جـامعة يحيى فارس بالمدية
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم :العلوم الإجتماعية

جامعة الدكتور يحيى فارس

دور التكفل النفسي في تنمية ابعاد الذكاء الانفعالي لدى أطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية

دراسة مقارنة

مذكرة مقدمة إستكمالا لنيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

إعداد الطالبة:
مليكة ملياني

إشراف الدكتور:
محمد بن قطاف

السنة الجامعية 2016-2017

كلمة شكر و تقدير

بعد شكر الله عزوجل الذي امدني بعونه و توفيقه لي على انجاز هذا البحث. يطيب لي ان اتقدم بجزيل الشكر الى الاستاذ المشرف الدكتور محمد بن قطاف على كل التوجيهات و المتابعة خلال فترة البحث.

كما اتقدم بالشكر لكل اساتذة هيئة التدريس في الطور الاول و الثاني خلال مرحلة التكوين.

و اتقدم بالشكر لكل من ساعدني من قريب او بعيد في اعداد هذا البحث.

<< جزاكم الله عني خيرا >>

ملخص الدراسة :

استهدف هذا البحث دراسة دور التكفل النفسي في تنمية الذكاء الانفعالي لدى الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية، و معرفة ان كانت هناك فروق في مستوى الوعي بالذات، التعاطف و المهارات الاجتماعية الممثلة لابعاد الذكاء الانفعالي. و ذلك بإجراء مقارنة بين مجموعتين إحداهما تتواجد بالمركز النفسي البيداغوجي والأخرى بالمستشفى من اجل التاهيل الوظيفي الحركي.

و قد قامت الدراسة على الفرض التالي:

للتكفل النفسي دور في تنمية ابعاد الذكاء الانفعالي لدى أطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية.

وكان اختيار عينة الدراسة البالغة عددها ستة بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم بين 10-12سنة.

و تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة مع استخدام مجموعة من الادوات: المقابلة ، الملاحظة، و تطبيق بعض المقاييس، مقياس رسم الرجل من اجل ضبط عينة البحث (اقصاء حالات ذوي التخلف العقلي). و اختبار رسم العائلة، و إختبار الذكاء الانفعالي من اعداد الباحثة بعد التحقق من خصائصه السيكومترية.

و تمت معالجة البيانات احصائيا باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS الذي سمح بتطبيق الادوات الاحصائية التالية: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري.

و توصلت النتائج الى عدم وجود فرق في مستوى ابعاد الذكاء الانفعالي الثلاثة في المجوعتين و يمكن تفسير ذلك بسبب عمق و شدة الاعاقة و الاضطرابات المصاحبة لها لدى الفئة المتواجدة بالمركز .

* **Résumé de l'etude :**

La présente étude vise à analyser l'effet de la prise en charge psychologique sur le niveau d'intelligences emotionnelle chez les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale sans troubles cognitifs.

L'echantillon de l'etude est constitué de six cas répartis en deux groupes ; l'un d'eux intégré dans le centre psychopedagogique tandisque l'autre se trouve à l'hopital pour la rééducation fonctionnelle.

Afin de réaliser cette étude, on a adopté la methode d'etude de cas qui nous permet la description la plus approfondie et detaillé, une meilleure analyse et d'etablir ainsi une comparaison objective.

Un ensemble d'outils a été utilisé à savoir l'observation, l'entretien psychologique et un questionnaire sur l'intelligence émotionnelle englobant trois composantes : la conscence du soi, l'empathie et les compétences sociales.

Pour le traitement des données, l'analyse et l'interpritation des résultats, on a fait recours à l's.p.s.squi nous a permet le calcul des moyenne, et l'ecart type.

L'etude a conclu que les différences dans le degré de l'intelligence émotionnelle entre les deux groupes ne sont pas significatives. Un fait qui trouve une explication dans la séverité de l'infirmité et la multiplicité des troubles associés chez les cas intégrés dans le centre.

Abstract

This study aims to analyze the effect of psychotherapy on the development of emotional intelligence in children with cerebral palsy with out cognitive impairment.

The sample was composed of six disabled children with special needs, three of them were in the psycho-education center in Temzguida. The others were in hospital to the rehabilitation.

To realize this study, we have adopt the method of case study which allows us a descreptive analysis and to establish a comparison between both groups.

To collect the data, we used some tools :

Observation.

Psychological interviewing.

Emotional intelligence scale encompassing three components ; awarness, empathyand social skils.

To analyze these data, we used statistical program S.P.S.S which helped us to compute : means and standard deviation.

The study found that differences in the level of emotional intelligence between the two groups are not significant, a fact that finds an explanation for the severity of the disability and themultiplicity of associated disorders in cases center.

الفهرس

الشكر: .....

ملخص الدراسة:.....

مقدمة: .....

الجانب النظري

الفصل التمهيدي : الاطار العام للدراسة

1- الاشكالية و فرضيات الدراسة.....5

2- اهمية الدراسة.....8

3- اهداف الدراسة.....8

4- حدود الدراسة.....9

5-التعرف بمصطلحات الدراسة.....9

6-الدراسات السابقة.....10

الفصل الاول

التكفل النفسي

تمهيد.....17

1- مفهوم التاهيل النفسي.....17

2- الحاجة الى الكفالة النفسية 18

3-أسس ومبادئ التكفل النفسي

- الأسس النفسية.....22

- الأسس الاجتماعية.....23

- الأسس التربوية.....23

4- اهداف التكفل النفسي.....24

5-نشأة مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.....26

6- برامج خدمات الكفالة النفسية.....28
- التدخل المبكر.....28
- مبررات التدخل المبكر.....28
- قواعد التكفل بذوي الاعاقة الحركية الدماغية.....29
- الخدمات العلاجية.....30
الخلاصة.....

الفصل الثاني
الذكاء الانفعالي

تمهيد 35
1- العلاقة بين الذكاء والانفعال.....35
2- نشأة الذكاء الانفعالي.....37
3- تعريف مفهوم الذكاء الانفعالي.....40
4- النماذج المفسرة للذكاء الانفعالي.....42
5- أهمية الذكاء الانفعالي.....47
6- قياس الذكاء الانفعالي.....48
7- العوامل المؤثرة في الذكاء الانفعالي.....51
8- تنمية الذكاء الانفعالي.....55
خلاصة الفصل.....57

الفصل الثالث
الاعاقة الحركية الدماغية

تمهيد.....59
1- مفهوم الاعاقة الحركية الدماغية.....59
2- اسباب الاعاقة الحركية.....61
3- انواع الاعاقة الحركية الدماغية .....64.
4- الاضطرابات المصاحبة للاعاقة الحركية .....69.
5- نمو ذوي الاعاقة الحركية الدماغية.....75

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : اجراءات الدراسة

تمهيد..... 83

1- المنهج المتبع..... 83

2- المعاينة..... 84

3- مكان وزمان اجراء الدراسة..... 85

4- الاجراءات التطبيقية للدراسة..... 86

4-1 الدراسة الاستطلاعية..... 86

4-2 عينة الدراسة..... 87

4-3 أدوات الدراسة..... 88

4-3-1 المقابلة..... 88

4-3-2 الملاحظة..... 89

4-3-3 الاختبارات..... 89

4-3-4 الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة..... 99

خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد..... 103

1 – عرض نتائج الحالات..... 103

2 – عرض و تحليل نتائج فرضيات الدراسة..... 119

3 – تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات..... 122

4 – الاستنتاج العام 123

خاتمة الدراسة .....

التوصيات و المقترحات 125

مـقـدمـــة:

إن تقدم الأمم يعتمد على قدرتها على استثمار طاقات جميع أفرادها، فالمجتمع بحاجة ماسة إلى الخدمات التي يقوم بها كل فرد من أفراده، ذالك ان لكل فرد دور معين في الحياة و في خدمة مجتمعه فيقوم بهذا الدور و يؤديه بنجاح ليكون موضع تقدير لذاته من الآخرين. و طاقة المعوقين من طاقات المجتمع التي يجب استثمارها و رعايتها ووضعها في المكان المناسب لها وذالك لكي يعتمدوا على أنفسهم في حياتهم حتى يوفروا طاقات الافراد الآخرين التي قد تستهلك في خدمتهم.

و نجد أن ظاهرة الإعاقة عامة و الإعاقة الحركية خاصة تنتشر في كل المجتمعات و لا يخلو مجتمع منها، و تكلفة توفير الإعانات لهده الفئة هائلة و لذلك ففي صالح المجتمع اجتماعيا و اقتصاديا معا الاستثمار في المعوقين لكي يسهل عليهم أن يصبحوا مساهمين نشطين في المجتمع بدلا من تلقيهم الإعانات بطرق سلبية.

و لان من حق كل فرد أن يتمتع بصحة نفسية سليمة ليصل إلى أقصى مستوى ممكن يؤهله إلى النجاح في الحياة، فعلى المجتمع توفير الظروف المناسبة لكل فرد سليما كان أو معاقا حتى ينمو حسب ما تسمح به قدراته و استعداداته.

و الطفل الغير عادي او المعاق يحتاج الى عناية خاصة حتى يقوم بدوره على اكمل وجه. و الطفل الغير عادي هو الذي ينحرف انحرافا ملحوظا عما نعتبره عادي سواء من الناحية العقلية او الجسمية او الانفعالية أو الاجتماعية بدرجة يحتاج معها الى نوع معين من الخدمات تختلف عما تقدم للعاديين. فالمعاق حركيا ينحرف في أدائه الجسمي و العضلي و ما يرتبط به من نمو اجتماعي و انفعالي عن الطفل العادي بدرجة ملحوظة تستدعي تدريب و عناية خاصة منذ الولادة بدا من الأسرة فالمدرسة و مختلف المؤسسات الاجتماعية.

ان الإعاقة تكون حاجزا بين الفرد المعاق و بين المجتمع المحيط به، ذلك ان المعاق حركيا غالبا ما يشعر بالضيق النفسي نتيجة عجزه عن الاستقلال و الاعتماد على النفس في قضاء حاجاته الضرورية بل و حاجته المستمرة للمساعدة من الآخرين فيشعر انه يمثل عبئا كبيرا على الأسرة ونجد ان معاملة أفراد الآسرة له سواء تميزت بالعناية الزائدة او الإهمال الشديد فإنها تمثل له الكثير من الألم النفسي و يكون من نتيجة ذلك عدم شعوره بالانتماء للأسرة و المجتمع و هي حاجة من الحاجات الأساسية.

و هنا تبرز أهمية الكفالة النفسية التي تعمل على مساعدة المعاق علي الوعي بذاته و معرفة قدراته و تقبل ذاته والعمل على تطويرها ، كما تساعده على فهم انفعالاته و ضبطها وفهم انفعالات الآخرين كما تسمح له بتنمية المهارات الاجتماعية التي تيسر له الاندماج في المجتمع. و لقد أبرزت عدة دراسات انه من اهم عوامل النجاح في الحياة الاجتماعية والمهنية الذكاء الانفعالي الذي يساهم في ذلك بنسبة 80%.

و يتكون الذكاء الانفعالي من مكونين أساسيين :

ا/ الكفاءة الشخصية و تتضمن الوعي بالذات ، و التنظيم الذاتي و الدافعية.

ب/ الكفاءة الاجتماعية و تتضمن التقمص العاطفي (التعاطف) و المهارات الاجتماعية.

الذكاء الانفعالي على غير الذكاءات الأخرى مكتسب و يمكن تنميته و تطويره .

و ما احوج المعاق حركيا اليه فهو الذي يساعده على الاندماج في المجتمع و يسمح له بالمشاركة في الحياة الاجتماعية و تقديم و استغلال ما لديه من قدرات كما يمكنه من تلبية حاجاته من تقدير الاخرين له و تقبله و تحقيق ذاته.

و لا يتسنى ذلك إلا عن طريق الكفالة النفسية القائمة على أسس علمية تراعي متطلبات نمو الفرد و حاجاته في كل مرحلة عمرية كما تراعي خصائصه النفسية و الجسمية و العقلية و الانفعالية و تسعى لتنمية قدراته و تطوير استعداداته الفطرية إلى أقصى المستويات.

و للتفصيل في هذا الموضوع ، تم تقسيم الدراسة إلى جانبين ، جانب نظري وجانب ميداني.

أما الجانب النظري فتضمن ثلاث فصول، الفصل الاول الذي خصص لمفهوم الذكاء الوجداني و جذوره التاريخية ، إضافة إلى طرق تنميته و تطويره، الفصل الثاني تم الطرق فيه الى مفهوم الكفالة النفسية ، مبررات الحاجة اليها، نشاة مراكز التكفل النفسي البيداغوجي للمعوقين، و خدمات التكفل النفسي لذوي الاحتياجات الحركية الخاصة. الفصل الثالث تم تخصيصه لدراسة الإعاقة الحركية العصبية ، مفهومها ،أسبابها، أعراضها ومختلف الاضطرابات المصاحبة لها ،كما تم التطرق في هذا الفصل الى دراسة خصائص النمو لدى هذه الفئة.

في حين احتوى الجانب الميداني على فصلين :

الفصل الرابع الخاص بالإجراءات المنهجية للدراسة ، حيث تم فيه التعريف بالمنهج المستخدم في الدراسة، المعاينة و التعريف بعينة الدراسة ، زمان ومكان اجراء الدراسة ، و ذكر أدوات الدراسة الأساسية ، و أخيرا الأساليب الإ حصائية. و قد خصص الفصل الخامس لعرض و تفسير النتائج و مناقشتها.

ليختم الفصل باستنتاج عام.

و في الأخير نجد خاتمة الدراسة، ثم قائمة المراجع و الملاحق.

الفصـــل المتمهـيدي : الاطـــار العـام للمـــدراســـة

1- الاشكالية وفـــرضيـات المـــدراســـة

2- اهـــمـية المـــدراسـة

3- اهـــداف المـدراسـة

4- حـــدود المـــدراسـة

5- المتعـــريـف بمـصطـلحات المـدراسـة

6-المـــدراســات السـابـقـة

1- إشكالية البحث:

ان من أهداف الكفالة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة بعد توفير الحاجات الأساسية من امن وغذاء عن طريق تعليم المهارات الحياتية و العناية الذاتية لضمان البقاء، تحقيق التوافق النفسي و الانفعالي و الاجتماعي الذي لا يتم إلا عن طريق الوعي بالذات، هذا الاخير الذي يعتبر أساس الاستبصار النفسي الذي يسعى العلاج النفسي لتقويته وهو الركيزة الأولى التي يقوم عليها الذكاء الانفعالي.

و يعد مفهوم الذكاء الانفعالي من المفاهيم الحديثة التى لقيت اهتماما كبيرا في الآونة الأخيرة من قبل الباحثين نظرا لأهميته كإستراتجية معرفية انفعالية .ان التكامل بين النظامين المعرفي و الانفعالي يساعد الافراد على تحقيق التوازن النفسي من خلال ضبط و إدارة الانفعالات و فهم المشاعر الذاتية و مشاعر الآخرين و التفاعل معهم عن طريق بناء جسور الاتصال الاجتماعي الفعال وتفسير المعلومات المتاحة والعمل على تكوين بدائل الحلول للمشكلات التي تعترضهم في المواقف الحياتق المختلفة و اتخاذ القرارات الصائبة. و لقد بينت عدة دراسات ان الذكاء الانفعالي من أهم عوامل نجاح الفرد في حياته المهنية و الاجتماعية .

و لقد أوضح ستوك 1996 أن الوصول إلى قمة أداء الفرد ينبع من الاهتمام بالعوامل الداخلية و الخارجية لدى الفرد و من أبرز العوامل الداخلية القدرة الوجدانية لأن الوجدان يؤثر في طاقتنا البدنية و العقلية، ذلك أن الذكاء الانفعالي يتكون من نظامين هما نظام معرفي و نظام انفعالي حيث يقوم النظام المعرفي في القشرة الدماغية الجديدة (Neo cortex) بالاستدلال المجرد حول الانفعالات في حين يعزز النظام الانفعالي المتمركز بالجهاز الحوفي (systeme limbique) خاصة اللوزة القدرة المعرفية .

و الذكاء الانفعالي قدرة يعبر عنها من خلال مجموعة من المهارات تدفع الفرد لصياغة أهدافه الخاصة بعيدة المدى في ضوء تقديره لذاته و إمكاناته.

و الأفراد الأذكياء وجدانيا اكثر قدرة على التوافق مع التغيرات التي تحدث في بيئاتهم و أكثر قدرة على النجاح في العلاقات الشخصية و بناء شبكات دعم اجتماعية.

و المعاق حركيا في أمس الحاجة للذكاء الانفعالي لتجاوز هوية الإعاقة و الاندماج في المجتمع و تحقيق ذاته و أداء دوره بفاعلية في الحياة الاجتماعية.

و بما أن الذكاء الانفعالي ذكاء مكتسب يمكن تنميته و تطويره عبر كل مراحل الحياة، حسب Josef le doux عالم أعصاب أمريكي الذي توصل الى أن مصدر الانفعالات في الدماغ يقع في منطقة اللوزة «و لأن اللوزة *Amygdala* لا تنضج قبل سن 15–*16* سنة فلدينا الفرص لتعليم أبنائنا ان يتعاملوا مع مشاعرهم بفهم و حكمة، نستطيع أن نعلم الثائرين البدائل الآمنة للمواقف المختلفة و نعلم الخجولين المهارات الاجتماعية (Pam Robbins et Jane Scott 2000، ص71)

انطلاقا من هذه المعطيات، كان سؤال بحثنا الرئيسي كالتالي:

- هل خدمات الكفالة النفسية في المركز النفسي البيداغوجي تساعد على تنمية أبعاد الذكاء الانفعالي لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية مقارنة بأقرانهم الذين لم يلتحقوا بمثل هذه المراكز ؟

و تندرج تحت هذا السؤال العام أسئلة فرعية نحاول الإجابة عنها من خلال هذه الدراسة:

- هل الكفالة النفسية في المركز النفسي البيداغوجي تساعد على تنمية الوعي بالذات لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية مقارنة بأقرانهم الذين لم يلتحقوا بالمركز؟

- هل الكفالة النفسية في المركز النفسي البيداغوجي تساعد على تنمية التعاطف لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية ؟

- هل الكفالة النفسية في المركز النفسي البيداغوجي تساعد على تطوير المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية مقارنة بأقرانهم الذين لم يلتحقوا بالمراكز؟

2 – الفرضيات:

تتمثل فرضيات هذه الدراسة فيما يلي :

للتكفل النفسي دور في تنمية مستوى الذكاء الانفعالي لدى الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية.

و تندرج تحت هذه الفرضية العامة، فرضيات جزئية هي:

الفرضية الأولى : يوجد فرق في مستوى الوعي بالذات لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية بين من استفادوا من التكفل النفسي داخل المركز النفسي البيداغوجي و أقرانهم خارج المركز .

الفرضية الثانية: يوجد فرق في مستوى التعاطف لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية بين من استفادوا من التكفل النفسي داخل المركز النفسي البيداغوجي و أقرانهم خارج المركز.

الفرضية الثالثة : يوجد فرق في مستوى المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية بين من استفادوا من التكفل النفسي بالمركز النفسي البيداغوجي و أقرانهم الذين لم يلتحقوا بالمركز .

3 -اهداف البحث :

يهدف البحث الحالي الى :

- معرفة دور التكفل النفسي في المراكز النفسية البيداغوجية في تنمية الذكاء الانفعالي لدى فئة ذوي الاعاقة الحركية الدماغية.

- الكشف عن الفرق في مستوى ابعاد الذكاء الانفعالي لدى ذوي الإعاقة الحركية الدماغية بين من استفاد من التكفل داخل المركز النفسي البيداغوجي بتمزقيدة و اقرانهم ممن لم يلتحقوا بالمركز.

4- اهمية البحث :

تكمن أهمية البحث الحالي في :

*مواكبة الاتجاه الجديد للدراسات الحديثة التي أصبحت تركز على الجوانب الايجابية للشخصية.

*تكتسي هذه الدراسة أهمية كونها تتناول بعدا هاما من أبعاد الشخصية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الحركية الدماغية و هو الذكاء الانفعالي الذي يعتبر من المؤشرات القوية للنجاح في الحياة الاجتماعية و المهنية، علما ان الهدف الأساسي من التكفل النفسي بالطفل المعوق الوصول به للاستقلالية و الاندماج و تحقيق الذات .

*تكمن أهمية البحث الحالي بحيث انه يسعى لدراسة الذكاء الانفعالي الذي يعد من

الموضوعات الجديدة في التراث النفسي، مما يتطلب تكثيف الجهود للتعرف على أهميته التطبيقية و إسهامه في حياة الأفراد.

*لفت انتباه المهتمين و المتخصصين إلى أهمية مهارات الذكاء الانفعالي في حياة ذوي الاحتياجات الخاصة و تطبيقاته في مختلف جوانب الحياة التربوية، المهنية،الاجتماعية، و إمكانية إعداد و تصميم برامج التكفل النفسي لتنميته لدى هذه الفئة بما يمكنهم من التكيف وا لتمتع بصحة نفسية جيدة تحصنهم من المشكلات التي يمكن ان يتعرضوا لها في المستقبل.

5- حدود البحث:

***الحدود المكانية** : المركز النفسي البيداغوجي بتمزقي

مستشفى محمد بوضياف بالمدية

***الحدود البشرية** :عينة تتكون من ثلاثة أطفال من ذوي الإعاقة الحركية الدماغية المتواجدين بالمركز النفسي البداغوجي بتمزقيدة و عينة تتكون من ثلاثة أطفال من ذوي الإعاقة الحركية الدماغية المتواجدين بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بمستشفى المدية.

***الحدود الزمنية** : تم اعداد البحث الحالي خلال الفصلين الدراسيين من العام الدراسي2016-2017

6- التعريف بمصطلحات البحث :

الكفالة النفسية: مجموعة من الخدمات النفسية علاجية و إرشادية تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة و أفراد أسرهم قصد مساعدتهم على تقبل الإعاقة و التكيف معها و الاندماج في المجتمع و تحقيق الذات.

الذكاء الانفعالي: قدرة الطفل ذو الاحتياجات الحركية الخاصة على الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية و فهمها، و إدراك و فهم انفعالات الآخرين و مشاعرهم و الدخول معهم في علاقات انفعالية واجتماعية ايجابيق.

التعريف الاجرائي: هو الدرجة التي يتحصل عليها الطفل ذو الاعاقة الحركية الدماغية في اختبار الذكاء الانفعالي.

ذوي الإعاقة الحركية الدماغية : هم فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة يبدون اعاقة حركية بدرجة متفاوتة و متنوعة و بمظاهر مختلفة مع أو بدون اضطرابات عقلية ، نفسية ،اجتماعية و انفعالية ، سببها إصابة على مستوى الدماغ اثناء الحمل، او أثناء الولادة أو بعدها.

7- الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدراسات و البحوث الذكاء الانفعالي، و اختلفت في الأهداف و الإجراءات و النتائج التي توصلت إليها، و من ثم يجدر الوقوف على بعض الدراسات المرتبطة بالدراسة الحاليق.

الدراسات الاجنبية:

1- دراسة جاك بلوك 1995 :

تناولت دراسة التغيرات المرتبطة بالذكاء مستقلا عن الذكاء الانفعالي ، و تشير الى ان ذوي الذكاء المرتفع مستقلا عن الذكاء الانفعالي كانوا أكثر تميزا في الجوانب العقلية و أقل تميزا في الجوانب الشخصية أما المتميزون في الذكاء الانفعالي مستقلا عن الذكاء العام فكانوا أكثر تميزا في الجوانب الاجتماعية ولديهم اتجاهات ايجابية نحو أنفسهم و نحو الآخرين. (Pam . Robbins Jane Scott.2000, p77).

2-دراسة Martinez –pons 1997 :

هدفت إلى دراسة العلاقة بين الذكاء الانفعالي واعراض الاكتئاب والرضا عن الحياة وتوجيه الهدف و خلصت الدراسة الى انه : توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين الذكاء الانفعالي و الاكتئاب و ارتباط موجب بين الرضاعن الحياة و إتقان المهام (السيد عثمان 2001 ص من 175).

نستخلص من هذه الدراسة ان الذكاء الانفعالي يساعد الفرد على تحقيق التفاؤل ويجنبه أعراض الاكتئاب .

3 -دراسة Resolite Amorillento Garcic:

هدفت الى معرفة العلاقة بين الذكاء الانفعالي و الكفاءة القيادية لدى عينة تتكون 54 مسئولا في الجامعة : توصلت الى انه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الذكاء الانفعالي و الكفاءة القيادية على عكس دراسة .**Tanny condren** بجامعة ميسوري بكولومبيا التي اجريت على عينة تتكون من 32 مديرا و 160 مدرسا والتي توصلت الى انه لا توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد الذكاء الانفعالي والجوانب الخاصة بالقيادة.

4-دراسة Sipma سنة 2000 :

بمحورت حول الذكاء الانفعالي والتعاون الفعال حيث طبقت الدراسة على عينة تتكون من 71 طالب و خلصت الى نتيجة مفادها ان هناك ارتباط ذو دلالة بين الذكاء الانفعالي و التعاون الفعال .

الدراسات العربية:

1-دراسة راضي 2001:

هدفت الى معرفة الفروق بين الذكور و الإناث في أبعاد الذكااء الانفعالي و التحصيل الدراسي و بين مرتفعي الذكاء و منخفضي الذكاء الانفعالي في التحصيل الدراسي و التفكير الابتكاري. توصلت إلى:

انه توجد فروق دالة احصائيا في مهارات الذكاء الانفعالي و التعاطف، و الدافعية لصالح الإناث.

توجد فروق دالة احصائيا بين مرتفعي الذكاء الانفعالي و منخفضي الذكاء الانفعالي في كل من التحصيل الدراسي و قدرات التفكير ألابتكاري لصالح مرتفعي الذكاء الانفعالي.

على عكس دراسة موسى 2005 التي توصلت الى انه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الذكاء الانفعالي و التحصيل الدراسي و الذكاء العام.

-دراسة ابو ناشيء 2002 :

هدفت الدراسة الى بحث بنية الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من الذكاء العام ، و المهارات الاجتماعية وسمات الشخصية وتكونت عينة الدراسة من 205 طالب و خلصت الى :

- وجود ارتباط جزئي بين كل من الذكاء الانفعالي والذكاء العام، و بين الذكاء العام و المهارات الاجتماعية و الذكاء الانفعالي و سمات الشخصية.

