

جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

تصميم برنامج تدريبي مقترح لتنمية أساليب المعاملة

الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقليا

- دراسة ميدانية على عينة من الأولياء وأطفالهم المعاقين عقليا بالمركز النفسي

البيداغوجي ببوسعادة-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس الاجتماعي

إشراف:

أ.د. لويزة فرشان

إعداد الطالبة:

فاطمة سعود

لجنة المناقشة:

رئيساً

جامعة الجزائر 2

أ.د. الحسين حماش

مشرفاً ومقرراً

جامعة الجزائر 2

أ.د. لويزة فرشان

مناقشاً

جامعة البليدة 2

أ.د. كركوش حياة

مناقشاً

جامعة الجزائر 2

أ.د. جميلة سليمان

مناقشاً

جامعة الجزائر 2

د. فوزية بوشارب

مناقشاً

جامعة تيزي وزو

د. حياة بوجملين

السنة الجامعية 2020/2019

شكر وعرفان

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً
يشرفني أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير
إلى كل من مد لي يد المساعدة وساهم في تذليل ما واجهني من صعوبات
و أخص بالذكر:
الأستاذة المشرفة البروفيسور "لويـزة فرشان " والتي لم تبخل عني بتوجيهاتها
وإرشاداتها القيمة
أسأل الله أن يجعلها في ميزان حسناتها مع أمنيّاتي لها بدوام الصحة والعافية
كما أتقدم بالشكر والاحترام والتقدير للسادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة
ولايفوتني أن أتوجه بالشكر والتقدير إلى كل أساتذة تخصص علم النفس

فشكراً لكم جميعاً

الأهداء

إلى الوالدين الكريمين

رحم الله أبي وأسكنه فسيح جناته
وحفظ الله أمي ورعاها وأطال الله في عمرها

إلى "إخوتي وأخواتي" أعزهم الله وحفظهم

إلى كل من ساندني في مسيرتي العلمية من قريب أو من بعيد
إلى زملائي وزميلاتي في الماجستير دفعة "2013"

إلى ملائكة الجنة "أطفال المركز النفسي البيداغوجي للإعاقة العقلية
ببوسعادة"

أهدي ثمرة جهدي المتواضع

فهرس المحتويات

شكر وعرفان	
الإهداء	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الملاحق	
الملخص	
أ - هـ	مقدمة
أولاً: الإطار النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
9	أولاً - الاشكالية
14	ثانياً - الفرضيات
15	ثالثاً - أهمية الدراسة
16	رابعاً - أهداف الدراسة
17	خامساً - أسباب اختيار الموضوع
18	سادساً - تحديد المصطلحات
22	سابعاً - الأصول النظرية للدراسة
28	ثامناً - الدراسات السابقة
41	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: أساليب المعاملة الوالدية	
44	تمهيد
45	أولاً - مفهوم الأسرة
45	ثانياً - دور الأسرة في تربية الطفل وتنشئته
46	ثالثاً - مفهوم أساليب المعاملة الوالدية

47	رابعا- أنواع أساليب المعاملة الوالدية
53	خامسا- محددات أساليب المعاملة الوالدية
56	سادسا- النظريات المفسرة للتنشئة الاجتماعية للطفل
59	سابعا- أثر أساليب المعاملة الوالدية
61	ثامنا- الاتجاهات الوالدية نحو المعاقين عقليا
62	خلاصة
الفصل الثالث: التأهيل (نفسي اجتماعي/مهني)	
65	تمهيد
66	أولا- مفهوم التأهيل النفسي الاجتماعي
68	ثانيا- التطور التاريخي لرعاية وتأهيل المعاقين عقليا
69	ثالثا- أنواع عملية التأهيل
76	رابعا- وسائل وأساليب عملية التأهيل
80	خامسا- أهداف عملية التأهيل
92	سادسا- المبادئ العامة لعملية التأهيل
93	سابعا- الفلسفة التي تقوم عليها عملية التأهيل
94	ثامنا- مبررات عملية التأهيل
95	تاسعا- الأسس والقواعد التي تستند عليها عملية التأهيل
96	عاشرا- التأهيل في الجزائر
102	خلاصة
الفصل الرابع: الإعاقة العقلية	
105	تمهيد
106	أولا- مفهوم الإعاقة العقلية
113	ثانيا- الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي
114	ثالثا- تصنيف الإعاقة العقلية
118	رابعا- أسباب الإعاقة العقلية ونسبة انتشارها
126	خامسا- الوقاية من الإعاقة العقلية وأساليب علاجها
131	سادسا- خصائص الأطفال المعاقين عقليا
137	سابعا- الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المعاقين عقليا
154	خلاصة
ثانيا الإطار الميداني للدراسة الفصل الخامس:	

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
158	تمهيد
158	أولاً- الدراسة الاستطلاعية
158	1. أهداف وأهمية الدراسة الاستطلاعية
158	2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية
159	3. حدود الدراسة الاستطلاعية
170	ثانياً- الدراسة الأساسية
170	1. منهج الدراسة
171	2. مجتمع وعينة الدراسة
172	3. حدود الدراسة
172	4. الأدوات المستخدمة في الدراسة
186	ثالثاً- الصعوبات أثناء التطبيق وكيفية معالجتها
189	رابعاً- الأساليب الإحصائية
190	خلاصة
الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها	
192	تمهيد
193	أولاً: التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لبيانات متغير الدراسة
193	ثانياً: وصف نتائج الدراسة
208	ثالثاً: عرض وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة
227	رابعاً: الاستنتاج العام
خاتمة	
235	أولاً: خاتمة
239	المصادر والمراجع
—	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	يمثل متطلبات العلاج	143
2	علاج الأطفال المعاقين عقليا حسب المرحلة العمرية	143
3	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية	160
4	معاملات ألفا كرونباخ لمحاولات أداة الدراسة	163
5	مصفوفة ارتباط عبارات المحور الأول "التحكم والسيطرة" مع درجته الكلية	166
6	مصفوفة ارتباط عبارات المحور الثاني "التذبذب" مع درجته الكلية	167
7	مصفوفة ارتباط عبارات المحور الثالث "التفرقة" مع درجته الكلية	167
8	مصفوفة ارتباط عبارات المحور الرابع "الحماية الزائدة" مع درجته الكلية	168
9	مصفوفة ارتباط عبارات المحور الخامس "أساليب المعاملة الوالدية" مع درجته الكلية	169
10	مصفوفة ارتباط محاور المقياس مع درجته الكلية	170
11	يوضح أرقام العبارات التي يتضمنها كل بعد على حدا	173
12	التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغير محل الدراسة	193
13	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل تعرضهم للبرنامج	194
14	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بعد تعرضهم للبرنامج	195
15	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج	196
16	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) بعد تعرضهم للبرنامج	197
17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) بعد تعرضهم للبرنامج	198

199	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج	18
201	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بعد تعرضهم للبرنامج	19
202	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل تعرضهم للبرنامج	20
203	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج	21
204	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل تعرضهم للبرنامج	22
205	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل تعرضهم للبرنامج	23
206	الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج	24
208	الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بالنسبة للمجموعة الضابطة	25
211	الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أساليب المعاملة الوالدية (صورة للأب) بالنسبة للمجموعة الضابطة	26
213	الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بالنسبة للمجموعة التجريبية	27
215	الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في أساليب المعاملة الوالدية (صورة للأب) بالنسبة للمجموعة التجريبية	28
217	الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تعرضهم للبرنامج في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)	29
219	الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تعرضهم للبرنامج في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب)	30
222	الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تعرضهم للبرنامج في أساليب	

	المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)	
224	الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تعرضهم للبرنامج في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب)	

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الأشكال	الصفحة
1	خصائص الأطفال المعاقين عقليا	132
2	الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية	137
3	متطلبات العلاج اللازم للأطفال المعاقين عقليا	142
4	استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا حسب جلاسور	146
5	استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا حسب تايلور	146
6	استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا حسب وهمان	147
7	نموذج الخطة التعليمية الفردية	153
8	مخطط تطبيق المنهج التجريبي في الدراسة الحالية	171
9	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس القبلي للمجموعة الضابطة	194
10	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس البعدي للمجموعة الضابطة	195
11	أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	197
12	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس القبلي للمجموعة الضابطة	198
13	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس البعدي للمجموعة الضابطة	199
14	أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	200

201	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس القبلي للمجموعة التجريبية	15
202	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس البعدي للمجموعة التجريبية	16
204	أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	17
205	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس القبلي للمجموعة التجريبية	18
206	أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس البعدي للمجموعة التجريبية	19
207	أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	20

ملخص الدراسة:

نظرا لأهمية أساليب المعاملة الوالدية في تأهيل الطفل المعاق عقليا من الناحية النفسية والاجتماعية والمهنية فقد دعت الحاجة إلى تصميم برنامج تدريبي مقترح لتنمية تلك الأساليب قصد المساهمة في تحقيق التأهيل.
وعليه:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على ما مدى فعالية برنامج تدريبي مقترح لتنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقليا وضمت عينة الدراسة مجموعتين من أمهات وآباء أطفال معاقين عقليا إحداها ضابطة والأخرى تجريبية متساويتين قوام كل منهما (20 أم ، 20 أب) بالنسبة لكل من المجموعتين الضابطة والتجريبية للقياسين القبلي والبعدي والمتكفل بأطفالهم بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا ببوسعادة، واستخدمت الباحثة إلى جانب البرنامج التدريبي المصمم من طرفها خصيصا لهاته الدراسة، مقياس أساليب المعاملة الوالدية لأمني عبد المقصود. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لأساليب المعاملة الوالدية وأبعاده ترجع إلى البرنامج التدريبي وذلك لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لأساليب المعاملة الوالدية وأبعاده لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لأساليب المعاملة الوالدية وأبعاده، وعليه فقد تم استخدام المنهج التجريبي واعتماد الأساليب الإحصائية المناسبة لقياس الفروق (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري...) وذلك باستخدام برنامج المعالجة الإحصائية (spss V22)

Abstract:

Given the importance of parental treatment methods in the rehabilitation of the mentally handicapped child from a psychological, social and professional point of view, there was a need to design a proposed training program for the development of these methods in order to contribute to the achievement of rehabilitation.

Accordingly:

The present study aims at identifying the effectiveness of a proposed training program for developing parental treatment methods to rehabilitate a mentally handicapped child. The study sample consisted of two groups of mothers and fathers of mentally handicapped children, one control and one experimental equal strength (20 father 20 mother) for each control group. The researcher used, along with the training program designed by her specially for this study, the measure of parental treatment methods of Amani Abdel Maksoud The results revealed that there are significant differences between the mean scores of the experimental and control groups in the telemetry of the parental treatment methods and its dimensions due to the training program for the benefit of the experimental group, and the existence of significant differences between the mean scores of the experimental group in the pre and post measurements of parental treatment methods and its dimensions in favor of the telemetry. Statistically significant differences between the mean scores of the control group in the pre- and post-measurements of the parental treatment methods and their dimensions. Therefore, the experimental method was used and the appropriate statistical methods were adopted to measure the differences I arithmetic mean, standard deviation ...) using a statistical treatment program (spss V22)

Abstrait:

-
- Étant donné l'importance des méthodes de traitement parental dans la réadaptation de l'enfant handicapé mental d'un point de vue psychologique, social et professionnel, il était nécessaire de concevoir un programme de formation proposé pour le développement de ces méthodes afin de contribuer à la réalisation de réadaptation.
-
- En conséquence:—
-
- La présente étude vise à identifier l'efficacité d'un programme de formation proposé pour développer des méthodes de traitement parental pour réhabiliter un enfant handicapé mental. L'échantillon de l'étude se composait de deux groupes de mères et de pères d'enfants handicapés mentaux, un contrôle et une force expérimentale égale (20 mère et 20 père) pour chaque groupe témoin. La chercheuse a utilisé, avec le programme de formation conçu par elle spécialement pour cette étude, la mesure des méthodes de traitement parental d'Amani Abdel Maksoud.
-
- Les résultats : ont révélé qu'il existe des différences significatives entre les scores
- moyens des groupes expérimental et témoin dans la télémétrie des méthodes de traitement parental et ses dimensions en raison du programme de formation au profit du groupe expérimental, et l'existence de différences significatives entre les scores moyens du groupe expérimental dans les mesures pré et post des méthodes de traitement parental et ses dimensions en faveur de la télémétrie. Différences statistiquement significatives entre les scores moyens du groupe témoin dans les pré- et post-mesures des méthodes de traitement parental et leurs dimensions. Par conséquent, la méthode expérimentale a été utilisée et les méthodes statistiques appropriées ont été adoptées pour mesurer les différences I moyenne arithmétique, écart type ...) à l'aide d'un programme de traitement statistique (spss V22)–
-



مقدمة:

يَكْتَسِبُ موضوع المُعاقين عقلياً في الآونة الأخيرة مكانة بالغة الأهمية، على كافة المستويات الدولية والإقليمية والمحلية، بهدف تسخير الاهتمام الكافي بهذه الفئة من خلال رعايتهم والنهوض بهم وتحسين مستوى معيشتهم، والسعي نحو تأهيلهم ودمجهم في المجتمع كأقرانهم العاديين، والجدير بالذكر أنّ التّكفل بهذه الشريحة من المجتمع يُعدّ أمراً ضرورياً تُحتمّه الضرورة الاجتماعية والإنسانية، حيث لا يقتصر الأمر عند حق المُعاق كإنسان في أن ينال القدر الكافي من الاهتمام والرعاية فحسب، بل يتعدى ذلك إلى حقه في أن ينخرط مع الآخرين في المجتمع وأن نقدم الحماية للمجتمع ككل من انتشار الظواهر والعديد من المشكلات الاجتماعية التي قد تنتج من إهمالنا له. وعلى ذلك يرى أحد المفكرين أن مشكلة الإعاقة العقلية بأبعادها المتعددة تمثل اختباراً صعباً للمجتمع في اتجاهاته الإنسانية والعلمية والأكاديمية والتطبيقية، وفي حرصه على توفير الحياة العادلة والرضا لجميع أفرادها في حدود إمكانياتهم المختلفة.

وفي الواقع نجد أن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع أن يندمج مع الآخرين أو ينخرط في المجتمع من تلقاء نفسه، بل يحتاج إلى التدريب المستمر وإلى بذل المزيد من الوقت والجهد من جانبنا في سبيل ذلك وهو الأمر الذي قد يدفع بالبعض إلى تجاهل فئة المعاقين عقلياً. وذلك كان لزاماً أن يبدأ هذا الاهتمام من جانب أسرة الطفل المعاق عقلياً والتي قد يشعر الوالدين فيها بمشاعر متباينة عند علمهما بحقيقة ابنهما وأنه معاق عقلياً، فقد تقوم بعض الأسر بإحاطة هذا الطفل بالحماية الزائدة بينما يرفض البعض الآخر إعاقه الطفل ويرفضون الطفل نفسه فيميلون كما ترى نادية بنا (1999) إلى إهماله وإساءة معاملته، ومن هذا المنطلق؛ فهي ترى أنّ مشاعر الوالدين المتباينة قد تظهر وتختفي خلال الأسابيع الأولى من معرفتهما بحالة الطفل، ثم تواجه الأسرة فكرة أنّ الطفل معاق عقلياً فتعمل على مساعدته في اكتساب أنماط السلوك الاجتماعي المرغوب.

في هذا الإطار تلعب البرامج التدريبية دوراً هاماً في تقبل الوالدين لطفلهم دون تدمير، حيث أنّ لهما دوراً بارزاً في مجال تدريب أو تأهيل أو تنمية الأطفال المعاقين عقلياً. ونظراً للتركيز على دور الوالدين وأهميته في تنمية وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً، فقد ظهرت الحاجة إلى تدريب الوالدين للقيام بهذا الدور.

يشير الشناوي والتويجي (1990) إلى أنّ المعلومات المتوفرة لدى الوالدين عن أبنائهما المتخلفين عقلياً تكون في العادة قاصرة وغير مترابطة ويصعب الاستفادة منها، كما أنهما قد يجهلان في بعض الأحيان الخطوات أو الإجراءات التي يجب أن يسيرا فيها، ويصبح الحصول على المعلومات في هذه الحالة أمراً هاماً بالنسبة لهما مما يجعلهما في حاجة إلى التوجيه وإلى الشعور بالارتياح وأن يتحررا بشكل دوري من عبئهما الثقيل في تقديم ما يحتاجه ذلك الطفل من رعاية والديه. ويضيف الأشول (1993) أنّ الوالدين يحتاجان إلى التدريب لتصبيرهما بمشكلة الإعاقة العقلية وأبعادها، كما أنّ للتدريب الوالدي يقوم بدور فعال في زيادة تقبل الوالدين لطفلتهما.

ويعد الوالدين، وخاصة الأم الأقرب من الطفل والأكثر تعاملًا معه واحتكاكاً به، وهي المسؤولة بدرجة كبيرة عن تلبية احتياجاته اليومية، وعلى ذلك تصبح في حاجة ماسة إلى التدريب على التعامل السليم مع طفلها المعاق عقلياً، وتشجيعه على اكتساب السلوك الاجتماعي المرغوب والتخلص من مظاهر السلوك غير المرغوب، والدفع بهذا الطفل إلى الانخراط في المجتمع.

يرى إبراهيم (1999) أنّ تدريب الوالدين على أساليب التعامل المناسبة مع طفلهم المعاق عقلياً يؤدي إلى جانب الارتقاء بالقدرة العقلية العامة للطفل إلى الارتقاء بمستواه الأدائي السلوكي الفردي والجماعي؛ ويتمثل أهم ما تحتاجه الأم في هذا الصدد في الوقوف على أسلوب معاملة الطفل المعاق عقلياً من حيث أنه ليس طفلاً غير قادر نهائياً على الاستجابة ولكن لديه القدرات الخاصة والإمكانات التي تساعد على تكوين مفاهيم

جديدة واكتساب العديد من الأنماط السلوكية الملائمة وهو ما يساعده بطبيعة الحال إلى الاندماج أو إعادة الاندماج في المجتمع.

هذا؛ وقد أكدت دراسة هيلر وآخرون (1997) أن الأم هي الأكثر تأثراً بإعاقة الطفل، والأكثر تعرضاً للضغوط النفسية الناتجة عن تعاملها معه وهو الأمر الذي يحتم ضرورة تدريبها حيث أن عدم وعي الأم بطبيعة الإعاقة أو بالأساليب المناسبة للتعامل مع ذلك الطفل يؤدي إلى إحباط تلك الجهود للارتقاء بسلوكه. كما أن مشاركتها للطفل المعاق عقلياً لا تؤدي فقط إلى تحسين سلوكه، بل تخفف أيضاً من تأثير الإعاقة عليها وعلى أسرته ومن ثم على المجتمع ككل. وبناء على ذلك نجد أنه لا يمكن تقديم خدمة كاملة للطفل المعاق عقلياً ما لم يتضمن الأمر تدريب أسرته وخاصة الوالدين حيث أن توعيتهما وتدريبهما على ذلك يمنحهما فرصة التعبير عن مشاعرهما مما يخفف من تأثير ضغوط الإعاقة عليها وهو الأمر الذي تعود فائدته على الطفل نفسه حيث تتحسن أساليب معاملتهما له، ومن ثم يتحسن سلوكه.

من هذا المنطلق؛ سوف تقوم الباحثة في الدراسة الراهنة بتصميم برنامج تدريبي مقترح لتنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقلياً، بغرض تحسين تنمية بعض المهارات ذات صلة بالسلوك الاجتماعي لأطفالهم، مما يؤدي إلى التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني؛ وبالتالي يسهل انخراطهم في المجتمع.

ولبلوغ هذا الهدف إرتأت الباحثة أن تكون الدراسة الراهنة مقسمة إلى بابين رئيسيين، الباب الأول؛ الإطار النظري للدراسة، والباب الثاني؛ الإطار الميداني للدراسة، وتضم الدراسة خمسة فصول، فضلاً عن مقدمة عامة حول موضوع الدراسة، ويمكن توضيح المحاور الرئيسية لهذين البابين على النحو التالي:

❖ أولاً: الإطار النظري للدراسة

انقسم هذا الباب إلى أربعة فصول؛ جاء الفصل الأول بعنوان الإطار العام للدراسة وفيه تم عرض إشكالية الدراسة وطرح التساؤلات ثم صياغة الفرضيات وتوضيح أهمية وأسباب وأهداف اختيار الموضوع، كما تم إلقاء الضوء على مجموعة من الدراسات السابقة وتوضيح المفاهيم المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

أما الفصل الثاني فتمثل في أساليب المعاملة الوالدية؛ وقد تم التطرق فيه لمفاهيم المعاملة الوالدية وأنواعها ودورها في التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق عقلياً وإبراز دور الأسرة في ذلك، أما الفصل الثالث فجاء بعنوان الإعاقة العقلية؛ وقد تناول خصائص المعاقين عقلياً، وطريقة تشخيص الإعاقة العقلية وأسبابها وأهمية الوقاية منها وأنواعها، أما الفصل الرابع فتمثل في التأهيل: النفسي الاجتماعي والمهني؛ وقد عالج مفهوم التأهيل وأنواعه، وتوضيح عملية التأهيل وأسسها ومبادئها ووسائلها وأهميتها بالنسبة للطفل المعاق عقلياً.

❖ ثانياً: الإطار الميداني للدراسة - دراسة ميدانية -

انقسم هذا الباب بدوره إلى فصلين؛ جاء الفصل الخامس بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية؛ وقد شرح للمنهج المستخدم في الدراسة، ومصادر جمع المادة الميدانية والنظرية، واختيار مجتمع الدراسة والعينة، كما تضمن أيضاً على التعريف بميدان الدراسة وذلك بعرض اللوحة الجغرافية والتاريخية لكل من مقر إجراء الدراسة وتاريخ التطبيق الميداني، مع التطرق إلى أهمية الإجراءات الميدانية ومدى ملائمتها للدراسة.

أما الفصل السادس والأخير فجاء بعنوان عرض نتائج الدراسة وتفسيرها؛ وسيتم من خلاله عرض النتائج الميدانية التي تم التوصل إليها ومناقشتها مع الفروض المعتمدة في الدراسة الحالية، كما تضمن عرض النتيجة العامة التي خلصت إليها الدراسة الميدانية

ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، لينتهي هذا الفصل بخاتمة عامة وجملّة من الإقتراحات والتوصيات لتجاوز الإشكال القائم.

وتنتهي الدراسة بقائمة المراجع والمصادر العربية والأجنبية التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة إضافة إلى الملاحق.

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

تمهيد

- أولاً - إشكالية الدراسة
- ثانياً - فرضيات الدراسة
- ثالثاً - أهداف الدراسة
- رابعاً - أهمية الدراسة
- خامساً - أسباب اختيار موضوع الدراسة
- سادساً - مصطلحات الدراسة
- سابعاً - الأصول النظرية للدراسة
- ثامناً - الدراسات السابقة

خلاصة

أولاً: الاشكالية

تأخذ الأسرة مكانة بالغة الأهمية باعتبارها المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تساهم في تكوين شخصية أفرادها، وبما أن التنشئة الاجتماعية تتبع بداية من الأسرة، فهي العملية التي تتشكل من خلالها معايير وقيم واتجاهات الطفل الذي يعتبر أحد أفراد المجتمع مستقبلاً، حيث تساهم هذه التنشئة في تلقينه مهاراته ودوافعه وسلوكه حتى يصبح قادراً على التكيف مع التوقعات المجتمعية المرغوبة لإبراز دوره في المستقبل.

في ذات السياق؛ تعتبر الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأساسية في توجيه الأفراد وفق قيم المجتمع، فهي السلطة الاجتماعية الأولى والأكثر تأثيراً من خلال مساهمتها بشكل كبير، من حيث التأثير وتحديد مصير الطفل وتحديد نسق حياته في شتى المجالات، ومن جوانب مختلفة؛ فالفرد يعتمد بالدرجة الأولى على أسرته في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية بطرق أكثر ومناسبة حسب كل مرحلة من مراحل النمو التي يمر بها.

وقد أكد على ذلك العديد من علماء النفس والاجتماع والتربية على الأثر الناتج عن تفاعل الأطفال مع أوليائهم على شخصيتهم، والذي يصل إلى حد تحديد معالم وأساسيات الشخصية وتحديد سماتها، ومن زاوية أخرى؛ كشفت الحركات العلمية ودراسات الصحة النفسية عن وجود علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية وبين ما يصاب به الأطفال من اضطرابات نفسية أو ما يتعرضون له من انحرافات سلوكية، ومن هذا المبدأ فإن أساليب التعامل التي ينتهجها أو يتبعها الوالدين تؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي. وحيث الدلال الزائد أو الحماية الزائدة، القسوة والإهمال والتفرقة في أساليب المعاملة والنمذجة تجعل الطفل غير ناضج اجتماعياً ونفسياً، من حيث الاستقلالية وعدم النمو الطبيعي للطفل،

هذه الأساليب تعكس مشاعر الأسرة وحالتها النفسية السلبية غير السليمة والتي تكوّن شخصية الطفل، حيث يجد المختصون والمربون صعوبة كبيرة في التعامل معها.

وبما أنّ الأفراد المعاقين عقلياً هم الذين يعانون من نقص في قدراتهم العقلية والمعرفية، مما يؤدي بهم إلى التعرض لمواقف الفشل المتكررة، ما يجعلهم يعانون من عدم القدرة على الاندماج مع أقرانهم العاديين فهم يعانون سوء التكيف النفسي الاجتماعي مما يظهر ذلك الاختلاف بينهم وبين الأشخاص العاديين، لذا فهم يعتبرون من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع بما يميزهم من خصائص جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية، يلاحظ ذلك الاختلاف بينهم وبين خصائص الأشخاص الآخرين، الأمر الذي يتطلب ضرورة توفير لهم الرعاية الخاصة وأساليب معاملة والدية خاصة تتناسب مع خصائص نموهم التربوية والنفسية والصحية والاجتماعية وفق درجة الإعاقة العقلية التي يعانون منها حتى يمكننا الوصول بهم إلى مستوى أفضل من التكيف الشخصي وإمكانية تأهيلهم النفسي الاجتماعي والمهني.

وانطلاقاً من مبدأ تكافؤ الفرص بين الأشخاص المعاقين وأقرانهم العاديين، كان لابد من الاهتمام بهذه الفئة وإعطائها الحيز الكافي للعناية بهم، وذلك للتوصل للحلول المناسبة قصد تخليصهم من مشكلاتهم وتفعيلهم في المجتمع كأفراد إيجابيين لا سلبيين، بل فعالين في المجتمع، وذلك بتسخير كل الجهود المبذولة للوصول بهم إلى أقصى درجات الدمج المجتمعي قدر الإمكان، وهذا ما أكدته توصيات وقرارات في العديد من المؤتمرات والندوات العربية والأجنبية التي أكدت على ضرورة الاهتمام بالأطفال المعاقين عقلياً، ومنها قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة عام (1989) برقم 32/123 وتحت هدف المشاركة الكاملة والمساواة للمعاقين وإتاحة الفرصة الكاملة لتأهيلهم لمواجهة الحياة، وقد حددت الجمعية في قرارها مجموعة أهداف أهمها:

- مساعدة المعاقين على التكيف الجسماني والنّفسي مع الحياة العامة.

- تشجيع الجهود المبذولة على المستوى الدولي والمحلي لتقديم كل مساعدة ممكنة من تدريب وإرشاد إلى المعاقين كذلك إتاحة الفرص لإيجاد عمل مناسب لهم وتأمين اندماجهم الكامل في مجتمعهم.(عبد المجيد، 2000، ص4-5)

وقد أوصت الرابطة الأمريكية للضعف العقلي بضرورة تدريب وتأهيل الأفراد المعاقين عقلياً باعتبار أن ذلك حق أساسي لهم، وأكدت على ضرورة تصميم البرامج التدريبية لتعليم وتأهيل المعاقين عقلياً للقيام بالأعمال البسيطة التي تتناسب وقدراتهم وإمكانياتهم المحدودة. (Orlansky,1992)

كما أشارت وثيقة الأمم المتحدة في الإعلان لحقوق الطفل المتخلف عقلياً (1975) في تقديم الرعاية الطبية والنفسية، الاجتماعية، والتربوية، وتدريبهم ومساعدتهم للوصول إلى الطريق الأمثل في الحياة من خلال توفير مجموعة من الخدمات والأنشطة والبرامج التي تساعدهم على تطوير إمكانياتهم ومهاراتهم.(Yssedlyke, Algozzine,1990).

أما المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (1995) والذي أكد فيه أن الأطفال المعاقين عقلياً مواطنون لهم إمكانياتهم وأدوارهم ومن حقهم أن يعيشوا وأن يحصلوا على حقوقهم بقدر مكافئ كغيرهم من العاديين.

كما أشارت ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والتي دعت المرشدين والأخصائيين النفسيين في ميدان التربية الخاصة إلا بإعداد المزيد من البرامج التدريبية والإرشادية في هذا المجال.

استناداً على ما سبق؛ دفع الباحثة إلى القيام بتصميم برنامج تدريبي لتنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقلياً، وذلك بهدف سد النقص في البرامج التي تقتقد إليها تلك المؤسسات والمدارس المتخصصة، بما تتناسب مع البيئة المحلية كون العامل الثقافي له دور وتأثير على الطفل وأسرته ولكي تساهم الدراسة الحالية في التخفيف من هذه المشكلة.

وفي ظلّ تلك الظروف تلعب الأسرة دوراً وقائياً مركزياً من خلال التعرف على العوامل المسببة للإعاقة العقلية ومن خلال الوعي والحفاظ على سلامة الأطفال وصحتهم سواء قبل ولادتهم أم بعدها فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها، إذا تم اكتشافها ومعالجتها مبكراً ولقد أصبح ممكناً الكشف عن عدة اضطرابات في أثناء الحمل أو لدى الطفل حديث الولادة وتسخير سبل جيدة في التعامل معهم من طرف الوالدين.

لتوضيح ذلك نشير إلى اعتبار الأسرة هي الركيزة الأساسية في التكفل بالطفل المعاق عقلياً ويتوقف ذلك على المعرفة الجيدة للأسرة وخاصة الوالدين بخصائص طفلها المعاق وحاجاته، بإمكانهم أن يقدمون له رعاية تربوية تليق بقدراته وبفضلها يمكنه أن يتأهل نفسياً واجتماعياً ومهنياً ويتقاضي كل مشاكل التكيف النفسي الاجتماعي، وحتى تتضح الرؤية فإن للمعاملة الوالدية أساليب مختلفة منها السوية والغير سوية فهي تؤثر على الطفل المعاق عقلياً، مما تزيد من مشاكله والتي تؤدي في النهاية إلى بعض السلوكيات التي تدل على عدم توافقه ومن هذه المشكلات العدوان والنشاط الحركي الزائد، الخجل والانطواء إصدار بعض الأصوات المزعجة.

في ظل تلك المؤشرات فإننا نلاحظ أنه كلما كان هناك اهتمام بالوالدين وتوعيتهم وتحديد مواطن الضعف والقوة في أساليب معاملتهم لأطفالهم المعاقين عقلياً ففي المقابل تساهم في تحسين إمكانياتهم لأجل تأهيل أطفالهم المعاقين عقلياً ودعمهم من الناحية النفسية والاجتماعية والمهنية، وهذا لا بد من بيان دور الوالدين وأهميته في تنمية أساليب معاملتهم نحو تأهيل أطفالهم المعاقين عقلياً فقد ظهرت الحاجة إلى توعية وتدريب الوالدين للقيام بهذا الدور.

من هذا المنطلق؛ سيتم إعداد برنامج تدريبي مقترح من خلاله يتم تدريب أولياء (الأب/الأم) الأطفال المعاقين عقلياً بغرض تحسين وتنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الأطفال المعاقين من الناحية النفسية والاجتماعية والمهنية مما يساعد ذلك على اندماجهم داخل المجتمع، وننوه إلى أن أساليب المعاملة الوالدية التي يتخذها الوالدين في

تربية الطفل المعاق عقليا وكذا المساهمة في تأهيله، أن لها تأثير على مستوى التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني، وعليه تبلورت إشكالية الدراسة بالتساؤل الرئيس التالي:

ما مستوى فعالية برنامج تدريبي مقترح في تنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً ؟

ولعدم التساؤل الرئيس تم طرح مجموعة من التساؤلات الفرعية تمثلت في:

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل وبعد تطبيق البرنامج للمجموعة التجريبية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) بين المجموعتين الضابطة والمستقلة في القياس البعدي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

- تستند الدراسة الحالية إلى فرضية رئيسة من أجل اختبارها لتحقيق أهدافها؛ هي:
- **الفرضية الرئيسية :** للبرنامج التدريبي المقترح دور في تنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الأطفال المعاقين عقليا. ويتفرع منها الفرضيات الجزئية التالية:
 - **الفرضية الجزئية الأولى :** لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة.
 - **الفرضية الجزئية الثانية :** لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة.
 - **الفرضية الجزئية الثالثة :** توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية.
 - **الفرضية الجزئية الرابعة :** توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل وبعد تطبيق البرنامج للمجموعة التجريبية.
 - **الفرضية الجزئية الخامسة :** توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي؟
 - **الفرضية الجزئية السادسة :** لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي.
 - **الفرضية الجزئية السابعة :** توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي.
 - **الفرضية الجزئية الثامنة :** توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي.

- ثالثاً: أهمية الدراسة

- يستمد هذا البحث أهميته من أهمية الموضوع في حد ذاته، وذلك يظهر من خلال:
- تعد هذه الدراسة مبحثاً هاماً في علم النفس الاجتماعي والذي يعرف بالعلم الذي يدرس سلوك الفرد، من خلال المواقف الاجتماعية المختلفة.
- قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع من خلال اعتبار الأولياء كعينة للدراسة.
- ضرورة لفت النظر إلى البرامج التربوية ومحتوى أساليب المعاملة الوالدية والإشارة إلى تنوع أساليبها التي بإمكانها تحقيق التأهيل النفسي الاجتماعي، والمهني وتحقيق بدورها الدمج الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً، وإبراز دور الأسرة في ذلك.
- معرفة واقع المعاقين عقلياً، واحتياجاتهم وأهم المشكلات التي تواجههم، وإتاحة الفرصة للوالدين في التعبير عن انشغالاتهم والمشاركة في التكفل بأطفالهم، والتوضيح لهم مفهوم الإعاقة العقلية، وتذكيرهم بأهمية دورهم في حياة أطفالهم المعاقين عقلياً.
- تصحيح مفهوم الإعاقة للأولياء بصفة خاصة، وتوضيح كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً بصفة عامة.
- التأكيد للمهنيين القائمين على التكفل بالأطفال المعاقين عقلياً في المراكز الخاصة على أهمية المشاركة الأسرية (الوالدين) في الخطة الفردية.
- الأخذ برأي الأولياء في بناء البرنامج التربوي، وكذا المساهمة في التقليل من محدودية المعلومات لدى الوالدين حول الإعاقة العقلية.

رابعاً: أهداف الدراسة

تأتي هذه الدراسة لتحقيق مجموعة من الأهداف النظرية والعلمية على النحو الآتي:

1. أهداف نظرية:

- تهدف الدراسة الحالية إلى إثراء التراث النظري في مجال أساليب المعاملة الوالدية والتأهيل النفسي والاجتماعي والمهني، والإعاقة العقلية.
- معرفة التوجيهات الأساسية في تصميم البرامج التدريبية والأسس التي تقوم عليها.
- تعميق البحث حول مجموعة من المحاور الأساسية في المجال بدءاً بتوضيح معنى أساليب المعاملة الوالدية وأساليبها والنظريات المفسرة لها وكيفية تناولها في الدراسة الحالية، ثم الإشارة إلى ماهية التأهيل وأنواعه (النفسي، الاجتماعي، والمهني)، والتعريف بالإعاقة العقلية وكذا تصنيفاتها.

2. أهداف عملية:

- قياس فعالية البرنامج التدريبي المصمم ودوره في تنمية أساليب المعاملة الوالدية ومدى مساهمته في التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني للطفل المعاق عقلياً، وتمكين الأسرة من فهم طفلهم واحتوائه وإدماجه في المجتمع؛
- الكشف على ما إذا كان هناك اختلاف بين الأمهات والآباء في أساليب المعاملة الوالدية التي تؤهل الطفل المعاق عقلياً من الناحية النفسية والاجتماعية والمهنية؛
- الكشف عن مدى استيعاب الأمهات والآباء للنصائح والتعليمات المقدمة لهم من طرف الأخصائيين المتواجدين في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقلياً وكذا تعاونهم معهم، وذلك أثناء تطبيق البرنامج المصمم لهذه الدراسة؛
- إتاحة الفرصة للوالدين من أجل التعرف على المشاكل التي يعاني منها الطفل المعاق عقلياً من الناحية النفسية والاجتماعية والمهنية.

- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في تقديم بعض التوصيات والمقترحات، والتي من شأنها تقبل هؤلاء المعاقين عقليا ومساعدتهم، وكيفية التعامل معهم من قبل الأسرة، والمدرسة، والمؤسسات الصحية، ودور الرعاية.

خامساً: أسباب اختيار موضوع الدراسة

تبرز أسباب اختيار موضوع الدراسة فيما يلي:

1. الأسباب الذاتية:

- كون الباحثة كانت أخصائية نفسية تربوية بمركز الأطفال المعاقين عقليا وبحكم احتكاكها الدائم بأوليائهم ونتيجة الخبرة المهنية مما دفعها للبحث في هذا الموضوع.
- انطلقت الفكرة للبحث في هذا الموضوع من خلال نتائج الدراسة التي قامت بها الباحثة في رسالة الماجستير والتي ألحت على ضرورة تدريب الأولياء ومساعدتهم على فهم طفلهم المعاق عقليا وتوعيتهم في هذا المجال.
- أهمية قطاع التضامن ومدى اهتمام السلطات بتطوير هذا القطاع وإصلاحه، ومسايرة منا لهذا المسار حاولنا معالجة أهمية التكفل الجيد بالطفل المعاق عقليا، وتبيان مدى تأثيره على تأهيله ودمجه في المجتمع والاستفادة منه كفرد فعال في المجتمع.

2. الأسباب العلمية:

- ملاحظة وجود فوارق في الإمكانيات الثقافية والمستوى التعليمي للوالدين لبعض الأطفال زاد في دافعتهم التعليمية وفهمهم لحالة أطفالهم بالإضافة إلى رغبة الأولياء لمساعدة أطفالهم خاصة مع كثرة وتنوع الوسائل التكنولوجية التي تطلعهم على امكانية تأهيل أطفالهم وضرورة التكفل والامكانيات المتاحة لدمج طفلهم في المجتمع.

سادساً: تحديد المصطلحات

لقد وردت في هذا البحث مصطلحات ومفاهيم تفرض على الباحثة أن توضحها لكي يستطيع القارئ أن يتصفح ويستوعب ما جاء فيه دون عناء وغموض.

I- تصميم برنامج تدريبي:

هذه الكلمة أو المصطلح مركبة ولتعريفها ينبغي أولاً تحليلها إلى مكوناتها، ولعل المكوّن المُفَصَّل في المصطلح هو «البرنامج التدريبي».

1. التصميم (Design)

- لغة: جاء في معجم اللغة العربية المعاصرة: تَصْمِيم؛ جمع تَصْمِيمَات (لغير المصدر)، وَتَصَامِيمُ (لغير المصدر): مصدر صَمَّمَ/صَمَّمَ عَلَى/صَمَّمَ فِي . (فن) رسم تخطيطي لعمل طباعيّ يمثل العمل تمثيلاً دقيقاً بكامل شكله ومظهره. (عمر، 2008، ص21)
- اصطلاحاً يعني: عملية ابتكاريه وإبداعية يسير على هداها الإنسان لإيجاد شيء جديد وهو هنا على مرحلتين الأولى ابتكاريه إبداعية والثانية تنفيذية. والتصميم أيضاً عبارة عن الخطة الكاملة المنظمة لحل مشكلة ما حيث يقوم المصمم باختيار وتنظيم العلاقات في تكوين موحد لتحقيق أهداف معينة. (الشمري، 2015)

2. البرنامج (Programme)

- لغة: جاء في معجم اللغة العربية المعاصرة: بَرْنَامَج ؛ جمع بَرَامِجُ. منهج موضوع أو خطة مرسومة لغرضٍ ما. يقال: برنامج تطوير التعليم/المرافق.
- اصطلاحاً يعني: مجموعة من التعليمات والأوامر التي توضح تسلسل الخطوات التي ينبغي القيام بها لأداء مهام معينة لحل المشكلة المطروحة واستخراج النتائج. (عمر، 2008، ص196)

3. تدريب (Training)

- لغة: جاء في معجم اللغة العربية المعاصرة تَدْرِيب ؛جمع تدريبات (لغير المصدر): مصدر دَرَّبَ. يقال: تدريب رياضيّ/عسكريّ/مهنيّ. (عمر، مرجع نفسه، ص732).
- اصطلاحاً يعني :عملية منظمة مستمرة محورها الفرد في مجمله تهدف إلى إحداث تغيرات محددة سلوكية وفنية وذهنية لمقابلة احتياجات محددة حالياً أو مستقبلياً يتطلبها الفرد والعمل الذي يؤديه والمجتمع بأكمله.(معمار، 2010، ص21).
- والتدريب أيضاً عملية مستمرة ومتجددة تجري من وقت لآخر بهدف إكساب المورد البشري مهارات وقدرات تنقصه، وكذلك إحداث تغيرات إيجابية في سلوكه واتجاهاته، بالإضافة إلى تنمية معارفه وتحسين قدرته على أداء العمل المطلوب منه بكفاءة عالية (ميا، 2014، 192).

4. البرنامج التدريبي (Training Program):

- التعريف النظري للبرنامج التدريبي: عرفت دراسة (العنزي، 2013) البرنامج التدريبي بأنه: الأداة التي تربط الاحتياجات بالأهداف المطلوب تحقيقها في التدريب، والمادة العلمية بالوسائل والأساليب التدريبية مع بعضها البعض بطريقة علائقية بهدف تنمية القوى البشرية لتحقيق أهداف الفرد والمنظمة. و يعرف البرنامج التدريبي أيضاً جميع الدروس في أحد حقول الدراسة التي تنظم معا لتحقيق أهداف واحدة عامة أو تسير في اتجاه واحد (بدوي، 1980، ص205).
- التعريف الإجرائي للبرنامج التدريبي:عملية منظمة مخططة تهدف إلى مساعدة والدين (أم وأب) الأطفال المعاقين عقليا ببعض الحقائق والمعلومات عن الطفل المعاق عقليا وإكسابهم المهارات اللازمة التي تحسن من أساليب المعاملة الوالدية نحو طفلهم المعاق عقليا حتى يمكنه من التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني.

وعليه؛ تعرف الباحثة «تصميم البرنامج التدريبي» بأنه : عملية إنتاج وصياغة وتحديد للمواد التعليمية والتدريبية اللازمة على ضوء الهدف من التدريب.

II- أساليب المعاملة الوالدية (Parental Socialization Style):

1. **التعريف النظري لأساليب المعاملة الوالدية:** أساليب الآباء والأمهات نحو تنشئة الطفل في مواقف اليومية، والأساليب التربوية، هي ما يمارسه أحد الوالدين بهدف إحداث تغيير أو تعديل في سلوك الطفل وإكسابه سلوكا جديدا يتماشى مع معايير الراشدين. وتعرف أساليب المعاملة الوالدية أيضاً بأنها الأسلوب الذي يتبعه الآباء لإكساب أنواع السلوك المختلفة والقيم والعادات والتقاليد، وتختلف باختلاف الثقافة والطبقة الاجتماعية. (أبو عوف، 2008، 127).

2. **التعريف الإجرائي لأساليب المعاملة الوالدية:** هي كل ما يمارسه الوالدين من توجيهات وأوامر نحو الأطفال المعاقين عقليا خلال عملية التكفل بالطفل ذو الإعاقة العقلية الخفيفة والمتوسطة والشديدة في البيت ضمن الأساليب المعاملة المختلفة المنتهجة في الحياة الأسرية، ويمكن قياسها بتطبيق مقياس المعاملة الوالدية، حيث كلما كانت أساليب المعاملة الوالدية مرتفعة لدى كلا الوالدين فيكون مستوى التدريب على النقائص الموجودة فقط. وإذا كان مستوى أساليب المعاملة الوالدية منخفض لا بد من تسليط الضوء أثناء التدريب على المحاور الأساسية في أساليب المعاملة الوالدية وكيفية ممارستها مع طفل معاق عقليا مع مراعاة خصوصيته في ذلك.

III- التأهيل (Rehabilitation)

– **لغة:** جاء في معجم اللغة العربية المعاصرة (عمر، 2008، ص 207): أهل، أهله، أهلا، أهولا، فهو أهل، والمفعول مأهول (للمتعدى). يقال: أهل المكان: عزم بأهله، أهل بالسكان، أهل المرأة تزوجها، أهله فلانا للأم، صار أهلا له، تأهل للأم: صار له أهلا، تأهل للشغل الجديد، كان أهلا له، تأهل لمنصب أعلى.

– اصطلاحا يعني :عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانات الشخص العاجز والعمل على تنمية هذه القدرات يحقق أكبر نفع ممكن له في الجوانب الاجتماعية والشخصية والبدنية والاقتصادية (أحمد، 1997، 265).

والتأهيل ثلاثة أصناف هي: التأهيل النفسي، الاجتماعي و المهني.

1. التأهيل النفسي: وهو جعل المرء مؤهلا نفسيا وقانونيا .

2. التأهيل الاجتماعي: وهو إصلاح الفرد أو العضو حتى يصبح نافعا للمجتمع بعد أن كان عاجزا (معجم المعاني، د.ت، ص210).

3. التأهيل المهني: هو تقديم الخدمات المهنية وفق برامج منظمة ومتكاملة لتنمية قدرات المعاق للاستفادة منها، أو هو إعداد المعاق للالتحاق بعمل مناسب جنبا إلى جنب مع غير المعوقين أو في أعمال لا تعرض الشخص للخطر، بعيدا عن تحمل المسؤولية، كما في بعض حالات التخلف العقلي (صالح، د.ت، ص221).

– التعريف الإجرائي للتأهيل النفسي، الاجتماعي والمهني: هو السلوكات السوية التي يكتسبها الطفل المعاق عقليا من خلال أساليب المعاملة الوالدية والتي يوضحها مقياس أساليب المعاملة الوالدية المطبق في البحث الحالي.

IV- الإعاقة العقلية (Mental Handicap)

1. التعريف النظري للإعاقة العقلية: هي ما ينتج عن رأي حالة أو انحراف بدني أو انفعال بحيث يكبح أو يمنع إنجاز الفرد أو تقبله ويطلق على مثل هذا الطفل المعوق عقليا (Cetera, 1998, P.20). وهي أيضاً حالة عامة تشير إلى نقص القدرة العقلية العامة بحيث تكون دون المعدل العادي أو المتوسط (تدعيم درجة فأقل)، وتوجد متلازمة مع أنماط القصور في السلوك التكيفي تظهر أثارها بشكل واضح أثناء مرحلة النمو (عبيد، 2000، ص91).

2. التعريف الإجرائي للإعاقة العقلية: وهي نقص في درجة ذكاء الطفل (درجة خفيفة، درجة متوسطة و درجة شديدة) نتيجة عوامل وراثية أو بيئة أو هما معاً، مما يؤدي إلى عدم قدرة الطفل المعاق على التكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله، و يحدث هذا النقص نتيجة إصابة في الجهاز العصبي وتحدث هذه الإصابة قبل الولادة أو في مرحلة الطفولة.

سابعاً: الأصول النظرية للدراسة

تعتبر المداخل النظرية لأساليب المعاملة الوالدية في مجال التأهيل المعوقين عامة والمتخلفين عقليا خاصة أصول نظرية لبحثنا، لأنها تتمثل محاولات عملية جادة لبناء نظري متكامل يعتمد على معرفة علمية متطورة تستند إليها الممارسة، فوجود نظرية أو مدخل واحد للممارسة المهنية قد يفيد التخصص، ذلك أن تعدد المداخل والنظريات واحتكاكها معا يثري الدراسة النظرية، ويرفع مستويات الأداء ويزيد من معدلات إجراء البحوث لمعرفة أوجه التشابه والتداخل بين النظريات وجدوى كل منها وقيمتها العلاجية في المجالات المختلفة، حيث يحاول الأخصائي النفسي الاجتماعي أن يحقق أهدافه من خلال التزامه بأساليب المنهج العلمي في الممارسة.

هذا الأسلوب الذي يعتمد أساسا على المعرفة العلمية التي تمثل الإطار النظري الموجه للممارسة والذي يقوم الأخصائي النفسي الاجتماعي ضمنه بتوظيف هذا الإطار النظري كأساس للتعامل مع موضوعات الخدمات الاجتماعية والنفسية التربوية المقدمة فالمداخل النظرية للمعاملة الوالدية تشير إلى البناء الفكري الذي تستخدمه لمساعدة الأفراد المتخصصين، لإنجاز المهام وكذلك في عملية التخطيط والتدخل والتقييم النفسي.

بمعنى أن أهمية المداخل النظرية تمكن من مساعدة الأخصائي النفسي الاجتماعي في المواقف المختلفة لممارسة الخدمة النفسية الاجتماعية فكل مدخل من المداخل الممارسة يستخدم مجموعة من الوسائل التي يمكن استخدامها لتحقيق التكيف الاجتماعي

لموضوع المعاملة الوالدية وكذا التأهيل النفسي الاجتماعي للوصول إلى مستوى أفضل من الخدمات للمعوقين؛ ونشير هنا بأن هذه المداخل النظرية مستخدمة في مجال الإعاقة عامة بما في ذلك المتخلفين (فهمي، 1999، ص277)، أي أن المعاملة تستخدم هذه المداخل والنظريات في عملها مع هذه الفئة في المراكز الخاصة.

لذلك نستعرض مجموعة من المداخل النظرية التي ارتبطت بالدراسة والتي يمكن للأخصائي النفسي الاجتماعي الاستفادة منها في عملية التأهيل والتدريب بإسقاطها على فئة المتخلفين عقليا والتي يمكن أن نحدد بعضها فيما يلي:

I. نظرية التعديل السلوكي: تستخدم المعاملة الوالدية مدخل تعديل السلوك في مجال الإعاقة وذلك لعدة أسباب منها أن المنهج السلوكي هدفه هو زيادة قدرة المتخلف عقليا على أداء وظائفه الاجتماعية والقضاء على ما قد يواجهه من مشكلات تعيق تأهيله ورعايته، حيث يستخدم مدخل تعديل السلوك عدة أساليب علاجية يختلف استعمالها حسب طبيعة الأفراد والمؤسسات الخاصة، كما يقوم التعديل السلوكي على مبادئ اجتماعية وبيئية ويسعى إلى إجراء تعديلات محددة لا تشمل المعاق عقليا فحسب بل تمتد إلى بيئته إلى بيئة المادية والنفسية.

II. نظرية الدور: تحاول هذه النظرية تفهم السلوك الإنساني بالصورة المعقدة التي يكون عليها، حيث تساعد الأخصائي النفسي الاجتماعي من زاويتين الأولى، أنها تقدم له المحددات الاجتماعية للأنماط السلوكية للمعاقين عقليا، وتقدم له مجموعة المفاهيم التي تساعد في تحليل ألوان السلوك الاجتماعي لهؤلاء، ومن هذا المنطلق يستطيع أن يتوقع سلوكهم في المواقف المختلفة، ومن جهة أخرى، فإن مفهوم الدور يستخدم في تحليل السلوك الأخصائي نفسه أثناء قيامه بعمله مع المعاق عقليا، مما يجعله قادرا على استيعاب أدواره معه وهذا يساعده على حل الكثير من المشكلات خلال عمله المهني.

III. نظرية اللعب: يعتبر اللعب فرصة للأخصائي النفسي الاجتماعي لملاحظة المعاقين عقليا ودراساتهم كما يعتبر الوسيلة المهمة للتعبير عن ما في نفوسهم وتدريبهم

على ضبط النفس ومتابعة حاجاتهم الانفعالية، حيث يستخدم الأخصائي النفسي الاجتماعي بعض الألعاب الخاصة كوسيلة للكشف عن قدراتهم وحاجاتهم ورغباتهم عن طريق سلوكهم أثناء ممارسة هذه الألعاب وكذلك للكشف عن قدرات واحتياجات عمليات التأهيل والعلاج. (فهيم، مرجع سابق، ص229)

IV. نظرية التفاعل الاجتماعي: إن الأهمية التي تقدمها هذه النظرية في مجال الإعاقة هو أنها تساعد الأخصائي النفسي الاجتماعي في فهم سلوك المعاقين عقليا وتحليل العلاقات التي تحدث بينهم، كما تساعده في فهم الغرض من السلوك لتفسيره وتوجيهه حيث تجعل الأخصائي النفسي الاجتماعي قادرا على فهم معاني العلاقات الاجتماعية في مختلف المواقف كما تفيد هذه النظرية في فهم توقعات السلوك والأدوار وإعادة بناء الجماعات حتى يشبع كل معوق احتياجاته وتتحقق أهدافه وبالتالي تتحقق أهداف الجماعات التي تنتمي إليها .

V. النظرية التأهيلية: حيث يستخدم الأخصائي النفسي الاجتماعي هذه النظرية لمقابلة الأهداف العلاجية للفرد والتي يمكن دراستها وتشخيصها بدقة، من خلال معالجة الجماعات وأعضائها لتحقيق الأهداف العلاجية المختلفة وإشباع حاجات هؤلاء من خلال البرامج بعد دراسة تلك الحاجات وتشخيصها، كما يستخدم هذا المدخل أيضا لإحداث أنواع من التغيرات في شخصية المعوق والبيئة الاجتماعية المحيطة، حيث يستخدم الأخصائي وسائل مختلفة لتغيير بعض الخصائص في الجماعة لمساعدة المعاقين في تحقيق أهدافهم ومن هذه الوسائل، أساليب تعديل السلوك. (فهيم، مرجع سابق، ص300)

ونرى حسب قراءتنا لهذا المدخل أنه يقدم كثيرا من الحلول لممارسة المعاملة الوالدية في مجال المعوقين وخاصة في تحقيق الأهداف الوقائية والعلاجية مع فئة المعاقين عقليا التأهيلية وهذا ما سنعالجه في ما سيأتي في الموضوع.

VI. نظرية المجال: ترجع أهمية نظرية المجال للرعاية الإجتماعية في مجال المعوقين عامة والمعاقين عقليا خاصة هو أنها تقدم مفاتيح لتحليل العمليات التي تحدث في اجتماعات جماعة المعوقين كما يساعد هذا المدخل أو المنهج في النظر لسلوكيات المعوقين وعلاقاتهم التفاعلية كأفراد ثم ككيان اجتماعي أي تنظر إلى السلوك الاجتماعي نظرة تعترف بالحالة الفردية فإذا حدث تغيرا في كل الأجزاء الأخرى ومن ثم فالبينة كيان مادي وكل دينامي أي كل متفاعل الأجزاء أو تبادل بين الأفراد في علاقات تفاعلية. والجماعة في ضوء هذه النظرية، جماعة من الأفراد يتحركون نحو هدف واحد اتفقوا عليه جماعيا وتفيد هذه النظرية في مجال المعاقين عقليا، الأخصائي النفسي الاجتماعي في تكوين بعض مفاهيم الممارسة منها (فهمي، مرجع سابق، ص300):

1. يتأثر مستوى طموح المعاقين عقليا في تنفيذ مسؤولية ما في العمل بمعايير الجماعة التي ينتمي إليها بمعنى الأخصائي النفسي الاجتماعي في مجال المعاقين يجب أن يصل بهؤلاء إلى جماعة ومعايير واحدة ثم يوجه هذه الجماعة للوصول إلى أهدافها.
2. إن مواقف النجاح والفشل التي يواجهها المعاقين ذهنيا لها تأثير على توقع العضو بمستوى إنجازه المقبل أي أن خبرات النجاح والفشل التي يتعرض لها المعاق عقليا مرتبطة بتطور تحسنه مستقبلا والعكس صحيح.
3. النظرة للمعاق عقليا نظرة كلية من خلال تفاعله مع مختلف المجالات داخل الجماعة.
4. إن الإشباع الجزئي لحاجاته لا تحقق النمو له، بل إن الإشباع المقبول لحاجة المعاق تساعد على تحقيق الأهداف.

VII. نظرية التعلم: مما هو متفق عليه ومعروف بالنسبة لخصائص المعاقين عقليا أنها تختلف عن العاديين مما يجعلهم يحتاجون إلى المساعدة بطريقة خاصة، لأنهم غير قادرين على اكتساب بعض المهارات أو على التعلم الذاتي لذلك لا بد من وجود نوع من البرامج الخاصة لتعليمهم وتدريبهم ومن بين النظريات التي تدعم عمليات تعلم المعاقين

عقليا:نظرية السلوك الإجرائي،التي تعتبر من النظريات الهامة في تعليم المعاقين عقليا حيث حاول سكينر (Skinner) الاستفادة من تجاربه لتعليم المعاقين بعض المهارات الخاصة مثل مهارة الاعتماد على النفس ومهارات التكيف مع الحياة اليومية، حيث تفسر هذه النظرية العلاقة بين سلوك الفرد والمثيرات البيئية، فغالبا ما تكون الاستجابات غير متحكم فيها بما يتلاءم مع المثيرات، عند قيام المعاق ببعض المهارات المهنية،ومهمة المربي هنا هو أن يجعل هذه الاستجابات ممكنة التحكم لتتلاءم مع المثيرات، من خلال التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها وزيادة السلوكات المرغوب فيها.

أما نظرية التعليم الاجتماعي فهي من صاحب النظريات التطبيقية للمعاقين عقليا، حيث تؤمن هذه النظرية رائدها (Julian Rotter) بأن الفرد يتعامل مع البيئة،سواء باكتساب السلوك أو الابتعاد عنه وتجنبه، وتتص أيضا على أن المسؤول على التكفل بهذه الفئة يستطيع أن يتوقع من المعاق عقليا سلوكا يمكنه القيام به من خلال مهارات خاصة(إبراهيم، 1995،ص22-23).

بالإضافة إلى النظرية السلوكية ورائدها كلارك هول (Clark Hull) توضح هذه النظرية إلى أن عملية التعلم تتم من خلال إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية والتي لها تأثير على السلوك الإنساني حيث ربطت هذه النظرية بين الحاجات والسلوك لأن دوافع الحاجات تؤدي إلى ممارسة السلوك لإشباعها(مرسي، مرجع سابق، ص ص.193-400).

مما سبق؛ فإنّ جلّ نظريات التعلم التي تم التطرق إليها يمكن للأخصائي النفسي الاجتماعي أن يحتاجها في عملية تدريب المعاقين عقليا على المهارات الاجتماعية الأساسية والمهارات التربوية بكل أشكالها وكذلك المهارات المهنية في المراكز الخاصة لأن مبدأ هذا التدريب يقوم على تعليم هؤلاء كيفية اكتساب السلوك المقبول اجتماعيا من خلال برامج التأهيل النفسي الاجتماعي.

VIII. نظريات الإرشاد والنمو المهني: يفترض علماء هذه النظرية أن فكرة الإنسان عن العمل تنمو معه تدريجيا من الطفولة إلى الرشد واعتبروا أن النمو المهني عملية مستمرة مع الفرد تخضع لنموه العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي، وبظروفه الأسرية والاجتماعية والثقافية، حيث تفسر هذه النظريات في النمو التدريجي المهني للمعاقين عقليا من خلال تعلمهم الأنشطة المهنية وتحديد المهن التي سوف يعملون بها واتجاهاتهم وميولهم نحو هذه المهن المختلفة، فهم يمرون حسب نظرية جيزنبرغ وزملائه في:

- مرحلة الاختيار التخيلي الذي يستغرق مرحلة الطفولة من خلال اللذة حتى السابعة.
- مرحلة الإرضاء من سن 8-12 سنة ويبدأ تفكير الطفل من الحس والتخيل.
- والتخمين فيختار المهنة التي يعتقد أنها ممتعة لمن يعمل فيرغب في عدة مهن من خلال اللعب مثلا ثم تتغير هذه الفكرة في سن الثامنة تقريبا فيختار المهنة التي يعمل فيها النموذج الذي يهتم به في الأسرة أو أي شخص مهم في حياته.
- مرحلة الاختيار المبدئي التي تستغرق مرحلة سنوات المراهقة من سن 12 إلى 19 سنة والتي تتضمن ثلاث مراحل هي مرحلة الميول ومرحلة القدرات ومرحلة القيم حيث يختار المراهق المهنة في البداية على أساس الأنشطة التي يرغب فيها ويميل إليها ثم يتحول إلى اختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته ومستواه الدراسي ثم يتحول مرة أخرى إلى المهنة التي تحقق له مكانة اجتماعية بين أقرانه.
- مرحلة الاختيار الواقعي، فتستغرق مرحلة المراهقة المتأخرة وبداية الرشد من سن 19 إلى 24 سنة، حيث ترتبط أفكار الشخص المهنية بقدراته وميوله وظروف مجتمعه وإمكانات العمل فيه فيختار المهنة على أساس واقعي وموضوعي لكن يصعب على هؤلاء المعاقين عقليا ذلك مما يجعلهم ناقصي الأهلية في الاختيار المهني ويحتاجون إلى مساعدة الآخرين في اختيار الأعمال التي تناسب ميولهم.

- مرحلة التأسيس في هذه المهنة بالتدريب عليها والاشتغال فيها والمحافظة عليها والترقية فيها قدر الإمكان والاستمرار فيها حتى التقاعد (أبو سل، 1998، ص36).

من خلال ما سبق؛ يمكن للأخصائي النفسي الاجتماعي أن يستفيد من هذه النظريات كخلفية معينة تساعد في فهم ومعرفة وتحديد البرامج التي تساهم في تدريب الأولياء الأطفال المعاقين لأجل تنمية المعاملة الوالدية وذلك لأجل التأهيل بكافة أنواعه النفسي والاجتماعي وكذا المهني المناسب لفئة المعاقين عقليا لأن مراحل التأهيل النفسي الاجتماعي تنطلق من هذه المفاهيم، فلا يمكن ضمان نتائج إيجابية مع هؤلاء إلا إذا مرت حياة المعاق عقليا بهذا النمو النفسي الاجتماعي مما يساعد الأخصائيين لمعرفة جوانب النقص والقوة لدى هؤلاء للتعامل معهم.

ثامناً: الدراسات السابقة

إطلاع الباحث على الدراسات السابقة لا يعني ذلك أنه لا بد عليه الحصول على تلك الدراسات المرتبطة ارتباطاً تاماً بموضوع دراسته، أو أنعليه توفير تلك الدراسات التي تحمل نفس متغيرات دراسته، أو التي تحمل نفس العنوان أو المتناولة لنفس المشكلة، إنما الواقع هو توضيح الحقيقة وتأكيد الهدف من أن أي بحث لا يبدأ من العدم، كما أنه عند تناول أي باحث لموضوع ما لا يعني نهاية ذلك التناول، وإنما يعتبر نقطة البداية لتلك الدراسة. وفي ذات السياق نجد أبيلسون (Abilson) يرى أن الدراسات السابقة هي بمثابة حجر الأساس الذي تركز عليه أية دراسة، كما أنها تقيس التحليل الذي تنتمي إليه في خاتمة المطاف (سيد، 1993، ص208).

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع الدراسة الحالية، وتناولته من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية، وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها، مع تقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها

الدّراسة الحالية، وتود الباحثة أن تشير إلى أنّ الدّراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية بين (1975 و2017)، وشملت جملة من الأقطار والبلدان ممّا يشير إلى تنوّعها الزّمني والجغرافي.

وتصنّف الباحثة الدّراسات السابقة حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة، وحسب كونها دراسات عربية أو أجنبية؛ فيما يلي عرض لأهم تلك البحوث والدّراسات السابقة في هذا المجال والتي يمكن الاستفادة بما توصلت إليه من نتائج وتوصيات في الدراسة الحالية من خلال تقديم عرض موجز لها، ثم نبين جوانب الاتفاق والاختلاف بينها، ثم نوضح الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، وأخيرا جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

I. الدراسات العربية

1- دراسة قاسم سمية (2017)

هدفت الدراسة اقتراح برنامج إرشادي تدريبي للأُمّهات لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا القابلين للتعليم وقياس أثره على التكيف الاجتماعي لدى الأبناء، اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي (التصميم التجريبي للعينة الواحدة) وهو الأنسب لتطبيق البرنامج وتحقيق الهدف الملائم للدراسة. وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال وأُمّهاتهم، منهم (4) إناث و(6) ذكور. استخدمت الدراسة أداتين؛ الأداة الأولى لقياس مهارات العناية بالذات، والأداة الثانية برنامج إرشادي تدريبي للأُمّهات لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأبناء من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم، يعتمد على النظرية السلوكية وأساليبها. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: أنّ درجة مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا مرتفعة، وللبرنامج الإرشادي التدريبي أثر على التكيف الاجتماعي في مهارات العناية بالذات للأطفال المعاقين ذهنيا، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين ذهنيا في مهارات

العناية بالذات في القياس البعدي بإختلاف جنس الطفل، وعدم فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين ذهنياً في مهارات العناية بالذات في القياس البعدي بإختلاف المستوى التعليمي للأمهات.

