

دور الأخصائي الاجتماعي مع ذوي الإعاقة العقلية

Role of Social Worker with Mental Disability

مروة محمد نوح

أخصائية اجتماعية

باحثة ماجستير في الخدمة الاجتماعية

تخصص الخدمة الاجتماعية الاكلينيكية

كلية العلوم الاجتماعية - جامعة أم القرى

فاطمة علي حنظاظه

أخصائية اجتماعية

باحثة ماجستير في الخدمة الاجتماعية

تخصص الخدمة الاجتماعية الاكلينيكية

كلية العلوم الاجتماعية - جامعة أم القرى

مستخلص:

ترتبط مشكلة الإعاقة العقلية بالكفاءة العقلية للأفراد الذين يعتمد عليهم المجتمع في بنائه وتطوره، ونظراً لأن الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد، ينبغي تضاعف الجهود متكاملة للعمل على حلها، لذا فإن العناية بالمعاق عقلياً ضرورة إنسانية واجتماعية من أجل مساعدته على تنمية مهارات مناسبة تساعده على حسن التكيف مع الواقع، وذلك من خلال برامج الرعاية والتأهيل المختلفة والدمج إلى جانب الدور الكبير الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع المعاق عقلياً وأسرته والمجتمع المحيط به.

الكلمات المفتاحية:

الإعاقة العقلية، الأخصائي الاجتماعي، التأهيل، الدمج.

Abstract:

The problem of mental disability is linked to the mental competence of individuals on whom society relies in its construction and development. Since mental disability is a multifaceted and multidimensional problem, there should be a concerted efforts to resolve it. Care for the mentally disabled is therefore a humanitarian and social necessity in order to help in developing appropriate skills to help them adapt to reality, through various care, rehabilitation programs and Mainstreaming, as well as the great role played by social worker with mentally disabled, his family and the surrounding community.

Key words:

Mental Disability, Social Worker, Rehabilitation and Mainstreaming.

المقدمة:

تعتبر فئة المعاقين عقلياً من أهم الفئات التي اهتمت بها مهنة الخدمة الاجتماعية خاصة بعد أن مرت النظرة الاجتماعية للإعاقة العقلية بالعديد من المراحل ابتداء من مرحلة الإبادة والتي تميزت بالتخلص من الأطفال المعاقين، ثم مرحلة الإهمال حيث كان يترك المعاق عقلياً في المجتمع دون عناية إلى أن يموت، وبعد ذلك مرحلة الرعاية الأساسية حيث حصل المعاقين على الغذاء والشراب والكساء إلى جانب السكن في دور الإيواء الكائنة داخل أقبية الكنائس لكنهم كانوا يحرمون من التعليم ويودعون السجن خوفاً من خطرهم على المجتمع، ثم جاءت مرحلة التربية والتأهيل: والتي بدأت يد الطبيب الفرنسي إيتار الذي عمل في مركز للصم واستطاع من خلال إصراره النجاح في تدريب طفل وُجد في غابة أفيرون وتعليمه نطق وكتابة بعض الكلمات بعد أن كان لا يتقن أياً من جوانب السلوك الإنساني المتحضر بما في ذلك اللغة. ثم قام سيجمان تلميذ إيتار سنة 1837م بافتتاح مؤسسة لرعاية المعاقين عقلياً في باريس، ثم افتتح أول مؤسسة داخلية للمعاقين عقلياً سنة 1854م في الولايات المتحدة، ولا ننكر في هذا السياق جهود الإيطالية ماريا منتسوري في إنشاء مدرسة لتعليم المعاقين عقلياً وتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال عام 1897م، إلى جانب أنها طورت نظرية متكاملة لتدريب الصغار المعاقين وغير المعاقين بالاعتماد على استثارة وتدريب الحواس.

كما ساهمت الحرب العالمية الثانية في الاهتمام برعاية معاقى الحرب والجنود المصابين مما انعكس ايجابياً على فرض تدريب المعاقين من الناحية المهنية، إلى جانب اهتمام الولايات المتحدة الأمريكية بهذه الفئة في الستينات أثناء حكم الرئيس الأمريكي الأسبق جون كينيدي لأن شقيقته كانت تعاني من العوق العقلي. وخلال العقود الأربعة الماضية ازداد الوعي بمشكلة الإعاقة من خلال الإعلان العالمي لحقوق المعاقين عقلياً والذي تبنته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1971م (القمش والمعايطة، 2007، ص ص 35-36)

ومن أقدم التعريفات التي ظهرت للمعاقين عقلياً ما جاء في قانون المعاقين عقلياً والذي صدر عن الحكومة البريطانية سنة 1913م بأنه حالة تتم بتوقف النمو العقلي، أو عدم اكتمال هذا النمو، شريطة حدوث هذه الحالة قبل سن الثامنة عشرة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الوراثة أو الإصابة بالأمراض التي تعيق النمو العقلي (كوافحة وعبد العزيز، 2012، ص 57).

وهناك العديد من وجهات النظر التي تناولت الإعاقة العقلية بالتعريف والتصنيف، جاءت بطريقة تسلسلية لتسد الفجوة التي خلفتها وجهة النظر التي سبقتها ويتضح ذلك فيما يلي:

أولاً: وجهة النظر الطبية:	
التصنيف	التعريف
ويعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسولوجية المميزة للإعاقة العقلية ومن أهمها:	ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية، مثل تلك التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي وخاصة القشرة الدماغية التي تتضمن مراكز: الكلام والعمليات العقلية العليا، التأزر البصري الحركي، الحركة، الإحساس وغيرها وبالتالي تعطيل الوظيفة المرتبطة بها (الروسان، 2017، ص 15).
1. المنغولية Mongolism (متلازمة داون Down's Syndrome) ويتميز بخصائص جسمية واضحة تشبه ملامح الجنس المنغولي.	
2. الاضطراب في التمثيل الغذائي (الأبيض) Phenyl keton Uria PKU: وتتضمن هذه الفئة الاضطراب في تمثيل الدهون والبروتينات والكربوهيدرات.	

<p>3. الاستسقاء الدماغي Hydrocephaly : يتميز بتضخم الرأس و بروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي بشكل غير سوي في بطينات الدماغ حيث يتلف المخ نتيجة للضغط المستمر .</p> <p>4. كبر الدماغ Macrocephaly: وهي تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم الدماغ ويصاحب ذلك زيادة في حجم المخ وخاصة الخلايا الضامة والمادة البيضاء .</p> <p>5. صغر حجم الجمجمة Microcephaly : وهي حالة تتميز بصغر حجم الرأس أو الجمجمة وضغط عظام الجمجمة على المخ .</p> <p>6. القصاع أو القزامة Cretinism: وهي تتميز بقصر القامة بدرجة ملحوظة قد لا يصل طول الفرد إلى 90 سم مهما كان عمره الزمني وهذا يرجع إلى انعدام إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تلف المخ .</p> <p>7. العامل الريزيسي Rhesus Factor: وسببها اختلاف دم الأم عن دم الجنين فإذا كان دم الأم سالبا والجنين موجبا مثلا يؤدي ذلك إلى تكون أجسام مضادة واضطراب في توزيع الأوكسجين وعدم نضج خلايا الدم وتدمير كرات الدم مما يؤدي لتلف المخ .</p> <p>8. حالات الفتيكيتون: أو ترسيب حمض البيرنيل وهي حالات وراثية تشير إلى اضطراب بيوكيميائي في جسم الطفل ناتج عن جين منتج يحول دون عملية التمثيل الغذائي للحمض العضوي (عبدالحميد، 2020، صص 293-294).</p>	
ثانياً: وجهة النظر النفسية:	
<p>التصنيف</p> <p>1. الإعاقة العقلية البسيطة: تتراوح نسبة الذكاء بين (55-70) وهم القابلون للتعلم .</p> <p>2. الإعاقة العقلية المتوسطة: تتراوح نسبة الذكاء بين (40-54) وهم القابلون للتدريب .</p> <p>3. الإعاقة العقلية الشديدة: وتتراوح نسبة الذكاء بين (39-أقل) وهم الذين لا يستطيع أصحابها التعلم أو التدريب على مهن محدودة .</p>	<p>التعريف</p> <p>اعتمد التعريف السيكومتری على نسبة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، بحيث من تقل نسبة نكاته عن 75 يعد معاقاً عقلياً، ومن أهم هذه المقاييس مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال وغيرها .</p>
ثالثاً: وجهة النظر التربوية:	
<p>التصنيف</p> <p>أما عن التصنيف:</p> <p>1. حالات القابلين للتعلم .</p> <p>2. حالات القابلين للتدريب .</p>	<p>التعريف</p> <p>اعتمد على مدى الاستعداد التحصيلي والقدرة على التعلم، حيث يرى أن المعاق عقلياً هو الطفل الذي يعوقه تخلفه من</p>