- عدم وجود تمايز بين الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي و سمات الشخصية.

3-دراسة المصدر 2006 :

هدفت الى دراسة العلاقات بين الذكاء الانفعالي ومجموعة من المتغيرات الانفعالية تمثلت في وجهة الضبط و تقدير الذات و الخجل و بلغ حجم العينة 219 طالب و طالبة و توصلت الى :

- وجود فروق ذات دلالة احصائية في الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي في تقدير الذات لصالح ذوي الذكاء الانفعالي المرتفع.

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي في وجهة الضبط و الخجل **(المصدر2006 ص 557)** .

4 - دراسة طالب 2009:

هدفت الى دراسة العلاقة بين الذكاء الوجداني و التوافق النفسي و الاجتماعي، و تكونت عينة الدراسة من 400 مراهق. و أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطيه بين الذكاء الوجداني و التوافق النفسي والاجتماعي.

- تختلف العلاقة الارتباطية بين الذكاء الوجداني والتوافق النفسي والاجتماعي حسب الجنس لصالح الذكور (طالب 2009، 148-158).

5- دراسة سميرة بورقاق، نادية بوشلاق : 2014

هدفت الى معرفة مستوى الذكاء العاطفي لدى 81 من امهات الاطفال المعاقين ذهنيا (متلازمة داون), في المراكز التربوية الطبية بورقلة، باستخدام مقياس باراون.

و لقد اظهرت النتائج ان امهات الاطفال المعاقين ذهنيا، يتمتعن بذكاء عاطفي منخفض. ولكن نسبة الامهات الائي لديهن ذكاء عاطفي منخفض تقترب من نسبة الامهات الائي لديهن ذكاء عاطفي مرتفع ، كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصئية في مستوى الذكاء العاطفي ياختلاف كل من السن و المستوى التعليمي، و تفسر الباحثتان ذلك بسبب طبيعة الثقافة و الحياة الاجتماعية السائدة في المنطقة.

6- دراسة دويلي منصورية : 2010

هدفت الدراسة الى بناء اداة قياس لتقييم مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة للاطفال ذوي الاحتياجات الحركية الخاصة في كل من الجزائر و الاردن.

و لقد شملت عينة البحث مجموعة المربين العاملين في مجال الاعاقة الحركية البالغ عددهم 39 فردا موزعين كالتالي:

26 بكل من مركز الحراش و مركز عين البيضاء بام ابواقي بالجزائر

13 بمركز جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية بعمان الاردن.

تم تطبيق مقياس من اعداد الباحثة يتالف من 207 فقرةتمثل الكفايات الازمة للمربين موزعة على سبع مجالات .

و لقد اظهرت نتائج الدراسة بان جميع مؤسسات التربية الخاصة المعنية بالدراسة فعالة، و ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الفاعلية بين مركز الحراش بالجزائر و مركز ام البواقي لصالح مركز ام البواقي .

توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الفاعلية بين مراكز التربية الخاصة للاطفال ذوي الاحتياجات الحركية بالجزائر و الاردن لصالح جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية بعمان في جميع مجالات الدراسة.

التعليق حول الدراسات السابقة :

ان الذكاء الانفعالي من المتغرات الحديثة التناول في دراسات علم النفس وهذا يفسر اتجاه معظم الدراسات التي تناولته إلى تحديده ومعرفة أبعاده ، حيث حاولت هذه الدراسات كشف الغموض الذي يكتنفه ، و تحليل مهاراته و فهمها ،و معرفة علاقته بمتغيرات متعددة كسمات الشخصية و القدرات العقلية ،و الانفعالية ،و السلوكية و هدفت أيضا لمعرفة أهميته التطبيقية في مجالات الحياة المختلفة ، في الجوانب التربوية ،و المهنية و الصحة النفسية. و كانت عينة البحث في جل الدراسات من فئة الاسوياء، بحيث لم نتحصل على دراسة تناولت الذكاء الانفعالي لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة .

الـفـصـل الاول

الـتـكـفـل الـنـفـسـي

تـمـهـيـد

1 - مـفـهـوم الـتـاهـيـل الـنـفـسـي

2 - الـحـاجـة الـى الـكـفـالـة الـنـفـسـيـة

3 - اسـس ومـبـادئ الـتـكـفـل الـنـفـسـي :

*** الأسس الاجتـمـاعـيـة**

*** الأسـس الـنـفـسـيـة**

*** الأسـس الـتـربـويـة**

4- اهـداف الـتـكـفـل الـنـفـسـي

5- نـشـأة مـراكـز رعـايـة ذوي الاحتياجات الخاصة

6 - بـرامـج خـدمـات الـكـفـالـة الـنـفـسـيـة :

*** الـتـدخـل الـمـبـكـر**

*** مـبـررات الـتـدخـل الـمـبـكـر**

*** قـواعـد الـتـكـفـل ذوي الاعـاقـة الـحـركـيـة الـدمـاغـيـة**

*** الـخـدمـات الـعـلاجـيـة**

تمهيد:

ان ولادة طفل معاق داخل الأسرة يعتبر مسألة يجب الانتباه لها و معرفة دور الأسرة الأساسي في التعامل مع هذه الحالة، نظرا لتأثير هذا الدور على نمو و تطور الفرد و تكيفه النفسي و تفاعله مع أسرته وأفراد مجتمعه.

و قد توجهت الأبحاث و الدراسات الحديثة في مجال التربية الخاصة إلى التركيز على الأسرة و دورها في تخفيف أثار الإعاقة، فالأسرة هي المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل و هي المسئولة عن القيام بأدوارها الأساسية من تربية و تعليم و توفير سبل النجاح له، (نعمة مصطفى رقبان ،2006).

و تقوم فلسفة الكفالة النفسية على التأكيد على الانتقال بالمعاق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات و السعي إلى تحقيق الذات و ذلك عن طريق الاستقلال الذاتي و الكفاية الشخصية و الاجتماعية و المهنية ، و تنمية الشخص المعاق إلى أقصى درجة من درجات القدرة الجسمية أو العقلية او الحسية المتبقية لديه. بالإضافة الى تقبل المعاق اجتماعيا و العمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوقه الإنسانية .

1-مفهوم التأهيل النفسي:

التأهيل النفسي يمثل جانب من عملية التأهيل الشاملة و التي تتضمن التأهيل الطبي و التأهيل الأسري و الاجتماعي و المهني. و بالرغم من أنه يمثل جانبا من تلك الجوانب، إلا انه ليس كأي تأهيل فهو ليس كالتأهيل الطبي الذي يهدف في الأساس إلى التدخل الجراحي او الكيماوي او الوظيفي من أجل تحسين أو تعديل حالة المعوق حركيا كأن يساعده على المشي او يعدل جهازه كي يتناسب معه في الحركة و التنقل حسب إعاقته الحركية و درجتها .

و وجه الاختلاف هنا ان التأهيل النفسي يتعامل مع الإنسان مباشرة و دون وسيط، و هذا الإنسان معاق لديه إعاقة حركية و الإعاقة الحركية لها عدة صور تتنوع ما بين البسيط و الشديد، فقد يكون شللا في أحد الأطراف و قد يكون شللا رباعيا اقعد الفرد عن الحركة تماما، و فرضت عليه قيودا رهيبة ذات أثر نفسي شديد.

و التأهيل النفسي يتباين بتباين درجة الإعاقة و وقت حدوثها فهناك تأهيل لمعوقين حركيا ولدوا و الإعاقة تلازمهم العمر كله و هذه الفئة التي سنتناولها بالدراسة، فهذه الفئة ولدت بالإعاقة أو أصيبت بالإعاقة في الأشهر أو السنوات الأولى بعد الولادة فهؤلاء الأطفال عاشوا مع الإعاقة و عاشت معهم يراقبون أقرانهم منذ صغرهم و هم يمرحون ، ينتقلون هنا و هناك و هؤلاء لا حراك، و إن تحركوا فهناك قيود لكنهم درجوا عليها، ربما تقبلها الفرد وربما لا (محمد السيد ، 2008).

2-الحاجة الى الكفالة النفسية :

الفرد ذو الاحتياجات الخاصة يمثل ضغطا على أسرته فإنه هو وأسرته يحتاجون الى خدمات الإرشاد النفسي(شاكر قنديل 1996).

فإذا قيل أن ذوي الحاجات الخاصة يتفقون مع العاديين في أساس الشخصية فإنهم يحتاجون الى خدمات الإرشاد النفسي كمثل رفاقهم العاديين.

و إذا كانت لهم سيكولوجية خاصة ولهم حاجاتهم الخاصة و مشكلات نفسية و تربوية و مهنية و زواجيه وأسرية خاصة فإنهم بصفة خاصة يحتاجون بإلحاح الى خدمات إرشادية خاصة علاجيا و تربويا و مهنيا و زواجيو أسريا (حامد زهران 200،ص 478).

و نستعرض هنا بعض مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة التي تبرر الحاجة الى الكفالة النفسية :

1/ مفهوم الذات السالب :

يتأثر مفهوم الذات لدى المعاق نتيجة لفقدانه حاسة او طرفا أو قدرة، أو نتيجة لوجود تشويه في مفهوم الجسم. و هو بعد هام جدا في مفهوم الذات ،ذلك أن الصورة اللاشعورية للجسم هي خلاصة الخبرات الانفعالية للسنوات الأولى من الحياة . فالنمو السليم للفرد (حتى و إن كان معاقا يتم بترميز صورة سليمة مقبولة للجسم، و هذا يتحدد بنوع العلاقة الانفعالية للإباء اتجاه ابنهم المعاق والتي تعكس تقبل أو عدم تقبلهم للإعاقة و شعورهم بالذنب و القلق, لأن هذا الطفل قد يصاب في نرجسيته لأنه قد رفض بسبب الإعاقة التي تم إنكارها بعدم الاعتراف بها و التحدث عنها (Françoise Dolto P 20) .

يجب العمل على بناء صورة سليمة للجسم لدى الطفل المعاق و ذلك عن طريق التواصل اللغوي و الكلام بين الأم و ابنها، و الخيال الذي يتم فيه تحقيق للرغبات بالتحدث بصورة مباشرة عن المشي و الجري و لعب الكرة، و ان كانت الام او الطفل ذاته يدرك عدم امكانية ذالك.

2/ المشكلات الانفعالية:

و منها الشعور بعدم الرضا و الخوف و الشعور بالإحباط ، و مشاعر النقص و العجز الحقيقي أو المتخيل ، و الأسى و الحسرة و الغيرة العصبية و مشاعر الإعتراض و البغض للبيئة التي تصف الفرد بالعجز مغلفا بمظاهر الشفقة، و عادة ما تؤدي هذه المشكلات إلى سوء التوافق الانفعالي.

3/ مشكلات أسرية:

تختلف ردود فعل الأسرة اتجاه ابنهم المعاق من الشعور بالذنب و الحزن، أو الإنكار أو الرفض مما يعيق عملية نموهم و تربيتهم و تأهيلهم. يقول الشناوي في كتابه تأهيل المعاقين و إرشادهم :

ان من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل و الدونية أو الذنب او إنكار الإعاقة ، أو الحماية الزائدة أو رفض الطفل المعاق و إخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية و عدم المشاركة في مظاهرها .

4/ المشكلات التربوية و التعليمية

قد تنقص الإمكانات و المعدات التي تتطلبها تربية و تعليم و تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ، و قد لا تتوافر الأعداد الكافية من المعلمين و الأخصائيين المؤهلين للعمل حسب حالاتهم .

5/ مشكلات اجتماعية:

تتمثل في اتجاهات الناس الخاطئة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة و هي مشكلات في الواقع أخطر من العاهات ذاتها ، و ان تباينت نظرة الناس الى هذه الفئة و اتسمت بالشفقة و الحماية الزائدة من البعض و الازدراء و التهميش من البعض الآخر ففي كلتا الحالتين هي تعبير عن ترسيخ فكرة و هوية الإعاقة لدى المعاق.

6/المشكلات المهنية و الاقتصادية:

* منها نقص فرص العمل أمام ذوي الاحتياجات الخاصة، و يقول البعض لولا تخصيص نسبة 5% من الوظائف الحكومية و القطاع العام للمعوقين لأصبحت المشكلة أكبر بكثير(حامد زهران 2005 ص 479

* صعوبة إيجاد العمل المناسب لذا يلجأ الكثير من ذوي الاحتياجات الخاصة الى التسول المقنع وراء العجز و العاهة، الى جانب الأعباء المالية المترتبة على علاج الإعاقات المختلفة .

7/ مشكلات الزواج:

و منها رغبة البعض في الزواج مع وجود عوائق في سبيل تحقيق هذه الرغبة، و إقلاع البعض وعدم تفكيرهم في الزواج لكونهم معاقين، او الزواج من شريك حياة له نفس الإعاقة، او الزواج من شريك حياة عادي. و هي فرص نادرة، و الخوف من تأثير عامل الوراثة على الأولاد، و مشكلات تربية الأولاد، و مشكلات الأعمال المنزلية.و يلاحظ أن مشكلات الزواج أكثر حدة في حالات الإناث المعاقات نسبيا عنها في حالات الذكور. (حامد زهران 2000 ص 479).

3-اسس و مبادئ التكفل النفسي:

تقوم الكفالة النفسية لذوي الإعاقة الحركية الدماغية على أسس اجتماعية و نفسية و تربوية .

1- الأسس النفسية : ونعني بها الخصائص النفسية لهؤلاء الأطفال، و خصائص النمو عندهم و مشاكله ، و حاجاتهم النفسية و ميولاتهم و قيمهم و اتجاهاتهم وعلاقاتها ببرامج التكفل النفسي.

فبعد أن كان الهدف من الكفالة النفسية يقتصر على توفير الحاجات النفسية الأولية لهذه الفئة من الغذاء و الأشياء و الأمن وذلك بتوفير الحاجات المادية اللازمة للعناية الذاتية و العلاج في مراكز خاصة أصبح الآن الهدف تحقيق الحاجة إلى الانتماء و عدم التفرقة و التهميش في كل المؤسسات الاجتماعيةسعيا لتحقيق الحاجات النفسية العليا من نيل التقدير و الاحترام و صولا إلى تحقيق الذات .

2- الأسس الاجتماعية:

يقصد بذلك المجتمع و ما يشمل من تراث و أعراف و تقاليد و معايير بالإضافة الى مشاكل المجتمع و أهدافه و أماله في المستقبل و الحاضر.

فالمدرسة أو المركز النفسي البيداغوجي كمؤسسة اجتماعية يحاول عبر مناهجه و برامجه تمرير عناصر الثقافة الاجتماعية في تربية هؤلاء الأطفال كأعضاء في المجتمع

3- الأسس التربوية الفلسفية:

ويقصد بذلك الفلسفة التربوية و النظام التربوي و أراء التربويون فيما يتعلق بأهداف التربية و التعليم و وظيفتها كمؤسسة تربوية تسعى الى تحقيق تلك الأهداف المبنية على فلسفة تربوية و اجتماعية و إنسانية معينة، يتبناها النظام التربوي.

ومن أهم هذه الأسس التربوية الخاصة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إنه من الخطأ تبني القاعدة القائلة أن المعوق ميؤس منه و عاجز عن القيام بأي عمل مجدي و أنه لا فائدة منه . بل هم بحاجة إلى تربية خاصة بهم تتماشى و خصائصهم و انه من الواجب تكوين و تدريب تربويين متخصصون في تربية هذه الفئة.

يلخص شاكر قنديل 1996 المبادئ الأساسية في إرشاد المعوقين فيما يلي:

* المعوق له جميع مطالب واحتياجات الفرد العادي بالإضافة الى ما تفرضه الإعاقة من متطلبات خاصة

* المعوق يحتاج الى التدريب على المهارات الأساسية للتوافق مع الآخرين .

* المعوق يحتاج الى التشجيع المستمر للاعتماد على ذاته وتحقيق الاستقلالية ، مع تنمية روح التحدي للإعاقة.

* المعوق يحتاج الى التركيز على مواطن القوى لديه و مكافأة كل تحسن في أدائه .

* المعوق يحتاج الى تقديم المساعدة له عندما يكون في حاجة إليها فقط (حامد زهران2005 ص 481)

ويلخص نفس المؤلف المبادئ الأساسية في إرشاد أسرة المعوق فيما يلي :

* مشكلة المعوق هي مشكلة الأسرة كلها.

* الوالدان و الإخوة يفهمون الطفل المعوق، و يجب الاستفادة من هذا الفهم، و تشجيع تعاونهم.

* الوالدان لديهما مشاعر سلبية، ويعانيان من أزمة نفسية يجب مساعدتهماعلى التخلص منها من خلال تبني أنماط تفكير عقلاني واقعي، و دعم الصلابة النفسية مما يخفف من الأحداث الضاغطة.

*الوالدان و باقي أفراد أسرة المعوق يحتاجون الى فهم معنى الإعاقة، و درجتها لدى طفلهم ، و تقدير تأثيرها على حياة الأسرة ، و ضرورة التوافق معها ، والتعاون في جميع الجهود التربوية و الخدمات الإرشادية اللازمة . (حامد زهران 2000ص 482) .

4-أهداف التكفل النفسي:

تهدف الكفالة النفسية و خدمات الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة الى:

- مساعدة المعوق من خلال تهيئة الظروف المناسبة لتسهيل نموه النفسي و الاجتماعي و مساعدة أسرته بإرشادهم الى طبيعة مرحلة النمو التي يمر بها المعوق و ما تفرضه عليه من ضغوط.

- تحقيق أهداف إنسانية للطفل المعاق من شأنه أن يخفف من مشكلاته ويخلصه من التوترات الداخلية و الضغوط الخارجية و الأثار النفسية و الإجتماعية و يحقق له السعادة و الأمان.

- توفير الفرص الملائمة لتعليم المعاق بما يتناسب مع قدرته و استعداداته الى جانب فرص التوجيه و التأهيل المهني و الإجتماعي.

- مساعدة المعاق على تغيير السلوكيات و التصرفات السلبية و الخاطئة التي تخلفها الإعاقة تجاه نفسه و تجاه مجتمعه.

- مساعدة المعاق على اتخاذ القرار المناسب في جميع شؤون حياته و تحمل المسؤولية و القدرة على الأخذ و العطاء و إدراك مكانته و كيفية استغلالها .

- مساعدة المعاق على تحقيق أقصى درجة من التوافق و الرضا الشخصي من خلال تنمية طاقاته و جوانب القوة لديه بما يجعله أكثر تقبلا لذاته و واقعه و عجزه .

- مساعدة الأسرة على فهم و تقدير و تقبل حالة الإعاقة .

- تدريب الأسرة على أساليب رعاية و تدريب الطفل المعوق .

- مساعدة المعاق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الاجتماعي داخل أسرته وفي مدرسته و عمله و مجتمعه و ذلك من خلال إشباع حاجاته الإجتماعية و مساعدته على تكوين علاقات إجتماعية مرضية مع الأخرين و عدم شعوره بالإهمال و التهميش فهو جزء لا يتجزأ من المجتمع .

- مساعدة المعاق على تحقيق أقصى درجة من التولفق المهني من خلال مساعدته على إختيار العمل المناسب الذي يستطيع القيام به و التدريب عليه و الحصول على العمل المناسب و تنمية العادات المهنية المناسبة (صالح بن عبد الله عبادة ، عبد المجيد بن طاش بنازي 2000) .

من هنا نستخلص أن الكفالة النفسية تهدف الى تحقيق الكفاءة الشخصية و الإجتماعية للمعاق و دمجه في سوق العمل .

ويلخص حامد زهران أهداف ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة الى ثلاث أهداف رئيسية:

1- التغلب على الأثار المباشرة للظروف غير العادية كما يحدث في تربيتهم و توجيههم مهنيا (طبيعة التخصص الدراسي ، اختيار المهنة أو الوظيفة) .

2- إزالة لأثار النفسية المترتبة على الحالة غير العادية مثل الانطواء أو السلوك الانعزالي ، عدم الثقة بالنفس و ضعف تقدير الذات .

3- تعديل ردود الفعل للحالة (كما في الاتجاهات نحو الإعاقة والمعوقين) (حامد زهران 2000 ص 478) .

و يبقى الهدف الأساسي من التكفل النفسي لذوي الاعاقة الحركية الدماغية هو جعل المعاقين يشكلون هوية ذاتية متجاوزين اعاقتهم أي أن يتحرروا من هوية الاعاقة.

5-نشأة مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة:

يعتبر Johou Goggenval من أوائل مؤسسي المراكز لرعاية المعاقين في Abenbeg.

و في أمريكا بدأ الاهتمام بالتربية الخاصة حين أسس Segoin أول مؤسسة لرعاية المعاقين عقليا.

1922م: في الولايات المتحدة الأمريكية ظهرت مؤسسات تعرف جمعية الأطفال غير

العاديين. (The councel for exeptionel children).

1950 م : تأسست المؤسسة الوطنية للأطفال المعاقين. و نصت بعض القوانين : مثل قانون 142/94 في الولايات المتحدة الأمريكية و قانون 1944 في بريطانيا :

ضرورة تربية هؤلاء الأطفال و تعليمهم في المدارس و اعتبار ذلك حقا من حقوقهم و ليس منحة من الدولة .

- 1978م: تم تحويل مفهوم المعوقين (Handicapped) الى الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة (children with special needs)

– كانت المانيا أول دولة اروبية تعتني بإعداد المعلمين و المربين في مجال التربية الخاصة و كان ذلك في نهاية القرن السابع عشر .

و في الولايات المتحد الأمريكية تأسست اول دار للمربين في 1823 م ، وفي بريطانيا عام 1836م .

و في الأردن بدأ تأهيل المعلمين و المربين في مجال التربية الخاصة عام 1952م.

أما فيما يتعلق بالتربية الخاصة في الجزائر فإن الاهتمام بالمعوقين كان بسبب زيادة عدد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة التي تصل قرابة الأربعة ملايين، مما جعل الدولة الجزائرية ممثلة في وزارة التشغيل و التضامن الوطني تتبنى استراتيجية تعليمة تقوم في الأساس على الاستفادة من الأساليب التربوية الحديثة التي تعتمد على دمج الأطفال ذوي الأحتياجات الخاصة في المجتمع و ذلك في السنوات الأخيرة بالرغم من الجهود المبذولة منذ سنوات الستنات (دويلي منصورية ، 2009) .

و لقد فتحت أبواب المراكز النفسية البيداغوجية سنة 1984م لإستقلال المعوقين العائدين من فرنسا .

و تتضمن هذه المراكز فريق عمل يتكون من :

الأخصائي النفسي ، الأخصائي الإجتماعي ، الأرطفوني ، المربي المختص و المدلك الطبي .

6-برنامج خدمات الكفالة النفسية :

تلعب الكفالة النفسية للفرد ذو الاحتياجات الخاصة و أسرته دورا بارزا و حيويا في تحويل حالة العجز الى حالة تقبل و تكيف لأن الأثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد و أسرته غالبا ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج الى جهد أكبر للتخفيف منها.

1- التدخل المبكر :

يعرف مصطلح التدخل في ضوء أن يقوم الإخصائي او الأخصائيون بالتعامل مع مشكلة تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو امكاناته في التكيف مع الزملاء او الكبار و بحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية الى إختفاء المشكلة او التقليل من أثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية و المدرسية . كما أن الأخصائين يستخدمون كل الإمكانات المتاحة و الأستراتجيات المناسبة للتعامل مع مشكلة الطفل .

2- أهمية و مبررات التدخل المبكر لدى ذوي الاعاقة الحركية الدماغية :

* ان فرص التحسن المبكر للمعوقين تكون أفضل كلما كان كشف الاعاقة مبكرا كما أن البيئة المنزلية الغنية تساعد على ايثارة النمو الحركي و الحسي للطفل الرضيع .

* ان طبيعة عمليات الجهاز العصبي تجعل امكانية اكتساب المهارات أكبر ما تكون في السنوات الأولى من الحياة والتي تحدد حاضر المعوقين ومستقبلهم.

* إنه من الواضح أن الخطوات أو الإجراءات المبكرة التي تتخذ للتقليل من التأثيرات الانفعالية و الإجتماعية و الذهنية للاعاقة تكون أفضل .

* الاخفاق في توفير محيط محفز في وقت مبكر لا يؤدي الى استمرار بقاء الوضع الحالي فقط و لكن الى توقف حقيقي في القدرات الحسية و نكوص النمو.

* ان الأساس المنطقي لتكلفة التدخل العلاجي المبكر و فائدته عادة ما يكون أكثر إقتصادا من التدخل المتأخر.

3- قواعد التكفل النفسي بذوي الإعاقة الحركية الدماغية:

* يجب تأكيد جوانب الشبه و التساوي مع العاديين أكثر من جوانب الإختلاف و النقص .

* يجب تاكيد جوانب القوة اكثر من جوانب الضعف.

* يجب الإهتمام بالحالات الفردية، و عدم تعميم ما هو معروف من خصائص أو مشكلات عامة على الحالات الفردية.

* يجب التمييز بين الاعاقة الولادية و حالات الإعاقة التي تطرأ بعد الولادة .

* يجب أن تعرف أن حالات الاعاقة الخطيرة تختلف عن حالات الاعاقة المتوسطة و الطفيفة و ان حالات الإعاقة الكاملة تختلف عن حالات الإعاقة الجزئية (حامد زهران 2005 ص 481) .

4- الخدمات العلاجية :

4-1- العلاج النفسي :

يهتم بدراسة شخصية الفرد ذو الاحتياجات الخاصة جسميا و عقليا و اجتماعيا و انفعاليا مع التركيز على تأثير حالته الخاصة (الاعاقة) في شخصيته .

* دراسة و تعديل مفهوم الذات و التخلص من تأثير حالة الاعاقة على مفهوم الذات و خاصة مفهوم الجسم و العمل على تقبل الحالة و الاعتراف بها و تحقيق التوافق معها .

* دراسة و علاج المشكلات النفسية المرتبطة بالاعاقة و التي تعيق التوافق النفسي كالتشاؤوم و الإكتئاب و الاحساس بسوء الحظ و الاحباط ، و التخلص من السلوك الانسحابي او السلوك العدواني والعمل على ابراز القدرات الايجابية لدى الطفل .

* يجب الاعداد الانفعالي :

- بحيث يتعرف الطفل على انفعالاته و أسبابها و فهمها بحيث يتسنى له ضبطها حسب ما يتطلبه الموقف.

