



جامعة الجزائر 2 - أبو قاسم سعد الله



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

فعالية برنامج إرشادي مقترح لتعديل أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة:

سي بشير كريمة

إعداد الطالبة :

ساسى كريمة

السنة الجامعية : 2017- 2018

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

The image displays the Basmala in a highly stylized, bold black calligraphic font. The text is arranged in a circular, slightly overlapping manner. Five long, vertical arrows point upwards from the top of the letters, indicating the direction of the primary strokes. Small numbers (1, 2, 3) and arrows are placed at various points along the strokes to denote the sequence and direction of individual pen movements. The calligraphy is contained within a double-line rectangular border with decorative corner elements.

إهداء

أهدي نجاحي بإتمام الأطروحة إلى والدي حفظه الله
والذي ساندني كثيرا طوال مدة الدراسة

كما أهديه إلى الأطفال المعاقين وإلى أهاليهم، أينما
كانوا وحيثما وجدوا،
مع احترامي وتمنياتي للجميع
ب حياة أفضل.

الباحثة

شكر وتقدير

"ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن
أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين."
أول الشكر لعينة الدراسة من الأبحاث الآتية سمح لي بتطبيق البرنامج
كما أتقدم بجزيل شكري وعظيم امتناني إلى أستاذتي الفاضلة، الدكتورة:
سي بشير كريمة، على مساندة لي، وعلى المجهودات التي
بذلتها معي في سبيل إخراج علي ما هو عليه.
كما أتقدم بشكري إلى أساتذتي الكرام بجامعة الأنباط و أخص بالذكر:
-الأستاذ /الدكتور :داود حسين.
-الأستاذ /الدكتور :بن الطاهر تيجاني.
-الأستاذ /الدكتور :بوفاتح محمد.
أشكر صديقتي هيزوم فضيلة من قسم علم النفس على مساندة والوقوف
إلى جانبي في أصعب وأشد الظروف
وشكري الجزيل إلى الأستاذ بوديفه سمير على دعمه وتشجيعه لي
وأخيرا أشكر كل من ساعدني على إتمام هذا العمل من قريب ومن بعيد

فهرس المحتوى

الصفحة	
	الإهداء
	شكر وتقدير
	فهرس المحتوى
	ملخص البحث
أ	مقدمة
الفصل التمهيدي : الإطار العام للدراسة	
2	إشكالية الدراسة
9	فرضيات الدراسة
10	تحديد مفاهيم الدراسة
13	أهمية الدراسة
13	أهداف الدراسة
15	الدراسات السابقة
الجزء الثاني : النظري	
الفصل الأول : الإعاقة الذهنية	
33	تمهيد
35	تعريف الإعاقة الذهنية
39	تصنيف الإعاقة الذهنية
50	خصائص الأطفال المعاقين عقليا
58	العوامل المسببة للإعاقة الذهنية
65	احتياجات الأطفال المعاقين ذهنيا
66	العوامل المؤثرة في علاقات الأسرة نحو طفلها المعاق ذهنيا
67	ردود أفعال الوالدين اتجاه الطفل المعاق ذهنيا في الأسرة
72	تشخيص الإعاقة الذهنية
74	خلاصة الفصل
الفصل الثاني : المعاملة الوالدية	
77	تمهيد
77	أولا : المعاملة الوالدية
78	اتجاهات الوالدين في المعاملة الوالدية

81	العوامل المؤثرة في المعاملة الوالدية
85	أساليب المعاملة الوالدية
87	النظريات المفسرة للمعاملة الوالدية
95	تصنيف أساليب المعاملة
105	الاتجاهات الوالدية نحو المعاقين ذهنيا
109	ثانيا : أساليب تعديل السلوك
109	مفهوم تعديل السلوك
110	إستراتيجيات تعديل السلوك
111	فنيات تعديل السلوك
114	أساليب تعديل السلوك الغير مرغوب فيه
115	خلاصة الفصل
الفصل الثالث : الإرشاد النفسي	
118	تمهيد
118	أولا : الإرشاد النفسي
119	أهداف الإرشاد النفسي
120	نظريات الإرشاد النفسي
126	الارشاد الجماعي
128	أساليب الإرشاد الجماعي
129	البرامج الارشادية
135	ثانيا: الإرشاد والإعاقة الذهنية
135	الإرشاد النفسي للمعاقين عقليًا
137	الإرشاد النفسي لأهالي المعاقين ذهنيا
141	الارشاد النفسي لأمهات المعاقين ذهنيا
145	خلاصة الفصل
الفصل الرابع : الدراسات التطبيقية	
147	تمهيد
147	منهج البحث
148	مكان اجراء البحث
148	مجموعة البحث
149	أدوات البحث
149	أولا : مقياس المعاملة الوالدية
159	ثانيا : البرنامج الارشادي
171	خلاصة الفصل
الفصل الخامس : عرض ومنقشة النتائج	

174	تمهيد
174	عرض جلسات البرنامج الإرشادي
207	عرض ومناقشة نتائج الفرضيات
207	عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى
208	عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية
211	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
214	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
217	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
221	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
224	عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
227	عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة
230	عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة
232	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة
234	عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة
236	عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة
238	عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر
240	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشر
243	المناقشة العامة للنتائج
247	التوصيات
248	خاتمة

فهرس الجداول :

45	جدول رقم (1) فئات التخلف العقلي طبقاً لنسبة الذكاء
88	جدول رقم (2) نماذج أساليب المعاملة
152	جدول رقم (03) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول أسلوب التقبل.
153	جدول رقم (04) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني المتمركز حول الطفل لمقياس المعاملة الوالدية
154	جدول رقم (05) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث الموجهة لمقياس المعاملة الوالدية.
155	جدول رقم (06) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع أسلوب القسوة لمقياس المعاملة الوالدية.
156	جدول رقم (07) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الخامس أسلوب الرفض لمقياس المعاملة الوالدية
157	جدول رقم (08) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السادس الانسحاب الاجتماعي لمقياس المعاملة الوالدية.
158	جدول رقم (09)، يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس المعاملة الوالدية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.
159	جدول رقم (10)، يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس المعاملة الوالدية باستخدام طريقة التجزئة النصفية.
167	الجدول رقم (11) محتوى جلسات البرنامج الإرشادي
206	جدول رقم(12)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى التقبل بين القياس القبلي و القياس البعدي
208	جدول رقم(13)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الحماية بين القياس القبلي و القياس البعدي
210	جدول رقم(14)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى المواجهة بين القياس القبلي و القياس البعدي
214	جدول رقم(15)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى القسوة بين القياس القبلي و القياس البعدي .
217	جدول رقم(16)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الرفض بين القياس القبلي و القياس البعدي
221	جدول رقم(17)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياس القبلي و القياس البعدي .
223	جدول رقم(18)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى التقبل في القياسات القبلي، البعدي والتتبعي
226	جدول رقم(19)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الحماية الزائدة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي

229	جدول رقم(20)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى المواجهة في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي
231	جدول رقم(21)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى القسوة في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي
234	جدول رقم(22)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الرفض في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي
236	جدول رقم(23)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الانسحاب في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي
138	جدول رقم(24)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياس القبلي و القياس البعدي
140	جدول رقم(25)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى اساليب المعاملة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي

فهرس الأشكال :

210	الشكل رقم (01) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى التقبل بين القياس القبلي و القياس البعدي
213	الشكل رقم (02) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى التدليل بين القياس القبلي و القياس البعدي
217	الشكل رقم (03) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى المواجهة بين القياس القبلي والقياس البعدي
220	الشكل رقم (04) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى القسوة بين القياس القبلي و القياس البعدي.
223	الشكل رقم (05) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى الرفض بين القياس القبلي والقياس البعدي
226	الشكل رقم (06) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياس القبلي و القياس البعدي.
229	الشكل رقم (07) التمثيل البياني لتحسن متوسط مستوى التقبل في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.
232	الشكل رقم (08) التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى الحماية في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي
234	الشكل رقم (09) التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى المواجهة في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.
236	الشكل رقم (10) التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى القسوة في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.
238	الشكل رقم (11) التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى الرفض في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.
240	الشكل رقم (12) لتمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى الانسحاب في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.
142	الشكل رقم (13) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى اساليب المعاملة بين القياس القبلي و القياس البعدي.
144	الشكل رقم (14) التمثيل البياني يبين انخفاض مستوى اساليب المعاملة في القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

الملاحق :

الملحق 01 استمارة تحكيم الاساتذة لمقياس المعاملة
الملحق 02 الاستبيان بعد حذف وتعديل
الملحق 03 قائمة الاساتذة المحكمين للمقياس والبرنامج
الملحق 04 استمارة تقييم البرنامج الارشادي
الملحق 05 استمارة تقييم البرنامج (تابع)
الملحق 06 مخرجات برنامج الرزمنة الاحصائية spss



ملخص الدراسة

هدف البحث الحالي إلى تعديل أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وتزويدهم بالمعلومات والخبرات حول طبيعة الإعاقة والخصائص المميزة للأطفال المعاقين بهدف تشجيعهم على تقبل الإعاقة وتقبل الطفل نفسه، واعتمدت الباحثة على أسلوب الإرشاد الجماعي بما يتيح من تبادل للخبرات ووحدة الهدف، وما يتيح من فرص للتعبير عن الانفعالات بطريقة مقبولة، كما أنه يحقق نتائج جيدة فيما يتعلق بالتعلم، ويؤدي إلى الاتفاق على حلول مشتركة تتفق عليها الجماعة، وينمي الثقة والتعاون المشترك بين المشاركين. وتكون مجتمع البحث من عينة من أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وعددهن (10) أمهات. تم اختيارهن بالطريقة القصدية، وتم تطبيق البرنامج لمدة (08) أسابيع، مدة كل جلسة (60) دقيقة وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج قامت الباحثة بالتطبيق البعدي لأداة الدراسة لمعرفة مدى تحسن أساليبهن بعد تطبيق هذا البرنامج عليهن وتحديد مدى استمرارية البرنامج.

وقد توصلت نتائج الدراسة بالاعتماد على اختبار (ت) لعينتين مترابطين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أساليب المعاملة الوالدية على النتيجتين التاليتين :

1. وجود فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياسين القبلي والبعدي يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا، أي أن تطبيق البرنامج الإرشادي يعدل من أساليب المعاملة لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا
2. وجود فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياسين القبلي والتبعي يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

Abstract :

The study aimed to amend the mothers's abnormal treatment of their children who develop mental retardation, through the proposed- counseling program. It also aimed to provide them with information, educational experience and concepts about the nature of this mental retardation. Moreover, it highlights the characteristics of these children aiming at encouraging these women to accept their children and their illness by providing them with special skills of training.

The researcher adopted the method of the collective guidance because it provides the exchange of experience, the unity of purpose and opportunities to express their reaction in an acceptable manner. It also achieves good results with regard to learning, leading to agreement on common solutions by the group, fosters confidence and mutual cooperation between the participants. The sample study was made up of 15 mentally-retarded children's mothers. The women were randomly chosen while the program was applied for 8 weeks. Besides, the duration of each session was (60) minutes. After the implementation of the program, the researcher adopted the dimensional approach to identify the continuity's extent of the program.

The research relied on the Dependent Sample T-Test in order to examine the significant differences of the average level with regard to the parental treatment's methods. Hence, it resulted in the following:

1. There are statistically significant differences at the average level of the methods of parental treatment between pre and pro evaluations due to the application of the counseling program. Thus, applying the program can amend the mothers's treatment methods to their children.
2. There are statistically significant differences at the average level of the methods of parental methods between pre and follow- up evaluations due to the application of the counseling program to the mothers of mentally-retarded children.

مقدمة :

تجمع مشكلة الإعاقة الذهنية اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلوم النفس والتربية والطب والاجتماع والقانون ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي يهتما معالجة القضية لارتباطها المباشر بتخصصاتها، ومن خلال التقارير الإحصائية يتبين أن الإعاقة الذهنية في تزايد مستمر وارتفاع ملحوظ و تعتبر فئة المعاقين ذهنيا واحدة من فئات المجتمع التي تتطلب نوعاً من الجهد البحثي القائم على أسس علمية تدعم إتجاه التقليل من نسب الإعاقة في المجتمع وتعمل على توفير الخدمات للمعاقين ذهنيا بشكل مهني حيث تسبب حالات الإعاقة الذهنية نوع من العبء النفسي والمادي على المجتمع لكون المعاقين ذهنيا لا يمتلكون من القدرات والإمكانات ما يمكنهم من أن يكونوا فاعلين كغيرهم من أصحاب الإعاقات الأخرى (الصم، البكم، المكفوفين، المعاقين حركياً) مما يجعل من البحث العلمي في هذا الجانب ضرورة لا تتطلب التفاوض والنقاش لتقريرها، ومن جانب آخر فإن المعاقين ذهنيا هم في المقام الأول بشر ولهم حاجاتهم الخاصة التي تتطلب بذل جهود بحثية أكثر لتوفير الرعاية لهم، وتأهيلهم بالدرجة التي تجعلهم أكثر اعتماداً على أنفسهم لإدارة حياتهم الخاصة بشكل آمن ومريح بالمساعدة مع أسرهم ، كون الإعاقة الذهنية من أشد الإعاقات تأثيراً على الأسرة مقارنة بالإعاقات الأخرى نسبة لما ينتج عنها من مشاكل للأسرة.

وأشار احمد مسعودان (2006) أن الجزائر من الدول التي لم تتأخر في الاهتمام بفئة المعاقين، والذين يبلغ عددهم حوالي 03 ملايين معاق، وهو ما يمثل حوالي % 10 من مجموع السكان. وأن عددا منهم في سن الطفولة والشباب يقدر بحوالي 2.25 مليون، أي ما يعادل % 75 من مجموع المعاقين بالجزائر، مما يتضح لنا أكثر حجم المشكلة ببلادنا. وأضاف العمري عيسات (2014) في دراسته التحليلية على المجتمع الجزائري أن الأسرة تؤدي دورا محوريا وهاما في عملية التنشئة الاجتماعية، وكل خلل في أداء الأدوار المنطوية بها ينعكس سلبا على تكيف واندماج أفراد المجتمع، ويزداد هذا الدور أهمية إذا ما تعلق بالتنشئة الاجتماعية للمعاقين، إلا أن هذا الدور وتلك الأهمية نجدهما قد ترجعا إلى حد كبير . ويُسجل أن من بين الأبعاد الهامة في مشكلة الإعاقة في الثقافة العربية عموما والجزائرية على وجه التحديد شعور الأسرة "بوصمة العار" أو عقدة الذنب حيال وجود معاق أو معاقين

بين أفرادها؛ فأغلبية الأسر تعاني من حالة لامبالاة مزمنة بخصوص أبنائها المعاقين، لهذا تبرز العبارة الشائعة بينهم ومفادها "المعاق ابن الدولة"، وهذه العبارة ترددها أغلبية أسر المعاقين تجاه أولادهم؛ إذ يعتبرون هذه المراكز مكانا للتخلص منهم.

ومن ذلك فيتبين لنا أن إعاقة الطفل الذهنية تعد بمثابة موقف ضاغط يؤدي إلى تغيير الأدوار والتوقعات الأسرية وهذا الأمر قد يشكل لبعض الأسر مصدرا للقلق والخوف وبالتالي قد يفقدها الكثير من الأساسيات الواجب إتباعها وتطبيقها لرعاية وتنشئة الطفل المعاق، الأمر الذي قد يؤدي إلى عدم التقبل (المعلن أو الغير المعلن) من قبل الأهل، فكثير من آباء الأطفال المعاقين ذهنياً لا يحسنون رعاية أطفالهم، إما لجهل منهم بحالة الطفل وحاجاته أو النقص في الخبرة، أو لفهم خاطئ لمسئوليات الأسرة، أو الإهمال والتقاعد عن الواجبات، أو لعدم توفر إمكانيات الرعاية والعناية بالطفل (كمال مرسى، 1999، ص232) و تشير الباحثة إلى أن العديد من الدراسات والبحوث جاءت لتؤكد وجود اتجاهات والدية سلبية اتجاه أبنائهم المعاقين ذهنياً و إن دل ذلك على شيء فإنه يدل على الأثر الذي تحدثه الإعاقة في البناء الاجتماعي لأسر المعاقين وعلى الكيان الأسري عامة وعلى الأمهات خاصة كون الحمل الأكبر على عاتقهن، وهذا ما يحتم ضرورة التكفل بهن، كون الأم هي الأقرب إلى الطفل المعاق، والأكثر تعاملًا معه واحتكاكًا به، وهي المسؤولة بدرجة كبيرة عن تلبية احتياجاته اليومية، ومن ذلك تصبح في حاجة ماسة إلى التدريب على التعامل السليم مع طفلها والتخلص من السلوك الغير مرغوب، وهذا بتوعيتها وتدريبها من خلال توفير برامج تثقيفية وإرشادية تحسن من طرق وأساليب المعاملة السلبية اتجاه طفلها. وبناء على ذلك تكمن أهمية تناول البحث الحالي بتصميم برنامج ارشادي مقترح لتعديل أساليب المعاملة الغير صحيحة اتجاه الطفل المعاق ذهنياً، وقد قسمت الباحثة الدراسة إلى جانبين، النظري والميداني، ففي الإطار النظري تناولت أربع فصول فالفصل الأول عبارة عن إطار عام للدراسة من خلاله يتم تحديد الإشكالية، يليها صياغة الفرضيات التي تعتبر منطلق البحث، ثم تحديد المفاهيم، أهمية وأهداف الدراسة، وأخيراً ختام الفصل بعرض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث، أما في الفصل الثاني فتناولت الباحثة الإعاقة الذهنية، تعريفها وتصنيفاتها، العوامل المسببة لإعاقة الذهنية وخصائصها واحتياجات المعاق،

والوقاية من الإعاقة ، وأهم الاعتبارات التي تؤثر في علاقات الأسرة نحو طفلها المعاق وفي الأخير عرض المشكلات الناتجة عن الإعاقة الذهنية.

أما الفصل الثالث فعرض فيه المعاملة الوالدية وأساليب تعديل السلوك، فعرض في القسم الأول مفهوم المعاملة الوالدية ثم اتجاهات الوالدين في المعاملة، العوامل المؤثرة في المعاملة الوالدية ثم أساليب المعاملة الوالدية وأهم النظريات المفسرة لأساليب المعاملة وبعدها تصنيف أساليب المعاملة، وفي ثاني قسم من الفصل الثالث عرضنا مفهوم السلوك وتعديل السلوك ثم استراتيجيات تعديل السلوك وبعدها عرضنا فنيات تعديل السلوك ثم أساليب تعديل السلوك غير المرغوب فيه ، أما الفصل الرابع قسم الى قسمين الأول الإرشاد النفسي وفيه حددنا مفهوم الإرشاد، أهداف الإرشاد النفسي ، نظريات الإرشاد النفسي ، أهمية الإرشاد الجماعي ثم خطوات الإرشاد الجمعي ، وأخيرا أساليب الإرشاد الجمعي ، أما في القسم الثاني والمعنون بالإرشاد والإعاقة الذهنية فعرض فيه الإرشاد النفسي للمعاقين ذهنياً، الإرشاد النفسي لأولياء المعاقين ذهنياً وأخيرا الارشاد النفسي لأمهات المعاقين ذهنياً ، ثم يليه الفصل الخامس والذي جاء فيه الإجراءات الميدانية للدراسة ، منهج الدراسة ، الدراسة الاستطلاعية بحدودها الزمنية والمكانية والبشرية ، أدوات البحث في الدراسة وهي مقياس المعاملة والبرنامج الإرشادي ، الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ، وأخيرا الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة. ، وأخيرا الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة وتضمن عرض وتحليل نتائج الفرضيات، ومناقشة نتائج البرنامج، مناقشة نتائج الدراسة ، وأخيرا خلاصة الدراسة والاقتراحات ثم المراجع و الملاحق

الإطار العام للدراسة

- اشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- تحديد مفاهيم الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- الدراسات السابقة

إشكالية الدراسة :

حظيت الاعاقة الذهنية باهتمام عدد كبير من الدراسات كما ظهرت اتجاهات حديثة تركز على أسر المعاقين وما تتعرض له جراء الاعاقة من آثار نفسية، واجتماعية، ومادية، ويضعهم في مواقف صعبة قد تؤدي الى توتر في العلاقات الأسرية ، فولادة طفل معاق يُعد بمثابة حدث مؤلم للأسرة ، ولا شك في أن ذلك يجعلها في وضع مليئ بالضغوط النفسية العديدة، وتعد تربية ورعاية الطفل المعاق ذهنياً جزء من المسؤولية التي تقع على عاتق الوالدين ، فيكون عبئاً ثقيلاً على أسرته لأنه فاقد لكل شئ ولا يستطيع أن يميز احتياجاته من مأكّل ومشرب والتعبير عن مرضه لأنه عاجز تماماً عن الإدراك ولأن هذا الطفل المعاق لا يستطيع أن يخدم نفسه بأبسط الأشياء فإن كل ذلك المجهود يقع على عاتق الأم التي تتحمل العبء الأكبر من الرعاية الأسرية بحكم وجودها بصورة دائمة مع أبنائها، وهي تجد صعوبة في التعامل مع إنها المعاق عقلياً يومياً وتعيش في خوف وقلق دائمين على مستقبل هذا الطفل عندما يكبر مما يسبب لها ضغوطاً نفسية وعصبية شديدة.

وقد اشارت العديد من البحوث انه من أهم أساليب التنشئة الاجتماعية الغير سوية من الأسر تجاه الابن المعاق تتراوح بين الإيذاء البدني والنفسي والاهمال أو عزل الابن المعاق عن المجتمع، هذا وتقوم الخصائص الأسرية بدور كبير في التأثير سلباً على استعداد الأسرة لرعاية الابن المعاق والقيام بوظائفها تجاهه ، فأشار حرز الله (1992) ان معظم الأسر التي لديها أطفال معاقون تتعرض لتوتر نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى حد المرض، وتختلف درجة التوتر النفسي من فرد لآخر داخل الأسرة، إلا أن الأبوين هما الأكثر تعرضاً للتوترات النفسية وإظهار مشاعر الذنب، بذلك فالعلاقات داخل الأسرة وخارجها تتأثر بوجود الطفل المعاق، بحيث يكون الطفل مصدراً للصراعات الداخلية للأسرة وعائفاً لعلاقاتها الاجتماعية بالأسر الأخرى والبيئة المحيطة

وأشار ستفاسن وآخرون (1978) Stevenson et al بأن الطفل المعاق يلقي في الغالب معاملة غير لائقة يسودها العنف والإساءة وعدم التقبل. ويتوقف القبول او الرفض على مجموعة من العوامل منها نوع الإعاقة التي يعاني منها الطفل وشدتها، إذ تلعب نوع الإعاقة سواء كانت عقلية أم حسية أم حركية دوراً كبيراً في التقبل إضافة إلى درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة شدة زادت متطلبات الرعاية المستمرة للطفل، وقلت فرص تفاعله

الاجتماعي، بسبب صعوبة التواصل معه، وتفهم احتياجاته، كما أن شدة الإعاقة تحرم المعاق من فرص الالتحاق بالبرامج التعليمية والاستفادة منها، وتطوير مهاراته، كذلك لا ننسى إمكانات الأسرة المادية، التي من شأنها المساعدة على التعايش مع الإعاقة، فعند توافر الإمكانيات المادية تصبح الأسرة أكثر قدرة على التعايش مع الحالة وتقبلها.

وكما ترى نادية بنا (1990) أن بعض الأسر تقوم بإحاطة الطفل بالحماية الزائدة بينما يرفض البعض الآخر اعاقته ويرفضون الطفل نفسه، و يميلون إلى إهماله وإساءة معاملته. وقد يرجع سبب هذا الرفض إلى معاناتهم من مشاعر نقص في تقبل ذاتهما وإحساسهما بعدم التقدير، أو بسبب سلوكيات الطفل العامة غير المرغوب فيها التي كثيرا ما يعجز الآباء في التعامل معها بنجاح وفاعلية (شاكر قنديل، 1996)

وقد يلجأ الوالدان إلى أساليب تربية خاطئة للحد من هذه السلوكيات غير المرغوب فيها، كإتباع الأساليب الوالدية التي تتسم بالرفض الصريح أو المقنع، والإهمال، والتحكم، واللامبالاة، والنبذ وإحساس الطفل أنه غير مرغوب فيه، والحرمان العاطفي من الوالدين، والحماية الزائدة والتدليل (السيد على وفائقه، 1999، ص43)، والعقاب البدني أو النفسي (ضياء منير، 1987، ص41)

كما انه أحيانا يفكر هؤلاء الآباء أن طفلهم هو المسئول الوحيد عن سوء سلوكه، وقد لا يدركون أن أسلوب الرعاية الوالدية الخاطئ الذي يتبعونه هو سبب ذلك، مما يعرض الأطفال لمزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمتد أثرها للوالدين أو لأحد أعضاء الأسرة وهو ما يؤكد الحاجة الملحة للإرشاد الأسرى حيث تمثل الأسرة البيئة الطبيعية لتعلم السلوك. (عادل عبد الله والسيد فرحات، 2001، ص74)

وقد تنتهج بعض الأسر كذلك الأسلوب التسلطي المتشدد والمتمثل بفرض الوالدين أرائهما على الأبناء، ومن المعروف أن تبني الآباء لمواقف متطرفة في تعاملهم مع الأبناء كالإفراط في الحماية من جهة والرفض من جهة أخرى والإهمال من جهة ثانية، غالبا ما يقود على عدم النضج وافتقار الشخصية إلى التكامل، فحماية الطفل بشكل مفرط بصرف النظر عن مبرراتها إنما هي في الواقع حرمانه من فرص ضرورية للنمو والتكيف والقدرة على مواجهة تحديات الحياة اليومية مثلها في ذلك مثل الحرمان والرفض والإهمال

وأشارت نتائج دراسة سيد رطوط (2000) أن الأطفال المعاقين ذهنياً تعرضوا إلى الإهمال من قبل عائلاتهم، وإن الأطفال المعاقين يفتقدون إلي المهارات الاستقلالية الأولية واللازمة لهم نتيجة عدم اهتمام أسرهم. (فيصل العجمي، 2007، ص36)

ويضيف الكيلاني (1986) في نتائج دراسته أنه توجد علاقة سالبة بين كل من الاتجاهات القائمة على التفرقة، والرفض، والقسوة، والتذبذب من جانب الوالدين وبين التوافق الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات Sandman et al (1982)، وإيمان كاشف (1989)، حمزة (1992)، دعاء سيد أحمد (1999)

ومن جهته كشف مصطفى القمش (1994) في دراسته التي هدفت الى الكشف عن المشكلات التي يعانيها الاطفال المعاقين ذهنيا داخل الاسرة بناءا على الاستراتيجيات التي يستخدمها الوالدين في التعامل معهم و ان الاستراتيجيات الوالدية المتبعة من طرفهم كانت العقاب الجسدي، الحرمان، العزل، التنبيه والتوبيخ اللفظي .

وأشار الخطيب (2001) إلى أن العيش اليومي مع طفل معاق يشكل عبئاً جسدياً ونفسياً لا يعرفه آباء الأطفال العاديين، فأمهات الأطفال المعاقين غالباً ما يقضون أوقاتاً طويلة في تلبية الحاجات الشخصية لأطفالهم مثل مساعدتهم في تناول الطعام، وارتداء الملابس، واستخدام الحمام، لذلك فإن قدرأ من الطاقة الجسمية يحول لخدمة الطفل المعاق.

أما دراسة كارين وآخرون (2004) Karen et al فقد تطرقت إلى العوامل المؤثرة في أساليب معاملة الوالدين لأطفالهم المعاقين، وجاءت نتائجها مرتبة حسب الأهمية وهي: تعرض الوالدين للضغوط النفسية، والعزلة الاجتماعية، وتحمل أعباء الطفل والإجهاد الناتج من خصائص الطفل المعاق، كحدة الإعاقة، فكما كانت الإعاقة شديدة كانت نسبة تعرض الطفل للإساءة أكبر

كما تشير مريم سمعان (2010) أن رفض الوالدين لطفلها المعاق ذهنياً قد يظهر على شكل كراهية موجهة من الوالدين للطفل أو تسلط أو إهمال ويؤدي الى الانسحاب الاجتماعي للطفل و يزداد الانسحاب بزيادة المعاملة الوالدية الخاطئة

ونظراً لأهمية دور الأم في حياة الأبناء المعاقين ذهنياً، لا بد من التركيز والاهتمام بها كونها العضو الأهم والفعال والتي تؤثر سلبياً أو ايجابياً على حياة طفلها من خلال القبول او الرفض

، وتتحدد ملامح تقبل الأم أو رفضها لولدها المعاق منذ بداية اكتشافه، فإذا تقبلته وعاملته بدفء ومحبة، وقامت بتلبية احتياجاته فإن ذلك يساعد على تطوره وتكيفه، أما إذا رفضته فيزيد من الضغوط والتوترات التي يعانيتها، ويزيد من شعوره بالاختلاف عن الآخرين. هذا ما أكدته دراسة هيلر وآخرين (Heller et al (1998) أن الأم تُعد هي الأكثر تأثراً بإعاقة الطفل، والأكثر تعرضاً للضغوط النفسية الناتجة عن تعاملها معه وهو الأمر الذي يحتم ضرورة إرشادها حيث أن عدم وعي الأم بطبيعة الإعاقة أو بأساليب المناسبة للتعامل مع ذلك الطفل يؤدي إلى إحباط تلك الجهود للارتقاء بسلوكه.

وتشير المصري (2005) أن الأم يقع عليها العبء الأكبر من مساعدة الأسرة على التوافق النفسي، والوصول بأفراد أسرتها إلى درجة من النضج الاجتماعي، وذلك عندما يتوفر لديها عدة عوامل من بينها القدرة على الصمود حيال الأزمات ، ويكون لديها القدرة على العمل والإنتاج والكفاية وفق ما تسمح به قدراتها ومهاراتها ،ويكون لديها قدرة على تقبل الذات وتقبل الآخرين ،وتكون قادرة على العطاء والبذل والتضحية كل ذلك مقابل شعورها بالسعادة.

وهذا يبين لنا ان تقبل الام للاعاقة يجعلها الأقرب الى الطفل، وأكثر تعاملًا معه واحتكاكاً به، ومسئولة عن تلبية احتياجاته اليومية، فتصبح في حاجة ماسة إلى التدريب على التعامل السليم مع طفلها المعاق وتشجيعه على اكتساب السلوك الاجتماعي المرغوب والتخلص من مظاهر السلوك غير المرغوب فيه والدفع بهذا الطفل إلى الانخراط في المجتمع ، وعلى العكس من ذلك ان لم تقبل اعاقته تنعكس الصورة تماما، فإشار(الخطيب وآخرون، 2006) انه بين من المؤشرات لعدم تقبل الأم للمعاق الامتعاض من سلوكه، والاستياء منه، ونقده وتجريحه وحرمانه من إشباع احتياجاته وعزله عن الآخرين .

كما توصل محمد علي اليازوري (2012) في دراسته الى ان الامهات يستخدمن الاسلوب العقابي واسلوب سحب الحب في معاملتهن مع اطفالهن ذوي الاعاقة الذهنية ويؤدي ذلك بدوره الى وجود علاقة ارتباطية دالة بين اساليب المعاملة الوالدية والاضطرابات السلوكية لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم

ويرى إبراهيم (1990) أن تدريب الأم على أساليب التعامل المناسبة مع طفلها المعاق عقليا يؤدي إلى جانب الارتقاء بالقدرة العقلية العامة للطفل إلى الارتقاء بمستواه الأدائي السلوكي

الفردية والجماعية. ويتمثل أهم ما تحتاجه الأم في هذا الصدد في الوقوف على أسلوب معاملة الطفل المعاق 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 على الاندماج أو إعادة الاندماج في المجتمع.

فالتدخل الإرشادي يساعد الأم على تطوير مشاعر السيطرة، والضبط، ومهارات التكيف. وتشير في هذت الصدد بخش (1997) أنه لا يمكن تقديم خدمة كاملة للطفل المعاق عقلياً ما لم يتضمن الأمر توجيه أسرته وإرشادها وخاصة الأم، حيث أن توعيتها وإرشادها وتدريبها على ذلك يمنحها الفرصة للتعبير عن مشاعرها مما يخفف من تأثير ضغوط الإعاقة عليها، وهو الأمر الذي تعود فائدته على الطفل نفسه حيث تتحسن أساليب معاملتها، ومن ثم يتحسن سلوكه. (أميرة طه بخش، 1997، ص02)

وتقول جوودسون (2005) Goodson أن التدخل المبكر في حياة الأطفال المعاقين عقلياً من خلال تغيير بعض المواقف والسلوكيات التي يمارسها الوالدان، من شأنه أن يؤثر تأثيراً إيجابياً على حياة الأبناء، وخاصة على سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتطور المعرفي لديهم.

ونظراً للتركيز على دور الوالدين وأهميته في تنمية وتأهيل الأطفال المعاقين ذهنياً ، فقد ظهرت الحاجة إلى إرشاد وتدريب الوالدين للقيام بهذا الدور بتصميم برامج الإرشاد الأسري لأننا لا نستطيع فهم الطفل المعاق خارج سياق الأسرة والاجتماعي ، ولذا يشكل الآباء القوة الرئيسية التي تؤثر على حياة الطفل وتشكلها ، وهم المصدر الموثوق للمعلومات عن الطفل ، كما أنهم الخبراء عندما يتعلق الأمر بإختيار البرنامج الأنسب لطفلهم (جمال الخطيب، 1995، ص28) ولأنه كلما اندمجت الأسرة في برامج علاج الطفل ، وتفهمته جيداً ، كلما كانت فعاليات البرنامج الأسري أكثر نجاحاً وأبعد أثراً في حياة الطفل المعاق ، ومن ثم فإن تعليم الوالدين وإرشادهما ومساندتهما لتصبح الأسرة البيئة الأولى الأكثر فعالية في مواجهة مشكلات الطفل وإعاقته (فاروق صادق ، 1997، ص20) ، حيث أن تدريب كل من الوالدين والطفل يحد من الصراعات داخل الأسرة وتزيد شعور الوالدين والطفل بالرضا

العائلي ، ويكون الوالدان أكثر تواصلًا وفعالية في تقييم أطفالهم مع قدرة الوالدين على تطوير المهارات الضرورية للنمو السوي لأطفالهم. (Suarz & Baker،1999،p379)

ويري دورموند (Drummond, 2005)، أن الدور الفعال للأسرة يتمثل في مشاركة الوالدين في برامج التأهيل للأبناء المعاقين، فقد وجد أن الأسرة التي تستخدم الثقة المتبادلة، والتعاون والحزم؛ تنمي الجوانب العلمية والاجتماعية والانفعالية لدي الأبناء، ويشير أيضاً إلى الدور الكبير الذي يمكن أن تستغله الأسرة وهو دور الأقران في حياة هذه الفئة.

ومن هنا تكمن أهمية الإرشاد لأسر المعاقين ذهنياً، وهو موضوع أكدت على أهميته المفاهيم التربوية الحديثة، التي تركز على إرشاد أسر المعاقين ذهنياً لأساليب التنشئة الاجتماعية السوية للأبناء المعاقين ، حيث أن فوائد تدريب الوالدين تساعد الأسرة على أداء الأدوار والوظائف الإيجابية تجاه المعاقين، فضلاً عن اكتساب المهارات التي تجعل من الأبوين مدرّبين ومعلمين فاعلين لطفلهما المعاق؛ مما يساعد على تقدمه ونموه بطريقة تمكنه من اكتساب الخبرات الحياتية اللازمة لنموه وارتقائه، فضلاً عن تعديل سلوكه غير المرغوب فيه

وقد أشار سيلجمان (1993) Seligman إلى أن برامج التدريب الإرشادية هي أفضل أساليب العمل الإرشادي، وذلك بسبب أنها تساعد على التقليل من العزلة، وتزيد من مهارات المواجهة والتكيف وتعمل على تخفيض مستوى التوتر، لذلك على المرشد الذي يعمل مع أمهات الأطفال المعاقين أن يأخذ باعتباره المشكلات النفسية والجسمية التي توجهها الأم.

وتشير الباحثة من خلال مراجعة البحث المحلي أن هناك نقصاً في الدراسات والبرامج التدريبية المقدمة إلى أمهات الأطفال المعاقين ،حيث أن معظم البرامج المتوفرة تركز على تدريب الأطفال المعاقين وليس على الأمهات ،مما يجعل مشكلة الطفل المعاق تزداد سوءاً؛ وذلك لعدم معرفة الأم كيفية التعامل مع الإعاقة ،والتكيف مع ابنها المعاق ذهنياً.وبناء على ذلك نجد أنه لا يمكن تقديم خدمة كاملة للطفل المعاق ما لم يتضمن الأمر توجيه أسرته وإرشادها وخاصة الأم حيث أن توعيتها وإرشادها وتدريبها على ذلك يمنحها الفرصة للتعبير عن مشاعرها مما يخفف من تأثير ضغوط الإعاقة عليها ، وهو الأمر الذي تعود فائدته على الطفل نفسه حيث تتحسن أساليب معاملتها له، ومن ثم يتحسن سلوكه ،وإذا

ما هدفت اليه الدراسة الحالية من خلال تصميم برنامج ارشادي مقترح يتم توجيهه إلى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بغرض تعديل أساليبهم السلبية، وبناء على ما سبق يمكن صياغة وتحديد مشكلة الدراسة في التساؤلان الرئيسيان :

- ما مدى فعالية البرنامج الارشادي في تحسين وتعديل اساليب المعاملة لدى امهات الاطفال المعاقين ذهنيا بعد تطبيق البرنامج ؟
- هل يمتد تأثير البرنامج في تحسين وتعديل اساليب المعاملة لدى امهات الاطفال المعاقين ذهنيا الى ما بعد انتهاء تطبيق البرنامج بفترة زمنية (فترة المتابعة) ؟
- وتندرج التساؤلات الفرعية كالتالي :
- هل تطبيق البرنامج الارشادي يزيد من متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي يخفض من متوسط مستوى التذليل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي يزيد من متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي يخفض من متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي يخفض من متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي يخفض من متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي بعد فترة زمنية (فترة المتابعة) يحافظ على مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي بعد فترة زمنية (فترة المتابعة) يحافظ على مستوى التذليل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الارشادي بعد فترة زمنية (فترة المتابعة) يحافظ من مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟

- هل تطبيق البرنامج الإرشادي بعد فترة زمنية (فترة المتابعة) يحافظ على مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الإرشادي بعد فترة زمنية (فترة المتابعة) يحافظ على مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟
- هل تطبيق البرنامج الإرشادي بعد فترة زمنية (فترة المتابعة) يحافظ على مستوى الانسحاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ؟

فرضيات الدراسة :

انطلاقاً من إشكالية الدراسة المحددة تمت صياغة الفرضيات الآتية:

الفرضيات العامة :

- ان البرنامج الإرشادي المقترح فعال لتعديل أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا
 - تمتد فعالية البرنامج في تعديل اساليب المعاملة لدى امهات الاطفال المعاقين ذهنيا الى ما بعد انتهاء تطبيق البرنامج بفترة زمنية (فترة المتابعة)
- الفرضيات الجزئية :

- الفرضية الأولى : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التقبل بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي
- الفرضية الثانية : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التدليل بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي
- الفرضية الثالثة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى المواجهة بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي
- الفرضية الرابعة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى القسوة بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي
- الفرضية الخامسة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الرفض بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي

- الفرضية السادسة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزي لتطبيق البرنامج الارشادي
- الفرضية السابعة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التقبل بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج
- الفرضية الثامنة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التذليل بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج
- الفرضية التاسعة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى المواجهة بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج
- الفرضية العاشرة : توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى القسوة بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج
- الفرضية الحادية عشر: توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الرفض بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج
- الفرضية الثانية عشر: توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج

تحديد مفاهيم الدراسة : تحددت مصطلحات الدراسة على المفاهيم الآتية:

- التعريف الاصطلاحي للإعاقة الذهنية : نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازما مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة اليومية المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية، ويظهر ذلك قبل سن 18 (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، ص3)

- التعريف الإجرائي للإعاقة الذهنية : هو المستوى الوظيفي للأداء العقلي لاختبار الذكاء المطبق على الأطفال الملتحقين بالمركز النفسي البيداغوجي (القابلين للتعلم)
- التعريف الاصطلاحي للبرنامج الإرشادي: هو برنامج منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً، الهدف منها مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي والمتعلق وتحقيق التوافق النفسي، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة من المسؤولين وفريق المؤهلين. (زهران، 1998، ص449)
- التعريف الإجرائي للبرنامج الإرشادي : هو برنامج مقترح لتقديم مجموعة من الإرشادات والمعارف والتدريبات التي وظفت في مجموعة من جلسات لأمهات الاطفال المعاقين ذهنياً و التي تهدف الى تعديل السلوكات الخاطئة لديهن وتحسين معاملتهن
- التعريف الاصطلاحي لأساليب المعاملة : يشير عسكر أنها مدى إدراك الطفل للمعاملة من والديه في إطار التنشئة الاجتماعية في اتجاه القبول الذي يتمثل في إدراك الطفل للدفع والمحبة والعطف والاهتمام والاستحسان والأمان ، بصورة لفظية أو غير لفظية ، أو في اتجاه الرفض الذي يتمثل في إدراك الطفل لعدوان الوالدين وغضبهم عليه واستيائهم منه أو شعورهم بمرارة وخيبة الأمل والانتقاد والتجريح والتقليل من شأنه وتعمد إهانته وتأنيبه من خلال سلوك الضرب والسباب والسخرية والتهمك واللامبالاة والإهمال ورفضه رفضاً غير محدود بصورة غامضة (بركات، 2000، ص 17)
- التعريف الإجرائي لأساليب المعاملة : هو أي سلوك أو أسلوب خاطئ يصدر عن الام وتتضمن أساليب عديدة تعبر عن إنكار الاعاقة، وميل الام إلى ممارسة أساليب خاطئة في معاملة الطفل والذي يؤثر على تنشئته و يعيق نمو شخصيته ، ويؤدي إلى الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية، تعود بنتائجها السلبية عليه. وسوف نعرض الأساليب التي وضفتها الباحثة في مقياس المعاملة وهي كالتالي :
- أسلوب التقبل (acceptance) : ويتمثل في تقبل الوالدين للابن لذاته ،بتقبل جنسه ، وجسمه ، وإمكاناته العقلية بشكل يؤكد على أهميته والرغبة في وجوده (محمد بيومي خليل، 2000، ص75)
- التعريف الإجرائي لأسلوب التقبل : تعرفه الباحثة على انه نسب الدرجات المتدنية في بنود التقبل والتي تظهرها الأمهات من خلال اجابتهن على مقياس المعاملة

- أسلوب الحماية الزائدة (Overprotection) : يقصد بها حرص الوالدين على حماية الولد من أي خطر متوقع، والقيام نيابة عنه بالأعمال والواجبات التي يمكن أن يقوم بها (صالح حسن الداھري وناظم هاشم العبيدي، 1999، ص176)، أو هي محاولة الوالدين تلبية جميع رغبات الولد كما يحب ويهوى بشكل فيه نوع من الإفراط والمبالغة، حتى لو تعارض مع القيم والمعايير الاجتماعية، مع القيام بجميع الأعمال نيابة عنه دون تحميله أية مسؤوليات (محمد محمد بيومي خليل، 2000، ص75)

- التعريف الإجرائي لأسلوب الحماية الزائدة : وتعرفه الباحثة انه نسب الدرجات العالية التي تظهرنها الامهات من خلال الإجابات على بنود الحماية الزائدة في مقياس المعاملة - أسلوب المواجهة (confronting) : يطلق لطفي عبد الباسط (1994) على أساليب المواجهة " عمليات تحمل الضغوط" و يرى أنها مجموعة من النشاطات أو الإستراتيجيات السلوكية و المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط و حل المشكلة أو تخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عليها .(حسن مصطفى عبد المعطي، 2006، ص98)

- التعريف الإجرائي لأسلوب المواجهة : تعرفه الباحثة انه نسب الدرجات المتدنية للأمهات والتي تظهر من خلال الاجابات على بنود المواجهة في مقياس المعاملة - اسلوب القسوة: (Cruelty) :يقصد به استخدام أساليب قاسية كاستخدام أسلوب العقاب البدني أو التهديد، ما يضر بالصحة النفسية للطفل ويدفعه لاتخاذ أساليب سلوكية غير سوية (محمد محمد بيومي خليل، 2000، ص74)

- التعريف الإجرائي لأسلوب القسوة : تعرفه الباحثة القسوة انه نسب الدرجات العالية التي تظهر من خلال إجابات الأمهات على بنود القسوة في مقياس المعاملة - اسلوب الرفض (Rejection) : ويتمثل هذا الاتجاه في إدراك الابن بأنه غير مرغوب فيه من طرف والديه فهما كثيرا الانتقاد له، ولا يبديان مشاعر الود والحب نحو هو لا يحرص ان على مشاعر هو لا يقيم ان وزناً لرغباته(عمار زغينة، 1997، ص32)

- التعريف الإجرائي لأسلوب الرفض : تعرف الباحثة بانه نسب الدرجات العالية التي تظهرها الأمهات من خلال الاجابات على بنود الرفض في مقياس المعاملة أسلوب الانسحاب الاجتماعي (social withdrawal) : هو نمط من السلوك يتميز بإبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهام الحياة العادية، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما

يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية، ويصحب ذلك عدم التعاون، وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحياناً الهروب بدرجة ما من الواقع (dictionary of psychologie, 1987,p 987)

- التعريف الإجرائي للانسحاب الاجتماعي: تعرفه الباحثة انه نسب الدرجات العالية التي تظهرها الأمهات من خلال الإجابات على بنود الانسحاب في مقياس المعاملة

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة تعديل أساليب المعاملة الغير صحيحة التي تتبعها الامهات مع الطفل المعاق ذهنيا و التي من شأنها ان تضر به ،كما ركزت واهتمت بأمهات المعاقين ذهنيا لحاجتهم الماسة إلى برامج تدريبية وإرشادية وتنقيفية توفر لهم القدر الممكن من المعلومات حول الاعاقة ، ومن هنا برزت الحاجة الى استغلال هذا البحث كوسيلة لإرشاد وتوعية الامهات على التعامل السليم والصحيح مع الطفل المعاق في حياتهم، خاصة وان الدراسات السابقة في الجزائر -على حد علم الباحثة- وفي حدود اطلاعها لم تتناول أساليب المعاملة الوالدية للمعاقين ذهنيا ولا باستراتيجيات التدخل الإرشادي والتدريبي لأهالي المعاقين. وهذا كون البرامج الارشادية الأسرية حديثة التداول في الجزائر، والمكتبة الجامعية تكاد تكون خالية تماما منها ، ولا بد من التركيز عليها خصوصا وان البحوث العربية والغربية قد سبقتنا في هذا المجال بالاعتماد على فنيات متطورة في مجال الارشاد الاسري لذوي الاحتياجات الخاصة كالارشاد المنزلي والبرامج التنقيفية المنزلية ، لم تطبق بعد في الجزائر ، وهاذا ما ستطرحه الباحثة في توصيات واقتراحات الدراسة والتي يمكن الإستفادة منها في بحوث قادمة مستقبلا .

أهداف الدراسة : تسعى الدراسة الحالية الى تحقيق جملة من الاهداف تم تحديدها كالآتي :

- تصميم برنامج لتدريب الامهات على التعامل السليم وتعديل اساليبهم الخاطئة اتجاه اطفالهم المعاقين ذهنيا

- الحاجة إلى تزويد الأم بالمعلومات الكافية عن طبيعة الإعاقة وكيفية التعامل معها توفير المعلومات الأساسية اللازمة
- مساعدة الأمهات على فهم نواتهم، والتحكم في ردود أفعالهم اتجاه مشاكل أطفالهن المعاقين
- مساعدة الأم على تقبل الإعاقة، وتعديل اتجاهاتها السلبية نحو الطفل المعاق، وتغيرها باتجاهات ايجابية، لكي لا تبالغ في العطف عليه ولا في كراهيته ونبذه
- مساعدة الأمهات على التحرر من الاستجابات والأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلات السلوكية للطفل المعاق، وتطوير مهارات أكثر فاعلية لرعايته
- تصميم مقياس المعاملة الذي يمكن الاستفادة منه في البحوث القادمة لتقدير الاساليب الخاطئة في التعامل مع الطفل المعاق
- الاستفادة من تقويم نتائج البرنامج بتوفير المعلومات التي قد تفيد في ارشاد الاولياء والمربين والمتخصصين في مجال الصحة النفسية والارشاد الاسري
- تعليم الامهات تمارين الاسترخاء لمقاومة الضغط والتوتر الذي تتعرضن اليه حاليا أو مستقبلا

الدراسات السابقة :

لقد شهد البحث العلمي في مجال الإعاقة الذهنية تطوراً ملحوظاً في السنوات الأخيرة خصوصاً في مجال البرامج الإرشادية والتدريبية التي تهدف إلى التعليم والتدريب بالاهتمام بفئة المعاقين وإهاليهم ، فمن خلال اطلاع الباحثة على العديد من هذه الدراسات سواء على صعيد الدراسات العربية أو الأجنبية وحتى المحلية منها رغم قلتها وقد كانت نتائج البحوث والدراسات باعثة على توجيه الانتباه إلى أهمية البرامج في مجال الإعاقة . وقد عرضت الباحثة الدراسات الأجنبية والعربية وفقاً للترتيب التاريخي (الزمني) والتي اعتمدت عليها كإطار مرجعي في الدراسة ، وقد قسم العرض إلى ثلاث محاور على النحو التالي:

1. دراسات تناولت اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين وتتمثل في ما يلي :

1. دراسة Tyler & Kagan (1973) بدراسة مقارنة بين اتجاهات أمهات المتخلفين عقلياً واتجاهات أمهات المعوقين حركياً ، توصلوا من خلالها إلى أن اتجاهات أمهات المعوقين حركياً تتميز بالتقبل بينما تتميز اتجاهات أمهات المتخلفين عقلياً بالنز والرفض والفتور في حين أن الاتجاهات العقابية و التشدد أكثر تواجداً عند أمهات المعوقين حركياً منه عند أمهات المتخلفين عقلياً. (Zucman , E , 1982)

2. دراسة عبد العزيز مصطفى السرطاوي (1991) الذي أجرى دراسة للتعرف على ردود فعل أسر المعاقين التي يعاني أطفالها من إعاقات جسمية وحركية بدرجة شديدة. وتكونت عينة الدراسة من آباء 20 طفلاً من الأطفال المعاقين المسجلين لدى دار المعاقين في مدينة الرياض، وقد استخدم الباحث أسلوب المقابلة المفتوحة، وقد توصلت الدراسة إلى أن أغلب الأسر بشكل عام والأم على وجه الخصوص يمكن أن تتبنى اتجاهات الخضوع لقضاء الله وقدرته كاستجابة أولية لتشخيص حالات الإعاقة الشديدة لدى أطفالهم ، كما أظهرت بعض الأسر تفاؤلاً واملأً كبيراً في شفاء الطفل وتخلصه مما يعاني من حالات العجز و القصور في اقرب وقت ممكن ، في حين ألفت بعض الأسر باللوم على نفسها لحدوث حالة الإعاقة لدى أطفالهم ، كما أبدت بعض الأسر اتجاهات الخوف والقلق من المستقبل الذي ينتظر الطفل ، فيما أظهرت بعض الأسر اتجاهات الرفض والتشاؤم حينما أبدوا رغبتهم الشديدة بإيجاد مأوى أو مركز يوضع فيه الطفل طيلة الأسبوع ، فقد أبرزوا

رغبتهم تلك لعدم قدرتهم على التعامل معه وتلبية حاجاته ومتطلباته ، وشكوى الأم خاصة من الأعباء التي سببها وجود مثل هذا الطفل في البيت

3. دراسة كوندل وآخرون (1994) Condell et al "دراسة الاتجاهات الوالدية للإعاقة العقلية" هدفت الدراسة إلى دراسة الاتجاهات الوالدية للإعاقة العقلية، وتكونت العينة من (192) أسرة منها (144) أسرة لديها أطفال معاقين عقلياً و (48) أسرة ليس لديها أطفال معاقين وطبق على العينة مقياس أدين Edin لرد فعل الوالدين نحو الإعاقة واشتمل المقياس على خمسة أبعاد هي: الصدمة، والارتباك، والرفض، والحزن، والغضب، ولقد توصلت النتائج إلى ارتفاع مستوى الاتجاهات السالبة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بالمقارنة بأسر الأطفال غير المعاقين

4. دراسة هويدي (1996) بعنوان الآثار السلبية الناجمة عن وجود حالة إعاقة في الأسرة الإماراتية، إذ اشتملت عينة الدراسة على 40 حالة من مختلف فئات الإعاقة. أظهرت نتائجها أن 77.5% من أفراد عينة الدراسة أظهروا عدم تقبلهم لحالة الإعاقة و 17.5 % تقبلوها. كما أظهرت النتائج أن 47.5 % من عينة الدراسة لديهم نوع أو أكثر من التوتر النفسي. أما عن الانعزال والانطواء فقد أشارت النتائج إلى أن 87.5 من أفراد عينة الدراسة قد انعزلوا عن فعاليات المجتمع والاختلاط بالآخرين، كما أظهر 85 % من أفراد عينة الدراسة الخجل من طفلهم المعاق، و 90% أكدوا قلقهم على مستقبل ولدهم المعاق، وتأثر نشاط 75 % من أفراد عينة الدراسة الاجتماعي.

5. دراسة بروس " (2001) Bruce "بعنوان وجهات نظر الآباء والأمهات عند وجود طفل معاق في الأسرة، هدفت لمعرفة وجهات نظر الأمهات والآباء حول أثر مساعدة الآباء للأمهات في الاعتناء بالطفل المعاق داخل الأسرة، في مستوى التوترات الأسرية والتكيف. تكونت عينة الدراسة من (60) أسرة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك اتفاقاً كبيراً بين الآباء والأمهات في وجهات النظر حول مساعدة الأب للأم في الاعتناء بالطفل المعاق، وظهر هذا الاتفاق في المجالات التالية: مساعدة الأب في اللعب مع الطفل المعاق، وإطعامه، وتربيته، وتنظيم خدماته. ومعظم الأمهات أظهرن ارتياحاً لمدى مساعدة الآباء داخل المنزل، وأظهرت النتائج كذلك أن هناك علاقة إيجابية قوية بين مساعدة الآباء وبين انخفاض مستوى التوترات، ومستوى التكيف لدى الأسرة

6. دراسة الحديدي (2001) بعنوان مشكلات أسر الأطفال المعاقين، هدفت إلى التعرف إلى المشكلات التي تعاني منها الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون عقلياً، ومدى اختلاف هذه المشكلات باختلاف خصائص كل من (الأسرة، والأم، والطفل المعاق عقلياً) ولتحقيق هذا الهدف قامت بتطبيق استبانة تغطي خصائص الطفل المعاق، وأسرته، والمشكلات الاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية التي قد تتعرض لها مثل هذه الأسرة. وتكونت عينة الدراسة من (200) من أمهات الأطفال المعاقين الملتحقين بمراكز التربية الخاصة، وأظهرت النتائج أن أكثر المشكلات تأثيراً وحدة هي المشكلات الاقتصادية حيث بلغت حدتها (0.63)، تليها المشكلات النفسية (0.58)، فالمشكلات الاجتماعية (0.38)، وأشارت نتائج التحليل الأحادي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تصور الأمهات للمشكلات التي تواجهها الأسرة، وخصائصهن المتمثلة بعمر الأم، ومستواها التعليمي ودخل الأسرة.

7. دراسة لبيمنتيل ومينرز (2003) Pimentel and Meneres "دراسة حالة طويلة على أربع أمهات لأطفال يعاني أطفالهن من عرض داون، استمرت الدراسة لمدة سبع سنوات، استخدام الباحثان المقابلات شبه المباشرة، وتصوير مواقف تفاعلية بين الأمهات وأطفالهن، وخلصت الدراسة إلى وجود أربعة نماذج مختلفة من الخبرات منها اختلاف ردود فعل الأمهات حول حالة عرض داون، إلا أن جميع الأمهات أظهرن عدم ارتياحهن لحالة الإعاقة، نتيجة لنظرة الآخرين لهن، كما أظهرت إحدى الأمهات عدم تقبل طفلتها المصابة بعرض داون

8. دراسة هزال وروس وماكدونالد (2005) Hassal Rose and McDonald " الضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وتكونت العينة من 46 أمماً، استخدم الباحثون مقياس فايلاند للنضج الاجتماعي ومقياس الدعم الأسري. وأظهرت النتائج وجود ضغوط عالية لدى الأمهات بخاصة في مجال التحكم بالذات يعزى إلى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأبناء، كما أظهرت الدراسة بان الأمهات اللاتي يتمتعن بمستوى عال من الدعم الاجتماعي كانت الضغوط النفسية لديهن متدنية.

9. دراسة بارون (2006) Baroun هدفت إلى التعرف على اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقلياً إعاقة بسيطة، فطبق على الوالدين مجموعة من الاستبانات أعدت لقياس مجال واسع كالتفاعل بين الوالدين والعلاقات الزوجية ومستوى تطلعات الوالدين، والتفاعل

الاجتماعي، والمشاركة في الأنشطة الترويحية، والتدريب والتعليم، وخصائص الابن، والنظرة الاجتماعية للإعاقة بوصفها وصمة. وقد اشتملت عينة الدراسة على 120 مشاركاً منهم 30 طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية بالإضافة إلى والديهم، و 30 طفلاً من العاديين بالإضافة إلى والديهم. أظهرت نتائج الدراسة أن اتجاهات والدي الأفراد المعاقين عقلياً كانت أفضل نحو أولادهم المعاقين عقلياً، مقارنة باتجاهات والدي الأطفال العاديين نحو أولادهم

10. دراسة كامل عمر و نشات فهمي (2006) بعنوان أثر تفاعل موارد الأم العاملة وتحمل الغموض على اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً والتي هدفت الى معرفة أثر التفاعل بين الأسلوب المعرفي) تحمل الغموض - عدم تحمل الغموض (وموارد الأم العاملة) مورد الوقت - المورد المالي (على اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً العينة المستخدمة و شملت (100) أم عاملة ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية وذلك بعد تطبيق اختبار رسم الرجل (لجودانف هاريس وتم تطبيق مقياس اتجاه الأم نحو الطفل المعاق عقلياً من اعداد الباحثان واسفرت النتائج على انه يوجد تفاعل دال إحصائياً بين الأسلوب المعرفي) تحمل الغموض - عدم تحمل الغموض (مع موارد الأم العاملة) مورد الوقت - المورد المالي (من حيث أثر هذا التفاعل على اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً

11. دراسة ابراهيم القريوتي (2008) تحت عنوان تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين هدفت الى التعرف على درجة تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين، إذ تكونت عينة الدراسة من 405 أمماً من أمهات الأفراد الملتحقين في مدارس ومراكز التربية الخاصة، منهن 167 أمماً لأفراد معاقين سمعياً، و 96 أمماً لأفراد معاقين بصرياً، و 65 أمماً لأفراد مشلولين دماغياً، و 77 أمماً لأفراد معاقين عقلياً. استخدم الباحث استبانة تعكس الاستجابة عليها درجة تقبل الأم لولدها المعاق،. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين تعزى لنوع الإعاقة ولصالح ذوي الإعاقة السمعية والبصرية مقابل ذوي الإعاقة العقلية. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين سمعياً تعزى إلى درجة الإعاقة ولصالح ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، في حين لم تظهر الدراسة أية فروق ذات دلالة إحصائية في عملية تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين بصرياً وعقلياً.

12. دراسة عبد الفتاح عبد الغني الهمص (2008) (الإساءة اللفظية من قبل الوالدين ضد الأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي في البيئة الفلسطينية، وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي في البيئة الفلسطينية، واتبع الباحث المنهج الاستدلالي المقارن، ولتحقيق هدف الدراسة، قام الباحث بتصميم استبانة لمعرفة علاقة الإساءة اللفظية من قبل الوالدين لأطفالهم المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي، ومقياس التوافق النفسي، وطُبق على عينة مكونة من (150) معوقاً، (90) من الذكور، و (60) من الإناث، تتراوح أعمارهم ما بين (6-12 سنة) من الأطفال المعوقين بمركز الهلال الفلسطيني، ومركز المعوقين برفح. وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة معنوية بين الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق معنوية في الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي للوالدين، ومهنة الوالدين، في حين توصلت الدراسة إلى وجود فروق معنوية في الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث، وكذلك الترتيب الولادي، وعدد أفراد الأسرة.

13. دراسة صلاح حمدان اللوزي وعبدالكريم متعب الفايز (2008) أثر وجود طفل معاق على الوالدين وتناولت الدراسة أثر وجود طفل معاق على الوالدين، عن طريق قياس مستوى القلق والضغط النفسي الذي يتعرضان له جراء ذلك الحدث، وقد تمت دراسة أثر وجود الطفل المعاق في الأسرة على درجة أداء الأبوين لأعمالهما ووظائفهما المعتادة وعلى ثبات العلاقة الزوجية وقد جمعت بيانات الدراسة باستخدام الاستبانة وتعبئتها من خلال المقابلة الشخصية مع آباء وأمهات الأطفال المعاقين في الفئة العمرية أربع سنوات فأقل، الذين يترددون على الأكاديمية التخصصية الإقليمية للتدريب والاستشارات، بعمان. وقد تم تطوير مقياس لدرجة القلق النفسي بعد ولادة الطفل المعاق وفق مقياس ليكرت الخماسي وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المتغيرات المستقلة المتمثلة بعمر الطفل، ونوعه، وترتيبه بين إخوته، ومستوى تعليم الأبوين، وعمل الأب، ونوع العائلة، وبين كل من المتغيرات التابعة المتعلقة بوجود الضغط النفسي لدى الأبوين، وأداء الأسرة

لوظائفها، والعلاقة الزوجية وعلى عكس ذلك تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير عمل الأم وبين كل من متغيري أداء الأسرة لوظائفها والعلاقة بين الزوجين.

14. دراسة فاطمة درويش (2011) الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها" دراسة ميدانية على عينة من أولياء أمور المعوقين عقلياً في مدينة دمشق ، وهدفت الدراسة إلى تحديد الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً والأساليب المختلفة التي يتخذونها لمواجهة تلك الضغوط. ولتحقيق هدف الدراسة طبقت الباحثة مقياس الضغوط النفسية، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية على عينة من أولياء أمور المعوقين عقلياً، وبلغت عينة الدراسة (40) ولي أمر 20 ذكور 20 إناث. وتوصلت الدراسة إلى عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المعوق من أكثر الضغوط النفسية شيوعاً وتأثيراً لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً، ثم يليها القلق، تليها المشكلات النفسية والمعرفية للطفل، ثم الأعراض النفسية والعضوية، ثم مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل، يليها مشاعر اليأس والإحباط، ثم المشكلات الأسرية والاجتماعية، وأنه توجد فروق في أساليب مواجهة الضغوط النفسية وفق مستوى المؤهل العلمي لصالح أولياء الأمور الحاصلين على المؤهل الثانوي ، وكذلك توجد فروق في درجة الضغوط النفسية بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات

15. بحث مقدم من طرف نهلة أحمد علي (2015) حول دراسة مقدمة بعنوان الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (دراسة وصفية على الأمهات المترددات على العيادة النفسية بمستشفى السلاح الطبي بأمدرمان) هدف البحث الى معرفة مستوى الضغوط النفسية وسط امهات الاطفال ذوي الاعاقة الذهنية المترددات على مستشفى السلاح الطبي والتحقق مما إذا كانت هناك فروق بين أبعاد هذه الضغوط استخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية من تصميمهما. وتوصلت النتائج الى أن الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تتسم بالإنخفاض وأن هناك فروق بين أبعاد الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لصالح بعد الاعراض العضوية وأن الفروق في مستوى الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وجدت انها تكون تبعاً لمتغيري درجة الإعاقة والحالة الاقتصادية ولم توجد فروق تبعاً لمتغير تعليم الأم.

تعقيب :

اسفرت أغلبية نتائج الدراسات سابقة العرض عن اتجاهات سلبية للوالدين اتجاه الإعاقة الذهنية وتتعكس الاتجاهات السلبية على الطفل المعاق ، وسنعرض اهم الدراسات التي ركزت على ذلك :

ii. دراسات تناولت اساليب المعاملة المسيئة للمعاقين :

1. دراسة براندا (1990) Brenda : هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على دوافع الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً، كما سعت الدراسة إلى معرفة مدى الفروق في تعرض الأطفال المعاقين ذهنياً وغير المعاقين للإساءة من قبل الأمهات. ولتحقيق ذلك الهدف فقد أجريت الدراسة على (53) أمًا ممن لديهن أطفال معاقين ذهنياً و (60) أمًا ممن لديهن أطفال عاديين. وأشارت نتائج الدراسة إلي أن هناك إحصائيات بنسب عالية عن انتشار إساءة الطفل خاصة في الأسر التي يوجد لديها أطفال معاقين ذهنياً، وأن دوافع الإساءة عامة لم تعزى لأسباب معينة، كما بينت نتائج الدراسة أن الإساءة ضد الأطفال شائعة سواء كانوا يعانون من إعاقة عقلية أو لا يعانون من هذه الإعاقة، كما أوضحت نتائج الدراسة أن معدلات الإساءة ضد الأطفال تقل في الأسر التي لديها أطفال عاديين مقارنة بالأسر التي لديها معاقين ذهنياً، حيث أظهرت النتائج أن أمهات الأطفال المعوقين ذهنياً لديهن مستويات عالية من الإساءة مقارنة بأمهات الأطفال العاديين.

2. دراسة سيد عادل رطروط (2000): إعاقة الطفل العقلية كإحدى عوامل الخطورة المحركة لإيقاع الإساءة عليه" وهدفت الدراسة إلى التعرف على احتمالية تعرض الطفل المعوق عقلياً لمخاطر سوء المعاملة الوالدية، وإلى كيفية تعامل الأسرة مع طفلها المعاق عقلياً، وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على احتمالية إصابة الطفل المعاق ذهنياً بمخاطر سوء المعاملة الوالدية وإلى كيفية تعامل الأسرة مع المعاق عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من (345) معاق ذهنياً من المقيدون في سجل الخدمة الاجتماعية إدارة حماية الأسرة. واستخدمت هذه الدراسة أداة على شكل استبانة وجهت أسئلتها إلى المشرف على رعاية الطفل المعاق، بالإضافة على استخدام أسلوب المقابلة المعمقة ودراسة الحالة الفردية، وأشارت نتائج الدراسة إلي أن الأطفال الذين تعرضوا إلى الإساءة الجسدية و الإهمال ، كما

بينت الدراسة أن الأسرة غير متقبلة للطفل المعاقة إلى حد كبير وهناك كثير من السلوكيات الخاطئة والممارسات الخاطئة في عمليات التفاعل

3. دراسة محمد الشقيرات وعامر المصري (2001): " الإساءة اللفظية ضد الأطفال من قبل الوالدين في محافظة الكرك و علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالوالدين " وهدفت الدراسة إلى حصر الألفاظ الشائعة التي يستخدمها الوالدان في الإساءة اللفظية و ما هي الفروق بين الطلاب الذكور في التأثر العام و المفصل بالإساءة اللفظية و تكرارها وعلاقة استعمال الإساءة اللفظية بمتغيرات أسرية معينة و قد دلت النتائج أن الأطفال الإناث أكثر تأثراً بالإساءة اللفظية من الذكور وأن الأطفال الذكور أكثر تعرضاً لتكرار الإساءة اللفظية من الإناث، وإن المعوقين يميلون إلى إلقاء مسئولية الفشل في التوافق النفسي مع إعاقته على كاهل الوالدين.

4. دراسة اخرى ليفصل محمد نهار مناحي (2003) أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت وهدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت. ولتحقيق هذا الهدف، تم اختيار عينة الدراسة التي بلغت (71) فرداً، منهم 41 معلماً ومعلمة، و 30 أباً وأم، وقد تم تطبيق مقياس قائمة الإساءة للطفل على عينة الدراسة. وبعد الانتهاء من جمع البيانات تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء على مقياس قائمة الإساءة للطفل، كما تم إجراء تحليل التباين متعدد المتغيرات، للتعرف على الفروق بين كل من المعلمين وأولياء الأمور في أبعاد الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها بجنس الطفل المعاق ذهنياً و عمر الطفل. فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في مقياس الإساءة للطفل بين (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب عمر الطفل المعاق ذهنياً الأمر الذي يشير إلى أن عمر الطفل المعاق يؤثر على مستوى الإساءة لدى أفراد العينة سناً فان مشكلاته السلوكية تصبح أكثر ظهوراً وتعقيداً وتتعكس بالتالي على الأسرة والمعلمين من حيث الضغوط النفسية. إضافة إلى عدم القدرة والخبرة بالتعامل مع الأطفال المعاقين، مما يدفعهم لممارسة الإساءة ضدهم سواء الإساءة البدنية أو النفسية.

5. دراسة سيد عادل رطروط (2006): " إعاقة الطفل العقلية كإحدى عوامل الخطورة المحركة لإيقاع الإساءة عليه" هدفت الدراسة إلى التعرف على احتمالية تعرّض الطفل المعوّق عقلياً لمخاطر سوء المعاملة الوالدية، وإلى كيفية تعامل الأسرة مع طفلها المعوّق عقلياً، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة الفردية القائم على دراسة وضع الطفل المعوّق ودراسة أسرته كوحدة تحليلية رئيسية، كما استخدمت أداة على شكل استبانة وجهت أسئلته إلى المشرف على رعاية الطفل المعوّق، وأسلوب المقابلة المعمّقة، وكانت عينة الدراسة قائمة على اختيار طفل معوّق عقلياً ممن صنفت حالته في سنة 2000 على أنها إساءة جسدية في مكتب الخدمة الاجتماعية / إدارة حماية الأسرة وبطريقة مقصودة، وتوصلت الدراسة إلى أن الطفلة تعرضت إلى الإساءة الجسدية وإساءة الإهمال المتمثلة بالتخلي عنها، وتعرضها للحرق بماء ساخنة نتيجة إهمالها وذلك بسبب إصابتها المرضية، وكانت الأسرة غير متقبلة للطفلة المعوّقة إلى حد كبير، وهناك كثير من السلوكيات والممارسات الخاطئة في عمليات التفاعل والتعامل مع الطفلة، حيث تفنّد الطفلة المعوّقة للمهارات الاستقلالية الأولية واللازمة لها نتيجة عدم اهتمام الأسرة وقلّة وعيهم بإصابة طفلتهم، وتدني المستوى التعليمي للأبوين وتدني المستوى الاقتصادي للأسرة ساهم إلى حد كبير في إساءة المعاملة للطفلة.

6. دراسة لونة عبد الله دنان (2006): " العنف اللفظي " الإساءة اللفظية " تجاه الأطفال من قبل الوالد وعلاقته ببعض المتغيرات المتعلقة بالأسرة - دراسة وصفية " وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى بعض المتغيرات التي يعتقد أنها ترتبط بالإساءة اللفظية للطفل ومحاولة السيطرة عليها والحد من أثرها لينشأ الأطفال في بيئة أقرب ما يمكن إلى السواء وحتى يتمتعوا بأكبر قدر من الصحة النفسية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت استبيان لقياس شدة تأثير الطفل بالإساءة اللفظية الموجهة نحوه، إعداد: الباحثة، وطبقت على عينة مؤلفة من (20) طالباً من الصف الأول الإعدادي، وخلصت الدراسة بوجود فروق ذو دلالة إحصائية بين الأطفال الذكور والإناث من حيث التأثير بالإساءة اللفظية من قبل الوالد، حيث إن الإناث يتأثرن بالإساءة اللفظية أكثر من الذكور، وكذلك هناك فروق ذو دلالة إحصائية أيضاً بين المستوى التعليمي للوالد وتكرار تعرض الطفل للإساءة اللفظية من قبله

بالنسبة للذكور، كما أوضحت النتائج بوجود علاقة إحصائية بين مستوى دخل الأسرة وتكرار تعرض الطفل للإساءة اللفظية من قبل الوالد.

7. دراسة استطلاعية للدكتور عبد الفتاح عبد الغني الهمص (2008/2007) بعنوان الإساءة اللفظية من قبل الوالدين ضد الأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي في البيئة الفلسطينية، هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي في البيئة الفلسطينية، واتبع الباحث المنهج الاستدلالي المقارن، ولتحقيق هدف الدراسة، قام الباحث بتصميم استبانة لمعرفة علاقة الإساءة اللفظية من قبل الوالدين لأطفالهم المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي، ومقياس التوافق النفسي، وطُبق على عينة مكونة من (150) معوقاً، (90) من الذكور، و (60) من الإناث، تتراوح أعمارهم ما بين (6-12 سنة) من الأطفال المعوقين بمركز الهلال الفلسطيني بمحافظة خانينوس، ومركز المعوقين برفح. وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة معنوية بين الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق معنوية في الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي للوالدين، ومهنة الوالدين، في حين توصلت الدراسة إلى وجود فروق معنوية في الإساءة اللفظية من قبل الوالدين للأطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث، وكذلك الترتيب الولادي، وعدد أفراد الأسرة.

تعقيب: من خلال استعراض الدراسات السابقة، نلاحظ أن معظمها استخدمت أساليب مختلفة في التعامل مع الإعاقة، ومعظم الدراسات أشارت إلى أن الإعاقة تزيد من مستوى التوتر النفسي، وتقلل مستوى التكيف، إلا أن البرامج التي استخدمت في الدراسات ساعدت على تخفيف التوتر وزيادة التكيف. وأكدت على أهمية استخدام البرامج التدريبية الإرشادية للأسر وأهميتها في خفض التوتر وتحسين التكيف

.III دراسات تناولت البرامج الإرشادية :

تشير الباحثة إلى مجموعة من الدراسات التي اعتمدت على البرامج الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والمعاقين ذهنياً بصفة خاصة والتي أكدت فعالية تطبيق أساليب تغيير الاتجاهات الوالدية ضمن برامج إرشادية جماعية، إذ أن ذلك تؤدي إلى تحسين المهارات الوالدية في التعامل مع الأطفال وزيادة التوقعات الإيجابية للوالدين عن سلوك أطفالهم، بالإضافة إلى حدوث تغيرات جوهرية في اتجاهاتهم السلبية نحو أطفالهم واكتسابهم اتجاهات أخرى إيجابية وفعالة كما أكدت هذه الدراسات وغيرها استفادة الوالدين من البرامج الإرشادية ونذكر منها :

1. دراسة فاربير (Farber 1983) في تقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلهم المعاق عقلياً. هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلهم المعاق عقلياً، وتكونت العينة من (24) أسرة ممن لديهم طفل معاق عقلياً يتراوح عمره ما بين (9-12) عاماً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين أحدهما تجريبية، والأخرى ضابطة، ولقد استخدم في البرنامج محاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة العقلية وآثارها، وردود الفعل، وطرق التواصل مع الطفل المعاق عقلياً وكيفية العناية به وقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج له تأثير دال في تحسين التوافق لدى الوالدين، كما عبّر الوالدين عن حاجاتهم إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال معاقين عقلياً آخرين، وعن حاجاتهم إلى معلومات عن حالة أطفالهم، وحاجاتهم إلى الإرشاد، كما أظهرت مجموعة الأسر التجريبية تحسناً في المهارات الاجتماعية والتواصلية وكانوا أكثر شعوراً بالأمان في ارتباطهم بأطفالهم المعاقين، وأفضل توافقاً من أطفال مجموعة الأسر الضابطة.

2. دراسة شينوالد (Schaenwald 1989) : " فعالية برنامج تخاطبي لتحسين التفاعل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً" هدفت الدراسة للتحقق من فعالية برنامج تخاطبي لتحسين التفاعل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، واشتملت العينة على (14) أسرة لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (11-14) عاماً وتم تقسيمهم إلى قسمين أحدهما حضر أفرادها مناقشات حول طبيعة أنماط التفاعل بينهم وبين الطفل المعاق عقلياً والأخرى أخذت البرنامج

المشتق من " برنامج النمو الانساني " وهو عبارة عن أنشطة تعتمد على صورة قوائم ألعاب متضمنة لجزء من البرنامج، وطبق على العينة برنامج النمو الإرشادي المعدل، ومقاييس البيئة الأسرية، واستخدام طريقة المناقشة بعد عرض أشرطة الفيديو، وقد أوضحت النتائج أن البرنامج له تأثير ايجابي على أسر الأطفال المعاقين عقلياً، والأسر التي حضرت مناقشة حول طبيعة أنماط التفاعل كان لها تأثير سلبي أكثر من تأثيرها الايجابي، والأسر التي تم تطبيق البرنامج عليها أظهرت احتياجاً للتعرف على الأساليب المختلفة للتواصل، وفي المقابل وجد الباحث أن الأسر التي حضرت مناقشات أظهرت مللاً وتعباً وإحباطاً من المناقشة.

3. دراسة إيمان كاشف (1989) استهدفت هذه الدراسة إعداد برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الوالدين نحو طفلها المتخلف عقلياً ومعرفة أثر ذلك على سلوكه التكيفي، وتكونت عينة الدراسة من (52) أباً وأماً، و (26) طفل وطفلة متخلفين عقلياً، واستخدمت الباحثة مقياس استنفورد بينيه، ومقياس الاتجاهات الوالدية (إعداد الباحثة)، ومقياس السلوك التكيفي (إعداد فاروق صادق، 1985) والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة)، وأوضحت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد البرنامج الإرشادي في اتجاهاتهم نحو الطفل المتخلف عقلياً، وذلك لصالح المجموعة التجريبية. ووضحت نتائج هذه الدراسة أيضاً أن هناك تحسناً في أداء الأطفال المتخلفين عقلياً على أبعاد مقياس السلوك التكيفي كنتيجة مباشرة لتأثير البرنامج الإرشادي على الوالدين.

4. دراسة أميرة طه بخش (2001) بعنوان فعالية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن وتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً في إكساب أطفالهن هؤلاء السلوك التكيفي. وضمت عينة الدراسة بالنسبة للأمهات 12 أماً واستخدمت الباحثة إلى جانب البرنامج الإرشادي الذي قامت بإعداده الصورة (ل) من مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، إعداد عبد السلام ومليكة (1988)، ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي، إعداد الشخص (1995)، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال، إعداد الشخص (1998). وكشفت النتائج إجمالاً إلى فاعلية البرنامج الإرشادي للأمهات في تنمية جوانب السلوك الاجتماعي لأطفالهن المتخلفين عقلياً حيث أدى إلى حدوث تنمية للمهارات ذات الصلة

بالسلوك الاجتماعي لهؤلاء الأطفال وأسفرت النتائج أيضا أن إرشاد الأمهات وتزويدهن بالمعلومات المناسبة ومنحهن الفرصة للمشاركة مع أطفالهن المتخلفين عقليا في الأعمال التي يقومون بها يؤثر تأثيراً إيجابياً على السلوك التكيفي وأبعاده لأطفالهن حيث يسهم البرنامج في تغيير الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال المتخلفين عقلياً

5. دراسة إيمان فؤاد الحاج إبراهيم (2005) فاعلية برنامج جمعي سلوكي لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في خفض بعض مشكلات الأطفال السلوكية وهدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج جمعي سلوكي موجه لأمهات الأطفال المعاقين إعاقة عقلية متوسطة في خفض بعض مشكلات أطفالهن السلوكية من خلال تدريبهن على تطبيق إجراءات منظمة في تحليل السلوك التطبيقي، تم اختيار عينة هذه الدراسة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة استناداً إلى تصنيف المركز، ممن تراوحت أعمار أطفالهن بين (10)(6) سنوات، وذلك بعد التعرف إلى وجود مشكلات سلوكية لديهم من خلال درجاتهم المرتفعة على مقياس بيركس لتقدير المشكلات السلوكية وبلغ عددهم (20) طفلاً، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة وقد كشفت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس بيركس) لتقدير المشكلات السلوكية (على الاختبار البعدي واختبار المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

6. دراسة آمال إبراهيم الفقي (2012) : فاعلية الإرشاد الأسري في تحسين مهارات الوالدية الفاعلة لدى عينة من أسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وقد استخدمت الدراسة مقياس ستانفورد بنيه للذكاء، ومقياس مهارات الوالدية الفاعلة إعداد الفقي (2008) ، وبرنامج الإرشاد الأسري إعداد الباحثة ، وتم تطبيق الأدوات على عينة مكونة من خمسة أسر وأطفالهم بمصر ، وقد توصلت الدراسة لوجود فروق المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لحساب القياس والبعدي .