2- دراسة حمزة (1996)

هدفت الدراسة التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهما نحو الابن المتخلف عقلياً وأثر ذلك على تحسين توافق الأبناء، وضمت عينة الدراسة (24) أم وأب (05 أبناء، 19 أم)، (24) طفلاً من المتخلفين عقلياً تتراوح أعمارهم الزمنية بين (08 إلى 11 سنة)، ونسب ذكائهم بين (50-70) وجميعهم من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وقد قسموا إلى مجموعتين. استخدمت الدراسة مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ودليل المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، ومقياس الاتجاهات الوالدية. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائية في الاتجاهات الوالدية، وبعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التكيفي للأطفال في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وذلك فيما يتعلق بالجزء الأول من المقياس الخاص بالنواحي النمائية، في حين لم توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالجزء الثاني الخاص بالانحرافات السلوكية، كما لم توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك التكيفي.

3- دراسة أحمد أبو نواس (2003)

هدفت الدراسة التعرف على الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة. وشملت عينة الدراسة (87) طفلاً تعرضوا للإساءة و(100) طفل لم يتعرضوا للإساءة. استخدمت الدراسة استبانة على عينة مكونة من (56) طفل موزعة على (60) عبارة ومكونة من ستة أبعاد هي: (العدوانية

والاعتمادية، عدم الثقة بالنفس نقص المهارات الإجتماعية، والصورة السيئة عن الذات).كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: أنّ أكثر أشكال الإساءة شيوعا هي الإساءة الجسدية، وهي أعلى من نسبة الإساءة الجنسية والإساءة النفسية، حيث بلغت نسبتها (44.08%) بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة وأنّ أكثر أربعة خصائص نفسية واجتماعية شائعة لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة هي: (العدوانية، نقص المهارات الإجتماعية والاعتمادية والعزلة).

4- دراسة سامية محمد محمد عطية (2001) بعنوان اساءة معاملة المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في المدرسة ، و هدفت الدراسة إلي الكشف عن الاساءة التي يتعرض لها الاطفال المتخلفين عقليا القابلون للمدرسة ، و مدى علاقة ذكاء هؤلاء الاطفال بمقدار الاساءة الموجهة لهم ، و مدى تاثير الصراع الاسرى فيهم ، تألفت عينة الدراسة نت (100) تلميذ و تلميذة من الاطفال المتخلفين القابلين للتعلم و (100) تلميذ و تلميذة من الأطفال الأسوياء بمدارس أسيوط ، استخدمت اختبار ستانفورد بينيه اعداد لويس كامل ملكية و مقياس سوء المعاملة للطفل المتخلف ، و مقياس تفهم الأسرة اعداد عبد الرقيب البحيري و اختبار تفهم الموضوع ، و تخلصت نتائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين سوء معاملة الاطفال المتخلفين عقليا و بين سوء المعاملة العاديين ، و توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات الاسر المسيئة ترجع الي المستوى الثقافي للوالدين ، و توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكاء الاطفال المتخلفين عقليا و مقدار الاساءة الموجهة اليهم ، و توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الاناث و متوسطات درجات الذكور بالنسبة لاساءة المعاملة كما يدركها الاطفال المتخلفين عقليا من جانب الاناث، كما اسفرت النتائج التحليلية عن وجود اختلال وظيفي لاسر الاطفال المتخلفين عقليا المسيئة من خلال انظمة الاسرة .

5-دراسة هناء رمضان عبد العزيز (2014)

أثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الطالبات ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم في دولة قطر تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الطالبات ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم في دولة قطر. وتم تطبيق إجراءات الدراسة الحالية علي عينة من التلميذات ذوات الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم بمدرسة الريان الإعدادية للبنات بقطر، وقد تم انتقاء أفراد العينة علي مرحلتين. المرحلة الأولى: تم اختيار عينة الدراسة وعددها عشر تلميذات من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم من تلميذات الصف الثاني من المرحلة المتوسطة ، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (13-14) سنة، كما أنه لا توجد لديهم إعاقات أخرى. المرحلة الثانية: وتم فيها تطبيق مقياس المهارات الحياتية، والمكافئة بين أفراد العينة في العمر الزمني، ونسبة الذكاء. وقد تم تقسيم أفراد العينة إلي مجموعتين: المجموعة التجريبية: وتتكون من (5) من ذوات الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم تم تطبيق البرنامج التدريبي عليهم. المجموعة الضابطة: وتتكون من (5) من ذوات الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم لم يتعرضوا للبرنامج التدريبي الذي تعرض له أفراد المجموعة التجريبية. وقد اتسمت عينة الدراسة الراهنة بمجموعة من السمات وهي: تراوحت الأعمار الزمنية بين 13-14 سنة، وتراوحت نسبة ذكائهم بين 55 – 75، وطبق على المشاركين مقياس المهارات الحياتية، وجلسات البرنامج التدريبي القائمة على الألعاب التعليمية، واختبار الذكاء ، وبعد تطبيق البيانات إحصائيا باستخدام اختبار ويلكسون، ومان وتينى، أظهرت الدراسة النتائج الآتية: -وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس المهارات الحياتية لصالح القياس البعدى.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعض المهارات الحياتية (مهاراة التواصل، مهارة التعامل مع الآخرين، مهارة التفكير) " لصالح القياس البعدى. وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب الأطفال في المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب الأطفال في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس المهارات الحياتية" لصالح المجموعة التجريبية.

6-دراسة سامية عبد الرحيم (2011)

تهدف الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج السلوكي في تنمية مهارات السلوك التكيفي و هي مهارات اللغة للأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم الخاصة للاعاقة الذهنية باللاذقية المتمثلة (بالتمييز ، الهم ، التواصل اللغوي ، التعبير اللفظي) تكونت من مجموعتين تجريبية و ضابطة و تكونت كل مجموعة من (10) افراد من معهد التنمية الفكرية في محافظة اللاذقية تراوحت اعمارهم (10-12) و نسبة الذكاء ما بين (50-75) درجة ، ادوات البحث هي : اختبار رسم رجل لجود انف هاريس تقنين احمد فراج و اخرون (2004) ، و مقياس السلوك التكيفي لريتشموند و هيكلتتر و ترجمة عبد العزيز السيد (1992) و استبيان تقدير مستوى المربيات لمستوى المهارات اللغوية للاطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم و البرنامج التدريبي لتنمية المهارات اللغوية لدى الاطفال المعوقين عقليا للتعليم المكون من (22) جلسة تدريبية و توصلت الي : لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية و افراد المجموعة الضابطة في مستوى مهارات السلوك التكيفي قبل تطبيق البرنامج ، كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية و افراد المجموعة الضابطة في مستوى مهارات السلوك التكيفي في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية ، و ايضا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية و و افراد نفس

المجموعة في مستوى مهارات السلوك التكيفي بعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

7- دراسة سحر سعدي حسن الحايك (2016) فاعلية برنامج لتعديل بعض اساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الاطفال من قبل الامهات في قطاع غزة ، تهدف الدراسة الي التعرف على فاعلية برنامج لتعديل بعض اساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الامهات من قبل الامهات في قطاع غزة ، و معرفة الفروق بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي و البعدي لاساليب المعاملة الوالدية يعد تطبيق البرنامج ، و معرفة الفروق بين متوسط افراد المجموعة التجريبية و متوسط افراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لاساليب المعاملة الوالدية بعد التطبيق البرنامج ، تكونت العينة من 26 ام نواتي اعلى الدرجات في مقياس أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة ، حيث تم تقسيمها الي مجموعتين بحيث تكون متكافئة : المجموعة تجريبية (13) ام و مجموعة الضابطة (13) ام ، و جات نتائجها وجود فروث ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات افراد التجريبية في التطبيق القبلي و البعدي لاساليب المعاملة الوالدية لكافة الابعاد و الدرجة الكلية ، ووجود فروق ذات احصائية بين درجات التجريبية و الضابطة في التطبيق البعدي لاساليب المعاملة الوالدية لكافة الابعاد و الدرجة الكلية.

8-دراسة شادي محمد السيد ابو السعود (2014) فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات المهنية لدى المعوقين عقليا و اثره في خفض قلق المستقبل لدى الامهات هدفت الدراسة اختبار فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات المهنية لدى الابناء ذوي الاعاقة العقلية ، و معرفة اثره في خفض قلق الاباء تجاه مستقبل ابنائهم المعوقين عقليا ، و تكونت العينة من 148 طالبا معوقا و اباءهم تم اختيارهم من الطلاب الملحقين ببرامج الاعاقة الفكرية بمدارس مديرية التربية و التعليم بمحافظة

الطائف السعودية ، و لقد توصلت الي ارتفاع معدل قلق المستقبل المهني للابناء المعوقين عقليا بنسبة (77.96%) و بلغ قلق الالباء على مستقبل الاقتصادي (81.91%)، كما اسفرت النتائج عن فعالية البرنامج التدريبي لتنمية المهارات المهنية لدى الطلاب المعاقين العقليا ، و كذي الاثر الايجابي في خفض قلق الالباء تجاه مستقبل ابنائهم المعوقين عقليا ، و استمرت هذه النتائج بعد ثلاثة اشهر من المتابعة.

II. الدراسات الأجنبية

1- دراسة ساندال (Sandall,1980)

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر تدريب الوالدين من خلال جلسات إرشادية على السلوك الاجتماعي لأطفالهما المتخلفين عقليا (فئة أعراض داون)، وشملت عينة الدراسة ستة آباء وست أمهات وأطفالهما المتخلفين عقلياً، وتضمن البرنامج التدريبي المناقشة الجماعية ومشاهدة أشرطة الفيديو كنموذج. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: حدوث نمو في سلوكيات الاتصال الاجتماعي لدى خمسة أطفال، كما أصبح هؤلاء الأطفال مشاركين نشطين وازداد مستوى تفاعلهم المتبادل مع الآخرين.

2- دراسة شاكو (Shakw,1981)

هدفت الدراسة معرفة مدى فاعلية مشاركة الوالدين في تأهيل وتدريب أطفالهما المتخلفين عقليا، وضمت عينة الدراسة مجموعتين من الأطفال إحداها من القابلين للتعلم والثانية من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، إلى جانب والدي هؤلاء الأطفال، وهدف البرنامج المستخدم مع المجموعة الأولى إلى تنمية مهارة الاعتماد على النفس وإحاقهم بورش التأهيل المهني، أما البرنامج الخاص بالمجموعة الثانية فتناول مهارات مثل تناول الطعام، والذهاب إلى الحمام، وارتداء الملابس، وبالنسبة للوالدين فقد قام الباحث بإمدادهما بالحقائق العلمية والموضوعية عن الإعاقة وتحديد دورهم في مساعدة أبنائهم المتخلفين

عقليا على التوافق، كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: حدوث تحسن واضح للأطفال في المهارات موضع الدراسة.

3- دراسة بجروك- أكسن و جراند (1995)

هدفت الدراسة التعرف على آراء الأسر والمهنيين حول مشاركة الأسرة في برنامج التأهيل وإجراءاته الحالية أو المفترضة، وكذلك معوقات المشاركة، من وجهة نظر (139) أسرة. وتكونت عينة الدراسة من (37) من أولياء الأمور باستخدام مقياس يشتمل على عدد من التقديرات. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: أنّ من أهم معوقات مشاركة الأسرة في برامج تأهيل الأطفال كان في النظام المتبع في تقديم الخدمة حيث يمثل ثلثي المعوقات، في حين أنّ المعوقات الخاصة بالمهنيين وأسر الأطفال المعوقين تمثل وبشكل متساوي الثلث الأخير بنسبة (16-17%) على التوالي، وتمثل المعرفة والمهارات والاتجاهات الجزء الأكبر من المعوقات ذات العلاقة بالمهنيين. وكان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة أيضا: أنّ هناك تناقص بين الواقع والمأمول للدور المتوقع من الأسرة القيام به في برامج التأهيل، ويعود القصور في ممارسة الدور المتوقع من الأسرة إلى القوانين والنظم الإدارية في تقديم الخدمات وقلة المواد المتاحة مثل: الوقت، الدعم المالي، الموظفين والقيود الخاصة بتقديم الخدمة.

4- دراسة فلان جان (2001)

هدفت الدراسة إلى معرفة آراء الوالدين تجاه مشاركتهم في التربية الخاصة ومعرفة الكيفية والسبل التي بمقتضاها تعزيز هذه المشاركة. و ضمت عينة الدراسة (9) من الأولياء (أمهات وآباء) أجريت معهم مقابلات قبلية وبعدية، ومن ثم استخدم محتوى المقابلات في صياغة النتائج وتحليلها. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: أنّه لم يحدث تغيير يذكر في المفاهيم المتعلقة بتقييم التربية الخاصة خلال الخمسة والعشرين سنة الماضية، فالآباء والأمهات لا يعرفون الكثير عن كيفية مشاركتهم، وإذا شاركوا فإنّ مشاركتهم تظل محدودة

وغير كافية، ومع ذلك فالوالدين لديهما رغبة في المشاركة ومعرفة نتائج ما يودان القيام به، أي أنهم بحاجة ماسة إلى معرفة دورهم بشكل واضح وكيفية مشاركتهم.

5- دراسة جوردن و ميلر (2003)

هدفت الدراسة الكشف عن فعالية الوالدين ودورهما كأعضاء نشيطين وحيويين في البرامج التربوية الفردية المقدمة لأطفالهم، وتكونت عينة الدراسة من (95) أسرة تم اختيارها بطريقة عشوائية، إلا أنّ النتائج اعتمدت على مقابلات أجريت مع (83) أسرة أبدت تعاونها مع فريق البحث، بالإضافة إلى ذلك فقد استخدمت أدوات أخرى لجمع البيانات شملت مقابلات تم إجراؤها مع أكثر من (200) معلم ومعلمة وخبير وخبيرة. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: أنّه وبالرغم من أنّ جميع الطلاب قد خضعوا لبرامج تربوية فردية إلا أنّ (09) من الآباء قالوا أنّ أبناءهم لم يحصلوا على هذا البرنامج و(28) أدركوا أهمية المشاركة إلا أنهم لم يعرفوا تماما ما الذي يريده أبنائهم والخدمات التي يحتاجونها، كذلك فإنّ (45%) من الآباء لم يكونوا على اطلاع تام باحتياجات أبنائهم.

تعقيب على الدراسات السابقة:

اشتملت الدّراسات السابقة على قسمين الأول دراسات عربية والثاني دراسات أجنبية؛ إلا أن الباحثة لم تتمكن من الحصول على دراسات مشابهة للبحث الحالي، لذا جاء عرض هذه الدراسات من أجل التقصي عن إمكانية الاستفادة منها في البحث الحالي، والتعرف على فاعلية البرنامج موضوع البحث في تنمية أساليب المعاملة الوالدية لأجل تحقيق التأهيل النفسي الاجتماعي، وكذا المهني لدى الأطفال المعاقين عقليا، ولذلك قامت الباحثة بإعداد البرنامج التدريبي لتنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل أطفالهم المعاقين عقليا كمحاولة لسد النقص في البرامج المقدمة لأولياء هذه الفئة في البيئة الجزائرية المحلية.

من خلال عرضنا للدراسات السابقة نستنتج ما يلي :

هدفت كل الدراسات المتعلقة بأساليب المعاملة الوالدية التي تساهم في مساعدة الطفل المعاق عقليا أن يتأهل نفسيا واجتماعيا ومهنيا على ضرورة استعمال الأساليب السوية في التعامل التي من شأنها الطريقة المثلى في تدريب الأطفال المعاقين عقليا واحتوت تلك الخطة على أهم المهارات التي بإمكان الطفل المعاق عقليا اكتسابها تدريجيا والمتمثلة في المهارات الاستقلالية كمهارات الحياة اليومية، والمهارات الذاتية، المهارات الحركية العامة والدقيقة والمهارات اللغوية والمتمثلة في مهارات اللغة الإستقبالية واللغة التعبيرية المهارات المهنية، المهارات الإجتماعية، مهارات السلامة وأيضا مهارات إقتصادية. كما ركزت تلك الدراسات أيضا على ضرورة بناء البرنامج التربوي للمعاقين عقليا ويتم من خلال عوامل أساسية هي:

- السلوك المدخلي للمعاقين عقليا.
- قياس مستوى الأداء الحالي.
- إعداد الخطة التربوية.
- تقويم الأداء النهائي.
- اعتبار أولياء الأمور عضوا هاما في بناء وتطبيق البرنامج التربوي الخاص بأطفالهم وذلك مع مراعاة المناهج والأساليب المتبعة في تدريس والتكفل بالمعاقين عقليا.

كما أوضحت نتائج تلك الدراسات أن التكفل بالأطفال المعاقين عقليا ليس بالشيء الهين ولا بد من طاقم تربوي كامل للوصول بهذه الفئة إلى غاية بر الأمان مما توصل اليه الباحثين في هذا المجال أنه على قدر أهمية التكفل بالطفل المعاق عقليا داخل المراكز البيداغوجية المخصصة لهم مع سهر المربين والأخصائيين النفسيين والتربويين والاجتماعيين على الرعاية بهذه الفئة إلا أن هناك حلقة مفقودة ألا وهي أولياء الأمور من (أباء وأمهات) في ضرورة مشاركتهم في الخطة الفردية المقدمة لأطفالهم داخل المراكز

المخصصة ومع أهمية توعيتهم بأسباب الإعاقة وطريقة التعامل معها وتبليغهم بأهمية دورهم بالنسبة لأطفالهم.

ولا بد من استكمال البرامج التربوية في البيت باعتبارها فئة تحتاج إلى التكرار المستمر لكافة المعلومات المختلفة والضرورية. حيث اقتصر دور الأولياء فقط في توصيل أطفالهم للمراكز واسترجاعهم أي لم يتعدى دورهم سوى ذلك، وحاول الباحثون البحث في ذلك من خلال الافتراض بالأسباب المؤدية إلى ذلك الشعور، هناك من الباحثين من توصل إلى أنه عدم التقبل هو الذي يؤدي بالأولياء العزوف على مساندة أطفالهم وتقديم لهم الرعاية اللازمة.

وهناك من يرى أنه عدم إتاحة الفرصة لأولياء الأمور للمشاركة بسبب عدم القدرة على التواصل مع المهنيين القائمين على التكفل بأطفالهم ، كما أوضحت إحدى الدراسات أن جهل العديد من الأولياء بما فيهم (الأمهات والآباء) بما يحتاجه أطفالهم المعاقين عقليا ولا يملكون خلفية موضوعية حول الإعاقة مما تؤهلهم للتعرف على تلك الاحتياجات، كما توضح الدراسات هذه أنه يكاد ينعدم الاتصال بين أسر الأطفال المعاقين عقليا والمراكز القائمة على التكفل بهذه الفئة.

يتضح لنا من خلال الدراسات السابقة أنها معظمها تناولت كيفية تتم الخطة الفردية للطفل المعاق عقليا، وأخرى تناولت أشكال الإساءة التي يتعرض إليها الطفل المعاق عقليا وكانت ناتجة عن الضغوطات التي تتعرض إليها الأسر بسبب إعاقة أطفالهم وكان العنف الجسدي هو من أكثر أشكال العنف التي يتعرض له الطفل المعاق عقليا، كما تناولت بعض الدراسات أهمية مشاركة الأسر في البرامج التربوية المقدمة لأطفالهم.

حيث لم تكن هذه الدراسات مرتبطة ارتباطا وثيقا بموضوع الدراسة الحالية ولكن منها من تناولت متغير الرعاية التربوية الذي وضحته دراسات أخرى من خلال إبراز فعاليته من خلال مشاركة الأسر فيه. وبالتالي يستطيع أن يكون الطفل المعاق عقليا مؤهلا

نفسيا واجتماعيا حيث الدراسات السابقة تناولت الأسر أو أولياء الأمور بصفة عامة كما في الدراسة الحالية تم اعتبار الأولياء هم أهم عنصر بإمكانه تفعيل أساليب المعاملة الوالدية في التأهيل النفسي الاجتماعي للطفل المعاق عقليا.

وتم توظيف الدراسات السابقة في الدراسة الحالية من خلال أن الباحثة استنتجت أن أساليب المعاملة الوالدية التي يقدمها الوالدين لأطفالهم المعاقين عقليا لأجل تأهيلهم النفسي الاجتماعي والمهني فتم اعتبار هذه الدراسات مؤشرا لأبعاد الدراسة الحالية، التي بصدد البحث فيها لأن تدريب المعاقين عقليا على المهارات الإجتماعية والمتمثلة في مهارات الاستقلالية الذاتية، والمهارات المعرفية، ومهارات العلاقات الإجتماعية، والمهارات اللغة والاتصال، والمهارات التأهيلية، كلها تعبر عن متغيرات البحث الحالي والمتمثلة في أساليب المعاملة الوالدية والتأهيل النفسي الاجتماعي للمعاق عقليا وأهمية تدريب الأسرة في مجال الإعاقة العقلية، وذلك للوصول بهم إلى ممارسة حياتهم مشابهة بحياة الأشخاص العاديين، ومن خلال هذه الدراسة الحالية نحن بصدد التفصيل أكثر في أساليب المعاملة الوالدية والتأهيل النفسي الاجتماعي والمهني والبحث في كيفية تأهيل المعاق عقليا من الناحية النفسية، والاجتماعية، والمهنية والوصول بهم إلى أفراد مدمجين في المجتمع.

خلاصة:

ما يمكن أن تستخلصه أن الفصل التمهيدي مرحلة أساسية في البحث العلمي لا يمكن الاستغناء عنه ،إذ بإمكانه مساعدة الباحث على الإلمام بجميع عناصر البحث كما يساعد في تحليل الظاهرة المطروحة من خلال إشكالية الدراسة وتحديد مؤشراتها بدقة وضبط عناصر البحث التي في ضوئها تصل الباحثة إلى مبتغاها من هذه الدراسة. وهذا ما تم توضيحه من خلال العناصر المتناولة في الإطار العام للدراسة السابقة والتي من خلالها سنتعرض إلى الفصول النظرية للدراسة؛ ونصل في الأخير إلى الجانب الميداني مما يؤدي إلى توضيح تفاصيل الموضوع بشكل أدق.

الفصل الثاني:

أساليب المعاملة الوالدية

تمهيد

أولاً - مفهوم الأسرة

ثانياً - دور الأسرة في تربية الطفل وتنشئته

ثالثاً - مفهوم أساليب المعاملة الوالدية

رابعاً - أنواع أساليب المعاملة الوالدية

خامساً - محددات أساليب المعاملة الوالدية

سادساً - النظريات المفسرة للتنشئة الاجتماعية للطفل

سابعاً - آثار أساليب المعاملة الوالدية

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الأسرة الجماعة الأولية التي ينشأ فيها الأبناء ويتلقون فيها الرعاية الوالدية اللازمة على النحو الصحيح لاكتساب خبرات وتعلم سلوكيات اجتماعية مرغوب فيها، فالوالدان يمثلان المحور الرئيسي للقيام بعملية التنشئة وفق أساليب متنوعة ومختلفة تساهم في بناء شخصيات سواء كانت سوية أو غير سوية، وللتطرق إلى هذا الفصل يمكن طرح السؤال التالي: ما مفهوم المعاملة الوالدية؟ وقيما تتمثل أهم الأساليب التربوية؟ وما العوامل المؤثرة في المعاملة الوالدية؟ وما هي أهم النظريات المفسرة لها؟.

أساليب المعاملة الوالدية (parental style treatment):

تعتبر التنشئة الاجتماعية الركيزة الأساسية في بناء شخصية الفرد سواءً العادي أو المعاق عقليا وتكوين قيمه ومعاييره واتجاهاته مما ينتج عنه فرد فعال في المجتمع يؤثر ويتأثر مع الآخرين ويحدث خلالها التفاعل الاجتماعي، حيث أهم ما يساهم في تحقيق ذلك هو المعاملة الوالدية التي تعتبر أحد أهم العوامل التي تحدد التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني للطفل المعاق عقليا وهي عبارة عن أساليب يتبعها الأولياء في تنشئة أطفالهم وتربيتهم وإعدادهم للحياة الاجتماعية المستقبلية.

والمقصود بأساليب المعاملة الوالدية هي الأساليب المعاملة السوية والغير سوية حيث أنهم يقعون في بعض الأخطاء التي تؤدي إلى تكوين أنماط سلوكية غير مرغوب فيها، سيتم في هذا الطرح عرض إحدى أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية والمتمثلة في الأسرة وتسلط الضوء على الأولياء (الأم والأب)، لدورهم الحساس والبارز في تربية ورعاية أطفالهم.

أولاً: مفهوم الأسرة:

يعرف بريجس وولوك (Beargess et Lok) الأسرة بأنها مجموعة من الأشخاص يتحدثون بروابط الزواج أو الدم أو التبني فيكونون مسكناً مستقلاً ويتفاعلون في تواصل مع بعضهم البعض بأدوارهم الاجتماعية المختصة كزوج وزوجة وأم وابن وابنة وأخ وأخت، الأمر الذي ينشئ لهم ثقافة مشتركة (أبو جادو، 2007، ص218).

ويعرف طلعت محمد أبو عوف (2008) الأسرة على أنها النسق الاجتماعي المسؤول عن تربية الطفل وهي القوة النفسية للمجتمع والتي تسهم في إكسابه الاتجاهات، القيم المعايير السلوكية المرغوبة فيها. (طلعت محمد أبو عوف، 2008:126)

ثانياً: دور الأسرة في تربية الطفل وتنشئته:

يتعاضد دور الأسرة في تربية الطفل وتنشئته تنشئة اجتماعية سوية في مرحلة الطفولة المبكرة، على اعتبارها أول نواة وجماعة أولية ومؤسسة اجتماعية يعيش في ظل طفلها ومن خلالها يكتسب العديد من الخيارات التي تشكل الأساس العديد من المفاهيم عن نفسه وعن الآخرين والعالم من حوله، إذ يرى المجتمع الخارجي من خلال عيون الوالدين والأخوة الذين يشكلون الأسرة النووية الصغيرة، وبما أن معظم ما يتعلمه الطفل في سنواته الأولى له صفة الثبات والاستمرارية فان نظرة الطفل ومفهومه عما يجري من حوله في البيئة الاجتماعية القريبة والأبعد في السنوات اللاحقة، تعتمد الى حد كبير علما تكون لديه من مفاهيم وقيم واتجاهات في الطفولة المبكرة، أي في أسرته بشكل أساسي.

ومما تجدر الإشارة إليه أن هناك فرق بين التربية والتنشئة الاجتماعية جزءاً هاماً من عملية التربية، فالتربية عملية تنمية شاملة ومتكاملة للطفل جسدياً، عقلياً، معرفياً ووجدانياً، واجتماعياً في إطار مؤسسي قيمي في ضوء ما توصل إليه العلم من نظريات تفسر طبيعة النمو والتعلم في كل مرحلة من مراحل النمو الإنساني أي أن التربية تتعامل مع الإنسان بعقله ووجدانه وجسمه وقيمه واتجاهاته وما لديه من مهارات وأفكار وتختص

الفصل الثاني: أساليب المعاملة الوالدية

التنشئة الاجتماعية بالجانب الوجداني والاجتماعي من نمو الطفل والذي يؤثر ويتأثر بدوره بجوانب النمو الأخرى، ونقصد بها العملية التي يهدف الآباء من ورائها إلى جعل أبنائهم يكتسبون أساليب سلوكية ودوافع وقيم واتجاهات يرضى عنها المجتمع وتقبلها الثقافة الفرعية التي ينتمون إليها.

وترجع الأهمية لدور الأسرة في تنشئة الطفل أكثر من أي وسط آخر مثل جماعة الأقران والمعلمين وغيرهم إلى أن شخصية الطفل ومعاله سلوكه الاجتماعي تتكون في السنوات الأولى حيث صلة الطفل بأعضاء أسرته تتكون من أشد كثافة وألصق وأطول زمنا خاصة بالوالدين، وبالتالي الأكثر تأثيرا في اتجاهاته وقيمه وملامح شخصيته بصفة عامة، ولكي ينشأ الطفل تنشئة اجتماعية سوية يحتاج إلى أسرة تسودها علاقات الود والمحبة والتعاطف والدفء في العلاقات بين الزوجين فيما بينهما، وبينهم والأطفال إلى جانب علاقات التقبل والمحبة والتعاون والصداقة والإيثار بين الأخوة والأسرة التي توفر مثل هذا المناخ لأطفالها أسرة واعية بمسؤولياتها تدرك أن دورها لا يقتصر على توفير المسكن والملبس والمأكل وسائر المتطلبات المادية ولكن في الدور الأهم نفسيا ومعنويا. (هدى محمود الناشف، 2007)

وعليه؛ فإن الأسرة لها دور كبير في تحقيق الصحة النفسية للطفل من حيث خلق جو يساعد على نمو الطفل إلى شخصية متكاملة متوازنة وتلبية حاجاته إلى الأمن النفسي وإلى توافقه النفسي بالإضافة إلى وجود اتجاهات انفعالية سوية في الأسرة يساعد على الاستقرار والصحة النفسية لكافة الأفراد. (صبره محمد علي، 2004)

ثالثا: مفهوم أساليب المعاملة الوالدية:

تعرف انشراح محمد الدسوقي (1981) المعاملة الوالدية بأنها الأسلوب الذي يتبعه الآباء لإكساب أبنائهم أنواع السلوك المختلفة والقيم والتقاليد، تختلف باختلاف الثقافة

الفصل الثاني: أساليب المعاملة الوالدية

والطبقة الاجتماعية وتعلم الوالدين والمهنة وتؤثر على ما سوف يكتسبه الفرد من خصائص مرتبطة بالأسلوب. (أبو عوف طلعت، 2008: 128)

4- أنواع مؤسسات الأسرة:

يقصد بأساليب التنشئة الاجتماعية هو استمرارية أسلوب معين أو مجموعة من الأساليب المتبعة في تربية الطفل وتنشئة وتكون أثرها في تشكيل شخصيته، وعلى هذا فإن الاتجاهات الوالدية هي الإجراءات والأساليب التي يتبعها الولدان في تطبيع أو تنشئة أبنائها اجتماعيا أي تحويلها من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية وما يعتنقه من اتجاهات توجه سلوكهما في هذا المجال. (سهير كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد، 2002: 8)

رابعا: أنواع أساليب المعاملة الوالدية:

4-1. أساليب المعاملة السوية:

يقصد بالأساليب السوية أساليب الصحيحة من وجهة نظر الحقائق التربوية والنفسية وعدم ممارسة الأساليب المعبرة عن الاتجاهات السلبية، لذا هذا الاتجاه الأمثل. (عبد الله زاهي الرشدان، 2005: 113) وتحدد أساليب المعاملة الوالدية فيما يلي:

4-1.1. أسلوب الحرية (الديمقراطية): في المعاملة الوالدية ويعتمد هذا الأسلوب

على احترام شخصية الطفل في المنزل والعمل على تنمية شخصيته وتوفير كافة المعلومات التي يريدها الطفل وأن يأخذ قراره بعد توضيح كافة الاجتماعات والنتائج المختلفة ويحقق هذا للطفل حرية متزايدة واختيار أوسع ومعلومات أكثر.

4-1.1. أسلوب الذي يحقق الأمن للطفل: وهو الأسلوب الذي يقوم على

عناصر الحب والقبول والاستقرار ويجب أن نوضح أهمية ثبات الأساليب التي يتعامل بها الطفل لأنها شرط أساسي لتحقيق الاستقرار النفسي للطفل. (سهير أحمد، شحاتة سليمان محمد، 2002: 9)، ومن أهم الأساليب التي قد يمارسها الآباء في معاملتهم لأطفالهم، يتمثل في الاستقرار والذي يشير إلى أسلوب التفاهم بين الآباء وأطفالهم، وذلك عن طريق تزويدهم

الفصل الثاني: أساليب المعاملة الوالدية

بمعلومات عن عواقب ما يأتون به من سلوك وفي ممارسة هذا الأسلوب تقاديا لتضارب رغبات الآباء مع رغبات أطفالهم، إلى جانب اعتماد هذا الأسلوب على تشجيع الأطفال على تشجيع الأطفال على السلوك المقبول اجتماعيا.

ويترب عن هذه الأساليب السوية شخصية متزنة سوية تستمتع بحظ وافر من متطلبات الصحة النفسية السليمة وخصائصها، كما تساعد صاحبها على تكيفه النفسي والاجتماعي، ومستقل بذاته ومشكلاته ولديه حب الاستطلاع والدافع للمعرفة والرغبة في الإنجاز، والقدرة على الإبداع، والعلاقة الجيدة بالآخرين وضبط الذات والارتباط والأمن. (عبد الله زاهي الرشدان، 2005)

4-2. الأساليب الغير سوية:

4-2.1. الحماية الزائدة:

يتمثل اتجاه الحماية الزائدة في قيام أحد الوالدين أو كلاهما نيابة عن الطفل بالواجبات التي يمكنه القيام بها والمبالغة في الاهتمام والرعاية، فلا تتاح له فرصة اختيار نشاطاته المختلفة.

وقد يعكس اتجاه الحماية الشديدة مشاعر الآباء اللاشعورية لرفض الطفل ونبذه لذلك تبدو اتجاهاتهم التربوية مستقلة ما بين التساهل والقسوة لتعكس قلقهم ومعاناتهم. (عبد الله زاهي الرشدان، 2005:10)، يخلق هذا النمط من التربية شخصا هيايا يخشى اقتحام المواقف الجديدة ولا يعتمد على نفسه حيث أن الإفراط في حماية الطفل يؤدي إلى حرمانه من الفرص التي تساعد على التعلم ونجده يلقي بكثير من المسؤوليات على الآخرين، ولا يستطيع تحمل مسؤولية نفسه وبهذا فإنه يفقد كل إمكانياته للتعلم، واكتساب الخبرات المختلفة ولذلك فإن مثل هذا الطفل يتعرض إلى فشل كبير من نواحي التكيف والتوافق النفسي. (كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد، 2002:10)

4-2.2. اتجاه التساهل والتدليل:

يتمثل هذا الاتجاه في تشجيع الطفل على تحقيق رغباته على النحو الذي يحلو له، والاستجابة المستمرة لمطالبه، وعدم العزم في تطبيق منظومة الثواب والعقاب وعدم توجيهه لتحمل أي مسؤولية تتناسب مع مرحلة نموه. ويترتب على الإفراط في التسامح وتساهل الآباء مشكلات في توافق الطفل الشخصي والاجتماعي وتأخر النضج الاجتماعي والانفعالي كما لا يستطيع مواجهة الإحباط ومشكلات الحياة، إلى جانب ميل الطفل للعدوان والتسلط لأنه يتوقع التسامح من قبل أبويه إزاء أي سلوك عدواني، إضافة لشخصية قلقة، مترددة، تتخبط في سلوكها بلا قواعد أو حدود، وبذلك فإن الطفل المدلل غالبا ما ينمو مستهترا في كبره، غير محافظ على مواعيده، ولا يستطيع أن يتحمل أي مسؤولية تعهد إليه.

وما يلبث أن يتعرض إلى الاضطرابات النفسية والعصبية نتيجة الإحباطات عند احتكاكه بعالم الواقع فهو لم يعتد على الإحباط في طفولته المبكرة، وقد تتخذ هذه الاضطرابات النفسية العصبية أشكالا شتى مثل قضم الأظافر، وثورات الغضب والعصبية. (عبد الله زاهي الرشدان، 2005)

4-3.2. أسلوب استثارة الألم النفسي:

يكون ذلك بأشعار الطفل بالذنب كلما أتى سلوكا غير مرغوب فيه، أيضا من شأنه والبحث عن أخطائه ونقد سلوكه، مما يفقد الطفل ثقته بنفسه فيكون مترددا عند القيام بأي عمل خوفا من حرمانه من رضا الكبار وحبهم. وعندما يكبر هذا الطفل تكون لديه شخصية انسحابية منطوية غير واثق من نفسه، منعدم الشعور بالأمان، يتوقع دائما بأن الأنظار متوجهة إليه، فيخاف كثيرا، لا يحب ذاته ويمدح الآخرين ويفتخر بهم وإنجازاتهم وقدراتهم، أما هو فيحبط من قيمته. (بدران أحمد الجراح، 2008: 102)

4-2.4. اتجاه الإهمال:

تعرف الصراف الإهمال على أنه "انسحاب الآباء أو اتخاذهم لمواقف تتصف بالسلبية واللامبالاة تجاه سلوك الأبناء بحيث لا ينهون عن الخطأ ولا يشجعون على صواب أو يثبتون عليه". (رشاد علي عبد العزيز موسى، زينب بنت محمد زين العابدين، 2009:284)

فتمط الإهمال يأتي بصورتين الأولى تكون في اللامبالاة بالطفل حيث لا يشبعان حاجاته الفيزيولوجية والنفسية الضرورية كالأكل والحنان والعطف، والثانية عدم الإثابة على السلوك المرغوب فيه وتشجيعه وعدم المحاسبة على السلوك غير المرغوب فيه، ويترتب على هذا الاتجاه عادة شخصية قلقة مترددة تتخطى في سلوكها بلا قواعد أو حدود فاصلة بين حقوقها وواجباتها وبين الصواب والخطأ. (عبد الله زاهي الرشدان، 2005)

4-2.5. اتجاه التسلط:

وقصد به المبالغة في الشدة دون الاهتمام بحاجات ورغبات الطفل وفرض الطاعة المعتمدة على أساليب قسرية كالتهديد والعقاب الجسمي أكثر من أساليب الشرح والتفسير لتنظيم سلوك الطفل، وفرض القيود المشددة على الطفل والتحكم الزائد، طالبين من الطفل أن يسلك وفقا لمعايير قد لا تناسب عمره أو نموه، وتقابل رغبات ومطالب الطفل بكلمة (لا) ومن مظاهر التسلط على الأبناء تحديد طريقة تناولهم الطعام ونموهم واستذكارهم وتحديد نوعيات أصدقائهم، وتحديد نوعية ملابسهم، وأنشطتهم وغيرها.

(عبد الله زاهي الرشدان، 2005:110)

وهذا الاتجاه غالبا ما يساعد على تكوين شخصية خائفة دائما من السلطة تشعر بعدم الكفاءة والحيرة غير واثقة في نفسها، وفي أوقات كثيرة شخصية ليس لها القدرة على التمتع بالحياة نشعر بالخوف من الآخرين، وبعدم الثقة في نفسها أو في غيرها وحين يكبر هذا الطفل غالبا يكون في عمله دائم الإهمال إلا في وجود السلطة والرقابة.

(سهير كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد، 2002:11)

4-6.2. اتجاه القسوة:

ويتمثل في استخدام العقاب البدني (الضرب) واللجوء إلى التهديد إذا أخطأ الطفل، بحيث يميل الآباء إلى عدم مناقشة الطفل في ميوله ورغباته بل الإسراع في العقاب لأي بادرة تصدر من الطفل، حيث يغلب على المعاملة الوالدية الشدة والعنف. (علاء الدين كفاني، 2008) أما نوع العقاب فهو نوعين:

العقاب البدني الشديد والعقاب النفسي، وفي بعض الأحيان يجمع الآباء بين النوعين، أما من ناحية درجات العقاب فقد يفرط الآباء في العقاب والإفراط في العقاب يولد في الأبناء الشعور بالتعسف والظلم والطغيان بل كثيرا مما يؤدي إلى نشأة الضمير المتمزمت القاسي لديهم كما تمتلئ نفس الطفل بقدر كبير من الكراهية والتي تسبب له توترا وألما شديدا بشعره في كل لحظة بتهديد كيانه وشخصيته، كما ينتج على القسوة أيضا شعور الطفل بالنقص وعدم الثقة في النفس والانطواء والانسحاب من الحياة الاجتماعية وصعوبة في تكوين شخصية مستقلة نتيجة منعه من التعبير عن نفسه.

(سهير كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد، 2002)

4-7.2. اتجاه التفرقة:

يتمثل هذا الاتجاه في تعمد عدم المساواة بين الأبناء والتفضيل بينهم بسبب الجنس أو ترتيب المولود أو السن...؛ كتفضيل الذكر على الأنثى أو تمييز المولود الأكبر عن إخوته في المأكل والمصروف وغيرها، فينصب الاهتمام والحماية والرعاية على هذا الطفل أكثر من باقي إخوته. وغالبا ما يترتب على هذا الاتجاه شخصية أنانية تعودت أن تأخذ دون أن تعطي وتحب أن تستحوذ على كل شيء لنفسها حتى ولو حساب الآخرين فلا يكثرث للآخرين أو يراعي شعورهم، أما بالنسبة للأخوة والأخوات غالبا ما تتولد لديهم الغيرة الشديدة والحقد على الأخ أو الأخت المميزة والى زيادة العدوانية نحوه.

(عبد الله زاهي الرشدان، 2005: 112)

4-2.8. اتجاه التذبذب:

يقصد باتجاه التذبذب اللاتوازن في السلطة بين الأبوين، فالسلوك الذي يثاب من أحدهما قد يرفض من الآخر، قد يتخذ التذبذب شكلا آخر، وهذا يعني أن سلوكا معيناً يثاب عليه الطفل مرة ويعاقب عليه مرة أخرى، ومن شأن هذا الأسلوب أن يؤثر على توافق الطفل الشخصي والاجتماعي. (عبد الله زاهي الرشدان، 2005: 110)

4-2.9. أسلوب الرفض:

وهو إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له أنهما لا يتقبلانه وأنهما كثيرا الانتقاد له ولا يبديان مشاعر الود والحب نحوه ولا يحرصان على مشاعره ولا يقيمان وزنا لرغباته بل العكس ما يحدث، حيث يشعر الطفل بأن والديه ليس لديهما استعداد لتحمل أية أعباء من أجله، وهذا ما قد يؤدي إلى تكوين مشاعر سلبية لذا الطفل نحو والديه كرد فعل لمشاعره نحوه. (علاء الدين كفاني، 2008)

القاعدة الأساسية في التعامل الحسن مع الأطفال هي التوسط والاعتدال فلا إفراط ولا تفريط، بمعنى أنه لا إسراف في القسوة والشدة والصرامة والصد والزجر للطفل والمغالاة في الحرمان وفرض القيود الصارمة، ولا تفريط في كل هذا وترك الحيل على الغالب للطفل بحيث يفعل ما يشاء متى يشاء وكيفما يشاء، فلا إسراف في التدليل والحرية والإذعان لمطالب الطفل ورغباته مهما كانت شاذة وغريبة بحيث يتحول الطفل الى طاغية صغير في المنزل يعكر صفو ما فيه، وخير الأمور الوسط ونحن نستوحي هذا المبدأ من تراثنا الإسلامي الخالد ومن تعاليم ديننا الحنيف الذي كان له بحق فضل سبق الحضارة العربية والسبق على أراء علماء النفس في بلاد الغرب.

إذا كانت التربية إعداد للحياة السوية المتكيفة، فلا بد أن يكون لها دورا إيجابيا في الوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية أو الأخلاقية التي قد يتعرض لها الطفل ومن المعروف أن مرحلة الطفولة بحكم كونها مرحلة إعداد وتكوين ونمو، تعتبر

مرحلة حرجة وحساسة نظرا لتعرض كثير من الأطفال لكثير من الصعوبات الدراسية والنفسية والعقلية والاجتماعية، فهناك الكثير من الاضطرابات التي تصيب الأطفال.(عبد الرحمان العيسوي، 2005:44)

ومن بين عدة مشاكل التي تصيب الأطفال مشكلة سوء التوافق النفسي الذي أرجعناه حسب دراستنا الحالية لأنواع أساليب المعاملة الوالدية السالفة الذكر والتي سوف نتحقق منها في جانبنا التطبيقي من خلال احتكاكنا بفئة أطفال من ذوي الإعاقة العقلية.

خامسا: محددات أساليب المعاملة الوالدية:

5-1. الوضع الاقتصادي:

إن الوضع الاقتصادي السائد في المجتمع يؤثر في تنشئة أفراد، لأن التأثير بالاقتصاد والنظام الاقتصادي في المجتمع يتحكم في العملية التربوية وطريقة الإنتاج، والسيطرة على هذه الطريقة تفرض أساليب تنشئة لأفراد ذلك المجتمع، فالتنشئة في مجتمع الزراعي الذي يعتمد على الإنتاج من الأرض والارتباط بها يفرض تنشئة خاصة بأهلها، وكذلك المجتمع الصناعي الذي يعتمد اقتصاده على صناعات معينة ينشئ أفرادها بطريقة تخدم طريقة إنتاجه وتتناسب مع متطلبات صناعته.(محمد عرفات الشرايعه، 2006:38)

5-2. العلاقات الأسرية:

ونقصد بها العلاقات التي تربط بين أفراد الأسرة الواحدة وتتضمن ما يلي:

5-2.1. العلاقة بين الوالدين: والتي تتمثل فيما يلي:

- السعادة الزوجية التي تؤدي إلى تماسك الأسرة.
- الوفاق والعلاقة السوية بين الزوجين تشعر الطفل بالأمن النفسي.
- الخلافات بين الوالدين تؤدي إلى تفكك الأسرة.

5-2.2. العلاقة بين الوالدين والطفل: وهي كما يلي:

- أن تقوم العلاقة بينهما على الحب والقبول والثقة، فذلك يساعد الطفل على حب الآخرين وتقبلهم والثقة بهم.
- أما العلاقات الأسرية السلبية كالحماية الزائدة والتسلط فهي تؤثر تأثيرا سيئا على نمو الفرد وصحته.

5-3.2. العلاقات بين الإخوة:

إذا كانت علاقات الإخوة منسجمة وخالية من التفضيل بينهم ومن التنافس، أدى ذلك إلى نمو نفسي اجتماعي سليم للطفل. (سعاد سعيد عمر، 2002:183)

5-3. محددات ثقافية:

يعتبر المستوى الثقافي عامة والتعليمي خاصة من أقوى المؤشرات المحددة لكفاءات الوالدين المعرفية ومهاراتها السلوكية والتي لها الدور الأكبر في تعديل اتجاهاتها نحو تربية الطفل، فنتائج أغلب الدراسات تبين أن المستوى التعليمي للوالدين يعتبر العامل الأقوى تأثيرا في الممارسة الوالدية لتربية الأبناء بالمقارنة مع بقية المتغيرات الأخرى، وخاصة منها مهنة الوالدين وسنهما وعدد الأطفال، فهذا المستوى يعتبر من أهم العوامل المؤثرة في اتجاهات الوالدين نحو الأبناء، بحيث أنه كلما كان مرتفعا يكون الوالدين أكثر ميلا للتسامح والمرونة مع الأبناء والعكس. (بطرس حافظ بطرس، 2008:48)

5-4. حجم الأسرة:

ويقصد به عدد أفرادها، فحجم الأسرة عامل من العوامل المؤثرة في عملية التنشئة الاجتماعية حيث يؤثر حجم الأسرة على التقارب بين الأم والأطفال كل طفل على حدة، كما أنه يؤدي إلى عدم الوفاق بين الوالدين واللجوء إلى التسلط في العلاقة بالأبناء، فالأسرة ذات الحجم الكبير لا تكيف لأبنائها الرعاية الجسمانية في سرعة نموهم، بالإضافة إلى أن حجم الأسرة كلما كبر فانه يزيد من صراعات الأم وتعرض الأبناء للخبرات

المؤلمة وعدم إشباع حاجاتهم كما ينعكس كبر حجم الأسرة على المستوى الاقتصادي لها وعدم العدالة في التعامل مع الأشياء. (عفاف عبد الفادي دانيال، 2005)

5-6- محددات نفسية:

إذا كانت أغلب الدراسات تؤكد على أن أهم المتغيرات التي تؤثر في الممارسة التربوية للوالدين تجاه أطفالهم هي خبرات الوالدين وتجاربهم، الإيقاع العاطفي للعلاقات بين الوالدين والطفل، الاتساق الأسري والتنظيم الفيزيقي لمحيطه، الاتجاهات النفسية للوالدين وتوقعاتهم حول مستقبل أبنائهم، تصورات الوالدين وتمثلاتهم بخصوص مراحل نمو الطفل والوسائل اللازمة لإشباع رغباته والاستجابة لحاجاته، فإن أبرز المؤشرات التي تعبر عن مستوى العالم عن تشبعات هذه الممارسة بمثل هذه المتغيرات وآثار ذلك على نمو الطفل وتكيفه ما يلي:

- إن معاملة الأب لطفله على أساس من الصرامة والقسوة كثيرا ما تعود في البلدان إلى التجارب المرة التي عاشها الأب، حيث يعيد مع طفله نفس أساليب المعاملة التي كان يعمل بها أثناء طفولته.
 - إن بعض الاتجاهات السلبية كالرفض والحماية الزائدة والضغط على الأبناء لتحقيق مستويات عليا من التحصيل تكون أكثر ظهورا لدى الآباء عنها لدى الأمهات.
 - إذا كان الآباء الأكبر سنا هم الأكثر ميلا للحماية الزائدة وإلى تأكيد قيم السيطرة من الآباء الأصغر سنا، فإن الأمهات الأصغر سنا أكثر ميلا إلى تأكيد قيم السيطرة من الأمهات الأكبر سنا في معاملة الأبناء، كما تتأثر القيم للأمهات على الخصوص بسنهن، حيث أن صغيرات السن هن اللواتي يستوفين القيم الأكثر كلاسيكية مثل الطاعة، في حين أن كبيرات السن يؤكد على استقلال الطفل وحرية.
- (بترس حافظ بترس: 2008، 48، 49)

سادسا: النظريات المفسرة للتنشئة الاجتماعية للطفل:

6-1- نظرية التحليل النفسي:

رائد هذه النظرية "فرويد" حيث أن مفهوم التنشئة الاجتماعية عنده يكمن فيما يسميه (بالأنا الأعلى، هو، الأنا)، الذي يتطور عند الطفل نتيجة تقمصه لدور والده الذي هو نفس جنسه وذلك في محاولة منه لحل عقدة (أديب) عند الذكور (الكترا) عند الإناث. إنَّ عملية التنشئة الاجتماعية من وجهة نظر أصحاب هذه النظرية تتضمن اكتساب الطفل واستخدامه لمعايير والديه، وتكوين الأنا الأعلى لديه، ويعتقد (فرويد) أن هذا يتم عن طريق أساليب عقلية وانفعالية واجتماعية أهمها: التعزيز، والانطفاء القائم على الثواب والعقاب، فعملية التنشئة الاجتماعية تعمل على تعزيز وتدعيم بعض أنماط السلوك المقبولة اجتماعيا وعلى انطفاء بعضها الآخر على القبول اجتماعيا. كما أن التقيد والتعود القائم على الشعور بالقيمة والحب يعتبران من أساليب التنشئة الاجتماعية.

(محمد عرفات الشرايعه، 2006)

6-2- النظرية البنائية الوظيفية:

يركز هذا الاتجاه على أن التنشئة الاجتماعية تخص كل نوع أو جنس بأدوار محددة يختلف كل منها عن الآخر، يلتزمون بها في المستقبل كما ينظر هذا الاتجاه إلى عملية التنشئة الاجتماعية على أنها جوانب التنسيق الاجتماعي حيث يتفاعل مع باقي عناصر التنسيق الذي يساعد على المحافظة على البناء الاجتماعي وتوازنه. فعملية التنشئة الاجتماعية ترتبط بعملية التعلم أي يتعلم الفرد أنماط وقيم وعادات وأفكار الثقافة، كما تتضمن تعلم الرموز التي تمد الفرد بوسائل الاتصال، وخلال عملية التنشئة يتبنى اتجاهات والديه ومواقفها وتقليدها. (سميح أبو مغلي، 2002)

6-3- نظرية التفاعل الرمزية:

صلب هذه النظرية هو كيف تكون تنشئة كل من الذكور والإناث على أدوار خاصة بكل منهما، فقد أشار تيرنر (Turner) إلى أن المجتمع يسوده أنماط من التفاعل تؤكد على اختلاف الأدوار تبعا للنوع وكل من الوالدين وجماعات الرفاق والمدرسة تدعم الأسلوب من التفاعل فبالنسبة للوالدين نجد أنهم يفرقون بين الطفل الذكر والطفلة الأنثى في شكل الملابس وطريقة اللعب معهم، حتى أنهم يتحدثون مع الطفل الذكر بنغمة صوتية تختلف عن تلك التي مع الطفلة الأنثى، كما يؤكد إلى أن الطفل عندما يكبر يكون لصيق الصلة بوالديه ودائم الجلوس معه، وقد يشاركه عمله خارج المنزل ومن هنا تتوطد العلاقة القوية بين الوالد والطفل، أما الطفلة فهي تنشأ قريبة من أمها وتعلمها الأم الأعمال التقليدية المنزلية وهكذا تنشأ روابط قوية بينهما. (سامية الخشاب، 2008)

6-4- نظرية التعلم الاجتماعية:

تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية في حد ذاتها عملية التعلم، لأنها تتضمن تغييرا وتعويدا في السلوك نتيجة التعرض لخبرات وممارسات معينة، كما أن مؤسسة التنشئة الاجتماعية تستخدم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية بعض الأساليب والوسائل المعروفة في تحقيق التعليم سواء كان ذلك بقصد أو بدون قصد وعملية التصنيع الاجتماعي يمثل الجانب المحدود من التعلم الذي يعنى بالسلوك الاجتماعي عند الفرد. كما ينظر إلى التطبيع الاجتماعي بأنه نمطا تعليميا يساعد الفرد على القيام بأدواره الاجتماعية، كما أن التطور الاجتماعي حسب وجهة نظر هذه النظرية بالتعلم عن طريق التقليد أمثال: (دولار، وميلر) حيث أعطى أهمية كبيرة للتعزيز أو العقاب، أما (باندورا) فقد اهتم بالتعلم بالملاحظة سواء في البيت أو في المدرسة. (سميح أبو مغلي: 2002)

6-5- نظرية التعاقد الاجتماعي المتبادل:

يرى سيد أحمد عثمان رائد هذه النظرية، أن نظريات التحليل النفسي والتعلم، والدور الاجتماعي، لا تقدم لنا بصورة متفردة أو متكاملة مع بعضها البعض تفسيراً شاملاً ومتكاملاً لعملية التنشئة الاجتماعية ويعزز ذلك للعوامل التالية:

- لا يقوم الطفل في هذه النظرية بدور إيجابي أثناء تطبيعته، بينما يشير واقع الحال إلى أن الطفل يتخذ أدوار كثيرة كاختياره واستجابته للمواقف المختلفة استجابات متفردة، وكذلك تأثيره في الجماعات ومؤسسات التنشئة الاجتماعية.
- لم تبين هذه النظريات كيف تتكامل مؤسسات التطبيع الاجتماعي وهيئاته في عملها لإحداث التغيير المنشود في الأفراد.
- أما هذه النظرية فقد قامت على المبادئ والأسس التالية:
- إن التعاقد الاجتماعي المتبادل هو أساس التفاعل الاجتماعي الذي يقوم على تعاقد ضمني أو صريح بين أطراف هذا التفاعل بمعنى أن الطرف الذي يعطي يتوقع نوعاً من الأخذ أو المقابل.
- أنه في أي تنظيم اجتماعي متكامل، لابد أن يكون توجه أعضاء هذا التنظيم نحو توقعات الآخرين تبادلياً، بمعنى أن كل فرد من جماعة منظمة يحدد سلوكه، وفق توقعات الآخرين منه، بينما يحدد الآخرون سلوكهم في ضوء توقعاته هو نفسه، أي أن توقعات أعضاء الجماعة بالنسبة لبعضهم البعض متبادلة.
- أن مطابقة سلوك أعضاء الجماعة لتوقعات وقيم ومعايير الجماعة، ويحدث العكس عندما لا يتطابق سلوك أعضاء الجماعة مع توقعات كل منهم الآخر، وهذا الانحراف عن التوقعات يؤدي إلى عدم الرضا والقلق وتقابله الجماعة بنوع من العقاب، يختلف نوعه ودرجته وفقاً لطبيعة الجماعة.

الفصل الثاني: أساليب المعاملة الوالدية

- إن مراعاة جوانب الضعف والقوة في النظريات السابقة، مع الأخذ بعين الاعتبار ما تقدمه هذه النظرية، كفيل بأن يقدم لنا نظرية أكثر تكاملاً وعمقاً وشمولاً في تفسير عملية التنشئة الاجتماعية. (صالح محمد أبو جادو، 2000: 57)

سابعاً: أثر أساليب المعاملة الوالدية:

7-1. آثار التربية غير السليمة على الوالدين:

- أن المبالغة في حماية الأطفال مثلاً قد يؤدي إلى انطواء الوالدين وعدم الاختلاط مع الآخرين خشية أن ينصرف أطفالهم بشكل يثير غضب وانتقاد المعارف والأصدقاء مما يؤدي إلى ابتعادهم عن النشاطات الاجتماعية وعن المعارف بسبب رفضهم تقبل أي انتقاد أو تعليق من الآخرين حول طريق تربيتهم ومعاملتهم لأبنائهم.
- يلجأ الوالدين للكذب من أجل تغطية أخطاء الأبناء فيختلقان الأعذار لتبرير تلك الأخطاء.
- قد يؤدي التفاوت في الحماية الزائدة بين أفراد الأسرة إلى الغيرة الشديدة بينهم، ومن ثم يطور الأبناء أنماطاً سلوكية لا يرغب الوالدين في حصولها.
- يفقد الوالدين سيطرتهم على الأولاد نظراً لعلم الأولاد أنهم مهما أساءوا التصرف فإن الوالدين لن يقوموا بمعاقبتهم بسبب خوفهم الشديد عليهم.
- قد تؤدي التربية غير السليمة إلى حدوث صدمة نفسية حادة، وشعور بتأنيب الضمير بعد تعرض الطفل لحادث خطير، كنتيجة لذلك النوع من التربية كالإهمال الزائد.
- تتأثر نظرة الأسرة الأخرى إلى هذه الأسرة فتلجأ هذه الأسر إلى تجنبهم وإبعاد أطفالها عن الاختلاط بأطفال هذه الأسرة.
- يؤدي إصرار الوالدين في الاستمرار بإتباع هذا النوع من التربية إلى ضعف مصداقيتها أمام الآخرين، بحيث يجد الآخرون صعوبة في تصديقها، والتعامل معها

الفصل الثاني: أساليب المعاملة الوالدية

فتهتز قيمتها أمام الناس وبالتالي يفقدان الاحترام، وتتغير نظرة الأصدقاء والأقارب، والجيران للوالدين فتتأثر علاقتهما وتنهار.

7- 2. آثار التربية غير السليمة على الأطفال:

- تعلم الأطفال أنماط سلوكية غير مقبولة، على صعيد الأسرة أو المدرسة أو الأصدقاء.
- تعرض الأطفال إلى الكثير من المخاطر والعقوبات، تتجه لارتكابهم مخالفات كثيرة للأنظمة والقوانين وذلك في أماكن مختلفة.
- قد تؤدي إلى حرمان الأطفال من التمتع بطفولة سعيدة والحرمان من نيل حقهم في التعلم.
- تتسبب في تعرض الطفل لعاهات جسدية أو إصابات بتشوهات أو جروح واضحة.
- التمرد على تعليمات وطلبات الوالدين.
- يتصنع الطفل المرض والتعب من أجل أن يحظى باهتمام زائد متى أراد ذلك.
- إضعاف الوازع الأخلاقي عند الطفل فهو لا يخشى أي عقوبة لسلوكه لأن الطفل يعلم أنه سيفلت من العقاب بسبب خوف الوالدين على إحساسه وشعوره وحرصهما على ألا يمر بتجربة مؤلمة. (حابس العوامة، 2003: 158، 157)
- من خلال ما تم التطرق إليه في الطرح السابق تمثل في مفهوم الأسرة ودورها في تحقيق الصحة النفسية للطفل المعاق عقليا فقد تم التركيز على جانب أساليب المعاملة الوالدية لما له من أثر في تحقيق التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني للطفل المعاق عقليا، لذا فإن الطفل الذي يعاني من إعاقة ما لا بد من أخذ الحيطة والحذر في اختيار الوالدين للأسلوب المناسب من التنشئة الصحيحة لما لها من أثر في تحقيق التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني لطفلهم المعاق.

ثامنا: الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق عقليا:

الاتجاهات الأسرية هي كل ما يراه أو يمارسه أفراد الأسرة من أساليب متنوعة في معاملة المعاق عقليا في مواقف حياتهم المختلفة (الهامي، 1984)

ويتناول هذا القياس الأبعاد التالية:

أ- التقبل: قبول المعاق عقليا كما هو، ومعاملته معاملة حسنة، والرضا عنه، وعدم

رفضه بسبب اعاقته، وعدم التذمر والضيق منه (الهامي، 1984)

ب- الرفض: هو شعور المعاق عقليا بأنه غير مرغوب فيه، وأن أسرته متضايقة

منه، وأنه لا يقدرونه. (الهامي، 1984)

ولا يحصل على ما يريد الا بعد الحاح شديد عليهما، فيشعر بأنه غير مرغوب فيه،

ويتعاملان معه كما لو كان غريبا عنهما، ويشعران بأن أفكاره سخيفة، وغير جديرة

بالاهتمام. (ص 69)

ومما لا شك فيه أن النوع من المعاملة يبعث في نفس المعاق عقليا عدم الشعور

بالأمن، وعدم ثقته في نفسه وفي الآخرين.

ج- الإهمال: ترك المعاق عقليا دونما تشجيع على السلوك المرغوب فيه،

أو استحسان له، وكذلك دون محاسبته على السلوك غير المرغوب

فيه. (اسماعيل، 1974)

هـ - الحماية الزائدة: القيام بكل شيء من المسؤوليات والواجبات نيابة عن المعاق

عقليا، والتي يمكن أن يقوم بها المعاق عن طريق التدريب أو بدونه، حتى يكون

شخصا يعتمد على نفسه الى حد ما، والعبارات الخاصة بهذا البعد في المقياس

تهدف الى التعرف على الاتجاهات الأسرية نحو أبنائهم من المعاقين عقليا.

(الهامي 1984)

خلاصة:

إن أساليب المعاملة الوالدية من حيث أشكالها وأنواعها أثارت الكثير من الجدل والنقاش في تأثيرها على النفس البشرية من مشاعر توافقه تبعت بتقبل أو مشاعر غير توافقية تبعته بالأشياء، والتي تولد النفور والانطواء أو العدوان فهي لا تسير على وتيرة واحدة خلال مراحل نمو الفرد، ومهما اختلفت مراحل النمو تبقى أساليب المعاملة الوالدية داخل الأسرة هي البوتقة التي تنصهر فيها شخصية الأبناء لتنتج شخصية سوية إذا كانت الأساليب سوية أو شخصية غير سوية إذا كانت العكس.

الفصل الثالث:

التأهيل (نفسي اجتماعي / مهني)

تمهيد

أولاً: مفهوم التاهيل النفسي الاجتماعي

1- تعريف عملية التاهيل

2- أهمية عملية التاهيل

3- تعريف التاهيل النفسي الاجتماعي

ثانياً: التطور التاريخي لرعاية وتأهيل المعاقين عقليا

ثالثاً: أنواع عملية التاهيل

رابعاً: وسائل وأساليب التاهيل

خامساً: أهداف عملية التاهيل

سادساً: المبادئ العامة في تأهيل المعاقين

سابعاً: الفلسفة التي تقوم عليها عملية التاهيل

ثامناً: مبررات عملية التاهيل

تاسعاً: الأسس والقواعد التي تستند عليها عملية التاهيل

عاشراً: التاهيل في الجزائر

خلاصة

تمهيد:

يتمثل التّأهيل النفسي الاجتماعي والمهني في كونه عملية متخصصة تتشارك فيها جهودات الأخصائيين والمؤهلين والمدربين والمربين والأسرة والمجتمع لأجل توفير كافة أنواع التّأهيل التي في محتواها المعاملة الوالدية والتّأهيل النفسي الاجتماعي، وكذا المهني بكيفية مرتبة ومنسقة يعملون كلهم بجدية يسهرون على تحقيق أهداف تلك العملية ويعتبر الطفل المعاق عقليا هو محور العملية التربوية والتأهيلية حيث يشارك بصفة مباشرة في كافة خطوات وبرامج التّأهيل آخذين بعين الاعتبار كل الخصائص التي تتوفر في شخصية الطفل المعاق، وكذا خصائص المجتمع وظروفه التي يعيش فيه، بترتيب خطط منسقة للوصول إلى الهدف المقصود مع هؤلاء.

لهذا؛ فإنّ جلّ خدمات التّأهيل النفسي الاجتماعي والمهني للمعاقين عقليا تبدأ من التكفل النفسي والتربوي والاجتماعي والصحي من الأسرة إلى داخل المراكز المخصصة ثم المجتمع، وتستمر معهم حتى التكفل المهني ثم الرجوع بهم إلى المجتمع حيث تظهر نتائج سنين التكفل الفارطة، لهذا أصبحت فلسفة التّأهيل تشمل كل من الجانب الإقتصادي والاجتماعي بصفة عامة.