- التعرف على انفعالات اللآخرين و فهمها .

- التدريب على التعبير على المشاعر دون تهويل أو انكار

هذا ما يساعد الفرد على التعود على المواقف و الأحداث الجديدة و تحمل و مواجهة الصعوبات التي قد تؤدي الى الشعور بالإحباط .

خطوات العلاج النفسي :

العلاج النفسي موجه الى الحالات التي تعاني من اضطرابات وجدانية و اهتزازات في الشخصية و ضعف في القدرة على تكوين علاقات شخصية و اجتماعية :

1-يبدأ المعالج بإزالة مخاوف الطفل نحو أسرته و مجتمعه و تصحيح مفاهمه البسيطة من المجتمع و الناس فيجعل الطفل يشعر بالحب نحو والديه و إخوته و زملائه .

2- زيادة ثقة الطفل بالناس، و تبصيره بإمكانياته، و قدراته الشخصية و كيف يستغلها و يستفيد منها الى حد ممكن، يقوم التبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل و تجنبه موافق الإحباط و الفشل.

3- مساعدة الطفل على أن يتقبل حالته من غير أن يشعر بالإحباط و أن يتقبل دوره في الحياة في حدود امكانياته المحدودة و ان يتدرب على مواحهة مواقف الفشل من غير أن تسبب له شعور بالاحباط .

4- شعوره بأهميته في الحياة، و بقيمته الإجتماعية في البناء الأجتماعي، و بأن المجتمع في حاجة اليه شأن غيره من الأطفال و أن له دور مسؤلية في الحياة، و يبدأ معه بتحمل مسؤولية العمل البسيط الذي يستطيع القيام به، و يغرس فيه الشعور بالمسؤولية تجاه تصرفاته و سلوكه .

5- تدريبه على الضبط الانفعالي، و كيف يتحكم في نزواته و يواجه غرائزه الطارئة و يدربه على تأجيل اللذة و توقع المستقبل.

و يستخدم العلاج النفسي بجميع مستوياته وفروعه مثل العلاج المباشر و غير المباشر و العلاج الفردي و الجماعي و العلاج باللعب ، الفن والعمل .....

يهدف الى تحقيق نمو انفعالى و اجتماعي سليم لدى الطفل المعوق .

4-2- العلاج السلوكي:

يهدف الى خفض أو القضاء على ممارسة سلوك غير مرغوب، كما يتضمن برامج تدريبية تهدف الى اكتساب الطفل سلوكا جديدا، و اكتساب كثيرا من مهارات العناية بالنفس و المهارات الاجتماعية التي تساعد على اعتماد الطفل على نفسه في تصريف شؤون حياته اليومية و التقليل من اعتماده على الأخرين.

4-3- العلاج التربوي:

يجب التوسع في تربية و تعليم ذوي الاعاقة الحركية ذات الأصل العصبي في المدارس العادية حتى يتسنى لهم الاندماج و تحقيق الحاجة الى الإنتماء و عدم الشعور بالتهميش مما يساعدهم على تكوين علاقات إجتماعية مع الناس ثم يأتي بعد ذلك تعليمه القراءة و الكتابة و الحساب بما تسمح به امكانياتهم الذهنية .

4-4-الإرشاد الأسري:

تبدأ خدمات الإرشاد الأسري منذ مجيء الطفل المعوق.

و يهدف الى تقبل الحالة، و تعديل نظام و اتجاهات أفراد الأسرة و خاصة الوالدين، بما يحقق للفرد المعوق أقصى امكانات النمو العادي .

و يجب أن يتقبل أعضاء الأسرة الحالة مع التسليم بالواقع و يجب أن يعمل الأهل و الأصدقاء على تجنب خطأ الحماية الزائدة و الشفقة و الخوف غير العادي على الحالة

يجب العمل على تخليص الوالدين من مشاعر الذنب و مشاعر الأسس بخصوص الحالة.

4-5-الخدمات الصحية:

تهتم بالعلاج و التصحيح الطبي الى أحسن درجة ممكنة، و تهتم بتوفير المساعدات السمعية و البصرية الى جانب الأجهزة و الأطراف الصناعية و اجراء العمليات الجراحية اللازمة.

يجب العناية بعمل كل ما ييسر النشاط الحركي و تنمية مهارات يجيدها المعوق.

الـفـصـل الثاني
الـذكـاء الانـفـعـالـي

تـمـهـيـد

1 -العلاقة بين الذكاء والانفعال

2 -نشأة مفهوم الذكاء الانفعالي

3 -تعريف مفهوم الذكاء الانفعالي

4 -النماذج المفسرة للذكاء الانفعالي

5 -اهمية الذكاء الانفعالي

6 -قياس الذكاء الانفعالي

7 -العوامل المؤثرة في الذكاء الإنفعالي

8 -تنمية الذكاء الانفعالي

خلاصة الفصل

تمهيد: :

طويلا تجاهل علم النفس في تناوله الدراسة العلمية للجوانب الانفعالية و العواطف والمشاعر و تأثيرها و مكانتها في الحياة النفسية و العقلية، إلى ان اصطدم بعدة تساؤلات منها :

– ما يمكن فعله حتى يتمكن أبناءنا من تحقيق النجاح في الحياة.

– ما الذي يجعل بعض الإفراد ذوى الذكاء العقلي العالي يفشلون بينما ينجح ذوى الذكاء المنخفض.

إن قصور و محدودية مقاييس القدرة الذهنية في التنبؤ بشكل كاف بنجاح الفرد في مختلف مواقف الحياة هي التي دفعت الباحثين إلى الاهتمام بمفهوم الذكاء الانفعالي، فلقد بينت الدراسات إن معامل الذكاء يسهم ب 20بالمائة فقط من العوامل التي تحدد النجاح في الحيات تاركا 80 بالمائة للعوامل الأخرى كالمهارات الاجتماعية و الحظ (جولمان 1995ص58).

1-العلاقة بين الذكاء و الانفعال:

يميل الكثير إلى الاعتقاد أن التفكير لا يستقيم إلا بغياب العاطفة، و أن العاطفة و الانفعال يلعبان دورا سلبيا في التفكير و اتخاذ القرارات.

و قديما اهتم الفلاسفة بدراسة العلاقة بين التفكير و الانفعال و قد أكد قدماء الإغريق أن الانفعال هو موجه حقيقي للاستبصار و الحكمة فلقد أشار سابقا أرسطو إلى أهمية العاطفة بقوله إنها تلك المهارة النادرة في أن تغضب من الشخص المناسب بالقدر المناسب و في الوقت المناسب و للهدف المناسب (قولمان 1995ص9) .

فالتحكم بالانفعالات هو ذروة الحكمة لأنه يساعد على فهم الموقف أو المشكلة وتقديم حلول مبتكرة و أكثر ملائمة.

و لقد أظهرت الدراسات الحديثة و التجارب الإكلينيكية اليوم أن التفكير الخالي من العاطفة لا يؤدي بالضرورة إلى قرارات صائبة، بل إن الانفعال في بعض الأحيان يعد الحافز و الدافع للتفكير فالمسالة ليست في الانفعال و العاطفة بحد ذاتها بل في إمكانية إيجاد التوازن بين التفكير العقلاني المنطقي و العاطفة فالإنسان عقل و قلب.

و يؤكد جولمان بان برى الانفعالات و الذكاء تعمل في انسجام و تناغم و ليس بينها أي تعارض استنادا إلى ما توصل إليه Antonio Damasio طبيب أعصاب بجامعة IOWA الذي درس سلوك المرضى الذين تعرضوا إلى تلف الرابط بين مقدمة الفص الجبهى و اللوزة كيف أن قراراتهم لم تكن صائبة في اغلب الأحيان مع أنهم يتمتعون بمستوى ذكاء عادي وا ن قدراتهم المعرفية لم تتضاءل ذلك أن هذا الرابط هو مخزن الذاكرة الانفعالية (جولمان 1998: 52).

لذا استخلص Damasio آن العواطف ضرورية في قراراتنا المنطقية.

ويقول king إننا نكون أكثر ذكاء"ا عندما نفهم بشكل صحيح انفعالاتنا و نفسر بشكل دقيق انفعالات الآخرين و نستعمل هذه المعرفة في ترقية تفكيرنا (Mayer et SALOVEY 1990p186).

ولكي نفهم العلاقة بين الذكاء و الانفعال سنتناول تعريف هذاين المفهومين:

الذكاء: انه مجموعة من القدرات المعرفية التي تمكن من اكتساب المعرفة و التعلم و حل المشكلات و يتم ذلك على مستوى القشرة الدماغية .

الانفعال: يعرفها معجم السمات الوجدانية بأنه حالة وجدانية حادة و فجائية مضطربة و غير منظمة, تختلف عن الحالة الاعتيادية للفرد، تتسم بالاستثارة و التوتر و الرغبة في القيام بعمل ما. و يعتبر الجهاز اللمبي و اللوزة مركز الانفعالات.

2-نشأة الذكاء الانفعالي:

ولد مصطلح الذكاء الانفعالي Intelligence émotionnelle في الولايات المتحدة الأمريكية قبل عشرين عاما، إذ لاحظ علماء النفس و السلوك هناك ان نجاح الإنسان و سعادته في الحياة لا يتوقفان عن ذكائه العقلي فقط و إنما على صفات و مهارات قد توجد و قد لا توجد عند الأشخاص الأذكياء.

و يعد تشارلز سبيرمان (1904) من أوائل العلماء الذين تبنوا المدخل السيكومتري للنظريات متعددة المجالات و الذي يعد الذكاء الوجداني احد مجالاتها المعاصرة، حيث توصل عام 1927الى ان الذكاء يمكن إن يحلل إلى عاملين :

*عامل عام و هو الطاقة العقلية التي تشترك في جميع مظاهر النشاط العقلي.

* عامل خاص الذي يميز جانب معين من جوانب النشاط العقلي.

(محمود سعيد إبراهيم الخولي : 2010 ص 36) .

و في عام 1920 : اتجه ثورنديك Thorndike نحو توسيع مفهوم الذكاء ليكون أكثر شمولية، حيث ربط الذكاء بمدى نجاح الفرد في بيئته الاجتماعية و أشار في مقال نشره في مجلة HARBER أن الذكاء الاجتماعي يعد احد جوانب معامل الذكاء الشخصي (صفاء الأعسر،علاء الدين كفافي :2000 ص77).

في عام 1939 فكر وكسلر Wechsler في الجوانب غير المعرفية في الذكاء العام مشيرا إلى أن العوامل غير المعرفية هي التي تحدد السلوك الذكي.

و ان اختبار الذكاء الخاص به الذي نشره عام 1939 كان محاولة لقياس الجوانب المعرفية و غير المعرفية في الذكاء العام (ترتيب الصور التي تختبر جوانب اجتماعية للذكاء).

– في عام 1953 قام Edger Doll ببناء اختبار اسماه مقياس النضج الاجتماعي و ذلك لتقييم الكفاءة الاجتماعية.

– وفي عام 1959 عرض Guildford نموذجه المعدل حول بنية العقل و أضاف فئة المحتوى السلوكي و هي بمثابة القدرة على إدراك سلوك الآخرين و سلوكنا و من ثم دمج Guildford الذكاء الاجتماعي و الشخصي في فئة واحدة.

– في عام 1971 اقترح Raimond Cattell تقسيم القدرة العامة إلى نوعين آخرين من القدرات هما:

القدرات المرنة: التي تتمثل في القدرة على استغلال و حل المشكلات .

القدرات المتبلورة: اي الطاقات التي تعزى إلى التعلم الذي يقوم على الثقافة .

و منذ سنة 1978م تم تدريس مبادئ الذكاء الوجداني في **و.ا.م U.S.A**عن طريق إدخال مناهج عن التطور الاجتماعي, التعلم العاطفي و الاجتماعي، الذكاء الشخصي و التربية الانفعالية و كان الغرض منها رفع مستوى المفاهيم العاطفية الاجتماعية.(جولمان :1995 ص 368) .

_ وفي عام 1983م جاء **هوارد** جاردنر **Howard Gardner** بنظريته حول الذكاء المتعدد في كتابه <<اطر العقل >> حيث افترض أن الذكاء له أبعاد مختلفة تضم النواحي المعرفية وعناصر الذكاء الشخصي .

و يرى ان الذكاء الشخصي يتضمن نوعين مستقلين من الذكاء :

-**الذكاء بين الأفراد Intelligence interpersonnelle او الذكاء الاجتماعي**:و يعني قدرة الفرد على فهم مشاعر الآخرين.

-**الذكاء داخل الفرد Intelligence intra personnelle**:و يعني قدرة الفرد على فهم المشاعر و الدوافع الذاتية. (جولمان :1995 ص 65) .

و في عام 1985م اقترح Robert Sternberg نظرية ثلاثية تهتم بثلاثة أبعاد فرعية للذكاء: الأولى تركز على العالم الداخلي للفرد و الثانية تركز على العالم الخارجي للفرد أما الثالثة فتتناول العلاقة بين العالمين الداخلي و الخارجي للفرد، و قد ذكر في كتابه (ما بعد الذكاء الاجتماعي) انه مستقل عن القدرات الأكاديمية، و انه مفتاح أساسي للأداء الناجح في الحياة. (جولمان :1995 ص 69) .

- وتعتبر نهاية الثمانينات وبداية التسعينات من القرن العشرين بداية استخدام مفهوم الذكاء الانفعالي و ظهوره بهذا المصطلح، ففي عام 1990م قدم Peter Salovey و John Mayer نموذجا للذكاء الانفعالي في كتابهما (الخيال , المعرفة ,الشخصية) وفي 1993م قدما مقالا بعنوانEmotional Intellige*nce* أشار فيه إلى ان الذكاء الوجداني هو نوع من الذكاء الاجتماعي و أهم وظائفه إرشاد التفكير في حل المشكلات.
- وفي عام 1995 اصدر دانيال جولمان كتابه Emotional Intelligence والذي تناول فيه ما اسماه بالعقل الانفعالي و طبيعة الذكاء الانفعالي و دوره في براعة الإنسان و تقدمه في مجالات الحياة العملية.
- وفي عام 1996م قدم فؤاد ابوحطب تصنيفا ثلاثيا للذكاء يتضمن :

° الذكاء الموضوعي غير الشخصي الذي يهتم بالعلاقات مع الموضوعات المحايدة.

° الذكاء الشخصي: الذي يهتم بالوعي بالذات و بالعلاقات داخل الفرد .

° الذكاء الاجتماعي الذي يهتم بالعلاقات بين الأفراد في مواقف التفاعل الاجتماعي.
كما يرى فؤاد أبو حطب أن هذه الأنواع الثلاثة تمثل مستويات ثلاثة لتجهيز المعلومات فالذكاء الأكاديمي اقرب إلى التجهيز السطحي، وا لذكاء داخل الفرد يعد أعمق مستويات التجهيز، بينما الذكاء بين الأفراد يحتل المستوى المتوسط من تجهيز المعلومات.(محمود سعيد إبراهيم الخولي :2010 ص 39).

- ونتيجة للاهتمام المتزايد بمفهوم الذكاء الانفعالي ظهرت العديد من النماذج التي تتباين في تفسيرها ورؤيتها لهذا المفهوم أهمها نموذج القدرات لبيتر سالوفي وجون ماير 1997م و نموذج جولمان 1998م، نموذج بار- اون 1997 , 2000 ,2005 الذي يصنف الذكاء الوجداني كمقطع عرضي مترابط من الكفاءات و المهارات و المسهلات الانفعالية و الاجتماعية التي تؤثر على السلوك الذكي .
- و في ضوء تلك النماذج ظهرت العديد من المقاييس التي تستخدم في قياس بنية الذكاء الانفعالي.

3- تعريف مفهوم الذكاء الانفعالي:

لقد اهتم الباحثون في الفترة الأخيرة اهتماما كبيرا بتعريف الذكاء الانفعالي لما له من أهمية كبيرة في التنبؤ بكفاءة الأفراد في عملهم و حياتهم بصفة عامة، و ما زال مفهوم الذكاء الانفعالي يكتنفه الغموض حيث انه يقع في منطقة تفاعل بين النظام المعرفي و النظام الانفعالي . و من ابرز هذه التعريفات ما يلي:

3 1 -**تعريف باراون bar- on:**

انه مجموعة منظمة من المهارات و الكفاءات غير المعرفية في الجوانب الشخصية و الانفعالية و الاجتماعية ، و التي تؤثر في قدرة الفرد على معالجة المطالب و الضغوط البيئية و هو عامل مهم في تحديد قدرة الفرد على النجاح في الحياة .(سعاد جبر سعيد 2008: ص 11).

يمثل الذكاء الانفعالي حسب باراون مجموعة من القدرات اللامعرفية و المهارات في شخصية الفرد التي تؤثر في قدرته على التكيف مع متطلبات البيئة و ضغوطها .

3 2 -**تعريف جون ماير و بيتر سالوفي :**

انه قدرة الفرد على تنظيم و ضبط انفعالاته و انفعالات الآخرين و استغلال هذه العواطف و الانفعالات في توجيه أفكاره و أفعاله.

يكمن الذكاء الانفعالي حسب هذا التعريف في مجموعة من القدرات العقلية التي تتمثل في إدراك و فهم و تنظيم انفعالات الفرد و علاقاته بالآخرين.

3 3 -تعريف جولمان :

هو قدرتنا في التعرف على انفعالاتنا و انفعالات الآخرين و القدرة على تحفيز أنفسنا و ضبط و تنظيم انفعالاتنا و انفعالات الآخرين. (جولمان: 1998 ص903).

يشير هذا التعريف إلى أن الذكاء الانفعالي هو مجموعة من القدرات و المهارات المتنوعة التي يمتلكها الأفراد و اللازمة للنجاح في جوانب الحياة المختلفة و التي يمكن تعلمها، و تشمل المعرفة الانفعالية و إدارة الانفعالات و الحماس و المثابرة و حفز النفس و إدراك انفعالات الآخرين و العلاقات الاجتماعية.

3 4 -تعريف السماد وني :

مجموعة مركبة من القدرات أو المهارات الشخصية التي تساعد الشخص على فهم مشاعره و انفعالاته و سيطرته عليها جيدا وفهم مشاعر و انفعالات الآخرين و حسن التعامل معهم و قدرته على استغلال علاقته الوجدانية في الأداء الجيد و على إقامة علاقات طيبة مع المحيطين.(السمادوني :2007 , ص 144).

نستنتج من هذه التعارف أنها تنقسم إلى اتجاهين:

اتجاه القدرة العقلية: يمثل هذا الاتجاه كل من ماير و سالوفي، فالذكاء الانفعالي هنا يرتبط جزئيا أو كليا بالذكاء العقلي العام .

الاتجاه المختلط :الذي يرى أن الذكاء الانفعالي مجموعة من القدرات غير المعرفية و المهارات الشخصية التي قد يسميها البعض صفات أو سمات شخصية.

من خلال هذه التعاريف نستخلص أن الذكاء الانفعالي يتمثل في الجمع بين الجانب العقلي و الجانب الانفعالي، فالذكاء الانفعالي هو تلك القدرة التي تمكن الفرد من معرفته لنفسه و للآخرين الذين يتعامل معهم وكذا قدرته على التعبير عن مشاعره و انفعالاته و فهم مشاعر و انفعالات الآخرين وكذا قدرة الفرد على التعامل مع عواطفه و ذلك من خلال الاستخدام الذكي لها بحيث يتسنى له تحقيق اكبر قدر من السعادة و التكيف مع ذاته و الآخرين و النجاح في مختلف مجالات حياته.

- 4- **النماذج المفسرة للذكاء الانفعالي :**

4-1 نموذج Bar-on (باراون) : تعتبر أولى النظريات التي فسرت الذكاء الوجداني و كان عام 1988 عندما قام باراون بصياغة النسبة الانفعالية Emotionnel Quotient في وقت كانت هناك زيادة في اهتمام الباحثين بدور الانفعال في الأداء الاجتماعي و جودة الحياة.

و تشير هذه النظرية إلى وجود تداخل بين الذكاء الوجداني و سمات الشخصية فقد عرف الذكاء الوجداني على انه مكون يشتمل على مجموعة من الكفاءات غير المعرفية و قد اعد Bar–on أول أداة لقياس الذكاء الوجداني، و صممت للتعرف على تلك الكفاءات غير المعرفية لكي تجيب على التساؤل التالي لماذا يكون بعض الأفراد أفضل في ضبط انفعالاتهم من الآخرين ؟ (السمادوني : 2007 ,ص 104).

و قد وضح باراون ان الذكاء الانفعالي يتكون من خمسة كفاءات تتضمن خمسة عشرة مهارة فرعية (جروان :2010 ص 105) هي :

1/ كفاءات معرفية ذاتية (الذكاء الشخصي)

- الوعي بالذات – تقدير الذات – تحقيق الذات

2/ كفاءات ضرورية للعلاقات بين الأشخاص

- التعاطف –المسؤولية الاجتماعية –العلاقة بين الأشخاص

3/ القدرة على التكيف – حل المشكلات – إدراك الواقع – المرونة

4/ القدرة على إدارة الضغوط و التحكم فيها – مقاومة الضغوط و تحملها –ضبط الاندفاع

5/ المزاج العام (النسبة الوجدانية للمزاج العام)

- التفاؤل :إدراك الجانب المشرق في الحياة
- السعادة :الشعور بالرضي و الاستمتاع بالوقت و الانبساط

يفترض بار–اون ان الذكاء الوجداني مهارة يمكن تنميتها و تطويرها من خلال خضوع الفرد لبرامج تدريبية هدفها تنمية المهارات الوجدانية و الاجتماعية.

حسب نموذج باراون، الذكاء الانفعالي يمثل الجانب غير المعرفي للذكاء العام، تتداخل فيه عناصر و مكونات غير معرفية و سمات شخصية و هذا ما يمكن وصفه بنموذج الشخصية(جروان:2010 ص94).

4 2 نموذج ماير و سالوفي:

لقد تعامل ماير و سالوفي مع الذكاء الانفعالي على انه قدرة عقلية مثله مثل أنواع الذكاء الأخرى. يرى سالوفي و ماير 1990 أن المقاييس التقليدية للذكاء فشلت في دراسة الفروق في الوعي و تشغيل الإدارة الفعالة للانفعالات و المعلومات الانفعالية. وقد ظهرت هذه النظرية بعد التحقق التجريبي من نموذجها عام 1997. و الذكاء الوجداني كقدرة عقلية هو النظرة المثلى لماير و سالوفي(السمادوني : 2007 ص 106 – 107) فيعرفانه بأنه منظومة من القدرات العقلية تضم أربعة مكونات متمايزة و لكنها متكاملة في أداء وظائفها هي :

1 **القدرة على ادراك طبيعة الانفعالات:**

او المشاعر اي التعرف على المشاعر الذاتية و للآخرين و تقييمها و التعبير عنها بصورة دقيقة مع التمييز بين المشاعر الصادقة و الزائفة .

2 **القدرة على التعامل مع العواطف و المشاعر :**

توظيف المشاعر الوجدانية لتيسير التفكير

استخدام المشاعر لتوجيه الانتباه للمعلومات المهمة في الموقف

توليد المشاعر الحية التي يمكن أن تيسر عملية اتخاذ القرار او التذكر

التنقل بين عدة أنواع من المشاعر لرؤية الأمور من زوايا مختلفة

توظيف المزاج لتيسير عملية توليد الحلول المناسبة لمشكلة ما.

3 القدرة على فهم الانفعالات :

فهم و تحليل الانفعالات و توظيف المعرفة الوجدانية

تسمية المشاعر و التمييز بين التسميات المتشابهة منها تفسير المعاني التي تحمل المشاعر مثلا: الشعور بالحزن غالبا ما يعني خسارة او فقدان شيء.

فهم المشاعر المركبة (مثلا الغيرة تشمل الحسد، الغصب والخوف) والمشاعر المتناقصة (مثلا الجمع بين حب و كره شخص ما)

ملاحظة التحول او التغير في المشاعر سواء في الشدة او في النوع (الانتقال من الحسد إلى الغيرة).

4-إدارة الانفعالات:

القدرة على تنظيم الانفعالات و إدارتها و التحكم فيها بشكل تأملي بما يساعد على تفعيل النمو الوجداني.
الانفتاح على المشاعر و تقبل السار و غير السار منها .

-تأمل المشاعر بالابتعاد أو الاقتراب من شعور ما بشكل تأملي.

ملاحظة المشاعر في الذات و الآخرين بشكل تأملي (ملاحظة مدى وضوحها و أحقيتها)

-ادارة مشاعر الذات و الاخرين دون كبت او تضخيم المعلومات التي تحملها.

(السمادوني:2007 ص108-112)

4-3-نموذج جولمان :

يمثل نموذج جولمان في تفسيره للذكاء الانفعالي خليطا من السمات الشخصية و الدافعية و الكفايات و المهارات العاطفية التي تتوزع ضمن خمس مجالات تصنف في بعدين رئيسيين هما :

1/ الكفايات الشخصية :تحدد هذه الكفايات الكيفية التي ندير بها أنفسنا و تضم المجالات الثلاث الآتية :

اولا:الوعي الذاتي: ويشمل

* معرفة انفعالات الذات

* الدقة الذاتية في تقدير الذات

* الثقة بالنفس (إدراك الفرد لقدراته و كفاءته)

ثانيا :تنظيم الذات: يقصد به إدارة الحالات الداخلية للفرد و دوافعه و إمكاناته وتشمل

ضبط الذات:(أي السيطرة على العواطف المتهيجة و الدوافع).

الوعي:تحمل مسؤولية الأداء او الأفعال الشخصية .

التكيفية :المرونة في التعامل مع الغير.

التجديد و الابتكار

ثالثا: الدافعية وتحفيز الذات وتشمل:تأجيل الإشباع – حافز الانجاز–التواد –المبادرة و الحماس الاستمرار السعي – التفاؤل.

2/ **الكفايات الاجتماعية:** تحدد هذه الكفايات الكيفية التي نتناول بها العلاقات مع الآخرين و تشمل

رابعا: التعاطف: و يقصد به الوعي بمشاعر الآخرين و حاجاتهم و اهتماماتهم و فهم الآخرين من خلال صوتهم و تعبيرات وجوههم.

* تنمية العلاقة مع الآخرين

* التوجه نحو تقديم خدمة.

* النفوذ و الفعالية .

* الوعي و استشعار انفعالات الآخرين.

