، س. (2023). عيادة إعادة تأهيل الأطفال والعلاج الطبيعي في تيلاندا .

Récupéré sur <https://www.samativejhospitals.com>

32\_ سي يوسف، باية.(2022).أثر الدمج اللساني واللغوي والأكاديمي على توفير بيئة مناسبة لدى الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة (دراسة مسحية لتجارب ميداني). مجلة مسحية لتجارب ميدانية.8(1).

33\_ شاكر،اسماء.(2021).عناصر العملية التربوية في النظام التربوية.اي عربي.تم استرجاعه من <https://e3arabi.com> .

شحاتوغ, ج. (2021). أنواع الشلل الدماغي؟. تاريخ دخول الموقع. مارس 09, 2023 , sur <https://www.webtab.com/article>

34\_ شليحي, ر. (2019). نحو الإعتماد على منحى التكفل متعدد التخصصات للطفل التوحيدي كتوجيه حديث في التربية الخاصة تصور نظري لممارسة. (56 Récupéré ). sur <https://jilre.com>

35\_ صديقي، نوال.(2022).أساليب الدمج عند ذوي الصعوبات التعلم في المدارس العادية.مجلة المصباح.2(1).

36\_ الطبي. (2023). الأمراض العصبية / الشلل الدماغي . تاريخ دخول الموقع. أفريل 06, 2023 sur <https://altibi.com>. الأمراض العصبية/الشلل الدماغي.

37\_ عادل حجابة، جيهان.(2018). الوسائل التعليم مفهومها وفوائدها وأنواعها تم استرجاعه من [HTTPS://mawdoo3.com](https://mawdoo3.com)

38\_ عبده، ياسين.المقطري، سعيد.(2017).واقع إستخدام معلمات مدارس الدمج للتقنيات المساعدة مع الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة في بعض المدارس الحكومية بالتعليم الأساسي في الإمارات، مجلة العلوم التربوية. 25(1).

39\_ العطية، أسماء عبد الله. (2012). متطلبات تطوير نظام دمج الإحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين من وجهة نظر معلمتهم. مجلة الطفولة والتربية. 10(1).

40\_ فارز، فاطيمة. (2021). الوسائل التعليمية ودورها في ترقية العملية الديدانكتيكية. مجلة التعليمية. 12(1). جامعة ابن خلدون. تيارت.

41\_ فاروق مصطفى سالم، اسامة. فاروق مصطفى سلام. اميمة. (2016). الاتجاهات المعاصر لمواجهة تحديات ومعوقات الدمج الشاملة للأطفال الروضة الذاتويين. مجلة كلية التربية. 27(108)

42\_ فتحي، وادة. (2023). كفيات الدمج المدرسي للأطفال المعاقين ذهنيا في ضوء الخلفية القانونية. مجلة المجتمع والرياضة. 6(1).

43\_ قاسم، امجد. (2021). تعريف الاستبيان وانواع واهميته في البحث العلمي. افاق علمية وتربوية التربية و الثقافة منهجية البحث العلمية. تاريخ الدخول 30 ماي 2023 من <http://la3loom.com>

44\_ قاسي، إكرام. (2020). مشكلات دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية من جهة نظر معلمي الأقسام الخاصة. مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس جامعة العربية بن مهدي.

45\_ قاسي، سليمة. (2021). الثالثة الديدانكتيكي وابعاده على الفعل التربوي مقارنة مفاهيمية. مجلة الجزائرية الأبحاث والدراسات. 4(1)

46\_ قماري، محمد. قوعيش، معنية. بيو، هوارية. (2023). واقع الدمج تلاميذ ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس العادية (دراسة ميدانية على أساتذة التعليم الإبتدائي لمقاطعات ولاية مستغانم). مجلة دراسات نفسية وتربوية. 16(1).

47\_ قنفي، عبد المالك. حروابية، ليندة. (2022) إمكانية الدمج المدرسي وتحسين الصحة النفسية للطفل التوحدي من منظور معلمي الإبتدائي. مجلة العلوم الإنسانية، 22(1).