ولهذا؛ فسنتناول خلال هذا الطرح أهم النقاط الأساسية في عملية التّأهيل من مفهوم والتطور التاريخي لهذه العملية، ثم أنواعه ووسائله وكذلك أساليبه، وصولا إلى المبادئ العامة، ثم الفلسفة التي تقوم عليها عملية التّأهيل إلى أهدافه ومبرراته وكذلك العناصر المساهمة في إنجاحه.

أولاً: مفهوم التأهيل النفسي الإجتماعي

1. تعريف عملية التأهيل:

"عملية التأهيل تعني بمختلف الأشخاص بالأخص ذوي الاحتياجات الخاصة فهي تعني تلك العملية المنظمة والمستمرة التي تهدف إلى الوصول بالفرد المعاق إلى درجة من النواحي الصحية والإجتماعية والنفسية والتربوية والإقتصادية." (هلال، 2009، ص77).

وعملية التأهيل لا تقتصر على التأهيل فقط، بل هناك أيضا ما يعرف بعملية إعادة التأهيل، والذي يعني تلك العملية التي تهدف إلى إعادة تأهيل أو تدريب للشخص الذي كان قد تعلم أو تدرب على مهنة ما، وبعد ذلك أصيب بمرض أو حادث وأصبح معاقا، وبالتالي لم يستطع العودة إلى عمله أو مهنته السابقة بسبب إعاقته (السيد، 200، ص315). التأهيل أيضا يعنى به عملية متداخلة الجوانب تركز على النهوض باللياقة الجسدية والوظيفية العامة وهو ما من شأنه أن ييسر التأهيل النفسي والإجتماعي. (عاطف غيث: 2005، ص391، 390)، وتشمل عملية إعادة التأهيل النفسي ثلاث مراحل رئيسية هي: تقييم الاحتياجات الإنسانية، ووضع أولويات للعمل على المدى القصير والطويل (التخطيط)، والتدخل، ووضع أهداف التدخل بشكل صحيح وفقا للقيم التي من شأنها أن تكون فرد وعلم النفس الإجتماعي يهتم بإعادة التأهيل لتحقيق كل ما تركز عليه احتياجات وأهداف الشخص وتكون ذات حدود قابل للقياس.

2. أهمية عملية التأهيل:

تقوم عملية تأهيل المعوقين على أساس الإهتمام بالإنسان لأنه الشخص المستهدف في عملية التأهيل بأنواعها، وبالأخص الإنسان المعوق الذي يحتاج إلى الإهتمام به أكثر وجعله يعتمد على ذاته أحسن من اعتماده على غيره وبالتالي بتسليط الضوء اتجاه هذا الفرد الذي يحتاج إلى الرعاية والاهتمام أكثر من غيره، فعملية التأهيل لا تكون إعتباطية بل لها أسباب تستدعي القيام بها نذكرها في الآتي :

- أي إنسان بصرف النظر عن إعاقته الذي يعاني منها هو صانع للحضارة الإنسانية، فهذه الأخيرة لا تتناسب بدون الإنسان فهو المحرك الأساسي لها، فهذا الإنسان له أهداف يسمو إلى تحقيقها عن طريق عملية التّأهيل بمختلف أنواعه وأهم أهدافه هو تحقيق التنمية الشاملة الذي تتحقق عن طريق الجهود البشرية.
 - تأهيل الفرد معناه الحق في عملية التنمية بغض النظر عن الإعاقة الذي يعاني منها البعض منا، بالرغم من ذلك فهذا المعاق جزء من المجتمع، وبذلك له الحق في الاستفادة من ثمرات جهود التنمية وخاصة إذا ما أتيحت له الفرص المناسبة في هذه الجهود. (يوسف شبلي الزعيط: 2005، ص 17، 18)، ومحاولة تنميتها وتطويرها حتى لا تتلاشى ويصبح الفرد محبط من جراء ذلك الإهمال.
 - زيادة الرغبة في العمل والقدرة على الأداء في نفس الوقت الذي يؤدي إلى رفع كفاءة الأفراد فتختلف الدافعية لديهم تجعلهم يمارسون عملهم بكل رغبة وإقتناع.
- (يوسف شبلي الزعيط: مرجع نفسه، ص 142)
- ومنه نستخلص إن حب العمل والدافعية في الإنجاز هما سيمتان رئيسيتان في شخصية الإنسان السوي أو غير السوي مما يجعلهما الركيزة الأساسية في دعم هذه الفئة بفرض التّأهيل بكافة أنواعه وتنقيف الوالدين والأمهات خاصة في كيفية التدريب الطفل المعاق وتشجيعه وتهيئته ليكون شخصا مؤهلا من الناحية النفسية والاجتماعية مما تؤدي به إلى الوصول إلى أقصى درجة ممكنة من النجاح في حياته والتقدم في شخصيته والتطور في العلاقات الاجتماعية وتصحيح نظرته لذاته.
- والمعوقين مهما كانت درجة إعاقته لهم دوافع وقدرات وقابلية للتعليم والنمو والاندماج في الحياة العادية، لذا من الضروري الإهتمام أكثر بتلك القدرات والإمكانات ومحاولة تنميتها قدر المستطاع.

- قد نجد قدرات وإبداعات عالية وملفتة الأنظار أكثر من الأفراد العاديين لذلك من المهم الإنتباه إلى هذه النقطة ومحاولة تنميتها وتطويرها حتى لا تتلاشى ويصبح الفرد محبط من جراء ذلك الإهمال. (منشورات الجمعية النسائية: 2004، ص15)

إذن؛ **فالتأهيل**: هو الذي يهتم بأولئك الذين لديهم جوانب قصور ارتقائية تبدأ في وقت مبكر في الحياة، حيث تستخدم خبرتهم الحالية في القصور حيث تحاول مساعدتهم على الدخول للمجتمع و الاندماج مع أفرادهم وتنمية أعلى درجة ممكنة من الإستقلالية لدى هذه الحالات. (عاطف بجاوي: د س، ص 5)

2. تعريف التأهيل النفسي الإجتماعي:

هو إعادة الفرد المعاق إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية الإجتماعية وال نفسية وذلك عن طريق إستخدام "العلاج النفسي" ويتم بالجلسات الإرشادية وال نفسية التي تهدف إلى تقليل المشكلة ومحاولة الوصول إلى حل يشارك فيه المعاق بأقصى قدر ممكن، وتستغرق هذه الجلسات في الحالات الصعبة زمنا طويلا.

ثانيا - التطور التاريخي لرعاية وتأهيل المعاقين عقليا:

ظهر التأهيل في بداية القرن العشرين وكان الاهتمام في بداية الأمر ينص أكثر على جماعة العسكريين بتأهيل من الجانبين المهني والجسمي والهدف الروتيني من وراء هذه العملية هو تقديم العلاج لهؤلاء الفئة المعطوبة. بعد خروجها من حرب عالمية ثانية، ومن هذا المنطلق أصبح مفهوم التأهيل دور واتسع نطاقه بشكل تدريجي وظهر في الأفق، إذ انه طريقة يمكن أن نجد الفرد المحتاج عمل مناسب لقدراته لم يخص التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني. (chabanier, 1988)

في الأخير؛ أصبح تأهिला شاملا بمختلف المجالات عن طريقها أصبح تنظر لمختلف الإعاقات على أنها مسؤولية المجتمع ككل وليس القطاع الطبي فقط، من هذا تظهر العوامل الأساسية التي أسهمت في تطور عملية التأهيل ويتمثل فيما يلي :

- تغيرت الاتجاهات في المجتمع وأصبحت متجهة أكثر إلى العلم والمعرفة.
- توفر إختبارات ومقاييس كشفية وتقييمية وتشخيصية وبالتالي الإعتماد على ما هو موضوعي والابتعاد عن الذاتية.
- زيادة إعداد اختصاص التربية الخاصة بزيادة إعداد الكليات والجامعات الخاصة مع تنوع وتطور من الجانب التكنولوجي في مجال التأهيل.
- يعتبر الطرد من المدرسة نحو الخارج من الأمور التي تلزم الاهتمام بدور المدرسة ومسؤوليتها والاهتمام أكثر بمسألة التجديد التربوي. (الخطيب، 2010، ص 65-68)
- سن التشريعات والقوانين لحماية الحقوق المدنية الأساسية للأشخاص المعوقين وأسرههم.
- تكاثف جهود الدفاع المبذولة من طرف أولياء الأمور والأخصائيين وجمعياتهم مع التطور في مجال العلوم الطبية.

لقد أصبحت عملية التأهيل تقوم بسن برامج تتماشى مع حقوق المعوقين بما يتماشى مع مبادئ حقوق الإنسان والقراة الاجتماعية وتكافؤ الفرص في الدول العربية، ولكن الدول المتقدمة جعلت السن القانونية للتأهيل منذ البداية، التأهيل في المجتمعات المعاصرة أصبح يولي إهتماما كبيرا بالكشف المبكر عن حالات الإعاقة والتدخل الطبي وغير الطبي المبكر قصد الحد منها، كما أنه أصبح يحرص على مشاركة الأشخاص المعاقين في وضع برامج التأهيل وتنفيذها.

ثالثا- أنواع عملية التأهيل:

للتأهيل عدة أنواع وكل نوع يتميز بخصائص وسمات معينة تميزه عن غيره، فيما يلي نذكر هذه الأنواع :

أ- **التأهيل الطبي:** هذا النوع يعتمد على استخدام المهارات الطبية وذلك قصد التقليل من الإعاقة وإن أمكن إزالتها تماماً، وبالتالي يصبح الفرد المعاق يحتل أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحيتين البدنية والعقلية، التأهيل الطبي يتضمن الخدمات التالية:

- العمليات الجراحية التي تساعد الفرد المعاق على استعادة قدراته الفيزيولوجية.
- العلاج بالأدوية والعقاقير. (جمال الدين محمد الخطيب: مرجع سابق، ص 65-68)
- التقليل من أثر الإعاقة تستعمل جاهزة طبية وتقنيات مختلفة وغير ذلك.

(ماجدة السيد عبيد: مرجع سابق ، ص 19)

ب- **التأهيل النفسي:** تتلخص عمليات هذا النوع من التأهيل على تحقيق درجة من الاستقرار النفسي، وذلك عن طريق دراسة حالات الإعاقة وقياس مستوى الذكاء ودرجة الاستعدادات وحالات سوء التوافق والانحرافات السلوكية ومدى ارتباطها بنوع الإعاقة والمعاق وانعكاساتها على الأفراد والمجتمع والذين يتعاملون مباشرة مع المعاق.

يتم عن طريق التأهيل النفسي رسم برامج مناسبة لكل الفئات المعاقة سواء كانت جسمية أو حسية أو عقلية، وتقديم الإجراءات العلاجية والوقائية اللازمة لإعادة التوازن وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ومعالجة السلوك الشاذ ومتابعة ظواهر وحالات سوء التوافق بصورة عامة (Dominique, 1996) ، وقد ساهم حديثاً تقدم الطب والعلاج النفسي في دراسة حالات التوتر الإنفعالي والنفسي عند المعاقين ورفع الروح المعنوية والإحساس بالثقة وتنمية الشعور بالمسؤولية والبعد عن العزلة الاجتماعية والعدوان والتعبير عن المشاعر النفسية المكبوتة في إطارها الاجتماعي، ومن وسائل التأهيل النفسي كذلك العلاج الجماعي الذي يستخدم أساليب التمثيل والدراما النفسية أو التعبير عن النشاط الحر وغير ذلك من الأساليب الأخرى التي نجحت في مجال رعاية المعاقين وتأهيلهم.

ج- **التأهيل الإجتماعي:** يتضمن هذا النوع من التأهيل بحث الطرق والأساليب التي تجعل من المعاق وسلوكه مقبولا إجتماعيا ومندمجا في علاقات اجتماعية مع الآخرين وخاصة أسرته وأصدقائه وهذا النوع من التأهيل لا يمكن تجزئته عن عمليات وخطوات التأهيل الأولى حيث إن عمليات التأهيل سلسلة مترابطة والتأهيل الإجتماعي يسهم في دمج المعاق مع أسرته للتكيف الإجتماعي المستمر مع الإعاقة الأمر الذي ينتج عنه سلوكيات إيجابية وإجتماعية، خاصة للمعاق (moulinot,1994) ؛ مما يبعده عن العزلة الإجتماعية، كذلك يجب أن تسهم السياسات الإجتماعية في الإعداد والتخطيط المستقبلي لعمليات التأهيل الإجتماعي بإعتبارها من العمليات التي تؤدي إلى النتيجة الشاملة ودمج نسبة كبيرة من الفئات الإجتماعية، ومن ناحية أخرى فإن للبحث العلمي أهمية وضرورة أساسية في عملية التأهيل الإجتماعي.(مروان عبد المجيد إبراهيم: مرجع سابق، ص415-418)

د- **التأهيل النفسي الإجتماعي :** هذا النوع من التأهيل يعنى بإعداد الفرد المعاق إلى أعل مستوى وذلك من الجانبين النفسي والاجتماعي ويكون ذلك باستعمال طرق مناسبة نذكر فيما يلي :

- العلاج النفسي: ويتم ذلك عن طريق الجلسات الإرشادية والنفسية والهدف منها محاولة التقليل من حدة المشكلة وبالتالي الوصول إلى حل مناسب للمعاق وعادة ما تستغرق هذه الجلسات زمنا طويلا بالنسبة للحالات المستعصية.

- **الإرشاد النفسي :** يتم عن طريق حل المشاكل الشخصية الأقل حدة؛

- **الإرشاد الأسري :** يتم هذا الإرشاد بغرض مساعدة الأهل في تربية ابنهم المعاق.

(ماجدة السيد عبيد: مرجع سابق، ص20)

ومما سبق فان أهمية الإرشاد الأسري يتجلى في مساعدتهم على تقبل إعاقة ابنهم وبالتالي خلق لديهم الرغبة في فهم أطفالهم وبالتالي مساندتهم وتقديم لهم المساعدة في شتى المجالات وزرع الأمل في إمكانية تحقيق طموحاتهم من خلال إمكانية تأهيل

أطفالهم من الناحية النفسية كونه يصبح فرد متقبل لذاته واجتماعي لا يعاني من الإضطرابات النفسية وكذا من الناحية الإجتماعية يتحسس الطفل أنه له دور أساسي في الأسرة وفي المجتمع أيضا بإمكانية القيام بإنجازات عملية تكسب ثقته بنفسه وتنسي الشعور بالطمأنينة والرضا من طرف الوالدين، وعن أبي يحي صهيب بن سنان رضي الله عنه قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " إنأمره كله له خير وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن : إن أصابته سواء شكر فكان خيرا له، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له رواه مسلم.(أبي زكرياء يحيى: 2010، ص20)

من بين المشكلات النفسية والإجتماعية التي يعاني منها الطفل المعاق عقليا حسب محمد سيد فهمي جاءت كما يلي:

- **المشكلات الترويحية:** الفرد المعاق عامة والمعاق عقليا خاصة ليس لديه القدرة على الاستمتاع بوقت الفراغ، لأن إعاقته تحول دون ذلك مهما كانت نوع الإعاقة.
- **مشكلات الصداقة:** شعور الفرد بعدم المساواة مع زملائه يؤدي به إلى الانكماش والانطواء عن نفسه لان طريقة التعامل معه تختلف عن بقية زملائه العاديين.
- **المشكلات النفسية:** يعاني الفرد المعاق من الشعور بالنقص وهذا يؤدي إلى صعوبة تكيفه الاجتماعي، إضافة إلى الشعور الزائد بالعجز يولد للفرد المعاق الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة عدم الشعور بالأمن وعدم الإلتزان الإنفعالي وسيادة مظاهر السلوك الدفاعي.(محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص83)

وبالرغم من كل المشكلات التي يعاني منها المعاق عامة والطفل المعاق خاصة فإننا يمكننا التصدي لها من خلال الإرشاد النفسي الجيد والمبكر لأسرة الطفل والتي بإمكاننا فهمه والتواصل إلى إيجاد حلول مبكرة لطفلها وتقادي المشاكل المختلفة الناجمة عن الإعاقة العقلية.

و- التّأهيل الأكاديمي (التربوي):

هذا التّأهيل يتمحور حول التربية والتعليم الخاصة بالمعاق لأن تربيته وتعليمه يختلف عن بقية الأفراد الطبيعيين، التّأهيل الخاص بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة يظهر من خلال البرامج التعليمية لفئات التربية الخاصة والمقصود بها ذوي الإعاقة العقلية بالنسبة للدراسة التي بين أيدينا الآن، مع إيضاح طريقة التدريس المناسبة، الاعتماد على الأسس التربوية الفردية، لأن كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة لها استعدادات وطاقات تختلف عن باقي الفئات بل إن الفئة الواحدة تضم فروقا فردية مختلفة.

(نايف بن عابد الزارع: 2006، ص48)

إن تعليم المعاقين أكاديميا يتوقف على حسب قدراتهم ودرجة إعاقاتهم الجسمية والعقلية ويتم تعليم المعاقين قصد إجادة القراءة والكتابة والحساب، أو النشاطات الحياتية اليومية وتتم مختلف الدراسات في مراكز خاصة بالمعاقين في صفوف خاصة بالمعاقين، ضمن المدارس العادية وضمن الصفوف العادية التي تضم أيضا طلابا غير معاقين. (ماجدة السيد عبيد، مرجع سابق، ص20، 21)

ي- التّأهيل المهني :

يعنى ذلك الجانب من التّأهيل، فمن طريقة تتوفر مختلف خدمات المهنية كالتدريب المهني الذي يساعد الفرد المعاق على ممارسة عمله الذي يتناسب مع حالته ومن ثم يستقر فيها كما إن هناك جانب آخر للتّأهيل المهني يتمثل في إعادة التّأهيل المهني الذي يعني : "هي عملية تنمية إنتاجية المعاقين عقليا أو جسميا أو استعادة قدرتهم على الإنتاج عن طريق التوجيه المهني والاختيار والتدريب والتوافق مع موقف العمل". (حسن محمد النواصرة، 2006، ص56)

وذلك قصد تحقيق الدمج المهني والمقصود به في هذا المجال يجب إتاحة خدمات التّأهيل المهني بما في ذلك التوجيه المهني والتدريب المهني، والقبول في المؤسسات التي

تقدم هذه الخدمات على أساس الاختيار لجميع الأفراد المعوقين دون النظر إلى المسبب الرئيسي لإعاقتهم أو السن أو الجنس وشريطة أن يكون لديهم الاستعداد والتأهيل بصورة معقولة للعمل الإنتاجي المستمر.

وبما أن الدراسة الميدانية تركز على الأطفال المعاقين عقليا فهناك العديد من الجوانب الهامة التي ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار ومراعاتها في التأهيل النفسي الاجتماعي بالنسبة لذوي الإعاقة العقلية وهي تظهر في النقاط التالية :

- يفضل عدم عزل هؤلاء الأفراد عن أسرهم مباشرة في بعض جوانب تعليمهم وتأهيلهم، فالإعداد المهني لهم يبدأ منذ الطفولة مع الدراسة مع الاستمرار الجوانب التعليمية مع برامج التأهيل المهني مع ضرورة العمل معهم بشكل فردي بنظام فريق التأهيل. (Iambert,1981)

المقصود بفريق التأهيل بالنسبة لدراستنا هو مجموعة الأخصائيين النفسانيين وأسر المعاقين عقليا لأجل التكفل بهم وتقديم لهم رعاية تربوية شاملة من الناحية التربوية والنفسية وحتى الأرطوفونية حتى نصل بالطفل إلى أقصى درجات التأهيل بكافة أنواعه.

يحتاج تعليم هؤلاء الأفراد إلى تعديلات خاصة ومناسبة لحالتهم من ناحية الفصول وإعداد الأساتذة والمناهج الدراسية وغيرها، وأيضا وجوب العمل بالمتغيرات الحسية مثل الأناشيد والتربية البدنية والأنشطة الترفيهية، مع ضرورة أن تكون المجموعات داخل الفصول أو الورش قليلة، مع ضرورة التدريب على الأعمال التي تحتاج إلى قدرات عقلية عالية. (عبد الرحمان سيد سليمان : مرجع سابق، ص281)

ضرورة مراعاة الأمن في مركز التأهيل أو التعليم يعتمد على تعليم حالات التخلف الذهني على التكرار وزيادة التعليم وكذلك على تعلم الجوانب المحسوسة التي يمكن أن تدخل إلى بيئة التعليم مباشرة الأطفال المعاقين عقليا المتكفل بهم داخل المركز النفسي البيداغوجي.

هم الذي يحتاجون إلى رعاية تربوية ذات قواعد أساسية هادفة نحو تأهيل هذا الطفل مما تشترط رعاية الأسرة واهتمامها بطفلها، حيث الرعاية التربوية هي القاعدة الأساسية لتأهيل الطفل المعاق عقليا من الناحية النفسية والاجتماعية قصد تهيئته للعمل وفقا لما يتناسب وقدراتهم واهتماماتهم فلا بد من الجمع بين تعليمهم وتأهيلهم فالتأهيل النفسي الاجتماعي يكون عن طريق الأسرة والأخصائيين في المركز وتوفير ورش التكوين المهني بإشراف المختص بعملية التكوين وكذا المختص النفسي التربوي بشكل جماعي وتعاوني.

ل - التأهيل المجتمعي المحلي:

ترى الباحثة أن مفهوم التأهيل المجتمعي المحلي حسب الدراسة الحالية هو الطريقة المعتمدة من أجل استغلال الخدمات المحلية المتوفرة في كل مجتمع، وهو عبارة عن عملية تسهيل إمكانية استفادة المعاقين عقليا من تلك الخدمات سوية مع باقي أفراد المجتمع. (عبد الرحمان سيد سليمان : مرجع سابق، ص281)

لذا فإن نايف بن عابد الزارع يرى أن للتأهيل اتجاهين:

- ضمنا للأسرة.

- ضمن المجتمع الصغير "الحي، القرية". (نايف بن عابد الزارع: مرجع سابق، ص49)

حيث نستنتج من خلال هذين الاتجاهين هو الهدف الأساسي من خلالهما هو العمل على إرشاد وتوجيه الأسر ونوعية المجتمع بأهمية الفرد المعاق في المجتمع ولابد الاهتمام به وتوفير له الخدمات قدر الإمكان وذلك ضمن العملية التأهيل المعاقين بدأ بالتأهيل النفسي الاجتماعي، باعتباره القاعدة الأساسية في بناء شخصية الطفل المعاق عقليا من أجل تقبله لذاته ومن ثم صنع إرادته نحو رغبته في الإنجاز وتحدي إعاقته.

وعليه؛ فإنّ جل خدمات التّأهيل بأنواعها تعتمد على أجهزة ومؤسسات خاصة تسهر على تحقيق أهدافها بصفة متكاملة ومتلاحمة وذلك بالنسبة للإعاقة العقلية، في الجزائر عملت الدولة على فتح مراكز نفسية بيداغوجية للأطفال المعاقين عقليا (CPPEHM).

وقامت بتسخير المراكز الوطنية لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين (CNFPH و CNFPS)، بالجزائر العاصمة وقسنطينة التابعين لوزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة لأجل توفير هياكل بشرية لتكفل بهذه الفئة إضافة إلى خريجي التكوين الجامعي من نفسانيين عياديين ونفسانيين تربويين وأخصائيين تصحيح النطق والكلام (الأرطوفونيا)، للتكفل بهذه الفئة والسهر على تطبيق الرعاية التربوية اللازمة للأطفال مما يؤهلهم نفسيا واجتماعيا وحتى مهنيا والعمل على الإرشاد الأسري وإعطاء فرص للأُم للبحث بما يرهقها من معاناة مع طفلها المعاق وكذا فتح فرص لتشجيع الأُم على القيام ببعض النشاطات المقترحة كبرنامج للرعاية التربوية لتساهم في تأهيل طفلها.

رابعاً: وسائل وأساليب التّأهيل النفسي:

يهدف التوجيه والإرشاد النفسي إلى تهيئة فرص النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي للطفل وتوجيهه إلى الاستفادة منها بأقصى قدر ممكن، ولعل أهم شيء جاءت به التربية الخاصة لترسيخه هو إلغاء الفكرة نحو إدانة الأطفال المعاقين ذهنيا بعدم القدرة على التعلم فالتعلم هو تغير في الأداء بفعل الخبرة والعديد من الدراسات العلمية أثبتت أن الأطفال المعاقين يتغيرون ويتعلمون. (lambert,1991)

ولعل من أهم الوسائل وأساليب التّأهيل النفسي تتمثل في دور المرشد النفسي في التربية الخاصة وعليه فهو يتمثل في النقاط التالية :

– مساعدة الطفل المعاق ذهنيا على تنمية قدراته وإشباع حاجياته الصحية.

- الإسهام في تحسين المناخ البيئي الذي يعيش فيه الطفل من حيث توفير المثيرات المعرفية والخبرات الإجتماعية والأنشطة التربوية التي تنمي قدراته وتشبع حاجاته وتسهم في بناء شخصيته.

فالتوجيه والإرشاد النفسي في التربية الخاصة هو مجموعات الخدمات الإرشادية التي يسميها بعض الباحثين بالعلاج النفسي وبالتوجيه النفسي فهو عملية فنية يقوم بها المرشد في أي مكان مناسب لإرشاد الطفل ومساعدته عن التعبير عن نفسه وتقريغ انفعالاته وطاقاته في أنشطة مفيدة يقدر عليها ويشعر فيها بالكفاءة ويحصل على استحسان من الآخرين، ويمكن تلخيص خدمات الإرشاد النفسي في :

- دراسة حالة الطفل.
- تشخيص قدرات الطفل وظروفه.
- توجيه الطفل إلى برنامج الرعاية المناسب.
- إرشاد الطفل وأسرته ومعلميه.
- تشجيع الطفل على الاستفادة مما يقدم له ولأسرته و متابعة الطفل في المنزل والمدرسة ومراكز التدريب والتاهيل.(صلاح الدين حسن الشريف:2004، ص120-125)

ما نلاحظه أن أهم أسلوب في التاهيل النفسي للطفل عقليا وأنجح وسيلة هي التركيز على دور المرشد النفسي من خلال تقديم مخطط الرعاية التربوية في التدخل المبكر والتي تقوم على أساس إعداد برنامج لكل أسرة بحسب ظروفها وظروف طفلها المعاق عقليا وهو ما يسمى بتفريد خطة رعاية الأسرة أو بتفريد برنامج للطفل وأسرته أو ما يسمى بالمنحى الفردي في تعديل السلوك.

ويتشكل فريق الإرشاد النفسي لأجل الوصول إلى التاهيل النفسي للطفل المعاق عقليا مجموعة من الأخصائيين (الأخصائي النفسي، التربوي، الإجتماعي، الطبيب المعالج.)(mahfoud,1984)

حيث يهدف الإرشاد النفسي للطفل في التربية الخاصة إلى تنمية ثقته في نفسه وفي البيئة التي يعيش فيها وذلك من خلال إشباع حاجاته الأساسية في الأمن والطمأنينة والاعتماد على نفسه والحصول على الاستحسان والتقدير من الآخرين حتى يشعر بالكفاءة ويتكون لديه مفهوم على الذات، ويعتمد الإرشاد النفسي للطفل المعاق ذهنياً على التواصل باللغة بمعناها الواسع حيث تشمل الكلام والتعبيرات الحركية في الرقص والرياضة والمسابقة والرسم واللعب وغيرها...، وبذلك يجمع الإرشاد هنا بين الإرشاد الموجه **Directive Technique** والإرشاد غير الموجه **Non Directive Technique**، كما يستخدم أيضاً الإرشاد الفردي **Individual Counseling** والإرشاد الجمعي **Group Counseling**.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك نقطة في غاية الأهمية تؤدي إلى تحسين مظهر الطفل من حيث علاج بروز الأسنان، تشقق الشفاه، إزالة إصبع زائد أو لحماية الأنف أو أية تشوهات أخرى وكذلك ضعف السمع وسيلان اللعاب من الفم وغير ذلك من الأمور التي تؤثر على مظهر الطفل ونظافته ورائحته وتجعله غير مقبول من الناس. كذلك يجب على المرشد تنمية محصوله اللغوي وتدريبه على السلوكيات المقبولة من خلال الأنشطة المختلفة مثل: الرسم والتلوين، بناء المكعبات، الفك والتركيب، الموسيقى والمسابقات، الرحلات... الخ، حيث يركز الإرشاد على تنمية مفهوم الذات عند الطفل بطريقة واقعية وليس فقط الاهتمام بتنمية الذكاء والقدرات المعرفية فحسب، وهذا ما نلاحظه من التوجهات العالمية الحديثة الآن من استخدام أنشطة الذكاء المتعددة في تعليم الأطفال المعاقين ذهنياً. (صلاح الدين حسن الشريف: مرجع سابق، ص19)

ومن أهم التوجيه والإرشاد النفسي أيضاً نجد التوجيه والإرشاد النفسي لولدي الطفل المعاق ذهنياً تمثل فيما يلي: حيث ركزت التربية الخاصة الحديثة في الآونة الأخيرة على التحول من النموذج الطبي **MEDICAL MODEL** في الرعاية الذي يركز على الطفل وحاجاته إلى النموذج البيئي **ECOLOGICAL MODEL** الذي يركز على الطفل

وبيئته التي يعيش فيها ويتفاعل معها ويتأثر بها ومن هنا كان الإهتمام بالإرشاد النفسي لوالدي الطفل، وبذلك تصبح المهمة الثانية للإرشاد النفسي في التربية الخاصة هي التحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق إرشاد وتبصير والديه بخصائص ومطالب نموه وتدريبها على كيفية التعامل معه وتشجيعها على تقبله فوالدي الطفل المعاق ذهنيا في حاجة إلى : التبصير بخصائص الطفل ومطالب نموه وكيفية معاملته معاملة تشبع حاجاته وتنمي شخصيته.

- مساعدتهم على فهم مشكلة ابنهما.
 - تشجيعهما على الرضا بالأمر الواقع وتخفيف مشاعر الصدمة التي تعرض لها، فولادة طفل على هذه الحالة يصدّم كثيرا من الآباء بسبب ضياع آمالهم فيه وقلة معرفتهم بمشكلاته وأسبابها وعلاجها. فيشعرون بالحزن والاكتئاب وتضطرب حياتهم الأسرية.
- (إمام مصطفى سيد: 2004، ص51)

وبعد ما تم التطرق إليه من خلال إبراز الوسائل والأساليب المتبعة في التاهيل النفسي للأطفال المعاقين ذهنيا وتم حصرها في أن التاهيل النفسي الجيد يتم من خلال الإرشاد والتوجيه الجيدين التي يقوم بها المرشد النفسي في كيفية بناء برنامج الرعاية التربوية التي تحمل أهداف تأهيلية نفسية للطفل المعاق ذهنيا كما تم تفصيلهما آنفا إلى توضيح الهدف الأساسي للتوجيه والإرشاد النفسي للمتخلفين ذهنيا والذي ظهر في البرامج التربوية المقدمة للطفل من أجل تأهيله ليكون فردا يتقبله الناس ويتقبل ذاته ومن ثم دمج في المجتمع كما تم توضيح دور الوالدين في الرعاية التربوية ومدى أهميتها في المساهمة المباشرة وغير المباشرة في تأهيل الطفل المتخلف ذهنيا وإنجاح العملية التربوية التأهيلية.

خامسا: أهداف عملية التأهيل :

تتكون عملية التأهيل من مجموعة من المراحل المتتابعة والمنسقة التي يجب في النهاية أن تتحقق الأهداف التالية :

- إستغلال وتطوير قدرات وإمكانيات الفرد وتوظيفها إلى أقصى درجة ممكنة للوصول إلى درجة من الإستقلال الوظيفي والإجتماعي والإقتصادي.
- مساعدة الفرد المعوق وأسرته على التكيف مع حالة العجز ومواجهة كافة الآثار النفسية والإجتماعية والوظيفية والمهنية المترتبة عليها.
- دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع وتمكينه من أن يؤدي دورا يتناسب مع قدراته وإمكانياته.(وائل مسعود محمد شناوي وآخرون: د س، ص14)

أهداف عملية التأهيل النفسي:

تلعب الظروف النفسية للفرد المعوق وأسرته دورا بارزا وحيويا في تحويل حالة العجز إلى حالة إعاقة أو في تقبل حالة العجز والتكيف معها على الإفادة من الأنشطة وبرامج التأهيل اللازمة.ولابد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تركها حالة العجز على حياة أفراد أسرته غالبا ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهود كبيرة في العمل وللتخفيف من مشاعر والضغط النفسية التي يمكن أن تنشأ عن حالة العجز .

ونظرا لأهمية هذا الموضوع نرى أن العديد من الدراسات على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي قد اهتمت بدراسة الآثار والضغط النفسية الناجمة على حالة العجز والإعاقة سواء على الفرد المعوق نفسه أو على أسرة الفرد المعوق.

وتشير **الحديدي وسعود (1997)** إلى أن الدراسات التي اهتمت بالآثار النفسية الناجمة عن ولادة طفل معوق في الأسرة قد أكدت على أن هذه الأسس غالبا ما تتعرض لضغوط نفسية شديدة تؤثر على كيانها كنظام إجتماعي من وجهته وتؤثر على أفرادها من جهة ثانية.

أهداف برامج التاهيل النفسي :

أهداف موجهة نحو الفرد المعوق وتشمل النقاط التالية:

- مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي وذلك من خلال تقبله لذاته وظروفه وواقعه الجديد وفهمه لخصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته المتبقية وتطوير اتجاهات ايجابية عن ذاته ، ومساعدته على مواجهة ما يعترضه من معوقات والتغلب عليها.(وائل مسعود محمد شناوي وآخرون: مرجع سابق، ص20)
- مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق الإجتماعي والمهني وذلك من خلال مساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة للمجتمع، وكذلك مساعدته على الإختيار المهني السليم الذي يتناسب مع حالته وميوله واستعداداته.
- العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.
(وائل مسعود محمد شناوي وآخرون: مرجع سابق، ص18)

أهداف موجهة نحو أسرة الفرد المعوق:

- مساعدة أسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة، وذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن الإعاقة ومتطلباتها وتعديل اتجاهاتها نحو إعاقة طفلها.
- مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والإجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة من الإعاقة والتخفيف من آثارها.
- مساعدة الأسرة للوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التاهيل المناسب لطفلهم المعاق، إضافة إلى المساعدة على بناء توقعات إيجابية وموضوعية عن قدرات وإمكانات طفلها المعاق.
- تدريب الأسرة وإرشادها على أساليب رعاية وتدريب الطفل المعاق.

وسائل وأساليب التأهيل النفسي:

- الإرشاد النفسي
 - الإرشاد الأسري
 - تعديل السلوك
 - التوجيه والإرشاد المهني
 - العلاج النفسي. (وائل مسعود محمد شناوي وآخرون: نفس المرجع، ص20)
- إن من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخلل أو الدونية أو الذنب، إنكار الإعاقة، الحماية الزائدة أو رفض الطفل المعاق وإخفائه عن الأنظار، الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظاهرها. كذلك فإن حالة العجز والإعاقة تؤثر على الفرد المعوق نفسه فهي تؤثر على فهمه وتقديره لنفسه وإمكانياته وتجعله يعيش في حالة من القلق والتوتر والخوف من المستقبل، كما قد تؤثر في نظراته للحياة وثقته بالآخرين.

- التأهيل الاجتماعي:

إن دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع هو أحد أهداف التأهيل الأساسية هو الهدف النهائي لعملية التأهيل. ويتطلب دمج المعوق في المجتمع إعداده إعدادا للتكيف مع متطلبات الحياة العامة والاستجابة للمعايير والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الأفراد والجماعات إضافة إلى إعداده للاستقلال المعيشي والاجتماعي والأسري.

(الشناوي وآخرون: مرجع سابق، ص16)

من هنا نستطيع القول أن التأهيل الاجتماعي يعني إعداد الفرد المعوق للتكيف والتفاعل الإيجابي مع المجتمع ومتطلبات الحياة العامة من خلال مجموعة من البرامج والأنشطة الاجتماعية نحو الفرد المعوق ونحو أسرته والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.

أهداف التّأهيل الإّجتماعي :

يهدف التّأهيل الإّجتماعي للمعوقين إلى :

- أ- تطوير مهارات السلوك الإّجتماعي التكيفي عند الفرد المعاق.
 - ب- العمل على تعديل إتجاهات الأسرة نحو طفلها المعاق وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الإّجتماعية المناسبة له.
 - ج- توفير الظروف الوظيفية لتمكين المعوق من ممارسة حياته والإندماج في الحياة العامة وتكوين أسرة وتلبية احتياجاته وإحتياجات أفراد أسرته.
 - د- العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة.
 - هـ- العمل على توفير الخدمات الإّجتماعية اللازمة لتلبية الإحتياجات الخاصة للأفراد المعوقين والحث على سن التشريعات والقوانين اللازمة لتأمين حقوقهم.
 - و- توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعوقين في الأنشطة والبرامج التي يوفرها المجتمع لأفراده سواء كانت هذه البرامج والأنشطة تعليمية أو إّجتماعية أو ثقافية.
 - ز- دعم وتشجيع العمل الإّجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات المعوقين أو جمعيات الأهالي المعوقين الإّجتماعية والمهنية. (وائل مسعود محمد الشناوي: مرجع سابق، ص19)
- أساليب التّأهيل الإّجتماعي :

يذكر المغلوث(1999) أن أساليب الرعاية والتّأهيل الإّجتماعي للمعوقين تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الإّجتماعية والاقتصادية للفرد المعوق وأسرته ونقلًا عن رمضان (1995) يشير المغلوث(1999) إلى الأساليب التالية :

- أسلوب الرعاية المنزلية : ويرتكز على الوقوف على الظروف الأسرية التي يعيش في ظلها الفرد المعوق ومساعدة الأسرة المعوق في الحصول الخدمات المتوفرة في

المجتمع وإحداث التغيرات المطلوبة سواء في اتجاهات أفراد الأسرة أو في تكييف البيئة السكنية للأسرة لتفي باحتياجات الفرد المعوق.

- أسلوب الرعاية النهارية : أي تامين مؤسسات الرعاية النهارية لخدمة الأفراد المعاقين وذلك لتحاشي عزلهم عن بيئتهم الطبيعية واختزال مدة التأهيل.
- أسلوب الرعاية الأبوية : وكذا الأسلوب يستخدم فقط مع الحالات التي تتطلب هذا النوع من الرعاية كحالات الإعاقات الشديدة والمتعددة والحالات التي تعجز الأسرة عن تامين مستلزمات الرعاية اللازمة للفرد المعوق.
- أسلوب الرعاية اللاحقة: ويستخدم بعد إتمام عملية التأهيل وإدماج المعوق في أسرته أو في المجتمع أو تشغيله للتأكد من عدم تعرضه للمشاكل ومواجهة أية صعوبات يمكن أن تواجهه.

ويرى أبو النصر (2000) بأن الرعاية اللاحقة يجب أن تهدف إلى :

- أ. مواجهة صعوبات التكيف مع البيئة ومع العمل خاصة في المراحل المبكرة لعودة المعوق إلى الحياة الطبيعية بعد عمليات العلاج والتأهيل.
- ب. توفير فرص استمرار واستقرار المعاق في التعليم أو في العمل، وتذليل كافة المعوقات الإدارية، والمادية، والاجتماعية التي تؤثر سلباً على استمراره في دراسته أو في عمله.
- ج. مساعدة المعاق للاستفادة من المؤسسات المختلفة القائمة في المجتمع المحلي فيه سواء كانت صحية، اجتماعية، ترفيهية. (وائل مسعود محمد الشناوي: مرجع سابق، ص12)
- د. التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية وخاصة المعوقين الذي يحتاجون لخدمات علاجية بشكل دائم.

ولا يكون هذا إلا بإعطاء هذا الطفل تربية خاصة قريبة جداً من تلك التي تعطى للطفل العادي عن طريق السماح لأكبر عدد ممكن من هذه متابعة الدراسة في وسط

عادي مع تقديم بعض المساعدات اللازمة، كالوسائل التعليمية الضرورية، وكذا تكييف البرامج حسب قدراتهم ودرجة إعاقتهم. (Dominique, 1996, p23)

5- التأهيل المهني:

. التأهيل المهني للمعاقين عقليا:

إن عملية التأهيل النفسي الاجتماعي والتأهيل المهني عمليتان متكاملتان ولا يمكن الفصل بينهما، فهما يسهمان معا في تحول المعاق عقليا إلى حياة الراشدين وفي دمجهم في المجتمع في حدود قدراتهم، حيث يعتبر التأهيل المهني المجال الثاني الذي يتم فيه إعداد المعاقين عقليا للحياة في الرشد حيث يتضمن تنمية مهاراتهم المهنية لتشغيلهم في عمل مفيد يشعرهم بالكفاءة والسعادة لإعالة أنفسهم، فهي برامج مكملية للتأهيل الاجتماعي كما تعتبر حوصلة نهائية لتكفل طويل المعاق في المراكز الخاصة، والتي تبدأ مع هذا المعاق عقليا من خلال تقديم مجموعة من الخدمات الاجتماعية المختلفة المجالات وتستمر معه حتى يكتسب مهارات اجتماعية يتحولون بها من العجز إلى القدرة ومن الاتكالية إلى الاعتماد على النفس ومن العزلة إلى الاندماج مع الآخرين.

(كمال إبراهيم مرسى: ، 264)

وهذا للوصول بالمعاق عقليا إلى اكتساب القدرة على الاندماج الاجتماعي والاقتصادي في المجتمع من خلال تدريبه على مهن مناسبة لميوله واستعداداته وقدراته وبالتالي إيجاد فرصة عمل مناسبة له تساعد على أن يكون شخصا منتجا ومعتادا على نفسه، وهذا يوضح لنا تناسق أهداف وأدوار كل مرحلة مع التي سبقتها كنتيجة للتي تليها. ويعني التأهيل المهني إعداد المعاق عقليا للحياة العملية، بتدريبه على مهن مناسبة وتشغيله في عمل مفيد يشعره بالكفاءة وهذا يعني أن برامج تأهيل المعاقين عقليا لا تقل أهمية عن برامج تعليمهم وعلاجهم. (ماجدة السيد عبيد، مرجع سابق: 264)، وهذا يعني أن برامج التأهيل الخاصة بالمعاقين عقليا لا تقل أهمية عن برامج تعليمهم وعلاجهم إن لم

تكن تفوقها، لأن تأهيلهم مهنيًا يعني تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي والاقتصادي، مما يجعلهم يشعرون بالاستقلالية وتقدير الذات. ووفقًا لذلك كان لزامًا علينا التفصيل في مبادئ عملية التّأهيل المهني وأهدافها ومجموعة المهن التي يمكن التّأهيل عليها ثم عرض مفصل للخطوات الخاصة بالتّأهيل.

- مبادئ أساسية في التّأهيل المهني:

بما أن التّأهيل المهني أحد عناصر عملية التّأهيل المنسقة والشاملة التي تهدف إلى تمكين الشخص المعاق عقليًا من تحقيق التكيف الاجتماعي والاقتصادي ولتأهيل هذه الفئة والتصدي لمشكلاتها يجب أن يركز المختصون على الأسس والمبادئ الأساسية التي يجب إيضاحها مقدما لكي يتسنى لهم فهم المقصود من خطوات التّأهيل المهني هذه المبادئ في إيجاز هي:

- شخصية المعوق وحدة متكاملة متعددة الأبعاد، أي أنها تتفاعل مع البيئة وتتكون أبعادها مع الصفات العقلية والنفسية والجسمية والاجتماعية.
- الأخذ بعين الاعتبار قدرات المعاق عقليًا وميوله وصلاحيته للمهنة من جهة ومراعاة فرص العمل في البيئة من جهة أخرى، أي يجب أن يكون اختيارنا للمهنة.
- مراعاة الحالة النفسية للمعاق، وبالتالي يجب أن تكون لديها معاملة خاصة.
- الإيمان بقدرة المعوق على التعلم والنمو والاندماج في الحياة.
- تكامل وشمول الجهود والبرامج الهادفة للتّأهيل المهني لأنها حلقات متكاملة يجب الاهتمام بها لمواجهة مشكلات المعوق.
- الإيمان بالمساواة وتكافؤ الفرص لجميع المعاقين عقليًا في التّأهيل والتشغيل دون تمييز. (عبد المجيد محمود صالح، مرجع نفسه: 319)، إضافة لما سبق؛ فإن هناك بعض المبادئ الخاصة بالمهن التي يتم تأهيل المعاقين عقليًا هي:
- * أن تكون المهن التي يلتحق بها المعاق عقليًا بسيطة وتحتوي عدد قليل من المهارات.

- * أن تكون تعليمات التدريب والعمل واضحة وبسيطة على عدد قليل من المهارات.
- * أن تكون تعليمات التدريب والعمل واضحة وبسيطة وتساعد على تعلمها وتنفيذها.
- * أن تتناسب هذه الأعمال مع ميوله وقدرات المعاق وسماته الشخصية.
- * أن يتناسب العمل مع متطلبات الظروف الاقتصادية.
- * أن تكون ظروف العمل مثيرة جذابة والأدوات المستخدمة سهلة الاستعمال.
- * أن يتجنب أصحاب العمل وممارسة الضغوط النفسية على المعاق.
- * أن يتدرب المعاق عقليا أثناء العمل أو قبل العمل، وأن تتوفر له الحوافز للاستمرار فيه. (سامي حسني العزة، مرجع سابق: 162)

- أهداف التأهيل المهني للمعاقين عقليا:

يهدف التأهيل المهني لهؤلاء إلى زيادة قدرتهم على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات حيث يساعدهم على التعرف على إمكانياتهم وقدراتهم وتزويدهم بكل الوسائل التي تعينهم على استقلال هذه الإمكانيات. (سعيد حسني العزة، مرجع سابق: 129)

حيث يشير إلى التقليل من مشكلات الإعاقة بمساعدة المعاق عقليا على تطوير قابليته للقيام بالمنظمات اليومية ضمن حدوث إعاقته وإتاحة الفرصة أمامه ليطور قدراته الجسمية والنفسية ليشعر بالفائدة في المجتمع. (ماجدة السيد عبيد، الإعاقة العقلية، 87)

وعموما فإن عملية التأهيل المهني عملية تأخذ بعين الاعتبار جوانب النمو المختلفة عند الإنسان بهدف إعادة قدرته على التكيف في مجالات الحياة المختلفة وأن يتقبل ذاته ومجتمعه وأن يصل إلى مستوى الكفاءة الشخصية والمهنية والاستقلال الاقتصادي، ومن خلال ذلك فإن هذا الهدف يشمل ما يلي:

- . تحديد إمكانيات المعاق عقليا والاستفادة منها لأقصى درجة ممكنة.
- . تحقيق احترام الفرد لذاته وإعادة ثقته بنفسه وتغيير نظريته السالبة حول نفسه واتجاهات المجتمع حوله من خلال تحقيق وتلبية حاجاته ورغباته بالعمل.

. إعداد المعاقين ذهنيا للمهن التي تلائمهم دون الاعتماد على الغير ودون وضعهم في موقف تنافسي مع من يفوقهم ذكاء وقدرة وذلك في وسط محمي من أخطار العمل.

. إكسابهم الخصائص الشخصية التي تمكنهم من الحصول على تقبل الآخرين لهم والعادات الطيبة التي تساعدهم على أن يكونوا على قدر من الكفاية الإنتاجية والانتظام في العمل والتكيف معه. (ماجدة السيدة عبيد، مرجع نفسه: 265، 266)

ج- المهن المناسبة لتأهيل المعاقين عقليا:

قد يعتقد البعض في عدم صلاحية المعاقين عقليا إلا للتدريب على الأعمال اليدوية البسيطة مثل عمل المكانس والكراسي والسلال والسجاد والنسج اليدوي وهذا اعتقاد خاطئ لأن الدراسات بينت صلاحيتهم للتدريب على أعمال صناعية وزراعية كثيرة، فقد نجح أنجل (ANGEL) في تدريب بعض المعاقين عقليا (المستوى الخفيف) على أعمال ماهرة حصلوا منها على مرتبات عالية من هذه الأعمال، مثل: "سائق شاحنة، خياط فني في الآلات مستحدثة في الخياطة". (ماجدة السيد عبيد، مرجع نفسه: 265)

كما تبين من دراسة دافيز (DAVIS) أن 50% من الأعمال في المصانع والفنادق والمطاعم والحدائق والمزارع يمكن تدريب المعاقين عقليا عليها كما تبين من دراسة كروجو أن 45% من الأعمال التي تؤديها النساء، يمكن تشغيل المعاقين عقليا عليها، هذا كله استدعى التخلي على برامج التأهيل التقليدي وإدخال برامج تأهيل حديثة تساعد على إكساب المعاقين عقليا على المهارات اللازمة لأداء أعمال صناعية وزراعية مستحدثة، لأنه لم يعد مناسباً منذ نهاية القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين تدريب المعاقين عقليا على الأعمال الحرفية البسيطة التي لم يعد لها مكان في عصر الصناعة، ومن الأعمال التي يمكن تأهيل المعاقين عقليا عليها، الحلاقة، البساتين، الخزف، وتنسيق الحدائق وتربية الحيوانات والطيور وأعمال المراسلة والحراسة وأعمال تزويد السيارات بالبنزين وغسيل.

وتشحيم السيارات ولحام إطارات السيارات وأعمال البناء والدهان وتصليح الأحذية وتقطيع الخشب وتنعيمه وغسل الملابس وتجميع الإنتاج وتصنيفه.

(كمال ابراهيم مرسى، مرجع سابق: 313)

وقد جمع العلماء مجموعة من المهن الحديثة التي أشار إليها

(BECKHAM) و (ALICECHANING) وأعدت لتتناسب مع المجتمعات العربي، هذه

المهن الخاصة بالعمر العقلي ما بين 3-12 سنة ونسب الذكاء كما هي على مقياس

وكسلر، هذه المهن يمكن تلخيصها فيما يلي: (ماجدة السيد عبيد، مرجع سابق: 267-269)

خطوات التّأهيل المهني للمعاقين عقليا:

تقوم خطوات التّأهيل المهني على أسس فنية يتعاون على تنفيذها متخصصون في الشؤون المهنية والاجتماعية والطبية والنفسية والتربوية وغيرها مثل البرامج يجب أن تخطط بعناية ويسند أمر تنفيذها الى متخصصين من ذوي الخبرة العلمية والعملية في موضوعات تخصصهم وتطبيقها في مجال التّأهيل المهني، المهم هو الوصول بالمتخلف عقليا الى مزاوله العمل الذي يناسب ما تبقى له من قدرات وإمكانيات تساعده على التكيف النفسي والاجتماعي والاقتصادي تبعا للظروف المحيطة به في المجتمع.

(حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في الوطن العربي: مرجع سابق، ص232)

كما تجدر الإشارة في هذا الصدد أن عمليات التّأهيل المهني للمعاقين عقليا تتضمن عددا غير قليل من الخدمات التي تتجه إلى مساعدة هؤلاء إلى استعادة أقصى درجة ممكنة من قدراتهم حيث تقدم كجزء من عمليات التّأهيل الشاملة لبعض المعاقين عقليا خاصة مما يكونون بحاجة إلى مثلها، هذه الخدمات حتى وان ظهرت وكأنها تقدم لهم على مراحل متتابعة فإنها في الواقع تتداخل فيما بينها وقد يستمر تقديم بعضها طيلة عملية الرعاية والتّأهيل في حين قد يقتصر بعضها على فترة زمنية معينة وأخرى.

(ماجدة السيد عبيد، ، ص23)

تبعاً للحالات المراد تأهيلها هذه الخدمات الاجتماعية في المجالات المختلفة التي يستمر تقديمها الى هؤلاء في مجالات الحاجة إليها قد تكون في شكل ضمان الإقامة الملائمة للمعاقين عقلياً ومساعدتهم على الانتقال من مكان لآخر، وتوفير لهم الخدمات الترويحية باستمرار لما لها من فائدة في ضمان نتائج التّأهيل وكذا متابعتهم صحياً والطب النفسي بالعلاج والتمريض وتعليمهم وتدريبهم على الأنشطة الحياتية اليومية والرعاية الذاتية. (سعيد حسني العزة، مرجع سابق، ص 67)

والفاحص لخطوات التّأهيل يجدها خطوات متداخلة ومتكاملة وكل منها تمهد للأخرى ومستمدة منها يجعلها مترابطة ومتشابكة هذه الخطوات كما يلي:

أولاً. التّهيئة أو التربية المهنية: ويقصد بالتّهيئة المهنية أو التربية المهنية بإعداد المعاق عقلياً وتزويده بالمهارات والمعلومات التي تمكنه من تعلم مهنة ما في مرحلة لاحقة، وبالنسبة للمعاقين عقلياً تعتبر التّهيئة المهنية خطوة ضرورية، لأنها تساعدهم على اكتساب المعلومات والمهارات والخبرات الأساسية اللازمة للنجاح في التّأهيل المهني، حيث يقول "مارلند" أن التربية المهنية هي مفهوم ذو ثلاث أبعاد حيث يجب أن تكون جزءاً من المناهج لجميع الأفراد كما يجب أن تستمر طوال فترة بقاء الفرد في المؤسسة على أن يكون لديه المهارات الضرورية للبدء بالعمل بعد انتهاء التدريب، هذا بالنسبة للتربية المهنية عموماً أما بالنسبة للمعاقين عقلياً فتبدأ معهم في سن مبكرة قبل البدء في التّأهيل خاصة بعد سن 12 سنة حيث تهدف التربية المهنية الى تنمية السلوك المهني الملائم والقدرات والمهارات والمعارف المهنية التي تساهم في تحقيق التكيف المهني ووضع أهداف للعمل. (يوسف فريد القريوني، مرجع سابق، ص 147)

ومن خلال توعية المعاق عقلياً وتعريفه بالمهن المختلفة المتوفرة في المجتمع من حيث أهميتها والمهارات اللازمة لكل منها والمواد الخام المستخدمة فيها والأدوات اللازمة لها، علاوة على ذلك فإن التّهيئة المهنية توفر فرصة لاستكشاف الميول المهنية

والمساعدة في تكوين اتجاهات ايجابية نحو العمل؛ بالإضافة الى التدريب على المهارات العامة المتصلة بمختلف المهن يقصد تسهيل عملية التأهيل المهني في المراحل اللاحقة، كما تستخدم التهيئة المهنية عدة أساليب أهمها:

- تنمية حواس المعاق عقليا ومهاراته الحركية الكبيرة والدقيقة وتحميله بعض المسؤوليات المناسبة للعمل.
 - زيارة مراكز التدريب والتأهيل المهني ومقابلة المسؤولين عن التدريب قبل البدء في التأهيل.
 - مشاهدة الأفلام عن التدريب وزيارة الورش والمصانع لجمع المعلومات عن المهن المختلفة، وممارسة نماذج للعمل في حصص الأشغال اليدوية والهوايات.
- (كمال ابراهيم مرسى، ص402)

وعموما فان التهيئة المهنية تهدف إلى:

- توسيع مدارك معلومات المعاق عقليا بالمهن المختلفة.
- تنمية وصلل البراعة اليدوية وتعلم المهارات المهنية الأساسية.
- التغلب على الصعوبات الحركية والحسية.
- تنمية قيم واتجاهات ايجابية نحو العمل أو المساهمة في الإنتاج.
- اكتساب مقومات السلوك المهني المقبول.
- توظيف المهارات الأكاديمية والاجتماعية التي سبق وأن تعلمها المعاق عقليا في المراكز الخاصة.

- مساعدة المعاق عقليا والعاملين معه على استكشاف ميوله واستعداداته المهنية

(يوسف فريد القريوتي، د س، ص149، 150)

وعلى الرغم أن التهيئة المهنية يفترض أن تصبح عنصرا أساسا من مكونات البرامج التعليمية لبناء اتجاهات وقيم مهنية ايجابية قبل الشروع في التأهيل، إلا أن هذا لا يمنع

البدء في تقديم التهيئة المهنية بتخصيص حصص تعليمية لذلك الى جانب البرامج التأهيلية الأخرى على يتم التركيز في هذه الأنشطة في سن السابعة عشر ومن ثم يتم التنوع في هذه الطرق والأساليب بحيث تحقق الأهداف المنشودة ومن هذه الأنشطة الزيارات الميدانية لمواقع العمل المختلفة لإعطاء فرصته للمعاقين عقليا للمشاهدة الميدانية مثل مزارع الدواجن المشاتل الزراعية والحقول والبساتين، ورشات النجارة ومركز الصناعات والحرف التقليدية، وأسواق الخضار، مصانع حفظ الأغذية...الخ، استقدام مهنين مختلفين الى غرفة الصف لشرح مهمهم ووصفها والإجابة على الأسئلة من طرف المعاقين عقليا، التدريب المباشر على أداء المهارات الأساسية المرتبطة بالمهن المختلفة واستخدام الأدوات الخاصة بالتأهيل.

ثانيا. الإرشاد المهني للمعاقين عقليا: نحن نعلم أن العمل الإرشادي يعتمد على قيام علاقة بنائية وظيفية بين المرشد والحالة وهي علاقة سمحة تتيح له اكتساب الفهم عن نفسه بالدرجة التي تساعد على اتخاذ القرارات.(عبد الحميد حنورة، د س، ص90)

سادسا: المبادئ العامة في تأهيل المعاقين:

- التأهيل عملية فردية تعنى بالفرد المعاق متناول مشكلة الإعاقة كما تتناول مشكلاته النفسية والاجتماعية والجسمية التي ترتبط بإعاقته.
- التأهيل عملية متكاملة تتكامل فيها الخدمات النفسية والطبية والاجتماعية والمهنية والتربوية سواء فيما يتعلق بالتشخيص أو العلاج أو التدريب أو التشغيل.
- إن عملية التأهيل يجب أن تبدأ منذ اكتشاف الإعاقة والتحقق من وجودها عند الفرد.
- أن تأخذ عملية تأهيل المعوقين بعين الاعتبار ميول الفرد المعوق والاتجاهات قيمة سواء في مجال التربية الخاصة أو التدريب أو التشغيل.
- يجب أن تعتمد عملية تأهيل المعوقين بشكل خاص على القدرات العقلية والجسمية المتوفرة عند المعوق والتأكد على تنمية هذه القدرات والاستفادة منها إلى أقصى درجة

ممكنة. (وائل وآخرون: مرجع سابق، ص15)، مادامت عملية التأهيل عملية فردية فإنّ شخصية المعوق وسماته الشخصية يجب أن تأخذ أساسا في عملية التأهيل بتكيف المعوق مع ذاته من ناحية، ومع البيئة المحيطة به من ناحية أخرى، بحيث تسعى عملية التأهيل إلى تحقيق تقبل الفرد لذاته وتقبل المجتمع له.

سابعا: الفلسفة التي تقوم عليها عملية التأهيل:

تقوم فلسفة تأهيل المعوقين على أساس أن الاهتمام الرئيسي يتركز على الإنسان لأنه الشخص المستهدف في عملية التأهيل ولا يستطيع العيش في معزل عن بقية الأفراد الآخرين حيث انه يعيش في مجتمع إنساني وبشري قد يتأثر به أو يؤثر فيه كشخص وعضو في هذا المجتمع...

وتعتبر عملية التأهيل المسؤولية الاجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي على كافة المستويات وكذلك فإن فلسفة التأهيل تؤكد على الانتقال بالمعاق من القبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات وذلك عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية واستعادة الشخص المعاق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية والعقلية أو الحسية المتبقية لديه، هذا إضافة إلى تقبل المعاق اجتماعيا والعمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوقه الإنسانية. (منشورات الجمعية النسائية: مرجع سابق، ص16)

. الفرق بين التأهيل وإعادة التأهيل:

لابد أن نفرق بين التأهيل وإعادة التأهيل حتى لا نخلط بين المفهومين وما يتطلب كل واحد على حدا :

فالتأهيل: هو عملية اكتساب المتدرب مهارات أساسية في أحد مجالات العمل، وتكون في العادة إما في المعاهد أو المدارس الفنية المتخصصة أو البرامج التدريبية طويلة الأمد التي تبنيها المنظمة لتأهيل الفرد لامتلاك مهارة معينة تساعد في الحصول

على وظيفة تشترط وجود هذه المهارة. (حبيب الصحاف: 1997، ص 57)، كما يعني التأهيل أيضا هو عملية متداخلة الجوانب تركز على النهوض بالياقة الجسدية والوظيفية العامة وهو ما من شأنه أن يسير التأهيل النفسي والاجتماعي. (عاطف: 390، 391)

فيعني ذلك من خلال التعاريف السابقة للتأهيل فهو تلك الخدمات والمساندة التي يتطلبها الفرد المعاق للتطوير من قدراته وإعاقته على تقبل ذاته والاستعداد للقيام بمهارات تمكنه من التكيف والتوافق النفسي مما يؤهله ليكون فردا بإمكانه الإعتماد على نفسه في بعض مواقف الحياة المعاشة. وتكون تلك الخدمات تقدمها كل من الأسرة وخاصة الأم باعتبارها الأقرب للطفل ومن ثم المراكز الخاصة بالتكفل بذوي الإعاقات بإختلاف أنواعها. إذن : **فإعادة التأهيل**: فنعني به هو فرد كان قد تدرب أو تعلم مهنة ما ومارس هذه المهنة مدة من الزمن ثم حدث أن أصيب بعاهة وأصبح معاقا ولم يستطع العودة إلى عمله أو مهنته الأصلية بسبب إعاقته الجديدة. (ماجدة السيد عبيد: مرجع سابق، ص 15) وأيضا إعادة التأهيل: يعني إسترداد الصحة و العافية لممارسة الحياة الطبيعية (30: 2015, h18 fak-phle/www.hrr.org)، وأيضا إعادة التأهيل هو أحد إستراتيجيات تطوير المجتمع ويهدف إلى إعادة تأهيل ومكافئة فرص ودمج إجتماعيا ونفسيا جميع المضرورين من جراء كوارث طبيعية (قحطان أحمد الطاهر: 1984، ص 345).

ثامنا: مبررات عملية التأهيل:

- هناك مبررات عديدة وأساسية لتقديم الخدمات التأهيلية للمعاق أهمها:
- أ- يعتبر الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة وبذلك ينبغي أن يكون هدف مباشر لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتنوعة.
 - ب- الشخص المعاق يعتبر فردا قادرا على المشاركة في جهود التنمية ومن حقه الاستمتاع بثمارها إذا أتيحت له الفرص والأساليب اللازمة لذلك.

ج- إن المعاقين مهما بلغت إعاقاتهم واختلفت فئاتهم فإن لديهم قابلية وقدرة وواقع التعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية في المجتمع لذلك لابد من التركيز على التنمية ما لديهم من إمكانيات وقدرة في مجالات التعلم والمشاركة.

د- لجميع المعاقين الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الاجتماعي أو الإنتماء السياسي.

هـ- تعتبر عملية التأهيل حق للمعاقين في مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين وذلك لتوفير فرص العيش الكريم لهم. (منشورات دار البازوري: 1984، ص30)

و- تعتبر التنمية الشاملة التأهيل جزء منها وما تتطلبه هذه التنمية من تطوير في الهياكل والبنية الاقتصادية والاجتماعية ركيزة أساسية في القضاء على أسباب الإعاقة بمختلف صورها. (مجلة تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة: دس، ص45)

تاسعا: الأسس والقواعد التي تستند عليها عملية التأهيل:

حتى تؤدي عملية التأهيل دورها فلا بد لها من مراعاة الأسس والقواعد التالية:

أ- إن كل خطوة من خطوات التأهيل يجب أن تقوم على أسس وقواعد عملية وليس لها أسس إنسانية واجتماعية فقط.

ب- تعتمد كل خطوة أشخاص مؤهلين ومختصين.

ج- يجب أن تقوم كل خطوة على أسس وقواعد تشخيصية وتفسيرات دقيقة وواقعية للمعلومات المتوفرة عن حالة الفرد.

د- إن عملية التأهيل بالكامل يجب أن تقوم على أسس فردية وليس أن هناك قالب واحد يمكنه من ذلك.

هـ- ملائمة جميع الحالات.

و- يجب أن تقدم الخطوات التأهيل بشكل متكامل.

ز- ضرورة اشتراك المعوق وأسرته اشتراكات ما في جميع مراحل وخطوات عملية التأهيل.

ح- ضرورة متابعة وتقييم كل خطوة من خطوات التأهيل في الضوء النتائج التي تحققها.
(مجلة جامعة الملك سعود: دس، ص 61)

عاشرا: التأهيل في الجزائر:

منذ زمن طويل بدأ الاهتمام بموضوع التأهيل وكل ما يلحق به وذلك لماله من أهمية في الحياة الفرد سواء العادي أو غير عادي.

