



مجلة التربية الخاصة

مجلة علمية دورية مُحكمة

تصدر عن كلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق

المجلد الثامن – العدد السادس والعشرون يناير ٢٠١٩ م

مجلس إدارة المجلة

رئيس مجلس إدارة المجلة

أ.د. عادل عبد الله محمد

(عميد الكلية ورئيس التحرير)

نائب رئيس مجلس إدارة المجلة

أ.د. إيهاب عبد العزيز الببلاوى

(وكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث ونائب رئيس التحرير)

هيئة التحرير

أ.د. عطية عطية محمد

أ.د. إيمان فؤاد كاشف

د. حسن أحمد مسلم

د. رضا الحسينى على

المستول الفنى

المستول المالى

أ. محمود عبد القادر حسيني

أ. مهدى حسن مهدى

اللجنة الاستشارية (*)

Prof. Fathali M. Moghaddam

Director, Interdisciplinary Program in
Cognitive Science
Professor, Department of Psychology
Georgetown University

Prof. Jerrell C. Cassady

Professor of Educational Psychology
Ball State University

Prof. Jerry G. Trusty

Professor of Education (Counselor Education)
، Penn State College of Education

Prof. Michael Wehmeyer

Ross and Mariana Beach Professor; Director
and Senior Scientist, Beach Center on
Disability; Co-Director, Kansas University
Center on Developmental Disabilities

Prof. Mourad Ali Eissa

Dean, College of Education ، Arees University
Houston, TX, USA

Prof. Richard J. Hazler

Professor of Education (Counselor Education)
Professor of Psychology ، Penn State College of
Education

Prof. Rom Harre

Distinguished Research Professor - Cultural
Psychology Georgetown University

أ.د. / إبراهيم عبد العزيز المعقل
جامعة الملك سعود - السعودية

أ.د. جمال محمد الخطيب
الجامعة الأردنية - الأردن

أ.د. حمد بليه العجمي
كلية التربية الأساسية - الكويت

أ.د. صلاح الدين فرح بخيت
جامعة الخرطوم - السودان

أ.د. عبد العزيز السيد الشخص
جامعة عين شمس - مصر

أ.د. عبد العزيز العبد الجبار
جامعة الملك سعود - السعودية

أ.د. عبد الرقيب أحمد البحيري
جامعة أسيوط - مصر

أ.د. عبد الله محمد الوابلي
جامعة الملك سعود - السعودية

أ.د. فتحي مصطفى الزيات
جامعة المنصورة - مصر

أ.د. محمد محمد شوكت
جامعة قناة السويس - مصر

(*) ملحوظة:

الأسماء تم ترتيبها أبجدياً.

الجنة العلمية (*)

أ.د/ إبراهيم عبد الله الزريقات (الجامعة الأردنية - الأردن)	أ.د/ عبد الباسط خضر (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ أحمد عبد العزيز التميمي (جامعة الملك سعود)	أ.د/ عبد الرحمن سيد سليمان (جامعة عين شمس - مصر)
أ.د/ إسماعيل إبراهيم بدر (جامعة بنها - مصر)	أ.د/ عبد الصبور منصور محمد (جامعة قناة السويس - مصر)
أ.د/ أشرف محمد عبد الحميد (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ عبد العظيم عبد السلام العطواني (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ الشناوي عبد المنعم الشناوي (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ عبد الله الوابلي (جامعة الملك سعود - السعودية)
أ.د/ أمال عبد السميع باظة (جامعة كفر الشيخ - مصر)	أ.د/ علي مهدي كاظم (جامعة السلطان قابوس - عمان)
أ.د/ بهاء الدين السيد النجار (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ عماد محمد مخيمر (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ حجازي عبد الحميد حجازي (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ فاتن فاروق عبد الفتاح (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ حسن مصطفى عبد المعطي (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ فاروق السعيد جبريل (جامعة المنصورة - مصر)
أ.د/ خالد عبد الرازق النجار (جامعة القاهرة - مصر)	أ.د/ فؤاد حامد موافى (جامعة المنصورة - مصر)
أ.د/ زيد محمد البتال (جامعة الملك سعود - السعودية)	أ.د/ فيوليت فؤاد إبراهيم (جامعة عين شمس - مصر)
أ.د/ زيدان أحمد السرطاوي (جامعة الملك سعود - السعودية)	أ.د/ محمد أحمد الدسوقي (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ زينب محمود شقير (جامعة طنطا - مصر)	أ.د/ محمد أحمد سعبان (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ سامية لطفي الأنصاري (جامعة الإسكندرية - مصر)	أ.د/ محمد السيد عبد الرحمن (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ سعيد طه أبو السعود (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ محمد المري إسماعيل (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ سليمان محمد سليمان (جامعة بني سويف - مصر)	أ.د/ محمد بيومي خليل (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ سميرة أبو الحسن أبو زيد (جامعة القاهرة - مصر)	أ.د/ محمد صبري الحوت (جامعة الزقازيق - مصر)
أ.د/ صالح عبد الله هارون (جامعة الخرطوم - السودان)	أ.د/ محمود مندوه محمد (جامعة المنصورة - مصر)
أ.د/ صلاح شريف وردة (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ مشيرة عبد الحميد اليوسفي (جامعة المنيا - مصر)
أ.د/ صلاح فؤاد مكاوي (جامعة قناة السويس - مصر)	أ.د/ منال عبد الخالق جاب الله (جامعة بنها - مصر)
أ.د/ عادل محمد العدل (جامعة الزقازيق - مصر)	أ.د/ هشام عبد الرحمن الخولي (جامعة بنها - مصر)

(*) ملحوظة:

الأسماء تم ترتيبها أبجدياً. والأساتذة الوارد أسماؤهم من تخصصات متنوعة في الآداب والتربية للتداخل بين التربية الخاصة وفروع العلوم الأخرى.

سياسات وشروط وقواعد النشر

سياسات النشر:

١. تنشر المجلة البحوث والدراسات العلمية ذات الصلة بالتربية الخاصة، والتي لم يسبق نشرها أو تقييمها في جهة أخرى.
٢. تُعتبر الأعمال التي تنشرها المجلة عن آراء كاتبها، ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلة.
٣. تخضع البحوث والدراسات للتحكيم العلمي من قبل نخبة من الأساتذة المختصين في موضوعات هذه البحوث.
٤. لهيئة التحرير الحق في تحديد أولويات النشر للأبحاث المقدمة للمجلة حسب معاييرها، وترتيب البحوث والدراسات بالمجلة وفق اعتبارات تنظيمية وفنية خاصة، ولا علاقة لها بمكانة البحث أو الباحث.
٥. يعد إرسال البحث للمجلة تعهداً من الباحث / الباحثين يفيد بأن البحث لم يسبق نشره، وأنه غير مقدم للنشر، ولن يقدم للنشر في جهة أخرى حتى تنتهي إجراءات تحكيمه، ونشره في المجلة.
٦. لا يجوز نشر البحث في أي منفذ آخر ورقياً أو إلكترونياً، دون إذن كتابي من رئيس هيئة تحرير المجلة وبعد مرور سنة على الأقل من تاريخ صدور العدد، ويشار إلى هذه الموافقة عند إعادة النشر.
٧. تحتفظ المجلة بحقوقها في أن تختزل أو تعيد صياغة بعض الجمل والعبارات لأغراض الضبط اللغوي ومنهج التحرير.
٨. يعطي الباحث (الباحثون) نسخة واحدة من العدد المنشور فيه البحث، و(٥) مستلزمات منه.
٩. تؤول كل حقوق النشر للمجلة في حالة قبول البحث للنشر، حيث يتم تحويل ملكية النشر من المؤلف إلى المجلة، كما يحق للمجلة إعادة نشر البحث إلكترونياً.

شروط وقواعد النشر بالمجلة

- أ. الشروط اللازمة لقبول البحث في المجلة (الشروط الفنية) :
١. ترسل البحوث والدراسات مكتوبة على الكمبيوتر من عدد (٢) نسخة ورقية، ونسخة واحدة إلكترونية على CD باسم رئيس تحرير مجلة التربية الخاصة.
 ٢. يعد الباحث/الباحثين ملخصين للبحث: أحدهما باللغة العربية والآخر باللغة الإنجليزية لا يزيد عدد كلمات كل منهما عن (٢٠٠) كلمة.

٣. يكون في أسفل الصفحة للملخصين: العربي، والإنجليزي، كلمات مفتاحية (Key Words) لا تزيد على ست كلمات، تعبر عن محاور البحث بدقة.
٤. يرفق بالعمل المرسل للنشر بيان يتضمن اسم الباحث وجهة عمله وأرقام الاتصال والبريد الإلكتروني، وعنوانه كاملاً.

ب - قواعد الكتابة:

الصفحات والخطوط:

١. يكون مقاس الصفحة A4، أن تكون مساحة الكتابة على الورق بمقاس ١٢ × ١٩ سم.
٢. كتابة متن البحث بخط Traditional Arabic مقاس (١٢)، المسافة مفردة بين السطور، ومرة ونصف بين الفقرات.
٣. كتابة العناوين الرئيسية بخط PT Bold Heading مقاس (١٤)، والعناوين الفرعية بنفس الخط مقاس ١٢. والعناوين تحت الفرعية بنفس الخط مقاس (١٠) مع ترك مسافة بين العناوين وما قبلها.
٤. كتابة المستخلص العربي بنفس خط المتن مقاس (١٢) وكتابة المستخلص الأجنبي بخط Times New Roman مقاس (١٢).
٥. كتابة الجداول بنفس خط متن البحث مقاس (١٠) على ألا يخرج أي جدول عن حدود هوامش الصفحة، وألا ينقسم الجدول على صفحتين أو أكثر، ويمكن تصغير حجم خط الجدول إلى مقاس (٩) إذا لزم الأمر.
٦. كل الصور والرسوم التوضيحية والبيانية. إن وجدت باللونين الأبيض والأسود دون الخروج عن هوامش الصفحة.
٧. يلتزم الباحث/الباحثين باستخدام الأرقام العربية (١-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٠) (Arabic....) سواء في متن البحث، أو الجداول والأشكال، أو المراجع، ولا تقبل الأرقام الهندية، أو غيرها.
٨. يكون الترقيم لصفحات البحث في منتصف أسفل الصفحة، ابتداء من صفحة الملخص العربي ثم الملخص الإنجليزي، وحتى آخر صفحة من صفحات البحث ومراجعته.
٩. استخدام الترقيم التلقائي بدلاً من الترقيم اليدوي .
١٠. استخدام Table بدلاً من Textbox .

المراسلات

- ترسل البحوث وجميع المراسلات المتعلقة بالمجلة إلى البريد الإلكتروني للمجلة: **dsr2017@Yahoo.com**
- أو إلى العنوان التالي: كلية علوم الإعاقة والتأهيل - جامعة الزقازيق - الزقازيق - جمهورية مصر العربية
- أو عن طريق رقم الهاتف : ٠١١٤٧٢٧١٧٢٥
- متابعة الجديد في المجلة يرجى الدخول إلى الموقع الإلكتروني للمجلة **www.dsr1.zu.edu.eg**

محتويات العدد

- ١ الشفقة بالذات وتحمل الغموض كمنبئين بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين
(دراسة سيكومترية - إكلينيكية) .
د. أحمد عبد الملك أحمد
-
- ٧٠ الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً .
أ.د. إيهاب عبد العزيز البيللاوي أ.د. عطية عطية محمد
الباحثة . صفاء حسنه إبراهيم حسنه الأسود
-
- ١٠٨ تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة العربية
السعودية والآثار المترتبة عليه .
د. أروى علي أخضر
-
- ١٣٦ فعالية برنامج علاجي بالتقبل والتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف
(الإجهاد المدرس) الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع .
أ.م.د. سهام علي عبد الغفار حليوة
-
- ٢٣٩ فعالية برنامج إرشادي لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة
الفكرية البسيطة المساء إليهم .
د. نهي عبد الحميد محمود حسيه
-
- ٣٠٣ فاعلية بعض آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات للطلاب ذوي
صعوبات التعلم .
د. عادل محمد العزل د. إبراهيم محمد محمود العزل
-

**الشفقة بالذات وتحمل الغموض كمنبئين بصورة الجسم
لدى المراهقين المكفوفين
(دراسة سيكومترية - إكلينيكية)**

د. أحمد عبد الملك أحمد
مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة حلوان

الملخص

هدفت البحث الحالي إلى الكشف عن مدى إسهام كل من الشفقة بالذات، وتحمل الغموض في التنبؤ بصورة الجسم، ومدى الاختلاف في البناء النفسي وديناميات الشخصية للحالتين الطرفيتين مرتفعي ومنخفضي (صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) من خلال منظور المنهج الكلينيكي، وذلك لدى عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٦٧) مراهقاً كفيفاً بمحافظتي القاهرة والجيزة بمتوسط عمري (١٦,٤)، وانحراف معياري (١,٦٨). وقد استخدمت البحث الحالي مقياس الشفقة بالذات للمراهقين المكفوفين (إعداد الباحث)، ومقياس تحمل الغموض للمراهقين المكفوفين (إعداد الباحث)، ومقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصرياً (إعداد كاشف، والأشرم، ٢٠١٠)، واختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة، واستمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة (إعداد باظه، ٢٠٠٥). وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين صورة الجسم وكل من الشفقة بالذات، وتحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين عند مستوى دلالة (٠,٠١). وأسهمت درجات كل من الشفقة بالذات (بنسبة ٤٨,٦٪)، وتحمل الغموض (بنسبة ٢٣,٧٪) لدى المراهقين المكفوفين في التنبؤ بدرجاتهم في صورة الجسم، وهو ما يوضح أن متغير الشفقة بالذات أكثر قدرة تنبؤية بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين من متغير تحمل الغموض. واتفقت الدراسة السيكمترية والدراسة الكلينيكية، حيث أسهمت الدراسة الكلينيكية في رسم صورة لحالتي الدراسة مرتفعي ومنخفضي (صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض)، وأوضحت وجود اختلافات جوهرية بينهما في البناء النفسي وديناميات الشخصية.

الكلمات المفتاحية: الشفقة بالذات - تحمل الغموض - صورة الجسم - المراهقون المكفوفون.

Self-compassion and tolerance of ambiguity as predictors of body image among blind adolescents (Psychometric – clinical study)

Dr. Ahmed Abdelmalek Ahmed.
Lecturer of Mental Health
Faculty of education- Helwan University

Abstract:

This study aimed at knowing the prediction ratio of the self-compassion and tolerance of ambiguity to the body image among blind adolescents , Also aimed to know the differences between the personality dynamics and the psychological structure to the highest and lowest degrees students of body image, self-compassion and tolerance of ambiguity through clinical method. The sample of the study consisted of (67) blind adolescents in Schools for blinds, Cairo and Giza governorate, with age mean (16,4), The tools of the study that were applied on the sample were: Body-Image Scale In Visually Impaired Individuals (Kashef& Al ashram, 2010), Self-Compassion Scale for blind adolescents (prepared by the present researcher), Tolerance of ambiguity Scale for blind adolescents (prepared by the present researcher), SSGT test, and Case Study Form for Adolescents with Special Needs (Baza, 2005). The study found the following results: Statistically significant correlation relationships were found between body image and self-compassion, tolerance of ambiguity and at 0.01 level.- self-compassion explained (48.6%) of the variance in body image while tolerance of ambiguity explained (23.7%) of the variance in body image. which shows that the self-compassion variable is more predictive of the body image in blind adolescents than Variable tolerance of ambiguity. Both the clinical and the psychometric study revealed similar results, the clinical study lead to more understanding to the two cases of the highest and lowest degrees of students in body image, self-compassion and tolerance of ambiguity, and showed significant differences between them in psychological structure and personality dynamics.

Key words: self-compassion, tolerance of ambiguity, body image, blind adolescents.

مقدمة البحث:

يعد الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة ورعايتهم، بل وتفجير واستغلال طاقاتهم الكامنة أحد أهم المؤشرات الدالة على مدى تقدم ورقي الأمم، بل ومؤشراً أساسياً من مؤشرات تحقيق العدالة الاجتماعية وتطبيق مبدأ تكافؤ الفرص بين أبناء الوطن الواحد؛ إلا أن هذا الاهتمام وتلك الرعاية يجب أن يشمل جميع النواحي سواء الاجتماعية، أو الأكاديمية، أو التكنولوجية، أو الانفعالية، أو النفسية، وقبل كل ذلك الإيمان الراسخ والقناعة الكاملة بأن هذا الفئة تمتلك القدرة على أن تكون داعماً لمسيرة التنمية بدلاً من أن تكون عائقاً لها، ومشاركاً أساسياً في مسيرة التقدم والرفق بدلاً من أن تكون عبء على المجتمع.

وتعد فئة ذوي الإعاقة البصرية أحد أهم تلك الفئات المنوط بالمجتمع الاهتمام بها ورعايتها فهي فئة فقدت حاسة تتفرد دون غيرها من الحواس بمساعدة الفرد على التفاعل الواقعي مع بيئته الطبيعية والاجتماعية، كذلك فإن التأثيرات المحتملة لتعطل هذه الحاسة، أو ضعفها جلية وقد تكون كبيرة جداً وقد تشمل الصعوبات الحركية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والتربوية، وذلك لأن الإنسان الذي يفقد بصره يفقد قناة رئيسة من قنوات تواصله مع العالم من حوله (الخطيب، والحديدي، ٢٠٠٩، ص ١٦٦).

وتمثل الإعاقة البصرية حاجزاً نفسياً بين الفرد وبيئته، حيث تؤثر في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيراً سلبياً وهو من ينتج عنه الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلال والشعور بالاكتماء الذاتي (القريطي، ٢٠٠٥، ص ٣٩١).

أضف إلى ذلك عندما يمر هؤلاء الأفراد بمرحلة المراهقة تلك المرحلة التي يحدث بها العديد من التغيرات السريعة المتلاحقة في جميع جوانب الشخصية، وينتقل فيها الفرد من الاعتمادية إلى الاستقلالية في محاولة لإثبات ذاته، ويكون فيها الفرد رؤية جديدة لذاته، مهتما بمظهره العام وعلاقاته الاجتماعية وصورته لدى الآخرين.

كما أن الإعاقة البصرية تلقي بظلالها على الكفاءة الإدراكية لهؤلاء الأفراد، حيث يصبح إدراكهم للأشياء ناقصا، كخصائص الشكل والتركيب والحجم والموضع المكاني والمسافة والحركة، ولذلك فإنها تحد من معرفتهم بمكونات بيئتهم، وعلى ذلك فإدراك الكفيف للأشياء يكون إدراكا ناقصا ينعدم فيه البعد البصري (القريطي، ٢٠٠٥، ص ٣٤٧).

وهو ما يشير إلى أن الكفيف قد لا يستطيع ملاحظة ذاته بموضوعية، وليست لديه القدرة على تكوين رؤية، أو تصور صحيحا واضحا لصورة جسمه، وهو ما ينعكس سلبا على طموحاته وتقديره لإمكاناته، فصورة الجسم وصفاته العضوية تؤدي دورا هاما في تشكيل مفهوم الفرد لذاته، وتدعم بشكل مباشر تطلع المراهق الكفيف نحو التعايش مع إعاقته من أجل النجاح في حياته وتحقيق الأفضل.

وتشير صورة الجسم إلى تكوين الفرد صورة ذهنية وعقلية عن جسمه سواء في مظهره الخارجي، أو في 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، ٢٠٠٥، ص ٣٠٤).

وتعد صورة الجسم أحد أهم مكونات البناء النفسي للفرد، وعاملاً أساسياً في سعيه نحو تحقيق الذات والوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي، فهي تشمل مكونات سلوكية وانفعالية ومعرفية، وهي عنصر مهم من عناصر قبول الذات في مرحلة المراهقة تحديدا حيث يتم إجراء المقارنات مع الأقران (Moran, 2017, p.12).

فالرضا عن صورة الجسم التي يكونها الفرد يرتبط بشعوره بالسعادة والاطمئنان والتمتع بالقبول من الآخرين ومن ثم إقامة علاقات اجتماعية سوية (شقيير، ٢٠٠٩، ص ١).

وهنا تجدر الإشارة إلى أن صورة الجسم مفهوم يتسم بالاستمرارية والقابلية للتغيير، والتأثر بتقييمات الآخرين، فهو ملازم للفرد خلال مراحل العمرية المختلفة منذ الطفولة وحتى الشيخوخة؛ إلا أن مرحلة المراهقة من أكثر مراحل النمو التي يهتم فيها الفرد بصورة الجسم، ويكون شديد الحساسية تجاه أي نقد من قبل الآخرين فيما يخص تغيراته الجسمية.

وتتشكل صورة الجسم لدى الفرد نتيجة تكامل العديد من المتغيرات كالخبرات الانفعالية والاجتماعية ومواقف التفاعل الاجتماعي، وأنماط التنشئة الاجتماعية، إضافة إلى التجارب النفسية التي يعيشها الفرد من حالات الإحباط والصراع والفشل والنجاح وغيرها.

وتحاول البحث الحالي إلقاء الضوء على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم لدى المراهق الكفيف وأثنين من المتغيرات التي قد تسهم بإيجابية في تشكيلها ألا وهما الشفقة بالذات وتحمل الغموض.