<p>3. حالات الإعتماديين.</p>	<p>متابعة التحصيل الدراسي في المدارس العادية ولا تسمح له قدراته بالتعلم والتدريب وفق أساليب خاصة، وتبعاً لذلك لا يستطيع الاتصال مع أقرانه بواسطة الكتابة ولا يعبر عن أفكاره كتابياً ولا يستطيع القراءة ولا يفهم ما يقرأه بصورة عادية. ومن أهم المقاييس التربوية التي يستخدمها المتخصصون في التقييم والتشخيص مقياس المهارات اللغوية ومقياس المهارات العددية مقياس مهارات الكتابة والقراءة.</p>
<p>رابعاً: وجهة النظر الاجتماعية:</p>	
<p>التصنيف</p>	<p>التعريف</p>
<p>1. <u>بطيئو التعلم</u>: نسبة الذكاء من 75-90 وهم المتكيفون اجتماعياً.</p> <p>2. <u>المورون أو المأفونين</u>: نسبة الذكاء من 50-75 وهم متكيفون نوعاً ما (على حافة التكيف). ويظهر في سلوكهم درجة من الألفة والعشرة ولكن ينبغي توجيههم لأنهم لا يستطيعون القيام بمسئولياتهم.</p> <p>3. <u>البهلاء</u>: نسبة الذكاء من 25-50 وهم المعتمدين على غيرهم تقريباً، ويتميزون بعدم قدرتهم على الاستفادة من التعليم العادي ومن الممكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية التي لا تتطلب قدرة على التركيز والانتباه الطويل.</p> <p>4. <u>المعتوهين</u>: نسبة الذكاء من صفر-20 ويعتمدون على غيرهم بشكل كلي (علي، 2013، ص 163).</p>	<p>يعتمد على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية والمعروفة بمصطلح السلوك التكيفي والذي يقاس بعدد من مقاييس السلوك التكيفي لتركز على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة بنظرائه من نفس الفئة العمرية.</p>
<p>خامساً: وجهة نظر الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:</p>	
<p>التصنيف</p>	<p>التعريف</p>
<p>1. الإعاقة العقلية البسيطة: نسبة الذكاء ما بين 55-69</p> <p>2. الإعاقة العقلية المتوسطة: نسبة الذكاء ما بين 40-54</p> <p>3. الإعاقة العقلية الشديدة: نسبة الذكاء ما بين 25-39</p> <p>4. الإعاقة العقلية الشديدة جداً: نسبة الذكاء أقل من 24 (عبد الحميد، 2020، ص 292)</p>	<p>مر تعريف الإعاقة العقلية بالعديد من التعديلات إلى أن قامت الجمعية الأمريكية عام 2002 بتعريف الإعاقة العقلية (الفكرية) على أنها: إعاقة تتسم بقيود كبيرة في كل من الأداء الفكري والسلوك التكيفي، وهو ما يغطي العديد من المهارات الاجتماعية والعملية اليومية. وينشأ هذا العجز قبل سن الثامنة عشرة. ويشمل هذا التعريف النقاط التالية:</p> <p>1. الأداء الفكري: Intellectual Functioning: الذي يسمى أيضاً</p>

<p>بالذكاء، ويشير إلى القدرة العقلية العامة مثل التعلم والتبرير المنطقي وحل المسائل وما إلى ذلك، ومن بين الطرق لقياس الأداء الفكري اختبار الذكاء. وبشكل عام، تشير درجة اختبار الذكاء التي تبلغ نحو 70 درجة أو 75 درجة إلى حد معين في الأداء الفكري.</p> <p>2. السلوك التكيفي Adaptive Behavior: ويتمثل في جميع المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية التي يتعلمها الفرد ويؤديها في حياته اليومية.</p> <p>3. عمر البداية: وهذه الحالة هي إحدى حالات العجز التنموي العديدة، أي وجود دليل على العجز خلال فترة النمو وهو قبل سن 18 عاماً. (Definition of Intellectual Disability, 2020)</p>
--

الاتجاهات في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية عملية معقدة تحتاج إلى تشخيص دقيق باستخدام اختبارات الذكاء ومقاييس توافق اجتماعي مقننة، كما تحتاج إلى أخصائي مدرب على استخدام هذه المقاييس. لذلك من الضروري تضافر الجهود المشتركة حتى يشمل التشخيص الجوانب المختلفة للإعاقة. فهو لا بد أن يتناول جوانب الذكاء والسلوك التكيفي ومهارات الحياة اليومية. (الشريف، 2011، ص171)

وقام ثورنديك وهاجان بوضع ثلاث خطوات أساسية لأي عملية قياس أو تشخيص وهي: (القمش والمعاطبة، 2007، ص62)

1. وصف أو تحديد السلوك أو الخصائص التي ينبغي قياسها.
2. وضع الخصائص المراد قياسها في قالب يمكن ملاحظته.
3. تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته.

وقد أضاف ديفيز نقطة رابعة إلى النقاط الثلاث آنفة الذكر وهي التأكيد على أن أسلوب القياس المراد اتباعه يتناسب والواقع العلمي.

ولقد بلغ التقدم العلمي قدرا كبيرا من الدقة في قياس الإعاقة العقلية بابتكار وسائل تشخيص حديثة يعتمد بعضها على تحليل الطاقة الكهربائية في الدماغ أثناء أداء الفرد لمهمة محدودة، وبعضها يستخدم الحاسوب لقياس عملية تدفق الدم في الدماغ كعامل مساعد في تحديد الذكاء وقياسه، ومن الطرق الحديثة أيضا عمل رسم تخطيطي للنشاط العقلي أثناء تعريض الفرد لمثيرات سمعية وبصرية معينة. كما وأن اهتمام العلماء بالتشخيص المبكر الذي قد يسهم كثيرا في تلافي

حدوث الإعاقة دفعهم إلى إجراء العديد من التجارب الناجحة للتنبؤ بنمو الجنين وهو داخل الرحم والتعرف على إمكانية تعرضه لتشوهات خلقية أو إعاقة عقلية، ويتم ذلك التشخيص من خلال عدة أمور: (الشريف، 2011، ص ص 371-372)

