

التعوق العضوي والحسي الحركي وتأثيره على التكيف والتحصيل المدرسي*

د. محمد العربي ولد خليفة

جامعي

نعبر في البداية عن مشاعر الشكر والتشجيع، للاتحادية الوطنية لجمعيات أولياء التلاميذ التي تجمع في صفوفها تلقائياً، كل المعنيين بالمدرسة الجزائرية، من آباء وأمهات ومعلمين ومشرفين الذين يتقاسمون المهام والمسؤوليات، في العائلة الكبيرة للتربية والتكوين.

تستحق هذه المبادرة الثناء والتشجيع لأنها تجمع عددا كبيرا من الهيئات والمؤسسات العلمية والاجتماعية المعنية بحماية الطفولة، إلى جانب الباحثين والمختصين في علوم الطب وعلوم النفس والتربية والاجتماع بهدف التفكير في أشكال الرعاية التي ينبغي أن يحظى بها الأطفال المصابون بأمراض مزمنة، أو عاهات مقعدة، تعطل التمدرس العادي في واحدة من مراحل العمر الأكثر هشاشة وحساسية.

*. محاضرة افتتاحية في المعهد الوطني للصحة 2004.

من الملاحظ أن نسبة هذه الشريحة من الأطفال تتزايد باستمرار لأسباب كثيرة، من بينها انتشار ما يسمى أمراض العصر مثل الفُلاب (أمراض القلب)، والسرطان، والسكري، والتشوهات الولادية، و"الإيدز"، والعجز الكلوي والربو.... وكذلك عودة بعض الأوبئة وأمراض الطفولة، نتيجة نقص الوقاية، والتلوث، وندرة المياه، وسوء التغذية، وانعدام النظافة، بالإضافة إلى حوادث المرور والدرجات المختلفة للتعوق الحسي-الحركي مثل الشلل والكف (درجات فقد البصر) وعيوب السمع (درجات الصمم) والحُبسة (درجات عيوب النطق) والقائمة طويلة....

ليست لدينا توصيفات دقيقة وموثوقة لما يمكن أن نسميه "الحالة الصحية للأمة" التي يقدم الإحصاء العام للسكن والسكان شكلها الخام فقط، ولكن حسب التقرير الأخير للمجلس الإقتصادي والاجتماعي، فإن نسبة المعوقين من إجمالي الأطفال الأقل من 15 سنة هي 1.2% يمثل الصم-البكم 41.71% أي أعلى نسبة.

وإذا رجعنا إلى بحث جزئي على سبيل المثال هو بحث د.بن قونبة الأستاذ بالمستشفى الجامعي بالبلدية الذي قام بمسح ومتابعة أو مراقبة طبية خلال السنوات الدراسية من 1995 حتى 1998 في دائرة القبة من ضواحي العاصمة وشملت المتابعة الطبية خلال السنوات الثلاث على التوالي 89.4% و95.36% و98.41% من مجموع تلاميذ المنطقة المدرسية، وكشفت عن مدى انتشار عدد من الأمراض والعاهات بين الأطفال المتمدرسين نذكر منها :

العاهات والأمراض	%
العمية	7.53
السكري	2.69
أورام الرقبة	2.62
القلاب	2.04
الربو	2.69
عيوب النطق	0.37
عيوب السمع	0.32
اضطرابات السلوك	0.38

ومن نتائج البحث السابق وفي حدود عيّنته فإن واحد من كل خمسة تلاميذ في حاجة إلى مساعدة طبية، غير أن طريقة المسموح وإن كانت مفيدة لأغراض الإستقصاء والتبويب، فأنها في هذا المجال في حاجة لأن تستكمل بالمدخل السريري (الإكلينيكي) أي دراسة الحالة باعتبارها تاريخاً وحاضراً مرضياً (باتولوجياً) ونفسياً خاصاً بالفرد كما تقول (أنا ستازي) سواء أكان مريضاً أو سليماً معافى "يشبه كل الناس، ولا يشبه أحداً من الناس".