وتعد الشفقة بالذات self-compassion أحد المتغيرات الايجابية في الشخصية الإنسانية، وقد تزايد الاهتمام في الفترة الأخيرة بدراسة الشفقة بالذات، كأحد المتغيرات الايجابية المهمة في شخصية الفرد والتي تقاوم الآثار السلبية للأحداث الضاغطة التي يمر بها الفرد وذلك عندما يعيش حالة من حالات الفشل، أو عدم الكفاية الشخصية في حل مشكلاته الحياتية.

إن الشفقة (تجاه الذات، أو الآخرين) مفهوم يتضمن الوعي بالمعاناة والضغط، والرغبة في التخفيف من حدتها. كما يتضمن وجود استعدادا صريحا لمواجهة تلك المعاناة بدلا من إنكارها، أو الهروب منها، مع الاعتراف بأن الفشل والمحن هي تجارب إنسانية عالمية (Baera, Lykinsb, & Petersa, 2012, p.230).

والشفقة بالذات مفهوم لا يحتاجه الفرد فقط وقت أن تكون المعاناة خارجية بسبب ظروف الحياة التي يصعب تحملها ودون خطأ منه، بل يحتاجه الفرد أيضا وبنفس القدر من الأهمية عندما تنبع المعاناة من الفرد نفسه نتيجة أفعاله المتهورة، أو إخفاقاته الشخصية (Neff & Costigan, 2014, p.114).

وتشير الدراسات والأبحاث في مجال الشفقة بالذات إلى ان الأفراد ذوي الشفقة بالذات يتمتعون بصحة نفسيا أفضل من أولئك الذين يفتقرون إليها (Albertson, Neff, & Dill-Shackleford, 2014, p.444)

كما ترتبط الشفقة بالذات ارتباطاً وثيقاً بالرفاهية النفسية، بما في ذلك الشعور بالسعادة والتفاؤل والمبادرة الشخصية، فضلاً عن دورها في خفض القلق

والاكتئاب والكمالية العصابية (Neff & McGehee, 2010, p.226)، كما تؤدي الشفقة بالذات دوراً مهماً في تحقيق التوازن الفعال بين ما يحتاجه الفرد من نفسه وما يحتاجه من الآخرين في علاقته معهم (Neff & Yarnell, 2013, p.147)

ومما لا شك فيه أن ذوي الإعاقة البصرية - في ظل الآثار السلبية للإعاقة - وفي مرحلة المراهقة تحديداً تملكهم العديد من الأفكار والمشاعر السلبية ويعيشون الكثير من المعاناة نتيجة لما يواجهونه من صراعات وضغوط نفسية واجتماعية وانفعالية وحتى الأكاديمية منها، إلا أنهم قد يختلفون فيما بينهم في كيفية التعامل مع أنفسهم وقت هذه المعاناة، فمنهم من يرفق بنفسه ويتناول أفكاره ومشاعره بمزيد من الوعي واليقظة العقلية مدركاً أن لحظات الفشل والمعاناة يمر بها الجميع (مرتفعي الشفقة بالذات)، ومنهم من يقسو على نفسه وينعزل بعيداً على الآخرين مستغرقاً في التفكير في معاناته ومشاعره السلبية بل ومتوحداً معها (منخفضي الشفقة بالذات)، وهذا ما يشير إلى أن الشفقة بالذات يعد العامل الأهم في تعامل الفرد مع خبراته ومشاعره السلبية في لحظات الفشل ووقت المعاناة.

فالشفقة بالذات يمكننا النظر إليها باعتبارها استراتيجية مفيدة لتنظيم الانفعالات حيث لا يتم تجنب المشاعر المؤلمة، أو المحزنة، بل يتم الاحتفاظ بها في الوعي مع مزيد من الرفق والتفهم والشعور بأن تلك المشاعر والانفعالات يمر بها الآخرون، وهكذا تتحول المشاعر والأفكار السلبية إلى حالة شعورية أكثر إيجابية مما يتيح للفرد فهم أوضح لحالته الراهنة، واعتماده لإجراءات تغيير من نفسه و/ أو بيئته بطريقة مناسبة وفعالة (Neff, 2003, 225)

أما بالنسبة لقدرة المراهق الكفيف على تحمل الغموض وتأثيره المتوقع في صورة الجسم لديه فيمكننا القول أنه في ظل ما يمر به عالمنا اليوم من تغيرات متسارعة ومتلاحقة تتعدد معها مصادر العلم والمعرفة ويظهر معها العديد من المستجدات في كافة المجالات، يجد المراهق الكفيف نفسه أمام الكثير من المتناقضات مرغماً أن يختار بين العديد من البدائل، وهو ما يجعله عرضة للضغوط النفسية وهنا يظهر أهمية تحمل الغموض كأحد المتغيرات التي تساعد على مواجهة هذه التحديات ومسايرة تلك المستجدات.

وقد أشارت العديد من الدراسات والأبحاث إلى أن تحمل الغموض يرتبط بالعديد من السمات الإيجابية، مثل الأصالة والانفتاح على الأفكار الجديدة، وفي المقابل، ارتبط عدم تحمل الغموض مع انخفاض المرونة العقلية، فضلا عن السمات الشخصية السلبية الأخرى، كالصلابة العقلية (Weissenstein, Ligges, Brouwer, Marschall, & Friederichs, 2014, p.1)

وتحمل الغموض مصطلح يشير إلى الطريقة التي يدرك ويعالج بها الفرد (أو المجموعة) المعلومات المتاحة عن المواقف، أو المثيرات الغامضة عندما يواجه مجموعة من القرائن غير المألوفة، أو المعقدة، أو غير المتسقة (Furnham & Ribchester, 1995, p.179).

وقد أشار (Budner, 1962) أن هناك أربعة أنواع من ردود الفعل المحتملة عند إدراك الفرد لموقف مهدد: إما الإنكار الظاهري (الرفض والكبت)، أو الخضوع والاستسلام الظاهري (القلق والانزعاج)، أو الإنكار الإجرائي، أو العملي (سلوك الهدم وإعادة البناء)، أو الخضوع، أو الاستسلام الإجرائي (السلوك التجنبي) (Arquero & Tejero, 2009, p.99)

ونظراً لأهمية متغيري الشفقة بالذات وتحمل الغموض بالنسبة للمراهق الكفيف بصفة عامة وتأثيرهما الإيجابي المتوقع على صورة الجسم لديه بصفة خاصة كما سبق وأشرنا، فتحاول البحث الحالي التعرف على طبيعة العلاقة بينهم وكذلك التعرف على قدرة كل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض على التنبؤ بصورة الجسم لدى المراهق الكفيف.

مشكلة البحث

تعد صورة الجسم من أهم المتغيرات التي تؤثر في شخصية الفرد وسلوكه وفي نظراته إلى نفسه وإلى الآخرين، فهي بمثابة النواة للشخصية والتي ينظم من حولها كل مشاعر الفرد، وأفكاره، وتقييماته. وتمثل صورة الجسد انعكاساً نفسياً للجانب الوظيفي، والعصبي، والشكلي للجسم، إذ أنها تعد فكرة الإنسان عن نفسه وعلاقته ببيئته، فضلا عن كونها ضابطاً يحدد السلوك الذي يمارسه الفرد (نوفل، ٢٠١٦، ص٣)

ومما لا شك فيه أن صورة الجسم تشغل حيزاً مهماً من اهتمامات الفرد وخاصة في مرحلة المراهقة، ويظهر ذلك جلياً من خلال حرص المراهق على الظهور في أفضل صورة ممكنة وبشكل يقبله الآخرون، حتى أنه خلال هذه المرحلة يبدأ المراهقين تدريجياً في إعادة تعريف المعايير الجمالية (Aesthetic Standards) الخاصة بهم، وهو ما يعني أن صورة الجسم لديهم تتغير خلال هذه المرحلة وبشكل ملحوظ وذلك لاستيعاب التغيرات الجسمية التي يمرون بها (Vieno, Martini, Santinello, Dallago, & Mirandola, 2004, p.1-2)

وهذا يعني أن لصورة الجسم دوراً محورياً في الإقبال على الآخرين، وإقبال الآخرين على الفرد بصفة عامة والكفيف بصفة خاصة، وتفاعله معهم في تنمية الكفاءة الاجتماعية ونماء الفاعلية الذاتية (البحيري، والحديبي، ٢٠١٤، ص ٤٨١)

وفي سعي الفرد بشكل عام والمراهق الكفيف بشكل خاص نحو تكوين صورة إيجابية عن جسمه، أو تحقيق الرضا عن صورة الجسم قد تدعمه بعض المتغيرات الايجابية ذات الصلة والتي من المفترض أن تؤدي دوراً مهماً في تحسين صورة الجسم لديه، ولعل أهم تلك المتغيرات هي الشفقة بالذات، وقدرته على تحمل الغموض، وفي هذا السياق يشير (Breines, Toole, & Chen, 2014, p.433) إلى أن متغير الشفقة بالذات قد يمثل اتجاهاً إيجابياً نحو تعزيز وتصحيح صورة الجسم لدى الفرد، فعندما يشعر الفرد المتصف بالشفقة بذاته بالسوء تجاه مظهره الخارجي، أو حجم جسمه مثلاً فبدلاً من الانعزال عن الآخرين ولوم النفس للفشل في الوصول للمعايير الشخصية والمجتمعية المطلوبة، يقوم الفرد بتذكير نفسه بأنه لا يوجد أحد مثالي وأنه من الطبيعي أن يشعر الفرد بأن لديه عيوب.

كما تجدر الإشارة إلى أن المراهقين المكفوفين يتعرضون إلى الكثير من الضغوط والصراعات النفسية التي تفرضها طبيعة كل من الإعاقة التي يعانون منها، والمرحلة العمرية التي يعيشونها، إضافة إلى بعض الضغوط الاجتماعية والأكاديمية وغيرها؛ لذا فمن الضروري أن يتمتع المراهق الكفيف بقدر وافي من الإيجابية في التعامل مع ذاته وقت الأزمات والمعاناة مع القدرة على تحمل الغموض الذي يحيط به حتى يتمكن من التعامل الإيجابي مع تلك التحديات.

وقد أشارت عدد من الدراسات إلى ارتباط صورة الجسم لدى ذوي الإعاقة بصفة عامة ولدى المراهقين المكفوفين بصفة خاصة بعلاقة إيجابية مع بعض المتغيرات منها: تقدير الذات، والأمن النفسي، وعلاقة سلبية مع البعض الآخر منها: الاكتئاب، والقلق، والخجل، والاعترا ب النفسى (عبد الحميد، ٢٠١٣؛ عيسى، ٢٠١٦؛ نوفل، ٢٠١٦؛ Greguo, Gobbi, & Carraro, 2014; Pinquart & Pfeiffer, 2012).

إلا أنه من خلال مراجعة الأطر النظرية، والدراسات التي تناولت متغير صورة الجسم لدى المكفوفين واجه الباحث - في حدود اطلاعه - ندرة شديدة في الدراسات التي تناولت صورة الجسم وعلاقتها بكل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض وخاصة لدى عينة المراهقين المكفوفين تحديداً وهو ما دفع الباحث لمحاولة بحث طبيعة هذه العلاقة ودراساتها، والتعرف على مدى إسهام كل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض في التنبؤ بصورة الجسم لديهم، والكشف كذلك عن البناء النفسى والديناميات الشخصية للحالتين الطرفيتين من المراهقين المكفوفين وفقاً لمنظور المنهج الكلىنىكى. ويمكن بلورة مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات الآتية:

- (١) هل توجد علاقة بين صورة الجسم والشفقة بالذات لدى المراهقين المكفوفين؟
- (٢) هل توجد علاقة بين صورة الجسم وتحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين؟
- (٣) ما نسبة إسهام الشفقة بالذات في التنبؤ بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين؟
- (٤) ما نسبة إسهام تحمل الغموض في التنبؤ بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين؟
- (٥) ما الاختلاف في البناء النفسى والديناميات الشخصية لحالتى الدراسة الكلىنىكية من المراهقين المكفوفين مرتفعى ومنخفضى (صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) من منظور المنهج الكلىنىكى؟

أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي إلى:

- (١) فهم طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وكل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين.
- (٢) الكشف عن مدى إسهام كل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض في التنبؤ بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين.
- (٣) التعرف على الاختلاف في البناء النفسي وديناميات الشخصية لحالتي الدراسة الكلينيكية من المراهقين المكفوفين.

أهمية البحث :

— الأهمية النظرية :

تتضح أهمية الدراسة من خلال الجوانب التالية:

- (١) أهمية متغيرات الدراسة ودورها في اكتشاف جوانب جديدة في شخصية المراهق المكفوف.
- (٢) تزايد الاهتمام بالكشف عن الآثار الايجابية لبعض المتغيرات النفسية على الصحة النفسية والعقلية لدى المراهق المكفوف ودورها في تدعيم البناء النفسي له.
- (٣) تستمد هذه الدراسة أهميتها من مساهمتها للاتجاهات المعاصرة في الاهتمام بالفئة المستهدفة بالدراسة ألا وهي فئة المراهقين المكفوفين باعتبارهم إحدى أهم الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة والذي أصبح الاهتمام بهم ورعايتهم وتحسين ظروف معيشتهم مؤشرا أساسيا من مؤشرات تحقيق العدالة الاجتماعية وتطبيق مبدأ تكافؤ الفرص بين أبناء الوطن الواحد، إضافة إلى أهمية مرحلة المراهقة ودورها البارز في بناء وبلورة شخصية الفرد.
- (٤) محاولة التعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة (صورة الجسم - الشفقة بالذات - تحمل الغموض) قد يساهم في تدعيم الفهم وزيادة الوعي بمدى تأثير كل منهم في الآخر مما يساعد المهتمين وصانعي القرار في اكتشاف جوانب وأساليب جديدة يمكن من خلالها تدعيم شخصية المراهق المكفوف والاهتمام به.

١- الأهمية التطبيقية:

- (١) إعداد أداة تتوافر فيها الشروط العلمية لقياس مفهوم الشفقة بالذات لدى المراهق الكفيف بما يتناسب مع ثقافتنا العربية والمصرية.
- (٢) إعداد أداة تتوافر فيها الشروط العلمية لقياس مفهوم تحمل الغموض لدى المراهق الكفيف بما يتناسب مع ثقافتنا العربية والمصرية.
- (٣) يمكن أن تسهم نتائج البحث الحالي في وضع برامج إرشادية لتنمية الشفقة بالذات وتحمل الغموض وتدعيم صورة الجسم لدى المراهق الكفيف.
- (٤) توجيه أنظار المسؤولين وأصحاب القرار إلى أهمية متغيرات الدراسة (صورة الجسم - الشفقة بالذات - تحمل الغموض) بالنسبة للمراهق الكفيف ودورها في تدعيم وبناء شخصيته.
- (٥) توعية المراهقين المكفوفين بأن تمتعهم بالشفقة بالذات وقدرتهم على تحمل الغموض قد يحسن من صورة الجسم لديهم ويساعدهم في التعامل مع الآثار السلبية لكف البصر ويدعم قدرتهم على تحمل ضغوط الحياة والتعامل معها بشكل إيجابي.

مصطلحات البحث:

صورة الجسم Body Image: يتبنى البحث الحالي تعريف (شقير، ٢٠٠٥، ص ٣٠٤) والذي تم في ضوءه إعداد المقياس المستخدم في البحث الحالي، ويشير المفهوم إلى تكوين الفرد صورة ذهنية وعقلية عن جسمه سواء في مظهره الخارجي، أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر، أو اتجاهات موجبة، أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

الشفقة بالذات Self-Compassion : يتبنى البحث الحالي تعريف (Neff, 2003, p.223) للشفقة بالذات باعتبارها اتجاه إيجابي نحو الذات يكون فيه الفرد متفهما ومترفقا بذاته في حالات الألم، أو الفشل بدلا من أن يكون شديد النقد واللوم لها، مع إدراك الفرد لخبراته كجزء من التجربة الإنسانية المشتركة بدلا من العزلة، ومعالجة الأفكار والمشاعر المؤلمة في إطار من الوعي واليقظة بدلا من الإفراط في التوحد معها.

ويعرفها الباحث إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المراهق الكفيف على مقياس الشفقة بالذات المستخدم في البحث الحالي بأبعاده: الرفق بالذات مقابل الحكم الذاتي، والإنسانية المشتركة مقابل العزلة، واليقظة العقلية مقابل الإفراط في التوحد مع الذات.

تحمل الغموض Tolerance of ambiguity: يعرفه الباحث إجرائياً بأنه: «مفهوم يشير إلى إدارة الفرد للمواقف المبهمة من خلال استخدامه لاستراتيجية تميزها الكفاءة والمرونة والتوظيف الجيد للمعلومات المتاحة رغم ندرتها، أو تناقضها، أو عدم وضوحها، مع شعوره بالارتياح والهدوء. ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المراهق الكفيف على مقياس تحمل الغموض المستخدم في البحث الحالي والذي يعبر عن أبعاد: إدارة المواقف المبهمة - المرونة وعدم التصلب - كفاءة المواجهة - التوظيف الجيد للمعلومات المتاحة».

المراهقين المكفوفين Blind Adolescents: «هم طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية الذين فقدوا حاسة البصر كلية سواء منذ ولادتهم، أو قبل سن الخامسة، أو بلغت حدة الإبصار لديهم أقل من ٦٠/٦ في كلتا العينين معاً، أو في العين الأقوى حتى بعد العلاج والتصحيح، وتتراوح أعمارهم ما بين ١٣ - ١٩ سنة».

الإطار النظري

أولاً: صورة الجسم

مفهوم صورة الجسم

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم صورة الجسم وتباينت فيما بينها وذلك لتعدد أبعاد المفهوم وتنوعها، فالبعض يتحدث عن أبعاد فسيولوجية، والآخر يحدد أبعاداً نفسية، وهناك من يتناول أبعاداً اجتماعية.

فمثلاً يعرف كل من كفاي، والنيال (١٩٩٥، ص٤٦-٤٧) صورة الجسم بأنها: «الصور الذهنية التي نكوّنها عن أجسامنا بشكل متكامل متضمنة الخصائص الفيزيائية واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص».

ويعرفها أنور (٢٠٠١، ص ١٣٤) بأنها: «الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البيان وتحدد هذه الصورة بعوامل شكل أجزاء الجسم، وتناسق هذه الأجزاء، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم، والجانب الاجتماعي لصورة الجسم».

أما شقير (٢٠٠٥، ص ٣٠٤) فتعرفها بأنها: «مفهوم يشير إلى تكوين الفرد صورة ذهنية وعقلية عن جسمه سواء في مظهره الخارجي، أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر، أو اتجاهات موجبة، أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم».

ويرى (Cardosi, 2006, p. 12) أنه في ضوء الإطار الاجتماعي الثقافي ينظر إلى صورة الجسم باعتبارها بناء متعدد الأبعاد يتكون من الجوانب الإدراكية والسلوكية، ويشير إلى رؤية عقلية تمثيلية للجسم، بعبارة أخرى إنها الصورة البصرية للجانب البدني (المادي) من الجسم والمنعكسة في العقل، وتتأثر تلك الرؤية العقلية لصورة الجسم بالثقافة والمجتمع طوال عمر الشخص.

في حين يرى إبراهيم (٢٠١٧، ص ٧٧) أن صورة الجسم تشير إلى: «نظرة الفرد عن جسده، وقد تكون إيجابية، أو سلبية، والتي تتشكل من خلال نظرة الآخرين لصورة الجسد المثالية للفرد».

كما يعرفها Lightstone, (2001) بأنها: "مفهوم يتضمن إدراكنا، وتخيلنا، وانفعالاتنا، وأحاسيسنا المادية عن أجسامنا، وهو مفهوم غير ثابت، يتغير في أي وقت؛ كونه حساس للتغيرات المزاجية والبيئية والتجربة المادية".

وترى (Strickland, 2004, p.3) أن صورة الجسم بشكل عام، تشير إلى: "موقف المرء تجاه جسمه، وخاصة الحجم والشكل والجمال، كما تشير أيضاً إلى تقييمات الأفراد وخبراتهم المتعلقة بسماتهم البدنية".

أما (Peterson et al., 2004, p. 140) فقد أشاروا إلى أن معظم التعريفات التي تناولت صورة الجسم تتضمن جانبين؛ جانباً إدراكياً ويشير إلى الدقة التي

يدرك بها الفرد حجم وشكل جسمه، وجانبًا معرفيًا انفعاليًا يتضمن الخبرات التي يقيم من خلالها الفرد جسمه. وبالرغم من اعتبار هذين المكونين مستقلين إلا أن العديد من الدراسات أوضحت أن المكون الإدراكي قد يتأثر بشدة بالمعرفة والسلوك بدلًا من أن يعكس عملية حسية بصرية بحتة، ولذلك بدأ الاهتمام مؤخرًا بالنظر إلى صورة الجسم باعتبارها مخطط ذاتي.