1. فحص السائل الأمني للأُم.
 2. أخذ عينة من سائل المشيمة وفحص كروموسومات الخلايا السابحة فيه يمكن من التعرف على عدة أنواع من الإعاقة العقلية.
 3. قياس حجم جمجمة الجنين بالموجات الصوتية سهل التعرف على مدى كبرها أو صغرها كمؤشر لوجود الإعاقة العقلية.
 4. فحص بعض المواد الغريبة في سائل المشيمة ومدى علاقتها بحالات الإعاقة.
- أهداف عملية التشخيص:**

لقد حدد زوبن (Zubin) أهداف عملية التشخيص في النقاط التالية: (القمش والمعايطة، 2007، ص 63)

1. معرفة مواطن القوة والضعف في شخصية الفرد موضوع القياس.
 2. اختيار العلاج أو البرنامج التربوي المناسب.
- الأبعاد الأساسية في تشخيص المعاقين عقليا:**
- أولاً: اتجاه البعد الطبي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:**
- من أقدم الاتجاهات وأهمها ويتضمن ما يقوم به أخصائي في طب الأطفال، وإعداده تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها والفحوص المخبرية اللازمة. (القمش والمعايطة، 2007، ص 64)
- ثانياً: الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:**
- يتضمن عادة ما يقوم به أخصائي التربية الخاصة من إعداده لتقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية كقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقليا ومقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمعاقين عقليا، ومقياس مهارات الكتابة ومقياس مهارات القراءة. (القمش والمعايطة، 2007، ص 64)
- ثالثاً: الاتجاه الاجتماعي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:**
- يتضمن التشخيص الاجتماعي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة تقريراً عن درجة السلوك التكيفي، ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي للمعاق عقليا، بسبب تقنيته على البيئة العربية. (القمش والمعايطة، 2007، ص 64)
- رابعاً: الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية: (مدونة التربية الخاصة، 2012)**
- ظهر الاتجاه التكاملي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المقاييس السيكومترية.
 - خلاصة الاتجاه التكاملي "مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية وليس الفرد معاق إذا أظهر قدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية"
 - مقاييس الاتجاه التكاملي: (مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي، مقياس كيبين وليفين للكفاية الاجتماعية).

وبما أن عملية تشخيص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية هي عملية تطوي على الخصائص الطبية، والذهنية، والاجتماعية التربوية لذلك فإن أي عملية تشخيص صحيحة يجب أن تحتوي على التعرف على هذه الأبعاد، وهذا ما أطلق عليه في أوساط التربية الخاصة بالاتجاه التكاملية في تشخيص الإعاقة الذهنية. إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص المختلفة للفرد ذي الإعاقة الذهنية التي تتمثل في الاتجاه الطبي، والاتجاه السيكومتري، والاتجاه الاجتماعي، والاتجاه التربوي.

كما وتتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملية تكوين فريق مشترك من كل من الطبيب المختص، والأخصائي في علم النفس، والأخصائي في التربية الخاصة، والأخصائي الاجتماعي، وأخصائي العلاج الطبيعي تكون مهمتهم إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص، ومن ثم لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد (الروسان، 2017).

ويجب أن تكون المقاييس المستخدمة مقننة على البيئة الاجتماعية، والثقافية التي ينتمي إليها الفرد ذي الإعاقة الذهنية، وتتناسب مع طرق الاتصال التي يتبعها مع جوانب القصور الموجودة لديه، من أجل الوصول إلى التشخيص الدقيق.

ويمكن الإشارة إلى مقياس السلوك التكيفي كأحد الأمثلة عن المقاييس التي تستخدم في تشخيص الإعاقة العقلية وقد تم تعريبه في البيئات المختلفة وهو مقياس نشرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Retardation (AAMR): وقد تأسست الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في عام 1876 وتعرف الآن باسم الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية American Association on intellectual and developmental Disabilities(AAIDD) وهي واحدة من أقدم المنظمات المهنية التي تركز على التخلف العقلي في العالم، وتتمثل مهمتها في تعزيز السياسات التقدمية، والبحوث والممارسات الفعالة، والحقوق العالمية للأشخاص من ذوي الإعاقات العقلية. وهو من أكثر مقاييس السلوك التكيفي شيوعاً وقبولاً، ولقد أعده كل من هنري ليلان وكاسيو نيهيرا في صورته الأولى ويمكن استخدامه لقياس مدى فعالية الفرد في التعامل مع المطالب الطبيعية والاجتماعية لمجتمعه، كما أنه يوفر تقديراً لسلوكيات الأفراد المعاقين ذهنياً، وغير المتوافقين انفعالياً ومع الأطفال العاديين. ثم قام ليان ونهيرا بتعديل المقياس عدة مرات ليكون في صورته الأخيرة من نموذجين: أحدهما للعاديين والآخر للمعاقين، ويكون كل نموذج في مستويين: أحدهما للأطفال من سن 3 إلى سن 12 سنة والآخر للمراهقين من 13 فأكثر.

ويتألف المقياس من 95 فقرة تغطي قسمي المقياس، الأول ويشمل مظاهر السلوك التكيفي Adaptive Behavior وعدد فقراته 56 فقرة، والثاني يشمل مظاهر السلوك اللاتكيفي Maladaptive Behavior وعدد فقراته 39 فقرة متمثلة

فيما يلي:

القسم الأول: يتضمن :	القسم الثاني: يتضمن:
1. مهارات العمل الاستقلالي.	1. أشكال السلوك العنيف.
2. النمو الجسمي.	2. أشكال السلوك المضاد للمجتمع.
3. ارتقاء اللغة.	3. سلوك التمرد والعصيان.
4. النشاط الاقتصادي	4. سلوك الشك وعدم الثقة.
5. الإعداد والوقت.	5. السلوك الانسحابي.
6. الأنشطة المنزلية.	6. السلوك النمطي.
7. النشاط المهني.	7. العادات السيئة في المخاطبة.
8. التوجيه الذاتي.	8. العادات السلوكية غير المقبولة.
9. تحمل المسؤولية.	9. سلوك الإساءة إلى الذات.
10. التنشئة الاجتماعية.	10. الميل إلى النشاط الزائد.
	11. السلوك الجنسي الشاذ.
	12. الاضطرابات النفسية.
	13. استخدام العقاقير .

طرق تطبيق المقياس: (فرج ورمزي، د.ت)

الطريقة الأولى: تقدير الشخص الأول

وفيها يكون القائم بعملية التقدير هو أكثر شخص يعرف المعاق. ويكون لديه التدريب الكافي للإجابة على بنود المقياس بنفسه.

الطريقة الثانية: التقدير من خلال طرف ثالث

إذا كان الشخص الذي يعرف المعاق على غير دراية بكيفية تطبيق المقياس فإن عملية التقدير تتم من خلال طرف ثالث يقوم بسؤال هذا الشخص وملء بنود المقياس بناء على أجابته وتستخدم هذه الطريقة للحصول على بيانات تفصيلية.

الطريقة الثالثة: التقدير من خلال المقابلة الحرة

تعد هذه الطريقة هي أفضل الطرق لتطبيق مقياس السلوك التوافقي وتتم في جلسة تتراوح مدتها ما بين 15 - 20 دقيقة. وبالتالي فهي لا تؤدي إلى شعور الشخص الذي يدلي بالمعلومات بالملل. وهي في ذات الوقت توفر نفس القدر من المعلومات التي يمكن الحصول عليها من خلال الطريقة السابقة.

الرعاية الخاصة للمعاقين عقليا:

هناك آراء مختلفة تدور حول رعاية المعاقين عقليا وأهمية الجهود التي تبذل مع المعاقين عقليا بالنسبة للفرد ذاته ولأسرته وللمجتمع.