IV. الدراسات المحلية التي تناولت الإعاقة و البرامج الإرشادية :

1. دراسة د.سي بشير كريمة (2008) بعنوان فعالية برنامج إرشادي محدد بتقنية النمذجة في تغيير اتجاهات الأمهات الجزائريات نحو الأطفال المعوقين حركيا , اتضح لدى الباحثة أن دراسة الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال المعوقين حركيا لم تحظ بالاهتمام الكافي من قبل الباحثين في الوطن العربي عامة وفي الجزائر بصفة خاصة رغم أن هذا الميدان من أهم الميادين العيادية التي تهتم بها الدراسات العملية الحديثة. من هنا تولد الاهتمام لدى الباحثة بالقيام بالدراسة ومحاولة التعرف على اتجاهات الأمهات المعوقين حركيا و محاولة تعديل الجوانب السلبية منها، ضمن برنامج إرشادي لتتمكن من مساعدة الأمهات على التعرف على اتجاهاتهن و الوعي بها وتدر يبين على حل مشكلاتهن مع أطفالهن ، وذلك من خلال تقديم لهن نموذج ملائم يمكنهن من تعلم الاستجابات والاتجاهات الايجابية نحو مختلف مواقف تنشئة الطفل المعوق حركيا

2. دراسة سمية الدهان (2014) لأثر برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لخفض حدة السلوك العدواني ,دراسة تجريبية لأمهات الأطفال بالمركز النفسي البيداغوجي - بورقلة وهدفت الدراسة إلى التعرف على اثر برنامج إرشادي لأمهات ذوي الإعاقة الذهنية لخفض حدة السلوك العدواني لأبنائهن و يتحدد هذا الأثر بقدرة البرنامج على خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين ذهنيا.أما فيما يخص أدوات الدراسة فاستخدمت استبيان السلوك العدواني ، والبرنامج الإرشادي و توصلت إلى ان هناك أثر كبير للبرنامج الإرشادي للأمهات في خفض حدة السلوك العدواني لدى عينة الدراسة قبل و بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

3. دراسة فتيحة سعدي (2005) بعنوان فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا (درجة بسيطة) وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا، واكسابهم مهارات السلوك التكيفي .والتعرف على مدى تأثير برامج مراكز التربية الخاصة على المظاهر السلوكية المضطربة لدى الأطفال المعاقين عقليا. ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة، طبق مقياس السلوك التكيفي ل " فاروق محمد صادق" ، و عينة الدراسة تضمنت 30 تلميذا من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (القابلين للتعلم)، و توصلت هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة

بين القياسين القبلي والبعدي في كل من أبعاد السلوك التكيفي النمائي (مهارات الإعتماد على النفس في الحياة اليومية) وأبعاد الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدي

4. دراسة عايش صباح و عبد الحق منصوري (2013) حول أثر الضغوط النفسية على أسر المعاقين، وذلك انطلاقاً من الفرضية التي مفادها ان أسر المعاقين تعاني من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وقد تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (121) أسرة لأطفال معاقين ملتحقين بمراكز المعاقين على مستوى ولايتي وهران وشلف، إضافة إلى جمعية للمعاقين بولاية وهران، تم اختيارهم بطريقة عشوائية. واعتمدت على أداة للقياس وهي مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين من إعداد "زيدان أحمد السرطاوي" و"عبد العزيز الشخص" وقد توصلت الدراسة إلى أنه تعاني أسر المعاقين من ضغوط نفسية منخفضة .

5. دراسة بن الطيب فتيحة (2012) بعنوان التخلف العقلي عند الطفل واثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الام وكانت دراسة عيادية لأربع حالات ،في محاولة للكشف عن دور وجود التخلف العقلي للطفل في ظهور الاضطرابات النفسية عند أم الطفل المصاب به، قامت الباحثة بهذه الدراسة والتي تمت على أربع أمهات لأطفال متخلفين عقليا، من اجل التحقق من الفرضية المطروحة في هذا البحث و التي تنص على أن وجود التخلف العقلي عند الطفل يؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية عند أم الطفل المصاب به، مستخدمين في ذلك المنهج العيادي بوسائله المعروفة و التي تمثلت في هذا البحث في الملاحظة، المقابلة النصف موجهة وكذلك اختبار الورشاخ الإسقاطي، وتحليل النتائج توصلت الدراسة إلى ما يلي: يؤدي وجود التخلف العقلي عند الطفل إلى ظهور اضطرابات نفسية عند أم المصاب بحيث تمثلت هذه الاضطرابات أولاً في حدوث صدمة نفسية للأم لحظة اكتشافها للإصابة لقد تم التحقق من ذلك عند الحالات الأربع كذلك تم التحقق من وجود اضطرابي القلق و الاكتئاب بدرجات مختلفة عند الحالات الأربع. وقد انتهت الدراسة اعتماداً على نتائج سابقة إلى تأكيد دور التكفل النفسي بأمهات الأطفال المتخلفين عقليا للتخفيف معاناتهم و مساعدتهم على التكيف مع هذه الإصابة.

6. دراسة هلايلي ياسمينه (2007) إعتماد درجات الذكاء لإقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقليا،اجتماعيا ومهنيا هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج تدريبي

صمم على أساس علمي ، تألفت من 20 معاقا. وتم تقديم البرنامج التدريبي المستخدم الذي أعدته الباحثة، وقياس نمو سلوك المتخلفين عقليا وذلك باستخدام مقياس تقدير نمو سلوكهم من إعداد الباحثة، وكشفت الدراسة عن النتائج التالية: انه توجد فروق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا لصالح القياس البعدي. وانه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا. كذلك توجد فروق دالة بعد تطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

7. براهيم براهيم (2007) ردود أفعال العائلة الجزائرية بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا دراسة مجموعة من العائلات الجزائرية بلغ عددها (150) عائلة لديها طفل معاق عقليا يستفيد من التكفل اليومي بإحدى المراكز الثلاثة الموجودة على مستوى ولايات الجزائر العاصمة، تيبازة والبليدة، وعينة البحث التي تم اختيارها بطريقة عشوائية قسدية من بين مجموع أفراد العائلات الذين يستفيد أطفالهم من التكفل اليومي والبالغ عددهم 510 عائلة، وأخيرا نتائج الدراسة ترجع غالبية أفراد العينة أسباب حدوث الإعاقة العقلية إلى إرادة الله بنسبة مئوية بلغت 66.80% ، ردود أفعال هذه العائلات بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا ميزها كذلك قبول الواقع كقضاء وقدر وهي أعلى النسب بـ 82% ، أما فيما يتعلق بفهم وإدراك سلوكيات الطفل المعاق عقليا من طرف العائلة الجزائرية فقد ميزها الود والعطف بنسبة 33.65% ثم إدراك أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات في التواصل مع الآخرين بنسبة 66.64% وليس لديهم تناسق في سلوكياتهم بنسبة 62% أما من حيث كونهم عصبيين أو عدوانيين أو لا يمكن التحكم في سلوكياتهم

تعقيب على الدراسات : تشير الباحثة إلى أن معظم الدراسات السابقة لم تركز على تقديم برنامج يعدل سلوك الأمهات، و كانت معظم الدراسات قد ركزت على احتياجات الأمهات الاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية، ومشاكل هؤلاء الأطفال داخل أسرهم ووسط قرنائهم من داخل الأسرة وخارجها. كذلك لاحظت الباحثة من خلال إطلاعها على هذه الدراسات المقدمة في هذا المجال مدى معاناة الأم في تحمل هذه المسؤولية بمفردها، في غياب الأب لأي سبب من الأسباب، كما وأن تعليمها قد يؤثر على تفهمها وتقبلها لهذا الدور تجاه ابنها المعاق عقليا سلبا وإيجابا. فالأم بحاجة إلى إرشاد نفسي مناسب تشارك فيه مع بقية الأمهات

للاستفادة قدر الإمكان من خبرات بعضهن البعض في تربية وتنشئة أبنائهن المعاقين عقلياً دون الشعور بأي حرج في ما تعانيه، لأنها ليست وحدها في هذه المشكلة. رأت الباحثة أن كل هذه الضغوط ربما لا يخففها إلا برنامج إرشادي يطبق علي هؤلاء الأمهات

الفصل الأول

الإعاقة الذهنية

- تمهيد
- لمحة عن الإعاقة الذهنية
- تعريف الإعاقة الذهنية
 - أ- التعريفات الطبية
 - ب- التعريفات السلوكية
 - ت- التعريف الاجتماعي
 - ث- التعريف التربوي
- تصنيف الإعاقة الذهنية
 - أولا - التصنيف الطبي
 - ثانيا : التصنيف الإكلينيكي
 - ثالثا : التصنيف السيكولوجي
 - رابعا : التصنيف السلوكي
 - خامسا : التصنيف التربوي
- خصائص الأطفال المعاقين عقليا
 - أ- الخصائص الجسمية والحركية والحسية
 - ب- الخصائص العقلية والمعرفية
 - ت- الخصائص اللغوية:
 - ث- الخصائص الاجتماعية
 - ج- الخصائص الانفعالية :
- العوامل المسببة للإعاقة الذهنية
 - أ- اسباب جينية

- ب- أسباب قبل الولادة
- ت- أسباب أثناء الولادة
- ث- أسباب بعد الولادة
- احتياجات الاطفال المعاقين ذهنيا
 - أ- الحاجة إلى الأمن
 - ب- الحاجة الى حرية النمو والارتقاء
 - ت- الحاجة الى الاتصال
 - ث- الحاجة إلى المهارات الاجتماعية
 - ج- احتياجات اجتماعية
- العوامل المؤثرة في علاقات الأسرة نحو طفلها المعاق ذهنيا:
 - أ- حجم الأسرة
 - ب- عامل الجنس
 - ت- الحالة الاجتماعية والاقتصادية
- ردود أفعال الوالدين اتجاه الطفل المعاق ذهنيا في الأسرة
- تشخيص الإعاقة الذهنية
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تقع الإعاقة العقلية ضمن اهتمام المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية وغيرهم للتعرف على الإعاقة العقلية من حيث طبيعتها ومسبباتها وطرق والوقاية منها وأفضل السبل لرعاية الأشخاص المعاقين عقليا. ولم يتوقف الأمر عند ذلك , فقد استدعى التوسع الكبير في الخدمات المقدمة للمعاقين عقليا وتنوع تلك الخدمات قيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من تلك الخدمات وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة ، فرغم التقدم و التطور العلمي الذي وصل اليه العالم فمشكلة الاعاقة بكل اشكالها مازالت اكثر المشكلات التي يهتم بها العلماء, فتعد الإعاقة الذهنية (**Mental Retardation**) واحدة من أولى الإعاقات الرئيسية التي عرفتھا المجتمعات البشرية، وقدمت لها الرعاية الخاصة .

لمحة عن الإعاقة الذهنية : مر مفهوم الإعاقة الذهنية بالعديد من المراحل وقد اختلفت الدراسات والبحوث في تقسيمها وقد أشارت سي بشير(2017) إلى ثلاث مراحل تطورية تمثلت في :

1- **المرحلة الوصفية:** تم التصنيف فيها استنادا للأعراض ومن أعلام هذه المرحلة بنيل Pinel الذي لم يميز بين الهته *Idiotisme* والجنون والخبل، ثم ظهرت كتابات أسكيلول Esquirol عام 1818 للتمييز بين التخلف العقلي والجنون، وتلتها اسهامات فوزان وموريل Morel & Voisin بخصوص الأشكال الأقل عمقا من التخلف العقلي. وظهر اهتمام مشابه في سويسرا من خلال أعمال بستالوزي Pestalozzi وفي ألمانيا من خلال أعمال فروبل Fröbel مما قاد إلى ظهور مفاهيم جديدة أخرى مثل الضعف العقلي *Débilite mentale* كشكل خاص من التخلف العقلي والالتهابات الدماغية *Inflammations cérébrales* كمظهر سببي للتخلف العقلي.

2- **المرحلة الاجتماعية والتربوية:** تتميز هذه المرحلة بالاهتمام بالفرد و الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه وقد تجلى هذا الاهتمام من خلال أعمال سيمون وبينيه Simon & Binet عام 1905، التي هدفت أساسا إلى التعرف على الأطفال المتأخرين وقياس نسبة هذا التأخر بالسنوات عن طريق المقاييس الأولى للتطور الذهني بالإضافة إلى أعمال تريديغولد Tredgold في إنجلترا التي أكدت أن مفهوم الذكاء يعني التكيف الاجتماعي.

3- المرحلة التجريبية: اتسمت هذه المرحلة، بظهور مقاييس الذكاء لبينييه وسيمون Binet & Simon التي ميزت بين الأفراد. وخلال المرحلتين الثانية والثالثة ظهرت مفاهيم عديدة مرتبطة بالتخلف العقلي مثل العجز العقلي، والحالات الحدية والزممل Syndromes الخاصة بالذهان المبكر. وهكذا أصبح التخلف العقلي يشير إلى مجموعات من الزمل بعد أن كان يدعى من قبل اسكيروول Esquirol بالعته عن نوع من الانحلال في الخلايا. ومع بداية القرن العشرين أصبح التخلف العقلي يتحدد استناداً إلى بعدين أساسيين هما: المستوى الذهني، والتكيف الاجتماعي. (سي بشير كريمة، التخلف العقلي، 2017، ص ص 5-6)

تعريف الإعاقة الذهنية: مر تعريف الإعاقة الذهنية بتطورات كثيرة وبمراحل عديدة وسوف يظل في حالة تطور مستمر وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة ولذلك اختلفت مفاهيمها باختلاف الميادين والتخصصات فيستخدم مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته، وإن كان التراث السيكولوجي قد تضمن العديد من المصطلحات التي استخدمت سواء للدلالة على الظاهرة ككل، من أمثال الضعف العقلي Mental Deficiency، والإعاقة العقلية Mental Handicap والمستوى دون العادي Mental Subnormality وانعدام العقل أو قصور نموه Amentia، صغر العقل أو قلته Oligophrenia، للدلالة على فئة بعينها من فئات التخلف العقلي ودرجاته كالمورون Moron، أو ضعيف العقل Feeble-Mindedness، والبله Imbecile والمعته Idiot وهي ما كانت تستخدم سابقاً في تعريفهم (المطلب القريطي، 2001، ص 209)، كما استخدمت مصطلحات أخرى كالمتأخرين عقلياً ونوى الاحتياجات الخاصة للدلالة عليهم أيضاً. ورغم تباين وجهات النظر فيما يتعلق بالمصطلحات فإن الباحثة تفضل استخدام مصطلح الإعاقة الذهنية نظراً لأنه المصطلح الأكثر شيوعاً وحدائثاً في البيئتين العربية والأجنبية، كما أنه مصطلح يعبر بدقة عن واقع وخصائص تلك الفئة من الأطفال من الناحية العقلية والاجتماعية والتعليمية. ولم يقتصر الأمر على تعدد المصطلحات، بل امتد إلى التباين والاختلاف في التعريفات التي تناولت الإعاقة، ويرجع هذا التباين إلى الاختلاف في الخلفيات العلمية، وإلى المجال الذي يُنظر من خلاله لهذه المشكلة، فوجهة نظر الأطباء إليها تختلف عن وجهة نظر علماء النفس وكذلك عن وجهة نظر التربويين وعلماء الاجتماع، ونظراً لهذا التباين في التعريفات فقد ظهرت

عدة تصنيفات للإعاقة الذهنية ودرجاتها تبعاً لهذه التعريفات. وسوف تعرض الباحثة لأهم هذه الاتجاهات في المفهوم ، ثم يُتبع ذلك بأهم التصنيفات التي تناولت فئات ودرجات الإعاقة ، وذلك كما يلي:

أ - **التعريفات الطبية:** تُعد التعريفات الطبية من أقدم التعريفات التي تناولت ظاهرة التخلف العقلي حيث اهتم الأطباء في وقت مبكر بأساليب الكشف والتعرف على مشكلة الإعاقة الذهنية. وينظر إليها في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها (عادل عبد الله، 2002، ص398) ومن أشهر هذه التعريفات تعريف تردجولد Tredgold (1937) حيث يعرف التخلف العقلي بأنه حالة من عدم اكتمال النمو العقلي، تجعل الشخص لا يستطيع أن يكيف نفسه مع مطالب البيئة التي يعيش فيها، ويحتاج إلى مساعدة الآخرين (كمال مرسي، 1999، ص19) ويعرفه Benoit (1959) على أنه ضعف في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل أو محددات داخلية في الفرد ، أو عن عوامل خارجية ، بحيث تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي، ومن ثم تؤدي إلى نقص في القدرة العامة للنمو وفي التكامل الإدراكي والفهم ، وبالتالي في التكيف مع البيئة، وهذا التعريف العصبي السيكولوجي يعد أشمل من التعريفات السابقة في بيان العوامل المسببة، ومظاهر التخلف العقلي بصورة تسمح بالملاحظة والتجريب، وتتفق تلك التعريفات الطبية في التنبيه إلى أهمية الوراثة أو الإصابة العضوية التي تؤثر بدورها في الذكاء والقدرات أو الإدراك أو التوافق الاجتماعي (فاروق صادق، 1982، ص ص7-8)

وأخيراً تعرفه الجمعية الأمريكية الطبية النفسية (1975) بأنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة، 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 النامي قد يظهر أساساً في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط معتاد على العواطف، أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي (محمد محروس الشناوي، 1997 ، ص36) .

ب - **التعريفات السلوكية :** اعتمدت تلك التعريفات في نظرتها للإعاقة على أبعاد متعددة كالقدرة العقلية ، والكفاءة والصلاحية الاجتماعية ، وعلى المظاهر السلوكية ، والسلوك

التكيفي للأطفال المعاقين عقلياً ومن ثم ظهرت تعريفات عديدة ومتداخلة فيما بينها ، إلا أنه قد ظهر بعض التشابه والاتفاق بينها ، رغم وجود بعض التباينات فيما بينها. ويعد تعريف (Heber 1959) من أوائل التعريفات التي ظهرت للتخلف العقلي واعتمدت عليه تعريفات أخرى فيما بعد، ويعرف هيبير التخلف العقلي بأنه حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط تبدأ أثناء فترة النمو، ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد، والجدير بالذكر أن هيبير استخدم مصطلح التخلف العقلي كبديل لكل المصطلحات الأخرى التي ظهرت وتجمعت تاريخياً، كما يحدد هيبير المصطلحات المستخدمة في التعريف كالاتي:

- **مستوى وظيفي عقلي عام**: ويقاس بواسطة اختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة)
- **دون المتوسط**: يعبر عن مستوى أداء يقل عن مستوى أداء العاديين بمقدار انحرافين معياريين إذا قيس الأداء على اختبار من اختبارات القدرة العقلية العامة.
- **أثناء فترة النمو**: حيث يقترح هيبير سن 16 سنة إلى 18 سنة كمعيار لنهاية فترة النمو العقلي.
- **السلوك التكيفي**: يعرف "هيبير" السلوك التكيفي على أنه كفاءة الفرد في التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته، وقد يكون القصور في السلوك التكيفي في النضج، والقدرة على التعلم، والتكيف الاجتماعي (فاروق صادق، 1982، صص 12-13)
- ويعرف زهران (1990) التخلف العقلي بأنه " حالة نقص أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية ، أو مرضية، أو بيئية، تؤثر على الجهاز العصبي للفرد، مما يؤدي إلى نقص الذكاء، وتوضح آثاره في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج ، والتعليم ، والتوافق النفسي والاجتماعي ، والمهني، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين. حامد زهران (1990 ، ص466)
- وقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A) American Association Psychiatric في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض والاضطرابات

العقلية DSM – IV (1994) ضرورة استيفاء المحكات التالية كمحكات أساسية لتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلي وهي:

- أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة الذكاء 70 أو أقل على اختبار ذكاء يطبق فردياً.
- عيوب أو قصور في السلوك التكيفي الراهن أي كفاءة الشخص في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في عمره أو جماعته الثقافية في اثنين على الأقل من المجالات التالية: التواصل، استخدام إمكانات المجتمع، التوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الفراغ، والصحة والسلامة
- يحدث ذلك خلال فترة النمو أي قبل سن 18 سنة.

كما تصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي أيضا التخلف العقلي بناءً على درجة شدته إلى تخلف عقلي بسيط ومتوسط، وشديد، وشديد جداً، وهو ما سيتم توضيحه فيما بعد (American Psychiatric Association, 1994,p40- 46)

والملاحظ من التعريفات السابقة أنها جميعاً تؤكد على ضرورة وجود قصور في السلوك التكيفي إلى جانب انخفاض في القدرة العقلية العامة ، ولا بد أن يجتمعا خلال فترة النمو. ورغم تعدد تعريفات الإعاقة العقلية واختلافها طبقاً لخلفية وتخصص القائم بالتعريف ، إلا أنها تتفق جميعاً على أن هذه الحالة تتطوي على نقص في معدل النمو العقلي، قد يحدث قبل الولادة أو بعدها ، وخلال فترة النمو(حتى 18 سنة) ، مما يؤدي إلى تدني مستوى القدرة العقلية العامة للفرد ، ويحول ذلك دون قدرته على القيام بمهام الحياة اليومية بصورة تماثل أقرانه في نفس العمر الزمني (عبد العزيز الشخص، 1997، ص ص 177 – 178) .

ت-التعريف الاجتماعي : يتم تعريفه في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المعاق ذهنياً حيث يعد غير كفء اجتماعياً ومهنياً ودون نظيره السوي في القدرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة منذ الميلاد أو في سن مبكرة من النمو وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد . وهي حالة غير قابلة للشفاء التام ، وتتسم بقصور واضح في الأداء الوظيفي . ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية (عادل عبد الله، 2004 ، 72)

ج-التعريف التربوي: تركز التعريفات التربوية على مدى القصور في القدرة على التعلم والقدرة على التحصيل الدراسي، بالإضافة إلى القدرة على التوافق الاجتماعي في بيئة المدرسة ، وقد وردت تعريفات عدة للإعاقة من الناحية التربوية ، فقد عرفت إنجاز Ingram (1953) الطفل المعاق عقلياً بأنه الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي ، وتقع نسبة ذكائه بين (50 - 75)، وتطلق إنجاز على هذا الطفل مصطلح بطئ التعلم، ويتضح من هذا التعريف أنه لا يصلح إلا لفئة واحدة من فئات المتخلفين عقلياً ، ويهمل الفئات الأخرى (علا عبد الباقي، 2000، 29) . كما يعرف كيرك Kirk (1972) الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم بأنه الطفل الذي يكون بسبب بطء نموه العقلي غير قادر على الاستفادة لأي درجة كبيرة من برنامج المدارس العادية ، ولكن لديه طاقات النمو الآتية:

- تعليم بسيط في القراءة والكتابة ، والتهجي ، والحساب ، وغيرها.
- إمكانية التوافق الاجتماعي للدرجة التي يمكن أن يمضي فيها في المجتمع بالاعتماد على نفسه
- ملائمة مهنية في الحدود الدنيا تمكنه فيما بعد أن يعول نفسه ، ولو بشكل جزئي ، أو كلي ، أو في مستوى هامشي.

ويشير اصطلاح القابلية للتعلم (Educability) إلى مستوى أدنى من التعلم في المجالات الأكاديمية ، والاجتماعية ، والمهنية (محمد محروس الشناوى، 1997، ص38) كما تعرف زينب شقير(2002، ص250) الطفل المتخلف عقلياً تربوياً بأنه " ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي ، وفي نفس العمر الزمني، وتقع نسبة ذكائه بين (50 - 55) إلى (75 - 70) ونشير إلى أن معظم التعريفات اعتمدت على مقاييس القدرة العقلية عند (ألفرد بينيه ووكلسر) كما تعتمد على معامل الذكاء ، كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وقد اعتبر الأفراد التي تقل نسبة ذكائهم عن 75 معوقون عقلياً (سعيد العزه، 2001، ص19) و يعرف (ديان و آخرون، 2000) الإعاقة العقلية بأنه " مصطلح يشير إلي أداء عقلي أقل من المتوسط بدرجة دالة ، ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي ويظهر في الفترة النمائية مما

يؤثر علي أداء الطفل التعليمي (ديان برادلي و آخرون، 2000، ص67) .وبناءً على ذلك توجد ثلاث مستويات لتقسيم المعاقين عقلياً من المنظور التربوي وهي:

- المعاقون عقلياً القابلون للتعليم : وتتراوح نسب ذكائهم أقل (55.75)
- المعاقون عقلياً القابلون للتدريب : وتتراوح نسب ذكائهم بين (40.55)
- المعاقون عقلياً غير القابلين للتعليم أو التدريب : وتتراوح نسب ذكائهم بين (40.50)

وبذلك نلاحظ أن كل منظور يركز على وجود انخفاض واضح في القدرة العقلية العامة للطفل إلى جانب وجود قصور مصاحب في سلوكه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو والتي سنوضح أنها تمتد حتى سن الثامنة عشر ، أي أن تلك الشروط الثلاثة التي أشرنا إليها من قبل ينبغي أن تنطبق تماماً على الطفل حتى مع اختلاف المعيار المستخدم ، أو المنظور الذي نحكم على الطفل من خلاله وفي ضوءه . وبذلك فإن الاكتفاء بمقياس الذكاء فقط في التشخيص كما يحدث عندنا في مصر لا يمكن مطلقاً أن يكون صحيحاً، حيث لا بد من تطبيق مقياس للسلوك التكيفي أيضاً (عادل عبد الله ، 2004 ، ص 75)

تصنيف الإعاقة الذهنية:

تتعدد فئات الإعاقة العقلية تبعاً لتعدد أبعادها وتعدد الأسباب المؤدية، إليها وتعدد المظاهر المميزة لحالات الإعاقة العقلية، والتي تختلف بدورها تبعاً لدرجة الإعاقة، ووقت حدوثها . ولا مجال هنا لتناول كل هذه التصنيفات بالتفصيل، ولكن يكون من المناسب الحديث عن التصنيف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهو التصنيف الوثيق الصلة بموضوع الدراسة، إذ يسمى أحياناً باسمها، حيث تصنف حالات الإعاقة العقلية حسب متغيري درجة الذكاء والسلوك التكيفي (Adaptive behavior & IQ) معاً، وذلك لأهمية كل من متغيري نسبة الذكاء والسلوك التكيفي في اعتبار الحالة تمثل مستوى من مستويات الإعاقة العقلية، ويشترط أن يكون أداء الطفل واقعاً بين حدود نسبة الذكاء الذي تمثله كل فئة من فئات الإعاقة العقلية، كما يشترط أيضاً أن يكون أداء الطفل ممثلاً لأداء الأطفال العاديين المناظرين له في العمر الزمني على مقياس السلوك التكيفي. (AAMR , 2002) وتتوسع

التصنيفات للإعاقة العقلية تنوعاً كبيراً نظراً للاختلاف الكبير في المستويات الخاصة بالمعاقين عقلياً ومنها مستوى في القدرات العقلية والقدرات النفسية والقدرات الاجتماعية ، كما تختلف طبقاً للتصنيف الذي صنفته على أساسه ، ومن هذه التصنيفات ما يلي:

أولاً. **التصنيف الطبي** : ويقوم على إحدى المحكات التي سوف نستعرضها بشيء من الإيجاز:

أ- التصنيف حسب مصدر الإعاقة : قسم ترييد جولد (Goul 1952) حالات التخلف العقلي إلى : ضعف عقلي أولى- ضعف عقلي يرجع إلى حدوث أخطاء في الجينات - ضعف عقلي يرجع إلى عوامل بيئية "أثناء الحمل أو أثناء الولادة نفسها (نبيه إبراهيم إسماعيل، 2006، صص 71-72).

ب- التصنيف حسب درجة الإصابة : اقترح (كانر) التصنيف التالي:

- تخلف عقلي مطلق (Absolute).

- تخلف عقلي نسبي (relative).

- تخلف عقلي ظاهر (Appearance) (زينب محمود شقير، 1999، صص 108, 109)

ويذكر ليفورت Lefort (2006) أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حددت أربعة فئات طبقاً لشدة الإعاقة البسيطة Mild ، الإعاقة الحادة Profound وذلك على النحو التالي :

- الإعاقة البسيطة (Mild) هي تشير إلى الأفراد الذين يتعلمون ببطء في المدارس ويستطيعون إنجاز المهارات الأكاديمية حتى المستوى السادس تقريباً وقدراتهم المهنية والاجتماعية تسمح لهم بالعمل والحياة باستقلالية مع قدر بسيط من المساندة والمتابعة.

- الإعاقة المتوسطة (Moderate) هي تشير إلى الأفراد الذين ينخفض مستوى مهاراتهم الأكاديمية إلى الصف الثاني على الأكثر وهم قابلون للتدريب على المهارات الحياتية والتكيف الاجتماعي ويحتاجون لأشراف كامل في أعمالهم.

- الإعاقة الشديدة (Severe) هي تشير إلى الأفراد الذين لديهم قدرات تواصلية محدودة ويفهمون المعلومة الأساسية فقط فيما يتعلق بالحروف الأبجدية ، وهم لديهم درجات من العجز البدني مثل صعوبة الحركة أو اضطرابات النطق والكلام ، وتعتمد البرامج التربوية لديهم على اكسابهم المهارات الحياتية والتواصل ، ويحتاجون إلى الإشراف والمتابعة الكاملة في أعمالهم .

- الإعاقة الحادة (Profound) وهي تشير إلى الأفراد الذين يتسمون بدرجة ملحوظة من العجز وفي حاجة مستمرة للتدريب والمساندة والمتابعة والرعاية المركزة في حالة وجود نسب عجز متفاوتة مثل صعوبة الرؤية أو السمع أو الحركة ، ومن ثم يلزمهم مجموعة من المؤهلين لرعايتهم (Lefor , 2006,p11).

أ- التصنيف حسب توقيت الإصابة: يقترح يانيت (Yannet) تقسيماً ثلاثياً لحالات التخلف العقلي بسبب توقيت حدوث الإصابة إلى فئات ثلاث وهي كالتالي:

- تخلف عقلي يحدث في مرحلة قبل الولادة : تعرض الجنين للاختناق .
- تخلف عقلي يحدث أثناء الولادة : يتمثل في حالات إصابات تعرض لها الجنين كالإختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة (الشفط) .
- تخلف عقلي يحدث بعد الولادة: كتعرض الفرد لبعض الأمراض كالتهابات السحائيه ، وإصابات المخ نتيجة التسمم بالرصاص (طارق عبد الرؤوف، ربيع عبد الرؤوف، 2006، صص 150-151).

د- التصنيف حسب أسباب الإعاقة: قدمت تصنيفات عديدة للإعاقة تبعا لأسباب الإعاقة، إلا أننا نقترص على تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي المكون من عشرة فئات ، والذي عرضه عبد العزيز السيد الشخص (2007، صص 73-74) على النحو التالي:

- إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض معدية (Inflection Disease) مثل الحصبة الألمانية ، الزهري، وعلى وجه الخصوص إذا كانت الإصابة في الشهور الأولى من الحمل.

- إعاقة ناشئة عن التسمم (Intoxia disease) مثل إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أول أكسيد الكربون.
 - إعاقة ناشئة عن أمراض ناتجة عن إصابات بدنية (Physical Trauma) مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها لأي سبب من الأسباب.
 - إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض اضطراب التمثيل الغذائي (Matabolism Disease) مثل حالات الفينيل كيتونيوريا (Pkenylketonouria) وغيرها .
 - إعاقة عقلية ناشئة عن خلل الكروموزومات مثل متلازمة داون .
 - إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض تتجم من أورام مثل الدرن .
 - إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض غير معروفة السبب تحدث قبل الولادة .
 - إعاقة ناشئة عن اضطرابات عقلية مثل التوحد .
 - إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض غير معروفة السبب تحدث بعد الولادة .
 - إعاقة عقلية ناشئة عن أسباب غير عضوية مثل العوامل الأسرية والثقافية كالحرمان الثقافي أو البيئي .
- ثانياً : التصنيف الإكلينيكي:** تشير فيوليت فؤاد إبراهيم (2005، ص46) إلى أهم تلك الأنماط الإكلينيكية في هذا التصنيف للمعاقين عقلياً، وذلك على النحو التالي:
- المنغولية 'Mongolism' وتسمى أيضاً أعراض داون 'Dawn's Syndrome'
 - استسقاء الدماغ 'Hydrocephuly'
 - صغر الجمجمة 'Microcephaly'
 - القماءة أو القصاع 'Cretinism'
 - حالات اضطراب التمثيل الغذائي (RKU)
 - حالات العامل الرايزيسي في الدم 'Rehesus' (RH- Factor)

- حالات الصرع 'Epilepsy' .

- حالات التصلب الحدبي الدوني 'S Taberams' .

- حالات الشلل السحائي 'Cerbral Palsy' .

ثالثاً : التصنيف السيكولوجي: (Psychological classification) : و يصنف المعاقين

عقلياً في ضوء نسبة الذكاء على النحو التالي:

- المعتوه (Idiot) : يمثل المعتوه أشد درجات التخلف العقلي بحيث تقل نسبة ذكاء المعتوه عن (25) وتبلغ نسبتهم حوالي (5%) من مجموع ضعاف العقول ولا يتجاوز العمر العقلي بلى حال عن (3) سنوات ، والمعتوهون لا يستطيعون القراءة والكتابة والمعتوه لا يستطيع حماية نفسه أو حياته من الأخطار ، وقد لا يأكلون إن لم يوضع لهم الطعام في أفواههم. وبالتالي يحتاج المعتوه إلى رعاية كاملة من الآخرين لأن لديه نقصاً أو تؤخراً في التكوين الجسمي وتلفاً كبيراً في المخ ولذلك لا يعمرن طويلاً وأغلبهم يموتون صغاراً (عصام نور سريه، 2006، ص18).

- الأبله (Imbecile) : وتتراوح نسبة ذكاء البلهاء بين (25-50) درجه أى لا يزيد مستواهم العقلي من ذكاء الطفل العادي في سن السابعة، ولا تستطيع فيه تعلم القراءة، ويفتقر البلهاء إلى القدرة على العناية بأنفسهم أو الإنتفاع من التعليم المدرسى ، ومن الممكن تعليمهم كيف يرتدون ملابسهم بأنفسهم من بعض المخاطر، وبالتمرين يمكن تأهيلهم لبعض الأعمال البسيطة مثل الكنس وتنظيف الأرض والأحذية وغسل الملابس ، كما يمكن اكسابهم عادات النظافة والنظام وآداب السلوك (أشرف محمد ،2000، ص33).

- المأفون أو المورون (moron) : تبلغ نسبتهم حوالي (75%) من ضعاف العقول وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70) ويتراوح عمرهم العقلي في أقصاه من (7-10) سنوات ومن صفاته أنه يستطيع الإعتماد على ذاته في كسب عيشه ، من خلال عمل وحرفه بسيطة تتناسب وضعه وظروفه ويستطيع الحفاظ على حياته، ولديه نوع من الإنسجام والتوافق الاجتماعي المعقول نسبياً ، ولديه بعض النقائص الجسمية والفسولوجية الطفيفة، وتستطيع هذه الفئة تعلم القراءة والكتابة ولكنها لا تستطيع التحصيل الدراسي في

الفصول العادية بل تحتاج إلى فصول أو مدارس خاصة. وقد شاع استخدام هذا التصنيف حتى الخمسينات ولكن بعد إجراء الكثير من الدراسات العلمية في ميدان التخلف العقلي تغيرت بعض المفاهيم العلمية لتضمنها لمعاني غير مقبولة من الناحية الاجتماعية فتغيرت هذه المصطلحات السابقة. (نجوى غراب ، 1999، ص 24).

رابعاً : **التصنيف السلوكي (behavioriste Classification)** : اعتمدت التصنيفات السلوكية على أبعاد ومحاور متعددة كنسبة الذكاء (التصنيف السيكولوجي) والسلوك التكيفي (التصنيف الاجتماعي) وقد تعتمد على الجمع بينهما كما سيتضح فيما بعد ، وتعتمد درجة شدة الإعاقة العقلية على نسبة الذكاء كمحك أساسي نذكر :

أ- **التصنيف حسب نسبة الذكاء** : تعتمد فكرة التقسيمات السيكولوجية على استخدام نسبة الذكاء (كما تقيسها اختبارات الذكاء المقننة) كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة ، فمن المعروف أن الأفراد يتوزعون حسب الذكاء توزيعاً اعتدالياً بين الناس ، وأن الفرد متوسط الذكاء يحصل على 100 درجة على اختبار ذكاء مقنن مثل اختبار بينيه ، ومن المعروف أيضاً أن معظم الناس تقع نسب ذكائهم في وسط المنحنى الاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء ، بينما تقع فئة المتخلفين عقلياً على الطرف الأدنى للتوزيع ، ويوضح الشكل التالي منحنى التوزيع النظري لنسبة الذكاء (فاروق صادق، 1982، ص 81)

ومن أبرز التصنيفات تبعاً لنسبة الذكاء التصنيفات السلوكية الرباعية التي تقسم التخلف العقلي إلى أربعة مستويات ، وأشهرها التصنيف الذي اقترحه جروسمان (Grossman, 1983) وتبينته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي فقد اعتبر أن حالات التخلف العقلي هي الحالات التي ينخفض أدائها الذهني العام عن المتوسط بانحرافين معياريين على الأقل ، وهو الأمر الذي ضيق حدود التخلف فأصبحت تقع تحت (70) درجة على مقياس وكسلر ، وتحت (68) على مقياس ستانفورد - بينيه وتكون نسب الذكاء في مجموعات هذا

التصنيف على النحو التالي : (محمد محروس الشناوي، 1997 ،ص 61 - 62) (كمال مرسى، 1999 ، ص 28)

جدول (1) فئات التخلف العقلي طبقاً لنسبة الذكاء (الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي : جروسمان (1973,1977, 1983)

نسبة الذكاء.I.Q.	
مقياس ستانفورد بينيه انحراف معياري = 16	// مقياس وكسلر انحراف معياري = 15
التخلف البسيط	65-55
التخلف المتوسط	40 - 54
التخلف الشديد	25 - 39
التخلف العميق	19 فأقل
	52 - 67
	36 - 51
	20 - 35
	24 فأقل

ونسبة ذكاء هذه الفئة 25 درجة فما دون ، لديهم قدرة محدودة على فهم التعليمات والاستجابة لها ، وهم مقيدون بدرجة كبيرة في الحركة ، يصاحب الإعاقة العقلية الشديدة جداً تدهور في الحالة الصحية ، والتأزر الحركي ، وقصور في الاستعداد اللازم للكلام واللغة ، ولديهم عجز في الكفاءة الشخصية والاجتماعية ، ويحتاج هؤلاء إلى رعاية وإشراف مستمرين لرعاية حاجاتهم الشخصية (يحيى، 2006)

ب - التصنيف حسب السلوك التكيفي (الاجتماعي) : السلوك التكيفي يشير إلى درجة الفاعلية التي يحقق بها الفرد غايته الذاتية ، ويستجيب بها لمسئوليته الاجتماعية المتوقعة منه وفقاً لعمره الزمني ونوع وطبيعة الجماعة التي ينتمي إليها (شاكر قنديل، 1996، 228)

ويصنف التخلف العقلي وفقاً للتصنيف الاجتماعي إلى أربع فئات على أساس درجة كل فئة في مقياس السلوك التكيفي وهي:

- فئة الإعاقة العقلية البسيطة :وتتصدر نسب التكيف لأفرادها ما بين (71-84)
- فئة الإعاقة العقلية المتوسطة : وتتصدر نسب التكيف لأفرادها ما بين (70-85)
- فئة الإعاقة العقلية الشديدة : وتتصدر نسب التكيف لأفرادها ما بين (57- 45)
- فئة الإعاقة العقلية الحادة : وتصل نسب التكيف لأفرادها ما بين 44 فأقل (عبد العزيز الشخص ،1997،ص179) ويتضح من ذلك أن هناك قصور في السلوك التكيفي لدى فئات الإعاقة العقلية الأربعة ، إلا أن مستوى هذا القصور يتفاوت من فئة لأخرى كما هو واضح. وبناءً على ما سبق يتضح أن هناك اهتمام بتحديد وتصنيف الفئات المختلفة للإعاقة ؛ حتى يتسنى تقديم برامج الرعاية المناسبة لكل فئة على حدة بما يتناسب مع قدراتها وإمكاناتها، وعلى ضوء ما سبق أيضاً ، تقدم الباحثة عرضاً موجزاً لأهم فئات الإعاقة الذهنية وهي:

التخلف العقلي البسيط (الخفيف) Mild Mental Retardation :

تمثل هذه الفئة حوالي 85 ٪ من إجمالي الأطفال المتخلفين عقلياً الذين يحصلون على نسبة ذكاء أقل من 70 درجة بشكل عام وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين 55- 50 الى 70 ومع أن هؤلاء الأطفال يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء ، إلا أنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام أو اللغة عامة ؛ لقضاء متطلبات حياتهم اليومية، ويصبح بإمكانهم إجراء الحوارات البسيطة مع الآخرين، كما يمكن أن يكتسب أغلب أفراد هذه الفئة الاستقلال في رعاية الذات ، بما يتطلبه ذلك من مهارات تناول الطعام ، وارتداء الملابس، والتحكم في عملية الإخراج على سبيل المثال إلى جانب بعض المهارات المهنية ، والمهارات اللازمة لأداء الأدوار الأسرية ، والأعمال المنزلية البسيطة ، وذلك على الرغم من أن معدل نموهم يكون أقل بكثير من أقرانهم العاديين، وتتمثل الصعوبات الرئيسية لهم في مهام الدراسة الأكاديمية ، إلى جانب بعض المشكلات السلوكية ، والانفعالية ، والاجتماعية (عادل عبد الله ،2002،ص410) ويتوقف النمو العقلي لدى هذه الفئة عند مستوى النمو العقلي لطفل عادي في سن من (7 - 11سنة) تقريباً، وتعاني تلك الفئة من عيوب كثيرة في النطق، ومن أكثرها

شيوياً الخننه وإبدال الحروف ، وعدم وضوح مخارجها، وتتجح معظم حالات التخلف الخفيف في تحمل مسؤولياتها تجاه نفسها وتجاه أسرها، إذا وجدت الرعاية المناسبة في سن مبكرة ، ولكنها تظل في حاجة إلى إرشاد وتوجيه الآخرين مدى الحياة، لأن نضوجها الاجتماعي لا يصل إلى مستوى ال ارشد التام، مما يجعلها عرضة لأن يسوء توافقها إذا لم تجد من يرشدها ويساعدها على علاج مشاكلها اليومية في البيت والعمل ومع المجتمع (كمال مرسي: 1999، 32-33)

التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental Retardation : تمثل هذه الفئة حوالي 10% من إجمالي الأطفال المعاقين عقلياً الذين يحصلون على مستوى ذكاء أقل من 70 درجة على مقياس ذكاء مقنن ، وتتراوح نسبة ذكائهم بين 35-40 الى 50-55 وقد يكون لدى هؤلاء الأشخاص المعاقين عقلياً تخلفاً متوسطاً قصور ، أو أشكال عجز بدنية ، وعيوب عصبية تعوق المهارات الحركية كالقبض على الأشياء ، وإمساكها ، والعدو ، والتسلق ، وغيرها ويتوقف (Davison & Neale, 1998,p426) النمو العقلي لأطفال هذه الفئة عند مستوى النمو العقلي لطفل عادي في سن (3 - 7) سنوات ، ومن الصفات الإكلينيكية لهم أنهم يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار الطبيعية ، ويتعرفون على الأشياء باستعمالاتها، ويسمونها ، كما يتعرفون على إخوانهم وأقاربهم ، كما أنهم يستطيعون التنقل في البيئة التي تحيط بمنزلهم ، ويتأخر اكتسابهم للعادات الأساسية ، ويتأخرون أيضاً في النطق والمشى ، ويعانون من صعوبات في النطق، ومن ضعف في الحصيلة اللغوية، ولكنهم يستطيعون اكتساب السلوك المقبول في مواقف التغذية والنظافة، وارتداء الملابس ، وضبط عمليات الإخراج إذا توافرت لهم برامج التدريب الاجتماعي المناسبة (كمال مرسي،1999،ص 31-32).وبالنسبة لقدراتهم على تعلم المهارات الاجتماعية ، والحركية ، والكلامية ، فإنها تكون ضعيفة قبل سن المدرسة الابتدائية، ولكن بالتدريب والإشراف تتحسن هذه المهارات بعض الشيء خاصة كلما تقدم بهم العمر (محمود حمودة ،1998،ص83) حيث توفر البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال فرصاً لتطوير إمكاناتهم المحدودة ، ولاكتساب بعض المهارات الأساسية، كما يستطيعون بعد ذلك أن يؤديوا عملاً تطبيقياً بسيطاً إذا كانت المهام محددة بعناية وإذا توفر إشراف ماهر ، ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً حياتياً كاملاً

عندما يكبرون، إلا أن الأغلبية منهم تبدي دلائل على النماء الاجتماعي من خلال قدراتهم على التواصل والتفاهم مع الآخرين ، والاشتراك في نشاطات اجتماعية بسيطة (منظمة الصحة العالمية،1999،ص ص 240-241)

التخلف العقلي الشديد Severe Mental Retardation: تمثل هذه الفئة حوالي (3;4%) من إجمالي الأطفال المعاقين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء أفرادها ما بين (20;25) الى (35; 40) درجة على مقياس ذكاء مقنن، وعادة ما يكون لدى هذه الفئة أمراضاً بدنية وعيوب وراثية حيث ترجع الإعاقة في الغالب إلى سبب عضوي (Wilson et al,1996,p488) وعادة ما يتوقف النمو العقلي لأفراد هذه الفئة عند مستوى طفل في سن أقل من ثلاث سنوات، وتحتاج حالات التخلف العقلي الشديد إلى رعاية مباشرة من الآخرين مدى الحياة لأن نموها العقلي لا يصل إلى المستوى الذي يمكنها من تحمل مسؤولياتها نحو نفسها (كمال مرسي،1999،ص31)

وتظهر لدى أطفال هذه الفئة مشكلات واضحة في الطول والوزن وشكل الرأس والمهارات الحركية العامة كالمشي بالإضافة إلى صعوبة بالغة في المهارات الحركية الدقيقة، كما تظهر لدى هذه الفئة أمراض مصاحبة ، ومشكلات حسية سمعية أو بصرية، كما أن لديهم مشكلات في السلوك التكيفي حيث يجدون صعوبة في أداء مهارات الحياة اليومية ، والمهارات الاستقلالية ، واللغوية، كما يصعب تعليم هؤلاء الأطفال أية مهارات أكاديمية بسبب تدني قدراتهم العقلية ، وغالبا ما يكون المكان الطبيعي لأطفال هذه الفئة مراكز الإقامة الكاملة وذلك بسبب حاجتهم للرعاية المباشرة (فاروق الروسان،1999،ص ص 60-61) وبذلك فإن هذه الفئة عادة ما تجد صعوبات كبيرة في التكيف مع البيئة المحيطة بها.

التخلف العقلي العميق (الشديد جدا) Profound Mental Retardation : تمثل هذه الفئة حوالي 1 إلى 2 % من إجمالي الأطفال المتخلفين عقليا وتكون نسبة ذكاء أفرادها 20 – 25 درجة فأقل مما يتطلب إشرافا كلياً وشاملاً ورعاية دقيقة لجميع أوجه حياتهم (Wilson, 1996,p488) وأغلب الأفراد في هذه الفئة لا يستطيعون الحركة، ويكونون محدودين بشدة في حركتهم، وغير قادرين على التحكم في التبرز والتبول، وفي أحسن الأحوال لا يقدرّون إلا على أشكال بدائية جداً من التواصل غير اللفظي ، وتكون قدرتهم

على العناية باحتياجاتهم الأساسية قليلة جداً أو منعدمة، وهم يحتاجون إلى مساعدة ومتابعة دائمة (منظمة الصحة العالمية: 1999، 242) ويمكن التعرف على سبب عضوي للإعاقة في هذه الفئة أيضاً، كما تشيع أشكال العجز الشديدة التي تؤثر على عمل الحواس، إلى جانب شيوع بعض الاضطرابات النمائية وغير النمائية (عادل عبد الله، 2002، ص411)

خمساً : التصنيف التربوي Educational Classification : يعتمد هذا التصنيف على معدلات الذكاء بالإضافة إلى تقسيم فئات التخلف العقلي طبقاً لقدرة كل فئة على التحصيل والتعلم الدراسي، كما يعتمد أيضاً على شكل البرامج التربوية التي تُقدم لكل فئة من هذه الفئات، وفي ضوء ذلك يمكن تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً إلى الفئات التالية

- **المعاقون عقلياً القابلون للتعليم Educable** : غالباً لا يستطيع ألفرد هذه الفئة البدء في اكتساب مهارات القراءة، و الكتابة، و الهجاء، و الحساب قبل سن الثامنة، و ربما الحادية عشر، كما أنهم يتعلمون ببطء، و لا يمكنهم تعلم المواد المقررة في سنة دراسية واحدة مثل العاديين، و عندما ينتهون يكون تحصيلهم مقارباً لمستوي يتراوح بين الصف الثالث، و الخامس الابتدائي كما يتراوح عمرهم العقلي بين (6, 9) سنوات، كما أن لديهم استعدادات للتعلم في المجالات المهنية التي ربما يبلغون فيها حد التفوق، لذا يمكنهم ممارسة بعض الأعمال و الحرف (عبد المطلب القريطي، 2001، ص ص240-241) والقابلون للتعلم هم من لديهم القدرة على الإستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة، فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولاً في تفاعلاتهم مع الآخرين، وأيضاً في تحسن العمليات المعرفية والمهنية لديهم، وتستطيع تلك الفئة الإعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوى مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية، أي المهارات الأولية للتعلم وتتراوح نسب ذكائهم ما بين (50-70) (امال باظة، 2003، ص15).

- **المعاقون عقلياً القابلون للتدريب Trainable** : وهم يقابلون فئة الإعاقة العقلية المتوسطة الذين تتراوح نسب ذكائهم بين 40، 55 والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج

إلى ما يوازي طفل في التاسعة من عمره ، وبالتالي يتم تدريبيه على بعض المهام البسيطة مع تدريبيه على بعض المهارات البسيطة التي تساعد على تلك المهام. عادل عبد الله (2002، ص417)

- **المعاقون عقلياً غير قابلين للتعليم أو التدريب Uneducable or Untrainable** : وهم يقابلون فئتي الإعاقة العقلية الشديدة ، والشديدة جدا ، أو الحادة ، والذين تقل نسب ذكائهم عن (40) في الفئة الأولى وعن 25 في الفئة الثانية ، والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الثالثة من عمره ، عادل عبد الله (2004، ص107) وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم ، أو حمايتهم من الأخطار ، ولذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم ، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة من النواحي الطبية ، والصحية ، والنفسية ، والاجتماعية ، إما داخل مؤسسات خاصة ، أو مراكز علاجية ، أو في محيط أسرهم الطبيعية ، إذا ما توافرت ظروف الرعاية المناسبة (عبد المطلب القريطى، 2001، ص241) وبذلك فإن هذه الفئة لا يمكنها الاستفادة من البرامج التربوية أو التدريبية

خصائص الأطفال المعاقين عقلياً: للأطفال المعاقين عقلياً مجموعة من الخصائص والسمات التي تميزهم عن الأطفال العاديين في مختلف النواحي الجسمية ، والعقلية ، والاجتماعية ، واللغوية ، والانفعالية ، كما أن لكل فئة من فئات التخلف العقلي مجموعة من الخصائص والسمات التي تميزها عن الفئات الأخرى ، فإن معرفة الأطفال المعاقين بشكل عام وخصائص الأطفال المعاقين ذهنياً بشكل خاص يسهم إلى حد كبير في التعرف عليهم وتقدير حاجاتهم والعمل على تلبيتها من خلال إعداد البرامج التربوية والإرشادية المناسبة لهم ، إن الأطفال المعاقين ذهنياً مجموعة غير متجانسة وبينهم فروق فردية في الخصائص والسمات تبعاً للعوامل البيئية أو الوراثية أو شدة ودرجة الإعاقة، إلا أنه وبشكل عام يمكن تصنيف خصائصهم على النحو الآتي:

أ- **الخصائص الجسمية والحركية والحسية** : إن الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم لا يختلفون في مظهرهم الجسمي عن مظهر أقرانهم من الأسوياء لأن القصور الحركي أو القصور في الحواس لديهم طفيف جداً ، فهم يشبهون العاديين إلى حد ما في الطول والوزن

والحركة والصحة العامة ، والنمو الجسمي في الطفولة ، ويكتمل نمو العضلات في الثامنة عشرة ، ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي مثل أقرانهم الأسوياء فيما عدا الحالات التي ترجع الإعاقة فيها إلى إصابات الجهاز العصبي المركزي وما يصاحبه من اضطراب في المهارات الحركية كما أن حالات الإعاقة العقلية تنمو جسمياً مثل العاديين تقريباً في الطفولة ، وتظهر عندها علامات البلوغ الجسمي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة ، ويكتمل نمو العضلات، والعظام ، والطول ، والوزن ، والجنس في حوالي سن الثامنة عشر مثل أقرانهم العاديين ، وهذا يعني أن معظم المعاقين عقلياً من تلك الفئة يصلون إلى الرشد الجسمي ، ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي (كمال مرسي، 1999، ص274) ، فمعظم الأطفال المتخلفون عقلياً في هذه الفئة يبلغون المستوى العادي أو أقل منه بقليل ، وإن كان البعض يرتفع عن المستوى العادي أحياناً ، بمعنى آخر فإن هناك تداخلاً في مستويات الخصائص الجسمية بين المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، وبين الأسوياء (فاروق صادق، 1982، ص222) ، بيد أن حالات التخلف العقلي الشديدة ، والمتوسطة، والعميقة ، يتأخر نموها الجسمي ، والحركي ، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما تصل إليه حالات العاديين (عبد المطلب القريطي، 2001، ص219)

أما فيما يخص المهارات الحركية فإن الأطفال المعاقين عقلياً قد يعانون من مشكلات حركية مختلفة مقارنة بالأطفال غير المتخلفين ، حيث لا تمتلك هذه الفئة المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة التي يمتلكها الأطفال العاديون (جمال الخطيب، 1992، ص13) حيث يعاني المتخلفون عقلياً مع كلما زادت درجة تخلفهم من صعوبات حركية كثيرة، وقصور في الوظائف الحركية كالتوافق العضلي - العصبي، والتآزر البصري الحركي، والتحكم والتوجيه الحركي، وصعوبة في استخدام العضلات الصغيرة، حيث يغلب على خطواتهم البطء، والتثاقل، وعدم الانتظام، كما يصعب عليهم السير في خط مستقيم، كما أنهم سريعوا التعب، والإعياء، وهم أكثر عرضة من أقرانهم العاديين للإصابة بالأمراض ، كما يمكن أن يصابوا بإعاقات حسية مثل الصمم وضعف السمع وضعف الإبصار (عبد المطلب القريطي، 2001، صص 219-220) ، ويتصف النمو الحركي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً بالتباين، وبشكل عام فكلما زادت شدة الإعاقة الذهنية زاد الضعف في الجانب الحركي، ويكون النمو الحركي لدى هؤلاء الأطفال بطيء إلا أنه يسير وفق مبادئ النمو الحركي

العام، كما أن الأطفال المعاقين ذهنياً أكثر عرضة من الأطفال العاديين للمشكلات الصحية والجسمية المختلفة، (فاروق الروسان، 1989)

ويتضح مما سبق، وجود تشابه كبير في الخصائص الجسمية بين الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وبين العاديين، إلا أن هذا التقارب يقل كثيراً في الخصائص الحركية، حيث إن لديهم بعض الصعوبات، وبعض القصور في ذلك الجانب إذا ما قورنوا بالعاديين.

ب- **الخصائص العقلية والمعرفية:** إن الخصائص النمائية المعرفية للأطفال المعاقين ذهنياً هي من أكثر ما يميز هؤلاء الأطفال عن غيرهم، فتعلم الطفل المعاق ذهنياً بطيء وقدرته على التعلم محدودة، كذلك فإنهم يتصفون بسرعة النسيان، وقدرتهم على التركيز متدنية، وقدرتهم على التعميم محدودة، كما أنهم يواجهون صعوبات في نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، علاوة على أن تعلمهم للمهارات التعليمية المجردة صعب للغاية، فهم يتعلمون عن طريق الأشياء المحسوسة وعن طريق العمل والتكرار والتسلسل المنظم (أحمد السيد إسماعيل، 1995). ويتسم الأطفال المعاقون عقلياً بعدد من الخصائص والسمات العقلية التي تميزهم عن الأطفال العاديين وهي:

- **بطء النمو العقلي Slow Mental Growth** : من المعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره، أما الطفل المعاق عقلياً فإنه ينمو بمعدل أبطأ من ذلك، حيث ينمو 9 شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية، وبذلك فإن أقصى عمر عقلي يصل إليه الطفل المعاق عقلياً عندما يبلغ الثامنة عشر هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة، أو الحادية عشرة، أو أقل من ذلك، وإذا كانت هضبة النمو العقلي عند العاديين تظهر في مستوى سن من 16 إلى 18 سنة، فإنها تظهر عند حالات الإعاقة العقلية الخفيفة في مستوى سن 10 أو 11 سنة، وعلى ذلك فإن الأطفال المعاقين عقلياً إعاقة بسيطة يتسمون بنمو معرفي أبطأ بما يؤدي إلى نواحي عجز وقصور متعددة (كمال مرسي، 1999، ص 279)

- **القصور في التفكير Thinking Deficit** : ينمو تفكير الطفل العادي عادة بشكل سوي، وينتقل من مرحلة إلى أخرى، أما تفكير الطفل المعاق عقلياً، فينمو أيضاً ولكن بمعدلات قليلة؛ بسبب قصور ذاكرته، وضعف قدراته على اكتساب المفاهيم، وتكوين الصور الذهنية والحركية، وضآلة حصيلته اللغوية، ويتوقف تفكير هذا الطفل عند مستوى

التفكير العياني ، واستخدام المفاهيم الحسية ، والصور الذهنية ، والحركية، وعادة ما يظهر القصور في التفكير لدى الطفل المتخلف عقلياً في ضعف القدرة العقلية العامة ، وبساطة التفكير في حل المشكلات ، وسطحيته في مواجهة العوائق، كما قد يكون تفكيره غير مناسب لحل المشكلة . (كمال مرسي، 1999، صص 282-283).

- **قصور الانتباه والإدراك Perception and Attention Deficit** : يعاني الأطفال المتخلفون عقلياً من القابلية العالية للتشتت، ومن ضعف المقدرة على الانتباه والتركيز لفترة طويلة، وتزداد درجة ضعف الانتباه كلما ازدادت درجة شدة الإعاقة العقلية، ويترتب على هذه الخاصية ضعف مثيرتهم في المواقف التعليمية، وصعوبة تحديدهم للمثيرات أو الأبعاد المرتبطة بالمهمة المطلوب منهم تعلمها، كما يجدون صعوبة في الاحتفاظ بانتباههم لها لفترة كافية، كما يرتبط بقصور الانتباه لديهم قصور آخر في عمليات الإدراك ، والتمييز للخصائص المميزة للأشياء :كالأشكال والألوان ، والأحجام ، والأوزان ، كما يؤثر قصور الانتباه والإدراك لديهم على طريقة مواجهتهم للمشكلات التي تعترضهم خلال مواقف الحياة اليومية . (عبد المطلب القريطي، 2001، صص 221)

- **قصور الذاكرة Memory Deficit** : يمكن تفسير عيوب الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال المعاقين في ضوء وجود عيوب لديهم في أساليب تكرار أو إعادة المادة التعليمية، فهم لا يميلون تلقائياً إلى تكرار المعلومات التي يحاولون أن يحفظوها، ورغم وجود أوجه القصور هذه فإن الذاكرة قصيرة المدى لدى هؤلاء الأطفال يمكن أن تتحسن على الرغم من أن كمية هذا التحسن ربما يكون محدوداً (محمد محروس الشناوي، 1997، صص 285). فالأطفال المعاقون عقلياً يتعلمون ببطء ، وينسون ما يتعلمون بسرعة، وذلك راجع إلى أنهم يحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير، وهذا المستوى من الذاكرة يحفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط ، لكن لا ينقلها إلى المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظ المعلومات لفترات طويلة . (سهى أمين، 1999، صص 18) وللتغلب على صعوبات التذكر لدى هؤلاء الأطفال ينصح دائماً بتطبيق مبدأ " مزيد من التعلم وهذا يعني أن نكرر الموقف التعليمي أمام الطفل أكثر من مرة ؛ حتى بعد التأكد من استيعاب الطفل لهذا الموقف (علا عبد الباقي، 2000، صص 89)

- قصور التعميم وانتقال أثر التعلم Generalizations & Transfer of learning Deficit

تشير علا عبد الباقي على ضرورة الاعتماد على الأنشطة التعليمية ، وكذلك تنوع هذه الأنشطة، وتعدد أماكن التعلم في البيئة التي يعيش فيها الطفل (علا عبد الباقي، مرجع سابق، ص88)

ويضيف القريطي (2001) انه توجد صعوبات لدى الطفل المعاق عقلياً في تنمية التعميمات ، وفي نقل أثر التعلم من موقف لآخر، كما يواجه صعوبة في استخدام ما سبق تعلمه من قبل من معلومات ومهارات سواء في مواقف جديدة مشابهة لمواقف التعلم السابق ، أو في مواقف مختلفة عن تلك التي سبق له التدريب عليها، وربما يعزي ذلك إلى صعوبة اكتشاف وإدراك أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف، ومحدودية مقدرته ومن ثم لا بد على إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة. (عبد المطلب القريطي، 2001، ص223)

ج- **الخصائص اللغوية:** تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإعاقة الذهنية، ولذلك ليس مستغرباً أن تجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين ذهنياً هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني (فاروق الروسان، 1989) وتعد المشكلات اللغوية من أهم المشكلات الناتجة عن الإعاقة الذهنية ، وترتبط درجة شدة هذه الصعوبات بدرجة الإعاقة ، فالمعاقون عقلياً من الدرجة البسيطة رغم أنهم يتأخرون في النطق ، إلا أنهم يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوي بينما يعاني ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة من صعوبات واضطرابات لغوية مختلفة ، وأهم الصعوبات اللغوية لدى المعاقين عقلياً البطء الملحوظ في النمو اللغوي ، والتأخر في النطق واكتساب قواعد اللغة ، وضحالة المفردات اللغوية وبساطتها ، ولذا فإن مستوى أدائهم اللغوي يكون أقل بكثير منه لدى أقرانهم العاديين في العمر نفسه (عبد المطلب القريطي، 2001، ص220) .

ويشير جمال الخطيب (2003) الى أن التعلم اللغوي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً محدود، وذخيرتهم اللغوية ضعيفة، ولا غرابة في ذلك لأن النمو اللغوي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي، ولذلك يعاني الأطفال المتخلفون ذهنياً من صعوبات ناجمة في فهم التعليمات واستيعاب التوجيهات.

كما تنتشر اضطرابات النطق لدى هؤلاء الأطفال من إبدال ، وتحريف ، وحذف ، وتشيع اضطرابات الصوت حيث نجد الصوت يسير على وتيرة واحدة ، ويتسم بالمنمطية ، وهو صوت مزعج غير سار لدى كثير منهم ، وبصورة عامة ترتبط أيضاً اضطرابات النطق والكلام كما وكيفاً بدرجة التخلف العقلي ، حيث تقل بين أفراد الفئة البسيطة ، وتزداد مع زيادة الإعاقة إلى المتوسطة، ثم الشديدة حتى تضطرب تماماً لدى أفراد فئة الإعاقة العقلية الحادة. (عبد العزيز الشخص، 1997، صص 179 - 180)

د- **الخصائص الاجتماعية :** لا يمكن النظر للخصائص الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً بمعزل عن خصائصهم الجسمية ، والعقلية ، والمعرفية ، واللغوية ، والانفعالية ، بل إن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية وتلك الخصائص حيث إن قدرات المتخلفين عقلياً المنخفضة على التكيف الاجتماعي هي نتاج تلك الخصائص ، وتعد ظاهرة التخلف العقلي في كثير من أبعادها مشكلة اجتماعية ، فالطفل المتخلف عقلياً بقدرته العقلية المحدودة يكون أقل قدرة على التكيف الاجتماعي ، والمواءمة الاجتماعية ، وهو أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية ، وفي تفاعله مع الناس (فاروق صادق، 1982، ص 304)

وقد يتصف المعاق ذهنياً ببعض الصفات الانفعالية والاجتماعية والتي قد تنعكس من خلال قدراته العقلية ، فيواجه الأطفال المعاقون ذهنياً العديد من المشكلات الاجتماعية، فقد يواجهون صعوبات في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة فتصدر عنهم استجابات غير مناسبة، إضافة إلى اتسامهم بقصور في عملية التكيف الاجتماعي مع الآخرين، ومع البيئة المحيطة بهم إذ يلاحظ على الطفل المعاق ذهنياً بشكل عام الانسحاب والتردد والسلوك التكراري والحركة الزائدة، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير فضلاً عن الميل لمن هم أصغر سناً منهم أثناء اللعب (أمل الهجرسي، 2002).

ويرى جمال الخطيب (2003) أن هنالك ارتباطاً بين الانخفاض في مستوى النمو الاجتماعي لدى المعاقين ذهنياً وبين انخفاض قدرتهم العقلية واتجاهات الآخرين نحوهم وردود فعلهم نحو ما يصدر عنهم من تصرفات، إضافة إلى العوامل التي تتعلق بخبرات الفشل والإحباط لدى الأطفال المعاقين عقلياً مما يؤدي إلى تقليل دافعيتهم ومبادرتهم نحو

التفاعل وبناء العلاقات مع الآخرين. وقد لوحظ أن المتخلف عقلياً يميل إلى الانسحاب والتردد في السلوك وكذلك في الحركة الزائدة وعدم القدرة على ضبط الانفعالات ، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير ، وغالباً ما يميل نحو المشاركة مع الأصغر سناً في نشاطه وقد يميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات وكذلك العزلة والانطواء وتكرار الإجابة رغم تغير السؤال. ولقد أشار روثيستن (Rothotein) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً قد يكون هادئاً لا يتأثر بسرعة ، حسن التصرف والسلوك راضياً بحياته كما هي قانعاً بإمكاناته المحدودة ويستجيب إذا عاملناه كالطفل الصغير ويغضب إذا أهمل ولكن لا يستمر في غضبه فترة طويلة ، فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التأثير عليه لأنه سريع الاستهواء .(نادر فهمي الزيود، 1995، ص ص 64-65).

ويشير صالح هارون(1985، ص ص 32-33) إلى أن المتخلفين عقلياً يتصفون بالقلق وذلك نتيجة لانخفاض قدرتهم على التحصيل الدراسي ، كما يصابون بالإحباط نتيجة لمواقف الفشل التي يتعرضون لها باستمرار ، وعجزهم عن الوصول لمستوى أقرانهم من العاديين. ورغم ذلك فإن أفراد هذه العينة يتعلقون بالآخرين ، ويتسمون بوجود وعي اجتماعي نسبي لديهم (عبد الرحيم بخيت، 1999، ص 101) وكذلك لديهم القدرة على الاعتماد على النفس كأناس راشدين بشكل جزئي أو كلي . ويتوقع من الراشدين منهم الذين تلقوا تعليماً خاصاً أن يحققوا تكيفاً مثيراً في المستويات التي لا تحتاج إلى مهارة أو المستويات التي تحتاج إلى القليل من المهارة . ويمكن تدريب أفراد هذه الفئة على بعض المهن اليدوية التي تؤهل الفرد للحصول على العمل في المصانع والشركات والمؤسسات الحكومية والأهلية.

ويستطيع أفراد هذه الفئة في المراهقة التعامل بالعملة بحسب قيمتها ، والتعرف على المواقف وعلى أيام الأسبوع ولكنهم يفشلون في التعرف على أسماء الشهور وفصول السنة (سهير شاش، 2001، ص 29) وحيث إن الآخرين في معظم الأحيان يعاملون الطفل المتخلف عقلياً على أنه إنسان مختلف ولا يتوقعون منه الكثير وللأسف فإن ملاحظتنا العامة تدعونا للاعتقاد بأن توقعات الآخرين المحيطين بالطفل المتخلف عقلياً تتخفف بشكل واضح عن المستوى الحقيقي لإمكانات الطفل وقدرته ويجب أن لا نغفل أن الطفل المتخلف عقلياً أكثر عرضة لخبرات الفشل من الطفل العادي ، بحكم انخفاض مستوى قدراته ثم إن تراكم خبرات

الفشل وتكررها يقود هو الآخر إلى تأكيد انخفاض تقييم الطفل لذاته ويعزز مفهومه السلبي عن نفسه ، لذلك فإن المتخلفين عقلياً يتوقعون في معظم الأحيان فشلهم في أداء المهمات المطلوب أدائها دون أن يجربوا أو يحاولوا أداءها وعندما يحاول الطفل المتخلف عقلياً أداء مهمة ما فإنه يستسلم أمام الصعوبات الأولى التي تواجهه ولا يحاول تجريب طرق أخرى

هـ - **الخصائص الانفعالية :** يتميز الأطفال المتخلفون عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية ، وأهمها:

- **اضطراب مفهوم الذات Self-Concept Disorder :** رغم اختلاف الباحثين حول مفهوم الذات لدى الطفل المعاق عقلياً ، إلا أن إدراك الأطفال المعاقين عقلياً الدقيق للذات يكون سالباً (محمد محروس الشناوى، 1997، ص345) فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيئ ، لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين، كما يشعرون بالدونية وعدم الكفاءة ، وعدم الرضا عن الذات ، والشعور بالدونية ينمي الاستعداد للقلق ، والعداوة ، والانتكالية ، وجميعها استعدادات سلوكية للتوافق السيئ ، كما أن مفهوم الذات عند هؤلاء الأطفال غير واقعي ، وتقديرهم لذواتهم غير ثابت (كمال مرسى، 1999، ص289)

- **عدم الثبات الانفعالي Emotional instability :** عادة ما يظهر الأطفال المعاقين عقلياً انفعالات غير ثابتة ومضطربة متغيرة من وقت لآخر، فهم يميلون إلى التبدل الانفعالي واللامبالاة ، وعدم الاكتراث بما يدور حولهم ، كما يتسمون بالاندفاعية ، كما يؤدي عدم الثبات الانفعالي ، وعدم التحكم في الانفعالات (عبد المطلب القريطى، 2001، ص223) وهذا لا يعني أن الأطفال المعاقين عقلياً جميعهم يعانون من اضطراب في النمو الانفعالي فهم يصنفون بحسب النمو الانفعالي إلى فئتين : فئة مستقرة انفعالياً إلى حد ما، متعاونة ومطبعة ، ولا تؤذي غيرها ، وفئة " غير مستقرة انفعالياً ، كثيرة الحركة ، لا تستقر في نشاط ، تنثور وتغضب لأسباب بسيطة ، وهي متقلبة المزاج فأحياناً تكون هادئة ، وأحياناً أخرى شرسة تؤذي نفسها ، وتؤذي غيرها ، وهذه الفئة هي التي تحتاج لمزيد من الرعاية والاهتمام (كمال مرسى، 1999، ص ص 246 - 247) .

- **العُدوان Aggression** : ينتشر السلوك العدواني بين الأفراد المتخلفين عقلياً بدرجة أكبر منه لدى الأفراد العاديين ، كما تزداد نسبة انتشار السلوك العدواني لدى الأفراد المعاقين عقلياً كلما ازدادت درجة الإعاقة العقلية، وكلما اتجهت الخدمات المقدمة للأفراد المتخلفين عقلياً نحو البيئة الأكثر تعقيداً ، بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المتخلفين عقلياً يحتفظون نسبياً بسلوكياتهم العدوانية لفترات زمنية طويلة (سعيد دبيس، 1999، ص ص 79 - 78) وعادة ما ينتج العدوان من عدم التوافق الاجتماعي للطفل مع بيئته الاجتماعية وبالتالي يتبع هذا الطفل في تصرفاته سلوك العنف ، أو العدوان مع الغير. وأبرز أشكال العدوان لدى الأطفال المتخلفين عقلياً عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي، وتدمير الممتلكات ، وإعاقة الآخرين ، وعادة ما يستخدم الطفل تلك المظاهر في تفاعله مع البيئة الخارجية ؛ وذلك لشعوره الدائم بعدم الأمان والاستقرار ، ولتعرضه لخبرات مؤلمة في التفاعل مع من حوله (سهى أمين، 1999، ص ص 61 - 64) .

- **الانسحاب Withdrawal** : يلاحظ على الطفل المتخلف عقلياً ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم ، ويبدو عليه الشعور بالخوف وعدم الأمن ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي، 2000، ص 90) كما يغلب على الطفل المعاق عقلياً النزوع إلى العزلة والانسحاب من المواقف الاجتماعية ، وتدني مستوى الدافعية الداخلية ، وتوقع الفشل بالإضافة إلى الشعور بالدونية والإحباط ، وضعف الثقة بالنفس ، كما يغلب عليه التردد ، وبطء الاستجابة (عبد المطلب القريظي: 2001، 223-224)

- ويُعد الانسحاب من أبرز المشكلات الاجتماعية أيضاً حيث عادة ما ينسحب الطفل من المواقف والتفاعلات الاجتماعية خلال ممارساته في البيئة المنزلية والمدرسية وإن كان ظهوره في البيئة المدرسية أكثر وضوحاً وقد أكدت نتائج دراسة جونسون وآخرين (Johnson, et Al , 1994) على أن الأطفال المتخلفين عقلياً يظهرون اضطرابات انفعالية عديدة، وعلى رأسها السلوك الانسحابي والانعزال عن الآخرين بالإضافة إلى الطبع المتقلب والتهيج ، وخاصة لدى الأطفال ذوي الإقامة الداخلية في المؤسسات التعليمية.

العوامل المسببة للإعاقة الذهنية : توضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروف ، وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة ، والتي لها أسبابا متعددة ، فهناك عوامل جينية وراثية تكون سببا رئيسيا ويجب تجنبها والوقاية منها ، وهناك عوامل غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة ، فالزواج من الأقارب ، والزواج المبكر ، وانتشار الأمية وانخفاض مستوى التعلم ، وخروج المرأة للعمل والفقر وارتفاع معدلات الإنجاب كلها تعتبر من اسباب الإعاقة التي من السهل الوقاية منها (خالد رمضان، 36،2008)

وتتنوع العوامل المسببة للإعاقة الذهنية باختلاف نوع الإعاقة وسن المعاق وجنسه وعادته وتقاليده، حيث إن التعرف على هذه العوامل خطوة أساسية في الوقاية من الإعاقة وتخطيط البرامج التي تستهدف الحد من مشكلة الإعاقة، وما يترتب عنها من آلام ونتائج اجتماعية واقتصادية سلبية للفرد المعاق ولأسرته ومجتمعه ومن بين هذه العوامل نجد:

أ- **الأسباب الجينية (الوراثةية) :** تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في حدوث الإعاقة العقلية، حيث يشير الزهيري (1998) إلى العوامل الوراثية مسؤولة عن حوالي 80% من حالات الإعاقة العقلية ، وذلك لوجود قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث إعاقة في وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة، وإلى صعوبات في عملية التعلم . وتحدث وراثة الإعاقة العقلية عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية (إبراهيم الزهيري، 1998،ص237) .

كما يشير الزيود (2000) إلى أن الوراثة تلعب دورا بارزا في حدوث الإعاقة العقلية ، فبعض الأطباء كانوا يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن الإعاقة العقلية إلى عامل الوراثة ، مما أدى إلى التأكيد على أهمية العامل الوراثي ، فالطفل يرث الإعاقة العقلية عن طريق والديه وأجداده ، وذلك عن طريق الجينات ، وقد تظهر في زواج الأقارب أكثر من زواج غير الأقارب (نادر فهمي الزيود، 2000، ص54)

ويرى بنروز (Penrose) أن الطفل قد يرث الإعاقة العقلية من والديه وأجداده عن طريق جينات سائدة، والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية، التي تظهر في جميع الأجيال بنسبة 3/1 بحسب قانون مندل في الوراثة، وتنتج هذه الإعاقة عن طريق اقتران كروموسومات أو جينات غير متألفة. وقد يرث الطفل الإعاقة العقلية من والديه وأجداده عن طريق جينات متنحية تؤدي إلى إعاقة عقلية متنحية (والمقصود بالجينات المتنحية هي التي لا تظهر على أي من الوالدين ولكنها حاملة لها وقادران على توريثها) وينتج منها خصائص مرضية واضطرابات بيوكيميائية تنتقل من الوالدين أو أحدهما إلى الجنين فتؤدي دماغه وجهازه العصبي. وتأتي وراثته هذه الخصائص من الجد الأعلى، ويحتمل ظهورها في زواج الأقارب أكثر من زواج غير الأقارب، وتسبب حوالي 20% إلى 40% من حالات الإعاقة العقلية الشديدة، والمتوسطة. (د.مرسي، 1996)

وتتم وراثته الإعاقة العقلية عندما يخترق الحيوان المنوي للذكر الغلاف الخارجي للبويضة الأنثوية حتى يلتصق نواته بنواتها، فتنشأ الخلية الأولى التي تضم 46 كروموسوما (23 كروموسوما من الأب و23 كروموسوما من الأم). ويحمل كل كروموسوم مئات الجينات التي تحمل الصفات الوراثية، وتنقلها من الآباء إلى الأبناء، فإذا كانت الجينات في الوالدين متماثلة ظهرت الصفة الوراثية التي تحملها الجينات بصورة أصيلة، أما إذا كانت الجينات غير متماثلة، فتظهر الخاصية الوراثية من جديد في الأجيال القادمة. وهذا يعني وجود جينات تحمل خاصية الإعاقة العقلية عند كلا الوالدين يجعل احتمال ظهور الإعاقة العقلية في أبنائهما كبيرا، وينخفض هذا الاحتمال إذا كان أحد الوالدين يحمل الخاصية والآخر لا يحملها، لأن في هذه الحالة إما أن تظهر خاصية الإعاقة العقلية في الأبناء، أو تختفي لتظهر في الأحفاد عندما تتوافر لها الظروف المناسبة. (د.مرسي، 1996) كما أن للأمراض الجينية دوراً في حدوث الإعاقة العقلية، وذلك أثناء انقسام هذه الخلايا، وقد يكون أحد الأسباب عائداً إلى عوامل قد تحدث بعد عملية الإخصاب، وتكوين الجنين، سواء أكان ذلك في بداية تكوينه، أم أثناء فترة الحمل (سعيد العزة، 2001، ص38) لذلك فيجب على الأشخاص قبل الزواج القيام بفحص أنفسهم في المستشفى وذلك للتأكد من عدم وجود أي عوامل جينية التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض الوراثية والتي منها الإعاقة العقلية. ومن ذلك ويمكن تصنيف الإعاقة بناء على عوامل قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها

ب- أسباب قبل الولادة: يتأثر الجنين أثناء فترة الحمل حيث أنه يتأثر بعوامل عديدة بعد الإخصاب مباشرة، وفي هذا إشارة واضحة للوضع الصحي والنفسي للأم، ولما له من دور في حدوث الإعاقة العقلية لدى طفلها حيث أن ذلك يؤثر على نمو الجنين، وعلى جهازه العصبي، وتشمل إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية فإذا انتقلت العدوى من الأم إلى الجنين بعد إصابتها بالحصبة الألمانية يولد هذا الجنين مشوهاً، أو يعاني من تأخر نموه الجسمي أو العقلي بصفة عامة، كذلك إصابة الأم أثناء الحمل بمرض الزهري الذي ينتقل إلى الجنين عن طريق المشيمة، أو إصابتها بفقر الدم الشديد، وحمى الصفراء كل ذلك يؤدي إلى تشوه الجنين وإعاقة نموه، كما أن تعرض الأم للحوادث أو محاولتها الإجهاض أو تعريضها للإشعاع يؤدي إلى الإصابة بالإعاقة العقلية (عبد الرحمن عيسوي، 1996، ص 142)

ويشير الخطيب (2003) أن الأمراض التي تصيب الأم الحامل قبل الولادة أو أثناء الحمل كالحصبة حيث يعمل فيروس الحصبة على حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولى من الحمل مما يؤدي للإصابة بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية وكذلك إصابة الأم بأحد الأمراض الجينية أو سوء التغذية أو تعرضها لأشعة اكس أو تناول العقاقير دون استشارة الطبيب كما إن البيئة الملوثة بالمواد الكيميائية تؤدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بين الأم والجنين والذي يعمل إلى حدوث الإعاقة وكذلك اختلاف العامل rh على تكوين أجسام مضادة تقضي على الجنين أو تؤدي إلى إعاقة ومن بين أهم هذه العوامل:

- تعرض الأم للأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية واضطرابات القلب والكلية والغدد والربو وتسمم الحمل
- تعرض الأم الحامل لعوامل ضارة مثل التدخين والكحول والأدوية والأشعة
- الخداج يعني ولادة الطفل قبل موعده
- عدم توافق العامل الرايزيسي
- نقص الأكسجين وتعرض الأم للاختناق

ويشير سعيد العزة (2001) من العوامل التي تصيب الطفل قبل الولادة ،والمسئولة عن الاعاقة العقلية هي:

- إصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية
 - اضطرابات التسمم العضوي.
 - نقص الأكسجين.
 - إصابة الأم الحامل بمرض حمى الصفراء.
 - تعرض الأم الحامل للحوادث المفاجئة.
 - تعاطي الأم الحامل للعقاقير والأدوية أثناء فترة الحمل.
 - إدمان الأم الحامل على الكحول.
 - الولادة قبل الأوان
 - الإجهاد العاطفي والاضطرابات النفسية (سعيد العزة، 2001، ص ص44-43)
- ت- أسباب أثناء الولادة : إن الولادة العسرة تؤدي إلى اختناق الطفل حيث سيضطر الطبيب إلى إخراجه عن طريق الملاقط ،وقد يتعرض إلي نقص الأكسجين الأمر الذي يؤدي إلي إعاقته العقلية ، بسب تلف خلايا دماغه (سعيد العزة، 2001، ص44) ؛ كما يمكن أن تحدث هذه العوامل بسبب حالات الوضع غير الطبيعي ،حيث يترتب عليها حدوث إصابات في الجمجمة قد تؤدي إلى خلل عقلي، أو قصور في بعض النواحي الإدراكية، أو العقلية ،كما أن الولادة المبكرة قبل تمام نمو الجنين يؤدي إلي حدوث الإعاقة العقلية . ونذكر أهم العوامل :

- نقص الأكسجين
- الصدمات الجسدية للجنين خاصة في منطقة الدماغ مما يؤدي لإصابة خلايا الدماغ
- الالتهابات التي يصاب بها الطفل نتيجة استخدام أدوات غير معقمة أثناء الولادة

- صعوبات الولادة

- النزيف أثناء الولادة

- استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة (الخطيب، 2003، ص 219)

ث- أسباب بعد الولادة : قد يتعرض الطفل إلى بعض الحوادث ، أو الصدمات الشديدة مما قد يؤدي إلى إصابة الدماغ ، كما قد يتعرض لبعض الأمراض التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية، ومن أمثلتها التهاب السحايا (meningitis) (أو الحمى الشوكية ، أو الحمى القرمزية ، أو التهاب الدماغ ، أو الزهري ، أو الالتهاب الرئوي ، أو الحصبة ، أو يحدث اضطراب في إفراز الغدد لديه ، وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية) وإضافة إلى ذلك هناك حالات سوء التغذية الشديد، أو نقص البروتينات خلال العام الأول من عمره ، أو الحرمان البيئي ، والثقافي بسبب مرض أو علة معينة. (عادل عبدالله، 2004، ص 45)

ويذكر عثمان لبيب (2002) بعض الأسباب التي تتعلق بالطفل نفسه وقد تؤدي إلى إصابته بإعاقة عقلية ومنها :

- إصابة الطفل بعد الولادة - قبل سن البلوغ- بإحدى الحميات التي تؤثر على خلايا المخ (الحمى الشوكية) أو بأحد أنواع الشلل المخي أو الحصبة.

