العدد السادس
مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية
Journal Future of social siences
يوليو ٢٠٢١م

المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي

إعـــداد

د/ محمد رضا جاد حواس

مدرس بقسم الفرد بالمعهد العالي للخدمة الإجتماعية
بكفر صقر.

٢٠٢١م

المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي

تاريخ إستلام البحث: ٢٠٢١/٥/٧م تاريخ النشر: ٢٠٢١/٧/١م

مستخلص

يحتاج الأطفال المصابين بالشلل الدماغي إلي توفير بيئة لها صفات خاصة تختلف عن البيئة الطبيعية التقليدية؛ حيث ان عمليه الدمج تحتاج الي العديد من الامكانات المهنية حتي تأتي بالنتائج المرجوة لممارسه الاخصائي الاجتماعي لدوره خلال عمليه الدمج؛ فنجد انه يواجه العديد من المعوقات التي تعوق عن تحقيق اهداف تلك العملية لذا سعت هذه الدراسة الي تحديد تلك المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي، والتوصل الى برنامج مقترح للتغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي، وتنتمي هذه الدراسة إلي الدراسات الوصفية، واعتمدت على منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين بإدارة المعادي التعليمية –محافظة القاهرة والبالغ عددهم (٦٩) مفردة، كما استخدمت الدراسة استمارة استبيان حول المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات أطفال الشلل الدماغي، وقد توصلت الدراسة الى ان مستوي المعوقات مرتفع وخاصة فيما يتعلق بالأخصائيين الاجتماعيين لذا فهم بحاجة الى التنمية المهنية.

الكلمات المفتاحية: المعوقات، الدمج، أطفال الشلل الدماغي.

Abstract

Children with cerebral palsy need to provide an environment that has special characteristics that differ from the traditional natural environment. Whereas, the mainstreaming process needs many professional capabilities in order to achieve the desired results for the social worker to practice his role during the mainstreaming process; We find that it faces many obstacles that hinder the achievement of the goals of that process, so this study sought to identify those obstacles that social workers face in mainstreaming cases of children with cerebral palsy, and to come up with a proposed program to overcome the obstacles that social workers face in integrating cases of cerebral palsy children. This study belongs to the descriptive studies, and it relied on the comprehensive social survey methodology for social workers in the Maadi Educational Administration - Cairo Governorate, whose number is (69) single. The study also used a questionnaire form

on the obstacles facing social workers in mainstreaming cases of children with cerebral palsy. The level of obstacles is high, especially with regard to social workers, so they need professional development.
Keywords: handicaps, mainstreaming, children of cerebral palsy.

اولا: مشكلة الدراسة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان خلال فترة حياته حيث تتشكل فيها اتجاهات الفرد وميوله واستعداداته، كما يتحدد بها معارفه ونموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والوجداني تبعاً لما توفره البيئة المحيطة له من العناصر التربوية والصحية والاجتماعية. (ابو النصر ، ٢٠٠٤، ص. ١١٣)، وعند الإشارة إلي الطاقات البشرية فهذا يخص بالضرورة البشر في توزيعهم الطبيعي وما بينهم من فروق فردية، وهذا ما دعي معظم الدول للاهتمام بالفئات الخاصة والمعوقين باعتبارهم أفراداً في هذه المجتمعات (صادق، ٢٠١٤، ص. ٧)، حيث تقاس حضارة أي مجتمع باستثماره لثرواته البشرية، وقدرته علي توجيه ما لديها من الطاقات التي تسهم في تقدمه، ولقد لوحظ أن عدد ذوي الاحتياجات الخاصة يمثلون نسبة غير قليلة من أبناء أي مجتمع، فالإعاقة مشكلة اجتماعية تورق المجتمعات وتهد أمنها لأن الطفل ذا الإعاقة إذا لم يجد الرعاية المناسبة يمكن أن يصبح خطراً علي ذاته وعلي الآخرين (المدني، ٢٠٠٨، ص. ١).

وتتراوح نسبه انتشار شلل دماغ الاطفال ما بين ١-٥ تقريباً في كل ألف من المواليد الأحياء، وهذا يعني وجود ما يقرب من نصف مليون طفل مصاب بالشلل الدماغي في الوطن العربي، وهذه النسبة تتأثر هبوطاً وارتفاعاً حسب الوقاية والرعاية الصحية والاجتماعية (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص. ٦٩).

هذا ويحدث الشلل الدماغي لدى جميع الفئات بغض النظر عن العرق أو اللون أو الحالة الاجتماعية أو الوضع الاقتصادي، ولكن يتأثر بمستوى الرعاية الصحية للحوامل وعند الولادة، ويحدث الشلل الدماغي بنسبة متقاربة بين الجنسين، فيصيب الذكور بنسبة ٥٥٪ والإناث بنسبة ٤٥٪ (رضوان، ٢٠٠٨، ص. ١٠٩).

ويعتبر مرضي الشلل الدماغي من الفئات التي تحتاج إلي عناية خاصة في تقويم ومتابعة سلوكها، وتوجيه جهد فائق للارتقاء بما هو مناسب لها من استعدادات حتى ولو كانت استعدادات محدودة (يونس و حنورة، ١٩٩١، ص. ٨٣).

ولا يوجد حتى الآن علاج لمرض الشلل الدماغي ولكن هناك خيارات مختلفة من العلاج منها العلاج بالأدوية والخدمات التأهيلية وكلها تسهم في تحسين وظائف المصابين وحياتهم (اللالا، ٢٠١٢، ص. ٣٥٨).

ولقد شاع مصطلح الدمج في ميدان التربية الخاصة منذ الثمانينات وذلك من خلال شعار العام الدولي للمعاقين "المساواة والمشاركة الكاملة"، باعتبار أن الحياة الطبيعية للمعاقين حقاً مكفولاً لهم خاصة وأن مفهوم الدمج في جوهره مفهوم اجتماعي أخلاقي نابع من حقوق الإنسان التي تنادي بعدم التمييز والعزل نتيجة لإصابة الفرد بإعاقة (ابو النصر ، ٢٠٠٤، ص. ١٨).

وإن الاتجاه العالمي الآن يؤكد علي أن المستقبل يتجه نحو الدمج فهي سياسة تقوم علي الوصل لا الفصل بين العاديين والمعاقين، كما توجد عدة مصطلحات تعكس هذه السياسة منها الدمج، التكامل، الإدماج، لذا فإن معظم المجتمعات قد بدأت تأخذ بهذا الاتجاه الذي يؤكد علي حق كل معاق أن ينشأ في بيئة طبيعية بين أفراد الأسرة والزملاء والجيران، مما يسهل لهم الاندماج في الحياة والتعايش داخل المجتمع (شقير، ٢٠٠٢، الصفحات ١١-١٢).

وتكمن أهمية دمج حالات الشلل الدماغي في المدارس أنه يوفر لهم فرص تعليمية متساوية بما يتناسب مع احتياجاتهم الفردية ويتمشى ذلك مع الحقوق الإنسانية لهم.

وهذا ما ركزت عليه دراسة (ديبوي وجيلسون Depoy&Gilson)علي دمج المعاقين وذلك من منطلق تحقيق العدالة الاجتماعية علي المستوى المحلي من خلال حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية (Depoy & Gilson , 2012).

ويعتبر دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من الموضوعات الهامة التي تنتج عن تغيير النظرة التعليمية لعملية التعليم، والتي كانت تتم في مدارس خاصة للمعاقين، بما لا يسمح للمعاق بالتعامل أو التفاعل مع مجتمع العاديين مما دفع المهتمين بشئون تعليم وتأهيل المعاق إلي إعادة النظر المتبع في رعايته وتربيته، ومن هنا انبعثت فكرة الدمج التعليمي لذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين (الدبانية و الحسن، ٢٠٠٩، ص. ١).

ومهما تنوعت البرامج من حيث الكم والكيف، نجد أن الهدف النهائي منها هو مساعدة الأفراد ذوي الإعاقة علي الاندماج الحقيقي من خلال تصميم البرامج المناسبة لهم ومنها برامج الدمج، بغرض تنمية السلوك الايجابي المناسب للمجتمع الذي ينتمون إليه وخفض

مظاهر السلوك اللاتكيفي لديهم، كالعدوان والسلوك الإنسحابي وغيرها من السلوكيات التي تعيق تكيفهم مع المجتمع الذي يعيشون فيه (القحطاني، ٢٠١٣، ص. ٥٠).

وقد حظت قضية دمج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول والمدارس العادية في ظل شعار التعليم للجميع ثقلها بقوة علي التوجهات التربوية المعاصرة، إعمالاً للمبادئ الأساسية لحقوق الإنسان، وهي فوق أنها قضية بالغة التعقيد من حيث الفلسفة، فهي قضية مجتمع، وقضية عصر، وتتضمن أن كل طفل له الحق قانوناً في أن تقدم له كافة مدخلات التربية العامة الملائمة مجاناً (الزيات، ٢٠٠٩، ص. ٦٠).

حيث اوضحت دراسة (القصاص، ٢٠٠٨) إلي أهمية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة داخل المجتمع وتغيير الثقافة السائدة عن الإعاقة، من خلال تحديد الأدوار التي يمكن أن يسهم بها أفراد المجتمع ومؤسساته لتحقيق التطبيع الاجتماعي مع هذه الفئة وقبولهم وذلك بغرض الوصول إلي وضع سياسات وآليات تعمل علي إدماجهم في كافة قضايا التنمية.

