

الصعوبات الاجتماعية لذوي الاعاقة الذهنية في الوسط الحضري دراسة ميدانية بولاية خنشلة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاجتماعية تخصص:

علم الاجتماع الحضري

إشراف الأستاذ:

إعداد الطالبة:

د. ليلي إيديو

عائبة أمينة

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	اسم ولقب الاستاذ(ة)
رئيسا	جامعة عباس لغرور خنشلة	د. زينب مرغاد
مشرفا و مقرراً	جامعة عباس لغرور خنشلة	د. ليلي إيديو
مناقشاً	جامعة عباس لغرور خنشلة	د. مفيدة عنصر

السنة الجامعية 2024-2025

شكر و عرفان

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين، سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "من أتى إليكم معروفاً فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه فادعوا له حتى تروا أنكم قد كافأتموه"، فباسم العرفان والتقدير أتقدم بخالص الشكر ووافر الامتنان إلى الأستاذة الدكتورة "إيديو ليلي" على ما بذلته من جهد صادق وتوجيهات دقيقة وإرشادات قيّمة كان لها أعظم الأثر في مسيرتي العلمية، وأسأل الله أن يكتب لها التوفيق والسداد، وأن يمنّ عليها بموفور الصحة والعافية....

كما يطيب لي أن أقدم شكري وعظيم امتناني للأستاذة "شبحاوي سميرة" التي رافقتني منذ البدايات الأولى لرحلتي الجامعية، فكانت نعم الموجهة ونعمة السند....

ولا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى جميع أساتذة تخصص علم الاجتماع الحضري، على ما قدموه من علم ومعرفة ودعمٍ ببناء ساهم في بناء مساري الأكاديمي.

إهداء

الحمد لله عند البدء، والحمد لله عند الختام...

فمن قال: أنا لها نالها ..

كانت رحلةً طويلةً بين إخفاقات ونجاحات، حتى بلغت لحظةً طالما حلمت بها،

إلى من كلفه الله بالهبة والوقار، أبي العزيز رشيد

إلى أمي الغالية، دعاؤك سرّ نجاحي...

إلى ابنة عمي الغالية بثينة، الحاضرة دائماً بروحها الطيبة وصدقها، وهي نعمة أفتخر بها

في حياتي...

إلى إخوتي الأعزاء...

إلى عمي العزيز أحسن رمز الكرم والوفاء، لك كل الاحترام والتقدير...

إلى خالاتي الطيبات، وجدتي الحنونة أمي الثانية...

إلى كل عائلتي الكريمة وصديقاتي بلا استثناء...

وإلى أساتذتي الأفاضل، أصحاب الفضل بعد الله...

إلَيْكُمْ جميعاً أهدي ثمرة جهدي، فأنتم سرّ نجاحي بعد توفيق الله.

- أمينة عايب -

قائمة المحتويات

1. الفهرس

العنوان	الصفحة
الشكر والعرفان	
الإهداء	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول و الأشكال	
أ	مقدمة
الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة	
2	إشكالية الدراسة
3	فرضيات الدراسة
5	أهمية الدراسة
5	أسباب اختيار الموضوع
6	أهداف الدراسة
6	مصطلحات الدراسة
8	المقاربة النظرية
10	الدراسات السابقة
الفصل الثاني : التأسيس النظري للدراسة	
17	المبحث الأول : الإعاقة الذهنية في البعد المفاهيمي والاجتماعي
18	أولاً / المفاهيم النظرية للإعاقة الذهنية
18	1- التطور التاريخي لمفهوم الإعاقة الذهنية و المراحل التي مرت بها
21	2- أسباب الإعاقة الذهنية
28	3- تصنيفات الإعاقة الذهنية
33	4- أنواع التخلف الذهني

42	5- خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية 45
48	ثانياً/ الإعاقة الذهنية في السياق الأسري و الاجتماعي
48	1- احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية داخل المجتمع
52	2- رعاية وخدمات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع
59	3- دور العائلة في التكيف مع حالة الإعاقة الذهنية و تأهيلها
61	4- دور الأخصائي الاجتماعي في دعم و تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة
65	5- واقع الرعاية الاجتماعية للمعاقين ذهنياً في المجتمع الجزائري
68	المبحث الثاني : الصعوبات الاجتماعية للمعاقين ذهنياً في الوسط الحضري
68	أولاً/ طبيعة الوسط الحضري و متطلباته
68	1- محددات الوسط الحضري
70	2- الخصائص الاجتماعية للوسط الحضري
74	3- مدى ملائمة المحيط الحضري لذوي الإعاقة الذهنية
76	ثانياً/ الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية
76	1- صعوبات الإدماج الأسري
79	2- صعوبات التمدرس و التعليم
82	3- صعوبات التنقل و التواصل في الفضاء الحضري
85	4- صعوبات التهميش و الإقصاء الاجتماعي
89	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الإطار الميداني للدراسة	
90	أولاً/ تقديم مجال الدراسة
92	ثانياً / الإجراءات المنهجية للدراسة
93	أ- مجالات الدراسة
94	ب- عينة الدراسة
94	ج- المنهج و الأدوات المنهجية للدراسة

96	ثالثاً/ عرض و تحليل بيانات الدراسة الميدانية في ضوء تساؤلات الاستمارتين
97	1.تحليل الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري انطلاقاً من وجهة نظر أسر المعاقين " الاستمارة 1"
141	2.تحليل الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري انطلاقاً من وجهة نظر الأخصائيين " الاستمارة 2"
168	رابعاً/مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة و النظريات المقاربة و الدراسات السابقة
173	النتائج العامة للدراسة
175	خاتمة
177	الملاحق
190	قائمة المصادر و المراجع
	ملخص الدراسة

2. الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	التصنيف الرباعي للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية حسب قدراتهم العقلية	30
02	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	97
03	التوزيع العمري للأسر المبحوثة	99
04	توزيع الأسر المبحوثة حسب المستوى الدراسي	100
05	توزيع العينة حسب الوضعية المهنية	102
06	توزيع الأسر المبحوثة حسب الحالة الاجتماعية	105
07	توزيع العينة حسب عدد أفراد الأسرة	107
08	توزيع العينة حسب مكان السكن	109
09	توزيع العينة حسب العلاقة مع الشخص المعاق	111
10	توزيع جنس الأفراد المعاقين في الأسر المبحوثة	113
11	توزيع الفئات العمرية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية	115
12	توزيع درجة الإعاقة الذهنية حسب التشخيص الطبي للعينة	117
13	نسب وجود إعاقات مصاحبة	119
14	توزيع نسب العمر الذي تم فيه اكتشاف الإعاقة	121
15	توزيع المتعلمين و غير المتعلمين من ذوي الإعاقة الذهنية	122
16	نوع التكفل العلاجي لذوي الإعاقة الذهنية	124
17	توزيع الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الأسر	126
18	توزيع آراء الأسر حول تفاعل الجيران مع الشخص المعاق ذهنياً	127
19	توزيع الأسر حسب توفر مرافق أو خدمات خاصة لذوي الإعاقة	130
20	توزيع الأسر حسب وجود صعوبات في التنقل نحو المرافق	131
21	توزيع الأسر حسب تلقي الدعم من الدولة أو الجمعيات	132
22	توزيع الأسر حسب الاستفادة من تدريب أو إرشاد	133
23	توزيع الأسر حسب شعورها بالعزلة أو الإرهاق	134

136	توزيع الأسر حسب وجود أفراد انسحبوا من المسؤولية بسبب الإعاقة	24
137	أبرز التحديات التي تواجهها أسر المعاقين بشكل يومي	25
138	الأمنيات والاحتياجات الرئيسية لأسر المعاقين	26
140	المقترحات الأساسية للأسر لتسهيل إدماج هذه الفئة	27
142	جنس الأخصائيين والمهنيين الباحثين	28
143	التوزيع العمري للأخصائيين والمهنيين	29
144	توزيع المستوى الأكاديمي للأخصائيين	30
145	توزيع الصفة المهنية للأخصائيين والمختصين العاملين	31
147	توزيع سنوات الخبرة لدى الأخصائيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية	32
149	توزيع إمكانية العمل للأخصائيين والمهنيين	33
150	توزيع نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً	34
151	توزيع نسب الفروق في التفاعل الاجتماعي حسب درجة الإعاقة	35
152	توزيع الفئات العمرية التي يتعامل معها الأخصائيون	36
153	توزيع نوع البرامج المقدمة للمستفيدين	37
154	توزيع نوع الدعم المقدم للأسر	38
155	توزيع نسب العراقيين التي تعترض ذوي الإعاقة الذهنية في المدن	39
156	توزيع مراعاة الأحياء الحضرية لحاجات ذوي الإعاقة الذهنية	40
157	توزيع مستوى التمييز الاجتماعي والعزلة ضد فئة المعاقين ذهنياً	41
158	توزيع نسب تفاعل العائلات مع برامج الإدماج والمرافقة	42
160	المبادرات المقدمة من جمعيات أو بلديات لدعم ذوي الإعاقة الذهنية	43
161	توزيع صعوبات التكفل المهني بحالات الإعاقة الذهنية	44
164	توزيع طبيعة صعوبات التكفل المهني بحالات الإعاقة الذهنية	45
163	توزيع تلقي التكوين الأكاديمي أو الميداني	46
164	تقييم نجاعة التكوين الحالي للأخصائيين	47
165	تقييم التنسيق بين مختلف الفاعلين المهنيين	48

3. الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	التوزيع الجندري للأسر المبحوثة	97
02	المستوى الدراسي للأسر المبحوثة	100
03	التوزيع المهني للأولياء	103
04	توزيع العينة حسب عدد أفراد الأسرة	107
05	التوزيع النسبي لمكان سكن الأسر	109
06	توزيع جنس الأفراد المعاقين في الأسر المبحوثة	113
07	توزيع الفئات العمرية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية	115
08	نسب وجود إعاقات مصاحبة لدى الأسر المبحوثة	119
09	توزيع الأسر حسب تعرض أبنائهم لمواقف التمييز أو السخرية	129
10	نسبة الأسر التي تتلقى دعماً من الدولة أو الجمعيات	132
11	سنوات الخبرة لدى الأخصائيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية	147
12	نسب نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً بين المستفيدين من خدمات الأخصائيين	150
13	نسب تفاعل العائلات مع برامج الإدماج والمرافقة	158

مقدمة

في ظل التحولات الاجتماعية والحضرية المتسارعة التي تشهدها المدن الجزائرية، برزت إشكاليات متعددة تتعلق بمدى قدرة هذه المدن على استيعاب الفئات الهشة، وفي مقدمتها ذوو الإعاقة الذهنية، الذين يواجهون تحديات يومية تتجاوز حدود القصور الصحي لتلامس أبعاداً أسرية، مؤسساتية، وحضرية. كما أنّ قضية الإعاقة لم تعد مجرد مسألة طبية أو فردية، بل أصبحت قضية اجتماعية مركبة ترتبط بالحق في الاندماج والمشاركة الفعالة في الحياة الحضرية، وما يتطلبه ذلك من دعم أسري، خدمات متخصصة، وتهيئة عمرانية شاملة.

لقد انتقل الاهتمام بذوي الإعاقة من البعد الإحساني والرعايى التقليدي إلى أبعاد أوسع ترتبط بحقوق الإنسان، والعدالة الاجتماعية، والمواطنة الشاملة، بما يضمن مساواتهم في الفرص وإزالة الحواجز الاجتماعية والمادية التي تحدّ من مشاركتهم، ومن هنا تبرز أهمية دراسة الصعوبات الاجتماعية التي يعانيها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، لكونها تمس جوهر العلاقة بين الفرد ومحيطه الاجتماعي والعمراني، وتكشف عن مدى فعالية المنظومة الاجتماعية في استيعاب الاختلاف والتنوع البشري.

إنّ إدماج ذوي الإعاقة الذهنية لا يمكن أن يتحقق بالاعتماد على جهود المؤسسات وحدها، بل يتطلب تفاعلاً أسرياً واعيّاً، ومحيطاً حضرياً مهيأً، ومجتمعاً مدنياً فاعلاً قادراً على تجاوز الصور النمطية والتمييز الاجتماعي، ومن هذا المنطلق تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على طبيعة الصعوبات الاجتماعية التي تواجه هذه الفئة في ولاية خنشلة، من خلال تحليل مستوى التكفل الأسري، فعالية الخدمات المؤسساتية، ومدى ملاءمة البيئة الحضرية لاحتياجاتهم.

وقد تم اختيار الوسط الحضري بولاية خنشلة كمجال تطبيقي لهذه الدراسة، نظراً لما يشهده من نمو عمراني واجتماعي متسارع، وتنوع سكاني يكشف عن أنماط متعددة من التفاعل مع ذوي الإعاقة، فضلاً عن وجود مؤسسات تربوية وصحية واجتماعية يفترض أن تلعب دوراً محورياً في التكفل بهم.

البناء المنهجي للدراسة

تشهد المجتمعات المعاصرة تغيرات جذرية وتحولات متسارعة على مختلف المستويات الاقتصادية، السياسية، الثقافية، والتكنولوجية، ما أدى إلى إعادة تشكيل بنية المجتمع وأدوار الأفراد فيه ، هذه التحولات وإن كانت في ظاهرها مؤشّرات على التقدّم والتطور، إلا أنها أفرزت في المقابل واقعاً اجتماعياً جديداً تطغى عليه التفاوتات، وتتكشف فيه ثغرات صارخة تمس فئات اجتماعية بعينها. من بين هذه الفئات المهمّشة والضعيفة تركزاً وتأثيراً، تبرز فئة ذوي الإعاقة الذهنية الذين يعيشون تحديات يومية مضاعفة، سواء داخل أسرهم أو في الفضاءات العامة التي يُفترض أن تكون بيئاتهم الحاضنة.

فالإعاقة الذهنية ليست مجرد قصور معرفي أو عجز في الوظائف العقلية، بل هي حالة اجتماعية مرّكبة تنعكس آثارها على مختلف أبعاد الحياة من التعليم إلى العمل، ومن التكوين إلى الترفيه، ومن التفاعل الأسري إلى الاندماج في المجتمع. وما يزيد من تعقيد وضعيتهم، هو غياب المقاربة الشاملة التي تتعامل مع الإعاقة باعتبارها شأنًا مجتمعيًا يتطلب تضافر الجهود بين الفرد، الأسرة، الدولة، والمجتمع المدني. في هذا الإطار تتجلى مظاهر الإقصاء في ضعف مشاركة ذوي الإعاقة الذهنية في الحياة العامة، سواء في المحيط الأسري أو المدرسي أو المهني، حيث يُنظر إليهم في الغالب كعبء وليس كطاقة كامنة يمكن تطويرها. وهذا التصور الاجتماعي يُفرز أشكالاً متعددة من العزلة النفسية والاجتماعية، ويؤدي إلى انغلاق الفرد على ذاته، وتفاقم الإحساس بالدونية.

وفي الوقت الذي تُطرح فيه مفاهيم الحدّثة والمواطنة وحقوق الإنسان كأطر تنظيمية للحياة الحضريّة، لا تزال فئة ذوي الإعاقة الذهنية تُعاني من عزلة مزدوجة: " عزلة إدراكية " ناتجة عن محدودية القدرات الذهنية التي تحتاج إلى رعاية خاصة، و " عزلة اجتماعية " مرتبطة بالقصور المجتمعي في فهم خصوصيات هذه الفئة وتقديم الدعم الملائم لها، هذه العزلة تترجمها التمثلات

الاجتماعية السلبية، التي غالباً ما تُصنف المعاق الذهني ضمن الفئات القاصرة وغير القادرة على التفاعل أو الإسهام.

و على الرغم مما يُفترض أن تتيحه البيئة الحضرية من تطور في الخدمات والبنية التحتية، أنه لا تزال مظاهر التمييز الاجتماعي تجاه ذوي الإعاقة الذهنية قائمة بوضوح، إذ يُنظر إلى إعاقتهم غالباً من منظور خيري أو إنساني، لا من زاوية الحق والمواطنة. كما يلاحظ غياب الوعي الحضري الكافي بحقوق هذه الفئة، ما ينعكس في ندرة البرامج التأهيلية الشاملة والمرافق المناسبة، وتزداد حدة التهميش في الوسط الحضري نتيجة تعقيد العلاقات الاجتماعية وكثرة الفاعلين، بينما تفتقر المؤسسات المعنية إلى الموارد والإطارات المؤهلة للتكفل الأمثل بهم، كما يظهر قصور ملحوظ على مستوى الأسرة في فهم طبيعة الإعاقة الذهنية، ما يعيق بناء بيئة حاضنة تسهم في إدماج هؤلاء الأفراد بشكل فعال في المجتمع.

وتُعتبر ولاية خنشلة نموذجاً مصغراً يعكس التحديات المذكورة آنفاً، فعلى الرغم من التوجه الرسمي الرامي إلى التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، فإن هذا التوجه يصطدم بجملة من العراقيل في الميدان، فالمؤسسات الموجودة وإن تعددت إلا أنها تعاني من هشاشة تنظيمية ونقص في التكوين المتخصص، ما يحد من قدرتها على تقديم خدمات نوعية تراعي الفروق الفردية والنفسية لذوي الإعاقة الذهنية، كما أن التنسيق بين مختلف المصالح والمؤسسات يبقى ضعيفاً، وهو ما يعمق الهوة بين التشريع والتطبيق.

تعاني ولاية خنشلة رغم توفرها على بعض المراكز المختصة من صعوبات واضحة في التكفل بذوي الإعاقة الذهنية، إذ تفتقر هذه المرافق إلى الموارد البشرية المؤهلة والتجهيزات الضرورية لتقديم خدمات تأهيلية وتربوية فعّالة، كما أن الوعي المجتمعي لا يزال ضعيفاً، ما يجعل من إدماج هذه الفئة في الحياة اليومية تحدياً مستمراً، ويضاف إلى ذلك غياب شبه تام لمبادرات المجتمع

الإطار المنهجي للدراسة

المدني التي من شأنها دعم هذه الفئة عبر أنشطة ثقافية أو تربوية أو ترفيهية، مما يزيد من عزلتهم ويعمق شعورهم بالتمييز والانعزالية.

انطلاقاً من هذا الواقع المركب تبرز الإشكالية المركزية لهذه الدراسة والتي تتمثل في: محاولة الكشف عن طبيعة الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، مع التركيز على حالة ولاية خنشلة كنموذج ميداني، ومحاولة فهم العوامل البنوية والثقافية التي تعيق اندماجهم الكامل في الحياة الاجتماعية، وتحول دون استفادتهم من حقوقهم التي يكفلها القانون والدستور.

وفي هذا السياق نطرح التساؤل الرئيسي للدراسة كآتي :

- فيما تمثل الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري بولاية خنشلة؟
و عليه تكون التساؤلات الفرعية للدراسة كما يلي :

1. ما طبيعة التحديات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية داخل الأسرة؟
2. كيف تستجيب مؤسسات الرعاية والتكفل الاجتماعي بولاية خنشلة لاحتياجات ذوي الإعاقة الذهنية؟

3. ما أثر المحيط الحضري (العلاقات، البنية، الثقافة السائدة) على عملية إدماج ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية: يواجه ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري بولاية خنشلة صعوبات اجتماعية متعددة الأبعاد ناتجة عن قصور في الرعاية الأسرية، وضعف الخدمات المؤسساتية، وغياب التهيئة الحضرية الملائمة.

الفرضيات الفرعية:

تنبثت عن الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية :

1. يعاني ذوو الإعاقة الذهنية من ضعف في التفاعل الأسري، ما يؤثر سلباً على اندماجهم الاجتماعي.

2. تعاني مؤسسات الرعاية في ولاية خنشلة من قصور في توفير خدمات نوعية تستجيب لخصوصيات ذوي الإعاقة الذهنية.

3. تُشكّل البيئة الحضرية غير المهيأة والتمثلات الاجتماعية السلبية عائقاً أمام دمج ذوي الإعاقة الذهنية في المحيط العام.
ثالثاً: أهمية الدراسة

تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال ما يلي:

- تسلط الضوء على فئة مهمشة اجتماعياً وتفتح النقاش حول حقوقها في فضاء حضري يفترض فيه التمدّن والعدالة الاجتماعية.

- تُسهم في الكشف عن التحديات الحقيقية التي تحول دون إدماج ذوي الإعاقة الذهنية، مما يتيح للباحثين والمهنيين والمؤسسات المعنية تطوير آليات جديدة للتكفل.

- تندرج ضمن الجهود العلمية التي تكرّس ثقافة البحث الميداني المحلي، المعتمد على تحليل الحالات الخاصة، لفهم الواقع الاجتماعي بمحدداته الفعلية.

رابعاً: أسباب اختيار الموضوع

1. الأسباب ذاتية:

- انشغال الباحثة بقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة، وإيمان شخصي بضرورة دعمهم وتمكينهم من حقوقهم.

- الرغبة في فهم طبيعة العلاقة بين الإعاقة والاندماج داخل الوسط الحضري الذي يتميز بتشابك العلاقات وتعدد الفاعلين.

2. الأسباب موضوعية:

- أهمية فهم دور الأسرة، ومؤسسات الرعاية، والمجتمع المدني في عملية إدماج هذه الفئة داخل بيئة حضرية معقدة.

الأسباب الموضوعية:

- إبراز التطور التاريخي في النظرة إلى الإعاقة الذهنية من العزل إلى الدمج، وفهم الأسس الدينية والعلمية والحقوقية التي أسهمت في ترسيخ مبدأ المساواة والتمكين لهذه الفئة داخل المجتمع.

خامساً: أهداف الدراسة

➤ الأهداف العلمية:

- الكشف عن مظاهر الصعوبات الاجتماعية التي يعانيها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري.

- تحليل فعالية مؤسسات الرعاية والتكفل بولاية خنشلة في الاستجابة لاحتياجات هذه الفئة.

- فهم تأثير البيئة الحضرية والعلاقات الاجتماعية فيها على اندماج ذوي الإعاقة الذهنية.

➤ الأهداف العملية:

- تقديم توصيات للمؤسسات الاجتماعية والسلطات المحلية حول آليات تحسين التكفل.

- اقتراح تصورات للتنسيق بين الأسرة، المجتمع المدني، والهيئات الرسمية لدمج هذه الفئة.

- دعم مسارات التأهيل والإدماج الاجتماعي من خلال نتائج ميدانية واقعية.

سادساً / مصطلحات الدراسة

1. الصعوبات الاجتماعية :

- عرّفَت الصعوبة الاجتماعية في أحد الأطروحات بأنها: "موقف يواجه الفرد والمجتمع

ومؤسساته، تعجز الإمكانيات المتاحة عن مواجهته، سواء كانت هذه الإمكانيات مادية أو اجتماعية

أو بشرية، مما يجعل من الضروري التدخل عبر موارد إضافية تساعد في مواجهة هذا الموقف." (بن

زاف، 2022، ص 600)

- كما ورد تعريف آخر للصعوبات الاجتماعية بأنها: "حالات من التوتر أو الاختلال تظهر عندما يدرك عدد كبير من الأفراد وجود خلل ما في الواقع الاجتماعي، ويشعرون بالحاجة إلى تغييره، الأمر الذي يفرض التدخل لإيجاد حلول فعالة لمعالجته". (عثمان. 2009، ص304).

التعريف الإجرائي :

الصعوبة الاجتماعية تمثل وضعاً يواجهه الأفراد والجماعات، وتفشل الوسائل التقليدية في التعامل معه، مما يستدعي تدخلاً منظماً باستخدام موارد مادية واجتماعية إضافية.

2. مفهوم الإعاقة الذهنية:

يُعد تحديد المفهوم الدقيق للإعاقة الذهنية من المهام الصعبة، نظراً لكون هذه الظاهرة تمثل تقاطعاً لاهتمامات عدة مجالات علمية ومعرفية. ويعود هذا التعقيد إلى تعدد الجهات الأكاديمية التي تناولت تفسير الإعاقة الذهنية وأثرها على الفرد والمجتمع.

ويُعرف التخلف الذهني أو الإعاقة الذهنية بأنه انخفاض في القدرات العقلية العامة، بحيث تقل درجة الذكاء عن 70، مصحوباً بعجز في السلوك التكيفي، أي عدم القدرة على الأداء بشكل مستقل أو تحمل المسؤوليات المتوقعة ممن هم في نفس المرحلة العمرية. (حسين فرج.2007، ص19)

التعريف الإجرائي: من الناحية الإجرائية، فتعرف الإعاقة الذهنية بأنها حالة تسم بخصائص وأسباب محددة، تستوجب معاملة خاصة للأشخاص المصابين بها، نظراً لطبيعة احتياجاتهم المختلفة.

3. الوسط الحضري

يقصد بالوسط الحضري ذلك المجال السكني الذي يتميز بكثافة سكانية مرتفعة، وبنمط عمراني حديث، بالإضافة إلى تنوع في الأنشطة الاجتماعية، وهو النوع الناتج عن تعدد المهن والحرف التي تفرضها طبيعة الحياة الحضرية. وقد أشار إلى هذا المعنى عالم الاجتماع *لويس ويرث*، حيث ربط التحضر بالمدينة بوصفها مركزاً لتجمع السكان، ومؤشراً على توزيعهم، ومستوى الكثافة

السكانية، والهجرة، والحجم، وطبيعة المهن والحرف. ومن ثم، فإن الوسط الحضري لا يُفهم فقط بمعناه الجغرافي، بل يحمل أيضاً أبعاداً اجتماعية تتجلى في أنماط الحياة السائدة في المدن.

التعريف الإجرائي: الوسط الحضري هو مكان يتميز بنسبة عالية من السكان ومستوى متقدم من التحضر، ويختلف عن الريف من حيث المساحة، الحجم، والتطور العمراني والاجتماعي.

سابعاً / النظريات المقاربة

1- النظرية التأهيلية: يعتمد الأخصائي الاجتماعي على هذه النظرية لتحقيق الأهداف العلاجية للفرد، والتي يمكن دراستها وتشخيصها بدقة من خلال العمل مع الجماعات وأعضائها، بهدف الوصول إلى نتائج علاجية وإشباع حاجاتهم عبر برامج يتم إعدادها بناءً على دراسة تلك الحاجات وتشخيصها. كما يُستخدم هذا المدخل لإحداث تغييرات في شخصية المعاق وبيئته الاجتماعية المحيطة، حيث يستعين الأخصائي بوسائل متعددة لتعديل بعض خصائص الجماعة، لمساعدة الأشخاص المعاقين على تحقيق أهدافهم، ومنها أساليب تعديل السلوك.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا المدخل يُقدم العديد من الحلول في ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الإعاقة، خاصة في ما يتعلق بتحقيق الأهداف الوقائية والعلاجية لفئة المتخلفين عقلياً.

(لعجال.2023، ص 23)

2- نظرية المجال: تبرز أهمية نظرية المجال في الخدمة الاجتماعية المتعلقة بالأشخاص المعاقين، وخصوصاً المتخلفين عقلياً، كونها تقدم أدوات تحليل دقيقة لفهم العمليات التي تحدث داخل جماعات المعاقين، ويساعد هذا المدخل في تفسير سلوكياتهم وعلاقاتهم التفاعلية، سواء كأفراد أو ككيان اجتماعي. وتفترض النظرية أن البيئة ككل تُعد منظومة مترابطة، وأن أي تغيير في جزء منها يؤثر على الأجزاء الأخرى من خلال العلاقات التفاعلية. (لعجال.2023، ص 24)

ووفقاً لهذه النظرية، تُعتبر الجماعة وحدة مكونة من أفراد يتحركون نحو هدف مشترك تم الاتفاق عليه جماعياً، ويستفيد الأخصائي الاجتماعي منها في تطوير مفاهيم الممارسة المهنية، ومنها:

✓ يتأثر مستوى طموح المتخلف عقلياً في أداء مسؤولياته بمعايير الجماعة التي ينتمي إليها، لذا يجب توحيد الجماعة حول معايير وأهداف موحدة.

✓ لتجارب النجاح والفشل التي يمر بها المتخلف عقلياً تأثير مباشر على توقعاته حول إنجازاته المستقبلية، مما يؤثر في مستوى تطوره وتحسنه.

✓ ينبغي النظر إلى المتخلف عقلياً ككل متكامل من خلال تفاعله مع المجالات المختلفة داخل الجماعة.

✓ لا يحقق الإشباع الجزئي لحاجاته نمواً حقيقياً، بينما يساهم الإشباع المقبول للحاجات في مساعدته على تحقيق أهدافه. (لعجال.2023، ص 25)

3- نظرية التعلم: من المعروف أن خصائص المتخلفين عقلياً تختلف عن الأشخاص العاديين، وهو ما يجعلهم بحاجة إلى أساليب مساعدة خاصة، لكونهم غير قادرين على اكتساب بعض المهارات أو التعلم الذاتي بمفردهم. ومن هنا تبرز أهمية إعداد برامج تعليمية وتدريبية خاصة تناسب مع قدراتهم. ومن بين أبرز النظريات الداعمة لعملية تعلم المتخلفين عقلياً نجد نظرية السلوك الإجرائي، التي تُعد من النظريات الفعّالة في هذا المجال.

فقد عمل "سكينر" على توظيف تجاربه لتعليم المتخلفين عقلياً بعض المهارات الحياتية، وذلك من خلال الاعتماد على مبدأ التعزيز، وتعليمهم كيفية التكيف مع متطلبات الحياة اليومية. وتقوم هذه النظرية على تفسير العلاقة بين سلوك الفرد والمثيرات البيئية، إذ غالباً ما تكون استجابات المتخلفين عقلياً غير منضبطة أو غير متوافقة مع تلك المثيرات عند أدائهم لبعض المهارات المهنية. وتكمن مهمة المربي في ضبط هذه الاستجابات، بجعلها قابلة للتعديل لتتلاءم مع المثيرات، وذلك عبر تقليل السلوكيات غير المرغوب فيها وتعزيز السلوكيات الإيجابية. (معمرية.2007، ص 89)

أما نظرية التعليم الاجتماعي، فترى أن الفرد يتفاعل مع بيئته إما من خلال اكتساب سلوك معين أو تجنبه. وتشير هذه النظرية إلى أن المرابي يتوقع من المتخلف عقلياً أداء سلوك معين يمكنه إنجازَه بناءً على ما يمتلكه من مهارات خاصة. (مطروني و بوعمامة .2024، ص 8)

4- النظرية السلوكية: تُعد هذه النظرية من إسهامات "هال كلارك" (Hull Clark)، حيث تشير إلى أن عملية التعلم تحدث من خلال إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية، والتي تؤثر بشكل مباشر على سلوك الإنسان، فقد ربطت النظرية بين الحاجات والدوافع من جهة، والسلوك من جهة أخرى، باعتبار أن السلوك يُمارس بهدف إشباع تلك الحاجات. (الزغلول.2003، ص 117)

وبناءً على هذا الفهم، فإن هذه النظرية تُعد أداة هامة في يد الأخصائين الاجتماعيين عند تدريب المتخلفين عقلياً على المهارات الاجتماعية والمهنية، خاصة في المراكز المتخصصة، فعملية التأهيل تعتمد على تعليم هؤلاء الأفراد كيفية اكتساب السلوك المقبول اجتماعياً، وذلك من خلال برامج التأهيل الاجتماعي والمهني التي تراعي حاجاتهم ودوافعهم الأساسية. (لعجال.2023، ص 26)

ثامناً الدراسات السابقة

1- دراسة سمى أحمد أمين (1998): أجريت هذه الدراسة سنة 1998 تحت عنوان: "المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال ومدى تأثيرها على سلوك التوافق الاجتماعي لديهم"، تناولت الباحثة من خلالها فئة من الأطفال المتخلفين عقلياً من ذوي الإعاقة البسيطة، وهدفت إلى الكشف عن أثر الإساءة والإهمال على سلوكياتهم التوافقية.

من حيث الأهمية والأهداف، ركزت الباحثة على تطبيق برنامج لتعديل السلوك، بغرض الوصول إلى أهم المشكلات التي تواجه هذه الفئة. وقد شملت الدراسة مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 10 و 17 سنة، مسجلين في مدرسة خاصة، إلى جانب اختيار عينة مكونة من 17

طفلاً تم تحديدهم استناداً إلى ملاحظات المشرفين، الذين تم توجيههم لاكتشاف مظاهر الإساءة التي تم شرحها مسبقاً لهم من قبل الباحثة.

أما فيما يتعلق بنتائج الدراسة، فقد خلصت الباحثة إلى وجود علاقة قوية بين التعرض للإساءة وبين ستة أبعاد رئيسية للسلوك التوافقي، وهي: السلوك التدميري، السلوك المضاد للمجتمع، سلوك العنف، سلوك التمرد، الإيذاء، والسلوك غير الاجتماعي، وتدل هذه النتائج على التأثير العميق للإساءة في تعطيل عمليات التكيف الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

2- دراسة محمد القصاص - "التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة": جاءت هذه الدراسة بعنوان "التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة"، وركزت على أهمية دمج هذه الفئة في المجتمع، والعمل على تغيير الصورة النمطية السائدة عن الإعاقة.

فيما يتعلق بأهمية وأهداف الدراسة، سعى الباحث إلى تعزيز اندماج ذوي الاحتياجات الخاصة داخل المجتمع من خلال تغيير الثقافة المجتمعية تجاههم. وقد ركز على ضرورة تحديد الأدوار التي يمكن أن يضطلع بها كل من الأفراد والمؤسسات في تحقيق التطبيع الاجتماعي، وقبول هذه الفئة، بهدف الوصول إلى سياسات وآليات واضحة تضمن إشراكهم الفعلي في مختلف القضايا المجتمعية.

أما نتائج الدراسة، فقد أظهرت وجود تراجع في وضعية المعاقين داخل المجتمع، وبيّنت أنهم يعانون من العديد من المشاكل الاجتماعية والنفسية. ومن أبرز هذه النتائج:

- عدم حصول ذوي الاحتياجات الخاصة على حقوقهم الكاملة، وضعف الخدمات المقدمة لهم.
- غياب فرص العمل الملائمة التي تناسب مع قدراتهم واحتياجاتهم.
- تدني مستوى الرعاية الصحية المقدمة لهم، وهو ما يؤثر سلباً على إمكانية مشاركتهم في الأنشطة المجتمعية، ويدفعهم نحو الانعزال والتهميش.

3- دراسة جاك سنجر (1988): أجريت هذه الدراسة سنة 1978 بعنوان: "تقييم برنامج موضوع في مؤسسة لتربية المتخلفين عقلياً"، وقد ركزت على تقييم فعالية البرامج التعليمية والتأهيلية المقدمة داخل المؤسسة.

سعت الدراسة إلى تقييم البرامج المعتمدة في مؤسسة مختصة بتربية المتخلفين عقلياً، بالاعتماد على مجموعة من المتغيرات. وقد شملت عينة الدراسة جميع الأطفال المتخلفين عقلياً المقيمين بالمؤسسة، حيث تم تطبيق مقياسي "ستانفورد-بينيه" لقياس الذكاء، ومقياس السلوك التكيفي لتقييم الأداء الاجتماعي. واستمرت عملية التقييم على مدار عام كامل، من يناير إلى ديسمبر 1975. توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الهامة، أبرزها وجود تمييز واضح بين المجموعات من حيث التفاعل بين المتغيرات، كما أظهرت أن البرامج المقدمة تكامل فيما بينها، وتعتمد في تسلسلها على مستويات المهارة لدى الأطفال. كما أثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين العمر الزمني للأطفال ومستوى التقدم في البرنامج، ما يدل على فعالية التدرج المرحلي في تنمية المهارات وفقاً لقدراتهم.

4- دراسة جوميز وجوبرين (2002): أجريت هذه الدراسة سنة 2002 تحت عنوان: "دراسة الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المتخلف ذهنياً". وقد ركزت على فهم المشاعر والانفعالات التي يمر بها الوالدان تجاه أطفالهما المتخلفين ذهنياً، مع مقارنة الفروقات بين مشاعر كل من الأب والأم في هذا السياق.

اهتمت الدراسة بتسليط الضوء على الاتجاهات والمواقف التي يتبناها الآباء والأمهات تجاه أبنائهم المتخلفين ذهنياً، بهدف توضيح الاختلافات في مشاعر الطرفين، ومحاولة تفسيرها، وقد شملت العينة 17 عائلة تضم طفلاً واحداً متخلفاً ذهنياً، تتراوح أعمار الأطفال ما بين سنة واحدة وستين، كما اشترطت الدراسة استمرار الحياة الزوجية بين الزوجين لضمان ثبات المتغيرات الأسرية.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقييم الآباء والأمهات لصدمة وجود طفل متخلف ذهنياً داخل الأسرة من الناحية الواقعية. كما أظهرت النتائج أن الانفعالات العاطفية لدى الأمهات كانت أعلى من تلك التي لدى الآباء، إلا أن هذه الفروق لم تكن ذات دلالة إحصائية.

ومن جهة أخرى، بينت الدراسة أن الآباء عبروا عن قلقهم من أدوار الطفل خارج المنزل، بينما ركزت الأمهات في قلقهن على احتمال تصرف الطفل بعدوانية خارج إطار الأسرة.

5- دراسة جلاليلة اسامة و برمضان محمد (2022): دراسة ميدانية أجريت بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً - قلعة في إطار دعم الجانب التطبيقي، تم إجراء دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بولاية قلعة، حيث تم اعتماد المنهج الوصفي، لما له من فعالية في تحليل الظواهر الاجتماعية والتربوية المرتبطة بالإعاقة الذهنية.

شملت عينة الدراسة 98 فرداً من العاملين في المركز، من معلمين، مربين، ومختصين نفسيين وتربويين، وقد تم الاعتماد على المسح الشامل كمجتمع للدراسة. لجمع المعطيات اللازمة، استخدمت أداتان رئيسيتان: الملاحظة والاستمارة، حيث ساعدتا على فهم الواقع العملي داخل المركز وتحليل أبعاده المختلفة.

أظهرت النتائج أن المركز يتوفر على خدمات متنوعة وكافية تسهم في مساعدة الطفل المعاق ذهنياً على التكيف مع بيئته، وعلى تعديل السلوك العدواني، إضافة إلى تأهيله تدريجياً للاندماج في المجتمع الخارجي.

كما تبين أن برامج المراكز الخاصة فعالة جداً في تحقيق الدمج الاجتماعي والنفسي والثقافي والمهني للمعاقين، من خلال تمكينهم من اكتساب مهارات جديدة تسهم في تنمية ذاتية.

أكدت الدراسة أيضاً أن اتباع استراتيجيات تربوية وتأهيلية خاصة داخل المركز أدى إلى تمكين الأطفال المعاقين من تكوين علاقات داخلية وخارجية مع محيطهم، واكتساب مهارات شخصية وعملية تساعدهم على التكيف مع الحياة اليومية بما يتناسب مع قدراتهم.

التعليق على الدراسات :

لمقارنة هذه الدراسات السابقة مع دراستنا يمكن تحليل أوجه التشابه والاختلاف من حيث الأهداف، العينة، المنهج، الأدوات، والنتائج، كما يلي:

➤ من حيث الموضوع والإشكالية العامة: دراستنا تناول الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، مع التركيز على بيئة خنثية، وهو ما يميزها عن معظم الدراسات السابقة التي تناولت الإعاقة الذهنية من زوايا مختلفة مثل الإساءة، الدمج، التفاعل الأسري، أو تقييم البرامج.

➤ معظم الدراسات الأخرى ركزت على الجوانب النفسية والسلوكية (كحالة سهى أمين)، أو الاجتماعية العامة (كحالة محمد القصاص)، أو التعليمية داخل المؤسسات (كحالة جاك سنجر، وجلاليلة وبرمضان)، بينما تميزت دراستنا بتركيزها على الوسط الحضري وما يفرضه من تحديات اجتماعية خاصة.

➤ من حيث الأهداف: دراستنا تهدف إلى فهم طبيعة الصعوبات الاجتماعية في الوسط الحضري، وهذا يجعلها أكثر قرباً من دراسة محمد القصاص من حيث التركيز على التمكين والاندماج، لكنها تختلف في كونها تحليلية ميدانية مباشرة لمعوقات التكيف في بيئة حضرية.

➤ دراسة سهى أمين سعت لتفسير السلوك التوافقي كنتيجة للإساءة، وليس لتحليل صعوبات العيش الحضري.

☞ دراسة جوميز وجوبرين ركزت على اتجاهات الوالدين، وهي بعيدة جزئياً عن هدف دراستك.

☞ دراسة جلاليلة وبرمضان تتقاطع مع دراستك في محاولة فهم واقع التكفل والخدمات بالمراكز، لكنها بقيت محصورة داخل مؤسسة واحدة دون الخروج إلى المجتمع الأوسع كما في دراستك.

➤ من حيث العينة والميدان : دراستنا تمت في ولاية خنشلة على فئة ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، مما يمنحها بعداً جغرافياً واجتماعياً مميزاً.

☞ دراسة سهى أمين اقتصرت على عينة من الأطفال في مدرسة خاصة.

☞ دراسة محمد القصاص لم تكن ميدانية بل تحليلية مفاهيمية.

☞ جاك سنجر و جلاليلة وبرمضان ركزوا على المؤسسات، أي أن العينة كانت من داخل مراكز متخصصة، وليست مندججة في المجتمع، على عكس دراستك.

☞ جوميز وجوبرين تناولوا أسر أطفال معاقين، وليس الأشخاص المعاقين أنفسهم.

➤ من حيث المنهج والأدوات: دراستنا استخدمت المنهج الوصفي التحليلي في ميدان مفتوح (الوسط الحضري)، مما يجعل أدواتها أكثر تنوعاً وملائمة للواقع.

☞ باقي الدراسات إما استخدمت أدوات تقليدية (استمارة، مقياس سلوك)، أو ركزت على المراكز والمؤسسات، ولم تستهدف البيئة الحضرية والمجتمعية بشكل مباشر.

➤ من حيث النتائج والاستنتاجات: دراستنا خلصت إلى أن هناك صعوبات اجتماعية عديدة

يعيشها ذوو الإعاقة الذهنية في المدن، مثل الوصم، العزلة، قلة الاندماج، ضعف فرص العمل، ومحدودية التقبل الاجتماعي، وهي نتائج تتكامل مع ما توصل إليه محمد القصاص و جلاليلة وبرمضان من حيث التهميش وضعف الرعاية، لكنها تميزت بتحليل أعمق للأبعاد الحضرية.

دراسة سهى أمين توصلت إلى أثر الإساءة على السلوك، وهي نتيجة مختلفة في الطابع لكنها تؤكد أيضاً هشاشة الوضع الاجتماعي لهذه الفئة.

دراسة جوميز وجوبرين أظهرت الفروقات في التقبل الأسري بين الأب والأم، وهي نتيجة داخلية - أسرية، مختلفة عن السياق المجتمعي الخارجي الذي عالجته دراستنا.

من خلال المقارنة بين دراستنا الموسومة بـ "الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري: دراسة حالة بولاية خنشلة" ومجموعة من الدراسات السابقة، يتبين أن دراستنا تنفرد بمعالجة الإشكالية من زاوية جديدة، تركز على البيئة الحضرية وما تفرضه من تحديات اجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية.

في حين اهتمت الدراسات الأخرى بجوانب مختلفة مثل تأثير الإساءة والإهمال (سهى أحمد أمين)، أو التمكين والدمج الاجتماعي (محمد القصاص)، أو تقييم البرامج داخل المؤسسات (جاك سنجر، وجلاليلة وبرمضان)، أو حتى الاتجاهات الأسرية نحو الطفل المعاق (جوميز وجوبرين)، فإن دراستنا تنطلق من الواقع المجتمعي خارج المؤسسات، وتلامس بشكل مباشر التجربة اليومية للمعاق ذهنياً في المدينة.

وقد أظهرت دراستنا، بخلاف العديد من الدراسات التي اقتصرت على المؤسسات أو الأسرة، أن الاندماج الاجتماعي الحقيقي لا يتحقق إلا بإزالة الحواجز المجتمعية، وتوفير بيئة حضرية داجمة. كما كشفت عن نقص التقبل الاجتماعي، والوصم، وقلة فرص التفاعل والعمل والتعليم، وهي عناصر تُعد امتداداً وتحليلاً ميدانياً معمقاً لما أشارت إليه بعض الدراسات بشكل عام، دون التركيز على الخصوصية الحضرية كما فعلت دراستنا.

وعليه، تُعد دراستنا إضافة علمية نوعية في مجال الإعاقة الذهنية، كونها تربط بين الإعاقة والوسط الاجتماعي الحضري، وتقدم حلولاً قائمة على تعديل البيئة الاجتماعية لا فقط على تعديل سلوك المعاق أو مواقفه الأسرية.

التأصيل النظري للدراسة

المبحث الأول : الإعاقة الذهنية في البعد المفاهيمي والاجتماعي

إنّ تناول موضوع الإعاقة الذهنية لا يقتصر على الجانب الطبي أو العلاجي فحسب، بل يتجاوز ذلك إلى الأبعاد المفاهيمية والاجتماعية التي تشكّل الإطار المرجعي لفهم هذه الفئة وتحديد مكانتها داخل المجتمع. فالإعاقة الذهنية ظاهرة مركّبة تتداخل فيها عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية، الأمر الذي يجعل دراستها تستدعي مقارنة شمولية تناول التعريفات النظرية والتصنيفات العلمية والخصائص المميزة للأشخاص الذين يعيشون هذه الحالة. كما أنّ فهم السياق الاجتماعي الذي تُدرَك فيه الإعاقة الذهنية يعدّ خطوة أساسية، إذ ترتبط بها تمثلات وصور نمطية قد تعيق إدماج الأفراد في محيطهم الأسري والمجتمعي. ومن ثمّ، يهدف هذا المبحث إلى تقديم إطار مفاهيمي يوضّح أساسيات الإعاقة الذهنية، إلى جانب استعراض البعد الاجتماعي الذي يبرز طبيعة نظرة المجتمع، ودور العائلة، ومستوى المشاركة الاجتماعية لهذه الفئة، تمهيداً لفهم أعمق للصعوبات التي تواجهها في الوسط الحضري.

أولاً / المفاهيم النظرية للإعاقة الذهنية

تعدّ الإعاقة الذهنية من أبرز القضايا التي شغلت اهتمام الباحثين والمختصين عبر العصور، لما لها من انعكاسات صحية واجتماعية وتربوية على الفرد والمجتمع. وقد مرّ مفهومها بتطورات متعاقبة حيث انتقل من تصورات تقليدية اتسمت بالغموض والخلط مع الأمراض النفسية والعقلية، إلى تعريفات حديثة أكثر دقة تستند إلى معايير طبية ونفسية واجتماعية. ومن هذا المنطلق، يصبح من الضروري الوقوف عند التطور التاريخي للمفهوم قصد استيعاب الخلفية النظرية التي أسست لمجمل المقاربات المعاصرة. كما أن التطرق إلى تصنيف درجات الإعاقة الذهنية يتيح تبيان الفوارق بين الحالات المختلفة من البسيطة إلى العميقة، بما يساهم في فهم احتياجات كل فئة على حدة. وإلى جانب ذلك، فإن دراسة الأسباب المؤدية إلى الإعاقة، سواء كانت بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية، تمثل مدخلاً أساسياً لتفسير الظاهرة ووضع استراتيجيات وقائية أو علاجية مناسبة. وأخيراً فإن التعرف على خصائص واحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية يساعد على تكيف البرامج التربوية والاجتماعية والصحية معهم، ويعزز فرص إدماجهم في محيطهم الأسري والمجتمعي.

1- التطور التاريخي لمفهوم الإعاقة الذهنية و المراحل التي مرت بها

أ- نبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة الذهنية

تعدّ الإعاقة الذهنية من الظواهر الإنسانية التي رافقت المجتمعات منذ فجر التاريخ، إذ لم يخُلْ أي مجتمع من وجود أفراد يعانون من قصور عقلي أو معرفي، غير أن النظرة إلى هذه الفئة لم تكن ثابتة، بل خضعت لتطورات عكست مستوى الوعي والتحضر عبر العصور، ففي المجتمعات البدائية والحضارات القديمة كالليونان وروما، ارتبطت الإعاقة الذهنية بالتصورات الأسطورية والخرافية، حيث عدّ ذوو الإعاقة مصدراً للشؤم أو تجسيداً لغضب الآلهة، الأمر الذي أدى إلى تهميشهم أو

التخلص منهم جسدياً بدعوى أن الحياة يجب أن تكون للأقوياء فقط (Braddock & Parish, 2001).

غير الإسلام نظرة المجتمع لذوي الإعاقة إذ أقرّ الكرامة والمساواة لجميع الأفراد، وتجلي ذلك في تكريم عبد الله بن أم مكتوم الذي نزل بشأنه عتاب إلهي في سورة عبس، وتولّى الأذان والإمامة، مما جسّد رؤية الإسلام للدمج والمشاركة (القرآن الكريم، سورة عبس، الآية 1-10؛ ابن كثير، 1998، ص 727). كما أنشأت الدولة الإسلامية البيمارستانات لرعاية المرضى وضعاف العقول (Al-Daffa, 1977, p. 48).

وفي القرن الثامن عشر، أسس الطبيب الفرنسي إيتار أول تجربة تربوية مع الإعاقة الذهنية، وتبعه سيجوين بابتكار مناهج تدريبية وإنشاء مدارس خاصة (Lane, 1976, p. 12). ثم أدخلت مونتيسوري وبينيه مناهج واختبارات علمية أسهمت في تطور التربية الخاصة (السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 40).

وفي النصف الثاني من القرن العشرين، عززت الجمعيات الحقوقية الاعتراف بذوي الإعاقة كجزء من المجتمع، مع التركيز على الدمج والتمكين (السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 45). أما في آسيا، فقد بدأ الاهتمام متأخراً، باستثناء اليابان التي افتتحت أول مدرسة عام 1894م (السيد عبد القادر شريف، 2014، ص ص 45-49).

ب- المراحل التي مرت بها الإعاقة العقلية

تُظهر قراءة التجارب الإنسانية عبر العصور أن التعامل مع الفئات الهشة لم يكن ثابتاً، بل خضع لتحويلات متباينة تعكس مستوى الوعي والثقافة السائدة في كل مجتمع، فقد تباينت صور التفاعل ما بين الرفض والإقصاء أحياناً، والرعاية الجزئية أو المحاولات الجادة للدمج في أحيان أخرى. ومن هنا يمكن الوقوف عند أبرز المحطات التاريخية التي مرّت بها هذه الظاهرة لرصد كيف تشكّلت المواقف والممارسات تجاهها، حيث مرت في أربع محطات رئيسية هي:

➤ **مرحلة الإبادة Stage of Extermination** : حيث كانت المجتمعات القديمة الإنسانية في العصور الوسطى القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء. وأبرز الأمثلة ما ورد في جمهورية أفلاطون التي كانت تقوم على ارسنقراطية العقل . فقد نادي افلاطون بضرورة إخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقضوا ، وكذلك فعلت اسبارطة والإمبراطورية الرومانية ذلك الأمر. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2001، ص 105)

➤ **مرحلة الرعاية الأساسية Primary care Stage**: ويمكن القول أن هذه المرحلة بدأت وتأصلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية تنادي برعاية الضعفاء، والمرضى والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظا في المجتمع. واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقليا وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء كما شهدت هذه المرحلة وجود دور إيواء للمعوقين عقليا في أقبية الكائس والمارستانات، وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعوقين عقليا حيث كانوا يودعون السجون بجانب المجرمين، للضن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع ، وفي أحيانا كثيرة كانوا يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى العقليين. (يوسف محمد العايد وآخرون، المرجع السابق، 2001، ص ص 106 - 107)

➤ **مرحلة الإهمال Stage of Neglect**: في هذه المرحلة خفت حدة سلبية ردود الفعل إزاء المعوقين عقليا ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل أو حتى الموت، بل كانوا يتركون في المجتمع مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا . (القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، 2003 ، ص 48)

➤ **مرحلة التربية والتأهيل Education and Rehabilitation Stage**: بدأت هذه المرحلة مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر وتميزت هذه المرحلة ببدء محاولات تدريب المعوقين وتأهيلهم وتشكل جهود الطبيب الفرنسي ايتارد البداية الحقيقية لهذه المرحلة ، حيث كان طبيبا لامعا يعمل في مركز الصم، وفي عام 1798 وجد ثلاثة

صيادين طفلا متوحشا في إحدى الغابات وسمي الطفل باسم " افرون " نسبة إلى الغابة التي وجد فيها حيث كان متوحشا بكل معنى الكلمة حيث لا يتقن أي جانب من جوانب السلوك الإنساني، حيث استطاع إيتارد وخلال (5) سنوات أن يدرّب هذا الطفل المتوحش ويعلمه ويجعله ينطق ويكتب ويقرأ بعض الكلمات إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء ، وقام سيجان (Seguin) وهو أحد تلاميذ إيتارد (1837م) بافتتاح أول مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا. وفي عام 1848م هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث افتتح سنة 1854 أول مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا، وبدأت برنامجا لتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال حيث طورت نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعوقين وغير المعوقين وتقوم على استثارة وتدريب الحواس . (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة، 2010، ص 56).