- التسمم بالزرنيخ وأول أكسيد الكربون أو التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة تلوث الهواء والماء أو الغذاء.

- السقوط أو اصطدام الجمجمة بشدة في مرحلة الطفولة المبكرة بصورة يترتب عليها تلف بعض أنسجة المخ أو الإصابة ببعض الأورام.

- سوء التغذية الشديد للطفل وخاصة إذا تأخر غذاء الطفل عن طريق نقص شديد في البروتين أو اليود بصفة خاصة في السنة الأولى من عمره.

وأوضح مبارك مجذوب (2001) خطورة أثر التعرض الام للإشعاع أثناء الحمل وانه عند تعرض حوض المرأة الحامل لجرعة ربما تجهض الحامل أو تلد جنيناً ميتاً، فالجنين

المتعرض للإشعاع داخل الرحم يمكن أن يولد مشوهًا كما أن مرحلة الحمل التي تحدث فيها جرعة الإشعاع تعتبر ذات أهمية بعض الحالات الشاذة في الإنسان التي وردت في التقارير بعد تعرض الرحم لجرعات كبيرة من الإشعاع تشمل عجز النمو وصغر الجمجمة والعمى والرمد والاستسقاء الدماغي وشدوذ الرأس والهيكل العظمي والإعاقة العقلية والتشوهات التناسلية وغيرها وللمحافظة على صحة الجنين إثناء فترة الحمل تفاديًا لحدوث الإعاقة أو تشوهات الجنين عند الولادة وذلك بالاتي:

- تكثيف برامج التوعية الوقائية والصحية لتوعية الحامل بواجباتها في هذه الفترة.
- توفير الرعاية الصحية والوقائية للام الحامل.
- التشخيص المبكر للجنين في رحم أمه.
- تطوير خدمات طب وجراحة أمراض النساء والولادة.
- التدخل الجراحي للجنين في رحم أمه إذا تطلب الأمر ذلك.
- توفير الغذاء الصحي المناسب للحامل.
- توعية الحامل بخطورة تعاطي الكحول والتدخين والمخدرات.
- توعية الحامل باجتناّب تناول الأدوية دون استشارة الطبيب.
- اتخاذ كافة الإجراءات إثناء عملية الوضع لتخفيف أخطار الولادة العسيرة وغير الطبيعية القيصرية..

وتشير رقية السيد (1999) أنه من الأسباب الوراثية تلك الأمراض والاضطرابات مثل : ترسب المادة الدهنية ويسمى بمرض (تاي ساك) ويحتمل أن ينتقل المرض خلال جين متنحي من الوالدين حاملين للمرض ويزداد الاحتمال في حالة زواج الأقارب حيث تظهر العيوب على الطفل بين الشهر (3-6) ويسبب المشاكل الحركية أو الحسية أو العقلية أو الإعاقة المزدوجة.

- ترسب حامض البروفيك: يفسر حدوث هذه الظاهرة بسبب طفر جيني يمنع المصاب من تحول الفينلانين إلى مادة يسهل امتصاصها بواسطة أنزيم خاص وفي حالة عدم وجود هذا الإنزيم فإن تركيز الفينلانين يزيد في الدم ويتكون حامض البروفيك السام.
- مرض ولسن: تتميز الحالة بصعوبة تمثيل النحاس فيترسب ويتلف المخ والكبد وتظهر الأعراض في شكل اضطرابات حركية وعقلية.

- حالة القصاع الوراثية: أعراض هذه الحالة القصر الشديد واغلبها تصاحب بتدني في القدرات العقلية.

- نقص الكروموسومات المنحدرة من الوالدين: من شأن هذا النقص ان يتسبب في ولادة جنين يحمل كروموسوما مختلفا فنتوقف غدته العرقية ويكون عرضة للتشوهات والإعاقة العقلية.

- اختلاف فصائل دم الوالدين: إذا تزوجت امرأة تحمل فصيلا سالبا برجل يحمل فصيلا موجبا فان النتيجة المؤكدة أن المولود سوف تكون فصيلته موجبة فتتكون عندئذ أجسام مضادة في دم الأم تسبب للجنين أمراضا ربما تقتله وإذا ولد حيا فان الأجسام سوف تصل مخه وتسبب له إعاقة وعادة يكون الطفل الأول سليماً، وتأخذه هذه الأجسام وقتا طويلا لتتكاثر فتبدأ الإعاقة من الطفل الثاني أو الثالث.

- حالات عيوب المخ الوراثية: ويقصد بها كبر أو صغر الجمجمة الناتج من طفر جيني.

- شذوذ الكروموسومات : الكروموسومات عبارة عن مكونات الخلية وهي صغيرة جدا يحمل كلا منها مئات الجينات ويمكن ملاحظتها خلال انقسام الخلية في الإنسان. وتحتوي خلية الإنسان على (46) كروموسوما مرتبة في (23) زوجا وكما هو معروف فإن الكروموسومات تحمل الجينات التي تحدد الميراث البيولوجي للفرد، باستثناء رقم (23) والذي يعتبر مسئولا عن تحديد جنس الجنين. وفي بعض الأحيان يحدث خلل أو اضطراب في انقسام الكروموسومات أثناء نموها وانقسام البويضة الملقحة وهناك عوامل مختلفة قد تؤدي إلى شذوذ الكروموسومات مثل التعرض للإشعاعات الضارة والإصابات الفيروسية الشديدة أثناء الحمل وتأثير العقاقير الطبية والمواد الكيماوية المختلفة. (القربوتي، الصمادي، السرطاوي، 1995). . ومما سبق يتضح لنا أن الكروموسومات عامل مهم جدا في إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو في سلامته من الأمراض، حيث إن حدوث أي خلل في تركيب تلك الكروموسومات أو في انقسامها يؤدي إلى الإصابة بالإعاقة العقلية وقد وجدنا أن هنالك بعض العوامل التي تسبب حدوث ذلك الشذوذ وبذلك تستطيع أن تتجنبها الأم الحامل وذلك حفاظا على صحة جنينها من الإصابة بالأمراض المختلفة

احتياجات الاطفال المعاقين ذهنيا:

ان الطفل المعاق له حاجاته التي يود إشباعها مثل أبناء جنسه من جانب وله حاجاته الخاصة به من جانب آخر والتي أحدثتها ظروف الإعاقة التي استحدثت عليه وعليه يمكن تقسيم احتياجات المعاق إلى احتياجات عامة مشتركة بين المعاقين والعادين، واحتياجات خاصة بالمعاقين وعليه:

- **الحاجة إلى الأمن:** يقصد بها التحرر من الخوف ويشعر الإنسان بالأمن متى كان مطمئناً على صحته وعمله ومستقبله وحقوقه ومركزه الاجتماعي وقد يكون الإحباط الناتج عن هذه الحاجة إلى أن يكون الشخص متخوفاً من كل شيء من المنافسة ومن الإقدام والمغامرة ويبدوا ذلك في عدة صور منها الخجل والتردد والارتباك والانطواء والخوف من شبح الفشل (إبراهيم عبد الهادي، 2002، ص27)

- **الحاجة إلى حرية النمو والارتقاء:** لكل طفل معاق مهما كانت درجة إعاقته القدرة على أن يكبر وينمو، ويمكن لآباء المعاقين ذهنياً أن يهيئوا لهم البيئات الخصبة والمناخ الملائم لتحقيق النمو إلى أقصى درجاته وما لم تتح للطفل المعاق ذهنياً العديد من الخبرات التي تساعد على التعلم، فإن توافقه التعليمي والاجتماعي قد يحجب (محمد محروس، 1997، ص390)

- **الحاجة إلى الاتصال:** يحتاج الأطفال المعاقون ذهنياً إلى رسائل واضحة ودقيقة ومفهومة، والبعض يحتاج إلى أن يعرف ما هي جوانب القصور لديه وكيف ستؤثر هذه الجوانب على حياته، وكذلك يحتاج هؤلاء الأطفال أن يعرفوا كيف يقتنعون بحياتهم على أكمل وجه، وكيف يصلون إلى أقصى طاقتهم في حياة لها معنى ويحتاج هذا الطفل أيضاً إلى أن تصله رسائل (تعبيرات) مباشرة ومتطابقة من الآخرين فيما يخص مشاعرهم نحوهم، ولكن بعض الآباء والمختصين يقللون من أهمية هذه المشاعر بمعنى أنهم لا يأخذونها في اعتبارهم بشكل مناسب، وأيضاً قد يتحدث الكبار عن هذا الطفل بطريقة غير مناسبة قد تجرح مشاعره وتؤذيها في حضوره كما لو كان هذا الطفل لا يسمع ولا يشعر ولا يفهم، هذه كلها أخطاء ينبغي على الآباء والمختصين أن يتفادوها ويأخذونها في الاعتبار وهي أن مشاعر هذا الطفل لها مصداقيتها مثل مشاعر الكبار. (سهى أمين، 1999، ص23)

- الحاجة إلى المهارات الاجتماعية : إن الكثيرين من الأطفال المعاقين ذهنياً لا يعرفون كيف يحبون أو يُحبون لنقص مهارتهم الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين، وإذا كان التعامل مع الناس يحتاج إلى التدريب عليه، فإن المعاقين ذهنياً أشد حاجة إلى التدريب على هذا الفن حتى يكتسبوا المهارات التي تمكنهم من تكوين علاقات طيبة مع الأهل والأصدقاء والجيران والزملاء (نايف الزارع، 2006)

احتياجات اجتماعية: و تتمثل في:

- دعم و توثيق العلاقات والصلات ما بين الطفل المعاق ذهنياً وبين المجتمع مع التركيز على تعديل اتجاهات المجتمع نحو الطفل المعاق.
- تفرد في بعض الامتيازات المادية والتربوية.
- توفير الأدوات والوسائل المتاحة لرفع مستوى التعليم والثقافة وإتاحة مجالات المعرفة له لتمكينه من اكتسابها.
- توفير الجو الأسري الآمن للطفل المعاق ذهنياً.
- توفير الجو المناسب للاندماج مع المجتمع وبدوره يستطيع أن يتعامل بكافة الوسائل الاجتماعية مع بقية أفراد (أسماء سراج الدين هلال، 2009، ص 24)

العوامل المؤثرة في علاقات الأسرة نحو طفلها المعاق ذهنياً: اشار شاهين رسلان (2009، ص ص 22-23) إلى أهم العوامل وهي

أ - **حجم الأسرة:** تتوقف علاقة الأسرة نحو الطفل المعاق على عدد الأطفال اللذين ينتمون إليها بصفة عامة، فكلما زاد عددهم فيها قلت الرعاية للطفل المعاق الذي يعيش بينهم وقد يهمل ولا يعير له الاهتمام في الأسرة، ذلك لأن الوالدين يركزون على أطفالهم العاديين أي يضحون بالطفل المعاق في سبيل أطفال العاديين وبالتالي يميل اتجاه الآباء نحو طفلهم المعوق من السلبية إلى الإيجابية كلما أنجبوا طفلاً عادياً جديداً.

ب - **عامل الجنس:** يتوقف اتجاه الأطفال العاديين نحو الطفل المعوق الذي يخالطونه في نطاق الأسرة على عامل الجنس فعلى الرغم من أن الأطفال العاديين الذكور قد يبدون اهتماماً واضحاً وملحوظاً نحوه ويحاولون مساعدته والعطف عليه، والتعاطف معه فإن عاطفة الأمومة الكامنة لدى الأطفال العاديين من الإناث تجعلهن أقرب مودة له وأكثر رحمة

وأرق تعاملًا معه، فالأطفال العاديون من الإناث يملن إلى تقليد أمهاتهم في أغلب الأدوار التي يقمن بها كدور الأمومة المميز بالحب والرعاية والعناية مما يجعل تعاملهن معه نابعا من أعماقهن فإن اتجاههن نحوه يميل إلى الإيجابية بشكل ملحوظ.

ت- الحالة الاجتماعية والاقتصادية: مما لا شك فيه أن دخل الأسرة المرتفع يساهم إسهاما كبيرا في رعاية الطفل المعاق ذهنيا لإمكانية الإنفاق عليه بسخاء وإمكانية تغطية كافة التكاليف التي تتطلبها هذه الرعاية مهما تكن الفترة الزمنية لأن الأسرة ذات الدخل المرتفع لا تبخل على طفلها المعاق في إنفاق في سبيل رعايته ومساعدته من أجل أن يحقق له العلاج وبأرقى الأساليب في حين أن الأسرة الفقيرة ذات الدخل المنخفض فإنها لا تتمكن من مساعدة طفلها المعاق إلا في ضيق الحدود التي تسمح بها ظروف الرعاية المجانية أو ذات التكاليف المنخفضة في المجتمع الذي يعيش فيه فإنها لا تتمكن الأسرة الفقيرة من توفير المستلزمات العلاجية التي يحتاج إليها الطفل المعاق.

ردود أفعال الوالدين اتجاه الطفل المعاق ذهنيا في الأسرة :

تختلف ردود الأفعال الوالدين اتجاه وجود طفل معاق ذهنيا في الأسرة من أسرة إلى أخرى بحسب مستوى العلاقة الزوجية أو الترابط الأسري، وتختلف في الأسرة الواحدة من الأب إلى الأم بحسب مستوى إيمانها بقضاء الله أو مدى رغبتها في الطفل فيسبب قدوم طفل معاق عقليا مشكلات سلوكية وصعوبات اجتماعية واقتصادية للأسرة فعندما يكتشف الوالدان إعاقة طفلها من الناحية العقلية يشعران بالغم والحزن، وينتابهما الخوف الزائد على مستقبله، ويعانيان من قلق التردد بين الأمل في العلاج واليأس من الشفاء. و يسبب معظم المشاكل الأسرية خاصة إذا كان هذا الطفل مريضاً بالإضافة إلى إعاقته العقلية لأن هذا يعنى عبئاً إضافياً لمصروفات البيت التي يتحملها في الأغلب الأب وحده، بالإضافة للمشاكل الاجتماعية والسلوكية للطفل المعاق عقلياً.

ويرى بعض الباحثين أن ردود الفعل تختلف لدى الأمهات عنها لدى الآباء فالأم قد تأخذ دور الحماية البدنية والوصية على حاجات الطفل بينما يكون الأب أكثر تحفظاً في دوره، وأشار فتحي السيد (1981) إلى أنه يمكن القول بوجه عام بأن الوالدين يميلان إلى المرور ببعض المراحل المشتركة تجاه تقبل الطفل المعاق عقلياً. تبدأ المرحلة الأولى بإدراك الوالدين

ووعيهما بأن الطفل يختلف عن أطفال الآخرين. أما المرحلة الثانية فهي مرحلة تتميز بأنهما كأبوين يواجهان مشكلة يتحتم عليهما التعامل معها ومسايرتها. والمرحلة الثالثة هي مرحلة البحث عن سبب المشكلة ، في حين تتمثل المرحلة الرابعة في البحث عن أساليب وطرق لشفاء الطفل من حالة الإعاقة التي أصيب بها، أما المرحلة الخامسة والأخيرة فهي مرحلة تقبل الطفل المعاق عقلياً وفي نفس الوقت تمييز جوانب القصور لديه.

وأشار دروتر وزملاؤه (Droter,et al (1975) إلى خمس مراحل لمواجهة الآباء لأزمة الإعاقة العقلية ، واتفقوا على أنها تبدأ بالصدمة (Shock) وتنتهي بالتوافق مع الواقع لكنهم اختلفوا في تحديد هذه المراحل، وتحديد ردود أفعال الآباء والأمهات منها وهذه المراحل هي

- الصدمة والتمزق النفسي.
- الإنكار والحزن وعدم التصديق بإعاقة الطفل عقلياً.
- القلق والخوف على الطفل ومستقبله.
- الغضب لإعاقة الطفل العقلية وتخلفه عن أقرانه وضياع الآمال فيه .
- الرضا والتأقلم مع الواقع Adaptation.
- أما بلاشر (Blacher ; 1984) فأشار إلى ثلاث مراحل وهي :
- الإصابة بصدمة تجعل الآباء لا يصدقون وينكرون وجود الإعاقة العقلية عند الطفل
- الاضطراب الانفعالي الذي يتضمن الغضب والشعور بالذنب والاكتئاب والخجل والحط من شأن الذات .
- الرضا بالأمر الواقع والتوافق مع تخلف الطفل .
- وقد أشار شاهين أرسلان (2009) إلى اختلاف ردود الأفعال الوالدين وعرضها كالتالي :

- **التشكيك في التشخيص:** عندما يخبر الأخصائي الوالدين بالإعاقة ابنيهما لا يصدقانه، وينكرانه ويترددان على عيادات الأطباء والأخصائيين النفسيين، يحدهما الأمل في أن يجدا من يقول لهما أن ابنيهما ليس معوقا وقد يعتقد الوالدان أن ابنيهما مريض فقط، ويبحثان عن أسباب مرضه، وعن علاج يشفيه ويجعله شخصا طبيعيا، وقد يعلقان أملا كبيرا على أن يكون شخصا عاديا في تحصيله الدراسي، فإذا لم يتحقق توقعهما نقلاه من معهد إلى آخر أو من معهد حكومي إلى خاص وهما متعلقان بآمال الشفاء التام، ويطلبان منه تحقيق النجاح في أعمال تفوق طاقته

- **القلق والشعور بالذنب:** هذه المشاعر تؤدي عادة إلى تخلي الوالدين عن ابنيهما، تجعلهما يختلفان الأعداء المنطقية التي تبرر نبذهما للطفل وسعيهما إلى أبعاده عن الأسرة، فقد يؤدي الشعور باليأس والعجز عن مواجهة المشكلة إلى عدم الاهتمام بالطفل فيقومان بإرساله إلى المراكز المتخصصة فلا يراه إلا في نهاية الأسبوع وقد يؤدي الشعور بالذنب إلى تمسك الوالدين بطفلهما لا حبا فيه، ولكن تكفيرا عن مشاعر الذنب لدى الوالدين، خاصة إذا اعتقد أنهما السبب في إعاقة ابنيهما، فيبالغان في حبهما له وتدليله، أو حرمانه من التعليم والتأهيل لخوفهما الزائد عليه.

- **الإحساس بالشفقة الحماية المفرطة:** قد يصاحب تبصر الوالدين وقبولهما بإعاقة ابنيهما مشاعر الشفقة الزائدة أو حب زائد فيعطفان عليه ويخصانه باهتمامهما، مما يؤجل نضوجه الاجتماعي ويجعله موضع حسد لأخواته وأخواته ويختلف موقف الأهل تجاه طفله المعاق فمنهم من يكون حزينا جدا وتغمره الشفقة على طفله لدرجة أنه يفرط في حمايته ويفيض عليه الحنان الزائد.

وقد دلت كثير من الدراسات كذلك بتأثر الأخوة والأخوات إذا اعتمدت الأسرة عليهم في تربية طفلها المعاق عقليا والعناية به . وتتباين ردود فعل الآباء من حيث شدتها ومدتها فنجد أن معظمهم يستجيبون بمشاعر متنوعة تتراوح بين الصدمة والنكران ، والشعور بالذنب ، والأمل ، والشعور بالخجل ، والرفض ، والقبول . أما الأخوة والأخوات الأصحاء فردود أفعالهم تتباين كذلك تجاه أخيهم المعاق عقليا . و يساعد إيداع الطفل المعاق عقليا في مؤسسة خاصة الأخت الكبرى أكثر من الأخوة والأخوات الآخرين ، لأنها تبدأ بالاهتمام بنفسها وتعيش حياتها مثل الآخرين . وذلك لأن الأسرة تجعل منها أمًا صغيرة أو مربية لهذا الطفل

، بحيث تقوم بتلبية جميع حاجاته . وقد ذكر عمر نصر الله (2002) تأثر الأخوة والأخوات إذا كان أخوهم المعاق عقلياً أصغر منهم سناً، أكثر من تأثرهم إذا كان أكبر منهم سناً، فكونه صغيراً يجعله بحاجة إلى الرعاية والمساعدة ويجبرهم على الاهتمام والعناية به لضعفه وعدم قدرته على إنجاز المهام التي تطلب منه ، أما في حالة كونه أكبر منهم فإن هذا يوفر عليهم بعض الجهد في الرعاية والاهتمام به ، لأنه يستطيع جسدياً القيام ببعض المطالب التي قد تطلب منه

وهناك كذلك بعض الآباء والأمهات يتعلقون بأطفالهم المعاقين عقلياً ، بدافع الشفقة والمحبة الزائدة ، فلا يدركون حقيقة إعاقتهم ولا يعرفون كيف يواجهون المشكلة، وفي كثير من الأحيان تكون استجاباتهم لحاجات أطفالهم المعاقين عقلياً إرضاء لمشاعر الفشل وخيبة الأمل في أبنائهم، فيتمسكون بهم، ويعطفون عليهم عطفاً زائداً، ويدلونهم، وينمون فيهم الاتكالية والخمول والأنانية وتظهر هذه الاستجابات العصابية عند الأمهات بدرجة أعلى منها عند الآباء حسب العديد من البحوث . فقد جمع جمال الخطيب وآخرون (1992) عدداً من البحوث تناولت أثر الإعاقة على الأمهات، فقد أتضح أن معظم الأدب المتصل برودود فعل الوالدين وحالاتهما الانفعالية قد أهتم بالأمهات، وأشار فؤاد السيد (1975) إلى اهتمام بعض الأسر اهتماماً كبيراً بأطفالها المعاقين عقلياً فتتفرغ الأمهات أكثر من اللازم لرعايتهم والعناية بهم ، مما يؤثر على رعايتهن لبيوتهن وأزواجهن ، وقد يكون وجود الطفل سبباً في استنزاف ميزانية الأسرة وخاصة إذا تخرجت من إلحاق طفلها في مركز رعاية حكومي .

كما ذكر (Pederson , 1979) ترتبط العلاقة بين الأم والطفل إلى حد كبير بعلاقة الأب مع الأم وقد تكون انعكاساً لها . فإذا تبنى الأب موقفاً داعماً ، فعلى الأغلب أن تتعامل الأم بإيجابيه مع طفلها.

وأشار (Tumbull , Blacher , Dixon ; 1980) تواجه الأم عدة صراعات مع الأب عندما يختاران دمج طفلها المعوق ، أي عندما يضعان الطفل في الأوضاع التربوية العادية، هذا الصراع يتمثل في

- التذكر اليومي بحقيقة الفروق بين طفلها المعاق والأطفال العاديين .

- مشاركة طفلها بالشعور بوصمة الإعاقة وربما الشعور بعدم احترام أو قبول آباء وأمهات الأطفال الآخرين لهم.

- التعبير عن فقدان الاهتمام بالاشياء العامة المشتركة مع آباء وأمهات الأطفال الآخرين.

- الإحساس بالضيق فيما يتعلق بصعوبة التكيف الاجتماعي لطفلها المعوق.

- الإحساس بالضيق الناجم عن كون الوضع المدرسي العادي يفتقر إلى الخدمات المساندة التي يحتاج إليها طفلها المعوق .

كما تواجه بعض الأمهات (خصوصاً العاملات) معاناة شديدة بسبب ضغط الأعمال والجهد الذي يسببه لهم وجود طفل معاق في البيت، لعدم قدرته على الاعتناء بنفسه، مثل النظافة الشخصية ونظافة البيت أثناء تناول الطعام ، وعدم قدرته على معرفه الفرق بين الأشياء الضارة والسامة والأشياء العادية ،أو اللعب في العاب خطيرة والتي من الممكن أن يصاب منها بالأذى وقد يؤدي كل هذا الى الدخول فى مشادات كلامية مع الآباء أو شجار مع الجيران والأولاد الذين يلعبون معه .

وأخيرا يرى محمد محروس (1997) أن الطفل المعاق عقلياً له تأثير عميق على أسرته ، ولقد أقترح أن آباء الأطفال المعاقين عقلياً يمرون عبر سلسلة من المراحل . حدودها في خمس مراحل بدءاً من وعى الوالدين لأول مره بالمشكلة الى أن يصلوا إلى تقبل الطفل وهى

- الوعى بالمشكلة.

- التعرف على المشكلة الأساسية.

- البحث عن سبب المشكلة.

- البحث عن علاج لهذه المشكلة.

- تقبل المشكلة .

تشخيص الإعاقة الذهنية :

يعتبر موضوع تشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تتطوي على عدد من الأبعاد الطبية والسيكومترية والاجتماعية والتربوية، ففي بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة النظر الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة العقلية المؤدية إلى تلف الخلايا الدماغية، ولكن في أوائل القرن العشرين ومع ظهور مقاييس الذكاء المعروفة كمقياس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر ظهر تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة النظر السيكومترية، وأصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الإتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية، وقد إستمر هذا الإتجاه حتى أواسط الخمسينات من القرن العشرين فقد ظهر إتجاه جديد في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو الإتجاه الإجتماعي، فقد ظهر هذا الإتجاه نتيجة للإنقادات التي وجهت إلى المقاييس السيكومترية، والتي خلاصتها أن مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية، إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا تعني بالضرورة أن الفرد معاقا عقليا وخاصة إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الإجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الإجتماعية، ولذا ظهر البعد الجديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو البعد الإجتماعي والذي يعبر عنه عادة ببعد السلوك التكيفي (فاروق الروسان، 1996)

ويجب على الوالدين والمربين المبادرة بالتشخيص المبكر لحالات الإعاقة العقلية حيث يمكن إتخاذ الإجراءات اللازمة لمساعدتهم في الوقت المناسب (سهير كامل أحمد، 1998) والتبكير بعملية التشخيص يساهم في إنقاذ حالات عديدة من التدهور وتوقف تفاعلها، مثل حالة حيث يحتاج الأمر إلى عملية نقل الدم من وإلى الطفل خلال الأسابيع (RH) العامل الريزيبي الأولى من الميلاد، وفي حالة إستسقاء الدماغ يلزم الأمر إجراء عملية جراحية فورية لوقف الضغط على المخ

ويجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص حالات الإعاقة العقلية لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه معاقا عقليا يعتبر أمرا يغير مستقبل حياته، ويجب أن يتم التشخيص من خلال الإتجاه التكاملية من طرف مجموعة من المختصين، حيث لا تشخص الحالة على أنها حالة إعاقة عقلية إلا بعد توفر ثلاثة شروط أساسية وهي: إنخفاض مستوى ذكاء الفرد عن

المتوسط بإنحرافين معياريين أو أكثر، وقصور في السلوك التكيفي، وأن يكون ذلك قد حدث قبل السن الثامنة عشر من العمر (محمد محروس الشناوى، 1997). و ينبغي أن تعتمد عملية التشخيص على عدة محكات تمثل الأبعاد المتعددة للإعاقة العقلية، ومن أهم هذه المحكات: الذكاء، السلوك التكيفي، الحالة الصحية العامة، الحالة الإجتماعية والحالة الإنفعالية، وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر الإعاقة (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000)

و يتبين لنا أن لتشخيص حالات الإعاقة العقلية يستلزم دراية كاملة بالأركان الأساسية لعملية التشخيص، حيث يجب أن يتم التشخيص مبكرا وهذا ما يساعد على تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب دون تأخير، وتتم عملية التشخيص من طرف فريق متكامل من المتخصصين، وتشمل جميع جوانب النمو وذلك لإظهار العجز أو الضعف الذي يعاني منه الفرد، وينبغي أن يشمل التشخيص جميع مظاهر الإعاقة العقلية كالذكاء والسلوك التكيفي، وذلك لتزويد الطفل بمجموعة من البرامج العلاجية قصد تحقيق قدر معين من السلوك التكيفي حسب ما تسمح له قدراته وإمكاناته.

وينبغي أن يكون الهدف من تشخيص الإعاقة العقلية التعرف على قدرات الطفل، وتحديد نواحي ضعفه وقصوره من أجل إختيار أنواع الخدمات والبرامج العلاجية والتأهيلية اللازمة له

لتحقيق أقصى درجة من النمو التي يمكن أن يصل إليها بقدراته وإمكاناته المحدودة. والتشخيص الجيد للإعاقة العقلية يقدم معلومات دقيقة تفيد في علاج الطفل وتربيته وتأهيله للعيش في المجتمع، والتكيف مع البيئة التي يعيش فيها (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000)

خلاصة الفصل:

الإعاقة الذهنية عامة تعني إفتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الإجتماعية، والتمتع بالإستقلالية الذاتية المتوقعة من مجموعة عمرية وثقافية مماثلة لحالته. وتتعدد فئات الإعاقة العقلية وذلك تبعاً لتعدد مستوياتها وتعدد الأسباب المؤدية إليها، وتعدد المظاهر المميزة لحالات هذه الإعاقة والتي تختلف بدورها تبعاً لدرجة الإعاقة ووقت حدوثها والحالة الإكلينيكية لها، حيث تتصف بعض الحالات بمظاهر وملامح جسمية معينة تميزها عن غيرها من الحالات ، وتهدف تصنيفات الإعاقة العقلية إلى تحديد البرامج العلاجية لكل فئة وفقاً لما يحتاجه أفرادها، وما يتناسب مع خصائصهم العقلية والجسمية والإنفعالية والإجتماعية.

الفصل الثاني : المعاملة الوالدية

- تمهيد
- المعاملة الوالدية
- مفهوم المعاملة الوالدية
- اتجاهات الوالدين في المعاملة الوالدية
- العوامل المؤثرة في المعاملة الوالدية
- أ- المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة
- ب- شخصية الوالدين
- ت- المستوى التعليمي والثقافي للأسرة
- ث- المستوى الاجتماعي والاقتصادي
- ج- الصحة النفسية والجسمية للوالدين
- ح- عمل الأم
- خ- ترتيب الطفل بين إخوته
- د- جنس الطفل
- ذ- حجم الأسرة وتركيبها
- أساليب المعاملة الوالدية
- مفهوم أساليب المعاملة الوالدية
- النظريات المفسرة للمعاملة الوالدية
- أ- نظرية التحليل النفسي
- ب- نظريات التعلم
- ت- النظرية السلوكية الجديدة
- ث- نظرية الدور الاجتماعي
- تصنيف أساليب المعاملة
- أ- الأساليب السوية (الايجابية)
- ب- الأساليب غير السوية

- الآثار الناجمة عن أساليب المعاملة المسيئة
- تفاعلات السلوك الأسري وأثرها على شخصية الطفل المعاق:
- أساليب المعاملة الوالدية للمعوقين
- ثانيا : أساليب تعديل السلوك
 - أ- مفهوم السلوك
 - ب- مفهوم تعديل السلوك
 - ت- إستراتيجيات تعديل السلوك
 - ث- فنيات تعديل السلوك
 - ج- أساليب تعديل السلوك الغير مرغوب فيه
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر أساليب المعاملة الوالدية من أهم مكونات التوافق النفسي والاجتماعي للطفل فبقدر ما تكون أساليب المعاملة الوالدية سوية يكون السواء لشخصية الأبناء للحاضر والمستقبل ، وكذلك نمو الطفل الانفعالي والعاطفي يتأثر بناءً على أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل والأسرة . لذا فإن حساسية مرحلة الطفولة تتمثل بأنها مرحلة إعدادية هامة من حياة الإنسان ، وهذا ليس فقط من خلال ما يكتسبه أو يتعلمه الطفل في هذه المرحلة ، وإنما أيضاً من خلال التغيرات النمائية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية والثقافية المتعاقبة والمتسارعة ، حيث يذهب الكثير من العلماء والعاملين في الحقل النفسي بأن يرون جميع مشكلات الكبار التي تعتر بهم ، ترجع في أسبابها إلى مرحلة الطفولة أي إلى ماضيهم وطفولتهم وتجاربهم السابقة وخبراتهم التي مروا بها وأحاطت بهم عندما كانوا أطفالاً .

اولا : المعاملة الوالدية:

باعتبار الأسرة أول جماعة منظمة اجتماعية فإنها تمارس قواعد الضبط الاجتماعي على أفرادها والذي يتم عن طريق التنشئة الأسرية وأساليب المعاملة التي تستعملها مع أبنائها ، فالأسرة التي تتبنى أساليب معاملة إيجابية تساعد أبناءها على التوافق ، أما تبنيها لأساليب معاملة سلبية فإنه يتسبب في ظهور الكثير من السلوكيات غير التوافقية عند أبنائها ، فقد أصبحت لأساليب المعاملة الوالدية المسيئة الأثر الكبير في ظهور وانتشار الاضطرابات في السنوات الأخيرة ، وتزداد مظاهرها انتشاراً يوماً بعد يوم كالاضطرابات السلوكية مثل: السرقة ، الاعتداء ، التسرب المدرسي ، والاضطرابات الانفعالية مثل : الغيرة والحقد المبلغ فيهما والغضب ، حيث تشير بعض الإحصائيات التي أجريت في بعض الدول إلى حجم وخطورة هذه المظاهر، وتأثيرها على التوافق التكويني و بروز ظواهر التوافق الغير سوي

مفهوم المعاملة الوالدية: اختلفت الآراء التي تناولت المعاملة الوالدية فمنهم من ينظر إليها كطرق عامة يستخدمها الآباء في تعاملهم مع الأبناء ومنهم من ينظر إليها من زاوية مدركات الأبناء لما تكون عليه معاملة الآباء، ومع ذلك فالمضمون واحد هو أنها تعبر عن طرق التعامل المختلفة التي يتبعها الوالدان في معاملة الأبناء أثناء عملية التنشئة الاجتماعية،

وإدراك الأبناء لهذا التعامل هو العامل المهم، كما نلاحظ أن تعريف عسكر قد حصر هذا التعامل في بعدين أساسيين أحدهما إيجابي وهو القبول والآخر سلبي وهو الرفض، (محمد نعيمة، 2002، ص32)، ومن هذا فان المعاملة الأسرية هي عملية تفاعل التي تؤدي محصلة تفاعلها إلى انبثاق نموذج سلوكي ولذلك يتأثر سلوك الأطفال تأثراً كبيراً بالخبرات الاجتماعية التي مروا بها في الحياة الأسرية الأولى .

اتجاهات الوالدين في المعاملة الوالدية : يمكن تعريف اتجاه الوالدين في التنشئة الأسرية على أنه " أسلوب الأبوين - كما يدركه الأبناء - في نقل القيم والعادات والنماذج السلوكية والمفاهيم الاجتماعية إزاء قضايا معينة، والخبرات والمهارات الاجتماعية للأبناء من أجل تشكيل اجتماعي مقصود أو غير مقصود . " (مصباح عامر، 2003، ص93)

وتتأثر اتجاهات الوالدين في التنشئة الاجتماعية بمجموعة من العناصر كالقيم الثقافية التي يحملها الوالدين، وكذلك توافق شخصية كل من الوالدين، ورضاهما عن الدور الاجتماعي لكل منهما والتكامل في الأدوار الأسرية بين الزوجين (روبرت واطسون وآخرون، 2004، ص177)

وقام بالدوين وكالهورن وبراس (1945) A.L Beldwin.J. Kalhorn.Breese على 124 أسرة بهدف التعرف على أساليب التنشئة الوالدية للأبناء وتوصلوا إلي أن هناك ثلاثة أساليب تمثل مختلف الممارسات الوالدية والتي حددت في كل من الديمقراطية، التقبل، التذليل، المستعملة من طرف الوالدين خلال تعاملهم مع أبنائهم (جابر نصر الدين، 1998، ص38)

كما توصل يونغ (Young) في دراسته سنة 1957 إلى أبعاد مشابهة نوعاً ما مع الدراسة التي قام بها بالدوين مع اختلافهما فقط في بعد الاستقلال في مقابل بعد التذليل (فرشاني لويزة، 1998، ص37)، كما تبين من بحث أجراه شيفار (E.S.Shafer) سنة 1965 قصد الخروج بإطار مفاهيمي للمعاملة الوالدية أن هناك ثلاثة أبعاد هي: التقبل مقابل الرفض - الاستقلال السيكولوجي مقابل التحكم السيكولوجي - التحكم الصارم مقابل التحكم الرخو، و توصل الباحث سيجلمان (M.Siegelman) في نفس السنة إلى ثلاثة أنماط أيضاً هي:

الحب - التشدد في المطالب - العقاب، والملاحظ أن العاملين الأولين لدى كل من شيفار، وسيجلمان متشابهان في مضمونهما (جابر، مرجع سابق، ص38)

وفي مجال تحديد هذه الأساليب على المستوى العربي هناك عدة دراسات منها دراسة محمد عمار إسماعيل ورشدي منصور سنة 1959 حيث توصلوا إلى عدد من أساليب التنشئة الوالدية هي: التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال، القسوة، التذبذب، إثارة الألم النفسي، التفرقة في المعاملة، السواء، كما قام عبد الحليم محمود السيد بدراسة تحت عنوان الأسرة وإبداع الأبناء سنة 1980 حاول من خلالها معرفة طبيعة العلاقة بين المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وقدرات الإبداع لدى عينة مكونة من 360 تلميذاً يدرسون بالسنة الثانية ثانوي، ومن خلال تطبيقه لمقياس شيفار في البيئة المصرية توصل إلى الأساليب التالية: التقبل مقابل الرفض، والضبط العدوانى والإكراه وتلقين القلق والشعور بالذنب، عدم الإكراه والاستقلال. (محمود السيد، 1980، صص 170-171).

وأكد يوسف عبد الفتاح أن أساليب المعاملة الوالدية تتمثل في بعدين رئيسيين، هما: القبول مقابل الرفض الوالدي، وقد أيده في ذلك يوسف عسكر حينما حصر معاملة الوالدين للأبناء في اتجاهين: اتجاه القبول واتجاه الرفض (راجع بركات، 2000، ص17).

وترى الكتاني (2000) أن الدراسات والأبحاث التي اهتمت بالممارسات الوالدية في علاقتها بأي مظهر من مظاهر الشخصية سواء النفسية أو العقلية أو الاجتماعية بينت أن هناك اتجاهاً والدياً يؤدي إلى نمو في اتجاه إيجابي واعتبر سويًا وأن هناك مجموعة من الإتجاهات الوالدية تؤدي إلى نمو في اتجاه سلبي واعتبرت سلبية.

ويرى زهران (1984) أن الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال لها اثر في التنشئة كما يلي:

- العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة ، تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم.
- العلاقات والاتجاهات السيئة والظروف غير المناسبة مثل الحماية الزائدة أو الإهمال والتسلط وتفضيل الذكر على الأنثى أو العكس أو الطفل الأكبر أو الأصغر... الخ. تؤثر تأثيراً سيئاً على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.

- العلاقة بين الإخوة : العلاقة المنسجمة بين الإخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل، الخالية من التنافس تؤدي إلى النمو النفسي السليم للطفل.
- وهكذا نجد أن عملية التنشئة الأسرية التي تؤدي إلى النمو النفسي السوي والصحة النفسية تتطلب أن يتسم الجو الأسري بما يلي:
- إشباع الحاجات النفسية خاصة الحاجة إلى الانتماء والأمن والحب.
- تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة.
- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق الآخرين والتعاون والإيثار.
- تعليم التوافق الشخصي والاجتماعي.
- تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والإخوة والآخرين.
- تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم.. الخ.
- تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة.

ويرى حيدر(1994) إن أسلوب التنشئة يختلف باختلاف الأسر على الصعيد الثقافي والاجتماعي والاقتصادي ، فالأسر التي تعتمد مع الطفل منهجاً قائماً على الحوار المتبادل وأخذ مشاعره وآرائه بعين الاعتبار ، والإصغاء إليه حيث يتمكن من التعبير عن ذاته بحرية ، لقد دلت الأبحاث والتجارب أن الأسلوب التربوي القائم على الديمقراطية والتسامح بين الأهل والأولاد يعتبر من السبل الأساسية لإقامة علاقات أسرية صحيحة متماسكة ، مما يسمح للطفل أن يكون طرفاً فاعلاً فيها ، مما يمكنه من النمو والنضج والفتح ، وتنمية قدراته الاستقلالية والتخلص من التبعية للأهل والاعتماد على الذات وتعزيز الثقة بالنفس. أما الأسر التي تتبع جواً تربوياً يقوم على الاستبداد والتسلط ويستند إلى القمع والقسوة ، حيث أن الطفل يبدو منقاداً إلى رغبات الأهل وقبوله بما يفرض عليه من نماذج الأوامر والنواهي فإن ذلك يؤدي إما إلى قتل روح المبادرة والاستقلالية عند الطفل ، أو جعل الطفل يعيش في حالة من التمرد والرفض لما يفرض عليه ومعارضته المستمرة للأهل ، هذا الأسلوب يجعل الطفل يعيش في حالة يغلب عليها طابع القلق والتوتر والانفعال وفي حالة استمراريته فإنه يؤدي إلى ترك آثار سلبية على شخصية الطفل في المراحل اللاحقة وعلى صحته النفسية والفكرية والبيولوجية والاجتماعية.

العوامل المؤثرة في المعاملة الوالدية :

أ- **المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة:** أكدت الدراسات المنشورة أن هناك فروقا واضحة في أساليب المعاملة تعود إلى الفروق في مستويات الوضع الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة وأشار بعضها إلى أن أسرة الطبقة الدنيا أكثر ميلا لاستخدام العقاب البدني والتهديد والتخويف في تربية أبنائها في مواقف التنشئة المختلفة، بينما تميل أسر الطبقة المتوسطة إلى استخدام أسلوب النصح والإرشاد اللفظي في تلك المواقف. (أحمد همشري، 2003، ص 33)

فانتماء الأسرة إلي وسط اجتماعي واقتصادي يتميز بالفقر، والبطالة، وصعوبة الظروف المعيشية لقلّة الدخل في مقابل ازدياد مطالب وحاجيات الأسرة، وعدم توفر أو ضيق السكن، والظروف المهنية التي قد تساعد على عدم الرضا في العمل. (محمد عماد الدين إسماعيل، 1986، ص238)، وصعوبة توفير الرعاية الصحية اللازمة، يؤدي إلي إهمال الوالدين لرعاية أبنائهما، والاستسلام لظروف الواقع المعاش، والتخلي عن القيام بمهامهما في التربية والتعليم والتوجيه، ونظرا لانشغالهما والجري وراء توفير أدنى المطالب الضرورية لأفراد الأسرة. وفي هذا المجال يؤكد محمود حسن(1981) أن الرفض والإهمال الوالدي للطفل يظهر في المسائل الاقتصادية عندما تفشل الأسرة في تزويد الابن بالملابس الملائمة، أو المصروف الشخصي وما شبه ذلك. (محمود حسن، 1981، ص273)

ب- **شخصية الوالدين:** تؤثر الحالة الجسمية والنفسية والعقلية للوالدين على نوعية المعاملة التي يتلقاها الأبناء فإصابة أحد الوالدين أو كلاهما بمرض أو بإعاقة حسية أو حركية يؤثر سلباً على التربية السليمة للأبناء. (نصر الدين، 1999، ص129) فمرض الأب مثلا يؤدي إلى شعوره بالعجز والرغبة في الراحة فينقطع بذلك عن الحياة العادية والمرح والعمل، وينفصل نوعا ما عن الأصدقاء والأسرة. (محمود حسن، 1981، ص74) وهذا قد يؤدي به إلي رفض أبنائه وإهمالهم وعدم الاكتراث بإشباع حاجاتهم وخاصة حاجتهم للحب، كما أن الأب المعاق قد يلجأ في بعض الأحيان إلي استعمال القسوة أو التهديد في تنشئة الأولاد كوسيلة لإثبات ذاته وقدرته على قيادة المنزل، أما عن الحالة النفسية للوالدين فيرى فرويد أن الأبوين

العصابيين اللذين يبالغان في حماية الصغير يوقضان فيه الاستعداد للعصاب. (محمد بيومي خليل ، 2000، ص12)

وترى انتصار (2004) أن الرفض شائع بين الأمهات اللاتي ولدن لأم عصبية وأب قاس وعنيف. (يونس انتصار، 2004، ص55)، وقد لوحظ كذلك أن الآباء الذين يسرفون في استخدام العقاب البدني مع أطفالهم والنقد والتقييم السلبي هم في الغالب يتخذون من الطفل وسيلة للتفيس عن رغباتهم العدوانية المكبوتة، وعن احباطاتهم ومشاعرهم السلبية المختلفة نحو أنفسهم، وليست ممارستهم هذه سوى رد فعل مرضي على ظروف حياتهم التي لا يطيقونها، فالآباء الذين يسيئون استغلال أبنائهم كانوا ممن أسئ استغلالهم عندما كانوا أطفالاً، أو على الأقل كانوا من المنبوذين. (عماد الدين إسماعيل، 1986، ص237) ، ويرى سلوكين (Sluckin) أن أهم العوامل المؤثرة في سلوك الأهل تجربتهم السابقة مع أهلهم، فالتجربة التي تتميز باللطافة وشعور الطفل بأنه موضع الاهتمام والمساعدة تبقى حاضرة في الذهن ومؤثرة في السلوك عندما يصبح الطفل بدوره أباً أو أمًا. (فايز قنطار، 1992، ص149)

وهناك من الآباء من يتميزون بشخصية ذات طموح زائد، فالآباء الطامحون عادة ما يرسمون للطفل خطة المستقبل دون مراعاة لمواهبه واستعداداته، ولكن فقط لتحقيق أمنية لم يستطع الآباء تحقيقها لأنفسهم، أو لإشباع مطامع خاصة بهم أو قد يضعون مثلاً أعلى ويقارنون أعمالهم بهذا المثل. (يونس انتصار، 2004، ص56)، وغالباً ما يحظى الابن بالتقبل من والديه إذا حقق توقعاتهم أما إذا فشل في ذلك فإنه يقابل بالرفض، خاصة وأن الكثير من الأبحاث والدراسات خلصت إلى أن كثرة المشاجرة وعدم الطاعة وعدم تحمل المسؤولية صفات تميز مثل هؤلاء الأطفال؛ فقد تبين من بعض هذه الدراسات على مجموعة من هؤلاء الأطفال أن 52% كانوا من الراسبين في المدرسة و32% يلجئون إلى أحلام اليقظة، وقد وجد مارتن (Martin) أن هؤلاء الأطفال يتميزون بكثرة الشكوى والميل إلى المنافسة الشديدة. مما قد يؤدي إلى رفض الوالدين لهم. (يونس انتصار، مرجع سابق، ص57)، كما يمكن أن تتسم شخصية الوالدين ببعض العادات السيئة والمحرمة كشرب الخمر وتعاطي المخدرات والسرقعة ولعب القمار وغيرها وهي تؤثر على الجانب النفسي للوالدين ومن ثم

على التفاعل الايجابي مع الأبناء، فهذا الصنف من الوالدين قد يعرض الابن إلى العقاب البدني والإهمال واللامبالاة، أو ربما الطرد من البيت، وهؤلاء الآباء عادة ما يتخلون عن مسؤولياتهم الأسرية. (جابر نصر الدين، 1998، ص130)

ت- **المستوى التعليمي والثقافي للأسرة**: يعتبر المستوى الثقافي عامة والتعليمي خاصة من أقوى المؤثرات المحددة لكفاءات الوالدين المعرفية ومهارتهما السلوكية والتي لها دورها الكبير في اتجاهاتهما نحو تربية الطفل، فنتائج أغلب الدراسات الأجنبية والإسلامية على حد سواء تبين أن المستوى التعليمي للوالدين يع تبر العامل الأقوى تأثيراً في الممارسات الوالدية لتربية الأبناء، بحيث أنه كلما كان مرتفعاً يكون الوالدان أكثر ميلاً للتسامح والمرونة مع الأبناء وكلما كان منخفضاً تكون السيطرة لأساليب التشدد والرفض والإهمال، ولا يخفى علينا بأن فئات وشرائح اجتماعية كثيرة داخل الدول العربية ما تزال تحت وطأة الأمية، فإن هذا يعني ضمناً أن التنشئة الوالدية الممارسة ضمن هذه الأوساط لا بد وأن تتأثر سلبياً بهذه الآفة، حيث تقول الأرقام في العالم العربي أن هناك % 60 من النساء و % 44 من الرجال لا يجيدون القراءة والكتابة. وأظهرت دراسة ROY (1950) أن الآباء من المستوى التعليمي المرتفع يمنحون أطفالهم حرية أكبر من التي يمنحها الآباء من المستوى التعليمي الأقل

ث- **المستوى الاجتماعي والاقتصادي**: اشارت دربين أمينة (2012) أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي يعد متغيراً بالغ الأهمية نظراً لما يقترن به وما يترتب عليه من أنماط سلوكية عند الفرد، وتضيف أن MCKINLY (1984) اشار في نظرية الإحباط والعدوان إلى أن الوضع الاقتصادي والاجتماعي يرتبط بدرجة الإحباط التي يعايشها الفرد أثناء التنشئة، والذي يؤثر بدوره في درجة الكبت والتسلط والقسوة وتفاعل الوالدين مع الأبناء والأبناء الذين ينتمون إلى أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي عال تنهياً لهم إمكانيات من الرعاية الجسمية والعقلية والانفعالية قد لا تتاح لأفرادهم، الذين ينتمون إلى أسر أقل في المستوى الاقتصادي والاجتماعي .

ج- **الصحة النفسية والجسمية للوالدين** : ثبت من خلال الدراسات أن الوالدين العصبيين يفتقران إلى الاستقرار العاطفي في العلاقات الزوجية، وفي علاقتها العائلية ، وغالبا ما يعكسان مشكلاتهما على أطفالهما بشكل أو بآخر. (عدنان الدوري، 1985، ص259)

كما أن الدراسات الإكلينيكية الحديثة بينت أن النضج الانفعالي للوالدين أخطر العوامل في تنشئة الأطفال، فالأب والأم لا تعينهما ثقافتهما السيكولوجية وعلمهما بشروط التربية السليمة، إن لم يكن لديهما قدر كاف من النضج الانفعالي يعينهما على احتمال أعباء الأبوة وتكاليفها وتبعاتها وواجباتها، وما تتطلب من تضحية وإنكار للذات ورفق وحزم وحب غير أناني . (أحمد عزت راجح، 1985، ص626) فالآباء الذين يتسمون بالإهمال والتذبذب وعدم الاستقرار في إتباع طريقة تنشئة واضحة، لعدم استقرارهم النفسي والانفعالي أو لتأثرهم بأسلوب تربوي سيء في طفولته

ح- **عمل الأم** : يعتقد الكثيرون أن خروج الأم للعمل غالباً ما يؤثر على مستويات العناية بالأطفال وان كانت الدراسات قد اختلفت في تأثير عمل الأم على رعاية الأبناء بينما يرى **ETAUGT (1987)** أن أطفال الأمهات الراضيات سواء يعملن أو لا لهم درجات من التوافق النفسي والاجتماعي يؤثر بالإيجاب على الأطفال (زكريا الشربيني، 2006، ص162).

خ- **ترتيب الطفل بين إخوته**: أثبتت الدراسات أن الطفل الأول (الأكبر) أكثر تردداً على العيادات النفسية ذلك أنه نشأ ووالديه لم يكتسبا بعد الخبرة اللازمة لتربية الأطفال ولم يتم بينهما التوافق الذي يساعدهما على تربية طفلهم، فينشأ الطفل غيوراً وعدوانياً إذا ما ولد منافس له. أما الطفل الأخير فقد يتعرض للتدليل الزائد والتراخي أو الإهمال، والطفل الوحيد غالباً ما يسوء تكيفه يفسد بالدلال وتتأثر شخصيته بالظروف والأساليب التي حدثت بوالديه الاقتصار عليه كما أنه يجد نفسه محاطاً بكبار يعجز عن التعامل والأخذ والعطاء معهم. بينما الطفل الذي ينشأ بين عدد كبير من الإخوة ينمو إلى شخصية متكيفة تكيفاً سليماً (عباس محمود عوض، 1987، ص86)

د- **جنس الطفل**: جنس الطفل هو أحد العوامل البيولوجية والاجتماعية المؤثرة في نمط التعامل بين الوالدين والأبناء، وقد أكدت العديد من الدراسات أن جنس الطفل له تأثير كبير على السلوك الوالدي مثل دراسة (ممدوحة سلامة، 1994) وأساليب المعاملة الوالدية قد تتأثر سلباً أو إيجاباً تبعاً لجنس الطفل، وسواء كانت سوية أو غير سوية، فإنها تؤثر على شخصية الطفل. (الشربيني، مرجع سابق، ص156)

ذ- **حجم الأسرة وتركيبها:** تعد الأسرة التي يسود فيها جو من التفاهم والحب والاتفاق على أسلوب واحد في تربية الأبناء هي أقدر الأسر على تكوين أبناء متوافقين نفسياً واجتماعياً بينما الأسر المتصدعة سواء بسبب الطلاق أو فقدان أو، غياب أحد الوالدين أو كلاهما يؤدي إلى العديد من المشاكل النفسية ، ويؤثر حجم الأسرة في التقارب بين الأم والأبناء فكلبر عدد الأفراد داخل الأسرة يؤدي إلى ضيق التفاعل اللفظي مع الأبناء والتسلط في العلاقة بهم كما أنه قد يزيد من صراعات الأم وتعرض الأبناء للخبرات المؤلمة وعدم إشباع حاجاتهم .(طلعت حسن عبد الرحيم، 1975، ص158)

أساليب المعاملة الوالدية :

مفهوم أساليب المعاملة الوالدية : تعددت المفاهيم الخاصة بأساليب المعاملة الوالدية نظراً لتعدد هذه الأساليب وكذلك تنوع طرقها وتداخلها هذا بالإضافة لاختلاف طرق قياسها ، والأطر النظرية التي أستخدم إليها الباحثون ، حيث نعرض عدداً منها ، فعرفت انشراح محمد الدسوقي (1981) المعاملة الوالدية بأنها الأسلوب الذي يتبعه الآباء لاكتساب أبنائهم أنواع السلوك المختلفة والقيم والعادات والتقاليد، تختلف باختلاف الثقافة والطبقة الاجتماعية وتعلم الوالدين والمهنة وتؤثر على ما سوف يكتسبه الفرد من خصائص مرتبطة بالأسلوب.(أبو عوف طلعت، 2008، ص128)

و عرفها عسكر بأنها مدى إدراك الطفل للمعاملة من والديه في إطار التنشئة الاجتماعية في اتجاه القبول الذي يتمثل في إدراك الطفل للدفع والمحبة والعطف والاهتمام والاستحسان والأمان ، بصورة لفظية أو غير لفظية ، أو في اتجاه الرفض الذي يتمثل في إدراك الطفل لعدوان الوالدين وغضبهم عليه واستيائهم منه، أو شعورهم بالمرارة وخيبة الأمل والانتقاد والتجريح والتقليل من شأنه وإهانته وتأنيبه من خلال سلوك الضرب والسباب والسخرية والتهكم واللامبالاة والإهمال ورفضه رفضاً غير محدود بصورة غامضة(آسيا بركات، 2000، ص17)

أما خوج (2002) فتعرفها على إنها تلك الطرق الايجابية والسلبية التي يمارسها الوالدان مع ابنائهم في مواقف حياتهم المختلفة ومحاولة غرسها في نفوسهم مع تمسكها بعادات

المجتمع وتقاليدته وتقاس عن طريق تعبير الوالدان أو استجابة الأبناء. (خوج ،2002،ص27)

وتعرفها أبو ليله (2002،ص47) بأنها الأساليب التي يتلقاها الأبناء من الآباء والأمهات في مواقف الحياة المختلفة والتي نتعرف عليها من خلال التقارير اللفظية للأبناء ، وتتمثل هذه الأساليب في: التقبل ، التسامح ، الرفض ، الشدة ، الاستقلال ، التبعية ، الإهمال ، المبالغة في الرعاية ، عدم الاتساق ، التذبذب .

بينما ركزت ديانا بومريند (Diana Baumrind) على أنواع وأنماط لأساليب المعاملة الوالدية وعرضت أربعة أساليب هي (الأسلوب الرسمي الديمقراطي ،الأسلوب الفاشي المتسلط والمتجبر،الأسلوب الاختياري الحر،أسلوب الرفض) وفي المقابل قامت بعرض ثلاثة أساليب سلوكية للأطفال هي(ودود ، فعال، منازع ، سريع الغضب،مندفع ، عدواني) وهذه الأساليب السلوكية للأطفال مرتبطة بأساليب المعاملة الوالدية(موسى،2003،ص11)

أما البليهي يرى أن أساليب المعاملة الوالدية هو موقف الآباء والأمهات تجاه أبنائهم ، والأسلوب المتبع في التنشئة من خلال مواقف الحياة المختلفة البيولوجية والاجتماعية ويتم التعرف عليها من خلال إدراك الأبناء لها وذلك بالنسبة للأساليب الفرعية التالية (التقبل مقابل الرفض ،المساواة مقابل التفرقة ، الاتساق مقابل التذبذب ، الاستقلال مقابل التبعية) كما يمكن قياسها من خلال الوالدين أو من خلال الأبناء (البليهي،2008،ص18)

وترى شعبي أن أساليب المعاملة الوالدية هي كل ما يراه الآباء ويتمسكون به من أساليب في معاملة وتنشئة الأبناء في مختلف المواقف الحياتية ، وتتضمن أساليب المعاملة الوالدية كل من أساليب التسلط ، الحماية الزائدة، والإهمال ، والتدليل ، والقسوة، واثارة الألم ، والنفي، والتذبذب ، والتفرقة ،و السواء (شعبي،2009،ص5)

وعرفها حمود (2010،ص42) بأنها مجموعة من العمليات التي يقوم بها الوالدان سواء بقصد أو بغير قصد في تربية أبنائهم ، ويشمل ذلك توجيهاتهم لهم، وأوامرهم ، ونواهيهم ، بقصد تدريبهم على والتقاليد والعادات الاجتماعية ، أو توجيههم للاستجابات المقبولة من المجتمع ، وذلك وفق ما يراه الأبناء ، وكما يظهر من خلال وصفهم لخبرات المعاملة التي عايشوها.

أما مهندس (2006، ص18) فعرّفها على إنها الأساليب التي يتبعها الآباء مع الأبناء سواء كانت ايجابية وصحيحة لتأمين نمو الطفل في الاتجاه السليم ووقايته من الانحراف أو سلبية وغير صحيحة تعوق نموه عن الاتجاه الصحيح وبحيث تؤدي إلى الانحراف في مختلف جوانب حياته المختلفة وبذلك لا تكون لديه القدرة على التوافق الشخصي والاجتماعي ولقد قسمها في مقياسه إلى ثلاثة أقسام رئيسية وهي:

- الأسلوب العقابي أو تأكيد القوة (Power Assertion) ويتضمن عقاباً جسدياً أو تهديد بالحرمان من أشياء أو امتيازات مادية.
- أسلوب سحب الحب أو الحرمان النفسي (Love With Drawal) الذي يعبر فيه الآباء عن غضبهم وعدم استحسانهم عن طريق تجاهل أطفالهم الراضين التكلم معهم أو الاستماع إليهم أو التهديد بتركهم.
- الأسلوب الإرشادي التوجيهي (Induction) ويتضمن وسائل عن طريقها يشرح الآباء ويفسرون لأبنائهم سبب رغبتهم في تغيير سلوكهم.

ويلاحظ من خلال التعاريف السابقة لأساليب المعاملة الوالدية أنها تتحدد في اتجاهين أساسيين ومختلفين أحدهما سوي ويبعث على الأمن والاستقرار ويتحدد من خلال أساليب التقبل والاهتمام والتسامح والتوازن في أسلوب التنشئة ، والآخر غير سوي ويبعث على الاضطراب النفسي ويتحدد في أساليب الرفض ، والقسوة ، والعقاب والتفرقة، وغيرها . ولكن رغم اختلافهما إلا إنهما يؤكدان على مضمون واحد وهو أن المعاملة الوالدية تعبر عن أشكال التعامل المختلفة المتبعة من قبل الوالدين مع أبنائهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ، وادراك الأبناء لهذا التعامل وما يعنيه بالنسبة لهم هو العامل المهم الذي يحدد إلى أي مدى سوف يكون الاضطراب النفسي لديهم. فمجرد ولادة الطفل تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية والتي سوف تحدد الأنماط المتباينة من التنشئة التي تعكس منها أساليب معاملة الوالدين لأبنائهم

النظريات المفسرة للمعاملة الوالدية:

أدرك الباحثون أهمية العلاقات الأولى في حياة الطفل التي تتمثل في أساليب المعاملة الوالدية السائدة داخل الأسرة ومدى تأثيرها على شخصيته ، وكذلك مدى إسهامها في توافقه واضطرابه النفسي. وفيما يلي عرض لهذه النظريات :

أ- **نظرية التحليل النفسي:** يعطى علماء التحليل النفسي وعلى رأسهم فرويد Freud أهمية كبيرة للسنوات الأولى من حياة الفرد ، باعتبارها فترة تكوينية تضع الأسس والجزور الأولى لأي من الاضطرابات النفسية ، كما أنها تمثل الدعامة الأولى التي تقوم عليها فيما بعد حياته النفسية والاجتماعية. وهدفت هذه النظرية إلى فهم ارتقاء الطفل ونشأة سماته واضطراباته النفسية، فاهتمت بدراسة المعاملة الوالدية، لأن الوالدين هما المؤثران الأولان في تكوين شخصية الطفل.(مايسة النيال،2002،ص25). فكان فرويد أهم من بادر إلى ذلك، إذ يعد أول من قدم ميكانزم التوحد وسعى إلى تفسيره على أساس علاقة الأنا والأنا الأعلى وركز على دور الأب والأم وأعلن عن توحد الطفل خلال المراحل النفسجسمية مع أحد الوالدين ومن ثم يستمد خصائص الوالد المتوحد معه، وهنا تكتمل تنشئته بنمو الأنا الأعلى (زكريا الشربيني،2006،ص54) ، وقد وضح ذلك على النحو التالي: في البداية تكون العلاقة بين الأم والأب علاقة عناية بالطفل ويكون هذا الأخير معتمدا على أمه بيولوجيا وعاطفيا، فكل ما تفعله الأم يصبح ذا قيمة نفسية وعقلية بالنسبة للطفل، وقد تغيب الأم عن طفلها لأسباب عديدة كالعامل أو العناية بالزوج أو الأطفال الآخرين عندها يقوم الطفل بمحاكاة وتقليد سلوكها فيحقق الإشباع، وهذا المعنى تكون النشاطات المتعلمة من خلال الملاحظة والتي يقلدها الطفل هي النشاطات التي وفرت إشباعا سابقا(هدى كشرود، 1993،ص37)

كما أن "فرويد" يقر بأن الطفل يتقمص صفات الشخص المحبوب لديه بما يحويه من صواب وخطأ ليتمجها في سلوكياته، والطفل أثناء عملية نموه يتعرض لصراعات بين حاجاته ورغباته ومتطلبات مجتمعة، وكذلك التفاعل مع والديه الذي يعد من العناصر الأساسية في تنشئته، فمثلا تعامل الأم مع طفلها أثناء عملية الإطعام يفسر أساسا اجتماعيا ينمي خصائص الشخصية (النيال،مرجع سابق،ص29)

و جاء أدلر 1984 (ADLER) ليقر بأن المعاملة الوالدية هي عنصر محدد لسلوك الشخص الإنساني، ويضيف بأن التربية الجيدة هي التي تقوم على التفهم والحب والحنان، فالأطفال اللذين يعاملون برقة وتفهم يظهرون نتائج إيجابية، أما الأطفال الذين يتعرضون للقسوة والصرامة والإهمال أو التدليل غالباً ما يظهرون نتائج سلبية، (علاء الدين كفاقي، 1989، صص 68-71) ، وكما يرى فرويد فإن الاضطراب النفسي أو العصبي يأتي من خلال مصدرين: الأول: تفاعلات غير مؤثرة أو غير ناضجة من نظم الذات الثلاثة الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى. والمصدر الثاني: تعلم غير ملائم في مرحلة الطفولة . (عبد الفتاح غريب، 1999، ص227)

ففي الحالة الأولى حيث تعجز الأنا على إحداث توازن بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى، ونتيجة لعجزها تلجأ إلى استخدام حيل الدفاع وخاصة الكبت والذي يحدث كثيراً في مرحلة الطفولة ليتعامل مع الدفعات المسببة للتوتر والقلق ودفعها إلى اللاشعور. أما المصدر الثاني وهو تعلم غير ملائم في مرحلة الطفولة ، فمن وجهة نظر فرويد أن الطفل في السنين الأولى من حياته يتمثل الأسلوب الاجتماعي الموجود في الثقافة التي يعيش فيها ، وذلك وهى الطريقة التي يتمثل بواسطتها الطفل بسمات Identification ، ويجعلها جزءاً مكوناً لشخصيته ذاتها ، فهو يتعلم خفض التوتر بصياغة سلوكه على غرار سلوك شخص آخر ، فالطفل يتعين بوالديه لأنهما يبدوان له من ذوى القدرة المطلقة على الأقل خلال سنوات الطفولة (سهير كامل، 1998، صص 97-98) ، وهكذا أولى فرويد اهتماماً كبيراً للعلاقات المبكرة من حياة الطفل وهى علاقاته بالأب والأم وأثرها على الطفل خاصة الأم والتي تمثل له موضوعاً للحب أو الاختيار اللبدي الأول ، والذي ينقل فيما بعد إلى الأب وباقي أفراد الأسرة وقد توصل فرويد إلى أن هناك سببين لإعاقة النمو النفسي أثناء تطور شخصية الفرد فى مرحلة الطفولة وهما:

الإحباط الزائد Excessive frustration ، والتدليل الزائد Excessive indulgence فإذا ما أحبطت حاجات الطفل بصورة زائدة ، أو أشبعت بصورة زائدة فإن جانب من الشخصية يتوقف أو يعاق نموّه إلى درجة ما ، وقد تنشأ الحاجة الزائدة نتيجة لإعاقة النمو ،

وقد أطلق فرويد على هذه العملية لفظ التثبيت Fixation . (السيد عبد الرحمن، 1998،ص63)

ولا شك أنه تحدث عملية التثبيت كنتيجة لسلوك الأم مع طفلها ونوع أنماط التفاعل بينهما أثناء مواقف التدريب المختلفة. وبهذا فإن الأساليب التي تتعامل بها الأم من خلال مواقف التدريب على الإخراج والتغذية، ويكون فيها التأسيس الاجتماعي للطفل وتتشكل الصيغة الأولية للإنسان، وكيفما يتم الإشباع في كل مرحلة ، وكيفما يتم معاملة الطفل في كل منها تتشكل أنماط سلوكه وشخصيته (السيد إسماعيل، 1995،ص 16)

ب- **نظريات التعلم:** اهتمت نظريات التعلم بأثر البيئة والخبرة التي يتلقاها الفرد في مراحل حياته المبكرة ، فالتعلم هو نتاج الخبرة. فبرغم أن هناك تباين في المضمون النوعي لدى أصحاب نظريات التعلم والنتائج عن اختلاف الخلفية النظرية التي يستند عليها كل باحث ، إلا أنهم يتفقون على أهمية التعلم في اكتشاف السلوكيات المضطربة أو السوية. وقد حددت نظريات التعلم مجموعة من القوانين المرتبطة بأساليب المعاملة وطرق اكتسابها مثل:

التعلم الاستجابي (الإشراف الكلاسيكي) Respondent Learning : والإشراف الكلاسيكي من أقدم النظريات السلوكية ، والتي تدور حول معرفة كيف أن سلوكاً معيناً يحدث في أعقاب حادثة معينة يمكن أن يحدث في أعقاب حادثة أخرى لا صلة لها به ، وتطلق النظرية على كل من الحادثتين اسم المثير وعلى السلوك بالاستجابة(عبد الرحمن عدس، 1999،ص222) فالخوف من الانفصال على سبيل المثال الذي يثير في نفس الطفل الشعور بالقلق والتوتر يمكن التخلص منه إذا ما تم الانفصال بين الطفل والقائم على رعايته في جو من اللذة مشبع بالأمان عن طريق تشجيع الطفل على الاستقلال والاعتماد على النفس ، فإذا ما تعرض الطفل لهذا الموقف في جو آمن غير مثير للخوف يمكن التقليل من حدة القلق والتوتر المصاحب لهذا الموقف.

التعليم الإجرائي Operant Learning : مهد الطريق لهذه النظرية الجديدة إدوارد ثورنديك (1913) من خلال مشاهداته للحيوانات واستجاباتهم ، وقد خرج بقانون الأثر ، والذي مفاده أن السلوكيات التي يعقبها ظروف سارة فمن المحتمل أن يتكرر حدوثها مستقبلاً

إذا ما توافرت المواقف المشابهة (عدس، مرجع سابق، ص 230) وتكتسب الخبرات المتعلمة في التعلم الإجرائي عن طريق التدعيم والتعزيز، وهذا النوع من التعلم يطلق عليه الإشراف الإجرائي ، ومن ثم فإن السلوك يستمر أو يتلاشى عندما يحدث التعزيز ، فإذا حدث التعزيز استمر السلوك، وإذا لم يحدث التعزيز فإن الاستجابة تتوقف (عبد المجيد منصور، زكريا الشربيني، 1998، ص 52)

وأشار "سكينر" أن لدى الطفل عدد غير محدد من الاحتمالات السلوكية ، والوالدان هما اللذان يدعمان أساساً ويشكلان تطوره ونموه في اتجاه محدد. وقد قام Skinner بتقسيم المعززات إلى نوعين أساسيين هما :

- **معززات موجبة Positive reinforces** : وهو إذا ما أضيف إلى المواقف فإنه يقوى من احتمال ظهور الاستجابة التلقائية (لأن شئ ساراً قد أعطى في أعقاب السلوك) والمعززات الإيجابية هي في الغالب معززات اجتماعية كالمديح من قبل الوالد.

- **معززات سالبة Negative reinforces** : أي إزالة الأشياء غير السارة بدلاً من إضافة أشياء سارة، ويمكن تحديد دور التعزيز في تخفيف حدة التوتر التي تكون موجودة نتيجة الحرمان أي أنه يشبع حاجة ، وكلما زادت حدة التوتر كلما زادت درجة الاستجابة إلى الإثارة (عبد الرحمن عدس، 1999، ص 223)

أ- **العقاب Punishment** ويتضمن إزالة معزز موجب أو إضافة معزز سالب ، أي بعبارة أخرى استبعاد أشياء يرغبها الفرد أو إضافة شئ يكرهه. والتعزيز سواء موجباً أو سالباً يقوى السلوك، أما العقاب قد يكبت السلوك بدلاً من أن يلغيه. ويرفض "Skinner" أي تفسير خيالي للعصاب ، ويرى أن وجود أسباب داخلية مجرد خرافة ، وبدلاً من ذلك فهو يعرف الاختلال النفسي أو العقلي على أنه سلوك غير ملائم أو خطر يهدد الفرد أو الآخرين ، ويرجع التعزيز في أغلب الحالات يرجع إلى العقاب. فالشخص الذي يتم عقابه بقسوة على سلوك جنسي أثناء مرحلة الطفولة أو المراهقة ربما ينمى لديه مخاوف مرضية تحول دون تحقيق التعزيز على مثل هذا السلوك في الرشد ، وكما رأينا فالعقاب المتكرر والمتنوع يميل لإحداث العديد من السلوكيات المحتملة التي يتولد عنها مثيرات شرطية منفرة أو بغیضة ، وينتج عن ذلك فرد يعاني كبح سلوكه على أقصى درجة ، وربما ينخرط الطفل في نوبات

غضب شديدة وحادة ، لأن والديه قد عزز لديه هذا السلوك بالانتباه والاهتمام به ، كما في مفهوم فرويد عن المكاسب الثانوية ، وقد يفشل الأب المشغول في الاستجابة للمطالب التي تطلب من قبل طفله في هدوء ، ويستجيب فقط للنداءات الصاخبة وبصوت مرتفع ، ومن ثم فإن ذلك يشكل الطفل في أن يصبح مثيراً للضوضاء بصورة واضحة. (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص561)

التعلم بالملاحظة (النمذجة) (Observation learning (modeling) : هناك أنواع أخرى من التعلم تتم من خلال عملية المحاكاة أو التقليد أو الملاحظة من خلال ملاحظة شخص آخر في البيئة) يتخذه الفرد نموذجاً يحتذى به أي أن هناك ما يمثل لهذا الشخص القدرة التي يقنني بها في سلوكه. ويعد بندورا 'Bandura' من أكثر المطورين لقوانين التعلم والذي يؤكد على أن التنشئة الاجتماعية أو تعلم السلوك يحدث وفقاً لعملية تقليد النماذج ، وقد انتقد بندورا بشدة تأكيد "سكينر" الكامل على العوامل الخارجية. حيث رأى "بندورا" أن العوامل الشخصية الداخلية للفرد والعوامل البيئية تعمل بشكل متبادل فالفرد يشكل البيئة كما تحدد البيئة المثيرات الدافعة لسلوك الفرد . وينسب "بندورا" حدوث الاضطراب النفسي إلى اختلال في عملية التعلم ، والتعميمات والتوقعات الخاطئة عن ذلك ، كما يرى أن السلوك ليس بحاجة إلى تعزيز ولا يلزم ممارسته لكي يحدث تعلمه فأغلب ما يتعلمه الإنسان يتم بالملاحظة ، حتى لدى الأطفال ، حيث تؤدي الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين ، وما يترتب على هذا السلوك لهم إلى تعلم مثل هذا السلوك (محمد السيد ،مرجع سابق، ص 641 - 650)

و يعتقد الكثيرون من أخصائي النمو أن استخدام العقاب البدني ينمذج ببساطة السلوك العدوانية لدى الأطفال ، وبعض الأسر تكون أكثر عدوانية بمعنى أنه ليس الأطفال فقط في أسرهم يسلكون بعدوانية ، ولكن يسلك كذلك الآباء في الأسرة ، ولكن يصعب علينا أن نؤكد إذا ما كانت عدوانية الكبار مثل العقاب الجسماني تؤدي إلى عدوانية الأطفال ، أم عدوانية الأطفال هي التي تحدث ردود فعل تأديبية لدى مقدمي الرعاية. ولكن بالفعل ربما توحى عدوانية الكبار بعدوانية الطفل من خلال استخدام الأطفال لميكانيزم التعلم بالملاحظة والتقليد.

ت- **النظرية السلوكية الجديدة** : تتمثل هذه النظرية فيما قدمه كلا من "دولارد ، وميللر ، وسيرز ، وماكوبى" والذين أطلق عليهم أتباع (Hall) الجدد ، لما قاموا به من تعديل وتبسيط نظرية التعزيز، وترجع أهمية نظرية "دولارد وميللر" في أنها تعد القنطرة التي تربط بين نظرية (فرويد) في التحليل النفسي ، ونظريات التعلم ، كما أنها تعد أولى الدعائم التي تقوم عليها نظريات التعلم الاجتماعي في تفسيرها لعمليات التنشئة الاجتماعية وآثارها على بناء شخصية الفرد. ومن خلال نظرة عامة على نظرية "دولارد وميللر" نجد أنهما يركزان على العادات السلوكية ، وما شخصية الإنسان من وجهة نظر نظريات التعلم إلا مجموعة كبيرة من هذه العادات أو وحدات التعلم ، والتي تتكون من عناصر أساسية أربعة هي : الدافع - المثير أو المنبه - الاستجابة - التدعيم. (سهير كامل أحمد، 1998، ص122)

- **المثير "Stimuli"** : ويسمى أحياناً بالدليل أو المنبه وهو حدث يثير استجابة ، فالانفعالات والدوافع تعمل بوصفها منبهات متميزة تؤدي إلى استجابات معينة ، وكمثال على ذلك : ما يحدث عندما يعمل القلق والخوف كمنبه يؤدي إلى استجابة التجنب أو الاكتئاب، (ريتشارد سوين، 1970، ص262)

- **الاستجابة "Response"** : هي نوع من النشاط يرتبط بمنبه أو مثير ، ولكل موقف مثير ، وعدد من الاستجابات المحتملة، وعملية الإثابة أو التدعيم قد تقوى استجابة ما كانت ضعيفة.

- **التدعيم "Reinforcement"** : واقعة محددة تحدث بعد ظهور استجابة الكائن للمثير فتخفض من حدة الدافع بذلك تزيد قوة الاتصال بين المنبه والاستجابة (غريب عبد الفتاح ، 1999، ص ص232-236) . فالسلوكيات المضطربة والاستجابات غير المتوافقة من السلوك قد يتم تعلمها نتيجة لأنها ارتبطت بتخفيض الدافع عن طريق ما يحدث من تدعيم لكي تتم عملية التعلم فالكبت على سبيل المثال يقلل من دافع الخوف وبالتالي يؤدي إلى تدعيم استجابة الكبت. حيث تتفق وجهة نظر "دولارد وميللر" مع فرويد في أن العصاب يرجع عادة إلى صراعات شعورية قوية تنشأ أثناء فترة الطفولة (دون أن يركز على أن يهتما بالطاقة النفسية أو المكونات المختلفة للنفس البشرية) وهم يرون أن مثل هذه الصراعات العصابية علمت الصغير سريع التأثير لمثل هذا التعلم المرضى بسبب عجزه من ناحية ولكونه واقع

تحت رحمة والديه من ناحية أخرى ،ومثل هؤلاء الآباء يتصرفون أحياناً أو كثيراً بطرق مؤذية ، ولأنه أيضاً لا يستطيع بعد أن يفهم العالم، وكل ما يسعى إليه هو إشباع حاجاته (محمد السيد، مرجع سابق، ص 598)

ث- **نظرية الدور الاجتماعي Social rôle théorie** : وتتخذ هذه النظرية مفهومي المكانة الاجتماعية والدور الاجتماعي ، فالفرد يجب أن يعرف الأدوار الاجتماعية للآخرين ولنفسه حتى يعرف كيف يسلك وماذا يتوقع من غيره وما مشاعر هذا الغير أن المقصود بالمكانة الاجتماعية وضع الفرد في بناء اجتماعي يتحدد اجتماعياً وترتبط به التزامات وواجبات تقابلها .حقوق وامتيازات ، مع ارتباط كل مكانة بنمط من السلوك المتوقع وهو الدور الاجتماعي الذي يتضمن إلى جانب السلوك المتوقع ومعرفته مشاعر وقيماً تحددتها الثقافة (الشربيني؛ صادق، 2000، ص ص31-32)

وأخذ الدور هو قدرة الفرد على أن يضع نفسه مكان الآخرين ، وأن ينظر إلى الأمور المختلفة من هذه الزاوية أي ينظر للموقف ، أي موقف من وجهة نظر الآخرين ، بمعنى أنه يرى العالم بعين شخص آخر .كذلك فإن هذه القدرة تنمو في تتابع تطوري حيث تمر بعدة مراحل بالترتيب (عادل عبد الله، 1991، ص 92)

ويكتسب الطفل أدوار اجتماعية عن طريق التفاعل الاجتماعي مع الآباء والراشدين الذين لهم أهمية في حياة الطفل ، حتى يكتسب الطفل الأدوار الاجتماعية لا بد من قدرته على الارتباط العاطفي أو رابطة التعلق بين الطفل والأب أو الأم ذلك لأن الارتباط العاطفي له أهميته في عملية التعلم .ولذلك لا يميل الطفل لاكتساب السلوك الخاص بدور يقوم به شخص لا أهمية له عنده أو لا تربطه به رابطة عاطفية . (كفافي، 1990، ص 187) ويتم اكتساب الدور عن طريق مما يأتي:

أ- **التعلم المباشر** : استناداً إلى هذه النظرية يكتسب الطفل السلوك عن طريق التعلم المباشر من أشخاص يمثلون عنده مكانة خاصة أو أهمية كبيرة بالنسبة له فالوالدين يعلمان طفلها بصورة مباشرة ضرورة مناسبة سلوكه أو دوره الاجتماعي لمكانة اجتماعية معينة يحتلها الطفل بحكم جنسه أو سنه ، فالطفل الذكر يعلمه والداه أنه ينبغي أن يتسم بالقوة وأن لا يأتي ببعض الأفعال أو يرتدى الملابس الأنثوية .وكذلك الحال بالنسبة للبنات فالمكانة

الاجتماعية هنا تحددت بالجنس وهذه المكانة حددت الأدوار الاجتماعية التي يجب أن يكتسبها الطفل. أيضاً تحدد مكانة السن أدوار معينة يتعلمها الطفل من المحيطين كما يتعلم الطفل قيماً معينة مرتبطة بمكانة اجتماعية أو بأدوار اجتماعية ، يتعلم الطفل معايير سلوكية معينة بصورة مباشرة (السيد إسماعيل، 1995، ص20)

ب- المواقف : قد يتعرض الطفل لمواقف معينة يسلك في بعضها سلوكاً يلقى استحسان الوالدين ويلقى مساندة من الآخرين ، أو يسلك سلوكاً منافياً فيلقى معارضة الآخرين ويطلب منه تعديل سلوكه ومن هنا يتعلم أدواره الاجتماعية عن طريق المواقف.