فقد ظهر هذا الاهتمام يتصاعد ويتزايد في الستينات في العالم ككل بعد أن اثبت الواقع بضرورة العمل التأهيلي بشكل كامل وشامل فمعظم المصانع والمؤسسات الصناعية أقرت بضرورة تأهيل الفرد العامل سواء تأهيله أو إعادة تأهيله فرغم توفر كل الإمكانيات للعمل إلا أنه لابد من الاعتماد على عملية التأهيل في العمل قصد الوصول إلى نتائج إيجابية. (أسماء سراج الدين هلال: 2009، ص 27)

. معوقات عملية التأهيل :

أ. يتطلب التأهيل إمكانيات مادية وبشرية هائلة قد لا تتوفر لكثير من المجتمعات وخاصة النامية منها.

ب. التأهيل عملية تتعامل مع عناصر معوقة متقدمة نسبيا في السن بالتالي تواجه عقبات تعليم الكبار.

ج. التأهيل هو إعادة تدريب المعاق على مهارة معينة تتناسب مع قدراته الباقية فهي عملية هجر أمر مألوف إلى أمر آخر غير مألوف مما يؤدي الى مقاومة المعاق تماشيا مع النزعة العامة للفرد لمقاومة التغيير.

د. عدم وجود مقاييس مقدمة تقيس قدرات المعاق سواء عند التأهيل المهني كعملية تستهدف اختبار المهنة المناسبة للفرد أو عند التوجيه المهني كعملية تستهدف اختبار الفرد المناسب لمهنة بعينها. (مجلة تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة: 2004، ص 11)

9-2. العناصر المساهمة في إنجاح عملية التاهيل:

لابد للتاهيل لكي يكتمل بنجاح وفعالية من توفر عناصر أربعة هي:
أ. الشخص المعوق نفسه.

ب. أسرة المعوق.

ج. المجتمع.

د. فريق التاهيل. (وائل مسعود محمد الشناوي: مرجع سابق، ص 11)

أولاً: تاهيل الفرد المعوق:

تركز خطة التاهيل الفردية للمعوق على مجالات مختلفة من البرامج التأهيلية للفرد المعاق و على قدراته وإمكانياته وسيولة واستعداداته.

ويمكن تحديد برامج وأنشطة التاهيل إلى:

- التاهيل الطبي.
- التاهيل النفسي.
- التاهيل الإجتماعي.
- التاهيل المهني.
- التاهيل الأكاديمي (التربوي).

ثانياً: تاهيل البيئة:

إن خطة التاهيل يجب إلا تقتصر على الشخص المعوق بل يجب إن تمتد لتشمل البيئة التي يعيش فيها الفرد المعوق أيضاً إذا ما أردنا أن نحقق أهداف عملية التاهيل المتعلقة بمواجهة المشكلات التي يمكن أن تنجم عن العجز وكذلك إذا ما أردنا إعادة دمج الشخص المعوق في المجتمع.

إن تاهيل بيئة الفرد المعوق يعني توفير الظروف البيئية المناسبة سواء ما يتعلق منها بالبيئة البشرية أو البيئة المادية والطبيعية وذلك من اجل توفير الظروف البيئية الملائمة

لنجاح عملية التأهيل وتلبية الاحتياجات الخاصة للفرد المعوق والناجمة عن حالة العجز التي يعاني منها. (وائل مسعود محمد شناوي: مرجع سابق، ص12)

وتعتبر البيئة المحررة من العوائق من أهم الإتجاهات التأهيلية المعاصرة والتي حظيت باهتمام كبير سواء على المستوى التشريعي أو المستوى التنفيذي في العديد من دول العالم إن عملية التأهيل البيئية يجب أن تركز على عنصرين لا يقلان أهمية عن بعضهما البعض وكذلك لا يقلان أهمية عن تأهيل الفرد المعاق نفسه وهما:

. العنصر الأول:

ويتمثل في تأهيل الأسرة التي يعيش في ظلها الفرد المعوق سواء بتعديل إتجاهات أفرادها وإرشادهم وتقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي لهم أو بتدريبهم على أساليب التعامل مع الفرد المعاق كما يشتمل هذا العنصر أيضا على تعديل وتطوير الإتجاهات الإيجابية من قبل أفراد المجتمع لزيادة ثقل الفرد المعوق ومنحه فرص الاندماج والعيش بحرية واستقلال. (وائل مسعود محمد شناوي: مرجع سابق، ص22)

. العنصر الثاني:

ويتمثل في البيئة الطبيعية وتأهيلها لتناسب مع حاجات ومتطلبات الأفراد المعوقين والمتمثلة في السكن والمواصلات وتهيئة المباني العامة والتجارية والخدمات التربوية وإجراء التعديلات الملائمة عليها لتكوين الأفراد المعوقين من الاستفادة منها بدون أية حواجز أو عوائق كذلك الأمر فيما يتعلق بوسائل المواصلات لتيسير مهمة تنقلهم.

ومن المؤشرات الدالة على اهتمام الدول بتحرير البيئة من العوائق هو قيام العديد منها بسن التشريعات والقوانين والأنظمة التي تتطلب إجراء التعديلات لازمة على المباني والمنشآت والطرق وإشارات المرور وغيرها ضمن ما يسمى كودة البناء الخاصة بالمعوقين أو قانون العوائق المعمارية الذي صدر في أمريكا عام 1968.

(وائل مسعود محمد شناوي وآخرون: مرجع سابق، ص24)

والمقصود بـ: كودة البناء هي التفاصيل الفنية المتعلقة بأعمال الإدارة على الأرصفة وأغطية وقنوات تصريف المياه وكذلك تسخير التكنولوجيات الحديثة مما يغطي كافة النواحي الأساسية والترفيهية لخدمة المعوقين في المباني العامة، بحيث تتمكن هذه الفئة من المشاركة في المجتمع بكل فعالية.

لذا فلا بد من توفير بيئة مناسبة لهذه الفئة من المجتمع للمشاركة في التنمية من خلال تسهيل وتعميم ذلك في كل المباني العامة التي يرتادها المعوقين سواء المعوقين حركيا، سمعيا بصريا وعقليا.

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أنه أساس فشل أو نجاح الرعاية التربوية وكذلك التأهيل بأنواعه لا بد من مراعاة العوامل النفسية والاجتماعية للمعاقين من خلال:

أن أسعد الناس من يستطيع أن يعيش مع إعاقته فهذا الذي تم توضيحه من طرف الباحثة في العناصر السابقة والتي تضمنت أسلوبا تربويا لفهم الإعاقة وأسهم في فهم المعاق لنفسه وتطوير سلوكه وعاداته وقيمه وكيف يمكن للآخرين أن يفهموه وهذا يدخل ضمن الطب السيكوسوماتي والذي يتدخل في تكوين فكرة المعاق عن نفسه وسلوكه وآماله. ضمن عوامل ذاتية واجتماعية وبيئية وعلاقة هذه العوامل بالآثار النفسية لكل من المعاق نفسه.(مروان عبد المجيد إبراهيم:2002،ص332،333) ورفاقه، ولا بد في ذلك الأخذ بعين الاعتبار نظرة العائلة للإعاقة والمعاقين وتم توضيح ذلك فيما يلي:

تسهم العائلة والمتمثلة بالأب والأم والإخوة مساهمة كبيرة في مساعدة المعاق للاندماج بالمجتمع والاشتراك بالبرامج التربوية والثقافية والرياضية والفنية وذلك عن طريق تسهيل وصوله إلى هذه الأنشطة، وبهذا فإن مساهمة العائلة لأحد أفرادها المعاقين سواء أكان طفلا بالغاً يلعب دور كبيرا في تحديد ما إذا كان هذا الفرد جزءا من المجتمع أم غريبا عنه.

يحتاج كل معاق كالآخرين إلى الشعور بالنجاح والقدرة على التوافق، والحقيقة أن المعاق لن يشعر بالراحة لأنه يختلف عن باقي الأفراد من زملائه وإخوانه وأن هذا الاختلاف يجب أن يواجهه واقيا كما يجب أن يواجهه أبوه وأمه، ولكن بالرغم من هذا فإن العجز أو الإعاقة ليس كل شيء في الحياة، فهو ليس مختلفا في كل النواحي بل النقص منها فقط. وهو فعلا متشابه مع غيره من الناس في كثير من النواحي أكثر من اختلافه عنهم وهو مثلهم يرغب في أن يحب أو يكره، كما يحتاج الطفل المعاق لكي يبني أمته إلى تعاون الوالدين معا.

فكل طفل معاق يحتاج إلى أن يكون له أب وأم وأن يحس بشعور الإتحاد بين الشخصين اللذين يحبهما أكثر من غيرهما، ويحتاج المعاق إلى ذلك أكثر مما يحتاج إليه الفرد السوي، فعندما تكون الأم وحدها هي المسؤولة عن صحة طفل معاق فإن الموقف يبدو كئيبا ويفقد الطفل أثر الرجال الذي يعتبر هاما في حياة الشخص العادي وتضجر الأم وتتهك بالمصاحبة الدائمة لصغيرها غير السوي بسبب عجز جسمي أو عمى أو صمم أو تخلف عقلي، الذي يحتاج إلى الكثير من الاهتمام. (مروان: م سابق، ص 347)

إن الوالد أو الوالدة المتمسكة بالدين سيجدان في ربهما معينا كبيرا وسيكون بحث الأمر مع رجل الدين مساعدة وإلهاما، وكثير من رجال الدين في هذه الأيام على قسط وفير من الثقافة ييسر لهم مساعدة الرجال والنساء الذين يعانون من مشكلات ولا تقتصر مساعدتهم على إكسابهم نوعا من الشجاعة الروحية فحسب بل يوجهونهم نحو الأخصائيين من الأفراد الذين يعانون العجز من الناحية الطبية والنفسية والاجتماعية.

أما ذوي الإيمان الضعيف فانه يوجد لديهم نوع من التحدي والأمل في كونهم آباء وأمّهات لطفل معاق، وكل خطوة تقدم تضيف إليهم معرفة قوية ذات أثر يتميزون بها عن غيرهم من الآباء لأطفالهم الأصحاء سيئو النمو، فليس أمتع وألذ من الإشباع الذي تجنيه

نتيجة الحصول على نصر في صورة توكيد ويقين لطفل أصيب بإعاقة وهو في مستهل حياته. (مروان عبد المجيد إبراهيم: مرجع نفسه، ص348)

على الأب والأم أن يجعلاً طفليهما المعاق في مساعدة نفسه عن طريق معرفته بأنه يساعد كما إذا ما فعل ذلك لأن القيمة الانفعالية للشعور بأن الفرد يسهم في عمل ما ذات قيمة كبيرة لأولئك الذين يعتمدون على غيرهم في نواحي متعددة، كما أنه من واجبات الآباء تنمية الثقة بالنفس لأبنائهم المعاقين وتشجيعهم على تكوين العلاقات مع الآخرين. (مروان عبد المجيد إبراهيم: مرجع سابق، ص347)

وقد يميل المعاق الكبير في بعض الأحيان إلى السخط والتساؤل "لماذا حدث لي هذا وقد لا يستطيع الأب أو الأم إجابته، وقد يحتاج إلى خبير إجتماعي لمساعدته، على الأب أن يقبل كلام ابنه المعاق ويشجعه خاصة إذا كان أصم أو متخلفاً عقلياً ويجب أن يتجنب التصحيح المتكرر لكلامه. وكلما وعى طفلك ما يقال له أصبح راغباً في الإستجابة للحديث، فحاول بصبر وانتظام أن يكون كلامك مفهوماً إلى أكبر حد ممكن بالنسبة لطفلك. (مروان عبد المجيد إبراهيم: مرجع سابق، ص353-361)

خلاصة:

مما سبق وما تم طرحه من مفاهيم والمتعلقة بالتأهيل النفسي الاجتماعي للطفل المعاق عقليا، يمكننا القول أن عملية التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني متشعبة ومتكاملة ومتراصة ومتكاملة، لا يعني بها شخص معين أو فريق معين من المجتمع بل هي مسؤولية الجميع بدءًا من الأسرة بكافة أفرادها ثم الأشخاص المتخصصين والمتواجدين في المراكز المختصة، ولكن لا بد دائما الإشارة إلى أن الإعاقة العقلية شيء ليس بالهين بل لا بد من الإطلاع عليها جيدا، وفهمها والدراسة في خصائصها، حيث من الصعوبة الاحتكاك المباشر بهذه الفئة دون خلفية مسبقة عليها، وعليه فإن من هم مطالبون بمساندة هذه الشريحة هم الأشخاص الذين أعدوا إعداداً علمياً ومهنيًا والمتكونين بصفة جيدة في هذا المجال، ولكن دائما تبقى النقائص حول عدم اكتمال تلك الخدمات بسبب أن غياب دور أهم عنصر في هذه العملية ألا وهي الأسرة، وذلك راجع ليس بسبب التقصير ولكن بسبب جهل أولياء الأمور في كيفية التعامل مع هذه الفئة، لذا يتوجب على الأخصائيين والمتعلمين في هذا المجال أن يتكفلوا بأسر الأطفال المعاقين عقليا وتدعيمهم من الناحية المعرفية وتنقيفهم في ماهية الإعاقة العقلية وكيفية التعامل مع هذه الشريحة حتى يصبح فريق التكفل متكامل بدءا من الأسرة إلى المجتمع حتى يتم تحقيق النجاح في عملية التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني.

الفصل الرابع:

الإعانة العقلية

تمهيد

- أولاً- مفهوم الإعاقة العقلية
- ثانياً- الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي
- ثالثاً- تصنيف الإعاقة العقلية
- رابعاً- أسباب الإعاقة العقلية ونسبة انتشارها
- خامساً- خصائص الأطفال المعاقين عقليا
- سادساً- الوقاية من الإعاقة العقلية وأساليب علاجها
- سابعاً-الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المعاقين عقليا

خلاصة

تمهيد:

قبل أن نستعرض مفهوم الإعاقة العقلية، والدخول في التفاصيل الخاصة بهذا الموضوع، يجدر بنا أولاً أن نشير إلى أن المفهوم العام للإعاقة عرف تطورات مختلفة، حيث كان على العجز أو العاهة أو القصور، والتي تمنع صاحبها من القيام بالأدوار والمهام المتوقعة منه من المجتمع، والذي يفرض معايير، كل عاجز على الاستجابة لها يطلق عليه اسم "معاق" مهما كانت الأسباب ويصنف في تصنيفات تميزه عن باقي الأفراد العاديين.

والإعاقة العقلية كغيرها من الإعاقات تدخل في هذا التصور العام، والذي أصبحت الاتجاهات الحالية تفضل استعمال مصطلح "ذوي الحاجات الخاصة" كرد فعل على المصطلحات المتداولة بين الناس، والتي كانت تعبر عن اتجاهات سلبية نحو هذه الفئة من الأطفال، بذلك فكل فرد سواء كان معاق أولاً قد يكون بحاجة إلى خدمات خاصة، وتختلف الحاجات حسب نوع الإعاقة ودرجتها، وذلك يتطلب دراسة وبحث في المشكلات المتعلقة بكل نوع من الإعاقات، هذا ما نحاول أن نتعرض إليه في موضوعنا الخاص بالإعاقة العقلية من أجل إلقاء الضوء على هذه الظاهرة التي عنتبها تمام العديد من الباحثين والمختصين في الفروع المختلفة، مما أدى إلى اختلاف وجهات النظر فيدراساتها ومعالجتها سواء من حيث التعريف أو التصنيف وغيرها.

أولاً: مفهوم الإعاقة العقلية (Mental Retardation)

تنوعت وتعددت التعاريف التي حاولت تحديد معنى الإعاقة العقلية فمنها القديم والحديث ومنها من أطلق مصطلحات للإعاقة العقلية مثل: الغباء، البلادة، ومنها من استخدم مفهوم النقص العقلي ومصطلح التخلف العقلي والإعاقة العقلية... الخ، وسنكتفي هنا للإشارة إلى أهم التعريفات التي استخدمت في السنوات الأخيرة وهي كالتالي:

1. التعريف الطبي (Medical definition)

من الشائع والمعروف بأن أول من اهتم بالإعاقة العقلية وأكثرهم تعاملًا مع هذه الظاهرة من خلال وجهة نظر إكلينيكية بشكل كبير هم الأطباء الذين تناولوا التعاريف الخاصة بالإعاقة العقلية غالبًا بالاعتماد على مظاهر النمو العضوي للجهاز العصبي أو الأمراض الوراثية أو إصابات الجهاز العصبي الناشئة قبل أو أثناء الميلاد أو في مرحلة الطفولة.

هذا الاتجاه يرى أن التخلف العقلي ناتج عن أسباب وراثية (جينية) لها علاقة بالكروموزومات التي تؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في الدماغ، والتي تحدث قبل أو أثناء الولادة تؤدي إلى عدم اكتمال نمو دماغ الفرد، ومن العوامل المرضية التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية مرض السلفس، والحصبة الألمانية، والتعرض إلى أشعة (x)، ومشاكل الحمل، التدخين، التعرض للرضوض، تناول الكحول، والعقاقير، والمخدرات، والإخصاب غير المناسب للحيوان المنوي، البيئة الرحمية المريضة والعامل الرايزيسي أي اختلاف دم الأب والأم. (سعيد، 2002، ص59). كما أشارت منظمة العمل الدولية على أن الشخص المعاق هو ما نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، نقصاً فعلياً نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية. (محمد سيد، 2005، 13)

ما نستخلصه من خلال التعريف الطبي للإعاقة العقلية أنها: تلك الإعاقة التي تصيب الفرد، إما بسبب عدم اكتمال عمر الدماغ أو إصابة المراكز العصبية قبل أو أثناء أو بعد الولادة.

2. التعريف السيكومتري (Psychometric Definition)

يشير هذا المفهوم إلى مقاييس القدرة العقلية عند (الفرد بينيه ووكسلر)، ويعتمد على درجة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، يصنف هذا المقياس المعاقين عقلياً إلى ما يلي:

- معاقين قابلين للتعليم **Educable Mental Retarded (EMR)** وينحرفون انحرافاً معيارياً سالباً عن المتوسط.
- معاقين قابلين للتدريب **Trainable Mental Retarded (TRM)** وينحرفون انحرافين سالبين عن المتوسط.
- معاقين ذوي إعاقة شديدة **Severely Mental Retarded (SMR)** وينحرفون ثلاث انحرافات معيارية عن المتوسط. (سعيد، 2002، 60)

وهذا ما أكدته (جروسمان) في تعريف آخر في عام 1973، وينص على أن الإعاقة العقلية " تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معيارين، ويصاحب ذلك قصور في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18 "،

3. التعريف الاجتماعي (Social Definition):

يُركّز على مدى إمكانية الفرد من الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه ونجاحة أو فشله إذا ما قورن مع أقرانه في المجموعة العمرية نفسها، لهذا يعتبر الفرد معاقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية اللازمة. (الروسان، 2010).

كما يرى دول (Doll) الإعاقة العقلية على أنها: "حالة من عدم الاستطاعة

الإجتماعية ترجع إلى التخلف العقلي وهذه الحالة غير قابلة للشفاء، وهذا ما أكده سارسون (Sarson, 1953)، بقوله أن الإعاقة العقلية هي: "حالة يظهر فيها عدم التوافق الإجتماعي وتصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي". (أحمد جابر أحمد، د س).

نلاحظ أن التعريفات الإجتماعية تهتم بالجانب الإجتماعي من خلال عملية التكيف الإجتماعي ضمن البيئة التي يعيش فيها الفرد والتي تتمثل في قدرة الفرد على إنشاء علاقات إجتماعية مع غيره من الناس، كما أشار إلى ذلك جولد (Gold) 1966 من خلال شرحه لمفهوم التخلف العقلي، والذي وصفه على أنه: حالة من عدم اكتمال النمو العقلي يولد بها الطفل أو يحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي للطفل، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتتضح آثاره في ضعف المستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي والإجتماعي والمهني. (عبد الفتاح علي غزال: 2008)

4. التعريف النفسي (Psychological Definition)

الكثير من العلماء والباحثين في مجال علم النفس تطرقوا الى مجال نمو الأطفال في حالات السواء وحالات الأسواء أمثال: جان بياجيه، وجيزل، وروبنشتاين وآخرين؛ الحقيقة أن هذه الأبحاث كان لها الدور الكبير والهام في نمو وتطور العلوم السلوكية، أشار كل من (هنت ومارشيل والجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1449) إلى أن: "الإعاقة العقلية تمثل عددا من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18، وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (70 درجة)، وقصور واضح في إثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات : الاتصال اللغوي، العناية الذاتية، الحياة اليومية، التوجيه الذاتي، الخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة، والمهارات الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل". (الخطيب وآخرون، 2011)

وعليه؛ يمكن القول أنّ التخلف العقلي حالة من نمو متوقف أو غير مكتمل للعقل

تظهر في الصورة المختلفة والصورة المعتادة هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكمترية تحت مسميات مثل: العمر العقلي ونسبة الذكاء. وفي حالات أخرى، فإن العقل غير نامي قد يظهر أساسا في صورة إخفاق في الملاحظة على ضبط المعتاد على العواطف أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي.

5. التعريف التربوي (Educational Definition)

تهتم التعريفات التربوية بالإعاقة العقلية على أنها مشكلة تعليمية واعتبر عدم القدرة على التعليم معيار أساسيا للتعرف على الشخص المعاق عقليا تهتم التعريفات الحديثة للتخلف العقلي بالمستوى الوظيفي للعقل والسلوك التكيفي وقدرة النمو.

وهذا ما أكدته كير 1972 (kerk) باعتباره أن الطفل المتخلف عقليا القابل للتعلم هو بسبب بطئ نموه العقلي يكون غير قادر على الاستفادة من برنامج المدارس العادية ولكن لديه طاقات النمو مثل: تعليم بسيط في القراءة والكتابة والتهجى والحساب وغيرها، إمكانية التوافق الاجتماعي التي يمكن أن يمضي فيها المجتمع بالإعتماد على نفسه، ملائمة مهنية في الحدود الدنيا تمكنه فيما بعد الإعتماد على نفسه ولو بشكل جزئي أوكلي.(السيد عبد النبي السيد: 2004)، حيث ينظر التعريف إلى أن الإعاقة العقلية هي: نقص في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرة العقلية مصحوبا بنقص من مهارات التوافق في واحدة أو أكثر من المجالات التالية: المهارات العقلية، المهارات العلمية، والمهارات الاجتماعية، والأداء الأكاديمي، ومهارات وقت الفراغ، والتوجه الذاتي والعناية بالذات.(بدر، 2010).

نلاحظ أنّ المفهوم التربوي للإعاقة العقلية يركز أساسا على أن الطفل المعاق عقليا لا يستطيع أن يستفيد الى درجة كبيرة من برامج المدارس العادية وذلك بسبب وجود قصور في القدرة العقلية، كما أنه يعاني من تخلف دراسي وبطئ في التعلم، وهذا ما أكدته

معظم الباحثين في مجال التربية، حيث أشاروا إلى أن الإعاقة العقلية ناتجة عن عدم قدرة الطفل للاستجابة للحاجات التعليمية بشكل مناسب وعدم ملائمة البيئة التعليمية لقدراته. وهذا ما أكدته معظم التربويين على أن "الإعاقة العقلية تظهر جليا في التدني الواضح في التحصيل المدرسي وخاصة في مهارات القراءة والكتابة والحساب". (الروسان، 2008).

وعليه؛ يمكن القول أن الإعاقة العقلية من المنظور التربوي هي عدم القدرة على التعلم في المستوى الأفراد العاديين وعلى أساس مدى القدرة على الاستعداد والإنجاز التحصيلي لدى الأطفال، حيث يعرف الطفل المعاق عقليا بأنه الطفل الذي يعاني من تخلف دراسي وبطء في التعلم، فهو لا يستطيع أن يستفيد إلى درجة كبيرة من برامج المدارس العادية بسبب وجود قصور في القدرة العقلية، أما بعض التربويين فقد أشاروا إلى أن الإعاقة العقلية تنتج عن عدم ملائمة البيئة التعليمية للفرد بشكل مناسباً.

ومنه؛ فإن تعريف "الجمعية الأمريكية" للإعاقة العقلية يتميز عن باقي التعريفات، حيث يتضمن ثلاث محكات أساسية يجب توفرها قبل الحكم على فرد ما بأنه متخلف أو معاق عقليا، وهذه المحكات هي:

أ- انخفاض دال في الوظائف العقلية ويقصد بذلك هو وجود مقدار انحرافين معيارين عن المتوسط (مقياس وكسلر) تكون درجة الذكاء أقل من (70)، أما (مقياس ستانفورد بينيه) تكون درجة الذكاء أقل من (68).

ب- قصور في السلوك التكيفي: ويشير هذا المفهوم إلى درجة كفاية الفرد على الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل عمره أو فئته الاجتماعية، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية.

ج- ظهور انخفاض في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشر. وعليه فإن احتمالات القصور في الوظائف العقلية والتي قد يصاحبها عجز في السلوك التكيفي والتي قد تحدث في مراحل عمرية لاحقة

لا يمكن تصنيفها على أنها حالات إعاقة عقلية. (القمش والمعاينة، 2010)

انطلاقاً مما سبق؛ ومن جُلّ التعريفات سواءً الطبية أو النفسية أو السيكومترية أو الاجتماعية أو التربوية يمكن استخلاص ما يلي:

- * **التعريف الطبي:** "التخلف العقلي حالة من عدم التوازن الكيميائي في الجسم"
- * **التعريف السيكومتري:** "الأفراد الذي تقل نسبة ذكائهم عن (75) درجة يعدون معاقين عقلياً وذلك حسب منحى التوزيع الطبيعي للذكاء."
- * **التعريف النفسي:** "التخلف العقلي حالة من عدم التوافق النفسي"
- * **التعريف الاجتماعي:** "التخلف العقلي انخفاض في المستوى الثقافي والقدرة على التفاعل مع الآخرين"
- * **التعريف التربوي:** "التخلف العقلي انخفاض على دون مستوى المتوسط ويظهر متلازماً مع القصور في السلوك الكيفي للفرد خلال فترة النمو"

ومن كل هذه التعاريف نستنتج أن الإعاقة العقلية هي: "فقدان جزئي أو كلي للوظيفة العقلية". (السعيد عواشريّة : 2006، ص142)

1. المراحل التي مرت بها ظاهرة الإعاقة العقلية:

نلاحظ أن مختلف المصادر وأنواعها أشارت إلى أنه بتعدد الحضارات وتنوعها كانت هناك استجابات لظاهرة الإعاقة العقلية كل حسب قناعاتها وثقافتها، ومن خلال هذا الطرح سيتم توضيح المراحل الأربعة الرئيسية التي مرت بها ظاهرة الإعاقة العقلية:

2-1 مرحلة الإبادة (Stage of Genocide):

حيث كانت المجتمعات القديمة الإنسانية في العصور الوسطى القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء، وأبرز الأمثلة ما ورد في جمهورية أفلاطون التي كانت تقوم على أرستقراطية العقل فقد نادى أفلاطون بضرورة إخراج المعاقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا، وكذلك فعلت إسبارطة والإمبراطورية الرومانية ذلك الأمر.

2-2 مرحلة الإهمال (Stage of Neglect):

في هذه المرحلة خفت سلبية ردود الفعل إزاء المعاقين عقليا ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل أو حتى الموت، بل كانوا يتركون في المجتمع مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا. (القريوتي وآخرون، 2003)

2-3 مرحلة الرعاية الأساسية (Primary Care Stage):

هذه المرحلة بدأت وتأسلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية تنادي برعاية الضعفاء، والمرضى، والمعاقين وغيرهم من الفئات الأقل حظا في المجتمع، وتميزت هذه المرحلة بالعناية بالمعاقين عقليا وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء، كما شهدت هذه المرحلة وجود دور إيواء للمعاقين عقليا في أقبية الكنائس، وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعاقين عقليا، حيث كانوا يودعون السجون بجانب المجرمين للظن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع، وفي أحيان كثيرة كانوا يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى العقليين. (Kirk & Gallagher, 1983)

2-4 مرحلة التربية والتأهيل (Education and Rehabilitation Stage):

بدأت هذه المرحلة مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر وتميزت هذه المرحلة ببداية محاولات تدريب المعاقين وتأهيلهم وتشكل جهود الطبيب الفرنسي ايتارد (Itard) البداية الحقيقية لهذه المرحلة، حيث كان طبيبا لامعاً يعمل في مركز الصم، وفي عام 1978 وجد ثلاث صيادين طفلاً متوحشا في إحدى الغابات وسمي هذا الطفل باسم أفيرون نسبة للغابة التي وجد فيها حيث كان متوحشا بكل معنى الكلمة حيث لا يتقن أي جانب من جوانب السلوك الإنساني، حيث استطاع ايتارد وخلال (5) سنوات أن يدرب هذا الطفل المتوحش ويعلمه ويجعله ينطق ويكتب ويقرأ بعض الكلمات إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء وقام سيجان (Seguin) وهو أحد تلاميذ ايتارد (1937) بافتتاح أول مؤسسة لرعاية المعاقين عقليا، وفي عام (1948) هاجر إلى الولايات المتحدة

الأمريكية حيث افتتح سنة (1854) أول مؤسسة لرعاية المعاقين عقليا هناك وبدأ برنامجا لتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال، حيث طورت نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعاقين وغير المعاقين وتقوم على استثارة وتدريب الحواس.

(القمش والمعايطة، 2010)

ثانيا- الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي:

نجد أحيانا أن هناك من يخلط بين مفهوم الإعاقة العقلية وبين مفهوم المرض العقلي خاصة من طرف الغير المتخصصين، أو أنهم يصفون المعاقين عقليا ضمن مرضى العقول أو العكس، والخلط بين هذين المفهومين يؤدي إلى تأخر العلاج اللازم لكل من مرضى العقول والمعاقين عقليا، ويترتب على ذلك تأخر في الشفاء وفرص التنمية لهؤلاء الأفراد، وقد تحدث الإعاقة العقلية.

- قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وخلال فترة النمو وقبل سن المراهقة.

- نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطراب أثناء التكوين أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف الدماغ، والإعاقة العقلية ليست مرضا، وإنما هي حالة نقص في درجة ذكاء الفرد نتيجة لتوقف أو قصور النمو في الذكاء.

- المعاق عقليا (Mental Retarded): هو من يعاني من تأخر أو توقف النمو العقلي لأسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الإخصاب حتى سن المراهقة، مما يؤدي إلى نقص في الذكاء ونقص القدرة على التعلم والتكيف ولذلك هو حالة غير قابلة للشفاء.

- أما المرض العقلي (Mental Disturbed): هو عبارة عن اختلال في التوازن العقلي، ومشكلات في الشخصية وإضرابات في السلوك.

- المرض العقلي يحدث في أية مرحلة من مراحل عمر الإنسان ولكن غالبا ما يحدث

بعد سن المراهقة.

- المريض عقليا: هو شخص معاق وجدانيا وانفعاليا ويعجز عن حل مشكلاته التي تواجهه.

ما يميز المرض العقلي أنه:

- يحدث في أي مرحلة عمرية للإنسان.
- قد يحدث بعد اكتمال نمو العقل.
- العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى الشخص المريض عقليا يرتبط بفترة المرض فقط، وبعد الشفاء منه يعود إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي.
- الشخص المريض عقليا يكون عادي الذكاء وقد يكون عبقريا وليس ذكيا فقط.

(الجلامة، 2007)

ثالثا - تصنيف الإعاقة العقلية (Classification of Mental Retardation):

تعتبر التصنيفات من أهم وأصعب نقطة يمكن دراستها في مجال الإعاقة العقلية وذلك لتشعبها وتعقدها، إلا أنه يمكن تبسيطها قدر الإمكان لأجل تحقيق المنفعة والفائدة التربوية العامة، ويتبر التصنيف الأساس لأي مجال أو حقل علمي وله عدة أهداف، فهو القاعدة التصنيفية التي تقرر وضع الفرد في فئة عاملة، وعملية تصنيف الإعاقة العقلية من العمليات الحساسة والصعبة التي تستدعي توخي الحذر الشديد فيها.

وتؤكد التعريفات والتصنيفات الطبية على العوامل المسببة للإعاقة العقلية في الوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض، بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة، أما التعريفات والتصنيفات الاجتماعية فإنها تحدد من الخصائص السلوكية والاجتماعية وعدم النضج الاجتماعي، ونقصان الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية للفرد وعدم القدرة على تفهم المواقف الاجتماعية ومسايرتها محكا أساسيا لتحديد المعاقين عقليا وفئاتهم المختلفة. إن مجرد وضع فرد ما بوجه عام في نطاق مستوى معين للإعاقة العقلية، لا يعني

أن هذا الفرد لايقوم بأداء وظيفي على مستوى أعلى أو مستوى أقل -في بعض الواجبات المعينة- ولا بد من النظر الى الشخص المعاق عقليا على أنه فرد يمتلك درجات مختلفة من القدرات في المجالات المختلفة، هذه القدرات تتغير كلما تقدم الفرد تجاه تحقيق النضوج، وكلما حصل على التدريب اللازم والمساعدة الملائمة.(يحيى وعبيد،2005)

تُصنّف الإعاقة العقلية الى فئات حسب معايير مختلفة، فقد تصنف حسب الأسباب التي أدت إليها، أو حسب درجة الذكاء، أو حسب الشكل الخارجي، أو حسب القدرة على التعلم (التصنيف التربوي)، والتوافق والتكيف الاجتماعي.

تصنيف الإعاقة حسب الأسباب Classification of Mental Retardation by Causes:

تقسم الإعاقة العقلية الى:

1. الإعاقة العقلية الأولية: التي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة ويقصد بها الأسباب الوراثية.
2. الأسباب العقلية الثانوية: التي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل وأثناء فترة الولادة، أو بعد الولادة وغالبا ما يطلق عليها العوامل أو الأسباب البيئية.(الروسان،2010)

تصنيف الإعاقة حسب الشكل الخارجي Classification of Mental Retardation by Form:

وتقسم الإعاقة العقلية حسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة ومنها:

1. عرض داون (Down Syndrome): كانت تعرف بالمنغولية (Mongolism)، وتسمى هذه الحالة نسبة الى الطبيب الإنجليزي John Down حيث تعود أسباب هذه الحالة إلى اضطرابات في الكروموسوم رقم 21 حيث يظهر هذا الزوج من الكروموسومات ثلاثيا لدى الجنين، وهناك أيضا أسباب أخرى لحدوث هذه الحالة تعود إلى خطأ في موقع الكروموسوم، ويرتبط أيضا بعمر الأم.

ويمكن تصنيف هؤلاء الأفراد ضمن فئة الإعاقة البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائهم

بين (55-70)؛ كما أنهم يتميزون بخصائص جسمية مميزة، حيث الوجه المسطح وصغر حجم الأنف، والعيون الضيقة، وكبر أو صغر حجم الأذنين، وظهور اللسان خارج الفم وتشققه، وعدم انتظام شكل الأسنان وأصابعهم القصيرة، وكذلك رقابهم. (MacMillan.1982) (الظاهر، 2005)

2. حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly): وهو تراكم السائل النخاعي الشوكي داخل الجمجمة مما يؤدي الى زيادة الضغط فتتلف أنسجة الدماغ، وترجع زيادة هذا السائل الى اختلال إعادة امتصاصه أو وجود عائق يمنع جريانه، ويتصف هؤلاء المعاقين عقليا بكبر الرأس وبروز الجبين، وتحدث هذه الحالة نتيجة عدوى كالزهري أو التهاب السحايا التي تصاب به الأم أثناء فترة الحمل، وربما تظهر هذه الحالة قبل الولادة أو خلال السنة الأولى من العمر، أو في الطفولة المبكرة ويمكن التعرف على هذه الحالة عن طريق قياس محيط الرأس وملاحظة منطقة اليافوخ. (يحيى وعبيد، 2005)

3. حالات القماءة والقصاع (Cretinism): تعتبر هذه الحالة من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية حيث يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط وقد لا يتجاوز طول الطفل (60-70سم) في مرحلة المراهقة، وترجع أسباب هذه الحالة الى الأسباب الوراثية أو الخلقية نتيجة نقص في غذاء الطفل مما يؤدي الى تلف في الدماغ، يتصف هؤلاء الأطفال بالكسل، ولا يميل هؤلاء الأطفال الى التفاعل الاجتماعي مثل الابتسامة، أو الضحك، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويميل لون جلده الى الاصفرار، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25-50)، وكذلك يواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبة القراءة والكتابة والحساب وهي مهارات الحياة اليومية. (الخوجا، 2001)

4. حالات كبر حجم الدماغ (Macrocephaly): حيث تتميز هذه الفئة من الأفراد بكبر حجم الجمجمة، وزيادة في حجم الدماغ وتتراوح نسبة ذكائهم بين (25-50)، أي أنهم يقعون ضمن الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، ويكون سبب هذه الحالة عيبا في

الموروثات التي تؤثر على المخ؛ ولابد هنا من الإشارة الى أن زيادة الحجم لاتعني دائماً وجود قصور عقلي. (الظاهر، 2004)

5. حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria PKU): يعود اكتشاف هذه الظاهرة الى الطبيب النرويجي فولنج Voling عام 1934 وسبب وجود هذه الحالة هو نقص كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم الذي يساعد في عملية التمثيل الغذائي، ويمكن اكتشاف هذه الحالة عند الطفل من خلال عدة اختبارات مثل اختبار حامض الفريك التي توضع نقاط من حامض افيريك مع بول الطفل، فاذا تغير لون البول الى اللون الأخضر فهذا يعني وجود حالة (PKU) لدى الطفل، واختبار شريط حامض الفيريك حيث يوضع شريط حامض الفيريك في بول الطفل أو على فوطه الطفل وبعد ذلك يقارن اللون مع اللوحة الطبية المختصة بذلك، واختبار غثري الذي يؤخذ عينة الدم من كعب الطفل، فاذا ظهر مستوى الفينيلين 20 مليغراماً لكل 100ملم من الدم يعني وجود حالة (PKU) لدى الطفل. (كوافحة وعبد العزيز، 2011)

تصنيف الإعاقة العقلية حسب نسبة الذكاء :Classification of Mental Retardation by IQ

وهنا تقسم الإعاقة العقلية الى فئات حسب معيار نسبة الذكاء المقاسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر للذكاء، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية الى الفئات التالية:

1. الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Mental Retardation): وتتراوح الفئة ما بين (55-70) كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعليم، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث الابتدائي أو يزيد هذا بالإضافة الى مستوى من المهارات المهنية.

2. الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Mental Retardation): وتتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (40-55) كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون

للتدريب، وتتميز هذه الفئة بخصائص حركية قريبة من مظاهر النمو العادي ولكن يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

3. الإعاقة العقلية الشديدة (Server Mental Retardation): تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (40 فما أقل) كما ويطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني.

4. تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

تقسم الإعاقة العقلية هنا حسب متغير القدرة العقلية والسلوك التكيفي Adaptive Behavior حيث تؤخذ بعين الاعتبار في عملية التصنيف إلى فئات الدرجة على مقياس الذكاء والدرجة على مقياس السلوك التكيفي ويشبه تصنيف الجمعية الأمريكية الى حد ما التصنيف حسب درجة الذكاء مع التركيز على مظاهر السلوك التكيفي، وهي: (الروسان، 2010)

1- الإعاقة العقلية البسيطة (Mildly Mental Retarded)

2- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderately Mental Retarded)

3- الإعاقة العقلية الشديدة (Severely Mental Retarded)

4- الإعاقة العقلية الشديدة جدا أو الاعتمادية (Profoundly Mental Retarded)

رابعا- أسباب الإعاقة العقلية ونسبة انتشارها: Causes of Mental

Retardation ;Prevalence of Mental Retardation

4-1 الأسباب: يمكن تقسيم أسباب الإعاقة العقلية الى أسباب ما قبل الولادة، في

أثناء الولادة، وما بعد الولادة.

أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Causes): وهي الأسباب التي تحدث قبل ولادة

الطفل وتقسم الى قسمين:

1. العوامل الجينية (Genetic Factors): وهي العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات، وقد يحدث خلل ما في التقاء الكروموسومات نتيجة لعوامل كيميائية أو نتيجة لعوامل أخرى بحيث يؤدي ذلك إلى ظهور الإعاقة العقلية كما هو الحال في حالات متلازمة داون، أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria)، أو حالات كبر أو صغر حجم الدماغ. (الروسان، 2010)، (يحيى وعبيد، 2005)، (الشناوي، 1997)

أ. اختلاف العامل الرايزيسي (Rh Factor): يعتبر اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين من العوامل الهامة والتي تسبب الإعاقة أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية، وقد توصل العلم لحل هذه المشكلة من خلال إعطاء الأم إبرة من مادة (Gamma Globulin ; anti D): وهي حقن الأم خلال 24 ساعة من الولادة، من أجل منع إنتاج الأجسام المضادة لديها والتي تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء (Smith., et al, 2006).

ب. زواج الأقارب من العوامل الوراثية التي قد تسبب الإعاقة العقلية وخاصة إذا كان الوالدان ذوي قرى يكون خطر الإصابة بالإعاقة العقلية في نسلها (Madhavan, & Naravan, 1991)، وتظهر الإعاقة العقلية أكثر في أبناء الوالدين ذوي صلة القرى من الدرجة الأولى (أبناء عم/عمة/خال/خاله)، (Thake, & Todd, 1989).

ت. العوامل الغير الجينية (Nonge Genetic Factors): وهي العوامل البيئية التي تؤثر في الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية مرحلة الحمل وأهمها: تعرض الأم الحامل لبعض الأمراض المعدية التي تنتقل بعضها عبر المشيمة إلى الجنين، وبخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، ويسبب ذلك عيوباً متعددة وإعاقة عقلية مثل الحصبة الألمانية (German Measles) وخاصة خلال الشهور الأولى من الحمل حيث يكون تأثيرها بنسبة 50% في الشهر الأول، و25% في الشهر الثاني،

و10% في الشهر الثالث، و1-2% في الشهر الرابع ويؤثر الفيروس في الجهاز العصبي المركزي للجنين فيؤدي إلى إعاقات ومنها الإعاقة العقلية (Deka,2004)، ومرض الزهري (Syphilis) يؤثر في الجهاز العصبي للجنين فيؤدي إلى التشوهات أو وفيات الأجنة أو إصابتهم بإعاقة عقلية (Smith,2007)

. تعرض الأم للإصابة بالتسمم البلازمي (داء المقوسات) (Toxoplasmosis) خلال الحمل، وهو إصابة الأم بميكروب طفيلي عن طريق اللحم النيء والخضار الملوثة بروت القطط، مما يسهم في تلف الجهاز العصبي المركزي للجنين ومن ثم الإصابة بالإعاقة العقلية، أو العمى، أو التشنجات، أو الوفاة. (Soto,2002).

. إصابة الأم الحامل بحالة فينيل كيتون يوريا (Phenylketounuria Urea,PKU) في حال عدم اتباع نظام غذائي خاص قبل وفي أثناء الحمل يؤدي إلى ارتفاع نسبة الفينانيل، مما يسهم في حدوث تلف في دماغ الجنين حتى لو لم يصب بـ (PKU)، ولكن يتأثر فيه وهذا ما يسمى بـ (Mental PKU)، ولا يتبعن نظاما غذائيا مناسباً يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو صغر حجم الدماغ أو نقص الوزن عند الولادة. (Levy,1988)

. إصابة الأم الحامل بالحمى المضخمة للخلايا (Human Cytomegalovirus HCMV) من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، حيث أن الفيروسات الوبائية تنتقل من الأم الحامل إلى الجنين خلال فترة الحمل، وتنتقل إلى الجنين بنسبة 40% في أثناء الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، و50% في الثلاث الأشهر الثانية من الحمل، و71% في الثلاث الأشهر الأخيرة من الحمل، حيث تلعب إصابة الأم الحامل التي تصاب لأول مرة بالحمى المضخمة للخلايا (HCMV) الدور الرئيس لإصابة الجنين بنسبة (20%-40%) من إصابة الأم المتكررة بالحمى المضخمة للخلايا حيث أن نسبة انتقالها للجنين تبلغ (0.2%-4%) حيث يصاب بوحدة أو مجموعة من الأعراض التالية، صغر حجم

الدماغ، الأنيميا، اليرقان، تضخم الكبد والطحال، استسقاء الدماغ، تكلس المخ، إعاقة عقلية، فقدان البصر. (Revello, and Gerna, 2002)

. تعرض الأم الحامل للأشعة السينية والإشعاعات خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل مما يؤدي إلى العديد من الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية، حيث تعمل على انقسام الخلايا بطريقة غير عادية فيحدث تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين. (الروسان، 2010).

. ويؤدي نقص هرمون الغدة الدرقية لكل من الأمهات الحوامل والأجنة في المناطق التي بها نقص الأيودين في الغذاء إلى حدوث القزامة عند الأطفال (Cretinism) مما يسهم في حدوث الإعاقة العقلية (Smallridge, & Ladenson, 2001) وتحدث القزامة نتيجة النقص الشديد للأيودين في أثناء فترة الحمل، حيث تعد من الأسباب التي يمكن الوقاية منها لتجنب الإعاقة العقلية. (Dunn, 1993)

. تعاطي العقاقير والأدوية في أثناء الحمل مثل بعض المضادات الحيوية أو بعض أدوية الصرع، واستخدام الكوكايين قبل أو أثناء الحمل، يؤدي إلى ظهور حالات إجهاض أو ولادة أطفال خداج، أو الإصابة بالإعاقة العقلية، أو تشوهات خلقية، وتناول مادة الثاليدوميد (Thalidomide) في الأشهر الثلاثة الأولى وبخاصة الأسبوع الثاني من الحمل يؤدي إلى تشوهات في الجنين. (Brent, 2004)

. تعاطي الكحول يؤدي إلى الإعاقة العقلية والتشوهات الخلقية والإجهاض في أثناء الحمل واضطراب السلوك عند الأطفال، ويؤدي إلى ظاهرة الجنين الكحولينا (Fetal Alcohol Syndrome) الذي يولد بصغر حجم الرأس، وإعاقة عقلية، أو تشوهات خلقية في الفك الأسفل وعينين صغيرتين وحول وغيرها (Stephanic, and Brandag, 2002)، كذلك اكتشف الباحثون أن تناول الكحول يوميا في أثناء الحمل بسبب تلفا في الدماغ ويؤثر في نمو الجنين، والذاكرة، والانتباه، والسلوك الاجتماعي

لاحقا وهو من الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية. (Mooro and Persaud,1998)
. إصابة الأم الحامل بارتفاع درجة حرارة شديدة لمدة طويلة في أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يؤدي إلى الإجهاض أو إصابة الجنين بالإعاقة العقلية، كذلك تعرض الأم لهبوط حاد في الضغط خلال الحمل يؤدي إلى إصابة الجنين بتلف دماغي وهذا شبيه بنقص الأكسجين عند الجنين خلال عملية الولادة. (Luciano, and et al,1997)
. سوء التغذية خلال الحمل من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، كما نقص البروتين في التغذية وبخاصة في أثناء الحمل والطفولة المبكرة تسهم في حدوث الإعاقة العقلية. (فراج،2002)

. الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتدنية، والمستوى الثقافي للأم، ونسبة ذكائها الأقل من 70، وتعدد الولادات، وفقر الدم، والتهاب المجاري البولية لدى الأمهات الحوامل من العوامل الخطرة والمساهمة في حدوث الإعاقة العقلية لدى المواليد والأطفال (Camp,Proman,Nichols and Leff,1998)

وعمر الأم وقت الولادة، هناك علاقة طردية بين عمر الأم وبين زيادة احتمال إنجابها لأطفال مصابين بمتلازمة داون، 30 بالمئة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يولدون لأمهات أعمارهن 35 سنة أو أكثر. (Vincent, and Recardi,1976).
. التدخين في أثناء الحمل سبب من أسباب الولادة المبكرة ونسبة 10% - 15% (Robert and Goldenberg,2002)

يسهم التدخين في أثناء فترة الحمل إلى صغر حجم الجنين، ويزيد من إمكانية وقوع الإجهاض، وولادة أطفال أقل وزنا من (2500) غرام ويؤثر على الأوعية الدموية في الرحم التي بدورها تؤثر في نسبة الأوكسجين الواصلة إلى الجنين والمشيمة مما يؤدي إلى نقص التغذية فيزيد من احتمالية الإصابة بالإعاقة العقلية وانخفاض في درجات الذكاء.

أسباب في أثناء الولادة Parental Causes

1. نقص الأكسجين في أثناء عملية الولادة (Asphyxia) يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية للجنين (Smith, 2006) وقد أشار مرسى (1999) إلى نتائج الدراسة التي قام بها جورتفرايد (Gottfried) إلى أن الأطفال الذين تعرضوا للاختناق أثناء الولادة، وجد النمو العقلي عند معظمهم عاديا، ولكن ترتفع بينهم حالات الإعاقة العقلية.
2. تسمم الجنين (Toxemia)، أو انفصال المشيمة المبكر (Placental Separation) Early) أو طول عملية الولادة أو عسرها أو زيادة هرمون (Oxytocin) الذي ينشط عملية الولادة، استخلص الباحثون إلى أن ظروف الحمل السيئة، والولادة العسرة لها علاقة كبيرة بانخفاض الذكاء لدى المواليد (Vernon, 1979) وتؤدي الولادة الطويلة، والولادة الجافة، والولادة التي بها دفع سريع (طلق سريع) إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الدماغ، فيؤدي إلى إعاقة عقلية عند الوليد. (مرسى، 1999)
3. التقاف الحبل السري حول رقبة الجنين يؤدي إلى نقص أو انقطاع الأوكسجين الواصل إلى دماغ الجنين مما يسهم في حدوث الإعاقة العقلية.
4. الإصابات الجسمية (Physical Trauma) تحدث تلفا أو جروحا في دماغ الجنين في أثناء عملية الولادة نتيجة وضع الجنين داخل الرحم أو نتيجة استخدام الأدوات في أثناء عملية الولادة مثل (الملقط أو الجفت)، تسهم في حدوث الإعاقة العقلية الشديدة أو الشلل أو التشنجات أو الشلل المخي ومشكلات في الإدراك، ونشاط حركي زائد. (الشناوي، 1997)
5. الولادة قبل الأوان (Preterm Delivery): تسهم في حدوث العديد من الإعاقات مثل الشلل الدماغي، أو الإعاقة العقلية، وتلف شبكية العين، حيث أن المخاطر المؤدية للإعاقات يرجع بشكل مباشر للعمر الحلي بالأسابيع للجنين.
6. نقص الوزن عند الولادة (Low Birth Weight) حيث تقدر نسبة الوفيات لدى

الأطفال قليلي الوزن عند الولادة نتيجة سوء التغذية الى حوالي 1000/86، والمواليد الذين يعيشون هم عرضه للوفاة أو ضعف في النمو العصبي (Suskind and Tonetisirin) وأن ولادة طفل أقل من 2.5 كغم يسهم في تعرض الطفل الى إعاقة عقلية أو جسمية. (Smith, and al,2006)

ويشير فيراري (Ferrari 1982) في مقارنة أجريت في العديد من مراكز أوروبا وأميركا وأستراليا، حول متابعة المواليد التي تقل أوزانهم عن 1500 غرام، أن حوالي 7 بالمئة منهم مصابون بشلل دماغي، و15 بالمئة مصابون بإعاقة عقلية، وأن حوالي 8-10% من المواليد الذين يقل وزنهم عند الولادة عن 1000 غرام يعانون من نسبة عالية من الإعاقات سواء البصرية أو العقلية، أو اضطرابات السلوك، أو انخفاض مستوى التحصيل في المدارس. (Robert and Golden berg,2002)

أسباب بعد الولادة: Postnatal Causes

1. التهابات الدماغ أو خمج الدماغ أو التهابات السحايا وهو مرض يصيب الأطفال الصغار (Hallahan, and Kaufman,2006). وهناك من 15-20% من الأطفال الذين أصيبوا بالتهاب السحايا يعانون من التخلف العقلي بعد الشفاء منه (مرسي1999).

2. الحصبة، والحمى الشوكية، والغدة النكفية، والسعال الديكي، والدفتيريا تؤدي إلى الإعاقة العقلية إذا أهمل علاجها.

3. سوء التغذية له تأثير رئيس في تطور الدماغ لدى الأطفال وينتج عنه إعاقة عقلية دائمة، ففي أوغندا 40 بالمئة من الأطفال يعانون من سوء التغذية، و5-10% منهم معاقون عقليا، بالإضافة إلى أن سوء التغذية لدى الأطفال إذا صاحبه نقص في المحفزات البيئية واللعب يسهم في حدوث الإعاقة العقلية. (Tomas,2004).

4. نقص نشاط الغدة الدرقية (Congenital Hypothyroidism) أحد الأسباب

الرئيسية للإعاقة العقلية عند الأطفال، حيث أن نقص هرمون الغدة الدرقية عند الأطفال يمنع تطور ونمو الدماغ بالشكل الصحيح، ويوقف النمو عند الأطفال (Shamon,2005).

وكذلك تؤدي أمراض الغدد مثل أمراض الغدة الدرقية ، والغدد التاييموسية إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي لخلايا الدماغ والجهاز العصبي وتسبب الإعاقة العقلية عند الأطفال في مرحلة الطفولة. (مرسي،1999)

1- متلازمة أو عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) والاهمال، والعنف الجسدي، يشير (Lund, Sandgren & Knudsen,1998) إلى أن عرض هز الطفل يعد شكل من الأشكال الخطيرة للعنف الجسدي ضد الأطفال، حيث انه يلاحظ عند الأطفال الذين في عمر أقل من سنة، والتي تؤدي إلى (60 بالمئة) من الإعاقات الشديدة مثل فقدان البصر، والإعاقة العقلية، والشلل الدماغي والصرع. وتؤدي إساءة الأطفال عن طريق عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) وقصع العنق (Shaking-Whiplash) إلى إصابات خطيرة عند الأطفال وتشتمل تلف الدماغ، واضطرابات عصبية، وفقدان البصر، وإعاقة عقلية وقد تحدث هذه المشاكل بدون ظهور أية إصابات خارجية في الرأس (Choicca,1995)، و تتراوح نسبة الإصابات من هز عرض الطفل من (15%-38%) (Ludwing,&Warman,1984)

ويذكر (Bauchanam, & Oliver,1977) في دراسة مسحية لـ 140 طفلا تحت عمر 16 سنة في مستشفيات للإعاقة العقلية في (Wiltshire) أن (3%) من الأطفال المعاقين عقليا كان نتيجة الإهمال والإساءة والعنف، و(24%) من الأطفال أسهم الإهمال والإساءة في تقليل القدرات العقلية، وإن تكرار العنف ضد الأطفال وخاصة عرض هز الطفل قد يؤدي إلى مخاطر الإصابة بالإعاقة العقلية، والصرع (Jacobi,1986).

6- الحرمان الثقافي ودوره في الإعاقة العقلية حيث استنتج الباحثون الى وجود

علاقة بين الإعاقة العقلية غير معروف الأسباب والتخلف الثقافي للبيئة التي نشأ فيها الطفل، لأن البيئة الأسرية تلعب دورا كبيرا في تنمية الطفل وخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياته فإذا كانت غير ملائمة فإنها تسهم في إعاقته عقليا (مرسي، 1999) وهناك تأثير للبيئة مثل الحرمان البيئي الذي يصاحبه تاريخ عائلي للإعاقة العقلية سواء لأحد الوالدين أو الإخوة يسهم في الإصابة بالإعاقة العقلية، والافتقار إلى الاثارة الكافية حيث لا يتوفر للطفل ما يثير الاهتمام من الأشياء الملموسة ولا أي اتصال مع الآخرين مثل العزلة أو عدم الاهتمام به من العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة العقلية. (Kauffman& Hallahan,2006)

7- الرصاص: أظهرت الدراسات حديثا أن الرصاص يسبب اضطرابات معرفية أو إعاقة عقلية ضمن الأطفال الذين مستوى الرصاص في دمهم أكثر أو يساوي (dl /10 Mg) و 35 بالمئة من الأطفال الذين لديهم ارتفاع في نسبة الرصاص في الدم نتيجة تعرضهم للأدوات والألعاب التي تم تزيينها أو صنعها من مادة الرصاص، أو السكن في البيوت التي يدخل في دهانها مادة الرصاص. (Vanarasdal,& et al,2004)

خامسا- الوقاية من الإعاقة العقلية وأسباب علاجها: **prevention of**

disability and the causes of treatment mental تلعب الوقاية تلعب

الوقاية دورا كبيرا في تجنب الكثير من الأمراض والأسباب والعوامل التي تسهم في حدوث إعاقات بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص، وهذا يتطلب تضافر جهود المؤسسات الصحية العامة والخاصة القائمين على رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة إعطاء الدور الوقائي اهتمام وجدية من خلال التنقيف المناسب لأفراد المجتمع، مما يسهم في تجنب العديد من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية وذلك من خلال القيام بالإجراءات الوقائية المناسبة.

تعرف الإعاقة العقلية بأنها عبارة عن مجموعة من الأساليب والتدابير والإجراءات التي يجب القيام بها من أجل الكشف المبكر والكشف المبدي على الأسباب التي قد تؤدي أو تسهم في حدوث الإعاقة العقلية والحد من تطورها، وذلك لتجنب الآثار السلبية التي تنعكس نفسيا واجتماعيا و صحيا واقتصاديا على الفرد والأسرة والمجتمع بأكمله.

(يحيى وعبيد 2005)

مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية:

وتقسم الوقاية من الإعاقة إلى ثلاث مستويات وهي:

1- المستوى الأول primary prevention

وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ للوقاية من أسباب الإعاقة العقلية وتتضمن مطاعيم الحصبة والإرشاد الجيني وخاصة لعرض داون وعرض فريجن اكس fragile X كذلك تزويد الأمهات الحوامل بفوليك أسيد للوقاية من الأنبوب العصبي الجنين tube defect nural وتقديم المعلومات والتثقيف بمخاطر تناول الكحول خلال فترة الحمل، ومخاطر مادة الرصاص في فترة الطفولة والرعاية الصحية خلال فترة الحمل و تغذية الأطفال والوقاية من إصابات الرأس والوقاية من الاضطرابات الجينية مثل فينيل كيتون يوريا قبل حدوث المشكلة. يضاف إلى هذه الجهود في الإرشاد الوراثي وفحص الشباب الراغبين في الزواج وتشجيع الاغتراب في الزواج وخاصة في الأسر التي تكثر فيها الأمراض الوراثية. (مرسي، 1999)

2- المستوى الثاني (secondary prevention):

تسعى الوقاية في المستوى الثاني الى منع تطور وتفاقم الضعف إلى عجز وبالتالي خفض أعداد الأفراد العاجزين في المجتمع من خلال الكشف المبكر والعلاج الفوري والمناسب لحالات الاعتلال والضعف. وتتمثل وسائل الوقاية الثانوية في التعرف المبكر على الأفراد الذي يعانون من ضعف ما، وتزويدهم بالأدوات المساندة عند الحاجة،

وتقديم الخدمات العلاجية (الطبية والجراحية والغذائية) في أسرع وقت ممكن وكذلك توفير البرامج التدريبية والإرشادية والتعليمية للفئات الأكثر عرضة للإعاقة. (الخطيب والحديدي، 2011) .

3- المستوى الثالث (Threetry prevention):

وهي الإجراءات والتدابير الوقائية التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية وتتضمن التعرف المبكر على الحالات وتقديم العلاج المناسب وخدمات التأهيل، كما تتضمن العلاج الطبي للتعايش مع الاضطرابات السمعية والبصرية لعرض داون، وبرامج الإثارة للأطفال الرضع وتدريب الوالدين وتعليم الأطفال ما قبل المدرسة وخدمات الإرشاد للحفاظ على وحدة الأسرة، ويعرف (الخطيب والحديدي، 2011) المستوى الثالث من الوقاية بان التغلب على العجز والحيولة دون تطوره إلى حالة إعاقة وذلك من خلال مساعدة الفرد على استعادة ما يمكنه من القدرات الجسمية والعقلية ومنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها على أقل تقدير.

أهم البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية هي:

← برنامج الإرشاد الجيني.

← برنامج العناية الطبية في إثناء الحمل.

← برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى.

← برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر.

لقد استقطبت الإعاقة العقلية والوقاية منها اهتمام العالم اجمع في الآونة الأخيرة وبرزت كإحدى المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود (يحيى وعبيد 2005) أهمية البرامج التعليمية في مجال دعم جهود الوقاية من الإعاقة العقلية:

تقدم برامج تعليم الوالدين المعرفة والمعلومات عن نمو وتطور الأطفال، والأسباب على الخدمات المتاحة والمتوافرة في المجتمع المحلي، وذلك من خلال استخدام العديد من

الطرائق والاستراتيجيات سواء التعليم أو التدريب، كذلك ركزت برامج تعليم الوالدين على الأسر المعرضة لخطر سوء معاملة الأطفال أو التعرض للأمراض أو الإعاقات، أو الحوادث، أو الضغوطات، وركزت أيضا على مستوى التعليم وعمر الوالدين، وذوي الدخل المتدني

ويشير هيربرد لافوي وباريند (Hebert , lavoie & parent 2002) إلى أن برنامج تعليم الوالدين التي تم مراجعتها والتي طبقت عن طريق ورش العمل أو من خلال جلسات تعليمية والتي مدتها من 4-6 أسابيع أو أكثر ذات فعالية أكثر من البرامج التي تقدم بمدة أقل من ذلك.

ويؤكد هولزير وآخرون (Holzer et al ,2006) ومن خلال تقييم النتائج 20دراسة اهتمت ببرامج تعليم الوالدين أن النتائج الإيجابية التي اكتسبها المشاركون في تلك البرامج كان لها دور إيجابي ومفيد من خلال البرامج التعليمية ، والزيارات المنزلية والتي زادت من:

← تحسين معرفة ووعي أولياء الأمور بمراحل نمو وتطور الأطفال، وطرق وقايتهم من بعض الأمراض المعدية أو الإهمال أو سوء المعاملة.

← انخفاض سوء معاملة وإهمال الأطفال والحوادث المنزلية التي تؤدي للمضاعفات الخطيرة.

← استخدام الاستراتيجيات الإيجابية والمفيدة في تحسين قدرات الوالدين على ضبط النفس من خلال التعامل مع أطفالهم بدل استراتيجيات العقاب الشديد والمؤذي للأطفال الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى إصابة الأطفال الصغار بمضاعفات الخطير مثل إصابة الرأس.

ويشير توميسون (Tomison,1998) إلى أن برامج تعليم الوالدين في الوقت الحاضر تعد من العناصر الضرورية للوقاية والتدخل المبكر للأسرة المعرضة للخطر،

وعنصر آخر لاستراتيجيات الوقاية من إساءة الأطفال وإهمالهم، وتجنب الحوادث، ورعاية الأم الحامل وتنقيفها حول الوقاية من العديد من الأسباب التي تشكل خطراً عليها وعلى الجنين سواء أكان قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، وحماية الأطفال من الأمراض وغيرها من خلال برامج الزيارات المنزلية، وبرامج دعم الأسرة التي تساعد في تحسين معرفة ومعلومات الوالدين.

تشير سكوت (Scott, 2005) إلى أن خدمات رعاية الأم والطفل رائعة كبرامج لتقديم استراتيجيات الوقاية الأولية والثانوية والثلاثية للرعاية وحماية الأطفال من أجل تجنب الأسباب التي تؤدي لإصابتهم بالأمراض، أو الإعاقات. ويعكس نظام التدخل المبكر أهمية الوعي نحو تطور الأطفال في السنة الأولى من أعمارهم وتأثير تلك السنوات في صحة وتطور الطفل ولأهمية هذا كان التركيز على خدمات الزيارات المنزلية كاستراتيجيات للتدخل والوقاية الأولية، وكذلك قدرتها على تلبية حاجات الأسر المعرضة للخطر ضمن مستويات الوقاية. (Council on child & Adolescent Health, 1998)

وفي دراسة أجرتها الجلامدة (2007) تؤكد فيها على ضرورة العمل على تطوير برامج تعليمية عن أسباب الإعاقات وطرق الوقاية منها بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص من قبل المهنيين ذوي العلاقة سواء بمراكز رعاية الأم والطفل أو عن طريق الحملات أو وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمكتوبة لعامة المجتمع لتحسين الوعي بذلك، وتفعيل دور القطاعات ذات العلاقة.

إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية (Prevention Procedure of Mental Retardation):

يلخص أخرس (2005) إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية باتباع الإرشادات التالية:

⇐ إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج خاصة عند وجود إعاقات وراثية لدى أسر الزوجين.

