



مجلة التربية الخاصة

مجلة علمية دورية مُحكمة

يصدرها مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية

كلية التربية – جامعة الزقازيق

اكتوبر ٢٠١٣ م

العدد الخامس



قواعد النشر

- ١- تنشر مجلة التربية الخاصة التي يصدرها مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية - كلية التربية - جامعة الزقازيق البحوث والدراسات ذات المستوى المتميز والمتخصص في مجالات التربية الخاصة .
- ٢- تنشر المجلة البحوث سواء باللغة العربية أو الإنجليزية .
- ٣- ضرورة إلتزام الباحث بقواعد الكتابة العلمية الصحيحة والأصول المتعارف عليها في إعداد وكتابة البحوث العلمية .
- ٤- يقوم الباحث بسداد (٣٠٠) ثلاثمائة جنيه مصري عند تسليم البحث لإدارة المركز أو المجلة مع ثلاثة نسخ ورقية + CD للبحث وذلك من أجل التحكيم .
- ٥- يلتزم الباحث بتقديم البحث بعد التحكيم مع مراعاة منهجية البحث التربوي وتنظيمه حسب الأصول العلمية المتعارف عليها ، مع ضرورة مراجعة البحث من قبل الباحث من حيث الأخطاء اللغوية والإملائية والطباعة ويعتبر هذا مسئولية الباحث .
- ٦- فى حالة توافر الشروط والتحكيم : يقدم الباحث نسخة ورقية + CD إلى رئيس تحرير المجلة ويسدد الباحث مبلغ خمسة عشر جنيهاً مصرياً عن كل صفحة من صفحات البحث .
- ٧- فى حالة إتمام النشر يتم تزويد الباحث بـ (٥) مستللات بالإضافة إلى نسخة من مجلة التربية الخاصة .
- ٨- يتم الدفع نقداً بمقر المركز أو بشيك مصرفى بأسم المدير المالى للمركز .
- ٩- إدارة المركز أو المجلة غير مسئولة عن الآراء الواردة فى البحوث والدراسات المنشورة ولا تعبر عن رأى المجلة , لكنها تعبر عن رأى الباحث .
- ١٠- يتم التواصل مع إدارة المركز عن طريق الهاتف

٠١٢٠١٢٩٩٢٨٣ - ٠٥٥/٢٣٠٣٧٢٨ - ٠٥٥/٢٣١٤١٦٦ (+٢)

أو عن طريق البريد الإلكتروني lescz2012@yahoo.com

مجلس إدارة المجلة

رئيس مجلس إدارة المجلة

أ.د. حمدي حسن المحروقي
(عميد الكلية)

نائب رئيس مجلس إدارة المجلة

أ.د. الشناوي عبد المنعم الشناوي
(وكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث)

رئيس التحرير

أ.د. إيمان فؤاد كاشف
(مدير مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية)

هيئة التحرير

أ.د. عادل عبد الله محمد
أ.د. محمد ابراهيم سعفان
أ.د. هانم عبد المقصود

أ.د. إبراهيم السيد عطية
أ.د. عبد الله محمد شوقي
أ.د. محمود عطا مسيل

تنسيق إلكتروني
أ. محمود عبد القادر

المسئول المالي والإداري
أ. عمر محمد علي

الهيئة الاستشارية للمجلة

- أ.د. أمال عبد السميع أباطة
أ.د. أحمد أحمد عواد
أ.د. أشرف أحمد عبد القادر
أ.د. إسعاد عبد العظيم البنا
أ.د. إسماعيل بدر
أ.د. إيهاب الببلاوى
أ.د. زينب محمود شقير
أ.د. سميرة أبو زيد نجدى
أ.د. طارق الرئيس
أ.د. طلعت منصور
أ.د. عادل العدل
أ.د. عادل عبد الله محمد
أ.د. عبد الباسط متولى خضر
أ.د. عبد الرحمن سليمان
أ.د. عبد الرقيب أحمد البحيري
أ.د. عبد الناصر أنيس عبد الوهاب
أ.د. على عبد رب النبى حنفي
أ.د. فاروق محمد صادق
أ.د. فوقية حسن رضوان
أ.د. فؤاد حامد الموافق
أ.د. محمد أحمد ابراهيم سعفان
أ.د. محمد السيد عبد الرحمن
أ.د. محمد بيومى خليل
أ.د. محمد عبد الظاهر الطيب
كلية التربية - جامعة كفر الشيخ
كلية التربية - جامعة قناة السويس
كلية التربية - جامعة بنها
كلية التربية - جامعة المنصورة
كلية التربية - جامعة بنها
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة طنطا
كلية التربية - جامعة حلوان
كلية التربية - جامعة الملك سعود
كلية التربية - جامعة عين شمس
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة عين شمس
كلية التربية - جامعة اسيوط
كلية التربية - جامعة المنصورة
كلية التربية - جامعة بنها
كلية الدراسات الانسانية - جامعة الازهر
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة المنصورة
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة الزقازيق
كلية التربية - جامعة طنطا

الفهرس

م	الموضوع	الصفحة
١	فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفض بعض المتغيرات السلبية في الشخصية لدى حالة معاق حركيا بالتدخل عبر الدردشة بالانترنت " الشات " أ.د/ زينب محمود شقير	١
٢	التوصيف الوظيفي لوظيفة أخصائي تعديل السلوك للأفراد ذوي الإعاقات أ.د/ عادل عبد الله محمد	٣١
٣	فعالية فنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحدين . د. السيد كامل الشرييني منصور	٥٠
٤	فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً القابات للتعلم د. سهير محمد سلامة شاش	١٣٢
٥	الصورة الذهنية المدركة من وسائل الاعلام المرئية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لدى عينة من الشباب البحريني د. عوده هاشم	١٩٥
٦	بحث عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعيا و السامعين (دراسة تشخيصية مقارنة) . د. رحاب أحمد راجح	٢٤٢
٧	فاعلية العلاج العقلائي السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة لعينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم د. أحمد محمد اليبور	٣٠٦

فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفض بعض المتغيرات السلبية في الشخصية لدى حالة معاق حركيا بالتدخل عبر الدردشة بالانترنت «الشات»

إعداد

أ.د / زينب محمود شقير

رئيس قسم الصحة النفسية (سابقا)
وأستاذ التربية الخاصة (حاليا) بجامعة الطائف

مقدمة :

لقد دلت إحصائيات صدرت عن منظمة متخصصة في الأمم المتحدة أن هناك واحداً من بين عشرة أشخاص مصاباً بشكل أو بآخر بتعوق عقلي أو جسدي ، ويقدر عدد هؤلاء بأكثر من ١٠٠ مليون شخص (عبيد ، ٢٠٠٢) فالمعاق يعاني من قصور جسمي أو عقلي أو انفعالي ، وتؤثر الإعاقة في عجز الفرد المعاق عن القيام بالأنشطة التي يقوم بها الأفراد العاديون ، ومن ثم تحتم طبيعة الإعاقة تحديد مكانة اجتماعية معينة للمعاق، فالمكانة الاجتماعية للمعاق تتحدد حسب نوعية الإعاقة ونظرة كلاً من الجماعة والمجتمع التي ينتمي إليها المعاق.

والإعاقة الحركية تؤثر على شخصية المعاقين حركياً في النواحي الاجتماعية والنفسية ، وقد أشار أدلر بأن الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية الحركية يكافحون في الغالب للتغلب على ما لديهم من نقص ، والتعويض عنه في ميدان معين ، بل ربما في نفس المجال الذي هو أساس ضعفهم وقد يصيبهم هذا التأثير في اتجاه معاكس ، فيفضي بهم عجزهم إلى الانطواء ، أو العدوان ، أو فقدان الثقة في النفس والتواكل والسيطرة والحقن (شقير ، ٢٠١٣).

ويرى حمزة (١٩٧٨) أن لكل فرد منا صورة ذهنية عن حالته البدنية ، لهذه الصورة أهمية كبرى فى تكوين شخصيته والصورة التى يكونها فى نفسه وعن الآخرين ، عن آلامه ، وأماله ، وعن مخاوفه ومشاعره ، وإحساسه بالنقص يساهم المجتمع فى إبرازها ، فهم يفترضون أن المصاب بإعاقة هو أقل منهم ، لا فى الناحية التى فقدها فحسب ، بل تتعداها إلى باقى النواحي ، فتصبح النظرة عامة إلى الشخص بأكمله.

حيث إن أى خلل أو فقدان أو ضمور أو مرض لأى عضو من هذه الأعضاء يؤثر على وظائف الحركة عند الفرد ، ومن ثم تصبح عاملاً أساسياً ومهماً من عوامل الاضطراب النمو العقلى والانفعالى والاجتماعى ، إذ يساهم النمو الجسمى الحركى للفرد فى أنشطته العقلية والاجتماعية والانفعالية .

وتزداد خطورة إصابة البدن (خاصة الجهاز الحركى) لما ينجم عنها من آثار نفسية تعوق الفرد وتؤدى به إلى هدم ما رسمه لنفسه من خطط مستقبلية وآمال وفقدان الثقة بالنفس واضطراب التوازن النفسى لديه وغيرها من مشاعر اليأس والتشاؤم.

يعتبر مفهوم صورة الجسم من الموضوعات الهامة الذى يعبر عن حالة التوافق لدى الفرد ، فقد يكون تشوه صورة الجسم من المظاهر النفسية الهامة التى تجعل الفرد فى حالة من عدم السواء.

وقد أوضح (Mafle Balame, et al (1986) أن عدم الرضا عن صورة الجسم يعد مصدراً لانخفاض مفهوم الذات وتقدير الفرد لذاته ، وأن الصورة السالبة للذات وللجسم قد تؤثر تأثيراً مضاداً للتفاعل الاجتماعى للفرد وعلى درجة انتمائه الشخصى ، وقد سبق وأيد ذلك القول (Staffelri (1976) عندما أوضح أن الشخص الذى يدرك نفسه على أنه قصير القامة أو أنه ذو سمعة مفرطة أو أنه يعجز عن الحركة يميل للعزلة والانزواء وقد يعانى من الخجل من الآخرين ، وينتابه القلق بأنواعه المتعددة ، وفى المقابل لهذا الاتجاه نجد أن الرضا عن الجسم يرتبط بالسعادة والاطمئنان ، وأن الفرد النحيف والذى

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

يشعر بالجاذبية الجسمية يكون راضياً عن صورته الجسمية ويكون سعيداً في حياته ، ولذا فإنه يتمتع بقبول حسن من الآخرين (ينجح ويتفوق في بناء علاقات اجتماعية سوية ويسعد بالانتماء الاجتماعي) (في : شقير ، ٢٠١٣).

وأكد توماس (١٩٩٠ في : عبید ٢٠٠٩) على أهمية دراسة صورة الجسم خاصة في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية ، ومجال اضطرابات الأكل، وفي مجال الإعاقات أيضاً.

كما يعتبر توقع الموت أشد مثيرات القلق لدى الإنسان ، وعلى الأخص إنسان هذا العصر الذي زاده التقدم المادي تشبثاً بالحياة ، ومن كثرة الصراعات والحروب بين المجتمعات ، ومن تعرض الإنسان لحوادث (وخاصة حوادث السيارات والقطارات والطائرات ... إلخ) وما ينجم عنها من إعاقات التي أبرزها الإعاقات الحركية ، يضاف لذلك تعرضه للعديد من الأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة (السرطان ، الفشل الكلوي ، أمراض الكبد ، السمنة ... إلخ) بالإضافة لما يتعرض له إنسان العصر لعديد من الضغوط الاقتصادية والتعليمية والنفسية والاجتماعية ، كل ذلك جعل النظرة للموت تختلف اختلافاً كبيراً تبعاً لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه وحالته الصحية (جسمية / انفعالية / معرفية) ، وبعثت في البعض مشاعر قلق تجاه الموت .

وقد وقع اختيار فريق العمل علي العلاج التكاملي لما له من أوجه متعددة وطرق متباينة ، حيث تكون الجلسات ذات أثر فعال مع العميل ، كذلك فان استخدام أكثر من فنية هو استمرار لفاعلية العلاج.

مشكلة الدراسة :

تمثل الدراسة الحالية تجربة من الحياة ، حيث تلقت الباحثة الحالية رسالة عبر الإيميل من طالبة بأحد الجامعات الخليجية تعاني من إعاقة حركية وهذه الإعاقة سببت لها معاناة وشكوى دائمة لديها من تشوه صورة الجسم بسبب استخدامها كرسى متحرك ، وأنها طموحة وترغب في استكمال التعليم فهي تذهب للجامعة يوميا ورفضت الانتساب ، كما أنها تعاني من الشعور بقلق الموت خاصة عند ذهابها إلى الجامعة ، وكثيرا ما تتخيل وتعتقد أنها سوف

تتعرض لحادث يتسبب فى موتها لصعوبة حركتها بالكرسى المتحرك مما يعجزها عن سرعة حماية نفسها من التعرض لمثل هذا الحادث .

وأنها قرأت للباحثة الحالية مقياس قلق الموت ومقياس تشوه صورة الجسم وتريد منها أن تطبق عليها هذين المقياسين للتحقق من أنها تعاني من ذلك بالفعل ، وتتعلم كيف تتصرف فى ذلك . علاوة على أنها قرأت للباحثة الحالية أنها تواصلت مع حالات صداع توترى وحالات سمنة مفرطة عبر الدردشة بالإنترنت .

وقد تواصلت الباحثة الحالية مع الحالة عبر الدردشة بالإنترنت ، وحاولت أن تستخدم معها متغيرات إيجابية غير هذين المتغيرين ، إلا أن الحالة أصرت عليهما لما تعاني بشدة من الشعور المؤلم منهما (على حد قولها) ، من هنا نبعت مشكلة وفكرة البحث الحالى . وتتمثل مشكلة الدراسة فى الإجابة على الآتى :

ما قدر التحسن لدى حالة معاقة حركيا بعد تطبيق برنامج العلاج التكاملى مباشرة وطوال فترة المتابعة لمدة شهرين ، اعتماداً على نتائج مقاسى : صورة الجسم ، قلق الموت عبر الدردشة بالانترنت؟

أهداف الدراسة :

- ١- إعداد برنامج علاجى قائم على بعض الفنيات المشتقة من مجموعة من النظريات العلاجية (علاج تكاملى) للتخفيف من حدة : تشوه صورة الجسم - الشعور بقلق الموت لدى حالة تعاني من إعاقة حركية.
- ٢- مساعدة الحالة على التمتع بالسماوات الشخصية الصحية التى تساعدها فى تحسين جودة الحياة لديها من خلال محاولة تحسين صورة الجسم لديها وخفض حدة شعورها بقلق الموت المرتفع لديها.
- ٣- التعرف على مدى فعالية برنامج العلاج التكاملى فى خفض درجة متغيرى الدراسة ومدى استمرار تأثيره لما بعد التطبيق بفترة.
- ٤- التعرف على الدور الإيجابى للدردشة عبر الانترنت فى خفض درجة متغيرى الدراسة.

أ. د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

أهمية الدراسة:

- تهتم الدراسة بفئة من فئات الإعاقة وهي حالات معاقة حركية ، حيث ينصب الاهتمام حول الإعاقات السمعية والبصرية والعقلية والتوحد أي الإعاقات التي تدرس في مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة.
- توفير مجموعة من البيانات والمعلومات حول فعالية البرنامج الحالي في تعديل بعض الجوانب الشخصية والمعرفية لدى حالة معاقة حركية.
- إبراز الدور الإيجابي للدراسة عبر الانترنت للتغلب على البعد المكاني بين المعالج والحالة.

المفاهيم الإجرائية للدراسة:

١- المعاق حركيا Motor handicapped :

المعاقون جسمياً وصحياً (بدنياً) هم هؤلاء الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم حضورهم المدرسة مثلاً أو أنه لا يمكنهم من التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة. ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الحسية (Patton et al في : القمش وآخر، ٢٠٠٩، ١٧٣، شقير، ١٩٧٨).

كما يطلق المعاق حركيا بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يعوقه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كليهما معاً في الأطراف السفلى أو العليا وأحياناً يؤدي إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف ، ويحتاج الفرد إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية (عبيد، ٢٠٠٩).

٢- صورة الجسم Body-Image :

هى صورة ذهنية وعقلية ، يكونها الفرد عن جسمه ، سواء فى مظهره الخارجى أو فى مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة ، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها ، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة (أو سالبة) عن تلك الصورة الذهنية للجسم. (شقيير ، ٢٠٠٩ ، ط٤)

٣- قلق الموت Death Anxiety :

هو حالة من التخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت ، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت ، أى أنه حالة انفعالية غير سارة ناتجة عن استجابة الخوف الهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت ، والتقدير السلبى لموقف الموت ، وما ينتظر بعد الموت من مصير ، ويتحدد بالدرجة الكلية على مقياس قلق الموت (شقيير ، ٢٠٠٧).

٤ - العلاج التكاملى :

يعرفه باتمان (Bateman , A : 2002 : 11) بأنه ” الأسلوب المرن القابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستويات التطبيقات العلاجية ، فى إطار عملية العلاقات الشخصية “.

أى أنه مجموعة مختارة من الضنيات العلاجية المستوحاة من المدارس العلاجية المتنوعة ، والتي تكمل بعضها البعض بما يفيد العميل من تحسين حالته وتعديل السلوكيات المطلوبة لديه.

الخلفية النظرية لمفاهيم الدراسة والدراسات السابقة:**الإعاقة الحركية :**

تصنيف الإعاقات البدنية (الجسمية / الحركية / الصحية).

التصنيف الأول: تقسم الإعاقة البدنية إلى :

أ- شلل الأطفال ويشمل: ١- شلل يصيب قائمة واحدة. /٢- شلل يصيب القوائم الأربعة. /٣- الشلل الرئوى للأطفال.

أ. د. زينب محمود شقير ————— فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

ب- الإعاقة الحركية الدماغية وتشمل:

١- الكساح. ٢- الاختلاجات (حركة غير متناسقة بالأطراف).

ج- التشوهات الخلقية والاختلاجات الصرعية. د- التهاب المفاصل.
هـ- النزيف داخل الأطراف. و- الكساح العصبى. ز- الفالج الشقى.
ح- الاصابات العظمية. ط- فقدان الأعضاء ي- الاصابات العصبية
(شقير، ٢٠١٣).

التصنيف الثانى : يقسم المعاقين بدنياً إلى فئات أربع:

١. المصابون باضطرابات تكوينية: ويقصد بهم من توقف نمو الأطراف لديهم أو أثرت هذه الاضطرابات على وظائفها وقدرتها على الأداء.
٢. المصابون بشلل الأطفال.
٣. المصابون بالشلل المخى.
٤. المعاقون حركياً بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل (القذافى، ١٩٩٤).

إلا أن أبرز التصنيفات هي التي تصنف الإعاقات البدنية (الجسمية - الحركية - الصحية) حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة (القمش وأخر، ٢٠٠٩؛ شقير، ٢٠٠٤).

المشكلات المترتبة على الإعاقات البدنية (الجسمية / الحركية / الصحية):

الإعاقة الحركية يترتب عليها عجز حقيقى فى قدرة الإنسان الطبيعية على أداء دوره الاجتماعى، وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيراً تاماً أو نسبياً، وطبيعى أن لفئة المعاقين متطلبات تربوية ونفسية وجسمية واجتماعية تختلف عن الأفراد العاديين تبعاً لاختلاف نوع الإعاقة. وما يترتب عليها من مؤثرات، كما أنه لو تركت هذه الفئة دون اهتمام بمشاكلها وتذليل الصعاب التي تواجهها قد يؤدي ذلك إلى انحرافات تعوق تقدم المجتمع. ولعل أهم المشاكل التي يعانى منها الفرد نتيجة الإعاقة الحركية والتي تهتم مجال الدراسة الحالية هي:

أولاً: المشكلات النفسية والشخصية :

حاول العديد من علماء النفس الانتهاء إلى سمات محددة لعالم المعاقين ، وقد انتهى المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعاقين عام (١٩٦٨) بنيويورك إلى مجموعة من السمات أهمها:

(أ) الشعور الزائد بالنقص. (ب) الشعور الزائد بالعجز.

(ج) عدم الشعور بالأمن. (د) عدم الاتزان الانفعالي.

(هـ) تشوه صورة الجسم.

(و) القلق بأنواعه ، القلق الاجتماعي ، قلق الحالة ، قلق السمة ، قلق الموت.

(هـ) الإسراف فى الوسائل الدفاعية حيث يميل إلى النكوص السلوكى فى اعتماده على الآخرين والتي تتأكد من خلال تقلص حركته والاحتياطات التي يعبر عنها للحفاظ على نفسه ، وذلك باعتماده على الغير والكبت حيث يضطر إلى استخدام ميكانيزمات غير توافقية كالإسقاط والعدوان الموجه نحو الآخرين. (عبيد ، ٢٠٠٩).

أضف إلى تعرضه للاضطرابات الانفعالية بأنواعها المختلفة على سبيل المثال: الوحدة النفسية ، والانطواء ، والاكتئاب ، وقلق المستقبل ، والمخاوف المرضية ، والاحترق النفسى ، والضغط النفسى ... وغيرها.

ثانياً: المشكلات الاجتماعية :

وهى المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بالمحيطين به داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعى ، كالتبعد عن معاملة الآخرين ورفض التعاون حتى مع أفراد الأسرة ، والاتكالية ، وعدم المرونة ، فدوره الاجتماعى يتسم بمشكلات سوء التوافق مع البيئة الاجتماعية الخاصة. (فهيمى، ١٩٩٥).

صورة الجسم: Body Image

يعتبر مفهوم صورة الجسم من الموضوعات الهامة الذى يعبر عن حالة التوافق لدى الفرد ، فقد يكون تشوه صورة الجسم من المظاهر النفسية الهامة التي تجعل الفرد فى حالة من عدم السواء.

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

وقد أوضح (Mafle Balame & Galyan, 1986) أن عدم الرضا عن صورة الجسم يعد مصدراً لانخفاض مفهوم الذات وتقديره لذاته، وأن الصورة السالبة للذات وللجسم قد تؤثر تأثيراً مضاداً للتفاعل الاجتماعي للفرد وعلى درجة انتمائه الشخصي، وقد سبق وأيد ذلك القول Staffelri (1976) عندما أوضح أن الشخص الذي يدرك نفسه على أنه قصير القامة أو أنه ذو سمعة مفرطة يميل للعزلة والانزواء وقد يعاني من الخجل من الآخرين، وينتابه القلق بأنواعه المتعددة، وفي المقابل لهذا الاتجاه نجد أن الرضا عن الجسم يرتبط بالسعادة والاطمئنان، وأن الفرد النحيف والذي يشعر بالجاذبية الجسمية يكون راضياً عن صورته الجسمية ويكون سعيداً في حياته، ولذا فإنه يتمتع بقبول حسن من الآخرين (ينجح ويتفوق في بناء علاقات اجتماعية سوية ويسعد بالانتماء الاجتماعي) (Bateman, 2002).

وأكد توماس (1990) على أهمية دراسة صورة الجسم خاصة في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية، ومجال اضطرابات الأكل، ومجال الإعاقات الحركية الظاهرة.

قلق الموت Death Anxiety:

يعتبر توقع الموت أشد مثيرات القلق لدى الإنسان، وعلى الأخص إنسان هذا العصر الذي زاده التقدم المادي تشبهاً بالحياة، ومن كثرة الصراعات والحروب بين المجتمعات، ومن تعرض الإنسان لحوادث (وخاصة حوادث السيارات والقطارات والطائرات ... إلخ)، يضاف لذلك تعرضه للعديد من الأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة (السرطان، الفشل الكلوي، أمراض الكبد، السمنة ... إلخ) بالإضافة لما يتعرض له إنسان العصر لعديد من الضغوط الاقتصادية والتعليمية والنفسية والاجتماعية، كل ذلك جعل النظرة للموت تختلف اختلافاً كبيراً تبعاً لموقف صاحبها ومنطقة ودوافعه وحالته الصحية (جسمية / انفعالية / معرفية)، وبعثت في البعض مشاعر قلق تجاه الموت، مع وجود أفكار بل واتجاهات مختلفة نحو الموت ترتبط بحالته وما يتعرض له من مشاكل أو اضطرابات أو أمراض وهذا ما دعا زهران (1997)

ينادى بأن الاستعداد النفسى والشعور بالتهديد الداخلى والخارجى ، ومواقف الحياة الضاغطة والضغط الحضارية والثقافية والبيئية ، والبيئة القلقة ، المشبعة لعوامل الخوف والههم ونقص الأمن ومعايشة المشكلات ، تعد عوامل باعثة لمشاعر قلق الموت. إلا أن الإنسان قوى الإيمان بالله يدرك أنه لأجله نهاية لا يمكن لأى قوة أن تحول دون الأجل. وعليه يرى إيرن يالوم .E. Yallom. 1980 يصف قلق الموت على أنه القلق الوجودى أى القلق إزاء فكرة انتهاء وجود الإنسان ، إلا أن فكرة الموت عنده هى التى تنقذ حياتنا بإعطائها معنى وقيمة. كما أشار إليه عبد الخالق (١٩٨٧) بأنه حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد فى وفاته.

العلاج التكاملى :

يشير مصطلح التكامل إلى التكامل فى النظرية ، ويعنى « استخدام التأثيرات المعرفية والسلوكية ، والسيكولوجية ، وأنظمة المعاملات فى العلاج النفسى ».

ويعرفه باتمان (Bateman , A , 2002 , 11) بأنه ” الأسلوب المرن القابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستويات التطبيقات العلاجية ، فى إطار عملية العلاقات الشخصية ” .

وترى الباحثة أن التعريفات السابقة للعلاج التكاملى رغم تنوع مصادرها ، إلا أنها تعبر جميعها عن شموليته فى العلاج النفسى ، كما أنه يعد انتقائيا لأنواع من الفنيات العلاجية والمستمدة من نظريات نفسية علاجية متعددة .

(٢) أنواع العلاج التكاملى :

١ - طريقة الانتقائية التقنية (*Technical eclecticism*)

ويعرفها (عزب، ٢٠٠٢، ٥ - ٦) بأنها عبارة عن منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية والعلاجية ، تنتمى كل فنية فيها إلى نظرية علاجية خاصة بها . إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملى ، بحيث تسهم

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل . ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكّل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل وذلك لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملاءمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية ، و ليس مجرد تجميع عشوائي لفنيات تنتمي إلى أطر نظرية متباينة .

٢- طريقة العوامل المشتركة (Common Factors):

تشير طريقة العوامل المشتركة إلى سمات في العلاج النفسي ، والتي تعرض في معظم العلاجات إذا لم يكن كلها (J ، Weinberger ، ١٩٩٥ ، ٥٠) . وهي تنجم من الفرضية القائمة عن أن كل الطرق الفعالة في العلاج النفسي تشترك في مدى مؤكد و حاسم ، و في عوامل شافية . هذه المجموعة من التقنيات الشائعة و المؤثرة تختصر كل الطرق النظرية ، و تقدم كل السبل للمعالجات النفسية و هي تبدأ من محاولة التعرف على المكونات المؤثرة في أي مجموعة من العلاجات . هذا المجهود يتبع بواسطة استكشاف للطرق الخاصة بالتدخلات ، وارتقاء التفاعلات العلاجية ، و العلاج التكاملي الناتج من هذه العملية ينتظم حول هدف معين ، هو تعريض العميل و بحد أقصى للمجموعة الفريدة من العوامل و التي ستكون الأفضل لتحسين مشاكله . (Stricker , et al , 1996 , 52) .

هذا وقد وقع اختيار الباحثة على العلاج التكاملي ، لما يمتاز به من استخدام فنيات عدة تساعد العميل على أن يستبصر مواطن الضعف فيه ، ثم أن تعدد استخدام الفنيات يكون أكثر وضوحاً للعميل مما يساعده على فهم ووضوح الهدف ، و من ثم يتفاعل العميل مع المعالج و يستجيب له بسرعة و بسهولة أكثر .

عرض موجز لنماذج من الدراسات السابقة للإعاقة الحركية فى علاقتها بمتغيرات الدراسة الحالية ، وبعض التدخلات السلوكية لمعالجتها :

أجريت العديد من الدراسات التى اهتمت بالإعاقة الحركية فى علاقتها بمتغيرات الدراسة (صورة الجسم ، القلق (بأنواعه ومنها قلق الموت) ، كما أن هناك دراسات اهتمت بعلاج هذه المتغيرات وبتغيرات أخرى لدى الكفيف نذكر منها باختصار على سبيل المثال لا الحصر :

- دراسة عبد القادر (٢٠٠١) بهدف الكشف العلاقة بين الاغتراب والسلوك العدواني لدى المعاقين جسيماً وإمكانية التنبؤ بالعدوان لدى المعاقين جسيماً من خلال بعض أبعاد الاغتراب لديهم ، والكشف عن ديناميات شخصية المعاق جسيماً لكل من المعاقين الأكثر اغتراباً وعدواناً ، والأقل اغتراباً وعدواناً ، وشملت العينة (٧١) معاق جسيماً (شلل أطفال) ، (٣٩ طالب ، ٣٢ طالبة من العاديين). فى سن (١٥-١٧ عام) ، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه دالة موجبة بين أبعاد الاغتراب والدرجة الكلية للاغتراب ، واختلاف ديناميات شخصية المعاق جسيماً ، (الأكثر عدواناً واغتراباً) عن ديناميات شخصية المعاق جسيماً (الأقل عدواناً واغتراباً) ، وسلبية صورة الذات وشعور المعاق جسيماً بالانقص والدونية .

- دراسة (Nosek, et al (2003) بهدف الكشف عن بعض المتغيرات لدى عينة من المعاقات جسيماً مقارنة بعينة من العاديات (غير المعاقات) وهى : تقدير الذات / إدراك الذات من خلال آراء الآخرين ويقصد بها (تصورات المعاقات حول كيفية رؤية الآخرين لهن) / العزلة الاجتماعية ، تكونت العينة من ٨٨١ أنثى (٤٧٥ معاقات جسيماً) ، و(٤٠٦ عاديات غير المعاقات) ، أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة المعاقات جسيماً بكل من : انخفاض كل من تقدير الذات ، وإدراك الذات (سلبية تصورات المعاقات جسيماً حول كيفية رؤية الآخرين لهن) ، وارتفاع الشعور بالعزلة الاجتماعية لديهم مقارنة بالعاديات (غير المعاقات) .

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

-دراسة (Thompson, et al (2003) بهدف التعرف على مدى أهمية وجود هدف في الحياة لدى الفرد كعامل وسيط لا يعتمد عليه لتعديل الحياة بعد التعرض للإعاقة الجسمية (إصابة الحبل الشوكي)، وقام البحث بعمل دراسة مسحية للمصابين بإصابات بالحبل الشوكي فكانت (١٣٩١) شملت عينة الدراسة ٧٤% منهم، أكدت النتائج على أهمية إحساس المعاق بوجود هدف في حياته ليتمكن من تعديل حياته بما يتناسب مع ظروف إعاقته . كما أشارت أيضاً لفاعلية العلاج بالمعنى في مساعدة المعاق جسماً على إيجاد الهدف في حياته واكتشاف معنى لها مما يساهم في تقبله للإعاقة والتكيف معها، وفي تحسين جودة الحياة لديه .

-دراسة (Kim ,et al (2003) بهدف مساعدة المراهقين المعاقين جسماً على إيجاد قيمة ومعنى لحياتهم بكوريا وشملت العينة (٨٨) مراهقاً معاقاً جسماً ، وكشفت نتائج الدراسة أن السبب الرئيسي لشعور المعاقين جسماً بافتقار المعنى في حياتهم يرجع إلى الموقف السلبي الذي تتبناه الأسر نحو الأبناء المعاقين جسماً في كوريا ، حيث يشعر الآباء بالخجل الشديد من إعاقة أبنائهم ؛ مما يدفعهم لحجبهم عن المجتمع .

- دراسة السمدونى (٢٠٠٤) بهدف التعرف على مدى فعالية العلاج العقلانى الانفعالى فى تعديل السلوك العدوانى لدى المعوقات جسماً ، وأجريت الدراسة على عينة من المصابات بشلل الأطفال بالمرحلة الثانوية ، وأسفرت النتائج عن فعالية العلاج فى خفض درجة السلوك العدوانى لدى أفراد المجموعة التجريبية.

- دراسة (Arving (2006) بهدف الكشف عن المصادر الممكن أن يستمد منها المعاق جسماً المعنى في حياته ، تكونت العينة من ٢٦ معاقاً جسماً من مختلف الأعمار ، وكشفت النتائج أن أهم المصادر التي يستمد منها المعاق جسماً معنى حياته هي : العلاقات الإنسانية سواء في محيط أسرته أو مجتمعه بصفة عامة والتي تتيح له الفرصة للتواصل والتفاعل مع الآخرين ، و المساعدة وتقديم الخدمات للآخرين في حدود قدراته كتقديم النصح لهم.

- دراسة البندارى (٢٠١٠) لمحاولة التحقق من فاعلية برنامج إرشادى قائم على فنية (التحليل بالمعنى في خفض حدة مظهرى الاغتراب النفسى لدى المعاقين جسمياً والمتمثلان في (الاغتراب الذاتى والاجتماعى) كذلك أبعاده المتمثلة في (العزلة الاجتماعية - العجز - اللامعيارية - اللامعنى - التمرد) وشملت عينة الدراسة على ١٠ معاقين جسمياً (مجموعة ضابطة ، ١٠ معاقين جسمياً (مجموعة ضابطة) ، وأسفرت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجى فى تحسن درجة الاغتراب النفسى وأبعاده ومظهره لدى المجموعة التجريبية التى تم تطبيق البرنامج عليها .٠

ظهر من العرض السابق للدراسات السابقة إغفال الدراسات التوجه العلاجى لمتغيرى الدراسة : قلق الموت وصورة الجسم رغم أهميتهما وهذا من دواعى القيام بالدراسة الحالية ، بجانب إبراز أهمية وفوائد استخدام الإنترنت والدردشة فى تذليل تباعد المسافات بين المعالج والحالة بما يساعد فى تقديم خدمات لإرشادية وعلاجية لمثل هذه الحالات .

فرضى الدراسة:

- ١- يحدث تحسن أعلى جوهرياً لدى حالة المعاقه حركيا بعد تطبيق البرنامج العلاجى فى متغيرى : صورة الجسم / قلق الموت ، بعد تطبيق البرنامج (القياسين القبلى والبعدى).
- ٢- يستمر التحسن فى متغيرى الدراسة بعد توقف البرنامج بشهرين لدى حالة المعاقه حركيا فى القياس التبعى.

عينة الدراسة:

- تمثلت عينة الدراسة فى حالة فتاة خليجية تعاني من إعاقة حركية تبلغ من العمر ٢٥ عاماً ، وقد روعى فيها الآتى:
- أن تكون الإعاقة الحركية مزمنة تشمل صعوبة استخدام الرجلين فى الحركة وأنها تعتمد فى الحركة على كرسى متحرك ومساعدة الآخرين.

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

- أن سبق لها الكشف الطبى عدة مرات وتم التأكد من صعوبة علاجها (شلل أطفال حدث فى الثلاثة أعوام الأولى من حياتها).
- ارتفاع درجات الحالة على مقياسى: صورة لجسم ، قلق الموت بأكثر من ٨٠٪ من الدرجة الكلية على هذه المقاييس.

أدوات الدراسة:

١ - استمارة بيانات أولية : (إعداد الباحثة)

أعدت الباحثة استمارة بيانات أولية تتضمن : الاسم ، المؤهل الدراسى ، المهنة ، السن ، الجنس ، ترتيب الحالة فى الأسرة ، تاريخ حدوث الإصابة بالإعاقة ، وإصابة أحد أفراد الأسرة بها وغيرها من البيانات الأولية.

٢ - مقياس صورة الجسم : الطبعة الرابعة (٢٠٠٩) (إعداد الباحثة)

أعدت الباحثة هذا المقياس للتعرف على الصورة الذهنية التى يكونها الفرد عن جسمه ككل ، بما فيها الخصائص الفيزيائية والوظيفية للجسم (إدراك الجسم) ، واتجاه الفرد نحو هذه الخصائص (إدراك الجسم) ، واتجاه الفرد (مفهوم الجسم). ويتكون المقياس من ٢٦ فقرة ، وقد استخدمت الباحثة عدة طرق لتقدير الثبات والصدق للمقياس.

٣ - مقياس قلق الموت : (الطبعة الثالثة ، ٢٠٠٩) (إعداد الباحثة)

يتكون المقياس من (٣٦) عبارة ، لتقدير درجة قلق الموت عند الفرد وتمثل الدرجة المرتفعة على المقياس ارتفاع معدل قلق الموت لدى الفرد ، وقد استخدمت الباحثة عدة طرق لتقدير الصدق والثبات للمقياس.

٤ - المقابلات الكلينيكية الطليقة :

تلك المقابلات التى تقوم على الحوار والمناقشة بهدف الوصول إلى بيانات شاملة عن الحالة من أجل الوصول إلى التشخيص الدقيق لها ، وتمت تلك المقابلات من خلال الدردشة على الانترنت.

0- برنامج العلاج التكاملي : إعداد الباحثة

يسعى البرنامج العلاجي المستخدم فى الدراسة الحالية لتنمية بعض المهارات السلوكية: كالتمرينات الرياضية ، وتمارين الاسترخاء ، بجانب التدريب والتنظيم لبعض العادات السلوكية المرتبطة بتحريك الحالة والتي كانت تتسم بالفوضى وعدم الانتظام فى حياة الحالة قبل البدء فى البرنامج. كما يسعى البرنامج إلى إمداد الحالة ببعض المعارف والمعلومات عن البرنامج العلاجي وأهميته ، بجانب معلومات عن تشوه صورة الجسم وقلق الموت وخطورتهم وآثارهما السلبية على حياة الحالة ، بجانب تعديل بعض السلوكيات والأفكار الخاطئة لدى الحالة خاصة المتعلقة بصورة الجسم وقلق الموت لديها.

أولاً : الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة فى البرنامج :

كان لزاماً على الباحثة أن تنوع من فنيات واستراتيجيات علاجية مختلفة تتلاءم مع مشكلات الدراسة ، لذا فقد استعانت الباحثة بفنيات معرفية وأخرى سلوكية ، بالإضافة إلى بعض التدريبات والمهارات العملية... وغيرها.

واستخدمت الباحثة بعض الفنيات المعرفية انطلاقاً مما لاحظته بيك Beck.A من أن اضطراب التفكير هو أساس أى اضطراب عصابى ، وأن هناك تداخل مع التفكير الواقعى لدى حالات القلق (والتي منها قلق الموت فى الدراسة الحالية) ، مما يجعل مصاب القلق يعانى من عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة (مثل أفكار الموت) ، مع تكرار الأفكار المرتبطة بشأن الخطر حيث يتولد لديه إدراكات متواصلة لفظية أو صوتية بشأن حدوث أحداث مؤذية ، كما يتجه مصاب القلق إلى تعميم المثير ، حيث يدرك أى صوت أو أى حركة أو أى تغيير على أنه خطر يهدده ، وهذا ما دعا إبراهيم (١٩٩٤) أن يحدد الطابع المعرفى لمصاب القلق بأنه يتطرق فى الأحكام ، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء ، أى أن الشخص القلق يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا فيما يبدو يسبب له التعاسة والقلق ، كما أنه يميل إلى التصلب ويواجه المواقف المختلفة بطريقة واحدة فى التفكير ، كما يتبنى اتجاهات ومعتقدات تسلطية عن النفس والحياة واستخدمت الباحثة الفنيات المعرفية أهمها:

أ. د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

التحكم الذاتي self-control: والتي عبر عنها كانفر Kanfr بأنها سلسلة من الاستجابات المحددة تتمثل في: مراقبة (رؤية) الذات self-control ، وتقييم الذات self-evaluation ، ثم تدعيم الذات self-reinforcement وقد استعانت الباحثة باستخدام سجل بيك (Beck) اليومي للأفكار الخاطئة والسلبية وغير المنطقية.

كما استخدمت الباحثة مجموعة من **الفنيات السلوكية** والتي قسمها عزب (١٩٨١) إلى محورين أساسيين: أولاً: الفنيات القائمة على أساس الترغيب. ثانياً: الفنيات القائمة على أساس الترهيب.

وقد استعانت الباحثة ببعض الفنيات القائمة على أساس الترغيب وتتمثل في الآتي:

١- الاسترخاء: Relaxation حيث بدأت جلسات البرنامج بالتدريب على تمارين الاسترخاء التي أعدها جاكسون ثم استعانت بها الباحثة في جلسات التدريب ، مع بداية الجلسات وبعد ذلك كانت تستخدمها مع جلسات التحصين التدريجي.

٢- التحصين التدريجي: Systematic desentization وتعتمد هذه الفنية على ما أوضحه فولبه في نظرية التحصين التدريجي من أن القلق عندما يثار بمثير مكون من خمسة عناصر متكافئة التأثير ، فإن القلق الذي سوف يثار سيقبل عندما تقل العناصر ، ويمكن للاسترخاء كف بعض عناصر المثير ، فإذا ما تم بشكل متكرر كف القلق بمناقضته بالاسترخاء ، وهكذا تهبط شدة القلق حتى تنتهي حيث يتعرض القلق تدريجياً للكف التشرطي عندما يتم مناقضته بالاسترخاء ، وباستمرار الممارسة سوف يفقد المثير قدرته على توليد أي قلق. (محمود، ١٩٩٥) ، ففي التحصين التدريجي يتم المزاجية (Wolpe, J, 1958) ، يتم الازدواج تدريجياً وبشكل متكرر بين مثير باعث على القلق وحالة الاسترخاء العضلي ، حتى يتم الارتباط بين المثير وحالة الاسترخاء العضلي واستبعاد استجابة القلق ، وأشار فولبه أنه لا يتم التحصين في جميع المواقف بالتخييل ، وإنما يتم أيضاً في البيئة الواقعية في وجود الباعث على القلق ، وفي

هذه الحالة يسمى بالتحسين التدريجى الواقعى ،(هناك تحسين تدريجى تخيلى ، وتحسين تدريجى واقعى ، وتحسين تدريجى ذاتى) .

وقد لجأت الباحثة إلى الاستعانة بالفنيات المعرفية والاستعانة بسجل بيك للأفكار الخاطئة من أجل :

أ- تشخيص المشكلة التى تعانى منها الحالة ، والتي ساعدتها على تحديد مدرج القلق، والتي كان أبرزها: ملامح صورة الوجه والجسم ، وحالات القلق التى كانت تنتاب الحالة عندما كانت تنظر للمرآه ، والصورة التخيلية للملامح وتناسق أعضاء جسمها ، وكذلك ملامح ومواقف الصورة الذهنية لقلق الموت لدى الحالة علاوة على الإلحاح الشديد لتناول المشروبات والذهاب للمطبخ.

ب- معرفة الاستجابات المتناقضة لاستجابة القلق لدى الحالة ، ثم استخدام الكف التدريجى للقلق ، بعد التحقق من حدوث الاسترخاء العضلى والفكرى . وذلك عن طريق تقديم استجابة مضادة وأقوى من استجابة القلق وتعمل على كف الأخرى .

٣- التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية Positive practice over correction

يعتبر هذا الأسلوب عكس (مضاد) ما يطلق عليه التدريب السلبى Negative training الذى اشار إليه فولبه والذى يأتى بعد الخطوتين سالفى الذكر (الاسترخاء) العضلى والفكرى ، وتقديم استجابة مضادة لاستجابة القلق. والذى يطلب فيه العميل القيام بممارسة السلوك غير المرغوب فيه ، تحت ظروف مملّة ، حتى يصل لدرجة التعب والإعياء وعدم الاستمرار ، بالممارسة مما يسبب له كره هذا السلوك ، وهنا تظهر استجابة جديدة وهى عدم ممارسة هذا السلوك والشعور بالراحة والبعد عنه.

وبدلاً من إتباع المرحلة الثالثة فى التحسين التدريجى وهو التدريب السلبى استخدمت الباحثة فى تلك المرحلة أسلوب التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية ، والذى استخدمه للمرة الأولى (Fox & Azrin 1973) والذى

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

كان الهدف منه هدف تعليمي وليس مجرد تقليل السلوك غير المرغوب فيه ، ويعتبر أسلوب عقابي ، حيث تكمن نجاحه على حد قولهما في عدم تعزيز الفرد أثناء تأدية السلوك المطلوب منه ، وهو السلوك الذي يسمى عادة بسلوك التصحيح الزائد ، وقد اعتبره هاندين أنه سلوك تنفيري يصمم لخفض السلوك غير المرغوب فيه وكذلك لزيادة السلوك الملائم.

وقد عرفه البعض على أنه :

- شكل بسيط من أشكال العقاب يستخدم لتعديل السلوكيات التي تثير اضطراب جيني.
- المبالغة في إتيان سلوك صحيح بعد أن أخطأ فيه الشخص (فام ، ٢٠٠٠).
- إجراء معقد ليس من السهل تعريفه ، واستخدامه البعض بوسائل مختلفة لتقليل السلوك الخاطئ أطلق عليه الجميع التصحيح الزائد ، ويشمل في مضمونه تصحيح الوضع ، والممارسة الإيجابية لسلوكيات مرغوب فيها. (الخطيب ، ١٩٩٤).

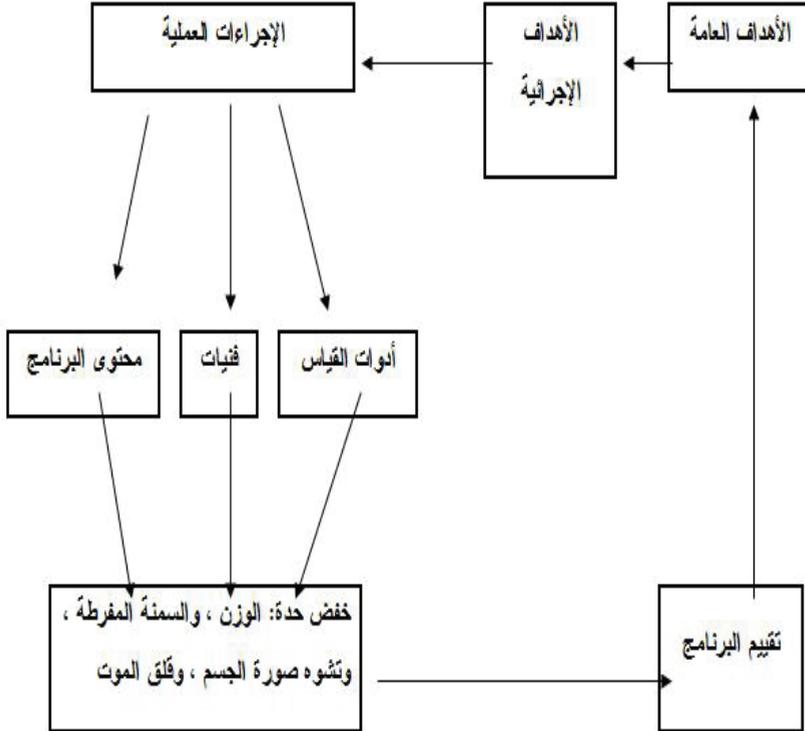
بعض فنيات العلاج العقلاني المعرفي السلوكي المستخدمة :

- ١- فنية الحث والتشجيع: حيث ينبغي أن يظهر المعالج للعميل الثقة في نجاح العلاج والتحسين ، حتى لا يفقد الأمل في التحسن.
- ٢- الواجبات المنزلية.
- ٣- التعزيز المعنوي.
- ٤- وعندما تفشل الحالة في تنفيذها يساعدها المعالج في تحدى الأفكار اللاعقلانية من جديد على أن يعود لأدائها ثانية ، كما يطلب المعالج من الحالة توظيف الأفكار العقلانية الجديدة التي تعلمها في مواقف الحياة الفعلية.

وقد تم استخدام سجل بيك لتسجيل الأفكار اللاعقلانية ، كما استخدم جدول متابعة الوجبات والمشروبات اليومية.

ثانياً : التخطيط للبرنامج :

شكل (١) يمثل التخطيط العام للبرنامج



١- الهدف العام للبرنامج: خفض حدة تشوه صورة الجسم / خفض حدة قلق الموت لدى حالة تعاني إعاقة حركية.

٢- الأهداف الإجرائية :

أ- أهداف معرفية: إيضاح مفاهيم: تشوه صورة الجسم ومظاهرها ، قلق الموت. معرفة الآثار الضارة الناجمة عن إرتفاع الدرجة على مقياس هذين المغيرين.
ب- أهداف وجدانية وشخصية :

- تعديل بعض الأفكار السلبية المرتبطة بكل من صورة الجسم وقلق الموت.
- تشجيع الحالة على التحسن من أجل الشعور بالسعادة والتحسن لجودة الحياة.

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

- تنمية الاتجاه الإيجابي نحو ممارسة الحياة والمشاركة الاجتماعية بالجامعة وخارجها .
- تنمية الشعور بالثقة بالنفس لدى الحالة، وإبرازها لمواطن القوة التي تمتلكها.
- تنمية مفهومها لذاتها ومعرفتها أن لديها مواطن قوة تعوضها عن العجز الحركي ، ومحاولة استخدامها في تحقيق تفوق دراسي .

جـ أهداف سلوكية :

- ممارسة سلوكيات صحيحة تعبر عن المشاركة الاجتماعية السوية.
- التواصل المستمر والفعال مع الآخرين المحيطين بالحالة.
- تجاهل وإهمال ما لديها من إعاقة ومحاولة إبراز مواطن القوة لديها.
- المشاركة الإيجابية مع لطالبات في الأنشطة الجامعية المنهجية واللامنهجية دون خوف أو قلق .
- ممارسة القراءة والإطلاع المستمر في مجال المحافظة على الصحة ، واكتسابها معلومات وافية عن إمكانيات وقدرات المعاق حركيا.
- البحث عن مواقف وأفكار تبعث على الحالة شعور السعادة والتفاؤل.

ثالثاً : جلسات البرنامج :

في البداية دارت دردشة بين الحالة والباحثة عبر الانترنت تم من خلالها التعرف والتحديد الدقيق للمشكلة وتمت من خلال الدردشة تطبيق مقياسي الدراسة ، بطرح الباحثة لتساؤلات كل مقياس وتجبب عليها الحالة عبر الانترنت (كما أن الباحثة أرسلت للحالة كل أدوات الدراسة والبرنامج عبر الإيميل لتكون أمامها طوال جلسات البرنامج). ثم بدأت الباحثة الجلسات مع الحالة بالمواجهة المباشرة عبر الإنترنت، وتم إجراء جلسات مكثفة بمعدل ٣ جلسات أسبوعياً ، وتم خلالها التركيز على تدريب الحالة على تمارين الاسترخاء ، كما تم من خلالها تقديم المحاضرات النظرية والنقاش والحوار المتبادل حول البرنامج العلاجي، وحول فنياته المتنوعة ، ثم إعطاء فكرة شاملة عن مفاهيم الدراسة : الإعاقة الحركية ، تشوه صورة الجسم وملامح قلق الموت

، وأعقب ذلك تطبيق فنية (التصحيح الزائد) لتصحيح وتعديل بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بتضخيم وتهويل موضوع العجز الناتج عن الإعاقة الحركية ، وكذلك تعديل بعض الأفكار الخاطئة لدى الحالة عن صورتها الذهنية عن جسمها ، وتهويل إدراكها وشعورها بقلق الموت وتوهم الموت فى أقرب وقت .

تم تدريب الحالة باستخدام فنية التصحيح الزائد لبعض السلوكيات والتي أهمها:

- التفكير الجاد فى أساليب البحث عن سعادتها بدلاً من التفكير فى الموت أو شكل الجسم.
- التفاؤل والشعور بالقبول لجسمها.
- الخروج مع زميلاتها فى الأماكن العامة دون خجل.
- عدم الخوف

وقد وصل عدد جلسات البرنامج (٢٤ جلسة). وكانت الحالة على اتصال أسبوعى بالباحثة عبر الانترنت ولمدة شهرين وبعدها تم تطبيق القياس لمتغيرات الدراسة مرة ثالثة (المتابعة) عبر الدردشة بالانترنت.

١- الفنيات المستخدمة فى البرنامج (انظر جدول ١).

٢- مراحل البرنامج: (انظر جدول ١).

٣- جلسات البرنامج: اشتمل البرنامج على ١٨ جلسة بمعدل ٣ جلسات أسبوعية مدة الجلسة من ٤٥-٦٠ دقيقة حسب الموقف العلاجى ، موزعة على المراحل الخمسة للبرنامج وتم إجراء الجلسات عبر الدردشة فى الإنترنت فى وجود الباحثة حتى يتم إجراءات التدريب بنيهما أمام أفراد الأسرة والحالة ثم تقليد الحالة وأفراد أسرتهما لتلك الممارسات أثناء الجلسات وبعد الانتهاء منها فيما بين الجلستين، والجدول التالى يوضح ذلك.

جدول (١)

مراحل ومحتوى البرنامج الإرشادى التدريبى وفنياته

المشاركون	الفنيات والمهارات	الأهداف الخاصة	الجلسات	مراحل البرنامج
أعضاء النسق الأسرى (الأم ، الأخوات) + الباحثة (عبر الشات)	المحاضرة ، المناقشة ، النمذجة ، التدعيم ، الواجب المنزلى (مراجعة ما تم إيضاحه من اللقاءات والافتتاح به ، مع تدوين مدى (قناعة الأم والأخوات بذلك).	تمهيد وتعارف ببرنامج العلاج - التكاملى وجلساته ، ومدته تعارف الباحثة مع أفراد الأسرة: - الحالة ، الأخوات ، الأم	١	المرحلة الأولى التعارف والتهيئة

المشاركون	الغيات والمهارات	الأهداف الخاصة	الجلسات	مراحل البرنامج
		دور الأسرة في تعديل سلوك الحالة ، ونمو مهارات سلوكية جديدة : إيضاح وشرح المعاق حركيا (تعريفه - أسبابه - أعراضه - مخاطر إهماله ، دور الأسرة في التعامل مع أبن معاق (حركيا).	٢	
أعضاء النسق الأسرى (الحالة ، الأم ، الأخوات) + الباحثة(عبر الشات)	المحاضرة ، المناقشة ، التدريب ، التقليد ، التدعيم ، الواجب المنزلي (تدوين ملاحظاتهم على الحالة وكذلك تصرفات الأخوة معها ، وممارسة تمارين (الاسترخاء). بعض التدريبات: قدمت الباحثة للأم والأخوات بعض التدريبات على كيفية التعامل مع الحالة وكيفية تقديم المساندة خاصة الانفعالية منها التي تشعرها بالأمن النفسي . ودعمها لأفراد الأسرة.C.D عرض - عليه بعض صور وتعبيرات انفعالية وتعاون وتفاعل وتبادل حوار وتواصل ومكافآت ، لأسرة متحابية يسودها الود والتعاطف ، تشمل الأسرة ابنة معاقه	تدريب كل أفراد الأسرة (الحالة - الأم - الأخوات المشار كات في البرنامج) على تمارين الاسترخاء ، لقيامهن بتشجيع الحالة ومتابعتها وبعد تدريبهن تمت متابعة الباحثة لأفراد الأسرة أثناء تدريب الحالة على التمارين ، وتم ذلك في ثلاث جلسات متتالية - وتم إرشادهم بممارسة هذه التمارين يوميا مع الحالة بمعدل من ٣-٥ مرات للتفيس عن شحنتهن الانفعالية ، والبدء بإجراء تمارين الاسترخاء للحالة مع بداية كل الجلسات القادمة حتى نهاية الجلسات. التعريف بقلق الموت ووصورة الجسم ، والبرنامج التكاملي وفتياته التعرف على أفكار الحالة اللاعقلانية - فيما يتعلق بصورتها عن نفسها وإعلامها بخطورة ذلك لديها من خلال ارتفاع درجتها على مقياس تشوه صورة الجسم. وكذلك ارتفاع مشاعر قلق الموت لديها وشعورها المستمر بذلك . تدريب أفراد أسرتها على متابعة - الحالة لفترة طويلة في اليوم الواحد لمعرفة أوقات وأسباب حدوث تزايد هذه الأفكار والمشاعر لديها والأسباب التي تزيد منها والمواقف التي تساعدها إلى الوصول لهذه الأفكار والمشاعر. وتنمية الشعور بالأمن النفسي لديها	٦-٣ من ٩-٧	المرحلة الثانية تحديد المشكلة

مراحل البرنامج	الجلسات	الأهداف الخاصة	الغنيات والمهارات	المشاركون
المرحلة الثالثة مرحلة التفاعل الأسرى والدمج الأسرى والتدريب	١٥ - ١٠	تعديل أساليب المعاملة الوالدية - للحالة تعديل أساليب معاملة أخواتها معها - المشاركة الأبوية في رعاية ابنتهما - المعاقة حركيا تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي - بين الزوجين ثم بين الزوجين والأبناء (لانقطاع الأم والأب لفترة طويلة من اليوم للعمل والأخوة كذلك لانشغالهم (في الدراسة	المناقشة - النمذجة - الحث اللفظي والمعنوي ، التدعيم ، التغذية الراجعة الواجب المنزلي (متابعة - ملاحظة - سلوكيات الحالة وتسجيلها من حيث الشكل (.وعدد مرات تكرارها	نفس المجموعة السابقة) عبر (الشات
المرحلة الرابعة إعادة ومراجعة ما تم تدريبيه للطفل	١٧-١٦	تشجيع الحالة على التعبير بصدق عما استفادته من جلسات البرنامج والتركيز في تعبيرها عن شعورها بما قدمه لها أفراد أسرتها من دعم ومساندة - والتعبير بصدق عن شعورها بالأمن النفسي عن ذي قبل - وتعبدها بالفناعة من عدم الخوف والقلق وتعديل صورة الجسم الذهنية لديها مهما كلفها ذلك طالما تشعر بأمن وطمأنينة من المحيطين بها	الحث - التقليد - المشاركة - التغذية الراجعة - الممارسة - النمذجة -	أعضاء النسق الأسرى+ الباحثة +الحالة) عبر (الشات
المرحلة الخامسة الختامية الإنهاء والتقييم	١٨	الختامية والتطبيق البعدي		أعضاء النسق الأسرى+ الباحثة + الحالة) عبر (الشات

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: نتائج المقابلة الكلينية مع الحالة عبر الدردشة بالانترنت (الشات):

قبل تطبيق البرنامج العلاجي ، الحالة طالبة جامعية .

ترتيب الحالة	:	الثالثة	:	السن	:	٢٢ سنة
الحالة الاجتماعية	:	غير متزوجة	:	الأب	:	مدرس
الأم	:	ربة منزل	:	عدد الأخوة	:	٣ ذكور + ٤ إناث
المؤهل	:	طالبة جامعية	:		:	

الحالة ترتبها الرابع بين الأخوة والأخوات ، جميع الأخوة والأخوات أصحاباء ، أصيبت بشلل أطفال في سن عامين ، تسير على كرسى متحرك ، زكية ، تحب

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

العلم ، لم ترسب خلال سنوات الدراسة ، ترغب في استكمال دراستها العليا، ولكن تشعر بنقص وقصور بسبب إعاقتها ، تشعر بعدم اهتمام أسرتها بها ، تشعر بأن هناك عدم تشجيع من أسرتها على استكمال تعليمها مما يسبب لها إحباط من وقت لآخر (على حد قولها) ، تشعر بخوف وقلق مستمر عندما تسير بالكرسي ولديها وهم بأن سوف تقع من على الكرسي في أي لحظة وتموت (من خلال تعبيرها عن شعورها بقلق الموت وارتفاع درجتها على مقياس قلق الموت) ، تأكل كثير (عندما أفعل أو أزعل أكل دون تفكير وما أقدر أسيطر على الأكل) مما تسبب في زيادة وزنها وتسبب بشعورها بأن جسمها مشوه وغير متناسق وأنها غير مقبولة من الناس بسبب جسمها المملوء وبسبب إعاقتها ومشيتها على الكرسي وصعوبة تحركها مثل باقي الناس (هذا ما قالته بنفسها) ، تعيش الآن حالة من الضيق والألم واليأس ، (وتقول إن حياتي انتهت ، وأنا ليس لي قيمة في الحياة ، أموت يومياً ، كرهت النظر في المرأة ، كرهت الخروج من غرفتي ، كرهت نفسي ، كرهت شكلي ، كرهت الناس كرها ... إلخ).

ملحوظة هامة : قامت الباحثة بتقديم برنامج غذائي (رجيم) للحالة بجوار البرنامج العلاجي ، والتزمت به الحالة مما ساهم في إنقاص وزنها ٨ كيلو جرام ، مما ساعد في رفع معنوياتها واستمرارها في متابعة جلسات العلاج.

ثانياً : نتائج القياس القبلي والبعدي والتبعي لمتغيرات الدراسة ويوضح ذلك الجدول التالي :

جدول (١)

التقدير الكمي لمتغيرات الدراسة لدى الحالة

قدر التحسن لدى الحالة					المقاييس
معدل الانخفاض بعد البرنامج والمتابعة	الدرجة الفعلية للمقياس	المتابعة	بعد البرنامج	قبل البرنامج	
٣١-٣٢	صفر-٥٢	١٦	١٥	٤٧	صورة الجسم
٢٠-٢١	صفر-٣٦	١٢	١٣	٣٤	قلق الموت

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود كفاءة عالية وغير متوقعة لبرنامج

العلاج التكاملي وفعاليتها العالية ، حيث انخفضت درجة متغيرى الدراسة .
- بالنسبة لصورة الجسم : جاءت نتائج الدراسة معبرة عن انخفاض تشوه صورة الجسم لدى الحالة بشكل ملحوظ وذلك على جميع بنود الأسئلة (٢٦ بند) وذلك بمعدل يتراوح من ٣٢- ٣١ درجة (الدرجة الكلية للمقياس من صفر - ٥٢) ، حيث انخفض شعور الحالة على بنود المقياس بين درجتين إلى درجة بأنها أقل جاذبية ، وانخفض ارتباط انخفاض مستوى أدائها ونشاطها بصورتها عن جسمها ، وانخفض مفهومها السلبي عن جسمها وذاتها ، وزاد تقبلها لشكلها عندما تنظر للمرآه ، وزاد شعورها بالتناسق بين طولها ووزنها ، وأيضاً بالتناسق بين ملامح وجهها (الأنف / العين / الفم / الأذن) وتزايد شعورها بالكفاءة ، وثقتها بنفسها ، وأصبحت لديها رغبة فى الذهاب للجامعة بعد أن كانت تخجل بسبب صورتها السلبية عن جسمها وشعرت بحاجتها إلى العودة لصديقاتها وحضور المحاضرات ، وتزايد شعورها الإيجابى بالارتياح عندما تتواجد مع الآخرين ، وعندما تتحدث عن جسمها وصورتها عن نفسها .

أما عن قلق الموت : فقد أسفرت النتائج على المقياس عن التحسن الملحوظ فى انخفاض قلق الموت لدى الحالة حيث تراوح الانخفاض ما بين (٢١-٢٠) درجة واستمر لما بعد المتابعة ، وظهر التحسن ملحوظ على جميع بنود المقياس (١٨ بند) (الدرجة الكلية من صفر - ٣٦ درجة) ، حيث انخفض لديها شبح الموت فى العديد من المواقف التى ظهرت على بنود المقياس: فنادرأ ما يخطر ببالها فكرت الموت (بعد أن كانت تراودها كثيراً) ، وأصبحت أكثر تضاؤلاً بالحياة ، وأحبت الخروج والذهاب للجامعة وللأماكن العامة بعد أن كانت تخاف التنقل خوفاً من الموت ، وأصبحت تتحدث عن الموت وتستمع للحديث عنه بعد أن كانت تهرب من تلك المواقف ، وانخفض لديها شبح أن تموت بحادث مؤلم بسبب أن انخفاض وزنها ، وانخفاض معدل توقع وانتظار الموت فى كل لحظة تعيشها ، وغاب عنها فكرة أنها ستموت فى سن ووقت مبكر بسبب ما تعانیه من آلام مصاحبة للإعاقة ، والأهم من ذلك أصبحت تنظر للمستقبل المشرق أمامها وتهنأ بالأحلام والآمال طويلة المدى .

أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية لتؤكد ما جاء بالدراسات السابقة ،
(انظر النظرى) من أهمية كل من الفنيات السلوكية ، والمعرفية ، والاسترخاء ،
والواجب المنزلى ، وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديها ، والنظام الغذائي
(الرجيم) ، ونجاحها فى تعديل العديد من الأفكار الذهنية السلبية لدى
الحالة ، وقدرتها على التقييم الذاتى ، وتعديل الصورة الذهنية للجسم ، ومن
ثم حثها على التفاؤل بعيداً عن شبح قلق الموت أو الذى سجل انخفاضاً من
جراة تعديل الجوانب الأخرى .

وإذا كان الحديث عن نجاح البرنامج العلاجي فى الوصول إلى هذه
النتائج الإيجابية ، إلا أن ثمة عوامل أخرى لا ينبغى إغفالها فى هذا السياق
أهمها:

- تحفز الباحثة واهتمامها الشديد بالحالة .
- الألفة والمودة والثقة المتبادلة بين الحالة والباحثة التى حققتها الباحثة مع الحالة وأهلها .
- استمرار تواصل الباحثة مع الحالة حتى بعد انتهاء البرنامج العلاجي .
- ثقة الحالة فى الباحثة .
- تجاوب الأم والأخوات ومشاركتهن الجلسات مع الحالة .
- حماس الحالة واهتمامها بحالتها والدافعية العالية لديها لخفض وزنها واستجاباتها لكل ما يطلب منها فى جلسات التدريب عبر الانترنت (الدردشة) ، والفترة ما بين الجلسات التدريبية .
- تكثيف الجلسات (ما بين ٣ مرات أسبوعياً) .
- تنوع أساليب وفنيات التدريب والعلاج المستخدمة وملاءمتها لمتغيرات الدراسة .
- كفاية عدد الجلسات التدريبية والإرشادية (١٨ جلسة) .

المراجع :

١. إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج السلوكي متعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس (٢٦) ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٢. البندارى ، إيناس (٢٠١٠). فاعلية فنية التحليل بالمعنى فى خفض حدة الاغتراب الذاتى والاجتماعى لدى المعاقين جسمياً ، ماجستير، كلية التربية ، جامعة طنطا.
٣. الخطيب، جمال (١٩٩٤). تعديل السلوك الإنسانى ، عمان ، دليل العاملين فى المجالات التربوية والنفسية والاجتماعية ، ط٣ ، د.ت.
٤. السمادونى، شوقية (٢٠٠٤). مدى فعالية العلاج العقلانى الانفعالى فى تعديل السلوك العدوانى لدى المعوقات جسمياً ، دكتوراه ، كلية التربية ببها.
٥. القذافي، رمضان محمد (١٩٩٤). سيكولوجية الإعاقة ، ليبيا ، مكتبة الدار العربية للكتاب.
٦. القمش ، مصطفى ؛ الإمام، محمد صالح (٢٠٠٩). الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، عمان ، مؤسسة الطريق للنشر والتوزيع.
٧. زهران، حامد (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى ، ط٣ ، القاهرة ، عالم الكتب.
٨. شقير، زينب (١٩٧٨). دراسة لمفهوم الذات وتقدير الذات لدى المعاقين حركياً من مصابى حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، ماجستير، كلية التربية ، جامعة طنطا.
٩. شقير، زينب (٢٠٠٤). نداء من الابن المعاق ، ط٢ ، القاهرة ، النهضة المصرية.
١٠. شقير، زينب (٢٠٠٧). مقياس قلق الموت ، ط٣ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
١١. شقير، زينب (٢٠٠٩). مقياس صورة الجسم ، ط٤ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
١٢. شقير، زينب (٢٠١٣). الإعاقات البدنية «الجسمية / الحركية / الصحية» ، تحت النشر.
١٣. عبد الخالق، أحمد (١٩٨٧). قلق الموت قبل العدوان العراقى وبعده لدى طلاب جامعة الكويت ، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، ١٦ (٦٤).
١٤. عبد القادر ، محمد (٢٠٠١). الاغتراب والسلوك العدوانى لدي المعاقين جسمياً ، ماجستير، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.
١٥. عبد اللطيف ، تامر (٢٠٠٩). فعالية برنامج العلاج التكاملى فى الإقلاع عن التدخين وتحسين فعالية الذات لدى عين من طلاب المرحلة الثانوية ، ماجستير ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

- أ.د. زينب محمود شقير _____ فعالية برنامج علاجي تكاملي في خفضه بعض المتغيرات السلبية في الشخصية
١٦. عبید ، ماجدة (١٩٩٩) . الإعاقات الحسية والحركية ، الأردن ، دار صفاء للنشر.
١٧. عبید ، ماجدة (٢٠٠٩). مدخل إلى التربية الخاصة ، عمان ، دار صفاء للطباعة والنشر.
١٨. عزب ، حسام الدين (٢٠٠٢) . فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب لى سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين ، المؤتمر السنوى التاسع لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس.
١٩. عزب، حسام الدين (١٩٨١). العلاج السلوكى الحديث ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
٢٠. فام، رشدى (٢٠٠٠). علم النفس العلاجي والوقائى رحيق السنين ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.-.
٢١. محمود، محمد (١٩٩٥). مدى فعالية برنامج إرشادى فى خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى ، دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.
٢٢. مختار حمزة (١٩٧٩). سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى ، ط١ ، جدة ، دار المجمع العلمى.

1. Arving, T. (2006). Meaning in Life For Individuals with Physical Disabilities, *Psycho Rep, Jun, 98(3), P: 683-8.*
2. Bateman , Anthony (2002). *Integrative therapy from analysis perspective . Holmes , Jeremy , Bateman , Anthony London , Oxford University press , (11 – 25).*
3. Dior, K. Berscheid, E. & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *J. of personality & Social psychology (124).*
4. Foxx, R. M. & Azrin, N. H. (1973). The clminationof autistic self-injurious behavior by overcorrection. *J. of Applied Behavior analysis. (6), 1-14.*
5. Kim, S & Kang, K. (2003). Meaning of life for Adolescents with Physical Disability in Korea, *J. of Advanced Nursing, Jul, Vol 43(2), P: 145-157.*

6. Nosek, M., Backer A., Thomas L. (2003). *Self-Esteem and Woman with Disabilities*, *Soc Sci Med*, April, 56(8), p-p: 1737-47.
7. Stricke , G & Gold , J (1996). *Psychotherapy integration : an assimilative psychodynamic approach . Clinical Psychology Science And Practice*, 3111 , pp (47 – 58).
8. Thompson, N., Coker, J., Krause, S. & Henry, E. (2001). *Purpose in Life as A Mediator of Adulstment After Spinal Cord Injury*, *J. of Rehabilitation Psychology*, Vol 48(2), p-p: 100-108.
9. Wolpe, J. (1958). *How can cognitions influence desensitization. J. of Behavior therapy*, 7, 219a.
10. Weinberger , J.(1995) . *Common factors aren't so common : the common factors dilemma*, *Clinical Psychology : Science And Practice* , 2 , (45 – 69).

التوصيف الوظيفي لوظيفة أخصائي تعديل السلوك للأفراد ذوي الإعاقات

إعداد

أ.د. / عادل عبد الله محمد

أستاذ التربية الخاصة بكلية التربية جامعة الزقازيق

مقدمة

يعد تعديل السلوك *behavior modification* كما يشير عادل عبدالله محمد (٢٠١١) من الأمور شديدة الأهمية في مجال التربية الخاصة على وجه العموم إذ أن الجهود التي يتم بذلها مع الأطفال ذوي الإعاقات بصفة خاصة إنما تعتمد في أساسها على تعديل سلوكهم وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة عادة ما يكون من شأنها أن تساعدهم على أن يأتوا بالسلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة، أو الحد من سلوكيات أخرى غير مناسبة أو غير ملائمة تصدر عنهم في مختلف المواقف . ويعظم هذا الأمر من أهمية الدور الذي يلعبه أخصائي تعديل السلوك في حياة الأطفال ذوي الإعاقات وهو ما يجعل له دوراً أساسياً في الفريق الذي يعمل مع الطفل . وعادة ما يعمل أخصائي تعديل السلوك مع الأطفال الذين يتم تشخيص المشكلات السلوكية لديهم كي يحد منها أو يعمل على انطفائها، كما يعمل معهم أيضاً بغية إكسابهم سلوكيات مقبولة اجتماعياً أو إكسابهم مهارات معينة أو تنميتها وتقويتها، أو العمل على استمرارها من جانبهم .

ويعد السلوك العادي هو المعيار الذي يتم في ضوءه الحكم على السلوك إذا ما كان مقبولاً أو غير مقبول . فالسلوك العادي هو ذلك السلوك الذي يتسق مع معايير المجتمع، وعاداته وتقاليد وقيمه، أما السلوك غير العادي فهو السلوك الذي يخرج عن هذا الإطار، ومن ثم فإنه إما أن يعتبر سوء سلوك وهو ما يعني المشكلات السلوكية أو السلوك المشكل، أو يعتبر من جانب آخر سلوكاً لاجتماعياً أو مضاداً للمجتمع وهو ما يعني السلوك المضطرب أو الاضطراب السلوكي . ويعد كلاهما في حاجة إلى عملية تعديل حتى يمكن قبول ذلك السلوك . وتعد عملية تعديل السلوك هي تلك العملية المتدرجة التي يتم بمقتضاها تغيير

السلوك الإنساني عن وضعه الراهن، وهي عملية تتألف من عدد من الخطوات المرئية، ويتم خلالها مراعاة العديد من الالتزامات الأخلاقية، كما يتم خلالها أيضاً استخدام عدد من استراتيجيات تعديل السلوك بما تضمنه من فنيات مختلفة وذلك بغرض تحقيق الأهداف المنشودة، ويمكنه أن يستعين بعدد من المستحدثات التكنولوجية ذات الصلة لتحقيق تلك الأهداف وهو ما يتطلب منه أن يتوفر لديه عدد من الكفايات المهنية .

مشكلة الدراسة

يعد الدور الذي يلعبه أخصائي تعديل السلوك في حياة الأفراد ذوي الإعاقات أحد أهم الأدوار التي يؤديها أعضاء الفريق الذي يتعامل مع كل منهم إذ أنه هو الذي يعمل على إعادة تشكيل سلوك الطفل، وتغييره عن وضعه الراهن سواء أكسبه سلوكيات ومهارات جديدة، أو عمل على تخليصه أو الحد من سلوكيات غير مقبولة وذلك عن طريق تحليل وتغيير وتطبيق السلوك المنشود . ونظراً لتعاطم دوره كان لابد أن نضع معايير محددة لتوصيف وظيفته بعد إجراء تحليل لها؛ تعين مؤهلاته، وطبيعة دوره أو المهام المنوطة به، والكفايات المهنية التي يجب أن تتوفر فيه بعد تحديد طبيعة تعديل السلوك (التحليل الوظيفي) وهو ما يمثل لب مشكلة هذه الدراسة وجوهرها . وبذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية :

- ١- ما هي طبيعة عملية تعديل السلوك كتحليل للوظيفة المستهدفة ؟
- ٢- ما هي الأخلاقيات التي يجب أن تتوفر خلالها ؟
- ٣- ما هو التوصيف الوظيفي للوظيفة المسماة بأخصائي تعديل السلوك ؟

وينبثق عن هذا السؤال الأخير الأسئلة الفرعية التالية :

- أ- ما هي المؤهلات العلمية التي يجب لأخصائي تعديل السلوك الحصول عليها؟
- ب- ما هي طبيعة دور أخصائي تعديل السلوك أو المهام المنوطة به ؟
- ج- ما هي الكفايات المهنية التي يجب أن تتوفر في أخصائي تعديل السلوك ؟

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى وضع تصور واضح ذي معايير محددة يعمل كتوصيف وظيفي للدور الذي يؤديه أخصائي تعديل السلوك مع الأطفال ذوي الإعاقات متضمناً مؤهلاته العلمية، وطبيعة دوره وما يتضمنه من مهام، والكفايات المهنية اللازمة له إلى جانب تحديد التحليل الوظيفي لعملية تعديل السلوك، وما يجب أن يسودها من أخلاقيات يتم الالتزام بها .

أهمية الدراسة

ترجع أهمية هذه الدراسة إلى النقاط التالية :

- ١- أنها تتناول التحليل الوظيفي لعملية تعديل السلوك كأحد أخطر وأهم العمليات التي يخضع لها الأفراد ذوو الإعاقات حيث أن تعاملنا مع هؤلاء الأفراد يكاد يتحدد في جانب كبير منه بتعديل السلوك فقط .
- ٢- أنها تعرض للأخلاقيات التي يجب أن تسود خلال عملية تعديل السلوك والتي يجب أن يلتزم أخصائي تعديل السلوك بها .
- ٣- أنها تقدم توصيفاً وظيفياً محدداً للوظيفة التي يؤديها أخصائي تعديل السلوك كوظيفة لها الدور الأساسي في التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقات .
- ٤- أنها تسهم في الحكم على جودة إعداد وأداء أخصائي تعديل السلوك .
- ٥- أنها تمثل الأساس الذي يتم بموجبه المفاضلة بين المتقدمين لهذه الوظيفة .
- ٦- أنها تعكس المتطلبات التي تحكم إصدار رخصة مزاوله المهنة لهذا الأخصائي .
- ٧- أنها تضمن عدم ممارسة أي شخص غير مؤهل لهذه المهنة .

المصطلحات

- تعديل السلوك *behavior modification*

يعرفه عادل عبدالله محمد (٢٠١١) بأنه تلك العملية التي يتم خلالها بذل جهد منظم ومقصود من جانب أخصائي متمرس ومؤهل لذلك ينظم من

خلال استخدام وتوظيف أساليب وفنيات تغيير السلوك بصورة إمبريقية أي عملية بغرض تحسين سلوك الفرد، والوصول به إلى وضع أفضل من ذلك الوضع الذي يميزه في الوقت الراهن سواء اكتسب سلوكيات مرغوبة أو مهارات أو تمت تنميتها من ناحية، أو تخلص من سلوكيات غير مرغوبة أو على الأقل قلل من حدتها من ناحية أخرى .

- أخصائي تعديل السلوك *behavior modification specialist*

هو ذلك الشخص الذي يضطلع بعملية تعديل السلوك فيستخدم ويوظف أساليب وفنيات تغيير السلوك عملياً بطريقة صحيحة تؤدي إلى تغيير سلوك الطفل عن وضعه الراهن مما يؤدي إلى تحسينه . ويشترط في هذا الشخص أن يكون مؤهلاً لذلك من الناحية العلمية والعملية، وأن يدرك المهام المرتبطة بدوره ويجيد أداءها، وأن يتحلى بعدد من الكفايات المهنية التي تساعده على إجادة القيام بدوره .

- التوصيف الوظيفي *job description*

وفقاً لما ورد في موسوعة ويكيبيديا الحرة (2012) Wikipedia هو قائمة بما يجب أن يستخدمه الفرد من وسائل وأساليب، أو ما يجب عليه أن يفعله في سبيل أداء المهام العامة، أو الأداءات الوظيفية والأدوار، والمسئوليات التي تتطلبها وظيفة معينة . وغالباً ما تتضمن تلك القائمة الأفراد الذين توجه تلك الوظيفة لخدمتهم، والمتطلبات اللازمة للوظيفة كالمؤهلات، والمهارات، والكفايات التي يجب أن تتوفر في الشخص الذي يشغل الوظيفة . كما يمكن تعريف التوصيف الوظيفي أيضاً بأنه قائمة تضم المهام والكفايات اللازمة لأداء وظيفة معينة يتم إعدادها عن طريق إجراء تحليل للوظيفة *job analysis* المعنية يتضمن تعيين المهام، والمعرفة، والمهارات، والأدوار، والسمات الشخصية التي تلزم لأداء تلك الوظيفة . وهي بذلك تمثل إطاراً مرجعياً يتحدد بموجبه الفرد الذي يشغل الوظيفة المعنية .

الإطار النظري

يشير عادل عبدالله محمد (٢٠١١) إلى أن تعديل السلوك عادة ما يتم من جانب أخصائي متمرس وذي خبرة ودراية كبيرة بالسلوك الإنساني، وطبيعته، ومعقوليته، ولا معقوليته، وتطرفه، واحتمالاته، وأسبابه، ونتائجه . كما يكون قد تلقى تدريباً كافياً يؤهله للقيام بدوره، فيقوم بملاحظة السلوك في سياقاته المختلفة، وتحليله، وتقييمه، ويستخدم المقاييس لذلك، كما يكون قد تدرب على استخدام الاستراتيجيات والفنيات المتنوعة التي تمكنه من تحقيق أهدافه، فيقوم بالتالي بالتعليم، والتدريب، والإكساب، والتنمية، والتغيير. ويمكن أن يشترك أشخاص آخرون معه لتحقيق أهدافه كالأولاديين مثلاً، أو أحد الأخصائيين الآخرين ممن يقدمون الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة للطفل نظراً لحاجة الطفل إليها، أو غيرهم، ولكنه في كل الأحوال يظل هو المسئول الرئيسي عن تغيير السلوك وتحقيق الأهداف المنشودة .

وعندما نتحدث عن أخصائي تعديل السلوك كوظيفة لا غنى عنها بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات على وجه الخصوص نظراً للدور الحيوي الذي يؤديه الشخص القائم بها في حياتهم فإن الحديث عن هذه الوظيفة يجب أن يتضمن نقطتين أساسيتين تمثلان إجابة للأسئلة التي تمت إثارتها في مشكلة الدراسة هما :

- ١- التحليل الوظيفي لعملية تعديل السلوك؛ ويتضمن طبيعة العملية، والأخلاقيات التي تسود خلالها .
- ٢- التوصيف الوظيفي؛ ويتضمن المؤهلات، وطبيعة الوظيفة (المهام- الأدوار- المسئوليات)، والكفايات (المعرفة- المهارات- القدرات- أسلوب الأداء- السمات الشخصية) .

ويمكن تناول هاتين النقطتين كي نصل إلى التوصيف الوظيفي المطلوب كما يلي :

١ - التحليل الوظيفي

يمثل تحليل الوظيفة التي يؤديها الفرد النقطة الأولى في سبيل وضع توصيف كامل لمتطلباتها ومواصفات الشخص الذي يتولى القيام بها . ولما كانت المهمة الأساسية في وظيفة أخصائي تعديل السلوك تتمثل في تعديل السلوك كجوهر للعمل مع الأفراد ذوي الإعاقات فإن تحليل هذه العملية يتضمن نقطتين أساسيتين هما طبيعة عملية تعديل السلوك، والاعتبارات الأخلاقية التي يجب أن تسود خلالها .

(١) طبيعة عملية تعديل السلوك :

يعد تعديل السلوك هو جوهر التربية الخاصة وأساس العمل بها حيث عادة ما يمثل الهدف الرئيسي من التعامل مع الأفراد ذوي الإعاقات إذ تعمل برامج التدخل جميعها على تعديل سلوك الأطفال سواء يكتسبهم مهارات أو سلوكيات جديدة مرغوبة اجتماعياً، أو بتخليصهم من سلوكيات أخرى غير مرغوبة اجتماعياً والعمل على انطفائها، أو على الأقل الحد منها وهو ما يساعدهم وأسرههم على تحقيق قدر معقول من التوافق يسهم في تحقيقهم قدر مناسب من الصحة النفسية . ويشير عادل عبدالله محمد (2012، 2011) ومارتن وبيير (2007) Martin & Pear إلى أن هناك عدة أمور تميز طبيعة هذه العملية كما يلي :

- ١- أن تكون عملية مقصودة يشارك فيها أخصائي واحد هو أخصائي تعديل السلوك أو أكثر من أخصائي يمكن أن يساعده في ذلك .
- ٢- أن تتضمن تأكيداً قوياً على ضرورة تحديد المشكلة التي تتعلق بسلوك معين يمكن أن يتم قياسه وتقييمه بطريقة ما وذلك في ضوء السلوك العادي .
- ٣- أن يتم توجيهها إلى فرد واحد أو أكثر على أن نقوم أولاً بتحديد الأهداف التي نريدها، وأن نقوم بتحليل السلوك بصورة تساعدنا على الإلمام بالبيانات المطلوبة، وأن نحدد الوسيلة التي ستستخدم في تحقيق الأهداف المنشودة على أن تتم كل هذه العملية بأسرها في إطار أخلاقي يراعي أخلاقيات المهنة .

- ٤- أن يتم تحليل السلوك لتحديد مقدماته، ونواتجه، وطبوغرافية السلوك، وأن يتم إجراء التقييم أو التحليل الوظيفي له حتى يتم تحديد وظيفة السلوك .
- ٥- أن يكون هناك عدد من الأركان أو المحددات التي تستند إليها هذه العملية وهي أن يوجد فرد واحد على الأقل يتم تعديل سلوكه، وأن يكون هناك سلوك واحد محدد على الأقل، وأن يتم تحديد أو إتاحة موقف واحد على الأقل يحدث فيه هذا السلوك، وأن يوجد نسق معين يتم من خلاله قياس مدى التغيير في ذلك السلوك، وأن يوجد أسلوب واحد للتدخل على الأقل يتم من خلاله استخدام نموذج واحد على الأقل من نماذج تعديل السلوك .
- ٦- أن تتضمن عدة عناصر هامة حتى تكتمل الأركان المشار إليها وهي تحديد السلوك المستهدف بالتعديل، وتحديد المطلوب استبداله، وجمع البيانات اللازمة، وتحديد أسباب السلوك المستهدف، وتصميم أو اختيار برنامج التدخل المناسب، وتطبيق وتقييم برنامج التدخل، واستخدام استراتيجيات جديدة إذا لزم الأمر .
- ٧- أن يتم اختيار مبادئ وإجراءات تعديل السلوك، واختيار النموذج المناسب، وما يتطلبه الأمر من استراتيجيات وفتيات يمكن أن تؤدي إلى حدوث أفضل النتائج .
- ٨- أن تكون أساليب المعاملة التي يتم إتباعها بمثابة وسائل أو أساليب يتم بموجبها تغيير البيئة الحالية للفرد حتى نساعد على أن يؤدي وظيفياً بصورة كلية أو أكثر شمولاً .
- ٩- أن الأساليب التي يتم استخدامها، والمبررات التي نسوقها في سبيل ذلك يجب أن يتم وصفها بصورة دقيقة ومحددة .
- ١٠- أن الاستراتيجيات والفتيات التي يتم اللجوء إليها واستخدامها إمبيريقياً غالباً ما يتم استخدامها وتطبيقها بصورة مستمرة في حياتنا اليومية .
- ١١- أن مثل هذه الفتيات المستخدمة إنما تعتمد في الأساس وبدرجة كبيرة على مبادئ التعلم وخاصة تلك التي تتعلق بالاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الاستجابي .

١٢- أن يكون هناك تأكيد قوي على ضرورة الإثبات العلمي يؤكد على أن فنية معينة أو أسلوباً معيناً إنما يعد في الواقع هو المسئول عن حدوث تغير سلوكي معين .

١٣- أن يكون هناك تأكيد قوي على مبدأ المحاسبية والذي يعني ضرورة محاسبة كل فرد يشارك في برنامج تعديل السلوك على ما يكون قد فعله خلال البرنامج، وهل استطاع أن يقوم بدوره المحدد له أم لا، ومدى إجادته لذلك الدور وأدائه له .

(٢) الاعتبارات الأخلاقية في عملية تعديل السلوك :

يذهب روزنبرج وآخرون (Rosenberg et al (2004). إلى أن هناك عدة اعتبارات أخلاقية يجب أن يراعيها الأخصائي حال قيامه بعملية تعديل السلوك . ومن أهمها أن يسأل نفسه عدة أسئلة تعكس تلك الاعتبارات، وأن يعكس عمله إجابات وافية لها حيث يجب أن يكون هذا التعديل في مصلحة الطفل أولاً، وأن يعود عليه بالفائدة في حياته، وأن يساعده على أن ينجح في الحياة، وأن يساعده على أن يقيم التفاعلات الجيدة مع الآخرين من حوله، وأن يستمر لفترة طويلة في حياته . ولذلك يجب أن تتضمن هذه الأسئلة ما يلي :

- ١- مصلحة من يتم تعديل هذا السلوك ؟
 - ٢- هل يعد السلوك الراهن الذي يأتي الطفل به في حاجة فعلية إلى تغيير وتعديل ؟
 - ٣- هل السلوك الجديد الذي سيأتي به الطفل بعد تعديل سلوكه سيساعده في حياته ؟
 - ٤- هل يرتبط مثل هذا السلوك الجديد مؤقتاً بمشكلة معينة دائمة ؟
 - ٥- هل سيؤدي ذلك السلوك الجديد إلى حدوث أي مشكلات ؟
 - ٦- هل يمكن لهذا السلوك أن يستمر طويلاً ؟
- وفضلاً عن ذلك يضيف سارافينو (Sarafino (2004 أن هناك العديد من الاعتبارات الأخلاقية التي يجب مراعاتها في أي عملية لتعديل السلوك وهي كما يلي :

- ينبغي ألا يمارس هذه العملية إلا أخصائي متمرس في تعديل السلوك ليكون لديه من المؤهلات والتدريب والخبرة والمعرفة والدراية ما يكفي ليساعده في تحقيق النجاح .
- أن يلتزم الأخصائي بعدم إجبار الطفل على أن يأتي بسلوك معين ضد إرادته، وهو ما يستلزم إعداده وتهيئته جيداً للقيام بذلك حتى لو استغرق الأمر مزيداً من الوقت .
- أن يتمثل الهدف العام لعملية تعديل السلوك في زيادة كم الحرية الشخصية التي تتاح أمام الطفل وذلك بزيادة عدد الاختيارات السلوكية المتاحة أمامه كي تعمل على تدعيم وتعزيز فرصه في إقامة تفاعلات مجتمعية، واجتماعية، وأسرية .
- أن تكون عملية تعديل السلوك بمثابة تكنيك بنائي يهدف إلى الحد من السلوكيات التي تحول دون تحقيق الاستقلال للطفل، وأن تعمل في الوقت ذاته على زيادة تلك الأمور التي يمكن أن تعضده وتزيد من قوته في أداء مختلف السلوكيات في الحياة اليومية .
- ينبغي أن تسهم عملية تعديل السلوك في الأساس في مساعدة الطفل الذي يعاني من إعاقة معينة على أن يحيا في بيئة أقل تقييداً . *least restrictive environment*
- أن يتم من خلال عملية تعديل السلوك توفير بيئة علاجية آمنة، وتبعث على البهجة والمتعة للطفل، كما تساعده على أن يقوم بأداء العديد من الأنشطة الحياتية المختلفة .
- أن يتم تعليم الطفل من خلال هذه العملية العديد من المهارات الوظيفية من ناحية، والعمل على أن تحل محل سلوكياته اللاكيفية من ناحية أخرى .
- أن يتم أثناء تطبيق البرنامج تقديم النماذج التي تقدم التعزيز أولاً وذلك قبل التعرض لتقديم نماذج لمن يقدم العقاب .