ج - النمذجة : يتخذ الطفل من المحيطين به نماذج يحتذي بها وقدوة بالإضافة إلى فهمه لأدوارهم وكيفية تفاعلهم مع بعضهم البعض الطبيب ، المريض ، المدرس ، التلميذ ، الابن ، الأب وكذا ما تعكسه هذه النماذج من اتجاهات نحو أصحاب المكانات (الشربيني و صادق ،مرجع سابق، ص32) وتعتبر الذات مفهوماً ثالثاً في نظرية الدور الاجتماعي لأنه إذا كان الطفل يتفاعل بنجاح مع غيره فعليه أن يعرف ما هو السلوك المتوقع منه والمصاحب لمكانته الاجتماعية المختلفة- المدرس- الطبيب - وهنا لا بد أن يعرف ويتعلم كيف يسلك طبقاً للتوقعات وأن يكون قادراً على الحكم على سلوكه سلباً أم لا.

تصنيف أساليب المعاملة :

يقصد بها الأساليب المتبعة في تربية الطفل وتنشئته وتكون لها أثرها في تشكيل شخصيته، وعلى هذا فان الإتجاهات الوالدية هي الإجراءات والأساليب التي يتبعها الولدان في تطبيع أو تنشئة أبنائها إجتماعياً أي تحويلها من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات إجتماعية وما يعتنقه من اتجاهات توجه سلوكهما. (سهير كامل؛شحاتة سليمان، 2002، ص8) وهنا نتطرق إلى أساليب التنشئة الإجتماعية السليمة وأساليب التنشئة غير السليمة بشكل من التفصيل:

أ- الأساليب السوية (الإيجابية): يقصد بالأساليب السوية الأساليب الصحيحة من وجهة نظر الحقائق التربوية والنفسية وعدم ممارسة الأساليب المعبرة عن الاتجاهات السلبية، لذا هذا الاتجاه الأمثل. (زاهي الرشدان، 2005، ص113) وهي سلوك الوالدين المعتاد و المتكامل نسبياً تجاه الابن بحيث يعرف من خلاله أن والديه يعاملانه معاملة طيبة و يمنحانه الحرية و

يلبيان رغباته في أغلب الأحوال فيدرك انه محبوب من قبل والديه حبا دائما ثابتا و هذا يشعره بالدفء الأسري و الهناء العائلي.وهي التي تجب أن يتبعها الآباء لتأمين نمو الأبناء بالاتجاه السليم لولدهم وتجنبه الانحراف. وكذلك فالأساليب الصحية في التنشئة هي إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له، حيث يعاملانه معاملة طيبة و يعطيانه الحرية، ويلبيان رغباته في معظم الحالات، وفي هذا الأسلوب من المعاملة لا يفرق الوالدان بين الإخوة ولا يلجأ كثيرا إلى أسلوب العقاب، ولا يأتیان تصرفات تقلل من شأن الطفل ، ولهما موقف ثابت في معاملته ، وقد عرفتھا النيال(2002) بأنها تلك الأساليب السوية والبناءة التي يتبعها الوالدان في التعامل مع أبنائهما و□دف إلى تنشئة أطفال يتمتعون بالصحة النفسية (مايسة النيال،2002، ص113) . وتحدد أساليب المعاملة السوية فيما يلي:

- أسلوب الحرية (الديمقراطية) : 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. وهو الأسلوب الذي يحقق الأمن النفسي للطفل وهو يقوم على عناصر الحب والقبول والإستقرار ويجب أن نوضح أهمية ثبات الأساليب التي يتعامل بها الطفل لأنها شرط أساسي لتحقيق الإستقرار النفسي للطفل. (سهير كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد،2002،ص9) ويعتبر هذا الأسلوب من أنسب الأساليب التي تحقق الصحة النفسية للأطفال، حيث يتضمن تجنب الأساليب التربوية الغير السوية وتطبيق أسس الصحة النفسية، ويترتب عنها التوافق والتكيف النفسي الاجتماعي (أبو جاد ؛محمد علي،2000،ص67). ويتميز بالبعد عن فرض النظام الصارم على الطفل أو كبح إرادته من قبل الوالدين، معتمدين على سلطتهما، ومقيمين سلوك الأطفال وفقا لمعايير مطلقة محددة للسلوك. (زكرياء الشربيني،2006،ص173)، ويتسم بتشجيع الوالدين للأطفال على المناقشة، ومساعدتهم على اتخاذ القرارات مع ترك حرية الاختيار لهم والتعبير عن آرائهم ومشاعرهم. ويرى (BALDWEN 1993) أن الجو الديمقراطي يتميز بعدة مميزات منها : التسامح وتجنب أساليب العقاب التعسفية، واكتساب الأبناء اللغة خلال التفاعل مع الآباء مباشرة.(سامية لطفي الأنصاري،2007، ص45) ، ويتميز الآباء الديمقراطيون بالدفء

والسرعة في الاستجابة ويستشعرون حاجات أبنائهم ويهتمون بهم، وعادة ما يضعون معايير سلوكية واضحة ملائمة للمستوى العمري لأبنائهم. (عودة الريماوي، 2004، ص144)

وفي دراسة أخرى العبد الله (1989) تبين أن النمط الديمقراطي في التنشئة الأسرية يؤدي إلى زيادة إنتاجية الأبناء، ويكونون أقل اعتداء على ممتلكات الغير، وأكثر مواظبة، وأكثر اعتمادية على النفس وميلا إلى الاستقلالية وتحليا بروح المبادرة ، وأكثر اتصافا بالود وأقل عدوانية، وأكثر أصالة وتلقائية وإبداعا (عبد الله، 1989، ص18)

- أسلوب التقبل Acceptance : التقبل موقف تفاعلي بين الوالدين و أبنائهم وهو اتجاه تكاملي للوالدين نحو أبنائهم، وهذا الاتحاد يجب أن يتسم بالحب و التسامح والعطف والرعاية وفي موقف التقبل التفاعلي يدرك الابن أن والديه يعاملانه معاملة طيبة ويمنحانه الحرية ويلبيان رغباته في الأعم الغاب. والتقبل هو قبول الطفل كما هو دون محاولة تغييره أو الاستهواء بأعماله و الالتفات إلى محاسنه أكثر من أخطائه، فهم مشكلاته وهمومه والتحدث إليه بدفء عاطفي يجعله ينسى همومه و غضبه، إذا كان خائفا و تطيب خاطره إذا كان حزينا و قضاء وقت طويل معه والاستمتاع بالعمل و الخروج معه و جعله يحس إحساسا عميقا بالود والصدقة من بواكير أعوامه الأولى عن طريق الابتسامة التي تنمي فيه المحبة و تبعث في نفسه الود والثقة والحنان الأبوي. (ميسرة طاهر، 1989) ، فإدراك الطفل بأنه مقبول و محبوب من قبل والديه يشعره بالثقة الأسرية والهناء العائلي فيعرف أن طفولته سعيدة فيمضي حياته هادئة سعيدة نموه متكاملًا سويًا. وأشار "جون جونجر" أن تقبل الأم للطفل شرط ضروري لتنشئته نشأة اجتماعية فعالة و النقص في هذا يزيد من مقاومته لتمثيل قواعد المجتمع الذي يعيش فيه، و بناء على ذلك فإن النبذ الأمي كثيرا ما يؤدي إلى أن يصبح سلوك الطفل عدوانيا و مضادا للمجتمع. (كونجر وآخرون، 1978)

فدفء المعاملة يتمثل في السعي إلى مشاركة الطفل والتعبير الظاهر عن حبه وتقديره رأيه وانجازاته والتجاوب معه والتقرب منه من خلال حسن الحديث إليه، والفخر المفعول بتصرفاته ومداعبته بالإضافة إلى، رعايته واستخدام لغة الحوار والشرح لإقناعه وتوضيح الأمور

(الشريبي، 2006، ص174)

- أسلوب التسامح: يعني كون الوالدين أقل سيطرة على الأبناء، فيتيحون لهم بذلك الفرصة أن يشكلوا مستقبلهم ويشبعوا حاجاتهم ويحققوا مطالبهم ويسمح الآباء من خلال هذا الأسلوب لأبنائهم بممارسة ما يميلون إليه من أنشطة دون ضغط أو سيطرة عليهم، وتميل الأم المتسامحة إلى تحمل سلوك ابنها الذي يحتاج إلى تعديل، وهي بذلك تتيح أمامه الفرصة لكي يعتمد على ذاته ويستقل بشخصيته، وحينما يسلك وفقا لما هو متوقع منه تثبيته، على سلوكه السليم، فينمي فيه الثقة بالنفس والتلقائية (الأنصاري، 2000، ص32)

- أسلوب التمرکز حول الطفل : إن التمرکز حول الطفل يعني تأمين الأمن النفسي والجسمي والاجتماعي له، فالطفل يبقى دون أمن حتى يصل إلى والديه، فإذا وجد عندهما كل ما يحتاجه من أمن وطمأنينة، كلما ساعد ذلك في نموه النفسي والجسمي والاجتماعي باتجاه السوي السليم الإيجابي، وكلما انعدم ذلك فإن نموه النفسي والجسمي والاجتماعي قد يكون غير سليم. إن إدراك الطفل وإحساسه بأن والديه يعاملانه معاملة قوامها الدفء والعطف الأبوي والقرب منهما، من خلال إزالة كل العوائق التي تعترضه، وتقلل الشعور بعدم الأمن كلما بث في نفسه الطمأنينة والشعور بالأمن النفسي، باعتباره حاجة من حاجات النمو الأساسية التي تبغي الإشباع. فالتمرکز حول الابن هو السلوك الوالدي المعتاد والمنسق اتجاه الابن، والذي يتضمن قدرا من تمرکز الوالدين حول الابن لإشباع رغباته، وحاجاته والتضحية والتفاني في سبيل سعادته، ورفاهيته وحب تملكه واستحواذه، بحيث يدرك الابن بأنه محور اهتمام والديه، ويتجلى التمرکز حول الابن في سلوك الأب وسلوك الأم بأن يتمتع الوالد أو الوالدة بالجلوس مع الابن مدة طويلة، وأن يطيل الحديث معه، وأن يولي اهتماما خاصا بتلك الأمور التي تدخل السرور إلى نفسه، وأن يوليه قدرا زائدا من الرعاية والعناية، ويجعله كما لو كان الشخص الهام جدا في حياته، و أن يعطيه الكثير من البدائل أو الخيارات من أجل رفاهيته و سعادته و أن ينظر إلي الأمور من خلال نظرتة للابن

ب- الأساليب غير السوية :

- أسلوب الحماية الزائدة: Over protection style : يتمثل اتجاه الحماية الزائدة في قيام أحد الوالدين أو كلاهما نيابة عن الطفل بالواجبات التي يمكنه القيام بها، والمبالغة في الإهتمام والرعاية ، فلا تتاح له فرصة اتخاذ قراره بنفسه أو فرصة إختيار نشاطاته المختلفة. وقد يعكس اتجاه الحماية الشديدة مشاعر الآباء اللاشعورية لرفض الطفل ونبذه

لذلك تبدو اتجاهاتهم التربوية مستقلة ما بين التساهل والقسوة لتعكس قلقهم ومعايهم. (زاهي الرشدان، 2005، ص10) ويخلق هذا النمط من التربية شخصا هيبا 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 ولهذا فإنه يفقد كل إمكانياته للتعلم، واكتساب الخبرات المختلفة ولذلك فإن مثل هذا الطفل يتعرض إلى فشل كبير في نواحي التكيف والتوافق النفسي . (سهير أحمد، شحاتة محمد، 2002، ص10)

- أسلوب التساهل والتدليل Indulgence style : يتمثل هذا الاتجاه في تشجيع الطفل على تحقيق رغباته على النحو الذي يحلو له، والإستجابة 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 والإجتماعي وتأخر النضج الإجتماعي والإنفعالي 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 الإضطرابات النفسية والعصبية نتيجة الإحباطات عند احتكاكه بعالم الواقع فهو لم يعتد على الإحباط في طفولته المبكرة، وقد تتخذ هذه الإضطرابات النفسية العصبية أشكالا شتى مثل قضم الأظافر، وثورات الغضب والعصبية . (زاهي الرشدان، 2005)

- أسلوب استثارة الألم النفسي Excitement of psychological pain : يكون ذلك بأشعار الطفل بالذنب كلما أتى سلوكا غير مرغوب فيه، أيضا تحقير الطفل والتقليل 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 إنسحابية منطوية غير واثق من نفسه، منعدم الشعور بالأمان، يتوقع دائما بأن الأنظار متوجهة إليه، فيخاف كثيرا، لا يحب ذاته ويمدح الآخرين ويفتخر بهم وبانجازاتهم وقدراتهم، أما هو فيحبط من قيمته (بدران الجراح، 2008، ص102)

- أسلوب الإهمال Neglect : تعرف الصراف الإهمال على أنه "انسحاب الآباء أو اتخاذهم لمواقف تتصف بالسلبية واللامبالاة تجاه سلوك الأبناء بحيث لا يnehون عن الخطأ ولا يشجعون على صواب أو يثبتون عليه. (رشاد علي؛ زينب زين، 2009، ص 284). فمط 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 نتخبط في سلوكها بلا قواعد أو حدود فاصلة بين حقوقها وواجباتها وبين الصواب والخطأ. (زاهي الرشدان، 2005)

ويعتبر الإهمال هو أكثر أشكال إساءة معاملة الطفل انتشاراً والإهمال هو الفشل في إمداد الأطفال بالعناية الكافية والحماية، ويمكن أن يؤدي ويضر الأطفال من خلال منعهم وحرمانهم الناشئ عن الجهل من الضروريات المادية والانفعالية والتربوية ويتضمن الإهمال الفشل في إطعام الأطفال على نحو كاف وحمايتهم من الخطر. ويتضمن الإهمال المادي الهجر والعناية والرعاية الممزقة والإشراف غير الكافي وعدم الاكتراث وإهمال حماية الطفل

- أسلوب التسلط Authoritarianism : و قصد 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 وفقاً لمعايير قد لا تتناسب عمره أو نموه، و تقابل رغبات ومطالب الطفل بكلمة (لا) ومن مظاهر التسلط على الأبناء تحديد طريقة تناولهم الطعام ونومهم واستذكارهم وتحديد نوعيات أصدقائهم تحديد نوعية ملابسهم ، وأنشطتهم و غيرها. (الرشدان، مرجع سابق، ص 110) .

وهذا الاتجاه غالباً ما يساعد على تكوين شخصية خائفة دائماً 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 و حين يكبر هذا الطفل غالباً يكون في عمله دائم الإهمال إلا في وجود السلطة والرقابة. (سهير كامل ، شحاتة محمد ، 2002، ص 11)

- أسلوب القسوة Cruelty : ويتمثل في استخدام العقاب البدني الضرب واللجوء إلى التهديد إذا اخطأ 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 بنوعين: 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 المترمت 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 والإنطواء والإنسحاب من الحياة الإجتماعية وصعوبة في تكوين شخصية مستقلة نتيجة منعه من التعبير عن نفسه. (سهير كامل؛ شحاتة محمد، 2002)

- أسلوب التفرقة Discrimination : يتمثل هذا الاتجاه في تعمد عدم المساواة بين الأبناء والتفضيل بينهم بسبب الجنس أو ترتيب المولود أو السن...الخ، كتفضيل الذكر على الأنثى أو تمييز المولود الأكبر عن أخوته في المأكل والمصروف وغيرها، فينصب الإهتمام 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 على حساب الآخرين فلا يكثرث للآخرين أو يراعي شعورهم، أما بالنسبة للأخوة والأخوات غالبا ما تتولد لديهم الغيرة الشديدة والحقد المبطن على الأخ أو الأخت المميزة وإلي زيادة العدوانية نحوه . (زاهي الرشدان، مرجع سابق، ص112)

ويضيف "زيدان" انه التفضيل والتحيز وعدم النزاهة في المساواة بين الأبناء في الرعاية والعناية والاهتمام الموجه إليهم بسبب الجنس أو السن أو اللون أو المرض أو لأي سبب آخر، بحيث يبدي الوالدان حبا أكبر للابن الصغير أو الكبير، أو أن يفضل البنون على البنات أو العكس، أو أن يعطي أحد الأبناء امتيازات مادية أو معنوية أكثر من باقي إخوته (محمد زيدان، 1983، ص215) . فمن حيث الجنس مثلا نجد بعض الأسر تعامل الابن معاملة

تختلف تمامًا عن معاملة البنات مما تخلق الغرور في الأبناء وتتمى عندهن غيرة تكبت وتظهر أعراضها في صور أخرى في المستقبل ككراهية الرجال عامة وعدم الثقة بهم (محمد نعيمة، 2002، ص35) ، ومن ثم يترتب على هذا الاتجاه شخصية أنانية حاقدة تعودت أن تأخذ دون عطاء، تحب أن تستحوذ على كل شيء لنفسها حتى ولو على حساب الآخرين (هدى قناوي، 1984، ص96)

- أسلوب التذبذب Hesitation : 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 ، حيث يدرك الطفل من خلال معاملة والديه له أنما لا يعاملانه معاملة واحدة في الموقف الواحد، بل هناك تذبذب يصل إلى درجة التناقض في مواقف الوالدين وهذا ما قد يؤدي إلى خلق ازدواجية في شخصية الطفل وسلوكه عندما يكبر ويولد لديه القلق الدائم ويجعله متقلب الشخصية منقسمة على نفسها فان الطفل الذي عانى من التذبذب في معاملته يصبح متذبذباً في سلوكه. (الرشدان، مرجع سابق، ص110)

ويتمثل التذبذب في إدراك الابن بأن والديه لا يستقران على سلوك ثابت أو قواعد قارة في رعايته فلا يعاملانه معاملة واحدة في المواقف المتشابهة، بل هناك تذبذب قد يصل إلى درجة التناقض في مواقفهم (محمد نعيمة ، مرجع سابق، ص36) بحيث نجد أنهم يتذبذبون بلا انقطاع بين اللين والقسوة لنفس السبب وبين الرفض والقبول لنفس الأمر، وغالبا ما يترتب على هذا الاتجاه شخصية متقلبة، ازدواجية، منقسمة على نفسها تدرك التربية وكأنها مسألة مزاج، كما تجد أمامها نموذجا اجتماعيا وعاطفيا مضطرباً للتقليد (عمار زغينة ، 1997 ، ص45)

- أسلوب الرفض Rejection: ويتمثل هذا الاتجاه في إدراك الابن بأنه غير مرغوب فيه من طرف والديه فهما كثيرا الانتقاد له، ولا يبديان مشاعر الود والحب نحوه ولا يحرصان على مشاعره ولا يقيمان وزناً لرغباته (عمار زغينة، مرجع سابق، ص32). والرفض من طرف الوالدين يهدد مشاعر الأمن السوية ويقضي على تقدير الذات التي هي من السمات

الأساسية في الشخصية، وقد يكون رد الفعل غير مباشر كالتبول اللاإرادي وقضم الأظافر وعند الكبر قد يشيع السلوك المضاد للمجتمع والعدوان والقسوة، والكذب، والسرقة (علي تعوينات، 1995، ص24)

ويشير "الكفاني" انه إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له إنما لا يتقبلانه وإنما 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 كفاني، 2008) والقاعدة الأساسية في التعامل الحسن مع الأطفال هي التوسط والاعتدال فلا إفراط ولا تفريط بمعنى أنها إشراف في القسوة والشدّة والصرامة والصد والزجر للطفل والمغالاة في الحرمان وفرض القيود الصارمة، ولا تفريط في كل هذا وترك الحبل على الغالب للطفل بحيث يفعل ما يشاء متى يشاء وكيفما يشاء، فلا إشراف في التدليل والحرية والإذعان لمطالب الطفل ورغباته مهما كانت شاذة وغريبة بحيث يتحول الطفل إلى طاغية صغير في المنزل يعكر صفو من 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 آراء علماء النفس في بلاد الغرب.

وإذا 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، فتعتبر مرحلة حرجة وحساسة نظرا لتعرض كثير من الأطفال لكثير من الصعوبات الدراسية والنفسية والعقلية والاجتماعية ، فهناك الكثير من الاضطرابات التي تصيب الأطفال (العيسوي، 2005، ص44)

- الأسلوب العقابي Punitive method : ويتضمن العقاب النفسي والعقاب البدني ونلخصهما كالتالي:

1. العقاب النفسي: ويتمثل في إشعار الطفل بالنبذ كلما أتى سلوكا غير مرغوب فيه، أو تحقيره والتقليل من شأنه مهما كان سلوكه أو أدائه، أو البحث في أخطائه وإبداء ملاحظات

نقدية جارحة له، مما يفقد الطفل ثقته بذاته، ويجعله مترددا في أي عمل يقوم به خوفا من حرمانه من رضا الكبار وحبهم وغالبا ما يترتب على هذا الاتجاه شخصية انسحابية منطوية، غير واثقة من نفسها، ومرتبكة، توجه العدوانية نحو ذاتها (عمر الهمشري، 2002، ص334)،

2. **العقاب البدني:** يعتمد هذا الأسلوب على الإيذاء الجسدي للطفل باستخدام أنواع الضرب المختلفة وقد يكون الهدف من ورائه نبیلا كإجبار الطفل على الالتزام بالقيم والمعايير، أو منعه من ارتكاب السلوك المرفوض كالاغتداء على أخيه مثلا . (الكتاني، 2000، ص82)

- الإساءة Abuse : وتعرف الإساءة والإهمال بأنها: أي فعل من جهة الآباء أو أي شخص ما أو مؤسسه أو من المجتمع كله يؤدي إلى حرمان الطفل من المساواة في الحقوق والحرية، أو يؤدي إلى عرقلة قدرات الطفل وإبعادها عن تحقيق أفضل تطور ونمو لإمكانياته بالقهر أو بالقوة . (عبد السلام وآخرون، 1997، ص35)

وتعرفها "سوزان جال وآخرون" Susan Gall et al (1998) بأنها الفعل أو التصرف المؤذي للأطفال عن طريق الإهمال أو العنف أو الهجوم الجنسي أو إصابتهم بالألم والكرب النفسي أو الانفعالي وتعرف الإساءة بصفة عامة على أنها تصرف يحدث في محيط الطفل الصغير أو الكبير والذي يعوق جهوده في أن يصبح إنساناً، ويتضمن هذا المفهوم صور لإساءة معاملة الطفل مثل الإهمال أو التعدي الجسدي أو النفسي أو الاغتداء الجنسي أو التحرش أو الاستغلال (سهبي نصر، 1999، ص31)

1. الإساءة الجسدية Physical Abuse : يرى محمد السيد (1999) أنه لا يوجد تعريف محدد لإساءة المعاملة الجسدية للطفل، ولكن يمكن تعريفه بأنه إيذاء متعمد ليس عرضياً يحدثه سلوك الشخص القائم بالرعاية (الأب، والأم)، وقد اتفقت معظم الدراسات في أن الإساءة الجسدية ما هي إلا:

- أفعال يقوم بها الوالدان أو إحداهما تتسم بالعنف الموجه نحو الطفل مما يؤدي إلى إصابته بأذى جسدي، ومن المظاهر الشائعة لهذا النوع من الإساءة (الكدمات - التجمع الدموي - الحروق - الجروح - الخدوش) في أماكن مختلفة من الجسم.
- أن يتوافر القصد والنية في فعل الإساءة.

- أن تكون متكررة

- أن تكون رد الفعل لأي سلوك يصدر عن الطفل سلبياً أو إيجابياً (محمد السيد، 1999، ص 133)

2. الإساءة الانفعالية Emotional Abuse: ويطلق عليها أيضاً الإساءة النفسية أو الإساءة العاطفية. ويصعب تعريف الإساءة الانفعالية بالمقارنة بالإساءة الجسدية أو الجنسية، وذلك لأن هذا النوع من الإساءة (الانفعالية) غامض حيث لا توجد علامات ظاهرة وواضحة تظهر للمحيطين بالطفل ولكن من الواضح أن هذا النوع من الإساءة لها أضرار مخيفه يمكن أن تؤثر على احتواء الطفل لذاته وعلى حياة الطفل الانفعالية، وهؤلاء الأطفال الذين لا قوا إساءة من قبل المحيطين بهم أي القائمين على رعايتهم أو الإشراف عليهم يجدون صعوبة في شرح ما حدث لهم لأنهم يجدون أنواع بشعة من الإساءة تنزل بهم مثل البصق في وجههم أو الجذب من شعرهم أو طرحهم أرضاً، وقد عرفت اللجنة الدولية لوقاية الطفل من الإساءة في الولايات المتحدة الأمريكية بأنها ما هي إلا: متطلبات أبويه زائدة عدوانية غير معقولة والتي تفرض توقعات أكبر من قدراته أو قدراتها، وقد تظهر الإساءة العاطفية عن طريق تعذيب ثابت دائم أو استخفاف أو هجمات على الطفل وقد تتضمن أيضاً الفشل في توفير الرعاية السليمة في نمو وتطور الطفل وذلك يكون ناتج عن عدم وجود حب ورعاية وعناية وإرشاد كاف لهؤلاء الآباء (سهبي نصر، 1999، ص 32)

3. الإساءة الجنسية Sexual Abuse: ويقصد بها إجبار الطفل بالقوة على ممارسة نشاط جنسي، أو أن يفرض مراهق أو راشد نفسه على الطفل ويعتدي عليه جنسياً وعادة ما يكون الطفل هو الضحية وعادة ما يكون هؤلاء الأطفال دون سن البلوغ (محمد السيد، 1999، ص 135)، وتعنى أيضاً تعرض الطفل للإيذاء بصورة مباشرة من خلال بعض الممارسات الجنسية التي يقوم بها المسيئون ويمكن حدوثها داخل الأسرة بمعنى تعرض الطفل للإساءة من أحد أفراد أسرته أو ممكن تحدث للطفل خارج نطاق الأسرة أي المدرسة والشارع وغالباً ما يصاحب هذه الإساءة آثار نفسية تنعكس على مستوى التوافق النفسي، والاجتماعي لهؤلاء الأطفال الذين يتعرضون لمثل هذه الإساءة، وبمعنى آخر هي استخدام الأطفال في أنشطة جنسية لا يفهمونها تماماً، ولا يستطيعون الموافقة عليها أو التعبير عنها، وتظهر هذه

الإساءة في أشكال عديدة من الاتصال الجنسي بدرجاته المتفاوتة (سهي نصر، 1999، ص38)

وننوه أخير أن الفروق في أساليب المعاملة الوالدية قد يترتب عليه أحداث فروق في شخصية الطفل، فالطفل الذي ينشأ في جو من التسلط ، والعدوانية ، والتشدد في فرض الأوامر، والنقد المتكرر، والحماية الزائدة ، والسخرية، قد يفرق عن الطفل الذي ينشأ في جو من التسامح والقبول الوالدي وتحمل المسؤولية.

الاتجاهات الوالدية نحو المعاقين ذهنياً :

أشار عبد الرحيم (1980) في دراسته أن الديناميات السلوكية تلعب في الأسرة دوراً هاماً في نمو شخصية الطفل المعاق وتطورها، نظراً لاستجابات الأسى والحزن يبدأ الوالدان سريعاً في إظهار استجابات أخرى تجاه طفلهما المعاق فإذا لم يوجه الوالدان فإن الطفل والأسرة سيواجهون مشكلات في التوافق وتظهر العلاقات السلبية التي يمكن أن تنمو في محيط الأسرة والاستجابات الوالدية التي تترتب عليها والتأثيرات المحتملة لهذه الاستجابات على شخصية الطفل المعاق على النحو التالي:

1. العلاقة التي تتميز بالخط والإرتباك نجد أن الاستجابة الوالدية بالاهتمام بالطفل ولكنهم لا يعرفون التعامل مع مشكلات الطفل ويشعرون بالإحباط والشعور بالفشل ومشاعر الذنب ونجد أن ذلك يؤثر على شخصية الطفل من خلال قلق الطفل إلى حد بعيد وينعكس ارتباك الوالدين وإحباطهما على مفهوم الذات

2. علاقة غير متسقة : يستخدم الوالدان أساليب ووسائل لضبط سلوك الطفل قد ينقل الوالدان إلى الطفل رسالتين متناقضتين في وقت واحد . وهذا يؤثر على شخصية الطفل فيجعله يعاني من الارتباك ويلجأ إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية ويصبح الطفل قلقاً ويعبر عن ذلك بالتمرد والعصيان.

3. علاقة الإنكار : وهذا يجعل الوالدان يقللان من مشكلات الطفل وقد لا يقبلانها ، ويؤثر ذلك على شخصية الطفل حيث يكون الطفل مرتبكاً ويشعر بالإحباط نظراً للتناقض بين الواقع الذي يعيشه وبين إنكار الوالدين لهذا الواقع.

4. العلاقة التكافلية يبدأ الوالدان في أن يهبا حياتهما للطفل هذه العلاقة تعكس المشكلات الانفعالية المتأصلة عند الوالدين ويؤثر ذلك على شخصية الطفل من خلال نقص روح الاستقلالية وتظهر الاستجابات التطفلية والخوف من الانفصال عن الوالدين.

5. الحماية الزائدة يحاول الوالدان حماية الطفل من المصاعب العادية في الحياة واهتمامات الوالدان بشؤون الطفل لا تنتهي ويعكس الوالدان مشاعر الذنب ونجد أن هذا يشعر الطفل بالخوف وتتنخفض درجة الثقة بالنفس لديه ويقل تقديره لذاته وتصبح الإعاقة مبالغاً فيها ولا تتناسب مع الواقع.

6. الإفراط في التسامح يسمح للطفل بمدى من السلوك يتجاوز كثيراً المدى العادي مما يجعل الطفل المعوق يشعر بحرية زائدة نتيجة لمفاهيم الوالدين الخاطئة ونتيجة لسلوك الشفقة

7. سلوك التشدد والجمود، يضع الوالدان مستويات عالية للسلوك من جانب الطفل يقوم الوالدان بتنظيم حياة الطفل ويمارسان التسلط أحياناً ويطبق الوالدان المستويات العالية للسلوك والنظام وتكون التوقعات أعلى من قدرات الطفل وإمكاناته. وهذا يجعل الطفل يشعر بخيبة أمل تجاه الوالدين نتيجة الإعاقة ونجد أن الطفل يصارع من أجل الوصول للكمال المتوقع من الوالدين ويظهر الطفل سلوك التمرد والعصيان بشكل إيجابي أو سلبي ويلجأ الطفل إلى الانسحاب والنكوص.

8. علاقة الإهمال : يظهر الوالدان نقصاً في الإحساس بالمسؤولية تجاه الطفل وتخلق إعاقة الطفل مشاعر سلبية لدى الوالدين . يشعر الطفل بأنه شخص غير مرغوب فيه ، وغير محبوب ويضع الطفل التركيز واللوم على الإعاقة كسبب لذلك.

9. الرفض . يرفض الوالدان الطفل صراحة وأي شيء يتعلق بالطفل ونجد أن الطفل يشعر بأنه غير محبوب وغير مرغوب فيه يلقي الطفل باللوم على الإعاقة للشعور بالرفض ويكون الطفل مفهوماً سلبياً عن ذاته، ويشعر بالخوف تجاه الآخرين.

ويذكر عبد المعطي (2004) أن هناك اتجاهين سائدين حول المعاقين :

- الاتجاه الاول : أساليب المعاملة من وجهة نظر الآباء الذين لديهم أبناء معاقين واستشهد بدراسة جست في(1967) تناولت اهتمامات الآباء المتعلقة بأبنائهم الطلاب الجامعيين المعوقين وقد أظهرت استجابات 29 من الآباء أنهم أكثر اهتماماً بالتقبل الذي يجب أن يستشعره أبناؤهم في الأنشطة التربوية والاجتماعية والمهنية والاهتمام بالتعديلات المعمارية التي تتناسب مع القدرات الجسمية لأبنائهم ، وتنمية فرص العمل المتكافئة غير المستقلة التي تنتظر المستقبل المهني لهؤلاء الأبناء . وفي مسح أجرته منظمة الصحة النفسية بالفلبين (1986) للتعرف على اتجاهاتهم نحو تنشئة أبنائهم المعوقين أوضحت النتائج أن التقبل الوالدي كان سائداً في معاملة الأطفال المعاقين جسماً أكثر من أي فيئه أخرى ونظر الآباء إلى أبنائهم باعتبارهم مفضلون مقبولون لديهم أمل وثقة بالذات . وأن الإعاقة يمكن التغلب عليها من خلال الأساليب الوالدية المتبعة في الأسرة والمدرسة والمجتمع.

- الاتجاه الثاني : فهو يتناول أساليب المعاملة الوالدية من وجهة نظر الأبناء وذكر من ذلك دراسة كاشياب (1986) عن مشكلة التفاعل بين الطفل المعاق ووالديه وتوصل إلى أن توقعات الآباء بالنسبة لأطفالهم المعوقين قد تأثرت بالتلف الجسمي الذي يعانونه ، وشعور الآباء أن إعاقة الطفل قد هددت إحساسهم بتجنب الضرر وأدت إلى مشاعر القلق والحزن والفجعة فيما يتعلق بمستقبل أبنائهم حيث يشعر كثير منهم بأن ليس لديهم أي توقعات بالنسبة لمستقبل الطفل . وأشار كثير من الآباء إلى أن الطفل المعوق له تأثير سلبي على الأسرة وأشار الأطفال المعوقين جسماً أن آباءهم غالباً ما يسيئون فهم حاجاتهم ، وغالباً ما يضعون مستويات منخفضة من الانجاز يستطيعون أن يتخطونا بسهولة ، وكثيراً ما يهملون حاجاتهم ويتجاهلوننا أو يقيمون تقييماً سلبياً.

أما دراسة هاربر(1984) فقد استخدمت المقارنة بين عينة من المعاقين ومجموعة ضابطة من الأسوياء وباستخدام تقرير الأطفال عن السلوك الوالدي واستخدام التحليل العاملي لاستجابات كلا العينتين وتوصلت النتائج إلى أن السلوك الأمومي الخاص بتربية الطفل يتضمن عوامل ثلاثة هي التقبل في مقابل الرفض، الضبط في مقابل الاستقلال النفسي، والضبط الصارم في مقابل الضبط المتساهل وقد يكون هناك تشابه في معاملة آباء المراهقين غير المعوقين مع معاملة آباء المعوقين لهم

وترى فضة (2004) أن ردود الفعل النفسية التي قد تحدث للوالدين غالباً ما تشكل حاجزاً يحد من قدراتهم على تربية الطفل المعاق ورعايته ونجد أن هناك تبايناً من أسرة إلى أخرى إلا أن معظم الأسر يتولد لديها ردود فعل متشابهة وفيما يلي عرض موجز لردود الفعل:

- الصدمة : وهي تعني عدم التصديق لأولياء الأمور للحقائق والآباء والأمهات بحاجة إلى التفهم والدعم.

- النكران : ينكر أولياء الأمور الإعاقة لإبنهم عندما تكون الإعاقة بسيطة وغير واضحة وقد يسهم الأخصائيين في تنمية النكران وذلك من خلال طمأنة الأسرة فالأسرة لا تستمع إلا للآراء الإيجابية فهم ينتقلون به من أخصائي لآخر.

- الندم والغضب : فهم يلقون باللوم على أنفسهم أو على بعضهم أو على الأطباء لشيء فعل أولم يفعل ويرافق هذه العملية شعور بالغضب يعبر عنه أولياء الأمور بأشكال مختلفة.

- اليأس : وهو فقدان الأمل نهائياً بتحسن حالة الطفل والبكاء على الحلم الجميل للطفل العادي

- الخجل والخوف : قد يحدث ذلك نتيجة توقعات الآباء والأمهات وترقبهم لإتجاهات الآخرين وخاصة المهمين منهم وقد يتجنب الآباء والأمهات مخالطة الناس والتفاعل معهم

- الرفض أو الحماية الزائدة : قد يتبنى بعض أولياء الأمور مواقف سلبية جداً من طفلهم المعاق مما قد يعرض الطفل للإهمال وإساءة المعاملة الجسمية والنفسية. وبالمقابل يلجأ البعض إلى الحماية المفرطة لطفلهم فيعملون كل شيء نيابة عنه ومن الواضح إن كلاً من الرفض والحماية الزائدة يحرم الطفل من فرص النمو والتعلم.

- التكيف والقبول : وتمثل ردة الفعل في الأخير الاعتراف بالحقيقة فأولياء الأمور سيدركون عاجلاً أو آجلاً أن لدى الطفل حالة عجز مزمن ويبحثون عن الخدمات المناسبة لتلبية حاجاته . (فضة، 2004، ص ص 13-14)

ثانياً : أساليب تعديل السلوك

إن أهمية تعديل السلوك تتجلى في وصفه الوسيلة التي تستعين بها الأسرة أو أي مؤسسة تربوية لتحقيق الأهداف التي ترمي إليها، وتهدف برامج تعديل السلوك إلى تكوين سلوكيات جديدة لدى الطفل، وكذلك تغيير السلوكيات غير المرغوب فيها إلى سلوكيات مرغوب فيها،

والعمل على إستمرارية السلوكات المرغوب فيها وتثبيتها، وذلك لتحقيق الأهداف التربوية سواء كانت قصيرة المدى أو بعيدة المدى. كما تتمثل أهمية تعديل السلوك لدى الأسرة والمدرسة بوصفه الطريقة أو الوسيلة التربوية التي تعمل على تحقق أهداف تربية الأطفال والطلبة وفق أسس ومبادئ تربوية معينة، وعلى ذلك فليس من المستغرب القول بأن معظم المهمات التربوية للأسرة والمدرسة تعتمد على أساليب تعديل السلوك، إذن فبرامج تعديل السلوك هي الطرائق التي يتم من خلالها تحقيق الأهداف التربوية والتعليمية خلال مراحل النمو المختلفة

- **مفهوم السلوك:** هناك تعاريف عديدة ومتنوعة لمفهوم السلوك فتعرفه " نوال عطية " بأنه كل ما يصدر من الكائن الحي الإنسان والحيوان بوجه عام، نتيجة التفاعل بينه وبين البيئة وموضوعاتها المختلفة. (عطية، 2001، ص119)

ويشير "عبد الرحمن عيسوي" إلى أن السلوك هو التغيير الذي يطرأ على الفرد تبعاً لضرورات التفاعل الإجتماعي، وإستجابة لحاجة المرء إلى الإنسجام مع مجتمعه ومسايرة العادات والتقاليد الإجتماعية التي تسود هذا المجتمع. (العيسوي، 1992، ص19)

ومن ذلك فالسلوك هو كل تغيير يطرأ على الفرد حتى يستطيع أن يواجه مواقف متعددة بإستجابات ناجحة إجتماعياً.

- **مفهوم تعديل السلوك:** هناك تعاريف عديدة ومتنوعة لمفهوم تعديل السلوك وسنقتصر على ذكر البعض منها، فحسب "خولة يحي" فإن تعديل السلوك يشير إلى شكل من أشكال العلاج النفسي، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون موضوع الإهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ. (خولة يحي، مرجع سابق، ص164)

وتشير "عبيد" أن عملية تعديل السلوك تعتبر عملية محو تعلم وإعادة تعلم، وتتضمن عملية محو تعلم السلوك غير المرغوب فيه وذلك بالعمل على إطفاء هذا السلوك، وكذلك إعادة التعليم وإعادة التنظيم الإدراكي للمتعلم، وإعادة تنظيم سلوكه، والتعليم من جديد لأنماط سلوكية تحل محل الأنماط السلوكية التي محيت. (ماجدة عبيد، 2000، ص113)

ويعرف " كازدين " تعديل السلوك على أنه عملية تتضمن الإستمرار في السلوك المرغوب فيه، وتحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه. (الروسان، 2000، ص51)

- إستراتيجيات تعديل السلوك: تعتبر إستراتيجيات تعديل السلوك الأسس التي تبنى عليها برامج تعديل السلوك، فنجاح أو فشل برامج تعديل السلوك تعتمد إلى حد كبير على مدى تحديد تلك الإستراتيجيات، إذ توضح هذه الأخيرة الخطوات العلمية المنظمة التي يجب إتباعها لضمان نجاح برامج تعديل السلوك. ويشير " فاروق الروسان(2000) أن الإستراتيجيات التي تسير وفقها عملية تعديل السلوك على النحو التالي :

أ- تحديد السلوك الحالي المرغوب فيه أو غير المرغوب فيه : تعد إستراتيجية تحديد السلوك الحالي الإستراتيجية الأولى في بناء برامج تعديل السلوك، وفيها يتم تحديد السلوك سواء كان مرغوبا فيه أو غير مرغوب فيه بطريقة إجرائية قابلة للقياس، بحيث لا يكفي ذكر أشكال السلوك القابلة للملاحظة والتي يمكن قياسها بإحدى أدوات القياس مثل الملاحظة أو إختبارات القياس

ب- تحديد السلوك النهائي أو السلوك المكتسب بعد التعديل:وفي هذه الإستراتيجية يتم تحديد السلوك الهادف المراد تحقيقه في نهاية برامج تعديل السلوك، وفي هذه المرحلة يطلب من المشرفين على تعديل سلوك الفرد تحديد الأهداف السلوكية، أو السلوك النهائي المرغوب تحقيقه والذي يجب أن يصاغ بعبارات سلوكية إجرائية قابلة للقياس ومحدودة

ت- تحديد أساليب جمع البيانات والمعلومات: تعد إستراتيجية جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الحالي أو السلوك النهائي كالعמוד الفقري في إستراتيجيات تعديل السلوك، وبناءا على أهمية المعلومات والبيانات التي يتم جمعها لا بد من تحديد أساليب جمع تلك المعلومات والبيانات وأهمها الملاحظة فهي من الأساليب العلمية التي يتم بها جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ سواء كان مرغوبا فيه أو غير ذلك، وقد تكون الملاحظة مقصودة أو غير مقصودة، ولكن الملاحظة المقصودة هي الملاحظة التي يمكن توظيفها في عملية جمع المعلومات والبيانات، ويشترط في الملاحظ أن يكون موضوعيا غير متحيز في ملاحظته للسلوك ، كذلك نضيف وسيلة أخرى لجمع البيانات وهي أسلوب دراسة الحالة وهو من الأساليب المعروفة في جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الحالي وبها يتم جمع البيانات والمعلومات عن الفرد، وتشمل عددا من الجوانب ذات العلاقة بالسلوك الحالي كالجوانب الأسرية والمدرسية والاجتماعية...إلخ، وتهدف دراسة الحالة إلى جمع المعلومات التي تساعد في تشخيص السلوك الحالي وتحديد أسبابه، كذلك وسيلة أخرى هي المقاييس

والاختبارات وتعد من الأساليب العلمية لجمع البيانات والمعلومات وتتصف بالصدق والثبات ومنها الإختبارات التحصيلية، وإختبار تفهم الموضوع وإختبار رسم الرجل وغيرها .

ث- تحديد أساليب تعديل السلوك: من خلال تناولنا لهذه الإستراتيجية يتضح لنا أن قبل الشروع في عملية تعديل السلوك فعلى المشرف على هذه العملية أن يختار الأساليب المناسبة لتعديل السلوك الحالي، وذلك بإختيار الأساليب التي تعمل على محو السلوك غير المرغوب فيه، أو الأساليب التي تعمل على تثبيت وزيادة أشكال السلوك المرغوبة فيها، فهل يختار أسلوب التعزيز الإيجابي أو التعزيز السلبي، أو أسلوب النمذجة ، أو أسلوب العقاب أو المحو إلى غير ذلك من الأساليب. وتعتبر إستراتيجية إختيار الأسلوب المناسب لتعديل السلوك الإستراتيجية الرابعة في الترتيب الهرمي لإستراتيجيات تعديل السلوك، فعلى المشرف على برامج تعديل السلوك أن يختار الأسلوب الذي يعمل على تقوية ظهور السلوك المرغوب فيه، وعلى ذلك تتضمن هذه الإستراتيجية التعرف على أساليب تعديل السلوك التي تعمل على تقوية العلاقة بين المثيرات والاستجابات، والأساليب التي تعمل على إضعاف العلاقة (ماجدة عبيد، 2000)

- فنيات تعديل السلوك :

هي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج من ذلك الأساليب التالية:

أ- **التعزيز الإيجابي:** تستخدم برامج التعزيز الإيجابي لهدف تكوين السلوك المرغوب فيه لدى الفرد أو تقوية هذا السلوك إذا كان موجودا بدرجة محدودة (العيسوي، 1982)، ويجب تقديم المعززات في أعقاب الاستجابة المرغوبة مما يؤدي إلى تعزيز هذه الإستجابة ومعاودة ظهورها. ويشير "متقال القاسم و آخرون" إلى أنه يجب الإنتباه إلى الفروق الفردية عند تقديم المعززات، فقد ينجح المعزز مع فرد معين ولا ينجح مع آخر لذا فلا يعتبر معززا (متقال القاسم وآخرون، 2000، ص181 ومن بين هذه المعززات نجد ما يلي:

- المعززات الأولية (Primary Positive Reinforcement) : ويقصد بالمعززات الأولية تلك المعززات المرتبطة بالحاجات الأولية للإنسان مثل الطعام والشراب وتسمى أحيانا بمعززات غير شرطية (محمد زياد حمدان، 1990) وقد إستخدمت الأطعمة والعصائر وغيرها في إحداث تغير في سلوك الأشخاص المعاقين عقليا كالكعك، الحلوى، العلك،

العصائر وما يشابهها (الشناوى،1998) ، وعلى سبيل المثال فقد أستخدم (1986) Hopkins قطع الحلوى لزيادة معدل تكرار الابتسامات لدى الأطفال المعاقين عقليا، وفي دراسته تم تحديد مستوى الأداء القاعدي للطفل عند بداية برامج تعديل السلوك وبعدها، إذ تضمن البرنامج تقديم الحلوى للطفل في كل مرة يقابل فيها الآخرين ويبتسم لهم، وعندما تحقق السلوك النهائي تم تقليل تلك المعززات المادية لتحل محلها معززات اجتماعية كالاتمام من قبل الآخرين، حيث أثبتت تلك المعززات قدرتها في تحقيق السلوك المستهدف (الروسان،2000)

- المعززات الإجتماعية: Social Reinforcers يشتمل هذا الأسلوب على الإمتداح وإبداء الإهتمام، وكذلك اللمسات الدالة على الرضا مثل الضرب على الكتف أو المصافحة كتعبير على التقدير، وتعبيرات الوجه مثل الإبتسام والتعبير عن السرور، وقد استخدمت أساليب التعزيز الإجتماعي بشكل كبير من طرف من يقومون بتعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا مثل الوالدين والممرضات والمدرسات ، فالمعززات الإجتماعية مثل الإمتداح وتوجيه الإهتمام للفرد إنها أحداث تحدث طبيعيا وتكرر في مواقف كثيرة في الحياة اليومية، وبالتالي فإنه يمكن الإبقاء على السلوكات التي تلقى التعزيز الإجتماعي ونقلها إلى خارج غرفة التدريب أو مركز التأهيل أكثر مما يحدث بالنسبة للسلوكات التي تكون بإستخدام معززات أخرى. والقيود الوحيد الموجود في إستخدام المعززات الإجتماعية هو أن الإمتداح والموافقة، وإستخدام التعبيرات الإجتماعية على الوجه لا تعمل كمعززات ثانوية، بمعنى أنها تكتسب قيمتها التعزيزية من خلال التعلم عن طريق الإقتران الشرطي مع معززات أولية مثل الطعام، وبالتالي نجد أن بعض الأشخاص لا يستجيبون لهذه المعززات الإجتماعية لأنهم لم يتعلموها، غير أنه من الممكن إكساب الأشخاص الذين نعمل معهم القيمة التعزيزية لهذه المعززات عن طريق مزاجتها مع معززات أولية مثل الأطعمة. (الشناوى،1997)

- المعززات الرمزية (Tokens Reiforcers): وتعد هذه المعززات معززات قوية وذات فعالية عالية تدفع إلى المزيد من تكرار السلوك المرغوب فيه وتعتبر المعززات الرمزية معززات ذات طابع خاص فهي تشتمل على تجميع لنقاط أو نقود أو قطع بلاستيكية ملونة أو بطاقات أو ما يشابه ذلك، بحيث يمكن لمن يجمع عددا معيناً منها أن يستبدل بها

معززات أخرى مثل الطعام أو الهدايا أو فرصة الإشتراك في رحلة... إلخ. وقد شاع استخدام هذا الأسلوب بشكل واسع في برامج العلاج والتأهيل والتعليم (الشناوى، مرجع سابق)

ب- **التغذية الراجعة (Feed Back)** : وهو أسلوب يقوم على تعريف الفرد على نتيجة سلوكه أولاً بأول وقبل الانتقال إلى غيره من السلوكات، ويهدف هذا الأسلوب إلى إحداث وعي لدى الفرد بسلوكه وما يحدثه هذا السلوك من أثر في البيئة المحيطة، ويظهر ذلك في ردود أفعال الآخرين على ذلك السلوك أو في تقبله الشخصي لذلك السلوك (متقال القاسم وآخرون، مرجع سابق) ، و ما يتميز به أسلوب التغذية الراجعة هو أنه أسلوب سهل نسبياً في تقديمه سواء كان في صورة لفظية أو مكتوبة (الشناوى، 1997)

ت- **النمذجة (Modeling)** : أوضح "باندورا" (Bandura) أن أسلوب النمذجة يمكن أن يعدل السلوك عن طريق نماذج حسنة السلوك، ويستخدم هذا الأسلوب عادة في التدريب على الإستجابات الإجتماعية مثل التحية والكلام وارتداء الملابس وترتيب غرف النوم، ومهارات القراءة والكتابة والحساب، والمهارات الرياضية... إلخ (سهى أمين، 1999) وتعتبر النمذجة من أقوى الإستراتيجيات التي تستخدم لإحداث الإستجابات الصحيحة بدلا من السلوك غير المرغوب فيه. ويعنى بها تغيير سلوك الفرد نتيجة ملاحظة سلوك شخص آخر أو النموذج (كفاني، 1999)

ث- **الإعادة وتمثيل الأدوار** : يختلف أسلوب الممارسة النشطة للسلوك الظاهر عن أسلوب النمذجة في أنه لايعتمد التعلم فيه على الملاحظة وحدها، ويطلق عليه أحيانا أسلوب النمذجة بالمشاركة، ويشير هذان الأسلوبان في تعديل السلوك إلى ممارسة السلوك الظاهر تحت ظروف إصطناعية أو طبيعية، ويمكن استخدام الأسلوبين معا عن طريق نمذجة السلوكات الصحيحة، وإعطاء الفرصة للأفراد لتكرار الإستجابات المناسبة تحت ظروف إصطناعية متنوعة (سهى أمين، مرجع سابق، ص135)

والميزة التي يشتمل عليها استخدام أسلوب الإعادة هو أنه يزيد من فرص تعزيز السلوك المناسب، وكذلك يسمح للقائم على التدريب أن يضبط كثير من الظروف التي تحيط بأداء الإستجابة وتسهيل عملية التعلم) محمد محروس الشناوى، 1997

- **أساليب تعديل السلوك الغير مرغوب فيه**: وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه، ويندرج تحت هذه الأساليب:

- **العقاب:** العقاب يشتمل على تقديم أو إبعاد حادث ما في أعقاب إستجابة ما مما يترتب عليه

نقصان إحتمال حدوث هذه الإستجابة (شاذلي، 2001) ، وبعبارة أخرى فالعقاب هو تقديم مثير مؤلم غير مرغوب فيه أو سحب مثير إيجابي مرغوب فيه من أجل تعديل سلوك الفرد بتقليل هذا السلوك أو حذفه، ويعتمد هذا الأسلوب على إستخدام الأشياء المكروهة أو غير المرغوبة كلما أصدر الفرد السلوك غير المرغوب فيه مثل العقاب الجسدي أو العقاب اللفظي (التأنيب أو التوبيخ) (عيسوي، مرجع سابق)

ولا يكون العقاب عقاباً إلا إذا أدى إلى خفض السلوك، وليكون أسلوب العقاب فعالاً فلا بد من مراعاة بعض الأمور عند تطبيقه والتي ذكرها "السرطاوي" (1987) وهي:

- عندما يعاقب المربي الطفل فإنه يجب عليه أن يوضح له سبب العقاب.
- يجب أن يلجأ المربي إلى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك، وذلك بعد أن تفشل أساليب تعديل السلوك الأخرى.

- يجب أن لا يكون العقاب هو النمط المميز للمربي، أي يجب أن لا يتبعه بإستمرار لأن هذا سيؤدي إلى كراهية الطفل له.

- على المربي أن لا يكتفي بمعاينة السلوك غير الملائم بل عليه أن يعزز ويكافئ السلوك الملائم في نفس الوقت (مقال وآخرون، مرجع سابق، ص185)

- **الإنطفاء (المحو):** وفي هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (غياب التعزيز) حتى ينطفئ ذلك السلوك (مقال وآخرون، مرجع سابق) ، ويشتمل أسلوب الإنطفاء عادة على توقف توجيه الإنتباه عند حدوث الإستجابات غير المناسبة والتي تم تعزيزها بشكل غير مناسب في البيئة الطبيعية. وقد بينت كثير من الدراسات أن أسلوب الإنطفاء أسلوب فعال في تقليل السلوك غير المرغوب فيه، وبصفة خاصة عندما تصاحبه عملية تعزيز للسلوك المناقض (السلوك المرغوب) (الشناوى، 1998)

خلاصة الفصل :

جاء محتوى الفصل لتأكيد خطورة المعاملة السلبية في التربية و الآثار النفسية للأطفال الذين قد يتعرضون لسوء المعاملة سواء كانت هذه المعاملة لفظية أو سلوكية ، فان ذلك قد يؤدي في الغالب إلى إخفاق الطفل في تنميته وتطوير الثقة بينه وبين الآخرين ، مما قد يؤدي إلى الإضعاف من قدرته على التركيز ويقلل من مهاراته الاجتماعية ، الأمر الذي قد يمنعه من تحقيق أهدافه أو الوصول إلى غايته كالنجاح في دراسته أو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين إلا أن هذه الإساءة قد تختلف في شدتها وطريقتها وبالتالي يختلف طبيعة وشدة الأثر النفسي الذي تخلفه على الطفل ، ونستخلص من خلال ما سبق أن عملية تعديل السلوك تتضمن تثبيت السلوك المرغوب فيه للمحافظة على إستمراريته، وتحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه، ومن ذلك فإن عملية تعديل السلوك تتضمن مجموعة من الإستراتيجيات التي يتم من خلالها تعديل السلوك المستهدف

الفصل الثالث

الإرشاد النفسي والبرامج الإرشادية

- تمهيد ١
- الإرشاد النفسي
- مفهوم الإرشاد
- أهداف الإرشاد النفسي
- نظريات الإرشاد النفسي
 - أ- نظرية التحليل النفسي
 - ب- نظرية الذات
 - ت- النظرية العقلانية الانفعالية
 - ث- النظرية السلوكية
- الخطوات الرئيسية للإرشاد السلوكي
- الإرشاد الجمعي
 - تعريف الإرشاد الجماعي
 - أهمية الإرشاد الجماعي
 - خطوات الإرشاد الجماعي
 - أساليب الإرشاد الجمعي
 - أ- الإرشاد المتمركز حول المجموعة
 - ب- الإرشاد المتمركز حول المرشد أو الإرشاد الموجه
- البرامج الإرشادية
 - أ- الإعداد للبرنامج الإرشادي
 - ب- تحديد الجماعة الإرشادية
 - ت- الجلسات الإرشادية
 - ث- تنفيذ الجلسة الإرشادية

- ج- العلاقة الإرشادية
- ح- أخلاقيات تخص المرشد
- ثانيا: الإرشاد والإعاقة الذهنية
 - أ- الإرشاد النفسي للمعاقين عقلياً
 - ب- الإرشاد النفسي لأهالي المعاقين ذهنياً
 - ت- الإرشاد النفسي للمهات المعاقين ذهنياً
- خلاصة الفصل

تمهيد :

لقد تعددت و تنوعت مفاهيم الإرشاد النفسي بحسب المنظور الذي تركز عليه .لكنها تشترك في وضعها لأهداف الإرشاد و أنشطته، أما التباين فينشأ من طبيعة النظرية التي تكمن وراء العملية الإرشادية إلى حد ما، والمنهج المتبع فيها سواء كان إنمائي (Developmental) أو وقائياً (Prevental) أو علاجياً (Remedial) ، و تحدد لائحة ربطة علماء النفس الأمريكيين ، الإرشاد النفسي بأنه معاونة الأفراد على القيام بدور مثمر في بيئتهم الاجتماعية سواء كان هذا الفرد مريضاً أو سليماً سويًا أو شاذاً و يكون التركيز في الإرشاد على مزايا الشخص و مهاراته و نواحي قوته و إمكانيات نموه، ولا يتناول الإرشاد الاضطرابات الشخصية إلا بوصفها عقبات تقف في وجه تقدم الفرد. (لقاضي وآخرون، 1981، ص89)

1. الإرشاد النفسي :

- مفهوم الإرشاد : يرى القاضي (1981) أن أحد أسباب الاضطراب في تحديد ماهية الإرشاد نابعة من محاولة البعض تعريفه باعتباره شيئاً مختلفاً عن العلاج، وقد انتهت كل المحاولات التي قامت للتمييز بين الإرشاد والعلاج إلى وضعها على متصل واحد، فهما طرفان على مسيرة الخدمات التي تقدم للفرد الواقع في محنة نفسيه .وتحدد لائحة رابطة علماء النفس الأمريكيين (1981) الإرشاد بأنه معاونة الأفراد على القيام بدور مثمر في بيئتهم الاجتماعية سواء كان هذا الفرد مريضاً أو سليماً ، سويًا أو شاذاً ،ويكون التركيز فيه على مزايا الشخص ومهاراته ونواحي قوته، وإمكانيات نموه. ولا يتناول الإرشاد اضطرابات الشخصية إلا بوصفها عقبات تقف في وجه تقدم الفرد.

و يرى حامد زهران (1980،ص11) أن الإرشاد عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته و دراسة شخصيته و التعرف على خبراته، و تحديد مشكلاته و تنمية إمكانياته لمواجهة مشكلاته في ضوء معرفته و رغبته و تعليمه و تدريبه لكي يصل إلى تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والأسري والمهني . في حين ترى إيمان كاشف (1993،ص146) أن الإرشاد النفسي هو علم تنمية سلوك الأفراد والجماعات عن طريق مساعدة الفرد أو الجماعة على تحقيق فاعلية سلوكية .

ولقد عرفت سهير أحمد (1998،ص7) العملية الإرشادية بأنها العلاقة المهنية التي يتحمل فيها المرشد مسئولية المساعدة الإيجابية للعميل ، من خلال تغير أنماطه السلوكية السلبية

إلى أنماط سلوكية جديدة أكثر إيجابية من خلال فهم و تحليل استعداداته و قدراته وإمكاناته و ميوله و الفرص المتاحة أمامه و تقوية قدرته على الاختيار و اتخاذ القرار وإعداده لمستقبله بهدف وضعه في المكان المناسب لتحقيق أهداف سليمة وناجحة و مواطنة صالحة

- أهداف الإرشاد النفسي :

يذكر محمد الشناوي (1996، ص ص 279-278) أن هناك أهداف عامة للإرشاد:

- تسهيل عملية تغير السلوك.
 - تحسين العلاقات الشخصية.
 - النهوض بعملية اتخاذ القرار.
 - المساعدة على تنمية طاقات المسترشد .
- أما ممدوحة سلامة (1986، ص ص 23-24) فقد أجملت أهداف الإرشاد النفسي فيما يلي:
- تهيئة الدافعية للعميل حتى يقوم بالشيء المناسب و هذا الشيء المناسب هو سلوك يقبله و يحترمه و يسهم في حل مشكلته.
 - خفض التوتر الانفعالي للعميل وذلك بتسهيل عملية التعبير عن المشاعر وهي العملية التي يطلق عليها التنفيس ، و تتطوي على التعبير لفظيا أو حركيا عن المشاعر التي تسبب الاضطراب أو الألم.
 - إطلاق إمكانية النمو و هذا يؤكد على إمكان دفع النمو في المسارات السليمة إما عن طريق إزالة الموانع و العقبات التي تعترضه أو عن طريق تشجيع العميل على اكتشاف سبل النمو و الإبداع المتاحة أمامه.
 - تغيير العادات فقد يكتسب خلال عملية النمو عادات سيئة أو غير مرغوبة تتدخل في توافقات الفرد السليمة ، و تؤدي إلى تقييمه السلبي لنفسه و سوء تقييم الآخرين له، لذلك تهدف عملية الإرشاد إلى تعديل أو إبدال هذه العادات بأخرى أكثر فاعلية.
 - تعديل بناء العناصر المعرفية ، أو تعديل الأفكار الخاطئة ، فالمعتقدات و الأفكار الخاطئة التي يتمسك بها العميل سواء كانت عن طبيعة الأشياء أو عن نفسه أو عن الآخرين كلها تتدخل في توافقاته ، وبالتالي يهدف الإرشاد النفسي إلى فحصها و محاولة تصحيحها.

- المعرفة بالذات ، و ينطوي هذا المعنى على كيفية تفسير و فهم الفرد لنتائج اختبارات الميول ، و الاستعدادات، و الشخصية ، و التي تكشف له عن بعض اتجاهاته، و سماته التي لم يكن يدري عنها شيئاً قبل ذلك.
- تحسين العلاقات المتبادلة بين العميل و الآخرين ، و محاولة تغيير حالة الاغتراب ، و العزلة التي كثيراً ما يمر بها الفرد في حالة معاناته من مشكلات ، أو اضطرابات نفسية ، و يشتمل هذا الهدف على إعادة إقامة علاقات تواصل أفضل بين العميل و الأفراد ذوي الأهمية في حياته. وهكذا يتبين لنا أن الإرشاد النفسي يسعى إلى تحقيق أهداف معينة للفرد وهي التوافق النفسي، والصحة النفسية ، وهذه الأهداف لا يمكن أن تحقق إلا من خلال ما يعرف بالجلسات الإرشادية.

II. نظريات الإرشاد النفسي (Theories of Counseling)

إن نظريات الإرشاد النفسي عبارة عن وجهات نظر متميزة في مجال تعديل السلوك الإنساني المضطرب ، وصولاً به إلى التوافق النفسي والاجتماعي ، وهذه النظريات تكمل بعضها البعض أكثر من كونها متعارضة ، فهي تساعدنا على فهم وإيضاح الطرق والوسائل التي من خلالها نتوصل إلى الهدف ، ولا شك أن المرشد النفسي لابد وأن يعمل في ضوء نظرية ، لذا سوف نتطرق إلى فهم أهم هذه النظريات باختصار ، وذلك للاستفادة منها في الجانب التطبيقي.

أ- **نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory** : يرجع فرويد أسباب الاضطرابات النفسية إلى وجود كبت في الرغبة الجنسية أو إحباطها، ومنها عدم الإشباع ، وكذلك بسبب عدم توافق متطلبات الهو والأنا الأعلى لذا فإن الهدف الأساسي للعلاج الفرويدي هو تحويل المشاعر اللاشعورية إلى شعورية لزيادة الوعي بها، ولتحرير المريض من الصراعات التي يعيشها وتخليصه من الحيل الدفاعية والكبت ، ولتقوية الجانب الشعوري لدى الفرد وجعله واقعياً ومساعدته على النمو. (جودت عزت وسعيد العزة، 1999، ص47) ومن الفنيات الرئيسية للعلاج بالتحليل النفسي الذي أسسه "فرويد" والتابعين له فنيات التداوي الحر، وتحليل التحويل، وتحليل المقاومة، وتحليل الأحلام و التفسير. (أحمد الزعبي، 2001، ص49) ، إلا أن هذه النظرية وجهت إليها انتقادات كثيرة منها :

- أنها ركزت على دور الغرائز الكلية في الاضطرابات النفسية، وأهملت الجانب الثقافي والمعرفي. (جودت و العزة، 1999، ص 47) .
- لم يبنى فرويد أي من استنتاجاته على أساس أبنيريقي ، مما جعل نظريته تبتعد عن البيئة العلمية المفترضة. (محروس، 1994، ص ص 391-392)
- تحتاج عملية العلاج وفقاً لطريقة التحليل النفسي إلى وقت وجهد كبير، فإلعلاج قد يستغرق عدة شهور أو عدة سنوات مما يؤدي إلى زيادة التكاليف المادية الباهظة التي قد يدفعها المريض أيضاً.
- تتطلب هذه النظرية أن يكون لدى المفحوص القدرة على الصبر، وتحمل إجراءات ومتطلبات التحليل النفسي من وقت وجهد، وأن يكون عمر المريض ما بين (15-50) سنة . (محمد جعفر، 2002، ص 250)
- **نظرية الذات Theory-Self** : وينتمي روجرز مؤسس هذه المدرسة إلى الاتجاه الإنساني في علم النفس، وهو اتجاه يركز على الإنسان وقدرته على التحكم في مصيره وأنه خير بطبيعته وتأتي أهمية نظرية الذات عند كارل روجرز لارتباطها بأشهر طرق الإرشاد النفسي ،والذي سُمي بالقوة الثالثة في علم النفس وهو العلاج المتمركز حول العميل. (Wilson et al, 1996,p580) ، وتقوم نظرية الذات على المفاهيم التالية:
- **مفهوم الذات** :والذات عند "روجرز" تعني الجشثالت التصوري، الثابت والمنظم المتألف من مدركات خاصة، بضمير المتكلم بصيغة الفاعل والمفعول (I and Me) ومدركات علاقتها بالآخرين، ومظاهر الحياة المختلفة ، والقيم المترابطة بهذه المدركات ، وتتكون بنية الذات نتيجة للتفاعل مع البيئة وخلال نموها تميل إلى التكامل والانتماء إلى بعض القيم وتشويه وتحريف بعض القيم الأخرى ، وتسعى الذات إلى الاحتفاظ بالإنسان في سلوك الكائن المتوازن بينه ،وبين اتساقها هي نفسها، وهناك الذات الاجتماعية ،والذات المدركة ،والذات المثالية. (أحمد الزعبي، 2001، ص 67)
- **الخبرة** : موقف أو مجموعة مؤقت يعيشها الفرد في زمان ومكان معين ، ويتفاعل معها ويؤثر فيها ويتأثر بها، ويقدمها الفرد من خلال مفهومه لذاته، وفي ضوء المفاهيم الاجتماعية ،وقد يتجاهلها الفرد أو ينكرها إذا كانت لا تتطابق مع مفهومه عن ذاته ، الأمر الذي يقود إلى التوتر والصراع النفسي والرفض، ويفتح المجال لظهور الحيل الدفاعية لديه

من تبرير، وغيره مما يشوه مدركاته الحقيقية ، أما إذا انسجمت الخبرة مع مفهوم الذات فإن ذلك سيجلب الراحة والرضا والتوافق النفسي. (جودت والعزة ،مرجع سابق،ص ص-36 35) ، لذلك فإن الهدف الأساسي للإرشاد المتمركز حول العميل هو إعادة تنظيم الذات مما يزيد الانفتاح على الخبرة للفرد ،ومن ثم يزيد من درجة التطابق ،أو التقارب بين مفهوم الذات والخبرة ،وبذلك يصبح المسترشد أكثر اكتمالاً في أدائه(محروس،مرجع سابق،ص ص291-292)

وبذلك فنستنتج انه من أهم مضامين نظرية الذات أن العميل يجب أن يكون المحور الذي يتمركز حوله العلاج وبالتالي يقوم بتقييم الشخصية من خلال التركيز على الخبرات الموضوعية ،إنما هذه النتيجة لم تمنع من توجيه انتقادات لهذه النظرية ومنها مايلي:

- يركز روجرز بشكل زائد على شروط العلاقة، وفلسفة المرشد، واتجاهاته، ولا يعطي أهمية للأساليب والطرق الفنية للإرشاد والعلاج.
- الإرشاد المتمركز حول العميل غير محدد في المدة.
- ليس هناك تقويم لنتائج الإرشاد ، وإنما يتوقع المرشد أن طريفته تعمل من واقع انفتاح المسترشد على خبراته ،وعلى ذاته في الإرشاد. (محروس،مرجع سابق،ص ص-304 303)

- أعطى روجرز للفرد الحرية في تحقيق أهدافه ناسياً بأن هذه الأهداف قد لا تكون مشروعة

- يهمل روجرز اللاشعور ،ويركز فقط على الشعور.
- لا يهتم روجرز بالاختبارات والمقاييس النفسية.(جودت والعزة، مرجع سابق،ص38)
- لا يتفق العديد من المعالجين النفسيين حول الأهمية المطلقة للأصالة والتعاطف والاعتبار الإيجابي غير المشروطة. (محمد عبد الرحمن،1998،ص ص428-429)

ب- **النظرية العقلانية الانفعالية:** يعتبر "ألبرت إليس" المؤسس الفعلي لهذه النظرية، ولقد قدم "Ellis" نموذج ABC ليوضح تطور الاضطراب الانفعالي واستند في بنائه لهذا النموذج على افتراض رئيسي، وهو أن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان (Ellis,1973,pp56-60) ، ولذلك فإن الهدف الأساسي من عملية الإرشاد وفق هذه النظرية هو إكساب العميل "الاستبصار" مما يؤدي إلى تخلص العميل من

الشعور بالفشل ، واستبدال الأفكار العقلانية بالأفكار غير العقلانية ، ويجب أن يدرك العميل أيضاً أن المواقف والأحداث لا تحدث الاضطرابات في حد ذاتها ، بل إن ما يحدثها هو أسلوب ونوعية تفكيره، وإدراكه تجاهها. (محمد جعفر، 2002، صص 264-265)

ومن الأساليب والفنيات الإرشادية المستخدمة في الإرشاد العقلاني الانفعالي فنية تعلم نموذج "ABCDE" وإعادة بناء المفاهيم ، والحديث الإيجابي مع الذات والمناقشة والحوار ، والإقناع والواجب المنزلي. (محروس، مرجع سابق، ص 117) . ومن أوجه النقد التي وجهت لهذه النظرية هي:

- لم يعط صاحب النظرية الاهتمام الكاف للعلاقة الإرشادية، وتكوين الألفة بين المرشد والعميل، ومن ثم يحدث التغيير في سلوكه حتى لو لم تكن الألفة بينهما قد وصلت إلى المستوى المطلوب ، وهذا يتناقض مع المبادئ العامة للعمل الإرشادي.

- اقتصر المرشد أحياناً في تحديد الأفكار على أنها السبب الرئيسي لمشكلة العميل ، مع عدم إعطاء الفرصة الكاملة لمراجعة ذلك ، مما يعرض العملية الإرشادية للفشل.

- يهتم هذا الاتجاه بتغيير انفعالات العميل عن طريق تغيير طريقة تفكيره ، دون إعطاء الفرصة للعميل لفهم وإدراك هذه الانفعالات بصورة واضحة. (محمد جعفر، 2002، ص 267)

- أهمل "إليس" دور الثواب والعقاب في تعديل السلوك البشري.

- ألغى "إليس" أثر البيئة في سلوكيات الإنسان.

- قلل "إليس" من تأثير الماضي في الحاضر. (جودت و العزة، مرجع سابق، ص 51)

ت- النظرية السلوكية **Behavioral Theory** : يعتبر الأساس في هذا الاتجاه هو أن ما نتعلمه يمكن تغييره بتعلم آخر ، فإذا اعتبرنا أن الأمراض النفسية وجميع أشكال السلوك المنحرف لدى الفرد ما هي إلا استجابات تم اكتسابها نتيجة الخبرات والمواقف المتنوعة التي يمر بها الفرد، واكتسابه لمجموعة من الاستجابات السلوكية الجيدة تتم بالطريقة التي تعلم بها الاستجابات السلوكية غير المرغوبة ، لأن ما تعلمناه من سلوك يمكن تغييره أو تعديله بإعادة تعلمنا لسلوكيات جديدة ، حيث إن تعلم إحداث الاستجابة الجديدة إنما يتم بشروط تتحقق أثناء اقتران المثيرات الطبيعية والأخرى الجديدة أهمها عدد مرات الاقتران ، وتقارب حدوث الاقتران ، وشدة المثيرات الطبيعية بالإضافة إلى قانون التدعيم والانطفاء (محمد جعفر، مرجع

سابق، ص254) ولقد كان للنظرية السلوكية " لسكينر " الأثر الكبير على ميدان تعديل السلوك ، إذ أن كل اهتمام الباحثين والممارسين الذين يوظفون هذا النموذج ينصب على تحليل السلوك في الوضع البيئي الطبيعي الذي يحدث فيه السلوك وعلاقة هذا السلوك بالمتغيرات البيئية القبلية والبعديّة ، وتفوق نظرية الإشراف الإجرائي في فهم السلوك وتغييره ، وفي تحليله المفصل لطبيعة المعزز. (الخطيب، 1995، ص23)

أما المرحلة الثالثة من مراحل الاتجاه السلوكي فهي مرحلة السلوك المعرفي وفي هذه المرحلة تم أخذ المفاهيم التي يتوسط حدوثها وتأثيرها بين المثيرات والاستجابات في الاعتبار ومن هذه المفاهيم عملية التفكير والاتجاهات والقيم، تلك المفاهيم التي أهملت في المرحلتين السابقتين فهذه المرحلة هي امتداد للمرحلتين السابقتين ولا تتعارض معهما ولكن تركيزها ينصب على العوامل المعرفية التي عن طريقها يتم فهم وعلاج المشكلات السلوكية ، ومن العلماء الذين ساهموا في تطوير الاتجاه السلوكي المعرفي هما (وولب ولازروس) . (محمد جعفر، 2002، ص255)

وقد زامن المرحلة الثالثة ظهور مفهوم التعلم الاجتماعي ل"باندورا" حيث يشير بأن معظم السلوكيات غير المتكيفة سببها التعلم الخاطئ ، عن طريق التقليد ومشاهدة الآخرين يقومون بها، والنمذجة أو التقليد كإجراء علاجي يمكن أن يزيد من حدوث السلوك المرغوب فيه ، ويكون ذلك من خلال إعطاء الفرد المتعلم للسلوك المرغوب فيه تعليمات لفظية خلال ملاحظته للنموذج، ومن ثم إثارة دافعية الفرد للتعلم السريع. (العزة وجودت، مرجع سابق، ص36) ، وبالرغم من أن النماذج العلاجية الإرشادية السابق ذكرها تتباين في طرق العلاج " الإرشاد" إلا أنها تشترك جميعاً في التطورات النظرية والأساس المنطقي الذي تتبناه المدرسة السلوكية والذي ينحصر في أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم في تكوينها قوانين الدفاع ، وهما قوى الكف والاستتارة اللتان تسييران مجموعة الاستجابات الشرطية ، نتيجة العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد . وهم يرون أن الاضطراب السلوكي الانفعالي ناتج عن أحد العوامل الآتية:

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية.

- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة ، لا يستطيع معها الفرد اتخاذ قرار مناسب.
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة. (أبو عطية، 1997، ص152)
- الخطوات الرئيسية للإرشاد السلوكي: بالرغم من اختلاف الأفكار التي أسهمت في تطوير الإرشاد السلوكي نجد أن الهدف الرئيسي للإرشاد السلوكي هو إحداث التغيير والتعديل في السلوك المضطرب وإحداث التعزيز المطلوب في السلوك المقبول ، وذلك عن طريق محو التعلم السابق وتعلم سلوك جديد يكون مرغوباً ومقبولاً.
- و تتحدد الخطوات الرئيسية للإرشاد السلوكي حسب (جعفر، 2002) فيما يلي:
- تحديد السلوك غير السوي والمطلوب تعديله، أو تغييره، أو ضبطه، ويفترض في هذا السلوك أن يكون ظاهراً بحيث يمكن ملاحظته، وتساعد الاختبارات التحصيلية والتشخيصية والتقارير في تحديد هذا السلوك.
- تحديد الظروف والخبرات والمواقف التي يحد فيها السلوك غير السوي ،وهنا يتم تحديد الظروف التي تحيط بهذا السلوك وتحديد العوامل المسؤولة عن حدوثه سواء قبله أو في أثناؤه أو التي تأتي بعده.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك غير السوي كاستمرار بعض الأفكار الخاطئة أو العادات الاجتماعية.
- اختيار المواقف أو الظروف التي من الممكن إجراء التعديل ،أو التغيير فيها أو تعزيزها
- إعداد جدول وخطوات، ومرحل للتغيير ،أو التعديل المطلوب ، ويقصد بذلك إعداد الخطة المناسبة التي على أساسها يتم تغيير ،أو تعديل السلوك غير السوي . مع الأخذ في الاعتبار التدرج في تعلم الخبرات من السهل إلى الصعب.
- تنفيذ الخطة الخاصة بالتعديل ،أو التغيير، ويتم التنفيذ بعد عملية الإعداد السابقة بحيث يكون التنفيذ وفق جدول زمني معد لها . (محمد جعفر، 2002، صص 257- 260)
- ومن مميزات الإرشاد السلوكي نذكر منها :
- سهل التصنيف ،وملموس النتائج ومقبول من الناحية الاجتماعية كما يمكن استخدامه مع فئات عمرية متباينة، ومستويات متباينة من الاستعداد العقلي.

- يركز الإرشاد السلوكي على الاهتمام بموضوع المشكلة (الأعراض) أكثر من البحث عن الأسباب الكامنة وراء السلوك ، أي لا يهتم بالبحث في الماضي البعيد للمستترشد وإنما يهتم بصفة أكثر بما يحدث الآن. (محروس، 1994، صص 48-50)
- شمول النظرية السلوكية لعدد كبير من الجوانب التي يعالجها بعد أن كان الاهتمام محصوراً في بعض الحدود الضيقة كالهستيريا والمخاوف الشاذة.
- تعتبر النظرية السلوكية من أكثر النظريات التي تستند إلى أساس نظري متين ، مع إمكان استخدام البحث العلمي والتجريبي في معرفة أسباب السلوك غير السوي ومواجهته (محمد جعفر، مرجع سابق، ص 261).

III. الإرشاد الجماعي :

تطور الإرشاد الجماعي باعتباره طريقة إرشادية منظمه، لها اصولها وقواعدها وشروطها، فيعرفه واليس ولويس (Wallace & Lewis, 1990) الإرشاد الجماعي بأنه عملية تضم مجموعة من الناس يجتمعون بشكل منظم وهم يرون أنفسهم من وجهة نظرهم الخاصة ووجهة نظر الآخرين بأنهم من الناحية النفسية يعتمدون على بعضهم البعض ويتفاعلون من أجل تحقيق أهداف مشتركة.

- **تعريف الإرشاد الجماعي :** أشار سعيد العزة (2001) إلى تعريف الإرشاد أو العلاج الجماعي بأنه العملية التي يستخدم فيها التفاعل الجماعي أي التفاعل بين أفراد الجماعة لتسهيل فهم الفرد لذاته فهماً أكثر عمقاً وقبول الإنسان لذاته قبولاً أكثر عمقاً، وينحصر العلاج الجماعي في نوعين من المزايا أهمها أن العلاج الجماعي فيه اقتصاد أو توفير الوقت المطلوب للشفاء فهو منهج اقتصادي لأن مرشد واحد يستطيع أن يساعد عدداً من الناس دفعة واحدة. ويوفر كذلك هذا المنهج من خلال الجماعة في الاتصال أو التواصل مع الناس الآخرين والتفاعل معهم أي حصول التأثير أو التأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة. ويرى "سعيد العزة" أن بعض الناس يستبيحون استباحة طيبة للعلاج الجماعي أكثر من العلاج الفردي والجماعات نفسها تساعد علي العلاج لأنها توفر نوعاً من التغذية الراجعة، وتوفر للعضو في الجماعة مأوى المستترشد ومناخاً صالحاً لاتخاذ المبادأة والشجاعة في بدء أياء جديدة وفي إقامة علاقات شخصية مع بعض الأعضاء مما يكسبه الثقة في نفسه، كما تشجع الجماعة الأعضاء علي اكتساب الثقة في الاقتراب من الغير والتواصل معهم وتنمية

المهارات اللازمة من التفاعل مع الغير والاختلاط بالجماعة يخفض من شعور الإنسان بأنه مهدد أو خائف أو عاجز أو وحيد.

أما يوسف القاضي وآخرون (2002) يعرفه بأنه دينامية تتم فيما بين الأشخاص وتركز على التفكير الشعوري الواعي والسلوك، وهو يتضمن وظائف علاجية مثل التسامح، التساهل، والتوجيه الى الواقع، والتنفيس، وتبادل الثقة، والاهتمام والعناية ، والفهم، والتقبل والتدعيم. وهذه الوظائف العلاجية تنمو وتترعرع في جماعة صغيرة من خلال المشاركة في الاهتمامات الشخصية مع الأقران ومع المرشد. والمسترشدون في الجماعة هم في الأساس أشخاص أسوياء ذوي اهتمامات متنوعة ، ويستخدم المسترشدون في الجماعة التفاعل داخل الجماعة لزيادة الفهم والتقبل لقيم وأهداف معينة أو نبذ سلوك أو اتجاه معين.

- **أهمية الإرشاد الجماعي:** يمثل الإرشاد الجماعي طريقة من أكثر الطرق الإرشادية التي تحقق قدرًا من الوفرة الاقتصادية سواء فيما يتعلق بتكاليف العملية الإرشادية أو التقنيات المستخدمة في العمل الإرشادي أو في عدد المسترشدين الذين يحصلون على الخدمة الإرشادية. مجموعة من الدراسات مثل (schorde & al, 1980) و (cooper, 1977) و (Truckle, 1997) أشارت إلى أهمية وقيمة الإرشاد الجماعي عندما يستخدم مع مجموعة متناسقة من الأفراد حيث يؤدي ذلك إلى :

- تفاعل الأفراد في الإرشاد الجماعي: يشترك أعضاء المجموعة في استعراض أحداث الحياة ويتبادلون الهموم والمشاعر، يتلقون تغذية راجعة عما يصدر عنهم من أفكار ومشاعر وسلوكيات ، كما يساعد الإرشاد الجماعي الأعضاء على إظهار التفاعل مما يكسبهم مهارات اجتماعية في التعامل مع الآخرين عن طريق حصولهم على المعلومات عن أنفسهم.