وحسب التقرير السابق يوجد 27 مركزاً للصّم، 45 مركزاً للأمراض العقلية و10 مراكز للحضانة أو الطفولة المسعفة... وعلى الرغم من قلة تلك المراكز فإنها لا تستوفي طاقتها في الاستيعاب لأسباب كثيرة من بينها حرص بعض العائلات على التكفل بأبنائها وخاصة المعوقين حركياً، أو ذوي العاهات الحسية الخفيفة أو المتوسطة، وثقل الإجراءات الإدارية والشك في كفاءة التأطير من طرف بعض الأولياء...

ويمكن القول بوجه عام بأن المراقبة والمساعدة الطبية والنفسية التربوية تعاني من صعوبات تتعلق بالتنسيق بين قطاعي الصحة والتربية، وقلة الفرق الطبية المتكاملة ومدى تعاونها مع المربين وهم أساساً الأولياء والمعلمون.

وإذا كانت هذه الملاحظة صحيحة فيما يخصّ المدن الكبرى للجمهورية، فإنها في المدن الصغرى والريف بوجه عام أصحّ، لأن المتابعة والرعاية فيها تكاد تكون منعدمة، وليس لمساهمة التلاميذ الرّمزية (5 أو 10 دينار) أي تأثير على الرعاية الصحية، بل إن الحالة المتدهورة لكثير من المدارس ومحيطها

المباشر يؤكد بأنه لا تأثير لها حتى في تحقيق الحد الأدنى من النظافة المطلوب توفيرها في مؤسسات التربية والتكوين.

ونشير في هذا السياق -بدون تفصيل- إلى أن الأزمة المفروضة على بلادنا قد زادت من تعرض الأطفال لسوء التغذية بسبب إنتشار البطالة وضعف الدخل (فقدت العملة الوطنية حوالي 40% من قيمتها الشرائية خلال العشرية الأخيرة) ومضاعفات الوضعية الأمنية على المواطن الراشد فضلا عن الأطفال الذين ينعكس عليهم ما يعاناه أوليائهم من توتر وقلق وضغط نفسي يجعلهم بين نارين: المنزل الضيق والمليء بالصراخ والشتم والضرب والشارع غير الآمن في بعض الأحيان.

قد لا نضيف إلى معلوماتكم شيئا جديدا إذا ذكرنا بأن أمرية الإصلاح الصادرة سنة 1976 قد أولت هذه الفئة عناية خاصة، وأوصت بضرورة توفير بيداغوجية ملائمة للأطفال الذين يمنعهم العجز والتعوق عن متابعة الوتيرة النمطية للمدرسة، وهي وتيرة مصممة للعاديين أو الأسوياء من أقرانهم، لأن إهمالهم يجعلهم عالية على المجتمع ويضاعف من إحساسهم بالعجز والإقصاء ويسبب لأوليائهم قدرا كبيرا من الحزن والشقاء.

إن القوانين والنصوص التنظيمية مهما كان نبلها وبعدها الإنساني، لا تساوي أكثر من تطبيقها بكفاءة وأمانة، هذه مسألة أخرى، لا يسمح هذا المجال بتفصيل القول فيها، ولكن هناك أعراف وتقاليد ترقى إلى مرتبة القوانين، تتمثل في واجبات التكافل والتضامن العريقة في مجتمعنا، والمطلوبة بإلحاح في عقيدتنا الإسلامية السمحاء، وقد تتبّه ابن خلدون إلى

أهمية التكافل الذي يمنع من إتساع الشرخ الاجتماعي وتفاقم الإحساس بالغبن والإحباط، واعتبره "أساس الملك (الدولة) وعماد العمران". - (1) -
بدون أن نخوض في الأدبيات الغزيرة، والمتداولة في علوم النفس والتربية، وفرعها التطبيقي المتخصص في إشكاليات العجز والتعوق، تحت إسم "التربية الخاصة" (Spécial éducation) الذي شهد تطوراً كبيراً بعد الحرب العالمية الثانية، وخاصة في العالم الأنغلو سكسوني، فإن هذه الورقة ستعرض بإيجاز لثلاثة مسائل و خلاصة علة النحو التالي:

1. العجز والتعوق وتأثيره على الفرد ومحيطه
2. توصيف وتصنيف حالات العجز والتعوق
3. تأثير بعض الحالات السابقة على التحصيل المدرسي
4. خلاصة

1. العجز والتعوق وتأثيره على الفرد ومحيطه:

يعرف السادة الأطباء أفضل من غيرهم، أهمية الحالة الصحية وسلامة وظائف الجسم لدى الفرد، فالمثل الذي نظنه شائعاً منذ جالينوس وأبقراط يقول إن الصّحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، غير أن لبناء الجسم والمظهر الخارجي والحالة الصحية تأثر نفسي إجتماعي لا يخفى، وخاصة في عالم الأطفال، فقد تعودّ عامة الناس على تقييم بعضهم من النظرة الأولى، ويقوم جزء كبير من ألعاب الأطفال على التنافس البدني، وخاصة في المرحلة الثالثة من الطفولة (9-12 سنة) والمراهقة. - (2) -

يتجاوز ذلك التأثير الصغار إلى الكبار، ومن دلائل ذلك أن الناس قد لا يعيرون إنتباها لمن يتهمهم بالشح أو الكسل مثلا، ولكنهم ينزعجون إذا انتقد الآخرون مظهرهم الجسمي مثل السمنة والطول والقصر المفرط، كما أن أول ما يسترعي إنتباهنا في الصورة الفوتوغرافية هو وضعنا نحن في الصورة، فإذا كان للجسم هذه الأهمية، فإن تعرضه للعجز والتعوق تترتب عليه سلسلة من المتاعب الناجمة عن الشعور بالقصور، وما ينجم عنه من اضطراب وإحباط، ويؤثر على الصورة التي يريدها الطفل لذاته المثالية ويجعله في صراع مرير مع ذاته الإجتماعية أي نوع الحكم والتقدير الذي تظهر به صورته في عيون الآخرين. - (3) -

يتبين مما سبق أن المرض والعاهة يؤثران على مجموع شخصية الطفل وسلوكه فإذا كان من الممكن توزيع التأثير، لأغراض البحث على "مناطق" منفصلة، مثل القدرات والإستعدادات ونوعية الإستجابة للمثيرات ودرجة التوافق، فإن الشخصية من الناحية السيكلوجية تبقى كلا متماسكا في حالة تفاعل دائم وتبادل مقعد للتأثير والتأثر بين جوانبها الجسيمة (السوماتية) والنفسية الاجتماعية.

تأكدت هذه المسلمة بعد سلسلة من الأبحاث والتطبيقات على عينات كاشفة من المرضى والمعوقين من أهمها دراسة "ك.ه. إل.ج" التي أثبتت أن "فقدان أحد وظائف الجسم أو فقد عضو منه هو حادثة يضطرب لها كيان الطفل مهما كانت شخصيته وسلوكه من قبل" - (4) -

كما توصل ف. ميننجر رئيس جمعية الطب النفسي الأمريكي إلى نفس النتيجة التي صاغها في التعميم التالي: "إذا كان صحيحا أن أي تحوير في

وضعية الفرد يستتبع إستجابة نفسية، فمن الأكثر صحة أن يثير العجز الجسمي لديه استجابة ليست مباشرة فحسب بل تتبع من أعماقه".-(5)-
هذا فيما يتعلق بتأثير المرض على الفرد نفسه أما علاقته بالمحيط فإنه يمكن إجمالها في النقاط الخمس التالية:

1. يشعر المصاب بمرض مزمن أو عاهة حسيّة-حركية أنه في حاجة إلى الآخرين أكثر من حاجتهم إليه.

2. عندما يصاب الفرد بالعجز والتعوق في مرحلة الطفولة، وهي المرحلة التي تشترك فيها الأسرة والمدرسة في عملية التنشئة والتطبيع، تكون الآليات الدفاعية النفسية، مثل الإغلاء والنكوص والتعويض في مرحلة تعلم وتجريب، أي أنها لم تصل إلى مرحلة الرسوخ و"الآلية"، ولذلك فإنه يرد على مثيرات المحيط بثلاثة أنماط من الاستجابات -(6)-

1.2. إما الإستجابة العقابية الداخلية، أي الإحساس بالذنب ومعاقبة الذات لمجرد ملاحظة أو حركة أو إيماءة يؤولها المعوق على أنها موجهة نحوه، فإذا تواصلت هذه الحالة مدة طويلة اتجه الطفل أو المراهق إلى العزلة والانطواء وأصيب بمرض الاكتئاب والذهان.

