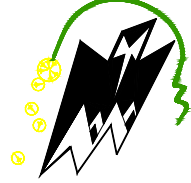


جامعة مولود معمري - تيزي وزو-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم الارطفونيا



دراسة دور الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية في  
تحسين الانتباه لدى الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية  
- دراسة ميدانية ل 30 حالة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين  
ذهنيا بواقنون -

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في الارطفونيا تخصص - علم الأعصاب اللغوي العيادي-

تحت إشراف الأستاذة :

من إعداد:

عدة دليلة

- خلفاوي رادية

- صياد لهنة

السنة الجامعية : 2024/2023

## شكر و تقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم و المعرفة و أعاننا على أداء هذا الواجب و الصلاة و السلام على محمد اشرف المرسلين .

نتقدم بالشكر و التقدير و الاحترام إلى الأستاذة المشرفة "عدى دليلة" التي ساعدتنا كثيرا في انجاز هذا العمل و على توجيهاتها و إرشاداتها المنهجية التي لم تبخل بها علينا طوال فترة البحث.

كما نتقدم بخالص عبارات الثناء إلى جميع طاقم (المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين عقليا) و نخص بالذكر رئيسة مصلحة المركز "رادي وردية"

و نواجه تقديرنا إلى جميع أساتذة قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا

كما نتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساهم في تقديم يد العون و المساعدة لإتمام هذا البحث على أكمل وجه

## إهداء



أشكر الله سبحانه وتعالى الذي أمدنا بالعافية والصبر لإتمام هذا العمل .

الصلاة والسلام على سيدنا محمد.

أهدى ثمرة جهدي هذا أهدي ثمرة جهدي هذا إلى اعز ما في الوجود منبع  
الحنان وقلب الحنان "أمي الحبيبة" حفظها الله لنا و أطال في عمرها.

وإلى أشرف إنسان في الوجود "أبي العزيز" الذي تعب من أجلي وتحمل  
كل المشاق أطال الله في عمره وأمه الصحة والعافية.

وإلى أعز الناس إلى قلبي إخوتي و أخواتي.

وإلى صديقاتي الوافيات التي شاركنني أيامي الجامعية .

إلى من قاسمتني هذا البحث صديقتي رادية.

وإلى كل من تعب معنا وساعدنا على إتمام بحثنا.

## لهنة



## إهداء



إلى من أوصاني ربي بهما خيرا، إلى من كانت دعواتهما لي في السر و العلن خير

زاد:

والدي و والدتي أطال الله في عمرهما و أمدهما بالصحة و العافية.

إلى أخواتي: لوبيزة و زهرة وأزواجهن احتراما وتقديرا.

إلى فرحة العائلة الكريمة.

إلى من كان سندي في الحياة، وساهم في تحقيق نجاحي أخي الغالي سمير.

إلى من أغرقني بنصائحه وبدعمه وتشجيعه ته زوجي العزيز

إلى رفيقات الدرب.

و أخيرا إلى كل فرد معاق...إلى أسر المعاقين

" إن الله إذا أحب قوم ابتلاهم".

إلى كل هؤلاء شكرا و عرفانا وتقديرا

اسأل الله المنان أن ينفع بهذه الرسالة كل من اطلع عليها

واحتاج إليها.

رادية



## ملخص الدراسة

تناولت دراستنا المتمثلة في دراسة فعالية الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية و دورها في تحسين الانتباه لدى الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية.

و لدراسة موضوع بحثنا بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا "واقنون" اعتمدنا في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي و أجريت الدراسة على عينة تكونت من 30 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 08 سنوات إلى 15 سنة حيث طبقنا فيه اختبار ستروب "stroop" و من ثم قمنا بجمع البيانات و المعلومات اللازمة حول موضوع دراستنا بعدها قمنا بالتحليل و التفسير و قد كانت نتائج دراستنا كالتالي:

- الكشف على مدى تأثير الإعاقة العقلية على وظيفة الانتباه.

- العمل بإتباع استراتيجية خاصة أدت بالأطفال المعاقين الى اكتساب علاقات داخلية و خارجية مع باقي الأفراد و اكتساب مهارات شخصية و عملية من اجل التكيف مع الحياة بصفة عادية بالقدرة المستطاعة.

الكلمات المفتاحية

\*الإعاقة العقلية

\*الانتباه

\*المركز النفسي البيداغوجي

## Resumé

Notre étude a abordé l'efficacité d'intégration dans les centres psychologique pédagogique et leurs rôle dans l'amélioration de l'attention chez les enfants atteints d'infirmité mentale,

Et pour étudier notre thématique de recherche dans le centre psychologique pédagogique des handicapés mentaux "ouaguenoun" on s'est basé sur le système descriptif analytique, l'étude s'est faite sur un échantillon formé de 30 enfants leurs âge oscille entre 08 ans a 15 ans

On a appliqué sur eux le teste "stroop" et après ça on a procédé à l collecte d'une base de donnée et des informations nécessaires autour de la thématique de notre étude après on a procédé a l'analyse et a l'interprétation et les résultats de notre étude comme suit:

- Détecter l'influence de l'infirmité mentale sur la fonction cognitive notamment l'attention
- Œuvrer à suivre une stratégie spécial qui aide les enfants handicapés a acquérir des relation internes et externes avec d'autre individus et acquérir des compétence personnelles et pratiques afin de s'acclimater a la vie d'une façon normale avec la capacité possible.

### Les mots clés

- L'infirmité mentale
- L'attention
- Centre psychologique pédagogique

## فهرس المحتويات

كلمة شكر و تقدير  
الإهداء  
مقدمة

### الجانب النظري الفصل الأول : الإطار العام للإشكالية البحث

|    |       |                  |    |
|----|-------|------------------|----|
| 5  | ..... | الإشكالية        | -1 |
| 9  | ..... | فرضيات البحث     | -2 |
| 9  | ..... | أهداف البحث      | -3 |
| 9  | ..... | أهمية البحث      | -4 |
| 9  | ..... | تحديد المفاهيم   | -5 |
| 10 | ..... | الدراسات السابقة | -6 |

### الفصل الثاني : الانتباه

|    |       |                                       |     |
|----|-------|---------------------------------------|-----|
| 12 | ..... | تمهيد                                 |     |
| 13 | ..... | لمحة تاريخية للانتباه                 | -1  |
| 16 | ..... | مفهوم الانتباه                        | -2  |
| 17 | ..... | أنواع الانتباه                        | -3  |
| 19 | ..... | مراحل الانتباه                        | -4  |
| 20 | ..... | وضائف الإنتباه                        | -5  |
| 20 | ..... | العوامل التي تؤثر في شد وحصر الانتباه | -6  |
| 22 | ..... | العوامل المشتتة للانتباه              | -7  |
| 23 | ..... | نظريات الانتباه حسب علم النفس المعرفي | -8  |
| 26 | ..... | محددات الإنتباه                       | -9  |
| 27 | ..... | إضطرابات الانتباه                     | -10 |
| 27 | ..... | علاقة الانتباه بالقدرات التعليمية     | -11 |
| 28 | ..... | تقييم النفسي العصبي للانتباه          | -12 |
| 28 | ..... | الانتباه لدى المتخلفين عقليا          | -13 |
| 29 | ..... | مناطق المخ المسؤولة عن الإنتباه       | -14 |
| 31 | ..... | خلاصة الفصل                           |     |

### الفصل الثالث : الدمج

|    |       |  |    |
|----|-------|--|----|
| 34 | ..... | مفهوم الدمج                                | -1 |
| 35 | ..... | تعريف الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية | -2 |
| 35 | ..... | مراحل تطور الدمج                           | -3 |

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 37 | ..... | 4- مبادئ و أسس المراكز النفسية البيداغوجية |
| 43 | ..... | 5- مستويات المراكز النفسية البيداغوجية     |
| 43 | ..... | 6- خدمات المراكز النفسية البيداغوجية       |
| 46 | ..... | 7- أهداف المراكز النفسية البيداغوجية       |
| 46 | ..... | 8 واقع ذوي الإحتياجات الخاصة               |
| 49 | ..... | خلاصة الفصل                                |

#### الفصل الرابع : الإعاقة العقلية

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 51 | ..... | تمهيد                                      |
| 52 | ..... | 1- تعريف الإعاقة العقلية                   |
| 54 | ..... | 2- تصنيفات الإعاقة العقلية                 |
| 58 | ..... | 3- أسباب الإعاقة العقلية                   |
| 65 | ..... | 4- خصائص الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية |
| 67 | ..... | 5- الإنتباه عند المعاق عقليا               |
| 67 | ..... | 6- مناهج التعليم للمعاق عقليا              |
| 68 | ..... | 7- واقع الإعاقة في الجزائر                 |
| 69 | ..... | 8- الخلاصة                                 |

#### الجانب التطبيقي

#### الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للبحث

|    |       |                                     |
|----|-------|-------------------------------------|
| 72 | ..... | تمهيد                               |
| 73 | ..... | 1- الدراسة الإستطلاعية              |
| 73 | ..... | 2- منهج البحث                       |
| 74 | ..... | 3- مكان و زمان إجراء الدراسة        |
| 76 | ..... | 4- عينة الدراسة و خصائصها           |
| 76 | ..... | 5- أدوات البحث                      |
| 78 | ..... | 6- كيفية تطبيق الاختبار             |
| 79 | ..... | 7- الأساليب الإحصائية المعتمد عليها |

|    |       |             |
|----|-------|-------------|
| 80 | ..... | خلاصة الفصل |
|----|-------|-------------|

#### الفصل السادس: عرض و تحليل النتائج

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 82 | ..... | 1- عرض و تحليل نتائج الحالات               |
| 82 | ..... | 1-1- عرض و تحليل نتائج التعليم 1           |
| 84 | ..... | 2-1- عرض و تحليل نتائج التعليم 2           |
| 87 | ..... | 3-1- عرض و تحليل نتائج التعليم 3           |
| 89 | ..... | 4-1- عرض و تحليل نتائج التعليم 4           |
| 92 | ..... | 2- دراسة الفروق بين القياس القبلي و البعدي |
| 93 | ..... | الاستنتاج العام                            |

|    |       |               |
|----|-------|---------------|
| 96 | ..... | الخاتمة       |
|    |       | قائمة المراجع |
|    |       | الملاحق .     |

## فهرس الجداول :

- جدول رقم 01: يبين التصنيفات السيكوميترى من وجهة نظر القياس النفسى.....57
- جدول رقم 02 : يمثل عدد الموظفين فى كل سلك داخل المؤسسة.....74
- جدول رقم 03 : يمثل خصائص و معلومات عينة البحث .....75
- جدول رقم 04 : يمثل عرض نتائج الحالات فى التعلومة الأولى (البطاقة أ) .....82
- جدول رقم 05 : يمثل عرض نتائج الحالات فى التعلومة الثانية (البطاقة ب).....84
- جدول رقم 06 : يمثل عرض نتائج الحالات فى التعلومة الثالثة (البطاقة ج).....87
- جدول رقم 07 : يمثل عرض نتائج الحالات فى التعلومة الرابعة (البطاقة ب) .....89
- جدول رقم 08 : يمثل نتائج الفروق بين القياس القبلى و القياس البعدى.....92

## فهرس الأشكال

- الشكل رقم 01 : مخطط يوضح التطور التاريخى لدراسة عملية الإلتباه.....15

# مقدمة

هناك في كل مجتمع من المجتمعات فئة خاصة تتطلب تكيف خاص مع البيئة التي يعيشون فيها نتيجة لوضعهم الصحي الذي يوجد به خلل ما، و من بين هذه الفئات فئة الإعاقة العقلية التي تعتبر ظاهرة معروفة على مر العصور، و لقد تعددت التفسيرات لهذه الظاهرة لأنها تجمع بين العديد من ميادين العلم و المعرفة.

فالإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي و الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، و يصاحب ذلك خلل واضح في سلوك التكيفي، و يظهر ذلك في المرحلة النمائية منذ الميلاد. (الروسان، 2003، ص23).

وتتميز هذه الفئة بمجموعة من الخصائص تظهر على شكل اضطرابات سلوكية ، نفسية ، اجتماعية و معرفية .

و لقد أصبح هذا الاضطراب محط الاهتمام لكثير من الباحثين و القائمين على تربية الطفل و ذلك نتيجة لآثار السلبية التي يحدثها على المستوى المعرفي و الانفعالي و الاجتماعي و كذلك المشكلات الأسرية.

ونجد من خلال هذا البحث أردنا دراسة عملية الانتباه التي تعد وسيلة إتصال مهمة و مقدمة ضرورية لبقية العمليات الأخرى عند هذه الفئة المدمجة في المراكز النفسية البيداغوجية لأنه في الوقت الحاضر هناك اهتمام واضح و ملموس برعاية و تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة على جميع المستويات الدولية و الإقليمية و القومية، كتعبير عن اقتناع المجتمعات المختلفة بحق المعاقين في الحياة الكريمة كغيرهم من أفراد المجتمع، مقابل النضر إليهم كجزء من الثروة البشرية، مما يحتم تنميتها و الاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

من هذا المنطلق ركزنا على المراكز النفسية البيداغوجية و دورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، و لدراسة موضوع بحثنا قسمنا بحثنا إلى جانب نظري و جانب تطبيقي .

- **الفصل الأول:** يمثل الإطار العام لدراسة حيث تم من خلاله تحديد إشكالية الدراسة و فرضياتها، أهداف الدراسة، الإطار المفاهيمي، و أخيرا الدراسات السابقة التي تناولت موضوع دراستنا.

## مقدمة

---

- **الفصل الثاني:** و قد اشرنا في هذا الفصل إلى مفهوم الإعاقة العقلية، تصنيفاتها و خصائصها.
- **الفصل الثالث:** و في هذا الفصل قمنا بتحديد أنواع و وظائف و مراحل الانتباه و الجانب العصبي له
- **الفصل لرابع:** و هذا الفصل الخاص بالإدماج في المراكز النفسية البيداغوجية، تطرقنا فيه إلى مجموعة من العناصر و هي:  
مراحل تطور المراكز النفسية البيداغوجية، أسس و مبادئ المراكز النفسية البيداغوجية، استراتيجيات المراكز النفسية البيداغوجية و أهدافها، إضافة إلى خدمات المراكز النفسية البيداغوجية.
- **الفصل الخامس:**تناولنا فيه الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة بتحديد كل من مجالات الدراسة، و المنهج المتبع، الى جانب مجتمع الدراسة و الأدوات المستخدمة في جمع البيانات.
- **الفصل السادس:** قمنا بعرض و تحليل النتائج ، مناقشة النتائج ، خاتمة البحث و أخيرا التطرق إلى بعض التوصيات و الاقتراحات و الملاحق .

# الجانب النظري

## الفصل الأول : الإطار العام للإشكالية البحث

- 1- مقدمة .
- 2- إشكالية .
- 3- فرضيات البحث.
- 4- أهداف البحث.
- 5- تحديد المفاهيم .
- 6- الدراسات السابقة .

إشكالية :

لا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات الإنسانية من وجود أفراد معاقين، إلا أن الفرق يظهر في طبيعة نظرتها وتعاملها مع هذه الفئة فلكل خصوصيته التاريخية والحضارية، ومنظومة من القيم والمعايير الاجتماعية التي تحكم تصرفات أفرادها، وتحدد نظرتهم إلى مختلف أمور الحياة. ومن المسلم به أن المجتمعات الإنسانية لا تخلو من المشاكل والصعوبات التي تواجه الأفراد والجماعات، إلا أن حجم ونوعية هذه المشاكل يختلف من فئة لأخرى. ومن بين الفئات الاجتماعية التي تواجه مشاكل معقدة وحساسة في مختلف المجتمعات هي فئات المعاقين، حيث بدأ الاهتمام الحديث بالمعاقين في القرن التاسع عشر بسبب الحروب وقد انتشر هذا الاهتمام في الدول الأوروبية والولايات المتحدة واتضحت مظاهر هذا الاهتمام من خلال إنشاء الجمعيات والمنظمات والهيئات التي تعني بالمعاقين وتقديم المساعدة لهم في جوانب كثيرة من الحياة إلا أن تقدم الحياة وتعقدتها أبرز واقعاً غير مريح بالنسبة لهذه الفئة حيث أصبحت الإعاقة مشكلة اجتماعية ونفسية تؤثر في نفسية المعاق وبالتالي فإنها قد تؤدي إلى تكوين مفهوم ذات سلبي لديه كذلك قد تؤثر في شخصيته، خاصة فئات المعاقين عقليا.

و تعتبر الإعاقة العقلية من المشاكل الإنسانية التي أثارت اهتماما من قبل الباحثين و المختصين في مختلف الميادين كالتربية وعلم النفس، فهي خلل في الوظائف العليا للدماغ كالتركيز و العد و الذاكرة و الاتصال مع الآخرين، و التي ينتج عنها إعاقات تعليمية أو صعوبات تعلم أو خلل في التصرفات و السلوك العام للفرد، و قد ظهرت في الآونة الأخيرة عدة مصطلحات تشير إلى الإعاقة العقلية مثل التخلف العقلي، النقص العقلي، الضعف العقلي، و مهما يكن من أمر هذه المصطلحات التي تعبر بطريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية، فنحن نميل إلى استخدام مصطلح أكثر حداثة و هو المعاقين عقليا، و ذلك تجنباً للمردود السلبي تجاه المصطلحات القديمة، كما تشكل ظاهرة الإعاقة العقلية نسبة 2 % إلى 3% من السكان، و لكن التكفل بهذه الفئة تتأثر بعوامل كثيرة منها المستوى الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي في العالم ، و أولوية الخدمات لفئات المواطنين و نضرة المجتمع للمشكلة. (كمال مرسى، 1999، ص59).

و تعرف الإعاقة العقلية أيضا بالاضطراب العقلي النمائي و عجز التعلم العام، كما أنها اضطراب في النمو العصبي يتميز بضعف الأداء الفكري و الذهني و التكيفي

و يعتبرها جروسمان "Grossman" بأنها تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين و يصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكييفي و يظهر في مراحل العمر. (الحازمي، 2007، ص 24)

و نجد أن الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية يعانون من درجات متفاوتة من تدني المهارات المعرفية، و تكون مصنفة بين المعتدلة والشديدة، إذ قام الباحثون بتركيز اهتمامهم على هذه الظاهرة و على رأسهم العالم الكبير "إسكيروول" الذي ميزها على مختلف الأمراض العقلية و ذلك عن طريق تقسيم المعاقين عقليا حسب حالتهم اللغوية وقدراتهم على الانتباه والتركيز.

و من خصائص الإعاقة العقلية أن هؤلاء الأطفال المعاقين عقليا لا يمكنهم الاستقرار في مكان معين و لا يكفون عن الحركة المستمرة، سواء كانت هذه الحركة شاملة للجسم كله أم لبعض أجزائه، كما أن لهؤلاء الأطفال القدرة على الاستمرار المستمر في سلوكهم و الإصرار على هذا التكرار. (عبد الرحمان سليمان، 2001، ص 142)

و قد تحدث هذه الإعاقة نتيجة العوامل الطبية و البيئية سواء كان ذلك في فترة الحمل أو غيرها، مما قد يتسبب في معاناة بعض الأطفال ذوي الإعاقة من اضطرابات واضحة عند الولادة أو بعد فترة قصيرة، حيث يمكن أن تكون هذه الاضطرابات جسدية أو عصبية و يمكن أن تتجسد في ملامح غير طبيعية على مستوى الوجه أو حجم غير طبيعي للرأس، فقد يكون كبير أو صغير جدا بالإضافة إلى شذوذ أخرى على مستوى الجسم كما يمكن أن يكون مظهر الطفل طبيعيا كغيره من الأطفال العاديين، فقد لا تتطور معظم أعراضها الواضحة لدى أغلبية الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة إلى أن يصلوا إلى مرحلة ما قبل المدرسة، كما نجد أن فئة الإعاقة العقلية واحدة من فئات التربية الخاصة الأكثر شيوعا مقارنة بالفئات الأخرى، كالسمعية و البصرية و الحركية و اللغوية، إذ تذكر ليرنر ( Lerner , 2004 ) أن أكثر فئات الإعاقة شيوعا في المجتمع الأمريكي هي فئة صعوبات التعلم تليها فئة الإعاقة العقلية. (جمال الخطيب و آخرون، 2007، ص 134)

وفي بعض الأحيان يكون المتخلف عقلي إنسان عادي لا يعاني من أي تشوهات جسمية أو خلقية، فيتعرف عليه المجتمع من خلال حركاته الغير هادفة و الغير متحكم فيها التي تتصف بالعدوانية و عدم الانسجام.

كما أن الإعاقة العقلية تترك آثار سلبية تنعس بشكل مباشر أو غير مباشر على مختلف مظاهر سلوك الفرد و ذلك بدرجات و نسب متفاوتة بينهما، أي انه يؤثر على قدرته على التكيف الاجتماعي و على اتزانه الانفعالي و كذا سماته الشخصية، بالإضافة إلى تأثيره على قدراته العقلية و وظائفه المعرفية بما فيها الانتباه فنسبة الانتباه لدى الطفل ذوي إعاقة ذهنية يكون محدود في المدة و المدى، فلا ينتبه إلا لشيء واحد و لمدة قصيرة لضعف العوامل الداخلية التي سرعان ما يشتت انتباهه.  
(سهير محمد سلامة شاش ، 2001، ص41)

فالانتباه يساعد الفرد على إن ينتقي المثيرات التي يسمح لها بدخول نظام المعالجة لديه تجعل من عملية الإدراك ممكنة و فعالة و توفر الطاقة والجهد الجسدي و العقلي لان الانتباه يكلف الكثير من الجهد و الطاقة الذهنية و الجسدية و من هنا لابد لنا أن نميز بين ثلاثة مفاهيم مترابطة و متسلسلة في معالجة المعلومات و هي عملية الانتباه.(العنوم ، 2012، ص73)

وهذا ما تدعمه الباحثة ماجدة السيد عبيد سنة (2000) التي ترى أن الانتباه هو القدرة على التركيز على مثير محدد متطلبا مهما لتعلم التمييز، وقد خلصت النتائج إلى افتراض مفاده أن قدرة الشخص المتخلف عقليا على الانتباه إلى المثيرات ذات العلاقة في الموقف أضعف أو أدنى من قدرة الأشخاص غير المعوقين، و أن ضعف الانتباه هذا هو العامل الذي يكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها الأشخاص المتخلفين عقليا و اعتمد على عدة إستراتيجيات مختلفة التي من شأنها العمل على زيادة الانتباه .

من ابرز الدراسات التي قامت بتناول القدرات العقلية لدى المتخلف عقليا نجد دراسة سيراس ( 1991 , seras ) ، ودراسة سانا ( 1994 , sana ) التي أوضحت أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب في وظائف الانتباهمن حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء و أيضا دراسة جان ( 1994 , jane ) التي أوضحت أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة معرفية في كل من الانتباه ، التذكر و استخدام اللغة بجانب القصور في القدرة على التخيل .

و بالتالي فان هذه الفئة من الأطفال تحتاج إلى رعاية خاصة و تعليم خاص بهم، و ذلك لأنهم مجموعة من الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة خاصة حتى يتعلمون و يتدربون أو يتوافقون مع متطلبات حياتهم اليومية و الأسرية و الوظيفية و المهنية، و تسعى المجتمعات الآن إلى الاهتمام بهذه الفئة على

اختلاف أنواعها، و ذلك لكون هذه الفئة لها أنواع عديدة من الإعاقات، مثل الإعاقة العقلية، العاقة السمعية، الإعاقة الحركية، الإعاقة البصرية.

و قد أنشأت المجتمعات ما يعرف بمؤسسات و مراكز رعاية المعاقين، و التي أصبحت تعرف بالمراكز النفسية البيداغوجية للتكفل بالمعاقين، حيث و فرت هذه المراكز مختلف التجهيزات و الهياكل المتنوعة البيداغوجية منها و الترفيهية و الطبية، و تعمل هذه المراكز على تقديم عدة خدمات من أهمها التربية و التعليم و خدمات الترفيه و التعلم باللعب، إذ أن هذه الخدمات تسهل على المعاق حياته في ظل إعاقته، كما نجد أن هذه المراكز تتوفر على طاقم بيداغوجي متنوع من أخصائيين و مربين، و غيرهم من العاملين الذين يسعون إلى خدمة الفرد المعاق لتحويله من فرد مهمش إلى فرد فعال في المجتمع.

و تعتبر المراكز الخاصة البيداغوجية على أنها وسيلة فعالة في مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيش فيها، و إعدادهم إعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة العامة التي يعيشها البالغون العاديون. (عادل عز الدين الأشول ، 1997، ص 02)

و قد صدرت في الجزائر العديد من التشريعات و التي توفر الحماية و الرعاية في مختلف مجالاتها القانونية و الاجتماعية و النفسية و الصحية مما يجعل ضرورة وضع آليات رعاية تختلف عن الآليات المتعلقة بحماية الأشخاص العاديين و منه فقد كرس القانون 09-02 المؤرخ في ماي عام 2002 المتعلقة بحماية الأشخاص المعوقين و ترقيةهم في الإطار المؤسسي و القانوني لحماية ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال المبادئ التوجيهية التي تضمنها عملية الرعاية و المتصلة بكيفية وضع إطار مؤسسي لإدماجهم اجتماعيا، إضافة إلى النصوص القانونية السابقة كقانون 05-85 المتعلقة بالصحة و ترقيتها، و المراسيم التنظيمية المتصلة بحماية المعاقين بشكل عام بما فيه الطفولة و هي تدخل في إطار المنظومة التشريعية الجزائرية.