مما سبق وبعد استقراء التعريفات السابقة نستطيع القول أن صورة الجسم لدى المكفوفين مفهوم يشير إلى صورة ذهنية، أو عقلية إيجابية كانت، أو سلبية تميزها الاستمرارية والقابلية للتغيير يكونها الفرد الكفيف عن جسمه شاملة مظهره الخارجي وأعضائه المختلفة، سواء كانت هذه الصور مدركة، أو متخيلة، كونها بنفسه، أو من خلال تقييمات الآخرين، يصاحبها عدة مشاعر واتجاهات تؤثر في سلوكه وتصرفاته.

أبعاد ومكونات صورة الجسم

أشار كل من (Cash & Pruzinsky) إلى أن صورة الجسم تتكون من بعد معرفي وبعد انفعالي، تتضمن صورة الجسم المعرفية المعتقدات والتصريحات الذاتية عن الجسم، وتتكون صورة الجسم الانفعالية من تجارب المظهر الخارجي، سواء كانت التجارب مريحة، أو غير مريحة وإذا كان هنا كرضا، أو عدم رضا عن الجسم (In Sparhawk, 2003, p.7)

أما (Poorna, & Vijaybanu, 2016, p.4) فقد أوضح أن صورة الجسم بنية متعددة الأبعاد تمثل كيف يفكر الأفراد ويشعرون ويتصرفون في ما يتعلق بمظهرهم الجسدي. وتتضمن صورة الجسم مكونين: تقييم صورة الجسم (يشمل الأفكار والمعتقدات التقويمية التي قد يمتلكها الفرد حول مظهره)، وتوظيف صورة الجسم (يشكل مدى تركيز الفرد على مظهره الجسدي والانشغال بسلوكيات تغيير الجسم).

وقد أشارت دراسة قام بها (Banfield, & McCabe, 2002, p.373) إلى أن صورة الجسم تتكون من ثلاثة عوامل وهي: المعارف والانفعالات المتعلقة بالجسم، وأهمية الجسم وإتباع سلوك النظام الغذائي، وصورة الجسم المدركة.

في حين أوضحت (Tsukada, 2003, p.10) أن صورة الجسم متغير يقاس بالعديد من الأبعاد، ويمكن قياس صورة الجسم من خلال أبعاد: حجم الجسم، وأجزاء الجسم، ووظيفة الجسم، وشكل الجسم، وقد يضيف البعض إلى تلك الأبعاد بعد مدى ملائمة صورة الجسم للفرد.

وقدم فايد (٢٠٠٦، ص١٧٧) تصورا لأبعاد صورة الجسم يشمل: الرضا عن صورة الجسم، وملامح الوجه، والشكل الخارجي، والمظهر بصفة عامة.

أما أنور (٢٠٠١، ص١٣٦) فقدّم مقياس لصورة الجسم يشتمل على أربعة أبعاد تدور حول اهتمام الفرد بجسمه وهي: صورة أجزاء الجسم، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم، والصورة الاجتماعية للجسم.

كما قدم كل من كاشف، والأشرم (٢٠١٠، ص١٢) تصورا لمفهوم صورة الجسم لدى المكفوفين يتضمن ثلاثة أبعاد وهي:

(١) صورة الجسم المدركة Perceptual Body-Image: وتعني كل ما يتعلق بتصور ومعرفة الفرد خاصة الكفيف عن شكل وحجم ووزن جسمه ومظهر وأجزاء وحركة جسمه، من حيث دقة الوصف والحكم (صورة الجسم كما يدركها الكفيف).

(٢) صورة الجسم الاجتماعية Social Body-Image: وتعني فكرة الفرد الكفيف ومدى القبول الاجتماعي لخصائصه الجسمية (شكل وحجم ووزن ومظهر وأجزاء وحركة جسمه)، ووجهة نظر الآخرين وتصوراتهم عن جسم الكفيف (أي صورة جسم الكفيف في عيون الآخرين كما يعتقد هو).

(٣) صورة الجسم الانفعالية Emotional Body-Image: وتعني مشاعر وأحاسيس ومعتقدات واتجاهات الفرد الكفيف نحو صورة جسمه المدركة من حيث الرضا وعدم الرضا، والارتياح وعدم الارتياح.

ويرى البعض أن صورة الجسم تتكون من ثلاثة أجزاء وهي:

(١) الجسم الواقعي (الحقيقي) Body reality: ويشير هذا المكون إلى الطريقة التي يدرك بها الأفراد ويشعرون بأجسادهم. وينظر إلى الجسم الواقعي ويقاس بشكل موضوعي، ويتعلق بتكوين الجسم وأجزائه، ولا يحتوي على أحكام قيمية. والجسم الواقعي يعني الطريقة التي يكون بها جسم الفرد حقاً، لذا فهو ليس مفهوماً ثابتاً، ولكنه يتغير مع التقدم في السن.

(٢) الجسم المعروض (المظهر الخارجي للجسم) Body presentation: ويشير هذا المكون إلى كيف يستجيب الجسم لأوامر الفرد. تشمل هذه الاستجابة ما يرتديه الفرد، وكيف يتحرك، وكيف يبدو للعالم. حيث تعمل الهيئة كتعبير عن رغبات الفرد ونواياه ومشاعره. يمكن للفرد أن يتحكم في مظهره الجسدي إلى حد ما.

(٣) الجسم المثالي Body ideal: وهذا المكون بمثابة معيار داخلي يحكم به الفرد على نفسه والآخرين. ويؤثر هذا المكون على معتقدات الفرد حول: كيف يبدو، وكيف يبدو ويتصرف الآخرون (Elgid, 1999, p.13)

ويرى الدسوقي (٢٠٠٦، ص ١٦) أن مفهوم صورة الجسم، أو المظهر الجسدي يتضمن ثلاثة مكونات رئيسية هي مكون إدراكي (perceptual component) ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه، ومكون ذاتي (subjective component) ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانفعال، أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم، ومكون سلوكي (behavioral component) ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة، أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسدي.

عوامل تطور صورة الجسم

وأوضح (1997, p. 107) Breakey أن صورة الجسم مفهوم يتطور وفقا لعدة عوامل منها:

- (١) الأحاسيس البصرية واللمسية.
- (٢) الخبرات الانفعالية وتأثيرها على الأهمية النسبية التي يمتلكها الفرد لصورة الجسم المتعددة الأوجه.
- (٣) الخبرات الاجتماعية مصاحب لها التبادل المستمر بين الانطباعات التي لدى الآخرين عن مظهرنا الجسدي وردود أفعالنا الشخصية على هذه الانطباعات.
- (٤) اتجاهاتنا الخاصة والأهمية التي نضعها لأجسامنا كما هي مشتقة من المقارنة، والتجار بالسابقة الإيجابية والسلبية.

ثانياً: الشفقة بالذات

مفهوم الشفقة بالذات:

يعد متغير الشفقة بالذات من المتغيرات الحديثة نسبياً في مجال علم النفس والصحة النفسية، فقد ظهر على يد عالمة الأمريكية كريستين نيف (Neff, 2003a) والتي قدمت المفهوم باعتباره بعداً أساسياً من أبعاد البناء النفسي للفرد، كما يعد أحد السمات الايجابية والمتغيرات الهامة لمقاومة الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة التي يعيشها الفرد في حالات الفشل، أو المعاناة.

وتري (Neff, 2003b, p.85) أن الشفقة بالذات مفهوم يعبر عن اتجاه انفعالي ايجابي نحو الذات من شأنه حماية الذات من العواقب السلبية لكل من الحكم الذاتي، والعزلة والتوحد مع الذات، ومواجهة النزعة نحو الأنانية والتمركز حول الذات والمقارنات الاجتماعية السلبية.

وأضافت (Neff, 2016, p.265) أن الشفقة بالذات مفهوم يمثل تحول الشفقة نحو الداخل، ويشير إلى كيفية ارتباطنا بأنفسنا في حالات الفشل، أو عدم الكفاءة، أو المعاناة الشخصية.

ويرى (Bayir & Lomas, 2016, p.23) أن الشخص المشفق بذاته هو شخص يغفر لنفسه دائماً.. هو متسامح دائماً.. لأنه غالباً ما يلقي باللوم على الآخرين، أو أن الحياة هي التي تجبره على ارتكاب الأخطاء.

أما (Knox, 2017, p. 20) فتشير إلى أن الشفقة بالذات مفهوم يتضمن نظر الفرد لنقاط ضعفه وأخطائه وإخفاقاته بمزيد من الانفتاح والتسامح والتفهم لإنسانيته، بدلاً من النظرة الضيقة للأخطاء والشعور بالفشل التام.

أبعاد الشفقة بالذات

أشارت (Neff, 2016, p.264) إلى أن هناك توازناً دينامياً بين الطريقة التي يستجيب بها ذوي الشفقة بالذات والطريقة التي يستجيب بها عديمي الشفقة بالذات عندما يواجهون مشاعر الألم والفشل، فالاستجابة الانفعالية (إما اللطف بالذات، أو الحكم الذاتي)، والاستجابة المعرفية (إما اعتبار هذه المشاعر جزء من الخبرة الإنسانية وإما العزلة)، والانتباه للمعاناة (إما بيقظة عقلية، أو مزيد من

التوحد معها). وبالتالي قدمت "Neff" مفهوما للشفقة بالذات يتضمن ثلاثة أبعاد رئيسة تتفاعل وتتداخل فيما بينها لتنشئ إطارا من الشفقة الذاتية للعقل وهي: اللطف بالذات Self-kindness مقابل الحكم الذاتي Self-judgment، والإنسانية المشتركة Common Humanity مقابل العزلة Isolation، واليقظة العقلية Mindfulness مقابل الإفراط في التوحد Over-Identification.

اللطف بالذات: يقصد به الميل إلى الاهتمام والتفاهم مع أنفسنا بدلا من النقد، أو الحكم القاسي عليها، والتعامل مع العيوب وأوجه القصور الشخصية بمزيد من الرفق والتفهم والدعم الذاتي، فبدلا من انتقادنا لأنفسنا بلا هوادة، ومهاجمتها وتعنيفها بسبب أوجه القصور الشخصية، يتم التعامل معها بدفء وتقبل غير مشروط بالرغم من أنه قد يتم تحديد بعض السلوكيات على أنها مفيدة وبحاجة إلى التغيير.

الإنسانية المشتركة: يقصد بها الاعتراف بأن كل البشر يخطئون ويفشلون ويشعرون بعدم الكفاءة بطريقة، أو بأخرى، فالتقصير سمة إنسانية مشتركة، وبالتالي فنظرة الفرد لنقاط ضعفه يجب أن تكون من منظور أوسع وأشمل وفي إطار التجربة الإنسانية المشتركة بدلا من المعاناة الفردية والعزلة عن الآخرين في الأوقات الصعبة.

اليقظة العقلية: ويقصد بها وعي الفرد وإدراكه لخبرات اللحظة الراهنة بطريقة واضحة ومتوازنة بما في ذلك المعاناة، والأفكار، والمشاعر السلبية المؤلمة، بدلا من الإفراط في التركيز عليها والتوحد معها (Neff&Yarnell, 2013, p.147)، (Neff, 2011, p.4)، (Neff&Costigan, 2014, p.114).

كما أشار "Jinpa" أن الشفقة بناء مركب متعدد الأبعاد يتألف من أربعة مكونات مفتاحية: الوعي بالآلام (مكون معرفي)، التعاطف الانفعالي مع المعاناة (مكون انفعالي)، الرغبة في تخفيف المعاناة (مكون متعمد)، الاستجابة، أو الاستعداد لتخفيف تلك المعاناة (مكون تحفيزي) (Jazaieri, McGonigal, Jinpa, Doty, Gross, & Golden, 2014, p.23).

نقاط الاختلاف بين الشفقة بالذات وبعض المفاهيم

يختلف متغير الشفقة بالذات عن العديد من المتغيرات ذات الصلة ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (١)

أوجه الاختلاف بين الشفقة بالذات وبعض المفاهيم

المفهوم	أوجه الاختلاف
الشفقة على الذات self-Pity	عندما يشعر الفرد بالشفقة على الذات يصبح منغمساً في مشاكله الخاصة متناسياً أن الآخرين لديهم مشكلات ماثلة. متجاهلاً ارتباطه بالآخرين. لديه شعور أنه الوحيد في العالم الذي يعاني تلك المشكلة وهو ما يزيد من معاناته الشخصية (Neff, 2003b, p.88)
تقدير الذات self-esteem	مفهوم يتضمن تقييم الأداء الشخصي (كيف أكون جيداً؟) بالمقارنة مع المعايير الموضوعية (ما يعد جيداً بما فيه الكفاية؟) في المجالات ذات الأهمية المدركة (من المهم أن تكون جيداً في هذا). كما ينطوي تقدير الذات على النظر إلى تقييم الآخرين للذات (ما مدى تقبل الآخرين لي؟). فتقدير الذات يشير إلى الدرجة التي نقيم بها أنفسنا بشكل إيجابي. وغالباً ما تستند إلى مقارنات مع الآخرين (Neff & Neff, 2003b, p.85; Costigan, 2014, p.115)
التسامح مع الذات Self-Forgiveness	يحدث التسامح مع الذات في مواجهة خطأ مدرك معترف به. في حين الشفقة بالذات تظهر في سياق أي معاناة بغض النظر عن السبب. كذلك تظهر الشفقة بالذات كاستجابة للأحداث الراهنة. أما التسامح مع الذات فهي عملية لا تحدث بشكل فوري حتى تكون حقيقية. بل تتطلب العمل والجهد لتطويرها (Williams, 2015, p.29)

ثالثاً: تحمل الغموض

مفهوم تحمل الغموض

تحمل الغموض مصطلح يشير إلى الطريقة التي يدرك ويعالج بها الفرد (أو المجموعة) المعلومات المتاحة عن المواقف أو المثيرات الغامضة عندما يواجه مجموعة من القرائن غير المألوفة أو المعقدة أو غير المتسقة (Furnham & Ribchester, 1995, p.179).

ويعرف (Arquero & Tejero, 2009, p.97) الغموض على أنه: «غياب واضح للمعلومات المطلوبة لفهم الموقف واتخاذ الخيارات للوصول للنتائج المتوقعة، وبالتالي فإن الغموض بمثابة حاجز يعوق اتخاذ القرار والتنبؤ به. ويمكن تعريف تحمل الغموض بأنه درجة قبولاً لتحدي المعرفي المرتبط بالغموض».

أما دسوقي (١٩٨٨، ص ٨٣) فيعرف تحمل الغموض بأنه: «القدرة على مواجهة المواقف المتصارعة، أو المعقدة بغير آلام نفسية لا لزوم لها، وإرادة تقبل الأمور بما فيها من تفسيرات بديلة وما تحتمل من نتائج متكافئة، والشعور بالارتياح عند مواجهة قضية اجتماعية معقدة تدخل فيها مبادئ متعارضة».

كما يعرف معوض (٢٠٠٥، ص ٣) الشخص الذي يتميز بتحمل الغموض هو من لديه المقدرة على التعامل مع المواقف المتصارعة، والمقدرة على حل المشكلات، والشعور بالارتياح عند مواجهة المواقف المعقدة.

في حين يشير رزق (٢٠٠٢، ص ٦١) إلى أن تحمل الغموض هو تلك البوصلة المعرفية ذات القطبين التي تحتوي على الطرق والاستراتيجيات العقلية المميزة للفرد والثابتة نسبياً في إدراك وتناول المعلومات التي قد تكون إما محددة، وقاطعة، وحاسمة، وواضحة، وبسيطة، وإما أن تكون متداخلة، ومتشابهة، ومتعددة، ومبهمة، ومركبة، وغير مألوفة، وغير مضبوطة، ومختلطة، وغير متوقعة متأثرة بمتغيرات أخرى اجتماعية، أو دينية، أو شخصية مقصودة، أو غير مقصودة عن موقف، أو مثير معين.

أما رأفت (٢٠٠٣، ص ٧٤) فعرفت تحمل الغموض على أنه: «استراتيجية الفرد المميزة في استقبال وتجهيز المعلومات التي قد تكون محددة، وواضحة، ومألوفة، وقد تكون متناقضة، ومتعددة، وغير واضحة، وغير مألوفة عن موقف، أو مثير معين، ومن ثم يتم تحديد اتجاه الفرد نحو هذا الموقف، أو المثير في صورة استجابة إما أن تكون في شكل موافقة وقبول لهذا الموقف وظاهرة في صورة سلوك ومشاعر ارتياح وشعور بالميل له (تحمل)، أو أن تكون في شكل رفض ونفور وظاهرة في صورة سلوك انسحاب وهروب ومشاعر احباط وقلق وعدم ارتياح».

كذلك عرف Chappelle & Roberts, (1986, p.30) تحمل الغموض على أنه: "قدرة الشخص على العمل بشكل عقلائي وهادئ في وضع يكون فيه تفسير جميع المثيرات غير واضحاً".

من خلال استقراء التعريفات السابقة يمكننا القول أن تحمل الغموض مفهوم يشير إلى إدارة الفرد للمواقف المبهمة من خلال استخدامه لاستراتيجية تميزها العقلانية والمرونة والتوظيف الجيد للمعلومات المتاحة رغم ندرتها، أو تناقضها، أو عدم وضوحها، مع شعوره بالارتياح والهدوء.

خصائص الأفراد مرتفعي / منخفضي تحمل الغموض

يشير (Macdonald, 1970, p. 791) إلى أن الأشخاص الذين يتحملون درجة عالية من الغموض يتطلعون إلى الغموض، ويتمتعون بالمواقف الغامضة، بل ويتفوق ونفي أداء المهام الغامضة.

كما يضيف (Furnham&Ribchester, 1995, p.179) أن الشخص الذي تحم لقدرا كبيرا من الغموض يدرك المواقف / المثيرات الغامضة على أنها مرغوبة، وملئمة بالتحديات، ومثيرة للاهتمام، ولا ينفى ولا يشوه تعقيداتها غير المتجانسة، بينما يعاني الشخص منخفض تحمل الغموض من التوتر، وتكون ردود أفعاله متسارعة، ويتجنب المنبهات الغامضة.

كذلك يميل الأشخاص منخفضي تحمل الغموض إلى تقبل المعلومات والبيانات حول المواقف ذات الاتجاه المحدد (أبيض - أسود)، يبحثون دائماً عن اليقين، منغلِقون حول الخصائص المألوفة للمثيرات، وفيما يتعلق بمهارة حل المشكلات فيميل هؤلاء الأفراد إلى تقسيم المشكلات بشكل صارم إلى فئات ثابتة، واختيار الحلول في مرحلة مبكرة، ويبقون على حل واحد في المواقف الغامضة المدركة، ولذلك فهم يميلون إلى إغلاق المشكلة بشكل سابق لأوانه (Arquero&Tejero, 2009, p.98)

كما يوضح رزق (٢٠٠٢، ص ٦١) أن الأفراد مرتفعي تحمل الغموض يتصفون بالمرونة الشديدة تجاه الموقف ويتميزون بالسرعة الإدراكية ويحاولون تقليل غموض الموقف، أو كشف هذا الغموض.

بينما يصف معوض، وعيسى (٢٠٠٢، ص ٨٥) منخفض تحمل الغموض بأنه فرد ينظر للمواقف الغامضة والمتصارعة على أنها مهددات وهو ما يجعله غير قادر على التعامل معها بنجاح، كما تنقصه القدرة على مواجهة تلك المواقف وهو ما يجعله متوتراً في كل مجالات حياته وغير قادر على تحمل الغموض والتعامل معه.

ويتميز ذوي تحمل الغموض بميله للمخاطرة، والمرونة في التعامل مع المواقف، ويحقق قبولاً اجتماعياً أفضل، ولديه قدرة عالية على حل المشكلات، ودافعية البحث عن المعرفة لديه مرتفعة، أما ذوي أسلوب عدم تحمل الغموض فليس لديه ميل للمخاطرة، حساس تجاه الضغوط، يفضل أداء المهام المألوفة، قبوله الاجتماعي محدود، انخفاض دافعية البحث عن المعرفة، أقل مرونة أكثر في التفكير الجامد (القحطاني، ٢٠١٣، ص ١٥٧)، (الببيلي، ٢٠١٢، ص ٦٥)

مستويات تحمل الغموض

تشير (Ehrman, 1999) أن عملية تحمل الغموض تمر بثلاث مستويات هي:

١. المستوى الأول ويسمى الاستيعاب: وفيه يسمح الفرد لعقله باستقبال معلومات جديدة بالنسبة له.
٢. المستوى الثاني ويسمى تحمل الغموض بشكل لائق: وفيه يبدأ الفرد بعد أن استقبال المعلومات الجديدة في التعامل مع عناصر متناقضة أو معلومات غير كاملة أو نظام غير مكتمل.
٣. المستوى الثالث ويسمى مستوى التوفيق: وفيه يتم تمييز المعلومات والبيانات الجديدة، وتحديد الأولويات، وفي النهاية يتم دمج المعلومات الجديدة مع التصورات الموجودة أصلاً، لتغيير تلك التصورات وإنشاء مخطط معرفي جديد لم يكن موجوداً من قبل (Atef-Vahid, Kashani, & Haddadi, 2011, p.152)

دراسات سابقة

أولاً: دراسات تناولت صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى المراهقين المكفوفين

هدفت دراسة نوفل (٢٠١٦) إلى التعرف على صورة الجسد والاعترا ب النفسي وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب لدى عينة من المعاقين بصريا بلغت (١٥٥) كفيافاً وكيفية، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس صورة الجسد، ومقياس الاعترا ب النفسي (كلاهما من إعداد الباحث)، ومقياس الاكتئاب (إعداد بيك وتقنين العبادسة، ٢٠٠٠)، ومقياس القلق (إعداد تايلور تقنين العبادسة، ٢٠٠٠)، وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها وجود علاقة ارتباطية دالة عكسية بين صورة الجسد وكل من الاعترا ب النفسي والقلق والاكتئاب، أيضا وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في صورة الجسد لصالح الإناث.