- موقف المجموعة: أن الموقف الذي يجمع أفراد المجموعة يساعدهم على تطوير نوع العلاقة الإرشادية بينهم، وهذه العلاقة تلعب دورا هاما في تطوير شخصيات أعضاء المجموعة من خلال كما أن هذه العلاقة تساعد الأعضاء على ما يسمى بكشف الذات ومناقشة مشكلاتهم بحرية اكبر، وبذلك فان الموقف الذي أنشأه الإرشاد الجماعي يعمل على تحقيق نوع من الاعتمادية المتبادلة بين افراد الجماعة حيث يجدون الفرصة لفهم وتوجيه أنفسهم.

- النمو الشخصي: إن الظروف الاجتماعية والبيئية التي يعيشها الكثير من المسترشدين لا تسمح لهم بالنمو الشخصي (استغلال الطاقات التي يمتلكونها مثل الطاقة الجسمية والنفسية والعقلية) بينما في حالة الإرشاد الجمعي فإن هناك فرصة كبيرة لأعضاء المجموعة للنمو الشخصي واستغلال هذه الطاقات بشكل طبيعي لحل مشاكلهم.
- تحسين دافعية المسترشد: في معظم الأحيان عندما يأتي المسترشد إلى المجموعة الإرشادية أول مره تكون دافعيته منخفضة ، ولكن من خلال التفاعل بين اعضاء المجموعة يأخذ كل واحد منهم دعماً معنوياً من الآخر وبالتالي تتحسن دافعيته ليس تجاه العمل داخل المجموعة فقط وانم تجاه التعامل بإيجابية في الحياة بوجه عام.
- ويرى أحمد الزعبي (2003) ان الإرشاد الجماعي يطرح فيه الأعضاء كل ما يسبب لهم سوء التوافق ، ويتعلمون كيف يناقشون مخاوفهم وشكوكهم ومشاكلهم ويقارنونها بمشاكل الآخرين التي تصبح بمثابة مرآة يرى من خلالها المسترشد نفسه ومشكلاته حيث يتمكن من خلال الجماعة التنفيس عن انفعالاته وتوتراته، ويتمكن من تكوين علاقات اجتماعية جديدة، والوصول الى استبصار يساعد في الكشف عن بعض الحلول والاستجابات الجديدة التي لم يعرفها المسترشدون من قبل، ويتوصل الى نتيجة مؤداها ان هناك من يعانى ما يعانیه، مما يجعله أكثر جرأة وحرية في مناقشة مشكلاته وطرحها للإرشاد.

أساليب الإرشاد الجمعي : بشير الرشيد وراشد السهل (2000) أساليب الإرشاد الجمعي والتي تندرج تحت تصنيفين هما:

- **الإرشاد المتمركز حول المجموعة**: يقوم هذا النوع من الارشاد الجمعي على اعتبار أن المسترشدين هم محور العملية الإرشادية وانهم مسئولون بالدرجة الأولى عن حركة المجموعة والأهداف التي تريد تحقيقها، وهذا الأسلوب هو ما نادى به (كارل روجرز) صاحب نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد، أن أعضاء المجموعة يحضرون مع بعض في بداية الأمر دون سابق معرفة وهم في حالة من القلق العام نتيجة لهذه الخبرة الجديدة لذلك فهم لا يظهرون حقيقة شخصيتهم امام الآخرين، بل يظهرون صورة زائفة عن حالتهم، ولكن باستمرار اللقاءات والتفاعل مع بعضهم البعض تبدأ الثقة تأخذ طريقها الى نفوسهم كما ان مشاعر التعاطف والتألف تجد لها مكاناً بينهم. والدور الحقيقي الذي يقوم به المرشد هنا يعتمد على أساس تسهيل مهمة المسترشدين عن طريق توفير ظروف بيئية

ونفسية آمنة وتأكيد ثقتهم في قدرتهم على قيادة انفسهم وتطوير مهاراتهم وايجاد حلول لمشكلاتهم ، كما ان المرشد يحاول ان يكون قدوة او مثلا للمسترشدين لتعلم بعض المهارات التي يحتاجونها لتطوير انفسهم مثل حسن الانصات والتفاعل مع الاحداث، وتقديم التغذية الراجعة وإظهار التعاطف والدعم للآخرين بطريقة إيجابية

- **الإرشاد المتمركز حول المرشد أو الإرشاد الموجه:** والمرشد هنا هو محور العملية الإرشادية حيث يقوم بالدور الأعظم في توجيه حركة المجموعة وتشجيع التفاعل بين أعضائها وقيادتها نحو تحقيق أهدافها، والمرشد هو الشخص الذي يحدد أسلوب العمل واختيار الأساليب الإرشادية المناسبة لها. وعلى المسترشدين ان يقوموا بدور إيجابي من خلال التعاون مع المرشد باتباع إرشاداته، والإرشاد الموجه يفرض على المرشد تسهيل مهمة المسترشدين من خلال توفير بيئة آمنة ومساعدتهم على التعرف على الجوانب الإيجابية والسلبية في شخصياتهم ومن ثم استغلال ذلك في حل مشاكلهم، كما ان المرشد يشجع أعضاء المجموعة على التعلم من بعضهم البعض وأنهم يمثلون فريق عمل واحد يعمل من أجل هدف مشترك.

IV. البرامج الإرشادية :

الاعداد للبرنامج الإرشادي: يذكر (محمود عقل، 2000) مجموعة من الخطوات التي من خلالها

يتم الإعداد للبرنامج الإرشادي الجماعي، وسنذكرها بالترتيب :

- إعداد أماكن الإرشاد الجماعي: يتم إعداد أماكن الإرشاد الجماعي، سواء أكانت هذه الأماكن في الطبيعة ، أم في غرفة الإرشاد أم في مكتب. ...

- تحديد الأهداف العامة لبرنامج الإرشاد الجماعي.

- تحديد عدد المرشدين الذين سيشاركون في برنامج الإرشاد الجماعي (مرشد واحد أو عدد من المرشدين

- تحديد الأسلوب أو الأساليب التي ستبغ لتحقيق أهداف الإرشاد.

- تحديد بداية البرنامج الإرشادي ونهايته.

- تحديد الأهداف السلوكية الخاصة المتوقع انجازها في البرنامج.

تحديد الجماعة الإرشادية: أوضح "محمود عقل" أن عدد الجماعة الإرشادية يتحدد وفقا لنوعية المشكلات التي يعانى منها افراد الجماعة ، سواء أكانت هذه المشكلات انفعاليه ام

مشكلات تربوية وقد اتفق المشتغلون بالتوجيه والإرشاد والعلاج النفسي على أن هذا العدد هو ما بين (6-10) أشخاص. ولكن عند اختبار أفراد الجماعة الإرشادية لابد ان يستند هذا الاختيار الى عدد من المعايير منها:

- أن يتشابه أفراد الجماعة الإرشادية في المشكلات التي يعانون منها، ليتمكن كل عضو في الجماعة من الاستفادة من خبرة الأعضاء الآخرين في فهم مشكلته وكيفية التعامل معها.
- التشابه ما أمكن بين أعضاء الجماعة في العمر، ودرجة الذكاء، الجنس ، فتوفير هذه المعايير جميعها في الجماعة الإرشادية أمر صعب ويمكن التغاضي عن بعضها في مقابل ان يبذل المرشد والمسترشد جهودا إضافية لتحقيق أهداف الإرشاد.
- قدرة كل عضو من أعضاء الجماعة على أن يعي ذاته ، وان يكون لديه رغبة في المشاركة الوجدانية، وتقبل النقد بطريقة مناسبة، وكذلك قدرته على المشاركة بأدوار معينة ضمن المجموعة مثل (دور الأب ، دور الابن ...) وهذا ما يجعل التفاعل والتقبل والاندماج مع الجماعة اكثر فعالية، وتزيد من فعالية الإرشاد الجماعي.

الجلسات الإرشادية : تستغرق عملية الإرشاد النفسي عدة جلسات إرشادية ، والجلسة الإرشادية جلسة مهنية تتم فيها علاقة إرشادية في جو نفسي خاص يشجع المرشد العميل ليعبر عن أفكاره ، ويشجع العميل على أن يقول كل شيء ، وأي شيء عن المشكلة فكل ما يقال مهم، و تحدث فيها كل إجراءات العملية الإرشادية مثل التداعي الحر، و التنفيس الانفعالي، والاستبصار، والتعلم، والنمو ، وتغيير الشخصية ، واتخاذ القرارات ، وحل المشكلات، والمشورة ، وتعديل السلوك، أما عن أهم عوامل نجاح الجلسة الإرشادية حسب زهران (1980) فهي ما يلي :

- الاستعداد للمساعدة : ينبغي أن يكون لدى المرشد اتجاه موجب نحو العميل ، وأن تتوفر لديه الرغبة المخلصة في مساعدته ، و بذل الوقت و الجهد اللازمين لتحقيق ذلك و أن يظهر استعداداه لمساعدة العميل لتنمية شخصيته.

- الألفة و التقبل : يجب أن تتوفر الألفة ، و الوئام ، و الوفاق، و التفاهم التام بين المرشد و العميل ، وعلى المرشد أن يتقبل العميل بحالته التي هو عليها دون التأثير بأحكام أو آراء سابقة، و دون توجيه نقد ، أو لوم ، حيث أن العميل بحاجة إلى هذا التقبل غير المشروط بما يساعده على تقبل ذاته.

- المشاركة الانفعالية : أي الإحساس بمشاعر العميل حتى يشعر بأن المرشد يشاركه انفعالاته، ويدرك مشاعره و يتفهمها، ويقدر ظروفه و ينظر إلى الأمور من داخل الإطار المرجعي للعميل
- التركيز : يجب أن يتركز الكلام، و التفاعل حول موضوع الجلسة الإرشادية أي المشكلة الخاصة، والشخصية، وليس حول الأحاديث العامة أي إن المطلوب هو التحديد لا التعميم ، والتخصيص لا التعميم.
- الحكمة : يجب أن تسود الجلسة الإرشادية الحكمة في القول، و الفعل من جانب المرشد ،ومن الحكمة أن يكون المرشد أسوة حسنة للعميل.
- التلقائية : و يقصد بها التعبير عن المشاعر الحقيقية في حرية، و صراحة ، وأمانة، و إخلاص دون قناع ، ودون تصنع ، و يعبر عن التلقائية أحيانا بمصطلح الشفافية.
- حسن الإصغاء : حسن الإصغاء، والاستماع مع الملاحظة ، وتركيز الانتباه لكل قول و فعل، و انفعال يساعد المرشد على إدراك كل الجوانب في الجلسة الإرشادية.
- البشاشة و الثقة المتبادلة : ويتضمن ذلك بشاشة المرشد ، والثقة تعد أمر ضروريا حيث تساعد العميل على الطمأنينة، والتفكير بصوت عال حين يعرض مشكلته ، ويتوقف نجاح العملية الإرشادية على فهم كل من المرشد و المسترشد لدوره ومسئوليته و تحملها.
- مظهر المرشد : إن مظهر المرشد المناسب، و جلسته، و نبرة صوته الواضحة وتعبيرات وجهه، وإظهار اهتمامه بالعمل من الأمور المهمة في الجلسة الإرشادية، وينبغي أن يكون مظهر المرشد نظيفا، و مهنما دون مغالاة أو إهمال.
- الزمان و المكان : ينبغي الاهتمام بتحديد مواعيد الجلسات بما يناسب ظروف العميل و يلاءم جدول مواعيد المرشد ، والأفضل ألا تكون مواعيد الجلسات متقاربة جدا أو متباعدة جدا ، وتكون في مكان محدد ، وأن تكون جلسة مريحة، و يراعى الابتعاد عن المشتتات للتفكير أثناء الجلسة . (حامد زهران، 1980، صص 250-247)

تنفيذ الجلسة الإرشادية: يتم تنفيذ جلسة الارشاد الجماعي وفق خطوات متتابعة

- جلسة الاعداد والتهيئة " pre- grouping preparation "

- جلسة التقويم القبلي "pre-evaluation"

- جلسات التهيئة التعليمية المعرفية : وفيها يتم توعية أعضاء الجماعة بمجموعات الإرشاد الجماعي من خلال النشرات العلمية والمناقشات.
 - جلسات التدخل الرئيسي " care intervention " : ويتم تدريب أعضاء الجماعة الإرشادية على اكتساب المهارات اللازمة لتحقيق أهداف الإرشاد الجماعي. من خلال استخدام أفضل طرائق وأساليب الإرشاد الجماعي على ان تشتمل كل جلسة تدريب على أساليب تحقيق أهداف الإرشاد الجماعي ثم تنتهي بالواجب المنزلي.
 - جلسة التقويم البعدي "post- evaluation" : ويتم في الجلسة تطبيق المقياس الذي أستخدم في المقياس القبلي ثم مقارنة النتائج بين المقياس القبلي والبعدي لمعرفة مدى التحسن الحادث بعد تطبيق البرنامج الإرشادي .ويتم مناقشة أعضاء الجماعة الإرشادية عن مدى شعورهم بالتحسن وصعوبات تطبيق هذا البرنامج.
 - الأنهاء : يتم انهاء الجلسة الإرشادية وتوديع أعضاء الجماعة الإرشادية بعبارات تشعرهم بالحب والمودة وتعطيهم مزيدا من الدعم والتشجيع للاستمرار في التحسن الذي حصلوا عليه أثناء تطبيق البرنامج.
 - المتابعة : تتم متابعة المسترشدين الذين شاركوا في الإرشاد الجماعي من خلال اللقاءات الجماعية أو المحادثة التليفونية وتقديم المساعدة اللازمة حين الحاجة لمواجهة الحالات الطارئة وتذليل العقبات التي تقف في طريق استمرار التحسن كلها وقد تمتد فترة المتابعة ما بين شهرين الى ستة أشهر.
- العلاقة الإرشادية :** هي علاقة شخصية اجتماعية مهنية تتم بين المرشد الذي يقدم المساعدة ، والمسترشد الذي يحتاج المساعدة ،وهي تحدد دور كل منهما في تحقيق أهداف العملية الإرشادية، وتبدأ هذه العلاقة بترحيب المرشد بالمسترشد و يتعلم المسترشد من خلالها التعبير عن مشاعره ، و يعمل توجيهها أو التغلب على مسبباتها سواء كانت أفكار أم مشاعر خاطئة ، وهي تهدف إلى زيادة ثقة المسترشد بنفسه أو المحيطين به،أو تعلم مهارات جديدة. (سهام درويش،1997،ص223)

ويذكر (محروس،1994) أن العلاقة الإرشادية تتصف بعدد من الخصائص هي كالتالي:

- الجانب الوجداني: تتسم العلاقة الإرشادية بأن محتواها العاطفي أكثر من المحتوى المعرفي، فالعلاقة تهتم باستكشاف المشاعر و الإدراكات الشخصية و لأن العلاقة ذات

محتوى شخصي عالي فيما يدور فيها من مناقشات و أحاديث ، فإنها يمكن أن تتصف بالواجهة و توليد القلق كما يمكن أن تكون محدثة للتوتر أو مفرحة أو مخيفة.

- **التكثيف (التركيز)** : إن العلاقة تقوم على أساس الاتصال المنفتح والمباشر والصريح ، فإنها قد تصبح مركزة ، فالمرشد والمسترشد يتوقع منهما أن يشتركا بصراحة في ادراكهما و ردود فعلهما كل منهما تجاه الآخر و تجاه العملية الإرشادية بشكل عام، و هذا كله قد يترتب عليه اتصال مكثف و شديد و مجهد أو حاد في بعض الأحيان

- **النمو والتغيير**: العلاقة الإرشادية علاقة ديناميكية ، ومعنى ذلك أنها في تغير مستمر باستمرار تفاعل المرشد و المسترشد و كما أن المسترشد ينمو و يتغير فكذلك العلاقة الإرشادية تنمو وتتغير.

- **الخصوصية**: إن كل ما يدلي به المسترشد يعتبر سرىا و يلتزم المرشد بالقواعد الأخلاقية للمهنة في سرية ما يبوح به المسترشدون أثناء المقابلات الإرشادية من أن تنتقل إلى غيرهم ما لم تكن هناك موافقة كتابية من المسترشد نفسه. وهذا الجانب الوقائي في العلاقة الإرشادية جانب أساسي من شأنه أن يساعد المسترشدين على أن يكونوا صرحاء و ألا يترددوا في تزويد المرشد بالمعلومات.

- **المساندة**: يوفر المرشدون من خلال العلاقة الإرشادية للمسترشدين نظاما للمساندة يزودهم بالاستقرار المناسب لتغيير سلوكهم ،و اتخاذ قراراتهم.

- **الصدق**: إن العلاقة الإرشادية تقوم على الصدق ،و الصراحة، و الاتصال المباشر بين المرشد والمسترشد ،و إذا خلت العلاقة من الصدق فإنها سرعان ما تتدهور ،و لا يستفيد المرشد من موقف الإرشاد . (محمد محروس،1994، ص ص57-58)

أخلاقيات تخص المرشد : تشير (سلوى عثمان،2009) في دراستها أن الأخلاقيات التي تفرضها مهن الإرشاد النفسي بشكل عام والإرشاد الجماعي بشكل خاص على المرشدين من أساسيات العمل التي لا بد أن يراعيها كل مرشد حتى يحمى نفسه أولا من الوقوع فى أخطاء قد تكلفه الكثير كما انه بمراعاته لهذه الأخلاقيات يحمى المسترشدين الذين يعمل معهم، فالحماية المقصودة هنا حماية قانونية وأخلاقية، قانونية من حيث عدم القيام بما يتعارض مع

القانون في تعامله مع المسترشدين وأخلاقية من حيث عدم القيام بما يتعارض مع أخلاق المجتمع ويلخص

Duncan, & Gumaer (1980) "عددًا من الأخلاقيات تخص قائد العملية الإرشادية في الإرشاد الجماعي :

- قبول المسئوليات القانونية والأخلاقية المترتبة على كونه قائد عملية الإرشاد الجماعي
- العمل على تطوير أساليب واقعية تتناسب مع عمل المجموعة وتسمح بتحديد واضح لأهداف يمكن تحقيقها
- استخدام أقصى الإمكانيات المتاحة بما في ذلك خبرته ومهارته وكفاءته الشخصية لتحقيق أهداف المجموعة
- مراعاة حدود الإمكانيات الشخصية كونه قائدًا للمجموعة وعدم استخدام المجموعة ابدا لتحقيق أهداف شخصية.
- العمل على توجيه المجموعة لتحقيق الاستفادة القصوى من خبرتهم في المجموعة الإرشادية
- عدم استخدام أي من أساليب الإرشاد الجماعي المعروفة الا بعد التأكد من استعداد أعضاء المجموعة لتقبل الأسلوب والعمل بموجبه.
- حماية حق كل عضو لا يرغب بالمشاركة في أي من أساليب الإرشاد الجماعي المطروحة.
- ان يظهر المرشد الاحترام في اجاباته للمجموعة ككل ولكل عضو بشكل منفرد عندما يطرحون عليه الاسئلة.
- عدم إساءة او استغلال أي عضو سواء نفسيًا او بدنيًا.
- يستخدم المرشد خبرته كقائد للمجموعة في بناء علاقة ثقة وانفتاح واحترام وقبول وانسجام بين اعضاء المجموعة.
- العمل بكل جهد على توفير السرية والخصوصية من خلال التحضير المبدئي للأعضاء قبل انضمامهم للمجموعة.
- تقديم المساعدة والدعم لكل عضو لكي ينمو ويتطور نتيجة للخبرة التي يكتسبها من خلال العمل في المجموعة.

.V. الإرشاد والإعاقة الذهنية :

الإرشاد النفسي للمعاقين ذهنياً : يوضح نادر الزيود (1995) المقصود بالإرشاد النفسي للمعاقين محاولة تقديم المساعدة في توجيه الأشخاص غير العاديين من خلال الجوانب التالية: النفسية، التربوية، المهنية، والأسرية وكذلك الزوجية وإمكانية مساعدتهم في حل مشكلاتهم المرتبطة بحالات إعاقتهم وما يترتب عنها من اتجاهات نفسيه واجتماعية وذلك من أجل تحقيق التوافق والصحة النفسية. ومن الأهداف الأساسية في عملية إرشاد المعوقين أن يشكل الجوانب التالية وهي :

- محاولة مساعدة الشخص المعاق في إمكانية التقلب على الآثار المباشرة لإعاقتة.
- محاولة المرشد في مساعدة المعوق على إزالة الآثار النفسية الناجمة عن الإعاقة والتي تتمثل في الانطواء أو السلوك الانعزالي.
- محاولة المرشد تعديل اتجاهات المعاق نحو نفسه.
- محاولة المرشد تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلهم المعاق.
- محاولة المرشد تغيير وتعديل اتجاهات المجتمع نحو المعاق.
- مساعدة المعوق على تحقيق ذاته وفقاً لقدراته.
- تحقيق التوافق والصحة النفسية للمعاق.

وذكر حامد زهران (1980) أنه لا يقصد بالإرشاد النفسي للأطفال المعاقين عقلياً المقابلات بالعيادات أو مراكز الإرشاد الخاصة المعدة لاستقبال الحالات النفسية مع الأفراد العاديين ،

وإنما يقصد به تلك العملية الفنية التي يقوم بها المرشد في أي مكان مناسب لإرشاد الطفل ومساعدته على التعبير عن نفسه ومشاعره وتفريغ انفعالاته وطاقاته الجسمية في أنشطته مفيدة ، ويقدر عليها ، ويشعر من خلالها بالكفاءة ويحصل على استحسان الآخرين بما يقوم به من أنجاز هذه جميعها عوامل أساسية تساعد علي نمو شخصيته واكتسابه للمهارات والخبرات ، التي تعمل علي توافق الطفل مع نفسه ومع الآخرين. يعتمد الإرشاد النفسي للأطفال المعاقين عقلياً على الاتصال والتواصل اللغوي ، الذي يضم الكلام والتعبيرات الحركية مثل الرقص والرياضة بأنواعها والرسم والموسيقى واللعب الذي يعد مكوناً أساسياً في عملية التربية والإرشاد أن يجمع بين الإرشاد الموجه " directive technique " والإرشاد غير الموجه " Non directive technique " وذلك حتى يكون بالإمكان جعل الإرشاد عملية تعليمية تهدف الى تنميه وتطوير الشخصية من خلال شعور الطفل نحو المرشد بالتقبل والتسامح والدفء العاطفي بالإضافة إلى التشجيع علي التعبير عن الانفعالات واكتساب الخبرات والمعلومات . ويستخدم لعملية إرشاد الأطفال الإرشاد الفردي "individuel" counseling والإرشاد الجماعي " group counseling " . ويجب على المرشد النفسي اختيار الأسلوب الأكثر مناسبة للطفل والذي يتفق مع جيله ومع مستوى ذكائه وشخصيته وحاجاته والمشاكل التي يمر بها

ويضيف عمر نصر الله (2002) حتى نضمن نجاح الإرشاد النفسي مع الأطفال يجب على المرشد النفسي الاهتمام بالعلاج التصحيحي " correct therapy " والذي يهتم بتحسين المظهر الخارجي للأطفال الذي يكون له الأثر الأكبر علي الطفل نفسه وعلى من يعمل معه سواء في الأسرة أو المدرسة ويلعب دوراً أساسياً في عملية التقبل والرفض والتي تتوقف عليها جميع العمليات الأخرى . كما ويطلب من المرشد النفسي الاهتمام بتصحيح عيوب النطق عند الطفل وذلك من خلال العمل معه ومع المعلمين الذين يعملون معه حتي يكون بالإمكان تنميه المحصول اللغوي لديه ، وتدريبه علي السلوك المقبول من خلال الأنشطة المختلفة ، كالرسم ، والتلوين والتركيب والفك ، والرحلات والمسابقات والموسيقى ويشير فاروق صادق (1995) إلى أن هدف الإرشاد النفسي للطفل ليس تنمية الذكاء والقدرات المعرفية وحسب بل أيضاً مفهوم الذات عنده بطريقه واقعية، من خلال تدريبه على الاعتماد علي نفسه لتصريف أموره والتعامل مع الناس بسلوكيات مقبولة.

ويؤكد كمال مرسى (1999) على استمرار الإرشاد النفسي مع المعاق عقليا في مراحل حياته التالية لمساعدته على الاختيار المهني والتأهيل المهني والتشغيل والتوافق مع المجتمع والاستفادة من خدمات الوقاية والعلاج والترفيه التي يوفرها المجتمع لأقرانه العاديين وتشجيعه على ممارسة حياته الاجتماعية العادية في العمل والأسرة والمجتمع . ويقوم بخدمات الإرشاد النفسي فريق من الأخصائيين يعملون معاً في تعاون وتآزر وتكامل لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي في رعاية الطفل وأسرته ، ويتكون هذه الفريق عادةً من : الأخصائي النفسي والتربوي والطبيب والأخصائي الاجتماعي ويختص هذا الفريق (كل فيما يخصه) بالآتي:

- دراسة حالة الطفل وتشخيص قدراته وظروفه الأسرية.
- تحديد مكان رعاية الطفل بحسب حالته وظروفه الأسرية والإمكانات المتوفرة في المجتمع
- إعداد برنامج الرعاية المناسب للطفل وأسرته.
- الإشراف على تنفيذ البرنامج وتقويمه ومتابعة استفادة الطفل وأسرته منه.
- إرشاد الطفل وأسرته ومعلماته والمشرفات عليه في الحضانة والمدرسة ودور الرعاية ومراكز التدريب والتأهيل.
- ويذكر كمال مرسى (1999) أهمية بداية العملية الإرشادية بدراسة حالة الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة لتحقيق هدفين ، الهدف الأول هو تصنيف الأطفال بحسب ظروفهم الاجتماعية والصحية للكشف عن الأطفال ، والهدف الثاني هو تشخيص الحالة بهدف معرفة الآتي:
- النمو المعرفي : الانتباه والأدراك والذاكرة وتكوين المفاهيم والنمو العقلي ونسبة الذكاء
- النمو الحركي : استخدام المهارات الكبيرة في الزحف والحبو والمشي والمهارات الدقيقة في التآزر بين العينين واليدين، وتوجيه اليد للامساك بالأشياء ولمسها ودفعها.
- النمو اللغوي : القدرة علي التعبير الحركي والابتسامة والحركات والنطق والكلام والتعبير بجمل وعبارات
- السلوك الإجتماعي : إعتماذ الطفل على نفسه في الأكل واللبس والحمام والنظام ، ومهاراته في اللعب الفردي ومع الآخرين وفي المسابقات وتقليد الآخرين ومهارته في التفاعل مع زملائه وأخوانه وولديه والمعلمات والمشرفات عليه.

- التحصيل الدراسي : تاريخ الطفل الدراسي وخبراته المدرسية ومدى استفادته منها.
- الحالة الصحية : تاريخ الطفل الصحي والأمراض التي تعرض لها وما ترتب عليها من إعاقات.

الإرشاد النفسي لأهالي المعاقين ذهنياً : ذكر أحمد راجح (1979) أن مهمة الوالدين اليوم أشق بكثير منها بالأمس فقد زاد شعورهما بجسامة المسؤولية الملقاة علي عاتقهما كما أتسع نطاق هذه المسؤولية فلم تعد التربية مجرد إطعام الطفل وتعويده الطاعة العمياء لما يقوله الكبار بل أصبحت تكوين شخصيات وتزويد الفرد بالأساليب الناجحة للكفاح في الحياة غير أن الدراسات الإكلينيكية الحديثة بينت ان النضج الإنفعالي للوالدين أخطر العوامل جميعاً في تنشئة الأطفال ، ويقع على الوالدين عبء عدد من الواجبات نحو ابنهما المعاق عقلياً ويمكن تحديد هذه الواجبات في النقاط الآتية والتي يوردها مدحت أبو النصر (2005) في مايلي:

- تقبل الطفل وتقبل إعاقته.
- تقديم الحب والحنان للطفل.
- الاهتمام بالطفل ورعايته الرعاية الكافية والمناسبة.
- توفير بيئة أسرية مناسبة تكفل إشباع الحاجات الأساسية والثانوية للطفل.
- مساعدة الطفل على تنمية مهارته الحسية وقدراته الحركية.
- تعليم الطفل مهارات النمو اللغوي بتدريبه على التخاطب والنطق السليم وتشجيعه على الاتصال بالآخرين.
- تشجيع الطفل عندما يقوم بأي سلوك ايجابي ومناسب لطبيعة الموقف.
- تدريب الطفل على العادات الصحية السليمة ومساعدته في تدبير أمور الحياة اليومية.
- تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل مثل : احترام العادات والتقاليد وآداب الحديث والحفاظ على ملكية الآخرين وتبادل الأخذ والعطاء والمشاركة الجماعية.
- النظرة التفاؤلية تجاه الطفل وتجاه إعاقته وأن نرسخ في مفهومه أن هناك دائماً أملاً في مستقبل أفضل.
- مساعدة الطفل في اختيار الحرفة المناسبة له.
- مساعدة الطفل في الاستمرار في التدريب المهني.

- مساعدة الطفل في الاستمرار في العمل المناسب الذي التحق به. ولا بد من توجيهه والذي الأفراد المعوقين وإرشادهم إلى كيفية التعامل مع أبنائهم ومساعدتهم في التخفيف من الضغوط النفسية التي يعانون منها حتى يقومون بدورهم في مساعدة أبنائهم على أفضل وجه ممكن وذلك من خلال تفهم حاجاتهم النفسية والصحية والتعرف علي السلوكيات التي يمارسونها.

ويرى أحمد الزعبي (2003) أنه على آباء المعاقين عقلياً تقبل أبنائهم المعاقين والعمل علي تنمية ميولهم ومهاراتهم وان يتفهموا باستمرار حاجاتهم والعمل على إشباعها قدر الإمكان. أن كثير من آباء الأطفال المعاقين عقلياً أو المعرضون للإعاقة العقلية لا يحسنون رعاية أبنائهم أما لجهل بحالة الطفل وحاجاته أو لنقص في الخبرة بتعليم الطفل أو لفهم الخاطئ لمسؤوليات الأسرة أو للإهمال وتقايس عن الواجبات أو لعدم توفر إمكانية الرعاية والعناية بالطفل أو الانشغال عن الأسرة والأطفال.

يؤكد محمد الشناوي (1997) على انه يمكن القول أن إرشاد الوالدين يمر بنفس الخطوات التي يمر بها الإرشاد مع غيرهم بدءاً من تكون العلاقة الإرشادية التي تقوم على التقبل والمشاركة الوجدانية والاحترام واكتساب الثقة من جانب من تعمل معهم مروراً بعملية تقدير المشكلة أو تصوير المشكلة (التشخيص)، ثم تحديد الأهداف الإرشادية واستخدام إستراتيجية إرشادية مناسبة يختارها المرشد بما يناسب الوالدين اللذين يعمل معهما ثم تقويم مدى نجاح الاستراتيجية التي استخدمها ، وأخيراً تأتي خطوة إنهاء العلاقة الإرشادية.

ويرى كمال مرسى (1999) أن الإرشاد الوالدي يمر بمرحلتين :

المرحلة الأولى: مرحلة الإبلاغ بإعاقة الطفل للوالدين وهي مرحلة صعبة لهما لأنها تحمل أخبار سيئة ، وهنا يجب أن يكون المرشد شجاعاً ولبقاً حتى يستطيع مساعدة الوالدين على تحمل الصدمة، ويحرص المرشد في هذه المرحلة على تذكير الوالدين بالقضاء والقدر، وتنمية قدرتهما على الصبر والاحتساب حتى يجعلهما مهيبين لتحمل الصدمة، وتقبل الأمر باعتباره ابتلاء أو امتحاناً من الله . ويمكن أن يساعد في ذلك الآتي:

- تقديم المعلومات الصحية عن طفلها وعن إعاقته العقلية.
- عمل لقاءات للوالدين مع آباء وأمّهات بعض الأطفال المعاقين عقلياً الذين مرو بأزمة الإعاقة العقلية وتغلبوا عليها وقبلوا الأمر الواقع.

- التدرج فى إبلاغ الوالدين معًا بحالة الطفل.
 - توفير الجو المناسب لهما للتعبير عن مشاعرهما وانفعالاتهما والتعاطف معهما.
 - إرشادهما إلى كيفية العناية بالطفل، وتدريبهما على رعايته.
 - الصبر عليهما وتحمل غضبهما ، حتى يتقبلا الموقف.
- المرحلة الثانية :** فى المرحلة الثانية من الإرشاد يركز المرشد على تقديم المشورة للوالدين ومساندتهما فى رعاية الطفل، وتدريبهما على القيام بمسئوليتهم نحوه وتشجيعهما على الاستمرار فى رعايته، ودمجه فى الأسرة ومع الأهل والجيران ومساعدتهما فى علاج مشاكله أو لا بأول.

ويضيف فاروق صادق (1985) أنه لكي يتقدم إرشاد الوالدين إلي الأمام، يمكن الإشارة إلى بعض المؤشرات التى تساعد فى ذلك وهى :

- تقبل الوالدين لإعاقة طفلهم والاعتراف بإعاقته العقلية صراحة.
 - استعدادهما لإعطاء معلومات عن الطفل وتاريخ حياته وسلوكياته.
 - سؤالهما عن مشكلة الطفل وما سيعمله المرشد معه.
 - سؤالهما عن أسباب المشكلة.
 - سؤالهما عن وسائل علاجه.
 - سؤالهما عن خطة تعليمه وتأهيله.
- ويلخص ستيوارت (Stewart , 1986) أهم ما يصادف المرشد ويحتاج منه الى التعامل معه هو ردود الفعل الصادر عن الوالدين وهى كثيرة ومتنوعة منها :
- الإنكار : وفيه ينكر الوالدان إمكانية حدوث ذلك لهما أو فى عائلتهما.
 - الغضب : قد يكون موجها نحو الجهاز الطبي من أطباء وغيرهم الذين اشتركوا فى تقديم معلومات عن حاله الطفل - وفى البداية يكون الغضب شديدا لدرجة انه يمس كل الاشخاص.

- الخوف : من المستقبل وأن تسوء حالة الطفل عما هي عليه الآن، الخوف من أن تتغير أوضاع الأسرة (مثلا بوفاة احد الوالدين) بما لا يساعد على الوفاء بحاجات هذا الطفل عندما يكبر، الخوف من رفض المجتمع للطفل وأسرته ، الخوف مما قد يصيب أخوة

- الطفل من أضرار (مثل عدم الإقبال على الزواج من أخواته) كذلك الخوف من احتمالية إنجاب أطفال آخرين مثل هذا الطفل المعاق عقلياً.
- مشاعر الإثم : هذه المشاعر تدور حول ما إذا كان الوالدان أو أحدهما مسئولاً عما لحق بالطفل من إعاقة نتيجة تركيب وراثي أو إهمال ما أثناء الحمل وربما تدور لديهما أسئلة حول ما إذا كانا قد اقترفا من الآثام ما يجعل هذا الذي حدث كنوع من العقاب على ما فعلا. مشاعر الأسى والحزن وشدة العصبية.
 - التشويش : نتيجة لعدم الفهم الكامل لما يجرى وماذا سيحدث بعد ذلك ، فان التشويش يبدو في صور مثل عدم النوم ، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات وزيادة العبء الذهني .مما يؤدي إلى عدم استساغة المعلومات التي تقدم لكلا الوالدين.
 - العجز : يرغب الوالدان في الشعور بأنهما قادران على التعامل مع إعاقة ابنيهما ولكن من الصعب تماماً ان يشعر هذان الوالدان أنهما مجبران على الإعتماد على آراء وأحكام وتوصيات يقدمها الآخرون وهما لذلك قد يشعران بانعدام قدرتهما وبالتالي بعجزهما.
 - خيبة الأمل : قد يعني وجود الطفل المعوق في حياة بعض الوالدين تهديداً لكيانهما الذاتي ، وكذلك لنسق القيم لديهما . فالوالد قد يكون على سبيل المثال ممن يتمتعون بمرتبة علمية عالية ووجود الطفل قد يعنى عدم القدرة على مواصلة التعليم لأبعد من المرحلة الأولى في التعليم مما يمثل خيبة أمل لهذا الوالد.
 - الرفض : قد يتجه الرفض من جانب الوالدين نحو الطفل المعوق ذاته أو الجهاز الطبي أو نحو افراد آخرين من الأسرة وأحدى الصور الشديدة التي يبدو فيها رد فعل الرفض هي (تمنى الموت للطفل) وهو شعور يقرره كثير من الآباء في أعرق نقاط اكتئابهم.
 - ويؤكد ستيوارت (1986 , stewart) ليس من الضروري ان يمر كلا الوالدين بهذه المراحل من ردود الفعل ، ولكن قد يكون من الضروري للوالدين أن يتواجدا مع كل المشاعر المزعجة التي يمكن أن تظهر بحيث يمكنهم أن يعلموا أنهم ليسوا وحدهم. كما أن هناك نسبة كبيرة من الأمهات بحاجه إلى الإرشاد ومناقشة خبرة الحمل والولادة من أجل التخلص من أية إساءة فهم واعتقادات خاطئة موجودة لديهن، وللتعبير عن المشاعر السلبية من خلال الإرشادات التي توجه لهن هناك حاجة ضرورية أن يشعر المرشد الأم على أنها غير فاشلة وأن لها حق الاحترام والتقدير حتى ولو أنها أنجبت طفلاً غير عادى،

أن مثل هذا الشعور يؤدي إلى رفع معنويات الام ويشعرها بأنها مثل الآخرين وأنها تستطيع إنجاب أطفال أصحاء مما يكون له الأثر الأكبر على قبولها لنفسها ويجعلها تتغلب على الصعوبات والأزمات النفسية التي تمر بها بعد عملية الولادة والإنجاب غير الطبيعي

الإرشاد النفسي للأمهات المعاقين ذهنياً: إن أول متدخل في تربية الطفل المعاق ذهنياً هي الأم و التي تكون أمام حالة لا معرفة لها بقواعد تربيتها، لأن الأم غالباً ما تكون مهياًة نفسياً لتربية الطفل العادي وليس الطفل المعاق ذهنياً. وبما أن الأم اعتبرت من أهم الأشخاص في البيئة الاجتماعية للطفل وتؤدي علاقتها به واتجاهها نحوه تأثير واضحاً في تشكيل شخصيته وتنشئته تنشئة نفسية سليمة ، فهناك حاجة شديدة للأم للتحمل واتساع الأفق والقدرة على التكيف بحسب الموقف . (مصطفى حسن أحمد، 1996، ص145)، وغالباً ما تعجز الأمهات عن مواجهة مشكلات أطفالهن من ذوي الإعاقة الذهنية بطريقة واقعية وموضوعية وذلك لعدم معرفتهن الكافية ووعيهن باحتياجاته وقلة الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل معهم ، الأمر الذي يستلزم ضرورة رعاية الأمهات وإرشادهن ومشاركتهن الفعالة كأهداف أساسية من الضروري إدراجها في برامج الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة الذهنية وذلك لما لهذه المشاركة من دور هام في حياة الطفل والأسرة من جهة وإنجاح تلك البرامج من جهة أخرى،

ويمكن أن يشير تعريف الإرشاد النفسي للأمهات الأطفال من ذوي الإعاقة الذهنية وأسرهن إلى تلك العملية التي يستخدم خلالها المرشد خبراته وكفاءاته المهنية في مساعدتهن على الوعي بمشاعرهن نحو أطفالهن المعاقين ذهنياً ،وتفهم حالتهم وتقبلها ،وتطوير واستثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات للنمو والتعلم والتغيير في اكتساب المهارات اللازمة ،لمواجهة المشكلات والضغوط الناتجة عن وجوده بالأسرة والمشاركة بفاعلية في دمج وتعليمه وتدريبه ،والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له أقصى إمكانيات النمو والتوافق ، وتشمل الخدمات الإرشادية الموجهة إلى الأمهات أشكال الدعم العاطفي والاجتماعي والاقتصادي والإرشادي بهدف تحسين نوعية حياتهن ، ومساعدتهن على فهم حالة أطفالهن المعاقين ذهنياً ومشكلاتهم وتقبلهم ،وتحسين أنماط الاتصال والتفاعل المبكر

- بينهن وبين أطفالهن ، وتهيئة بيئة منزلية مواتية ومعززة لنموه الصحي والمتكامل (الخطيب ، 2002، ص16-17) وهذا التعريف ينطوي على عدد من الخصائص وهي:
- الإرشاد هو علاقة مساندة بين أخصائي مدرب وأمهات أطفال معاقين ذهنيا يعملون للوصول إلى فهم أفضل لاهتماماتهن ومشكلاتهن ومشاعرهن الخاصة.
 - هو عملية تعليمية تركز على استثارة وتشجيع النمو الشخصي الذي عن طريقه يساعد المرشد الأمهات ، لاكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرضي لمشكلاتهن واهتماماتهن ، وليؤثروا في محيط الأسرة لتصبح وحدة متكاملة التوافق.
 - أن الإرشاد هو علاقة مساعدة بأخصائي لديه مهارات وكفاءات.
 - أن المرشد يحاول مساعدة الأمهات في التعرف على المشكلة التي تشغلهم ، كما أنه يساعدهم أيضا على فهم هذه المشكلة.
 - أن التعلم أو التغيير في السلوك ، ضروري للوصول إلى توافق مرضي أو إلى حل المشكلة.
 - ان اكتساب وتنمية واستخدام مهارات مناسبة للتعامل مع المشكلة ،يمكن أن يؤدي إلى قدر أعظم بالثقة بالنفس.
 - ان ميلاد طفل معاق ذهنيا له تأثيره على الأسرة بأكملها ، وأن أي تعريف لإرشاد أمهات الأطفال
 - المعاقين ذهنيا يجب أن يبرز هذا الاعتبار العام ، انه بينما يمثل العمل مع الأمهات ركنا أساسيا في علاقة المساعدة ، إلا أن هذا لا يستبعد بأي حال من الأحوال المرشد النفسي لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا .(جمال الخطيب، 2002، ص18)
- و يمارس المرشد النفسي عمله مع أمهات الأطفال من ذوي الإعاقة الذهنية وأسرههم في إطار ثلاث مجموعات من الأهداف ،وغالبا ما يتم الاقتصار على استخدامها جميعا طبقا للاحتياجات الأسرية وذلك في إطار خطوات التخطيط لبرنامج الإرشاد وهي:
- الأهداف المعرفية** (خدمات المعلومات) توفير الحقائق والمعلومات الأساسية اللازمة لإشباع الاحتياجات المعرفية للأمهات فيما يتعلق بحالة الطفل الراهنة ومستقبله والخدمات المتاحة ، أو توجيههم إلى كيفية البحث عن مصادر هذه المعلومات.

الأهداف الوجدانية (الإرشاد النفسي العلاجي) إشباع الاحتياجات الوجدانية للأمهات وأفراد الأسرة، ومساعدتهم على فهم ذواتهم، والوعي بمشاعرهم وردود أفعالهم، واتجاهاتهم وقيمهم، ومعتقداتهم بخصوص مشكلة الطفل، وعلاج ما قد يترتب على ذلك كله من خبايا فشل وصراعات وسوء توافق ومشكلات بالنسبة للأمهات وفي المحيط الأسري بما يكفل استعادة الصحة النفسية.

الأهداف السلوكية (تدريب الأمهات والأسرة) مساعدة الأمهات وأعضاء الأسرة على التحرر من الاستجابات والأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلة، وتطوير مهارات أكثر فاعلية في رعاية الطفل سواء بالمشاركة في خطط تعليمه وتدريبه في البيت، أم بمتابعة تعليمه في المدرسة، إضافة إلى تمكين الأمهات من اتخاذ القرارات المناسبة وجعلها أكثر مقدرة على التحكم في الاحتمالات المستقبلية لمشكلة الطفل. (سعيد حسني العزة، 2009، ص101-102)

- وتشير (خولى يحيى، 2003) أن خطوات إرشاد أمهات ذوي الإعاقة الذهنية تتم من خلال:
- مساعدة الأمهات للنظر للشخص من ذوي الإعاقة الذهنية والإعاقة بصورة موضوعية بقدر الإمكان
 - مساعدة الأمهات على فهم ماهو محتمل أن يكون سلوك الشخص من فئة الإعاقة الذهنية مستقبلاً.
 - مساعدة الأمهات على التعلم والتعرف على الأساليب التي تساعدنهم على التكيف والتأقلم مع الشخص من ذوي الإعاقة الذهنية.
 - مساعدة الأمهات التعلم والتعرف على كافة المصادر المتوفرة في المجتمع.
 - مساعدة الأمهات بالاستمرارية في التعقب أو اقتفاء أثر التحسن لدى الشخص من ذوي الإعاقة الذهنية، نحو الأهداف العامة والأهداف الفرعية التي يجب وضعها من أجل تأسيس جهد الحوار المشترك ما بين المرشد والأمهات. (خوله أحمد يحيى، 2003، ص2)

خلاصة الفصل: من خلال ما قمنا بعرضه في هذا الفصل نستنتج أن الاهتمام بتحسين الظروف والأوضاع البيئية والأسرية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية أصبح جزءاً لا يتجزأ من خدمات التربية الخاصة، كما أصبحت البرامج الموجهة للأسرة والإرشاد النفسي أحد قنوات الخدمة النفسية، التي تقدم للأفراد أو الجماعات بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعوق توافقهم، وإنتاجيتهم، وإحداث التغيير في النظرة، وفي التفكير وفي المشاعر والاتجاهات نحو المشكلة، ونحو الموضوعات الأخرى التي ترتبط بها، ونحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة.

ومن الأهداف التفصيلية المتوصل إليها هي توعية وإرشاد وتدريب أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والمجتمع. و تقديم خدمات تربوية خاصة وفقاً لنوع الإعاقة والعمر والجنس من بينها تلبية احتياجات الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية، وبطء في التعليم من خلال تصميم وتنفيذ برامج التدخل المبكر، وتطبيق برامج تعديل السلوك وتقديم الخدمات المساندة، وسد النقص في مجال دراسات وإحصاءات الإعاقات المختلفة.

الفصل الرابع الدراسة التطبيقية

- تمهيد
- منهج البحث
- مكان اجراء البحث
- مجموعة البحث
- أدوات البحث
- أولا : مقياس المعادلة الوالدية
- ثانيا : البرنامج الارشادي
- عرض نتائج الفرضيات وتحليلها

تمهيد:

يقوم البحث الحالي على تطبيق مقياس المعاملة على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً لتعديل الأساليب الخاطئة التي تتبعها الأمهات في المعاملة، ومن ذلك هدفت الدراسة الحالية إلى تطبيق برنامج مقترح لإرشاد الأمهات على التعامل السليم وتعديل أساليبهم الخاطئة اتجاه أطفالهم المعاقين ذهنياً وتعليمهم أفضل الأساليب والاستراتيجيات في التعامل مع الطفل وتوفير المعلومات الأساسية اللازمة لإشباع الاحتياجات المعرفية للأمهات فيما يتعلق بالإعاقة الذهنية، وقبل الشروع في اختبار فرضيات الدراسة والتأكد من ثبات المقياس، تم القيام بالدراسة الاستطلاعية لتحديد كيفية جمع البيانات، كيفية تطبيق المقياس والتأكد من صدقه وثباته وسوف نتناول بالترتيب الإجراءات الميدانية للدراسة والتي تشمل المنهج، وحدود الدراسة وأدوات الدراسة والخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة وحدودها والأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة، يليه عرض نتائج الفرضيات ومناقشة النتائج

منهج البحث :

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي لتصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي Pre-Test وقياس بعدي Post-Test وقياس تتبعي Follow-up-test، ويرى ملحم (2002) أن المنهج شبه التجريبي هو عبارة عن تغيير عمدي ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما، مع ملاحظة التغيرات الواقعة في ذات الحدث وتفسيرها (ملحم، 2002، ص36) - ويمكن أن نلخص تصميم المجموعة الواحدة (One Group Methods) في الخطوات الإجرائية الآتية:

- يجري اختبار قبلي على المجموعة وذلك قبل إدخال المتغير المستقل
 - يستخدم المتغير المستقل على النحو الذي يحدده الباحث ويضبطه، وبهدف هذا الاستخدام إلى إحداث تغيرات معينة في المتغير التابع يمكن ملاحظتها وقياسها.
 - يجري اختبار بعدي لقياس تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع.
 - يحسب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي ثم تختبر دلالة هذا الفرق إحصائياً.
- (جابر عبد الحميد واحمد خيرى، 1996، ص ص 202-203)

مكان إجراء البحث : قامت الباحثة بجولة بمراكز مختلفة بالعاصمة للإعاقاة الذهنية نذكر منها :

- المركز النفسي البيداغوجي سليم سليمة للمعاقين ذهنيا بالدويرة
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين بحيدرة
- مركز التكيف المدرسي علي الرملي بين عكنون
- مركز بيداغوجي لفئة المعاقين جمعية ابتسامة الابيار
- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببئر خادم

ومن خلال الزيارة والتقصي والاستعلام استقرت الباحثة على اختيار المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا ببلدية بئر خادم لتطبيق البرنامج فيه وهذا بموافقة الإدارة ولتوفر الظروف المتاحة وتسهيل سير الجلسات وهو مركز امحمد اسياخم الذي فتح ابوابه سنة (1986) وتكفل منذ تلك الفترة إلى يومنا هذا بما يقارب (200) طفل و مراهق يعانون من إعاقاة ذهنية باختلاف درجاتها، والسن ما بين 6 إلى 17 سنة وان تكون الحالة مرفقة بملف يتم دراسته من قبل المجلس النفسي البيداغوجي كما يجب أن تخضع الحالة للملاحظة والتقويم لمدة ثلاثة أشهر، ويخضع المركز لنظام نصف داخلي لمدة خمسة أيام بالأسبوع ويعد المركز مؤسسة ذات طابع إداري من مهامه الأساسية تحقيق الاندماج الاجتماعي والمهني لذوي الاحتياجات الخاصة

مجموعة البحث :

مجموعة البحث تم اختيارها حسب طبيعة البحث العلمي و قد تم هذا الإختيار بطريقة قصدية وتكونت من 40 أما ، كلهن أمهات لأطفال مسجلين في المركز النفسي البيداغوجي للإعاقاة الذهنية ببئر خادم ، وقد راعت الباحثة في اختيار العينة أن تكون جميعهن أمهات لأطفال ذوي إعاقاة ذهنية بسيطة ومتوسطة القابلين للتعلم ، وأن تكون جميع الأمهات غير منفصلات أو مطلقات ، مقيمات مع أطفالهن المعاقين ، وبعد توزيع المقياس عليهن و فرز الإجابات قامت الباحثة باختيار عشرة منهن واللاتي كانت استجابتهن سلبية في المعاملة من خلال نتائج إجابتهن على بنود المقياس الذي تم تصميمه ضمن البحث الحالي، واللاتي وافقن على المشاركة في جلسات البرنامج الإرشادي والتي كانت ظروفهم تسمح للحضور والالتزام

بالجلسات من الأمهات وقد تراوحت نسب أعمارهن ما بين 30 و 55 سنة وكذا من مستويات تعليمية مختلفة من أمية إلى جامعية ومنهن من تشتغل والبعض ماكثة بالبيت

أدوات البحث : تعتبر أدوات البحث ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات ، و قد تم تصميم الأدوات التي تخدم موضوع الدراسة وهي مقياس أساليب المعاملة (إعداد الباحثة) ، وبرنامج إرشادي مقترح لتعديل أساليب معاملة أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً (إعداد الباحثة)

أ- مقياس أساليب المعاملة:

بناء مقياس المعاملة: بعد بحث عميق عن أداة لقياس المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً تبين أن كل المقاييس المتوفرة لا تحقق أهداف البحث الحالي بصفة أساسية مما اضطر الباحثة إلى بناء مقياس للمعاملة يتماشى والأهداف المسطرة في البحث الحالي، وتطلب من الباحثة إعداد الصيغة الأولية لمقياس المعاملة عدة إجراءات بدأت بصياغة فقرات المقياس بما يتلاءم ومجتمع البحث فضلاً عن وضع التعليمات المتعلقة بكيفية الإجابة عنها وطريقة التصحيح ، وكانت أولى خطوات إعداد المقياس هي الرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة والى مقاييس المعاملة الوالدية أو الاتجاهات الوالدية السابقة لمعرفة كيفية بنائها وتحليل مضمونها نذكر الدراسات التي تم الاطلاع عليها :

- دراسة نهى اللحام (1984) حول الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية وعلاقتها بكل من العلاقات داخل الأسرة والسلوك التكيفي للمتخلفين عقلياً
- دراسة سيد الكيلاني (1986) حول العلاقة بين الاتجاهات الوالدية والتوافق الاجتماعي.
- دراسة سمية طه جميل (1990) حول مدى تقبل الأم والأب لإصابة الابن بالتخلف التي تناولت أساليب معاملة الوالدين لأبنائهم
- دراسة سامية محمد ومحمود عطية (2001) حول إساءة معاملة الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.
- دراسة أبو السعود(2004) حول أساليب المعاملة الوالدية الأب - الأم كما يدركها الطلبة المعاقين سمعياً في المرحلة الثانوية"
- أما المقاييس التي تم الاطلاع عليها فهي كالتالي:

- مقياس أساليب المعاملة الوالدية (أمانى عبد المقصود. ب ت)
- استبيان القبول -الرفض الوالدي للأطفال (رونر و ترجمة ممدوحة سلامة،1987)
- اختبار أساليب المعاملة الوالدية لذوي الإعاقة السمعية (إيهاب البيلاوي،1995)
- مقياس استجابات الوالدان نحو الأبناء من فئة التخلف العقلي (مختار حمزة،2004)
- مقياس أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأطفال المكفوفين (محمد شحاتة،2006)

و بعد اطلاع الباحثة على الأبحاث النظرية والدراسات الميدانية التي تناولت أساليب معاملة الوالدين للطفل المعاق ذهنياً، استطاعت تحديد بعض الأساليب التي يتعاملون بها مع أطفالهم ثم وظفت هذه الأساليب لبناء مقياس المعاملة، والتي تكشف عن شعور الأم اتجاه ابنها المعاق وعن ردود فعلها اتجاه أي موقف أو سلوك يقوم به. وانتهت الباحثة الى توظيف ستة أساليب والتي أكدت كل الدراسات السابقة والمقاييس على أهميتها في قياس المعاملة الوالدية وهي : أسلوب التقبل ،أسلوب الحماية الزائدة ،أسلوب المواجهة،أسلوب القسوة، أسلوب الرفض، أسلوب الانسحاب الاجتماعي

تحديد أسلوب صياغة الفقرات :

إنّ إعداد فقرات المقاييس النفسية يعدّ أهم خطوة في بنائها، إذ تتوقف دقة المقياس (في قياس ما وضع من أجل قياسه) إلى حد كبير على دقة فقراته وتمثيلها للسمة المراد قياسها، لذلك ينبغي للباحث أن يكون على وعي تام بشروط إعداد الفقرات ومواصفاتها، إذ أن الخصائص القياسية (السيكومترية) للمقياس تعتمد إلى حد كبير على الخصائص القياسية (السيكومترية) للفقرات. (عبد الرحمن، 1998،ص440) وقد روعي عند صياغة فقرات المقياس ما يأتي

- أن تحتوي الفقرة على عبارة واحدة
- عدم استخدام العبارات التي يحتمل أن يجيب عنها الجميع أو لا يجيب عنها أحد لكي لا تتعدم الفرصة أمام الباحث.
- أن تكون العبارات مصاغة بصيغة المتكلم.
- أن تكون الفقرة خالية من أي تلميح غير مقصود بالإجابة الصحيحة (العمر،2005،ص35)

صياغة فقرات المقياس:

من شروط بناء المقاييس النفسية أن تكون فقراتها مفهومة وتعليمات الإجابة عنها واضحة للذين يعدّ لهم المقياس، كما يجب إخفاء الغرض الحقيقي من المقياس (أي عدم كتابة اسم المقياس) للحصول على بيانات صادقة. (عبد الخالق، 1989، ص65) ، فمن خلال اعتماد الباحثة على الأسس الواردة في البحوث والدراسات العلمية حول أساليب بناء المقاييس وبلاستفادة من المقاييس المذكورة سابقا تمت صياغة (130) فقرة لمقياس المعاملة ، وعرضت الباحثة المقياس على عدد من السادة المحكمين العلميين لاختبار صدق تعبير كل من الأبعاد الرئيسية والتفصيلية والبنود المتصلة بها. وليبان مدى ملائمتها لهدف الدراسة الذي وضعت من اجله ، وكانت الموافقة الأولية على مائة الفقرة بنسبة (85%) ، واستطاعت الباحثة الاستفادة من ملاحظات وآراء المختصين فيما يتعلق بحذف وتعديل بعض الفقرات، ودمج بعض الفقرات ، وبذلك أصبح عدد الفقرات (73) فقرة في صيغته النهائية. (الملحق رقم 2)

طريقة تطبيق المقياس : تم تطبيق المقياس بصورة جماعية من خلال توزيعه على العينة واستغرقت مدة تطبيقه حوالي 20 دقيقة ، وكانت التعليمات هي بالإجابة على الأسئلة باحتمالين وهو: (موافق - غير موافق). وتعطى الإجابة التي تعبر عن الموافقة على البند درجة، وتعطى الإجابة التي تعبر عن عدم الموافقة درجتين.

الأساليب الإحصائية الخاصة بالمقياس :

- معامل ألفا كرونباخ : لحساب ثبات أدوات البحث ، ويعتبر معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث يرتبط ثبات الاختبار بثبات بنوده (بشير معمريّة، 2007، ص184)

- التجزئة النصفية : لحساب الصدق بطريقة التجزئة النصفية استخدم معامل ارتباط بيرسون و سبيرمان براون

الخصائص السيكومترية: لا يمكن لأي باحث تصميم أداة لجمع البيانات وتطبيقها مباشرة دون التأكد من صلاحيتها لقياس ما وضعت له ، وهناك عدة سمات أساسية تعطي للأداة القدرة لقياس الظاهرة المراد قياسها وهما الصدق والثبات

صدق المقياس : ويقصد بصدق الاختبار مدى صلاحية الاختبار لقياس ما وضع لقياسه (مقدم، 1993، ص146) ، ولقد تم الاعتماد في تقدير صدق أداة الدراسة على نوعين من الصدق، أوله صدق المحكمين، حيث عرضت فقرات الاستبيان على المحكمين وذلك لإبداء رأيهم فيما يلي: مدى ملائمة الأبعاد للأداة- مدى انتماء الفقرات لأبعادها-مدى ملائمة البدائل للفقرات- مدى وضوح الأسئلة أي عبارات البنود بالنسبة للعينة المدروسة ، واعتمدت كذلك الباحثة على الصدق بطريقة الاتساق الداخلي لفقرات وأبعاد مقياس المعاملة الوالدية، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد ، فكانت النتائج بالنسبة للأبعاد الستة (06) لمقياس المعاملة الوالدية كما يلي :

البعد الأول (أسلوب التقبل): و يتكون من اثنا عشر بند (12) مرقمة كما يلي: (1) ، (5) ، (7) ، (15) ، (18) ، (19) ، (21) ، (27) ، (29) ، (36) ، (55) ، (63)، قيمة معامل الارتباط للفقرات أو البنود (1) ، (21) ، (29) ، (55) صفرية أو سالبة مما استوجب حذفها، وبهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الأول من ثمانية بنود (08) تراوحت قيم معاملات الارتباط فيها بين 0.34 و 0.54 وقيم موجبة وغير صفرية ودالة إحصائياً وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية:

جدول رقم (03) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الأول أسلوب التقبل.

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
5	0.42	دال عند 0.01
7	0.55	دال عند 0.01
18	0.38	دال عند 0.05
19	0.36	دال عند 0.05
27	0.45	دال عند 0.01
36	0.39	دال عند 0.05
63	0.41	دال عند 0.01

البعد الثاني (الحماية الزائدة): و يتكون من ثلاثة عشر بند (13) مرقمة كما يلي : (2) ، (4) ، (6) ، (10) ، (40) ، (41) ، (66) ، (67) ، (68) ، (69) ، (70) ، (72) ، (73) ، قيمة معامل الارتباط الفقرات أو البنود (2) ، (72) سالبة مما استوجب حذفها ، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط للبنود المتبقية بين 0.35 و 0.56 و هي قيم موجبة و غير صفرية و دالة إحصائيا ، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الثاني أسلوب التذليل أو الحماية الزائدة لمقياس المعاملة الوالدية من إحدى عشر بند ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية:

جدول رقم (04) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثاني المتمركز حول الطفل لمقياس المعاملة الوالدية.

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
4	0.54	دال عند 0.01
6	0.34	دال عند 0.05
10	0.36	دال عند 0.05
40	0.37	دال عند 0.05
41	0.39	دال عند 0.05
66	0.37	دال عند 0.05
67	0.56	دال عند 0.01
68	0.44	دال عند 0.01
69	0.39	دال عند 0.05
70	0.52	دال عند 0.01
73	0.38	دال عند 0.05

البعد الثالث (المواجهة): و يتكون من اثنا عشر بند (12) مرقمة كما يلي : (8) ، (13) ، (14) ، (22) ، (24) ، (39) ، (47) ، (52) ، (61) ، (62) ، (64) ، (65) قيمة معامل

الارتباط الفقرات (62) ، (64) ، صفرية أو سالبة مما يستوجب حذفها ، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات المتبقية بين 0.34 و 0.40 و هي قيم دالة إحصائيا ، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الثالث المواجهة و المساندة لمقياس المعاملة الوالدية من عشرة بنود ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود العشرة النهائية:

جدول رقم (05) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث المواجهة لمقياس المعاملة الوالدية.

رقم البند	معامل الارتباط	الدالة الاحصائية
8	0.37	دال عند 0.05
13	0.38	دال عند 0.05
14	0.40	دال عند 0.01
22	0.40	دال عند 0.01
24	0.40	دال عند 0.01
39	0.34	دال عند 0.05
47	0.34	دال عند 0.05
52	0.37	دال عند 0.05
61	0.40	دال عند 0.01
65	0.36	دال عند 0.05

البعد الرابع (أسلوب القسوة): و يتكون من اثنا عشر بند (12) مرقمة كما يلي: (3) ، (23) ، (28) ، (30) ، (33) ، (37) ، (38) ، (45) ، (49) ، (50) ، (54) ، (56) تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات بين 0.34 ، 0.60 و هي قيم موجبة و دالة إحصائيا

وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية لمقياس المعاملة الوالدية في بعده الخاص بأسلوب القسوة:

جدول رقم (06) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع أسلوب القسوة لمقياس المعاملة الوالدية.

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
3	0.39	دال عند 0.05
23	0.60	دال عند 0.01
28	0.52	دال عند 0.01
30	0.54	دال عند 0.01
33	0.35	دال عند 0.05
37	0.36	دال عند 0.05
38	0.56	دال عند 0.01
45	0.39	دال عند 0.05
49	0.34	دال عند 0.05
50	0.40	دال عند 0.01
54	0.42	دال عند 0.01
56	0.37	دال عند 0.05

البعد الخامس (الرفض) :و يتكون من اثنا عشر بند (12) مرقمة كما يلي : (9) ، (12) ، (16) (20) ، (25) ، (26) ، (31) ، (32) ، (35) ، (44) ، (51) ، (58) قيمة معامل الارتباط الفقرة (20) صفرية مما يستوجب حذفها ، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود المتبقية بين 0.34، 0.40 و هي قيم دالة إحصائية ، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد الخامس الرفض و الإنكار لمقياس المعاملة الوالدية إحدى عشر بند، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود الثمانية النهائية:

جدول رقم (07) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الخامس أسلوب الرفض لمقياس المعاملة الوالدية.

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
9	0.39	دال عند 0.05
12	0.38	دال عند 0.05
16	0.37	دال عند 0.05
25	0.37	دال عند 0.05
26	0.40	دال عند 0.01
31	0.34	دال عند 0.05
32	0.40	دال عند 0.01
35	0.37	دال عند 0.05
44	0.39	دال عند 0.05
51	0.36	دال عند 0.05
58	0.36	دال عند 0.05

البعد السادس (أسلوب الانسحاب الاجتماعي): و يتكون من اثنا عشر بند (12) مرقمة كما يلي : (11) ، (17) ، (34) ، (42) ، (43) ، (46) ، (48) ، (53) ، (57) ، (59) ، (60) ، (71) ، قيمة معامل الارتباط الفقرات (17) ، (48) ، صفرية أو سالبة مما يستوجب حذفها ، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرات المتبقية بين 0.34 و 0.54 و هي قيم دالة إحصائية، و بهذا تتكون الصورة النهائية للبعد السادس الانسحاب الاجتماعي لمقياس المعاملة الوالدية من عشرة بنود ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبنود النهائية:

جدول رقم (08) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد السادس الانسحاب الاجتماعي لمقياس المعاملة الوالدية.

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
11	0.34	دال عند 0.05
34	0.54	دال عند 0.01
42	0.34	دال عند 0.01
43	0.36	دال عند 0.01
46	0.36	دال عند 0.01
53	0.38	دال عند 0.01
57	0.38	دال عند 0.01
59	0.37	دال عند 0.01
60	0.40	دال عند 0.01
71	0.37	دال عند 0.01

و بهذا تتكون الصورة النهائية لمقياس المعاملة الوالدية من (61) فقرة فقط و لكل منها صدق بناء واتساق داخلي

ثبات مقياس المعاملة : استخدمت الباحثة لقياس ثبات مقياس المعاملة الوالدية طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لسبيرمان براون. وتوصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينة مكونة من (ن = 40) ، إلى أن قيمة معامل ثبات مقياس المعاملة الوالدية مرتفعة و تقدر تتراوح بين 0.53 و 0.66 ، وبطريقة ألفا كرونباخ تتراوح بين 0.58 و 0.72 ، وهي جميعا نسب دالة إحصائيا عند 0.01 ، وبذلك يتضح أن مقياس أساليب المعاملة الوالدية يتمتع بمعاملات ثبات عالية ودالة إحصائيا عند 0.01 ، مما يدل

على أن المقياس ثابت. و فيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس أساليب المعاملة الوالدية:

طريقة كرونباخ (Alpacoefficient): تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيودر ريتشارسون طبقا لتعديل كرونباخ ، و تبين أن معاملات الثبات تتراوح بين 0.58 و 0.72 و هي معاملات ثبات مرتفعة ودالة إحصائيا عند 0.01 ، مما يؤكد ثبات أبعاد مقياس المعاملة الوالدية و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (09)، يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس المعاملة الوالدية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدالة الاحصائية
أسلوب التقبل	0.61	دال عند 0.01
أسلوب الحماية الزائدة	0.72	دال عند 0.01
أسلوب المواجهة	0.60	دال عند 0.01
أسلوب القسوة	0.58	مرفوض
أسلوب الرفض	0.58	دال عند 0.01
أسلوب الانسحاب الاجتماعي	0.60	دال عند 0.01

طريقة التجزئة النصفية (Split-half-methode): قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية و درجات البنود الزوجية على عينة التقنين مكونة من 40 فرد ، و بعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون ، حيث تم الحصول على معامل ثبات أبعاد مقياس أساليب المعاملة الوالدية تتراوح بين 0.52 و 0.66 . هي قيمة دالة إحصائيا عند 0.01 .

جدول رقم (10)، يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس المعاملة الوالدية باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الاحصائية
أسلوب التقبل	0.53	دال عند 0.01
أسلوب الحماية الزائدة	0.66	دال عند 0.01
أسلوب المواجهة	0.58	دال عند 0.01
أسلوب القسوة	0.63	مرفوض
أسلوب الرفض	0.52	دال عند 0.01
أسلوب الانسحاب الاجتماعي	0.57	دال عند 0.01

و هكذا يتبين أن المقياس يتمتع بثبات و صدق عال و دال إحصائياً . و هكذا يتبين أن مقياس أساليب المعاملة الوالدية يتمتع بمستوى ثبات و صدق عال و دال إحصائياً

ب- البرنامج الإرشادي :

التعريف بالبرنامج : يرى جبريل (1992) أن البرنامج الإرشادي عبارة عن برنامج مخطط ومنظم من الخدمات الإرشادية والتربوية والمهنية التي تقدم للأفراد سواء بشكل فردي ، أو بشكل جمعي لمساعدتهم في النمو والتكيف بإشراف لجنة ، أو مجلس يشرف على تخطيط خدمات البرنامج وتنفيذها وتقويمها ومتابعتها، ويذكر الحياي (1998) أن البرنامج الإرشادي مجموعة من الإجراءات والأنشطة الإرشادية تمثل مجموعة من المحاضرات والمناقشات والأدوار ، يقوم بها المرشد لتحسين المسترشدين من بعض الأنماط السلوكية غير المقبولة ، ويشمل جلسات إرشادية جمعية ولعب الأدوار(عربيات و الزيدوري: 2008، ص221)

وفي ضوء ما تقدم تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي المقترح بأنه مجموعة من النشاطات التي وضعت بشكل منظم ومخطط لأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً ، لتعديل سلوكهم الخاطئ مع أبنائهم ، ويشمل البرنامج على عدد من جلسات الإرشاد الجمعي ويهدف البرنامج الحالي إلى إرشاد أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وتزويدهم بقدر معقول من المعلومات والخبرات

التعليمية حول طبيعة الإعاقة العقلية والخصائص المميزة للأطفال المعاقين عقلياً بهدف تعديل أساليبهم الخاطئة في التعامل معهم .

أهداف البرنامج الإرشادي :

- توعية و تزويد الأمهات بمعلومات عن الإعاقة العقلية أسبابها وأساليب الوقاية
- مساعدة الأمهات في تعديل أفكارهن ومفاهيمهن الخاطئة المرتبطة بإعاقة أطفالهن إلى أفكار ومفاهيم سوية وإيجابية
- تعريف الأمهات بأساليب المعاملة الغير السوية وأثرها على أطفالهن وتنمية أساليب المعاملة السوية لديهن
- تعليم الأمهات وتدريبهن على مهارات تعديل السلوك وكيفية استخدامها
- تدريب الأمهات على تمارين الاسترخاء سهلة وبسيطة تساعدنهم على التغلب على القلق والتوتر
- مساعدتهن على اكتساب بعض المهارات والأساليب الايجابية وطرق التعامل الصحيحة للتعامل مع سلوك أطفالهن.

مصادر تصميم البرنامج الإرشادي: تم تحديد الإطار العام للبرنامج الإرشادي ومحتوى جلساته على أساس الاعتبارات العلمية الآتية:

- الاطلاع على الأدب النظري العام حول أساليب المعاملة التي تتبعها الأمهات في التعامل مع أطفالهن المعاقين ذهنياً
- الاطلاع على الأدب النظري والتطبيقي والبرامج الخاصة بالإرشاد النفسي (كيفية سير العملية الارشادية، مهام المرشد مع المجموعة الارشادية،خطوات الواجب اتباعها أثناء سير الجلسات)
- الاطلاع على مجموعة من البرامج الإرشادية و برامج تعليمية وتدريبية وسلوكية للاستفادة منها في حالة ملائمتها للإشكالية المدروسة المصممة للاستفادة منها (البرامج المقترحة للأمهات المعاقين ذهنياً، برامج تخفف الضغوط والتوتر على اسر المعاقين، وتحسين التوافق، برامج صممت للحد من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين. ومن أمثلة الدراسات المساعدة في تصميم البرنامج الإرشادي الحالي :

- أثر برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لخفض حدة السلوك العدواني.
- الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت
- فعالية برنامج إرشادي في تعديل أساليب معاملة الوالدين للأبناء الباحث. (محمد السيد بخيت محمد)
- فعالية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً في تنمية السلوك التكيفي للأطفالهن. (د. أميرة طه بخش)
- فعالية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع واثره في تكيف أطفالهم (احمد عريبات ومحمد الزيودي)
- فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئة لأطفالهن المعاقين عقليا (وحيد مصطفى كامل)
- أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين (بسمة عيد الشريف)
- الاضطرابات السلوكية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية في قطاع غزة. (محمد علي اليازوري)
- أثر برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لخفض حدة السلوك العدواني دراسة تجريبية. (سمية دهان)
- فعالية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن (فوزية الجلامدة)

وقد اتضح للباحثة من خلال ما اطلعت عليه مما سبق ذكره، من كتب أو بحوث، أن معظم الدراسات الأجنبية والعربية قد شملت برامج تعليمية وتدريبية ومعرفية وإرشادية ، كما اهتمت بأسر المعاقين وركزت كذلك على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، في حين أن الدراسات المحلية في البيئة الجزائرية تكاد تكون منعدمة بتقديم برامج للأولياء المعاقين أو بأساليب المعاملة ، ومن هنا انصب إهتمام الدراسة الحالية بتصميم برنامج إرشادي للأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً

خطوات تصميم وبناء البرنامج :

- الفئة المستفيدة من البرنامج (عينة المترشحات) : تكونت الجماعة الإرشادية من 10 أمهات تم تطبيق البرنامج عليهن لمدة (8) أسابيع، مدة كل جلسة (60) دقيقة وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بعد فترة زمنية مقدرة بثلاثة أشهر تم إعادة التطبيق التبعي
- الاعتبارات التي روعيت في البرنامج الإرشادي : في ضوء الدراسة الاستطلاعية حددت الباحثة بعض الاعتبارات التي يتعين مراعاتها عند تنفيذ البرنامج وهي :
- تدعيم العلاقة المهنية بين الباحثة والأمهات على أساس من الثقة والاحترام المتبادل
- إتباع أسلوب الحوار والمناقشة
- استخدام اللغة السهلة والبسيطة التي تلائم إدراك الأمهات
- تحديد إجراءات تطبيق جلسات البرنامج من حيث عدد الجلسات وأهدافها، والمدى الزمني لكل جلسة بشكل يمكن أن يحدث تأثيرا ايجابيا على الأمهات ومن ثم يعكس فعالية البرنامج على أطفالهن
- الأسلوب الإرشادي المستخدم : اعتمدت الباحثة على أسلوب الإرشاد الجمعي في جلسات البرنامج الإرشادي ، حيث يعرفه حامد زهران (1980) بأنه إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل (حامد زهران، 1980، 297)
- وتكمن أهمية الإرشاد الجمعي فيما يهيئه من تفاعل بين العميل (الأمهات) والمرشد (الباحث) وبين العميل وأعضاء الجماعة معا ، و تتوه الباحثة للأسلوب الإرشاد الجماعي بما يتيح من تبادل للخبرات ووحدة الهدف، وما يتيح من فرص للتعبير عن الانفعالات بطريقة مقبولة، كما أنه يحقق نتائج جيدة فيما يتعلق بالتعلم، ويؤدي إلى الاتفاق على حلول مشتركة تتفق عليها الجماعة، وينمي الثقة والتعاون المشترك بين المشاركين بحيث يتحقق هدفه الرئيسي من خلال عدة أهداف فرعية تمثلت في تزويد الأمهات بالمعلومات اللازمة عن الإعاقة.
- الأساليب و الفنيات المعتمدة في سير الجلسات : اعتمدت الباحثة على الفنيات الإرشادية التالية :

- المحاضرة : يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وبعبارات تتناسب مع أمهات الأطفال المعاقين عقليا عن الإعاقة العقلية فئاتها وأسبابها، وخصائص

النمو، ووجهات النظر الخاطئة حول الإعاقة الذهنية وكيفية تعديلها، وأساليب المعاملة الوالدية (السوية وغير السوية)، والخدمات المجتمعية المقدمة للأطفال المعاقين عقليا

- **المناقشة الجماعية** : يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين المرشدة وأمّهات الأطفال المعاقين عقليا هذا من ناحية ومن ناحية أخرى بين الأمّهات بعضهن مع بعض، وبهذا فإن المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش وحوار والهدف من استخدام هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي للأمّهات الأطفال المعاقين عقليا وتعديل الأفكار الخاطئة لديهن وتعزيز التواصل بين أعضاء الجماعة ويمتاز هذا الأسلوب بالعديد من الاعتبارات أهمها:

- ان أسلوب المناقشة الجماعية يساعد على تنمية التفكير الجماعي إلى جانب تنمية القدرة على النقد والقدرة على المواجهة مما يؤدي في نهاية الأمر إلى ظهور أفكار جديدة ومتعددة.
- يشجع هذا الأسلوب أفراد الجماعة الإرشادية على الثقة بالنفس والقدرة على التغيير عن المشاكل الخاصة واتخاذ قرارات خاصة بتعديل الاتجاهات.
- يساعد هذا الأسلوب على الانتباه والتركيز للنموذج المقدم ثم الاشتراك في المناقشة الجماعية
- وهدفت الباحثة من خلال استخدامها للمناقشة الجماعية إلى التعرف على إتجاهات الامّهات ، وأسباب تبني الأمّهات للسلوكات السلبية، كما أعطت الباحثة من خلال المناقشات الجماعية الفرصة لأعضاء المجموعة لكل واحدة لكي لتحكي عن تجاربها لتحس بقيمتها الذاتية كعضو إيجابي فعال في المجموعة الإرشادية.
- **التعزيز Reinforcement** : يعد التعزيز أحد أهداف المهارات الاجتماعية حيث يمكن الشخص من الاستمرار في المواقف الاجتماعية ، والحصول على ميل وانجذاب الآخرين تجاهه ، وعادة ما يهدف إلى تقوية سلوك مرغوب (Argyle, 1996,pp458-465).
- ويعتبر التعزيز الايجابي من أكثر التقنيات استعمالا في البرامج الإرشادية ذلك يرجع إلى أن هدف استعمال هذه التقنية في هذا البرنامج هو الحصول على تعميم السلوك المكتسب (Généralisation du comportement) أو انقاص السلوك غير المرغوب فيه أي الانطفاء(Extinction) ، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات (ثناء-)

مدح) ، واعتمدت الباحثة على المعززات لتوفير قدر من الدافعية لدى أعضاء المجموعة (الأمهات) وتتأثر الدافعية بظروف التعزيز الذي يتوفر في الموقف وقد استعملت الباحثة في الجلسات "التعزيز البديلي (Vacarious reinforcement) أي تعزيز النموذج خلال الجلسات أمام أعضاء الجماعة الإرشادية. ويكون التعزيز لفظيا أو غير لفظيا، وتشير المعززات اللفظية (Verbal reinforcers) إلى كل التعبيرات التي تصدر من الباحثة مثل، (أحسنت، ممتاز، شاطرة، يعطيك الصحة شكرا...) وغير اللفظية (Non-verbal reinforced) من خلال الإيماءات بالرأس وتغيرات الوجه كالابتسامات والمسح على الرأس كدليل للمواساة والامسك باليد ، وقد راعت الباحثة تقديم هذه المعززات مباشرة بعد تقديم النموذج للاستجابة المرغوبة وبشكل فردي. أما فيما يخص المعززات المادية والاستهلاكية فكانت المشروبات والمقبلات والحلويات (سي بشير، 2016)

- **التغذية الراجعة Feedback** : هي العملية التي يستطيع المرشد النفسي من خلالها معرفة وتقويم مقدار ما تحقق من الأهداف ، وتحديد الاستجابات الملائمة التي ساعدت على تحقيق هذه الأهداف ، وكذلك تحديد معوقات تحقيق الأهداف الأخرى ، وفي ضوء المقارنة بين السلوك الحالي للمسترشد والسلوك المطلوب الوصول إليه ، وبناءً على ذلك تكمن أهداف التغذية الراجعة في :

- تثبيت وتدعيم الأفكار والأنماط السلوكية المرغوبة.
- تصحيح الأفكار والأنماط السلوكية غير المرغوبة.
- تقديم تفسير لصحة أو عدم صحة هذه الأفكار والأنماط السلوكية.
- إعطاء بدائل مرغوبة للأفكار والأنماط السلوكية غير المرغوبة.
- معرفة مقدار ما تحقق من الهدف الرئيسي للتشخيص أو العلاج في ضوء المقارنة بين السلوك الحالي والسلوك المطلوب الوصول إليه (محمد سعفان، 2001، 39)

واعتمدت الباحثة على تقنية التغذية الرجعية في البحث الحالي من جهة كمعزز للإستجابات الإيجابية لأعضاء الجماعة الإرشادية ومن جهة أخرى لزيادة الدافعية لديهم، كما تتوقع الباحثة أن هذه العملية قد تكسب أعضاء الفرقة الإرشادية مهارة التقويم وتستعمل الباحثة في البحث الحالي التغذية الرجعية اللفظية حيث تقوم الباحثة بتزويد أعضاء الجماعة الإرشادية بالمعلومات المتعلقة بإستجاباتهم الخاطئة والصحيحة، وذلك فور صدورها مباشرة.