- أن يتم تقييم البرنامج المستخدم خلال هذه العملية حتى نقف على الإيجابيات ونقاط الضعف التي يمكن أن تظهر فيه من جهة، وحتى نتمكن من الوقوف على مدى فعاليته في تحقيق الأهداف المنشودة من جهة أخرى .

٢- توصيف الوظيفة

يتضمن توصيف الوظيفة تناول ثلاثة جوانب هامة تتمثل في المؤهلات التي يلزم لمن يشغل تلك الوظيفة أن يحصل عليها، وطبيعة الوظيفة المعنية وما تتضمنه من مهام، وأدوار، ومسئوليات، ثم أخيراً الكفايات المهنية اللازمة كالمعارف، والمهارات، والقدرات، وأسلوب الأداء، والسمات الشخصية . ويمكن تناول ذلك على النحو التالي :

أولاً: المؤهلات اللازمة

هناك مؤهلات علمية وعملية تعد بمثابة شروط يلزم لمن يشغل وظيفة أخصائي تعديل السلوك للأفراد ذوي الإعاقات أن يحصل عليها، وأن تكون لديه تلك الخبرات العملية في هذا المجال وذلك كما يلي :

- ١- الحصول على مؤهل عال (بكالوريوس) في مجال العلوم الإنسانية (التربية- رياض الأطفال- التربية البدنية- التربية الموسيقية- التربية الفنية- الآداب علم نفس أو اجتماع- الخدمة الاجتماعية) مع الحصول على دورات تدريبية من جهة معتمدة، وخبرة في العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات لا تقل عن عام واحد كحد أدنى .
- يمكن استبدال خبرة العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة بدراسة على الأقل لمدة ست ساعات معتمدة كحد أدنى في علم نفس النمو إلى جانب ست ساعات معتمدة أخرى في علم نفس ذوي الإعاقة، أو مدخل إلى التربية الخاصة، أو تعديل السلوك، أو أي تخصص آخر ذي صلة بذلك كالدبلوم في التربية الخاصة لمدة عام على الأقل .

- يمكن الحصول على بكالوريوس، ودبلوم في التربية الخاصة، وخبرة في العمل مع الأطفال ذوي الإعاقات .
- تفضل بعض الولايات في الولايات المتحدة الأمريكية أن يحصل الأخصائي على درجة الماجستير في تعديل السلوك .
- ٢- أن يحصل على رخصة تتيح له أن يباشر العمل في تعديل السلوك للأفراد ذوي الإعاقات بناء على الشرط السابق .

ثانياً: طبيعة العمل المتوقع منه

عادة ما تتضمن طبيعة العمل ما يتضمنه من مهام العمل أو الوظيفة، وما يتطلبه من أدوار معينة، وما يقابل ذلك من مسؤوليات محددة تضمن أداء تلك الأدوار، والقيام بالأدوار المطلوبة بالشكل المناسب . وهذا يعني أن كل مهمة محددة يجب أن تتحقق عن طريق أدوار معينة يكون لأخصائي تعديل السلوك دور فيها، وعادة ما يقابل هذا الدور مسئولية عن أدائه وهو ما يعني من جانب آخر أن لهذه الوظيفة مهاماً محددة، وأدواراً تؤدي لتحقيق تلك المهام إلى جانب مسؤوليات عن ذلك وهو ما يمكن تناوله على النحو التالي :

١- المهمة :

- إعداد برنامج تعديل السلوك الذي يناسب حالة الطفل ويعد هو الأفضل له .

- الدور :

- القيام بتحليل سلوك الطفل .
- إجراء التحليل أو التقييم الوظيفي لسلوك الطفل .
- اختيار المبادئ والإجراءات المناسبة لتعديل السلوك .
- اختيار النموذج الأفضل الذي يركز عليه البرنامج .
- اختيار أفضل الاستراتيجيات لتنفيذ البرنامج .
- تقييم فعالية البرنامج .

- المسئولية :

- ملاحظة السلوك وتحليله وتحديد مقدماته وطبوغرافيته ونواتجه .
- تحديد وظيفة السلوك وأسبابه .
- تنفيذ البرنامج المعد والعمل على نجاحه .
- اقتراح التعديلات المطلوبة إذا لم تكن فعالية البرنامج مناسبة .
- تنفيذ البرنامج بشكله الجديد .

- ٢- المهمة :

- تنفيذ البرامج التدريبية أو العلاجية التي يكون قد تم تصميمها في سبيل تعديل سلوك الطفل سواء باكتساب مهارات، أو سلوكيات مرغوبة، أو التخلص من السلوكيات غير المرغوبة التي تصدر عنه .

- الدور :

- اختيار برنامج التدخل المناسب، والنموذج الأفضل، والاستراتيجيات والفنيات الملائمة .
- إعداد الطفل لأداء الأنشطة المختلفة التي يتم اختيارها له، ومساعدته على النجاح في أدائها، وتعزيز فرص النجاح الذي يمكن أن يحققه الطفل .
- إكساب الطفل السلوكيات التي يكون من شأنها أن تحافظ على صحته، ومساعدته في التخلص من السلوكيات التي يمكن أن تسبب الضرر له .
- إكساب الطفل المهارات اللازمة وتنميتها .
- تدريب الطفل على أداء أنشطة الحياة اليومية كالمشي، وتناول الطعام، واستعمال دورة المياه بشكل مقبول، وغيرها .

- المسئولية :

- التعاون مع أعضاء الفريق من أجل نجاح برنامج التدخل .
- اقتراح التعديلات اللازمة إذا لم يؤد البرنامج أهدافه .
- المشاركة في المؤتمرات الخاصة بتطور حالة الطفل .

٣- المهمة :

- العمل الرسمي في إطار فريق يخضع للإشراف العام من قبل أحد أعضاء هذا الفريق وذلك لصالح الطفل ذي الإعاقة .

- الدور :

- العمل ضمن فريق متكامل، والقيام بدور محدد أو أي دور آخر يكمل عمل الآخرين لتعديل سلوك الطفل .
- تسجيل وإدارة البيانات التربوية والسلوكية الخاصة بالطفل .
- تخطيط وصياغة الأهداف الخاصة بالطفل .
- المشاركة في تقييم حاجات الطفل في إطار الفريق المسئول عن ذلك .
- العمل مع الأطفال فرادى أو في مجموعات صغيرة مستخدماً الأساليب التطبيقية لتعديل السلوك . *applied behavior techniques*

- المسئولية :

- تحمل المسئولية كعضو في الفريق الذي يعمل في اتجاه تحقيق مصلحة الطفل ذي الإعاقة عن طريق تعديل سلوكه .
- تقديم الإرشاد والدعم اللازم لأعضاء الفريق لتحقيق مصلحة الطفل .

٤- المهمة :

- وضع الخطط التربوية وخطط تعديل السلوك التي يمكن أن تسهم في تحقيق ونجاح الدمج الشامل للأطفال ذوي الإعاقات في البيئات التربوية الدامجة وعلى وجه الخصوص في مدارس التعليم العام .

- الدور :

- المشاركة في إعداد الخطة التربوية الفردية وخطط تعديل السلوك، وتنفيذها، وتقييمها، وإعادة تقييمها .
- الإسهام كعضو في الفريق في تصميم، وتطبيق، وتعديل المنهج المعد للطفل حتى يتمكن من تحقيق النجاح في البديل التسكيني الراهن الذي ينتظم فيه، أو في الانتقال إلى بديل تسكيني آخر .

- تقديم الخدمة اللازمة للأطفال ذوي الإعاقات في كل البدائل السكنية المختلفة بدءاً من الفصل التام أو المستقل في ذاته-self contained class وحتى بيئات الدمج الشامل .
- تحديد الأهداف التي يجب أن تتناولها خطة التعليم الفردية .
- إعداد وتنفيذ وتقييم خطط تدعيم السلوك المقدمة للطفل .

- المسئولية :

- العمل كأحد أعضاء الفريق المشارك في إعداد وتنفيذ الخطط اللازمة للطفل، والعمل على نجاحها .
- القيام بجمع البيانات اللازمة، وتحليلها لإعداد خطة التعديل السلوكي .
- تقديم الإرشاد اللازم للمعلمين في بيئات الدمج الشامل .
- تقديم الدعم الفني اللازم لتنفيذ الأدوار المحددة .

0- المهمة :

- ملاحظة جوانب القوة لدى الطفل وتحديدها والعمل على تقويتها وتنميتها، وملاحظة جوانب الضعف من جانبه والعمل على علاجها .

- الدور :

- تحديد المشكلات السلوكية التي تصدر عن الطفل، وجوانب ضعفه، وإجادة العمل الفردي والجماعي لعلاجها، والتعامل مع الأسر لذات الغرض .
- التحليل الوظيفي للسلوك .
- تحديد جوانب القوة وتنميتها .
- تطوير وتنمية مهارات الأطفال .
- إعداد برنامج التدخل اللازم لذلك وتطبيقه .

- المسئولية :

- توفير بيئة إيجابية للتعلم .
- المساهمة في الحفاظ على الطفل وعدم تعرضه للمخاطر .
- حل المشكلات الإبداعية والفعال .
- تطبيق المقاييس النفسية المختلفة .
- الالتزام بالمعايير الأخلاقية للمهنة .

ثالثاً: الكفايات المهنية

عادة ما تتطلب الوظيفة ممن يشغلها أن تتوفر لديه عدة كفايات مهنية كما يشير هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2008) وبيالي وبورش (Bailey & Burch, 2010) حتى يتمكن من تحقيق جودة الأداء . وهناك كفايات مهنية محددة تتطلبها وظيفة أخصائي تعديل السلوك للأفراد ذوي الإعاقات هي المعرفة، والمهارات، والقدرات، وأسلوب الأداء، والسمات الشخصية . ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي :

أ) المعرفة :

- أن يعرف المعلومات اللازمة التي تتعلق بالسلوك الإنساني .
- أن يعرف الخصائص السلوكية المرتبطة بالمشكلات السلوكية المختلفة والإعاقات .
- أن يعرف أساليب تعديل السلوك وأن يلم بها .
- أن يعرف أساليب إدارة السلوك وتعديله .
- أن يعرف المشكلات السلوكية وجوانبها ومسبباتها .
- أن يألف النظريات الحديثة التي تتناول النمو والسلوك السوي وغير السوي .
- أن يألف خطط التدخل السلوكي اللازمة للأطفال ويعرفها بدقة .
- أن يلم بالممارسات والإجراءات اللازمة لتحقيق وضمان سلامة الطفل .
-

(ب) المهارات :

- الملاحظة الجيدة لسلوك الطفل .
- التسجيل الدقيق للملاحظات .
- الالتزام بالتعليمات، وقواعد السلامة، والتفسير الدقيق لها .
- الكتابة الدقيقة للتقارير .
- تنظيم الوقت وإدارته .
- وضع جدول محدد يتسم بالمرونة لإنجاز المهام المحددة التي تشكل دوره ووظيفته .
- توفير المصادر اللازمة resourcefulness لأداء العمل بدقة .
- المهارة في التعامل مع الطفل .
- إصدار الأحكام السليمة في التوقيت المناسب .
- التمتع بمهارات الكتابة الجيدة .
- التمتع بمستوى مرتفع من المهارات الاجتماعية .

(ج) القدرات :

- تقدير العون والدعم والمساندة والإشراف اللازم عندما تدعو الحاجة لذلك .
- القدرة على توفير الدافعية اللازمة للطفل لكي يشترك في تنفيذ الخطة المعدة له .
- القدرة على تدعيم نمو المهارات الاجتماعية للطفل .
- القدرة على ملاحظة التفاصيل الدقيقة لسلوك الطفل، وتسجيلها .
- القدرة على إقامة علاقات جيدة ومتناغمة مع الأطفال .
- القدرة على إقامة علاقات جيدة ومتناغمة ومتكاملة مع أعضاء الفريق المسئول عن الطفل وتعديل سلوكه .
- القدرة على إقامة علاقات جيدة مع الهيئة المعاونة والأخصائيين الآخرين .
- القدرة على إقامة علاقات جيدة ومتناغمة مع أسر الأطفال ذوي الإعاقات .
- القدرة على تقييم الأداء واختيار البدائل .

- القدرة على صناعة الفرق في سلوك و حياة الأفراد الذين يقوم بتعديل سلوكهم .
- القدرة على دفع الآخرين إلى المشاركة الفعالة مع بعضهم البعض .
- القدرة على تحقيق الاستفادة المرجوة من التكنولوجيا الحديثة في عمله .
- القدرة على التفاوض والضغط لتحقيق الأهداف المنشودة .
- القدرة على التعامل مع الأفراد الذين يتسمون بصعوبة المراس .
- القدرة على إدارة السلوك ومساعدة الطفل على مواجهة مشكلته .

(د) أسلوب الأداء :

- الحصول على الدورات التدريبية اللازمة في الأوقات المحددة لتحقيق الفائدة منها .
- الحصول على دورات تدريبية مستمرة تتعلق بتعديل وإدارة السلوك كنوع من التنمية المهنية المستدامة .
- العمل كمدرّب مهني عند الضرورة .
- التحديد الجيد للسلوك المطلوب للطفل .
- تقديم التدريب المناسب للطفل على أداء السلوك المنشود .
- تقديم نفسه للآخرين بشكل مقنع، وعدم الانشغال عنهم .
- إعداد تقارير شهرية ودورية عن حالة الطفل .
- توفير وحفظ الملفات التي تتعلق بأداء الطفل، والرجوع إليها باستمرار .
- إقامة علاقات عامة تساعد على أداء عمله، والحصول على الخدمات اللازمة لمن يتعامل معهم من الأفراد ذوي الإعاقات بما يعود عليهم بالنفع .
- إتاحة قدر أكبر من الاختيارات، والحرية أمام الأفراد ذوي الإعاقات، ومساعدتهم على تحقيق الاستقلالية .
- المواظبة على التعليم المستمر حتى يحافظ على كفاءته ونجاحه .
- تقديم المساعدة للآخرين في الوقت المناسب مع تقديم التغذية الراجعة اللازمة لهم .
- الكفاءة في استخدام الاستراتيجيات المختلفة .

(هـ) السمات الشخصية :

- السرية في العمل .
- الضبط الانفعالي في ظل الظروف المختلفة .
- التواصل الشفوي والكتابي بطريقة صحيحة .
- المبادرة في الحديث وإقامة الحوارات المختلفة .
- الإدراك السمعي والبصري الجيد .
- الصبر على التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة .
- الرؤية المشتركة بينه وبين أعضاء الفريق لتحقيق أفضل النتائج .
- التعاون، والتقبل، والتسامح، والدقة .
- الصدق، والإخلاص، والأمانة، وعدم اللجوء مطلقاً إلى الكذب .
- الإصرار على النجاح، وروح الفريق .
- التمتع بالكفاءة الفنية فيستخدم لغة بسيطة وسهلة يسهل على مختلف الأفراد الذين يتعامل معهم أن يفهموها .
- التوكيدية والقيادة .
- الفضول في معرفة ما يحيط به من أمور في البيئة المادية والاجتماعية .

الخلاصة

انتهت الدراسة إلى أن تقديم توصيف وظيفي محدد للوظيفة التي يؤديها أخصائي تعديل السلوك كوظيفة لها الدور الأساسي في التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقات يمثل الأساس الذي يتم بموجبه المفاضلة بين المتقدمين لهذه الوظيفة، ويعكس المتطلبات التي تحكم إصدار رخصة مزاوله المهنة لهذا الأخصائي بما يضمن عدم ممارسة أي شخص غير مؤهل لهذه المهنة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يساهم في تحقيق جودة إعداد وأداء أخصائي تعديل السلوك والوصول إلى حكم دقيق بخصوصها .

المراجع

- دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧).
- عادل عبدالله محمد (٢٠١١) . تعديل السلوك الإنساني . الرياض : دار الزهراء .
- عادل عبدالله محمد (٢٠١٢) . تحليل السلوك التطبيقي . الرياض : دار الزهراء .
- Bailey, J.,& Burch, M. (2010). *25 essential skills and strategies for the professional behavior analyst: Expert tips for maximizing consulting effectiveness*. New York, NY: Routledge, Taylor and Francis Group, LLC.
- Martin, G.,& Pear, J. (2007). *Behavior modification: What it is and how to do it (8th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Rosenberg, M., Wilson, R., Maheady, L.,& Sindelar, P. (2004). *Educating students with behavior disorders (3rd ed.)*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Sarafino, E. (2004). *Behavior modification: Principles of behavior change*. Boston, MA: Waveland Press.
- Wikipedia Free Encyclopedia. (2012). *Job description*. Retrieved December 15, 2012 from
- http://en.wikipedia.org/wiki/Job_description

فعالية فنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحدين إعداد :

د . السيد كامل الشرييني منصور

أستاذ الصحة النفسية المساعد بقسم الصحة النفسية ، كلية التربية بالعريش -
جامعة قناة السويس ، وقسم التربية الخاصة - جامعة الطائف
- المملكة العربية السعودية

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة إلى فحص العلاقة الارتباطية بين السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي ، والتحقق من فعالية برنامج قائم على فنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ، ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحدين ، أجريت الدراسة على عينة من الذكور التوحدين بلغ قوامها (٦١) تلميذاً ، تم اختيارهم من الأفراد الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بمدينة الطائف ، والجمعية السعودية للتوحد ، ومركز جوري المتميز لذوي الاحتياجات الخاصة ، ومعهد التربية الفكرية بجدة ، وتم اختيار العينة التجريبية البالغ عددها ٥ أطفال توحدين من معهد التربية الفكرية بالطائف ، وتم تطبيق أدوات الدراسة التالية : مقياس السلوك التكراري والمقيد إعداد: (Bourreau et al., 2009) ، مقياس التفاعل الاجتماعي إعداد: الباحث ، مقياس جودارد للدكاء ، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد: عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٥ ، مقياس سكوبلر وآخرين (Schopler et al ., 1980) لتقدير التوحد الطفولي.

وانتهت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة ارتباطية موجبة بين السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى حدة السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي والفروق لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى حدة السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر، مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها، السلوكيات التكرارية والمقيدة، التفاعل الاجتماعي، الأفراد التوحيديين.

The Effectiveness of Two Technique : Differential Reinforcement of other Behavior , Response Interruption& Redirection in reducing intensify some of restricted &repetitive behaviours and improvement of social interaction among a sample of Autistic children

Abstract:

The study aims to examine the correlation between restricted & repetitive behaviors , and social interaction , and verification of the effectiveness of a program based on Differential Reinforcement of other Behavior (DRO) , Response Interruption& Redirection (RIR) in reducing intensify some repetitive and restricted behaviors and improvement of social interaction among a sample of Autistic children.

The study was conducted on a sample of autistic males (61) were selected from individuals enrolled in the Institute of Intellectual Education in Taif, Saudi Autistic Society , Joory Excellence Center for the special needs, the Institute of Intellectual Education in Jeddah , The experimental sample (5 children) was selected from the Institute of Intellectual Education in Taif.

The study Was applied repetitive and restricted scale (Bourreau et al .,2009) , social interaction scale by researcher , Goddard scale of intelligence, the socio-economic Scale by Abdul Aziz El-Shakhs, 1995, Childhood Autism Rating Scale (Schoplere et al ., 1980).

The study resulted in the following findings: there is a positive significant correlation between restricted , repetitive behaviors and social interaction , and there is a statistically significant difference between average ranks of scores of the experimental group in the pre and post measurement in repetitive, restricted behaviors, social interaction and the difference in favor of the post measurement ,There is no statistically significant difference between average ranks of scores of the experimental group in the post and Follow-up measurement in repetitive and restricted behaviors, social interaction .

Keywords : Response Interruption& Redirection(RIR) , Differential Reinforcement of other Behavior (DRO) ,Repetitive and Restricted Behaviour, Social Interactions, Autistic .

مقدمة :

تشتمل الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders (PDD) على التوحد Autism ، متلازمة الإسبرجر ASperger Syndrome ، متلازمة الريت Retts Syndrome ، الاضطراب التحليلي أو التفككي Disintegrative Disorders والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-Nos)

والاضطرابات النمائية الشاملة حالات اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي تتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية، والمعرفية، والانفعالية، والاجتماعية، أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلباً على بناء الشخصية (عثمان فراج، ٢٠٠٢، ٤٩).

والتوحد إعاقة نمائية تطورية تتضح قبل السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في القدرة على التخيل، وبترديد الطفل لما يسمعه، وبسلوكات تكرارية غير مرنة، وبقصور في التفاعل الاجتماعي، وبالإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد عليه الطفل، وبرفض شديد لأي تغييرات تطراً على هذا الروتين، وبرود فعل غير طبيعية بالنسبة للخبرات الحسية.

وتصيب السلوكات التكرارية والمقيدة التوحديين، فقد أظهرت نتائج دراسة (Wetherby, Woods, Allen, Cleary, Dickenson & Lord, 2004) أن ٧٢٪ من الأطفال الرضع التوحديين في المرحلة العمرية الممتدة من ١٨-٢٤ شهراً أظهروا سلوكات تكرارية، وأسفرت نتائج دراسة (Matson, Dempsey & Fodstad, 2009) عن أن اضطرابات السلوكات التكرارية والمقيدة شائعة لدى التوحديين الرضع في الفترة بين ١٧-٣٧ شهراً، ويستمر هذا السلوك النمطي مع التقدم في العمر الزمني فقد أظهرت نتائج دراسة هولن (Howlin, Mawhood & Rutter, 2000) من خلال

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنّيّ التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

تشخيص طفل توحدي بلغ عمره ٧ سنوات ثم أعيد تشخيصه وعمره ٢٣ سنة ، أن الطفل استمر في إظهار الخلل الواضح في سلوكه التكراري والمقيد وفي علاقاته الاجتماعية.

وتتعدد أشكال السلوكات التكرارية والمقيدة التي يبديها الطفل التوحدي ومنها : أرجحة الجسم للأمام والخلف أو يمين أو يسار ، التحديق في أي شيء في الغرفة ، رعشة العين ، تحريك الأصابع أمام العين ، الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم ، رفرقة اليدين ، مسح الجسم باليد أو بشيء محدد ، لوي خصلات الشعر ، تقليب الكتفين ، شم الأشياء أو شم الناس ، دوران الطفل حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة.

وتسبب السلوكات التكرارية والمقيدة صعوبات جمة للأطفال التوحديين بسبب طبيعتها الشاذة والصاخبة ، فهي تستهلك غالبية ساعات يقظتهم ، وتتداخل مع أنشطتهم الأسرية اليومية (Gordon , 2000) ، كما أنها مرتبطة بارتفاع مستوى الضغوط النفسية الوالدية . (Gabriels et al., 2005) ، وتؤدي إلى قصور في النواحي الإدراكية والانتباهية والمعرفية ، كما أنها تعيق دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية ، كما أن السلوك الحركي التكراري يزعج الآخرين ويخفض من فرص التفاعل الاجتماعي (Loftin et al., 2008) ، كما أنها تؤثر على محاولات تعليم الأطفال التوحديين مهارات اللعب ، والاستجابة للمثيرات السمعية ، وتمييز المهام التمييزية واستكشاف البيئة.

ويبدي الأطفال التوحديون انسحاباً من المواقف الاجتماعية (MacDonald et al ., 2003) وقصوراً في مهارات التحدث (Bauminger et al ., 2006) ، وعجزاً في قدراتهم عن التفاعل الاجتماعي . (White et al ., 2007) ، وتدني في جودة تفاعلاتهم الاجتماعية مع أقرانهم (McConnel , 2002 , 351).

ويعوق القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحيديين نمو العلاقات الاجتماعية ذات المعنى، ويؤدي إلى رفض الأقران للطفل، ويؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي، كما ينتج عنه ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لديهم (Howlin, 2005; Bellini et al., 2007) كما يؤدي إلى الانسحاب ونقص الاهتمام الاجتماعي، وتقلص الإيماءات، وفي كثير من الأحيان إلى فقدان مهارات اللعب ومهارات الحركات الدقيقة (Ozonoff et al., 2005; Werner & Dowson, 2005).

مشكلة الدراسة :

نبعت مشكلة الدراسة الحالية مما لاحظته الباحثة على التوحيديين خلال زيارته المتكررة لطلاب التربية الميدانية، حيث لاحظ أن هناك الكثير من التوحيديين يظهرون العديد من السلوكيات التكرارية والمقيدة والتي تؤثر سلباً على تفاعلهم مع معلمهم، وتقلل من أدائهم التعليمي لدرجة أصبحت مزعجة للمعلمين .

ومن استعراض الباحثة لنتائج الدراسات التي أجريت على السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى التوحيديين وجد اتساقاً فقد أشارت نتائج دراسة (Bodfish, Symons, Parker & Lewis, 2000) إلى أن الأطفال التوحيديين يبدون سلوكيات تكرارية، وشدة هذه السلوكيات تنبئ بشدة التوحد. وانتهت نتائج دراسة (Militerni, Bravaccio, Falco, Fico & Palermo, 2002) إلى أن السلوكيات التكرارية مثل التصفيق بالأيدي والخفقان بالأيدي كانت أكثر شيوعاً في الأطفال صغار السن من ٢-٤ سنوات، بينما السلوكيات اللفظية والحركية المعقدة كانت أكثر شيوعاً في الأطفال الأكبر سناً من ٧-١١ سنة. أما نتائج دراسة (Hollander, Chaplin, Zagursky, Novotny & Wasserman, 2005) فقد انتهت إلى أن حوالي ٩٠% من المراهقين والراشدين من ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم سلوكيات تكرارية. وأسفرت نتائج دراسة (Richler, Bishop, Kleinke & Lord, 2009) عن أن السلوكيات الحركية الحسية المتكررة، والإصرار على القيام بأعمال متماثلة كانت الأكثر

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاعلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

شيوياً في الأطفال باضطراب طيف التوحد من صغار السن. وأشارت نتائج دراسة (Leekam, Prior & Uljarevic, 2011) إلى وجود معدلات مرتفعة من السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال باضطراب طيف التوحد.

كما جاءت نتائج الدراسات التي تناولت التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين متسقة فيما بينها عبر مدى واسع من أوجه القصور فقد أبانت نتائج دراستي (Orsmond , Krauss & Seltezer , 2004; Chiang, 2008) عن أن الأطفال التوحديين لديهم مستويات منخفضة من الصداقة وقصور في تفاعلاتهم مع الأقران ، وفي أداء الأنشطة الترويحية والاجتماعية. وانتهت نتائج دراستي (Rump, Giovannello, 2009; Pellicano & Macrae , 2009) إلى أن الأطفال التوحديين يعجزون عن تصنيف وفهم وتفسير تعبيرات الوجه أثناء تفاعلاتهم الاجتماعية بطريقة دالة. أما نتائج دراسة (Nicole , 2010) فقد أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين شدة أعراض التوحد والأنماط الوجيهة الشاذة لدى الأطفال التوحديين. وأبانت نتائج دراسة (Philip , Whalley, 2010) عن قصور في التعرف الانفعالي في الأطفال باضطراب طيف التوحد أثناء حركات الوجه والجسم والمثيرات الصوتية ، ويتضح هذا القصور عبر مدى واسع من الانفعالات. وانتهت نتائج دراسة (Mieke , Herbert , & Petra, 2011) إلى أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لا يبدون بدرجة دالة سلوكاً اجتماعياً متميزاً مع أمهاتهم. وانتهت نتائج دراسة (Manolitsi & Botting, 2011) إلى أن الأطفال باضطراب طيف التوحد لديهم خلل في فهم اللغة الاستقبالية.

إن الاتساق في نتائج الدراسات التي تناولت السلوكيات التكرارية والمقيدة ، والعجز عن التفاعل الاجتماعي جاءت متناغمة مع محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR, 2000, 75) ومع المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)

(253)، إلا أن هذه المحكات لم تبين العلاقة الارتباطية بين السلوكيات التكرارية والمقيدة، والعجز عن التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، واتسقت بعض نتائج الدراسات مع هذا الطرح فقد أسفرت نتائج دراسة (Tadevosyan, Leyfer, Dowd, Mankoski, Winklosky, Putnam & McGrath, 2003) عن استخلاص ستة عوامل: اللغة المنطوقة، التفاعل الاجتماعي، القهر، مهارات العقلاء، القصور الحسي، المعالم النمائية على عينة من الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد بلغ عددهم ٢٩٢ فرداً، وتراوحت أعمارهم بين ٢ - ٤٧ سنة. واستخلصت نتائج دراسة (Van Lang, Boomsma, Sytema, De Bildt, Kraijer & Ketelaars, 2006) ثلاثة عوامل: الخلل عن التواصل الاجتماعي، الخلل عن اللعب الاجتماعي، السلوك النمطي واللغوي لدى عينة من الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد بلغ عددهم ٢٥٥ فرداً وتراوحت أعمارهم بين ٤ - ٢٠ سنة بمتوسط عمري ١١،٠٣. وأبانت نتائج دراسة (Frazier, Youngstrom, Kubu, Sinclair & Rezai, 2008) عن وجود عاملين: اللغة النمطية والسلوك التكراري والمقيد، قصور التفاعل الاجتماعي لدى عينة مكونة من ١١٧٠ فرداً تراوحت أعمارهم بين ٢-٤٦ سنة.

أما نتائج دراستي (Ronald, Happe' & Plomin, 2005)؛ (Ronald, Happe', Bolton, Butcher, Price & Wheelwright, 2006) فقد أشارتا إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين السلوك التكراري والمقيد والعجز عن التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين.

وعلى هذا اتسمت الدراسات التي حاولت التحقق من وجود علاقة بين السلوك التكراري والمقيد والعجز عن التفاعل الاجتماعي بالندرة، كما أن العلاقة بينهما غير واضحة، كما استندت إلى دراسات قليلة متعارضة في نتائجها (Mandy & Skuse, 2008, 804).

والسلوكيات التكرارية والمقيدة من غير المحتمل أن تنخفض بدون التدخلات العلاجية رغم ندرتها. (Horner et al., 2002; Leekam et al., 2011)، وعلى هذا فإن أي محاولة للاهتمام بالأفراد التوحديين من خلال

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

تصميم البرامج المتنوعة لخفض حدة السلوكيات التكرارية وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي قد تؤدي إلى إحداث تغيرات جوهرية.

وفي ضوء ذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية :

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية بين السلوكيات التكرارية والمقيدة والعجز عن التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد التوحديين؟
- ٢- هل يمكن تخفيف حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة ، وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد التوحديين من خلال تدريبهم بفنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها .
- ٣- هل تستمر فعالية البرنامج السلوكي في خفض حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد التوحديين خلال فترة المتابعة (بعد شهرين من انتهاء البرنامج السلوكي)؟

أهمية الدراسة :

تنبع أهمية الدراسة من الآتي :

- ١- فهم العلاقة بين السلوك التكراري والمقيد والتفاعل الاجتماعي تشكل أهمية في تحسين أنظمة التصنيف والتشخيص وفي التدخل العلاجي الفعال.
- ٢- متابعة السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحديين ، (Evans , 70, DSM-IV-TR, 2000; et al ., 1997; مما يتطلب إعداد البرامج السلوكية لخفض حدتها.
- ٣- تؤدي اضطرابات السلوكيات التكرارية والمقيدة في حال عدم علاجها إلى اضطرابات مزمنة في مرحلة الطفولة (Albano et al , 2003) كما أنها تؤثر سلباً على الجوانب المهنية والاجتماعية في بداية حياة الأطفال التوحديين ، وهذا يتطلب تصميم البرامج التي تؤدي إلى خفض حدتها في بداية حياتهم.

- ٤- يؤثر القصور في التفاعل الاجتماعي على جودة حياة الأفراد التوحديين (Wolf, 2010, iii; Lord & Venter, 1992) ، وعلى الجوانب الأكاديمية والمعرفية ، كما أنه يعيق انتقالهم من المدرسة إلى مجال العمل ، مما يتطلب ضرورة التدخل لخفض حدة السلوكيات التكرارية وتحسين جودة الحياة.
- ٥- الاستفادة بما تسفر عنه نتائج الدراسة في تبصير معلمي والدي هؤلاء الأفراد التوحديين بكيفية تعديل سلوكياتهم غير المقبولة اجتماعياً وفي مقدمتها السلوكيات التكرارية والمقيدة.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

- ١- فحص العلاقة الارتباطية بين السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي.
- ٢- تحديد السلوكيات التكرارية والمقيدة والقصور في التفاعل الاجتماعي لدى التوحديين من خلال تطبيق مقياسي السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي.
- ٣- تقديم برنامج سلوكي قائم على فنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأفراد التوحديين ، وهو ما ينعكس بوجه عام على تحسين التفاعل الاجتماعي لديهم.
- ٤- مقارنة أداء المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج بأدائهم بعد شهرين من التطبيق (بقاء أثر التدريب).

مصطلحات الدراسة :

يمكن تحديد مصطلحات الدراسة على النحو التالي :

- ١- **التوحد** : « أحد الاضطرابات النمائية الشاملة ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى خلل في التفاعل الاجتماعي ، وعدم القدرة على

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

التخيل ، ووجود أنماط تكرارية مقيدة ويظهر قبل السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل. ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس سكوبلر Schopler لتقدير التوحد الطفولي.

٢- السلوكات التكرارية والمقيدة Repetitive and Restricted Behaviour Scale سلوكات تكرارية لا تخدم أي وظيفة وتشمل الصراخ ، وسلوكات بدنية متعددة ، وسلوكات طقوسية وحسية شاذة ، والتعلق بالأشياء وتفاصيلها ، واهتمامات محددة ، ونقص الاهتمام بالأشياء الجديدة ، والعدوان الموجه نحو الذات والآخريين ، والاضطرابات الانفعالية النمطية والهباج. ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس السلوكات التكرارية والمقيدة.

٣- التفاعل الاجتماعي Social Interaction ”عملية مشاركة لفظية وغير لفظية متبادلة بين فردين أو أكثر في مواقف الحياة اليومية“. ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس التفاعل الاجتماعي.

٤- البرنامج السلوكي : «عملية منظمة ومخططة تهدف إلى خفض حدة السلوكات التكرارية والمقيدة ، وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين من خلال الفئتين السلوكيتين التاليتين :

أ- **مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها Response Interruption & Redirection (RIR)** ممارسة قائمة على الاستخدام اللفظي والبدني لخفض السلوكات الدخيلة المتكررة والنمطية والعمل على إعادة توجيه الطفل للانفعال باستجابات مرغوبة (Neitzel, 2009a; Athens et al., 2008).

ب- **التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر Differential Reinforcement of other Behavior (DRO)** هو إجراء يتضمن تقديم التعزيز الإيجابي للطفل في حال امتناعه عن تأدية السلوك التكراري والمقيد وتأديته لأية سلوكات أخرى خلال فترة زمنية محددة تمتد مدتها من ثوان إلى فترات زمنية أطول (Deitz & Repp, 1983, 38)

حدود الدراسة : تتحدد الدراسة الحالية بما يلي :

١- المنهج المستخدم: هو المنهج التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) ويمثل البرنامج السلوكي التدريبي (المتغير المستقل) ، والسلوكيات التكرارية والمقيدة ، والتفاعل الاجتماعي (متغيران تابعان).

٢- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة الكلية من الذكور التوحديين بلغ عددهم ٦١ طفلاً (٣٠ طفلاً للتقنين ، ٣١ طفلاً للتحقق من صحة الفرض الأول) ، أما العينة التجريبية فقد تكونت من ٥ أطفال توحديين.

٣- أدوات الدراسة : طبقت الدراسة مقياس السلوك التكراري والمقيد إعداد (Bourreau et al ., 2009) ، مقياس التفاعل الاجتماعي إعداد الباحث ، مقياس جودارد للذكاء ، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة إعداد (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٥) ، مقياس سكوبلر وآخرون لتقدير التوحد الطفولي.

٤- الحدود المكانية والزمنية للدراسة : تم اختيار عينة الدراسة من الأطفال الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بالطائف ، والجمعية السعودية للتوحد ، ومركز جوري المتميز لذوي الاحتياجات الخاصة ، ومعهد التربية الفكرية بجدة ، وتم تطبيق البرنامج بمعهد التربية الفكرية بمدينة الطائف ، وبلغ عدد جلسات البرنامج (٤٢) جلسة تم تطبيقها مع كل طفل على حده ، لمدة ثلاثة أشهر ونصف الشهر ، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً ، مدة كل جلسة ٣٠ دقيقة ، في العام الدراسي ١٤٣٢/١٤٣٣ هـ الموافق ٢٠١١/٢٠١٢ م.

الإطار النظري للدراسة :**أ- التوحد Autism**

ويشتمل على : لمحة تاريخية، تعريف التوحد، معدلات انتشار التوحد، سمات التوحد :

لمحة تاريخية

تم وصف هذه الحالة للمرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الانجليزي هنري مودزلي Moudsley ، ١٨٦٧ ، كما جاءت تسمية الاضطراب بالتوحد من قبل الطبيب النفسي البارز إيجون بلولر Eugen Bleuler ، والذي كان معروفاً في الطب النفسي ، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي (6 , 2005 , Exkorn).

ويرجع الفضل إلى كانر (Kanner, 1943) الذي نشر دراسة وصف فيها ١١ طفلاً اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطرابات عرفت آنذاك. ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي ، وهذه السلوكيات تشتمل على : خلل لدى الطفل في بناء علاقات مع الآخرين ، عدم الثبات في طريقة الجلوس أو الوقوف ، التأخر في اكتساب اللغة ، التمتع بذاكرة استظهارية جيدة ، المصاداة ، المعنى الحرفي للكلمات ، عكس الضمائر ، ردود فعل شاذة للمثيرات الحسية ، رغبة جارفة في رؤية العالم على أنه ثابت ، الانزعاج من التغيير ، اللعب بطريقة تكرارية (in : Volkmar & Klin, 2005, 7)

ويحدد التوحد طبقاً لتصنيف (DSM-IV-TR, 2000, 75) على النحو التالي :
أ- ظهور ستة أعراض أو أكثر على الأقل من (١) ، (٢) ، (٣) ، على أن يكون منها اثنتان على الأقل من أعراض المجموعة (١) ، بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كل من المجموعتين (٢) ، (٣) :

١- خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنين على الأقل من الأعراض التالية :

أ- خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل : التحديق البصري ، تعبيرات الوجه ، الوضع الجسماني ، والإيماءات المنظمة للتفاعل الاجتماعي.

ب- الإخفاق في تكوين علاقات مع الأقران تكون مناسبة للمرحلة النمائية.

- ج- قصور أو نقص التلقائية في مشاركة الآخرين أفرحهم واهتماماتهم وانجازاتهم.
- د- قص التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

٢- خلل نوعي في القدرة على التواصل كما يتضح في واحد على الأقل من الأعراض التالية :

- أ- تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (لا يكون مصحوباً بمحاولة التعويض من خلال استخدام نماذج بديلة للتواصل كالإيماءات ، وإصدار بعض الأصوات).
- ب- تكون لدى الأشخاص الذين يمتلكون كلاماً كافياً خلل واضح في القدرة على المبادرة أو الاستمرار في الحديث مع الشخص الآخر.
- ج- استخدام متكرر ونمطي للغة أو استخدام لغة خاصة.
- د- نقص القدرة على اللعب الإيهامي أو اللعب التخيلي الملائم للمستوى النمائي.

٣- اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات التكرارية والاهتمامات والأنشطة كما تتجلى في واحدة من الأعراض التالية على الأقل :

- أ- استغراق أو انشغال زائد ومستمر بواحدة أو أكثر من الاهتمامات المقيدة والنمطية من حيث الشدة أو التركيز.
- ب- الجمود أو التقيد الصارم الواضح وغير الوظيفي بحركات طقوسية وروتينية محددة.
- ج- ممارسة حركات نمطية وتكرارية مثل (رفرفة الأصابع أو اليدين ، أو حركات جسمية كلية).
- د- الانشغال الدائم ببعض أجزاء الأشياء.
- هـ- تأخر أو أداء وظيفي شاذ كما يتجلى في واحد على الأقل من الجوانب التالية مع بداية قبل الثالثة من العمر ، التفاعل الاجتماعي ، استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي ، اللعب الرمزي أو التخيلي.
- و- لا يرجع الاضطراب إلى متلازمة ريت أو الاضطراب التحليلي الطفولي.

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنّي التعزيز التفاعلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

وحدد (ICD-10, 1992, 253) التوحد بأنه نوع من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي : التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، السلوك التكراري والمقيد ويتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.

تعريف التوحد :

تشتق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية «Aut» وتعني الذات وكلمة «Ism» وتعني انغلاق ، ويمكن ترجمة المصطلح على أنه الانغلاق على الذات (1, Dodd, 2005).

يعرف (عمر بن الخطاب ، ٢٠٠١) التوحد على أنه «إعاقة في النمو ، ينتج عنها تغيير هيكلي أو كيميائي عصبي في أداء الجهاز العصبي المركزي ، وهو اضطراب يظهر منذ الولادة ، ويعاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من عدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال بالآخرين ، وكذلك ضعف وجود اللغة لديهم خصوصاً في مراحل العمر الأولى ، ويتميز أطفال هذا الاضطراب بالسلوك النمطي ، ومقاومة أي تغيير في البيئة من حولهم». ويعرف (أحمد عكاشه ، ٢٠٠٣ ، ٧٥٣) التوحد على أنه شخص « لديه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، وكثير منهم يظهرون الفزع ، والخوف ، واضطرابات النوم ، والأكل ، ونوبات المزاج العصبي ، والعدوان ، وإيذاء الذات مثل عض الرسغ ، كما أن أغلبهم يفتقدون التلقائية ، والمبادرة ، والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم ، ويجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل» ، ويعرف (محمد عدنان ، ٢٠٠٧ ، ٧) التوحد على أنه «عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب ، واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية».

معدلات انتشار التوحد

انتهت نتائج دراسة فومبون (Fombonne, 2005) إلى أن معدل انتشار التوحد يبلغ ٤ حالات لكل ١٠ آلاف طفل. وبلغت معدلات انتشاره ١٠-٢٠ لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Newschaff et al., 2007)، وتشير التقديرات الحديثة وفقاً (USDCDC, 2007) إلى أن معدلات انتشار التوحد تكون ١ لكل ١٥٠ طفلاً باضطراب طيف التوحد. وأبانت نتائج دراسة (Suhail & Zafar, 2008) عن أن معدلات انتشار التوحد بلغت ٦,٣١٪ لعينة بلغ عددها ١٦٣٣ طفلاً، ومن خلال مراجعة (Hertz-Picciotto & Delwiche, 2009) ارتفعت معدلات انتشار التوحد من سبع مرات إلى ثمان مرات من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٧.

سمات التوحد

ييدي الأطفال التوحديين السمات التالية :

أولاً : السمات الجسمية

يعاني الأطفال التوحديين من مشاكل في الأذن وتأخر في المشي، وقصور في اللمس. ومحيط الرأس للطفل التوحدي طبيعي، وينمو بطريقة سريعة في العام الأول (Dementieva et al., 2005) كما أن أطفال التوحد لديهم قصور في قدرتهم على التأزر في التواصل البصري مع الإيماءات ووسائل التواصل اللفظية (Carter et al., 2005)، كذلك يوجد اختلافاً من حيث خصائص وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع العام، مما يشير إلى وجود خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم (عثمان فراج، ٢٠٠٢، ٥٣).

ثانياً : السمات السلوكية

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى التوحديين حيث تتراوح بين ٩٪ إلى ٥٠٪، وتتراوح معدلات انتشار اضطراب سلس التغوط من ٦٪ إلى ٤٥٪ وفقاً لشدة الإعاقة (Salovilita, 2002; Allik et al., 2006)، كما أن الطفل التوحدي قد يثور أحياناً في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين علي رعايته وتأهيله أو نحو ذلك، وهذا السلوك العدواني يتصف بالبدائية والخدش والخربشة (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٥-٦) .

ثالثاً : السلوكات التكرارية والمقيدة

يتم عرض السلوكات التكرارية والمقيدة على النحو التالي : تعريفها ، والنماذج المفسرة لها ، علاقة السلوكات التكرارية والمقيدة ببعض المتغيرات ، علاج السلوكات التكرارية .

تعريف السلوكات التكرارية والمقيدة

السلوك التكراري سلوك شاذ يظهر علي شكل استجابات مختلفة من الناحية الشكلية ، وهو سلوك ليس له وظيفة ، أي ليس له غاية يؤديها وهو سلوك شائع لدى الأطفال المعوقين ، وهو سلوك غير مؤذ إلا أنه يعيق الانتباه ، ومن أشكال هذا السلوك سلوك هز الرأس ، ومص الإبهام ، وحركات الأصابع ، واليدين ، وأرجحة الجسم ، وحكه ، والتلويح باليد ، ولف الشعر ، وهز الرجلين ، والتربيت علي الوجه ، والقهقهة ، والتصفيق باليدين ، وضرب القدمين بالأرض ، والتحديد في فراغ ، وفرقة الأصابع ، والدوران في المكان نفسه (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ ، ٧١) ، كما يبدي الطفل التوحدي سلوك التتميط الصوتي والذي يتضمن الكلام غير الوظيفي وغير السياقي مثل الغناء ، الثرثرة ، الهمهمات التكرارية ، الصياح ، الجمل غير المرتبطة بالموقف الراهن (Smith & Van Houten ,1996 ; Ahearn et al., 2007, 266).

ويمكن تعريف السلوكات التكرارية والمقيدة على أنها ” استجابات متكررة ومقيدة متباينة تحدث بمعدلات مرتفعة لدى التوحديين وتتشابه جميعها في أنها لا تؤدي أي وظيفة .

النماذج المفسرة للسلوكات التكرارية والمقيدة

يرجع حدوث السلوكات التكرارية والمقيدة في الأطفال التوحديين إلى خلل في منظومة الدوبامين Dopaminergic System واللوزة Amygdala

(Boyed et al., 2010 ; Gadow et al., 2010) ويساهم الشذوذ الوظيفي في القشرة الحزامية الأمامية Anterior Cingulate Cortex في حدوث أنماط السلوك التكراري والمقيد لدى الأطفال التوحديين (Thakkar et al., 2008)، كما أن السلوكيات التكرارية والمقيدة تكون نتيجة لضعف التماسك المركزي في الأطفال التوحديين، فالأفراد التوحديون ينتبهون إلى الأجزاء بدلاً من النظرة الكلية للمهمة أو الموقف، (Ridley, 1994 ; Frith & Happé, 1994) (South et al., 2007)؛ ، وتخضع السلوكيات التكرارية والمقيدة للتشريط الإجرائي فهذه السلوكيات تكون بمثابة تعزيز للطفل التوحدي (Lovaas, 1987; Turner, 1999) et al., 1987، أو ترجع إلى البيئة المحرومة حسيًا (Metz, 1967).

يرى (Hutt & Hutt, 1970) أن السلوكيات التكرارية والمقيدة من الممكن أن تكون وسيلة لخفض حدة مستويات الاستثارة المرتفعة. أو تكون وسيلة للانسحاب من المواقف الاجتماعية أو لخفض حدة القلق الناتج عن صعوبات فهم الحالات العقلية للأفراد الآخرين (Baron-Cohen, 1989; Carruthers, 1996; Joosten et al., 2009; Sofronoff et al., 2005) ، وعلى هذا تُرى السلوكيات التكرارية والمقيدة علي أنها استراتيجيات يلجأ إليها التوحديين للتعامل مع مواقف القلق (Carruthers, 1996 ; Gillott, 2001) et al., 2001، ويرى (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٥) أن هذه الأفعال والأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل التوحدي ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية، تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المضطربة، وانفلاقه التام على نفسه، وعالمه الخيالي، ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي.

علاقة السلوكيات التكرارية والمقيدة ببعض المتغيرات

أسفرت نتائج دراسة (Gabriels, Cuccaro, Hill, Ivers & Goldson, 2005) عن ارتباط شدة السلوكيات التكرارية والمقيدة بمشكلات النوم، والقصور في المهارات التكيفية، والقدرة المعرفية غير اللفظية. وانتهت

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

نتائج دراسة (Szatmari, Georgiades, Bryson, Zwaigenbaum, Roberts & Mahoney, 2006) إلى وجود ارتباط سلبي بين السلوكات الحسية والحركية التكرارية والمقيدة والمهارات التكيفية، ويحصل الأطفال من ذوي الأداء الوظيفي المنخفض (درجة الذكاء أقل من ٧٠ درجة) على درجات مرتفعة في السلوكات الحسية والحركية التكرارية والمقيدة، والسلوكات التكرارية والمقيدة المعقدة ذات المستوى المرتفع مثل الإصرار على التماثل تكون أكثر شيوعاً في الأطفال التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، وأسفرت نتائج دراسة (Mooney, Gray, & Tonge, 2006) عن عدم وجود علاقة بين العمر النمائي ووجود السلوكات التكرارية والمقيدة في الأطفال التوحديين، بينما أبانت نتائج دراسة (Esbensen, Seltzer, Lam, & Bodfish, 2006) عن أن السلوكات التكرارية والمقيدة في مراحل عمرية مختلفة تكون أقل تكراراً وأقل شدة بين الأفراد الأكبر سناً مقارنة بالأفراد الأقل سناً.

تلاحظ السلوكات التكرارية مثل الضرقة أو الضرب بشدة وهز الجسم في كل الأطفال العاديين والأطفال باضطراب طيف التوحد في المراحل العمرية المبكرة، مع زيادة أولية في المرحلة بين السنة الأولى والسنة الثانية، يتبع ذلك انخفاض في مرحلتَي الطفولة والمراهقة، ويحدث انخفاض في الأطفال العاديين وزيادة في الأطفال التوحديين والتحسين في السلوكات التكرارية لديهم يكون محدوداً (MacDonald et al., 2007; McGovern & Sigman, 2005)، وأسفرت نتائج دراسة (Chen, Rodgers & McConachie, 2009) عن وجود ارتباط موجب دال بين درجة الشذوذ الحسي وحجم السلوكات التكرارية والمقيدة، وكشفت نتائج دراستي (Deramus, 2009; Jacqui, Deborah, Emily, Brenda & Helen, 2012) عن وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين السلوك التكراري والمقيد والقلق، وانتهت نتائج دراسة (Zandt, Prior, & Kyrios, 2007) إلى وجود مستويات مرتفعة من سلوكات التماثل والوسواس القهري لدى الأطفال باضطراب طيف التوحد والأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري، ويظهر الأطفال باضطراب الوسواس القهري سلوكات تركز على الطقوس والروتين، والسلوك القهري أكثر مما وجد لدى الأطفال باضطراب طيف التوحد.

علاج السلوكيات التكرارية والمقيدة

استخدم في علاج السلوكيات التكرارية الكابحات لإعادة امتصاص السيروتونين مثل استخدام عقار فلو فوكسومين (McDougle Fluvoxmine (et al ., 1996)، وهذا وقد استخدمت عدة علاجات فاعلة في خفض السلوكيات التكرارية والمقيدة تضمنت DRO والاستثارة البيئية، والتلاشي أو السحب التدريجي (Leblanc et al ., 2000)، والانطفاء التجنبي (Wolf, 2010).

ب- التفاعل الاجتماعي

يمكن تناول التفاعل الاجتماعي من خلال ما يلي : تعريف التفاعل الاجتماعي ، نمو ، النماذج المفسرة له .

تعريف التفاعل الاجتماعي

في DSM-IV-TR, 2000 تم وضع كل من التواصل/التفاعل الاجتماعي كبعدين منفصلين ، بينما تم دمجهما في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية المقترح صدوره عام ٢٠١٣ ليكون التواصل الاجتماعي /التفاعل الاجتماعي بعداً واحداً (DSM-5 , 2011).
التفاعل الاجتماعي ” هو أية محاولة لإشراك أشخاص آخرين في تواصل/تفاعل ، وقد يشمل ذلك النظري الشخص ، أو إعطاء شيء ، أو قول شيء له ، أو طرح سؤال عليه ، أو الابتسام ، أو الغمز بالعين ، أو الصراخ علي شخص آخر ، أو طلب دمية منه ، أو قول “ أنظر “ ، أو تحية ، أو الطلب من شخص آخر أن يلعب ، أو الاقتراب من شخص ، أو عمل إشارة له “ (وفاء الشامي ، ١٣٣ ، ٢٠٠٤).

نمو التفاعل الاجتماعي

يظهر الطفل التوحدي نقصاً في الاهتمامات والتفاعل الاجتماعي عند الميلاد (Zwaigenbaum et al ., 2007)، وبعد ذلك يبدي الطفل الرضيع اهتمامات اجتماعية واضحة وارتباطات مع الآخرين ، كما أنه يبتسم للآخرين ، ولديه تواصل بصري ، وقدرة على التحدث إلى الآخرين (Rogers , 2009).

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنّيّ التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

والأطفال الرضع من الميلاد حتى ٨ شهور يفشلون في إنتاج أصوات ما قبل اللغة (Zakian et al ., 2000)، ويبدون في عمر ١٢ شهراً تأخراً في التواصل الإيمائي وفي اللغة، وهؤلاء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أقل احتمالاً أن يكون لديهم تواصل قصدي مع الآخرين باستخدام الإيماءات الاجتماعية أو استخدام الإشارات. والأطفال التوحديون صغار السن لديهم خلل في قدراتهم على التقليد التلقائي، والتقليد الوجيه اللفظي، والتقليد للأشياء، ونقص في اللعب مع الأطفال الآخرين (Carter et al ., 2005 , 321).

والطفل التوحدي يكتسب فهمه للعالم الفيزيقي المحيط به، ويزداد اهتمامه بالعالم غير الإنساني، علي الرغم من أن الإنسان يمثل جانباً من هذا العالم، إلا أنه يكون معقداً بالنسبة للطفل التوحدي (Bushwick, 2000, 58).

والصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي أنه طفل يعاني من نقص الاستجابة للآخرين، ويظهر عدم دفاء العناق مع الآخرين، ونقص التفاعل بالعينين والوجه، وعدم التمايز والتلامس الوجداني، ولديه قدرة متدنية على التقليد الاجتماعي، ويرتبط الطفل ميكانيكياً بشخص بعينه، وأحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً، مثل: الطفل الذي يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم (محمود حمودة، ١٩٩١، ٩٨)، (Koegel & Koegel, 2006 , 172; Douglas , 2009).

ويعاني الأطفال التوحديون أيضاً من خلل واضح في تكوين علاقات مع الأقران، وقصور في القدرة على المشاركة مع الآخرين، وفقدان التبادل الاجتماعي والتعبير عن المشاعر، وإنتاج متزايد للتلفظ الشاذ، والمصاداة (Wetherby et al , 1988)، وإصدار أصوات الكلام بدلاً من المعنى (Motteron et al ., 2001)، وقصور واضح في التجهيز المعرفي، وخلل في الأداء التنفيذي مقارنة بأقرانهم العاديين (Chen et al ., 2009).

كما يبدو أن أخطاء وتشويه في الحروف المهموسة، وفي الحروف الساكنة، وأخطاء في الجمل، وفي النطق، والتي تتداخل مع وضوح الرسائل (Shriberg et al., 2001)، وخلل في القدرة على فهم تعبيرات الآخرين (Baron-Cohen, 1997)، وفي التجهيز الوجيهي (Dawson et al., 2005)، والتحدث بنوعية صوت وطبقة صوت غير مألوفة، كما أنهم يبدو عيوباً في تنعيم مهارات الكلام واللغة، ولديهم نقص في القدرة على التمييز بين أنواع محددة من الأصوات؛ (Lord et al., 2004, 66; Bushwick, 2000; Tager-Flusberg et al., 2005)

النماذج المفسرة للتواصل/ التفاعل الاجتماعي

يرجع القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد التوحديين إلى الشذوذ في المخ في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية، أو إلى التلف الذي يلحق باللحاء الصدغي الأمامي، واللوزة (Emery, 2000; Bradshaw, 2000)؛ والقصور في التجهيز السمعي المركزي (Gravel, 2000)؛ وتشير نتائج دراسة (Ruser, Arin, Dowd, Putnam, et al., 2006)؛ و (Winklosky & Rosen-Sheidley, 2007) إلى أن أشقاء الأطفال التوحديين ووالديهم يبدوون خللاً خفيفاً في قدراتهم على التفاعل غير اللفظي.

وقد يفسر قصور التفاعل الاجتماعي في الأطفال التوحديين في ضوء الفشل في فهم الآخرين وقدرتهم العقلية وهذا ما يسمى بنظرية العقل أو الخلل في تفسير الرسائل والانفعالات التي تصدرها العينين، أو إلى صعوبات في التجهيز الوجيهي (Baron-Cohen, 2001) أو إلى ارتفاع مستويات القلق (White & Roberson Nay, 2009)

جد الفنيات السلوكية

يمكن عرض الفنيتين المستخدمتين في الدراسة على النحو التالي :

أولاً : التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر

يعتبر التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر من أكثر فنيات تعديل السلوك شيوعاً في خفض السلوك غير المرغوب فيه (Marcus & Vollmer, 1996) ، وهو أسلوب غير عقابي ، ولكنه يستخدم لوقف السلوك غير المرغوب فيه ، ويتضمن التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر (Thompson et al., 2003) ، وتعزيز الضرد عند امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة ، أو هو إجراء يتضمن تقديم التعزيز الإيجابي عند غياب السلوك التكراري من فترات قصيرة إلى فترات أطول ، حيث يتم في نهاية الفترة المحددة تقديم التعزيز فقط في حالة عدم حدوث السلوك المضطرب خلال كامل الفترة (Lavigna & Donnellan, 1986, 58) .

يسمى هذا الإجراء أيضاً بتعزيز غياب السلوك ، لأنه يشتمل على تعزيز الضرد لقيامه بأي سلوك ما عدا السلوك الذي يراد تقليله . فإذا كان السلوك المستهدف هو إيذاء الطفل لأخته جسدياً فمن خلال هذا الإجراء نغززه بعد مرور فترة زمنية نحددها مسبقاً إذا لم يقم بإيذاء أخته أثناءها (جمال الخطيب ، ٢٠١٢ ، ١٩٨-١٩٩) .

من الأمثلة أيضاً على ذلك تعزيز الطفل عندما يلعب بطريقة مناسبة أو يطلب شيئاً بأسلوب مقبول أو ينتظر دوره ، أو يساعد غيره ، ويتم تجاهله عندما يتصرف بطريقة غير ناضجة (بطرس حافظ ، ٢٠١٠ ، ٢٢٦) .

التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ليس دائماً علاجاً فعالاً عندما يتم استخدامه بمفرده (Conyers et al., 2004 ; Thompson et al., 2003) ، وتكمن فعاليته مع دمجها مع فنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في تعديل السلوكيات التكرارية لدى الأطفال التوحديين (Farber , 2010 , 14) .

خطوات التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر :

- ١- تحديد وتعريف السلوك غير المقبول الذي يراد تقليله.
- ٢- تحديد فترة زمنية يفترض عدم حدوث السلوك غير المقبول فيها ، وهذه الفترة إما أن تكون ثابتة من جلسة إلى أخرى ، وإما أن تكون متغيرة (ولكنها تتراوح حول متوسط معين) ، وتحديدنا لطول هذه الفترة ، يعتمد على معدل حدوث السلوك غير المقبول قبل البدء باستخدام الإجراء.
- ٣- ملاحظة السلوك أثناء تلك الفترة الزمنية بشكل متواصل.
- ٤- تعزيز الفرد بعد مرور تلك الفترة إذا لم يحدث السلوك المستهدف أثناءها ، ويجب العمل على زيادة طول الفاصل الزمني ، وتكون الزيادة في الفاصل الزمني تدريجية لضمان المحافظة على التغيير المرغوب (إبراهيم الزريقات ، ٢٠١١ ، ٣٤٣-٣٤٤) ، (جمال الخطيب ، ٢٠١٢ ، ١٩٩).

ثانياً : مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها :

تهدف مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها إلى خفض الصور المختلفة من السلوك التكراري والمقيد في البيئة الطبيعية ، كما أنها مفيدة مع السلوكيات التي لا تحدث لجلب الانتباه أو الهروب ولكنها تستمر من خلال التعزيز الحسي (Neitzel , 2009b; Sprague et al ., 1997) ، ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها تكون موجه نحو سلوكيات بديلة من خلال الاستخدام اللفظي والبدني (Sprague et al., 1997; Smith et al., 1999)

خطوات مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها :

- ١- تحديد السلوك المستهدف الذي يراد خفضه.
- ٢- تجميع البيانات المرتبطة بالسلوك المستهدف (مثل تكرار السلوك ومدته).
- ٣- عندما يبدي الطفل السلوك المضطرب يتم مقاطعته من خلال :
 - ١- المنع البدني : يتم منع الطفل بدنياً من الانهماك في السلوك المضطرب فعلى سبيل المثال : يضع مقدم الرعاية يده قريباً من فم الطفل عندما يحاول أن يضع يده في فمه ، أو يضع يده على الطفل عندما يرفرف بيديه.

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

ب. المنع اللفظي : يتم منع الطفل من الانهماك في السلوك المضطرب من خلال المنع اللفظي على سبيل المثال : يقول معدل السلوك للطفل لا تفعل عندما يحاول وضع يده في فمه.

٤- بعد إعادة توجيهه استجابة الطفل ، يجب أن يستخدم الطفل السلوك البديل لفترة محددة من الوقت ، وعندما يبدأ في استخدام السلوك البديل أكثر يزيد مقدار الوقت المطلوب على سبيل المثال دقيقتين ، عشر دقائق قبل حصول الطفل على التعزيز.

٥- يتم تعزيز الطفل مباشرةً عندما ينهمك في استخدام السلوك البديل لمقدار محدد من الوقت ، والهدف من التعزيز زيادة احتمالية أداء الطفل للسلوك البديل مرة أخرى في المستقبل ، فلذلك يجب انتقاء المعززات بعناية ، وعندما يتمكن الطفل من استخدام السلوك البديل باستقلالية يتم إخفاء المعززات ليستمر الطفل في أداء السلوك المرغوب بدون الحاجة إلى التعزيز.

٦- مراقبة تقدم الطفل ويكون من خلال استخدام بيانات رصد التقدم لتقويم ما إذا كان السلوك المستهدف تم تقليصه كنتيجة للتدخل (Neitzel 2009b).

الدراسات السابقة

أولاً : دراسات تناولت السلوك التكراري والمقيد لدى التوحديين

هدفت دراسة (Carcani-Rathwell , Rabe-Hasketh & Santosh, 2006) إلى فحص السلوكيات التكرارية والنمطية لدى عينة من الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة (التوحد ، الإسبرجر ، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة) بلغ عددهم ٣١٩ طفلاً ، وتراوح أعمارهم بين ١-١٨ سنة ، وتم تطبيق مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة وفقاً لمحكات ICD-10 ، وأبانت نتائج الدراسة عن ارتفاع معدلات انتشار السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحديين.

استهدفت دراسة (Greaves, Prince, Evans & Charman, 2006) الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين البالغ عددهم ٨٩ طفلاً وبمتوسط عمري ٩،١١، والأطفال بمتلازمة برادر ويلي Prader-Willi البالغ عددهم ٨٠ طفلاً بمتوسط عمري ١٠،٥ في السلوكيات التكرارية والمقيدة، وتم تطبيق مقياس الروتين اليومي إعداد: Evans et al., 1997، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في السلوكيات التكرارية والمقيدة.

أما دراسة (Cuccaro, 2007) فقد قارنت بين الأطفال بمتلازمة الأسبرجر، والأطفال التوحديين في السلوك التكراري والمقيد، أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها ٤٦ طفلاً، وبلغت متوسط أعمار المجموعة الأولى ١١،٥٨ سنة وبلغت متوسط أعمار المجموعة الثانية ١٠،٦٦ سنة، وتم تطبيق مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد إعداد: Rutter et al., 2003، ومقياس السلوك التكراري إعداد: Bodfish et al., 1999، وانتهت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في السلوكيات التكرارية بين المجموعتين.

فحصت دراسة (South, Ozonoff & McMahon, 2007) بروفيالات السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال بمتلازمة الأسبرجر البالغ عددهم ١٩ طفلاً بمتوسط عمري ١٤،١٠، والأطفال التوحديين البالغ عددهم ٢١ طفلاً بمتوسط عمري ١٤،٢٨ والأطفال العاديين البالغ عددهم ٢١ طفلاً بمتوسط عمري ١٣،٣٤ وتم تطبيق مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد المعدل إعداد: Lord et al., 1994، والمقابلة السلوكية التكرارية إعداد: Turner, 1997، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال التوحديين أكثر استخداماً للسلوكيات التكرارية والمقيدة.

أما دراسة (Hepburn & MaClean, 2009) فقد اهتمت بالكشف عن السلوكيات التكرارية غير التكيفية لدى الأطفال بمتلازمة داون وعددهم ٢٢ طفلاً، والأطفال باضطرابات طيف التوحد وعددهم ٤٤ طفلاً، وتراوحت أعمارهم بين ٣-١١ سنة، وتم تطبيق المقابلة التشخيصية إعداد LeCouteur:

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاعلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

Berument et al , 2003 , واستبيان التواصل الاجتماعي إعداد : , 1999 ومقياس القدرات الفارقة إعداد : Eliot , 1990 ، ومقياس السلوك التكيفي إعداد : Sparrow et al . , 2005 ، وتم قياس السلوكيات التكرارية بمقياس السلوك الثلاثي إعداد : Einfeld & Tonge , 1995 وانتهت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال بمتلازمة داون والأطفال باضطراب طيف التوحد لديهم سلوكيات تكرارية أكثر مما أظهره الأطفال بمتلازمة داون من غير ذوي اضطراب طيف التوحد .

أُجريت دراسة (Georgiades, Papageorgiou & Anagnostou , 2010) بهدف فحص البناء العامي للسلوكيات التكرارية والمقيدة في عينة من الأطفال اليونانيين المصابين باضطراب التوحد بلغ عددهم ٢٠٥ طفلاً ، وبلغ متوسط أعمار العينة ١١,٥ سنة ، وتم تطبيق مقياس السلوكيات التكرارية المنقح إعداد : Bodfish et al . , 2000 ، وأسفرت نتائج الدراسة عن استخلاص العوامل التالية : السلوكيات القهرية والطقوسية ، والتماثل ، والسلوكيات المقيدة ، والحركات النمطية .

فحصت دراسة (Richler, Huerta , Bishop & Lord , 2010) السلوكيات التكرارية والمقيدة والاهتمامات في الأطفال باضطرابات طيف التوحد البالغ عددهم ١٩٢ طفلاً ، وتم تطبيق مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد المعدل إعداد : Lord et al . , 1994 ، ومقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة من إعداد الباحثين ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد لديهم سلوكيات حسية حركية تزداد مع التقدم في العمر الزمني ، وتنخفض سلوكيات التماثل مع مرور الوقت .

ثانياً : دراسات تناولت التفاعل الاجتماعي

اهتمت دراسة (Chan, Cheung, Leung, Cheung & Cheung , 2005) بفحص قدرات الفهم اللفظي والتعبير اللفظي لعينة مكونة من ٤٦ طفلاً توحدياً ، تم تقسيمهم إلى أطفال توحديين من ذوي الأداء

الوظيفي المنخفض ، ومن ذوي الأداء الوظيفي المرتفع ، وتم تطبيق اختبار الذكاء غير اللفظي إعداد : Brown et al ., 1997 ، واختبار التعبير اللفظي إعداد : قسم الصحة ، ١٩٩٧ ، والاختبار الرمزي لقياس الفهم اللفظي إعداد : Benton et al ., 1994 ، وانتهت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين لديهم خلل لغوي .

قامت دراسة (Reisinger , 2008) على فحص الفروق بين الأطفال التوحديين البالغ عددهم ٢٢ طفلاً ، والأطفال الذين يعانون من خلل لغوي بلغ عددهم ١٩ طفلاً ، و٣٥ طفلاً عادياً ، تراوحت أعمارهم بين ٧-١٥ سنة ، وتم تطبيق قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد إعداد : Lord et al ., 2003 ، واستبيان التواصل الاجتماعي من إعداد الباحث ، وانتهت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين كانوا أكثر المجموعات انخفاضاً في التفاعل الاجتماعي .

أما دراسة (Douglas , 2009) فقد فحصت طبيعة وتكرار التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين والعاديين البالغ عددهم ٢٧ طفلاً ، وتراوحت أعمارهم بين ١٠-١١ سنة ، وتم تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي من إعداد : Hodge & Hersman , 2007 ، وأبانت نتائج الدراسة عن أن الأطفال التوحديين لا يتفاعلون مع زملائهم في الفصل أو معلمهم .

تناولت دراسة (Pickles, Simonoff, Conti-Ramsden , Falcaro, Charman & et al ., 2009) Simkin , القصور اللغوي لدى الأطفال التوحديين والأطفال ذوي الخلل اللغوي النوعي أو المحدد ، أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها ٣٦٨ طفلاً ، وتم تطبيق مقياس Wechsler, 1992 ، والتقويم الإكلينيكي للغة إعداد : Semel et al ., 1987 ، وتم قياس الفقد اللغوي من خلال التشخيص الإكلينيكي ومقياس المقابلة التشخيصية إعداد : Lord et al , 2000 ، أظهرت نتائج الدراسة أن الفقد اللغوي يحدث في حوالي ١٪ من الأطفال من ذوي الخلل اللغوي المحدد ، وحوالي ١٥٪ من الأطفال الذين تم تصنيفهم بالتوحد .

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

فحصت دراسة (Lam , Bodfish& Piven , 2009) السلوك التكراري وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى، أُجريت الدراسة على عينة من الأطفال التوحديين بلغ عددهم ٣١٦ طفلاً، وتم تطبيق مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد إعداد: Lord et al ., 1994، وأبانت نتائج الدراسة عن استخلاص ثلاثة عوامل: السلوك الحركي التكراري، الإصرار على التماثل، الاهتمامات المحددة، وإلى وجود ارتباط بين السلوك التكراري والقصور الاجتماعي والعجز عن التواصل الاجتماعي.

قامت دراسة (Gillis , Callahan& Romanczyk , 2011) بهدف تقويم السلوك الاجتماعي في عينة من الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين بلغ عددهم ٧٧ طفلاً، وإلى التحقق من صدق وثبات مقياس التقويم السلوكي للتفاعلات الاجتماعية من إعداد الباحثين، أسفرت نتائج الدراسة عن تمتع المقياس بمعاملات سيكومترية جيدة، ووجود فروق جوهرية بين المجموعتين في التفاعل الاجتماعي لصالح الأطفال العاديين.

ثالثاً: دراسات تناولت علاج السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحديين

فحصت دراسة ((Shabani , Wilder &Flood , 2001) مدى فاعلية فنية DRO في خفض حدة سلوك أرجحة الجسم المتكررة، حيث تم تعليم الطفل التوحدي التمييز بين الجلوس في الكرسي وأرجحة الجسم، والجلوس في الكرسي بدون أرجحة للجسم، وبلغ عدد الجلسات ١٥ جلسة، وانتهت نتائج دراسة إلى استبعاد سلوك أرجحة الجسم، والجلوس في الكرسي لمدة ٢٠ دقيقة والوقوف لمدة ١٧ دقيقة بدون أرجحة للجسم.

هدفت دراسة (Ringdahl , Andelman, Kitsukawa , Winborn, 2002) إلى فحص فعالية فنية DRO في خفض رفرقة اليد لدى طفل توحدي، حيث أعطى الطفل نشاطاً مفضلاً لديه عندما يتوقف عن الاتيان بالسلوك غير المرغوب فيه، وحققت فنية DRO نتائج فعالة من خلال دمجها مع فنية المنبهات اللفظية.

هدفت دراسة (Taylor, Hoch & Weissman, 2005) إلى خفض حدة التنميط الصوتي لطفلة توحدية في السادسة من عمرها، وتم تحديد اللعب التي ترتبط بمعدلات مرتفعة من التكرار الصوتي، وكذلك اللعب التي لا ترتبط بمعدلات مرتفعة، وتم تحديد الألعاب التي تنتج مثيرات صوتية، وتم مقارنة جداول تعزيز الفترة الزمنية الثابتة بالتعزيز التفاضلي للسلوك الآخر، وبلغت عدد جلسات البرنامج ٥٠ جلسة، وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية DRO في خفض حدة التنميط الصوتي لدى الطفلة مقارنة بجداول التعزيز الفترة الزمنية الثابتة.

فحصت دراسة (Cicero, 2007) جداول الفترة الزمنية الثابتة ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها للسلوك النمطي كليهما على حدة وهما معاً، أجريت الدراسة على ٤ أطفال توحديين. وانتهت نتائج الدراسة إلى انخفاض السلوك النمطي من خلال استخدام فنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها.

أما دراسة (Ahearn et al., 2007) فقد هدفت إلى خفض حدة التنميط الصوتي (الغناء، الثرثرة، الهمهمات التكرارية، الجمل التكرارية) باستخدام فنية (RIR)، أجريت الدراسة على عينة تتألف من ٤ أطفال توحديين، تراوحت أعمارهم بين ٣-١١ سنة، وبلغت عدد جلسات البرنامج على الترتيب ٢٤، ٣٢، ٣٨، ٣٢، وأسفرت نتائج الدراسة عن نجاح (RIR) في خفض حدة التنميط الصوتي لدى الأطفال التوحديين.

فحصت دراسة (Farber, 2010) فعالية (RIR)، (DRO) في خفض حدة التنميط الحركي لدى ثلاثة أطفال من ذوي اضطرابات طيف التوحد، تراوحت أعمارهم بين ٧-١٠ سنوات، اثنان منهم توحديان، والطفل الثالث من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة، وبلغ عدد جلسات البرنامج على الترتيب ٩٠، ٤٠، ٥٠، ويعطى التعزيز بعد حدوث ثلاث استجابات يختفي فيها السلوك التكراري والمقيد، وأبانت نتائج الدراسة عن فعالية فنية (RIR) في خفض حدة التنميط الحركي لدى طفلين، وتساوى فعالية الفئتين في علاج الطفل الثالث.

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيّة التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

أُجريت دراسة (Liu-Gitz & Banda , 2010) بهدف خفض حدة التّميّط الصوتي لدى ه أطفال توحديين يبدون صفيراً صاخباً ، وضحك غير مناسب ، ويقومون بعمل تجشّوات مرتفعة باستخدام (RIR) ، وبدأ الخط القاعدي للعلاج من ٤١% وانخفض إلى ١٠% .

هدفت دراسة (محمد كمال أبو الفتوح ، ٢٠١١) إلى التحقق من فاعلية التدريب على وظيفة التواصل واستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض حدة المشكلات السلوكية لدى ٨ حالات توحّد ، وتم تطبيق مقياس المشكلات السلوكية وقائمة المظاهر السلوكية التشخيصية لاضطراب التوحّد وهما من إعداد الباحث ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي لحالات الدراسة لصالح القياس البعدي .

أما دراسة (Cassella & Sidener , 2011) فقد اهتمت بفحص فعالية فنية (RIR) في علاج طفلين توحديين لديهما تنميّط صوتي (تكرار الكلمات والجمل والأصوات) ، عمر الطفل الأول ٧ سنوات وشهرين ، وبلغ عمر الطفل الثاني ٤ سنوات وأحد عشر ، واستغرق تطبيق البرنامج ٣٠ جلسة للطفل الأول ، و ٣٥ جلسة للطفل الثاني ، وتم عقد الجلسات ٥ مرات يومياً في الأسبوع ، وانتهت نتائج الدراسة إلى انخفاض جوهري للتنميّط الصوتي باستخدام فنية (RIR) .

استهدفت دراسة (Joung , 2011) فحص فعالية فنية (RIR) في خفض حدة التّميّط الصوتي وتحسين التلفظ بالكلمات والجمل المناسبة ، أُجريت الدراسة على طفل توحدي يبلغ من العمر ٩ سنوات ، واستغرقت مدة البرنامج ٤ أسابيع ، ولمدة ٢١ جلسة ، وانتهت نتائج الدراسة إلى فعالية فنية (RIR) في خفض حدة التّميّط الصوتي .

أُجريت دراسة (Gilbride , 2011) بهدف خفض حدة التّميّط الصوتي لدى ثلاثة أطفال توحديين باستخدام فنية (RIR) ، وفنية (DRO)

، تراوحت أعمارهم بين ٩-١٧ سنة، واستغرق تطبيق البرنامج ٢٠، ٣٠، ٤٥، جلسة للثلاثة أطفال على الترتيب، وانتهت نتائج الدراسة إلى فعالية فنية (RIR) لطفل واحد، وفعالية فنية (DRO) للطفلين الآخرين.

هدفت دراسة (Colon, Ahearn, Clark & Maslsky, 2012) إلى خفض حدة التلميظ الصوتي لدى عينة من الأطفال بلغ عددهم ٣ أطفال من خلال استخدام فنية (RIR)، وبلغت عدد جلسات البرنامج على الترتيب ١٣، ١٠، ١٠ للثلاثة أطفال على الترتيب، وأسفرت نتائج الدراسة عن خفض حدة التلميظ الصوتي باستخدام فنية (RIR).

التعقيب على الدراسات السابقة

أولاً- العلاقة بين السلوكيات التكرارية والتفاعل الاجتماعي: اتفقت نتائج دراسات (Tadevosyan-Leyfer et al., 2003; Van Lang et al., 2006; Frazier et al., 2008) على عدم وجود علاقة بين السلوكيات التكرارية والمقيدة والتفاعل الاجتماعي، أما نتائج دراسات (Ronald et al., 2005; Ronald et al., 2006; Lam et al., 2009) فقد أسفرت نتائجهم عن وجود علاقة موجبة دالة بين السلوك التكراري والمقيد والعجز عن التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين.

ثانياً- تناولت الدراسات السابقة السلوكيات التكرارية والمقيدة، والتفاعل الاجتماعي لدى عينات مختلفة مع عينة التوحد (الإسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، الأطفال بمتلازمة برادر ويلي، الأطفال العاديين، الأطفال بمتلازمة داون، الأطفال ذوي الخلل اللغوي المحدد)، وتراوحت أعمار الأفراد التوحديين من ١-١٨ سنة.

ثالثاً- تباينت المقاييس المستخدمة لقياس السلوكيات التكرارية مثل مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة وفقاً لمحكات ICD-10، مقياس الروتين اليومي، مقياس السلوك التكراري، والمقابلة السلوكية التكرارية. وكذلك المقاييس

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

المستخدمة في قياس التفاعل الاجتماعي ومنها اختبار الذكاء غير اللفظي ،
الاختبار الرمزي لقياس الفهم اللفظي ، مقياس التفاعل الاجتماعي ، قياس
الفقد اللغوي من خلال التشخيص الإكلينيكي ، مقياس المقابلة التشخيصية
، ومقياس التقويم السلوكي للتفاعلات الاجتماعية ، واستبيان التواصل
الاجتماعي.

رابعاً - أظهرت نتائج الدراسات السابقة شيوع السلوكيات التكرارية والمقيدة
Bodfish et al., 2000; Militeri et al ., 2002; Hollander et al)
, 2005; Carcani-Rothwell et al., 2006 ; Greaves et al., 2006;
Cuccaro, 2007; South et al., 2007; Richler et al ., 2009; Hepburn
&MaClean , 2009 ; Lam et al., 2009 ; Richler et al., 2010;
2011 Leekam et al ., 2010; Georgiades et al., 2010; وأبان نتائج الدراسات
السابقة عن انخفاض التفاعل الاجتماعي ، Chan ,2004; Orsmond et al .,
2005 ; Chiang et al .,2008; Rump et al ., 2009; Pellicano
&Macrae , 2009; Douglas , 2009; Lam et al., 2009; Pickles et
al ., 2009; Nicole , 2010; Philip et al., 2010; Mieke et al., 2011;
Manolitsi & Botting , 2011; Gillis et al ., 2011)

خامساً - استخدمت فنية DRO بنجاح في خفض حدة أرجحة الجسم
المتكررة ورفرفة اليد (Shabani et al., 2001; Ringdahl et al.,
2002)، كما استخدمت فنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها بنجاح في
خفض حدة التتميط الصوتي; (Ahearn et al.,2007;Liu-Gitz , 2010
, 2012) Colon et al ., 2012; Jounq, 2011; Cassella&Sidener , 2011 ،
و جمعت دراسة Taylor et al ., 2005 بين فنية DRO ، وجداول التعزيز
الفترة الزمنية الثابتة في خفض حدة التتميط الصوتي ، أما دراسة (Cicero
, 2007) فقد استخدمت جداول الفترة الزمنية الثابتة ومقاطعة الاستجابة
وإعادة توجيهها لخفض حدة السلوك النمطي ، واستخدمت دراسة (محمد
كمال أبو الفتوح، ٢٠١١) التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر لعلاج بعض المشكلات

السلوكية لدى الأطفال التوحديين . أما دراستي (Farber , 2010; Gilbride , 2011) فقد جمعت بين فنية DRO و RIR في خفض حدة السلوك الحركي ، وامتدت عدد الجلسات بين ١٠-٥٠ جلسة ، باستثناء الجلسات التي أجريت على الطفل الأول في دراسة (Farber , 2010) والتي بلغت ٩٠ جلسة .

فروض الدراسة :

صاغ الباحث الفروض التالية كإجابات محتملة للأسئلة المثارة في مشكلة الدراسة :

- ١- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات الأفراد التوحديين على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ومقياس التفاعل الاجتماعي .»
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة والفروق لصالح القياس البعدي .»
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة .»
- ٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة والفروق لصالح القياس البعدي .»
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة .»

خطة الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة

اقتضت طبيعة الدراسة الحالية أن يستخدم الباحث تصميم المجموعة الواحدة وهو أحد التصميمات التجريبية الأكثر استخداماً في مجال البحوث التربوية والنفسية والذي يعتمد على مجموعة واحدة من الأفراد تسمى المجموعة التجريبية (جابر عبد الحميد ، أحمد خيرى ، ١٩٧٨ ، ٢٠٩) .

ثانياً : عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من مجموعة الذكور التوحديين بلغ عددهم ٦١ فرداً ، تم اختيارهم من الأطفال الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بالطائف ، والجمعية السعودية للتوحد ، ومركز جوري المتميز لذوي الاحتياجات الخاصة ، ومعهد التربية الفكرية بجدة ، والذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون من إعاقة التوحد ، تراوحت أعمارهم بين ٦-١٨ سنة ، بمتوسط عمري ١١،٩٦ ، وانحراف معياري ٣،٢٩ ، في حين تكونت العينة التجريبية للدراسة من ٥ حالات من أطفال التوحد تم اختيارهم من معهد التربية الفكرية بالطائف وذلك حتى يتمكن الباحث من تطبيق البرنامج السلوكي.

تم حصر الأفراد التوحديين الذكور الذين يعانون من درجات مرتفعة في السلوكيات التكرارية والمقيدة بمعهد التربية الفكرية بالطائف فبلغ عددهم ٥ أطفال ، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين ١٠٤-١١٢ شهر بمتوسط عمري ١٠٨،٤٠ وانحراف معياري ٣،٣٦ ، وامتدت نسب ذكائهم بين ٧٤-٨٠ على مقياس جودارد ، بمتوسط ٧٧،٢٠ ، وانحراف معياري ٢،٥٨ ، وتم التحقق من انتظام الأطفال التوحديين في الحضور إلى معهد التربية الفكرية (فصول التوحد) ، ومن أنهم لا يعانون من أمراض جسدية أو حسية أو إعاقات أخرى غير التوحد ، وقد تحقق الباحث من التقارب الاجتماعي الاقتصادي لأسر الأطفال المشاركين في هذه الدراسة من خلال تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد : عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٥ ، كما تم تحقق من تقارب أدائهم على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ، ومقياس التفاعل الاجتماعي.

ثالثاً : أدوات الدراسة

١ - مقياس السلوك التكراري والمقيد (ملحق ١) Repetitive & Restricted Behaviour Scale

أعد هذا المقياس- (Bourreau , Roux , Gomot , Bonnet-Brilhault & Barthelemy , 2009) لقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة

لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ، واستمدت عبارات المقياس من خلال التقويم الوصفي الدقيق للسلوكيات التكرارية والمقيدة ، ومن خلال الاعتماد على المدخل العصبي الوظيفي ، ويغطي هذا المقياس مدى واسع من السلوكيات التكرارية والمقيدة الملاحظة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ، كما أن هذا المقياس لا يتأثر بالعمر الزمني ، ويسمح بالتحديد الموضوعي ، وتجانس المجموعات الفرعية من السلوكيات التكرارية والمقيدة والتي تكون مرتبطة بالآليات النفسية الفسيولوجية ، وبتحسين وتقويم المداخل العلاجية .

وتكونت القائمة الأولية للمقياس من ٤٣ عبارة ، وتم عرضها على المحكمين لجعلها أكثر دقة وفهماً ، وبعد إجراء المعاملات السيكمومترية تقلصت إلى ٣٥ عبارة ، وتم الإجابة على المقياس من خلال خمسة خيارات (السلوك غير معبر عنه أبداً ، السلوك معبر عنه بدرجة بسيطة ، السلوك معبر عنه بدرجة متوسطة ، السلوك معبر عنه بدرجة كبيرة ، السلوك معبر عنه بدرجة كبيرة جداً) ، ودرجاتها كالتالي صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ويبدل ارتفاع الدرجة على ارتفاع معدلات السلوكيات التكرارية والمقيدة ، ويقوم المعلم أو ولي الأمر بالاستجابة على هذا المقياس .

وأجريت معاملات الصدق والثبات على عينة بلغ قوامها ١٤٥ طفلاً ومراهقاً وراشداً (٣٨ من الإناث ، ١٠٧ من الذكور) ، تراوحت أعمارهم بين ٣-٣٣ سنة ، و ٤٩ طفلاً من صغار السن ، تراوحت أعمارهم بين ٣-٧ سنوات ، و ٤٠ طفلاً تراوحت أعمارهم بين ٨-١٢ سنة ، و ٣٢ مراهقاً تراوحت أعمارهم بين ١٣-١٨ سنة ، و ٢٤ راشداً تراوحت أعمارهم بين ١٩-٣٣ سنة ، وبلغت عينة التوحد ٩٩ ، وذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ٤١ ، ومتلازمة الإسبيرجر ٥ .

وتم حساب صدق المقياس عن طريق أسلوب التحليل العاملي الذي أسفر عن أربعة عوامل هي : عامل التنميط الحسي الحركي Sensorimotor Stereotypy ، وتشبع عليه العبارات التالية ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٧ ، ٨ ، ١٤ ، ١٧ ، ٢٦ ، ٢٨ ، وكانت نسبة إسهامه في التباين الكلي (١٢٪) ، ويعكس هذا العامل

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

السلوكيات التكرارية، والسلوكيات النمطية، والصراخ التكراري، وسلوكيات مرتكزة على الجسم، وسلوكيات حسية شاذة، عامل رد الفعل للتغيرات Reaction To Changes وتشبع عليه العبارات التالية ١٣، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٣١، ٣٢، وكانت نسبة إسهامه في التباين الكلي (١١٪)، ويعكس هذا العامل تبني الفرد للطقوس في الأنشطة المتعددة، ورد الفعل للتغيرات الطفيفة في البيئة والمصاداة، وعامل السلوكيات النمطية Restricted behaviors وتشبع عليه العبارات التالية ٩، ١٠، ١١، ١٢، ٢٢، ٢٤، ٢٧، ٣٣، وكانت نسبة إسهامه في التباين الكلي (١١٪)، ويعكس هذا العامل التعامل مع الاستخدام المتكرر للأشياء، والاهتمام أو التعلق بالأشياء وتفاصيلها، والموضوعات والاهتمامات المحددة، ونقص الاهتمام بالأشياء الجديدة، وعامل قصور التعديل أو التغيير Modulation Insufficiency وتشبع عليه العبارات التالية ١٥، ١٦، ٢٣، ٢٥، ٢٩، ٣٤، ٣٥، وكانت نسبة إسهامه في التباين الكلي (٩٪)، ويعكس هذا العامل العدوانية نحو الذات والآخرين، والمظاهر الانفعالية النمطية، والتهيج أو الإثارة، وبلغت النسبة الكلية لتباين العوامل الأربعة (٤٣٪). وتم استبعاد عبارتين لم يتم تشبعهما على أي عامل وهما رقم (٦) : خطوات متكررة (مثل التحرك ذهاباً وإياباً بين حائطين أو قطعتين، أو الدوران بلا نهاية حول شجرة)، ورقم (٣٠) : الحاجة لوضع الأشياء كما كانت عليها (مثل أن تكون الستائر مغلقة، الأبواب مفتوحة بشكل معين)، كما تم حساب الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية للبعد فتراوحت للأبعاد الأربعة بين ٠،٥٩-٠،٦٦، كما تم حساب الصدق عن طريق حساب الارتباطات بين المقياس الحالي ومقياس تقدير الطفل التوحدي دادعا Child Autism Rating (CARS) Schopler et al., 1980، فكانت ٠،٤٧، ٠،٥٥، ٠،٣١، ٠،٢٩، بين العوامل الأربعة ومقياس (CARS) على الترتيب، وكل المعاملات دالة باستثناء العامل الثاني.