وتحتاج عمليه دمج المصابين بالشلل الدماغي في المدارس العامة الي فريق عمل متكامل، وكما يراعي توافر مساعد لمدرس الفصل، بالإضافة إلي توفر الأجهزة التي تساعد علي التواصل مع من يعانون من قصور أو صعوبة في الكلام من الطلاب المصابين بالشلل الدماغي، كما يحتاج هؤلاء الطلاب إلي وقت إضافي لإنجاز النشاط الذي يحتاج إلي حركة أو لإكمال النشاط المدرسي داخل الفصل (سالم، ٢٠٠٨، ص. ٣٣).

كما يحتاج الأطفال المصابين بالشلل الدماغي إلي توفير بيئة بصفة خاصة تختلف عن البيئة الطبيعية التقليدية، مثل إجراء التعديلات الضرورية للبيئة الصحية والمدرسية والأثاث المدرسي والأجهزة المساندة والمواد التعليمية ووسائط النقل والمواصلات لهم حتى يتثنى لهم عملية الدمج مع الأسوياء بصورة مستمرة (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص. ٧٥).

حيث يصنف الشلل الدماغي علي حسب درجة أو شدة الإصابة فهو يصنف وفقاً للأنواع التالية (الشمري، ٢٠١١، ص ص: ٣٨-٣٩):

الشلل الدماغي البسيط: وتكون فيه الإصابة بسيطة لا تؤثر علي الطفل المصاب بشكل كبير، حيث يستطيع الطفل الاعتناء بنفسه، ويستطيع المشي والانتقال بدون استخدام أدوات مساعدة، إلا أن الإصابة قد تحد من قدرات الطفل الأخرى، مما يستلزم تزويده بالخدمات التربوية المناسبة التي تساعده علي تلبية احتياجاته التربوية.

الشلل الدماغي المتوسط: وتكون فيه الإصابة بدرجة متوسطة، وفيها يتأثر النمو الحركي للطفل المصاب، ويمكن أن يمشي باستخدام الأدوات المساعدة وهذه الإصابة تتطلب التدخل العلاجي التربوي.

الشلل الدماغي الشديد: وتكون الإصابة فيه شديدة، بحيث تجعل الطفل غير قادر علي تلبية احتياجاته ورعايته الذاتية، أو القيام بالحركات الإدارية وكذلك التواصل مع الآخرين، وهذا النوع من الإصابة يتطلب التدخل العلاجي المكثف والمتواصل، وكذلك التدخل التربوي والعلاج الطبيعي والتدريبات المنتظمة للحد من آثار الشلل.

ويتناول الباحث في هذه الدراسة علي تصنيف الشلل الدماغي البسيط لأن الأطفال في ذلك التصنيف يكون عندهم استجابة لما يتلقونه من برامج تساعدهم علي الدمج مع الأطفال العاديين. وأيضاً يمكنهم تعلم القراءة والكتابة والحساب علي عكس أطفال الشلل الدماغي الشديد.

ويختلف الإطار الذي تجري فيه عمليات التعليم والتدريب والتأهيل حسب نوعية وشدة الإصابة ففي الحالات الخفيفة والبسيطة يمكن التحاق الطفل بالمراحل التعليمية المناسبة في الفصول العادية (فرج، ١٩٩٧، ص. ١٤).

وهذا ما أوضحته نتائج دراسة (Guralnic, 1996 ، أن وجود الطفل المعاق في الفصل النظامي بين أقرانه العاديين يكون له دور كبير في زيادة قدرته علي الاندماج الاجتماعي.

وأكدت علي ذلك نتائج دراسة (تقي الدين، ٢٠٠٤) أن تطبيق عملية الدمج قد تؤدي إلي حدوث تغيير ايجابي في الإدراك الاجتماعي المتبادل لدى كل من الأطفال العاديين والأطفال ذوي الإعاقة البسيطة. .

واشارت دراسة (القحطـاني، ٢٠١٣) أن برامج دمج أطفال الشلل الدماغي تعمل علي خفض السلوك اللاتكيفي لديهم والمتمثل في السلوك العدواني والسلوك الانسحابي.

حيث تشير نتائج دراسة كلاً من (أبو جلالة، ٢٠٠٩) (بخش، ١٩٩٩) (Browder, D & Spooner F, 2011) ، إلي أن دمج ذوي الاحتياجات الخاصة يمثل أحد المتطلبات التربوية الأساسية في مراحل النمو الأولي للطفل، وحيث تسهم برامج الدمج في تحقيق التكيف من خلال التفاعل بين ذوي الاحتياجات الخاصة وأقرانهم العاديين في المدرسة، والتي تساعد في تكوين العلاقات الايجابية بينهم.

ويواجه نظام دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدارس العادية مجموعة من المعوقات ترتبط بالأخصائيين الاجتماعيين وبعضها يرتبط بالأسرة وبعضها يرتبط بالمدرسة.

وهذا ما أوضحته نتائج دراسة (حمزة، ٢٠٠٣) علي أن معوقات دمج التلاميذ المعاقين في مدارس التعليم العام بعضها يتصل بالأسرة مثل إهمالهم في متابعة ابنهم ورفضهم لوجوده مع التلاميذ العاديين.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة (صابر، ٢٠١٢) أن المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بمدارس الدمج في التعليم العام والتي تمثلت في معوقات مرتبطة بالأخصائيين الاجتماعيين ومعوقات مرتبطة بالأسرة ومعوقات مرتبطة بالمدرسة. وأكدت أيضاً على ذلك دراسة (حسنين، ٢٠١٥) أن معوقات تحقيق أهداف الدمج ترجع إلي إدارة المدرسة وأيضاً الأسرة وأيضاً معوقات ترجع إلي الأخصائيين الاجتماعيين.

وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة كلاً من (فاتن فوزي ٢٠٠٩، صفاء عبد الحميد ٢٠٠٩) أن الأخصائي الاجتماعي يواجه معوقات في التعامل مع الحالات الفردية، والأمر الآخر الذي يتطلب ضرورة تنمية الخبرات والمعارف المهنية للأخصائيين الاجتماعيين التي تساعدهم علي التعامل مع الحالات (فوزي، ٢٠٠٩) (عبد الحميد، ٢٠٠٩).

وهذا يتطلب عمل الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق عمل متعاون ومتكامل وذلك لنجاح عملية الدمج.

وعلينا أن نؤكد أهمية العمل كفريق وليس هناك موضع لقيام أي من الأخصائيين في العمل بمعزل عن الآخرين، فنجاح برامج الدمج والتأهيل يتوقف علي مستوى ودرجة ونوعية التعاون بين كافة الأخصائيين بالمراكز أو المدارس أو المستشفيات، ومدى تعاون فريق العمل مع أسر الأطفال، والعمل كفريق يبدأ منذ اللحظات الأولي لالتحاق الأطفال بالمدارس خلال عمليات الملاحظة وإجراء الفحوص المتعددة والتحاليل والاختبارات ومروراً بعملية تخطيط برامج الدمج والتأهيل حيث يتعاون جميع الفنيين مع الأخصائيين من مختلف التخصصات قي متابعة التنفيذ وعقد اجتماعات دورية يعرض في كل اجتماع منها Case Conference حالة من الحالات في حضور كافة المتخصصين وتناقش بمنتهي التفصيل والصراحة والموضوعية مع الوصول إلي القرارات السليمة في معالجة الصعوبات وتدعيم نواحي النجاح والإنجاز ورسم متطلبات تعديل وتطوير أو إعداد البرامج التالية (فرج، ١٩٩٧، ص. ١٥).

والخدمة الاجتماعية هي إحدى المهن التي تسعي من خلال طرقها المختلفة وبأساليبها ومعارفها ومهاراتها إلي القيام بأدوار متعددة في التعامل مع هذه الفئة من فئات الإعاقة ويكون ذلك من خلال تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالمعارف والمهارات اللازمة لكي يستطيعوا التعامل مع مشكلات أطفال الشلل الدماغي بما يهيئ الفرص لتحقيق أهدافها الوقائية والعلاجية والإنمائية عند التعامل مع هذه الفئة.

ويمكن للخدمة الاجتماعية أن تسهم في إنجاح عملية الدمج بالمدرسة وذلك من خلال التخطيط المسبق للدمج وتحديد أهدافه والفئات التي سيشملها ونوع الدمج التعليمي الذي سيتم تنفيذه داخل المدرسة، والاختيار الملائم للبيئة المدرسية التي سيتم تطبيق الدمج التعليمي بها، والاختيار المناسب للمعلمين الذين سيتعاملون مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتوفير الدعم النفسي للأطفال المدمجين لتنمية قدراتهم وتحقيق ذاتهم وسط الأطفال العاديين داخل المدرسة، وتوفير نظام تسجيل مستمر لقياس مدي نمو الطالب في مختلف الجوانب (قاسم، ٢٠١١، ص. ٢٢٨) .

وخدمة الفرد كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية تعمل علي مواجهة المشكلات التي يمكن أن تنتج من خلال ما يمارسه الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الإعاقة وخاصة مجال الشلل الدماغي وما يطرأ علي المجال من تغيرات سواء مشكلات جديدة يعاني منها الطفل المصاب أو احتياجات جديدة تفرضها عليه إعاقته من خلال استخدام أساليبها الفنية ونماذجها العلاجية المختلفة، وذلك من خلال إكساب الأخصائيين الاجتماعيين المعارف والمهارات التي تساعدهم في التعامل مع حالات دمج أطفال الشلل الدماغي.

وبناء علي ما تم عرضه في مدخل مشكله الدراسة من اطار نظريا ودراسات سابقه اتضح ان عمليه الدمج تحتاج الي العديد من الامكانات المهنية حتي تأتي بالنتائج المرجوة أثناء ممارسه الاخصائي الاجتماعي لدوره خلال عمليه الدمج نجد انه يواجه العديد من المعوقات التي تعوق عن تحقيق اهداف تلك العملية وبالتالي تسعي هذه الدراسة الي تحديد المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي.