- **الواجبات المنزلية** Les tâches assignées : بتعبير Kazantizis وزملاؤه أن الواجبات المنزلية تعتبر عصب التقنيات المعرفية السلوكية حيث أنها تمكن المسترشد من ممارسة وتطبيق المهارات والأفكار التي تعلمها أثناء الجلسات في المواقف الحياتية وعند استخدام هذه التقنية يجب أن يضع المرشد في ذهنه عددا من النقاط هي:
- أن ترتبط تلك الواجبات بأهداف الجلسات الإرشادية.
- أن يتم استخدام تلك الواجبات المنزلية خلال البرنامج الإرشادي ككل.
- مناقشة الواجبات المنزلية مع المسترشد في بداية كل جلسة على حدة لأن عدم مناقشتها بعض للمسترشد بأن المرشد لا يعتبرها جزءا من عملية التغيير.
- إلزام المسترشد بإنجاز الواجب المنزلي.
- تحقيق التعاون بين المرشد والمسترشد عند تغيير كيفية أداء الواجب المنزلي.(سي بشير، 2016،

واعتمدت الباحثة على الواجب المنزلي، وهذا يتضمن مهام خارجية يقوم بها أعضاء الجماعة الإرشادية للتدريب على الأساليب التي تعلموها من النموذج خلال الجلسات الإرشادية، والخبرات المتعلمة من داخل الجلسات إلى خارج الجلسات في حياتهم العامة، وفي بداية كل جلسة تناقش الواجبات المنزلية، وقد تؤدي تلك المناقشات إلى معرفة أهداف سلوكية جديدة، ليتم التدريب عليها. ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف الأمهات ببعض الواجبات في ختام كل جلسة والهدف من استخدام هذه الفنية نقل اثر ما استفادته الأمهات من حضور الجلسات الإرشادية في البيئة الأسرية التي يعيش فيها الطفل

- **أسلوب التدريب على الاسترخاء** : الاسترخاء هو قدرة الفرد على خفض التوتر والتحكم في الإنفعالات، وهو من الفنيات السلوكية التي تساعد على التحكم وإدارة الضغط والابقاء على مستويات الاستثارة المثلى وخفض من مستوى التوتر والقلق. ويستعمل هذا الأسلوب السلوكي في البرامج الإرشادية كأسلوب مكمل للأساليب المعرفية الأخرى، وهي تقنية تسمح بالوصول إلى التحكم الذاتي عن طريق المرور بالضبط الجسدي و الأكثر استعمالا في التدريب على الاسترخاء في البرامج الإرشادية هي: الاسترخاء التدريجي (Relaxation progressive et differentielle de jacobson) ، وأول من أستخدمه هو Jacobson وسمي هكذا للتدرج في الانقباض والاسترخاء من مجموعة عضلية إلى أخرى،

ويهدف لمساعدة الفرد للإحساس بالفرق بين الانقباض والاسترخاء حتى يتمكن من اكتشاف التقلص العضلي في أي جزء من الجسم. (سي بشير، مرجع سابق)

الوسائل المعتمد عليها في الجلسات:

- الوسائل المادية و الإلكترونية و غيرها: البطاقات الإرشادية ، جهاز العرض power point ، الحاسوب. أشرطة فيديو علمية ، جهاز كمبيوتر، أقلام ، أوراق

- مراحل سير الجلسات :

- مرحلة البدء : هي المرحلة التي سيتم من خلالها التعارف و التمهيد بين المرشد و الأمهات وشرح أهداف البرنامج وشكل العلاقة الإرشادية ، و تطبيق القياس القبلي ويتم ذلك من خلال الجلسة التمهيدية الأولى.

- مرحلة الانتقال : تهدف هذه المرحلة إلى إلقاء الضوء على المشكلة الرئيسية وهي السلوك الغير السوي في معاملة الاطفال المعاقين وتوضيح آثاره السلبية للأمهات.

- مرحلة العمل والبناء : سيتم في الجلسات القادمة تدريب الأمهات على كيفية تعديل وخفض السلوك السلبي لأطفالهن وكيفية التعامل معه. وتعديله بسلوكيات ايجابية

- مرحلة الإنهاء : وهي المرحلة التي تهدف إلى الوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج الإرشادي وإعادة تطبيق المقياس (قياس بعدي) لمعرفة مدى تأثير البرنامج الإرشادي على الأمهات. يليها القياس التتبعي لمعرفة مدى التزام الامهات بما تعلمنه خلال البرنامج

- إجراءات وأنشطة البرنامج: تم تحديد مضمون الجلسات الإرشادية وعنوان الجلسات و أهدافها ومحتواها والفنيات المستخدمة في كل جلسة ومدتها الزمنية والجدول رقم (11) يوضح ذلك :

- محتوى جلسات البرنامج : الجدول رقم (11) محتوى جلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الاولى	
عنوان الجلسة	جلسة تمهيدية
اهداف الجلسة	التعارف بين المرشدة والامهات وتوضيح طبيعة البرنامج وأهدافه
محتوى الجلسة	التعارف والتعريف بالبرنامج وأهدافه -تنظيم اللقاء للجلسات والاتفاق على الزمان والمكان -توزيع ملف لتدوين المعلومات الخاصة بالأعضاء
فنيات الجلسة	المناقشة الجماعية - الحوار
مدة الجلسة	60 دقيقة
الجلسة الثانية	
عنوان الجلسة	الاعاقة الذهنية
اهداف الجلسة	إكساب الامهات اكبر قدر من المعلومات بالتعريف بالاعاقة الذهنية و اسبابها.
محتوى الجلسة	تعريف الاعاقة الذهنية- تصنيف الاعاقة الذهنية- اسباب الاعاقة الذهنية
فنيات الجلسة	المحاضرة المناقشة الجماعية - الحوار
مدة الجلسة	60 دقيقة
الجلسة الثالثة	
عنوان الجلسة	تابع لأسباب الإعاقة الذهنية
اهداف الجلسة	إعطاء الامهات معلومات أكثر عن العوامل المسببة للاعاقة وطرق الوقاية منها
محتوى الجلسة	عوامل قبل الولادة -عوامل بعد الولادة - برامج الوقاية من الاعاقة الذهنية
فنيات الجلسة	المحاضرة ،الحوار ،المناقشة، التغذية الراجعة، التعزيز
مدة الجلسة	60 دقيقة
الجلسة الرابعة	
عنوان الجلسة	أساليب المعاملة
اهداف الجلسة	مساعدة الأمهات على التعرف على أساليب المعاملة السلبية اتجاه الطفل المعاق وانعكاساتها عليه
محتوى الجلسة	عرض مجموعة من أساليب المعاملة وأثناء عرض كل أسلوب طرحت المرشدة أسئلة عما اذا كانت الام تستخدمه مع طفلها وبعد فتح باب النقاش تختم المرشدة عرض كل أسلوب من الأساليب بإعطاء مجموعة من الارشادات والنصائح في المعاملة

المحاضرة - المناقشة والحوار - التعزيز -التغذية الراجعة - بطاقة ارشادية - الواجب المنزلي	فنيات الجلسة
60 دقيقة	مدة الجلسة
الجلسة الخامسة	
الاسترخاء وخفض التوتر	عنوان الجلسة
تدريب الأمهات على الاسترخاء لخفض التوتر والقلق و محاولة التخلص من الضغوط الناتجة عن الاعاقة	اهداف الجلسة
تعريف الاسترخاء و طرق الاسترخاء العضلي ثم تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي على الامهات	محتوى الجلسة
المحاضرة-المناقشة والحوار- التغذية الراجعة -التعزيز-تمارين الاسترخاء - واجب منزلي	فنيات الجلسة
60 دقيقة	مدة الجلسة
الجلسة السادسة	
فعالية تمارين الاسترخاء لخفض التوتر (تابع للجلسة الخامسة)	عنوان الجلسة
التعرف على مدى فعالية تمارين الاسترخاء لخفض التوتر	اهداف الجلسة
اعادة تطبيق تمارين الاسترخاء على الامهات والتركيز على التدريب الذي يساعد على تحكم الامهات في تطبيق التمرينات في الحياة اليومية	محتوى الجلسة
الحوار - المناقشة- التدريب -التعزيز- تمارين الاسترخاء-واجب منزلي	فنيات الجلسة
60 دقيقة	مدة الجلسة
الجلسة السابعة	
الجلسة الختامية	عنوان الجلسة
اعادة تطبيق مقياس المعاملة على الامهات والتأكد من فعالية جلسات البرنامج في تعديل الاساليب السلبية لدى الامهات و التأكيد على اهمية التدريب على الاسترخاء	اهداف الجلسة
مناقشة الواجب المنزلي -تلخيص الجلسات السابقة في شكل محاضرة -اعادة التطبيق لمقياس المعاملة (التطبيق البعدي)	محتوى الجلسة
المحاضرة-النقاش -الحوار -التعزيز-التغذية الراجعة	فنيات الجلسة
60دقيقة	مدة الجلسة

تنفيذ البرنامج: تمكنت الباحثة من تطبيق البرنامج بعد الموافقة والاتفاق مع الأمهات على الحضور بانتظام للبرنامج، ومن هنا حددت الباحثة بعض النقاط الأساسية التي وضعتها في الاعتبار عند تنفيذ البرنامج وهي كالآتي:

- إجراء لقاء بين الباحثة والأمهات لتوضيح أهداف البرنامج وأساليبه.
- الاتفاق مع المجموعة للإنتظام في الجلسات البرنامج وقد تم الإتفاق أن تكون الجلسات بمعدل يوم في الأسبوع، وقد كانت لقاءات الأمهات في الصباح بعد إحضار الأبناء إلى المركز
- تحديد إجراء البرنامج " ضمن 7 جلسات إرشادية وتم تحديد زمن الجلسة ما بين (50 الى 60) دقيقة

استراتيجية سير الجلسات الإرشادية :

- تجلس المسترشدات (أعضاء الجماعة الإرشادية) في المكان المخصص لعقد الجلسات ، وتجلس معهم المرشدة دون تحديد أي مكان لأي فرد من أفراد الجماعة
 - تبدأ كل جلسة بإلقاء المحاضرة، حيث تبدأ الباحثة بعرض عنوانها الرئيسي ثم يلي ذلك إلقاء الباحثة للمحاضرة مع مراعاة الهدوء والبطء مع الشرح باللغة العامية الدارجة في طريقة العرض، مما يعطي الفرصة المناسبة لكل عضو من أعضاء الجماعة الإرشادية للإنتباه ومتابعة الموضوع المعروض والقدرة على فهمه واستيعابه ببساطة وسهولة.
 - بعد الإنتهاء من إلقاء المحاضرة، تبدأ مباشرة المناقشة الجماعية
 - تسمح المرشدة في كل الجلسات الإرشادية لأي عضو من التكم بحرية، مما يشجع الأمهات على طرح مشاكلهم حتى يتم مناقشتها وتوضيحها وإيجاد الحلول المناسبة
- الصعوبات التي واجهت المرشدة:** واجهت الباحثة بعض صعوبات أثناء تطبيقها للبرنامج منها:

- صعوبة إيجاد مركز يسمح بتطبيق البرنامج وامتتاع بعض مدراء المراكز من مقابلة المرشدة
- عدم إلتزام عضوتين من أعضاء المجموعة الإرشادية بالحضور في المواعيد المحددة بحجة السكن البعيد وتأخر المواصلات

- كانت المجموعة تعاني من التطفل والدخول المستمر للقاعة من طرف الإداريين والمختصين النفسانيين الذين يزاولون عملهم بالمركز
 - تقييم البرنامج :** تقدير عملية التقويم من الخطوات الهامة ، والتي يجب مراعاتها عند وضع أي برنامج ، لأنه من خلاله تتم عملية إصدار الحكم على قيمة الأشياء والأشخاص ، كما يتضمن أيضا معنى للتحسين أو التعديل أو التطوير على هذه الأحكام (فؤاد أبو حطب وسيد عثمان، 1976 ، ص09) ، ويتم ذلك ذلك على ثلاثة مراحل هي:
 - قياس قبل تطبيق البرنامج القياس القبلي
 - قياس بعد تطبيق البرنامج مباشرة قياس البعدي
 - قياس بعد مرور شهر أو أكثر من تطبيق البرنامج القياس التتبعي
- وقد اعتمدت الباحثة على الملاحظة بشكل مباشر (ملاحظة بسيطة) لثناء سير الجلسات لتصرفات الامهات ومشاركتهن ومدى التحسن الذي يطرأ في كل جلسة ، كما استخدمت الباحثة استمارة التقييم الذاتي للبرنامج من خلالها تدون فيها الملاحظات بعد كل جلسة وكذا كشف لغياب وحضور المسترشدات (الملحق رقم 05)
- كذلك وزعت الباحثة على الامهات بعد نهاية البرنامج استمارة لتقييم الجلسات ليوضح استجابات اعضاء المجموعة الارشادية (الملحق رقم 04)
- التقييم التتبعي كان بعد شهرين من انتهاء البرنامج بغية التأكد من استمرارية فعالية البرنامج

ملخص الفصل:

بعدها تم عرض في هذا الفصل منهج البحث، مجموعة البحث، و كيفية إختيارها و كذا أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس المعادلة الوالدية و البرنامج الإرشادي، وبعد عرض صدق وثبات المقياس تطرقت الباحثة للبرنامج الإرشادي وخطوات تصميمه مع عرض ما جاءت به جلسات ، سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس و البرنامج مع تحليلها و مناقشتها

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

- تمهيد

- عرض جلسات البرنامج الإرشادي

- عرض ومناقشة نتائج الفرضيات

- المناقشة العامة للنتائج

- التوصيات

- الخاتمة

تمهيد :

تماشياً مع هدف الدراسة الرئيسي وتحقيقاً لفرضيات الدراسة قسمت الباحثة الفصل الأخير إلى 3 أقسام كآتي:

- عرض جلسات البرنامج
- عرض ومناقشة نتائج الفرضيات
- تحليل ومناقشة النتائج العامة

1. **عرض جلسات البرنامج الإرشادي :** تم إختيار عينة البحث من الأمهات للمشاركة في جلسات البرنامج الإرشادي ،بهدف تغيير وتعديل الاتجاهات أو الأساليب السلبية المتبعة واكتساب أساليب ايجابية في التعامل مع الأطفال المعاقين وعليه ففي هذا الفصل سيتم عرض محتوى جلسات البرنامج الإرشادي

عرض محتوى جلسات البرنامج الإرشادي :

- **الجلسة الأولى**
- **عنوان الجلسة :** جلسة تمهيدية
- **هدف الجلسة :** التعرف بين المرشدة والأمهات وتوضيح طبيعة البرنامج وأهدافه
- **فنيات الجلسة :**المناقشة ،الحوار
- **محتوى الجلسة :** استقبلت المرشدة الأمهات في مكتب الأخصائية النفسانية وبدأت الجلسة بتعريف نفسها وبطبيعة عملها فقالت (أرحب بكم جميعاً في اللقاء الأول من البرنامج الإرشادي الجماعي الذي يهدف الى التدريب على التعامل الصحيح والسليم مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية و سوف اساعدكن لاكتساب أساليب ايجابية للتعامل مع أطفالكن) ثم طلبت المرشدة من كل مسترشرة أن تعرف بنفسها و طبيعة عملها انك كانت تشتغل وتحدد درجة إعاقة ابنها وسنه ثم وزعت عليهن عقد التزام (contrat) وهذا لزيادة الإحساس أكثر بالمسؤولية والجدية ، ثم شكرت المرشدة الأمهات على استعدادهن للتعاون وبعدها بدأت تشرح طبيعة البرنامج وانه يستخدم أسلوب الإرشاد الجمعي وهو احد أساليب الإرشاد التي أثبتت فاعليتها في التعامل مع العديد من المشكلات و انه يعني اجتماع مجموعة من الأفراد يشتركون في نفس المشكلة . وأضافت المرشدة (إننا سوف نتدرب في كل جلسة على خبرات

ومعلومات جديدة ومهارات معينة وسيكون هناك واجب منزلي ويجب عليكن ألا تنتظرن إلى هذا الواجب المنزلي على انه واجب ثقيل بل ينظر إليه كأسلوب لإيجاد حلول للمشاكل التي تواجهنها مع أطفالكن ، ثم تؤكد المرشدة للأمهات (إن كل واحدة منكن سوف تتحدث عن أشياء واقعية وأحداث عاشتها والحديث عنها قد يساعد في مناقشتها جماعيا والاستفادة) ، وأعدت التذكير المرشدة على إن العامل المهم لاستمرار الجلسات هو الالتزام و الانضباط بالحضور المستمر وعدم الانقطاع لأن كل جلسة تعتبر تكملة للجلسات السابقة ومرتبطة بالجلسات اللاحقة وأخيرا أعطت لهن فرصة للاستفسار وفتحت باب للمناقشة الجماعية ثم ختمت الجلسة الأولى.

- الجلسة الثانية :

- عنوان الجلسة : الإعاقة الذهنية

- هدف الجلسة : إكساب الأمهات قدرا من المعلومات بالتعريف بالإعاقة الذهنية وأسبابها.

- فنيات الجلسة : المحاضرة ، المناقشة، الجماعية ، الحوار

- سير الجلسة : قامت المرشدة بالترحيب بالأمهات وتقييم ردود أفعالهم حول الجلسة

السابقة وذلك من خلال سؤال كل أم عن انطباعاتها عن الجلسة السابقة ثم البدء والانتقال

إلى موضوع الجلسة و الذي تضمن التعرف بالإعاقة الذهنية وأسبابها حيث قدمت الباحثة

سؤالا للأمهات مفاده ما هي الإعاقة الذهنية وما هي أسبابها ؟ وجاءت اغلب الإجابات

سطحية على أنها مريض عقلي او نقص ذهني مما أكد عن نقص المعرفة بماهية الإعاقة

لدى الأمهات كما تبين كذلك للمرشدة عدم فهم و إدراك الأمهات لأسباب الاعاقة الذهنية

،فانتقلت المرشدة الى إلقاء المحاضرة وإعادة تبسيطها باللغة العامية (الدارجة الجزائرية) ،

تضمنت كل المعلومات والمعارف الخاصة بالإعاقة الذهنية وأسبابها بلغة بسيطة وسهلة

الفهم

المحاضرة : بدأت الباحثة المحاضرة بإعطاء تعريف طبي للإعاقة العقلية بأنها حالة من

توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله ، تظهر في صور مختلفة، والصورة المعتادة هي الإخفاق

في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء ، والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية تحت

مسميات العمر العقلي ، ونسبة الذكاء ، وفي حالات أخرى فإن العقل الغير نامي قد يظهر

أساساً في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط المعتاد على المواقف أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي

- التعريف الاجتماعي : الإعاقة العقلية من منظور اجتماعي على أنها افتقار المعاق إلى الكفاءة الاجتماعية والمعاناة من حالة عدم التكيف حيث يظل الفرد المعاق عقلياً دون الأسوياء من حيث القدرة العقلية والكفاءة الاجتماعية والمهنية فلا يستطيع أن يُسيّر أمره بمفرده، ويرجع تخلفه في الأصل إلى عوامل تكوينية وراثية أو نتيجة للإصابة بمرض

- التعريف التربوي : المعاق عقلياً القابل للتعلم هو الذي بسبب بطء نموه العقلي يكون غير قادر على الاستفادة من برامج المدارس العادية والإعاقة تظهر في سن مبكر وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية ، ويقاس هذا التخلف في الأساس بالأداء بين (70-75) درجة ، وما ينتج عنها يقاس بالأداء الوظيفي التكيفي ، ويحتاج هذا المعاق إلى الدعم والمساندة من قبل منحي الرعاية ، لتخفيف حدته على المستويين الذهني والاجتماعي ، ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن التخلف العقلي سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغير في تفاعل الفرد مع البيئة والتأكيد على احتياجات الفرد بدلاً من التركيز على عجزه

- التعريف السيكولوجي : الشخص المتأخر عقلياً بأنه الشخص الذي يعاني من نقص أو تخلف أو بطء نموه العقلي ، الأمر الذي يؤدي إلى تدنى في مستوى ذكائه وتكيفه الاجتماعي والمعيشي ، بحيث لا تتناسب قدراته العقلية مع عمره الزمني .

تصنيف الإعاقة العقلية : أولاً نصنفها حسب درجات الإعاقة :

- الإعاقة البسيطة : هي تشير إلى الأفراد الذين يتعلمون ببطء في المدارس ويستطيعون إنجاز المهارات الأكاديمية حتى المستوى السادس تقريباً وقدراتهم المهنية والاجتماعية تسمح لهم بالعمل والحياة باستقلالية مع قدر بسيط من المساندة والمتابعة.

- الإعاقة المتوسطة : هي تشير إلى الأفراد الذين ينخفض مستوى مهاراتهم الأكاديمية إلى الصف الثاني على الأكثر وهم قابلون للتدريب على المهارات الحياتية والتكيف الاجتماعي ويحتاجون لأشراف كامل في أعمالهم.

- الإعاقة الشديدة: هي تشير إلى الأفراد الذين لديهم قدرات تواصلية محدودة ويفهمون المعلومة الأساسية فقط فيما يتعلق بالحروف الأبجدية ، وهم لديهم درجات من العجز البدني مثل صعوبة الحركة أو اضطرابات النطق والكلام ، وتعتمد البرامج التربوية لديهم على إكسابهم المهارات الحياتية والتواصل ، ويحتاجون إلى الإشراف والمتابعة الكاملة في أعمالهم .

- الإعاقة الحادة : وهي تشير إلى الأفراد الذين يتسمون بدرجة ملحوظة من العجز وفي حاجة مستمرة للتدريب والمساندة والمتابعة والرعاية المركزة في حالة وجود نسب عجز متفاوتة مثل صعوبة الرؤية أو السمع أو الحركة ، ومن ثم يلزمهم مجموعة من المؤهلين لرعايتهم.

- التصنيف التربوي : ونصنفهم إلى ثلاثة فئات :

1- القابلين للتعلم: وهم من لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ، فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغير في السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولا في تفاعلاتهم مع الآخرين ، وأيضا في تحسن العمليات المعرفية، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية ، أي المهارات الأولية للتعلم وتتراوح نسب ذكائهم ما بين 50-70

2- فئة القابلين للتدريب : وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين (25-49) ويحتاج طفل هذه الفئة إلى الإشراف والرعاية الخاصة طوال حياتهم وتتميز هذه الفئة بأن تحصيلها الأكاديمي منخفض جدا ولا يستطيع أفرادها العمل إلا في ورشة محمية ، وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين لهم

3- فئة الإعتماديون: هي تلك الفئة من الأفراد التي تقل نسبة ذكائهم عن (25) وتحتاج هذه الفئة إلى رعاية مستمرة طوال حياتهم. ويمكن إرجاع أسباب الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية داخلية المنشأ أو بيئية خارجية المنشأ قبل أو أثناء أو بعد الولادة

- التصنيف الاكلينيكي: ثمة خصائص بدنية تميز المعاقين عقليا عن غيرهم من الأفراد وتجميعهم في مجموعات خاصة يطلق عليها الأنماط الاكلينيكية أو الفئات الخاصة
- أ- المنغولية: mongolism : تسمية أطلقت لان أفراد هذه الفئة يشبهون الجنس المغولي , وتسمى أيضا بعرض داون ,



خصائص المغوليين: يتصف الطفل المغولي برأس صغيرة مستديرة , يكسوها شعر ناعم أملس , ينمو إلي شعر خشن وجاف , وعينان تشبهان اللوزتين , جفونهما ذات جلد سميك , يتدليان إلي الداخل , والحاجبان كثيفان يفصلهما عن بعضهما مسافة ضيقة , أما الأنف فهو أفطس وقصير , والشفتان رقيقتان جفتان مشققتان , أما اللسان فحجمة كبير, ويبرز دائما من بين الشفتين , ذو نهاية مستعرضة ,به كثير من الشقوق , والأذنان صغيرتين أو كبيرتين , اليد عريضة متورمة, خطوط الكف متشابكة ومعقدة , والأصابع قصيرة ولا سيما الخنصر, ويتصف الطفل المغولي بعدم انتظام دقات القلب , وضعف الجهاز الدوري وبرودة الأطراف ,أما التنفس فهو غير منتظم , والصوت خشن وعميق , والأعضاء التناسلية مفرطة في الصغر , ويتأخر سن بلوغه , ومن الناحية الانفعالية والاجتماعية , فإن الطفل المغولي وديع ورقيق وهادئ في انفعالات, يتقرب إلي البالغين برفق وهدوء, مولع بالموسيقى والغناء والتقليد, مطيع في تنفيذ التعليمات البسيطة, وغير أنه كلما نمي ظهر تخلفه العقلي, فقلما يبلغ عمره العقلي 6 سنوات, ونتائج نسبة الذكاء مابين درجات التخلف الشديد والتخلف الخفيف مرورا بالتخلف المتوسط, كما أنه لا يسيطر علي مهاراته اليدوية وتختلف العوامل المؤدية إلي المنغولية, فالبعض يرجعه إلي إصابة أحد الوالدين بأمراض مثل الزهري أو السل , أو نتيجة لكبر سن الأم والبعض الآخر يرجعها إلي شذوذ في الكروموزومات

ب- القماءة أو القصاع: يعرف هذا الاضطراب باسم القماءة (القصاع) , والبعض الآخر يرى أن الكلمة مشتقة من المصطلح cretin وتعني الغبي stupid أو الأبله فإن الكلمة تستخدم للدلالة على القماءة أو القصاع وأن الطفل القمئ مفرط في القصر إذا ما قورن بمعايير الطول في سنه , وأن أعراض القصر يمكن اكتشافها في الشهور الأولى من الميلاد (4 - 6)



والطفل القزم لا يتجاوز طوله 120 سم في الرشد , وفي المتوسط من 80-90 في الرشد وتحدث القماءة نتيجة لنقص عنصر اليود الذي تفرزه الغدة الدرقية في الأم الحامل , وتظهر علي الطفل القمئ مجموعة من الأعراض لعل من أهمها أن الطفل يبدو متورما وجلده جافا ودرجة حرارة جسمه أقل من الطفل العادي , وعدد نبضات قلبه أسرع , ومن الناحية الانفعالية يبدو عليه الغباء واللامبالاة والتهجم الشديد والبطء في الاستجابة وعدم السيطرة الحركية , مثل القبض علي الأشياء والجلوس والمشي وعلي المستوي الجسمي . تبدو بطنه بارزة , وساقيه قصيرتان وملامح وجهه فظة وعلاج هذه الحالات يكون عن طريق الحقن بعنصر اليود , بيد أنه يأخذ وقتا طويلا ومع اقتراض العلاج فإن نسبة الذكاء لهؤلاء الأطفال تتأرجح بين التخلف المتوسط والشديد ويموت معظمهم في سن مبكر

ت- حالة الاستسقاء الدماغي: تنشأ هذه الحالة نتيجة لتجمع السائل المخشوكي الذي يعمل كوسادة للمخ لأسباب وراثية أو مكتسبة الأمر الذي يؤدي إلى: انسداد في القنوات المخية , تزايد تراكم السائل المتكون , اضطراب في امتصاص السائل في الدورة الدموية ونتيجة لهذا التجمع يحدث تلف في أنسجة المخ ,يفضي إلي التخلف العقلي, ويتوقف مدى الإعاقة العقلية على مقدار التلف الذي حدث بأنسجة المخ . وأهم المظاهر الجسمية التي تميز المصابين بالاستسقاء الدماغي هو كبر الحجم محيط الجمجمة , الذي قد يتراوح ما بين 55-70 سم في بعض الحالات وقد تكون الحالة وراثية ,حيث يأخذ رأس المولود في الكبر تدريجا بعد

الولادة. مع العلم بأن الطفل العادي يكبر محيط جمجمته بمعدل كل شهر من الشهور الأولي من حياته , ويعتبر انخفاض درجة الحرارة ونبضات القلب والتنفس علامات على ذلك

ث- حالات صغر الدماغ وكبير الدماغ: وفي هذين النمطين يكون حجم الجمجمة والمخ ووزنه غير عادي ففي حالة صغر الدماغ لا يتعدى محيط 17 بوصة. في حين أن محيط الجمجمة في حالة كبر الدماغ يكون حوالي 22 بوصة, وتبدو الجمجمة مربعة أكثر منها مستديرة , ولا يتبعها كبر في الفجوات داخل المخ. وتصاب هذه الحالات بتخلف عقلي شديد



أسباب الإعاقة الذهنية: هنالك اسباب ما قبل الولادة وهي:

■ **الوراثة:** هي المسئولة عن حوالي (80%) من حالات الإعاقة العقلية كما تم ذكرها من قبل, وقد تكون العوامل الوراثية إما بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة, أي قد تكون نتيجة للجينات السائدة أو نتيجة لجينات متنحية يحملها الأم والأب معاً, وتوجد مجموعة من الجينات لها صفات ضارة و غير مرغوبة, ولكن لحسن الحظ فإن نسبة انتشار هذه الجينات الضارة بين الناس قليلة جداً, وبعضها نادر جداً ومن هنا فإن زواج الأقارب يسهم في توفير كل الظروف المناسبة لتوارث هذه الجينات الضارة و ظهورها في الأبناء أكثر بكثير مما هو

عليه الحال في حال الزواج من خارج العائلة. ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أن تلك الجينات وما تحمله من صفات وراثية

■ العوامل غير الجينية (البيئية): وتشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين؛ فتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية، و يبدأ تأثير هذه العوامل في العادة منذ لحظة الإخصاب وحتى لحظة الولادة، و فيما يلي عرض لأبرز العوامل التي قد تؤثر على الحالتين في مرحلة ما قبل الولادة:

■ الأشعة: تؤثر الأشعة تأثيراً ضاراً بالجنين إذا ما تعرض لها و خصوصاً في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل. وتستخدم الأشعة السينية في معظم المستشفيات، والعيادات، وذلك لأغراض التشخيص، ويبدو أثر هذه الأشعة قليلاً على الفرد إذا ما تعرض لها مرة في العمر، ولكن المشكلة تبدو في تعرض الأفراد لهذه الأشعة بكميات كبيرة، وعلى ذلك فإن أثر هذه الأشعة يتوقف على عدد من العوامل أهمها:

■ جرعة أو حجم الأشعة: و يقصد بذلك كمية الأشعة السينية التي يتعرض لها الفرد، فهناك علاقة طردية بين حجم أو جرعة الأشعة السينية وأضرارها المتعددة.

■ العمر الزمني: و يقصد بذلك المرحلة العمرية التي يتعرض فيها الطفل إلى تلك الأشعة، وأخطر مراحل العمر تأثراً بالأشعة السينية هي مرحلة ما قبل الولادة، وخاصة الثلاث أشهر الأولى من الحمل.

■ الآثار المرضية للأشعة السينية: تبدو الآثار المرضية للأشعة السينية في قائمة من الأمراض و الاضطرابات أهمها:

1. الإعاقات بأنواعها وأشكالها: ومنها الإعاقة العقلية، السمعية، البصرية، الحركية، وتعمل الأشعة السينية على انقسام الخلايا بطريقة غير عادية، كما تعمل على إحداث تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، ويبدو أثر الأشعة السينية أقل ضرراً على الجنين في أشهر الحمل الأخيرة بسبب قرب اكتمال مظاهر النمو الجسمي والعقلي للجنين، مقارنة مع الأشهر الثلاث الأولى من عمر الجنين.

2. اللوكيميا: أو ما يعرف باسم سرطان الدم، حيث تعمل الأشعة السينية على إصابة الأجنة و الأطفال فيما بعد بأنواع من السرطان، ومنها سرطان الدم.

3. التشوهات الخلقية للجنين: وخاصة حالات استسقاء الدماغ، وكبر حجم الدماغ وصغر حجم الدماغ، وحالات تشوهات العمود الفقري.
4. الإجهاض: وخاصة إذا ما تعرضت الأم للأشعة السينية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وعلى ذلك ينصح الأمهات الحوامل بعدم التعرض للأشعة السينية، وعليها التأكد من وجود الحمل من عدمه قبل التعرض لتلك الأشعة.
5. الحصبة الألمانية: الحصبة الألمانية هي أحد أخطر الأمراض التي يمكن أن ينتقل تأثيرها من الأم إلى الجنين، و تؤثر الحصبة الألمانية تأثيراً سيئاً على الجنين في حالة إصابته؛ إذ أنها من الممكن أن تؤدي إلى فقدان السمع والبصر، وإلى إصابة القلب بأضرار، وكذلك تلف الدماغ المرتبط بأنواع من التشوهات الخلقية مثل صغر حجم الدماغ، و الإلتهاب السحائي، واستسقاء الدماغ، و يرتبط ذلك كله بالتخلف العقلي. وللوقاية من هذا المرض يتم تطعيم الفتيات ضد الحصبة الألمانية.
6. الزهري الولادي (السفلس): قد كان هذا المرض في الماضي يعد واحداً من الأسباب الرئيسية التي تؤثر في الجنين قبل الولادة و تؤدي إلى إصابته بالتخلف العقلي، بالإضافة إلى تشوهات أخرى، ولكن في الوقت الحالي و بعد التقدم العلمي في مجال الكشف عن هذا المرض عند الأم الحامل عن طريق فحص الدم، و فعالية معالجة هذا المرض فلم يعد بنفس الدرجة من الخطورة كما كان عليه الحال في الماضي.
7. اختلاف العامل الريزيسي في دم الوالدين: يعرف بالعامل الريزيسي (فصيلة الدم إما أن تكون سالبة وإما أن تكون موجبة). ويبدو أثر العامل الريزيسي في حالة واحدة وهي اختلاف هذا العامل بين الأب والأم. وبسبب ظهور العامل الريزيسي بشكل موجب لدى الأب وبشكل سالب لدى الأم، وبسبب سيادة العامل الموجب، فسوف يظهر العامل الريزيسي لدى الجنين موجباً، وفي هذه الحالة سوف يختلف العامل الريزيسي للأم عنه لدى الجنين، الأمر الذي يؤدي إلى إطلاق الأم لمضادات لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث يدمرها، مما يؤدي إلى حالة من تمييع الدم لدى الجنين، وقد تصل إلى مستوى تسمم الدم بسبب عجز كبد الجنين لتمثيل تمييع الدم، وهذا الأمر قد يؤدي إلى تلف أو خلل في الخلايا الدماغية.
8. تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل: لعل أغلبية الأمهات حالياً يدركن خطورة تناول العقاقير والأدوية أثناء فترة الحمل وخاصة خلال أشهر الحمل الأولى (الثلاث أشهر الأولى

من الحمل) وقد أصبح الآن معروفاً في الأوساط الطبية أن عدداً من العقاقير والأدوية يمكن أن تؤدي إلى التأثير سلبياً على نمو الجنين إذا تناولتها الأم الحامل، وخاصة خلال الأشهر الأولى من الحمل. وتذكر المراجع العلمية والنشرات الإعلامية قائمة بتلك العقاقير والأدوية ومنها:

- الأدوية المهدئة ومنها: مادة الثاليدوميد، و الأسبرين و الفاليوم.
- المضادات الحيوية ومنها: كل المضادات الحيوية التي توصف للمريض، والتي تعمل على قصف فيروس المرض الذي يتسبب في العديد من الأمراض و الإلتهابات.
- الهرمونات ومنها: كل المواد الكيميائية التي تعمل على تنشيط الغدد أو إنقاص نشاطها، وخاصة الهرمونات الجنسية، وتلك الهرمونات المتعلقة بنشاط الغدة الدرقية.
- العقاقير والمخدرات وتبدو آثار هذه العقاقير و الأدوية في العديد من مظاهر النمو غير العادي لدى الأجنة ومنها:
- الإعاقة العقلية، وحالات صغر أو كبر حجم الدماغ.
- الإعاقات الأخرى كالإعاقة البصرية أو السمعية أو الحركية و الشلل الدماغي.
- الإجهاض، والولادة المبكرة.

المناقشة : بعد المحاضرة قامت المرشدة بمناقشة الأمهات فيما جاء في المحاضرة من معلومات. وطرحت بعض الأسئلة للتأكد ما اذا كانت الأمهات منتبهات. مثلاً : أعطني تعريف بسيط للطفل المعاق ذهنياً ،اذكري لي عامل من العوامل المسببة للإعاقة ، هل تستطيع الأم ان تكتشف في فترة الحمل انها تحمل بطفل ذو إعاقة ؟ صنفني ابنك هل هو من فئة القابلين للتعلم ام القابلين للتدريب ام الاعتماديين ؟ هل يمكن للإعاقة ان تكون وراثية ؟ وفتحت باب المناقشة للمستترشدات لتشجيع الحوار دون تدخل حيث أكتفت بالنظر إليهن، مع تحريك الرأس تعبيراً عن الموافقة، وأخيراً بعد النقاش وتصحيح الإجابات الخاطئة من طرف المرشدة ، قامت بإعطائهن ملخص للمحاضرة (بطاقة ارشادية) للاستفادة منها مع أفراد الأسرة ثم شكرتهم على حضورهن وقامت بتذكيرهم بموعد الجلسة القادمة

- **الجلسة الثالثة :**

- **عنوان الجلسة :** أسباب الإعاقة الذهنية (تابع للجلسة الثانية)
- **هدف الجلسة :** إعطاء الأمهات معلومات أكثر عن أسباب للإعاقة وطرق الوقاية منها

- **فنيات الجلسة :** المحاضرة ، الحوار ، المناقشة ، التغذية الراجعة ، التعزيز
- **سير الجلسة :** قامت المرشدة بالترحيب بالأمهات وانطباعاتهم عن الجلسة السابقة ثم قامت بعرض ملخص عن المحاضرة السابقة وطرحت بعض الأسئلة ثم قدمت لهم التغذية الراجعة حول إجاباتهم بعد ذلك انتقلت الى تكملة موضوع الجلسة السابقة وهو عوامل الإعاقة الذهنية

المحاضرة (تابع) : نكمل أسباب الإعاقة ونذكر الامان والمخدرات

- **الإدمان على الكحول:** يؤثر إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل تأثيراً سيئاً على الجنين، وقد اكتشفت أعراض إصابة الجنين نتيجة إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل مؤخراً نسبياً، وسميت هذه الأعراض بالأعراض الكحولية للأجنة و تتمثل هذه الأعراض بنقص النمو و تشوهات في الوجه و الجمجمة و عيوب في الأطراف بالإضافة إلى التخلف العقلي البسيط وأحياناً الشديد. وقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى الآثار السلبية لإدمان الأم الحامل للكحوليات على الجنين، والتي نذكرها فيما يلي: التشوهات الجسمية لدى أطفالهن ، تدني القدرة العقلية، تزايد معدل الوفيات لدى الأطفال ، مشكلات واضحة في مظاهر النمو العام و خاصة في مظاهر الطول والوزن. وتبدو تلك المشكلات المتعلقة بالنمو الجسدي أكثر وضوحاً لدى أطفال الأمهات المدمنات على الكحول والمدخنات بشكل مزمن. وعلى ذلك لا تتصح الأمهات الكحوليات على الحمل إلا بعد برامج وقائية محددة، كما لا تتصح الأمهات الحوامل بتعاطي أية أدوية أو عقاقير إلا بمشورة الطبيب المختص.
- **الأمراض المزمنة عند الأم:** كثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل قد تؤدي إلى أضرار تصيب الجنين، وعلى سبيل المثال فإن ضغط الدم الزائد و السكري و مرض الكلى تضيف تعقيدات و أخطار إضافية بالنسبة للجنين.
- **الولادة قبل الأوان (الأطفال المبترين):** الولادة المبكرة هي واحدة من الأسباب الرئيسية للتخلف العقلي، وهذا السبب لوحده مسئول عن حالات الوفيات عند الأطفال حديثي الولادة، وهو مسئول أيضاً عن حالات التخلف العقلي. ومن الأسباب التي تؤدي إلى الولادة قبل فوات الأوان: إفراط الأم في التدخين أثناء الحمل، تسمم الحمل، وبشكل عام فإن الولادة المبكرة تؤدي إلى تقليل احتمالات أن ينمو هذا الطفل نمواً سليماً لما يؤدي إليه من نقص في وزن الطفل حديث الولادة و نقص في نمو الأعضاء.

- الإجهاد العاطفي والضغط النفسية: إن دور الإجهاد العاطفي أو الضغوط النفسية أثناء فترة الحمل غير واضح تماماً، ولكن يبدو أن من المنطقي القول أن الإجهاد الشديد سواء على الصعيد النفسي أو الجسمي من الممكن أن يؤثر على جنين تأثيراً سلبياً.
- تلوث الماء والهواء: تعتبر المياه الملوثة والهواء الفاسد من العوامل التي تؤثر بطريقة غير مباشرة على نمو الحنين، وخاصة إذا ما تعرضت الأم الحامل إلى تلوث واضح في الماء والهواء، وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب تلوث الماء والهواء بالغازات و المواد العادمة ونتائج المصانع الكيماوية، إذ تؤدي تلك المواد إلى نتائج غير مرغوب فيها وخاصة على الجهاز العصبي المركزي للجنين، و قد يترتب على ذلك حدوث شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات.
- عوامل أخرى تؤثر في فترة الحمل: عوامل أخرى تؤثر في فترة الحمل (سوء التغذية، والأمراض المزمنة مثل ضغط الدم و السكري ومرض الكلى) ، وهناك عوامل عديدة أخرى من الممكن أن تلعب دوراً أثناء الحمل مثل: سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل، و نقص اليود، و حوادث التسمم التي قد تتعرض لها الأم الحامل، والحوادث الأخرى، كل ذلك قد يكون له دور في نمو الجنين و تعرضه لاحتمال الإصابة بالإعاقة العقلية، وأيضاً الكثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل قد تؤدي إلى أضرار تصيب الجنين مثل: ضغط الدم الزائد، والسكري و مرض الكلى.
- الأطفال المبتسرين (عدم اكتمال الحمل): تفيد الدراسات ان هناك علاقة بين الإعاقة العقلية وبين الولادة المبكرة فالولادة المبكرة لها مجموعه من الأسباب والنتائج وكلها تكون ضد المولود فالمواليد غير المكتملين أكثر عرضه للتلف العصبي وهم أكثر عرضة للوفاة
- الإصابات الجسمية: قد تحدث أثناء الولادة بعض التعقيدات والتي تؤدي الى حدوث جروح في دماغ الطفل او الى نزيف داخلي حيث يمكن ان يحدث أثناء المخاض نتيجة لوضع الجنين او نتيجة للأدوات المستخدمة في الولادة وقد يؤدي التلف الى التخلف العقلي الشديد والشلل والتشنجات او الشلل المخي ومشكلات في الادراك والنشاط الزائد .
- نقص الاكسجين: فقد يفقد المولود الوعي او ربما يموت نتيجة نقص الاكسجين وتكون المشكلة في نقص الاكسجين قبل الولادة او اثنائها او بعدها مباشرة وينتج نقص الاكسجين نتيجة للتسمم وانفصال المشيمة والنزيف طول مده الولادة وزياده جرعات الاوكسيثوسين

وهو مادة هرمونية كيميائية تستخدم لدفع وتنشيط الولادة وكذلك استخدام المهدئات والمسكنات و التخدير او التفاف الحبل السري حول عنق الجنين .

- الحمل الخطر : من الحالات التي ينها لها الاطباء المتخصصين والتي تكون فيها خطورة بشكل كبير وهي

- ان تكون الام الحامل تحت سن العشرين او فوق سن الاربعين

- المستوى الاقتصادي المتدني مع تقارب فترات الحمل

- المشكلات السابقة للام في الحمل كالأطفال المولودين غير مكتملين النمو أو لديهم

تشوهات

- الأم التي تعاني من السكر وارتفاع الدم بشكل مزمن

- الام التي لديها (RH-) او دمها غير متوافق مع الجنين

- التشنجات: تحدث هذه التشنجات نتيجة لاختلال الأوكسجين وحوادث الولادة وذلك سبب

كبر راس الجنين عن الحوض او عند اخراج الطفل .

- نقص السكر(هيبو جلسيميا): يؤدي نقص السكر في الدم الى التخلف العقلي وتشمل

أعراض الهيبو جلسيميا بعد الولادة بالتبند وضعف الصراخ عند الطفل التشنجات الزرقاء

ضعف حركة العضلات عدم انتظام التنفس صعوبة التغذية ودوران العين .

- العدوى : يمكن ان تؤدي عدوى الجنين عند الولادة وقبلها او بعدها الى حدوث تلف

في الجهاز العصبي

- **عوامل مابعد الولادة** : قد يولد الطفل طبيعيا وصحيح البنية ولكن قد يتعرض للإصابة

بالإعاقة العقلية اذا تعرض لمرض او حادثه تؤدي دماغه وجهازه العصبي في مرحله

الرضاعة او الطفولة المبكرة اما الأسباب التي تؤدي الى الإعاقة العقلية في مرحله مابعد

الولادة فهي :

- سوء التغذية :من أسباب سوء التغذية الحرمان والفقر والعادات السيئة في التغذية

فسوء التغذية يرتبط بعوامل مثل المستوى الاجتماعي وبالعوامل التي تقع قبل الولادة او

أثناءها والتي لها صلة بالاعاقة العقلية وهذه كلها تؤدي الى مشكلات في الجهاز العصبي

ومنها نقص فيتامينات (ب1-ب2-ب3) ونقص اليود في الطعام والذي يؤدي الى تضخم

الغدة الدرقية واضطراب التمثيل الغذائي فتؤدي الى القصور ونقص الحديد يؤدي الى الانيميا وجميعها تؤدي الى الاعاقة .

- التهاب السحايا :مرض يصيب الأطفال الصغار أكثر من الكبار وينتج عن دخول البكتيريا الى سحايا الدماغ فتسبب التهابها ومنها الحمى الشوكية والتي تؤدي الى ارتفاع درجة الحرارة والصداع والقيء وتصلب الرقبة والرعشة وألم في الظهر والاذن وتشير الدراسات الى ان (15-20%) من الاطفال الذين يصابون بهذا المرض يعانون من الاعاقة العقلية .

- خلل في الغدد:هناك بعض حالات الإعاقة التي يتأخر ظهورها وقد تكون نتيجة خلل في الغدد الصماء مثل حالات نقص افراز الغدد الدرقية والذي يؤدي الى القزامة (قصر القامة) والتي تنشئ عن نقص اليود في الطعام وكذلك حالات انسداد القنوات الناقلة للسوائل للجهاز العصبي المركزي نتيجة لحدوث تصلبات.

- المواد الكيماوية :تختلف اثار السموم الواحد عن الاخر ويختلف تأثيرها على الجسم من فرد لأخر حيث ان المخ الذي لم يوضح بعد يكون اكثر عرضه للضرر من المخ الناضج كذلك ان مناطق في المخ اكثر حساسية لبعض السموم من مناطق اخرى وهذا قد ينتج عن اختلاف كميه الدم التي تصل الى جزء عن الاخر. فالمواد الكيماوية ذات تأثير سام على الجهاز العصبي المركزي فتحدث ضررا ينقص الاكسجين عنها او انها تؤثر بشكل مباشر على الأنسجة فتحدث تلفا وقد يكون حاد او مزمن .

- المبيدات :تعتبر المبيدات من اخطر المواد تائيرا على الأمهات فمبيدات الحشرات والحشائش والمخصبات الزراعية ومبيدات الفطريات والكبريت ومركبات الزئبق قد ينتج عنها التسمم.

- التسمم المعدني :تعتبر المعادن الثقيلة ذات تأثير ضار حيث انها تؤدي الى تلف الجهاز العصبي ومنها الزئبق والرصاص والتي تتلف المخ ودلت الأبحاث الى ان مركبات الرصاص الموجودة في الهواء والتي تأتي من عوادم السيارات يستنشقه الانسان وفي حالات التسمم الشديد فان حدوث التلف في المخ يؤدي الى التشنجات والاضطرابات في الابصار وتعتبر الاجنه في بطون أمهاتهم والاطفال الصغار والمراهقين هم اكثر الفئات

تعرضا لتسم خاصة الزئبق فتؤدي الى التخلف العقلي والاعاقة البصرية والتشنجات وضعف العضلات .

- الحوادث والصدمات :تعتبر الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الطفل في مرحله مابعد الولادة خصوصا في الاشهر الاولى من العمر سببا رئيسا في ظهور حالات من الإعاقة العقلية وخاصة تلك الحوادث والصدمات التي تؤثر بشكل مباشر على منطقة الرأس كحوادث السيارات والضربات المباشرة او الوقوع على الرأس اذا تصاحب مثل هذه الحوادث والصدمات عادة نقص في الأكسجين او نزيف في الدماغ او كسورا في الجمجمة مما يؤدي الي تلف الجهاز العصبي المركزي وبالتالي الاعاقة العقلية .

- الامراض والالتهابات :تعتبر الأمراض والالتهابات التي يتعرض لها الاطفال في سنوات حياتهم الاولى سببا مباشر من أسباب حدوث الإعاقة العقلية او غيرها من الإعاقات الاخرى ومن الامراض التي تصيب الاطفال في مرحله عمريه مبكرة خاصة اذا لم يتم تطعيم الاطفال ضدها : الحصبة الجدري التهاب السحايا التهاب الدماغ واضطرابات الغدد..الخ وتؤدي مثل هذه الأمراض وخاصة حين يصاحبها ارتفاع في درجة حرارة الطفل الى إحداث نتائج غير مرغوب فيها كالأضطرابات العصبية وحالات من الإعاقة العقلية اذ تؤدي فيروسات هذه الأمراض الى تلف في الجهاز العصبي المركزي للطفل ومنها الحمى الشوكية والتي تؤدي الى ارتفاع درجة الحرارة والصداع والقئ وتصلب الرقبة والرعشة وآلام في الظهر والأذن وتشير الدراسات إلى ان الأطفال الذين يصابون بهذا المرض يعانون من الإعاقة العقلية .

- برامج الوقاية من الإعاقة العقلية: من برامج الوقاية من الإعاقة العقلية وأكثرها أهمية نذكر

- برنامج الإرشاد الجيني: وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج, أو الأسر التي لديها طفل معوق, بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وأبنها, وهو برنامج توعوي.

- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل: وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات, والتدخين، والراحة النفسية.

- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى: من أسباب الإعاقة العقلية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تقادى الاختناق وغيرها.
- برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر: إن أفضل طريقة لمواجهة مشكلة الإعاقة، هي في منع حدوثها من الأساس. وذلك من خلال الوقاية منها، بتجنب الأسباب والعوامل المؤدية إلى حدوث الإعاقة والسعي لولادة كل طفل ولادة سليمة منذ البداية. ولكي يتجنب الآباء والأمهات مشكلة إنجاب أطفال معاقين، عليهم مراعاة ما يلي:
- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلالة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة، قبل أن يقررا الإنجاب ، ويفضل استشارة الأخصائيين في الإرشاد الجيني، إذا تأكد الزوجان من وجود حالات من الإعاقة في سلالة أحدهما، أو الاثنين معا، لتتعرف على الأسباب لضمان ولادة كل طفل سليم في المستقبل
- تحليل دم كل من الزوجين، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل (الرايزيسي - RH) وإذا حدث وثبت أن الأم تحمل هذا العامل، فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب خلال (72) ساعة من الولادة .
- تجنب الإنجاب إذا كان عمر الأم دون (16) عاماً أو أكثر من (40) عاماً، ومن الأفضل إجراء فحص طبي، يقرر فيه الطبيب المختص، أن لا مانع للإنجاب.
- تجنب الحمل بعد الإجهاض مباشرة.
- ترك فترة زمنية بين حمل وآخر، بحيث لا تقل الفترة بين نهاية الحمل وبداية الحمل الثاني عن سنتين على الأقل.
- الامتناع عن الإجهاض المفنعل، باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.
- يفضل تلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.
- خضوع الأم الحامل للإشراف الطبي، خلال أشهر الحمل، وتطبيق كافة التعليمات الطبية الصادرة عن طبيبها المختص.
- يجب أن تحصل الأم الحامل على الغذاء الصحي المتوازن الغني بالبروتينات والفيتامينات والأملاح.
- يجب أن تمتنع عن أخذ الأدوية أو الفيتامينات كفيفياً، بل تفعل ذلك بأمر الطبيب.

- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.
- المحافظة على صحة الأم الحامل، وتجنب إصابتها بالأمراض الفيروسية، وفي حالة تعرضها لذلك يجب أن تمتنع عن أخذ أي دواء إلا بأمر الطبيب.
- إن الحالة النفسية للأم خلال مرحلة الحمل تؤثر على النمو العقلي والجسمي للجنين، وتعتبر من العوامل المسببة لإعاقة. لذا يفضل مراعاة الحالة النفسية للأم الحامل، وتخفيف الضغوط النفسية عليها خلال مرحلة الحمل.
- المناقشة : بعد إلقاء المحاضرة قامت المرشدة بطرح أسئلة وفتح باب النقاش، واستمعت إلى تعليق كل مسترشرة، وصحت الإجابات الخاطئة بشكل بسيط و محدد قدر الإمكان و ناقشت الامهات عن كيفية الاستفادة من هذه الحقائق في التعامل مع الطفل المعاق ذهنياً، كما قامت بتشجيع الأمهات اللاتي أعطين اجابات صحيحة من خلال بالابتسامة والمديح و التعبيرات الوجه وذلك في جو من الهدوء والتفاهم. ثم قامت بختام الجلسة بشكر الامهات وبتذكيرهم عن موعد الجلسة القادمة
- الجلسة الرابعة
- عنوان الجلسة :أساليب المعاملة
- هدف الجلسة : مساعدة الأمهات على التعرف على أساليب المعاملة السلبية اتجاه الطفل المعاق وانعكاساتها عليه
- فنيات الجلسة : المحاضرة ، المناقشة والحوار ،التعزيز ،التغذية الراجعة ، الواجب المنزلي
- سير الجلسة : بدأت المرشدة الجلسة بابتسامة وبالترحيب بالأمهات وسألتهن عن انطباعاتهن عن الجلسة السابقة وطرحت بعض الأسئلة لتقييم مدى استيعاب و فهم الأمهات للمعلومات التي تم تقديمها في الجلسة السابقة. وقامت الباحثة بسماع الإجابات وتصحيح الخاطئة منها معتمدة على التغذية الراجعة اللفظية الفورية، ثم قامت بعرض ملخص عن المحاضرة السابقة وأظهرت لهم رغبتها في أن يستمر العمل في الجلسات المقبلة بنفس الفعالية والجدية
- بعد ذلك انتقلت الى موضوع الجلسة وهو أساليب معاملة الطفل المعاق ذهنياً وهنا توجهت المرشدة الى الأمهات قائلة : سأعرض لكم أهم أساليب المعاملة وعند عرض كل أسلوب

يرجى من كل واحدة منكن أن تعطيني أمثلة من واقعها اليومي ان كانت تستخدم هذا الأسلوب في معاملتها.

محاضرة وحوار :

- أسلوب التسلط او العقاب : يقوم هذا الأسلوب على إفراط الوالدين في استخدام السلطة، وذلك باستخدام القسوة في فرض آرائهما على الطفل مع غياب علاقة الحب بين الوالدين والطفل، واستبدالها بالجمود العاطفي اتجاهه ومنعه من تحقيق رغباته حتى لو كانت مشروعة وقد يطلب الوالدان من الطفل أن يسلك وفق معايير لا تناسب عمره أو نموه منتظرين منه الطاعة مع إجباره على التصرف بما يتوافق مع رغباتهما وقد يستخدم الوالدان أساليب من شأنها أن تؤذي الطفل جسدياً ونفسياً كالعقاب والتعذيب الجسدي وأخذ الطفل بالشدّة دائماً وسيلةً لتهديبه وتعليمه وتقويته حتى قي أهون الأمور ، ويتضمن هذا الأسلوب أيضاً عدم ميل الوالدين إلى مناقشة الطفل في رغباته وميوله وآرائه بل الإسراع بالعقاب لأية بادرة تصدر منه يرى الوالدان أنها خروج عن المفروض من السلوك، لأنها تسبب الإزعاج لهما، وفي هذا الأسلوب يغلب على المعاملة الشدة والعنف ، ونشير الى إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له أنه عقاب يلجأن إليه بالضرب، أو يهددانه به إذا أخطأ وإذا لم يطع أو امرهما..

وبعد العرض فتحت المرشدة باب الحوار لمعرفة مدى استخدام الأمهات لهذا الأسلوب مع أطفالهن فكانت بعضهن ضد هذا الأسلوب والبعض الأخر كن يستخدمنه ، فنقول إحداهن (انا بنتي نربيها كيما اتربيت يا لو كان ناقصة عقل المهم تتربى مليح ولازم تتعاقب على الغلطة) تقول أخرى (انا نضرب بنتي كيما اخواتها كي يضاربو ويقلبو الدار) وأضافت أم أخرى (انا وليدي مريض في عقليتيو نضربو باش يتعلم لاخاطر بالهدرة مايفهمش) وأضافت اخرى بقولها (الله غالب ايلا اضربناهم..ماراكيش حاسة واش معناها عندك طفل مريض مايفهم والو) ،وبعد الاستماع لأراء الأمهات وضحت المرشدة مفهوم العقاب من خلال العرض الآتي : ان العقاب سلوك نقوم به فور مشاهدتنا لسلوك غير مرغوب فيه وهو نوعان

- عقاب سلبي: وهو تعريض الطفل لمثيرات مؤلمة أو منفرة بعد قيامه بالسلوك (الضرب)

- عقاب ايجابي: وهو حرمان الطفل من شيء محبب لديه (منعه من لعبه) ، ووضحت المرشدة للأمهات أن استعمال العقاب لا بد إن يكون بعد استنفاد جميع الوسائل الأخرى والإجراءات التي تستخدم لتقليل السلوكيات غير المرغوبة . و تنوه الى تجنب الانفعال أثناء العقاب ، واستخدام العقاب عند الضرورة فقط (كحرمانه من شيء يحبه) ثم أعطت المرشدة بعض النصائح مع الشرح المبسط لتقادي استخدام هذا الأسلوب مع الطفل المعاق ذهنيا ونذكر بعضها:
- يجب ان تشرحي لطفلك بطريقة بسيطة عن اخطائه وسلوكياته الخاطئة لان طفلك عاجز عن فهم الامور ولو بالعنف هاذا سيزيده غضب
- ابتعدي عن الضرب لانه سيجعل من طفلك شخص عنيد والضرب ليس أسلوب للتربية
- يجب الرضا بقضاء الله لك ولا تحسي ان طفلك هو عقاب من الله ويجب ان تقتعي بالإعاقه والا تسلطي غضبك على طفلك
- الإعاقه تتطلب عناية خاصة وصبر ويجب التركيز على الأمور التي تفيد طفلك في المستقبل
- ان القسوة والضرب يؤديان الى عدة اضطرابات سلوكية وعدوانية ومشاكل نفسية لدى طفلك وبذلك سوف يكرهك بدل من ان يحب امه التي تعتبر اقرب اليه من الاخرين
- **أسلوب الحماية الزائدة:** يتمثل هذا الأسلوب في قيام أحد الوالدين أو كليهما نيابة عن الطفل بالواجبات أو المسؤوليات التي يمكن أن يقوم بها مما يمنع شعور الطفل بالاستقلال. كما يعرف أسلوب الحماية الزائدة "بأنه الرعاية المفرطة للطفل والمغالاة في حمايته والخوف عليه، ويبدو ذلك في السماح له بتحقيق الإشباعات كلها، وتشجيع والديه له على أن يعتمد عليهما" ويرى آخرون أن أسلوب الحماية الزائدة "هو إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له أنهما يلبيان له كل رغباته. وتدليل الوالدين للطفل هو التراخي في معاملته، وتجاوز أخطائه، وتلبية رغباته جميعها ونعرف هذا الأسلوب بما يلي: "يكون الطفل في هذا الأسلوب

محور رعاية واهتمام الوالدين، فيشجعه الوالدان على تحقيق رغباته جميعها، والتغاضي عن أخطائه، وعدم تحميله مسؤولياتها

- واتجهت المرشدة بسؤالها عن استخدام أسلوب الحماية الزائدة فكانت بعض الأمهات متحيزات اعتقاداً منهم أن الحماية المفرطة هي سلوك عادي نابع من خوفهن على أطفالهن والشفقة عليهم بسبب العجز وان التدليل وتحقيق جميع رغبات الأبناء سوف يعوض عن النقص ، ومن خلال الحوار تبين لدينا أن هناك أمهات يخفن على الطفل من كل شيء فيتم مراقبة تحركاته ليلاً و نهاراً وهناك من لا يعطين الحرية للعب مع الآخرين خوفاً من الحوادث. وبعد الاستماع إلى الأمهات وضحت المرشدة أن الحماية الزائدة هو كذلك من أساليب التي تعبر عن الرفض غير المعلن للإعاقاة وهذا ناتج عن الشعور بالذنب ومحاولة التعويض من خلال أسلوب التدليل في التنشئة و تعويد الطفل على الاتكالية في الأكل واللباس و النظافة والعناية بالذات ثم قدمت المرشدة هذه النصائح :

- اتركى ابنك يعتمد على نفسه في لبسه واكله ونظافته
- اتركى لطفلك الحرية في الاختيار او باتخاذ قرار.
- لا تدليلي طفلك زيادة عن المعقول لأنه سيصبح اتكالي
- اتركى ابنك يخرج الى الشارع من دون الخوف عليه كثير لكي لا يكون منسحباً وخجولاً

- اعدلي في معاملتك لطفلك المعاق مع إخوته لتقادي الغيرة والكره بينهم
- لا تعودي طفلك بشراء اللباس الغالي الثمن وتوفير كل مايريداه ويريد فيصبح الطفل متطلباً ولأنه من الصعب على الأهل ان يلتزموا بالمصاريف في المستقبل.

- **أسلوب المواجهة :** هو أسلوب تحاول الأمهات من خلاله مواجهة الإعاقاة بالبحث عن حلول او طرق للتكيف مع الإعاقاة وتسييرها. ثم توجهت المرشدة بالسؤال : ماهي الطرق التي تم استخدامها لمواجهة إعاقاة الطفل من لحظة ولادته الى الآن ؟ وفتحت باب المناقشة واتضح من ردود أفعال الأمهات انها كانت تقريبا متشابهة باستخدام أساليب غير

فعالة لمواجهة الإعاقة مما انعكس سلبا على تكيفهن مع وضعية الإعاقة. و من خلال المناقشة تبين كذلك ان معظم الأمهات يعانين من نقص السند الاجتماعي حتى من الأزواج كما أنهن لم يفكرن بالانخراط في جمعية لذوي الإعاقات الذهنية و لم يحضرن اجتماع أولياء الأمور على مستوى المراكز النفسية ولم يتابعن دورات تدريبية لتعلم أساليب طرق المعاملة السليمة مع هذه الفئة من الأطفال . وبعد المناقشة أعطت المرشدة بعض التوجيهات منها :

- حوالي الاطلاع على الانترنت او من خلال الكتب على كل جديد في مجال الإعاقة
- حوالي تخصيص وقت لطفلك بملاحظة تصرفاته ولفهمه لتفادي الغلط في ردة فعلك
- الاستعانة بمختص نفسي للجوء اليه ليساعدك على فهم سلوكيات ابنك المعاق
- حولي الالتحاق بالجمعيات الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة للاحتكاك بأمهات آخرين ولتستفيدي أكثر من تجاربهن
- حوالي تحميل فيديوهات من الانترنت لكيفية التعامل مع طفل معاق لكي ولأفراد الأسرة
- أسلوب الانسحاب الاجتماعي : هو محاولة الأهل للهروب من الأقارب والمحيطين بهم ومن أعين الناس وهذا اعتقادا منهم أنهم سخرية الناس او لتفادي نظرات الشفقة. و توجهت المرشدة بالسؤال للأمهات عن علاقتهن بالأهل والمجتمع بصفة عامة فكانت إجابتهن جد محبطة وتوحي بمدى الحرج الذي تحسه الأمهات من إعاقة ابنائهن ، فأشارت واحدة منهن إلى معاناتها من مشاكل عائلية بقولها (انا حقروني وطاحت قيمتي من نهار ولدت هاد الطفلة) اما بخصوص علاقاتها مع اهلها قالت(انا اهلي وقفو معايا ومخلاونيش واهل راجلي يحشمو بيا) ، وأضافت ام أخرى (في الزنقا كي نكون نمشي قاع ايشوفو فيا مع وليدي.. المجتمع مايرحمش وايعامل ولادنا شغل مهابل ولا فيهم مرض معدي) ، وتضيف ام أخرى (انا راجلي ماعلابالوش قاع بيا ياكل ويرقد ومايسقسش على وليدو وجامي ايعنقوا ودايما يعيط اعليه) ، وأضافت أخرى (انا راجلي دايما يقلي ماقدرتنيش اتجيبني طفل كيما الناس) وتضيف اخرى (انا اتزوجت كبيرة وبعد عامين جبت هاد الطفلة و راجلي راه ايهددني يتزوج اعليا باش يجيب دراري صحاح) ، وأضافت ام أخرى قائلة (انا وليدي ايهدلني قدام الناس سورتو كي ايعيط ويتمرغ في الارض اعلابيها حلفت مانخرجوش معايا) ، وتقول

أخرى (انا عندي اربع ولاد وكنت حابة نطلق كان عندي مشاكل مع باباهم وجبت هاد الطفلة غلطة ماكنتش ناوية انزيد ذراري بصح ربي زادلي هم واحد اخر) ، وتضيف اخرى قائلة (انا اهل راجلي ماحبونيش نرجع للدار كي جبت هاد الطفلة ايقولولي جبتي مهبولة،حتى لعراس ولعرضات تايعهم مانرووحش) ، وبعد سماع آراء الأمهات أعطت المرشدة بعض الإرشادات منها :

- لا يجب على الأمهات رفضهن لاصطحاب طفلها إلى الخارج وإظهاره للمجتمع
 - إكساب طفلها السلوك التكيفي وتساعده على انخراطه معهم وعدم بقاءه منعزلاً في المنزل
 - تعويده على المساعدة في الأعمال المنزلية حتى وإن كانت مشاركة بسيطة
 - مساعدة الطفل على إدراك المعاني والمفاهيم اللغوية وقدرته على التطبيق والكلام وتشجيعه على الاتصال اللفظي والتفاهم مع الآخرين .
 - إكسابه المهارات الأساسية في الحياة اليومية ،كإدراك الوقت والزمن ومهارات التنقل واستخدام المواصلات والتعامل بالنقود والأرقام والاتصال بالآخرين
 - تدريب الطفل مهارات أخرى كالهاتف والتلفاز
 - تعليمهم بوجود الشرطة ومهامها
 - إفهامه معنى التحرش الجنسي
 - تنمية مهاراته الاجتماعية ، كاحترام العادات وآداب الحديث والسلوك والتعاون
 - إدماج الطفل المعاق بين أفراد العائلة وعدم عزله
- محاضرة :** وبعدها أضافت المرشدة أساليب أخرى وأعطت شرحاً مبسطاً لها :

- **أسلوب الإهمال:** "هو عدم الاكتراث بمشاعر الطفل المعاق وأحاسيسه، وانعدام الاهتمام بشؤونه وحاجاته ، أي يكون الوالدان حاضرين غائبين في حياته ،ويمكن تعريفه أيضاً "بأنه عدم تشجيع الطفل على السلوك المرغوب فيه، أو الاستجابة له. وعدم محاسبته على السلوك غير المرغوب فيه، وترك الوالدين الطفل بلا إرشاد أو توجيه إلى جانب عدم الاهتمام بمشكلاته وآرائه ووجوده. ويأخذ الإهمال صورتين: إهمال مادي وآخر معنوي، والإهمال المادي يظهر في إهمال حاجات الطفل الخاصة (الطعام، اللباس، الدفء، النظافة، النوم) وكذلك الحرمان المعنوي من التشجيع والتوجيه والمساعدة ومن الحب والقبول

- **أسلوب التدليل والقلق الزائد:** نموذج من نماذج الحب المفرط أو الشفقة على حالة الطفل وينطوي على تلبية طلبات الأبناء المعقولة وغير المعقولة، والتجاوز عن أخطائهم ومساعدتهم في كل عمل يودون القيام به ويقيد الأولياء نشاط الأبناء بدافع الخوف عليهم من التعرض لأي حادث أو عدوى، ولا يشجعون أبناءهم على اللعب حرصاً على راحتهم، وإذا مرضوا اهتموا بهم أكثر مما ينبغي ولا يسمحون لهم بالاختلاط بغيرهم والخروج إلا مع الكبار خوفاً من الغرباء والسيارات، ويستجيب الأطفال لهذه المعاملة الاتكالية على الوالدين وتكمن الخطورة في أن المدلل يظل طفلاً حتى في مراهقته، وقد يعجز عن الاعتماد على نفسه، وينهار أمام كل أزمة تواجهه، وقد يستغلون الأطفال شعورهم بأهميتهم الزائدة ضد والديهم

- **أسلوب النبذ والرفض:** يسلك بعض الآباء مع أطفالهم المعاقين أشكالاً من السلوك تحسس الأطفال بأنهم منبوذون أو غير مرغوب فيهم أو غير محبوبين من قبل والديهم وليس لهم قيمة. ويعرف النبذ والرفض "بأنه عدم تقبل الطفل وربما كراهيته ورفضه وعدم تكريس الوقت والجهد اللازمين من قبل الوالدين لرعايته، والعمل على إشباع حاجاته وتيسير متطلبات نموه ويعرف أيضاً "بأنه رفض أحد الوالدين أو كليهما معاً للطفل المعاق وعدم إظهار الحب له والتعاطف معه في المواقف المختلفة، وقلة الاهتمام به وحرمانه من تحقيق رغباته أياً كانت، مما يؤدي إلى عدم إشباع حاجاته النفسية الأساسية، كالحاجة إلى الحب والأمن والعطف والانتماء". وأشارت هنا المرشدة الى أن الطفل يحس من خلال معاملة أسرته له أنهم يتعبونه، بمختلف الأساليب التي تثير ضيقه وتشعره بالنقص والدونية، مثل التأييب والسخرية والتوبيخ واللوم

- **أسلوب التذبذب:** ويقوم هذا الأسلوب على عدم اعتماد الوالدين أسلوباً تربوياً واحداً في تربية الطفل المعاق وتنشئته، وعدم استقرار أحد الوالدين أو كليهما على استخدام أساليب موحدة في الثواب والعقاب (شخص يعاقبه والآخر يمدله)، مما يفقد الطفل قدرته على تمييز السلوك المرغوب فيه من السلوك غير المرغوب فيه، ونرى أن أسلوب التذبذب في معاملة الطفل راجع لعدم اتفاقهما على أسلوب واحد، فيثاب الطفل على سلوك مرة، ويعاقب عليه مرة أخرى، جهلاً منهم لشخصية وسلوك الطفل المعاق

- **أسلوب التفرقة :** ويتمثل أسلوب التفرقة في عدم المساواة بين الطفل وإخوته في المعاملة الوالدية، وذلك بتفضيل إخوته عليه أو تفضيله هو عليهم لوجود إعاقة لديه ، ويتمثل التفضيل في المواقف الانفعالية والعاطفية والاجتماعية والمادية. والواقع أن أسلوب التفرقة في معاملة الأطفال في الأسرة الواحدة سواء من جانب الأم أو من الأب أو كليهما معاً يعني أن يحظى المفضل من الأطفال على القسط الوافر من الاهتمام وتلبية الطلبات والامتيازات وتكون هذه الامتيازات على حساب الطفل الأقل شأنًا ويولد ذلك الغيرة والكره بينهم والميل الى الانتقام من الطفل المدلل من طرف اخوته
- **أسلوب إنكار الإعاقة:** هذا الأسلوب خاص بعلاقة الوالدين بالطفل المعاق عقلياً. يبدو الإنكار من خلال سلوك الوالدين تجاه طفلهما القائم على عدم الاعتراف بإعاقته العقلية بهدف التخفيف من وقع المشكلة عليهما، ويعني هذا أنهما لا يقبلان الطفل كما هو، فيتوقعان منه ما يتوقع الآباء من طفل عادي في مثل عمره. ولكن كلما زاد عمر الطفل تواجه إعاقة الطفل الأبوين بحقيقة وجود المشكلة. فإن نكران حالة وجود الإعاقة عند الطفل وميل الوالدين إلى اعتبار الطفل غير معاق وانه مختلف فقط عن الآخرين في سلوكيات ستزول فيما بعد، إن هذا النكران يؤدي إلى ضياع ، وإلى تشويش العلاقات الأسرية، ويؤدي من ثم إلى إهمال الوالدين ورفضهما له، ونؤكد إلى الحاجة الماسة لدى الطفل المعاق إلى الحب والقبول ، وهي حاجة أولية لا بد من إشباعها. وإن عدم إشباع ذلك يولد لديه شعوراً بعدم الارتياح وعدم الثقة بالنفس وعدم الثقة بالآخرين، فينسحب ويرتد إلى ذاته ويتخذ موقفاً عدوانياً من المحيط قد يصل به الأمر إلى تبني السلوك العدوانى.
- **المناقشة :** أنهت المرشدة الأساليب بإعطاء الأم إرشادات عامة لتعديل سلوكها (بطاقة إرشادية)
- على الام التخلص من مشاعر الذنب بأنها قد ارتكبت ذنباً وأن الله قد عاقبها على ذلك. ويجب تقبل الطفل الذي يعد قدرها ونصيبيها الذي اختصها الله به، وأن عليها أن ترضى بقضاء الله وأن تحمده سبحانه على ذلك.
- تقبل الطفل المعاق كما هو واعتباره طفلاً بالدرجة الأولى ومعاقاً بالدرجة الثانية
- إن الطفل المعاق بحاجة إلى الشعور بالتقبل كفرد له قيمة من قبل الآخرين

- معاملة الطفل بطريقة تتناسب مع مستواه العقلي والعاطفي ومقدرته على الإنجاز وليس بناء على عمره الزمني
- الأم يجب تشجيعه على التقدم للمرحلة التالية من النمو دون أن تتوقع منه الكثير
- التفهم بأن طفلها يعاني من صعوبات عقلية لذا يحتاج الى الحنان والأمان
- يجب تقبل سلوك الطفل والابتعاد ولا يجب توبيخه
- تعليم الطفل الاستقلالية والاعتماد على النفس في الملبس والمأكل وقضاء الحاجة والنظافة وتجنب الحوادث
- مساعدة الطفل المعاق على اكتساب مهارات حركية كممارسة الرياضة وتحسين مقدرته على الانتباه والتركيز كإشغاله بألعاب الذكاء
- تعليم الطفل مهارات النمو اللغوي بتدريبه على التخاطب مع اخوته ومساعدته على إدراك معاني الألفاظ والكلمات.
- مساعدة الطفل المعاق في اكتساب بعض المهارات اليدوية والألعاب لشغل الفراغ.
- مساعدته على الضبط الانفعالي وإظهار الانفعالات المناسبة كعدم الصراخ عند الغضب
- استخدام الدمى لتعليم الطفل المرحاض والاستحمام والاعتسال
- مراعاة الخروج مع الطفل والتجوال واحتكاكه بالآخرين
- في بعض الحالات نلاحظ لدى الطفل المعاق حبه للسيطرة على اخوته وهذا الأسلوب هو أسلوب تعويضي يحاول به سد العجز الذي يشعر به في القدرات المفقودة لديه، يظهر هذا بدرجة كبيرة في سن المراهقة حيث المشاعر النفسية التي تؤدي إلى السمات السلوكية السلبية
- إن إخوة وأخوات الطفل المعاق عقلياً يتعاملون معه على أنه متخلف وعنده نقص وقد يتجه بعض الإخوة إلى تجنب التعامل أو الحديث عن أخيهم المعاق، وأكثر من هذا فإنهم قد يعملون على إخفائه عن الأهل والجيران وعدم الظهور معه في الأماكن العامة لذلك فعلى الآباء توعية وتبصير الإخوة والأخوات وإشراكهم في رعاية أخيهم
- عدم إغراق الطفل في الحماية الزائدة والخوف الشديد عليه لأنه يستغل ذلك لكسب حب والديه لوحده

- إن عدم شعور الطفل المعاق بالمساواة بينه وبين أخوته يؤدي إلى استجابات سلبية فيتوقع على نفسه
- تزايد التوتر والمشاكل بين الوالدين لا يحقق أي نجاح مما يؤدي إلى إجهاد الأسرة خصوصا إذا كانت المشادات أمام أعين الطفل
- فهم مظاهر السلوك المضاد كالعدوانية والميل إلى إيذاء الآخرين ومحاولة تعديل سلوكه
- اختتام الجلسة بواجب منزلي: أنهت المرشدة الجلسة بإعادة تلخيص لما تم عرضه و طلبت منهن واجبا منزليا من خلال الإجابة عن السؤال التالي : عليك ملاحظة طفلك في البيت ماهي السلوكيات التي يكررها وتثير غضبك وتريدين تغييرها ؟ والواجب المنزلي يتطلب محاولة الأم لتغيير أسلوبها في المعاملة ومن ثم ملاحظة التغيير الذي يحدثه هذا في سلوك الطفل وقد أكدت المرشدة في نهاية الجلسة على أهمية القيام و انجاز هذا الواجب .

- الجلسة الخامسة:

- عنوان الجلسة : الاسترخاء
- هدف الجلسة : تدريب الأمهات على الاسترخاء لخفض التوتر والقلق و محاولة التخلص من الضغوط الناتجة عن الإعاقة
- فديوات الجلسة : المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، تمارين الاسترخاء ، واجب منزلي
- سير الجلسة : في بداية الجلسة رحبت المرشدة بالأمهات وبدأت بتلخيص ما دار في الجلسة السابقة ، و قامت بتذكيرهم بالواجب المعطى و بعد مناقشته اتضح أن أكثر السلوكيات التي تثير غضب الأم و يجعلها تتبنى أساليب سلبية في التعامل هي: العناد، العدوانية، الفوضى والتخريب، الصراخ المتكرر، البكاء، ومن بين السلوكيات التي حاولت إحدى الأمهات تغييرها هي الخوف الشديد على الطفل والتقليل من تدليله ، أما أخرى تقول أنها كانت تتحكم في غضبها عندما كانت تصرخ لكي لا تضربها واستطاعت ذلك ، و ذكرت أخرى أنها تركت ابنها يستحم لوحده مع مراقبته لتعوده على الاعتماد على نفسه ، وقد أضافت أم أخرى أنها من خلال المحاضرة السابقة أحست بأنها كانت قاسية طوال

الوقت مع طفلها وأصبحت تعانقه وكانت جميع الأمهات موافقات على ذلك أحسن بالذنب، وتعلمن كيف تعوضن ذلك بأساليب تتسم بالحب و التقبل، و من هنا تبين للمرشدة أن معظم الأمهات أصبحن أكثر تقبلا وتسامحا مع ابناءهن ، و قد صرحت اغلب الأمهات أن هذا التغيير قد أثر على أطفالهم الذين أصبحوا أكثر هدوءا وإيجابية في سلوكهم. وبعد الحوار والمناقشة الجماعية واصلت المرشدة الجلسة بتعلم تمارين الاسترخاء التي تفيد في التخلص من التوتر و القلق و قد اتضح لديها عدم معرفة الأمهات لهذا الأسلوب و ذكرت انه يعتمد على شد وإرخاء العضلات حتى يشعر الفرد في النهاية انه مسترخ ومسترريح ودافئ ثم قدمت المرشدة المحاضرة للتوضيح :

المحاضرة : يعتبر الاسترخاء واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وهناك عدد من أساليب الاسترخاء التي عرفتتها معظم الشعوب منذ وقت طويل، وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي. ويساعد الاسترخاء على خفض نسبة التوتر وحدته، ووجدوا الباحثون أن تمارين الاسترخاء تساعد على خفض ضغط الدم وأيضا خفض احتمال الإصابة بأمراض القلب وتحسن النوم وتقوم بخفض مستوى الصداع النصفي. و يخفض من حدة الصداع التوترية، ويقلل من اضطرابات الأمعاء وبخاصة القولون العصبي، والتدريب على الاسترخاء يقلل الشعور بآلام الجسم ووجدوا أنه يؤثر بشكل ايجابي بتقليل جميع الاضطرابات النفسية ، وأشارت المرشدة الى ثلاثة عوامل مهمة جدا يجب ذكرها والتركيز عليها، وهي تحدد مدى الاستفادة من تمارين الاسترخاء

1. الدافعية: أن توجد لدى الأم دافعية للحصول على الاسترخاء. وتعلم وسائل الاسترخاء وطرقها ان كانت هذه الدافعية موجودة فستحصل على درجة استرخاء عالية.
2. الفهم: يجب أن تفهم الأم الأسباب التي دفعتها للقيام بهذه التمارين وما هي الفائدة منها
3. الالتزام: يجب ان تلتزم الأم بالاستمرار بممارسة التمارين،و يجب أن تحدد فترة زمنية يومية تقوم من خلالها بهذه التمارين

طرق الاسترخاء: التنفس العميق: من المعروف أن عملية التنفس هي عملية ميكانيكية يتحكم بها الجهاز العصبي وهذه العملية تبدأ منذ اللحظات الأولى من عمر الإنسان وهي تتأثر بنفسية الفرد ويمكن من خلال طريقة التنفس للفرد المتوتر أن ندرك مدى توتره أو كآبته أو قلقه. وهذا يعني أن الإنسان الذي يعاني من توتر أو قلق أو اكتئاب سوف لا يحصل على كمية الأكسجين الضرورية التي يحتاجها الجسم بسبب طريقة تنفسه التي قد تكون سريعة فلا يمكن الجسم من الحصول على الكمية المطلوبة من الأكسجين وإخراج كمية ثاني أكسيد الكربون. فان تمرين التنفس العميق يوفر كمية الأكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم وينقل العقل والجسم إلى حالة استرخاء ويحسن من الدورة الدموية في منطقة البطن.

تمرين التنفس العميق يكون على الخطوات التالية:

- الجلوس بشكل مستقيم والقدمين متباعدتين بعض الشيء، أو أثناء الاستلقاء على الأرض إغلاق العينين، وتخيل عالم آخر خيالي جميل أو تذكر مكان تحبه، وذلك لتقليل من المؤثرات الخارجية.
- نضع أحد اليدين على منطقة الصدر والأخرى على منطقة البطن (مكان السرة). الهدف هو استشعار ارتفاع اليد الموضوعة على البطن أكثر من الصدر فهذا دليل أن كمية الهواء جيده وتصل جميع أنحاء الرئة.
- نأخذ الهواء بشكل بطيء من خلال الأنف حتى يشعر أن يده الموضوعة على منطقة البطن ارتفعت قليل
- إذا شعرتن بارتفاع اليد على البدن يقوم بحبس الهواء في الرئتين لفترة زمنية حسب قدراتنا نفسها وشعورنا بالارتياح وقد يأخذ 3 ثوان أو خمس ثوان أو تمتد لفترة العد من 1 الى 3 .
- نقوم بإخراج الهواء بشكل بطيء من منطقة الفم وتكرر هذه العملية (الاستنشاق من الأنف وحبس الهواء ثم زفره من الفم) 3 مرات
- يفضل تطبيق هذا التمرين 3 مرات في اليوم فهو سريع وجيد جدا ويعتبر من أفضل أنواع تمارين الاسترخاء ويمكن ممارسته بكل سهوله وسنلاحظ بعد الاسترخاء أن عضلات الوجه قد ارتخت وان نبرت الصوت تغيرت وتهدأ وتنخفض.