2.2. وإما استجابة عقابية خارجية أي إظهار درجة عالية من العدوانية وحدة المزاج والبحث عن كبش الفداء، فإذا استمرّ هذا السلوك تحوّل إلى مرض الوسواس أو البارانويا.

3.2. وإما استجابة محايدة أو لا عقابية، عندما يتجاهل الطفل مثيرات المحيط ويتمكن من تأجيل تأثيرها أي إنزالها من مستوى الشعور إلى مستوى

اللاشعور حيث تسفر عن نفسها في السنوات اللاحقة بأشكال مختلفة، غير أنه في مرحلة التأجيل تبدو علاقة الطفل بمحيطه سلبية وتسمى هذه الحالة بالكف ويعتبر الشخص "بارد" انفعاليا.

وقد لاحظنا أثناء البحث الذي أجريناه قبل عدة سنوات على المصابين بعاهات حسية-حركية أن النوعين الأولين من الإستجابات هو الأكثر شيوعا بين الأطفال والراشدين في مجتمعنا. - (7) -

3. يتعامل المحيط الإجتماعي مع المصابين بالمرض المزمن والعجز الحسي الحركي، حسب سلم ينظم التعوق وفقا للقيم السائدة، فالذين يصابون في ميدان الحرب أو أداء الواجب المهني، يعاملون معاملة تختلف عن أولئك الذين يولدون معوقين، أو يصابون في حوادث الطريق، وبالتالي فإن المحيط الاجتماعي يهتم بسبب العجز والعاهة، بقدر ما يهتم بالعاهة نفسها.

4. هناك إتجاه عام لإعتبار المرضى والمعوقين أشخاص غير عاديين ولذلك فإن القليل من الناس يربطون معهم علاقات حميمية وتحرص الأغلبية على حد تعبير "ج.بولس" على الابتعاد عنهم "بمسافة مطمئنة" وإذا اقتربوا، فمن المحتمل أن يكون السبب هو إبداء الشفقة أو الإستغراب، مما يزيد من إحساس المصاب بأنه شاذ وغريب، وقد عبّر الباحث السابق عن هذه الوضعية بقوله: "إننا نراهم بيننا ولكنهم يعيشون في منفى من الناحية النفسية" - (8) -

5. إن المجتمع -لا حالة الجسم- هو الذي يحدد نوع استجابة الفرد للعجز الناجم عن المرض أو العاهات الحسية الحركية، وقد توصل "لي

مايرسون" (9)- إلى بعض النتائج التي يقول إنها تنطبق على كل المجتمعات منها:

1.5. إن الوضع الجسمي يعتبر أحد المعايير التي على أساسها يسند إلى الشخص دور إجتماعي معين.

2.5. إن الحالة الصحية للفرد تجعل الآخرين يتوقعون منه الإتيان بسلوكات معينة والإمتناع عن أخرى.

3.5. إن الحالة الجسمية تؤثر في إدراك الشخص لذاته سواء بطريقة مباشرة، عندما يقارن الفرد نفسه بالآخرين أو بطريقة غير مباشرة، وذلك من جزاء ما يتوقعه الغير منه.

2. توصيف وتصنيف حالات العجز والتعوق:

يفضّل المشتغلون بالتربية الخاصة استعمال مصطلح التعوق بدل مصطلحات أخرى مثل شاذ وناقص ومعطوب التي تحمل دلالات سلبية، فالتعوق يعني وجود صعوبة ينبغي التغلب عليها، وهي تضع الفرد أمام منافسة عادية مع غيره.