و من خلال بحثنا أردنا دراسة فعالية الإدماج في المؤسسات النفسية البيداغوجية في تحسين الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقليا، و على هذا الأساس قمنا بطرح التساؤلات التالية :

- هل يؤدي الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية على تحسين الانتباه لدى الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية ؟

2- فرضيات البحث:

- يؤدي الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية إلى تحسين الانتباه لدى الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية .

3- أهداف البحث :

- معرفة مدى تأثير الإعاقة العقلية على وظيفة الانتباه.  
- الكشف على مدى تأثير الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية في تحسين الانتباه عند الأطفال المعاقين عقليا.

4- أهمية البحث :

- تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تتناول موضوعا جد مهم ألا وهو الإعاقة العقلية، إذ يعتبر هذا النوع من أشد الاضطرابات التي تؤثر على العمليات المعرفية عند الطفل ، والتي تؤدي بدورها إلا نقص المهارات التواصلية التي تساعده في التكيف مع بيئته .

- تناول الانتباه كجانب أساس في الدراسة الذي يعد مدخل مقدمة لجميع العمليات العقلية الأخرى و إبراز مدى تأثير اضطرابها على مختلف الوظائف العقلية الأخرى المتصلة بها بدرجة أولى .

- الرغبة في تطوير البحوث العلمية المتعلقة بهذا المجال .

5- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا :

1- الانتباه : هي الدرجة التي يتحصل عليها الأطفال من خلال مهمة التعرف و الإجابة على بنود اختبار ستروب في وقت زمني محدد من خلال التعرف على الألوان و الكلمات .

2- الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية : هم مجموعة من الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية الذين تتراوح أعمارهم ما بين 08 إلى 15 سنة اللذين تم تشخيصهم بتطبيق اختبار ستروب و اللذين يلتحقون بالمركز النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية بواقنون .

3- المراكز النفسية البيداغوجية : و هي ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع و الموجهة إلى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم، و تأكيد ذواتهم، و تؤدي في النهاية إلى تكاملهم مع العاديين في المجتمع، لكي تحقق لهم

أكبر قدر ممكن من استثمار إمكانياتهم المعرفية و الاجتماعية و الانفعالية، و المهنية طوال حياتهم و لصالح المجتمع.

#### 6- الدراسات السابقة:

فيما يخص الانتباه فقد نالت قسط كبير من الدراسة من طرف الكثير من الباحثين من بينهم **مغازي محمد إبراهيم سنة (2004)**، التي وصلت إلى أن الأطفال المعاقين عقليا يعانون من قصور و ضعف في الانتباه فمثلا انتباه الطفل الصغير محدود في المدة و المدى فلا ينتبه إلا لشيء واحد و لمدة قصيرة، و يشتت انتباهه بسرعة و تمر به أشياء كثيرة لا ينتبه إليها من نفسها مثيرات الانتباه الداخلية عنده ضعيفة و يحتاج إلى ما يثير انتباهه من الخارج، فلا ينشغل بمثيرات أخرى ليس لها علاقة بهذا الموضوع. (المغازي إبراهيم محمد، 2004، ص102)

أما دراسة **ماجدة السيد عبيد سنة (2000)**، أن الانتباه هو القدرة على التركيز على مثير محدد متطلبا مهما لتعلم التمييز، وقد خلصت النتائج إلى افتراض مفاده أن قدرة الشخص المتخلف عقليا على الانتباه إلى المثيرات ذات العلاقة في الموقف أضعف أو أدنى من قدرة الأشخاص غير المعوقين، و أن ضعف الانتباه هذا هو العامل الذي يكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها الأشخاص المتخلفين عقليا و اعتمد على عدة إستراتيجيات مختلفة التي من شأنها العمل على زيادة الانتباه .

وفي دراسة **سعيد إبراهيم دببيس و دراسة إبراهيم السمدوني (1998)**، التي كانت تهدف إلى معرفة قدرة المتخلفون عقليا على الانتباه، و القابلية العالية للتشتت، ليس ذلك فحسب بل أن عجز الانتباه يصاحبه النشاط الزائد الذي ينجم عنه بعض المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال منها العدوانية، وعدم التعاون مع زملائهم في اللعب أو التعاون و المشاركة في الأنشطة إضافة إلى حدة الحالة المزاجية .

## الفصل الثاني : الانتباه

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن الانتباه.
  - 2- مفهوم الانتباه.
  - 3- أنواع الانتباه.
  - 4- وظائف الانتباه.
  - 5- مراحل الانتباه.
  - 6- العوامل المؤثرة في شد و حصر الانتباه.
  - 7- العوامل المشتتة للانتباه.
  - 8- نظريات الانتباه
  - 9- محددات الانتباه.
  - 10- اضطرابات الانتباه.
  - 11- علاقة الانتباه بالقدرات المعرفية التعليمية.
  - 12- التقييم النفسي العصبي للانتباه.
  - 13- الانتباه لدى المتخلفين عقليا.
  - 14- مناطق المخ المسؤولة عن الانتباه .
- خلاصة.

### تمهيد :

تعتبر عملية الانتباه من العمليات العقلية المعرفية الهامة التي تمت دراستها في علم النفس المعرفي و العلم العصبي، بحيث تكمن أهميتها في اتخاذ القرارات و التفكير، لكونها من المتطلبات الرئيسية للعديد من العمليات المعرفية كالإدراك، التذكر... الخ ، لهذا سنتطرق في بحثنا هذا إلى طبيعة الانتباه، مفهومه، وظائفه و العوامل المؤثرة فيه و كيف فسره علماء النفس المعرفي.

1- لمحة تاريخية عن الانتباه :

لقد تنبه فلاسفة اليونان القدماء إلى أهمية موضوع الانتباه على اعتبار أنه عنصر هام في عمليات بناء المعرفة و تكوين محتويات العقل، و قد اعتبروه تركيز العقل أو عضو الحس في شيء معين، فنجد أرسطو في معرض حديثه عن الروح الحاسة و العقل يؤكد أهمية الحواس على اعتباره تركيز نوافذ العقل التي يطل من خلالها على هذا العالم، و يولي أهمية إلى عنصر الانتباه على اعتباره تركيز العقل في الفكر، فهو يفترض أن الأفراد يولدون و عقولهم صفحة بيضاء تتشكل فيها الخبرات جراء تفاعلهم مع المثبرات التي في بيئاتهم. و يرى أن هذه الخبرات هي بمثابة ارتباطات بين مثبرات و استجابات تتشكل وفقا لإحدى المبادئ الثلاثة التالية و هي : التجاور، التشابه و التنافر و مثل هذه والارتباطات تكون في بداية الأمر بسيطة و قليلة العدد، لكنها تزداد تعقيدا و عددا في ضوء فرص التفاعل المستمرة. (سهيلة محسن كاظم، 2005، ص 523)

إن مثل هذه النظرة تطورت عبر العصور اللاحقة، و يكاد يكون الفيلسوف الفرنسي ديكارت (Descartes) ممن أولى أهمية بالغة لموضوع أعضاء الحس و عمليات الانتباه في التحصيل المعرفي فهو يرى أن الأفراد يعملون على نحو عالي و يتشاورون بالضوء و الصوت و غيرها من المؤثرات الأخرى، بحيث تعمل أعضاء الحس على فتح مسام الدماغ .

كما أكد الفلاسفة الانجليز أصحاب اتجاه الفلسفة الترابطية أمثال هربرتسبنسر و جوكلوك و بيركلي و غيرهم دور الانتباه في التعلم .

ففي هذا الصدد يرى سبنسر أن عقل الإنسان كالصلصال يمكن أن تنقش عليه الخبرات المختلفة وفقا لعمليات التفاعل الحسي المباشر مع البيئة، بحيث يشكل الانتباه الحسي عنصرا بارزا في تشكيل مثل هذه الخبرات .

كما يؤكد جوكلوك فكرة الصفحة البيضاء للعقل الإنساني التي تنطبع عليها الآثار الحسية للأشياء اعتمادا على عامل الانتباه الذي يوليه الفرد لمثل هذه الأشياء أثناء تفاعلاته مع البيئة، و يلاحظ انه بالرغم من اهتمام الفلاسفة بموضوع الإحساس و الانتباه في عمليات التكوين المعرفي، إلا أن التفسيرات التي قدموها لم تخضع لمناهج البحث العلمي الموضوعية، إذ أن معظم هذه التفسيرات اعتمدت على الآراء الذاتية و مبادئ الاستقراء و القياس. و نتيجة لانفصال العلوم عن الفلسفة و اعتمادها المنهج

العلمي القائم على الملاحظة و التجريب في دراسة الظواهر الطبيعية، ذهب بعض العلماء أمثال "جوست افنجر" و غيره على إخضاع بعض الظواهر النفسية كالإحساس و الانتباه إلى التجريب، و توصل إلى قياس ما يسمى بعتبة الإحساس و الذي يتمثل بالحد الأدنى لشدة المثير الذي يمكن لعضو الحس التأثر به . (رافع ناصر الزغلول و د عماد عبد الرحيم الزغلول، ص 95)

و مع ظهور المدرسة البنائية في ألمانيا على يد عالم النفس **وليمفونت** و تأسيس أول مختبر في مجال علم النفس، ازداد الاهتمام بدراسة الظواهر النفسية المختلفة، و قد اعتمد في أبحاثه طريقة تحليل الخبرة الشعورية إلى مكوناتها من خلال التأمل الباطني، أو ما يسمى بالاستبطان. اهتمت المدرسة البنائية بموضوع الانتباه حيث اعتبره **تتشنر** عملية اختيارية تعتمد على تركيز الوعي أو الشعور بمثير أو حدث معين دون غيره من المثيرات الأخرى، و اعتبر أن إدراك الخبرة يتغير تبعاً لتغير الانتباه .

و يعد عالم النفس الأمريكي **وليام جيمس** من أوائل علماء النفس في العصر الحديث الذين اهتموا بدراسة عملية الانتباه بطريقة موضوعية على اعتبار أنها إحدى الظواهر النفسية الهامة في السلوك الإنساني، فهو يرى أن كل ما ندركه أو نعرفه أو نتذكره ما هو إلا نتيجة لعملية الانتباه .

قد أكد **جيمس** على سعة الانتباه المحدودة للفرد، حيث لا يمكن للفرد أن يوزع انتباهه إلى أكثر من مثير واحد في الوقت نفسه إلا في حالة كون احدها مألوفاً أو اعتيادياً بالنسبة له.

أما العالم البريطاني **برودبنت (Broadbent)** ألف كتاباً بعنوان الإدراك و الاتصال، اهتم بموضوع الانتباه، و يرى أن الانتباه هو بمثابة محصلة الطاقة المحدودة لنظام معالجة المعلومات.

ففي نظريته يرى أن العالم المحيط يتألف من آلاف الأحاسيس التي لا يمكن معالجتها معاً في منظومة الإدراك المعرفية، الأمر الذي يدفعنا إلى توجيه المرشح (**filter**) كحاجز أثناء مراحل معالجة المعلومات بحيث يسمح بالانتباه لبعض المعلومات و إهمال بعضها الآخر. (رافع النصير الزغلول و د عماد عبد الرحيم ، ص 96)

المخطط (1)

المخطط يوضح التطور التاريخي لدراسة عملية الانتباه

فلاسفة اليونان أن الانتباه

(معرفة، إرادة، انفعال)



جنيفونز (1871) (الانتباه لحظة يقول كلما زاد عدد البقول زاد التثنتت)



فولت (1879) (ان الانتباه من صيغ وضوح الشعور)



كالتون (1884) (قياس القدرة العقلية (17) قدرة)



تنتشو (1892) (العمليات الأولية للشعور تبني على المنطق)

(الانتباه=إدراك، فهم،تذكر)



السلوكيون بداية القرن العشرين

السيطرة الحسية للسلوك النموذج العصبي (لأشيرنكتون)



بعد الحرب العالمية الثانية

(دراسة الجهاز العصبي بشكل مفصل)

2- مفهوم الانتباه:

هنالك عدة تعاريف حاولت تفسير مفهوم الانتباه و من بينها نجد :

- تعريف ولسون (wilson1979) : الانتباه هو الاستجابة المركزة و الموجهة نحو مثير معين يهم الفرد والتي يحدث في أثنائها معظم التعلم و يجري تخزينه في الذاكرة إلى حين الحاجة .
  - تعريف اوكسفورد ( oxford. 1998 ) : هو تركيز الذهن على شيء ما ذي معنى أو تفكير معين يهدف إلى القيام بفعل ما، و مراعاة حاجات الآخرين و رغباتهم بصورة تعاطفية.
  - فان الانتباه من وجهة نظر معرفية اختيار و استعداد للإدراك، و هو طاقة عقلية أو ذهنية تستدعي التركيز، و انه إستراتيجية و مصفاة من وجهة نظر معالجة المعلومات.
  - تعريف اسعد رزوق : هو تكيف حسي ينجم عن حالة قصوى من التنبيه او حدوث تكيف في الجهاز العصبي لدى الكائن الحي. (اسعد رزوق ، 1992، ص47)
  - تعريف أنور محمد الشرقاوي : على أنه " عبارة عن عملية بؤرة أو تركيز الشعور على عمليات حسية معينة من المثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد أو من المثيرات الصادرة عن داخل الجسم، وحيث أن الفرد لا يستطيع أن ينتبه إلى جميع هذه المثيرات، فغنه يختار ما يتفق مع حالة التهيو العقلي. (عبد اللطيف ، 2007، ص 07)
  - تعرف موسوعة علم النفس : الانتباه هو ذلك النشاط الانتقائي الذي يميز الحياة العقلية بحيث يتم حصر الذهن في عنصر واحد من عناصر الخبرة، فيزداد هذا العنصر وضوحا عما عداه.
  - ويلخص روبرتسولسو : الانتباه هو تركيز الجهد العقلي على أحداث حسية أو عقلية، وتعتمد كثير من الأفكار المعاصرة على الانتباه على افتراض أن قدرة جهاز معالجة المعلومات على تناول فيض المداخلات محكوم بمحددات هذا الجهاز ، أما مصطفى الزيات فيعرفه بأنه عملية تنطوي على خصائص تميزه، أهمها الاختيار أو الانتقاء والتركيز والقصد والاهتمام أو الميل بموضوع الانتباه.
- (جعافرة، 2010، ص ص 20 29)

3- أنواع الانتباه:

يحدد كل من عثمان (2012) ، و السيد علي سيد احمد و فائقة محمد بد و آخرون (1999) يوجد ثلاثة أنواع للانتباه على حسب طبيعة المنبهات و المثيرات هي :

3-1- الانتباه الإداري :

يعد هذا الانتباه إدارياً، حيث يحاول الفرد تركيز انتباهه على مثير واحد من بين عدة ومثيرات ويحدث هذا الانتباه انتقائياً بسبب محدودية الطاقة العقلية للفرد ومحدودية سعة التخزين وسرعة معالجة المعلومات . ويحتاج هذا النمط من الانتباه على مجهود شعوري، ويتطلب دوام هذا النوع من الانتباه وقتاً طويلاً ووجود دافع قوي لدى الفرد الكلي يستمر في انتباهه هذا، لأن عوامل التشتت تكون عالية والدافعية الاستمرار للانتباه قد تكون بدرجة عالية .

فدوافع الفرد هي التي تحدد الانتباه واختيار المثيرات، وهذا يقودنا عموماً إلى حصر الانتباه الإرادي بحالة تتعلق بدافع شعوري قوي ، وهذا الانتباه يقدر عليه الأطفال في العادة فليست لديهم قدرة وصبر وليست لديهم قوة إرادة تحملهم على بذل الجهد واحتمال المشقة الوقتية لتحقيق الانتباه.

3-2- الانتباه التلقائي أو الاعتيادي:

هو الانتباه لمثير يشجع حاجات الفرد ودوافعه الذاتية؛ حيث يركز انتباهه إلى مثير واحد من بين عدة مثيرات ببسر وسهولة تامة. ونوع من الانتباه تعود عليه الفرد وألفه حتى صار عادة مكتسبة من خبرة سابقة لديه أدت به إلى تحديد موقف معين استجاب له بمثل هذا النوع من الانتباه .كل إنسان في هذا النوع من الانتباه ينتبه إلى الأشياء التي أعتاد من قبل الاهتمام بها والتي تنفق مع عاداته وميوله واهتمامه(عثمان ،2012 ،صص23-21). وخير مثال على ذلك حضور طالب لإجراء دورة تدريبية في لإجرفوتيراتي التي كان ينتظرها بفارغ الصبر مركزاً انتباهه إلى المحاضر ومحتوى الدور فهذا الانتباه انتقائي يحتاج إلى جهد عقلي وجسدي كبيرين لتركيز الانتباه ، وبالتالي تكون عوامل التشتت منخفضة .

3-3- الانتباه اللاإرادي:

حيث يحدث الانتباه حينما تفرض بعض المنبهات الخارجية أو الداخلية ذاتها علينا. مثال: عند حدوث انفجار فإننا ننتبه بطريقة لا إرادية. و من ميزات هذا النوع من الانتباه ما يلي:

- لا يتطلب مجهودا ذهنيا.

- يشد الانتباه لمنبهات شديدة.

- يفرض المنبه عليك فرضا.

- يرغمك على اختياره و التركيز عليه دون غيره من المنبهات.

### 3-4-4- حسب شدة الانتباه:

3-4-4-1- انتباه عميق: فيما يستجيب الفرد للمثيرات بشدة و عمق و يتفاعل معها بتركيز.

3-4-4-2- انتباه سطحي: عندما تمر المثيرات مرور الكرام دون أن يركز عليها تركيزا كبيرا أو يتفاعل معها.

### 3-5-3- حيث الاستمرارية:

3-5-3-1- انتباه مستمر: يركز الفرد على مثيرات لفترة طويلة نسبيا و بشكل متصل الانتباه لشيء لفترة 20 دقيقة هو تركيز مستمر عكس الانتباه لمدة 20 دقيقة لكن يكون انقطاع.

3-5-3-2- انتباه متقطع: غير متصل نتيجة تعرض الفرد لمثيرات على فترات قصيرة نسبيا بينها فواصل زمنية.

3-5-3-3- الانتباه المتناوب: أي يركز الفرد على مجموعة من المثيرات المعينة لفترة ثم ينتقل الانتباه إلى مثيرات أخرى ثم يعود مرة ثانية للمثيرات الأخرى بالتناوب مثل: تقليب قناة تلفاز مدة دقيقة ثم ينتقل لأخرى.

### 3-6-3- حسب موقع المثيرات:

3-6-3-1- انتباه داخلي: المثيرات الشخصية داخلية حيث يركز الفرد على مثيرات شخصية أو داخلية مثل: أحشائه أو أعضائه أو خواطره أو أفكاره، أو يدعى انتباه إلى الذات.

3-6-3-2- انتباه لمثيرات خارجية (البيئة): مثل المثيرات الاجتماعية يوجد تفاوت في درجة الانتباه أو مثيرات حسية: سمعية، بصرية، شمعية، لمسية .

3-7- من حيث عدد المثيرات:

3-7-1- الانتباه لمثير واحد: هو انتقاء الفرد لمثير واحد و تركيز الانتباه عليه و إهمال المثيرات الأخرى.

3-7-2- الانتباه لأكثر من مثير: يقوم الفرد بتركيز انتباهه إلى عدة مثيرات بحيث يتطلب جهدا عقليا حتى يستطيع الفرد الاحتفاظ بتنبه هذه المثيرات.

3-8- من حيث المصدر:

ينقسم إلى انتباه سمعي، بصري، شمي، لمسي، و تذوقي.(السيد علي سيد احمد و فائقة محمد بدر، 1999 ، ص20 21)

4- مراحل الانتباه : إن عملية الانتباه تتم في 3 مراحل

4-1- مرحلة الإحساس أو الكشف :

و في هذه المرحلة يحاول المتعلم أن يستقبل و يكتشف وجود أية مثيرات حسية من البيئة عن طريق أعضائه الحسية، و تكاد تعتمد هذه المرحلة على سلامة تلك الأعضاء، إذ أن أي خلل يصيبها أو يصيب الجهاز العصبي بشكل عام و الدماغ بشكل خاص يؤثر في قدرة المتعلم في تركيز الانتباه على المثيرات البيئية الحسية.

تعتمد هذه المرحلة بدرجة كبيرة على قدرة المتعلم في وعي المثيرات الحسية لذلك تعد هذه المرحلة غير معرفية في طبيعتها لأنها لا تعتمد على أية عمليات معرفية.

4-2- مرحلة التعرف:

و في هذه المرحلة يحاول المتعلم التعرف على طبيعة المعلومات الحسية المتوفرة من خلال ترميزها و تحليلها و فهمها و بمساعدة خبرات المتعلم السابقة لمعرفة نوعها و شكلها و حجمها و قوتها أو أهميتها بالنسبة له، ربما تكون هذه المعلومات تشبع حاجة إليه أو لا تشبع، منظمة أو غير منظمة، مألوفة أو غير مألوفة، ممتعة أو مملة، تتمتع بالأهمية أو عديمة الأهمية.

و هذا لتحديد مدى الاستمرار في استقبالها لاستكمال عملية الإدراك أو في إهمالها أو التغاضي عنها.

#### 4-3- مرحلة الاستجابة:

و فيها يحدد المتعلم أسلوب الاستجابة المناسب في ضوء استيعاب و اختيار المثير الحسي من بين عدة مثيرات حسية و تهيئه للمعالجة المعرفية الموسعة لغرض الاستجابة الظاهرة أو الضمنية في جميع مجالاتها المختلفة. ( سهيلة محسن كاظم الفتلاوي ، 2005 ، ص 527 ) .

#### 5- وظائف الانتباه :

الانتباه كعملية معرفية يؤدي إلى وظائف محددة تترك أثرها على التعلم و الإدراك و قدرتنا في التذكر و التعرف مستقبلا . و يؤدي ثلاث وظائف أساسية في ضوء أنواعها وهي :

#### 5-1- الانتباه الموجه :

و يتمثل في محاولة الفرد التعرف على حدوث مثير حسي ما في البيئة المحيطة به كان يبحث الفرد عن أصوات غريبة خلال سكون الليل.

#### 5-2- الانتباه الانتقائي:

يتمثل برغبة الفرد في اختيار المثير الذي يرغب في الانتباه له و المثيرات التي نريد إهمالها كان تختار أن تقرا في صفحات هذا الكتاب بدلا من مشاهدة التلفاز .

#### 5-3- الانتباه المقسم:

يتمثل في قرار الفرد الانتباه لأكثر من مهمة في نفس الوقت و لكن بطريقة تتابعيه من خلال تغيير الانتباه من مهمة إلى أخرى لفترة من الزمن. (عدنان يوسف العتوم ، 2004 ، ص 75)

#### 6- العوامل التي تؤثر في شد وحصص الانتباه:

اتفق العلماء على أن عملية الانتباه تعد أساسية و فاعلية في عملية التعلم ، وفي الكثير من الجوانب الحياة المختلفة . وعلى الرغم من أهميتها فقد برز عدد من العوامل التي قد تؤثر في قدرة الفرد على الانتباه ممثلة بالتالي :

6-1-1- مجموعة العوامل المرتبطة بالفرد:

6-1-1- سمات الشخصية : تشير الدراسات إلى أن هناك علاقة بين سمات الشخصية والقدرة على تركيز الانتباه. فالشخص المنبسط والمطمئن والذكي وصاحب النمط B في الشخصية هو أكثر قدرة على تركيز الانتباه من المنطوي والقلق والأقل ذكاء صاحب النمط A في الشخصية.

6-1-2- الحالة الانفعالية والمزاجية التي يمر بها الفرد: إن مثل هذه العوامل غالباً ما تصرف انتباه الفرد سواء عن المثيرات الخارجية أو عن عملية التفكير بحد ذاتها. فالفرد الذي يعاني من مزاج سيء أو ألم شديد تتأثر درجة انتباهه إلى المنبهات الأخرى .

6-1-3- الحاجات والدوافع الشخصية : إن وجود دوافع ملحة بحاجة إلى الإشباع غالباً ما تصرف انتباه الفرد عن العديد من المنبهات والمؤثرات الأخرى .

6-1-4- التوقع : يوجه الفرد في الغالب انتباهه إلى المثيرات المرتبطة بالتوقع وذلك عندما يتوقع حدوث شيء ما، وهو بذلك يهمل المنبهات الأخرى .

6-1-5- القدرات العقلية : تزداد قدرة الفرد على الانتباه والتركيز بارتفاع القدرات العقلية لديه ولاسيما الذكاء. (عزه الدين محمد صديق ، مدخل الى علم النفس العام ، ص 33 ) .