- **الاسترخاء العضلي:** يستخدم أسلوب الاسترخاء عادة إما كأسلوب علاجي مضاد للقلق و التوتر. ونلاحظ عندما تنقبض كل عضلة من الجسم وينتج من الانقباض والانبساط من الشحنات الكهربائية وهذه الشحنات تنتقل إلى جزء في المخ، والاسترخاء يعمل على تقليل هذه الشحنات المنتالية من الكهرباء برجع الجسم إلى حالة الاتزان، ولكي نترك عملية الاسترخاء الأثر الفعال يجب أن تتوفر الشروط التالية:

1. **الوقت:** الاسترخاء العضلي يحقق أكبر فائدة إذا مورس مرتين في اليوم بفارق زمني 8 ساعات، ويجب تحاشي الاسترخاء بعد الطعام مباشرة أو قبل النوم مباشرة. ويفضل قبل النوم بثلاثة ساعات.

2. **المكان:** احرص على أن يكون المكان الذي ستمارس به التمرين هادئ بعيد عن الضوضاء بأنواعها وبعيد عن الأسرة حتى لا يقاطعك الأطفال أو احد الأفراد أثناء ممارستك الاسترخاء.

3. **وضع الجسم:** ممكن ممارسة الاسترخاء العضلي العميق على شكل الاستلقاء على سرير مريح أو على الأرض شرط أن يكون الجسم في وضع استقامة أو ونحن في وضع جلوس على كرسي مريح ويفضل أن يحتوي على ذراعين وظهر عالي، في حالة الاستلقاء على الأرض ممكن وضع وسادة تحت الرقبة لسند الرأس ويجب تجنب أي شيء يسبب الشد للجسم ويفضل إغلاق العينين والابتداء بالتنفس العميق.

1. **التطبيق:** ثم استعانت المسترشدة بوحدة من الأمهات لتطبيق تمارين الاسترخاء العضلي ثم أملت عليها التمارين كالتالي :

1. خذي نفسا عميقا ثم احبسي الهواء لمدة 10 ثواني، بعد ذلك أخرجي الهواء.

2. ارفعي يديك قليلا و أنتي تتنفسين بشكل طبيعي ثم أعيدي يديك إلى وضعها السابق على الكرسي.

3. ابعدي يديك إلى الجانبين وضميها في قبضه قوية جدا، حاولي أن تشعري بالضغط والجهد

على يديك، ساعد من 1 إلى 3 وعندما تصل إلى 3 أريديك أن تخفضي يديك . 1..2..3

4. ارفعي يديك إلى أعلى ثانية، واثني أصابعك إلى الداخل (ناحية الجسم)، الآن اخفضي يديك واسترخي.

5. ارفعي ذراعيك ثم اخفضيهما واسترخي.

6. ارفعي ذراعيك ثانية، هذه المرة حركي يديكي بشكل دائري (رفرقة) استرخي ثانية.
7. ارفعي ذراعيك ثانية ثم استرخي.
8. ارفعي يديك ثانية فوق المقعد ثم شدي عضلات جسمك حتى ترجف، تنفسي بشكل طبيعي وابقى يديك مرتخية
9. ارفعي يديك أمامك ثم شدي عضلات جسمك (تأكدي من انكي تنفسي بشكل طبيعي)
10. الآن ادفعي كتفك للخلف، ابقى على هذا الوضع، تأكدي أن ذراعيك في حالة استرخاء الآن استرخي.
11. ادفعي كتفيك إلى الأمام، ابقى على هذا الوضع، تأكدي من أنكي تنفسي بشكل طبيعي وابقى يديك مسترخية (حسنا استرخي لاحظي الإحساس بالارتياح عند إرخاء العضلات بعد شدها)
12. الآن أميلي رأسك إلى اليمين وشدي رقبتك. استرخي وأعيدي رأسك إلى وضعه الطبيعي.
13. الآن أميلي رأسك إلى اليسار وشدي رقبتك ثم اعدى رأسك إلى وضعه الطبيعي.
14. عدي برأسك قليلا للوراء ناحية المقعد. ابقى على هذا الوضع . حسنا الآن ببطء اعيدي رأسك إلى وضعه الطبيعي.
15. هذه المرة اخفضي رأسك ناحية الصدر. أبقى على هذا الوضع. الآن استرخي وأعيدي رأسك إلى وضعه الطبيعي المريح.
16. افتحي فمك إلى أقصى ما تستطيعي، افتحي فمك أكثر، استرخي الآن، (يجب أن يكون الفم مفتوحا قليلا في النهاية) .
17. الآن اضغطي على شفثيك وأغلقي فمك. (استرخي حاولي ان تشعرى بالاسترخاء) .
18. الآن اضغطي على شفثيك وأغلقي فمك. اضغطي بشدة ... توقفى، استرخي واسمحي للسانك أن يكون بوضع مريح داخل الفم.
19. الآن ضعي لسانك في أسفل فمك، اضغطي لأسفل بشدة، استرخي واجعلي لسانك في وضع مريح داخل فمك.
20. الآن (اجلسي) واسترخي، حاولي أن لا تفكري بأي شيء.
21. الآن أغلقي عينيك واضغطي عليهما بشدة ثم تنفسي بشكل طبيعي، حاولي أن تحسي بشد

- (. العضلات حول العين، الآن استرخي (حاولي أن تشعرى كيف يذهب الألم عندما تسترخي).
22. الآن دعبي عينيك تسترخ وابقى فمك مفتوحا بعض الشيء.
23. افتحي عينيك إلى أقصى حد ممكن. ابقى هكذا . دعبي عينيك تسترخ الآن.
24. الآن جعدي جبهتك قدر المستطاع. ابقى هكذا . حسن استرخي.
25. الآن خذي نفسا عميقا ولا تخرجيه ثم استرخي.
26. الآن ازفري، اخرجي كل الهواء واسترخي (حاولي أن تحسى بالتنفس ثانية).
27. تخيلي أن أثقالا تضغط على كل عضلات جسمك مما يجعلها مترهلة ومسترخية، ادفعي بذراعيك وجسمك إلى المقعد.
28. شدي عضلات بطنك جميعا، اضغطي بشدة، حسنا استرخي الآن.
29. الآن أجهدي عضلاتك ، اجعلي بطنك صلب، استرخي الآن، (أنتي الآن تسترخي أكثر فأكثر).
30. الآن استكشفي الجزء العلوي من جسمك وأريحي كل جزء مجهد، أولا عضلات الوجه (توقفي من 3 إلى 5 ثوان) كتفك، أريحي أي جزء مجهد. (توقفي) الآن الذراعين والأصابع أريحيهم ستصبحي مسترخية جدا.
31. عند الوصول إلى هذه الحالة من الاسترخاء ارفعي رجلك إلى الأعلى (بزواية 45 درجة تقريبا) الآن استرخي
32. الآن أثنى قدميك أصابع قدميك ، أرخي قدميك ، اثني قدميك بشدة، استرخي.
34. الآن لفي أصابع قدميك على بعضهما، إلى أقصى ما تستطيع، اضغظ أكثر حسنا. استرخي (هدوء .. وصمت لمدة 30 ثانية تقريبا).
35. هذا يتم الإجراء الأساسي للاسترخاء، الآن استكشفي جسمك من قدميك إلى قمة رأسك، تأكدي أن جميع عضلاتك مسترخية ... أولا أصابع القدمين ، ثم قدميك ثم رجلك، ثم بطنك وكتفك ، ثم رقبتك فعينيك وأخيرا جبهتك، جميع أعضائك يجب أن تكون مسترخية الآن (هدوء وصمت لمدة 10 ثوان تقريبا) حاولي أن تشعرى بالاسترخاء، ودفء الاسترخاء (توقفي) أريدك أن تبقى على هذا الوضع لمدة دقيقة تقريبا ، وسأعد حتى 5

عندما أصل في العد الى 5 افتحى عينيك بهدوء شديد وراحة (هدوء ، صمت لمدة دقيقة تقريبا)

- **المناقشة :** وبعد عرض خطوات الاسترخاء العضلي كانت الأمهات تراقب كل خطوة بتمعن ثم طلبت المرشدة من الأمهات المشاركة معا للقيام بالتمارين مع ذكر كل خطوة أثناء الاسترخاء بطريقة واضحة مع إعطاء التعليمات الآتية : يجب أن نجلس على الكرسي بشكل مريح ، مع عدم التفكير بشيء إلا الاسترخاء و عدم وجود شيء ضاغط على الجسم .ولابد من التميز بين إحساس الشد مقابل الإحساس بالاسترخاء والراحة ، بعد ذلك تم تطبيق الاسترخاء بطريقة جماعية مع جميع الأمهات وذلك بإتباع الخطوات من خلال فيديو حيث قامت الأمهات بغلق الأعين والتخيل وكان الهدف من ذلك التقليل من القلق لديهن وبعد الانتهاء من التخيل طلبت منهن الاسترخاء والتنفس بعمق بأخذ نفس منتظم وإرخاء العضلات ثم فتح الأعين يبطئ والجلوس باستقامة وبعد أن انتهيت من تطبيق هذا التمرين طلبت المرشدة وصف شعورهن فقالت واحدة (راني نحس روعي خفيفة) وأخرى (حسيت روعي كنت نحلم) وأضافت أخرى (راني فرحانة كي جربت هاد الاسترخاء) وكانت اجابات أخرى : مسترخية، ذهب القلق، أريد ان أنام ، اشعر بالهدوء

- بعد ذلك وفي نهاية الجلسة تم إعطاء الأمهات شريط فيديو وطلبت المرشدة تطبيق تمارين الاسترخاء على الأقل مرة يوميا وعليهن تقييم على ورقة هذا التدريب وانعكاساته على حياتهن

- **الجلسة السادسة**

- **عنوان الجلسة :** فعالية تمارين الاسترخاء لخفض التوتر (تابع للجلسة الخامسة)

- **هدف الجلسة :** التعرف على مدى فعالية تمارين الاسترخاء لخفض التوتر و مدى تحكم الأمهات في تطبيق التمارين في الحياة اليومية.

- **فنيات الجلسة :** الحوار - المناقشة -التعزيز - تمارين الاسترخاء-واجب منزلي

- **سير الجلسة :** في بداية الجلسة تم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة ثم قامت المرشدة بالتعليق على بعض النقاط التي وردت في تقارير الأمهات في الجلسة السابقة على أسلوب التدريب على الاسترخاء وقد صرحت بعض الأمهات على الإحساس بالصداع المؤقت بعد تطبيق الاسترخاء وهناك من صرحت انها قامت بتطبيق التمارين مرة واحدة

نظرا للانشغال بأمر عائلية، وهنا ذكرت المرشدة أهمية القيام بهذه التمرينات يوميا وباستمرار. ومن خلال فيديو على الكمبيوتر لتمرينات الاسترخاء قامت المرشدة بإعادة التدريب على التمارين مع الأمهات، وقد لاحظت المرشدة بعد الانتهاء من أن بعض الأمهات أصبحن أكثر تفاعلا ونشاطا ولا تظهر عليهن علامات القلق والتوتر وحركاتهن أصبحت أكثر مرونة، وفي نهاية الجلسة طلبت المرشدة منهن الاستمرار في تطبيق الاسترخاء يوميا وكتابة تقرير يومي عن ذلك

- **الجلسة السابعة:**

- **عنوان الجلسة: الجلسة الختامية**

- **هدف الجلسة:** إعادة تطبيق مقياس المعاملة على الأمهات والتأكد من فعالية جلسات البرنامج في تعديل الأساليب السلبية لدى الأمهات والتأكيد على أهمية التدريب على الاسترخاء باستمرار

- **فنيات الجلسة:** المحاضرة، الحوار، التعزيز

- **سير الجلسة:** بدأت المرشدة الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي عن الوقت الذي تخصصه الأمهات لاستخدام تمرين الاسترخاء، فكانت الإجابة بين 5 إلى 10 دقائق. مرتين أو ثلاث بالأسبوع وكان هذا بمثابة تقدم أحرزته الأمهات، فقامت المرشدة بشكرهم وتشجيعهم على هذا التقدم، ووزعت عليهم مقياس المعاملة

محاضرة: عرضت المرشدة بشكل موجز الأساليب السلبية المتبعة اتجاه الطفل وما يترتب على ذلك من آثار سلبية على الطفل المعاق وهذا للتذكير بأهمية الرفق واللين مع أولادهم لذلك فعليها إتاحة الفرصة له للتعبير عن آرائه، والتحلي بالصبر وتعزىها له عن طريق الثناء والمدح لطفلها، كما وضحت أن الأساليب السليمة في التنشئة السليمة هي التي تقوم على التقبل والتسامح، ويظهر هذا من خلال الاهتمام بالمواقف المختلفة لتنشئة الطفل المعاق والتي تتمثل في الاهتمام بالتغذية والنظافة، وضبط وظائف الإخراج لديه، وضبط سلوكه العدواني، والاهتمام بمواقف الإستقلال. الإهتمام بمحاسن الطفل بدل من النظر إلى إعاقته على أنها وصمة عار، وقضاء وقت في مداعبته وتقبيله والخروج معه في رحلات وزيارات للأقارب والأصدقاء. ونبهت الباحثة المترشحات إلى ضرورة الابتعاد عن الأساليب القائمة على الحرمان والقسوة والعقاب البدني بالضرب، وأن يكونوا أكثر تسامحا وتساهلا

ومرونة في معاملة طفلهم المعاق، خصوصا أن هذا الطفل له مشاكل صحية كثيرة وفي حاجة إلى مراجعة الأطباء باستمرار، وقد يدخل إلى المستشفى لفترات طويلة، وأشارت أيضا إلى تجنب الاتكالية

بشعوره الدائم بالاعتماد على الأم في حركته و تنقلاته مما يجعل رعايته من الأمور الشاقة والصعبة ، وأخيرا حرصت على تذكيرهم بأساليب التعامل التي تقوم على الحب والعطف والمودة و البعد عن العقاب والتشدد و التملك والتسلط مما يؤدي إلى التقليل من ظهور السلوكيات العدوانية عند الطفل وهذا سينعكس إيجابا على إحساس الأم و التقليل من شعورها بالضغط والتوتر. وبعد انتهاء المحاضرة وزعت الأم المقياس على الأمهات .

بعدها أرادت المرشدة أن تعرف رأي الأمهات في البرنامج الإرشادي و تبين من إجاباتهن أن البرنامج كان مفيدا جدا حيث ساعدهم على التعرف على سلوكهم الخاطئ ، كما اكتشفن من خلال البرنامج مخاطر وأضرار أساليبهم في تنشئة أطفالهن وحياتهم على قدراتهم وفي ختام الجلسة شكرت الباحثة جميع الأمهات. واتفقت معهن على الاتصال بهم لتحديد موعد بعد شهرين للتطبيق البعدي للمقياس و للتأكد من استمرارية فعالية البرنامج

.ii عرض ومناقشة نتائج الفرضيات :

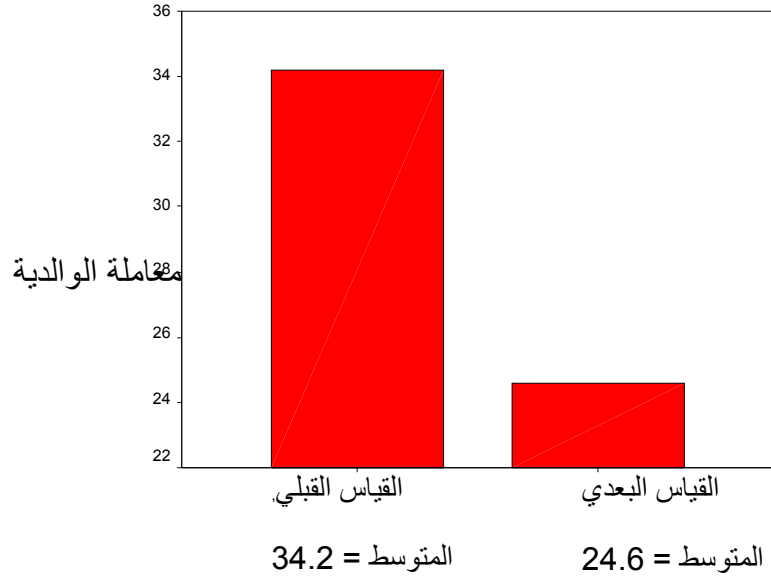
- عرض نتائج الفرضية العامة الأولى : و التي تنص على ما يلي : " تطبيق البرنامج الارشادي يعدل من أساليب المعاملة لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا" بمعنى آخر : " توجد فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياسين القبلي والبعدي يعزي لتطبيق البرنامج الارشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا " ولدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياس القبلي و القياس البعدي و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(12)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياس القبلي و القياس البعدي .

الدلالة الاحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دال عند 0.01	3.25	9	3.47	3.76	34.2	10	قياس بعدي	أساليب المعاملة الوالدية
			6.55		24.6	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياسين القبلي و البعدي ، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية (3.47) أكبر من قيمة (ت) المجدولة و المساوية (3.25)، و هذا يعني ان متوسط القياس القبلي للأساليب المعاملة الوالدية و المساوية (34.2) أكبر من متوسط القياس البعدي للأساليب المعاملة الوالدية و المساوية (24.6) ، حيث تؤكد النتائج على ان تطبيق البرنامج الإرشادي يعدل من متوسط مستوى اساليب المعاملة الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا و الشكل رقم(13) يوضح النتائج و هذا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول : "

يعدل البرنامج الإرشادي من متوسط مستوى اساليب المعاملة الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا "



الشكل رقم (13) ، التمثيل البياني لمتوسطي مستوى اساليب المعاملة الوالدية بين القياس القبلي و القياس البعدي.

- عرض نتائج الفرضية العامة الثانية : و التي تنص على ما يلي : " تمتد فعالية البرنامج في تعديل أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا إلى ما بعد انتهاء تطبيق البرنامج بفترة زمنية (فترة المتابعة) ، بحيث أن متوسط مستوى اساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الإرشادي (القياس التتبعي = التطبيق الثالث) أصغر و أقل من متوسط مستوى اساليب المعاملة لديهم قبل تطبيق البرنامج الإرشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي = التطبيق الثاني) " و لدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى اساليب المعاملة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي. و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(13)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى أساليب المعاملة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

تصميم البحث	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الاحصائية
أساليب المعاملة	القياس القبلي	10	34,20	3,76	2	733,86	16,34	دالة عند
	القياس البعدي	10	24,60	6,55	27	606,00	0.01	
	القياس التتبعي	10	23,00	3,19	29	1339,86		
	المجموع	30	27,26	6,79				

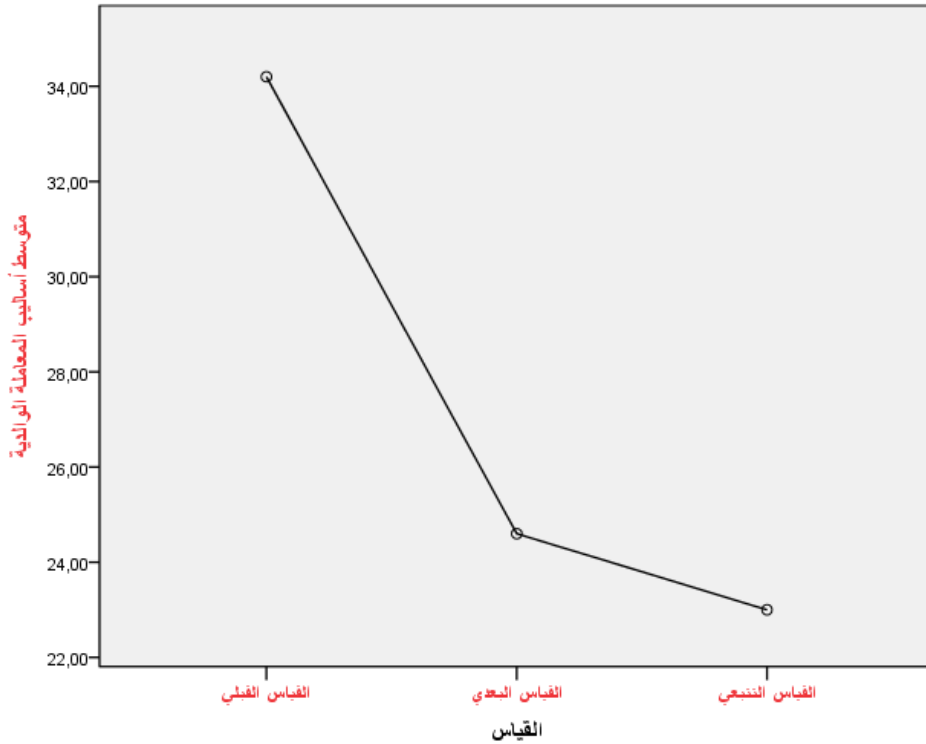
التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى أساليب المعاملة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي :

- أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، في متوسط مستوى أساليب المعاملة بين القياس القبلي و البعدي و التتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (16.34) أكبر من قيمة (ف) الجدولة ، و عليه يمكن القول ما يلي :

- متوسط مستوى أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (34.20) أكبر من متوسط مستوى أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (24.60) و القياس التتبعي (23.00) ، وهذا يعني أن تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل من متوسط مستوى أساليب المعاملة لدى الأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

- كما أن متوسط مستوى أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (24.60) يساوي تقريبا متوسط مستوى أساليب المعاملة في القياس التتبعي (23)، و هذا يعني أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يقلل ويحافظ على متوسط مستوى

أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، حيث يظهر من خلال الشكل رقم (14) الانخفاض التدريجي لمتوسط مستوى أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا حيث يستقر تقريبا في القياس التتبعي، و هذا يحقق فرضية البحث الرابعة عشر و الذي ينص على ان تأثير البرنامج يمتد في تحسين وتعديل اساليب المعاملة لدى امهات الاطفال المعاقين ذهنيا الى ما بعد انتهاء تطبيق البرنامج بفترة زمنية (فترة المتابعة) كما وجدت الفروق في متوسطي مستوى أساليب المعاملة الوالدية بين القياس القبلي والبعدي و القياس التتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج) وهي فترة المتابعة الأمر الذي يجعلنا نتأكد من أن الامهات قد استخدمن الاستراتيجيات التي تعلمنها وانتقل أثر التدريب على مواقف حياتهم حتى بعد انتهاء البرنامج وهذا مؤشر يؤكد نجاح الجلسات والبرنامج عامة وتحقق الهدف من تطبيقه



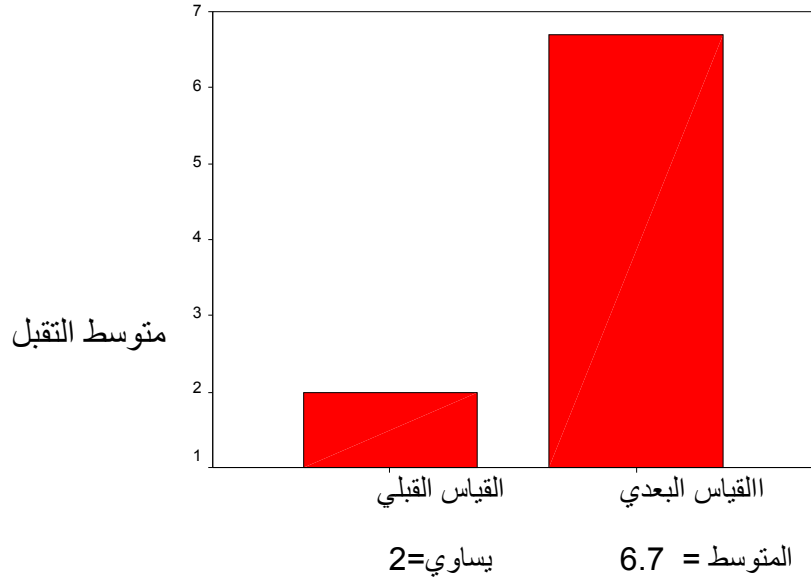
الشكل رقم (14) ، التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى اساليب المعاملة في مختلف مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى : والتي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التقبل بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي" ولدراسة هذه الفرضية و الإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى التقبل بين القياس القبلي و القياس البعدي و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(14)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى التقبل بين القياس القبلي و القياس البعدي .

الدالة الإحصائية	قيمة (ت) الجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دال عند 0.01	3.25	9	1.05	2.0	10	قياس قبلي	أسلوب التقبل
			0.67	6.7	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى التقبل بين القياسين القبلي و البعدي ، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية (-11.87) أكبر من قيمة (ت) الجدولة و المساوية (3.25)، و هذا يعني أن متوسط القياس البعدي للتقبل و المساوي (6.7) أكبر من متوسط القياس القبلي للتقبل و المساوي (2.0) ، حيث تؤكد النتائج بأن تطبيق البرنامج الإرشادي يزيد من متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا و الشكل رقم(1) يوضح النتائج وهذا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول : " يزيد البرنامج الإرشادي من متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا "



الشكل رقم (01) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى التقبل بين القياس القبلي و القياس البعدي.

وجاءت نتائج الدراسة انه "توجد فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى التقبل بين القياسين القبلي والبعدي يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ،وقد تحققت الفرضية بأن تطبيق البرنامج الإرشادي يزيد من متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين

وتشير الباحثة أن المشاركة في الجلسات أثمرت بنتائجها ، فتقبل الأم للطفل المعاق والتعايش معه بواقعية له إيجابياته مع مرور الوقت، بحيث يحصل على أفضل الخدمات التربوية والاجتماعية والصحية والنفسية، ويشترك في الأنشطة المختلفة مما يعزز ثقته بنفسه، في حين ان ظلت الأم رافضة لولدها ولم تتقبله فيؤدي ذلك إلى حرمانه من جميع الخدمات ، ومن فرص التدخل المبكر الملائمة (الخطيب،2001 ؛ المغلوث،1999) .

كما أشارت نتائج دراسة الكيلاني (1986) أن هناك علاقة إيجابية بين الاتجاهات الوالدية القائمة على التقبل للأطفال المعاقين عقلياً وبين التوافق الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، في حين توجد علاقة سالبة بين كل من الاتجاهات القائمة على التفرقة، والرفض، والقسوة، والتذبذب من جانب الوالدين وبين التوافق الاجتماعي للأطفال.

ويشير مروان (2002) إلى أن أعمق جرح نفسي يحدث للمعاق هو إحساسه العميق بعدم تقبله من المحيطين به، واستنكاره ورفضه والنظر إليه على انه مهمل لا يشاطر الأسرة نشاطاتها

فمثل هذا الأمر ينعكس على الطفل، مما يزيد من قلقه وانفعاله وعناده وتطرفه في السلوك. والامر كله راجع الى أمه بالخاص ، فإذا تقبلته وعاملته بدفء ومحبة، وقامت بتلبية احتياجاته فإن ذلك يساعد على تطوره وتكيفه، أما إذا رفضته فيزيد من الضغوط والتوترات التي يعانيها، ويزيد من شعوره بالاختلاف عن الآخرين، ويؤكد حال العجز والضعف لديه مما يؤثر ويتوقف تقبل الأم للمعاق أو رفضه على مجموعة من العوامل منها نوع الإعاقة التي يعاني منها وشدتها فكلما زادت درجة الإعاقة شدة زادت متطلبات الرعاية المستمرة للطفل، وقلت فرص تفاعله الاجتماعي، بسبب صعوبة التواصل معه، وتفهم احتياجاته، كما أن شدة الإعاقة تحرم المعاق من فرص الالتحاق بالبرامج التعليمية والاستفادة منها، وتطوير مهاراته سواء التعليمية أو التواصلية، مما يقلل من درجة تقبله، وتزيد شدة الإعاقة أيضاً من اعتمادية المعاق على الآخرين خاصة الأم أو الأخت الكبرى، مما يتقل كاهل الأسرة بأعباء إضافية قد لا تستطيع التعايش معها. (الخطيب والحديدي والسرطاوي،1992؛ الزريقات،2006؛ القارسي،2003)

وتشير الباحثة ان تقبل المعاق هي المرحلة الأخيرة من مراحل ردود الفعل التي تمر بها الأمهات خلال معرفتها بوجود الحالة، ومن المؤشرات الدالة على تقبل المعاق قيام الآباء بتعديل أسلوب حياتهم، وتواصلهم مع طفلهم، وزيادة رغبتهم في القيام بالأشياء النافعة لولدهم، والافتناع بان أشياء وحاجات متعددة يمكن أن تتجزأ، أو ستتجزأ وما ينجز سيصنع الفرق، ومن المؤشرات الدالة على التقبل أيضا تفهم الحاجات الخاصة بالطفل، ومحاولة البحث عن الخدمات المتوفرة في المجتمع، وإشراكه في نشاطات الأسرة، وبرامجها المختلفة كالرحلات وزيارات الأقارب والتسوق، أما بالنسبة إلى المؤشرات الدالة على عدم تقبل المعاق فهي الحماية الزائدة للطفل والقيام ببعض الأعمال نيابة عنه، لاعتقادهم انه لا يستطيع القيام بما يوكل له من عمل، بهذا يفقد الأهل الثقة بقدرات ولدهم، ويفقد المعاق ثقته بنفسه وبقدرته على الانجاز. فهذا السلوك في ظاهره تقبل للحالة إلا انه في باطنه رفض لها. ومن المؤشرات الأخرى لعدم تقبل الأم للمعاق الامتعاض من سلوكه، والاستياء منه، ونفده

وتجريحه وحرمانه من إشباع احتياجاته وعزله عن الآخرين (بترس، 2007؛ الخطيب وآخرون، 2006) .

ومن خلال عرضنا لمجموعة المؤشرات الدالة على تقبل الأم للإعاقة أو رفضها نستنتج أن هذه المؤشرات تؤثر على الطبيعة التبادلية للعلاقات الأسرية، فينعكس بصورة إيجابية على جميع أعضائها لاسيما الطفل المعاق ذهنيا ، فينعكس ذلك إيجابيا على مجال العناية الصحية بالطفل، وهويته الذاتية، والمجال التربوي والمهني والاجتماعي، ومستقبله سواء كان داخل الأسرة، أو ضمن المنظومة الاجتماعية الأكبر ألا وهي المجتمع المحلي الذي لا بد أن ينخرط به في مرحلة من مراحل الحياة (Tumbuland Turnbull, 1997; Wayman, Lynch and Hanson, 1991)

و يعتبر القبول والرضا النفسي هو بداية النجاح في العمل على تنمية قدرات الابن المعاق حيث يتقبل الأهل حقيقة الأمر مع علمهم بطبيعة المشكلات التي سوف تواجههم ما يدفعهم إلى تحدي أنفسهم من أجل العمل على حلها والسعي الواعي للاستمرار في حياتهم العادية مع الاهتمام برعايتهم لطفلهم ذي الاحتياج الخاص والاهتمام بأطفالهم الآخرين دون أن يكون لذلك تأثير على علاقة أفراد الأسرة وأسلوب حياتهم المعتاد .فتقبل الطفل والعمل لمصلحته يتضمن عدم الشعور بالخجل منه ويتضمن الحرص على وجوده مع باقي أفراد الأسرة داخل البيت وخارجه. ولا يجد الوالدان مفراً من تقبل الأمر الواقع والاعتراف بإعاقة طفلهم. أما التكيف فيتمثل في القدرة على التحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل. وبالطبع يحدث ذلك تدريجيا بعد أن يكون الوالدان قد تخلصا من الشعور بالذنب والمسؤولية عن الإعاقة، وهذا لا يعني عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحزان. إمّا إذا كانت هذه العلاقة سلبية فإنها تؤثر على المعاق أكثر من تأثير الإعاقة نفسها (مختار حمزة، 1975، ص152) فالمعاق بحاجة إلى عطف الوالدين ورعايتهما على أتم وجه وكلما كان أفراد الأسرة متوافقين وبإمكانهما تقبل المعوق؛ كلما سهّل هذا عملية تقبله لذاته (Gregory ، 1974، 20p)

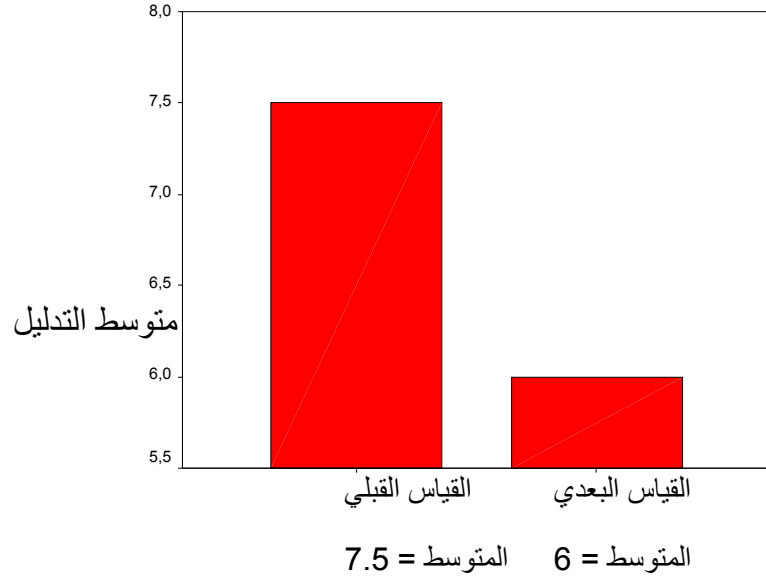
عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية : و التي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التذليل بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي" ، ولدراسة هذه الفرضية و الإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق

في متوسطي مستوى التدليل بين القياس القبلي و القياس البعدي و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(15)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الحماية بين القياس القبلي و القياس البعدي .

الدلالة الاحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دال عند 0.05	2.26	9	1.08	7.5	10	قياس قبلي	أسلوب الحماية الزائدة
			1.33	6.0	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أسلوب الحماية الزائدة بين القياسين القبلي و البعدي ، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية (2.42) أكبر من قيمة (ت) المجدولة و المساوية (2.26)، وهذا يعني ان متوسط القياس القبلي لأسلوب الحماية الزائدة و المساوي (7.5) أكبر من متوسط القياس البعدي لأسلوب الحماية الزائدة و المساوي (6.0) ، حيث تؤكد النتائج على أن تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا و الشكل رقم(02) يوضح النتائج وهذا يحقق الفرضية وكجواب يمكن القول : " يخفض البرنامج الارشادي من متوسط مستوى الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا "



الشكل رقم (02) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى التدليل بين القياس القبلي و القياس البعدي.

وجاءت النتائج بتحقق الفرضية بمعنى آخر: " انه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى التدليل بين القياسين القبلي والبعدي يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا أي تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى التدليل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا"

وقد تحققت الفرضية بان تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى التدليل و الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ويتمثل هذا الأسلوب في قيام أحد الوالدين أو كليهما نيابة عن الطفل بالواجبات أو المسؤوليات التي يمكن أن يقوم بها مما يمنع شعور الطفل بالاستقلالية (محمود، 2003، ص44) وهو الرعاية المفرطة للطفل والمغالاة في حمايته والخوف عليه وتجاوز أخطائه وتلبية رغباته جميعها بالطريقة التي ترضي الطفل مهما كانت غير مشروع (القريطي، 1996، 446) ويكون الطفل المعاق في هذا الأسلوب محور رعاية واهتمام الوالدين فيشجعه الوالدان على تحقيق رغباته جميعها والتقاضي عن أخطائه وعدم تحميله مسؤولياتها كما أن الرعاية المفرطة للطفل والمغالاة في حمايته والخوف عليه، ويبدو ذلك في السماح له بتحقيق الإشباعات كلها، وتشجيع والديه له على أن يعتمد عليهما، ويرى آخرون أن أسلوب الحماية الزائدة هو إدراك الطفل من خلال معاملة والديه له

أنهما يخافان عليه بصورة كبيرة أكثر مما يرى لدى آباء الأطفال الآخرين المحيطين به، وأن والديه يعملان على حمايته من كل مكروه، ويلبيان له كل رغباته، ويظهران له درجة كبيرة من اللفتة والقلق عليه. (كفافي، 231، ص1989)

والتعامل مع الطفل المعاق ذهنياً لابد وأن يبدأ من منطلق النظر إلى صالح الطفل وليس من منطلق الشفقة، فالإفراط في الحماية والتدليل لهما رد فعل عكسي قد يتسبب في مشاكل انفعالية إضافية. فمهما كانت إعاقة الطفل ففي إمكانه تحمل قدر من المسؤولية يتناسب مع قدراته فيجب توجيهه إلى الصواب والخطأ وذلك بالتدعيم لكل فعل طيب وإبداء عدم الرضا عن أخطائه. والميل لحماية الطفل والإغلاق عليه والتدليل والتساهل معه إلى حد أنه يخفق في أن ينمو وليصبح مستقلاً ويتحمل الإحباط أو التنافس، وقد ينمي شخصية سلبية اتكالية، وكلا الوالدين قد يحمي الطفل حماية زائدة، ولكن حماية الأم الزائدة أكثر شيوعاً (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، ص1992) وأسلوب الحماية الزائدة يعد من أخطر أساليب المعاملة غير السوية وهناك خيط رفيع بين الحماية والإفراط في الحماية فمن الطبيعي أن نقلق على الأطفال الصغار عندما يغيّبوا عن أعيننا ولكن لا ينبغي أن ندع أطفالنا يشعرون بهذا القلق الزائد عليهم لكي لا يفقدوا ثقتهم بأنفسهم وقدراتهم فيصبحوا خائفين من الاعتماد على أنفسهم (ماريا بيرس و جنيفيف لاندو، 1997، ص122)

وتظهر الحماية الزائدة للأطفال المعاقين في صور عديدة مثل الخوف الشديد على الطفل حيث نجد الأم حذرة دائماً من انفصال الطفل عنها فهي تريده دائماً بالقرب منها ترافقه أينما ذهب وتظل تراقبه في لهفة حينما يلعب مع رفاقه وتدافع عنه مهما أخطأ وتقوم نيابة عنه بطي ملابسه وفراشه ولا تدع له فرصة الاعتماد على النفس في اختيار نوع ملابسه أو الاتكال على نفسه. فهي بذلك الشكل تحول دون نشأة السلوك الاستقلالي لدى الطفل المعاق فسيظل معتمداً عليها ويخشى الانفصال عنها. فالطفل المعاق الذي يتعرض للحماية المفرطة ويعامل معاملة الرضيع دائماً لا تتاح له فرصة تعلم الاستجابات الاجتماعية ويكون من غير المحتمل أن يثاب على قيامه بالأعمال الاستقلالية أو على التعبير عن نفسه بحرية أو على محاولة تجرب أوجه نشاط جديدة أو إحرار أي تقدم، ويقرر " ليفي " أن اتجاه الحماية الزائدة مرتبط بالحرمان من الحب الوالدي في طفولة الأمهات أنفسهن وكأن الطفل هنا يستخدم

لإشباع الجوع العاطفي أو الوجداني الذي يكون عند الأم نتيجة للحرمان الذي عاشته. فالفرد الذي حرم من إشباع حاجة الاستقلال في طفولته يظل معتمداً على الآخرين دوماً. شخصية ضعيفة ، خائفة ، غير مستقلة ، تعتمد على الغير في قيادتها وتوجيهها تتسم أيضاً بعدم الاستقرار على حال ، وانعدام التركيز ، وانخفاض في مستوى قوة الأنا يبدو عليها الخوف من تحمل المسؤولية حساسة بشكل مفرط للنقد. (هدى محمد قناوى، 1983، ص87)

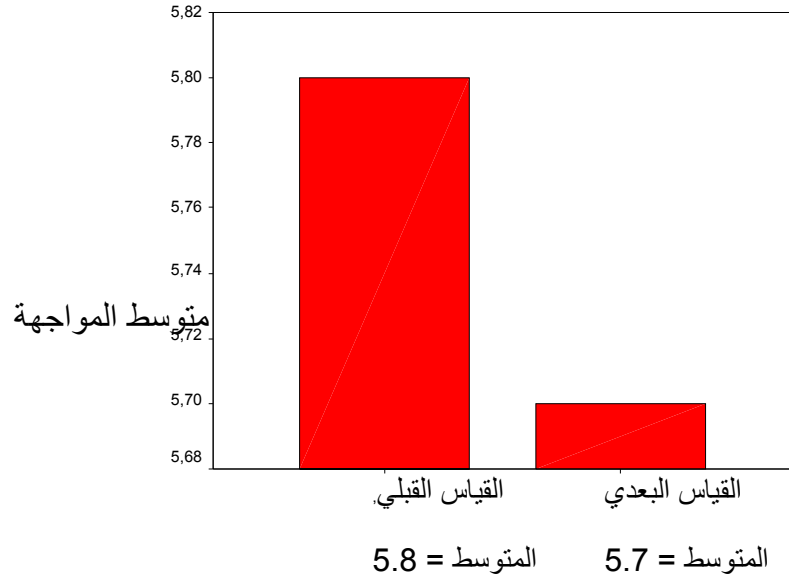
عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة : والتي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى المواجهة بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي" ولدراسة هذه الفرضية و الإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى المواجهة بين القياس القبلي و القياس البعدي و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(16)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى المواجهة بين القياس القبلي و القياس البعدي .

الدلالة الاحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
غير دال عند 0.05	2.26	9	0.92	5.8	10	قياس بعدي	أسلوب المواجهة
			1.63	5.7	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى أسلوب المواجهة بين القياسين القبلي والبعدي ، أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية (0.145) أصغر من قيمة (ت) المجدولة و المساوية (2.26)، و هذا يعني أن متوسط القياس القبلي لأسلوب المواجهة و المساوي (5.8) تساوي تقريباً متوسط القياس البعدي لأسلوب المواجهة و المساوي (5.7) ، حيث تؤكد النتائج على ان تطبيق البرنامج

الإرشادي لا يعدل من أسلوب المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا و الشكل رقم(9) يوضح النتائج و هذا لا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول : " لا يعدل البرنامج الإرشادي من متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا "



الشكل رقم (03) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى المواجهة بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وجاءت النتائج بعدم تحقق الفرضية أيضا بمعنى آخر : " انه لا توجد فروق دالة إحصائية أي لم تحقق الفرضية بان تطبيق البرنامج الإرشادي يزيد من متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا"، وتشير الباحثة أن الجلسات لم تكن كافية لتكون إستراتيجية مواجهة للإعاقة وهذا لغياب الدعم الخارجي ، فالبرنامج قد قدم بعض المعلومات عن الإعاقة وأسبابها وطرق الوقاية وهذا غير كاف لأنه عند انتهاء البرنامج لا بد من الاجتهاد الشخصي لتعلم المزيد ، فالأم يجب ان تسعى لمواجهة الموقف الضاغط للإعاقة بالبحث عن المعلومات الكافية وجمع اكبر عدد ممكن عن كل صغيرة وكبيرة عن إصابة ابنها، فتسعي لطلب العون والنصيحة والمعلومات المتعلقة بالإصابة من المختصين أو مؤسسات المجتمع للحصول على راحة وجدانية، إن امتلاك الأم للمعلومات التي تخص الإصابة وكيفية التعامل مع ابنها المصاب يجعل معالم المستقبل واضحة أمامها فتسعى لوضع خطط مستقبلية لضمان حياة أفضل لابنها وأسررتها. مع محاولة تحسين قدراته من خلال تدريبيه وتعليمه واللجوء إلى

الآخرين لطلب المعلومات والمساندة من خلال الاتصال بأخصائيين في مجال الإعاقة أو من خلال الاحتكاك بأمهات يعانين من نفس مشكلتهن و ذلك لتبادل الخبرات وإثراء المعلومات. وهنا تكمن أهمية الممارسات المعرفية العامة التي يلجأ إليها الأولياء عامة و الأمهات خاصة لمواجهة الإعاقة والتمثلة في قراءة الكتب المتخصصة حول الإعاقة ومتابعة البرامج والتقارير الخاصة بالإعاقة في وسائل الإعلام المختلفة، بالإضافة إلى التعرف على مصادر دعم المعوقين في المجتمع التي تساعدهم في تعلم المزيد عن الإعاقة وكيفية مواجهتها وكذلك حضور المؤتمرات المتعلقة بالإعاقة ومحاولة الحصول على برامج تدريبية لاستخدامها مع الطفل المعاق، بالإضافة إلى مناقشة المتخصصين حول كيفية التعامل مع الطفل المعاق ، وتتوه الباحثة الى أن ما ذكر سابقا هو من بين أسباب عدم تحقق الفرضية ، لان الأمهات تعجزن عن التزود بالمعارف الجديدة والخبرات بحكم الانشغال داخل البيت وعدم توفر الوقت لذلك

وترى بخش (2002) أن عدم دراية الأسرة بكيفية مواجهة مشكلة الإعاقة، ونقص الموارد والخدمات المادية المتاحة، يؤدي إلى زيادة الشعور بالعجز، مما يدفع الأسرة إلى إتباع بعض الأساليب التكيفية، الناجحة وغير الناجحة، ويتوقف نجاح الأسرة، في التوافق مع الضغط على مقدار توافر الخدمات والدعم الاجتماعي الذي تحصل عليه من البيئة المحيطة.

ويشير كل من براندون وهوجان (Brandon and Hogan, 2001) إلى إن الأسرة التي لديها أطفال معاقون، غالبا ما تتعرض إلى مشكلات نفسية متعددة تسببها العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وغالبا ما تعاني الأسرة من صعوبات اقتصادية، بسبب ما تتطلبه الإعاقة من مصاريف علاجية وشخصية للطفل، بالإضافة إلى عدم قدرة الأم على الخروج للعمل، بسبب ما يتطلبه الطفل المعاق من عناية ورعاية.

وتشير الباحثة إلى أن عدم تحقق الفرضية راجع أيضا إلى عوامل خارجية لا بد من توفرها في المجتمع والتي تكون مساندة للأمهات وللأسر عامة لمواجهة الإعاقة فيجب من دعم اجتماعي كتقديم برنامج التكفل للأسرة من أجل الحصول على تكفل نوعي للطفل المعاق وضمان متابعة أسرية له و إشراك الأسرة في اختيار الطرق والوسائل البيداغوجية المناسبة لطفلها، وإيلاغاها بشكل مستمر في كل مراحل التكفل مع التركيز على مكتسبات الطفل وتحصيلاته قصد تدعيمها وتشجيعها، وكذلك إشراك الأهل في عملية التقييم، بحضورهم

قصد الإطلاع على مواطن القوة والضعف للطفل، ويكون هذا دوريا مستمرا ، ومن الأهمية أيضا تنظيم حصص الإرشاد الوالدي في المؤسسة أوفي المحيط الأسري. أما في حالات الأسر المتأثرة نفسيا من شدة إعاقة طفلها يجب اللجوء إلى العلاج النفسي وتشير الباحثة إلى أن المؤسسات المتخصصة تلعب دورا أساسيا في إعلام وتحسيس المجتمع بمختلف شرائحه من خلال وسائل الاتصال المختلفة من أجل نشر معلومات حول المعوقين، حقوقهم، سبل التكفل بهم وإدماجهم الاجتماعي، وسبل الوقاية من انتشار الإعاقة في المجتمع. كما لا ننسى المراكز الوطنية للتكوين المتخصص للمعاقين، ودورهم في عملية الإعلام والتحسيس من خلال تنظيم ملتقيات وطنية ودولية، ندوات علمية، أياما دراسية، تجمع المهنيين والمهتمين بقضية المعوقين. و إعداد وتطبيق البرامج الوقائية وبرامج الإدماج المهني والاجتماعي. ومن المهم ربط المؤسسات المتخصصة بمختلف المؤسسات الاجتماعية كالمدرسة، دور الشباب، مراكز التكوين المهني، الجمعيات... الخ ، وتشجيع الأبحاث والدراسات المتعلقة بظاهرة الإعاقة في المجتمع ، وذلك بالتعاون مع مراكز البحث والجامعات والمنظمات الإقليمية والدولية العاملة في هذا المجال. ويجب إعداد ونشر المطبوعات المختصة في مجال الإعاقة، بغية إعلام المعاق وأسرتهم ومختلف شرائح المجتمع بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع وبالإدماج الاجتماعي لها.

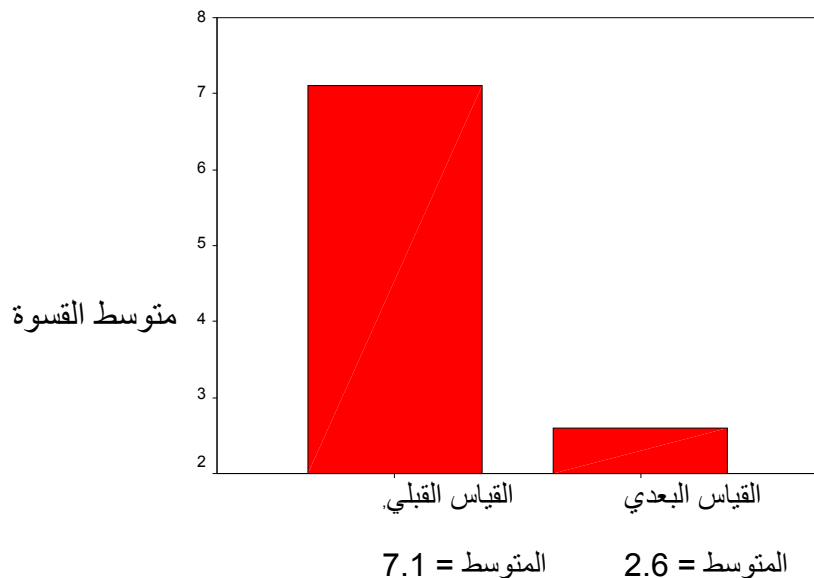
وأخيرا نتوه الباحثة إلى أهمية وسائل الإعلام أيضا بمختلف أنواعها (مسموعة، مكتوبة ومرئية) من أجل تحسيس الأسر عامة و الأمهات خاصة بمشكلة الإعاقة ،ويمكن أن يعوض الإعلام الأمهات الماكثات بالبيت اللاتي لا تستطعن الالتحاق بالمراكز والندوات أن يستفدن وتجعلهن على اطلاع دائم بكل المستجدات

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة : والتي تنص على ما يلي: " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى القسوة بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي" ، ولدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى القسوة بين القياس القبلي و القياس البعدي و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (17)، يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى القسوة بين القياس القبلي و القياس البعدي .

الدلالة الإحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دال عند 0.01	3.25	9	6.13	7.1	10	قياس بعدي	أسلوب القسوة
				2.6	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى القسوة بين القياسين القبلي والبعدي ، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (6.13) أكبر من قيمة (ت) المجدولة و المساوية (3.25)، و هذا يعني ان متوسط القياس البعدي للقسوة و المساوي (7.1) أكبر من متوسط القياس القبلي للقسوة و المساوي (2.6) ، حيث تؤكد النتائج على ان تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا و الشكل رقم(04) يوضح النتائج وهذا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول: تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا"



الشكل رقم (04)، التمثيل البياني لمتوسطي مستوى القسوة بين القياس القبلي و القياس البعدي.

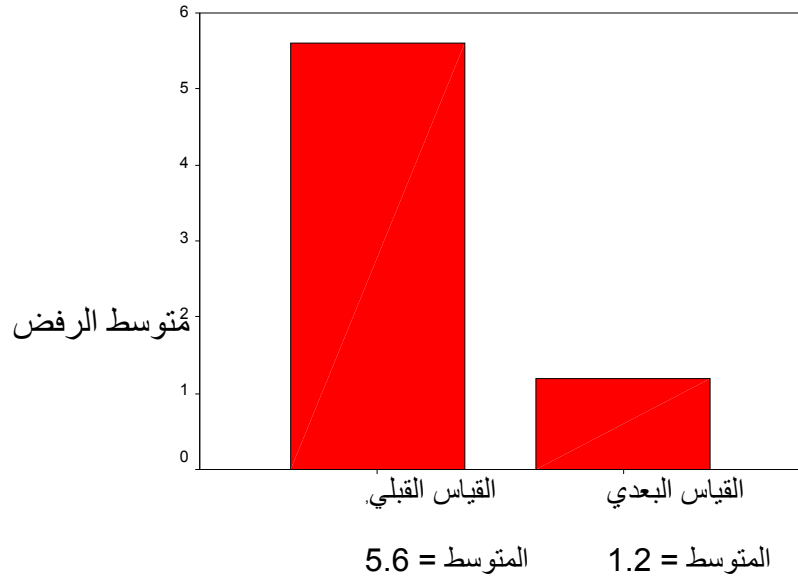
وجاءت النتائج انه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى القسوة بين القياسين القبلي والبعدي يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً " تحققت الفرضية بأن تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى القسوة لدى أمهات فالبرنامج كان فعال في تقليل نسب العنف والقسوة لدى الأمهات بعدما كانت الأم تعتمد على أسلوب القسوة في تعاملها ويقوم هذا الأسلوب علي إفراط الوالدين في استخدام السلطة وذلك باستخدام القسوة في فرض أرائهما علي الطفل مع غياب علاقة الحب بين الوالدين والطفل واستبدالها بالجمود العاطفي تجاهه ومنعه من تحقيق رغباته حتى ولو كانت مشروعة (كفاي 1989، ص314) ، وقد تستخدم الأم أساليب من شأنها أن تؤذي الطفل جسدياً ونفسياً كالعقاب والتعذيب الجسدي كتعبير منها عن رفضها الباطني والغير مصرح به لإعاقه ابنها، ويتضمن هذا الأسلوب أيضاً عدم ميل الوالدين والأم خاصة إلي مناقشة الطفل المعاق بلغة بسيطة وسهلة عن رغباته بل الإسراع بالعقاب لأي بادرة تصدر منه. ويرى الوالدين أنها خروج عن المفروض في السلوك لأنها تسبب الإزعاج لهما وفي هذا الأسلوب يغلب علي المعاملة الشدة والعنف (خليل، 2000، ص17). وفي الواقع إن أسلوب المعاملة مع المعاقين ذهنياً الذي يتسم بالقسوة والعنف والممارسات التي تتراوح ما بين العقاب البدني واللفظي، يرتبط بمستويات عالية من العدوان لدى هذه الفئة، وقد يترتب على هذا الأسلوب خوف شديد لدى الابن المعاق عقلياً، وافتقاده للثقة بنفسه نتيجة خبرات الفشل التي يتعرض لها، فضلاً عن هذه المعاملة الأسرية التي تتسم بالقسوة؛ مما يعوق نمو شخصيته نمواً سوياً، ويعوق كذلك توافقه الاجتماعي وتوجد آثار سلبية لهذا العنف يعاني منها الابن المعاق عقلياً، كما يتوقف الضرر النفسي والانفعالي والبدني الناتج عن تعرض الطفل لإساءة المعاملة على طبيعة وأبعاد الإساءة ذاتها، كما تظهر لدى هذه الفئة مشكلات سلوكية خطيرة؛ نتيجة تعرضهم للإساءة البدنية والنفسية ، حيث يعاني الأطفال ضحايا الإهمال الانفعالي في مرحلة الطفولة المبكرة من تأخر نمائي في الكثير من مجالات النمو النفسي، خاصة النمو الاجتماعي والانفعالي، فالرابط بين الطفل الصغير والقائمين على شؤون رعايته تعد الوسيلة الرئيسية للنمو العقلي والانفعالي ، وقد كشفت نتائج دراسة مصطفى القمش (1994) أن أكثر الاستراتيجيات استخداماً مع الأطفال المعاقين عقلياً هو العقاب الجسدي بالإضافة إلى استخدام الحرمان والعزل، والتوبيخ، والتوبيخ اللفظي.

عرض نتائج الفرضية الخامسة : والتي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الرفض بين القياسين القبلي والبعدي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي" ، ولدراسة هذه الفرضية و الإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الرفض بين القياس القبلي و القياس البعدي و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(18)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الرفض بين القياس القبلي و القياس البعدي .

الدلالة الاحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دال عند 0.01	3.25	9	1.77	5.6	10	قياس قبلي	أسلوب الرفض
			1.03	1.2	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الرفض بين القياسين القبلي و البعدي ، أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية (8.12) أكبر من قيمة (ت) المجدولة و المساوية (3.25)، و هذا يعني ان متوسط القياس البعدي للرفض و المساوي (5.6) أكبر من متوسط القياس القبلي للرفض و المساوي (1.2) ، حيث تؤكد النتائج على أن تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يعدل من متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا و الشكل رقم(05) يوضح النتائج وهذا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول : تطبيق البرنامج الارشادي يخفض من متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا"



الشكل رقم (05) التمثيل البياني لمتوسطي مستوى الرفض بين القياس القبلي والقياس البعدي.

وجاءت النتائج بأنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط مستوى الرفض بين القياسين القبلي والبعدي يعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً، وقد تحققت الفرضية بان تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وهذا دليل على أن الجلسات الإرشادية ساهمت بتغيير مفهوم الإعاقة لدى الأمهات بعدما كانت تعتمد على أسلوب الإهمال وعدم الاكتراث بمشاعر الطفل وأحاسيسه وإنعدام الاهتمام بشئونه وحاجاته وعدم التواجد النفسي معه في مشكلاته أي يكون الوالدان حاضرين غائبين في حياة الطفل، والإهمال يكمن أيضاً في عدم تشجيع الطفل على السلوك المرغوب فيه أو الاستجابة له وعدم محاسبته على السلوك غير المرغوب فيه، ويقوم هذا الأسلوب على عدم اعتماد الوالدين أسلوباً تربوياً واحداً في تربية الطفل وتنشئته وعدم استقرار الوالدين على استخدام أساليب موحده في الثواب والعقاب مما يفقد الطفل قدرته على التمييز بين السلوك المرغوب فيه والسلوك الغير مرغوب فيه وهذا الأسلوب يجعل الطفل يتوقع رد فعل والديه إزاء سلوكه (كفاقي، 1989، ص227). وقد يسلك بعض الآباء مع أطفالهم أشكالاً من السلوك يترتب عليها في النهاية شعور هؤلاء الأطفال بأنهم منبوذون أو

غير مرغوب فيهم ، ويعرف النبذ والرفض بأنه عدم تقبل الطفل وربما كراهيته ورفضه ويعرف أيضاً بأنه رفض أحد الوالدين أو كليهما للطفل وعدم إظهار الحب له والتعاطف معه وقلة الاهتمام به وحرمانه من تحقيق رغباته، وهو سلوك ظاهر من الأسرة نحو الابن المعاق يجعله يعتقد أنه غير محبوب أو غير مرغوب فيه أو لا قيمة له ، وهو سلوك خاطئ يهدد أمان الطفل ويتركه فريسة للشعور بانعدام الثقة في نفسه أو في الآخرين ، ومن مظاهر رفض الطفل عدم رغبة الأسرة تزويد الطفل بالعناية الكافية ، تركه وحيداً بالمنزل أو تركه قدرأ غير حسن المظهر، الصرامة في محاولة السيطرة على الطفل مما يؤدي إلى العناد المستمر خاصة إذا اقترنت بالعقاب البدني، و يؤدي رفض الأسرة للابن المعاق إلى نتائج سلبية حيث يصبح الأطفال غير قادرين على الاعتماد على أنفسهم شاعرين بانعدام الثقة الشديد والإحباط وعدم تقدير الذات وقلة ثقة الطفل بقدراته الخاصة وتميل بعض الأسر كذلك إلى نبذ الابن المعاق ذهنياً نبذاً صريحاً بالقول أو بالعمل والاتجاه إلى رفضه وإشعاره بذلك مع إظهار المشاعر العدوانية تجاهه وهذا السلوك له تأثير سلبي على الطفل المعاق عقلياً لأن تكرار تعرضه للرفض أو النبذ يجعله أكثر عرضة للاضطرابات الانفعالية وعدم الشعور بالأمن والسلبية والإحباط وعدم القدرة على تبادل العواطف مع الغير والخجل ، وبالتالي سوء توافق اجتماعي، ولعل أهم الآثار النفسية لهذا السلوك الأبوي تجاه الابن المعاق هو عدوانية الابن تجاه مجتمعه وأسرته والأثر السيئ في التكوين النفسي للطفل.

فعدم رغبة الأسرة في تزويد الطفل بالعناية الكافية، وتركه وحيداً بالمنزل، أو تركه قدرأ غير حسن المظهر، والصرامة في محاولة السيطرة على الطفل، مما يؤدي إلى العناد المستمر، خاصة إذا اقترنت بالعقاب البدني، ويؤدي ذلك إلى نتائج سلبية، حيث يصبح الأطفال غير قادرين على الاعتماد على أنفسهم، شاعرين بانعدام الثقة الشديد، والإحباط، وعدم تقدير الذات، وقلة ثقة الطفل بقدراته الخاصة ، في التكوين النفسي للطفل ، كما وجد في دراسة أخرى أن أمهات الأطفال المعاقين أكثر رفضاً لأطفالهن أن الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون بمتلازمة داون غير عاطفيات ويعاقبن أطفالهن بشدة (زيد البتال، 2004) ويعتبر النبذ والرفض العاطفي للأطفال المعاقين من أهم صور هذه الإساءة النفسية، ويأخذ هذا النبذ النفسي شكلاً من عدم الاهتمام باحتياجات هؤلاء الأطفال الجسمية والانفعالية، وقد

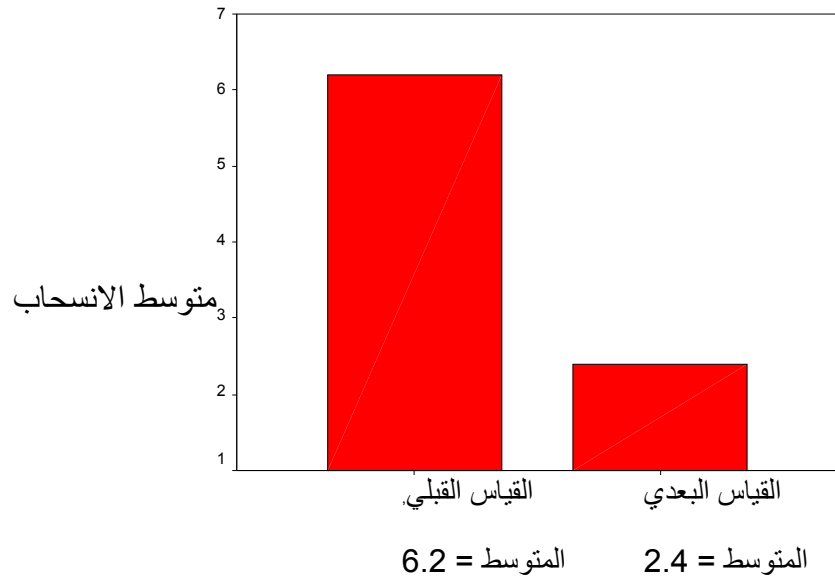
يظهر في كراهية الطفل وإهماله، أو الإصراف في تهديده، والسخرية منه، أو عدم القدرة على إمداده بالحب والرعاية و لقد كشفت دراسات كثيرة أن السبب الرئيسي المباشر لتدهور مفهوم الذات لدى بعض المعاقين هو الإحساس بالرفض من قبل والديهم ، وبالرغم من وجود نماذج جيدة للأسر التي يوجد فيها أفراد معاقون تكون ردود فعل الوالدين فيها اقل سلبية ، فان الأسرة تبقى تعاني من كثير من المشكلات والتي تتعدد مصادرها وشدتها. ومع ذلك فان معظم هذه الدراسات أكدت على دور الأسرة الهام والضروري في المشاركة بتربية ابنها المعاق. ومع تزايد إدراك أهمية دور الأسرة في هذا المجال وتأثير هذه المشاركة الايجابية على نمو وتنشئة وتأهيل ابنها تميل الأسرة التي لديها طفل معاق إلى إلقاء مسؤولية إدارة شؤون الطفل على عاتق الأم، فتنشأ علاقة ثنائية وثيقة بين الأم والطفل حيث إن الكثير من مهارات الحياة الوظيفية ومهارات الصحة الشخصية يقع ضمن مسؤولية الأم

عرض نتائج الفرضية السادسة : والتي تنص على ما يلي: " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياسين القبلي والبعدى عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعزى لتطبيق البرنامج الارشادي" ولدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى التقبل بين القياس القبلي و القياس البعدى و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(19)، يبين نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياس القبلي و القياس البعدى .

الدلالة الاحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة(ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دال عند 0.05	2.26	9	1.75	6.2	10	قياس بعدي	أسلوب الانسحاب الاجتماعي
			2.36	2.4	10	قياس بعدي	

التعليق على النتائج: يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسطي مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياسين القبلي و البعدي ، أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة و المساوية (3.16) أكبر من قيمة (ت) الجدولة و المساوية (2.26)، و هذا يعني ان متوسط القياس القبلي للانسحاب الاجتماعي و المساوي (2.4) ، حيث تؤكد النتائج على ان تطبيق البرنامج الإرشادي يعدل و يخفض من متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً و الشكل رقم(06) يوضح النتائج و هذا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول : " ان تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض من متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً



الشكل رقم (06) ، التمثيل البياني لمتوسطي مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياس القبلي و القياس البعدي.

وجاءت النتائج بأنه توجد فروق دالة إحصائياً في متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياسين القبلي و البعدي يعزي لتطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً

"

وقد تحققت الفرضية بان تطبيق البرنامج الإرشادي يعدل و يخفض من متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً فالبرنامج الإرشادي كان ناجحاً في تغيير النظرة الدونية التي كانت الأمهات تعتمدها ، كذلك الشعور بالخجل من إعاقة ابنهم. وفي هذا الصدد تشير العديد من الدراسات التربوية إلى أن عزل المعاقين عقلياً مساوئ وسلبيات عديدة، منها: الحواجز النفسية بين المعاق والمجتمع، وشعوره بالانفصال عن مجتمعه، كما أن عزل الأطفال المعاقين عقلياً في مدارس ومؤسسات خاصة يمثل اعتداءً على حقوقهم، وحرمانهم من استغلال إمكاناتهم إلى أقصى حدودها. كذلك توجد بعض الأسر التي تسارع بإخفاء الأطفال المعاقين في إحدى الحجرات لحين انصراف الضيف؛ لاعتبارها أنه (عار) أو وصمة، وكل هذه الممارسات تؤثر سلباً على شخصية الابن المعاق، ولا تؤهله للاندماج في الحياة الاجتماعية واستغلال قدراته أقصى استغلال ممكن لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، كذلك فإن هذه الممارسات تدل على عدم التوافق الذي يسود العلاقات داخل هذه الأسر، وهروب أفرادها من الموقف دون الإقدام على مواجهته بشجاعة، كما يعني عدم تقبلها لهذا الابن ورفضها له؛ مما يؤثر سلباً على تكيفه النفسي والاجتماعي، وشعوره بضعف قيمته ومكانته داخل الأسرة، وأنه طفل غير مرغوب فيه وتؤكد بعض الدراسات الاجتماعية أن مسألة عزل الطفل داخل مؤسسة داخلية أو داخل أسرته، وإنكار إعاقته، إنما هو مظهر من مظاهر ضغط البيئة الاجتماعية على سلوكيات أسر المعوقين، والرغبة في إخفاء الإعاقة والابن معاً، حيث تعكس سلوكيات الأسرة طبيعة النظرة المجتمعية للإعاقة العقلية؛ مما ينعكس سلباً على الأسرة، التي تعتبر ابنها وصمة اجتماعية لا تتناسب مع مركزها الاجتماعي ومكانتها، حيث توجد نظرة سلبية من المجتمع لهذا النوع من أنواع الإعاقات؛ مما يسبب للأسرة حرجاً اجتماعياً، ولعل التفسير المناسب لهذه النظرة السلبية للمعاق هو انعدام الوعي الاجتماعي والثقافي والصحي حول طبيعة الإعاقة وأسبابها، والخصائص العلمية للمعاقين عقلياً وتشير العديد من الدراسات التربوية إلى أنه ليس هناك مبرر منطقي لعزل ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع؛ فإن كانوا أقل من العاديين إدراكاً وإنتاجاً واستعداداً للتعلم، وأقل قدرة على التذكر والفهم والتفكير، إلا أن لهم نفس عقول الأفراد العاديين، والاختلاف في درجة الذكاء، فلماذا لا نعتبر المجتمع أسرة كبيرة يعيش فيها الأطفال المصابون بالإعاقة العقلية جنباً إلى جنب مع الأطفال الأسوياء في حياة واحدة

مشتركة؟ ولا سيما أن هناك العديد من الأبحاث والدراسات ما أثبتت أن نسبة كبيرة من الأطفال المعاقين يمكنهم التوافق النفسي والاجتماعي إذا ما أحسن توجيههم ورعايتهم ، وحتى الأهل بحاجة إلى والتكفل الاجتماعي ، ويقصد بذلك وجود الأهل والأصدقاء بما يقدمونه من دعم ، لقد أثبتت البحوث أهمية الدعم الاجتماعي في تخفيف الضغط النفسي الواقع على كاهل أسر الأطفال المعاقين

عرض ومناقشة الفرضية السابعة: والتي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التقبل بين القياس البعدي والتتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج ، بحيث أن متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الارشادي (القياس التتبعي= التطبيق الثالث) أكبر من متوسط مستوى التقبل لديهم قبل تطبيق البرنامج الارشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي= التطبيق الثاني) "ولدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى التقبل في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي. و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(20)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى التقبل في القياسات القبلي، البعدي والتتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

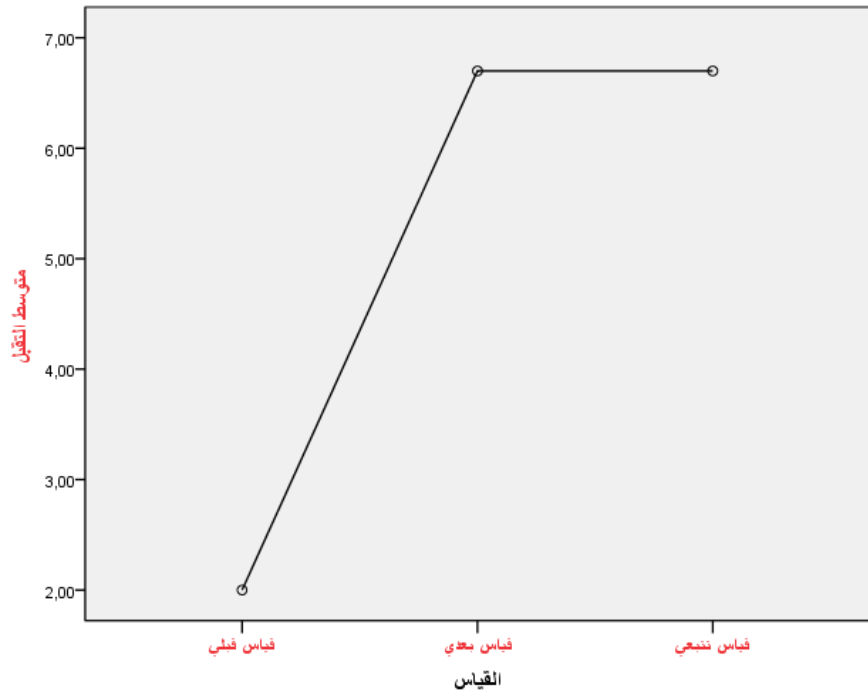
الدلالة الاحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
دالة عند 0.01	109,23	73,63,67	2	147,26	1,05	2,00	10	القياس القبلي
			27	18,20	,67	6,70	10	القياس البعدي
			29	165,46				القياس التتبعي
								المجموع
					2,38	5,13	30	

التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى التقبل في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي : أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01، في متوسط مستوى التقبل بين القياس القبلي و البعدي و التتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (109.23) أكبر من قيمة (ف) المجدولة ، و عليه يمكن القول ما يلي :

- متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (6.7) و التتبعي (6.7) أكبر من متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (2) ، و هذا يعني أن تطبيق البرنامج الإرشادي يحسن و يزيد من مستوى التقبل لدى الأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

- متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي متساوي (6.7) تماما مع متوسط مستوى التقبل في القياس التتبعي (6.7) ، و هذا يعني أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يحافظ على متوسط مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، حيث أن المداومة على تطبيق البرنامج أدى إلى حالة من الاستقرار و الثبات في متوسط مستوى التقبل و الشكل رقم (07) يبين مختلف النتائج .

و عليه يمكن القول أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يحسن (يزيد) من مستوى التقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وهذا يحقق الفرضية مما يعني ان الأمهات لم تتغير نضرتهن وأسلوبهن اتجاه أولادهن حتى بعد الانتهاء من البرنامج



الشكل رقم (07) ، التمثيل البياني يبين تحسن متوسط مستوى القبول في مختلف مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

عرض نتائج ومناقشة الفرضية الثامنة : و التي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى التدليل بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج" ، بحيث أن متوسط مستوى الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الارشادي (القياس التتبعي= التطبيق الثالث) أصغر من متوسط مستوى الحماية لديهم قبل تطبيق البرنامج الارشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي= التطبيق الثاني) "ولدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الحماية في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي. و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(21)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الحماية الزائدة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

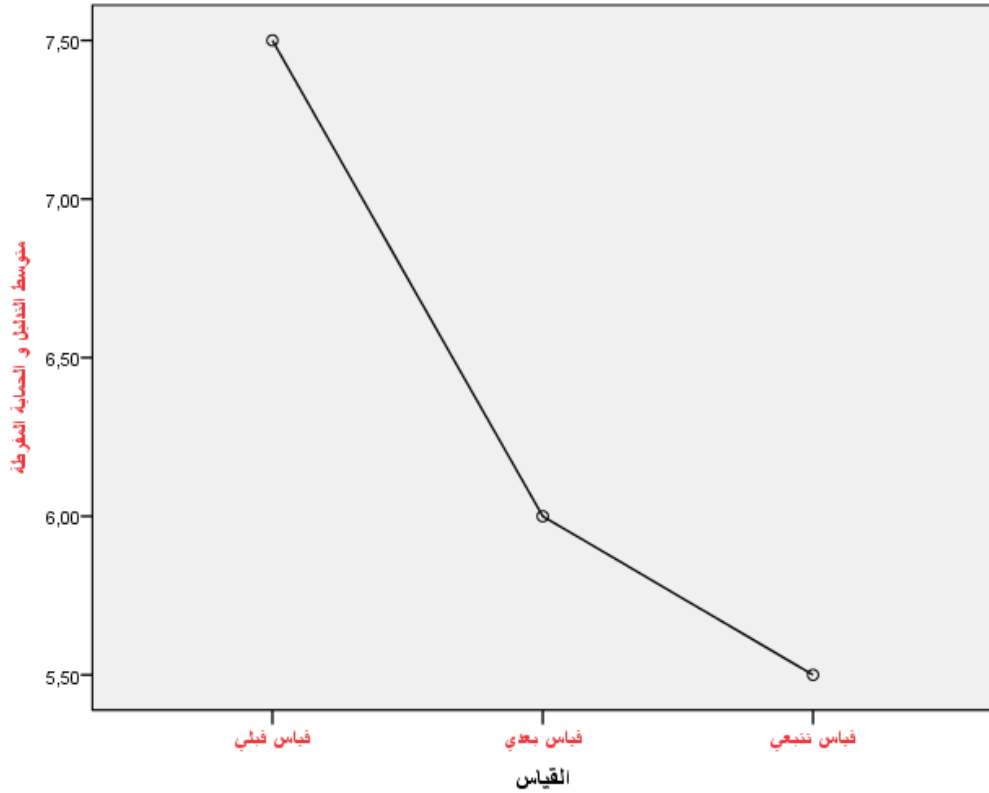
تصميم	حجم	المتوسط	الانحراف	مجموع	درجة الحرية	متوسط	قيمة	الدلالة
-------	-----	---------	----------	-------	-------------	-------	------	---------

الاحصائية	ف	المربعات		المربعات	المعياري	الحسابي	العينة	البحث
دال عند	9,43	10,83	2	21,66	1,08	7,50	10	القياس القبلي
0.01		1,14	27	31,00				القياس البعدي
			29	52,66	1,33	6,00	10	القياس التتبعي
					,707	5,50	10	المجموع
					1,34	6,33	30	

التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الحماية الزائدة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي : أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 ، في متوسط مستوى التليل بين القياس القبلي و البعدي و التتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (9.43) أكبر من قيمة (ف) المجدولة ، و عليه يمكن القول ما يلي :

- متوسط مستوى الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (7.50) أكبر من متوسط مستوى الحماية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (6.00) و القياس التتبعي (5.50) ، و المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض (ينقص) من مستوى الحماية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، كما أن متوسط مستوى الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (6.00) أكبر مع متوسط مستوى الحماية الزائدة في القياس التتبعي (5.50) ، و هذا يعني أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يقلل و يخفض تدريجيا مستوى الحماية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، حيث يظهر من خلال الشكل رقم (08) الانخفاض التدريجي لمتوسط مستوى الحماية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، وهذا يحقق هذه الفرضية و كجواب لها يمكن القول : " المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل تدريجيا من متوسط مستوى الحماية الزائدة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا" ، مما يثبت استغناء الأمهات على

أسلوب الحماية الزائدة حتى بعد انتهاء البرنامج مما يعني ان الجلسات كانت ناجحة في تعديل الأسلوب المتبع



الشكل رقم (08) ، التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى الحماية الزائدة في مختلف مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

عرض نتائج ومناقشة الفرضية التاسعة : و التي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى المواجهة بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج" ، بحيث أن متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الارشادي (القياس التتبعي= التطبيق الثالث) أكبر من متوسط مستوى المواجهة لديهم قبل تطبيق البرنامج الارشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي= التطبيق الثاني) " ولدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى المواجهة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي. و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(22)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى المواجهة في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

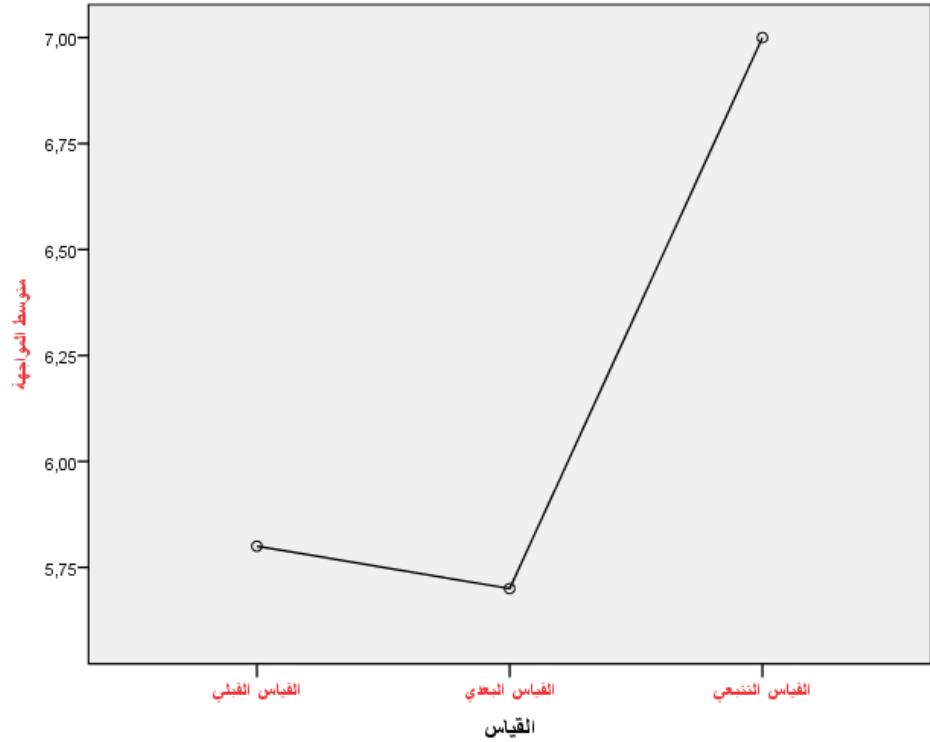
الدالة الاحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة																			
غير دالة عند 0.05	41,3	5,23	2	10,46	2,9	5,80	10	القياس القبلي	المواجهة																	
										3,91	27	105,70	1,63	5,70	10	القياس البعدي										
																	29	116,16	72,8	7,00	10	القياس التتبعي				
																							2,00	6,16	30	المجموع

التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى المواجهة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي :

أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05، في متوسط مستوى المواجهة بين القياس القبلي و البعدي و التتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (1.34) أصغر من قيمة (ف) المجدولة ، و هذا يعني ما يلي :

متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس التتبعي (7.00) تساوي تقريبا متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (5.80) و القياس البعدي (5.70)، حيث ان الفروق المشاهدة في المتوسطات ناتجة عن الصدفة و الشكل رقم (09) يوضح مختلف النتائج ، وهذا لا يحقق الفرضية و كجواب يمكن القول : " أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي لا يحسن و لا يزيد من متوسط مستوى المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ". وهذا يثبت ما ذكرته الباحثة سابقا على أن مواجهة الإعاقة تتطلب جهدا ووقت ومتابعة من طرف الأمهات وهذا الشيء الذي لم

تحققه الجلسات كما تضيف الباحثة أن المجتمع (من مؤسسات ومراكز بيداغوجية والإعلام ..) يساهم أيضا في مساعدة أسر الأطفال المعاقين لمواجهة الإعاقة ويمكن لهذا ان يكون عاملا في عدم نجاح الجلسات لتحقيق ذلك.