خامسا:المهارات الاجتماعية:

الخبرة والمسار في إحداث الاستجابات المرغوبة عند الآخرين و تتمثل في : الاتصال المؤثر– إدارة الصراع–القيادة– تدعيم الروابط الاجتماعية– الاستشارة و التعاون – فعاليات الحماية الاجتماعية . (جروان 2012 س 101–104)

5–أهمية الذكاء الانفعالي :يكتسي الذكاء الانفعالي أهمية بالغة في كافة مجالات الحياة فمن المجال الشخصي إلى الأسري، التعليمي، المهني و الاجتماعي.
فمشاعرنا تؤثر في كل صغيرة و كبيرة في حياتنا مما يؤثر في تفكيرنا .

1/ أهمية الذكاء الانفعالي في المجال التربوي:

ان الصحة العاطفية أساسية وهامة للتعلم الفعال و لان الطالب الذي لا يتحكم في انفعالاته و لا يبدي مشاعر التفهم فانه يكون عرضه للتوتر و الغضب و الاكتئاب مما يعيق عملية التعلم لديه و لان الانفعالات السلبية القوية تحول الانتباه إلى الانشغال بذاته مانعة أي محاولة للتركيز على شيء آخر و على هذا تم إدراج مادة الذكاء الانفعالي ضمن البرنامج الدراسي او ضمن محتواه في الولايات المتحدة بدءا من الصفوف الابتدائية إلى أقسام النهائية حسب مقتضيات كل مرحلة عمرية من حاجات و مطالب و مشاكل و ذلك لمواجهة :

- العدوان و العنف المدرسي
- الإدمان و التدخين
- الانحرافات الجنسية. (جولمان 1995ص 388- 402).

2- أهميته في مجال العمل:

لقد أصبح الذكاء الانفعالي جزءا مهم من فلسفة أي مؤسسة في اختيار و تدريب أفرادها لان الذكاء الانفعالي يعلم الأفراد كيف يعملون معا للوصول إلى هدف مشترك.

6-قياس الذكاء الانفعالي:

إن جوهر مشكلة قياس الذكاء الانفعالي هو الوصول إلى تحديد المعيار الذي يمكن أن يصحح به مقياس الذكاء الانفعالي. لان تعريف الذكاء الانفعالي بوصفه قدرة يقوم على

وجود علاقة تفاعلية بين الجوانب العقلية و الجوانب الانفعالية وعند القياس لابد أن تكون هناك إجابة واحدة مناسبة تعبر عن الذكاء الانفعالي.

فكيف يمكن تحديد الإجابة الأنسب للموقف التي تجسد إدراك و فهم و تيسير وإدارة الوجدان. و يعترفا ماير و سالوفي أن ثقافة المجتمع و متغيرات الموقف و الحالة المزاجية للفرد تحدد ما هو الاختيار الأمثل للموقف. لذا فقد لجئوا إلى ما يسمى بمعيار الخبراء أي أن الاختيار الأنسب للعبارة هو ما اتفق عليه الخبراء.

هناك عدة مقاييس للذكاء الانفعالي تعكس مختلف الاتجاهات النظرية التي تناولت مفهوم الذكاء الانفعالي و أبعاده و تراوحت تبعا لذلك ما بين المقاييس التي طورت على أساس مفهوم الذكاء الانفعالي كقدرة عقلية و تلك التي تناولته كخليط من الكفايات و المهارات الشخصية و الاجتماعية و عوامل الدافعية و سمات الشخصية .

ولكل منحى من هذه المناحي أسلوبه الخاص في قياس الذكاء الانفعالي فمدخل السمات يقاس بأسلوب التقرير الذاتي، بينما يعتمد مدخل الكفاءة على أسلوب تقديرات الآخرين في حين يعتمد منحى القدرة على قياس القدرة العقلية (أي المقاييس الموضوعية التي تعتمد على الأداء).ومن بين أهم المقاييس :

6-1- مقاييس القدرة: مقياس الذكاء الانفعالي متعدد العوامل MEIS

Intelligence Scale - THE Multi factor Emotional من اعداد ماير وكاروسو وسالوفي عام 2000 يشتمل على أربعة مجالات أساسية هي :

المجال(1): الإدراك و التقييم المعرفي للانفعالات المتضمنة في القصص و المهن و الموسيقى و تغيرات الوجه و يشتمل اربع اختبارات .

المجال(2): القدرة على فهم الانفعالات و تماثلها إلى عمليات إدراكية و معرفية و يشتمل على مهمتين.

المجال(3): القدرة على تحليل و فهم الانفعالات و يتكون من أربعة اختبارات .

المجال(4): مهارة المشاركين على إدارة انفعالاتهم و انفعالات الآخرين و يتكون من اختبارين.

2 اختبار الذكاء الانفعالي المعدل لماير وسالوفي وكاروزو

ان اختبار MSCEITv. 11 يحدد ما هو الشخص الأكثر دقة في فهمه لنوعية الانفعالات كما أنها تحدد قدرة الشخص على كيفية ضبط أو إدارة انفعالاته و انفعالات الآخرين، إن هذين المجالين الخيري و الاستراتيجي للذكاء الانفعالي يمكن تحديدهما في أربعة مقاييس فرعية وهي مكونات الاختبار.

3 قياس الذكاء الانفعالي للطفل :

قام كاسيدي و آخرون بقياس الفهم الانفعالي لأطفال الروضة عن طريق عرض مجموعة صور لأشخاص يخبرون الانفعال (الغضب,الحزن,السعادة) و يطلب من هؤلاء الأطفال التعرف على انفعالات الأشخاص و أسبابها.(السمادوني 2007 ص 130-142).

6-2- اختبارات التقرير الذاتي:

قائمة نسبة الذكاء الانفعالي لباراون 2005 تم تطويره على مدى 17سنة 1998-2005 تتألف من 60 فقرة تلاءم الأعمار من ثماني سنوات إلى ثمانية عشر سنة و قد توزعت الفقرات على ستة أبعاد.و لقد تمت ترجمة فقرات المقياس إلى اللغة العربية من طرف فتحي عبد الرحمان جروان و تم حساب خصائصه السيكومترية في البيئة الأردنية .(جروان: 2012 ص 131-147).

7-العوامل المؤثرة في نمو الذكاء الانفعالي:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في بناء الشخصية و نموها ابتداء من مرحلة الطفولة المبكرة. ومن هذه العوامل المؤثرة دور الوالدين في معاملة الأبناء, يأتي بعدها دور المدرسة و جماعة الرفاق و تأثير المجتمع ووسائل الإعلام، كل هذه العوامل تؤثر في حياة الطفل تأثيرا بالغا في نشاطه العقلي و الوجداني و الاجتماعي مستقبلا، و الأسرة كنظام اجتماعي متماسك تعد المدرسة الأولى للتعليم الوجداني، هذا التعليم لا يتوقف فقط على مجرد ما يقوله و يفعله الآباء مباشرة مع الأبناء بل أيضا فيما يتبعونه من نماذج في كيفية تعاملهم مع أبنائهم و كيف يتبادلون المشاعر فيما بينهم .

7-1 دور الأسرة في نمو الذكاء الانفعالي: تعد الأسرة مؤسسة التنشئة الاجتماعية الأولى، فعن طريقها يكتسب الطفل المعايير العامة في أنماط الثقافة السائدة في المجتمع و يكتسب أيضا المعايير الخاصة بالأسرة التي تفرضها عليه ، و بذلك تصبح الأسرة وسيلة المجتمع للحفاظ على معاييره و على مستوى الأداء المناسب لتلك المعايير.

و تعد الحياة الأسرية المدرسة الأولى لتعليم المشاعر ففيها يتعلم الفرد كيف يكون شعوره تجاه نفسه و تجاه الآخرين و كيف تكون ردود أفعاله ؟ فهناك بعض الآباء الذين ينجحون في دور معلم المشاعر لأبنائه بينما يفشل البعض الأخر في ذلك .

لذا قال جولمان لكي يكون الآباء سندا فاعلا لأفعالهم ينبغي أن يكونوا متمكنين من مبادئ الذكاء الانفعالي

و يؤكد محمود و مطر 2002 أن احترام الآباء لمشاعر أبنائهم يربي فيهم احترام مشاعر الآخرين كما أن مراعاة و تعاطف الآباء مع انفعالات أبنائهم و عدم تجاهلها يغرس فيهم التعاطف مع الآخرين.

أ- الوضع الاقتصادي للأسرة و أثره في الذكاء الانفعالي :

يدخل في هذا مستوى معيشة أفراد الآسرة و دخلهما المادي و مهنة أفرادها و موقع المنزل و محتواه و نوعيته و مدى ما يتم توفيره للفرد من إمكانات مادية لأولاده و التي تشعرهم بوجوده و بكيانه المستقل. و تحدد العوامل الاقتصادية مكانة الأسرة الاجتماعية كما يتدخل العامل الاقتصادي ليحدد طابع الحياة الوجدانية التعاطفية للطفل فبقدر ما يزدهر المستوى الاقتصادي للأسرة بقدر ما تكون فرص إقامة علاقات مع الآخرين ممتنة .

ب-الوضع الاجتماعي و الثقافي للأسرة و أثره في النمو الوجداني :

لكل أسرة شخصيتها الخاصة في المجتمع و هذه الشخصية في الأسر كما في أفرادها هي نظرة الآخرين إليها و حكمهم الخاص، أو هي وجودها من خلال رؤيتهم، و من هنا تتداخل مكانة الأسرة في المجتمع من حيث رتبتها العلمية أو الطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها وما تناله من درجات التزين و الإكبار أو الاحتقار و الازدراء في المجتمع أي مدى نبذ أو تقبل أفراد الأسرة من قبل المجتمع الذي تعيش فيه و كذا مستواها الخاص ودرجة حضارة المجتمع.

كل ذلك له تأثير في النمو الانفعالي و العاطفي لأفراد الأسرة في الوقت الذي يحدد الفرد نوعية العلاقات التي تربطه بأفراد أسرته و بأقاربها و أصدقائها تقدم له الرؤية الخاصة للأسرة التي يحكم من خلالها على الأشياء و الموضوعات.(طالب 2009 ص35 -36 . خوالده 2004 ص53).

ت- الوضع الديني للأسرة و أثره الانفعالي :

لا يمكن إيجاد جيل متزن انفعاليا و متكيف نفسيا و اجتماعيا إلا عن طريق التربية الدينية القائمة على احترام شخصية و خصوصية الأبناء،

و التنشئة الاجتماعية القائمة على الاعتدال و الاتزان التي تسعى في غرس القيم الدينية السمحاء فلا إفراط و لا تفريط، و عدم التذبذب في معاملة الأبناء و المساواة بينهم وعدم التفرقة و التمييز بينهم, و تعريف الأبناء بهدف وجودهم في الحياة و غرس حب الخير للآخرين و الإحساس بمشاعرهم و التعاون معهم و بذل الجهد في مساعدتهم.

فوجود هذه العاطفة الدينية يدل نفسيا و اجتماعيا على الثقة في الله و الثقة في المصير، و الوضع الديني المستقر يقدم للفرد هذه الثقة كأساس لتعامله مع ذاته و مع الكون و الغير.

ج- التفاعل الأسري:

إن نوعية العلاقات التي تسود بين أفراد الآسرة مع بعضهم البعض و بينهم و بين الأصدقاء يمكن أن ينجم عنها تأثيرات في عواطف الأطفال، فبقدر ما تسود علاقات الانسجام او التنافر بين الأبوين من جهة و بينهم و بين الأبناء من جهة أخرى و بين جميع أفراد الأسرة و من يتصل بهم من المحيط الذي تعيش فيه الأسرة بقدر ما تتوفر إمكانات بيئية للنمو العاطفي للأطفال. (خوالده:2004 ص 79).

7-2- دور المدرسة في النمو الانفعالي :

يشمل الذكاء الانفعالي على مجموعة من المهارات التي يمكن تنميتها من خلال التعليم حسب ماير و سالوفي .

وقد اعتبر جولمان المدارس بأنها الأماكن الأولى التي يمكن أن تدربها المجتمعات لتصحيح و تنمية القصور في الكفاءة الاجتماعية و الوجدانية لدى الطلبة و ذلك من خلال مناهج معدة لهذا الغرض و قد عملت بعض المدارس في الولايات المتحدة على إدراج مادة الذكاء الانفعالي أو في محتوى البرامج الدراسية .

7-3-دور المجتمع في النمو الوجداني:

الإنسان بطبعه اجتماعي فالمجتمع يعطي الفرد وجوده الحقيقي و قيمته الأساسية كإنسان . و تأثير المجتمع على الفرد ينقسم إلى قسمين :

تأثير مباشر: و يقع الفرد تحت تأثيره بشكل خارج عن رغبته، و تحدد هذه المؤثرات الطابع العام للبيئة الاجتماعية، و تتمثل في النظام السياسي السائد في المجتمع و ما يرتبط بها من تشريعات و قوانين و ترتيب لحقوق الأفراد و وضعية السكان في البلد من حيث نوعية توزيعها و جملة النظم الاقتصادية و الثقافية و الدينية و الخلقية و اللغوية. و مستوى حضارة المجتمع و الفعالية التي يقوم بها، و الأوضاع الاجتماعية الطبقية، فهذه المظاهر تطبع شخصيات أفراد المجتمع بطابع عام مشترك .

تأثير غير مباشر: و هي المظاهر المؤثرة بمقدار الاتصال بها كالمحاضرات و الفعاليات الثقافية و الاجتماعية و دور القيادة و المؤسسات التعليمية.

7-4 – عوامل أخرى :

I. الخبرات الشخصية : أن الأطفال يلتقطون معلومات هامة عن الانفعالات من خبراتهم الانفعالية الخاصة و من ثم فان الأطفال يتأملون الانفعالات في أنفسهم و يفكرون في الروابط بين الانفعال و الحدث و يستخدمون هذه العلاقات في معارفهم المرتبطة بالانفعال . (السمدوني: 2007 ص 181)

II.بيئة الرفاق : مع تزايد النضج يصبح للرفاق دور مؤثر و أكثر بروزا على التطبيع الاجتماعي الانفعالي، و في دراسة سارو 1996 يشير إلى أن الإخوة الأكبر سنا يفرضون نمطا من التطبيع الاجتماعي، و يتصرفون مع الانفعالات الايجابية و لا يصدرون ردود فعل سلبية على الانفعالات السلبية أما الإخوة الأصغر سنا يحدثون قدرا اكبر من المعرفة الانفعالية .

III.وسائل الإعلام : تلعب وسائل الإعلام دورا هاما في النمو الانفعالي، كمشاهدة التلفزيون و التعرض لوسائل الإعلام الأخرى تزود الأطفال بفرص التعلم بالملاحظة عن التعبير الانفعالي و إدارة الانفعال. (السمدوني : 2007 ص182-183)

8- تنمية الذكاء الوجداني:

الذكاء الانفعالي بعكس الذكاء العقلي و نسبة الذكاء التقليدية لا يخضع للوراثة و إنما يمكن اكتسابه و تعلمه، حيث كشفت بحوث العلماء في هذا الصدد أن الذكاء الوجداني يمكن التدرب عليه و تنميته من خلال كثير من الأساليب. و هناك بعض المدارس في الولايات المتحدة أدرجت في برامجها مادة التربية الانفعالية éducation émotionnelle.

و تقول مديرة إحدى المدارس karen stone Mc Cown ، عندما حاورها جولمان في نوفمبر 1993 في مجلة New York Times : إن الحياة الانفعالية للطفل تؤثر كثيرا في تعليمه و دراسته، يجب أن تكون جيدا في الانفعالات كما تكون جيدا في الرياضيات و اللغة. ومن بين تلك الأساليب إتباع التوصيات التالية :

-الوعي بالذات: حاول أن ترى نفسك كما هي لا كما يجب أن تراها، ستواجهك بعض المصاعب حيث ان الدفاعات النفسية مثل الإنكار و التبرير، و النزعة الفطرية لحفظ الذات ستحول بينك و بين هذه الرؤية الموضوعية، لذلك اسأل الناس المخلصين الصادقين من حولك أن يحدثوك عن نفسك بصراحة و تقبل رؤيتهم حتى و لو لم تعجبك. تدرب جيدا و طويلا على قراءة ما يدور بداخلك من أفكار و ما بداخلك من مشاعر.

-تقبل ذاتك: تقبل الذات لا يعني موافقتها على ما هي عليه دائما، و انما هي مرحلة مهمة يبدا منها التغيير.

– لا تحاول السيطرة على الآخرين: فبدلا من السيطرة و التحكم في الآخرين حاول أن تتعاون معهم و عندما يكون هناك صراع او خلاف مع طرف أخر فحاول أن تصل إلى حل يكون فيه الطرفين رابحين.

– كن مستعدا لتغيير علاقتك الاجتماعية : تجنب الناس و المواقف التي تطرح أسوا ما فيك و احرص على أن تعرض نفسك للناس و للمواقف التي تطرح أحسن ما فيك.

– ابحث عن معنى للحياة يتجاوز حدود ذاتك، ذلك المعنى الذي يعطيك منظورا واسعا للحياة و ليس ذلك المعنى المحدود الضيق، الذي لا يتجاوز حدود اهتمامك الذاتي.

–تعرف على نفسك: العمل على زيادة وعيك بنفسك و تنمية قدرتك على الإدراك او فهم مشاعرك و التواصل معها و السعي لترى كيف تختار من و عن الأخر نماذج و محاكاة لحياتك.

إن تعلم الذكاء الانفعالي يبدأ منذ الطفولة، فالدوائر العصبية المختصة بالانفعالات تعمل من خلال التجربة طوال طفولتنا فإذا ما وجد الطفل الإهمال أو أسيئت معاملته فان هذا يترك بصمته على الدوائر العصبية التي تتحكم في الانفعالات، بينما الطفل الذي ينشا بين أبوين لديهم القدرة على فهم المشاعر المختلفة و إظهار التعاطف لأطفالهم فهو أكثر تحكما في انفعالاته و لديه مهارات اجتماعية عالية كما انه كثير القدرة على الانتباه و التعلم و قليل الاستثارة. كما وجد أن الحياة الانفعالية الذكية تنعكس بشكل ايجابي على بيولوجية الأطفال و من ثم يفرزون نسبة اقل من هرمونات الانفعال التي تؤثر بشكل سلبي على مراكز التعلم .

- وقد أثبتت الدراسات إن الذكاء الانفعالي مهارة يمكن اكتسابها و تنميتها على مدى الحياة من خلال التعليم و القيم و الاحتكاك و الممارسة.

خلاصة الفصل:

– يعتبر الذكاء الوجداني من بين أهم الذكاءات التي يهتم بها الدارسون و الباحثون و لعل السبب في ذلك بكمن في الأهمية البالغة التي يتمتع بها هذا النوع من الذكاء، حيث يمثل طاقة مزدوجة لدى الإنسان تشمل مجموعة من القدرات العقلية و المهارات الاجتماعية و السمات الشخصية.

– و يقوم هذا الذكاء على فكرة مادها، أن نجاح الفرد في الحياة الاجتماعية أو المهنة لا يتوقف على ما يوجد لدى الفرد من قدرات عقلية فقط و لكن أيضا على ما يمتلكه الفرد من مهارات انفعالية و اجتماعية تشمل فهمه لذاته و لمشاعره و إدارته لها إلى جانب فهمه لمشاعر و انفعالات الآخرين و كذا أحسن توجيهه لها. و يشمل الذكاء الوجداني أبعادا و مهارات مختلفة و متعددة باختلاف و تعدد النظريات المفسرة لهذا المفهوم و من ابرز تلك النظريات نجد نظرية (Mayer and salovey ماير و سالوفي)، نظرية (Bar–on بار–اون) و نظرية (Golman جولمان).

و من خواص الذكاء الوجداني أو الانفعالي انه مكتسب، يمكن تعلمه و تطويره و تنميته.

الفصل الثالث
الاعاقة الحركية الدماغية

تمهيد

1 مفهوم الاعاقة الحركية الدماغية

2 اسباب الاعاقة الحركة الدماغية

3 انواع الاعاقة الحركية الدماغية

4 الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية

5 نمو ذوي الاعاقة الحركية الدماغية

تمـــهيد:

إن الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية ذات المصدر العصبي يعانون من إعاقات حركية متنوعة، منها عدم إمكانية الوقوف إضافة إلى بعض الحركات اللاإراديةو انعدام التوازن و عدم انسجام الحركات و صعوبات في النطق.

و كثيرا ما ترتبط هذه الإصابات الدماغية العضلية باضطرابات سمعية و حسية و ذهنية لكن بدرجات متفاوتة ، مما يستوجب تكفلا خاصا و شاملا متعدد الاختصاصات.

و يتناول هذا الفصل التعريف بهذه الإعاقة و اهم أعراضها و الأسباب المؤدية إليها و أنواعها و أكثر الاضطرابات المصاحبة لها، و تأثيرها على نمو الطفل.

1 مفهوم الإعاقة الحركية الدماغية:

- ان الشخص المصاب بالإعاقة الحركية الدماغية هو ذلك الفرد الذي تعوق حركته و نشاطه الحيوي فقدان او خلل او عاهة عصبية أصابت الأعضاء المؤدية للحركة بطريقة تحد من وظيفتها العادية بل يمتد و يشمل الحركات الإرادية و اللاإرادية (عطيات عبد العميد 1969: ص 233).

- و لقد حدد مفهوم الإعاقة الحركية ذات الأصل العصبي لأول مرة من طرف البروفيسور (G.Tardieu) سنة 1954 عند دراسة لمجموعة من الأطفال معاقين حركيا نتيجة لإصابة عصبية لكن سليمين عقليا لتفريقهم عن أطفال مصابين بالالتهاب الدماغي المصحوب بالتخلف العقلي (Le Metayer M:1990.Page11) .

- و في سنة 1968 اقترح Tardieu تعريف أوسع حيث يقول « هي نتيجة لإصابة، قبل او بعد او أثناء الولادة، غير تطوريه تتمثل في الشلل متعدد المظاهر، يمس في بعض الحالات أعضاء التصويب، و يمكن ان ترافقها إصابات حسية و إصابات جزئية في العمليات العليا باستثناء القصور العقلي » Gerouet.

فللإصابة ليست تطورية لكن تؤثر على النمو العصبي النفسي للسنوات الأولى من الحياة.

- في سنة 2006 تم اقتراح تعريف جديد للإعاقة الحركية الدماغية من طرف مجموعة أخصائيين « الإعاقة الحركية الدماغية هي تناذر يشمل اضطراب نمو الحركة و وضعية الوقوف له علاقة بإصابة غير تطورية على مستوى مخ الجنين او الطفل في مرحلة قبل النضج، و قد يصاحب اضطرابات الحركة غالبا اضطرابات حسية، إدراكية، معرفية و اضطرابات التواصل و السلوك و الصرع و بعض مشاكل على مستوى العضلات و الهيكل العظمي »(**Ila te BVAD 2006**).

هذا التعريف يتناول الفرد بكليته « ليس مرض يستدعي علاج خاص و إنما يتعلق الأمر بطفل يحمل تاريخه الخاص و العائلي، و تلازمه و تصاحبه أثار و تأثيرات مدى الحياة ».(**D ; le Metoyer M .le Roy-MACHERBEV : 2006 LLECSURT**).

نستخلص من هذه التعريفات ان الإعاقة الحركية الدماغية تجمع العناصر التالية :

- الإعاقة الحركية العصبية ناتجة عن تلف دماغي، فهي ليست مرضا و ليست وراثية و غير قابلة للشفاء.

- إنها اضطراب يحدث مبكرا في مرحلة ما قبل الولادة أوأثناءها أو بعدها في الفترة التي تكون فيها القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة لا تزال في طور النمو.

- الإصابة الدماغية غير تطورية و لكن القصور او العجز الحركي و الاضطرابات الجسمية أو المعرفية او الانفعالية المصاحبة متفاوتة الدرجة بحسب منطقة الدماغ التي تم تلفها او إصابتها، و الفترة العمرية التي وقعت فيها الإصابة و درجة و طبيعة الإصابة، علما ان نمو الدماغ يكون في مرحلة ما بين الولادة و السنتين.

2 أسباب الإعاقة الحركية الدماغية:

بالرغم من ان الأسباب المعروفة للإعاقة الحركية الدماغية عديدة جدا الا ان نسبة 30% من الحالات المصابة تبقى أسبابها غير واضحة.

و بما ان اهم مرحلة نمو الجهاز العصبي هي الفترة الممتدة من الحمل إلى السنتين، يمكن ان نقوم بتقسيم هذه الأسباب إلى مجموعات معتمدين على الفترة الزمنية التي تؤثر فيها هذه الأسباب على الحمل.

2-1 قبل الولادة : العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة إلى اي اضطراب او خلل يحدث منذ لحظة الإخصاب إلى غاية لحظة الولادة. و تمثل هذه العوامل المسئولة عن الإعاقة الحركية العصبية عن حوالي 40% من الحالات الكلية، و تتمثل هذه العوامل في:

- الأمراض الفيروسية في الأشهر الأولى من الحمل (الحصبة الألمانية، الزهري، التكسوبلازما) .
- التعرض لاشعة اكس.
- تسمم الدم (الزئبق ، بعض الادوية)
- النزيف الناتج عن الحوادث او الصدمات او لأسباب مرضية.
- الأمراض التناسلية و التهابات البولية .

تؤدي هذه العوامل الى : عيوب خلقية في الجهاز العصبي

عيوب خلقية في الأوعية الدموية

صغر حجم الرأس

نقص كامل في النمو

و يمكن الوقاية من هذه الأسباب :

- التحصين ضد الحصبة الألمانية للفتيات قبل الزواج
- عدم استعمال الأدوية دون استشارة طبية
- عدم التعرض لاشعة اكس أثناء الحمل
- استشارة الطبيب فور حدوث اي نزيف خلال فترة الحمل
- تشخيص و علاج الأمراض التناسلية.

2-2 اثناء الولادة : تشير العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة الى مجموعة من الأسباب التي قد تحدث منذ بداية المخاض الى غاية الولادة و تشمل هذه الأسباب حوالي 45-50 % من حالات الإعاقة الحركية العصبية. و تتمثل هذه الأسباب في :

- **نقص الأكسجين Hypoxie** : عدم وصول الأكسجين او الدم الى الجنين او المولود حديثا بشكل كافي، حيث يسبب موت الخلايا العصبية عند الجنين، و قد يحدث ذلك بسبب انفصال المشيمة في توقيت غير محدد لها. و من أسباب ذالك:

– التفاف الحبل السري حول الرقبة.