48\_ كامبريدج. (2023). برنامج الشلل الدماغي. مركز للرعاية الطبية وإعادة التأهيل، العيادات الخارجية. Récupéré sur <https://cmrc.comHome/>

49\_ كورتي، ج.، & وستوف. (2022). الشلل الدماغي. مصدر الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال قسم طب الأعصاب. Récupéré sur <https://www.healthychildren.org>

50\_ لتونسي، فائز. بولرياح، زرقط. شوشة، مسعود. (2018). العملية التعليمية مفاهيمها وانواعها وعناصرها. مجلة العلوم الاجتماعية. 07(29)

51\_ لشار، مسعودة. (2019). قطاب العملية التعليمية وتعليم السرد. مجلة علوم اللغة العربية وادابها 11(2) طبيب، هشام. (2018). دور المثلث التعليمي في التربية. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية. 34

52\_ لعزازقة، حمزة. (2022). الدمج المدرسي . تم إستراعه 2023/04/05 من <https://cte.univ-setif2.dz>

53\_ ماريو، ل. (2022). تأهيل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أطفال الخليج ذوي الإحتياجات الخاصة .

54\_ مايو كلينيك. (2023). شلل دماغي. مؤسسة مايو للتعليم والبحث الطبي .  
Consulté le 09, 2023, sur <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-coditiondcerbral-palsy/diagnostic-traitement/drc20354005>

55\_ محمد حسانين. عوظف.(2019).دمج الاطفال ذوي الحاجات الخاصة بمدارس العادية(الايجابيات و السلبيات).مجلة التربوية لكلية التربية (68).

56\_ مراد، حسام إبراهيم.(2019).متطلبات تطوير نظام دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس العادية. مجلة كلية التربية.73(عدد خاص).

57\_ مركشي، الصالح. (2016).دور الدمج المدرسي في تطوير اللغة الشفهية لدى الطفل المعاق سمعيا . أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علوم التربية تخصص تربية خاصة.

58\_ مزيلة, ق .(s.d.). إحصاء 15 ألف طفل مصاب بالشلل الدماغي في الجزائر. الشروق Consulté le مارس 10, 2023 , sur <https://www.handicapeonline.com>

59\_ مسعودي،رمضان.(2020).اخفاء المثلث الديدائكتيكي الكتاب في مرحلة التعليم الابتدائي.مجلة الممارسات اللغوية.11(1).

60\_ معليش،حسن.طبال،البشير.(2022).دمج اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المجتمع (دراسة نظرية) .مجلة دراسات اجتماعية.6(1)

61\_ ميمون،مجاهد(2015).المعلم قطر فعال في المثلث التعليمي قراءة في المعايير الواجب توفرها في معلم اللغة العربية الغير الناطقين بها. مجلة الخطاب.3(9).

62\_ النصر, ج. (2020). أطفال يولدون بالشلل الدماغي بسبب مشاكل الحمل . Récupéré sur <https://www.dzaraires.com>

63\_ واب تاب. (2023). الشلل الدماغي. .تاريخ دخول الموقع. مارس 09, 2023 , sur <https://www.webtab.com.neurology>

64\_ وزارة الصحة. (2023). الخدمة النفسية في مجال تنمية الطفل دائرة نمو الطفل .

Récupéré

sur

<https://www.govil/ar/Departements/General/Child.development-psyc>

65\_ يحيى، كريم. (2023). الإحتياجات التدريبية لمعلمي اقسام المدمج المدرسي في ظل

كفايات التي يتطلبها فئة ذوي الإحتياجات الخاصة الإعاقة السمعية. مذكرة لنيل شهادة

دكتوراه علوم تربية. جامعة محمد لمين دباغين

66\_ زهرة البنفسج. (2011). طرق التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة. احلا منتدى. تم

[www.ahlamontada.com](http://www.ahlamontada.com)

استرجاعه من:

67\_Brin. Frederique. cathrine. courier. (1997). Dictionnaire orthophonique. l'ortho-edition.

68\_CNFS. (2023). *Consortium national de formation et de santé*. Canda, Université d'ottawa .

69\_François Le Huche. (1984). la voix. Masson volume 3Ed. France.

70\_Rondal. (1977). *Trouble de langage diagnostic et Rééducation*. Paris: Ed Margdaga.

71\_Zellah Nacera (1997). la terminologie orthophonique dans l'enseignement. Alger. Universitaire Algerienne.

72-Elsa Laneyrie & Aurlie Landry. (2016).Prise en charge pluridisciplinaire des risque psychosociaux.open edition.journal le travail et la santé récupérer par: <http://doi.org/10.4000/piste.4686>.

الملاحق