وتم حساب ثبات المقياس عن طريق ثبات المقدرين باستخدام طريق معامل كابا Kappa (يعمل على تصحيح الأخطاء التي تعزى للصدفة) لعينة بلغ عددها ٢٩ من ذوي اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم بين ٣-٣٣ سنة، وبلغت معاملات الثبات للعامل الأول ٠،٨٨، وللعامل الثاني ٠،٨٧،

وللعامل الثالث ٠،٨٤، وللعامل الرابع ٠،٩٤، وعن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ كانت معاملات الثبات على الترتيب ٠،٨١، ٠،٧٩، ٠،٧٥، ٠،٧٢، على الترتيب للأبعاد الأربعة (Bourreau et al ., 2009 , 676-680)

تم اتخاذ الخطوات الآتية لإعداد المقياس في البيئة السعودية :

- قام الباحث بتعريب المقياس ، وتم عرض النسخة المعربة والصورة الأصلية على ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس بقسم اللغة الانجليزية بكلية الآداب وقسم المناهج (لغة إنجليزية) وذلك للتأكد من دقة الترجمة ، ثم تم عرض المقياس على (٤) من أعضاء هيئة التدريس بقسمي التربية الخاصة وعلم النفس بكلية التربية جامعة الطائف للتأكد من وضوح العبارات ودقة صياغتها ، ثم تم عرض المقياس المترجم على اثنين من المختصين في اللغة العربية بغرض التحقق من السلامة اللغوية للعبارات ، والذين أبدوا بعض الملاحظات البسيطة تم تضمينها في النسخة المعدلة.
- كما تم عرض المقياس على (٣) من معلمي التوحد بمعهد التربية الفكرية بالطائف ، وذلك للتحقق من وضوح جميع عبارات المقياس ، والوقوف على أي مشكلات تتعلق بفهم العبارات أو التطبيق ، وأسفرت هذه الخطوة عن عدم حدوث أية تعديلات.

تقنين المقياس :

تم تقنين المقياس على عينة كلية بلغ عددها (٣٠) فرداً توحيداً تم اختيارهم من الأطفال الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بالطائف ، والجمعية السعودية للتوحد ، ومركز جوري المتميز لذوي الاحتياجات الخاصة ، ومعهد التربية الفكرية بجدة.

- تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية :

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

(أ) الصدق التلازمي :

تم حساب الصدق التلازمي بين مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ومقياس سكوبلر لتقدير التوحد الطفولي والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (١)

معاملات الارتباط بين مقياس السلوكيات التكرارية ومقياس سكوبلر

أبعاد المقياس	مقياس سكوبلر لتقدير التوحد الطفولي	مستوى الدلالة
الانتميط الحسي الحركي	٠,٦٤٢	٠,٠١
رد الفعل للتغيرات	٠,٦٠١	٠,٠١
السلوكيات المقيدة	٠,٤١٨	٠,٠٥
قصور التعديل	٠,٥٨٠	٠,٠١

يتضح من جدول (١) وجود ارتباط موجب دال بين أبعاد مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ومقياس سكوبلر لتقدير التوحد الطفولي

(ب) الصدق بطريقة الاتساق الداخلي :

تم حساب الصدق عن طريق حساب الارتباطات بين الأبعاد الفرعية للمقياس بعضها البعض ، ومعاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد لمقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٣، ١٩٥، فؤاد أبو حطب وآخرون، ١٩٩٣) والجدولان التاليان يوضحان ذلك :

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة

المتغيرات	الانتميط الحسي الحركي	رد الفعل للتغيرات	السلوكيات المقيدة	قصور التعديل
الانتميط الحسي الحركي	-			
رد الفعل للتغيرات	**٠,٧٩			
السلوكيات المقيدة	**٠,٧٥	**٠,٨٩		
قصور التعديل	**٠,٨٨	**٠,٨٥	**٠,٩٢	-

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد

م	التميط الحسي الحركي	م	رد الفعل للتغيرات	م	السلوكيات المقيدة	م	قصور التعديل
١	**٠,٨١	١٣	**٠,٦٠	٩	**٠,٨٤	١٥	**٠,٨١
٢	**٠,٨٦	١٨	**٠,٧٨	١٠	**٠,٧٢	١٦	**٠,٧٢
٣	**٠,٨٥	١٩	**٠,٨٦	١١	**٠,٨٢	٢٣	**٠,٦٧
٤	**٠,٨٧	٢٠	**٠,٧٧	١٢	**٠,٨٤	٢٥	**٠,٨٥
٥	**٠,٧٢	٢١	**٠,٥٥	٢٢	**٠,٨٠	٢٩	**٠,٨٤
٧	**٠,٤٨	٣١	**٠,٨٣	٢٤	**٠,٧٨	٣٤	**٠,٨٠
٨	**٠,٤٩	٣٢	**٠,٧٨	٢٧	**٠,٨٧	٣٥	**٠,٧٧
١٤	**٠,٧٠			٣٣	**٠,٧٥		
١٧	**٠,٦٥						
٢٦	**٠,٧١						
٢٨	**٠,٨٠						

يتضح من جدول (٢) وجدول (٣) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١

ثبات المقياس : تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ألفا كرونباخ فبلغ ٠,٨٥، ٠,٩٢، ٠,٨٦، ٠,٩١ وبناء على ما سبق تكونت الصورة النهائية مقياس السلوك التكراري والمقيد (٣٣) عبارة.

٢- مقياس التفاعل الاجتماعي (ملحق ٢) Social Interaction Scale

أعد الباحث هذا المقياس بهدف قياس التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد التوحدين.

تم اتخاذ الخطوات الآتية لإعداد المقياس :

- تم الإطلاع على الأطر النظرية التي تناولت التفاعل الاجتماعي والمقاييس العربية والأجنبية التي صُممت من أجل قياس التفاعل الاجتماعي، وذلك بهدف الاستفادة منها في إعداد المقياس الحالي، ومن بين هذه المقاييس

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

مقياس الاستجابات الاجتماعية Social Responsiveness Scale إعداد (Constantino & Gruber, 2005) ويتألف هذا المقياس من ٦٥ عبارة، تقيس المرحلة العمرية من ٦-١٨ سنة، ويتمتع المقياس بمعاملات سيكومترية جيدة، فقد تم حساب صدقه عن طريق الصدق العاملي الذي أفرز خمسة عوامل من بينها عامل التفاعل الاجتماعي، وتم حساب الصدق التلازمي مع مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد إعداد: Lord et al., 1994، فبلغ ٠,٧٠، وتم حساب ثباته عن طريق معامل ألفا كرونباخ فتراوح بين ٠,٩٣-٠,٩٤ لكل من الذكور والإناث وفقاً لتقديرات الوالدين، وتراوح بين ٠,٩٧-٠,٩٦ لكل من الذكور والإناث وفقاً لتقديرات المعلمين، وعن طريق إعادة تطبيق المقياس تراوح بين ٠,٧٧ - ٠,٨٥، كما تم الاعتماد على محكات (DSM-IV) (The Gilliam, 2000, TR, ٧٥)، ومقياس جليام للتوحد المراجعة الثانية Autism Rating, 2005، والمكون من ٤٢ عبارة يقيس التواصل الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي، السلوكيات التكرارية، وتم تطبيقه على عينة من التوحديين تراوحت أعمارهم بين ٣ إلى ٢٢ سنة بلغ قوامها ١,٠٩٢ من ٤٦ ولاية أمريكية، وتم حساب صدقه مع قائمة الملاحظة التشخيصية إعداد Dilavor et al., 1995، فتراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٣٧-٠,٩٢، وتم حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ فتراوح بين ٠,٨٨-٠,٩٦، وعن طريق إعادة تطبيق المقياس للعينة الكلية بلغ ٠,٨١، وعن طريق ثبات المقدرين تراوح بين ٠,٧٣-٠,٨٢، كما أظهرت نتائج تقنيته في البيئة الأردنية معاملات صدق وثبات مرتفعتين (Jabery, 2008, 48-51).

- قام الباحث بعرض المقياس على أعضاء هيئة التدريس* بقسم التربية الخاصة، وعلم النفس، والصحة النفسية، والطب النفسي، والأطباء النفسيين بمستشفى الطائف للصحة النفسية للحكم علي مدي صلاحيته، وقد أسفر هذا عن استقرار فقرات المقياس عن ٢٨ عبارة.

* أ.د/ أحمد عبد الرحمن عثمان، أ.د/ علاء محمود شعراوي، أ.د.م/ مدحت عبد المحسن الفقي، أ.د.م/ حمدان فضة، د/ خضر محمد عبد الرحمن، د/ على محمود د/ نادر مكي، د/ معمر عبد الله، د/ عمرو أحمد كمال، د/ محمد عبد البديع د/ ماهر عبد الحميد.

- تم عرض المقياس على (٣) من معلمي التوحيد بمعهد التربية الفكرية بالطائف، وذلك للتحقق من وضوح جميع فقرات المقياس، وأنها تنقل المعنى المراد، والوقوف بشكل دقيق على أي مشكلات تتعلق بفهم العبارات، أو التطبيق، أو التصحيح. وقد تم إجراء بعض التعديلات الطفيفة على بعض الألفاظ غير الواضحة للعينة مع عدم إحداث تغيير في محتوى العبارة.

- تم وضع بدائل للإجابة هي لا تنطبق إطلاقاً، تنطبق بدرجة بسيطة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق كثيراً، تنطبق تماماً وتحصل على الدرجات التالية على التوالي صفر، ١، ٢، ٣، ٤، تشير الدرجة المنخفضة إلي تمتع الطفل التوحيدي بمستوي مرتفع من التفاعل الاجتماعي، ويقوم المعلم أو ولي الأمر بالاستجابة عن هذا المقياس.

تقنين المقياس :

تم تقنين المقياس على عينة بلغ عددها (٣٠) فرداً توحيدياً تم اختيارهم من الأطفال الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بمدينة الطائف، والجمعية السعودية للتوحيد، ومركز جوري المتميز لذوي الاحتياجات الخاصة، ومعهد التربية الفكرية بجدة.

- تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية:

(أ) **الصدق التلازمي** : تم حساب الصدق التلازمي بين مقياس التفاعل الاجتماعي ومقياس سكوبلر لتقدير التوحيد الطفولي وبلغ معامل الصدق ٠،٤٣٧، وهو معامل دال عند مستوى ٠،٠٥

(ب) **الصدق بطريقة الاتساق الداخلي** : تم حساب معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس (بعد استبعاد درجة العبارة من الدرجة الكلية للمقياس) والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي

م	معاملات الارتباط	م	معاملات الارتباط	م	معاملات الارتباط
١	**٠,٧٠	١١	**٠,٤٩	٢١	**٠,٥٦
٢	**٠,٧٤	١٢	**٠,٦٦	٢٢	**٠,٧١
٣	**٠,٧٧	١٣	**٠,٦٧	٢٣	**٠,٧٣
٤	**٠,٥٣	١٤	**٠,٨٤	٢٤	**٠,٥٩
٥	**٠,٧٨	١٥	**٠,٥٧	٢٥	**٠,٧٤
٦	**٠,٧١	١٦	**٠,٧٦	٢٦	**٠,٦٤
٧	**٠,٥٧	١٧	**٠,٥٧	٢٧	**٠,٦٧
٨	**٠,٥٩	١٨	**٠,٨١	٢٨	**٠,٦٦
٩	**٠,٥٤	١٩	**٠,٨٠		
١٠	**٠,٥٣	٢٠	**٠,٦٢		

يتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوي ٠,٠١

- تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية:

- (أ) معامل ألفا كرونباخ : تم استخدام معامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات المقياس فبلغ ٠,٨٥ وهو معامل ارتباط دال عند مستوي ٠,٠١
- (ب) التجزئة النصفية : تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (سيبرمان - براون ، جتمان) فكانت ٠,٨٢ ، ٠,٨٢ على الترتيب.

وبناءً على ما سبق تكونت الصورة النهائية لمقياس التفاعل الاجتماعي من (٢٨) عبارة.

٣- مقياس جودارد للذكاء :

يُعد هذا المقياس من مقاييس الذكاء الأدائية ، وهو من أشهر مقاييس الذكاء المتحررة من أثر الثقافة ، وقد استخدم الباحث هذا المقياس لأن أداء الأطفال التوحديين على المقاييس الأدائية أفضل من أدائهم على المقاييس اللفظية ، حيث أنهم يعانون من قصور في الجانب اللغوي ، كما أن هذا المقياس

قد استخدم في عدة دراسات مثل (عبد المنان معمور، ١٩٩٧، عادل عبد الله، ٢٠٠١، أميرة بخش، ٢٠٠٢)، ويتكون الاختبار من : لوحة خشبية تحتوي على عشرة أشكال مفرغة، والأشكال جميعها من النوع البسيط مثل المثلث والمستطيل، والمربع، والنجمة، والدائرة، وكذلك (١٠) قطع خشبية ذات أشكال مختلفة، ويقوم الفاحص بإخراج هذه القطع الخشبية من مكانها، ويطلب من المفحوص أن يضعها في مكانها بأسرع ما يمكن. تحسب درجة المشارك على أساس الزمن الذي أنهى فيه عقب كل محاولة ويسجل في جدول، ويسمح للمشارك بإجراء ثلاث محاولات لكل قطعة، درجة المشارك لكل قطعة هي أسرع زمن يقطع فيه القطعة الخشبية من بين المحاولات الثلاث، ثم يستخدم جدول المعايير لحساب مقابلات للزمن الذي أجريت فيه المحاولات لنحصل على العمر العقلي للطفل المشارك (صلاح مراد، أمين على، ٢٦٣، ٢٠٠٥-٢٦٤).

٤- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي : إعداد : (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٥ ،

يتألف المقياس من خمسة أبعاد تقيس المستوى الاجتماعي الاقتصادي وهي : وظيفة رب الأسرة أو مهنته، ومستوى تعليمه، وراتبه الشهري، ووظيفة الأم ومهنتها، ومستوى تعليمها، وراتبها الشهري، إلى جانب متوسط دخل الأسرة في الشهر، وعدد أفراد الأسرة، ويتمتع المقياس بمعاملات سيكومترية جيدة، وقد قامت (أميرة بخش، ٢٠٠٢) بتطبيقه على الأطفال التوحديين في البيئة السعودية.

٥- مقياس سكوبلر لتقدير التوحد الطفولي

تعريب وتقنين المقياس : (طارق الشمري، زيدان السرطاوي، صفاء قراقيش ٢٠١٠، ٢٨٩-٣٢٠).

طور مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS) سكوبلر وآخرون (Schopler et al., 1980) ويتألف المقياس من (١٥) عبارة تضمنت كل عبارة منها ٤ تقديرات متدرجة من (١-٤) مع إعطاء وصف للسلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقديرات المناسبة

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنّي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

منها للطفل ، ويشير الرقم (١) إلى أن السلوك عادي في حين تشير التقديرات (٢، ٣، ٤) إلى أن السلوك يتراوح بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي ، ويمكن إعطاء تقديرات بينية مثل (١،٥ ، ٢،٥ ، ٣،٥) ، واشتقت عبارات المقياس من خلال معايير كانر ، ١٩٤٣ ، ونقاط كريك ، ١٩٦١ ، وتعريف روتر ، ١٩٧٨ ، وتعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين ، ١٩٧٨ ، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV 1994 ، ، وقد تمتع المقياس في صورته الأصلية بدلالات صدق وثبات عالية فقد تم حساب صدقه عن طريق صدق المحك بين المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها خلال نفس جلسات التشخيص وكانت ٠،٨٤ ، وتم حساب صدقه في مواقف بديلة (مقابلة الوالدين ، الملاحظة الصفية ، مراجعة ملفات وتاريخ الحالة) وبلغ الاتفاق ٠،٨٢ ، كما تم حساب صدقه عن طريق تقديرات المهنيين في مجالات متعددة وتقديرات الزائرين أثناء ملاحظاتهم لجلسات التشخيص وبلغ الاتفاق ٠،٨٣ ، كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ فبلغ معامل الثبات ٠،٤٩ ، وبطريقة ثبات المقدرين أو المقيمين فبلغ ٠،٧١ وبلغ معامل الارتباط بين مرتي التطبيق ٠،٨٨ .

وقد قام (طارق الشمري وآخرون ، ٢٠١٠) بصياغة عبارات المقياس وفق طريقة ليكرت مع ملاحظة كل عبارة من العبارات الخمس عشرة الي تتألف منها الصورة المختصرة على السلوك الذي تقيسه من جهة ، وعلى التقديرات التي تبناها المقياس من جهة أخرى ، وشملت (١٥) عبارة موزعة على الأبعاد التالية : الانتماء للناس ، التقليد والمحاكاة ، الاستجابة الانفعالية ، استخدام الأشياء ، استخدام الجسم ، التكيف مع التغيير ، الاستجابة البصرية ، استجابة الاستماع ، الاستجابة العقلية واستخدام التذوق والشم واللمس ، الخوف والقلق ، التفاعل اللفظي وغير اللفظي ، مستوى النشاط ، مستوى وثبات الاستجابة العقلية ، الانطباعات العامة . وتم تقنين المقياس على عينة بلغ قوامها ٢٠٠ تلميذ تم اختيارهم من مراكز للتوحد في مناطق الرياض وجدة والدمام بالمملكة العربية السعودية .

قد توفر للمقياس في صورته العربية دلالات صدق وثبات عالية ، فقد تم حساب صدق المقياس من خلال عرضه على المحكمين ، وبطريقة الصدق التمييزي وجاءت الفروق بين متوسطات درجات تلاميذ التوحد والمتخلفين عقليا مرتفعة ودالة على كل عبارة من عبارات المقياس ، وكشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جميع العبارات ، حيث تتراوح درجة تشبعها بالعامل الأساسي للمقياس بين معامل الارتباط (٠،٧٩ - ٠،٩٦) وتبين أن هذا العامل مسئول عن تفسير ما نسبته (٧٨،٨ %) من التباين.

أما عن ثبات المقياس فقد تم حسابه بطريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب الارتباط على العبارة بالدرجة الكلية للمقياس ، حيث تبين أن جميع درجات عباراته ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة ، وتراوحت قيم الارتباط ما بين (٠،٧٩ - ٠،٩٦) ، وبمعامل ألفا والتجزئة النصفية بلغت قيمة تقديرات المعلمين للعينة الكلية (٠،٩٨) ، (٠،٩٣) ولتقديرات المعلمين لحالات التوحد (٠،٩٤) ، (٠،٩٤) ولتقديرات مساعدي المعلمين (٠،٩١) ، (٠،٩٧) وبخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة ألفا (٠،٩٢) ، (٠،٩١) على الترتيب.

0- البرنامج السلوكي :

مر البرنامج السلوكي بالخطوات التالية :

١- أهمية البرنامج :

يعاني الأفراد التوحديون من العديد من السلوكيات التكرارية والمقيدة التي تؤثر على قدرتهم في نواحي : الإدراك ، والانتباه ، والتجهيز المعرفي ، ومن ثم تؤدي إلى تدني قدرتهم على الأداء الأكاديمي ، كما أنها تتداخل مع أنشطتهم الحياتية ، وتقلل من فرص التفاعل والانخراط مع الآخرين ، وعلى هذا تتضح أهمية البرنامج في مساعدة الأطفال التوحديين على تقليص حدة السلوكيات التكرارية وتحسين التفاعل الاجتماعي من خلال فنياتي التعزيز

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

التفاضلي للسلوك الآخر ، ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها حيث أبانت نتائج الدراسات السابقة عن فاعليتهما في علاج السلوكيات التكرارية والمقيدة ومناسبتها للأطفال التوحديين .

٢- أهداف البرنامج :

- الهدف العام : يعتبر الهدف العام والرئيس للبرنامج هو تقليص حدة السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأفراد التوحديين وذلك باستخدام فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ، ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها.

- الأهداف الإجرائية :-

- أ- خفض حدة السلوكيات الحسية والنمطية التكرارية الشاذة لدى الطفل التوحدي.
- ب- تكوين ردود أفعال إيجابية إزاء التغيرات الطارئة التي تنتاب الطفل التوحدي.
- ج- خفض حدة الاهتمام أو التعلق بالأشياء وتفصيلها ، والموضوعات والاهتمامات المحددة ، وتحسين الاهتمام بالأشياء الجديدة.
- د- تقليص حدة عدوانية الطفل نحو الذات والآخرين ، وخفض حدة الاضطرابات الانفعالية الأخرى.

٣- الأسس التي تم مراعاتها عند إعداد البرنامج :

السلوك الإنساني مكتسب من خلال عملية التنشئة الاجتماعية ، سلوك الطفل رغم ثباته النسبي فإنه قابل للتعديل ، مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال التوحديين ، مراعاة خصائص الأطفال التوحديين وحاجاتهم المختلفة ، إثارة الدافعية عند الأفراد التوحديين لتنمية الانتباه وتعلم المهارات الجديدة ، وضوح فقرات البرنامج وعدم غموضها ، التنوع في الأنشطة المقدمة للطفل ، إعطاء الوقت الكافي للطفل عند تنفيذ البرنامج ، استخدام المعززات المرغوبة من قبل الأطفال وتقديمها عند أدائهم للسلوك المستهدف ، العمل على إكساب الأطفال التوحديين السلوكيات المرغوبة وانخراطهم في أنشطة تفاعل مع أقرانهم ، مراعاة أن تكون أنشطة البرنامج مناسبة لقدرات الأطفال وإمكانياتهم.

٤- محتويات البرنامج :

قام الباحث باختيار محتوى البرنامج الحالي من خلال الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة (Shabani et al., 2001; Ringdahl et al., 2002; Taylor et al., 2005; Ahearn et al., 2007; Cicero, 2007; Liu-Gitz, 2010; Farber, 2010; Cassella & Sidener, 2011; Joung, 2011; Gilbride, 2011; Colon et al., 2012) (محمد أبو الفتوح كمال، ٢٠١١) التي تناولت البرامج السلوكية في خفض حدة السلوكيات التكرارية والمقيدة، بالإضافة إلى الملاحظة المباشرة للسلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحديين الملتحقين بمعهد التربية الفكرية بالطائف.

هذا وقد تم مقابلة آباء الأطفال التوحديين، حيث تم توضيح أهداف الدراسة، وتشجيعهم على تنفيذ المطلوب منهم، وقد أوضح الباحث لهم أن التحسن في العلاج بأي درجة ممكنة لا يقتصر على المعلمين وأن اعتبار دورهم لا يقل أهمية عن دور المعلمين، وتم تحديد دورهم بمتابعة التحسن الذي يطرأ على سلوك أبنائهم خلال انخفاض الوقت الزمني عن الخط القاعدي والذي تم تحديده، وقد لمس الباحث منهم رغبة أكيدة في تنفيذ المطلوب منهم.

في بداية الجلسات يُعرف الباحث نفسه للأطفال، وينادي على كل طفل باسمه، ويلعب معهم لمزيد من الألفة بينهم، ويتم التواصل بين الباحث والأطفال من خلال النشاطات البدنية المختلفة.

تهدف الجلسات التدريبية باستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحديين من خلال الأبعاد الأربعة المحددة بمقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة، ويتم تعديل هذه السلوكيات المستهدفة في البيئة الطبيعية «بيئة الفصل»، من خلال استخدام فنية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر أولاً، ثم يتبعها فنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها طوال جلسات البرنامج والتي تبلغ (٤٢) جلسة يتم تطبيقها مع كل طفل على حده، لمدة ثلاث أشهر ونصف الشهر، بواقع ثلاثة جلسات أسبوعياً، مدة كل جلسة ٣٠ دقيقة.

الجلسات من ١-٢١ خصصت للتعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ، والهدف منها خفض حدة السلوكات التكرارية والمقيدة ، يتواجد الباحث في هذه الجلسات في الفصل أثناء الحصة الدراسية ، ويقوم بتحديد الفترة الزمنية التي يستغرقها السلوك لتكون الخط القاعدي الذي يبدأ منه في بداية الجلسات ، في حالة إتيان الطفل السلوك التكراري يقوم الباحث بإظهار الحلوى المفضلة لدى الطفل ولكن لا يقدمها إليه ، وعندما يتوقف عن الإتيان بهذا السلوك يقدم إليه الحلوى المفضلة لديه ، والهدف الوصول بالطفل إلى فاصل زمني مقداره دقيقة واحدة بين توقفه عن السلوك المضطرب وحصوله على المعزز المفضل إليه .

وقام الباحث بعرض لعبة مفضلة لدى الطفل لا يحصل عليها عندما ينهمك في السلوك التكراري والمقيد ، وعندما يتوقف الطفل عن الإتيان بالسلوك تقدم إليه اللعبة ، ومع الاستمرار في التدريب قام الباحث بوضع ثلاثة صناديق من الورق المقوى مرقمة وفي إحداها الحلوى المفضلة للطفل ، وعندما ينهمك الطفل في السلوك التكراري والمقيد يُطلب منه الذهاب للبحث عن الحلوى التي تم إخفاؤها في أحد الصناديق ، فإذا تمكن الطفل من الحصول على المعزز يقدم إليه ، وإذا فشل في الوصول إلى المعزز ، يسمح له بالقيام بأكثر من محاولة حتى يحصل على المعزز ، والهدف من ذلك هو إشغال الطفل بسلوك آخر مرغوب ، كما تم تعريض الطفل إلى البحث عن نفس الشيء المختفي من خلال عرض أكثر من صورة يختار من بينها الشيء المختفي ، والهدف من ذلك تعريض الطفل إلى أكثر من مثير على التوالي هو تحسين الانتباه الانتقائي للطفل ، كما تم تقديم أطعمة غير مستساغة عندما ينهمك الطفل في إصدار السلوك التكراري والمقيد ، وعندما يتوقف عن هذا السلوك تم تقديم أطعمة مفضلة إليه ، كما قام الباحث بوضع منبه بعيداً عن الطفل ، ويُطلب منه عند إتيانه للسلوك التكراري والمقيد أن يقوم بالضغط على زر إيقاف صوت الجرس ، وعندما يقوم بذلك يُعطى الحلوى المحببة إليه ، وعندما يعجز عن القيام بذلك لا تقدم إليه الحلوى المفضلة إليه ، كما قام الباحث بتشجيع الطفل على تصويب كرة صغيرة في أحد الصناديق ، كما طلب منه القيام برسم وتلوين أشياء يفضّلها وأخرى تم تدريبه عليها ، كما يقوم الباحث بوضع لوحه بازل

على الطاولة ، وهي عبارة عن جسم لإنسان أو حيوان ويُطلب منه أن يضع كل جزء من أجزاء البازل في المكان المخصص له ، وإذا لم يستطع الطفل القيام بذلك ، يقوم الباحث بمساعدته من خلال مسك يد الطفل بالجزء المفقود من البازل ووضعه في المكان المخصص له في اللوحة ، كما قدم الباحث للطفل الصلصال بألوانه المختلفة الأحمر والأزرق والأصفر ، والهدف من ذلك خفض حدة السلوكيات التكرارية والمقيدة ، وأن يكون الطفل منشغلاً بسلوكيات مرغوبة ، وقدمت التعزيزات الاجتماعية ومزاوجتها بالتعزيزات الغذائية عندما ينجز الطفل السلوك المرغوب مع زيادة الفاصل الزمني حتى ٥ دقائق ، بمعنى أن الطفل يعزز بعد مرور دقيقتين ، ثلاث دقائق ، أربع دقائق لا يصدر عنه السلوك التكراري والمقيد .

أما الجلسات من ٢٢-٤٢ ، فقد خصصت لمقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها عندما يكون الطفل التوحدي منهمكاً في أداء السلوك التكراري أو المقيد يتم مقاطعته فإذا كان الطفل منهمكاً على سبيل المثال في تكرار كلمات أو حروف أو أصوات لا معنى لها ، وتكون غير موجهه نحو أحد أو لا ترتبط بالسياق فإن الباحث ينبه الطفل ويقاطعه ويكون ذلك من خلال توجيه أسئلة من قبيل : أين تسكن؟ ما لون قميصك؟ من جاء بك اليوم إلى المدرسة؟ ما أنواع الطعام الذي تناولته في فطورك؟ أو لمس أنف الطفل أو يصفق الباحث بيديه ، أو لمس المنضدة أو قول «قف» ، أو افعل كذا ، أو الإشارة إلى أي صورة معلقة أو صورة في الكتاب ، أو الإشارة إلى أجزاء الجسم ويقول ما هذا؟ ، أو قراءة اسم معين أو الطرق بالقلم على الطاولة ، ويتم تشجيع الطفل على التقليد المناسب مثل قل : كرة ، خرزة ، أحمر ، أخضر ، شجرة ، سبورة ، صورة ، أو أن نعلمه استخدام جمل معبرة مرتبطة بالسياق أو تكرار كلمات مناسبة للموقف ، ويمكن إعادة توجيه أجزاء الجسم بدلاً من وضع اليد في الفم ، يتم توجيه يد الطفل إلى المنضدة ، أو أن يضع الباحث يده بمقدار يوصه واحدة من فم الطفل ، أو استخدام ألعاب مفضلة محببة للطفل ، أو من خلال تزويده بشيء ما لمسكه أو اللعب به أو استخدام قطعة من الإسفنج أو عجينة اللعب أو أن يضع اليدين معاً . وعندما يكون الطفل عدوانياً نحو ذاته يتم تزويده بألعاب مفضلة ، أو نجعله يقوم برفع أشياء ثقيلة مثل رفع الكرسي .

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاومة الاستجابة وإعادة توجيهها

بعد إعادة توجيه استجابة الطفل ، يجب أن يستخدم الطفل السلوك البديل لمقدار محدد من الوقت ٦ دقائق ، وعندما يبدأ في استخدام السلوك البديل أكثر يزيد مقدار الوقت المطلوب من ٦ دقائق تدريجياً إلى عشر دقائق مع تعزيز الطفل على سلوكه المرغوب ، وقد راعى الباحث أن يبدأ بالمعززات الغذائية ذات القيمة العالية من وجهة نظر الطفل الذي يمارس السلوك المرغوب ، ثم تلي ذلك استخدام المعززات الاجتماعية ومنها الثناء والاستحسان والتقدير لأداء الطفل للسلوك المرغوب ، ثم تلي ذلك المزاوجة بين المعززات الغذائية والمعززات الاجتماعية ، وتم اختيار المعززات المحببة للطفل من خلال الملاحظة الطبيعية من قبل المعلم ، أو من خلال سؤال آباء الأطفال التوحيديين عن المعززات التي يفضلها أبناؤهم ، وتم إعطاء الطفل التعزيز مباشرة بعد حدوث السلوك ووفقاً لما تم التخطيط له .

٦ - التحقق من صلاحية البرنامج للاستخدام :

قام الباحث بعرض البرنامج على مجموعة من السادة المحكمين* من أساتذة الصحة النفسية ، وعلم النفس التربوي ، والتربية الخاصة لأخذ آرائهم ومقترحاتهم

حول مدى مناسبة الزمن المتاح للجلسات ، والإجراءات والفنيات المستخدمة لتحقيق أهداف الجلسة ، وبعد تجميع آراء ومقترحات السادة المحكمين تم تعديل البرنامج وإضافة آرائهم ومقترحاتهم ، وبذلك تحقق الباحث من صدق وصلاحية استخدام البرنامج مع حالات الدراسة الحالية .

٧ - تقويم البرنامج :

تم تقويم البرنامج القائم على الفنيات السلوكية للأطفال التوحيديين عن طريق مقارنة النتائج القبلية والبعدي والتتبعية لرتب درجات السلوكيات التكرارية والمقيدة ، والتفاعل الاجتماعي .

* أ.د/ أحمد عبد الرحمن عثمان ، أ.د.م/ حمدان فضة ، أ.د.م/ مدحت عبد المحسن الفقي

رابعاً : الإجراءات

عند إجراء الجانب التطبيقي من الدراسة الحالية اتبع الباحث الخطوات الآتية :

- تم مقابلة مدير المدرسة ومعلمي فصول التوحد ، وولي أمر الأطفال التوحديين ، وتعريفهم بالهدف من الدراسة الحالية ، ومردودها على الأطفال التوحديين ، والتأكيد على أهمية الالتزام بأداء بالواجبات من أجل انجاز الأهداف المستهدفة ، وقد أبدوا تعاوناً كاملاً مع الباحث.
- تم إعداد مقاييس الدراسة وتطبيقها على عينة استطلاعية لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة ، ثم بعد ذلك تم تطبيق مقياس الدراسة على العينة الأساسية والعينة التجريبية من قبل معلمي التربية الخاصة باعتبارهم وثيقي الصلة بالأفراد التوحديين باستثناء تطبيق مقياس جودارد للذكاء فقد تم تطبيقه من قبل الباحث.
- تم تصحيح أدوات الدراسة وتحديد عينة الدراسة التجريبية ، وتم إعداد وتطبيق البرنامج على عينة الدراسة التجريبية.
- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ، تم تطبيق مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ومقياس التفاعل الاجتماعي على المجموعة التجريبية.
- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري ، والدراسات السابقة ، واستخلاص التوصيات المرتبطة بالنتائج.
- تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين السلوكيات التكرارية والمقيدة والتواصل/التفاعل الاجتماعي ، واختبار ولكوكسون Willcoxon لدراسة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعات المرتبطة.

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

نتائج الدراسة :

عرض ومناقشة نتائج الفرض الأول :

ينص علي أنه» توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات الأفراد التوحديين على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ومقياس التفاعل الاجتماعي «. وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الأفراد التوحديين في مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة ومقياس التفاعل الاجتماعي. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين مقياس السلوكيات التكرارية ومقياس التفاعل الاجتماعي

أبعاد المقياس	التفاعل الاجتماعي	مستوى الدلالة
التمهيط الحسي الحركي	٠,٦١	٠,٠١
رد الفعل للتغيرات	٠,٤٦	٠,٠١
السلوكيات المقيدة	٠,٤٨	٠,٠١
قصور التعديل	٠,٥٢	٠,٠١

يتضح من جدول (٥) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أبعاد مقياس السلوكيات التكرارية ومقياس التفاعل الاجتماعي.

تختلف نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (Tadevosyan-Leyfer et al., 2003) والتي استخلصت عدة عوامل من بينها اللغة المنطوقة ، التفاعل الاجتماعي ، ونتائج دراسة (Van Lang et al., 2006) والتي استخلصت ثلاثة عوامل هي : الخلل عن التفاعل الاجتماعي ، الخلل عن اللعب الاجتماعي ، السلوك النمطي واللغوي ، ونتائج دراسة (Frazier et al., 2008) والتي أسفرت عن وجود عاملين هما : اللغة النمطية والسلوك التكراري والمقيد ، قصور التفاعل الاجتماعي وهذه الدراسات تؤكد استقلالية كل من السلوكيات التكرارية والتفاعل الاجتماعي.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراستي (Ronald, Happe' & Plomin, 2005 ; Ronald, Happe' , Bolton, Butcher, Price & Wheelwright, 2006) واللتان أشارتا إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين السلوك التكراري والمقيد والعجز عن التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين ، ومع نتائج دراسة (Lam et al., 2009) والتي انتهت إلى وجود ارتباط موجب بين السلوك التكراري والقصور الاجتماعي والعجز عن التفاعل الاجتماعي.

وتفسر نتائج الدراسة في أن الطفل التوحدي الذي لديه أرجحة الجسم المتكررة للخلف أو الأمام أو لليمين أو لليسار ، والذي يبدي حركات شاذة للرأس والذراع واليد ويقف ويمشي بطريقة شاذة ، ويصرخ بشكل متكرر ، ويظهر طقوساً في أنشطة الحياة اليومية ، وينزعج لحدوث تغيرات في المظهر أو في سلوك المحيطين به ، ويميل لتخزين الأشياء على نحو متكرر ، ولديه عدوان نحو ذاته والآخرين ، ولديه اهتمامات محدودة ، ويجد صعوبة في البقاء ساكناً بدون حركة لمدة طويلة ، عندما يتفاعل مع الآخرين يبدو غير واثق من نفسه ، ويعجز عن المبادرة والاستمرار في الحديث مع الآخرين إلا للحصول على احتياجاته الضرورية ، ويفتقد القدرة على بناء علاقات جديدة وثيقة مع الآخرين ، كما يصعب عليه توصيل مشاعره للآخرين بالكلمات أو بالإيماءات ، كما يستخدم اللغة بطريقة نمطية متكررة ، ويعجز عن تقليد أفعال الآخرين ، يرفض اللعب مع الآخرين ، ويبدو أكثر توتراً في المواقف الاجتماعية.

عرض نتائج الفرض الثاني :

ينص على أنه « توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة والفروق لصالح القياس البعدي». وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ولكوكسون لدلالة الفروق للمجموعات المرتبطة. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٦)

نتائج حساب قيمة «Z» لمتوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة

الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	القياس
٠,٠٥	٢,٠٣	١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	التميط الحسي الحركي الرتب السالبة
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة
				٠	التساوي
				٥	المجموع
٠,٠٥	٢,٠٣	١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	رد الفعل للتغيرات الرتب السالبة
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة
				٠	التساوي
				٥	المجموع
٠,٠٥	٢,٠٣	١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	السلوكيات المقيدة الرتب السالبة
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة
				٠	التساوي
				٥	المجموع
٠,٠٥	٢,٠٣	١٥,٠٠	٣,٠٠	٥	قصور التعديل الرتب السالبة
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة
				٠	التساوي
				٥	المجموع

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة في اتجاه القياس البعدي عند مستوى ٠,٠٥

عرض نتائج الفرض الثالث :

ينص على أنه «لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة». وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام نفس الإجراء السابق. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٧)

نتائج حساب قيمة «Z» لمتوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة

الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	القياس
غير دال	١,٦٣	٦,٠٠	٢,٠٠	٣	التنميط الحسي الحركي الرتب السالبة
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة
				٢	التساوي
				٥	المجموع
غير دال	١,٤١	٣,٠٠	١,٥٠	٢	رد الفعل للتغيرات الرتب السالبة
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة
				٣	التساوي
				٥	المجموع
غير دال	١,٤١	٠	٠	٠	السلوكيات المقيدة الرتب السالبة
		٣,٠٠	١,٥٠	٢	الرتب الموجبة
				٣	التساوي
				٥	المجموع
غير دال	١,٣٤	٠	٠	٠	قصور التعديل الرتب السالبة
		٣	١,٥٠	٢	الرتب الموجبة
				٣	التساوي
				٥	المجموع

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة.

مناقشة الفرضين الثاني والثالث :

أيدت نتائج الدراسة فعالية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة بعض السلوكيات التكرارية والمقيدة لدى الأطفال التوحدين ، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيتي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

السلوكي التدريبي المقترح من خلال وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لعينة الدراسة كما يتضح من جدول (٦) .

تتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسات (Shabani et al., 2001; Ringdahl et al., 2002; Taylor et al., 2005) والتي انتهت نتائجها إلى فعالية استخدام فنية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض حدة أرجحة الجسم المتكررة، ورفرفة اليد، وحدة التنميط الصوتي، وتتفق مع نتائج دراسة (محمد كمال أبو الفتوح، ٢٠١١) والتي أسفرت عن فعالية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في علاج بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين.

كما تتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسات (Ahearn et al., 2007; Cicero, 2007; Liu-Gitz, 2010; Cassella & Sidener, 2011; Joung, 2011; Colon et al., 2012) والتي أبانت نتائجها عن فعالية استخدام فنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة التنميط الصوتي، وخفض حدة السلوك النمطي، وتتفق مع نتائج دراستي (Farber, 2010; Gilbride, 2011) واللذان أسفرتا عن فعالية استخدام فنية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر وفنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في خفض حدة السلوك الحركي.

وتفسر نتائج الدراسة في أن الفئتين قد حققتا فعالية دالة في خفض السلوك التكراري والمقيد، فقد تمكن الطفل من التمييز بين السلوك المرغوب والسلوك غير المرغوب، وحققت فنية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر دوراً ملحوظاً في خفض حدة السلوك التكراري والمقيد حيث كان تعزيز الفرد عند امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة، كما تم استخدام التعزيز المتكرر المنظم، وكما أن هذه الفنية تتسم بسرعة التأثير، ولا تعتمد على العقاب.

وفي إجراءات مقاطعة الاستجابة تم الاعتماد على الاستجابة المستهدفة، ومعدل السلوك في البداية والاستمرار في تنفيذ المقاطعة حتى

حدوث الاستجابة المستهدفة، كما أنها مفيدة مع السلوكيات التي لا تحدث لجلب الانتباه أو الهروب ولكنها تستمر من خلال الاستثارة الذاتية.

وأدت المهام المختلفة التي استخدمت في الفئتين إلى حدوث تغيرات ملاحظة، وتكرار للسلوكيات المرغوبة، كما أصبحت هذه المهام إضافات هامة في ذخيرة الطفل، وأثرت تأثيراً مباشراً ومحورياً في تحسين الانتباه لدى الطفل التوحدي لأداء السلوك المرغوب بدلاً من التركيز على السلوك غير المرغوب، بالرغم من الصعوبات التي يعاني منها الطفل التوحدي والذي يركز جل انتباهه إلى سلوكياته النمطية والمقيدة المتكررة مدفوعاً بالرغبة في الاستثارة الذاتية، ويعاني من صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء المرغوبة، ولديه قصور ملحوظ في قدرته على الانتباه الموزع للكشف عن المستهدفات السمعية والبصرية بشكل متأن، وقصور في قدرته على انتقاء المثير المستهدف من بين عدة مشيرات مشتتة.

كما كان للمعززات الأولية والتي تشمل كل أنواع الطعام والشراب أثراً بالغاً في مجال تعديل السلوك التكراري والمقيد لدى الطفل، وكذلك كان للمعززات الاجتماعية دوراً إيجابياً في خفض حدة السلوك التكراري والمقيد، فهي لا تستغرق وقتاً في تنفيذها، هذا إلى جانب أنها لا تعطل السلوك الذي يقوم به الطفل وهو يستمر في أداء المهمة، وقد أعطيت هذه المعززات بعد صدور السلوك المرغوب عن الطفل في الحال، كما روعي تنويعها.

كما أفاد المتابع المنطقي في استخدام الفئتين في خفض حدة السلوك التكراري والمقيد، من حيث التحديد الدقيق للسلوك، وتحديد فترة زمنية يفترض عدم حدوث السلوك غير المقبول فيها، كما تم ملاحظة السلوك أثناء تلك الفترة الزمنية بشكل متواصل، وتعزيز الفرد بعد مرور تلك الفترة إذا لم يحدث السلوك المستهدف أثناءها، وأعقب ذلك استخدام المنع البدني، المنع اللفظي، وبعد إعادة توجيه استجابة الطفل، استخدم الطفل السلوك البديل لمقدار محدد من الوقت، وازداد مقدار الوقت المطلوب من دقيقة إلى عشرة دقائق.

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاعلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

وأظهرت نتائج المتابعة كما يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوكيات التكرارية والمقيدة. وهذا يؤكد استمرارية نجاح البرنامج التدريبي المقترح، وبالرغم من ذلك فإن قيم «Z» جاءت مرتفعة بعض الشيء في القياسين البعدي والتتبعي، ويفسر هذا في ضوء أن هذه السلوكيات التكرارية مثابرة لدى الأطفال التوحديين، ربما يرجع ذلك إلى الخلل في منظومة الدوبامين واللويزة والشذوذ الوظيفي في القشرة الحزامية الأمامية، أو أنها تمثل تعزيز للطفل التوحدي، أو تكون وسيلة لخفض حدة مستويات الاستثارة المرتفعة، أو تكون وسيلة للانسحاب من المواقف الاجتماعية أو لخفض حدة القلق الناتج عن صعوبات فهم الحالات العقلية للأفراد الآخرين، ويميل الباحث إلى رؤية السلوكيات التكرارية التي يمارسها الطفل التوحدي على أنها ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية.

عرض نتائج الفرض الرابع :

ينص على أنه «يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي والفروق لصالح القياس البعدي». وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام نفس الإجراء السابق. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٨)

نتائج حساب قيمة «Z» لمتوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي

القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
الرتب السالبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٣	٠,٠٥
الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
التساوي	٠				
المجموع	٥				

يتضح من جدول (٨) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي والفروق لصالح القياس البعدي عند مستوى ٠,٠٥.

عرض نتائج الفرض الخامس :

ينص على أنه « لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاعل الاجتماعي ». ولتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام نفس الإجراء السابق. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (٩)

نتائج حساب قيمة «Z» لمتوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاعل الاجتماعي

القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الرتب السالبة	٢	١,٥٠	٣	١,٣٤	غير دال
الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
التساوي	٣				
المجموع	٥				

يتضح من جدول (٩) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاعل الاجتماعي.

مناقشة الفرضين الرابع والخامس

أيدت نتائج الدراسة فعالية البرنامج التدريبي المقترح بفنيته في خفض حدة السلوك التكراري والمقيد مما كان له أثر فاعل في تحسين التفاعل الاجتماعي، فقد أظهرت نتائج جدول (٨) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي والفروق لصالح القياس البعدي عند مستوى ٠,٠٥.

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

ويفسر ذلك في ضوء فاعلية فنية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر، وفنية مقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي فقد استطاع الطفل التوحدي أن يتفاعل مع الآخرين، ويوصل مشاعره إليهم إلى حد كبير، وتحسنت رغبته في اللعب مع الآخرين، وتمكن من استخدام بعض الكلمات والجمل البسيطة للتعبير عن احتياجاته، وتحقق له درجة مقبولة من التفاعل مع الآخرين، وتحسنت قدرته إلى حد معقول على تقليد الآخرين، وحقق درجة معقولة من التفاعل الإيجابي مع الآخرين، وانخفض توتره إلى حد ما في المواقف الاجتماعية.

وأظهرت نتائج المتابعة كما يتضح من جدول (٩) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على التفاعل الاجتماعي، وهذا يحقق فعالية البرنامج في القياسين البعدي والتتبعي، ويلاحظ أن قيمة «Z» مرتفعة بعض الشيء وهذا يتناغم مع ارتفاع قيم «Z» للسلوك التكراري والمقيد في المتابعة، ويشير إلى مدى تأثير التفاعل الاجتماعي بالسلوكات التكرارية والمقيدة.

توصيات الدراسة

تمت صياغة التوصيات في ضوء ما أسفرت عنه هذه الدراسة من نتائج :

- ١- ضرورة تقديم التوعية المناسبة والتشجيع المستمر لكافة أفراد المجتمع بشأن التعامل مع الأفراد التوحديين حتى يتمكنوا من تغيير سلوكياتهم التكرارية والمقيدة مما ينعكس إيجابياً على قدراتهم على التفاعل الاجتماعي .
- ٢- تدريب المعلمين والمشرفين القائمين على رعاية الأطفال التوحديين على الأساليب التربوية الحديثة، والاطلاع على كل جديد في علاج السلوكات التكرارية والمقيدة.
- ٣- متابعة السلوكات التكرارية والمقيدة يتطلب من العاملين في ميدان التوحد الاستمرار في تطبيق البرامج السلوكية التي من شأنها أن تحد من هذه السلوكات.

المراجع العربية :

١. إبراهيم الزريقات (٢٠١١). تعديل سلوك الأطفال والمراهقين : المفاهيم والتطبيقات . عمان : دار الفكر.
٢. أحمد عبد الخالق (١٩٩٣). استخبارات الشخصية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
٣. أحمد عكاشه (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٤. أميرة بخش (٢٠٠٢). دراسة تشخيصية مقارنة في المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً. مجلة رسالة الخليج العربي ، العدد (٨٤) ، ص ص ١١١-١٣٣.
٥. بطرس حافظ بطرس (٢٠١٠). تعديل وبناء سلوك الأطفال . عمان : دار المسيرة .
٦. جابر عبد الحميد ، خيري أحمد (١٩٧٨). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. القاهرة : دار النهضة العربية.
٧. جمال الخطيب (٢٠١٢). تعديل السلوك الإنساني . عمان : دار الفكر.
٨. سعيد حسني العزة (٢٠٠٢). المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
٩. صلاح أحمد مراد ، أمين على سليمان (٢٠٠٥). الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية : خطوات إعدادها وخصائصها . القاهرة : دار الكتاب الحديث.
١٠. طارق الشمري ، زيدان السرطاوي ، صفاء قراقيش (٢٠١٠). معايير الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي CARS دراسة تقنية . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد الرابع والثلاثون (الجزء الأول) ، ص ص ٢٨٥-٣٢٤.
١١. عادل عبد الله محمد (٢٠٠١). الأطفال التوحديون (دراسات تشخيصية وبرامجية). القاهرة : دار الرشاد.
١٢. عبد العزيز الشخص (١٩٩٥). دليل مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي . القاهرة : الأنجلو المصرية.
١٣. عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧). فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين . المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد

د . السيد كامل الشربيني _____ فعالية فنيي التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ومقاطعة الاستجابة وإعادة توجيهها

- النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي ٢-٤ سبتمبر) ، المجلد الأول ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ص ص ٤٣٧-٤٦٠ .
- ١٤ . عثمان فراج (١٩٩٤) . إعاقة التوحد أو الاجترار . النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر ، العدد (٤٠) ، ٢-٨ .
- ١٥ . عثمان فراج (٢٠٠٢) . الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة . القاهرة : المجلس العربي للطفولة والتنمية .
- ١٦ . عمر بن الخطاب (٢٠٠١) . الأسباب الدفاعية في علاج التوحد . مجلة معوقات الطفولة : جامعة الأزهر ، القاهرة ، ع ٩ .
- ١٧ . فؤاد أبو حطب ، سيد عثمان ، أمال صادق (١٩٩٣) . التقويم النفسي . القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ١٨ . محمد عدنان (٢٠٠٧) . الأطفال التوحديين . عمان : دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع .
- ١٩ . محمد كمال أبو الفتوح أحمد (٢٠١١) . فاعلية التدريب على وظيفة التواصل واستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض حدة بعض المشكلات السلوكية لدى حالات من أطفال الأوتيزم (الأطفال الذاتويين) . دراسات نفسية ، مج ٢١ ، ع ٣ ، ص ص ٤٧٥-٥١٨ .
- ٢٠ . محمود حمودة (١٩٩١) . الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج . القاهرة ، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال .
- ٢١ . وفاء الشامي (٢٠٠٤) . سمات التوحد . الجمعية الخيرية النسوية : مركز جدة للتوحد .

المراجع الأجنبية :

4. Ahearn, W., Clark, K., MacDonald, R. , & Chung, B. (2007). Assessing and treating vocal stereotypy in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40 (2),263-275.
5. Albano, A. , Chorpita, B. , & Barlow, D. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 279–329). New York: Guilford Press.

6. Allik, H., Larsson, J., Smedje, L. (2006). Sleep patterns of school age children with Asperger syndrome or high-functioning Autism. *Journal Autism .Dev. Disord*, 36, 585-595.
7. American Psychiatric Association. (2011). Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/Default.aspx>. Accessed March 24.
8. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
9. Athens, E. , Vollmer, T. , Sloman, K. , & Pipkin, C. (2008). An analysis of vocal stereotypy and therapist fading. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 291-297.
10. Baron-Cohen, S. (1989). Do autistic children have obsessions and compulsions? *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 193-200.
11. Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U., (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21 (1), 37-46.
12. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
13. Baron-Cohen, S., & Hammer, J. (1997). Parents of children with Asperger syndrome: what is the cognitive phenotype? *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9, 548-554.
14. Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 489-507.
15. Bellini, S., Peters, J. , Bennett, L., & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*, 28, 153-162

16. Bodfish , W., Symons, F., Parker, D., & Lewis, M. (2000). Varieties of repetitive behavior in Autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 237-243.
17. Bourreau, Y., Roux, S., Gomot, M., Bonnet-Brilhault, F., & Barthelemy, K. (2009). Validation of the repetitive and restricted behaviour scale in autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18:675–682
18. Boyed, B., Baraneck, G., Sideris, J., Poe, M., Watson, L., Patten, E., & Miller, H. (2010). Sensory features and repetitive behaviors in children with autism and developmental delays. *Autism Research*, 3, 78-87.
19. Bradshaw, J., & Sheppard, D. (2000). The neurodevelopmental frontostriatal disorders: Evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain and Language*, 73, 297–320.
20. Bushwick, N. (2000). Social learning and the etiology of autism. *New Ideas in Psychology* 19, 49-75.
21. Carcani-Rathwell, L., Rabe-Hasketh, S., & Santosh, P. (2006). Repetitive and stereotyped behaviours in pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 573-581.
22. Carruthers, P. (1996). Autism as mind-blindness: An elaboration and partial defense. In P. Carruthers & P. Smith (Eds.), *Theories of theories of mind* (pp. 257-273). Cambridge: Cambridge University Press.
23. Carter, A., Davios, N., Klin, A., & Volkmar, F. (2005). Social development in Autism. In F. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, pp. 312-334). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
24. Cassella, M., & Sidener, T. (2011). Response interruption and redirection for vocal stereotypy in children with autism : A systematic replication. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44, 169–173.

25. Chan, A., Cheung, J., Leung, W., Cheung, J., & Cheung, M. (2005). *Verbal expression and comprehension deficits in young children with autism. Focus on Autism & Other Developmental Disabilities, 20(2), 117–124.*
26. Chen, Y., Rodgers, J., & McConachie, H. (2009). *Restricted and repetitive behaviours, sensory processing and cognitive style in children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord, 39, 635–642.*
27. Chiang, C., Soong, W., Lin, T., & Rogers, S. (2008). *Communication skills in young children with autism. J Autism Dev Disord, 38, 1898–1906.*
28. Cicero, F. (2007). *The effects of non-contingent reinforcement and response interruption on stereotypic behavior maintained by automatic reinforcement. Unpublished Doctoral Dissertation, The City University of New York.*
29. Colon, C., Ahearn, W., Clark, K., & Maslky, J. (2012). *The effects of verbal operant training and response interruption and redirection on appropriate and inappropriate vocalization. Journal of Applied Behavior Analysis, 45, 107-120.*
30. Constantino, J., & Gruber, C. (2005). *The social responsiveness scale manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.*
31. Conyers, C., Miltenberger, R., Maki, A., Jurgens, M., Sailer, A., Haugen, M., & Kopp, B. (2004). *A comparison of response cost and differential reinforcement of other behavior to reduce disruptive behavior in a preschool classroom. Journal of Applied Behavior Analysis, 37, 411-415.*
32. Cuccaro, M., Nations, N., Brinkley, J., Abramson, R., Wright, H., Hall, A., Gilbert, J., & Pericak-Vance, M. (2007). *A Comparison of repetitive behaviors in aspergers disorder and high functioning autism. Child Psychiatry Hum Dev, 37, 347–360.*
33. Dawson, G., Webb, S., Wijsman, E., Schellenberg, G., Estes, A., Munson, J. (2005). *Neurocognitive and electrophysiological*

- evidence of altered face processing in parents of children with autism: Implications for a model of abnormal development of social brain circuitry in autism. Development and Psychopathology, 17, 679–697.*
34. Deitz, D. & Repp, A. (1983). Reducing behavior through reinforcement. *Exceptional Education Quarterly, 3(4), 34-46.*
 35. Dementieva, Y., Vance, D., Donnelly, S., Elston, L., Wolpert, C. M., Ravan, S., DeLong, G., Abramson, R., Wright, H., & Cuccaro, M. (2005). Accelerated head growth in early development of individuals with autism. *Pediatric Neurology, 32, 102–108.*
 36. Deramus, M. (2009). *Repetitive behaviors and anxiety in children with autism spectrum disorders. Unpublished Doctoral Dissertation, Graduate School of The University of Alabama.*
 37. Dodd, S. (2005). *Understanding autism. New York: Elsevier.*
 38. Douglas, M. (2009). *Social interactions of students with autism in general physical education. Unpublished Doctoral Dissertation, Michigan State University.*
 39. Emery, N. (2000). The eyes have it: The neuroethology, function and evolution of social gaze. *Neuroscience & Behavioural Review, 24(6), 581–604.*
 40. Esbensen, A., Seltzer, M., Lam, S., & Bodfish, J. (2006). Age-Related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord, 39, 57–66.*
 41. Evans, D., Leckman, J., Carter, A., Reznick, J., Henshaw, D., & Pauls, D. (1997). Rituals, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development, 68(1), 56-68.*
 42. Exkorn, K. (2005). *The autism sourcebook. New York: Harper Collins Published.*
 43. Farber, R. (2010). *The effects of response interruption redirection and differential reinforcement of other behavior on motor stereotypy. Unpublished Master's Thesis, Northeastern University, Boston.*

44. Fombonne, E. (2005). *Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 3-8.
45. Frazier, T. , Youngstrom, E. , Kubu, C., Sinclair, L., & Rezai, A. (2008). *Exploratory and confirmatory factor analysis of the autism diagnostic interview-revised. Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 474-480.
46. Frith, U., & Happé, F. (1994). *Autism: Beyond «Theory of mind».* *Cognition*, 50, 115-132.
47. Gabriels, R. , Cuccaro, M. , Hill, D., Ivers, B. , & Goldson, E. (2005). *Repetitive behaviors in autism: relationships with associated clinical features. Research in Developmental Disabilities*, 26(2), 169.
48. Gadow, K., DeVincent, C., Pisarevskaya, V., Olvert, D., Mendell, N.(2010). *Parent –child DRD 4 genotype as a potential biomarker for oppositional, anxiety, and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 1208-1214.
49. Georgiades, S., Papageorgion, V., & Anagnostou, E.(2010). *Brief report : repetitive behaviors in Greek individuals with autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 903-906.
50. Gilbride, M.(2011). *A Comparison of differential reinforcement of other behavior and response interruption and redirection on vocal stereotypy. Unpublished Master's Thesis, Graduate School of Northeastern University.*
51. Gillis, J., Callahan, E., & Romanczyk, R.(2011). *Assessment of social behavior in children with autism: The development of the behavioral assessment of social interactions in young children. Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 351-360.
52. Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). *Anxiety in high-functioning children with autism. Autism*, 5(3), 277-286.

53. Gordon, C. (2000). *Commentary: Considerations on the pharmacological treatment of compulsions and stereotypies with serotonin reuptake inhibitors in pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 437–438.*
54. Gravel, J. , Dunn, M., Lee, W., & Ellis, M. (2006). *Peripheral audition of children on the autistic spectrum. Ear Hear, 27(3), 299-312.*
55. Greaves,N., Prince,E., Evans,D.,& Charman,T.(2006). *Repetitive and ritualistic behaviour in children with Prader–Willi syndrome and children with autism. Journal of Intellectual Disability Research , 50(2),92-100.*
56. Hepburn,S.,&Maclean , W.(2009). *Maladaptive and Repetitive Behaviors in Children With Down Syndrome and autism spectrum disorders: implications for screening. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 2,67–88.*
57. Hertz-Picciotto, I., & Delwiche, L. (2009). *The rise in autism and the role of age at diagnosis. Epidemiology, 20, 84–90.*
58. Hollander, E., Phillips A., Chaplin ,C., Zagursky, K., Novotny , C., & Wasserman, S.(2005).*A placebo controlled crossover trial of liquid fluoxetine on repetitive behaviors in childhood and adolescents autism .Neuropsychopharmacology , 30, 582-589.*
59. Horner, R. , Carr, E. , Strain, P. , Todd, A. , & Reed, H. (2002). *Problem behavior interventions for young children with autism: A research synthesis. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5), 223–446.*
60. Howlin, P. (2005). *Outcomes in autism spectrum disorders. In F. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders, Vol. 1: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior (3rd ed., pp. 201–220). Hoboken, NJ: Wiley and Sons, Inc.*

61. Howlin,P.,Mawhood, L., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder—A follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 561–578.
62. Hutt, C., & Hutt, S. (1970). Stereotypies and their relation to arousal: A study of autistic children. In C. Hutt & S. Hutt (Eds.), *Behaviour studies in psychiatry* (pp. 175-204). Oxford: Pergamon Press.
63. Jabery ,M.(2008). *The Examination of validity and reliability indicators of the Jordanian translated Arabic version of the Gilliam autism rating scale (GARS-2)*. Unpublished Doctoral Dissertation , The Graduate School of Wayne State University, Detroit, Michigan
64. Jacqui , R., Deborah ,R., Emily ,J., Brenda ,C.,& Helen , M.(2012). *Anxiety and Repetitive Behaviours in Autism Spectrum Disorders and Williams Syndrome: A Cross-Syndrome Comparison*. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 42(2),175-180.
65. Joosten, A. , Bundy, A. , & Einfeld, S. (2009). *Intrinsic and extrinsic motivation for stereotypic and repetitive behaviour*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 521–531.
66. Joung ,E.(2011). *The effects of response interruption and redirection on vocal stereotypy*. Unpublished Master's Thesis, the Graduate Faculty of the University of Kansas.
67. Koegel , R.,&Koegel , L.(2006).*Pivotal response treatment for autism*. Baltimore, MD : Paul H. Brooks Publishing Co.
68. Lam, K., Bodfish,J.,& Piven, J.(2009). *Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49,11 ,1193–1200.
69. LaVigna,G.,& Donnellan, A. (1986). *Alternatives to punishment: Solving behavior problems with non-aversive strategies*. New York: Irvington.

70. Leblanc, L., Patel, M., & Carr, J. (2000). Recent advances in the assessment of aberrant behavior maintained by automatic reinforcement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 137-154.
71. Leekam, R., Prior, M., & Uljarevic, M. (2011). Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders: A review of research in the last decade. *Psychological Bulletin*, 137(4), 562-593.
72. Liu-Gitz, L., & Banda, D. (2010). A replication of the RIRD strategy to decrease vocal stereotypy in a student with autism. *Behavioral Intervention*, 25, 77-87.
73. Loftin, R., Odom, S., & Lantz, J. (2008). Social Interaction and Repetitive Motor Behaviors. *J Autism Dev Disord*, 38, 1124-1135.
74. Lord, C., & Venter, A. (1992). Outcome and follow-up studies of high functioning autistic individual. In E. Scholper & G. Mesibov, (Eds.), *High functioning individual with autism (PP.187-200)*. New York, NY: Plenum.
75. Lord, C., Risi, S., and Pickles, A. (2004) Trajectory of language development in autism spectrum disorders. In :Rice M and Warren S (Eds.), *Developmental language disorders: From phenotypes to etiologies*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 7-29.
76. Lovaas, O., Newsom, C., & Hickman, C. (1987). Self-stimulatory behavior and perceptual development. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 45-68.
77. MacDonald, R., Anderson, J., Dube, W., Geckeler, A., Green, G., Holcomb, W. (2006). Behavioral assessment of joint attention: A methodological report. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 138-150.
78. MacDonald, R., Green, G., Mansfield, R., Geckeler, T., Gardenier, N., Anderson, J., (2007). Stereotypy in young children with autism and typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 28(3), 266.

79. Mandy, W., & Skuse, D. (2008). *Research Review: What is the association between the social-communication element of autism and repetitive interests, behaviours and activities?* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 795–808
80. Manolitsi, M., & Botting, N. (2011). *Language abilities in children with autism and language impairment: using narrative as a additional source of clinical information.* *Child Language Teaching and Therapy*, 27(1) 39–55.
81. Marcus, B., & Vollmer, T. (1996). *Combining noncontingent reinforcement and differential reinforcement schedules as treatment for aberrant behavior.* *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 43-51.
82. Matson, J., Dempsey, T., & Fodstad, J. (2009). *Stereotypes and repetitive/restrictive behaviours in infants with autism and pervasive developmental disorder.* *Developmental Neuro-rehabilitation*. 12(3), 122–127.
83. McConnel, S. (2002). *Intervention to facilitate social interaction for young children with autism : Review of available research and recommendation for educational intervention and future research.* *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 351-372.
84. McDougle, C., Naylor, S., Cohen, D., Volkmar, F., Heninger, G., & Price, L. (1996). *A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder.* *Archives of General Psychiatry*, 53, 1001–1008.
85. McGovern, C., & Sigman, M. (2005). *Continuity and change from early childhood to adolescence in autism.* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 401-408.
86. Metz, R. (1967). *Stimulation level preferences of autistic children.* *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 529-535.
87. Mieke, M., Herbert, R., & Petra, W. (2011). *The social interactive behaviour of young children with autism spectrum disorder and*

- their mothers. The International Journal of Research & Practice, 15(1),43-64.*
88. Militerni, R., Bravaccio, C., Falco, C., Fico, C., & Palermo, M. (2002). *Repetitive behaviors in autistic disorder. European Child & Adolescent Psychiatry, 11,210-218.*
89. Mooney, E., Gray ,K.,& Tonge, B.(2006). *Early features of autism repetitive behaviours in young children. Eur Child Adolesc Psychiatry, 15,12–18.*
90. Motteron, L., & Burack, J. (2001). *Enhanced perceptual functioning in the development of persons with autism. In J.Burack,T.Charman, T.Yirmiya &P.Zelazo.(Eds.), The development of autism: perspectives from theory and research (pp. 131–148). Mahwah, NJ: Erlbaum.*
91. Neitzel, J. (2009a). *Implementation checklist for response interruption /redirection. Chapel Hill, NC: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, Frank Porter Graham Child Development Institute, The University of North Carolina.*
92. Neitzel, J. (2009b). *Steps for implementation: Response interruption /redirection. Chapel Hill, NC: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, Frank Porter Graham Child Development Institute, The University of North Carolina.*
93. Newschaff, C., Croen, L., & Daniels, J.(2007). *The epidemiology of autism spectrum disorders. Annu Rev Public Health,28 , 235–58.*
94. Nicole ,S.(2010). *An Examination of the social deficit of autism: A comprehensive study of facial fixation behavior. Unpublished Doctoral Dissertation , University of California.*
95. Orsmond, G., Krauss, M., & Seltezer, M.(2004).*Peer relationships and social and recreational activities among adolescent and adults with autism .Journal of Autism and Developmental Disorders , 34(3), 245-256.*

96. Ozonoff, S., Williams, B., & Landa, R. (2005). Parental report of the early development of children with regressive autism: The delays-plus-regression phenotype. *Autism*, 9, 461–486.
97. Pellicano ,E.,& Macrae, C.(2009). Mutual eye gaze facilitates person categorization for typically developing children, but not for children with autism. *Psychonomic Bulletin & Review*, 16 (6), 1094-1099.
98. Philip,R., Whalley, A., Stanfield, R ., Sprengelmeyer , R., Santos , I., Young, A., Atkinson, A. Johnstone , B., Lawrie , S.,& Hall, J.(2010). Deficits in facial, body movement and vocal emotional processing in autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 40, 1919–1929.
99. Pickles, A ., Simonoff, E., Conti-Ramsden,G., Falcaro, M., Simkin, Z., Charman,T.,Chandler,C., Loucas, T.,& Baird , G.(2009). Loss of language in early development of autism and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 843–852.
100. Reisinger , L.(2008).Exploring the behavioral and cognitive profile of children with autism and children with pragmatic . Unpublished Doctoral Dissertation , McGill University, Montreal.
101. Richler J., Bishop,S., Kleinke,J.,& Lord, C.(2009). Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 37,73–85.
102. Richler,R.,Huerta,M.,Bishop,S.,&Lord,C.(2010).Developmental trajectories of restricted and repetitive behaviors and interests in children with autism spectrum disorders. *Development and Psychopathology*, 22 , 55–69.
103. Ridley, R. (1994). The psychology of preservative and stereotyped behaviour. *Progress in Neurobiology*, 44, 221-231.
104. Ringdahl, J. , Andelman, A., Kitsukawa, K.,Winborn, L., Barretto, A., & Wacher, D. (2002). Evaluation and treatment of covert stereotypy. *Behavioral Interventions*, 17,43–49.

105. Rogers, S. (2009). *What are infant siblings teaching us about autism in infancy?* *Autism Research*, 2, 125–137.
106. Ronald, A., Happe', F., Bolton, P., Butcher, L., Price, T., Wheelwright, S. (2006). *Genetic heterogeneity between the three components of the autism spectrum: A twin study.* *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 691–699.
107. Ronald, A., Happe', F., & Plomin, R. (2005). *The genetic relationship between individual differences in social and nonsocial behaviours characteristic of autism.* *Developmental Science*, 8, 444–458.
108. Rump, K., Giovannello, J., Minshew, N., & Strauss, M. (2009). *The development of emotion recognition in individuals with autism.* *Child Development*, 80(5), 1434-1447.
109. Ruser, T., Arin, D., Dowd, M., Putnam, S., Winklosky, B., Rosen-Sheidley, B. (2007). *Communicative competence in parents of children with autism and parents of children with specific language impairment.* *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1323–1336.
110. Salovilita, T. (2002). *Drybed training method in the elimination of bed-wetting in two adults with autism and severe mental retardation.* *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(3), 135-140.
111. Shabani, D., Wilder, D., & Flood, W. (2001). *Reducing stereotypic behavior through discriminate training, differential reinforcement of other behavior and self monitoring.* *Behavior Intervention*, 16, 279-286.
112. Shriberg, L., Paul, M., McSweay, J., Klin, A., Cohen, D., & Volkmar, F. (2001). *Speech and prosody characteristics of adolescents and adults with high-functioning autism and Asperger syndrome.* *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 1097-1115.

113. Smith, E., & Van Houten, R. (1996). A comparison of the characteristics of self-stimulatory behavior in normal children and children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 253–268.
114. Smith, R., Russo, L., & Le, D. (1999). Distinguishing between extinction and punishment effects of response blocking: A replication. *Journal of Applied Behavior Analysis, 32*, 367–370.
115. Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 1152–1160.
116. South, M., Ozonoff, S., & McMahon, W. (2007). The relationship between executive functioning, central coherence, and repetitive behaviors in the high-functioning autism spectrum. *Autism, 11*(5), 437–451.
117. Sprague, J., Holland, K., & Thomas, K. (1997). The effect of non-contingent sensory reinforcement, contingent sensory reinforcement, and response interruption on stereotypical and self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities, 18*, 61–77.
118. Suhail, K., & Zafar, F. (2009). Prevalence of autism in special education schools of Lahore. *Pakistan Journal of Psychological Research, 23*(3-4), 45-64.
119. Szatmari, P., Georgiades, S., Bryson, S., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Mahon, W., Goldberg, J., Tuff, T. (2006). Investigating the structure of the restricted, repetitive behaviours and interests domain of autism. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 47*(6), 582-590.
120. Tadevosyan-Leyfer, O., Dowd, M., Mankoski, R., Winklosky, M., Putnam, S., McGrath, L. (2003). A principal components analysis of the autism diagnostic interview-revised. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 42*(7), 864–872.

121. Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). *Language and communication in autism*. In: F.Volkmar ,R. Paul , A.Klin , &D. Cohen .(Eds.),*Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3rd edition, (pp.335–364), Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
122. Taylor , B., Hoch,A.,& Weissman,M.(2005). *The analysis and treatment of vocal stereotypy in a child with autism*. *Behavioral Interventions* 20 , 239–253 .
123. Thakkar, K., Polli, F., Joseph, R.,Tuch, D., Hadjikhani, N., Barton, J.,& Manoach, D.(2008). *Response monitoring, repetitive behaviour and anterior cingulate abnormalities in autism spectrum disorders (ASD)*. *Brain*, 131, 2464 -2478.
124. Thompson, R. , Iwata, B. , Hanley, G., Dozier, C., & Samaha, A. (2003). *The effects of extinction, noncontingent reinforcement, and differential reinforcement of other behaviors as control procedures*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 221-238.
125. Turner, M. (1999). *Annotation: Repetitive behavior in autism: A review of psychological research*. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 839–849.
126. United States Centers for Disease Control and Prevention (USCDCP). (2007). *Prevalence of autism spectrum disorders: Autism and developmental disabilities monitoring network (No. 55-1)*. *Surveillance Summaries*, Vol. 56, (pp.1-40).
127. Van Lang, N. , Boomsma, A., Sytema, S., De Bildt, A. , Kraijer, D. , Ketelaars, C. (2006). *Structural equation analysis of a hypothesized symptom model in the autism spectrum*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(1), 37–44.
128. Volkmar , F.,&Klin, A.(2005). *Issues in the Classification of Autism and Related Conditions*. In R. Volkmar ,R. Paul , A. Klin ,D. Cohen (Eds), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. John Wiley & Sons, Inc.

129. Werner, E., & Dawson, G. (2005). Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. *Archives of General Psychiatry*, 62, 889–893.
130. Wetherby, A. , Cain, D. , Yonclas, D. , & Walker, V.(1988). Analysis of intentional communication of normal children from the pre-linguistic to the multiword stage. *Journal of Speech and Hearing Research*, 31, 240–252.
131. White, S. , Keoing, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1858–1868.
132. White,R., & Roberson-Nay, R.(2009). Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 39 ,1006–1013.
133. Wolf, J.(2010). An examination of avoidance extinction procedures in treatment of maladaptive higher-order repetitive behavior in autism. *Unpublished Doctoral Dissertation ,The Graduate School of University of Minnesota.*
134. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva.
135. Zakian,A., Malvy , J., Desombre , H., Roux, S., & Lenoir , P.(2000).Early sign of autism : A new study of family home movies. *L'Encephale*, 26, 38-44.
136. Zandt, F., Prior, M., & Kyrios, M.(2007). Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder. *J Autism Dev Disord*, 37,251–259.
137. Zwaigenbaum, L., Thurm, A., Stone, W., Baranek, G., Bryson, S., Iverson, J. (2007). Studying the emergence of autism spectrum disorders in high-risk infants: methodological and practical issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 466–480.

مقياس السلوك التكراري والمقيد (ملحق ١)

إعداد : (Bourreau et al., 2009)

ترجمة وتعريب د/ السيد كامل الشربيني

الاسم /

السن /

اسم المعهد /

تاريخ التطبيق /

تعليمات المقياس :

فيما يلي مجموعة من العبارات تتناول السلوك التكراري المقيد الملاحظ لدى الطفل التوحدي ، المطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة ، ثم تحديد مدى انطباقها على الطفل بوضع علامة (/) في المربع الذي يصف حالته ، مع العلم بأن السلوك غير معبر عنه أبداً من الشخص يحصل على درجة (صفر) ، السلوك معبر عنه بدرجة بسيطة يحصل على درجة (١) ، السلوك معبر عنه بدرجة متوسطة يحصل على درجة (٢) ، السلوك معبر عنه بدرجة كبيرة يحصل على درجة (٣) ، السلوك معبر عنه بدرجة كبيرة جداً ومميز للشخص يحصل على درجة (٤).

م	العبارات
١	أرجحة الجسم المتكررة للخلف أو الأمام أو اليمين أو اليسار.
٢	حركات تكرارية وشاذة للفم.(مثل الابتسامات الجامدة ، لوي الفم) .
٣	حركات تكرارية للرأس (مثل هز الرأس ، حركات دائرية للرأس ، لف الرأس).
٤	حركات تكرارية للذراع واليد (مثل تحريك الذراع بسرعة كبيرة أو بطيئة ، ررفة اليدين).
٥	المشي بطريقة شاذة أو غريبة (مثل المشي على أطراف الأصابع).
٦	خطوات متكررة (مثل التحرك ذهاباً وإياباً بين حائطين أو قطعتين ، أو الدوران بلا نهاية حول شجرة)
٧	الوقوف أو الجلوس بطريقة جامدة أو متصنعة (مثل التواء الجسم ، إمالة الرأس).
٨	حركات سريعة ومعقدة للأصابع أمام العين مع أو بدون استخدام شيئاً ما .
٩	التعلق التكراري غير الوظيفي للأشياء(مثل الضرب بالقدم على الأرض).
١٠	الاهتمام بتفاصيل الأشياء مثل (الاهتمام بعجلات السيارات الصغيرة ، أو اللون أو الشكل).

م	العبارات
١١	التعلق بأشياء معينة وأخذها أينما ذهب .
١٢	اهتمامات محددة أو مقيدة (مثل الأرقام ، الحيوانات ، العربات ، الأجهزة) .
١٣	تكرار صارم أو جامد للكلمات والجمل والنعمة .
١٤	تكرار الصراخ والأصوات .
١٥	سلوك عدواني نحو الآخرين أو الأشياء (ضرب وعض الآخرين ، تحطيم الأشياء)
١٦	سلوكيات إيذاء الذات (مثل شد الشعر ، إحداث خدوش بالجسم ، إدخال الأصابع في العين)
١٧	سلوكيات مرتكزة على الجسم. (مثل العناق والمداعبة ، مضغ الأشياء، بلع مواد غير صالحة للأكل).
١٨	طقوس أنشطة الحياة اليومية (مثل الوجبات ، ارتداء الملابس ، النوم وتكون بنفس الترتيب) .
١٩	طقوس في اللعب وأوقات الفراغ (مثل يلعب نفس الألعاب بنفس الطريقة).
٢٠	طقوس التواصل (مثل يسأل نفس الأسئلة لكل شخص في كل وقت ، يكرر نفس الموضوعات)
٢١	طقوس الطريق (مثل عدم رغبته في تغيير الطريق).
٢٢	طقوس رس الأشياء في صفوف .
٢٣	الانزعاج عند تدخل أحد في أنشطته أو طقوسه .
٢٤	الميل المتكرر لتخزين الأشياء .
٢٥	الميل لمحاولة التحكم في الأنشطة أو المحادثات .
٢٦	سلوكيات حسية شاذة (مثل شم أو لمس الأشياء والناس ، تغطية العين أو الأذن).
٢٧	الاجاذبية للأشياء التي تتحرك .
٢٨	الاجاذبية لأصوات وضوضاء معينة .
٢٩	الاهتمام بجزء من الشخص (مثل أزرار الملابس)
٣٠	الحاجة لوضع الأشياء كما كانت عليها (مثل أن تكون الستائر مغلقة ، الأبواب مفتوحة بشكل معين)
٣١	الانزعاج عند تغيير محتويات البيئة .
٣٢	الانزعاج عندما تحدث تغييرات في المظهر أو في سلوك الأقرباء .
٣٣	نقص الاهتمام للأشياء الجديدة .
٣٤	نمطية في الانفعالات التي يبديها .
٣٥	صعوبة البقاء ساكناً بدون حركة لمدة طويلة .

مقياس التفاعل الاجتماعي (ملحق ٢) إعداد د/ السيد كامل الشربيني

الاسم / السن /
اسم المعهد / تاريخ التطبيق /

تعليمات المقياس :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن تفاعل وتواصل الطفل مع الآخرين ، المطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة ، ثم تحديد مدي انطباقها على الطفل بوضع علامة (/) في المربع الذي يصف حالته ، مع العلم بأن لا تنطبق إطلاقاً تحصل على درجة (صفر) ، وتنطبق بدرجة بسيطة تحصل على درجة (١) ، و تنطبق بدرجة متوسطة تحصل على درجة (٢) ، و تنطبق كثيراً تحصل على درجة (٣) ، وتنطبق تماماً تحصل على درجة (٤).

م	العبارات
١	عندما يتفاعل مع الآخرين يبدو غير واثق من نفسه.
٢	يتجنب التواصل البصري.
٣	يعجز عن توصيل مشاعره للآخرين بالكلمات أو الإيماءات.
٤	يجد صعوبة في المبادأة.
٥	يتجنب الآخرين الذين يريدون أن يكونوا قريبين انفعالياً منه.
٦	ينفصل بسهولة عن الشخص الذي يريعه.
٧	يتحدث مع الآخرين بنغمة شاذة.
٨	يعجز عن الاستمرار في الحديث مع الآخرين.
٩	يلمس الآخرين بطريقة شاذة .
١٠	تعبيرات وجهه لا تناسب الموقف الاجتماعي.
١١	يصعب عليه مقابلة أشخاص جدد.
١٢	يرفض اللعب مع الآخرين.
١٣	يصدر أصواتاً متكررة لا معنى لها.
١٤	لا يشعر بالمتعة عندما يكون مع الآخرين.

العبارات	م
يصعب عليه استخدام أي كلمات تعبر عن نفسه.	١٥
يفتقر للابتساماة الاجتماعية.	١٦
يتواصل مع الآخرين فقط للحصول على احتياجاته الضرورية.	١٧
يعجز عن الاستجابة للمثيرات الاجتماعية.	١٨
يعجز عن استخدام لغة الجسد في تفاعله مع الآخرين.	١٩
لديه شذوذ في متابعة التواصل بالعين.	٢٠
يستخدم اللغة بطريقة نمطية متكررة.	٢١
يعجز عن تقليد أفعال الآخرين.	٢٢
يفضل أن يكون وحيداً لفترات زمنية طويلة.	٢٣
يرفض التعاون مع الآخرين عندما يطلبون منه ذلك.	٢٤
يجد صعوبة في تكوين أصدقاء.	٢٥
يبدو أكثر توتراً في المواقف الاجتماعية .	٢٦
يجد صعوبة في التعبير عن نفسه بجمل قصيرة معبرة.	٢٧
يعكس الضمانر (أنا ، أنت..الخ)	٢٨

فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم

إعداد

د / سهير محمد سلامة شاش
أستاذ التربية الخاصة المساعد
كلية التربية - جامعة طيبة

ملخص الدراسة :

استهدفت الدراسة الكشف عن مدى فعالية برنامجين للعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفض مستوى السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً ، وتكونت العينة من (٢٤) تلميذة من فئة القابلات للتعلم بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة ، تتراوح أعمارهن ما بين ١٠-١٢ سنة ، تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات متكافئة في ارتفاع مستوى السلوك العدواني (وفقاً لمقياس تقدير السلوك العدواني) : المجموعة التجريبية الأولى طبق عليهن برنامج اللعب العلاجي ، المجموعة التجريبية الثانية طبق عليهن برنامج القصة الاجتماعية ، والمجموعة الثالثة مجموعة ضابطة . وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامجي اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي بكلتا المجموعتين ، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة بانخفاض مستوى السلوك العدواني في كلتا المجموعتين ، ولم توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيتين في مستوى السلوك العدواني في القياس البعدي ، بالإضافة إلى استمرار فعالية كلا البرنامجين حيث لم توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين البعدي والتتبعي في كلتا المجموعتين .

الكلمات المفتاحية : المعاقات عقلياً القابلات للتعلم - السلوك العدواني - اللعب العلاجي - القصة الاجتماعية .

مقدمة

الإعاقة العقلية ظاهرة إنسانية قديمة متعددة الجوانب، وتحتاج إلى جهد الكثيرين من القائمين على تنشئة ورعاية المعاقين عقلياً، وهي ظاهرة تتطلب التعامل معها بإيجابية، فذوي الإعاقة العقلية يحتاجون إلى العناية والاهتمام بتربيتهم وتعليمهم، حتى يتسنى لهم احتمال القدرة على التكيف مع مطالب الحياة في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم.

ولا تقتصر مشكلات المعاقين عقلياً على نقص الكفاءة العقلية والاجتماعية، ولكنهم يعانون أيضاً من مشكلات سلوكية وانفعالية نتيجة لما يتعرضون له من ظروف اجتماعية ونفسية وتربوية غير ملائمة خلال مراحل حياتهم، هذه المشكلات تحول بين هؤلاء الأطفال وبين امكانية تعایشهم بشكل مقبول مع الآخرين، بل كثيراً ما يعانون من الانحرافات السلوكية نتيجة ما يلاقونه من احباطات في الحياة اليومية، ويأتي السلوك العدواني في مقدمة هذه الانحرافات (محمد، ٢٠٠٣، ٧٨). ففي دراسة أجراها ماتسون وآخرون (Matson, et al., 1994) لتحديد المشكلات السلوكية الشائعة بين المعاقين عقلياً في الفئة العمرية من ١٢-١٨ سنة، أسفر التحليل العاملي عن وجود ستة عوامل تُستقطب حولها مشكلات المعاقين عقلياً هي: نوبات الغضب والعدوان / اضطراب السلوك، اضطراب اللغة / العدوان اللفظي، الإنسحاب الاجتماعي / السلوك النمطي، ثم تأتي اضطرابات قصور الانتباه / النشاط الزائد والاندفاعية، والاكتئاب / القلق، وأخيراً اضطرابات الأكل والنوم. وكشفت دراسة دافيدسون وآخرون (Davidson, et al., 1996) عن أن أهم أشكال ومظاهر السلوك العدواني التي تتسم بها فئة المعاقين عقلياً تتمثل في العدوان اللفظي المباشر وغير المباشر، والعدوان المادي، والعدوان نحو الذات والآخرين. وفي دراسة مسحية لسلوك العدوانية أجراها روجان وآخرون (Rojahn et al., 2001) تم تطبيق أداة لقياس المشكلات السلوكية (BPI-01) مكونة من ٥٢ بنداً عن سلوك إيذاء الذات، والسلوك النمطي، والسلوك العدواني / التدميري لدى المعاقين عقلياً وذوي الإعاقات النمائية الأخرى، وتم تقدير البنود بناء على مدى التكرار والحدة من خلال المقابلة المباشرة مع القائمين

بالرعاية على عينة تم اختيارها عشوائياً من بين (٤٣٢) من المقيمين في أحد مراكز التنمية تتراوح أعمارهم بين ١٤-٣١ سنة. وقد وجد أن حوالي (٧٣٪) منهم لديهم مشكلة واحدة على الأقل في مقياس المشكلات السلوكية. وقد أظهر (٤٣٪) سلوك إيذاء الذات، (٥٤٪) السلوك النمطي، (٣٨٪) السلوك العدواني التدميري. وقد أيد التحليل العاملي التوكيدي هذه الإضطرابات السلوكية داخل عينة المعاقين عقلياً. وفي دراسة مسحية أجراها سجا فوس وآخرون (Sjgafoos, et al., 2004) على عينة مكونة ٢٤١٢ من المعاقين عقلياً بأستراليا، تم تصنيف (٢٦١) من العينة باعتبارهم ذوي سلوك عدواني. ووجد أن السلوك العدواني ينتشر بنسبة (١١٪) من بين المشكلات السلوكية، وكانت نسبة انتشاره بين أطفال المؤسسات بنسبة (٣٥٪)، وبين الذين يعيشون بالمنزل بنسبة (١٧٪)، وبين الذين يقدم لهم تسهيلات مجتمعية بنسبة (٣٪)، وانتشر السلوك العدواني بين الذكور بنسبة (٦٤٪)، وكانت نسبة انتشاره بين ذوي الإعاقة العقلية البسيطة بنسبة (٥٤٪)، وبين ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والعميقة بنسبة (٣١٪)، وكان إيذاء الذات منتشرًا بين (٣٤٪) من أفراد العينة، في حين كان العدوان التدميري منتشرًا بين (٣٠٪) من أفراد العينة، ووجد أن ثلثي أفراد العينة يتلقون علاجاً دوائياً لمواجهة سلوك التحدي، في حين كان الثلث يتلقون تدخلاً علاجياً سلوكياً. وخلصت دراسة القمش (٢٠٠٦) إلى أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى المعاقين عقلياً في المنزل كانت الحركة الزائدة، والإنسحاب الاجتماعي، والسلوك النمطي، والسلوك العدواني، وإيذاء الذات.

هذا- ولقد لقيت أساليب الرعاية التربوية لذوي الإعاقة العقلية اهتماماً متزايداً من الباحثين والمتخصصين كأسلوب نمائي ووقائي وعلاجي لجوانب القصور في شخصية المعاق عقلياً خلال مراحل وفترات نموه المختلفة (بخش، ١٩٩٧، ١٥٩)، وتلعب البرامج التأهيلية والعلاجية دوراً كبيراً في تحسين ظروفهم الحياتية بحيث يستطيعون الاستفادة من الفرص التدريبية والتربوية التي تمكنهم من التكيف في المؤسسة الفكرية الخاصة بهم مع زملائهم (العزة، ٢٠٠١، ٩١)، كما أوصت دراسة داف- أب (Dav-UP 2003)

إلى ضرورة الإهتمام بوضع البرامج التربوية والإرشادية التي تعمل على إعادة تأهيل المعاقين عقلياً والعمل على خفض حدة ما يعانون منه من اضطرابات نظراً للآثار السلبية لهذه الاضطرابات على الجوانب المعرفية والنمائية لهؤلاء الأطفال.