ثانيا : أهمية الدراسة:

١. تشير الإحصاءات إلي تزايد أعداد أطفال الشلل الدماغي حيث بلغت النسبة الي ٣.٣% لكل ١٠٠٠ طفل (Durkin, M, et al., 2009).

تتناول هذه الدراسة فئة من فئات المجتمع وهي أطفال الشلل الدماغي، فهي تحتاج إلي رعاية واهتمام من خلال الجهود المهنية والدراسات الميدانية.

٢. دمج حالات الشلل الدماغي مع الأطفال العاديين في المدارس العادية يقلل من الخوف والقلق لديهم ويوفر لهم الدعم النفسي وتنمية قدراتهم وتحقيق ذاتهم.

٣. تحاول هذه الدراسة زيادة اهتمام الباحثين بصفة عامة والأخصائيين الاجتماعيين بصفة خاصة لدراسة المعوقات التي ترتبط بدمج حالات أطفال الشلل الدماغي مما يساعد في تسهيل القيام بعمليه الدمج من قبل الاخصائي الاجتماعي.

ثالثا : أهداف الدراسة:-

١. تحديد المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي.

٢. التوصل لبرنامج مقترح للتغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي.

رابعا : تساؤلات الدراسة:-

١- ما معوقات الدمج التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي؟

٢- ما معوقات الدمج التي ترجع الى المدرسة في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي ؟

٣- ما معوقات الدمج التي ترجع الى الأسرة في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي ؟

٤- ما الارتباط بين المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين ومتغيرات النوع، الخبرة ، الدرجة الوظيفية ؟

٥- ما متطلبات البرنامج المقترح لتفعيل الدمج للأطفال ذوى حالات الشلل الدماغي؟

خامسا : مفاهيم الدراسة:-

(١) مفهوم المعوقات:

كلمة معوق في اللغة تأتي من الفعل عوق، عوقاً، أو الإعاقة في التثبيط بمعني منعه.

بينما يرى معجم ويبستر أن المعوقات هي تلك العقبات التي تقف في المواجهة أو الطريق أو تعوق التقدم أو الوصول للمنجزات (Webster: N.Y, 1990, p. 52).

ويرى معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية أن كلمة معوقات تعني مشكلة أو أشياء ضارة وظيفياً أو بنائياً تقف حائل أمام إشباع الحاجات أو هي الشيء العسر الذي يشكل

صعوبة ويعرقل تحقيق الأهداف ويحتاج إلي مواجهة للتغلب عليه حتى يمكن الوصول إلي الهدف بسهولة ويسر (بدوي، ١٩٩٣، ص. ٢٠).

وكذلك تعرف بأنها مواقف ناتجة عن عدم توافر الإشباع اللازم للحاجات أو نتيجة للإخفاق في القيام بمهام ووظائف دور من الأدوار، مما يترتب عليه صعوبات ومشكلات يتوقف مداها على عدم إشباع الحاجة أو الإخفاق في أداء الدور (علي، ٢٠٠٠، ص. ١٨٩).

وتعرف المعوقات إجرائياً في هذه الدراسة:

١. مجموعة المواقف التي تواجه الأخصائي فيها صعوبات في أدائه المهني لأدواره مع حالات أطفال الشلل الدماغي.
٢. ترتيب تلك الصعوبات بعدة مؤشرات (معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي، معوقات راجعة إلي المدرسة، معوقات راجعة إلي الأسرة).
٣. يمكن قياس تلك المعوقات بطريقة إجرائية باستخدام استبيان من إعداد الباحث.

(٢) مفهوم الدمج:

يعرف لغوياً بأنه "دمج الشيء دموجاً إذا دخل دخل في الشيء واستحكم فيه وأدمج الأمر "أحكمه" (بن فارس، ١٩٩٩، ص. ٢٣٣).

ويعرف الدمج بأنه مفهوم يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين في الصف العادي بشكل مؤقت أو دائم بشرط توفير عوامل تساعد علي إنجاح هذا المفهوم (الروسان، ١٩٩٨، ص. ٢٩).

ويعد مفهوم الدمج مفهوماً حديثاً يشير إلي ضرورة تعلم أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين (فتحي، ٢٠٠٢، ص. ٢٨).

ويعرف أيضاً الدمج بأنه وضع حالات الشلل الدماغي ذوي الإعاقة البسيطة في المدارس العادية داخل الفصل العادي مع التلاميذ العاديين لبعض الوقت أو طول الوقت حسب ما تستوعبه حاجة الحالة مع تقديم الخدمات المساندة من خلال فريق عمل متعدد التخصصات وإجراء التعديلات الضرورية في البيئة التعليمية لتسهيل فرص تحصيلهم الدراسي من خلال تنمية قدراتهم (عبد الحميد، ١٦-١٧ أغسطس ٢٠١٤، ص. ٧٧).

*** أهداف الدمج:**

يهدف دمج حالات أطفال الشلل الدماغي إلي تحقيق مجموعة من الأهداف:

(أ) أهداف تعليمية وتتمثل في (محمود، ٢٠٠١، ص. ٨٩):

١. عملية الدمج توفر بيئة تعليمية طبيعية بقدر الإمكان لأطفال الشلل الدماغي.
٢. عملية الدمج تتيح لأطفال الشلل الدماغي تلقي التعليم الذي يتناسب مع قدراتهم وخصائصهم.
٣. يتيح الدمج لأطفال الشلل الدماغي حياة ناجحة لحصولهم علي خبرات أكبر مع أقرانهم العاديين بطريقة تتناسب مع طبيعة استجاباتهم.

(ب) أهداف اجتماعية وتتمثل في (الروسان، ١٩٩٨، ص. ٦١٣):

إن مشاركة أطفال الشلل الدماغي للأطفال العاديين في فصول الدمج يمنحهم الثقة بالنفس.

يزيد من فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال العاديين وأطفال الشلل الدماغي بما يساهم في تغيير اتجاهات الأطفال العاديين نحو زملائهم ذوي الشلل الدماغي من السلبية إلي الايجابية.

(ج) أهداف نفسية وتتمثل في (سلامة، ٢٠٠٢، ص. ٣٣):

١. يساهم في خفض الشعور بالعزلة والانطواء.
٢. يتيح لهم الفرص للتعبير عن ذاتهم.
٣. تنمية روح الحب والثقة وإيجاد لغة للتفاهم بين الطفل العادي وأطفال الشلل الدماغي.

**** أنواع الدمج** (قاسم، ٢٠١٧، الصفحات ٢٧-٣٠):-

(أ) الدمج الكلي:

ويقصد بالدمج الكلي: التحاق الأطفال المعوقين مع الأطفال غير ذوي الإعاقة في الفصول العادية طوال الوقت، حيث يتلقون برامج تعليمية مشتركة، ويشترط لهذا النوع من الدمج توافر الظروف والعوامل التي تساعد علي إنجاحه، ومنه توفير مدرس التربية الخاصة الذي يعمل جنباً إلي جنب مع المدرس العادي في قاعات النشاط والتغلب علي الصعوبات التي تواجه المعوقين في الفصل مثل الاتجاهات الاجتماعية وإجراء الامتحانات وتصحيحها وتوفير الوسائل التعليمية الملائمة، ومدى تقبل الطلبة غير المعاقين للطلبة ذوي الإعاقة في الصف العادي وذلك بهدف توفير وتهيئة بيئة تعلم مناسبة لهم.

(ب) الدمج الجزئي:

والدمج الجزئي: هو ما يطلق عليه الدمج المكاني، حيث يوضع الأطفال ذوي الإعاقة مع غير ذوي الإعاقة لفترة معينة من الوقت يومياً بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم في فصل مستقل أو عدة فصول خاصة لتلقي مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة علي يد معلمين أخصائيين سواء في مواد دراسية معينة أو في موضوعات محددة وذلك عن طريق التعلم الفردي أو داخل غرفة المصادر داخل المدرسة ذاتها.

(ج) الدمج الاجتماعي الأكاديمي:

هو عبارة عن دمج الطلاب ذوي الإعاقة في بعض الأنشطة المختلفة مع الطلاب غير المعاقين، ويكون هذا الدمج خارج الفصل الدراسي مثل الدمج في كل من (التربية الرياضية، التربية الفنية، الرحلات، الجماعات المدرسية) ويعتبر ذلك دمجه في الأنشطة التربوية والترفيهية المختلفة.

ويعرف الباحث الدمج إجرائياً في هذه الدراسة:-

١. إلحاق أطفال ذوي الشلل الدماغي مع أقرانهم من التلاميذ في المدارس العادية.
٢. مشاركة أطفال ذوي الشلل الدماغي للتلاميذ العاديين في النشاط المدرسي المتنوع.
٣. منح الفرصة لأطفال ذوي الشلل الدماغي من التفاعل مع الآخرين.
٤. حصول الأطفال ذوي الشلل الدماغي علي الخدمات التي يحصل عليها الأطفال العاديين.
٥. تأهيل وتعديل اتجاهات الأطفال العاديين نحو أطفال الشلل الدماغي.
٦. ومن ثم فإن الدمج هنا يعتمد على نوعى الدمج الكلى والدمج الاجتماعى .