وتنحصر هذه الآراء في اتجاهين رئيسيين:

الاتجاه الأول: يرى عدم جدوى الرعاية والعلاج والتدريب والتعليم وذلك لعدم تحقيقها نتائج ملموسة حيث أن العلاج لا يحقق الشفاء والتخلص من التخلف تماما.

الاتجاه الثاني: ينادي بأهمية الرعاية والعلاج والتعليم والتدريب حيث من خلالها يحدث نسبة تحسن وارتقاء للمعاق والتي مهما كانت درجتها بسيطة فهي تشجع على الاستمرارية حيث أنها تساعد المعاق عقليا على تحمل المسؤولية وتخرجه من حيز الإعاقة التامة إلى الاعتماد على النفس جزئيا، هذا ويمكن تعريف الرعاية الخاصة بالمعاقين عقليا بأنها: "تلك الجهود التي تبذل في علاج وتعليم وتأهيل وتشغيل المتخلفين عقليا بهدف حمايتهم وتوفير الحياة الإنسانية لهم وتنمية استعداداتهم وقدراتهم ومهاراتهم الجسمية والذهنية والاجتماعية إلى أقصى حد ممكن بالنسبة لإمكانياتهم وإعدادهم لممارسة الحياة الاجتماعية معتمدين على أنفسهم ويشاركون بجهودهم حتى ولو كانت ضئيلة في تنمية مجتمعهم. (بركات وآخرون، 2017، ص ص 164-165)

وفيما يلي أهم برامج الرعاية الخاصة لفئة المعاقين عقليا مع التركيز على برامج الرعاية الاجتماعية: (عبد الحميد وشعبان، 2016، ص ص 288-289)

1. برامج الرعاية الطبية:

تعمل جهود الطب الوقائي على حماية الأبناء من الإصابة بالتخلف العقلي ويتم ذلك من خلال تعاون كلا من الطبيب والأخصائي الاجتماعي وتمثل هذه الجهود في التالي:

- توعية الشباب الراغبين بالزواج بضرورة الفحص للتحقق من سلامة الزوجين وخلوهما من الجينات المرضية والتأكد من تجانس فصائل الدم.
- تشجيعهم على الاغتراب في الزواج لتحسين النسل والتقليل من احتمالات التقاء الجينات المريضة.
- توعية الأمهات بخطورة الإنجاب بعد بلوغهم سن الأربعين حيث تكون نسبة التخلف مرتفعة نتيجة ضعف البويضة أو تلفها.
- توعية الأمهات بضرورة المتابعة الطبية أثناء الحمل وحرصها على عدم التعرض للحوادث التي تؤدي الجنين مع ضرورة تنظيم التغذية حتى نضمن سلامتها وسلامة الجنين.
- توعية الأمهات بضرورة فحص الطفل حديث الولادة دوريا للكشف عن اضطرابات التمثيل الغذائي وعلاجها في الوقت المناسب.
- توعية الأمهات بالعناية بالصغار ووقايتهم من الأمراض والتسمم بالمعادن التي تسبب تلف خلايا المخ.

2. برامج الرعاية البدنية:

غالبا ما يؤدي التخلف العقلي إلى ضمور عضلات العقل وتيبسها وضعف مهاراته الحركية وانحراف قوامه. ومن هنا تأتي الرعاية البدنية التي تتم بمعرفة متخصصين لوقايتهم من الترهل الجسمي ومساعدتهم على تنمية مهاراتهم البدنية بما يساعدهم على الحركة والمشى بطريقة سليمة، كذلك الاهتمام بغذائهم ورعايتهم صحيا من خلال علاجهم من الأمراض التي يتعرضون لها ووقايتهم وتحصينهم ضد الأمراض حيث إنهم سريعو العدوى نظرا لضعف مناعتهم. (سرحان، 2006، ص 76)

3. برامج الرعاية النفسية:

ويقوم بها الأخصائي النفسي ودوره بشكل عام يتلخص في إجراء الاختبارات النفسية واختبارات الذكاء وإجراء المقابلات لجمع المعلومات عن المعاق وجمع الملاحظات التي تقيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات

الشخصية والمهارات الحركية، ووضع الخطة المناسبة للعمل والتعامل معه وفقا لسمات الفئة التي ينتمي إليها.
(سرحان، 2016، ص 76)

4. برامج الرعاية والتأهيل المهني:

تعني إعداد المعاق عقليا للحياة العملية بتدريبه على مهنة مناسبة وتشغيله في عمل مفيد يمكنه من إعالة نفسه وإعالة أسرته. وبما يتناسب مع إمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية. ويتم تشغيل المعاق في بداية تعلمه في مراكز مهنية تصقل تلك المهارات.
وأثبتت العديد من الدراسات النجاح المهني لفئات (المورون) بشرط مساعدتهم في اختيار العمل المناسب لقدرتهم وهم غالبا يحتاجون لممارسة مهن الخدمات وأيضا المهن التي لا تتطلب مهارات عالية، كصناعة الفرش والخيزران والنسيج البسيط، وكذلك الموسيقى والخزف والتريكو. (بركات وآخرون، 2017، ص 167)

5. برامج الرعاية التعليمية:

تقدم المدارس والمؤسسات القائمة على تربية وتعليم الأطفال المعاقين عقليا برامج تربوية مختلفة في مستواها وفي طبيعتها من مرحلة دراسية إلى أخرى، وذلك حسب عمر المتخلف ودرجة نموه الأكاديمي. حيث توجد مستويات رئيسية من البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقليا هي: (القمش والمعايطة، 2007، ص 66)

- برامج ما قبل المدرسة من (3-6) سنوات.
- برامج المرحلة الابتدائية من (6-10) سنوات.
- برامج المرحلة المتوسطة من (10-13) سنة.
- برامج المرحلة الثانوية من (13-20) سنة.
- برامج ما بعد المدرسة بعد (20) سنة.

6. برامج الرعاية الاجتماعية: (صابر وآخرون، 2010، ص ص 35-36)

نقصد بالرعاية الاجتماعية للمعاقين عقليا تنشئتهم اجتماعيا بتوفير حاجاتهم المعيشية وإشباع حاجاتهم النفسية والجسمية والاجتماعية ومساعدتهم على (اكتساب السلوك الاجتماعي المقبول) الذي يجعلهم متوافقين مع أنفسهم ومع أسرهم ومع المجتمع ويجعلهم يعيشون في المجتمع كأقرانهم العاديين. وتقع مسؤولية الرعاية الاجتماعية للمتخلفين عقليا على عاتق الوالدين أولا ثم على من يقوم مقامهما في الأسرة أو الأسرة البديلة ودور الرعاية الاجتماعية ومدارس التربية الفكرية ومراكز التأهيل المهني، فالمعاق عقليا مهما كان مستوى تخلفه متوسطا أو خفيفا في حاجة الرعاية الاجتماعية والولاية عليه مدى الحياة، لأنه لا يرشد إذا كان تخلفه متوسطا ويرشد جزئيا إذا كان تخلفه خفيفا وسوف نتناول برامج رعايته في الأسرة ودور الرعاية الاجتماعية.

أهداف الرعاية الاجتماعية للمعاقين عقليا بسيط ومتوسطي الإعاقة:

أ- متوسطي الإعاقة:

1. إكساب المعاق السلوك الاجتماعي المقبول في العناية الشخصية والاعتماد على النفس وتصريف أموره.
2. تنمية قدراتهم على التواصل الاجتماعي مع الآخرين بما يساعدهم على الاندماج مع الآخرين والبيئة التي يحيا بها.
3. مساعدتهم على الالتحاق بعمل مناسب لقدراتهم بالورش المحمية المخصصة لهم.