هناك تعريفات كثيرة للتعوق مستعملة في الطب والقانون وعلوم النفس والتربية، وتختلف من بلد إلى آخر، ولكن منظمة الصحة الدولية ترى أن أدقها هو التعريف الذي وضعته لجنة البيت الأبيض الأمريكي في الستينات، ومؤداه أن "الطفل المعوق هو الذي لديه عيب خلقي أو مكتسب أثناء نموه، بسبب مرض أو حادثة، ويمكن أن يجعله ذلك على الرغم من كل الاحتياطات يعاني من نقص كلي أو جزئي في استخدام جسمه أو حواسه أو أطرافه" (10)-

ونتيجة لإختلاف التعريفات، تباينت التصنيفات فقد أعتمد بعضها على سبب العجز، وأعتمد بعضها الآخر على مكانه في الجسم، ونظر البعض الثالث إلى تاريخ الإصابة أو شدتها، نذكر منها التصنيف الثلاثي "لأوليرون" - (11) - حسب مكان الإصابة:

1. التعوق الناجم عن إصابة الوظائف الحسية، مثل درجات الصمم وكفّ البصر.

2. تعوق يصيب الوظائف الحركية، مثل أنواع الشلل وفقد الأطراف.

3. تعوّ يصيب الوظائف العضوية، مثل أمراض القلب والسكري ويلاحظ "أوليرون" أن أي تصنيف للتعوق ينبغي أن يأخذ بعين الإعتبار ثلاثة مقاييس، وهي الشدة والمدة وتاريخ الإصابة، فهناك تعوق دائم مثل العمى والصمم وفقد الأطراف، وهناك تعوق مؤقت مثل أمراض الطفولة، هناك تعوقات ولادية، مثل التشوه والقصاع وأخرى تحدث في سنوات العمر اللاحقة، مثل الشلل إلخ....، ولكل واحدة من هذه الحالات، تأثيرها على شخصية الطفل وإمكاناته الباقية.

أما الأستاذ ديريفوس - (12) - فإنه يصنّف التعوق في نمطين كبيرين حسب درجة العجز:

1. تعوق ينجم عنه عجز يشمل الجسم كله.

2. تعوق يؤدي إلى عجز جزئي، في أعضاء الجسم ووظائفه.

ويقترح ل. لوفيفر وديلنشيت - (13) - تصنيفا واسعا يجمع التعوق والعجز الحركي والحسي والنفسي والعقلي والتعوق المتعدد، والملاحظ أن

التصنيفات السابقة يغلب عليها الإتجاه السيكومورفولوجي والبيوتيبولوجي وبالنسبة للاتجاه الأول (السيكومورفولوجي) فقد دخل إلى متحف الآثار وقد عبر عن ذلك المفكر التربوي وليام جيمس بحالة دائرية تجعل السبب نتيجة والنتيجة بدورها سببا: "أنا أبكي لأنني حزين وحزين لأنني أبكي!" ، ولذلك ينبغي أن توضع كل تلك التصنيفات في ميزان آخر هو درجة العجز في منظور الفرد نفسه وفي تقدير محيطه القريب (الأسرة) والعام (المجتمع) وعندئذ نحصل على التدرج التالي:

1. العجز والتعوق الطفيف الذي لا يمنع الشخص من القيام بشؤونه الخاصة، ولا يلفت انتباه الآخرين.
2. التعوق المتوسط الذي يسمح للشخص بالقيام بجانب من حاجاته الضرورية، ولكنه يقلل من إستقلاليته ولا يلاحظه الآخرون إلا عندما يضطر الشخص لطلب المساعدة.
3. التعوق الملحوظ، وهو الذي يحول دون استقلالية الشخص، ولا يمكن إخفاؤه، ويعتبره الآخرون حالة مزمنة تتطلب رعاية ومساعدة دائمة.