(٣) مفهوم الشلل الدماغي:-

يشير الشلل الدماغي إلي اضطراب نمائي أو عصبي غير وراثي يصيب الدماغ في مرحلة مبكرة من حياة الطفل وخاصة فترة اكتمال نمو القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة، تنجم هذه الاضطرابات عن خلل أو تلف في الدماغ، ويؤدي إلي عدد غير محدود من الأمراض والمشكلات الحركية والحسية والعصبية، غير المعدية كما أنها غير متطورة (عسكر، ٢٠٠٥، ص. ١٧٦).

والشلل الدماغي عرض وليس مرض فهو مجموعة من الأعراض المرضية تحدث نتيجة لتلف جزء من الدماغ أو الحزم العصبية في مرحلة مهمة من مراحل تطور نمو الجهاز العصبي (رضوان، ٢٠٠٨، ص. ١١٠).

ويعرف الشلل الدماغي علي أنه عجز حركي مركزي غير متطور نتيجة لإصابات تحدث في مرحلة من مراحل تطور الجهاز العصبي سواء في مرحلة الحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة، أي السبب في حدوث الأعراض هي إصابة الجهاز العصبي المركزي في مناطق مهمة وهي قشرة المخ، والإصابة لا تزيد كما أن الأعراض لا تزداد سوءاً مع الوقت (عبد الحميد م.، ٢٠١٤).

ويعرف أيضاً الشلل الدماغي علي أنه عجز عصبي– حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ، وتشير كلمة شلل في هذا المصطلح إلي أي ضعف أو نقص في القدرة علي الضبط والتحكم في العضلات الإرادية، يكون ناتجاً عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي، وينظر الكثيرون إلي الشلل الدماغي علي أنه ليس مرض من الأمراض، بل أنه حالة تتميز بمجموعة من الأعراض، كما تختلف الأعراض الإكلينيكية للشلل الدماغي باختلاف الجزء أو الأجزاء المصابة في المخ (كوافحه و عبد العزيز، ٢٠١٠، ص. ١٩٤).

ويعرف الباحث الشلل الدماغي إجرائياً في هذه الدراسة:

١_تكون فيه الإصابة بسيطة لا تؤثر علي الطفل المصاب بشكل كبير.

٢_حيث يستطيع الطفل الاعتناء بنفسه.

٣_ يستطيع المشي والانتقال بدون استخدام أدوات مساعدة.

٤_ إلا أن الإصابة قد تحد من قدرات الطفل الأخرى، مما يستلزم تزويده بالخدمات التربوية المناسبة التي تساعده علي تلبية احتياجاته التربوية.

سادسا: الإجراءات المنهجية:

أ : نوع الدراسة: تنتمي هذه الدراسة إلي الدراسات الوصفية إلي تستهدف تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات أطفال الشلل الدماغى .

ب : منهج الدراسة: استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الأجتماعيين بإدارة المعادى التعليميه –محافظة القاهرة.

جـ : أدوات الدراسة: تحددت أدوات الدراسة فيما يلي: استمارة استبيان حول المعوقات التى تواجه الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات أطفال الشلل الدماغى (إعداد الباحث) .

صدق الأداة:

– **الصدق الظاهري للأداة:** تم عرض الأداة على عدد (١٠) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، وقد تم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (٨٠%)، وقد تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض. وبناءً على ذلك تم صياغة الاستمارة في صورتها النهائية.

– **الصدق العاملي** :حيث اعتمد الباحث في حساب الصدق العاملي على معامل ارتباط كل متغير في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (١٠) مفردة من الاخصائيين الاجتماعيين، وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (١) الاتساق الداخلي بين متغيرات استمارة استبيان الأخصائيين الاجتماعيين (ن=١٠)

م	المتغيرات	معامل الارتباط	الدلالة
١	معوقات راجعة إلي الأخصائيين الاجتماعيين	٠.٨٥٧	**
٢	معوقات راجعة إلي المدرسة	٠.٨٦٤	**
٣	معوقات راجعة إلي الأسرة	٠.٨٠١	**

**** معنوي عند (٠.٠١) * معنوي عند (٠.٠٥)**

ويتضح من الجدول السابق أن متغيرات الأداة دالة، كما أن معظم متغيرات الاستمارة دالة عند مستويات الدلالة المتعارف عليها لكل متغير على حدة، ومن ثم يمكن القول إن درجات العبارات تحقق الحد الذي يمكن معه قبول هذه الدرجات ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

ثبات الأداة :

تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا . كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستمارة لاستبيان الأخصائيين الاجتماعيين، وذلك بتطبيقها على عينة قوامها (١٠) مفردة من أعضاء مجتمع الدراسة. وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا - كرونباخ) لاستمارة استبيان الاخصائيين الاجتماعيين (ن=١٠)

م	المتغيرات	معامل (ألفا - كرونباخ)
١	معوقات راجعة إلي الأخصائيين الاجتماعيين	٠.٨١٤
٢	معوقات راجعة إلي المدرسة	٠.٨٦٥
٣	معوقات راجعة إلي الأسرة	٠.٨٤٠
ثبات استمارة الاستبيان ككل		٠.٨٣٩

وتعتبر هذه المستويات مقبولة ويمكن الاعتماد على النتائج التي تتوصل إليها الأداة.

د : مجالات الدراسة

المجال المكاني: تم تطبيق الدراسة علي المدارس التابعة لإدارة المعادى التعليمية – محافظة القاهرة.

مبررات اختيار المجال المكاني :

١. سهولة جمع البيانات نظراً لقربها من محل اقامة الباحث.

٢. موافقة المسئولين علي إجراء التطبيق.

المجال البشري : حجم مجتمع الدراسة : بلغ عدد الأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس محل الدراسة (٦٩) أخصائى بواقع (٣١) ذكور ، (٣٨) اناث .

المجال الزمني : وهي فترة جمع البيانات من الميدان حيث استغرقت عملية جمع البيانات من الميدان في الفترة من٧/ ٣/ ٢٠٢١ إلي ١/٤/ ٢٠٢١.

هـ: أساليب التحليل الإحصائي: تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS .V. 17.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية :

١. التكرارات والنسب المئوية.

٢. المتوسط الحسابي: وتم حسابه للمقياس الثلاثي عن طريق :

٣. المتوسط الحسابي = ك (نعم) x ٣ + ك (إلى حد ما) x ٢ + ك (لا) x ١ / ن

ويمكن الحكم على مستوى المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي باستخدام المتوسط الحسابي حيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي نعم (ثلاث درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي

(الحدود الدنيا والعليا) ، تم حساب المدى = أكبر قيمة – أقل قيمة (٣ – ١ = ٢)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (٢ / ٣ = ٠.٦٧) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١ – ١.٦٧	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ١.٦٧ – ٢.٣٤	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٢.٣٤ : ٣	مستوى مرتفع

٤. **الانحراف المعياري:** ويفيد في معرفة مدى تشتت أو عدم تشتت استجابات المبحوثين، كما يساعد في ترتيب العبارات مع المتوسط الحسابي، حيث أنه في حالة تساوى العبارات في المتوسط الحسابي فإن العبارة التي انحرافها المعياري أقل تأخذ الترتيب الأعلى.

٥. **المدى:** ويتم حسابه من خلال الفرق بين أكبر قيمة وأقل قيمة.

٦. **معامل ثبات (ألفا . كرونباخ):** لقيم الثبات التقديرية لأدوات الدراسة.

٧. **معامل ارتباط بيرسون R:** وذلك لحساب الصدق العاملي من خلال معامل ارتباط كل متغير في الأداة بالدرجة الكلية، ودراسة علاقة المتغير المستقل بالمتغير التابع، (اختبار فروض الدراسة).

٨. **معامل ارتباط كا^{٢} Chi-Square :** وذلك لاختبار العلاقة بين متغيرين اسميين مثل النوع / عمل ولى الأمر.

٩. **معامل ارتباط جاما Gamma :** ويستخدم للحصول على علاقات أو ارتباطات، عندما يتضمن متغيرات رتبيه لها قيم منتظمة.

سابعا: عرض نتائج الدراسة:

(١) **وصف مجتمع الدراسة:**

جدول (٣) توزيع العينة حسب النوع (ن=٦٩)

م	النوع	ك	%
١	ذكر.	٣١	%٤٤.٩
٢	أنثى.	٣٨	%٥٥.١
المجمـوع:		٦٩	%١٠٠

يوضح الجدول السابق توزيع العينة حسب النوع حيث بلغت نسبة الذكور بلغت (٤٤.٩%) بينما جاءت نسبة الاناث (٥٥.١%).

جدول (٤) توزيع العينة حسب السن (ن=٦٩)

م	السن	ك	%
١	من ٢٥-	٩	%١٣
٢	من ٣٥-	٢٦	%٣٧.٧
٣	من ٤٥-	٢٠	%٢٩
٤	٥٥ سنة فاكثر	١٤	%٢٠.٣
المجمـوع		٦٩	%١٠٠

يوضح الجدول السابق:

توزيع الاخصائيين الاجتماعيين حسب السن حيث جاء فى الترتيب الاول الفئة (من ٣٥-) بنسبة (٣٧.٧%)، يليها في الترتيب الثاني الفئة (من ٤٥-) بنسبة (٢٩%)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (من ٢٥-) بنسبة (١٣%).

جدول (٥) يوضح عدد سنوات الخبرة (ن=٦٩)

م	عدد سنوات الخبرة	ك	%
١	من ٥ -	٦	%٨.٧
٢	من ١٠ -	٢٧	%٣٩.٢
٣	من ١٥ -	٢٢	%٣١.٨
٤	من ٢٠ سنة فاكثر	١٤	%٢٠.٣
المجمـوع		٦٩	%١٠٠

يوضح الجدول السابق :

توزيع الاخصائيين الاجتماعيين حسب عدد سنوات الخبرة حيث جاء فى الترتيب الاول (من ١٠ –) بنسبة (٣٩.٢%) يليها في الترتيب الثاني (من ١٥ –) بنسبة (٣١.٨%)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (من ٥ -) بنسبة (٨.٧%).