4. العمل على إكسابهم الخبرات الاجتماعية التي تساعدهم على ممارسة حياتهم الاجتماعية بشكل سليم سواء داخل الأسرة أو العمل أو المجتمع.

5. مساعدتهم على تعلم مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة والحساب وتنمية الحصيلة اللغوية والمعلومات العامة والمهارات الحركية.

ب- بسيطى الإعاقة:

1. تعليمهم القراءة والكتابة والحساب، مما يساعد على محو أميتهم في حدود قدراتهم الذهنية.
2. اكسابهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة اجتماعيا مما يجعلهم يعيشون الحياة الاجتماعية كالعاديين مثل مهارات البيع والشراء والانتقال والترفيه عن النفس ومخالط الآخرين والاندماج معهم.

3. تعليمهم العبادات والمعاملات في ضوء معتقدات أسرهم ومجتمعهم مما يجعلهم يمارسون شعائر دينهم.
4. زيادة حصيلتهم اللغوية وتحسين قدراتهم على النطق والتعبير عن أنفسهم والتواصل مع الآخرين.
5. تأهيلهم مهنيا على إحدى المهن الحية في المجتمع في ضوء قدراتهم العقلية وميولهم، مما يجعلهم موضع قبول الآخرين لهم.

6. تشغيلهم في عمل يعولون به أنفسهم وأسرهم وبالتالي يشعرون بالكفاءة والاستحسان من الآخرين.

مسئوليات الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع المعاقين في ضوء الخدمة الاجتماعية:

أولاً: دور أخصائي خدمة الفرد مع المعاق عقليا وأسرته:

يبدأ هذا الدور منذ تقدم أسرة المعاق عقليا بطلب إلى مركز التوجيه النفسي والتأهيل حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتالي: (بركات وآخرون، 2016، ص ص 186-170)

1. إجراء مقابلة تمهيدية مع المعاق عقليا ووالديه وذلك للتعرف على المشكلة وأعراضها وتاريخها وتطوراتها والجهود السابقة التي بذلت كمحاولة لعلاجها.

2. تحويل الحالة إلى الأخصائي النفسي لإجراء الاختبارات المناسبة لقياس ذكائه وسمات شخصيته وتحصيله الدراسي كما يتم تحويله للطبيب وذلك لإجراء الفحص الطبي الشامل للحالة.

3. إجراء العديد من المقابلات مع الوالدين والتعرف على التاريخ التطوري للحالة واستكمال الظروف البيئية التي نشأ فيها المعاق واستجابات الأسرة له.

4. يتولى الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل الاطلاع على نتائج الفحوصات النفسية والعقلية والجسمية في ضوء النتائج التي توصل إليها من خلال المقابلات التشخيصية المتعمقة التي أجراها مع الوالدين يتمكن من تحليلها وتفسيرها من ثم تشخيص الحالة وتحديد البرامج والخدمات التي يحتاجها ضعيف العقل في ضوء قدراته وإمكانياته.

5. يقوم بتبصير الوالدين بظروف الابن مع توضيح مسؤولياتهم في برنامج رعايته.

6. يتيح للأخصائي لضعيف العقل "المورون" الفرصة لتحمل المسؤولية والتي تنمو من خلال إشراكه معه في كافة عمليات خدمة الفرد وفي تطبيقه لمفاهيم التقبل وحق تقرير المصير.

7. يساعد الأخصائي المعاق عقليا على إدراك نقاط القوة في شخصيته وكيفية استثمارها وذلك عن طريق استخدامه لأساليب العلاج الذاتي كالمعونة النفسية والتعلم والاستبصار.

ولكي يستطيع الأخصائي مساعدة المعاق عقليا بنجاح لابد أن يكون لأسرته دور حيث يجب أن يستثمرها الأخصائي لتحقيق الأهداف المرجوة وهذا يتطلب من الأخصائي كسب ثقة الوالدين خاصة وأن ما ينتابها من مشاعر سلبية قد تعرقل الجهود المبذولة.

دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المعاق عقليا:

1. مساعدة الأسرة على تقبل الأمر الواقع ومحاولة تخليصهما من المشاعر السلبية تجاه الابن المتخلف عقليا.
2. إقناع الوالدين بضرورة تقبل الابن كما هو حتى يمكنهما مساعدته.
3. يوضح للوالدين أن استخدام أسلوب الرفض والمعاملة السيئة للابن قد تؤدي به للانحراف.
4. تشجيع الأم لمساعدة الابن في تعليمه عادات النوم وتناول الطعام بشكل سليم وتدريبه على التفاعل التلقائي داخل الأسرة من خلال تشجيعه في حالة انجاز أي تقدم في سلوكه أو عند أداء عمل ناجح.
5. مساعدة الأم على تعليم الابن النطق الصحيح مع إرشادها إلى ضرورة استخدامها التكرار حتى يحق الاستجابة وتحرص على تشجيعه في المجالات التي يبذلها.
6. التخفيف من حدة الشعور بالتشاؤم نحو الأبناء المتخلفين عقليا.
7. تدعيم الوازع الديني نحو أسرة مريض العقل من أجل تقبله والعمل على رعايته ومساعدته بطريقة صحيحة.
8. ويستخدم الأخصائي أسلوب المقابلة والزيارة المنزلية لضعيف العقل من فئة المورون وأسرته أي غالبا يركز في عمله على المقابلات المشتركة داخل منزل الأسرة.

ثانيا: دور الأخصائي الاجتماعي مع المعاقين عقليا كجماعة:

مساعدة المعاقين عقليا على الانضمام لإحدى الجماعات الموجودة بالمؤسسة حيث يحرص الأخصائي من خلال عمله مع الجماعة على تنفيذ ما يلي: (عبد الحميد وشعبان، 2016، ص ص 297-298)

1. مساعدة المعاقين عقليا كأعضاء في جماعة على التعبير عن رغباتهم وحاجاتهم ومعاونتهم على مقابلتها بقدر الإمكان.
2. المساعدة في وضع برامج هادفة تساعد الأعضاء على النمو والتغيير.
3. المساعدة في تنفيذ تلك البرامج والإشراف عليها.
4. تقييم قدرة تلك البرامج والأنشطة التثقيفية والتعليمية والترويحية على إحداث التقدم والنمو وتحسين السلوك الاجتماعي للأعضاء.
5. إتاحة الفرصة للأعضاء للإحساس والشعور بالدفء والحب نتيجة الانتماء للجماعة.
6. إتاحة الفرصة للأعضاء للاعتماد على النفس بشكل بسيط.
7. مساعدة الأعضاء على استخدام قدراتهم المتبقية.
8. تقديم برامج ترفيهية لهم تتناسب مع نواحي عجزهم.
9. مساعدتهم على التكيف مع أسرهم وزملائهم.
10. العمل على شغل وقت فراغ الأعضاء على تحمل المسؤولية من خلال تشجيعهم على المشاركة في التجهيز لبعض الأنشطة المحببة لديهم.

11. تشجيع الأعضاء على محاولة اكتساب علاقات اجتماعية جديدة وتدعيم ثقتهم بأنفسهم وذلك من خلال تشجيعهم على المشاركة في النشاط المحبب لهم.
12. تنظيم رحلات داخلية ومعسكرات صيفية للأعضاء في حدود قدراتهم وذلك كوسيلة للترفيه عنهم وأيضاً كوسيلة لربطهم بالمجتمع.
13. تنظيم مناقشات جماعية لأباء وأمهات المتخلفين عقليا لمساعدتهم على تخفيف مشاعر الحزن والأسى وتساعدتهم على تبادل الخبرات لخدمة أبنائهم.