أما دراسة عيسى (٢٠١٦) فهدفت إلى التعرف على صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٤٠) مراهقا، واستخدمت الدراسة مقياس صورة الجسم للمراهقين المعاقين بصريا (إعداد محمد الأشرم، ٢٠٠٨)، ومقياس تقدير الذات للمراهقين المعاقين بصريا (إعداد محمد الأشرم، ٢٠٠٨)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين تقدير الذات وأبعاد صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس لدى المراهق الكفيف.

في حين هدفت دراسة أبو الحسن، ومسعد، ومحمد (٢٠١٦) إلى التعرف على أبعاد الأمن النفسي وعلاقته بصورة الجسم لدى عينة من المكفوفين بلغت (٥٠) كفيافا تتراوح أعمارهم ما بين (١٢ - ١٤) عاما، استخدمت الدراسة مقياسي صورة الجسم والأمن النفسي (كلاهما من إعداد الباحثين)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين أبعاد الأمن النفسي وصورة الجسم لدى عينة الدراسة من المكفوفين (ذكور وإناث).

كذلك دراسة البحيري، والحديبي (٢٠١٤) حاولت الكشف عن اضطراب صورة الجسم في علاقته بتقدير الذات وأعراض الشخصية التجنبية لدى المراهقين المعوقين بصريا، والفروق في تلك المتغيرات وفقا للنوع، ودرجة وزمن

الإعاقة، والمرحلة التعليمية، والقدرة التنبؤية لأبعاد تقدير الذات والشخصية التجنبية لاضطراب صورة الجسم للمراهقين المعوقين بصرياً، والديناميات النفسية لدى الحالات الطرفية لأفراد الدراسة الكلينيكية، بلغت عينة الدراسة (١٤٩) مراهقاً كفيلاً، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس صورة الجسم للمراهقين المعاقين بصرياً (إعداد الباحثين)، ومقياس تقدير الذات المتحرر من أثر الثقافة (تقنين عبد الرقيب البحيري)، ومقياس الشخصية التجنبية (تقنين البحيري وعامر، ٢٠١٣)، اختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة، استمارة المقابلة الكلينيكية (إعداد الباحثين)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد مقياس اضطراب صورة الجسم للمراهقين المعوقين بصرياً وأبعاد مقياس تقدير الذات المتحرر من أثر الثقافة والشخصية التجنبية فيما عدا العلاقة الارتباطية بين البعد الثاني في كل من مقياس اضطراب صورة الجسم للمراهقين المعوقين بصرياً ومقياس تقدير الذات المتحرر من أثر الثقافة، والبعد الثالث في مقياس اضطراب صورة الجسم للمراهقين المعوقين بصرياً ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية، حيث كانت العلاقة بينهما إيجابية، كما أوضحت النتائج أن اضطراب الشخصية التجنبية أكثر المتغيرات قدرة تنبؤية لاضطراب صورة الجسم للمراهقين المعوقين بصرياً.

أما دراسة (Greguo, Gobbi, & Carraro, 2014) فهدفت إلى التعرف على ممارسة الأنشطة البدنية وصورة الجسم لدى الأطفال والمراهقين المعاقين بصرياً "دراسة مقارنة"، بلغت عينة الدراسة (٤١) طفلاً ومراهقاً بواقع (١٩) برازيلياً و (٢٢) إيطالياً، واستخدمت الدراسة استبانة النشاط البدني للأطفال (PAQ-C)، واستبانة عرض الصورة الذاتية (OSIQ)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن الأطفال والمراهقين المكفوفين كلياً أقل نشاطاً بدنياً من ضعاف البصر، أيضاً أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين ممارسة الأنشطة البدنية وصورة الجسم لدى عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية.

وعمدت دراسة عبد الحميد (٢٠١٣) إلى مقارنة صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين بالأطفال العاديين، بلغت عينة الدراسة (٣٥) طفلاً مقسمين إلى ١٥ طفلاً من الأطفال العاديين، و ٩ أطفال ضعاف البصر،

و١١ طفلا من الأطفال المكفوفين، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، واختبار صورة الجسم. وأظهرت النتائج أن الأطفال عاديي البصر يتمتعون برضا عن صورة الجسم من حيث مضامين صورة الجسم (الإدراكية- الذاتية- السلوكية)، تزيد عما يتمتع به الأطفال ضعاف البصر، والأطفال المكفوفين.

كذلك هدفت دراسة Pinquart & Pfeiffer, (2012) إلى التعرف على صورة الجسم لدى عينة من المراهقين المكفوفين وغير المكفوفين بلغت (١٧٧) مراهقاً كفيفاً، و(٥٣١) مراهقاً غير كفيف، وأوضحت نتائج الدراسة أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية أقل رضا عن أجسامهم مقارنة بالمراهقين المبصرين، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن المراهقات الكفيفات أكثر قابلية لعدم الرضا عن صورة الجسم مقارنة بالمراهقين المكفوفين.

بينما هدفت دراسة الأشرم (٢٠٠٨) إلى بحث طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا بلغت (٢٠٧) مراهقا ومراهقة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصريا، ومقياس تقدير الذات لدى المعاقين بصريا، واستمارة المقابلة الإكلينيكية (جميعهم من إعداد الباحث)، واختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة (نقله للبيئة العربية أحمد سلامة، ١٩٦٥)، وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا.

أما دراسة الببلاوي (٢٠٠٢) فهدفت إلى التعرف على نموذج العلاقة السببية بين اضطراب الأكل وكل من اضطراب صورة الجسم والقلق الاجتماعي وتقدير الذات والاكئاب لدى عينة من المراهقات الكفيفات بلغت (٧١) كفيفة، وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس الشره العصبي لدى الكفيفات، ومقياس فقدان الشهية العصبي للكفيفات، ومقياس اضطراب صورة الجسم كما تدركها الكفيفات، ومقياس القلق الاجتماعي للكفيفات (جميعهم إعداد الباحث)، كما استخدمت الدراسة مقياس الاكئاب متعدد الأبعاد - الصورة المختصرة - (تعريب محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨)، ومقياس تقدير الذات (تعريب عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠)، مقياس المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي/ الثقافي المطور للأسرة المصرية (إعداد محمد بيومي خليل، ٢٠٠٠)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج مهمة منها

وجود علاقة سببية مباشرة بين اضطرابات الأكل وكل من اضطراب صورة الجسم، والاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات، والقلق الاجتماعي لدى المراهقات الكفيفات.

وهدفت دراسة Baker, Sivyer, & Towell, (1998) إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى عينة من النساء (ذوات كف البصر الولادي والمكتسب والمبصرات) بلغت (٦٠) سيدة (٢٠ ذوات كف بصري ولادي، و٢٠ ذوات كف بصري مكتسب، و٢٠ مبصرات)، تمثلت أدوات الدراسة في استبانة صورة الجسم (إعداد Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987)، ومقياس اضطرابات الأكل (إعداد Garner & Garfinkel, 1979)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء ذوات كف البصر الولادي كن أقل في اضطراب صورة الجسم وأكثر إيجابية في عادات الأكل مقارنة بالنساء ذوات كف البصر المكتسب، والمبصرات، كما أوضحت النتائج أن النساء المبصرات كن أكثر اضطراباً في صورة الجسم وكذلك عادات الأكل.

تعقيب

من خلال استقراء الدراسات السابقة يتضح لنا وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين وكل من تقدير الذات، والأمن النفسي، وممارسة الأنشطة البدنية، وعلاقة سلبية مع كل من الاغتراب النفسي، والقلق، والاكتئاب، والخجل، واضطرابات الأكل.

واتفقت البحث الحالي جزئياً مع دراسة كل من: نوفل (٢٠١٦)، وعيسى (٢٠١٦)، والبحيري، والحديبي (٢٠١٤)، (Greguo, Gobbi, & Carraro, 2014)، والأشرم (٢٠٠٨)، في كون العينة من المراهقين المكفوفين، بينما اختلفت معهم في المتغيرات التي تم دراستها مع صورة الجسم.

وقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة ونتائجها في صياغة فروض الدراسة، وكذلك الاطلاع على الأطر النظرية الخاصة بصورة الجسم، مما أمد الباحث بخلفية نظرية واضحة وجيدة عن هذا المتغير.

ثانياً: دراسات تناولت الشفقة بالذات وعلاقتها ببعض المتغيرات

نظراً لندرة الدراسات - في حدود اطلاع الباحث - التي حاولت دراسة متغير الشفقة بالذات لدى المراهقين المكفوفين تحديداً، نستعرض في هذا المحور بعض الدراسات التي تناولت المتغير لدى المراهقين بصفة عامة.

هدفت دراسة ياسين، ومحمد (٢٠١٧) إلى دراسة قدرة كل من الشفقة بالذات والسعادة على التنبؤ بالذكاء الروحي لدى عينة من التلاميذ المكفوفين بلغت (٩٠) تلميذا وتلميذة، تراوحت أعمارهم ما بين (١٠-١٤) عام. واستخدمت الدراسة مقياس: الذكاء الروحي (إعداد الباحثين)، ومقياس الشفقة بالذات (إعداد Neff, 2003 تعريب الباحثان)، ومقياس السعادة (إعداد الباحثين)، وقائمة المستوى الاجتماعي والاقتصادي. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من الشفقة بالذات والسعادة والذكاء الروحي، كما أوضحت النتائج قدرة مقياسي الشفقة بالذات والسعادة على التنبؤ بالذكاء الروحي لدى أفراد العينة.

أما دراسة (Brian Moran, 2017) فحاولت التعرف على طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات واضطراب صورة الجسم والمقارنات الاجتماعية السلبية لدى عينة من المراهقين المستخدمين لمواقع التواصل الاجتماعي بلغت (١٠٣) مراهقا، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الشفقة بالذات (إعداد Neff, 2003)، ومقياس المقارنات الاجتماعية السلبية (إعداد Allan & Gilbert, 1995)، ومقياس صورة الجسم (إعداد Tylka, & Wood-Barcalow, 2015)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوقت الكلي على مواقع الشبكات الاجتماعية وانخفاض مستوى كل من الشفقة بالذات وصورة الجسم السلبية والمقارنات الاجتماعية السلبية، كما أوضحت النتائج إمكانية التنبؤ بالشفقة بالذات من خلال كل من صورة الجسم والمقارنات الاجتماعية السلبية.

بينما هدفت دراسة (Duygu & Adeviye, 2017) إلى بحث طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات ومستويات الكمالية متعددة الأبعاد لدى عينة من طلاب كلية التمريض بلغت (١٩٥) طالبا وطالبة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الشفقة بالذات ومقياس الكمالية متعددة الأبعاد، وتوصلت الدراسة لعدد من النتائج

من أهمها امتلاك أفراد العينة لمستوى معتدل من الشفقة بالذات، كما أوضحت النتائج ارتفاع مستوى الشفقة بالذات لدى أفراد العينة مع انخفاض مستويات الكمالية (الموجهة نحو الذات والموجهة نحو الآخرين والموجهة نحو المجتمع).

وحاولت دراسة الشرييني (٢٠١٦) التعرف على العلاقات والتداخل بين كل من المرونة النفسية والعصابية والشفقة بالذات والأساليب الوجدانية لدى عينة من طلاب قسم التربية الخاصة بكلية التربية - جامعة الطائف بلغت (٢٩٨) طالباً، واستخدمت الدراسة مقياس المرونة النفسية (إعداد الباحث)، ومقياس العصابية (إعداد الباحث)، ومقياس الشفقة بالذات (إعداد Neff, 2003 تعريب الباحث)، ومقياس الأساليب الوجدانية (إعداد Hofmann & Kashdan, 2010 تعريب الباحث)، واختبار المصفوفات المتتابة لرافن، واستمارة تقدير الوضع الاجتماعي الثقافي (إعداد عبد الجواد منسي، ١٩٨٥)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين المرونة النفسية وكل من الشفقة بالذات وأبعاد الأساليب الوجدانية.

أما دراسة علوان (٢٠١٦) فعمدت إلى دراسة مستوى الشفقة بالذات والشعور بالذنب لدى عينة من المراهقين الجانحين المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بلغت (٥٣) مراهقاً، وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس الشفقة بالذات (إعداد محمد السيد عبد الرحمن وآخرون، ٢٠١٤)، قائمة الشعور بالذنب (إعداد جهاد علاء الدين، ٢٠٠٣)، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض مستوى الشفقة بالذات وارتفاع مستوى الشعور بالذنب لدى الأحداث الجانحين، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أبعاد الشفقة بالذات تسهم في التنبؤ بالشعور بالذنب لدى عينة الدراسة.

وحاولت دراسة المنشاوي (٢٠١٦) التحقق من طبيعة العلاقة بين كل من الشفقة بالذات والصمود الأكاديمي والإرهاق الأكاديمي، كذلك التحقق من أن الشفقة بالذات متغير وسيط بين الإرهاق الأكاديمي والصمود الأكاديمي وذلك لدى عينة من طلاب المرحلة الجامعية بلغت (٢٦٨) طالباً وطالبة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الشفقة بالذات (إعداد Raes, Pommier, Neff, and Gucht, 2011 تعريب الباحث)، ومقياس الإرهاق الأكاديمي (إعداد Maslach, 2009

وتعريب الباحث)، ومقياس الصمود الأكاديمي (إعداد Martin & Marsh, 2006 وتعريب الباحث)، وأسفرت الدراسة عن عدد من النتائج منها وجود علاقة ارتباطية بين الشفقة بالذات وكل من الصمود الأكاديمي والإرهاق الأكاديمي، وعدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في كل من الشفقة بالذات والصمود الأكاديمي والإرهاق الأكاديمي.

بينما عمدت دراسة علاء الدين (٢٠١٥) إلى فحص طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات وكل من تقدير الذات والاكتئاب والقلق الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة بلغت (٤١٠) طالب وطالبة، واستخدمت الدراسة مقاييس: العطف على الذات (إعداد Neff, 2003 تعريب الباحثة)، وتقدير الذات (إعداد Rosenberg, 1965)، والاكتئاب (إعداد Radloff, 1991 تعريب الذويب)، والخوف من التقييم السلبي (إعداد Leary, 1983)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها ارتباط الشفقة بالذات بعلاقة ارتباطية موجبة مع تقدير الذات وسالبة مع الاكتئاب والقلق، كما أظهرت النتائج أن الشفقة بالذات أفضل في التنبؤ بالاكتئاب والقلق الاجتماعي من تقدير الذات.

في حين هدفت دراسة (Albertson, Neff & Dill, 2015) إلى التحقق من تأثير الشفقة بالذات على صورة الجسم لدى عينة من الإناث بلغت (٩٨) تم إخضاعهم لمدة ثلاثة أسابيع لتدريبات تأملية لتدعيم الشفقة بالذات، استخدمت الدراسة مقياس الشفقة بالذات (إعداد Neff, 2003)، واستبيان شكل الجسم (إعداد Cooper et al, 1987)، وأظهرت نتائج الدراسة تحسن واضح في صورة الجسم لدى أفراد العينة إضافة إلى تحسن مستوى الشفقة بالذات لديهم.

كما بحثت دراسة العاسمي (٢٠١٤) طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات وسمات الشخصية كما تقيسها قائمة العوامل الخمسة للشخصية، وتعرف الفروق في الشفقة بالذات حسب كل من الجنس والتخصص، ومعرفة أثر كل منهما في الشفقة بالذات وذلك لدى عينة من طلبة الجامعة بلغت (١٨٤) طالباً وطالبة، واستخدمت الدراسة مقياس الشفقة بالذات (إعداد Neff, 2003 تعريب الباحث)، وقائمة العوامل الخمسة للشخصية (إعداد Goldberg, 1999 تعريب السيد أبو هاشم)، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الأبعاد الإيجابية

للشفقة بالذات (اللطف بالذات، الإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية) وبين سمات (الانبساطية، والانفتاح على الخبرة، والمقبولية، والضمير الحي)، مع وجود علاقة سلبية بين الحكم الذاتي وبين العزلة والتوحد مع الذات والعصابية، كما أظهرت النتائج أن الإناث أكثر شفقة بالذات من الذكور، وأن طلاب الكليات الأدبية أكثر شفقة بالذات من طلاب الكليات العلمية، كما أظهرت النتائج أيضاً أن هناك تفاعلاً دالاً بين الجنس والتخصص والشفقة بالذات.

كذلك هدفت دراسة (Wasykiw, Mackinnon, & Maclellan, 2012) إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات وصورة الجسم لدى عينة من طالبات المرحلة الجامعية بلغت (١٤٢) طالبة، واستخدمت الدراسة مقاييس للشفقة بالذات وصورة الجسم وتقدير الذات، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها كلما ازدادت الشفقة بالذات كلما قل اضطراب صورة الجسم، كذلك أوضحت النتائج قدرة متغير الشفقة بالذات على التنبؤ بصورة الجسم لدى أفراد العينة بصورة أفضل من تقدير الذات.

بينما دراسة (Neff & McGeehee, 2010) فقد حاولت التعرف على طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات والصمود النفسي لدى عينة من المراهقين بلغت (٢٣٥) مراهقاً، والبالغين بلغت (٢٨٧) شاباً، استخدمت الدراسة مقياس الشفقة بالذات (إعداد Neff, 2003)، ومقياس الاكتئاب (إعداد Beck & Steer, 1987)، ومقياس القلق (إعداد Spielberg, Gorsuch, & Lushene, 1970)، ومقياس الترابط الاجتماعي (إعداد Lee & Robbins, 1995)، ومقياس الدعم الوالدي (إعداد Stark, Schmidt, & Joiner, 1996)، ومقياس العلاقات الأسرية (إعداد Hudson, 1992)، ومقياس أنماط التعلق (إعداد Bartholomew & Horowitz, 1991)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها وجود علاقة ارتباطية قوية بين الشفقة بالذات والرفاهية لدى كل من المراهقين والبالغين، كما أوضحت النتائج إمكانية التنبؤ بالشفقة بالذات من خلال العوامل الأسرية، كذلك وجد أن الشفقة بالذات تتوسط جزئياً العلاقة بين العوامل الأسرية / المعرفية والرفاهية.

تعقيب

من خلال استقراء الدراسات السابقة يتضح لنا وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الشفقة بالذات وكل من صورة الجسم، والمرونة النفسية، والصمود الأكاديمي، وتقدير الذات، والانبساطية، والانفتاح على الخبرة، والرفاهية، بينما ترتبط بعلاقة سلبية مع كل من الكمالية العصابية، والقلق، والاكتئاب، والضغط الوالدية، وكذلك قدرة الشفقة بالذات على التنبؤ بكل من الذكاء الروحي، وصورة الجسم، والشعور بالذنب.

كما أشارت دراسة كل من: ياسين، وطارق (٢٠١٧)، والمنشاوي (٢٠١٦) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الشفقة بالذات، بينما أشارت دراسة العاسمي (٢٠١٤) إلى وجود فروق بين الجنسين في الشفقة بالذات لصالح الإناث.

واتفقت البحث الحالي جزئياً مع دراسة ياسين، وطارق (٢٠١٧) في كون العينة من المكفوفين، بينما اختلفت معهم في المتغيرات التي تم دراستها مع الشفقة بالذات.

كذلك اتفقت البحث الحالي جزئياً مع دراسة كل من: (Brian Moran, 2017) (Wasylikiw, Mackinnon, & Maclellan, 2012)، من حيث دراسة طبيعة العلاقة بين الشفقة بالذات وصورة الجسم بينما كان الاختلاف في كل من: عينة الدراسة وإضافة متغير تحمل الغموض.

وقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة ونتائجها في صياغة فروض الدراسة، وكذلك الاطلاع على الأطر النظرية الخاصة بالشفقة بالذات، مما أمد الباحث بخلفية نظرية واضحة وجيدة عن هذا المتغير.

ثالثاً: دراسات تناولت تحمل الغموض وعلاقته ببعض المتغيرات

يتناول الباحث في هذا المحور عدد من الدراسات التي تناولت متغير تحمل الغموض لدى المراهقين بصفة عامة نظراً لندرة الدراسات - في حدود اطلاع الباحث- التي عمدت إلى دراسات متغير تحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين، أو بحث طبيعة العلاقة بينه وبين متغيري البحث الحالي.