جدول (٦) يوضح مدي الحصول على دورات تدريبية في مجال دمج حالات الشلل الدماغي (ن=٦٩)

م	الاستجابة	ك	%
١	لم أحصل علي دورات	٣٤	%49.4
٢	دورة واحدة	١٩	%27.5
٣	دورتين	9	%13.0
٤	ثلاثة فأكثر	7	%10.1
	المجمـــوع	٦٩	%١٠٠

يوضح الجدول السابق :

توزيع الاخصائيين الاجتماعيين حسب الحصول على دورات تدريبية في مجال دمج حالات الشلل الدماغي حيث جاء فى الترتيب الاول (لم أحصل على دورات) بنسبة (٤٩.٤%) يليها في الترتيب الثاني (دورة واحدة) بنسبة (٢٧.٥%)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (ثلاثة دورات) بنسبة (١٠.١%)، وهنا يتطلب عقد دورات تدريبية بصفة مستمرة للأخصائيين الاجتماعيين فى مجال دمج حالات أطفال الشلل الدماغى وذلك للأطلاع على ما هو جديد فى هذا المجال، لان ذلك يفيد فى نجاح برامج الدمج .

جدول (٧) يوضح توزيع العينة حسب المؤهل العلمي (ن=٦٩)

م	المؤهل العلمي	ك	%
١	بكالوريوس خدمة اجتماعية	٤٥	%٦٥.٢
٢	دبلوم دراسات عليا	٩	**%١٣.٠**
٣	ماجستير	١١	%١٦
٤	دكتوراة	٤	%٥.٨
	المجموع	٦٩	%١٠٠

يوضح الجدول السابق :

توزيع الاخصائيين الاجتماعيين حسب المؤهل العلمي حيث جاء فى الترتيب الاول (بكالوريوس خدمة اجتماعية) بنسبة (٦٥.٢%) يليها في الترتيب الثاني (ماجستير) بنسبة (١٦%)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (دكتوراة) بنسبة (٥.٨%).

جدول (٨) يوضح المسمى الوظيفي (ن=٦٩)

م	المسمى الوظيفي	ك	%
١	اخصائي اجتماعي	٤٣	%٦٢.٣
٢	كبير اخصائيين	٢٦	%٣٧.٧
	المجمــوع	٦٩	%١٠٠

يوضح الجدول السابق :

توزيع الاخصائيين الاجتماعيين حسب المسمى الوظيفي حيث جاء فى الترتيب الاول (اخصائي اجتماعي) بنسبة (٦٢.٣%) يليها في الترتيب الثاني (كبير اخصائيين) بنسبة (٣٧.٧%).

ب:- المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي:-
جدول (٩) يوضح معوقات راجعة إلي الأخصائيين الاجتماعيين (ن=٦٩)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الاوزان	المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
		ك	ك	ك				
١	نقص خبرة الأخصائيين الاجتماعيين في مجال دمج حالات أطفال الشلل الدماغي .	٣٧	٢٥	٧	١٦٨	٢.٤٣	٠.٦٧٤	٩
٢	قلة عدد الدورات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين في مجال دمج حالات أطفال الشلل الدماغي .	٤٢	٢١	٦	١٧٤	٢.٥٢	٠.٦٥٥	٤
٣	ضعف إطلاع الأخصائيين الاجتماعيين علي طرق القياس والتقويم المتعلقة بحالات الدمج .	٤٨	١٨	٣	١٨٣	٢.٦٥	٠.٥٦٤	٢
٤	محدودية التعاون بين الأخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل .	٥١	١٣	٥	١٨٤	٢.٦٦	٠.٦١٠	١
٥	ضعف معارف الأخصائيين الاجتماعيين بماهية دمج حالات الشلل الدماغي	٤٣	١٦	١٠	١٧١	٢.٤٧	٠.٧٣٩	٧
٦	صعوبة تواصل الأخصائيين الاجتماعيين بالخبراء في مجال الدمج .	٤١	٢٠	٨	١٧١	٢.٤٧	٠.٦٩٨	٦
٧	عدم مراعاة الأخصائيين الاجتماعية للخصائص الفردية لكل حالة من حالات الدمج.	٤٢	١٧	١٠	١٧٠	٢.٤٦	٠.٧٣٩	٨
٨	ضعف التواصل (الاتصال) بين	٤٤	١٩	٦	١٧٦	٢.٥٥	٠.٦٥٣	٣

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الاوزان	المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
		ك	ك	ك				
	الأخصائيين الاجتماعيين وحالات الدمج .							
٩	عدم اعتراف بعض الأخصائيين الاجتماعيين بفكرة الدمج .	٤٣	١٨	٨	١٧٣	٢.٥٠	٠.٦٩٩	٥
١٠	سوء تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين لعملية الدمج .	٣٢	٢٨	٩	١٦١	٢.٣٣	٠.٧٠٠	١٠
	المتغير ككل				**٢.٥٠**		**٠.٣١٨**	**مرتفع**

يوضح الجدول السابق :

المعوقات المرتبطة بالأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي حيث جاء فى الترتيب الاول (محدودية التعاون بين الأخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.) بمتوسط وزني (٢.٦٦)، وجاء فى الترتيب الثاني (ضعف إطلاع الأخصائيين الاجتماعيين علي طرق القياس والتقويم المتعلقة بحالات الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٦٥) يليها فى الترتيب الثالث (ضعف التواصل (الاتصال) بين الأخصائيين الاجتماعيين وحالات الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٥٥)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (سوء تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين لعملية الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٣٣) .

بينما جاء المتوسط العام للبعد ككل وقدره (٢.٥٠) بانحراف معيارى (٠.٣١٨) وهو مؤشر مرتفع، وهذا يدل على أن الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون العديد من المعوقات التى تواجههم فى عميلة الدمج وتؤثر بالسلب على نجاح عملية الدمج وتتمثل تلك المعوقات فى نقص خبرة الأخصائيين الاجتماعيين، وأيضا قلة عدد الدورات التدريبية فى مجال الدمج ، وأيضا ضعف معارف الأخصائيين الاجتماعيين فى مجال الدمج ، وهذا ما أشارت اليه درساة كلا من (فاتن فوزى ٢٠٠٩،صفاء عبدالحميد ٢٠٠٩) أن الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون معوقات فى التعامل مع الحالات الفردية والأمر الذى يتطلب تنمية الخبرات والمعارف المهنية للأخصائيين الاجتماعيين التى تساعدهم فى التعامل مع تلك الحالات . وأكدت على ذلك دراسة (عبداللاه صابر ٢٠١٢) أن الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون معوقات تعوقهم فى دمج حالات أطفال ذوى الاعاقة وذلك بسبب نقص المعارف النظرية والقيم والمهارات المهنية المرتبطة بالتعامل مه الأطفال المستهدفين من عملية الدمج . وهذا يتطلب عمل الأخصائيين الاجتماعيين ضمن فريق عمل متكامل وتعاونة معه فى عقد دورات تدريبية بصفة مستمرة لزيادة الخبرات والمعارف بالدمج ومراحلة كل ذلك يساعد على نجاح عملية الدمج.

جدول (١٠) يوضح معوقات راجعة إلي المدرسة (ن=٦٩)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الاوزان	المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
		ك	ك	ك				
١	عدم وجود فريق عمل متكامل لعملية الدمج .	٣٤	٢٨	٧	١٦٥	٢.٣٩	٠.٦٦٩	١٠
٢	عدم توافر وسائل تعليمية مناسبة لعملية الدمج .	٣٢	٣٢	٥	١٦٥	٢.٣٩	٠.٦٢٣	٩
٣	زيادة أعداد الطلاب داخل الفصل الدراسي .	٣٧	٢٧	٥	١٧٠	٢.٤٦	٠.٦٣١	٧
٤	قلة الاهتمام بتأهيل المدرسين وتدريبهم .	٤١	٢٥	٣	١٧٦	٢.٥٥	٠.٥٨٢	٢
٥	ضعف الموارد والإمكانيات اللازمة لعملية الدمج .	٤٢	٢٠	٧	١٧٣	٢.٥٠	٠.٦٧٧	٤
٦	نقص الميزانية المخصصة لبرامج الدمج .	٣٥	٣١	٣	١٧٠	٢.٤٦	٠.٥٨٣	٦
٧	عدم تعاون أفراد فريق العمل وانفراد كل تخصص بذاته .	٤٥	٢٢	٢	١٨١	٢.٦٢	٠.٥٤٥	١
٨	رفض مدير المدرسة لفكرة الدمج .	٤١	٢١	٧	١٧٢	٢.٤٩	٠.٦٧٨	٥
٩	ضعف قدرة فريق العمل علي إدارة عملية الدمج .	٤٣	١٩	٧	١٧٤	٢.٥٢	٠.٦٧٧	٣
١٠	قلة وجود معينات علي الحركة أو طرق خاصة لحالات الدمج كالمصعد أو غير ذلك .	٣٧	٢٦	٦	١٦٩	٢.٤٤	٠.٦٥٣	٨
	المتغير ككل					**٢.٤٨**	**٠.٢٩٣**	**مرتفع**

يوضح الجدول السابق أن:

المعوقات المرتبطة بالمدرسة في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي حيث جاء فى الترتيب الاول (عدم تعاون أفراد فريق العمل وانفراد كل تخصص بذاته.) بمتوسط وزني (٢.٦٢)، وجاء فى الترتيب الثاني (قلة الاهتمام بتأهيل المدرسين وتدريبهم.) بمتوسط وزني (٢.٥٥) يليها فى الترتيب الثالث (ضعف قدرة فريق العمل علي إدارة عملية الدمج) بمتوسط وزني (٢.٥٢)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (عدم وجود فريق عمل متكامل لعملية الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٣٩) .