ينبغي أن نشير إلى أن التصنيفات السابقة لا تعني وجود ترابط بين درجات العجز الجسمي والتعوق الحسي الحركي من جهة وبين القدرات العقلية للأطفال من جهة أخرى، فلم تظهر الدراسات التجريبية المقارنة بين المرضى والأصحاء وبين سليمي البنية وذوي العاهات عن أي تباين له دلالة في اختبارات الذكاء: نموذج "سيمون-بنيه"، أو "بيرسون"، وإن كانت تلك الدراسات قد أظهرت فروقا معتبرة في مقاييس النضج الاجتماعي والتوافق - (14) -

ويبدو لنا أن النقص في النضج والتوافق يرجع أساساً إلى عجز المريض والمصاب بعاهات حسية حركية عن إرضاء حاجتين لا يختلف في الحرص عليهما كل الناس، مهما كانت حالتهم الصحية، وهما الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى التقدير، مما يؤدي إلى صراع ظاهر أو مكتوم بين مستويين للذات هما الذات الاجتماعية، أي أن صورة الشخص في نظر الآخرين، والذات المثالية وترتبط بمستوى الطموح أي صورة الفرد كما يريد هو أن يكون.

3. تأثير بعض الحالات السابقة على التحصيل المدرسي:

تظهر أعراض ضعف التحصيل أو التخلف المدرسي عادة بين السنة الثالثة والخامسة من المدرسة الأساسية، أي في الفترة الثالثة من الطفولة أو ما يسمى في علم النفس النمو، مرحلة الكمون التي يتباطأ فيها النمو الجسمي والعقلي والنفسي.

بالإضافة إلى هذه الظاهرة الطبيعية، فإن هناك أسباب ترجع إلى معوقات تتعلق بالصحة العامة وحالة الحواس الوثيقة الصلة بالتحصيل المدرسي، مثل السمع والبصر والنطق، وأسباب أخرى ذات طابع نفسي-اجتماعي وتجد جذورها في الوسط الأسري والمجتمعي بوجه عام نذكر من المعوقات الحسية ما يلي:

من الأسباب التي تمنع الطفل من متابعة الوتيرة المدرسية الأمراض المزمنة وضعف الصحة الناجم عن سوء التغذية التي توصل الأطفال إلى حالة الوهن وعدم القدرة على التركيز وبذل الجهد الذهني والعضلي، بالنسبة للصنف الأول (المرض المزمن أو العاهة الحركية المعقدة)، فإن

التكنولوجيات الحديثة قد حلت جزئياً مشكلة التحصيل المدرسي بواسطة التعليم عن بعد عن طريق البث البيداغوجي المتخصص حسب الحالات وأماكن تواجدها، كما أن تدفق المعلومات بالصوت والصورة يساهم في تكوين الثقافة العامة ولا يتطلب استعمال أجهزتها جهداً عضلياً، مثل الذي يقتضيه التردد على المدرسة، وتغيير الحجرات الدراسية....

نقول إن ذلك هو حل جزئي للمشكلة، لأن البلاد النامية والجزائر واحدة منها لا تتوفر على هذه الوسائط الباهضة الثمن والتي تحتاج إلى خبراء متخصصين في تصميم البرامج الملائمة، كما اتضح أنها مكلمة لجو الفصل الدراسي ومجهود المعلم ولا تُغني عنهما على الإطلاق.

غير أن أكثر أسباب التخلف الدراسي انتشاراً في مدارسنا هو ضعف حاستي السمع والبصر وعيوب النطق في نظام تربوي يعتمد عليهما وخاصة في المرحلة الابتدائية التي تركز على تعليم القراءة والكتابة والواقع أن هذه المشكلة لا تخص الجزائر فالنظام التعليمي في كل مدارس العالم يعتمد أساساً على المقروء والمسموع، فلم تتأكد لحد الآن مقولة شيخ المعلمين أفلاطون:

"إن العلم تنكّر والجهل نسيان" وبذلك فإن الأطفال المصابين بضعف السمع أو البصر يكونون من المتخلفين في المواد التي تعتمد على القراءة ويجدون صعوبة في التعرف على الأشكال المرسومة في كتاب أو على الصبورة.