6-2- مجموعة العوامل المرتبطة بالمثير أو الموقف :

6-2-1- الخصائص الفيزيائية للمثير : الموقف كاللون والشكل والحجم والشدة والموقع بالنسبة للخلفية التي يقع عليها المثير ، فالألوان الزاهية تجذب الانتباه أكثر من الداكنة، والأصوات العالية تحتل بؤرة الاهتمام أكثر من الأصوات الخافتة والروائح الشديدة تنال الاهتمام أكثر من الروائح الاعتيادية.

6-2-2- التباين والتغاير في شدة المثير: المثيرات التي تمتاز بشدة معينة ومتجانسة لاتجذب الانتباه إليها، فالتغاير أو التذبذب في شدة المثير يعمل على جذب الانتباه.

6-2-3- الجدة والحداثة والغرابة في المثيرات: إن المثيرات المألوفة لاتجذب الانتباه إليها لان الفرد أصبح معتاداً عليها، في حين إن المثيرات الجديدة أو غير المألوفة سرعان ما تحتل بؤرة اهتمام الفرد. ( فؤاد ابو حطب ، 2007 ، ص 162 )

7- العوامل المشتتة للانتباه : تتمثل العوامل المشتتة للانتباه فيما يلي :

7-1- العوامل الداخلية:

7-1-1- عوامل فسيولوجية : وتشمل اضطرابات الأجهزة الجسمية، وسوء التغذية، والتعب، والإرهاق والملل

7-1-2- عوامل نفسية : وتشمل العقد النفسية والصراعات فهي تستنفذ قدراً كبيراً من الطاقة العصبية اللازمة لعملية الانتباه ومن أمثلة ذلك عقدة الذنب أو النقص، والقلق والأفكار وشدة الانفعالات، والإسراف في التأمل الذاتي واجترار المتاعب والآلام والاستسلام لأحلام اليقظة ، وانشغال المرء بأمر آخر غير موضوع الانتباه.

7-1-3- الاهتمام و الميول و القيم : إن اهتمامات الفرد و ميوله تحدد نوع المثيرات التي تجذب انتباهه، لذلك يثير اهتمام الطفل مثيرات معينة في التلفاز أكثر من غيرها، فتجده يركض من غرفة نومه إلى غرفة التلفاز ليشارك شيئاً ما يسمعه من التلفاز .

7-1-4- التهيو الذهني : و هو تهيئة ذهن لاستقبال منبهات معينة دون غيرها، مثل في حالة انتظار الشخص لشخص آخر يهيمه قدمه إليه و لذلك يجذب انتباهه أصوات الإقدام، أو رنة جرس الباب. ( الشريقات ، 2005 ، ص ص50،51)

7-2- العوامل الخارجية :

7-2-1- عوامل اجتماعية : وتشمل الأمور ذات الأهمية الخاصة بالنسبة للفرد مثل المشكلات العائلية أو المالية والتي لم تحسم بعد، و لا يستطيع الفرد الخلاص منها.

7-2-2- عوامل بيئية : وتشمل الضوضاء أو سوء الإضاءة أو سوء التهوية وارتفاع درجة الحرارة ونسبة الرطوبة وتؤدي إلى سرعة التعب وازدياد قابلية الفرد للتهيج وبالتالي فقدان القدرة على حصر الانتباه.

ويرتبط الانتباه أيضا بالذكاء العام والعمر والخبرة والدوافع ويتأثر بالوراثة وهناك اضطرابات تختص بالانتباه أيضا مثل شرود الذهن، وفقدان القدرة على تثبيت الانتباه لفترة وجيزة والإفراط في الانتباه. (عبد الحليم محمود السيد ، 2010 ، ص 220) .

#### 8- نظريات الانتباه حسب علم النفس المعرفي :

##### 8-1- نظرية الانتباه أحادي المصدر:

ترجع تلك النظرية للعالم دوتش (Deutsch , 1958) و تتلخص في أن الإنسان يتمكن من الانتباه لمثير واحد فقط و يدخله حيز المعالجة و لا يتمكن من معالجة مثيرين في وقت واحد، مثال: لا يتمكن الفرد من التحدث في الهاتف و كتابة رسالة إلى شخص آخر، و بمعنى آخر يقوم الفرد بعزل كل المثيرات و يدخل مثير واحد لغرض المعالجة. و تقوم النظرية على عدة مسلمات مؤداها أن المعلومات أثناء معالجتها تمر بمراحل :

- مرحلة التعرف تشمل عمليتي الإحساس و الإدراك .

- مرحلة اختيار الاستجابة .

- مرحلة تنفيذ الاستجابة .

- إن الانتباه قدرة أحادية المصدر، لا يمكن إلى أكثر من مثيرين فهي طاقة محددة السعة.

- هناك مرشح يسمح بمعالجة المعلومات ، من خلال تركيز الانتباه عليها و يمنع بعضها الآخر.

##### 8-2- نظرية الانتباه متعدد المصادر:

تقوم على أساس أن هناك مجالات متعددة الانتباه، و أن كل مجال مصمم و في إطار تلك النظرية يمكن القول أن الانتباه يمكن توجيهه إلى أكثر من مصدر من المعلومات المختلفة، و يستمر خلال مراحل المعالجة دون حدوث أي تداخل فيما بينها، أو وجود تأثير على مستوى الانتباه الموجه إليها .

8-3- نظرية القدرة غير المحددة :

أكد غارنر (Garner) إن الأفراد لديهم القدرة على المعالجة من خلال مجموعة من القنوات المتوازنة و أن هذه القدرة غير محدودة كما تشير النظرية إلى أن الدماغ لديه القدرة الكافية على الانتباه لعدد كبير من المنبهات و إجراء المعالجة اللازمة في الذاكرة العاملة.

8-4- نظرية القدرة المحدودة :

أكد كانمان (Kanman) أن أي عملية معرفية تتطلب كمية من الطاقة و القدرة على المعالجة و أكدت النظرية أن بعض الأنشطة المعرفية الأنشطة المعروفة و المألوفة تحتاج إلى كميات محدودة من الطاقة و بعض الأنشطة الصعبة غير المألوفة تحتاج إلى كميات كبيرة من الطاقة و تستنفذ كميات كبيرة من القدرة على المعالجة المعرفية. (نجلاء عبد الحميد باشراف المعلمة شيخة جندب ، موقع الانترنت [www.google.com](http://www.google.com))

8-5- نظرية تخصيص الموارد :

اتفق نورمان (Norman) ، مع كانمان (Kanman) في محدودية القدرات و الطاقة المتوفرة للانتباه و المعالجة المعرفية و أكد هذه المحدودية تنشأ من القيام بمهام محدودة المعلومات أو من مهمة استخدام جميع إنه سوف يتم دون أن يتأثر الأداء بالمهمة الرئيسية ، إما إذا كانت المهمة محدودة فالموارد المتاحة مما يعني انخفاض مستوى الأداء و خصوصا في حالة وجود مهمات أخرى .

8-6- نظرية المدخلات المتعددة :

أكد أصحاب هذه النظرية هاينز (Heinz) ، و جونستون (Johnston) على دور الوعي و الذاكرة الفاعلة كعناصر هامة في توجيه الانتباه الانتقائي و أكدت النظرية أن المداخلات الحسية يتم معالجتها و تخزينها في الذاكرة الفاعلة وفق أولويات يفرضها نظام معالجة المعلومات الذي يوفر لهذه المعلومات فرصة في دخول الوعي و الخبرة مقارنة مع المعلومات التي لا يتوفر لها أية أولويات في حالة الانتباه غير الانتقائي .

8-7- نظرية المعالجة عديدة القنوات :

إقترح البرت (Alpert) إن محدودية الانتباه تعود إلى أن المهام المطلوبة تتنافس عليها آليات عديدة فإذا كانت لدينا قناة مخصصة للتعامل مع معلومة فإنها لن تتمكن من التعامل مع معلومة أخرى في نفس الوقت الحاسة، بينما يمكن أن يتم الانتباه و المعالجة لمثيرين على حاستين مختلفتين كالسمع و البصر في نفس الوقت كما يحدث عند مشاهدة التلفاز. (فؤاد أبو حطب ، 2007 ، ص 98).

نظريات الانتباه عامة :

تختلف النظرة إلى موضوع الانتباه من حيث كونه قدرة ذات سعة محدودة ومن حيث دوره في مراحل بناء المعلومات ومعالجتها، هناك مجموعة من النظريات بهذا الشأن تتلخص بالآتي:

نظرية التوزيع المرن لسعة الانتباه نظرية كانمان (Flexible allocation of capa city )

(Kahnemen, 1973) : تختتم هذه النظرية مع النظريات السابقة من حيث اعتبار الانتباه سعة محدودة توجه إلى مثير أو عملية في وقت معين وتحجب عن غيره من المثيرات الأخرى. فقد أكد كانمان أن أي عملية معرفية تتطلب كمية من الطاقة العقلية والقدرة عن المعالجة، فبعض الأنشطة المعرفية المعروفة و المألوفة تحتاج إلى كميات محدودة من الطاقة، وبعض الأنشطة الصعبة الغير المألوفة تحتاج إلى كميات كبيرة من الطاقة، وتستنفذ كميات كبيرة من القدرة على المعالجة المعرفية المتوفرة، إن سعة الانتباه يمكن أن تتغير على نحو مرن تبعاً لتغيرات متطلبات المهيمنة التي نحن بصدد الانتباه إليها. ففي الوقت الذي ينتبه فيه الفرد إلى شيئين مختلفين قد يزداد الانتباه إلى احدهما نظرا لزيادة صعوبة مطالبه في الوقت الذي يقع الانتباه إلى الأخر مع عدم تجاهليهما كلياً ويؤكد كانمان أن الانتباه بالرغم من تغييره بين المهمة الأولى والثانية، فيه يستمر على نحو متوازي خلال جميع مراحل المعالجة. فالانتباه يمكن توزيعه على نحو مرن إلى عدة عمليات في الوقت نفسه، وذلك اعتمادا على أهميتها وصعوبتها النسبية بالإضافة إلى عوامل أخرى تعمل بالموقف أو ترتبط بالشخص ذاته. (ممدوحه محمد سلامه ، 2014 ، ص 181)

9- محددات الانتباه :

9-1- المحددات الحسية العصبية :

إن أي خلل يصيب الحواس الخمسة أو الجهاز العصبي بشكل عام و الدماغ بشكل خاص يمكن أن يؤثر على قدرة الفرد في التركيز على المثير و ذلك اعتمادا على درجة الخلل أو الإصابة و تعتبر حالات الإصابة بمرض التوحد أو إفراط الحركة الزائدة نموذجا على صعوبة الانتباه لهذه الفئة من الأطفال .

9-2- المحددات المعرفية :

تشير الدراسات إلى وجود العديد من العوامل المعرفية التي تحد من القدرة على الانتباه كدرجة الذكاء و الخبرة السابقة، حيث أن قدرة الانتباه تزداد بزيادة ذكاء الفرد و خبرته السابقة ، و يشير الزيات (1994) إلى أن أصحاب الذكاء العالي غالبا ما يكون لديهم حساسية اكبر للمثيرات و سعة اكبر للذاكرة و قدرة أفضل على أسلوب معالجة المعلومات مما يخفف الضغط على عمل نظم الذاكرة و المعالجة المركزية.

9-3- المحددات المتعلقة بالدافعية :

تشير الدراسات النفسية انه كلما زادت دافعية الأفراد لنوع معين من المثيرات، كلما سهلت عملية الانتباه لهذه المثيرات و كلما أصبح هذا الانتباه اقرب للانتباه الانتقائي .

9-4- المحددات الانفعالية و الشخصية :

تشير الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعانون من إفراط الحساسية للنقد و الانطواء و الاكتئاب و القلق الزائد يواجهون صعوبات أكثر في تركيز الانتباه بسبب انشغالهم الانفعالي و تشتت طاقتهم العقلية نتيجة هذه الاضطرابات. (عدنان يوسف العتوم ، 2004 ، ص76 77)

10- اضطرابات الانتباه :

10-1- شرود الذهن :

هو الإزاحة المباشرة و السريعة للانتباه خلال سلسلة من المثيرات غير الهامة ففي الشرود الذهني لا يستأثر أمر دون غيره ببؤرة الشعور فهو حالة عدم مبالاة.

10-2- ابروسيكسيا :

فقدان القدرة على تثبيت الانتباه حتى لفترة وجيزة من الوقت في موقف معين بصرف النظر عن أهمية انه بمثابة تفريط في الانتباه.

10-3- هيبروسكسيا :

أو الإفراط في الانتباه و هو تركيز حاد للانتباه ينجم عنه تضيق المجال الإدراكي. أي هو حالة انحصار يفقد فيها الذهن حرية التصرف و يصبح أسير الوسواس و الهواجس المتسلطة و الأفكار الثابتة و لا يستطيع الفرد التخلص منها بالإرادة و بذل الجهد، فقد تستحوذ عليه فكرة اضطهاد الناس له و انه مذنب أثيم أو قد يتوهم المرض.

قد يعتري الذهن فتور طارئ للحظات زمنية قصيرة نتيجة عوامل ذاتية كهبوط فجائي للتوتر النفسي، مما يؤدي إلى حالة عدم الانتباه التام بحيث يغيب عن الشعور موضوع الانتباه كليا كأنه غير موجود بالمرّة، فيقال أن المرء أصابه السهو، فالسهو حالة شبيهة بالغيوبية العارضة التي سرعان ما تزول.

(إشراف أمال عمراني ، 2010-2011 ، ص65) .

11- علاقة الانتباه بالقدرات المعرفية التعليمية :

يعد الانتباه شرطا أساسيا للتعلم الجيد و ذلك لأنه من شروط حدوث الإدراك الفعال، حيث يرى علماء النفس المعاصرون و المهتمين بمجال التعليم و التعلم انه إذا لم ينتبه الفرد فانه لا يتعلم و لكي يحدث التعلم لابد من توافر الانتباه بالدرجة الأولى و لا بد من المحافظة على هذا الانتباه ثانيا، و بدون الانتباه لا يستطيع الفرد أن يتذكر أو يتخيل أو يفكر في أي شيء و لذلك فان الأطفال الذين يعانون من مشاكل في تركيز الانتباه غالبا ما يعانون من صعوبات التعلم و ذلك لعدم قدرتهم على الاستفادة من مثيرات و مواقف التعلم بنفس القدر الذي يحققه الطفل العادي، و لذلك من الضروري أن يتقن المعلم مهارات استثارة اهتمام التلاميذ و جذب انتباههم للمادة التعليمية و توجيههم نحو المعلومات المستهدفة في الموقف التعليمي، حيث يستطيع تحقيق ذلك بواسطة و سائل بسيطة كالتلوين و رسم الخطوط تحت العبارات المستهدفة أو تغيير نبرات الصوت. (يوسف العنوم ، 2012 ، ص96) .

## 12- التقييم النفسي العصبي للانتباه:

إن التقييم النفسي العصبي يغطي جميع وظائف الدماغ و الخلل المصاحب أو الناتج عن الإصابة أو الأمراض، و أحيانا تقتصر عملية التقييم على جانب معين من الوظائف و ذلك حسب الهدف من عملية التقييم، فمثلا في حالة التقييم الذي يتم بعد العمليات الجراحية يكون هدفه مقارنة التحسين في حالة المريض مقارنة مع التقييم القبلي .

يشمل التقييم النفس عصبي عددا من الوظائف منها الذكاء، الذاكرة، اللغة، القدرات الأكاديمية، الوظائف التنفيذية، الوظائف الحسية و الحركية، الوظائف الانفعالية و القدرات الأخرى مثل حل المشكلات، التفكير المجرد و المحاكمات العقلية و القدرة على التعلم، و كذلك القدرة الإدراكية مثل إدراك الزمن و المكان و المعلومات الشخصية الأساسية بالإضافة إلى الانتباه، حيث يعد هذا الأخير من أكثر الاضطرابات التي تصاحب العديد من الإصابات و الأمراض التي تصيب المخ، و إن هذه الوظيفة تتضمن العديد من المناطق المخية التي تترايط فيما بينها لتكون منظومة وظيفية متكاملة، نظرا لان الانتباه يكون مطلوبا في الأداء على بقية الاختبارات الأخرى المستخدمة في التقييم، كما انه أثناء تقييم الانتباه يجب أن نضع في اعتبارنا كما يشير بوسنفورد للملاحظات الكيفية بالإضافة إلى الملاحظات الكمية للأداء و سلوك المريض بسرعة الأداء و القدرة على التركيز و تجنب مشتتات الانتباه و القدرة على تقييم الانتباه على مهمتين في آن واحد، كما يجب أن نضع في اعتبارنا عند تفسير الاختبارات مستوى ذكاء الفرد و تعليمه و قدراته المعرفية الأخرى . ( الشقيرات، 2005، ص65)

## 13- الانتباه لدى المتخلفين عقليا :

يعتبر الانتباه عند المراهق المتخلف ذهنيا مثل انتباه الطفل العادي، محدود في المدة و المدى فلا ينتبه إلا لشيء واحد و لمدة قصيرة و سرعان ما ينتشت انتباهه نظرا لضعف المثيرات الداخلية للانتباه عنده، و من ثم فانه يحتاج إلى ما يثير انتباهه من الخارج فليس بمقدوره تركيز انتباهه في شيء واحد و لمدة طويلة، إذ تتسبب هذه الخاصية في كثير من الأخطاء التي يرتكبها الأفراد من هذه الفئة خاصة في الكتابة، فبعضهم لا يعرف كيف يبدأ الكلمة فقد يبدأ بالحرف الثاني أو الثالث.

و تؤكد أليسديزوديرس (Alice Desoeder) أن الملاحظات الدقيقة لذوي الإعاقة الذهنية في القسم تظهر نوعين من الانتباه عندهم، فعند البعض منهم يكون الانتباه صعب الاسترعاء و ذلك حال الخاملين و الكسلاء ، و عند البعض الآخر يوجد الانتباه و لكن يحتفظ به بصعوبة ، بحيث يتفرق على مجموعة من المواضيع، كما يعجز ذوي الإعاقة العقلية على انتقاء ما هو مهم من مجموعة متعددة من

المثيرات و ذلك لان الانتقاء يعد لازما و ضروريا للانتباه، كما يخفقون في عملية التصفية التي تعتبر حسب برونر (Brunner) عملا عصبيا نشيطا و متعبا لذلك تعتمد هذه الفئة على تجنبها. (سلامة شاش ، 2002، ص ص56،57) .

كما أعطى سيقان أهمية كبيرة للتدريب على الانتباه البصري، حيث درب المعاقين ذهنيا على استخدام الألوان و الأشكال المترابطة و الأبعاد و المسافات و المستويات، و هذا ما يتوقف مع منتسوري التي تؤكد كذلك على ضرورة تدريب الحواس و التدريب على التمييز من اجل تحسين الانتباه. (سيد سليمان، 2001، ص ص ، 72،75) .

#### 14- مناطق المخ المسؤولة عن الانتباه :

كما سبق في التعريف قلنا أن الانتباه عملية معقدة و هذه الوظيفة لا يمكن تحديد موضع تشريحي معين لها في المخ بل يمكن القول بأنها عملية يدخل في خدمتها العديد من المراكز أو الشبكات العصبية الموجودة في المخ و يمكن القول بان التكوين الشبكي هو الجزء الرئيسي الذي يلعب دورا مهما في التيقظ و الانتباه، أما عن مناطق ما تحت القشرية المسؤولة عن الانتباه فاهمها الفص الجداري الذي يعمل كحارس بوابة لكل من المدخلات الحسية و الحركية و من ثم يلعب دورا في الانتباه الانتقائي.

أما الجهاز الطرفي بما في ذلك اللوزة فيلعب دورا مهما في تحديد أهمية المثير من الناحية الدافعية، أخيرا فهناك مناطق اخرى مسؤولة عن المظاهر المتلفة للانتباه و منها المناطق السفلية من الفص الجداري المسؤولة عن الانتباه الانتقائي المكاني (Spatilselectiveattentin) و المنطقة الجبهية الأمامية مسؤولة عن تنشيط او تثبيث السلوك (inhibition behavioralintiation) و المنطقة الأمامية من التلفيف ألحزامي (Anteriorcingulated) مسؤولة عن الانتباه المستمر. (عبد القوي ، 2011 ، ص183) .

و نظرا لهذا التعقيد في المناطق المسؤولة عن الانتباه فليس من الغريب ان نري اعراض اضطراب الانتباه كأحد الملامح الرئيسية في حالات إصابة المخ أو الإصابات الوعائية و حالات العنة و اضطراب قصور الانتباه. بالإضافة إلى ذلك نجد اضطراب الانتباه كملح ثانوي في العديد من الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب الوجدان و الاضطرابات العقلية .

و عمليات الانتباه تشمل العديد من مناطق المخ بما فيها الفصوص الجبهية و الصدغية الجدارية و القفوية و كذلك التلاموس و العقد القاعدة، و هذه المناطق ترتبط فيما بينها بالعديد من الالياف الترابطية التي تمثل شبكة عصبية تشريحية و وظيفيا.

و هناك في المخ نظامان للانتباه هما:

#### – النظام الأمامي (Anterior Attention System) :

و يوجد في منطقة التلفيف الحزامي بالفص الجبهي و هو خاص بالانتباه المتواصل و يرى "بوش" و زملائه أن هذا النظام يعمل على تنظيم كل من العمليات المعرفية الانفعالية. و تتضمن المناطق الفرعية المسؤولة عن العمليات المعرفية كلا من المنطقة الجبهية الأمامية و القشرة الجدارية و المنطقة قبل الأمامية.

أما المناطق المسؤولة عن العمليات الانفعالية فهي على الاتصال بكل من المنطقة الجبهية المحجرية (Orbitofrontal Cortex) و اللوزة و حسان البحر و يعمل النظام الأمامي على تكامل الأفكار مع السلوك يقوم بالسيطرة على الخبرة الانفعالية كما يدخل في عملية تخطيط للسلوك الموجه نحو الهدف.

#### – النظام الخلفي (Posterior Attention System) :

و هو ما سماه بو سنروبيترسون بانتباه التوجيه المسؤول عن الانتباه الانتقائي و يقع في الفص الجداري و القفوي و بالتالي يمكن القول أن هناك العديد من مناطق المخ التي تشارك في وظائف الانتباه و تتضمن فصوص المخ الأربعة (الجداري، الصدغي، الجبهي، القفوي) بالإضافة الى التلاموس و غيرها من المناطق ما تحت القشرية و هذه المناطق تترايط فيما بينها لتكون منظومة وظيفة متكاملة كما موضح في الشكل. (عبد القوي ، 2011 ، ص184) .

### خلاصة الفصل :

إن عملية الانتباه عملية معرفية عليا يمارسها الفرد عند التعامل مع مثيرات البيئة الحسية قبل الإدراك إلا أنه على صلة وثيقة بكل من الإحساس و الإدراك كما نستخلص أن الانتباه لديه أشكال و خصائص تميز كل نوع من النوع الآخر و مراحل يمر بها من دخول المثيرات إلى الاستجابة و هو يتأثر بعوامل مختلفة فمنها من تشتته و تضعف من قدراته و منها من تجذبه.

## الفصل الثالث : الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية

تمهيد

- 1- مفهوم الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية .
- 2- تعريف الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية .
- 3- مراحل تطور المراكز الخاصة .
- 4- مبادئ و أسس المراكز النفسية البيداغوجية .
- 5- مستويات المراكز النفسية البيداغوجية .
- 6- خدمات المراكز النفسية البيداغوجية .
- 7- أهداف المراكز النفسية البيداغوجية .
- 8- واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر .

خلاصة

## تمهيد:

يشار إلى المراكز النفسية البيداغوجية على أنها تنظيم متكامل يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها لذوي الاحتياجات الخاصة، و تتمثل هذه الخدمات في الجوانب التعليمية و الاجتماعية و النفسية و الصحية من اجل إعدادهم الإعداد السليم لتحقيق أهدافهم في الحياة.

و قد تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوم و محتوى المراكز النفسية البيداغوجية ، من حيث الأسس التي تستند إليها، الاستراتيجيات التي تسير وفقها، و ما طبيعة الخدمات التربوية المقدمة، و مختلف الأوضاع التعليمية السائدة وصولا إلى مجموعة الأهداف التي تسعى المراكز النفسية البيداغوجية لتحقيقها بعد معرفة واقع هذه المراكز بين الماضي و الحاضر و تطلعاتها المستقبلية و سنتعرض في هذا الفصل إلى مفهوم الدمج عامتا ، تعريف الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية ، مراحل تطور المراكز الخاصة ، مبادئ و أسس المراكز النفسية البيداغوجية ، مستويات المراكز النفسية البيداغوجية ، خدمات المراكز النفسية البيداغوجية ، أهداف المراكز النفسية البيداغوجية ، واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر ، خاتمة .