بينما جاء المتوسط العام للبعد ككل وقدره (٢.٤٨) بانحراف معيارى (٠.٢٩٣) وهو مؤشر مرتفع، وهذا يشير الى أن عميلة دمج أطفال الشلل الدماغى فى المدرسة تواجة العديد من المعوقات والمتمثلة فى عدم وجود وسائل تعليمية مناسبة وأيضا قلة الأهتمام بتأهيل المدرسين وتدريبهم ، وضعف الموارد والامكانيات اللازمة لعملية الدمج ورفض إدارة المدرسة لفكرة الدمج لعدم وجود خبرة ودراية بذلك الأمر الذى يؤثر بالسلب على نجاح عملية الدمج ،

وهذا ما أكدت عليه دراسة (راندا مصطفى الديب ٢٠١٥) أن عملية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة تواجة العديد من المعوقات والتى ترجع الى المدرسة من حيث المناهج الدراسية والأنشطة التى تقدمها المدرسة لا تتناسب مع حاجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (أطفال الشلل الدماغى) ، ولنجاح عملية دمج حالات الشلل الدماغى فى المدارس العادية لابد من تهيئة البيئة الصفية من حيث المساحات الدراسية وتوافر الوسائل والادوات اللازمة لتنفيذ البرامج وتهيئة الأجواء المدرسية بداية من المدير والأخصائيين الاجتماعيين وتوافر الموارد والامكانيات اللازمة .

جدول (١١) يوضح معوقات راجعة إلي الأسرة (ن=٦٩)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الاوزان	المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
		ك	ك	ك				
١	عدم وعي الأسرة باحتياجات طفل الشلل الدماغي المدمج .	٣٦	٢٤	٩	١٦٥	٢.٣٩	٠.٧١١	٧
٢	عدم وعي الأسرة بأساليب المعاملة الوالدية المناسبة مع طفل الشلل الدماغي المدمج .	٤٦	١٥	٨	١٧٦	٢.٥٥	٠.٦٩٧	٢
٣	عدم تقبل الأسرة لنوع الإعاقة .	٣٤	٢٥	١٠	١٦٢	٢.٣٤	٠.٧٢٤	٩
٤	سوء العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة نتيجة وجود طفل معاق بها .	٣٦	٢٨	٥	١٦٩	٢.٤٤	٠.٦٣٠	٦
٥	خوف الأسرة من ظهور طفلها معها في الأماكن العامة .	٤١	٢١	٧	١٧٢	٢.٤٩	٠.٦٧٧	٥
٦	ضعف اهتمام الأسرة بمتابعة تحصيل طفل الشلل الدماغي المدمج .	٣٩	٢٧	٣	١٧٤	٢.٥٢	٠.٥٨٤	٣
٧	تدني مشاركة الأسرة في برامج التأهيل والتدريب التي تعقدها المدرسة مع حالات دمج الشلل الدماغي .	٥٠	١٧	٢	١٨٦	٢.٦٩	٠.٥٢٣	١
٨	ضعف مشاركة أولياء الأمور في الاجتماعات التي تعقدها المدرسة بشأن حالات الدمج .	٣٠	٣٢	٧	١٦١	٢.٣٣	٠.٦٥٦	١٠
٩	تعرض الأسرة لضغوط نفسية نتيجة وجود طفل معاق بها.	٣٣	٢٧	٩	١٦٢	٢.٣٤	٠.٧٠٣	٨
١٠	عدم التعاون بين الأسرة وفريق العمل في تنفيذ برنامج دمج حالات الشلل الدماغي .	٣٩	٢٥	٥	١٧٢	٢.٤٩	٠.٦٣٢	٤
	المتغير ككل					**٢.٤٦**	**٠.٣١٢**	**مرتفع**

يوضح الجدول السابق المعوقات المرتبطة بالأسرة في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي حيث جاء فى الترتيب الاول (تدني مشاركة الأسرة في برامج التأهيل والتدريب التي

تعقدها المدرسة مع حالات دمج الشلل الدماغي.) بمتوسط وزني (٢.٦٩)، وجاء فى الترتيب الثاني (عدم وعي الأسرة بأساليب المعاملة الوالدية المناسبة مع طفل الشلل الدماغي المدمج.) بمتوسط وزني (٢.٥٥) يليها فى الترتيب الثالث (ضعف اهتمام الأسرة بمتابعة تحصيل طفل الشلل الدماغي المدمج.) بمتوسط وزني (٢.٥٢)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (ضعف مشاركة أولياء الأمور في الاجتماعات التي تعقدها المدرسة بشأن حالات الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٣٣) .

بينما جاء المتوسط العام للبعد ككل وقدره (٢.٤٦) بانحراف معيارى (٠.٣١٢) وهو مؤشر مرتفع، وهذا يشير الى أن عملية دمج أطفال الشلل الدماغى تواجة العديد من المعوقات والتى ترجع الى الأسرة والمتمثلة فى عدم وعى الأسرة باحتياجات طفل الشلل الدماغى ، وعدم تقبلها لنوع الإعاقة وأيضا عدم وعيها بأساليب المعاملة معهم مما آثر على عدم مشاركتهم فى برامج الدمج وعدم حضور الأسرة للإجتماعات التى تعقدها المدرسة وأيضا آثر على عدم متابعتهم لحالة الطفل ، وهذا ما أشارت اليه دراسة (أحمد حمزة ٢٠٠٣) الى أن معوقات دمج التلاميذ المعاقيين فى مدارس التعليم العام يرجع الى الأسرة ويتمثل فى إهمالهم للأطفال وعدم متابعتهم لهم ورفضهم وجود تلك الأطفال مع التلاميذ العاديين وأيضا فى نقص موارد فى إمكانيات الأسرة ، وأكد على ذلك دراسة (عبداللاه صابر ٢٠١٢) أن من معوقات دمج تلك الحالات بالمدارس العادية معوقات ترجع الى الأسرة لعدم وعيهم باحتياجات الاطفال وعدم متابعتهم لهم ، والأمر الذى يتطلب توعية الأسرة بكيفية التعامل طفل الشلل الدماغى المدمج وتبصيرهم باحتياجاته وأيضا توضيح للأسرة أهمية الاجتماعات التى تعقدها المدرسة ولنجاح عملية الدمج لابد من مشاركة الأسرة فى هذه البرامج والمتابعة المستمرة لهم .

جدول (١٢) يوضح ترتيب المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي ن= ٦٩

م	المعوقات	المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
١	معوقات راجعة إلي الأخصائيين الاجتماعيين	٢.٥٠	٠.٣١٨	١
٢	معوقات راجعة إلي المدرسة	٢.٤٨	٠.٢٩٣	٢
٣	معوقات راجعة إلي الأسرة	٢.٤٦	٠.٣١٢	٣
أبعاد المتغير ككل		**٢.٤٨**	**٠.٠٢٠**	**مرتفع**

يوضح الجدول السابق ترتيب المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي حيث جاء فى الترتيب الأول معوقات راجعة إلي الأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط وزني (٢.٥٠) وجاء فى الترتيب الثانى معوقات راجعة إلي المدرسة بمتوسط وزني (٢.٤٨) وجاء فى الترتيب الأخير معوقات راجعة إلي الأسرة بمتوسط وزني (٢.٤٦)

بينما جاء المتوسط العام للبعد ككل وقدره (٢.٤٨) بانحراف معيارى (٠.٠٢٠) وهو مؤشر مرتفع، وهذا يدل على أن الأخصائيين الاجتماعيين بحاجة الى عقد دورات تدريبية لزيادة معارفهم ومهاراتهم وأيضا توافر موارد وإمكانيات بالمدرسة وزيادة وعى الأسرة باحتياجات أطفال الشلل الدماغى كل ذلك يساعد فى نجاح عملية دمج أطفال الشلل الدماغى .