إن الأطفال في السنوات الخمس الأولى من المدرسة الأساسية لم يتعودوا بعد على آلية التخمين النصفي وملء الفراغ الإدراكي، بمعنى قراءة الجملة أو المقطع دفعة واحدة، وسد الثغرات أو إكمالها من الذاكرة، وتطبق

هذه الآلية أيضا على المسموع من الكلام، فحتى الشخص السليم السمع لا يصغي فعلا لأكثر من 30% من الكلام والأصوات ويكمل الباقي من ملابسات الموقف وسياق الحديث، والملاحظ أن ضعف السمع لا يُكتشفون بسرعة في الفصول المدرسيّة، وأحيانا يحكم على عدم استجابتهم للأصوات، على أنه خمول وبلادة، إذا كان بالإمكان معالجة هذه الحالات بالنظارات والسّماعات الطبية، فإنّ لتلك الأدوات تأثيرات جانبية، من بينها الحد من النشاط التلقائي للطفل مثل الجري والقفز... كما أنها تجعله يشعر بالإختلاف عن الآخرين. - (15) -

ومن أسباب ضعف التحصيل عيوب النطق التي يسهل اكتشافها في الفصول المدرسية، وله أعراض وأشكال متعددة من بينها التمتمة والعجز عن نطق بعض الحروف، وقد يصحب ذلك بتشنج في عضلات الوجه والفم، ومنها الحبسة وهي مع التمتمة واللججة من الإضطرابات المؤثرة على التحصيل المدرسي، وخاصة ما يتعلّق منه بالقراءة والتعبير، وقد قدم المختصون تشخيصات كثيرة لاضطرابات النطق منذ "بروكا" إلى علم الأرتوفونيا الحديث الذي يهتم بمعالجة اضطرابات النطق والكلام، وله قسم نشيط بجامعة الجزائر ومعهد علوم النفس والتربية.

بالإضافة إلى القائمة الطويلة للعوائق المرضية والعاهات الحسية- الحركية فإن للتأخر الدراسي وضعف التحصيل عوامل أخرى في الأسرة والمجتمع تعرّض الطفل لإضطرابات لا تقل خطورة عن سابقتها الجسمية مثل مضاعفات الطلاق ومظاهر الشذوذ والانحراف والجناح وظروف السكن والفقر والحرمان وتأثير جماعة الأقران والسينما والتلفزيون ليست

موضوع هذه الورقة، وقد أشرنا إليها في دراسات سابقة (1989) و(1998) - (16)-

4. خلاصة:

إن مبدأ تساوي الفرص والمدرسة للجميع، مرضى وأصحاء، أغنياء وفقراء، سواء أكانوا من سكان المدن، أو من سكان البوادي والقرى، هو واحد من المبادئ النبيلة التي تأسس عليها النظام التربوي في الجزائر بعد إصلاح 1976 الذي اعتنى بالفئات الثلاثة التي يتكون منها الحشد المدرسي وهي:

1. العاديون أو الأسوياء وهم عادة الأغلبية من المتمدرسين، ويعتبرون عاديين لأنهم يحصلون في اختبارات الذكاء والتحصيل المدرسي على نسبة تزيد قليلا أو تنقص قليلا عن المعدل، ويمكن القول أنه على الرغم من النقائص الموضوعية والاحتياجات الإيديولوجية فإن المدرسة الجزائرية قد حققت انتشارا أفقيا يشمل الآن ما لا يقل عن ثلثي أطفال المدرسة الأساسية، والمطلوب في رأينا هو تعبئة الجهود لاستئصال الأمية في أقرب الأجال، لأن الثلث المتراكم من الأميين يمكن أن يضاف إلى المعوقين الذين لن يجدوا أي طريق نحو التأهيل المهني والترقية الاجتماعية والمواطنة الفعلية في عصر سباق الفضاء والمعلوماتية.

2. الموهوبون وهم في الغالب الأعم فئة قليلة تتميز بقدرات عالية تسمح لها بالتفوق في اختبارات الذكاء والقدرات والمهارات الأخرى ويكشف مسارها التعليمي على مؤهلات للامتياز، ويحدث أن تغرق هذه الفئة في طوفان الحشد المتوسط من التلاميذ بسبب اختلاط المقاييس، وضعف آليات

التوجيه المدرسي والمتابعة المبكرة، ولا شك أن ذلك يُكَبِّد النظام التعليمي وبلادنا كلها خسارة فادحة.