ولقد استخدمت أساليب علاجية عديدة لعلاج السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً : فلقد استخدم ديبس (١٩٩٨) فنية التعزيز التفاضلي لخفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، واستخدم المطرودي (١٩٩٧) التعزيز الإيجابي والإقصاء منفردين ومجتمعين في خفض حدة السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، واستخدمت أمين (١٩٩٧) برنامجاً إرشادياً لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً بالتعزيز الإيجابي من خلال اجراءات تعديل السلوك ، واستخدم شلبي (٢٠٠٠) فنية الإقتصاد الرمزي لخفض حدة العنف لدى عينة من المعاقين عقلياً ، وأجرى أحمد وآخرون (٢٠٠٣) دراسة لدى فاعلية أسلوب التعزيز والنمذجة لخفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، واستخدم مسافر (٢٠٠٣) فنيتي الإقتصاد الرمزي والتعليم الملمف لخفض مستوى اضطراب ايداء الذات لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً ، كما استخدم العسرج (٢٠٠٧) نفس الفنية لضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة داون ، واستخدمت دراسة استيوارت (Stewart,2005) برنامجاً قائماً على التدريب على التعبير الحر عن الذات ، وآخر قائم على التوجيه المباشر بغرض خفض حدة الاضطرابات السلوكية ومنها السلوك العدواني ، واستخدم البهاص (٢٠٠٧) برنامجاً تدريبياً لخفض حدة سلوك إيذاء الذات وتحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من خلال فنيات تعديل السلوك غير التفسيرية كالتدعيم والانطفاء والتعديل البيئي ، وأجرى خطاب (٢٠٠١) دراسة عن فاعلية تدريب الأطفال المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة كإستراتيجية حديثة للحد من سلوكهم العدواني ، كما أجرى محمد (٢٠٠٣) دراسة عن فاعلية تدريب الأطفال المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة للحد من السلوك العدواني لديهم ،

واستخدم جنيد (٢٠٠٧) تلك الجداول للحد من السلوك العدواني للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

هذا - ويعتبر اللعب العلاجي أحد الفنيات التي استخدمت لخفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً وذلك لما له من دور كبير في مساعدة الطفل في اكتساب المبادئ والاتجاهات والتفريغ الانفعالي ونقل الأحاسيس والمشاعر والتعبير عنها ، وتنظيم الانفعالات والضبط الذاتي ، وتحقيق حاجات الطفل وإشباعها ، واكتساب المهارات الاجتماعية والمشاركة الإيجابية مع الآخرين (المصري ، ٢٠٠٦ ، ٥٠-٥١).

كما تعتبر القصة الاجتماعية من الوسائل المهمة التي تساهم في تحقيق تنشئة اجتماعية آمنة ، لأن الطفل يتأثر بها إلى حد كبير ، فهي تعني له عالمه الخاص الذي يجد فيه المثل الذي يحتذي به ، وتشكل لديه الإحساس والانفعال المناسبين لتكوين الأفكار والاتجاهات (يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٦٤) ، وتستخدم القصة كأسلوب علاجي ناجح يؤدي ثماره عندما يبدأ الطفل في التعامل مع المشكلات التي تعرضها القصة وتطبيقاتها في الحياة الواقعية. وتحاول الدراسة الحالية التحقق من مدى فعالية كل من اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية منفردين في خفض السلوك العدواني لدى عينة من المعاقات عقلياً القابلات للتعلم بالمدينة المنورة.

مشكلة الدراسة

نظراً لأن السلوك العدواني بمختلف أشكاله يعتبر من أكثر المشكلات التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم مما يحول دون قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع الآخرين ، وعدم استفادته من الأنشطة والبرامج التربوية المقدمة في معاهد وبرامج التربية الفكرية ، لذا كان من الواجب مواجهة هذا السلوك والحد من مظاهره من خلال البرامج العلاجية التي تستهدف توفير أساليب الرعاية التربوية وتنمية شخصيته بعيداً عن الإحباط وتسمح للمعاق عقلياً بالتعبير عن نفسه في جو يسوده

التقبل والتفاهم. وتتبلور مشكلة الدراسة الحالية في الكشف عن مدى فعالية كل من اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية منفردين في خفض السلوك العدواني لدى عينة من المعاقات عقلياً القابلات للتعليم، ومن ثم : تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية :

١. هل يختلف مستوى السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة اللعب العلاجي) قبل البرنامج عنه بعد البرنامج ؟
٢. هل يختلف مستوى السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة القصة الاجتماعية) قبل البرنامج عنه بعد البرنامج ؟
٣. هل يختلف مستوى السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً بين المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة اللعب العلاجي) بعد البرنامج عنه لدى أقرانهم في المجموعة الضابطة ؟
٤. هل يختلف مستوى السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً بين المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة القصة الاجتماعية) بعد البرنامج عنه لدى أقرانهم في المجموعة الضابطة ؟
٥. هل يختلف مستوى السلوك العدواني بين كلتا المجموعتين التجريبيتين : «اللعب العلاجي ، والقصة الاجتماعية» في القياس البعدي؟
٦. هل يختلف مستوى السلوك العدواني بين القياسين البعدي (بعد إنتهاء البرنامج مباشرة) ، والتتبعي (بعد مرور شهر من المتابعة) في كلتا المجموعتين التجريبيتين؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى :

١. الكشف عن مدى فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعليم ، من خلال اللعب العلاجي.

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفضه السلوك العدواني

٢. الكشف عن مدى فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم ، من خلال القصة الاجتماعية.
٣. الكشف عن مدى وجود فروق بين الفئتين في خفض السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم.
٤. الكشف عن مدى استمرار فعالية كلتا الفئتين بعد فترة من توقف الإجراءات الخاصة بكل منهما.

أهمية الدراسة

تتجلى أهمية الدراسة الحالية فيما يلي :

- أهمية الفنيات العلاجية المستخدمة ، حيث تستخدم الدراسة كل من اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدي المعاقات عقلياً ؛ فمن المسلم به أن اللعب يعد من أهم الإحتياجات النفسية في مرحلة الطفولة ، لأنه يُشعر الطفل بالأمان ويُشبع إحتياجاته ، ويساعده على التفرغ الانفعالي ، واكتساب المهارات الاجتماعية والمشاركة الإيجابية ، والتفاعل مع الآخرين واستنفاد للطاقة . بالإضافة لذلك فإن القصة لونها من ألوان اللعب الإيهامي الذي يحتاج إليه الطفل لتنمية خياله وزيادة قدرته على التعبير، كما أنها أسلوب تروحي يساعد الطفل على تكوين مفاهيم جديدة وخبرات نافعة، كما يساعده على بناء شخصية سوية - ومن ثم يمكن عن طريقهما خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً.
- تظهر الحاجة إلى البرنامج من خلال الفئة التي يستهدفها البرنامج وهي فئة المعاقات عقلياً القابلات للتعلم - وكذلك الأثر السلبي للطاقة المهدورة في السلوك العدواني والتي تؤثر على الحالة النفسية والعقلية والاجتماعية للمعاقات في ظل قدراتهم المحدودة والتي يجب أن تستغل لأقصى درجة لتحقيق التوافق النفسي للطفلة المعاقة ، والاستفادة من هذه الإمكانيات لتحقيق التكيف مع البيئة المحيطة بها .

- يتوقع أن تسهم الدراسة الحالية في وضع أساليب تربوية وتأهيلية وإرشادية تخدم مؤسسات الإعاقة العقلية ، ومساعدة التربويين والأخصائيين النفسيين في تطبيق البرنامج الإرشادي باللعب والقصة الاجتماعية وفق أعمار وسمات والمستوى العقلي للأطفال ، وما يناسب احتياجاتهم.
- مساعدة أسر الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بصفة عامة من خلال توجيههم وإرشادهم إلى الطرق السليمة للتعامل مع أبنائهم.
- قد يستفيد من البرنامج العاملون ضمن حقل التأهيل والتربية الخاصة وإعادة تطبيقه على من يعاني من السلوك العدواني ضمن فئات التربية الخاصة .
- الاستفادة من نتائج البحث الحالي في إعداد برامج تدريبية وإرشادية أخرى تتناسب مع خصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، لعلاج مشكلات واضطرابات سلوكية أو إنفعالية أخرى.

مصطلحات الدراسة

١. الإعاقة العقلية

يقصد بالإعاقة العقلية في الدراسة الحالية التلميذات المعاقات عقلياً بدرجة بسيطة (القابلات للتعلم) المنتظمات في برامج التربية الفكرية بمعهد التربية الفكرية ، اللاتي تتراوح نسبة ذكائهن بين ٥٥-٧٠ ، طبقاً لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء.

٢. السلوك العدواني

يعرف السلوك العدواني في الدراسة الحالية إجرائياً : بأنه السلوك الذي يصدر عن الطفل بهدف إلحاق الأذى بالآخرين أو الأشياء والممتلكات ، ويقاس بالدرجة الخاصة بذلك على مقياس تقدير السلوك العدواني المستخدم في الدراسة ، وفقاً لتقديرات المعلمات ، ويتضمن أربعة أبعاد- هي :

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفضه السلوك العدواني

- السلوك العدواني الصريح: المتمثل في محاولة خلع ملابس زملاء والعض وشد الشعر والتخريب والبصق ، والضرب وتحطيم الأشياء.
- السلوك العدواني العام، (اللفظي وغير اللفظي): المتمثل في الشتم ومضايقة زملاء والتحرش بهم ، واستخدام الألفاظ النابية والبذيئة.
- السلوك الفوضوي: المتمثل في الدخول إلى الفصل والخروج منه دون استئذان والقيام بالشوشرة ورمي الأوراق على الأرض دون وضعها في سلة المهملات.
- عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم في الانفعالات: والمتمثلة في الانتقام وعدم القدرة على التحكم في السلوك عند الاستثارة ورمي أي شيء أمامه عند الغضب (ديبس ، ١٩٩٨).

٣. اللعب العلاجي

يُعرف اللعب العلاجي بأنه « نشاط موجه يقوم به مجموعة الأطفال تحت إشراف ، بهدف تنمية سلوكهم وقدراتهم العقلية والجسمية والوجدانية ويحقق في نفس الوقت المتعة والتسلية وأسلوب التعلم ، وهو استغلال للأنشطة في تفرغ الطاقة والتنفيس عن النفس ، واكتساب المعرفة وتقريب مبادئ التعلم للأطفال وتوسيع آفاقهم المعرفية (الحيلة : ٢٠٠٣ : ٢٢٥) . ويعرف اللعب العلاجي إجرائياً بأنه : مجموعة من الألعاب أو الأنشطة الجماعية الهادفة التي يتضمنها البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية الذي تم إعداده وتنفيذه مع المجموعة التجريبية تحت إشراف الباحثة/المعلمة بهدف خفض السلوك العدواني وفق خطوات وإجراءات منهجية منظمة ، وبالطرق والفتيات العلمية التي تناسب الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٤. القصة الاجتماعية

تعرف القصة الاجتماعية في الدراسة الحالية بأنها : حكاية تسرد عن طريق الرواية ، أو عن طريق العرائس ، وتتضمن جانب نفسي تربوي واجتماعي وأخلاقي وتروحي وعلاجي، وتتضمن أهداف سلوكية تجذب انتباه الطفل وتعلمه سلوكيات مرغوب فيها والعمل على تخفيف أو محو سلوكيات غير مرغوبة.

حدود الدراسة

١. الحد الزمني : تم تطبيق البرنامج المستخدم خلال الفصل الثاني للعام الدراسي ١٤٣٣/١٤٣٤هـ.
٢. الحد المكاني : تم تنفيذ البرنامج في معهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة.
٣. الحد البشري : عينة من المعاقات عقلياً القابلات للتعلم من بين تلميذات التربية الفكرية ، تتراوح نسبة ذكائهن بين ٥٥ - ٧٠ ، وتتراوح أعمارهن الزمنية ما بين ١٠-١٢ سنة.
٤. الحد الموضوعي : تتحدد نتائج الدراسة الحالية بمقياس تقدير السلوك العدواني المستخدم ، وفق البرنامجين المستخدمين هما : برنامج اللعب العلاجي ، وبرنامج القصة الاجتماعية ، واللذين استهدفا استهداف خفض السلوك العدواني.

الإطار النظري والدراسات السابقة

١. الإعاقة العقلية

تم تعريف الإعاقة العقلية من وجهات نظر مدارس مختلفة طبقاً لطبيعة وتخصص وإهتمامات الباحثين سواء كانوا أطباء أو أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين ، أو مؤسسات دولية مسئولة عن الإعاقة العقلية ، وأكثر تعريفات الإعاقة العقلية استخداماً هو ذلك التعريف الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization (1992) ، فقد عُرِفَت الإعاقة العقلية في التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD-10) بأنه : ” حالة من توقف أو عدم اكتمال نمو العقل ، يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مرحلة النمو ، والتي تسهم في المستوى العام للذكاء - أي القدرات المعرفية ، واللغوية ، والحركية ، والاجتماعية ، ويمكن أن تحدث الإعاقة مصحوبة أو غير مصحوبة بأي اختلال عقلي أو بدني (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٢ ، ٨٤).

وتبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association of Mental Retardation (1993) تعريفاً شاملاً للإعاقة العقلية ينص على أنها: ” نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني دون المتوسط، يكون متزامناً مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية الشخصية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، الاستفادة من مصادر المجتمع، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، قضاء وقت الفراغ، مهارات العمل، والحياة الإستقلالية - ويظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة“ (Greenspan , 1999,96).

- وبناء على هذا التعريف تصنف الجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات اعتماداً على درجة الذكاء (وفقاً لقياس وكسلر بلفيو للذكاء) - هي:
- الإعاقة العقلية البسيطة (القابلون للتعلم) : وتتراوح نسبة الذكاء بين ٧٠ - ٥٥ درجة.
 - الإعاقة العقلية المتوسطة (القابلون للتدريب) : وتتراوح نسبة الذكاء بين ٤٠ - أقل من ٥٥ درجة.
 - الإعاقة العقلية الشديدة (الإعتماديون) : وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٥ - أقل من ٤٠ درجة.
 - الإعاقة العقلية الشديدة جداً (الإعاقة العميقة) : وتقل نسبة الذكاء عن ٢٥ (الصمادي ، وآخرون ، ٢٠٠٣ ، ٧٢).

وفي الأونة الأخيرة تم تغيير مسمى الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association of Mental Retardation (AAMR) ليصبح الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية (الفكرية) والنمائية the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)، وفي ضوء المسمى الجديد للجمعية تم تغيير مصطلح الإعاقة العقلية أو التخلف العقلي mental retardation والذي كان يُطلق على الأفراد ذوي الإعاقة العقلية لفترة طويلة من الزمن، ليصبح الإعاقة الذهنية

(Intellectual Disability)، أما أحدث تعريف للإعاقة العقلية فهو الذي يذهب إلى أنها: ”إعاقة تتصف بقصور جوهري في كل من القدرات العقلية الوظيفية والمهارات التكيفية كما يعبر عنها في المفاهيم والمهارات الاجتماعية والعملية، ويظهر هذا القصور قبل سن ١٨ سنة“.

ويشير هذا التعريف إلى ثلاث عناصر أساسية للإعاقة العقلية :

- القدرات الوظيفية الذكائية: ويمتاز الأفراد المعاقون عقلياً بأن لديهم قدرات وظيفية أقل من المتوسط، ويعتمد فريق الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي درجة الفصل معامل الذكاء (٧٠) كمؤشر للإعاقة العقلية.
- السلوك التكيفي: هو مجموعة المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية والتي يتعلمها الفرد من قبل الأفراد ليمكن من العيش في الحياة. ويعانى الأفراد المعاقون عقلياً من صعوبات في هذه المجالات بسبب عدم امتلاكهم المهارات اللازمة في مواقف محددة.
- أنظمة الدعم: يحتاج كل فرد إلى أنظمة الدعم في الحياة. وقد حدد تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي هذه الأنظمة من الدعم كعناصر من عناصر الإعاقة العقلية. ويحدد الدعم وفقاً لدرجة شدة الإعاقة - ويشمل أنظمة الدعم أربعة مستويات وهي: الدعم المتقطع، والدعم المحدد، والدعم المكثف، والدعم الدائم (الرزقيات، ٢٠٠٦، ٦٥).

٢. السلوك العدواني

يذكر جلاسمان (1995) Glassman ”أن المشكلة الأساسية عند تعريف العدوان هي أننا لا نستطيع أن نحدد إذا ما كنا سوف نركز على السلوك أم على النية أو القصد من هذا السلوك أم عليهما معاً“ (Glassman, 1995:231). فمن التعريفات التي جمعت بين النية أو القصد والسلوك العدواني ذاته ذلك التعريف الذي يذهب إلى أن السلوك العدواني هو ”الشعور الداخلي بالغضب والإستياء والعداوة، ويعبر عنه ظاهرياً في صورة فعل أو سلوك يقصد به إيقاع الأذى وإلحاق الضرر، بشخص أو شيء ما، كما أنه يوجه أحياناً إلى

الذات، ويظهر في صورة عدوان لفظي أو بدني، كما يتخذ صور التدمير أو إتلاف الأشياء، وترتبط العدوانية بعدم التجاوب الانفعالي، وهو عدم قدرة الطفل على التعبير بحرية تلقائية عن مشاعره تجاه الآخرين وخاصة المشاعر الايجابية، وصعوبة قبول المودة والحب من الآخرين وصعوبة إعطائها (سلامة، ١٩٩٠، ٢٣٧).

كما يُعرف أيضاً بأنه ” سلوك يأتي به الفرد في مواقف الإحباط التي يعاق فيها إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته، فتنتابه حالة من الغضب وعدم الاتزان تجعله يأتي من السلوك ما يسبب له أذى أو للآخرين. والهدف من ذلك السلوك إخفاء الألم الناتج عن الشعور بالإحباط والإسهام في إشباع الدافع المحيط، فيشعر الفرد بالراحة ويعود الاتزان إلى شخصه ” (حافظ وقاسم، ١٩٩٣، ١٥٤).

ويعرف كذلك بأنه ” سلوك عمدي يقصد منه إيذاء الغير أو الإضرار به، ويأخذ صوراً وأشكالاً متعددة منها العدوان البدني واللفظي “ (العقاد، ٢٠٠١، ١٩٩).

ومن التعريفات التي تركز على السلوك العدواني ذاته، ذلك التعريف الذي يذهب إلى أنه «هجوم أو فعل معادي موجه نحو شخص ما أو شئ ما، وهو إظهار الرغبة في التفوق على الأشخاص الآخرين، ويعتبر استجابة للإحباط، والرغبة في الاعتداء على الآخرين أو إيذائهم أو الاستخفاف بهم أو السخرية منهم بأشكال مختلفة بغرض إنزال عقوبة بهم» (العيسوي، ٢٠٠٠: ١٠٣).

كما يعرف بأنه « فئة من السلوكيات المتنوعة التي تهدف إلى تحقيق الضرر أو الإيذاء للآخرين » (Magill, et al ., 1996 :109).

والعدوان عبارة عن ” السلوك الذي ينتهجه الطفل لإيذاء الآخرين إيذاءً ظاهرياً سواء بالقول كالتعدي بالألفاظ النابية أو بالفعل كركل طفل آخر أو ضربه أو عضه أو دفعه، وكذلك السلوك المتسم بالإضرار بالآخرين بصورة مستترة كالوشاية بهم أو الإنتقال منهم في صورة التعدي على مقتنياتهم أو قيام الطفل بسلوك هجومي لنتاج مرجو منه (صالح، ١٩٩٥، ٢٦).

ويعرف السلوك العدواني كذلك بأنه ” سلوك يصدر عن الأفراد والجماعات باتجاه أفراد آخرين أو باتجاه ذاته لفظياً أو مادياً ، أو سلبياً أو إيجابياً ، مباشراً أو غير مباشر ، أملتة عليه مواقف الإحباط أو الدفاع عن الذات أو الممتلكات أو الرغبة في الإنتقام ، أو الحصول على مكاسب محددة وترتب عليه إلحاق الأذى البدني أو المادي بصورة متعمدة بالطرف الآخر أو الأطراف الأخرى (منصور والشربيني ، ٢٠٠٣ ، ١٥٤) .

كما يُعرّف بأنه : ” السلوك الموجه ضد النفس ، والذي يقصد منه إيذاء الذات أو الآخرين أو إتلاف الممتلكات (الزغبى ، ٢٠٠٥ ، ١٥٠) .

نخرج من التعريفات السابقة إلى أن هناك تباين واختلاف بين التعريفات فيما بينها حيث إنه لا يوجد تعريف واحد متفق عليه : فبعض التعريفات أشارت إلى أن السلوك العدواني يأتي كنتيجة للإحباط ، وذكرت تعريفات أخرى أن العدوان يأخذ الشكل اللفظي ، هناك تعريفات أشارت إلى أن العدوان موجه نحو الذات والآخرين ، هناك تعريفات ركزت على العدوان الموجه نحو الممتلكات ، وهناك تعريفات اتفقت على أن العدوان يأتي بنوع من القصد والنية ، وبعضها ركز على شكل السلوك العدواني .

٣. اللعب

إن تحديد مفهوم اللعب ليس بالأمر البسيط ، بل إنه غاية الصعوبة ، فهناك مفاهيم وآراء متعددة بتعدد العلماء والفلاسفة والتربويين الذين حاولوا التصدي لمفهوم اللعب ودوره في تربية الطفل - من ذلك - ما يلي :

يُعرف اللعب بأنه : نشاط جسمي أو عقلي إرادي يقصد لذاته بهدف اللذة التي يهبها ، وينطوي عادة على فكاك من الأهداف والغايات الجادة ، فهو نشاط يُقتضى من أجل استمتاع الفرد والجماعة من غير دافع يتعدى ذلك الاستمتاع ، ويعرف اللعب الموجه بأنه لعب مخطط له مسبقاً تحكمه قواعد وعليه إشراف ، أو هو أي لعبة تجرى بما يتفق وقواعدها المقررة (دسوقي ، ١٩٩٠ ، ١٠٩٧) .

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفضه السلوك العدواني

كما يُعرف بأنه : " مجموعة من الأنشطة الذاتية التلقائية الداخلية المتنوعة التي تشبع حاجات الطفل النمائية : الجسمية ، والعقلية ، واللغوية ، والاجتماعية ، والإنفعالية (قناوي ، ١٩٩٥ ، ٨). واللعب : عبارة عن جميع الأنشطة التي يقوم بها الطفل لإشباع حاجاته النفسية وتفريغ طاقاته بحيث يجد فيها متعة ولذة ، وهو في اللعب يكون مدفوعاً بدوافع كثيرة مثل حب الاستطلاع والاستكشاف (يونس : ٢٠٠٠ : ٥٥) .

ومن الناحية التربوية يعرف اللعب بأنه : " الطريقة التعليمية النفسية والحسية التي يبذلها الطفل ، والتي تفوق بكثير الطاقة التي يبذلها في التعلم النظامي " ، واللعب " هو الطريقة التي يتعلم بها الأطفال معظم ما يكتسبونه من معارف ومهارات واتجاهات في مرحلة ما قبل المدرسة " (شاش ، ٢٠٠١ ، ٨٤). ويرى البعض أن اللعب ليس مجرد طريقة ليتعلم منها الطفل ، بل هو الطريقة الوحيدة الجيدة والثابتة والدائمة لتعلم صغار الأطفال - فمن خلال اللعب اليومي المبكر يتعلم الطفل الكثير عن الوقت ، والفرغ ، والمساحة ، وبقاء الأشياء رغم اختفائها وتواريتها ، كما يعزز اللعب قدرة الطفل على فهم الأفكار المجردة للحجم والمكان والبعد ، ويتعلم دروس الحياة اليومية من خلال وقوفه على السبب والنتيجة cause and effect ، ومن خلال اللعب يكتشف ما يمكن أن تفعله الأشياء له أو به (بيرس ولاندر ، ١٩٩٦ ، ٤٧) .

وعرفه (بياجيه) : بأنه عملية التمثيل لمعطيات البيئة من خلال النشاط والحركة ، وهو وسيلة فعالة لتسهيل عملية التمثل لمحتوى التعلم . وهو يعني التخيل والاختراع فالطفل يستخدم مهاراته في الاختراع وهو يلعب ، فيجعل ألعابه تبكي وتضحك وتتكسر وتموت ، أو يبعث فيها الحيوية والحركة من خلال تخيلاته واختراعاته ، فيبدأ بتخيل الألعاب الأكثر قرباً من الواقع (يونس : ٢٠٠٠ : ١٠٥) .

اللعب العلاجي Play Therapy

يُعرف اللعب العلاجي بأنه نشاط دفاعي تعويضي ، وهو مخرج وعلاج لمواقف الإحباط في الحياة (زهران ، ١٩٩٩ ، ٣١١) .

كما يعرف العلاج باللعب بأنه : استخدام اللعب ومواده (الطين الصلصال ، الماء ، المكعبات ، الدمى ، العرائس ، لعب الأدوار ، الرسم ، التلوين بالأصابع) في مجال العلاج النفسي للأطفال وفي مجال الصحة النفسية (جابر وكفاي ، ١٩٩٣ ، ٢٨٢٩) . ويشيران إلى أن العلاج باللعب: مدخل منضبط ، فيه يبني أو يصمم المعالج أنشطة للطفل يمدده فيها بدمي وأشكال منتقاة تمثل الأفراد ذوي الأهمية السيكولوجية والاجتماعية له في حياته ، وتشجعه على التفاعل معهم في مواقف تمثيلية أو متخيلة ، ويشجع المعالج الطفل أيضاً على أن يعبر عن مشاعره بالذنب أو بالكراهية بعد أن يقدم له التوجيهات المباشرة مثل : ” لن تشعر بالضيق بعد هذا الأمر “ (جابر وكفاي ، ١٩٩٠ ، ٩٧٤) .

ويرى دسوقي (١٩٩٠ ، ١٠٩٧) أن العلاج باللعب هو : ” الإستفادة من اللعب كإحدى صور التنفيس لتمكين الطفل من التعبير عن مشاعره وانفعالاته التي لو ترك لها أن تنشأ فسوف تسبب له سوء التوافق. كما أن العلاج باللعب ربما يكون مفيداً أيضاً كطريقة لتشخيص مصدر مشكلات الطفل “ . ويرى : ضرورة استخدام اللعب - في حضرة المعالج - كوسيلة لمساعدة الطفل على أن يخلص نفسه من توترات عدم التوافق ، فالطفل يُشجَع بطريقة أو بأخرى على إعادة تمثيل المواقف التي واجه فيها صعوبة انفعالية ، وعلى أن يعرض مشاعره التي تم كفها في المواقف العادية. لذا فإن اللعب العلاجي عبارة عن إجراء معين وليس مجرد كون الطفل يلعب ، ووجود المعالج يكون أساسياً .

واللعب يعتبر مدخلاً لدراسة الأطفال وتحليل شخصياتهم وتشخيص أسباب ما يعانون من مشكلات انفعالية تصل إلى مستوى الأمراض النفسية ويتخذ أطباء النفس من اللعب وسيلة للعلاج لكثير من الاضطرابات الانفعالية التي يعانونها الأطفال لأن الطفل يكون في اللعب على سجيته فتتكشف رغباته وميوله واتجاهاته تلقائياً ويبدو سلوكه طبيعياً وبذلك يمكن تفسير ما يعاني من مشكلات (اللبابيدي و خلايلة ، ١٩٩٠ ، ٢٢) .

ويرى آل مراد (٢٠٠٤، ٥٢) أن اللعب العلاجي أداة تعبير هامة لدى الأطفال، خصوصاً لدى الذين لا يجيدون امتلاك اللغة للتعبير عما يشعرون به ويفكرون فيه. وكذلك الأمر بالنسبة للذين يعانون من أمراض نفسية، أو أولئك الذين يكونون في حالة من عدم التوازن الانفعالي بحيث يعجزون عن نقل مشاعرهم بالكلام. من هنا نشأت محاولات عديدة لتوظيف اللعب لغرض التواصل مع الأطفال، ونشأ عن ذلك مدارس متعددة في العلاج باللعب. كما أن اللعب يعمل على تقوية إرادة الطفل وشكيمته، إذ أن اللعب يعلم الطفل الالتزام باللعبة والتقييد بقواعدها كما يعلمه القدرة على التحمل والصبر حيث يمكن اعتبار اللعب بمثابة مدرسة حياتية يتعلم منها الطفل الانصياع والتقييد بمبادئ اللعب ونظمه وبالتالي احترام حقوق الآخرين وتقديرهم.

ولقد تأسس العلاج باللعب على الحقيقة القائلة بأن: اللعب هو الوسيط الطبيعي للطفل للتعبير عن ذاته، وأنه الفرصة التي تعطي للطفل أثناء اللعب ليخرج مشاعره أو مشاكله، ويمكن النظر إلى أسلوب العلاج باللعب على أنه: « مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية، وبطرقهم وأساليبهم الخاصة كأطفال حتى يتمكنوا في النهاية من تحقيق الإحساس بالأمن والكفاية والجدارة من خلال الإستبصار الإنفعالي (موستاكس، ١٩٩٠، ٢٣).

مما سبق يتضح أن مضمون اللعب العلاجي يتسم بأنه: نشاط تعليمي واجتماعي موجه عبر حركة أو سلسلة من الحركات تهدف بداية إلى التسلية والمتعة، وفي نفس الوقت يعمل على تحويل المعلومات الواردة لتتلاءم مع حاجات الفرد، ووسيلة للتنفيس عما في نفسه، ومخرج لعلاج مواقف الإحباطات الموجودة في الحياة.

فعالية اللعب العلاجي في خفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً

إذا كان اللعب العلاجي عبارة عن مجموعة من الأنشطة الهادفة التي يشترك فيها مجموعة من الأطفال تحت إشراف وتوجيه، يستهدف كل نشاط

منها تفرغ الطاقة ومساعدة الطفل على التنفيس الانفعالي واكتساب قيمة سلوكية تبعد به عن العنف أو العدوان على الآخرين أو تخريب الأشياء. فقد أجريت دراسات عديدة للتحقق من مدى فعاليته في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً - فقد أجرى أوكفا (O'Keefe, 2001) دراسة عن فعالية برنامج للتحقق من زيادة التفاعل الاجتماعي في خفض حدة السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً في فصول الدمج، وذلك من خلال أساليبهم السلوكية المدركة بواسطة أقرانهم من الأطفال العاديين أثناء الاندماج في اللعب مع الأقران، وتكونت عينة الدراسة من (٥١) طفلاً من المعاقين عقلياً تتراوح أعمارهم بين (١٠-١٢ سنة)، تم تطبيق برنامج للعب التفاعلي بين عينة من المعاقين عقلياً وأقرانهم العاديين لمدة (٦) أسابيع بواقع (٦) جلسات أسبوعياً، وأستخدم أسلوب الملاحظة في تقدير معدل التفاعل الايجابي والتفاعل السلبي والتوقف عن التفاعل، وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ لدى المعاقين عقلياً من خلال تعديل أساليبهم السلوكية التي كانت تتسم بالعدوانية والحساسية والعزلة والتي كانت ترجع في جزء كبير منها إلى مواقف الإحباط وأساليب النبذ من أقرانهم من المعاقين والعاديين.

ومن الدراسات المؤيدة لإمكان استخدام اللعب كبرنامج للعلاج السلوكي دراسة وببيستر- ستراتون (Webster-Stratton, 2004) التي اعتمدت في التدخل المبكر على اللعب كجزء بدني رياضي ومعرفي يساعد الأطفال ذوي السلوك المعارضة والتحدى المبكر والعدوانية اللفظية، وقد شملت العينة (١٥٩) طفلاً تم اختيارهم من مدارس التربية الخاصة تتراوح أعمارهم ما بين ٤-٨ سنوات، ويظهرون سلوك التحدى والمعارضة، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: الأولى تم فيها التدريب على التحكم السلوكي عن طريق الوالدين، والثانية تم فيها التدريب عن طريق الوالدين والمعلمين، والثالثة تم فيها التدريب باستخدام الألعاب التفاعلية والممارسات المعرفية عن طريق (الوالدين والمعلمين)، واستمر البرنامج التدريبي لمدة ستة أشهر، وأظهرت النتائج أن التلاميذ الذين مارسوا اللعب البدني الرياضي المعرفي قد تحسن سلوكهم العدواني وانخفض سلوك التحدى والمعارضة بعد البرنامج مقارنة بالقياس الذي تم قبل بداية البرنامج، كما تحسن تقديرهم لذواتهم.

كما استهدفت دراسة استيوارت وآخرون (Stewart , et al.,2005) خفض الإضطرابات السلوكية (ومنها السلوك العدواني) لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً لمعرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدريب على التعبير الحر عن الذات ، وآخر قائم على التوجيه المباشر ، حيث تم تطبيق البرنامج الأول على عينة مكونة من (١٢) طفلاً من الذكور ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٣ سنة) ، وطبق البرنامج الثاني على مجموعة مماثلة للمجموعة الأولى ومتجانسة معها ، وتوصلت النتائج إلى فعالية كلا البرنامجين في خفض الاضطرابات السلوكية حيث وجدت فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ، ووجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيتين ، وكان التعبير الحر عن الذات أكثر فاعلية من أسلوب التوجيه المباشر في خفض الاضطرابات السلوكية.

واستهدفت دراسة صالح والبنا (٢٠٠٧) معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، وتكونت العينة من (٤٠) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٢ سنة ، وتتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٠-٧٠) بمركز شمس للرعاية اليومية بغزة ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (١٠ ذكور ، ١٠ إناث) ، وأخرى ضابطة (١٠ ذكور ، ١٠ إناث) ، تمت المجانسة بينهم في الذكاء والمستوى الإقتصادي الإجتماعي ، وطبق عليهم مقياس للسلوك العدواني ، وبرنامج إرشادي باللعب لخفض حدة السلوك العدواني مكون من (٢٤) جلسة تتضمن أنشطة قصصية ، وحركية ، وفنية ، وتوصلت النتائج إلى أن السلوك العدواني نحو الذات جاء في المرتبة الأولى يليه السلوك العدواني تجاه الآخرين ، ثم السلوك العدواني تجاه الأشياء والممتلكات. ووجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج حيث انخفض سلوك المجموعة التجريبية ، ووجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي ، ولم توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين البعدي والتبقي في المجموعة التجريبية ، ووجدت فروق بين متوسطات أفراد

المجموعة التجريبية تعزى للجنس لصالح الذكور في بُعد السلوك العدواني تجاه الآخرين.

وأجرت أحمد (٢٠١٠) دراسة عن فاعلية برنامج قائم على الأنشطة المتعددة (الرياضية والفنية والدرامية) في خفض السلوك العدواني لدى أطفال الروضة المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، حيث تكونت العينة من (٥٠) طفلاً وطفلة مرتفعين في مستوى السلوك العدواني تم اختيارهم من فصول التهيئة الملتحقين بمعاهد التربية الفكرية، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة، وتم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية دون الضابطة، وأسفرت النتائج عن وجود فروق في السلوك العدواني بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، كما وجدت فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ولم توجد فروق بين القياسين البعدي والتتبعي - وهذا يشير إلى نجاح البرنامج المعد في خفض السلوك العدواني لدى أطفال الروضة المعاقين عقلياً.

وأيضاً دراسة عبد الرحيم (٢٠١١) عن فاعلية برنامج إرشادي باللعب في خفض حدة بعض الإضطرابات السلوكية (السلوك العدواني، السلوك الإنسحابي، النشاط الزائد) لدى الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم في معاهد التربية الخاصة للإعاقة الذهنية بدمشق، وأجريت على عينة وصفية من (٦٥) طفلاً وطفلة بمركز التربية الخاصة للإعاقة الذهنية بدمشق، وعينة تجريبية من (٢٠) طفلاً وطفلة قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية عددها (١٠) أطفال، وأخرى ضابطة عددها (١٠) أطفال، بالإضافة إلى عينة من المعلمين مكونة من (٨) معلمات، طبق عليهم مقياس رسم الرجل للذكاء، واستمارة ملاحظة للإضطرابات السلوكية، ومقياس تقدير الاضطرابات السلوكية، وبرنامج إرشادي باللعب لتخفيف حدة الإضطرابات السلوكية، وتوصلت النتائج - فيما يتعلق بالسلوك العدواني - أن نسبة انتشاره ٣٢,٨٪، وتأكدت فاعلية البرنامج الإرشادي باللعب في خفض حدة الإضطرابات السلوكية ومنها السلوك العدواني، من خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي، والفروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

يتضح من العرض السابق أن برامج اللعب العلاجي كانت فعالة وذات قيمة في خفض الاضطرابات السلوكية والسلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً سواء كان عدواناً موجهاً للذات أو للآخرين أو تجاه الأشياء والممتلكات.

٤. القصة الاجتماعية

تعرف القصة بأنها فن أدبي يسرد أحداثاً مصبوغة بالخيال الذي لا يقدم الأحداث بصورة واقعية تماماً كما يفعل التاريخ والسير والتراجم ؛ بل بصياغة أدبية رفيعة ، وفي الغالب تظهر القصص في صورة صراع بين طرفين للوصول إلى غاية. كما تعرف القصة بأنها مواقف نوعية تقدم نماذج للاستجابات الاجتماعية المناسبة ، وتقدم للأطفال في عبارات واضحة ومختصرة.

وتتميز القصة بالقدرة على جذب الإنتباه والتشويق وإثارة الخيال ، إذ يمكنها أن تكون عنصراً فعالاً في النمو العقلي والوجداني للطفل. والطفل بطبيعته شغوف بالقصص ويتتبع أحداثها ، لأن حب الإطلاع والإستطلاع من الأمور القوية في الطبيعة البشرية ، لذا فللقصص تأثير على تعديل سلوك الطفل وعلى تخفيض سلوكه العدواني ، كما أنها تكسب الطفل القدرة على التعبير والثقة بالنفس ، وتعلم القيم والعادات السليمة (صالح ، ٢٠٠١ ، ١٦٢).

وتتضمن القصة الاجتماعية توصيفاً لمواقف اجتماعية وتبادل أحاديث ورموز مجتمعية طبيعية تدور بين الناس ، ويمكن أن تسهم القصة الاجتماعية في تنمية التواصل الاجتماعي في مجالات ومواقف متعددة في الحياة اليومية ، والعلاقات الشخصية ، كما تسهم في التعريف بما يدور في كل موقف من أحاديث ومجاملات وتعاون ، وكذلك في تفسير سلوكيات الآخرين والدوافع المحركة له سواء كانت إيجابية أو سلبية (فراج ، ٢٠٠٢ ، ٢).

وبصفة عامة فإن القصص الاجتماعية تعطي تصوراً مسبقاً عما يتوقعه الآخرون من الطفل في المواقف الاجتماعية الواقعية ، وتسهم هذه القصص في التخفيف من حدة التوتر أو القلق الذي يظهره الطفل في المواقف الجديدة التي يتعرض لها ، حيث تعطيه هذه القصص تصوراً مسبقاً عن هذه المواقف والبيئات الجديدة.

خصائص القصة المقدمة للمعاقين عقلياً

تتميز القصة المقدمة للأطفال الصغار وذوي الإعاقة العقلية بالخصائص التالية :

- أن تتكون من جملتين إلى خمسة جمل وقد يزيد عدد هذه الجمل.
- أن تكون في مستوى قدرة الطفل على الانتباه والفهم : ويجب تقييم قدرة الطفل على الفهم وحصيلته من المفردات ، بحيث يتم استخدام مفردات وجمل القصة من مخزون الطفل اللغوي.
- تحديد إمكانية مشاركة الطفل في القصة من خلال اقتراح أحداث معينة أو كتابة جمل أو تلوين صور الأحداث.
- صياغة القصة في عبارات واضحة، ومختصرة، ومفهومة للطفل.
- استخدام الصور والرسوم، والنماذج والعرائس ؛ حيث أن استخدام هذه الوسائل كمعينات بصرية يمكن أن يساعد على الفهم لدى الأطفال الذين لديهم خلل في المعالجة السمعية للكلمات.
- يجب أن تكون قراءة القصة وتكرارها جزءاً من الجدول اليومي للطفل ، ويمكن أن تقرأ القصص الاجتماعية قبل الموقف الذي يجب أن تستخدم فيه المهارات الاجتماعية ، ويمكن أن تسجل القصة على شريط كاسيت يصاحبه كتاب مصور ، ويدرب الطفل على الربط بين الجمل التي يسمعها والصور التي تعبر عنها بالتسلسل المكون للقصة .
- يمكن أن يقوم المعلم / المعلمة بإعداد القصة الاجتماعية وسردها ، وأن يسهم التدخل بالقصص الاجتماعية في تقليل التشويش الناتج عن العمليات اللفظية التي تحتاج جهداً كبيراً في فهمها.
- يجب أن تكون الجمل المستخدمة في القصص مختصرة وغير مجردة بقدر الإمكان جمع بيانات عن نتائج التدخل وتقييم التحسن في المهارات التي تم تحديدها عن طريق جمع البيانات والملاحظة وسؤال المعلمين .
- تغيير أجزاء من القصة أو بعض الكلمات أو العبارات أو إضافة صور أو أحداث إذا لم يحدث تحسن خلال أسبوعين الي شهر ، وإذا ما كانت هناك حاجة لتغييرات فيجب أن تكون هذه التغييرات بسيطة (الضبع ، ٢٠٠٧ ، ٢٩٧) .

الأثر العلاجي للقصة المقدمة لذوي الإعاقة العقلية

تعد القصة من أهم الوسائل التربوية المؤثرة في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وهي لا تقل عن أهميتها للطفل العادي، وتعتبر القصص الاجتماعية من الاستراتيجيات التي تستخدم لحث السلوك الاجتماعي المرغوب لدى الأطفال المعاقين عقلياً؛ حيث يمكن للطفل المعاق أن يتعاطف ويتوحد مع شخصيات وأبطال القصة مثل الطفل العادي. وليس الهدف من قصص الأطفال التسلية والمتعة فقط، بل إن هناك العديد من الأهداف غير المقصودة لذاتها وتأتي تبعاً من خلال إمتاع الطفل ومراعاة عمره وخصائصه، وحاجاته النفسية: فللقصة دور في تنمية القدرات المعرفية مثل الانتباه والتذكر وتكوين المفاهيم، كما أن لها أهمية في تنمية المهارات اللغوية، بالإضافة إلى أهميتها في تعديل السلوك غير المقبول لدى الطفل ومساعدته على حسن التعرف على المواقف الاجتماعية من خلال تناول الأفكار السلوكية الإيجابية بشكل مفضل وتقديم السلوكيات السلبية بشكل منفر بحيث لا يقلدها المعاق عقلياً على أن تؤكد القصة أن الشخصيات السلبية تأخذ عقابها في النهاية (علي، ١٩٩٩، ٢٦).

ومن فوائد سرد القصص ذات المغزى العلاجي للأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية - ما يلي :

- يمكن اعتبار القصة ذات المغزى العلاجي تذكراً إلى الدخول لعالم الطفل الخاص، لذا تحوز على احترامه وثقته بعكس التعبيرات المباشرة التي لا تعطي انطباعاً شديداً للطفل.
- تهدف القصص ذات المغزى العلاجي إلى التحدث بعطف ووضوح عن الموضوعات والمشكلات العاطفية التي يعاني منها بعض الأطفال على عكس لغة الحياة اليومية.
- القصة تتحدث من خلال الصور والتعبيرات الخيالية المعبرة، وبهذه الطريقة فإنها تستطيع رسم صوراً أوضح وأعمق لما يعانيه الطفل من تجارب عاطفية.
- يمكن للقصة الاجتماعية أن تبين الصفات الأساسية لشعور أو حدث ما،

والجو العام لهذا الحدث والتوترات المصاحبة له والوتيرة التي يمضى عليها، وقوته ومدته، والتعبيرات الديناميكية والحتمية فيه، في حين تفتقد لغة الحياة اليومية ما يهيم الطفل خلال التجربة الصعبة والمؤلمة التي يمر بها.

- والقصة ذات المغزى العلاجي تمثل طريقة بليغة للتعبير عما في نفس الطفل من صور ومشاعر، فتستطيع مساعدته على أن يرى ويسمع ويشعر بصورة أكثر وضوحاً عن طريق إمداده بحقائق أعمق وتعاطف أكبر من ذلك المتاح له من خلال الكلمات المباشرة (صانديلاند، ٢٠٠٥، ٢٣-٢٤).

ويمكن الاستفادة من الخطوط الإرشادية التي اقترحها جراي (١٩٩٥) في إعداد القصة الاجتماعية لتسهم في التغلب على القصور لدى الأطفال المعاقين عقلياً - ومنها:

١. تحديد القصور الذي يوجد لدى الطفل وهل هذا القصور على سبيل المثال يرتبط بفهم المشاعر (الفرح والحزن...) أو فهم نوايا ورغبات الآخرين .
٢. تحديد أي المهارات التي سيتم العمل عليها للتغلب على هذا القصور، إذ من الصعوبة إعداد قصة تركز على كل نواحي القصور لدى الطفل.
٣. جعل الهدف من القصة الاجتماعية اكتساب المهارة (مثل فهم المشاعر) وتعميمها فبمجرد ملاحظة التحسن في المهارات المستهدفة في المواقف المحددة، يجب أن يمتد هذا التحسن إلى مواقف أخرى (سمير، ٢٠٠١، ١٢).

فعالية القصة في خفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً وغير المعاقين

أجريت دراسات عديدة لإختبار مدى فعالية القصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لأطفال الروضة، ولدى الأطفال التوحدين والمعاقين عقلياً القابلين للتعلم - من ذلك دراسة العبيدي (١٩٩٧) عن أثر استخدام الألعاب وقصص الأطفال في تعديل السلوك العدواني لدى أطفال الرياض (التمهيدي) ، وتكونت العينة من (١٣) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة، وتم استخدام مجموعة من الألعاب والتمثيلات

التخيلية ومجموعة من الألعاب التعاونية فضلاً عن مجموعة من القصص التي تروى عن طريق المسرح (مسرح الدمى) ، واستغرق تطبيق البرنامج (٨) أسابيع بواقع ساعة واحدة يومياً ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في متوسط درجات السلوك العدواني بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية ، ووجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

وأجرت عثمان وعثمان (١٩٩٧) دراسة عن مدى فعالية برنامج علاجي باستخدام القصة والأغنية في خفض السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة ، وذلك على عينة مكونة من (١٦٠) طفلاً وطفلة ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس السلوك العدواني تمت المجانسة بينهم ، وطبق على المجموعة التجريبية برنامج يتضمن مجموعة من القصص والأغاني الهادفة مدته سبعة أسابيع بواقع ثلاث لقاءات أسبوعياً ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة ، وبين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بإنخفاض السلوك العدواني ، كما أشارت النتائج إلى أن استفادة الإناث من البرنامج كانت أكثر من الذكور.

وفي دراسة أجرتها زقوت (٢٠٠٠) عن مدى تأثير برنامج إرشادي (قصص الأطفال المحكية) على تعديل السلوك العدواني لدى أطفال مرحلة الرياض ، ومدى تأثير متغير الجنس على تعديل السلوك العدواني بعد البرنامج. وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) طفلاً مقسمين إلى مجموعتين : تجريبية وضابطة قوام كل منها إلى (٨) ذكور ، (٨) إناث. واستخدم مقياس رسم الرجل ، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وبطاقة ملاحظة السلوك العدواني اللفظي والمصور ، وبرنامج إرشادي مكون من مجموعة قصص لتعديل السلوك العدواني ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة في السلوك العدواني بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية ، ووجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في القياس البعدي.

وأجرت النجار دراسة (٢٠١١) هدفت إلى التعرف على ظاهرة العدوان لدى الأطفال الملتحقين برياض الأطفال ، وتطبيق برنامج للدراما الإبداعية ، ومدى فعاليته في خفض حدة العدوان ، وتكونت عينة الدراسة من (١٥) طفلاً من أطفال ما قبل المدرسة هم أفراد المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج ، تم تطبيق مقياس رسم الرجل ، واستمارة السلوك العدواني ، وبرنامج الدراما الإبداعية ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني في المجموعة التجريبية مما يشير إلى نجاح البرنامج في خفض السلوك العدواني.

وإذا كانت الدراسات السابقة قد تناولت عينات من أطفال غير معاقين فإن دراسة أوزدمير (Ozdemir, 2008) كان الغرض منها تحديد مدى فعالية القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات التخريبية لدى الأطفال المصابين بالتوحد ، حيث تم إنشاء قصصاً اجتماعية لثلاثة من الأطفال التوحديين ، تتراوح أعمارهم بين ٧ - ٩ سنوات ، لخفض ثلاثة تصرفات تخريبية مستهدفة هي إحداث صوت عال في الصف، تكسير الكرسي ، بعثرة الطعام أثناء تناول الغداء. وتم تحديد خط الأساس لهذه السلوكيات بالنسبة للمشاركين الثلاثة ، وتم قص مجموعة من القصص الاجتماعية وتكرارها ، وأجريت الملاحظات المباشرة على السلوكيات المستهدفة للمشاركين ثلاث مرات في الأسبوع ، وتتبع التغيير على خط الأساس لكل سلوك من السلوكيات التخريبية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن استخدام القصص الاجتماعية التي شيدت بشكل صحيح بدون أي تدخلات إضافية لإدارة السلوك كانت فعالة في خفض السلوكيات التخريبية من الأطفال المصابين بالتوحد.

كما أجرى رايت وماكاترين (Wright & McCathren, 2012) دراسة استهدفت تقييم الآثار المترتبة على التدخل باستخدام القصة الاجتماععية على إكساب السلوك الإيجابي لدى أربعة من الأطفال الصغار المصابين بالتوحد ، عبر خط أساس متعدد تم تصميمه للمشاركين. وأشارت النتائج إلى أن القصة الاجتماعية كانت فعالة بشكل كبير في زيادة معدلات السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى ثلاثة من بين الأربعة المشاركين، رغم أن أياً من

المشاركين لم تصل إلى معدلات السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى الأقران في نفس العمر والجنس. لكن مع التدخل انخفضت السلوكيات المشككة لدى المشاركين بشكل واضح. وقد تم بقاء المهارات المكتسبة بعد فترة شهر من المتابعة لجميع المشاركين. وهذه النتائج تدعم استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوك المشكك لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد.

أما الدراسات المرتبطة إرتباطاً وثيقاً بالفئة المستهدفة تلك الدراسة التي أجرتها سعيد (٢٠٠٨) للكشف عن مدى فاعلية برنامج للدراما الإبداعية في تنمية السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (٢٦) طفلاً وطفلة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة تتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٠-٧٠)، وعمرهم الزمني بين (٨-١٢) سنة، وعمرهم العقلي من (٤-٧) سنوات، تم تطبيق مقياس السلوك التوافقي، وبرنامج للدراما الإبداعية التي تضمنت مجموعة من القصص الدرامية التي تم تمثيل أحداثها، وأسفرت نتائج الدراسة دالة إحصائياً في السلوك التوافقي بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، ووجدت فروق دالة بين الذكور والإناث في كل من السلوك المضاد للمجتمع والسلوك التمردى بعد تنفيذ البرنامج، ولم توجد فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي في أبعاد السلوك التوافقي.

ودراسة مور (More , 2008) التي استهدفت التعرف على مدى فعالية القصة الاجتماعية الرقمية في خفض السلوك المضطرب لدى الأطفال المعاقين عقلياً. وتكونت عينة الدراسة من ثمانية أطفال قابلين للتعلم تتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٥-٧٠)، السمة المميزة لهم هي قصور المهارات الاجتماعية والاضطرابات السلوكية، حيث استخدم المعلمون مجموعة من القصص الاجتماعية التي تشجع على التصرف بشكل إيجابي في المواقف الاجتماعية مثل: تناول الطعام، اللعب في الملعب، استخدام المكتبة، العمل مع غيرهم من الطلاب في مجموعات. وأسفرت النتائج عن وجود انخفاض ملحوظ في عدد ومدة السلوكيات التخريبية والسلوكيات الانسحابية، إلى جانب اكتساب السلوكيات الاجتماعية، وتعديل الإستجابات في المواقف الاجتماعية.

ودراسة بدوي (٢٠١١) التي استهدفت التعرف على فاعلية برنامج إرشادي يعتمد على القصة في خفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقليا القابلين للتعليم ، حيث تكونت العينة من (١٦) طالبا وطالبة تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١٤ سنة) ، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، طبق عليهم إستبانة السلوك العدواني ، وبرنامج إرشادي باستخدام القصة استغرق (٨) أسابيع بواقع (٢٤) جلسة إرشادية تتراوح مدة كل منها (٤٥) دقيقة ، بمعدل (٣) جلسات أسبوعياً ، وتوصلت النتائج إلى أن الوزن النسبي لعينة الدراسة بلغ (٦١,٧%) قبل تطبيق البرنامج ، وانخفض إلى (٤٢,١%) بعد البرنامج ، مما يشير إلى التحسن الذي طرأ على المجموعة التجريبية ، ووصل هذا الوزن النسبي إلى (٤٠%) في القياس التتبعي مما يشير إلى بقاء أثر البرنامج بعد توقفه.

وهكذا يتضح أن برامج القصة الاجتماعية التي تراوحت ما بين ألعاب وتمثيلات تخيلية وتعاونية ، ودراما إبداعية ، وقصص درامية وتمثيلها ومسرح الدمى ، أو قصص رقمية لمواقف اجتماعية على الكمبيوتر- وكلها انتهت إلى أن القصة الاجتماعية لها فعالية في خفض السلوكيات المشككة والمضطربة بصفة عامة والسلوكيات التخريبية والعدوانية ، والسلوك المضاد للمجتمع ، والسلوك التمردى بصفة خاصة ، بالإضافة إلى زيادة معدلات السلوك الاجتماعي ، والتصرف بشكل ايجابي في المواقف الاجتماعية ، واكتساب السلوك التوافقي.

فروض الدراسة العالية

بناء على الإطار النظري وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة أمكن صياغة الفروض التالية كإجابات محتملة عن التساؤلات التي أثيرت في مشكلة الدراسة :

١. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة اللعب العلاجي) قبل وبعد البرنامج ، وتكون الفروق لصالح القياس البعدي في الإتجاه الأفضل.

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفضه السلوك العدواني

٢. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة القصة الاجتماعية) قبل وبعد البرنامج، وتكون الفروق لصالح القياس البعدي في الإتجاه الأفضل.

٣. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة اللعب العلاجي) بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة، وتكون الفروق لصالح المجموعة التجريبية في الإتجاه الأفضل.

٤. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة القصة الاجتماعية) بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة، وتكون الفروق لصالح المجموعة التجريبية في الإتجاه الأفضل.

٥. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني بين مجموعتي اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في القياس البعدي.

٦. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني بين القياسين البعدي (بعد إنتهاء البرنامج مباشرة)، والتتبعي (بعد مرور شهر من المتابعة) في كلتا المجموعتين التجريبيتين.

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي المعتمد على تصميم المجموعات المتكافئة : مجموعة ضابطة ومجموعتين تجريبيتين : إحداهما (مجموعة اللعب العلاجي)، والثانية (مجموعة القصة الاجتماعية)، ذات القياسين القبلي/ البعدي، والمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والمقارنة بين لبقياسين البعدي والتتبعي - وذلك لملاءمة هذا المنهج لطبيعة هذه الدراسة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة المبدئية من (٣٠) تلميذة مسجلات بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة (تم اختيارهن مبدئياً وفقاً لتحديد المعلمات لمن يصدر منهن سلوكيات تتسم بالعدوانية ، بالإضافة لتقدير السلوك العدواني بناء على المقياس المستخدم) ، تتراوح أعمارهن بين ١٠-١٢ سنة ، بمتوسط عمري قدره ١٠,٣ ، وانحراف معياري قدره ٠,٨٨ ، وقد تم اختيار التلميذات من مستوى اجتماعي اقتصادي متوسط (وفقاً لمؤشرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المدونة في سجلات التلميذات بالمدرسة) ، وتتراوح نسب ذكائهن بين ٥٥-٧٠ (وقد استندت الباحثة في تحديد مستوى الإعاقة العقلية من خلال نسبة الذكاء التي تم تحديدها مسبقاً من قبل الأخصائيين النفسيين والمدونة في ملف كل تلميذة الذي استخدم في تحديده مقياس ستانفورد بينيه للذكاء).

ولقد تم تطبيق البرنامج على عينة البحث من التلميذات اللاتي انتظمن أثناء التطبيق وتم استبعاد اللاتي كثر غيابهن ، ومن ثم كانت العينة النهائية مكونة من (٢٤) تلميذة تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات :

- المجموعة التجريبية الأولى : مكونة من (٨) تلميذات (طبق عليهن برنامج اللعب العلاجي).
- المجموعة التجريبية الثانية : مكونة من (٨) تلميذات (طبق عليهن برنامج القصة الاجتماعية).
- المجموعة الضابطة : مكونة من (٨) تلميذات (لم يطبق عليهن أي برنامج).

وقد تم إجراء التجانس (التكافؤ) بين المجموعات الثلاثة في مستوى السلوك العدواني وفقاً لتقدير المعلمات على مقياس السلوك العدواني - وفيما يلي بيان ذلك.

جدول (١)

تجانس مجموعات الدراسة في الدرجة الكلية للسلوك العدواني

التباعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	بين المجموعات	٣٤,٩٧	٢	١٧,٤٨	٠,٠٩٣	٠,٩١٢
	داخل المجموعات	٣٧٧٣,٤٦	٢٠	١٨٨,٦٧		
الصريح	الخطأ	٣٨٠٨,٤٣	٢٢			

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ف) غير دالة ، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاثة في الدرجة الكلية لمقياس السلوك العدواني ، مما يدل على تجانس هذه المجموعات في مستوى السلوك العدواني (قبل البرنامج).

أدوات الدراسة

١. مقياس تقدير السلوك العدواني

أعد هذا المقياس دببسي (١٩٩٧) لتقدير السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً من الدرجة البسيطة ، ويتكون من (٦٠) عبارة تمثل كل منها مظهراً من مظاهر السلوك العدواني ، ويطلب من المعلمين ذوي المعرفة اللصيقة بالتلاميذ المعاقين عقلياً أن يستجيبوا على هذا المقياس بما يتمشى مع ما يعرفونه ويخبرونه عن الأطفال المعاقين عقلياً داخل معاهد التربية الفكرية.

وتعتمد الإجابة على عبارات مقياس السلوك العدواني على أسلوب التقدير تبعاً لطريقة ليكرت ، ووفقاً لأربعة تقديرات هي (دائماً - أحياناً - نادراً - أبداً) ، ويتم تصحيح تقديرات المعلمين للسلوك العدواني عند المعاقين عقلياً في ضوء الأوزان الأربعة (ثلاث درجات لتقدير ”دائماً“ ، درجتان لتقدير ”أحياناً“ ، درجة واحدة لتقدير ”نادراً“ ، صفر لتقدير ”أبداً“ .

ثبات المقياس

قام دببس بالتحقق من ثبات مقياس السلوك العدواني من خلال الطرق التالية :

- الثبات بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول ، وقد تم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٨١٦).
- الثبات بإستخدام معامل ألفا كرونباخ : وتم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٩٨٨).
- الثبات بطريقة التجزئة النصفية : مع استخدام معادلة سبيرمان/ براون ، وتم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٩٧٤).

صدق المقياس

تم حساب صدق مقياس تقدير السلوك العدواني بالطرق التالية :

- **الصدق المنطقي** : تم عرض عبارات المقياس على (١٠) محكمين للحكم على مدى صدق المضمون للعبارات ، وعمّا إذا كانت تعبر عن جميع جوانب السلوك العدواني. وقد تجاوزت نسبة اتفاق المحكمين على المقياس (٩٠٪) ، مما يُعدّ معياراً لصدق المقياس صدقاً منطقياً.
- **الاتساق الداخلي للمقياس** : تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية ، واتضح أن جميع العبارات التي تضمنها مقياس السلوك العدواني ترتبط بالدرجة الكلية ارتباطاً دالاً يفوق (٠,٠١) مما يشير إلى اتساق المقياس وتماسكه.
- **الصدق التمييزي** : تم استخدام اختبار (ت) لتعيين القدرة التمييزية لعبارات بين الربيع الأعلى لعينة من المعاقين عقلياً كما قدرها معلومهم (ذوي السلوك العدواني الأعلى) والربيع الأدنى (ذوي السلوك العدواني الأدنى) واتضح أن جميع العبارات استطاعت التمييز بين المجموعتين.

• **صدق المحك** : تم تطبيق قائمة كرونز لتقدير سلوك الطفل - الصورة السعودية (البعد الخاص بالسلوك العدواني) مع مقياس تقدير السلوك العدواني على عينة من التلاميذ المعاقين عقلياً ، وتم ايجاد معامل الارتباط بينهما ، فتم الحصول على معامل صدق مقداره (٠,٧٣١) وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١).

• **الصدق العاملي** : تم اجراء التحليل العاملي على تقدير المعلمين للسلوك العدواني على أفراد عينة البحث (ن = ٥٠١) باستخدام طريقة المكونات الأساسية لـ (هوتلنج) والتدوير المتعامد بطريق الفاريماكس ، وقد تم استخلاص نسبة تباين عاملية قدرها (٦٩,٥ %) وهي نسبة عالية من التباين العاملي المستخلص ، وتعد مؤشراً جيداً من مؤشرات صدق الأداة في قياس الظاهرة موضع الدراسة ، كما تم استخراج أربعة أبعاد للمقياس هي :

- السلوك العدواني الصريح.
- السلوك العدواني العام (اللفظي وغير اللفظي).
- السلوك العدواني الفوضوي.
- عدم القدرة على ضبط النفس.

وتم حساب ثبات وصدق أبعاد المقياس الأربعة كما يلي :

١. **الثبات** : تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا ، فكانت قيم معامل الثبات كما يلي : (٠,٩٨) لبعد السلوك العدواني الصريح ، و(٠,٩٧) لبعد السلوك العدواني العام ، و(٠,٩٣) لبعد السلوك الفوضوي ، و(٠,٩٠) لبعد عدم القدرة على ضبط الذات.

كما تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لكل بُعد من الأبعاد الأربعة والمقياس ككل ، وقد بلغت معاملات الثبات بعد استخدام معادلة سبيرمان / براون على النحو التالي : (٠,٩٧) لبعد السلوك العدواني الصريح ، و(٠,٩٦) لبعد السلوك العدواني العام ، و(٠,٩٢) لبعد السلوك الفوضوي ، و(٠,٨٠) لبعد عدم القدرة على ضبط الذات.

٢. **الصدق** : تم حساب الإتساق الداخلي : بحساب معاملات ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه ، وكانت جميع معاملات الإرتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

كما تم حساب معاملات ارتباط كل بُعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس ، فكانت معاملات الإرتباط كما يلي : (٠,٩٧) لبعد السلوك العدواني الصريح ، و(٠,٩٦) لبعد السلوك العدواني العام ، و(٠,٩٣) لبعد السلوك الفوضوي ، و(٠,٨٣) لبعد عدم القدرة على ضبط الذات ، مما يدل على تماسك المقياس وتمتعته بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة.

وفي الدراسة الحالية : تم إعادة التحقق من ثبات وصدق المقياس على النحو التالي :

بالنسبة لحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الإختبار : حيث طُلب من عدد من المعلمات بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة تقدير السلوك العدواني لعدد من تلميذاتهن المعاقات عقلياً (ن = ٢٥) باستخدام المقياس ، كما طُلب منهن إعادة التقدير بعد أسبوعين من التطبيق الأول ، وقد تم الحصول على معامل ثبات قدره (٠,٨٢٧).

كما تم حساب صدق المقياس : عن طريق محك خارجي ، حيث طُلب من عدد من المعلمات بمعهد التربية الفكرية / بنات بالمدينة المنورة تحديد (١٥) تلميذة يصدر منهن سلوكيات عدوانية نحو الآخرين أو نحو الذات بالقول أو الفعل أو اتلاف الأشياء عمداً ، وتحديد (١٥) تلميذة لا يصدر منهن مثل هذه السلوكيات ، كما طُلب منهن تقدير هؤلاء التلميذات وفقاً لمقياس تقدير السلوك العدواني المستخدم في الدراسة الحالية ، وتم حساب اختبار (ت) للتعرف على الفروق بين المجموعتين من التلميذات ، وكانت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

٢. برنامج اللعب العلاجي

البرنامج عبارة عن مجموعة من الأنشطة والألعاب الحركية الجماعية الموجهة التي تعمل على تزويد التلميذات المعاقات عقلياً المشاركات في البرنامج

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفضه السلوك العدواني

بالخبرات والمعلومات والمفاهيم التي من شأنها تدريبهن على حل المشكلات التي تعترضهن في المواقف الحياتية والتعليمية بعيداً عن التصرفات العدوانية.

هدف البرنامج :

الهدف العام للبرنامج خفض السلوك العدواني لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى. وتتحدد الأهداف الفرعية للبرنامج فيما يلي :

- مساعدة الطفلة على التنفيس عن التوتر والطاقة المكبوتة.
- مساعدة الطفلة على ضبط إنفعالاتها وتعديل سلوكها.
- حث الطفلة على الخلق الفاضل ، وبث العواطف النبيلة ، وحب الخير والعدل والواجب.
- حث الطفلة على حب الآخرين ومساعدتهم ، وعدم إيذائهم والعطف عليهم.
- تنمية المهارات الاجتماعية الخاصة بالتفاعل مع الآخرين.
- إتاحة الفرصة للطفلة للتعبير عن ذاتها وأحاسيسها أثناء اللعب.
- تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفلة المعاقة.

محتوى البرنامج :

في ضوء أهداف البرنامج وخصائص المعاقين عقلياً تم وضع قائمة باللعب والأنشطة مع مراعاة المبادئ التالية :

١. أن تتناسب مع خصائص المعاقات عقلياً القابلات للتعلم.
٢. أن تتفق مع طبيعة مشكلات وحاجات وقدرات المعاقات عقلياً مما يجعلها مشوقة وتجذب إهتمامهن إلى الممارسة.
٣. أن تتميز بالبساطة والإثارة والتشويق من خلال الألعاب والأنشطة المعروضة عليهم.
٤. أن يساهم البرنامج بإشعار المعاقات عقلياً بالاستقرار الإنفعالي والعمل التعاوني من خلال الأنشطة الجماعية وكذلك إسهاماته من الناحية النفسية والاجتماعية.

٥. أن تتضمن أنشطة اللعب مجموعة من المواقف التربوية التي تساهم في خفض السلوك العدواني.
٦. أن تركز جميع أنشطة اللعب على مواقف اجتماعية تسعى إلى إكساب الطفلة قيمة سلوكية تبعد عن أي سلوك عدواني أو تصرفات توحى باستجابة عدوانية.
٧. أن تعتمد أنشطة اللعب على أكبر قدر ممكن من الصور والأدوات حتى تكون محسوسة للطفلة المعاقة عقلياً لضمان أكبر قدر ممكن من الإيجابية من جانبه.
٨. أن تلقى التعليمات في كل لعبة بكلمات واضحة ومحددة حتى لا ترتبك الطفلة ، وعدم استخدام كلمات بمعنيين مختلفين في لعبة واحدة أو نشاط واحد.
٩. أن تسمح أنشطة اللعب للطفلة بالتفاعل الجماعي في التعبير عن الذات أثناء اللعب ، وأن تشارك في كل نشاط أو لعبة بمجهود خاص للتعبير والمشاركة.
١٠. أن تتناسب أنشطة اللعب مع مستوى فهم ومدركات المعاقات عقلياً ، حتى لا تتحدى قدراتهن ولا تشعرهن بالفشل.
١١. أن ترتبط أنشطة اللعب بقدر معقول بالخبرات المباشرة للطفلة ، وأن تتلاءم مع الأحداث اليومية وترتبط بعلاقات الطفلة مع أفراد الأسرة والمجتمع.

ويتضمن محتوى البرنامج مجموعة من الألعاب والأنشطة التي يحقق كل منها هدف لمواجهة إحدى مشكلات واحتياجات الطفلة المعاقة عقلياً.

ولقد إستمدت الباحثة اللعب المستخدمة في البرنامج مما ورد في كتاب كوتوني برناردي (١٩٩١) «تعالوا نلعب سوياً» ، وتتضمن الألعاب التالية :

- لعبة التنشين والرماية.
- لعبة البط والدجاج.
- لعبة السباق نحو الكوخ.
- لعبة الكراسي الموسيقية.
- لعبة البحث عن الصغير.
- لعبة التخمين.
- لعبة الصندوق السحري.
- لعبة هدايا المناسبات.
- لعبة الكلاب والأرانب.
- لعبة القردة الصغيرة.
- لعبة حقل الألغام.
- لعبة الغزال الأسرع.

الأدوات المستخدمة

- اشتملت الأدوات المستخدمة في البرنامج ما يلي :
- أدوات الأنشطة اليدوية للتشكيل: الصلصال ، والطباشير الملون لوازم اللوحة ، عمل الدمى من الورق وعمل ملابس لها ، وفي التلوين والرسم.
 - أدوات تركيبية بنائية : مثل المكعبات ، والرمال والماء ، والأجهزة التي يقوم الطفل بتركيبها.
 - أدوات مطبخ : الأواني ، المقالي ، الملاعق ، والأكواب...إلخ.
 - نماذج دمى للحيوانات الأليفة وغير الأليفة : قطة ، أرنب ، كلب ، حصان ، حمار ، غزال ، أسد...إلخ.
 - نماذج دمى (عرائس) من مختلف الشخصيات والأعمار والمهن (أطفال ، رجال ، نساء).
 - نموذج منزل ومحتوياته (غرفة نوم ، غرفة استقبال ، مقاعد ، حمام ، مطبخ).
 - نماذج لأدوات قتالية من المطاط والبلاستيك: بندق ، مسدسات ، سكاكين ، سيوف ، خناجر.
 - نماذج لوسائل المواصلات: سيارة ، قطار ، طائرة ، دراجة ...إلخ.
 - قطع قماش تمثل الملابس والمفروشات.
 - نماذج لأشياء طبيعية : أشجار ، منتزهات ، جبال ، مجاري مائية... .
 - نماذج لأدوات المهن المختلفة التي يستخدمها : الطبيب ، النجار ، الحداد ، المهندس ،
 - ألعاب للمشاركة الجماعية : كالدومينو والشطرنج والكرة ، وألعاب التمثيل وغيرها من الألعاب التعليمية والتربوية التي يمارسها الأطفال جماعياً.

الغيات المستخدمة

اعتمد البرنامج عدد من غيات العلاج السلوكي التي تضمنت :

- النمذجة.
- التعزيز.
- الحث والتلقين.
- تشكيل السلوك.

الفترة الزمنية لتنفيذ البرنامج :

تم تنفيذ البرنامج لمدة ستة أسابيع حيث تم تعليم وإستيعاب الأطفال لأنشطة اللعب بواقع مرتين أسبوعياً لمدة زمن النشاط ، حيث تم تحديد مدة (٣٠) دقيقة لكل نشاط ، وتم تنفيذ الأنشطة من قبل الباحثة والمعلمة ، مستخدمة بطاقة للملاحظة (بالإضافة إلى أسبوع التعارف وإشاعة روح المودة بين الباحثة وأعضاء الجماعة العلاجية قبل بدء البرنامج ، وأسبوع التقدير البعدي).

إجراءات التنفيذ**١- مرحلة الأعداد : ويتم فيها:**

١. إعداد الألعاب أو الأدوات المستخدمة لتكون صالحة للعمل.
٢. إعداد المكان المناسب ليسمح للتلميذات بتداول الألعاب ، ومراعاة أن يكون المكان من الاتساع بحيث يسمح للعب الجماعي أو الفردي ، حتى لا يؤدي ازدحام المكان إلى تعذر اللعب.
٣. إعداد المعلمة المشاركة للباحثة بحيث تتفهم التجربة .
٤. تهيئة أذهان التلميذات المشاركات وإثارة انتباههن حتى يعرفن سلفاً المطلوب منهن أداءه ، كما يتم شرح قواعد كل لعبة وضرورة العناية بكل منها وعدم إثارة الشغب أو التعدي على الغير وذلك لحفظ النظام وإتاحة الفرصة لكل طفل أن يحقق التعلم المطلوب.

٢- **مرحلة الاستخدام** : وهي المرحلة التي تقوم فيها التلميذات باستخدام الألعاب التي تم إعدادها. وقد راعت الباحثة / المعلمة بعض الأسس السليمة التي يقوم عليها الاستخدام الجيد لهذه الألعاب ومنها :

١. أن يكون الاستخدام هادفاً بمعنى أن تحقق الطفلة ماذا نتوقع منها.
٢. أن تُترك الفرصة للطفلة للعمل حتى تصل إلى الهدف المنشود مع مراعاة الفروق الفردية .
٣. ألا تتم المقارنة بين التلميذات فلكل منهن قدراتها الخاصة واحتياجاتها التي يجب احترامها.
٤. أن نتقبل قدرًا من الحركة والصخب الذي قد يصاحب اللعب، فلا نضيق ذرعاً ونفرض عليهم نظاماً قاسياً يذهب بمتعة العلاج عن طريق اللعب.
٥. تكوين العلاقة المهنية مع كل طفلة منذ اللحظة الأولى التي يتم اصطحابها فيها إلى حجرة اللعب.
٦. معاملة التلميذات في البرنامج بتسامح وعطف وثقة ولطف.
٧. ترك الحرية لكل طفلة في أن تختار الأدوات التي ترغب المشاركة بها بها في اللعبة ، وبالطريقة التي تراها دون خوف أو لوم أو عقاب وإزالة القلق وخفض التوتر لدي الطفلة.
٨. تبدأ الباحثة / المعلمة باللعب مشجعة التلميذات على الاشتراك معها.

صدق البرنامج :

بهدف التحقق من صدق البرنامج قامت الباحثة بعرض البرنامج على عدد من الخبراء والمحكمين في التربية الخاصة بصورته المبدئية ، ويتألف من إثني عشر نشاطاً (لعبة)، وقد أوضحت الباحثة الهدف من البرنامج وكيفية إبداء المحكمين آراءهم وملاحظاتهم على أهداف أنشطة اللعب والفنيات والأدوات المستخدمة والاجراءات المتبعة في تنفيذ كل نشاط ، ومدى مناسبة الأنشطة لمستوى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم. وطبقاً لآراء المحكمين وملاحظاتهم على الصورة المبدئية للبرنامج تم تعديل محتوى وإجراءات بعض الأنشطة بما يتناسب مع مستوى فهم المعاقات عقلياً ويحقق أهداف البرنامج في خفض السلوك العدواني ، وكانت نسبة اتفاق المحكمين على محتوى البرنامج ٨٠% على الأقل.

تقويم البرنامج :

تم تقويم البرنامج من خلال :

- ملاحظة سلوك الأطفال اليومي أثناء تأدية النشاط بهدف التعرف على نقاط الضعف ومحاولة علاجها، وكذلك التعرف على مدى استيعاب الأطفال للخبرة المعطاة ومدى ممارسة الأطفال لها.
- الحوار والمناقشة بين الباحثة والأطفال.
- تطبيق مقياس السلوك العدواني بعد البرنامج، والمقارنة بين التطبيقين القبلي والبعدي.

٣- برنامج القصة الإجتماعية

البرنامج عبارة عن مجموعة من القصص التي تتناول مواقف اجتماعية تستهدف تزويد المعاقات عقلياً بقيم أخلاقية وسلوكية، وتكسبهن آداب السلوك في التعامل مع الآخرين من خلال التأدب في الكلام، والمحافظة على الممتلكات، وعدم إحداث الإضرار بالنفس أو بالآخرين .

أهداف البرنامج :

- يهدف البرنامج إلى خفض السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً القابلات للتعلم باستخدام فن القصة، والمشاركة الايجابية مع الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه. وتحدد الأهداف الإجرائية للبرنامج فيما يلي :
- اكتساب آداب السلوك والتأدب في الكلام : كالإستئذان، والشكر، والإعتذار.
 - تعلم كيفية المحافظة على الممتلكات الشخصية وممتلكات الآخرين.
 - تنمية قدرة الطفلة على المحافظة على نفسها بعدم تعرضها للأخطار أو الأذى.
 - تنمية حب الآخرين : إخوتها وأفراد أسرتها، وزملائها وأصدقائها ومراعاة مشاعرهم.
 - البعد عن إلحاق الضرر والأذى بالآخرين.

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني

- اكتساب قيم بيئية : النظافة والنظام في المكان ، العناية بالنباتات والزهور ، تقديم الطعام والشراب للطيور والحيوانات....وما إلى ذلك.
- إنماء القيم الدينية والأخلاقية لدى التلميذات العدوانيات: الصدق والأمانة ، والتسامح ، والتعاون ، والتعاطف مع الآخرين.
- محو السلوكيات غير المرغوبة وتعزيز السلوكيات المرغوب فيها .
- تنمية قيمة الاحترام والتواصل مع الآخرين .
- تنمية روح العمل ضمن المجموعة (روح الفريق).
- إلتزام الهدوء وعدم إزعاج الآخرين.
- تعلم الطفلة عدم استخدام الضرب أو الإهانة للآخرين عند الغضب.

محتوى البرنامج

يتضمن البرنامج ست قصص إجتماعية ، يتم عرض كل قصة في جلستين ، في الجلسة الأولى يتم رواية القصة ، وعرض صور الأحداث على اللوحة الوبرية ، ثم المناقشة حول أحداث القصة للخروج بالمغزى التربوي منها ، وفي الجلسة الثانية يتم استخدام مسرح العرائس لتمثيل الأحداث ، ثم يتم تلوين الصور على الكروت ، واختيار الشخصية التي يجبها الطفلة وتلوينها باللون الذي تحبه ، ثم لعب الدور لتمثيل أحداث القصة. وفيما يلي القصص المستخدمة وأهدافها :

جدول (٢)

القصص المستخدمة في البرنامج وأهدافها

م	اسم القصة	أهدافها
١	قطعة الحلوى	حب الطفل على حب أسرته ، والطاعة ، والعطاء بلا مقابل.
٢	الثعلب الماكر	عدم إيذاء الآخرين ، والإعتذار عند الخطأ.
٣	الغزال المريض	زيارة المريض وعدم إزعاجه ، والإلتزام بالهدوء وتقديم الخدمات له ، الصداقة ، مساعدة الآخرين.
٤	الولد المغرور	عدم التكبر ، المحافظة على النفس، وعدم تعريضها للأخطار.
٥	العصفورة الصغيرة	الصداقة ، حب الآخرين ومساعدتهم ، العطف ، التعاون ، اتباع آداب السلوك.
٦	ميشو المشاغب	قول الصدق ، الإعتذار عند الخطأ ، التسامح.

الأدوات المستخدمة

تم استخدام القصص الملونة لنفس أحداث القصص مرسومة على بطاقات غير ملونة ، مراسيم وألوان ، لوحة وبرية لعرض الصور ، عرائس قفازية .

أسلوب عرض وتنفيذ البرنامج :

يستخدم البرنامج عدة أساليب منها :

- أ- رواية القصة .
- ب. تلوين صور القصة .
- ج. تمثيل القصة .
- د. مسرحة القصة (دمى وعرائس) .
- هـ. المناقشة .
- و. التغذية الراجعة .

الغيات المستخدمة في البرنامج :

- أ. فنيات معرفية : نقاش جماعي ، حوار ، وعظ ، عصف ذهني ، أسلوب التداعي الحر ، واجبات منزلية .
- ب. فنيات سلوكية : التعزيز الايجابي ، التمثيل ولعب الدور ، الممارسة العملية .

الفترة الزمنية لتنفيذ البرنامج :

تم تنفيذ البرنامج لمدة ستة أسابيع حيث تم عرض قصة واحدة في جلستين ، تتضمن (رواية القصة ، التلوين ، تمثيل الأدوار ، مسرحة القصة) بواقع مرتين أسبوعياً لمدة زمن النشاط مدة (٣٠) دقيقة لكل جلسة ، وتم تنفيذ النشاط من قبل الباحثة والمعلمة ، مستخدمة بطاقة للملاحظة (بالإضافة إلى أسبوع التعارف قبل البرنامج ، وأسبوع التقدير البعدي).

صدق البرنامج :

بهدف التحقق من صدق البرنامج قامت الباحثة بعرض القصص التي يتضمنها البرنامج على عدد من الخبراء والمحكمين في التربية الخاصة بصورته المبدئية ، والإجراءات المتبعة في قص وعرض كل قصة ، وقد أوضحت الباحثة الهدف من البرنامج وكيفية إبداء المحكمين آراءهم وملاحظاتهم على أهداف القصص والفنيات والأدوات المستخدمة والاجراءات المتبعة في تنفيذ كل قصة ، ومدى مناسبتها لمستوى التلميذات المعاقات عقلياً القابلات للتعلم ،

د . سعيد محمد سلامة _____ فعالية اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في خفضه السلوك العدواني

و طبقاً لآراء المحكمين وملاحظاتهم على الصورة المبدئية للبرنامج تم تعديل محتوى وإجراءات بعض القصص بما يتناسب مع مستوى فهم المعاقات عقلياً ويحقق أهداف البرنامج في خفض السلوك العدواني ، وكانت نسبة اتفاق المحكمين على البرنامج ٨٠٪ على

تقويم البرنامج :

تم تقويم البرنامج من خلال :

- ملاحظة سلوك التلميذات اليومي أثناء الأنشطة القصصية بهدف التعرف على نقاط الضعف ومحاولة علاجها، وكذلك التعرف على مدى استيعابهن للخبرة المعطاة ومدى ممارستها لها.
- الحوار والمناقشة بين الباحثة والتلميذات المعاقات عقلياً.
- تطبيق مقياس السلوك العدواني بعد البرنامج، والمقارنة بين التطبيقين القبلي والبعدي.

الأساليب الإحصائية

تمت معالجة البيانات في الدراسة الحالية باستخدام الأساليب الإحصائية التالية :

- تحليل التباين لحساب مدى التجانس بين مجموعات الدراسة.
- اختبار ويلكوكسون للمجموعات المترابطة ، ومان- ويتني للمجموعات المستقلة لإختبار صحة فروض الدراسة.
- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المترابطة لدراسة حجم تأثير البرنامج.

نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول

نص الفرض الأول على أنه : « توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة اللعب العلاجي) قبل وبعد البرنامج ، وتكون الفروق لصالح القياس البعدي في الإتجاه الأفضل».

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في مقياس السلوك العدواني في القياسين القبلي والبُعدي، ونتائج معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة لدراسة حجم تأثير البرنامج (ن = ٨).

جدول (٣)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب السلوك العدواني في القياسين القبلي والبُعدي لدى المعاقات عقلياً في مجموعة اللعب العلاجي

الأبعاد	الإشارات (القبلي- البُعدي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة ^(١)	حجم التأثير (rprb)	مستوى التأثير
السلوك العدواني الصريح	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣ -	٠,٠٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
السلوك العدواني العام	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٥ -	٠,٠٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
السلوك الفوضوي	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣ -	٠,٠٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
عدم القدرة على ضبط الذات	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣ -	٠,٠٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٢ -	٠,٠٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						

(١) مستوى دلالة الطرف الواحد لأن الفرض بديل موجه

الإشارة السالبة : عندما يكون: البُعدي > القبلي.

الإشارة الموجبة : عندما يكون: البُعدي < القبلي.

يتضح من الجدول السابق أن الرتب السالبة لأبعاد السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في مجموعة اللعب العلاجي بعد تطبيق البرنامج أكثر من الرتب الايجابية، كما أن قيم (Z) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥)، مما يدل على فعالية البرنامج في خفض السلوك العدواني، وإن كانت درجة التأثير متوسطة.

نتائج الفرض الثاني

نص الفرض الثاني على أنه : «توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة القصة الاجتماعية) قبل وبعد البرنامج، وتكون الفروق لصالح القياس البعدي في الإتجاه الأفضل».

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في مقياس السلوك العدواني في القياسين القبلي والبعدي، ونتائج معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة لدراسة حجم تأثير البرنامج (ن = ٨).

جدول (٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب السلوك العدواني في القياسين القبلي والبعدي لدى المعاقات عقلياً في مجموعة القصة الاجتماعية

الأبعاد	الإشارات (البعدي- القبلي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة (١)	حجم التأثير (rprb)	مستوى التأثير
السلوك العدواني الصريح	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٢ -	٠,١٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
السلوك العدواني العام	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣ -	٠,١٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
السلوك الفوضوي	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٢ -	٠,١٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
عدم القدرة على ضبط الذات	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٤ -	٠,١٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣ -	٠,١٥	٠,٥٥ -	تأثير متوسط
	الموجبة	٠						

(١) مستوى دلالة الطرف الواحد لأن الفرض بديل موجه

الإشارة السالبة : عندما يكون: البعدي > القبلي.

الإشارة الموجبة : عندما يكون: البعدي < القبلي.

يتضح من الجدول السابق أن الرتب السالبة لأبعاد السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في مجموعة القصة الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج أكثر من الرتب الايجابية ، كما أن قيم (Z) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) ، مما يدل على فعالية البرنامج في خفض السلوك العدواني، وإن كانت درجة التأثير متوسطة.

نتائج الفرض الثالث :

نص الفرض الثالث على أنه : « توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة اللعب العلاجي) بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة ، وتكون الفروق لصالح المجموعة التجريبية في الإتجاه الأفضل».

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام إختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوكسون Wilcoxon ، ومان ويتني Mann-Whitney لحساب الفروق بين متوسطات رتب أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني ودرجته الكلية لكلتا المجموعتين.

جدول (٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون ومان ويتني لدلالة الفروق بين متوسط رتب السلوك العدواني بين درجات مجموعة اللعب العلاجي والمجموعة الضابطة

الأبعاد	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان U ويتني	معامل W ويلكوكسون	Z قيمة ودالاتها	مستوى الدلالة
السلوك العدواني الصريح	مجموعة اللعب العلاجي	٥,٢٥	٤٢,٠٠	٦,٠٠	٤٢,٠٠	٢,٧٤٣ -	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١١,٧٥	٩٤,٠٠				
السلوك العدواني العام	مجموعة اللعب العلاجي	٤,٦٣	٣٧,٠٠	١,٠٠	٣٧,٠٠	٣,٢٧٥ -	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٣٨	٩٩,٠٠				
السلوك الفوضوي	مجموعة اللعب العلاجي	٤,٦٣	٣٧,٠٠	١,٠٠	٣٧,٠٠	٣,٢٧٧ -	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٣٨	٩٩,٠٠				
عدم القدرة على ضبط الذات	مجموعة اللعب العلاجي	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٧٨ -	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	مجموعة اللعب العلاجي	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٦٣ -	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات أبعاد السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في مجموعة اللعب العلاجي بعد تطبيق البرنامج أقل من أقرانهن في المجموعة الضابطة، وكانت قيم (Z) دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد فعالية برنامج اللعب العلاجي في خفض السلوك العدواني لدى تلميذات المجموعة التجريبية الأولى.

نتائج الفرض الرابع :

نص الفرض الرابع على أنه : « توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة القصة الاجتماعية) بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة، وتكون الفروق لصالح المجموعة التجريبية في الإتجاه الأفضل».

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام إختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوكسون Wilcoxon، ومان ويتني Mann-Whitney لحساب الفروق بين متوسطات رتب أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني ودرجته الكلية لكلتا المجموعتين.

جدول (٦)

نتائج اختبار ويلكوكسون ومان ويتني لدلالة الفروق في السلوك العدواني بين مجموعة القصة الاجتماعية والمجموعة الضابطة

الأبعاد	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل U مان ويتني	معامل W ويلكوكسون	Z قيمة ودالاتها	مستوى الدلالة
السلوك العدواني الصريح	مجموعة القصة الاجتماعية	٤,٥٦	٣٦,٥٠	٠,٥٠	٣٦,٥٠	- ٣,٣١٨	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٤٤	٩٩,٥٠				
السلوك العدواني العام	مجموعة القصة الاجتماعية	٤,٧٥	٣٨,٠٠	٢,٠٠	٣٨,٠٠	٣,١٦٢-	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٢٥	٩٨,٠٠				
السلوك الفوضوي	مجموعة القصة الاجتماعية	٤,٦٣	٣٧,٠٠	١,٠٠	٣٧,٠٠	- ٣,٢٧٠	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٣٨	٩٩,٠٠				
عدم القدرة على ضبط الذات	مجموعة القصة الاجتماعية	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	- ٢,٣٧٨	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	مجموعة القصة الاجتماعية	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	- ٣,٣٧٣	٠,٠١
	المجموعة الضابطة	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات أبعاد السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في مجموعة القصة الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج أقل من أقرانهن في المجموعة الضابطة، وكانت قيم (Z) دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد فعالية برنامج القصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى تلميذات المجموعة التجريبية الثانية.

نتائج الفرض الخامس

نص الفرض الخامس على أنه : « لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني بين مجموعتي اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في القياس البعدي».

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوكسون Wilcoxon، ومان ويتني-Mann-Whitney لحساب الفروق بين متوسطات رتب أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني ودرجته الكلية لكلتا المجموعتين.