و عليه يتضح من استعراض المراحل التاريخية أن الإعاقة الذهنية لم تكن مجرد ظاهرة صحية أو فردية، بل قضية اجتماعية وحضارية عكست تصورات كل مجتمع عن القوة والضعف، وعن القيم الإنسانية في مختلف العصور. فبينما غلبت النزعة الإقصائية في المراحل الأولى جاءت الديانات السماوية لتؤسس لمرحلة أكثر رحمة ورعاية، قبل أن يظهر البعد العلمي والتربوي الذي أعاد النظر في قدرات هذه الفئة وإمكان دمجها ومن ثم فإنّ تتبّع هذه المراحل يبرز أن تطور الوعي بالإعاقة الذهنية هو في جوهره تطور للوعي الإنساني ذاته.

2- أسباب الإعاقة الذهنية

تعدّ الإعاقة الذهنية من القضايا المعقدة التي شغلت اهتمام الباحثين والأطباء لقرون، إذ تنجم عن تداخل عوامل متعددة يصعب في كثير من الأحيان تحديدها بدقة. ورغم التطورات العلمية،

ما يزال جزء معتبر من الحالات مجهول السبب، الأمر الذي يعكس تعددية هذه الظاهرة وتشابك أبعادها.

فالإعاقة قد ترتبط بعوامل جينية ووراثية يصعب التحكم فيها، كما قد تنشأ عن أسباب مكتسبة وبيئية مرتبطة بفترة الحمل أو الولادة أو ما بعدها، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة تتراوح بين 30 و50% من الحالات تبقى غير محددة المسببات حتى بعد التشخيص الشامل، وهو ما يعزز الطابع المركب لهذه الظاهرة (خولة أحمد يحيى، 2004، ص 36). وتتراوح أسباب الإعاقة الذهنية في ثلاثة أقسام رئيسية وهي كما يلي :

➤ عوامل ما قبل الولادة.

➤ عوامل أثناء الولادة.

➤ عوامل ما بعد الولادة.

أ- أسباب ما قبل الولادة

قد تنشأ الإعاقة الذهنية منذ المراحل الأولى لتكوّن الجنين داخل رحم الأم، نتيجة اضطراب في نمو الدماغ أو حدوث تلف في أنسجته يمنع تطوره بالشكل الطبيعي، ويعود ذلك إلى نوعين رئيسيين من العوامل: عوامل وراثية (جينية) تنتقل عبر المورثات، وعوامل غير وراثية ترتبط بما تتعرض له الأم خلال فترة الحمل من مؤثرات صحية أو بيئية. وسنقوم بتفصيل هذه العوامل فيما يلي:

➤ العوامل الجينية :

يمكن تقسيمها إلى عوامل جينية مباشرة وعوامل جينية غير مباشرة :

- عوامل جينية مباشرة : تذهب علا عبد الباقي إبراهيم أن الإعاقة العقلية تحدث نتيجة لبعض العيوب الخفية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه والتي تحمل الفئات الوراثية

لفرد، وهذا لا يعني أن أحد الوالدين معاقا عقليا فقد يحمل الأب أو الأم أحد الجينات المتنحية التي تحمل صفات الإعاقة العقلية دون أن يتصف بها . (فتيحة سعدي، 2005، ص 68)
-عوامل جينية غير مباشرة : قد ينتقل إلى الطفل بعض الصفات الوراثية من أحد الوالدين أو كليهما، مما يسبب اضطرابات أو عيوباً في عملية تكوين الدماغ خلال المراحل الأولى من النمو. وفي هذه الحالة يكون الخلل ذا أصل وراثي، فتظهر الاضطرابات التكوينية التي تقود إلى حدوث الإعاقة الذهنية.

- الخلل في الكروموسومات : هو الخلل الذي يحدث عند انقسام الخلية أو أحد الانقسامات المبكرة للبويضة الملقحة، والذي قد يؤدي إلى خلل في انقسام الكروموسومات. (خولة أحمد يحيى، المرجع السابق، 2004، ص 39)

- اضطرابات التمثيل الغذائي أو الاضطرابات الأيضية : وهي الاضطرابات التي تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة الطفرة غير عادية للجينات، تؤدي إلى اختفاء نشاط أنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم، ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء التي تترتب عنها اضطرابات عديدة مثل حالات الجلاكتوسيميا . (فتيحة سعدي، المرجع السابق ، 2005 ، ص 70)

- حالات الجلاكتوسيميا : هي إحدى الحالات الناتجة عن جين منتجي يتصادف وجوده في كلا الوالدين، و حدوث هذه الحالة أكثر ندرة ويكون الطفل طبيعياً عند الولادة إلا أنه بعد تغذيته حليب الأم تبدأ الأعراض بالظهور منها الاصفرار والقيء و علامات سوء التغذية، واضطرابات في كبد الطفل، تدهور في حالته العقلية و قد يموت صغيراً. (خولة أحمد يحيى، المرجع السابق، 2004، ص 15)

➤ العوامل غير الجينية (الأسباب البيئية) : تتضمن هذه العوامل طيفاً واسعاً من المؤثرات التي قد تصيب الجنين ابتداءً من لحظة الإخصاب وحتى اكتمال فترة الحمل، وهي تلعب دوراً مهماً في إعاقة النمو الطبيعي للدماغ، ومن أبرز هذه الأسباب ما يلي:

☞ إصابة الأم بأمراض معدية أثناء فترة الحمل: قد تتعرض المرأة الحامل لأنواع مختلفة من العدوى التي يمكن أن تنتقل مباشرة إلى الجنين، مما ينعكس سلباً على نمو دماغه وتكوينه الطبيعي. ومن أبرز هذه الأمراض:

☞ أداء المقوسات: يشير فاروق الروسان إلى أن إصابة الأم الحامل بداء المقوسات يؤدي إلى حالات مختلفة من الإعاقة كالإعاقة العقلية التي تمثل حوالي 85% من الحالات، وحالات استسقاء الدماغ وحالات صغر حجم الدماغ والإعاقة البصرية، إذ يؤدي فيروس هذا المرض إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين . (فتيحة سعدي، المرجع السابق ، 2005 ، ص 72)

☞ الحصبة الألمانية : تؤثر الحصبة الألمانية تأثيراً سيئاً على الجنين في حالة إصابته، حيث أنها يمكن أن تؤدي إلى فقدان السمع، أو البصر، أو إصابة القلب بأضرار، أيضاً تلف الدماغ المرتبط بأنواع من التشوهات الخلقية مثل صغر حجم الرأس، والالتهاب السحائي الدماغية واستسقاء الدماغ و تشير الدراسات التي أجريت على عينة من الأطفال الذين أصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية أثناء الحمل إن ما نسبته 37% منهم كان مصاباً بإعاقة عقلية. (خولة أحمد يحي، المرجع السابق، 2004، ص 39)

☞ مرض الزهري : هو ما يسمى أحياناً بمرض السفلس، حيث يؤثر على الجهاز العصبي المركزي للجنين مما يؤدي إلى ولادة أطفال مشوهين أو ميتين أو مصابين بحالة من حالات الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية، وعلى ذلك تنصح الأمهات بعدم الحمل إلا بعد التأكد من خلوها من مرض الزهري والذي يعتبر من الأمراض الجنسية حيث يمكن اكتشافه وعلاجه. (فاروق الروسان، 2007، ص 63)

☞ تعرض الأم الحامل للأشعة السينية: يعتبر تعرض الأم الحامل للأشعة السينية و مختلف مصادر الإشعاع من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية (Goupil 1990)، أو

حالات أخرى من الإعاقة و الأمراض كمرض اللوكيميا أو السرطان أو صغر حجم الدماغ التي غالباً ما تصاحبها الإعاقة العقلية. (فتيحة سعدي، المرجع السابق ، 2005 ، ص 72).

☞ سوء التغذية : من الأسباب المهمة في حدوث الإعاقة العقلية سوء تغذية الأم الحامل وخصوصاً في شهور الحمل المبكر ، ويندرج تحت سوء التغذية عدم التوازن الغذائي. (مصطفى نوري القمش، 2011 ، ص 32)

☞ تناول الأم الحامل للعقاقير والأدوية و المشروبات الكحولية : تعتبر العقاقير والأدوية و المشروبات الكحولية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات، ويعتمد الأمر على نوع تلك العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية وكميتها أو كيتها، وخاصة إذا تناولتها الأم الحامل أو اعتادت عليها قبل الحمل، كما تبدو أثارها قبل و أثناء الحمل وبعده. (فاروق الروسان، المرجع السابق، 2007، ص 67)

إذن تشير أسباب ما قبل الولادة إلى جملة العوامل الوراثية والبيئية التي قد تعيق نمو الدماغ منذ مراحله الأولى داخل رحم الأم، وهي تمثل مرحلة بالغة الحساسية في تكوين الجنين، إذ إن أي اضطراب وراثي أو خلل بيئي خلال هذه الفترة قد يترك أثراً دائماً على القدرات العقلية للطفل، مما يبرز أهمية الوقاية والعناية الصحية والغذائية في فترة الحمل لتقليل احتمالية حدوث الإعاقة الذهنية.

ب- أسباب أثناء الولادة : تشير هذه الأسباب إلى المشكلات التي قد تطرأ خلال عملية الولادة نفسها، والتي يكون لها أثر مباشر على صحة الدماغ ووظائفه، مما قد يؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية، و تتمثل أغلبها في :

☞ نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة : قد يؤدي نقص الأكسجين (الأسفكسيا) الذي يتعرض له الجنين أثناء عملية الولادة إلى مخاطر جسيمة، حيث قد ينجم عنه وفاة الجنين أو

إصابته بأحد أشكال الإعاقة، ومن أبرزها الإعاقة العقلية الناتجة عن تلف أو إصابة في قشرة دماغه. كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقصان الأكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين ككالات التسمم أو انفصال المشيمة، أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة. (مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، 2011، ص 32)

الصدمة الجسدية : وهي عبارة عن تلك الصدمات والكدمات الجسدية أثناء استخدام الأدوات الخاصة لولادة كلقط الجنين أو المقصات أو غيرها فكبر حجم رأس الجنين وعسر خروج الجنين يتطلب أحيانا استخدام أجهزة خاصة وهذه قد تسبب في حدوث كدمات بدمغ الجنين مما يؤثر عليه مستقبلا في احتمالية حدوث إعاقة. (خالد بن عايد الجبوب، 2008، ص 16)

و بهذا تُظهر أسباب الإعاقة أثناء الولادة مدى خطورة هذه المرحلة الحرجة، حيث يمكن أن تسهم الصعوبات المرتبطة بنقص الأكسجين أو التعرض للصدمة الجسدية في إحداث تلف دماغي دائم، مما يجعل من المتابعة الطبية الدقيقة والولادة الآمنة ضرورة قصوى للوقاية من هذه الإعاقات.

ج- أسباب ما بعد الولادة : تتمثل هذه الفئة في العوامل والمشكلات الصحية أو البيئية التي تصيب الطفل بعد ولادته، والتي قد تعيق نمو دماغه أو تؤثر على وظائفه الحيوية، فتؤدي في بعض الحالات إلى ظهور الإعاقة العقلية، ونذكر منها :

الارتفاع درجة الحرارة (الحمى): يمكن أن يسبب اضراً على مستوى قشرة الدماغ .
الانخفاض درجة الحرارة : يمكن أن يؤدي إلى تلف الدماغ، وهذا يحدث إذا برد الرضيع كثيراً لعدم ارتدائه ملابس كافية تدفئه في الشتاء أو إذا ترك طويلاً في مياه باردة. (كريستين مايلز، 1994، ص 10)

☞ التهاب السحايا : مرض ينتج عن دخول نوع البكتيريا إلى سحايا الدماغ فتسبب التهابها مثل مرض السل أو الأنفلونزا. (عبد اللطيف حسين فرج، دت، ص 113)

☞ سوء التغذية : تعتبر التغذية الجيدة عاملا رئيسيا في نمو الخلايا الدماغية، في حين يؤدي نقصها إلى ظهور نمو الخلايا الدماغية و بالتالي تلفها و من ثم حدوث حالات الإعاقة العقلية و مما يدل على ذلك انتشار حالات الإعاقة العكسية بنسبة عالية لدى أبناء الطبقات الفقيرة والمتوسطة، و تشير الإحصائيات المتعلقة بنمو الدماغ إلى أن وزن دماغ الطفل عند الولادة يبلغ حوالي 340 غراما، في حين يبلغ وزن دماغ الطفل في عمر ست سنوات 1250 غراما، و في سن العشرين يصل وزنه إلى حوالي 1400 غرام و تعتبر هذه الزيادة في الوزن نتيجة للتغذية الجيدة و العكس صحيح. (فاروق الروسان، المرجع السابق، 2007، ص 71)

☞ اليرقان: هو أحد الأسباب الأخرى، سواء جاء من عدوى أو من اختلاف فئات دم الأبوين، وإذا كانت فئة دم الزوج إيجابية وفئة دم الأم سلبية فإذا عليها استشارة طبيب بأسرع ما يمكن إذ قد يمكن إيجاد علاج يمنع الأذى عن أي مولود مقبل لهما. (كريستين مايلز، المرجع السابق ، 1994، ص 10) .

إذن فأسباب ما بعد الولادة تمثل مرحلة حساسة في نمو الطفل، إذ قد تؤدي العوامل الصحية والبيئية غير الملائمة إلى إعاقة تطور الدماغ بشكل سليم، وبالتالي فإن الوقاية والرعاية الصحية والتغذية الجيدة تعد من الركائز الأساسية للحد من الإعاقة العقلية.

من خلال ما سبق يظهر لنا أن أسباب الإعاقة الذهنية تتمثل في كونها نتيجة تداخل عوامل متعددة تشمل ما قبل الولادة، وأثناءها، وما بعدها، مما يجعلها ظاهرة مركبة يصعب حصر مسبباتها بدقة. وتؤكد هذه العوامل مجتمعة على حساسية مراحل الحمل والولادة والطفولة المبكرة، حيث إن أي خلل وراثي أو بيئي أو صحي قد يترك أثراً دائماً على النمو العقلي للطفل ، ومن ثم فإن

تعزيز الوعي الصحي، والوقاية، والمتابعة الطبية الدقيقة تمثل أدوات جوهرية للحد من انتشار هذه الإعاقة والتقليل من آثارها.

3- تصنيفات الإعاقة الذهنية:

يُعد موضوع تصنيف الإعاقة الذهنية من القضايا الإشكالية في ميدان التربية الخاصة وعلم النفس، نظراً لتعدد زواياه وتداخل عوامله وتشعب أسبابه، مما جعل من الصعب الاتفاق على تصنيف واحد جامع وموحد لها، وقد اجتهد الباحثون والعلماء في وضع تصنيفات مختلفة، كلٌّ منها انطلق من منظور خاص أو معيار محدد سواء كان طبيّاً أو تربوياً أو نفسياً، الأمر الذي أفرز تنوعاً في التصورات حول طبيعة الإعاقة ومستوياتها، وفي هذا السياق سنعرض أهم التصنيفات التي تناولها المختصون في هذا المجال كما يلي :

أ- التصنيف على أساس الأسباب: يعدّ التصنيف على أساس الأسباب من بين أبرز المحاولات العلمية لفهم الإعاقة الذهنية وتحديد ملامحها، حيث ركّز الأطباء على ربط كل حالة أو مجموعة من الحالات المرضية بسبب محدد أو بعوامل متشابهة تؤدي إلى شكل معين من الإعاقة ، يقوم هذا التصنيف على البعد الطبي إذ يُستفاد منه في تشخيص المسببات، وتحديد طرق العلاج الممكنة، فضلاً عن وضع استراتيجيات وقائية تقلل من احتمالية حدوث الإعاقة مستقبلاً، ومن أقدم هذه التصنيفات ما قدّمه "تريد جولد" الذي قسّم التخلف العقلي إلى الفئات التالية : (خولة أحمد يحيى، المرجع السابق، 2004، ص 39)

☞ عقلي أولي وتشمل الحالات التي تعود لأسباب وراثية.

☞ تخلف عقلي ثانوي وتشمل الحالات التي تعود أسبابها إلى عوامل بيئية مثل الأمراض التي تحدث قبل وأثناء الولادة.

☞ تخلف عقلي مختلط وراثي وبيئي) و التي تشمل حالات يشترك فيها العوامل و المسببات الوراثية و البيئية معا.

تخلف عقلي غير معروف الأسباب، والتي يصعب فيها تحديد الأسباب التي تؤدي للإعاقة العقلية.

فالتصنيف على أساس الأسباب يُعدّ من الأدوات العلمية المهمة لفهم الإعاقة الذهنية في ضوء جذورها الطبية والبيولوجية، إذ يساعد في التعرف على طبيعة المسببات ووضع أساليب للتشخيص والعلاج والوقاية. ومن بين أقدم النماذج في هذا الإطار تصنيف تريف جولد الذي صنّف التخلف العقلي إلى أربع فئات رئيسية: حالات ذات أصل وراثي أولي، وحالات تعود إلى عوامل بيئية ثانوية، وأخرى ذات طبيعة مختلطة وراثية وبيئية، إضافة إلى فئة رابعة تُصنّف ضمن الأسباب غير المعروفة، نظراً لعدم القدرة على تحديد مسبباتها بدقة.

ب- التصنيف الرباعي:

يُعدّ التصنيف الرباعي من أكثر التصنيفات شيوعاً وانتشاراً في ميدان التربية الخاصة، إذ قدّمته الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقلياً من أجل وضع إطار واضح لتوزيع الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية حسب قدراتهم العقلية. يعتمد هذا التصنيف على نسب الذكاء كما تقيسها أشهر مقاييس الذكاء العالمية، مثل مقياس ستانفورد-بينيه ومقياس وكسلر بلفيو للراشدين والمراهقين. (خولة أحمد يحيى، المرجع السابق، 2004، ص 47)

وقد جاء هذا التصنيف ليسهل عمليات التشخيص، والتوجيه التربوي، والتخطيط العلاجي، حيث يقسم المعاقين ذهنياً إلى أربع فئات رئيسية، يوضّحها الجدول الموالي من خلال نسب الذكاء المحددة في هذين الاختبارين :

التأصيل النظري للدراسة

الفئات	درجة التخلف	مدى الانحراف المعياري لنسبة الذكاء	نسبة الذكاء لستانفورد بينيه	نسبة الذكاء لوكسلبلغيو
إعاقة ذهنية خفيفة	1	2.0 إلى 3	76-52	69-55
إعاقة ذهنية متوسطة	2	3.0 إلى 4	51-36	54-40
إعاقة ذهنية شديدة	3	4.0 إلى 5	35-20	39-25
إعاقة ذهنية عميقة	4	5 فأقل	أقل من 20	أقل من 25

الجدول 01: التصنيف الرباعي للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية حسب قدراتهم العقلية (المصدر :

خولة أحمد يحيى، المرجع السابق، 2004، ص 47)

ج- التصنيف على أساس المظهر الخارجي: يُعدّ التصنيف على أساس المظهر الخارجي من التصنيفات الإكلينيكية التي ارتبطت بمحاولة الأطباء والباحثين ربط الإعاقة الذهنية بخصائص جسدية محدّدة، حيث لاحظوا أنّ بعض الحالات تظهر عليها ملامح جسمية أو تشوّهات مرافقة تعكس وجود اضطرابات في تكوين الدماغ أو في النمو العام للفرد. ويُضاف إلى هذه السمات الجسدية عامل انخفاض مستوى الذكاء الذي يؤكّد الحالة ويُعزّز تشخيصها. ومن هنا، جرى تقسيم بعض أنماط الإعاقة الذهنية وفق مظاهرها الخارجية المميزة، ومن أبرزها وأكثرها شيوعاً الأنماط الإكلينيكية التالية:

حالة المنغوليا (Mongolisme) : وهي التي تجعل الطفل يشبه المغول في صغر حجم الرأس وانحراف العينين وتشقق اللسان وسمنة اليدين ويرجع ذلك إلى نقص بويضة الأم بسبب كثرة الإنجاب أو تأخره أو زواج الأقارب وقد يكون السبب تدخل عوامل وراثية. (عبد اللطيف حسين فرج، المرجع السابق ، دت ، ص 109)

صغر حجم الدماغ (**Microcephalie**) : وتعرف هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة للطفل المعاق حيث يكون واضحاً منذ الميلاد مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها كما يصاحب هذه الفئة صعوبة في الثبات البصري الحركي وصعوبة في المهارات الحركية الدقيقة وتقع هذه الفئة من حيث تصنيفها ما بين المتوسطة والشديدة. (خالد بن عايد الجبوب ، المرجع السابق، 2008، ص 22)

القرزم (**Cretins**) : يتصف المعاقين ذهنياً في هذه الحالة بقصر القامة بشكل ملحوظ، ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن مستوى العته والبله و من الخصائص المميزة في هذه الحالة بجانب قصر القامة الشعر السميك الخشن الخفيف و الشفتان الغليظتان و اللسان المتضخم، و الصوت الخشن و الرقبة القصيرة والسميكة، والبطن البارزة المستديرة، والنمو الجنسي المتأخر و الغدة الدرقية غائبة غالباً مع وجود تورم شحمي في الرقبة، كما يتصفون بالتبدل الانفعالي. (دنيا مصطفى، 2007، ص 34).

و عليه فالتصنيف على أساس المظهر الخارجي يكشف عن العلاقة بين الإعاقة الذهنية وبعض العلامات الجسمية المميزة التي ترافقها، حيث تساعد هذه السمات الإكلينيكية في تعزيز التشخيص وربطه باضطرابات تكوينية محددة. ومن أبرز أنماطه: المنغوليا بما يصاحبها من ملامح خاصة مرتبطة بعوامل وراثية أو إنجابية، وصغر حجم الدماغ الذي يُظهر قصوراً واضحاً في القدرات الحركية والبصرية، إضافة إلى القزمية التي تتجلى في قصر القامة وتشوهات جسمية ونفسية مترافقة مع انخفاض شديد في الذكاء.

د- التصنيف الطبي: التصنيف الطبي يُعدّ من أبرز التصنيفات التي حاولت تفسير الإعاقة الذهنية في ضوء الأسس البيولوجية والعضوية، إذ ينطلق من فرضية أنّ هذه الإعاقة غالباً ما تكون مرتبطة باضطرابات جسمية أو عصبية أو أمراض معينة تؤثر في الدماغ ووظائفه. وقد اعتمد الباحثون والأطباء عدة محاولات لتبويب هذا النوع من التصنيف، إلا أنّ أهمها تمثل في تصنيف الجمعية

الأمريكية للتخلف العقلي، إلى جانب تصنيف تريديغولد (Tredgold)، حيث ركّز على ربط مظاهر القصور العقلي بأسباب طبية محدّدة، بما يسمح بالتشخيص الدقيق واقتراح أساليب العلاج والتأهيل المناسبة، وكذلك وضع برامج وقائية تحدّ من انتشار الإعاقة أو تكرارها في الأجيال اللاحقة. ويمكن تلخيص هذين التصنيفين فيما يلي: (عبد اللطيف حسين فرج، المرجع السابق ، دت ، ص 107)

- تخلف عقلي مرتبط بأمراض معدية مثل الحصبة الألمانية.
- تخلف عقلي مرتبط بأمراض التسمم مثل إصابة المخ الناتج عن تسمم.
- تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن إصابات جسمية مثل إصابة الدماغ عند الولادة.
- تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن أورام خطيرة.
- تخلف عقلي مرتبط بأمراض غير معروفة.

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة الذهنية إلى الأقسام التالية:

☞ فئة القابلين للتعليم: وهم من تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (55-75) درجة وهم يستطيعون تعلم بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب والاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن عملية تقدمهم تكون بطيئة مقارنة مع العاديين . (عبد اللطيف حسين فرج، المرجع السابق ، دت ، ص 109)

☞ فئة القابلين للتدريب: تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (30-50) وتتميز هذه الفئة بإمكانية إكسابهم بعضا من أساليب الرعاية الذاتية وتحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والمساعدة طوال حياتهم ويمكن تدريب هؤلاء الأشخاص على القيام ببعض الأعمال المنزلية وكذلك تدريبهم على العمل في الأعمال البسيطة. (عبد اللطيف حسين فرج، المرجع السابق ، دت ، ص 110)

فئة الغير قابلين للتعليم والتدريب: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (25-30) وتحتل هذه الفئة أدنى المراتب حيث سادتها عالية فتسمى هذه الفئة بالفئة الاعتمادية حيث يحتاج الفرد منهم إلى رعاية وإشراف مستمر لأنه غير قادر على خدمة نفسه بنفسه، كما يظهر لدى هذه الفئة قصور واضح في التناسق الجسمي والحسي والحركي، كما يحتاجون إلى تدريبات على النطق لتأهيل الجانب اللغوي لديهم ومساعدة مستمرة لإنجاز المهام وخصوص التي تحتاج إلى استخدام الفكر. (خالد بن عايد الحبوب ، المرجع السابق، 2008، ص 22).

إذن يبرز التصنيف الطبي أن الإعاقة الذهنية غالباً ما تعود إلى أسباب عضوية أو مرضية محددة، مما يساعد على التشخيص ووضع خطط علاجية ووقائية مناسبة ، كما يقسم الأفراد إلى فئات بحسب قدراتهم على التعلم أو التدريب، بدءاً من القابلين للتعليم وصولاً إلى الفئة الاعتمادية التي تحتاج إلى رعاية شاملة ودائمة.

و من خلال ما سبق يتضح أنّ تصنيفات الإعاقة الذهنية جاءت كمحاولات متعددة لفهم هذا الاضطراب المعقد من زوايا مختلفة، سواء من حيث الأسباب أو القدرات العقلية أو المظاهر الجسدية أو حتى الأسس الطبية، هذا التعدد في المقاربات يعكس طبيعة الإعاقة الذهنية المتشابكة ويؤكد استحالة الاكتفاء بتصنيف واحد شامل. كما أنّ كل تصنيف يقدم إضافة مميزة، إما في مجال التشخيص والعلاج أو في مجال التربية والتأهيل والوقاية.

4- أنواع التخلف الذهني: تتنوع صور التخلف الذهني تبعاً لاختلاف العوامل المسببة له، إذ قد يرتبط في بعض الحالات بوجود سمات جسدية وتشريحية واضحة تجعل من السهل تمييزها وتشخيصها سريريًا. ويعود اختلاف هذه الأنماط إلى تداخل العوامل الوراثية والبيئية والمرضية، حيث ينعكس ذلك على المظاهر الخارجية والخصائص العضوية للفرد المصاب، فيظهر التخلف الذهني مصحوباً بجملة من العلامات التي تسهل التعرف على حالاته. ومن أبرز هذه الأنماط ما يلي:

المنغولية أو جملة أعراض داون: يمكن اعتبار المنغولية أو متلازمة داون واحدة من أكثر صور التخلف الذهني وضوحاً من الناحية السريرية، إذ تحظى باهتمام واسع في الأدبيات الطبية والتربوية نظراً لخصوصية ملاحظها الخارجية وخصائصها السلوكية والاجتماعية. وقد سُميت بهذا الاسم نسبة إلى الطبيب الإنجليزي John Down الذي وصفها لأول مرة، كما أن تسميتها تعود أيضاً للتشابه الظاهري بين سخنة المصاب وملاح الشعوب المنغولية. وتشير الدراسات إلى أن نسبة هذه الحالات تمثل حوالي 5% من ناقصي العقل، غير أن معظمهم لا يعمرّون طويلاً مما يفسر قلة نسبتهم بين البالغين، ومع ذلك فهي تظلّ من بين 10% من حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة (بدرة معتصم ميموني، دت، ص 208).

ويمكن التعرف على هذه الحالة مبكراً سواء قبل الولادة أو أثناءها، إذ تزداد احتمالية ظهورها مع تقدم عمر الأم الحامل خاصة بعد سن الخامسة والثلاثين، ولهذا السبب ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بعامل السن. وقد عُرِفَت هذه المتلازمة كذلك بأسماء أخرى مثل البله المنغولي أو العتبة المنغولي. ومن الملاحظ أن الأفراد الذين ينتمون إلى هذه الفئة يشتركون في مظاهر متقاربة إلى حد كبير، حتى ليبدو وكأنهم إخوة من والدين واحد، لا سيما في ملامح الوجه ذات الطابع المنغولي. أما على مستوى الذكاء، فإنّ معامل ذكائهم يتراوح غالباً ما بين 25 و50 درجة، بينما ترتفع النسبة في حالات نادرة لتتراوح ما بين 50 و70 درجة (سعيد حسين الفرة، 2001، ص 52).

وتتعرض الخصائص الجسدية على المظهر الخارجي بشكل بارز، إذ يتميز المصاب برأس عريض أصغر من المعتاد، وشعر خفيف وجاف، مع عيون ضيقة مائلة إلى الأعلى، وأنف قصير عريض، ولسان كبير بارز وخشن. كما يُلاحظ صغر الأذنين وقصر القامة والأطراف، إلى جانب الكفين العريضين بوجود خط مستعرض واضح في راحة اليد. وتبدو الرقبة قصيرة وغلظتها، والأصابع قصيرة خاصة الخنصر مع انحناء نحو الداخل، إضافة إلى ملامح أخرى مثل الأقدام المفلطحة وصغر حجم الأعضاء التناسلية. أمّا من الناحية الانفعالية والاجتماعية، فيُظهر الطفل المصاب خصائص

مميزة مثل تأخر الكلام وخشونة الصوت واضطراب التآزر الحركي، لكنه في المقابل يتصف بالوداعة والمرح والطيبة وحب التقليد والميل للتفاعل الاجتماعي، الأمر الذي جعل البعض يطلق عليهم لقب الأطفال السعداء (سهير كامل أحمد، 1998، ص 87-88).

وقد سعى الباحثون إلى تفسير أسباب هذه المتلازمة فوجدوا أنّها قد تعود إلى اضطرابات هرمونية في بداية الحمل مرتبطة بالغدد الصماء، أو إلى تقدم عمر الأم وما يرافقه من تغيرات فيزيولوجية، إضافة إلى الخلل الكروموسومي الذي يُعد السبب الرئيس، حيث يحمل الطفل المصاب 47 كروموسوماً بدلاً من العدد الطبيعي وهو 46، مما يفسر التشابه الكبير بين أفراد هذه الفئة، كما يشار إلى أن التعرض للإشعاعات الذرية أو أشعة X قد يكون من العوامل المساعدة في ظهور الحالة (لعجال فتيحة، 2003-2004، ص 71).

وبهذا يمكن القول إنّ متلازمة داون لا تُختزل فقط في بعدها الطبي أو الجسدي، بل هي حالة مركبة تجمع بين السمات العضوية والخصائص الانفعالية والاجتماعية، الأمر الذي يجعل دراستها ذات أهمية خاصة لفهم أنماط التخلف الذهني والبحث في سبل التكفل والتأهيل التي تمنح المصاب حياة أكثر تكاملاً.

حالات القزامة أو القصاع أو القماءة : تُعتبر هذه الحالة من صور الضعف العقلي النادرة نسبياً، والتي تتجلى أساساً في قصر القامة بدرجة كبيرة وملحوظة، بحيث قد لا يتجاوز طول الفرد 90 سم مهما بلغ عمره الزمني. ولهذا السبب أُطلق عليها اسم القزامة، في حين لا يرتفع مستوى الذكاء عند المصابين بها عن مستوى ذكاء البلهاء والمعتوهين (السيد رمضان، 1995، ص 253).

ومن الخصائص المميزة لهذه الحالات أن النمو الجسمي يتأخر بشكل واضح، حيث يظهر قصر القامة إلى جانب الشعر الخشن والخفيف، والشفنتين الغليظتين، واللسان المتضخم، إضافة إلى الرقبة القصيرة والسميكة، والجلد الجاف الغليظ والمجعد وخاصة عند الجفنين والشفنتين، مع بروز واضح

للأطراف القصيرة (لعجال فتحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص 71). كما تتميز هذه الفئة بالبطن البارزة المستديرة، والحركة البطيئة، والتأخر في النمو الجنسي، إلى جانب الكسل الواضح والصوت الخشن، أما الغدة الدرقية فهي غالباً ما تكون غائبة، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور تورم شحمي في الرقبة (السيد رمضان، المرجع السابق، 1995، ص 253).

أما من الناحية الاجتماعية والانفعالية، فإن هذه الفئة من الأطفال تتصف بالهدوء المفرط وتميل إلى البرود العاطفي، إذ يبدوون متلبدين انفعالياً وغير متفاعلين بالدرجة نفسها التي يظهرها الأطفال العاديون (سهير كامل أحمد، المرجع السابق، 1998، ص 88).

وتشير الدراسات الطبية إلى أن السبب الرئيس وراء هذه الحالة يعود إلى نقص إفرازات الغدة الدرقية، الأمر الذي يترتب عليه تلف في أنسجة المخ، وهو ما يفسر المظاهر العقلية والجسمية التي تلازم هؤلاء الأفراد. ومن هنا تأتي أهمية العلاج المبكر، إذ يمثل في تزويد الجسم بخلاصة إفرازات الغدة الدرقية مدى الحياة، عن طريق الحقن المنتظم، وذلك من أجل الحد من تفاقم هذه الحالة أو منع ظهورها منذ البداية (لعجال فتحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص 71).

وفي الختام يمكن القول إن حالات القزامة أو القصاع تمثل نموذجاً بارزاً للتداخل بين الجانب العضوي والعقلي في تفسير الإعاقة الذهنية، حيث تتجلى بوضوح آثار القصور الهرموني على النمو الجسمي والقدرات العقلية معاً، وهو ما يبرز أهمية الوعي الصحي والتشخيص المبكر والتدخل العلاجي الوقائي خطوات أساسية للتقليل من حدة هذه الحالة وتبعاتها على حياة الفرد والأسرة والمجتمع.

حالة استسقاء الدماغ: تعدّ حالة استسقاء الدماغ من أبرز صور التخلف العقلي ذات الطابع الطبي البحت، حيث تتجلى في تضخم حجم الرأس وبروز الجبهة بشكل ملحوظ، وذلك نتيجة تراكم غير طبيعي للسائل المخي الشوكي داخل الدماغ. هذا التراكم يحدث ضغطاً داخلياً على أنسجة المخ يؤدي إلى تلفها، وفي الوقت ذاته يدفع بالجمجمة إلى الخارج مسبباً كبر حجمها.

وغالباً ما يظهر هذا الخلل خلال فترة الولادة أو بعدها مباشرة، أي في المراحل المبكرة من عمر الطفل (لعجال فتيحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص71).

ويلاحظ أن درجة التخلف العقلي في هذه الحالات ترتبط ارتباطاً مباشراً بمقدار التلف الحاصل في أنسجة المخ نتيجة الضغط المتزايد، ومن أبرز الخصائص المميزة لهذه الحالة كبر حجم الجمجمة مع بقاء ملامح الوجه في حدودها الطبيعية، إلى جانب تضخم الرأس بشكل غير متوازن مع الجمجمة الكبيرة، ويرافق ذلك اضطراب واضح في حاستي السمع والبصر، وظهور نوبات صرعية متكررة، إضافة إلى مشكلات في النمو الجسمي وضعف في التوافق الحركي (سعيد حسين الفرة، المرجع السابق، 2001، ص54).

وتعود هذه الحالة إلى عدة عوامل منها إصابة الأم خلال فترة الحمل بأمراض خطيرة مثل الزهري أو التهاب السحايا الذي قد تنتقل عدواه إلى الجنين، وهو ما يؤثر سلباً على نموه العصبي. كما تلعب العوامل الوراثية دوراً مهماً في بعض الحالات، مما يزيد من احتمال الإصابة. ويُسجل أن اكتشاف هذه الحالة مبكراً يتم عبر متابعة قياسات حجم الجمجمة، وهو ما يتيح التدخل السريع لتقليل المضاعفات (سهير كامل أحمد، المرجع السابق، 1998، ص90).

أما العلاج المتاح فيتمثل غالباً في التدخل الجراحي عبر استخدام أنبوبة التحويل، التي تهدف إلى تعديل دورة السائل المخي الشوكي وتخفيف ضغطه على أنسجة الدماغ. ورغم أن هذا الإجراء يمكن أن يحدّ من تفاقم الأعراض ويحافظ على جزء من الوظائف العصبية، إلا أن بعض الحالات لا تستجيب للعلاج، مما يؤدي إلى استمرار اتساع الاستسقاء وتفاقم التدهور الجسمي والعقلي، وقد ينتهي الأمر في بعض الأحيان بوفاة المريض (لعجال فتيحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص71).

وبذلك فإن استسقاء الدماغ يمثل نموذجاً معقداً للإعاقة الذهنية، يجمع بين الأسباب المرضية والوراثية، ويؤكد في الوقت نفسه أهمية التشخيص المبكر والتدخل العلاجي السريع، باعتبارهما السبيل الوحيد لتقليل حدة المضاعفات وحماية الطفل من تفاقم العجز أو فقدان الحياة.

حالة صغر الدماغ أو الجمجمة : تُعد هذه الحالة من أبرز صور التخلف العقلي الولادي، حيث تتميز بوضوح ارتباطها بصغر حجم الرأس أو المخ، وهو ما يُعزى أساساً إلى عدم اكتمال نمو الجمجمة بالشكل الطبيعي. هذا النقص في النمو لا يقتصر على الجانب الجسدي فحسب، بل ينعكس أيضاً على القدرات العقلية للفرد، إذ لا يتجاوز مستوى الذكاء فيها حدود العته والبله (تغري مليكة، 2007، ص 35).

ومن بين الخصائص الإكلينيكية الأكثر شيوعاً في هذه الحالة صغر حجم الجمجمة مع بروز ملامح الوجه الذي يتخذ غالباً شكلاً مخروطياً، إلى جانب أن جلد الرأس يفيض على العظام المغطية له فيبدو مجعداً بشكل واضح. كما يلاحظ وجود تأخر في النمو اللغوي وصعوبات في وضوح الكلام، إضافة إلى احتمالية مصاحبة هذه الحالة لنوبات التشنج أو الصرع، فضلاً عن النشاط الحركي الزائد وغير المستقر (لعجال فتيحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص 72).

وتؤكد الدراسات العلمية أن هذه الحالة متعددة الأسباب، إذ قد تكون مرتبطة بإصابة الجنين في المراحل الأولى من الحمل نتيجة تعرض الأم للعلاج بالأشعة أو الصدمات الكهربائية، أو بسبب إصابتها بعدوى معينة أثناء الحمل، كما يمكن أن يكون العامل الوراثي المتنحي مسؤولاً عنها، إلى جانب احتمال التحام عظام الجمجمة في وقت مبكر مما يعيق النمو الطبيعي للمخ (سهير كامل أحمد، المرجع السابق، 1998، ص 89).

وعليه فإن هذه الصورة من صور التخلف الذهني تبرز مدى حساسية الفترة الجنينية لأي مؤثر خارجي أو داخلي، مما يستدعي وعياً وقائياً أكبر بالعوامل البيئية والطبية التي قد تؤثر على تكوين الجهاز العصبي المركزي للجنين.

حالات كبر الجمجمة : تُعتبر حالات كبر الجمجمة من الصور النادرة لصور التخلف الذهني، إذ يظهر الاختلاف الجسدي بوضوح من خلال كبر حجم الرأس والجمجمة بشكل يفوق المعدل الطبيعي، ويرافق ذلك في الغالب زيادة في حجم المخ وبالأخص في المادة البيضاء، ويتراوح مستوى الضعف العقلي لدى هذه الفئة ما بين العته والبله، غير أن هذه الحالات قليلة الحدوث نسبياً.

ومن بين أبرز الخصائص المميزة لهذه الحالة، إلى جانب التضخم الواضح للدماغ، كبر حجم الجمجمة بشكل ملحوظ خاصة في المنطقة الواقعة فوق الحاجبين، وذلك بالرغم من أن نمو الوجه يبقى في صورته الطبيعية. كما أن هذه الفئة عادة ما تعاني من فقدان البصر وتشنجات متكررة. ويرجع المختصون أسباب هذه الحالة إلى وجود خلل وراثي (جيني) أدى إلى نمو غير طبيعي لأنسجة المخ والجمجمة معاً. غير أن المثير للاهتمام أن كبر حجم الدماغ في حد ذاته لا يعد مؤشراً قاطعاً على التخلف العقلي، إذ يبقى هذا الأخير مرتبطاً بدرجة التلف الذي أصاب أنسجة المخ (تغري مليكة، المرجع السابق، 2007، ص 36).

وعليه فإن هذه الفئة تعكس صورة خاصة من صور الإعاقة الذهنية، حيث يتداخل العامل الجسدي (كبر الجمجمة) مع العامل الوظيفي (درجة التلف العصبي)، مما يستدعي ضرورة التدخل المبكر للتشخيص والمتابعة الدقيقة، تفادياً لتطور الأعراض بشكل يفاقم الوضع الصحي والعقلي للمصاب.

حالات الفنيل الكيتونيوريا : تُعد حالات الفنيل الكيتونيوريا من أندر صور التخلف العقلي، إذ يرتبط ظهورها بخلل في عملية التمثيل الغذائي ناجم عن غياب أو نقص الأنزيم المسؤول عن تمثيل الأحماض الأمينية الموجودة في البروتينات وتحويلها إلى مواد نافعة للجسم، ونتيجة لذلك تتراكم هذه الأحماض في الدم وتتحول، في ظل غياب الأنزيم، إلى

أحماض سامة أبرزها حمض البيروفيك، الذي يؤدي إلى تلف خلايا المخ وي طرح مع البول، مما يكسبه رائحة مميزة، ولهذا السبب عُرفت هذه الحالة أيضا باسم البول الفنيل الكيتوني. أما من حيث الخصائص الجسمية والسلوكية، فإن الأفراد المصابين بهذه الحالة يظهرون مزيجا من القصور العقلي والانحرافات السلوكية، إلى جانب مظاهر جسمية مميزة، منها: الشعر الأشقر، العيون الزرقاء، الأكزيما الجلدية، صغر حجم الدماغ، الرعشة، عدم الاتزان، تلون الجلد، الثوبات الصرعية، والاضطرابات العضلية والحركية. كما يُلاحظ لديهم اتساع المسافات بين الأسنان ووجود انحناءات في العمود الفقري. وفي غياب العلاج المبكر، يزداد الوضع سوءا ليمس القدرات الذهنية والعصبية للمصاب (لعجال فتيحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص ص 72-73).

وتؤكد الدراسات أن الاكتشاف المبكر لهذه الحالة، خلال الأسابيع الأولى من الولادة، يشكل عاملا حاسما في الحد من تطورها، إذ يعتمد العلاج على نظام غذائي خاص يقوم على تقليل كميات الفنيل ألانين في الوجبات الغذائية، مع الاستعانة ببدايل بروتينية مناسبة، ويستمر هذا النظام إلى حدود سن الخامسة أو السادسة، وهو العمر الذي يكتمل فيه نمو الدماغ تقريبا، ومن هنا فإن الفحص المبكر والتدخل الغذائي الوقائي يمثلان السبيل الأمثل لتجنب التدهور العقلي والجسدي المرتبط بهذه الحالات.

حالات الجلاكتوسيميا أو تاي ساكس: تُعد حالات الجلاكتوسيميا أو تاي ساكس من أبرز صور التخلف العقلي ذات المنشأ الوراثي المرتبط باضطرابات التمثيل الغذائي، ويُطلق عليها كذلك تسمية حالات ترسيب الدهون أو زيادة نسبة سكر اللبن في الدم، وتنتج هذه الحالة عن نقص الأنزيم المسؤول عن تحويل سكر اللبن إلى سكر الغلوكوز، مما يؤدي إلى تراكم هذا الأخير في دم الطفل وأنسجة جسمه. ومع مرور الوقت، يترتب عن هذا الخلل تلفٌ تدريجي في خلايا الدماغ والجهاز العصبي. ومن العلامات المميزة لها أيضا التغيرات في شبكة العين التي تنعكس على عملية الإبصار وتؤدي في النهاية إلى اضطراب بصري شديد

قد ينتهي بالعمى، إضافة إلى إصابة الطفل بأمراض الكبد وبمستويات متفاوتة من التخلف العقلي سواء المتوسط أو الشديد (لعجال فتيحة، المرجع السابق، 2003-2004، ص 73). وتلاحظ هذه الحالة بشكل واضح منذ الأيام الأولى بعد الولادة، إذ أن تناول الرضيع للحليب يؤدي مباشرة إلى ظهور أعراض مرضية بارزة مثل: القيء، الإسهال، والمغص المعوي، مما يسهل على الأطباء التعرف المبكر عليها، ورغم خطورة هذه الاضطرابات، فقد أثبتت التجارب السريرية أن اتباع نظام غذائي خاص خالٍ من المواد المسببة لتراكم السكر يمكن أن يخفف من حدة أعراض المرض ويمنع المضاعفات الخطيرة.

وفي هذا الإطار يبرز أهمية التشخيص المبكر والتدخل العلاجي الغذائي كعاملين أساسيين للحد من التدهور العصبي والعقلي، إذ يمثلان الأمل الوحيد لتقليل التأثيرات السلبية طويلة المدى، ويؤكدان أن العناية الطبية الوقائية لا تقل أهمية عن العلاج في مواجهة مثل هذه الحالات. يتضح من خلال استعراض أنواع التخلف الذهني أنّ هذه الظاهرة لا تُختزل في بعد واحد، بل تمثل طيفاً متنوعاً من الحالات التي تتباين في مظاهرها وأسبابها ودرجاتها، فهي أحياناً نتاج خلل وراثي كروموسومي كما في متلازمة داون، وأحياناً أخرى تعود إلى اضطرابات هرمونية وغددية مثل القماءة، أو إلى تشوهات بنوية في حجم الجمجمة والدماغ كما في الاستسقاء وصغر الجمجمة وكبرها، أو إلى اختلالات في التمثيل الغذائي كما في حالات الفنيل كيتونيوريا والجللاكتوسيميا.

إن هذا التنوع يعكس تداخلاً معقداً بين العوامل الوراثية والبيئية والطبية، حيث يؤثر كل منها في مسار نمو الطفل العقلي والجسدي والاجتماعي، كما يظهر بوضوح أن أغلب هذه الحالات تشترك في خاصية أساسية هي القابلية للكشف المبكر، سواء من خلال العلامات الجسدية الظاهرة أو عبر الفحوص الطبية المتخصصة، ومن هنا يبرز الدور الجوهري للتشخيص المبكر والتدخل العلاجي والوقائي في الحد من تفاقم الأعراض ومنح الطفل المصاب فرصاً أكبر للحياة

بقدر من التوازن. وعليه يمكن القول إنّ أنواع التخلف الذهني تمثل ميداناً متشعباً يستدعي تكاتف الجهود الطبية والتربوية والاجتماعية معاً، ليس فقط لفهم هذه الأنماط وتشخيصها، بل أيضاً من أجل إرساء استراتيجيات وقائية وتأهيلية تضمن الحد من انتشارها، وتمنح الأفراد المصابين بها وأسرها سبل التكيف والدعم النفسي والاجتماعي، بما يحقق قدراً من الإدماج الإيجابي في المجتمع.

5- خصائص المعاق ذهنياً

يمثل الطفل المعاق ذهنياً فئة خاصة ضمن المجتمع، تختلف احتياجاته وسلوكياته عن الأطفال العاديين، ما يفرض الاهتمام بدراسة خصائصه لفهم التحديات التي تواجهه في النمو والتعلم والتفاعل الاجتماعي. هذه الخصائص تنم بالتنوع والشمول، إذ تشمل الجوانب الجسمية والحركية، والقدرات العقلية والمعرفية، إلى جانب البعد الاجتماعي والانفعالي، ما يجعل الطفل المعاق ذهنياً ضمن فئة ذوي الحاجات الخاصة التي تتطلب تدخلات تربوية وطبية متخصصة لدعم نموه وتطوير مهاراته.

وبناءً على ذلك، يمكن تناول خصائص الطفل المعاق ذهنياً على النحو التالي:

➤ الخصائص الجسمية والحركية : يظهر الطفل المعاق ذهنياً مجموعة من الخصائص الجسمية

والحركية التي تميزه عن أقرانه العاديين، وتشير هذه السمات إلى التأثيرات المتعددة للتخلف

العقلي على نموه البدني والحركي، فغالباً ما يكون النمو الجسدي له متأخراً مقارنة بالأطفال

الطبيين، حيث يظهر صغر الحجم العام للجسم ووزن أقل من الطبيعي، مع ميل إلى بروز

البطن بشكل ملحوظ، وهو ما يعكس التغيرات العضوية المصاحبة للتخلف العقلي (عبد

الصبور منصور محمد، 2008، ص 21).

كما تُلاحظ لدى هذه الفئة تشوهات واضحة في شكل الجمجمة والوجه، بما في ذلك العينين والفم

واللسان والأطراف والأصابع، ما يجعل مظهرهم الجسدي مميزاً ويمكن التعرف عليهم من خلاله،

وعلى صعيد النمو الحركي فإن هؤلاء الأطفال غالباً ما يعانون تأخرًا ملحوظًا في اكتساب المهارات الحركية الأساسية، إضافة إلى عدم الاتزان الحركي في بعض الحالات، وهو ما يتطلب متابعة دقيقة وتدخلاً تربوياً وحركياً مبكراً لدعم تطورهم الحركي وتحسين تفاعلهم مع البيئة المحيطة. وبذلك تُعد الخصائص الجسمية والحركية من أبرز المؤشرات التي تعكس الطبيعة المعقدة للتخلف العقلي، وتؤكد على أهمية التقييم المبكر والمتابعة الدورية للأطفال المعاقين ذهنياً لضمان تقديم الرعاية الشاملة التي توازن بين الجوانب الجسمية والحركية والتأهيل النفسي والاجتماعي.

➤ **الخصائص العقلية :** يمثل الجانب العقلي من أبرز المجالات التي تميز الطفل المعاق ذهنياً، إذ يُظهر قصوراً واضحاً في القدرات الذهنية مقارنة بالأطفال العاديين. وتعتبر هذه الخصائص من المؤشرات الأساسية لفهم طبيعة التخلف العقلي، حيث تتيح للمعلمين والمختصين تطوير أساليب تعليمية ملائمة تلائم مستوى الطفل العقلي ، و يمكن أن نفصل أكثر في هذه النقطة كالاتي :

✍ **الإدراك:** تشير أغلب الأبحاث المتعددة في مجال الإدراك عند المتخلفين عقلياً وجود قصور في عمليات الإدراك مثل التمييز والتعرف، غير أن هذه الفروق لم تجد ما يثبت أنها تمثل خصائص عامة للمتخلفين عقلياً. كما لوحظ لديهم ضعف في تكوين مفهومات اللون والشكل والزمن والبعد، وكذلك مفهومات الأشياء والحوادث، مما يدفع العاملين معهم إلى تقريب المعاني والأفكار عن طريق ربطها بالأشياء الملموسة ، و كلما كانت الأفكار أكثر ارتباطاً بالحس المباشر، كان فهم الطفل لها أفضل. ويلاحظ أنّ المتخلف عقلياً قد يجد صعوبة في التعرف على أوجه الشبه أو الاختلاف بين الأشياء والحوادث، ويرجع ذلك إلى نقص الانتباه أو توقع الفشل أو قلة الدافع أو تعقد المواقف، إضافة إلى ضعف القدرة على التصور والربط وإدراك العلاقات بين الأشياء (عبد الصبور منصور محمد، المرجع السابق، 2008، ص 19).

التذكر: ترتبط القدرة على التذكر ارتباطاً وثيقاً بالقدرة العقلية، حيث يظهر لدى الطفل المعاق ذهنياً ضعف عام في تذكر الأسماء والموضوعات والأشكال، ويكون ذلك واضحاً بشكل خاص في الذاكرة قصيرة المدى. ويعود السبب في ذلك إلى عدم تمكن الطفل من استخدام استراتيجيات التذكر التي يعتمد عليها عادة الشخص العادي، لذلك يركز أسلوب تعليم المعاق ذهنياً على التعليم الحسي أكثر من المجرد (تيسير مفلح كواخفة، 2011، ص 71).