3. المرضى والمعوقون وهم جزء من المجتمع ينبغي أن لا تقتصر العناية بهم على عائلاتهم فحسب، بل على مؤسسات الدولة وهيئات المجتمع الأخرى أن تساهم في مساعدتهم على التغلب على الإعاقة والانخراط في الحياة عن طريق التعليم والتكوين والتأهيل فالإنسان الكفو والمنتج هو ثروتنا الحقيقية، وأطفال اليوم هم الذين سيصنعون الغد.

جزائر الرحمة والتكافل في حاجة إلى جميع أبنائها ولذلك ينبغي أن يتغلب الأمل على الخوف، والسعادة على اليأس، والابتسامة على اليأس أليس المستقبل المنشود هو أن تكون أجيال المستقبل -أبناؤنا- أكثر كفاءة وسعادة وفائدة للوطن؟

إن المستقبل الحقيقي ليس هو أمجاد الماضي فحسب بل أيضا ما نضيفه إليها أي ما نفعله نحن الآن !

ومقابلها المستعمل في الإنكليزية أو الفرنسية

الجانب التربوي النفسي الاجتماعي		الجانب الجسمي والحسي-الحركي	
Insight	الإستبصار	Handicap-Disability	التعَوّق
Anxiety-(Inhibition)	الحَصْر	Cecité	الكفّ (عُميّة)
Survey (enquête)	المسح (استقصاء)	Asthénie	الوهن
Self (le moi)	الذات	Apathie	الخمول
Le moi idéal	الذات المثالية	Cretinisme	القُصاع
Le moi social	الذات الاجتماعية	Paraplegie	الكُساح (الفالج)
Adjustment-(ajustement)	التوافق	Scoliose	الرَّوْر (الجَنَف)
Frustration	الإحباط (الحَرْد)	Dysarthrie	الحُبْسة
Achievement-(apprentissage)	التحصيل المدرسي	Dyslexie	التَّمْتمة (اللججة)
Latence	الكمون	Cardio	القُلاب
Correlation	الترايط	Diabète	السكّري
I.Q	نسبة الذكاء	Abasie	العَفْيان (الرّعشة)
		Asthme	الربو

إحالات مرجعية

1. ابن خلدون: كتاب العبر، الفصل الأول ص35، بيروت 1979
2. A.Gezel others : Youth, the years from Ten to sixteen, p.59, N.y 1950.
3. J.Havighurst : Development of ideal self
j.ofeduc.research, 4 1976
4. د.مختار حمزة: سيكولوجية المرضى وذوي العاهات، ص16 دار
المعارف، القاهرة 1954
5. DV.w Minninger: Emotional adjustments of the
handicapped children j.of social issues N.Y 1984
6. DV.Silvaldon : L'inadaptation social, I.S, n13 Paris 1981
7. محمد.ع.ولد خليفة: ملامح الشخصية عند المجاهد معوق حرب
التحرير (غير منشور، مكتبة جامعة الجزائر)
8. H.Combs : Self acceptance and adjustment,
J.of Consulting Psych.N16M Chic. 1964
9. L.Meyerson : Somato Psychology of Physical disability
Psy.of exceptional Children and youth, in W.CRINKS 1955
10. White house conference : report on child health.....
washington cong.1963.
11. Marin : Problemes posés par le handicapé
physiqueet son reclassement Professionnel,
oct.I.S, Paris 1969.
12. Dr-Drefus : Les grandes catégories des déficients et leurs
orientations sur les métiers inf.sociales Paris oct 1970.
13. op.cit

14. S.Fouché : La psychologie de l'infirmier, I.S N19
Paris 1968.

15. J.Ajuriaguera : L'apprentissage de la lecture et ses troubles
p.22 PUF Paris 1967.

16. محمد.ع.ولد خليفة: مهام المدرسة والجامعة الجزائرية مساهمة
في تقييم نظام التربية والبحث العلمي ص.ص 41-49 المطبوعات الجامعية
1989

17. محمد.ع.ولد خليفة: الأبحاث النفسية والتربوية وقضايا مجتمعنا
الحديث منشورات معهد علم النفس والتربية 1999 (جامعة الجزائر)