جدول (٧)

نتائج اختبار ويلكوكسون ومان ويتني لدلالة الفروق في السلوك العدواني بين مجموعتي اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية بعد البرنامج

الأبعاد	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل U مان ويتني	معامل W ويلكوكسون	Z قيمة ودالاتها	مستوى الدلالة
السلوك العدواني الصريح	مجموعة اللعب العلاجي	٨,١٩	٦٥,٥٠	٢٩,٥٠	٦٥,٥٠	٠,٢٦٤ -	٠,٧٩٢ غير دالة
	مجموعة القصة الاجتماعية	٨,٨١	٧٠,٥٠				
السلوك العدواني العام	مجموعة اللعب العلاجي	٧,٩٤	٦٣,٥٠	٢٧,٥٠	٦٣,٥٠	٠,٤٧٩ -	٠,٦٣٢ غير دالة
	مجموعة القصة الاجتماعية	٩,٠٦	٧٢,٥٠				
السلوك الفوضوي	مجموعة اللعب العلاجي	٧,٥٠	٧٦,٠٠	٢٤,٠٠	٦٠,٠٠	٠,٨٦١ -	٠,٣٨٩ غير دالة
	مجموعة القصة الاجتماعية	٩,٥٠	٦٠,٥٠				
عدم القدرة على ضبط الذات	مجموعة اللعب العلاجي	٧,٥٦	٦٠,٠٠	٢٤,٠٠	٦٠,٠٠	٠,٧٩٦ -	٠,٤٢٦ غير دالة
	مجموعة القصة الاجتماعية	٩,٤٤	٧٥,٥٠				
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	مجموعة اللعب العلاجي	٧,١٩	٥٧,٥٠	٢١,٥٠	٥٧,٥٠	١,١١ -	٠,٢٦٧ غير دالة
	مجموعة القصة الاجتماعية	٩,٨١	٧٨,٥٠				

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات مقياس السلوك العدواني لمجموعتي اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في القياس البعدي متقاربة، وإن كانت متوسطات رتب برنامج القصة الاجتماعية كان أعلى بدرجة بسيطة، غير أن قيم (Z) غير دالة إحصائياً، مما يدل على أن كلتا المجموعتين قد استفاد أفرادها من فعاليات البرنامج العلاجي في خفض السلوك العدواني دون وجود فروق بين المجموعتين.

نتائج الفرض السادس :

نص الفرض السادس على أنه : « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني بين القياسين البعدي (بعد إنتهاء البرنامج مباشرة) ، والتتبعي (بعد مرور شهر من المتابعة) في كلتا المجموعتين التجريبتين ».

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام إختبار رتب إشارات المجموعات المترابطة لويلكوكسون Wilcoxon لحساب الفروق بين متوسطات رتب أبعاد مقياس تقدير السلوك العدواني ودرجته الكلية في القياسين البعدي والتتبعي.

جدول (٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق في السلوك العدواني بين متوسط رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى المعاقات عقلياً في مجموعة اللعب العلاجي

الأبعاد	الإشارات (البعدي- التتبعي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
السلوك العدواني الصريح	السالبة	٤	٤,٣٨	١٧,٥٠	- ٠,٧١	غير دالة
	الموجبة	٤	٤,٦٣	١٨,٥٠		
السلوك العدواني العام	السالبة	٢	٥,٠٠	١٠,٠٠	-	غير دالة
	الموجبة	٥	٣,٦٠	١٨,٠٠		
السلوك الفوضوي	السالبة	٣	٣,٠٠	٩,٠٠	-	غير دالة
	الموجبة	٣	٤,٠٠	١٢,٠٠		
عدم القدرة على ضبط الذات	السالبة	٤	٤,٦٧	١٤,٠٠	٠,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٤	٣,٥٠	١٤,٠٠		
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	السالبة	٢	٦,٠٠	١٢,٠٠	-	غير دالة
	الموجبة	٦	٤,٠٠	٢٤,٠٠		

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات مقياس السلوك العدواني في مجموعة اللعب العلاجي في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من توقف البرنامج) متقاربة ، وإن كانت بعض القيم الموجبة قد زادت قليلاً ، إلا أن قيم (Z) كانت غير دالة إحصائياً ، مما يدل على استمرار فعاليات البرنامج العلاجي في خفض السلوك العدواني.

جدول (٩)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق في السلوك العدواني بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المعاقات عقلياً في مجموعة القصة الاجتماعية

الأبعاد	الإشارات (البعدي- التتبعي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
السلوك العدواني الصريح	السالبة	٤	٥,٠٠	٢٠,٠٠	٠,٢٨٤ -	غير دالة
	الموجبة	٤	٤,٠٠	١٦,٠٠		
السلوك العدواني العام	السالبة	٢	٥,٥٠	١١,٠٠	١,١٠١ -	غير دالة
	الموجبة	٦	٤,١٧	٢٥,٠٠		
السلوك الفوضوي	السالبة	٢	٥,٥٠	١١,٠٠	٠,٥١١ -	غير دالة
	الموجبة	٥	٣,٤٠	١٧,٠٠		
عدم القدرة على ضبط الذات	السالبة	٢	٤,٢٥	٨,٥٠	٠,٩٣٣ -	غير دالة
	الموجبة	٥	٣,٩٠	١٩,٥٠		
الدرجة الكلية للسلوك العدواني	السالبة	٢	٥,٥٠	١١,٠٠	٠,٥١١ -	غير دالة
	الموجبة	٥	٣,٤٠	١٧,٠٠		

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب درجات مقياس السلوك العدواني في مجموعة القصة الاجتماعية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من توقف البرنامج) متقاربة ، كما أن قيم (Z) غير دالة إحصائياً ، مما يدل على استمرار فعاليات البرنامج العلاجي في خفض السلوك العدواني.

مناقشة نتائج الدراسة

استهدف الفرض الأول الكشف عن مدى تأثير برنامج اللعب العلاجي في خفض السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في العينة المستخدمة من خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي ، وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين ، وكانت رتب المتوسطات في القياس البعدي أقل منها في القياس القبلي مما يدل على انخفاض السلوك العدواني بجميع أبعاده ، وكانت قيم (Z) غير دالة إحصائياً - وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الأول.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة أوكفا (O>Keefe,2001) عن فاعلية برنامج لزيادة التفاعل الاجتماعي وخفض حدة السلوك العدواني من خلال الإندماج في اللعب مع الأقران في الفصل الدراسي ، ودراسة صالح والبنا (٢٠٠٧) التي استخدمت برنامج إرشادي باللعب لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين باستخدام مبادئ وفتيات المنحى السلوكي (النمذجة ، ولعب الدور ، والتعزيز). ودراسة عبد الرحيم (٢٠١١) التي استخدمت برنامجاً إرشادياً باللعب لخفض حدة بعض الإضطرابات السلوكية ، ومنها السلوك العدواني.

فمن المعلوم أن برامج الألعاب تؤدي إلى إحداث تعديلات جوهرية في السلوك ، فتفاعل الأطفال فيما بينهم وإقامة الحوار والتواصل والمساندة كضيق واحد يؤدي إلى إحداث هذه الفروق الكبيرة (آل مراد ، ٢٠٠٤) . فلقد أكدت فرجينيا أكسلين Axline أهميته العلاج باللعب في تناقص الشعور السلبي نحو الذات ، وتزايد الشعور الإيجابي نحو الذات ونحو الآخرين من خلال الجلسات العلاجية ، ومن ثم يتحول الطفل إلى فرد أكثر اكتمالاً لأنه من خلال العلاج يتحرر من القيود ويكون أكثر تلقائية (عبد الباقي ، ٢٠٠١ ، ١٥٢).

وترى الباحثة أن أنشطة العلاج باللعب المستخدمة في البرنامج قد حققت مزايا عدة : فقد ساعدت على التنفيس الانفعالي وإخراج ما عند التلميذات المشاركات من مشاعر واتجاهات وحاجات ، وكانت الألعاب الحركية واللعب بالرسم والتكوين والدمى ... وغيرها من الأنشطة المستخدمة ، مساعداً على الاستبصار وزيادة وعي التلميذات بأنفسهن وقدراتهن وعلاقاتهن مع الآخرين ، وأدت إلى تنمية التسامي والذي يتفق مع توقعات كل طفلة . ولقد أوضح سليمان (٢٠٠١ ، ١٥٩) أنه من خلال جلسات العلاج عن طريق مواقف اللعب ، يتم تقديم فرصة للأطفال لإخراج مشاعرهم المضطربة وسلوكياتهم العدوانية، ولذلك يزول احتمال كبت هذه المشاعر . ويتحرر الأطفال من هذه المشاعر- ولو بصورة مؤقتة - يتمكن الأطفال من استخدام طاقاتهم بفاعلية أكثر من ذي قبل في كل المواقف الشخصية والاجتماعية مع الأطفال الآخرين والبالغين.

ومن نفس المنطلق استهدف **الفرض الثاني** الكشف عن مدى تأثير برنامج القصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في العينة المستخدمة من خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي ، وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة احصائياً بين القياسين ، وكانت رتب المتوسطات في القياس البعدي أقل منها في القياس القبلي ، وكانت قيم (Z) غير دالة احصائياً ، مما يدل على انخفاض السلوك العدواني بجميع أبعاده - وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الثاني.

وترى الباحثة أن القصة تعتبر أسلوباً علاجياً ناجحاً يؤدي ثماره عندما يبدأ الطفل في التعامل مع المشكلات التي تعرضها القصة وتطبيقاتها في الحياة الواقعية ، كما يمكنها أن تمحي مشاعر الحيرة والقلق التي يعاني منها الطفلة ، كما أن أحداث القصة وأبطالها تشجع الطفلة على رسم صورة جديدة لذاتها ، وهذا يعني أن عقلها مازال يستوعب الدروس المستفادة من القصة مما سمح بخفض السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً المشاركات في البرنامج. ولقد أوضح يوسف (٢٠٠٠، ٦٤) أن ” القصة الاجتماعية تعتبر من الوسائل المهمة التي تساهم في تحقيق تنشئة اجتماعية آمنة ، لأن الطفل يتأثر بها إلى حد كبير ، فهي تعني له عالمه الخاص الذي يجد فيه المثل الذي يحتذي به ، وتشكل لديه الإحساس والإنفعال المناسبين لتكوين الأفكار والاتجاهات“ . وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي أوضحت أن القصة من الفنيات التي ثبت جدواها في خفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً ، منها : دراسة العبيدي (١٩٩٧) ، وزقوت (٢٠٠٠) ، والنجار (٢٠٠١) عن فعالية برامج قائمة على القصة في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال بصفة عامة ، وأوضحت دراسة سعيد (٢٠٠٨) ، بدوي (٢٠١١) حول فعالية برنامج للنشطة الدرامية في تنمية السلوك التوافقي وخفض السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم الذكور والإناث.

أما الفرض الثالث فقد استهدف الكشف عن مدى وجود فروق بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في مجموعة

اللعب العلاجي بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة، وقد كشفت النتائج أن متوسطات رتب درجات أبعاد السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في مجموعة اللعب الجماعي الموجه بعد تطبيق البرنامج أقل من أقرانهن في المجموعة الضابطة، وكانت قيم (Z) احصائياً عند مسوى (٠,٠١)، مما يؤكد فعالية برنامج اللعب العلاجي في خفض السلوك العدواني لدى تلميذات المجموعة التجريبية الأولى - وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الثالث.

والنتيجة التي تستخلصها الباحثة مما توصل إليه هذا الفرض - وبناءً على ما جاء في الدراسات السابقة - أن اللعب من أنسب الوسائل التي يمكن أن تسهم في التنفيس الانفعالي ومن ثم منع السلوكيات العدوانية لدى الأطفال بصفة عامة والمعاقين عقلياً بصفة خاصة، مما يدفعنا إلى توجيه عناية أكبر نحو أنشطة ومواد اللعب التي تثير ميول الطفل لممارستها مثل الألعاب بالأنشطة الحركية المختلفة وألعاب الدمى، والتي تمكن الطفل من مواجهة التوتر والخوف والكبت الذي يكون قد تولد لديه نتيجة القيود المختلفة التي تفرض عليه من بيئته، لذا نجد الأطفال المعاقين عقلياً الذين يعانون من القيود والإحباطات ينشدون الانطلاق والتحرر واللعب أكثر من غيرهم، ويجدون فيه متنفساً لتصريف ما بداخلهم من عدوان مكبوت.

وينفس التوجه فقد استهدف **الفرض الرابع** الكشف عن مدى وجود فروق بين متوسطات رتب درجات السلوك العدواني لدى المعاقات عقلياً في مجموعة القصة الاجتماعية بعد البرنامج وأقرانهن في المجموعة الضابطة، وقد كشفت النتائج أن متوسطات رتب درجات أبعاد السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً في مجموعة القصة الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج أقل من أقرانهن في المجموعة الضابطة، وكانت قيم (Z) احصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد فعالية برنامج القصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى تلميذات المجموعة التجريبية الثانية - وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الرابع.

وإذا كان الأمر كذلك من فعالية كلا البرنامجين في خفض السلوك العدواني ، فقد جاء **الفرض الخامس** للكشف عن مدى وجود فروق بين البرنامجين : اللعب العلاجي ، والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً القابلات للتعلم ، وقد حققت النتائج صحة الفرض حيث لم توجد فروق بين البرنامجين في مستوى انخفاض السلوك العدواني.

وترى الباحثة أن اللعب والقصة الاجتماعية ، كلاهما من الأنشطة المحببة للطفل ، وتعد نشاطاً له جاذبيته الخاصة للمعاقين عقلياً ، لما تمنحه من شعور بالمشاركة والفاعلية والمنافسة والتشجيع والرضا والسعادة، وتشكل وسطاً جيداً لتعليمهم كثير من المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة اجتماعياً في جو ممتع ومحجب إلى النفس، ويتعلم الأطفال عن طريق اللعب والقصة الكثير عن العالم، والحياة، والناس فيكتسبون المهارات المتنوعة ، ومن ثم أسهم كلا البرنامجين في خفض السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً المشاركات في البرنامج ولم توجد فروق بينهما في هذا الأمر.

وأخيراً جاء **الفرض السادس** ليحاول استجلاء مدى استمرار فعالية كلا البرنامجين (اللعب العلاجي ، والقصة الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى التلميذات المعاقات عقلياً بعد فترة من توقف فعاليات كل منهما ، وقد حققت النتائج صحة هذا الفرض الذي ذهب إلى عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي ، حيث كانت قيم (Z) غير دالة احصائياً بالنسبة لكل من برنامج اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية ، وهذا يدل على قدرة التلميذات المعاقات عقلياً على تعميم المهارات التي اكتسبناها في البرنامجين في حياتهما اليومية والذي انعكس على استمرارية السلوك الايجابي لديهن ونقص السلوكيات العدوانية - كما ترجع الباحثة ذلك إلى أنه في برنامج اللعب العلاجي : كان التدريب المستمر على كل نشاط من أنشطة اللعب عامل هام في استمرارية تأثير المهارات المكتسبة ، كما أن الأنشطة والتدريبات التي استخدمت في البرنامج كانت من الأنشطة المحببة التي تجذب التلميذة

المشاركة مما جعلها تثبت لديها لفترة من الزمن، حيث إن التلميذة لم تكن متلقية سلبية بل كانت متلقية إيجابية وفعالة وكانت بحاجة إلى إيقاظ تلك المهارات وتنشيطها وتوظيفها. كما أن استخدام أكثر من إجراء في برنامج القصة الاجتماعية (حكاية القصة ، اختيار الشخصيات ، تلوينها ، تمثيل الأدوار) كل ذلك أدى إلى استيعاب المواقف وتذكر أبعادها والاستفادة منها في المواقف الحياتية التالية.

نستنتج مما سبق أن البرامج التي تعتمد على أنشطة اللعب والنشاط القصصي والتطبيقات التربوية التي تؤكد على السلوكيات المضادة للعدوان بأبعاده المختلفة قد أسهمت بقدر كبير في التنفيس عن الطاقات الكامنة في نفوس التلميذات المعاقات عقلياً القابلات للتعلم المشاركات ، والسيطرة على انفعالاتهن ، وبالتالي يكون البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية قد حقق النتائج المرجوة منهما ، وساعداً على خفض مستوى السلوك العدواني.

توصيات الدراسة

بناء على ما توصلت له الدراسة من نتائج فإنها توصي بما يلي :

١. ضرورة استخدام برامج تربوية تعتمد على الأساليب الحديثة في معالجة السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً.
٢. استخدام الأنشطة اللاصفية مثل القصص والمسرح ولعب الأدوار والألعاب الترفيهية... وغيرها، في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً وتعديل سلوكهم لما لها من أثر فعال في تدريبهم على السلوك السوي.
٣. توعية الآباء والمعلمين والأخصائيين النفسيين بكيفية التعامل مع الأطفال المعاقين عقلياً، وذلك عن طريق عقد الندوات والمؤتمرات حول أساليب وفتيات التعامل معهم وحل مشكلاتهم أولاً بأول.
٤. توفير كافة الإمكانيات والأدوات المختلفة والتي تسهل العملية التعليمية للطفل المعاق عقلياً.
٥. إجراء دراسات على عينات أخرى حول : أثر اللعب العلاجي والقصة الاجتماعية في تعديل الاضطرابات السلوكية الأخرى لدى المعاقات عقلياً.

المراجع العربية

- أحمد ، أسماء سعيد عبد العزيز (٢٠١٠). فاعلية برنامج قائم على الأنشطة المتعددة في خفض السلوك العدواني لدى أطفال الروضة المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة حلوان.
- أحمد ، خالد ؛ إبراهيم ، عبد الرقيب ؛ الجناوي ، مديحة (٢٠٠٣). مدى فاعلية أسلوب التعزيز والنمذجة لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة كلية التربية جامعة أسيوط ، مج ١٩ ، ع ١ ، ٤٥٢-٤٨٦.
- آل مراد ، نبراس يونس محمد (٢٠٠٤). أثر استخدام برامج بالألعاب الحركية والألعاب الاجتماعية المختلطة في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفال الرياض بعمر (٥-٦) سنوات. رسالة دكتوراه ، كلية التربية الرياضية ، جامعة الموصل.
- أمين ، سهير محمود (١٩٩٧). فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.
- بخش ، أميرة طه (١٩٩٧). فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً. مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ج ١ ، ٩٧-١٣٣.
- البهاص ، سيد أحمد (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي تكاملي للحد من سلوك إيذاء الذات وتحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. مجلة كلية التربية جامعة ، ع ٦ ، ٦٢١-٤٨٦.
- بيرس ، ماريا ؛ لاندو ، جنيضيف (١٩٩٦). اللعب ونمو الطفل. ترجمة سليمان ، عبد الرحمن ؛ الدرستي ، شيحة يوسف ، القاهرة : دار النهضة العربية.
- جابر ، جابر عبد الحميد ؛ كفاي ، علاء الدين (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسي. ج. (٣) ، القاهرة : دار النهضة العربية.
- جابر ، جابر عبد الحميد ؛ كفاي ، علاء الدين (١٩٩٣). معجم علم النفس والطب النفسي. ج. (٦) ، القاهرة : دار النهضة العربية.
- جنيد ، حسين علي (٢٠٠٧). برنامج مقترح باستخدام جداول النشاط المصور للحد من السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمحافظة غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الأزهر - غزة.

- حافظ ، نبيل ؛ قاسم ، نادر (١٩٩٣) . برنامج إرشادي في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس، س١، ع١، ١٤٣-١٧٧.
- الحيلة ، محمد محمود (٢٠٠٣). الألعاب التربوية وتطبيقات إنتاجها سيكولوجياً وتعليمياً، وعملياً، ط٢، عمان : دار المسيرة.
- خطاب، رأفت (٢٠٠١). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال المعاقين عقلياً. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الزقازيق.
- ديبس ، سعيد عبد الله (١٩٩٨). فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الأخرى في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي ، كلية التربية جامعة قطر.
- دسوقي، كمال محمد (١٩٩٠). ذخيرة علوم النفس. المجلد الثاني، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- الرزيقات، إبراهيم (٢٠٠٦). اضطرابات الكلام واللغة- التشخيص والعلاج. عمان : دارالفكر.
- الزغبى، أحمد (٢٠٠٥). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية - أسبابها وسبل علاجها. دمشق : دار الفكر.
- زقوت، أمينة (٢٠٠٠). مدى تأثير قصص الأطفال المحكية على تعديل السلوك العدوانى لدى أطفال الروضة. رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة عين شمس.
- زهران ، حامد (١٩٩٩). الصحة النفسية والعلاج النفسى. ط٣، القاهرة : عالم الكتب.
- سعيد ، أندريا أنور أيوب (٢٠٠٨). فاعلية برنامج للأنشطة الدرامية في تنمية السلوك التوافقي للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم - دراسة ميدانية. رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال - جامعة بورسعيد.
- سلامة ، ممدوحة محمد (١٩٩٠) : علاقة الأسرة بالاعتمادية والعدوان لدى الأطفال. مجلة علم النفس، العدد (٤) ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ٣٥-٤١.
- سمير، جانيت (٢٠٠١). نحن أيضاً نريد قصة وكتاباً (كيف نجعل القصة فى متناول الطفل المعاق عقلياً). الحلقة الدراسية عن كتب الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة . (٢) فبراير، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب .

- سويد ، محمد نور(٢٠٠٤) . منهج التربية النبوية للطفل مع نماذج تطبيقية من حياة السلف الصالح وأقوال العلماء العاملين. بيروت : دار ابن كثير للطباعة والنشر والتوزيع.
- شلبي ، أشرف محمد (٢٠٠٠). فاعلية برنامج سلوكي في خفض درجة العنف لدى عينة من المعاقين عقلياً – دراسة تجريبية. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.
- صالح ، عايدة (٢٠٠١). برنامج مقترح لتنمية القيم الأخلاقية لدى أطفال الرياض بمحافظة غزة. رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة عين شمس بالاشتراك مع البرنامج المشترك بكلية التربية جامعة الأقصى.
- صالح ، عايدة شعبان ؛ البنا ، أنور حمودة (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين بمحافظة غزة. مجلة جامعة الأزهر – غزة ، سلسلة العلوم الإنسانية ، المجلد ١ ، العدد (١-أ)، ٧٠-١.
- صالح، أحمد (١٩٩٥) : ” فاعلية حزمة تعزيزيه مكونة من الثواب والعقاب وضغط الأقران في تعديل السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة ” ، مجلة الدراسات تربوية ، ١٠م ، ج ٧٨.
- الصمادي ، جميل ؛ الناطور ، ميادة ؛ الشحومي ، عبد الله (٢٠٠٣). تربية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. الكويت : منشورات الجامعة العربية المفتوحة.
- صندرلاند ، مارجوت (٢٠٠٥). علاج الأطفال بالقصة. قسم الترجمة بدار الفاروق، القاهرة : دار الفاروق.
- الضبع، ثناء يوسف (٢٠٠٧) . تعليم المفاهيم المعنوية والدينية لدى الأطفال ، القاهرة : دار الفكر العربي.
- عبد الرحيم ، سامية عبد الفتاح (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي باللعب في خفض حدة بعض الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم في معاهد التربية الخاصة للإعاقة الذهنية بدمشق. رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة دمشق.
- العبيدي ، هيلانة عبد الله (١٩٩٧). أثر استخدام الألعاب والقصص في تعديل السلوك العدواني لدى أطفال الرياض (التمهيدي) ، رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة الموصل.

- عثمان ، إسهام أبو بكر ؛ عثمان ، سهير عبد الحميد (١٩٩٧). مدى فعالية برنامج علاجي مقترح باستخدام القصة والأغنية في خفض السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة. مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، كلية الآداب جامعة المنيا ، المجلد (٢٦) ، ج (٢) ، ص ٦٣-١٠١ .
- العزة ، سعيد حسنى (٢٠٠١). التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية ةالبصرية والسمعية والحركية. عمان : الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- العسرج ، عبد الله (٢٠٠٧). فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى متلازمة داون. كلية الدراسات العليا - قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف للعلوم الأمنية .
- العقاد، عصام (٢٠٠١) . سيكولوجية العدوان - ترويضها. عمان : دار الفكر.
- على ، رشا محمد أحمد (١٩٩٩). مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم. رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- العيسوى ، عبد الرحمن (٢٠٠٠). إضطرابات الطفولة والمراهقة وعلاجها، بيروت: دار الراتب الجامعية .
- فراج ، عثمان لبيب (٢٠٠٢) . برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (٤) . النشرة الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، السنة التاسعة عشر، العدد ٧١، ٢-١٨ .
- القمش ، مصطفى نوري (٢٠٠٦). المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية ، المجلد (١٨) ، العدد (٢) ، ١٨١- ٢١٦ .
- قناوي ، هدى محمد (١٩٩٥). اللعب وأطفال الروضة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- قناوي ، هدى محمد (١٩٩٤) . الطفل وآداب الأطفال، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- اللبابيدي ، عفاف ، خلايله ، عبدالكريم (١٩٩٠م) . سيكولوجية اللعب ، (ط٢) ، عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع.
- محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٣). فعالية تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من سلوكهم العدواني. (في) عادل

- عبد الله محمد : تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة - دراسات تطبيقية. القاهرة : دارالرشاد.
- مسافر ، على عبد الله (٢٠٠٣). دراسة لفعالية فنياتي الاقتصاد الرمزي والتعليم المल्प فى خفض مستوى إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً . رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة الزقازيق.
- المصري ، شرين (٢٠٠٦). فاعلية برنامج مقترح باللعب في خفض حدة السلوك العدواني لدى أطفال رياض الأطفال بمحافظة غزة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية (البرنامج المشترك بين جامعة الأقصى وعين شمس بغزة).
- المطرودي ، ضيف الله (١٩٩٧). فاعلية التعزيز الإيجابي والإقصاء في خفض السلوك العدواني لدى المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- منصور ، عبد المجيد ، الشرييني، زكريا (٢٠٠٣). سلوك الإنسان بين الجريمة والعدوان والإرهاب. القاهرة : دار الفكر العربي.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢). الاضطرابات العقلية : شرح المصطلحات ودليل تصنيفها وفقاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي (الطبعة العربية) ، الاسكندرية : المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط.
- موستاكس ، كلارك (١٩٩٠). علاج الطفل باللعب. ترجمة : سليمان ، عبد الرحمن سيد ، القاهرة : دار النهضة العربية.
- النجار ، عبير (٢٠٠١). دور برنامج للدراما الإبداعية لخفض العدوان لدى الأطفال الملتحقين برياض الأطفال. معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- ياسين ، نوال حامد (٢٠٠٦) . طرق تدريس رياض الأطفال من اللعب إلى التعلم ، (ط٢) ، مكة : جامعة أم القرى.
- يوسف ، عبد التواب (٢٠٠٠). دور أدب الأطفال في تنشئة الثقافة للأطفال وإعدادهم لعالم الغد. القاهرة : مجلة الفيصل ، عدد (٣٠٢).
- يونس، نعيمة محمد بدر (٢٠٠٠). سيكولوجية اللعب والترويج للعاديين ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة : دار الكتب المصرية.

المراجع الاجنبية :

- Dave – Up, M. E. (2003). *Evaluation of BR-16A (Mental) in cognitive and behavioral dysfunction of mentally retarded children*. Center of Research in Mental Retardation. Indian Society, vol. 60, No.33 , pp. 423- 428.
- Davidson , P., et al. (1996). *Characteristics of children and adolescents with mental retardation and frequent out wardly directed aggression behavior*. American Journal of Mental Retardation , Vol. 101,pp. 212-218.
- Glassman,W.E.(1995): *Approaches to psychology*. 2nd ed , Philadelphia : open university press .
- Greenspan, S. (1999). *What is mean by Mental Retardation?*, International Review of Psychiatry, Feb, Vol. 11 Issue 1.
- Hagiwara, T. & Myles, B. S. (1999). *A multimedia social story intervention: Teaching skills to children with autism*. Focus on autism and other developmental disabilities, Vol. 14, No. 2, pp.14-28.
- Magill,F, Rodriguz,J. and Turner,L.(1996): *International Encyclopedia of psychology*. Vol.1, London: Braun- Brum Field , Inc .
- Matson,J.L.; Coe , D.A ; Gardner,W.I.;and Sovner , R. (1994). *A Factor analytic study of the diagnostic assessment for the severely handicapped scale*. Journal of Nervous & Mental Disease. 179(9):553-557.
- More, C. (2008). *Digital stories targeting social skills for children with disabilities: Multidimensional learning*. Intervention in School & Clinic, 43(3), 168-177.
- O’Keefe, P.F (2001). *Relationship between social status and peer assessment of social behavior among mentally retarded and non-retarded children*. Paper Presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. April 18-20.
- Ozdemir, S.(2008). *The effectiveness of social stories on decreasing disruptive behaviors of children with autism: Three*

- case studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders* ,October 2008, Volume 38, Issue 9, pp 1689-1696.
- Rojahn, J. ; Matson J. L.; Lott, D., Esbensen ; A. J., Smalls ,Y. (2001). *The behavior problems inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/ destruction in individuals with developmental disabilities. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 31, 6, pp. 577-588.*
 - Scott, J.; Clark, C. & Bradley, M. (2000). *Student with autism Characteristics and instructional programming for special educators. California, San Diego: Singular Publishing Group.*
 - Sjgafoos , J.; Elkins ,J. ; Kerr,M. ; and Attwood (2004). *A survey of aggressive behavior among a population of persons with intellectual disability in Queensland. Journal of Intellectual Disability Research. Vol. 38, Issue 4, pp. 369–381.*
 - Stewart , C. (2005). *Enhancing the recognition and production of facial expression of emotion by children with mental retardation. Development Disabilities m vol. 16 , No.5 , pp.28-385.*
 - Webster-Stratton,C. ; Reid, M. J., and Hammond,M. (2004). *Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 33, No. 1, 105–124*
 - Wright, L. A. & McCathren, R. B. (2012). *Utilizing Social Stories to Increase Prosocial Behavior and Reduce Problem Behavior in Young Children with Autism. Child Development Research, vol. 2012, Article ID 357291, 13 pages, 2012. doi:10.1155/2012/357291.*

الصورة الذهنية المدركة من وسائل الاعلام المرئية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لدى عينة من الشباب البحريني إعداد

د/ عوض هاشم

أستاذ مساعد بكلية الآداب - جامعة البحرين

ملخص البحث:

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية تجاه الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يهدف البحث إلى الكشف عن الفروق بينها وبين الصورة الذهنية الفعلية لدى عينة الدراسة، كما يتناول البحث إبراز الآثار والأضرار الناجمة عن الصورة الذهنية السلبية ومزايا إنتاج صورة إيجابية حول هؤلاء الأشخاص بما يتفق مع القواعد الانسانية ومبدأ تكافؤ الفرص وحقوق الانسان والشرائع الدينية باعتبارهم طاقة إنتاجية فاعلة وليس اعتبارهم عبئاً اجتماعياً واقتصادياً، كما يهدف البحث إلى إبراز الفروق بين الذكور والإناث في هذه الصور الذهنية المدركة نحو فئة الدراسة، وكذلك استطلاع رؤية مجتمع البحث نحو الخدمات الاعلامية المرئية اللازمة لإنتاج صورة ذهنية إيجابية ومن ثم تحليل ونقد الخدمات الراهنة بما يحقق هذا الهدف، ويطبق الباحث مجموعة من الاختبارات لقياس الصورة الذهنية المدركة نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، واستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة.

وقد تكونت العينة من مجموعة من الطلبة والطالبات من كليات مختلفة في جامعة البحرين، بلغ مجموعها ٩١ منهم (٧٢) من الاناث و (١٩) من الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢١ سنة، واستخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة. وكانت النتائج على النحو الآتي:

- ١- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين درجات عينة الدراسة على محور الصورة الذهنية الفعلية، ودرجاتهم على محور الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية، عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصورة الذهنية المدركة كما تقدمها وسائل الإعلام عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث).
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث) في الصورة الذهنية الفعلية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لدى عينة الدراسة.
- ٤- توجد خدمة إعلامية بمستوى متوسط تقدمها وسائل الإعلام لإنتاج صورة ذهنية واقعية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

مقدمة

يشير المفهوم العام للصورة إلى أنها تمثيل ذهني أو بصري للواقع، أو هي إدراك مباشر للعالم الموضوعي الخارجي من حيث التجسيد والحس والرؤية، وهذا التمثيل له خصائص التكيف والاختزال والاختصار والتصغير والتخييل والتحويل، كما أنه يتميز أيضاً بالتضخيم والمبالغة (قدور ثاني، ٢٠٠٧) فعلاقة الصورة بالواقع قد تكون علاقة انعكاس جدلي أو محاكاة مباشرة أو تماثل أو حتى مفارقة وتناقض.

وقد تكون الصورة لغوية معتمدة على ثنائية الكلمات الأصوات بما يحقق التواصل، أو صورة حركية تعتمد على المقومات الحركية للجسد (لغة الجسد)، كما قد تكون صورة اتصالية أحادية معتمدة على نموذج الحافز والاستجابة (المرسل - العرض / المثير - المتلقي - الاستجابة) وينطوي ضمن إطار هذا النوع صور اتصالية أكثر تعقيداً تعتمد على تعدد وتنوع اتجاهات الاتصال ونماذجه وتأثيره.

والحقيقة أن البحث في مفهوم الصورة الذهنية يحيل دائما إلى مفردات تدل على المفهوم العام للصورة، والصورة الثابتة (الفوتوغرافية) والصورة الاعلامية المتحركة (التلفزيون والسينما) والصورة الرقمية، والشعرية والتشكيلية وجميع هذه الانواع وغيرها يدل على ضرورة فهمها حتى يتسنى فهم كيف تتراكم الصورة الذهنية في عملية الادراك بما يجعلنا نعبر عن الواقع من تفاعل هذه الصور، فالصورة هي العالم المتوسط بين الواقع والفكر، وبين الحس والعقل (نصر الدين العياضي، ٢٠٠٦) فالصورة الفوتوغرافية مثلا صورة مختصرة للواقع الحقيقي مساحة وحجما وزاوية ومنظورا وتكثيفا وخيالا وتخبيلا، وهي تميز في مجال خلق الصورة الذهنية بالطابع الفني والجمالي والرمزي والأيدلوجي أحيانا (جميل حمداوي، ٢٠١١) أما الصورة الاعلامية كما تظهر في وسائل الاعلام والسينما فتحمل دلالات لغوية وذهنية مؤثرة، ومن أهم الباحثين على المستوى الدلالي لهذا النوع رولاند بيرث Ronald Berths (رولاند بيرث، ١٩٩٣) حيث تقتضي دراسة هذه الصورة وتأثيراتها الدلالية عنده التركيز على العلاقات التشكيلية والأيقونية واللسانية والانتباه إلى ثنائيات معينة كالتعيين والتضمين، والتزامن والتعاقب، والبحث في تركيب الصورة كالاستهلال والعرض، والنهاية، ورصد وظائف هذه الصورة جماليا، وتوجيهها دلاليا، واعلاميا، واخباريا، وتربويا، وايدولوجيا. كما أن في الصورة الاعلامية مجموعة من الآليات البصرية البلاغية الهادفة للاقتناع والتأثير العقلي كال تكرار، والمجاز (بأنواعه) والتضاد، والتراكم، والسخرية، والحذف والتورية، والتشكيل البصري (رولاند بيرث، ١٩٩٣) وإنه من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الصورة ليست مجرد علامة Sign ولكنها نص ونسيج ممتزج بعلامات مختلفة، ويظهر ذلك من خلال ثلاثة محددات للباحثة فرنسوا سيليلت Fransiase Sullet وأوردها نصر الدين العياضي (٢٠٠٦) كالآتي:

- الصورة تتكون من جملة من اللغات المتفاعلة فالصورة المرئية.
- تتشكل من مدونات مختلفة هي الشكل والألوان والتأطير، فقد تكون الصورة صامتة أو مسموعة وتمتلك مدوناتها المنتجة للمعنى.

علاقة الصورة بالواقع

تقيم الصورة علاقة مع الواقع (الحقيقي أو المفترض) سواء كانت هذه العلاقة ذات طبيعة تمثيلية أو رمزية، وهنا تكمن خطورة الصورة حيث انها ليست مجرد تعبير عما هو مائل أمام النظر، بل في إعطائه وجودا رمزيا بحيث يصبح هذا الوجود الرمزي بديلا عن الواقع بل يتحكم فيه أيضا وبنفس المقدار (الزبون قد يشتري السلعة ليس لوظيفتها ولكن لتعويض ما ينقصه للسمو إلى الصورة التي يروجها الاعلان عن السلعة).

انتاج المعنى

تعتمد الصورة على المتلقي في التأويل وإعطاء من خلال كفاءات الرؤية والادراك والمعرفة والفهم الذاتي والقدرة اللغوية، ويؤدي القصور في هذه الكفاءات لدى المتلقي إما إلى الفهم السطحي (الحرفي) للصورة، أو إلى الانغلاق والعجز والانسياق إلى التلميظ (الصورة النمطية)، ويشير الباحثون إلى أن الفرد الذي يشاهد بمفرده تنخفض لديه فرصة تأويل الصورة عما لو كانت المشاهدة جماعية، أما الصورة التشكيلية فتعتمد في أداء وظيفة الاتصال على الوحدة الشكلية والوحدة اللونية ومن ثم فتعتمد على رمزية الخطوط والأشكال والألوان والحروف (قدور ثاني، ٢٠٠٧).

وفي إطار هذا العرض لأنواع الصورة توجد الصورة الأيقونية Icon التي ارتبطت بالسينمائي الأمريكي شارل سندر س بيرس C.H. Peirce حيث تعبر هذه الصورة عن التماثل بين الدال والمدلول، وتشتمل على الرسوم التشكيلية والمخططات والصور الفوتوغرافية والعلامات البصرية وكلها تستند إلى المجاز والإستعارة والمجازة، حيث تشير الواقعية إلى المجاورة (البيت الأبيض مجاوره للرئيس الأمريكي) والرمزية تحيل إلى خاصية الاستعارة (محمد ابراهيم، ٢٠٠٨).

إن القراءة السابقة لسيمياء ودلالات الصورة تشير إلى أن الصورة في معظم أنواعها تخضع لنماذج ثقافية وأن التعاقد مرتبط مع الثقافة السائدة

كما يشير (بيرث)، فليست الصورة فنتازيا ذاتية بل تتجاوز المزاج الفردي لتعبر عن رموز طبقية وتخفي مزاجاً معيشياً، ولهذا فهي لا تنفصل عن النسق القومي لمجتمع معين، فكل يرى الصورة ويخرجها من موقعه الاجتماعي الذي يعكس نشأته وخبرته، ولهذا يمكن النظر إلى الصورة النمطية باعتبارها اعتباريات ثقافية غير قابلة للتبرير حيث تبني الأنساق الكامنة في الصورة بألوانها وأنواعها لتعكس الممثلات الجماعية التي قد تدفع أفراداً أو شرائح من المجتمع بالوصم أو التنميط (محسن بوعزيزي، ٢٠١٠)، إن هذا الأثر تتداعى إليه تقنيات مختلفة كان للرقمنة الحديثة في الإنتاج الإعلامي دور ظاهر في تتابعاتها من خلال تحديد العلاقات المركبة في اللقطات والأطر والأفلام بأنواعها وهي تقنيات يمكن اعتبارها عنصراً استبدالياً يستدعي إدراك الصور وتسلسلها بترتيب معين بحيث تفضي إلى فهم الرسالة على نحو خال من معوقات الاتصال سيكولوجياً واجتماعياً (برنارد تسومان، ٢٠٠٨).

تشكل الصورة الذهنية

إن الصورة العقلية التي تنشأ حول شخص أو مؤسسة أو شريحة اجتماعية معينة هي خليط من الخبرة المباشرة وغير المباشرة للفرد وكذلك حصيلة لمدرجات بصرية ولغوية وثقافية، وهذا الخليط هو الصورة التي تشير إلى التقديم العقلي لأي شيء لا يمكن تقديمه للحواس بشكل مباشر، كما أن هذه الصورة هي إحياء أو محاكاة لتجربة حسية ارتبطت بمشاعر وعواطف معينة، كما قد تكون الصورة الذهنية استرجاع مباشر، أو تخيل لما أدركته الحواس من قبل (وبستر، ٢٠٠٩) وتعرف إيمان زكريا الصورة الذهنية بأنها الخريطة التي يستطيع بها الإنسان أن يدرك ويفهم ويفسر الأشياء فهي الفكرة التي يكونها الفرد عن موضوع ما وما يترتب على ذلك من سلوك، وعادة ما تبني هذه الفكرة على الإحياء المركز والمنظم كي يتشكل عن طريقها سلوك الفرد، وقد رصد الباحثون نشأة هذه الصورة الذهنية في النمو المعرفي للفرد منذ مرحلة الطفولة المبكرة. ويعد جان بياجيه Piaget أحد علماء النفس القلائل الذين كرسوا جهودهم لدراسة النمو العقلي وخاصة فيما يتعلق بالإدراك والدافعية والقيم في إطار تقسيم مرحلي نمائي وعلاقته بالمؤثرات الاجتماعية، وقد

ذهب بياجيه إلى أن البحث في الخصائص الأساسية للذكاء يستلزم العودة إلى مصادرها وهي العمليات البيولوجية الأولية، فالذكاء اللفظي والتفكير المجرد يعتمد على الذكاء العملي وينشأ عنه، كما أن الذكاء العملي يعتمد على العادات الموروثة من جماعته التي ينتمي إليها بيولوجياً، ولهذا فإن التكيف العقلي يعتمد عند بياجيه على عمليتين متكاملتين هما التمثل (الاستيعاب) والمواءمة، ويشير التمثل إلى عملية تلقى المثيرات البيئية واستخدامها في نشاط عقلي وفقاً لما هو موجود لدى الفرد من خبرات، وتقوم الخبرات الجديدة بتعديل البيئة المعرفية للفرد أولاً بأول، ويعبر بياجيه عن هذه النظرية بقوله (الذكاء هو تمثيل بالدرجة التي يستوعب فيها الفرد كل بيانات الخبرة المعينة في إطاره الخاص) (بياجيه، ١٩٩٤) ويعني ذلك أننا نستجيب في كل موقف وفقاً لما مر علينا مواقف سابقة، أما الخبرات الجديدة فتقوم الأبنية العقلية الحالية بتغيير نفسها كي تتقبل الخبرات الجديدة ويسمى ذلك بعملية الملاءمة، فالحياة العقلية للفرد كما يراها بياجيه عملية ملاءمة واستيعاب مستمر لعناصر جديدة في الصورة الذهنية العامة السابقة والذهني في حالة تعديل مستمرة لهذه الصورة وتبعاً للعناصر الجديدة.

كما يشير بياجيه أيضاً إلى أن التغييرات التي تجري في البنية العقلية نتيجة الخبرات الجديدة ليست كمية فقط وإنما هي تغييرات كيفية أساساً، وأن هناك مراحل نمائية مختلفة ذات أبنية وصور ذهنية مغايرة، ولكن الأبنية العقلية لكل مرحلة لا تختفي أو تزول لتحل محلها أبنية جديدة تماماً ولكنها تدخل كعنصر مكون في الأبنية الجديدة، وهذه المراحل متداخلة ومتصلة من دون حدود فاصلة قاطعة مع أن بعض هذه المراحل تشهد ثباتاً واستقراراً للأبنية العقلية أكثر مما كانت عملية في مرحلة التكوين.

إدراك الرموز

تظهر علامات أولية لقدرة العقل على إدراك الرموز في نهاية العام الثاني فيبتكر أنماطاً جديدة تنبئ عن تفكير وإدراك المعنى الرمزي، فاختفاء الشيء من أمامه لا يعني أنه غير موجود بل يميز بين وجود الشيء العقلي وبين إدراكه

له، وخلال مرحلة التفكير (من ٢-٤ سنوات) يبدأ الطفل في إدراكه لذاته، ونتيجة للتفاعل مع البيئة يتكون لدى الطفل صور (أنماط) داخلية للسلوك وهو ما يتمثل تفكيراً حسيّاً حركياً، وهكذا يبدأ ظهور التمثيلات الرمزية للأشياء وتتكون الصور الذهنية ويبدأ التحول التدريجي للتفكير من الصورة الحركية إلى صورة التفكير الرمزي وهنا يصبح الطفل اجتماعياً مشاركاً وإن كان ذكاًؤه الحس حركي ما يزال قاصراً على المدركات المباشرة للطفل.

ويتطور التفكير الرمزي للطفل باستخدامه الصور الحسية الحركية في سياقات جديدة ويزداد هذا الفهم تعقيداً في مرحلة التفكير الحسي (٤-٧ سنوات) حيث يتعامل الفرد مع صور أكثر تعقيداً ومفاهيم أكثر تفصيلاً ولكن يظل ذلك في حدود ما يراه الطفل ويبصره.

ويشير بياجيه إلى مرحلة العمليات العيانية (المحسوسة ٧-١١ سنة) حيث يقرب الطفل من تفكير الراشدين والتفاعل مع الآخرين يدرك العالم بشكل موضوعي حتى إذا بلغ مرحلة العمليات التشكيلية (١١ سنة وما بعدها) أدرك هذا المراهق أنه قد أن الأوان لإعادة تشكيل بنائه العقلي ضمن منهج خاص لحل المشكلات، ولهذا كان التفكير في هذه المرحلة يتسم بالمرونة والحرية بعيداً عن قيود المكان والزمان، كما يتسم هذا التفكير بالضبط والتحكم، وتفسير الظواهر وتعليلها (بياجيه، ١٩٩٤) إن بياجيه بهذا التحليل يعتقد في الدور الحاسم للمجتمع في إمداد الفرد بالرموز اللازمة لعملية التفكير بحيث تتكون لديه طريقة معينة للنظر للعالم من حوله في إطار من صور ذهنية متعددة عن الأفراد والقضايا والمجتمع فما يزال بياجيه في نظريته يؤكد أن للمجتمع تأثيراً على الأبنية والتراكيب العقلية لدى الفرد وأقوى من البنية الذاتية فهناك تنشئة اجتماعية دائمة لذكاء الفرد (بياجيه، ١٩٩٤) وقد أبرز بياجيه أيضاً دور اللغة في هذا السياق من خلال التأثير على مجموعة الطفل الرمزية، والنظام الجاهز للفرد من الأفكار والتصنيفات، إلى جانب طرق التفكير المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية التي تقود إلى تقبل قيم عقلية وكذلك الأفكار والمعايير السلوكية الجاهزة مسبقاً.

وتظل العوامل الاجتماعية ضمن هذا التأثير الأكثر وضوحاً في حياة المراهقين والراشدين بصورة متقاربة (مرحلة العمليات الشكلية أو الذكاء المجرد) حيث يتاح للشباب أن يراجع معتقداته وقيمه وكذلك حياة من حوله ومجتمعه، والتفاعل مع ما تطرحه مجموعات الأفراد ومؤسسات المجتمع الثقافية لوسائل الإعلام والمدرسة ودور العبادة وهذه المؤسسات تساعد الفرد في أن يكون واقعياً في تفكيره وهنا تبدأ عملية التطبيع التي ينخرط فيها الفرد في الحياة الاجتماعية والبيئية فيحترم الجماعة وعاداتها ونظمها وقيمتها وكثيراً ما يكون ضحية للتنميط الاجتماعي بسبب ما تبثه مؤسسات المجتمع من مسلمات اجتماعية وثقافية (محمد عماد إسماعيل، ١٩٨١) وإن محاولة الفرد الوصول إلى حالة التوازن إزاء التعامل مع البيئة المحيطة يجعله يلجأ إلى التمثل والملاءمة، فالبنى العقلية لديه لا تسعفه في عملية الإدراك وهو ما يدفعه لتبني البنى العقلية السائدة حوله بغرض تحقيق التكيف واستعادة التوازن، ويظل محتفظاً بهذا التوازن حتى يواجه مواقف أو خبرات جديدة فيتمثل هذا التوازن من جديد ويعمل على استعادته، وفي كل الأحوال فإن سلوك الفرد مرهون بالمفاهيم والصور الذهنية التي تم إدماجها في البنية العقلية لديه.

خصائص الصورة الذهنية

مما سبق يمكن أن نوجز بعض الخصائص النفسية والعقلية التي تتميز بها الصورة الذهنية فيما يلي:

١. أنها عملية معرفية تمر مراحل العمليات المعرفية كالإدراك والفهم والتذكر وتخضع للمؤثرات الاجتماعية بشكل كبير.
٢. أنها عملية نفسية ذات أبعاد داخل الفرد.
٣. أنها عملية إنسانية متفاعلة منذ الطفولة المبكرة تتأثر وتؤثر في مراحل نموها وتطورها.

كما أن هناك خصائص أخرى مثل :

- الميل للثبات ومقاومة التغيير.
- التعميم وتجاهل الفروق والإختلافات التي غالباً ماتكون مهمة وجوهرية.
- تبنى على إدراك متحيز مما يؤدي إلى إصدار أفكار متعصبة تجاه شرائح أو أماكن معينة.
- تساعد في التنبؤ بالسلوك تجاه المواقف المختلفة.
- تخطي حدود الزمان والمكان، فيمكن للفرد أن يكون صورة وهمية عن أحداث وأشخاص من الماضي أو المستقبل وفقاً للأبنية المعرفية التي يكونها.
- عدم الدقة حيث لا تعبر بالضرورة عن الواقع، وإن عبرت عن جزء منه أحياناً.

كما يشير شاكر عبد الحميد (٢٠٠٥) إلى هذه الخصائص على النحو الآتي :

- ١- الصورة الذهنية يمكن أن تكون تخطيطية عامة، وليست تمثيلاً حرفياً للواقع أو تجسيمياً له.
- ٢- الصورة تشتمل على معناها أو المعنى المرتبط بها، بينما الصور التي ليس لها معنى يصعب تمثيلها.
- ٣- تقوم الصورة بوظيفة الرابط بين الكلمات سواء كانت العلاقات بينهما مباشرة أو غير مباشرة.
- ٤- تختلف الصورة الذهنية في أداء دورها وفقاً للظروف المختلفة.
- ٥- تختلف كل صورة ذهنية من فرد إلى آخر تبعاً للخبرة السابقة، وطبيعة الموقف الحالي وكذلك تبعاً للاتجاهات وأنشطة الجهاز العصبي لدى كل فرد.
- ٦- يمتلك كل فرد قواعد التركيب والبناء الصوري أو النمو الخاطي للوقائع الملاحظة وهو نظام شبيه بالنحو اللغوي، مما يساعد في نظم التركيب داخل النظام التمثيلي الخاص بالصور الذهنية في المخ.
- ٧- يتطور السلوك اللغوي حتى يتحرر من السياق العيني المحسوس وتخزن المعارف في المخ من خلال عمليات خاصة بتفسير وقائع الحياة باعتبارها صوراً تحفظ المعلومات والخصائص الإدراكية حول الجوانب غير اللفظية والفهم الكلي لأي موضوع.

وعن العلاقة بين الصورة الذهنية والحالة الانفعالية أورد استون وسافونا العلاقات بين الصورة الذهنية والادراكية والانفعال كما ذكرها بلو تشيك على النحو الآتي:

- ١- تمثل الصور جانباً مهماً من الخرائط العقلية التي تشكلها داخل عقولنا حول ما يدور حولنا مما يجعلنا تحقق التكيف بطرائق أفضل.
- ٢- تعكس الصورة الذهنية الحالة الانفعالية وقد تزيد شدتها.
- ٣- قد تؤدي هذه الصور الذهنية إلى التعود على بعض حالات الانفعال ومدى شدته.
- ٤- قد تؤدي الصورة الذهنية إلى مساعدة الفرد في السيطرة على المواقف الشاقة والتي تسبب الاحباط أو الضغط النفسي (أستون وسافونا ١٩٩٦).

تعريف الصورة

مما سبق تظهر الأهمية البالغة لتعريف الصورة الذهنية حيث تهتم الدراسات النفسية والإعلامية بالصورة الذهنية لدراسة صورة قطاعات المجتمع المختلفة من خلال ماتقدمه وسائل الإعلام من وسائل وخدمات إعلامية، وكذلك من خلال ماتعبر به هذه القطاعات من انطباعات واتجاهات نحو نفسها ونحو غيرها من قطاعات المجتمع الأخرى وإن كان المعنى الشائع للصورة الذهنية جاء في قاموس (وبستر) في طبعته الثالثة بأنه (مفهوم عقلي شائع بين أفراد جماعة معينة يشير إلى اتجاه هذه الجماعة الأساسي نحو شخص معين، أو نظام أو طبقة معينة أو فكرة معينة أو فلسفة سياسية أو قومية معينة أو أي شيء آخر. كما أن روبنسون بارلو يذهب إلى أن الصورة الذهنية هي الصورة العقلية التي تتكون في أذهان الناس منذ النشأة وقد تتكون هذه الصورة من التجربة المباشرة أو غير المباشرة، أو قد تكون منطوية أو غير رشيدة، وقد تعتمد على الأدلة والوثائق أو على الشائعات، لكنها في النهاية تمثل الواقع الصادق لمن يحملونها في رؤوسهم، ويعرف علي عجوه ٢٠٠٣ الصورة الذهنية بأنها:

الصورة الذهنية هي الناتج النهائي للإنطباعات الذاتية التي تتكون عن الأفراد أو الجماعات لدى شخص معين أو نظام ما أو شعب أو جنس بعينه أو منشأة أو مؤسسة أو منظمة محلية أو دولية أو مهنة معينة أو أي شيء آخر يمكن أن يكون له تأثير على الإنسان، وتتكون هذه الإنطباعات من خلال التجارب المباشرة وغير المباشرة، وترتبط هذه التجارب بعواطف الأفراد واتجاهاتهم ومعتقداتهم، وبغض النظر عن صحة أو عدم صحة المعلومات التي تتضمنها خلاصة هذه التجارب فهي تمثل بالنسبة لأصحابها واقعا صادقا ينظرون من خلاله إلى ماحولهم ويفهمونه أو يقدرونه على أساسها (علي عجوة ٢٠٠٣).

تأثير وسائل الإعلام المرئي على الصورة الذهنية للمعوقين

إن تعرض الفرد منذ طفولته للمواد الإعلامية المتمثلة في الأشكال الإعلامية المختلفة كالأخبار والدراما والمعلومات يؤثر في الواقع الاجتماعي والرمزي ويزيد هذا الأثر في القضايا التي تقل فيها الخبرة المباشرة وخاصة بعض شرائح المجتمع من مثل الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة، ومن النظريات المبكرة التي تداولت هذا التأثير المتراكم للوسائل المرئية وخاصة التلفزيون نظرية غرس المعلومات Cultivation Theory لجاربنر وزملائه حيث استخدمت هذه النظرية لإختبار التأثير المعرفي لكثافة التعرض التلفزيوني، ومدى الإدراك المعرفي للواقع الاجتماعي من خلال ماتقدمه الدراما والمسلسلات والبرامج التلفزيونية من صور رمزية، كما أن جذور هذه النظرية تمتد إلى مفهوم وولتر ليبمان Walter Lipman للصورة الذهنية كما تقدمها وسائل الإعلام سواء كان ذلك عن الأفراد أنفسهم أو الآخرين) وذلك بالنسبة للقيم والصورة الذهنية المدركة للواقع الاجتماعي حيث أصبحت هذه الصورة المدركة هي التي يعتمد عليها الفرد في علاقته مع الآخرين وليس الواقع الحقيقي (جاربنر ١٩٩٦، Gerbener).

ونظراً لأن النماذج الاجتماعية وأنماط السلوك والأدوار الاجتماعية وأنماط السلوك والأدوار الاجتماعية كما يعرضها التلفزيون مكررة ونمطية فإن المؤشرات الثقافية تبعاً لهذه النظرية في التأثير اهتمت بثلاث نقاط

أساسية الأولى تتعلق بتحليل العملية المؤسسية وتعني دراسة سياسة الإتصال وعلاقتها بمضمون واختبار وتوزيع الوسائل الإعلامية، والثانية تحليل محتوى هذه الوسائل، والثالثة تحليل الغرس الثقافي ذاته وتحليل التعرض للوسائل المرئية في إدراك الجمهور للواقع الإجتماعي (وجدي حلمي، ٢٠٠٣). إن الغرس تبعاً لهذه النظرية عملية ثقافية تفضي إلى خلق مفاهيم عامة توحد الإستجابة لأسئلة ومواقف بعينها ولا ترتبط بالحقائق والمعتقدات المعزولة ويتأتي هذا الأثر من إجمالي التعرض ليس من برامج محددة، كما أن تحليل الغرس يركز على مساهمة التلفزيون في نقل الصور الذهنية على المدى البعيد، فالتلفزيون وفقاً لهذا التصور يخلق درجة من التجانس بين المشاهدين من خلال ما يقدمه من الأشكال والنماذج المكررة والثابتة حول فئة أو شريحة معينة، ويلاحظ ذلك بصورة أكبر في الفئات التي تشهد بكثافة وباستمرار أكثر من الفئات قليلة المشاهدة، كما يلاحظ أن الغرض الرئيسي لنظرية الغرس كان يشير إلى هذه النقطة بالذات وهي أن الأفراد الذين يتعرضون لمشاهدة التلفزيون بدرجة كبيرة يكونون أكثر استعداداً لتبني معتقدات عن الواقع الإجتماعي تتطابق مع الصورة الذهنية والنماذج والأفكار التي يقدمها التلفزيون عن الواقع الفعلي (الحقيقي). إن وسائل الإعلام المرئية في تعاملها مع الصورة الذهنية للأشخاص ذوي الإعاقة تحدث تأثيراً غير انتقائي على عكس ما تقول نظريات أخرى من نظريات التأثير، كما أن هذه الوسائل تقدم عالماً متشابهاً من الصور الرمزية حول واقع معين، ولهذا يزيد اعتقاد الأفراد بأن ما يرونه على الشاشة واقعي وليس خيالياً، وهذا الافتراض يمكن تفسيره في ضوء ما سبق عرضه من القواعد السيكيولوجية في التعامل من المثيرات والإستجابات في المراحل النمائية العمرية المختلفة للفرد، فالقدرات كما المهارات العقلية تلعب دوراً مهماً في عملية التعلم وذلك مثل الانتباه والتركيز، والإندماج في المشاهدة، والتعميم، والبناء الذي يعتمد على الخبرة الشخصية والأبنية الإجتماعية كالأسرة ومجموعات الأقران ومدى تأثير رفض أو قبول الجماعة لصورة ذهنية معينة.

إن الباحث في محددات تكوين الصورة الذهنية للأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة ودور وسائل الإعلام فيها لا يمكنه إغفال التطور التاريخي لهذه النظرة، وهو تطور شهد تحولات كبيرة حيث كان هذا التطور في معظم الأحوال مستنداً إلى النظم الإجتماعية والإقتصادية والسياسية التي سادت على مر العصور.

فمنذ عهد اليونان حيث سادت النزعة العقلية وقوة البدن تم ازدياد ذوي الإعاقة كما دعا أفلاطون (تلميذ سقراط) إلى نفي ذوي الإعاقة خارج مملكته حتى لا يكونوا عامل ضعف. وفي عصر الدولة الرومانية الحربية ظهرت الدعوة إلى التخلص من ذوي الإعاقة بإعتبارهم عديمي النفع لتحقيق طموحات الدولة العسكرية بل كان هؤلاء يتعرضون أحياناً للتعذيب حتى الموت (محمد عبدالمؤمن حسين، ١٩٨٧).

وقد حدثت طفرة إنسانية بظهور الديانات السماوية كالإسلام والمسيحية تجاه النظرة الإجتماعية لهؤلاء الأفراد، ولكن بقيت ممارسات الجور التي شكلت مزيجاً بين الشفقة والتعديس والإعتقاد الخرافي بعلاقتهم بالقوة الإلهية أو الشيطانية مما جعل البعض منهم يخضع للتعذيب بدعوى طرد الشيطان من الجسد المعذب، وقد أعطى الدين الإسلامي الحق الكامل لهؤلاء في المساواة مع غيرهم من أفراد المجتمع، قال تعالى : (عبس وتولى، أن جاءه الأعمى، وما يدريك لعله يتزكى، أو يذكر فتنفعه الذكرى) كما خفض عنهم الإلتزامات الشرعية بقدر طاقتهم فقال تعالى : (ليس على الأعمى حرج، ولا على الأعرج حرج، ولا على المريض حرج) كما طالب هؤلاء الأشخاص بممارسة دورهم في المجتمع حسب مقدرتهم وجعل الخير في الشخص القوي والشخص الضعيف معاً طالما التزم الاثنان بمبدأ الإنتاج والمشاركة الإقتصادية والإجتماعية فجاء في الحديث الشريف (وفي كل خير).

ومع أن التراث الديني ساهم في ظهور محاولات للإهتمام المنظم بهذه الفئة على أساس العمل الخيري وبروز الإهتمام بعلم النفس والدوافع الطبية والاقتصادية إلا أن نكسات طالت هذه الفئات وخاصة مع ظهور الحركة النازية

وصدور قانون التخلص من الأطفال المصابين بأمراض وراثية عام (١٩٣٣)، وتطبيق الحكم النازي في عام (١٩٣٩) برنامجاً منظماً لقتل هؤلاء الأطفال وهو مامثل وصمة في جبين الإنسانية، ولكن انهيار الحكم النازي أنعش الجهود التي نادى بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة و ضرورة الاستفادة من طاقاتهم وإن كان ذلك قد جاء لأسباب اقتصادية

الخدمة الإعلامية لقضايا الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام المرئية

إذا كانت إحصائيات الإعاقة في الدول العربية تشير إلى أن نسبة ١٠-١٣٪ من عدد السكان هم من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بعدد ٤٠ مليوناً من جملة ٣٠٠ مليون مواطن عربي فهذا يعني أننا إزاء مشكلة هامة تتمثل في أن هذه النسبة الكبيرة من المجتمع لا تتمتع بحقوقها ناهيك عما تعانيه كثير من الدول العربية من صنوف الفقر والبطالة والمرض والأمية (أمل عبد الرحمن، ٢٠١٠) فالجهود الحالية لتلبية حاجات هؤلاء الأفراد لا تزال غير كافية وغير متوازنة، فبينما يحظى المعوقون (جسدياً) باهتمام معقول يحظى المعوقون عقلياً بنصيب أقل من الإهتمام على سبيل المثال، كما أن معظم هذه الجهود تقوم بها جمعيات أهلية وتطوعية باستثناء دول قليلة (كدول الخليج العربي) يمثل الدعم الحكومي أكثر وفرة.

وتشير ملاحظات الواقع إلى أن البرامج الإعلامية عن هؤلاء الأفراد لم تستطع حتى الآن أن تغير الصورة النمطية، كما أن دراسات عديدة تشير إلى أن واقع الإعلام المرئي في المنطقة العربية لم يستطع أن يقدم الصورة الحقيقية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، فقد تم تقديم العديد من الأفلام عولجت فيها شخصياتهم بشكل مشوه، كما تناولت هذه الوسائل قضايا المعوق بصورة هامشية، وتم استغلال صورهم بشكل ساخر وكوميدي، ولم يتم تناول أبرز الهموم والقضايا التي تمثل مدخلاً صحيحاً لعرض الصورة الصحيحة وهي تعليم هؤلاء الأفراد أو تزويدهم بالمهارات اللازمة لتكيفهم النفسي والاجتماعي، ودمجهم في المجتمع، وتشغيلهم في مهن وحرف تلائم إعاقتهم،

وكذلك قضاياهم الاجتماعية والنفسية كالأزواج مثلاً (أمل عبدالرحمن، ٢٠١٠) ويشير عبدالناصر فتاح الله (٢٠١١) إلى ضرورة اعتماد الواقعية في الطرح الإعلامي من خلال تقديم خدمة إعلامية لتغيير الصورة النمطية نحو هؤلاء الأفراد، والتخلص من استمرار احتضان رؤى وصور ذهنية سلبية عند الجمهور وتضيدها كقضية الزواج من المعوق مثلاً، أو المقدرّة الحقيقية (الذهنية والجسدية) لدى هذا الفرد، فيجب اعتبار المعوق جزءاً طبيعياً من نسيج المجتمع، وليس شخصاً يثير الشفقة، واعتبار ذلك واقعاً لوضع المجتمع عموماً، وعدم اعتبار الأمر خاصاً بفتة معينة، ومن ناحية أخرى يفترض اعتماد التفاعلية الاجتماعية المباشرة بين المعوقين وغيرهم باعتبارهم جزءاً من الحدث الإعلامي، واعتبار هذه التفاعلية أمراً طبيعياً لا يجب الوقوف عنده، كما يتطلب الأمر قناعة ذاتية بين كل من يتعامل مع نسج هذه الصورة حيث تمثل هذه المبادئ أهمية كبرى للتخلص من العزلة التي يعاني منها المعوق ويشترك في ذلك الأسرة، والمجتمع، والمؤسسة الإعلامية.

وتتنوع مجالات الصورة الذهنية للأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة على عدة أشكال برامجية، منها الأفلام السينمائية، والمسلسلات الدرامية، والبرامج الوثائقية والتحقيقات والإعلانات، والموسيقى والأغاني، والبرامج الإخبارية، وغالباً ما تنفق هذه الأشكال على مضمون واحد قد يقود إلى معالجة سلبية لهؤلاء الأفراد، ونظراً لأن وسائل الإعلام العربية غالباً ما تعرض الأعمال الغربية بمعظم قواها، فإن تأثير هذه الأعمال الغربية أيضاً تساهم في تشويه الصورة، ومن ذلك على سبيل المثال فيلم (المتسولون المحتالون) للمخرج جيمس وليامسون، وفيلم (خدعة المتسول) للمخرج سيسيل هيبورث، وفيلم (المتسول المحتال) و(الأعمى المزيف) للمخرج سيجموند لوبين، وفيلم (خدعة الرجل الأعمى) للمخرج آرثر كوبر، وهي أفلام قدمت صورة نمطية عن المعوق كشفت عن مخزون من الإرث الثقافي والاجتماعي الغربي عن المعاق وسلبيتها في تقديم صورة مشوهة عنه وفي بعض الأحيان، أو تصوره شخصية جيدة وتزرع فيه الأمل كما هو الحال مع الفيلم المهم لتشارلي شابلن (أضواء المدينة) أو فيلم (أفضل أيام حياتنا) في عام ١٩٤٦ وهو من بطولة شخص معاق في الأصل (دونالدسون ١٩٩١) (Donaldson)

وفي دراسة قام بها معهد الدراسات المعلوماتية عن صورة المعاقية في الإعلام بينت ما يلي :

- (١) أنهم أشخاص خطرون وأشرار.
- (٢) أشخاص عدائيون غاضبون.
- (٣) لوحات خلفية تكميلية .
- (٤) أشخاص مثيرون للشفقة والعطف.
- (٥) أشخاص منحرفون وشاذون.
- (٦) أشخاص عاجزون وغير مهرة.
- (٧) أشخاص مهرجون ومضحكون.
- (٨) أشخاص سيئون حتى على أنفسهم.
- (٩) أشخاص معجزون وخارقون.
- (١٠) أشخاص عالة على الآخرين. (دونالدسون (١٩٩١) Donaldson)

أما السينما العربية فقد تناولت بشكل مبكر موضوعات الإعاقة كما حدث ذلك في السينما الغربية فقد قدمت السينما المصرية عام ١٩٤٤ فيلم (ليلى في الظلام) وهذه الأفلام قدمت المعاق بطريقة لا تختلف عن الموضوعات التي صنفها المعهد أيضاً ولكن بطريقة تراوحت بين التقليد المشوه عن الفيلم الغربي أو تقديم صورة جيدة ومكافحة للمعاق ولكن هذا النمط من الأفلام قليل ونادر في ذات الوقت. ويتبين من فحص هذه الأفلام أنها قدمت أنواعاً مختلفة من الإعاقة شملت فقد البصر وفقد الذاكرة والاضطرابات العقلية والنفسية والذهنية والتشوهات الجسدية وفقد السمع واضطرابات التعلم والتوحد واضطرابات السلوك والعجز الوظيفي وقصر القامة وإصابات العمود الفقري بالإضافة إلى إعاقات مختلفة أخرى .

وهي أيضاً حاولت استغلال نوع الإعاقة من أجل التأثير على المشاهد و انعكس ذلك سلباً على صورة المعاق في المجتمع لاقتتران هذه الصورة بمثيالاتها في الأفلام التي قدمتها السينما الغربية في تلك الفترة. وتؤكد الكثير من الدراسات التي أجريت على دور الصورة في إحداث التأثير على المتلقي وتغيير سلوكه في شتى المجالات الحياتية بجانبها الإيجابي والسلبى، كما أنه تحول

للصور الوافدة سواء تلك التي تبثها الفضائيات أم الصحف أم الأفلام السينمائية إلى مصادر حقيقية للصور الذهنية وبالتالي بدأ الفرد يفقد صورة ربما يكون قد أنشأها بنفسه لصالح الصور الجديدة، ويشير (جيري ماندر) إلى "أن الفضائيات تعد اليوم واحدة من أهم مصادر الصورة، فإذا كان الناس يتلقون الصور التلفازية بنسبة أربع ساعات يومياً فمن الواضح أنه مهما كانت فوائد الصور التي يحملها الناس في أفكارهم فإن الفضائيات الآن هي مصدرها" (جيري ماندر، ١٩٨٢).

مشكلة البحث

بالنظر إلى الصورة الذهنية السلبية التي سادت كثيراً حول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لأسباب تاريخية واجتماعية وثقافية فقد لاحظ الباحث أن وسائل الاعلام الحديثة عموماً والمرئية خصوصاً لم تستطع أن تكون منتجة لصورة إيجابية ومعبره عن الحقيقة تضع دوافع هؤلاء الأشخاص في الإطار المعرفي والنفسي لدى شرائح كثيرة من المجتمع، بل كانت هذه الوسائل في معظمها جزءاً من أساليب التنميط التي يمارسها لدى الموروث الثقالي نحو هؤلاء الأشخاص عبر طرق التدعيم والتكرار والمساندة لأشكال الإدراك والتفاعل الاجتماعي، بل إن باحثين مثل سكوت وتشيف (Scot & Chief) وهما من أوائل من تناول عملية التنميط نحو المعاقين يشيران إلى أن التراث الانساني السلبي ما يزال يلقي بظلاله على الصورة نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن الصورة الذهنية التي يساهم وسائل الإعلام في ترويجها تنطوي على صورة نفسية مركبة من العجز والاعتماد على الآخرين والكآبة والانطواء وسهولة الانقياد وهذه الصورة ذاتها تساعد في تدعيم الاقناع لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أنهم بالفعل يتصفون بهذه الصفات، وقد اتفقت دراسات عدة على سلبية التغطية الاعلامية المرئية وكذلك الأفلام والأعمال الدرامية المعروضة وهو ما يدعو إلى ضرورة تغيير هذه الصورة لمواجهة ما يترتب عليها من مخاطر نفسية واجتماعية، وما تشكله من تناقض مع حقيقة هؤلاء الأشخاص وواقعهم في المجتمع، وقد تمت صياغة مشكلة الدراسة الحالية في الأسئلة التالية:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين درجات عينة الدراسة على محور الصورة الذهنية الفعلية ودرجاتهم على محور الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس (ذكوراً وإناثاً) في الصورة الذهنية الفعلية لدى عينة الدراسة حول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصورة الذهنية المدركة عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة كما تقدمها وسائل الإعلام المرئية لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث)؟
- ٤- هل توجد خدمة إعلامية بمستوى مرض تقدمها وسائل الإعلام المرئية لإنتاج صورة واقعية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؟

الهدف من البحث

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن حقيقة الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية تجاه الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يهدف البحث إلى الكشف عن الفروق بينها وبين الصورة الذهنية الفعلية لدى عينة الدراسة، كما يتناول البحث إبراز الآثار والأضرار الناجمة عن الصورة الذهنية السلبية ومزايا إنتاج صورة إيجابية حول هؤلاء الأشخاص بما يتفق مع القواعد الانسانية ومبادئ تكافؤ الفرص وحقوق الانسان والشرائع الدينية باعتبارهم طاقة إنتاجية فاعلة وليس اعتبارهم عبئاً اجتماعياً واقتصادياً، كما يهدف البحث إلى إبراز الفروق بين الذكور والإناث في هذه الصور الذهنية المدركة نحو فئة الدراسة، وكذلك استطلاع رؤية مجتمع البحث نحو الخدمات الاعلامية المرئية اللازمة لإنتاج صورة ذهنية إيجابية ومن ثم تحليل ونقد الخدمات الراهنة بما يحقق هذا الهدف، ويطبّق الباحث مجموعة من الاختبارات لقياس الصورة الذهنية المدركة نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، واستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة.

أهمية البحث

تنبع أهمية هذا البحث من خطورة الآثار التي تنجم عن الصورة الذهنية السلبية المدركة من وسائل الإعلام المرئية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة على الأبنية النفسية والعقلية لكل من الأشخاص المعوقين والأشخاص العاديين على حد سواء، كما أن هذه النظرة السلبية تنطوي على صورة نفسية مركبة من العجز والاعتماد الآخرين والروتينية، بل إن هذه النظرة قد تساهم في التطبيع الاجتماعي لهؤلاء الأفراد بحيث تدعم الاقتناع لديهم بأنهم مختلفون عن غيرهم (فتحي عبدالرحيم، ١٩٨٣) أما الأشخاص العاديون فهم يمارسون التنميطة الذهني نحو هذه الفئة إتساقاً مع الإطار المعرفي والثقافي ومع اتجاه الجماعة التي تنسب أنماطاً محددة لهؤلاء الأفراد، وكما يشير دونالدسون (١٩٩١) فإن البرامج المرئية (التلفزيون) بصورتها الراهنة تدعم الصورة الذهنية السلبية وذلك من خلال ظهور الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في أدوار العدوانية والأغبياء والشهوانيين والضعاف والمرضى وأرباب الجرائم الذين يجب عزلهم وهي أدوارهم لا تعبر عن الحقيقة بل إن هذا نوع من الغبن الذي يجب تجاوزه.

ومن هنا كانت أهمية هذا البحث من خلال وضع المعلومات اللازمة حول هذه الصورة أمام الباحثين والقائمين على شؤون التربية والإعلام والمجتمع والمهتمين بقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة لمعرفة ملامح هذه الصورة وضرورة وضع الاستراتيجيات والبرامج الهادفة إلى تغييرها أو تعديلها باعتبار هؤلاء الأشخاص طاقة اجتماعية يمكن استثمارها واستفادة المجتمع منها.

كما تضاف إلى أهمية هذا البحث ندرة البحوث العربية في مجال الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام حول هذه الشرائح الاجتماعية الخاصة والمتغيرات المتجددة التي تؤثر عليها وخاصة في مجال الاتصال والإعلام.

المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في الدراسة

الأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة

يعتمد الباحث تعريف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ٣٠ مارس ٢٠٠٧ والذي دخلت حيز التنفيذ في مايو ٢٠٠٨ وأوردته منظمة اليونسيف ومؤدي هذا التعريف:

”أن مفهوم الإعاقة مفهوم لا يزال غير ثابت وهو قيد التطور، وأنه يرتبط بالبيئة المحيطة بالشخص أكثر من ارتباطه بالشخص ذاته، ولا تعتبر الإعاقة حالة طبية، بل هي نتيجة لوجود حواجز في البيئة والمجتمع لا تشجع أشخاصاً معينين مختلفين عن غيرهم في المشاركة الاجتماعية بفاعلية أو تعوقهم عن فعل ذلك، ويمكن بإزالة هذه الحواجز تشجيع هؤلاء الأشخاص ليكونوا طاقة منتجة قدر الإمكان تساعد في التنمية المستدامة ولا تكون عبئاً عن المجتمع.“
(اليونسيف UNICEF ٢٠٠٧)

وسائل الإعلام المرئية

«هي كافة المواد التلفزيونية والسينمائية والمسرحية والمنتجة عن طريق الفيديو أو أجهزة التسجيل الحديثة والتي تم بثها بشكل مباشر أو أعيد بثها على قنوات تلفزيونية أرضية أو فضائية أو محطات محلية وعالمية باللغة العربية أو أي لغة أخرى» (الباحث).

الخدمة الإعلامية المرئية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة

يقصد بها في هذه الدراسة «كافة المواد التلفزيونية بقوالبها الفنية المختلفة، والأفلام السينمائية، المسرحيات وأشكال الدراما الأخرى، وكذلك الأخبار والأحداث التي يمكن تقديمها عبر الوسائل الإعلامية المرئية بغرض تكوين صورة ذهنية موضوعية وإيجابية تعبر عن واقع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة» (الباحث).

الاطار النظري والدراسات السابقة

يشير واقع الصورة الذهنية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى افتقار واضح إلى الموضوعية والايجابية، كما يشوبه الكثير من التشويش والغموض مما يترتب عليه اتجاهات سلبية شاركت فيها محددات كثيرة من أبرزها الجهل بطبيعة الاعاقة وخصائص الأشخاص أنفسهم، ومصادر المعرفة حولهم ولازمت هذه النظرة السلبية مؤسسات المجتمع كوسائل الاعلام والمدارس والأسرة والمؤسسات والأفراد، وقد أدى قصور الخبرة الناتجة عن عدم دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع لعهود طويلة إلى تفاقم هذا الفهم الخاطئ، وانعدام الفرص الحقيقية في العمل والتعليم والحياة الاجتماعية، ففي دولنا العربية لا تستوعب المدارس سوى نسبة ٢٪ من إجمالي عدد الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة علماً بأن نسبة هؤلاء الأشخاص قد ارتفعت إلى ١٠٪ من أي مجتمع كما أن نسبة ٩٨٪ من الأشخاص المعوقين لا يتلقون الرعاية الكاملة صحياً وتربوياً ومهنياً، وقد تمكنت بعض الدول العربية مع الطفرة النفطية أن تضيق من هذه الفجوة من خلال تأمين فرص التعليم والرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية وإصدار التشريعات التي تضمن حقوق هؤلاء الأشخاص أسوة ببقية أفراد المجتمع (محمد القرني، ٢٠٠٧).

ويشير شاكر قنديل إلى إشكالية هذه الصورة الذهنية التي جعلت الواقع مغايراً لما يتم تداوله في أجهزة الثقافة والإعلام ويحلل مفردات هذا الواقع الذهني حول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة مذكراً بأن عملية الإدراك لا تتحدد فقط من خلال الأشياء الخارجية التي نراها في شكل صور مختلفة ولكنها تتشكل من خلال مجموعة من العوامل منها الانتباه Attention، والثبات Consistency، ودافعية الفرد Motivation، وتنظيم المدركات بشكل كلي Organization، ومدى الوجهة Set، والخبرة السابقة Past Experience، وكذلك التشويه والتحريف Illusion هذا إلى جانب ميلنا للميل لإدراك الأشياء والموضوعات بصورة مكتملة ضمن مبدأ الاغلاق Closure (شاكر قنديل، ٢٠٠٥).

وبعيداً عن الجدل بين مفهومي المخطط Scheme والتمثيل Representation اللذين كثيراً ما يستخدمان في معنى واحد، إلا أن تفضيل الأخير قد يكون قريباً في شكله الذهني من الصورة الفعلية الملموسة (أو الرمزية) بينما المخطط أكثر تجريداً، كما أن عملية تمثيل موضوع معين تكون انتقائية وتقرر للقواعد التي يحتفظ المرء من خلالها بالأحداث التي تواجهه (شاكر قنديل، ٢٠٠٥). و كما تشير مارجريت سزرلاند M. Sutherland إلى أن كثيراً من الأطفال يكونون غير قادرين على التمييز بين الوقائع الفعلية والوقائع المتخيلة، وهو ما يبرز تأثير العالم التخيلي على تفكير الأطفال وسلوكهم وهو ما يستتبع عرضاً موجزاً لبعض النظريات حول ارتقاء التفكير بالصورة منذ النشأة الأولى:

١- نظرية مرحلة المرأة

يذهب كل من فرويد ولاركان إلى مرحلة ما يسمى (بالمرأة) التي تبدأ في الشهر السادس وهو ما يعني اكتشاف صورة الذات عبر الآخر وفي المرأة، فبينما يبتهج الطفل فرحاً برؤية صورته منعكسة على المرأة تتطور ثلاثة أنظمة هي النظام التصوري (التخيلي) Imaginary ، والنظام الرمزي Symbolic، والنظام الواقعي Real، ففي النظام الأول تتداخل (الأنا) مع الصورة الموجودة في المرأة، ويصبح كأن الوجود الحقيقي متداخلاً، ويكون ذلك سن ٨ - ١٨ شهراً، ولكن الرمزية تبدأ مع مرحلة اكتساب اللغة (المرحلة الأوديبية) حيث يتم اكتشاف الذات والاستقلال مع الاعتماد على الآخرين أيضاً، وهنا يكون الفرد قادراً على إدراك أن من في المرأة ليس هو الحقيقي ولكنه رمز لذاته خارج المرأة (Mety 1974) وتقوم اللغة بعد ذلك بدورها في عمليات التمثيل العقلي، وتتوحد الذات المنقسمة بين المرأة وخارجها ويبرز الواقع جلياً قوياً في رغبات وحاجات كالرغبة في القوة التي تتبلور في (أنا) له دلالاته الحاضرة في اللغة، وبذلك يكون النظام الواقعي حاضراً للنظامين السابقين ومرادفاً للواقع الخارجي (ميتي Mety ١٩٨٢).

٢- الصورة الذهنية عند بياجيه Piaget

في كتابه عن الصورة العقلية، اهتم جان بياجيه بالصورة الذهنية والادراك والمحاكاة وذهب إلى أن ميكانيزمات العقل الأساسية عند الطفل هي: الادراك والصورة الذهنية والمحاكاة والرسم، وفيما يتعلق بالصورة الذهنية تحديداً فهي رمز تصوري أكثر من أن تكون رمزاً للنموذج الذي يراه الطفل أو يرسمه، مضور الذاكره هي رمز له علاقة بالمحاكاة وليس الادراك، فالمحاكاة رمز يمثل موضوعاً ما باعتباره تصوراً وليس امتداداً للادراك .
(شاكر عبدالحميد، ١٩٩٢)

نظرية الارتقاء المعرفي

ينظر جيروم برونز Bruner إلى أن الأفراد يتمثلون الواقع من خلال أنفسهم عبر ثلاثة أشكال، الشكل النشاطي Enactive والشكل الأيقوني Iconic والشكل الرمزي Symbolic ، فالشكل النشاطي يشير إلى الاستخدامات الفعلية للأنشطة والأدوات، أما الأيقوني يتم فيه التفكير من خلال تصور حركة الأشياء، فهو كوضع الأسماء على الصور والمفاهيم كما أنه يتناول معالجة المفاهيم مع قواعد النحو، فالرموز تجعلنا نتحدث عن الأشياء في غيابها وكذلك يمكننا التأمل وحل المشكلات، ويرى برونز أن الناس من خلال الشكل النشاطي والنشاط الأيقوني يتمكنون من التفكير الرمزي (Piaget 1982).

فقد قام هيثر بويد (Heather Boyd 2007) بتحليل الدراسات التي تناولت الكيفية التي تغطي بها وسائل الإعلام أخبار المعوقين والبرامج والأنشطة التي تعبر عنهم في الواقع، وتضمنت عينة الدراسة تحليل المضمون الإعلامي لثلاثة أشهر، وكان من أهم نتائج هذه الدراسة أن معظم المواد الإعلامية تضمنت اتجاهات وصورة ذهنية سليمة وبدرجة كبيرة، وأن الرسائل الإعلامية المرئية تركز على القصص الإخبارية التي تتوافق مع رغبات الجمهور بغض النظر عن مدى اتفاقها مع الحقيقة ودوافع الأشخاص المعوقين، وأنه لا يوجد اتصال فعال مع حقيقة دوافع الأشخاص المعوقين،

وأ أنه لا يوجد اتصال فعال بين وسائل الإعلام المرئية والمؤسسات العاملة في مجال الإعاقة، كما توصلت الدراسة إلى الحاجة إلى مراجعة كثير من أولياء الأمور، والمدرسين وكذلك بعض العاملين في هذا الحقل لقناعاتهم، كما أشارت الدراسة إلى وجوب تغيير قناعات العاملين في أجهزة الإعلام وأجهزة التربية حتى يمكن تغيير قناعات الجمهور العام.

وفي دراسة لين بارتون ومايك أوليفر (١٩٩٦) Len Barton & Mike Oliver حول توصيف العلاقة بين الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وبين وسائل الإعلام حاولوا فيها دراسة استخدام الأمثلة المختلفة لهذه الوسائل لصورة المعوقين لأغراض إعلامية وكانت إشارة هذه الدراسة إلى أن التنميط كإطار معرفي وإعلامي ما يزال مستمراً حتى الوقت الحاضر، فمن صورة الفقر الظاهري إلى الفقر النفسي، والضعف النفسي والجسدي، وعدم المقدرة على التكيف مع المجتمع وسريان الوصف القديم (غير القادرين) واستمرار هذا التنميط في الصورة الذهنية للمعوقين ظل مستمراً رغم رفض المعوقين وكذا المؤسسات العاملة في حقل المعوقين باعتبار هذه الصورة السلبية بعيدة عن حقيقة إعاقاتهم ومشكلاتهم، كما رصدت هذه الدراسة استطراداً أثر هذه الصورة السلبية في مؤسسات المجتمع من حيث حرمان الكثير من هؤلاء الأفراد فرصهم في مجال العمل، والزواج ونحوه كما أشارت الدراسة إلى ملامح هذه الصورة السلبية كما تظهر في البرامج التلفزيونية والأفلام وهي لا تخرج عن غيرها من نمطية المجرمين أو الضعاف أو الضحايا أو الأشرار، وقد لاحظت الدراسة أن هذه الصورة عن المعوقين قد أنتجها أشخاص غير معوقين وهو ما يستنتج إدماناً لهؤلاء لإتقان الحرفة الإعلامية لتغيير هذه البيئة على المدى البعيد.

وقد أشارت ريبيكا ماليت (٢٠٠٩) Rebecca Mallet إلى خطورة التنميط والصورة الذهنية السلبية، وطالب بضرورة مراجعة كل ما نشاهد ونستمع ونقرأ حتى نحافظ على تمثيلات ذهنية بناءة وواقعية. وقد خلصت دراسة شورتز كارن ولوتيازانا (٢٠٠٩) Sherotez & Lutezana إلى أن الصورة الذهنية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة غير عادلة وأن هؤلاء الأشخاص لا يتعاملون بمبدأ المساواة مع غيرهم من الفئات الأخرى.

كما خلصت دراسة داراروث إدني (٢٠٠٤) Dara Roth Edney حول المرضى العقليين وكيفية ظهورهم في وسائل الإعلام المرئية إلى ضرورة عرض المعلومات الحقيقية الواقعية حول المرضى العقليين، وأن يتم عرض النماذج الايجابية الناجحة التي تعطي روح الأمل وكذلك إعطاء حقائق للجماهير تصحح تمثلاتهم الذهنية، كما يفترض التركيز على مبدأ تكافؤ الفرص والحقوق المدنية للأفراد اعتماداً على مبدأ المساواة.

كما خلص جورج جيرلانيز (٢٠٠٤) George Gerlanez إلى أن معظم المعرفة يحصل عليها الأفراد من وسائل الإعلام بأشكالها المختلفة وهو ما يؤدي إلى تكوين آراء وقيم واتجاهات مصدرها الصورة المقدمة من الوسيلة الإعلامية تكون الصورة ذاتها متقاربة مع الصورة الواقعية، فالعلاقة بهذا الفرض علاقة ارتباطية إيجابية تشير إلى حتمية تصويب أي منهما حتى تتحسن الأخرى، والبداهي افتراض تصويت الصورة النمطية كما تقدمها الوسائل الإعلامية حالياً، وفي كل الأحوال يصبح من الضروري اتخاذ خطوات إعلامية لتعديل الاتجاهات الخاطئة.

وفي دراسة ستيفاني آر ثمبسون (٢٠٠٩) Stephanie R. Thompson حول أفلام الصور الذهنية والتنميط السلبي لذوي الإعاقة في أفلام ديزني، خلصت الدراسة إلى الصعوبة التي تواجهها الجهة الإعلامية من أجل خلق صورة جديدة على أنقاض الصورة القديمة، وبين أن التآزر بين الموروث المجتمعي وما يقدم من معلومات حول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في الإعلام يؤدي إلى استمرار هذا التنميط كما أشارت الدراسة إلى استمرار هذا التنميط رغم التحليل الذي طال أعمالاً كارتونية أنتجت في الأربعينات وأعمالاً أخرى أنتجت في ٢٠٠٩.

ويشير "بيث هولر" إلى أن الصورة السلبية عن المعوقين تتركز في التغطية الإعلامية باعتبارهم عاجزين ومرضى رغم ظهور اتجاهات إعلامية إيجابية منذ الثمانينيات حيث بدأ مجتمع المعوقين كأقلية نجحت في الدفاع عن حقوقها في المجتمع. ويشير ليفين (٢٠٠٤) Levine إلى أن الإعلاميين

ينظرون إلى الإعاقة على أنها محنة ولا يدركون أسباب المعاناة ولا أن هذه المعاناة يمكن التقليل منها إذا تم إلقاء الأضواء على التشريعات والسياسيات ذات العلاقة بالإعاقة والمعوقين.

وقد خلصت دراسة كل من حمود الخميس وعبدالحافظ صلوى (٢٠٠٧) إلى عدم ظهور الاحتياجات الإعلامية للمعوقين في أولوية السياسات والخطط والبرامج التي تتبناها وسائل الإعلام المطبوعة والالكترونية بحيث يخصص لهم مساحات وبرامج تلبى احتياجاتهم وتشبع تطلعاتهم. كما أشارت الدراسة أن ذوي الاعاقة يتعرضون لوسائل الإعلام بأسلوب يختلف عن بقية الفئات الأخرى وهو ما يتطلب مراعاة طبيعة وخصائص كل فئة عند توجيه الرسائل الإعلامية.