الانتباه: يلعب الانتباه دوراً أساسياً في عملية التعلم، فإذا كان الطفل يعاني من اضطرابات في القدرة على الانتباه، فإن ذلك يؤثر بشكل مباشر على تعلمه. أظهرت الدراسات أن الطفل المعاق ذهنياً يعاني من الإحباط والشعور بالفشل والدونية، مع نقص في استقبال المعلومات، وتسلسلها، وتصنيفها، والتمييز بين المثيرات، مما يعوق عملية التعلم ويؤثر على التطور العقلي بشكل عام.

وعليه تبرز هذه الخصائص العقلية مدى التحديات المعرفية التي يواجهها الطفل المعاق ذهنياً، كما تؤكد على أهمية تطوير أساليب تعليمية متكاملة تراعي القدرات المحدودة للطفل وتدعم الجوانب الإدراكية والذاكرية والانتباهية لديه، لضمان تحقيق أكبر قدر ممكن من التعلم والنمو العقلي. وفي ذات السياق يمثل التمييز والتخيل والإدراك والتفكير من الركائز الأساسية لفهم طبيعة التخلف العقلي، إذ تبرز هذه القدرات بوضوح عند دراسة الفروق بين الأطفال العاديين والمعاقين ذهنياً، وتكشف هذه الخصائص عن مدى التحديات الذهنية التي يواجهها الطفل المعاق، مما يفرض تطوير استراتيجيات تعليمية متكاملة تراعي هذه القيود، ويمكن أن نخوض في هذا الشأن فيما يلي:

التمييز: بما أن عمليات الانتباه والتصنيف والتذكر لدى المعاقين ذهنياً تواجه قصوراً، فإن عملية التمييز بدورها تكون دون المستوى مقارنة بالأطفال العاديين، وتختلف درجة الصعوبة في

القدرة على التمييز تبعاً لشدة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة، حيث تكون صعوبات التمييز واضحة بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة، مما يجعل التدخل التعليمي المبكر ضرورياً لتعزيز هذه القدرات. (مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، 2011، ص 40).

التخيل: يلاحظ أن المعاقين ذهنياً يمتلكون خيلاً محدوداً، إذ تتطلب عملية التخيل درجة عالية من القدرة على استدعاء الصور الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى، وكما هو الحال في العمليات العقلية الأخرى، يزداد القصور في القدرة على التخيل مع زيادة شدة الإعاقة، مما يحد من قدرة الطفل على تصور المواقف أو الابتكار في حل المشكلات. (مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، 2011، ص 41).

الإدراك والتفكير: أشارت الأبحاث المعتمدة في مجال الإدراك لدى المعاقين ذهنياً إلى وجود قصور في عمليات الإدراك، كما تبين أنهم لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة أو التعبير عن الأسس العامة للأشياء. ويتميز تفكيرهم بأنه غالباً ما يركز على هنا والآن، مع صعوبة في ممارسة التفكير الابتكاري أو الإبداعي بما يتناسب مع عمرهم العقلي. ورغم أن العديد من الدراسات أظهرت فروقات بين أداء المعاقين ذهنياً والأطفال العاديين في مجال الإدراك، إلا أنه من الصعب التوصل إلى استنتاجات قاطعة في هذا المجال (مصطفى نوري القمش، المرجع السابق، 2011، ص ص 42-43).

و توضح هذه الخصائص الإدراكية أن الطفل المعاق ذهنياً يواجه تحديات متعددة في فهم البيئة والتفاعل معها، ما يستلزم تصميم برامج تعليمية وتربوية تراعي ضعف التمييز، ومحدودية التخيل، وقصور الإدراك والتفكير، لضمان تقديم دعم فعال يساهم في تطوير قدراته العقلية وتحسين تعلمه وتفاعله مع العالم من حوله.

➤ الخصائص الاجتماعية : تعتبر القدرة على التكيف الاجتماعي والمهارات الاجتماعية من أهم مؤشرات التطور العقلي والنفسي للطفل، حيث يعكس سلوك الفرد في المجتمع مدى قدرته على التواصل والتفاعل مع الآخرين، وفي حالة المعاق ذهنياً فإن محدودية القدرات العقلية تؤثر بشكل مباشر على قدرته على المواءمة والتكيف الاجتماعي، ما يجعله أقل قدرة على التصرف الملائم في المواقف المختلفة والتفاعل مع المحيطين به بفاعلية. ويُعرف مفهوم الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته، وهي قدرة لا تُكتسب بسرعة، بل تنمو تدريجياً حتى يصل الفرد إلى مستوى يمكنه من التفاعل بكفاءة مع عناصر البيئة (عبد الصبور منصور محمد، 2008، ص 27).

ويواجه الطفل المعاق ذهنياً صعوبات واضحة في التكيف مع المواقف الاجتماعية؛ فهو غالباً مضطرب في تفاعله الاجتماعي، ويرجع ذلك إلى نقص اهتمامه بالعالم من حوله، وانسحابه وانطوائه، وسهولة انقياده أو التأثر بالآخرين، مما قد يؤدي إلى بعض السلوكيات المنحرفة، ومن أبرز مظاهر هذه الصعوبات اضطراب مفهوم الذات، الميل لمشاركة الأصغر سناً في النشاط الاجتماعي، وعدم تناسب السلوك وردود الأفعال مع مستوى سنه وقدراته.

و بالرغم من هذه الصعوبات فإن الطفل المعاق ذهنياً قد يبادر أحياناً لتكوين علاقات اجتماعية مع زملائه، لكنه يميل إلى الأنانية وحب الاهتمام الشخصي، ولا يتحمل مسؤولية العمل، كما أنه قد لا يشعر بالولاء للجماعة أو احترام العادات والتقاليد السائدة، وتكون صداقاته وقتية ومتقلبة وغير ثابتة. وقد أشار ريتشارد سوين (1979) إلى أن الفرد المتخلف ذهنياً يمتاز بتقلب المزاج، الانعزال عن الآخرين، والانفجارات السلوكية، وهي سمات تتطلب وعياً تربوياً ومراقبة دقيقة لتوجيه سلوكه نحو التفاعل الاجتماعي الإيجابي. (عبد الصبور منصور محمد، 2008، ص 28).

إذن يتضح من خلال دراسة الخصائص الاجتماعية للمعاق ذهنياً أن ضعف القدرات العقلية يمتد تأثيره ليشمل الجوانب السلوكية والانفعالية والاجتماعية، مما يستدعي تطوير برامج تعليمية وتأهيلية تراعي هذه الخصائص، مع التركيز على تعليم مهارات التفاعل الاجتماعي، تعزيز مفهوم الذات، وتشجيع السلوكيات الإيجابية، لتسهيل اندماجهم في المجتمع وتحسين جودة حياتهم.

➤ **الخصائص الانفعالية:** أما بالنسبة لانفعالات الطفل المتخلف ذهنياً، فإنها غالباً ما تكون أكثر بدائية وازدواجية، إذ يشعر الطفل إما بالرضا أو بعدم الرضا، وتنعدم لديه التدرجات الدقيقة والتميزة في الانفعالات تقريباً، وغالباً ما تكون مشاعر الأطفال غير ملائمة أو غير متناسبة مع تأثيرات العالم الخارجي.

يمتاز الطفل المعاق ذهنياً بسرعة الانفعال، وتظهر انفعالاته في صورة صراخ ووعيل، واضحة على وجهه وجميع أنحاء جسمه، إذ لا يستطيع ضبطها، فهو سهل الاستثارة، سريع الاستجابة، يميل للعدوان أحياناً تجاه زملائه، شديد الغيرة، ويجب تملك أشياء الآخرين، كما قد يشعر بالخوف من الظلام والأماكن المغلقة (عبد الصبور منصور محمد، 2008، ص 24).

وتبرز هذه الخصائص الانفعالية الحاجة إلى تدريب الطفل على التعرف على مشاعره وضبطها، واستخدام أساليب تهدئة فعالة تساعد على التفاعل الإيجابي مع محيطه، سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع.

➤ **الخصائص اللغوية:** فيما يتعلق بالجانب اللغوي، يعاني المعوقون ذهنياً من بطء ملحوظ في النمو اللغوي، يظهر بشكل واضح منذ مراحل الطفولة المبكرة. فالطفل المعاق ذهنياً يتأخر في النطق واكتساب اللغة، كما تنتشر بينه صعوبات الكلام بدرجة أكبر مقارنة بالأطفال العاديين، وتشمل التأتأة، الأخطاء في النطق، وعدم ملائمة نغمة الصوت.

ومن أبرز المشكلات اللغوية: ضعف فصاحة اللغة، محدودية المفردات، وجمود النمط اللغوي، إذ كثيراً ما يستخدم الطفل مفردات بسيطة لا تتناسب مع عمره الزمني، ويصف المختصون لغة

المعاقين ذهنياً بأنها لغة طفولية تشير إلى محدودية تطوّرهم اللغوي. وأوضح ميلر (Miller, 1981) أن شدة الصعوبات اللغوية ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية؛ فالمعاقون ذهنياً بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق لكنهم يطورون تدريجياً قدراتهم على الكلام، أما المتوسطة فيواجهون صعوبات مختلفة ويكون الكلام لديهم نمطياً، فيما يعجز شديدو الإعاقة غالباً عن النطق، ويقتصر نمو لغتهم على إصدار أصوات غير مفهومة (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 43).

إذن يتضح أن التأخر العقلي لا يقتصر على القدرات الإدراكية فقط، بل يمتد ليشمل التحكم العاطفي والتواصل اللغوي، مما يستدعي تصميم برامج تربوية شاملة تعمل على تعليم الطفل ضبط انفعالاته، تنمية مهاراته اللغوية، وتعزيز قدراته على التعبير والتفاعل الاجتماعي، لضمان نموه النفسي والاجتماعي بشكل متوازن.

ثانياً/ الإعاقة الذهنية في السياق الأسري والاجتماعي

يشكّل السياق الأسري والاجتماعي إطاراً أساسياً لفهم الإعاقة الذهنية والتعامل معها، إذ تؤثر البيئة المحيطة بالمعاق على مستوى تكيفه ونموه النفسي والاجتماعي، ويعد التعرف على احتياجاته الخاصة وتوفير الرعاية الاجتماعية المناسبة، إلى جانب دعم الأسرة ومؤسسات المجتمع، من العوامل الحاسمة في تحسين جودة حياته. كما يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً محورياً في تقديم الدعم والإرشاد لضمان اندماج المعاقين ذهنياً في المجتمع وتمكينهم من استثمار قدراتهم بأفضل صورة ممكنة.

1- احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية داخل المجتمع

تعد فئة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية من الفئات التي تتطلب اهتماماً خاصاً من المجتمع، نظراً لاختلاف احتياجاتهم عن بقية الأفراد، فهذه الاحتياجات تتنوع بين الجوانب التربوية والنفسية والاجتماعية، وتعتمد بدرجة كبيرة على طبيعة الإعاقة وشدتها، وإذا لم يتم توفير الدعم المناسب لهذه الفئة، فقد يؤدي ذلك إلى صعوبات في التكيف الاجتماعي وضعف المشاركة

المجتمعية، الأمر الذي قد يحد من إمكاناتهم ويؤثر على سيرورة التنمية المجتمعية. ومن هذا المنطلق يمكن تقسيم هذه الاحتياجات إلى ثلاثة أنواع أساسية منها:

أ- احتياجات فردية : تتمتع فئة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية بخصائص ومتطلبات فردية تختلف عن باقي أفراد المجتمع، وتستلزم اهتماماً خاصاً لضمان قدرتهم على التكيف والمشاركة الفاعلة، وتشمل هذه الاحتياجات عدة جوانب متكاملة تعمل على تطوير قدراتهم وتعزيز استقلاليتهم. فن الناحية البدنية يحتاج المعاق إلى استعادة لياقته البدنية، إلى جانب توفير الأجهزة التعويضية التي تساعده على أداء مهامه اليومية وتسهيل تفاعله مع البيئة المحيطة (إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، 2015، ص 17). أما من الناحية الإرشادية والنفسية، فيتطلب دعماً يركز على العوامل النفسية، ومساعدة على التكيف مع المحيط، وتنمية الشخصية، وتعزيز الثقة بالنفس، بما يسهم في تطوير الاستقلالية واتخاذ القرارات المناسبة.

كما تشمل الاحتياجات التعليمية توفير فرص التعليم المتكافئ للأشخاص في سن التعليم النظامي، مع إيلاء اهتمام خاص بتعليم الكبار من ذوي الإعاقة الذهنية، ما يساعد على اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للاندماج في المجتمع، ولا يقل عن ذلك أهمية الجانب التدريبي، الذي يفتح مجالات لتطوير المهارات العملية تبعاً لقدرات الفرد، ويهدف إلى الإعداد المهني والعمل المناسب، بما يضمن استقلاليته الاقتصادية والاجتماعية (إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق، 2015، ص 17).

وبالتالي فإن تلبية هذه الاحتياجات الفردية تشكل حجر الأساس في تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية وتمكينهم من المشاركة الفاعلة في الحياة اليومية والمجتمع بشكل عام، مع ضمان احترام كرامتهم وتعزيز شعورهم بالانتماء والمساهمة المجتمعية.

ب- احتياجات مهنية : تعد الاحتياجات المهنية من الجوانب الأساسية التي تساهم في دمج الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع، إذ تمثل مكوناً حيوياً لضمان استقلاليتهم وتحقيق

قدراتهم العملية بما يتناسب مع قدراتهم الفردية. وتوزع هذه الاحتياجات إلى عدة محاور متكاملة تهدف إلى إعدادهم وتأهيلهم لممارسة العمل بشكل فعال ومثمر.

من هذه المحاور الاحتياجات التوجيهية والتي تتجلى في ضرورة تهيئة سبل التوجيه المهني مبكراً، مع الاستمرار في هذا التوجيه طوال فترة عملية التأهيل، بما يساعد الأفراد على اكتشاف ميولهم وقدراتهم وتطويرها بما يتوافق مع سوق العمل واحتياجاتهم الشخصية (إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، 2015، ص 18-22).

كما تشمل الاحتياجات التشريعية التي تتطلب إصدار قوانين وتشريعات خاصة بضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في بيئة العمل، وتسهيل حياتهم المهنية والاجتماعية، مع إزالة المعوقات التي قد تمنعهم من الحصول على فرص عمل مناسبة.

إضافة إلى ذلك تأتي الاحتياجات المحمية وهي توفير بيئات عمل خاصة، مثل المصانع المحمية من المنافسة، التي تستهدف فئات من الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الذين يصعب دمجهم مع باقي القوى العاملة، ما يضمن لهم ممارسة أنشطة منتجة دون التعرض لضغوط أو منافسة غير عادلة.

كما لا يمكن إغفال الاحتياجات الاندماجية التي تركز على خلق فرص الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين، بما يعزز شعورهم بالمشاركة والانتماء، ويسهم في تذليل الحواجز النفسية والاجتماعية، ويتيح لهم فرص التعلم من المحيط وتبادل الخبرات (إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق، 2015، ص 18-22).

وبهذا تتضح أهمية الاهتمام بالبعد المهني للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، إذ يمثل حجر الزاوية في بناء شخصيتهم وتعزيز استقلاليتهم الاقتصادية والاجتماعية، مع ضمان اندماجهم الكامل والمثمر في المجتمع، بما يحقق لهم حياة كريمة ومشاركة فاعلة.

ج- احتياجات الاجتماعية: تعتبر الاحتياجات الاجتماعية من الجوانب الجوهرية في حياة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، إذ تمثل الرابط الأساسي بين الفرد وبيئته، وتؤكد على استمرارية

ارتباطه بأسرته ومحيطه الخارجي. فغياب الاهتمام بهذه الاحتياجات قد يؤدي إلى عزلة اجتماعية وانسحاب من المجتمع، مما يعيق دمجهم ومساهماتهم الفاعلة في الحياة اليومية، وتشتمل هذه الاحتياجات على مجموعة من الجوانب الهامة التي يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى تحقيقها لضمان حياة متوازنة ومشاركة اجتماعية حقيقية، ونوجز هذه الأخيرة فيما يلي :

- الحاجة إلى الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية : تُعد هذه الحاجة من أهم الاحتياجات لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، إذ تتأثر مكانتهم الاجتماعية بشكل كبير بعد الإصابة بالإعاقة، وفقدانهم لوظائفهم أو أدوارهم التقليدية، مما يقلص أنشطتهم اليومية ويضعف شعورهم بالقيمة الذاتية. ويقوم الأخصائي الاجتماعي بالعمل على استثمار خبرات المعاقين السابقة، سواء كانت خبرات حياتية أو مهنية، لمساعدتهم على الاندماج في أدوار تناسب مع حالتهم الجديدة، فهو يشجع القادرين على العمل في بيئات ملائمة، ويوفر للغير القادرين فرصاً لتوظيف قدراتهم المتبقية بما يسهم في تعزيز شعورهم بمكانتهم الاجتماعية وأهميتهم في المجتمع (سليمة قاسي، 2021/2022، ص 35).

- الحاجة إلى تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية : لا تقل هذه الحاجة أهمية عن الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية، فهي تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية فرصة بناء علاقات إيجابية مع الأسرة والمجتمع المحيط. وكلما كانت شبكة العلاقات الاجتماعية قوية ومتينة، زاد شعورهم بالانتماء والأمن، وتراجع لديهم القلق والخوف، وظهر أثر الدعم النفسي والعاطفي الناتج عن هذه العلاقات سواء كانت أسرية أو مع البيئة الخارجية (سليمة قاسي، 2021/2022، ص 35).

- الحاجة إلى الانتظام في الحياة : يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية من خلق أدوار جديدة تناسب وضعهم الجديد، حتى إذا تعطلت بعض أدوارهم السابقة، بما في ذلك الأدوار القيادية أو المهنية، فيعمل على استثمار خبراتهم وآرائهم لتعزيز شعورهم بالفائدة والمشاركة الفعالة في الحياة اليومية (سليمة قاسي، 2021/2022، ص 36).

- الحاجة إلى التوافق مع ظروف الحياة الجديدة : و هنا يشير أحمد عزت راجح إلى أن التوافق يعني قدرة الفرد على التلائم والانسجام مع نفسه ومع بيئته، بحيث يمكنه إرضاء معظم احتياجاته والتصرف بشكل مدني تجاه متطلبات البيئة المادية والاجتماعية. ويعتبر التوافق الاجتماعي مهارة حيوية تساعد الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية على التكيف مع التغيرات الناتجة عن إعاقتهم وتحقيق اندماج أكثر فاعلية في المجتمع. (سليمة قاسي، 2021/2022، ص 37).

وبهذا يظهر جلياً أن تلبية الاحتياجات الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية تشكل حجر الزاوية في بناء شخصيتهم وتعزيز شعورهم بالانتماء والكرامة، وتساعدهم على المشاركة بفاعلية في الحياة الأسرية والاجتماعية، بما يضمن لهم حياة متوازنة ومستقرة، ويعزز من قدرتهم على تطوير علاقات إنسانية صحية ومستدامة.

2- رعاية وخدمات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع

تعتبر الرعاية الاجتماعية حجر الزاوية في حياة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، فهي تضمن لهم مستوى معيشياً كريماً وتسهّل اندماجهم في المجتمع، فغياب الرعاية قد يؤدي إلى تفاقم مشاكلهم الصحية والاجتماعية والنفسية، ويزيد من شعورهم بالعزلة والانعزال. ولهذا تحرص المجتمعات على وضع برامج وخدمات متعددة تلي احتياجاتهم المختلفة بما يحقق لهم حياة كريمة وفرص مشاركة فعالة في محيطهم (إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، 2002، ص 305). و المجتمع ملزم بأن يقدم جملة من الخدمات لذوي الإعاقة الذهنية ونذكر منها :

- الخدمات الوقائية : تستهدف هذه البرامج حماية الأفراد من الإصابة بالعاهاات أو الأمراض التي قد تؤدي إلى الإعاقة، وكذلك الحد من انتشار الحالات المعاقة بين أفراد المجتمع. وتعمل هذه الخدمات على توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للوقاية، استناداً إلى المقولة الشهيرة: "الوقاية خير من العلاج". وقد أكد هوكستب (Huckstep) أن تزويد المجتمع بالموارد الكافية لحماية مائة

طفل من الإصابة بشلل الأطفال أفضل بكثير من إصابة طفل واحد بالعجز المستديم، إذ لا أمل في شفائه (إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، المرجع السابق، ص 305).

- الخدمات الصحية والطبية : تلعب الخدمات الطبية دوراً حاسماً في تقليل آثار الإعاقة وتمكين المعاقين من حياة أقرب إلى حياة الأصحاء، فالتطور الطبي وتحسين الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية يسهم في تمكين الأفراد من المشاركة الفاعلة في الحياة اليومية. وتتجلى هذه الخدمات في عدة مجالات:

- خدمات الكشف والفحوصات الطبية: تشمل توفير الأدوية اللازمة للأمراض المختلفة، وإجراء العمليات الجراحية، وتغطية تكاليف العلاج التي قد يعجز المعاق عن تحملها (محمد سلامي غباري، ص 80).

- خدمات الأمراض المزمنة: تقديم الدعم الطبي والمعنوي للأشخاص الذين يحتاجون لعلاج طويل مثل أمراض القلب والسرطان والسكري.

- خدمات العلاج الطبيعي: توفير مراكز مجهزة بالأدوات والإمكانات الحديثة لممارسة العلاج الطبيعي، وهو ما يتطلب نفقات كبيرة غالباً ما تكون عبئاً على المعاقين (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 80).

- الأجهزة التعويضية: يشمل ذلك الأطراف الصناعية، الكراسي المتحركة، السماعات الطبية، وغيرها من الأجهزة التي تسهم في تحسين نوعية حياة المعاقين.

- بيوت التمريض والمراكز الجماعية: توفير أماكن إقامة ورعاية خاصة للمعاقين عقلياً، تمكنهم من تلقي الرعاية اليومية في بيئة مناسبة.

- الوحدات الصحية المنزلية: إرسال فرق من الممرضين والممرضات لتقديم الرعاية والخدمات العلاجية في منازل المعاقين، خاصة لأولئك الذين لا يستطيعون الوصول إلى المراكز الصحية نتيجة إعاقتهم (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 80).

ومن خلال هذه الخدمات، يتمكن الأفراد ذوو الإعاقة الذهنية من تحقيق مستوى مقبول من الاستقلالية والاندماج الاجتماعي، ما يحد من انعزالهم ويزيد من شعورهم بالانتماء والكرامة داخل المجتمع، فالرعاية الاجتماعية الشاملة تعد وسيلة فعالة لإعادة بناء حياة المعاقين وضمان استفادتهم الكاملة من حقوقهم الإنسانية والاجتماعية.

- الخدمات النفسية: تعد الرعاية النفسية جزءاً لا يتجزأ من الخدمات الاجتماعية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، فهي لا تقل أهمية عن الخدمات الصحية والتعليمية أو التأهيلية، فالتعامل مع الإعاقة الذهنية يتطلب فهماً شاملاً للأبعاد النفسية والاجتماعية للشخص المعاق، إذ يؤثر توازنه النفسي بشكل مباشر على قدرة دمج في المجتمع واستقلاله الذاتي (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 80).

تتولى فرق متخصصة تقديم هذه الخدمات، والتي تركز على إعادة التوازن النفسي للمعاق وأفراد أسرته، من خلال جلسات استشارية ودعم نفسي مستمر، كما يساهم الأخصائي النفسي في تقييم إمكانيات الشخص المعاق وتوجيهه نحو العمل المناسب لحالته العضوية والنفسية وظروفه الأسرية، وهو ما يعزز من شعوره بالجدوى والتمكين داخل المجتمع. فهذه الخدمات ضرورية ليس فقط للتكيف النفسي للمعاق، بل أيضاً لتعزيز قدرة أسرته على التعامل معه بشكل إيجابي وتوفير بيئة داعمة تساعد على تحقيق أقصى إمكاناته (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 80).

- الخدمات الترفيهية: تعتبر الخدمات الترفيهية من الوسائل الفعالة لتخفيف الضغوط النفسية على الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، وتمكينهم من المشاركة الفعالة في الحياة المجتمعية، ويجب أن تراعي هذه البرامج طبيعة الإعاقة، فالألعاب والأنشطة الترفيهية تختلف بحسب ما إذا كان المعاق يعاني من فقدان البصر، أو السمع، أو غيرها من الإعاقات. كما أن الدولة تتحمل مسؤولية توفير هذه الخدمات بشكل متكامل، بحيث لا يحرم أي شخص من الاستمتاع بمتع الترفيه بحجة إعاقته، فالفرد المعاق على الرغم من محدودية قدراته الجسدية أو العقلية، يحتاج إلى الفرص التي تمكنه من التفاعل

الاجتماعي والاستمتاع بالحياة، وهو ما يساهم في تعزيز ثقته بنفسه وانتمائه لمجتمعه (إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، 2002، ص 307).

و عليه فإن الخدمات النفسية والترفيهية ليست رفاهية أو مجرد نشاط ثانوي، بل هي عناصر أساسية في عملية دمج الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع، إذ تعمل على تعزيز قدراتهم العقلية والاجتماعية والنفسية، وتخفيف شعورهم بالعزلة، ومن خلال الجمع بين الدعم النفسي والترفيه المناسب، يمكن تحقيق حياة متوازنة أكثر للمعاقين، تؤهلهم للمشاركة الفاعلة في محيطهم الاجتماعي بشكل مستمر ومستدام.

- الخدمات التعليمية: تُعد الخدمات التعليمية من الركائز الأساسية في دعم الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، إذ تساعدهم على تطوير قدراتهم العقلية والاجتماعية، وتمنحهم فرصاً متكافئة للتعلم والنمو بالمقارنة مع أقرانهم من الأطفال العاديين. فغياب التعليم المناسب قد يؤدي إلى شعور المعاق بالعزلة، ويقلص من فرص دمجهم في المجتمع، بينما توفر البيئة التعليمية الصحيحة له فرصاً لبناء مهاراته الحياتية والاجتماعية (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 77)، و من هذه الخدمات نذكر:

- المدارس والفصول الخاصة : يحتاج المعاقون إلى وجود مدارس خاصة أو فصول منفصلة لكل فئة من فئات المعاقين، بحيث تتوافق مع ظروفهم وقدراتهم المتبقية ونوعية الإعاقة التي يعانون منها. فهذه الفصول توفر بيئة تعليمية آمنة ومهياة بما يتناسب مع مستوى نموهم العقلي والبدني، وتتيح للمعاقين فرصة التعلم بعيداً عن التحديات التي قد تواجههم في التعليم العام (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 77).

- إدماج المعاقين في التعليم العام : في حال عدم توفر مدارس أو فصول خاصة، يصبح من الضروري تقديم الدعم اللازم لإدماج المعاقين في التعليم العام، سواء من خلال برامج تعليمية متخصصة أو معلمين مدربين على التعامل مع الفروق الفردية. ويهدف هذا الإدماج إلى تعزيز

شعورهم بالانتماء، ومنحهم فرصة التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين، بما يسهم في تعزيز مهاراتهم التواصلية والاجتماعية.

- دعم العلاقات الاجتماعية والتفاعل الجماعي : خلال مراحل التعليم المختلفة، يحتاج المعاقون إلى مساعدة في تكوين علاقات اجتماعية دائمة ومتينة مع زملائهم ومعلميهم، وتدعيمها بشكل مستمر، فالتفاعل المستمر مع الجماعات التعليمية يساعد على الحد من شعورهم بالعزلة، ويعزز ثقتهم بأنفسهم، ويتيح لهم فرصاً لممارسة مهارات التعاون والعمل الجماعي، وهو ما ينعكس إيجاباً على تكيفهم مع محيطهم المدرسي والاجتماعي (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 77).

- تخفيف الضغوط النفسية : ينبغي أيضاً العمل على تخفيف الضغوط النفسية للمعاقين داخل الأسرة والمدرسة، ومعالجة مشاعرهم السلبية قدر الإمكان، ودعم استعادة ثقتهم بأنفسهم. فالأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية الذين يحصلون على الدعم النفسي والتربوي المناسب قادرون على المسيرة مع زملائهم العاديين والتكيف مع المجتمع بصورة أفضل (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 77).

- تعليم الكبار ومحو الأمية : لا تقتصر الخدمات التعليمية على الأطفال فقط، بل تشمل أيضاً المعاقين الكبار، من خلال إلحاقهم بمراكز محو الأمية الموجودة في المجتمع. فتمكينهم من القراءة والكتابة يفتح أمامهم أبواب الفرص التأهيلية والتدريبية والمهنية، ويمنحهم شعوراً بالاستقلالية ويزيد من قدرتهم على المشاركة الفاعلة في المجتمع (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 77).

إذن فتوفير الخدمات التعليمية المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية يمثل حجر الزاوية في تأهيلهم ودمجهم في المجتمع، فهو لا يقتصر على نقل المعرفة، بل يمتد إلى تطوير مهارات حياتية ونفسية واجتماعية تساعدهم على التكيف، والاستقلال، والمساهمة الفاعلة في بيئتهم الاجتماعية، مما يجعل التعليم عنصراً استراتيجياً في تعزيز كرامتهم وتمكينهم.

- الخدمات الوظيفية : تعتبر الخدمات الوظيفية من الركائز الأساسية للرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية، إذ تهدف إلى تمكينهم من ممارسة حياتهم العملية والمهنية بكفاءة، وتوفير بيئة قانونية وتنظيمية تحمي حقوقهم وتدعم اندماجهم في المجتمع، فغياب هذه الخدمات قد يؤدي إلى تضيق فرص المعاقين في العمل والتدريب، ويحد من استقلاليتهم ويزيد من شعورهم بالعزلة، لذلك تكامل هذه الخدمات مع باقي الخدمات التعليمية والصحية والنفسية لضمان تطوير قدراتهم واستغلال إمكانياتهم المتبقية (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 78). وتشمل الخدمات الوظيفية عدة محاور مهمة:

- التحليل الوظيفي: يتمثل في دراسة القدرات البدنية والمعرفية والسلوكية للمعاقين، وتحليل إمكانياتهم الشخصية، وذلك لتحديد حدود قدرتهم على أداء الوظائف المختلفة. ويتيح هذا التحليل للأخصائيين معرفة الوظائف الأنسب لهم وتحديد نقاط القوة التي يمكن تطويرها (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 78).

- التوظيف: تهدف هذه الخدمة إلى مساعدة المعاقين على الحصول على وظائف تناسب مع قدراتهم المتبقية، مع إجراء اختبارات دورية لتقييم مدى قدرتهم على القيام بالعمل والاستمرار فيه. ويعد هذا التدخل أساساً لتعزيز استقلاليتهم المادية والاجتماعية، وإكسابهم شعوراً بالجدوى والإنجاز.

- الخدمات الإرشادية: تقدم هذه الخدمات للمعاقين ولأسرهم وللجماعات المحيطة بهم، لتوجيههم نحو الحياة العملية الجديدة، ومساعدتهم على اكتساب مهارات العمل، والحفاظ على الوظائف التي حصلوا عليها. ويقوم المرشد بمتابعة المعاقين بصفة دورية، لضمان استمرارهم في الوظيفة والتغلب على أي صعوبات قد تواجههم (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 78).

- الخدمات التتابعية : تتضمن متابعة أداء المعاقين في وظائفهم وفحص مهاراتهم وقدراتهم بصورة دورية، وتحليل نجاحهم أو فشلهم في العمل، ومعالجة المشكلات التي قد تظهر خلال مسارهم

الوظيفي. وهذه المتابعة تضمن الاستفادة القصوى من قدراتهم وتطوير مهاراتهم بما يتوافق مع متطلبات الوظائف (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 78).

- الخدمات التشريعية : إلى جانب الخدمات الوظيفية، يحتاج المعاقون إلى دعم تشريعي فعال يضمن حقوقهم ويحافظ على تكامل الخدمات المقدمة لهم .

يتطلب ذلك إعداد تشريع شامل ينظم حقوق المعاقين، ويربط بين مؤسسات التعليم والتربية والمراكز التربوية والنفسية والتوجيهية، وكذلك مراكز الإعداد والتأهيل المهني والبحوث الاجتماعية والاقتصادية والطبية، بما في ذلك الجامعات.

الهدف من هذا التشريع هو ضمان شمول الخدمات وتكاملها، وتجنب أي صراع أو ازدواجية في اختصاصات الوزارات المختلفة، ومنع التضارب في الإجراءات، بما يحافظ على جودة الخدمات ويضمن استفادة الأطفال والشباب ذوي الإعاقة الذهنية من برامج التأهيل والتدريب والتشغيل.

كما أن وجود إطار تشريعي شامل يُعد شرطاً ضرورياً لإطلاق الخدمات بكفاءة، وتحقيق مصلحة هذه الفئات، وتمكينهم من ممارسة حياتهم التعليمية والمهنية والاجتماعية بشكل يليق بكرامتهم (محمد سلامي غباري، المرجع السابق، ص 78).

و عليه يمكننا القول بأن الدمج بين الخدمات الوظيفية والخدمات التشريعية يشكل قاعدة متينة لرعاية ذوي الإعاقة الذهنية، فهو لا يكتفي بتأهيلهم للقيام بالوظائف، بل يضمن أيضاً حمايتهم القانونية والتنظيمية، ويعزز فرص اندماجهم في المجتمع ومساهماتهم الفاعلة في الحياة العملية، مما يجعل هذه الخدمات جزءاً لا غنى عنه في استراتيجية التأهيل الاجتماعي والمهني لهذه الفئة.

3- دور الأسرة في التكيف مع حالة الإعاقة الذهنية وتأهيلها

تلعب الأسرة دوراً محورياً في حياة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، فهي البيئة الأولى التي يتعرّف فيها الطفل على محيطه، وتكتسب خبراتها العاطفية والسلوكية والاجتماعية، فالأسر ليست مجرد مسهلٍ للرعاية اليومية، بل هي العامل الرئيس في تأهيل الطفل المعاق وتمكينه من التكيف مع متطلبات الحياة الاجتماعية والمجتمع المحيط به. ومن هذا المنطلق فإن التأهيل يُعرف بأنه إعادة تكيف الإنسان مع البيئة والحياة الاجتماعية، ويهدف إلى تمكين الشخص المعاق من بلوغ والحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن على الصعيد البدني والذهني والنفسي والاجتماعي، من خلال توفير الوسائل والأدوات اللازمة لتغيير حياته وزيادة استقلالته (اسماعيل عبد الفتاح، 2004، ص 43).

إن الأسرة باعتبارها النواة الأساسية للمجتمع تتحمل مسؤولية كبيرة، فهي الجهة الأولى التي تتعامل مع الطفل منذ ولادته، وتعمل على تهيئته ليكون سليماً جسدياً و نفسياً واجتماعياً، كما أنها تلعب دوراً وقائياً في الحد من انتشار الإعاقات، وتعمل على التكفل بالأطفال المعاقين بتوجيه سليم وعناية دقيقة. وبسبب قربها من الطفل، تكون الأسرة أول من يواجه آثار الإعاقة ويتعرف على انعكاسها على العواطف والتفاعلات الأسرية، ولذلك تحتاج الأسرة إلى مزيد من الإرشاد والتوجيه، خصوصاً فيما يتعلق بالتعرف على أنواع الإعاقة، وطرق الاكتشاف المبكر لها، وأساليب مواجهتها، وتعديل المفاهيم السائدة تجاه الأشخاص المعاقين، بالإضافة إلى التدريب على التوجيه والتنمية البشرية (محمد سيد فهمي، 2005، ص 123).

ويبدأ تأهيل المعاقين لاستعادة أقصى قدراتهم البدنية والنفسية والاجتماعية من الأسرة نفسها، حيث تمثل البيئة العائلية الإطار الأول الذي يمكن من خلاله تطبيق برامج التأهيل المختلفة. كما أن المحيط الأسري مسؤول عن تهيئة الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة للطفل، سواء كان

المعاق جسدياً أو ذهنياً، فالأسرة تؤثر بشكل مباشر في نجاح برامج التأهيل والاستقلالية للطفل المعاق.

ومن العوامل الأسرية المؤثرة في حدوث بعض حالات الإعاقة الذهنية، خاصة عندما لا يكون هناك قصد من الأسرة، أسباب وراثية وبيولوجية، إضافة إلى أسباب اجتماعية مرتبطة بالقيم والعادات السائدة والنظم الاجتماعية التي تتحكم في التزاوج داخل العائلة الواحدة، ومن أبرز هذه العوامل:

- الزواج المغلق: ويتمثل في الزواج داخل نطاق الأسرة أو القبيلة الواحدة، مثل الزواج بين أبناء الأعمام أو الأخوال، وهو ما يزال شائعاً في بعض العائلات الجزائرية لأسباب أخلاقية واجتماعية واقتصادية. وقد أظهرت الإحصائيات تكرار حالات الإعاقة في هذه النوعية من الزواج (محمد الطاهر المحمودي، 2007، ص 295).

- الزواج في سن مبكر: تشير البحوث العلمية إلى أن الزواج المبكر للإناث يؤدي إلى ضعف التكوين الفسيولوجي أثناء الحمل، مما ينتج عنه ولادة أطفال ضعاف البنية ناقصي التكوين ومعرضين للإصابة بالإعاقة.

- انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للأم: يؤثر ضعف تعليم الأم على فهمها للتركيب البيولوجية والجسمية والنفسية للطفل، سواء في مرحلة الطفولة أو الرضاعة أو حتى الجنينية، مما يزيد من احتمالية إصابة الطفل بالإعاقة.

- اللجوء إلى أساليب علاجية بدائية: تمارس بعض الأسر، خاصة الأمهات، طرقاً تقليدية مثل الشعوذة أو استخدام الأعشاب الطبية بشكل غير علمي، وهو شائع رغم التطور الطبي الحديث.

- امتناع الأسرة عن الفحص الطبي قبل الزواج: لأسباب مرتبطة بالقيم التقليدية أو نقص الوعي بأهمية الفحوص الطبية قبل الزواج، مما يرفع احتمالات انتقال بعض الإعاقات الوراثية (محمد الطاهر المحمودي، المرجع السابق، ص 295).

و عليه فإن التوجيه الأسري والإرشاد المهني والاجتماعي للأهل يشكل عاملاً حاسماً في مساعدة الأسرة على فهم طبيعة الإعاقة، وكيفية التعامل معها بطرق علمية حديثة، بما يضمن للطفل فرصاً أفضل للنمو والتكيف الاجتماعي والمهني. فالأسرة لا تُعد فقط نقطة الانطلاق لتأهيل الطفل، بل هي الشريك الأساسي لجميع مؤسسات الرعاية، وهي التي تحدد إلى حد كبير نجاح عملية التأهيل أو فشلها في الحياة الواقعية.

4- دور الأخصائي الاجتماعي في دعم وتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة

يمثل الأخصائي الاجتماعي حلقة أساسية في دعم وتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة، إذ يربط بين احتياجاتهم الفردية والمجتمعية وبين البرامج والخدمات المتاحة لهم، ويعمل على تعزيز اندماجهم الاجتماعي والنفسي من خلال تقديم الإرشاد والتوجيه والمساندة اللازمة، كما يسهم دوره في تحسين جودة حياتهم وتمكينهم من ممارسة حقوقهم والاعتماد على أنفسهم إلى أقصى حد ممكن. ويمكن أن نحصر دور الأخصائي الاجتماعي في دعم ذوي الإعاقة في الجوانب الآتية:

أ- دور الأخصائي في خدمة المعاق ذهنياً

يمثل الأخصائي الاجتماعي عنصراً محورياً في دعم الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، إذ يشكل حلقة الوصل بين الأسرة والبرامج والخدمات التأهيلية، ويضمن تلبية احتياجات المعاق بشكل شامل ومتوازن. ويتطلب دوره فهماً دقيقاً للخصائص النفسية والاجتماعية للمعاق وللسياق الأسري والبيئي المحيط به، لضمان صياغة خطة تدخل فعالة تسهم في تطوير قدراته وإمكاناته.

ينطلق عمل الأخصائي منذ تقدم الأسرة بطلب إلى مركز التوجيه النفسي والتأهيل، حيث يقوم بمجموعة من المهام المنهجية الدقيقة (بركات، 2017، ص 170-186):

- إجراء مقابلة تمهيدية مع المعاق ذهنياً ووالديه للتعرف على طبيعة المشكلة وأعراضها وتاريخها، إضافة إلى تقييم الجهود السابقة المبذولة لمعالجتها.

التأصيل النظري للدراسة

- تحويل الحالة إلى الأخصائي النفسي لإجراء اختبارات قياس الذكاء، السمات الشخصية، والتحصيل الدراسي، وإحالتها للطبيب لإجراء الفحص الطبي الشامل.
 - إجراء مقابلات معمقة مع الوالدين لفهم التاريخ التطوري للمعاق، واستكمال معلومات حول البيئة الأسرية ونمط استجابات الأسرة للحالة.
 - تحليل نتائج الفحوصات النفسية والعقلية والجسمية بالتعاون مع فريق العمل، وربطها بالمقابلات التشخيصية لتحديد طبيعة الحالة والبرامج والخدمات المناسبة للمعاق ذهنياً، وفق قدراته وإمكانياته.
 - توجيه الوالدين بوضوح حول مسؤولياتهم في برنامج رعاية ابنهم، مع توضيح كيفية المشاركة الفعّالة في متابعة تقدمه.
 - منح المعاق ذهنياً فرص تحمل المسؤولية، وتنمية قدراته على اتخاذ القرارات من خلال إشراكه في تطبيق مفاهيم التقبل وحق تقرير المصير.
 - مساعدة المعاق على إدراك نقاط القوة في شخصيته واستثمارها، باستخدام أساليب العلاج الذاتي، كالاكتفاء على المعونة النفسية، والتعلم الذاتي، والاستبصار.
- ويكتسب عمل الأخصائي فعالية أكبر عند إشراك الأسرة، إذ يعتبر دورها داعماً ومحفزاً لتحقيق أهداف التأهيل، ويتطلب ذلك كسب ثقتها والتعامل بحساسية مع المشاعر السلبية التي قد تعيق سير العملية التأهيلية، بما يضمن تفاعلاً إيجابياً بين جميع الأطراف المعنية بالمعاق.
- ب- دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المعاق ذهنياً
- يمثل دعم الأسرة جزءاً أساسياً من عملية التأهيل الشامل للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، إذ أن الأسرة هي البيئة الأولى التي يتأثر فيها الطفل وتبنى عليها خبراته الاجتماعية والنفسية، ويُعد الأخصائي الاجتماعي الجسر الواصل بين الأسرة والبرامج التأهيلية، إذ يسعى لتقوية التفاهم والانسجام بين الأسرة وطفلها المعاق، وتحفيزهم على المشاركة الفعّالة في العملية

- التأهيلية ، و يبرز دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المعاق ذهنياً من خلال : (عبد الحميد، يوسف، محمد شعبان سحر، محمد سيد، 2016، ص 297-298)
- ☞ مساعدة الأسرة على تقبل الأمر الواقع ومحاولة تخليصها من المشاعر السلبية تجاه الابن المتخلف ذهنياً.
- ☞ إقناع الوالدين بضرورة تقبل الابن كما هو حتى يمكنهما مساعدته على تطوير قدراته والاندماج في المجتمع.
- ☞ يوضح للوالدين أن استخدام أسلوب الرفض والمعاملة السيئة للأبن قد تؤدي به للانحراف، وأن الدعم الإيجابي والتشجيع المستمر يحقق نتائج أفضل.
- ☞ تشجيع الأم لمساعدة الابن في تعلم عادات النوم وتناول الطعام بشكل سليم، وتدريبه على التفاعل التلقائي داخل الأسرة من خلال مكافأته وتشجيعه عند إنجاز أي تقدم في سلوكه أو عند أداء عمل ناجح.
- ☞ مساعدة الأم على تعليم الابن النطق الصحيح مع إرشادها إلى ضرورة التكرار لتحقيق الاستجابة، والحرص على تشجيعه في المجالات التي يبذل فيها جهداً ملموساً.
- ☞ التخفيف من حدة الشعور بالتشاؤم لدى الأسرة تجاه الأبناء المتخلفين عقلياً، وتعزيز الثقة في إمكانات الطفل على التطور والتحسن.
- ☞ تدعيم الوازع الديني لدى الأسرة تجاه مريض العقل من أجل تقبله والعمل على رعايته ومساعدته بطريقة صحيحة، وإكسابهم صبراً واستعداداً للمساهمة في تطوير مهاراته.
- ☞ ويستخدم الأخصائي أسلوب المقابلة والزيارة المنزلية لضعيف العقل من فئة المورون وأسرته، حيث يركز غالباً على المقابلات المشتركة داخل منزل الأسرة لضمان تحقيق نتائج ملموسة واستمرار التواصل الفعال.

و عليه يمكن القول إن دور الأخصائي الاجتماعي في هذا الإطار يتعدى مجرد تقديم الإرشادات، ليشمل بناء شراكة حقيقية مع الأسرة، تُسهم في تحسين جودة حياة المعاق ذهنياً وتعزز فرصه في الاستقلال والاندماج الاجتماعي.

ج- دور الأخصائي الاجتماعي مع المعاقين ذهنياً كجماعة

يمثل العمل الجماعي مع الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية جانباً حيوياً من عملية التأهيل الاجتماعي، إذ يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى تمكين هذه الفئة من الانخراط في بيئة جماعية داعمة تُعزز شعورهم بالانتماء وتوفر لهم فرصاً للتعلم والنمو المشترك، فالتركيز هنا لا يقتصر على الفرد وحده، بل يشمل الجماعة ككل لضمان استفادة الجميع من برامج التأهيل والخدمات المقدمة. ويتجلى دور الأخصائي الاجتماعي مع المعاقين ذهنياً كجماعة فيما يلي :

☞ مساعدة المعاقين عقلياً كأعضاء في جماعة على التعبير عن رغباتهم واحتياجاتهم، ومساعدتهم على مواجهتها بقدر الإمكان بطريقة تشجعهم على المشاركة الفعالة.

☞ المساعدة في وضع برامج هادفة تدعم نمو الأعضاء وتيسر التغيير الإيجابي في سلوكياتهم.

☞ الإشراف على تنفيذ تلك البرامج ومتابعة فعاليتها لضمان تحقيق الأهداف المرجوة.

☞ تقييم قدرة البرامج والأنشطة التثقيفية والتعليمية على تعزيز التقدم والنمو وتحسين السلوك الاجتماعي للأعضاء.

☞ إتاحة الفرصة للأعضاء للشعور بالدفء والحب الناتج عن الانتماء للجماعة، ما يعزز شعورهم بالأمن والدعم النفسي.

☞ تمكين الأعضاء من الاعتماد على النفس بشكل بسيط، واستثمار قدراتهم المتبقية في أنشطة مفيدة.

☞ تقديم برامج ترفيهية متناسبة مع نواحي إعاقتهم، تساعد على التسلية وتنمية المهارات الحركية والاجتماعية.

☞ مساعدتهم على التكيف مع أسرهم وزملائهم، وتوجيههم نحو استخدام وقت فراغهم في تحمل المسؤولية والمشاركة في تجهيز الأنشطة المحببة لديهم. (بركات وجدي، 2008، ص 116)

☞ تشجيع الأعضاء على اكتساب علاقات اجتماعية جديدة وتعزيز ثقتهم بأنفسهم من خلال المشاركة في الأنشطة الجماعية المحببة لهم.

☞ تنظيم رحلات داخلية ومعسكرات صيفية في حدود قدراتهم، كوسيلة للترفيه وربطهم بالمجتمع الأوسع.

☞ إجراء مناقشات جماعية مع الآباء والأمهات لمساعدة الأسرة على تخفيف مشاعر الحزن والأسى، وتبادل الخبرات بما يخدم تطوير مهارات أبنائهم ويعزز دمجهم الاجتماعي. (بركات وجدي، المرجع السابق، 2008، ص 117)

إذن فدور الأخصائي الاجتماعي هنا يتجاوز مجرد الإشراف على الأنشطة الجماعية، ليصبح وسيطاً فعالاً بين الفرد والجماعة، بما يضمن تحقيق التوازن النفسي والاجتماعي للأعضاء، وتعزيز استقلاليتهم، وتوفير بيئة جماعية داعمة تشجع على التفاعل والتعلم المشترك.

5- واقع الرعاية الاجتماعية للمعاقين ذهنياً في المجتمع الجزائري

في المجتمع الجزائري تحظى فئة ذوي الإعاقة الذهنية باهتمام خاص، حيث تعكس السياسات الوطنية إدراك الدولة لأهمية دمجهم ومساندتهم على مختلف الأصعدة، فقد أصدرت الجزائر تشريعات تهدف إلى حماية حقوقهم وتسهيل اندماجهم في الحياة العملية والاجتماعية، كما تم إنشاء مؤسسات متخصصة لتقديم الرعاية والتأهيل، مع توفير برامج وخدمات مصممة خصيصاً لتلبية احتياجاتهم الفردية والجماعية، وتأتي هذه الجهود في إطار سعي الدولة لإدماج المعاقين ذهنياً في المجتمع ومنحهم فرصاً متكافئة للمشاركة والتطور.

في بدايات الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، كان الاهتمام يتركز على تقديم العون المباشر للفقراء والمحتاجين، مع التركيز على رعاية حالات العجز الجسدي من خلال تلبية الاحتياجات المادية الأساسية مثل المأكل والملبس والمسكن، دون دراسة معمقة للاحتياجات الاجتماعية والنفسية لهذه الفئة، ومع مرور الزمن تطورت هذه الرعاية لتشمل أبعاداً أوسع تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية للمعاقين، مستندة إلى مبادئ دينية وقيمية تؤكد على دعم الضعفاء ومساندة المرضى والعاجزين، حيث كان للإسلام دور بارز في تنظيم الرعاية لهذه الفئة وتخصيص موارد من بيت المال لضمان دعمهم.

في الجزائر واجه ذوو الاحتياجات الخاصة العديد من التحديات والعراقيل، ولم تحظ هذه الفئة بالاهتمام الكافي إلا مع إنشاء مدارس ومراكز متخصصة للرعاية والتأهيل، ليصبح من واجب الدولة توفير الرعاية الاجتماعية لهم، وهو ما يعكس مبدأ دولة الرعاية، وقد أكدت المادة 31 من الدستور الجزائري على ضمان المساواة في الحقوق والواجبات لكل المواطنين، وإزالة العقبات التي تحول دون مشاركة الإنسان الفعلية في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، إلا أن واقع المعاقين يظهر استمرار مظاهر التهميش وسوء الاندماج في المجتمع.

وتشير البيانات الرسمية إلى أن عدد المعاقين في الجزائر يزداد باستمرار نتيجة أسباب وعوامل متنوعة، وراثية ومكتسبة، حيث بلغ تعدادهم حوالي ثلاثة ملايين معاق بمختلف أنواع الإعاقات، تشمل الإعاقات الحركية بنسبة 33.18%، والعقلية 24.85%، والبصرية 16.50%، والسمعية 14.71%، والإعاقات المتعددة 6.58% (جمال حواوسة، 2019، ص 24). وقد بينت معطيات الإحصاء العام للسكان والسكّات لعام 1998 أن عدد المعاقين بلغ 1,590,466 معاق، موزعين عبر كامل ولايات الوطن، مع أعلى نسبة للمصابين بأمراض مزمنة (32.25%) وأدنى نسبة للإعاقات السمعية (4.02%)، والإعاقات المتعددة (4.48%) (جمال حواوسة، المرجع السابق، ص 24).

ولتوفير رعاية فعالة للمعاقين عملت الدولة على سن برامج تربوية وعلاجية مؤسسية، مع الحرص على توفير الشروط الصحية والاجتماعية الضرورية، وذلك من خلال التشريعات والقوانين، مثل المادة الثامنة من القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002، التي أكدت على الوقاية من الإعاقة بواسطة الكشف المبكر، وبرامج التطعيم والتغذية، والتوعية المجتمعية بالعوامل المسببة للإعاقة، مع ضمان التكفل الطبي والنفسي والاجتماعي للمعاقين (جمال حواوسة، 2019، ص 25).

وبفضل هذه التشريعات أصبح المعاق يتمتع بمكانة خاصة في المجتمع الجزائري، مع شبكة هيكلية تتكون من 220 مؤسسة متخصصة موزعة على 46 ولاية، بطاقة استيعابية تفوق 22,000 شخص، حيث يستفيد منها فعلياً 17,456 شخصاً (جمال حواوسة، 2019، ص 25). ورغم هذه الجهود، يعاني التوزيع الجغرافي غير المتكافئ لهذه المؤسسات من تفاوت كبير، إذ توجد 5 مراكز في ولاية الجزائر وحدها، بينما تفتقر بعض الولايات تماماً لأي مركز، مما يفاقم تهميش بعض الفئات المحتاجة للرعاية الاجتماعية.