–نزول الحبل السري المبكر قبل نزول الطفل.

– الولادة القيصرية او الولادة بالملاقط (forceps).

– انخفاض ضغط الدم لدى الام.

– استخدام العقاقير المخدرة في عملية الولادة قد تؤثر على عملية التنفس لدى

الرضيع مما يؤدي الى نقص الأكسجين .

- **الولادة المتعسرة** : اي حدوث صعوبة في الولادة و خصوصا الولادة التي تتم في ظروف لا تتواجد فيها الإمكانيات الطبية و وسائل الإسعاف السريع .

- **الولادة المبكرة** : ان الطفل الخديج أكثر عرضة لتلف الدماغ خاصة اذا كان وزن المولود عند الولادة اقل من 1900غرام. 2

2-3 بعد الولادة : الفئة الثالثة من العوامل التي تؤدي الى حدوث الإعاقة الحركية العصبية هي تلك المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة، و هذه العوامل مسئولة عن حوالي 10-15% من حالات الإعاقة الحركية العصبية، و من أهم الأسباب:

- إصابات الرأس:

– سقوط الطفل من أماكن مرتفعة او أثناء الحوادث المنزلية او حوادث المرور.

– تعرض الطفل إلى عقاب بدني عنيف.

قد تسبب هذه الإصابات في نزيف دموي في الدماغ ينتج عنه تلف دماغي دائم.

- نقص الأكسجين : نتيجة الاختناق او الغرق .

- انخفاض مستوى السكر في الدم .

- الالتهابات و تشمل : التهاب السحايا ، التهاب الدماغ ، اليرقان النووي (ICTERE NUCLEAIRE) بمستوى مرتفع .

- الاضطرابات التسممية : تناول الأدوية و العقاقير بصفة غير مناسبة، او تناول المواد السامة مثل : الرصاص الزئبق او استنشاق الغازات السامة.

- الأورام الدماغية التي تصيب الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة .

- استسقاء الدماغ: (hydrocéphalie).

3 -أنواع الإعاقة الحركية الدماغية :

تحدث الإصابة بالإعاقة الحركية الدماغية نتيجة لعطب او خلل في مجموعة من الخلايا او الحزم العصبية التي تتحكم في مجموعة من العضلات. ان مكان الخلل و حجمه يختلف من حالة الى أخرى و عليه، تكون الأعراض مختلفة حسب نوع الإصابة و مكانها و درجة تأثيرها .

لذا تم تقسيم الإعاقة الحركية الدماغية الى عدة أنواع حسب شدة الإصابة ، مكان الإصابة ، و حسب الأعراض المصاحبة للإصابة .

3-1 تصنيف حسب شدة الإصابة : وهو التصنيف الذي يعتمد على شدة او درجة الإعاقة الحركية الدماغية ، و هي درجات قد تتغير مع العلاج الطبيعي و التمارين و تنقسم إلى :

3-1-1 الحالات البسيطة: حيث يستطيع الطفل المشي و استخدام أطرافه الأربعة بدون مساعدة دائمة له.

3-1-2 الحالات المتوسطة: حيث يحتاج الطفل إلى أجهزة تعويضية و تدريب على المشي و استخدام اليدين، و هو لا يحتاج إلى علاج طبيعي مستمر.

3-1-3 الحالات الشديدة: لا يستطيع الطفل المشي بسهولة، و يعتمد على الكرسي المتحرك في تنقلاته، و هو يحتاج إلى العلاج الطبيعي و التمارين بشكل مستمر.

3-2 التصنيف حسب مكان الإصابة:

قامت الجمعية الأمريكية بتقسيم حالات الإعاقة الحركية العصبية حسب موقع التأثير في الجسم و حسب المنطقة المصابة مع عدم التطرق الى التأثيرات غير الحركية، إلى عدة أنواع هي:

- ان يكون الشلل في الأطراف الأربعة من الجسم : الشلل الرباعي (Quadriplégie ou tétraplégie)
- ان يكون الشلل في نصف الجسم : الشلل النصفي : Hémiplégie
- ان يكون الشلل في الأطراف السفلية (paraplégie) اي الرجلين فقط (الكساح) وهي حالة نادرة عند الطفل المصاب بالشلل الحركي الدماغي .
- ان يكون الشلل في ثلاث أطراف الجسم (Triplégie) : الشلل الثلاثي
- ان يكون الشلل في طرف واحد من الجسم : Monoplégie: شلل أحادي الطرف .
- ان يكون الشلل في الأطراف الأربعة ولكن الشلل النصفي المزدوج في الأطراف السفلى أكثر وضوحا من الأطراف العليا .

- ان يكون الشلل في الأطراف الأربعة و لكن الشلل الشقي المزدوج في الأطراف العليا أكثر وضوحا منه في الأطراف السفلى .

- ان يكون الشلل في نصف الجسم و لكن الشلل في الطرف الأعلى أكثر منه في الطرف الأسفل.

- ان يكون الشلل في النصف الجسم و لكن الشلل في الطرف الاسفل أكثر وضوحا منه في الطرف الأعلى .

3-3 التصنيف حسب الأعراض المصاحبة :

للإعاقة الحركية الدماغية : هناك عدة أنواع :

3-3-1 التشنجي ألتقلصي : La spasticité

اكتشفه الدكتور Little في لندن عام 1961، يتميز بفقدان الطفل لتوازنه و ظهور حركات لا إرادية مع تشنجات عضلية في مواقع مختلفة حسب مكان الإصابة.

ونعني بالتقلص العضلي تيبس و شد العضلة في وضعية الانقباض نتيجة زيادة المقوية العضلية (Hypertonie).

هذا ما يجعل الحركات بطيئة و ضعيفة، و هذا النوع من الإصابة الأكثر شيوعا، حيث تحدث الإصابة بالنوع التشنجي في 50-60 %من الحالات تقريبا، و يتمركز مكان الإصابة في قشرة الدماغ.

كما ان 80% من حالات هذا النوع تعود الى الولادة المبكرة او ولادة الخداج . و الأطفال المصابون بالإعاقة الحركية العصبية من النوع التشنجي عادة ما يتأخرون في الحبو و الجلوس و المشي.

و تظهر العلامات الأولى كعدم السيطرة على عضلات الرقبة و الجذع، كما تكون اليدان مقبوضتين و المفاصل مطوية، و عند إيقاف الطفل للمشي فانه يقف على رؤوس الأصابع، كما ان الأطراف السفلية تكون ممدودة و متراكبة فوق بعضها كالمقص مع ميلان القدم الى الداخل . هناك تقلص في حركة العضلات المصابة وأخذها الشكل الانقباضي على الدوام (في حالتي الحركة والسكون).

تكون الأطراف مطوية عند المفاصل، فتصبح الحركة صعبة في ذلك الجزء مع وجود تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر ، تشوهات الحوض و تشوهات الأطراف، و نتيجة ذلك تصبح عضلات الجسم ضعيفة بسبب عدم استخدامها و بقائها في أوضاع مينية، و تؤدي الحركة المفاجئة الى انقباض شديد في العضلات، كما يجد الطفل صعوبة في بدء الحركة و الاستمرار بها.

3-3-2 الإلتوائي التخبطي : L'athetose

تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع حوالي 20-25% من الحالات و هو ناتج عن الإصابة على مستوى الجزء الأمامي الأوسط من الفص الجبهي، ينتج عنها عدم التناسق في العضلات مما يؤدي الى ظهور حركات لا إرادية غير منسقة تعيق الحركات الإرادية .

و تظهر هذه الحركات اللاإرادية حتى في حالة الاستقرار و الراحة و لكنها تختفي أثناء النوم.

و يتميز هذا النوع، بفترات تكون فيها زيادة في التناغم العضلي (العضلات تكون متشنجة و مشدودة) تتبعها فترات يكون فيها نقص في تناغم العضلات (العضلات تكون واهنة و مرتخية).

الأطفال المصابون بهذا النوع من الإعاقة الحركية الدماغية يكونوا بحاجة الى الكثير من الجهد و التركيز عند محاولة القيام بعمل معين مثل إمساك الكأس، لعدم إيجاد التوازن المطلوب في تناغم و تناسق الحركة، و وجود الرجفات و الارتعاشات التي تزداد حدتها مع التوتر و الانفعال .

3-3-3 الاختلاجية: L'ataxie

تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من الإعاقة الحركية الدماغية 5-10% من الحالات تقريبا .

و الشلل الاختلاجي ناتج عن إصابة او خلل على مستوى المخيخ الذي هو مركز تنسيق الحركات و التوازن فينتج إثرى ذلك صعوبة في ضبط التوازن و استقامة الجسم إلى جانب عدم الدقة في الحركات ، لذا يخطئ الطفل المصاب بهذا النوع في تعداد المسافات و إدراك العمق مما يؤدي الى تكرار سقوطه على الأرض، لذلك تجده يمشي و يداه ممتدتان إلى الأمام حتى يحافظ على توازنه. كما تظهر عليه ارتعاشات بشكل واضح عند القيام بحركة معينة مثل الكتابة و الأكل .

فالطفل الذي يعاني من الشكل الاختلاجي عليه ان يقاوم اضطرابات المشي و استقامة الجسم و دقة الحركات بتركيز النظر.

3-3-4 المختلط : Mixte

يمثل حوالي 5-10% من الحالات، و هو ناتج عن إصابة أكثر من منطقة في الدماغ بدرجات متفاوتة.

3-3-5 الأنواع الأخرى الأقل انتشارا :

- **عسر المقوية : Dystonie**

تظهر على شكل تحرك الجسم بشكل متقطع، حركات يأخذ فيها الجسم وضعيات غير سوية .

- **التيبسي : Rigidité**

يعتبر هذا النوع بالغ الحدة و يتميز بتوتر مستمر عند محاولة تحريك الأطراف، و نظرا لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب بهذا النوع صعوبة كبيرة في المشي.

- **الرجافي او الارتعاشي :**

- تتميز هذه الإصابة بحركات اهتزازية ارتعاشية غير منتظمة في الأطراف، و الارتعاش قد يكون قوي او ضعيف، كما قد يكون سريع، وبطيء، و يكون عادة قاصرا على عضلات معينة و يكون لاإرادي بصفة تامة.

4-الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية :

الإصابة بالإعاقة الحركية العصبية نادرا ما تقتصر على الجانب الحركي، فهي تمس جوانب أخرى مثل الجانب العقلي، الحسي، الإدراكي ... و تتمثل هذه الاضطرابات فيما يلي :

4-1 الإعاقة السمعية:

الإعاقة السمعية ليست شائعة بين الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية العصبية . و ان وجدت فهي تظهر على شكل الصمم الإدراكي اي أنها تخص مستوى التعرف على الأصوات أوالاقنوزيا السمعية Agnosie Auditive. فالطفل المصاب بهذه الإعاقة تكون لديه صعوبات في التمييز بين الصوامت المتقاربة مثل الصوامت المجهورة و المهموسة و هذا ما يعرقل فهم و تعلم اللغة.

4-2 الإعاقة البصرية:

50% من الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية العصبية يعانون من مشاكل بصرية، و يمثل الحول اي شلل العضلات نسبة 40% و يمثل ضمور العصب البصري نسبة 20%، كما لدينا ضعف البصر بنسبة 30 % إضافة إلى:

- أخطاء الانكسار و هي الأكثر تواجد عند النوع التشنجي و من أخطاء الانكسار لدينا طول النظر (hypermétropie) و هي حالة تتكون فيما الصورة خلف الشبكية، فيواجه الأطفال صعوبة من رؤية الأشياء القريبة منهم، و كذلك قصر النظر و هي حالة تتكون فيها الصورة أمام الشبكية فيواجه الطفل صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة عنه فيقربها من عينيه.

- مشكل الإدراك البصري حيث يتميز بصعوبة التمييز بين الأشكال و الألوان.

- مشاكل على مستوى المتابعة البصرية حيث لا يكون للطفل القدرة على تحويل نظره و توجيهه بطريقة تلقائية، و كذا اضطراب في التآزر البصري الحركي (Augustin p . p29)

4-3 – مشاكل النطق و الكلام

إن الكلام يحتاج الى تناسق في حركة مجموعة من عضلات الفم و اللسان ، لذا نجد ان بعض المشاكل كعسر الكلام، صعوبة الكلام و تأخر الكلام و الحبسة .

4-4- التخلف العقلي :

حوالي نصف المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية يكون مستوى ذكائهم اقل من 70، مع ان هناك صعوبة في تقييم مستوى الذكاء لديهم بالدقة المطلوبة بسبب وجود

المشاكل الحركية و الحسية وعدم القدرة الكاملة على التواصل مع الآخرين، كما يشمل العجز عدم القدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية و الأسرية (lLLling Worth R.S. 1978 P 353).

4-5- الاضطرابات الإدراكية :

تتمثل عملية الإدراك في محاولة تفسير المعلومات التي تصل إلى الدماغ عن طريق الحواس كما ان الإدراك عملية تفكيرية مرتبطة بالبنى المعرفية لدى الفرد و هو يتأثر بميولاته وبقدراته المختلفة خاصة الذاكرة.

و من أهم الاضطرابات الإدراكية التي نلاحظها عند المصابين بالإعاقة الحركية العصبية :

4-5-1 الإدراكات اللمسية و الحركية :

الطفل المعاق حركيا لا يستطيع تحريك شفتيه دون الاستعانة بالنظر، كما انه لا يتمكن من تحديد الموقع الذي لمسناه من لسانه و فمه ، كما انه لا يتعرف على الأشكال الهندسية المألوفة التي توافق سنه بمجرد اللمس دون استعمال الرؤية. **Agnosie (tactile)**.

4-5-2 اضطراب الإدراك السمعي:

يخص هذا الاضطراب الكفاءة في التعرف على المنبهات الصوتية التي تتعلق بالأصوات المألوفة مثل الموسيقى، أصوات الأشخاص.

4-5-3 اضطرابات الإدراك البصري:

في هذه الحالة، الطفل يرى الأشياء و لكن لايستطيع وصف شكلها و لا حتى لونها فلا يتعرف عليها، كما انه لا يستطيع تسمية الألوان المقترحة عليه، و لا تعيينها عن طريق

الصور بعد تسميتها كما انه يكون عاجزا عن التعرف على الرموز الخطية اي التعرف على الحروف، و يتميز بعدم فهم اللغة المكتوبة. و لا يتمكن الطفل المصاب بالإعاقة الحركية العصبية من المقارنة بين الألوان المتشابهة كما انه لا يتمكن من ترتيب الألوان من الفاتح الى الداكن او العكس (Mazeau .J .M.1995 P35).

4-6 صعوبات التعلم :

ان حوالي 15-20% من الأطفال ذوي الإعاقة الحركية الدماغية يعانون من صعوبات التعلم اي نقص أحد القدرات اللازمة للتعلم و فهم اللغة و استعمالها، و تعلم القراءة و الكتابة و الحساب .

4-7 الاضطرابات الفموية و مشاكل الأسنان و سيلان اللعاب :

يحدث نتيجة لشلل في عضلات الفم و البلع، فيصبح شكله غير جيد و رائحة فمه كريهة، مما يجعله منبوذا من المجتمع، ما ينعكس سلبا على نفسية الطفل. و من الصعب التحكم في سيلان اللعاب حتى عن طريق العلاجات الطبية و الجراحية .

4-8- تكرار التهابات الصدر و الأذن:

التهابات الرئة مع التهابات الأذن الوسطى من الحالات المتكررة مع الأطفال المصابين بمشاكل في عضلات الفم والبلع، في أغلب الأحيان يكون هناك عدم توافق بين البلع والتنفس فنلاحظ ان الطفل يشرق، و قد يتبعه صعوبة في التنفس بسبب ما يسمى بالالتهاب الكيماوي الذي يكون بيئة جيدة لتكاثر البكتيريا، و من ثم الالتهاب البكتيري للرئة.

والتهاب الأذن الوسطى يحدث نتيجة تكرار التهابات البلعوم و انسداد قناة أوستاش مما قد يؤثر على السمع، لذلك فإن الطفل المصاب بالإعاقة الحركية العصبية يحتاج الى متابعة و علاج مستمر.

4-9- صعوبة الأكل:

الكثير من العضلات التي تستخدم في الكلام تستخدم في الأكل و المضغ و لعدم وجود التوازن في حركات عضلات الفم و اللسان يكون هناك صعوبة في المضغ و المص أو الشرب من خلال المصاص، و في بعض الأحيان حتى المأكولات الصلبة، و هو ما قد يؤدي الى سوء التغذية.

4-10 عدم التحكم في البول :

في أغلب أنواع الإعاقة الحركية الدماغية هناك عدم تحكم في البول، مما يجعل العناية بالطفل صعبة على الوالدين و يجعله معتمدا على الحافظات، و ذلك له انعكاسات سلبية على نفسية الطفل، كما قالت فرانسواس .«ان الخصاء الشرجي و البولي يسمح للطفل بالتنقل و الاستقلالية مما يمكنه من التواصل و التفاعل مع الآخرين خارج إطار أسرته الصغيرة (. Françoise Dolto 1977 page) .

4-11 اضطرابات الإمساك :

ناتجة عن ارتخاء العضلات و سوء التغذية بسبب صعوبات الأكل. و يمكن التخفيف من حدتها باستخدام الأغذية الغنية بالألياف مثل الخضر و الفواكه و كذالك استخدام بعض الأدوية التي تزيد من حركة الأمعاء.

4-12 التقيوء :

يحدث نتيجة ارتخاء الصمام العضلي الواقع بين المرئ و المعدة و مع وجود مشاكل في عضلات البلع و الفم مما يفسر سهولة التقيوء و تكراره .

4-13 نقص النمو : إن سوء التغذية الناتج عن صعوبة الأكل بسبب ضعف عضلات البلعوم و الفم و كذلك تكرار الالتهابات الرئوية (التقيوء ، سيلان اللعاب) تؤدي إلى نقص النمو الجسمي.

4-14 التشوهات الجسمية:

نتيجة التصلب الدائم للمفاصل و الأطراف، و نقص النمو تحدث تشوهات متعددة للجسم منها تقوسات الحوض و العمود الفقري و أهمها :

- الجنف SCOLIOSIS: التقوس الجانبي للعمود الفقري
- الحدب KYPHOSIS: التقوس الخلفي للعمود الفقري
- البزخ LORDOSIS: التقوس الأمامي للعمود الفقري

مما يستدعي متابعة بالتأهيل الوظيفي لتجنب هذه التشوهات .

4-15 المشاكل السلوكية و النفسية :

السبب في حدوثها ليس الإصابة الدماغية، و لكن ترتكز الأسباب في الضغوطات النفسية على الطفل و العائلة مما يسبب له ضيقا و لمن يقوم برعايته. كما أن الإعاقة الحركية في سن مبكر تعيق الطفل على التفاعل الصحي مع من حوله و تحد من علاقاته بالمحيط مما يؤدي الى زيادة إحباط الطفل المصاب. و من أهم المشاكل السلوكية :

- **اضطراب النوم:**

إذا كان الطفل متيبسا فمن المتوقع عدم ارتياحه مما يؤدي إلى استيقاظه المبكر، ما يزعج الوالدين و يرهقهم. أما إذا كان مرتخيا واهنا أو يستخدم أدوية لمقاومة التشنج فقد نلاحظ نومه الكثير و قلة الحركة.

- **البكاء :**

تكرار البكاء قد يكون تعبيرا من الطفل على ضيقه من وضعه العام أو نتيجة عدم الاهتمام به و تلبية حاجاته (Le Métayer M 1979 PP 39-40) .

5 - نمو ذوي الاعاقة الحركية الدماغية:

لا يمكن دراسة الطفل ذو الإعاقة الحركية الدماغية دون التطرق الى نموه، ذلك أنه إذا كانت الإصابة العصبية غير متطورة فإن تأثيراتها على نموه الجسمي و العقلي و الانفعالي و الاجتماعي في تطور دائم و مستمر. لأن الإصابة مبكرة، في مرحلة تكون فيها أعضاء الطفل و خاصة المخ، غير ناضجة و مكتملة مما يعيق نموها و يخل بوظائفها.

5-1 تعريف النمو:

النمو هو عملية مستمرة، متتابعة و متكاملة من التغيرات التي تسعى بالفرد نحو اكتمال النضج و التي تتحول من خلاله إمكانيات الفرد الكامنة الى قدرات، مهارات ،صفات و خصائص شخصيته .

و هذه التغيرات تحدث على مستوى المجالات العقلية، المعرفية، الجسمية، الحركية، السلوكية، الانفعالية و الاجتماعية في مختلف مراحل حياة الفرد .

و يتأثر النمو بظروف مختلفة داخلية و خارجية ، و من الظروف الداخلية التي تؤثر على النمو لدينا الأسس الوراثية للفرد و التي تحدد نقطة الانطلاق لمظاهر النمو الجسمي، العقلي، الانفعالي و الاجتماعي.

و من الظروف الخارجية التي تؤثر في النمو نجد التغذية و النشاط الذي يتاح للطفل و كذلك أساليب المعاملة و التفاعل بين الطفل و بيئته.

2-5 مظاهر النمو عند الطفل المعاق حركيا:

إن أي طفل عند الولادة مزود بتجهيزات بيولوجية و استعدادات فطرية يتميز بها، تساعده على النمو عبر كل مراحل حياته. و مع نضج الوظائف الحركية و العمليات المعرفية التي تساعده على اكتشاف البيئة من حوله، و في تفاعل آمن ينبثق لدى هذا الطفل الإحساس بالكينونة، بوجود هوية مستقلة و منفردة بذاتها .

يتكون الطفل بتفاعله مع الآخرين و بوجود الآخرين فهذه الحلقة بين الطفل و من حوله هي التي تسمح له بالاكتشاف و التعلم كما جاء في قول Potel« النضج العصبي لدى الطفل و العلاقة و التفاعل مع المحيط يساعدانه على التمايز لكي يصبح كائن مستقل بكيانه و رغباته (Potel C 2008 P 206) .

هذا حال الطفل العادي فكيف بالطفل المصاب بالإعاقة الحركية الذي تكون قدراته على الاكتشاف و التفاعل محدودة ؟ .

ان اكتشاف الآباءإعاقة ابنهم تكون غالبا بمثابة صدمة تؤثر سلبا على علاقاتهم به و تفاعلهم معه، كما ان انشغالهم منذ الولادة بالفحوصات و الكشوفات الطبية و العمليات الجراحية قد تجعلهم يتعاملون مع هذا الجسم كآلة و يتناسون إنسانيته و كينونته و أحاسيسه « ان تمتلك جسم خاص بك هو أن تتعرف على ذاتك، أن تكون لديك أحاسيس و مدركات تثق بها و ترتكز عليها (Potel C . 2008, PP 106-108)

و الطفل المعاق حركيا يواجه جسما مصدر ألم و تأنيب لأن هذا الجسم موضع كل الأنظار الخارجية. (champonnois 2002) و باختلافه عن من حوله سيكون من الصعب عليه أن يتعايش به مما يقلل من تقديره لنفسه و فقدانه الثقة بذاته، خاصة و أن التأهيل الوظيفي في حد ذاته و إن كان ضروري يدعم فكرة الاضطراب و يتعامل مع هذا الجسم من زاوية الإعاقة فكيف يمكن لهذا الجسم أن تكون له أنا و أن يحمل هوية ؟.

ذلك أن أنا الجسم حسب G. HAAG تتكون بإحساس الطفل بالأمان القاعدي، هذا الأمان الذي يبنى عن طريق الحركات الأولية التي يقوم بها الطفل من تقلبات و تجميع الأطراف السفلى بالأطراف العليا ، و الالتفاف حول محور جسمه مما يساعده على تحديد فضائه الداخلي من الفضاء الخارجي و إدراك ما هو أنا و ما هو غير الأنا الأمر الذي لايستطيع المعاق حركيا القيام به، مما يعيق من استقلاليته و انفصاله عن من حوله .

5-2-1 النمو الجسمي:

ان أثر أللإصابة الدماغية على النمو الجسمي يبدو واضحا مع مرور الزمن فتظهر تقوسات و تشوهات على مستوى الصدر، و العمود الفقري و الحوض و الأطراف مما يخل بوضعيات الوقوف و الجلوس و يعيق بعض الوظائف كالقبض و المشي و الجري و هذا ما يعرقل استقلالية الطفل و يجعله يعتمد على الآخرين في ارتداء الملابس و الأكل و التنقل .

5-2-2 النمو العقلي:

غالبا ما يكون النمو العقلي في حدوده العادي لدى الطفل المعاق حركيا. الا انه في بعض الحالات قد نلاحظ عند بعضهم ضعف أو نقص في القدرات العقلية كاضطراب ثانوي ناتج عن عدم توفر أو تعرض الطفل للمثيرات، فيبدو الطفل غير قادر على التواصل و التفاعل، خاصة إذا نشأ في ظل أسرة تمارس عليه حماية زائدة، و تلبي كل حاجاته و رغباته لاهتمامها الزائد بالإعاقة أكثر من تقديرها لقدرات الطفل الحقيقية فتعيقه هذه الحماية من توظيف كفاءاته و تنميتها.

فلا يتسنى للطفل من استغلال حواسه و اكتشاف محيطه و بيئته، فالذكاء كما يعرفه Piaget ينشأ من الفعل (Action) كما أنه تحقيق للتوازن بإيجاد حل لموقف ما يشكل أزمة للفرد.

5-2-3 النمو الحسي حركي :

أن الطفل يولد و لديه تجهيزات بيولوجية، فجميع الحواس تبدأ في النمو و التطور منذ المرحلة الجنينية ، بينما تكون حركاته محدودة بسبب عدم نضج الألياف العصبية .

و الفحص العيادي عند الولادة يسمح باكتشاف بعض الاضطرابات أو الخلل في الجهاز العصبي .

1-الاستعدادات الحركية الفطرية:

هي القاعدة التي تبنى عليها حركة الطفل فهي استعدادات أو انعكاسات حركية أوتوماتكية موجودة لدى الطفل قبل أي تعلم و حسب Le Métayer ان الفحص العيادي لهذه الاستعدادات يساعد على الكشف المبكر للإعاقة الحركية الدماغية (Le Métayer2008, PP 9-14).