01- مفهوم الدمج :

يعتبر مفهوم الدمج من المفاهيم التي تشكل اهتماما كبيرا لدى جميع العاملين و المهتمين في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، فالفرد من ذوي هذه الفئة يحتاج جميع أنواع الرعاية من خلال منظور الدمج حتى يتمكن من الحصول على الاحترام، و التقدير المجتمعي، و حتى يتسنى له أيضا العيش في الحياة الكريمة التي تسعى الأنظمة المعيشة إلى توفيرها له. ( البيلاوي ، 2012 ، ص 183).

02- تعريف الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية :

هو اختيار الأطفال من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف إعاقاتهم و يتم دمجهم في المراكز النفسية البيداغوجية ، فهذه الأخيرة تنظم متكامل يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها للفرد ذو الحاجات الخاصة، و تشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية و الاجتماعية و النفسية ، و الصحية.

فهذه المراكز تقوم على استيعاب الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال تأهيلهم ليصبحوا قادرين على الاندماج في المجتمع و توصيل حاجاتهم الأساسية و التعبير عنها، و من أهدافها توفير الحياة الكريمة لهم، كما تعمل على تقديم برامج تدريب و تأهيل لهذه الفئة، و ذلك لتحقيق الاستقلال التام و الاعتماد على الذات، و تطور القدرات الشخصية، بحيث يكونوا قادرين على الاندماج مع الأسر، و مع أسرهم يعد خروجهم من المركز و غيرها من الأهداف التي تسعى تلك المؤسسات إلى تحقيقها.

كما تعرف أيضا بأنها وسيلة فعالة في مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيشون فيها، و إعدادهم إعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة العامة التي يعيشها البالغون العاديون. (عادل عز الدين الأشول ، 1997، ص02).

و تعرف كذلك بأنها ، ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة في المجتمع، و الموجهة إلى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم، و تأكيد ذواتهم، و تؤدي في النهاية إلى تكاملهم مع العاديين في المجتمع، لكي تحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية و الاجتماعية و الانفعالية، و المهنية طوال حياتهم و لصالح المجتمع.

كما يشار إليها بأنها نوع من التربية يهتم بتوفير الظروف و الإمكانيات و تقديم الخدمات التي تساعد الفرد ذو الحاجات الخاصة على أن ينمو نموا سليما يؤدي به إلى تحقيق الذات، و ذلك عن طريق معاونة هذا الفرد على استثمار كل ما لديه من استعدادات و قدرات و إمكانات. (إبراهيم زكي قشقوش، 1991، ص20).

**2-1- المراكز النهارية :** في هذا النوع من المراكز يتلقى الأطفال خدمات تربوية و اجتماعية على مدى نصف اليوم، و غالبا ما يكون عمل هذه المراكز صباحا و حتى الظهر، حيث يقضي الطفل نصف يومه في المركز ثم يقضي بقية يومه مع الأسرة في المنزل، و مثل هذه المراكز تتيح الفرصة أمام النزلاء و ذويهم بتبادل الآراء حول الصعوبات التي يواجهها الأطفال و التفكير في أفضل الحلول، كما تتيح الفرصة بالتقاء بالناس العاديين، الأمر الذي يزيد من تفاعلهم الاجتماعي مع الآخرين ما يخفف من شعورهم بالعزلة و الغربة، الأمر الذي يحسن من مفهومهم لذواتهم و يشجعهم على التعلم و التدريب و الاستفادة من البرامج التربوية المتاحة. (عبد الصبور منصور محمد، 2003، ص 23).

**2-2- مراكز الإقامة الكاملة:** تعتبر مؤسسات الإقامة الداخلية من أكثر البرامج اعتمادا في رعاية و تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، بحيث يقيم الطفل فيها إقامة دائمة، فلا يذهب إلى البيت إلا في العطلة الأسبوعية و العطل الصيفية، و يعتبر هذا البديل مقبولا بالنسبة لأولئك الأشخاص الذين يكون التحاقهم بمدرسة نهارية أمرا صعبا أو غير محبب بسبب شدة الإعاقة، كذلك الشخص الذي تكون لديه إعاقة شديدة الأمر الذي يجعل الأسرة غير قادرة على تفهم الحاجات الخاصة له، كما قد يكون لهم إعاقات أخرى، و من أهم محاسن هذه المؤسسات أنها توفر بنية تعليمية و تدريبية متخصصة و مزودة بالمصادر و التسهيلات اللازمة، كما أنها تتيح التقاء الأطفال من لهم إعاقات مختلفة و من نفس الإعاقة ما يسمح لهم بإقامة علاقات اجتماعية بشكل أفضل من غيرهم، و هي توفر خدمات و برامج لا تستطيع المدارس العادية توفيرها، و لكن بالرغم من ذلك فلها مساوئ من بينها عزل ذوي الاحتياجات الخاصة عن أفراد أسرهم، و الحد من إمكانية تفاعله مع الأفراد الآخرين في المجتمع و بالتالي وضع حواجز أمام إمكانية اعتماده على نفسه و تطوير ذاته. (عصام حمدي الصدي ، 2003، ص 241، 242).

### 3- مراحل تطور المراكز الخاصة:

في بداية القرن السابع عشر حتى نهاية القرن التاسع عشر كان ينظر إلى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة نظرة غير إنسانية، فقد تم تهيمشهم في المجتمع، و يعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة أهم عوامل التخلف التي تهدد سلامة المجتمع و يزيد من هدر طاقته المادية و المعنوية و البشرية، لذلك فقد اهتمت الدول الكبرى و منها الولايات المتحدة في عهد الرئيس **هربرتهوفر** برعاية الأطفال و خاصة المعاقين، كما أشارت وثيقة الأمم المتحدة التي اعتمدت في 20 كانون الأول عام 1971 إلى حقوق الطفل المعاق كحقه في التعليم و تلبية حاجاته، و تحقيق الحياة الكريمة له، كما أن المادة الخامسة من الإعلان العالمي لحقوق الطفل الصادرة في 20 نوفمبر 1969 أكدت ضرورة رعاية الأطفال و منهم المعاقون كحق من حقوقهم و كواجب إنساني و تربوي، و كذلك العديد من المنظمات الإنسانية و العالمية مثل **اليونسكو** و

اليونسيف و المنظمة الدولية للصحة، و من المصلحين في الولايات المتحدة الأمريكية مارتلوثركنج و الذي تم اغتياله من قبل المعارضين لحقوق الإنسان في أمريكا، و كذلك المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم في جامعة الدول العربية سارت بهذا الاتجاه نحو ضرورة رعاية الطفل بحسب قدراته، و تعليمه بالقدر الذي يستطيع، كما عقد في الكويت حلقة تربية 1973، و دعت إليه إدارة التربية و الثقافة في الجامعة العربية لبحث الإنجازات التي قدمت لفئة المعاقين، حيث تبين إن معظم الدول العربية لم تقدم شيء يذكر لهذه الفئة، لذا فقد دعت في توصياتها إلى ضرورة إن تقدم الدول العربية المناهج الدراسية المسايرة لأوضاع هذه الفئة، أما في أوروبا فلا نجد في الأدب التربوي أي إشارة إلى الاهتمام بهذه الفئة حتى ظهور حركة الإصلاح و الثورة الفرنسية ، و الثورة الصناعية ، حيث أصبح الإنسان يعامل بغض النظر عن الإعاقة الموجودة لديه كانسان له حقوق و عليه واجبات ، و بناء على ذلك ظهر في أوروبا ما يسمى بحقوق الإنسان. (تيسير مفلح كوافحة ، 2004 ، ص45).

و من بين العلماء الذين اهتموا بذوي الاحتياجات الخاصة نجد العالم سيجان (SeganEdwavci) حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقليا، و انشأ أول مدرسة لهم في جامعة بنسلفانيا (1896) تحت إدارة وتمر (wetamar) و ظهر بعد ذلك ابن هاوس (Ebeng house) الذي اهتم بالاضطرابات العقلية، و استخدم الأساليب العلمية لمعالجتها، أما الطبيب الفرنسي الذي كان له الأثر الأكبر في دراسة الاضطرابات العقلية فهو أبو الطب الحديث بنيل (Banel) حيث عمل على دراسة الاضطرابات العقلية و معالجتها، و أمر بنزع القيود الحديدية من المرضى، لأنها تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى زيادة الاضطرابات النفسية ، و تعمل على تخريب بعض الأنسجة الدماغية ، و يعتقد بنيل (Banel) أن قيام العضوية السليمة بعمل غير سوي يعود إلى الأسباب التالية: نضرة الشخص نظرة خاطئة إلى نفسه، علاقته بمن حوله ، كون عاداته الفكرية منحرفة . (تيسير مفلح كوافحة ، 2004 ، ص46) .

أما بعد الثورة النازية فقد ظهر كلا من ماريا فروستج Marianne frostig 1938، كانت تعمل اختصاصية نفسية في النمسا و بولندا، و قد اهتمت بالمعاقين عقليا، و كان لها الفضل في دراسة صعوبات التعلم ( learning Disabilities ) ، و ظهر بعد ذلك جولد برج (Gold berg) و من خلال استعراض مراحل تطور التربية الخاصة الموجودة في الدول الاسكندنافية كما ظهر أيضا بور (Bover) الذي اهتم بالاضطرابات السلوكية، و كذلك ودي و هيويت ، و من خلال استعراض مراحل تطور التربية الخاصة عن طريق الأدب التربوي نلاحظ ان الاهتمام بفئات التربية الخاصة ، قد تطور بشكل ملفت للنظر، و خاصة في نهاية السبعينات من القرن الماضي، و حتى هذه الأيام مما يدل على ذلك ما يلي:

- ازدياد عدد الورشات التدريبية للعاملين في هذا الميدان.
- انتشار الكليات المتوسطة، و كذلك اهتمام الجامعات في دراسة هذا التخصص في الدول العربية مثل الأردن و السعودية.
- الاهتمام المتزايد بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في كل المجتمعات العربية، حيث أنشئت لهم الجمعيات الخاصة، و كذلك إنشاء العديد من الوزارات في الدول العربية التي ترعى شؤونهم مثل قسم التربية الخاصة التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن، و كذلك وزارة التربية و التعليم، و التي أفرزت قسما خاصا لهذه الفئة، و الجامعات الرسمية و الخاصة، حيث فتحت الكثير من الأقسام الخاصة في التربية الخاصة، و مما زاد الاهتمام بهذه الفئة اهتمام الأسرة الملكية، حيث تلقى المزيد من الدعم و الرعاية، كما يتولى المسؤولية عن هذه الفئة سيادة الشريف رعد بن زيد الذي لا يألو جهدا في دعم هذه الفئة و المساعدة في فتح جميع الأفاق لرعايتهم، كل ذلك بدعم متواصل من جلالة الملك عبد الله الثاني الذي وفر جميع الأموال اللازمة و الكوادر المؤهلة لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة.

#### 4- مبادئ و أسس المراكز النفسية البيداغوجية:

##### 4-1- حق ذي الاحتياجات الخاصة في الخدمات الخاصة حق مستمر:

تبلورت فلسفة التربية الخاصة و التأهيل في أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة إنسان كأى إنسان له الحق في الرعاية الصحية و التعليمية و التأهيلية في جميع مراحل نموه و تطوره، كما انه حق العمل و التوظيف في مرحلة العمل، و له حق تكوين أسرة بالزواج، كما أن له حق الحياة الاجتماعية في المجتمع و التمتع بما يتمتع به كل مواطن من حقوق مادية أو اجتماعية أو إدارية و عليه كل واجبات المواطنة حسب إمكانياته و توجهاته أي أن الفرد الذي لديه إعاقة "هو مواطن له حق المواطنة و عليه واجباتها بقدر استطاعته و تحمله لمسؤولياته و قد ارتبطت هذه الحقوق بمبدأ تكافؤ الفرص (Ewualityopportunity) بين الأفراد و المواطنين دون أن تتأثر هذه الحقوق بلون أو دين أو عقيدة أو واصل عرقي أو جنس أو غيرها من دواعي التمييز بين الأفراد.

و لقد ارتبطت معظم الأفكار بالفكرة الديمقراطية الحديثة في معظم الكتابات الغربية في طرق إدارة الحكم و التنظيم الإداري للدولة، و لا يخفى علينا أن هذه الفلسفة إسلامية في الأصل ارسى أسسها القرآن الكريم و السنة النبوية الشريفة و سلوك الخلفاء الراشدين و رجال الدين الإسلامية في كل العصور، فلا فضل لعربي على أعجمي إلا بالتقوى". (عمر فواز، 2003، ص48).

فقد ارسى الإسلام حقوق المواطنة في الرعاية على أسس شرعية لا تحتمل التأويل أو التزييف أو المزايدة و لقد تواجدت الاختلافات في الفلسفات و الإمكانيات أو في التطبيق بين دول العالم و اختلفت الأولويات، و لذلك اهتمت منظمات الأمم المتحدة و و كالاتها المتخصصة بهذه المشكلة فأقامت لها جلسات متابعة من الجمعية العامة للأمم المتحدة منذ أوائل التسعينات.

من القرن العشرين، ثم اتبعتها مؤتمرات في الوكالات المتخصصة و لخصت إلى دستور بين دول العالم بوضع برامج التربية الخاصة و التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة ضمن خطط التنمية الاجتماعية في كل دولة.

و لقد برزت منظمة الصحة العالمية (WHO) و منظمة العمل الدولية (ILO) و اليونسيف (UNICEF) و اليونسكو (UNESCO) في أداء هذه الأدوار حفاظا على حقوق الأطفال ذوي الإعاقة في تلقي الرعاية داخل مجتمعاتهم و متابعتها.

#### 4-2- حق اندماج ذوي الاحتياجات الخاصة في حملة التنمية الشاملة:

لقد مارست الكثير من الدول عزل الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة في مؤسساتهم أو مستعمراتهم لفترة قصيرة أو طويلة ترتبط بتعليمهم و إعدادهم مهنيا على مهن تصلح لهم و يصلحون لها، و ارتبط ذلك بخطة إعدادهم في عدد من المهن أو الحرف التي جرت العادة على توجيههم إليها حسب إمكانيات كل دولة أو إمكانيات كل مؤسسة.

و لقد أوضحت البحوث العلمية عدم صدق كثير من المبادئ و الممارسات التي تعتمد على مفهوم أو خبرات محدودة سبق الاعتماد عليها في ممارسات القبول أو التسكين أو التصنيف أو التوجيه المهني، كما اكتشفت البحوث بان الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة كفرد يصعب وصفه حسب معيار واحد أثناء تقديم الخدمات إليه و في كل مراحل تعليمية أو تاهيلية.

فالجانب العلمي ينقضي منا اكتشاف ميوله و استعداداته و مهاراته المتعددة، فالفرد الذي لديه احتياجات خاصة إنسان له إمكانياته و قدراته و مهمتنا العلمية اكتشاف تلك الإمكانيات و القدرات و رعايتها و حصادها في مصلحة المجتمع بأسلوب علمي و حضاري و إنساني. إن المبدأ الإنساني يتطلب منا رعايته صحيا و تعليميا و تاهيليا و اجتماعيا و مهنيا حتى تؤدي الرسالة أهدافها.

فالإنسان الذي لديه احتياجات خاصة لابد من رعايته كفرد له إمكانيات و قدرات، كما انه تصورات و على البرامج المعدلة إدخال تلم المفاهيم في الاعتبار لإعداده مواطنا يقوم بواجباته الاجتماعية، و أن

يكون الفرد الذي لديه خاصة في عمله و إنتاجه و كيانه جزء من الخطة التنموية للمجتمع الذي يعيش فيه يقتضي الدمج أيضا أن تعطى الخدمات في جو عادي من الحياة ذات الإيقاع الطبيعي في الحياة اليومية العادية بقدر الإمكان (Normalisation) و بأقل قدر من المحددات البيئية التي تمنح تفاعله مع الحياة الطبيعية للأفراد العاديين. (عبد الفتاح علي غزالي، 2008، ص30-31) .

#### 4-3- الأخذ بالنظم المتعددة التخصصات في صورة متكاملة عند رسم البرنامج:

إن الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاجون إلى عدة خدمات تخصصية ذات كفاءة عالية حتى تتكامل الجهود و توثق في تقديم فرص نمو متكاملة من النواحي الصحية و التعليمية و التأهيلية و المهنية، و تضمن للفرد فرص النجاح في الاندماج في مجتمعه في سن الرشد و تعتمد بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية مثلا في تقديم خدماتها "الحكومية" عن طريق وزارة واحدة للخدمات، (بالإضافة إلى الجهود اللانهائية للمؤسسات غير الحكومية و الدينية) و بعض الدول الأخرى تتجح عن طريق تجنيد الخدمات المتكاملة في مؤسسات غير حكومية او أهلية او محلية ينشط دورها في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة تتضاءل بجواره الجهود الحكومية كما هو الحال في الدول الاسكندنافية و التي تتميز برامجها بالمرونة و الكفاءة العالية.

و لقد بدأت المحاولات الجادة منذ بدا السبعينات من القرن العشرين في الدول العربية بعامة لتشكيل هيئات عليا بكل دولة ثم بجامعة الدول العربية لرسم الخطط و تحديد السياسات و الأولويات و طرق تنفيذها بدولها لضمان تحقيق التكامل بين الدول في تنفيذ برامج فعالة للأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة في جميع مراحل حياتهم.

و المعروف انه بالرغم من الجهود الدائمة في هذا المجال، إلا أن تقييم النواتج و تقنين البرامج و متابعتها مازال يحتاج إلى المزيد إذا ما قارنا بين البرامج العربية و المستوى السائد حاليا في الدول المتقدمة.

#### 4-4- توفير البدائل عند اختيار برنامج لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة:

إن المتغيرات التي تحدد خصائص الفرد من ذوي الإعاقة متعددة فمنها متغيرات الطفل كالسن و النوع و خصائص الطفل النفسية و الاجتماعية، كما ان هناك متغيرات خاصة بالإعاقة مثلا، و هي تشمل نوع من الإعاقة و شدتها و مدى الضغوط التي تحدثها الإعاقة في الفرد، و نوع ومدى الإمكانيات التي تتوفر لديه، كما أن هناك متغيرات خاصة بمكان المتغيرات و نوعها، و تركيزها و مداها و مدى تأثير هذه الخدمات على الطفل بحيث تؤدي به في النهاية إلى اكبر درجة من النمو الكمي و الكيفي و في مدى

اعتماده على نفسه ثم استقلاليته في حياته الشخصية و الاجتماعية و يعتقد العلماء بأنه من الأفضل عند اختيار خدمات الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أن تتحقق في الخدمات خصائص الكفاءة و المرونة و الملاحظة و المتابعة في ضوء خصائص الطفل، و التنوع في الخبرات و الممارسات و التنوع في أساليب العمل و التقويم و تعدد الاتجاهات في الانطلاق بالطفل إلى عالم الغد. (وليد السيد احمد خليفة و مراد علي عيسى، 2005، ص 39 40) .

#### 4-5- تكامل التقييم و التشخيص في وقت مبكر و الاهتمام برسم مال الطفل ( Early identification ) (and Prognosis) :

إن التقييم و التشخيص المبكر و المتكامل يحتاج إلى عدة عمليات تخصصية في النواحي الطبية و النفسية و النواحي السلوكية للطفل و النواحي الأسرية بحيث تؤدي في النهاية إلى رؤية واضحة لإبعاد المشكلة في علاقتها بإمكانات الطفل من ناحية، و ديناميات القصورات الموجودة لديه من ناحية أخرى، و لابد إن يؤدي التقييم و التشخيص إلى هذه الرؤية المتكاملة في علاقتها بالرؤية المستقبلية للطفل في سياق الخدمات المتوافرة في المؤسسة أو في البيئة و رسم مال الطفل (Prognosis) في هذه الخدمات و التوقعات منها في أثناء أداء هذه الخدمات له و متابعة الفعلية و هو الأمر الذي يؤكد على ضرورة متابعة الفريق للطفل في سياق هذه الخدمات لتحديد إيقاعاتها معه و مدى الاستفادة منها و من ثم يكون هناك تقييم دائم للخدمات و تعديلها لكي توافق احتياجات الطفل و توابع إعاقته.

#### 4-6- حق التمتع بالرعاية الفردية داخل الخدمات الجمعية:

تعدلت الاتجاهات في التعامل مع الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة من ممارسات المؤسسة الداخلية العزلية و تطورت تدريجياً إلى المؤسسات النهارية، و يجب ان يكون هناك معايير فردية للعمل الجمعي و معايير جمعية للعمل الفردي، و أن متابعة البرامج الفردية يكون من قبل عمل الفريق (Team work) الذي يتحقق من خلاله تحقيق أهداف البرامج في كل فرد من الأفراد من ذوي الإعاقة، و من ثم فان الاعتماد على البرامج الكلية (Group mass) و العزلة يجب ان يتم التغيير فيه الى الجماعات الصغيرة داخل المجتمع (Deinsti tuiorlization). (وليد السيد احمد و مراد علي عيسى، 2005، ص 40).

#### 4-7- الجماعة في القرارات الهامة بالنسبة للفرد من ذوي الاحتياجات و مشاركته في اتخاذ القرار:

إذا كانت جوانب البرامج متعددة، و نواحي متابعة الطفل متعددة أيضا فمن المنطقي أن يشترك أكثر من مختص واحد في الملاحظة لتسجيل نواحي نموه و تقييمها.

و إذا كان الأفراد في ضوء إعدادهم و خبراتهم يختلفون في وجهات نظرهم و تقييمهم للحالة فمن الضروري أن يتم الاتفاق بين المختصين فيما يخص بحالة الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة و خاصة فيما يرتبط بالقرارات الهامة التي تحدد كيانه و مصيره كما هو الحال في المواقف التالية:

التشخيص المتكامل و التكهن بالحالة، و القبول في مؤسسة أو مدرسة، التحويل إلى خدمات أفضل، التسكين في مستوى أو مجموعة داخل جماعة العمل، في التعليم أو التدريب أو النقل من مستوى إلى مستوى آخر أو من مرحلة إلى مرحلة أخرى في إنشاء تعليمه و تدريبه، كذلك مرحلة إنهاء الخدمات التعليمية أو التدريبية أو الانتقال إلى مرحلة التشغيل الخارجي، أو في مرحلة إعادة تأهيله و تدريبه إلى حرف بديلة أو تحفيزه إلى مرحلة الاستقلالية للعمل في نماء حياة المجتمع اليومية.

و ما لا شك فيه أن اللوائح و نظم العمل الموضوعية في كثير من المؤسسات و المعاهد تضل حبيسة عن التطبيق ما طال أمد القرارات الفردية من أعلى إلى أسفل دون تشغيل لديناميات اللجان الفنية أو دون تنفيذ العمل الجمعي بروح الفريق لصالح المستفيدين.

#### 4-8- الحق في تعليم و تدريب الوالدين و الأسرة كجزء من البرنامج :

يحتاج الإباء اللذين لديهم أبناء معاقين إلى بعض أنواع التدريب، الذي يساعدهم على رعاية أبنائهم المعاقين في المنزل، و على الكيفية التي تعاملون بها معهم، و كذلك كيفية متابعة أنواع العلاج و التدريب العلاجي أو التأهيلي الذي يقرره الأطباء و الأخصائيين، فلا بد أن يتكيف الإباء مع هذا الجو الجديد الذي أصبح لهم فيه ابن معاق.

من اجل ذلك يجب تنظيم دورات تدريبية لهؤلاء الإباء، بمراكز و تأهيل و تدريب المعاقين و يدرّب هؤلاء الإباء على يد أخصائيين على كيفية العناية بأبنائهم المعاقين و هم في المنزل، و تدريبهم و تعليمهم.

#### 4-9- الحق في المساندة و الدفاع الاجتماعي عن ذوي الاحتياجات الخاصة كمواطنين:

إن البرامج و الخدمات الموجهة لذوي الاحتياجات الخاصة هي بطبيعتها موجهة في سياق الحياة الاجتماعية بما فيها من متغيرات فردية أو أسرية أو إنسانية أو اجتماعية أو اقتصادية أو حضارية.

و من ثم فإن مساندة الطفل أو الراشد من ذوي الاحتياجات الخاصة أمر مرغوب فيه، و تبيان حاجتهم في الحياة اليومية و المحافظة على حد أدنى من إشباع احتياجاتهم ضرورة لضمان أدائهم أيضا في مستوى مقبول بكل المعايير.

فالمحافظة على حقوقهم، و مساندتهم لضمان أداء مقبول، و نشر الوعي الاجتماعي بأهمية هذه البرامج و مدى فعاليتها و أهميتها الحيوية في حياة كل مستفيد، هي من الأعمال الاجتماعية الأخلاقية، و من ثم فإن توفير و مساندة الطفل أو الراشد حتى يمكنه تأدية الحقوق و الواجبات بطريقة مستقلة مع الحياة الاجتماعية تعتبر في صميم برامج التعليم و التدريب. (ماجدة السيد عبيد، 2012، ص19).

إن دعم و مساندة هؤلاء الأطفال أو الراشدين هي كجزء من عملية التنمية الاجتماعية لأفراد المجتمع الذي يتمتع فيه كل مواطن بحقوقه و واجباته في سياق العدالة الاجتماعية.