كما أصبح برنامج الدولة الخاص بالمعاقين متعدد الأبعاد، يشمل الوقاية، والإدماج الاجتماعي والمهني، والتأهيل، حيث توفر الجهات المهنية برامج تدريبية مسبقة لإعداد المعاقين للاندماج في الحياة العملية، عبر التكوين المهني، والمراكز البيداغوجية والنفسية المتخصصة، وتهدف هذه البرامج إلى تطوير المعايير الحالية للتكوين المهني، مع إنشاء مرافق ومراكز متخصصة للمعاقين في مختلف التخصصات، بما يعزز استقلاليتهم ويقلل اعتمادهم على المجتمع، ويجعل التأهيل المهني جزءاً أساسياً من عملية تمكينهم اجتماعياً واقتصادياً (جمال حواوسة، 2019، ص 27).

و منه يمكن استنتاج أن الرعاية الاجتماعية للمعاقين ذهنياً في الجزائر شهدت تطوراً من تقديم المساعدات المادية المباشرة إلى برامج شاملة تراعي الاحتياجات الصحية والنفسية والاجتماعية، ورغم التشريعات والمؤسسات المخصصة، لا يزال التوزيع الجغرافي غير المتكافئ يمثل تحدياً يؤثر على

استفادة الفئات المحتاجة. كما أن برامج التأهيل المهني والاجتماعي تُعد أساسية لتمكين المعاقين من الاعتماد على أنفسهم والاندماج الفعّال في المجتمع، ومن هنا يظهر أن نجاح الرعاية يتطلب تضامراً جهود الدولة والأسرة والمجتمع لتحقيق التكامل والشمولية في الخدمات المقدمة.

المبحث الثاني : الصعوبات الاجتماعية للمعاقين ذهنياً في الوسط الحضري

يُعدّ الوسط الحضري فضاءً معقداً تتشابه فيه الأبعاد العمرانية والاجتماعية والثقافية، مما يجعل التكيف داخله تحدياً خاصاً بالنسبة لذوي الإعاقة الذهنية، ففي هذا السياق تُطرح إشكالية أساسية تتعلق بمدى قدرة هذا الوسط على استيعاب احتياجاتهم وضمان اندماجهم الاجتماعي. ومن هنا يهدف هذا المبحث إلى تحليل طبيعة المحيط الحضري ومتطلباته، ثم استجلاء أبرز الصعوبات الاجتماعية التي تواجه هذه الفئة، بما في ذلك صعوبات الإدماج الأسري، والتدرس، والتنقل، فضلاً عن مظاهر التهميش والإقصاء.

أولاً/ طبيعة الوسط الحضري ومتطلباته

يُعتبر الوسط الحضري بيئة معقدة تتسم بكثافة سكانية عالية وتنوع الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مما يجعل الحياة اليومية مليئة بالفرص والتحديات في الوقت نفسه. ويستلزم العيش في المدن قدرة الأفراد على التكيف مع الضغوط المختلفة، سواء المتعلقة بالتنقل أو العمل أو التفاعل الاجتماعي، لذلك فإن فهم طبيعة الوسط الحضري ومتطلباته يمثل خطوة أساسية لتحديد مدى ملاءمته للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية واحتياجاتهم الخاصة.

1- محددات الوسط الحضري

يُعدّ الوسط الحضري فضاءً معقداً ومتعدد الأبعاد، فهو ليس مجرد تجمع سكاني، بل هو بيئة متكاملة تتفاعل فيها البنية العمرانية مع الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للسكان، وقد شيد الإنسان المدن لتحقيق أغراض معينة، من توفير أماكن للسكن والعمل إلى تنظيم النشاط الاجتماعي والاقتصادي، ما يجعل المدينة طرازاً مميزاً للحياة البشرية. ويأتي هذا التميز من طبيعة

الناس، وعاداتهم، واحتياجاتهم اليومية، إضافة إلى التفاعلات التي تنشأ بينهم وبين البيئة المحيطة، وهو ما يفرض ضرورة دراسة خصائص هذا الوسط وفهم متطلباته، في هذا السياق تبرز أهمية معرفة الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية لضمان تنقلهم وحركتهم المستقلة داخل المدينة دون عناء أو مساعدة دائمة من الآخرين، كما يُعد التعرف على القوانين المنظمة للنقل وأسس رعاية المعاقين حركياً في بعض دول الخليج مفيداً لتقديم نماذج ناجحة يمكن تطبيقها في الجزائر، إلى جانب دراسة واقع المعاقين في المدن الجزائرية ومشاكلهم اليومية.

حسب يوسف نيازي يُعرف الوسط الحضري على أنه مستوطنة ذات كثافة سكانية كبيرة ولها وضع قانوني محدد، مما يميزها عن القرى أو التجمعات الريفية، ويُعد هذا التعريف قانونياً واجتماعياً في آن واحد، حيث يبرز الفرق بين سكان الحضر والريف من حيث الحقوق والواجبات والقدرة على الوصول إلى الخدمات المختلفة. (يوسف نيازي، 2012، ص 11)

أما من منظور سوسيولوجي فالوسط الحضري يمثل مركزاً للحياة الجماعية، فهو مكان دائم للإقامة يتميز بالكثافة النسبية والتنوع الاجتماعي، حيث يسكنه أفراد غير متجانسين من حيث الخلفيات الثقافية والتعليمية والاقتصادية. ويمكن اعتبار الوسط الحضري أيضاً فضاءً للتفاعل الاجتماعي المكثف، يتيح فرصاً متعددة لتبادل الخبرات والمعارف، ولكنه في الوقت ذاته يفرض تحديات كبيرة تتعلق بالاندماج والتكيف مع الضغوط اليومية.

و يمكن تحديد الوسط الحضري باعتباره تجمّعاً سكانياً كثيفاً يشمل منشآت وخدمات اقتصادية واجتماعية وثقافية متنوعة، ويشكل مركزاً للنشاط البشري بكافة أشكاله، ويمتاز هذا الوسط بتعدد فرص العمل والتعليم والترفيه، لكنه في الوقت نفسه يفرض صعوبات في التنقل والتواصل والتفاعل الاجتماعي، خاصة على فئات ضعيفة الحركة أو المعاقين ذهنياً. وعليه فإن المدن تتسم بديناميكية مستمرة في البناء والتوسع العمراني، مما يعكس حياة مليئة بالحركة والتغير

المستمر، ويستدعي من الأفراد قدرة على التكيف ومهارات خاصة للتعامل مع هذه البيئة. (هادفي سمية، 2014، ص 170)

وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية فإن الوسط الحضري يشكل تحدياً مزدوجاً؛ فهو يوفر لهم فرصاً للتعليم والعمل والمشاركة الاجتماعية، ولكنه في الوقت ذاته قد يقيد حركتهم ويزيد من شعورهم بالاعتماد على الآخرين إذا لم تتوفر لهم البنية التحتية والخدمات المناسبة. لذلك فإن تصميم المدينة يجب أن يأخذ بعين الاعتبار متطلبات هؤلاء الأفراد، مثل الأرصفة المهيأة للتنقل، وسائل النقل الميسرة، ومراكز الدعم الاجتماعي والصحي، لضمان اندماجهم الفعلي وتحقيق استقلاليتهم في الحياة اليومية.

في ضوء ما سبق، يتضح أن فهم الوسط الحضري لا يقتصر على الجانب المكاني والعمراني فقط، بل يمتد إلى البعد الاجتماعي والثقافي والقانوني، وهو أمر أساسي لتوفير بيئة شاملة وآمنة لجميع المواطنين، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الذين يحتاجون إلى دعم مستمر ومراعاة خاصة في سياسات التخطيط الحضري لتسهيل حياتهم اليومية وتحقيق اندماجهم الكامل في المجتمع.

2- الخصائص الاجتماعية للوسط الحضري

يُعتبر المجتمع الحضري فضاءً اجتماعياً متكاملًا، حيث يتركز السكان في تجمعات ذات كثافة عالية ويشتغل معظمهم في أنشطة اقتصادية وخدمية غير الزراعة، مثل الصناعة والتجارة والخدمات المختلفة، ما يميز المدينة عن الريف من حيث نمط الحياة وأنماط العلاقات الاجتماعية. ورغم أن الخصائص الحضرية قد تختلف من مجتمع إلى آخر أو حتى داخل المجتمع نفسه، إلا أن هناك مجموعة من السمات العامة التي تميز المجتمعات الحضرية وتؤثر بشكل مباشر على سلوك السكان وأسلوب حياتهم، وتبرز خصائص المجتمع الوسط الحضري في:

- البيئة: يعيش السكان الحضريون في بيئة من صنع الإنسان، معزولين إلى حد كبير عن الطبيعة، حيث تشكل هذه البيئة منازلهم وأماكن عملهم وشوارعهم وأماكن ترفيههم الأثر الأكبر في

حياتهم اليومية، ما يجعل البيئة المصممة اجتماعياً وثقافياً جزءاً أساسياً من حياتهم. (هادفي سمية، المرجع السابق، 2014، ص 170)

- المهنة والعمل: تمثل الأعمال الإدارية والمهنية والتجارية والصناعية النشاط الرئيس لسكان المدن، وتفرض عليهم المدينة تقسيم العمل والتخصص الدقيق، خاصة في مجالات الطب والهندسة والقانون والمحاسبة، وغيرها من المهن المتخصصة، ما يخلق نمط حياة متنوعاً ومتطلبات مهنية واضحة. كما يتسم العمل في المدينة بالاستمرارية طوال العام، إلا أن البطالة المقنعة والحقيقية قد تكثر أحياناً، خاصة بين غير المؤهلين أو من يفتقرون للمهارات المطلوبة. (هادفي سمية، المرجع السابق، 2014، ص 170، 173)

- الثقافة والتعليم: يمتاز سكان المدن بمستوى ثقافي مرتفع، نتيجة توفر المدارس والمعاهد والجامعات والمراكز الثقافية، بالإضافة إلى وسائل الإعلام المرئية والمسموعة، مما يتيح لهم فرص التعلم والتواصل المستمر مع المعرفة والابتكار. (هادفي سمية، المرجع السابق، 2014، ص 173)

- حجم وكثافة السكان: المجتمع الحضري أكبر بكثير من المجتمع الريفي، ويمتاز بكثافة سكانية مرتفعة، أي ارتفاع عدد السكان لكل كيلومتر مربع، ما يعكس حجم الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية والترفيهية المتاحة في المدينة. (هادفي سمية، المرجع السابق، 2014، ص 173)

- التباين والتدرج الاجتماعي: يظهر بوضوح في المجتمعات الحضرية من حيث السلم الاجتماعي والمهن والوظائف، مما يعكس تفاوت الفرص والمسؤوليات بين الأفراد والفئات الاجتماعية المختلفة. (صابر عبد الباقي، المرجع السابق، ص 47)

- اللاتجانس الاجتماعي: يرتبط الوسط الحضري بدرجة كبيرة باللاتجانس بين السكان مقارنة بالريف الذي يكون أكثر تجانساً اجتماعياً ونفسياً، حيث تجمع علاقات مشتركة وطبيعة حياة بسيطة نسبياً. (صابر عبد الباقي، المرجع السابق، ص 47)

- التنقل: المدينة مكان للتنقل الاجتماعي المكثف، سواء كان للتعليم أو العمل أو الأنشطة الترفيهية، وهذا التنقل مرتبط ارتباطاً إيجابياً بمفهوم الحضرية. كما تُعد الهجرة من الريف إلى المدينة ظاهرة متكررة، خصوصاً عند الكوارث أو البحث عن فرص أفضل، وتعكس العلاقة بين الريف والمدينة طبيعة التفاوت في توزيع الخدمات والفرص. (صابر عبد الباقي، المرجع السابق، ص 47) باختصار يُظهر المجتمع الحضري تعقيداً في بنيته الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ويستلزم من السكان امتلاك قدرات ومهارات خاصة للتكيف مع متطلباته، وهو ما يجعل دراسة الخصائص الاجتماعية للوسط الحضري أمراً أساسياً لفهم احتياجات مختلف الفئات، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الذين يحتاجون إلى دعم خاص لتسهيل اندماجهم في الحياة اليومية.

و يمكن النظر إلى مجتمع الوسط الحضري من خلال تصنيفات مختلفة تسلط الضوء على خصائصه الاجتماعية والسلوكية، حيث أن دراسة المدن تعتمد على درجة الحضرية الموجودة فيها، أي أن زيادة عدد السكان تؤدي إلى توسع الخدمات وتنوعها داخل المدينة، مما يجعلها مركز جذب ليس فقط لسكانها وإنما أيضاً للمناطق المحيطة بها. ومن هذا المنطلق كلما ارتفعت نسبة الحضرية في المدينة، زادت وضوح مظاهر التخصص وتقسيم العمل، حيث يعمل الفرد في المجتمع الحضري في جزء محدد من سلعة أو منتج، وهو ما يختلف عن الحياة الريفية التي يرتبط فيها العمل بشكل أساسي بالأنشطة الزراعية التقليدية. (مخولف بومدين، 2007، ص 84) و من الخصائص التي تبرز في الوسط الحضري أيضاً نجد :

• وضوح الفردية وضعف السيطرة الأسرية: يتميز الفرد الحضري بحرية أكبر من الفرد الريفي، ويكتسب استقلالية شخصية وآراء خاصة يعبر عنها بحرية، إذ تنشأ هذه الفردية من اتصالاته المستمرة والمتجددة مع البيئة المحيطة، ما يجعله قادراً على امتصاص قيم جديدة وتبني

اتجاهات مختلفة، كما أن الأسرة الحضارية تقلل من تدخلها المباشر في تحديد ميول الأبناء، بما يتيح لهم مزيداً من الحرية في اختيار ما يقبلونه أو يرفضونه.

☞ ديناميكية الحياة الحضرية: على عكس المجتمعات الريفية، التي تحافظ على قيمها التقليدية وتقاوم التغيير، تسم المدينة بحراك اجتماعي واضح ومرونة في العلاقات الإنسانية، إذ يمكن الدخول والخروج من الطبقات المختلفة وفق إجراءات معينة أو ظروف محددة، ما يعكس قدرة الأفراد على التكيف مع المواقف المتغيرة وتبني أنماط حياة جديدة.

☞ انخفاض معدلات الإنجاب والوفيات: يشهد المجتمع الحضري معدلات أقل للإنجاب بالمقارنة مع الريف، وذلك نتيجة قبول السكان لفكرة تنظيم الأسرة وتحديد النسل، بما يعكس تحول القيم الاجتماعية والثقافية نحو التوافق مع اتجاهات المجتمع الحديث. وفي المقابل، تمثل كثرة الأولاد في الريف مصدراً للرزق وتعزز المكانة الاجتماعية للرجل، وهو ما يوضح الفرق الكبير بين العقلية الحضرية والريفية في هذا الجانب.

☞ النظرة التقدمية للمرأة: تختلف مكانة المرأة في المدينة عن الريف، إذ يصبح لها دور اجتماعي ووظيفي متساوٍ مع الرجل، ويكتسب عملها أهمية اجتماعية واقتصادية، مما يعكس تغيرات جديدة في الأسرة الحضرية ويؤثر على توزيع السلطة والواجبات داخلها. ويؤدي هذا التغيير إلى سياسات اجتماعية تهدف إلى دمج المرأة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية، مع تعزيز مساهمتها في خدمة المجتمع والارتقاء بمكانتها داخل الأسرة.

باختصار يظهر المجتمع الحضري كفضاء ديناميكي ومتعدد الأبعاد، يتطلب من سكانه التكيف مع التغيير المستمر، كما أن هذه الخصائص الاجتماعية تلقي الضوء على طبيعة التحديات التي يواجهها الأفراد، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، الذين يحتاجون إلى دعم خاص لتسهيل اندماجهم في المجتمع الحضري وممارسة حياتهم اليومية بشكل فعال.

3- مدى ملائمة المحيط الحضري لذوي الإعاقة الذهنية

يعد المحيط الحضري بيئة مركبة وديناميكية تتسم بتعدد الفرص والتحديات، وتظهر فيه الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تؤثر مباشرة على جودة الحياة لجميع الأفراد، ولا سيما ذوي الإعاقة الذهنية. فالمدن، بطبيعتها، تجمع كثافات سكانية عالية وتنوعاً واسعاً في الأنشطة الاقتصادية والتعليمية والثقافية، الأمر الذي يجعلها مركزاً للنشاط البشري المتنوع، لكنه في الوقت ذاته يفرض متطلبات معقدة على السكان، تتعلق بالتنقل، والتفاعل الاجتماعي، والمشاركة في الحياة اليومية (هادفي سمية، 2014، ص 170). ومن هذا المنظر، يواجه ذوو الإعاقة الذهنية تحديات مضاعفة، إذ أن تصميم الفضاء الحضري غالباً ما يتجاهل احتياجاتهم، ما يؤدي إلى صعوبات كبيرة في الانتقال والتكيف مع البيئة المحيطة، وهو ما يتطلب وجود سياسات مدروسة وبرامج متخصصة تسهل اندماجهم في المجتمع.

تتسم البيئة الحضرية بالتنقل المكثف والتراكم العمراني، وهو ما يتطلب من السكان قدرات عالية على التكيف مع حركة المرور واستخدام وسائل النقل، والتعامل مع ازدحام الشوارع والمساحات العامة (صابر عبد الباقي، دت، ص 47). ومع ذلك، غالباً ما يغفل المخططون الحضريون عن تخصيص مسارات آمنة ومهياة لحركة ذوي الإعاقة الذهنية، وكذلك عن توفير إشارات واضحة وسهلة الفهم تساعدهم على الانتقال بحرية، ما يخلق لديهم شعوراً بالاعتماد المستمر على الآخرين ويقلل من مستوى استقلاليتهم. كما أن البنية التحتية للمدن، من أرصفة وطرق ومرافق عامة، لا تتسم دائماً بالمرونة اللازمة لتلبية احتياجاتهم الخاصة، ما يزيد من صعوبة مشاركتهم في النشاطات الاجتماعية والتربوية والترفيهية، ويؤثر سلباً على تطورهم الشخصي والاجتماعي.

من جانب آخر تشير الدراسات إلى أن البيئة الحضرية تتميز بتباين اجتماعي وارتفاع نسبة الفردية وضعف السيطرة الأسرية، الأمر الذي ينعكس على طبيعة العلاقات والتفاعل الاجتماعي (مخلوف بومدين، 2007، ص 84). وفي حالة ذوي الإعاقة الذهنية، فإن ضعف التواصل

الاجتماعي مع الآخرين والمحيط الأسري قد يؤدي إلى زيادة العزلة والتهميش. فالمدينة، رغم ما توفره من فرص تعليمية وتوظيفية، تبقى بيئة صعبة على من يعانون من قصور في القدرات الذهنية إذا لم يتم تكييفها لتلائم احتياجاتهم، سواء من خلال برامج التأهيل أو التسهيلات المادية واللوجستية. كما أن قلة الوعي لدى بعض المؤسسات وأصحاب العمل بشأن خصوصيات هؤلاء الأفراد تضيف عقبات إضافية أمام اندماجهم في المجتمع، رغم وجود قوانين وتشريعات كقانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعاقين، والذي يهدف إلى الوقاية من الإعاقة وضمان إدماجهم اجتماعياً ومهنياً (جمال حواوسة، 2019، ص 25).

علاوة على ذلك يشكل اختلاف مستوى التحصيل الثقافي والتعليم والتباين الاقتصادي بين سكان المدينة عاملاً مؤثراً في ملائمة البيئة لذوي الإعاقة الذهنية، إذ أن هذه الفئة تحتاج إلى رعاية خاصة وإشراف مستمر سواء في التعليم أو في التعامل مع الحياة اليومية، وهو ما قد يعيق تحقيق استقلاليتهم الذاتية إذا لم تتوفر لهم الموارد والدعم المناسب. وتشير الإحصاءات إلى أن المعاقين في الجزائر يشكلون نسبة مهمة من السكان، مع وجود نسب متفاوتة للإعاقات الحركية والعقلية والبصرية والسمعية، وهو ما يستدعي تخطيطاً مدنياً أكثر دقة لتلبية هذه الاحتياجات المتنوعة (جمال حواوسة، 2019، ص 24).

من هذا المنطلق يمكن القول إن ملائمة المحيط الحضري لذوي الإعاقة الذهنية لا تتوقف عند توفير البنية التحتية فقط، بل تشمل خلق بيئة شاملة تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية لهم، بما يتيح لهم الاستفادة من الفرص المتاحة للاندماج الكامل في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمدينة. ويجب أن يكون التخطيط الحضري متكاملًا، يشمل مساحات تعليمية وترفيهية وتدريبية مناسبة، ويعزز من استقلالية الأفراد ويحد من التهميش الاجتماعي، ما يجعل المدينة بيئة حاضنة لكافة فئات المجتمع، بما فيها الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية (يوسف نيازي، 2012، ص 11؛ هادي سمية، 2014، ص 170).

ثانياً الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية: تواجه فئة ذوي الإعاقة الذهنية العديد من الصعوبات الاجتماعية التي تحد من اندماجهم الكامل في المجتمع، إذ تمتد هذه التحديات لتشمل الأسرة والمدرسة والمحيط الحضري، مما يستدعي دراسة معمقة لطبيعتها وآثارها على حياتهم اليومية.

1- صعوبات الإدماج الأسري

إن إدماج الطفل ذي الإعاقة الذهنية داخل الأسرة يمثل تحدياً مربكاً يجمع بين الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية، إذ لا يقتصر الأمر على الإعاقة ذاتها، بل يشمل البيئة الأسرية التي ينشأ فيها الطفل وطريقة تعاملها مع قصوره الذهني أو البدني. فاستثمار قدرات الطفل وتوجيه طاقاته بشكل إيجابي، حتى في حال وجود قصور أو عاهة، يتيح له الشعور بالقيمة الذاتية ويعزز إحساسه بالمساواة مع أقرانه العاديين. وقد أكد الباحثون وعلماء النفس الاجتماعي على أن الوعي الأسري والاجتماعي بأهمية احتواء الطفل وتوجيهه نحو أنشطة بناءة يساهم في تقليل شعوره بالنقص ويدفعه نحو تنمية مهاراته وقدراته الإبداعية، بما يحقق له درجة من الاكتفاء الذاتي والتكيف الاجتماعي (المصري، 1985، ص 192).

غير أن الواقع الاجتماعي في العديد من المجتمعات، بما فيها المجتمع الجزائري، يعكس حالة معاكسة، حيث يواجه الطفل المعاق تحديات يومية تتجلى في مشاعر الغضب والإحباط الناتجة عن الشعور بعدم كفاية إمكانياته العقلية والجسدية، وهذا ما يفسر انتشار السلوكيات العدوانية لدى بعض الأطفال ذوي الإعاقة. هذا السلوك قد يكون إيجابياً بمعنى أنه وسيلة للتعبير عن حاجاته الداخلية أو التعويض عن نقص ما، وقد يكون سلبياً يتمثل في الانطواء وكبت الانفعالات، وهو ما يؤدي أحياناً إلى اضطرابات فسيولوجية وصعوبات في النطق والتواصل، وقد يصل الأمر إلى حالات هستيرية في بعض الأطفال (سلامة وحداد، 1973، ص 163).

تزداد هذه التحديات تعقيداً عندما يكون الوالدان أو الأسرة غير مدركين لطبيعة الإعاقة وطرق التعامل معها، فالآباء الذين يطالبون الطفل المعاق بتحقيق طموحاتهم الشخصية دون مراعاة

قدراته الفعلية، أو الذين يفرقون بين أبنائهم في المعاملة ويعمدون إلى التذليل المفرط، يرسخون شعور الطفل بالنقص والإحباط، مما يحد من اندماجه الأسري والاجتماعي ويعيق تطوره النفسي. ومن هنا، يبرز الدور الأساسي للتدريب الأسري والتوجيه النفسي للأولياء، حيث ينبغي تزويدهم بالمهارات اللازمة لفهم الإعاقة، وتشخيصها مبكراً، وتقديم رعاية تتسم بالعدالة والمساواة، مع التركيز على تنمية استقلالية الطفل المعاق في مختلف جوانب حياته اليومية (المصري، 1985، ص 192؛ نجاتي، 1995، ص 404).

تُظهر الدراسات أن الاغتراب النفسي يمثل جانباً آخر من صعوبات التكامل الأسري للمعاقين ذهنياً، إذ يشعر الطفل بانفصال داخلي بين كيانه وبين محيطه الأسري والاجتماعي، مما يخلق فجوة عاطفية وسلوكية بينه وبين الآخرين، ويصعب عليه بناء علاقات اجتماعية طبيعية. وقد فسّر سيجموند فرويد هذا الاغتراب ضمن نظرية الأنا واللاوعي، حيث يعيش الطفل في حالة انفصال بين ذاته وبيئته المحيطة، مما يزيد من عزلة الطفل ويؤثر سلباً على التوازن الأسري (نجاتي، 1995، ص 404).

على الرغم من هذه التحديات، فإن تطور الفكر البشري في مجال التربية والتأهيل الاجتماعي للمعاقين ساهم تدريجياً في تحسين الظروف الأسرية لهم، فقد بدأ المجتمع الجزائري، بالتوازي مع التجارب الدولية، في وضع برامج وإجراءات تهدف إلى دمج الأطفال المعاقين اجتماعياً، من خلال توجيه الأسرة لتصبح محوراً رئيسياً في عملية التربية والتأهيل، بحيث يتعاون الأخصائيون الاجتماعيون مع الآباء والأمهات لتحقيق تكامل الطفل داخل الأسرة والمجتمع (بن حمزة، 2009، ص 46).

تتضمن التدابير المقترحة لتسهيل الإدماج الأسري للمعاقين ذهنياً عدة محاور مهمة، أبرزها إعداد برامج متخصصة للإرشاد الأسري والتأهيل النفسي، وتقديم الدعم المالي والمعنوي للأسر، وتنمية مهاراتهم في التربية الصحيحة، بما يتيح للطفل الاعتماد على ذاته وتحقيق مستوى عالٍ من

الاستقلالية. ويهدف هذا التوجيه إلى تمكين الأسرة من مواجهة تحديات الإعاقة بشكل واعي وفعال، كما يضمن تعزيز قدرة الطفل على التكيف الاجتماعي، وتحسين سلوكياته، وزيادة فرص مشاركته الفعلية في الحياة اليومية (بن حمزة، 2009، ص 46).

بالإضافة إلى ذلك فإن إشراك الأسرة في برامج التكوين والتأهيل، وتقديم التوجيه النفسي والتربوي المتخصص منذ المراحل الأولى من عمر الطفل، يسهم في الحد من الآثار السلبية للإعاقة، ويمنع تطور السلوكيات العدوانية أو الانطوائية. كما أن التوعية بالحقوق الاجتماعية والقانونية للمعاقين توفر إطاراً قانونياً يحمي الطفل والأسرة، ويضمن لهما مستوى مناسباً من الحياة الكريمة والمشاركة المجتمعية، بما يتماشى مع التشريعات الدولية والمحلية، ومنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي أكد على حق كل فرد في مستوى معيشي كافٍ ورعاية صحية وتعليمية متكاملة (بن حمزة، 2009، ص 46).

و عليه يمكن القول إن صعوبات الإدماج الأسري لذوي الإعاقة الذهنية ليست مجرد مسألة فردية، بل هي انعكاس للتحديات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المحيطة بالأسرة، لذلك فإن النجاح في رعاية وتأهيل الأطفال المعاقين يتطلب تعاوناً متكاملاً بين الأسرة، الأخصائيين الاجتماعيين، المؤسسات التربوية، والمجتمع ككل، بما يضمن تحقيق التوازن الأسري والنفسي للطفل، وتوفير بيئة داعمة تمكنه من تطوير مهاراته وقدراته بشكل مستمر وفعال، ليصبح عضواً منتجاً ومشاركاً في المجتمع.

2- صعوبات التمدرس والتعليم: تعد مسألة التمدرس والتعليم للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من أبرز التحديات الاجتماعية التي تواجه المجتمع الجزائري، حيث تتداخل فيها العوامل الفردية والأسرة، والمحيط المدرسي، والسياسات التعليمية، بالإضافة إلى العوامل المجتمعية والثقافية التي تؤثر بشكل مباشر على فرص هؤلاء الأطفال في التحصيل العلمي والتطور النفسي والاجتماعي، ويشير الباحثون إلى أن الفهم المبكر للإعاقة الذهنية، وتشخيصها بدقة، يعتبران من الشروط

الأساسية لضمان توفير بيئة تعليمية ملائمة للطفل المعاق، إذ أن كل تأخير في الكشف المبكر يضاعف من الصعوبات التي سيواجهها الطفل فيما بعد في المدرسة والمجتمع (المصري، 1985، ص 192).

تعكس التجارب الميدانية والدراسات الاجتماعية أن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية غالباً ما يواجهون عراقيل عديدة داخل المؤسسات التعليمية التقليدية، إذ أن المناهج الدراسية وأساليب التدريس عادةً ما تكون مصممة وفق قدرات الطلاب العاديين، دون مراعاة الفروق الفردية في القدرات العقلية والمعرفية للمعاقين. وقد يؤدي هذا التجاهل إلى شعور الطفل بالإحباط والعجز، ويزيد من فرص الانسحاب المدرسي أو الفشل المتكرر، ما يؤثر سلباً على تكوين شخصيته وقدرته على التكيف الاجتماعي. ويشير جمال حواوسة إلى أن نسبة المعاقين ذهنياً في الجزائر بلغت حوالي 24.85% من مجمل الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي نسبة تتطلب اهتماماً خاصاً بالمناهج وأساليب التعليم المكيفة لضمان تكافؤ الفرص (جمال حواوسة، 2019، ص 24).

من أهم الصعوبات التي يواجهها الطفل المعاق في المدرسة هي عدم ملائمة البنية التحتية والموارد التعليمية، مثل نقص الفصول المهيأة، وضعف المعدات التربوية المتخصصة، وغياب الدعم النفسي والتربوي الكافي، وهو ما يحد من قدرة المعاق على المشاركة الفعالة في الأنشطة الصفية. إضافة إلى ذلك، تعاني المدارس في بعض الولايات من قلة التخصصات التعليمية التي تستهدف المعاقين ذهنياً، مما يفرض على الأسرة الانتقال إلى ولايات بعيدة لتسجيل أبنائها في مدارس مهيأة، وهو عبء اقتصادي واجتماعي إضافي عليهم. وقد أظهرت الدراسات أن حوالي 220 مؤسسة تعليمية متخصصة موجودة في الجزائر موزعة على 46 ولاية فقط، مما يوضح وجود فجوة واضحة في التغطية الجغرافية لهذه الخدمات (جمال حواوسة، 2019، ص 25).

كما تلعب البيئة الاجتماعية دوراً مهماً في نجاح الطفل المعاق داخل المدرسة، فالتحفيز الأسري والتوجيه المستمر من قبل الأولياء يعزز من فرص تكيف الطفل وتجاوبه مع أساليب

التعليم المختلفة، في المقابل فإن غياب هذا الدعم أو التعامل غير السليم، كالمبالغة في حماية الطفل أو التقليل من قدراته، يؤدي إلى خلق حالة من الاعتماد المفرط على الأسرة، وبالتالي ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص داخل البيئة المدرسية (المصري، 1985، ص 192؛ نجاتي، 1995، ص 404).

وتشير الدراسات إلى أن ضعف تكوين المعلمين في مجال التربية الخاصة يعد عائقاً إضافياً أمام دمج المعاقين ذهنياً في المدارس العادية، فغياب الكفاءة التربوية للتعامل مع السلوكيات الخاصة بالمعاقين، مثل العدوانية أو الانطواء، يحد من قدرة المعلمين على تهيئة بيئة تعليمية محفزة، ويؤدي أحياناً إلى زيادة التمييز أو التهميش داخل الفصل. ومن هنا، يبرز الدور الضروري للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين في دعم المعلمين وإرشادهم بالطرق والأساليب التعليمية الملائمة لكل حالة على حدة، بما يحقق تكيف المناهج ويضمن احتواء الأطفال وتحفيزهم على التعلم (بن حمزة، 2009، ص 46).

كما أن إدماج الأطفال المعاقين في المدارس العادية يحتاج إلى برامج تأهيلية مسبقة تشمل مهارات التواصل الاجتماعي، وتنمية القدرات المعرفية والحركية، وتحسين الانتباه والتركيز، بما يضمن استيعابهم للمحتوى الدراسي والمشاركة الفعالة في الأنشطة الصفية. ومن الناحية القانونية، يكفل القانون الجزائري رقم 02-09 المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وحقوقهم، حق الطفل المعاق في التعليم والتأهيل، ويشمل ذلك توفير برامج تربوية متخصصة، ودعم اجتماعي ونفسي، وتهيئة المدارس لاستيعاب احتياجاتهم الخاصة (جمال حواوسة، 2019، ص 25).

بالإضافة إلى ذلك فإن التحولات الاجتماعية والثقافية تلعب دوراً مؤثراً على تعليم المعاقين ذهنياً، فالوعي المجتمعي بدور التعليم والتأهيل في دمج المعاقين يقلل من التمييز الاجتماعي ويحفز الأطفال على تطوير مهاراتهم، بينما يسهم التمييز الاجتماعي أو النظرة السلبية تجاه الإعاقة في تعزيز حالات الانسحاب المدرسي والشعور بالعزلة. وتشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال الذين

يحصلون على دعم أسري قوي ويعيشون في بيئة مدرسية محفزة، تظهر لديهم معدلات تحصيل أعلى وقدرة أكبر على التكيف الاجتماعي، مقارنة بمن يفتقدون هذه الظروف (المصري، 1985، ص 192؛ نجاتي، 1995، ص 404).

كما لا يمكن إغفال التحديات الاقتصادية المرتبطة بالتمدرس، إذ تحتاج الأسر إلى موارد مالية لتغطية تكاليف النقل، والرسوم الدراسية في المدارس الخاصة أو المراكز التربوية المتخصصة، بالإضافة إلى تكاليف الأجهزة التعليمية المساعدة. وتبرز أهمية برامج الدعم الحكومي والمؤسسات الاجتماعية في تخفيف هذا العبء، بما يتيح لجميع الأطفال المعاقين ذهنياً فرصة متساوية للتمدرس والتحصيل العلمي (جمال حواوسة، 2019، ص 25؛ بن حمزة، 2009، ص 46).

في هذا السياق تؤكد المنظمات الدولية مثل اليونسيف واليونسكو على ضرورة التعليم الشامل والمتكامل للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، الذي يشمل ليس فقط المناهج الأكاديمية، بل أيضاً تطوير المهارات الحياتية والاجتماعية، وتخفيف الطفل على الاعتماد على نفسه، وتمكينه من المشاركة في المجتمع بفعالية. كما تؤكد على أهمية التدريب المستمر للمعلمين، وإشراك الأسرة في برامج التأهيل، وتوفير الموارد التربوية المتخصصة، لتجاوز الصعوبات التي قد تواجه الأطفال داخل المدارس (UNESCO, 2017).

و عليه فإن واقع التمدرس للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في الجزائر ما يزال يواجه تحديات كبيرة، سواء من حيث نقص المدارس والمراكز المتخصصة، أو ضعف تكوين المعلمين، أو عدم ملاءمة المناهج، أو غياب الدعم النفسي والاجتماعي الكافي، وهو ما يتطلب تضافر الجهود بين الدولة، الأسرة، المؤسسات التعليمية، والمجتمع المدني، لتوفير بيئة تعليمية شاملة، تحفز الأطفال على التعلم، وتمنحهم الفرصة لتطوير قدراتهم العقلية والاجتماعية والنفسية، بما يحقق لهم التكامل الأسري والمجتمعي ويعزز من اندماجهم في الحياة العامة.

3- صعوبات التنقل والتواصل في الفضاء الحضري: يمثل التنقل والتواصل داخل الفضاء الحضري تحدياً مبركاً للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة الذهنية، فهو ليس مجرد مسألة حركية أو لوجستية، بل يمتد ليشمل البعد النفسي والاجتماعي، ويعكس مدى قدرة المجتمع على إدماج هذه الفئة في الحياة اليومية، فالوسط الحضري في الجزائر، كما تشير الدراسات، يمتاز بكثافة سكانية عالية، وتنوع في الأنشطة الاقتصادية والثقافية والاجتماعية، مما يجعله بيئة ديناميكية مليئة بالحركة والتغير المستمر، إلا أن هذا التنوع والازدحام غالباً ما يصعب مهمة التنقل على الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية، ويحد من مشاركتهم الفعلية في الحياة اليومية (هادفي سمية، 2014، ص 170).

تعدد المعوقات التي تواجه هذه الفئة داخل الفضاء الحضري، من أبرزها محدودية البنية التحتية المهيأة لاستقبالهم، إذ أن الشوارع، الأرصفة، المرافق العامة، ووسائل النقل غالباً ما تفتقر إلى التجهيزات الملائمة التي تسهل الحركة والتواصل، ويؤكد جمال حواوسة أن توفر المؤسسات المتخصصة في التكفل بالمعاقين في الجزائر لا يغطي جميع الولايات بشكل متساوٍ، مما يزيد من صعوبة التنقل والوصول إلى الخدمات الأساسية، لا سيما بالنسبة للأطفال الذين يحتاجون إلى إشراف دائم ودعم ميداني خلال تنقلهم (جمال حواوسة، 2019، ص 25).

إضافة إلى ذلك يشكل ضعف التوعية المجتمعية أحد أهم العوائق أمام تمكين المعاقين ذهنياً من التنقل بحرية وأمان، إذ أن كثيراً من المواطنين يفتقرون إلى الفهم الكافي لاحتياجات هذه الفئة، مما يؤدي أحياناً إلى مواقف محبطة أو محرجة أثناء استخدام وسائل النقل أو التنقل في الأماكن العامة. وتبرز الدراسات أن الأطفال المعاقين الذين يعيشون في أسر غير مدربة على التعامل مع إعاقتهم، أو الذين لا يتلقون الدعم الكافي، غالباً ما يواجهون صعوبات نفسية مرتبطة بالخوف من التعرض للإيذاء أو عدم القدرة على التأقلم مع البيئة المحيطة، مما يزيد من عزلة هذه الفئة ويحد من اندماجهم الاجتماعي (نجاتي، 1995، ص 404).

من جانب آخر يشير علماء الاجتماع إلى أن تصميم المدينة التقليدي في الجزائر لا يأخذ بعين الاعتبار بشكل كافٍ الفروق الفردية، بما في ذلك احتياجات المعاقين ذهنياً، الأمر الذي يجعل من التكيف مع البيئة الحضرية أمراً صعباً، فالازدحام المروري غياب الأرصفة المهيأة، نقص اللوحات الإرشادية المخصصة، وعدم توفر وسائل النقل المناسبة، كلها عوامل تضعف من قدرة الأفراد ذوي الإعاقة على الانتقال بين أماكن السكن والمدارس والمراكز التأهيلية أو أماكن العمل، ويجعلهم يعتمدون على المساعدة المستمرة من الأسرة أو المرافقين، ما يقلل من استقلاليتهم ويؤثر على ثقتهم بأنفسهم (هادفي سمية، 2014، ص 170).

وعلى الصعيد النفسي فإن محدودية القدرة على التنقل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى التفاعل الاجتماعي للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة الذهنية، إذ أن الانعزال عن المجتمع نتيجة صعوبات التنقل يؤدي إلى ضعف الخبرات الاجتماعية، ويزيد من حالات الانطواء، والعدوانية أحياناً، أو الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية، كما وصفها محمد سلامة وتوفيق حداد، وهي حالات تظهر جلية عند الأطفال المعاقين الذين يفتقدون الدعم الأسري أو الإرشاد المتخصص (محمد سلامة، توفيق حداد، 1973، ص 163).

ويضاف إلى ذلك أن وسائل النقل العامة في المدن الجزائرية غالباً ما تكون غير مجهزة للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، سواء من حيث المقاعد المهيأة، أو المعلومات الإرشادية المخصصة لهم، أو الدعم المقدم من المشرفين، ما يجعل التنقل يومياً تجربة مرهقة ومعقدة، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأطفال المعاقين ذهنياً يواجهون صعوبات مضاعفة في قراءة وفهم إشارات المرور، التعرف على الطرق، أو التعامل مع مواقف الطوارئ، ما يتطلب إشرافاً دائماً من الأسرة أو المختصين في التربية الخاصة (جمال حواوسة، 2019، ص 25).

وتعتبر مسألة التواصل داخل الفضاء الحضري من التحديات الكبرى الأخرى، حيث يحتاج المعاقون ذهنياً إلى وسائل اتصال واضحة وميسرة، سواء كانت شفوية أو بصرية أو مكتوبة، لتسهيل

تفاعلهم مع المحيطين بهم، سواء داخل المدرسة أو الأسواق أو المرافق العامة، ويؤكد بن حمزة أن غياب برامج التوعية وتدريب العاملين في المؤسسات العامة على التعامل مع المعاقين يضاعف من صعوبات التواصل، ويزيد من الإحباط النفسي والاجتماعي لهم، كما يؤدي إلى شعورهم بالعزلة والتمهيش (بن حمزة حورية، 2009، ص 46).

ويبرز أن التحديات التي تواجه المعاقين ذهنياً في الفضاء الحضري ليست مقتصرة على الصعوبات المادية أو اللوجستية فحسب، بل تمتد إلى العقبات النفسية والاجتماعية، حيث يؤدي شعور الطفل أو الفرد المعاق بالنقص مقارنة بأقرانه إلى انخفاض مستوى الثقة بالنفس، وضعف الرغبة في المشاركة المجتمعية، ما يعوق اكتساب المهارات الحياتية الضرورية للاستقلالية (المصري، 1985، ص 192). وتؤكد الدراسات الحديثة أن إشراك الأسرة، والمدرسة، والمجتمع المدني في برامج تأهيلية متكاملة، بما يشمل التوجيه النفسي والاجتماعي، والتدريب على التنقل المستقل، يسهم بشكل كبير في تمكين المعاقين ذهنياً من التغلب على هذه العقبات، ويزيد من فرص اندماجهم الاجتماعي بشكل فعال (نجاتي، 1995، ص 404).

كما أظهرت التجارب المقارنة مع بعض دول الخليج أن توفير بنية تحتية حضرية ملائمة، تشمل الأرصفة المهيأة، وسائل النقل المعدلة، والإشارات الإرشادية المبسطة، مع التدريب المتخصص للأسرة والمعلمين، يسهم بشكل كبير في تحسين قدرة المعاقين ذهنياً على التنقل والتفاعل مع المحيط الحضري، وهو ما يشير إلى ضرورة تبني سياسات حضرية شاملة في الجزائر، تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية، وتعمل على إزالة العقبات المادية والنفسية والاجتماعية التي تواجه هذه الفئة، بما يحقق مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص (يوسف نيازي، 2012، ص 11؛ هادي سمية، 2014، ص 170).

إن التحديات المتعلقة بالتنقل والتواصل في الفضاء الحضري تمثل حلقة محورية في مسار تكامل الفرد المعاق ذهنياً مع محيطه الاجتماعي، فالفشل في معالجة هذه الصعوبات يؤدي إلى

تضائل فرص التعليم، العمل، الترفيه، والمشاركة المدنية، بينما يؤدي توفير بيئة حضرية داعمة، إلى تعزيز قدرات الطفل على الاستقلالية، تطوير المهارات الاجتماعية، والشعور بالانتماء للمجتمع، بما يتوافق مع الأهداف التشريعية المنصوص عليها في القانون الجزائري رقم 02-09، والإعلانات الدولية لحقوق الإنسان والتعليم الشامل (بن حمزة، 2009، ص 52).

وعليه يصبح من الواضح أن معالجة صعوبات التنقل والتواصل تتطلب استراتيجيات شاملة تشمل تطوير البنية التحتية، تدريب الأسرة والمربين، تهيئة المدارس والمرافق العامة، وتوعية المجتمع بأهمية دمج المعاقين ذهنياً في الحياة اليومية، بحيث يصبح التنقل والتواصل حقاً متاحاً لجميع المواطنين، بما يحقق تكافؤ الفرص ويعزز العدالة الاجتماعية.

4- صعوبات التهميش والإقصاء الاجتماعي:

إنّ الحديث عن ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع الجزائري وفي المجتمعات العربية عموماً لا يقتصر على الجانب الطبي أو التربوي فحسب، بل يمتدّ إلى عمق البنية الاجتماعية والثقافية، فهذه الفئة التي تشكّل جزءاً من النسيج الإنساني كثيراً ما تعاني من التهميش والإقصاء، سواء على مستوى الخطاب اليومي أو على مستوى السياسات الرسمية.

تُشكّل قضية التهميش الاجتماعي والإقصاء لذوي الإعاقة الذهنية في المجتمعات العربية مشكلة مركبة لا يمكن فهمها من منظور واحد فقط، فهي ليست مسألة نقص موارد مادية فحسب، بل ظرف اجتماعي وثقافي يمتدّ إلى التشريعات والتعليم والممارسات اليومية، فعلى سبيل المثال هنالك دراسات عديدة تؤكد أن مواقف المجتمع وتصوراتّه تجاه الإعاقة الذهنية تلعب دوراً محورياً في تحديد مدى اندماج هذه الفئة أو استبعادها، حيث إن التهميش يبدأ غالباً من الأحكام المسبقة والتصنيفات الاجتماعية قبل أن يصل إلى الفعل المادي (بن دار، 2022، ص 435-450، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية)، كما أن التشريع الجزائري رغم وجود نصوص دستورية وقوانين تحمي حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، يواجه قصوراً على مستوى

التطبيق والرقابة (حريز وأمال، 2023، ص 60-72) في الدمج المدرسي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري .

تنبع جذور التهميش من مزيج من الوصم الثقافي، ضعف الوعي، والمعتقدات التقليدية التي ترى الإعاقة الذهنية كعجز دائم أو عبء، ففي الجزائر مثلاً دراسة دور الأخصائي الاجتماعي في تفعيل آليات الدمج وتشكيل الهوية لذوي الإعاقة تُبين أن الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون مقاومة من المجتمع والأسرة، وأحياناً من بعض المعلمين، بسبب النظرة النمطية التي تتعامل مع الشخص المعاق ذهنياً كـ «غير قادر» دائماً، مما يضعف من ثقته بنفسه وفرص مشاركته الاجتماعية (https://journals.ekb.eg/article_337025)، جامعة مولود معمري وتيزي وزو، 2023، ص 59-74) ، وكذلك توضح دراسة المقومات الأساسية لاستراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية أن من أهم المقومات هي تغيير المعتقدات الاجتماعية قبل تحسين الموارد المادية، حتى يكون القبول الاجتماعي جزءاً من العملية التعليمية وليس فقط توفير البنى التحتية (مسعودة بن قيدة ، قزيم محمد، <https://sosj.journals.ekb.eg>، 2021، ص 250-260) .

من جهة أخرى فإن العوائق النظامية متعددة ومتشعبة في التعليم، تبرز مشكلات مثل نقص التكوين المتخصص للمعلمين، قلة الوسائل التعليمية المكيفة، والبيئة المدرسية التي غالباً لا تستجيب للفروق الفردية للأطفال المعاقين ذهنياً ، فالحديث حول هذه المعوقات يشير إلى أن من بين هذه المعوقات المعنوية (كضعف الدعم النفسي) والمادية (كالوسائل والأجهزة) وقصور التنسيق بين السلطة التعليمية والأسرة والمجتمع المدني (<https://sosj.journals.ekb.eg>، 2021، ص 101) . أما على مستوى السياسات فدراسة الدمج المدرسي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري تؤكد أن التشريعات تفتقر إلى آليات تنفيذ ومراقبة واضحة، والعديد من الحقوق المعلنة لا تتحول إلى واقع ملموس داخل المدارس (حريز وأمال، 2023، ص 60-72). وفي الصحة

والتأهيل غالباً تهمل الفئة من الخدمات النفسية والاجتماعية، أو تكون متاحة فقط في المدن الكبرى والمراكز المتخصصة، مما يحدث فجوة كبيرة بين الحقوق على الورق والممارسة الفعلية.

كما لا يتوقف تأثير التهميش على مستوى الشخص المعاق وحده، بل يمتد ليشمل الأسرة كلها – مادياً ونفسياً ، فالأسر تضطر لتحمل مصاريف إضافية للعلاج الخاص أو التنقل للمراكز المتخصصة، وقد تعزل اجتماعياً بسبب المنجل أو الوصم ، ويظهر أن العديد من الأسر تشعر بأن الأطر الرسمية غير موفّرة لدعم كافٍ، وأن برامج الرعاية بلا استمرارية مما يزيد من القلق والتوتر داخل العائلة (<https://dspace.univ-guelma.dz/jspui/handle/123456789/14575>)،

2023، ص 1-30)، كذلك معاناة المعلمين وأولياء الأمور في ولاية تبسة تظهر أن نقص الموارد وتنوع الاحتياجات الفردية يضع ضغوطاً كبيرة على الأسرة وتقلل من فرصها في المشاركة الفاعلة بالمجتمع (<https://journals.univ-tlemcen.dz/JNDDL/i/article/view/106>)، 2024، ص 70-85).

على المستوى الصحي والتأهيلي، تُشير الدراسات إلى أن الخدمات المقدمة غالباً ما تكون مركزية، موجهة نحو التشخيص والعلاج فقط وليس نحو التأهيل الشامل – النفسي، الاجتماعي، التربوي، ولذا في الجزائر مثلاً يتضح أن استخدام التكنولوجيا التعليمية قد يُعد مدخلاً لتحسين التفاعل مع البيئة التعليمية، لكن ذلك يشترط توفر البنية التحتية الرقمية والتدريب المناسب للمعلمين والطلاب على حد سواء (https://skje.journals.ekb.eg/article_355213)، 2024، ص 155-168)، كما أن التغذية الراجعة من مراكز التربية النفسية والتأهيل في الجزائر تشير إلى أن المناهج غالباً ما تكون مقصورة في مواكبة التقدم العلمي في فهم كيفية علاج التأخر العقلي أو دعم القدرات المختلفة .

و من خلال ما سبق يظهر أن التهميش الاجتماعي والإقصاء لذوي الإعاقة الذهنية ليس مجرد وضع فردي أو خلل ظرفي، بل هو بنية متجذرة في الثقافة والممارسة والمؤسسات ، فقد

بينت الدراسات أنّ الإقصاء يبدأ من النظرة المجتمعية النمطية، ليتحوّل بعدها إلى عوائق مادية ونظامية في مجالات التعليم، الصحة، والعمل، كما أنّ انعكاساته تمتد إلى الأسر التي تجد نفسها في مواجهة أعباء نفسية واقتصادية مضاعفة. ومع ذلك تبرز بعض التجارب المحلية الواعدة، التي تؤكد أنّ الدمج والتمكين ممكنان إذا ما توافرت الإرادة السياسية والدعم المؤسسي وتغيير الثقافة الاجتماعية، لذلك فإنّ الانتقال من "ثقافة التهميش" إلى "ثقافة الدمج" هو التحدي الأكبر، وهو السبيل لضمان كرامة هذه الفئة وحقوقها، ولتحقيق مجتمع أكثر عدالة وإنسانية.

و في الأخير يمكن أن نقول أنّ الوسط الحضري، بما يحمله من كثافة سكانية وتعدد متطلبات، يشكل فضاءً ذا فرص وتحديات في آن واحد بالنسبة لذوي الإعاقة الذهنية، فبينما يوفر إمكانات للاندماج عبر مؤسساته التعليمية والاجتماعية، فإنه يكشف في الوقت ذاته عن صعوبات عميقة تتمثل في ضعف التكيف الأسري، ومعوقات التمدرس، ومشاق التنقل والتواصل، إضافة إلى مظاهر التهميش والإقصاء، ومن ثمّ فإن معالجة هذه الصعوبات تقتضي مقاربة شمولية تراعي طبيعة المحيط الحضري وخصوصيات هذه الفئة، بما يضمن دمجها الفعلي ويعزز حقها في المشاركة المجتمعية.