وذهب على القرني (٢٠٠٧) في دراسته حول اتجاهات الإعلاميين السعوديين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أن الإعلاميين يرون أن اهتمام وسائل الإعلام محدود بهذه الفئة ويأتي التلفزيون في مقدمة الوسائل التي تعطي اهتماماً بهذه الفئات تليها الصحافة ثم الانترنت وتقدم الإعاقة الحركية على باقي الموضوعات الأخرى في اهتمامات وسائل الاعلام السعودية وعلى عكس دراسات كثيرة تظهر الاتجاهات نحو ذوي الاعاقة سلبية أظهرت دراسة القرني في تحليل الصورة الإعلامية أن متوسط اتجاهات الاعلاميين باستخدام مقياس (يوكر) يشير إلى توجهات إيجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

وأوضحت دراسة مسحية أجرتها الجمعية الأمريكية للصحة العقلية إلى أن وسائل الإعلام كانت في مقدمة المصادر التي يستقي منها الناس معارفهم عن الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد أكدت الدراسة تبايناً بين وسائل الإعلام فيما يخص درجة الاعتماد على كل وسيلة، حيث بلغ الاعتماد على البرامج الإخبارية التلفزيونية نسبة ٧٠٪، والصحافة نسبة ٥٨٪، والإخبار التلفزيونية ٥١٪ والبرامج الحوارية التلفزيونية ٣١٪، وكل من الاخبار الإذاعية والمجلات ٢٦٪ والانترنت ٢٥٪.

وفي دراسة عن تأثير التغطيات السلبية على الأشخاص الذي لديهم مشاكل عقلية مختلفة، أشار علي القرني (٢٠٠٧) أن حوالي ٥٠٪ من مجموع العينة (٥١٥ فرداً) إلى أن هذه الصورة السلبية التي تروج وتبثها وسائل الإعلام لها تأثيرها المباشر على الحالة النفسية لهم، و٣٤٪ ذكروا أن هذه التغطيات أدت إلى زيادة حالات الإحباط والقلق لديهم، و٢٢٪ منهم قالوا أن وسائل الاعلام خلقت منهم أشخاصاً يميلون إلى العزلة والانسحاب، ونسبة ٨٪ اعترفوا أن هذه التغطيات السلبية تقودهم إلى نزعات تصل إلى حد محاولة الانتحار.

وفي دراسة على أفلام هوليوود خلال خمسين عاماً، أشارت ليزا ليفيرز Levers في تحليلها لواحد وعشرين فيلماً سينمائياً ذات علاقة بالاعاقات العقلية إلى أن المشاهدة لهذه الأفلام تدعم الفكرة السائدة إلى أن هذه الأفلام تجسد صوراً سلبية عن فئات ذوي الإعاقة العقلية والنفسية، حيث استنبط الباحث عدداً من الصورة النمطية السلبية (مثلاً: مصدر العنف ومصدر الخطر) وعدداً من الرموز المرئية (مثلاً، تعبيرات الوجه والأيدي المرتعشة) التي تعكس هذه النظرة السلبية في اتجاهات الأفلام السينمائية نحو ذوي الإعاقة.

ويشير عبدالناصر فتح الله إلى أن وسائل الاعلام قد وقعت في فخ الغموض حين تأثرت بإشكالية المفهوم حول تعريف من هو الشخص ذو الاحتياجات الخاصة، وهو الجدل الذي ما يزال محتدماً في أروقة البحث العلمي ولم تستطع وسائل الاعلام حسمه فجاءت الرسائل الاعلامية عن المعوقين "فضفاضة" وأحياناً متناقضة، كما يشير إلى أن حجم الاهتمام الكمي بقضايا الإعاقة عموماً والأشخاص ذوي الإعاقة كأفراد منتجين ليس كافياً على الإطلاق وذلك لأسباب فكرية وقتية، كما أنه يرتبط بإطار (مناسباتي) لا يعتمد على خطة محددة مما يشي بغياب الاهتمام بموضوع الإعاقة بصفة عامة.

إن واقع الاهتمام الاعلامي بقضايا الإعاقة يفرق "بلا منهجية" بين الاعاقات فقد ترى اهتماماً بفتة أو اثنين من دون أن يظهر أي اهتمام بإعاقات أخرى على الإطلاق وهو ما يدل على غياب التفكير الاعلامي في قضايا ذات حساسية اجتماعية، وتنقسم سلبية المعالجة الاعلامية إلى نوعين الأولى

(سلبية مطلقة) كما تظهر في الدراما والاعلانات حيث تظهر القصرية والارادة في إظهار شخص معوق في صورة سلبية كالغباء والتسول والعيوب الخلقية والاجرام، أما النوع الثاني فهو (السلبية النسبية) ويقصد بها رغبة الوسيلة الاعلامية في تصحيح الصورة بأساليب خاطئة (عبدالناصر فتح الله، ٢٠٠٧).

والحقيقة أن الوسائل الاعلامية كثيراً ما تقع في هذا الفخ من دون قصد بالنظر إلى أن هذه الوسائل هي - كما تمت الإشارة إليه - جزء من منظومة التفاعل الاجتماعي التي لا يمكن فصل الأفراد العاملين فيها عن السياق الثقافي والاجتماعي السائد، كما أن كثيراً من وسائل الاعلام ومنها الفضائيات التلفزيونية (على سبيل المثال) تكون مشغولة بأجندة إعلامية سياسية أو ثقافية لا تضع فيها قضايا الإعاقة كمكون له اعتباره في معالجتها اليومية، وفي حالة وجود هذه المعالجة فإن كثيراً منها يأتي قاصراً وغير منصف ويفتقر إلى الروح العلمية، فإما يكون هؤلاء الأفراد في صورة ذوي الحاجة إلى الشفقة، أو ممن هم يمتلكون قدرات خارقة بما يخرجهم عن حقيقة الإعاقة وموضوعية طرحها، وهذا يتسق مع ما استقر في التراث الشعبي الذي لم تستطع الوسيلة الاعلامية من الخروج من نطاقه فبدلاً من أن تقدم صورة واقعية موضوعية، قدمت ولاتزال صورة المعوق ضمن مفهوم (كل ذي عاهة جبار) أو (يضع سره في أضعف خلقه).

ومن الإنصاف أن يذكر أن هناك أعمالاً سينمائية وتلفزيونية اجنبية تم بثها على الجمهور العربي، وهناك أعمال عربية قدمت صورة إيجابية لذوي الاحتياجات الخاصة ولكن هذه الأعمال في جملتها قليلة، فالصورة المقدمه في مجملها: أنهم أشخاص خطرون وأشرار، عدائيون غاضبون، مثيرون للشفقة والعطف، شواذ ومنحرفون، غير مهرة وعاجزون، مهرجون ومضحكون، خارقون للعادة، عالة على غيرهم، مجرد استكمال للصورة أو المشهد. وقد أظهرت الدراسة أن أفلاماً كثيرة حصلت على جوائز إقليمية وعالمية رغم كل ما فيها من خلط وإساءة للمعوقين، وكان تناولها قائماً على الاثارة الدرامية دون أي جهد لإنشاء صورة ذهنية جديدة قائمة على الموضوعية وحقيقة الإعاقة والأشخاص ذوي الاتجاهات الخاصة (عماد حموده، ٢٠٠٥).

تعقيب عام على الدراسات السابقة

أشارت معظم الدراسات التي تناولت الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام أن هناك مقومات كثيرة تفتقر إليها هذه الصورة تتعلق بمستوى التعبير الصائب عن حقيقة الإعاقة لأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك الحاجة إلى تغيير الأطر والبرامج الحالية حتى يمكنها أن تغير من التنميط القائم في الصورة الذهنية الواقعية لدى أفراد المجتمع، وقد ظهر ذلك في دراسات كل من أستون وسافونا (١٩٩٦)، وهيثر بويد (٢٠٠٩) Heather Boyd، ولين بارثون ومايك أوليفر (١٩٩٦) Len Barton & Mike Oliver، وربیکا ماليت (٢٠٠٩) Rebecca Mallett، وقد وصف شوارتز كارين ولوتوفيا زانا Schwartz Karen & Lutyya Zana هذه الصورة المقدمة من الوسائل الإعلامية بغير العادلة ودعا إلى ضرورة تعديلها.

أشارت دراسات كثيرة إلى وجود علاقة جوهرية بين الصورة المدركة من وسائل الإعلام حول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وبين الصورة الفعلية كما هي لدى الجمهور وخطورة هذا الارتباط على البرامج التي تقدم لهؤلاء الأشخاص، وقضايا الإعاقة المختلفة كالعمل والدمع والتعليم والزواج وغيرها، وقد أشار إلى ذلك كل من دارا روث إدني (٢٠٠٤) Dara Roth Edney وجورج جارلينز (٢٠٠٤) George Gerlanez وستيفاني آر ثمبسون Stephanie R. Thompson (٢٠٠٩). أشارت الدراسات إلى عدم تأثير متغير الجنس (ذكور وإناث) في ملامح الصورة المدركة من وسائل الإعلام المرئية نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك الصورة الذهنية الواقعية كما ظهر في دراسات كل من أمل عبدالرحمن (٢٠١٠) وعلي القرني (٢٠٠٧) وهيلين Helen وسكوت تشيف (١٩٩٦) Scott Chief.

أشارت دراسات عدة إلى الحاجة إلى تغطية إعلامية مرئية تصحح التنميط والاتجاهات السلبية من خلال بث معلومات وتجارب ناجحة لتغيير التمثيلات المتراكمة في الصورة الذهنية الواقعية، وأن تكون وسائل الإعلام المرئية متماهية مع مبادئ حقوق الإنسان وتكافؤ الفرص والحاجة المجتمعية للمشاركة في التنمية المستدامة من دون النظرة السلبية لشريحة تمثل ما نسبته ١٢٪.

من المجتمع، ومن ذلك دراسات كل من ليفين (٢٠٠٤) Levine، وعبدالناصر فتاح الله (٢٠٠٧)، الخميس وعبدالحافظ صلوى (٢٠٠٧) وأمل عبدالرحمن (٢٠١٠)، ودراسة الجمعية الأمريكية للصحة العقلية (٢٠١٠) وكذلك ليزا ليفر Liza Liver وعماد حمادة (٢٠٠٥). ويرى الباحث أن هذه البحوث تبرر القيام بالدراسة الحالية من أجل المزيد من فهم طبيعة الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية، وكذلك أبعاد العلاقة مع الصورة الذهنية الفعلية عند الجمهور، وأثار هذا الارتباط في قضايا الاعاقة في المجتمع العربي بشكل عام.

فروض البحث

وبعد استعراض الاعتبارات النظرية والمنهجية التي تحدد الإطار النظري لهذا البحث يمكن صياغة الفروض على النحو الآتي:

الفرض الأول: (توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين درجات عينة الدراسة على محور الصورة الذهنية الفعلية ودرجاتهم على محور الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة).

الفرض الثاني: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصورة الذهنية الفعلية لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث) عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة).

الفرض الثالث: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام لدى عينة الدراسة عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث)).

الفرض الرابع: (توجد خدمات إعلامية تقدمها وسائل الإعلام المرئية بمستوى متوسط لإنتاج صورة واقعية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة).

منهج الدراسة وإجراءاتها

عينة البحث:

شملت عينة البحث مجموعة من الطلبة والطالبات من كليات مختلفة من جامعة البحرين بلغ مجموعها (٩١) منهم (٧٢) من الإناث و(١٩) من الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٥ عامًا.

أدوات البحث:

استخدم الباحث الأدوات الآتية:

- ١- مقياس الصورة الذهنية المدركة من وسائل الاعلام عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (تصميم وإعداد الباحث).

وصف المقياس المطبق

أولاً: توصيف العينة الاستطلاعية

تكونت العينة الاستطلاعية من ٤٠ طالباً وطالبة من كليات مختلفة من طلاب جامعة البحرين بواقع ١٩ طالباً بنسبة ٤٧,٥% و ٢١ طالبة بنسبة ٥٢,٥%، وكان عدد الطلاب الذين لديهم معوق في الأسرة ٧ طلاب بنسبة ١٧,٥% وعدد الذين لا يوجد لديهم معوق في الأسرة ٣٣ طالباً وطالبة بنسبة ٨٢,٥%. وقد تراوحت أعمار العينة الاستطلاعية بين ١٨-٢٥ سنة حيث كان متوسط عمر الذكور ٢٠,٠٥ سنة ومتوسط عمر الاناث ٢١ سنة.

حساب الثبات

تم حساب الثبات للمقياس باستخراج قيمة معاملات ألفا كرونباخ على الأبعاد الفرعية الثلاثة للمقياس وجاءت على النحو الآتي:

(٠,٧١٦) للصورة الفعلية كما يراها أفراد العينة عن الأشخاص ذوي الإعاقة و(٠,٧٠٢) للصورة المدركة من وسائل الإعلام لدى عينة الدراسة، و(٠,٧٠٨) لمحور الخدمات التي تقدمها وسائل الإعلام المرئية لتصويب الصورة للأشخاص ذوي الاحتياجات الشخصية، وهي نسب مرتفعة لمعاملات الثبات على هذه المعاملات الاحصائية. مما يشير إلى ارتفاع قيم معاملات ثبات المقياس المطبق في الدراسة الحالية.

صدق المقياس

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس على عينة استطلاعية مكونة من ٤٠ طالباً وطالبة من كليات مختلفة من جامعة البحرين، وذلك من خلال حساب

معاملات ارتباط المفردات المكونة لكل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، بالإضافة إلى ارتباط الدرجة الكلية لكل مقياس فرعي مع الدرجة الكلية للمقياس كما يتضح من الجدول الآتي:

جدول رقم (١)

معاملات درجات الارتباط بين درجة كل مفردة في الأبعاد الثلاثة الفرعية للمقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ن = ٤٠

البعد الثالث		البعد الثاني		البعد الأول	
الارتباط	المفردة	الارتباط	المفردة	الارتباط	المفردة
٠,٧٨٥**	١	٠,٤٠٨**	١	٠,٦٣٩	١
٠,٧١٣**	٢	٠,٣٣٣	٢	٠,٤٦٦	٢
٠,٦٨٤**	٣	٠,١١١	٣	٠,٢٦١	٣
٠,٤٤٢**	٤	٠,٦٧٤**	٤	٠,٥٢٠**	٤
-٠,٢١٠	٥	٠,٣٦١*	٥	٠,٤٩٩**	٥
٠,٥٢١**	٦	٠,٦٩٤**	٦	٠,٤٢٨**	٦
١٠٦	٧	-٠,٤٤٢**	٧	٠,٦٠٩**	٧
٠,٨٠٣**	٨	٠,٠٨٤	٨	٠,٣٠٦	٨
٠,٧٠٧	٩	٠,١٨٠	٩	٠,١٩٧	٩
١	الكلية	٠,٥٥١**	١٠	٠,٥٦٦	١٠
		٠,٣٤٣	١١	٠,٣٧٤	١١
		٠,٣٩٥*	١٢	٠,٤٦٧**	١٢
		٠,٣٨٩	١٣	٠,٣٧٩*	١٣
		٠,٧٠١**	١٤	٠,٦٧٢**	١٤
		٠,٢٩٤*	١٥	٠,٦٦١**	١٥
		٠,٤٣٧**	١٦	٠,١٠٨	١٦
		٠,٧٧٢**	١٧	٠,٣٥٣*	١٧
		٠,٥٦٧**	١٨	٠,٦٠١**	١٨
		٠,٥٢٦**	١٩	٠,٦٠٢**	١٩
		٠,٦٢١**	٢٠	٠,٥٧٤	٢٠
		١	الكلية	١	الكلية

وبعد حساب معاملات الارتباط تم استبعاد العبارات غير الدالة من المقياس على النحو التالي:

في البعد الأول تم استبعاد العبارات الآتية:
 عبارة رقم (٣): ونصها: جبارون وأصحاب قدرات خارقة.
 عبارة رقم (٩): ونصها: يستحقون العطف والشفقة.
 وفي البعد الثاني تم استبعاد العبارات الآتية:
 عبارة رقم (٣) : ونصها: جبارون وأصحاب قدرات خارقة.
 عبارة رقم (٨) : ونصها: مبدعون وأصحاب مواهب.
 وفي البعد الثالث تم استبعاد العبارات الآتية:
 عبارة رقم (٥) : ونصها: تتخذهم في أحيان كثيرة مادة للسخرية والفكاهة خاصة في الأعمال الدرامية.
 عبارة رقم (٧) : ونصها: لا تتذكرهم إلا في المناسبات كالיום العالمي للمعوقين.
 وبعد استبعاد العبارات السابقة غير الدالة طبق المقياس بصورته النهائية على العينة الكلية.

وقد تكون المقياس من ثلاثة أبعاد فرعية، تضمن البعد الأول النظرة الفعلية لذوي الاحتياجات الخاصة واشتمل على (١٨) بنداً، أما البعد الثاني حول الصورة المدركة من وسائل الإعلام عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة شمل (١٨) بنداً، وتناول البعد الثالث الخدمات الإعلامية التي تقدم بغرض تصويب الصورة النمطية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وتضمن (٧) بنود، وبذلك يكون إجمالي البنود (٤٣ بنداً) لها خمسة استجابات متدرجة بحيث تحصل هذه الاجابات أرقام (٥، ٤، ٣، ٢، ١) (أوافق بشدة، اوافق، لا أدري، أعارض، أعارض بشدة) على التوالي.

المعالجة الاحصائية

للتحقق من صحة الفروض تم اجراء التحليلات الاحصائية الآتية باستخدام برنامج الحزم الاحصائية SPSS:

- معامل ارتباط برسون.
- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- معامل ألفا كرونباخ.
- النسب المئوية ومتوسطات الاستجابة.

نتائج الدراسة

فيما يلي يعرض الباحث لنتائج الدراسة الميدانية:

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على «توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين درجات عينة الدراسة على محور الصورة الذهنية الفعلية ودرجاتهم على الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة».

وللتحقق من صحة الفرض الأول قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات عينة الدراسة على محور الصورة الذهنية الفعلية ودرجاتهم على محور الصورة المدركة من وسائل الإعلام المرئية، ويوضح ذلك جدول (٢):

جدول (٢)

معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة الصورة الذهنية المدركة الفعلية في مملكة البحرين ودرجاتهم على محور الصورة الذهنية المدركة من خلال وسائل الإعلام المرئية

المتغيرات	معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين	مستوى الدلالة
الصورة الذهنية الفعلية	٠,٢٥٢*	٠,٠٥
الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية		

يتضح من خلال جدول (٢) أنه : توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين الصورة الذهنية الفعلية، الصورة الذهنية المدركة من خلال وسائل الإعلام المرئية من وجهة نظر عينة الدراسة من طلبة جامعة البحرين.

وهذه النتيجة تعني أنه يوجد تناسب طردي بين الصورة الذهنية عن الفعلية والصورة الذهنية المدركة من خلال وسائل الإعلام المرئية من وجهة نظر عينة الدراسة من طلبة جامعة البحرين، مما يعني تحقق الفرض الأول للدراسة.

مناقشة الفرض الأول:

تشير هذه العلاقة الارتباطية الموجبة بين كل من الصورة المدركة بين وسائل الإعلام والصورة الفعلية إلى أنه كلما كانت هذه الصورة إيجابية أو سلبية كانت الصورة كما في الواقع صورة إيجابية أو سلبية والعكس، وتشير هذه النتيجة إلى أن وسائل الإعلام المرئية لم تستطع أن تتخلص من الإرث الثقلي السلبى في التعامل مع واقع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة كما يؤكد هذا الارتباط الدال بين الصورة المدركة عبر وسائل الإعلام المرئية والصورة الفعلية مدى الحاجة إلى دور أكثر إيجاباً وفعالية في التعامل مع المعلومات والمواقف والسلوكيات الخاطئة التي ما تزال هذه الوسائل مجرد مرآة عاكسة لها وهذا ما تشير إليه دراسات كل من ليفين (٢٠٠٤) وLevin وعلي القرني (٢٠٠٧) وليزا ليفرز Liza Livers (٢٠٠٧) وعماد حمودة (٢٠٠٥) وعبدالناصر فتاح الله (٢٠١٠) وجانيت سانشير Jannett Sanchez (٢٠١٠)، فالمروروث الثقلي الطويل وجد لنفسه امتداداً في وسائل الإعلام المعاصرة وبخاصة وسائل الإعلام المرئية، حيث شارك في توزيع مدركات تمثيلية وتحليلية جعلت هذا الترابط أمراً وثيقاً، وجرى ذلك على مستوى الصورة، والرمز اللغوي، وهذا ما أشارت إليه دراسات مارجریت سزرلاند وأورده شاكركنديل (٢٠٠٥) لدى استعراضه لنظريات ارتقاء التفكير بالصورة إلى ضرورة التصويب بصورة رشيدته لتلك المفاهيم التي تم تنميطها عبر إدراك غير صحيح في أذهان الكثيرين واستبدال هذه النمطيات بصورة ذهنية جزئية أو عامة تخدم الواقع ولا تخدم صورة الواقع غير الحقيقي كما أتفق مع دراسات سانشير التي طالبت بدور أكبر من القائمين على الاتصال وخاصة العاملين في حقل الاعلام المرئي بغرض تقليص التنميط والتخلص من السلوكيات المؤذية المترتبة على هذه الصورة السلبية، كما تشير إلى وجوب أن يتم ذلك في إطار حفظ الكرامة الانسانية وحقوق الانسان والاعتراف بحق الحياة الكريمة لكل مواطن بغض النظر عن إعاقته.

كما تشير هذه النتيجة إلى أن وسائل الإعلام المرئية تحتفظ بتأثير فعال على المدرك الاجتماعي وأن نظريات التلقي في علوم الاتصال الحديثة

وما جلبته التكنولوجيا المعاصرة من مستحدثات تفاعلية عبر التلفزيون وشبكات التواصل الاجتماعي في شبكة الانترنت وكذلك الأفلام السينمائية، كل ذلك يشير إلى مشاركة المتلقي في صنع الرسالة فيشير دونالدسون (١٩٨١) Donaldson إلى الأنماط التي يظهر فيها الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة وهي أنماط العدوانيين والخطيرين وأصحاب العاهات الضارة بالمجتمع، وهذا يتفق مع دراسات كل من هيثر بويد (٢٠٠٧) Heather Boyd ولين بارثون ومايك أوليفر (١٩٩٧) Len Barthon & Mike Oliver وربىكا ماليت (٢٠٠٩) Rebecca Mallett.

كما أن أهم ما تبرزه هذه النتائج في هذه العلاقة الطردية بين الصورتين هو تحول الصورة التلفزيونية والسينمائية إلى امتداد للصورة الواقعية بحيث يأتي التفاعل بينهما أحياناً بالصورة التي لم تكن منتظرة على نحو إيجابي، فبدلاً من أن تكون هذه الصورة المدركة من وسائل الإعلام صورة تصحيحية تتحول إلى مصدر تشويهي يزيد من عمق السلبية في الصورة الواقعية، وربما يكون ذلك ما أشار إليه جيرى ماندر (١٩٩٢) من أن الفضائيات تعد اليوم من واحدة من أهم مصادر الصورة، وإذا كان الناس يتلقون هذه الصورة بنسبة تزيد على أربع ساعات يومياً فمن الواضح أنه مهما كانت فوائد الصور التي علمها الناس في أفكارهم فإن الفضائيات الآن من مصدرها.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها :

ينص الفرض الثاني على ”لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في الصورة الذهنية الفعلية لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكر - إناث) عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة“ .

وللتحقق من صحة الفرض الثاني قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ”ت“ لدلالة الفروق بين متوسطى درجات عينة من الذكور والإناث من طلبة كليات جامعة بمملكة البحرين على محور الصورة الذهنية المدركة الفعلية نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وجدول (٣) يوضح ذلك:

جدول (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطى درجات عينة من الذكور والإناث من طلبة الجامعة بمملكة البحرين على محور الصورة الذهنية الفعلية

متغير النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الذكور (ن = ١٩)	٥٤,٧٨٩	٦,٦٨٨	٠,٣٥٢ -	غير دالة
الإناث (ن = ٧٢)	٥٥,٣٤٧	٦,٠٠٥		

ويتضح من نتائج جدول (٣) أنه : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من طلبة جامعة البحرين فيما يتعلق بالصورة الذهنية الفعلية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يعني تحقق الفرض الثاني للدراسة.

مناقشة الفرض الثاني :

تشير هذه النتائج إلى أن البيئة الثقافية الحاضنة لم تجعل هناك فروقاً حقيقية في النظرة الاجتماعية إلى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لكونهم ذكوراً وإناثاً، كما أن قوة تأثير هذه البيئة الثقافية وما تحمله من موروث معرفي واجتماعي جعل الصورة الواقعية عن هؤلاء الأشخاص لا تختلف باختلاف متغير الجنس. وقد كان من الممكن توقع اختلاف هذه الصورة نظراً لطبيعة كل من المرأة والرجل من الناحية الفسيولوجية مثلاً، ولكن قوة الموروث الثقافي من ناحية، وتماهي وسائل الإعلام المرئية في عدم الاختلال - الحقيقي - بهذه الصورة الفروق لا تحمل أي دلالة، وهذا يتفق مع الدراسات التي تناولت متغير الجنس وعلاقته بالصورة الذهنية، حيث أشارت دراسات كل من جون مارستون (١٩٧٩) Morston وعلي القرني (٢٠٠٧) وأمل عبدالرحمن (٢٠١٠) وسكوت وتشيف (١٩٩٦) Scott & Chief وهيلين Helen (١٩٩٧) إلى اشتراك كل المرأة والرجل في تمثيل الصورة الذهنية بآليات متقاربة خاصة في البيئات الثقافية الواحدة إزاء القضايا والأفراد التي لا تمثل بالنسبة لها شكلاً من أشكال التنافر أو التهديد الاقتصادي أو الفكري، كما أن اتفاق هذه الفرضية مع توقعات الباحث جاءت بشكل أكثر تأكيداً نظراً لطبيعة العينة التي مثل النساء فيها جزءاً كبيراً وهو ما يؤكد تحقق الفرضية بغض النظر عن نوعية الجنس لدى الإناث والذكور طالما كان هؤلاء يتمثلون في الثقافة والتقاليد والنظرة الاجتماعية.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها :

ينص الفرض الثالث على أنه ” لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في الصورة الذهنية المدركة من وسائل الإعلام المرئية لدى عينة الدراسة عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور – إناث) “ .

وللتحقق من صحة الفرض الثاني قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ” ت “ لدلالة الفروق بين متوسطى درجات عينة من الذكور والإناث من طلبة الجامعة بمملكة البحرين على محور الصورة الذهنية المدركة عن واقع المعاقين من خلال وسائل الإعلام المرئية، وجدول (٤) يوضح ذلك:

جدول (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ” ت “ لدلالة الفروق بين متوسطى درجات عينة من الذكور والإناث من طلبة الجامعة بمملكة البحرين على محور الصورة الذهنية المدركة عن واقع المعاقين من خلال وسائل الإعلام المرئية

متغير النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الذكور (ن = ١٩)	٥٨,٧٨٩	٩,٤٦٠	٠,٠٧٢	غير دالة
الإناث (ن = ٧٢)	٥٧,١٥٢	٧,١٧٥		

ويتضح من نتائج جدول (٤) أنه : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من طلبة جامعة البحرين فيما يتعلق بالصورة الذهنية المدركة عن واقع المعاقين من خلال وسائل الإعلام المرئية، وهذا يعني تحقق الفرض الثالث.

ويتفق هذا مع دراسات كل من دارا روث إدني (٢٠٠٤) Dara Roth Edney في ضرورة النظر إلى تأثير العرف الثقافي وقيم المجتمع على الاتجاهات ووجهات النظر وكذلك ضرورة التعامل مع الصورة الذهنية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من منظور تكافؤ الفرص والمساواة والعدالة، كما أن هناك قيماً مشتركة بين الإناث والذكور وكذلك التجانس الثقافي لعينة الدراسة جعل من النتائج متوافقة في هذا الفرض وهو ما أشارت إليه دراسات كل من جارلينز (٢٠٠٤) Garlenz، وستفاني آر ثمبسون (٢٠٠٩) Stephanie R. Thompson.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها :

ينص الفرض الرابع على ”توجد خدمات إعلامية تقدمها وسائل الإعلام المرئية بمستوى متوسط من وجهة نظر عينة الدراسة لإنتاج صورة مدركة واقعية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة“

للتحقق من صحة الفرض الرابع قام الباحث بحساب متوسط الاستجابة والنسبة المئوية للاستجابة وتحديد مستوى رضا عينة الدراسة من طلبة جامعة البحرين عن الخدمات الإعلامية المرئية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة وترتيب هذه الخدمات، وذلك من خلال حساب طول الفئة وهو (٠,٨)، ومن خلال اعتماد المعايير التالية للحكم على مستوى رضا عينة الدراسة عن الخدمات الإعلامية المرئية:

- ١- إذا كان متوسط الاستجابة يتراوح ما بين ١,٠٠ إلى أقل من ١,٨ فإنه يدل على مستوى منخفض جداً من الرضا عن الخدمة الإعلامية المرئية.
- ٢- إذا كان متوسط الاستجابة يتراوح ما بين ١,٨ إلى أقل من ٢,٦ فإنه يدل على مستوى منخفض من الرضا عن الخدمة الإعلامية المرئية.
- ٣- إذا كان متوسط الاستجابة يتراوح ما بين ٢,٦ إلى أقل من ٣,٤ فإنه يدل على مستوى متوسط من الرضا عن الخدمة الإعلامية المرئية.
- ٤- إذا كان متوسط الاستجابة يتراوح ما بين ٣,٤ إلى أقل من ٤,٢ فإنه يدل على مستوى مرتفع من الرضا عن الخدمة الإعلامية المرئية.
- ٥- إذا كان متوسط الاستجابة يتراوح ما بين ٤,٢ - ٥,٠٠ فإنه يدل على مستوى منخفض من الرضا عن الخدمة الإعلامية المرئية.

جدول (٥)

متوسط الاستجابة والنسبة المئوية للاستجابة وتحديد مستوى رضا عينة الدراسة من طلبة جامعة البحرين عن الخدمات الإعلامية المرئية لذوي الاحتياجات الخاصة وترتيب هذه الخدمات

م	الفقرة	متوسط الاستجابة	النسبة المئوية للاستجابة	مستوى الرضا عن الخدمة	الترتيب
١	تغطي أخبارهم وتتابع انجازاتهم الفردية بانتظام	٣,٣١٩	٦٦,٣٧٤	متوسط	٣
٢	تغطي أخبار المؤسسات العاملة في حقل الإعاقة بانتظام	٣,٢٣١	٦٤,٦١٥	متوسط	٤
٣	تبرز حقوقهم وخاصة المساواة مع الأفراد العاديين	٣,٤٥١	٦٩,٠١١	مرتفع	٢
٤	تبرز قدراتهم الحقيقية من دون مبالغة	٣,٤٩٥	٦٩,٨٩٠	مرتفع	١
٥	لديها برامج دائمة للدفاع عن قضاياهم	٢,٩٨٩	٥٩,٧٨٠	متوسط	٦
٦	تظهرهم في أدوار رئيسيه في الأعمال الدرامية	٢,٨٧٩	٥٧,٥٨٢	متوسط	٧
٧	تعالج قضاياهم باستخدام أشكال برامجية جذابة ومتنوعة	٣,١٥٤	٦٣,٠٧٧	متوسط	٥
الدرجة الكلية لمحوّر خدمات الإعلام المرئي في مجال المعاقين		٣,٢١٦٦٤١	٦٤,٣٣٢٨١	متوسط	

مناقشة الفرض الرابع :

يشير تحقق هذا الفرض إلى مستوى رضا متوسط عن (الخدمات الإعلامية) التي تقدمها وسائل الإعلام المرئية بغية تقديم صورة حقيقية عن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من ناحية، وتصحيح هذه الصورة حال تعرضها لأنماط الخلط أو التشويه، ويتفق مع هذا لين بارثون ومايك أوليفر (١٩٩٧) Len Barthon & Mike Oliver ودارا روث إدني (٢٠٠٤) Dara Roth Edney وستفاني آر ثمبسون (٢٠٠٩) Stephanie R. Thompson فهذه الدراسات وغيرها وكذلك دراسة الباحث الحالي لا ترى في الخدمات الإعلامية المقدمة بصورتها الراهنة مستوى مرتفعاً من أجل تصويب الصورة السلبية المقدمة من وسائل الإعلام المرئية، كما لوحظ أن البنود المتعلقة بالاهتمام الاعلامي المتجسد في تغطيات مستمرة، ومعالجة القضايا بصورة جريئة وجذابة، أو الاهتمام بهم في الأعمال الدرامية ذات النتاج الاعلامي

المكلف، هذه البنود جاءت متأخرة في ترتيب مستوى الرضا، ولم تتقدم إلى البنود (١-٢) التي تمثل مجرد مبدأ لا يرى أثره في الواقع، وهذه النتائج تدل أن ما ذهب إليه الباحث من رأي حول عدم بذل وسائل الإعلام المرئية جهداً مؤثراً في هذا المضمار كان من الأسباب الرئيسية التي أدت إلى استمرار هذه النمطية (Stereotype) في الصورة المدركة من وسائل الإعلام المرئية نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد ذهبت دراسات كل من حمود الخميس و عبدالحافظ صلوى (٢٠٠٧) وعلي القرني (٢٠٠٧) ودراسات الجمعية الأمريكية للصحة العقلية (٢٠١٢) وكذلك دراسات ليزا ليفر Liza Liver و عماد حمودة (٢٠٠٥) ذهبت هذه الدراسات وغيرها إلى الحاجة الماسة إلى تعديل الصورة النمطية الذهنية الحالية، ومن ثم الارتقاء بالمدركات والتمثيلات المكونة للصورة الواقعية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة عند الجمهور المتلقي لوسائل الاعلام المرئية، كما اتفقت معظم هذه الدراسات وغيرها على قلة الأعمال الدرامية التي تتناول قضية الإعاقة والمعوقين باعتبارها قضية اجتماعية على درجة عالية من الأهمية، كما اتفقت أيضاً على أن كثيراً من الأعمال الدرامية بأشكالها المختلفة تمثل إنتاجاً إعلامياً مشوهاً لا يعكس الواقع، وتكفي الإشارة إلى استخدام هؤلاء الأفراد كإثارة درامية أو إعلامية أو ساخرة بغرض تحقيق الأثارة الاعلامية على حساب هؤلاء الأشخاص.

ومن ناحية أخرى أشارت دراسات كل من عماد حمودة (٢٠٠٥) ودراسات الجمعية الأمريكية للصحة العقلية وعلي القرني (٢٠٠٧) وجانيت سانشيز إلى وجود بذل المزيد من التوعية الإعلامية وتصويب الصورة النمطية نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، كذلك ما أشار إليه حسن السوداني (٢٠٠٥) من رصد للأعمال الفنية الروائية والاعلامية التي توجه نحو تقديم خدمة إعلامية لهؤلاء الأشخاص، ولكن إتفاق معظم الباحثين على عدم كفاية هذه الجهود وأنها في حاجة إلى دعم معرفي، ومهنية وجذب فني تجعل منها أعمالاً جاذبة للجمهور العام، وكذلك يفترض أن تناقش قضايا الإعاقة على أسس علمية مدروسة، ومن خلال وعي وحماس من العاملين في هذا الحقل

الإعلامي بغية تقديم صورة ذهنية أكثر واقعية وتماهياً ما هو في الواقع الفعلي. كما أشارت هذه الدراسات إلى أن هناك متابعة لقضايا الإعاقة ولكن هذه المتابعة ليست بالمستوى المطلوب، فكثير من المحطات التلفزيونية سمحت بترجمة المواد الإعلامية تبعاً للغة الإشارة، وحاولت أن تقدم برامج خاصة حول هذه الفئة.

ويرى ريتشاردز Richards أنه ينبغي إدراك أن الأفراد لا يختلفون فيما بينهم في أنماط الصور الذهنية التي يستخدمونها فحسب، وإنما يختلفون أكثر في طبيعة الصورة الجزئية الخاصة التي يولدونها (شفيع السيد ١٩٧٧). وتذهب جيهان رشني (١٩٨٦) إلى أن الصورة السلبية التي تحمل كثيراً من التشويه المعرفي يمكن تصويبها من خلال وسائل الإعلام المرئية، ذلك أن الإدراك وطبيعته يسمح باحلال التجارب الجديدة في التصور الذي يكونه عن العالم، كما أن كل رسالة جديدة تحتل مكانها المخصص لها بحيث تدعم التجربة، وتؤيد التصور الأساسي الذي كونه مسبقاً، فكل تجربة يتم استقبالها وتفسيرها إما أن تصيف إلى التصور الحالي معلومات جديدة أو تدعم التصور الحالي أو تحدث مراجعات طفيفة على هذا التصور أو ينتهج منها إعادة بناء كامل للتصور (جيهان رشني، ١٩٨٦).

إن الصورة المرغوبة لهؤلاء الأفراد يتبعها صور ذهنية فرعية أخرى لا تتناقض مع ملامح الصورة الذهنية الرئيسية، وأول هذه الملامح الأساسية هو معرفة حقيقتهم من دون مبالغة أو تشويه، وإن هذه الصور الفرعية يجب أن تقدم من دون تناقض أو تضارب مع المكونات الأخرى وهو ما يستنتج تخطيطاً مدروساً من قبل المؤسسات الإعلامية المرئية عند التعامل مع هؤلاء الأفراد، ويبدأ التخطيط بتحديد نقاط القوة والضعف في هذه الصورة العامة العامة من خلال الإدراك الصحيح للمكونات المعرفية والوجدانية والنزوعية، ثم يتبع ذلك وضع البرامج العملية التي تعتمد على ابتكار الأفكار والموضوعات لنقل الصورة الايجابية للمتلقين، كما يفترض أن يتضمن هذا التخطيط وسائل تقويمية لقياس الأثر الفعلي للبرامج وتصحيح مسارها.

ويذهب علي عجوة (٢٠٠٣) إلى الأخذ بالاعتبار أن وسائل الاعلام المرئية ليست المتغير الوحيد في تكوين وتعديل الصورة الذهنية عن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأن الأثر التراكمي للوسائل الإعلامية المرئية ولا بأس من قياس بعض الأنشطة والبرامج والتأثير في الأمد القصير.

وهكذا تشير الدراسات النفسية والاجتماعية الاتصالية إلى أن تكوين الصورة الذهنية من العمليات المركبة التي يتفاعل في تكوينها العديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية وكما أشارت الدراسات التي تناولت تكوين أو تعديل أو تصويب الصورة الذهنية نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لا ينفصل عن البيئة التي يمارس من خلالها الاتصال تفاعلها مع المتلقين، كما تشير هذه الدراسات أيضاً إلى أنه من الأهمية بمكان أن تضع وسائل الاتصال المرئية نتائج هذه الدراسات عند تصميم برامجها الاعلامية وتخطيط خدماتها الاعلامية.

كما تشير صعوبات برامج الصورة الذهنية الايجابية إلى الحاجة إلى أنشطة إعلامية وسياسات طويلة المدى تعتمد على رؤية إيجابية ومواجهة المفاهيم النمطية الخاطئة، كما أن صورة هؤلاء الأفراد قد تبدو أحياناً حسنة عند الفوز بالبطولات الرياضية مثلاً، ولكنها تكون غير مقبولة حين يتم استخدام هؤلاء الأفراد مادة للسخرية أو الغباء في سياق آخر.

التوصيات والاقتراحات

وفي ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث الحالي يمكن تقديم التوصيات والمقترحات الآتية:

- ضرورة تصحيح الصورة الذهنية التي تكونت لدى الجمهور من خلال تقديم الواقع الحقيقي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وشرح أبعاد إمكاناتهم وما يتمتعون به من خصائص وإمكانات فعلية.
- التعريف الصحيح بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال نسق مخطط من البرامج الهادفة إلى تحقيق الوعي بقضاياهم ومحاربة التنميط والاتجاهات السلبية.

- تأكيد المبادئ النبيلة التي تحكم العلاقة بين ذوي الاحتياجات الخاصة وخدماتهم وفي مقدمتها مبدأ تكافؤ الفرص، والمساواة، وحقوق الانسان، والتشريعات المحلية والدولية ذات العلاقة بصيانة هذه المبادئ والحقوق.
- ضرورة اعتماد الاحتياجات الاعلامية للمعوقين عموماً كبنود أساسية في السياسة الاعلامية بما ينعكس على أنصبة مناسبة في الخدمات الاعلامية المختلفة.
- إبراز الجوانب الإيجابية الفردية والجماعية لهؤلاء الأشخاص وعدم إظهار أي إعاقة في صورة ساخرة أو عقابية.
- المزج بين وسائل الإعلام المرئية وغيرها من وسائل الإعلام المباشر (الشخصي والجمعي) وكذلك الإعلام الجديد (الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي) بغرض ضخ معلومات صحيحة وبت مناقشات جماهيرية تساهم في خلق رأي عام جمعي موات للصورة الذهنية الايجابية.
- ضرورة إيجاد قنوات اتصال بين المؤسسات العاملة في حقل المعوقين في أجهزة الاعلام المرئية للتنسيق والمشاركة في إنتاج برامج ملائمة تخدم تصحيح الصورة الذهنية، وتواجه التنمية بشكل تدريجي ومنهجي.
- توعية المجتمع بدوره في التخلص من الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقات المختلفة، سواء كانت هذه التوعية طبية أو بيئية.

المراجع العربية :

١. إستون إليه وسافونا جورج (١٩٩٦) المسرح والعلاقات (ترجمة: سباعي السيد) القاهرة: أكاديمية الفنون، إصدارات مهرجان القاهرة الدولي للمسرح التجريبي.
٢. أمل عبدالرحمن صالح (٢٠١٠) دور الاعلام في خدمة قضايا الأشخاص ذوي الاعاقة في العالم العربي، الدوحة: ورقة مقدمة إلى مؤتمر الأسرة والاعلام العربي.
٣. برنارد تشومان (٢٠٠٨) ما هي السيمولوجيا (ترجمة محمد نظيف) المغرب: أفريقيا الشرق.
٤. جميل حمداوي (٢٠١١) السيمولوجيا بين النظرية والتطبيق، الأردن: مطبعة الوراق للطباعة والنشر.
٥. جيري ماندر (١٩٩٢) استبدال الصورة البشرية بواسطة التلفزيون، (ترجمة كاظم سعد الدين) بغداد: مجلة الثقافة الاجنبية.
٦. جيهان أحمد رشي (١٩٨٦) الأسس العلمية لنظريات الاعلام، الطبعة الثالثة، القاهرة: دار الفكر العربي.
٧. حسن حنفي (٢٠٠٣) عالم الأشياء أم عالم الصور، فصول مجلة النقد الأدبي: القاهرة.
٩. حمود بن أحمد الخميس، وعبدالحافظ بن عواجي صلوي (٢٠٠٧) احتياجات المعوقين الاعلامية ومدى إشباع وسائل الاعلام لها، دراسة ميدانية على عينة من المعوقين في المملكة العربية السعودية، مملكة البحرين: ملتقى الاعلام والإعاقة.
١٠. خولة حسن الحديدي (٢٠٠٥) الصورة النمطية لذوي الاحتياجات الخاصة في السينما المصرية، دليل ملتقى المنال.
١١. رولان بيرث (١٩٩٣) المغامرة السيمولوجية (ترجمة عبدالرحين حزل) دار مراکش: تيمنل للطباعة والنشر.
١٢. شفيق السيد (١٩٧٧) التعبير البياني، رؤية بلاغية تقريبية، القاهرة: مكتبة الشباب.
١٣. عبدالناصر فتاح الله (٢٠٠٧) الإعاقة والاعلام: محددات العلاقة وأساليب التصحيح، مملكة البحرين: الملتقى السابع للجمعية الخليجية للإعاقة.

- ١٤ . علي القرني (٢٠٠٧) اتجاهات الإعلاميين السعوديين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة مسحية عن الصورة والاهتمامات في وسائل الاعلام السعودية. مملكة البحرين :الملتقى السابع للجمعية الخليجية للإعاقة (الإعلام والإعاقة) علاقة تفاعلية ومسؤولية متبادلة .
- ١٥ . علي عجوة (٢٠٠٣) العلاقات العامة والصورة الذهنية، الطبعة الأولى، القاهرة :عالم الكتب.
- ١٦ . عماد حموده (٢٠٠٥) الأشخاص المعوقون في السينما الأدبية، دليل ملتقى الأمل.
- ١٧ . فتحي السيد عبدالرحيم (١٩٨٣) قضايا ومشكلات في سكاتولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين، الطبعة الأولى، الكويت :دار القلم.
- ١٨ . قاموس ويبستر <http://www.merriam-webster.com/dictionary>
- ١٩ . محاضرات في علم نفس النمو (٢٠١٠) كلية التربية، جامعة الزقازيق: مصر.
- ٢٠ . محسن بوعزيزي (٢٠١٠) السيمولوجيا الاجتماعية،
- ٢١ . لبنان :مركز دراسات الوحدة العربية.
- ٢٢ . محمد ابراهيم (٢٠٠٨) المسرح والصورة، الكويت: جريدة الفنون.
- ٢٣ . محمد عبدالمؤمن حسين (١٩٨٧) سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم،
- ٢٤ . الاسكندرية : الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي.
- ٢٥ . نصر الدين العياضي (٢٠٠٦) الصورة في وسائل الاعلام العربية بين البصر والبصيرة، مجلة الاذاعات العربية، تونس: اتحاد الدول العربية، العدد (١).

المراجع الأجنبية :

1. Dara Roth Edney (2004) *Mass Media and Mental Illness: Literature Review*. Canadian Mental Health Association, Ontario.
2. Donaldson, Joy (1981) *The Visibility and Image of Handicapped People on Television*, *Exceptional Children*. V47. N6. Pp 413-16
3. George Gerlenez (2004) *Images of Mental Illness in the Mass Media*. National Stigma Cleaning House.
4. Gerbner (1992) *Cultivation Theory, Triumph of the image*.

5. Heather Boyd (2007) *Media Portrayals and Public Perception of Disabilities and Special Education*. College of William and Marry. Epl640.
6. Helen, B. (1997) *Images of Disability in News Media*. National Communication Association. Annual meeting. Chicago, Illinois.
7. Jeannette Sanchez (2010) *Media Guideless for the Portrayal of Disability*, international Labor Organization.
8. Len Barton & Mike Oliver (1996) *Disability Studies: Past, present and Future*. <http://disability-studies/leads.ac.uk/search/media>
9. Levin, D. M. (1999) *The Philosophical Garge. Modernity in the Shadow of the Enlightenment*. Beckery. Univ of California press p 31.
10. Levine, S. (2004) *Reporting on Disability*. <http://www.Media-alliance.org>
11. Piaget J. & Indelder B. (1969) *The Psychology of the Child*. New York: Basic Breaks.
12. Rebecca Mallett (2009) *Choosing 'Stereotypes' debating the efficiency of (British) disability – criticism*. journal of research in special needs.
13. Schwartz, Karen. Lutyya, Zana (2009) *A media portrayal of disability and assisted suicide*. journal of research in special educational needs.
14. Stephanie R. Thompson (2009) *Disability Stereotypes and Representation over 60 years in Dissey*. University at Cincinnati
15. www.unicef.orf/arar
16. <http://www.merriam-webster.com/dictionary>

بحث عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً و السامعين (دراسة تشخيصية مقارنة)

إعداد

د/رحاب أحمد راغب

أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة
كلية التربية- جامعة الطائف

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً، و مقارنتها بعادات العقل لدى السامعين. تكونت عينة البحث من (١٢٠) طالب و طالبة مقسمين بالتساوي (٣٠ معاقين سمعياً ذكور- ٣٠ معاقات سمعياً إناث- ٣٠ سامعين ذكور- ٣٠ سامعات إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (١٢- ١٥ سنة). قامت الباحثة بإعداد مقياس تشخيص عادات العقل لدى المعاقين سمعياً و السامعين و تم ترجمة المقياس بلغة الإشارة للمعاقين سمعياً.

و بالرجوع للدراسات السابقة لم يتم التوصل لدراسات- في حدود علم الباحثة- أجريت على عادات العقل مع المعاقين سمعياً لذا تم صياغة مشكلة الدراسة في صورة تساؤلات كما يلي:

١- ماهي معدلات انتشار عادات العقل (المتابرة- التحكم بالتهور- الاستماع بتعاطف و تفهم- التفكير بمرونة- التفكير فى التفكير- السعي من أجل الدقة- التساؤل و طرح المشكلات- تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة- التفكير و التفاهم بدقة ووضوح- جمع البيانات عن طريق الحواس- التصور و الإبداع و الابتكار- الاستجابة باندهاش و رهبة- مهاجمة مخاطر مستوثة- التفكير بدعابة- التفكير التبادلي- التعلم المستمر) لدى كل من الصم الذكور و الصم الإناث و الصم عينة كلية؟

- ٢- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشر (موضوع الدراسة) بين كل من الذكور الصم و الإناث الصم؟
- ٣- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل لست عشر (موضوع الدراسة) بين كلاً ل صم (عينة كلية) و السامعين (عينة كلية)؟
- ٤- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل لست عشر (موضوع الدراسة) بين كل من الصم الذكور و السامعين الذكور؟
- ٥- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل لست عشر (موضوع الدراسة) بين كل من الصم الإناث و السامعين الإناث؟

توصلت النتائج أن هناك عادات عقلية أكثر انتشاراً لدى المعاقين سمعياً عنه كلية مثل التعلم المستمر و التفكير في التفكير أما باقي العادات العقلية فقد ارتفع فيها المعدل المتوسط، أما الذكور المعاقين سمعياً فقد كانت العادات العقلية الأكثر انتشاراً عن الإناث المعاقات سمعياً هي التعليم المستمر و التفكير في التفكير أما الإناث المعاقات سمعياً فقد كانت العادات العقلية الأكثر انتشاراً هي بالترتيب تطبيق المعرفة السابقة في مواقف جديدة و التفكير في التفكير و الاستماع بتعاطف و تفهم و التعليم المستمر، أما باقي العادات العقلية فلم توجد دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث عليها. و بالمقارنة بين المعاقين سمعياً و السامعين فكان هناك اختلافات بين المعاقين سمعياً و العاديين في انتشار العادات العقلية.

**Title: habits of mind common to Hearing Impaired and listeners
(Diagnostic and compared study)**

By

Dr \ Rehab Ahmed Ragheb

Assistant Professor-Department of Special Education

Faculty of Education-University of Taif

Abstract

The present study aimed to reveal the habits of mind common to the hearing impaired, and compare them with the listeners in habits of the mind. The research sample consisted of 120 male and female

students, divided evenly (30 Hearing Impaired male - 30 Hearing Impaired Females - 30 listeners male - 30 listeners female) between the ages of (12-15 years). The researchers prepare a scale diagnosis of habits of mind in hearing impaired and listeners and the scale has been translated in sign language for the hearing impaired. And by reference to the previous studies could not be reached for studies - within the limits of science researcher - conducted on the habits of mind with the hearing impaired, so the problem has been formulated in the form of study questions are as follows:

1 - What is the prevalence of habits of mind (Perseverance - control recklessness - listening with sympathy and understanding - to think flexibly - thinking about thinking - the quest for precision - the question and ask problems - the application of prior knowledge to new situations - thinking and understanding clearly and accurately - data collection through the senses - vision, creativity and innovation - amazement and awe response - attacking responsible risks - think humor - Thinking Interdependently - continuous learning) in each of the hearing impaired males and females and hearing impaired college sample?

2 - Is there any statistically significant differences in the habits of mind six ten (under study) between each of the hearing impaired male and hearing impaired female?

3 - Are there significant differences in the habits of mind six of ten (subject of study) between each Deaf (sample college) and listeners (Faculty of sample)?

4 - Is there any statistically significant differences in the habits of mind six of ten (under study) between each of the male hearing impaired and male listeners?

5 - Is there any statistically significant differences in the habits of mind six of ten (under study) between each of the female hearing impaired and female listeners?

The results found that there are mental habits more prevalent at the same hearing impaired college such as continuous learning and thinking in thinking The rest of the mental habits has increased the average, and the hearing impaired males were the most prevalent mental habits for females with disabilities acoustically is a continuous learning and thinking in The thinking acoustically females with disabilities were the most prevalent mental habits is a previous order in the application of knowledge in new situations and thinking in thinking and listening, understanding and sympathy for continuing education, while the rest of the mental habits did no significant differences between males and females. And compared between hearing impaired and listeners, there was differences between the hearing impaired and ordinary in the prevalence of habits of mind.

المقدمة:

تتوجه النظم التربوية الحديثة نحو تعليم أكثر ديمومة واستمرار مدى الحياة. ولقد بدأ الباحثون المعرفيون بالاهتمام باستراتيجيات تربوية لوضع الطلبة في بيئات فكرية بعيدة المدى. ولما كانت الفلسفة التي تتبناها عادات العقل قوامها تعليم وتعلم أوسع وأكثر شمولاً، وذلك من خلال التدريب على مهارات التفكير الأساسية وإجادتها فقد يصبح من الممكن مواجهة مستويات التفكير المركب بصورة فعّالة.

و تشير الدراسات التجريبية التي أجريت من قبل بيركنز و تشيمان (Perkins & Tishman, 1997, 66) حول ميول التفكير وأهمية العادات العقلية، أن بإمكان الطلبة أن يؤديوا أفضل بكثير من أدائهم العقلي عندما يعمدون إلى استكشاف الخيارات والنظر إلى الإيجابيات والسلبيات وإنجاز مهام متماثلة. وأن بإمكانهم أن يظهروا نوع التفكير المطلوب بسهولة. (أبورياش و عبد الحق، ٢٠٠٧: ٢٨١)

لذا يعتبر تنمية مهارات التفكير والعادات العقلية ضرورة اجتماعية، فالتعليم حق للجميع، ولكل فرد الحق في الحصول على التعليم الذي يناسب قدراته و ميوله و تنمية مهاراته الفكرية وعاداته العقلية. لذا ففلسفة التربية الحديثة تدعو إلى رعاية الطلاب العاديين والمعاقين والموهوبين وفق قدراتهم وإمكانياتهم و تنمية التفكير لديهم.

و يؤكد على ذلك مارازنو Marzano, 2000 حيث يرى أن عادات العقل الضعيفة تؤدي إلى تعلم ضعيف بغض النظر عن مستوى الفرد في المهارة أو القدرة، كما يشير كوستا Costa، ٢٠٠١ إلى أن إهمال استخدام عادات العقل يسبب الكثير من القصور في نتائج العملية التعليمية، فالعادات العقلية ليست امتلاك المعلومات بل هي معرفة كيفية العمل عليها واستخدامها أيضاً، فهي نمط من السلوكيات الذكية تقود المتعلم إلى إنتاج المعرفة، و ليس استذكارها فقط.

فعادات العقل تقدم مجموعة من السلوكيات يسعى الطلبة والمعلمون نحوها بوعي وبصورة دائمة، و يجب أن تمارس بصورة منتظمة، فالتركيز على عادات العقل كنتاج سيجعل تأثير المدرسة يتجاوز حدودها و أدوارها التقليدية (قطامي، ٢٠٠٥: ١٥).

و ترى لوري (Lowery, 1999, 36) أن أحد الأسباب الرئيسية لفشل التعليم الرسمي هو أن المربين يبدأون بالأموال التجريدية من خلال المواد المطبوعة و من خلال اللغة اللفظية بدلاً من الأفعال المادية و السلوكيات، و الاتجاهات نحو الأشياء الحقيقية كالعادات العقلية، و يضيف هاروت و كلير (Hart & Keller, 2003, 156) بأن انخفاض القدرة على الاستيعاب بالمفاهيم يقيد يعزي إلى العادات العقلية التي يتبعها التلاميذ.

و في سياق الاهتمام العالمي و التربية الحديثة بتعلم المعاقين بصفة عامة و المعاقين سمعياً بصفة خاصة و دمجهم داخل المجتمع، فقد كان الاهتمام بالمعاقين سمعياً و بدراسة عاداتهم العقلية محور اهتمام الدراسة الحالية. فلقد أشار مورس (Moore, 1996, 89) إلى أن الأشخاص المعاقين سمعياً

هم أشخاص لا يوجد لديهم قصور ذكائي. فلا توجد محددات لقدراتهم العقلية. كما أنه لا توجد أدلة تؤكد تأخر نموهم المعرفي و الذكاء عن الأشخاص السامعين. فالمعاقين سمعياً يقومون بالوظائف المعرفية ضمن المدى الطبيعي للذكاء، و يظهرون نفس التباين في امتلاك القدرات العقلية مثلهم مثل السامعين.

كما كشفت معظم الدراسات التي أجريت علي القدرات العقلية لدي الأطفال المعاقين سمعياً عن أن هؤلاء الأطفال يختلفون اختلافاً جوهرياً عن الأطفال السامعين، و قد تبين أيضاً أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية قادرون علي الانخراط في السلوك المعرفي، و لكن ينبغي إكسابهم خبرات لغوية أكبر، و أنهم إذا اكتسبوا هذه الخبرات فإنهم سوف يكشفون عن فاعلية ذهنية كالتي يتصف بها عادي السمع (سليمان و مراد، ٢٠٠٦: ١٨٠).

فالبينة المدرسية الخاصة بالأطفال المعاقين سمعياً بيئة محبطة لا تشجعهم ولا تقدم لهم المناخ المناسب الذي يعمل علي التنشيط العقلي - في حدود علم الباحثة و خبراتها في التعامل سنوات مع تلك الفئة - و لذا كان الاهتمام بدراسة عادات العقل الشائعة لديهم حتي تساعد علي خلق بيئة داعمة للابتكار و الإبداع لدى المعاقين سمعياً.

وقد أوضحت بعض الدراسات التي اهتمت ببحث الأداء العقلي لدي المعاقين سمعياً و السامعين، أن معاملات ذكاء الأطفال المعاقين سمعياً تشبه في توزيعها و انتشارها معاملات ذكاء الأطفال العاديين، كذلك أوضحت هذه الدراسات أن متوسط الذكاء بين مجتمع المعاقين سمعياً يعتبر مساوياً أو مشابهاً لنظيره بين أفراد المجتمع العاديين، و لكن لا يعني ذلك القول أن أنماط النمو العقلي لدي الأطفال المعاقين سمعياً مطابقة لنظرائهم من العاديين المتمتعين بحاسة السمع، إذ أن الحقيقة هي أن عجز هؤلاء الأطفال و قصورهم اللغوي يعوق بل يمنع احتمال تطابق هذه الأنماط بحيث يجعل من الضروري القيام ببناء و تطوير برامج تربوية خاصة تيسر نموهم العقلي. (سليمان و مراد، ٢٠٠٦: ١٨٠-١٨١)

فالمعاقون سمعياً أشخاص عاديون لا ينقصهم إلا لغة التواصل المناسبة التي تتناسب مع فقدان حاسة السمع حتى يتم تعويضهم عن ضعف الحصيلة اللغوية لديهم والتي ترتب عليها ضعف بنيتهم المعرفية و عدم القدرة علي استخدام و توظيف بعض العمليات العقلية التي تساعدهم علي التفكير و حل المشكلات و الابتكار.

مشكلة الدراسة:

علي الرغم من أن فئة المعاقين سمعياً فئة كبيرة نسبياً داخل المجتمع محلياً و عالمياً، إلا أن الاهتمام بتنمية و تطوير الجوانب العقلية و المعرفية لديهم به قصور.

و قد تناولت العديد من الدراسات عادات العقل لدى العاديين مثل دراسة الصباغ، ٢٠٠٦ و دراسة نوفل، ٢٠٠٦ و دراسة WIERSEMA, 2009 و دراسة Buckhert, 2010 والتي توصلت جميعها إلي فعالية عادات العقل في تنمية التفكير الإبداعي و حب الاستطلاع و الذكاء الاجتماعي، و تعزى الفروق في عادات العقل إلي الجنس و مستوى التحصيل الدراسي و الفرقة الدراسية.

إلا أنه لا توجد دراسات اهتمت و تطرقت إلي دراسة عادات العقل لدي المعاقين سمعياً، حيث تعد هذه هي الدراسة الأولى من نوعها- في حدود علم الباحثة- علي المستوى المحلي التي اهتمت بدراسة عادات العقل لدي المعاقين سمعياً.

و في ضوء ذلك فإن مشكلة البحث تتبلور في التساؤلات الآتية :-

- ١- ماهي معدلات انتشار عادات العقل (المثابرة- التحكم بالتهور- الاستماع بتعاطف و تفهم- التفكير بمرونة- التفكير في التفكير- السعي من أجل الدقة- التساؤل و طرح المشكلات- تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة- التفكير و التفاهم بدقة و وضوح- جمع البيانات عن طريق الحواس- التصور و الإبداع و الابتكار- الاستجابة باندهاش و رهبة- مهاجمة مخاطر

- مسئولة- التفكير بدعابة- التفكير التبادلي- التعلم المستمر) لدى كل من الصم الذكور و الصم الإناث و الصم عينة كلية؟
- ٢- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الذكور الصم و الإناث الصم؟
- ٣- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الصم (عينة كلية) و السامعين (عينة كلية)؟
- ٤- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الذكور الصم و الذكور السامعين؟
- ٥- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الإناث الصم و الإناث السامعات؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلي:

- (١) الكشف عن عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً (ذكور و إناث) و مقارنتها بعادات العقل الشائعة لدى السامعين (ذكور و إناث) و يتفرع من هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:
- أ- التعرف علي معدلات انتشار عادات العقل طبقاً لنموذج Costa & Killick لدى المعاقين سمعياً.
- ب- مقارنة عادات العقل لدى كل من المعاقين سمعياً و السامعين.
- ج- مقارنة عادات العقل لدى كل من المعاقين سمعياً الذكور و السامعين الذكور.
- د- مقارنة عادات العقل لدى كل من المعاقات سمعياً و السامعات.
- (٢) تصميم مقياس لتشخيص عادات العقل بأبعادها الست عشرة لدى كل من المعاقين سمعياً و السامعين.

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النظرية

تنبع الأهمية النظرية للدراسة الحالية من أنها:

- ١- تعتبر الدراسة الأولى - في حدود علم الباحثة - علي مستوي العربي التي اهتمت بدراسة عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً حيث اهتمت معظم الدراسات بعادات العقل لدي العاديين، أما فئة الإعاقة السمعية فقد أهملت، لاعتقاد البعض أن المعاقين سمعياً ليس لديهم عادات عقلية.
- ٢- إثراء المعرفة النظرية و التراث السيكلوجي في مجال الدراسة.
- ٣- تقديم نتائج الدراسة للمهتمين و القائمين عل تعليم المعاقين سمعياً للاستفادة منها في تحسين و تطوير المناهج الدراسية للمعاقين سمعياً.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

تنبع الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية من أنها:

- ١- تهتم الدراسة بالمقارنة بين المعاقين سمعياً و السامعين في عادات العقل حتي يمكن التوصل لمدى الفروق الفردية بين الفئتين، مما يساعد القائمين على تعليمهم في وضع مناهج دراسية تحتوي علي العادات العقلية التي تناسب كل فئة، و أيضاً قد يساعد في وضع البرامج التربوية التي من خلالها يمكن دمج المعاقين سمعياً مع العاديين سواء في المدرسة أو داخل المجتمع.
- ٢- تركز الدراسة علي عادات العقل فمعرفة هذه العادات تساعد في تحسين قدرة الطلاب علي حل المشكلات و التعليم المستمر.
- ٣- تهتم الدراسة بمرحلة المراهقة و التي تتميز فيها شخصية الفرد و تظهر فيها عاداته العقلية بوضوح، تمهيداً لتنميتها و العمل عليها لمساعدته في عملية التعلم.

مصطلحات الدراسة:

أولاً: العادة Habit: ” هي القدرة على الأداء بأقصى درجة من الإتقان و المهارة“ (قطامي، ٢٠٠٥: ١١)

ثانياً: عادات العقل Habits of Mind:

يعرفها كوستا و كاليك (Costa & Kallick, 2000, 8) أنها عبارة عن ” نمط من السلوكيات الفكرية الذي يقود إلى أفعال إنتاجية و هي عبارة عن تركيبة من الكثير من المهارات و المواقف و التلميحات و التجارب الماضية و الميول. و هي تعني تفضيل نمطا من السلوكيات الفكرية على غيرة“.

و تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها ” اعتماد الفرد (المعاق سمعياً أو العادي) على استخدام أنماط معينة من السلوكيات الفكرية، و التي تنتج عن خبراته السابقة و ميولة و مهاراته و قدرته على توظيف هذه المهارات في المواقف المختلفة“.

و قد صاغت الباحثة تعريفات إجرائية للعادات الست عشرة في موضوع الدراسة الحالية على النحو التالي

- ١- **المثابرة (Persisting):** الاستمرار في تركيز الجهود مع عدم الاستسلام حتى حل المشكلة أو تنفيذ المهمة.
- ٢- **التحكم في التهور (Managing Impulsivity):** .الابتعاد عن التسرع و التهور في التفكير وإعادة النظر أكثر من مرة قبل اصدر الحكم .
- ٣- **الإصغاء بفهم وتعاطف (Listening with Understanding and Empathy):** . تحسس مشاعر الآخرين و التعطف معها و الإصغاء التام دون تحيز و صياغة أفكار الآخرين و تصورهما.
- ٤- **التفكير بمرونة (Thinking Flexibility):** الانفتاح و عدم الجمود و القدرة على تغير الفرد لمسار تفكيره عند الحاجة، و معالجة المعلومات بطريقة جديدة غير المعتاد عليها.
- ٥- **التفكير في التفكير (ما وراء المعرفة) Thinking about Thinking:**

قدرة الفرد على التخطيط والمراقبة والتقييم لتفكيره لتحديد ما يعرف وما لا يعرف .

٦- **الكفاح من أجل الدقة Striving For Accuracy**: قدرة الفرد على العمل للوصول إلى إنتاج معرفه عالية الدقة وأعمال عالية الجودة .

٧- **التساؤل وطرح المشكلات Questioning and Problem**: اعتمادا لفرد على طرح الأسئلة لكل المشكلات بداية لعملية البحث والتنقيب عن المعلومات حتى يصل للمعلومة بنفسه (عملية التعليم) .

٨- **تطبيق المعارف الماضية على مواقف جديدة Applying Past Knowledge To New Situation**: قدرة الفرد على الاستفادة من خبراتها لسابقة ونقل اثر التعليم السابق على مواقف جديده .

٩- **التفكير والتفاهم بوضوح ودقه Thinking and Communicating With Clarity and Precision**: قدرة الفرد على توظيف معرفة وتنظيم أفكاره واستخدام اللغة ومفاهيمها لإيصال ما يعنيه بدقة ووضوح (استخدام لغة تفكير جيدة) .

١٠- **جمع البيانات عن طريق الحواس Gathers Data Through all Senses**: قدر الفرد على توظيف (المستقبلات الحسية) (الحواس) في جمع المعلومات والانتباه لها بصوره جيده من البيئة المحيطة تمهيد المعالجة معرفيه عميقه .

١١- **التصور والإبداع Creating and Imagining**: هي قدرة الفرد علي توليد أفكار جديدة، وابتكار أساليب جديدة لحل المشكلات، و تخيل الفرد نضرة في أدوار مختلفة .

١٢- **الاستجابة باندهاش و رهبة Responding with Wonderment and Awe**: استمتاع الفرد بحل المشكلات والاهتمام بالمواقف التي يكتنفها الغموض، والانبهار بالمواقف الجديدة، و حب الاستطلاع .

١٣- **مهاجمة مخاطر مسئوله Taking Responsible Risks**: رغبة الفرد في المغامرة والمخاطرة لكشف الغموض الذي يحيط بمشكلة ما، وعدم

- الخوف من الإقدام علي أشياء جديدة و تحدي ما يفرضه الموقف عليه.
- ١٤- **إيجاد الدعابة Find Humor**: امتلاك القدرة علي استخدام الدعابة في كل المواقف مهما كانت المهمة صعبة، و قدرة الفرد علي السخرية من المواقف و من نفسه، و تساعد الدعابة على تحرير الطاقة الإبداعية للفرد.
- ١٥- **التفكير التبادلي Thinking Interdependently**: قدرة الفرد علي الاندماج في العمل الجماعي، و استعداده لتقبل نقد الآخرين، و تبادل الأفكار معهم.
- ١٦- **التعلم المستمر Learning Continuously**: شغف الفرد الدائم للبحث عن المعرفة و التعلم، و اكتساب الخبرات و التجارب و استثارة العقل للانتباه لكل المثيرات البيئية و التعلم منها.

ثالثاً: المعاقون سمعياً Hearing Impairment: ” هم أولئك الأفراد الذين فقدوا حاسة السمع (كلي- جزئي) سواء في مرحلة ما قبل تعلم اللغة، أو ما بعد تعلم اللغة، بدرجة تعوقهم عن فهم الكلام و اللغة، و بالتالي عن معالجة المعلومات السمعية، و يعتمدون علي حاسة البصر في التواصل مع الآخرين، مما قد يتسبب ذلك في اختلاف عاداتهم العقلية عن أقرانهم العاديين “.

الإطار النظري:

أولاً: عادات العقل Habits of Mind

يوضح المربي الأمريكي هريسمان Horesman نمو العادة العقلية بالحبل الذي تنسج في كل يوم خيطاً من خيوطه و في النهاية لا تستطيع قطعة. و ضمن هذا المفهوم فإن العادات العقلية هي عملية تطويرية متتابعة تؤدي في النهاية إلي الإنتاج و الابتكار، و تتكون العادة العقلية من عدد من المهارات و الاتجاهات و القيم و الخبرات السابقة و الميول. فالعادة العقلية تعني أن الفرد يفضل نمطاً من التصرف الفكري علي غيره من الأنماط. و هي بهذا المعنى تتضمن إجراء عملية اختيار أو انتقاء بين عناصر موقف ما بناءً على مبادئ أو قيم معينة يرى الشخص أن تطبيق هذا النمط في هذا الموقف مفيد أكثر

من غيره من الأنماط. ويتطلب ذلك مستوى من المهارة في تطبيق السلوك
بفاعلية و المداومة عليه. (Costa&Killick, 2000a, 53)

فعادات العقل تفكير منظم، مرتب، يتضمن آليات واستراتيجيات مبربوطة
بهدف تم التخطيط لتحقيقه بوعي، وأن هذه العادات تقود الذكاء باتجاه
معين واستخدام إمكانياته وقدراته و موجوداته و برمجيته للوصول إلي
هدف. (قطامي، ٢٠٠٥: ١٤)

و اشتق مفهوم عادات العقل من مجموعة من النظريات المعرفية أهمها
نظريات الذكاء و معالجة المعلومات و ما وراء المعرفة و الأنماط المعرفية و
النماذج البنائية و نظرية التعلم الاجتماعي و نتائج أبحاث الدماغ. (الميهي و
محمود، ٢٠٠٩: ٣١٥)

و قد تنوعت التوجهات النظرية في دراسة عادات العقل، فقد ظهرت
عدة تصنيفات منها تصنيف مارزانو Marzano و قد قسم عادات العقل المنتجة
إلي ثلاث عادات هي (التنظيم الذاتي- التفكير الناقد- التفكير الإبداعي).
و تصنيف هيرل Hyerles حيث قسمها إلي (خرائط عمليات التفكير- العصف
الذهني- المنظمات الشكلية). و تصنيف دانيالز Daniels و قد قسمها إلي
(الانفتاح العقلي- العدالة العقلية- الاستقلال العقلي- الميل إلي الاستقصاء).
تصنيف سايزر و ماير Sizer & Meier و قد قسمها إلي (التعبير عن وجهات
النظر- التحليل - التخيل- التعاطف- التواصل- الالتزام- التواضع- البهجة
و الاستمتاع). تصنيف كوستا و كاليك Costa & Killick و قد قسما عادات
العقل إلي ست عشرة عادة عقلية، و قد تبنت الدراسة الحالية هذا التصنيف
لذا سيتم تناوله بالتفصيل لاحقاً.

تعريف عادات العقل: قد تعددت تعريفات عادات العقل بتعدد وجهات النظر
و الاتجاهات التي تناولته حيث يقوم مفهوم عادات العقل علي مجموعة من
الافتراضات و المسلمات تتمثل فيما يلي (قطامي و عمور، ٢٠٠٥: ١٥٤- ١٥٥)

- ١- العقل آلة تفكير يمكن تشغيلها بكفاءة عالية ويستطيع الفرد إدارته وتقييمه ذاتياً وتعديله
- ٢- يمكن تعليم عادات العقل وإضافة عادات جديدة وتحديد مجموعة العادات والمهارات للوصول إلى أعلى كفاءة في الأداء ضمن مواقف تدريبية حياتية.
- ٣- يمكن الارتقاء بالعمليات والمهارات الذهنية من العادات والمهارات البسيطة إلى العادات الأكثر تعقيداً حتى الوصول إلى مهارة إدارة العلم.
- ٤- يمكن تحديد عادات العقل تحديداً دقيقاً للوصول إلى اداءت مجده لكل مهاره تظهر على صورة أداء ملاحظ وقابل للقياس
- ٥- تتضمن عادات العقل يصبح الفرد لديه المهارة في إدارة عقله بأي مستوي يريد من مستوي العمليات.

وقد عرف كل من كوستاو كالليك عادات العقل بأنها عباره عن نمط من السلوكيات الفكرية يقود الفرد إلى أفعال إنتاجيه. وهي أيضا عبارة عن تركيبه من الكثير من المهارات والمواقف والتلميحات و والتجارب الماضية والميول. وهي تعني تفضيل الفرد نمطاً من السلوكيات الفكرية على غيره. وهي تعني ضمناً صنع اختبارات حول أي نمط ينبغي استخدامه في وقت معين كما أنها تتضمن حساسية نمو التلميحات السياقية لموقف ما مما يوحي بأن هذا الظرف هو الوقت المناسب الذي يكون استخدام هذا النمط فيه مفيداً. (Costa & Killick, 2000. A. p8)

كما يعرفها بيركنز أنها نمط من السلوكيات الذكية يقود المتعلم إلى أفعال إنتاجية. وكنتيجه للإنجازات التي أجراها جولمان (Goleman) وبيركنز (Perkins) وجلاتورن وبرين (Glathorn & Brain) فإن عادات العقل هي اعتماد الفرد على استخدام الفرد أنماط معينه من السلوك العقلي يوظف فيها العمليات والمهارات الذهنية عند مواجهة خبره جديده أو موقف ما بحيث يحقق افضل استجابة وأكثرها فاعليه، وتكون نتيجة توظيف مثل هذه المهارات أقوى وذات نوعيه أفضل وأهميه أكبر وسرعه أكبر عند حل المشكله أو استيعاب الخبره الجديده. (Costa & Killick, 2000. A.17)

- كما يذكر قطاي في (٢٠٠٥:١٤) عادات العقل والتفكير على أنها
- أ- عبارته عن تمثيل المعرفة لتحقيق الهدف .
- ب- أداء يستخدمها الذكاء لمعالجة المعلومات والخبرات واستعمالها والاستفادة منها في مواقف مختلفة للوصول إلى حالة الراحة والسرور
- ٥- عادته يقوم فيها الذهن بتغليب الموقف وانشغال آلياته وأدواته للوصول إلى حالة الإتقان.

أما نوفل (٢٠٠٨:٦٨) فيعرفها أنها مجموعة المهارات والاتجاهات والقيم التي تمكن الفرد من بناء تفضيلات من الاداءات أو السلوكيات الذكوية، بناءً على المثيرات والمنبهات التي يتعرض لها، بحيث تقوده إلى انتقاء عمليه ذهنيه، أو أداء سلوك من مجموعة خيارات متاحه أمامه، لمواجهة مشكله ما أو قضيه أو تطبيق سلوك بفاعليه، والمداومه على هذا النهج .

مكونات عادات العقل في ضوء نظرية كوستا و كاليك

وقد أشار كوستا وكاليك (Costa&Killick2000) إلى قائمة بست عشر عادة للعقل تسهم في التفكير والتي تصف فيها كيف يتصرف البشر عندما يسلكون سلوكاً ذكياً والتي تعتبر كخصائص لما يفعله الناس الأذكياء عندما يصادفهم مشكلات لا تكون لها حلول ظاهرة للعيان بصورة فوريه .

وفيما يلي وصف موجز لست عشر عادة عقليه من حيث تعريف كل عادة وخصائصها كما أوضح كل من (Costa&Killick2000,21-39) (Costa&Killick,2004,77-98) (قطاي ميوعمور ١١١-٢٠٠٥، ٢٦٨) (قطاي ميوعمور ٣٧-٢٤١، ٢٠٠٥) (Costa&Killick,2009,8-13) (Costa&Killick,2008,15-85) (الشامي، ٢٠١٢، ٢٥٨-٢٥٤)، (عبد الرضا، ٢٣٥، ٢٠١٢-٢٣٦) (ابورياسوعبد الحق، ٢٠٠٧، ٢٨٨-٢٩٦) (Ambell,J.2011,3-6)

١- المثابرة Persisting: هي قدرة الفرد على مواصلة العمل على المهام

أو المشاريع واستخدام تشكيله من الاستراتيجيات لحل المشكلات منظمة ومنهجية ومن خصائصها ما يلي:

- القدرة على تحليل المهمة أو المشكلة واستمرار العمل على المهمة حتى تكتمل
 - يمتلك الفرد نظاماً أو استراتيجية لأداء المهمة ، ويستطيع مراجعة المهمة وتقبلها في أي مرحلة للوصول إلى أحسن أداء.
 - المرونة في بناء نظريه ذهنية ورفضها وتغييرها، وتحديد خطوات البدء بوضوح
 - المحافظة الذهنية على الاستمرار في خط التفكير الموجه نحو المهمة أو الهدف.
- ويتصف الشخص المثابر بأنه (مواظب - متحمل - مستمر - عنيد- واثق- منظم مقدام- محافظ على موقفه).

٢- التحكم بالتهور Managing Impulsivity: هي القدرة على التأني

والتفكير والأصغاء للتعليمات قبل البدء بالمهمة وفهم التوجيهات وتطوير استراتيجيات للتعامل مع المهمة والقدرة على وضع خطة وقبول الاقتراحات لتحسين الأداء والاستماع لوجهات نظر الآخرين. وتتمثل خصائصها فيما يلي:

- التفكير والتأني لبناء استراتيجيات أو خطة عمل ، والفهم التام لخصائص المهمة، مع تجنب الأحكام الفورية ، والقفز إلى النتائج
 - يتذوق البدائل ويستمتع في استحضارها وتقليبها في الذهن، ويحترم الحلول البديلة
 - التخطيط الاستراتيجي للحصول على المعلومات والمعرفة، وتجنب التقييم الفوري ويحترم تقييمه الذاتي المتأني .
 - التأكد من فهم التعليمات ، والأصغاء لوجهات نظر بديلة
- ويتصف الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه: مفكر- متأمل- هادئ- ينتظر بتفكير- ضابط لنفسه.

٣- الإصغاء بفهم وتعاطف Listening With Understanding and Empathy:

هي قدرة الفرد على الإصغاء للأخرين واحترام أفكارهم والتجارب معهم بصورة سليمة وملائمة والقدرة على إعادة صياغة مفاهيم ومشكلات وعواطف وأفكار الآخرين بشفافية أو إضافة معاني أخرى . وتتمثل خصائصها فيما يلي .:

- يطيل الاستماع ويفكر فيما يستمع، ولديه القدرة على فهم أفكار الآخرين والتفاعل بحيوية ونشاط معهم.
- فهم الدلالات الأدائية والتعبيرية والمشاعر التي يصدرها الآخريين، ويخرج من ذاته وينطلق إلى إلي أفكار الآخرين
- تقدير الصمت عندما يتحدث الآخريين وإعادة صياغة أفكارهم بهدف الفهم
- قراءة ما بين السطور لأفكار الآخريين والاجتهاد لتوضيح أفكارهم.
- ويتصف الشخص الذي يتصف بهذه العادة بأنه (توفيقى- منسق مع نفسه - ودود - يقدر الآخريين- يعيد الصياغة- يلخص - متعاطف - منتهب - متفهم)

٤- التفكير بمرونة Thinking Flexibly: هي قدرة الفرد على التفكير

ببدائل وخيارات وحلول ووجهات نظر متعددة مع طلاقه في الحديث وقابليه للتكلف مع المواقف المختلفة. ومن خصائصها ما يلي.:

- كسر أطر ذهنية جامده قديمة، والدخول والتنقل بحيوية وحرية ضمن الأطر الذهنية المختلفة.
- قراءة البيانات قراءة متعددة من وجهات نظر مختلفة، وتوليد تشابهات متعددة والتلاعب بالبدائل والتحرك ضمنها بحرية ذهنية.
- قدرة فائقة في السيطرة على الذهن والأفكار المختلفة، والتفكير بمرونة حسيه ومجرده ضمن قواعد وأنظمه
- انفتاح التفكير على الآخريين والخبرات والأشياء والموجودات، وامتلاك الإحساس بالدعابة والتقدير الاجتماعي للأداء.

ويتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (منطلق الحديث - لديه بدائل متعددة مرن - مبدع - واسع الأفق - موسع ومفضل)

0- التفكير في التفكير Thinking about Thinking: هي القدرة على

ذكر الخطوات اللازمة لخطة العمل ووصف ما يعرفو ما يحتاج لمعرفته والقدرة على تقييم كفاءة عملة و شرح خطواته و استراتيجياته . و من خصائصها :-

- ضبط العمليات الذهنية و المعرفة للأشياء و الأفكار و الإحساس بها في العقل.
- التخطيط لاستراتيجيات ذهنية و تنفيذها و مراقبتها و ضبطها وفق القنوات الحسية المختلفة.
- تقييم الاستراتيجيات الذهنية و الخطط، و العمليات الذهنية، و المعالجات للأنماط و النتائج.
- بناء خرائط و بروفييلات ذهنية غنية في عمليات التخطيط، و تطوير قدرات الاحتفاظ بالأفكار الضرورية علي سطح الذهن.
- و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (واعي- مفكر بعمق- يقيم تفكيره- مخطط- يتحدث لنفسه- منتبه- مشاعرة ذاتيه).

٦- السعي من أجل الدقة Striving for Accuracy: هي القدرة على

العمل المتواصل بحرفية و إتقان و تفحص للمعلومات للتأكد من صحتها و مراجعة متطلبات المهام و ما تم إنجازه، و مراجعة القواعد التي ينبغي الالتزام بها. و من خصائصها:

- العمل بحرفية أو مهنيه و إتقان المهمة بأقل جهد و تكلفة، و يعمل علي الوصول للأكثر دقة.
- اختبار النتائج و تجربتها للتأكد من درجة الدقة، و يقارن النتائج بين النموذج و الأداء الذي يؤديه المتعلم حتى يتم إنجاز المهمة.
- توافر خصائص الموثوقية، الدقة، الإخلاص، الوفاء بالعمل دون حساب للجهد أو الوقت المبذول.

و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (حريفي- ماهر- واضح- محدد- برهاني- هديفي- يقيني- متفحص)

٧- التساؤل و طرح المشكلات Question and Posing Problems: هي

القدرة على طرح أسئلة و توليد عدد من البدائل لحل المشكلات عندما تحدث أو عندما تعرض على الفرد من خلال الحصول على معلومات من مصادر متعددة و القدرة على اتخاذ القرار. من خصائصها:

- طرح أسئلة متعددة المستوى المعرفي الذهني و التحكم في مستوياتها كمفاتيح للعقل.

- التنبؤ في التفكير و التمييز بين التشابهات و الاختلافات و بين الموجود و الممكن.

- فتح أبواب العقل بأسئلة دقيقة و توليد الأسئلة المختلفة و الدقيقة. و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (مدقق- حذر- متسائل- نظري- مخمن- إستطلاعي- شكاك- موضح)

٨- تطبيق المعرفة السابقة علي مواقف جديدة Applying Past Knowledge too new Situations

هي القدرة علي استخلاص المعنى من تجربة ما و السير قدماً، و من ثم تطبيقه علي وضع جديد و الربط بين فكرتين مختلفتين، و توظيف المهارة في جميع مناحي الحياة. و من خصائص هذه العادة ما يلي:-

- الخبرات السابقة مصدر لتدعيم الأفكار، و التجربة و المعاونة تعلم كثيراً.

- يرجع إلى الماضي لفحص خبراته للوصول إلي المعالجة الجديدة، و يبني نظرية ذهنية أكثر تقدماً بالاستناد إلي أدلة سابقة.

- يستخدم أسلوب المتشابهة في فهم المشكلة الحالية لاختيار الحل الخزن لديه و سد الثغرات و نقل الخبرات من خبرة إلي أخرى.

و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (يتقدم للأمام- يحدد موارده- يعاود التذكر- يطبق- ينفذ- يترجم- يعيد الاستعمال)

٩ - التفكير و التفاهم بوضوح و دقة Thinking and Communicating

with Clarity and Precision: هي القدرة علي توصيل ما يريد الفرد بدقة سواء كان ذلك كتابياً أو شفويماً مستخدماً لغة دقيقة، و صنع قرارات أكثر شمولية و دقة حيال الأفعال، و استخدام مصطلحات محددة. و من خصائص هذه العادة ما يلي:-

- يعبر عما يفكر فيه بكلمات واضحة و مصحوبة بانفعالات بسيطة و مفهومة.

- يربط اللغة بالتفكير و يقلل من كلمات الحشو في التعبير عن أفكاره.

- اقتصاديفي معرفة ما، يتحدث عن خبراته بأقل قدر ممكن من الكلمات.

و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (يحسن الصياغة- دقيق التعبير- بليغ- متقن- محدد- واضح)

١٠ - جمع البيانات باستخدام كل الحواس Gathering Data through all the Senses

هي القدرة علي إتاحة أكبر عدد ممكن من الفرص لاستخدام الحواس مثل البصر، السمع، اللمس و غيرها، و زيادة عدد الحواس المنشطة لازدياد التعلم. و من خصائصها ما يلي:-

- يحلل الأشياء الذي تم تناولها عن طريق الحواس المختلفة معاً للوصول إلي نظام معرفي.

- يفكر في مفاتيح الذهن لاستثارة العمليات الذهنية.

- يعرف أي القنوات المعرفية الذهنية أكثر مناسبة لعملياتها الذهنية.

- يتعامل مع البيئة كميدان معرفي مفتوح و يعالج المدخلات.

و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (معرفي- حسي- عملي- تفاعلي- واضح)

١١- التصور و الإبداع Creating and Imagining: هي قدرة الفرد علي

تصور نفسه في أدوار مختلفة و مواقف متنوعة و إيجاد الحلول البديلة و التفكير من عدة زوايا. و من خصائصها ما يلي:-

- يولد أفكاراً جديدة، و يتعامل مع عدد كبير من البدائل.
- مدفوع بدوافع ذاتيه للوصول إلي الجمال و اختراق المجهول، و منفتح علي أفكار الآخرين.
- يتصور حل المشكلة قبل ممارسة حلها، و يستثمر البيئة و عناصرها بفاعليه.
- ترتبط عملية التصور بعمليات و نشاطات انفعاليه عاطفيه تحقق أهداف ذات قيمة للفرد.
- و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (منفتح- متجدد- مبدع- تصوري- تلقائي- مخترع- متشعب)

١٢- الاستجابة باندهاش و رهبة Responding with Wonderment and Awe:

هي القدرة على التواصل مع العالم و الشعور بالانبهار و السرور في التعلم و التقصي و الاهتمام و الاكتشاف و الإقدام علي المخاطر و حب الاستطلاع. و من خصائصها ما يلي:-

- يذهب بذهنه و جسمه إلي المشكلات الغامضة ليجد لها حلاً، و يتمتع ذهنياً بتحدى المشكلة التي تواجهه.
- محب للاستطلاع، شغوف بتقصي الأسباب و ما وراء القضايا، متعلم مدى الحياة.
- الدهشة الذهنية هي بمثابة زناد للعمل الذهني المتقدم.
- الرهبة بمثابة نزهة سحرية ذهنية محفوفة بمخاطر الصعوبة و الغرابة، و لكن يتلوها متعة حينما يتم الوصول إلي الحل.
- و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (حساس- مذهل- انفعالي- عجيب- متحدي- غامض- حيوي- لديه بعد نظر)

١٣- مهاجمة مخاطر مسئولة Taking Responsible Risks: هي

الاستعداد لتجربة استراتيجيات و أساليب و أفكار جديدة و اختبار فرضية جديدة حتى لو كان الشك حيالها، و استغلال الفرص لمواجهة التحدي الذي تفرضه عملية حل المشكلات. و من خصائصها ما يلي:-

- يتعامل مع مخاطر ذهنية محسوبة، و المخاطر و الفشل تساعد على معرفة الحكمة و الصواب.
- يفكر في النجاح المرتبط بالجهد و لا يجاف من الفشل، و يتجاوز حدود العالم من حوله ذهنياً، و يجبر نفسه على اقتحام المشكلة.
- يسيطر على مخزونات المعرفة الذهنية و يستحضر ما يريد منها.
- يمتلك استبصاراً ذهنياً كافياً لمعرفة عناصر المخاطرة و نواتجها.
- و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (مغامر- متجول- متحدى- فردي- شجاع- جري- استكشافي).