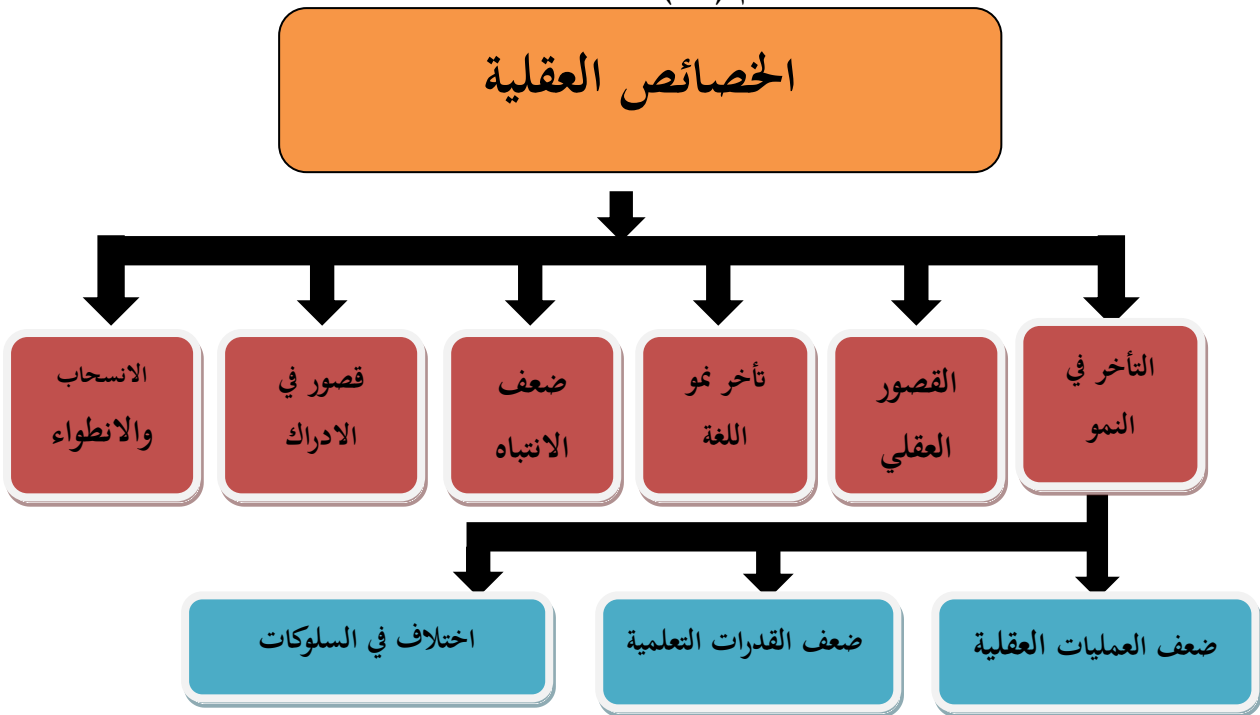
⇐ الحرص على إعطاء المطاعيم للأطفال وكذلك الأم في الوقت المناسب خاصة

- مطعوم الحصبة الألمانية الذي يجب أن يعطى قبل الزواج بـ (6) أشهر على الأقل.
- ⇐ الاهتمام بتغذية الأم الحامل وعدم تناول الأدوية دون استشارة طبية.
- ⇐ العناية بالطفل حديث الولادة خاصة فيما يتعلق بمجالات اليرقان وإجراء الفحوص.
- ⇐ عدم التأخر في استشارة الطبيب عند مرض الطفل. (charles, 2005)
- ⇐ حماية الأطفال من الحوادث ومصادر التلوث والتسمم.
- ⇐ الحرص على المباشرة بين فترات الحمل.
- ⇐ تجنب الحمل في سن مبكرة أو متأخرة (أقل من 16 سنة أو بعد 40 سنة).
- ⇐ الحرص على عدم تعرض الطفل للحرمان البيئي.
- ⇐ التأكد من عدم وجود مشكلة تتعلق بالعامل الرايزيسي (RH).
- ⇐ تجنب الأم الحامل تناول اللحوم غير المطبوخة جيدا، وتجنب الاتصال مع القطط التي يمكن أن تكون مصدرا لمرض داء المقوسات (Toxoplasmosis).
- ⇐ امتناع الأم عن التدخين.
- ⇐ تغريب النكاح بقدر الإمكان.
- ⇐ توفير الجو النفسي والتربوي والثقافي والاجتماعي المناسب للطفل. (أخرس، 2005)

سادسا- خصائص الأطفال المعاقين عقليا (Characteristic of Children with Mental Retardation):

تتباين وتختلف صفات وخصائص الأطفال المعاقين عقليا وحتى ضمن الخاصية الواحدة والشكل رقم (...). يبين الخصائص الرئيسية للأطفال المعاقين عقليا، ولا سيما أنها تسهم في رسم البنود الرئيسية للبرامج التربوية والتعليمية، حيث أن هذه الخصائص تشترك بطبيعتها ولكن تختلف في درجتها من معوق لآخر تبعا لعدة عوامل أبرزها المرحلة العمرية، ودرجة الإعاقة ونوعية الرعاية التي يتلقاها المعوق سواء من الأسرة أو من برامج التربية الخاصة.

الشكل رقم (01): يمثل الخصائص العقلية



المصدر: اعداد الباحثة باعتماد التراث النظري والميداني

فيما يلي شرح موجز للخصائص والصفات التي يمتاز بها الأطفال المعاقين عقليا:

1. الخصائص العقلية :

يعد التأخر في النمو العقلي وانخفاض نسبة الذكاء من أهم صفات الأطفال المعوقين عقلياً، حيث يعتر تأخر نمو اللغة والمعرفة والعمليات العقلية من أهمها، يعاني الأطفال المعوقين عقليا من قصور واضح في فهم الرموز المعنوية والقدرة على التخيل، حيث يكون الطفل عاجزا عن تكوين روابط وعلاقات حيث لا يكون قادر على التركيز الانتباه رغم وجود المثيرات الحسية اللازمة لجذب الانتباه لان المعنويات لديه لا محل لها في تفكيره، وليست لديه القدرة على التعميم ويعتبر أيضا الكلام من الأمور المعقدة لديه ويكون الطفل المعاق سهل الانقياد.(charles ,2010)

2. قصور الإنتباه و الإدراك (Attention and Perception Defect): يتصف الأطفال

المعاقين عقليا بانهم قابلون للتشتت وضعيفي القدرة على التركيز والانتباه لفترات طويلة، حيث تزداد هذه الصفة بازدياد درجة شدة الإعاقة مما ينعكس على قدراتهم

التعليمية وصعوبة تحديهم للمثيرات، والأبعاد المرتبطة بالمهمة المطلوب منهم تعلمها. ويرتبط القصور في الانتباه والتركيز عند الأطفال المعاقين عقليا بقصور آخر في عمليات الإدراك، والتمييز بين الخصائص المميزة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان حيث تتأثر عمليات الإدراك والتمييز بدرجة الإعاقة العقلية وبمستوى أداء الحواس المختلفة.

3. التفكير (Thinking): يرتبط التفكير لدى الأفراد المعاقين عقليا إلى حد كبير بدرجة قدرة الفرد على الانتباه والذاكرة حيث يتأثر التفكير بحصيلة هؤلاء اللغوية وقصورهم في اكتساب، و تكوين المفاهيم العقلية، و تدني قدراتهم على التفكير المجرد. و يمتاز الأفراد المعاقين عقليا بأن تفكيرهم يعتمد على الإدراكات الحسية أكثر من اعتمادهم على الأفكار المجردة، كما أنهم يتعاملون مع المفاهيم العيانية بشكل أفضل من تعاملهم مع المفاهيم المجردة والتوجهات اللفظية؛ حيث تكشف الدراسات أنه من الممكن تنمية تفكير الأفراد المعوقين عقليا للتعلم من خلال التدريب على بعض العمليات العيانية في إطار نظرية بياجيه كالتصنيف و السلسلة، مما ينعكس إيجابا على تحسين القدرة العقلية العامة و التحصيل المدرسي. (محمد، 2010).

الخصائص السلوكية و الانفعالية (Behavioral and Emotional Characteristic):

في كثير من الأحيان يتصف الأطفال المعاقين عقليا بسلوكيات تختلف من طفل إلى آخر، حيث يميل الطفل المعاق عقليا إلى الانسحاب و الانزواء و البعد عن الأنشطة الجماعية، و بعضهم يتميز بسلوك عدواني اتجاه الآخرين. (charles, 2010) و يشير الخطيب (1988) إلى أن المعاقين عقليا يتصفون بعدة مظاهر سلوكية

غير تكميلية و من أهمها:

* العنف و التخريب.

* الانسحاب.

- * السلوك النمطي.
- * العادات الشخصية السيئة
- * إيذاء الذات.
- * النشاط الزائد.
- * العادات الكلامية غير المقبولة.
- * التمرد... (الخطيب، 1988)

أمّا بدر (2010) فيذكر أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أشخاص فاشلون وأقل من غيرهم وأنه لا قيمة لهم، ويرجع ذلك إلى شعورهم بعدم الأمن وتعرضهم لمواقف الإحباط، ما يجعلهم يشعرون بالدونية وانخفاض تقدير الذات. وأمّا بالنسبة لمشكلات التواصل مع الآخرين فقد لوحظ غياب الاهتمام بالمظهر العام والميل إلى المبالغة في عناق الآخرين، وصعوبة التمييز بين تحية الولد وتحية البنت. كل هذه المشاكل ترجع إلى الجهل بالمعلومات الخاصة بالنمو الجنسي لدى الأطفال المعاقين عقليا (بدر، 2010).

الخصائص الجسمية والحركية (Motor Characteristic&Physical):

يمتاز النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المعاقين عقلياً بأنه يكون منخفضاً ويزداد هذا الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة، فنرى أن الأطفال المعاقين عقلياً يكونون أقل حجماً وطولاً مقارنة مع أقرانهم من العاديين وهذا ما يلاحظ من خلال أشكالهم الخارجية وخاصة في منطقة الرأس والوجه والأطراف العليا والسفلية. ويمتاز الأطفال المعاقين عقلياً أيضاً بأنهم سرعان ما يتعبوا ويشعروا بالإجهاد لمجرد تعرضهم لأي عارض سواء كان بدني أو مرضي حيث أن الخدمات الطبية المقدمة لهم في هذا العصر حسنت من وضعهم وزاد من متوسط أعمارهم.

وفيما يتعلق بالجانب الحركي فهم أيضا يعانون من بطء النمو تبعا لدرجة الإعاقة حيث نرى أنهم يتأخرون في إتقان مهارات المشي ويواجهون صعوبات في التحكم في الجهاز العضلي وخاصة في المهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كعضلات اليد والأصابع (المهارات الحركية الدقيقة). ويلاحظ أيضا أن التأخر البصري الحركي لدى هذه الفئة من الأفراد يكون ضعيفا فنرى أنه من المستحيل أن ترى طفلا معوقا عقليا يسير بخط ثابتة ومستقيمة وتبدو المشكلة أوضح لو راقبته وهو يحاول التقاط كرة أو يحاول إدخال شيء في فتحة ما. (charles, 2010)

الخصائص اللغوية (Linguistic Characteristic):

يشير كوافحة وعبد العزيز (2011) إلى أنّ المعاقين عقليا يعانون من قصور واضح في استخدام اللغة والكلام، فهم لا يستطيعون استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى، وإن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المعاقين عقليا هو تأخر نمو اللغة حيث يكون لديهم إخراج الأصوات ونطق الكلام واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر وبمستوى أقل نضج مقارنة مع أقرانهم العاديين. (كوافحة وعبد العزيز، 2011).

ويضيف كوفمان (Kuffman,1981) أن درجة شيوع شدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقليا ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية. فالمعوقون عقليا بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق إلا أنهم يطورون قدرة الكلام لديهم، أما المعوقون عقليا بدرجة متوسطة فهم في الغالب يواجهون صعوبة في الكلام وتتصف لغتهم بالانمطية. أما بالنسبة للأطفال شديدي الإعاقة العقلية فتلاحظ نسبة كبيرة منهم عاجزين عن النطق حيث أن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات لا تكون مفهومة.

الخصائص الاجتماعية (Social Characteristic):

يعاني الأطفال المعاقين عقليا نقصا في الجوانب الاجتماعية من حيث القدرة على التعامل مع الآخرين وعدم تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم العاديين، وعدم الالتزام باللوائح والتعليمات داخل المدرسة، وأن سلوكياتهم تتصف بالسلبية والتخريب في الممتلكات والوقاحة في التعامل مع الآخرين وكثرة السلوكيات غير المرغوبة داخل الصفوف. (بدر، 2010).

الخصائص الحسية (Sensory Characteristic):

ونقصد بالخصائص الحسية الصفات التي تمتاز بها حواس الطفل المعوق وكيفية القدرة على تأديتها لهذه الوظائف، حيث يوكن الأطفال المعوقين عقليا يعانون من مشكلات حسية مقارنة مع أقرانهم العاديين، وفيما يلي مختصراً لأهم المشكلات الحسية التي يعاني منها ذوو الإعاقة العقلية:

⇐ **القصور السمعي:** يمتاز الأطفال المعاقين عقليا بأنهم يعانون من بعض القصور السمعي حيث تؤكد الدراسات البحثية التي يجريها الباحثون بأن نسبة فقدان السمع لديهم تكون ما بين (3-4) أضعاف الفقدان لدى أقرانهم العاديين.

⇐ **القصور البصري:** تشير الدراسات البحثية في مجال التربية الخاصة بأن نسبة إصابة القرنية لدى الأفراد المعاقين عقليا أكثر منها لدى الأفراد العاديين، كما وتنتشر لديهم حالات عمى الألوان وقصر النظر، وطول النظر والحول، وخصوصا بين أطفال متلازمة داون، وتشير الدراسات أيضا إلى أن أسباب هذا القصور في البصر يكون بسبب الإصابة بالحصبة الألمانية والزهري وحالات التسمم عدا عن إصابات الرأس التي تحدث أثناء الولادة نتيجة الولادة غير الطبيعية.

⇐ **القصور اللمسي:** بينت نتائج الدراسات التي فحصت القدرة على التمييز خلال حاسة اللمس لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية أنهم يقعون في أخطاء التمييز الحسي باللمس

أكثر من أقرانهم العاديين، وإن معدل هذه الأخطاء يرتفع كلما انخفض معامل ذكائهم. (البلاوي وزملاءه، 2011).

سابعاً - الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المعاقين عقلياً:

تشخيص الإعاقة العقلية (Diagnosis of Mental Retardation):

يعد التشخيص أمراً أساسياً في عملية تعليم الأطفال المعاقين عقلياً، ولا يمكن إهماله رغم أن طرق ووسائل التشخيص متعددة؛ إلا أن كل اختصاصي له سياسته وأسلوبه في التشخيص. ويشمل التشخيص الأمور والأبعاد التالية: (النفسية، الاجتماعية، الطبية، والتربوية). (القمش، والمعاينة، 2010).

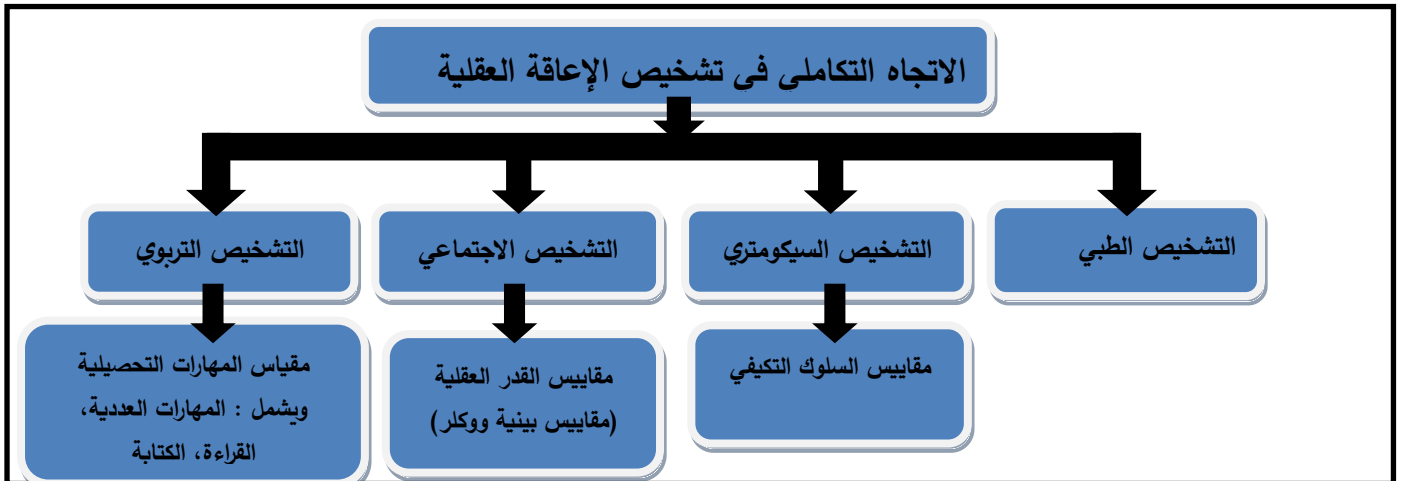
يهدف تشخيص الإعاقة العقلية إلى معرفة ما يلي (سالم، 1994):

- * التعرف على مواطن الضعف والقوة في شخصية الفرد موضوع القياس.
- * معرفة العلاج والبرنامج التربوي اللازم في تعليم وعلاج الأطفال المعاقين عقلياً.

الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية

يعد الاتجاه التكاملي الذي يتبناه الروسان (2010) في تشخيص الإعاقة العقلية من الاتجاهات المقبولة في أوساط المهتمين بالتربية الخاصة، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين خصائص أربعة رئيسية، وهي: التشخيص الطبي، والسيكومتري، والتربوي، والاجتماعي، والشكل رقم (2) أدناه يوضح ذلك.

الشكل رقم (02): يمثل الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية



ويشرح الروسان (2010) هذا الاتجاه في تشخيص الإعاقة العقلية كما يلي:

1-التشخيص الطبي (Medical Diagnosis): يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي طب الأطفال، تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي واضطراباتها، والفحوصات المخبرية اللازمة.

2-التشخيص السيكومتري (Psychometric Diagnosis): يتضمن التشخيصالسيكومتري والذي يقوم به عادة أخصائي في علم النفس تقريراً عن قدرة المفحوص العقلية، وذلك باستخدام أحد مقاييس القدرة العقلية (IQ- Test) مثل مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر أو مقياس الذكاء المصورة، ويعتبر مقياس ستانفورد بينيه من أكثر المقاييس ملائمة ما لم يعان المفحوص من اضطرابات لغوية أو استخدام مقياس وكسلر وخاصة الجانب الأدائي منه، حيث يهدف استخدام هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص والتي يعبر عنها بنسبة الذكاء.

3-التشخيص الاجتماعي (Social Diagnosis): يتضمن التشخيص الاجتماعي والذي يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، تقريراً عن درجات السلوك التكيفي للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس السلوك التكيفي كمقياس الجمعية الأمريكي للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي.

4-التشخيص التربوي (Educational Diagnosis): تضمن التشخيص التربوي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة تقريراً عن المهارات الأكاديمية (Academic Skills)، حيث قام عدد من الأساتذة والباحثين في مجال التربية الخاصة في الأردن بتطوير عدد من مقاييس المهارات الأكاديمية ومن أهمها:

← مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً؛ والذي يهدف إلى قياس وتشخيص المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ويتألف المقياس من 81 فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:

- الاستعداد اللغوي المبكر وعدد فقراته 12 فقرة.
- التقليد اللغوي المبكر وعدد فقراته 12 فقرة.
- المفاهيم اللغوية الأولية وعدد فقراته 5 فقرات.
- اللغة الاستقبالية وعدد فقراته 5 فقرات.
- اللغة التعبيرية وعدد فقراته 37 فقرة.
- مقياس المهارات العددية للمعوقين عقلياً.
- مقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً.
- مقياس مهارات الكتابة للمعوقين عقلياً.
- هـ- مقياس مهارات القراءة للمعوقين عقلياً
- و- مقياس مهارات القراءة العربية لسن 6-7 سنوات
- ز- مقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقلياً في صورته العمانية للأستاذ الدكتور فاروق الروسان (الروسان، 2010)

علاج الإعاقة العقلية (Treatment of Mental Retardation):

أنواع العلاج:

نظراً لتعدد أبعاد الإعاقة العقلية وتعدد الأسباب المؤدية لها ومن ثم تعدد الآثار والمشكلات التي تترتب على ذلك، تتعدد طرق وأنواع العلاج اللازم اتباعها لمواجهة هذه الإعاقة ومنها:

1. العلاج الطبي (Medical Treatment): بعض حالات الإعاقة تتطلب تدخلاً طبياً وخاصة خلال الأسابيع والهور الأولى من عمر الطفل مثل عمليات نقل الدم وخاصة

في حالات اختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الرايزيسي، وهناك حالات تتطلب عمليات جراحية كحالات استسقاء الدماغ لتصحيح مسار السائل الشوكي. وقد يتمثل العلاج الطبي للإعاقة العقلية وصف نظام غذائي لبعض الحالات منذ الولادة، وقد يستمر هذا الحال لمدة طويلة كما هو الحال في حالة البول الفيئليل كيتون وهي الحالة الناجمة عن ترسب حامض البيروفيك في الدم، أو إعطاء بعض الهرمونات للطفل في حالة القزامة التي تنتج عن نقص أو انعدام هرمون الغدة الدرقية. وهناك حالات إعاقة عقلية تحتاج إلى متابعة طبية كالحالات التي تصاحبها بعض الأمراض الجسمية مثل: أمراض جهاز التنفس أو القصور في الأعضاء الحسية كالسمع والبصر أو نوبات الصرع.

2. **العلاج النفسي:** يكون العلاج النفسي مهما وضروريا للمعاق عقليا وذويه وذلك لتخطي الظروف الاجتماعية المحيطة به والاتجاهات السلبية للآخرين نحوه، ويتضمن العلاج النفسي لأمر التالفة:

← تقديم برامج إرشاد نفسي للوالدين لتقبل طفلها وطرق معاملته والتوجهات العلاجية الصحيحة اللازمة للطفل.

← تقديم برامج من أجل تغيير الاتجاهات نحو الإعاقة وخاصة اتجاهات الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل المعاق عقليا مباشرة وهم الآباء والأمهات والإخوة والأخوات العاديين والمعلمون والمعلمات وجميع القائمين على تربية وتعليم وتأهيل الأطفال المعاقين عقليا.

3. **العلاج السلوكي (Behavioral Treatment):** وهو ما يسمى بـ "تعديل السلوك change Behavior" والذي يتضمن برامج تدريبية تهدف إكساب الطفل المعاق عقليا سلوكا جديدا، حيث يعتمد هذا النوع من العلاج على إجراءات وفنيات تختلف من حالة إلى أخرى وحسب درجة الإعاقة وتبعاً إلى نوع السلوك المراد تعديله. وتشير

الدراسات الحديثة الى مدى النجاح الذي حققه العلاج السلوكي في الحد من المشكلات السلوكية لهؤلاء الأفراد و إكسابهم كثيرا من السلوك الاجتماعي الإيجابي.

4. **العلاج التربوي (Educational Treatment):** يهدف هذا النوع من العلاج إلى إخراج القدرات المحدودة لهذه الفئة من الأطفال وتمييزها عن طريق التدريب على المهارات الشخصية والأسرية والاجتماعية لمواجهة الحياة والتفاعل مع الآخرين والاندماج في المجتمع.

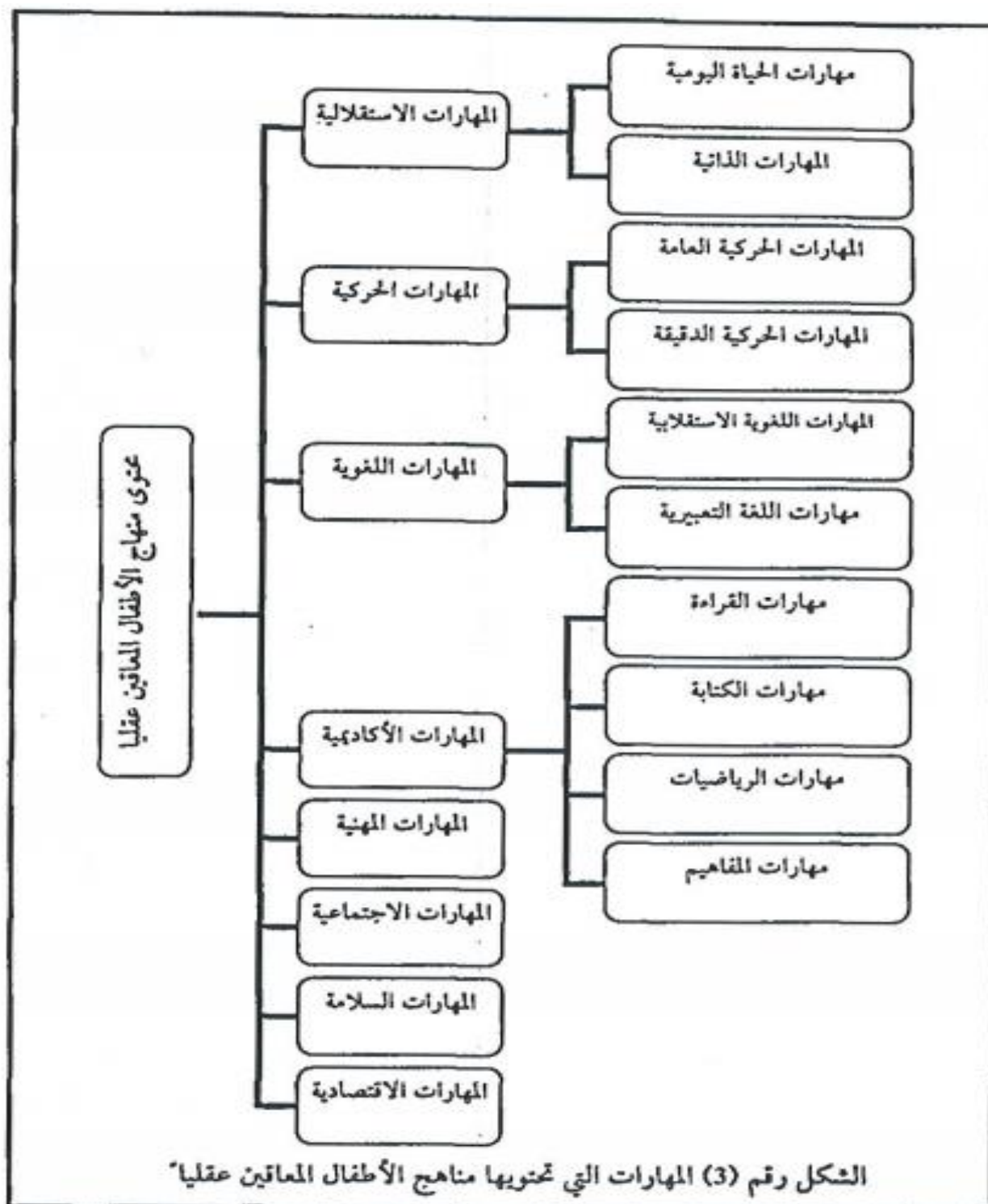
5. **علاج النطق والكلام (Articulation Treatment & Speech):** يهدف علاج النطق والكلام الى تصحيح عيوب النطق وإخراج الصوت وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل المعاق عقليا ومساعدته على التعبير اللفظي السلس والتخلص من الكلام الطفلي، مما يساعده على الاندماج في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية المتاحة له كما ويساهم في تفاعله مع الآخرين وإقامة علاقات إيجابية معهم. (ابراهيم، 2000).

أشكال علاج الإعاقة العقلية (Forms of Mental Retardation Treatment):

تأتي أشكال علاج الإعاقة العقلية حسب درجة الإعاقة والحالة المرضية أوالمسببات المرضية للحالة أو المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد المعوق عقليا، ويتبين ذلك في:

أ- **العلاج حسب درجة الإعاقة العقلية:** والجدول رقم(1) يبين ملخصا لمضمون ومتطلبات العلاج.

الشكل رقم (03) : متطلبات العلاج اللازم للأطفال المعاقين عقليا



المصدر: الباحثة حسب ما جاء في المناهج المقدمة للأطفال المعاقين عقليا

حسب الحالة المرضية

الجدول رقم (01): يمثل متطلبات العلاج

العلاج الطبي اللازم	حالات الإعاقَة العقلية
إعطاء الطفل وجبات غذائية معينة منذ الميلاد وحتى فترة طويلة وذلك لانعدام تمثيل البروتين في الجسم	الحالات الناتجة عن اضطراب التمثيل الغذائي
إعطاء الطفل هرمون الثيروكسين لعلاج الاضطراب في الغدة الدرقية حيث يجب أن يبدأ العلاج منذ الولادة ويستمر مدى حياة الطفل في معظم الحالات	الحالات الناتجة عن اضطراب مكونات الدم
يجب البدء فوراً في نقل الدم من والد الطفل ومنذ ولادته حتى لا تسوء حاله بمرور الوقت، حيث يتم في الوقت الراهن اكتشاف هذه الحالات أثناء فترة الحمل ويمكن إجراء هذه العملية أثناء فترة الحمل في بعض الحالات	الحالات الناتجة عن اختلاف مكونات الدم
في هذه الحالة يتطلب إجراء عمليات جراحية سريعة لتصحيح م سار السائل المخي لتفادي الضغط على المخ وإيقاف أثره علماً أن هذا يتطلب أيضاً علاجاً نفسياً وتربوياً وتصحيحاً وذلك حسب درجة الإعاقَة وحسب المرحلة العمرية التي يمر فيها الطفل.	الحالات الناتجة عن تمدد السائل المخي (الاستقاء الدماغي)

المصدر: (الروسان 2010)

ج- علاج حسب المرحلة العمرية للفرد:

يوضح الجدول رقم (1) أدناه إجراءات العلاج حسب المرحلة العمرية للفرد المعاق

عقلياً.

الجدول رقم (2): علاج الأطفال المعاقين عقلياً حسب المرحلة العمرية

المرحلة العمرية	مضمون ومتطلبات العلاج
مرحلة الطفولة المبكرة أو مرحلة الرضاعة	- تقديم برامج إثراء بيئي لتنمية الحواس وتنمية مظاهر النمو العقلي والاجتماعي للطفل. - تقديم العلاج الطبي اللازم لبعض الحالات.
مرحلة الطفولة المتوسطة أو مرحلة المشي	- القيام بتدريبات علاج طبيعي لتنمية القدرات الحركية كالمشي والقبض على الأشياء والتوازن الحركي. - تقديم برامج تدريبية للتعليم على مهارات العناية بالذات مثل الطعام والشراب والذهاب إلى الحمام.
مرحلة الطفولة المتأخرة	- تقديم برامج تدريبية على التخاطب وعلاج عيوب النطق والكلام. - تقديم برامج تربوية خاصة تتضمن تعليم المهارات الشخصية والاجتماعية وبعض المهارات المعرفية. - تقديم برامج تربوية خاصة تتضمن مبادئ القراءة والكتابة والحساب الأساسية وخاصة للأطفال القابلين للتعليم. - تعليم الأطفال عادات اللبس وقفاة الهنءام وعادات المائدة والطعام والنظافة الشخصية والتعامل مع الآخرين وبعض الأعمال اليدوية مثل أعمال المنزل والأعمال الحرفية البسيطة.
مرحلة المراهقة	- تدريب المعوق عقلياً على المهارات الاجتماعية والأعمال اليدوية والحرفية البسيطة وتأهيله للالتحاق بالأعمال البسيطة والوظائف الروتينية. - تقديم برامج الإرشاد النفسي بهدف تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي. - تقديم برامج تربوية تعليمية خاصة لفئة القابلين للتعليم منهم.

المصدر: (الروسان 2010)

الشروط اللازمة لإنجاح علاج الإعاقة العقلية:

يعتمد نجاح البرامج العلاجية للأطفال المعاقين عقليا على عدة إجراءات يجب تحقيقها قبل البدء بها كشرط أساسي. وفيما يلي أهم هذه الإجراءات:

التشخيص المبكر للحالة: ويتم هذا من قبل الأهل منذ لحظة ولادة الطفل، وعليهم ملاحظة أية أعراض تظهر عليه مثل: الصراخ المستمر، والتشنجات، والعرق الغزير، الإعاقة العقلية والرائحة غير العادية للبول، وشكل الرأس؛ ويجب أيضا على الوالدين أن يلاحظوا مظاهر نمر الطفل مثل تأخر الجلوس، و الحبو، والمشي، والكلام والإخراج. علما أنّ التشخيص المبكر يساعد في سرعة العلاج وتقديم الرعاية اللازمة.

التشخيص الدقيق: يعتمد التشخيص الدقيق على الفحص الشامل لجميع مظاهر النمو لدى الطفل من النواحي العقلية والاجتماعية والحركية والانفعالية.

التدخل الفوري: تقديم وسائل العلاج اللازمة مباشرة مجرد أن يتم اكتشاف أية ملاحظة على الطفل خلال مرحلة التشخيص المبكر والدقيق.

الإرشاد والتوجيه الأسري: ويتم ذلك من خلال مراكز التوجيه الأسري المنتشرة لي المجتمع والتي تقدم البرامج التوعوية للأهالي من الإعاقات مختلف أنواعها، حيث تقوم هذه المراكز بإرشاد الأسر لمحو المعاملة السليمة للطفل. وتقبله، وتفهم حالته، والخدمات العلاجية الممكن تقديمها له.

انتشار البرامج العلاجية للمعوقين عقليا: وتهدف هذه البرامج إلى معرفة الإعاقة العقلية وكيفية مواجهتها من خلاله تقديم الندوات والمحاضرات لأفراد المجتمعات المحلية من هلال مراكز التوجيه الأسري في الأحياء.

مراجعة للبرامج العلاجية والأهلية وتقويمها: وهنا نبغي أن يضم تقويم برامج العلاج للمعوقين عقليا من وقت لآخر بهدف للتأكد مسن أنها تحقق الهدف التي وجدت من أجله وذلك من خلال إجراء المزيد من الدراسات العلمية المناسبة من تخطيط وتنظيم الجهود

العلاجية نظرا لأبعاد الإعاقة العقلية المتعددة والنتائج المترتبة عليها كان لابد من وجود تخطط وتنظم البرامج العلاجية معتمدين على تعاون جميع المختصين من أجل دعم التكامل والترابط بين جميع الأطراف بهدف لنجاح هذه البرامج العلاجية هي هذه للخدمات التربوية التي تقدم للأطفال المعاقين عقليا له تعدد أنواع الرعاية التي تقدم للأفراد المعوقين عقلا حسب أعمارهم الزمنية ونسبة ذكائهم بهدف مساعدتهم على استغلال ما تبقى لديهم من قدرات وإمكانات، وفيما يلي لهم هذه البرامج تقل الإعاقة العقلية.

الثاني: كيف ندرس الأطفال المعوقين عقليا؟

حيث يلخص السؤال الأول محتوى المنهاج للأطفال المعوقين عقليا و بالتحديد ما هي الموضوعات التي ندرسها للأطفال المعاقين عقليا، فهل ندرسهم مواد أكاديمية كما هو الحال في صفوف المرحلة الابتدائية للطلبة العاديين أو ندرسهم مهارات ذات علاقة مباشرة بحياتهم اليومية؛ وعلى ذلك يطرح السؤال الأول مضمون أو محتوى منهاج المعاقين عقليا أو ما يسمى (Curriculum Content). أمّا السؤال الثاني فيلخص أساليب تدريس الأطفال المعاقين عقليا، و بالتحديد كيف ندرسهم؟ و ما هي أساليب التدريس المناسبة لهم؟ و ما هي أنجحها و أكثرها فعالية و بشكل أدق: **How to Teach Mentally Retarded Student** (الروسان، 2010).

محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقليا:

Content of Curriculum for Children with Mental Retardation

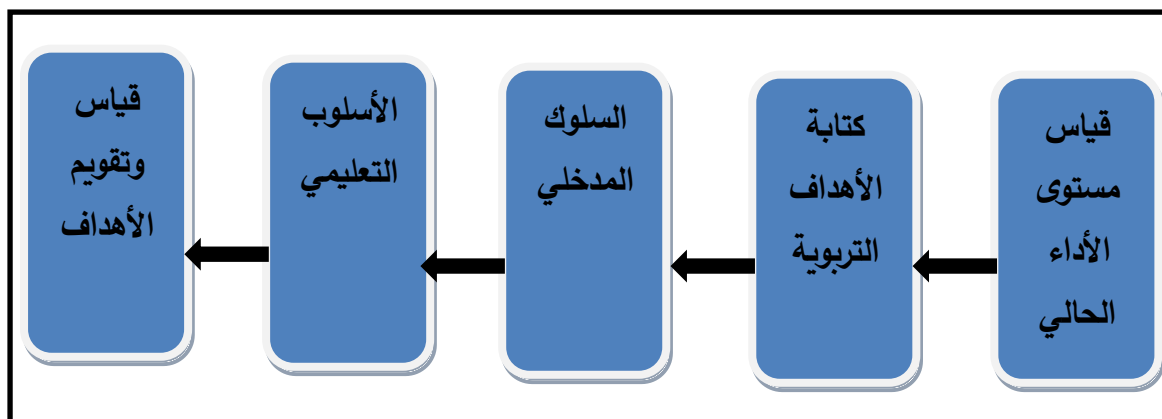
يعرف المنهاج لغة بأنه الطريق الواضح، و في ميدان التربية، و التربية الخاصة بشكل أدق، فإن المنهاج و الطريق الذي تسلكه العملية التربوية لتحقيق الأهداف التربوية، و تمثل الخطة التربوية، و تمثل الخطة التربوية الفردية.

Individualized Educational Plan (IEP) المنهاج الفردي للمعوقين عقليا، يشتمل ذلك المنهاج عددا من الأهداف التعليمية السلوكية، كما يدرس وفق خطة تعليمية فردية. و بين رقم (3) المهارات التي يحتويها مناهج الأطفال المعاقين عقليا.

استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقلياً:

تتطلب عملية بناء وتدريب منهاج المعاقين عقلياً عدداً من الاستراتيجيات يستحسن مراعاتها من قبل المعنيين ببناء منهاج المعاقين عقلياً. ويقترح جلاسور (Glasser) في الروسان (2010) النموذج التالي:

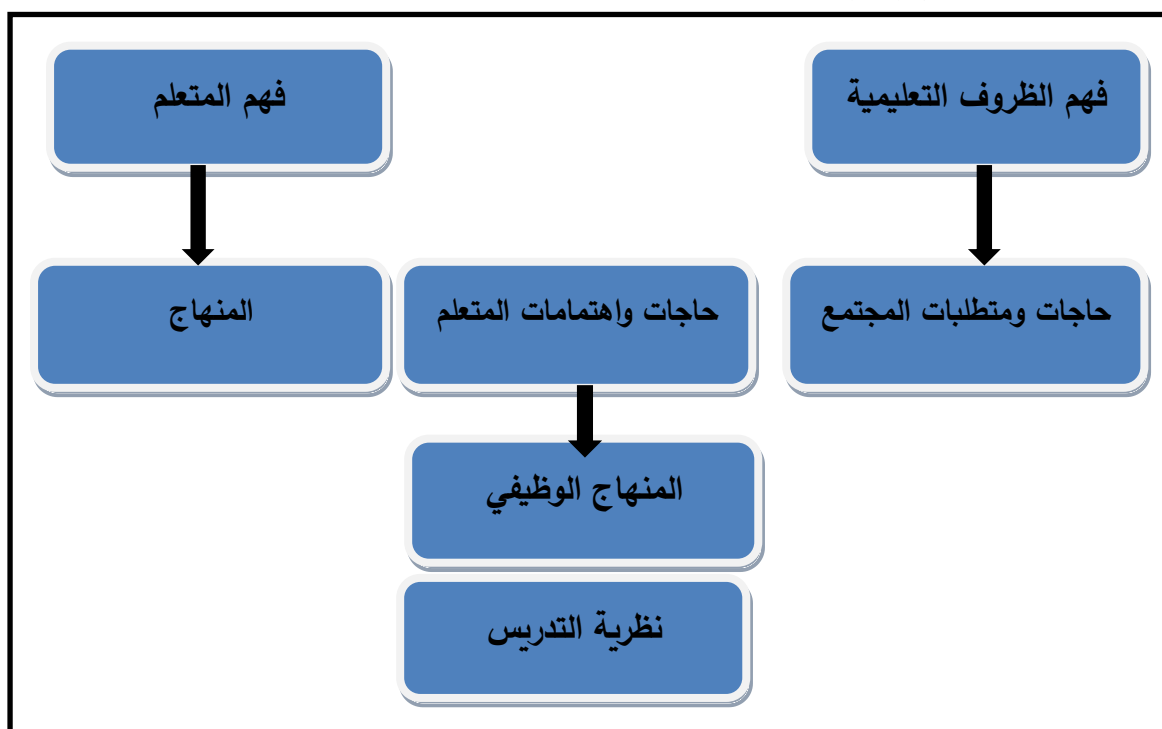
الشكل رقم (04): يمثل استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقلياً



المصدر: الباحثة باعتماد منهاج تدريس المغاقين عقلياً لجلاسور في كتاب الروسان (2010)

أما تايلور (Fredrick Taylor) فيقترح النموذج التالي:

الشكل رقم (05): يمثل استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقلياً

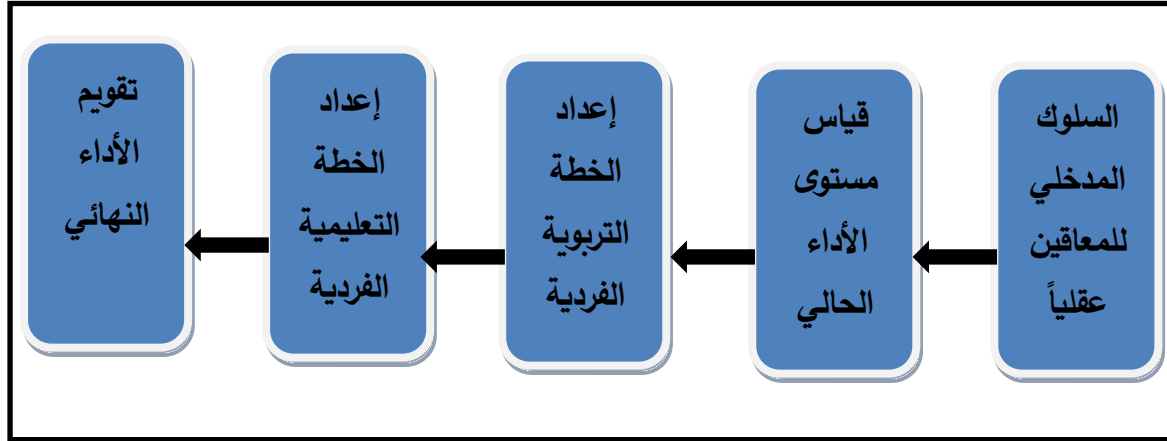


المصدر: الباحثة باعتماد منهاج تدريس المغاقين عقلياً لجلاسور في كتاب الروسان (2010)

وفيما يلي شرح موجز لنموذج وهمان:

أما وهمان فيقترح النموذج التالي:

الشكل رقم (06): يمثل استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا



المصدر: الباحثة باعتماد منهاج تدريس المعاقين عقليا لجلاسور في كتاب الروسان (2010)

1- السلوك المدخلي (Entering Behavior):

إنّ معرفة خصائص العاقين عقليا تشكل السلوك المدخلي لبناء منهاج لمعاقين عقليا ومن ثم إعداد طريقة التدريس المناسب على ضوء الخطة التربوية الفردية، وقد يكون تعريف الإعاقة العقلية هو أول لبنة في السلوك المدخلي للمعوقين عقليا؛ ويُعرّف جروسمان (1973Grosman) الإعاقة العقلية على أنّها: مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط (متوسط الذكاء) بانحرافين معياريين ويصاحب ذلك خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية من الميلاد حتى سن 18 سنة. وقد يكون من المناسب الإشارة إلى أن الفرق بين قدرة الأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقليا على التعلم تكمن في اعتبارهم غير متمكنين من التعلم، وأنهم غير قادرين على التعلم من تلقاء أنفسهم.

خصائص الأطفال المعاقين عقليا المتعلقة بالتعلم (الخصائص التعليمية المعرفية)

1-الانتباه: وهي من أكثر الخصائص وضوحا لدى الأفال المعاقين عقليا وخاصة لدى فئة الأطفال شديدي الإعاقة وفئة الأطفال متوسطي الإعاقة حيث إنهم يواجهون مشكلات

ونقصاً واضحاً في قدراتهم على الانتباه وخاصة في التعلم التمييزي حيث أنهم يجدون صعوبة في تمييز المثيرات من حيث لونها وشكلها ووضعها إذ أنّ الأمر يختلف عن بسيط الإعاقة فهم لديهم القدرة على الانتباه، وللتغلب على عدم قدرة الأطفال على الانتباه يجب اتباع الآتي:

- أ- استعمال خبرات لها ثلاثة أبعاد.
- ب- تقدم المهمة في تتابع من الأسهل إلى الأصعب.
- ج- تجنب فشل الطالب ما أمكن و يجب تقديم المهمات التي ينجح فيها أولاً.
- د- تقديم التعزيز الإيجابي المناسب.
- هـ - تهيئة الظروف المناسبة للانتباه بعيداً عن المثيرات المشتتة للانتباه.

2. انتقال أثر التعلم (Transfer of Learning):

من الخصائص المميزة لسلوك المعاق عقلياً صعوبة ما تعلمه من موقف إلى آخر مقارنة بالطفل العادي الذي يماثله في العمر، إذ ليس من السهل على الطفل المعاق أن يتعرف على الدليل لحل مشكلة ما تعلمه مسبقاً و نقل ذلك إلى الموقف الجديد و على ذلك فإن فشل المعاق عقلياً في نقل ما تعلمه من موقف لآخر يؤدي إلى صعوبة في التعرف على الدلائل المناسبة مع الأخذ في الاعتبار أن قدرة الطفل المعاق عقلياً على نقل التعلم تعتمد على درجة الإعاقة و على طبيعة المهمة التعليمية.

3. التذكر (Memory):

من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعاقين عقلياً مشكلة التذكر سواء كان ذلك متعلقاً بالأسماء أو الأشكال أو الأحداث و خاصة تلك التي تحدث قبل فترة قصيرة و هي ما يطلق عليها الذاكرة قصيرة المدى. و يرجع ذلك إلى ضعف قدرة الطفل المعاق عقلياً على استعمال دلائل و إستراتيجيات في عملية التذكر، و يجب الأخذ بعين الاعتبار أن درجة التذكر ترتبط بدرجة الإعاقة، و هذا يعني أنه كلما زادت درجة الإعاقة

قلت القدرة على التذكر. و ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعليم. وتبدو أهمية التذكر بشكل عام في نقل التعلم و الخبرة من موقف لآخر و خاصة إذا تذكرنا أن هناك ثلاث مراحل في عملية التعلم.

– استقبال المثيرات (المعلومات) **In put**.

– خزن المعلومات **Storage**.

– استدعاء المعلومات **Retrieval**.

والتذكر له نوعان: التذكر قصير المدى والتذكر طويل المدى، وإن نقل المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى إلى طويلة المدى تعتمد على:

* الوقت الذي تصل فيه المعلومة إلى الذاكرة قصيرة المدى إلى الفترة الزمنية الواقعة بين استقبال المعلومة وتذكرها.

* مدمناسبة المادة من مرحلة التذكر قصير المدى إلى مرحلة التذكر طويل المدى للطفل المعاق عقلياً.

4-الخصائص اللغوية(Linguistic Characteristic):

تعد الخصائص اللغوية من المشكلات المرتبط بالإعاقة العقلية وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً هو أقل بكثير من مستوى الأطفال العاديين، ويمكن تلخيص تلك المشكلات في:

أ- مشكلات الكلام وصعوبة تشكيل الأصوات أو الأخطاء النطقية أو السرعة الزائدة في الكلام أو ظهور وقفات أثناء الكلام أو الأصوات غير المسموعة.

ب- قلة الحصيلة اللغوية.

ج- ترتبط درجة الإعاقة بنوع المشكلات اللغوية ودرجة حدتها.

2- قياس مستوى الأداء الحالي

يتمثل الفرق بين بناء منهج الأطفال العاديين وبناء منهج الأطفال المعاقين عقلياً، أن مناهج الأطفال العاديين تعد سلفاً من قبل اللجان المشكلة لذلك لكي تناسب مرحلة عمرية معينة أو مستوى عمري معين؛ أمّا مناهج المعاقين عقلياً فلا توضع سلفاً وإنّما توجد مناهج عامة توضح الخطوط العريضة للمحتوى التعليمي ثم يوضع المنهج الفردي للطفل بناء على مقياس مستوى الأداء الحالي للطفل على ضوء الأهداف التربوية، وذلك يعني أن مناهج المعاقين عقلياً يوضع بعداً لتعرف على الأداء الحالي، وتهدف مرحلة القياس لقدرات الطفل الحالية إلى التعرف على النقاط السلبية والإيجابية أو نقاط الضعف والقوة ومن ثم تجمع النقاط السلبية، وتصاغ من جديد على شكل أهداف تربوية لكل طفل على حدة. كما يجب أن يراعي في الخطة التربوية بعدان هما:

- أ- **البعد الفردي**: ويقصد به بناء منهج المعاق عقلياً أن لكل طفل مناهجه الخاص به.
- ب- **البعد الاجتماعي**: يقصد بالبعد الاجتماعي أن يغطي منهج المعاقين عقلياً المتطلبات الاجتماعية المتوقعة منهم أي السلوكيات الاجتماعية المناسبة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع من أجل مساعدتهم على التكيف الناجح في المجتمع.

3. إعداد الخطة التربوية الفردية

الخطة التربوية الفردية (Individualized Education Program) و المعروف اختصاراً بالرمز (IEP) و التي تعرف أحياناً بالبرنامج التربوي الفردي و هو خطة مكتوبة تحدد الخدمات التي سيتم تقديمها للطلاب المعاق عقلياً، حيث يعتبر الأداة الرئيسية التي تتضمن حصول كل طالب على طالب خدمات التربية الخاصة و الخدمات الداعمة اللازمة لتلبية حاجاته الفردية، و يمثل الشكل (7) نموذجاً للخطة التربوية الفردية، و يحتوي البرنامج التربوي للأطفال المعاقين عقلياً البنود التالية:

- مستوى الأداء الحالي للطالب.

- الأهداف السنوية و النتائج المتوقعة مع نهاية العام الدراسي.
- الأهداف قصيرة المدى مصاغة مع أهداف تعليمية.
- خدمات التربية الخاصة و الخدمات المساندة التي سيتم تقديمها للطالب.
- مدى مشاركة الطالب في البرنامج الفردي العام المقدم في الصف العادي.
- التاريخ المتوقع للبدء في تقديم الخدمات والانتهااء من تقديم تلك الخدمات.
- المعايير الموضوعية والإجراءات التعليمية ومواعيد تنفيذها للحكم على مدى تحقيق الطالب للأهداف المنشودة.

ويشير الخطيب والحديدي (2005) إلى أن البرامج التربوية الفردية ليست عقدا ملزما بين المعلم والطفل بمعنى أن أحد الطرفين لا يتحمل المسؤولية في حال فشل البرنامج، بينما البرنامج هو عملية تنظيمية مدروسة الغاية منها التخطيط التربوي المنظم، حيث يتضمن ملخصا لمستوى الأداء الحالي، والأهداف السنوية، والأهداف قصيرة المدى، والخدمات التربوية ومحكات التقييم لكل هدف. (الخطيب و الحديدي، 2005).

كما ويهدف البرنامج التربوي الفردي إلى تحقيق الغايات التالية:

- التواصل بين الأهالي والكوادر التدريسية فيما يخص حاجات الطالب والخدمات التي سيتم تزويده بها والأهداف المتوقعة من ذلك.
- يكون الفيصل في إنهاء أية خلافات بين أهل الطالب والمركز الذي يقدم خدمات التربية الخاصة للطالب.
- يقدم ضمانات مكتوبة للمصادر اللازمة لمساعدة الطالب على الإستفادة من خدمات التربية الخاصة.
- يعتبر أداة إدارية لضمان حق كل طالب الحصول على خدمات التربية الخاصة اللازمة لتلبية حاجاته الفردية.

– يكون وثيقة يستخدمها ذوو العلاقة لضمان ومتابعة مدى الالتزام بتقديم الخدمات المقررة.

– يقيم مدى تقدم الطالب نحو الأهداف المتأمل تحقيقها. (الزارع، 2010)

إعداد الخطة التعليمية الفردية

وتعد الجانب التنفيذي للخطة التربوية الفردية وتكتب بعد أن يتم إعداد الخطة التربوية الفردية، حيث تتضمن هدفاً واحداً من الأهداف التربوية الواردة بالخطة التربوية الفردية، والشكل رقم (5) يبين نموذجاً للخطة التعليمية الفردية .

تشمل الخطة التعليمية الفردية عدداً من الجوانب التي تتمثل في (الروسان، 2010):

1) معلومات عامة عن الطفل، والهدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة وأسلوب التعزيز ورقم الفقرة في المنهاج أو المقياس الذي صيغ منه الهدف التعليمي وأسلوب إعلام الطفل المعاق بنتائج عمله.

2) الأهداف التعليمية الفرعية: وتشمل تحليل الهدف التعليمي إلى عدداً من الأهداف التعليمية الفرعية وفق أسلوب تحليل المهام.

3) الأدوات اللازمة: وتدرج الأدوات اللازمة استخدامها لتحقيق الهدف التعليمي.

4) الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك.

5) تقييم الأداء النهائي للأهداف التعليمية: وتهدف هذه المرحلة إلى:

* الحكم على مدى تحقق الأهداف التعليمية وفق الشروط والمواصفات والمعايير المتضمنة في الأهداف التعليمية في الخطة التربوية الفردية.

* الحكم على مدى فاعلية الأسلوب التعليمي المستخدم.

* الحكم على مدى التقدم الذي أحرزه الطالب في أدائه على الأهداف التعليمية.

* التعرف على الصعوبات التي واجهت المعلم والطالب أثناء التدريس والتدريب.

* نقل الأهداف التعليمية التي لم يتم تحقيقها إلى الخطة التالية.

الشكل رقم (07): نموذج الخطة التعليمية الفردية

نموذج الخطة التعليمية الفردية (IIP Individualized Instruction Plan)	
Name.....	الإسم:
Date.....	التاريخ:
Instructional Objective.....	الهدف التعليمي:
Item N°.....	فقرة رقم:
Type of Reinforcement.....	أسلوب التعزيز:
Feedback.....	إعلام الطالب بنتائج العمل:

الرقم N°	الأهداف التعليمية الفرعية Sub Instructional Objectives (Task Analysis Procedure)	المواد اللازمة Materials	الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك Instructional Procedure Through BM Tec

المصدر: الباحثة باعتماد التراث النظري وما يقوم به الأخصائيين في المركز المختص ميدان الدراسة الحالية

خلاصة:

ومن خلال هذا الفصل والمتمثل في الفصل الرابع لهاته الدراسة ، والذي تناولنا فيه كل ما يخص الاعاقة العقلية وخصائصها وتصنيفاتها وكيفية الوقاية والعلاج منها، كما تم تقديم المتطلبات التربوية التي يحتاجها الطفل المعاق عقليا أثناء التكفل به في المراكز المتخصصة، كما تم الاشارة الى أهمية ودور الأسرة في عملية التكفل والمتابعة النفسية والتربوية والاجتماعية والمهنية، ومنه قمنا بتوضيح ضرورة اشراك الوالدين في بناء الخطة التربوية للطفل لضمان التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني، وهذا ما سيتم التطرق اليه في الفصل الميداني الذي سيقدم الوصف الميداني والتجريبي لهذه الظاهرة واعطائها الطابع التطبيقي والقياسي لكل ما يتعلق بموضوع الدراسة الحالية.

الإطار الميداني للدراسة

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

الميدانية

تمهيد

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

أولاً: أهمية و أهداف الدراسة الاستطلاعية

ثانياً: إجراءات الدراسة الاستطلاعية

ثالثاً: حدود الدراسة الاستطلاعية

رابعاً: عينة الدراسة الاستطلاعية

خامساً: أداة الدراسة الاستطلاعية

سادساً: الدراسة الأساسية

1- منهج الدراسة

2- مجتمع وعينة الدراسة

3- حدود الدراسة الأساسية

4- وصف أداة الدراسة

5- الأساليب الإحصائية

خلاصة

تمهيد

تحتاج البحوث في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية في دراستها للظواهر إلى الجمع بين محورين أساسيين هما الجانب النظري لموضوع الدراسة والجانب الميداني الذي يقوم به الباحث. ونظراً لأنّ الدراسة النظرية وحدها غير كافية للكشف عن الحقائق ذات الصلة بالموضوع المدروس، فإنّه من المهم القيام بالدراسة الميدانية، وذلك بشرط اتباع خطوات علمية منهجية واضحة، بإختيار الإجراءات المناسبة التي يجب مراعاتها للوصول إلى نتائج دقيقة وقابلة للتعميم على الأقل على المجتمع الذي سحبت منه العينة فيما بعد. ومن الخطوات الواجب مراعاتها اعتماد منهج مناسب وإختيار أدوات مناسبة للدراسة يتم التحقق من خصائصها السيكمترية، ثم إختيار عينة يتم تطبيق الأدوات المناسبة عليها أين يتم ترجمة المعطيات إلى بيانات إحصائية يتم تحليلها وتفسيرها بما يتماشى مع المعطيات النظرية، وهذا باستعمال أساليب إحصائية مناسبة يتم من خلالها تحليل البيانات وإختبار صحة الفرضيات للوصول إلى النتائج.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية من الإجراءات الميدانية التي يعتمد عليها الباحث بهدف الاطلاع على الظروف المحيطة بالظاهرة و كشف جوانبها وأبعادها، كما تساعد على توفير قدر كافي من المعلومات حول موضوع البحث أو ضبط أداة الدراسة.

1-أهداف وأهمية الدراسة الاستطلاعية

الدراسة الاستطلاعية هي الدراسة التي يتم استخدامها في المراحل الأولى من أي بحث علمي يقوم به الباحث، إذ بمثابة اللبنة الأولى التي تركز عليها الدراسة الميدانية، وتمهد الدراسة الاستطلاعية للبحث العلمي، كما أنها تعرف بالظروف التي سيجري فيها البحث العلمي. وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تدعيم النتائج النظرية التي توصلت

إليها الدراسة في جانبه النظري، إضافة إلى أن تطبيق المقياس وتصميم البرنامج التدريبي خاص بموضوع الدراسة يعتبر من أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية

بعد استكمال الجوانب النظرية للدراسة واعتمادا على التراث النظري والنظريات الخاصة بموضوع الدراسة، واستنادا إلى مجموعة من الدراسات التي تطرقت لموضوع أساليب المعاملة الوالدية، التأهيل النفسي والإعاقة العقلية ارتأت الباحثة أن تطبق مقياس أولية لموضوع الدراسة، قسم إلى خمسة محاور أساسية تتمثل في: التحكم والسيطرة، والتذبذب، و التفرقة، والحماية الزائدة، والمعاملة الوالدية السوية، بعد ذلك قامت الباحثة بإجراء مجموعة من المقابلات مع بعض أولياء (الأب/الأم) الأطفال المعاقين عقليا الذين يعانون من تذبذب في أساليب المعاملة الوالدية السوية والذين أطفالهم متكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بمدينة بوسعادة، وهذا لإثراء الموضوع من خلال معرفة الواقع الفعلي لعينة الدراسة ثم توزيع المقياس في صورتها الأولية على عينة من أولياء (الأب/الأم) الأطفال المعاقين عقليا والتي تم اختيارها بطريقة عشوائية .

3- حدود الدراسة الاستطلاعية

تمت الدراسة الاستطلاعية في الحدود التالية:

- **الحدود الموضوعية:** اقتصرَت الدراسة الاستطلاعية على بحث دور البرنامج التدريبي المقترح في تنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقليا.
- **الحدود الزمنية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من بداية شهر فيفري 2016 إلى غاية شهر ماي 2016.
- **الحدود المكانية:** تمت الدراسة الاستطلاعية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بمدينة بوسعادة/ ولاية المسيلة.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

– **الحدود البشرية:** تمت الدراسة الاستطلاعية بالتطبيق على عينة من أولياء (الأب/الأم) الأطفال المعاقين عقليا والذين أطفالهم متكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بمدينة بوسعادة.

– عينة الدراسة الاستطلاعية

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية 30 ولياً (الأب/الأم) من أولياء الأطفال المعاقين عقلياً والذين أطفالهم متكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بمدينة بوسعادة. تم اختيارهم بطريقة عشوائية، والجدول رقم (02) أسفله يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (03): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية

النسبة %	العدد	الولي (الأب/الأم)
36.67%	11	أب
63.33%	19	أم
100%	30	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

– أداة الدراسة الاستطلاعية

يعتبر المقياس أداة ملائمة للحصول على معلومات وبيانات وحقائق مرتبطة بواقع معين، وللمقياس أهمية كبيرة في جمع البيانات اللازمة لاختبار الفرضيات في البحوث التربوية والاجتماعية والنفسية، وهي تستخدم في دراسة الكثير من المهن والاتجاهات وأنواع النشاط المختلفة. (ملحم، 2000، ص258).

1. تطبيق المقياس:

اقتضت الدراسة تطبيق مقياس أساليب المعاملة الوالدية الممارسة على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بعد الاطلاع على التراث النظري واستناداً إلى الأبحاث والآراء التي تناولت مواضيع أساليب المعاملة الوالدية والتأهيل والإعاقة العقلية، ومن تم

تطبيق مقياس أساليب المعاملة الوالدية لدكتورة أماني عبد المقصود؛ وهو مقياس صمم خصيصاً لمقياس أساليب المعاملة الوالدية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتم تطبيقه من طرف الدكتورة أماني عبد المقصود على عينة من الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية.

تم التوصل إلى استخلاص خمس مجالات أساسية، الأربع الأولى سلبية، أما المجال الخامس والأخير فهو إيجابي، وقد تم من خلالها الإلمام بمختلف أساليب المعاملة الوالدية الممارسة على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقلياً بمدينة بوسعادة، وضم المقياس 60 عبارة موزعة كما يلي: (ملحق رقم 01)

- **التحكم والسيطرة:** وتمتد من العبارة رقم 01 إلى رقم العبارة 10؛
 - **التذبذب:** ويمتد من العبارة رقم 11 إلى رقم العبارة 19؛
 - **التفرقة:** ويمتد من العبارة رقم 20 إلى رقم العبارة 29؛
 - **الحماية الزائدة:** ويمتد من العبارة رقم 30 إلى رقم العبارة 40؛
 - **أساليب المعاملة السوية:** ويمتد من العبارة رقم 41 إلى رقم العبارة 60؛
- حيث يساهم كل من "مجال التحكم والسيطرة والتذبذب" في تخفيض الكفاءة الشخصية والمتمثلة في التأهيل النفسي للطفل المعاق عقلياً؛ ويساهم كل من "مجال التفرقة والحماية الزائدة" في تخفيض الكفاءة الاجتماعية والمتمثلة في التأهيل الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً. كما يساهم كل من "مجال أساليب المعاملة السوية" في تنمية الكفاءات الشخصية للطفل المعاق عقلياً مما يساهم ذلك في تأهيله في مختلف الجوانب سواء النفسية والاجتماعية وكذلك المهنية. ويساهم أيضاً كل من "مجال التحكم والسيطرة والتذبذب" في تخفيض الكفاءة الشخصية والمتمثلة في التأهيل النفسي للطفل المعاق عقلياً.

وللتأكد من مدى صلاحية المقياس المستعملة في الدراسة والتحقق من الفهم الدقيق لعباراته، قمنا بتطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية التي شملت 30 ولياً (الأب/الأم) من أولياء الأطفال المعاقين عقلياً، مع الإشارة إلى أن الباحثة أحد أعضاء الفرقة البيداغوجية (أخصائية نفسية تربوية) ولديها احتكاك مستمر ودائم بأولياء الأطفال المعاقين عقلياً، مما ساعدها في التعرف على خصائص العينة عن قرب وتحديد النقائص والاحتياجات في أساليب المعاملة الوالدية لديهم.

بعد ذلك تم توزيع المقياس على عينة من الأساتذة المختصين في علم النفس وعلوم التربية بالجامعة الجزائرية، وتمحورت ملاحظاتهم فقط على ما يخص دمج بعض العبارات وإلغاء أخرى، وبالتالي حذف بعض العبارات المكررة، والتي لا تقيس ما أعدت لقياسه وبعد تطبيق المقياس الخاصة بقياس وتشخيص أساليب المعاملة الوالدية الممارسة على الأطفال المعاقين عقلياً، والاستفادة من بعض اقتراحات المحكمين وضعت الصياغة النهائية لعبارات المقياس والتي اتفق الأساتذة على أنها تقيس ما وضعت لقياسه .

2. الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتأكد من صدق وثبات المقياس تم استخدام العديد من الطرق، هي:

1. ثبات المقياس :

يعد الثبات من الخصائص السيكومترية للمقاييس التربوية والنفسية ومن المستلزمات الأساسية، إذ أنها تؤثر جودة المقياس وقدرته فيما أعد لقياسه ليتمكن الوثوق منه لقياس الخاصية أو الظاهرة. (Zeller & Carmine,1980,p.77).