#### 4-10- التخطيط للوقاية من الإعاقة، كجزء من البرامج القومي لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة:

إن الوقاية في مجالات الإعاقة هي في مستويين احدهما: الوقاية الأولية أي التخلص من السبب تماما، و الثاني هو الوقاية الثانوية و هو بمثابة الاكتشاف المبكر و مواجهة متضمنات الإعاقة و إبعادها في وقت مبكر للسيطرة عليها أو التقليل من أثارها.

فالوقاية من الدرجة الأولى هي الوقاية من حدوث الإعاقة، و الوقاية من الدرجة الثانية هي في الاكتشاف المبكر و التحرك مبكرا في مواجهة أثارها و مضمناها، و الوقاية من الدرجة الثالثة هي برامج التعليم و التدريب المألوفة في المؤسسات و المدارس، و الوقاية من الدرجة الرابعة هي في تقديم الخدمات للمحتاجين بعد تركهم المؤسسة في غمار حياة العمل و الحياة الاجتماعية في المجتمع.

5- مستويات المراكز النفسية البيداغوجية :

5-1- المستوى الوقائي:

و يعني فيه بكافة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة و تهيئة الظروف التي تحمي الطفل من التعرض لمسبباتها المختلفة، و تحقق سلامته الجسمية و الحسية والعقلية و النفسية و الاجتماعية، و يساهم في هذا المستوى الأول من الوقاية الأطباء و مؤسسات و مراكز رعاية الطفولة و الأمومة، و مكاتب الصحة و مؤسسات الإعلام و معلمات و مشرفوا دور الحضانة كما يعني في هذا الصدد بجهود المنظمة من شأنها الكشف المبكر عن اضطرابات النمو و الإعاقات، و التدخل المبكر للتخفيف من شدة تأثيرها، و الحد من القصور الوظيفي المرتبط بها على الطفل، و العمل على تجنب الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى تطور الإعاقة.

5-2- المستوى العلاجي:

يقوم الاتجاه العلاجي على إزالة القصور أو التخفيف من حدوث الإعاقة عن طريق التعويض، فعند الشخص المعاق سمعيا مثلا يتم دعم الحاسة البصرية أو الحسية و ذلك بتأهيل المعاق و استغلال إمكانياته و طاقته الكامنة إلى أقصى حد ممكن.

كما تستهدف الجهود الإنمائية في هذا المستوى من الخدمات استغلال و استثمار كل ما يتمتع به الفرد ذو الحاجات الخاصة من طاقات و استعدادات، لبلوغ أقصى ما يمكنها الوصول إليه من نمو.

(عبد المطلب امين القريطي، 2005، ص66-67).

6- خدمات المراكز النفسية البيداغوجية :

6-1- الخدمات الاجتماعية:

و يقوم بتقديم هذه الخدمات قسم البحث الاجتماعي الذي يتحمل مسؤولية الإشراف و التوجيه و متابعة المعاقين داخل المؤسسة و خارجها، فبكتب التقارير التي تساعد كثيرا في كيفية متابعتهم متابعة علمية.

يكون الأخصائي الاجتماعي مسئولا عن عدد المعاقين لا يتجاوز في أكثر الأحيان عن 30 معاقا، إذ يمد المعلمين بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين لما يمتلك من خلفية حولهم من خلال الملاحظة الدقيقة المستمرة و من خلال لقاء أسرهم سواء في بيوت المعاقين أو عند استدعاء أولياء أمورهم إلى المركز. فالأخصائي الاجتماعي يسعى جاهدا لمد الجسور بين البيت و

المركز للوقوف على قدرات المعاق و استعداداته و استثمارها استثمارا سليما فهذا يعزز ثقته بنفسه و نظرتة إلى ذاته و يحقق بعض القبول الاجتماعي.

### 6-2- الخدمات التربوية:

إن الخدمات التربوية المقدمة للمعاقين تختلف باختلاف نوع الإعاقة لكنها تلتقي جميعا بضرورة مراعاة الفروق الفردية من خلال استخدام الأساليب التعليمية المتنوعة و الوسائل المناسبة، و التنوع في تعيين الواجبات بحسب الإمكانيات و القدرات، و التنوع في الخبرات لكي تتناسب مع عمرهم الزمني و العقلي.

فعند تعليم المعاقين عقليا يركز المعلم على التعليم الفردي لمراعاة الفروق الفردية بينهم، بالإضافة إلى استخدام الحث و التشكيل و التسلسل و النمذجة. (قحطان احمد الطاهر، 2008، ص43).

و من اجل تعليم فعال يجب اختيار معلم كفيء بمواصفات تتلاءم مع حالة الإعاقة لكي يمتلك حسا و استشعارا بحالة الإعاقة، و هذا للقيام بواجبه على أكمل وجه و يكون متابعا ما من سان هان يدعم عمله و يفيد المعاقين.

يتم توزيع المعاقين حسب أعمارهم و درجة إعاقتهم، و يركز في تعليمهم على القراءات و الكتابة و الحساب ليؤدوا دورهم في حياتهم الاجتماعية، و يجري متابعتهم المستمرة من قبل إدارة المركز و المشرفين الأخصائيين الاجتماعيين و المعلمين.

### 6-3- الخدمات النفسية:

يستخدم الأخصائي النفسي اختبارات الذكاء للوقوف على قدرات المعاق العقلية و الاختبارات الشخصية للتعرف على ميوله و هوايته و ماهيته بشكل كامل من اجل بداية صحيحة بعيدة من العشوائية و التجريب فان الطفل المعاق معرض أكثر من غيره إلى الإحباط و الفشل و الانكسار النفسي نتيجة للأسباب غير التربوية التي يتبعها أولياء الأمور معهم و التي تغرز فيهم الخوف و القلق و التردد، لذلك يسعى الأخصائي النفسي إبعاده عن أي حالة من حالات الخوف و التردد، و مساعدته على فهم نفسه و قبول إعاقته، بشكل سليم دون التركيز على حالة الإعاقة. (قحطان احمد الطاهر، 2008، ص45).

#### 6-4- الخدمات الثقافية:

يقوم المركز بتوعيتهم على القضايا القومية و الوطنية و القيام بأنشطة و فعاليات بهذا الخصوص و عمل نشرات جدارية و اصطحابهم إلى مواقع تراثية و فنية و اقتصادية، و توعيتهم على كيفية البيع و الشراء و طبيعة التعامل مع الآخرين، و استغلال مواهبهم في شتى الميادين كالآدب و الفن بأنواعه.

#### 6-5- الخدمات الترفيهية:

يقوم المركز بأنشطة ترفيهية مختلفة تختلف، كالسفرات إلى المناطق الأثرية و السياحية و التاريخية و الجولات الترفيهية في الحدائق و المتنزهات و حدائق الحيوانات، كما يقوم المركز بحمل المعاقين إلى بعض المسارح و دور السينما لمشاهدة المسرحيات و الأفلام التي تتناسب معهم. (قحطان احمد الطاهر، 2008، ص46).

#### 6-6- الخدمات الرياضية:

تعتبر البرامج الرياضية من الوسائل الهامة في تربية المعاق و تنشئة و تدريب حواسه و تنمية قدراته و استغلال ميوله ، و استعداداته بشكل سليم و هذا ما ينعكس إيجابيا على وضعه النفسي و الاجتماعي.

#### 6-7- الخدمات الطبية:

يفترض أن توفر مراكز المعاقين ورشة طبية تقوم على تقديم الخدمات الطبية للمعاقين و متابعتهم باستمرار و وضع التقارير الخاصة لكل منهم.

#### 6-8- خدمات التأهيل الأكاديمي:

و هي الخدمات التعليمية و التربوية التي تقدمها المؤسسات التعليمية لغرض تنمية و تقليل الفجوة بينهم و بين الأفراد العاديين و التي تكون مناسبة لهم وفق قدراتهم العقلية و الجسمية.

#### 6-9- خدمات التأهيل المهني:

تسعى هذه المراكز إلى تذليل كل الصعوبات التي تحول دون شعور ذوي الإعاقات كغيرهم من أقرانهم العاديين، و تحويلهم من حالة الاعتمادية على الغير إلى الاعتماد على الذات، و ما يفرزه ذلك من شعور بالرضا، و ما يعكسه من تعامل و رؤية أفضل من قبل الآخرين توجيه المعاق لاختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته و رغباته. (محمد احمد الطاهر، 2008، ص49).

7- أهداف المراكز النفسية البيداغوجية:

- توفير أدوات القياس و التشخيص و الملاحظة العلمية و التقليدية التي تساعد في الكشف المبكر عن الأفراد غير العاديين في البيت و المدرسة.
- تقديم البرامج و الخدمات التربوية الوقائية و العلاجية اللازمة، بحيث تتضمن البرامج الوقائية الإجراءات التي تحد من تفاقم المشكلة أو توقف تداعيات و التخفيف من أثارها النفسية على الفرد، و تتضمن البرامج العلاجية مجموعة من البرامج التعويضية التي تساعد المعاق على استخدام جوانب أخرى من قدراته غير تلك التي حدثت فيها الإعاقة، فالمعاق بصريا مثلا تقدم له خدمات و برامج تنمي قدراته على السمع و اللمس.
- وضع برامج تعليمية فردية و جماعية تناسب كل فئة من فئات غير العاديين.
- تطوير و ابتكار طرق تدريس تتماشى مع كل حالة من الحالات.
- إيجاد وسائل تعليمية سمعية و بصرية و حركية تساعد في تعليم غير العاديين و رعايتهم.
- رعاية النمو السوي لكل فئة حسب الفروق الفردية لديهم.
- تنمية السلوك ألتكفي من خلال تنفيذ برامج جماعية في الجانبين التعليمي و التربوي.

(عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2001، ص22).

8- واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر:

جاء القانون 02/09 المؤرخ في الثامن من شهر ماي سنة 2002 بمجموعة الحقوق العامة و الأساسية لذوي الاحتياجات الخاصة، و ذلك من اجل ضمان التكفل الجاد و الإدماج الفعلي بهذه الفئة و دمجها في الحياة الاجتماعية و العملية بوصفها عنصرا فعالا في المجتمع يتضمنها القانون 39 مادة موزعة في سبع فصول يضم كل فصل منها أحكام تسهل التكفل بحقوق المعاق في الجزائر و توضح إجراءات ضمان تحقيق هذا التكفل على ارض الواقع في الجزائر و توضح إجراءات ضمان تحقيق هذا التكفل على ارض الواقع و على ضوء هذا القانون يستفيد ذوي الاحتياجات الخاصة.

بعد إثبات إعاقته من ثلاثة محاور كبرى من الحقوق تقع على عاتق الإدارات و الهيئات المعنية المختصة بهذا الشأن و تتمثل هذه المحاور في التكفل الاجتماعي و الإداري و التكفل المؤسستي و المهني و التكفل القضائي و السؤال المطروح هنا هل حقا استطاعت الدولة الجزائرية ضمان التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة على ارض الواقع من خلال سنها القانون 09/02.

تمثلت المحاور الكبرى من الحقوق و التي جاء بها هذا القانون في حق الاعتراف بصفة المعاق و حق التامين الاجتماعي و الحق في المنحة الاجتماعية و قد عرف مبلغ هذه المنحة عدة زيادات حتى وصل الى قيمة 4000 دينار جزائري شهريا سنة 2007 بموجب أحكام المرسوم التنفيذي 07/340 المؤرخ 2007/10/31 و هذا المبلغ لا يمكنه تلبية أدنى احتياجات المواطن البسيط و لطالما سعت الجمعيات المتخصصة و ذوي الحقوق في كل مناسبة على تسليط الضوء على هذا المطلب عن طريق رفع انشغالهم هذا و المطالبة برفع قيمة المنحة. (<https://www.el-massa.com13/06/2021>).

و قد تحددت مطالب الحركة الجمعوية في عدة مناسبات بتحسين وضعية المعاق في الجزائر حيث طالبت برفع منحة المعاق، و استحداث كتابة دولة على مستوى وزارة التضامن تتكفل بانشغالات فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى دمج فئة المعاقين اقتصاديا و اجتماعيا بتوفير مناصب شغل لائقة بهم.

و في ملتقى بجامعة إدرار أخصائيين يناقشون واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، و تمت الإشارة إلى أن مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة الحياتية لا ترجع إلى الإصابة أو الإعاقة في حد ذاتها بل تعود أساسا إلى طريقة تعامل الأسرة و تكيف المجتمع مع مشكلاته و تمت الإشارة أيضا إلى أن التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، هو كل فريق متكامل بمختلف تخصصاته.

و في مقال لمولود صياد في 2018 يقول أن ذوي الاحتياجات الخاصة في مجتمعاتنا يعانون من مشاكل كبيرة صعبت عليهم الانخراط في المجتمع بصفة عادية خاصة أمام عجز السلطات المحلية في التكفل بهذه الفئة على أكمل وجه خاصة ما يتعلق بجانب الترفيه و الدمج في المدارس العادية و المجتمع، فهو الأمر الذي جعل أوليائهم يتخبطون في جملة من المشاكل التي تواجه أبنائهم إلا أن هذه الفئة لم تسلم من هذا الواقع المر خاصة في وسط لا تتوفر فيه الإمكانيات اللازمة و يعاني الشخص المعاق الكثير من الصعوبات التي تحد من الأحيان عن عزيمته.

فان هذه الفئة لم تختار لنفسها الوضع الذي تعيشه، و لكن العراقيل التي تواجههم في حياتهم تحد من عزيمتهم الكثيرين منهم و أن مجمل الحقوق التي كرسها المشروع الجزائري لصالح فئة المعاقين تمثل فقط جزءا من التكفل و الاهتمام الذي يقع على عاتق السلطات العمومية و كل أفراد المجتمع.

. (<https://www.elhiwardz.com> , 2021).

يعتبر ميدان ذوي الاحتياجات الخاصة من الميادين المهمة التي واجهت العديد من التحديات و العراقيل في مختلف دول العالم بما فيها الدول العربية بالأخص الجزائر، فهي كغيرها من الدول التي لم تولي

اهتماما بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة إلا مؤخرا، فقد كشفت الإحصاءات العالمية عن تزايد إعداد المعوقين، حيث وصل تعدادهم إلى حوالي 500 مليون معاق جسديا و عقليا و نفسيا أي 10 بالمائة من سكان العالم، و تبين عدد من التقارير الدولية أن طفلا واحدا على الأقل من عشرة أطفال يولد بعجز خطير أو يصاب به في وقت لاحق، و هذا العجز قد يعرقل نموه إذا لم يتلق الرعاية اللازمة، وتشير هذه التقارير إلى أن 80 بالمئة من بين مائتي مليون طفل مصابين بالإعاقة في العالم يعيشون في البلدان النامية، و لا يتلق سوى عدد ضئيل منهم الرعاية الصحية و التربوية الجيدة و لا يحظ سوى 2 بالمئة منهم بالخدمات الخاصة.

و ترتفع نسبة المعوقين في البلدان العربية إلى ما بين 13 بالمئة 15 بالمئة من إجمالي عدد السكان أما في الجزائر فان الإحصاء العالم للسكان (جوان 1998) يشير إلى أن عددهم يصل إلى 1.590.466 معوق، في حين يشير البعض إلى أن العدد الفعلي يصل إلى حوالي ثلاث ملايين معاق، و عليه فان واجب الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة يقع على عاتق الدولة، و هو الأمر الذي تحاول أي حكومة من الحكومات جاهدة في سبيل توفيرها للمواطنين و هذا ما يسمى بدولة الرعاية.(بوسكرة احمد، بالقرمي سهام، ص201) .

## خلاصة الفصل:

إن الجزائر من بين الدول العربية التي قامت بحماية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فقد أصدرت في سنة 2002 تشريعا خاصة بفئة المعوقين و هو القانون 02-09 المتعلق بحماية الأطفال المعاقين و ترقيتهم، و بذلك فقد سبقت صدور الاتفاقية الدولية لذوي الإعاقة الصادرة عن الجمعية العامة سنة 2006 و التي دخلت حيز التنفيذ سنة 2008، و هذا ما يدل على أن الجزائر كانت ملتزمة تجاه فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال التزاماتها العامة في إطار الاتفاقيات الدولية الخاصة بحقوق الإنسان لسنة 1948 و العهد الدولي الخاص بالحقوق السياسية و المدنية و العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية لسنة 1966.

## الفصل الرابع : الإعاقة العقلية

تمهيد

- 1- تعريف الإعاقة العقلية .
- 2- تصنيفات الإعاقة العقلية .
- 3- أسباب الإعاقة العقلية .
- 4- خصائص الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية .
- 5- الانتباه عند المعاق عقليا.
- 6- مناهج تعليم المعاق عقليا.
- 7- واقع الإعاقة في الجزائر.

الخلاصة

## تمهيد :

تعتبر قضية الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية ( القابلين للتعلم ) من أهم القضايا الإنسانية والاجتماعية و الاقتصادية المطروحة على ساحة الألفية الثالثة ، حيث إن لها أبعاد تربوية ووقائية علاجية ، وعلى هذا أصبح هؤلاء الأطفال بؤرة اهتمام شتى المجتمعات الدولية لقصور عملياتهم المعرفية التي تنعكس سلبا على أدائهم الأكاديمي عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين ، لذا فهم بمسيس الحاجة إلى جهد مستمر و متواصل و رعاية شاملة متكاملة بمعرفة مختلف الجوانب المحيطة بهذه الفئة و نستعرض في هذا الفصل ، تعريف الإعاقة العقلية ، تصنيفات الإعاقة العقلية ، أسباب الإعاقة العقلية ، خصائص الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية ، الانتباه عند المعاق عقليا ، مناهج تعليم المعاق عقليا ، واقع الإعاقة في الجزائر و خلاصة الفصل .

## 1 - تعريف الإعاقة العقلية :

إن تعريف الإعاقة العقلية أمر بالغ الصعوبة إذ أن الأطفال الذين يوصفون بأنهم متخلفون عقليا يظهرون أنماطا سلوكية مختلفة و مستويات متباينة من التكيف، لذا فالتعريف الجامع المانع لهذه الحالة يجب أن يصف مظاهر الحالة التي تنطبق على كل حالات التخلف بأنواعها ودرجاتها و أسبابها المتعددة، والتعريف المقبول للتخلف العقلي يجب أن يتضمن كل العوامل الاجتماعية و النفسية و التربوية و الجسمية المتداخلة . ( أسامة محمد عطية و آخرون ، 2007، ص 118- 119 )

## 1-1- التعريف الطبي :

تعرف الإعاقة العقلية طبيا بأنه ذلك الشخص الذي يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، و تؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية . ( Luria, 1983, P 10 )

و تعرف أيضا من الجهة الطبية و العضوية بأنها عرض ينجم عن اضطرابات عديدة تلحق بالجهاز العصبي المركزي خاصة المخ نتيجة لإصابته بآفات مرضية معروفة أو غير معروفة . ( عبد اللطيف موسى، ع، 1989، ص 15 )

## 1-2- التعريف السيكومتري :

اعتمد هذا التعريف على مقياس الذكاء حيث تزودنا اختبارات الذكاء بمقدار كمي يمكن من خلاله التعرف على حالة الإعاقة العقلية ، ولسنوات عدة اعتبرت نسبة الذكاء 70 درجة مؤشرا أو دليلا على التميز بين المتخلف عقليا و الطفل العادي، و من أشهر اختبارات الذكاء نجد اختبار ستانفورد بنيه و كسلر واختبار رسم الرجل واختبارات أخرى . (أسامة محمد البطاينة و اخرون ، 2007، ص121)

## 1-3- التعريف الإجتماعي:

يعتبر أن فوكس و جيجولي ( fox & Gegoly , 1986 ) ير أن الإعاقة العقلية هي حالة مزمنة تتميز بعجز في أداء الوظائف العقلية ، وتتميز بإنخفاض ملحوظ في القدرة على تلبية متطلبات الاحتياجات اليومية أو البيئية الاجتماعية المحيطة .

بينما يرى باج ( Page , 1986 ) أن الإعاقة العقلية حالة تطورية غير عادية تظهر منذ الميلاد أو في الطفولة المبكرة ، و تتميز بإنخفاض ملحوظ في نسبة الذكاء يصاحبه عدم التوافق الاجتماعي .  
( mangal, 2002 ,p 436 )

#### 1-4- التعريف القانوني :

الشخص المعاق عقليا هو غير القادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة . (فرج عبد اللطيف ، 2007 ، ص76)

#### 1-5- التعريف التربوي :

تعرف الإعاقة العقلية تربويا بأنها خلل في الوظائف العقلية طبقا لدرجات نسبة الذكاء 75 فأقل، ويصاحبه إنخفاض ملحوظ في التحصيل الدراسي . ( Bill et all , 1992 ,p277 )

#### 1-6- تعريف الجمعية الأمريكية :

وقد كان آخر تعريف للإتحاد الأمريكي للإعاقة العقلية هو الذي صدر في الطبعة العاشرة و الصادرة عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين ( A.P.A , 2007 ) ، و الذي يبين أن الإعاقة العقلية هي عجز أو قصور أساسي في كل من الأداء الوظيفي العقلي و السلوك التكيفي الذي يبدو جليا في المهارات التكيفية و الاجتماعية و العملية ، وإنطلاقا من هذا التعريف جدد هذا الإتحاد بعض المعايير تؤخذ بعين الاعتبار عند تشخيص الإعاقة العقلية مثل: توفر الأداء المحدود في الجوانب المعرفية و الاجتماعية في سياق البيئة و السن التي ينتمي إليها الطفل.

مع ضرورة التركيز عند التشخيص على عدة عوامل تخص الطفل مثل العوامل الاجتماعية و الثقافية و التنوع اللغوي مع الأخذ بعين الاعتبار الجوانب النمائية و النفسية الإيجابية للطفل (سي بشير، ك ، 2017 ، ص12).

## 2- تصنيفات الإعاقة العقلية :

### 2-1- التصنيف حسب الأعراض :

#### 2-1-1- تصنيف تيرمان (Terman, 1916) :

- أفراد على حدود التخلف العقلي (**Borderline Retardate**) : معدل ذكائهم من 70-79.
- أفراد مورون او مافونون (**Moron**) : يتراوح معدل ذكائهم من 50-69 .
- أفراد بلهاء (**Imbecile**) : يتراوح معدل ذكائهم من 25-49 .
- أفراد معنوهون (**Idiot**) : يتراوح معدل ذكائهم أقل من 25 .

ولقد استخدم ويكسلر (Wechsler , 1958) نفس المسميات مع اختلافات طفيفة في معدلات الذكاء.

#### 2-1-2- تصنيف هيبر (Heber , 1961-1959) :

تبينت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تعريف هيبر (Heber, 1959) عن التخلف العقلي الذي شمل أولئك الأفراد الذين ينخفض معدل ذكائهم عن المتوسط بدرجة واحدة من درجات الإنحراف المعياري ، ومن هنا فقد صنفت حالات التخلف العقلي إلى خمس مجموعات:

- المتخلف عقليا على الحدود (**Borderline**) تتراوح نسبة معدل ذكائهم : ما بين 68-83
  - حالات التخلف العقليا الخفيف (**Mild M.R**) تتراوح نسبة معدل ذكائهم : ما بين 52-67
  - حالات التخلف العقلي المتوسط (**Moderate M.R**) تتراوح نسبة معدل ذكائهم : ما بين 36-51 .
  - حالات التخلف العقلي الشديد (**Severe M.R**) تتراوح نسبة معدل ذكائهم : ما بين 20-35
  - حالات التخلف العقلي البليغ (العميق) (**Profound M.R**) أو أدنى .
- (عبدالرحمن محمد عيسوى ، 2000، ص84)

### 2-2- التصنيف الطبي :

عرض الدليل التشخيصي الرابع DSM-4 الذي نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994 لتصنيف الإعاقة العقلية حسب أسبابها الطبية كالآتي :

#### 2-2-1- إعاقة ناتجة عن أمراض معدية : الحصبة الألمانية و الزهري.

2-2-2- إعاقة ناتجة عن إصابات جسمية : الإصابة الدماغية والتلف الدماغى والاستسقاء  
ومن أمثلة هذا النوع :

- حالات القماءة أو القصاع (cretinism) .
  - حالات ناتجة عن إصابات جسمية ناتجة عن إفرازات الغدة الدرقية حيث نقص الثيروكسين و نقص مادة اليود في الطعام، ويصاحب ذلك كبر حجم الرأس وجحوظ العين وجفاف الجلد وقصر الأطراف و الأصابع وانتفاخ البطن.
  - أو عن تسمم عقلي بالرصاص و الزئبق و بالإشعاعات ، وكذلك الحالات الناتجة عن التسمم بعقاقير الباربيتورات و البيترودايازيبينات (barbiturate&betrodiazepines) ، وبعقاقير الترويين، و ناتج عن عيوب تمثيل غذائي كمثل :
  - حالة الفيلل كيتونيوريا (phenyl ketonuria) :
- حيث يتلون البول بلون اخضر عند إضافة حمض الفيريك إليه ، وهذه الحالة تنتج عن عدم كفاءة الكبد في إفراز الانزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين ، والذي يظهر بمستويات عالية في الدم و يسبب تسمم دماغي .