١٤- إيجاد الدعابة Finding Humor: هي القدرة علي تقديم نماذج من

السلوكيات التي تدعوا على السرور و المتعة و الضحك من خلال التعلم من حالات عدم التطابق و المفارقات و امتلاك القدرة على تفهم البهجة و السرور. و من خصائصها ما يلي:-

- يصل إلي علاقات ذهنية جديدة، و يولد تشابهات مضحكة.
- يقرب الكلمات إلي معاني مأثوفة الاستخدام، و يسعد حينما يصادف علاقات مضادة لاتجاهه.
- يسخر من نفسه للتقدم نحو العبث بالآخرين.
- متدفق لفظياً و صورياً، و يتجنب التحيز و التعصب، و التمرکز حول نفسه و خصائصه و أفكاره.
- و يتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (فكاهي- يستخدم التورية- ساخر- كاريكاتيري- خيالي- ظريف- مهرج)

١٥- التفكير التبادلي Thinking Interdependently: القدرة علي

تبرير الأفكار واختبار مدى صلاحية استراتيجيات الحلول، وتقبل التغذية الراجعة، والتفاعل والتعاون والعمل ضمن مجموعات. ومن خصائصها ما يلي:-

- يطوع أفكاره لكي يتوافق مع الآخرين حينما يفكر معهم، ويطور أفكار الآخرين ويطور أفكارها بالتفاعل مع أفكارهم.
- يشارك الآخرين تفكيره وإنجازه، ويطور انفتاحاً ذهنياً علي أفكار الآخرين و ما لديهم من بدائل.
- تجنب الوحدة، ويطور صورة جديدة عن تفكيرها لاجتماعي و عن ذاته.
- يطور فكر إثارة المجموعة علي الذات، ويتعاطف مع الآخرين في قيادتهم.
- ويتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (تفاعلي- اجتماعي- أسري- تبادلي- رفيق- متعاون- متسامح- متفهم- ودود)

١٦- التعلم المستمر Leaning Continuously: هي القدرة علي التعلم

- المستمر وامتلاك الثقة وحب الاستطلاع والبحث المتواصل لطرق أفضل من أجل التحسين والتعديل وتحسين الذات. ومن خصائصها ما يلي:-
- يبحث دائماً عن التحسن الذهني والعمليات الذهنية، و محب للتعلم والاستطلاع طوال الوقت.
- دائم التغيير والتعديل لعملياته الذهنية، ويحترم نفسه حينما لا يعرف.
- يقيم الفرص للتفكير بطريقة مختلفة، ودائم العناية بتحسين ذاته، و تعديل أفكاره ونمو إمكانياته واستعداداته.
- استكشاف بدائل، والتشكيك في الافتراضات، ومتشوق دائم للمعرفة، مطالب علم و معرفة متواضع.
- ويتميز الشخص الذي لديه هذه العادة بأنه (متعلم مستمر- مقيم لذاته- إتقاني- ملتزم- مجرب- يصعب إرضاءه- متفتح- استطلاعي)

و يمكن الإشارة إلى ما أوضحه كوستا من أن عادات العقل السابق ذكرها قد استخلصت من بحوث أجريت على الفاعلية البشرية، و من أوصاف لفاعلين مرموقين، و من تحليلات لخصائص أناس فاعلين، و عندما تواجه الطلاب و أولياء الأمور و المعلمين مواقف صعبة، بحكم العادة يستخدمون واحدة أو أكثر من عادات العقل التي تتجاوز و تسمو فوق جميع الأشياء المادية التي يتعلمها الفرد في المدرسة، فهي تجعل التعلم مستمراً، لذا ينبغي أن يكون هدف التعليم بصفة عامة و تعليم المعاقين سمعياً بصفة خاصة هو تحرير هذه العادات و تطويرها و إدخالها ضمن العادات الشخصية بصورة أفضل. و هي كمجموعة تشكل قوة توجه نحو سلوك أصلي صحيح و متطابق و أخلاقي. (Costa and Killick, 2000a, 38-39)

سمات و آليات عمل عادات العقل

وقد حدد كوستا و كاليك (Costa&Killick, 2000a, 9) أربعة سمات للعادات العقلية هي:

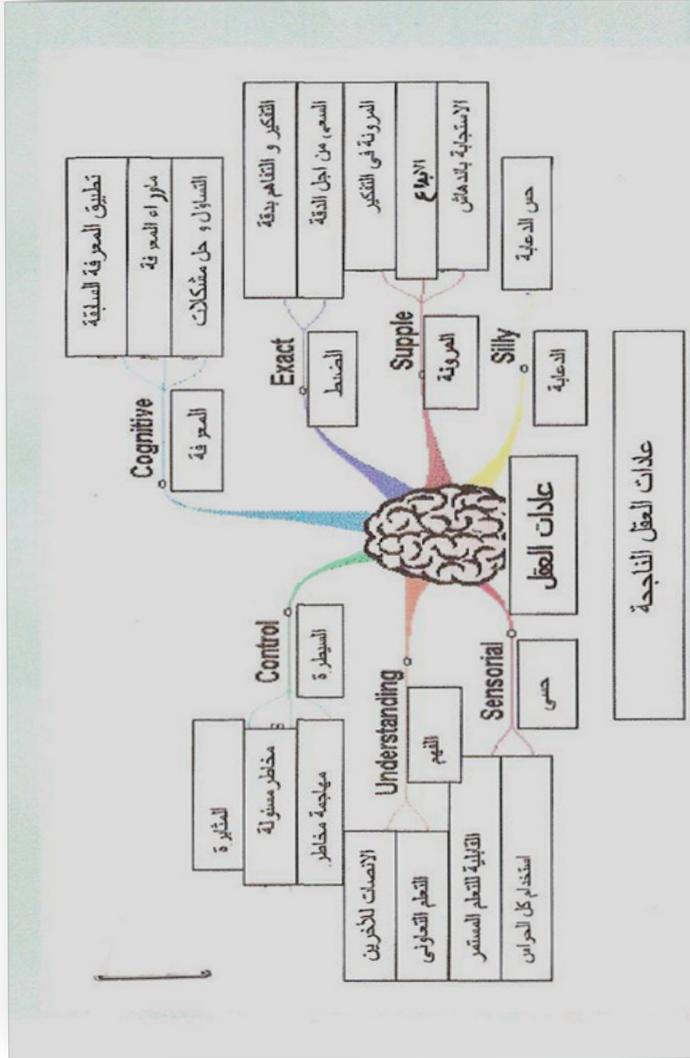
- ١- احترام الميول الخاصة و الفروق الفردية.
- ٢- احترام العواطف.
- ٣- مراعاة الحساسية الفكرية.
- ٤- النظرة التكاملية للمعرفة.

و يشير هاروت و كليير (hart&keller, 2003, 57) أن انخفاض القدرة على الاستيعاب بالمفاهيم قد يرجع إلى العادات العقلية التي يتبعها التلاميذ، و تؤكد روتا (Rotta, 2004, 188) إلى أن تنمية عادات العقل يساعد في تنظيم المخزون المعرفي للمتعلم، و إدارة أفكاره بفاعلية و تدريبه علي تنظيم الموجودات بطريقة جديدة و النظر إلى الأشياء بطريقة غير مأثوفة لتنظيم المعارف الموجودة لحل المشكلات.

فدراسة عادات العقل قد تفيد في تحسين الاستيعاب بالمفاهيم لديهم و التي أثبتت الدراسات أن المعاقين سمعياً لديهم ضعف في الاستيعاب بالمفاهيم الناتج عن ضعف حصيلتهم اللغوية و التي يرجع السبب فيها إلى فقدان

السمعي لدى المعاقين سمعياً و ما يترتب عليه من مشكلات في تعلم الكلام و اللغة، مما يؤدي إلي ضعف بنيتهم المعرفية و ضعف الخبرات المكتسبة عن طريق حاسة السمع.

و يوضح الشكل التالي كيف تعمل عادات العقل؟



شكل رقم (١) يوضح الخريطة الذهنية لعادات العقل

يتضح من الشكل السابق أن عادات العقل موزعة على نصفي المخ كالتالي:
 (٩) عادات عقلية في نصف المخ الأيمن بنسبة ٥٦,٢٥ % من عادات العقل الكلية
 (٧) عادات عقلية في نصف المخ الأيسر بنسبة ٤٣,٧٥ % من عادات العقل الكلية

ثانياً: الإعاقة السمعية "الصمم" «The Hearing Impairment «Deafness»

حاسة السمع من أهم الحواس التي يستقبل من خلالها الفرد من البيئة الخارجية، وقد هذه الحاسة يؤثر تأثيراً كبيراً على تعلم الفرد للغة و على فهم الكلام و اللغة، و أيضاً تؤثر على الخبرات السمعية للفرد، و تمنع الفرد من الاندماج في المجتمع، و تعيق تقدمه العلمي بسبب ضعف بنيته المعرفية الناتج عن نقص الخبرات، و تجعل المعاق سمعياً معزولاً في عالم الصمت بعيداً عن تفاعلات البشر، مما يؤثر بدرجة كبيرة على طريقة تعامله مع الآخرين و على استراتيجياته في معالجة و تجهيز المعلومات، و حل المشكلات . و سيتم فيما يلي عرض مختصر للإعاقة السمعية و تأثيرها على المعاقين سمعياً من الناحية العقلية و المعرفية و الانفعالية.

تعريف الإعاقة السمعية

” تعرف الإعاقة السمعية بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد علي سماع الأصوات المختلفة، و تتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة و المتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً و التي ينتج عنها صمم “ . (القریوتی و آخرون، ٢٠٠١: ١٠٢)

و تعرف الباحثة الإعاقة السمعية بأنها “ عدم قدرة الفرد على استقبال المعلومات عن طريق حاسة السمع نتيجة وجود مشكلات في الجهاز السمعي لدى الفرد، تعوق الفرد من سماع الكلام و فهم اللغة عن طريق حاسة السمع و قد يكون هذا الفقد في حاسة السمع شديد أو متوسط أو بسيط، و لد به الفرد أو حدث في مرحلة ما بعد الولادة، و قد يكون هذا الفقد حسي أو توصيلي أو مختلط.

تعريف الأصم Deaf

يعرف هالاهان و كوفمان (٢٠٠٣) Hallahan & Kauffman المعاق سمعياً وضعيف السمع بأنه " الفرد الذي لا تكون حاسة السمع لديه و وظيفية و فعالة للاستفادة منها في الحياة اليومية، و هذه الفئة تضم داخلها: الصمم الخلقى (congenitally) و هم الأفراد الذين ولدوا بالإعاقة السمعية، و الصمم العارض أو المكتسب (Adventitiously) و هم الأفراد الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ثم فقدوها بسبب مرض أو حادث.

و يعرف الأصم أيضاً بأنه " " الأصم هو ذلك الشخص الذي فقد سمعه في مرحلة ما قبل اللغة perlanguage، أو مرحلة ما بعد اللغة postlanguage، سواء كان هذا الصمم وراثياً Congenital أو مكتسباً Adventitious، و أدى هذا الفقد به إلى أنه لا يستطيع معالجة المعلومات اللغوية أو السمعية و لا يستخدم حاسة السمع في إدراكه للعالم و لكنه يدرك العالم من خلال الاعتماد على الإدراك البصرى " . (راغب، ٢٠٠٩ : ٧٠)

وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشار الإعاقة السمعية في العالم في عام ٢٠٠٥ تصل إلى ٢٧٨ مليون شخص، علماً بأن ٨٠٪ من المصابين بالصمم يعيشون في البلدان المنخفضة الدخل و المتوسطة الدخل.

أنواع الإعاقة السمعية

هناك العديد من التصنيفات لأنواع الإعاقة السمعية، يمكن إيجاز أهم هذه التصنيفات فيما يلي: (الصفدي، ٢٠٠٧ : ١٥-٢١؛ عامر و عبد الرؤف، ٢٠٠٨ : ٧١-٧٤)

١- **الإعاقة السمعية التوصيلية** Conductive Hearing: هي التي تحدث نتيجة شذوذ في جهاز توصيل الذبذبات الصوتية الذي يشتمل الأذن الخارجية و الطبلة و الأذن الوسطى بعظيمااتها الثلاث.

د . رحاب أحمد راغب ————— بحث عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً و السامعين

- ٢- **الإعاقة السمعية العصبية** Sensineual Hearing: هيالتي تحدث نتيجة أي خطأ أو تلف أو شذوذ أو قصور في الأذن الداخلية في القوقعة الحلزونية و عصب السمع و مركز السمع بالمخ.
- ٣- **الإعاقة السمعية المختلطة** Mixed Hearing: تحدث هذه الإعاقة في الأذن الداخلية و الوسطى و هو عبارة عن ضعف سمع مشترك يحوى ضعف السمع التوصيلي و ضعف السمع العصبي، نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث.
- ٤- **الإعاقة السمعية المركزية** Control Hearing: تحدث نتيجة خلل في المخ و ليسفي الأذن.

خصائص و سمات المعاقين سمعياً

نتيجة لفقد السمع اختلفت سمات و خصائص المعاقين سمعياً عن العاديين و فيما يلي عرض مختصر للسمات و الخصائص العقلية و المعرفية و الخصائص الانفعالية، و الخصائص الاجتماعية لارتباطهم بمتغيرات الدراسة الحالية:

أولاً الخصائص العقلية- المعرفية

إن أهم ما يذكر بخصوص الأطفال المعاقين سمعياً، هو أن غالبيتهم لديهم ذكاء عادياً، فهم غير مختلفين في قدرتهم المعرفية، لكنهم أطفال لا يستطيعون السماع مثل الأطفال العاديين، و هم يمرون بنفس التسلسل في التطور المعرفي الذي يمر به الأطفال العاديين و لكن بمعدل أبطأ في بعض الأحيان. و يشير البعض إلى أن العلاقة طردية بين درجة الإعاقة السمعية و المشكلات اللغوية عند الفرد، و بناء على إشارات كثير من علماء النفس التربوي إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، فذلك مؤشراً على تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء. لذلك فمن المشكلات الرئيسية في تحديد مستوى الذكاء عن المعاقين سمعياً، أن اختبارات الذكاء التي تستخدم في قياس قدراتهم لم تكن ملائمة لهم. (البطانية و آخرون، ٢٠٠٧: ٣٤٠)

لكن عندما يتم قياس ذكاء المعاقين سمعياً باختبارات ذكاء تناسب إعاقته، أي اختبارات ذكاء غير لفظية فإنهم يثبتون تساويهم أو اقترابهم من نسب ذكاء الأشخاص العاديين، أما اختبارات الذكاء اللفظية فهي لا تناسبهم و ذلك لضعف محصولهم اللغوي، مما يسبب مشكلات في فهم الكلام و اللغة.

و يؤكد ذلك نمر (٢٠٠٧ : ٥١) حيث أوضح أن انخفاض أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء اللفظية، لا يعني بالضرورة انخفاض قدراتهم العقلية. و يتفق القريوتي (٢٠٠٦ : ٧٦) مع ذلك حيث أوضح أن معظم الدراسات أظهرت أن مستوى ذكاء الأفراد المعوقين سمعياً لا يختلف عن مستوى ذكاء الأفراد العاديين في المتوسط العام، كما أظهرت دراسات أخرى أن المعاقين سمعياً لديهم القابلية للتعلم و التفكير التجريدي ما لم يعانون من تلف في الدماغ أو إعاقات أخرى مصاحبه.

الإدراك: و أكد بعض الباحثين أن الإصابة بالصمم لا تؤدي إلي الضعف العقلي كما لا تؤثر بالضرورة علي جوانب النمو العقلي المعرفي، و أن غالبية الصم يمتلكون قدرات عقلية تفوق العاديين و لا سيما فيما يتعلق بالانتباه و الإدراك و التذكر البصري، و ذلك أن معظم اتصالاتهم بالبيئة و العالم الخارجي مؤسسة علي الاستطلاع البصري و اللمس، كما تركز الطرق التي يتواصلون بها و يتعلمون عن طريقها على حاسة الإبصار. (راغب، ٢٠٠٩؛ Carver، ١٩٩٨؛ القريطى، ٢٠١٢)

و مما يؤكد على أنه لا توجد فروق بين الطفل الأصم و العادي في القدرات العقلية، أن قدرات الطفل العقلية بشكل عام في مرحلة الطفولة تعتمد على التقليد و المحاكاة في اكتساب المخزون المعرفي و الثقافى لديه و في قدرته على استيعاب لغة الإشارة أكبر من قدرته على فهم المفردات اللغوية، و من هنا تظهر أهمية الاستفادة من القدرات العقلية للطفل الأصم و استثمارها بشكل أفضل حتى لا يختلف عن غيره من الأطفال الأسوياء. (خليفة و عيسى، ٢٠٠٩ : ١٤٢)

و توضح شقير (٢٠١٢: ١٤) أن المعاق سمعياً يعيش حالة من انخفاض الأمن النفسي، وأنه يحصل على خبراته عن طريق حواسه الأربعة ” اللمس والبصر والتذوق والشم، ولهذا كان في مجال الإدراك أقل حظاً من الذي يسمع.

و هناك دراسات حديثة اهتمت بدراسة الجانب العقلي لدى المعاقين سمعياً، فتوصلت دراسة (Easterbrooks and Scheetz, 2004) إلى تطوير مجموعة من القيم الأخلاقية لدى المعاقين سمعياً والأسس العقلية المبنية عليها هي أساس التفكير الناقد لدى هؤلاء الفئة. وأوضحت دراسة (Eprahin, 2006) أن هناك أوجه تشابه و أوجه اختلاف بين المعاقين سمعياً و السامعين فيما يتعلق بقدرات التفكير الإبداعي.

و يوضح النوبي (٢٠٠٥: ٥٤) أنه لا توجد علاقة مباشرة بين فقدان السمعى و الذكاء، خاصة و أن الإصابة بالإعاقة السمعية لا تتضمن بالضرورة التخلف العقلي، و لذلك فإن ثنائية فقدان السمع و الغباء ما هي إلا منطق مبتور قائم على التفكير الخاطئ بأن الإعاقة في الكلام تعني إعاقة في القدرات المعرفية، أو أن الأخطاء في كتابة الأطفال الصم تنعكس على ذكائهم تبعاً لذلك، و هناك رأى آخر يرى عدم وجود علاقة في القدرة على التفكير المجرد في علاقة اللغة بالعمليات الفكرية بين الأطفال الصم و السامعين.

الذاكرة: قد أثبتت بعض الدراسات أن هناك أثر للفقد الحسي و السمعى على التذكر، ففي بعض أبعاده يتفوق المعاقون سمعياً على زملائهم السامعين و في البعض الآخر يقل المعاقون سمعياً عن السامعين، فمثلاً يتفوق الصم على السامعين في تذكر الشكل أو التصميم و تذكر الحركة، بينما يتفوق السامعين على الصم في تذكر المتتاليات العددية، وأيضاً هناك صعوبات لدى الصم في ادراك الزمن و التعرف عليه. (Easterbrooks, 2004; West, Donna, 2012)

اللغة لدى المعاق سمعياً: يؤثر فقدان السمع على اللغة لدى المعاق سمعياً ليس فقط في القدرة اللفظية لأصوات الكلام بل أيضاً على القدرة على تحليل الكلام وفهمه وذلك لأن من لم يسمع الكلام يكون غير قادر على فهمه وتحليله وإدراك معاني الكلمات، واللغة هي وسيلة البشر في التعبير عن أفكارهم ورغباتهم وميولهم، وبالتالي تؤثر ضعف اللغة لدى المعاقين سمعياً على الكتابة أيضاً، فالجملة عند الأصم جمل بسيطة غير مركبة غير سليمة من الناحية التركيبية. فالأصم دائماً ما يتذكر الكلمات التي لها مقابل في لغة الإشارة.

فالقصور الحادث في اللغة لدى المعاقين سمعياً يجعل هناك صعوبة في ترجمة الأفكار والمشاعر إلى عبارات وكلمات مفهومة ومدرکه، فالأصم يفكر أولاً فيما يريد التعبير عنه ثم تبدأ الأصابع في التعبير عن ذلك من خلال الإشارات. (Marchark, 1997, 79)

التحصيل الأكاديمي: تؤثر الإعاقة السمعية على التحصيل الأكاديمي تأثيراً كبيراً، فيعاني المعاقون سمعياً من انخفاض في مستوى التحصيل الأكاديمي مقارنة بأقرانهم العاديين، ويظهر هذا الانخفاض في معظم المناهج الدراسية خاصة القراءة ويرى بعض الباحثين أن المعاقين سمعياً لا يعانون من تدن ملحوظ في قدراتهم العقلية، لذلك فإن انخفاض التحصيل قد يرجع إلى عدم ملاءمة المناهج الدراسية أو طرق التدريس أو تدنى مستوى كفاءة العاملين معهم أو انخفاض مستوى دافعتهم. (عقل، ٢٠١٢: ٦٦)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود بعض الصعوبات في تعليم المعلومات العلمية وخاصة المفاهيم لدى التلاميذ المعاقين سمعياً ومنها دراسة ميلزومكلتش Miles and Mcletchie، 2004 ودراسة الجوهري ٢٠٠٥.

ثانياً: الخصائص الانفعالية:

تؤكد دراسة الأشقر (٢٠٠٢: ١٢١) أن سمتي الخجل و عدم الثقة بالنفس هما الأكثر انتشاراً لدى الأفراد الصم، و يرى فاروق الروسان (٢٠٠١: ١٩٧) أن المعوقين سمعياً يعانون من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي و المهني و العقلي و اللغوي و الأكاديمي و التي تؤثر على شخصيته.

و قد أوضح الحلو و نتيل (٢٠١٢: ٦-٩) أن الذكور الصم أكثر استقلالية من الإناث الصم، و يرجع ذلك إلى أن الصم أكثر اختلاطاً بالمجتمع من الإناث و أكثر رغبة و جرأة على التواصل الاجتماعي و ذلك رغبة في تحقيق الاستقلالية، كما أن الإناث يلجأن أكثر إلى الحماية الزائدة و التقرب من الوالدين و الاعتماد عليهم لتعويض النقص، مما يؤدي لخوفهن من المستقبل و قلة احتكاكهن بالمجتمع. و أيضاً يتسم المعاقين سمعياً بالانطوائية و الانعزالية، و الخوف من المستقبل و عدم الأم النفسي.

ثالثاً: الخصائص الاجتماعية

باعتبار أن اللغة الشفهية هي أداة التواصل الاجتماعي لذا تؤدي الإعاقة السمعية بدورها إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل حيث تحد من مشاركاته و تفاعلاته مع الآخرين و اندماجه في المجتمع، مما يؤثر سلباً على توافقه الاجتماعي، و على مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية و اللازمة لحياته في المجتمع. (القريطى، ٢٠١٢: ١)

كما اتفقت معظم الدراسات أن المعاقين سمعياً لديهم درجة عالية من التمرکز حول الذات، و الاعتمادية، و عدم النضج و الثبات الانفعالي. كما يتصفون بالتصلب و الجمود، و التهور و الاندفاعية و عدم التروي، و التمرد و العصيان و عدم القدرة على ضبط النفس، النشاط الزائد و الميل إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم. و كذلك لديهم شعور بالوحدة و العزلة و عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، و عدم الشعور بالأمن، و الخوف من المستقبل، و التقلبات المزاجية و الشعور بالنقص (شريف ٢٠٠٢)؛ مصطفى و ابوقلة (٢٠٠٧)؛ القريطى (٢٠١٢)؛ الظاهر (٢٠١٢).

مما سبق يتضح أن السمع يعتبر أمراً حيوياً وأساسياً في مظهر من مظاهر حياتنا اليومية، لأن أثر الصمم لا يقتصر على عجز الطفل عن سماع الآخرين المحيطين به، أو عن اكتساب الكلام بطريقة طبيعية نامية، أو على نشأته تبعاً لذلك فيبيئة فقيرة بالمعلومات، ولكن الأمر يتعدى ذلك إلى ما هو أخطر حيث يؤدي الصمم إلى الحد من الحواجز التي تحفز الطفل على اكتشاف في العالم المحيط به وإلى التقليل من الأشياء التي تثير روح الفضول والاستطلاع.

الدراسات السابقة

و نظراً لعدم وجود دراسات سابقة (في حدود علم الباحثة) في عادات العقل لدى المعاقين سمعياً، لذا فقد اعتمدت الدراسة الحالية على تشخيص عادات العقل لدى فئة الإعاقة السمعية و سيتم عرض بعض الدراسات السابقة التي تناولت عادات العقل لدى العاديين.

هدفت دراسة باسنج وإيدن (2000) Passing& Eden إلى تحسين التفكير المرن لدى الصم و ثقيلي السمع باستخدام تقنية الواقع الافتراضي. تكونت عينة الدراسة من (١٤ طفل) تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١١ سنة). أظهرت النتائج تحسن ملحوظ لدى العينة التجريبية في التفكير المرن.

دراسة الصباغ وأخريات (٢٠٠٦) هدفت إلى التعرف على عادات العقل لدى الطلبة المتفوقين، و ملاحظة الفروق باختلاف الجنس و الجنسية، تكونت عينة الدراسة من (٩٠) طالبا و طالبة من المتفوقين من الأردن و السعودية، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الطلبة المتفوقين في السعودية و الأردن لصالح الطلبة السعوديين. و أشارت النتائج أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث المتفوقين في عادات العقل.

دراسة نوفل (٢٠٠٦): هدفت الدراسة إلى التعرف على عادات العقل الشائعة لدى طلبة المرحلة الأساسية، تكونت عينة الدراسة من (٨٣٤) طالباً و طالبة بمدارس وكالة الغوث في الأردن، توصلت النتائج إلي أن أكثر عادات العقل شيوعاً لدى الطلبة هي علي الترتيب (التحكم بالتهور، المثابرة، الكفاح من أجل الدقة، الاستعداد الدائم للتعلم المستمر، التفكير التبادلي، والإصغاء بتفهم و تعاطف). كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في اكتساب عادات العقل تعزى للجنس.

دراسة وايرسما (2009) Wiersema هدفت إلى التعرف علي المعالجة العقلية المقصودة: تفكير الطلاب كعادة عقلية. ترى الدراسة أن معظم الطلاب لا يقومون عادة بالتفكير العميق الذي يسمح لهم بتعلم ما وراء اكتساب المعرفة. تكونت عينة الدراسة من (٨ طلاب) في تخصصات مختلفة، ارتكزت الدراسة علي تنمية المسؤولية و دراسة تفكير هؤلاء الطلاب، و تأثير التفكير التأملي العميق علي تعلمهم. أظهرت النتائج أن الطلاب يسألون أكثر مما يتكلمون، مما أدى إلى أنهم أصبحوا يسألون و يجيبون على الأسئلة من تلقاء أنفسهم، مما ساهم في رفع و تطوير التفكير كعادة عقلية.

دراسة بوخيت (2010) Buckheit هدفت إلى البحث عن التفكير كعادة عقلية: و تحفيز الطلاب عن طريق ما وراء المعرفة. اهتمت الدراسة بعملية التحميل المعرفي الزائد "Cognitive Overload" و الذي تعرفه الدراسة بأنه "سعة الذاكرة العاملة و الاستراتيجيات المتبعة في حالة وصول تلك السعة إلى الحد الأقصى"، و رأت الدراسة أن أهم استراتيجية لمواجهة هذا التحميل المعرفي الزائد هي "الإغلاق" ذلك مثل "الموقف عند محادثة شخص لا يتحدث اللغة الإنجليزية مثلا فهو يرد على كل شيء موجه له بالإيماءات و الابتسامات. و اعتمدت الدراسة على استخدام أساليب تربوية مثل الحوار و التفكير و الممارسة لتفسير ما تعلمه الفرد بطريقة فعالة، توصلت الدراسة إلى أن تحفيز الطلاب للتفكير فيما وراء المعرفة يعتمد على كل من المعلم و المتعلم، فالعلمين ذوي التفكير التأملي و الناقد لعملياتهم التفكيرية هم الأقدر على

تدريس الطلاب لتعليمهم ليقوموا بنفس العمليات، أيضاً توصلت الدراسة إلى أهمية التعاون والمشاركة بين الطلاب لمساعدتهم في تنمية التفكير ما وراء المعرفي عن طريق (١) القراءة البصرية (٢) الأخلاق (٣) نظرية المعرفة.

تعليق على الدراسات السابقة

- اهتمت كل الدراسات السابقة بدراسة عادات العقل لدى العاديين و من الملحوظ انه لا توجد دراسات خاصة بالمعاقين سمعياً.
- كل الدراسات اهتمت بدراسة عادات العقل لدى العاديين في المرحلة الأساسية او في المتفوقين مثل دراسة وايرسمان (٢٠٠٦)، و نوفل (٢٠٠٦)، و الصباغ (٢٠٠٦).
- اظهر باسنج و ايدن (٢٠٠٠) انه يمكن تحسين التفكير المرن لدى المعاقين سمعياً .
- توصلت بعض الدراسات دراسة الصباغ (٢٠٠٦) إلى انه توجد فروق بين الذكور و الإناث في عادات العقل.

فروض الدراسة

نظرا لعدم وجود دراسات سابقة اهتمت بدراسة عادات العقل لدى المعاقين سمعياً توجه فروض الدراسة، لذا فسيتم صياغة فروض الدراسة على هيئة فروض صفرية كما يلي:

- ١- لا تختلف معدلات انتشار عادات العقل (المثابرة- التحكم بالتهور- الاستماع بتعاطف و تفهم- التفكير بمرونة- التفكير في التفكير- السعي من أجل الدقة- التساؤل و طرح المشكلات- تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة- التفكير و التفاهم بدقة ووضوح- جمع البيانات عن طريق الحواس- التصور و الإبداع و الابتكار- الاستجابة باندھاش و رهبه- مهاجمة مخاطر مسئولة- التفكير بدعابة- التفكير التبادلي- التعلم المستمر) لدى كل من الصم الذكور و الصم الإناث.

د. رحاب أحمد راغب ————— بحث عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً و السامعين

- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الذكور الصم و الإناث الصم.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الصم (عينة كلية) و السامعين (عينة كلية).
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الذكور الصم و الذكور السامعين.
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين كل من الإناث الصم و الإناث السامعات.

إجراءات الدراسة

أولاً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٢٠) طالب و طالبة موزعين كالتالي (٦٠ طالب و طالبة من المعاقين سمعياً)، (٦٠ طالب و طالبة من السامعين)، تتراوح أعمارهم ما بين (١٢-١٥ سنة)، و تكونت العينة الاستطلاعية المستخدمة في تقنين أداة الدراسة من (٦٠ طالب و طالبة) موزعين كالتالي: (٣٠ طالب و طالبة معاقين سمعياً مناصفة، ٣٠ طالب و طالبة سامعين مناصفة) و قد تم اختيارهم بصورة عشوائية من مدارس الأمل للصم بكفر الشيخ، و مدارس أريمون الإعدادية، و الشهيد حمدي الإعدادية، و الإعدادية بنات القديمة بكفر الشيخ.

ثانياً: أدوات الدراسة :

مقياس عادات العقل إعداد الباحثة

يهدف المقياس لتحديد عادات العقل الشائعة لدى كل من المعاقين سمعياً و السامعين (العاديين)، و يتكون المقياس من (٩٢) مفردة تقيس (١٦) عادة عقلية طبقاً للقائمة الأولية التي وضعها (Costa&Killick (2000 في نموذجهم لعادات العقل، تكونت مفردات المقياس لبعض العادات من (٦) مفردات، و بعضها من (٥) مفردات، و تم تدوير عبارات المقياس بحيث أصبحت

العبرة الأولى في البعد الأول هي العبرة الأولى في المقياس والعبرة الأولى في البعد الثاني هي العبرة الثانية في المقياس والعبرة الأولى في البعد الثالث هي العبرة الثالثة في المقياس وهكذا حتى نهاية عبارات المقياس وكانت موزعة كما يوضحها الجدول التالي:-

جدول رقم (١)

يوضح توزيع مفردات مقياس عادات العقل

م	العادة العقلية	عدد المفردات	ارقام المفردات بالمقياس
١	المثابرة	٦	١١، ٦٥، ٤٩، ٣٣، ١٧، ١
٢	التحكم بالتهور	٦	٨٢، ٦٦، ٥٠، ٣٤، ١٨، ٢
٣	الاستماع بتعاطف و تفهم	٦	٨٣، ٦٧، ٥١، ٣٥، ١٩، ٣
٤	التفكير بمرونة	٦	٨٤، ٦٨، ٥٢، ٣٦، ٢٠، ٤
٥	التفكير في التفكير	٦	٨٥، ٦٩، ٥٣، ٣٧، ٢١، ٥
٦	السعي من أجل الدقة	٥	٧٠، ٥٤، ٣٨، ٦، ٢٢
٧	التساؤل و طرح المشكلات	٦	٨٦، ٧١، ٥٥، ٣٩، ٢٣، ٧
٨	تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدته	٥	٧٢، ٥٦، ٤٠، ٢٤، ٨
٩	التفكير و التفاهم بوضوح و دقة	٥	٧٣، ٥٧، ٤١، ٢٥، ٩
١٠	جمع البيانات عن طريق كل الحواس	٥	٧٤، ٥٨، ٤٢، ٢٦، ١٠
١١	التصور و الإبداع و الابتكار	٦	٨٧، ٧٥، ٥٩، ٤٣، ٢٧، ١١
١٢	الاستجابة باندهاش و رهبة	٦	٨٨، ٧٦، ٦٠، ٤٤، ٢٨، ١٢
١٣	مهاجمة مخاطر مسنولة	٦	٨٩، ٧٧، ٦١، ٤٥، ٢٩، ١٣
١٤	إيجاد الدعابة	٥	٧٨، ٦٢، ٤٦، ٣٠، ١٤
١٥	التفكير التبادلي	٦	٩٠، ٧٩، ٦٣، ٤٧، ٣١، ١٥
١٦	التعلم المستمر	٦	٩١، ٨٠، ٦٤، ٤٨، ٣٢، ١٦

تم اختيار مفردات المقياس بالرجوع إلى الأبحاث و المراجع التي تناولت عادات العقل وكذلك خصائص كل عادة عقلية (كما ذكر في مقدمة البحث الحالي)، والكلمات الدالة على كل عادة و خصائص الشخص الذي لديه ك عادة، و تم صياغة المفردات في كل عادة بعضها (٧) مفردات و بعضها (٨) مفردات. و بعد تقنين الاختبار و عرض المقياس على المحكمين تم استبعاد بعض الفقرات و العبارات و التي اتفق المحكمين على استبعادها بسبب تكرارها في مفردات أخرى، أو بسبب عدم ملاءمتها للعادة. و تم ترجمة المقياس بلغة

الإشارات الوصفية (ترجمة تعليمات ومفردات المقياس)، وقامت الباحثة بتطبيقه بنفسها على فئة المعاقين سمعياً [لإتقان الباحثة للغة التواصل مع المعاقين سمعياً سواء التواصل اليدوي (إشارات وصفية- هجاء أصبعي)، أو لغة التواصل الشفهي أو التواصل الكلي].

تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس وفق مقياس متدرج من (٣،٢،١) حيث يختار الطالب (سواء المعاق سمعياً أو العادي) دائماً، أحياناً، أبداً، حيث يأخذ (٣ درجات) في حالة اختياره دائماً أي أن العبارة تنطبق عليه، و إذا اختار أحياناً فيأخذ (درجتان)، و إذا اختار أبداً فيأخذ (درجة واحدة).

الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس عن طريق الآتي:-

أ- صدق المحكمين: تم عرض المقياس في صورته الأولى (قبل التقنين) على (١٢) محكم متخصصين في مجال علم النفس وذوي الاحتياجات الخاصة.

و يتم توضيح أداء المحكمين في مفردات المقياس في الجدول الآتي

جدول رقم (٢)

م	مفردات التحكيم	نسبة الاتفاق
١	مدى تمثيل المفردات للعادة التي تتدرج تحتها	%٩١
٢	مدى ملائمة مفردات المقياس لعينة الدراسة	%٩٥
٣	تعديل أو إضافة أو حذف بعض المفردات	%٨٩

يتضح من الجدول السابق أن نسبة اتفاق المحكمين على مدى ملائمة المفردات للعادة العقلية %٩١، و مدى ملائمتها لعينة البحث %٩٥ و هي نسب مقبولة، كما تم تعديل المفردات التي أبدى عليها المحكمين ملاحظات.

ب- صدق الاتساق الداخلي: تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عادة عقلية من العادات الست عشرة و بعضها البعض

جدول رقم (٣)

يوضح العلاقات الارتباطية بين أبعاد المقياس وبعضها البعض

المتغير	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦
١	-	٠,١٣٨	٠,١٤٧	٠,٣٤٦	٠,٣٤٦	٠,٢٧٤	٠,٤٣٩	٠,٢٩٢	٠,١٥٦	٠,١٦٣	٠,٥١٥	٠,٣٢٠	٠,٢٤٣	٠,١٨٤	٠,٠٤٠	٠,٢٨٠
٢	-	-	٢٢١.	٠,١٤٦	٠,٢٢٢	٠,١٩٠	٠,١٧٣	٠,١٦٤	٠,٣٣١	٠,٣٣٢	٠,٢٦٧	٠,٢٦٦	٠,٤٨٠	٠,٣١٢	٠,٠٩٦	٠,٠٣٩
٣	-	-	-	٠٠٨.	١٤٢.	٢٥٠.	١٩٣.	٢٨٦.	١٨٥.	٣٤٩.	١٢٣.	٠٧٩.	٢١٩.	١٩٢.	١١٨.	٣٩٠.
٤	-	-	-	-	١٠٢.	١٦٥.	٢٦٣.	١١٣.	٠٢٦.	١٧٥.	٢٧٣.	١٥٤.	١٧٦.	٢٥٠.	١٢٠.	٣٣٥.
٥	-	-	-	-	-	٢٩٨.	٣٧٥.	٥٣٣.	٢٧٦.	٢٣٧.	٥٣٤.	٥٤٢.	٠٣٩.	٣٨٤.	٠١١.	٤٦٨.
٦	-	-	-	-	-	-	٢٣٣.	٤٢٥.	٢١١.	٣٢٣.	٢١٩.	٢٩٠.	١١١.	١٥٩.	٢٢٢.	٣٥٢.
٧	-	-	-	-	-	-	-	٤٩٩.	٢٨١.	٢٩٨.	٤٨١.	٣٥١.	٣٥٥.	٢٥٢.	٠٢١.	٤٤١.
٨	-	-	-	-	-	-	-	-	٣٧٧.	٣٩١.	٤١٠.	٣٥٤.	١٥٦.	٢٩٦.	١٢٨.	٣٩٧.
٩	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٥٨.	٤١٤.	٣٥٢.	١٤٢.	٤٧٣.	٠٢٩.	١٠٥.
١٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٣٧٠.	١٤٤.	٠٤٥.	٢٤٤.	٢٤٤.	٢٤٤.
١١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٤١٩.	١٨٣.	٣٦٢.	٠٦٧.	٤٦٠.
١٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٥٠.	٥٨٧.	٠١٣.	٣٥٤.
١٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٨٧.	٠١٣.	٣٥٤.
١٤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٠١٣.	٣٥٤.
١٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٣٥٤.
١٦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

تشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:-

- ١- وجود علاقة ارتباطية دالة بين عادة العقل رقم (١٦) (التعلم المستمر) و جميع عادات العقل الخمس عشرة الأخرى ما عدا العادة رقم (٩) (التفكير و التفاهم بدقة ووضوح)، و تتراوح الدلالة ما بين (٠,٠٥ - ٠,٠١) حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠,٢٨٠ - ٠,٤٦٨)، كما توجد علاقة ارتباطية دالة ما بين غالبية العادات العقلية و بعضها البعض مما يوضح ارتباط العادات ببعضها البعض.
- ٢- كان هناك ارتباط و لكنه غير دال بين بعض العادات العقلية و بعضها البعض، و بينما كانت غالبية الارتباط بين العادات العقلية و بعضها

د . رحاب أحمد راغب ————— بحث عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً و السامعين

البعض كانت ذات دلالة إحصائية، تراوحت ما بين (٠,٠٥ - ٠,٠١) ربما يكون ضعف العلاقة الارتباطية بين بعض العادات ناتج عن عدم تجانس العينة الاستطلاعية التي اشتملت مجموعتي العاديين و الصم، بجانب بعض العادات العقلية غير مرتبطة ببعضها البعض.

ثانياً: ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس عن طريق الآتي

أ- طريقة الفاكرونباخ: تم استخدام طريقة الفاكرونباخ لحساب ثبات الاختبار.

جدول رقم (٤)

يوضح معامل ثبات الفاكرونباخ للمقياس

م	العادة	معامل الفا
١	المثابرة	**٠,٨٣٣
٢	التحكم بالتهور	**٠,٨٣٤
٣	الاستماع بتعاطف و تفهم	**٠,٨٣٣
٤	التفكير بمرونة	**٠,٨٣٤
٥	التفكير في التفكير	**٠,٨٢٠
٦	السعى من أجل الدقة	**٠,٨٢٧
٧	التساؤل و طرح المشكلات	**٠,٨٢٣
٨	تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديده	**٠,٨١٩
٩	التفكير و التفاهم بوضوح و دقة	**٠,٨٢٩
١٠	جمع البيانات عن طريق كل الحواس	**٠,٨٢٦
١١	التصور و الإبداع	**٠,٨١٨
١٢	الاستجابة باندھاش و رهبة	**٠,٨٢٠
١٣	مهاجمة مخاطر مسنولة	**٠,٨٣١
١٤	إيجاد الدعابة	**٠,٨١٩
١٥	التفكير التبادلي	**٠,٨٣٩
١٦	التعلم المستمر	**٠,٨٢٣
	الدرجة الكلية	**٠,٨٣٦

×× دال عند ٠,٠١ × دال عند ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الفا تراوحت بين (٠,٨١٨ - ٠,٨٣٦) وهى قيم داله إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات.

ب- **طريقة إعادة التطبيق:** تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية و بعد مرور ثلاثة أسابيع تمتطبيقه مرة أخرى على نفس العينة.

جدول رقم (٥)

يوضح معاملات الثبات لمقياس عادات العقل بطريقة إعادة التطبيق

م	العادة	القيمة
١	المثابرة	**٠,٣٣٣
٢	التحكم بالتهور	**٠,٣٠٩
٣	الاستماع بتعاطف و تفهم	**٠,٣٣٠
٤	التفكير بمرونة	**٠,٣٠٦
٥	التفكير في التفكير	**٠,٥٦٦
٦	السعى من أجل الدقة	**٠,٤٤٦
٧	التساؤل و طرح المشكلات	**٠,٥٢١
٨	تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديد	**٠,٥٨٨
٩	التفكير و التفاهم بوضوح و دقة	**٠,٤٢١
١٠	جمع البيانات عن طريق كل الحواس	**٠,٤٧٠
١١	التصور و الإبداع	**٠,٥٩٦
١٢	الاستجابة باندهاش و رهبة	**٠,٥٦٩
١٣	مهاجمة مخاطر مسنولة	**٠,٣٧٣
١٤	إيجاد الدعابة	**٠,٥٧٣
١٥	التفكير التبادلي	*٠,٢٣٥
١٦	التعلم المستمر	**٠,٥١٢
	الدرجة الكلية	**٠,٨٣٤

× دال عند ٠,٠٥

×× دال عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات تراوحت بين (٠,٢٣٥-٠,٨٣٤) وهى قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١-٠,٠٥)، ويشير هذا إلى أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

نظراً لأن الدراسة تشخيصية كما هو موضح سابقاً، و نظراً لعدم وجود دراسات سابقة- في حدود علم الباحثة- تناولت متغيرات الدراسة لذا فسيتم مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء خصائص العينة، و بعض الدراسات السابقة التي تناولت المحور الأساسي في الدراسة (عادات العقل).

النتائج المتعلقة بالفرض الأول: و ينص على ” لا تختلف معدلات انتشار عادات العقل (المثابرة)- التحكم بالتهور- الاستماع بتعاطف و تفهم- التفكير بمرونة- التفكير في التفكير- السعى من أجل الدقة- التساؤل و طرح المشكلات- تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة- التفكير و التفاهم بدقة ووضوح- جمع البيانات عن طريق الحواس- التصور و الإبداع و الابتكار- الاستجابة باندھاش و رهبة- مهاجمة مخاطر مسئولة- التفكير بدعابة- التفكير التبادلي- التعلم المستمر) لدى كل من المعاقين سمعياً الذكور و و المعاقات سمعياً الإناث.

و للتعرف على نتيجة هذا الفرض تم حساب عدد تكرارات كل عادة عقلية في ثلاث مستويات (مرتفع- متوسط- بسيط)، ثم حساب النسبة المئوية لتكرارات كل عادة عقلية حسب التدرج السابق، و تضيف الباحثة ترتيب معدلات انتشار عادات العقل للعينة الكلية المعاقين سمعياً.

و الجداول التالية توضح التكرارات و النسب المئوية لكل عادة عقلية، فيوضح جدول رقم (٦) معدلات الانتشار لدى العينة الكلية للمعاقين سمعياً، و جدول رقم (٧) معدلات الانتشار لدى الذكور الصم، و جدول رقم (٨) معدلات الانتشار لدى الإناث المعاقات سمعياً كما يلي:-

جدول رقم (٦)

يوضح نسبة شيوع عادات العقل للعينة الكلية للصم

النسبة المئوية للتكرارات %	مجموع التكرارات	بسيط		متوسط		مرتفع		العادات العقلية
		النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	
٪١٠٠	٦٠	١٦,٦٦	١٠	٦١,٦٧	٣٧	٢١,٦٧	١٣	المثابرة
٪١٠٠	٦٠	٣٠	١٨	٥٦,٦٧	٣٤	١٣,٣٣	٨	التحكم بالتهور
٪١٠٠	٦٠	١١,٦٧	٧	٥١,٦٧	٣١	٣٦,٦٧	٢٢	الاستماع بتعاطف و تفهم
٪١٠٠	٦٠	٣١,٦٧	١٩	٥٦,٦٧	٣٤	١١,٦٧	٧	التفكير بمرونة
٪١٠٠	٦٠	١١,٦٧	٧	٣٣,٣٣	٢٠	٥٥	٣٣	التفكير في التفكير
٪١٠٠	٦٠	٢٥	١٥	٥٦,٦٧	٣٤	١١,٦٧	١١	السعي من أجل الدقة
٪١٠٠	٦٠	٢١,٦٧	١٣	٦٠	٣٦	١١,٦٧	١١	التساؤل و طرح المشكلات
٪١٠٠	٦٠	٦,٦٧	٤	٦٣,٣٣	٣٨	٣٠	١٨	تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة
٪١٠٠	٦٠	٣,٣٣	٢	٨٥	٥١	١١,٦٧	٧	التفكير و التفاهم بدقة ووضوح
٪١٠٠	٦٠	١٠	٦	٦١,٦٧	٣٧	٢٨,٣٣	١٧	جمع البيانات عن طريق الحواس
٪١٠٠	٦٠	١١,٦٧	٧	٥١,٦٧	٣١	٢٣,٣٣	١٤	التصور و الإبداع و الابتكار
٪١٠٠	٦٠	١٠	٦	٥٣,٣٣	٣٢	٣٦,٦٧	٢٢	الاستجابة بتأدهاش و رهبة
٪١٠٠	٦٠	٢١,٦٧	١٣	٧١,٦٧	٤٣	٦,٦٧	٤	مهاجمة مخاطر مسنولة
٪١٠٠	٦٠	١٠	٦	٧٥	٤٥	١٥	٩	التفكير بدعابة
٪١٠٠	٦٠	٥	٣	٦٠	٣٦	٣٥	٢١	التفكير التبادلي
٪١٠٠	٦٠	١٥	٩	٢٨,٣٣	١٧	٥٦,٦٧	٣٤	التعلم المستمر

جدول رقم (٧)

يوضح نسبة شيوع عادات العقل لعينة الذكور للصم

النسبة المئوية للتكرارات %	مجموع التكرارات	بسيط		متوسط		مرتفع		العادات العقلية
		النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	
٪١٠٠	٣٠	٦,٦٧	٢	٧٠	٢١	٢٣,٣٣	٧	المثابرة
٪١٠٠	٣٠	٤٦,٦٧	١٤	٣٠	٩	٢٣,٣٣	٧	التحكم بالتهور
٪١٠٠	٣٠	١٠	٣	٦٦,٦٧	٢٠	٢٣,٣٣	٧	الاستماع بتعاطف و تفهم
٪١٠٠	٣٠	١٠	٣	٧٣,٣٣	٢٢	١٦,٦٧	٥	التفكير بمرونة
٪١٠٠	٣٠	٦,٦٧	٢	٣٦,٦٧	١١	٥٦,٦٧	١٧	التفكير في التفكير

السعى من أجل الدقة	١١	٣٦,٦٧	١٦	٥٣,٣٣	٣	١٠	٣٠	٪١٠٠
التساؤل و طرح المشكلات	٧	٢٣,٣٣	١٨	٦٠	٥	١٦,٦٧	٣٠	٪١٠٠
تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة	١	٣,٣٣	٢٧	٩٠	٢	٦,٦٧	٣٠	٪١٠٠
التفكير و التفاهم بدقة ووضوح	٥	١٦,٦٧	٢٣	٧٦,٦٧	٢	٦,٦٧	٣٠	٪١٠٠
جمع البيانات عن طريق الحواس	٧	٢٣,٣٣	١٩	٦٣,٣٣	٤	١٣,٣٣	٣٠	٪١٠٠
التصور و الابداع و الابتكار	١١	٣٦,٦٧	١٦	٥٣,٣٣	٣	١٠	٣٠	٪١٠٠
الاستجابات إندهاش و رهبه	١٢	٤٠	١٦	٥٣,٣٣	٢	٦,٦٧	٣٠	٪١٠٠
مهاجمة مخاطر مسنولة	٢	٦,٦٧	١٩	٦٣,٣٣	٩	٣٠	٣٠	٪١٠٠
التفكير بدعابة	٨	٢٦,٦٧	٢١	٧٠	١	٣,٣٣	٣٠	٪١٠٠
التفكير التبادلى	٧	٢٣,٣٣	٢٢	٧٣,٣٣	١	٣,٣٣	٣٠	٪١٠٠
التعلم المستمر	١٩	٦٣,٣٣	٨	٢٦,٦٧	٣	١٠	٣٠	٪١٠٠

جدول رقم (٨)

يوضح نسبة شيوع عادات العقل لعينة الإناث للصح

النسبة المئوية للتكرارات %	مجموع التكرارات	بسيط		متوسط		مرتفع		العادات العقلية
		النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	
٪١٠٠	٣٠	٢٦,٦٧	٨	٥٣,٣٣	١٦	٢٠	٦	المثابرة
٪١٠٠	٣٠	١٣,٣٣	٤	٨٣,٣٣	٢٥	٣,٣٣	١	التحكم بالتهور
٪١٠٠	٣٠	١٣,٣٣	٤	٣٦,٦٧	١١	٥٠	١٥	الاستماع بتعاطف و تفهم
٪١٠٠	٣٠	٥٣,٣٣	١٦	٤٠	١٢	٦,٦٧	٢	التفكير بمرونة
٪١٠٠	٣٠	١٦,٦٧	٥	٣٠	٩	٥٣,٣٣	١٦	التفكير في التفكير
٪١٠٠	٣٠	٤٠	١٢	٦٠	١٨	٠	٠	السعى من أجل الدقة
٪١٠٠	٣٠	٢٦,٦٧	٨	٦٠	١٨	١٣,٣٣	٤	التساؤل و طرح المشكلات
٪١٠٠	٣٠	٦,٦٧	٢	٣٦,٦٧	١١	٥٦,٦٧	١٧	تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة
٪١٠٠	٣٠	٠	٠	٩٣,٣٣	٢٨	٦,٦٧	٢	التفكير و التفاهم بدقة ووضوح
٪١٠٠	٣٠	٦,٦٧	٢	٦٠	١٨	٣٣,٣٣	١٠	جمع البيانات عن طريق الحواس
٪١٠٠	٣٠	٤٠	١٢	٥٠	١٥	١٠	٣	التصور و الإبداع و الابتكار
٪١٠٠	٣٠	١٣,٣٣	٤	٥٣,٣٣	١٦	٣٣,٣٣	١٠	الاستجابات إندهاش و رهبه
٪١٠٠	٣٠	١٣,٣٣	٤	٨٠	٢٤	٦,٦٧	٢	مهاجمة مخاطر مسنولة
٪١٠٠	٣٠	١٦,٦٧	٥	٨٠	٢٤	٣,٣٣	١	التفكير بدعابة
٪١٠٠	٣٠	٦,٦٧	٢	٦٧,٤٦	١٤	٤٦,٦٧	١٤	التفكير التبادلى
٪١٠٠	٣٠	٢٠	٦	٣٠	٩	٥٠	١٥	التعلم المستمر

تشير نتائج الجداول (٦، ٧، ٨) إلى ما يلي:

أولاً: بالنسبة للعينة الكلية للمعاقين سمعياً كانت العادات العقلية ذات

المعدل المرتفع و الأكثر انتشاراً بالترتيب كما يلي:-

١- التعلم المستمر بنسبة ٥٦,٦٧ %.

٢- التفكير في التفكير بنسبة ٥٥ %.

أما باقي عادات العقل فقد ارتفع بها **المعدل المتوسط** و كانت الأكثر نسبة في الانتشار بالترتيب كما يلي (التفكير و التفاهم بدقة ووضوح (٨٥%) - التفكير بدعابة (٧٥%) - مهاجمة مخاطر مسئولة (٧١,٦٧%) - تطبيق المعرفة السابقة في مواقف جديدة (٦٣,٣٣%) - عاداتي المثابرة و جمع المعلومات عن طريق الحواس (٦١,٦٧%) - عاداتي التساؤل و طرح المشكلات و التفكير التبادلي (٦٠%) - عادات التحكم بالتهور و السعي من أجل الدقة و التفكير بمرونة (٥٦,٦%) - الاستجابة باندهاش و رهبة (٥٣,٣٣%) - عاداتي التصور و الإبداع و الاستماع بتعاطف و تفهم (٥١,٦٧%).

ثانياً: بالنسبة لعينة المعاقين سمعياً الذكور كانت العادات العقلية ذات

المعدل المرتفع و الأكثر انتشاراً بالترتيب كما يلي:-

١- التعلم المستمر بنسبة ٦٣,٣٣ %.

٢- التفكير في التفكير بنسبة ٥٦,٥٧ %.

أما العادات العقلية التي ارتفع بها **المعدل المتوسط** و كانت الأكثر نسبة في الانتشار بالترتيب كما يلي (التفكير و التفاهم بدقة ووضوح (٧٦,٦٧%) - التفكير بمرونة و التفكير التبادلي (٧٣,٣٣%) - التفكير بدعابة و المثابرة (٧٠%) - الاستماع بتعاطف و تفهم (٦٦,٦٧%) - جمع المعلومات عن طريق الحواس و مهاجمة مخاطر مسئولة (٦٣,٣٣%) - السعي من أجل الدقة و التصور و الإبداع (٥٣,٣٣%).

أما العادات التي ارتفع بها **المعدل المنخفض** و كانت أقل انتشاراً هي التحكم

بالتهور (٤٦,٦٧%).

ثالثاً: بالنسبة لعينة المعاقات سمعياً الإناث فكانت العادات ذات المعدل المرتفع و الأكثر انتشاراً بالترتيب كما يلي:

- ١- تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة ٥٦,٦٧%
- ٢- التفكير في التفكير ٥٣,٣٣%
- ٣- تساوي عادات الاستماع بتعاطف و تفهم مع التعلم المستمر ٥٠%

أما العادات العقلية التي ارتفع بها المعدل المتوسط و كانت الأكثر نسبة في الانتشار بالترتيب كما يلي (التفكير و التفاهم بدقة و وضوح (٩٣,٢٣)٪- التحكم بالتهور (٨٣,٣٣)٪- عادات السعي من أجل الدقة و التساؤل و طرح المشكلات و التبادلي (٨٠)٪- عادات السعي من أجل الدقة و التساؤل و طرح المشكلات و جمع البيانات عن طريق الحواس (٦٠)٪- عادات المثابرة و الاستجابة باندعاش و رهبة (٥٣,٣٣)٪).

أما التفكير التبادلي فقد تساوى فيها المعدل المرتفع مع المعدل المتوسط (٤٦,٦٧)٪ مما يدل على انتشار العادة.

أما العادات التي ارتفع بها المعدل المنخفض و كانت أقل انتشاراً هي التفكير بمرونة (٥٣,٣٣)٪.

نتائج الفرض الثاني و ينص على: « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين مجموعتي الصم الذكور و الصم الإناث.

و للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة (T-test) للعينة (ن=١=٢=٣٠)

جدول رقم (٩)

يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتي الصم الذكور والإناث

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		البيان العادة
		إناث صم	ذكور صم	إناث صم	ذكور صم	
غ.د	١,٥٢٣	٢,١٦٧	١,٥٠١	١١,٧٠٠	١٢,٤٣٣	المتابرة
غ.د	٠,٨٩٣	١,٢٢٩	١,٨٨٤	١١,٧٣٣	١١,٣٦٦	التحكم بالتهور
٠,٠٥	١,٨٨٥	٢,٢٣٨	١,٨٥١	١٣,٤٣٣	١٢,٤٣٣	الاستماع بتعاطف
٠,٠١	٣,٠١٤	١,٥٦٩	١,٨٤٥	١٠,٨٦٦	١٢,٢٠٠	التفكير بمرونة
غ.د	٠,٧٦٥	٢,٧٢٥	١,٩٣٢	١٣,٢٣٣	١٣,٧٠٠	التفكير في التفكير
غ.د	١,٣٤٩	١,١٥٥	٢,١٤٥	١٢,١٠٠	١١,٥٠٠	السعي من أجل الذقة
غ.د	١,٠٤٤	٢,١٨٣	٢,٠١٦	١١,٧٠٠	١٢,٢٦٦	التساؤل و طرح المشكلات
٠,٠٠١	٣,٣٦٨	٢,٢٦٠	١,٥٩١	١١,٨٣٣	١٠,١٣٣	تطبيق المعرفة السابقة
غ.د	١,٢٤١	١,٣٥٤	١,٩٢٥	١١,٤٠٠	١٠,٨٦٦	التفكير و التفاهم بوضوح
٠,٠١	٢,٤٣٢	١,٦٢٥	٢,٠٦٣	١١,٦٦٦	١٠,٥٠٠	جمع البيانات بالحواس
٠,٠١	٢,٦١٠	٢,٣٤٤	١,٧٧١	١١,٢٣٣	١٢,٦٣٣	التصور و الإبداع
٠,٠٥	١,٧١١	١,٦٢٥	١,٩٧٨	١٢,٣٣٣	١٣,١٣٣	الاستجابة باندھاش
غ.د	٠,٧٨٧	١,٣٣٢	١,٩٠١	١١,٤٦٦	١١,٨٠٠	مهاجمة مخاطر مسنولة
٠,٠٠١	٣,٣٨٤	١,٣٤٣	٢,٤٠١	٩,٧٠٠	١١,٤٠٠	إيجاد الدعابة
غ.د	١,٣٤٦	٢,٥٦٦	١,٧٧٥	١٣,٦٣٣	١٢,٨٦٦	التفكير التبادلي
غ.د	١,٤٦٥	٢,١٩٩	٢,٨٦٨	١٢,٧٠٠	١٣,٦٦٧	التعلم المستمر

تشير نتائج جدول رقم (٩) إلى الآتي:-

أولاً: (أ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الصم الذكور والإناث في عادات العقل: التفكير بمرونة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التصور والإبداع (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، الاستجابة باندھاش ورهبة (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، إيجاد الدعابة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١) وذلك لصالح الذكور الصم حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للذكور الصم أعلى من المتوسطات الحسابية للإناث الصم على هذه العادات العقلية، أي أن الذكور الصم ترتفع لديهم تلك العادات مقارنة بالإناث.

(ب) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الصم الذكور و الإناث في عادات العقل: الاستماع بتعاطف و تفهم (بمستوى دلالة ٠,٠١)، جمع البيانات عن طريق الحواس (بمستوى دلالة ٠,٠١)، تطبيق المعرفة السابقة في مواقف جديدة (بمستوى دلالة ٠,٠١) و ذلك لصالح الإناث الصم حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للإناث الصم أعلى من المتوسطات الحسابية للذكور الصم على هذه العادات العقلية، أى أن الإناث الصم ترتفع لديهم تلك العادات مقارنة بالذكور.

ثانياً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور الصم و الإناث الصم على باقى العادات العقلية: المثابرة- التحكم بالتهور- التفكير في التفكير- السعي من أجل الدقة- التساؤل و طرح المشكلات- مهاجمة مخاطر مسئولة- التفكير التبادلي- التعلم المستمر حيث كانت قيم (ت) غير دالة إحصائياً على هذه العادات العقلية.

نتائج الفرض الثالث: و الذى ينص على « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين مجموعتي الصم عينة كلية و السامعين عينة كلية.

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار T-test (ن=١=٢ن=٦٠)

و يوضح ذلك جدول رقم (١٠)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتي الصم عينة كلية و السامعين عينة كلية

مستوى الدلالة	قيمة(ت)	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		البيان العادة
		سامعين عينة كلية	صم عينة كلية	سامعين عينة كلية	صم عينة كلية	
٠,٠٠١	٥,٨٨٥	١,٧٤٢	١,٨٨٥	١٤,٠١٧	١٢,٠٦٧	المثابرة
٠,٠٠١	٣,٥٣٣	٢,٤١١	١,٥٨٨	١٢,٨٦٧	١١,٥٥٠	التحكم بالتهور
٠,٠٥	١,٩٤٤	٢,٢١٩	٢,٠٩٨	١٣,٧٠٠	١٢,٩٣٣	الاستماع بتعاطف
٠,٠٠١	٣,٨٧٢	١,٩٤٣	١,٨٢٧	١٢,٨٦٧	١١,٥٣٣	التفكير بمرونة
٠,٠٥	١,٦٩٦	٢,١٦٤	٢,٣٥٤	١٤,١٦٧	١٣,٤٦٧	التفكير في التفكير

السعيمن أجل الدقة	١١,٨٠٠	١٢,١١٧	١,٧٣٥	١,٩٩٢	٠,٩٢٨	غـ
التساؤل و طرح المشكلات	١١,٩٨٣	١٣,٤٨٣	٢,١٠٣	١,٩٥٣	٤,٠٤٨	٠,٠٠١
تطبيق المعرفة السابقة	١٠,٩٨٣	١١,٨٣٣	٢,١١٩	٢,١٥٦	٢,١٧٨	٠,٠٠٥
التفكير و التفاهم بوضوح	١١,١٣٣	١١,٨٥٠	١,٦٧٢	٢,٧٠٥	١,٧٤٦	٠,٠٠٥
جمع البيانات بالحواس	١١,٠٨٣	١٢,٢٠٠	١,٩٣٤	٢,٦٩٢	٢,٦١٠	٠,٠٠١
التصور و الإبداع	١١,٩٣٣	١٤,١٣٣	٢,١٧٧	٢,١٦٧	٥,٥٤٨	٠,٠٠١
الاستجابة باندھاش	١٢,٧٣٣	١٣,٣٣٣	١,٨٤٠	٢,٥٢٩	١,٤٨٦	غـ
مهاجمة مخاطر مسئولة	١١,٦٣٣	١٢,٦٠٠	١,٦٣٦	٢,١٤٩	٢,٧٧٣	٠,٠٠١
إيجاد الدعابة	١٠,٥٥٠	١١,٢٦٧	٢,١١١	٣,٠٠٨	١,٥١١	غـ
التفكير التبادلي	١٣,٢٥٠	١٢,٩٣٣	٢,٢٢١	١,٩٦٥	٠,٨٢٧	غـ
التعلم المستمر	١٣,١٨٣	١٤,٠٣٣	٢,٥٨١	٢,٢٩٩	١,٩٠٥	٠,٠٠٥

تشير نتائج الجدول السابق إلى الآتي:

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المعاقين سمعياً عينة كلية و السامعين عينة كلية في عادات العقل: المثابرة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التحكم بالتهور (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، الإستماع بتعاطف و تفهم (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، التفكير بمرونة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التفكير في التفكير (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، التساؤل و طرح المشكلات (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، تطبيق المعرفة السابقة (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، التفكير و التفاهم بدقة ووضوح (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، جمع البيانات عن طريق الحواس (بمستوى دلالة ٠,٠١)، التصور و الإبداع (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، مهاجمة مخاطر مسئولة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التعلم المستمر (بمستوى دلالة ٠,٠٥) لصالح عينة السامعين حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للسامعين أعلى من قيم المتوسطات الحسابية لمتوسطات للمعاقين سمعياً على هذه العادات العقلية، أي أن السامعين عينة كلية ترتفع لديهم تلك العادات مقارنة بالمعاقين سمعياً.

ثانياً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المعاقين سمعياً عينة كلية و السامعين عينة كلية على باقي العادات العقلية: السعي من أجل الدقة، الاستجابة باندھاش و رهبة، إيجاد الدعابة، التفكير التبادلي. حيث كانت قيم (ت) غير دالة على هذه العادات العقلية.

نتائج الفرض الرابع: و الذي ينص على « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين مجموعتي المعاقين سمعياً الذكور و السامعين الذكور»
 للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار T-test (ن=١ = ن=٢ = ٣٠)

جدول رقم (١١)

يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتيالذكور الصم و الذكور السامعين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		البيان العادة
		ذكور سامعين	ذكور صم	ذكور سامعين	ذكور صم	
٠,٠٠١	٣,٦٠٩	١,٣٥٧	١,٥٠١	١٣,٧٦٧	١٢,٤٣٣	المتابرة
٠,٠٠١	٢,٦٨٧	١,٨٦٣	١,٨٨٤	١٢,٦٦٧	١١,٣٦٧	التحكم بالتهور
٠,٠٠٥	١,٧٥٤	١,٥١٨	١,٨٥١	١٣,٢٠٠	١٢,٤٣٣	الاستماع بتعاطف
غ.د	١,٢٥٩	١,٦٣٣	١,٨٤٦	١٢,٧٦٧	١٢,٢٠٠	التفكير بمرونة
غ.د	٠,١٤٣	١,٦٧١	١,٩٣٢	١٣,٦٣٣	١٣,٧٠٠	التفكير في التفكير
غ.د	٢٥٩	١,٨٢٩	٢,١٤٦	١١,٦٣٣	١١,٥٠٠	السعيمن أجل الدقة
٠,٠٠٥	١,٨٣٩	١,٤٤٧	٢,٠١٦	١٣,١٠٠	١٢,٢٦٧	التساؤل و طرح المشكلات
٠,٠٠١	٢,٤٥٩	١,٦٦٣	١,٥٩٢	١١,١٦٧	١٠,١٣٣	تطبيق المعرفة السابقة
غ.د	٠,٣٣٥	٣,٠٤٣	١,٩٢٥	١١,١٠٠	١٠,٨٦٧	التفكير و التقاهم بوضوح
غ.د	٠,٩٦٣	١,٦٧١	٢,٠٦٤	١٠,٩٦٧	١٠,٥٠٠	جمع البيانات بالحواس
٠,٠٠٥	١,٧٤٧	١,٧٧٥	١,٧٧١	١٣,٤٣٣	١٢,٦٣٣	التصور و الإبداع
غ.د	١,١٤٠	١,٨٧٠	١,٩٧٨	١٢,٥٦٧	١٣,١٣٣	الاستجابة باندهاش
غ.د	١,٠١٧	٢,١٥٥	١,٩٠١	١٢,٣٣٣	١١,٨٠٠	مهاجمة مخاطر مسنولة
٠,٠٠١	٢,٨٧٨	٢,١٦٨	٢,٤٠١	٩,٧٠٠	١١,٤٠٠	إيجاد الدعاية
غ.د	١,١٢١	١,٤٢٩	١,٧٧٦	١٢,٤٠٠	١٢,٨٦٧	التفكير التبادلي
غ.د	٠,٠٥٢	٢,٠٥٤	٢,٨٦٩	١٣,٧٠٠	١٣,٦٦٧	التعلم المستمر

تشير نتائج جدول (١١) إلى ما يلي:

أولاً: (أ): توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور المعاقين سمعياً و الذكور السامعين في عادات العقل: المتابرة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التحكم بالتهور (بمستوى دلالة ٠,٠١)، الاستماع بتعاطف و تفهم (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، التساؤل و طرح المشكلات (بمستوى دلالة ٠,٠٥)، تطبيق المعرفة

السابقة (بمستوى دلالة ٠,٠١)، التصور والإبداع (بمستوى دلالة ٠,٠٥) لصالح السامعين الذكور حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للذكور السامعين أعلى من قيم المتوسطات الحسابية لمتوسطات للمعاقين سمعياً الذكور على هذه العادات العقلية، أي أن السامعين الذكور ترتفع لديهم تلك العادات مقارنة بالمعاقين سمعياً الذكور.

(ب): توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي المعاقين سمعياً الذكور و السامعين الذكور في عادة إيجاد الدعابة (بمستوى دلالة ٠,٠١) لصالح المعاقين سمعياً الذكور حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للمعاقين سمعياً الذكور أعلى من قيم المتوسطات الحسابية لمتوسطات للسامعين الذكور على هذه العادة العقلية، أي أن المعاقين سمعياً الذكور ترتفع لديهم تلك العادات مقارنة بالسامعين.

ثانياً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الذكور المعاقين سمعياً والذكور السامعين على باقي العادات العقلية: التفكير بمرونة، التفكير في التفكير، السعي من أجل الدقة، التفكير و التفاهم بدقة و وضوح، جمع البيانات عن طريق الحواس، الاستجابة بإندهاش و رهبة، مهاجمة مخاطر مسئولة، التفكير التبادلي، التعلم المستمر حيث كانت قيم (ت) غير دالة على هذه العادات العقلية.

نتائج الفرض الخامس: والذي ينص على « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات العقل الست عشرة (موضوع الدراسة) بين مجموعتي المعاقات سمعياً الإناث و السامعات الإناث.

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار T-test

$$(ن = ٢٠ = ٣٠)$$

جدول رقم (١٢)

يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتي المعاقات سمعياً الإناث و السامعات الإناث

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		البيان العادة
		إناث سامعات	إناث صم	إناث سامعات	إناث صم	
٠,٠٠١	٤,٧١٢	٢,٠٥٠	٢,١٦٨	١٤,٢٦٧	١١,٧٠٠	المثابرة
٠,٠٠٥	٢,٣٣٥	٢,٨٧٦	١,٢٣٠	١٣,٠٦٧	١١,٧٣٣	التحكم بالتهور
غ.د	١,٢٠٢	٢,٦٨٣	٢,٢٣٩	١٤,٢٠٠	١٣,٤٣٣	الاستماع بتعاطف
٠,٠٠١	٤,٢١٠	٢,٢٣٦	١,٥٧٠	١٢,٩٦٧	١٠,٨٦٧	التفكير بمرونة
٠,٠٠٥	٢,١٨٠	٢,٤٨٠	٢,٧٢٥	١٤,٧٠٠	١٣,٢٣٣	التفكير في التفكير
غ.د	١,١٥٩	٢,٠٦١	١,١٥٥	١٢,٦٠٠	١٢,١٠٠	السعي من أجل الدقة
٠,٠٠١	٣,٧٢٩	٢,٣١٥	٢,١٨٣	١٣,٨٦٦	١١,٧٠٠	التساؤل و طرح المشكلات
غ.د	١,١٠٧	٢,٤٠٣	٢,٢٦٠	١٢,٥٠٠	١١,٨٣٣	تطبيق المعرفة السابقة
٠,٠١	٢,٦٢١	٢,١١١	١,٣٥٤	١٢,٦٠٠	١١,٤٠٠	التفكير و التفاهم بوضوح
٠,٠٠١	٢,٨٦٠	٢,٩٦٧	١,٦٢٦	١٣,٤٣٣	١١,٦٦٧	جمع البيانات بالحواس
٠,٠٠١	٥,٩٧٨	٢,٣٢١	٢,٣٤٤	١٤,٨٣٣	١١,٢٣٣	التصور و الإبداع
٠,٠٠٥	٢,٩٢٥	٢,٨٨١	١,٦٢٦	١٤,١٠٠	١٢,٣٣٣	الاستجابة باندهاش
٠,٠٠٥	٣,٠٣٧	٢,١٤٥	١,٣٣٢	١٢,٨٦٧	١١,٤٦٧	مهاجمة مخاطر مسنولة
٠,٠٠١	٥,٣١٤	٢,٩٣٧	١,٣٤٣	١٢,٨٣٣	٩,٧٠٠	إيجاد الدعابة
غ.د	٠,٢٦٦	٢,٢٨٥	٢,٥٦٦	١٣,٤٦٧	١٣,٦٣٣	التفكير التبادلي
٠,٠٠١	٢,٧٣٤	٢,٥١٢	٢,٢٠٠	١٤,٣٦٧	١٢,٧٠٠	التعلم المستمر

تشير نتائج جدول (١٢) إلى ما يلي:

أولاً: (أ): توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي المعاقات سمعياً الإناث و السامعات الإناث في عادات العقل: المثابرة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التحكم بالتهور (بمستوى دلالة ٠,٠٠٥)، التفكير بمرونة (بمستوى دلالة ٠,٠٠٥)، التساؤل و طرح المشكلات (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التفاهم بوضوح و دقة (بمستوى دلالة ٠,٠١)، جمع البيانات عن طريق الحواس (بمستوى دلالة ٠,٠١)، التصور و الإبداع (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، الاستجابة باندهاش و رهبة (بمستوى دلالة ٠,٠٠٥)، التفكير في التفكير (بمستوى دلالة ٠,٠٠٥)، مهاجمة مخاطر مسنولة (بمستوى دلالة ٠,٠٠٥)، إيجاد الدعابة (بمستوى دلالة ٠,٠٠١)، التعلم المستمر (بمستوى دلالة ٠,٠٠١).

لصالح الإناث السامعات حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للإناث السامعات أعلى من قيم المتوسطات الحسابية لمتوسطات المعاقات سمعياً الإناث على هذه العادات العقلية، أي أن السامعات الإناث ترتفع لديهم تلك العادات مقارنة بالمعاقات سمعياً الإناث.

ثانياً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي المعاقات سمعياً الإناث و السامعات الإناث على باقي عادات العقل: الاستماع بتعاطف و تفهم، السعي من أجل الدقة، تطبيق المعرفة السابقة في مواقف جديدة، التفكير التبادلي.

تفسير النتائج

نظراً لعدم وجود دراسات سابقة - في حدود علم الباحثة - في مجال الدراسة الحالية (سوى بعض الدراسات عن العاديين)، فسوف تفسر الباحثة النتائج في ضوء الإطار النظري خصائص المعاقين سمعياً، إضافة إلى خبراتها في التعامل مع فئة المعاقين سمعياً، حيث عملت الباحثة فترة طويلة في مدارس الأمل للصم، وتعمل حالياً أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة مسار الإعاقة السمعية - كلية التربية - جامعة الطائف، وتشرف على طالبات التربية الميداني معاهد الأمل للصم.

من خلال عرض نتائج الفروض يتضح ما يلي:

الفرض الأول: بالرجوع إلى الجداول (٦، ٧، ٨) نجد أن هناك توزيع معتدل لعادات العقل لدى المعاقين سمعياً سواء العينة الكلية أو عينة المعاقين سمعياً الذكور، أو المعاقات سمعياً الإناث ما بين العادات ذات التكرارات المرتفعة، مما يدل على انتشار العادة. فمثلاً في العينة الكلية نجد أن العادات العقلية الأكثر انتشاراً هي التعلم المستمر والتفكير في التفكير وقد يرجع ذلك إلى أن المعاقين سمعياً نتيجة لفقد حاسة السمع، وبالتالي فقد الخبرات المترتبة على هذه الحاسة واعتمادهم على الحواس الأخرى في تناول المعلومات مما يترتب عليه ضعف بنيتهم المعرفية فهم دائماً في حالة استفهام عن كل شيء حولهم و يتسمون بحب الاستطلاع والرغبة في معرفة كل شيء، ولذلك فانتشار عادة

التعلم المستمر تعبر عن شغفهم الدائم لمعرفة ما يجري من حولهم، أما انتشار عادة التفكير في التفكير فكما ذكر في خصائص المعاقين سمعياً فهم دائماً لديهم خوف من المستقبل و عدم الثقة في الآخرين، و أيضاً نتيجة لاستخدامهم لغة الإشارة و التي تتطلب تحويل أفكارهم و احتياجاتهم و التعبير عنها بالرموز (الإشارات)، لذا فهم دائماً يفكرون أولاً فيما سيقولونه أو يفعلونه أي يخططون أولاً ثم بعد ذلك ينفذوا ما خططوا له.

و هذا ما أكدته انتشار تلك العادات عند المعاقين سمعياً الذكور، و المعاقات سمعياً الإناث، حيث كانت العادات الأكثر انتشاراً (ذات المعدل المرتفع) لدى المعاقين سمعياً الذكور هي على الترتيب التعلم المستمر و التفكير التبادلي، و يتفق ذلك مع نتائج العينة الكلية في عادة التعلم المستمر أما التفكير التبادلي، فقد يرجع انتشار هذه العادة لدى الذكور الصم إلى خصائص المعاقين سمعياً الذكور في رغبتهم في تكوين جماعات و علاقات، و السؤال، و تبادل المعرفة مع الآخرين و الاندماج داخل المجتمع فهم أقل عزلة من الإناث.

أما بالنسبة للعادات الأكثر انتشاراً (ذات المعدل المرتفع) لدى المعاقات سمعياً فكانت على الترتيب: تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة، التفكير في التفكير، الاستماع بتعاطف و تفهم، التعلم المستمر، و تساوت التكرارات في المرتفع و المتوسط بالنسبة لعادة التفكير التبادلي. و هذه النتائج تؤكد ما توصلت إليه النتائج مع العينة الكلية للمعاقين سمعياً و ما تتسم به المعاقات سمعياً من خصائص و صفات تميزهن حيث أنهن بالفعل يميلن لاستخدام الأساليب و الطرق التي تساعدهن من قبل إشباع حاجتهن و لا يميلن إلى الابتكار أو استخدام طرق جديدة حيث أنهن لديهن خوف من المستقبل، و عدم ثقة، و عدم الشعور بالأمان و ليهن ضعف في الأمن النفسي و تخوف من الآخرين، لذا يفضلن تطبيق المعارف القديمة للاطمئنان إلى نتائجها، أما الاستماع بتعاطف و تفهم فهذه العادة تتفق و طبيعة المعاقات سمعياً من حيث رغبتهن في فهم الأدعاءات الدلالية و التعبيرية و المشاعر التي يصدرها الآخرون، و أيضاً ظهورهن بمظاهر لا تعبر عن وجود الإعاقة لديهن لذا يفضلن الإنصات أولاً ثم بعد ذلك يصدرن رد الفعل، أما العادتان الأخريات فقد تم تفسيرهما سابقاً.

وقد أشارت النتائج أيضاً إلى العادات العقلية الأقل انتشاراً (ذات المعدل المنخفض) فهي لدى المعاقين سمعياً الذكور كانت عادة التحكم بالتهور و هذا يتفق مع طبيعتهم التي أوضحها دراسة خصائصها من اتسامهم بالاندفاعية و العدوانية.

أما العادات الأقل انتشاراً في المعاقات سمعياً فهي عادة التفكير بمرونة، و تتفق أيضاً هذه النتيجة مع خصائصهن حيث أنهن يتسمن بالجمود و عدم المرونة، و العناد، و قد يرجع ذلك لأنهن في كثير من الأحيان يكون لديهن خلط في المفاهيم و عدم القدرة على فهم المفاهيم المجردة نتيجة ضعف حصيلتهن اللغوية الناجمة عن الضعف السمعي.

أما باقي العادات العقلية فقد ارتفع فيها المعدل المتوسط كان هو الأكثر انتشاراً، و هذا يدل على وجود هذه العادات لدى المعاقين سمعياً (ذكور و إناث) و لكنها تحتاج إلي تنمية لأن ضعف هذه العادات قد يؤثر على تحصيل المعاق سمعياً، مما قد يفسر ضعف التحصيل لدى المعاقين سمعياً بالمقارنة بنسبة ذكاهم بالإضافة إلى العوامل الأخرى.

و بالنظر إلى نتيجة الفرض الثاني، نجد أنها تؤكد نتيجة التساؤل الأول، حيث أن التساؤل الثاني يهتم بمقارنة عادات العقل لدى كل من المعاقين سمعياً الذكور و المعاقات سمعياً حيث تفوق الذكور الصم في عادات التفكير بمرونة، و التصور و الإبداع و الاستجابة باندهاش و رهبة و إيجاد الدعابة، و تفوقت الإناث المعاقات سمعياً في عادات الاستماع بتعاطف و تفهم، و جمع البيانات عن طريق الحواس و تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة.

وقد يرجع انتشار تلك العادات ذات المعدل المرتفع لدى المعاقين سمعياً الذكور أكثر من انتشارها لدى المعاقات سمعياً الإناث إلى طبيعة و خصائص الذكور فهم أكثر فاعلية و اندماج في المجتمع من الإناث، و لذلك فهم أكثر خبرة من الإناث في التعامل مع المجتمع، و الخوف لديهم أقل من الإناث و يتمتعون بروح الدعابة و السخرية من الآخرين و من أنفسهم و من إعاقتهم.

أما انتشار العادات العقلية السابق ذكرها لدى المعاقات سمعياً أكثر من المعاقين سمعياً، فقد تم تفسيرها مسبقاً في نتائج الفرض الأول، إضافة على اعتمادهن على الحواس الأربع الأخرى كما هو معروف في خصائص المعاقين سمعياً في جمع المعلومات و تناولها حيث أن الإناث أكثر تركيزاً و انتباهاً و إصناتاً من الذكور للبيئة المحيطة و حب الاستطلاع و الاهتمام بأدق التفاصيل.

أما باقي العادات العقلية و التي ارتفع فيها المعدل المتوسط من حيث نسبة الانتشار، فإن ذلك يرجع إلى اقتراب خصائص و طبيعة المعاقين سمعياً الذكور و الإناث من بعضهم البعض، فمعظم السمات تنطبق على الجنسين مع الاختلاف في طبيعة التنشئة الاجتماعية و التدخل المبكر لكل من الذكور و الإناث.

و فيما يتعلق بنتائج الفرض الثالث الموضحة في جدول (١٠) فقد أشارت إلى ارتفاع المتوسطات في معظم العادات العقلية لدى السامعين عينة كلية و المعاقين سمعياً عينة كلية ما عدا عادات السعي من أجل الدقة، الاستجابة بإندهاش و رهبة، و إيجاد الدعابة، و التفكير التبادلي فكانت غير دالة إحصائياً مما يؤكد نتائج التساؤلين السابقين في انتشار تلك العادات لدى المعاقين سمعياً. وقد يرجع ذلك إلى تأثير الإعاقة السمعية على المعاقين سمعياً من الناحية الاجتماعية و العقلية و الانفعالية، و ما لضعف اللغة و اختلاف طرق التواصل من تأثير على تكوين البنية المعرفية للمعاقين سمعياً، و على استراتيجياتهم في تجهيز و معالجة المعلومات، حيث أن السامعين يتناولون المعلومات عن طريق الحواس الخمس (المستقبلات الحسية)، و ما يترتب على ذلك من خبرات ترتبط بكل حاسة، أما المعاقين سمعياً فهم يتناولون المعلومات عن طريق أربعة حواس فقط كل ذلك قد يكون سبب في تفوق السامعين على المعاقين سمعياً في تلك العادات.

و أكدت نتائج الفرض الرابع النتائج السابقة و الذى اهتم بمقارنة عادات العقل لدى الذكور السامعين و الذكور المعاقين سمعياً في جدول (١١) و التي أوضحت إلى ارتفاع المتوسطات لدى الذكور السامعين عن المعاقين سمعياً و هي المثابرة، التحكم بالتهور، الإستماع بتعاطف و تفهم، التساؤل و طرح المشكلات، تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة، التصور و الإبداع، أما عادة إيجاد الدعابة فقد ارتفع المتوسط لدى المعاقين سمعياً الذكور عن السامعين الذكور، هذا ما تم تفسيره من خلال التساؤلات السابقة. أما باقي العادات العقلية فكانت غير دالة إحصائياً مما يؤكد صحة النتائج السابقة.

أما نتائج الفرض الخامس و الموضحة في جدول (١٢) فقد أظهرت ارتفاع متوسطات معظم العادات العقلية لدى الإناث السامعات عن الإناث المعاقات سمعياً، ما عدا بعض العادات العقلية و التي كانت غير دالة إحصائياً كما تم الإشارة إليها في تفسير النتائج، و قد يرجع ذلك إلى طبيعة تنشئة كل منهن و أيضاً خصائصهن و الأثر الذى تتركه الإعاقة السمعية على المعاقات سمعياً، تؤكد نتائج هذا الفرض ما تم التوصل إليه من نتائج الفروض السابقة.

توصيات و مقترحات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية يوصى بما يلي:-

- ١- إعداد برامج لتعليم و تنمية عادات العقل للمعاقين سمعياً.
- ٢- عمل دورات تدريبية للمعلمين في مدارس المعاقين سمعياً (في برامج الدمج أو العزل) و مدارس العاديين في عادات العقل لمساعدتهم في تفعيل دورهم لتنمية عادات العقل لدى المعاقين سمعياً.
- ٣- عمل برامج لتنمية التفكير و الابتكار للمعاقين سمعياً.
- ٤- الاهتمام بفئة المعاقين سمعياً، و زيادة عدد البحوث و الدراسات في مجال علم النفس المعرفي و التي تهتم بالمعاقين سمعياً.
- ٥- إعادة النظر في مناهج المعاقين سمعياً، و إعداد مناهج مبنية على عادات العقل.

د . رحاب أحمد راغب ————— بحث عادات العقل الشائعة لدى المعاقين سمعياً و السامعين

- ٦- تقديم نتائج الدراسة الى القائمين على تربية و تعليم المعاقين سمعياً وذلك لإعادة النظر في طرق التعامل مع المعاقين سمعياً و في استراتيجيات تدريسهم و تأهيلهم بالطرق المناسبة و التي تتفق و عاداتهم العقلية.
- ٧- هذه هي الدراسة الأولى- في حدود علم الباحثة - التي اهتمت بعادات العقل لذا توصى الدراسة بعمل المزيد من الدراسات و البحوث في هذا المجال و مع فئات ذوى الاحتياجات الخاصة الأخرى.

مراجع الدراسة:

١. أبورياش، حسين؛ عبد الحق، زهرية (٢٠٠٧). علم النفس التربوي (للطالب الجامعي والمعلم الممارس). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
٢. الأشقر، علاء الدين محمد (٢٠٠٢). الخدمات المقدمة للأطفال الصم وعلاقتها بسماتهم الشخصية. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
٣. الإمام، محمد؛ الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٥). "أثر نموذج تعليمي مقترح قائم على الرسم في تنمية مهارات التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً"، مجلّة الطفولة العربية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، ٢٠٠٥ المجلد. ٦، العدد. ٢٤. ص ٨-٢٤.
٤. البطانية، أسامة محمد؛ الجراح، عبد الناصر ذياب؛ غوانمة، مأمون محمد (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي. عمان: دار المسيرة.
٥. الجوهرى، أيمن أحمد (٢٠٠٥). فاعلية أساليب عرض الأمثلة في برامج الفيديو التعليمية على اكتساب المفاهيم لدى التلاميذ الصم. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.
٦. الروسان، فاروق (٢٠٠١). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. ط ٥، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
٧. الزغول، عماد عبد الرحيم (٢٠٠٥). الإحصاء التربوي. ط ١، عمان: مكتبة الشروق.
٨. الشامي، حمدان (٢٠١٢). "علاقة عادات العقل بالأنماط القيادية والرضا الوظيفي لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك فيصل بالملكة العربية السعودية". المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد ٧٤، المجلد الثاني والعشرون، فبراير ٢٠١٢.
٩. الصباغ، سميلة؛ بنتن، نجاة؛ الجعيد، نورة (٢٠٠٦). "دراسة مقارنة لعادات العقل لدى الطلبة المتفوقين في المملكة العربية السعودية ونظرائهم من الأردن"، منظمة مؤسسة الملك عبد العزيز ورجاله لرعاية الموهوبين، المؤتمر العلمي الإقليمي للموهبة، ص ص: ٧١٣-٧٤٣.
١٠. الصفدي، عصام حمدي (٢٠٠٧). الإعاقة السمعية. الطبعة العربية، الأردن: دار اليازودي العلمية للنشر.

١١. الظاهر، قحطان أحمد (٢٠١٢). الفروق في الذكاء الانفعالي بين الصم و المكفوفين. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس، دمشق، يناير ٢٠١٢، ص ص ١٧١ - ٢٠١.
١٢. القريطى، عبد المطلب أمين (٢٠١٢). تعليم ذوى الإعاقة السمعية بين الواقع و المأمول. المؤتمر العمى الثانى للصم بقطر، ٣-٥ مايو ٢٠١٢.
١٣. القريطى، عبد المطلب أمين (٢٠١٢). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة و تربيتهم. ط ٥، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٤. القريوتى، إبراهيم أمين (٢٠٠٦). الإعاقة السمعية. الأردن: دار يافا للنشر.
١٥. القريوتى، يوسف؛ السرطاوي، عبد العزيز؛ الصمادي، جميل (٢٠٠١). المدخل إلى التربية الخاصة، دبي: دار القلم.
١٦. الميهى، رجب؛ محمود، جيهان (٢٠٠٩). فاعلية تصميم بيئة تعلم مادة الكيمياء منسجم مع الدماغ في تنمية عادات العقل و التحصيل لدى طلاب المرحلة الثانوية ذوى أساليب معالجة المعلومات المختلفة. مجلة دراسات تربوية و اجتماعية، مجلد (١٥)، عدد (١)، ٣٠٥ - ٣٥١.
١٧. النوبى، محمد علي (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوى الإعاقة السمعية- دليل الأباء و الأمهات و المعلمين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٨. خليفة، وليد السيد؛ عيسى، مراد على (٢٠٠٩). المنظور الحديث للتربية الخاصة (الجزء الأول الاضطرابات النمائية). القاهرة: دار الكتب العلمية.
١٩. راغب، رحاب أحمد (٢٠٠٩). ” العمليات العقلية و الإعاقة السمعية (الإدراك البصرى- المعالجة المعرفية). الإسكندرية، دار الوفاء للطباعة و النشر.
٢٠. سليمان، عبد الرحمن؛ مراد، محمد حامد إمبابى (٢٠٠٦). الإدارة و الإشراف في التربية الخاصة. الرياض: دار الزهراء.
٢١. شقير، زينب محمود (٢٠١٢). فعالية برنامج تكاملي للمساعدة الاجتماعية و أثره في تحسين درجة الأمن النفسى لدى ضعاف السمع. المؤتمر العلمى الثانى للصم بقطر، ٣-٥ مايو.
٢٢. طراد، حيدر عبد الرضا (٢٠١٢). تأثير برنامج (كالك و كوستا) في تنمية التفكير الإبداعي باستخدام عادات العقل لدى طلبة المرحلة الثالثة في كلية التربية. مجلة علوم التربية الرياضية، العدد الأول، المجلد الخامس، بابل. ٢٢٥ - ٢٥٤.