ويقصد بالثبات الدقة في تقدير العلاقة الحقيقية للفرد على السمة أو الظاهرة التي يقيسها، وإذا كان الصدق يمثل المطلب الأساسي لصلاحية الاختبار، فإن الثبات شرط ضروري للصدق ويستحيل دونه تأسيس الصدق وتأكيد. (عودة، 1992، ص194).

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة المقياس من خلال استخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach's) والذي يعتبر أكثر الاختبارات شيوعاً لقياس درجة الارتباط بين

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

مكونات المقياس، بالإضافة إلى الاعتماد على إعادة الاختبار (Teste-Retest) للتأكد من مدى الاتساق الداخلي للأداة.

أ- حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach's):

للتأكد من ثبات المقياس، باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach's)، وهي العملية التي تقوم على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها، حيث يكون مقبولاً إذا كانت قيمته مساوية أو أكبر من (0.70) حسب ما اقترح (Hair et al, 2010). وبالإطلاع على نتائج الاختبار الإحصائي تبين أن معامل الثبات العام للمقياس عالٍ، حيث بلغ (0.81)، وهو ما يدل على أن المقياس تتمتع بدرجة عالية من الثبات؛ والجدول رقم (05) يوضح ذلك.

الجدول رقم (04) معاملات ألفا كرونباخ لمحاور أداة الدراسة

المقياس ككل	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
المحور 1	0,686	10
المحور 2	0,635	9
المحور 3	0,839	10
المحور 4	0,815	11
المحور 5	0,864	20
الكلية	0,811	60

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج (Spss V.22).

ب- حساب ثبات المقياس باستخدام إعادة الاختبار (Teste-Retest):

يشير كل من العجلي وآخرون (1990) أن معامل الثبات الناتج من هذه الطريقة يسمى بمعامل الاستقرار، أي استقرار نتائج الاختبار خلال المدة بين التطبيق الأول والثاني للاختبار (ص 148). ولغرض إيجاد الثبات بهذه الطريقة أعيد تطبيق الاختبار على عينة مكونة من (20) ولي أمر (10) أمهات و(10) أبناء للأطفال معاقين عقلياً في المركز النفسي البيداغوجي بمدينة بوسعادة، وذلك بعد مرور (15) يوماً على التطبيق الأول، وباستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين درجات التطبيق الأول

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

والثاني كانت درجة معامل الثبات (0.85) وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وهي نسبة جيدة حسب ما يراها نانالي (Nunnally, 1978, p.228).

2. صدق المقياس:

يتعلق الصدق بالمدى الذي تقيس فيه أداة معينة ما يفترض أنها تقيسه، ويعرفه عبد العظيم (2014) بأنه "الصحة والدلالة الهادفة والفائدة للاستدلالات المحددة الناجمة عن درجات الاختبار".

وقد تم حساب صدق أداة الدراسة المقياس بالطرق التالية:

أ - حساب صدق المحكمين:

للتأكد من صدق المقياس أي أنها تقيس ما أعدت لقياسه، تم عرضها على مجموعة من المحكمين تألفت من (05) أساتذة من الجامعات الجزائرية، مختصين في مجال علم النفس وعلوم التربية والملحق رقم (05) يوضح أسماء المحكمين ورتبهم العلمية ، وقد استجبنا لآراء السادة المحكمين و قمنا بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل على ضوء اقتراحاتهم، وبعد تحليل آراء وملاحظات السادة المحكمين، وقد ساعد عرض المقياس على المحكمين والأخذ بآرائهم، على الاطمئنان إلى الصدق الظاهري للمقياس، وبذلك أخرجنا المقياس في صورته النهائية ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية.

ب - حساب صدق المحتوى:

تم حساب صدق محتوى أداة الدراسة المقياس بتطبيق معادلة لوشي، حيث تم حساب صدق كل بند بصفة منفردة وفق المعادلة الإحصائية التي اقترحها لوشي.

$$\text{معادلة لوشي لصدق البند} = \frac{\sum 9 + \sum 0}{9} \text{ حيث أن:}$$

5 نعم = مجموع عدد المحكمين الذين وافقوا على العبارات " تقيس "

0 لا = مجموع عدد المحكمين الذين وافقوا على العبارات " لا تقيس "

5 = العدد الإجمالي للمحكمين. (ملحق رقم 05)

بعد تطبيق معادلة لوشي على كل بند فيما بعد نجمع كل القيم المحصل عليها على البنود، ثم نقسم على عدده أي عدد البنود والنتائج المتحصل عليه هو قيمة صدق المحتوى الإجمالي لأداة الدراسة المقياس. (سوري، 2014).

$$\Leftarrow \text{معادلة لوشي لصدق المقياس} = \frac{\sum 9}{\sum 60} \text{ حيث أن:}$$

$$\sum \text{ ص ب} = \text{مجموع معادلات صدق البنود.}$$

$$\sum \text{ ب} = \text{العدد الكلي للبنود.}$$

وبالإطلاع على نتائج تطبيق معادلة لوشي تبين أنّ قيمة الصدق للمقياس مساوية لـ (0,69)، وهو مؤشر على صلاحية المقياس لما أنجزت من أجله؛ وهذا لأن القيمة المعيارية تتراوح ما بين (1- ، 1+)، بمعنى $1- < 0.69 < 1+$.

ج- حساب الصدق (الاتساق) الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه كما يلي:

$$\Leftarrow \text{الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الأول (التحكم والسيطرة):}$$

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الأول (التحكم والسيطرة) بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الأول مع الدرجة الكلية له كلها دالة فمنها ما هو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) وعددها (8) عبارات، وهي (3، 15، 19، 29، 37، 41، 52، 57) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,68) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (3) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,43) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (52) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي كانت دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) فعددها (2) عبارات وهي ذات الأرقام (9،15) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,38) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (24) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,36) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (9)

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (التحكم والسيطرة) صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (05): مصفوفة ارتباط عبارات المحور الأول "التحكم والسيطرة" مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0,546**	العبارة 29	0,687**	العبارة 3
0,464**	العبارة 37	0,362*	العبارة 9
0,674**	العبارة 41	0,448**	العبارة 15
0,439**	العبارة 52	0,537**	العبارة 19
0,559**	العبارة 57	0,381*	العبارة 24
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)			
* الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)			

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

⇐ الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثاني (التذبذب):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثاني (التذبذب) بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثاني مع الدرجة الكلية له كلها دالة فمنها ما هو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) وعددها ست (06) عبارات، وهي (11، 20، 25، 31، 43، 47) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,67) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (25) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,43) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (20) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي كانت دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) فعددها ثلاث (03) عبارات؛ وهي ذات الأرقام (5، 35، 58) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,417) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (5) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,412) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (58) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (التذبذب) صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): مصفوفة ارتباط عبارات المحور الثاني "التذبذب" مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 5	0,417*	العبارة 35	0,413*
العبارة 11	0,436**	العبارة 43	0,613**
العبارة 20	0,531**	العبارة 47	0,537**
العبارة 25	0,672**	العبارة 58	0,413*
العبارة 31	0,518**	** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)	
		* الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

⇐ الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحو الثالث (التفرقة):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثالث (التفرقة) بمعامل الارتباط بيرسون، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثالث مع الدرجة الكلية له كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) وعددها عشر (10) عبارات، وهي (6، 12، 16، 21، 26، 32، 38، 44، 49، 54) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,89) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (12، 26) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,45) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (44) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (التفرقة) صادق، كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (07): مصفوفة ارتباط عبارات المحور الثالث "التفرقة" مع درجته الكلية

العبارات (S)	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 6	0,692**	العبارة 32	0,632**
العبارة 12	0,891**	العبارة 38	0,519**
العبارة 16	0,741**	العبارة 44	0,452**
العبارة 21	0,652**	العبارة 49	0,571**
العبارة 26	0,891**	العبارة 54	0,469**
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)			
* الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)			

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

⇐ الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الرابع (الحماية الزائدة):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الرابع (الحماية الزائدة) بمعامل الارتباط بيرسون، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الرابع مع الدرجة الكلية له كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) وعددها (11) عبارات، وهي (2، 8، 14، 18، 23، 28، 34، 40، 46، 51، 59)، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,77) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (34) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,46) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (59) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (الحماية الزائدة) صادق، كما هو يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (08): مصفوفة ارتباط عبارات المحور الرابع "الحماية الزائدة" مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 2	0,640**	العبارة 34	0,779**
العبارة 8	0,546**	العبارة 40	0,619**
العبارة 14	0,607**	العبارة 46	0,555**
العبارة 18	0,576**	العبارة 51	0,672**
العبارة 23	0,537**	العبارة 59	0,466**
العبارة 28	0,555**	** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

⇐ الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الخامس (أساليب المعاملة الوالدية):

تم حساب الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الخامس (أساليب المعاملة الوالدية) بمعامل الارتباط بيرسون، حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الخامس مع الدرجة الكلية له كلها دالة، فمنها ما هو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) وعددها (16) عبارة، وهي (10، 17، 22، 27، 30، 33، 36، 39، 42، 45، 50، 53، 55، 56، 60) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,76) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (28) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,44) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (55) والدرجة الكلية للمحور ككل، أما العبارات التي كانت دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) فعدها (4) عبارات وهي ذات الأرقام (1، 13، 45، 48) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,42) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,36)

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

كأدنى ارتباط كان بين العبارة (48) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الخامس (أساليب المعاملة الوالدية) صادق، والجدول أسفله يوضح ذلك:

الجدول رقم (09) : مصفوفة ارتباط عبارات المحور الخامس "أساليب المعاملة الوالدية" مع درجته الكلية

العبارة	الدرجة الكلية للمحور	العبارة	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 1	0,371*	العبارة 36	0,513**
العبارة 4	0,524**	العبارة 39	0,763**
العبارة 7	0,528**	العبارة 42	0,588**
العبارة 10	0,594**	العبارة 45	0,386*
العبارة 13	0,426*	العبارة 48	0,366*
العبارة 17	0,662**	العبارة 50	0,460**
العبارة 22	0,667**	العبارة 53	0,492**
العبارة 27	0,768**	العبارة 55	0,446**
العبارة 30	0,471**	العبارة 56	0,468**
العبارة 33	0,540**	العبارة 60	0,588**
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)			
* الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)			

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

← الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور مع الدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل بمعامل الارتباط بيرسون، حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائياً، وتمثلت في ارتباط الدرجة الكلية للمحور الأول "التحكم والسيطرة" بالدرجة الكلية للمقياس (0.44)، أما ارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني "التذبذب" بالدرجة الكلية للمقياس فقد بلغ (0.37)، أما ارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث "التفرقة" بالدرجة الكلية للمقياس فقد بلغ (0.42)، أما ارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع "الحماية الزائدة" بالدرجة الكلية للمقياس فقد بلغ (0.78)، في حين ارتباط الدرجة الكلية للمحور الخامس (أساليب المعاملة الوالدية) بالدرجة الكلية للمقياس فقد بلغ (0.62)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): مصفوفة ارتباط محاور المقياس مع درجته الكلية

الدرجة الكلية	محاور المقياس
0,448**	المحور الأول "التحكم والسيطرة"
0,379*	المحور الثاني "التذبذب"
0,425*	المحور الثالث "التفرقة"
0,789**	المحور الرابع "الحماية الزائدة"
0,628**	المحور الخامس "أساليب المعاملة الوالدية"
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

ثانياً: الدراسة الأساسية

تمت الدراسة الأساسية وفق الخطوات الآتية:

1- منهج الدراسة

إنّ أي دراسة مهما كانت طبيعتها ونوعها يستوجب من الباحث في البداية الإطلاع بمشكلة وأهمية دراستها والتحقق من وجودها في المجتمع الذي يحاول دراسته، بعد ذلك يتطلب منه (أي الباحث) التسلح بمنهجية معينة لمعالجتها والمعمدة أساساً على أدوات وطرق وتقنيات موضوعية تحدد طبيعتها ونوعها وموضوع دراستها.

المنهج يعني مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الحصول على الحقيقة فيالعلم، أي أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة، والمناهج أو طرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف طبيعة المواضيع، ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية. (بوحوش والذنيبات، 1995، ص43).

باعتبار أنّ موضوع الدراسة يبحث في تصميم برنامج تدريبي مقترح لتنمية أساليب المعاملة الوالدية للتأهيل النفسي للطفل المعاق عقلياً، بحساب الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، فإن أنسب منهج يمكن استخدامه في هذه الدراسة هو المنهج التجريبي، فهذا المنهج يقوم أساساً على الظواهر الإنسانية كما هي دون تغيير،

شكل رقم (08): يمثل التطبيق التجريبي للدراسة:

الاختبار القبلي ← تصميم البرنامج التدريبي ← الاختبار البعدي (اعداد الباحثة)

والمقصود بمصطلح تجريب هو تغير الشيء وملاحظة أثر هذا التغير على الشيء الآخر، أي تعرف أثر البرنامج (المتغير المستقل) على أساليب المعاملة الوالدية (المتغير التابع الأول)، والتأهيل المتغير التابع الثاني في الدراسة الحالية) والغرض النهائي هو التعلم، أي تعلم نتيجة أو أثر التغير الذي تحدثه، واستخدمت الباحثة التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة متمثلاً في القياس القبلي والبعدي والتتبعي، كما استخدمت المجموعات المتكافئة باستخدام مجموعة تجريبية، وأخرى ضابطة. (أبوعلام، 2001، ص 141-142)

2- مجتمع وعينة الدراسة

1. مجتمع الدراسة

مجتمع الدراسة مصطلح علمي منهجي يراد به كل ما يمكن أن تعمم عليه نتائج الدراسة، وذلك طبقاً للمجال الموضوعي لمشكلة الدراسة (العساف، 2003، ص 91)، بعبارة أخرى فإن المجتمع هو المجموعة التي يهتم بها الباحث، والتي يريد أن يعمم عليها النتائج التي يصل إليها من العينة. (مراد وهادي، 2002، ص 111-112)

ومجتمع الدراسة الحالية مكون من (176) ولياً (88 أب/ 88 أم) من أولياء الأطفال المعاقين عقلياً والذين أطفالهم متكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقلياً بمدينة بوسعادة، (88) طفل معاق عقلياً.

3- العينة:

تعرف العينة على أنها: مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية؛ فهي تعتبر جزءاً من الكل، فالعينة جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي. (زرواتي، 2008، ص 2012).

وبالنسبة لعينة الدراسة الحالية فقد شملت (40) ولياً (20 أب/ 20 أم) من أولياء الأطفال المعاقين عقلياً والذين أطفالهم متكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال

المعاقين عقليا بمدينة بوسعادة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، و(20) طفل معاق عقليا، ذكر (11)، إناث (09).

3- حدود الدراسة الأساسية

– **الحدود الموضوعية:** اقتصرَت الدراسة الأساسية على بحث دور البرنامج التدريبي المقترح في تنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقليا.

– **الحدود الزمنية:** طبقت الدراسة الأساسية في مدة (05) أشهر تقريبا، بداية من 19 فيفري 2018 إلى غاية 17 جوان 2019.

– **المدة الزمنية:** يقصد بها مدة تطبيق القياس القبلي والبعدي للمقياس و التدريب على البرنامج.

– **الحدود المكانية:** تمت الدراسة الأساسية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بمدينة بوسعادة/ ولاية المسيلة.

4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية:

- مقياس أساليب المعاملة الوالدية للدكتورة "أماني عبد المقصود"
- برنامج تدريبي لأولياء الأطفال المعاقين عقليا "إعداد الباحثة"
- تكوين تأهيلي للأطفال المعاقين عقليا بالنسبة للذكور: الفخار/تخصص: زخرفة والخراطة. أما الإناث: الخياطة/تخصص: تخطيط وتجميع الملابس.

– وصف أدوات الدراسة:

1- مقياس أساليب المعاملة الوالدية:

هو عبارة عن مقياس لقياس أساليب المعاملة الوالدية مخصص للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وكان موجه في الأصل للطفل الصم البكم، وقامت الباحثة بالتعديل في صياغة الأفعال للفقرات وذلك لخصوصية الأطفال المعاقين عقليا حيث لا يمكن قياس أساليب

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

المعاملة الوالدية لأولائهم عن طريق الطفل المعاق عقليا، لذا كان لا بد من التعديل في صياغة الفقرات حتى يتمكن الأولياء أنفسهم من الإجابة على العبارات وبالتالي تتمكن الباحثة من قياس مستوى أساليب المعاملة الوالدية للأطفال المعاقين عقليا.

يتكون هذا المقياس من خمسة أبعاد المتمثلة في:

⇐ البعد الأول: والمتمثل في التحكم والسيطرة

⇐ البعد الثاني: والمتمثل في التذبذب

⇐ البعد الثالث: والمتمثل في التفرقة

⇐ البعد الرابع: الحماية الزائدة

⇐ البعد الخامس: أساليب المعاملة الوالدية

ويشتمل على صورة (أ) خاصة بالأب وصورة (ب) خاصة بالأم وكل صورة تتضمن خمس مقاييس فرعية وكل مقياس فرعي يتكون من عشرة (10) عبارات، ما عدا الأسلوب الخامس يتضمن عشرين (20) عبارة

ويوضح الجدول التالي أرقام العبارات لكل بعد فرعي للأبعاد الخمسة للمقياس.

الجدول رقم (11): يوضح أرقام العبارات التي يتضمنها كل بعد على حدا:

الأبعاد	أرقام العبارات
التحكم والسيطرة	57-52-41-37-29-24-15-9-3
التذبذب	52-48-47-43-35-31-25-20-11-5
التفرقة	54-49-44-38-32-26-21-16-12-6
الحماية الزائدة	59-51-40-34-28-23-18-14-8-2
أساليب المعاملة الوالدية	60-55-53-50-48-45-42-39-36-33-30-27-22-17-13-10-7-4-1

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على استبانة الدراسة.

مفتاح التصحيح للمقياس تمثل في: الإجابة ب (نعم) أو (لا)

حيث إذا كانت العبارة تنطبق على المفحوص تكون الإجابة بنعم وإن كانت لا تنطبق تكون ب لا، بذلك تتراوح درجة الأبعاد الأولى من (10 إلى 20) درجة، أما بالنسبة للبعد الخامس الخاص بأساليب المعاملة السوية تتراوح درجات الإجابة من (20 إلى 40)

درجة، وفي هذه الدراسة تم تطبيق الصورة الخاصة بالأم والأب وهذا ما يتوافق مع تساؤلات وفروض الدراسة.

أما فيما يخص الدراسة الحالية فقد تمت طريقة التصحيح بإعطاء درجتين للإجابة (نعم) ودرجة واحدة (لا) وفيما يخص تكييف المقياس على البيئة الجزائرية فقد صمم هذا المقياس ليتلاءم مع البيئة المصرية من طرف أماني عبد المقصود، وبما أن البيئة عربية فهي لها نفس القيم والعادات و التنشئة الاجتماعية مع البيئة الجزائرية وبالتالي يصح تطبيقه على البيئة الجزائرية.

2- البرنامج التدريبي لأولياء الأطفال المعاقين عقليا: (ملحق رقم:02)

⇐ تصميم البرنامج التدريبي لأولياء الأطفال المعاقين عقليا:

بناء على الدليل التطبيقي لمناهج التكفل الفردي للطفل المعاق عقليا وهو الدليل التطبيقي والمتمثل في المشروع السنوي المعمول به داخل المراكز المتخصصة (إعداد أ/ مهدي مبارك بمعية أعضاء الفريق التربوي بالمركز النفسي التربوي للأطفال المعاقين عقليا بالمسيلة، 2016)، والذي صمم بناء على مجموعة من الأهداف والمرامي والغايات لتكفل بالطفل المعاق عقليا داخل المركز النفسي البيداغوجي، والتي تركز أساسا على الكفاءات الثلاث المتمثلة فيما يلي:

1- الكفاءة الشخصية.

2- الكفاءة الاجتماعية.

3- الكفاءة المهنية.

حيث كانت الأهداف العامة لبرنامج التكفل بالطفل المعاق عقليا داخل المركز النفسي البيداغوجي كما يلي:

1- تنمية القدرات الحسية والحركية.

2- تنمية القدرات على الكلام والنطق الصحيح.

3- تعلم الحد الأدنى من المبادئ الأساسية لمواد التعليم الأكاديمية.

4- التعايش مع الآخرين.

5- تنمية الاستقلالية والاستقرار العاطفي.

6- الأخذ بالعادات الصحية المناسبة وحسن التصرف.

7- استغلال أوقات الفراغ.

8- أن يصبح عضو عامل في مجتمعه وأسرته.

9- القدرة على كسب العيش.

كما اشتملت الأهداف الخاصة في المجالات التالية:

المجال الأول: التعليم والتعلم.

5- يتفاعل مع غيره من أطفال المركز والمربين المشرفين.

6- يشارك في اتخاذ القرارات الخاصة بالنشاطات الترفيهية والترفيهية.

7- يوظف استراتيجيات نحو المشكلات.

8- يوظف الإمكانيات والتكنولوجيا المتاحة في عملية التعلم.

9- يستعمل المعارف الوظيفية للبيئة المحيطة به.

10- يوظف القدرات الذاتية عند التفاعل مع المحيط.

المجال الثاني: الحياة المنزلية.

1- استعمال بيت الإعاشة (الخلاء، الاستحمام، التنظيف...)

4- يعتني بلبسه ونظافته.

5- يجلس على المائدة ويتناول الطعام بشكل منظم.

6- يرتدي ملابسه.

7- النظافة الشخصية.

8- يستعمل الأجهزة والأدوات المنزلية (خاصة التكنولوجية)، دون تعريض نفسه للخطر.

9- يشارك في النشاطات الترويحية للعائلة.

المجال الثالث: الحياة الاجتماعية.

1- يستعمل وسائل النقل العمومي.

2- يشارك في نشاطات ترفيهية.

3- بروز الأقارب والأهل والأصدقاء.

4- يتسوق ويقوم بالمعاملات التجارية البسيطة.

5- يتفاعل مع الجماعات في الوسط الاجتماعي.

6- يعرف أدوار ويستعمل الأماكن ذات المنفعة العمومية (البلدية، المستشفى، الشرطة...)

المجال الرابع: الوظيفية.

1- يمارس مهارات عمل معين.

2- يتفاعل مع الزملاء في العمل.

3- يتفاعل مع المشرفين على العمل.

4- يؤدي مهام العمل بمسؤوليته.

5- يتأقلم مع تغيرات واجبات العمل.

6- يطلب المساعدة أثناء الطوارئ وعند الحاجة.

المجال الخامس: الصحة والسلامة.

1- يحصل على الخدمات الصحية والعلاج عند الحاجة.

2- يتناول أدويته.

3- يتفادى الأخطار التي تؤثر على صحته.

4- يتصل ويصل لخدمات الرعاية الصحية والطوارئ عند الحاجة.

5- يتبع ويتميز الحمية الغذائية الصحية.

6- يحافظ على صحته وسلامته.

المجال السادس: السلوكية.

- 1- يتقن آداب السلوك بحسب الموافق.
- 2- يتخذ القرارات الفردية السليمة.
- 3- يدمج التفضيلات الشخصية بالنشاطات اليومية.
- 4- يسيطر على الغضب والعوانية.
- 5- يتبع القواعد الأخلاقية والاجتماعية.

المجال السابع: الاعتيادية.

- 1- يشارك في النشاطات العادية ويتحمل المسؤولية الأسرية.
- 2- يعي بنضجه الجنسي ويتعامل معه بشكل سليم.
- 3- يتخذ القرارات الجنسية الملائمة.
- 4- يقيم صداقات ويحافظ عليه.
- 5- يتعامل مع الجنس الآخر.
- 6- يضع حدود للاتصال بالآخرين فيما يتعلق بحاجاته الشخصية.
- 7- يتعامل ويدخل في علاقات حميمة.
- 8- يضع حدود لطلب وتقديم وتلقي المساعدة والخدمات من الآخرين.

المجال الثامن: الدفاع والحماية.

- 1- يدافع عن نفسه.
- 2- يدير الأموال الخاصة والموارد الشخصية.
- 3- يحمي نفسه من الاستغلال.
- 4- يمارس حقوقه ومسؤولياته القانونية عند الحاجة.
- 5- يحصل على الخدمات والتوجيهات القانونية عند الحاجة.
- 6- يستعمل الصكوك ومختلف أشكال الأوراق المالية.

إن ما هو المشروع الفردي للتكفل المعمول به في المركز النفسي البيداغوجي: يعرف على أنه مجموع المهارات والمعرفة والخبرات التي تحاول مؤسسة التكفل تعليمها وإعطائها للطفل باسم (المشروع الفردي للتكفل)، والمهارات والقدرات الواضحة من خلال الأهداف في المجالات المذكورة أعلاه، كما أن هناك بعض الأجزاء لم تذكر في المجالات مثل تلك التي تمثل السلوك التعبيري الذاتي للطفل المعاق عقليا، حيث يمكن للتعبير الذاتي أن يشمل الفنون والموسيقى، والتمثيل والإيماء وهي أنشطة ممتعة يمكن لبعض المعاقين عقليا أن يكونوا موهوبين فيها، وكذلك فإن معظم الأطفال يستمتعون بالرياضة التي تساعدهم على الاندماج مع الأطفال الأسوياء في مجال إقامتهم، وقد يتمتع بعض الأطفال المعاقين عقليا بقدرات رياضية مذهشة في تفوقها، ولا يقاس النمو في مدى إدراك الأطفال العالم الذي من حولهم، وإدراك أنفسهم ومحيطهم بسهولة ولا هو قبل للتبويب والجدولة، ومع هذا يجب أن يمنح الأطفال المعاقين عقليا كل فرصة ممكنة للتعلم عن شؤون الحياة اليومية، وكيف تتم الأشياء فيها ومواضيع أخرى عامة، ويجب أن يشمل ذلك المعرفة الدينية والتربية الخلقية والاجتماعية والبيئية كما لا توجد قائمة لمحور النمو الانفعالي، وتبين جداول النمو الطبيعي أنه الطفل السوي يتأرجح بين المرات يكون فيها معتمدا على الكثير من تشجيع الكبار مع مشاعر قوية يعبر فيها بفاعلية، وبين مرات أخرى يبدو فيها جيد التوازن العاطفي وقادرا على التحكم بطريقة إظهار انفعالاته، وعلى العموم فإن على المربي/ المربية أن يلاحظ أي يلاحظ أي مشكلات انفعالية مثل:

- هل يخاف الطفل من الغرباء؟
- هل تنتابه نوبات غضب؟
- هل يعتمد على تشجيع الكبار؟
- هل يشرذ ذهنه بسهولة؟

ويجب توفر الأخصائيين بمؤسسة التكفل على سجلات خاصة بالمشكلات السلوكية والصعوبات العاطفية التي يعاني منها الأطفال، يمكن الرجوع إليها عند الضرورة.

تم الاستناد في بناء برنامج التكفل الفردي للطفل المعاق عقليا بناءا على بيداغوجيا التحكم (التربية الفردية) والتي نقصد بها الخطة التربوية الفردية والتي تتمثل في منهاج الطفل الخاص الذي يعد بناءا على قياس الأداء الحالي للطفل المعاق عقليا، وعلى ضوء الأهداف التربوية التي يتضمنها المنهاج وتقابل حاجاته التربوية.

ومن هذا المنطلق؛ أرادت الباحثة إشراك أولياء الأمور (أم/أب) في تطبيق هذا البرنامج أو الخطة الفردية، هذا ما أدى بها إلى تصميم برنامج تدريبي لأولياء الأمور الأطفال المعاقين عقليا وذلك لتحقيق نتائج ايجابية بالنسبة لتأهيل الطفل، وبما أن التأهيل يتمثل في الكفاءة الشخصية والكفاءة الاجتماعية والكفاءة المهنية، هذا ما يقابلها من تأهيل نفسي (الكفاءة الشخصية) ، تأهيل اجتماعي (كفاءة اجتماعية) ، تأهيل مهني (كفاءة مهنية) ، إذن لأجل الموازنة بين ما تقدمه المراكز المتخصصة لا بد أن تقدمه الأسر لطفلهم المعاق عقليا؛ وعليه؛ فإن جل هذه الكفاءات لا بد أن تقدم عن طريق أساليب المعاملة الجيدة لأجل تحقيق تأهيل الأطفال المعاقين عقليا.

وبما أن أساليب المعاملة الوالدية تنقسم إلى مجموعة من المجالات والمتمثلة في:

⇐ المجال الأول: التحكم والسيطرة.

⇐ المجال الثاني: التذبذب.

⇐ المجال الثالث: التفرقة.

⇐ المجال الرابع: الحماية الزائدة.

⇐ المجال الخامس: أساليب المعاملة السوية.

حيث يساهم كل من مجال التحكم والسيطرة والتذبذب في تنمية الكفاءة الشخصية والمتمثلة في التأهيل النفسي للطفل المعاق عقليا.

الفصل الخامس: ————— الإجراءات المنهجية للدراسة

كما يساهم كل من مجال التفرقة والحماية الزائدة في تنمية الكفاءة الاجتماعية والتمثلة في التأهيل الاجتماعي للطفل المعاق عقليا. كما يساهم كل من مجال أساليب المعاملة السوية في تنمية الكفاءة المهنية في التأهيل المهني للطفل المعاق عقليا.

ونظرا للدور الهام الذي تلعبه الأسرة في حياة الطفل المعاق عقليا، وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة (ساندول 1975) إلى معرفة أثر تدريب الوالدين من خلال جلسات إرشادية على السلوك الاجتماعي لأطفالهما المتخلفين عقليا (فئة أعراض داون). وشملت عينة الدراسة ستة آباء وست أمهات وأطفالهما المتخلفين عقليا، وتضمن البرنامج التدريبي المناقشة الجماعية ومشاهدةشرطة الفيديو كنموذج، وجاءت نتائجها كالتالي: حدوث نمو في سلوكيات الاتصال الاجتماعي لدى خمسة أطفال، كما أصبح هؤلاء الأطفال مشاركين نشطين وازداد مستوى تفاعلهم المتبادل مع الآخرين.

وكذلك نتائج دراسة (شاكو 1981) إلى دراسة مدى فاعلية مشاركة الوالدين في تأهيل وتدريب أطفالهما المتخلفين عقليا من خلال عينة ضمت مجموعتين من الأطفال إحداهما من القابلين للتعلم والثانية من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة إلى جانب والدي هؤلاء الأطفال، وهدف البرنامج المستخدم مع المجموعة الأولى إلى تنمية مهارة الاعتماد على النفس وإلحاقهم بورش التأهيل المهني، أما البرنامج الخاص بالمجموعة الثانية فتناول مهارات مثل تناول الطعام، والذهاب إلى الحمام، وارتداء الملابس، وبالنسبة للوالدين فقد قام الباحث بإمدادهم بالحقائق العلمية والموضوعية عن الإعاقة وتحديد دورهم في مساعدة أبنائهم المتخلفين عقليا على التوافق، وكانت نتائجها كالتالي: حدوث تحسن واضح للأطفال في المهارات موضع الدراسة.

ومما أكدته دراسة (حمزة 1996) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهما نحو الابن المتخلف عقليا وأثر ذلك على تحسين توافق الأبناء، وضمت العينة 24 أم وأب (05 آباء ، 19 أم)، 24 طفلا من المتخلفين عقليا

تتراوح أعمارهم الزمنية بين 8 إلى 11 سنة، ونسب ذكائهم بين 50- 70 وجميعهم من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وقسموا إلى مجموعتين واستخدم الباحث مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ودليل المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، ومقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة إحصائية في الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة إحصائية في السلوك التكيفي للأطفال في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالجزء الأول من المقياس الخاص بالنواحي النمائية، في حين لم توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالجزء الثاني الخاص بالانحرافات السلوكية، كما لم توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك التكيفي. وكذلك النقص الملاحظ في إمكانيات الأولياء (أم/أب) في كيفية التكفل بطفلهم المعاق عقليا.

لذا كان لا بد من تدريب الأولياء (أم/أب) لأجل الوصول بهذا الطفل إلى أعلى مستوى من التحقيق الكفاءات اللازمة والمتمثلة في الكفاءة الشخصية والاجتماعية، والمهنية، ومما تساهم في تحقيق تأهيله من كافة الجوانب والمتمثلة في التأهيل النفسي، الاجتماعي والمهني.

ومن خلال ما سبق تم تصميم البرنامج كما يلي:

- التعريف بالبرنامج:

تم تعريف البرنامج إجرائيا من وجهة نظر الباحثة على أنه: مجموعة من النشاطات والمعارف المختلفة التي يتم تقديمها من طرف الباحثة لأفراد المجموعة التجريبية مخططة في فترة زمنية محددة يتم من خلالها انتقاء بعض الاستراتيجيات من خلال اختيار فنيات إرشادية عديدة تقوم على نظريات إرشادية مختلفة ومنها:

الفصل الخامس: ————— الإجراءات المنهجية للدراسة

التقييم الموضوعي للحدث، أسلوب المحاضرة، المناقشة، العصف الذهني، التفريغ الانفعالي، النمذجة، التعزيز، التساؤل، التغذية الراجعة، التطبيق المباشر لمحاور البرنامج مع الطفل، الواجبات المنزلية بهدف تنمية المعاملة الوالدية لديهم.

- الهدف العام من تصميم البرنامج التدريبي:

يتمثل الهدف العام للبرنامج التدريبي في هدفين أساسيين هما: التنمية والتأهيل. والمقصود بالتنمية: تنمية المعاملة الوالدية لدى أفراد المجموعة التجريبية (أمهات/أباء)؛ أما التأهيل فالمقصود به التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للطفل المعاق عقليا

أ- الأهداف الإجرائية للبرنامج التدريبي:

- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية إلى ماهية المعاملة الوالدية.
- أن يتمكن أفراد المجموعة التجريبية من الإلمام التام بماهية الإعاقة العقلية وتصنيفاتها وكيفية مواجهتها والتصرف معها.
- أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على معيقات المعاملة الوالدية.
- أن تتعزز الثقة بالنفس لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- أن يصبح أفراد المجموعة التجريبية قادرين على تطوير مفهوم المسؤولية المخولة إليهم تجاه أطفالهم المعاقين عقليا.
- أن يصبح أفراد المجموعة التجريبية قادرين على تعديل أفكارهم اللاعقلانية "السلبية" واستبدالها بأفكار ايجابية.
- إثارة الدافعية نحو احتواء أطفالهم المعاقين عقليا والتعامل معهم باحترافية لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- أن يصبح أفراد المجموعة التجريبية قادرين على استخدام مهارة التخطيط لمستقبل طفلهم المعاق عقليا.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- أن يصبح أفراد المجموعة التجريبية قادرين على اختيار المهنة المناسبة لطفلهم المعاق عقليا حسب قدراتهم وميولاتهم.
- أن يستطيع أفراد المجموعة التجريبية استخدام طرق التكفل الصحيحة.
- أن يستطيع أفراد المجموعة التجريبية استخدام أسلوب حل المشكلات التي تواجههم أثناء معاملة طفلهم المعاق عقليا بطرق ملائمة.
- أن يصبح أفراد المجموعة التجريبية قادرين على استخدام مهارات التكفل بالطفل المعاق عقليا.
- بث روح الأمل في نفوس أفراد المجموعة التجريبية.
- الإستراتيجية التدريبية التي يستند عليها البرنامج التدريبي:
- تم اختيار فنيات تدريبية عديدة من قبل الباحثة من خلال الاستناد إلى الانتقائية مع أهداف البرنامج التدريبي.
- الفنيات المستخدمة في البرنامج التدريبي:
- تم اختيار فنيات عديدة منها: المحاضرة، المناقشة، العصف الذهني، التقييم الموضوعي للحدث، التفريغ الانفعالي، الاسترخاء، النمذجة، التعزيز، التساؤل، التغذية الراجعة، الواجبات المنزلية.
- الوسائل المستخدمة في البرنامج التدريبي:
- تم استخدام مجموعة من الوسائل والأدوات: أوراق العمل، مطويات، أقلام مختلفة، مطويات، نماذج الوسائل البيداغوجية المستخدمة مع ذوي الإعاقة العقلية، التقييم النهائي للبرنامج.
- التصميم التجريبي المستخدم في البرنامج التدريبي:
- تم استخدام تصميم تجريبي من خلال مجموعتين تجريبية وضابطة من خلال القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، حيث تم تطبيق مقياس المعاملة الوالدية لكلا

المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي للتعرف على فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية المعاملة الوالدية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

- مصادر بناء محتوى البرنامج التدريبي:

- مقياس أساليب المعاملة الوالدية، إعداد أمانى عبد المقصود.
- الدراسات السابقة لبرامج تدريبية وإرشادية مشابهة للدراسة الحالية، وتم الاعتماد والاطلاع بشكل كبير على البرنامج من خلال دراسة فعالية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن للدكتورة/ أميرة طه بخش - أستاذ مشارك - كلية التربية - جامعة أم القرى - مكة المكرمة - المملكة السعودية وذلك لندرة البرامج المشابهة.
- الإطار النظري للدراسة.
- الكتب والمراجع المتعلقة بالبرامج التدريبية.
- خبرة الباحثة الميدانية في المجال النفسي التربوي في توجيه وإرشاد وتدريب أولياء الأطفال المعاقين عقليا والمتمثلة في ثماني سنوات (08 سنوات) بمركز نفسي بيداغوجي لأطفال معاقين عقليا.

- محتوى البرنامج التدريبي:

- احتوى البرنامج التدريبي على 03 أبعاد: المعارف، الأنشطة، المهارات.
- أ- **المعارف:** احتوى البرنامج على مجموعة من المعارف التي تعمل على تنمية المعاملة الوالدية لدى أولياء أمور (أم/أب) منها: مفهوم الإعاقة العقلية، مفهوم المعاملة الوالدية، أهمية تنمية المعاملة الوالدية وتحسين أساليبها، تقنيات تنمية مهارات التعامل مع الطفل المعاق عقليا وكيفية التحكم فيها، كيفية اختيار المهنة المناسبة لطفلهم المعاق عقليا وتعزيزها والتخطيط لتجسيدها مستقبلا، طرق التكفل بالطفل المعاق عقليا...

ب- **المهارات:** مثل مهارة التخطيط للمستقبل، مهارة على استخدام مهارات القدرة على التكفل بالطفل المعاق عقليا مهارة استخدام أسلوب حل المشكلات التي تواجههم أثناء معاملة طفلهم المعاق عقليا بطرق ملائمة، وقد تم تدريب أفراد المجموعة بطرق متنوعة.

ج- **الأنشطة:** مثل اللعب مع الطفل المعاق عقليا باستخدام الوسائل البيداغوجية الخاصة، الحوار مع الطفل لحل مشكلة ما، تصحيح ردود الفعل المعتادة بردود أفعال جديدة وسليمة تتوافق مع مواقف معينة ومتنوعة...

الإجراءات التنظيمية للبرنامج التدريبي:

أ- مراحل البرنامج التدريبي:

ب- **المرحلة الأولى:** مرحلة البدء والتحضير "الجلسة الأولى والجلسة الثانية": من خلال التعارف بين الباحثة والعينة والتعريف بالبرنامج وأهدافه والاتفاق على توقيت الجلسات المقبلة وضبطها.

ت- **المرحلة الثانية:** مرحلة الانتقال "الجلسة الثالثة والجلسة الرابعة": وفيها يتم التركيز على مشكلة انخفاض مستوى أساليب المعاملة الوالدية لدى العينة التجريبية وأسبابه ومعيقاته.

ث- **المرحلة الثالثة:** مرحلة العمل والبناء "من الجلسة الخامسة إلى الجلسة الرابعة عشر": من خلال تقديم مختلف المعارف والأنشطة المتنوعة التي تتمحور حول المساعدة على تنمية مستوى أساليب المعاملة الوالدية لدى أفراد المجموعة التجريبية من خلال مساعدتهم على تطوير مفهوم روح المسؤولية لديهم واختيار المهن المناسبة لأطفالهم، وتنمية بعض الجوانب الشخصية لأطفالهم من خلال تدريبهم على مجموعة من المهارات مثل: مهارة التخطيط لمستقبل الطفل وحل المشاكل الناجمة عن إعاقة طفلهم...

ج- المرحلة الرابعة: مرحلة الإنهاء "الجلسة الخامسة عشرة": من خلال تقويم البرنامج التدريبي وإنهاؤه من أجل معرفة نقاط القوة والضعف في البرنامج التدريبي ومدى تحقق الأهداف العامة والخاصة للبرنامج.

أ- المكان:

تم تطبيق البرنامج التدريبي في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بمدينة بوسعادة.

ب- الزمان:

كانت الفترة الزمنية للبرنامج التدريبي قرابة ثلاث (03) أشهر بعدد جلسات 15 جلسة لفترة زمنية تقارب 50 دقيقة لكل جلسة من الجلسات التدريبية.

ت- تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج التدريبي في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة من أجل ضبطه وتصحيح بعض الأخطاء ليتم بعد التعديل إخراجه في صورته النهائية قبل تطبيقه على المجموعة التجريبية.

ثالثاً- الصعوبات أثناء التطبيق وكيفية معالجتها:

- عدم توفر الوقت وبالتالي حاولت الباحثة ضبط الحصص من خلال أوقات الفراغ والاتفاق مع الإدارة في تعويض بعض الحصص للأولياء (أم/أب) تغيير مواقيت بعض الحصص التدريبية.

- والتعامل مع مشكل غياب الأولياء باحترافية من طرف الباحثة وذلك باستخدام عنصر التشويق لما سيتم تقديمه في الحصص المقبلة من نشاطات.

- نقص البرامج التدريبية المتعلقة بتممية أساليب المعاملة الوالدية، وبالتالي اللجوء إلى البرامج القريبة منه.

- الدراسة الاستطلاعية للبرنامج التدريبي:

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية لبرنامج التدريب المستخدم في البحث الحالي على عدد أطفال (10) أولياء لأطفال معاقين عقليا 5 أمهات و 5 آباء على محتوى البرنامج التدريبي المقترح في مركز نفسي بيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا نفس المركز ميدان الدراسة، وفي ضوء هذه الدراسة تم التعرف على الآتي:

- تحديد الطريقة المستخدمة لتنفيذ إجراءات كل نشاط والأدوات اللازمة لكل نشاط وقد وجدت الباحثة ضرورة استخدام الألفاظ البسيطة والعامية في الحديث مع أولياء الأطفال المعاقين عقليا لعدم توفرهم على المصطلحات العلمية.

- **المدة المناسبة لكل نشاط:** وجدت الباحثة أن كل نشاط من الأنشطة يستغرق فترة زمنية تتراوح بين (45- 50) دقيقة حتى يتمكن الأولياء من إتقانها، وكذلك ضمان استيعاب المفردات والمفاهيم المستخدمة وحتى يمكن إعادة تكرار إجراءات النشاط عدة مرات خلال الفترة المحددة.

- **تحديد الفنيات المستخدمة:** وجدت الباحثة أن فنيات تعديل السلوك لها قيمتها ودورها الفعال في تحسين المهارات اللغوية، ومن الفنيات: التعزيز، النمذجة، والتقليد، الحث والتلقين، ولذلك وضعتها في اعتبارها كفنيات أساسية عن تطبيق البرنامج.

ومن خلال نتائج الدراسة الاستطلاعية، قامت الباحثة بإضافة بعض الوسائل البيداغوجية، والتدريبات لبعض جلسات البرنامج، التي تتضمنها مع ضرورة زيادة بعض الأنشطة الخاصة لبعض المهارات حتى يتمكن الأطفال من الوصول إلى المستوى المطلوب وحتى يحقق البرنامج الغرض الذي وضع من أجله، ومن بين هذه الوسائل البيداغوجية (السبورة والملصقات، وتقنية الداتاشو لعرض بعض الخبرات الغربية في مجال تدريب الأولياء على كيفية التعامل مع الطفل المعاق، أوراق بيضاء ، أقلام لطرش انشغالاتهم وأسئلتهم نهاية كل حصة تدريبية، طاولات، كراسي، لعبة الفك والتركيب، لعبة التركيز، وأدوات المطعم على شكل لعبة، استخدام وسائل قاعة النشاطات النفسية

الحركية، ولعب الأدوار من خلال تجسيد بعض المواقف اليومية بين الطفل ووالديه كيفية التحوار معه ومعالجة الموقف بشكل سليم...).

- **تقييم البرنامج التدريبي:**

- **التقييم البعدي:** تم تقييم البرنامج التدريبي بعد تطبيقه الذي استغرق (03 أشهر) وذلك باستخدام مقياس أساليب المعاملة الوالدية، ومعرفة مدى تأثيره على أفراد المجموعة التجريبية.

- **التقييم التتبعي:** تم تقييم مدى استمرار فاعلية البرنامج التدريبي وذلك أيضا من خلال تطبيق مقياس أساليب المعاملة الوالدية على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر ونصف من انتهاء البرنامج.

3- تكوين تأهيلي للأطفال المعاقين عقليا:

← بناءا لتنفيذ محتوى إرسال مديرية التكوين المهني بالمسيلة رقم: 1660 المؤرخ في: 2011/12/15 والمتعلق بفتح فروع منتدبة بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببوسعادة.

← و بناءا على المنشور الوزاري رقم: 07 المؤرخ في: 1996/06/26 المتضمن كفيات تنظيم التكوين تجاه الفئات الخاصة.

- **تم الاتفاق على فتح فرعين للتكوين بالمركز النفسي البيداغوجي ببوسعادة/ المسيلة والمتمثلة في:** فرع خاص بالذكور والممثل في **الفخار** ويضم تخصصين: **الزخرفة، والخراطة،** وفرع خاص بالإناث المتمثل في **الخطاطة** تخصص: **تخييط وتجميع الملابس (محضر فتح الفرع ، 2017/02/26، ملحق رقم 06)**

- **وتم تجديد الاتفاقية بين مركز التكوين المهني والمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببوسعادة لثلاث سنوات متتالية.**

ملاحظة: الأطفال الذين تم تكوينهم هم أنفسهم الذين تم تدريب أوليائهم بهدف تنمية

أساليب المعاملة الوالدية لديهم قصد تأهيل أطفالهم.

رابعا - الأساليب الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات المجمعة، استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب و الاختبارات الإحصائية المناسبة للدراسة بالاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences)، وفيما يلي مجموعة الأساليب المستخدمة:

- النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي: يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما ويفيد في وصف عينة الدراسة.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha): استخدم للتحقق من ثبات أداة الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): استخدم هذا المعامل في حساب الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وذلك لتقدير صدق أداة الدراسة.
- إختبار (T) في حالة عينتين (Independent Samples T-Test): لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة؛
- إختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA): لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات.

خلاصة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل أهم الإجراءات التي قام لتحقيق أهداف الدراسة بدءً بدراسة الفرضيات بالأساليب الإحصائية الملائمة، مروراً بإجراءات اختيار مجتمع وعينة الدراسة، وتحديد المنهج المناسب وأدوات الدراسة، والتأكد من صدق أدوات الدراسة وثباتها، والأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من الفرضيات.

حيث أنه ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بالخطوات التالية:

- الاطلاع على التراث التربوي ذو العلاقة بمتغيرات الدراسة والتي تمثلت في الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين عقليا وأساليب المعاملة الوالدية.
- الاطلاع على المقاييس المتعلقة بمتغيرات الدراسة، والاطلاع على الدراسات السابقة ومن ثم إعداد أدوات الدراسة وعرضها على مجموعة من المحكمين.
- إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة تكونت من (176) فردا من أولياء ذوي الإعاقة العقلية المتكفل بهم بالمركز النفسي التربوي الخاص.
- حساب صدق وثبات أداة الدراسة.
- تطبيق أدوات الدراسة بعد التقنين على العينة الفعلية والتي تكونت من (40) أم/أب طفل معاق عقليا والمتكفل بهم في المركز النفسي التربوي الخاص.
- إدخال البيانات في الحزمة الإلكترونية للحاسوب (Spss) وإجراء المعالجة الإحصائية المناسبة.

ومن خلال الفصل الموالي والأخير سيتم عرض النتائج تفسيرها ومناقشتها، ومن ثم صياغة التوصيات اللازمة.

الفصل السادس:

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

تمهيد

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من خلال الخطوات المتمثلة في تحديد المنهج وعينة الدراسة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات، وتطبيقها لمعرفة العلاقة بين الانتماء الاجتماعي والتحصيل الدراسي للتلاميذ في المرحلة الثانوية، وبعد عرض الاستمارة على التلاميذ تم تحليل البيانات واستخراج النتائج التي يتم عرضها ومناقشتها إنطلاقاً من الفرضيات، وكذا مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة، كما يتضمن أيضاً بعض الاقتراحات والتوصيات في ضوء النتائج المتوصل إليها.

أولاً- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لبيانات متغير الدراسة:

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة وجب أولاً التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة لمتغير أساليب المعاملة الوالدية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (12): التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغير محل الدراسة

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			أساليب المعاملة الوالدية
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0.216	40	0.954	0.200	40	0.110	التحكم والسيطرة
غير دال	0.587	40	0.972	0.200	40	0.087	التذبذب
غير دال	0.300	40	0.973	0.200	40	0.086	التفرقة
غير دال	0.076	40	0.957	0.176	40	0.106	الحماية الزائدة
غير دال	0.329	40	0.978	0.095	40	0.111	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم اختبار كولموغوروف سميرنوف وكذا اختبار شبيرو ويلك أن كل القيم بالنسبة لمتغير أساليب المعاملة الوالدية محل الدراسة جاءت غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05) مما يجزنا إلى القول بأن بيانات هذا المتغير تتوزع توزيعاً طبيعياً، وبالتالي فإن كل الأساليب الإحصائية التي ستستخدم في معالجة مختلف النتائج الوصفية أو المتعلقة بفرضيات وتساؤلات الدراسة الحالية هي أساليب بارامترية.

ثانياً - وصف نتائج الدراسة:

1. بالنسبة للعينة الضابطة:

أ- نتائج أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم):

← القياس القبلي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة قبل تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

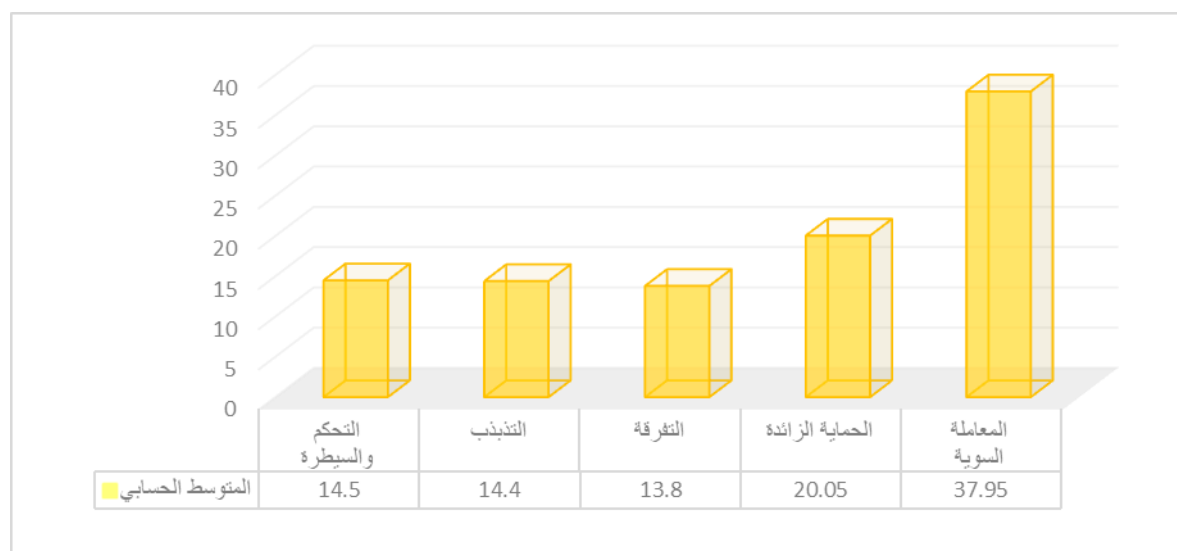
الجدول رقم (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل تعرضهم للبرنامج

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
1.90567	14.5000	التحكم والسيطرة
2.01050	14.4000	التذبذب
1.00525	13.8000	التفرقة
2.11449	20.0500	الحماية الزائدة
1.95946	37.9500	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (12) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) جاءت متقاربة تقريبا ومتوسطة حيث تراوحت بين 13,80 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التفرقة) و 37,95 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية)، وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (09).

الشكل رقم (09): أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس القبلي للمجموعة الضابطة



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

← القياس البعدي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

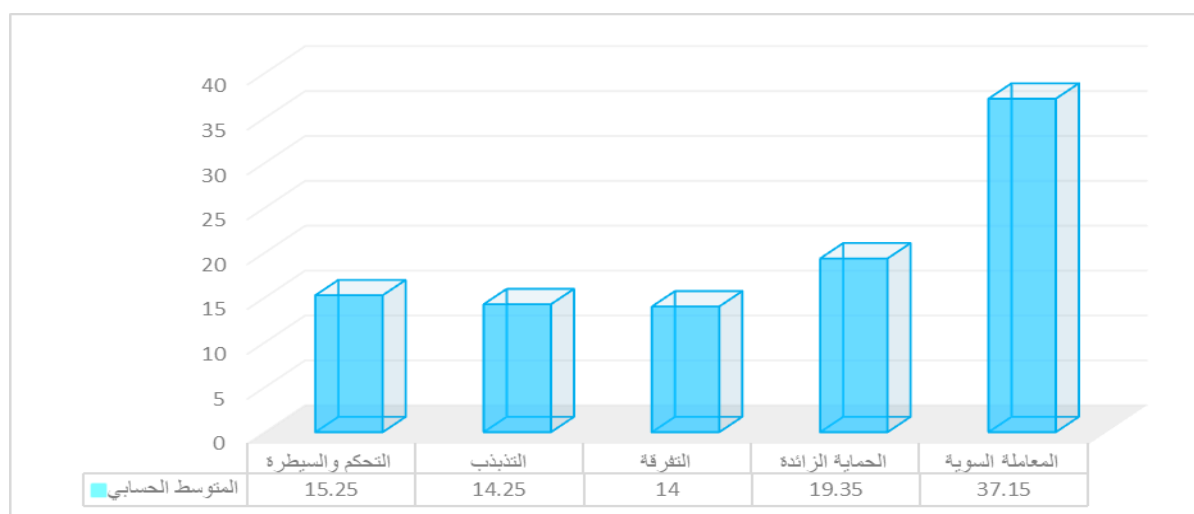
الجدول رقم (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بعد تعرضهم للبرنامج

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
1.94327	15.2500	التحكم والسيطرة
1.86025	14.2500	التدنيب
2.75299	14.0000	التفرقة
2.15883	19.3500	الحماية الزائدة
3.32890	37.1500	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) جاءت متقاربة تقريبا وضعيفة حيث تراوحت بين 14,00 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التفرقة) و 37,15 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (10).

الشكل رقم (10) أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس البعدي للمجموعة الضابطة



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

⇐ الفرق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة لأساليب المعاملة (صورة الأم):

الجدول رقم (15) الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج

الرتبة	الفرق بين القياسين	المتوسط الحسابي في القياس البعدي	المتوسط الحسابي في القياس القبلي	أساليب المعاملة الوالدية
5	-0.75	15.2500	14.5000	التحكم والسيطرة
3	0.15	14.2500	14.4000	التذبذب
4	-0.2	14.0000	13.8000	التفرقة
2	0.7	19.3500	20.0500	الحماية الزائدة
1	0.8	37.1500	37.9500	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) بناءً على الفروقات في المتوسطات الحسابية لكل أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بين القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة الضابطة والتي تراوحت ما بين -0,75 كأدنى فرق و 0,80 كأعلى فرق وقد تم ترتيب المحاور بناءً على طبيعة الفرق سلبياً كان أم إيجابياً فكان الترتيب كما يلي:

⇐ المحور الأول التحكم والسيطرة أتى في المرتبة الخامسة والأخيرة بفرق قدر بـ -0,75-

⇐ المحور الثاني التذبذب أتى في المرتبة الثالثة بفرق قدر بـ 0,15 .

⇐ المحور الثالث التفرقة أتى في المرتبة الرابعة بفرق قدر بـ -0,20 .

⇐ المحور الرابع الحماية الزائدة أتى في المرتبة الثانية بفرق قدر بـ 0,70 .

⇐ المحور الخامس المعاملة السوية أتى في المرتبة الأولى بفرق قدر بـ 0,80 .

ومن هنا وبناءً على ما سبق نستطيع القول بأن هناك فروق طفيفة وهذا ما توضحه

الأعمدة البيانية في الشكل رقم (11) .

الشكل رقم (11) أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

2. نتائج أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب):

← القياس القبلي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة قبل تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل تعرضهم للبرنامج

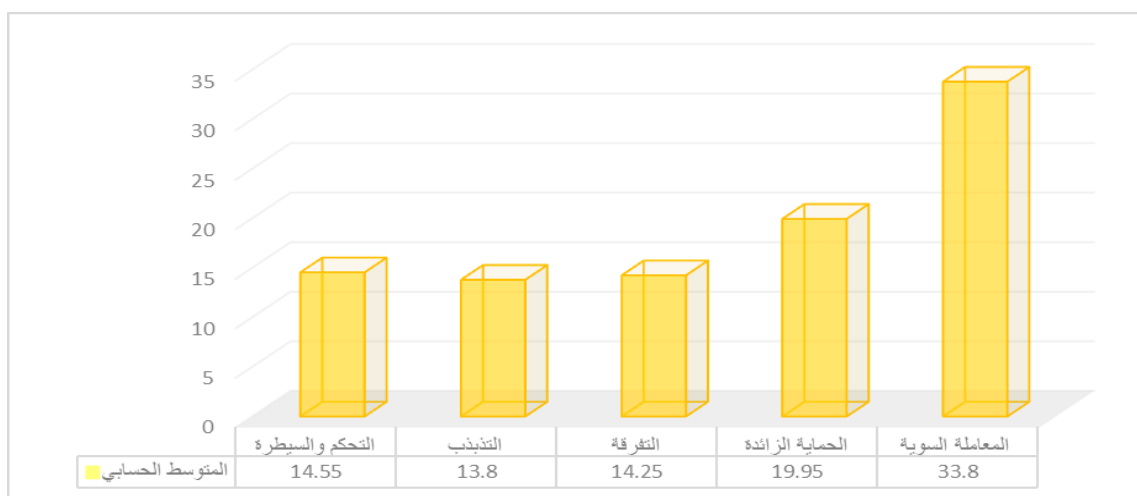
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
2.03845	14.5500	التحكم والسيطرة
2.06729	13.8000	التذبذب
1.80278	14.2500	التفرقة
2.35025	19.9500	الحماية الزائدة
2.60768	33.8000	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

من خلال الجدول رقم (16) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) جاءت متقاربة تقريبا ومتوسطة حيث تراوحت بين 13,80 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التذبذب) و 33,80 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (12).

الشكل رقم (12) أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس القبلي للمجموعة الضابطة



← القياس البعدي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) بعد تعرضهم للبرنامج

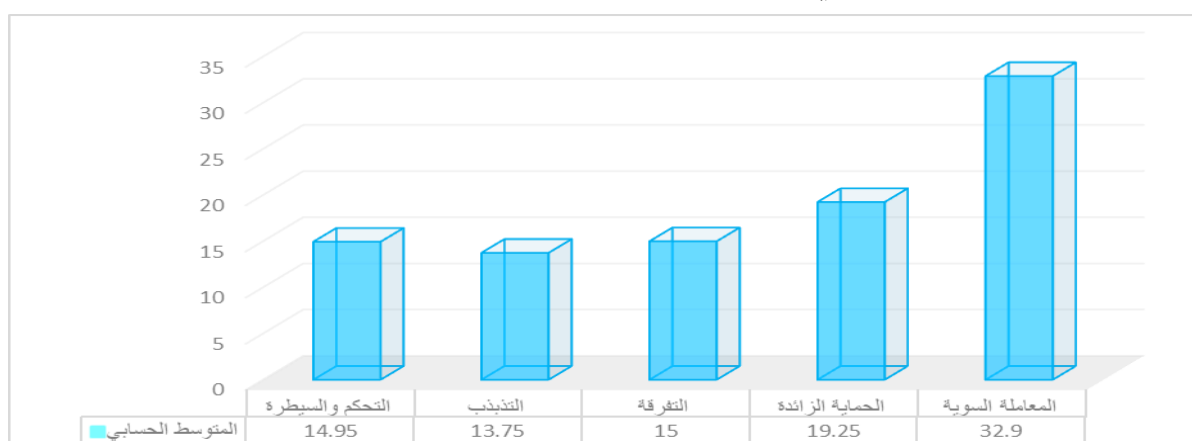
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
2.62528	14.9500	التحكم والسيطرة
1.58529	13.7500	التذبذب
1.86378	15.0000	التفرقة
2.53138	19.2500	الحماية الزائدة
3.73990	32.9000	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

من خلال الجدول رقم (17) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) جاءت متقاربة تقريبا وضعيفة حيث تراوحت بين 13,75 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التذبذب) و 32,90 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما يوضحه الشكل رقم (13).

الشكل رقم (13) أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس البعدي للمجموعة الضابطة



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

⇐ الفرق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة لأساليب المعاملة (صورة الأب):

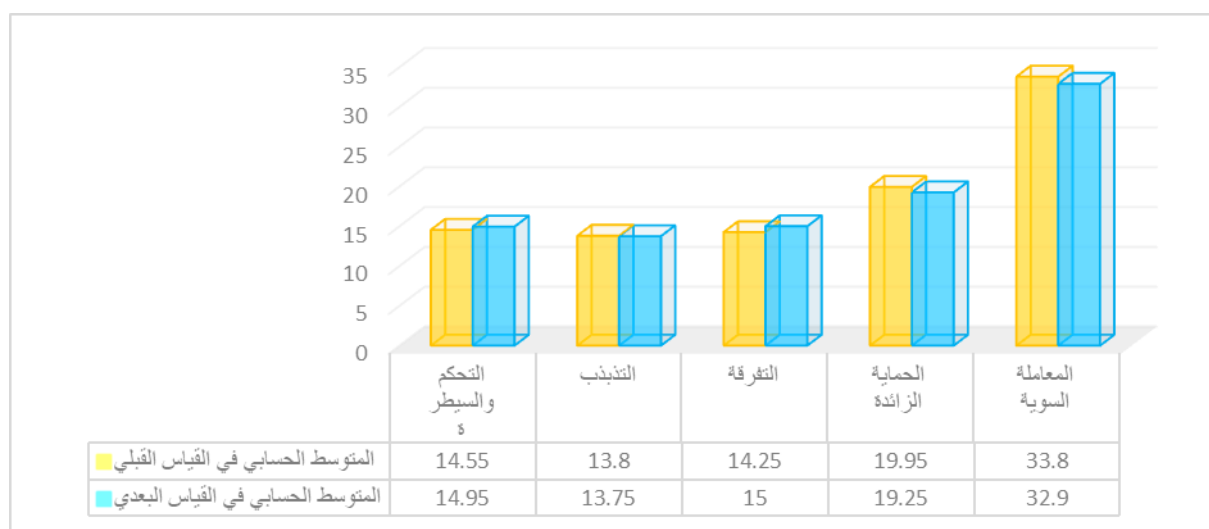
الجدول رقم (18): الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج

الرتبة	الفرق بين القياسين	المتوسط الحسابي في القياس البعدي	المتوسط الحسابي في القياس القبلي	أساليب المعاملة الوالدية
4	-0.4	14.9500	14.5500	التحكم والسيطرة
3	0.05	13.7500	13.8000	التذبذب
5	-0.75	15.0000	14.2500	التفرقة
2	0.7	19.2500	19.9500	الحماية الزائدة
1	0.9	32.9000	33.8000	المعاملة السوية

من خلال الجدول رقم (18) أعلاه نلاحظ بناءً على الفروقات في المتوسطات الحسابية لكل أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) بين القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة الضابطة والتي تراوحت ما بين 0,75- كأدنى فرق و 0,90 كأعلى فرق وقد تم ترتيب المحاور بناءً على طبيعة الفرق سلبيا كان أم إيجابيا فكان الترتيب كما يلي:

- ⇐ المحور الأول التحكم والسيطرة أتى في المرتبة الرابعة بفرق قدر بـ 0,40- .
 - ⇐ المحور الثاني التذبذب أتى في المرتبة الثالثة بفرق قدر بـ 0,05 .
 - ⇐ المحور الثالث التفرقة أتى في المرتبة الخامسة والأخيرة بفرق قدر بـ 0,75- .
 - ⇐ المحور الرابع الحماية الزائدة أتى في المرتبة الثانية بفرق قدر بـ 0,70 .
 - ⇐ المحور الخامس المعاملة السوية أتى في المرتبة الأولى بفرق قدر بـ 0,900 .
- ومن هنا وبناءً على ما سبق، نستطيع القول بأن هناك فروق طفيفة وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (14) .

الشكل رقم (14) أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (Spss V.22).