الشكل رقم (09) ، التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى المواجهة في مختلف مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

عرض نتائج ومناقشة الفرضية العاشرة : و التي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى القسوة بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد اعادة تطبيق البرنامج ، بحيث أن متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الارشادي (القياس التتبعي= التطبيق الثالث) أصغر و أقل من متوسط مستوى القسوة لديهم قبل تطبيق البرنامج الارشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي= التطبيق الثاني) " لدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى القسوة في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي. و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

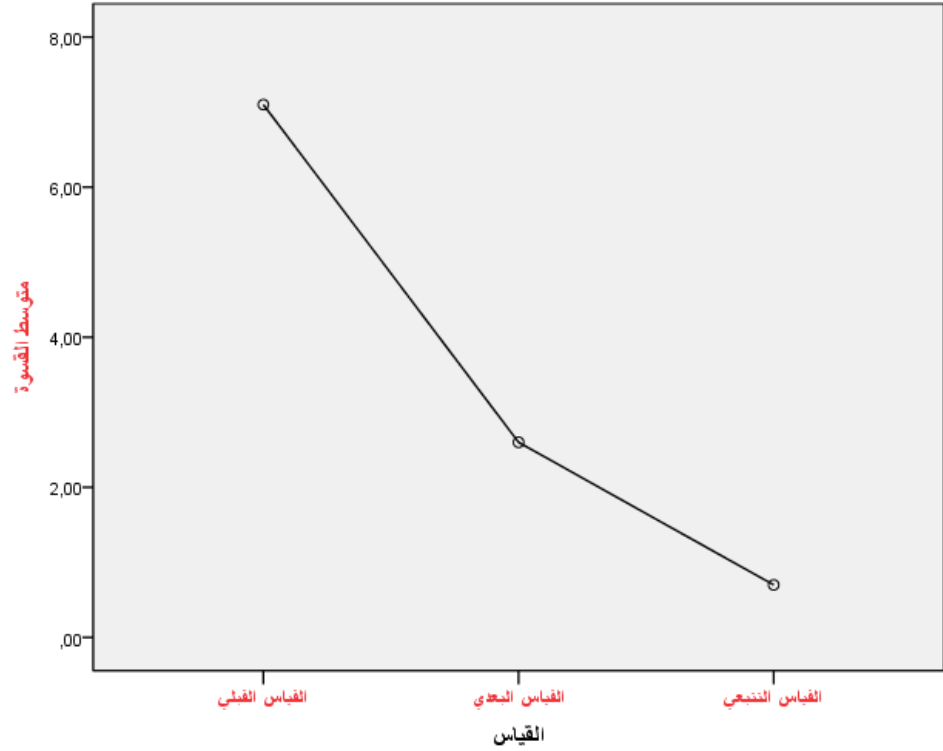
جدول رقم(23)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى القسوة في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

تصميم البحث	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الاحصائية
القياس القبلي القياس البعدي القياس التتبعي المجموع	10	7,10	82,0	2	216,06	108,03	147,5	دال عند 0.01
	10	2,60	1,17	27	61,40	2,27		
	10	,70	61,0	29	277,46			
	30	53,	93,0					

التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى القسوة في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي : أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، في متوسط مستوى القسوة بين القياس القبلي و البعدي و التتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (47.51) أكبر من قيمة (ف) الجدولة ، و عليه يمكن القول ما يلي : متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (7.10) أكبر من متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (2.60) و القياس التتبعي (0.70) ، وهذا يعني أن تطبيق البرنامج الارشادي يخفض و يقلل من متوسط مستوى القسوة لدى الأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

كما أن متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (2.60) أكبر مع متوسط مستوى القسوة في القياس التتبعي (0.70) حيث يقارب الصفر، حيث يظهر من خلال الشكل رقم(10) الانخفاض التدريجي لمتوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا حيث يكاد ينعدم في القياس التتبعي، وهذا يحقق فرضية البحث

الحادية عشر و كجواب لها يمكن القول: " المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل تدريجيا و بشكل معتبر من متوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا" مما يؤكد على نجاح البرنامج الإرشادي في تعديل سلوك العنف و القاسي من طرف الأمهات حتى بعد انتهاء الجلسات ، وهذا يثبت نجاعة البرنامج في التغيير الأحسن و الأفضل



الشكل رقم (10) ، التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى القسوة في مختلف مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي .

عرض نتائج الفرضية الحادية عشر : و التي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الرفض بين القياس البعدي و التتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد إعادة تطبيق البرنامج، بحيث أن متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الإرشادي (القياس التتبعي= التطبيق الثالث) أصغر و أقل من متوسط مستوى الرفض لديهم قبل تطبيق البرنامج الإرشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي= التطبيق الثاني) " و لدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف)

لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الرفض في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي . و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

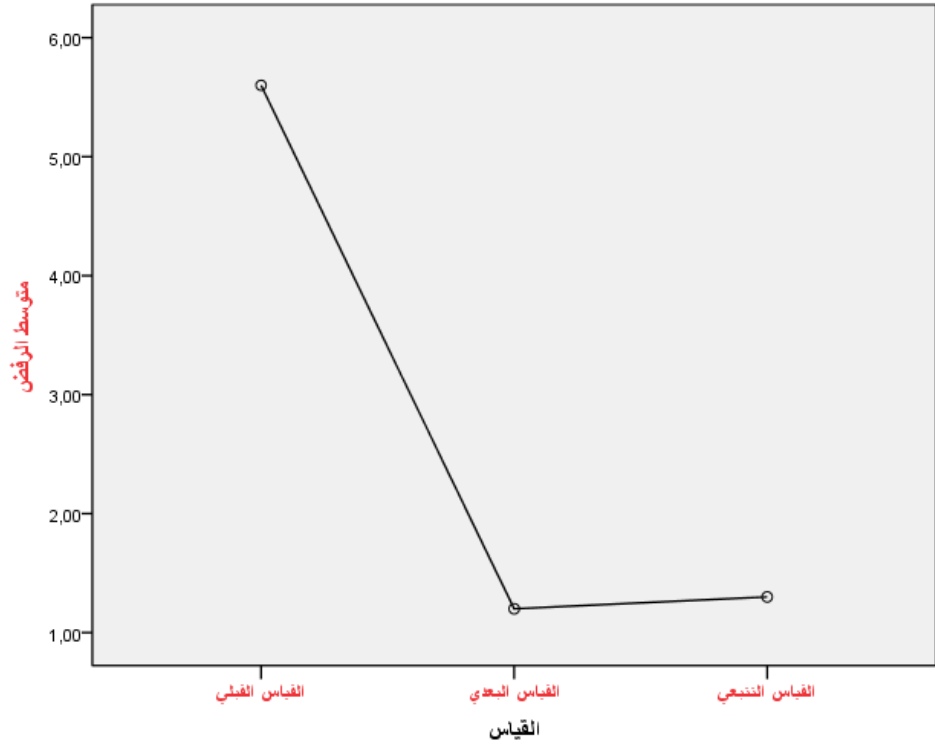
جدول رقم(24)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الرفض في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

تصميم البحث	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الاحصائية
الرفض	القياس القبلي	10	5,60	1,77	2	126,2	36,957	دال عند 0.01
	القياس البعدي	10	1,20	1,03	27	46,1		
	القياس التتبعي	10	1,30	,94	29	172,3		
	المجموع	30	2,70	2,43				

التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الرفض في القياسات القبلي ، البعدي والتتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي :

أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، في متوسط مستوى الرفض بين القياس القبلي و البعدي والتتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (36.96) أكبر من قيمة (ف) المجدولة ، و عليه يمكن القول ما يلي : متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (5.60) أكبر من متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (1.20) و القياس التتبعي (1.30) ، و هذا يعني أن تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل من متوسط مستوى الرفض لدى الأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

كما أن متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (1.20) يساوي تقريبا متوسط مستوى الرفض في القياس التتبعي (1.20)، و هذا يعني أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يقلل ويحافظ على متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، حيث يظهر من خلال الشكل رقم(11) الانخفاض التدريجي لمتوسط مستوى القسوة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا حيث يستقر تقريبا في القياس التتبعي، و هذا يحقق فرضية البحث و كجواب لها يمكن القول : " المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل متوسط مستوى الرفض لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ،وتأتي هذه النتائج كدليل على ان البرنامج جعل الأمهات أكثر تقبلا للإعاقة ويقلل سلوكهن الرفض حتى بعد انتهاء الجلسات



الشكل رقم (11) ، التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى الرفض في مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

- عرض نتائج الفرضية الثانية عشر : و التي تنص على ما يلي : " توجد فروق ذات دلالة في متوسط مستوى الانسحاب الاجتماعي بين القياس البعدي والتتبعي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد إعادة تطبيق البرنامج ، بحيث أن متوسط مستوى الانسحاب لدى

أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بعد مدة من تطبيق البرنامج الارشادي (القياس التتبعي = التطبيق الثالث) أصغر و أقل من متوسط مستوى الانسحاب لديهم قبل تطبيق البرنامج الارشادي (القياس القبلي = التطبيق الأول) و بعده (القياس البعدي = التطبيق الثاني) " لدراسة هذه الفرضية و الاجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الانسحاب في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي. و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(25)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الانسحاب في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

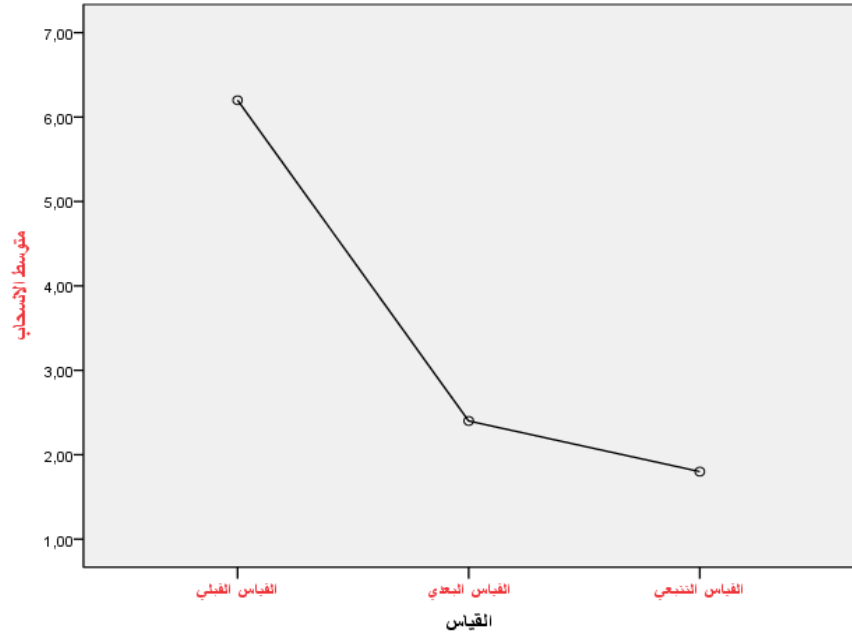
تصميم البحث	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية		متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الاحصائية
الانسحاب	القياس القبلي	10	6,20	1,75	2	113,86	56,93	418,8	دال عند 0.01
	القياس البعدي	10	2,40	2,36	27	81,6	3,02		
	القياس التتبعي	10	1,80	,63	29	195,46			
	المجموع	30	73,4	2,59					

التعليق على الجدول: يتبين من النتائج و من تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى الانسحاب في القياسات القبلي ، البعدي و التتبعي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ما يلي :

أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 ، في متوسط مستوى الانسحاب بين القياس القبلي و البعدي و التتبعي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة و المساوية (18.84) أكبر من قيمة (ف) المجدولة ، وعليه يمكن القول ما يلي : متوسط مستوى الانسحاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس القبلي (6.20) أكبر من متوسط مستوى الانسحاب لدى

أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (2.40) و القياس التتبعي (1.80) ، وهذا يعني أن تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل من متوسط مستوى الانسحاب لدى الأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

كما أن متوسط مستوى الانسحاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في القياس البعدي (2.40) أكبر من متوسط مستوى الانسحاب في القياس التتبعي (1.80)، و هذا يعني أن المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يقلل ويخفض من متوسط مستوى الانسحاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، حيث يظهر من خلال الشكل رقم(12) الانخفاض التدريجي عبر مراحل القياس لمتوسط مستوى الانسحاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ، وهذا يحقق فرضية البحث و كجواب لها يمكن القول : " المداومة على تطبيق البرنامج الإرشادي يخفض و يقلل من متوسط مستوى الانسحاب لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا" مما يدل على ان الجلسات كانت فعالة بتعديل الأسلوب الانسحابي لدى الأمهات سواء كان الهروب من العائلة أو المجتمع وتخفيضه حتى بعد انتهاء البرنامج مما يؤكد أن الأمهات أصبحن أكثر انفتاحا واختلاطا في المجتمع من دون الشعور بالحرج او الاختباء عن نضرات الآخرين



الشكل رقم (12) ، التمثيل البياني يبين انخفاض متوسط مستوى الانسحاب في مختلف مراحل القياس القبلي ، البعدي و التتبعي.

المناقشة العامة للنتائج :

جاءت نتائج الدراسة لتكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في تعديل أساليب المعاملة لدى الأمهات، مما يؤيد الفرض الرئيسي للدراسة وكانت النتائج مثبتة بان البرنامج المقترح كان فعال وناجح بتعديل أساليب المعاملة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا حتى بعد انقضاء البرنامج بفترة زمنية (الفترة التتبعية) ، وترى الباحثة أن نجاح البرنامج راجع إلى إن الأمهات قد أبدین الرغبة القوية والاستعداد للمشاركة في البرنامج الارشادي لتعلم الأساليب السلوكية الصحيحة، حيث لوحظ مدى تفاعلهن واندماجهن في الجلسات مما أتاح للباحثة ممارسة الجلسات بطريقة تتسم بالإيجابية

وارتأت الباحثة التركيز أثناء الجلسات على الجانب النفسي للام وعلى إحساسها اتجاه نفسها واتجاه ولدها ، وتبين أثناء المناقشة ردود الأفعال المختلفة من أم إلى أخرى، فهناك من لم تتقبل الإعاقة فتحمل نفسها مسؤولية اقترافها ذنبا وان الله يعاقبها، وهناك من تميل إلى العزلة والانسحاب ، والهروب من الواقع والعيش على هامش الحياة والخوف من نظرات الآخرين وكلامهم، وهناك من تهتم بطفلها المعاق اهتماما كبيرا وتهمل إخوته وتشفق عليه فتغمره بالتدليل المفرط ، وعلى النقيض من ذلك هنالك من تهمله و تقسو عليه وأحيانا تضربه بحجة تعليمه ، ومنهن من تصاب بالقلق والخوف من تكرار الحالة مرة أخرى اذا قررت الحمل، ومنهن كذلك من تتعرض إلى بعض الصعوبات الاجتماعية ، فتسعى الى إخفاء طفلها عن أعين الزائرين وعدم اصطحابه إلى الأماكن العامة ، وكل هذه السلوكيات تولدت نظرا للضغوط والمسؤولية التي تقع على عاتق الأم في رعاية ابنها المعاق والاعتناء بكافة تفاصيل حياته الاجتماعية والنفسية ولا سيما التأهيلية ، فالأم لها الدور الكبير في أن تجعل منه شخصا فعالاً ومنتجاً، او قد تجعل منه فرداً سلبياً معقداً ضعيف الإرادة

وقد انعكس نجاح الجلسات الإرشادية من خلال المشاركة والحوار بين الأمهات والمرشدة وتشوقهن لمعرفة المزيد من المعلومات حول الإعاقة الذهنية، كما أن فنيات الإرشاد النفسي السلوكي التي طبقت أثناء الجلسات كان لها دورا مهما في تحسين تعاملهن، وتنمية أساليب المعاملة السوية، فضلا عن ذلك فقد أتاح لهن الفرصة للتفيس والتعبير بحرية عن انفعالاتهن ومواجهة الصراعات العميقة الكامنة لديهن الأمر الذي تمخض عنه تعديل السلوك

الخطأ لدى الأمهات، كذلك فإن تواجد الأمهات مع بعضهن في جلسات جماعية أتاح لهن فرصة تبادل المشاعر والمشورة والخبرة و للحوار والتفيس وتكوين علاقات قوية مع بعضهن البعض .

كذلك جاءت نتائج الدراسة لتكشف عن استمرارية فعالية البرنامج بعد فترة زمنية وهذا راجع إلى أن ما تعلمته الأمهات كان بمثابة دافع لهن إلى التغيير خصوصا بعد ما لمسنه من تحسن في سلوكهن ، ومن هنا تشير الباحثة الى أن الهدف الرئيسي من تطبيق البرنامج ليس هو إحداث تغيرات مؤقتة بل المطلوب أن يظل أثرها حتى بعد توقف الإرشادات التي كان تتلقاها المسترشدات أثناء الجلسات أو حتى بعد انقطاع صلتهم بها

ومن هنا تكمن أهمية التدخل المبكر لتأهيل أولياء المعاقين ودعمهم نفسيا واجتماعيا وماديا وتربويا ، وهذا ما أشار إليه يحيى وآخرون (2005) "أن اهل الأطفال المعاقين يمرون بمراحل مختلفة في محاولة التكيف مع طفلهم المعاق ، فيبدعون بالبحث عن أسباب الإعاقة وطرائق علاجها" ، فلم يعد دعم الأسرة أو تثقيفها يقتصر على إلقاء المحاضرات حول نمو الطفل المعاق ومشكلاته وحاجاته ، بل تعدت إلى تشكيل مجموعات الدعم المنزلي، والتدخل المبكر المتمركز حول الأسرة (علاقات تعاونية بين الأهل والمختصين) ، يعني ذلك توفير برامج منزلية تثقيفية وتدريبية في مجالات متعددة وذلك حسب طبيعة الإعاقة التي يعاني منها الابن ويتم تدريب أولياء الأمور لتنفيذ برامج تربوية وسلوكية مع أطفالهم المعاقين، وبالتالي زيادة احتمال تعميم المهارات التي يكتسبها الأطفال ومن أمثلة البرامج الناجحة التي طبقت كثيرا هي "برنامج هيلب" و "برنامج بورتج"

ونظرا للنتائج الإيجابية لهته البرامج ارتأت العديد من المراكز المتخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة على بذل جهود مكثفة لتنمية مهارات الأطفال عن طريق تدريب أولياء أمورهم. ومن هنا فقد أصبح الاختصاصي المرشد يتعامل مع أولياء الأمور على أنهم شركاء وليس أشخاصا بحاجة إلى النصيحة والإرشاد ، وهذا ما أشارت إليه العديد من البحوث كدراسة (Barkly et al,1992) ودراسة (Jonson &Handen,1994) ودراسة ()

(Graham,1994) ودراسة نجيب (2000) على أهمية برامج الإرشاد الأسري في تخفيف حدة الصراع الأسري الناتج عن وجود طفل معاق داخل الأسرة، وأيضا إمكانية تعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال وتنمية التفاعل الاجتماعي من خلال اشتراكهم في البرنامج الأسري

كما أكدت أميرة طه بخش (1997) في دراستها أنه لا يمكن تقديم خدمة كاملة للطفل المعاق عقليا ما لم يتضمن الأمر توجيه أسرته وإرشادها وخاصة الأم، حيث أن توعيتها وإرشادها وتدريبها على ذلك يمنحها الفرصة للتعبير عن مشاعرها مما يخفف من تأثير ضغوط الإعاقة عليها، وهو الأمر الذي تعود فائدته على الطفل نفسه حيث تتحسن أساليب معاملتها، ومن ثم يتحسن سلوكه.

كما أجمعت دراسات أخرى على أهمية برامج الإرشاد الأسري في تخفيف حدة الصراع الأسري الناتج عن وجود طفل معاق داخل الأسرة، وأيضا إمكانية تعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال وتنمية التفاعل الاجتماعي من خلال اشتراكهم في البرنامج الأسري، فتوصل فاربير (Farber 1983) إلى أن البرنامج الإرشادي له تأثير دال في تحسين التوافق لدى الأهل، وقد استعان بمحاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة العقلية وآثارها وردود الفعل، وطرق التواصل مع الطفل المعاق عقليا وكيفية العناية به، و أظهرت مجموعة الأسر التجريبية تحسناً في المهارات الاجتماعية والتواصلية وكانوا أكثر شعوراً بالأمان في ارتباطهم بأطفالهم المعاقين، كما عبروا عن حاجاتهم إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال معاقين عقليا آخرين، وعن حاجاتهم إلى معلومات عن حالة أطفالهم، وحاجاتهم إلى الإرشاد كما اشار علاء كفاقي (1999، ص48) أن برامج وخدمات التربية الخاصة تعتمد في نجاحها على مجموعة من العوامل وأهمها المشاركة الأسرية في الأنشطة والبرامج ذات العلاقة بأبنائهم سواء داخل المركز أو خارجه وهم بحاجة إلى معلومات كافية حول إعاقة ابنهم وكيفية التعامل معه داخل الأسرة ومعرفة ما يجب أن يتوقعه بالإضافة إلى المساعدات والخدمات التي يمكن أن يوفرها المجتمع المحلي. و أضاف أيضا سيلجمان (Seligman, 1993) إلى أن برامج التدريب الإرشادية هي أفضل أساليب العمل الإرشادي، وذلك بسبب أنها تساعد على التقليل من العزلة، وتزيد من مهارات المواجهة والتكيف وتعمل على تخفيض مستوى التوتر، لذلك على المرشد الذي يعمل مع أمهات الأطفال المعاقين أن يأخذ باعتباره المشكلات النفسية والجسمية التي توجهها الأم.

و قد توافقت العديد من الدراسات مع نتائج الدراسة الحالية نذكر ما أشارت إليه دراسة سادمان وآخرون (1986) حول أثر مشاركة الأم في تدريب طفلها المعاق عقليا على تعديل أشكال وأنماط السلوك الاجتماعي غير المرغوب ويتم باستخدام أساليب تعديل السلوك خلال

البرامج إضافة إلى مشاركة الأم في التدريب ومتابعتها لطفلها في المنزل وأسفرت النتائج عن حدوث نقص كبير في السلوك غير المرغوب وبالتالي نجاح البرنامج . فتدريب الأم على أساليب التعامل المناسبة مع طفلها المتخلف عقلياً يؤدي إلى جانب الارتقاء بالقدرة العقلية العامة للطفل إلى الارتقاء بمستواه الأدائي السلوكي الفردي والجماعي (إبراهيم 1990)

وفي ضوء نتائج البحث تشير الباحثة ومن خلال مراجعة الدراسات المحلية ، أن هناك نقصاً حاداً في الدراسات و البرامج التدريبية المقدمة إلى أمهات الأطفال المعاقين، حيث أن معظم البرامج المتوفرة تركز على تدريب الأطفال المعاقين وليس على الأمهات، مما يجعل مشكلة الطفل المعاق تزداد سوءاً؛ وذلك لعدم معرفة الأم كيفية التعامل مع الإعاقة، وكيف تتكيف مع هذه الإعاقة. لذلك فإن البرامج الإرشادية الموجهة للأم يجب أن تراعي مستوى التوتر، والقلق، وزيادة مستوى التكيف، والصحة النفسية؛ وذلك لمساعدتها للوصول إلى حل للمشكلات، والتحديات التي تواجهها في أدوارها المتعددة. ومن هنا فإنه لا بد من تشجيع الأم، وتدريبها، ومساعدتها على تعلم وبناء مجموعة من الأدوات والوسائل لأسلوب حل المشكلات؛ لاستخدامها في المواقف الجديدة، ولمساعدتها على العناية بالمعاق بطريقة أفضل. (Kurylo, et al. 2002)

وتنوه الباحثة الى أن مشكلات الأمهات مع أطفالهن المعاقين ما تزال موجودة وحاضرة في معظم البلاد العربية والأجنبية ، والتركيز في معظم الأحيان ينصب على المعاق وكيفية تأهيله وهذا جانب واحد لا يحل المشكلة، لأن الأسرة سواء الأب أو الأم أو الأخوة يعانون نفسياً وجسدياً وانفعالياً لوجود طفل معاق، لذا يجب تخصيص وحدات داخل مراكز الإعاقة للإرشاد الأسري لذوي المعاقين. وتدريب العاملين في مراكز الإعاقة على دورات متخصصة في الإرشاد الأسري وتصميم برامج إرشاد جمعي تستند إلى نظريات الإرشاد النفسي في إرشاد أسر المعاقين.

التوصيات :

على ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- الاهتمام بإجراء المزيد من الدراسات حول موضوع التقبل للطفل المعاق من قبل أسرته ومحيطه الاجتماعي الخاص والعام، وعلى أن تعمل الأسرة على التفاعل مع الطفل المعاق؛ مما يتيح له الإفصاح عن مشاعر التقبل له، وتشجيعه على الاستقلال والتوافق النفسي.
- العمل على توعية الوالدين بظروف الإعاقة، وتشجيعهم على تقبل قدرات الطفل المعوق وإقناعهم بإمكانية استغلال هذه القدرات لإنتاج طفل معوق فاعل، يتوافق مع ذاته وبالتالي العمل على دمجها في محيطه الأسري والاجتماعي بشكل فاعل.
- ضرورة توعية الجماهير إعلامياً بدورها الأساسي في المعاونة على اندماج المعاقين في المجتمع و العمل على توفير وسائل الترفيه والتثقيف اللازمين للفئة المعاقة .
- عقد الدورات والندوات الإرشادية لأسر الأطفال المعوقين حول الرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية الصحيحة و ضرورة الاهتمام بإعداد المزيد من البرامج الإرشادية للمهات الأطفال المعاقين

خاتمة :

ترى الباحثة في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن مشكلة المعاملة الغير سوية لدى الأمهات اتجاه أطفالهن المعاقين ما تزال موجودة وحاضرة في معظم البلاد العربية والأجنبية ، فقليلًا ما تستشير الأمهات أخصائيين يزودنهن بمعلومات كافية عن وضع أطفالهن أو عن كيفية معاملتهن. وحتى في حالة تشخيص إعاقة الطفل رسميًا، فإن المعلومات التي تقدم من المركز غالبًا ما تكون محدودة. لذلك نجد الام تتبع أساليب معاملة غير سوية جهلا منها بالأساليب الصحيحة، من ذلك فتبادل المعلومات كثيرًا ما يُوجّه الأمهات إلى الطرق المناسبة للتعامل مع الطفل ومع المشكلات المرتبطة به ، ومن ذلك فجاءت خلاصة الجلسات الارشدية بتوجيهات الى الام التي لديها طفل معاق ذهنيًا ان تقوم بتعديل أسلوب حياتها، وتتواصل مع طفلها، و القيام بالأشياء النافعة له، ومحاولة البحث عن الخدمات المتوفرة في المجتمع، وإشراكه في نشاطاتها الأسرية، وبرامجها المختلفة كالرحلات وزيارات الأقارب والتسوق، والمشاركة في الجمعيات والهيئات ذات الصلة بإعاقة طفلها، ومن المهم جدا الاجتهاد في البحث عن المعلومات الحديثة بما يخص حالة الإعاقة، والسعي إلى المشاركة في المؤتمرات والندوات وورش العمل التي تساعدها في التعامل مع إعاقة طفلها، والتواصل مع المهنيين في مجال الإعاقة والمشاركة في البرامج الارشادية لتقديم الخبرات لأسر اخرى ، كما يجب التحلي بالثقة والإيمان و بقدرات طفلها على التطور والتقدم مهما كان بسيطًا، وخلاصة القول انه من الواجب الاهتمام بأسر المعاقين وخاصة الامهات ،ولابد من الاهتمام بتطبيق برامج ارشادية وتنقيفية لاسر المعاقين للحصول على المعلومات الكافية والصحيحة عن سبب الإعاقة وطبيعتها، كما لابد من توفير الدعم من خلال المراكز البيداغوجية والجمعيات الخاصة أو العامة والأطباء والأخصائيين النفسيين. وقد يتمثل الدعم بالتدريب أو بالإرشاد النفسي بتخصيص وحدات داخل مراكز الإعاقة للإرشاد الأسري لذوي المعاقين. وتدريب العاملين في مراكز الإعاقة على دورات

متخصصة في الإرشاد الأسري وتصميم برامج إرشاد جمعي تستند إلى نظريات الإرشاد
النفسي في إرشاد أسر المعاقين

المراجع

أولاً : المراجع العربية

1. الكتب:

1. ابراهيم عباس الزهيري (2003). تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم، إطار فلسفي وخبرات عالمية، دار الفكر العربي: القاهرة
2. إبراهيم عباس الزهيري (1998). فلسفة تربية ذوي الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم، مكتبة زهراء الشرق: القاهرة.
3. إبراهيم علا عبد الباقي (2000). الإعاقة العقلية، التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً، عالم الكتب: القاهرة
4. أبو عطية، سهام درويش (1997). مبادئ الإرشاد النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر: عمان
5. أبو عوف ، طلعت محمد (2012). الأسرة والأبناء الموهوبين، ط1، العلم والايمان للنشر والتوزيع
6. أبو غزال، معاوية محمود (2011). النمو الانفعالي والاجتماعي من الرضاعة إلى المراهقة، الطبعة الأولى ،عالم الكتب الحديث، أربد : الأردن.
7. أحمد المغلوث (1999). رعاية وتأهيل المعوقين في المملكة العربية السعودية ،الواقع والطموحات :الرياض
8. أحمد عزت راجح (1985). أصول علم النفس ،مؤسسة المعارف للطباعة والنشر : الاسكندرية
9. اشرف محمد عبد الغنى(2000). مخاوف الأطفال المعاقين عقلياً، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع: الإسكندرية
10. أمال عبد السميع مليجي باظة (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها، مكتبة الأنجلوا المصرية: القاهرة
11. انتصار يونس (2004). السلوك الإنساني، دار المعارف، الإسكندرية : مصر
12. البتال زايد بن محمد (2000). الاحتراق النفسي، ضغوط العمل النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، ماهيته- أسبابه- علاجه، سلسلة إصدارات أكاديمية، التربية الخاصة: الرياض العربية السعودية
13. برادلي ديان وآخرون (2000). الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة وتطبيقاته التربوية ، ترجمة السرطاوي: الإمارات العربية المتحدة.

14. جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (1995). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، دار النهضة العربية: القاهرة
15. جمال الخطيب (1995). العمل مع أسرة الطفل المعاق، منشورات مركز التدخل المبكر، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية: الإمارات العربية المتحدة
16. جمال الخطيب (1992). تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين، إشراق للنشر والتوزيع: عمان.
17. جمال الخطيب (2001). تعديل سلوك الأطفال المعاقين دليل الآباء والمعلمين، مكتبة الفلاح، دار حزين : عمان
18. جمال الخطيب (2001). أولياء أمور الأطفال المعاقين، استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة: الرياض
19. جمال الخطيب (2003). تعديل السلوك الإنساني، دار حنين للنشر والتوزيع: الأردن
20. جمال الخطيب وآخرون (2006). تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية، ط1، دار وائل: عمان
21. جمال مقال القاسم وآخرون. (2000). الاضطرابات السلوكية، دار صفاء، ط1: عمان
22. جودت عزت عبد الهادي، سعيد حسني العزة (1999). نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع: مصر
23. جون كونجر وآخرون (1978). سيكولوجية الطفولة الشخصية، ترجمة احمد عبد العزيز وآخرون دار النهضة المصرية: القاهرة
24. حامد عبد السلام زهران (1998). التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب ط 3 : القاهرة
25. حامد عبد السلام زهران (1980). التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، ط2: القاهرة.
26. حامد عبد السلام زهران (1984). علم النفس الاجتماعي، مكتبة عالم الكتب: القاهرة
27. حامد عبد السلام زهران (1990). علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة، عالم الكتب ط5: القاهرة
28. حسن حسين زيتون (2001). مهارات التدريس، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة
29. حسن مصطفى عبد المعطي (2006). السيكوباتولوجية الاجتماعية والمشكلات المعاصرة، مكتبة زهراء الشرق في الصحة النفسية، ط1: القاهرة
30. حسني العزة سعيد (2001). الإرشاد النفسي وأساليبه وفناتها الدار العلمية الدولية، ودار الثقافة للنشر والتوزيع: عمان

31. حمدان محمد زياد (1990). الإشراف في التربية المعاصرة ، مفاهيم وأساليب وتطبيقات، دار التربية الحديثة:عمان
32. حيدر فؤاد (1994). علم النفس الاجتماعي ، دراسات نظرية وتطبيقية، بيانات النشر، دار الفكر العربي : بيروت
33. الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى؛ السرطاوي، عبد العزيز (1992). إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار حنين :عمان
34. خليل أبو فرحة (2000). الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع: الأردن
35. خليل محمد محمد بيومي (2000). سيكولوجية العلاقات الأسرية، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع : القاهرة
36. رشاد علي عبد العزيز موسى (2009). زينب بنت محمد زين العابدين، سيكولوجية العنف ضد الطفل، عالم الكتب، ط 1 :القاهرة
37. رطروط سيد عادل توفيق (2000). إعاقة الطفل العقلية كإحدى عوامل الخطورة المحركة لإيقاع الإساءة عليه، الشبكة العربية لذوي الاحتياجات الخاصة ،مؤسسة نهر الاردن:الأردن
38. ريتشارد م سوين (1979) . علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية: القاهرة
39. الريماوي محمد عودة وآخرون (2004). علم النفس العام، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع: عمان
40. الزريقات إبراهيم (2006). الإعاقة البصرية، دار المسيرة:عمان
41. الزعبي أحمد (2001) . علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، الأسس النظرية المشكلات وسبل معالجتها، دار زهران: عمان.
42. زكريا الشربيني و يسرية صادق (2000). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته، دار الفكر العربي:القاهرة
43. زكريا الشربيني (2006). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته، دار الفكر العربي: القاهرة
44. سامي محمد ملحم (2002). التربية وعلم النفس ، دار المسيرة للطباعة والنشر: الأردن- عمان
45. السرطاوي عبد العزيز (1991). ردود أفعال الوالدين نحو الإعاقة الجسدية،مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية، ط1:جدة

46. سرية عصام نور (2002). سيكولوجية الطفل، مؤسسة شباب الجامعة: الإسكندرية
47. سعيد حسني العزة (2001). الإعاقة العقلية، دار العلمية الدولية ، ودار الثقافة للنشر والتوزيع :عمّان
48. سهى أحمد أمين (1999). المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال، التشخيص والعلاج ،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع:القاهرة
49. سهير كامل (1998). احمد دراسات في سيكولوجية المرأة، مركز الإسكندرية للكتاب: الإسكندرية- مصر
50. سهير كامل أحمد ،شحاتة سليمان (2002). تنشئة الطفل وحاجاته، دار المعرفة الجامعية، ب ط :الإسكندرية
51. سي بشير كريمة (2016). الإرشادي النفسي الجماعي، التقنيات، الإستراتيجيات،الجلسات، دار كنور الحكمة : الجزائر
52. سي بشير كريمة (2017). مدخل الى سيكولوجية الاعاقة، دار كنور الحكمة : الجزائر
53. السيد أحمد إسماعيل (1995).مشكلات الطفل السلوكية وأسلوب معاملة الوالدين، المكتب الجامعي الحديث: مصر
54. السيد علي سيد وفائقه ومحمد بدر (1999). اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصه وعلاجه مكتبة النهضة المصرية،القاهرة،
55. شاهين رسلان (2009). سيكولوجية الإعاقات العقلية والحسية، التشخيص والعلاج ،ط1، مكتبة الانجلو المصرية:القاهرة
56. شقير زينب (2002).رعاية المتفوقين والموهوبين والمبدعين، مكتبة النهضة المصرية ،ط4: القاهرة
57. صادق فاروق محمد (1982). سيكولوجية التخلف العقلي ،جامعة الملك سعود، عمادة شؤون المكتبات:جدة
58. صالح حسن الداھري وناظم هاشم العبيدي(1999).الشخصية والصحة النفسية ،ط1، مؤسسة حمادة للخدمات: اربيد- الاردن
59. صالح حسن الداھري(2005). مبادئ الصحة النفسية ،دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع:الاردن
60. طارق عبد الرؤوف عامر و ربيع عبد الرؤوف عامر(2006) .رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ،دار السحاب للنشر والتوزيع: القاهرة
61. عادل عبد الله محمد(2002). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وامكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا ،دار الرشاد: القاهرة

62. عباس محمود عوض (1994). علم النفس الاجتماعي، نظرياته وتطبيقاته، دار المعرفة الجامعية، دون طبعة: الإسكندرية
63. عبد الحليم محمود السيد (1980). الأسرة وإبداع الأبناء، دراسة نفسية اجتماعية لمعاملة الوالدين في علاقتها بقدرات الإبداع لدى الأبناء، دار المعارف: القاهرة
64. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2 - المكتبة الجامعية : الإسكندرية .
65. عبد الرحمن العيسوي (2005). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر: الإسكندرية- مصر
66. عبد الرحمن عدس (1999). علم النفس التربوي نظرة معاصرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية: الأردن.
67. عبد الرحمن عيسوى (1996) . العلاج النفسى ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر: بيروت
68. عبد العزيز السيد الشخص (1997) . اضطرابات النطق والكلام - خلفيتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها، شركة الصفحات الذهبية المحفوظة: الرياض
69. عبد الله زاهي الرشدان (2005). التربية والتنشئة الاجتماعية ، دار وائل للنشر والتوزيع: عمان
70. عبد المجيد سيد منصور، زكريا أحمد الشربيني (2008). علم نفس الطفل، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، ط1: القاهرة
71. عبد المطلب القريطي (1996). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، دار الفكر العربي، ط2: القاهرة
72. عبد الهادي إبراهيم (2002). الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للنشر والتوزيع : الإسكندرية.
73. عبد المطلب أمين القريطي (2001) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، الطبعة 3، دار الفكر العربي: القاهرة
74. عدنان الدوري (1985) . جناح الأحداث، الكتاب الأول المشكلة والسبب، منشورات ذات السلاسل، ط1: الكويت
75. عمر أحمد همشري (2003) . لتنشئة الاجتماعية للطفل. دار صفاء للنشر و التوزيع: عمان-الأردن

76. عمر نصر الله (2002). الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع: الأردن
77. العيسوي عبد الرحمن (1982). علم النفس والإنتاج، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة
78. غراب نجوى (1999). مدى فعالية برنامج تربوي على السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا منشأة المعارف ، ط1: الاسكندرية- مصر .
79. غريب عبد الفتاح غريب (1999). علم الصحة النفسية، الطبعة 1، مكتبة الأنجلو :مصر
80. فاروق الروسان (1999). مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر: الأردن
81. فاروق الروسان (1989). سيكولوجية الأطفال غير العادين ،جمعية عمال المطابع التعاونية،
82. فاطمة المنتصر الكتاني(2000). الإتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات، الطبعة رقم 1، دار الشروق للنشر والتوزيع: مصر
83. فتحى السيد عبد الرحيم (1981). الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي ،مؤسسة الصباح :الكويت
84. فؤاد البهي السيد (1975). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر: القاهرة-
85. فيوليت فؤاد ابراهيم (2005). مدخل إلى التربية الخاصة ، مكتبة الانجلو المصرية: القاهرة
86. قاضي يوسف وآخرون(1981). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ للنشر والتوزيع: الرياض
87. القريوتي، السرطاوي، الصمادي(1995). المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للنشر والتوزيع ، ط 1 : دبي
88. قناوي هدى محمد (1984). الطفل تنشئته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية :القاهرة
89. كفاي علاء الدين (2008). الإرشاد الأسري ، دار المعرفة الجامعية ، بدون طبعة: مصر
90. كفاي علاء الدين(1989). التنشئة الوالدية والأمراض النفسية، دار هجر للطباعة: القاهرة
91. كفاي علاء الدين(1990). الصحة النفسية ، دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع، ط3: القاهرة
92. كمال إبراهيم مرسى (1999) علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات ،الطبعة الثانية: القاهرة

93. ماجدة بهاء الدين السيد عبید (2007). الإعاقة العقلية، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، ط 2
عمان:
94. ماریا بیرس، جنیف لاندو (1997). اللعب ونمو الطفل، ترجمة عبد الرحمن سيد سليمان؛
شيخة يوسف الدربستي، بيانات النشر، مكتبة زهراء الشرق :القاهرة
95. مجدى عبد الكريم حبيب (1995). دراسات في أساليب التفكير ،مكتبة النهضة المصرية
، الطبعة الأولى :مصر
96. محمد أحمد محمد إبراهيم سعفان(2001). الإرشاد النفسي للأطفال، جامعة الزقازيق، دار
الكتاب الحديث، ك1، ج 2:القاهرة
97. محمد جعفر(2002). المساعدة الإرشادية النفسية، الدار السعودية للنشر والتوزيع: جدة
98. محمد عماد الدين إسماعيل (1986) النمو النفسي الاجتماعي للطفل، عالم المعرفة:
الكويت
99. محمد محروس الشناوي (1997). التخلف العقلي (الأسباب، التشخيص ،
البرامج) ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع : القاهرة
100. محمد محمد بيومي خليل (2000). سيكولوجية العلاقات الأسرية، دار قباء:القاهرة
101. محمد محمد نعيمة (2002). التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية ،دار الثقافة العلمية
للطباعة والنشر :الإسكندرية
102. محمد السيد عبد الرحمن(1998). نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر:القاهرة
103. محمد عادل عبدالله (2004). الإعاقات العقلية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة،دار
الرشاد للنشر والتوزيع :القاهرة
104. محمود حسن (1981). الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية : بيروت
105. محمود حموده (1998). الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج ،، المطبعة الفنية:
القاهرة.
106. مختار حمزة سيد (1975) . سيكولوجية المرضى وذوي العاهات ،مكتبة الخانجي ،ط3
القاهرة:
107. نادر فهمي الزبيد (1995). تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ، دار الفكر للطباعة
والنشر:عمان -الأردن
108. نايف الزارع (2006) . تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ،دار الفكر للنشر والتوزيع،
ط1:القاهرة

109. نبيه ابراهيم اسماعيل (2006). سيكولوجية نوى الاحتياجات الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية
110. النصارى و سامية لطفي وصالح ، أحمد(2007). علم نفس النمو الأطفال، مركز الاسكندرية للكتاب : مصر
111. نعيمة حمد محمد (2002). التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية، دار الثقافة العربية:القاهرة
112. النيال مایسة أحمد (2002). التنشئة الاجتماعية مبحث في علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية :الإسكندرية.
113. الهجرسي امل معوض (2002). تربية الأطفال المعوقين عقليا ،دار الفكر العربي، ط1 : القاهرة - مصر
114. هدى محمد قناوي (1983). الطفل وتنشئته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة
115. هلال أسماء سراج الدين (2009). تأهيل المعاقين ، دار المسيرة للنشر والتوزيع: القاهرة
116. ولبرت واطسون ، هنري كلاي ليندجرين (2004). سيكولوجية الطفل و المراهق ،ترجمة داليا عزت مؤمن، مكتبة مدبولي الصغير:القاهرة
117. يحيى سليم ملحم (2006). التمكين كمفهوم إداري معاصر، المنظمة العربية للتنمية الإدارية: القاهرة:
118. يحيى، خولة؛ عبيد، ماجدة (2005). الإعاقة العقلية، دار وائل للنشر: عمان.
119. يونس انتصار(2004). السلوك الإنساني، دار المعرفة الجامعية: القاهرة

II. الرسائل الجامعية:

120. ابن الطيب فتيحة (2012). التخلف العقلي عند الطفل و آثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم، دراسة عيادية لأربع حالات ،ماجستير علم النفس،كلية العلوم الاجتماعية،جامعة فرحات عباس ، سطيف
121. أبو ليله بشرى عبد الهادي (2002). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها باضطراب المسلك، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الاسلامية، غزة.
122. أحمد مسعودان (2006). رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية ، دكتوراه علم اجتماع التنمية ،جامعة منتوري ، قسنطينة

123. أسيا علي راجح بركات (2000). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى
124. أمال إبراهيم الفقي (2012). فاعلية الإرشاد الأسرى في تحسين مهارات الوالدية الفاعلة لدى عينة من أسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، كلية التربية، جامعة بنها، مصر
125. أمين نهله أحمد علي (2015). الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
126. ايمان فؤاد الحاج إبراهيم (2005). فاعلية برنامج جمعي سلوكي لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في خفض بعض مشكلات الأطفال السلوكية، ماجستير إرشاد نفسي وتربوي، كلية الدراسات التربوية، جامعة عمان
127. إيمان فؤاد كاشف (1989). اثر برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو ابنهم المعوق، رسالة دكتوراه ، كلية التربية بن عقليا، جامعة الزقازيق.
128. براهيم براهيم (2007). ردود أفعال العائلة الجزائرية بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا، دكتوراه دولة علوم التربية، رسالة منشورة، كلية العلوم الإنسانية ، جامعة الجزائر
129. البليهي عبد الرحمن محمد (2008). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالتوافق النفسي، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
130. حرز الله محمد سامي (1992). مشكلات التكيف التي يواجهها المعوقون حركيا، اطروحة ماجستير، الجامعة الأردنية
131. حمزة جمال مختار (1992). مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهم نحو الابن المتخلف عقلياً وفي تحسين توافقه، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
132. خالد محمد رمضان (2008). فعالية برنامج تدريبي بنظمي الدمج والعزل في تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقليا ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنى سويف
133. خوج حنان أسعد (2002). الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، مكة المكرمة
134. دريين أمينة (2012). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين بظهور الاكتئاب عند المراهقين، ماستر علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة العقيد أكلبي البويرة

135. دنان لونة عبد الله (2004). "الإساءة اللفظية" تجاه الأطفال من قبل الوالد وعلاقته ببعض المتغيرات المتعلقة بالأسرة، دراسة وصفية منشورة، كلية علم النفس، جامعة دمشق: سوريا
136. سمية الدهان (2014). أثر برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لخفض حدة السلوك العدواني، ماستر إرشاد وتوجيه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة
137. سهير محمد سلامة شاش (2001). فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق
138. سي بشير كريمة (2008). فعالية برنامج إرشادي محدد بتقنية النمذجة في تغيير اتجاهات الأمهات الجزائريات نحو الأطفال المعوقين حركيا، دكتوراه دولة علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2
139. سيد أحمد دعاء عوض (1999). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في تحسين بعض جوانب السلوك الاجتماعي لأبنائهن، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الإسكندرية
140. صافيناز أحمد كمال (2000). العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية واضطرابات النوم في مرحلة الطفولة المبكرة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق
141. صالح عبد الله هارون (1985). دراسة أثر البرامج التربوية الخاصة في توافق المتخلفين عقليا في المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس
142. صلاح اللوزي وعبد الكريم متعب (2008). أثر وجود طفل معاق على الوالدين، دراسة ميدانية برنامج العمل الاجتماعي، كلية الآداب، الجامعة الأردنية، العدد 1
143. ضياء محمد منير الطالب (1987). دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس
144. طلعت حسن عبد الرحيم خليل (1975). دراسة تحليلية لشخصية التلاميذ المتخلفين دراسيا في المرحلة الإبتدائية في جمهورية مصر العربية والمتطلبات التربوية والنفسية لرعايتهم، أطروحة دكتوراه، جامعة المنصورة
145. عامر مصباح (2003). لتنشئة الاجتماعية والسلوك الانحرافي، أطروحة دكتوراه علم النفس الاجتماعي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر

146. عمار زغينة (1997). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي، أطروحة ماجستير ، جامعة الجزائر 2
147. فتيحة سعدي (2005). فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا (درجة بسيطة)، ماجستير علوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر
148. فرشاني لويزة (1998). المعاملة الوالدية وحاجة الأبناء للإنجاز، دراسة ميدانية مع تلاميذ الثانويات، رسالة ماجستير الجزائر
149. فيصل مناحي العجمي (2003). أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنيا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت، رسالة ماجستير التربية الخاصة
150. كاشف إيمان فؤاد (1989). أثر برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم المعوقين عقلياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
151. الكيلاني السيد أحمد (1986). دراسة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية والتوافق الاجتماعي لدى المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس
152. مصطفى القمش (1994). مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية
153. موسى نجيب (2003). أساليب المعاملة الوالدية للأطفال الموهوبين دراسة مطبقة على مركز سوزان مبارك الاستكشافي للعلوم، رسالة ماجستير ، جامعة حلوان.
154. ميسرة فايد طاهر (1989). أساليب المعاملة الوالدية: الاتفاق والاختلاف فيها كما يراه الأبناء، رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة ام القرى، السعودية
155. نجيب ألفت (2000) ، مستويات مشاركة الأمهات في البرامج التدريبية لأطفالهم المعاقين عقليا والتغيرات التي تحدث لديهم ولدى أطفالهم، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
156. هدى كشرود (2003) . دراسة العلاقة بين المعاملة الوالدية والاكنتاب واستراتيجيات الكوبين في إطار نموذج القابلية للتأثر، أطروحة دكتوراه دولة غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية ، جامعة الجزائر
157. هلايلي ياسمينة (2007). اعتماد درجات الذكاء لإقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقليا ، دكتوراه توجيه وإرشاد، كلية العلوم الإنسانية ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة
158. هناء تسيير حمد الله الحديدي (2001) . مشكلات أسر الأطفال المعاقين عقلياً ، دراسة على عينة من أمهات في محافظة العاصمة، رسالة ماجستير اجتماعي، الجامعة الأردنية.

159. اليازوري محمد علي (2012). الإضطرابات السلوكية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية في قطاع غزة

iii. المجلات والمقالات :

160. أبو فخر غسان (2010). الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليا وعلاقته ببعض المتغيرات : دراسة ميدانية في مراكز رعاية وتأهيل المعوقين ذهنيا في محافظة دمشق. مجلة العلوم التربوية والنفسية ،مج26، عدد4، كلية التربية، جامعة دمشق
161. أحمد عريبات ومحمد الزيدوري (2008). فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى اسر أطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف أطفالهم ، كلية علوم التربية ، جامعة مؤتة ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد24، العدد1
162. المصري فاطمة (2005) . الأمومة المتطرفة والنضج الانفعالي، أبحاث ومقالات في الدراسات الاجتماعية والنفسية ، ط1 ، دار المريخ ، الرياض ، السعودية ، (ص ص 98-108)
163. أميرة طه بخش (1998). فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، مجلة العلوم التربوية ، جامعة القاهرة ، العدد11
164. أميرة طه بخش (2002). الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية ،مجلة دراسات ، العدد 2 ، (ص ص 215-237)
165. بنا نادية (1990). مساعدة الأسرة من خلال برنامج التدخل المبكر، مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر، مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية ، القاهرة
166. تعوينات علي (1995) . دور الأسرة في تربية وتنقيف صغارها ، مجلة الرواسي، العدد 12 ،جمعية الإصلاح الاجتماعي والتربوي، باتنة
167. جابر نصر الدين (1998) . انعكاسات أسلوب التقبل /الرفض الوالدي على تكيف الأبناء في فترة المراهقة ، مجلة العلوم الإنسانية، العدد التاسع، جامعة قسنطينة.
168. جيهان أبو راشد فاروق السعيد عثمان (1994).أساليب التشيئة الأسرية من خلال الاتجاهات الوالدية لعينة من الآباء والأمهات في المجتمع البحريني ،مجلة كلية التربية، العدد 25 ، جامعة المنصورة
169. حمود، محمد الشيخ (2010). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء الأسوياء والجانحون، دراسة ميدانية مقارنة في محافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق ، عدد26

170. السرطاوي، عبد العزيز (1991) .ردود أفعال الوالدين نحو الإعاقة الجسدية، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية، عدد 3 ، (ص ص 1-18)
171. سعيد دببيس (1999). مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة، مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد 15، (ص ص 77 - 106)
172. شاكر قنديل (1996). الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقلياً ومسئولية المرشد النفسي "دراسة تحليلية"، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (ص ص 625 - 642)
173. عادل عبد الله والسيد فرحات (2001). إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس
174. عايدة شعبان صالح و أنور حمودة البنا (2008). فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمحافظة غزة، كلية التربية، مجلة جامعة الأزهر، غزة، العدد 1، (ص ص 1- 70)
175. عايدة شعبان صالح وأنور حمودة البنا (2007). فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة جامعة الأزهر، غزة، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد 10، العدد 1A
176. عايش صباح و عبد الحق منصور (2013). حول أثر الضغوط النفسية على أسر المعاقين دراسات نفسية وتربوية، تطوير الممارسات النفسية والتربوية، عدد 11، جامعة وهران، الجزائر
177. عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (1999). الطفل التوحدي، القياس والتشخيص الفارق، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة
178. عبد الرحيم و طلعت حسن (1986). وجهة التحكم وتقبل الآخرين لدى طلاب الجامعة المحرومين وغير المحرومين من آبائهم، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، عدد 7، القاهرة.
179. عبد العزيز الشخص (1997). مظاهر إساءة معاملة الطفل في المجتمع المصري (بحث قومي بتكليف من أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا)، بالاشتراك مع آخرون
180. عبد الفتاح عبد الغني الهمص (2006). الطفل المعاق - حقوقه ومتطلبات تربيته من منظور إسلامي، مجلة الجامعة الإسلامية، الدراسات الإنسانية، المجلد (2)، العدد (14)، الجامعة الإسلامية، غزة، (ص ص 3-29).

181. العمري عيسات (2014). مسائل الإعاقة والمعوقين في الجزائر، مقارنة تحلى لىة،
مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد 19
182. فاروق صادق (1997). الحاجة الى حقبة إرشادية لأسرة الطفل المعوق سمعياً ، توجيه
للدول العربية ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، النشرة الدولية ، العدد 52
183. فاطمة درويش (2011). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب
مواجهتها" دراسة ميدانية على عينة من أولياء أمور المعوقين عقلياً في مدينة دمشق" ،مجلة
جامعة دمشق ،المجلد 27
184. فتحي السيد عبدالرحيم (1980) . دراسة للتفاعل الأسري كأحد الأبعاد الفارقة في برنامج
التقويم السيكولوجي للمعاقين، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد الأول، السنة الثامنة، جامعة
الكويت
185. القريوتي ابراهيم (2008). تقبل الأمهات الأردنيات لإعاقة أبنائهن .المجلة الأردنية في
العلوم اليرموك جامعة، عدد 3، (ص ص167-177)
186. محمد عبد الرحمن الشقيرات وعامر نايل المصري (2001). الإساءة اللفظية ضد الأطفال
من قبل الوالدين في محافظة الكرك و علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة
بالوالدين، مجلة الطفولة العربية ، الكويت، (ص ص3-29)
187. نصر الدين جابر(1998) . انعكاسات أسلوبى التقبل والرفض الوالدى على تكيف الأبناء
في فترة المراهقة ، مجلة العلوم الإنسانية ، جامعة قسنطينة،(ص73)

ثانيا : المراجع الاجنبية

188. American Psychiatric Association. (1994): Diagnostic and statistical
manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
American Psychiatric
189. Barkley, R, and al, (1992): *A Comparison of Three Family Therapy
Programs for Treating Family Conflicts in Adolescents with Attention
Deficit Hyperactivity Disorder*. Child and Family Behavior Therapy Vol.
60, No.3, p. 450– 562

190. Baroun, K. (2006): Parents attitudes towards their moderately mentally retarded children. *Journal of Arab Children*, 7(26): 63–80.
191. Brandon, Peter D. & Dennis P. Hogan.(2001). *The Effects of Children with Disabilities on Mothers' Exit from Welfare*. Joint Center for Poverty Research Working Paper Series.
192. Brenda , B. (1990): The child abuse potential of mothers of young
193. Bruce B, (2001) :Fathers' and Mothers' Involvement in families with young children with disability ,*journal of intellectual &developmental disability*,26,pp324_339
194. Condell, I, F, el at, (1994): Parental attitudes toward mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*. 15.
195. Davison, JM Neale, S Johnson. Wiley,(1998), *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 259,
196. Droter , D: Bashiewicz , A : L RVIN , N , Kennell , J , & Klaus , M. 1975: The adaptation of paraent to birth of an infant , with congenital malfor mation , *Pediatric* , 50 , 710 – 717
197. Drummond J. (2005): Parent support programs and early childhood development: Comments on Goodson, and Trivette and Dunst. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds.(2005): *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005 Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/DrummondANGxp.pdf>
198. Duncan, J. A., & Gumaer, J. (1980). *Developmental groups for children*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 440 pp.
199. Elson, M. (2000): The Social and Economic Impact on family of Child with Server Disabilities [On Line] <http://proquest.umi.com.pqdweb?>
200. Farber, B, (1983): Severely Mental Retardation on family integration Monogr, ph, Soc. Reseorcli in Child development.

201. Farber, B. (1962):Mental Retardation Across The Life Span.
Interdisciplinary Journal Of Applied Family Studies, Vol. 46, No.2.
202. Goodson B.(2005) :Parent support programs and outcomes for children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. (2005):
Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal,
Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development;1–7
203. Graham, P. (1998): *Cognitive –Behavior Theory for Children and Families*, Cambridge University press.
204. Harvey, E., (2000): Parenting Similarity and Children with Attention
Deficit Hyperactivity Disorder, *Child and Family Behavior Theory* Vol. 22,
No. 3, p. 39–54
205. Hassall, R. Rose, J. McDonald,J. (2005): Parenting stress in
mothers of children with an intellectual disability: the effect of parental
cognition in relation to child characteristics and family supports.
Journal of Intellectual Disability Research. 49(6)405 – 418.
206. Heller, T. et.al. (1997): Maternal And Parental Caregiving Of Persons
With
207. Johnson, C., & Handen, B. (1994): *Efficiency of Mental Penidate
Intervention on Classroom Behavior in Children with ADHD and Mental
Retardation*, *Behavior Modification*, Vol. 59, No. 4, p. 470–488.
208. Johnson, C., & Handen, B. (1994): *Efficiency of Mental Penidate
Intervention on Classroom Behavior in Children with ADHD and Mental
Retardation*, *Behavior Modification*, Vol. 59, No. 4, p. 470–488.
209. Luckasson, R, and al . (2002). *Mental retardation: Definition,
classification, and systems of supports (10th Ed.)*. Washington DC:
American Association on Mental Retardation
210. Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983): Socialization in context of family
: parent–child interaction., in Hetherington. E, M. (Ed). P.H Mussen
(series Ed) *Hand book of child psychology : vol. 4. Socialization,
personality, and social development*, New York, Wiley..

211. Pimental, J. and Meneres, S. (2003): The Development of Children with Down syndrome: the influence of mental adaptation; mother– child interaction and early form of support: European Journal of Special Needs Education.
212. Reber. A ,dictionary of psychology England 1986–1987: published.
213. Robert, S. Feldman (1996): Understanding psychology. Fourth Edition McGraw. Hill Inc. New York. Pp 412–413.
214. Sandman, M. et. al. (1982): Reduction Of Inappropriate Behavior With Primary Mentally Handicapped Child. Journal Of Special Education, Vol.6, No. 2.
215. Schaenwald (1989): A communication program for enhancing interaction in Families with mental retardation child. A.A.D/ September.
216. Seligman, M. E. P. (1993): Learned optimism: The Skill to counter life's obstacles, large and small, New York: Random House
217. Soares,I.& Baker, B. (1999): Child Externalizing Behavior and Parent's Stress: The Role of Social Supports, Vol. 46, No. 4, p. 372–382
218. The adaptation of paraent to birth of an infant , with congenital malfor
219. Turnbull, A. and Turnbull, H. (1997): Families' professional and exceptionality: A special partner ship. Englewood cliffs, NJ: Merrill prentice Hall.
220. Wilson , G. T., Nathan, P. ; O'Leary, K .D. and Clark, L.A. (1996) : Abnormal Psychology : Integrating Perspectives . London : Allyn and Bacon .
221. Zucman , E , (1982) : femille et handicap dans le monde ;paris ;CTNERHI

الملحق

الملحق رقم (01)

جامعة الجزائر -2-
كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية / قسم علم النفس

استمارة تحكيم الأساتذة لمقياس المعاملة لدى الأمهات

(الصورة الاولى)

تحية طيبة :

تقوم الباحثة بإعداد مقياس في إطار تحضير مذكرة تخرج لنيل درجة دكتوراه علوم في علم النفس الإكلينيكي عنوان " فعالية برنامج إرشادي لتعديل أساليب المعاملة لدى أمهات الاطفال المعاقين ذهنيا ، ومن خلال الاجابة على بنود المقياس يمكننا التعرف على السلوكيات السلبية التي تتبعها الام في التعامل مع طفلها المعاق المقياس يظم مجموعة عبارات ، وأمام كل عبارة : (موافق/ غير موافق) أو اقتراح آخر الرجاء من سيادتكم وضع علامة (✓) أمام الخانة التي تعبر عن رأيك في العبارة

وشكرا على تعاونكم

الملحق رقم (01)

تحية طيبة :

- عزيزتي الأم نرجو منك مساعدة الباحثة على إتمام بحث والإجابة على أسئلة المطروحة أدناه والمقياس يظم مجموعة عبارات ، وأمام كل عبارة من العبارات احتمالين من الإجابة هي : (موافقة/ غير موافقة)
- ❖ الرجاء منك وضع علامة (√) أمام الخانة التي تعبر عن رأيك في العبارة
 - ❖ حاولي ألا تتركي عبارة بدون إجابة .
 - ❖ جميع الإجابات ستكون سرية و تستخدم بغرض البحث

و شكراً لحسن تعاونك

ملاحظات الاستاذ :

استمارة البيانات الشخصية (الصورة الاولى)

ملاحظات	موافق	غير موافق	
			- البيانات الخاصة بالأم :
			- سن الأم
			- الحالة العائلية:..متزوجة ارملة مطلقة
			- المستوى الدراسي للام :.....
			- المهنة :
			- المستوى الاقتصادي :
			- البيانات الخاصة بالطفل :
			- جنس الطفل :.....
			- سن الطفل :.....
			- ترتيب الطفل بين الاخوة :
			- تصنيف الاعاقة الذهنية للطفل :
			- درجة الاعاقة الذهنية للطفل :.....

الملحق رقم (01)

اقتراحات اخرى :

الملحق رقم (02)

الاستبيان بعد تعديل وحذف البنود :

اسلوب الانسحاب الاجتماعي	اسلوب الرفض	أسلوب القسوة	اسلوب المواجهة	أسلوب الحماية الزائدة	اسلوب التقبل
- 31- 25 -27 -9 - 48- 44- 39- 38 60 - 51- 50	19 - 17 - 13 - 10 -7 -20 - 35 - 33 - 28 - 24 43	- 30 -23- 22 -1 47 - 45- 41 -36 - 55 -49 - 57	- 11 -6 -5 32 - 16- 12 52 - 40- 37- 54-	34- 26 - 8 - 4-2 - 58 -56- 46 - 42 61- 59	- 21 -18 15 - 14 - 3 53 -29

غير موافقة	موافقة	العبارات
		1. اعاقب طفلي إذا سكب الطعام على الأرض او على ملابسه
		2. اخاف كثيرا على طفلي من المرض خصوصا في الشتاء
		3. أعتنى بمظهر طفلي دون ضيق مني
		4. احضن ابني عندما أكون حزينة أو أواجه مشكلة ما.
		5. ان اهلي يقفون بجانبني ويساندونني في تربية ابني
		6. أفكر دائما في كيفية توفير مستقبل أفضل لابني
		7. لا استطيع التوفيق بين العناية بابني وبباقي افراد اسرتي
		8. اعاقب اطفالي الاخرين اذا أساءوا معاملة اخيهم
		9. اشعر بالحرج عندما اصطحب ابني معي خارج المنزل
		10. يقلقني أن ابني لا يتمكن من الاستحمام بمفرده
		11. اسعى لتعليم ابني مهارات تفوقه في حياته
		12. طلبت نصائح من أخصائي واتبعتها
		13. يزعجني أن ابني لا يستطيع الحفاظ على نظافته
		14. أسامح طفلي على جميع افعاله
		15. استطيع التعامل بسهولة مع المشكلات المرتبطة بإعاقة ابني
		16. اطلع دائما على مواقع الانترنت لاكتساب معلومات وخبرات عن الاعاقة
		17. يزعجني ابني لما يناديني عندما اكون مشغولة بالبيت
		18. استطيع التعايش انا و ابني مع إعاقته بين الناس
		19. يزعجني أن متطلبات العناية بابني مرهقة بالنسبة لي
		20. اشعر أن كل ما ابذله من جهد مع ابني لا جدوى منه
		21. أنا راضية بابني وبكل ما يحققه وان كان شئنا بسوطا
		22. اصرخ على طفلي عندما لا يكثرث لكلامي
		23. لا اسمح لطفلي بالخروج لكي لا يسبب المشاكل
		24. ازدادت المشاكل في الاسرة منذ لحظة ميلاد طفلنا

الملحق رقم (02)

		25. لا اخذ ابني إلى الحدائق العامة حتى لا أكون محل سخريّة واستهزاء
		26. اهتم باطعام والباس طفلي يوميا
		27. أتمنى أن يتقبل المجتمع ابني دون النظر إليه بدونية.
		28. لا أستطيع تحقيق التوازن في الاهتمام بطفلي وبشؤون البيت
		29. استمتع كثيرا باللعب مع ابني
		30. اضرب طفلي عندما يمتنع عن الاكل وحاول اطعمه بالقوة
		31. اشعر بالحرج عندما اصطحب ابني معي خارج المنزل
		32. أن زوجي يساندني ويقف إلى جانبي من اجل ابننا
		33. احس ان الله يعاقبني عندما ابتلاني بطفلي
		34. تخليت عن وظيفتي لأتمكن من العناية بطفلي
		35. يزعجني أن ابني يعاني من مشكلات صحية دائمة
		36. اضرب طفلي عندما يصر على عناده او على بكائه
		37. ادخرنا مبلغا من المال من اجل ابني لضمان مستقبل أفضل له.
		38. انتقل دائما بالسيارة واتفادى الاحتكاك بالناس
		39. انتشاج مع زوجي دائما بسبب الضغوط النفسية التي سببها لنا طفلنا
		40. لدىنا برنامج عائلي خاص بالعتل يتماشى مع إعاقة ابني
		41. أبتعد عن طفلي عندما يكون متسخاً ولا احضنه.
		42. اخاف على طفلي من الوقوع على الارض او اصابته بجروح
		43. لا أستطيع التوفيق بين العناية بابني وبباقي افراد اسرتي
		44. اتمنى ايجاد مركز يوفر الإقامة الداخلية للمعاقين
		45. أقسو على طفلي عندما احس بالضغط او اكون كئيبة
		46. لا اتصور المنزل من دون ابني
		47. اذا ناداني ابني في الليل لا اذهب اليه
		48. أفضل عدم الذهاب إلى الحفلات والولائم العائلية لتجنب نظرات الشفقة
		49. اغضب كثيرا عندما أرى الغرفة متسخة بسبب إهمال طفلي
		50. أفضل قضاء العطل ونهاية الأسبوع في المنزل مع طفلي
		51. اتمنى تغيير المنطقة او البلد الذي نعيش فيه
		52. اشترى كتب عن الاعاقة لتعلم اساليب التعامل مع طفلي
		53. أرى بان ابني يتحسن افضل من الأطفال المصابين بنفس إعاقته
		54. خططنا للسفر خارج البلاد لعرض ابننا على اخصائيين اجانب
		55. أضرب طفلي عندما تتسخ ملابسه
		56. احب عناق طفلي حتى لو كانت رائحة جسمه كريهة
		57. اتمنى أن لا يولد لي طفل معاق اخر.
		58. اشترى لطفلي كل ما يرغب فيه لكي لا احسسه باعاقته
		59. اعامل ابني معاملة خاصة تختلف عن اخوته
		60. أتردد كثيرا قبل دعوة الأهل والأصدقاء إلى المنزل
		61. اخاف على ابني كثيرا أثناء تواجده بالمركز

الملحق رقم (03)

جامعة الجزائر 2 - أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج الإرشادي

اسم الاستاذ	الرتبة العلمية	مكان العمل
لخضر جيلالي	أستاذ محاضر أ	قسم علم النفس جامعة عمار التليجي الاغواط
سي بشير كريمة	أستاذة محاضرة أ	قسم علم النفس جامعة الجزائر 2
بوديف سمير	مختص نفساني	-
بلاش صليحة	أستاذة محاضرة	قسم علم النفس جامعة الجزائر 2

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين لمقياس المعاملة

اسم الأستاذ	الرتبة العلمية	التخصص
بلاش صليحة	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العمل والتنظيم جامعة الجزائر 2
بداوي مسعودة	أستاذة محاضرة أ	علم النفس التربوي جامعة الجزائر 2
سي بشير كريمة	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العيادي جامعة الجزائر 2
عون علي	أستاذ محاضرة أ	علم نفس العمل التنظيم جامعة عمار تليجي
زناد دليلة	أستاذ تعليم عالي	علم نفس النفس العيادي جامعة الجزائر 2

ملحق رقم (04)

جامعة الجزائر 2 - ابوقاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

استمارة تقييم البرنامج الإرشادي من طرف أعضاء المجموعة

- ماهي عناوين الجلسات التي استفدت منها
-
- ماهي عناوين الجلسات التي لم تستفدي منها
-
- مارأيك في إدارة المرشدة لجلسات البرنامج
-
- ماهي درجة استفادتك من البرنامج..... كثيرةمتوسطة..... قليلة
-
- ماهي الاشياء التي لم تعجبكي في الجلسات.....
-
- ماهي الاشياء التي توقعتي تحقيقها من البرنامج ولم تتحقق
-

الملحق رقم ' (05)

برنامج مقترح لتعديل أساليب المعاملة لدى أمهات المعاقين ذهنيا

كشف لحضور وغياب أعضاء المجموعة الإرشادية :

نسبة حضور العضوة	الجلسات							الاسم	رقم العضوة
	7	6	5	4	3	2	1		
100%	x	x	x	x	x	x	x	م.ق	1
80%	x	-	x	x	-	x	X	أ.ح	2
100%	x	x	x	x	x	x	X	أس	3
100%	X	x	x	X	x	x	x	خ.ر	4
100%	x	x	x	x	X	x	x	وب	5
100%	X	x	x	x	x	x	x	ق.ع	6
100%	X	x	x	x	x	x	x	ج.ش	7
90%	x	-	x	x	x	x	x	ي.ي	8
100%	x	x	x	x	x	x	x	ك.ر	9
100%	x	x	x	x	x	x	x	ر.ل	10

نموذج تقييم الجلسات من قبل الباحثة:

رقم الجلسة	سير الجلسات ومدى تحقق الأهداف	مشاركة الأعضاء في الحوار والإجابة عن الأسئلة	مدى فعالية الفنيات المستخدمة
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			

ملحق رقم (06)

مخرجات برنامج
spss

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 تقبل قبلي	2,0000	10	1,05409	,33333
تقبلبعدي	6,7000	10	,67495	,21344
Paire 2 تدليقبلي	7,5000	10	1,08012	,34157
التدليبعدي	6,0000	10	1,33333	,42164

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 تقبلي & تقبلبعدي	10	,000	1,000
Paire 2 تدليقبلي & التدليبعدي	10	-,309	,386

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 – تقبلي تقبلبعدي	- 4,7000 0	1,2516 7	,39581	-5,59539	-3,80461	- 11,87 4	9	,000
Paire 2 – تدليقبلي التدليبعدي	1,5000 0	1,9578 9	,61914	,09941	2,90059	2,423	9	,038

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 المواجهةقبلي	5,8000	10	,91894	,29059
المواجهة	5,7000	10	1,63639	,51747
Paire 2 القسوتقبلي	7,1000	10	2,07900	,65744
القسوتبعدي	2,6000	10	1,17379	,37118
Paire 3 الرفضقبلي	5,6000	10	1,77639	,56174
الرفضبعدي	1,2000	10	1,03280	,32660
Paire 4 الانسحابقبلي	6,2000	10	1,75119	,55377
الانسحاببعدي	2,4000	10	2,36643	,74833

ملحق رقم (06)

Paire 5	المعاملة تقبلي	34,2000	10	3,76534	1,19070
	التعامل بعيدي	24,6000	10	6,55235	2,07204

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélación	Sig.
Paire 1	المواجهة تقبلي & المواجهة	-,414	,235
Paire 2	القسوة تقبلي & القسوة بعيدي	,064	,861
Paire 3	الرفض تقبلي & الرفض بعيدي	,351	,320
Paire 4	الانسحاب تقبلي & الانسحاب بعيدي	-,692	,027
Paire 5	المعاملة تقبلي & التعامل بعيدي	-,397	,256

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 – المواجهة تقبلي – المواجهة	,10000	2,18327	,69041	-1,46182	1,66182	,145	9	,888
Paire 2 – القسوة تقبلي – القسوة بعيدي	4,50000	2,32140	,73409	2,83937	6,16063	6,130	9	,000
Paire 3 – الرفض تقبلي – الرفض بعيدي	4,40000	1,71270	,54160	3,17481	5,62519	8,124	9	,000
Paire 4 – الانسحاب تقبلي – الانسحاب بعيدي	3,80000	3,79473	1,20000	1,08541	6,51459	3,167	9	,011
Paire 5 – المعاملة تقبلي – التعامل بعيدي	9,60000	8,75849	2,76968	3,33456	15,86544	3,466	9	,007

Descriptives

تقبيل

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
					,00	10		
1,00	10	6,7000	,67495	,21344	6,2172	7,1828	5,00	7,00
2,00	10	6,7000	,67495	,21344	6,2172	7,1828	5,00	7,00
Total	30	5,1333	2,38867	,43611	4,2414	6,0253	,00	7,00

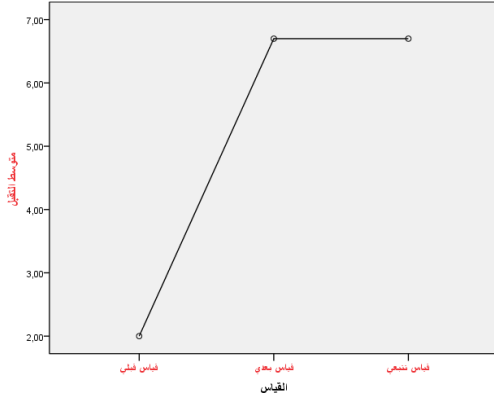
ANOVA

ملحق رقم (06)

تقريب

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	147,267	2	73,633	109,236	,000
Intra-groupes	18,200	27	,674		
Total	165,467	29			

Diagrammes des moyennes



Descriptives

تدليل

	N	Moyenn e	Ecart- type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximu m
					Borne inférieure	Borne supérieure		
,00	10	7,5000	1,08012	,34157	6,7273	8,2727	6,00	9,00
1,00	10	6,0000	1,33333	,42164	5,0462	6,9538	4,00	8,00
2,00	10	5,5000	,70711	,22361	4,9942	6,0058	5,00	7,00
Total	30	6,3333	1,34762	,24604	5,8301	6,8365	4,00	9,00

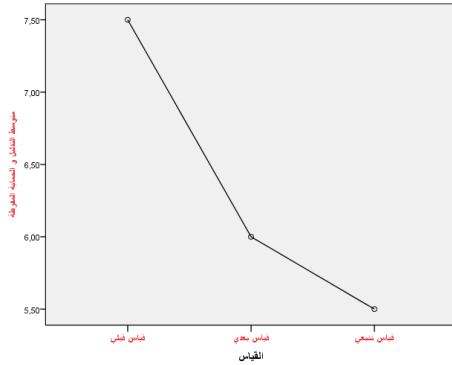
ANOVA

تدليل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	21,667	2	10,833	9,435	,001
Intra-groupes	31,000	27	1,148		
Total	52,667	29			

ملحق رقم (06)

Diagrammes des moyennes



Descriptives

مواجهية

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
,00	10	5,8000	,91894	,29059	5,1426	6,4574	4,00	7,00
1,00	10	5,7000	1,63639	,51747	4,5294	6,8706	3,00	8,00
2,00	10	7,0000	2,86744	,90676	4,9488	9,0512	4,00	14,00
Total	30	6,1667	2,00144	,36541	5,4193	6,9140	3,00	14,00

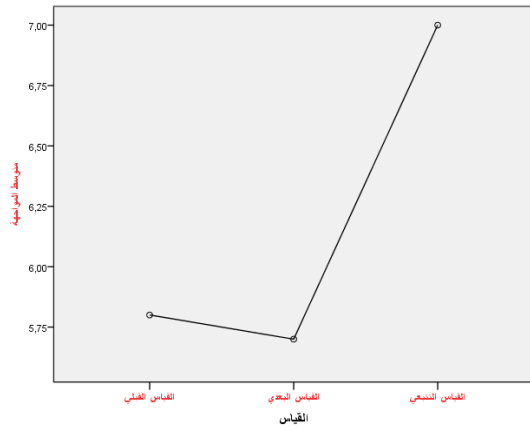
ANOVA

مواجهية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	10,467	2	5,233	1,337	,280
Intra-groupes	105,700	27	3,915		
Total	116,167	29			

ملحق رقم (06)

Diagrammes des moyennes



Descriptives

القياسية

	N	Moyenn e	Ecart- type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimu m	Maximu m
					Borne inférieure	Borne supérieure		
,00	10	7,1000	2,07900	,65744	5,6128	8,5872	4,00	10,00
1,00	10	2,6000	1,17379	,37118	1,7603	3,4397	1,00	5,00
2,00	10	,7000	1,05935	,33500	-,0578	1,4578	,00	3,00
Total	30	3,4667	3,09319	,56474	2,3117	4,6217	,00	10,00

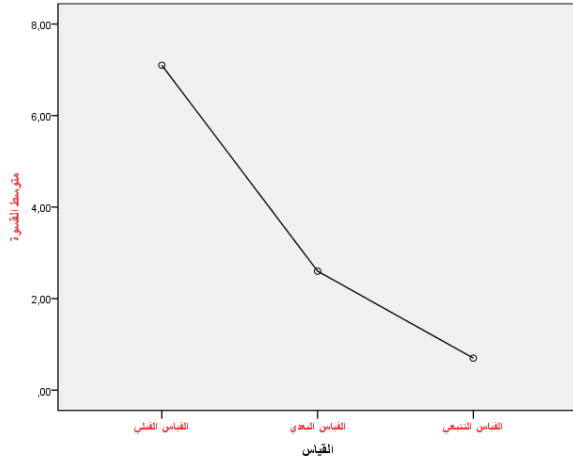
ANOVA

القياسية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	216,067	2	108,033	47,507	,000
Intra-groupes	61,400	27	2,274		
Total	277,467	29			

Diagrammes des moyennes

ملحق رقم (06)



Descriptives

الرفض

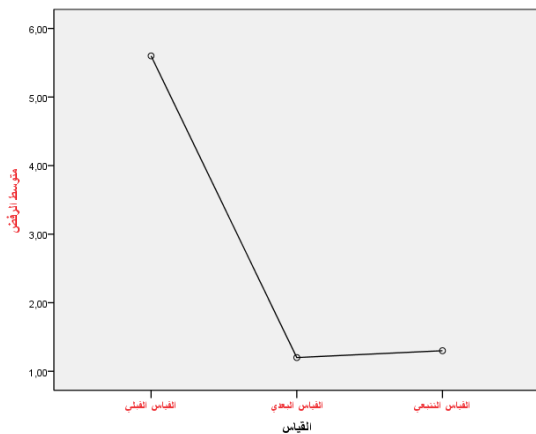
	N	Moyenn e	Ecart- type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximu m
					Borne inférieure	Borne supérieure		
,00	10	5,6000	1,77639	,56174	4,3292	6,8708	3,00	8,00
1,00	10	1,2000	1,03280	,32660	,4612	1,9388	,00	3,00
2,00	10	1,3000	,94868	,30000	,6214	1,9786	,00	3,00
Total	30	2,7000	2,43749	,44502	1,7898	3,6102	,00	8,00

ANOVA

الرفض

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	126,200	2	63,100	36,957	,000
Intra-groupes	46,100	27	1,707		
Total	172,300	29			

Diagrammes des moyennes



ملحق رقم (06)

Descriptives

الانسحاب

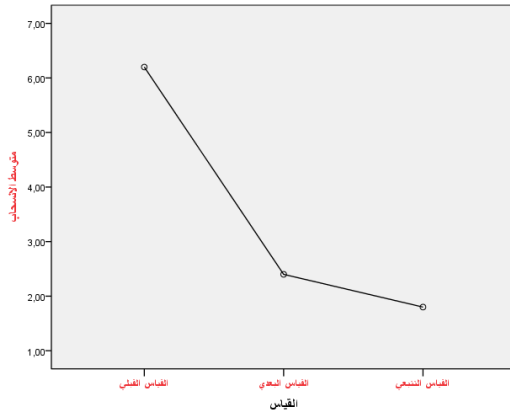
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
					,00	10		
1,00	10	2,4000	2,36643	,74833	,7072	4,0928	1,00	8,00
2,00	10	1,8000	,63246	,20000	1,3476	2,2524	1,00	3,00
Total	30	3,4667	2,59620	,47400	2,4972	4,4361	1,00	9,00

ANOVA

الانسحاب

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	113,867	2	56,933	18,838	,000
Intra-groupes	81,600	27	3,022		
Total	195,467	29			

Diagrammes des moyennes



Descriptives

التعامل

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
					,00	10		
1,00	10	24,6000	6,55235	2,07204	19,9127	29,2873	16,00	38,00
2,00	10	23,0000	3,19722	1,01105	20,7128	25,2872	18,00	28,00
Total	30	27,2667	6,79723	1,24100	24,7285	29,8048	16,00	39,00

ملحق رقم (06)

ANOVA

التعامل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	733,867	2	366,933	16,349	,000
Intra-groupes	606,000	27	22,444		
Total	1339,867	29			

Diagrammes des moyennes