ولكن يبقى هذا التشخيص مبدئيا فقط لأن مرونة المخ (La Plasticité cérébrale) قد تسمح بتدارك بل تجاوز هذه الاضطرابات إذا توفرت المثيرات اللازمة لاثارة نشاطه.

لذا على الآباء الاستثمار في علاقاتهم مع أبنائهم و اكتشاف الطفل من زاوية ما لديه من قدرات و ما يستطيع فعله و مرافقته في جو آمن، و ليس النظر إليه من زاوية الإعاقة، و ما يترتب عليه من إنكار و إهمال أو شفقة و حماية زائدة.

وللحركة أهمية في حياة الطفل و نموه فهي التي تسمح له باكتشاف الفضاء من حوله و الدخول في تفاعل مع الأخر فالتحكم بالرأس يساعد الرضيع على تفحص المحيطين به، والإمساك الإرادي للأشياء يمكنه من معرفة حقيقة العالم الخارجي بأن يكون هو الفاعل و المجرب بيديه. كما تساعده اكتساب وضعية الجلوس على اتساع فضاء بصره ، و الحبو على الأطراف الأربع ثم المشي تسمح له بالتنقل وباكتشاف البعد المكاني و المسافة و ما هو مسموح و ما هو ممنوع فعله، وصولا الى استقامة الجسم التي تمكنه من الانفصال عن جسم أمه لتكون بذلك بداية التمايز و الإنفراد بكينونته . (Kouperrnich C ; 1956 PP 19-22)

2- القدرات الحسية:

يجب اكتشاف ضعف الحواس او فقدان حاسة من الحواس في فترة مبكرة حتى يتم استثمار الحواس الأخرى . ففي حالة ضعف حاسة السمع أو الإعاقة السمعية لايتمكن الطفل من التواصل اللفظي، فعلى المحيطين به اللجوء إلى استخدام الإشارات وتعبيرات الوجه والانتباه إلى ردود فعل الطفل لفهم حاجاته ورغباته .

وكذا بالنسبة لضعف البصر الذي يعيق المبادرة لدى الطفل بالتفاعل والتواصل يجب اللجوء إلى التعبييرات اللفظية واللمس لإشعار الطفل بالأمان وتحفيزه على التواصل .

5-2-4 النمو الانفعالي:

يعبر الطفل الوليد عن انفعالاته بالبكاء و الصياح تعبيرا عن انفعال الحزن و قد يضحك تعبيرا عن السرور الذي يبدأ قبل نهاية الشهر الثاني.

وفي فترة الطفولة تتسم انفعالات الطفل بالحدة والعنف متمسكا بمبدأ الكل أو لاشيء فهو بنور بدرجة واحدة لمختلف المثيرات.

ومن أهم الانفعالات الحب، الخوف و الغضب و الغيرة و قد تؤدي الانفعالات إلى تدعيم السلوك و توجيهه او إعاقته و تحطيمه.

إن للأسرة دورا أساسيا في مساعدة الطفل على تجنب السلوك الانفعالي و محاولة نصحه بما يفيده لأن دائرة اتصاله بالعالم الخارجي قد تشعبت.

يشيرمعوض إلى إن الأسرة التي يشيع في جوها الثقة و الوفاء و الحب و احترام شخصية الأفراد ينشأ أطفالهاعلى احترام الآخرين، أما الأسرة التي تعيش في جو مضطرب بالانفعالات الحادة فان أفراد هذه الآسرة يشيع بينهم الحقد و الغيرة و الكراهية و بالتالي سوء التوافق و الفشل (احمد محمد مبارك الكندري 1992 ص 120), و انفعالات الطفل المعاق تكون ردودا لانفعالات الوالدين و خاصة الأم، التي تكون انفعالاتها انعكاسا لاتجاهاتها نحو إعاقة مولودها سلبية كانت آم ايجابية.

5-2-5 النمو الاجتماعي:

في النصف الأول من العام الأول يبدأ الرضيع في الاستجابة الاجتماعية للمحيطين به و يظهر اهتمامه بما يجري حوله. و في نهاية السنة الأولى يكون علاقات اجتماعية مع الكبار أكثر منها مع الصغار و خاصة الوالدين و الإخوة و الأقارب و يميز الغرباء.

فالاتصال الاجتماعي يبدأ بالأم ثم الأب ثم الآخرين الموجودين بالبيت ثم خارجه.

و في السنة الثانية، تبدأ العلاقة الاجتماعية مع الأطفال، إلا انه يتخللها الشجار و التنازع على اللعب، و اللعب في هذا السن يكون فردي غير تعاوني.

و في مرحلة الطفولة يبدأ في تكوين الصداقات مع الأطفال الآخرين من أقرانه الذين يلعب معهم و يميل إلى الالتحاق بهم بصورة دائمة، و يميل في هذه الفترة إلى التعاون و التجاوب مع الأطفال و زملائه في المدرسة فيندمج معهم في النشاط الجماعي و يفتخر بأنه ينتمي إلى رفقاء اللعب. و حين يلعب معهم يشعر بالمسؤولية الاجتماعية اتجاه الآخرين، كما يميل إلى تكوين صداقات و علاقات اجتماعية مع من هم اكبر منه سنا.(احمد محمد مبارك الكندري 1992 ص 113-121).

و الطفل المعاق حركيا يجد صعوبة في اللعب الجماعي، فقد يرفض و يهمش من طرف جماعة الأطفال بسبب عدم قدرته على التناغم و الانسجام معهم، مما قد يسبب له الشعور بالإحباط و اللجوء أحيانا إلى السلوك العدواني و الغضب.

الجانب التطبيقي

الـفـصـل الـــرابـــع:
إجـــــراءات الـــدراســـــة

- تـمـهـيـد

1 -الـمـنـهـج الـمـتـبـع

2 -الـمـعـايـنـة

3 -مـكـان وزمـان إجـراء الـدراسـة

4 -الإجـراءات الـتـطـبـيـقـيـة للـدراسـة

4-1- الـدراسـة الإسـتـطـلاعـيـة

4-2- عـيـنـة الـــدراســة

4-3- أدوات الـــدراســـة

4-3-1- الـــمـقـابـلـة

4-2-2- الـمـلاحـظـة

4-2-3- الإخـتـبارات

4-2-4- الأسـالـيـب الإحـصـائـيـة الـمـسـتـخـدمـة فـي الـدراسـة

- خـلاصـة الـفـصـل

تمهيد:

تعد الدراسة الميدانية أحد أهم مراحل البحث العلمي، حيث أنها وسيلة هامة لجمع البيانات عن موضوع البحث بصورة موضوعية و منهجية، و للتحقق من الفرضيات التي يتم طرحها سابقا، إلى جانب كونها وسيلة لدعم الدراسة النظرية.

فبعد ان قمنا في الفصول السابقة ، بتحديد إشكالية الدراسة و الفرضيات الأساسية، إلى جانب أهمية الدراسة و الهدف منها و عرض أهم المفاهيم التي تضمنتها، و عرض الإطار النظري للدراسة ننتقل الى الجانب الميداني ، الذي نستهله بالمنهجية المعتمدة في هذا الجانب، حيث سنتطرق الى التعريف بالمنهج المتبع و العينة التي طبقت عليها الدراسة الأساسية و كيفية اختيارها و خصائصها، و كذاالأدوات المعتمد عليها لجمع البيانات مع عرض إجراءات تطبيقها ميدانيا، و أخيرا مختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات و اختبار الفرضيات.

1- منهج الدراسة:

ان نوع المنهج الذي يتبعه الباحث في دراسته يتوقف على نوع المشكلة التي يريد دراستها، و نوع العينة و خصائصها.

و المنهج بصفة عامة هو « الطريق المؤدي إلى الكشف عن حقيقة بواسطة مجموعة من القواعد لتحديد العمليات و الوصول إلى نتيجة محددة (فوزي عبد الخالق 76، 2007). و قد اعتمدنا في الدراسة الحالية على دراسة الحالة، لأن تنوع مظاهر الإعاقة الحركية الدماغية باختلاف أسبابها و فترة حدوثها تؤدي إلى تباين شديد في مدى تأثيرها على نمو الطفل النفسي والانفعالي والجسمي والاجتماعي مما يجعل فئة ذوي الإعاقة الحركية الدماغية فئة غير متجانسة بل فيها تباين كبير يصعب تناولها بالدراسة كمجتمع احصائي موحد و تعميم النتائج عليه مما جعلنا نلجأ الى دراسة الحالة و لأن دراسة الحالة منهج يسمح بالوصف الدقيق و إجراء المقارنة.

2-المعاينة:

تعتبر إجراءات المعاينة من الخطوات الأساسية في البحث، إذ يقوم الباحث باختيار عينة من المجتمع الأصلي للدراسة وفق معايير علمية لتسهيل عملية البحث بأقل جهد و أقل تكلفة، و يعد اختيار عينة البحث أمرا حيويا بالنسبة للباحث.

2-1 المجتمع الأصلي للدراسة :

قد عرف Grawitz بأن مجتمع البحث في العلوم الإنسانية هو مجموعة منتهية او غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا، والتي ترتكز عليها الملاحظات .

و نقصد بالمجتمع الأصلي، المجتمع الذي اخذنا منه عينة البحث و المتمثل في فئة ذوي الإعاقة الحركية الدماغية، المتواجدون في المؤسستين (المركز النفسي البيداغوجي بتمزقيدة ، ومستشفى محمد بوضياف بالمدية من اجل المتابعة الطبية و التأهيل الحركي) .

2-2 عينة الدراسة :

و يعني بها مجموعة الأفراد الذي يجري عليهم البحث و قد قمنا باختيار عينة الدراسة الحالية من المجتمع لكي تكون ممثلة له، حيث ذكر موريس أنجرس ان عينة البحث يتم اختيارها حسب البحث العلمي في العلوم الإنسانية ،حيث إذا لم نستطيع دراسة المجتمع الكلي للأفراد نقوم باختيار جزء منه فقط مع التأكد بأن الجزء المختار يمثل حقيقة المجموعة، هذا الجزء من الأفراد هو عينة البحث (Maurice , 1997).

2-3- حجم العينة :

هو عدد العناصر المنتقاة لتكون عينة، و من المتعارف عليه انه كلما كان حجم عينة الدراسة كبيرا كلما كانت النتائج المتحصل عليها أكثر دقة و تمثيلا.

لكن هناك بعض العوامل التي تمنع الباحث من تبني عينة كبيرة لدراسته .
و في الدراسة الحالية، نظرا لعدم تمكننا من حصر المجتمع الأصلي، تم تحديد العينة بستة أفراد موزعين على مجموعتين.

2-4- طرق المعاينة: هناك عدة طرق لاختيار عينة البحث، و في الدراسة الحالية، نظرا لصغر حجم المجتمع الأصلي وعدم تجانس خصائصه، كان اختيار عينة البحث بطريقة قصديه بحيث تم اختيار المجموعة التي تتوفر فيها شروط الدراسة.

3- مكان و زمان إجراء الدراسة: لكل دراسة إطار مكاني و زمان و يتمثل مكان و زمن إجراء الدراسة الحالية فيما يلي:

3-1 مكان إجراء الدراسة: يتطلب البحث عملا ميدانيا بهدف اختبار الفرضيات المصاغة، و عليه فقد تم إجراء الدراسة الحالية في:

° **المركز النفسي البيداغوجي بتمزقيدة:** الواقع على بعد 15 كلم من مقر ولاية المدية و الذي تم تأسيسه سنة 1982م، يتكفل المركز حاليا ب69طفلا مصاب بالإعاقة العصبية بكل أنواعها و الإعاقات الذهنية. في المركز نظام داخلي و نصف داخلي من الساعة الثامنة و النصف صباحا الى غاية الثالثة والنصف زوالا و يتبع البرنامج التربوي حسب قدرات و متطلبات كل طفل. يضم المركز فريق عمل يضم كل من:

* بيداغوجيين
* معاونات بيداغوجيات
* مختص أرطوفوني
* مختص نفسي

°**مستشفى محمد بوضياف** : الواقع في وسط مدينة المدية، يشمل على كل التخصصات الطبية و الجراحية، من بينها قسم التاهيل الوظيفي.

3-2- زمن إجراء الدراسة : تمت الدراسة الحالية في الفترة الممتدة بين ديسمبر 2016 - أفريل 2017.

4- الإجراءات التطبيقية للدراسة :

4-1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم مراحل البحث العلمي، و تعتبر مرحلة تجريب الدراسة بقصد استطلاع إمكانية التنفيذ (توفر العينة، مدى سلامة و ملائمة الأدوات المستخدمة في البحث) فالدراسة الاستطلاعية تهدف إلى:

التأكد من وجود العينة اللازمة للدراسة.

التأكد من وجود أدوات البحث و معرفة صلاحيتها و صدقها و ثباتها من أجل استعمالها في الدراسة الأساسية.

الكشف عن الصعوبات و النقائص التي يمكن مصادفتها في الدراسة.

و في ظل هذه المعلومات توصلنا إلى إمكانية إجراء الدراسة في مؤسستين :

- المركز النفسي البيداغوجي بتمزقيدة لتوفر المجموعة الأولى من العينة المتمثلة في ثلاثة حالات تعاني من إعاقة حركية دماغية دون اضطرابات معرفية استفادت من التكفل النفسي ضمن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالمركز.

- مستشفى محمد بوضياف بالمدية قسم إعادة التأهل الحركي و قسم المتابعة الخارجية لطب و جراحة الأعصاب. و ذلك لتوفر المجموعة الثانية من العينة المتمثلة في ثلاثة حالات تعاني من إعاقة حركية دماغية انصب اهتمام أوليائهم على الجانب الطبي أملا منهم في الوصول إلى الشفاء أو تحسين قدراتهم الحركية، مع تعليم أبنائهم في المدارس العادية.

4-2- عينة الدراسة:

انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية، تم اختيار عينة البحث بطريقة قصديه تتوفر فيها شروط الدراسة المتمثلة في :

*وجود إعاقة حركية دماغية منذ الولادة.

*السن: حدد من10-12سنة لأنها مرحلة العمليات المجردة.

*سلامة الأطفال من اضطرابات بصرية عميقة تعيق استخدام الاختبارات.

*مستوى الذكاء: العادي حيث تم إقصاء ذوي التخلف العقلي، و قد تم استخدام اختبار رسم الرجل و السجل الدراسي لتحديد مستوى الذكاء العام.

والجدول الأتي يوضح خصائص العينة :

- المجموعة الأولى المتواجدة بمركز تمزقيدة :

الحالات	السن	الجنس	درجة الإعاقة	التمدرس
ع.ب	12	ذكر	شديدة:شلل نصفي مع اضطرابات حسية و لغوية	غير متمدرس
ا.ع	12	ذكر	متوسطة	الخامسة ابتدائي
ح.ي	11	انثى	شديدة :النوع الاختلاجي	لا تدرس

الجدول رقم (1)

- المجموعة الثانية المتواجدة بالمستشفى

الحالات	السن	الجنس	درجة الإعاقة	التمدرس
ل.م	12	انثى	شلل جزئي ثلاثي : بسيطة	السنة الثالثة
ق.ل	11	ذكر	شلل جزئي في الرجل الأيسر : بسيطة	السنة الخامسة
س.ا	11	ذكر	شلل كلي في الأطراف السفلى : متوسطة	السنة الرابعة

الجدول رقم (2)

4-3- أدوات الدراسة:

من أجل جمع البيانات، يتوجب توفر و استخدام أدوات بحث معينة.
و في الدراسة الحالية تم الاعتماد على الادوات التلية:

4-3-1- المقابلة:

تعتبر المقابلة النفسية أداة ضرورية لا يمكن أن تعوضها أداة أخرى و ذلك من خلال استقصاء المعلومات و الوصول إلى بعض الحقائق التي تعجز بعض الأدوات الأخرى الوصول إليها ، و ما يميز المقابلة هو انطواءها على جانب تطبيقي وعلى أهداف تشخيصية، علاجية أو بحثية .

و يعرفها D . Lagache كالتالي: المقابلة هي وضعية انتقالية من التبادلات و التأثيرات اللفظية أساسا، بين شخصين على اتصال مباشر بهدف محدد مسبقا.

فهي إذن موقف من التبادل اللفظي وغير اللفظي التي يحصل من خلالها الباحث عن معلومات من المبحوث، معلومات أساسية يتم تسجيلها في السيرة الذاتية للفرد.

و في إطار الدراسة الحالية قامت الباحثة بعدة مقابلات فردية مع العينة و أوليائهم تم فيما جمع العديد من المعلومات و تسجيل الملاحظات و تطبيق الاختبارات مما سمح لها من تحليل المعلومات.

4-3-2الملاحظة:

حسب Pedinielli هي « أخذ الظواهر السلوكية في معناها و سياقها و ذلك من خلال تاريخ الفرد و ديناميكيته» الملاحظة وسيلة لجمع البيانات تستخدم في الحالات التي تتطلب الاتصال و الحضور المباشر يكون الملاحظ أثناءها في حالة انتباه شديد و يتبع منهج و خطة معينة، و هي تساعد على فهم و تحليل كل ما يقوم به المبحوث، لتقييم المشكل الذي يعاني منه.

و في الدراسة الحالية مكنتنا الملاحظة من رصد انفعالات أفراد العينة و تحليل تعبيرات و إيماءات الوجه و حركات الجسم و استقامة وضعياته.

4-3-3الاختبارات:

هناك اختبارات طبقت بهدف ضبط عينة البحث منها اختبار رسم الرجل لمعرفة مستوى الذكاء العقلي لانه قد تم إقصاء حالات التخلف العقلي المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية من الدراسة.

و هناك اختبار رسم العائلة و كان الهدف منه معرفة اتجاهات أفراد العينة نحو أفراد أسرهم و مكانتهم في العائلة انعكاسالاتجاهات أولياءهم نحو إعاقة الطفل.

وتم تطبيق استبيان الذكاء الانفعالي لمعرفة مستوى أفراد العينة مع إجراء مقارنة بين المجموعتين .

اختبار رسم الرجل:

يعرف اختبار رسم الرجل على أنه اختبار إسقاطي لتقدير ديناميات الشخصية و قياس الذكاء ،حيث يقدم الفاحص للطفل ورقة بيضاء ، قلم رصاص و ألوان ليرسم شخصا و ينجزه بالشكل الذي يريده مع اختيار جنس الشخص المرسوم حسب ما يميل إليه الطفل و لا بد من تحرير المفحوص من الوقت.
يطبق الاختبار على الأطفال بين 6 إلى 13 سنوات .

1/ لمحة تاريخية:

* Florence Goodenough كانت أول من صمم اختبار رسم الرجل سنة 1926 كقاعدة لاختبار ذكاء فقط مخصصا لأطفال بين 4-و 10سنوات، كانت تطلب منهم رسم شخص من الوجهة الأمامية بأفضل ما يستطيعون .
قامت بتطبيق الاختبار على 400 طفل أمريكي .

* Karen Mach over 1949 حولت الاختبار من مقياس للذكاء إلى تقدير الشخصية، فاقترحت اختبار رسم شكل بشري، على الطفل أن يرسم شخصا ثم أخر من جنس مخالف.

*.Harris(1963) : غير في تعليمات الاختبار حين يطلب من الطفل رسم رجل او امرأة ، يطبق من سن 3 إلى 15سنة ، وطبقه هو حينها على 275 طفل أمريكي .

2/ أدوات الاختبار:

ورقة بيضاء، قلم رصاص، ممحاة، مبراة و أقلام ملونة هناك اتجاه أخر يتقيد باستعمال ورقة بيضاء و قلم رصاص فقط.

3/ شروط تطبيقية

تقدم ورقة الرسم بشكل طولي

ترك الحرية للمفحوص بالرسم كما يريد

تدوين الوقت المستغرق في الرسم و تحركات الطفل أثناءه كملاحظات عيادية .

يمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي و في هذه الحالة يجد مراعاة تباعد المسافة بين المفحوصين.

4/ التحليل يكون من خلال الخطوات التالية :

ا/ قياس الذكاء :

هناك 51عنصرا يعطى للطفل درجة واحدة على كل عنصر موجود في الرسم ، من مجموعها نستخرج العمر العقلي AM حسب المعايير التي حددتها العالمة Goodenough بحيث أن لكل عدد من النقاط يعادلها عمر عقلي معبر عنه بالسنوات مثلا مجموع النقاط 22 يعادلها عمر عقلي ب8 سنوات، كما يجب تحديد العمر الحقيقي AR معبر عنه أيضا بالسنوات و يجب أن يتماشى مع وسيط الأعمار الموجود بين سلميين متتاليين فسن 6 سنوات يتماشى مع الأعمار الواقعة بين 5 سنوات و 6 اشهر ويوم و 6 سنوات و 5 أشهر و 29يوم.

نستخرج نسبة الذكاء بالمعادلة التالية : $QI = AM/AR \times 100$

اختبار رسم العائلة:

اختبار إسقاطي و كغيره من الاختبارات الإسقاطية يستخدم للكشف عن الخصائص الانفعالية و الاجتماعية و الميول و الاتجاهات و الدوافع النفسية الغامضة، و مؤشرات التوافق اللاسوي ، و المعطيات المبهمة للمفحوص و في بعض الحالات يساعد على تقدير الكفاءة العقلية (كارين ماكونر*1977* ص *6*) .

الرسم تعبير صادق عن رغبات الطفل و حاجاته و وسيلة لتسجيل حاضره و تطلعاته المستقبلية و تجسيد لمخاوفه و صراعاته، و مفهومه عن ذاته، و هي مرآة تعكس قيمه و اتجاهاته إزاء مختلف الأشياء و المواقف ، و نحو المحيطين به في أسرته و مدرسته، و جماعة الأفران، كما أنه وسيلة للتعبير و التنفيس عن المشاعر و العواطف و الانفعالات (عبر المطلب أمين القريطي ، *1995*، ص *5*).

لذلك تعد رسوم الأطفال شكلا من أشكال التواصل، فهي بمثابة رسائل موجهة للاخرين و وعاء الفكر و المشاعر.

ان رسوم الأطفال تعد انعكاسا لشخصية الطفل في سوائها وانحرافها، و في حالاتها الشعورية و اللاشعورية و من ثم فهي مفتاح لفهمها و تقويمها و توجيهها .

تقديم الاختبار:

وضعه لويس كورمان و أول من اقترح فكرة اختبار رسم العائلة هالس C . Hulse عام 1951، و ذلك في دراسته على الأطفال المضطربين انفعاليا كما استخدمه في دراسة اخرى على الاطفال العاديين، و قد أمكنه عن طريق هذا الاختبار التعرف على الصراعات النامية في مرحلة الطفولة، كما استنتج ان الأطفال يسقطون في رسومهم مشاعرهم الانفعالية العميقة و أحاسيسهم و اتجاهاتهم نحو أفراد أسرهم .

و في عام 1970 قام بينز و كوفمان بإعداد اختبار رسم أسرة نشطة أي أنه يطلب من الطفل أن يقوم برسم صورة لأفراد أسرته، بما فيهم الطفل ذاته، بحيث يجعل كل منهم يقوم بنشاط أو يعمل شيئا ما.

و يؤكد كل من كيمس و كاهان عام 1992 من ان إضافة عنصر الحركة و النشاط في رسم الأسرة يساعد المفحوص بدرجة أكبر على وصف علاقاته ببقية أعضاء الأسرة و إظهار الاتجاهات التي يتبناها، و مشاعره الداخلية عندما يكون منهمكا مع أفراد أسرته في نشاطات مشتركة.

كيفية تطبيق الاختبار:

نضع الطفل يجلس في طاولة تناسب مقاسه، و هذا شرط مهم جدا، نعطيه ورقة بيضاء و قلم رصاص أسود و يمكن إعطاء أقلام التلوين.

تكون تعليمة الاختبار كالتالي:

التعليمة: ارسم عائلة، ارسم عائلتك، ارسم عائلة كما تتخيلها أنت.

و أثناء الرسم يجب على الأخصائي:

-تشجيع الطفل على الرسم

-أن يعرف في أي مكان من الورقة بدأ الطفل الرسم و ما هي أول شخصية رسمها، و كيف رتب أعضاء و شخصيات العائلة.

-الاهتمام بالوقت المستغرق لرسم كل شخصية و مدى رجوعه إلى شخصية معينة و اهتمامه بإضافة تفاصيل أكثر لها.

-الرفض أو الكف، يمكن أن يحصل في بداية الاختبار او في أثنائه، يجب على الأخصائي ان يلاحظ وقت وقوع الكف عن الرسم وعند اي شخصية و متى وقع التوقف اثناء رسمها .

-و عند انتهاء الرسم على الأخصائي أن يقوم بطرح أسئلة حول العائلة للجالسين لأن رسم الطفل يدور حول ما هي الأشخاص الذين رسمهم وماهي المهام التي يقومون بها

-كما نطلب من الطفل إخبارنا عن الشخص المفضل لديه عاطفيا و لماذا، من هو الشخص الأقل لطفا في العائلة و لماذا، من هو الشخص الأكثر سعادة في الأسرة و لماذا، و من هو الشخص الأقل سعادة و لماذا.

الأمور التي يكشف عنها الاختبار:

* مشاعر المفحوص الحقيقية تجاه أسرته و طريقة معايشته للعلاقات التي يحتلها في إطار العلاقة الأخوية و الوالديه .

* معرفة تصور الطفل عن أسرته .

* الكشف عن استجابات الطفل العاطفية و السبب و الطريقة التي يوظف فيها المفحوص أفراد أسرته أوعكس ذلك.

* القدرة على معرفة آليات الدفاع التي يستخدمها المفحوص لمواجهة الخطر الذي يهدده .

طريقة تحليل الاختبار:

في هذا الاختبار نركز على ثلاث مستويات لتفسيره كالآتي :

المستوى الخطي

مستوى البيانات الشكلية

مستوى المحتوى و المضمون

فالأخصائي يقوم بملاحظة قوة الخط و سمكه أي درجة حدته و سواءه، و يمكن توضيح دلالات هذه الخطوط كالآتي :

* خطوط مرسومة بشكل واضح و تحتل مكان كبير في الورقة، امتداد حيوي واضح و كبير "الانبساط" بمعنى سهولة في الكشف عن الميول .

* خط ضئيل السمك و الحدة أو قصير متقطع: تثبيط الامتداد الحيوي:الحساسية و الخجل و كف الغرائز (كورمان).

*خط قوي : نزعات قوية اندفاعية وعدوانية : تحرر نزوي.