- حالات الجلاكتوسميا (glactosmia) :

حيث الاصفرار و اليرقان واضطراب الكبد بسبب نقص سكر الجلاكتوز في غذاء الطفل.

- حالة تاي-ساكس (tay-sachs) :

التي تنشأ عن قصور في التمثيل الغذائي للدهون مما يرسب مادة جانجوسيد وهي مادة دهنية بالمخ مما يؤدي للوفاة في الأعوام الأولى، وهذه الحالة منتشرة بين اليهود الاشكائناز (Ashkeneaz)

- انيميا الخلايا المنجلية (Sickle-cell anemia) :

وهي خطأ في تكوين الهيموجلوبين نتيجة نقص توزيع الأوكسوجين خلال خلايا الدم الحمراء مما يسهل تكسيورها ؟

تخلف عقلي ناتج عن اضطرابات وشذوذ جيني مثل متلازمة داون (Down Syndrome) التي تنشأ عن تكرار في الكروموسوم 21 و متلازمة ادوارد (Edward's Syndrome) التي تنشأ عن تكرار في الكروموسوم رقم 18 ومتلازمة كلينفلتر (Klinefelter Syndrome) التي تنشأ عن زيادة في

الكروموسوم Y إلى الزوج 23 الأنتوي ليصبح (XXY) وغيرها من هذه الحالات. (عبد الرحمن محمد عيسوى ، 2000 ، ص 82 )

### 2-2-3- إعاقة عقلية ناتجة عن أمراض تحدث قبل وبعد و أثناء الولادة :

#### 2-2-3-1- أسباب قبل الولادة :

- عدم توافق عامل رسيوس (Rh Factor) بين الوالدين.
- تناول الكحوليات و المخدرات.
- مرض الأم الحامل بالحصبة الألمانية.
- تعرض الأم للإشعاع.
- عدم استعداد الأم للإنجاب وعدم ملائمة عمر الأم للحمل.

#### 2-2-3-2- أسباب أثناء الولادة :

- نقص الأوكسوجين وانقطاع وروده عن مخ الطفل (Anoxia) .
- حوادث الولادة نتيجة استعمال الآلات الحادة وأجهزة الشفط .
- انخفاض وزن الطفل عند ولادته بصورة حادة .
- طول فترة المخاض وتعسر الولادة .
- الولادة القيصرية .

#### 2-2-3-3- أسباب بعد الولادة :

- تعرض الطفل للاهتزاز الشديد أو السقوط المفاجئ .
- ضعف الرعاية الصحية للطفل .
- تعرض الطفل لمواد مشوهة مثل : الأبخرة السامة و النيكوتين و السموم و المخدرات و الرصاص و الزئبق.
- إصابة الطفل بأمراض الحصبة ، الحمى ، التهاب الدماغ ، التهابات السحايا المخية...

2-3- التصنيف التربوي :

اتجه علماء علم النفس التربوي إلى محاولة لوضع تصنيف خاص بهم، وفيما يلي عرض لأهم تقسيماتهم :

- بطئ التعلم نسبة الذكاء تتراوح ما بين 75-90 .
  - القابلون للتعلم نسبة الذكاء تتراوح ما بين 50-75 .
  - القابلون للتدريب نسبة الذكاء تتراوح ما بين 30-50 .
  - غير القابلون للتدريب نسبة الذكاء تتراوح ما بين 30 فما فوق.
- ( مواهب عياد ، نعمه رقبان ، 1995 ، ص15 )

2-4- التصنيف السيكومتريمن وجهة نظر القياس النفسي :

يستمد هذا التقسيم على نسبة الذكاء كمدك أساسي ، وفيما يلي عرضه لهذا التصنيف

| الفئة      | نسبة الذكاء | العمر العقلي      |
|------------|-------------|-------------------|
| معتوه      | أقل من 25   | أقل من ثلاث سنوات |
| أبله       | 25-50       | من 3 إلى 7 سنوات  |
| مورون      | 50-75       | 8 سنوات فأكثر     |
| ضعيف العقل | 75-80       | -                 |
| غير عادي   | 80-90       | -                 |

الجدول رقم : يبين التصنيف السيكومتري من وجهة نظر القياس النفسي

(عبدالرحمن محمد عيسوى ، 2000 ، ص 84 ) .

2-5- التصنيف الإجتماعي :

صنفت منظمة الصحة العالمية عام (1992) الخصائص السلوكية لهذه الفئات كالاتي :

2-5-1- الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة :

هم الأطفال الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين 50 و 75 درجة و ما يلاحظ أن أطفال هذه الفئة هم قابلون للتعلم فهم يكتسبون اللغة مع بعض التأخير،و يمكن أن يستفيدوا من البرامج التربوية العادية و

يحققون استقلالاً شخصياً اقتصادياً بصورة تامة و ذلك حسب استعداداتهم فيحصل معظمهم إلى الاستقلالية في الرعاية الذاتية.

### 2-5-2- الإعاقة العقلية المتوسطة :

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 40 و 55 درجة وهم بطيئون في استخدام اللغة و تطويرها و يمكنهم تعلم مهارات حماية الذات ، و اكتساب سلوكا مقبولا في التغذية و النظافة و ارتداء الملابس، و هم قادرون على اكتساب مهارات العادات السلوكية التي تساهم في تكيفهم الاجتماعي و هم قابلون للتدريب.

### 2-5-3- الإعاقة العقلية الشديدة:

تتراوح نسبة ذكائهم بين 25 و 35 درجة و هم الأطفال الذين يعانون من اضطراب المهارات اللغوية و يعانون من قصور شديد في الاستقلال الذاتي و العجز في اتخاذ القرار بأنفسهم، و قد يتعلمون القليل من المهارات الشخصية لاعتمادهم على النفس لكن تحت إشراف الغير كما يمكن أن تعاني هذه الفئة من إعاقات أخرى مصاحبة حسية لغوية حركية.

### 2-5-4- الإعاقة العقلية العميقة :

يقدر معدل الذكاء في هذه الفئة بما دون 20 وهذا يعني عمليا أن الأشخاص في هذه الفئة ذو قدرة محدودة جدا على فهم التعليمات و المطالب و الإستجابة لها، فمعظم هؤلاء الأفراد لا يمكنهم الحركة أو مقيدون بدرجة محدودة في حركتهم ولديهم إمكانيات ضئيلة على التعامل بصورة غير لفضية، ولديهم قدر قليل أولا يوجد على رعاية حاجاتهم الشخصية وهم بحاجة إلى رعاية و مساعدة وإشراف مستمر. (الفرماوي حمدي، رضوان النساج، 2010، ص28-43)

### 3- أسباب الإعاقة العقلية :

بإمكاننا تقسيم المسببات التي تقود إلى التخلف العقلي عند الأطفال إلى ثلاث مجموعات :

3-1- أسباب ما قبل الولادة : التي يبدأ تأثيرها منذ البداية من التلقيح و الحمل حتى الولادة وهي

عديدة و متنوعة و تشمل .

- الأسباب الوراثية الخلقية (الجينية) مثل مرض فينيل كيتونوريا (Phenyl-Ketounria) مرض لورانس- مون-بيدل، وتناذر الصبغية « X » الهشة.
- أمراض الصبغات جميع الثلاثيات مثل الثلاثية رقم 21، الخ.
- الالتهابات الخمجة الوراثية.
- الأمراض العفنة عند الأم.
- الأعراض و المشاكل الصحية المتعددة لدى الحامل.
- مضاعفات الحمل.
- مرض ما قبل الإجراج التوكسو بلازما و غيرهما.
- تأثيرات الأدوية و التلقيح (التطعيم) الكحول وغيرها.
- الولادة قبل الأوان.
- الحمل التوأمي.
- تأخر نمو الجنين في الرحم.
- الإلتاقات التي تصيب الجنين داخل الرحم في سياق نموه و تطوره تناذرات خاصة مثل تناذر وليامز التشوهات الخلقية المتعددة.
- 3-2- أسباب ما حول الولادة :**
- نقصان الأكسوجين لدى الجنين.
- اختناقه.
- الأنزفة في داخل الجمجمة، إلخ.
- 3-3- أسباب ما بعد ولادة الطفل :**
- الالتهابات الخمجة.
- التهاب السحايا.
- التهاب الدماغ.
- إصابة الأوعية الدموية.
- التسمات الشديدة.
- الأورام.
- الصدمات.

- التشنجات المتكررة.

- الوسط الإجتماعي البدائي (غسان، ج، 2001، ص7- ص8)

### 3-4- أسباب الوراثةية :

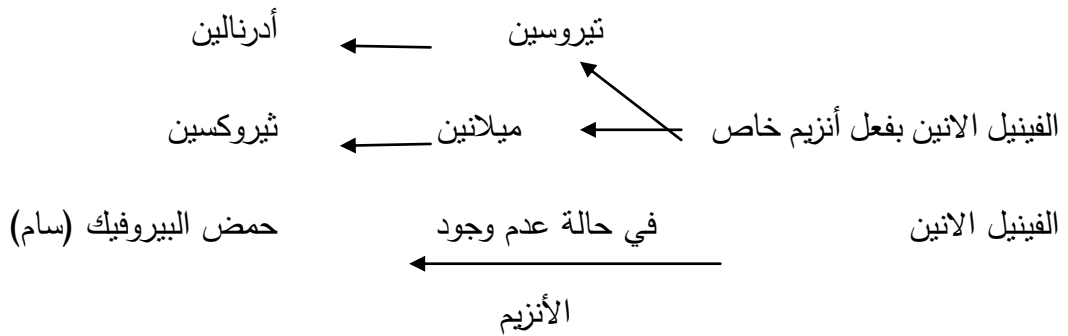
الإعاقة العقلية ليس مرضا معديا أو وراثيا بحتا، بل له أسباب طبية و وراثية و أسباب أخرى غير معروفة حتى الآن . (إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، 2000، ص8 )

وعلى هذا تعد الوراثة عاملا مهما في حدوث الإعاقة العقلية، فالطفل يرث من والديه أجداده إما مباشرة عن طريق الجينات التي تحملها صبغات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين مندل الوراثةية أو عن طريق غير مباشر خلال عيوب أو قصور أو خلل في الجينات يترتب عليه تلف لخلايا المخ أو إعاقة وظائفه مما يسبب الإعاقة العقلية .

ويمكن توضيح أهم الأمراض و الاضطرابات البيوكيميائية التي تسبب الإعاقة العقلية فيما يلي:

### 3-4-1- اضطراب الفينيل كيتون يوريا (Phenylketonuria (PKU) :

ينشأ هذا الاضطراب نتيجة جين طفرى متنح يمنع المصاب من تحويل الفينيل الانين (Phenylalanine) حمض عضوي إلى التيروسين (Tyrosin) الذي يتحول بدوره الطبيعي إلى الثيروكسين و الادرنالين، و يتحول الفينيل الانين إلى الثيروكسين بفضل أنزيم خاص يسمى الفينيل الانين هيدروكسيدز (Phenylalanine hydroxidase)، وإذا لم يتكون هذا الأنزيم في كبد الفرد، فإن نسبة تركيز الفينيل الانين تزيد في الدم وتتمثل جزئيا في الدم لتكون حمض البيروفيك السام PYROVIC (ACID) ، ويخرج بعضه مع البول عن طريق الكليتين، و توضيح المعادلات الآتية ذلك:



(فاروق محمد صادق ، 1982 ، ص36 )

و يعتبر الفينيلكيتونيوريا ( PKU ) من الأمراض الوراثية التي يمكن تحديدها بعد ميلاد الطفل المعاق عقليا مباشرة، وذلك من خلال تحليل بول هذا الطفل، أو أخذ عينة بسيطة من الدم لإجراء الفحوص اللازمة عليها . ( Mangal , 2002 , P 438 )

### 3-4-2- زملة أعراض داون (Down's) :

وتعد من أكثر الأمراض الوراثية إنتشارا وسميت بذلك نظرا لمكتشفها العالم النفسي الانجليزي داون (Down) ، ويرجع سبب هذه الحالة إلى اضطراب في عدد الكروموزومات فمن المعروف أن عدد كروموزومات الإنسان 46 كروموزوم، أما في هذه الحالة فإن عدد الكروموزومات 47 كروموزوم ، و هذا الكموزوم الزائد يؤدي إلى اضطراب في كيمياء المخ، ويحدث تلفا وظيفيا له، فهؤلاء الأطفال المصابون بزملة داون لهم أكثر من 50 سمة و ليس بالطبع كل هذه السمات تظهر في الطفل المصاب . ( Colleen & Edward , 1995 , P 306 )

وأهم سمات هؤلاء الأطفال خلف الرأس غير مكتمل وتكون العين غير قادرة على الرؤية وهم يتسمون بزيادة طبقة الجلد في الركن الداخلي للعين، ولهم أنف أفطس وأذن و عينان صغيرتانولهم جلد متزايد في الخلف الرقبة الأيدي و القدم صغيرتين ينتحبا في أثناء الشهيق، كما يتسمون بقوة العضلات وارتخائها بنسبة تتراوح ما بين 40-50% و يتوقع أن يعيشوا بنسبة تصل من 50-60% . (بوشيل ، 2004 ، ص188 )

### 3-4-3- مرض تاي.ساک ( Tay sach's disease) :

مرض وراثي ناتج عن جينات طفرية متنحية تسبب خلا في التمثيل الغذائي ناتجا عن نقص أنزيم هكسوسامينيداز (Hexosaminidase) فنتجمع مادة جانجليوسيدس (Gangliosides) في الخلايا و تتلف خلايا الدماغ و الجهاز العصبي، وتسبب في إعاقة عقلية شديدة ، ويسمى هذا المرض"المرض المميت" لأنه يؤدي إلى موت الطفل قبل سن الثالثة من العمر . (محمد السيد حلاوة ، 1998 ، ص44 )

## 3-4-4- حالة الجلاكتوسيميا (Galactosemia) :

ترجع هذه الحالة إلى فقدان أنزيم معين يساعد في تحويل مادة الجلاكتوز السكر الموجود في الحليب، ويصاب الطفل باليرقان ، وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيء، وفيما بعد يمكن أن يصاب الطفل باعتماد في عدسة العين، ونسبة انتشارهم تقدر بـ 1 لكل 50,000 مولود وبعض الأطفال المصابين بهذه الحالة يتعرضون للوفاة بعد أيام نتيجة كسل الكبد، ومن يعيش منهم يصبح متخلفا عقليا . ( Arcik , 2001, P5 )

## 3-4-5- شذوذ الكروموزومات خاصة الكرموزوم ( X ) الهش:

وهي تتضمن شذوذ في القليل منها أو تبادل بين أجزائها، وتشير الإحصائيات إلى أن كل 150 أو 200 طفل يولد في الولايات المتحدة الأمريكية مصاب بشذوذ في إحدى الكروموزومات . (Colleen & Edward, 1995 ,P 305).

وينشأ هذا الشذوذ الكروموزومي نتيجة وجود جزء منقبض أو متقلص عند نهاية أو طرف الكروموزوم ( X ) ، لذلك يطلق عليه الكروموزوم ( X ) الهش وهناك مجموعة من السمات الجسمية ترتبط به إلى جانب العديد من أوجه القصور المعرفية وتتضمن السمات الجسمية قصر القامة والجبهة العريضة البارزة والفك البارز والأذنين الكبيرتين إلى جانب اليدين و القدمين . (عادل عبد الله محمد ، 2002، ص 421 )

## 3-4-6- عامل الرزيوس (Rhesus factor) :

يحدد هذا العامل مدى التطابق والانسجام بين دم الأم ودم الجنين في أثناء فترة الحمل، وجدير بالذكر أن فصيلة دم الغالبية العظمى من الناس حوالي 85% تحمل الرزيوس موجب بينما تحمل أقلية منهم الرزيوس سالب، ويؤدي اختلاف دم الأم عن دم الجنين إلى تعرضه لعدم تكامل نضج كرات الدم الحمراء و تكسيرها، وزيادة نسبة الصفراء في الدم مما يؤثر سلبيا على خلايا المخ ووظائفه، فإذا تزوجت أنثى تحمل فصيلة دمها الرزيوس سالب من رجل يحمل فصيلة دم الرزيوس موجب وورث الجنين عن أبيه الرزيوس موجب، فإن دم الأم يكون أجساما مضادة لدم الطفل قد يتسرب بعضها عن طريق الحبل السرى لدم الجنين، فتهاجمه و تتلف جزءا كبيرا من خلايا دمه أو تتهكها فتؤثر على نمو الجنين وربما أدت إلى وفاته، وإذا كان تركيز هذه الأجسام المضادة في دم الأم عاليا، ووصلت إلى

مخ الجنين فإنها تؤدي إلى إصابته بمرض كيرنكتيرس (Kernicterus) الذي يسبب بإعاقة عقلية و الشلل السحائي و العمى . ( عبد المطلب أمين القريطى ، 2001، ص99 )

### 3-4-7- حالة القزامة أو القصاع (Cretinism) :

يرجع السبب في حدوث هذه الحالة إلى خلل في تكوين خلايا المخ، أو تلف في بعض هذه الخلايا، و تتميز هذه الحالة بالقصر المفرط للقامة ، حيث لا يتجاوز طول الفرد 90 سم في سن البلوغ ، وإذا اكتشفت هذه الحالة مبكرا يمكن علاجها طبيا بإعطاء الطفل خلاصة إفراز الغدة الدرقية ويستمر العلاج لفترة طويلة من العمر . ( محمد إبراهيم عبد الحميد، 1999، ص 34 )

### 3-4-8- كبر حجم الجمجمة (Macrocephaly):

ترجع معظم أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية غير معروفة وبعضها إلى عوامل قد تكون معروفة مثل تناول العقاقير و الأدوية و الكحول و التدخين و الإشعاعات و تسمم الحمل، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة (5 -10 سم) مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة، وغالبا ما يكون شكل الرأس في هذه الحالة كبيرا . ( ماجدة السيد عبيد ، 2000 ، ص 41 )

### 3-4-9- صغر حجم الجمجمة (Microcephaly) :

معظم الأطفال المصابين بهذه الحالة من فئة التخلف العقلي البسيط و المتوسط وهو ولادي يرجع لمرض الزهيمر الوراثي وتبدو مظاهره في صغر حجم الجمجمة والتي تبدو واضحة منذ الميلاد عن الحجم العادي، ويصاحب ذلك ضعف في نمو اللغة و الكلام واضطراب النشاط الحركي ويرجع ذلك إلى زيادة السائل المخي الشوكي حول تجاويف المخ حتى يتلف المخ نتيجة الضغط المستمر إلى الداخل ، و يزداد تضخم الجمجمة نتيجة للضغط إلى الداخل بشكل غير عادي رغم بقاء حجم الوجه عاديا، ويصحب ذلك اضطراب في النمو وصغر في حجم الجمجمة . (زينب محمود شقير ، 2000 ، ص 33 )

**3-4-10- حالات التصلب الجديبي (Tuberous scierosis) :**

و تتميز هذه الحالة بظهور حب شباب و جمرات على الوجه على شكل فراشة مع نوبات صرعية والإعاقة العقلية على هيئة بله أو عته .

**3-4-11- الدماغ البقرية أو الحادة أو تأنف الرأس (Oxycephaly) :**

وتتميز هذه الحالة بطول الجمجمة وجحوظ العينين وارتفاع سطح الحلق وتكون الإعاقة من فئة المورون . (أشرف محمد عبد الغني ، 2000 ، ص 39 )

**3-4-12- الاستسقاء الدماغي (Hydrocephaly) :**

يتميز الأطفال المعاقين عقليا والذين يتصفون بالاستسقاء الدماغي بكبر حجم الجمجمة، ويظهر ذلك عند الطفل في الأسابيع الأولى من ولادته ، ويرجع السبب في ذلك إلى وجود السائل المخي الشوكي في الجمجمة، وهذا السائل بدوره يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ وتكون درجة تخلفه راجعة إلى مدى ما تأثرت به خلايا الدماغ . (آمال عبد السميع باظة ، 2005 ، ص 20 )

**3-4-13- متلازمة أعراض ترنر (Turner) :**

يعد أكثر هؤلاء الأطفال من الإناث و لديهم كروموزوم به تلف و يتسمون بطول الأيدي و الأقدام ولديهم شعر قليل في خلف الرقبة يعطى مظهر الرقبة الصغيرة و صدر عريض وأطراف مربعة ، كما أنهم يعانون من أمراض القلب و يشيع لديهم ضيق في شرايين القلب و هؤلاء الأطفال يعانون من تورم الأطراف ، و تكون الأقدام قصيرة أقل من (50%) ولا تنمو بطريقة طبيعية ، و يعاني هؤلاء الأطفال من اضطراب في الهرمونات خاصة عند المراهقة و تتسم الإناث بعدم الخصوبة ، و نسبة ذكائهم متوسطة و نسبة انتشارهم تقدر ب ( 1 ) لكل ( 1000 ) مولود . (بوشيل ، 2003 ، ص 190 )

**3-5- أسباب البيئية :**

إن البيئة الفقيرة التي تفتقد إلى الأنشطة العقلية الحافزة لذكاء الطفل في مراحل نموه الأولى ، تعتبر مسؤولة عن نسبة عالية جدا من حالات الإعاقة العقلية و خاصة إذ لم يتوفر الغذاء الكامل و الخدمات الصحية . (عثمان محمد لبيب ، 2002 ، ص 33-34)

## 4- خصائص الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية :

## 4-1- الخصائص الجسمية :

يؤكد (كمال إبراهيم مرسى، 1992، ص277) إن كثيرا من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الإضطرابات السمعية و البصرية لدى المعاقين عقليا أكثر مما يوجد لدى العاديين، فقد قدرت نسبة القصور السمعي مابين 13-14% لدى المعاقين عقليا، و بالنسبة للقصور البصري فالإصابات تصل إلى 40% ومنها قصر البصر و طول البصر و حالات الحول و عمى الألوان.