جـ:- ما المقترحات التغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي:

جدول (١٣) يوضح المقترحات التغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي (ن=٦٩)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الاوزان	المتوسط الوزنى	الانحراف المعياري	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
		ك	ك	ك				
١	توافر موارد وإمكانيات لعملية الدمج.	٣٩	٢٥	٥	١٧٢	٢.٤٩	٠.٦٣٢	٤
٢	عقد دورات بصفة مستمرة للأخصائيين الاجتماعيين.	٣٠	٣٤	٥	١٦٣	٢.٣٦	٠.٦١٧	٦
٣	تأهيل الأخصائيين الاجتماعيين للعمل مع حالات الشلل الدماغي.	٣١	٢٧	١١	١٥٨	٢.٢٨	٠.٧٢٩	١٠
٤	فتح قنوات اتصال بين الأسرة والمدرسة لتحقيق أهداف عملية الدمج.	٣١	٢٩	٩	١٦٠	٢.٣١	٠.٦٩٦	٩
٥	عقد دورات تدريبية لأسر حالات الشلل الدماغي لكيفية التعامل معهم.	٣٥	٢٤	١٠	١٦٣	٢.٣٦	٠.٧٢٧	٧
٦	تدريب فريق العمل بأهم الأساليب الحديثة في قياس ودمج حالات الشلل الدماغي.	٣٣	٢٧	٩	١٦٢	٢.٣٤	٠.٧٠٣	٨
٧	زيادة الميزانية المخصصة لبرامج الدمج.	٤٣	٢٢	٤	١٧٧	٢.٥٦	٠.٦٠٥	٢
٨	توعية الطلاب العاديين بكيفية التعامل مع حالات الشلل الدماغي.	٤٤	٢٤	١	١٨١	٢.٦٢	٠.٥١٧	١
٩	تنمية روح التعاون بين فريق العمل وحالات الشلل الدماغي.	٣٦	٢٥	٨	١٦٦	٢.٤٠	٠.٦٩٢	٥
١٠	تأهيل وتدريب المدرسين العاملين مع حالات الشلل الدماغي.	٤٥	١٦	٨	١٧٥	٢.٥٣	٠.٦٩٨	٣
	المتغير ككل					**٢.٤٣**	**٠.٣٦١**	**مرتفع**

يوضح الجدول السابق :

المقترحات التغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي حيث جاء فى الترتيب الاول (توعية الطلاب العاديين بكيفية التعامل مع حالات الشلل الدماغي.) بمتوسط وزني (٢.٦٢)، وجاء فى الترتيب الثاني (زيادة الميزانية المخصصة لبرامج الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٥٦) يليها فى الترتيب الثالث (تأهيل وتدريب المدرسين العاملين مع حالات الشلل الدماغي.) بمتوسط وزني (٢.٥٣)، بينما جاء فى الترتيب الاخير (تأهيل الأخصائيين الاجتماعيين للعمل مع حالات الشلل الدماغي) بمتوسط وزني (٢.٢٨).

بينما جاء المتوسط العام للبعد ككل وقدره **(٢.٤٣)** بانحراف معيارى **(٠.٣٦١)** وهو مؤشر مرتفع، وترتبط تلك المقترحات بالأخصائيين الاجتماعيين من خلال عقد دورات تدريبية بصفة مستمرة لاكسابهم معارف ومهارات وخبرات بمجال الدمج وأيضا مقترحات مرتبطة بتوافر الموارد والامكانيات وزيادة الميزانية المخصصة للمدرسة، وأيضا مقترحات مرتبطة بفتح قنوات إتصال بين الأسرة والمدرسة وزيادة وعى واهتمام الأسر بتلك الأطفال فى النهاية كل ذلك من مقترحات تساعد على نجاح عملية الدمج .

د: الارتباط بين المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين ومتغيرات النوع ، الخبرة ، الدرجة الوظيفية .

جدول (١٤) **يوضح العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية الخاصة بالأخصائيين و تحديد المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي**

المتغيرات	المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي	
	المعامل المستخدم	قيمته ودلالته
النوع	كا^2	**٨.٧٢٣** (د.ح=٧)
الخبرة	جاما	*٠.٣٩١
الدرجة الوظيفية	جاما	**٠.٤٠١

** **معنوى عند ٠.٠١** * **معنوى عند ٠.٠٥**

يتضح من بيانات الجدول السابق ان :-

- لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين النوع بالنسبة للأخصائيين و **تحديد المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي**، حيث أن قيمة كا٢ =٨.٧٢٣ ، وغير دالة إحصائيا.
- كما توجد علاقة دالة إحصائيا بين الخبرة و **المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي**، حيث أن قيمة جاما =٠.٣٩١* و دالة إحصائيا عند مستوى معنوي(٠.٠٥).
- توجد علاقة دالة إحصائيا بين المؤهل و**المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي** حيث أن قيمة جاما = ٠.٤٠١** و دالة إحصائيا عند مستوى معنوي(٠.٠١).

ثامنا: **مناقشة نتائج الدراسة فى ضوء تساؤلاتها**:

بالنسبة للتساؤل الأول ومؤداه ما المعوقات المرتبطة بالأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي:-

جاء المتوسط العام للمعوقات المرتبطة بالأخصائيين الاجتماعيين (٢.٥٠) بانحراف معيارى (٠.٣١٨) وهو مؤشر مرتفع، حيث جاء فى الترتيب الاول (محدودية التعاون بين الأخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل.) بمتوسط وزني (٢.٦٦)، وجاء فى الترتيب الثاني (ضعف إطلاع الأخصائيين الاجتماعيين علي طرق القياس والتقويم المتعلقة بحالات الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٦٥) ، بينما جاء فى الترتيب الاخير (سوء تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين لعملية الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٣٣) .

بالنسبة للتساؤل الثانى ومؤداه ما المعوقات المرتبطة بالمدرسة في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي:-

جاء المتوسط العام للمعوقات المرتبطة بالمدرسة (٢.٤٨) بانحراف معيارى (٠.٢٩٣) وهو مؤشر مرتفع، حيث جاء فى الترتيب الاول (عدم تعاون أفراد فريق العمل وانفراد كل تخصص بذاته.) بمتوسط وزني (٢.٦٢)، وجاء فى الترتيب الثاني (قلة الاهتمام بتأهيل المدرسين وتدريبهم.) بمتوسط وزني (٢.٥٥) بينما جاء فى الترتيب الاخير (عدم وجود فريق عمل متكامل لعملية الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٣٩) .

بالنسبة للتساؤل الثالث ومؤداه ما المعوقات المرتبطة بالأسرة في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي:-

جاء المتوسط العام للمعوقات المرتبطة بالأسرة (٢.٤٦) بانحراف معيارى (٠.٣١٢) وهو مؤشر مرتفع، حيث جاء فى الترتيب الاول (تدني مشاركة الأسرة في برامج التأهيل والتدريب التي تعقدها المدرسة مع حالات دمج الشلل الدماغي.) بمتوسط وزني (٢.٦٩)، وجاء فى الترتيب الثاني (عدم وعي الأسرة بأساليب المعاملة الوالدية المناسبة مع طفل الشلل الدماغي المدمج.) بمتوسط وزني (٢.٥٥) بينما جاء فى الترتيب الاخير (ضعف مشاركة أولياء الأمور في الاجتماعات التي تعقدها المدرسة بشأن حالات الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٣٣) .

بالنسبة للتساؤل الرابع ومؤداه: ما الارتباط بين المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين ومتغيرات النوع ' الخبرة ' الدرجة الوظيفية .

لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين النوع بالنسبة للأخصائيين و تحديد المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي، حيث أن قيمة كا٢ =٨.٧٢٣ ، وغير دالة إحصائيا، كما توجد علاقة دالة إحصائيا بين الخبرة و المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي، حيث أن قيمة جاما =٠.٣٩١* و دالة إحصائيا عند مستوى معنوي(٠.٠٥)، وايضا توجد علاقة دالة إحصائيا بين المؤهل و المعوقات التي ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين فى دمج حالات الشلل الدماغي حيث أن قيمة جاما = ٠.٤٠١** و دالة إحصائيا عند مستوى معنوي(٠.٠١).

بالنسبة للتساؤل الخامس ومؤداه ما المقترحات التغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي:

جاء المتوسط العام لمقترحات التغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي (٢.٤٣) بانحراف معيارى (٠.٣٦١) وهو مؤشر مرتفع.

حيث جاء فى الترتيب الاول (توعية الطلاب العاديين بكيفية التعامل مع حالات الشلل الدماغي.) بمتوسط وزني (٢.٦٢)، وجاء فى الترتيب الثاني (زيادة الميزانية المخصصة لبرامج الدمج.) بمتوسط وزني (٢.٥٦) بينما جاء فى الترتيب الاخير (تأهيل الأخصائيين الاجتماعيين للعمل مع حالات الشلل الدماغي) بمتوسط وزني (٢.٢٨) .

تاسعا : تصور مقترح للتغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي

أ: الأسس التي يعتمد عليها التصور المقترح :.

١. الهدف الذي تسعي اليه الدراسه .

٢. الإطار النظري لطريقة خدمة الفرد وبصفه خاصه مايمكن توظيفه من نماذج ونظريات تفيد الأخصائيين الأجتماعيين في العمل مع حالات الشلل الدماغي .

٣. نتائج الدراسات السابقه المرتبطة بالشلل الدماغي .

٤. ملاحظات الباحث ومقابلته مع الأخصائيين الأجتماعيين .

٥-ما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج .

ب: أهداف التصوير المقترح :-

قام الباحث بتحديد أهداف التصور المقترح طبقآ لأهداف الدراسه :

١. تحديد المعوقات التي تواجه الاخصائيين الأجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي.

٢. التوصل لبرنامج مقترح للتغلب علي المعوقات التي تواجه الأخصائيين الأجتماعيين في دمج حالات أطفال الشلل الدماغي .

ج : المهارة المهنية المستخدمه في التصور المقترح :-

. مهارة المقابله

. مهارة الملاحظة

. مهارة العمل الفريقي

د : التكتيكات المستخدمه في التصور المقترح :-

. تكنيك لعب الدور

. تكنيك النمذجة

-المناقشة الجماعية

هـ: الادوات المستخدمه في تحقيق التصور المقترح :-

١. **التسجيل :** وذلك لحفظ وتدوين جميع البيانات المتعلقة بدمج حالات الشلل الدماغي

٢- المقابلات بكل أنواعها :- للتعرف علي المعوقات التى تواجة عمليه الدمج وكذلك التعرف علي احتياجات أطفال الشلل الدماغى وذلك لنجاح عمليه الدمج يكون الهدف من المقابلة واضحا

٣- **الملاحظة** :- ويستخدم الأخصائى الاجتماعي هذه الأداة وذلك لملاحظة المعوقات التى تواجه عملية دمج حالات أطفال الشلل الدماغي

٤-**الأجتماعات** :- يستخدم الاخصائى الاجتماعي الاجتماعات مع غيرة من المتخصصين والمهنيين فى إعداد الخطط والبرامج التى تساهم فى نجاح عملية دمج حالات أطفال الشلل الدماغي

و : الاستراتيجيات المستخدمه في تحقيق التصور المقترح :-

١. **استراتيجية إعادة البناء المعرفي :** تعمل هذه الاستراتيجية مع العملاء الذين يظهرون نوعآ من القصور المعرفي أو الافكار الخاطئه حيث يؤثر ذلك علي سلوكهم ويستخدم الاخصائي الاجتماعي هذه الاستراتيجيه مع اطفال الشلل الدماغي والاطفال العاديين بالمدارس وذلك للعمل علي إكسابهم العادات السلوكيه السليمه .