مستوى البيانات الشكلية

* رسم صغير جدا : مشكل في الحيوية وحدوث تثبيط للميول الطفيلية، الانطواء على الذات، خلل في الانبساط، دلالة على الخجل.

*رسم بخطوط متقطعة : نزوات عدوانية ،كف في الإشباع الحيوي أو ميول قوي للانطواء على الذات.

* خط غير واضح تقريبا : خجل مرضي وعدم القدرة على تأكيد الذات بالإضافة الى مؤشرات عصاب الفشل.

* رسم من اليمين الى اليسار : الرغبة في الرجوع إلى الماضي على أنه فترة مربحة بالتالي الميل الى النكوص نحو الماضي أي حركة نكوصية لمرحلة طفولة مبكرة أكثر سعادة على حسب كورمان .

*رسم من اليسار نحو اليمين : تطلعات نحو المستقبل بالإضافة الى ميل نحو الأب : حركة تدريجية طبيعية للنمو حسب كورمان .

* رسم في المنطقة العليا : نجده لدى الأفراد الحالمين المثاليين الذين يتمتعون بخيال واسع و يسعون للابتعاد عن الواقع.

* رسم في المنطقة السفلى : منطقة الأفراد الخاملين، الكسالى المتمركزين حول الذات.

* استعمال كامل للورقة وقد يطلبون ورقة ثانية، نجدها لدى الأطفال العفويين و لديهم اتساع حيوي.

* رسم أشخاص من حجم صغير ويحتلون مكان صغير في الورقة: رسم يشغل حيز صغير من الورقة ً نقص الثقة في النفس.ً

الهدف من رسم العائلة في الدراسة الحالية :

القاء الضوء على مدى إدراك الطفل المعاق لمجموعته الأسرية و مفاهيمه عن نفسه و أعضاء أسرته في السياق العائلي، و اتجاهه نحو كل منه، كما تعطينا فكرة عن العلاقات السائدة في محيط الأسرة مثلما يدركها الطفل .

حيث يكشف الطفل عن ذلك بطريقة لاشعورية من خلال المبالغة أو الحذف والإهمال في رسم الشخصيات، و الأحجام النسبية للوالدين و الإخوة و الأخوات و أوضاعهم في حيز ورقة الرسم، و علاقاتهم المكانية التي تعكس تقاربهم و تماسكهم أو انعزاليتهم و تباعدهم من خلال تتابع رسم هذه الشخصيات خطوطها و تفاصيلها .

اختبار الذكاء الانفعالي:

و هو من إعداد الباحثة، يهدف إلى قياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى الطفل المصاب بالإعاقة الحركية الدماغية منذ الولادة مع إجراء مقارنة بين من استفاد من تكفل نفسي في المراكز النفسية البيداغوجية مع أقرانهم خارج المركز، يتكون الاختبار من 21 عبارة تقيس ثلاث أبعاد الذكاء الانفعالي:

من : 1 –7 بعد الوعي بالذات

من : 8–14 بعد التعاطف

من : 15–21 بعد المهارات الاجتماعية

كل عبارة تحتوي على ثلاث اختيارات ينطبق عليا غالبا، ينطبق عليا أحيانا، لا ينطبق عليا. مع وجود بنود سالبة هي: 1، 3، 5، 7، 10، 16.

طريقة التصحيح

يوجد ثلاث اختيارات لكل عبارة فيتم إعطاء:

الدرجة 3 إذا كانت الإجابة ينطبق عليا غالبا

الدرجة 2 إذا كانت الإجابة ينطبق عليا أحيانا

الدرجة 1 إذا كانت الإجابة لا ينطبق عليا

بالنسبة للبنود الموجبة بينما يتم تنقيط البنود السالبة بالعكس بحيث تعطى:

الدرجة 1 : اذا كانت الإجابة ينطبق عليا غالبا

الدرجة 2 : إذا كانت الإجابة ينطبق عليا أحيانا

الدرجة 3 : إذا كانت الإجابة لا ينطبق عليا

و تجمع الدرجات التي تحصل عليها الطفل لكل بعد من أبعاد الاختبار و الدرجة الكلية للاختبار، و تتراوح هذه لأخيرة بين 21 و 63 و قد تم تصنيف مستوى الذكاء الانفعالي كالتالي:

من 21 – 30 : ضعيف

من 30 – 42 :متوسط

من 42 – 52 : جيد

من 52 – 63 : عالي

حساب صدق و ثبات الاختبار:

يقصد بصدق الاختبار أن يقيس الاختبار ما وضع لقياسه، و هناك عدة طرق لقياس الصدق كأن نقارن درجات المفحوصين على اختبار أخر صادق أو من تحليل فقرات الاختبار و معرفة مدى ارتباطها بالخاصية المراد قياسها، و يتم ذلك بعرض فقرات الاختبار على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص للحكم على صلاحيتها في قياس الخاصية المراد قياسها.

أما ثبات الاختبار فهو الذي يعطي نتائج متقاربة أو النتائج نفسها إذا طبق أكثر من مرة في ظروف مماثلة.

صدق المحكمين:

عرض الاختبار في صورته الأولية على عدد من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في علوم التربية والنفسية بجامعة المدية وكان عددهم (5) أساتذة ، حيث طلب منهم دراسة صدق الاختبار و التأكد من ملائمة العبارات لعينة البحث و مدى مناسبتها لقياس ما و ضعت من أجله، و كذلك سلامة الصياغة اللغوية.

و قد أبدى المحكمون موافقتهم على غالبية الفقرات مع إجراء بعض التعديلات على الفقرات المركبة و حذف البعض منها و تمت إعادة صياغة عبارات البنود و من ثم يكون الاختبار في صورته النهائية المؤلف من 21 بندا موزعة على ثلاث أبعاد قد خضع لصحة و صدق المحتوى، والملحق رقم (3) يوضح أسماء الأساتذة المحكمين .

-ثبات الاختبار:

تم التاكد من ثبات الاختبار بحساب :

معامل الاتساق الداخلي : طرقة ألف-كرونباخ :تم حساب معامل Alpha de cronbach. لاختبار الذكاء الانفعالي المكون من 21 بند، و كانت قيمة المعامل (0,786) و هي قيمة جيدة . مما يدل على أن الاختبار يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات .

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cron-bach	Nombre d'élé-ments
,786	21

الجدول رقم (3) يوضح قيمة معامل الثبات الفا-كرونباخ

معامل الإستقرار: طريقة التجزئة

تم حساب قيمة معامل Guttman Split-half لاختبار الذكاء الانفعالي ، وبلغت قيمة (0 ,857) ،كما تم التحقق منه عن طريق معامل Spearman Brown والذي بلغت قيمته (0,876) مما يشير الى انالاختبار يتمتع بدرجة جيدة من الثبات.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,376
		Nombre d'éléments	11[a]
	Partie 2	Valeur	,761
		Nombre d'éléments	10[b]
	Nombre total d'éléments		21
Corrélation entre les sous-échelles			,779
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,876
	Longueur inégale		,876
Coefficient de Guttman split-half			,857

a. Les éléments sont : Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11.

b. Les éléments sont : Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21.

الجدول رقم (4) يوضح قيمة معامل الثبات سيرمان بروات وقيتمان

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

تهدف المعاملات الإحصائية الى الكشف عن الفروق بين المتغيرات.

و في دراستنا اعتمدنا على بعض الحسابات للتحقق من ثبات اختبار الذكاء الانفعالي، و التحقق من فرضيات البحث التي تم طرحها.

* الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة البيانات المتعلقة بثبات الاختبار هي:

- معامل الاتساق الداخلي الفاكرونباخ
- معامل الإرتباط سيرمان بروان
- معامل الإستقرار قيتمان

* و لاختبار فرضيات البحث اعتمدنا على الإحصاء الوصفي المتمثل في :

- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- الخطأ المعياري

خلاصة الفصل :

تم التطرق في هذا الفصل الى المنهجية المطبقة في البحث ، فبعد الدراسة الاستطلاعية التي مكنتنا من تحديد العينة ومعرفة خصائصها ومكان إجراء الدراسة ، تم بناء اختبار الذكاء الانفعالي الملائم لاختبار فرضيات البحث .

الـفـصـل الـخـامـس
عـرض و تـحـلـيـل و مـنـاقـشـة الـنـتـائـج

تـمـهـيـد

1 – عـرض نـتـائـج الـحـالات

2 – عـرض و تـحـلـيـل نـتـائـج فـرضـيـات الـدراسـة

3 – تـفـسـيـر و مـنـاقـشـة الـنـتـائـج عـلـى ضـوء الـفـرضـيـات

4 – الاسـتـنـتـاج الـعـام

خـاتـمـة الـدراسـة

الـتـوصـيـات و الـمـقـتـرحـات

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضا للنتائج التي تم التوصل اليها، ثم تحليلها في ضوء فرضيات الدراسة و مناقشتها.

1/ عرض النتائج و تحليلها :

المجموعة الأولى:

الحالة الأولى:

م . ل : فتاة تبلغ من العمر 12سنة تدرس في السنة الثالثة ابتدائي، لها الرتبة الثانية في عدد الإخوة (4أخوات) الأم ماكثة في البيت الأب عامل يومي.

السوابق العائلية:

الأب عمره 43 سنة، لا يعاني من أي إعاقة أو مرض مزمن، مستوى التعليمي الرابعة ابتدائي.
الأم 40 سنة، لا تعاني من أي إعاقة أو مرض مزمن، لا تقرأ و لا تكتب.
المستوى الاجتماعي و الاقتصادي متوسط.
يسود الأسرة جو من الحب و التفاهم.

السوابق الشخصية :

ظروف الحمل و الولادة كانت طبيعية، و لقد لاحظت الأم بطأ النمو الحسي الحركي لدى الحالة منذ الأشهر الأولى. الإمساك باليد اليمنى (لانها تعاني من شلل جزئي في الذراع الأيسر) بعد السنة الأولى، الحبو السنة الرابعة ،المشي و الوقوف : بعد خمس سنين و بصعوبة إلى اليوم بسبب الشلل الجزئي على مستوى الأطراف السفلى.
النمو اللغوي: المناغاة في 8 أشهر، النطق بأول الحروف السنة الأولى.
ضبط الإخراج في السنة الثالثة.
اللعب الجماعي وخاصة مع الأصغر منها سنا.

- التاريخ الدراسي:

بداية التمدرس في ست سنوات النتائج الدراسية ضعيفة منذ البداية، أعادت السنة الثانية مرتين و نتائجها هذه السنة ضعيفة مع حبها و تقبلها للدراسة ، و القيام بواجباتها المنزلية و مراجعتها للدروس بحماسة لكنها تعاني من ضعف في الذاكرة.

- التاريخ الطبي:

تعاني الفتاة من شلل جزئي ثلاثي الأطراف: الذراع الأيسر و الأطراف السفلي تم اكتشافه منذ الأشهر الأولى من عمرها استفادت الحالة من عدة استشارات طبية و فحوصات متخصصة لم تتوصل الى تحديد موضع الإصابة على مستوى الدماغ (تكويني النشأة او جيني).

تتابع حصص من التأهيل الوظيفي للحفاظ على طلاقة العضلات و عدم تصلبها و مساعدتها على نمو سليم.

خلاصة المقابلات مع الوالدين:

غير متقبلين لفكرة التعايش مع الإعاقة و العمل على تطوير القدرات المتبقية، فالأم تقوم بمساعدة ابنتها و تلبية حاجاتها بعناية زائدة و لا تبذل أي جهد لتعليمها الاعتماد على نفسها في قضاء حاجاتها و العناية بذاتها فالأم تقوم بتحميمها وتمشيطها ... مع قدرة الفتاة على ذلك و لكنها قد تستغرق وقتا أطول.

و الأب منشغل بفكرة أن إعادة التأهيل الحركي و الفحوصات الطبية هي التي ستحسن من وضعها فهو لا يتأنى في التنقل من عيادة لأخرى و من مستشفى لآخر أو من طبيب لآخر لعرض حالة ابنته بحثا عن حل طبي او جراحة تجعل ابنته كغيرها دون إعاقة .

خلاصة المقابلات مع الحالة:

من خلال ملاحظة تفاعلها وانفعالاتها أثناء المقابلات تبدو غير واثقة بنفسها وتعاني من ضعف التوكيدية قليلة الإيماءات، و انخفاض في نبرة الصوت و يؤكد ذلك اختبار رسم الرجل.

نتائج الاختبارات:

أ / اختبار رسم الرجل :

° على مستوى الذكاء العقلي : تحصلت على درجة 70 التي تمثل حسب معايير Goodenough بطئ ذهني و هذا ما يؤكده سجلها المدرسي فقد أعادت السنة الثانية مرتين و لا زال تحصيلها الدراسي أقل من المتوسط .

° على مستوى الشخصية: رسمت نفسها بحجم صغير في وسط الورقة مع كبر حجم الرأس و عدم التناسق في محاور أعضاء الجسم، و الذراعان قصيران في اتجاه أفقي، و كذا القدمان قصيرتان.

و حسب التحليل : فإن الحالة تعاني من الشعور بالضغط اتجاه المحيط مع وجود صعوبات في الاتصال الاجتماعي و الميل إلى الانطواء نحو الذات و الخجل .

2-اختبار رسم العائلة:

استعملت الفتاة فضاء كبير من الورقة، فالأماكن البيضاء قليلة، رسمت عائلتها الحقيقية بداية من اليمين الى اليسار، جسدت كل أفراد أسرتها دون إنكار لأي شخص.

ما يميز الرسم، رسمها لنفسها بحجم صغير في أقصى اليسار بعد أختها الصغرى.

°التحليل على المستوى الخطي:

رسم الأشخاص بخطوط ضعيفة دلالة على تثبيط في الحيوية و الانطواء على الذات و الخجل.

الرسم متمركز في المنطقة الوسطى و من اليمين إلى اليسار دلالة على حركة نكوصية لمرحلة طفليه.

°التحليل على مستوى البيانات:

رسمت كل افراد الأسرة بشكل متشابه مما يدل على وجود علاقة ايجابية مع كل افراد العائلة دون تميز وأفضلية ، وقد تأكدنا من ذلك عند طرحنا لها بعض الأسئلة سواء في المقابلات الفردية أو بوجود والديها.

2/ اختبار الذكاء الانفعالي:

تحصلت م . ل على درجة 63/50 و هي درجة جيدة و في كل الأبعاد مما يدل على تمتعها بذكاء انفغالي جيد، و كانت درجة الوعي بالذات 20 و هي درجة عالية بينما تحصلت على 16 و 14 في كل بعدي التعاطف و المهارات الاجتماعية مما يدل على ضعف الكفاءات الاجتماعية لدى الفتاة.

الحالة الثانية :

الطفل س.أ : يبلغ من العمر 12سنة ينتمي الى أسرة تتكون من الوالدين و ثلاثة إخوة ذكور، هو أكبر إخوته، الأب تاجر في محل، ذو مستوى تعليمي ثانوي و الأم ماكثة في البيت لا تقرأ و لا تكتب.

السوابق العائلية:

الأب عمره 47سنة لا يعاني من أي مرض مزمن أو اعاقة.

الأم عمرها 33سنة لا تعاني من اي مرض مزمن أو اعاقة.

لا توجد اي قرابة بين الوالدين.

المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة متوسط.

السوابق الشخصية:

طفل كان مرغوبا فيه، ظروف الحمل و الولادة كانت طبيعية، يتمتع الطفل فيها بصحة جيدة بداية ظهور الاعاقة في عمر 13 اشهر، لا يحبو و لا يرتكز جيدا على قدميه و لا يمسك الاشياء بيده اليسرى.

و لقد تميز نموهالحسي الحركي ببطأ في الوقوف وصعوبة في المشي يرتكز على أصابع رجليه، مع ازدياد تيبس عضلات الاطراف السفلى بمرور السنين. و هو الآن مقعد على الكرسي.

النمو اللغوي كان في مستواه الطبيعي.

الطفل لا يعاني من مشكلات في النطق وانتاجه اللغوي غزير منذ سن الثالثة.

النموالانفعالي : تميز في الأشهر الأولى بكثرة البكاء التي كانت مصدر قلق وألم للأم .

النمو الاجتماعي :كان محبوب واجتماعي منذ الصغر يحب اللعب مع الاطفال و مشاركتهم في الالعاب الجماعية دون رفض أو تهميش .

التاريخ الدراسي :

الطفل متمدرس و هو في السنة الخامسة تحضيري الدراسي فوق المتوسط

التاريخ الطبي :

لم يصب بأي مرض استدعى الاستشفاء أو العلاج، لم يعرف سبب الشلل الثلاثي التيبسي الذي يعاني منه فجميع الفحوصات الطبية و الكشوف لم تتوصل الى تحديد موضع التلف العصبي ، يحتمل أن يكون جيني أو تكويني على مستوى الدماغ ، ولم يتوصل الطب الى علاج جذري للشلل و يبقى التأهيل الوظيفي و حقن الاسترخاء العضلي حل مؤقت.

خلاصة المقابلة مع الوالدين :

متقبلين لحالة ابنهما ،يحاولان مساعدته قدر الامكان لتعليمه و توفير احتياجاته، يشركونه امور حياتهم كباقي الاخوة ول اينظرون اليه من زاوية الاعاقة.

خلاصة المقابلة مع الحالة :

رغم انه مقعد على الكرسي، لا يبدو عليه الخجل و الاحباط بل هو متفائل في ملامح وتعابير وجهه ، يحلم بمستقبل زاهر.

نتائج الاختبارات

1- اختبار رسم الرجل:

°على مستوى الذكاء العقلي: تحصل على درجة 100 و هي حسب معايير Goodenoughتعبر على مستوى الذكاء العادي.

°على مستوى الشخصية : رسم في الاعلى، على اليمين، برأس كبير و أعين كبيرتان و بخطوط قوية دلالة على ان الطفل مثالي، متطلع للمستقبل، طموح يتمتع بالثقة بالنفس، و يعطي اهتمام كبير للحاجات الاجتماعية.

2- اختبار رسم العائلة:

رسم كل أفراد عائلته الحقيقية و نفسه دون انكار أي شخص ، بدأ برسم الوالدين من اليسار الى اليمين ، رسم نفسه بجانب أبيه في الاعلى ثم الأخ الأصغر بجانب أمه ثم في الأخير أخيه الأوسط في الأسفل.

°التحليل الخطي:

خطوط قوية غير متقطعة دلالة على الثقة بالنفس.

°تحليل المحتوى:

يبدو الطفل مثالي و طموح ، متفتح للمستقبل له مكانه وسط أهله ، لايعاني من الرفض و التهميش و لا نقص في المكانة.

3-اختبار الذكاء الانفعالي:

تحصل على 54 درجة يدل على تمتع الطفل بمستوى عالي في الذكاء الانفعالي في كل أبعاده التي كانت نتائجه فيها اكبر من المتوسط الحسابي لكل أبعاد الاختبار.

الحالةالثالثة:

الطفل ق.ل البالغ من العمر 11سنة، هو الطفل الوحيد لدى و الديه من أسرة متوسطة الحال يدرس في السنة الخامسة ابتدائي، يعاني من اعاقة حركية على مستوى الرجل اليسرى.

السوابق العائلية:

الاب متقاعد، عمره 69 سنة، كان حارس مدرسة ابتدائية، لا يقرأ و لا يكتب، يعاني من ضغط في الدم سبب له اعياء على مستوى القلب . الام ماكثة في البيت ، عمرها 55سنة ، لا تقرأ و لا تكتب.

عانا الزوجان من العقم لمدة طويلة حتى رزقا بهذا الولد، و مع ذلك فإن المعاملة الوالدية السائدة في الاسرة معتدلة دون تسلط و لا حماية زائد، تلبى حاجات الطفل بقدر امكانات الاسرة المادية المتواضعة.
المستوى الاجتماعي والاقتصادي متواضع.

السوابق الشخصية:

طفل مرغوب فيه كثيرا، كان الحمل به بعد علاج طويل للوالدين، الولادة كانت طبيعية و في أوانها، بحالة صحبة جيدة، كانت الرضاعة اصطناعية جميع مراحل النمو الحسي حركي (التحكم في استقامة الرأس، الجلوس، الحب، الوقوف، المشي) كانت طبيعية و في وقتها.
النمو اللغوي كان طبيعيا فالمناغاة كانت في الشهر الرابع و أول الكلمات في السنة الأولى، النطق سليما
ضبط الاخراج في السنتين و نصف.

التاريخ الطبي:

بدأت ملامح الشلل بعد السنة الثالثة عند ملاحظة ظمور القدم اليسرى و بداية الالتهابات على مستوى الساق مع صعوبة المشي و الوقوف عليها ومن ثم بدأت العلاجات الطبية الى ان اجريت له عملية جراحية في سن العاشرة و لكن بدون نتيجة بقيت الرجل مشلولة.

التاريخ الدراسي:

بداية التمدرس في سن السادسة، التحصيل الدراسي جيد إلا انه أعاد السنة الرابعة بسبب الاستشفاء و اجراء العمليات على مستوى القدم و العمود الفقري.

خلاصة المقابلة مع الحالة:

يتميز الطفل بتفاعل اجتماعي حيوي و بتعابير وجهه و ايماءاته الحيوية كما يظهر ثقة بالنفس و سهولة الاندماج و التواصل.

نتائج الاختبارات:

تحليل رسم الرجل:

°على مستوى الذكاء العقلي:تحصل على درجة 90 التي تمثل حسب معايير Goodenough ذكاء عادي.

°على مستوى الشخصية:

رسم شخص في وسط الورقة برأس كبير، وجه بشوش و عينان كبيرتان مع تناسق اعضاء الجسم مما يدل على شعور الحالة بالراحة النفسية و الرضى بالواقع و التفتح على من حوله و تكوين صورة سليمة لجسمه.

تحليل رسم العائلة:

لقد رسم الطفل كل افراد اسرته دون انكار لشخص، أو اضافة، في وسط الورقة بوجوه سعيدة، رسم نفسه الى جانب و الديه في اقصى اليمين و بحجم صغير مما يدل على تمتعه بمكانة في اسرته و الاهتمام و الرعاية و تلبية حاجاته مع الطموح و التطلع للمستقبل.

الذكاء الانفعالي:

تحصلت الحالة على درجة عالية في الذكاء الانفعالي (61) خاصة في بعدي التعاطف والمهارات الاجتماعية مما يدل على تمتع الحالة بالقدرة على التواصل مع الغير وفهم الأخر والاقبال على التعاون و المشاركة الاجتماعية و الاندماج في المجتمع فكل نتائجها كانت أكبر من المتوسط الحسابي لكل ابعاد الاختبار .

المجموعة الثانية :

الحالة الاولى:

أ .ع : طفل يبلغ من العمر 12سنة، ينتمي الى عائلة مكونة من الوالدين و4 اخوة (2ذكور و 2 اناث) يحتل المرتبة الثالثة بين اخوته، مستواهم الاقتصادي متوسط فالام ماكثة في البيت لم تتلق اي تعليم فهي لا تقرأ و لا تكتب، و الاب عون مهني في المحكمة، مستواه التعليمي اولى ثانوي.

السوابق الشخصية:

الطفل مرفوب فيه، ظروف الحمل و الولادة كانت طبيعية و في أوانها، بحالة صحية جيدة، كانت الرضاعة طبيعية و قد تمت عملية الفطام في السنتين.

جميع مراحل النمو الحسي الحركي (التحكم في استقامة الرأس، الجلوس، الحبو، الوقوف، المشي)، كانت طبيعية و في وقتها.

النمو اللغوي كان طبيعيا فالمناغاة كانت في الشهر السادس و أول الكلمات في السنة الأولى، النطق سليما، ضبط الاخراج في السنتين و النصف.

النمو الانفعالي و الاجتماعي : تميز بكثرة البكاء، اللعب الانفرادي، ثم الجماعي مع اخيه الاكبر و أخته و مع اطفال الحي.

التاريخ الطبي:

في سن الثالثة اصيب بإلتهاب السحايا مما استدعى استشفاؤه، كان هناك تأخر في التشخيص و العلاج مما تسبب في اصابة المخ (الفص الجبهي الايمن) نتج عنه شلل جزئي في نصف الجسم الايسر.

التاريخ الدراسي:

التمدرس كان في سن السادسة، تحصيلة الدراسي كان متوسط أعاد السنة الخامسة التي لم يتمكن من اجتيازها.

الدمج في المركز:

التحق بالمركز و عمره ست سنوات كان كثير الغياب بسبب الدراسة.

خلاصة المقابلة مع الوالدين:

الوالدان متقبلان لحالة ابنهما، و يعاملانه كبقية اخوته دون أفضلية و لا حماية زائدة يبذلان الجهد حتى يتمكن من الاعتماد على نفسه و تحمل المسؤلية، و في رايهما ان تواجده بالمركز قد ساهم بكثير في تعليمه قضاء حاجاته لوحده، و كذا الاندماج في الوسط الاجتماعي و الاقبال على التعاون و العمل الجماعي .

خلاصة المقابلة مع الحالة:

يبدو الطفل من خلال تعبيرات وجهه و نظرات عينية و ايماءاته انه يتمتع بسهولة في التواصل مع الاخر و فهم مشاعرهم و اقامة العلاقات معهم، مدرك لاعاقته و متقبل لها.

نتائج الاختبارات:

اختبار رسم الرجل:

°على مستوى الذكاء العام: تحصل على درجة 90 وهي درجة متوسطة حسب معايير Goodenough و هذا ما تؤكده نتائجه الدراسي

°على مستوى الشخصية: كان الرسم في الوسط، هناك تناسق في أعضاء الجسم، الذراعان على المستوى العمودي مما يدل أن الطفل واقعي في تفكيره و طموحاته.

تحليل رسم العائلة:

رسم الطفل إ.ع كل افراد اسرته دون انكار لشخص او اضافة، من اليسار الى اليمين بدءا بأخته الصغرى، مستغلا فضاء كبيرا من الورقة، و رسم نفسه الى جانب أبيه و أخيه الاكبر، بخطوط قوية دون تقطع دلالة على ثقته بنفسه، و على وجود علاقة ايجابية بين كل افراد اسرته، لا يشعر بالرفض او التهميش.

نتائج اختبار الذكاء الانفعالي:

تحصل الطفل على 49 درجة في اختبار الذكاء الانفعالي مما يدل على انه يتمتع بمستوى جيد، خاصة في بعدي التعاطف و المهارات الاجتماعية التي تحصل فيها على التوالي 17 و19 بينما تحصل على 14 في بعد الوعي بالذات و هي درجة اقل من المتوسط الحسابي للاختبار الاصلي (16،36).