أ- بالنسبة للعينة التجريبية:

1- نتائج أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم):

⇐ القياس القبلي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة قبل تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (19): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في

أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل تعرضهم للبرنامج

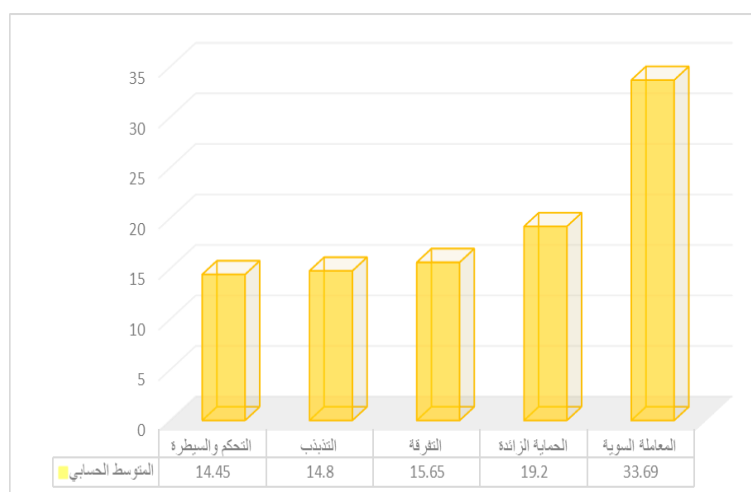
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
2.37254	14.9500	التحكم والسيطرة
2.25715	14.6000	التنذيب
1.76516	13.2000	التفرقة
2.05900	19.8500	الحماية الزائدة
4.14824	37.4500	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) جاءت متقاربة تقريبا ومتوسطة حيث تراوحت بين 13,20 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التفرقة) و 37,45 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما يوضحه الشكل رقم (15).

الشكل رقم (15) أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية أساليب المعاملة الوالدية

(صورة الأم) في القياس القبلي للمجموعة التجريبية



القياس البعدي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بعد تعرضهم للبرنامج

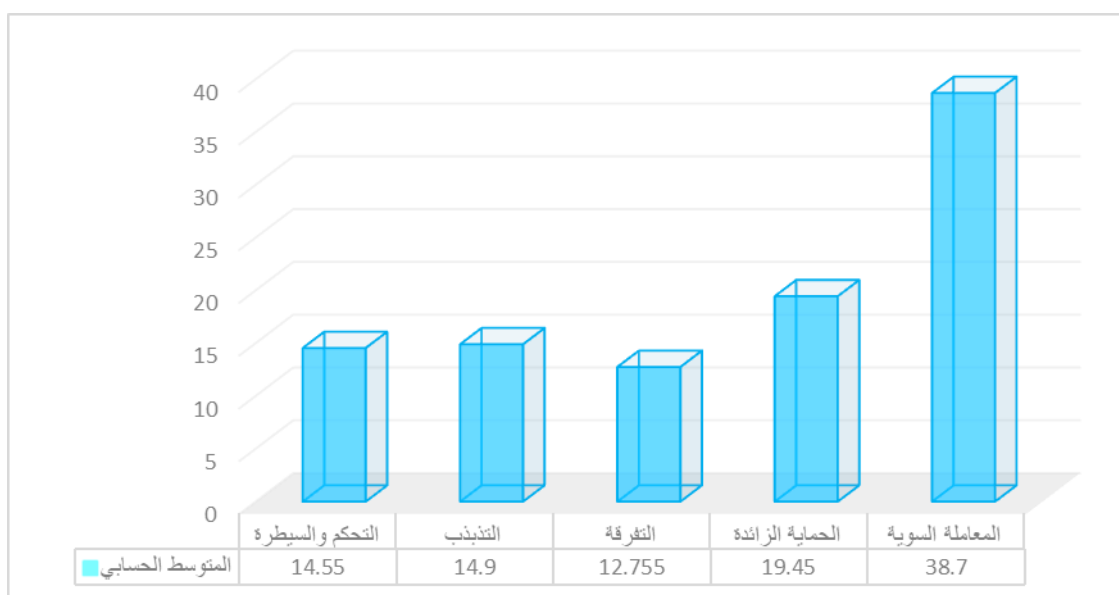
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
2.37254	14.5500	التحكم والسيطرة
1.94395	14.9000	التنذيب
1.53811	12.7550	التفرقة
2.18789	19.4500	الحماية الزائدة
2.45164	38.7000	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) جاءت متقاربة تقريبا وضعيفة حيث تراوحت بين 12,75 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التفرقة) و 38,70 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما يوضحه الشكل رقم (16).

الشكل رقم (16) أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم)

في القياس البعدي للمجموعة التجريبية



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22)

⇐ الفرق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية لأساليب المعاملة

⇐ (صورة الأم)

الجدول رقم (21): الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب

المعاملة الوالدية (صورة الأم) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج

الرتبة	الفرق بين القياسين	المتوسط الحسابي في القياس البعدي	المتوسط الحسابي في القياس القبلي	أساليب المعاملة الوالدية
2	0.4	14.5500	14.9500	التحكم والسيطرة
3	-0.3	14.9000	14.6000	التذبذب
1	0.445	12.7550	13.2000	التفرقة
2	0.4	19.4500	19.8500	الحماية الزائدة
4	-1.25	38.7000	37.4500	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22)

من خلال الجدول رقم (21) أعلاه نلاحظ بناءً على الفروقات في المتوسطات الحسابية لكل أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بين القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية والتي تراوحت ما بين -1,25 - كأدنى فرق و 0,44 كأعلى فرق وقد تم ترتيب المحاور بناءً على طبيعة الفرق سلبيا كان أم إيجابيا فكان الترتيب كما يلي:

⇐ المحور الأول والرابع التحكم والسيطرة والحماية الزائدة إشتراكا في المرتبة الثانية بفرق قدر بـ 0,4 .

⇐ المحور الثاني التذبذب أتى في المرتبة الثالثة بفرق قدر بـ -0,30 .

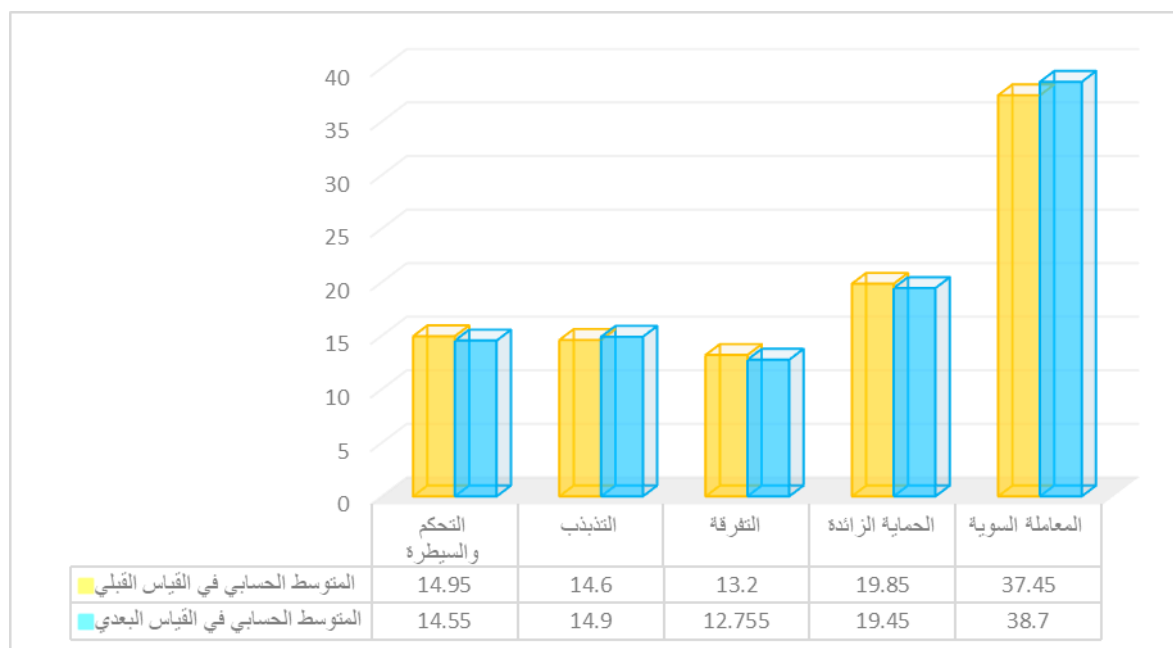
⇐ المحور الثالث التفرقة أتى في المرتبة الأولى بفرق قدر بـ 0,44 .

⇐ المحور الخامس المعاملة السوية أتى في المرتبة الرابعة والأخيرة بفرق قدر بـ -1,25 .

ومن هنا وبناءً على ما سبق نستطيع القول بأن هناك فروق واضحة في البعد الأخير (المعاملة السوية) لصالح القياس البعدي وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (17) .

الشكل رقم (17): أعمدة بيانية توضح الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية

(صورة الأم) في القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

1. نتائج أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب):

– القياس القبلي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة قبل

تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (22) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل تعرضهم للبرنامج

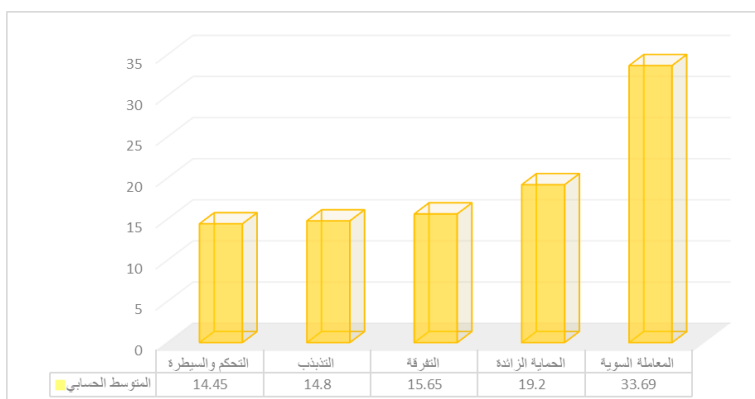
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
1.79106	14.4500	التحكم والسيطرة
1.57614	14.8000	التذبذب
2.34577	15.6500	التفرقة
2.04167	19.2000	الحماية الزائدة
3.05175	33.6900	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (22) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في

أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) جاءت متقاربة تقريبا ومتوسطة حيث تراوحت

بين 14,45 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التحكم والسيطرة) و 33,69 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (18). الشكل رقم (18): أعمدة بيانية توضح متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس القبلي للمجموعة التجريبية



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

- القياس البعدي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للبرنامج، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (23) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) بعد تعرضهم للبرنامج

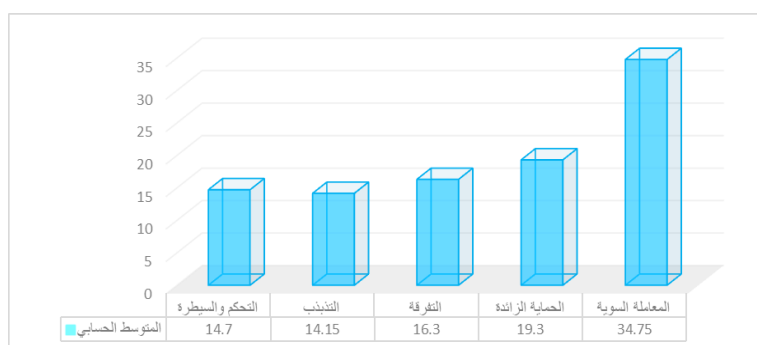
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعاملة الوالدية
2.17885	14.7000	التحكم والسيطرة
1.53125	14.1500	التذبذب
1.45458	16.3000	التفرقة
2.05452	19.3000	الحماية الزائدة
2.67739	34.7500	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (21) نلاحظ أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) جاءت متقاربة تقريبا وضعيفة حيث تراوحت بين

14,15 كأدنى متوسط حسابي كان لصالح محور (التذبذب) و 34,75 كأعلى متوسط حسابي لصالح محور (المعاملة السوية) وهذا ما توضحها لأعمدة البيانية في الشكل رقم (19).

الشكل رقم (19): متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياس البعدي للمجموعة التجريبية



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

- الفرق بين القياسين القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية لأساليب المعاملة (صورة الأب):
الجدول رقم (24) الفرق في المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) قبل وبعد تعرضهم للبرنامج

الرتبة	الفرق بين القياسين	المتوسط الحسابي في القياس البعدي	المتوسط الحسابي في القياس القبلي	أساليب المعاملة الوالدية
3	-0.25	14.7000	14.4500	التحكم والسيطرة
1	0.65	14.1500	14.8000	التذبذب
4	-0.65	16.3000	15.6500	التفرقة
2	-0.1	19.3000	19.2000	الحماية الزائدة
5	-1.06	34.7500	33.6900	المعاملة السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول رقم (25) أعلاه نلاحظ بناءً على الفروقات في المتوسطات الحسابية لكل أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) بين القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية والتي تراوحت ما بين 1,06- كأدنى فرق و 0,65 كأعلى

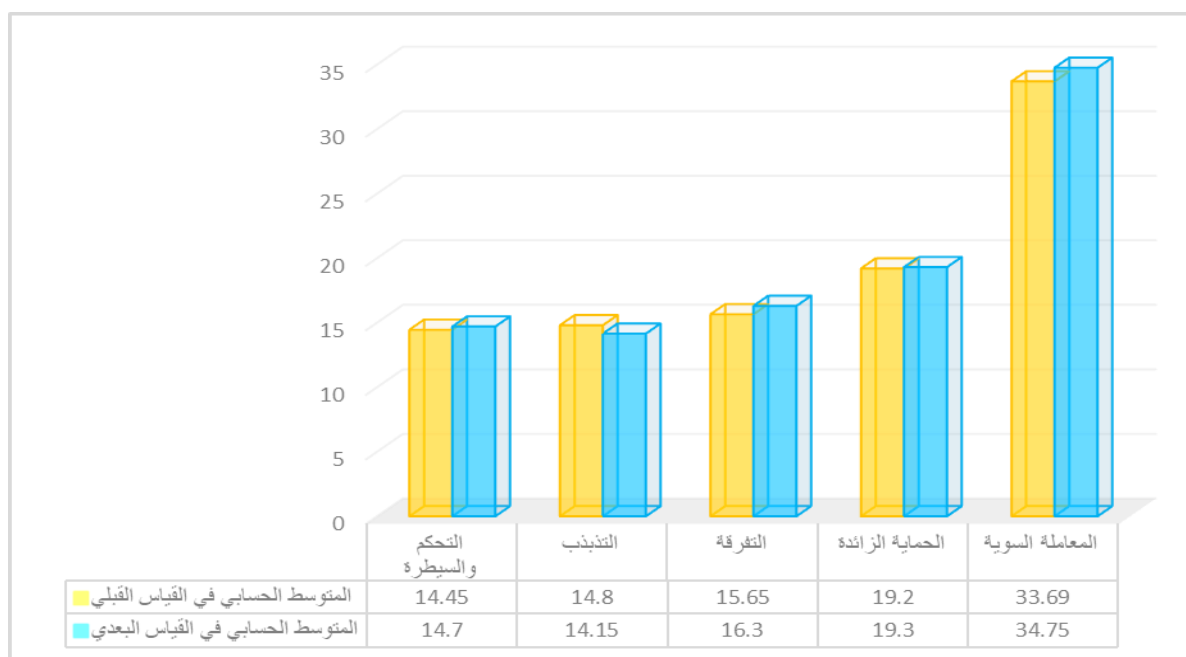
الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

فرق وقد تم ترتيب المحاور بناء على طبيعة الفرق سلبيا كان أم إيجابي فكان الترتيب كما يلي:

- ⇐ المحور الأول التحكم والسيطرة أتى في المرتبة الثالثة بفرق قدر $-0,25$.
- ⇐ المحور الثاني التذبذب أتى في المرتبة الأولى بفرق قدر $0,65$.
- ⇐ المحور الثالث التفرقة أتى في المرتبة الرابعة بفرق قدر $-0,65$.
- ⇐ المحور الرابع الحماية الزائدة أتى في المرتبة الثانية بفرق قدر $-0,10$.
- ⇐ المحور الخامس المعاملة السوية أتى في المرتبة الخامسة والأخيرة بفرق قدر $-1,06$.

ومن هنا وبناءً على ما سبق؛ نستطيع القول بأن هناك فروق واضحة في البعد الأخير (المعاملة السوية) لصالح القياس البعدي وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية في الشكل رقم (20) .

الشكل رقم (20): الفرق بين متوسطات الحسابية لأساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب) في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

ثالثاً - عرض وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

نصت الفرضية الأولى على :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)

قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة للعنيتين المترابطتين لقياس الفرق بين قياسين أحدهما قبلي والآخر بعدي لنفس

المقياس (أساليب المعاملة الوالدية صورة الأم)، وقد تحصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (25): الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي

في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بالنسبة للمجموعة الضابطة

القرار	مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أساليب المعاملة (صورة الأم)	
غير دال	0.234	-1.228	19	1.905	14.50	20	القياس القبلي	التحكم
				1.943	15.25		القياس البعدي	والسيطرة
غير دال	0.784	0.278	19	2.010	14.40	20	القياس القبلي	التذبذب
				1.860	14.25		القياس البعدي	
غير دال	0.622	-0.488	19	1.005	13.80	20	القياس القبلي	التفرقة
				2.752	14.00		القياس البعدي	
غير دال	0.393	0.873	19	2.114	20.05	20	القياس القبلي	الحماية
				2.158	19.35		القياس البعدي	
غير دال	0.121	1.328	19	1.959	37.95	20	القياس القبلي	المعاملة
				3.328	37.15		القياس البعدي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة

الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس القبلي جاءت مقاربا جدا

لمتوسطاتهم الحسابية في القياس البعدي مما يجرنا إلى القول بعدم وجود فرق بين

القياسين، وما يؤكد ذلك أن قيم (Ttest) التي بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (-1,22) وبالنسبة للتذبذب (0.27) وبالنسبة للفرقة (-0.48) وبالنسبة للحماية الزائدة (0.87) وبالنسبة للمعاملة السوية (1.32) كلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (19) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) وهذا يعني أنه تم قبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فرق بين القياسين، وبالتالي نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة لفرضية الدراسة الأولى القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

نلاحظ من خلال هذه النتيجة أنه يمكن أن تكون هناك فروق بالنسبة للمجموعة الضابطة في اتجاهات الأولياء نحو أطفالهم المعاقين عقلياً أو في ادراكهم وفهمهم لأسباب الإعاقة العقلية راجع لعدة متغيرات ولكن ليس في أساليب المعاملة الوالدية، وهذا ما تؤكدته دراسة أدكيدك (2002) دراسة بعنوان "اتجاهات الوالدين نحو وجود طفل معاق عقلياً لأسر ذات طفل معاق عقلياً في شرقي القدس"، هدفت إلى التعرف على اتجاهات الوالدين نحو وجود طفل معاق عقلياً تبعاً لعدد من المتغيرات مثل، العمر والجنس وصلة القرابة مع الطفل المعاق والمستوى التعليمي، معرفة الأسرة لإعاقة طفلها وأسبابها، أظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالأسباب المؤيدة لحدوث الإعاقة العقلية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معرفة الوالدين لأسباب الإعاقة العقلية، كانت نسبة الإجابة بنعم (32.4%) للأسباب الوراثية أما الإجابة بلا فكانت (67.6%)، أما الأسباب التي تعود إلى خطأ طبي وكانت الإجابة بنعم (26.2%) وهي نسبة مرتفعة لأفراد العينة والإجابة بلا (73.8%). أما سبب التخلف البيئي فكانت الإجابة بنعم ما نسبته (3.4%) والإجابة بلا (96.6%)، أما الأسباب غير معروفة السبب فكانت الإجابة نعم (15.5%) والإجابة

لا (84.5%). وقد أوصت الدراسة في ضوء النتائج إلى إعداد برنامج إرشادي أسري مكثف للوالدين حول أسباب الإعاقة العقلية، وعقد دورات لأولياء أمور أطفال أسوياء ومعاقين عقليا عن أسباب الإعاقة وطرائق الوقاية منها والتعامل معها في حالة حدوثها وإمكانية تجنب تكرارها، وكما جاء في دراسة طعيمة والبطش (1984) فكانت بعنوان "اتجاهات ومفاهيم الوالدين حول الإعاقة العقلية في الأردن" هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر كل من المستوى التعليمي والعمر للوالدين ووجود فرد معاق لها، وجنس الوالد، على الاتجاهات نحو الإعاقة العقلية ومفاهيمها عنها، مجتمع الدراسة آباء وأمهات الأطفال المعاقين والعاديين في المجتمع الأردني، تم اختيار أفراد العينة عشوائيا من مدينة عمان، تكونت العينة من (276) مفحوصا نصفهم آباء و أمهات لأبناء معاقين عقليا و النصف الآخر آباء و أمهات لأبناء عاديين موزعين على ثلاثة مستويات عمرية وثلاث مستويات تعليمية، استخدم مقياس تايمشوك بعد تعديله بجزيئه فيما يتعلق بالاتجاهات، والمفاهيم، استخدم تحليل التباين، أشارت النتائج فيما يتعلق بمفاهيم ومعرفة حول الإعاقة العقلية، أما من حيث مستوى العمر، فقد أشارت نتائج تحليل التباين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية مابين مستويات العمر المختلفة على مقياس المفاهيم ولصالح الوالدين من الأعمار الصغرى، أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي أشارت نتائج تحليل التباين على مقياس المفاهيم إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مفاهيم الوالدين من مستويات تعليمية مختلفة لصالح الآباء والأمهات من مستويات تعليمية عليا بغض النظر عن تواجد طفل معاق أو عدم تواجده في الأسرة، أما فيما يتعلق بالجنس فقد دلت نتائج تحليل التباين على وجود فرق ذي دلالة إحصائية لصالح الأمهات بغض النظر عن المستوى التعليمي، أوصت الدراسة عمل برامج تثقيفية موجهة للأسرة بشكل عام وللوالدين بشكل خاص سواء أكان ذلك في مجال المعلومات المتصلة بالمفاهيم عن

الإعاقة أم المعلومات عن نمو الطفل وتطوره هو أمر ضروري لتقدم ميدان التربية الخاصة وتطور الخدمة.

2. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب)

قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة للعينتين المترابطتين لقياس الفرق بين قياسين أحدهما قبلي والآخر بعدي لنفس

المقياس (أساليب المعاملة الوالدية صورة للأب)، وقد حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (26): الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي في

أساليب المعاملة الوالدية (صورة للأب) بالنسبة للمجموعة الضابطة

القرار	مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أساليب المعاملة (صورة للأب)	
غير دال	0.671	-0.431	19	2.038	14.55	20	القياس القبلي	التحكم
				2.625	14.95		القياس البعدي	والسيطرة
غير دال	0.931	0.087	19	2.067	13.80	20	القياس القبلي	التذبذب
				1.585	13.75		القياس البعدي	
غير دال	0.687	-0.409	19	1.802	14.25	20	القياس القبلي	التفرقة
				1.863	15.00		القياس البعدي	
غير دال	0.545	0.656	19	2.350	19.95	20	القياس القبلي	الحماية الزائدة
				2.531	19.25		القياس البعدي	
غير دال	0.229	1.083	19	2.607	33.80	20	القياس القبلي	المعاملة السوية
				3.739	32.90		القياس البعدي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة

الضابطة في أساليب المعاملة الوالدية (صورة للأب) في القياس القبلي جاءت مقاربة جدا

لمتوسطاتهم الحسابية في القياس البعدي مما يجرنا إلى القول بعدم وجود فرق بين القياسين، وما يؤكد ذلك أن قيم (Ttest) التي بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (-0,43) وبالنسبة للتذبذب (0.08) وبالنسبة للفرقة (-0.40) وبالنسبة للحماية الزائدة (0.65) وبالنسبة للمعاملة السوية (1.08) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (19) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) وهذا يعني أنه تم قبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فرق بين القياسين، وبالتالي نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة لفرضية الدراسة الثانية القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة الضابطة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%. من خلال النتيجة المتوصل إليها نلاحظ أنه عدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للبرنامج (بالنسبة للأب) في أساليب المعاملة الوالدية للمجموعة الضابطة، أي أنه يمكن أن تكون فروق بين الأباء والأمهات في القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة الضابطة تعزى لمتغير الوعي بأسباب الإعاقة العقلية، وهذا ما تؤيده نتائج دراسة جوتوولد (Gottwald) التي أشار إليها طعيمة والبطش (1984) إلى أن الأمهات أكثر وعياً بأسباب الإعاقة العقلية في أثناء الحمل سواء من قبل الأطباء، أم القابلات، أم المثقفين في مجال رعاية الأم والطفل وتبرير ذلك أحيانا بكثرة المراجعين وقلة الوقت مما يؤدي إلى الكثير المشاكل التي يمكن تجنبها بأقل التكاليف وذلك من خلال إعطاء الدور الوقائي حقه عن طريق التوعية والإرشاد، أو من خلال البحث من قبل أولياء الأمور.

3. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل

وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة للعينتين المترابطتين لقياس الفرق بين قياسين أحدهما قبلي والآخر بعدي لنفس

المقياس (أساليب المعاملة الوالدية صورة الأم)، وقد حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (27): الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي

في أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) بالنسبة للمجموعة التجريبية

القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أساليب المعاملة (صورة الأم)	
غير دال	0.525	0.648	19	2.372	14.95	20	القياس القبلي	التحكم
				2.372	14.55		القياس البعدي	والسيطرة
غير دال	0.467	-0.742	19	2.257	14.60	20	القياس القبلي	التذبذب
				1.943	14.90		القياس البعدي	
غير دال	0.470	0.738	19	1.765	13.20	20	القياس القبلي	التفرقة
				1.538	12.75		القياس البعدي	
غير دال	0.258	1.165	19	2.059	19.85	20	القياس القبلي	الحماية الزائدة
				2.187	19.45		القياس البعدي	
دال	0.043	-1.873	19	4.148	37.45	20	القياس القبلي	المعاملة السوية
				2.451	38.70		القياس البعدي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة التجريبية في

أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم) في القياس القبلي جاءت مقاربا جدا لمتوسطاتهم

الحسابية في القياس البعدي مما يجرنا إلى القول بعدم وجود فرق بين القياسين ما عدا

الأسلوب الأخير (المعاملة السوية)، وما يؤكد ذلك أنقيم (Ttest) التي بلغت كما هو

موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (0,64) وبالنسبة للتذبذب (-0.74)

وبالنسبة للتفرقة (0.73) وبالنسبة للحماية الزائدة (1.16) وبالنسبة للمعاملة السوية (-1.87) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (19) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) ما عدا في أسلوب المعاملة السوية أين كانت هناك فروق لصالح القياس البعدي، وبالتالي نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة جزئياً لفرضية الدراسة الثالثة القائلة توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي في أسلوب المعاملة السوية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%. وجاءت هذه النتيجة مؤيدة لدراسة أميرة طه بخش ألا وهي: اقتراح برنامج إرشادي تدريبي للأمهات لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وقياس أثره على التكيف الاجتماعي لدى الأبناء، اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي (التصميم التجريبي للعينة الواحدة) وهو الأنسب لتطبيق البرنامج وتحقيق الهدف الملائم للدراسة. وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال وأمهاتهم، منهم (4) إناث و(6) ذكور. استخدمت الدراسة أداتين؛ الأداة الأولى لقياس مهارات العناية بالذات، والأداة الثانية برنامج إرشادي تدريبي للأمهات لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأبناء من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم، يعتمد على النظرية السلوكية وأساليبها. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: أن درجة مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً مرتفعة، وللبرنامج الإرشادي التدريبي أثر على التكيف الاجتماعي في مهارات العناية بالذات للأطفال المعاقين ذهنياً، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين ذهنياً في مهارات العناية بالذات في القياس البعدي باختلاف جنس الطفل، وعدم فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين ذهنياً في مهارات العناية بالذات في القياس البعدي باختلاف المستوى التعليمي للأمهات.

4. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل

وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة للعينتين المترابطتين لقياس الفرق بين قياسين أحدهما قبلي والآخر بعدي لنفس

المقياس (أساليب المعاملة الوالدية صورة للأب)، وقد حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (28) : الفرق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي

في أساليب المعاملة الوالدية (صورة للأب) بالنسبة للمجموعة التجريبية

القرار	مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	أساليب المعاملة (صورة للأب)	
غيردال	0.756	-0.112	19	1.791	14.45	20	القياس القبلي	التحكم والسيطرة
				2.178	14.70		القياس البعدي	
غيردال	0.735	-0.133	19	1.576	14.80	20	القياس القبلي	التذبذب
				1.531	14.15		القياس البعدي	
غيردال	0.251	-1.184	19	2.345	15.65	20	القياس القبلي	التفرقة
				1.454	16.30		القياس البعدي	
غيردال	0.186	1.371	19	2.041	19.20	20	القياس القبلي	الحماية الزائدة
				2.054	19.30		القياس البعدي	
دال	0.044	-1.870	19	3.051	33.69	20	القياس القبلي	المعاملة السوية
				2.677	34.75		القياس البعدي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة

التجريبية في أساليب المعاملة الوالدية (صورة للأب) في القياس القبلي جاءت مقاربا جدا

لمتوسطاتهم الحسابية في القياس البعدي مما يجرنا إلى القول بعدم وجود فرق بين

القياسين ما عدا الأسلوب الأخير (المعاملة السوية)، وما يؤكد ذلك أنقيم (Ttest) التي

بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (0,11-) وبالنسبة للتذبذب

(-0.13) وبالنسبة للتفرقة (-1.18) وبالنسبة للحماية الزائدة (1.37) وبالنسبة للمعاملة السوية (-1.87) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (19) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) ماعدا في أسلوب المعاملة السوية أين كانت هناك فروق لصالح القياس البعدي، وبالتالي نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة جزئياً لفرضية الدراسة الرابعة القائلة توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي في أسلوب المعاملة السوية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%. وجاءت هذه النتيجة مؤيدة لدراسة حمزة (1996) هدفت للتعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهما نحو الابن المتخلف عقلياً وأثر ذلك على تحسين توافق الأبناء، وضمت عينة الدراسة (24) أم وأب (05 أباء، 19 أم)، (24) طفلاً من المتخلفين عقلياً تتراوح أعمارهم الزمنية بين (08 إلى 11 سنة)، ونسب ذكائهم بين (50-70) وجميعهم من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط، وقد قسموا إلى مجموعتين. استخدمت الدراسة مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ودليل المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، ومقياس الاتجاهات الوالدية. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائية في الاتجاهات الوالدية، وبعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التكيفي للأطفال في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وذلك فيما يتعلق بالجزء الأول من المقياس الخاص بالنواحي النمائية، في حين لم توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالجزء الثاني الخاص بالانحرافات السلوكية، كما لم توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك التكيفي.

5. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)

بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (ت)

بالنسبة لعينتين مستقلتين، وقد حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (29): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تعرضهم للبرنامج

في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)

القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	التجانس (F)	أساليب المعاملة (صورة للأم)	التحكم والضابطة
غير دال	0.512	-0.661	38	1.905	14.50	20	0.149	2.166	ضابطة	التحكم والضابطة
				2.372	14.95	20			تجريبية	والسيطرة
غير دال	0.769	-0.296	38	2.010	14.40	20	0.290	1.153	ضابطة	التذبذب
				2.257	14.60	20			تجريبية	
غير دال	0.384	-0.881	38	1.005	13.80	20	0.339	1.089	ضابطة	التفرقة
				1.765	13.20	20			تجريبية	
غير دال	0.764	0.303	38	2.114	20.05	20	0.886	0.021	ضابطة	الحماية
				2.059	19.85	20			تجريبية	الزائدة
غير دال	0.614	0.356	38	1.959	37.95	20	0.606	0.270	ضابطة	المعاملة
				2.451	37.45	20			تجريبية	السوية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول أعلاه رقم (31) وبالنظر إلى قيم اختبار التجانس ليفين (ف)

والتي تراوحت بين (0,02) و(2.16) كلها جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة

(0.05)، نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار

(Ttest) لعينتين مستقلتين متجانستين.

6- بالنظر إلى المتوسطات الحسابية في مختلف أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)

في القياس القبلي نلاحظ أن هناك فرقا طفيفا بينهما، وما يؤكد ذلك أن قيم اختبار

الدلالة الإحصائية (Ttest) والتي بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (-0,66) وبالنسبة للتذبذب (-0,29) وبالنسبة للتفرقة (-0,88) وبالنسبة للحماية الزائدة (0,30) وبالنسبة للمعاملة السوية (0,35) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (38) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفرق، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة لفرضية الدراسة الخامسة القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%). وهذه النتيجة منطقية كون المجموعة الضابطة والتجريبية لم يتعرضا للبرنامج التدريبي لكن هناك فروق طفيفة بسبب هناك محور أساليب المعاملة السوية يظهر فيه مؤشر سلبي بالنسبة للمجموعة التجريبية وهذا ما يهدف الى تنمية البرنامج التدريبي المقترح في الدراسة، وهذا ما توضحه نتائج دراسة ساندال (Sandall,1980)، هدفت الدراسة إلى معرفة أثر تدريب الوالدين من خلال جلسات إرشادية على السلوك الاجتماعي لأطفالهما المتخلفين عقلياً (فئة أعراض داون)، وشملت عينة الدراسة ستة آباء وست أمهات وأطفالهما المتخلفين عقلياً، وتضمن البرنامج التدريبي المناقشة الجماعية ومشاهدة أشرطة الفيديو كنموذج. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: حدوث نمو في سلوكيات الاتصال الاجتماعي لدى خمسة أطفال، كما أصبح هؤلاء الأطفال مشاركين نشطين وازداد مستوى تفاعلهم المتبادل مع الآخرين، بمعنى أنه لابد من إخضاع المجموعة التجريبية للتدريب قصد تنمية أساليب المعاملة الوالدية لديها.

6. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب)

بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة لعينتين مستقلتين، وقد حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (30): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تعرضهم للبرنامج

في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب)

أساليب المعاملة (صورة لأم)	التجانس (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة(T)	مستوى الدلالة	القرار
التحكم	0.783	0.382	20	14.55	2.038	38	0.165	0.870	غير دال
السيطرة			20	14.45	1.791				
التذبذب	1.089	0.303	20	13.80	2.067	38	0.875	0.122	غير دال
التجريبية			20	14.80	1.576				
التفرقة	1.669	0.204	20	14.25	1.802	38	-1.140	0.212	غير دال
التجريبية			20	15.65	2.345				
الحماية	0.224	0.639	20	19.95	2.025	38	0.514	0.516	غير دال
الزائدة			20	19.20	2.041				
المعاملة	1.416	0.241	20	33.80	2.60	38	0.178	0.865	غير دال
السوية			20	33.69	3.051				

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول أعلاه رقم (32) وبالنظر إلى قيم اختبار التجانس ليفين (ف)

والتي تراوحت بين (0,22) و(1.66) كلها جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة

(0.05)، نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين، مما استدعى تطبيق اختبار (Ttest)

لعينتين مستقلتين متجانستين.

بالنظر إلى المتوسطات الحسابية في مختلف أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة

للأب) في القياس القبلي نلاحظ أن هناك فرقا طفيفا بينهما، وما يؤكد ذلك أن قيم اختبار

الدلالة الإحصائية (Ttest) والتي بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (0,16) وبالنسبة للتذبذب (0.87) وبالنسبة للترقية (-1.14) وبالنسبة للحماية الزائدة (0.51) وبالنسبة للمعاملة السوية (0.17) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (38) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفرق، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة لفرضية الدراسة السادسة القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%). وهذه النتيجة منطقية كون المجموعة الضابطة والتجريبية لم يتعرضا للبرنامج التدريبي لكن هناك فروق طفيفة بسبب هناك محور أساليب المعاملة السوية يظهر فيه مؤشر سلبي بالنسبة للمجموعة التجريبية وهذا ما يهدف إلى تنمية البرنامج التدريبي المقترح في الدراسة، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة هناء رمضان عبد العزيز (2014) بعنوان: أثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الطالبات ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعليم في دولة قطر، هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الطالبات ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعليم في دولة قطر، وتم تطبيق إجراءات الدراسة الحالية على عينة من التلميذات ذوات الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعليم بمدرسة الريان الإعدادية للبنات بقطر، وقد تم انتقاء أفراد العينة على مرحلتين. المرحلة الأولى: تم اختيار عينة الدراسة وعددها عشر تلميذات من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعليم من تلميذات الصف الثاني من المرحلة المتوسطة، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (13-14) سنة، كما أنه لا توجد لديهم إعاقات أخرى. المرحلة الثانية: وتم فيها تطبيق مقياس المهارات الحياتية، والمكافئة بين أفراد العينة في العمر الزمني، ونسبة

الذكاء. وقد تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية: وتتكون من (5) من ذوات الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم تم تطبيق البرنامج التدريبي عليهم. المجموعة الضابطة: وتتكون من (5) من ذوات الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم لم يتعرضوا للبرنامج التدريبي الذي تعرض له أفراد المجموعة التجريبية. وقد اتسمت عينة الدراسة الراهنة بمجموعة من السمات وهي: تراوحت الأعمار الزمنية بين 13-14 سنة، وتراوحت نسبة ذكائهم بين 55 - 75، وطبق على المشاركين مقياس المهارات الحياتية، وجلسات البرنامج التدريبي القائمة على الألعاب التعليمية، واختبار الذكاء، وبعد تطبيق البيانات إحصائياً باستخدام اختبار ويلكسون، ومان وتيني، أظهرت الدراسة النتائج الآتية: -وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس المهارات الحياتية لصالح القياس البعدي.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعض المهارات الحياتية (مهاراة التواصل، مهارة التعامل مع الآخرين، مهارة التفكير) لصالح القياس البعدي. وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب الأطفال في المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب الأطفال في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس المهارات الحياتية" لصالح المجموعة التجريبية. مما يؤكد ضرورة اخضاع العينة التجريبية للتدريب لمعالجة تلك الفروق بين المجموعتين.

7. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

نصت الفرضية السابعة على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأُم) بين

المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة لعينتين مستقلتين، وقد تحصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (31): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تعرضهم للبرنامج في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم)

القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	التجانس (F)	أساليب المعاملة (صورة الأم)
غير دال	0.460	0.746	38	2.291	15.10	20	0.533	0.397	ضابطة
				2.372	14.55	20			تجريبية
غير دال	0.614	-0.508	38	1.788	14.60	20	0.978	0.001	ضابطة
				1.943	14.90	20			تجريبية
غير دال	0.465	0.736	38	1.852	13.20	20	0.231	1.481	ضابطة
				1.538	12.75	20			تجريبية
غير دال	0.278	1.101	38	1.814	20.15	20	0.543	0.377	ضابطة
				2.187	19.45	20			تجريبية
غير دال	0.038	-1.891	38	2.885	37.15	20	0.603	0.275	ضابطة
				4.148	38.70	20			تجريبية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (SpssV.22).

من خلال الجدول أعلاه رقم (33) وبالنظر إلى قيم اختبار التجانس ليفين (ف) والتي تراوحت بين (0,001) و(1.48) كلها جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين، مما استدعى تطبيق اختبار (Ttest) لعينتين مستقلتين متجانستين.

بالنظر إلى المتوسطات الحسابية في مختلف أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) في القياس البعدي نلاحظ أن هناك فرقاً طفيفاً بينهما، وما يؤكد ذلك أن قيم اختبار الدلالة الإحصائية (Ttest) والتي بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (0,74) وبالنسبة للتذبذب (-0.50) وبالنسبة للفرقة (0.73) وبالنسبة للحماية الزائدة (1.10) وبالنسبة للمعاملة السوية (-1.89) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند

درجة الحرية (38) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) ماعدا في أسلوب المعاملة السوية أين كانت هناك فروق لصالح المجموعة التجريبية، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة جزئيا لفرضية الدراسة السابعة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأم) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في أسلوب المعاملة السوية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%). وجاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة سحر سعدي حسن الحايك (2016) فاعلية برنامج لتعديل بعض أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الاطفال من قبل الامهات في قطاع غزة ، تهدف الدراسة الي التعرف على فاعلية برنامج لتعديل بعض أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة في تنشئة الأمهات من قبل الامهات في قطاع غزة ، و معرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي و البعدي لأساليب المعاملة الوالدية يعد تطبيق البرنامج ، و معرفة الفروق بين متوسط افراد المجموعة التجريبية و متوسط أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لأساليب المعاملة الوالدية بعد التطبيق البرنامج ، تكونت العينة من 26 أم ذواتي أعلى الدرجات في مقياس أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة ، حيث تم تقسيمها الي مجموعتين بحيث تكون متكافئة : المجموعة تجريبية (13) أم و مجموعة الضابطة (13) أم ، و جات نتائجها وجود فروث ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات افراد التجريبية في التطبيق القبلي و البعدي لأساليب المعاملة الوالدية لكافة الأبعاد و الدرجة الكلية ، ووجود فروق ذات احصائية بين درجات التجريبية و الضابطة في التطبيق البعدي لأساليب المعاملة الوالدية لكافة الابعاد و الدرجة الكلية.

8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

نصت الفرضية الثامنة على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين

المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (ت)

بالنسبة لعينتين مستقلتين، وقد حصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (32) : الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تعرضهم

للبرنامج في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب)

القرار	مستوى الدلالة	قيمة "T"	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	التجانس (F) ليفين	أساليب المعاملة (صورة للأب)
غير دال	0.627	-0.294	38	2.625	14.95	20	0.415	0.679	ضابطة
				2.178	14.70	20			تجريبية
غير دال	0.207	-0.841	38	1.585	13.75	20	0.823	0.051	ضابطة
				1.531	14.15	20			تجريبية
غير دال	0.806	-0.134	38	1.863	15.00	20	0.136	2.321	ضابطة
				1.454	16.30	20			تجريبية
غير دال	0.946	-0.069	38	2.531	19.25	20	0.384	0.775	ضابطة
				2.054	19.30	20			تجريبية
غير دال	0.040	-1.887	38	3.739	32.90	20	0.239	1.549	ضابطة
				2.677	34.75	20			تجريبية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج (Spss V.22).

من خلال الجدول أعلاه رقم (30) وبالنظر إلى قيم اختبار التجانس ليفين (ف)

والتي تراوحت بين (0,05) و (2.32) كلها جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة

($\alpha=0.05$)، ومنه نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين، مما استدعى تطبيق

اختبار (Ttest) لعينتين مستقلتين متجانستين.

بالنظر إلى المتوسطات الحسابية في مختلف أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة

للأب) في القياس البعدي نلاحظ أن هناك فرقاً طفيفاً بينهما، وما يؤكد ذلك أن قيم

اختبار الدلالة الإحصائية (Ttest) والتي بلغت كما هو موضح في الجدول بالنسبة للتحكم والسيطرة (-0,29) وبالنسبة للتذبذب (-0.84) وبالنسبة للفرقة (-0.13) وبالنسبة للحماية الزائدة (-1.06) وبالنسبة للمعاملة السوية (-1.88) وكلها قيم غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (38) ومستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) ماعدا في أسلوب المعاملة السوية أين كانت هناك فروق لصالح المجموعة التجريبية، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة جزئياً لفرضية الدراسة الثامنة القائلة توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية (بالنسبة للأب) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في أسلوب المعاملة السوية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%). حيث تتوافق هذه النتيجة مع دراسة ساندال (Sandall,1980)، والتي هدفت الدراسة إلى معرفة أثر تدريب الوالدين من خلال جلسات إرشادية على السلوك الاجتماعي لأطفالهما المتخلفين عقلياً (فئة أعراض داون)، وشملت عينة الدراسة ستة آباء وست أمهات وأطفالهما المتخلفين عقلياً، وتضمن البرنامج التدريبي المناقشة الجماعية ومشاهدةشرطة الفيديو كنموذج. كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: حدوث نمو في سلوكيات الاتصال الاجتماعي لدى خمسة أطفال، كما أصبح هؤلاء الأطفال مشاركين نشطين وازداد مستوى تفاعلهم المتبادل مع الآخرين، وكذلك مع دراسة شاكو (Shakw,1981)، والتي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية مشاركة الوالدين في تأهيل وتدريب أطفالهما المتخلفين عقلياً وضمت عينة الدراسة مجموعتين من الأطفال إحداها من القابلين للتعلم والثانية من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، إلى جانب والذي هؤلاء الأطفال، وهدف البرنامج المستخدم مع المجموعة الأولى إلى تنمية مهارة الاعتماد على النفس وإحاقهم بورش التأهيل المهني، أما البرنامج الخاص بالمجموعة الثانية فتناول مهارات مثل تناول الطعام، والذهاب إلى الحمام، وارتداء الملابس، وبالنسبة للوالدين فقد

قام الباحث بإمدادهما بالحقائق العلمية والموضوعية عن الإعاقة وتحديد دورهم في مساعدة أبنائهم المتخلفين عقليا على التوافق، كان من أهم نتائج الدراسة ذات العلاقة: حدوث تحسن واضح للأطفال في المهارات موضع الدراسة.

من خلال النتائج المتوصل اليها نلاحظ أنه معظم الفرضيات تحققت بصفة جزئية بمعنى أنه تم تسجيل الأثر فقط في البعد الخامس لمقياس أساليب المعاملة الوالدية والمتمثل في أساليب المعاملة السوية وهذا يعني أنه تم تحقيق الهدف العام للدراسة والمتمثل في تنمية أساليب المعاملة الوالدية وتأهيل الطفل المعاق عقليا من النواحي النفسية والاجتماعية ، وهذا شيء منطقي أن البرنامج وضع لتنمية ما هو ايجابي، لأنه لا يعقل أن تنمى الأساليب السلبية الأربعة والمتمثلة في: التحكم والسيطرة، التذبذب، التفرقة، الحماية الزائدة ، وتم التوصل الى وجود فروق في المحور الايجابي للمقياس في كل من القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين الضابطة و التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي.

وتعد هذه النتيجة أمرا طبيعيا في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة الأمر الذي يتطلب تخطيطا وتنظيما للبرامج التدريبية مما يتفق مع المراحل العمرية وخصائص المتدربين ومطالبهم وخبراتهم ومواقفهم الحياتية من خلال تدريبهم على هذه الأساليب والاستراتيجيات والاجراءات العملية ، وأن التدريب الفعال لتحسين نمو سلوكياتهم يساهم في بناء التخطيط وتنشيط تعديل السلوك الفعال لديهم ، وتعني هذه النتيجة فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية في رفع مستوى سلوكيات أساليب المعاملة الوالدية الايجابية وتحسن نمو معدل عملية اكتساب مساعدة أطفالهم للاندماج في وتحسين التفاعلات عندهم ويزيد من قدرتهم على التأقلم مع المجتمع وتحسن التفاعلات الاجتماعية عندهم ، وتقرب سلوكياتهم الى أقصى درجة بسلوك الأطفال العاديين خاصة في طريقة التعامل مع أفراد المجتمع.

رابعاً: الاستنتاج العام:

- تشير النتائج السابقة إلى فعالية البرنامج التدريبي المقترح لتنمية أساليب المعاملة الوالدية لتأهيل الطفل المعاق عقلياً، وتفسر الباحثة تمتع البرنامج بهذه الفاعلية إلى مجموعة نقاط يمكن عرضها كما يأتي:

أ- تقديم مجموعة من المعلومات عن البرنامج التدريبي وأهدافه وأنشطته وإستراتيجيته تنفيذه وبعض الفوائد التي يمكن أن يحققها أدى إلى توفر قاعدة معرفية لدى الأولياء مكنتهم من فهم ما يقومون به أثناء تطبيق البرنامج، أي فهم اجراءات التدريب وأهدافه كما ساهمت في تقبلهم للأنشطة والمهام المكلفين بها وإقدامهم عليها بدافعية عالية لتحقيق أهداف كل جلسة تدريبية، كما أكدت الباحثة على أهمية التدريب على محاور أساليب المعاملة الوالدية وأنه لا يجب أن يقتصر التدريب فقط على محتوى المقياس بل لا بد من أن نقوم بتعليمهم وتنقيفهم وإرشادهم حول كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً بشكل توضيحي، تفسيري وتحليلي، ويمكن أن ننقل هذه الطريقة في التدريب إلى مختلف نواحي الحياة التي تعيشها أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ويعود هذا أساساً الى احترام مجموعة من مبادئ التدريب المتمثلة في: المعنى في التدريب ذلك من خلال ربط التدريب بخبرات المتدرب، باهتماماته وقيمه، وبما يحتاجه المعاق عقلياً، وبخصائص الإعاقة العقلية، وأسبابها وطرق الوقاية منها، هذا ما يعني أن المتدرب يميل أكثر لما يكون له معنى بالنسبة له، مبدأ الأنموذج التوضيحي أي أن المتدرب يميل إلى اكتساب السلوك الجديد اذا زود بنموذج لأداء هذا السلوك يشاهده ويقلده أو يحاكيه. مبدأ التواصل المفتوح، ومبدأ التفاعل الاجتماعي، أي أن المتدرب يفضل أن تكون طريقة العرض منظمة بطريقة تجعل الرسالة (الهدف) مفتوحاً له، وذلك من خلال إيضاح الأهداف، استخدام الأمثلة والتلميحات للتأكد من استيعابهم، استخدام الأسئلة من وقت لآخر للتأكد من التواصل استخدام التغذية الراجعة (feed bak) مبدأ التدريب العملي النشط والمناسب، فالمتدرب

يميل إلى التعلم الذي يوفر له فرص القيام بدور فاعل نشط في عملية التدريب، كالإجابة على الأسئلة الداعية للتمكن من استيعاب المعلومة واكتساب المهارة قصد تطبيقها في حياته اليومية بشكل عفوي تلقائي مكتسب وسهل، إعادة تنظيم ومشاركة بدقة، إعادة تنظيم وترتيب وتصنيف المعلومات وتجسيدها في سلوكات واقعية، والتدريب العملي على حل المسائل... والصعوبات والعراقيل التي تعترضهم أثناء ممارسة أساليب المعاملة السوية مبدأ التدريب الموزع على فترات قصيرة ييسر عملية التعلم بشكل أفضل، ويكون التدريب الناجح ، عندما يتم تطبيقه مع العينة التي تتوفر فيها الشروط المحددة من هدف التدريب حيث أننا نثبت المهارات التي تحتاج فعلا لتدريب والتي تساهم فعلا في تعديل السلوك واكتساب مهارات مما تساهم في التأثير في المحيط المعاش وفي تغيير سلوكات ما، كما يساهم التدريب الجيد أيضا في حل المشكلات وساهم كذلك في الرفع من درجة الإثارة والإنجاب للخبرات ويجعل من المتدرب مبدعا في المجال التي درب عليه.

وعليه نلاحظ أن بعد نجاح عملية التدريب للأولياء تم تحقيق هدف رئيسي وهام ألا وهو تأهيل الطفل المعاق عقليا، وذلك من خلال تمكين مجموعة من الأطفال المعاقين عقليا من حصولهم على شهادات التأهيل المهني خلال السنوات الثلاث التي تم إبرام فيهم الاتفاقية بين المركز النفسي البيداغوجي ومركز التكوين المهني ببوسعادة/ المسيلة سنة 2015/2016/2017،(ملحق رقم 3،4،5)، حيث تحصل كل من الأطفال التي تم اخضاعهم للتكوين كل من الإناث والذكور وتم والذين بلغ عددهم (20) 11 ذكر، 09 إناث. وهذا راجع لفعالية البرنامج التدريبي الذي حقق الى حد بعيد الأهداف التي صمم لأجلها ألا وهي تنمية أساليب المعاملة الوالدية وتأهيل الطفل المعاق عقليا.

كما يشير ذلك إلى أن تقديم المساعدة الكاملة عند تدريب الأطفال المعاقين عقليا يساعدهم في سرعة التدريب وفي تحسين مستوى تعليمهم ومن ثم تزداد ثقتهم بقدراتهم

وإمكانياتهم العقلية والمعرفية والجوانب الانفعالية بحيث يمكنهم من الوصول إلى المستوى المناسب من إتقان مهارات الحياة .

وهذا ما تؤكدته العديد من نتائج البحوث والدراسات السابقة على استفادة هذه الفئة من الأطفال من برامج الرعاية التربوية والنفسية التي توجه لهم خلال المراحل النمائية المبكرة من حياتهم وذلك من خلال تنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والمهنية كما ورد في دراسة أحمد خالد يوسف (2000) .

ويرجع هذا التحسن في أفراد المجموعة التجريبية إلى طبيعة الأنشطة المستخدمة في البرنامج التي تساعدهم في اكتساب سلوكيات جيدة تفيدهم في ممارسة حياتهم اليومية والتغلب على مظاهر العجز والنقص لديهم فيشعرون بالثقة في أنفسهم وفي قدراتهم . وفي ذلك يشير حامد زهران (1998) إلى أن توفير التعليم الخاص ،الذي يتناسب مع القدرة المحدودة للمعاق عقليا واستثمار هذه القدرة وتتميتها إلى أقصى حد ممكن والأشراف العلمي على عملية تنشئته وتربيته ،يحقق له التوافق الاجتماعي ويحسن مفهومه عن ذاته.

وجود فروق جوهرية، و ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة على مهارة التواصل في القياس البعدي ، وعند النظر إلى متوسطي درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة ؛ نجد أن متوسط درجات المجموعة التجريبية أكبر من نظيره للمجموعة الضابطة، و هذا يدل على أن معدل مهارة التواصل كإحدى المهارات الحياتية لدى المجموعة التجريبية قد ارتفع ارتفاعا دالاً؛ نظراً لتحسن تفاعلاتهم الاجتماعية كنتيجة لتعرضهم لإجراءات البرنامج التدريبي، في حين نجد أن معدل مهارة التواصل لا يزال منخفضاً لدى المجموعة الضابطة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة هاليز (1999) حيث أن إعادة تأهيل الأطفال المتخلفين عقليا أدى إلى حدوث تحسن في جوانب الذات - المشاركة - والتصرف بطريقة طبيعية وعاقلة- مما يوضح إمكانية إعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة هاليز (1999) حيث أن إعادة تأهيل الأطفال المتخلفين عقليا أدى إلى حدوث تحسن في جوانب الذات -وتكوين العلاقات مع الآخرين والتصرف بطريقة طبيعية وعاقلة مما يوضح إمكانية إعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

وترجع تلك الفروق في مهارة التعامل مع الآخرين لصالح أفراد المجموعة التجريبية لتعرضهم - دون أفراد المجموعة الضابطة - للبرنامج التدريبي ، مما يدل على فعالية البرنامج التدريبي في تنمية مهارة التعامل مع الآخرين لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، فقد تعرف الأطفال المعاقين عقليا على مفهوم المهارات الحياتية ومهاراتها المختلفة، وترجع تلك النتيجة إلى التخطيط الجيد لأنشطة البرنامج التأهيلي المستخدم وتنوعها حيث تم تقسيم الأنشطة بحيث يحقق كل نشاط مجموعة من الأهداف التي هي في الأساس تعبر عن مهارات الحياة ويتم ذلك على مراحل متدرجة من السهل إلى الصعب وعدم الانتقال من جزء إلى جزء آخر إلا بعد التأكد من نجاح التعلم.

ويمكن إرجاع التحسن في المهارات السابقة بعد تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج إلى عدة عوامل منها:1- الأسس النظرية التي بني على أساسها البرنامج من مبادئ تعليمية والتي تم على أساسها طريقة وضع أنشطة البرنامج الذي تلقته المجموعة التجريبية .

2-التدرج في تعلم المهارات من السهل إلى الصعب ومن المحسوس إلى المجرد .

3- إعادة وتكرار ما تم تعليمه للأولياء مع الأطفال من خلال الأنشطة المختلفة وعدم

الانتقال من مهارة إلى مهارة أخرى إلا بعد التأكد من إتقان هذه المهارة.

1-استخدام الأنشطة القريبة من البيئة والتي تعبر عن أنشطة الحياة اليومية .

2-استخدام التعزيز والإثابة في حالة تعلم مهارة جيدة وإتقانها .

3- مراعاة وجود فترات للراحة بين كل نشاط وآخر حتى لا يجهد الأولياء والأطفال ولذلك أكتفت الباحثة بجلستين أسبوعيا.

كما نلاحظ الدور الهام لأساليب المعاملة الجيدة للأطفال المعاقين عقليا ومدى مساهمتها في الرفع من مستوى الثقة والاندماج والتحسين في جميع المجالات، حيث أن المعاملة السيئة تساهم في تدني المستوى الشخصي للطكفل المعاق عقليا وتساهم بشكل سلبي في تحقيق التوافق النفسي والتأهيل النفسي والاجتماعي مما يحرمه من التأهيل المهني وكذا الاندماج في المجتمع، وهذا ما أكدته دراسة سامية محمد عطية (2001) بعنوان إساءة معاملة المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في المدرسة ، و هدفت الدراسة إلي الكشف عن الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المتخلفين عقليا القابلون للتعلم ، و مدى علاقة ذكاء هؤلاء الأطفال بمقدار الإساءة الموجهة لهم ، و مدى تأثير الصراع الأسرى فيهم ، تألفت عينة الدراسة من (100) تلميذ و تلميذة من الاطفال المتخلفين القابلين للتعلم و (100) تلميذ و تلميذة من الأطفال الأسوياء بمدارس أسيوط ، استخدمت اختبار ستانفورد بينيه اعداد لويس كامل ملكية و مقياس سوء المعاملة للطفل المتخلف، ومقياس تفهم الأسرة إعداد عبد الرقيب البحيري واختبار تفهم الموضوع ، و تلخصت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين سوء معاملة الأطفال المتخلفين عقليا و بين سوء المعاملة العاديين ، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الأسر المسيئة ترجع إلي المستوى الثقافي للوالدين ، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذكاء الأطفال المتخلفين عقليا و مقدار الإساءة الموجهة إليهم ، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الإناث و متوسطات درجات الذكور بالنسبة لإساءة المعاملة كما يدركها الأطفال المتخلفين عقليا من جانب الإناث، كما اسفرت النتائج التحليلية عن وجود اختلال وظيفي لأسر الأطفال المتخلفين عقليا المسيئة من خلال أنظمة الأسرة .

وعليه ومن خلال ماسبق نلاحظ أن البرنامج التدريبي المقترح حقق أهدافه الى حد ما، وتم الاستنتاج أن أساليب المعاملة الوالدية للطفل المعاق عقليا في الجزائر لها خصائصها نتيجة التنشئة الاجتماعية الجزائرية، ولكن الشيء الملاحظ والذي التمسناه في هاته الدراسة أن الأسر الجزائرية لديها رغبة في فهم أطفالهم المعاقين ولديهم قابلية للتدريب وتلقي المعلومات، وخاصة الأمهات وهذا راجع للتقاليد الجزائرية أن الأم تتحمل العبء الأكبر في تربية أطفالها وتتحمل المسؤولية التامة كما لو أنها هي السبب في إصابته بالإعاقة، وهذا من واقع خبرة العمل مع أسر الأطفال المعاقين عقليا.

كما نشير أيضا أنه فكرة تصميم البرنامج جاءت بعد النتائج المتحصل عليها في رسالة الماجستير والتي أظهرت أن التفاوت في أساليب المعاملة الوالدية أو الرعاية التربوية للطفل المعاق عقليا لدى الأسر راجع لنقص المعلومة حول الإعاقة العقلية وعدم الإلمام بخصائص الأطفال المعاقين عقليا.

وعند اجراء مقابلة مع الأولياء وبحكم الاحتكاك الدائم بهم كون الباحثة عملت في تلك الفترة أخصائية نفسية تربوية فاتضح أن لديهم رغبة في التدريب والفهم الجيد لأطفالهم المعاقين عقليا مما شجعنا على تصميم برنامج تدريبي مقترح لتنمية أساليب المعاملة الوالدية بهدف تحقيق التأهيل لأطفالهم وهذا ما تم تناوله في الدراسة الحالية.

حيث كانت استجابة الأولياء قوية للتدريب والتمسنا الجدية في الحضور للحصص المبرمجة للتدريب وعرفت فترة التدريب كذلك جو من الحماس والعمل المتقن والاصرار لفهم طفلهم المعاق عقليا، والتعرف على النقاط السلبية في أساليب المعاملة الوالدية في العينة التي خضت للتدريب وتم تداركها وتصحيحها وممارسة الأساليب الايجابية مما ساهمت في تأهيل أطفالهم تأهيلا نفسيا واجتماعيا.

كما تم فتح فرع تكويني في المركز المخصص للتكفل بهم، لأجل ضمان تأهيلهم المهني، وفعلا تم تحقيق ذلك في الميدان وتحصل هؤلاء الأطفال على شهادات مما ساهمت في فتح مشاريع خاصة بهم.

و بالتالي تحقيق دمج هذه الفئة في المجتمع، وذلك بفضل تظافر كل الجهود المبذولة و ارادة الأولياء وجديتهم في التدريب مما ساهم في انجاح البرنامج وتحقيق أهدافه.

حيث تم اعتماد البرنامج التدريبي كمحور أساسي في البرنامج السنوي بالمركز النفسي البيداغوجي ببوسعادة، وهو تدريب الأولياء عند تسجيل أطفالهم في المركز لكي يكون هناك توافق وتنسيق في العمل مع الفريق التربوي وتكون استمرارية في التكفل حتى نتحصل على النتيجة المرجوة من التكفل بالطفل المعاق عقليا.

وتم اعتماد كذلك التكوين التأهيلي بالمركز للاستفادة جميع الأطفال المتكفل بهم وذلك بعقد شراكة مع التكوين المهني بصفة دائمة يتم تجديد العقد كل سنة على التوالي وتتم عملية التكوين داخل ورشات تكوينية متنوعة ورشة خاصة بالذكور وورشة خاصة بالاناث كل حسب تخصصه، وتتم عملية التكوين داخل المركز تحت اشراف أساتذة من التكوين المهني ومربين متخصصين وأخصائيين نفسانيين، ويستفيد منه الأطفال البالغين سن 18 فما فوق. (ملحق رقم: 06، 07)، وتقديم شهادات تأهيل مهني للأطفال المعاقين عقليا ممضية من طرف مدير التكوين المهني، للاطلاع هناك نماذج من شهادات التكوين المهني الخاصة بالأطفال الذين استفادوا من التكوين المهني في آخر الملاحق.

الغرفة

خاتمة

في الختام يمكننا القول أن الطفل المعاق عقليا هو شخص يمتلك قدرات عقلية محدودة تتجلى في سلوك، حيث لا يمكن التعامل معهم بالطريقة العادية أي أنهم يحتاجون إلى معاملة خاصة حتى يتمكنوا من اكتساب مهارات تساعد على الاعتماد على أنفسهم وتوهمهم في كافة الجوانب النفسية والاجتماعية وكذا المهنية قصد اندماجهم وتكيفهم في المجتمع.

ونلاحظ أن المشرع الجزائري اهتم بذوي الاحتياجات الخاصة، ومن بينهم فئة الأطفال المعاقين عقليا، بمنحهم مجموعة من المراسيم والتعليمات التنظيمية التي ترضى شؤونهم وتحقق متطلباتهم كما أن القانون الجزائري لم يكن بعيدا عما أقرته المواثيق الدولية في هذا الايطار وخاصة ما نص عليه القانون الدولي لحقوق الإنسان الذي صادقت عليه عدة دول في العالم مما أكسب نصوصه الإلزام وبالتالي فكل الدول في العالم نصت في دساتيرها على وجوب الرعاية بفئة المعاقين عقليا وحماية حقوقهم كشرية تحتاج الى نمط من الرعاية المتميزة والمعاملة الخاصة والسوية وهو ما عملت به كذلك الرابطة الأمريكية للمضعف العقلي (1985).

بالإضافة إلى أن الجزائر عمدت على تكوين فئة المعاقين عقليا خاصة و بتأطير المربين ووضع البرامج الملائمة والتي وقفنا إلى جانب من تطبيقاتها كما هو موضح في الملاحق المرفقة مع هاته الدراسة والمتمثلة في شهادات تخرج ممنوحة من التكوين المهني العمومي لدفعات متنوعة من الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية والمتكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي ميدان اجراء هذه الدراسة .