هدفت دراسة السباعي (٢٠١٦) إلى الكشف عن العجز المتعلم وعلاقته بتقدير الذات وتحمل الغموض والطموح لدى عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٣٠) مراهقا، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس العجز المتعلم (إعداد الفرحاتي، ١٩٩٧)، ومقياس تقدير الذات للمكفوفين (إعداد شعبان رضوان وحليمة الدقوشي، ٢٠١٣)، ومقياس تحمل الغموض (إعداد محمد عبد التواب، ٢٠٠٥)، ومقياس الطموح (إعداد آمال باظة، ٢٠٠٤)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العجز المتعلم وتقدير الذات، أيضا وجود علاقة ارتباطية طردية بين العجز المتعلم وعدم تحمل الغموض، كذلك وجود علاقة ارتباطية سلبية بين العجز المتعلم والطموح لدى عينة الدراسة.

بينما عمدت دراسة القطاوي، وعلى (٢٠١٦) إلى بحث العلاقة بين المثابرة الأكاديمية وكل من تحمل الغموض والصلابة النفسية لدى عينة من طالبات الجامعات المصرية والسعودية بلغت (٣٠٠) طالبة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس المثابرة الأكاديمية (إعداد فاروق عبد الفتاح، ٢٠١٠)، ومقياس تحمل الغموض (إعداد محمد عبد التواب، ٢٠١١)، ومقياس الصلابة النفسية (إعداد كوبازا تعريب عماد مخيمر، ٢٠١٢)، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين المثابرة الأكاديمية وتحمل الغموض والصلابة النفسية، كما وجدت فروق دالة في متغيرات الدراسة جميعها لصالح طالبات الجامعة المصرية.

في حين هدفت دراسة (Tomono, 2014) إلى تطوير مقياسا جديدا لتحمل الغموض (ATS)، بلغت عينة الدراسة (٢٠٥) طالبا وطالبة بالمرحلة الجامعية، طبق عليهم المقياس المقترح ومقياسا للقلق، وأسفرت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي عن استخراج عاملين تشبع عليهما عبارات المقياس وهما القدرة على التحكم في الغموض، والقدرة على التمتع بالغموض، إضافة إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي مما يعني قبول المقياس المقترح.

أما دراسة عبد الفتاح (٢٠٠٩) فهدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين تحمل الغموض والاتزان الانفعالي لدى عينة من طالبات المرحلة الجامعية بلغت (١٤٨) طالبة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس تحمل الغموض، ومقياس الاتزان الانفعالي (كلاهما إعداد الباحثة)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين تحمل الغموض والاتزان الانفعالي، كما أوضحت النتائج عدم وجود فروق في تحمل الغموض والاتزان الانفعالي يرجع إلى التخصص الدراسي (علمي - أدبي)، بينما توجد فروق في تحمل الغموض والاتزان الانفعالي بين طالبات الفرقة الأولى وطالبات الفرقة الرابعة في صالح طالبات الفرقة الرابعة.

تعقيب

من خلال استقراء الدراسات السابقة يتضح لنا ندرة الدراسات السابقة - في حدود اطلاع الباحث - التي تناولت متغير تحمل الغموض لدى عينة البحث الحالي من المراهقين المكفوفين، كذلك أشارت الدراسات السابقة إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين تحمل الغموض وكل من المثابرة الأكاديمية، والصلابة النفسية، والاتزان الانفعالي، بينما ترتبط بعلاقة سلبية مع العجز المتعلم.

واتفقت البحث الحالي جزئياً مع دراسة السباعي (٢٠١٦) في كون العينة من المكفوفين، بينما اختلفت معها في المتغيرات التي تم دراستها مع تحمل الغموض.

وقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة ونتائجها في صياغة فروض الدراسة، وكذلك الاطلاع على الأطر النظرية الخاصة بالشفقة بالذات، مما أمد الباحث بخلفية نظرية واضحة وجيدة عن هذا المتغير.

فروض البحث:

في ضوء كل من الإطار النظري وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة ذات الصلة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

- (١) لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات المراهقين المكفوفين على مقياس صورة الجسم ودرجاتهم على مقياس الشفقة بالذات.
- (٢) لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات المراهقين المكفوفين على مقياس صورة الجسم ودرجاتهم على مقياس تحمل الغموض.

- (٣) تسهم درجات الشفقة بالذات لدى المراهقين المكفوفين في التنبؤ بدرجاتهم في صورة الجسم.
- (٤) تسهم درجات تحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين في التنبؤ بدرجاتهم في صورة الجسم.
- (٥) تختلف ديناميات الشخصية والبناء النفسي لحالتي الدراسة الكلينيكية من المراهقين المكفوفين مرتفعي ومنخفضي (صورة الجسم والشفقة بالذات وتحمل الغموض) من خلال منظور المنهج الكلينيكي.

عينة البحث :

العينة الاستطلاعية: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣٣) طالباً وطالبة من طلاب مدرسة النور للمكفوفين - إدارة الدقي بمحافظة الجيزة، وذلك للتعرف على الخصائص السيكومترية لأدوات البحث الحالي. وتراوحت أعمارهم بين (١٣ و ١٩) عاماً، وبمتوسط عمري (١٦,٣) عاماً، وانحراف معياري (١,٧).

العينة الأساسية: تكونت العينة الأساسية من (٦٧) طالباً وطالبة من طلاب (مدرسة النور الثانوية للبنات المكفوفات بالجيزة - مدرسة طه حسين للمكفوفين بالقاهرة - مدرسة مصطفى عساكر للمكفوفين بالقاهرة - مدرسة النور للمكفوفين (بنين) بالقاهرة)، منهم (٣٦) طالباً، و(٣١) طالبة، بمتوسط عمري (١٦,٤) عاماً، وانحراف معياري قدره (١,٦٨). والجدول التالي يوضح توزيع العينة الأساسية وفقاً لمتغيري الجنس والمرحلة الدراسية:

جدول (٢)

توزيع العينة الأساسية وفقاً للصف الدراسي، والجنس

العينة	المرحلة	الإعدادية	الثانوية	إجمالي
ذكور	١٥	٢١	٣٦	
إناث	١٤	١٧	٣١	
إجمالي	٢٩	٣٨	٦٧	

عينة البحث الكلينيكية:

تكونت عينة البحث الكلينيكية من حالتين من المراهقين المكفوفين تمثلان الحالتين الطريقتين مرتفعي ومنخفضي الشفقة بالذات، وتحمل الغموض، وصورة الجسم.

أدوات البحث:

١ - مقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصريا Body-Image Scale In Visually Impaired Individuals: (إعداد/ كاشف، والأشرم، ٢٠١٠)

- وصف المقياس: يتكون المقياس من (٣٧) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: صورة الجسم المدركة، صورة الجسم الاجتماعية، وصورة الجسم الانفعالية. ويعتمد المقياس على طريقة التقرير الذاتي، حيث الإجابة على بنود المقياس باختيار إجابة واحدة من ثلاث إجابات (موافق - محايد - غير موافق)، وتأخذ العبارات الإيجابية الدرجات (٣ - ٢ - ١) والعبارات السلبية (١ - ٢ - ٣) على الترتيب، ويتم تطبيق المقياس بطريقة فردية على المراهقين المكفوفين من سن (١٣ إلى ٢٠) سنة، وليس هناك زمن محدد للإجابة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتحقق من صلاحية المقياس في البيئة المصرية طبق المقياس على عينة قوامها (١٠٢) طالب وطالبة من المراهقين المكفوفين (٦١ ذكور، ٤١ إناث) تراوحت أعمارهم ما بين (١٣ و ٢٠) سنة، وقاما معدا المقياس بحساب صدق وثبات المقياس بالطرق التالية:

صدق المحكمين: حيث تم عرض المقياس في صورته الأولية (٦٠ عبارة) على عدد من المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة، وفي ضوء توجيهات المحكمين تم إعادة صياغة بعض العبارات، كما تم حذف عدد من العبارات لتصبح عدد عبارات المقياس (٤٥) عبارة.

الصدق العاملي: تحقق الباحثان من الصدق العاملي للمقياس باستخدام التحليل العاملي بطريقة «هوتلينج»، ثم أديرت العوامل تدويرا متعامدا بطريقة «الفاريماكسلكايزر»، وأسفر التحليل العاملي عن ثلاثة عوامل تشبع بها المقياس وهي: العامل الأول (صورة الجسم المدركة) بلغ جذره الكامن (٥,٥) واستوعب

(١٢،٢) من التباين الارتباطي وتشبع به (١١) عبارة، العامل الثاني (صورة الجسم الاجتماعية) بلغ جذره الكامن (٥،٤) واستوعب (١١،٩) من التباين الارتباطي وتشبع به (١٥) عبارة، العامل الثالث (صورة الجسم الانفعالية) بلغ جذره الكامن (٣،٨) واستوعب (٨،٤) من التباين الارتباطي وتشبع به (١١) عبارة، وتم استبعاد (٨) عبارات وأصبح المقياس في صورته النهائية مكونة من (٣٧) عبارة.

صدق المقياس في البحث الحالي: قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس وذلك بحساب معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٣)

معاملات الاتساق الداخلي بين أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية (ن = ٣٣)

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
صورة الجسم المدركة	١١	٠,٧٤٦	٠,٠١
صورة الجسم الاجتماعية	١٥	٠,٧٠٧	٠,٠١
صورة الجسم الانفعالية	١١	٠,٦١٨	٠,٠١

ثبات المقياس : للتحقق من ثبات المقياس قاما معدا المقياس بحساب كل من:

- معامل ألفا كرونباخ لعبارات كل بعد على حدا وللمقياس ككل، وكانت النتائج كالتالي: بعد صورة الجسم المدركة (٠,٨٤)، وبعد صورة الجسم الاجتماعية (٠,٨١)، وبعد صورة الجسم الانفعالية (٠,٥٥)، والمقياس ككل (٠,٨٤)، وجميعها قيم مرتفعة مما يؤكد تمتع جميع عبارات المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.
- التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان- براون وكانت النتائج كالتالي: بعد صورة الجسم المدركة (٠,٨٠)، بعد صورة الجسم الاجتماعية (٠,٨١)، بعد صورة الجسم الانفعالية (٠,٥١)، والمقياس ككل (٠,٨٠)، وجميعها قيم مرتفعة مما يؤكد تمتع جميع عبارات المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

ثبات المقياس في البحث الحالي: قام الباحث بحساب ثبات المقياس في البحث الحالي باستخدام طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جوتمان وكانت النتائج كالتالي:

جدول (٤)

نتائج معاملات ثبات مقياس الشفقة بالذات للمعاقين بصريا

الأبعاد	عدد العبارات	معامل التجزئة	
		سبيرمان - براون	جوتمان
صورة الجسم المدركة	١١	٠,٧١٣	٠,٧٠١
صورة الجسم الاجتماعية	١٥	٠,٦٦٢	٠,٦٢٤
صورة الجسم الانفعالية	١١	٠,٦١٥	٠,٦٠٢
المقياس ككل	٣٧	٠,٧٩١	٠,٧٥٧

٢- مقياس الشفقة بالذات للمراهقين المكفوفين Self-Compassion Scalefor blind adolescents (إعداد/الباحث)

قام الباحث بإعداد المقياس بغرض توفير أداة سيكومترية مناسبة للبيئة والثقافة المصرية من ناحية وأهداف البحث وعينته من ناحية أخرى. إلى جانب ندرة المقاييس العربية التي تناولت الشفقة بالذات كمتغير إيجابي لدى المراهقين المكفوفين. وقد مر إعداد المقياس بالخطوات الآتية :

أولاً: تم الاطلاع على الأطر النظرية العربية والأجنبية والمقاييس التي تناولت متغير الشفقة بالذات وذلك لتحديد كل من التعريف الإجرائي والأبعاد التي يتضمنها المفهوم.

ثانياً: تبنى الباحث النموذج الذي قدمته (Neff, 2003) لأبعاد متغير الشفقة بالذات.

ثالثاً: تم صياغة عبارات المقياس في صورتها الأولية بما يتناسب مع كل من أبعاد متغير الشفقة بالذات وفقاً لنموذج (Neff, 2003) وطبيعة هذه الدراسة وأهدافها، حيث بلغ عدد العبارات (٤٢) عبارة وذلك قبل التحكيم، وتم تصنيف هذه العبارات في ستة أبعاد هي: (الرفق بالذات مقابل الحكم الذاتي، الإنسانية المشتركة مقابل العزلة، اليقظة العقلية مقابل الإفراط في التوحد مع الذات). مع وجود خمسة بدائل أمام كل عبارة (لا تنطبق تماماً - تنطبق بدرجة بسيطة - تنطبق بدرجة متوسطة - تنطبق بدرجة كبيرة - تنطبق تماماً)، يختار المراهق الكفيف

من بينهم ما يتناسب مع وجهة نظره، ودرجاتها كالتالي: درجة العبارات الإيجابية (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥)، ودرجات العبارات السلبية (٥ - ٤ - ٣ - ٢ - ١)، مع ملاحظة أنه عند التعامل مع الأبعاد الفرعية فقط تكون جميع العبارات موجبة الاتجاه وتكون درجاتها كما سبق وأشرنا، أما عند التعامل مع الدرجة الكلية للمقياس يعاد حساب درجات أبعاد (الحكم الذاتي - العزلة - الإفراط في التوحد) بحيث تحصل الإجابة لا تنطبق تماماً على خمس درجات والإجابة تنطبق تماماً على درجة واحدة.

الخصائص السيكومترية لمقياس الشفقة بالذات للمعاقين بصريا :

أولاً صدق المقياس :

صدق المحكمين :

تم عرض المقياس في صورته الأولية المكونة من (٤٢) عبارة على مجموعة من الخبراء المحكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس وعددهم (٧) خبراء لإبداء الرأي حول وضوح عبارات المقياس وصياغتها وارتباطها بأبعاد المقياس، ولتحديد مدى ملاءمة تلك العبارات لمقياس متغير الشفقة بالذات لدى المراهقين المكفوفين، مع تعديل وإضافة ما يروونه مناسباً من عبارات لتحسين جودة وكفاءة المقياس، وتم مراعاة ألا تقل نسبة الاتفاق بين المحكمين عن (٨٥٪) بواقع (٦) آراء من (٧). وقد أسفر هذا الإجراء عن التوصية بتعديل صياغة ثلاث عبارات، وحذف (٦) عبارات، وبذلك أصبح عدد عبارات المقياس بعد صدق المحكمين (٣٦) عبارة.

ـ الاتساق الداخلي :

لحساب الاتساق الداخلي تم تطبيق المقياس على عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٣٣) مراهقاً، وتم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ودرجة البعد الذي تنتمي إليه كل على حده، وكذلك حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما بالجدولين التاليين:

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه (ن=٣٣)

البعد	رقم العبارة	معامل ارتباطها بالبعد	البعد	رقم العبارة	معامل ارتباطها بالبعد	البعد	رقم العبارة	معامل ارتباطها بالبعد
الرفق بالذات	١	**٠,٨١٢	الإنسانية المشتركة	٣	**٠,١٢٢	البقطة العقلية	٥	**٠,٥٠٨
	٧	**٠,٤٩٣		٩	**٠,٧٠١		١١	**٠,١٧٦
	١٣	**٠,٧٥٦		١٥	*٠,٣٩٨		١٧	**٠,٧١٩
	١٩	**٠,٨٠٣		٢١	**٠,٥٠٣		٢٣	**٠,٨٢٧
	٢٥	**٠,٧٥١		٢٧	**٠,٥٣٢		٢٩	**٠,٧٨٩
	٣١	**٠,١٤٢		٣٣	**٠,٥٦٤		٣٥	**٠,١٣٧
الحكم الذاتي	٢	**٠,١٩٨	العزلة	٤	**٠,٤٦١	الافراط في التوحد مع الذات	٦	**٠,١٢٦
	٨	**٠,١٦٢		١٠	**٠,٨٥٧		١٢	**٠,٧١٧
	١٤	**٠,١٧٩		١٦	**٠,٧٠٩		١٨	**٠,٧٠٢
	٢٠	**٠,٧٢٨		٢٢	**٠,٧٣٠		٢٤	**٠,٧٥٠
	٢٦	**٠,٧٤٠		٢٨	**٠,٤٥١		٣٠	**٠,٤٨٠
	٣٢	**٠,٧٢٥		٣٤	**٠,١٤٢		٣٦	**٠,٥٨٦

×× دالة عند مستوى (٠,٠١) × دالة عند مستوى (٠,٠٥)

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس (ن=٣٣)

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الرفق بالذات	٦	**٠,٦٠١	٠,٠١
الحكم الذاتي	٦	**٠,٥٥٠	٠,٠١
الإنسانية المشتركة	٦	**٠,٦٣٤	٠,٠١
العزلة	٦	**٠,٥٢٤	٠,٠١
البقطة العقلية	٦	**٠,٧٢٧	٠,٠١
الافراط في التوحد مع الذات	٦	**٠,٥٣٧	٠,٠١

يتضح من جدولتي (٥ و ٦) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (٠,٠١)، (٠,٠٥)، وبذلك تصبح الصورة النهائية للمقياس مكونة من (٣٦) عبارة جميعهم دال عند مستوى (٠,٠١) و(٠,٠٥) مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من التجانس الداخلي.

– صدق المحك : لحساب صدق المحك تم تطبيق مقياس الشفقة بالذات للمعاقين بصريا المستخدم في البحث الحالي ومقياس الشفقة بالذات (إعداد/ عبد الرحمن وآخرون، ٢٠١٤) على عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٣٣) مراهقاً، وتم حساب معامل الارتباط بين المقياسين. وقد وجدت علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المقياسين وقيمتها (٠,٧٤٣)، وهى دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على صدق المقياس.

ثاني ثبات المقياس :

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتي:

- التجزئة النصفية، وتطبيق معادلة تصحيح الطول (سبيرمان-براون)، وكذلك التجزئة النصفية بمعادلة ”جوتمان“.
- حساب معامل ألفا-كرونباخ للأبعاد والمقياس ككل، وتم الحصول على النتائج التالية:

جدول (٧)

نتائج معاملات ثبات مقياس الشفقة بالذات للمعاقين بصريا

الأبعاد	عدد العبارات	معامل التجزئة		معامل الفا - كرونباخ
		سبيرمان - براون	جوتمان	
اللطف بالذات	٦	٠,٨٢٨	٠,٨٠٥	٠,٨٠٠
الحكم الذاتي	٦	٠,٧٧٠	٠,٧٤٨	٠,٧٤٤
الإنسانية المشتركة	٦	٠,٦٠٨	٠,٥٦٦	٠,٤٣٩
العزلة	٦	٠,٥١٤	٠,٤٧٣	٠,٦٥٥
اليقظة العقلية	٦	٠,٨١٨	٠,٨٠٤	٠,٧٤١
الافراط في التوحد مع الذات	٦	٠,٥٥١	٠,٥١٣	٠,٦٧٠
المقياس ككل	٣٦	٠,٨٣٣	٠,٨٣٣	٠,٨١٥

يتضح من نتائج جدول (٧) أن جميع معاملات ثبات المقياس مرتفعة، وتشير تلك النتائج إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

٣- مقياس تحمل الغموض للمراهقين المكفوفين Tolerance of ambiguity Scale for blind adolescents (إعداد / الباحث)

قام الباحث بإعداد المقياس بهدف توفير أداة سيكومترية مقننة ومناسبة لبيئتنا وثقافتنا المصرية من ناحية وأهداف البحث وعينته من ناحية أخرى، ويمكن من خلالها التعرف على أبعاد متغير تحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين وذلك لندرة المقاييس العربية التي تناولت متغير تحمل الغموض كمتغير إيجابي مهم لدى للمراهقين المكفوفين. وقد مر إعداد المقياس بالخطوات الآتية :

أولاً: تم الاطلاع على الأطر النظرية العربية والأجنبية والمقاييس التي تناولت متغير تحمل الغموض وذلك لتحديد كل من التعريف الإجرائي والأبعاد التي يتضمنها المفهوم.

ثانياً: تم صياغة عبارات المقياس في صورتها الأولية بما يتناسب مع كل من أبعاد تحمل الغموض المقترحة وطبيعة هذه الدراسة وأهدافها، حيث بلغت عدد العبارات (٣٣) عبارة وذلك قبل التحكيم، وتم تصنيف هذه العبارات في أربعة أبعاد هي: (إدارة المواقف المبهمة، والمرونة وعدم التصلب، والمواجهة الفعالة، والتوظيف الجيد للمعلومات المتاحة). مع وجود خمسة بدائل أمام كل عبارة، يختار المراهق الكفيف من بينهم ما يتناسب مع وجهة نظره، ودرجاتها كالتالي: درجة العبارات الإيجابية (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥)، ودرجات العبارات السلبية (٥ - ٤ - ٣ - ٢ - ١).