الحالة الثانية:

ع – ب طفل يبلغ من العمر 12سنة، غير متمدرس التحق بالمركز النفسي البيداغوجي منذ سن السادسة هو أكبر أخواته الثلاث، الأب حارس و الأم ماكثة بالبيت

- الأب عمره 41 سنة لا يعاني من أي اعاقة أو مرض مزمن، مستواه التعليمي التاسعة .
- الأم 38سنة لا تعاني من أي اعاقة أو مرض مزمن لا تقرأ و لا تكتب، ماكثة في البيت.
- المستوى الإقتصادي و الاجتماعي متوسط.
- يسود الأسرة جو من التفاهم و الحب.

السوابق الشخصية:

- ظروف الحمل و الولادة كانت طبيعية.
- اصيب بحمى في أيامه الأولى من الولادة استلزم استشفاءه لمدة أسبوع.

لوحظ عليه منذ الولادة تاخر بسيط في النمو الحسي الحركي :

- الجلوس والحبو بعد سنة.
- المشي بعد حوالي سنتين
- اللغة : المناغاة في الأشهر الأولى و يعاني الطفل من اضطرابات في النطق.
- القبض باليد اليسرى، لأنه يعاني من شلل في الذراع الأيمن.
- عدم التحكم في الحركات الدقيقة سواء على مستوى اليدين او الرجلين.
- ضبط الاخراج في السنة السابعة
- قدرات عقلية متوسطة مع قوة الذاكرة رغم قلة التركيز و الانتباه.

التاريخ الطبي:

يعاني الطفل من شلل جزئي على مستوى الذراع الأيمن وإضطراب في التوازن وعدم التحكم في الحركات الدقيقة و اضطراب في التأزر البصري الفضائي و كذلك سيلان اللعاب .

لم تكشف الفحوصات و الكشوفات الطبية موضع الخلل في الدماغ (خلل نمائي بسبب الحمى).

لم يستفيد الطفل من متابعة التأهيل الوظيفي.

خلاصة المقابلات مع الوالدين:

- الأب متقبل لحالة ابنه و يسعى لمساعدته على تحسين وضعه.
- الأم جد متأثرة بحالة ابنها، غير متقبلة لوضعه فقد اصبحت قلقة و سريعة الإستثارة، تتعامل معه بقسوة في بعض الأحيان الى حد الضرب مع أنه يحاول أن يتقرب منها كثيرا و يتفهم سبب قلقها، و مدرك لمعاناتها النفسية .

خلاصة المقابلات مع الطفل:

يبدو الطفل حيوي، كثير النشاط و الحركة، يتمتع بثقة بالنفس و عدم الخجل من وضعه محبوب في المركز و يشترك في جميع النشاطات الجماعية، و يسعى لمساعدة الأخرين.

ليس لديه أصدقاء خارج المركز لا يتقبله الأطفال لأنه لا يستطيع أن يشاركهم في العابهم و هو مدرك لذلك، يغضب في بعض الأحيان و يتفهم الموقف احيانا أخرى .

نتائج الاختبارات:

رسم الرجل

°على مستوى العقلي: تحصل على درجة 90 التي تمثل حسب معاير Goodenough ذكاء متوسط .

° على مستوى الشخصية: يتميز رسمه بكثرة الخربشة لعدم تمكنه من قبض القلم بدقة بسبب خلل في الحركات الدقيقة و ارتجاف اليد عند الحركة، فالخط يبدو متقطع و رفيع. تمركز الرسم في الوسط ، و هو بحجم كبير خاصة الرأس مع وضوح العينين و الفم مما يدل على ادراك الطفل للواقع كما هو واهتمامه بالحاجات الاجتماعية من تواصل و احتكاك بالأخرين و البحث عن الاحترام و التقدير.

رسم العائلة:

رسم ع – ب كل افراد عائلته دون انكار أي شخص واضافة، رسم نفسه بجانب أمه ثم أبيه و أخيه الأصغر ثم أخته، الرسم تمركز في الوسط من اليسار الى اليمين.

تحليل رسم العائلة : يعبر الرسم عن تمتع الطفل بمكانة بين أفراد أسرته و سعادته بوجوده بينهم و تعلقه بهم و تفتح الأسرة على المحيط فالطفل لا يشعر بالنبذ و التهميش و له طموحات.

إختبار الذكاء الأنفعالي:

تحصل على 48 من 63 و هي درجة متوسطة و كانت درجاته في بعدي التعاطف و المهارات الإجتماعية 18 و18 مما يدل على تمتع الطفل بالكفاءات الإجتماعية اكثر منه بالكفاءات الشخصية.

الحالة الثالثة:

الفتاة ح .ي تبلغ من العمر11سنة، غير متمدرسة، التحقت بالمركز في سن السادسة، أكبر اخواتها (ثلاث أخوات) الاب شرطي و الام ماكثة بالبيت.

السوابق العائلية:

-الاب عمره 44سنة، شرطي، لا يعاني من اي اعاقة و لا مرض مزمن، مستوى التعليمي الثالثة ثانوي.

- الام عمرها 41سنة، ماكثة بالبيت، لا تعاني من اي مرض مزمن، ذات مستوى تعليمي ثالثة ثانوي.

- المستوى الاجتماعي و الاقتصادي متوسط.

- يسود الاسرة جو من التفاهم و التعاطف.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل كانت طبيعية، الطفلة كانت مرغوب فيها.

الولادة كانت عسيرة، عانت الحالة من نقص الاكسجين و فترة من غياب الوعي مما استلزم استشفاءها لمدة 15 يوم.

تميز نموها الحسي حركي بتأخر ملحوظ فالحبو و الجلوس في السنة.

المشي بعد سنتين و نصف.

ضبط الاخراج في السنتين.
اكتساب اللغة: المناغاة في السنة، النطق بعد سنتين.
اللعب الجماعي بعد ثلاث سنوات.

التاريخ المدرسي:

بداية التمدرس في سن السادسة، لكن سرعان ما رفضت في المدرسة بسبب عدم تمكنها من امساك القلم، مما دفع والدها على دمجها في المركز النفسي البيداغوجي بتميزقيدة الى يومنا هذا.

التاريخ الطبي:

تعاني الفتاة من اعاقة حركية دماغية من النوع الاختلاجي فهي لا تتحكم في حركات جسمها مع ضعف وضعية الوقوف و توازن الجسم و الرأس، و اضطراب اللغة، كما تعاني من مشاكل بصرية (الحول و ضعف البصر).

خلاصة المقابلة مع الوالدين:

الام متقبلة لحالة ابنتها مع مرور الوقت و هي تحاول ان تساعد الفتاة على تقبل حالتها لأنها تعاني من أزمات نفسية و نوبات غضب، وعناد لعدم مشاركتها الاخرين في لعبهم. و تدفع ابنتها الى الاعتماد على نفسها في قضاء حاجاتها و العناية بذاتها رغم تلقي الحالة صعوبات في ذلك بسبب كثرة الارتجاف و الحركات للارادية .

خلاصة المقابلات مع الحالة:

تتمتع الطفلة بالثقة بالنفس و ترغب في الدراسة و الكتابة و تقول عن نفسها انها تغضب لانها لا تستطيع الكتابة بسبب اعاقتها و هي تامل في تحسن و ضعها بالتدريب و لكن سرعان ما تصاب بالفشل و الاحباط.

سعيدة بوجودها بالمركز لان لديها صديقات مثلها يشاركنها نفس الآلام، وتتفاعل معهن دون حرج على عكس اطفال الحي الذين غالبا ما يسخرون منها مما يسبب لها الالم.

نتائج الاختبارات:

اختبار رسم الرجل:

°على مستوى الذكاء العقلي: تحصلت على درجة 100 و هي درجة الذكاء العادي حسب معايير Goodenough.

°على مستوى الشخصية : فالرسم متمركز في الوسط، مع كبر حجم الرأس و عدم تناسق أعضاء الجسم، الطفلة مدركة للواقع، واقعية في تصورها، بحاجة الى اشباع الحاجات الاجتماعية التي توليها اهمية كبيرة، و تعاني من فقدان التوازن.

اختبار رسم العائلة:

رسمت كل افراد اسرتها بحجم كبير، استعملت كل فضاء الورقة ، و الديها في الوسط مع فضاء واسع لوالدتها و من حولها البنات الثلاثة.

اشكال غير واضحة بخط متقطع بسبب الارتجاف و الحركات الارادية

يدل الرسم على شعور الفتاة ا بمكانة في اسرتها و تقبلهم لها.

اختبار الذكاء الانفعالي:

تحصلت الفتاة على درجة 52 في اختبار الذكاء الانفعالي مما يدل على انها تتمتع بمستوى عالي، في كل ابعاده التي كانت نتائجها اكبر من المتوسط الحسابي للاختبار.

2/ عرض و تحليل نتائج فرضيات الدراسة :

2-1 الفرضيةالأولى:

التي تنص على ً التكفل النفسي يؤثر في تنمية الوعي بالذات لدى اطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية

المجموعة الاولى			المجموعة الثانية		
العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
3	18,33	1,5	3	14,33	2,5

الجدول رقم (5)

من الجدول يتضح بان المتوسط الحسابي لفئة المركز النفسي بيداغوجي في بعد الوعي بالذات بلغ (14,33) و بانحراف معياري (2,5) اما المتوسط الحسابي لمجموعة الحالات خارج المركز بلغ (18,33) و بانحراف معياري (1,5) .

تشير هذه النتائج الى وجود فرق بين المجموعتين في بعد الوعي بالذات لصالح افراد المجموعة التى لم تتلق متابعة نفسية بالمركز.

2-2 الفرضية الثانية :

التى تنص على : التكفل النفسي يؤثر في تنمية التعاطف لدى اطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية

المجموعة الاولى			المجموعة الثانية		
العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
3	18,67	2,082	3	17	1

الجدول رقم (6)

من الجدول يتضح بان المتوسط الحسابي لفئة المركز النفسي بيداغوجي في بعد التعاطف بلغ (18,67) و بانحراف معياري (2,8) اما المتوسط الحسابي لمجموعة الحالات خارج المركز بلغ (17) و بانحراف معياري (1).

وتشير هذه النتائج الى انه لا يوجد فرق واضح بين المجموعتين في بعد التعاطف.

2-3 الفرضية الثالثة:

التى تنص على : للتكفل النفسي دور في تنمية المهارات الاجتماعية لدى اطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية.

المجموعة الاولى			المجموعة الثانية		
العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
3	20,33	0,577	3	18,67	0,577

الجدول رقم (7)

من الجدول يتضح بان المتوسط الحسابي لفئة المركز النفسي بيداغوجي في بعد المهارات الاجتماعية بلغ (20,33) و بانحراف معياري (0,577) اما المتوسط الحسابي لمجموعة الحالات خارج المركز بلغ (18,67) و بانحراف معياري (0,577) .

تشير هذه النتائج الى انه لا يوجد اثر ملحوظ للتكفل النفسي بالمركز في تنمية بعد المهارات الاجتماعية لدى الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية .

2-4 عرض و تحليل نتائج الفرضية العامة:

التي تنص على (للتكفل النفسي دور في تنمية الذكاء الانفعالي لدى الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية)

لايمكن الجزم بتحقيق الفرضية العامة الا بتحقيق الفرضيات الجزئية ونظرا لكون الفرضيات لم تتحق كلها ، فقد أسفرت نتائج على عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين (داخل وخارج المركز النفسي البيداغوجي) يمكن القول ان الفرضية الرئيسية لم تتحقق اي انه لايوجد اثر للتكفل النفسي بمركز تمزقيدة في تنمية الذكاء الانفعالي لدى الاطفال الصابين بالاعاقة الحركية الدماغية.

3-تفسير و مناقشة نتائج الفرضيات:

3-1 نتائج الفرضية الأولى:

لقد أظهرت نتائج الفرضية الأولى عدم وجود أثر للتكفل النفسي في تنمية بعد الوعي بالذات لدى الأطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية المتواجدين بالمركز النفسي البيداغوجي بتمزقيدة مقارنة بالعينة المختارة خارج المركز و التي لم تتابع تكفلا نفسيا و هذا راجع الى أن غالبية أطفال المركز اعاقتهم شديدة و تصاحبها عدة إضطرابات و لا يزاولون أي تعليم مدرسي يساعد على تنمية قدراتهم المعرفية لان الوعي بالذات يستلزم قدرة ما وراء معرفية، فلقد توصلت عدة دراسات الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من الذكاء الانفعالي و الذكاء العام و التحصيل الدراسي.

3-2 تفسير نتائج الفرضية الثانية و الثالثة :

لقد أسفرت نتائج الدراسة على عدم وجود فروق جوهرية في تنمية بعدي التعاطف و المهارات الاجتماعية لدى فئة الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية بين المجموعتين.

و لأن التعاطف و المهارات الاجتماعية بعدين من أبعاد الذكاء الانفعالي يندرجا ضمن مكون الكفاءة الاجتماعية للذكاء الانفعالي يمكن تنميته بالتواصل و التفاعل و الاحتكاك بالاخرين ، و كانت نتائج كل افراد المجموعتين في هاذين البعدين عالي، فالمتوسط الحسابي في كلتا المجموعتين اكبر من المتوسط الحسابي للاختبار لذى لا يبدو اثر تنمية بعدي التعاطف و المهارات الاجتماعية لدى الفئة المتواجدة بالمركز رغم اعاقتهم الشديدة التي لا تسمح لهم بالاحتكاك بالاخرين في محيطهم الاصلي.
فغالبيتهم قد رفضوا في المدارس العادية و ليس لديهم اصدفاء في احيائهم لعدم قدرتهم على مشاركتهم و مسايرة وتيرتهم في اللعب .

الاستنتاج العام:

الذكاء الانفعالي ذكاء مكتسب يمكن تنميته و تطويره, و يشمل على كفاءة شخصية (تتضمن الوعي بالذات) و كفاءة اجتماعية (تتضمن التعاطف و المهارات الاجتماعية).

و الطفل ذو الاعاقة الحركية الدماغية عرضة لاضطرابات نفسية و اجتماعية بسبب الضغوط التي يواجهها و اسرته. و تنمية الذكاء الانفعالي تساعده على تحقيق التوافق الشخصي و الاجتماعي و الرضا عن الحياة, و النجاح في الحياة الاجتماعية و المهنية.

و مراكز التكفل النفسي بخدماتها النفسية و البيداغوجية و مختلف نشاطاتها الاجتماعية, تسمح للطفل المعاق من تطوير ذاته و فهمها و ضبط انفعالاته. و الاحتكاك بالاخرين و مشاركتهم تساعده على تقبل الاخرين و تفهم انفعالاتهم, و التواصل والتفاعل معهم.

و الدراسة الحالية التي هدفت الى معرفة مدى تاثير التكفل النفسي بالمركز النفسي البيداغوجي على ابعاد الذكاء الانفعالي توصلت الى:

- انه لا يوجد فرق جوهري في مستوى الذكاء الانفعالي لدى ذوي الاعاقة الحركية الدماغية بين من تم دمجهم في المركز و عينة من المعاقين حركيا لم يتلقوا متابعة نفسية, و كان تعليمهم في المدارس العادية, ذالك ان حالات المركز كانت شديدة الاعاقة مع اضطرابات حسية و لغوية,كما ان غالبية اطفال المركز من ذوي الاعاقة الذهنية مم يستلزم طرق و وسائل خاصة للحصول على نتائج احسن.

- ان الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية يتمتعون كغيرهم من الاطفال العاديين بذكاء انفعالي عادي.

التوصيات و المقترحات:

1-اجراء دراسات مماثلة مع عينات اخرى

2-ادراج التربية الانفعالية، كمادة أو ضمن محتوى البرنامج الدراسي للاطفال في المدارس العادية و الخاصة.

3-بناء برامج لتنمية الذكاء الانفعالي في مختلف المؤسسات الاجتماعية (مدارس ، مراكز التكوين ، سجون الاحداث)لان الذكاء الانفعالي يعمل على الحد من العنف و الانحراف.

4-من النتائج المتفق عليها في الذكاء الانغعالي قدرته علي التنبؤ بالنجاح اكثر من اي مقدرة عقلية او اجتماعية اخرى ، وعليه يجب الاهتمام بتطبيق قياساته في مجال التربية و التعليم و الصحة و العمل .

5-الاهتمام اكثر بفئة ذوي الاعاقة الحركية الدماغية.

قـائـمـة الـمـراجـع

1- الـمـراجـع بـاللـغـة الـعربيـة:

- احمد عكاشة 2005 علم النفس الفسيولوجي ، ط 10 ، مكتبة الأنجلوالمصرية ، القاهرة ، مصر .

- احمد محمد مبارك الكندري 1992 ، علم النفس الأسري ، ط 2 ، مكتبة الفلاح ، الكويت .

- ابوناشئ ، منى سعيد وحسونة ، أمل محمد 2006 الذكاء الوجداني ، الدار العالمية للنشر والتوزيع القاهرة .

- السيد ابراهيم السمادوني 2007 الذكاء الوجداني اسسه ، تطبيقاته تنميته ، ط1 ، دار الفكر ، عمان ، الأردن .

- بام روينس وجان سكوت ، الذكاء الوجداني ترجمة صفاء الأعسر وعلاء الدين كفافي 2000 ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، عبده غريب ، مصر.

- حامد عبد السلام زهران 2005 الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط4 ، علم الكتب ، القاهرة .

- حامد عبد السلام زهران : 2005 الإرشاد والتوجيه النفسي ، علم الكتب ، القاهرة ، مصر .

- دنيال جولمان ، الذكاء العاطفي ترجمة ليلى الجبالي 200 ، علم المعرفة ، الكويت.

- عبد الرحمان الوافي 2008 ، مدخل الى علم النفس ط3 ، دارهومة ، الجزائر .

- عبد المجيد بن طاش نيازي ، صالح بن عبد الله أبو عبادة 2000 ، الإرشاد النفس و الإجتماعي ، الرياض .

- فيصل عباس 1996 الإختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها ط1، دار الذكر العربي ، بيروت، لبنان

- فتحي عبد الرحمان جروان 2012 :الذكاء العاطفي والتعليم الإجتماعي العاطفي ط1 ، دار الذكر ، عمان ، الأردن .

- سعاد جبر سعيد :2007 الذكاء الإنفعالي و سيكولوجية الطاقة اللمحدودة ط1 ، جذرالكتاب العالمي عالم الكتب الحديث ، اربد، الأردن .

- سمير كامل أحمد 2000 الوجيه و الإرشاد النفسي مركز الأسكندرية للكتاب مصر .

- لويس كامل مليكة 1960 ، دراسة الشخصية عن طريق الرسم ، إختبار رسم المنزل و الشجرة و الشخص دار التأليف ، مصر .

- مصطفى حسن أحمد 1996 الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العادين ، ط1 ، مصر .

الرسائل الجامعية:

- محمود سعيد ابراهيم الخولي ، 2010 فعالية برنامج ارشادي في تنمية الذكاء الوجداني لخفض حدة السلوك العدواني لدى طلاب المدارس الثانوية الفنية . رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص « صحة نفسية ، جامعة الزقازق.

- نجاح أحمد محمد دويك : 2008 اساليب المعاملة الوالدية وعلاقتهما بالذكاء الإنفعالي و التحصيل الدراسي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة .

رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس / الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية غزة.

2-المـراجـع بـاللـغـة الـفرنـسيـة

- Alan R . Grossman , dassid Neavy 2004 Neuroanatomie , Elsevier SAS Paris – France

- Champonnais :2002 l'handicap moteur , aspects psychologiques Deficiences motrices et structuraires de l'handicap, APF

- Daniel Golman, 2014 L'intelligence emotionnelle integrale, edition J'ai lu, Paris, France.

- Françoise Dolto 1984 L'image inconsciente du corps ed Le Seuil paris-France

-Jean –François vibel All 2005 Neurophysiologie Elsevier, paris, France.

- Jean –Adolphe Rondel ,Michel Hurlg 1981 , introduction à la Psychologie de l'enfant, ed pierre Mardaga bruxelles

-HAAG G : 1997 consultation du moi corporel et des toutes premières étapes du developpement du soi CESAP formation 1997 pp 29-41

- Le Metayer M : 2008 les premiers signes cliniques de l'infirmité motrice cerebrale et les anomalies motrices

- Le metayer M : 1990 Reeducation cerebro –motrice du jeune enfant,

Education therapeutique, Ed Masson

- Mazeau J. M 1995 deficit visio-spatiaux et dyspraxie de l'enfant

Masson, paris. France

- Potel C 2008, infirmité du corps , espace intime , secret de l'Enfance

Et Psy 2008 /2, N : 39

- Truseelli D, Le Metayer M, Le roy Macherbe V : 2006, infirmité

motrice cerebrale, Ed Enc-Akos (traité de medecine).

الـــمـــلاحـــق

الملحق رقم (01)

بروتوكول اختبار رسم رجل لجوداتف

اسم ولقب المفحوص:.....

العمر : (.....) سنوات (.....) شهور

النقاط

1- الرأس.....

2- الساقان.....

3- الذراعان.....

4- الجذع.....

5- تناسب الجذع.....

6- وضوح اكتفين.....

7- موقع الأطراف.....

8- الموضع الصحيح للأطراف.....

9- العنق.....

10- مخطط العنق.....

11- العينان.....

12- الأنف.....

13- الفم.....

14- تجسيم الأنف والفم.....

15- المنخران.....

16- الشعر.....

17-موقع الشعر.....

18- الملابس.....

19- قطعتان من الملابس.....

20- ملابس غير شفافة.....

21- أربع قطع لباس.....

22- ثوب متكامل.....

23- الأصابع.....

24- عدد الأصابع.....

25- تفاصيل الأصابع.....

26- موقع الإبهام.....

27- تمايز اليدين.....

28-تواصل الذراعين.....

29- تواصل الساقين.....

30-تناسب الرأس.....

31-تناسب الذراعين.....

32-تناسب الساقين.....

33- تناسب القدمين.....

34- تجسيم الأطراف.....

35- كعب القدم.....

36-تناسق حركي عام.....

37- تناسق مدقق.....

38- تناسق اتصالات الرأس.....

39- تناسق تصالات الجذع.....

40- تناسق الأطراف.....

41- تناسق الملامح.....

42- الأذنان.....

43-موقع الأذنين.....

44- البؤبؤ.....

45- الحواجب والرموش.....

46- تناسب العينين.....

47- اتجاه العين.....

48- الجبين والذقن.....

49- تمايز الذقن.....

50- بروفيل أولي.....

51- برفيل كامل.....

المجموع ...../50

الملحق رقم (02)**اختبار الذكاء الانفعالي**

أرجو قراءة كل فقرة بتمعن و دقة، و تقدير مدى انطباق مضمونها على الطفل بوضع علامة (×) مقابل كل فقرة في العمود المناسب الذي يمثل درجة انطباق مضمون الفقرة عليه.

الرقم	الفقرات	ينطبق علي غالبا	ينطبق علي أحيانا	لا ينطبق علي
1	من الصعب علي أن افهم حقيقة مشاعري			
2	أرى نفسي كما يراها الآخرون			
3	أنا غير قادر على التعبير عن أفكاري للآخرين			
4	استطيع تحديد الشئ الذي يزعجني بدقة			
5	اغضب لأتفه الأسباب			
6	أدرك مواطن الضعف و القوة في شخصيتي			
7	لا اشعر بالرضي عن مشاعري اتجاه الناس			
8	استمع باهتمام لما يقوله الآخرون			
9	أتفهم مشاعر الآخرين و إن اختلفت مع مشاعري			
10	لا أحب أن يحكي لي الآخرون مشاكلهم			
11	أضع نفسي مكان الآخرين			
12	أحس بمشاعر الآخرين من نبرات أصواتهم			
13	ابكي إذا شاهدت أفلام أو مسلسلات حزينة			
14	اشعر بالسعادة لنجاح الآخرين			
15	اترك انطباعا حسنا مع من أتعامل معهم			
16	يجد الآخرون صعوبة في الاعتماد علي			
17	لدي العديد من الأصدقاء الذين يحبونني			
18	أحب الاشتراك في الأنشطة الجماعية			
19	استطيع الاندماج بسهولة مع الآخرين			
20	بإمكاني حل النزاع إن وجد بين أفراد جماعتي			
21	أبادر بالتواصل مع الآخرين ولا انتظر حتى يتواصل الناس معي			

1 – 7 : الوعي بالذات

8 – 14 : التعاطف

15– 21 : إدارة العلاقات الإنسانية (المهارات الاجتماعية)

الملحق رقم (03) قائمة الأساتذة المحكمين :

الـــرقم	اسـم الأستـاذ	التـخصص	التــوقــيع	الجـــامعــة
01	بـــلحاج أميـــنة	عـلم النفس العيـادي		جـامعة المـدية
02	ولـد محي الديــن	عـلم النفـس العمل والتنظيم		جـامعة المـدية
03	بكـيس فــريد	عـلم النفــس الإجتماعي		جـــامعة الـمـدية
04	بـن قطـاف محمــد	عـلم النفــس المعرفي		جـامعة المــدية
05	مـنهومحمد	القــياس والتــقويـم		جـامعة المــدية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cron-bach	Nombre d'élé-ments
,786	21

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,376
		Nombre d'éléments	11[a]
	Partie 2	Valeur	,761
		Nombre d'éléments	10[b]
	Nombre total d'éléments		21
Corrélation entre les sous-échelles			,779
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,876
	Longueur inégale		,876
Coefficient de Guttman split-half			,857

a. Les éléments sont : Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11.

b. Les éléments sont : Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21.

نتائج الحالات:

1 – نتائج حالات المركز:

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
conscience	3	12	17	14,33	2,517
empathie	3	16	18	17,00	1,000
skils	3	18	19	18,67	,577
émotionnel	3	48	54	50,33	3,215
N valide (listwise)	3				

[Ensemble_de_données1] C:\Users\EPH26\Documents\مجموعة المركز.sav

2 – نتائج حالات خارج المركز:

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
conscience	3	17	20	18,33	1,528
empathie	3	17	21	18,67	2,082
skils	3	20	21	20,33	,577
emotional	3	54	60	57,33	3,055
N valide (listwise)	3				

[Ensemble_de_données3] C:\Users\EPH26\Documents\ مذكرة الذكاء الذكاء الانفعالي.sav