خلاصة الفصل

في ختام هذا الفصل يظهر أن الإعاقة الذهنية ليست حالة ثابتة بل ظاهرة متعددة الأبعاد تتقاطع فيها العوامل الطبية والاجتماعية والثقافية ، وتبين أن تصنيف الإعاقة وتحديد خصائصها يساعد في وضع استراتيجيات دمج وتأهيل أكثر فاعلية ، كما اتضح أن للأسرة دوراً جوهرياً في دعم التكيف النفسي والاجتماعي للفرد، بينما يشكل الأخصائي الاجتماعي وسيطاً أساسياً بين الأسرة والمجتمع لتوفير الرعاية والتأهيل المناسب. وقد أكدت النتائج أن الرعاية الاجتماعية في الجزائر ما تزال تعاني من فجوات مؤسسية تحد من فعاليتها في حماية حقوق هذه الفئة ، وفي المقابل كشف تحليل الوسط الحضري عن تحديات كبيرة أمام الإدماج، إذ يفرض متطلبات اجتماعية ومعمارية لا تتلاءم غالباً مع خصوصيات الإعاقة الذهنية. كما وُجد أن أبرز الصعوبات التي يواجهها المعاقون ذهنياً في المدن تتمثل في ضعف الإدماج الأسري، ومعوقات التمدرس، ومشاكل التنقل والتواصل، إضافة إلى مظاهر التهميش والإقصاء الاجتماعي ، و عليه وتؤكد هذه النتائج الحاجة الملحة إلى سياسات حضرية أكثر شمولاً وعدالة تضمن تكافؤ الفرص وحق المشاركة.

الإطار الميداني للدراسة

أولاً / تقديم مجال الدراسة " المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً خنثلة " يُعدّ المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بخنثلة من أبرز المؤسسات التربوية- العلاجية المتخصصة على مستوى الولاية، حيث يمثل فضاءً مميزاً يجمع بين البعد البيداغوجي والتأهيلي والاجتماعي، ويحتضن شريحة حساسة من الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية بدرجات متفاوتة. ويقع المركز داخل النسيج الحضري لمدينة خنثلة، في موقع يسهل الوصول إليه من مختلف الأحياء والبلديات المجاورة، ما يجعله نقطة ارتكاز أساسية للأسر التي تبحث عن رعاية متخصصة ودعم تربوي ونفسي لأبنائها.

نشأ هذا المركز ضمن سياسة الدولة الرامية إلى التكفل بالفئات الهشة ودمجها في المحيط الاجتماعي، حيث يوفر خدمات متعددة الأبعاد تشمل: التعليم البيداغوجي المكيف حسب قدرات الأطفال، التأهيل النفسي والحركي، الرعاية الطبية البسيطة، إلى جانب الأنشطة الترفيهية والاجتماعية التي تهدف إلى تحسين نوعية حياة الأطفال وإدماجهم تدريجياً في المجتمع، ويضم المركز طاقماً متنوع الاختصاصات، يجمع بين أساتذة التعليم المكيف، الأخصائيين النفسيين، أخصائيي النطق، المربين، إضافة إلى المساعدين الاجتماعيين الذين يشكلون جسراً تواصل مع الأسر. من الناحية العمرانية، يتكون المركز من بناية حديثة نسبياً تضم حجرات دراسية وأقسام بيداغوجية مهيأة لاستقبال الأطفال، إضافة إلى فضاءات مخصصة للأنشطة اليدوية والرياضية، فضلاً عن مكاتب إدارية وقاعات للجلسات العلاجية الفردية والجماعية. غير أن البنية التحتية رغم أهميتها تعاني من نقائص عديدة مثل ضيق المساحات وضعف التجهيزات، وهو ما يحد من قدرة المركز على استيعاب الأعداد المتزايدة من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.



أما على المستوى الاجتماعي فإن المركز يستقطب أسراً من مختلف الشرائح والفئات الاجتماعية بولاية خنشلة، لا سيما الفئات محدودة ومتوسطة الدخل التي تفتقر إلى الإمكانيات المالية لتأمين رعاية خاصة ومكلفة في مراكز خاصة. لذلك يشكل هذا المركز ملتقى طبيعياً للأسر التي تبحث عن الدعم والتكفل، وهو ما سهّل على الباحث إجراء الدراسة دون الحاجة إلى التنقل عبر مختلف البلديات، ويُعتبر وجود هذه الأسر

في فضاء واحد ميزة منهجية، حيث أتاح فرصة للتواصل المباشر وجمع المعطيات بدقة وعمق أكبر. ما يميز المركز أيضاً هو دوره المزدوج: فهو مؤسسة تعليمية علاجية من جهة، وفضاء اجتماعي من جهة أخرى، حيث يعكس تفاعلات يومية بين الأطفال، الأسر، الأخصائيين، والمجتمع المحلي. ومن هذا المنطلق، فإنه يمثل نموذجاً مصغراً للواقع الذي تعيشه الأسر في ولاية خنشلة بخصوص صعوبات التكفل والإدماج. وبذلك فإن اختيار هذا المركز كجال مكاني للدراسة لم يكن اعتباطياً، بل جاء استناداً إلى كونه مرجعاً حقيقياً للتعرف على طبيعة التحديات التي تواجه الأسر في تعاملها مع الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري.

إن دراسة هذا المركز تمنح البحث بعداً تطبيقياً واقعياً، حيث تسمح برصد الصعوبات الاجتماعية كما تعيشها الأسر في الميدان، بعيداً عن الطرح النظري المجرد، مما يضيف على النتائج مصداقية ويجعلها أكثر ارتباطاً بالواقع المحلي للولاية. (الصفحة الرسمية للمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً - ولاية خنشلة)

ثانياً / الإجراءات المنهجية للدراسة

يُعتبر وضع الإجراءات المنهجية في أي دراسة علمية خطوة محورية وأساسية لا غنى عنها، إذ تُشكل الأساس الذي تُبنى عليه مصداقية البحث العلمي ومثاقته، فهذه الإجراءات تُعد بمثابة خارطة الطريق التي توضح بجلاء النهج الذي سلكه الباحث منذ بداية الدراسة حتى الوصول إلى نتائجها، وهو ما يكسب العمل طابعاً منهجياً واضحاً يُبعده عن الارتجال أو التحيز.

وتتضمن هذه الإجراءات عدة عناصر مترابطة ومتكاملة، تبدأ من تحديد المجال الموضوعي والجغرافي للدراسة، وتتم عبر اختيار المنهج العلمي الملائم لطبيعة الموضوع، مع توضيح أدوات وتقنيات جمع البيانات سواء كانت استبيانات، مقابلات، ملاحظات ميدانية أو غيرها، كما تشمل كذلك تحديد مجتمع الدراسة واختيار العينة التي تمثل هذا المجتمع تمثيلاً علمياً دقيقاً، وتُشكل هذه الإجراءات بتحديد آليات التحليل والمعالجة الإحصائية أو النوعية للمعطيات التي تم جمعها، بما يضمن تفسيرها بشكل علمي موضوعي.

وتكمن أهمية هذه الإجراءات في كونها تُضفي الطابع العلمي والمنهجي الصارم على مجريات البحث، كما تسهم في تعزيز قابلية الدراسة للتكرار أو إعادة الاختبار، وهو ما يُعد شرطاً أساسياً من شروط البحث العلمي الموثوق. فضلاً عن ذلك فإن هذه الإجراءات تُوثق خطوات البحث وتبرز مدى التزام الباحث بالقواعد العلمية، وتُساعد القارئ أو المحكم على تتبع مراحل البحث بدقة وموضوعية.

وفي ضوء ما سبق سنعرض في الفقرات التالية الإجراءات المنهجية المعتمدة في هذه الدراسة، والتي من خلالها تم تنظيم عملية جمع المعطيات وتحليلها بما يخدم أهداف البحث ويُجيب على إشكالياته المطروحة.

1. مجالات الدراسة: تُعد مجالات الدراسة بمثابة الإطار الشامل الذي يُحدد المدى الذي تتحرك ضمنه الدراسة، سواء من حيث الموضوع الذي تناوله، أو البعد المكاني الذي تُجرى فيه، أو الإطار

الزمني الذي تُغطيه، إضافة إلى الحدود البشرية التي تشمل الأفراد المعنيين بالبحث، ومن خلال هذا التحديد، تُتضح معالم الدراسة وحدودها، ما يُساعد في تضيق نطاق البحث وتوجيه التركيز نحو العناصر الأكثر ارتباطاً بالإشكالية المركزية المطروحة. كما يُسهم تحديد مجالات الدراسة في تحقيق قدر عالٍ من الانسجام المنهجي، ويوفر للباحث قاعدة واضحة لضبط مسار العمل البحثي بدقة وموضوعية، مما يُجنب التشتت ويوجه الجهد العلمي نحو أهداف محددة وواضحة.

المجال المكاني : تجسّد المجال المكاني لهذه الدراسة في "المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بمدينة خنشلة"، باعتباره مؤسسة متخصصة في رعاية هذه الفئة وتقديم الخدمات البيداغوجية والنفسية والاجتماعية لهم. وقد وقع اختيار هذا المجال نظراً لعدة اعتبارات أساسية؛ فهو يمثل الفضاء المؤسسي الأكثر ارتباطاً بذوي الإعاقة الذهنية داخل الولاية، كما أنه يُعدّ همزة وصل مباشرة مع أسر الأطفال الذين يشكلون محور البحث. إضافة إلى ذلك، فإن وجود المختصين (من أطباء نفسانيين، مربين مختصين، أخصائيين اجتماعيين) داخل المركز يتيح للباحث فرصة الوقوف على التجارب المهنية والتصورات العملية المرتبطة بعملية التكفل والإدماج الحضري لهذه الفئة. وبذلك فإن المجال المكاني المختار يوفر خصوصية علمية وميدانية تسمح بمقاربة شاملة تجمع بين منظور الأسر من جهة، ورؤية المختصين والمهنيين من جهة أخرى.

المجال الزمني : من الناحية الزمنية امتد الإطار النظري للدراسة على فترة شهر كامل سابقة للعمل الميداني، أي ما بين منتصف شهر جويلية إلى منتصف شهر أوت 2025، حيث انكبّت الباحثة خلالها على جمع المراجع النظرية، وتحليل الأدبيات السابقة، وصياغة الإطار المنهجي. أمّا الجانب الميداني فقد انطلق ابتداءً من 15 أوت 2025 ليستمر إلى غاية 10 سبتمبر 2025، وهي الفترة التي خُصصت لتوزيع الاستمارات على أفراد العينة، وإجراء

الملاحظات المباشرة، واستقاء المعطيات الميدانية من المركز والأسر. وتجدر الإشارة إلى أن لحظة انطلاق هذه الدراسة لم تكن مرتبطة بالعمل الميداني فقط، بل بدأت فعلياً منذ اختيار الموضوع نفسه قبل أشهر، حيث شكّل ذلك الاختيار البذرة الأولى التي نمت عبر مراحل متدرجة من التفكير، التخطيط، التوثيق النظري، وصولاً إلى الممارسة الميدانية وجمع البيانات وتحليلها.

2. عينة الدراسة : اعتمدت هذه الدراسة على عينة قصدية باعتبارها الأنسب لموضوع البحث وطبيعته، فقد تمثلت العينة في 30 أسرة لديها أطفال معاقون ذهنياً يتابعون داخل المركز النفسي البيداغوجي بخنشلة، إلى جانب 30 مختصاً بين أطباء نفسانيين، مربين مختصين، وأخصائيين اجتماعيين ممن لهم علاقة مباشرة بعملية التكفل. اختيار هذه العينة لم يكن اعتباطياً، بل انطلق من معايير واضحة؛ إذ تم التركيز على الأسر التي تعيش بشكل مباشر الصعوبات الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، في مقابل المهنيين الذين يملكون تجربة عملية ومعرفة ميدانية تتيح استكشاف الأبعاد المهنية والإجرائية المرتبطة بالإدماج الحضري، ورغم محدودية العدد إلا أن هذه العينة تُمثّل ثراءً نوعياً، لأنها تجمع بين الفاعل الأسري والفاعل المهني في عملية التكفل، مما يمنح الدراسة بعداً مزدوجاً يعزز من مصداقيتها وعمق نتائجها.

3. المنهج والأدوات المنهجية للدراسة

المنهج والأدوات المنهجية يُعدّان عنصرين أساسيين في بناء أي دراسة علمية ميدانية، حيث يُوفّر المنهج الإطار النظري الذي يوجّه الباحث في تناول الإشكالية، بينما تُمثّل الأدوات الوسائل العملية التي تُستخدم في جمع البيانات وتحليلها، ويراعى في اختيار كليهما طبيعة الموضوع ونوعية المعلومات المطلوبة وسياق الدراسة، وفي هذا الإطار تعتمد هذه الدراسة على منهج ملائم لطبيعتها مدعوماً بأدوات ميدانية تُمكن من جمع المعطيات وتحقيق أهداف البحث بدقة وموضوعية.

المنهج : ارتكزت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، بوصفه الأنسب لمقاربة الظواهر الاجتماعية المعقدة، إذ يسمح برصد أبعادها ووصف مظاهرها وتجلياتها المختلفة، ومن ثمّ تحليلها للكشف عن أسبابها وارتباطاتها، فالظاهرة محل الدراسة - أي الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري - هي ظاهرة متشعبة تتقاطع فيها الأبعاد النفسية والاجتماعية والعمرانية، مما يتطلب منهجاً يزاوج بين الوصف الموضوعي والتحليل التفسيري.

الأدوات المنهجية للدراسة :

أما من حيث الأدوات، فقد تم الاعتماد على:

- الاستمارة (الاستبيان): وُزعت على الأسر من جهة، وعلى المختصين من جهة أخرى، لتُمكن من جمع بيانات كمية وكيفية حول الصعوبات، التحديات، أشكال الدعم، وتمثيلات المجتمع المحلي.
 - المقابلة نصف الموجهة: استخدمت مع بعض المختصين بهدف تعميق الفهم وإضفاء مزيد من التوضيح على معطيات الاستمارة، لاسيما فيما يخص آليات التكفل المهني والصعوبات المؤسسية.
 - الملاحظة المباشرة: حيث قام الباحث بتتبع التفاعلات داخل المركز، ورصد الأوضاع المرتبطة بالأسر والأطفال، بما أتاح إضافة أبعاد وصفية دقيقة.
 - تحليل الوثائق: من خلال مراجعة بعض النصوص التنظيمية والتقارير الصادرة عن المركز، وكذا الاطلاع على الأدبيات النظرية السابقة المرتبطة بالموضوع.
- إنّ الجمع بين هذه الأدوات سمح بتكامل في المعطيات، حيث قدّمت الاستمارة بيانات كمية منظمة، وأتاحت المقابلة والملاحظة معطيات نوعية معمّقة، فيما عزّز تحليل الوثائق الجانب المرجعي والتوثيقي للدراسة.

ثالثاً/ عرض و تحليل بيانات الدراسة الميدانية في ضوء تساؤلات الاستماترتن

يعدّ هذا الجزء من الدراسة بمثابة المرحلة الجوهرية التي ننتقل فيها من الجانب النظري والإجرائي إلى ميدان الواقع العملي، حيث نعرض البيانات المستخلصة من الاستماترتن الموجهتين لكلّ من الأسر والمختصين. ويُعالج هذا العرض عبر تحليل المعطيات الرقمية والوصفية، واستخلاص الدلالات الاجتماعية المرتبطة بها، بما يسمح بفهم أعمق للصعوبات التي تعترض ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، كما أنّ هذه المرحلة تمثّل حلقة وصل بين الأسئلة البحثية المطروحة والإجابات التي أفرزتها الدراسة الميدانية.

1. تحليل الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري انطلاقاً من وجهة نظر أسر المعاقين " الاستمارة 1"

سنتقل الآن إلى معالجة نتائج الاستبيان الأول الموجهة إلى أسر ذوي الإعاقة الذهنية، حيث سنعمل على تحليل المعطيات الميدانية المرتبطة بالصعوبات الاجتماعية التي تواجه هذه الفئة داخل الوسط الحضري، ويأتي هذا التحليل قصد إبراز تجارب الأسر وفهم تمثلاتها حول واقع الإدماج والعيش اليومي لأبنائها.

المحور الأول : البيانات التعريفية للأسر المبحوثة : تُعتبر البيانات التعريفية مدخلاً أساسياً في أي دراسة ميدانية، إذ تسمح بفهم الخصائص العامة للأسر التي تعني بالأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، من حيث العمر، المستوى الدراسي، الجنس، المهنة، والحالة الاجتماعية ، و هذه المعطيات لا تقدّم مجرد أرقام، بل تفتح المجال لتحليل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة في أسلوب تعامل الأسرة مع الإعاقة وفي طبيعة الصعوبات التي تواجهها.

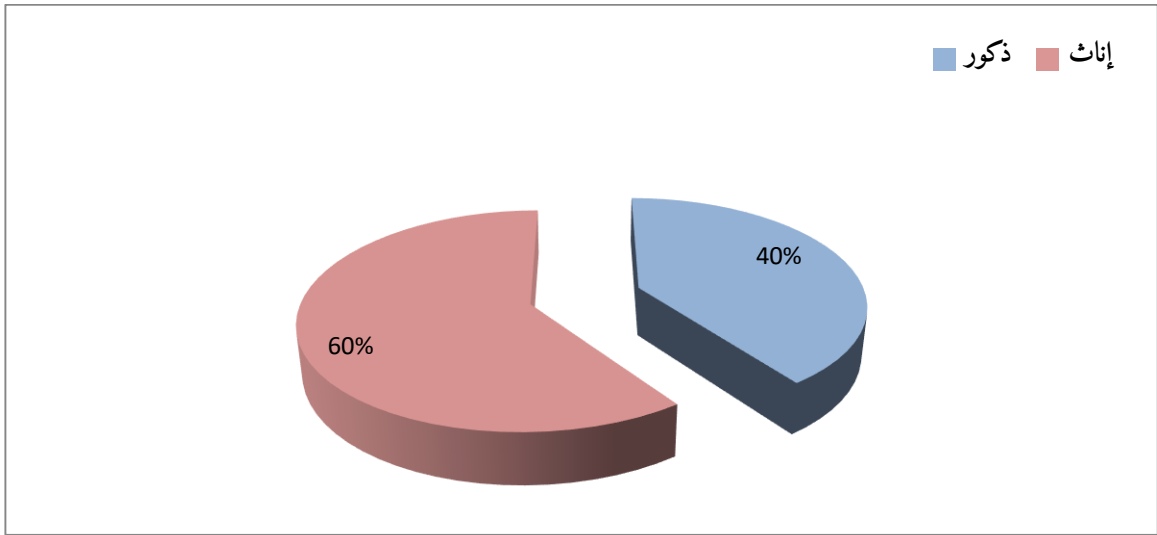
1. متغير الجنس : الجنس يعد من أبرز المؤشرات التي تعكس توزيع الأدوار الأسرية، خاصة في المجتمعات ذات البنية التقليدية حيث تُنَاط بالمرأة غالباً مسؤولية الرعاية اليومية ، تحليل هذا المتغير

الإطار الميداني للدراسة

يساعد على تحديد ما إذا كانت مسؤولية متابعة ذوي الإعاقة الذهنية متقاسمة بين الجنسين أو تميل لطرف دون الآخر. و الجدول الموالي يوضح توزيع العينة المختارة من الأسر حسب الجنس :

الجنس	العدد	النسبة (%)
ذكور	12	40 %
إناث	18	60 %
المجموع	30	100 %

الجدول 02 : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس



الشكل 01: التوزيع الجندي للأسر المبحوثة

يبين الجدول (02) والشكل (01) أن النساء مثن النسبة الأكبر من أفراد العينة (60%) مقارنة بالرجال (40%) ، وهذه النتيجة لا يمكن اعتبارها مجرد توزيع عددي، بل هي دلالة واضحة على أن النساء هنّ الطرف الأكثر انخراطاً في تحمل أعباء الرعاية، ومتابعة الخدمات الصحية والتربوية، والمشاركة في التحقيقات الميدانية، في المقابل ضعف تمثيل الرجال يعكس استمرار القوالب الاجتماعية التي تحصر أدوارهم في الجوانب المادية أو الخارجية، بينما تُلقى المسؤوليات اليومية المباشرة على النساء.

التحليل : يكشف هذا التوزيع عن طبيعة الدور المركزي الذي تلعبه المرأة في متابعة شؤون ذوي الإعاقة الذهنية داخل الوسط الحضري بخصلة ، و هذا الدور يضاعف الأعباء النفسية والاجتماعية عليها، خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن غالبية النساء في المجتمع المحلي قد لا يتوفرن على دعم كافٍ سواء من الدولة أو من الشركاء الأسريين ، كما يطرح سؤالاً جوهرياً حول كيفية تحقيق التوازن بين أدوار الرجال والنساء داخل الأسرة بما يضمن استدامة الرعاية ويخفف من الضغط على طرف واحد.

تعليق الطالبة : من منظور الباحثة أجد أن هذه النتيجة تبرز حاجة ملحة إلى إدماج بُعد النوع الاجتماعي في السياسات المحلية الموجهة لذوي الإعاقة الذهنية ، إذ لا يمكن الحديث عن إدماج فعلي لهذه الفئة دون التفكير في إدماج مقدمي الرعاية أنفسهم ضمن شبكات دعم ومساندة، مع العمل على تشجيع الرجال على الانخراط بفاعلية أكبر في الرعاية اليومية، بدل حصر دورهم في الجانب المادي فقط.

الاستنتاج : يتضح أن الرعاية الأسرية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري بخصلة تقع بدرجة كبيرة على عاتق النساء، ما يجعل من الضروري أن تبنى المؤسسات المحلية والجمعيات برامج تستهدف دعم النساء نفسياً واجتماعياً، وفي الوقت نفسه تشجع على تعزيز مشاركة الرجال في الرعاية ، وهذا من شأنه أن يخفف من الأعباء غير المتوازنة ويؤسس لشراكة أسرية أكثر عدلاً، وهو ما ينعكس إيجاباً على حياة الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم.

2. متغير العمر: العمر من المتغيرات الأساسية في الدراسات الميدانية، إذ يسمح بتحديد الفئة العمرية الغالبة بين المستجيبين ، فالأسر الشابة قد تواجه صعوبات مختلفة عن تلك التي تواجهها الأسر الأكبر سناً، مثل القدرة على التكيف، أو الموارد الاقتصادية، أو الخبرة في التعامل مع ذوي الإعاقة الذهنية ، وبالتالي دراسة هذا المتغير تساعد على فهم طبيعة الاستجابات والقدرة على

الإطار الميداني للدراسة

رعاية الأشخاص المعاقين ذهنياً ضمن سياق حضري متغير ، و الجدول الموالي يوضح توزيع أفراد الأسر حسب العمر :

النسبة (%)	العدد	الفئة العمرية
16.7%	5	أقل من 30 سنة
30%	9	من 30 إلى 40 سنة
33.3%	10	من 41 إلى 50 سنة
20%	6	أكثر من 50 سنة
100%	30	المجموع

الجدول 03 : التوزيع العمري للأسر المبحوثة

يبين الجدول 03 أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي فئة 41-50 سنة (33.3%)، تليها فئة 30-40 سنة (30%)، بينما شكّلت الفئة أقل من 30 سنة النسبة الأضعف (16.7%)، وهذا التوزيع يدل على أن أغلب المشاركين هم في مرحلة النضج الاجتماعي والاقتصادي، حيث تزداد فيها مسؤوليات الأسرة وتندخل مع تحديات إعالة ورعاية شخص ذي إعاقة ذهنية.

التحليل : إن غلبة الفئات العمرية المتوسطة (30-50 سنة) تعكس أن الرعاية غالباً ما تقع على عاتق الأبوين في فترة الذروة العملية والمهنية، حيث تتضاعف الأعباء بين متطلبات العمل وتربية الأبناء وتقديم الرعاية، أما الفئة الأكبر سناً (50 سنة فأكثر) فتمثل شريحة لا يستهان بها (20%)، وهؤلاء غالباً أمهات أو آباء متقدمون في السن ما يجعلهم في مواجهة مباشرة مع الإرهاق البدني والنفسي، خاصة إذا غاب الدعم المؤسسي أو العائلي. ضعف نسبة الشباب (أقل من 30 سنة) يبرز أن مسؤولية الرعاية لا تُنَاط عادة بالإخوة أو الأخوات صغار السن، بل تقع بالدرجة الأولى على جيل الوالدين.

تعليق الطالبة: هذه النتائج تدفع للتفكير في الزمن الاجتماعي للرعاية: فالرعاية ليست مجرد فعل آني بل تمتد لسنوات طويلة، ما يرهق الأجيال المتوسطة ويُبقِيها تحت ضغط مزدوج بين التزاماتها المهنية ورعاية أبنائها المعاقين ، ومن هنا تظهر الحاجة إلى برامج مؤسسية تراعي هذه الفئات العمرية تحديداً، من خلال تقديم خدمات دعم مرنة في أوقات العمل، أو إنشاء مراكز قريبة لتخفيف العبء على الأسر.

الاستنتاج: يتضح أن أغلب أسر ذوي الإعاقة الذهنية تقع ضمن الفئة العمرية 30-50 سنة، وهي الفئة الأكثر إنتاجاً وعملاً في المجتمع، وهذا يفرض ضرورة أن تتجه السياسات العمومية إلى توفير دعم خاص لهذه المرحلة العمرية، لأن نجاحها في تحقيق التوازن بين العمل والرعاية ينعكس إيجاباً على جودة حياة المعاق ذهنياً وعلى اندماجه داخل الوسط الحضري.

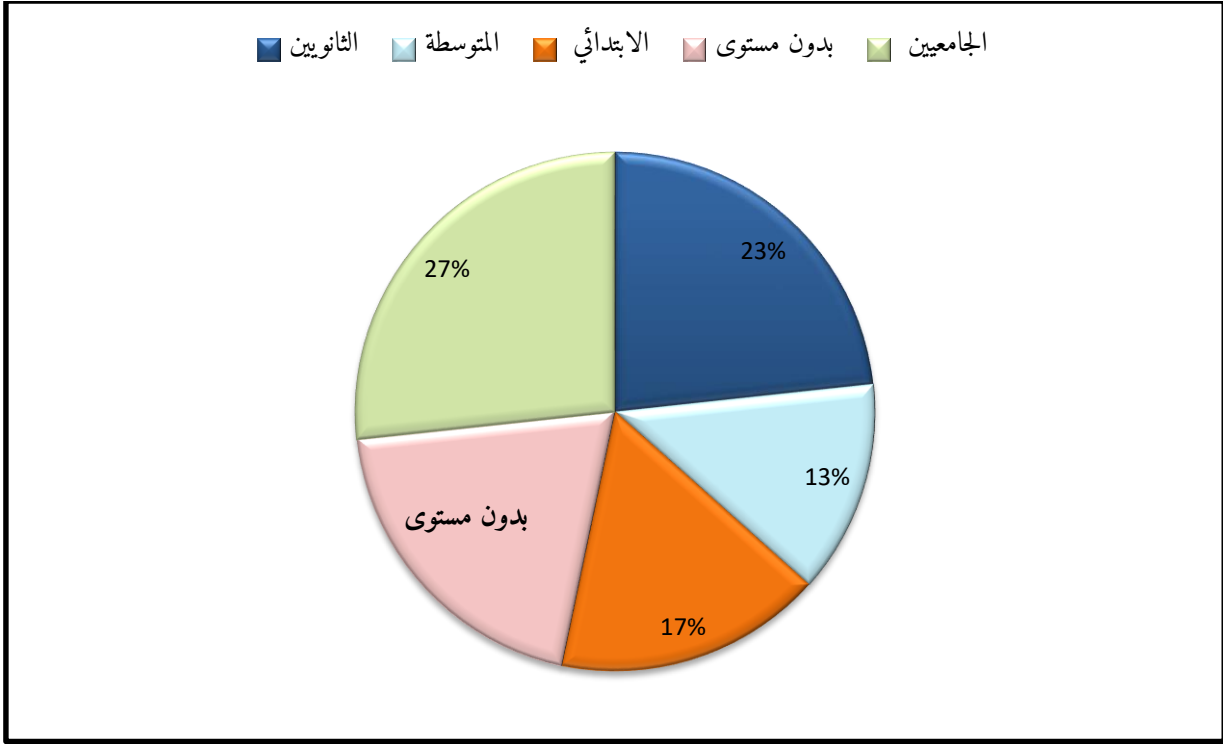
3. المستوى الدراسي للأسر المبحوثة

يُعتبر المستوى الدراسي من أهم المؤشرات الاجتماعية التي تساعد على تفسير درجة وعي الأسر بخصوص الإعاقة الذهنية، وفهمهم لحقوق أبنائهم وإمكانيات إدماجهم في المجتمع. فالتعليم غالباً ما يحدد قدرة الأسرة على التعامل مع المؤسسات الرسمية، والاستفادة من البرامج الحكومية أو الجمعياتية، كما يعكس إمكانية تطوير مهارات للتكيف مع الضغوط المرتبطة برعاية ذوي الإعاقة الذهنية. و الجدول الموالي يبين توزيع الأسر حسب المستوى الدراسي:

النسبة (%)	العدد	المستوى الدراسي
20%	6	بدون مستوى
16.7%	5	ابتدائي
13.3%	4	متوسط
23.3%	7	ثانوي
26.7%	8	جامعي
100%	30	المجموع

الجدول 04 : توزيع الأسر المبحوثة حسب المستوى الدراسي

الإطار الميداني للدراسة



الشكل 02: المستوى الدراسي للأسر المبحوثة

يبين الشكل 02 أن أعلى نسبة تمثلت في فئة الجامعيين (26.7%)، تليها فئة الثانوي (23.3%)، في حين سجلت فئة بدون مستوى نسبة معتبرة (20%)، وهو رقم لافت بالنظر إلى طبيعة الوسط الحضري، بينما تشكل الفئتان الابتدائية والمتوسطة معاً حوالي 30%، ما يعكس وجود تباين ملحوظ في المستوى المعرفي للعينة.

التحليل: هذا التوزيع يظهر أن جزءاً مهماً من الأسر يتمتع بمستوى تعليمي متوسط إلى عالٍ (أكثر من 50%)، مما يمنحهم قابلية أفضل لفهم حقوق أبنائهم والبحث عن موارد دعم ورعاية، في المقابل تمثل نسبة الأميين (20%) تحدياً حقيقياً، لأن نقص التعليم غالباً ما يقترن بضعف المعرفة بالقوانين والبرامج المتاحة، وصعوبة التعامل مع الإجراءات الإدارية أو المؤسسات الصحية والتربوية، وبالتالي يمكن القول إن التفاوت التعليمي بين الأسر يؤدي إلى تفاوت في أساليب التعامل مع الإعاقة الذهنية، بل وقد يعمق الفجوة في فرص الإدماج.

تعليق الطالبة: تظهر نتائج هذا المتغير ما يمكن تسميته بـ الشرخ المعرفي داخل المجتمع الحضري بجنشلة: فبينما تملك بعض الأسر وعياً وقدرة على الدفاع عن حقوق أبنائها، تعاني أسر أخرى من

الإطار الميداني للدراسة

ضعف أدوات الفهم والتعامل مع مؤسسات الدعم ، هذا التفاوت يفرض علينا أن نتساءل عن دور السياسات التوعوية والتعليمية في تقليص الهوة بين الفئات المختلفة، خاصة وأن الإعاقة الذهنية تتطلب مستوى عالياً من الفهم والصبر.

الاستنتاج : يؤكد التوزيع الدراسي للعينة أن التعليم يشكل عاملاً فارقاً في التعامل مع ذوي الإعاقة الذهنية. لذلك فإن أي برنامج يهدف إلى تحسين إدماج هذه الفئة يجب أن يراعي الفروقات التعليمية بين الأسر، عبر توفير حملات تحسيسية مبسطة موجهة لغير المتعلمين، وبرامج أكثر تخصصاً للأسر المتعلمة، بما يضمن وصول الرسالة للجميع بفعالية.

4. الوضعية المهنية لولي/وليلة الأمر

يتعلق متغير الوضعية المهنية بالقدرة الاقتصادية والتوفر على موارد ثابتة أو مؤقتة لدى الأسرة. فطبيعة العمل واستقراره يؤثران مباشرةً في إمكانية تغطية حاجيات العلاج، النقل، التعليم والدعم التأهيلي للشخص ذي الإعاقة الذهنية؛ كما يحددان الوقت المتاح لمرافقة ومتابعة الخدمات ، لذلك يُعدّ فحص هذا المتغير ضرورياً لفهم القيود الاقتصادية والزمنية التي تواجه الأسر. والجدول الموالي يبين توزيع الأسر المبحوثة حسب الوضعية المهنية :

النسبة (%)	العدد	النشاط المهني
40 %	12	قطاع غير رسمي (حرف ومهن حرة)
30%	9	موظف/ة بالقطاع العمومي
20%	6	أعمال بسيطة / موسمية
10%	3	بطالة (لا يعمل)
100%	30	المجموع

الجدول 05 : توزيع العينة حسب الوضعية المهنية

و الشكل الموالي يترجم هذه المعطيات :

الإطار الميداني للدراسة



الشكل 03: التوزيع المهني للأولياء

الجدول (05) و الشكل 03 يبرزان أن القطاع غير الرسمي يمثل الحصة الأكبر (40%)، يلي ذلك الموظفون العموميون (30%)، بينما يشكل العمال الموسميون/البسيطون 20% والبطالون 10% ، و التمثيل بصرياً يجعل الفجوة في الاستقرار المهني واضحة: أكثر من نصف العينة (60%) غير مرتبطين بوظيفة رسمية مستقرة (قطاع غير رسمي + أعمال موسمية + بطالة).

التحليل : الواقع المهني لعينة الأسر يوضح هشاشة واضحة في مستوى الاستقرار الاقتصادي ف : 40% يمتنون أعمالاً غير رسمية غالباً ما تفتقر إلى ضمان دخل ثابت وتأمين اجتماعي ، هذا يعني تقلبات في الدخل الشهري وصعوبات في التخطيط لتكاليف العلاج أو النقل أو تعليم الطفل ذي الإعاقة.

وجود 30% موظفين في القطاع العمومي يعطي مؤشراً على أن جزءاً من الأسر يملك دخلاً مستقراً نسبياً، ما قد يساعد على تغطية بعض النفقات، لكنه لا يلغي الضغوط الإضافية (تكاليف علاجات خاصة، مصاريف تأهيلية غير مجانية).

فئة الأعمال البسيطة والموسمية (20%) تُبَيِّن قابلية الانقطاع عن الدخل خلال مواسم، ما يزيد من تعرض الأسر لمشاكل مالية فجائية. أما نسبة البطالة (10%) فتعكس وجود أسر في حالة هشاشة اقتصادية قصوى تحتاج تدخلات دعم مباشر.

تأثير هذا التوزيع يمتد إلى جانب الوقت: العمال في القطاع غير الرسمي غالباً ما يعملون لساعات طويلة وغير منتظمة، مما يحد من قدرتهم على مرافقة أبنائهم للمراكز أو متابعة الشؤون الإدارية، بالمقابل الموظفون العموميون قد يتفرون على أوقات أكثر انتظاماً لكنهم قد يواجهون صعوبات في توفير خدمات متخصصة إن كانت مكلفة.

تعليق الطالبة: يبدو واضحاً أن معالجة الإشكال الاجتماعي المتعلق بذوي الإعاقة الذهنية لا يمكن أن تقتصر على تحسين الخدمات فقط، بل يجب أن تترافق مع سياسات دعم اقتصادي وتحسين قابلية التشغيل للأسر، فالبرامج التي تدمج دعماً مالياً مؤقتاً مع فرص تدريب مهني وخلق فرص عمل ثابتة ستخفف مباشرة من المعاناة اليومية وتُحسِّن من قدرة الأسرة على الاستثمار في تعليم وتأهيل ابنها/ابنتها.

الاستنتاج: بناءً على توزيع الوضعية المهنية نستنتج أن أكثر من نصف الأسر تواجه هشاشة اقتصادية أو عدم استقرار في الدخل، لذا يُنصح بتطبيق تدخّل مزدوج الاتجاه: (1) دعم مباشر للفئات الأكثر هشاشة (قسائم نقل/علاج، مساعدات نقدية مؤقتة)، و(2) برامج تمكين مهني للأولياء (تدريب مهني، دعم لإنشاء مشاريع صغيرة أو إدماج في سوق عمل رسمي) بالتعاون بين البلدية، مديرية العمل والجمعيات المحلية، هذا المزيج سيخفض العبء المالي ويزيد من استمرارية الرعاية وجودتها.

5. الحالة الاجتماعية لوليّ/وليّة الأمر

يُعتبر متغير الحالة الاجتماعية (متزوج/ة، مطلق/ة، أرمل/ة، أعزب/اء) عاملاً مؤثراً بشكل مباشر في استقرار الأسرة وتماسكها، فوجود شريك حياة يساعد على تقاسم الأعباء اليومية المتعلقة

الإطار الميداني للدراسة

برعاية الطفل ذي الإعاقة، بينما غياب هذا الدعم قد يزيد من حدة الضغوط النفسية والمادية على الطرف الوحيد، لذلك تحليل هذا المتغير يكشف عن طبيعة الدعم الأسري الداخلي، ويمكن من فهم مستوى التكفل الاجتماعي والعاطفي الذي يحظى به الطفل. و الجدول الموالي يبين توزيع الأسر المبحوثة حسب الحالة الاجتماعية :

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة (%)
متزوج/ة	21	70%
مطلق/ة	5	16.7%
أرمل/ة	3	10%
أعزب/اء	1	3.3%
المجموع	30	100%

الجدول 06 : توزيع الأسر المبحوثة حسب الحالة الاجتماعية

و يبين الجدول (06) أن فئة المتزوجين تحتل الحصة الأكبر (70%)، ما يشير إلى أن معظم الأطفال المعاقين ذهنياً يعيشون ضمن أسر نووية متماسكة نسبياً، بينما تمثل الحالات الأسرية غير المكتملة (مطلق/ة، أرمل/ة، أعزب/اء) ما يقارب 30% من العينة، وهو ما يعكس وجود نسبة معتبرة من الأسر التي تفتقد إلى الدعم الأسري الكامل.

التحليل : ارتفاع نسبة المتزوجين (70%) دليل على أن أغلب الأطفال ذوي الإعاقة يعيشون في بيئة أسرية تضم كلا الوالدين، ما يساهم نسبياً في توزيع الأعباء، ويمنح للطفل دعماً عاطفياً ونفسياً أكبر.

مع ذلك وجود 16.7% مطلقين و10% أرامل و3.3% عزّاب يكشف عن شريحة من الأطفال الذين يكبرون في كنف وليّ واحد، وهو ما يضاعف من الضغوط الاقتصادية والاجتماعية والنفسية.

الأسر المطلقة أو الأرملة عادة تواجه صعوبات في توفير الرعاية المتواصلة للطفل بسبب غياب شريك يشارك الأعباء، وقد يؤدي ذلك إلى إهمال غير مقصود لبعض حاجيات الطفل (التربوية أو العلاجية).

الفئة العازبة (3.3%) تعكس حالة خاصة: قد يكون الجد/الجددة أو أحد الأقارب هو المتكفل بالطفل، مما يزيد من حدة الضغوط بسبب غياب الأب أو الأم أصلاً.

تعليق الطالبة:

من منظور حيادي نتضح أهمية الاستقرار الأسري في عملية الرعاية، فالأسر المتزوجة قادرة على تقاسم المهام، بينما الأسر المفككة أو أحادية الطرف غالباً ما تعاني من هشاشة في التكفل، وهذا يبرز الحاجة إلى سياسات دعم موجهة خصيصاً لهذه الفئات (الأرامل، المطلقين، الأولياء العزاب) عبر برامج مساعدة اجتماعية أو نفسية.

الاستنتاج:

يُستخلص مما سبق أن الاستقرار الأسري يمثل ركيزة أساسية في تحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وكلما توفرت بيئة أسرية متماسكة، كلما ارتفعت فرص التكفل الفعال، لكن بما أن حوالي ثلث العينة تعيش في أسر غير مكتملة، فمن الضروري أن توفر السياسات العمومية والجمعيات آليات دعم موجهة للأسر أحادية الطرف، مثل جلسات مرافقة نفسية، إعانات مالية، وخدمات إرشاد أسري لتخفيف الضغط وضمان استمرارية الرعاية.

6. عدد أفراد الأسرة

عدد أفراد الأسرة يُعدّ مؤشراً اجتماعياً واقتصادياً مهماً، إذ أن الأسر الكبيرة غالباً ما تواجه صعوبات في توفير الرعاية والموارد الكافية للأطفال، وخاصة في حالة وجود طفل معاق ذهنياً يحتاج إلى رعاية خاصة، بينما الأسر الصغيرة قد توفر وقتاً أكبر للتكفل، لكنها قد تعاني من محدودية الدعم الداخلي مقارنة بالأسر الكبيرة.

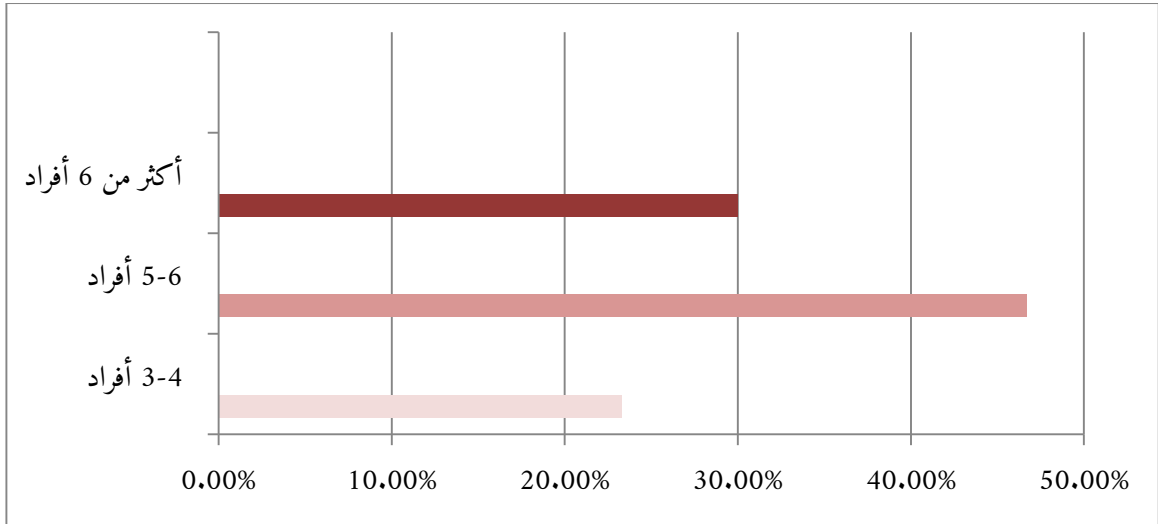
الإطار الميداني للدراسة

و الجدول الموالي يشير إلى توزيع العينة المدروسة من الأسر حسب عدد أفرادها :

عدد أفراد الأسرة	العدد	النسبة (%)
3 - 4 أفراد	7	23.3%
5 - 6 أفراد	14	46.7%
أكثر من 6	9	30%
المجموع	30	100%

الجدول 07 : توزيع العينة حسب عدد أفراد الأسرة

و الشكل الموالي يترجم معطيات الجدول :



الشكل 04: توزيع العينة حسب عدد أفراد الأسرة

يبين كل من الجدول (07) و الشكل (04) أن النسبة الأكبر من الأسر تضم 5-6 أفراد (46.7%)، ما يعكس النمط الغالب في الوسط الحضري بولاية خنشلة، في حين أن الأسر الصغيرة نسبياً (3-4 أفراد) لا تتجاوز 23.3%. أما الأسر الكبيرة (أكثر من 6 أفراد) فهي موجودة بنسبة معتبرة (30%).

التحليل : تمثل الأسر المتوسطة الحجم (5-6 أفراد) تقريباً نصف العينة، وهذا ينسجم مع البنية الديموغرافية الحضرية حيث لا تزال معدلات الإنجاب مرتفعة نسبياً.

الأسر الكبيرة (30%) قد تواجه تحديات مضاعفة في التكفل بالطفل المعاق ذهنياً، خاصة من حيث توزيع الموارد المالية والانتباه النفسي والعاطفي.

الأسر الصغيرة (23.3%) تتميز بقدرة أكبر على تخصيص وقت وجهد للطفل المعاق، لكنها قد تفتقر إلى الدعم الداخلي من الأشقاء أو أفراد آخرين.

- وهذا التنوع يعكس أن حجم الأسرة يُعدّ عاملاً مؤثراً في نوعية الرعاية وظروف التكفل.

تعليق الطالبة :

يتضح أن حجم الأسرة يساهم بشكل مباشر في تحديد مستوى الرعاية المقدمة للطفل المعاق ذهنياً ، فالأسر الكبيرة تواجه ضغطاً إضافياً بسبب تعدد المسؤوليات، بينما الأسر الصغيرة تجد نفسها أمام تحدي قلة الدعم الداخلي، و هذه الثنائية تبرز الحاجة إلى دعم خارجي سواء من المجتمع أو المؤسسات.

الاستنتاج :

يمكن القول إنّ حجم الأسرة يمثل متغيراً محورياً في فهم ديناميكيات التكفل بذوي الإعاقة الذهنية ، إذ كلما كبر حجم الأسرة، زادت التحديات في التوزيع العادل للرعاية، وكلما صغرت قلّ الدعم الداخلي ، وهو ما يفرض على السياسات العمومية توفير دعم مؤسّساتي يوازن هذه الفوارق، مثل الجمعيات أو المراكز المتخصصة التي تساند الأسر في مهامها اليومية.

7. مكان السكن

يُعتبر مكان السكن من العوامل الأساسية التي تحدد نوعية الخدمات المتاحة وظروف العيش لذوي الإعاقة الذهنية، فالسكن في وسط المدينة يتيح قرباً من المراكز الصحية والتعليمية، بينما الأحياء الشعبية قد تتميز بكثافة سكانية وضغط اجتماعي، في حين أنّ الأحياء الحضرية الجديدة تعاني أحياناً من نقص في المرافق، أما المناطق شبه الحضرية فتُظهر غالباً عزلة جغرافية تقلل من

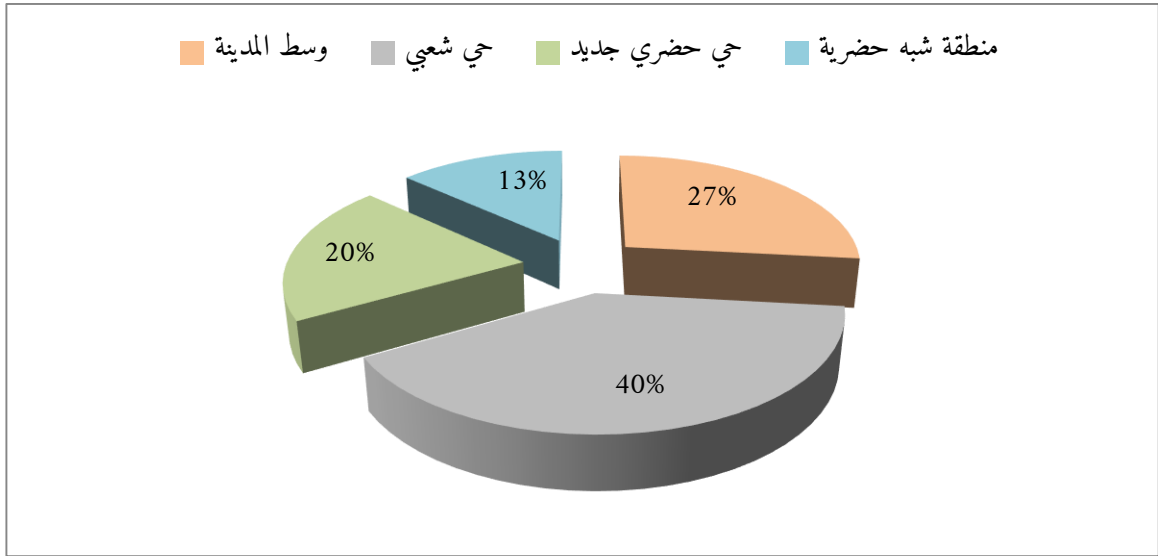
الإطار الميداني للدراسة

فرص الإدماج والخدمات، لذلك دراسة هذا المتغير تساعد في فهم تأثير المجال الجغرافي على واقع هذه الفئة. و الجدول الآتي يوضح توزيع الأسر المبحوثة حسب مكان السكن :

مكان السكن	العدد	النسبة (%)
وسط المدينة	8	26.7%
حي شعبي	12	40%
حي حضري جديد	6	20%
منطقة شبه حضرية	4	13.3%
المجموع	30	100%

الجدول 08: توزيع العينة حسب مكان السكن

و الشكل الموالي يترجم نسب هذا الجدول :



الشكل 05: التوزيع النسبي لمكان سكن الأسر

يبين الجدول (08) و الشكل (05) أن النسبة الأكبر من الأسر المستجوبة تسكن في الأحياء الشعبية (40%)، بينما تمثل الأسر القاطنة في وسط المدينة حوالي ربع العينة (26.7%)، في المقابل توجد نسبة معتبرة في الأحياء الحضرية الجديدة (20%)، وأقلية في المناطق شبه الحضرية (13.3%).

التحليل :

ارتفاع نسبة السكن في الأحياء الشعبية يعكس الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للعديد من الأسر التي لديها أطفال معاقين ذهنياً، حيث يُعرف هذا النمط السكني بمحدودية المرافق وضعف الخدمات الموجهة لذوي الاحتياجات الخاصة.

الأسر المقيمة في وسط المدينة (26.7%) تستفيد نسبياً من قربها من المؤسسات الصحية والتعليمية، ما يسهل عمليات المتابعة والتأهيل.

في الأحياء الحضرية الجديدة (20%)، ورغم توفر البنية التحتية الحديثة، إلا أن نقص المراكز المتخصصة يمثل عائقاً أمام الإدماج الفعلي.

أما الأسر المقيمة في المناطق شبه الحضرية (13.3%)، فهي تعاني بدرجة أكبر من العزلة وصعوبة التنقل، ما يزيد من معاناتها في التكفل اليومي بالطفل.

تعليق الطالبة: تُظهر هذه النتائج أن الموقع الجغرافي له أثر مباشر على فرص الإدماج الاجتماعي والرعاية، فبينما توفر المدينة نوعاً من السهولة في الوصول للخدمات، فإن الأحياء الشعبية والمناطق شبه الحضرية تكشف عن ضعف في العدالة المكانية، حيث يتضرر الأطفال ذوو الإعاقة من الفوارق التنموية.

الاستنتاج: نصل إلى أن مكان السكن يُعتبر عاملاً محددًا في جودة التكفل بذوي الإعاقة الذهنية، إذ كلما كان السكن أقرب إلى الخدمات الأساسية، زادت فرص الإدماج، بينما يؤدي البعد الجغرافي إلى مضاعفة العزلة، وهذا ما يفرض على السلطات التفكير في توزيع عادل للمرافق وتوجيه اهتمام خاص بالأحياء الشعبية والمناطق شبه الحضرية عبر إنشاء مراكز دعم وتأهيل قريبة.

8. علاقة المجيب بالشخص المعاق ذهنياً

تُعتبر علاقة المجيب بالشخص المعاق ذهنياً مؤشراً مهماً لفهم طبيعة الرعاية المقدمة، إذ تختلف المسؤولية ودرجة الالتزام باختلاف هذه العلاقة، فالأب أو الأم عادةً ما يتحملان العبء

الإطار الميداني للدراسة

الأكبر في التكفل والرعاية، بينما الإخوة أو الأوصياء قد يلعبون أدواراً ثانوية أو مساعدة ، و تحليل هذا البعد يسمح بتحديد الطرف الأكثر انخراطاً في حياة الطفل المعاق ذهنياً داخل الوسط الحضري. و الجدول الآتي يترجم نسب توزيع العينة حسب العلاقة مع الشخص المعاق :

العلاقة	العدد	النسبة (%)
أب / أم	20	66.7%
أخ / أخت	5	16.6%
وصي	3	10.0%
أخرى (جد/جدة...)	2	6.7%
المجموع	30	100%

الجدول 09 : توزيع العينة حسب العلاقة مع الشخص المعاق

يبين الجدول (09) أن الأغلبية الساحقة من المجيبين هم الآباء والأمهات (66.7%)، ما يعكس الطبيعة الأسرية المباشرة للتكفل، بينما الإخوة يشكلون نسبة محدودة (16.6%)، والأوصياء أو أفراد آخرون لا تتجاوز نسبتهم المجمعة 16.7%.

التحليل : النسبة المرتفعة للآباء والأمهات كمجيبين توضح أنّ العبء الأكبر من الرعاية والتكفل يقع مباشرة على عاتق الوالدين، وهو ما ينسجم مع الثقافة الأسرية السائدة في المجتمع الجزائري التي تعطي للأسرة النواة الدور المحوري.

مشاركة الإخوة بنسبة (16.6%) تكشف أن بعض الأسر تحاول توزيع الأدوار، مما يساهم في تخفيف الضغط النفسي عن الوالدين.

وجود الأوصياء (10%) وأفراد آخرين (6.7%) يبرز حالات خاصة، قد ترتبط بوفاة الوالدين أو عجزهم، أو أحياناً بتوزيع الأدوار داخل العائلة الممتدة.