الخصائص السيكومترية لمقياس تحمل الغموض :

أولاً صدق المقياس :

صدق المحكمين :

تم عرض المقياس في صورته الأولية المكونة من (٣٣) عبارة على مجموعة من الخبراء المحكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس وعددهم (٧) خبراء لأبداء الرأي حول وضوح عبارات المقياس وصياغتها وارتباطها بأبعاد المقياس، ولتحديد مدى ملائمة تلك العبارات لمقياس متغير تحمل الغموض لدى المراهقين

المكفوفين، مع تعديل وإضافة ما يروونه مناسباً من عبارات لتحسين جودة وكفاءة المقياس، وتم مراعاة ألا تقل نسبة الاتفاق بين المحكمين عن (٨٥٪) بواقع (٦) آراء من (٧). وقد أسفر هذا الإجراء عن التوصية بتعديل صياغة عبارتين، وحذف (٤) عبارات، وبذلك أصبح عدد عبارات المقياس بعد صدق المحكمين (٢٩) عبارة، (٢٠) عبارة إيجابية، و(٩) عبارات سلبية.

ـ الاتساق الداخلي :

لحساب الاتساق الداخلي تم تطبيق المقياس على عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٣٣) مراهقاً، وتم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ودرجة البعد الذي تنتمي إليه كل على حده، وكذلك حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما بالجدولين التاليين :

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه (ن=٣٣)

معامل ارتباطها بالبعد	رقم العبارة	معامل ارتباطها بالبعد	رقم العبارة	معامل ارتباطها بالبعد	رقم العبارة	معامل ارتباطها بالبعد	رقم العبارة
** ٠,٧٩٨	٤	** ٠,٨٧١	٣	** ٠,٦٢٧	٢	** ٠,٨٣٠	١
** ٠,٥٨٦	٨	** ٠,٦٤٩	٧	** ٠,٧١٠	٦	** ٠,٤٥٤	٥
** ٠,٥٤٢	١٢	** ٠,٧٧٦	١١	** ٠,٥٩١	١٠	** ٠,٨٢٦	٩
** ٠,٦١٣	١٦	* ٠,٤١٩	١٥	** ٠,٦٥٥	١٤	** ٠,٤٨٧	١٣
** ٠,٧٣٨	٢٠	** ٠,٥٠٥	١٩	** ٠,٦٤٨	١٨	٠,١٥٩	١٧
** ٠,٧٨٥	٢٤	** ٠,٥٢٩	٢٣	** ٠,٥٩٠	٢٢	** ٠,٨٨١	٢١
		** ٠,٤٥٩	٢٧	** ٠,٥٨٦	٢٦	** ٠,٦٩٠	٢٥
						** ٠,٥٩٧	٢٨
						** ٠,٤٧٥	٢٩
** دالة عند مستوى (٠,٠١) * دالة عند مستوى (٠,٠٥)							

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس (ن = ٣٣)

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدارة المواقف المبهمة	٨	٠,٧٠٧**	٠,٠١
المرونة وعدم التصلب	٧	٠,٧٦٩**	٠,٠١
المواجهة الفعالة	٧	٠,٦٣٩**	٠,٠١
التوظيف الجيد للمعلومات المتاحة	٦	٠,٥٥٣**	٠,٠١

يتضح من جدولي (٨ و ٩) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (٠,٠١)، ومستوى (٠,٠٥) باستثناء العبارة رقم (١٧) في البعد الأول، فهي غير دالة إحصائياً وتم استبعادها، وبذلك تصبح الصورة النهائية للمقياس مكونة من (٢٨) عبارة جميعهم دال عند مستوى (٠,٠١)، ومستوى (٠,٠٥) مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من التجانس الداخلي.

– صدق المحك : لحساب صدق المحك تم تطبيق مقياس تحمل الغموض المستخدم في البحث الحالي ومقياس تحمل الغموض (إعداد / معوض، ٢٠٠٥) على عينة من المراهقين المكفوفين بلغت (٣٣) مراهقاً، وتم حساب معامل الارتباط بين المقياسين. وقد وجدت علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المقياسين وقيمتها (٠,٧٠٣)، وهي دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على صدق المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتي: التجزئة النصفية وتطبيق معادلة تصحيح الطول (سبيرمان-براون)، وكذلك التجزئة النصفية بمعادلة ”جوتمان“، كما تم حساب معامل ألفا-كرونباخ للأبعاد والمقياس ككل، وتم الحصول على النتائج التالية:

جدول (١٠)

نتائج معاملات ثبات مقياس تحمل الغموض للمعاقين بصريا

الأبعاد	عدد العبارات	معامل التجزئة	معامل
		سبيرمان - براون	جوفمان
إدارة المواقف المبهمة	٨	**٠,٧٨٩	**٠,٧٨٢
المرونة وعدم التصلب	٧	**٠,٥٣٣	**٠,٥١٦
المواجهة الفعالة	٧	**٠,٥٨٣	**٠,٥٤٢
التوظيف الجيد للمعلومات المتاحة	٦	**٠,٨٤٤	**٠,٨٤٤
المقياس ككل	٢٨	**٠,٦٤١	**٠,٦٣٢

يتضح من نتائج جدول (١٠) أن جميع معاملات ثبات المقياس مرتفعة، وتشير تلك النتائج إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

٤- اختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل (إعداد / جوزيف ساكس)

وهو أحد الاختبارات الإسقاطية التي يتم استخدامها في الدراسات الكلينيكية، ويهدف إلى دراسة أربعة مجالات توافقية وهي:

- مجال الأسرة: ويتضمن ثلاثة اتجاهات وهي الاتجاه نحو الأم والاتجاه نحو الأب ثم الاتجاه نحو وحدة الأسرة، وكل اتجاه يعبر عنه بأربع عبارات تسمح للفرد أن يكشف عن اتجاهاته نحو والديه كأفراد ونحو الأسرة ككل.
- مجال الجنس: ويبحث الاتجاهات نحو النساء والعلاقة الجنسية الغيرية، وعبارات هذا المجال عددها ثمانية، وتسمح للفرد بأن يعبر عن اتجاهه نحو النساء كأفراد في المجتمع، ونحو الزواج والعلاقات الجنسية ذاتها.
- مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة: ويتضمن الاتجاهات نحو كل من: الأصدقاء والمعارف، وزملاء العمل، أو المدرسة، رؤساء العمل، أو المدرسة، المرؤوسين، ويقاس كل اتجاه منها بأربع عبارات تسمح للفرد أن يكشف عن مشاعره نحو الآخرين خارج نطاق الأسرة، وأن يعبر عن رأيه في شعور الآخرين نحوه.

- أما المجال الأخير فيتصل بفكرة المرء عن نفسه، ويتضمن النواحي التالية: المخاوف، والشعور بالذنب، والأهداف، وفكرة المرء عما لديه من قدرات، وفكرته عن الماضي، وفكرته عن المستقبل، وكل ناحية منها تقاس بأربع عبارات، ويعطي هذا الاتجاه صورة عن فكرة المرء عن نفسه على نحو ما هي عليه الآن، وما كانت عليه في الماضي، وما ينبغي أن تكون عليه في المستقبل (عباس، ٢٠٠١، ص ١٣٤-١٣٥)

ويتألف الاختبار من (٦٠) عبارة ناقصة تغطي (١٥) اتجاهًا، وقد اعتمد الباحث في البحث الحالي على الاستجابة ل (١٤) اتجاهًا باستبعاد الاتجاه نحو المرؤوسين والذي تمثله العبارات (٤، ١٩، ٣٤، ٤٨) حيث لا تتناسب بنود هذا الاتجاه مع عينة البحث الحالي، ويقرأ المفحوص كل عبارة ويكملها بأول شيء يرد إلى ذهنه، ويمكن إجراء الاختبار شفهيًا مع تسجيل الفاحص لاستجابات المفحوص، مع الوقوف على كل ما يثير اضطراب المفحوص وذلك بتتبع ما يطرأ عليه من تغيرات سلوكية، أو جسمية (نبرة الصوت - تعبيرات الوجه).

٥- استمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة (إعداد/ باظة، ٢٠٠٥)

تم استخدام هذه الاستمارة بهدف جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالات التي يتم دراستها في الجانب الكلينيكي للإفادة منها في وضع بروفيل لسمات شخصية المراهق الكفيف.

نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول : وينص على « لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات المراهقين المكفوفين على مقياس صورة الجسم ودرجاتهم على مقياس الشفقة بالذات». وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم والشفقة بالذات كما بالجدول التالي :

جدول (١١)

معامل الارتباط بين صورة الجسم والشفقة بالذات

صورة الجسم		المتغيرات
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
٠,٠١	٠,٦٩٧	الشفقة بالذات

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين صورة الجسم والشفقة بالذات عند مستوى دلالة (٠,٠١). ويمكن تفسير ذلك بأن متغير الشفقة بالذات قد يمثل اتجاهها إيجابياً نحو تعزيز وتصحيح صورة الجسم لدى الفرد، فعندما يشعر الفرد المتصف بالشفقة بذاته بالسوء تجاه مظهره الخارجي، أو حجم جسمه مثلاً فبدلاً من الانعزال عن الآخرين ولوم النفس للفشل في الوصول للمعايير الشخصية والمجتمعية المطلوبة، يقوم الفرد بتذكير نفسه بأنه لا يوجد أحد مثالي وأنه من الطبيعي أن يشعر الفرد بأن لديه عيوب (Breines, Toole, & Chen, 2014, p.433).

ويشير (Albertson, Neff, & Dill-Shackleford, 2014, p.444) إلى أن الأفراد ذوي الشفقة بالذات يتمتعون بصحة نفسية أفضل من أولئك اللذين يفتقرون إليها. كما ترتبط الشفقة بالذات ارتباطاً وثيقاً بالرفاهية النفسية، بما في ذلك الشعور بالسعادة والتفاؤل والمبادرة الشخصية، فضلاً عن دورها في خفض القلق والاكتئاب والكمالية العصبية (Neff & McGehee, 2010, p.226)، كما تؤدي الشفقة بالذات دوراً مهماً في تحقيق التوازن الفعال بين ما يحتاجه الفرد من نفسه وما يحتاجه من الآخرين في علاقته معهم (Neff & Yarnell, 2013, p.147) وهو ما ينعكس حتماً بشكل إيجابي على رضا المراهق الكفيف عن صورة جسمه.

وتتفق نتيجة هذا الفرض جزئياً مع نتائج دراسات: (Brian Moran, 2017)، وعيسى (٢٠١٦)، (Albertson, Neff & Dill, 2015)، والبحيري، والحديبي (٢٠١٤)، (Wasylikiw, Mackinnon, & Maclellan, 2012)، والأشرم (٢٠٠٨) والتي أشارت ضمناً إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين صورة الجسم والشفقة بالذات.

نتائج الفرض الثاني: وينص على أنه «لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات المراهقين المكفوفين على مقياس صورة الجسم ودرجاتهم على مقياس تحمل الغموض». وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وتحمل الغموض كما بالجدول التالي :

جدول (١٢)

معامل الارتباط بين صورة الجسم وتحمل الغموض

صورة الجسم		المتغيرات
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
٠,٠١	٠,٤٨٦	حمل الغموض

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين صورة الجسم وتحمل الغموض عند مستوى دلالة (٠,٠١). ونظراً لندرة الدراسات ذات الصلة للعلاقة بين صورة الجسم وتحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين، يمكن تفسير قدرة متغير تحمل الغموض على التنبؤ بصورة الجسم في ضوء الإطار النظري لخصائص مرتفعي ومنخفضي تحمل الغموض كالتالي: يمكننا القول بأن تمتع المراهق الكفيف بالقدرة التعامل مع الأحداث المتناقضة وغير المتوقعة من حوله، وقدرته على تحمل الغموض الذي تفرضه عليه إعاقته، وإدارته للمواقف المبهمة التي يمر بها بشكل جيد، يجعله أكثر إيجابية وتقبل في التعامل مع نفسه ومن حوله، وهو ما يدعم تكوين المراهق الكفيف لاتجاهاً إيجابياً نحو الذات يشعر معه بالرضا عن صورة الجسم، وقد أشارت العديد من الدراسات والأبحاث إلى أن تحمل الغموض يرتبط بالعديد من السمات الإيجابية، مثل الأصالة والانفتاح على الأفكار الجديدة، وفي المقابل، ارتبط عدم تحمل الغموض مع انخفاض المرونة العقلية، فضلاً عن السمات الشخصية السلبية الأخرى، كالصلابة العقلية (Weissenstein, Ligges, Brouwer, Marschall, & Friederichs, 2014, p.1)

نتائج الفرض الثالث :

وينص على أنه «تسهم درجات الشفقة بالذات لدى المراهقين المكفوفين في التنبؤ بدرجاتهم في صورة الجسم». وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار البسيط والذي أسفر عن النتائج التالية:

جدول (١٣)

تحليل التباين لمتغير الشفقة بالذات

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
الانحدار	٣١٠٢,٩٧٤	١	٣١٠٢,٩٧٤	١١,٣٨٢	٠,٠١
البواقي	٣٢٨٥,٨٩٢	٦٥	٥٠,٥٥٢		
الكلية	٦٣٨٨,٨٦٦	٦٦			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة النسبة الفائية للارتباط بلغت (٥٤,٨٧٤) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهو ما يشير إلى إمكانية أن تتنبأ درجات المراهقين المكسوفين في الشفقة بالذات بدرجاتهم في صورة الجسم.

جدول (١٤)

تحليل الانحدار البسيط

المتغير التابع	المتغير المستقل	معامل الارتباط (r)	معامل لتفسير (r ²)	قيمة الثابت Constant	معامل الانحدار (B)	الوزن الانحداري (Beta)	قيمة " ت " " t "	مستوى الدلالة
صورة الجسم	الشفقة بالذات	٠,٦٩٧	٠,٤٨٦	١٥,٧٠٣	٠,٧٦٠	٠,٦٩٧	٧,٨٤	٠,٠١

من الجدول السابق يتضح أن درجات الشفقة بالذات تسهم في تباين درجات صورة الجسم حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٦٩٧) وقد أحدثت الشفقة بالذات تباين قدره (٠,٤٨٦) وذلك بنسبة (٤٨,٦٪) من تباين صورة الجسم، مما يدل على أن (٤٨,٦٪) من التباين في درجات صورة الجسم يرجع إلى التباين في درجات الشفقة بالذات، وتكون طبيعة المعادلة الانحدارية الدالة على التنبؤ كالتالي:

المتغير التابع = قيمة الثابت + معامل الانحدار X المتغير المستقل

صورة الجسم = ١٥,٧٠٣ + ٠,٧٦٠ X الشفقة بالذات

وهو ما يشير إلى أن الزيادة في الشفقة بالذات تؤدي إلى الزيادة في الرضا عن صورة الجسم.

من خلال النظر إلى نتيجة الفرض الثالث نجد أن المعالجة الإحصائية قد أثبتت إمكانية التنبؤ بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين من خلال درجاتهم على مقياس الشفقة بالذات وهذا يؤكد مرة أخرى على مدى الارتباط بين المتغيرين كما أشارت إليه نتيجة الفرض الأول وهو ما يتفق مع نتائج دراسات: (Brian Moran, 2017)، عيسى (٢٠١٦)، (Albertson, Neff & Dill, 2015)، البحيري والحديبي (٢٠١٤)، (Wasylikiw, Mackinnon, & Maclellan, 2012)، الأشرم (٢٠٠٨) والتي أشارت ضمناً إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين صورة الجسم والشفقة بالذات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنه من يتمتع بالشفقة تجاه ذاته يترفق بها ويتقبلها ويكون اتجاهها إيجابياً نحوها، بالرغم من شعوره بشيء من التقصير، كما أنه يتناول أفكاره ومشاعره عن نفسه، أو عن من حوله بمزيد من الوعي واليقظة العقلية مدركاً أن لحظات الفشل والمعاناة يمر بها الجميع، وأن النقص، أو القصور سمة بشرية يشترك فيها الجميع.

فالشفقة بالذات يمكننا النظر إليها باعتبارها استراتيجية مفيدة لتنظيم الانفعالات حيث لا يتم تجنب المشاعر المؤلمة، أو المحزنة، بل يتم الاحتفاظ بها في الوعي مع مزيد من الرفق والتفهم والشعور بأن تلك المشاعر والانفعالات يمر بها الآخرون، وهكذا تتحول المشاعر والأفكار السلبية إلى حالة شعورية أكثر إيجابية مما يتيح للفرد فهم أوضح لحالته الراهنة، واعتماده لإجراءات تغيير من نفسه و/أو بيئته بطريقة مناسبة وفعالة (Neff, 2003, 225)

وهنا نؤكد مرة أخرى على أن متغير الشفقة بالذات قد يمثل اتجاهها إيجابياً نحو تعزيز وتصحيح صورة الجسم لدى الفرد، فعندما يشعر الفرد المتصف بالشفقة بذاته بالسوء تجاه مظهره الخارجي، أو حجم جسمه مثلاً فبدلاً من الانعزال عن الآخرين ولوم النفس للفشل في الوصول للمعايير الشخصية والمجتمعية المطلوبة، يقوم الفرد بتذكير نفسه بأنه لا يوجد أحد مثالي وأنه من الطبيعي أن يشعر الفرد بأن لديه عيوب (Breines, Toole, & Chen, 2014, p.433)

نتائج الفرض الرابع :

وينص على أنه « تسهم درجات تحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين في التنبؤ بدرجاتهم في صورة الجسم ». وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار البسيط والذي أسفر عن النتائج التالية:

جدول (١٥)

تحليل التباين لمتغير تحمل الغموض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
الانحدار	١٥١١,٠٣٦	١	١٥١١,٠٣٦	٢٠,١٣٥	٠,٠١
البواقي	٤٨٧٧,٨٢٩	٦٥	٧٥,٠٤٤		
الكل	٦٣٨٨,٨٦٦	٦٦			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة النسبة الفائية للارتباط بلغت (٢٠,١٣٥) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وهو ما يشير إلى إمكانية أن تتنبأ درجات الطلاب في تحمل الغموض بدرجاتهم في صورة الجسم.

جدول (١٦)

تحليل الانحدار البسيط

المتغير التابع	المتغير المستقل	معامل الارتباط (r)	معامل التفسير (r ²)	قيمة الثابت Constant	معامل الانحدار B	الوزن الانحداري (Beta)	قيمة " ت " مستوى الدلالة	مستوى الدلالة
صورة الجسم	تحمل الغموض	٠,٤٨٦	٠,٢٣٧	٥١,٦٠١	٠,٣٤٢	٠,٤٨٦	٤,٤٨٧	٠,٠١

من الجدول السابق يتضح أن درجات تحمل الغموض تسهم في تباين درجات صورة الجسم حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٤٨٦) وقد أحدثت حمل الغموض تباين قدره (٠,٢٣٧) وذلك بنسبة (٢٣,٧ %) من تباين صورة الجسم، وهذا يدل على أن (٢٣,٧ %) من التباين في درجات صورة الجسم ترجع إلى التباين في درجات تحمل الغموض، وتكون طبيعة المعادلة الانحدارية الدالة على التنبؤ كالتالي:

المتغير التابع = قيمة الثابت + معامل الانحدار X المتغير المستقل

صورة الجسم = ٥١,٦٠١ + ٠,٣٤٢X تحمل الغموض

وهو ما يشير إلى أن الزيادة في تحمل الغموض تؤدي إلى الزيادة في الرضا عن صورة الجسم.

من خلال النظر إلى نتيجة الفرض الرابع نجد أنه يمكن التنبؤ بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين من خلال درجاتهم فيتحمل الغموض وهذا يؤكد مرة أخرى على الارتباط بين المتغيرين كما أشارت إليه نتيجة الفرض الثاني، حيث يمكن اعتبار قدرة المراهق الكفيف على تحمل الغموض الذي يعيشه والتعامل مع المواقف والأحداث المبهمة من حوله بإيجابية ومرونة مع التوظيف الجيد للمعلومات المتاحة له يساهم في معالجة النقص الإدراكي تجاه الذات والذي يعاني منه الشخص الكفيف مما ينعكس إيجابياً على نظرته لنفسه وتقبلها بالرغم من الآثار السلبية للإعاقة البصرية التي يعانيها.

نتائج الفرض الخامس :

وينص على أنه "تختلف ديناميات الشخصية والبناء النفسي لحالتي الدراسة الكلينيكية من المراهقين المكفوفين مرتفعي ومنخفضي (صورة الجسم والشفقة بالذات وتحمل الغموض) من خلال منظور المنهج الكلينيكي". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتحديد الحالتين الطرفيتين من المراهقين المكفوفين، وطبق عليهما كل من: استمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، واختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة، مع الاستفادة من الملاحظة الكلينيكية غير المباشرة في الكشف عن البناء النفسي لديناميات الشخصية لأفراد الدراسة الكلينيكية من المراهقين المكفوفين، ومستوى (الرضا عن صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- بعد تطبيق أدوات الدراسة المقننة (مقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصرياً، ومقياس الشفقة بالذات للمراهقين المكفوفين، مقياس تحمل الغموض للمراهقين المكفوفين، واستمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، واختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة)، تم تحديد الحالات التي سيجرى عليها المقابلة الكلينيكية، حيث تم تحديد الحالات التي حصلت على أقل الدرجات على مقياس صورة الجسم، ومقياس الشفقة بالذات، ومقياس تحمل الغموض، وكذلك الحالة التي حصلت على أعلى الدرجات على مقياس صورة الجسم، ومقياس الشفقة بالذات، ومقياس تحمل الغموض.