ثالثاً: دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع المحيط بالمعاق عقليا: (بركات، 2008، ص ص 116-117)

1. العمل على استشارة المجتمع الخارجي لتوعيتهم بحجم مشكلة الإعاقة العقلية في المجتمع والأسباب المؤدية لحدوثها وكيفية الحد من انتشارها مستخدمين في ذلك أدوات العمل الاجتماعي التي من أهمها وسائل الإعلام.
2. إثارة الوعي لدى جماهير المجتمع بالمشكلات التي يعاني منها فئة المعاقين عقليا وطبيعة الخدمات المتاحة لخدمة هذه الفئة وكيفية التعامل مع أفرادها.
3. الإشراف على إجراء البحوث التقييمية للخدمات وأوجه الرعاية الاجتماعية التي تقدم لفئات الإعاقة العقلية من خلال المؤسسات المعدة لرعايتهم ومدى ملائمة وكفاية هذه الخدمات حتى يتسنى العمل على تطويرها بقدر الإمكان.
4. التنسيق مع الجهات المسؤولة والمشاركة في تقديم برامج الرعاية لفئات الإعاقة العقلية على المستوى القومي كوزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة ووزارة العمل وذلك بهدف تحديد صور التعاون التي تتم من خلال هذه الأجهزة.
5. تنظيم برنامج زيارات لقيادات المجتمع للمؤسسة وذلك كوسيلة لربط ضعاف العقول بالمجتمع الخارجي وأيضاً كمحاولة لتدعيم هذه القيادات لنشاط المؤسسة وتمويلها.
6. تنظيم برامج للجهود الذاتية لضعاف العقول "فئة المورون" لخدمة البيئة المحيطة بالمؤسسة وذلك لغرس روح الانتماء والولاء لديهم تجاه المجتمع وأيضاً كوسيلة لشعور المجتمع الخارجي بهم كفئة وتعريفهم بكيفية التعامل معهم.
7. عقد مؤتمرات سنوية للعاملين بالمؤسسة أو بالقطاع ككل لمناقشة المشكلات التي تعوق تحقيق المؤسسة لرسالتها وكيفية التغلب عليها وتعديل البرامج لتساير تغيير احتياجات ضعاف العقول.
8. استضافة بعض الخبراء للمؤسسة وتنظيم لقاءات لهم مع العاملين بغرض دراسة المشكلات التي تعوق المؤسسة من تحقيق أهدافها أو الوقوف على الجديد بالنسبة لبرامج الرعاية المناسبة لهذه الفئة.
9. إيجاد الروابط بين المؤسسة والمنظمات الأخرى الموجودة بالبيئة المحيطة بصفة خاصة وبالمجتمع بصفة عامة " مؤسسات اقتصادية، ترفيهية، تثقيفية وذلك للاستفادة منها في خدمة عملائها "ضعاف العقول".
10. ويستخدم الأخصائي الاجتماعي أسس واستراتيجيات تنظيم المجتمع في تحقيق الأهداف المجتمعية السابقة.

الاتجاهات الحديثة في رعاية المعاقين عقليا:

نعرض فيما يلي الاتجاهات الحديثة لرعاية المعاقين عقليا وهي على النحو التالي: (عبد الحميد وشعبان، 2016، ص 300-301)

1. الاكتشاف المبكر للحالات لما قد يكون له أثر في تحسن الحالة أو تجنبها لمزيد من التدهور لها.
2. التركيز على تحسين الظروف البيئية لما قد تحدثه من آثار تقديمه مثل توفير الرعاية للطفل في أسرته وتشجيع الأسرة على تقبل الطفل ورعايته.
3. اكتشاف وتنمية القدرات الاستثنائية عند بعض ضعاف العقول.
4. تشجيع ضعاف العقول على العمل والإنتاج وفق قدراتهم.
5. تطبيق المبادئ التربوية والنفسية عند تأهيل ضعاف العقول.
6. خلق الدافعية لديهم عن طريق ربط تأهيلهم باهتماماتهم وميولهم مع تشجيعهم بصفة مستمرة.

ونعرض فيما يلي تجربة الدمج كاتجاه حديث في رعاية ذوي الإعاقة العقلية:

أولاً: تعريف مصطلح الدمج:

برنامج أو مصطلح الدمج "Main Streaming" وهو تعليم المعاقين في المدارس العادية مع أقرانهم العاديين وإعدادهم للعمل في المجتمع مع العاديين. وهذا البرنامج شغل الكثير من المهتمين والمتخصصين في تربية وتأهيل المعاقين ومصطلح "الدمج" في أمريكا ظهر بظهور القانون الأمريكي رقم (94-142) لسنة 1975 الذي نص على ضرورة توفير أفضل أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعاقين مع أقرانهم العاديين. (عبد الحميد وشعبان، 2016، ص 301)

"الدمج هو عبارة عن إتاحة فرصة التعايش الكامل بين الأفراد المعاقين والأفراد العاديين ممن هم في نفس المرحلة العمرية سواء كان التعايش داخل بيئته الأسرية أو المدرسية أو من خلال البيئة المحلية التي يعيش فيها المعاق وتتوقف على ثقافة المجتمع الذي يعيشون فيه وفلسفته."

"والدمج هو أحد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة وهو يتضمن وضع الأطفال المعاقين المؤهلين مع الأطفال غير المعاقين في المدارس العادية مع اتخاذ الإجراءات التي تضمن استفادتهم من البرامج التربوية التي تقدمها هذه المدارس العادية مع اتخاذ الإجراءات التي تضمن استفادتهم من البرامج التربوية التي تقدمها هذه المدارس"

وكذلك يعني نظام يساعد على القضاء على العزلة والاعتزاب الذي يعيش فيه المعاقين نتيجة رفض المجتمع لهم والعمل على زيادة تقبلهم اجتماعيا مما يساعد على تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي لهم ولأسرهم. (صابر وآخرون، 2010، ص53)

مفاهيم مرتبطة بالدمج: (صابر وآخرون، 2010، ص ص 54-55)

المسار الموحد Mainstreams:

هو نظام يعمل على تسكين الأطفال المعاقين عقليا والإبقاء عليهم في فصول الدراسة العادية كلما كان ذلك ممكنا. وهذا المفهوم يشتمل على العناصر التالية:

1. أن يتعلم الأطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين في الفصول العادية لأقصى حد ممكن.
2. أن تكون المسؤولية التعليمية مشتركة بين المدرس العام ومدرس التربية الخاصة.

3. لا يتم تصنيف الأطفال داخل الفصول إلى معاقين وأسياء.

التكامل Integration:

يشير هذا المفهوم إلى ضرورة تعليم المعاقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ويعتبر هذا المصطلح أكثر ملائمة حيث يتضمن عملية تكيف الجوانب الاجتماعية والعضوية والمهنية للمعاقين مع المجتمع الذي يعيشون فيه. ويمكن الإشارة إلى أن هناك أنواع أربع للتكامل هي:

1. **التكامل المكاني:** الذي يشير إلى وضع المعاقين ذهنياً في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية.
2. **التكامل الوظيفي:** ويعني اشتراك المعاقين مع العاديين في استخدام الموارد المتاحة بالمدرسة.
3. **التكامل الاجتماعي:** يشير إلى اشتراك المعاقين مع العاديين في الأنشطة عبر الأكاديمية مثل الاشتراك في اللعب والرحلات والترفيه الفنية وغيرها من الأنشطة.
4. **التكامل المجتمعي:** ويشير إلى إتاحة الفرصة للمعاق للحياة في مجتمعه مع العاديين بعد تأهيله وتخرجه من المدرسة.
5. **الدمج التكامل الأكاديمي:** يعني به تلقي كلا من المعاقين والعاديين في الفصول العادية برامج تعليمية مشتركة.