- هذه النتائج تؤثر إلى أنّ الرعاية لا تزال مسؤولية أسرية بالدرجة الأولى، مع ضعف تدخل مؤسسات المجتمع المدني أو الدولة في التكفل المباشر.

تعليق الطالبة : تكشف هذه النتائج أن الأسرة هي الفاعل الأساسي في حياة الشخص المعاق ذهنياً، خاصة الوالدين ، إلا أن هذا التركيز على الوالدين وحدهم قد يؤدي إلى إرهاق نفسي واجتماعي، ما يستدعي إشراك الإخوة والأقارب بصورة أكبر، إضافةً إلى ضرورة دعم مؤسساتي خارجي لتخفيف الضغط عن الأسرة.

الاستنتاج : يمكن القول إن العلاقة المباشرة بين المجيب والمعاق الذهني تكشف عن اعتماد شبه كلي على الأسرة النواة في التكفل، وهو ما يعكس ضعف الهياكل الداعمة، لذلك من المهم العمل على إعادة توزيع أدوار الرعاية بين مختلف أفراد الأسرة، مع تشجيع الجمعيات والمراكز المتخصصة على التدخل لتوفير دعم موازٍ يقلل من الضغط على الآباء.

المحور الثاني : البيانات المتعلقة بالشخص ذي الإعاقة الذهنية

يعدّ هذا الجزء من الدراسة الميدانية (الاستبيان) المحور الأكثر حساسية في البحث الميداني، لأنه يتناول المعلومات الجوهرية المرتبطة مباشرة بالشخص ذي الإعاقة الذهنية، فإذا كانت البيانات التعريفية للأسر تتيح فهم الوسط الاجتماعي والاقتصادي الذي ينتمي إليه المبحوثون، فإن هذه المعطيات الخاصة بالشخص نفسه تسمح بتحليل أعمق للواقع المعيشي والتربوي والصحي الذي يعيشه.

كما أن جمع هذه البيانات يمكّن الباحث من رسم صورة متكاملة عن خصائص الأفراد المعاقين، سواء من حيث الجنس والعمر، أو من حيث درجة الإعاقة، وجود إعاقات مصاحبة، توقيت الاكتشاف، فرص التعليم، والمتابعة العلاجية، وبالتالي فهي تمثل قاعدة صلبة للربط بين الأبعاد النظرية (حول الإدماج والتمهيش) والواقع العملي للأسر والأشخاص المعاقين.

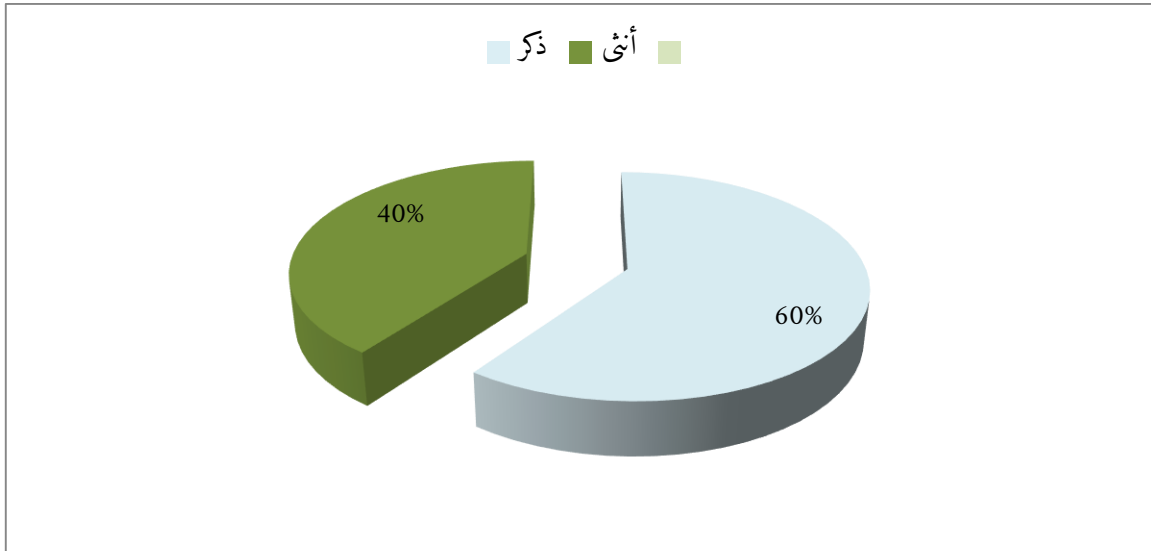
الإطار الميداني للدراسة

9. جنس الفرد ذي الإعاقة: يُعتبر تحديد جنس الشخص ذي الإعاقة الذهنية خطوة محورية، لأن التجارب الحياتية للذكور قد تختلف عن الإناث في ما يخص فرص التعليم، الرعاية، والاندماج الاجتماعي، كما أن الأسر قد تتعامل بطرق متباينة مع الإعاقة بناءً على البنية الثقافية والاجتماعية التي تحدد أدوار الجنسين . و الجدول الموالي يضبط توزيع جنس الأفراد المعاقين في الأسر المبحوثة

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكر	18	60%
أنثى	12	40%
المجموع	30	100%

الجدول 10: توزيع جنس الأفراد المعاقين في الأسر المبحوثة

و الشكل الآتي يوضح هذه النسب بدقة :



الشكل 06 : توزيع جنس الأفراد المعاقين في الأسر المبحوثة

تشير النتائج إلى أن نسبة الذكور المصابين بالإعاقة الذهنية تفوق نسبة الإناث، إذ شكّلوا

60% من العينة مقابل 40% للإناث.

من الناحية الطبية بعض الدراسات تؤكد أن الذكور أكثر عرضة للإصابة باضطرابات وراثية أو

صعوبات معرفية ترتبط بالكروموسوم X.

أما من الناحية الاجتماعية، فقد تكون بعض الأسر أكثر ميلاً للتصريح بإعاقة الأبناء الذكور، بينما قد نكتّم على إعاقة الإناث بسبب الخوف من الوصم الاجتماعي أو صعوبة إدماجهن في المستقبل.

التحليل: تكشف هذه النتيجة عن ازدواجية في التمثلات المجتمعية: فمن جهة يُنظر إلى إعاقة الذكور باعتبارها تحدياً يمكن التعايش معه لأن الذكر يظل "وارثاً وممتداً للعائلة"، بينما إعاقة الأنثى قد تُرى كعائق مضاعف، لا سيما في قضايا الزواج والاندماج الاجتماعي، وهذا يعكس بوضوح كيف أن الثقافة السائدة تؤطر مسارات حياة الأشخاص المعاقين بناءً على جنسهم.

تعليق الطالبة: قال أحد أولياء الأمور: "الإعاقة عند الأولاد أخفّ وقعاً، أما عند البنات فنخاف أكثر من كلام الناس ومن صعوبة المستقبل" هذا التعليق يعكس البعد الثقافي والاجتماعي الذي لا يمكن تجاهله عند دراسة الفروق بين الجنسين.

الاستنتاج: يمكن القول إن الجنس يلعب دوراً جوهرياً في فهم تجارب الإعاقة الذهنية، حيث ترتبط النظرة الاجتماعية والتعامل الأسري ارتباطاً وثيقاً بكون الشخص ذكراً أو أنثى، وهذه النتيجة تدعو الباحث إلى ضرورة مراعاة البعد الجندري في التحليل، حتى لا يتم التعامل مع فئة ذوي الإعاقة الذهنية ككتلة واحدة، بل كأفراد يتقاطع هويتهم مع عوامل متعددة أهمها الجنس.

10. متغير العمر بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية

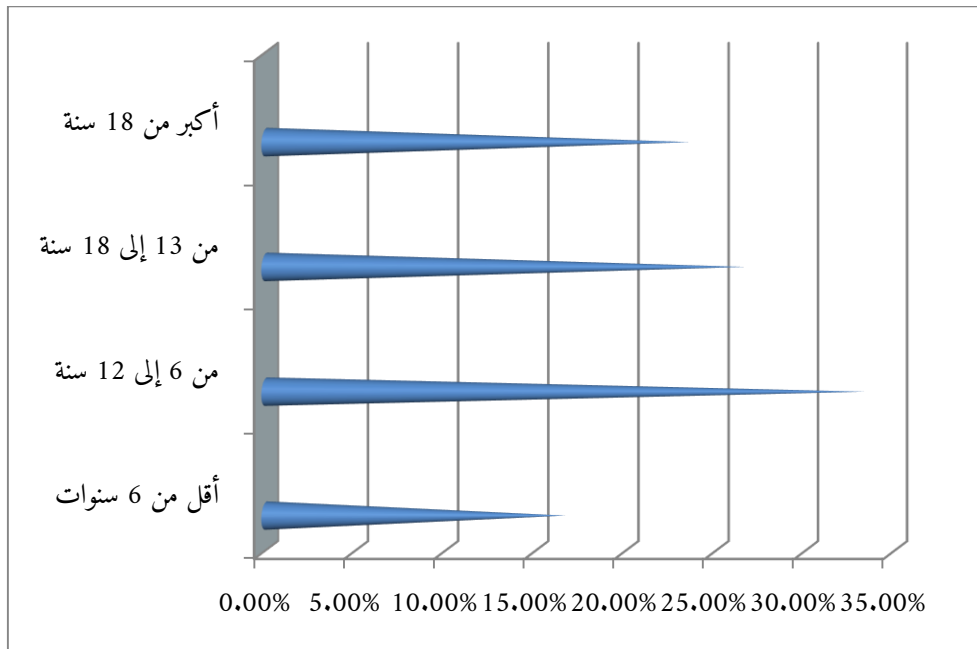
يُعدّ العمر من أهم المؤشرات الديموغرافية التي تساعد الباحث على فهم طبيعة الإعاقة الذهنية وتطورها عبر المراحل المختلفة للحياة، فاحتياجات الطفل المعاق ذهنياً في سنواته الأولى تختلف جذرياً عن احتياجات المراهق أو الشاب البالغ، سواء من حيث الرعاية الصحية أو التأهيل التربوي أو حتى الاندماج الاجتماعي، كما أنّ معرفة الفئة العمرية الغالبة تسمح بتحديد الفجوات في الخدمات المقدمة ومدى استعداد المجتمع والمؤسسات للتكفل بها. والجدول والموالي يشير إلى نسب هذا المتغير في العينة بالتفصيل:

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	الفئة العمرية
16.6%	5	أقل من 6 سنوات
33.3%	10	من 6 إلى 12 سنة
26.6%	8	من 13 إلى 18 سنة
23.5%	7	أكثر من 18 سنة
100%	30	المجموع

الجدول (11) : توزيع الفئات العمرية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية

و الشكل الموالي هو ترجمة مبسطة لهذه النسب :



الشكل 07 : توزيع الفئات العمرية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية

يتبين من الجدول (11) و الشكل (07) أن الفئة العمرية 6-12 سنة هي الأكثر تمثيلاً (33.3%)، تليها فئة 13-18 سنة بنسبة (26.6%)، ثم فئة أكثر من 18 سنة (23.5%)، وأخيراً الأطفال أقل من 6 سنوات (16.6%).

إن ارتفاع نسبة الفئة العمرية 6-12 سنة قد يُعزى إلى كونها المرحلة التي يبدأ فيها الآباء والأسر بملاحظة الإعاقة بشكل أوضح، خصوصاً عند الالتحاق بالمدرسة وظهور الفروق الأكاديمية والسلوكية.

أما انخفاض نسبة أقل من 6 سنوات، فقد يكون راجعاً إما إلى صعوبة التشخيص المبكر، أو إلى تردد الأسر في التصريح المبكر.

التحليل : هذه النتائج تعكس أن أغلب الأشخاص المعاقين ذهنياً في العينة ما زالوا في مراحل الطفولة المتوسطة والكبرى، وهو ما يطرح تحديات على المؤسسات التربوية والصحية معاً، فهذه الفئة تحتاج إلى تأطير تربوي خاص وبرامج إدماج مدروسة لتفادي تهميشهم مستقبلاً.

كما أن وجود نسبة معتبرة (23.5%) في فئة ما فوق 18 سنة يكشف أن عدداً من الأفراد بلغوا سن الرشد دون ضمان مسار تعليمي أو مهني واضح، ما يعكس قصوراً في آليات الإدماج بعد سن الدراسة الإلزامية.

تعليق الطالبة : في تصريح لأحد أولياء الأمور يقول : "ابني لم يُكتشف إعاقته إلا بعد دخوله المدرسة، حيث لاحظ المعلم أنه لا يتابع مثل بقية التلاميذ...."، وهذا التصريح يوضح أن المدرسة غالباً ما تكون الفضاء الأول الذي يُظهر الفروق ويجعل الأسرة أمام حقيقة الإعاقة الذهنية.

الاستنتاج : إن توزيع الأعمار داخل العينة يُظهر أن مرحلة الطفولة المتوسطة (6-12 سنة) هي الأخطر والأكثر حساسية، لأنها مرحلة انكشاف الإعاقة الذهنية بشكل جليّ وبداية معركة الأسرة مع تحديات التعليم والاندماج، كما أن وجود نسبة معتبرة من الراشدين المعاقين يطرح إشكالية مستقبلهم بعد مغادرة المؤسسات التعليمية، ما يستدعي خطاً طويلة المدى للتكفل الاجتماعي والمهني.

11. درجة الإعاقة الذهنية حسب التشخيص الطبي

الإطار الميداني للدراسة

تُعتبر درجة الإعاقة الذهنية مؤشراً محورياً لفهم مدى قدرة الفرد على التكيف مع بيئته الاجتماعية والتربوية، ولتحديد نوع التدخلات المطلوبة من الأسرة والمجتمع والدولة، فالفرق بين الإعاقة البسيطة والمتوسطة والشديدة ليست شكلية، بل تعكس اختلافاً في القدرات العقلية والسلوكية، وبالتالي اختلافاً في الحاجات التعليمية والتأهيلية. لذلك، إدراج هذا السؤال يساعد الباحث على رسم خريطة دقيقة لاحتياجات العينة وتوجيه التحليل نحو مقارنة واقعية. و الجدول التالي يوضح درجة الإعاقة الذهنية حسب التشخيص الطبي للعينة المدروسة :

النسبة %	التكرار	درجة الإعاقة
30%	9	بسيطة
40%	12	متوسطة
16.6%	5	شديدة
10%	3	لا أعلم بدقة
3.3%	1	لم يُشخص طبياً
100%	30	المجموع

الجدول 12 : توزيع درجة الإعاقة الذهنية حسب التشخيص الطبي للعينة

التحليل:

نلاحظ أن الإعاقة المتوسطة هي الأكثر شيوعاً بين أفراد العينة بنسبة (40%)، تليها الإعاقة البسيطة بنسبة (30%)، ثم الإعاقة الشديدة بنسبة (16.6%)، كما توجد نسبة (10%) من الأسر لا تملك معرفة دقيقة بدرجة الإعاقة، وحالة واحدة فقط (3.3%) لم يُشخص فيها طبياً. ارتفاع نسبة الحالات المتوسطة قد يُفسر بأن هذا المستوى هو الأكثر ظهوراً في الميدان، حيث يُصعب تجاهله، لكنه في الوقت نفسه لا يصل إلى حد العجز التام.

أما نسبة الحالات الشديدة، فهي أقل ربما لأن هذه الأسر تجد صعوبات في إبراز أبنائها للمشاركة في الدراسات الميدانية، أو لكونها حالات نادرة نسبياً.

صادف أيضاً أن بعض الأسر (13.3% بين لا أعلم + غير مشخص) لا تمتلك وضوحاً طبيّاً حول وضعية أبنائها، ما يعكس ضعف التوجيه أو نقص الخدمات الطبية المتخصصة.

و تؤكد هذه النتائج أن الإعاقة المتوسطة والبسيطة هي الأكثر تمثيلاً، وهو ما يستوجب توجيه الاهتمام نحو برامج تعليمية وتأهيلية تتلاءم مع هذه الدرجات بالخصوص، لأن أصحابها قادرون - مع الرعاية المناسبة - على تحقيق قدر من الاستقلالية والاندماج.

غير أن وجود نسبة من الحالات غير المشخصة أو غير المعروفة بدقة يطرح مشكلة في التشخيص المبكر وغياب المتابعة الطبية المنتظمة، وهو ما قد يؤدي إلى إهمال حقوق هذه الفئة أو سوء توجيهها نحو المؤسسات الملائمة.

تعليق الطالبة: قالت إحدى الأمهات خلال المقابلة: "الأطباء قالوا لي إن الإعاقة متوسطة، لكني لا أفهم ماذا يعني ذلك ولا كيف أتعامل مع ابني...". وهذا التصريح يعكس الفجوة بين التشخيص الطبي والتواصل الأسري، حيث تبقى العائلات في حاجة ماسة إلى توعية وإرشاد حول معنى التشخيص وتبعاته.

الاستنتاج: تكشف هذه المعطيات أن التشخيص الطبي الدقيق ضروري لكنه غير كافٍ ما لم يُرافق بتفسير وإرشاد للأسرة حول طرق التعامل مع الإعاقة، كما أن ارتفاع نسبة الإعاقات المتوسطة والبسيطة يمثل فرصة لوضع برامج واقعية للإدماج الاجتماعي، بينما تكشف حالات عدم التشخيص عن ضرورة تعزيز البنية الصحية المتخصصة وتعميم خدمات الفحص المبكر.

12. الإعاقات المصاحبة: من الناحية الطبية والاجتماعية لا تظهر الإعاقة الذهنية دائماً بشكل معزول، بل قد تترافق مع إعاقات أخرى مثل صعوبات السمع أو البصر أو مشاكل في النطق والحركة، هذه الإعاقات المصاحبة تضاعف من حجم التحديات التي تواجهها الأسرة، إذ تزيد من

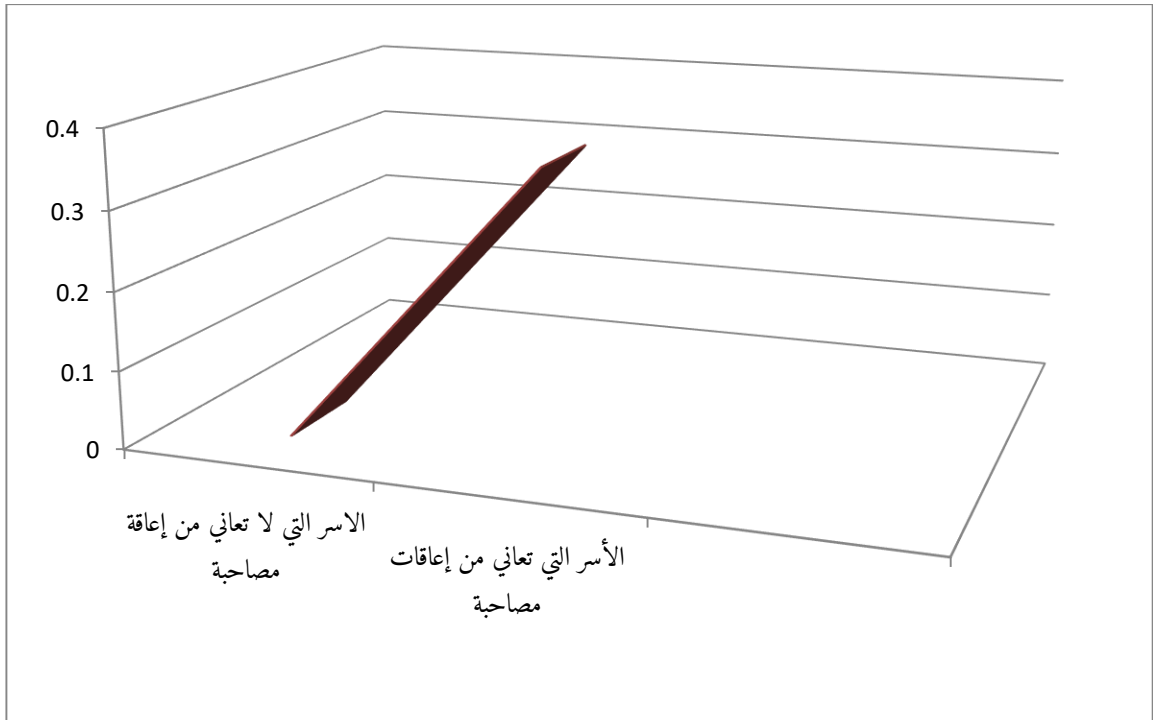
الإطار الميداني للدراسة

تعقيد عملية التكفل وتضاعف تكاليف العلاج والتأهيل، لذلك معرفة نسبة انتشار هذه الحالات المزدوجة أو المتعددة له أهمية قصوى لتقدير الحاجات المركبة للأسر. و الجدول التالي يبين نسب وجود إعاقات مصاحبة لذوي الإعاقة الذهنية المدروسين :

النسبة %	التكرار	وجود إعاقات مصاحبة
36.6%	11	نعم
63.3%	19	لا
100%	30	المجموع

الجدول 13 : نسب وجود إعاقات مصاحبة

و الرسم الموالي يبسط هذه النسب :



الشكل 08 : نسب وجود إعاقات مصاحبة لدى الأسر المبحوثة

التحليل : يتبين من النتائج أن حوالي ثلث الأسر (36.6%) صرحت بأن أبناءها يعانون من إعاقات مصاحبة إلى جانب الإعاقة الذهنية، مقابل الأغلبية (63.3%) التي أكدت عدم وجود إعاقات أخرى.

هذا يعني أن أكثر من واحد من كل ثلاثة أطفال أو بالغين معاقين ذهنياً لديهم صعوبات إضافية، وهو مؤشر على تعقد وضعيتهم الصحية والاجتماعية. هذه الإعاقات المصاحبة غالباً ما تشمل صعوبات النطق، إعاقة حركية، أو ضعف سمعي وبصري، ما يجعل التكفل أكثر صعوبة بالنسبة للأسر والهيئات المختصة.

تعليق الطالبة: تكشف هذه النتيجة أن الإعاقة الذهنية نادراً ما تكون مشكلة معزولة، وأن التكفل الفعلي يستلزم مقارنة شمولية تراعي الأبعاد المتعددة (الذهنية والجسدية والنطقية)، كما أن نسبة 36.6% تعكس حاجة الأسر إلى خدمات تأهيل متعددة التخصصات، إذ لا يكفي العلاج النفسي أو التربوي وحده، بل يجب أن يكون هناك تكامل بين الأطباء، أخصائيي النطق، وأخصائيي العلاج الطبيعي.

الاستنتاج: تشير هذه النتائج إلى أن نسبة معتبرة من ذوي الإعاقة الذهنية تعاني من إعاقات إضافية، مما يفرض على السياسات الاجتماعية والصحية تبني خطة تكفل متعددة الاختصاصات بدلاً من التركيز على الإعاقة الذهنية فقط، إن هذه الوضعية تستدعي زيادة المراكز المتخصصة وتوفير خدمات متنوعة لتخفيف العبء على الأسر، وضمان تكفل أكثر شمولية وفعالية.

13. العمر الذي تم فيه اكتشاف الإعاقة

إن توقيت اكتشاف الإعاقة الذهنية يُعتبر من المحددات الأساسية لمسار التكفل الأسري والطبي، فكلما تم التشخيص في سن مبكرة، ازدادت فرص التدخل الفعال عبر العلاج المبكر، وإعادة التأهيل، وتوجيه الأسرة لكيفية التعامل مع الطفل، بينما يؤدي التشخيص المتأخر إلى تأخر في التدخل، مما قد يفاقم الصعوبات السلوكية والمعرفية ويزيد من الضغوط الاجتماعية على الأسرة. لذلك، رصد هذا المؤشر يُساعد على فهم مدى فعالية النظام الصحي والتوعوي في الكشف المبكر عن الإعاقة.

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	العمر الذي تم فيه الاكتشاف
23.3%	7	عند الولادة
30%	9	قبل 3 سنوات
26.6%	8	بين 3 و 6 سنوات
20%	6	بعد 6 سنوات
100%	30	المجموع

الجدول 14 : توزيع نسب العمر الذي تم فيه اكتشاف الإعاقة

التحليل : تبين النتائج أن 30% من الأسر اكتشفت الإعاقة قبل سن الثالثة، وهي نسبة مهمة تعكس وجود درجة من الوعي والكشف المبكر. فيما صرحت 23.3% أن الإعاقة كانت واضحة منذ الولادة، ما يشير إلى حالات ذات طابع جيني أو وُلادي.

أما الفئة التي اكتشفت الإعاقة بين 3 و 6 سنوات (26.6%)، فهي غالباً مرتبطة بمرحلة دخول الطفل للمدرسة أو الاحتكاك الاجتماعي حيث تبدأ الأعراض في الظهور بشكل أوضح. في المقابل ما نسبته 20% لم يكتشفوا الإعاقة إلا بعد سن السادسة، مما يدل على تأخر التشخيص، وهو مؤشر سلبي لغياب المتابعة الطبية المنتظمة أو ضعف التوعية.

تعليق الطالبة : من خلال هذه النتائج يتضح أن أكثر من نصف الحالات (53.3%) تم اكتشافها في سن مبكرة (من الولادة حتى 3 سنوات)، وهو ما يفتح المجال أمام التدخل العلاجي والتأهيلي المبكر، ومع ذلك فإن 20% من الحالات المكتشفة بعد سن السادسة تُعد نسبة مرتفعة نسبياً وتكشف عن قصور في آليات الكشف الصحي المبكر، سواء على مستوى المؤسسات الطبية أو عبر الحملات التوعوية، وهذا التأخر يترتب عنه ضياع فرص ثمينة في التأهيل، ويزيد من الأعباء على الأسرة والمدرسة والمجتمع.

الإطار الميداني للدراسة

الاستنتاج : إذن فتوقيت اكتشاف الإعاقة الذهنية يُشكل عاملاً حاسماً في رسم مسار التكفل والتأهيل تشير النتائج إلى أن نسبة معتبرة من الأسر استفادت من الكشف المبكر، وهو مؤشر إيجابي، لكن استمرار حالات التشخيص المتأخر يستدعي تعزيز برامج الفحص المبكر والتوعية الصحية للأسر، بما يسمح بالكشف المبكر والتدخل الفوري، وبالتالي تحسين نوعية الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية وأسرهم.

14. التعليم لذوي الإعاقة الذهنية

يمثل التعليم عنصر محوري لأنه يكشف مدى اندماج ذوي الإعاقة الذهنية في المنظومة التربوية، سواء في المدارس العادية أو الخاصة أو مراكز التأهيل، كما يوضح حجم التحديات التي تواجه الأسر في ضمان حق أبنائها في التعليم. و الجدول الموالي يوضح الوضعية التعليمية للمعاقين :

الوضعية التعليمية	العدد	النسبة %
لا يتابع تعليمه	16	40%
مدرسة عادية	4	16%
مدرسة خاصة	3	14%
مركز تأهيل	6	20%
تعليم منزلي	1	10%
المجموع	30	100%

الجدول 15 : توزيع المتعلمين و غير المتعلمين من ذوي الإعاقة الذهنية

التحليل : تشير البيانات إلى أن 40% من الأطفال لا يتابعون أي نوع من التعليم، وهي نسبة مرتفعة تكشف عن إقصاء تربوي واضح، يعكس قصور المنظومة التربوية في استيعاب هذه الفئة. أما النسبة الأخرى (60%)، فتتوزع بين مؤسسات مختلفة:

- المدرسة العادية (16%) : وهي نسبة ضعيفة، تعكس محدودية الدمج المدرسي بسبب نقص التجهيزات والمناهج التكوينية.
- المدرسة الخاصة (14%) : تعكس مجهود الأسر القادرة مالياً على ضمان تكفل أفضل، لكن هذه المؤسسات تبقى محدودة الانتشار.
- مراكز التأهيل (20%) : تشكل الخيار الأكثر شيوعاً، لأنها توفر برامج علاجية وتربوية متخصصة.
- التعليم المنزلي (10%) : غالباً بسبب بعد المؤسسات أو عدم توفر الوسائل المالية، لكنه يفتقر إلى التخصصية.

تعليق الطالبة : تكشف هذه الأرقام عن فجوة كبيرة بين الحق القانوني في التعليم والواقع الميداني ، فرغم أن التشريعات الجزائرية تنص على الحق في التربية الخاصة أو التعليم الدامج، إلا أن ضعف الإمكانيات البشرية والمادية في المدارس العادية يؤدي إلى تهميش واسع . كما أن اعتماد نسبة معتبرة على مراكز التأهيل يؤكد أن هذه الأخيرة باتت البديل شبه الوحيد أمام الأسر، لكنها تظل محدودة العدد والطاقة الاستيعابية، أما التعليم المنزلي فهو حلّ اضطراري يفتقد للأسس العلمية ويجعل الطفل في عزلة اجتماعية.

الاستنتاج : إجمالاً تبرز النتائج أن أغلب ذوي الإعاقة الذهنية يُقصون من المدرسة النظامية، وهو ما يكرس صعوبات لاحقة في الاندماج الاجتماعي والمهني.

15. العلاج النفسي أو التأهيل (النطقي/البدني)

يعكس العلاج النفسي أو التأهيل (النطقي/البدني) مدى حصول الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية على التكفل العلاجي المناسب، سواء من الناحية النفسية أو اللغوية أو الجسدية، وهو عنصر أساسي في تحسين قدراتهم ومساعدتهم على التكيف مع المحيط الاجتماعي. و الجدول الآتي يوضح نوع التكفل العلاجي لذوي الإعاقة الذهنية :

النسبة %	العدد	نوع التكفل العلاجي
36%	14	لا يتابع أي علاج أو تأهيل
20%	6	علاج نفسي
16%	4	تأهيل نطقي (علاج الكلام)
18%	5	تأهيل بدني (علاج حركي/فيزيائي)
10%	1	أكثر من نوع (متعدد)
100%	30	المجموع

الجدول 16 : نوع التكفل العلاجي لذوي الإعاقة الذهنية

التحليل : يتضح من الجدول (16) أن أكثر من ثلث العينة (36%) لا يتلقون أي علاج أو تأهيل، وهو مؤشر مقلق يعكس إما ضعف الوعي الأسري بأهمية العلاج، أو غياب مراكز قريبة ومؤهلة، أو حتى ضعف الإمكانيات المادية للأسر. أما باقي العينة، فنلاحظ تنوعاً في التكفل:

- العلاج النفسي (20%) يركز غالباً على تعديل السلوك ودعم التوازن الانفعالي للطفل، وهو ضروري خاصة مع الحالات المتوسطة والشديدة.
- التأهيل النطقي (16%) يعكس إدراك الأسر لأهمية تطوير القدرة على التواصل، باعتبار اللغة أداة الاندماج الاجتماعي.
- التأهيل البدني (18%) يرتبط بالحالات التي تعاني من صعوبات حركية مرافقة.
- التكفل المتعدد (10%) يعكس مقارنة شاملة وأكثر فعالية، لكنه يبقى محدوداً بسبب ارتفاع التكلفة وضعف توفر الأخصائيين.

تعليق الطالبة : تؤكد النتائج أن التكفل العلاجي بولاية خنشلة يعاني من نقص كبير في الشمولية والاستمرارية، فغياب العلاج عند نسبة معتبرة من الأطفال يشير إلى أن التكفل ما يزال بعيداً عن

الإطار الميداني للدراسة

أن يكون حقًا ممارسًا بانتظام ، كما أن وجود تفاوت بين أنواع العلاجات يدل على أن الأسر تعتمد غالباً على حلول جزئية بدلاً من التكفل المتكامل.

يترجم هذا الوضع محدودية السياسات العمومية في تعميم خدمات التأهيل النفسي والتربوي، ويكشف عن الحاجة إلى دعم مؤسسات التربية الخاصة وفتح مراكز علاجية متعددة التخصصات قريبة من الأحياء السكنية.

الاستنتاج: تكشف المعطيات أن أكثر من ثلث الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يُجرمون من أي نوع من العلاج أو التأهيل، ما يعمق من معاناتهم اليومية ويؤثر على فرص اندماجهم المستقبلي ، في المقابل يظل التكفل متذبذباً ومحدوداً، مما يستدعي تفعيل برامج وطنية للتكفل النفسي والتأهيلي الشامل، وضمان وصولها لجميع الفئات دون تمييز.

المحور الثالث: الصعوبات الاجتماعية في الوسط الحضري

16. نوع الصعوبات التي تواجهها الأسرة مع الشخص ذو الإعاقة الذهنية

تعدّ الصعوبات اليومية التي تواجهها الأسر عاملاً أساسياً في تقييم وضعية ذوي الإعاقة الذهنية داخل الوسط الحضري، إذ تتوزع بين تحديات تعليمية، اجتماعية، مادية، ونفسية، وهو ما يعكس مدى هشاشة البيئة الداعمة لهذه الفئة.

الجدول الموالي يمثل أهم الصعوبات التي صرّحت بها الأسر عند رعايتها لشخص معاق ذهنياً:

النسبة %	التكرار	نوع الصعوبة
60%	18	صعوبة في التمدرس أو الإدماج المدرسي
33.3%	10	صعوبة في الاندماج داخل الحي
46.6%	14	رفض المجتمع وتهميشه
40%	12	نظرة دونية وسلبية من الجيران أو الأقارب
66.6%	20	صعوبة التنقل والنقل في المدينة

الإطار الميداني للدراسة

50%	15	عدم توفر مراكز أو خدمات قريبة
73.3%	22	ضغوط مالية
36.6%	11	مشاكل داخل الأسرة (توتر، إهمال...)
6.6%	2	أخرى
100%	30	المجموع

الجدول 17: توزيع الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الأسر

التحليل: يظهر من نتائج الجدول أن الضغوط المالية تحتل المرتبة الأولى بنسبة 73.3%، مما يؤكد أن الجانب الاقتصادي يعدّ أبرز عائق للأسر في رعاية ذوي الإعاقة، يليها صعوبة التنقل (66.6%) والتي ترتبط غالباً بغياب وسائل نقل ملائمة وبعد المرافق الأساسية.

أما على المستوى التربوي فإن صعوبة التمدرس (60%) تبرز كأحد المظاهر الأساسية لغياب سياسات إدماج فعالة، وفي الجانب الاجتماعي فإن نسب الرفض والتمهيش (46.6%) والنظرة الدونية (40%) تكشف عن استمرار الوصم الاجتماعي، وهو ما يعمّق عزلة الأسر.

من جهة أخرى بينت 36.6% من الأسر أن هناك مشاكل داخلية مرتبطة بالتوتر أو الإهمال، ما يعكس الضغط النفسي الذي تعانيه الأسرة نتيجة تراكم العوائق المادية والاجتماعية.

تعليق الطالبة: تكشف هذه الأرقام أن معاناة الأسر ليست ذات بُعد واحد، بل هي متشابكة بين الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والتربوية، اللافت أن الصعوبات المالية جاءت في صدارة التحديات، مما يعكس ضعف التكفل الاجتماعي والدعم المؤسسي، كما أن الوصم الاجتماعي يُضاف كحاجز نفسي يحد من فرص الإدماج، في حين تبقى المؤسسات التعليمية عاجزة عن استيعاب هذه الفئة بشكل كامل، حيث إن هذه التركيبة من العوائق تجعل الأسر في مواجهة ضغوط متعددة، قد تفضي إلى عزلة وانطواء متزايدين.

الإطار الميداني للدراسة

الاستنتاج: يمكن القول إنّ الأسر تواجه ضغطاً مَرَبَّجاً يتمثل في تكاليف مادية عالية، صعوبات حركية مرتبطة بالنقل، عراقيل في الإدماج المدرسي، إضافة إلى وصم اجتماعي دائم، هذه المعطيات تدعو إلى التفكير في مقاربة شمولية لإعادة النظر في السياسات الاجتماعية والحضرية الخاصة بذوي الإعاقة الذهنية.

17. تفاعل الجيران أو سكان الحي مع الشخص المعاق ذهنياً

يُمثل تفاعل المجتمع المحلي أحد أهم المؤشرات الدالة على مدى تقبل الأفراد لذوي الإعاقة الذهنية ، فالمواقف اليومية للجيران وسكان الحي يمكن أن تدعم إدماج هذه الفئة أو تُكْرِس عزلتها ، وعليه فإن فهم طبيعة هذا التفاعل يساعد على كشف درجة الوعي الاجتماعي، ومستوى التضامن أو الرفض الذي يواجهه المعاق وأسرته في الوسط الحضري . و الجدول الموالي يوضح طبيعة المواقف التي عبّرت عنها الأسر فيما يخص تفاعل سكان الحي:

نوع التفاعل	التكرار	النسبة %
إيجابي وداعم	8	26.6%
محايد	7	23.3%
سلبي ورافض	10	33.3%
لا يوجد تفاعل	5	16.6%
المجموع	30	100%

الجدول 18: توزيع آراء الأسر حول تفاعل الجيران مع الشخص المعاق ذهنياً (عينة: 30 أسرة)
التحليل: من خلال الجدول (18) يتضح أن التفاعل السلبي والرافض يُسَجَّل بنسبة 33.3%، وهو ما يمثل ثلث العينة تقريباً، ما يؤكد استمرار النظرة الدونية والتمييزية تجاه ذوي الإعاقة الذهنية ، أما المواقف الإيجابية والداعمة فلم تتجاوز 26.6%، ما يشير إلى محدودية المبادرات الفردية أو التضامنية في المحيط السكاني.

كما أن 23.3% من الجيران يتخذون موقفاً محايداً، وهو في حد ذاته يعكس نوعاً من اللامبالاة وعدم التدخل، في حين أن 16.6% من الأسر لاحظت غياب أي تفاعل، الأمر الذي يكشف عن عزلة اجتماعية صامتة.

هذه النتائج تشير إلى أن غالبية المجتمع المحلي ما زال يتأرجح بين الرفض واللامبالاة، وهو ما يشكل عائقاً أمام الإدماج الحضري والاجتماعي.

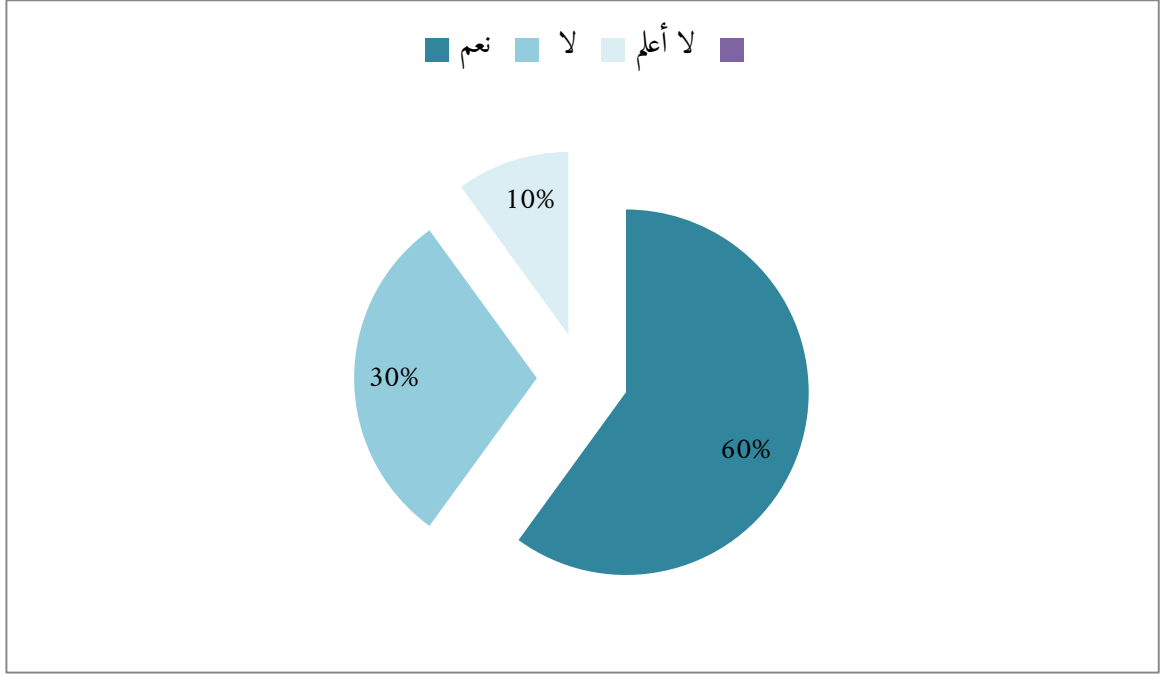
تعليق الطالبة: تبرز هذه المعطيات أن البيئة الاجتماعية المحيطة بالأسر لا توفر الدعم الكافي، بل على العكس تمثل في كثير من الحالات مصدر ضغط نفسي إضافي، فغياب التفاعل الإيجابي يعكس قصوراً في ثقافة التعايش مع الاختلاف، ويكشف عن حاجة ملحة إلى برامج توعية مجتمعية تساهم في تغيير الصور النمطية السائدة، ومن الملاحظ أن المواقف الإيجابية لا تزال ضعيفة مقارنة بالسلبية واللامبالاة، ما يعكس هشاشة البنية التضامنية داخل الوسط الحضري.

الاستنتاج: يمكن استنتاج أن المجتمع المحلي غير مهياً بعد لتقبل ذوي الإعاقة الذهنية بشكل كامل، إذ تسود المواقف السلبية أو اللامبالاة أكثر من التضامن والدعم، وهذا الأمر يزيد من عزلة الأسر، ويؤكد أن الإدماج الحقيقي يتطلب تغييراً في الذهنيات بقدر ما يتطلب تهيئة البنى التحتية.

18. التعرض إلى مواقف تمييز أو سخرية بسبب الإعاقة الذهنية

أظهرت النتائج أن نسبة 60% من الأسر أكدت تعرض أبنائها المعاقين ذهنياً إلى مواقف تمييز أو سخرية مباشرة من قبل أقرانهم في المدرسة أو من بعض الأطفال والشباب في الحي، وغالباً ما كانت هذه السخرية مرتبطة بضعف القدرات العقلية أو الشكل الخارجي أو طريقة الكلام. في المقابل سجلت 30% من الأسر أنها لم تلاحظ أي مواقف سخرية أو رفض مباشر، معتبرة أن هناك نوعاً من التقبل أو على الأقل عدم الاحتكاك. بينما 10% من الأسر فضلت خيار "لا أعلم"، وهو ما يعكس ربما عدم متابعة دقيقة لحياة المعاق خارج البيت أو غياب التواصل حول ما يعيشه، هذه المعطيات تبرز أن التمييز المجتمعي لا يزال قائماً بقوة ويشكل حاجزاً أمام الإدماج الاجتماعي.

و الشكل الموالي يشير إلى توزيع الأسر حسب تعرض أبنائها لمواقف تمييز أو سخرية :



الشكل 09 : توزيع الأسر حسب تعرض أبنائهم لمواقف التمييز أو السخرية

تعليق الطالبة :

تكشف هذه النتائج عن واقع مقلق فيما يخص نظرة المجتمع إلى الإعاقة الذهنية، حيث لا تزال الوصمات الاجتماعية بارزة، مما يعرض الأطفال وأسرهم لضغوط نفسية إضافية، وقد علقت إحدى الأمهات قائلة: "ابني كلما خرج للحي يتعرض للسخرية من الأطفال، مما يجعله يعود إلى المنزل حزينا ويرفض الخروج لاحقا"، وهو ما يعكس عمق الأثر النفسي لهذه السلوكيات ، في المقابل فإن نسبة الأسر التي لم ترصد مواقف سخرية تعكس وجود بوادر وعي وتسامح في بعض الأوساط، لكنها تظل محدودة.

19. وجود مرافق أو خدمات مخصصة لذوي الإعاقة (مركز، جمعية، أنشطة) داخل الحي

قبل عرض النتائج تجدر الإشارة إلى أن عملية إيصال ذوي الإعاقة الذهنية إلى المؤسسات المتخصصة تُعد من أهم مراحل الرعاية اليومية، إذ تكشف عن حجم الأعباء الواقعة على الأسر ومدى توفر الخدمات القريبة وسهولة الوصول إليها داخل الوسط الحضري. و الجدول الآتي يشير إلى توزيع الأسر حسب توفر مرافق أو خدمات خاصة بذوي الإعاقة في الحي :

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	الإجابة
16.7%	5	نعم
50%	15	لا
33.3%	10	غير كافية
100%	30	المجموع

جدول 19 : توزيع الأسر حسب توفر مرافق أو خدمات خاصة لذوي الإعاقة داخل الحي
التحليل: بينت النتائج أن أغلب الأسر (50%) أكدت غياب أي مرافق أو خدمات مخصصة لذوي الإعاقة في أحيائهم، وهو ما يعكس ضعف التغطية الاجتماعية لهذه الفئة. بينما أشار 33.3% إلى وجود مرافق ولكنها غير كافية، حيث غالباً ما تكون قليلة العدد أو بعيدة أو لا تستجيب لحاجياتهم الخاصة، أما 16.7% من الأسر فقط فأكدت توفر مثل هذه المرافق بشكل فعلي ومفيد، وهو ما يظهر التفاوت الكبير بين الأحياء في مجال التكفل بهذه الفئة.

تعليق الطالبة :

توضح هذه النتائج أن غياب المراكز أو ضعفها يعد من بين أهم العراقيل التي تواجه أسر الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، إذ يجد الكثير منهم أنفسهم مضطرين إلى التنقل لمسافات طويلة للوصول إلى الجمعيات أو المراكز المتخصصة .

الاستنتاج:

من خلال ما سبق يمكن الاستنتاج أن الخدمات الموجهة لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري تعاني من نقص حاد في الانتشار والتغطية، حيث تبقى محصورة في بعض الأحياء دون غيرها، مما يعمق من معاناة الأسر ويحد من فرص الإدماج الاجتماعي.

20. وجود صعوبات في التنقل إلى المرافق الصحية أو التربوية

الإطار الميداني للدراسة

تُعد إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية والتربوية شرطاً أساسياً في عملية الإدماج الاجتماعي لذوي الإعاقة الذهنية، إذ تكشف عن مستوى الاندماج المكاني ومدى تجاوب البنية التحتية الحضرية مع احتياجاتهم الخاصة. وهذا الجدول يشير إلى توزيع الأسر حسب وجود صعوبات في التنقل إلى المرافق الصحية أو التربوية :

الإجابة	التكرار	النسبة %
نعم	22	73.3%
لا	8	26.7%
المجموع	30	100%

الجدول 20: توزيع الأسر حسب وجود صعوبات في التنقل نحو المرافق الصحية أو التربوية التحليل: يبين الجدول (20) أن الغالبية الساحقة من الأسر (73.3%) تواجه صعوبات في التنقل إلى المرافق الصحية أو التربوية ، في المقابل 26.7% فقط لا تعاني من هذه المشكلة، وهو ما يعكس تفاوتاً واضحاً بين الأحياء ، هذه النتائج تؤكد أن التنقل يشكل عبئاً إضافياً يفاقم من الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التي تتحملها الأسر.

تعليق الطالبة : من بين أهم الأسباب التي ذكرتها الأسر لهذه الصعوبات: بعد المسافة، وغياب وسائل النقل الملائمة، والتكلفة المرتفعة خاصة مع تكرار التنقلات ، وقد صرحت إحدى الأمهات: "المركز بعيد جداً، نضطر لاستعمال أكثر من وسيلة نقل، وهذا مكلف ومتعب في نفس الوقت"، مما يعكس هشاشة البنية التحتية الداعمة للتنقل الحضري الميسر لهذه الفئة.

الاستنتاج: يتضح أن النقل الحضري يمثل أحد العوائق الأساسية أمام تكفل فعلي وناجع بذوي الإعاقة الذهنية ، فغياب المرافق القريبة وتكاليف التنقل المرتفعة يضع الأسر أمام خيارين أحلاهما مرّ: إما تحمّل الأعباء المادية والجسدية، أو التخلي عن بعض الخدمات الضرورية.

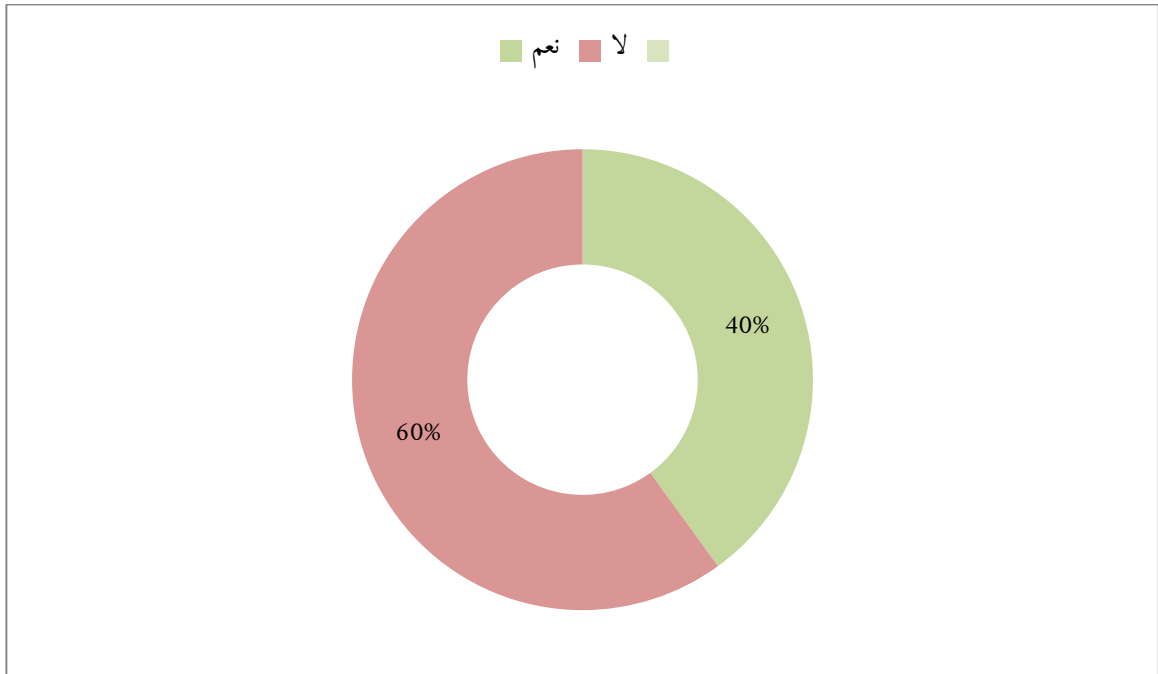
المحور الرابع : الدعم والمساندة

21. الدعم المتلقى من الدولة أو الجمعيات

قبل الخوض في النتائج من المهم التذكير بأن الدعم الموجه للأسر التي تعتني بذوي الإعاقة الذهنية يشكل عنصراً محورياً في التخفيف من الأعباء الاقتصادية والنفسية ، لذا فإنّ قياس مدى تلقي هذه الأسر لدعم مؤسساتي (من الدولة أو الجمعيات) يساعد في الكشف عن الفجوة بين السياسات المعلنة والواقع الميداني. والجدول الموالي يوضح توزيع الأسر حسب تلقي الدعم من الدولة أو الجمعيات :

النسبة %	التكرار	الإجابة
40%	12	نعم
60%	18	لا
100%	30	المجموع

الجدول 21: توزيع الأسر حسب تلقي الدعم من الدولة أو الجمعيات



الشكل 10: نسبة الأسر التي تتلقى دعماً من الدولة أو الجمعيات

الإطار الميداني للدراسة

التحليل: يبين الجدول (21) أن أغلبية الأسر (60%) لا تتلقى أي دعم من الدولة أو الجمعيات، في حين أن أقلية نسبية (40%) تستفيد من نوع من المساعدة، هذه النتيجة تكشف عن قصور واضح في شبكات التكفل والدعم الاجتماعي، مما يزيد من هشاشة وضع الأسر في ظل الأعباء اليومية للإعاقة.

تعليق الطالبة: حسب شهادات بعض الأسر فإن الدعم المتوفر يمثل غالباً في إعانات مالية محدودة أو مساعدات غذائية من البلديات والجمعيات، بينما يغيب الدعم التربوي أو النفسي المنتظم. كما أشارت بعض الأسر إلى أن هذا الدعم لا يصل بانتظام، وأن المعايير البيروقراطية المعقدة تحول دون استفادة الجميع.

الاستنتاج: يمكن القول إن سياسات الدعم الحالية غير كافية وغير منتظمة، وهو ما يفرض ضرورة إعادة هيكلة برامج المساعدة لتشمل الدعم النفسي-الاجتماعي والتربوي إلى جانب الدعم المادي، مع ضمان الاستمرارية والشفافية في التوزيع.