- إجراء المقابلة الكلينيكية في شكل جلسات فردية بلغت (٦) جلسات بواقع ثلاث جلسات لكل حالة.
- تحليل مضمون استجابات حالي الدراسة الكلينيكية على استمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، واختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة؛ للكشف عن البناء النفسي وديناميات الشخصية للحالة مرتفعة ومنخفضة (الرضا عن صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) من المراهقين المكفوفين.

أما عن البناء النفسي وديناميات الشخصية التي كشفت عنها الدراسة الكلينيكية لكل حالة على حدة فيمكن إيضاحه كالتالي:

الحالة الأولى الأكثر (رضاً عن صورة الجسم - شفقة بالذات - تحمل الغموض)، (الاسم: م. ع. م.)
أولاً: درجات الحالة على المقاييس السيكومترية للدراسة

- الدرجة الكلية على مقياس صورة الجسم لدى المعاقين سمعياً ١٠٠
- الدرجة الكلية على مقياس الشفقة بالذات للمراهقين المكفوفين ٩٢
- الدرجة الكلية على مقياس تحمل الغموض للمراهقين المكفوفين ١٢٠

ثانياً: تاريخ الحالة

السن: ١٨ سنة	النوع: ذكر	الترتيب الميلادي بين إخوته: الثاني
نوع الإعاقة: كف بصري كلي	وقت حدوث الإعاقة: منذ الميلاد	مهنة الأب: موظف بوزارة العدل
المستوى التعليمي للأب: مؤهل عال	مهنة الأم: ربة منزل	المستوى التعليمي للأم: مؤهل فوق متوسط

يذكر الفرد أنه يعيش جو أسري إيجابي تسوده روح المودة والاحترام المتبادل والحوار بين الجميع، يلقي فيه معاملة حسنة من جميع أفراد أسرته وخاصة أخيه الأصغر منه مباشرة، ويظهر الفرد حبه لأبيه فهو عطوف متسامح يعامله دون تفرقه بينه وبين إخوته وإن كان يبدو الأب عصبياً في بعض الأحيان حتى أن تلك العصبية انتقلت له وأصبح هو الآخر عصبياً من حين لآخر، كما يحب الفرد أمه بشدة ويتعلق بها ويبدل ما في وسعه لإرضائها ويميل إليها أكثر من الأب نظراً لاهتمامهما الشديد به ورعايته وحرصها على مشاعره.

ومن العادات السلوكية السيئة التي يود الفرد التخلص منها العصبية الزائدة والنهور والتردد في بعض الأحيان، أما العادات السلوكية الجيدة والتي يود الفرد الإبقاء عليها وتنميتها ممارسة الأنشطة والحفاظ على مظهره في أحسن صورة، والحفاظ على الصلاة في وقتها، والتعامل مع زملائه بشكل طيب.

ومن مصادر المعاناة النفسية التي يعيشها الفرد شعوره المستمر بأنه في حاجة لمساعدة الآخرين لإنجاز بعض الأعمال وهو ما يشعره أحياناً أنه أقل منهم، كما أن اندفاعه وعصبية تؤلمه كثيراً خاصة عندما أنفعل على أمه وتسبب في بكائها.

يرى الفرد أنه من أسباب نجاحه من وجهة نظره حرصه على القرب من ربه وإرضاء والديه وتقسيم وقته بشكل جيد، أيضاً المثابرة وتكرار المحاولة في حالة الفشل من أهم عوامل النجاح.

كما يرى الفرد أنه يوم ما سيصبح مهما في المجتمع وذو شأن، لكنه يتمنى أن يأتي اليوم الذي يتعرف فيه المجتمع على كيفية التعامل مع ذوي الإعاقة البصرية، بل وينظر إليهم نظرة عادلة باعتبارهم أشخاص لهم مواهب وإمكانات يمكن الاستفادة منها وتوظيفها في خدمة المجتمع.

ثالثاً: تفسير استجابات الحالة على اختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة

قام الباحث بتفسير استجابات الحالة في كل اتجاه على حدة (أربعة عشر اتجاهًا من الخمسة عشر اتجاهًا بعد حذف الاتجاه نحو المرؤوسين لعدم مناسبة بنوده لأفراد العينة) لاختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة مستعيناً بالبيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها عن الحالة أثناء المقابلة الكلينيكية المقننة، ومن خلال الملاحظة الكلينيكية الحرة، ويمكن بلورة ملخص لاستجابات الحالة على اختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة كما يلي:

١ - مجال الأسرة

يظهر الفرد اتجاهًا إيجابيًا نحو أفراد أسرته، فهو يعيش جو أسري معتدل تسوده العلاقات الطيبة بين أفراد الأسرة، فالجميع متعاون إلى حد كبير يتبادلون فيما بينهم الحوار والمناقشة دون ضيق، أو شجار، كما يظهر الفرد حبه للأب فهو رحيم به وعطوف عليه، يستمتع له جيداً، بالرغم من عصبية في بعض الأوقات والتي انتقلت إليه فأصبح عصبي إلى حد ما، كذلك يظهر الفرد حبه لأمه وقربه

منها وتعلقه بها، كما يحب إخوته جميعاً، وأقربهم إليه أخيه الأصغر، وتظهر الأسرة تقبلها لإعاقته (أبي وأمي يعاملونني جيداً ويحبونني - لا أشعر بالتفرقة بيني وبين أخوتي كلنا واحد - احنا أفضل من غيرنا كثيراً الحمد لله).

٢- مجال الجنس

ييدي الفرد اتجاهها واقعياً معتدلاً نحو الجنس الآخر تحكمه التعاليم الدينية وقيم وتقاليده المجتمع، مبدئياً اهتمامه ورغبته في تكوين أسرة مثل أسرته وانجاب أطفال (افكر كثيراً في زوجتي في المستقبل - أتوقع أن أعيش حياة زوجية سعيدة - ليس من المهم أن تكون زوجتي كفيفة، أو مبصرة - الحياة الزوجية علاقة جميلة بين الرجل والست والأولاد - معظم الأولاد يميلون للبنات ويفكرون فيهم) وهو ما يعبر عن نزوج في تفكيره الجنسي.

٣- مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة

يتمتع الفرد بعلاقات متبادلة إيجابية مع من يحيطون به من زملاء وأصدقاء ومدرسين تميزها الاحترام المتبادل والمودة (الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم: أسرتي وأصدقائي وأسائتي)، وإن كانت علاقاته أكثر قوة مع أصدقائه مكفوفي البصر لأنهم يعيشون نفس ظروفه ويفهمونه جيداً (أصدقائي المقربين مني مكفوفي البصر مثلي فهم يفهمونني أكثر)، ويظهر الفرد شعوره بالسعادة والارتياح وسط أصدقائه فهو لديه العديد من الزملاء والأصدقاء الجيدين الذين يمكن الاعتماد عليهم (لدى أصدقاء يقضون بجانبني وقت الشدائد).

٤- مجال مفهوم الذات

يظهر الفرد خوفه من الفشل في تحقيق أهدافه، وهو ما يجعله متردداً في بعض الأحيان ويأخذ وقت طويل قبل اتخاذ أي قرار، وتنتابه أحياناً مشاعر الشعور بالذنب نتيجة اندفاعه وتهوره وعصبية مع الآخرين، كما يشعر بالحزن عندما تعانده الظروف لكنه يصبر ويرضى بالأمر الواقع ولديه استعداد للمحاولة أكثر من مرة حتى النجاح، ويظهر الفرد مفهوماً إيجابياً عن ذاته، وأكبر نقاط ضعفه عندما يعجز عن فعل شيء ما ويطلب المساعدة، ويطمح إلى حياة هادئة سعيدة يحقق فيها أهدافه، ويتضح ذلك من خلال استجاباته (أنا على استعداد لفعل أي شيء ينسيني ذلك الوقت الذي تعصبت فيه على أمي وتسببت في بكائها

(ظهر المفحوص شديد التأثر والحزن لهذا الموقف) - لدى القدرة على أن الاحتفاظ بهدوئي والتفكير بإيجابية عند الفشل - أكبر نقطة ضعف أعانيها عندما اطلب مساعدة الآخرين لعمل شيء اعجز عن القيام به - معظم من حولي لا يعلمون أن أخاف كثيراً من فقدان أصدقائي - الشيء الذي اطمح إليه سرّاً هو أن اتزوج جارتتي المبصرة - أكثر ما أريده في الحياة أن يكون لي شأن في المجتمع).

خلاصة وتعقيب

من خلال استقراء ما تم عرضه عن الحالة يمكننا ملاحظة أن الفرد بالرغم من إعاقته البصرية إلا أنه يعيش حالة من التوافق النفسي والاجتماعي يدعمه مناخ أسري صحي تسوده الديمقراطية والحوار والاهتمام بجميع أفراد الأسرة دون تفرقة، أيضاً تمتعه بعلاقات إنسانية متوازنة ومعتدلة مع أصدقائه ومدرسيه، كما يظهر الفرد حالة من التفاؤل، والواقعية، والتقبل لذاته وللآخرين، ويكون رقيقاً بذاته وقت الفشل والمعاناة، ويميل إلى المثابرة والكفاح حتى النجاح، متحملاً العوائق والغموض الذي تفرضه عليه إعاقته، فقط ما يؤرقه العصبية والتردد في بعض الأحيان، أيضاً يحرص الفرد على الالتزام بتعاليم دينه وفرائضه ويظهر احترامه لقيم وتقاليد المجتمع، ويظهر نزعة أخلاقية واضحة.

الحالة الثانية الأقل (رضا عن صورة الجسم - شفقة بالذات - تحمل الغموض)،
(الاسم: س. ع. م)

أولاً: درجات الحالة على المقاييس السيكومترية للدراسة

- الدرجة الكلية على مقياس صورة الجسم لدى المعاقين سمعياً ٦٣
الدرجة الكلية على مقياس الشفقة بالذات للمراهقين المكفوفين ٦٤
الدرجة الكلية على مقياس تحمل الغموض للمراهقين المكفوفين ٦٢

ثانياً: تاريخ الحالة

السن:	النوع:	وقت حدوث الإعاقة:	الترتيب الميلادى بين اخوته:
١٩ سنة.	ذكر.	منذ الميلاد.	الرابع.
نوع الإعاقة: كف بصري كلي.	مهنة الأم: ربة منزل.	مهنة الأب: سباك	
المستوى التعليمي للأب: أمي لا يجيد القراءة ولا الكتابة.	المستوى التعليمي للأم: أمية لا يجيد القراءة ولا الكتابة.		

يذكر الفرد أنه يعيش مهمشاً في أسرته لا يؤخذ رأيه حتى في أموره الشخصية، وليس من حقه ان يتخذ أي قرار، مفتقداً للتفاهم والحوار مع جميع أفراد أسرته، يعاني من قسوة الأب والأم وضربهم له بكثرة بسبب وبدون سبب، ويشير الفرد إلى طفولته الغير سعيدة والتي تعرض فيها لإهانات كثيرة من كل المحيطين به (الكل يسبني ويتعمد إهانتني)، كما يعاني الفرد حالة التفكك التي تعيشها أسرته وعدم الترابط بين أفرادها (أنا اسرة فقيرة ومعدمة وكل واحد مننا في ناحيه)، فالأب قاس القلب ولا يفي باحتياجات الأسرة ودائم العصبية والعنف مع الجميع يهتم فقط بنفسه، والأم دائماً متوترة منفعة تهمل الجميع ولا تعتني بأحد، وتعامله على أنه عقاب من الله للأسرة (أمي دائماً تقول لي أنت عملنا الأسود في الدنيا دي)، أما الأخوة فكل منهم يهتم بحاله فقط ولو على حساب الآخرين.

ومن مصادر المعاناة النفسية التي يعيشها الفرد شعوره بعدم الأمان والتهميش من قبل الآخرين، ونبت أسرته له واعتباره عبء عليها، كذلك عدم قدرته على التواصل مع أفراد أسرته (لا أحب منهم أحد ولا يحبني أحد)، واعتبار أفراد أسرته أن إعاقته نقمة من الله وعقاب لهم، إلى جانب شعوره الدائم أنه أقل من الآخرين وأن فرص نجاحه في الحياة قليلة، كذلك معاناته من الكوابيس المزعجة التي تطارده بشكل مستمر (أرى وكأني أغرق ولا أحد يحاول إنقاذي رغم صراخي المستمر).

ومن العادات السلوكية السيئة التي يود الفرد التخلص منها ثقته وحبه السريع لأي شخص يعامله بحب واحترام (ربما السبب في ذلك اقتقاده للحب والاحترام داخل أسرته)، كذلك الحساسية الزائدة والخوف من انتقاد وسخرية الآخرين، أما العادات السلوكية الجيدة التي يود الفرد الحفاظ عليها فتتمثل في علاقته الجيدة ببعض زملائه وتعامله معهم بشكل طيب.

يرى الفرد ان الحياة لا قيمة لها بالنسبة له، فهو يرى أنه بعيد عن ربه ولا أحد يتقبله وحتى هو نفسه لا تعجبه شخصيته ولا شكله (نفسي أغير وأكون إنسان كويس)، ويبدى الفرد اتجاهاً عدائياً موجهاً نحو أفراد أسرته وإن كان كامناً.

ثالثاً: تفسير استجابات الحالة على اختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة

قام الباحث بتفسير استجابات الحالة في كل اتجاه على حدة (أربعة عشر اتجاهًا من الخمسة عشر اتجاهًا بعد حذف الاتجاه نحو المرؤوسين لعدم مناسبة بنوده لأفراد العينة) لاختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة مستعينًا بالبيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها عن الحالة أثناء المقابلة الكلينيكية المقننة، ومن خلال الملاحظة الكلينيكية الحرة، ويمكن بلورة ملخص لاستجابات الحالة على اختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة كما يلي:

١- مجال الأسرة

يعاني الفرد جو أسري مفكك يسوده العصبية والعنف في التعامل بين الجميع، كل فرد من أفراد الأسرة يعيش في عالم خاص به منعزلاً عن الآخرين دون حوار، لا يوجد من يهتم به والجميع يعامله على أنه عديم القيمة وعبء عليهم، كما يتملك الفرد اتجاهًا سلبيًا نحو أفراد أسرته بالكامل، فالأب دائم الانفعال والعصبية يتعامل مع الجميع بقسوة وعنف ولا يفي باحتياجات الأسرة، والأم لا تهتم بأحد ودائمة الضرب للجميع بسبب وبدون سبب، فهي لا تعي كيف تربي أبنائها، والأخوة كل منهم يهتم بنفسه فقط وعلاقته بهم سيئة ماعدا الأخ الأصغر فقط، ويبدى الفرد ميلاً نحو أمه أكثر من أبيه، ويؤكد هذا الاتجاه استجاباته (أسرتي مقارنة بالآخرين فقيرة ومفككة ومعدمة - أخوتي كل واحد في حاله ولا يهتم بالآخرين - أبي يضربنا دائماً ويفرق بيننا في المعاملة - أمي لا تعرف كيف تتعامل معنا - لا أحد يهتم لأمرى وكأنني غير موجود - يشعرني الجميع بأني عبء على الأسرة).

٢- مجال الجنس

أظهر الفرد تحفظاً شديداً على الحياة الزوجية فهو يراها علاقة محكوم عليها بالفشل (الفرد هنا يعمم حالة أسرته على جميع العلاقات الأسرية)، إلا أنه يبدى انجذابه نحو الجنس الآخر (قد أجد معهم ما لا أجد في بيتي) الأمر الذي سبب له بعض المشكلات، ويرى أن النساء ناقصات عقل ودين ولا يبدين إلا القسوة، ويظهر ذلك الاتجاه من خلال استجاباته (شعوري نحو الحياة الزوجية أنها محكوم عليها بالفشل - لو كان لي علاقات جنسية حتما سيكون الوضع أفضل - عندما اتخيل وجود رجل وامرأة معا اتمنى لو كنت مكانه).

٣- مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة

يبيد الفرد توافقاً اجتماعياً بسيطاً (علاقتي جيدة مع أساتذتي وبعض زملائي)، إلا أنه يعاني ابتعاد عدد من زملائه عنه ونفورهم منه (الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم صديقي ع. س وصديقي ح. م هما فقط من يتحملونني ويقفون بجانبني وقت المحن ويسألون عني - كثير من زملائي يرفضون مشاركتي الأنشطة)، ويعاني الفرد ضعفاً في المهارات الاجتماعية تفقده التفاعل بإيجابية مع الآخرين (مش عارف أتعامل معاهم أزاي - أنا بحب أجلس لوحدي أحسن)، كما يظهر الفرد بعض الغرور والتكبر في علاقته بأصدقائه (عندما أتغيب عن أصدقائي يشعرون بالحزن وبفراغ كبير).

٤- مجال مفهوم الذات

يبدو الفرد عديم الثقة بنفسه، يفتقد للاجتهاد والمثابرة في لحظات الاخفاق والفشل، كما يظهر شعوره بالنقص والدونية وأنه أقل من الآخرين وهذا أمر تفرضه عليه إعاقته (على حد تعبيره)، أيضاً يبدو الفرد بلا هدف، أو طموح مظهرًا مفهومًا سلبيًا تجاه ذاته، مقتنعًا أنه يجب عليه الابتعاد عن الآخرين خوفاً من السخرية والاستهزاء به، وأكبر نقاط ضعفه أنه سهل الانقياد والتبعية للآخرين، كما يبيد الفرد تشاؤماً تجاه المستقبل (عندما يتقدم بي السن ستكون الظروف أسوأ مما هي عليه - أكبر نقاط ضعفي أنني أثق في الآخرين سريعاً بمجرد معاملتي بشكل جيد - عندما تقف الظروف ضدي لا حيلة لي أنتظر حتى تتحسن الظروف - ليس لدى قدرة على فعل الكثير فأعاقتي تمنعني - أعلم أنها حماقة لكنني أخاف دائماً من سخرية الآخرين مني - أكثر ما أبغيه في الحياة أن يتغير شكلي للأفضل - الشيء الذي أطمح إليه سرّاً هو الارتباط بزميلتي التي أحبها (رفض الافصاح عن اسمها) - يبدو لي المستقبل كئيلاً).

خاتمة وتعليق

من خلال استقراء ما تم عرضه عن الحالة يمكننا ملاحظة أن الفرد يفتقد إلى الحب والأمان داخل أسرته فيبحث عنه خارجها ولو بطريقة غير سوية، غير عابئ بقيم وتقاليده المجتمع، تسيطر عليه رغباته، كما يبيد الفرد انزعاجاً شديداً من سخرية وتقييم الآخرين له، ومن عجزه عن مسايرة أقرانه

نتيجة لإعاقة مما ينعكس سلباً على مفهومه وتقبله لذاته والتي يريد تغييرها للأفضل بأي طريقة، ونتيجة لذلك يميل الفرد إلى العزلة والجلوس بمفرده مع ندره أصدقائه وعلاقاته المحدودة مع المحيطين به، كما يظهر الفرد قاسياً على ذاته عديم الثقة بنفسه يسيطر عليه شعور بالنقص والدونية وأنه أقل من الآخرين وأن إعاقة سبباً مباشراً في فشله، مستسلماً للحظات الفشل والاختناق، مستغرقاً في التوحد مع مشكلاته دون التفكير في حل لها، أو التغلب عليها، ملقياً بأسباب فشله على الآخرين (نحن في مجتمع لا يعرف كيف يتعامل مع الكفيف بل ينظرون إلينا باحتقار)، مع أن المشكلة تكمن بداخله وفي عجزه عن مواجهة مشكلاته وتحمل تبعات إعاقة، وفي شعوره بعدم الكفاءة، والقسوة الزائدة على ذاته.

تعقيب على حالتي الدراسة الكلينيكية

إن استقراء استجابات حالتي الدراسة الكلينيكية مرتفعي ومنخفضي (صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) على اختبار ساكس SSGT لتكملة الجمل الناقصة، واستعراض تاريخ الحالة لكل منهما باستخدام استمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، يشير إلى وجود توافق بين الدراسة الكلينيكية والدراسة السيكمترية، حيث أسهمت الدراسة الكلينيكية في رسم صورة لحالتي الدراسة توضح وجود اختلافاً جوهرياً بينهما في البناء النفسي وديناميات الشخصية - وهو ما يحقق صحة الفرض الكلينيكي - حيث أظهرت الدراسة الكلينيكية أن الحالة الطرفية الأقل في (صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) أظهرت انخفاضاً في تقبل الذات والآخرين تكونت معه صورة سلبية للجسم، إضافة إلى عدم القدرة على تحمل الضغوط والغموض الذي تفرضه طبيعة الإعاقة البصرية، كما تظهر الحالة قسوة في التعامل مع الذات في أوقات الفشل والمعاناة، مع نظرة تشاؤمية للمستقبل، كل ذلك في ظل حياة أسرية مفككة وعلاقات إنسانية مضطربة يسودها التوتر وعدم الشعور بالأمان، وشعور بالذنب نتيجة للنقد الذاتي والشعور بالدونية، مع استخدام حيل لاشعورية - كالانسحاب والتعويض - وذلك للهروب من الواقع المؤلم، وبالتالي يمكننا القول أن تكوين المراهق الكفيف لصورة سلبية لجسمه لا يرتبط فقط بانخفاض مستوى الشفقة بالذات، وانخفاض مستوى تحمل الغموض لديه، بل يرجع أيضاً إلى تدهور البناء النفسي والدينامي لشخصيته والذي سبق وأشرنا إليه عند تحليل استجابات هذه الحالة.