وتوصلت هذه الدراسة إلى بعد إجراء وتطبيق مقياس المعاملة الوالدية نتيجة مفادها أنه توجد فروق في أساليب المعاملة الوالدية لأمهات والإباء قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي المقترح المصمم من طرف الباحثة وظهر ذلك جليا في سلوكات أطفالهم مما ساهم ذلك في تأهيلهم من الناحية النفسية الاجتماعية وكذا المهنية، حيث التمسنا أن الأولياء بمقدورهم تحسين أساليب معاملتهم وتحسين وضعيته أطفالهم المصابين بالعاقة العقلية، طبعا ليس من السهل تغيير السلوك بين عشية وضحاها لكن بتضافر الجهود

وإرادة الوالدين ووضع الثقة التامة في البرنامج التدريبي المقترح الذي سمح لهم بالإلمام بمعنى الإعاقة العقلية وكيفية التأقلم مع وضع أطفالهم وتصحيح أو تغيير لبعض السلوكات الناجمة عن نقص الدراية الكافية بما يحتاجه أطفالهم ، وبفضل البرنامج التدريبي المقترح ومحاوره وتنوعه تم توعية الوالدين وتدريبهم قصد إكسابهم المهارات اللازمة في تعاملهم مع طفلهم المصاب بالإعاقة العقلية، دون أن ننسى حرص الأولياء الشديد لحضورهم الحصص التدريبية التي أقيمت بالمركز حتى يتابعوا ويخضون لمرحلة العملية التدريبية ويكتسبوا بالتالي ماهية الإعاقة العقلية ، ومدى إدراكهم لما يحتاجه أطفالهم من أساليب معاملة والدية وأيقنوا كذلك دورهم الفعال في نجاح طفلهم تخطي العراقيل الناجمة عن الإعاقة العقلية.

كما تجدر الإشارة إلى الدور الهام الذي تقوم به المراكز المتخصصة لرعاية هاته الفئة حيث تقدم لهم خدمات جليلة لا يستهان بها يبقى فقط من الأسرة الالتفات لطفلهم وإحاطته بالرعاية اللازمة ومد له يد المساعدة والمساندة والمرافقة الدائمين قدر الإمكان لتحقيق الأهداف المنشودة وكذا الحرص التام على تنمية أساليب معاملتهم لطفلهم المعاق وذلك قصد تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص مع أقرانه العاديين في المجتمع وتأهيله من جميع النواحي حتى يتمكن من الاندماج داخل المجتمع.

ومنه نستخلص مجموعة من الاقتراحات التربوية والتوصيات العملية والمتمثلة فيما يلي:

- ضرورة الاهتمام بإعداد المزيد من البرامج التدريبية لأولياء الأطفال المعاقين عقليا حيث تعد الأسرة هي الأكثر تعاملًا مع الطفل والأكثر احتكاكا به والأكثر تلبية لاحتياجاته.

- ضرورة الاهتمام بحملات التوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة لتوضيح الأساليب والطرق المناسبة التي يتمكن من خلالها الأسرة عامة والوالدين خاصة التعامل مع أطفالهم المعاقين عقليا.

- ضرورة القيام بدورات تدريبية لأمهات و آباء الأطفال المعاقين عقليا وإعداد المدربين والأخصائيين الذين سيقومون بذلك مما يساعدهم على انجاز تلك المهمة بأقصى قدر من النجاح.

- ضرورة تقديم التوعية الكافية لأفراد المجتمع ككل بشأن التعامل مع الأطفال المعاقين حتى يغيروا من اتجاهاتهم نحو هؤلاء الأطفال وهو ما قد يساعدهم على الانخراط بفاعلية في المجتمع.
- ضرورة إنشاء قسم بإدارة المراكز المتخصصة يهتم بتقديم التوعية والإرشاد بشأن التعامل مع ذوي الإعاقات عامة وذوي الإعاقة العقلية بوجه خاص حتى يتسنى للجميع مساعدتهم على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ومن ثم تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.
- ضرورة تحديد مواعيد ثابتة يتم من خلالها عقد لقاءات بين المربين والأخصائيين القائمين على التكفل ورعاية الأطفال المعاقين عقليا وأسر هؤلاء الأطفال لتنظيمها المراكز المتخصصة ويتم من خلالها السير وفق خطط محددة لتنمية مهاراتهم ومساعدتهم على التأهيل النفسي الاجتماعي والمهني وبالتالي تحقيق اندماجهم في المجتمع.
- اقتراح اعلان البرنامج في الصحف والمجلات والتلفزيون عن أهميته.
- طبع مطويات وكتيبات توضح هدف البرنامج وأهميته، وتوزيعها في المدارس والمراكز المتخصصة والهيئات الوصية، قصد المساهمة في تحسين حياة هذه الفئة وأسرهم.

قائمة المصادر

والمرجع

أولا/ المراجع

أ- الكتب:

1. إبراهيم، علا عبد الباقي. (2000). الإعاقة العقلية: التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا. القاهرة عالم الكتب.
2. أبو عوف، طلعت محمد. (2008). الأسرة والأبناء الموهوبين، (ط.1)، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية .
3. أحمد سليمان عودة. فتحي حسن مكاوي. (1992). أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية - عناصره ومناهجه والتحليل الإحصائي لبياناته، مكتب المنار، عمان، الأردن.
4. أحمد مختار عمر. (2008). معجم اللغة العربية المعاصرة، عالم الكتب - القاهرة.
5. أحمد، السعيد يونس ومصري، عبد الحميد حنورة. (1991). رعاية الطفل المعوق صحيا نفسيا اجتماعيا، دار الفكر العربي، (ط.2)، القاهرة، مصر.
6. أحمد، جابر أحمد و بهاء الدين، جلال. (2010). دليل مدرس التربية الخاصة لتخطيط البرامج وطرق التدريس للأفراد المعاقين ذهنيا، دار العلوم للنشر والتوزيع، (ط.1)، القاهرة، مصر.
7. أسماء، سراج الدين هلال. (2009). تأهيل المعاقين، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
8. إسماعيل، إبراهيم بدر. (2010). مهارات السلوك التكيفي لذوي الإعاقة العقلية، دار الزهراء، الرياض.
9. الأشول، عادل (1993). الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين الشمس ج(1)
10. الببلاوي، إيهاب، وعبد الحميد، أشرف، محمد. (2004). التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي، دار الزهراء الرياض.
11. بطرس حافظ بطرس. (2008). التكيف والصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
12. الجلامدة، فوزية عبد الله. (2007). فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن، (أطروحة دكتوراة غير منشورة)، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية، الأردن.
13. جمال الدين محمد الخطيب. (2010). مقدمة في تأهيل الأشخاص المعاقين، دار وائل للنشر، (ط.1)، عمان، الأردن.
14. حابس العواملة. (2003). سيكولوجية الطفل، دار المحلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
15. الخطيب، جمال محمد. (2010). مقدمة في الإعاقة العقلية، دار وائل، عمان، الأردن.

16. الخطيب، جمال والحديدي و السرطاوي، عبد العزيز .(1992). إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار حنين، الأردن.
17. رأفت محمد نسيم. (1974). رعاية الطلبة المتفوقين، حلقة تربية الموهوبين و المعوقين في البلاد العربية، الهيئة العامة لشؤون مطابع الأميرية، القاهرة، مصر.
18. رشاد، علي عبد العزيز موسى و زينب، بنت محمد زين العابدين.(2009). سيكولوجية العنف ضد الطفل، عالم الكتب،(ط.1)، القاهرة، مصر.
19. رشيد زرواتي. (2008). تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية،(ط.3)، الجزائر.
20. رمضان محمد القذافي.(1995). رعاية المتخلفين ذهنياً، المكتب الجامعي، (ط.1)، الإسكندرية، مصر.
21. الزارع، نايف بن عابد. (2006). تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة،دار الفكر ناشرون وموزعون،(ط.1)، عمان، الأردن.
22. سامي، محمد ملحم. (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس،دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
23. سامية مصطفى الخشاب. (2008). النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، الدار الدولية، (ط.1)، القاهرة، مصر.
24. سعاد سعيد عمر. (2002). التنشئة الاجتماعية للطفل، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
25. سعيد حسني العزة. (2002).الإعاقة العقلية، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، دار الثقافة للنشر والتوزيع، (ط.1)، عمان، الأردن.
26. سميح أبو مغلي .(2002). التنشئة الإجتماعية للطفل، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
27. سهير كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد. (2002). تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية، مصر
28. السيد عبد النبي السيد. (2004). الأنشطة التربوية للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، (ط.1)، القاهرة،مصر
29. الشمري عباس فاضل.(2015). تصميم تعليمي-تعليمي على وفق استراتيجيات العبء المعرفي واثره في تحصيل مادة الكيمياء والتفكير البصري لطلاب الرابع العلمي،(أطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة بغداد، كلية التربية ابن الهيثم، بغداد.

30. الشناوي، محمد. (1986). اتجاهات حديثة في تأهيل المعوقين، مكتب التربية لدول الخليج، الرياض.
31. الشناوي، محمد محروس والتويجري، محمد. (1996). الإرشاد وتحديات العصر. المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس (الإرشاد النفسي في عالم متغير).
23. صالح محمد أبو جادو. (2000). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، (ط.2)، عمان، الأردن.
33. صالح محمد أبو جادو. (2007). سيكولوجية التنشئة الأسرية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، (ط.6)، عمان، الأردن.
34. صالح، بن حمد العساف. (2003). المدخل إلى البحث العلوم السلوكية، (ط.3)، مكتبة العبيكان، الرياض.
35. صبره محمد علي. (2004). إشراف محمد عبد الغني شريت، الصحة والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، مصر
36. صلاح، مراد و فوزية، هادي. (2002). طرائق البحث العلمي: تعميماتها وإجراءاتها، دار الكتاب الحديث، الكويت.
37. طلعت محمد أبو عرف. (2008). الأسرة والأبناء الموهوبون، العلام والإيمان للنشر والتوزيع، (ط.1)، مصر
38. عبد الرحمان سيد سليمان. (2001). الإعاقات البدنية: المفهوم، التصنيفات، الأساليب العلاجية، (ط.1)، مكتبة زهراء للشرق، القاهرة.
39. عبد الرحمن العيسوي. (2005). المراهقة والمراهق، النهضة العربية، بيروت، لبنان.
40. عبد الرحمن سيد سليمان. (1998). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة: الأساليب التربوية والبرامج التعليمية، مكتبة زهراء الشرق، (ط.1)، القاهرة، مصر.
41. عبد الله زاهي الراشدان. (2005). التربية والتنشئة الاجتماعية، دار وائل للنشر، (ط.1)، الأردن.
42. عبد المجيد، عبد الفتاح صابر. (2000). التربية الخاصة لمن ؟ لماذا؟ كيف؟ القاهرة، دار الكتب المصرية
43. عبد المحي محمود حسن صالح. (1998). الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر
44. عبد المحي محمود حسن صالح. (1999). متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر

45. العجيلي، صباح حسين وآخرون. (1990). القياس والتقويم، دار الحكمة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر
46. العزة، سعيد حسنى. (2007). الإعاقة و اضطرابات النطق واللغة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن
47. عفاف عبد الفادي دانيال. (2005). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بكل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافي للأسرة والترتيب الإنجابي للأبناء، مجلة دراسات عربية في علم النفس، 2(1).
48. علاء الدين كفاني. (2008). الإرشاد الأسري، دار المعرفة الجامعية، مصر
49. عمار بوحوش ومحمد محمود الذنيبات. (1995). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
50. فاروق، الروسان و ياسر، سالم و تيسير، صبحي. (1994). رعاية ذوي الحاجات الخاصة، جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن.
51. فاروق، الروسان. (2010). مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
52. القمش، مصطفى و المعاينة، خليل. (2009). سيكولوجيا الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، (ط.2)، عمان، الأردن.
53. كمال إبراهيم مرسى. (1996). مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات المصرية، (ط.1)، القاهرة، مصر.
54. كوافحة، تيسر مفلح و عبد العزيز، عمر. (2003). مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن
55. ماجدة السيد عبيد. (2000). مقدمة في تأهيل المعاقين، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن
56. ماجدة السيد عبيد. (2000). الإعاقة العقلية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، (ط.1)، عمان.
57. محمد سيد فهمي. (2005). واقع المعوقين في الوطن العربي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
58. محمد سيد فهمي. (1999). السلوك الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
59. محمد عبد الكريم أبوسل. (1998). دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، (ط.1)، عمان، الأردن.
60. محمد عرفات الشريعة. (2006). التنشئة الاجتماعية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، (ط.1)، عمان، الأردن

61. مدحت محمد أبو النصر . (2009). الإعاقة والمعاق رؤية حديثة، المجموعة العربية للتدريب.
62. مرسى كمال إبراهيم.(1999). مرجع في علم التخلف العقلي، مصر، دار النشر للجامعات، القاهرة.
63. مروان عبد المجيد إبراهيم. (2007). الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة - تربويا - نفسيا - رياضيا - تأهيل، دار الوراق للنشر والتوزيع، (ط.1)، عمان، الأردن
64. مروان، عبد المجيد إبراهيم. (2002). التربية الرياضية للإعاقة البصرية، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن
65. مسعود، وائل و محمد، عبد الصبور و مراد، محمد.(2005). التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، الأكاديمية العربية لمتربية الخاصة، (ط.1)، الرياض
66. معمار، صلاح صالح. (2010). التدريب : الأسس والمبادئ، ط1، ديونو للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن.
67. منى، الحديدي و مسعود، وائل. (1997). المعاق والأسرة والمجتمع، جامعة القدس المفتوحة، (ط.1)، عمان، الأردن
68. مواهب إبراهيم عياد وآخرون. (1995). المرشد في تدريب المتخلفين عقليا على المهارات الأساسية المنزلية، منشآت المعارف، (ط.1)، الإسكندرية، مصر
69. الناشف، هدى محمود.(2007) الأسرة وتربية الطفل، دار المسيرة، عمان، الأردن.
70. النواصرة، حسن محمد. (2006). ذوى الاحتياجات الخاصة مدخل التأهيل البدني، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر
71. هدى محمد قناوي. (2008). كتاب الطفل وتنشئته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
72. هلال، أسماء. (2009). تأهيل المعوقين، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- والنشر، (ط.1)، القاهرة، مصر
73. يحيى، خوله أحمد وعبيد، ماجدة السيد.(2005). الإعاقة العقلية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
74. يوسف شلبي الزعمرط. (2005). التأهيل المهني للمعوقين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، (ط.1)، عمان، الأردن
75. يوسف فريد القريوتي. (1996). مدخل الى رعاية وتأهيل المتخلفين عقليا، الجزء السادس، سلسلة الدراسات الاجتماعية والتدريب الاجتماعي، الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، قطر
- 76- Heller, k & swindle, R, W & Duesenberg, L(1986).Component social support processes: Comments and integration, Journal of consulting and clinical psychology, 54(4),446-470.

- 77- Heward , W& Orlansky(1992). Exceptional Children, Columbus ,chales,
- 78- Ed (2) Merrill Publishing Company.
- 79- Costin, F.& Draguns ,J.(1991): Abnormal Psychology ,London ,Kevin
- 80- Packard &Bart Laveck ,Public attitudes.
- 81- jean Michel Morin. (1996). précise de sociologie, Nathan, France.
- Rehabilitation, AstraZeneca, Retrieved: 25-12-2017,
- 82-see:<https://www.astrazeneca.com/search-results.s.html?q=Rehabilitation>
- 83- Kirk, S. A. (1962 - 1983). Educating Exceptional children Boston: Houghton Mifflin.
- 84- MacMillan H. I. (2000). Preventive health care, 2000, update: Prevention of child maltreatment. Canadian Medical Association Journal, 163,11.
- 85- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E., (2010). Multivariate data analysis, 7th Ed, Pearson Prentice Hall, New York.
- 86-Charles gardou, connaitre le handicap, reconnaître les personnes édition frés, France, 2005.
- 87- Charles gardou, fragment sur le handicap et la vulnérabilité, édition frés, France, 2010.
- 88 - Charles gardou, le handicap au risque des cultures, édition frés, France, 2010.
- 89 - Charles gardou, parent d'enfants handicapés, édition frés, lion (France),2010.
- 90- chabanier : Jean luk le centre mèdeco - psyco - pèdagogique (son histoire, ses valeurs) le centation, paris, 1988.
- 91- dominique velche : Les facteurs d'échecs et résussites dans l'insertion des personnes handicapées, Acte de la 3eme recountre internationale, Processus d'intégration des personnes handicapées, réalités et perspectives, revue du CNEPH, Constantine ,1996,
- 92- lambert jean luk : le personnel educative face au handicap mental, approche psycho-pédagogique, delval fribourg, 1991.
- 93- lambert jean luk : Ensein spécial et handicap mental, MARDAGA pierre éditeur, Bruxelles, 1981, P.
- 94- mahfoud boucepci : Malade mental et handicap mental, Entreprise Nationale du Livre première édition, Alger, 1984, P179.
- 95- moulinot, dr regeau : Sciences social et sanitaire, Education nationale Foucher paris, 1994, P21.

- 96- ali kouadria : L'insertion socio-professionnelle des handicapées. Un problème de société, Acte de la 9eme rencontre, N°15, 1999, Horizon éducatif, Revue du CNFPH, Constantine,
- 97- ali kouadria : place de la personne handicapée dans la structure algérienne. 1996, Process d'intégration des personnes handicapées, réalités et perspectives, revue du CNEPH, Constantine
- 98-Bamford & Spenders, hearing impairment auditory, perception and language disability, 1994.
- 99-Demseg, John, J, (Ed) Community services for retarded chil-dren, N invpark press, 1975.
- 100- Edward G ain, Teaching exceptional children, 1984.
- 101-H allahan & K auffman exceptional children to special educa-tion, 1978.
- 102- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). Language development and Language disorders. New York: John Wiley.
- 103-Bower, E. (1969) Early identifi-tion of emotionally handicapped children in school (2nd ed). Springfield, Ellinois: charles C. thom- as. -
- 104- Bruer, J. T. (1995). Schools for thought. Cambridge, M. A: the Mit press.
- 105-Clark, B. (1992) - Growigup giftednes (4th ed.) New york: Mac-millan Publishing Company.
- 106-Demott, R. (1982) visual importants. In Haring (Ed), Exceptional chliden and youth. Columbus: Ohio charles, E. Merrill.
- 107- Hallahan, D & Kauffman, T. (1992). Exceptional children, intro-duction to special education (5th cd) Prentic - gall NewJersy, Eng-land.
- 108-Howard, W. & Orlansky, M. (1988). Exceptional children (3rd, Ed), Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- 109- Kauffman, J. (1997). Charatiristics of children behavior disorders Columbus, Ohio, charles E. Merrill.
- 110- Kirk, S. A. (1962 - 1983). Educating Exceptional children Boston: Haughton Mifflin
- 111- Lyon, H. (1981). Our most neglected natural versorce. Educating Ex-ceptional chliden - Annual (Ed), 78 - 82.:المراجع
- 112- Wing, E. H., & Semel, E. M. (1976) Language, disabilities in children and adolescents. Columbus, Ohio: Charles E. Nerr.
- 113- Zeller.b and carmine .m , (1980). Language assesmant and intervintion for the Learning disabled. Columbus, Ohio: charles E, Merrill.

- 114- Yssedlyke, J., & Algozzine, B. Introduction of Special education. Bosten: Houghton Mifflin,1990.
- 115- Mental Retardation & Development Disabilities Research Reviews, 4, 50_ 58.
- 116- Black, M., Kemp, L., & Sampson, V. (2004). Karitane volunteer home visiting program evaluation, from: <http://chetre.med.unsw.edu.au/files/karitane%20Final%20Report%20for%20Oprinting.pdf>.
- 117-Brent, R.L., (2004). Environmental causes of human congenital malformation: The paediatricians role in dealing with these complex clinical problems caused by a multiplicity of environmental & genetic factors. Paediatrics Journal, 113 (4),
- 118-Bundey, S., Thake, A., & Todd J. (1989). The recurrence risks for mild idiopathic mental retardation Journal Medical Genetics, 26 (4), 260_266.
- 119-Camp, B. W, Proman, S.H, Nichols, P.L, & leff, M. (1998). Maternal & neonatal risk factor for mental retardation: Deffining the at- risk child. Early Human Development Journal, 50 (2), 159-173.
- 120-Chiocca, E M (1995). Shaking baby syndrome: A nursing perspective. Pediatric Nurse Journal, Vol.21 (1), 33-38.
- 121-Dias, M.S, Smith, K, Deguehry, K, Mazer, P. & Shaffer, M.L (2005). Preventing abusive head trauma among infants & young children: A hospital - based, parent education program. Peadiatrics Journal, 115(4), 470-477.
- 122-Dunn, J.J, (1993). Iodine supplementation & the prevention of cretinism Annals of the New York Academy of Sciences, 678:158-168.
- 123-Durkin, M. (2002). The epidemiology of development disabilities in children age 3-10 years- Atlanta, Georgia, 1991. Morbidity Mortality Weekly Report, 45(6), 130-134.
- 124- Frank, Y., Zimmerman, R. & Leeds, N. M. (1985). Neurological Manifestations in Abused Children Who Have Been Shaken. Development Medical Child Neurology Journal, 27 (3), 312-316.
- 125-Goldberg, K. B, & Goldberg, R.E (2002). Review of shanken baby syndrome Journal Psychooical Nurse Mental Health Services, 40 (4), 38-41.
- 126-Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2006). Exceptional learners: An introduction to special education. (10th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- 127-Hebert, M., Lavoie, F., & Parent, N. (2002). An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. Violence and Victims, 17 (3), 355-372.

- 128-Holzer, P. J., Bromfield, L. M., Richardson, N., & Higgins, D. J. (2006). Child abuse prevention: What works? The effectiveness of
- 129-Luciano, R, Zuppa, AA, aragliano, G, Gallini, F. & Tortorolo, G. (1997). Fetal encephalopathy after maternal anaphylaxis Case Report Biology Neonat, 71 (3), 190-193.
- 130-Ludwig, S, & Warman, M. (1984). Shaking baby syndrome: A review of 20 cases. Annals Emergency Medicine 13:104-107.
- 131-Lund, A. M Sandgren G, & Knudsen F. U. (1998). Shaking baby syndrome. Ugeskr Laeger, 160 (46), 6632-6637.
- 132-MacMillan H. I. (2000). Preventive health care, 2000, update: Prevention of child maltreatment. Canadian Medical Association Journal, 163,11.
- 133-Moore, K.L, & Persaud, T.V (1998) Before we are born: Essentials of embryology & birth defect. (5th ed). Philadelphia: PA.
- 134-Niskar, A.S, Buchanan, S, & Meyer, P.A (2005). A federal agency's role in fulfilling the public health core functions: the childhood lead poisoning prevention program model Journal Public Health Management Practice, 11 (1), 50-58.
- 135-Revello,M,G,§ Gerna(2002).Diagnosis and management of human cytomegalovirus infection in the mother,Fetus§ newborn infant.Clinical Microbiology Review,15 (4),680-715.
- 136-Robert,L,§ Goldenberg; M D (2002) High*risk pregnancy series:An expert's view.Obstetrics§ Gynecology;100(5);1020-1037
- 137-Schmitt,B P ,Brayden, R.M§ Kempe,A (1997) .A Parent handout;Cornerstone of a health education program.Contemporary Pediatric Journal,14,120,143
- 138-Smallridge,R C;§ Ladenson;P.W(2001), Hypothyroidism in pregnancy:Consequences ti neonatal health.Journal of Clinical Endocrinology § Metabolism,86(6),2349-2353.
- 139-Jacobi, G. (1986) Damage pattern in severs child abuse with & without fat al sequelac. Monatsschr inderheilkd, 134 (6),Levy, H. Maternal phinylketonuria. Progress in Clinical & Biological Research,1988
- 140- Smith, D D(2007). Introduction to special education :Making difference,(6 th ed).Boston:Allyn§ Bacon
- 141- Smith,M.B;Patton; J.R,§ Kim,s,H (2006) Introduction to mental retardation:An introduction to intellectual disabilities.(7 th ed) New Jersey:Merrill Prentice Hall.

- 142-Soto ,J(2002) Toxoplasmosis in Pregnancy:in your Patient at Risk Clinical Review,retrieved March 24,2004 from:
143- <http://goliath.ecnext.com/comsite/5/bin/pdinventory.pl?pdlanding==1&referid=2750&itemid=0199-1802023>
144- Stephanic, C, & Brandage. (2002). Preconceptional health care. Journal of the American Academy of Family Physicians, 56 (12),
145- Tong, S, Baghurst, P. A, Sawyer, M.G, & Burn
146- Yearing- Allsopp, M, Murphy, C.C, Cordero, J.F, Decoufle, P, & Hallowell, J.G (1997). Reported boimedical casues & associted medical condition for mental retardation among 10- Year-Old children, metropolitan Atlanta, and 1985 to 1987. Developing Medical Child Neurology, 39 (3), 142-149

ب- المجالات والدوريات:

- 147- الجمعية النسائية بجامعة أسيوط. (2004). تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة،جامعة أسيوط للتنمية، مصر .
148- السعيد، عواشيرية. (2006). الاتجاهات الوالدية نحو المعاق ذهنيا: دراسة ميدانية، مجلة
149. تنمية الموارد البشرية،رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، ج 2، العدد الثالث خاص بالملتقى الدولي الرابع،جامعة فرحات عباس، الجزائر .
150- علي، ميا و الكنج، أبي عزت. (2014). أثر التأهيل والتدريب المستمر على تحسين كفاءة الموارد البشرية: دراسة مقارنة على بعض شركات القطاع العام والخاص في الساحل السوري،مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية،سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، 36(3).

ج- الرسائل والأطروحات

- 151- فتيحة سعدي. (2005). فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا (درجة بسيطة): دراسة ميدانية بمركز التكيف المدرسي "علي رملي" ببن عكنون- الجزائر، (مذكرة ماجستير غير منشورة)،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،جامعة الجزائر .

ثانيا/ المصادر

- 152- أحمد مختار عمر. (2008). معجم اللغة العربية المعاصرة،عالم الكتب - القاهرة.
153- أبي زكريا يحي بن شرف النووي. (2010). رياض الصالحين،مراجعة: خليل الخطيب، دار الكتاب الحديث،الجزائر .

- 154- بدوي, احمد زكي .(1980). معجم مصطلحات التربية والتعليم , دار الفكر العربي, القاهرة.
- 155- حبيب الصحاف. (1997). معجم إدارة الموارد البشرية وشؤون العاملين عربي إنجليزي، مكتبة لبنان،(ط.1)، بيروت، لبنان.
- 156- قحطان أحمد الطاهر. (2004). مصطلحات ونصوص إنجليزية في التربية الخاصة دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان،الأردن.
- 157- مجمع اللغة العربية.(2004). المعجم الوسيط،(ط4)، مكتبة الشروق الدولية،القاهرة
- 158- محمد عاطف غيث. (2005). قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، (ط.1)، الإسكندرية
- 159- Norbert Sillamy.(2002). Grand dictionnaire de la psychologie, Pari, Larousse.

- المواقع الإلكترونية:

- 160- عاطف عبد الله بحراوي. (2011). تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، اطلع عليه بتاريخ: 2016/05/16. انظر : <https://www.gulfkids.com>
- 161-Thomas, P. (2004) Malnutrition affects mental growth. new vision Online : Malnutrition affects mental growth. retrieved August 23, 2004, from <https://search.yahoo.com/search:p=Malnutrition+affects+mental+growth+%2B+Thomas+2004>
- 162-Tomison, A.M. (1998) Valuing parent education: A cornerstone of child abus preventions. Child Abus Prevention Issues Number 10 Spring 1998. Online www.aifs.gov.au/nch/issues10.html.
- 163- Scott,d.(2005).Towards a national child protection researcg agenda and its translation into policy and practice.Seminar presentation at the Australian Institute of Family Studies,Online Retrieved July 2006 from www.aifs.gov.au/institute/seminars/scott.pdf.
- 164-Sharom M(2005) .Hypothroidism in infants§ children low thyroid§ its effects on newborn.infant§ children.Retrieved August 24,2006 from: <http://www.throid-info.com/article/hypokids.htm>
- 165- parent education programs for preventing childmal treatment. Research Briefno.1, Online:www.aifs.gov.au/nch/pubs/researchbrief/rb1.html

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس الدراسة

مقياس: أساليب المعاملة الوالدية إعداد الدكتورة: أماني عبد المقصود

ملاحظة: بعد عرضه على مجموع المحكمين من الأساتذة تم الاتفاق على إبقاء عبارات المقياس

كما هي ويجب عليها الوالدين (الأب/الأم) نظرا لخصوصية الحالات،

أي لابد من تطبيق المقياس كما هو في النسخة الأصلية.

إلى السادة الأولياء الأم والأب

فيما يلي مجموعة من العبارات نطلب منكم الإجابة عنها، نهدف من خلالها معرفة الطريقة التي

تعامل بها طفلك. نرجو منكم وضع العلامة (x) في المربع الذي يمثل رأيك ومعرفتك.

(إذا كانت الإجابة بنعم ضع العلامة (x) أمام الخانة "نعم" وإذا كانت الإجابة بلا ضع العلامة (x)

أمام الخانة "لا")

ملاحظة: يرجى عدم ترك أي فقرة دون الإجابة عنها، علما أن هذه المعلومات لفائدتكم ومصلحة

ابنكم ولكم جزيل الشكر.

المحور الأول: المعلومات العامة.

1. الجنس (خاص بجنس الطفل): ذكر ☐ أنثى ☐

2. السن (خاص بسن الطفل).....

3. وظيفة الأب:.....

4. وظيفة الأم:.....

5. المستوى الثقافي للأب:.....

6. المستوى الثقافي للأم:.....

المحور الثاني:

لا	نعم	العبارات
		1- أسمح لطفلي بالخروج عندما يريد.
		2- أخاف على طفلي من أي شيء ولو بسيط.
		3- أرى أنني أنا الوحيد القادر على اختيار أصدقاء لطفلي
		4- أبتسم لطفلي في معظم الوقت.
		5- أعاقب طفلي عندما يرتكب خطأ وأسامحه أحياناً عندما يكرر نفس الخطأ.
		6- دائماً أنصر إخوته عليه.
		7- أساعد طفلي في اختيار ملابسه.
		8- لا أترك طفلي يذهب إلى المركز بمفرده رغم أنه قريب من المنزل.
		9- أضرب طفلي غلى أي خطأ ولو بسيط.
		10- أساعد طفلي في حل ما يواجهه من مشكلات.
		11- أترك طفلي القيام بتصرفات سبق وإن نهيته عنها من قبل.
		12- أحب أولادي الذكور على الإناث.
		13- لا أتضايق من كثرة أسئلته لي حتى ولو تكررت.
		14- أترك عملي وأجلس بجانبه عندما يمرض.
		15- أختار له ملابسه دون أخذ رأيه.
		16- أعاقب طفلي حتى وإن ضربه أحد إخوته.
		17- أشعر أنني أتفاهم مع طفلي وأحترم كلامه.
		18- لا أطلب من طفلي شراء أي شيء خوفاً عليه.
		19- أوبخ طفلي إذا لم ينفذ أوامري في الحال.
		20- لا أطلب من طفلي القيام بعمل أشياء كنت أمنعه منها.
		21- آخذ من طفلي أشياءه وأعطيها إلى إخوته.
		22- أشجع طفلي على إبداء رأيه في بعض الأمور.
		23- أساعد طفلي في أي عمل يقوم به خوفاً عليه.
		24- أتدخل في طريقة مذكراته وأحدد له أوقاتها.
		25- أصر عليه لتنفيذ أمر معين وأنسى هذا الأمر في اليوم التالي.
		26- أهتم بدراسة إخوته أكثر منه.
		27- أشاركه في كثير من النشاطات التي يقوم بها.
		28- أشعر أنني ملهوف عليه بدرجة كبيرة.
		29- أحدد لطفلي ما يفعله في وقت فراغه.
		30- أساعد طفلي إذا طلب مني المساعدة في عمل ما.
		31- أمدح أفكاره أحياناً وأعتقد أنها سخيصة أحياناً أخرى.

		32-أفرق في المعاملة بينه وبين إخوته.
		33-أخبر طفلي بمقدار حبي له.
		34-أرفض أن يخرج بمفرده خوفا عليه.
		35-أثور عليه لأبسط الأسباب ثم أحنو عليه مرة أخرى.
		36-أشعر أنني أكون سعيدا عندما أكون مع طفلي.
		37-أضربه عندما يسبب ازعاجا في المنزل.
		38-أحب أولادي البنات على الذكور.
		39- أفهم مشكلاته وهمومه وأساعده على حلها.
		40-أفضل أن يبقى طفلي في المنزل لأخذ بالي منه.
		41-أحدد له أصدقائه.
		42-أتحدث عن الأشياء الجيدة التي يقوم بها.
		43-أقوم بتدليله أحيانا وأقسو عليه أحيانا أخرى.
		44-ألبي طلبات إخوته قبل طلباته.
		45-أخبره كيف يقضي وقت فراغه.
		46-أخاف عليه عندما أكون خارج المنزل.
		47-أعاقبه لو اعتدى على أحد وأتساهل معه أحيانا أخرى لنفس السبب.
		48-أعامل طفلي معاملة حسنة.
		49-أعطييه حرية أكثر من إخوته.
		50-أقضي معه وقتا طيبا في البيت.
		51-أمنع طفلي من الخروج مع زملائه خوفا عليه.
		52-أطلب منه دائما سماع كلامي.
		53-أفتخر بطفلي عندما ينجح في دراسته.
		54-أعطي المصروف أكثر لأخوته.
		55-أستمتع بعمل أشياء كثيرة معه.
		56-أكافئ طفلي على تصرفه عليه من قبل.
		57-لا أسمح له بمناقشتي في أمر أصدرته له.
		58-أحيانا أسامحه على غلط ما وأحيانا أعاقبه على أبسط سبب.
		59-أفضل الجلوس معه وقت الفراغ.
		60-أستمتع بالكلام معه عن الأمور التي تحدث.

الملحق رقم (02): جلسات البرنامج التدريبي

ترتيب الجلسات	عنوان الجلسة	الأهداف	زمن الجلسة
01	التعارف	<u>الهدف العام: التعارف</u> <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- التعرف على أفراد المجموعة والتعارف على بعضهم البعض. 2- خلق جو من اللغة بين الباحثة وأفراد المجموعة. 3- إعطاء أفراد المجموعة فكرة شاملة حول البرنامج التدريبي وكيف سيتم إجرائه	50 د
02	الأهداف والتوقعات	<u>الهدف العام: خلق جو من الثقة المتبادلة بين المجموعة أنفسهم وبين المجموعة والباحثة.</u> <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تحدد المجموعة الأهداف والتوقعات التي تأمل تحقيقها من خلال البرنامج التدريبي. 2- تنمية روح العمل الجماعي وروح الفريق عند المجموعة.	50 د
03	مفهوم المعاملة الوالدية	<u>الهدف العام: التعرف</u>	50 د

	على مفهوم المعاملة الوالدية. <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تتعرف المجموعة على مفهوم المعاملة الوالدية. 2- أن تتعرف المجموعة لأهمية تنمية المعاملة الوالدية لديهم. 3- أن تتعرف المجموعة على أساليب المعاملة الوالدية. 4- أن تتعرف المجموعة على العوامل المؤثرة على في أساليب المعاملة السوية.		
50 د	<u>الهدف العام:</u> التعرف على معيقات المعاملة الوالدية <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تتعرف المجموعة الى المعيقات الشخصية للمعاملة الوالدية. 2- أن تتعرف المجموعة على المعيقات الأسرية للمعاملة الوالدية 3- أن تتعرف	معيقات المعاملة الوالدية	04

	المجموعة على المعوقات الخارجية على المعاملة الوالدية 4- التعرف المجموعة على أهمية تحدي معوقات المعاملة الوالدية 5- إثارة دافعية المجموعة نحو مواجهة معوقات المعاملة الوالدية		
50 د	<u>الهدف العام:</u> تنمية الثقة بالنفس لدى المجموعة. 1- أن تتعرف المجموعة إلى مفهوم الثقة بالنفس وأنواعها ومظاهرها. 2- أن تتعرف المجموعة إلى فوائد الثقة بالنفس. 3- أن تتعرف المجموعة إلى مستويات الثقة بالنفس. 4- أن تتعرف المجموعة إلى معوقات الثقة بالنفس. 5- أن تصبح المجموعة قادرة على	الثقة بالنفس	05

	التعبير عن الذات من خلال عرض مواهبهم والصفات الطيبة لديهم.		
50 د	<u>الهدف العام:</u> تنمية روح المسؤولية لدى المجموعة وتعزيزها <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- وقوف المجموعة على المواقف التي زادت من روح المسؤولية بأنفسهم. 2- وقوف المجموعة على المواقف التي قللت من روح المسؤولية بأنفسهم. 3- أن تصبح المجموعة قادرة على التعبير عن المشاكل التي تواجه أطفالهم بأنفسهم. 4- أن تتعرف المجموعة على تقنيات تنمية روح المسؤولية. 5- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية ممارسة تقنيات تنمية روح المسؤولية في حياتهم الواقعية.	تنمية روح المسؤولية نحو تربية أطفالهم	06
50 د	<u>الهدف العام:</u> أن تصبح	تعديل الأفكار	07

	اللاعقلانية (السلبية) المجموعة قادرة على تعديل الأفكار اللاعقلانية (السلبية) واستبدالها بأفكار أخرى عقلانية (إيجابية) الأهداف الخاصة: 1- أن تتعرف المجموعة إلى مفهوم التفكير العقلاني والتفكير اللاعقلاني. 2- أن تتعرف المجموعة إلى الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بتدني المعاملة الوالدية لديهم. 3- أن تتعرف المجموعة إلى أساليب تعديل الأفكار اللاعقلانية. 4- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية تبني أفكار عقلانية جديدة.		
50 د	الهدف العام: تصبح المجموعة قادرة على استخدام مهارة التخطيط للمستقبل الأهداف الخاصة: 1- أن تتعرف	التخطيط لمستقبل الطفل وتحديد الأهداف	08

	المجموعة إلى مفهوم التخطيط لمستقبل الطفل 2- أن تتعرف المجموعة إلى أهمية التخطيط لمستقبل الطفل 3- أن تتعرف المجموعة إلى خطوات التخطيط الناجح 4- إثارة دافعية المجموعة نحو تحديد الأهداف والطموحات وتحقيقها. 5- إثارة دافعية المجموعة نحو تحديد الأهداف والطموحات وتحقيقها.		
50 د	<u>الهدف العام:</u> أن تصبح المجموعة قادرة على إعداد خطة مستقبلية لأنفسهم <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية وضع أهداف مهنية تتناسب مع قدراتهم. 2- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية	إعداد خطة للمستقبل المهني للطفل	09

	رسم خطة مستقبلية لتحقيق تلك الأهداف 3- إثارة دافعية المجموعة نحو تحديد الأهداف والطموحات والعمل على تحقيقها		
50 د	<u>الهدف العام:</u> أن تتمكن المجموعة من استخدام استراتيجيات أسلوب حل المشكلات بطرق ملائمة <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تتعرف المجموعة إلى مفهوم المشكلة 2- أن تتعرف المجموعة إلى أهداف أسلوب حل المشكلات وخطواته 3- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية صياغة المشكلة وتحديد أسبابها 4- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية جمع المعلومات 5- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية إيجاد البدائل	أسلوب حل المشكلات	10

	6- أن تتعرف المجموعة إلى كيفية اختيار البدائل المناسبة لحل المشكلة		
50 د	<u>الهدف العام:</u> أن تصبح المجموعة قادرة على استخدام مهارات التكفل بالطفل المعاق عقليا <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تتعرف المجموعة إلى مفهوم التكفل وخصائصه 2- أن تتعرف المجموعة إلى أهمية التكفل وفوائد تنظيمه 3- أن تتعرف المجموعة على معوقات التكفل وسبلياته 4- أن تتعرف المجموعة إلى خطوات تنظيم أساليب التكفل والأساليب المساعدة على تنظيمه 5- أن تتعرف المجموعة على طرق التكفل وفعاليته	مهارات التكفل بالطفل	11
50 د	<u>الهدف العام:</u> بث روح الأمل والتفاؤل في نفوس المجموعة	التفاؤل والأمل	12

	<u>الأهداف الخاصة:</u> 1- أن تتعرف المجموعة إلى مفهوم التفاؤل والأمل وتأثيرها الإيجابي في حياة الأفراد 2- أن تتعرف المجموعة إلى مفهوم التشاؤم واليأس وتأثيرها السلبى في حياة الأفراد 3- أن تتخلص المجموعة من حياة التشاؤم واليأس 4- أن تصبح المجموعة أكثر تفاؤلاً في الحياة		
50 د	<u>الهدف العام:</u> الوقوف على مدى تحقيق أهداف البرنامج التدريبي العامة والخاصة. <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- التلخيص العام لما تم في جلسات البرنامج التدريبي 2- الوقوف على مدى استفادة المجموعة من جلسات البرنامج التدريبي	تقويم البرنامج التدريبي	13

	3- الوقوف على مدى التحسن الذي وصلت إليه المجموعة		
50 د	<u>الهدف العام: تكملة البرنامج التدريبي</u> <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- الوقوف على نقاط القوة والضعف في البرنامج التدريبي 2- حث المجموعة على المحافظة على الانجازات التي تم التوصل إليها والمهارات التي تم اكتسابها وتنفيذها وتوظيفها في الحياة اليومية 3- إنهاء جلسات البرنامج التدريبي	إنهاء البرنامج	14
20 د	<u>الهدف العام: تعزيز المجموعة ومكافئتها على الالتزام والتفاعل</u> <u>الأهداف الخاصة:</u> 1- مكافئة المجموعة وتحفيزها على التعاون 2- تقديم شهادات تشجيعية للمساهمة الفاعلة في البحث	تقويم البرنامج التدريبي	15

الملحق رقم (03) الثبات والصدق

أ/ الثبات

Fiabilité

Statistiques de fiabilité		
المحاور	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
المحور 1	0,686	10
المحور 2	0,635	9
المحور 3	0,839	10
المحور 4	0,815	11
المحور 5	0,864	20
الكلية	0,811	60

ب/ الصدق

Corrélations

Corrélations							
			دك 1			دك 1	
3ب	Corrélation de Pearson		0,687**	29ب	Corrélation de Pearson		0,546**
	Sig. (bilatérale)		0,000		Sig. (bilatérale)		0,001
	N		34		N		34
9ب	Corrélation de Pearson		0,362*	37ب	Corrélation de Pearson		0,464**
	Sig. (bilatérale)		0,036		Sig. (bilatérale)		0,006
	N		34		N		34
15ب	Corrélation de Pearson		0,448**	41ب	Corrélation de Pearson		0,674**
	Sig. (bilatérale)		0,008		Sig. (bilatérale)		0,000
	N		34		N		34
19ب	Corrélation de Pearson		0,537**	52ب	Corrélation de Pearson		0,439**
	Sig. (bilatérale)		0,001		Sig. (bilatérale)		0,009
	N		34		N		34
24ب	Corrélation de Pearson		0,381*	57ب	Corrélation de Pearson		0,559**
	Sig. (bilatérale)		0,026		Sig. (bilatérale)		0,001
	N		34		N		34
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).							
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).							

Corrélations

Corrélations					
		دك 2			دك 2
5ب	Corrélation de Pearson	0,417*	35ب	Corrélation de Pearson	0,413*
	Sig. (bilatérale)	0,014		Sig. (bilatérale)	0,015
	N	34		N	34
11ب	Corrélation de Pearson	0,436**	43ب	Corrélation de Pearson	0,613**

	Sig. (bilatérale)	0,010		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
20ب	Corrélation de Pearson	0,531**	47ب	Corrélation de Pearson	0,537**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,001
	N	34		N	34
25ب	Corrélation de Pearson	0,672**	58ب	Corrélation de Pearson	0,412*
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,015
	N	34		N	34
31ب	Corrélation de Pearson	0,518**	*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0,002	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	N	34			

Corrélations

Corrélations					
		دك3			دك3
6ب	Corrélation de Pearson	0,692**	32ب	Corrélation de Pearson	0,632**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
12ب	Corrélation de Pearson	0,891**	38ب	Corrélation de Pearson	0,519**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,002
	N	34		N	34
16ب	Corrélation de Pearson	0,741**	44ب	Corrélation de Pearson	0,452**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,007
	N	34		N	34
21ب	Corrélation de Pearson	0,652**	49ب	Corrélation de Pearson	0,571**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
26ب	Corrélation de Pearson	0,891**	54ب	Corrélation de Pearson	0,469**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,005
	N	34		N	34
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					

Corrélations

Corrélations					
		دك4			دك4
2ب	Corrélation de Pearson	0,640**	34ب	Corrélation de Pearson	0,779**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
8ب	Corrélation de Pearson	0,546**	40ب	Corrélation de Pearson	0,619**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
14ب	Corrélation de Pearson	0,607**	46ب	Corrélation de Pearson	0,555**

	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,001
	N	34		N	34
18ب	Corrélation de Pearson	0,576**	51ب	Corrélation de Pearson	0,672**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
23ب	Corrélation de Pearson	0,537**	59ب	Corrélation de Pearson	0,466**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,005
	N	34		N	34
28ب	Corrélation de Pearson	0,555**	** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0,001			
	N	34			

Corrélations

Corrélations					
		دك5			دك5
1ب	Corrélation de Pearson	0,371*	36ب	Corrélation de Pearson	0,513**
	Sig. (bilatérale)	0,031		Sig. (bilatérale)	0,002
	N	34		N	34
4ب	Corrélation de Pearson	0,524**	39ب	Corrélation de Pearson	0,763**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
7ب	Corrélation de Pearson	0,528**	42ب	Corrélation de Pearson	0,588**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
10ب	Corrélation de Pearson	0,594**	45ب	Corrélation de Pearson	0,386*
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,024
	N	34		N	34
13ب	Corrélation de Pearson	0,426*	48ب	Corrélation de Pearson	0,366*
	Sig. (bilatérale)	0,012		Sig. (bilatérale)	0,033
	N	34		N	34
17ب	Corrélation de Pearson	0,662**	50ب	Corrélation de Pearson	0,460**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,006
	N	34		N	34
22ب	Corrélation de Pearson	0,667**	53ب	Corrélation de Pearson	0,492**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,003
	N	34		N	34
27ب	Corrélation de Pearson	0,768**	55ب	Corrélation de Pearson	0,446**
	Sig. (bilatérale)	0,000		Sig. (bilatérale)	0,008
	N	34		N	34
30ب	Corrélation de Pearson	0,471**	56ب	Corrélation de Pearson	0,468**
	Sig. (bilatérale)	0,005		Sig. (bilatérale)	0,005
	N	34		N	34

33ب	Corrélation de Pearson	0,540**	60ب	Corrélation de Pearson	0,588**
	Sig. (bilatérale)	0,001		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).					

Corrélations

Corrélations					
		الكلبي			الكلبي
1دك	Corrélation de Pearson	0,448**	4دك	Corrélation de Pearson	0,789**
	Sig. (bilatérale)	0,008		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
2دك	Corrélation de Pearson	0,379*	5دك	Corrélation de Pearson	0,628**
	Sig. (bilatérale)	0,027		Sig. (bilatérale)	0,000
	N	34		N	34
3دك	Corrélation de Pearson	0,425*	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0,013	*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
	N	34			

الملحق رقم (04): نتائج الدراسة

أولاً/ النتائج الوصفية لأداة الدراسة:

أ/ بالنسبة للمجموعة الضابطة:

1- في القياس القبلي:

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم والسيطرة	20	14.5000	1.90567
التذبذب	20	14.4000	2.01050
التفرقة	20	13.8000	1.00525
الحماية الزائدة	20	20.0500	2.11449
المعاملة السوية	20	37.9500	1.95946

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم والسيطرة	20	14.5500	2.03845
التذبذب	20	13.8000	2.06729

التفرقة	20	14.2500	1.80278
الحماية الزائدة	20	19.9500	2.35025
المعاملة السوية	20	33.8000	2.60768

2- في القياس البعدي:

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم السيطرة	20	15.2500	1.94327
التذبذب	20	14.2500	1.86025
التفرقة	20	14.0000	2.75299
الحماية الزائدة	20	19.3500	2.15883
المعاملة السوية	20	37.1500	3.32890

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم السيطرة	20	14.9500	2.62528
التذبذب	20	13.7500	1.58529
التفرقة	20	15.0000	1.86378
الحماية الزائدة	20	19.2500	2.53138
المعاملة السوية	20	32.9000	3.73990

ب/ بالنسبة للمجموعة التجريبية:

1- في القياس القبلي:

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم السيطرة	20	14.9500	2.37254
التذبذب	20	14.6000	2.25715
التفرقة	20	13.2000	1.76516
الحماية الزائدة	20	19.8500	2.05900
المعاملة السوية	20	37.4500	4.14824

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم السيطرة	20	14.4500	1.79106
التذبذب	20	14.8000	1.57614
التفرقة	20	15.6500	2.34577
الحماية الزائدة	20	19.2000	2.04167
المعاملة السوية	20	33.6900	3.05175

2- في القياس البعدي:

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأم)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم والسيطرة	20	14.5500	2.37254
التنذيب	20	14.9000	1.94395
التفرقة	20	12.7550	1.53811
الحماية الزائدة	20	19.4500	2.18789
المعاملة السوية	20	38.7000	2.45164

Caractéristiques

Statistiques descriptive			
أساليب المعاملة الوالدية (صورة الأب)	N	Moyenne	Ecart type
التحكم والسيطرة	20	14.7000	2.17885
التنذيب	20	14.1500	1.53125
التفرقة	20	16.3000	1.45458
الحماية الزائدة	20	19.3000	2.05452
المعاملة السوية	20	34.7500	2.67739

ثانيا/ نتائج فرضيات الدراسة:

الفرضية الاولى:

Test T

Statistiques des échantillons appariés					
		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	ق.ق.ض.أم التحكم والسيطرة	14.5000	20	1.90567	0.42612
	ق.ب.ض.أم التحكم والسيطرة	15.2500	20	1.94327	0.43453
Paire 2	ق.ق.ض.أم التنذيب	14.4000	20	2.01050	0.44956
	ق.ب.ض.أم التنذيب	14.2500	20	1.86025	0.41596
Paire 3	ق.ق.ض.أم التفرقة	13.8000	20	1.00525	0.22478
	ق.ب.ض.أم التفرقة	14.0000	20	2.75299	0.61559
Paire 4	ق.ق.ض.أم الحماية الزائدة	20.0500	20	2.11449	0.47281
	ق.ب.ض.أم الحماية الزائدة	19.3500	20	2.15883	0.48273
Paire 5	ق.ق.ض.أم المعاملة السوية	37.9500	20	1.95946	0.43815
	ق.ب.ض.أم المعاملة السوية	37.1500	20	3.32890	0.74436

Test des échantillons appariés						
		Différences appariées			t	ddl
		Moyenne	Ecart type	Moyerrstd		
Paire 1	ق.ق.ض.أم التحكم والسيطرة - ق.ب.ض.أم التحكم والسيطرة	-0.75000	2.73140	0.61076	-1.228	19
Paire 2	ق.ق.ض.أم التنذيب - ق.ب.ض.أم التنذيب	0.15000	2.41214	0.53937	0.278	19
Paire 3	ق.ق.ض.أم التفرقة - ق.ب.ض.أم التفرقة	-0.20000	2.82097	0.63079	-0.488	19
Paire 4	ق.ق.ض.أم الحماية الزائدة - ق.ب.ض.أم الحماية الزائدة	0.70000	3.58506	0.80164	0.873	19
Paire 5	ق.ق.ض.أم المعاملة السوية - ق.ب.ض.أم المعاملة السوية	0.80000	3.45802	0.77324	1.328	19

الفرضية الثانية:

Test T

Statistiques des échantillons appariés							
		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard		
Paire 1	ق.ق.ض.أب التحكم والسيطرة	14.5500	20	2.03845	0.45581		
	ق.ب.ض.أب التحكم والسيطرة	14.9500	20	2.62528	0.58703		
Paire 2	ق.ق.ض.أب التذبذب	13.8000	20	2.06729	0.46226		
	ق.ب.ض.أب التذبذب	13.7500	20	1.58529	0.35448		
Paire 3	ق.ق.ض.أب التفرقة	14.2500	20	1.80278	0.40311		
	ق.ب.ض.أب التفرقة	15.0000	20	1.86378	0.41675		
Paire 4	ق.ق.ض.أب الحماية الزائدة	19.9500	20	2.35025	0.52553		
	ق.ب.ض.أب الحماية الزائدة	19.2500	20	2.53138	0.56603		
Paire 5	ق.ق.ض.أب المعاملة السوية	33.8000	20	2.60768	0.58310		
	ق.ب.ض.أب المعاملة السوية	32.9000	20	3.73990	0.83627		
Test des échantillons appariés							
		Différences appariées			t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyerrstd			
Paire 1	ق.ق.ض.أب التحكم والسيطرة - ق.ب.ض.أب التحكم والسيطرة	-0.40000	4.14729	0.92736	-0.431	19	0.671
Paire 2	ق.ق.ض.أب التذبذب - ق.ب.ض.أب التذبذب	0.05000	2.56443	0.57342	0.087	19	0.931
Paire 3	ق.ق.ض.أب التفرقة - ق.ب.ض.أب التفرقة	-0.75000	2.73140	0.61076	-0.409	19	0.687
Paire 4	ق.ق.ض.أب الحماية الزائدة - ق.ب.ض.أب الحماية الزائدة	0.70000	3.82650	0.85563	0.656	19	0.545
Paire 5	ق.ق.ض.أب المعاملة السوية - ق.ب.ض.أب المعاملة السوية	0.90000	2.56743	0.57352	1.083	19	0.229

الفرضية الثالثة:

Test T

Statistiques des échantillons appariés					
		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	ق.ق.ت.أم التحكم والسيطرة	14.9500	20	2.37254	0.53052
	ق.ب.ت.أم التحكم والسيطرة	14.5500	20	2.37254	0.53052
Paire 2	ق.ق.ت.أم التذبذب	14.6000	20	2.25715	0.50471
	ق.ب.ت.أم التذبذب	14.9000	20	1.94395	0.43468
Paire 3	ق.ق.ت.أم التفرقة	13.2000	20	1.76516	0.39470
	ق.ب.ت.أم التفرقة	12.7550	20	1.53811	0.34393
Paire 4	ق.ق.ت.أم الحماية الزائدة	19.8500	20	2.05900	0.46041
	ق.ب.ت.أم الحماية الزائدة	19.4500	20	2.18789	0.48923
Paire 5	ق.ق.ت.أم المعاملة السوية	37.4500	20	4.14824	0.92757
	ق.ب.ت.أم المعاملة السوية	38.7000	20	2.45164	0.54820

Test des échantillons appariés							
		Différences appariées			t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyerrstd			
Paire 1	ق.ق.ت.أم التحكم والسيطرة - ق.ب.ت.أم التحكم والسيطرة	0.40000	2.76063	0.61729	0.648	19	0.525
Paire 2	ق.ق.ت.أم التذبذب - ق.ب.ت.أم التذبذب	-0.30000	1.80933	0.40458	-0.742	19	0.467
Paire 3	ق.ق.ت.أم التفرقة - ق.ب.ت.أم التفرقة	0.45000	1.53125	0.34240	0.738	19	0.470
Paire 4	ق.ق.ت.أم الحماية الزائدة - ق.ب.ت.أم الحماية الزائدة	0.40000	1.53554	0.34336	1.165	19	0.258
Paire 5	ق.ق.ت.أم المعاملة السوية - ق.ب.ت.أم المعاملة السوية	-1.25000	2.57263	0.57526	-1.873	19	0.043

الفرضية الرابعة:

Test T

Statistiques des échantillons appariés							
		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard		
Paire 1	ق.ق.ت.أب التحكم والسيطرة	14.4500	20	1.79106	0.40049		
	ق.ب.ت.أب التحكم والسيطرة	14.7000	20	2.17885	0.48720		
Paire 2	ق.ق.ت.أب التذبذب	14.8000	20	1.57614	0.35244		
	ق.ب.ت.أب التذبذب	14.1500	20	1.53125	0.34240		
Paire 3	ق.ق.ت.أب التفرقة	15.6500	20	2.34577	0.52453		
	ق.ب.ت.أب التفرقة	16.3000	20	1.45458	0.32525		
Paire 4	ق.ق.ت.أب الحماية الزائدة	19.2000	20	2.04167	0.45653		
	ق.ب.ت.أب الحماية الزائدة	19.3000	20	2.05452	0.45940		
Paire 5	ق.ق.ت.أب المعاملة السوية	33.6900	20	3.05175	0.68239		
	ق.ب.ت.أب المعاملة السوية	34.7500	20	2.67739	0.59868		
Test des échantillons appariés							
		Différences appariées			t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyerrstd			
Paire 1	ق.ق.ت.أب التحكم والسيطرة - ق.ب.ت.أب التحكم والسيطرة	-0.25000	2.44680	0.54712	-0.112	19	0.756
Paire 2	ق.ق.ت.أب التذبذب - ق.ب.ت.أب التذبذب	-0.35000	1.46089	0.32667	-0.133	19	0.735
Paire 3	ق.ق.ت.أب التفرقة - ق.ب.ت.أب التفرقة	-0.65000	2.45539	0.54904	-1.184	19	0.251
Paire 4	ق.ق.ت.أب الحماية الزائدة - ق.ب.ت.أب الحماية الزائدة	0.90000	2.93616	0.65655	1.371	19	0.186
Paire 5	ق.ق.ت.أب المعاملة السوية - ق.ب.ت.أب المعاملة السوية	-1.06000	2.98901	0.66836	-1.870	19	0.044

الفرضية الخامسة:

Test T

Statistiques de groupe								
المجموعتين		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
ق.ق.أ.م التحكم والسيطرة	الضابطة	20	14.5000	1.90567	0.42612			
	التجريبية	20	14.9500	2.37254	0.53052			
ق.ق.أ.م التذبذب	الضابطة	20	14.4000	2.01050	0.44956			
	التجريبية	20	14.6000	2.25715	0.50471			
ق.ق.أ.م التفرقة	الضابطة	20	13.8000	1.00525	0.22478			
	التجريبية	20	13.2000	1.76516	0.39470			
ق.ق.أ.م الحماية الزائدة	الضابطة	20	20.0500	2.11449	0.47281			
	التجريبية	20	19.8500	2.05900	0.46041			
ق.ق.أ.م المعاملة السوية	الضابطة	20	37.9500	1.95946	0.43815			
	التجريبية	20	37.4500	2.45164	0.54820			
		Test de Levene		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bil)	Diffmoy	Differrstd
ق.ق.أ.م التحكم والسيطرة	variances égales	2.166	0.149	-0.661	38	0.512	-0.450	0.680
	variances inégales			-0.661	36.311	0.513	-0.450	0.680
ق.ق.أ.م التذبذب	variances égales	1.153	0.290	-0.296	38	0.769	-0.200	0.675
	variances inégales			-0.296	37.502	0.769	-0.200	0.675
ق.ق.أ.م التفرقة	variances égales	1.089	0.339	-0.881	38	0.384	-0.400	0.454
	variances inégales			-0.881	30.151	0.385	-0.400	0.454
ق.ق.أ.م الحماية الزائدة	variances égales	0.021	0.886	0.303	38	0.764	0.200	0.659
	variances inégales			0.303	37.973	0.764	0.200	0.659
ق.ق.أ.م المعاملة السوية	variances égales	0.270	0.606	0.356	38	0.614	0.250	0.701
	variances inégales			0.357	36.239	0.613	0.250	0.701

الفرضية السادسة:

Test T

Statistiques de groupe					
المجموعتين		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ق.ق.أب التحكم والسيطرة	الضابطة	20	14.5500	2.03845	0.45581
	التجريبية	20	14.4500	1.79106	0.40049
ق.ق.أب التذبذب	الضابطة	20	13.8000	2.06729	0.46226
	التجريبية	20	14.8000	1.57614	0.35244
ق.ق.أب التفرقة	الضابطة	20	14.2500	1.80278	0.40311
	التجريبية	20	15.6500	2.34577	0.52453
ق.ق.أب الحماية الزائدة	الضابطة	20	19.9500	2.35025	0.52553
	التجريبية	20	19.2000	2.04167	0.45653
ق.ق.أب المعاملة السوية	الضابطة	20	33.8000	2.60768	0.58310
	التجريبية	20	33.6900	3.05175	0.68239

Test des échantillons indépendants								
		Test de Levene		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bil)	Diffmoy	Differstd
ق.ق.أب التحكم والسيطرة	variances égales	0.783	0.382	0.165	38	0.870	0.100	0.606
	variances inégales			0.165	37.381	0.870	0.100	0.606
ق.ق.أب التذبذب	variances égales	1.089	0.303	0.875	38	0.122	0.000	0.581
	variances inégales			0.005	35.510	0.989	0.000	0.581
ق.ق.أب التفرقة	variances égales	1.669	0.204	-1.140	38	0.212	-3.400	0.661
	variances inégales			-1.140	35.639	0.214	-3.400	0.661
ق.ق.أب الحماية الزائدة	variances égales	0.224	0.639	0.514	38	0.516	1.750	0.696
	variances inégales			0.514	37.271	0.516	1.750	0.696
ق.ق.أب المعاملة السوية	variances égales	1.416	0.241	0.178	38	0.865	3.750	0.897
	variances inégales			0.178	37.098	0.864	3.750	0.897

الفرضية السابعة:

Test T

Statistiques de groupe					
المجموعتين		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ق.ب.أم التحكم والسيطرة	الضابطة	20	15.1000	2.29186	0.51248
	التجريبية	20	14.5500	2.37254	0.53052
ق.ب.أم التذبذب	الضابطة	20	14.6000	1.78885	0.40000
	التجريبية	20	14.9000	1.94395	0.43468
ق.ب.أم التفرقة	الضابطة	20	13.2000	1.85245	0.41422
	التجريبية	20	12.7550	1.53811	0.34393
ق.ب.أم الحماية الزائدة	الضابطة	20	20.1500	1.81442	0.40572
	التجريبية	20	19.4500	2.18789	0.48923
ق.ب.أم المعاملة السوية	الضابطة	20	37.1500	2.88554	0.64523
	التجريبية	20	38.7000	4.14824	0.92757

Test des échantillons indépendants								
		Test de Levene		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bil)	Diffmoy	Differstd
ق.ب.أم التحكم والسيطرة	variances égales	0.397	0.533	0.746	38	0.460	0.550	0.737
	variances inégales			0.746	37.955	0.460	0.550	0.737
ق.ب.أم التذبذب	variances égales	0.001	0.978	-0.508	38	0.614	-0.300	0.590
	variances inégales			-0.508	37.740	0.615	-0.300	0.590
ق.ب.أم التفرقة	variances égales	1.481	0.231	0.736	38	0.465	1.150	0.538
	variances inégales			0.736	36.758	0.466	1.150	0.538
ق.ب.أم الحماية الزائدة	variances égales	0.377	0.543	1.101	38	0.278	0.700	0.635
	variances inégales			1.101	36.742	0.278	0.700	0.635
ق.ب.أم المعاملة السوية	variances égales	0.275	0.603	-1.891	38	0.038	0.250	1.129
	variances inégales			-1.881	33.899	0.039	0.250	1.129

الفرضية الثامنة:

Test T

Statistiques de groupe					
المجموعتين		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ق.ب.أب التحكم والسيطرة	الضابطة	20	14.9500	2.62528	0.58703
	التجريبية	20	14.7000	2.17885	0.48720
ق.ب.أب التذبذب	الضابطة	20	13.7500	1.58529	0.35448
	التجريبية	20	14.1500	1.53125	0.34240
ق.ب.أب التفرقة	الضابطة	20	15.0000	1.86378	0.41675
	التجريبية	20	16.3000	1.45458	0.32525
ق.ب.أب الحماية الزائدة	الضابطة	20	19.2500	2.53138	0.56603
	التجريبية	20	19.3000	2.05452	0.45940
ق.ب.أب المعاملة السوية	الضابطة	20	32.9000	3.73990	0.83627
	التجريبية	20	34.7500	2.67739	0.59868

Test des échantillons indépendants								
		Test de Levene		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bil)	Diffmoy	Differrstd
ق.ب.أب التحكم والسيطرة	variances égales	0.679	0.415	-0.294	38	0.627	-1.750	0.762
	variances inégales			-0.294	36.752	0.628	-1.750	0.762
ق.ب.أب التذبذب	variances égales	0.051	0.823	-0.841	38	0.207	-1.400	0.492
	variances inégales			-0.841	37.954	0.207	-1.400	0.492
ق.ب.أب التفرقة	variances égales	2.321	0.136	-0.134	38	0.806	-4.300	0.528
	variances inégales			-0.134	35.882	0.807	-4.300	0.528
ق.ب.أب الحماية الزائدة	variances égales	0.775	0.384	-0.069	38	0.946	-0.050	0.729
	variances inégales			-0.069	36.457	0.946	-0.050	0.729
ق.ب.أب المعاملة السوية	variances égales	1.549	0.239	-1.887	38	0.040	-1.550	1.028
	variances inégales			-1.887	34.424	0.041	-1.550	1.028

الملحق رقم (05): قائمة الأساتذة المحكمين

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	التخصص	الجامعة
لويزة فرشان	أستاذ تعليم عالي	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 02
الطاهر مجاهدي	أستاذ تعليم عالي	علم النفس العمل والتنظيم	جامعة المسيلة
طه حمود	أستاذ تعليم عالي	الاحصاء التطبيقي	جامعة المسيلة
براخلية عبد الغني	أستاذ محاضر أ	القياس والتقويم النفسي والتربوي	جامعة المسيلة
بعلي مصطفى	أستاذ محاضر أ	علم النفس التربوي	جامعة المسيلة