٢. **إستراتيجية بناء الاتصالات :** عن طريق قيام الاخصائي الاجتماعي بالاتصال بالمؤسسات الموجودة في المجتمع وذلك عن طريق التنسيق معها لنجاح عملية دمج حالات أطفال الشلل الدماغي .

ي : أدوار الأخصائي الأجتماعي لتحقيق أهداف التصور المقترح :-

١. **دوره كمعالج :** يعمل الأخصائي الأجتماعي علي مساعدة أطفال الشلل الدماغي علي زيادة قدراتهم علي تقبل الوضع القائم وتعليمهم كيفية التعامل مع المشكلات التي تقابلهم والعمل علي وضع مجموعه من البرامج لتحفيف الضغوط الواقعه عليهم .

٢. **دورة كوسيط :** من خلاله يقوم الاخصائي الاجتماعي بالتعرف علي الموارد والخدمات المتاحه في المجتمع من اجل الاستفاده منها في تحسين الاداء الاجتماعي لأطفال الشلل الدماغي والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعيه لهم وايضا الاستفاده من خدمات المؤسسات الموجودة في المجتمع .

٣. **دورة كمدافع :** ويتم ذلك من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بالعمل علي المحافظه علي حقوق هولاء الاطفال وصيانه كرامتهم والمدافعه عن حقوقهم في إشباع احتياجتهم وحل مشكلاتهم الاجتماعيه .

٤. **دورة كمخطط :** من خلال قيام الاخصائي الاجتماعي بوضع الخطط والبرامج التي تخفف من المشكلات او المعوقات التي تواجه عملية دمج حالات اطفال الشلل الدماغي من خلال تحديد الاولويات والاحتياجات ومشكلات هولاء الاطفال وتحديد الموارد اللازمه لإشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم.

المراجـــع

أحمد بن عبد العزيز المدني. (٢٠٠٨). المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية رياض الأطفال، جامعة بورسعيد، ١.

أحمد السعيد يونس، و مصري عبد الحميد حنورة. (١٩٩١). رعاية الطفل المعوق طبياً ونفسياً واجتماعياً. القاهرة: دار الفكر العربي.

أحمد زكي بدوي. (١٩٩٣). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.

أحمد إبراهيم حمزة. (٢٠٠٣). معوقات دمج المعاقين في مدارس التعليم العام نحو وضع مؤشرات تخطيطية لمواجهتهم. المؤتمر العلمي السادس عشر. مصر: جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

أحمد بن فارس. (١٩٩٩). معجم مقاييس اللغة. بيروت: دار الجيل.

أميرة طه بخش. (١٩٩٩). فاعلية أسلوب الدمج علي مفهوم الذات والسلوك التكيفي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة كلية التربية جامعة الإسكندرية، ١(١٠).

تيسير مفلح كوافحه، و عمر فواز عبد العزيز. (٢٠١٠). مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسير للنشر والتوزيع.

خلود الدبانية، و سهى الحسن. (٢٠٠٩). دمج الطلبة ذوي الإعاقة السمعية في المدارس العادية من وجهة نظر المعلمين. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن، الجامعة الهاشمية، كلية الملكة رانيا للطفولة، ١(٥)، ١.

زينب محمود شقير. (٢٠٠٢). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، الدعم الشامل، التدخل المبكر، التأهيل المتكامل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سعيد عيد قاسم. (٢٠١١). الدمج التعليمي رؤى نظرية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

سعيد عيد قاسم. (٢٠١٧). الدمج التعليمي رؤى نظرية– وتجارب علمية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

سهير محمد سلامة. (٢٠٠٢). التربية الخاصة للمعاقين بين العزل والدمج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

صائب كامل اللالا. (٢٠١٢). أساسيات التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

صبحي حمدان أبو جلالة. (٢٠٠٩). اتجاهات نحو دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مؤسسات التعليم (ممارسات وتحديات. مجلة التربية، جامعة قطر، ١٣٨(٣٨).

صفاء عبد الحميد. (٢٠٠٩). مهارات الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي مع المراهقات الصم. رسالة ماجستير غير منشورة. مصر، القاهرة، جامعة حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية.

عبد اللاه صابر. (٢٠١٢). معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي بمدارس الدمج الشامل لذوي الإعاقة وتصور مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. مجلة بحوث ودراسات كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

عبد اللاه صابر عبد الحميد. (١٦-١٧ أغسطس ٢٠١٤). الاحتياجات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين المرتبطة بالعمل مع حالات التلاميذ ذوي الإعاقة البسيطة والمتوسطة بمدارس الدمج الشامل. المؤتمر العلمي الدولي الأول للمعاقين، (ص. ٧٧). المنيا.

عبد الله عسكر. (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عثمان لبيب فرج. (مارس، ١٩٩٧). الشلل المخي. النشرة الدورية للاتحاد النوعي لهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، بجمهورية مصر العربية، السنة الرابعة عشر، ٤٩.

عفاف علي محمود. (٢٠٠١). دراسة مقارنة لنظام الدمج التعليمي للمعاقين بالمدارس العادية في كل من الولايات المتحدة وألمانيا. رسالة دكتوراه غير منشورة. مصر، القاهرة، جامعة عين شمس: كلية التربية.

فاتن فوزي. (٢٠٠٩). تقويم الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين مع الحالات الفردية بمكاتب التوجيه والإرشاد والاستشارات الأسرية. رسالة ماجستير غير منشورة. مصر ، القاهرة، جامعة حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية.

فاروق الروسان. (١٩٩٨). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

فتحي الزيات. (٢٠٠٩). دمج ذوي الاحتياجات الخاصة: الفلسفة والمنهج. القاهرة: دار النشر للجامعات.

فوقية حسن رضوان. (٢٠٠٨). التشخيص التكاملي والفارقي للإعاقة العقلية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

كمال سالم سالم. (٢٠٠٨). المعاقون جسمياً وصحياً في المدارس العامة. القاهرة: دار الكتاب الجامعي.

مازن عبد الهادي الشمري. (٢٠١١). الإعاقات الجسمية والحركية (أسس، ممارسة، تأهيل). بيروت: دار الكتب العلمية.

ماهر أبو المعاطي علي. (٢٠٠٠). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، أسس نظرية ونماذج تطبيقية. القاهرة: زهراء الشرق.

محمد سامي عبد الحميد. (٢٠١٤). مشكلات العلاقات الاجتماعية لأسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. رسالة ماجستير غير منشورة. مصر، القاهرة، جامعة حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية.

محمد إسماعيل صادق. (٢٠١٤). دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام. القاهرة: المجموعة العربية للتدريب والنشر.

محمد فتحي. (٢٠٠٢). الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

مدحت محمد ابو النصر . (٢٠٠٤). تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة، علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع من منظور الوقاية والعلاج،. القاهرة: التيراك للنشر والتوزيع.

مدحت محمد أبو النصر. (٢٠٠٥). الإعاقة الجسمية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية. القاهرة: مجموعة النيل العربية.

مها السيد تقي الدين. (٢٠٠٤). فاعلية برنامج لتنمية بعض الجوانب الايجابية للإدراك الاجتماعي المتبادل بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الإعاقة البسيطة. رسالة ماجستير غير منشورة. مصر، جامعة عين شمس: معهد الدراسات العليا للطفولة.

مهدي محمد القصاص. (٢٠٠٨). التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة. المؤتمر العربي الثاني، بعنوان الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية. السعودية.

هالة أحمد سليمان حسنين. (أكتوبر، ٢٠١٥). معوقات تحقيق أهداف دمج التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية في المدرسة العادية من وجهة نظر المعلمين. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، ٩(٣).

هنادي حسين آل هادي القحطاني. (٢٠١٣). مدخل إلي الإعاقة الشديدة والمتعددة. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

هنـادي حسين آل هادي القحطـاني. (٢٠١٣). فاعلية برامج الدمج في خفض بعض أنماط السلوك اللاتكيفي لدى التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية. المجلة الدولية للأبحاث التربوية، ٢٢.

Durkin, M, Benedict, R, Kirby , R., Yeargin-Allsopp, M, Braun, K. V, Doernberg , N, & Arneson, C. (2009). Prevalence of cerebral palsy: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. three sites, United States, 2004. Disability and health.

Browder, D, & Spooner F. (2011). Teaching Students with Moderate and Severe Disabilities. Guilford press, NY.

Depoy, E., & Gilson , S. (2012). Social work practice with Disability: Moving from the perpetuation of a client category to local through Global Human Rights and Social Justice. Romania: University of Bucharest.

Guralnic, M. (1996). Immediate Effects of Mainstreamed settings on the Social Interactions and Social Integration of preschool Children. American Journal on Mental Retardation.

Webster: N.Y. (1990). New World dictionary. u.s.a: worner Book.