22. الاستفادة من تدريب أو إرشاد خاص بكيفية التعامل مع الإعاقة الذهنية

يمثل تكوين وإرشاد الموجهين للأسر من أهم أشكال الدعم غير المادي، حيث يساهمان في تمكين الأولياء من تطوير مهاراتهم في رعاية أبنائهم والتخفيف من الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهونها. و الجدول التالي يمثل توزيع الأسر حسب استفادتها من تدريب أو إرشاد خاص بكيفية التعامل مع الإعاقة الذهنية:

الإجابة	التكرار	النسبة %
نعم	9	30%
لا	21	70%
المجموع	30	100%

الجدول 22 : توزيع الأسر حسب الاستفادة من تدريب أو إرشاد خاص بكيفية التعامل مع الإعاقة الذهنية

الإطار الميداني للدراسة

التحليل: يتضح أن الأغلبية الساحقة من الأسر (70%) لم تستفد من أي برامج تكوين أو إرشاد، بينما فقط 30% من الأسر صرحت بأنها استفادت من مثل هذه البرامج، وهذا يبين أن البرامج التكوينية والإرشادية نادرة وضعيفة الانتشار على مستوى ولاية خنشلة.

تعليق الطالبة: تشير شهادات بعض الأسر المستفيدة إلى أن هذه البرامج جاءت أساساً من مبادرات جموعية محدودة أو مبادرات فردية من مختصين، لكنها لم تكن مستمرة أو معمقة. في المقابل، عبّرت الأغلبية عن حاجة ملحة لبرامج عملية تساعد في التعامل مع السلوكيات الخاصة، الضغوط النفسية، ومشاكل الإدماج التربوي والاجتماعي.

الاستنتاج: يمكن القول إن هناك فجوة كبيرة في مجال التكوين والإرشاد الأسري، وهو ما يستدعي من السلطات والجمعيات إطلاق برامج منظمة ومستمرة تراعي خصوصيات الأسر، وتدمج الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والتربويين في هذه العملية.

23. شعور الأسرة بالعزلة أو الإرهاق بسبب وضعية الشخص المعاق

إن الإعاقة الذهنية لا تؤثر فقط على الفرد المعاق، بل تمتد آثارها إلى الأسرة بأكملها، فوجود شخص معاق داخل البيت يخلق أحياناً ضغوطاً نفسية واجتماعية، ويؤدي إلى الإرهاق الجسدي والعاطفي، وأحياناً إلى شعور بالعزلة عن المجتمع المحيط. و الجدول التالي يمثل توزيع الأسر حسب شعورها بالعزلة أو الإرهاق بسبب وضعية الشخص المعاق:

الإجابة	التكرار	النسبة %
نعم	14	46.6%
لا	6	20%
أحياناً	10	33.4%
المجموع	30	100%

الجدول 23: توزيع الأسر حسب شعورها بالعزلة أو الإرهاق بسبب وضعية الشخص المعاق

التحليل: تشير النتائج إلى أن ما يقارب نصف الأسر (46.6%) تعيش حالة من الإرهاق والعزلة المستمرة، وهو ما يعكس حجم الأعباء الملقاة على عاتقها، كما أن ثلث الأسر (33.4%) تشعر أحياناً بهذا الإرهاق، ما يعني أن الوضع يتغير تبعاً للظروف اليومية أو مستوى الدعم المتاح. بينما 20% فقط من الأسر لم تسجل أي إحساس بالعزلة أو الإرهاق، ربما لامتلاكها موارد مادية أو معنوية أفضل.

تعليق الطالبة:

من خلال ملاحظات الميدان عبر بعض الأولياء عن شعورهم بأن المجتمع "لا يفهم معاناتهم"، وأنهم غالباً ما يجدون أنفسهم منعزلين عن الأنشطة الاجتماعية بسبب صعوبة اصطحاب أبنائهم أو بسبب نظرات سلبية من الآخرين، وأكد البعض الآخر أن الإرهاق النفسي يتفاقم مع ضعف الخدمات الصحية والنفسية الموجهة للأسر.

الاستنتاج:

يتضح أن العزلة والإرهاق النفسي والاجتماعي هما ظاهرتان متفشيتان لدى أسر ذوي الإعاقة الذهنية، وهو ما يتطلب توفير فضاءات دعم ومرافقة نفسية منتظمة، إضافة إلى تشجيع المجتمع على المشاركة الإيجابية والاحتواء بدلاً من النظرة السلبية، كما ينبغي إدماج الأسر في شبكات دعم محلية (جمعيات، مجموعات مساندة) لتخفيف هذه الضغوط.

24. الأفراد الذين انسحب أو تهرب من المسؤولية بسبب الإعاقة

من المعلوم أن الإعاقة الذهنية تمثل تحدياً كبيراً ليس فقط للشخص المعاق، بل للأسرة ككل، إذ قد يؤدي الضغط النفسي والاجتماعي والاقتصادي إلى انسحاب بعض أفراد الأسرة من تحمل المسؤولية، سواء بشكل جزئي أو كامل، مما يترك العبء الأكبر على أحد الوالدين أو على شخص واحد داخل الأسرة. و الجدول التالي يمثل توزيع الأسر حسب وجود أفراد انسحبوا من المسؤولية:

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	الإجابة
30%	9	نعم
60%	18	لا
10%	3	لا أريد الإجابة
100%	30	المجموع

الجدول 24 : توزيع الأسر حسب وجود أفراد انسحبوا أو تهربوا من المسؤولية بسبب الإعاقة الذهنية

التحليل: تظهر النتائج أن أغلبية الأسر (60%) لم تشهد انسحاباً من المسؤولية، وهو مؤشر إيجابي يعكس روح التضامن الأسري في مواجهة التحديات. ومع ذلك، فإن 30% من الأسر أكدت وجود فرد أو أكثر تهرب من تحمّل الأعباء، ما يدل على أن الضغط النفسي والاجتماعي قد يتجاوز قدرة بعض الأفراد على التحمّل. أما نسبة 10% التي اختارت عدم الإجابة، فقد تعكس وجود حساسية اجتماعية أو خوف من الوصم داخل العائلة.

تعليق الطالبة: من خلال إفادات بعض المستجوبين برزت حالات تركّز المسؤولية على الأم فقط، حيث قالت إحداهن: "الوالد لا يهتم كثيراً، كل شيء يقع على عاتق...ي"، بينما عبر آخرون أن الأشقاء غالباً ما ينسحبون بسبب انشغالهم بحياتهم الدراسية أو العملية، وهذه الحالات تعكس أن ثقافة التضامن الأسري ليست ثابتة، بل تتأثر بالظروف الاقتصادية والاجتماعية وبمدى توفر الدعم الخارجي للأسرة.

الاستنتاج: يمكن القول إن الانسحاب من المسؤولية الأسرية تجاه المعاق الذهني يمثل ظاهرة ملهوسة لدى نسبة معتبرة من الأسر، وهو ما يزيد من حجم الضغوط على أولياء بعينهم، وبالتالي فإن تعزيز برامج الدعم الأسري والتربية على المسؤولية المشتركة ضروري لتوزيع الأعباء بعدالة أكبر، وضمان استمرارية التكفل بالشخص المعاق في أجواء أكثر استقراراً وتوازناً.

25. أبرز التحديات التي تواجهها أسر المعاقين

سعيًا من خلال هذه النقطة إلى رصد أبرز التحديات اليومية التي تواجهها الأسر داخل الوسط الحضري، والهدف كان الوقوف على طبيعة هذه الصعوبات، سواء كانت مرتبطة بالتنقل، الولوج إلى الخدمات، أو التعاملات الاجتماعية مع المحيط. والجدول التالي يمثل أبرز التحديات التي تواجهها أسر المعاقين بشكل يومي في المدينة مع وجود شخص معاق ذهنيًا:

النسبة %	التكرار	طبيعة التحديات
40	12	صعوبات التنقل وغياب وسائل ملائمة
30	9	نظرة المجتمع السلبية والتمييز
20	6	نقص الهياكل التربوية/التأهيلية
10	3	أعباء مادية إضافية
100	30	المجموع

الجدول 25 : أبرز التحديات التي تواجهها أسر المعاقين بشكل يومي

التحليل: يكشف الجدول (25) أن التحدي الأكبر الذي تواجهه الأسر يتمثل في صعوبات التنقل وغياب وسائل النقل الملائمة بنسبة 40%، وهو ما يعرقل بشكل كبير إدماج الأبناء في الأنشطة اليومية (دراسة، علاج، ترفيه)، وتليه معاناة الأسر مع النظرة السلبية والتمييز الاجتماعي بنسبة 30%، ما يشير إلى استمرار الوصم الاجتماعي لذوي الإعاقة الذهنية، بينما تبرز مشكلات أخرى بدرجات أقل مثل نقص الهياكل التربوية والتأهيلية (20%) والأعباء المادية الإضافية (10%).

تعليق الطالبة: تؤكد هذه النتائج أن الصعوبات التي تعترض الأسر ليست مرتبطة فقط بالجانب الصحي أو التربوي، بل تشمل أيضًا البعد الاجتماعي والاقتصادي، إذ أن غياب البنية التحتية

الإطار الميداني للدراسة

الملائمة يُضعف الأعباء اليومية، في حين أن المواقف الاجتماعية السلبية تساهم في إقصاء هذه الفئة من فضاءات التفاعل والاندماج ، هذه العوامل مجتمعة تجعل من حياة الأسر سلسلة من التحديات المستمرة.

الاستنتاج: يمكن القول إنّ الأسر التي تحتضن أبناءً من ذوي الإعاقة الذهنية تواجه عراقيل مركبة ومتداخلة، تعكس قصوراً في المنظومة الحضريّة من جهة، وضعف الوعي المجتمعي من جهة أخرى، ويستدعي ذلك تدخلاً متعدد الأبعاد يشمل تهيئة الفضاءات العمومية، تطوير وسائل النقل الخاصة، وتكثيف الحملات التوعوية لتغيير نظرة المجتمع.

26. تطلعات الأسر المعاقين وآمالها: تهدف هذه النقطة إلى استكشاف تطلعات الأسر وآمالها فيما يخص تحسين الظروف المعيشية والاجتماعية لأبنائهم من ذوي الإعاقة الذهنية ، فبعد الوقوف على التحديات اليومية ، كان من الضروري معرفة ما الذي تنتظره هذه العائلات من السلطات والمجتمع لتجاوز تلك العراقيل وتحقيق إدماج فعلي في الوسط الحضري. و الجدول التالي يمثل توزيع إجابات الأسر حول تطلعاتها لتحسين الظروف المعيشية والاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية

النسبة %	التكرار	الأمنيات والاحتياجات الرئيسية
37	11	توفير مراكز متخصصة قريبة (تربوية/تأهيلية)
27	8	تحسين النقل العمومي المكيف
20	6	دعم مالي ومساعدات اجتماعية منتظمة
16	5	حملات توعية لتغيير نظرة المجتمع
100	30	المجموع

الجدول 26 : الأمنيات والاحتياجات الرئيسية لأسر المعاقين

التحليل: يتضح من الجدول أنّ المطلب الأكثر إلحاحاً لدى الأسر هو توفير مراكز متخصصة وقريبة، حيث بلغت نسبة هذا الخيار 37%، وهو ما يعكس حاجة ماسة إلى مؤسسات قادرة على

التكفل التربوي والنفسي والطبي بالأبناء ، يلي ذلك مطلب تحسين النقل العمومي المكيف بنسبة 27%، وهو امتداد لما أظهره السؤال السابق من معاناة يومية في التنقل، أما الدعم المالي والمساعدات الاجتماعية فجاءت في المرتبة الثالثة (20%)، وهو مؤشر على الثقل الاقتصادي المرافق للإعاقة. وأخيراً، نجد مطلب التوعية المجتمعية بنسبة 16%، في محاولة لتغيير الذهنيات السلبية تجاه هذه الفئة.

تعليق الطالبة : هذه النتائج تبرز أن الأسر لا تبحث فقط عن دعم مادي مباشر، بل تولي أهمية أكبر إلى البنية التحتية والخدمات النوعية التي تضمن استمرارية الرعاية وتحقيق استقلالية نسبية للأبناء ، كما أن مطلب التوعية يعكس إدراكاً عميقاً من الأسر بأن الإدماج الحقيقي لا يتم فقط عبر السياسات العمومية، بل يحتاج إلى تغيير في الثقافة المجتمعية ومحو الصور النمطية.

الاستنتاج:

تؤكد إجابات الأسر أنّ تحسين أوضاع ذوي الإعاقة الذهنية يتطلب مقاربة شمولية، تبدأ من بناء وتجهيز المراكز المتخصصة، مروراً بتوفير وسائل نقل مهيأة، وصولاً إلى دعم مالي مستدام وحملات توعوية مستمرة ، بمعنى آخر لا يمكن معالجة هذه الوضعية بالحلول الجزئية، بل من خلال سياسة عمومية متكاملة تراعي البعد الاجتماعي والاقتصادي والثقافي في آن واحد.

27. جملة الاقتراحات المقدمة للمؤسسات أو السلطات المحلية لتسهيل إدماج هذه الفئة

بعد معرفة التحديات اليومية التي تواجه الأسر والتطلعات التي يأملون تحقيقها، تهدف هذه النقطة إلى استكشاف المقترحات العملية التي تراها الأسر ممكنة لتفعيل الإدماج الحضري والاجتماعي لذوي الإعاقة الذهنية ، وهذه المقترحات تُعتبر صوتاً مباشراً من الميدان، إذ تعكس تجارب واقعية وتصورات عملية يمكن للسلطات والجمعيات اعتمادها في سياساتها.

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	المقترحات الأساسية
30	9	إنشاء نوادٍ وأنشطة ثقافية ورياضية داخجة
23	7	إدماج ذوي الإعاقة في المدارس العادية بشكل تدريجي
20	6	توفير تكوين مهني ملائم وفرص عمل محمية
17	5	تنظيم حملات تحسيس وتوعية مجتمعية
10	3	إشراك الجمعيات المحلية في التخطيط والمتابعة
100	30	المجموع

الجدول 27: المقترحات الأساسية للأسر للمؤسسات أو السلطات المحلية لتسهيل إدماج هذه الفئة التحليل: يبين الجدول أنّ أبرز مقترح قدّمته الأسر هو إنشاء نوادٍ وأنشطة ثقافية ورياضية داخجة بنسبة 30%، ما يعكس الوعي بأهمية هذه الأنشطة في تعزيز اندماج أبنائهم وإكسابهم مهارات حياتية واجتماعية، كما أنّ الإدماج التدريجي في المدارس العادية جاء بنسبة 23%، وهو مؤشر على رغبة العائلات في كسر الحواجز التعليمية. بينما احتل التكوين المهني والفرص المحمية للعمل المرتبة الثالثة بنسبة 20%، ما يدل على إدراك الأسر لقيمة الاستقلالية الاقتصادية. أما التوعية المجتمعية (17%) وإشراك الجمعيات (10%) فقد اعتبرا مقترحين داعمين يكملان جهود الإدماج. تعليق الطالبة: هذه المقترحات تكشف عن وعي متوازن لدى الأسر، إذ لم يقتصر تركيزهم على الجانب المادي أو البنية التحتية، بل تعدّوه إلى الجوانب الثقافية، التربوية، والمهنية، إنّ إنشاء فضاءات ثقافية ورياضية داخجة يُمثل مطلباً يعكس إدراكاً لدور النشاطات الموازية في كسر العزلة وتنمية القدرات. أما الدعوة لإدماج مدرسي تدريجي فهي تعبر عن رغبة في الاندماج لا الانعزال، وهو ما يفتح النقاش حول سياسات الدمج الشامل في الجزائر.

الاستنتاج: تؤكد هذه النتائج أنّ الأسر لا تنتظر فقط من السلطات تقديم إعانات مالية أو خدمات أساسية، بل تطالب ب مبادرات هيكلية مستدامة، من بينها النوادي الثقافية والرياضية، تكوين مهني

مهيأ، وتعليم دامج، كما أن إشراك الجمعيات المحلية في التخطيط يُعتبر مفتاحاً مهماً لتفعيل مقارنة تشاركية تعزز من فعالية السياسات.

بعد استعراض نتائج الاستمارة الأولى المتعلقة بأسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وتحليل ما حملته من معطيات دقيقة، سننتقل الآن إلى الاستمارة الثانية الموجهة إلى المختصين في المجال ، ويهدف هذا الجزء إلى استجلاء وجهات نظر الخبراء والمهنيين حول الصعوبات الاجتماعية المطروحة، مما يسمح بالمقارنة بين رؤية الأسر وتجربة المختصين، وبهذا نوسع دائرة التحليل لتشمل البعدين العائلي والمهني معاً.

2. تحليل الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري انطلاقاً من وجهة نظر الأخصائيين " الاستمارة 2"

في هذا الجزء سنعتمد على الاستمارة الثانية التي خصصت للأخصائيين في مجالات التربية، العلاج، والدعم النفسي-الاجتماعي، قصد الكشف عن رؤيتهم المهنية تجاه الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري ، ويمثل هذا التحليل خطوة أساسية لفهم الظاهرة من منظور خبراتي ومؤسستي.

المحور الأول : البيانات التعريفية بالمجيب (الأخصائي)

1. الجنس: معرفة جنس الأخصائيين والمهنيين الذين يعملون مع ذوي الإعاقة الذهنية أمر أساسي، لأنه يساعدنا على فهم ما إذا كانت هناك هيمنة لفئة معينة (ذكور/إناث) في هذا المجال. و الجدول الموالي يوضح جنس الأخصائيين والمهنيين المبحوثين :

النسبة %	التكرار	الجنس
40%	12	ذكر
60%	18	أنثى
100%	30	المجموع

الجدول 28 : جنس الأخصائيين والمهنيين المبحوثين

التحليل: يتضح من النتائج أن العنصر النسوي أكثر حضوراً في قطاع الإعاقة الذهنية بولاية خنشلة، قد يُعزى ذلك إلى طبيعة التخصصات المرتبطة بالرعاية، التعليم، والتأهيل، حيث تميل النساء إلى شغل هذه الوظائف أكثر من الرجال.

تعليق الطالبة: هذه النتيجة تكشف عن بعد اجتماعي وثقافي مهم: العمل مع فئة ذوي الإعاقة الذهنية ما زال يُنظر إليه في المجتمع على أنه امتداد لدور المرأة في الرعاية والاهتمام، بينما يظل حضور الرجل محدوداً، هذا التفاوت قد يؤثر على طبيعة الخدمات، إذ يغلب عليها الطابع التربوي- الاجتماعي أكثر من الطابع الإداري أو الصحي الصارم.

الاستنتاج:

نخلص إلى أن غالبية العاملين في مجال الإعاقة الذهنية بولاية خنشلة من النساء، وهو ما يعكس استمرار التوجه التقليدي لمجال الرعاية الاجتماعية، غير أن هذا الميل قد يُطرح للنقاش مستقبلاً حول ضرورة خلق توازن بين الجنسين لتحقيق مقاربة أكثر شمولية.

2. العمر

معرفة الفئة العمرية للأخصائيين والمهنيين أمر أساسي لأنه يسمح بتقدير مدى الخبرة العملية والنضج المعرفي للأفراد الذين يشتغلون مع ذوي الإعاقة الذهنية، فالعمر لا يعكس فقط سنوات الخدمة المحتملة، بل يكشف أيضاً عن نوعية المقاربة التي يتبناها الأخصائي في عمله: هل هي مقاربة شابة تعتمد على الحماس والتجديد، أم أنها مقاربة ناضجة تركز على التجربة المتراكمة؟ . و الجدول الموالي يوضح التوزيع العمري للأخصائيين والمهنيين :

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	الفئة العمرية
20%	6	أقل من 30 سنة
33.3%	10	30 - 40 سنة
26.7%	8	41 - 50 سنة
20%	6	أكثر من 50 سنة
100%	30	المجموع

الجدول 29 : التوزيع العمري للأخصائيين والمهنيين

التحليل: تظهر النتائج أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي 30-40 سنة بنسبة 33.3%، وهي فئة يُمكن اعتبارها "العصب الحركي" للمؤسسات، إذ تجمع بين حيوية الشباب من جهة وخبرة ميدانية متوسطة من جهة أخرى. أما الفئة "41-50 سنة" (26.7%) فهي تمثل قوة ناشئة بخبرة طويلة نسبياً، وغالباً ما يشغل أفرادها مناصب إشرافية أو قيادية في المراكز. في المقابل نجد أن نسبة العاملين "أقل من 30 سنة" و"أكثر من 50 سنة" متساوية (20%)، ما يشير إلى وجود توازن نسبي بين جيل جديد في بداية مساره المهني، وجيل آخر في نهاية المسار بخبرة متراكمة.

هذا التوزيع يُظهر أن المؤسسات تستفيد من مزيج بين الحماس الشبابي والخبرة المخضمة، وهو ما قد ينعكس إيجاباً على جودة التكفل بذوي الإعاقة الذهنية، غير أن انخفاض نسبة الشباب (20%) قد يُثير التساؤل حول مدى جذب هذا القطاع للطاقات الحديثة، خاصة مع صعوبة ظروف العمل وضعف الامتيازات المادية.

تعليق الطالبة: توزيع الأعمار يكشف عن إشكالية مزدوجة: فمن جهة، هناك توازن نسبي يضمن استمرارية القطاع عبر الأجيال، لكن من جهة أخرى، ضعف نسبة الفئة الشابة يوحي بغياب جاذبية لمجال الإعاقة الذهنية، ما قد يُشكل تهديداً مستقبلياً في حال تقاعد ذوي الخبرة دون

تعويض كافٍ. كما أن الاعتماد الكبير على الفئة 30-40 قد يضع ضغطاً على هذه المجموعة كونها تتحمل المسؤولية الأكبر في الميدان.

الاستنتاج: يمكن القول إن التوزيع العمري للأخصائيين بولاية خنشلة يعكس ديناميكية متوازنة، غير أن التحدي الأساسي يكمن في تعزيز استقطاب الكفاءات الشابة لتأمين استمرارية القطاع وضمان تجديد أساليبه بما يتماشى مع المستجدات العلمية والتربوية.

3. المستوى الأكاديمي

المستوى الأكاديمي للأخصائيين يعد من أهم العوامل التي تحدد نوعية الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة الذهنية ، فالعامل المؤهل أكاديمياً يكون أكثر قدرة على تطبيق المناهج العلمية الحديثة في التشخيص والتأهيل والمتابعة، بينما قد يواجه غير المؤهل صعوبات في استخدام الأدوات العلمية.

النسبة %	التكرار	المستوى الأكاديمي
46.7%	14	ليسانس
26.7%	8	ماستر
10%	3	دكتوراه
16.6%	5	تكوين متخصص آخر
100%	30	المجموع

الجدول 30 : توزيع المستوى الأكاديمي للأخصائيين

التحليل: تكشف النتائج أن النسبة الأكبر من الأخصائيين هم حاملو شهادة الليسانس بنسبة 46.7%، ما يشير إلى أن هذا المستوى هو القاعدة الأساس في التوظيف داخل المؤسسات. في المقابل نجد أن حاملي الماستر يمثلون 26.7%، وهي نسبة لا بأس بها تعكس تزايد الاهتمام بالتكوين العالي ، أما الدكتوراه فهي محدودة جداً (10%)، ما يعكس غياب البحث العلمي الأكاديمي المتعمق داخل المؤسسات الميدانية. من جهة أخرى وجود تكوين متخصص

الإطار الميداني للدراسة

(16.6%) يكشف أن بعض الأخصائيين يفضلون مسارات تكوينية عملية مباشرة، مثل التكوين البيداغوجي أو النفسي التطبيقي، وهو ما يضيف قيمة ميدانية رغم ضعف التأطير الأكاديمي. تعليق الطالبة: هذا التوزيع يعكس صورة شائعة في الجزائر حيث تُعتبر شهادة الليسانس الحد الأدنى للعمل في المجال الاجتماعي-التربوي، غير أن غياب الكفاءات العليا (ماستر ودكتوراه) بنسب كبيرة يُضعف فرص تطوير البحث العلمي الميداني الذي يمكن أن يُثري طرائق التكفل بذوي الإعاقة الذهنية. كما أن الاعتماد على التكوين المتخصص يُظهر ميزة في الجانب العملي، لكنه يبقى محدوداً إذا لم يُدعم بتكوين أكاديمي متين.

الاستنتاج: يتضح أن الإطار الأكاديمي للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية بولاية خنشلة يتركز أساساً على شهادة الليسانس، مع ضعف واضح في الكفاءات العليا، هذا الوضع يُحتم على المؤسسات تعزيز برامج التكوين المستمر، وتشجيع الأخصائيين على متابعة الدراسات العليا، بما يضمن الارتقاء بمستوى التكفل الميداني وفق معايير علمية حديثة.

4. الصفة المهنية

الصفة المهنية للأخصائيين والمختصين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية تُعد مؤشراً أساسياً على نوعية الخدمات المقدمة، ومدى تنوع الخبرات المتوفرة داخل المؤسسات، ففهم طبيعة التخصص (اجتماعي، نفسي، تربوي، إداري، طبي...) يتيح تقييم قدرة الفريق على التعامل مع مختلف الاحتياجات الفردية والجماعية لهذه الفئة، كما يساهم في توجيه البرامج التدريبية المستقبلية.

الصفة المهنية	التكرار	النسبة %
أخصائي اجتماعي	10	33.3%
نفساني	6	20%
مربي مختص	5	16.7%
إداري بالمركز	4	13.3%

الإطار الميداني للدراسة

طبيب	3	10%
أخرى	2	6.7%
المجموع	30	100%

الجدول 31 : توزيع الصفة المهنية للأخصائيين والمختصين العاملين

التحليل: تظهر النتائج أن أغلب الأخصائيين هم أخصائيون اجتماعيون (33.3%)، وهو أمر متوقع نظراً لأهمية الجانب الاجتماعي في دعم الأسر ومواكبة الشخص المعاق ذهنياً، يليهم النفسيون بنسبة 20%، ما يعكس ضرورة التدخل النفسي لدعم الصحة العقلية والجانب الانفعالي للشخص المعاق.

أما المربون المختصون (16.7%)، فهم يمثلون العمود الفقري للجانب التربوي والتأهيلي، بينما يشكل الإداريون والأطباء نسباً أقل، ما يشير إلى أن التركيز الأكبر في الميدان هو على الدعم الاجتماعي والتربوي، مع ضعف نسبي في التوجيه الطبي والإداري المباشر.

تعليق الطالبة : هذا التوزيع يبرز التركيز على الجانب الاجتماعي والتربوي، وهو ما يعكس طبيعة العمل اليومي داخل المراكز والعيادات والجمعيات ، و مع ذلك النسبة المنخفضة للأطباء والإداريين تشير إلى نقص في الدعم الطبي والإشرافي، ما قد يؤثر على جودة البرامج الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، خصوصاً في الحالات المعقدة التي تتطلب تدخلاً متعدد التخصصات.

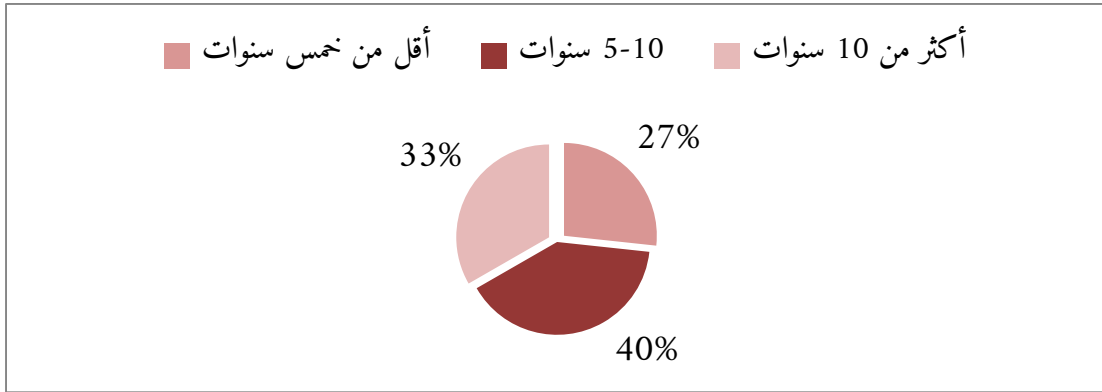
الاستنتاج: من المهم تحقيق توازن أكبر بين مختلف التخصصات داخل الفرق العاملة مع ذوي الإعاقة الذهنية، بحيث لا يقتصر التركيز على الجانب الاجتماعي فقط، بل يشمل الدعم النفسي والتربوي، والإشراف الطبي والإداري. تعزيز التكوين المتعدد التخصصات والتكامل بين الأدوار المختلفة سيؤدي إلى تحسين جودة الخدمات وزيادة فاعلية البرامج التأهيلية.

الإطار الميداني للدراسة

5. سنوات الخبرة : تعتبر سنوات الخبرة مؤشراً مهماً على مستوى الاحترافية والكفاءة لدى الأخصائيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية ، كلما زادت الخبرة كلما كانت القدرة على التعامل مع الحالات المعقدة واتخاذ القرارات المناسبة أعلى، كما تزداد خبرة الفرد في إدارة التحديات اليومية والتواصل مع الأسر والمجتمع المحلي. كما أن تقييم توزيع سنوات الخبرة يساعد على تحديد مدى الحاجة إلى برامج تدريبية أو دعم إضافي للأخصائيين الأقل خبرة. و الجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها بهذا الشأن :

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة %
أقل من 5 سنوات	8	26.7%
5 - 10 سنوات	12	40%
أكثر من 10 سنوات	10	33.3%
المجموع	30	100%

الجدول 32 : توزيع سنوات الخبرة لدى الأخصائيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية والشكل الآتي يتبسط هذه النسب :



الشكل 11 : توزيع سنوات الخبرة لدى الأخصائيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية

التحليل: تُظهر النتائج أن أغلب الأخصائيين لديهم خبرة تتراوح بين 5 إلى 10 سنوات (40%)، ما يعكس وجود مستوى جيد من الاحترافية في الوسط المحلي ، و وجود نسبة 26.7% من الأخصائيين ذوي خبرة أقل من 5 سنوات يشير إلى وجود عناصر جديدة قد تحتاج إلى دعم

تدريبي إضافي، بينما نسبة 33.3% لأكثر من 10 سنوات تدل على توفر خبرات عميقة يمكن الاعتماد عليها كمرشدين للأخصائيين الجدد.

تعليق الطالبة :

وجود هذا التوازن بين الخبرة القصيرة والطويلة يُعد إيجابياً، حيث يخلق مزيجاً من الحماسة والابتكار لدى الأخصائيين الجدد مع الخبرة والمهارة لدى الأقدمين، ومع ذلك يحتاج الوسط المهني إلى برامج توجيهية لضمان نقل الخبرات بشكل منهجي، خصوصاً فيما يتعلق بالتعامل مع الحالات الصعبة أو إدارة التحديات الاجتماعية والأسرية للشخص المعاق ذهنياً.

الاستنتاج:

يظهر التوزيع الحالي لسنوات الخبرة أن الميدان يحوي كوادر قادرة على تقديم دعم فعال، إلا أن الاستفادة القصوى تتطلب تعزيز برامج التوجيه والإشراف المهني لضمان رفع مستوى جودة الخدمات وتأمين تكامل بين الخبرات الجديدة والقديمة داخل المؤسسات والمراكز والجمعيات.

6. مكان العمل

تحديد مكان العمل لكل أخصائي يعكس نوع الخدمات المقدمة وتوزيعها الجغرافي داخل ولاية خنشلة، كما يساعد على فهم التوزيع المكاني للكوادر المهنية وإمكانية الوصول إلى الفئات المستهدفة، فالمراكز التأهيلية والمراكز النفسية-البيداغوجية تقدم خدمات مختلفة عن الجمعيات المحلية أو العيادات الخاصة، وهو ما يؤثر على فعالية البرامج المقدمة ودورها في إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في المجتمع.

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	مكان العمل
33.3%	10	مركز تأهيل مهني
20%	6	مركز نفسي-بيداغوجي
16.7%	5	جمعية محلية
13.3%	4	عيادة خاصة
16.7%	5	مؤسسة تعليمية
100%	30	المجموع

الجدول 33 : توزيع أمكنة العمل للأخصائيين و المهنيين

التحليل: يلاحظ أن أغلب الأخصائيين يعملون في مراكز التأهيل المهني (33.3%)، وهو ما يعكس تركيزاً على التدريب المهني والإدماج الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، ووجود 20% في المراكز النفسية-البيداغوجية يوضح اهتماماً بالجوانب التعليمية والنفسية، كما أن الجمعيات المحلية والعيادات الخاصة والمراكز التعليمية تمثل جزءاً أصغر، لكنها تعكس تنوعاً في تقديم الخدمات بين الدعم الاجتماعي والتربوي والعلاجي، و التوزيع الجغرافي يظهر أن مركز ولاية خنشلة يحوي أكبر عدد من الأخصائيين (12 شخصاً)، بينما البلديات الأخرى تمثل امتداداً للخدمات لكنها أقل كثافة.

تعليق الطالبة: هذا التوزيع يشير إلى أن خدمات ذوي الإعاقة الذهنية في الولاية تتركز بشكل رئيسي في المركز الحضري، مما قد يخلق فجوة في الوصول إلى الخدمات في البلديات النائية، ولضمان تغطية شاملة وفعالية أكبر ينبغي دعم البلديات الأقل تمثيلاً ببرامج متنقلة أو تعزيز عمل الجمعيات المحلية لتوسيع الوصول للخدمات.

الاستنتاج: التوزيع الحالي يبين وجود تركيز جيد للكوادر في مراكز التأهيل المهني والمراكز النفسية-البيداغوجية، لكنه يكشف أيضاً عن تفاوت جغرافي قد يحد من استفادة بعض الأسر

الإطار الميداني للدراسة

والفئات المستهدفة، لذلك يُوصى بتطوير استراتيجيات توزيع أفضل للكوادر، وربط المراكز ببرامج متنقلة لتوسيع نطاق الدعم والخدمات على مستوى جميع بلديات ولاية خنشلة.

المحور الثاني : طبيعة العمل مع ذوي الإعاقة الذهنية

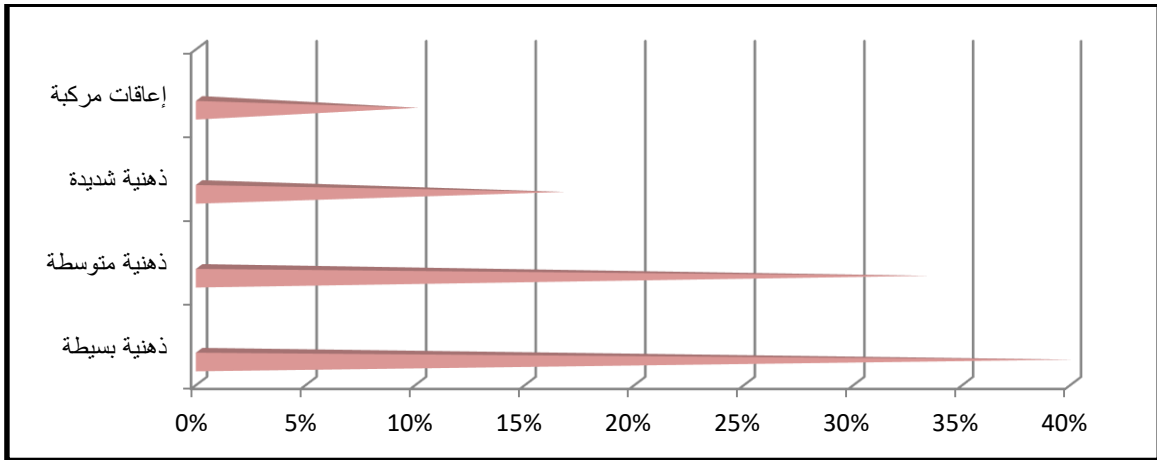
7. نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً بين المستفيدين من خدمات الأخصائيين

فهم نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً بين المستفيدين أمر أساسي لتكييف البرامج والخدمات المهنية بما يتناسب مع مستوى الاحتياجات، كما يساعد على تصميم خطط تأهيلية فعالة وتوجيه الموارد بشكل ملائم ، و معرفة انتشار الإعاقات البسيطة أو المتوسطة أو الشديدة، أو وجود إعاقات مركبة، يعطي صورة دقيقة عن طبيعة الفئة المستهدفة ويحدد الأولويات. و النتائج المتوصل إليها بناءً على عينة 30 أخصائياً يترجمها الجدول الآتي:

نوع الإعاقة	التكرار	النسبة %
ذهنية بسيطة	12	40%
ذهنية متوسطة	10	33.3%
ذهنية شديدة	5	16.7%
إعاقات مركبة	3	10%

الجدول 34 : توزيع نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً

و الشكل الموالي يترجم هذه المعطيات :



الشكل 12 : نسب نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً بين المستفيدين من خدمات الأخصائيين

الإطار الميداني للدراسة

التحليل: تُظهر النتائج أن الإعاقات الذهنية البسيطة والمتوسطة تمثل الغالبية (73.3%)، ما يشير إلى تركيز الجهود على التأهيل التدريجي والتدريب السلوكي والمهارات اليومية، بينما الإعاقات الشديدة والمركبة أقل انتشاراً، ما يعكس تحديات أكبر في تقديم الخدمات لهذه الحالات ويتطلب تدخلات متخصصة ومكثفة.

تعليق الطالبة: توضح هذه التوزيعات أهمية تخصيص موارد مختلفة لكل مستوى من الإعاقة، فالحالات البسيطة والمتوسطة يمكن دمجها بسهولة في برامج تعليمية وتأهيلية جماعية، بينما تتطلب الإعاقات الشديدة والمركبة تدخلات فردية أكثر دقة.

الاستنتاج: تركيز الجهود على الإعاقات البسيطة والمتوسطة يشير إلى وجود قاعدة واسعة لتطوير برامج تأهيلية جماعية، لكن هناك حاجة لمزيد من الدعم للحالات الشديدة والمركبة لضمان شمولية الخدمات.

8. الفروق في التفاعل الاجتماعي حسب درجة الإعاقة

التفاعل الاجتماعي يُعد مؤشراً مهماً على مستوى الإدماج والقدرة على التواصل والتكيف مع البيئة المحيطة، و معرفة ما إذا كانت درجة الإعاقة تؤثر على السلوك الاجتماعي تساعد الأخصائيين على وضع استراتيجيات تعليمية وتأهيلية مناسبة لكل مستوى من الإعاقة.

الإجابة	التكرار	النسبة %
نعم	24	80%
لا	6	20%
المجموع	30	100%

الجدول 35 : توزيع نسب الفروق في التفاعل الاجتماعي حسب درجة الإعاقة

التحليل: أغلب الأخصائيين (80%) يؤكدون وجود فروق واضحة في التفاعل الاجتماعي حسب درجة الإعاقة، حيث تميل الحالات البسيطة إلى تفاعل اجتماعي أفضل وأسرع من ذوي الإعاقة الشديدة، ما ينعكس على إمكانية إدماجهم في الأنشطة الجماعية.

تعليق الطالبة: تؤكد هذه النتيجة أن برامج التأهيل يجب أن تراعي الفروقات الفردية في القدرات الاجتماعية، مع تكثيف الدعم في مهارات التواصل للحالات الأكثر تحدياً.

الاستنتاج: الفروق في التفاعل الاجتماعي تدعو إلى تصميم برامج متعددة المستويات تراعي شدة الإعاقة لضمان إدماج فعال لكل المستفيدين.

9. الفئة العمرية التي يتعامل معها الأخصائيون

تحديد الفئة العمرية المستهدفة يساعد على توجيه البرامج التعليمية والتأهيلية بما يتوافق مع الاحتياجات النفسية والسلوكية لكل مرحلة عمرية، ويعكس التركيز العملي للمراكز على أطفال أو مراهقين أو بالغين.

النسبة %	التكرار	الفئة العمرية
60%	18	أطفال أقل من 12 سنة
20%	6	مراهقون
13.3%	4	بالغون
6.7%	2	كل الفئات

الجدول 36: توزيع الفئات العمرية التي يتعامل معها الأخصائيون

التحليل: الغالبية العظمى من الأخصائيين تعمل مع الأطفال أقل من 12 سنة (60%)، مما يشير إلى تركيز المراكز على التدخل المبكر والوقاية، بينما تظل فئة البالغين أقل تمثيلاً، مما يعكس نقصاً في البرامج الموجهة للبالغين ذوي الإعاقة الذهنية.

الإطار الميداني للدراسة

تعليق الطالب : مما سبق يتضح أنه ينبغي تعزيز البرامج الموجهة للمراهقين والبالغين لضمان استمرارية الدعم بعد المرحلة المدرسية المبكرة، بما يشمل التدريب المهني والتأهيل المستمر.

الاستنتاج: إذن التركيز على الأطفال مفيد للدمج المبكر حيث يبرز حاجة لتوسيع الخدمات لتشمل جميع المراحل العمرية لضمان استمرارية الدعم وتحقيق الإدماج الشامل.

10. نوع البرامج المقدمة للمستفيدين

إن معرفة طبيعة البرامج المقدمة توضح مدى شمولية الخدمات التي تقدمها المراكز، سواء كانت تعليمية، تأهيلية، ترفيهية، أو مهارات حياتية، كما تساعد على تقييم جودة البرامج ومطابقتها لاحتياجات المستفيدين.

النسبة %	التكرار	نوع البرنامج
66.7%	20	تدريب مهارات الحياة اليومية
50%	15	تعليم مدرسي مبسط
40%	12	علاج نفسي-حركي
33.3%	10	تأهيل مهني
60%	18	ترفيه وترويح
10%	3	أخرى

الجدول 37 : توزيع نوع البرامج المقدمة للمستفيدين

التحليل: تُظهر النتائج أن برامج الحياة اليومية والترفيه هي الأكثر شيوعاً، مما يعكس التركيز على تعزيز الاستقلالية والرفاهية، بينما البرامج المهنية والتعليمية أقل نسبياً، ما يشير إلى محدودية الموارد أو نقص التدريب المتخصص.

الإطار الميداني للدراسة

تعليق الطالبة : يتضح أنه من المهم زيادة التركيز على برامج التأهيل المهني والتعليم المبسط لضمان تطوير مهارات المستفيدين وتمكينهم من المشاركة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

الاستنتاج: نخلص مما سبق إلى أن المراكز تحتاج إلى توسيع نطاق البرامج لتشمل التأهيل المهني والتعليم المبسط بشكل أكبر مع الحفاظ على برامج الحياة اليومية والترفيه، لتحقيق دعم متوازن وشامل للمستفيدين.

11. نوع الدعم الذي يُقدم للأسرة

الدعم المقدم للأسرة مهم لتمكين الأبوين أو الوصي من التعامل مع الإعاقة الذهنية، ويشمل جوانب نفسية، اجتماعية، وقانونية، ويقلل من ضغوط التوتر والإرهاق، كما يحسن جودة حياة الأسرة والمستفيد معاً.

نوع الدعم	التكرار	النسبة %
إرشاد نفسي	18	60%
مرافقة اجتماعية	14	46.7%
توجيه قانوني	8	26.7%
لا يوجد دعم فعلي	4	13.3%
أخرى	2	6.7%

الجدول 38 : توزيع نوع الدعم المقدم للأسر

التحليل : يظهر أن أغلب الأخصائيين يقدمون إرشاداً نفسياً ومرافقة اجتماعية، بينما الدعم القانوني أقل، ويوجد بعض الأسر التي لا تحصل على أي دعم فعلي، ما يشير إلى فجوة في الخدمات الداعمة للأسرة.

تعليق الطالبة : يبدو أنه من الضروري تعزيز الدعم القانوني والاجتماعي الموجه للأسر، بالإضافة إلى رفع الوعي بأهمية هذه الخدمات لضمان قدرة الأسرة على التعامل مع التحديات اليومية.

الاستنتاج: يستخلص أن الدعم الأسري أساسي لنجاح برامج التأهيل، ويجب توسيع نطاق الخدمات لتشمل جميع الجوانب النفسية والاجتماعية والقانونية لضمان بيئة داعمة مستمرة للمستفيدين.

المحور الثالث : الصعوبات الاجتماعية والإدماج الحضري

12. أبرز العراقيل التي تعترض ذوي الإعاقة الذهنية في المدن

العراقيل التي تواجه ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري تمثل جانباً أساسياً لفهم مدى قدرة المدن على استيعاب هذه الفئة. هذه العراقيل قد تكون مرتبطة بالبنية التحتية، الانخراط الاجتماعي، صعوبة التنقل، قلة المؤسسات المتخصصة، نقص التكوين المهني، أو غياب سياسات حضرية داخلة، دراسة هذه العراقيل تساعد على تحديد الأولويات في تحسين البيئة العمرانية والاجتماعية لهم. والجدول الموالي يوضح نسب هذه العراقيل من منظور الأخصائيين :

العراقيل	التكرار	النسبة %
ضعف التجهيزات العمرانية الملائمة	24	80%
رفض المجتمع ووصمة العار	22	73.3%
صعوبة التنقل	20	66.7%
قلة المؤسسات المختصة	18	60%
نقص التكوين المهني	15	50%
غياب سياسات حضرية داخلة	16	53.3%

الجدول 39 : توزيع نسب العراقيل التي تعترض ذوي الإعاقة الذهنية في المدن

التحليل: أظهرت النتائج أن ضعف التجهيزات العمرانية الملائمة يمثل أكبر عائق (80%)، مما يعكس عدم كفاية البنية التحتية للتسهيلات مثل الأرصفة المهيأة، مداخل المباني، والمسارات الآمنة لذوي الإعاقة الذهنية، ورفض المجتمع ووصمة العار (73.3%) يمثل تحدياً اجتماعياً مهماً

الإطار الميداني للدراسة

يؤثر على الإدماج اليومي للفئة المستهدفة. صعوبة التنقل وغياب المؤسسات المختصة توضح النقص في الخدمات الأساسية، بينما نقص التكوين المهني وغياب السياسات الداعمة (حوالي 50-53%) يشير إلى فجوة مؤسساتية تحتاج تدخلاً حكومياً ومنظمات المجتمع المدني.

تعليق الطالبة : تُظهر هذه النتائج أن الحلول يجب أن تكون متعددة المستويات: تحسين البنية التحتية، تعزيز برامج التكوين، وتبني سياسات شاملة تشجع على الإدماج الاجتماعي. الاستنتاج: تحسين إدماج ذوي الإعاقة الذهنية في المدن يتطلب تدخلات متكاملة تشمل: تطوير البنية التحتية الملائمة، تفعيل البرامج المهنية، وتطبيق سياسات حضرية داعمة، بالإضافة إلى حملات توعية مجتمعية للحد من الوصمة الاجتماعية.

13. مراعاة تصميم الأحياء الحضرية لحاجات ذوي الإعاقة الذهنية

دراسة مدى مراعاة الأحياء الحضرية لحاجات ذوي الإعاقة الذهنية تعتبر عنصراً جوهرياً لتقييم مدى دمجهم في المجتمع، وهذا يشمل وجود مسارات آمنة، وصول سهل للمرافق العامة، تصميم المباني، وتوافر الخدمات الضرورية. و معرفة رأي الأخصائيين حول هذا الموضوع يوضحه الجدول الآتي :

النسبة %	التكرار	الرأي
13.3%	4	نعم
60%	18	لا
26.7%	8	جزئياً

الجدول 40 : توزيع مراعاة الأحياء الحضرية لحاجات ذوي الإعاقة الذهنية

التحليل : تشير النتائج إلى أن غالبية الأخصائيين (60%) يعتبرون أن الأحياء الحضرية لا تراعي حاجات ذوي الإعاقة الذهنية، مما يعكس غياب الاعتبارات التصميمية الخاصة بالمرافق، المساحات العامة، والطرق، و فقط 13.3% يرون أن التصميم يراعيهم بشكل كامل، بينما 26.7%

الإطار الميداني للدراسة

يرونه جزئياً، أي أن بعض المناطق أو الخدمات قد تكون ملائمة جزئياً. هذا يشير إلى تفاوت كبير بين الأحياء المختلفة فيما يتعلق بإمكانية الوصول والاندماج.

تعليق الطالبة : النتيجة توضح أن الإدماج العمراني لا يزال محدوداً، ويؤكد الحاجة إلى سياسات تصميم حضري شاملة تراعي جميع الفئات، خاصة ذوي الإعاقة الذهنية الذين يحتاجون إلى مرافق آمنة وسهلة الاستخدام.

الاستنتاج: الأحياء الحضرية في ولاية خنشلة، حسب تقييم الأخصائيين، لا توفر بيئة حضرية داجمة بالكامل لذوي الإعاقة الذهنية، مما يتطلب تدخلات عاجلة تشمل تحسين البنية التحتية، تعديل تصميم الشوارع والمرافق، وتوفير خدمات مساندة لتسهيل الوصول والمشاركة الاجتماعية.

14. التمييز و عزلة الاجتماعية ضد هذه الفئة

فهم مستوى التمييز الاجتماعي والعزلة التي قد يتعرض لها ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري يعتبر مؤشراً أساسياً على درجة دمجهم الاجتماعي ، و الأخصائيون بفضل خبرتهم المباشرة، قادرون على تقييم مدى التعرض للسلوكيات السلبية أو النفور الاجتماعي من طرف المحيط الأسري والجيران والأقران.

النسبة %	التكرار	التمييز أو العزلة
20%	6	دائماً
53.3%	16	أحياناً
20%	6	نادراً
6.7%	2	لم ألاحظ
100%	30	المجموع

الجدول 41: توزيع مستوى التمييز الاجتماعي والعزلة ضد فئة المعاقين ذهنياً

الإطار الميداني للدراسة

التحليل : تشير النتائج إلى أن أكثر من نصف الأخصائيين (53.3%) يلاحظون تعرض ذوي الإعاقة الذهنية إلى عزلة اجتماعية أو سلوكيات تمييز أحياناً، و حوالي 20% يشيرون إلى أنها تحدث دائماً، ما يدل على وجود حالات مستمرة من العزلة أو النفور الاجتماعي. بالمقابل 20% يعتبرون أن هذا يحدث نادراً، و6.7% لم يلاحظوا أي تمييز، وهذا يعكس أن التمييز والعزلة ليست ظاهرة عامة لكنها موجودة بدرجات متفاوتة في المجتمع، وقد تتأثر بعوامل مثل الوعي البيئي، ثقافة الجيران، والتدخلات الاجتماعية المتاحة.

تعليق الطالبة: يؤكد هذا التوزيع أن جزءاً كبيراً من ذوي الإعاقة الذهنية ما زال يعاني من صعوبات في التفاعل الاجتماعي، مما يعكس حاجة ملحة لتعزيز برامج التوعية والمبادرات الاجتماعية لمكافحة العزلة والتمييز.

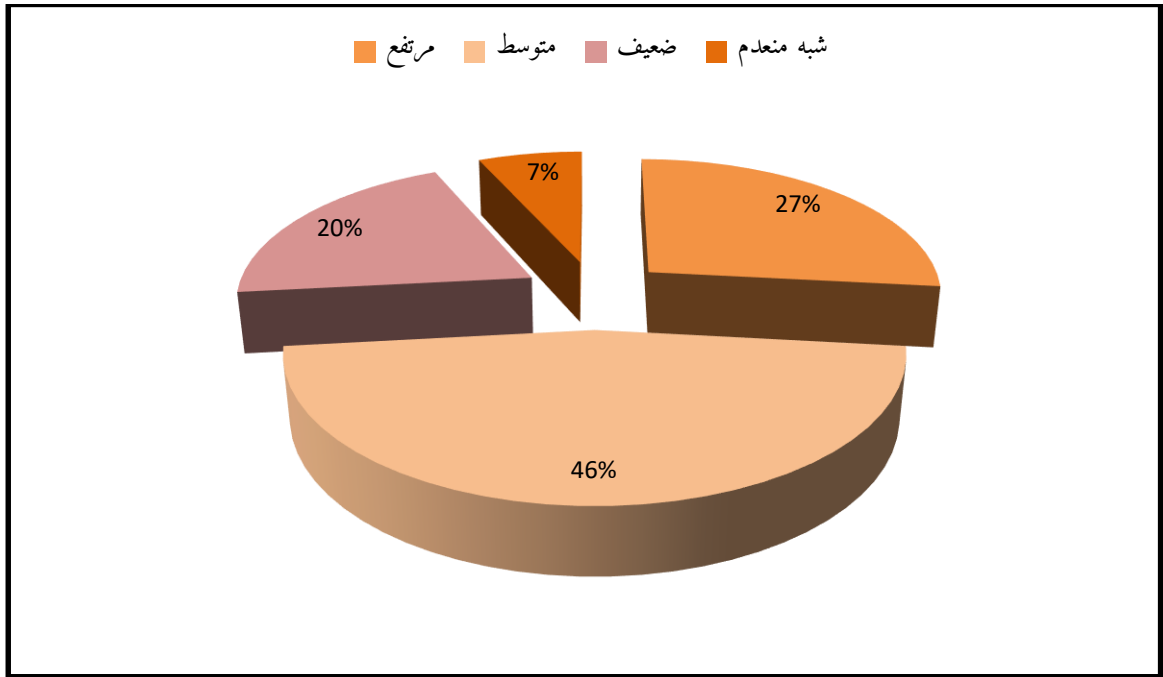
الاستنتاج: إذن فالعزلة الاجتماعية والتمييز ضد ذوي الإعاقة الذهنية تظهر بشكل متفاوت في الأحياء الحضرية، ويستدعي الأمر تدخلات مستمرة من الأخصائيين والجمعيات والسلطات المحلية لتوفير بيئة أكثر شمولية ودعمًا، تضمن الحق في التفاعل الاجتماعي والمشاركة في الحياة اليومية.