التطبيع Normalization:

ويشير إلى توفير أنماط وظروف الحياة للمعاقين ذهنياً في صورة قريبة بقدر الإمكان من المعايير والأنماط الموجودة في المجتمع الواحد.

أنواع الدمج وكيفية الاستفادة من كل نوع: (البن، 2012)

أولاً: الدمج التعليمي:

ويعتبر شكلاً من أشكال الدمج الأكاديمي، حيث يلتحق الطلاب بالمدارس العامة، وفيه يتم إلحاق الطلاب الأسياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد، يتلقى كلا الجانبين عملية التعليم فيه، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الطلاب الأسياء والمعاقين على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي، وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية.

ثانياً: الدمج الاجتماعي:

- يقصد به دمج المعاقين مع الأسياء في السكن والعمل، ويمكن للجمعية أداء دورها في هذا المجال من خلال:
- الإعداد لرحلات للمعاقين عقلياً والأسياء.
 - تدريب المعاقين عقلياً داخل ورش الجمعية مع الأسياء.
 - محاولة الاستفادة من قدرات المعاقين ذهنياً قدر الإمكان في الجمعية ومشاركتهم الأنشطة المختلفة وفقاً لقدراتهم.
 - عمل لقاءات ومحاضرات وندوات يساهم فيها المعاقين مثل: قص شريط الحفل - تقديم المشروبات للحضور - اشتراكهم في أعمال الضيافة بالجمعية - الإعلان عن حملات التبرع بالمال أثناء موسم الزكاة / اشتراكهم في رحلات الأيتام وأنشطة دور الأيتام. كما يمكن إشراك المعاق ذهنياً في أعمال الخير التي تنفذها الجمعية مثل زيارة المرضى بالمستشفى وتقديم المساعدات لهم.

- الممارسة المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في إطار عملية الدمج.
- ولا يمثل الأمر صعوبة على الأخصائي الاجتماعي داخل الجمعية في عمله، ولكن الأمر يتطلب من الممارس أن يكون لديه الاستعداد الشخصي والمهني، ولديه التأهيل والدراسة العملية والتخطيط المستمر للعمليات المهنية. ثم يقوم بالممارسة على الشكل التالي:
- استئثار المجتمع الخارجي بالندوات واللقاءات وزيادة المؤسسات المالية والتعليمية والثقافية وتنظيم لقاءات عن الإعاقة الذهنية وفتح قناة شرعية للمشاركة مع الجمعية.
- تنظيم المسابقات البحثية عن الإعاقة الذهنية وكذلك المسابقات الفنية التي تعبر عن احتياجاتهم ودمجهم في المجتمع.
- تنظيم زيارات للقيادات البارزة بالجمعية لزيارة مؤسسات الإعاقة الذهنية.
- تنظيم دورات وبرامج تدريبية للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية لرفع الكفاءات بصفة مستمرة.
- دعوة المهتمين بالإعاقة العقلية للمشاركة في أعمال الجمعية ونشاطها.
- منح أسر المعاقين عقلياً منح مالية وعينية وتقديم المساعدات لهم وغير ذلك في حالة احتياجهم.
- تدريب أسر المعاقين عقلياً على طرق التربية والرعاية بالمنزل وأن الممارسة المجتمعية في إطار الدمج ما هي إلا رسالة تثقيف وتوعية وتعديل للرأي المجتمعي عن الآثار الاجتماعية لعملية الدمج.

الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج:

- إن الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج في المجتمعات هي النتائج الحقيقي الذي ينتظره المعاق، حيث الجدية في هذه السياسة تقدم نتائج إيجابية مثل: (لين، 2012)
- فرصة لتفاعل الأسوياء مع المعاقين عقلياً وهي تولد وتثير حب المساعدة لدى الأسوياء في ذلك المجتمع.
 - تطبيق سياسة الدمج من خلال الجمعيات الأهلية يولد الرغبة في العمل التطوعي من قبل المتخصصين بالإعاقة من خلال زياراتهم المتكررة للجمعيات وتفاعلهم المستمر مع سكان المجتمع.
 - يزيد من التوافق الاجتماعي للمعاقين عقلياً مع الأسوياء ويقلل من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المعاقين في حالة عزلهم عن المجتمع المحيط.
 - الدمج في الجمعيات الأهلية يقلل من المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة العقلية ويولد رؤية تعاونية من قبل السكان لإدماج المعاقين ذهنياً في المجتمع في شتى نواحي الحياة.
 - ومما لا شك فيه أن الدمج من منطلق عمل الجمعيات الأهلية كمنظمة مجتمعية يخفف من الخسائر المجتمعية الناتجة عن الإهمال في الإعاقة العقلية.

أدوات وأدوار الأخصائي الاجتماعي في ضوء عملية الدمج: (لين، 2012)

- يعتبر الأخصائي الاجتماعي هو المنشط الفعال في أداء الجمعيات الأهلية لدورها في الوقاية من الإعاقة العقلية وعملية العلاج أيضاً ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يربط عملية الدمج بالدور والأداة، وذلك من خلال الآتي:
- تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً وفقاً للسجلات والاحصائيات الموجودة. مثال: حصول الأخصائي على معلومات بخصوص وجود هروب وعزوف مجتمعي من الأهالي عن عدم المشاركة في مخيمات المعاقين التي ترعاها الجمعية.

• تحديد الأدوار والأدوات والفترة الزمنية لعملية التدخل المهني تجاه تلك القضية. ويمكن التعامل مع هذه المشكلة المجتمعية كالتالي:

1. يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنظيم وإعداد مناقشات مع المجتمع يحاول بها العمل كخبير، يجمع معلومات عن الإعاقة ويقدمها لهم في وسائل عرض، ويكون حريصاً على دعوة أعضاء الجمعية الذين ليس لديهم أبناء معوقين حتى يحاول أن يخفف من وطأة الإعاقة ويولد تعاطف مجتمعي ويكون الحضور مشتركاً.

2. يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنظيم زيارات للقيادات الشعبية داخل المحافظة والتي لها فاعلية في اتخاذ القرار بمشاركة أولياء أمور المعاقين ذهنياً وبعض المعاقين من حالات الداون الخفيف والإعاقة المتوسطة ويعرض مشكلاتهم، حيث من الممكن أن يعمل الاخصائي على تدعيم العلاقة مع مدارس التعليم العام، ونجد أن الاخصائي يلجأ للعلاقات العامة كأداة وكوسيلة من خلال دوره في العمل مع الجماعات، حيث الحصول على خدمات مع منظمات وتنسيق الجهود مع الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والغير مختصة.

3. الاخصائي الاجتماعي في تعامله مع قضية الإعاقة العقلية يستخدم نتاج دوره، مما يمكنه من تفعيل مشاعر المجتمع والآراء حول الإعاقة من خلال وسائل العرض مثلاً على حائط في مقر الجمعية - لافتات توزع على المدارس والمساجد والاندية.

دور المجتمع (الأسر/الأفراد/ المدرسين) في دمج المعاقين عقلياً: (لبن، 2012)

بيئة التعلم:

يجب تقديم البيئة المناسبة للاحتياجات الخاصة للطلاب المعاقين وأن تكون تلك البيئة عادية بقدر الإمكان ويتلقى الطالب تعليمه مع أطفال في مثل عمره الزمني. وهناك العديد من الخدمات والمعينات التي تقدم للطالب المعاق حسب الاحتياج (مثل التقنيات التعليمية أو المساعدات التكنولوجية والمساندة الشخصية) حتى يستطيع أن ينجح في الفصل الدراسي العادي.