## 4-2- الخصائص العقلية المعرفية :

الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره، أما الطفل المعاق عقليا فإنه ينمو 09 شهور عقلية في كل سنة زمنية، وان نسبة ذكاء المعاق عقليا تقل عن 75. (محمد مقدار ، 2008، ص 211 )

- **الانتباه و التذكر** : أما العمليات المعرفية تتميز بالضعف في الأداء مثل الانتباه و التذكر، فهم يعانون من قصور في القدرة على التذكر و الانتباه فقد يصعب عليهم الانتباه ( **Attention Deficils**) لموضوع معين فترة طويلة من الزمن ، بل سرعان ما يشرذ بال الواحد منهم ولهذا السبب لا يستطيع المتخلف عقليا فهم المواقف التي تتطلب المتابعة و التركيز ، وهي مشكلة ترجع إلى حاجتهم إلى التغذية الراجعة الفردية و ذلك لأنهم ينتبهون إلى الآخرين أكثر من إنتباههم إلى متطلبات المهمة ، فهم في حاجة إلى مدة أطول مقارنة بالعاديين لفهم المطلوب ، و ربما يرجع الأداء المنخفض للأطفال المعاقين ذهنيا إلى الدور الذي تلعبه خبرات الفشل في مواقف تعلم سابقة و التي تجعله دائما يبحث عن التوجهات اللفظية و غير اللفظية ممن حوله كموثر لنجاحه أو فشله أكثر من انتباهه إلى المهمة المطلوب منه القيام به . (فكري لطيف متولي ، 2015 ، ص 64 )

- **الانتباه و الإدراك** : يعاني الأطفال المتخلفون عقليا من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة وعدم قدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة ، حيث ينتشت انتباههم بسهولة نتيجة لقابليتهم العالية للنتشت وذلك لأي مثير حتى و ان كان مثيرا دخيلا كما أنهم يتسمون بقدر أقل من انتباههم ، و تزداد تلك السمات تدنيا مع زيادة درجة التخلف العقلي وإلى جانب ذلك فإنهم يتسمون بضعف

مثاربتهم في المواقف التعليمية المختلفة ، فلا يمكنهم تحديد تلك الأبعاد المرتبطة بالمهمة المستهدفة أو بتحديد المتغيرات التي ترتبط بها كما أنهم يتسمون بقصور الإدراك سواء كان سمعي أو بصري ( محمود عبد المنعم ، 2006 ، ص 45 )

#### 4-3- الخصائص الإنفعالية :

- عدم الثبات الإنفعالي : عادة ما يظهر الأطفال المعاقين عقليا انفعالات غير ثابتة و مضطربة و متغيرة من وقت لآخر، فهم يميلون إلى التبدل الانفعالي واللامبالاة. (عبد المطلب أمين القريطي، 2005 ، ص 223)

- اضطراب مفهوم الذات :فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل و الإحباط في البيت و المدرسة أكثر من العاديين . (كمال إبراهيم مرسى ،2000 ، ص 289)

- الانسحاب :يلاحظ على الطفل المتخلف عقليا ميله إلى المشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم و ألعابهم، ويغلب عليه العزلة و الانسحاب من الجماعة . (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2000 ، ص 90)

- السلوك العدواني :تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا في عدم الطاعة، و الهجوم البدني، و العدوان اللفظي، و تدمير الممتلكات و إعاقة الآخرين . (سها احمد أمين ، 1999 ، ص 61-64)

#### 4-4- الخصائص الاجتماعية :

لا يستطيع التواصل الطبيعي مع المحيطين به وذلك لعدم قدرته على ضبط إنفعالاته و التعبير عنها لفظيا و يلجأ إلى الحركات التكرارية و الحركات الزائدة و لا يستطيع إقامة علاقة إجتماعية مع الآخرين و يميل إلى التعبير عدوانيا، و يشارك الأصغر سنا في اللعب سريع الغضب و التغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعي كافي . (آمال عبد السلام باظه ، 2009 ، ص 23)

#### 4-5- الخصائص اللغوية :

أشارت دراسة أكسروميريتيو (Xeromerituo, 1992) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلي لديهم قصور واضح في المهارات اللغوية مقارنة بالأطفال العاديين وأظهرت الدراسة تأخر المتخلفين عقليا

في التعبيرات الوجهية و الانفعالية و في انتاج الكلمات الوصفية و النعتية .  
(Xeromeritou ,1992, p571-584)

#### 5- الإنتباه عند المعاق عقليا :

- قد أشارت الدراسات إلى أن المعاق عقليا لديهم نقص أو مشاكل في القدرة على الانتباه ، تختلف حسب تفاوت درجة الذكاء ، ف لديهم مشكلات في صعوبة تركيز الانتباه ، كما أنهم أسهل في تشتت انتباههم وفي قدرتهم على الانتباه مقارنة مع العاديين .
- عدم القدرة على تركيز الانتباه لوقت طويل و قصور فهمه للرموز المعنوية وصعوبة تعلم التمييز بين المثيرات من حيث الشكل و اللون و الوضع .
- يظهرون انتباه مشتت للمثيرات الجديدة بينما يستغرق الطفل العادي في المهمة ولا يعطي أهمية للمثيرات غير موضوع التنبيه المقصود . (فكري لطيف متولي ، 2015 ، ص72-73)

#### 6- مناهج تعليم المعاق عقليا :

تتميز العناصر التي تشملها مناهج تعليم المعاق عقليا بمجموعة من النقاط الآتية:

- المهارات الحسابية ومفاهيم العد و الكم .
- مهارات الإتصال المتمثلة في القراءة والهجاء وتعلم اللغة.
- مهارات إجتماعية ، و تشمل تعلم العادات الصحية في الطعام ، النظافة والعناية بالأسنان وتعلم إستعمال دورة المياه والعناية بالجسم .
- مهارات السلامة و الأمن ، وتشمل مهارات قطع الشارع وإستخدام وسائل النقل وتجنب المخاطر العامة مثل : الحريق، النار والكهرباء وغيرها.
- المهارات الحركية، وتشمل مهارات التآزر الحركي والدقة الحركية والسرعة في الأداء.
- المهارات الترويحية والفنية ، وتشمل تعليم الطفل والاستفادة من النشاطات الترويحية والموسيقية وممارسة الرسم والغناء والتمثيل.
- المهارات الفنية ، وتشمل تعليمه مهارات مهنية بتساعده على تعلم حرفة مهنية أو مهنة ليكون في المستقبل قادرا على الاعتماد على نفسه والاستقلال ماديا.
- المهارات الحسية ، وتشمل تدريبه على تمييز الأصوات والألوان والأشكال والأحجام والروائح والملموسات.

- تنمية مهاراته العقلية ، ويشمل ذلك العمل على تحسين قدراته في مجال الإدراك والتفكير والتذكر والإستدلال وحل المشكلات . (عيسوي عبدالرحيم ، 1997 ، ص 62 )

### 7- واقع الإعاقة في الجزائر:

مشكلة الإعاقة انتشرت بشكل واسع في الآونة الأخيرة ، حيث أحصى المكتب الوطني للإحصائيات (ONS) عام (1988) حوالي 1590.466 شخص معاق أي يمثل % 5.3 من المجتمع العام ، تمثل فئة المعاقين عقليا حوالي 1394.788 فردا، أي ما يعادل % 8.67 من مجتمع المعاقين.

فالواقع الذي تعيشه هذه الفئة من الأطفال يعبر عن المعاناة ، يتطلب إعادة نظر المسؤولين في الإجراءات المتخذة للتكفل بهذه الفئة في المجتمع الجزائري ، وليس وضعهم في المراكز الخاصة بعيدة كل البعد عن واقع مجتمعهم الذي ينظر إليه نظرة إحتقار وإنكار ، التي كثيرا ما ترجمت في برامج التكفل التي لا بد أن يعاد النظر فيها ، لا لمراجعتها إنما لأنها غير مجدية إطلاقا ، لا تدل على أية سياسة محكمة طبقت أو يراد تطبيقها الى حد الآن . (تودرت ، 1998 ، ص 108 )

ذلك ليس بالشيء السهل خاصة أن إتجاهات المجتمع الجزائري كما ذكرنا سابقا مازالت في الاتجاه السلبي الى حد أنه في كثير من الأحيان يقع هناك خلط بين المرض العقلي والاعاقة العقلية و الذي يظهر في التسميات التي تطلق عليهم مهبول ، مجنون ، لهذا يتطلب القيام بعمليات تحسيسية للعمل على تغيير هذه النظرة إلى نظرة أكثر إجابية ، اشراك الجمعيات والأولياء للعمل على الاعتراف بحقهم في العيش كمواطنين عاديين ، بتحسين وضعيتهم عن طريق توفير مراكز استقبال أكثر إنفتاحا على المجتمع تؤهلهم للإندماج الحقيقي فيه ، المشاركة الفعالة في جميع نشاطاته .

انطلاقا مما سبق نستنتج أن وضعية المعاق الجزائري لا تختلف عن باقي الدول ، التي إن حققت البعض منها تقدما و تطورا في مجالات التكفل و التربية والعلاج والوقاية ... ، فذلك نتيجة جهود كبيرة في سبيل الحصول على حق الطفل المعاق في الاستفادة من كافة الحقوق التي هي للأفراد العاديين .

### الخلاصة :

تناولنا في هذا الفصل الإعاقة العقلية لدى الأطفال و الصعوبات التي يواجهها في مجال العمليات المعرفية ، حيث يعاني المعاق عقليا من ضعف القدرة على الانتباه و القابلية العالية للتشتت ، وكلما كانت درجة الاعاقة كبيرة ازدادت معه شدة الاضطراب مما يؤثر على الأداء في الموقف التعليمي .

# الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

- 1- الدراسة الاستطلاعية .
- 2- منهج البحث .
- 3- مكان و زمان إجراء الدراسة .
- 4- عينة الدراسة و خصائصها .
- 5- أدوات البحث .
- 6- الأدوات الإحصائية المستعملة في البحث .
- 7- النسب المؤوية المستعملة في البحث .
- 8- اختبارات المستعملة في البحث .

خلاصة الفصل

تمهيد :

بعد التطرق إلى الجانب النظري سيتم التطرق إلى الجانب التطبيقي الذي سوف نشرح فيه كل الإجراءات المنهجية المعتمدة عليها في هذا البحث، والذي يعتبر اختبار صحة الفرضية وذلك بالاعتماد على الدراسة الميدانية التي تحتوي على المنهج المتبع ، البعد الزمني و المكاني لها، إضافة إلى مجموعة البحث وخصائصها، الأداة المستعملة وطريقة تطبيقها للوصول إلى عرض النتائج المتحصل عليها وتحليلها.

### 1- الدراسة الاستطلاعية :

هي الخطوة الأولى قبل الشروع في الجانب التطبيقي وهي دراسة مسحية اكتشافية إذ هي مرحلة مهمة في البحث العلمي ذلك نظرا لارتباطها بالميدان ، وكل هذا يظفي صفة الموضوعية على البحث.

لإجراء هذه الدراسة قمنا بدراستنا الاستطلاعية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين عقليا باقنون ، حيث استقبلتنا الأخصائية النفسانية و قدمت لنا معلومات حول المركز وكذا الحالات المتواجدة به و البرامج المقدمة لهم على طول السنة ، و الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو :

- 1- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث .
- 2- ضبط متغيرات البحث .
- 3- التأكد من توفر مجموعة البحث في الميدان والتأكد من أسلوب اختيارها .
- 4- التأكد من إمكانية تطبيق أدوات البحث .

### 2- منهج البحث :

يتطلب كل بحث علمي منهجا خاصا به واختيار المنهج أمر تحدده طبيعة مشكلة البحث التي يريد الباحث دراستها للوصول إلى نتيجة معينة "دراسة فاعلية الانتباه عند الأطفال المعاقين عقليا المدمجين في المراكز الخاصة" ، و للقيام ببحثنا اتبعنا منهج المقارن وهو ذلك المنهج الذي يعتمد بشكل أساسي على المقارنة في دراسة ظاهرة ، إذ يبرر أوجه الاختلاف ضمن فترات زمنية مختلفة أو بين مراحل تطور ظاهرة معينة و يعتمد الباحث من خلال ذلك على مجموعة من الخطوات من أجل الوصول إلى الحقيقة العلمية المتعلقة بالظاهرة المدروسة و فهم أعمق لمشكلة البحث التحكم فيها و التعرف على كافة المعلومات المتعلقة بفاعلية الادماج و وصفها من خلال التعرف أكثر على العينة المدروسة و التحليل الكيفي و الكمي الدقيق للدراسة و إجراء المقارنة عليها و إبراز أوجه الاختلافات المتواجدة فيه .

### 3- مكان و زمان إجراء الدراسة :

قمنا بإجراء الدراسة في المؤسسة التربوية التعليمية المتخصصة واقنون ، المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين عقليا واقنون ببلدية تيقوبعين ، دائرة واقنون ولاية تيزي وزوفي الفترة الممتدة من 02-12-23 إلى 26-05-24 .

وتم فتح هذه المؤسسة يوم 4 مارس 2014 و تبلغ مساحتها الكلية 11 000.00 م<sup>2</sup> ، و تتمثل المهام الرئيسية للمؤسسة التكفل بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من 03 إلى 18 سنة ، و تخضع لنظام داخلي و نظام نصف داخلي و تبلغ قدرة الاستيعاب النظرية 120 طفل و عدد الأطفال المتكفل بهم حاليا 102 طفل 33 إناث 75 ذكور ، و تتوزع عدد التلاميذ حسب نوع الإعاقة كما يلي :

- عدد الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية : 34

- عدد الأطفال المصابين بالتريزوميا : 36

- عدد الأطفال المصابين بالتوحد : 32

أما عدد العاملين في هذا القطاع :

- عدد المناصب المالية النظرية للمستخدمين الإداريين: 07

- عدد المناصب المالية النظرية للطواقم الطبي وشبه الطبي: 01

أما عدد المستخدمون البيداغجيين في المؤسسة سنلخصها في الجدول التالي :

| سلك<br>المساعدين<br>الإجتماعيين | سلك<br>المربين | سلك أساتذة<br>التعليم<br>المتخصص | سلك معلمي<br>التعليم<br>المتخصص | سلك الأخصائيين النفسانيين                   |                          |                         |
|---------------------------------|----------------|----------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|-------------------------|
|                                 |                |                                  |                                 | مختصين في<br>تصحيح النطق<br>والتعبير اللغوي | النفسانيون<br>التريوبيون | النفسانيون<br>العياديون |
| 01                              | 05             | 01                               | 02                              | 08  | 03                       | 03                      |

الجدول رقم (1) : يمثل عدد الموظفين في كل سلك داخل المؤسسة

#### 4- عينة الدراسة و خصائصها :

تتكون عينة الدراسة من 30 طفل (22 ذكورا و 08 إناث) ، يتراوح أعمارهم ما بين 08 إلى 15 سنة حيث أخذت كل الحالات الموجودة في المركز في حين تم استبعاد 4 حالات وهذا لأنها تعاني من إعاقة عقلية شديدة وهي فئة غير قابلة للتدريب و لأنهم لا يفهمون التعليم و عدم الاستجابة للمطالب المقدمة إليهم ، و تم اختيار العينة بطريقة قصدية تخضع للخصائص التالية :

- يعانون من الإعاقة العقلية بسيطة أو متوسطة .
- ليس لديها اضطرابات حسية حركية مصاحبة .
- يزاولون المركز البيداغوجي بصفة يومية .

ويخلص الجدول التالي خصائص عينة البحث :

| الحالة | الجنس | السن   | درجة الإعاقة | عدد سنوات الالتحاق بالمركز |
|--------|-------|--------|--------------|----------------------------|
| 1      | ذكر   | 09 سنة | متوسطة       | 06 سنوات                   |
| 2      | أنثى  | 12 سنة | متوسطة       | 09 سنوات                   |
| 3      | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 09 سنوات                   |
| 4      | ذكر   | 08 سنة | متوسطة       | 04 سنوات                   |
| 5      | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 06 سنوات                   |
| 6      | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 08 سنوات                   |
| 7      | أنثى  | 11 سنة | متوسطة       | 08 سنوات                   |
| 8      | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 05 سنوات                   |
| 9      | ذكر   | 12 سنة | متوسطة       | 08 سنوات                   |
| 10     | أنثى  | 09 سنة | خفيفة        | 09 سنوات                   |
| 11     | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 09 سنوات                   |
| 12     | ذكر   | 11 سنة | خفيفة        | 08 سنوات                   |
| 13     | ذكر   | 09 سنة | متوسطة       | 08 سنوات                   |
| 14     | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 04 سنوات                   |
| 15     | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 07 سنوات                   |
| 16     | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 06 سنوات                   |
| 17     | أنثى  | 09 سنة | خفيفة        | 06 سنوات                   |
| 18     | أنثى  | 13 سنة | خفيفة        | 06 سنوات                   |
| 19     | أنثى  | 15 سنة | متوسطة       | 10 سنوات                   |
| 20     | ذكر   | 11 سنة | خفيفة        | 04 سنوات                   |
| 21     | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 05 سنوات                   |
| 22     | ذكر   | 11 سنة | خفيفة        | 08 سنوات                   |
| 23     | ذكر   | 15 سنة | خفيفة        | 10 سنوات                   |
| 24     | ذكر   | 12 سنة | خفيفة        | 02 سنوات                   |

|           |      |        |        |          |
|-----------|------|--------|--------|----------|
| الحالة 25 | ذكر  | 12 سنة | خفيفة  | 04 سنوات |
| الحالة 26 | ذكر  | 12 سنة | خفيفة  | 09 سنوات |
| الحالة 27 | ذكر  | 11 سنة | متوسطة | 08 سنوات |
| الحالة 28 | ذكر  | 15 سنة | خفيفة  | 09 سنوات |
| الحالة 29 | أنثى | 09 سنة | خفيفة  | 03 سنوات |
| الحالة 30 | أنثى | 12 سنة | خفيفة  | 05 سنوات |

جدول رقم (2) : يمثل خصائص و معلومات عينة البحث .

يظهر لنا من خلال الجدول رقم (02) أن عينة بحثنا تتكون من (22) ذكور و (08) إناث ، تتراوح أعمارهم ما بين 08 إلى 15 سنة ، تختلف في درجة الإعاقة من خفيفة إلى متوسطة حيث (22) حالة تعاني من تخلف عقلي خفيف و (08) تعاني من تخلف عقلي متوسط ، أما عدد سنوات الالتحاق بالمركز تتراوح بين الحالات ما بين 2 إلى 10 سنوات .

#### 5- أدوات البحث :

##### 5-1- الملاحظة :

تعتبر الخطوة الأولى في عملية البحث العلمي و تعتبر أساسية لفهم المشكلة أو الظاهرة التي يتم دراستها ، وهي المشاهدة الدقيقة لظاهرة معينة أو سلوك معين في ظل ظروف معينة و الاستعانة بأساليب البحث من الدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة بغرض الحصول على معلومات علمية دقيقة لتشخيص ظاهرة معينة و تعتمد على الصبر لفترات طويلة لجمع البيانات .

##### 5-2- اختبار الانتباه ستروب (Stroop) :

##### 5-2-1- تقديم اختبار ستروب :

اقترح هذا الاختبار عام 1935 من طرف ستروب (Stroop) لقياس الانتباه الانتقائي و عملية الكف وهو موجه لفئة 9 سنوات فما فوق و يعتبر من الاختبارات النفسية المعرفية ، فهو يختبر و يقيم الانتباه

الانتقائي و كذا وظيفة الكف عند الفرد ، حيث على الفرد توجيه انتباهه نحو مثير معين و كف المثيرات الأخرى ، أي كف إجابة يقول أو يفعل شيء آخر .

#### 5-2-2- الهدف من الاختبار :

- تقييم الانتباه .
- قياس قدرة الكف للوضعية التي تمثل منافسة بين إجابتين اختيارييتين.

#### 5-2-3- أدوات الاختبار :

- دليل الاستعمال.
- ورقة الإجابة لكل بطاقة.
- ورقة التنقيط.
- ساعة لقياس الزمن و قلم للفاحص أو الباحث لتدوين إجابات المفحوص.

#### 5-2-4- مكونات الاختبار :

يكمن مبدأ هذا الرائز في وضع الحالة أمام منبهات تحمل خصائص غير ملائمة ( non prégnante ) و التي عليها تجاهلها وفي نفس الوقت تجيب على خاصية أخرى ، ويحتوي هذا الرائز على ثلاث بطاقات ذات مقياس 4A (30×21 سم).

**البطاقة الأولى :** تتكون من (50) كلمة مكتوبة باللون الأسود تمثل كلمات ألوان : أحمر ، أخضر ، أصفر ، أزرق.

**البطاقة الثانية :** تحتوي على نفس الكلمات لكن في هذه المرة الكلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تمثل المعنى الدلالي لها ، مثلا كلمة أزرق مكتوبة بالأحمر.

**البطاقة الثالثة :** تمثل مستطيلات تحمل نفس الألوان السابق ذكرها.

و يتمثل الوقت اللازم لإعطاء الإجابة في (45) ثانية لكل بطاقة ، هذه البطاقات تتكون من (10) صفوف كل صف يحمل (5) منبهات.

و يهدف هذا الاختبار إلى تقييم الانتباه ، وقدرة الكف للوضعية التي تمثل منافسة بين إجابتين اختيارييتين.

#### 5-2-5- التعلية :

**الوضعية الأولى (البطاقة أ) :** سوف أعطيك ورقة مكتوب فيها كلمات، عليك أن تقرأ بصوت مرتفع من اليمين إلى اليسار ، في أسرع وقت ممكن ، لما تصل إلى أسفل الورقة أعد القراءة من الأول إلى أن أقول لك توقف أي في(45) ثانية وإذا أشرت لك بأن هنالك خطأ عليك أن تصححه إذ كنت جاهز عليك أن تبدأ.

**الوضعية الثانية (البطاقة ب) :** في هذه الورقة تعيد نفس ما قمت به في المرة السابقة. سوف تقرأ الكلمات ولما تصل إلى أسفل الورقة أعد من الأول.

**الوضعية الثالثة (البطاقة ج) :** هذه الورقة فيها مستطيلات ملونة ، يجب أن تسمي هذه الألوان ولما تصل إلى نهاية الورقة عليك أن تعيد من الأول إلى أن أقول لك توقف.

**الوضعية الرابعة (البطاقة ب) :** سوف أعطيك ورقة مثل التي أعطيك إياها في الحين . ولكن هذه المرة يجب أن تقول لي ماهو اللون الذي كتبت به الكلمات وليس قراءة الكلمات. لما تصل إلى نهاية الورقة عليك أن تعيد من الأول إلى أن أقول لك توقف. إذا لم يفهموا التعلية يجب أن نشرح لهم بمثال أو مثالين لأن هذا الاختبار يتطلب مستوى جيد من الفهم.

#### 5-2-6- طريقة التنقيط :

#### 6- كيفية تطبيق الاختبار :

قمنا بإخضاع عينة البحث إلى قياسين (القياس القبلي) و (القياس البعدي) حيث قمنا بتطبيق اختبار ستروب بداية شهر ديسمبر 2023 و بعد 6 أشهر من تطبيق اختبار ستروب قمنا بإعادة نفس الاختبار على نفس الأفراد السابقة (القياس البعدي) ، وقمنا بجمع البيانات و المعلومات عن كل الحالات ، ولقد قمنا بتطبيق الاختبار بشكل منفرد أي كل حالة لوحدها ، حيث تحدثنا مع كل حالة قبل الشروع في التطبيق، بعد ذلك نعطي له الورقة لكي يبدأ في الإجابة، ونحن نجهز عندها ورقة مقسمة إلى أربعة أقسام

وذلك لتسجيل النتائج فيها، وذلك بعد أن نشرح له ماذا يجب عليه أن يقول وذلك إبتداءاً من البطاقة (أ) إلى البطاقة (ج) ، ثم نضع النتائج على الورقة التي تحمل المعلومات حول الفرد .

#### 7- الأساليب الإحصائية المعتمد عليها :

قمنا في هذا البحث باستعمال الأساليب الإحصائية التالية :

1- النسب المؤوية : هي نسبة تعبر عن جزء من مائة من العدد الإجمالي تعبر عن مقدار تغيرات زيادة أو تخفيض خلال فترة زمنية معينة للبيانات المراد تفسيرها ، حيث تساعد على فهم حجم عينة بحثنا و تلخيص النتائج و مقارنتها .

2- الاختبار T : يستعمل في دراسة دلالة الفروق الإحصائية لمجموعتين من الدرجات لنفس أفراد العينة و للحصول على هذه الدرجات نقوم بقياس قبلي و قياس بعدي في فترتين زمنيتين مختلفتين وتحليل التباين .

### خلاصة الفصل :

بالاعتماد على النتائج التي حصلنا عليها تمكنا من تطبيق الاختبار على كل حالة ، و تمكنا من فهم واستيعاب المنهج المستخدم و عرضنا الأدوات و الوسائل المستعملة في جمع البيانات لهذه الدراسة ، و سنقوم في الفصل التالي بعرض و تفسير النتائج التي حصلنا عليها.

## الفصل السادس : عرض و تحليل النتائج

1- عرض و تحليل النتائج الحالات

1-1- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليلة الأولى (البطاقة أ).

1-1-1- التحليل الكمي .

1-1-2- التحليل الكيفي.

1-2- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليلة الثانية (البطاقة ب).

1-2-1- التحليل الكمي .

1-2-2- التحليل الكيفي .

1-3- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليلة الثالثة (البطاقة ج).

1-3-1- التحليل الكمي .

1-3-2- التحليل الكيفي .

1-4- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليلة الرابعة (البطاقة أ).

1-4-1- التحليل الكمي .

1-4-2- التحليل الكيفي .

2- دراسة الفروق بين القياس القبلي و البعدي

الاستنتاج العام

1- عرض و تحليل النتائج الحالات :

للقيام ببحثنا قمنا بتطبيق اختبار ستروب الذي يتكون من 4 تعليمات (البطاقة أ ، ب ، ج) حيث قمنا بقياسين قياس قبلي و بعد 6 أشهر أعدنا تطبيق الاختبار للمرة الثانية على نفس العينة و تحصلنا على مجموعة من النتائج التي سنعرضها في الجداول التالية :

1-1- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليلة الأولى (البطاقة أ) :

| النتائج<br>الحالات | القياس القبلي |           | النسبة المئوية |           | القياس البعدي |           | النسب المئوية |           |
|--------------------|---------------|-----------|----------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|
|                    | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة      | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة |
| الحالة 1           | 04            | 01        | 08%            | 06%       | 11            | 00        | 22%           | 00%       |
| الحالة 2           | 19            | 00        | 38%            | 20%       | 20            | 00        | 40%           | 00%       |
| الحالة 3           | 22            | 00        | 44%            | 01%       | 35            | 00        | 70%           | 00%       |
| الحالة 4           | 10            | 02        | 16%            | 01%       | 15            | 00        | 30%           | 00%       |
| الحالة 5           | 16            | 00        | 32%            | 00%       | 25            | 00        | 50%           | 00%       |
| الحالة 6           | 19            | 01        | 38%            | 01%       | 20            | 00        | 40%           | 00%       |
| الحالة 7           | 11            | 00        | 22%            | 01%       | 15            | 00        | 30%           | 00%       |
| الحالة 8           | 22            | 03        | 44%            | 06%       | 20            | 01        | 40%           | 02%       |
| الحالة 9           | 14            | 01        | 28%            | 04%       | 18            | 00        | 36%           | 00%       |
| الحالة 10          | 22            | 01        | 44%            | 04%       | 35            | 00        | 70%           | 00%       |
| الحالة 11          | 22            | 00        | 44%            | 00%       | 30            | 00        | 60%           | 00%       |
| الحالة 12          | 21            | 00        | 42%            | 00%       | 25            | 01        | 50%           | 02%       |

|     |     |    |    |      |      |    |    |           |
|-----|-----|----|----|------|------|----|----|-----------|
| 00% | 32% | 00 | 16 | % 00 | % 20 | 00 | 10 | الحالة 13 |
| 00% | 36% | 00 | 18 | % 01 | % 34 | 01 | 17 | الحالة 14 |
| 02% | 66% | 01 | 33 | % 05 | % 40 | 02 | 20 | الحالة 15 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | % 08 | % 32 | 03 | 16 | الحالة 16 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | % 00 | % 36 | 00 | 18 | الحالة 17 |
| 02% | 44% | 01 | 24 | % 00 | % 38 | 00 | 19 | الحالة 18 |
| 00% | 58% | 00 | 29 | % 00 | % 26 | 00 | 13 | الحالة 19 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | % 00 | % 30 | 00 | 15 | الحالة 20 |
| 00% | 68% | 00 | 34 | % 06 | % 34 | 02 | 17 | الحالة 21 |
| 00% | 70% | 00 | 35 | % 01 | % 40 | 01 | 20 | الحالة 22 |
| 02% | 78% | 01 | 39 | %04  | %44  | 02 | 22 | الحالة 23 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %00  | %22  | 00 | 11 | الحالة 24 |
| 00% | 54% | 00 | 27 | %00  | %34  | 00 | 17 | الحالة 25 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %01  | %44  | 00 | 24 | الحالة 26 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %07  | %20  | 01 | 10 | الحالة 27 |
| 00% | 70% | 00 | 35 | %01  | %38  | 01 | 19 | الحالة 28 |
| 00% | 56% | 00 | 28 | %00  | %30  | 00 | 15 | الحالة 29 |
| 00% | 52% | 00 | 26 | %00  | %32  | 00 | 16 | الحالة 30 |

الجدول رقم (3): يمثل عرض نتائج الحالات في التعليم الأولى(البطاقة أ) .