15. مدى تفاعل العائلات مع برامج الإدماج والمرافقة: يُعد تفاعل الأسر مع برامج الإدماج والمرافقة مؤشراً حيوياً على مدى نجاح هذه البرامج وفعاليتها في تحسين حياة ذوي الإعاقة الذهنية، والمشاركة الأسرية تعكس وعي الأسرة بأهمية الدعم، وقدرتها على التعاون مع المؤسسات لتطبيق التوجيهات والتأهيل المقدم.

النسبة %	التكرار	مستوى التفاعل
26.7%	8	مرتفع
46.6%	14	متوسط
20%	6	ضعيف
6.7%	2	شبه منعدم
100%	30	الجموع

الجدول 42 : توزيع نسب تفاعل العائلات مع برامج الإدماج والمرافقة

و الشكل الموالي يترجم هذه النسب :



الشكل 13 : نسب تفاعل العائلات مع برامج الإدماج والمرافقة

التحليل : تشير البيانات إلى أن غالبية الأسر (46.6%) تتفاعل بشكل متوسط مع برامج الإدماج، بينما نسبة معتبرة (26.7%) تتفاعل بشكل مرتفع، وهو مؤشر إيجابي على اهتمام بعض الأسر بالمشاركة، في المقابل نحو 20% من الأسر ضعيفة التفاعل، و6.7% شبه منعدم، ما يعكس وجود تحديات في التواصل أو وعي محدود بأهمية البرامج، أو صعوبات يومية تعيق المشاركة الفعالة.

تعليق الطالبة : يشير هذا التوزيع إلى أن برامج الإدماج بحاجة إلى تعزيز التواصل مع الأسر، عبر جلسات توجيهية وتوعوية مستمرة، لتقوية التفاعل والمشاركة، كما أن الاستراتيجيات الفردية حسب خصائص الأسرة قد ترفع مستوى الالتزام والمساهمة في نجاح البرامج.

الاستنتاج: التفاعل الأسري مع برامج الإدماج متنوع ويعتمد على عدة عوامل منها الوعي، الدعم، والموارد المتاحة. لتعزيز فعالية هذه البرامج، يجب تصميم استراتيجيات مرافقة تراعي قدرات الأسر وظروفها اليومية، بما يضمن دمجاً حقيقياً ومستداماً لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري.

16. المبادرات المقدمة من جمعيات أو بلديات لدعم ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري

الإطار الميداني للدراسة

وجود مبادرات من طرف الجمعيات أو البلديات يعكس اهتمام المجتمع المحلي والمسؤولين بحماية ودعم ذوي الإعاقة الذهنية، ويساهم في تسهيل إدماجهم اجتماعياً وتعليمياً ومهنياً. و الجدول الموالي يوضح نسب هذه المبادرات :

النسبة %	التكرار	الاستجابة
60%	18	نعم
26.7%	8	لا
13.3%	4	لا أعلم
100%	30	المجموع

الجدول 43 : نسب المبادرات المقدمة من جمعيات أو بلديات لدعم ذوي الإعاقة الذهنية

التحليل : تشير البيانات إلى أن 60% من الأخصائيين يؤكدون وجود مبادرات، وهو مؤشر إيجابي على أن البلديات والجمعيات المحلية تبذل جهوداً لدعم ذوي الإعاقة، ومع ذلك 26.7% يرون عدم وجود أي مبادرات، ما يعكس تفاوتاً في التوزيع المكاني أو ضعف الوعي المؤسسي ببعض المناطق. أما 13.3% الذين لا يعرفون فرمما يفتقرون إلى معلومات دقيقة حول برامج الدعم أو لم يشاركوا في أنشطة ميدانية تغطي هذه المبادرات.

تعليق الطالبة : يُظهر هذا التوزيع أهمية تفعيل التواصل بين المؤسسات والمهنيين لنقل المعلومات حول البرامج والمبادرات، ولضمان استفادة جميع الأسر من الخدمات المتاحة، كما يُشير إلى ضرورة توسيع نطاق هذه المبادرات لتشمل كل بلديات ولاية خنشلة بشكل متكافئ.

الاستنتاج:

وجود مبادرات دعم ذوي الإعاقة الذهنية متنوع ويفيد فئة كبيرة، لكنه غير شامل كلياً، فتعزيز الوعي، وتعميم البرامج على جميع البلديات، وإشراك الأخصائيين في التخطيط والمتابعة يمكن أن يزيد من فعالية المبادرات ويقلل من حالات الإقصاء أو نقص المعلومات.

17. صعوبات التكفل المهني بحالات الإعاقة الذهنية

تكفل الأخصائيين بالمستفيدين من ذوي الإعاقة الذهنية يتأثر بعدة عوامل منها التكوين، الموارد المتاحة، عدد الحالات، ودقة التشخيص. معرفة طبيعة الصعوبات المهنية أمر ضروري لتحسين جودة الخدمات وضمان إدماج أفضل لهذه الفئة في المجتمع.

النسبة %	التكرار	نوع الصعوبة
73.3%	22	نعم
26.7%	8	لا

الجدول 44 : توزيع صعوبات التكفل المهني بحالات الإعاقة الذهنية

و الجدول الموالي يوضح طبيعة هذه الصعوبات:

النسبة %	التكرار	طبيعة الصعوبة
54.5%	12	نقص التكوين
27.3%	6	الاكتظاظ
45.5%	10	ضعف الموارد
36.4%	8	غياب التشخيص الصحيح
22.7%	5	أخرى (مثل عدم تعاون الأسرة)

الجدول 45 : توزيع طبيعة صعوبات التكفل المهني بحالات الإعاقة الذهنية

التحليل : تشير النتائج إلى أن 73.3% من الأخصائيين يواجهون صعوبات في التكفل المهني بالحالات، مما يوضح أن العمل مع ذوي الإعاقة الذهنية ليس سهلاً ويحتاج إلى موارد إضافية وتكوين مستمر. ويتضح كذلك أن :

- نقص التكوين (54.5%) يعكس الحاجة الملحة لتدريبات متخصصة لتطوير مهارات المهنيين.
- ضعف الموارد (45.5%) يدل على الحاجة لتحسين الإمكانيات المادية والبنية التحتية للمراكز والمؤسسات.
- غياب التشخيص الصحيح (36.4%) يوضح صعوبة وضع خطط علاجية دقيقة وفردية.
- الاكتظاظ (27.3%) يسلب الضوء على الضغط على الأخصائيين بسبب عدد المستفيدين الكبير.
- مشاكل التعاون مع الأسرة (22.7%) تظهر أن نجاح التكفل يعتمد أيضاً على التفاعل الإيجابي للعائلة.

تعليق الطالبة: يتضح أن جودة التكفل المهني مرتبطة بعدة عوامل مترابطة، ويجب على المؤسسات تعزيز التدريب، تحسين الموارد، وتنظيم أعداد المستفيدين بما يسمح بتقديم رعاية فعالة لكل حالة. إشراك الأسرة بشكل فعال يعد أيضاً عنصراً حاسماً في نجاح برامج الإدماج.

الاستنتاج: صعوبات التكفل المهني متكررة وشائعة بين الأخصائيين، ومن الضروري تبني استراتيجيات شاملة تشمل التكوين المستمر، الدعم المادي، وتحسين التشخيص والتعاون مع الأسرة، ومعالجة هذه الصعوبات ستساهم في رفع جودة الخدمات وتحقيق إدماج أفضل لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري.

المحور الرابع: التكوين والتنسيق المهني

18. تلقي التكوين الأكاديمي أو الميداني حول التعامل مع الإعاقة الذهنية

التكوين المهني والأكاديمي يعتبر حجر الأساس لمواجهة التحديات المهنية عند العمل مع ذوي الإعاقة الذهنية، ومعرفة مستوى التكوين لدى المهنيين يساعد على تحديد مدى جاهزيتهم لتقديم خدمات فعالة ومستدامة.

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	الإجابة
40%	12	نعم
20%	6	لا
40%	12	جزئياً

الجدول 46 : توزيع تلقي التكوين الأكاديمي أو الميداني

التحليل : يتضح من نتائج الجدول أن 40% من المهنيين تلقوا تكويناً كاملاً، وهو مؤشر إيجابي على وجود قاعدة علمية ومعرفية جيدة. و 40% تلقوا تكويناً جزئياً، ما يعكس عدم تكامل الخبرات أو نقص التدريب العملي. أما 20% لم يتلقوا أي تكوين، ما يبرز فجوة مهمة في الإعداد المهني لمواجهة الإعاقات الذهنية.

تعليق الطالبة : يتضح أن معظم المهنيين لديهم خلفية معرفية، لكن الفجوة الكبيرة في التكوين الجزئي والغياب الكلي لدى بعضهم يمكن أن تؤثر سلباً على جودة التكفل والمرافقة، وهذا يستدعي تطوير برامج تكوين متخصصة ومستمرّة لضمان تقديم خدمات شاملة وفعالة.

الاستنتاج: توفير تكوين أكاديمي وميداني متكامل ومستمر لجميع المهنيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية أمر ضروري لتعزيز القدرة على التعامل مع مختلف الحالات وتحقيق الإدماج الحضري الفعال.

19. كفاية التكوين الحالي لمواجهة التحديات المهنية

تقييم كفاية التكوين الحالي لدى المهنيين يساعد على فهم مدى استعدادهم العملي لمواجهة الصعوبات اليومية في التعامل مع ذوي الإعاقة الذهنية، و التكوين النظري وحده لا يكفي، بل يجب أن يكون مقروناً بخبرة ميدانية وتطبيقات عملية. و الجدول الموالي يخلص إجابة الأخصائيين في هذا الشأن :

الإطار الميداني للدراسة

النسبة %	التكرار	الإجابة
26.6%	8	نعم
46.6%	14	لا
26.6%	8	جزئياً

الجدول 47 : تقييم نجاعة التكوين الحالي للأخصائيين

التحليل : يتضح من نتائج الجدول أن 26.6% فقط من المهنيين يرون أن التكوين الحالي كافٍ، ما يعكس وجود مستوى جيد لدى فئة محدودة، و نحو 46.6% يعتبرون أن التكوين غير كافٍ،

وهذا يشير إلى فجوة واضحة بين التعليم النظري والتطبيق العملي

حيث يحتاج المهنيون لمزيد من التدريب العملي على حالات معقدة ومتنوعة. أما 26.6% يعتبرون التكوين جزئياً، ما يعكس أنهم يملكون قاعدة معرفية لكنها غير مكتملة، وربما تفتقر لمهارات التفاعل الاجتماعي أو التعامل مع الحالات المركبة.

فغالبية المهنيين يشيرون إلى أن التدريب الحالي لا يغطي جميع الأبعاد العملية، مثل التعامل مع الإعاقات المركبة، أو الاستجابة للاحتياجات الفردية لكل مستفيد، أو استخدام أدوات تقييم دقيقة لمستوى الإدماج.

تعليق الطالبة:

يتضح من هذه البيانات أن التكوين الأكاديمي وحده غير كافٍ. هناك حاجة ملحة لبرامج تدريبية ميدانية مستمرة ومتخصصة، تشمل مهارات إدارة السلوك، التواصل مع الأسرة، وإعداد برامج تعليمية وتأهيلية فردية لكل حالة.

الاستنتاج: لتحقيق جودة عالية في التكفل المهني، يجب الجمع بين التكوين الأكاديمي والميداني، مع متابعة مستمرة للتحديثات المعرفية والتقنيات الحديثة، لضمان قدرة المهنيين على التعامل مع تحديات متعددة ومتغيرة في بيئة حضرية متنوعة.

20. التنسيق المهني الفعلي

التنسيق بين مختلف الفاعلين المهنيين يعد عنصراً أساسياً لضمان فعالية التكفل بالإعاقات الذهنية في الوسط الحضري، إذ أن غياب التواصل بين الأطباء، الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، الأسرة، المؤسسات التعليمية والبلدية، يؤدي إلى تدخلات متفرقة وغير متكاملة، ما يضعف نتائج الإدماج والتأهيل.

النسبة %	التكرار	الإجابة
33.3%	10	نعم
26.6%	8	لا
40%	12	محدود فقط

الجدول 48 : تقييم التنسيق بين مختلف الفاعلين المهنيين

التحليل : نجد أن 33.3% من المهنيين يشيرون إلى وجود تنسيق فعلي، ما يدل على وجود مبادرات محدودة للتعاون بين مختلف الفاعلين، 26.6% يعتبرون أنه لا يوجد تنسيق، ما يعكس وجود فجوات كبيرة في التواصل وغياب خطط مشتركة للتدخل. أما 40% يرون أن التنسيق محدود فقط، أي أن هناك محاولات للتعاون لكنها غير منتظمة أو فعالة، غالباً بسبب نقص الموارد أو غياب آليات متابعة واضحة.

و عليه فقلة الموارد البشرية والمادية، وعدم وجود سياسات واضحة للتكامل بين المؤسسات، بالإضافة إلى ضعف الوعي بأهمية التعاون متعدد القطاعات، كلها عوامل تحد من فعالية التنسيق المهني.

تعليق الطالبة: يظهر من التحليل أن تحسين التنسيق بين الفاعلين يشكل حجر الزاوية لتعزيز الإدماج الحضري لذوي الإعاقة الذهنية، و من الضروري إنشاء لجان تنسيق دورية ومجالات تواصل مباشرة بين المهنيين، وربطها بخطة متابعة تقييمية لضمان استمرارية وجودة الخدمات.

الاستنتاج: إن التنسيق المهني الحالي غير كافٍ لتحقيق إدماج حضري فعال، حيث يلزم تطوير استراتيجيات تنظيمية مؤسسية تشجع على التواصل المنتظم وتبادل المعلومات بين الأطباء، الأخصائيين، الأسرة والبلدية، لضمان تكفل شامل ومتكامل بالمستفيدين.

21. مقترحات تطوير جودة التكفل والإدماج الحضري

النتائج والتحليل: أظهرت إجابات الأخصائيين أن جزءاً كبيراً منهم يملك مقترحات عملية لتحسين التكفل، مما يعكس وعياً بالثغرات الحالية، حيث أن 80% من الأخصائيين قدموا مقترحات مقابل 20% لم يقدموا، أهمها: إنشاء مراكز متخصصة، تكوين مستمر، تعاون أسري-مؤسسي، حملات توعية، وبرامج تعليمية متدرجة.

تعليق الطالبة: هذا يبين إدراك المهنيين للدور المتكامل بين الأسرة، المؤسسات، والمجتمع، وهو مؤشر على قابلية تطوير الأداء إذا ما استثمرت هذه الأفكار.

الاستنتاج: نستنتج وجود نسبة عالية من المقترحات (80%) دليل على أن إشراك المهنيين في التخطيط سيؤدي إلى تحسين واقعي في سياسات الإدماج.

22. تمثلات المجتمع المحلي لذوي الإعاقة الذهنية

النتائج والتحليل: تهدف الإجابة إلى فهم صورة ذوي الإعاقة في نظر المجتمع، باعتبارها عاملاً محددًا للاندماج أو التهميش، وفي هذا السياق غالبية المهنيين وصفوا التمثلات بأنها سلبية يغلب عليها الوصم، بينما نسبة قليلة أشاروا إلى مواقف محايدة أو داعمة.

تعليق الطالبة:

تُظهر هذه النتائج أن الوعي المجتمعي لا يزال محدوداً، وأن الأسر والمهنيين يعانون من آثار النظرة الدونية.

الاستنتاج:

إن تحسين صورة ذوي الإعاقة الذهنية يتطلب استراتيجيات توعية متواصلة لتغيير الثقافة السائدة.

23. دور البلديات و الدولة تجاه هذه الفئة

النتائج والتحليل: تحدد هذه الإجابة التدابير المؤسسية الضرورية لتجاوز العراقيل، حيث جاءت أهم الإجراءات المقترحة كالاتي: مراكز تأهيل متخصصة (60%)، دعم وتمكين الأسر (50%)، حملات توعية (40%)، تحسين النقل (33%)، تطوير البنية التحتية (27%)، دعم مالي (20%).

تعليق الطالبة: يتضح أن الحاجة لا تقتصر على خدمات مباشرة، بل تشمل بيئة حضرية داجمة تدعم الأسرة والمجتمع معاً.

الاستنتاج: يتضح أن تكامل هذه التدابير يضمن إدماجاً أكثر فعالية، ويشير إلى ضرورة تبني مقاربة شمولية من طرف الدولة والبلديات.

24. إمكانية الإدماج الحضري في ظل المعطيات الحالية

النتائج والتحليل: يكشف هذا السؤال عن تقييم الأخصائيين لمدى واقعية الإدماج في الظروف الراهنة، حيث أن 67% رأوا أن الإدماج ممكن جزئياً، و 17% اعتبروه ممكناً تماماً، و 16% قالوا إنه غير ممكن.

تعليق الطالبة: تكشف النسب عن إدراك واقعي بأن الإمكانيات متوفرة لكن غير كافية، وأن التحديات الهيكلية والثقافية تعيق التعميم.

الاستنتاج: إذن الإدماج ممكن على المدى المتوسط شرط تفعيل البنية التحتية والتنسيق بين الفاعلين وتغيير الذهنيات.

25. نماذج ناجحة للإدماج

النتائج والتحليل: يهدف هذا السؤال لرصد التجارب التي يمكن اعتبارها مرجعية، حيث أن أبرز النماذج المقترحة هي: مراكز تأهيل متكاملة (40%)، برامج دمج مدرسي (27%)، جمعيات محلية داعمة (20%)، مبادرات تطوعية (13%).

تعليق الطالبة : هذا النوع يعكس أن نجاح الإدماج يعتمد على العمل التكاملي بين التعليم، الجمعيات، والمجتمع المدني.

الاستنتاج: إذن فالنماذج الناجحة المتوفرة في خنشة تمثل قاعدة يمكن البناء عليها وتوسيعها لضمان إدماج حضري أوسع.

رابعاً/مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة ونظرية المقاربة و الدراسات السابقة

- مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة

تعدّ الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري من القضايا المعقدة التي تتقاطع فيها الأبعاد الأسرية والمؤسسية والمجالية، وقد سعت هذه الدراسة إلى اختبار فرضية رئيسية وثلاث فرضيات فرعية، انطلاقاً من تحليل معطيات الاستمارتين الموجهتين لكل من أسر الأشخاص المعاقين ذهنياً والأخصائيين العاملين في المجال. وفيما يلي عرض مفصل لمناقشة هذه الفرضيات في ضوء ما أفرزته النتائج الميدانية:

الفرضية الرئيسية : "يواجه ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري بولاية خنشة صعوبات اجتماعية متعددة الأبعاد ناتجة عن قصور في الرعاية الأسرية، وضعف الخدمات المؤسسية، وغياب التهيئة الحضرية الملائمة."

أكدت النتائج الميدانية أن هذه الفرضية صحيحة بدرجة كبيرة، حيث أظهرت استجابات الأسر وجود تعدد في أنماط الصعوبات، بدءاً من ضعف الاندماج في المحيط الأسري والحلي، مروراً بالمشاكل التعليمية، وصولاً إلى التحديات المرتبطة بالنقل والتنقل داخل المدينة. كما دعم الأخصائيون هذه الصورة من خلال تأكيدهم على قصور البنية المؤسسية في تلبية الحاجات الخاصة، سواء من حيث قلة المراكز أو محدودية البرامج النوعية.

وعليه فإن الفرضية الرئيسية وجدت ما يدعمها في الميدان، إذ أن الإعاقة الذهنية في السياق الحضري ليست مجرد إعاقة بيولوجية أو فردية، بل تتحول إلى إعاقة اجتماعية مركبة بفعل ضعف الرعاية الأسرية والمؤسسية وغياب البيئة الحضرية الدامجة.

الفرضية الفرعية الأولى : "يعاني ذوو الإعاقة الذهنية من ضعف في التفاعل الأسري، ما يؤثر سلباً على اندماجهم الاجتماعي".

أبرزت نتائج الاستمارة الأولى أن نسبة مهمة من الأسر تشعر بالإرهاق والعزلة، وأن بعض أفراد العائلة ينسحبون من المسؤولية أو يتصلون منها ، هذه المعطيات تكشف أن التفاعل الأسري لا يتمتع دوماً بالتماسك والدعم المطلوب، مما يترك أثراً مباشراً على إدماج الفرد المعاق داخل المجتمع.

كما أكدت شهادات الأخصائيين أن الكثير من الحالات التي تصل إلى المركز تعكس اختلالاً في الدور الأسري، سواء على مستوى التقبل النفسي أو المتابعة التربوية اليومية. وبالتالي فإن هذه الفرضية صحيحة، حيث يتضح أن الأسرة، باعتبارها الحاضنة الأولى، إذا ضعفت وظيفتها التفاعلية، انعكس ذلك على حظوظ الفرد في الاندماج الاجتماعي.

الفرضية الفرعية الثانية : "تعاني مؤسسات الرعاية في ولاية خنشلة من قصور في توفير خدمات نوعية تستجيب لخصوصيات ذوي الإعاقة الذهنية".

أكدت الاستمارة الثانية مع الأخصائيين أن المراكز القائمة محدودة العدد والطاقة الاستيعابية، كما أنها تفتقر إلى تجهيزات متخصصة وموارد بشرية كافية ، أشار الأخصائيون أيضاً إلى أن البرامج المعتمدة غالباً ما تكون عامة ولا تراعي الفوارق الدقيقة بين درجات الإعاقة الذهنية، ما يجعل فعاليتها محدودة.

من جانب آخر عبرت الأسر عن عدم رضاها عن مستوى الخدمات، سواء بسبب البعد الجغرافي أو عدم كفاية الدعم المالي والمعنوي، وبالتالي فإن هذه الفرضية تحققت ميدانياً، حيث

برز القصور المؤسسي كأحد أهم العراقيل التي تواجه هذه الفئة، مما يجعل من تطوير الخدمات النوعية ضرورة ملحة.

الفرضية الفرعية الثالثة: "تشكل البيئة الحضرية غير المهيأة والتمثلات الاجتماعية السلبية عائقاً أمام دمج ذوي الإعاقة الذهنية في المحيط العام."

أظهرت نتائج الاستمارة الأولى أن الأسر تواجه صعوبات كبيرة في النقل والتنقل داخل المدينة بسبب غياب وسائل نقل مهيأة وارتفاع التكلفة. كما أشار العديد منهم إلى نظرة المجتمع السلبية المتمثلة في السخرية أو التهميش.

وفي السياق ذاته أكد الأخصائيون أن غياب تهيئة حضرية داجمة (ممرات خاصة، إشارات، فضاءات مؤهلة) يجعل من إدماج ذوي الإعاقة الذهنية داخل الفضاء العام أمراً بالغ الصعوبة، كما أن القوالب النمطية التي يكرسها المحيط الاجتماعي تضعف فرص التقبل والاندماج، وعليه فإن هذه الفرضية صحيحة تماماً، حيث اجتمعت العوامل المادية (التهيئة) والرمزية (التمثلات الاجتماعية) في جعل الإدماج الحضري لهذه الفئة تحدياً مزدوجاً.

يتضح من خلال مناقشة الفرضية الرئيسية والفرضيات الفرعية الثلاث أن الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري بولاية خنشلة ليست وليدة عامل واحد، وإنما نتيجة لتشابك مجموعة من المحددات: ضعف التفاعل الأسري، قصور الخدمات المؤسسية، وغياب البيئة الحضرية الملائمة، كما أن التمثلات الاجتماعية السلبية تعمق من حدة هذه الإشكالية.

وبالتالي فإن التحقق الميداني لهذه الفرضيات يؤكد الحاجة إلى مقاربة شمولية تتداخل فيها الأبعاد الأسرية، المؤسسية، والحضرية، بما يضمن انتقال هذه الفئة من موقع التهميش والعزلة إلى موقع الفاعلية والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

- مناقشة النتائج في ضوء نظرية المقاربة

تكشف نتائج الدراسة الميدانية أن الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري لا يمكن فهمها إلا من خلال ربطها بمقاربات نظرية متعددة. ففي ضوء النظرية التأهيلية يتضح أن ضعف الخدمات الموجهة لذوي الإعاقة الذهنية يعكس قصوراً في تطبيق البرامج العلاجية والوقائية القائمة على تشخيص الحاجات الفردية والاجتماعية بدقة، فغياب خطط ممنهجة للتأهيل يعمق العزلة الاجتماعية للأفراد المعاقين ويضعف فرص اندماجهم في المحيط.

أما نظرية المجال فقد ساعدت على تفسير العلاقة بين الفرد وبيئته الحضرية، إذ بينت النتائج أن أي قصور في التهيئة العمرانية أو في التفاعل الأسري يؤثر مباشرة على توازن الفرد النفسي والاجتماعي. وقد أكد ذلك ما أظهرته الاستمارة من ضعف في تفاعل الجماعة الأسرية والمؤسسية، ما يجعل المعاق الذهني عرضة لتجارب الفشل والإقصاء التي تحد من طموحاته وفرص نموه.

في حين أن نظرية التعلم تسلط الضوء على حاجة هذه الفئة إلى برامج تعليمية خاصة تراعي محدودياتهم الإدراكية، فنتائج الدراسة أبانت أن غياب وسائل تربوية بديلة وضعف التكوين الميداني يترك ذوي الإعاقة الذهنية في مواجهة عجز يومي عن التكيف مع متطلبات الحياة الحضرية مما يعمق عزلتهم. وهنا يصبح دور التعزيز والتدريب المستمر حاسماً في تعديل السلوكيات السلبية وتنمية المهارات الاجتماعية.

وبالانتقال إلى النظرية السلوكية يتضح أن أنماط السلوك الاجتماعي لذوي الإعاقة الذهنية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحاجات الأساسية غير المشبعة، سواء على مستوى الرعاية الأسرية أو الخدمات المؤسسية، فالنتائج بينت أن غياب إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى سلوكيات غير متوازنة، بينما من شأن برامج التأهيل الاجتماعي والمهني القائمة على مراعاة الدوافع والحاجات أن تساهم في تحسين فرص الاندماج الاجتماعي لهذه الفئة.

وعليه فإن ربط النتائج بهذه النظريات يبرز أن الصعوبات التي يعيشها ذوو الإعاقة الذهنية ليست مجرد معطيات ظرفية، بل هي انعكاس لتشابك عوامل أسرية، مؤسسية، و عمرانية، وهو ما يجعل التدخل الشامل متعدد المستويات ضرورة ملحة لتحقيق إدماج فعلي ومستدام.

- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

تكشف مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات السابقة أن القواسم المشتركة تكمن في إبراز هشاشة الوضع الاجتماعي لذوي الإعاقة الذهنية، سواء داخل الأسرة أو في المؤسسات أو في المجتمع الواسع، فنتائج دراسة سهي أمين (1998) التي بينت أثر الإساءة والإهمال على تعطيل التوافق الاجتماعي، تتقاطع مع دراستنا في إظهار أن ضعف الرعاية الأسرية يعمق العزلة ويضعف التفاعل الاجتماعي، أما دراسة محمد القصاص، فقد ركزت على التمكين والاندماج كحل لتجاوز التهميش، وهو ما تؤكده نتائجنا التي أبرزت الحاجة إلى تغيير الثقافة المجتمعية وتفعيل مشاركة هذه الفئة في المحيط الحضري.

كما أن دراسة جاك سنجر (1988) و دراسة جلاليلة وبرمضان (2022) اللتين اهتمتا بتقييم البرامج داخل المؤسسات، أظهرتا أهمية التدخل المنظم والتأهيل التربوي، وهو ما ينسجم مع نتائجنا التي شددت على قصور المؤسسات المحلية في توفير خدمات نوعية. في حين جاءت دراسة جوميز وجوبرين (2002) لتبرز التفاوت في التقبل الأسري بين الأب والأم، وهو ما يوازي ما لاحظناه ميدانياً من تفاوت في مواقف الأسر بخنشة تجاه أبنائهم.

وعليه فإن دراستنا أضافت بعداً جديداً من خلال التركيز على الوسط الحضري بما يحمله من تحديات عمرانية واجتماعية وثقافية، مبيّنة أن دمج ذوي الإعاقة الذهنية لا يتحقق فقط عبر تعديل السلوك أو تحسين الخدمات المؤسسية، بل يستدعي أيضاً تهيئة البيئة الاجتماعية الحضرية وتغيير التمثيلات السائدة لضمان إدماج حقيقي ومستدام.

النتائج العامة للدراسة

قدمت هذه الدراسة جملة من النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الأهداف المرسومة، وذلك على النحو الآتي:

كشفت الدراسة أن الأسر التي لديها أبناء من ذوي الإعاقة الذهنية تعاني من صعوبات كبيرة في التكيف الأسري، حيث يظل التفاعل الداخلي ضعيفاً ويطنى عليه التوتر والضغط النفسي، مما يؤثر بشكل مباشر على اندماج الفرد المعاق في الحياة الاجتماعية اليومية.

بينت النتائج أن مؤسسات الرعاية والخدمات الاجتماعية بولاية خنشلة لا تزال محدودة في إمكانياتها، سواء من حيث نوعية البرامج الموجهة أو من حيث الكوادر المؤهلة، الأمر الذي يجعلها عاجزة عن تلبية الاحتياجات الخاصة لهذه الفئة بشكل كافٍ ومستمر.

أظهرت المعطيات الميدانية أن الوسط الحضري يعاني من نقص في التهيئة الحضرية الملائمة لذوي الإعاقة الذهنية، حيث يفتقر إلى المساحات المهيأة، والمرافق العامة القابلة للاستعمال، ووسائل النقل المكيف، مما يزيد من عزلتهم الاجتماعية ويحد من حركيتهم.

أكدت الدراسة أن التمثلات الاجتماعية السلبية وصور الوصم والتمييز ما تزال منتشرة في المجتمع المحلي، وهو ما يفاقم من معاناة الأسر ويجعل دمج أبنائها في الأنشطة الاجتماعية أو التربوية أمراً صعباً ومعقداً.

تبين أن التكفل الأسري يظل محدوداً في كثير من الحالات نتيجة الضغوط الاقتصادية والاجتماعية، حيث تعجز بعض الأسر عن توفير الرعاية المستمرة، ما ينعكس سلباً على فرص الأطفال والمراهقين المعاقين ذهنياً في التكوين والتعليم والتأهيل.

لوحظ من خلال التحليل أن التعاون بين الأسر والمؤسسات شبه غائب، فلا توجد جسور تواصل حقيقية ولا آليات شراكة واضحة تسمح بمرافقة فعّالة ومستمرة لذوي الإعاقة الذهنية، بل يسود نوع من تبادل المسؤولية بين الطرفين.

خلصت الدراسة إلى أن دمج ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري بـخـنـشـلـة يتطلب تضافر جهود متعددة: من خلال دعم الأسرة وتوعيتها، تحسين الخدمات المؤسساتية، تهيئة البيئة الحضرية بشكل ملائم، ومحاربة الصور النمطية الاجتماعية، بما يضمن تعزيز فرص الإدماج والعيش الكريم لهذه الفئة.

خاتمة

بعد أن تناولت هذه الدراسة موضوع "الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري - دراسة ميدانية بولاية خنشلة"، بالجمع بين الجانب النظري والتحليل الميداني، أمكن الوصول إلى مجموعة من النتائج التي تعكس واقع هذه الفئة داخل النسيج الحضري، وتكشف عن عمق التحديات التي تواجهها الأسر والمؤسسات والمجتمع المحلي على حدّ سواء، ولتيسير عرض هذه الخلاصات وتوضيح معالمها، يمكن تلخيص أهم ما توصلت إليه الدراسة فيما يلي:

✍ اتضح أن الأسر التي تضم أفراداً من ذوي الإعاقة الذهنية تعيش ضغوطاً نفسية واجتماعية واقتصادية، تجعل قدرتها على التفاعل الإيجابي مع متطلبات التكفل محدودة، وهو ما يضعف من فرص اندماج أبنائها في الوسط الاجتماعي.

✍ كشفت النتائج أن الخدمات المؤسساتية لا تزال تعاني من قصور واضح سواء على مستوى التأطير البيداغوجي أو الدعم النفسي والاجتماعي، مما يجعلها عاجزة عن تلبية الاحتياجات النوعية لهذه الفئة.

✍ تبين أن الوسط الحضري في ولاية خنشلة يفتقر إلى التهيئة العمرانية المناسبة لذوي الإعاقة الذهنية، حيث لا توجد فضاءات أو مرافق ملائمة تضمن لهم حرية التنقل والمشاركة الفعالة في الحياة اليومية.

✍ أظهرت الدراسة أن الصور النمطية السلبية والوصم الاجتماعي تشكل أحد أبرز العوائق أمام إدماج هذه الفئة، إذ يواجه الأفراد وأسرهم ممارسات تمييزية تقلل من مكانتهم الاجتماعية.

✍ لاحظت الدراسة أن التنسيق بين الأسر والمؤسسات شبه منعدم، مما يؤدي إلى فجوة في التكفل، ويجول دون بناء إستراتيجية شاملة وفعالة للرعاية والدعم.

أكدت النتائج أن ضعف المبادرات المحلية وضعف انخراط المجتمع المدني في القضايا المرتبطة بالإعاقة الذهنية يعمق من عزلة هذه الفئة ويجعلها أكثر هشاشة في مواجهة التحديات اليومية.

برزت الحاجة إلى تدخل متعدد الأبعاد يجمع بين دعم الأسرة وتوعيتها، تحسين الخدمات المؤسساتية، تهيئة البيئة الحضرية بشكل ملائم، ومحاربة الصور الاجتماعية السلبية، بما يسمح بضمن إدماج حقيقي وعيش كريم لذوي الإعاقة الذهنية.

إن هذه النتائج مجتمعة تؤكد أن الإعاقة الذهنية ليست مجرد إشكالية صحية أو فردية، بل قضية اجتماعية وحضرية تتطلب رؤية شاملة وتعاوناً وثيقاً بين الدولة والمجتمع المدني والأسرة، من أجل بناء بيئة حضرية داخجة وعادلة، قادرة على استيعاب كل الفئات دون إقصاء أو تهميش.

الملاحق

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عباس لغرور خنشلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص : حضري

استمارة استبيان موجهة لأسر ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري

تحية طيبة و بعد

في إطار إعداد مذكرة تخرج ماستر بعنوان :

الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري - دراسة

ميدانية بولاية خنشلة"

ملاحظات هامة للباحثين :

- تهدف هذه الاستمارة إلى جمع بيانات علمية حول التحديات والصعوبات الاجتماعية التي تواجه ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، وذلك في إطار إنجاز مذكرة تخرج أكاديمية.
- تُستخدم المعلومات لأغراض بحثية بحتة، وتُعامل بكل سرية وخصوصية.
- نشكر تعاونكم الكريم

إشراف :

- د/ ليلى إيديو

إعداد :

- عايب أمينة

السنة الجامعية 2024-2025

الملاحق

أولاً: البيانات التعريفية بالمُجيب (الأسرة)

1. الجنس:

ذكر أنثى

2. العمر:

أقل من 30 سنة 30-40 سنة 41-50 سنة أكثر من 50 سنة

3. المستوى الدراسي:

بدون مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

4. الوضعية المهنية:

عامل غير عامل متقاعد أخرى:

5. الحالة الاجتماعية:

متزوج (ة) مطلق (ة) أرمل (ة)

6. عدد أفراد الأسرة:

7. مكان السكن:

وسط المدينة حي شعبي حي حضري جديد منطقة شبه حضرية

8. علاقتك بالشخص المعاق ذهنياً:

أب/أم أخ/أخت وصي آخر:

الملاحق

ثانياً: البيانات المتعلقة بالشخص ذي الإعاقة الذهنية

9. الجنس:

ذكر أنثى

10. العمر:

أقل من 6 سنوات من 6 إلى 12 من 13 إلى 18 أكثر من 18

11. درجة الإعاقة الذهنية حسب التشخيص الطبي:

بسيطة متوسطة شديدة

لا أعلم بدقة لم يُشخص طبياً

12. هل يعاني من إعاقات مصاحبة أخرى؟

لا نعم ، وهي:

13. العمر الذي تم فيه اكتشاف الإعاقة:

عند الولادة قبل 3 سنوات بين 3 و6 سنوات بعد 6 سنوات

14. هل يتابع الشخص تعليمه؟

نعم لا

إن كانت الإجابة نعم، حدّد:

مدرسة عادية مدرسة خاصة مركز تأهيل تعليم منزلي

الملاحق

15. هل يخضع لعلاج نفسي أو تأهيل نظقي أو بدني؟

نعم لا

إن كانت نعم، أي نوع؟

ثالثاً: الصعوبات الاجتماعية في الوسط الحضري

16. ما نوع الصعوبات التي تواجهونها كأ أسرة مع شخص معاق ذهنياً؟

(يمكن اختيار أكثر من خيار)

صعوبة في التمدرس أو الإدماج المدرسي

صعوبة في الاندماج داخل الحي

رفض المجتمع وتهميشه

نظرة دونية وسلبية من الجيران أو الأقارب

صعوبة التنقل والنقل في المدينة

عدم توفر مراكز أو خدمات قريبة

ضغوط مالية

مشاكل داخل الأسرة (توتر، إهمال...)

أخرى:

17. كيف يتفاعل الجيران أو سكان الحي مع الشخص المعاق ذهنياً؟

الملاحق

إيجابي وداعم محايد سلبي ورافض لا يوجد تفاعل

18. هل تعرض ابنكم/قريبكم إلى مواقف تميز أو سخرية بسبب إعاقته؟

نعم لا لا أعلم

19. هل يوجد داخل الحي مرافق أو خدمات مخصصة لذوي الإعاقة (مركز، جمعية، أنشطة)؟

نعم لا غير كافية

20. هل يوجد صعوبات في التنقل إلى المرافق الصحية أو التربوية؟

نعم لا

إذا نعم، ما الأسباب؟

بعد المسافة غياب وسائل النقل التكلفة المرتفعة

أخرى:

رابعاً: الدعم والمساندة

21. هل تلتقون دعماً من الدولة أو الجمعيات؟

لا نعم، من:

22. هل سبق أن استفدتم من تدريب أو إرشاد خاص بكيفية التعامل مع الإعاقة الذهنية؟

نعم لا

إذا نعم، من أي جهة؟

الملاحق

23. هل تشعر الأسرة بالعزلة أو الإرهاق بسبب وضعية الشخص المعاق؟

نعم لا أحياناً

24. هل هناك فرد أو أكثر من الأسرة انسحب أو تهرب من المسؤولية بسبب الإعاقة؟

نعم لا لا أريد الإجابة

25. ما أبرز التحديات التي تواجهونها بشكل يومي في المدينة مع وجود شخص معاق ذهنياً؟

.....

26. ما الذي تتمنونه لتحسين الظروف المعيشية والاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية؟

.....

27. هل لديكم اقتراحات للمؤسسات أو السلطات المحلية لتسهيل إدماج هذه الفئة؟

.....

شكراً جزيلاً على مساهمتكم القيمة، وتعاونكم مهم جداً لنجاح هذا البحث.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عباس لغرور خنشلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص : حضري

استمارة استبيان موجهة للأخصائيين والمهنيين العاملين مع ذوي الإعاقة الذهنية

تحية طيبة و بعد

في إطار إعداد مذكرة تخرج ماستر بعنوان :

الصعوبات الاجتماعية لذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري - دراسة

ميدانية بولاية خنشلة"

ملاحظات إلى السيد/السيدة الأخصائي(ة):

- نحن بصدد إنجاز دراسة أكاديمية حول واقع ذوي الإعاقة الذهنية في المدن الجزائرية و على رأسها مدينة خنشلة ، والصعوبات الاجتماعية التي تعيق إدماجهم الحضري.

- نثمن مساهمتكم العلمية عبر هذه الاستمارة، ونؤكد أن كل المعلومات تُستعمل لأغراض علمية فقط وتُحترم فيها السرية التامة.

إشراف :

إعداد :

- د/ ليلى إيديو

- عايب أمينة

الملاحق

السنة الجامعية 2024-2025

أولاً: البيانات التعريفية بالمجيب

1. الجنس:

ذكر أنثى

2. العمر:

أقل من 30 من 30 إلى 40 من 41 إلى 50 أكثر من 50

3. المستوى الأكاديمي:

ليسانس ماجستير دكتوراه تكوين متخصص آخر:

4. الصفة المهنية:

أخصائي اجتماعي نفساني مربّي مختص إداري بالمركز طبيب أخرى:

5. سنوات الخبرة:

أقل من 5 سنوات 5 - 10 سنوات أكثر من 10 سنوات

6. مكان العمل:

مركز تأهيل مهني مركز نفسي-بيداغوجي جمعية محلية عيادة خاصة مؤسسة تعليمية أخرى:

ثانياً: طبيعة العمل مع ذوي الإعاقة الذهنية

الملاحق

7. ما نوع الإعاقات الأكثر شيوعاً بين المستفيدين من خدماتكم؟

- ذهنية بسيطة ذهنية متوسطة ذهنية شديدة إعاقات مركبة
 أخرى:

8. هل توجد فروق واضحة في التفاعل الاجتماعي حسب درجة الإعاقة؟

- نعم لا علل:

9. ما الفئة العمرية التي تشتغلون معها غالباً؟

- أطفال أقل من 12 سنة مراهقون بالغون كل الفئات

10. ما نوع البرامج المقدمة للمستفيدين؟

- تدريب مهارات الحياة اليومية تعليم مدرسي مبسط علاج نفسي-حركي
 تأهيل مهني ترفيه وترويح أخرى:

11. ما نوع الدعم الذي يُقدم للأسرة؟

- إرشاد نفسي مرافقة اجتماعية توجيه قانوني لا يوجد دعم فعلي
 أخرى:

ثالثاً: ملاحظات حول الصعوبات الاجتماعية والإدماج الحضري

12. في رأيك، ما أبرز العراقيل التي تعترض ذوي الإعاقة الذهنية في المدن؟

(يمكن اختيار أكثر من خيار)

- ضعف التجهيزات العمرانية الملائمة

الملاحق

رفض المجتمع ووصمة العار

صعوبة التنقل

قلة المؤسسات المختصة

نقص التكوين المهني

غياب سياسات حضرية داجمة

13. هل ترى أن الأحياء الحضرية تراعي في تصميمها حاجات ذوي الإعاقة؟

نعم لا جزئياً

علّل:

14. هل لاحظت تمييزاً أو عزلة اجتماعية ضد هذه الفئة؟

دائماً أحياناً نادراً لم ألاحظ

15. ما مدى تفاعل العائلات مع برامج الإدماج والمرافقة؟

مرتفع متوسط ضعيف شبه منعدم

ما السبب في رأيك؟

16. هل توجد مبادرات من جمعيات أو بلديات لدعم ذوي الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري؟

نعم لا لا أعلم

إن كانت نعم، ما طبيعتها؟

الملاحق

17. هل تواجهون صعوبات في التكفل المهني بالحالات؟

نعم لا إذا نعم، ما طبيعة هذه الصعوبات؟

نقص التكوين الاكتظاظ ضعف الموارد غياب التشخيص
الصحيح أخرى:

رابعاً: التكوين والتنسيق المهني

18. هل تلقيتم تكويناً أكاديمياً أو ميدانياً حول التعامل مع الإعاقة الذهنية؟

نعم لا جزئياً

19. هل ترى أن التكوين الحالي كافٍ لمواجهة التحديات المهنية؟

نعم لا علل:

20. هل يوجد تنسيق فعلي بين المهنيين (أطباء، أخصائيين، أسرة، مؤسسة، بلدية...؟)

نعم لا محدود فقط

إن وجد، هل هو فعال؟

21. هل لديكم مقترحات لتطوير جودة التكفل والإدماج الحضري؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، أذكرها:

.....

22. ما رأيك في تمثلات المجتمع المحلي لذوي الإعاقة الذهنية؟

.....
23. ما الذي يُفترض على البلديات أو الدولة فعله لتحسين وضعية هذه الفئة؟

.....
24. هل ترى أن الإدماج الحضري الحقيقي ممكن في ظل المعطيات الحالية؟ ولماذا؟

.....
25. من واقع خبرتك، هل هناك نماذج ناجحة لإدماج ذوي الإعاقة الذهنية؟

.....
شكرا جزيلا على وقتكم و مساهمتم العلمية القيمة



المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً - خنشلة -
(الصورة ملتقطة من طرف الباحثة أثناء الدراسة الميدانية)

قائمة المصادر و المراجع

- القرآن الكريم

أولاً: الكتب

1. إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي. الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمات الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
2. ابن كثير. تفسير القرآن العظيم. بيروت: دار الفكر، 1998.
3. إسماعيل عبد الفتاح. التنمية الفكرية والثقافية لذوي الاحتياجات الخاصة. مصر: الدار الثقافية للنشر، 2004.
4. بدرة معتصم ميموني. الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
5. بركات وآخرون. ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة. مكتبة الرشد، 2017.
6. بركات، وجدي. الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة. جامعة البحرين، 2008.
7. تغري مليكة. إمكانيات التكيف الاجتماعي للطفل المتخلف ذهنياً. مذكرة ماجستير، جامعة قالمة، 2007.
8. تيسير مفلح كوافحة. مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة، 2011.
9. تيسير مفلح كوافحة. مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة، 2011.
10. خالد بن عايد الحبوب وآخرون. منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للطلبة القابلين للتدريب من ذوي الإعاقة العقلية. عمان: دار اليازوري، 2008.
11. خولة أحمد يحيى، ماجدة السيد عبيد. الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر، 2004.

قائمة المصادر والمراجع

12. سعيد حسين الفرة. الإعاقة العقلية. عمان: دار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، 2001.
13. سهر كامل أحمد. سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، 1998.
14. السيد رمضان. إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1995.
15. السيد عبد القادر شريف. مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع، 2014.
16. عبد الحميد يوسف محمد، شعبان سحر محمد سيد. الخدمة الاجتماعية ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة: رؤية متكاملة معاصرة. مكتبة الرشد، 2016.
17. عبد الصبور منصور محمد. الإعاقة العقلية: تطور المهارات والسلوك الاجتماعي في الحياة اليومية. القاهرة: دار الكتاب، 2008.
18. عبد اللطيف حسين فرج. الإعاقة العقلية والذهنية. عمان: دار الحامد، ط1.
19. فاروق الروسان. مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع، 2007.
20. فاطمة المصري. أبحاث ومقالات في الدراسات النفسية والاجتماعية. الرياض: دار المريخ، 1985.
21. كريستين مايلز. التربية المتخصصة: دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً. لبنان: ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع، 1994.
22. ليجال فتيحة. دور الخدمة الاجتماعية في التأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقلياً. الجزائر: مذكرة ماجستير، جامعة قسنطينة، 2004.

قائمة المصادر والمراجع

23. محمد الطاهر المحمودي. الإعاقة والوقاية منها. قسنطينة: مجلة جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، العدد 23، 2007.
24. محمد سلامة، توفيق حداد. علم نفس الطفل. الجزائر: وزارة التربية والتكوين، 1973.
25. محمد سيد فهمي. واقع رعاية المعاقين في الوطن العربي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2005.
26. محمد عثمان نجاتي. علم النفس في حياتنا اليومية. الكويت: دار القلم، 1995.
27. مصطفى نوري القمش. الإعاقة العقلية: النظرية والممارسة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2011.
28. مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة. سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة، 2010.
29. يوسف القريوتي، عبد العزيز السرطاوي. مدخل إلى التربية الخاصة. الإمارات: دار القلم، 2003.
30. يوسف محمد العايد وآخرون. أساسيات التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة، 2001.

ثانياً: المقالات العلمية

1. "دور الأخصائي الاجتماعي في تفعيل آليات الدمج وتشكيل الهوية لذوي الإعاقة في المجتمع الجزائري - مقارنة سوسولوجية." جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2023.
2. "معوقات التأهيل التربوي للأطفال ذوي الإعاقة في المؤسسات التعليمية العادية." جامعة محمد خيضر بسكرة، 2021.
3. بثينة حياهم. "مؤسسات الرعاية الاجتماعية ودورها في الدمج الاجتماعي للأطفال متلازمة داون." مركز قالملة النفسي البيداغوجي، 2023.

قائمة المصادر والمراجع

4. بن دار نسيمه. "ذوي الاحتياجات الخاصة بالمراكز المتخصصة من ثقافة التهميش إلى ثقافة التمكين والدمج: مقارنة ميدانية لفئة ذوي الإعاقة العقلية." مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، مج7، ع2، 2022.

5. جمال حواوسة. "دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة." دراسة ميدانية بالمركز الطبي التربوي، 2019.

6. حريز أسماء، لزرق أمال. "الدمج المدرسي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري." ASJP، 2023.

7. دراسة: "مشكلات دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الأقسام المدمجة في ولاية تبسة من وجهة نظر المعلمين." تبسة، 2024.

8. مسعودة بن قيدة، قزيم محمد. "المقومات الأساسية لاستراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية." الجلفة، 2021.

ثالثاً: الرسائل الجامعية

1. تغري مليكة. إمكانيات التكيف الاجتماعي للطفل المتخلف ذهنياً. مذكرة ماجستير، جامعة قالمة، 2007.

2. سليمة قاسي. صعوبات دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية من وجهة نظر الفريق البيداغوجي. مذكرة ماستر، جامعة أم البواقي، 2022.

3. فتيحة سعدي. فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2005.

4. لعجال فتيحة. دور الخدمة الاجتماعية في التأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقلياً. مذكرة ماجستير، جامعة قسنطينة، 2004.

قائمة المصادر والمراجع

5. مخلوف بومدين. أثر الإنترنت على القيم الاجتماعية في الوسط الحضري. رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف، مسيلة، 2007.
6. يوسف نيازي. محاضرة في علم الاجتماع والمجتمع الحضري. قسم التخطيط الحضري والإقليمي، كلية تصاميم البيئة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية، 2012.
7. هادفي سمية. "سوسيولوجيا المدينة وأنماط التنظيم الاجتماعي الحضري." جامعة 20 أوت 55، سكيكدة، 2014.
8. صابر عبد الباقي. علم الاجتماع الحضري. جامعة الملك فيصل، السعودية.
9. ماجد عثمان. "مفهوم الحضرة والريف." ورقة مقدمة في الاجتماع الثاني حول تعدادات السكان والمساكن، مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، الأمم المتحدة، يوليو 2006.

رابعاً: التقارير و الوثائق الرسمية

1. وزارة الحماية الاجتماعية. مجلة إعلام وتربية اجتماعية، "تربية الأطفال المعاقين"، ع3، 1983.
2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، عدد 11، 11 مارس 1980.
3. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، عدد 34، 14 مايو 2002.

خامساً: المراجع الأجنبية

1. Al-Daffa, A. A. The Muslim Contribution to Mathematics. London: Croom Helm, 1977.
2. Braddock, D., & Parish, S. "An Institutional History of Disability." In G. L. Albrecht, K. D. Seelman, & M. Bury (Eds.), Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage, 2001.

3. Lane, H. The Wild Boy of Aveyron. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1976.

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة الذهنية في الوسط الحضري، من خلال رصد مظاهر التهميش والإقصاء وضعف الاندماج الاجتماعي. و اعتمدت الدراسة على مقارنة ميدانية بولاية خنشلة لتسليط الضوء على العوائق المرتبطة بالأسرة، المدرسة، والفضاءات العامة، وكشف التباين بين السياسات المعلنة والواقع المعاش، وقد خلصت النتائج إلى أن غياب الوعي المجتمعي وضعف الدعم المؤسسي يشكلان أبرز العوائق أمام تحقيق إدماج فعلي لهذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: الإعاقة الذهنية، الصعوبات الاجتماعية، التهميش، الاندماج الحضري، خنشلة.

Abstract :This study aims to analyze the social difficulties faced by individuals with intellectual disabilities in urban settings, by highlighting issues of marginalization, exclusion, and weak social integration. It relies on a field study conducted in Khenchela to shed light on barriers related to the family, school, and public spaces, while revealing the gap between declared policies and lived realities. The findings show that the lack of social awareness and insufficient institutional support are the main obstacles to effective inclusion of this group.

Keywords: intellectual disability, social difficulties, marginalization, urban integration, Khenchela.