٢٣. عامر، طارق عبد الرؤف؛ محمد، ربيع عبد الرؤف (٢٠٠٨). الإعاقة السمعية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
٢٤. عبد المعطى، حسن مصطفى؛ أبو قله، السيد عبد الحميد (٢٠٠٧). مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٢٥. عقل، سمير محمد (٢٠١٢). التدريس لذوى الإعاقة السمعية. عمان: دار المسيرة.
٢٦. فتح الله، مندور (٢٠٠٩). فاعلية نموذج أبعاد التعلم لمارازانو في تنمية الاستيعاب بالمفاهيمي في العلوم و عادات العقل لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي بالملكة العربية السعودية. مجلة التربية العملية، مجلد (١٢)، عدد (٢)، ٨٣-١٢٥.
٢٧. قطامي، يوسف (٢٠٠٥). (٣٠) عادة عقل. عمان: مركز ديونو لتعليم التفكير.
٢٨. قطامي، يوسف؛ عمور، أميمة (٢٠٠٥). عادات العقل والتفكير النظرية والتطبيق. عمان: دار الفكر.
٢٩. كوستا، آرثر؛ كالك، بينا (٢٠٠٣) (أ). استكشاف و تقصى عادات العقل. ترجمة مدارس الظهران الأهلية، الرياض، دار الكتاب التربوي للنشر و التوزيع.
٣٠. كوستا، آرثر؛ كالك، بينا (٢٠٠٣) (ب). تفعيل و إشغال عادات العقل. ترجمة مدارس الظهران الأهلية، الرياض، دار الكتاب التربوي للنشر و التوزيع.
٣١. كوستا، آرثر؛ كالك، بينا (٢٠٠٣) (ج). تقويم عادات العقل و إعداد تقارير عنها. ترجمة مدارس الظهران الأهلية، الرياض، دار الكتاب التربوي للنشر و التوزيع.
٣٢. كوستا، آرثر؛ كالك، بينا (٢٠٠٣) (د). تكامل عادات العقل و المحافظة عليها. ترجمة مدارس الظهران الأهلية، الرياض، دار الكتاب التربوي للنشر و التوزيع.
٣٣. نتيل، رامي أسعد؛ رفائي، محمد (٢٠٠٧). السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً و بصرياً و حركياً في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد الخامس عشر، العدد الثاني، ٨٧٥-٩٢٤، يونيو ٢٠٠٧.
٣٤. نمر، عصام (٢٠٠٧). أساليب القياس و التشخيص في التربية الخاصة. عمان: دار اليازوري.

٣٥. نوفل، محمد بكر (٢٠٠٦). عادات العقل الشائعة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في مدارس وكالة الغوث الدولية في الأردن. مجلة المعلم الطالب، (الأونروا / اليونيسكو)، العددين الأول والثاني.
٣٦. نوفل، محمد بكر (٢٠٠٨). تطبيقات عملية في تنمية التفكير باستخدام عادات العقل، عمان، دار المسيرة للتوزيع والنشر.

المراجع الاجنبية :

1. Amatzia Weiseland & Ahiya Kamara (2004). Attachment and Individualization of deaf/ hard of hearing and hearing young adults. *The Journal of Deaf studies and deaf education*.
2. Andrews, J. F., Leigh, I. W., & Weiner, M. T. (2004). *Deaf people: Evolving perspectives from psychology, education, and sociology*. Boston, MA: Pearson Education, Inc.
3. Buckheit, James.E. (2010). Reflection as a Habit of Mind: powering Students through Metacognition. *Journal of Independent school*, v 69, n3, Spr2010.
4. Campell, J. (2011). *Theorising Habits of mind as a Framework for leading*. Central Queensland University, CAM 06102, www.aare.edu.au/06pap/cam06102.pdf.
5. Carver, R. (1998). Social Factors in The development of the Deaf child. *The Journal of Deaf studies and deaf education*, vol. 14, 12, pp: 70-80.
6. Costa, A. L. & Kallick, B. (2005). *Describing 16 habits of mind*. Retrieved; August 28, 2005, from: <http://www.Habit of mind.net/whatare>.
7. Costa, A. L. (2000a). *Components of a well -developed thinking skills program*. Seattle, WA: New Horizons.
8. Costa, A. L. (2000b). *Habits of mind*. In A. L. Costa, (Ed.), *Developing minds: A resource book for teaching thinking*, (pp. 80-83). Alexandria, VA: ASCD.
9. Costa, A. (2007). *Building Amore Thought- Full Learning Community with Habits of Mind*. (On-line). Available

[http://: www.habits-of-mind.net](http://www.habits-of-mind.net)

10. Costa, A.L. & Kallick, B. (2000a). *Discovering & Exploring Habits of Mind*. Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD). Alexandria. Victoria. USA.
11. Costa, A.L. & Kallick, B. (2000b). *Activating and Engaging Habits of Mind*. Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD). Alexandria. Victoria. USA.
12. Costa, A.L. & Kallick, B. (2008). *Learning and Leading with Habits of Mind: 16 essential characteristics for success*. Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD). Alexandria. Victoria. USA
13. Costa, A.L. & Kallick, B. (2004). *Habits of mind*. Highlands Ranch, CO: Search Models Unlimited. Development. Alexandria, Victoria USA.
14. Daniel, p. (1990). *Charting Pathways to Development of Expertise*. *Educational Psychology*. Vol. 21. Pp.: 243-294.
15. Easterbrooks, Susan R. & Scheetz, Nanice A. (2004). *Applying Critical Thinking Skills to Character Education and Values Clarification with students who Are Deaf or Hard of Hearing*. *American Annals of the Deaf*, v 144, n3, pp. 255- 263.
16. Ebrahim, Fawzy (2006). *Comparing Creative Thinking Abilities and Reasoning Ability of Deaf and Hearing Children*. *Journal of Roeper Review*, v28, n3, pp 140-147, Spr., 2006.
17. Glatthorn, A. & Baron, J. (1991). *The good thinker*. In A. Costa (Ed), *Developing mind: A resource for teaching thinking* (Rev. ed., vol.1, pp. 53-67). Alexandria, VA: Association for supervision and Curriculum Development.
18. Goldenberg, R. (1996). *Habits of Mind as organizing for the curriculum*. *Journal of Education*, Vol. (178).1. pp: 13-22.
19. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
20. Hart, H. & Keller, R. (2003). *Practical Strategies for the teaching of Thinking*. Boston: Allyn and Bacon.

21. Lowery, L. (1999). *How new science curriculums. Reflect brain research Educational Leadership*, v.56(3), pp. 26- 30.
22. Marzano, R. J. (2000). *Designing a new taxonomy of educational objectives*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
23. Marzano, R. J. (2000). *Transforming Classroom grading*. Alexandria, Victoria USA
24. Miles, Barbara & Mcletchie, Barbara (2004). *Developing concepts with children who are Deaf- Blind*. The National consortium on Deaf- Blindness. September, Available at: <http://www.nationaldb.org/documents/products/concepts.pdf>.
25. Moores, D. F. (1996). *Educating the deaf: Psychology, principles, and practices*. Boston, MA: Houghton Mifflin
26. Passig, David & Eden, Sigal (2000). *Improving Flexible Thinking in Deaf and Hard of Hearing Children with Virtual Reality Technology*. *American Annals of the Deaf*, v145, n3, pp. 286-291, Jul 2000.
27. Perkins, D. & Tishman, S. (1997). *Dispositional aspects of intelligence*. Paper Presented at the second Spearman Seminar, The university of Plymouth, Devon, England.
28. Perkins, D.N. (1995). *Outsmarting IQ: The emerging science of Learnable intelligence*. New York: The Free Press.
29. Sizer, T. & Meier, D. (2005). *Habits of Mind*. Retrieved 15 October, 2005 From http://www.essentialschools.org/1pt/ces_docs/210.
30. Tishman, S. (٢٠٠٠). *Why teach habits of mind?* N Costa, A. & Kallick, B. (Eds.). www.habits-of-mind.net
31. West, Donna & Suttonspence, Rachel (2012). *Shared Thinking Processes with four Deaf poets: A window on "the creative "in" Creative Sign Language*. *Journal of Sign Language Studies*, v12, n2, pp 188- 210, Win 2012.
32. Wiersema, Janice A. & Licklider, Barbara L. (2009). *Intentional Mental Processing: Student Thinking as a Habit of Mind*. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, v3, n2, pp. 117-127.

فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة لعينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم إعداد

دكتور/ أيمن رمضان زهران
أستاذ التربية الخاصة المساعد
جامعة المنوفية

دكتور/ أحمد محمد الدبور
أستاذ التربية الخاصة المساعد
كلية التربية – جامعة شقراء

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تقديم برنامج علاجي معتمدا على فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة بأبعادها لديهم حيث تكونت العينة من (٢٠) من الأطفال ذوي صعوبات التعلم صعوبات القراءة والكتابة، والذين تم اختيارهم من مدرسة الأمل بشبين الكوم، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية مقدارها (١٠) أطفال، والأخرى مثلها كمجموعة ضابطة، وتم تقديم جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي للمجموعة التجريبية حيث قدم لهم عدد (٢٤) جلسة علاجية، واستخدم الباحثان اختبار تحصيلي لتحدي ذوي صعوبات القراءة والكتابة، إضافة لمقياس جودة الحياة من إعدادهما، وفي نهاية الجلسات قام الباحثين بالتطبيق البعدي حيث أشارت نتائج الدراسة إلى تحسن درجات جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بدرجات المجموعة الضابطة، مما يشير إلى فاعلية البرنامج المقدم لهم في تحسين جودة الحياة بأبعادها لدى ذوي صعوبات القراءة والكتابة.

Abstract

Present study aimed to provide a therapy program based on the techniques of rational behavioral and emotional therapy to improve the quality of life dimensions have where sample consisted of (20) of children with learning difficulties in reading and writing, and who

have been selected from the School of Alamal at Shebin Koum, were divided into two groups experimental amount(10) children, and the other like experimental group has been providing therapy sessions rational behavioral and emotional experimental group where he presented them with (24) treatment session, the researchers used achievement test to challenge with difficulty reading and writing, as well as to measure the quality of life of their preparation, and at the end of meetings the researchers dimensional application where the results of the study indicated improved quality of life scores in the experimental group compared to the control group degrees, which refers to the effectiveness of the program provided to them in improving the quality of life dimensions have difficulties with reading and writing.

مقدمة

تعتبر نظرية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي طريقة متكاملة للعلاج والتعلم وهي تستند إلى أرضية نظرية معرفية إدراكية، انفعالية، سلوكية وهي تؤيد العلاج النفسي الإنساني والتعليمي، وتتكون من نظرية الشخصية التي هي نظام فلسفي وطريقة علاجية نفسية، حيث يؤكد أليس أن الإنسان يولد ولديه الاستعداد للتصرف بالطريقتين العقلانية واللاعقلانية ويقول: (الأفراد مركبون بيولوجيا على أن يفكروا بطريقة ملتوية في مناسبات عديدة أو أن يهزموا أنفسهم، وأن يبالغوا في كل شيء وأن يشعروا بالإثارة الشديدة ويتصرفوا بغرابة شديدة لأتفه الأسباب ويقترح أليس أيضا أن الإنسان من الناحية الجينية مستعد للانفعال العاطفي والاضطراب النفسي ثم بعد ذلك (الولادة والنمو) يتعرض لمواقف وتأثيرات تساعده على تحقيق ما فطر عليه ولكن على الرغم من أن أليس يؤمن أن الإنسان يجد أن من الأسهل عليه أن يتصرف بطفولية إلا أنه ينبغي ألا يفعل ذلك.

ونظرا لأن متغير جودة الحياة من المتغيرات التي زاد الحديث عنها في الآونة الأخيرة إضافة لحاجة كل من المجتمع والأسرة والمدرسة لتحقيق جودة الحياة للأفراد المنتمين لكل مؤسسة منهما، وبما أن جودة الحياة تشير إلى مدى توافق الفرد مع ذاته ومع المجتمع الذي يعيش فيه، فكان الاهتمام المتزايد بمتغير جودة الحياة بأبعاده المختلفة في شتى المجالات حتى أصبح مجالاً حيويًا ثريًا للبحث والدراسة في وقتنا الحالي في مجالات كثيرة، وكما أن ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف فئاتهم هم أكثر الأفراد احتياجًا للاهتمام بهم في شتى المجالات وخاصة في مجال جودة الحياة بأبعاده المختلفة، فقد اهتمت الدراسة الحالية بتناول متغير جودة الحياة لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم وتقديم برنامج معتمدًا على فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي المختلفة لتحسين جودة الحياة بأبعاده المختلفة لدى عينة الدراسة في محاولة لإعادتهم إلى المجتمع الذي يعيشون فيه.

الإطار النظري

تعتبر جودة الحياة هدف للإنسان المعاصر، وهي إحدى المؤشرات الدالة على الاهتمام بتوافق الفرد في كافة مجالات الحياة وهي وسيلة لتحسين ظروف حياة الفرد وتقاس جودة الحياة طبقاً لهذا المبدأ بمدى توفر الإمكانيات المادية والاجتماعية والنفسية للفرد.

ومن ثم فقد حظي مفهوم جودة الحياة في الفترة الأخيرة باهتمام كبير في كثير من المجالات مثل الطب والاجتماعيات والاقتصاد وعلم النفس والتربية، وقد يشير هارمان (Harman) إلى أن جودة الحياة أحد المؤشرات الدالة على رفاهية الفرد في كافة المجالات مثل جودة الحياة عامة وجودة الزواج وآخر العمر والمدرسة وجودة المستقبل (سامي هاشم، ٢٠٠١، ٢٥)؛ (رجب، ٢٠٠٩، ٨٥).

والمأمل يلاحظ أن مفهوم جودة الحياة على درجة من التعقيد حيث يضم بين جنباته أبعاد كثيرة مثل الحالة الصحية والنفسية والقدرة على أداء الأنشطة اليومية، العمل، والترويح والعلاقات مع الآخرين والخبرات الحسية الممتعة والحصول على الفرص التعليمية المناسبة والقدرة على الاختيار، والمسئولية الاجتماعية والاتصال الفعال، والأخذ والعطاء والسعادة (عبد الفتاح وحسين،

د. أحمد محمد الديور & د. أيهه بهضاه زهراه ————— فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسينه جودة الحياة

(٢٠٠٦، ١٨)؛ (veenhooven,2000,18)، ولذا فقد أشار (حسين، ٢٠٠٤، ١٧) إلى أن جودة الحياة لا تتحقق إلا عن طريق إشباع حاجات الإنسان الحياتية التي لا بد من توافرها لاستمرار الحياة والبقاء، كالحاجة إلى الطعام والشراب والكساء والمأوى والدفاع عن النفس.

ويعد مفهوم جودة الحياة من الناحية النفسية مفهوما ديناميا معقد نسبيا، حيث يتضمن الكثير من المكونات الذاتية والاجتماعية والنفسية الشخصية، وينظر إليه على أنه مظلة عامة تندرج تحتها كل عناصر الصحة النفسية الإيجابية، وترتبط بإدراك الأفراد لحياتهم النفسية، وتهتم بشعور الأشخاص بأن حياتهم ذات قيمة ومعنى إضافة لامتلاكهم علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين وتطوير ذاتهم باستمرار، إضافة لرضا الفرد عن ذاته وامتلاكه الذكاء الاجتماعي، حيث يعبر عن رضا الفرد وسعادته الشخصية والوجدان الموجب، ولذا فقد أكد الباحثون على أن هذا المفهوم يرتبط بالكثير من المتغيرات النفسية والشخصية والاجتماعية (رجب، ٢٠٠٩: ١٧٥).

وتتكون جودة الحياة من عدة متغيرات دالة عليها ومن خلالها نستطيع الحكم على مدى توافر جودة الحياة لدى الفرد ومدى استمتاعه بحياته، وعليه فقد تم اختيار أربعة أبعاد رئيسة لجودة الحياة حددها كل من هاشم (٢٠٠١)، وزهران (٢٠١٠) وهي الرضا عن الحياة والوجود الأفضل والصحة النفسية والصحة الجسمية.

ويتفق الباحثان مع ما أورده كل من فضة ورجب (٢٠٠٩: ٨٨٩) على أن ذوي صعوبات التعلم كغيرهم من العاديين من حقهم توفير حياة جيدة ينعمون بها، حيث يشير مصطلح صعوبات التعلم إلى الأفراد - خاصة الأطفال - الذين يتصفون بقدرة عقلية متوسطة أو فوق متوسطة، إلا أن تحصيلهم الدراسي الفعلي يختلف عن المتوقع منهم، بناء على تلك القدرات العقلية، علاوة على أنهم قد يعانون قصورا في واحدة أو أكثر من العمليات العقلية النمائية (الانتباه، الإدراك والذاكرة)، وتعرف بصعوبات التعلم النمائية، أو يعانون من صعوبة في القراءة أو الكتابة أو التهجي أو الحساب، وتعرف بصعوبات التعلم الأكاديمية).

ويشير كل من الروسان (١٩٩٩: ٢٧١) وكلينتون (٢٠٠٦: ٥) أن صعوبات التعلم تعني وجود مشكلة تتعلق بالتحصيل الدراسي في القراءة أو الكتابة والحساب أو صعوبات في الانتباه والإدراك والذاكرة، وغالبا ما يسبق ذلك مؤشرات مثل صعوبات تعلم اللغة أو النطق، حيث يظهر الطفل تأخرا في اكتساب اللغة، ويكون ذلك مصاحبا بمشاكل في النطق، وعادة ما يحصل ذوو صعوبات التعلم على درجات أقل من المعدل المطلوب مقارنة بمن هم في مثل سنهم، ولا يوجد سبب عضوي أو ذهني واضح لهذا التأخر، ولذا فإن هذا الطفل في حاجة إلى التدريب حتى يمكن تنمية قدراته للوصول إلى المعدل الطبيعي.

وتؤكد العجمي (٢٠٠٦: ٥) أن خطورة مشكلة صعوبات التعلم تكمن في انتشارها لدى قطاع عريض من الأطفال الذين يتمتعون بمستوى عادي - وقد يكون مرتفعا- من حيث القدرات والإمكانات الجسمية والحسية والعقلية، إلا أن معدل تحصيلهم الدراسي يكون أقل من ذلك بكثير، وذلك ما يطلق عليه التباعد الواضح بين إمكاناتهم وتحصيلهم، ومن ثم بين ما يتوقع منهم وبين ما يؤديه بالفعل، وهو ما قد يؤدي إلى التفسير الخاطئ لقدراتهم باعتبار أن الأمل مفقود في ارتفاع تحصيلهم وقدراتهم، ومن ثم لزم الأمر تصميم وبناء استراتيجيات علاجية وتربوية تمكنهم من رفع قدراتهم الدراسية التحصيلية، وخفض درجات الاضطرابات النفسية لديهم.

هذا وتعتبر صعوبات القراءة والكتابة من معيقات عملية التعلم، حيث يبدأ الطفل تعلم القراءة والكتابة في سن مبكرة، وتبدو هذه الصعوبات واضحة في التهجي وصعوبة كتابة الحروف إذا حدث اضطراب لدى الطفل في العمليات النفسية النمائية مثل الانتباه أو الإدراك أو الذاكرة، لأن تعلم القراءة والكتابة يتطلب القدرة على الفهم والتمييز البصري بين الحروف والكلمات وكذلك أيضا القدرة على التمييز السمعي، إضافة لإدراك الشكل من خلال الأرضية، ويتطلب تعلم القراءة والكتابة القدرة على العديد من العمليات المعرفية والنمائية مثل الإدراك والتذكر والتأزر البصري الحركي (سالم وآخرون ٢٠٠٦: ١٤٤).

وقد أكد المعالجون السلوكيون على أن صعوبات التعلم من العوامل التي تعيق التحصيل الدراسي، والتي قد ترجع -أحيانا- إلى استخدام طرق تدريس غير مناسبة، أو إلى افتقار التلاميذ إلى الدافعية الملائمة للتعلم والدراسة، أو إلى وجود التلاميذ في ظروف بيئية غير مناسبة في الأسرة والمدرسة والمجتمع، أو إلى عدم استخدام أساليب التعزيز الموجب لتدعيم الأنماط السلوكية المرغوبة والتعزيز السالب للأنماط السلوكية المرفوضة، ولذا فيركز علاج صعوبات التعلم على إتباع البرامج العلاجية التي تتمركز حول اضطرابات الطفل، مع التركيز على تعديل السلوك الظاهر دون الاهتمام بعوامله وأسبابه (حافظ، ٢٠٠٦: ٢٠).

وعليه يمكن تحسين أساليب الحياة لذوي صعوبات التعلم المختلفة باستخدام فنيات علاجية متنوعة مثل لعب الدور والتفكير العقلاني وأسلوب تعلم المهارات الاجتماعية والتغذية الراجعة، والعلاج بالقراءة والكثير من الفنيات العلاجية ، وكذلك يصلح معهم التعزيز الموجب والتشكيل والتكرار والممارسة، والاندماج التدريجي إضافة للتدريب على المهارات والأنشطة الاجتماعية، وذلك بهدف مساعدتهم على تكيفهم الدراسي، والتغلب على المشكلات التعليمية المختلفة التي تواجههم، وتحسين مستوى جودة الحياة لديهم ورفع مستوى تقديرهم لذواتهم. (Sams, & Rennyddsis, 2006:27)

كما أكدت العجمي (٢٠٠٦: ١٧) على ضرورة تحسين جودة الحياة ونوعيتها لذوي صعوبات التعلم وتأهيلهم نفسيا واجتماعيا، إضافة إلى ضرورة دمجهم في المجتمع نفسيا وجسديا واجتماعيا، وهذا ما يسعى البحث الحالي إليه من خلال برنامج عقلاني سلوكي انفعالي.

والعلاج العقلاني السلوكي الانفعالي أحد أساليب العلاج النفسي المختلفة والذي ظهر على يد رائده ألبيرت إليس (Albert Ellis) الذي اعتبره علاج مباشر موجه نحو الشخص يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة الفرد على تصحيح وتغيير معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي و سلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي،

ولذا يعد العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي محاولة لإدخال المنطق والعقل في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، أو بمعنى آخر علاج اللامعقول بالمعقول، وتبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية وواقعية (Sarah, 2005:3).

إن الإرشاد العقلاني السلوكي الانفعالي مبني على أساس أن الناس يولدون ولديهم استعداد فطري لكل من العقلانية والتفكير المنطقي، واللاعقلانية والتفكير غير المنطقي، حيث ينتج عن العقلانية السلوك الفعال، وأسلوب الحياة المثمر، ويجب العمل على تغيير المعتقدات الخاطئة لتصبح معقولة عن طريق استخدام فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية من خلال مرشد نشط، كما يهدف هذا العلاج إلى تزويد العملاء بطريقة تمكنهم من خفض درجات الإحباط والقلق لديهم، وأن يزيدوا من تقبلهم لذواتهم مما يجعلهم يستشعروا جودة الحياة (عسكر، ٢٠٠٢:٣).

وقد أكد كل من اليس (Ellis, 1999:2) وجراندي (Grandy, 1997:118) على مدى فاعلية فنيات الإرشاد العقلاني السلوكي الانفعالي في التغلب على المشكلات والاضطرابات نفسية المنشأ الناتجة عن الإعاقة، وعليه فإن العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي يصلح للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف فئاتهم، حيث يساعدهم في إعادة النظر إلى حياتهم بشكل جديد أكثر عقلانية مع تصحيح معتقداتهم عن أوضاعهم واضطراباتهم التي يعانون منها، وتمكينهم من حل مشكلاتهم وتعليمهم أساليب أكثر عقلانية لمواجهة المشكلات والاستمتاع بحياتهم.

ويهدف العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي إلى مساعدة الفرد سواء كان عاديا أو من ذوي الاحتياجات الخاصة على تعديل أفكاره اللاعقلانية المسببة للاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها إلى أفكار عقلانية سليمة تساعده على تحقيق قدر ملائم من الصحة النفسية، وتخلصه من آلامه النفسية والاجتماعية والدراسية؛ ولذا فقد وضع إيس ثلاثة فروض رئيسة لتلك النظرية العلاجية الأول: أن التفكير والانفعال بينهما صلة وثيقة، والثاني أن الصلة بين التفكير والانفعال من القوة بحيث أن كليهما يرافق الآخر، وأنها

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة

يتبادلا التأثير على بعضهما البعض وفي بعض الأحيان يكونا نفس الشيء، والثالث أن كليهما يميل إلى أن يكون حديث ذاتي أو عبارات داخلية للفرد، ولذا فقد جاء إليس بنظرية A- B- C حيث أن A هو الحدث أو الاضطراب أما B تعني نظام التفكير، أما C فتمثل الاستجابة (حامد زهران، ٢٠٠٥: ٣٦٧).

وفي هذا السياق حدد إليس (Ellis) الأساس المعرفي للسلوك في معادلة (ABC)، حيث يقوم العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي على إقناع الفرد بأن النتائج الانفعالية غير المرغوبة (Emotional Consequence) ليست نتيجة حتمية للحدث (ACT)، بل نتاج الأفكار أو الاعتقادات الخاطئة التي يتبناها الفرد، ومن مزايا العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي أنه أسلوب مثالي في تغيير الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وإبدالها بأخرى عقلانية، إضافة إلى أنه يحصن المريض ضد تلك الأفكار التي قد تعترضه مستقبلا (Ellis, 17:1994).

وتحاول الدراسة الحالية تصميم برنامج علاجي قائم على الجوانب العقلية والسلوكية والانفعالية للتعامل مع بعض الجوانب العقلية لتساعد ذوي صعوبات التعلم في رفع مستوى جودة الحياة لديهم، وذلك من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار أكثر عقلانية.

مشكلة الدراسة

يشكل الأطفال ذوو صعوبات القراءة والكتابة نسبة كبيرة من الحالات الشائعة لصعوبات التعلم، ولما كان التعلم يعتمد بشكل كبير وكلي على القراءة والكتابة فإن صعوبات التعلم فيها شيء غير مقبول، وتؤثر كثيرا على استنكار الطالب وتزيد لديه الاضطرابات والمشكلات النفسية، حيث تمثل صعوبات القراءة والكتابة ٨٠٪ من ذوي صعوبات التعلم، كما أن المؤشرات توضح أن أغلب أسباب الفشل الدراسي يرجع إلى وجود صعوبات في القراءة والكتابة، ولذا فقد أخذت الدراسة الحالية على عاتقها وضع برنامج علاجي تساعد على تحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة (الزيات، ١٩٩٨: ٤١٣).

وقد أكدت الكثير من الدراسات على معاناة ذوي صعوبات التعلم من الكثير من الاضطرابات النفسية إضافة إلى انخفاض جودة الحياة بأشكالها المختلفة لديهم، ومنها دراسات نيفز وزملائه (Nieves. et. al:1991)، لمان وكانخورست (Laman& Kankhorst: 1994)، وأباجاسالو وزملائه (Benavrate. et. al: 196) ودراسة بينافرات وزملائه (Apiajasalo. et.al: 2004) حيث تناولت تلك الدراسات جودة الحياة لدى عينات مختلفة من ذوي صعوبات التعلم، وأوضحت انخفاض درجاتها لديهم مما يجعلهم في حاجة إلى البرامج التربوية والتدريبية والعلاجية التي تساعد على رفع معدلاتها حتى يمكن التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لديهم.

ويعتبر العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي من الطرق العلاجية التي تصلح للعمل في المراحل المبكرة من حياة الإنسان نظرا لكونها تساعد على تغيير أفكار واتجاهات الفرد لتصبح أكثر عقلانية، وهذا ما يحتاجه الفرد لتصحيح أوضاع حياته، ومن ثم كان التركيز على عينة من التلاميذ من ذوي صعوبات التعلم والذين تكثر لديهم الأفكار اللاعقلانية بسبب تأخرهم الدراسي، ونظرتهم التشاؤمية لمستقبلهم المهني والدراسي، ونظرا لانخفاض مستوى جودة الحياة لتلك الفئة كانت مشكلة الدراسة الحالية، وبناء عليه يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:-

١- ما مدى فاعلية برنامج قائم على العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في تحسين درجات جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم؟
ويتفرع من هذا التساؤل تساؤلات فرعية أخرى وهي :-

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعده الوجود الأفضل بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لدى عينة الدراسة؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعده الرضا عن الحياة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لدى عينة الدراسة؟

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسينه جودة الحياة

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعء الصحة النفسية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لدى عينة الدراسة؟
 - هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعء الصحة الجسمية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لدى عينة الدراسة؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين البعدي والتتابعي في جودة الحياة بأبعائها لدى عينة الدراسة؟

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى وضع برنامج علاجي قائم على العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي بفضياته المتنوعة وذلك لتحسين جودة الحياة لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم، من أجل:-

- ١- إعادة دمج أفراد عينة الدراسة مع رفاقهم بما يجعلهم يشاركونهم في الأنشطة المتنوعة داخل الفصل الدراسي
- ٢- دعم الجوانب الإيجابية في شخصية أفراد العينة لتعديل أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة
- ٣- تحقيق التوافق لأفراد العينة مع رفاقهم
- ٤- رفع درجات التحصيل الدراسي لأفراد العينة

أهمية الدراسة

تنبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية الموضوع موضع البحث، حيث ندرة الدراسات التي اهتمت بجودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم في حدود علم الباحثان في البيئة العربية ويمكن إيجاز أهمية البحث من خلال:-

- ١- جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم لم تلق الاهتمام الكافي في البيئة العربية وخاصة في البيئة السعودية.

- ٢- إعداد برنامج قائم على العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي يساهم في إعادة تأهيل ذوي صعوبات التعلم (القراءة والكتابة) ودمجهم مع أقرانهم ورفع مستوى جودة الحياة لديهم.
- ٣- بناء مقياس لجودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم في المجتمع السعودي يعد لبنة في صرح البناء النفسي الإرشادي والعلاجي.

مصطلحات الدراسة

العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي: هو علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (Ellis, 1997).

جودة الحياة: يعرف فليبس (Philips 2006:20) جودة الحياة بأنها مستوى التوازن بين حاجات الفرد النفسية والجسمية والحياتية ورضاه عن حياته التي يعيشها إضافة لوجود هدف ومعنى لحياته يعمل من أجل تحقيقهما، ويعرف الباحثان جودة الحياة وفقاً للدراسة بأنها تحقيق مستوى مناسب من السعادة يجعل الفرد راضياً عن وجوده وحياته متمتعاً بصحة نفسية وجسمية جيدة من وجهة نظره، وتحدد بالدرجات التي يحصل عليها التلميذ على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

صعوبات التعلم: يعرف عادل عبدالله (٢٠٠٦:١٠) صعوبات التعلم على أنها مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر على هيئة صعوبات ذات دلالة في اكتساب القدرة على الاستماع، أو التحدث، أو القراءة، أو الكتابة، أو التفكير، أو القدرة الرياضية، وتحدث بسبب حدوث اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، وتظهر في شكل قصور في القدرة على الإدراك والتذكر والانتباه.

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران ————— فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة

صعوبات القراءة والكتابة: تعرف صعوبات القراءة والكتابة بأنها صعوبات أكاديمية تعود إلى اضطراب واضح في التعلم يشير إلى ضعف في عملية التهجئة والتعبير الكتابي قد ترتبط بالقدرة اضطراب في العمليات المعرفية للتلميذ مثل الإدراك أو الانتباه أو الذاكرة حيث تعيق عملية التعلم (محمود سالم وآخرون، ٢٠٠٦: ١٤٣).

الدراسات السابقة

يمكن للباحثان عرض ما أتيج لهما من دراسات سابقة تتصل بالموضوع قيد البحث فيما يلي:-

دراسة المداخلي (١٩٩٦) اهتمت تلك الدراسة بتقديم برنامج علاجي عقلاني انفعالي للمضطربين سلوكيا وانفعاليا ممن يعانون رهاب التحدث أمام الآخرين، إضافة لإعادة البنية المعرفية لدى عينة الدراسة، وقد تم اختيار عينة مكونة من (٢٠) طالبا في المرحلة الثانوية مضطربين سلوكيا يعانون رهاب التحدث أمام الآخرين، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، طبق على التجريبية بعضا من فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي، وتوصلت الدراسة إلى انخفاض رهاب التحدث أمام الآخرين بالنسبة للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتخففهم من بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية أكثر من المجموعة الضابطة أيضا.

وقام هامبتون (Hampton, 1999) بدراسة هدفت إلى مناقشة علاقة الإعاقة السمعية بجودة الحياة علي عينة مكونة من (١٤٤) معاق سمعيا (١٢٢ رجل + ٢٢ سيدة) تراوحت أعمارهم من (١٦) إلى (٥٣) عاما، طبق عليهم مقياس جودة الحياة، هذا وقد أكدت نتائج الدراسة على انخفاض درجات المعاق سمعيا في درجات مقياس جودة الحياة، حيث أوصت الدراسة بضرورة وضع برامج علاجية لتحسين جودة الحياة لتلك الفئة.

أما دراسة العامري (٢٠٠٠) فقد اهتمت بمناقشة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل لعلاج عينة من المضطربين

سلوكيا والمدمنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، واشتملت العينة على (٩) أفراد تم اختيارهم من مركز التأهيل الخاص بإمارة الشارقة، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات كل مجموعة مكونة من ثلاثة أفراد، تم تطبيق العلاج المتمركز حول العميل على مجموعة، والعلاج العقلاني الانفعالي على مجموعة أخرى فيما كانت المجموعة الثالثة ضابطة، ومن خلال النتائج اتضح فاعلية كل من العلاج المتمركز حول العميل والعلاج العقلاني الانفعالي في التخلص من الإدمان للمجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وكانت دراسة هاشم (٢٠٠١) تهدف إلي فحص العلاقة بين درجة الإعاقة وجودة الحياة لدى عينة من المعاقين جسميا مكونة من (٦٢) شخصا معاقا جسميا بإعاقات جسمية مختلفة، وقد استخدم مقياس جودة الحياة، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة المتوسطة وذوي الإعاقة البسيطة في جودة الحياة، إضافة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث المعاقين جسميا في متغير جودة الحياة، إضافة لوجود فروق أيضا بين المعاقين وكبار السن في جودة الحياة.

وقد حاولت دراسة الأشقر (٢٠٠٤) تقديم برنامج عقلائي سلوكي انفعالي لخفض قلق التحدث أمام الآخريات لعينة من المضطربين سلوكيا وانفعاليا من الطالبات المقيمات لإقامة داخلية بجامعة الملك سعود، حيث تكونت العينة من (٢٠) طالبة، طبق عليهم مقياس القلق التحدث أمام الآخرين، وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في خفض رهاب قلق التحدث أمام الآخرين لدى المضطربين سلوكيا وانفعاليا من الطالبات الجامعيات.

وقام فيكري وزملاؤه (Vickery, et al.2005) بدراسة العلاقة بين الكآبة والإحساس بجودة الحياة ومفهوم الذات لدى مرضى الشلل الدماغى، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٩) معاقا من مرضى الشلل الدماغى يعانون الكآبة، وتم استخدام مقياس مفهوم الذات ومقياس إيناء الذات وأوضحت الدراسة أن هناك علاقة بين مفهوم الذات والإحساس بجودة الحياة

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن بهضاه زهراء _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسينه جودة الحياة

وان النظرة المتدنية للذات ارتبطت بتدني جودة الحياة والعكس وان هناك علاقة بين الكآبة وجودة الحياة، حيث ارتبطت الكآبة بانخفاض بجودة حياة لدى عينة الدراسة.

وكانت دراسة الصفهان (٢٠٠٥) تهدف إلى تقديم برنامج عقلاني انفعالي لخفض درجة كل من القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المضطربين سلوكيا وانفعاليا، والنزلاء بمستشفى الملك فهد بالقصيم، واشتملت عينة الدراسة على (٢٠) فردا طبق عليهم فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لمدة أربعة أسابيع موزعة على أربعة عشرة جلسة، واستخدم الباحث مقياسي القلق والأفكار اللاعقلانية، وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاض درجات القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة مما.

وأجريت دراسة حسيب (٢٠٠٦) على عينة مكونة من (٦٨) معاقا للتعرف على مدى فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في تخفيف مستوى القلق لدى عينة من المعاقين سمعيا، وتم تطبيق فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي على المجموعة التجريبية، هذا وقد أبرزت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات القلق، حيث انخفضت درجات القلق لدى المجموعة التجريبية أكثر من المجموعة الضابطة مما يؤكد مدى فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في تخفيف درجات القلق لدى المعاقين سمعيا.

أما دراسة بخش (٢٠٠٦) فقد استهدفت الكشف عن الفروق في جودة الحياة بين المعاقين بصريا والعادين بالملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) معاقا ومثلهم من العادين، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٨ عاما) بالملكة العربية السعودية وتم تطبيق مقياس مفهوم الذات ومقياس جودة الحياة، وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بين العادين والمعاقين لصالح العادين، ووجود علاقة دالة موجبة بين جودة الحياة ومفهوم الذات لدى عينة المعاقين والعادين.

واستهدفت دراسة ديريك (Derek, 2006) فحص جودة الحياة لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم، حيث تكونت العينة من (٥٦) طالبا بالمرحلة الثانوية يعانون من صعوبات تعلم مختلفة، طبق عليهم مقياس جودة الحياة، هذا وقد أظهرت النتائج انخفاض درجات جودة الحياة لدى عينة الدراسة، مما يجعلهم في حاجة إلى وضع برامج علاجية وتربوية تهدف إلى رفع معدلات جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم.

وحاولت دراسة حسين (٢٠٠٦) التعرف على العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، واشتملت العينة على (١٠٠) طفل نصفهم من العاديين والنصف الآخر من ذوي صعوبات التعلم، إضافة إلى (١٠٠) فرد من آباء وأمهات الأطفال العاديين وذوي صعوبات التعلم، وتم استخدام مقياس جودة الحياة لذوي صعوبات التعلم الذي أعده كومينس وعربه الباحثان، وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين العاديين وذوي صعوبات التعلم في جودة الحياة لصالح العاديين، إضافة لوجود فروق في جودة الحياة لصالح مستوى الدخل المرتفع، إضافة لوجود علاقة موجبة بين مستوى تعليم الوالدين وجودة الحياة وعدم وجود علاقة بين جودة الحياة والجنس.

وحاولت دراسة علي (٢٠٠٧) تقديم برنامج علاجي معتمدا على فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين درجات الرضا عن الحياة لدى عينة من المعاقين بدنيا تكونت من (٣٥) فرد، واختار الباحث عينة من المعاقين جسميا بإعاقات جسمية مختلفة، قسمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وطبق عليهم مقياس الرضا عن الحياة واتضح عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين، وبعد أن استخدم فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي على المجموعة التجريبية اتضح من خلال النتائج ارتفاع درجات العينة التجريبية على اختبار الرضا عن الحياة أكثر من المجموعة الضابطة مما يعني أن جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي ساعدت في رفع درجات الرضا عن الحياة لدى المعاقين بدنيا.

وهدفت دراسة ستينبرج وزملائه (Steinberg; et al, 2008) إلى معرفة متطلبات جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين سمعياً حيث طبقت الدراسة على (٢٠) أسرة من أسر المعاقين سمعياً، وخلصت الدراسة بمجموعة من المتغيرات من شأنها أن تؤثر على جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً وأسرهم، منها درجة فقدان السمع، إمكانية زرع قوقعة، الوضع الاجتماعي، الرعاية الصحية، تقبل المجتمع لهم، الوضع التعليمي، الوضع الزواجي، طبيعة العمل، الحالة المادية، ولذا فقد أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالمعاقين سمعياً وأسرهم، وتقديم برامج دعم لهم.

واستهدفت دراسة زهران (٢٠١٠) فهم طبيعة العلاقة بين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً وكل من (مفهوم الذات، والوعي بالذات، ومراقبة الذات، ودافعية الانجاز)، إضافة إلى محاولة تفسير تلك العلاقات وتركيز الاهتمام على الجوانب الايجابية في حياة الإنسان عامة والمعاقين سمعياً خاصة، ولذا فقد تكونت عينة الدراسة من (٨٣) طالباً من المعهد الثانوي المهني للصم وضعاف السمع بشبين الكوم من الجنسين، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة للمعاقين ودرجاتهم على مقياس مفهوم الذات، الوعي بالذات، دافعية الإنجاز ومراقبة الذات.

تعقيب على الدراسات السابقة

تناول الباحثان في الدراسات السابقة التي تم تقديمها محورين هامين هما محوري الدراسة الأساسيين وهما العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وجودة الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وذوي صعوبات التعلم بصفة خاصة، فيما اتفقت الدراسات السابقة التي قدمها الباحثين على فاعلية جلسات العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة العديد من الاضطرابات والمشاكل النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف فئاتهم وذوي صعوبات التعلم أيضاً، وذلك حسب ما أشارت إليه دراسات كلا من المداخلي (١٩٩٦)، العامري (٢٠٠٠)، الأشقر (٢٠٠٤)، الصفهان (٢٠٠٥)، عبدربه (٢٠٠٦)، علي (٢٠٠٧) مما يؤكد على ضرورة تطبيق فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي والاستفادة منها مع ذوي صعوبات التعلم.

ومن الدراسات السابقة التي تناولت محور جودة الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة فكانت دراسات كل من هامبتون (1999) Hampton، هاشم (٢٠٠١)، فيكري وزملاؤه (2005) Vickry, et.al، بخش (٢٠٠٦)، ديريك (2008) Steinberg, et.al ودراسة (٢٠٠٦)، حسين (٢٠٠٦)، ستنبريج وزملاؤه (2008) Steinberg, et.al ودراسة زهران (٢٠١٠)، حيث أهتمت تلك الدراسات بمناقشة جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة ومدى حاجتهم لرفع معدلاتها لديهم لتحقيق التوافق والتكيف النفسي لهم في الأسرة والمدرسة والمجتمع، ومما سبق فلا توجد دراسة عربية واحدة في حدود علم الباحثان اهتمت بالبرامج الإرشادية أو العلاجية لتنمية جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم، ومن ثم كانت هناك ضرورة لإجراء الدراسة الحالية لتحسين جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم في المرحلة المتوسطة.

فروض الدراسة

على ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة أمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:-

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعث الوجود الأفضل بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعث الرضا عن الحياة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعث الصحة النفسية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعث الصحة الجسمية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لأبعاد المقياس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح التطبيق البعدي.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين البعدي والتابعي بالنسبة لأبعاد المقياس والدرجة الكلية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

إجراءات الدراسة

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٢٠) تلميذا صنّفوا على أنهم ذوي صعوبات تعلم ممن يعانون من صعوبات في القراءة والكتابة، من مدرسة الأمل بشبين الكوم، تراوحت أعمارهم ما بين (١٠-١٣) عام، وتم تصنيفهم على أنهم من ذوي صعوبات التعلم وفقا لتشخيصهم من قبل إدارة المدرسة، ووفقا للاختبار التحصيلي الذي وضعه الباحثان لتحديد ذوي صعوبات القراءة والكتابة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وأخرى ضابطة، لمقياس الفروق بينهم في درجات جودة الحياة بأبعادها المختلفة قبل وبعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي.

أدوات الدراسة

تمثلت أدوات الدراسة الحالية في:-

أولا: اختبار تحصيلي لتحديد ذوي صعوبات القراءة والكتابة

أعد الباحثان اختبار تحصيلي بهدف تحديد عينة الدراسة الحالية ذوي صعوبات القراءة والكتابة، ولتحديد صدق وثبات الاختبار تم عرض الاختبار في صورته المبدئية على المحكمين، وتم الاتفاق على الأسئلة التي اتفق عليها السادة المحكمون، فيما تم حذف الأسئلة التي لم يتفق عليها المحكمون مما يؤكد صدق الاختبار التحصيلي، وقام الباحثان بتطبيق الاختبار التحصيلي

على عينة مماثلة لعينة الدراسة تكونت من (٣٠) طالب يعانون من صعوبات القراءة والكتابة قبلها، ثم تم إعادة تطبيق نفس الاختبار عليهم بهدف تحديد معامل الارتباط بين التطبيقين، وقد أوضحت النتائج وجود ارتباط دال بين التطبيقين، حيث كانت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ٠,٨٧، وهذا يشير إلى ثبات الاختبار.

ثانيا: برنامج العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي

- الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي

أولاً: الفنيات العقلانية: ويندرج تحتها مجموعة كبيرة من الفنيات التي تشتمل على التحليل المنطقي للأفكار غير العقلانية، والتعلم والتوجيه، وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية والتخلي عن الأفكار غير العقلانية، والإيحاءات والتشتيت المعرفي.

ثانياً: الفنيات السلوكية: يستخدم المعالج في العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي الأساليب والفنيات السلوكية منها:-

١. الواجبات المنزلية التي يكلف بها المرشد المسترشد، من خلال مواجهة المواقف التي يخاف منها الفرد ولا يريد البوح بها، ومن هذه الواجبات قراءة بعض القصص أو الكتب، ولابد أن تشمل الواجبات المنزلية على جوانب عقلية مثل التعرف على الأفكار غير المنطقية وتدوينها
٢. أساليب الإشراف الإجرائي مثل التعزيز والعقاب والتشكيل وغيرها
٣. أسلوب الاسترخاء
٤. التخيل

ثالثاً: الفنيات الانفعالية: يستخدم القائمون على الإرشاد العقلاني السلوكي الانفعالي مجموعة من الطرق انفعالية الوجهة، بمعنى أنها موجهة للعمل على مشاعر المسترشد، ومن بين تلك الأساليب أسلوب لعب الدور، أسلوب التشكيل بالأنموذج، أسلوب مهاجمة الشعور بالنقص، والاسترخاء العضلي،

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسينه جودة الحياة

وغير ذلك من الأساليب التي تساعد المسترشد على إظهار نفسه والتعرف على مشاعره السلبية، وأن يكون على اتصال بمشاعره الشخصية والاستعانة بالجوانب المعرفية والسلوكية لتغيير المشاعر المضطربة لديه.

ـ مسلمات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي : تستند هذه الطريقة العلاجية على عدة مسلمات أهمها :-

- ١- الإنسان هو الذي يعطي للحياة المعنى والهدف
- ٢- البشر يستطيعون أن يختاروا أهدافهم
- ٣- التأكيد على أهمية التفكير العلمي الصحيح
- ٤- تأتي الأفكار اللاعقلانية من أسلوب الحياة الخاطئ
- ٥- لا يوجد أي إنسان ثابت التفكير
- ٦- ينتج الشعور بالقلق والاكتئاب والاضطرابات النفسية بسبب الاختلالات العقلية الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية
- ٧- يجب تنحية الأفكار اللاعقلانية عن طريق فنيات الإرشاد العقلاني السلوكي الانفعالي

ـ دور المرشد في الإرشاد العقلاني السلوكي الانفعالي : المرشد في هذا النوع من العلاج النفسي عليه أدور كثيرة منها أن دوره تعليميا إيجابيا، من خلاله يعيد أفكار العميل اللا منطقية إلى أفكار منطقية، ويوضح له أسباب الاضطراب، وينبغي على المرشد أن يكشف بصفة مستمرة عن هذه الأفكار اللاعقلانية، ومن هنا عليه أن يعلم العميل كيفية إعادة النظر في تفكيره، لإبدال الأفكار اللاعقلانية القديمة بأفكار جديدة أكثر عقلانية، كما يساعد العميل على أداء الأنشطة المختلفة التي يخاف من ممارستها.

ـ أهداف العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي : الهدف الرئيسي الذي حدده إلبرت أليس في العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي هو التخفيف من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والنفسية لدى المسترشد من خلال إبدال أفكار المسترشد اللاعقلانية بأفكار عقلانية، إضافة على تقليل درجات القلق

والعدوان والغضب للأشخاص، وتزويد المسترشدين بطرق تفكير تساعدهم في التخفيف من اضطراباتهم ومشاكلهم التي يعانون منها، وخاصة إذا كان هؤلاء الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

– طريقة سير الجلسات العلاجية: تسير الجلسات العلاجية في هذا البحث على شكل الإرشاد الجمعي، نظرا لسهولة تطبيقه على العينة، كما أن هناك بعض الأنشطة الجماعية التي تحتاج إلى العمل الجماعي.

– مدة الجلسات العلاجية: سوف يستغرق البرنامج (١٢) أسبوع بحيث يتكون من ٢٤ جلسة وبمعدل جلستين أسبوعيا، تستغرق الجلسة نحو (٤٥ إلى ٦٠ دقيقة)، ويطبق البرنامج على الفئة المستهدفة في جلسات جماعية.

– بناء الجلسات العلاجية: تسير الجلسات العلاجية وفق خطة محددة المكان والزمان بحيث تشمل:-

- ١- **موضوع الجلسة:** حيث أن لكل جلسة موضوع مختلف عن الجلسة التي تسبقها وفي نفس الوقت مكمل لها.
- ٢- **أهداف الجلسة:** تسير الجلسات وفق أهداف مخطط لها ومعدة من الباحثان بحيث تحقق كل جلسة هدف مكمل للجلسات التي تسبقها.
- ٣- **الفتيات العلاجية:** سوف يتم اختيار الفتيات العلاجية التي تنتمي للعلاج العقلاني السلوكي الانفعالي والتي تتناسب مع خصائص عينة الدراسة، بحيث تكون سهلة الفهم والتطبيق.
- ٤- **زمن الجلسة:** كل جلسة محددة بوقت معين يتراوح بين (٤٥ – ٦٠) دقيقة.
- ٥- **الواجب المنزلي:** يعطى أفراد العينة واجب منزلي لمراجعة أهداف الجلسة، وتذكر ما دار بها وتنشيط الذاكرة والفهم لدى العينة.

– محتوى الجلسات العلاجية: اشتمل البرنامج العلاجي العقلاني السلوكي الانفعالي على أربع وعشرون جلسة للتدريب على تحسين جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى عينة البحث والجدول (١) يوضح سير الجلسات العلاجية كالتالي:-

جدول (١)

ملخص جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف	الفنية المستخدمة
١	التعارف	التعرف على أفراد العينة وتشجيعهم	المناقشة الجماعية
٢	التهيئة	يتم تقديم ملخص للفترة التي يقضيها معهم الباحثان	المناقشة الجماعية
٣	صعوبات التعلم	التعرف على ذوي صعوبات التعلم ومشكلاتهم	المحاضرة والحوار
٤	مشكلات ذوي صعوبات التعلم	مناقشة أكثر الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي يعانونها	المحاضرة الواجب المنزلي
٥	حاجات ذوي صعوبات التعلم	توضيح أهم الحاجات اللازمة لذوي صعوبات تعلم القراءة والكتابة	المحاضرة الواجب المنزلي
٦	التفاؤل والتشاؤم	تقديم نموذج لشخص يواجه مواقف صعبة يتصرف فيها بحكمة يعدل فيها من أفكاره السلبية بأخرى إيجابية	النمذجة
٧	السعادة والصحة النفسية	تقديم رؤية عن مفهوم السعادة وكيفية تحقيقها من خلال الصحة النفسية السليمة	المناقشة الواجب المنزلي
٨	اللعاب	مشاركة أفراد العينة لبعض الألعاب الجامعية من ابتكار الباحثين	لعاب الأدوار
٩	التقييم	تقييم ما تم من جلسات	الواجب المنزلي
١٠	الرضا عن الحالة الصحية	نظرة على مفهوم الحالة الصحية، وكيف يكون الفرد راضيا عما هو عليه	المناقشة
١١	تعديل الأفكار	تعديل الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية المرتبطة بالحالة الصحية	إعادة البناء المعرفي
١٢	الأفكار السلبية	حرمان العينة من أي تعزيز عندما يبدي أية أفكارا سئية أو سلبية	العقاب
١٣	تعديل السلوك	تعديل سلوكيات العينة الخاطئة بأخرى صحيحة	التعزيز
١٤	الانفعال	تعويد العينة كيفية التحكم في انفعالاتهم الناتجة عن صعوبة القراءة أو الكتابة	المواجهة
١٥	اللعاب	تقديم بعض الألعاب الجماعية الهادفة التي تشجع على المشاركة في الأنشطة	لعاب الدور
١٦	المعتقدات الخاطئة	مناقشة أفراد العينة في معتقداتهم وأفكارهم الخاطئة	المناقشة والحوار
١٧	الوجود الأفضل	كيف يرى أفراد العينة وجودهم في الحياة وكيف يمكن جعله الحياة بصورة أفضل؟	إعادة البناء المعرفي الواجب المنزلي
١٨	الجسم السليم	كيف يكون أفراد العينة بصحة جسمية؟	التشكيل الواجب المنزلي
١٩	الانبساط والانطواء	تعديل أفكار العينة عن حالتهم النفسية الناتجة عن ضعفهم في القراءة والكتابة	التعزيز الواجب المنزلي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف	الفنية المستخدمة
٢٠	جودة الحياة	كيف يرى أفراد العينة الحياة بالنسبة لهم الآن؟	المواجهة
٢١	اللعب	تدريب العينة على التعاون معا وحب من حولهم	لعب الدور
٢٢	التطبيق البعدي	إعادة التطبيق على المجموعة التجريبية	المناقشة
٢٣	توديع العينة	إنهاء العلاج وتوديع العينة	المناقشة والمحاضرة
٢٤	التطبيق التتابعي	يتم إعادة التطبيق التتابعي على المجموعة التجريبية وذلك بعد شهرين من التطبيق البعدي	المناقشة والمحاضرة

تحكيم البرنامج وتقنيته

تم عرض البرنامج في صورته المبدئية على السادة المحكمين، وتم الاتفاق على الجلسات التي وافق عليها السادة المحكمون، فيما تم حذف عدد من الجلسات وتعديل أهداف بعضها وفقا لما رآه المختصون بحيث أن جلسات البرنامج تكون سهلة الفهم على عينة الدراسة وتعود مرجعيتها إلى العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي، إضافة لتكامل الجلسات العلاجية مع بعضها البعض بحيث أن كل جلسة تكمل الجلسة التي تسبقها وتمهد للتي تليها، مع ضرورة وضع واجب منزلي لكل جلسة يذكر العينة بالجلسة ويؤكد على ما تم إنجازه بها، وهذا ما أكد عليه السادة المحكمون.

ثالثا: مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثين

وصف المقياس

اشتمل المقياس على (٦٤) عبارة تناولت مظاهر جودة الحياة لدى التلميذ الذي يعاني من صعوبات تعلم في القراءة والكتابة، في مواقف الحياة المختلفة التي تواجهه في المدرسة أو البيت، هذا وقد تكون المقياس من أربعة أبعاد هي:-

أ- الوجود الأفضل
ب- الرضا عن الحياة
ج- الصحة النفسية
د- الصحة الجسمية

صدق المقياس

تم حساب صدق المقياس بالطرق التالية:-

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن بهضاه زهراء _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسينه جودة الحياة

١ - صدق المحكمين: حيث تم عرض مقياس جودة الحياة للطفل في صورته الأولية على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والطب النفسي، وتم تحديد العبارات التي تم الاتفاق عليها، ومن ثم تم تعديل العبارات التي كانت في حاجة إلى إعادة نظر أو إعادة صياغة، بالإضافة إلى أخذ الملاحظات في الاعتبار، وتم استبعاد العبارات التي لم يتم الاتفاق عليها، حتى أخذ المقياس صورته النهائية.

٢ - الصدق التلازمي: تم حساب معامل الارتباط بين المقياس الحالي لجودة الحياة ومقياس جودة الحياة لبشرى أرنوط (٢٠٠٨)، وكانت معاملات الصدق مرتفعة كما هو موضح بالجدول (٢):-

جدول (٢)

يوضح معاملات ارتباط أبعاد المقياس جودة الحياة بمقياس جودة الحياة لبشرى أرنوط

معامل الارتباط بطريقة جتمان	معامل الارتباط بطريقة بيرسون	البعد
٠,٦٦	٠,٧٠	الرضا عن الحياة
٠,٥٧	٠,٨٦	الوجود الأفضل
٠,٧٨	٠,٦٦	الصحة النفسية
٠,٦٤	٠,٧٠	الصحة الجسمية
٠,٧٩	٠,٨١	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول رقم (٢) قوة الارتباط بين أبعاد مقياس جودة الحياة الحالي والدرجة الكلية لمقياس بشرى أرنوط (٢٠٠٨) عندما تم حسابها بطريقة بيرسون وجتمان حيث كانت المعاملات دالة كلها مما يؤكد على صدق مقياس جودة الحياة الحالي.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات من خلال أكثر من طريقة عن طريق:-

١ - الاتساق الداخلي وقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه كما تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له والجدولين (٣) و (٤) يوضحان معاملات ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للاختبار وارتباط أبعاد الاختبار بالدرجة الكلية كالتالي:-

جدول (٣)

يوضح معاملات ارتباط درجات العبارات بالبعد الذي تنتمي إليه بالمقياس

البعد	العبرة	البعد	العبرة	البعد	العبرة	البعد	العبرة
الصحة الجسمية		الصحة النفسية		الوجود الأفضل		الرضا عن الحياة	
**٠,٥٦	١	**٠,٦٧	١	**٠,٩٣	١	**٠,٥٩	١
**٠,٥٥	٢	**٠,٧٨	٢	**٠,٧٦	٢	**٠,٧٨	٢
**٠,٧٧	٣	**٠,٨٠	٣	**٠,٥٦	٣	**٠,٧٤	٣
**٠,٧٦	٤	**٠,٦٧	٤	**٠,٦٧	٤	**٠,٨٠	٤
**٠,٦٩	٥	**٠,٦٧	٥	**٠,٥٣	٥	**٠,٦٨	٥
**٠,٨٠	٦	**٠,٥٤	٦	**٠,٨٣	٦	**٠,٦٧	٦
**٠,٨٨	٧	**٠,٧٦	٧	**٠,٧٩	٧	**٠,٦٦	٧
**٠,٧٥	٨	**٠,٨٠	٨	**٠,٨٦	٨	**٠,٨٩	٨
**٠,٥٥	٩	**٠,٧٦	٩	**٠,٨٣	٩	**٠,٩٠	٩
**٠,٦٤	١٠	**٠,٩٠	١٠	**٠,٧٢	١٠	**٠,٥٦	١٠
**٠,٧٦	١١	**٠,٩٠	١١	**٠,٩٠	١١	**٠,٨١	١١
**٠,٨٢	١٢	**٠,٧٥	١٢	**٠,٦٥	١٢	**٠,٦٥	١٢
**٠,٧٤	١٣	**٠,٧١	١٣	**٠,٨٩	١٣	**٠,٧٠	١٣
**٠,٨١	١٤	**٠,٨٣	١٤	**٠,٨٠	١٤	**٠,٦٧	١٤
**٠,٥٩	١٥	**٠,٦٧	١٥	**٠,٦٥	١٥	**٠,٨٧	١٥
**٠,٦٧	١٦	**٠,٨٨	١٦	**٠,٨٧	١٦	**٠,٩٢	١٦

** دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٣) أن معاملات الارتباط للمضردات بالنسبة لبعده الرضا عن الحياة تراوحت بين ٠,٩٢ إلى ٠,٥٦، وبالنسبة لبعده الوجود الأفضل تراوحت المعاملات بين ٠,٩٣ و ٠,٥٦، بينما تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة لبعده الصحة النفسية بين ٠,٩٠ و ٠,٥٤، وقد تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة لبعده الصحة الجسمية بين ٠,٨٨ و ٠,٥٥ وكلها دالة عند مستوى (٠,٠٥) والجدول رقم (٤) يشير إلى معاملات ارتباط أبعاد اختبار جودة الحياة للطفل المعاق بالدرجة الكلية كالتالي:-

جدول (٤)

يوضح معاملات ارتباط أبعاد المقياس بالدرجة الكلية

البعد	بيرسون	جتمان	ألفا كرونباخ
الرضا عن الحياة	٠,٦٧	٠,٧٥	٠,٩٤
الوجود الأفضل	٠,٧٥	٠,٥٩	٠,٨٠
الصحة النفسية	٠,٨٠	٠,٧٧	٠,٨٨
الصحة الجسمية	٠,٦١	٠,٥٨	٠,٨٥
الدرجة الكلية	٠,٧٧	٠,٦٨	٠,٨٤

ويتضح من الجدول (٤) قوة ارتباط بنود مقياس جودة الحياة للطفل المعاق بالدرجة الكلية، حيث كانت معاملات الارتباط بالنسبة للأبعاد الأربعة دالة إحصائياً في اختبارات بيرسون وجتمان وألفا كرونباخ عند مستوى ٠,٠١.

٢- إعادة التطبيق: كما تم حساب الثبات في مقياس جودة الحياة للأطفال المعاقين عن طريق إعادة التطبيق والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية كما يلي:-

جدول (٥)

يوضح معاملات الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق

البعد	معاملات الارتباط عن طريق بيرسون	معاملات الارتباط عن طريق ألفا كرونباخ
الرضا عن الحياة	٠,٧٧	٠,٨٦
الوجود الأفضل	٠,٧٨	٠,٨٤
الصحة النفسية	٠,٧٨	٠,٩٣
الصحة الجسمية	٠,٦٨	٠,٨٠

يتضح من الجدول (٥) وجود ارتباط بين أبعاد المقياس وبين الدرجة الكلية، فكان معامل الارتباط بالنسبة لبعد الرضا عن الحياة عن طريق بيرسون ٠,٧٧ وعن طريق ألفا كرونباخ ٠,٨٦، أما بالنسبة لبعد الوجود الأفضل فقد كان معامل الارتباط عن طريق بيرسون ٠,٧٨، وعن طريق ألفا كرونباخ كان معامل الارتباط ٠,٨٤، وكان معامل الارتباط بالنسبة لبعد الصحة النفسية عن طريق بيرسون ٠,٧٨، وعن طريق ألفا كرونباخ ٠,٩٣، في حين كانت معاملات

الارتباط لبعدها الصحة الجسمية بالنسبة لبيرسون ٠,٦٨، وألفا كرونباخ ٠,٨٠، وكلها معاملات ارتباط دالة توضح أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

منهج الدراسة

تم استخدام المنهج التجريبي حيث تم تطبيق أدوات البحث المتمثلة في الاختبار التحصيلي لصعوبات القراءة والكتابة والبرنامج العقلاني السلوكي الانفعالي ومقياس جودة الحياة حيث تم تطبيق مقياس جودة الحياة قبل تطبيق الجلسات العلاجية لتوضيح التجانس بين المجموعتين، وتم التطبيق البعدي لمناقشة مدى فاعلية الجلسات العلاجية العقلانية السلوكية الانفعالية من خلال مقارنة درجات المجموعة التجريبية قبلها وبعديا، ومقارنة درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

الأساليب الإحصائية

اعتمدت الدراسة الحالية على بعض الأساليب الإحصائية التالية:-

- ١- معاملات الارتباط لبيرسون وألفا كرونباخ وجتمان
- ٢- اختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة (اختبار لابالامتري)
- ٣- اختبار مان ويتيني للعينات غير المترابطة (اختبار لابالامتري)

نتائج الدراسة

قام الباحثان بتطبيق مقياس جودة الحياة قبلها لحساب التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الأبعاد الأربعة (الوجود الأفضل، الرضا عن الحياة، الصحة النفسية والصحة الجسمية) إضافة للدرجة الكلية، ثم تم التطبيق البعدي لمقياس جودة الحياة على أفراد العينة للمقارنة بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، وبعد ذلك تم التطبيق التتابعي لمقياس الفروق بين درجات المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي وبين درجاتهم بعد انتهاء البرنامج العلاجي بمدة زمنية قدرها شهران لمقياس مدى استمرار التحسن في جودة الحياة للمجموعة وسوف تنقسم نتائج الدراسة إلى ثلاثة أجزاء كما يلي:-

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسينه جودة الحياة

أولاً: نتائج التجانس (التطبيق القبلي)

والجدول (٧) يوضح مدى التجانس بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد مقياس جودة الحياة وذلك قبل تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي كما يلي:-

جدول (٧)

يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية والضابطة قبل تطبيق مقياس جودة الحياة

الأبعاد	التطبيق	ن	الرتب الموجبة	الرتب السالبة	الرتب المتماثلة	م الرتب	مج الرتب	Z
الرضا عن الحياة	تجريبية	١٠	٩	٣	٨	٦,٧٥	٣٤,٥٠	٠,٢٢
	ضابطة	١٠				٩,٥	٥٥	٠,٥٢
الوجود الأفضل	تجريبية	١٠	٧	٣	١٠	٥,٥٠	٣٣	٠,٧٦
	ضابطة	١٠				٩,٥	٥٤	٠,٨٨
الصحة النفسية	تجريبية	١٠	٧	٢	١١	٦,٦	٣٤,٥	٠,٤٢
	ضابطة	١٠				٩,٣	٥٤	٠,٥٤
الصحة الجسمية	تجريبية	١٠	٦	٤	١٠	٨,٣	٣٥	٠,٤٥
	ضابطة	١٠				٧,٧	٥٤	٠,٢١
الدرجة الكلية	تجريبية	١٠	٤	٦	١٠	٨,٥٨	٣٦	٠,١٢
	ضابطة	١٠				٩,٤٢	٥٧,٥	٠,٣٤

يتضح من الجدول (٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة عند التطبيق قبلها لأبعاد مقياس جودة الحياة، وذلك يؤكد التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد المقياس، حيث أن قيمة Z كانت أكبر من ٠,٠٥ في جميع محاور المقياس مما يؤكد عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين.

ثانياً: نتائج التطبيق البعدي

الجدول التالي يوضح نتائج التطبيق البعدي كما يلي:-

جدول (٨)

يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي على مقياس جودة الحياة

الأبعاد	المجموعة	ن	م الرتب	مج الرتب	Z قيمة
الرضا عن الحياة	بعدي تجريبية	١٠	٨,٠٠	١٢٠,٠٠	*٢,١-
	بعدي ضابطة	١٠	١٥,٠٠	٢٤٥,٠٠	
الوجود الأفضل	بعدي تجريبية	١٠	٨,٠٧	١٢١,٠٠	*١,٢-
	بعدي ضابطة	١٠	١٦,٩٣	٢٤٤,٠٠	
الصحة النفسية	بعدي تجريبية	١٠	٨,٠٣	١٢٠,٥٠	*١,٤-
	بعدي ضابطة	١٠	١٦,٩٧	٢٤٤,٥٠	
الصحة الجسمية	بعدي تجريبية	١٠	٨,٠٠	١٢٠,٠٠	*٢,٦-
	بعدي ضابطة	١٠	٢٣,٠٠	٢٤٥,٠٠	
الدرجة الكلية	بعدي تجريبية	١٠	٧,٠٥	١٢٢,٠٠	*٢,٥-
	بعدي ضابطة	١٠	٠,٩,١٨	٢٤٤,٠٠	

× دالة عند مستوى ٠,٠٥ حيث قيمة $Z > ٠,٠٥$

يتضح من الجدول (٨) وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي بالنسبة لدرجات العينة في أبعاد اختبار جودة الحياة، حيث بلغت قيمة Z المحسوبة لأبعاد المقياس كالتالي الرضا عن الحياة-٢,١، الوجود الأفضل -١,٢، بعد الصحة النفسية -١,٤، الصحة الجسمية -٢,٦ والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة كانت -٢,٥، على التوالي وكلها أقل من قيمة (Z) الجدولية ١,١، وذلك يعنى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين بعد تطبيق البرنامج العلاجي بالنسبة لأبعاد الاختبار، أي أن الفروق بين درجات المجموعتين بعد تطبيق البرنامج كانت ذات دلالة لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يؤكد فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في تعديل جودة الحياة لدى عينة الدراسة.

جدول (٩)

يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي على مقياس جودة الحياة

الأبعاد	التطبيق	ن	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
الرضا عن الحياة	قبلي	١٠	٩,٠٠	١٢٢,٠٠	*١,٠٠-
	بعدي		١٧,٠٠	٢٤٣,٠٠	
الوجود الأفضل	قبلي	١٠	٩,٠٧	١٣٤,٠٠	*١,٤-
	بعدي		١٨,٥١	٢٤٠,٠٠	
الصحة النفسية	قبلي	١٠	٧,١٢	١٢٢,٥٠	*١,٣-
	بعدي		١٦,٩٧	٢٤٤,٥٠	
الصحة الجسمية	قبلي	١٠	٨,١٢	١٢٠,٠٠	*١,٥-
	بعدي		٢٤,٠١	٢٤٤,٠٠	
الدرجة الكلية	قبلي	١٠	٨,٠٥	١٢٠,٠٠	*١,٤-
	بعدي		١١,١٦	٢٤٠,٠٠	

× دالة عند مستوى ٠,٠٥ حيث قيمة $Z > ٠,٠٥$

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات رتب التطبيقين قبل وبعد جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لمقياس جودة الحياة، حيث بلغت قيمة Z المحسوبة لأبعاد المقياس كالتالي الرضا عن الحياة -١,٠٠، الوجود الأفضل -١,٤، بعد الصحة النفسية -١,٣، الصحة الجسمية -١,٥، والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة كانت -١,٤، على التوالي وكلها أقل من قيمة (Z) الجدولية ٠,١١، وذلك يعنى وجود فروق دالة إحصائياً بين التطبيقين بعد تطبيق البرنامج العلاجي بالنسبة لأبعاد الاختبار لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يؤكد تحسن درجات جودة الحياة بعد تطبيق العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي.

ثالثاً: نتائج التطبيق التتابعى

والجدول (١٠) يوضح عدم وجود فروق ذات دلالة في قيمة (Z) بالنسبة للتطبيقين البعدي والمتابعة في أبعاد المقياس كما يلي:-

جدول (١٠)

يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات التطبيقين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس جودة الحياة

الأبعاد	التطبيق	ن	الرتب الموجبة	الرتب السالبة	الرتب المتماثلة	م الرتب	مج الرتب	Z
الرضا عن الحياة	بعدي متابعة	١٠	١٠	٣	٧	٦,٧٥ ٩,٥	٤٠,٥٠ ٥٧	١,٢٤ ٢,٨
الوجود الأفضل	بعدي متابعة	١٠	١٣	١	٦	٥,٥٠ ٩,٥	٣٣ ٥٧	١,٢٦ ٢,٨
الصحة النفسية	بعدي متابعة	١٠	١٢	٣	٥	٦,٦ ٩,٣	٣٦,٥ ٥٦	١,٤٨ ٢,٨
الصحة الجسمية	بعدي متابعة	١٠	١٠	٢	٨	٨,٣ ٧,٧	٥٠ ٤٧	١,٨ ١,٣
الدرجة الكلية	بعدي متابعة	١٠	٨	٤	٦	٨,٥٨ ٩,٤٢	٤٦ ٥٦,٥	١,١٤ ١,٨١

يتضح من الجدول (٩) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية عند التطبيقين البعدي والمتابعة بالنسبة لأبعاد مقياس جودة الحياة وهذا يؤكد على استمرار التحسن لدى العينة التجريبية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي حيث أن قيمة Z كانت أكبر من ٠,٠٥ لجميع محاور المقياس.

مناقشة نتائج الدراسة

نصت فروض الدراسة الحالية على:-

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعده الوجود الأفضل بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعده الرضا عن الحياة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.

د. أحمد محمد الديور & د. أيمن رمضان زهران _____ فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعدها الصحة النفسية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعدها الصحة الجسمية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح المجموعة التجريبية.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لأبعاد المقياس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لصالح التطبيق البعدي.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين البعدي والتابعي بالنسبة لأبعاد المقياس والدرجة الكلية بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

يتضح من النتائج التي توصلت إليها الدراسة فاعلية جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في تحسن درجات جودة الحياة لدى العينة التجريبية مقارنة بدرجات المجموعة الضابطة، حيث أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين في أبعاد المقياس الأربعة (الوجود الأفضل- الرضا عن الحياة- الصحة النفسية والصحة الجسمية) بين المجموعتين لصالح التجريبية، وسوف يتم تفسير النتائج على النحو التالي:-

أولاً: نتائج التطبيق البعدي

يتضح من خلال النتائج يتضح فاعلية الجلسات العلاجية العقلانية السلوكية الانفعالية في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في أبعاد مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية، حيث أكدت دراسة كل من همبتون (Himpton, 1999)، وسامي هاشم (٢٠٠١) على أن جودة الحياة بأبعادها المختلفة ترتبط بالإعاقة، حيث أن حدوث الإعاقة

السمعية أو الجسمية لدى الأشخاص كان سببا رئيسيا في انخفاض درجات جودة الحياة لديهم إضافة إلى بعض السمات الأخرى لديهم، مما تطلب وضع برامج علاجية إليهم تساعد على رفع درجات جودة الحياة لديهم.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أشار إليه حامد زهران (٢٠٠٥) بأن الأشخاص سواء العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة إلى تعديل أفكارهم اللاعقلانية المسببة للاضطرابات الانفعالية التي يعانونها إلى أفكار عقلانية سليمة تساعد على تحقيق قدر ملائم من الصحة النفسية وتخلصهم من الآلام النفسية والاجتماعية والدراسية، وهذا ما يهدف العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي إلى تحقيقه، وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسة الحالية، حيث أن اتباع فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي كان سببا رئيسيا في ارتفاع درجات أفراد العينة في أبعاد مقياس جودة الحياة المختلفة بالنسبة للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث كانت الارتفاع لصالح المجموعة التجريبية.

كما تتفق نتائج الدراسة مع ما أشارت إليه دراسة أميرة بخش (٢٠٠٦)، وديريك (Derek, 2006) بأنه عند مقارنة درجات جودة الحياة عند كل من العاديين وذوي صعوبات التعلم يتضح انخفاض درجات جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم مقارنة بالعاديين، وهذا ما سعت إليه الدراسة الحالية حيث اهتمت بمحاولة رفع درجات ذوي صعوبات التعلم في جودة الحياة حتى يستطيع هؤلاء الأفراد متابعة تقدمهم العلمي والحصول على درجات مرتفعة في التحصيل الدراسي، وقد اتضح ذلك من خلال نتائج الدراسة، حيث أنه بارتفاع درجات أفراد العينة في أبعاد جودة الحياة من المؤكد أن يتغلبوا على العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي كانت تواجههم نتيجة انخفاض قدراتهم ودرجاتهم في جودة الحياة ومواجهة الضغوط المختلفة في حياتهم.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من أحمد عمر المداخلي (١٩٩٦) وناصر الصفهان (٢٠٠٥) في أن العلاج العقلاني الانفعالي كان عاملا مهما في تحسين درجات كل من الرهاب الاجتماعي للتحدث أمام الآخرين،

والقلق إضافة للأفكار اللاعقلانية للمضطربين سلوكيا وانفعاليا، حيث اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات في صلاحية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في التغلب على الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تحدث لذوو الاحتياجات الخاصة بمختلف فئاتهم، وهذا ما أتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية من حيث ارتفاع درجات أفراد المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس جودة الحياة عن المجموعة التجريبية.

هذا وقد أيدت نتائج الدراسة الحالية ما أشار إليه كل من حسيب محمد (٢٠٠٦) وخلف محسب (٢٠٠٧) حيث أشارت هاتان الدراستان إلى فاعلية جلسات العلاج النفسي المعتمدة على العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في تحسين درجات كل من الرضا عن الحياة وجودة الحياة والسعادة إضافة للقلق لدى كل من المعاقين سميعا وبدنيا؛ ولذا فتتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج الدراستين، حيث ارتفعت درجات جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى المجموعة التجريبية وذلك بعد تطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي إذا ما قورنت بدرجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة الذي أعده الباحثان، وذلك يشير إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يصلح في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية المختلفة لذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أن جودة الحياة كما أشار مصطفى حسين (٢٠٠٤، ١٧) تساعد الفرد على إشباع حاجاته الحياتية والتخفيف من حدة اضطراباته ومشكلاته نفسية المنشأ.

في حين أن نتائج الدراسة الحالية أكدت ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من فوقية عبدالفتاح ومحمد حسين ورافين (Ravin 2006) من حيث حاجة ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم إلى البرامج العلاجية والإرشادية والتربوية التي تساعد على رفع درجات جودة الحياة لديهم، وهذا ما اتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية حيث تحسنت درجات أبعاد جودة الحياة للمجموعة التجريبية التي تأثرت بتطبيق جلسات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي عليهم، مما يساعدهم على الاندماج أكثر مع زملائهم في الدراسة واندماجهم أيضا في المجتمع، نظرا لأن متغير جودة الحياة أصبح اليوم أمرا حيويا ومطلبا رئيسيا لتحسين ظروف الفرد الحياتية.

في حين أن دراسات كل من وفيكري وزملاؤه (Vickery, et.al.2005) ستينبرج وزملاؤه (Steinberg. Et.al 2008)، وسليمان زهران (٢٠١٠) اهتمت بدراسة متغير جودة الحياة لدى فئات مختلفة من ذوي الاحتياجات الخاصة مثل المعاقين سمعيا والمصابين بالشلل الدماغي، وقد أشارت تلك الدراسة إلى الانخفاض الملحوظ في درجات جودة الحياة لدى تلك الفئات وحاجتهم الملحة إلى تعديل جودة الحياة لديهم من خلال البرامج العلاجية حتى يتمكنوا من الاندماج أكثر في المجتمع وحل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية والمستقبلية؛ ولذا فقد اهتمت الدراسة الحالية بوضع برنامج علاجي عقلائي سلوكي انفعالي لرفع درجات جودة الحياة لدى عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة وهم ذوي صعوبات التعلم والذين ارتفعت درجاتهم في جودة الحياة نتيجة لتعرضهم لجلسات العلاج العقلائي السلوكي الانفعالي، والتوقع باستمرار التحسن في المتغيرات الأخرى مثل الثقة بالنفس والتحصيل الدراسي والمشاركة الاجتماعية والأنشطة مع زملائهم، وانخفاض درجات القلق لديهم.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه ليلى العجمي (١٧:٢٠٠٦) من ضرورة تحسين جودة الحياة ونوعيتها لذوي صعوبات التعلم وتأهيلهم نفسيا واجتماعيا، حيث اهتمت الدراسة الحالية بتحسين جودة الحياة لذوي صعوبات القراءة والكتابة وقد بدا ذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي أكدت استمرار في التطبيق التتابعي، حيث استمرت درجات العينة التجريبية في التحسن، ومن هنا فإن الدراسة الحالية قدمت برنامجا علاجيا يساعد في رفع درجات ذوي صعوبات التعلم (القراءة والكتابة) في جودة الحياة بأبعادها المختلفة.

ونظرا لتحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات جودة الحياة فإن ذلك يرجع إلى بساطة الفنيات العلاجية التي استخدمها الباحثان والمعتمدة على العلاج العقلائي السلوكي الانفعالي، حيث أن من مزايا هذا الأسلوب العلمي أنه أسلوب مثالي في تغيير الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى منطقية عقلانية، إضافة إلى أنه يحصن العميل ضد هذه الأفكار غير العقلانية التي قد تعترض حياته ومستقبله (Ellis, 1997:19).

ثانياً: نتائج التطبيق التتابعي

من خلال نتائج الدراسة التتابعية والتي تم فيها قياس الفروق بين التطبيق البعدي والتطبيق التتابعي بالنسبة للمجموعة التجريبية اتضح أن قيمة (Z) بالنسبة لأبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس كانت غير دالة، بمعنى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات التطبيقين، حيث انحصرت درجات أفراد المجموعة التجريبية حول الدرجات التي حصلت عليها أثناء التطبيق البعدي وذلك في التطبيق التتابعي، وهذا يشير إلى ثبات التحسن لدى العينة التجريبية مما يعني أن الجلسات العلاجية العقلانية السلوكية الانفعالية كانت ذات فعالية في تحسن كل من الرضا عن الحياة والجود الأفضل والصحة النفسية والجسمية لدى ذوي صعوبات تعلم القراءة والكتابة، إضافة للدرجة الكلية للمقياس.

ونتيجة لهذا الفرض تؤكد على فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في التخفيف من حدة الاضطرابات التي قد يعاني منها ذوي صعوبات تعلم القراءة والكتابة، كما يساعد على تنمية الجوانب الإيجابية لدى التلاميذ، ومن ثم فإن الدراسة الحالية حاولت إعادة النظر في استخدام العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي كأسلوب علاجي نفسي يصلح للعمل مع غير العاديين والذين تزداد الاضطرابات النفسية لديهم، إضافة إلى حاجتهم إلى تنمية الجوانب الإيجابية في شخصياتهم واستغلال قدراتهم وإن كانت محدودة.

ونظراً لاستمرار التحسن في درجات جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية فإن الباحثين قد أكدوا على ضرورة توسيع البحث في العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي، وتطبيقه في المؤسسات التعليمية بفاعلية أكثر لأنه علاج عقلائي هدفه تعديل وتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية من خلال إعادة النظر إليها والوعي بها وجعلها أكثر منطقية، والنظر في أسباب الاضطراب النفسي مثل القلق والاكتئاب ومحاولة تجنبها، إضافة إلى تحسين الجوانب الصحية الإيجابية في حياة التلاميذ مثل السعادة والتفاؤل والبعد عن الأفكار التي تدعو للتشاؤم والخوف، مما يساعد على تحسين شكل وصورة حياة الأشخاص في المجتمع سواء العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة.

المراجع العربية

- المداخلي، أحمد عمر أحمد. (١٩٩٦): فعالية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- بخش، أميرة طه. (٢٠٠٦): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعادين بالملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- رجب، إيمان. (٢٠٠٩): فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعاقين عقليا القابلين للتعلم. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بنها.
- أرنوط، بشرى اسماعيل. (٢٠٠٨): مقياس جودة الحياة. مكتبة الأنجلو، القاهرة.
- زهران، حامد عبدالسلام. (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٣، القاهرة: عالم الكتاب.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥): الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٤، عالم الكتب. القاهرة.
- عبدربه، حسيب محمد حسيب (٢٠٠٦): فاعلية العلاج العقلاني - الانفعالي ” السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. رسالة دكتوراه، جامعة بنها.
- فضة، حمدان محمد و سيد أحمد، سليمان رجب. (٢٠٠٩): العلاج النفسي لذوي صعوبات التعلم. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العملي الأول لقسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة بنها بعنوان ” التربية الخاصة بين الواقع والمأمول، ١٥-١٦ يوليو.
- محمد علي، خلف محسب. (٢٠٠٧) فعالية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في زيادة الرضا عن الحياة لدى المعاقين بدنيا. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- هاشم، سامي محمد موسى. (٢٠٠١): جودة الحياة لدى المعاقين والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، ع(١٣)، مركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

- زهران، سليمان رمضان. (٢٠١٠): جودة الحياة في علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المعاقين سمعياً. رسالة ماجستير، كلية التربية، شين الكوم.
- محمد، عادل عبدالله. (٢٠٠٦): بعض المتغيرات المعرفية لأطفال الروضة ذوي قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشر لصعوبات التعلم. المؤتمر الدولي الأول لصعوبات التعلم، الرياض، ٢٨ شوال - ٢ ذو القعدة ١٤٢٧.
- كليلنتون، عبدالرحمن بن نور الدين حسين. (٢٠٠٦): اكتشاف وتنمية اهتمامات وقدرات طلاب صعوبات التعلم بالمرحلة المتوسطة. المؤتمر الدولي الأول لصعوبات التعلم، الرياض، ٢٨ شوال - ٢ ذو القعدة ١٤٢٧.
- رجيعة، عبدالرحيم عبدالعظيم. (٢٠٠٩): التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الاجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس. مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، المجلد التاسع عشر، ١٧٢، ٢٢٧.
- الروسان، فاروق. (١٩٩٩): أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. ط١، دار الفكر، عمان.
- الزيات، فتحي مصطفى. (١٩٩٨): صعوبات التعلم - الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. دار النشر للجامعات، القاهرة.
- عسكر، فكري أحمد محمد. (٢٠٠٢): فاعلية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي في تحسين مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- عبدالفتاح، فوقيه أحمد السيد وحسين، محمد حسين سعيد. (٢٠٠٦): العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف. بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية ببني سويف «دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة» ٣-٤ مايو.
- العجمي، ليلى بنت حسين. (٢٠٠٦): تفعيل برامج تقويم الأطفال ذوي صعوبات التعلم في ضوء خبرات الولايات المتحدة الأمريكية. المؤتمر الدولي الأول لصعوبات التعلم، الرياض، ٢٨ شوال - ٢ ذو القعدة ١٤٢٧.
- الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٤): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار غريب.
- سالم، محمود عوض الله؛ الشحات، مجدي محمد وعاشور أحمد حسن. (٢٠٠٦): صعوبات التعلم: التشخيص والعلاج. دار الفكر، عمان.

- حسين، مصطفى حسن. (٢٠٠٤): بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمني الهيروين ، رسالة ماجستير(غير منشورة) كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- العامري، منى محمد صالح علي.(٢٠٠٠): دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة (دراسة اكلينيكية). رسالة دكتوراه، معهد الدراسات والبحوث، جامعة القاهرة.
- الصفهان، ناصر بن عبدالعزيز بن عمر. (٢٠٠٥): تقييم فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجات القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- حافظ، نبيل عبدالفتاح. (٢٠٠٦): صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. زهراء الشرق، القاهرة.
- أحمد، هويدا علام، محمود، حمدي شاكِر. (٢٠٠٢): الصحة النفسية ولعلاج النفسي، ط١ حائل: دار الأندلس.
- الأشقر، هيفاء بنت عبدالمحسن. (٢٠٠٤): أثر برنامج عقلاني انفعالي سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخريات لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

المراجع الاجنبية

- Apajasalo, M. Sinntonen, C.,& Sinkkonen (1996): *Quality of life in early adolescence: A sixteen- dimensional health- related measure (16D)*. *Quality of life research; An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care& Rehabilitation*. Vo5(2),205-211.
- Benavarte, I., Morales- Blanquez, C., Rubio, E. A.,& Rev, J. M. (2004) *Quality of life of adolescence suffering from epilepsy living in the community*. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 40, 110-113.

- *Derek, Skea (2008) Quality of life for adults with learning disabilities in private residential care: monitoring aspects of life experiences over time. Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice,Vo5, 25:2-265.*
- *Ellis, Albert (1994): The essence of rational emotive behavior therapy (REBT). A comprehensive approach to treatment, Albert Ellis Institute.*
- *Ellis, Albert (1997): Using rational emotive behavior therapy techniques to cope with disability, Professional Psychology Research and Practice. Vo28, (1) Feb, 17-22 .*
- *Ellis, Albert (1999): Rational emotive behavior and cognitive behavior therapy for elderly people. Journal of Rational Emotive and Cognitive Therapy, Vo,17, (1), 5-18.*
- *Grandy, Gerald, I (1997): Disability and rational emotive behavior therapy. In caring in an age of technology: proceedings of the international conference on counseling, Bijing China, pp:117:123.*
- *Hampton,N.(1999): Quality of Life of People with Substance Disorders in Thailand: Exploratory Study; Journal of Rehabilitation, vol.65,No.3, 42-55.*
- *Laman, II.& Lankhorst, G. (1994): Subjective weighing of disability; An approach to quality of life assessment in rehabilitation. Disability and rehabilitation. An International Multidisciplinary Journal, vo16(4), 198-204.*
- *Neiders, Gunars, Karlis (2009): Theoretical development of a proposed rational emotive behavior therapy based model to treat persons with chronic preservative stuttering syndrome. PHD. Faculty of Argosy University/Seattle.*
- *Philips, David (2006): Quality of life: concept, policy and practice.*
- *Ravin Dranadan Vidhya & Raju, S (2008): Emotional intelligence and quality of life of Parents of children with special needs. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, Vol. 34, Special Issue, 34-39.*

- Sams, K. Collins. & Renyddsis (2006): *Cognitive Therapy Abilities in people with learning disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. Vo 19, PP: 25-33.*
- Spencer, Sarah (2005): *Rational Emotive Behavior Therapy: its Effectiveness with Children. A Research Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Science Degree, The Graduate School University of Wisconsin – Stout.*
- Veenhoven,R.(2000).*The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. journal of happiness studies,1,1-39.*
- Nievs, C. C., Charter, R. A.,& Aspinall, M. J. (1991): *Relationship between effective coping and perceived quality of life spinal cord injured patient. Rehabilitation Nursing, vo16(3), 915-918.*

**مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية
كلية التربية - جامعة الزقازيق
iescz2012@yahoo.com
ت : +201201299283**

**حقوق النشر محفوظة
رقم الإيداع 2012 / 18640**