وصف البيئة:

- يتلقى الأطفال المعاقين التعليم جنباً إلى جنب مع الأطفال الأسوياء إلى أقصى حد ممكن سواء في المدارس العامة أو الأهلية أو مؤسسات العناية الأخرى.
- لا يتم نقل الطفل المعاق إلى الفصل الدراسي الخاص أو المدارس المعزولة أو نقله من الفصل الدراسي العادي إلا إذا كانت الإعاقة شديدة لا تمكنه من تلقي التعليم حتى مع استخدام المعينات والخدمات الخاصة.

دور الأسرة:

إن للأسرة دور أساسي في عملية دمج المعاق في المجتمع، ويمكنها المشاركة في وضع البرنامج الفردي للطفل وتطبيقه داخل المنزل، وأن يحرص ولي أمر الطالب المعاق على حضور الاجتماعات التي تنفذها المدرسة، ويطلع على السجلات المدرسية الخاصة بالطالب. لذا فإنه من الضروري أن يكون لولي أمر الطفل المعاق الحق في تمثيل ابنه.

دور الأفراد:

- إن استيعاب الطلاب من ذوي القدرات المتباينة في مدارس وفصول التعليم العام يعني حدوث تغييرات لجميع أعضاء المجتمع التربوي، وتغييرات في طرق وإعداد المنهج الدراسي وتقديمه وكذلك تغييرات في العلاقات المهنية والإنسانية.
- التغيير في الأساس يجب أن يكون حول الأفراد ومعتقداتهم وأفعالهم بدلاً من أن يكون حول البرامج والمواد التعليمية والتكنولوجية أو الأدوات.
- ليس من الغريب أن يقلق المعلمون حول كفاءتهم وقدرتهم على تلبية احتياجات الطفل المعاق، فكثير منهم يشعر بالتعاطف والحزن نحو الطفل، في حين يقنط البعض حين يشعرون بأن عملهم مع الطفل المعاق سوف يكون في مقدمة جميع مهامهم الأخرى، ويتعرض المعلمون لمشاعر متناقضة من التحدي والأمل والدهشة والواقعية والإحباط والخوف وعدم الكفاءة، لذا فإن ردود الفعل هذه تتأثر بدرجة قوية بمعتقدات المعلمين حول التجديد، إدراكهم لقدرتهم على استخدام التجديد، المكان الذي يحدث فيه التغيير، ونوع الدعم والمساعدة التي يتلقونها حين يقومون بمحاولة تنفيذ التغيير.

ومن هنا يحتاج الأفراد إلى تلقي الدعم والمساندة من بعضهم البعض وكذلك من المنظمة التي ينتمون إليها لتجاوز ردود الفعل الضرورية وغير المريحة للتغيير، وعلينا أن نتذكر أن الأفراد غالباً ما يحتاجون إلى ضغط من أجل التغيير حتى لو كانوا مع الفكرة الجديدة، ومن شأن التشريعات والتعليمات الصادرة عن النظام أو المدرسة أن تساعد في زيادة سرعة عجلة تطور ممارسات الدمج. كما أن دعم إدارة المدرسة تعتبر حيوية لإعداد مدارس الدمج. فلا بد من دعم لعملية التغيير وهذه العملية تشمل على عاملين أساسيين هما النظام والأفراد المرتبطين بذلك النظام.

ولا يعني الوصول إلى التغيير انتهاء العملية، ولكن لابد من إعداد طرق تسمح باستمرار ذلك التغيير، لذلك يبدو من الضروري أن تكون طرق استمرار التغيير والمحافظة عليه أجزاء أساسية من خطط التغيير.

ولكي ينجح التغيير فإنه يحتاج إلى دعم مادي قوي وإلى ثقافة تغذى الكفاءة والأخلاق والمبادئ، ويجب توفير المصادر المختلفة في شكل مواد وعاملين وتدريب، ولكي تبرهن على التزام المدرسة بالفكرة الجديدة لابد من إعداد خطط ومشاريع محددة من أجل استمرار الإجراءات، كما يجب تقديم مختلف أشكال الدعم لتنفيذ الخطة.

وغالباً ما يحتاج المعلمون العاديين إلى المصادر المتوفرة حالياً ضمن برامج التربية الخاصة لمساعدتهم في العملية التعليمية للطلاب المعاقين ممن يتواجدون في فصولهم الدراسية، وأيضاً تزويد أولياء الأمور والطلاب وغيرهم من الجهات المهتمة كمجلس إدارة المدرسة بالمعلومات يعتبر أمراً ضرورياً وهاماً، وكذلك من الأمور الأساسية طرق موائمة وتنسيق عملية تقديم المنهج في إطار جديد.

ويعتبر الغرض من التربية هو تكوين مجتمعات داخل المدارس تشبه تلك المجتمعات التي سيعيش فيها الطلاب في المستقبل، عندئذ فإن الحاجة للدمج تكون ماسة. ويتطلب تنفيذ الدمج رؤية مشتركة وخطة واضحة، ويعتبر الدعم المقدم للمعلمين الذين ينفذون الدمج أساسياً، ويتم تزويدهم بالمعلومات والوقت والتدريب والمصادر، ويعتبر الالتزام بدرجة من الصبر الذي يسمح بتكيف الأفراد للفلسفة الجديدة وتعاونهم في تنفيذ عناصر أساسية للتغيير حتى يتحقق النجاح للدمج.

المراجع والمصادر

- بركات، وجدي محمد. برقوي، خالد يوسف أحمد. غز، هناء محمد ورفعت، أماني محمد. (2017). ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة. مكتبة الرشد.
- بركات، وجدي. (2008). الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة. جامعة البحرين، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة الخدمة الاجتماعية.
- جلال، خالد عواد صابر، وحمد، محمد، وجلال، بهاء الدين. (2010). دليل الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع المعاقين نهياً. مصر، القاهرة: دار العلوم للنشر.
- الروسان، فاروق. (2017). مقدمة في الإعاقة العقلية. (ط.6). دار الفكر.
- سرحان، نظيمة أحمد محمود. (2006). منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين. دار الفكر العربي.
- الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد. (2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد الحميد، يوسف محمد وشعبان، سحر محمد سيد. (2016). الخدمة الاجتماعية ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة" رؤية متكاملة معاصرة". مكتبة الرشد
- عبد الحميد، عبد اللاه صابر. (2020). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الموهبة للنشر.
- علي، ماهر أبو المعاطي. (2013). الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة: مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول الخليجية. دار الزهراء.
- كوافحة، تيسير مفلح، وعبد العزيز، عمر فواز. (2012). مقدمة في التربية الخاصة. (ط.6). دار المسيرة.
- القمش، مصطفى نوري، والمعاطية، خليل عبد الرحمن. (2007). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة. دار المسيرة.

المصادر الإلكترونية:

العربية:

- لين، أحمد محمد. (2012). مقال بعنوان دمج المعاق ذهنياً بين النظرية والتطبيق. الجمعية النسائية بجامعة أسيوط للتنمية بالتعاون مع مركز خدمات المنظمات غير الحكومية. تم الاسترجاع من منتدى إنما المؤمنون إخوة، متاح على الرابط التالي: <https://almomenoon1.0wn0.com/t2712-topic>
- مدونة التربية الخاصة. (2012). بحث عن الإعاقة العقلية. تم الاسترجاع من الرابط التالي: http://ssppsspp.blogspot.com/2012/12/blog-post_2976.html

الأجنبية:

- *Definition of Intellectual Disability*. (2020). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).