### 1-1-1 - التحليل الكمي:

يظهر من خلال الجدول رقم (03) أن نسبة الإجابات الصحيحة عند العينة في القياس القبلي تتراوح ما بين (08% حتى 44%) وذلك بمتوسط حسابي يقدر ب (16,7) ، أما نسبة الإجابات الصحيحة

عند العينة في القياس البعدي فتراوحت ما بين (25% حتى 78%) وذلك بمتوسط حسابي قدر ب (25,9) .

### 1-1-2- التحليل الكيفي:

نلاحظ من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من التحليل الكمي أن نتائج أفراد العينة في القياس القبلي ضعيفة عند بعض الحالات و متوسطة عند بعض الحالات الأخرى، حيث تمكنت كل الحالات من فهم التعليلة الموجهة إليه التي كانت كالاتي (قراءة الكلمات باللون الأسود) لكن وجدت معظم الحالات صعوبة في قراءة الكلمات خاصة الحالات التي تعاني من إعاقة عقلية متوسطة مقارنة بالمصابين بالإعاقة العقلية الخفيفة ، كما أن القراءة كانت بطيئة أيضا كان هنالك ترددات في تقديم الإجابة، فكل الحالات لم تقم بقراءة كل الكلمات الموجودة في البطاقة .

أما في القياس البعدي نلاحظ أن أغلب الحالات سجلت نتائج أحسن من القياس القبلي، حيث استطاعت الحالات قراءة الكلمات بشكل أفضل وهذا عند كل العينة مقارنة بالقياس القبلي .

### 1-2- عرض نتائج الحالات في إختبار ستروب في التعليلة الثانية (البطاقة ب) :

| النتائج  | القياس القبلي |           | النسبة المئوية للقياس القبلي |           | القياس البعدي |           | النسبة المئوية للقياس البعدي |           |
|----------|---------------|-----------|------------------------------|-----------|---------------|-----------|------------------------------|-----------|
|          | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة                    | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة                    | إ.الخاطئة |
| الحالة 1 | 10            | 00        | 20%                          | 00%       | 21            | 00        | 42%                          | 00%       |
| الحالة 2 | 12            | 00        | 24%                          | 01%       | 22            | 00        | 44%                          | 00%       |
| الحالة 3 | 15            | 01        | 30%                          | 01%       | 29            | 00        | 58%                          | 00%       |
| الحالة 4 | 15            | 00        | 30%                          | 04%       | 22            | 02        | 44%                          | 02%       |

|     |     |    |    |     |      |    |    |           |
|-----|-----|----|----|-----|------|----|----|-----------|
| 00% | 48% | 01 | 24 | %00 | %28  | 02 | 13 | الحالة 5  |
| 00% | 36% | 00 | 18 | %00 | %20  | 00 | 10 | الحالة 6  |
| 00% | 40% | 00 | 20 | %00 | %18  | 01 | 09 | الحالة 7  |
| 00% | 34% | 00 | 17 | %00 | %22  | 02 | 11 | الحالة 8  |
| 00% | 50% | 01 | 25 | %00 | %34  | 00 | 17 | الحالة 9  |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %00 | %38  | 00 | 19 | الحالة 10 |
| 00% | 58% | 00 | 29 | %01 | % 28 | 00 | 14 | الحالة 11 |
| 00% | 46% | 01 | 23 | %02 | %30  | 04 | 15 | الحالة 12 |
| 00% | 48% | 01 | 24 | %00 | %20  | 01 | 10 | الحالة 13 |
| 00% | 36% | 00 | 18 | %00 | %20  | 02 | 10 | الحالة 14 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %00 | % 24 | 01 | 12 | الحالة 15 |
| 02% | 34% | 00 | 18 | %00 | %42  | 00 | 21 | الحالة 16 |
| 00% | 40% | 00 | 20 | %00 | %40  | 00 | 20 | الحالة 17 |
| 00% | 42% | 00 | 21 | %03 | %28  | 00 | 14 | الحالة 18 |
| 00% | 44% | 00 | 22 | %00 | %30  | 00 | 15 | الحالة 19 |
| 00% | 40% | 00 | 20 | %00 | %34  | 00 | 17 | الحالة 20 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %04 | %30  | 02 | 15 | الحالة 21 |
| 00% | 76% | 00 | 38 | %00 | %34  | 00 | 18 | الحالة 22 |
| 00% | 68% | 00 | 34 | %00 | 22%  | 00 | 11 | الحالة 23 |
| 00% | 40% | 01 | 20 | %00 | %20  | 02 | 10 | الحالة 24 |
| 00% | 38% | 00 | 19 | %00 | %28  | 00 | 14 | الحالة 25 |
| 00% | 44% | 00 | 22 | %00 | %32  | 01 | 16 | الحالة 26 |

|     |     |    |    |     |     |    |    |           |
|-----|-----|----|----|-----|-----|----|----|-----------|
| 02% | 42% | 00 | 21 | %00 | %20 | 00 | 10 | الحالة 27 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %00 | %36 | 01 | 18 | الحالة 28 |
| 00% | 54% | 01 | 27 | %00 | %30 | 02 | 15 | الحالة 29 |
| 00% | 44% | 00 | 22 | %00 | %26 | 00 | 13 | الحالة 30 |

الجدول رقم (4) : يمثل عرض نتائج الحالات في التعليم الثانية (البطاقة ب)

### 1-2-1- التحليل الكمي:

يظهر من خلال الجدول رقم (04) أن نسبة الإجابات الصحيحة عند العينة في القياس القبلي تتراوح ما بين (12% حتى 44%) وذلك بمتوسط حسابي يقدر ب (14,9) ، أما نسبة الإجابات الصحيحة عند العينة في القياس البعدي فتتراوح ما بين (20% حتى 76%) وذلك بمتوسط حسابي قدر ب (23,7) .

### 1-2-2- التحليل الكيفي :

نلاحظ من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من التحليل الكمي لاحظنا أن نتائج أفراد العينة في القياس القبلي ضعيفة عند بعض الحالات و متوسطة عند بعض الحالات الأخرى ، حيث تمكنت كل الحالات من فهم التعليم الموجهة إليها التي كانت كالاتي (قراءة الكلمات المكتوبة بالألوان المختلفة ) لقت فيها صعوبة في الإجابة على البند و لأن كانت التعليم الأصعب التي تتطلب تركيز أكثر في قراءة الكلمات نسبتا إلى البطاقة الأولى فإن لون الكلمة تلعب دورا كبيرا في عملية الانتباه و التركيز ، فمعظم الحالات كانت تركز على اللون بدل قراءة الكلمة وفهم معناها الدلالي و كانت معظم الإجابات خاطئة ، و وجدت معظم الحالات صعوبة في قراءة الكلمات خاصة ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة كما أن القراءة عند كل الحالات كانت بطيئة، و أيضا كان هنالك ترددات في تقديم الإجابة فكل الحالات لم تقم بقراءة كل الكلمات الموجودة في البطاقة .

أما في القياس البعدي نلاحظ أن أغلب الحالات سجلت نتائج أحسن من القياس القبلي، حيث ارتفعت الإجابات الصحيحة ونقصت الإجابات الخاطئة ، حيث تمكنت الحالات من قراءة الكلمات بشكل أفضل وهذا عند كل العينة .

1-3- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليلة الثالثة (البطاقة ج) :

| النتائج<br>الحالات | القياس القبلي |           | القياس البعدي |           | النسبة المئوية للقياس القبلي |           | النسبة المئوية للقياس البعدي |           |
|--------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
|                    | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة                    | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة                    | إ.الخاطئة |
| الحالة 1           | 13            | 01        | 20            | 01        | 40%                          | 00%       | 26%                          | 04%       |
| الحالة 2           | 24            | 00        | 30            | 00        | 60%                          | 02%       | 48%                          | 00%       |
| الحالة 3           | 24            | 01        | 35            | 00        | 70%                          | 01%       | 48%                          | 02%       |
| الحالة 4           | 21            | 00        | 33            | 00        | 66%                          | 02%       | 44%                          | 00%       |
| الحالة 5           | 23            | 01        | 30            | 01        | 60%                          | 00%       | 46%                          | 00%       |
| الحالة 6           | 14            | 00        | 35            | 00        | 70%                          | 02%       | 28%                          | 01%       |
| الحالة 7           | 22            | 02        | 32            | 00        | 64%                          | 00%       | 44%                          | 01%       |
| الحالة 8           | 24            | 01        | 30            | 00        | 60%                          | 00%       | 48%                          | 00%       |
| الحالة 9           | 20            | 00        | 30            | 00        | 60%                          | 00%       | 40%                          | 01%       |
| الحالة 10          | 23            | 02        | 35            | 01        | 70%                          | 02%       | 46%                          | 00%       |
| الحالة 11          | 21            | 00        | 34            | 00        | 68%                          | 00%       | 42%                          | 00%       |
| الحالة 12          | 26            | 00        | 38            | 01        | 76%                          | 00%       | 48%                          | 00%       |
| الحالة 13          | 10            | 01        | 25            | 00        | 50%                          | 00%       | 20%                          | 00%       |

|     |     |    |    |     |      |    |    |           |
|-----|-----|----|----|-----|------|----|----|-----------|
| 00% | 44% | 00 | 22 | %00 | 28%  | 00 | 14 | الحالة 14 |
| 00% | 62% | 00 | 32 | %00 | 32%  | 00 | 16 | الحالة 15 |
| 02% | 64% | 00 | 33 | %01 | 28%  | 00 | 14 | الحالة 16 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %00 | %26  | 02 | 13 | الحالة 17 |
| 00% | 50% | 02 | 25 | %00 | %30  | 01 | 15 | الحالة 18 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %00 | %20  | 01 | 10 | الحالة 19 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %00 | %28  | 01 | 14 | الحالة 20 |
| 02% | 66% | 00 | 34 | %00 | %40  | 02 | 20 | الحالة 21 |
| 00% | 70% | 01 | 35 | %01 | %48  | 00 | 24 | الحالة 22 |
| 00% | 68% | 00 | 34 | %00 | 44%  | 00 | 22 | الحالة 23 |
| 00% | 44% | 00 | 22 | %00 | %20  | 00 | 10 | الحالة 24 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %00 | %34  | 01 | 17 | الحالة 25 |
| 00% | 48% | 00 | 24 | %06 | % 30 | 01 | 15 | الحالة 26 |
| 02% | 46% | 00 | 23 | %00 | %22  | 03 | 11 | الحالة 27 |
| 00% | 42% | 00 | 21 | %00 | %32  | 00 | 16 | الحالة 28 |
| 00% | 66% | 00 | 33 | %00 | %32  | 00 | 16 | الحالة 29 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %00 | % 28 | 01 | 14 | الحالة 30 |

الجدول رقم (5) : يمثل عرض نتائج الحالات في التغطية الثالثة (البطاقة ج)

### 1-3-1- التحليل الكمي :

يظهر من خلال الجدول رقم (05) أن نسبة الإجابات الصحيحة عند العينة في القياس القبلي تتراوح ما بين (20% حتى 48%) وذلك بمتوسط حسابي يقدر ب (17,1) ، أما نسبة الإجابات الصحيحة

عند العينة في القياس البعدي فتراوحت ما بين (30% حتى 75%) وذلك بمتوسط حسابي قدر ب (29,5) .

### 1-3-2- التحليل الكيفي:

نلاحظ من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من التحليل الكمي أن نتائج أفراد العينة في القياس القبلي ضعيفة عند بعض الحالات خصتا التي تعاني من إعاقة عقلية متوسطة و متوسطة عند بعض الحالات الأخرى ، حيث تمكنت كل الحالات من فهم التعليم الموجهة إليها التي كانت كالاتي (تسمية لون المستطيلات) ، فلاحظنا أن هذه الحالات تعرفت على الألوان و لم تلقى صعوبة في تسمية تلك الألوان، حيث كان الزمن المستغرق أحسن مقارنة بالتعليم السابقة.

أما في القياس البعدي لاحظنا أن هنالك تحسن واضح في النتائج ،فتقريبا كل الحالات قدمت إجابات صحيحة ، حيث استطاعت الحالات تسمية لون المستطيلات بشكل أفضل وهذا عند كل العينة مقارنة بالقياس القبلي .

### 1-4- عرض نتائج الحالات في اختبار ستروب في التعليم الرابعة (البطاقة ب) :

| النتائج  | القياس القبلي |           | القياس البعدي |           | النسبة المئوية للقياس القبلي |           | النسبة المئوية للقياس البعدي |           |
|----------|---------------|-----------|---------------|-----------|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
|          | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة     | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة                    | إ.الخاطئة | إ.الصحيحة                    | إ.الخاطئة |
| الحالة 1 | 06            | 01        | 25            | 00        | 12%                          | 02%       | 50%                          | 00%       |
| الحالة 2 | 08            | 00        | 25            | 00        | 16%                          | 02%       | 50%                          | 00%       |
| الحالة 3 | 15            | 01        | 34            | 01        | 30%                          | 06%       | 68%                          | 00%       |

|     |     |    |    |     |     |    |    |           |
|-----|-----|----|----|-----|-----|----|----|-----------|
| 00% | 26% | 00 | 23 | 02% | 20% | 01 | 10 | الحالة 4  |
| 00% | 40% | 00 | 20 | %00 | %36 | 03 | 18 | الحالة 5  |
| 00% | 70% | 00 | 35 | %00 | %32 | 00 | 16 | الحالة 6  |
| 00% | %50 | 00 | 25 | %04 | %20 | 01 | 10 | الحالة 7  |
| 00% | 40% | 00 | 20 | %04 | %26 | 02 | 13 | الحالة 8  |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %00 | %30 | 01 | 15 | الحالة 9  |
| 02% | 70% | 00 | 35 | %00 | %44 | 00 | 22 | الحالة 10 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %02 | %44 | 01 | 22 | الحالة 11 |
| 00% | 70% | 01 | 35 | %04 | %28 | 04 | 14 | الحالة 12 |
| 00% | 38% | 00 | 26 | %02 | %20 | 00 | 10 | الحالة 13 |
| 00% | 66% | 00 | 33 | %02 | %32 | 01 | 16 | الحالة 14 |
| 00% | 62% | 01 | 31 | %04 | %44 | 01 | 22 | الحالة 15 |
| 00% | 40% | 00 | 20 | %00 | %20 | 00 | 10 | الحالة 16 |
| 00% | 66% | 00 | 33 | %02 | %34 | 01 | 17 | الحالة 17 |
| 00% | 44% | 01 | 22 | %05 | %38 | 01 | 19 | الحالة 18 |
| 00% | 50% | 01 | 25 | %04 | %25 | 00 | 15 | الحالة 19 |
| 00% | 50% | 00 | 25 | %02 | %30 | 00 | 15 | الحالة 20 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %06 | %22 | 00 | 21 | الحالة 21 |
| 00% | 65% | 00 | 34 | %04 | %44 | 01 | 22 | الحالة 22 |
| 00% | 50% | 01 | 25 | %02 | %44 | 01 | 22 | الحالة 23 |
| 00% | 60% | 00 | 30 | %02 | %24 | 01 | 12 | الحالة 24 |
| 00% | 66% | 02 | 33 | %00 | %26 | 00 | 13 | الحالة 25 |

|     |     |    |    |     |     |    |    |           |
|-----|-----|----|----|-----|-----|----|----|-----------|
| 00% | 50% | 00 | 25 | %00 | %34 | 01 | 17 | الحالة 26 |
| 02% | 58% | 00 | 29 | %04 | %30 | 00 | 20 | الحالة 27 |
| 00% | 70% | 00 | 35 | %00 | %42 | 00 | 21 | الحالة 28 |
| 00% | 45% | 00 | 23 | %00 | %28 | 02 | 14 | الحالة 29 |
| 00% | 52% | 00 | 26 | %00 | %24 | 00 | 12 | الحالة 30 |

الجدول رقم (6) : يمثل عرض نتائج الحالات في التعلیمة الرابعة (البطاقة ب) .

#### 1-4-1- التحليل الكمي :

يظهر من خلال الجدول رقم (06) أن نسبة الإجابات الصحيحة عند العينة في القياس القبلي تتراوح ما بين (18% إلى 46%) وذلك بمتوسط حسابي يقدر ب (15,5) ، أما نسبة الإجابات الصحيحة عند العينة في القياس البعدي فتتراوحت ما بين ( 25% إلى 70%) وذلك بمتوسط حسابي قدر ب (27,9) .

#### 1-4-2- التحليل الكيفي:

تبين لنا من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من التحليل الكمي أن نتائج أفراد العينة في القياس القبلي ضعيفة عند بعض الحالات و متوسطة عند بعض الحالات الأخرى ، حيث تمكنت كل الحالات من فهم التعلیمة الموجهة إليها التي كانت كالاتي ( قراءة لون الكلمة عوض مفهومها الدلالي) ، أي تسمية لون الحبر الذي كتب به الكلمة مقارنة بإسمها الدلالي (البطاقة الثانية) و التي تمثل وضعية التداخل والتي تحتاج إلى قدر من الانتباه و التركيز ، أي إهمال المعنى و التركيز على اللون الذي كتبت به الكلمات ، و وجدت معظم الحالات صعوبة في قراءة لون الكلمات كما أن القراءة كانت بطيئة و أيضا كان هنالك ترددات في تقديم الإجابة فمعظم الحالات تمكنت من تسمية ألوان الكلمات ولكن هنالك بطئ في القراءة ففي كل مرة يتوقف لينتظر التعلیمة ، و عدد الأخطاء مرتفعة مقارنة بالتعليقات السابقة فكل الحالات لم تقم بقراءة كل الكلمات الموجودة في البطاقة .

أما في القياس البعدي نلاحظ أن أغلب الحالات سجلت نتائج أحسن من القياس القبلي، حيث استطاعت الحالات قراءة لون الكلمات بشكل أفضل وهذا عند كل العينة مقارنة بالقياس القبلي .

## 2- دراسة الفروق بين القياس القبلي و البعدي :

لدراسة دلالة الفروق بين القياس القبلي و البعدي قمنا بتطبيق اختبار T و نلخص النتائج المتحصل

عليها في الجدول التالي :

| القرار | مستوى<br>الدلالة | قيمة ت<br>المجدولة | قيمة T<br>المحسوبة | الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | الإحصائيات    |
|--------|------------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------|---------------|
|        |                  |                    |                    |                      |                    | القياسات      |
| دال    | 0,05             | 2,45               | 3,43               | 3,60                 | 63,5               | القياس القبلي |
|        |                  |                    |                    | 7,60                 | 106,96             | القياس البعدي |

جدول رقم (7) يمثل نتائج الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي

يظهر من خلال الجدول المتوسط الحسابي لنتائج القياس القبلي قدرت ب ( 63,5 ) أما المتوسط الحسابي لنتائج القياس البعدي فقدرت ب ( 106,96 ) بينما قدر الانحراف المعياري عند العينة في القياس القبلي ب ( 3,60 ) و القياس البعدي ب ( 7,60 )، و قدرت القيمة ت المحسوبة ب ( 3,43 ) و قيمة ت المجدولة ب ( 2,45 ) عند مستوى الدلالة (0,05) مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي لدي أفراد العينة لصالح القياس البعدي .

### الاستنتاج العام :

للقيام بموضوع بحثنا المتمثل في " دراسة فاعلية الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية في تحسين الانتباه عند الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية " قمنا بتطبيق اختبار ستروب لقياس الانتباه على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين 08 إلى 15 سنوات ، كما اعتمدنا على المنهج المقارن الذي يتمثل في قياسين قياس قبلي وقياس بعدي ، حيث تم عرض المهمات الأربعة التي يتكون منها اختبار ستروب على الأطفال وتمثل هذه المهمات في قراءة الكلمات باللون الأسود، قراءة الكلمات بالألوان المختلفة ، تسمية ألوان المستطيلات حيث تتراوح نسبة الإجابات الصحيحة عند كل الحالات في القياس القبلي على التوالي : من 08 % إلى 44 % بالنسبة للمهمة الأولى ، 12 % إلى 44% في المهمة الثانية ، 20 % إلى 44 % في المهمة الثالثة ، 18 % إلى 48 % في المهمة الرابعة ، أما في القياس القبلي فتزاحت نسبة الإجابات الصحيحة من 25 % إلى 78 % بالنسبة للمهمة الأولى ، 20 % إلى 78 % في المهمة الثانية ، 30 % إلى 76 % في المهمة الثالثة ، 25 % إلى 75 % في المهمة الرابعة بينما قدر المتوسط الحسابي للإجابات الصحيحة في القياس القبلي حسب المهمات بالترتيب ب (16,7)، (14,9) ، (17,1) ، (15,5) بينما قدر في القياس البعدي لنفس المهمات بالترتيب دائماً ب (25,9) ، (23,7) ، (5.29) ، (27,9) ، ومن خلال هذه النتائج تبين لنا أنه هناك تحسن ملحوظ على كل اختبار ستروب حيث استطاعت الحالات الإجابة بطريقة نلاحظ تحسن ملحوظ على كل بنود اختبار ستروب حيث استطاعت الحالات الإجابة على الوضعيات المقدمة لهم.

هناك بعض المهمات سهلة و هناك بعض المهمات صعبة ومن بين المهمات الأربعة وجدنا أن الحالات وجدت صعوبة في المهمة الثانية مقارنة بالمهمات المتبقية الأخرى حيث أن درجة التداخل

تلعب دورا هاما في درجة الانتباه لدى الطفل فالتركيز على قراءة الحروف بدل الألوان تعكس نسبة انتباهه لتطبيق التعليم ومعالجة وانتقاء للمعلومات

إذا كانت هناك فروق دالة إحصائية قمنا بتطبيق اختبار T و قدرت النتيجة ب (0,05) وهي فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي لدى أفراد العينة لصالح القياس البعدي .

و إنطلاقا مما سبق يمكن أن نقول أن فرضية بحثنا التي مفادها دراسة فاعلية الدمج في المراكز النفسية البيداغوجية في تحسين الانتباه لدى الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية قد تحققت.

ونلاحظ أن دور هذه المراكز حققت أهدافها المتمثلة في مساعدة الأطفال على تحسين انتباههم خاصة أن الانتباه من العمليات المعرفية المهمة في حياته اليومية .

خاتمة

### خاتمة :

من خلال هذا البحث أردنا دراسة عملية من العمليات المعرفية والتي هي قدرة الطفل على التركيز على المثيرات و التفاعل معها و إصدار الإجابة المناسبة ، حيث يعتبر الانتباه من الوظائف المعرفية المهمة سواء عند الطفل العادي أو الطفل المصاب بالإعاقة العقلية .

لذا جاء تساؤلنا حول مدى فاعلية الإدماج في المراكز النفسية البيداغوجية ولهذا الغرض لجأنا إلى مبدأ الدراسة المقارنة الذي خضع إلى قياسين قياس قبلي و قياس بعدي بعد 6 أشهر لنفس العينة ، خلاصة الدراسة من خلال النتائج المتحصل عليها لتطبيقنا للرائز ستروب والوضعيات المتعلقة به تحصلنا على أن هنالك فاعلية الإدماج في تحسين الانتباه عند هذه العينة ، بمعنى نسلم بفرضيتنا المطروحة في بداية الدراسة .

لذا نرجو أن تكون دراستنا هذه منطلق تكلل بمحاولات أخرى وكل ما يتعلق بالطفل المعاق عقليا من عمليات معرفية ونفسية ، والاعتناء بهذه الفئة إيمانا بحقها في تنمية قدراتها و مساعدتها على التوافق الاجتماعي السليم و الاندماج في الحياة الاجتماعية و المهنية .