كما أوضحت الدراسة الكلينيكية أن الحالة الطرفية الأكثر في (صورة الجسم، والشفقة بالذات، وتحمل الغموض) أظهرت تحدياً للإعاقة، وتقبالاً للذات والآخرين، ورضا بالأمر الواقع مع المثابرة والاجتهاد نحو تحقيق الأفضل تكونت معه صورة إيجابية للجسم، يدعمها ترفق الحالة بالذات وقت المعاناة والفشل، مع إدارة المواقف المهمة بإيجابية وكفاءة في ظل حياة أسرية مترابطة، وعلاقات اجتماعية سوية، ونظرة إيجابية متفائلة للمستقبل، وبالتالي يمكننا القول أن تمتع المراهق الكفيف بصورة إيجابية للجسم لا يرتبط فقط بارتفاع مستوى الشفقة بالذات وتحمل الغموض، بل يرجع أيضاً إلى قوة البناء النفسي والدينامي كما سبق وأشرنا عند تحليل استجابات هذه الحالة.

توصيات البحث

من خلال النتائج التي توصلت إليها البحث الحالي، يوصي الباحث بما يلي:

- (١) دراسة متغيري الشفقة بالذات وتحمل الغموض لدى فئات مختلفة وفي مختلف المراحل العمرية.
- (٢) تطوير التوجه نحو الاهتمام برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم المراهقين المكفوفين وإلقاء الضوء على بعض المتغيرات النفسية ذات التأثير الإيجابي في حياتهم ونموهم نفسياً، واجتماعياً، وانهجياً.
- (٣) إعداد برامج إرشادية لتنمية متغيرات الشفقة بالذات وتحمل الغموض والرضا عن صورة الجسم لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والمراهقين المكفوفين بصفة خاصة وهو ما يعد مؤشراً جيداً لتدعيم حياتهم النفسية وزيادة قدرتهم على التعامل بإيجابية والصمود أمام المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يتعرضون لها.

المراجع

- أبو الحسن، سميرة؛ مسعد، عبد المحسن؛ ومحمد، صفاء (٢٠١٦). أبعاد الأمن النفسي وعلاقته بصورة الجسد لدى الأطفال المكفوفين. مجلة العلوم التربوية، ٣(٤)، ٤٢٣-٤٤٧.
- الأشرم، رضا إبراهيم (٢٠٠٨). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية (دراسة سيكومترية - كLINيكية). رسالة ماجستير، كلية التربية - جامعة الزقازيق.
- أنور، محمد الشبراوي (٢٠٠١). علاقة صورة الجسم ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين. مجلة كلية التربية - جامعة الزقازيق، ٣٨(١٢٧-١٥٢).
- باطة، آمال عبد السميع (٢٠٠٥). استمارة دراسة الحالة للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- الببلاوي، إيهاب عبد العزيز (٢٠٠٢). نمذجة العلاقة السببية بين المتغيرات المرتبطة باضطرابات الأكل لدى المراهقات الكفيفات. مجلة دراسات الطفولة، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس، ٥(١٧)، ١-٦٦.
- الببيلي، جومانة محمد خير (٢٠١٢). الفرق بين الطالبات المتفوقات والمتأخرات دراسياً في الاساليب المعرفية : دراسة على طالبات كلية العلوم جامعة الملك عبد العزيز المملكة العربية السعودية. مجلة دراسات عربية، ١١(١)، ٩٨-٤٥.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد؛ الحديدي، مصطفى عبد المحسن (٢٠١٤). اضطراب صورة الجسم وعلاقته بتقدير الذات وأعراض الشخصية التجنبية لدى المراهقين المعوقين بصرياً «دراسة وصفية - كLINيكية». مجلة العلوم التربوية والنفسية - جامعة البحرين، ١٥(٢)، ٤٧٧-٥١٩.
- الخطيب، جمال محمد؛ الحديدي، منى صبحي (٢٠٠٩). المدخل إلى التربية الخاصة. ط١، عمان: دار الفكر.
- دسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس. المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٦). اضطرابات صورة الجسم (الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج). سلسلة الاضطرابات النفسية ٢، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- وأفت، وفاء (٢٠٠٣). أثر التدريب على استراتيجيات تجهيز المعلومات في التحصيل الدراسي وتحمل الغموض لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي. رسالة ماجستير، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- رزق، محمد (٢٠٠٢). بعض المتغيرات المرتبطة بتحمل الغموض لدى عينة من الصم. رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- السباعي، شيماء أحمد (٢٠١٦). العجز المتعلم وعلاقته بتقدير الذات وتحمل الغموض والطموح لدى عينة من المراهقين المكفوفين. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، ١٤(٤)، ٧٣-١٠٢.
- الشربيني، السيد كامل (٢٠١٦). المرونة النفسية والعصابية والشفقة بالذات والأساليب الوجدانية لدى طلاب قسم التربية الخاصة «العلاقات والتدخل». مجلة التربية الخاصة - جامعة الزقازيق، ١٦(١)، ٦١-١٦٣.
- شقير، زينب محمود (٢٠٠٥). الشخصية السوية والمضطربة. ط ٣، القاهرة: دار النهضة المصرية.
- شقير، زينب محمود (٢٠٠٩). مقياس صورة الجسم. ط (٤)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٤). الشفقة بالذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى عينة من طلاب جامعة الملك خالد. مجلة جامعة دمشق، ٣٠(١)، ١٧-٥٦.
- عباس، فيصل (٢٠٠١). الاختبارات الاسقاطية (نظرياتها - تقنياتها - إجراءاتها). بيروت: دار المنهل اللبناني.
- عبد الحميد، نهى ضياء الدين (٢٠١٣). صورة الجسم لدى الأطفال ضعاف البصر والمكفوفين. مجلة الطفولة والتربية، ٢(١٦)، ٣٨١-٤٥٨.
- عبد الفتاح، سهام محمد (٢٠٠٩). العلاقة بين تحمل الغموض والاتزان الانفعالي لدى طالبات الجامعة. مجلة البحث العلمي في التربية، ١(١٠)، ١٥٧-١٣١.
- علاء الدين، جهاد محمود (٢٠١٥). العطف على الذات وتقدير الذات وعلاقتها بالعافية النفسية لدى الطلبة الجامعيين. المجلة التربوية، ٣٠(١١٧)، ٣٣٩-٣٩٦.
- علوان، عماد عبده محمد (٢٠١٦). الشفقة بالذات والشعور بالذنب لدى الأحداث الجانحين المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بمدينة أبها. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، ٥(٩)، ٢٢-١.

عيسى، سمية (٢٠١٦). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المراهق الكفيف.

رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة بكرة.

فايد، جمال عطية خليل (٢٠٠٦). صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات

الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة. مجلة كلية التربية

- جامعة المنصورة، ١ (٦٠)، ١٥١-٢٠٧.

القحطاني، محمد مترك (٢٠١٣). الأسلوب المعرفي (تحميل عدم احتمال لغموض)

وعلاقته بالدافع للإنجاز الدراسي لطلبة جامعة الإمام محمد بن سعود

الإسلامية في ضوء بعض المتغيرات. المجلة التربوية - الكويت، ٢٧ (١٠٨)،

١٤٧-٢٠٠.

القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة

وتربيتهم. طه، القاهرة: دار الفكر العربي.

القطاوي، سحر منصور القطاوي؛ على، نجوى حسن (٢٠١٦). المثابرة الأكاديمية

وعلاقتها بالصلابة النفسية وتحمل الغموض لدى عينة من طلاب الجامعة

المصرية والسعودية (دراسة مقارنة عبر ثقافية). مجلة الارشاد النفسي،

(٤٨)، ٩٠-٥٣.

كاشف، إيمان فؤاد؛ الأشرم، رضا إبراهيم (٢٠١٠). مقياس صورة الجسم لدى المعاقين

بصرياً. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

كفاي، علاء الدين؛ النبال، مایسة أحمد (١٩٩٥). صورة الجسم وبعض متغيرات

الشخصية لدى عينات من المراهقات «دراسة ارتقائية ارتباطية عبر

ثقافية». الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

معوض، محمد عبد التواب؛ عيسى، عبد الفتاح (٢٠٠٢). قلق الفشل في علاقته

بتحمل الغموض والطموح لدى طلاب الجامعة المصريين والسعوديين.

مجلة التربية وعلم النفس، كلية التربية - جامعة المنيا، ١٤ (١)، ٩٤-٥٧.

معوض، محمد عبد التواب (٢٠٠٥). مقياس تحمل الغموض. القاهرة: مكتبة

الأنجلو المصرية.

المنشاوي، عادل محمود (٢٠١٦). نموذج سببي للعلاقات المتبادلة بين الشفقة بالذات

وكل من الإرهاق والصمود الأكاديمي لدى الطالب المعلم. مجلة كلية التربية

بالإسكندرية، ٢٦ (٥)، ١٥٣-٢٢٥.

نوفل، ناصر محمد (٢٠١٦). صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من المعاقين بصريا. رسالة ماجستير، كلية التربية - الجامعة الاسلامية.

ياسين، حمدي محمد ياسين؛ محمد، نورهان طارق (٢٠١٧). الرحمة بالذات والسعادة محددات الذكاء الروحي لدى التلاميذ المكفوفين. مجلة البحث العلمي في التربية - مصر، ٥ (١٨)، ١-٢٠.

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.
- Arquero, J. L., &Tejero, C (2009). Ambiguity Tolerance Levels in Spanish Accounting Students: a Comparative Study. *Revista de Contabilidad-Spanish Accounting Review*, 1(12), 95-116.
- Atef-Vahid, S., Kashani, A. F., &Haddadi, M (2011). The relationship between level of ambiguity tolerance and cloze test performance of Iranian EFL learners. *Linguistic and Literary Broad Research and Innovation*, 2(2), 149-169.
- Baera, R. A., Lykinsb, E. L. &Petersa, J. R (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Baker, D., Sivyver, R., &Towell, T (1998). Body Image Dissatisfaction and Eating Attitudes in Visually Impaired Women. *The international journal of eating disorders*, 24(3), 319-322.
- Banfield, S. S., & McCabe, M. P (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37(146), 373-393.
- Bayir, A., & Lomas, T (2016). Difficulties generating self-compassion: An interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 15-33.
- Breakey, J. W (1997). body image The Inner Mirror. *Journal of prosthetics and Orthotics*, 9(3), 107-112.

- Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*, 13(4), 432-448.
- Brian Moran (2017). *Self-Compassion, Body Image Dissatisfaction, and Negative Social Comparisons in Adolescents Utilizing Social Networking Sites*. Unpublished Doctoral Dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations
- Cardosi, C (2006). *Effect of media on female adolescents satisfaction with their body image*. doctoral dissertation, university of Virginia.
- Chapple, C., & Roberts, C (1986). Ambiguity Tolerance and Field Dependence as Predictors of Proficiency in English as a Second Language. *Language Learning*, 1(36), 27-45.
- Elgid, H. S (1999). *Feldenkrais and body image*, master's thesis, graduate school, university of Central Arkansas.
- Furnham, A. & Ribchester, T (1995). Tolerance of Ambiguity: A Review of the Concept, Its Measurement and Applications. *Current Psychology*, 14 (3), 179-199.
- Greguo, M., Gobbi, E., & Carraro, A (2014). Physical activity practice, body image and visual impairment: a comparison between Brazilian and Italian children and adolescents. *Research in Developmental Disabilities*, 35(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.020>
- Hicdurmaz, D., & Aydin, A (2017). The Relationship Between Nursing Students' Self-Compassion and Multidimensional Perfectionism Levels and the Factors That Influence Them. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 86-94. <http://dx.doi.org/10.14689/ejer.2016.64.2>
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Golden, P. R (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38(1), 23-35.

- Knox, M. C (2017). *Investigating the Role of Self-Compassion in Protecting Body Image Against Self-Objectification and Social Comparison*. Published Master's thesis, Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin.
- Lightstone, J (2001). Improving Body Image. Retrieved August 1, 2018 from: www.edreferral.com/body_image.htm
- MacDonald, A (1970). Revised scale for ambiguity tolerance: Reliability and validity. *Psychological Reports*, 26(3), 791-798.
- Neff, K. D (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion, *Mindfulness*, 7, 264-274.
- Neff, K. D., & Costigan, A. P (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 114-117.
- Neff, K. D., & McGehee, P (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S (2007). Self-compassion and its to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Compass*, 5(1), 1-12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., Yarnell, L. M (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146-159.
- Peterson, C. B., Wimmer, S., Ackard, D. M., Crosby, R., Cavanagh, L. C., Engbloom, S., & Mitchell, J. E (2004). Changes in body image during cognitive-behavioral treatment in women with bulimia nervosa. *Body Image Journal*, 1(2), 139-153.

- Pinquart, M., Pfeiffer, J (2012). Body Image in Adolescents with and without visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 30(3), 122-131. <https://doi.org/10.1177/0264619612458098>
- Poorna, S., & Vijaybanu, U (2016). Media Influence on Body Image among Young Adults. *Journal of Neurology, Neurosurgery*, 1(1), 1-10.
- Sparhawk, J. M (2003). *Body image and the media: the media's influence on body image*. Published Master's thesis, The Graduate College University of Wisconsin- Stout. <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2003/2003sparhawkj.pdf>
- Strickland, A (2004). Body Image and Self-Esteem: A Study of Relationships and Comparisons Between More and Less Physically Active College Women. Retrieved from http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-1540
- Tomono, T (2014). A pilot study on developing a new ambiguity tolerance scale. *Personality and Individual Differences*, 60, S48. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.195>
- Tsukada, K. Y (2003): *How You Look Depends On Where You Are Individual And Situational Factors In Body Image*, Doctoral Dissertation, Graduate School, Ohio stat university.
- Vieno, A., Martini, M. C., Santinello, M., Dallago, L., & Mirandola. M (2004). Body image and psychosocial well-being in early adolescent development. *Working Paper Series*, (5), 1-17.
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9, 236-245.
- Weissenstein, A., Ligges, S., Brouwer, B., Marschall, B., & Friederichs, H (2014). Measuring the ambiguity tolerance of medical students: a cross-sectional study from the first to sixth academic years. *BMC Family Practice*, 15(6), 1-12.
- Williams, E. C (2015). *Self-Compassion and Self-Forgiveness as Mediated by Rumination, Shame-Proneness, and Experiential Avoidance: Implications for Mental and Physical Health*. Electronic Theses and Dissertations. Paper 2562. <http://dc.etsu.edu/etd/2562>.

**الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة
لدى الأطفال المتأخرين لغوياً**

الأستاذ الدكتور

عطية عطية محمد

أستاذ التربية الخاصة

**بكلية علوم ذوي الإعاقة والتأهيل
جامعة الزقازيق**

الأستاذ الدكتور

إيهاب عبد العزيز الببلاوي

أستاذ التربية الخاصة

**ووكيل كلية علوم ذوي الإعاقة والتأهيل
للدراسات العليا والبحوث
جامعة الزقازيق**

صفاء حسن إبراهيم حسن الأسود

معلم بمدرسة الأمل للصم ببليبيس

باحث دكتوراه تربية خاصة

اضطرابات لغة وتواصل

ملخص البحث

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً بالمرحلة الابتدائية، ومعرفة الفروق بين الجنسين في الوعي المورفولوجي، ولهذا الغرض أعدت الباحثة اختبار تقييم الوعي المورفولوجي للأطفال المتأخرين لغوياً والذي يتكون من ستة أبعاد، ومقياس مهارات القراءة ويضم خمس مهارات، وتكونت عينة الدراسة من (٧٠) طفلاً وطفلة تم اختيارهم من الأطفال المتأخرين لغوياً الذين يحصلون على التأهيل بوحدة أمراض التخاطب بمستشفى جامعة الزقازيق، وبعض مراكز التخاطب مثل مركز (رؤية، وتواصل، اتكلم، وجمعية تحفيظ القرآن) بالزقازيق محافظة الشرقية، تتراوح أعمارهم الزمنية من (٩-١٢) سنة. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث في الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة، ومن هنا توصى الدراسة الحالية بضرورة إعداد برامج تدريبية لتنمية الوعي المورفولوجي للأطفال المتأخرين لغوياً لما لها من عظيم الأثر على مهارات القراءة، والمهارات الحياتية، وفي ضوء تلك النتائج اقترحت الباحثة عدداً من التوصيات والدراسات المستقبلية.

الكلمات الافتتاحية: الوعي المورفولوجي - مهارات القراءة - التأخر اللغوي.

Abstract:

This study Investigated the relationship between morphological awareness and reading skills to children with language delay in primary stage. Also examined differences between males and females in morphological awareness. Participants were (70) children with language delay whom receive rehabilitation in zagazige university hospital, and Roaya & tawasol,center . They were ranging in chronological age (9:12) years. The researcher prepared morphological awareness measure, results indicated positive significant relationship between morphological awareness and reading skills to children with language delay and there weren't significant difference among males and females in morphological awareness and reading skills .The study recommended preparing training program to develop morphological awareness that affected reading skills and life skills .

مشكلة البحث:

التمست الباحثين مشكلة الدراسة من خلال الاطلاع على أدبيات التربية الخاصة؛ حيث أن نسبة انتشار التأخر اللغوي تقدر بحوالي ٥% تقريباً من مجموع الأطفال، ويشير أسامة مصطفى (٢٠١٤، ص ٢٢٣) إلى أنه تتراوح تقديرات اضطرابات اللغة التعبيرية والاستقبالية ما بين (١-١٣%)، كما أثبتت دراسة (Casalini, Brizzolara, Chilosi, Cipriani, Marccolini, Pecini., et al, 2007, p.77) أن الأطفال الذين لديهم فشل في تطور اللغة بمعدل طبيعي يصلون إلى حوالي ٣% من الأطفال بالرغم من التواصل الاجتماعي المناسب والفرص المتاحة لتعلم اللغة، وأن هناك علاقة قوية بين التشكيل الصحيح للفظ (المستوى المورفولوجي) ومهارات اللغة بصفة عامة، والقراءة بصفة خاصة؛ حيث تعد القراءة وسيلة استقبال رئيسة ومهمة للتحصيل الأكاديمي، وبما أن مصدر المشكلة واقع تلمسه الباحثين بحكم عملها كمعلمة لغة عربية لاحظت أن من أكثر المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال عدم القدرة على تشكيل (اشتقاق) الكلمة، واستخدام الضمائر، وأدوات الربط، والزمان، والمكان عندما يتحدثون، أو يقرأون، وفي نفس الوقت لا يستطيع الناس من حولهم فهم مطالبهم الأمر الذي يؤدي إلى شعورهم بالعجز، والنقص، والدونية، وانخفاض التحصيل الأكاديمي، وعدم التكيف مع أقرانهم داخل المدرسة، وخارجها. ولقد تناولت العديد من الدراسات الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة لدى الأطفال؛ إلا أنه لا توجد دراسة - في حدود إطلاع الباحثين - اهتمت بدراسة العلاقة بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً. ومن هنا يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي: هل توجد علاقة بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً؟

أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة ومعرفة الفروق بين الذكور والإناث في أبعاد الوعي المورفولوجي (إدراك نوع المورفيم - تحديد المورفيم من حيث العدد - مورفيم الزمن - الضمائر - المسافة - الظرف)، وذلك من خلال إعداد وتطبيق اختبار تقييم الوعي المورفولوجي للأطفال المتأخرين لغوياً.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في أهمية الفئة والموضوع الذي نتصدى له ألا وهو الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً، وتتمثل أهمية الدراسة في عدد من الاعتبارات على النحو التالي:

- (١) التأكيد على أهمية الوعي المورفولوجي ودوره في فهم القراءة للأطفال ذوي التأخر اللغوي.
- (٢) دراسة مرحلة مهمة من مراحل النمو اللغوي هي مرحلة الطفولة، ومرحلة مهمة من مراحل التعليم هي الحلقة الأولى من التعليم الأساسي التي تتشكل فيها شخصية الطفل؛ حيث يعتبر الأطفال من أهم فئات المجتمع.
- (٣) ندرة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحثين - التي تناولت الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة للأطفال المتأخرين لغوياً.
- (٤) قد تسهم الدراسة الحالية في تقديم بعض المؤشرات التي تساعد المختصين خاصة المهتمين بمجال ذوي الاحتياجات الخاصة والمعلمين في التشخيص، وتصميم البرامج المناسبة لزيادة الوعي بمستويات اللغة وخاصة المستوى المورفولوجي، وتحسين مهارات القراءة.

مصطلحات البحث:

١) **التأخر اللغوي** Delayed Language: "هم الأطفال الذين يعانون من نقص في الإدراك الفونيمي، وتشكيل الكلمات، واستخدام الضمائر والروابط، والتجريد اللغوي؛ مما يحدث تأخراً ملحوظاً في المهارات اللغوية، وفي نمو كفاءة الحديث والقراءة لديهم في مرحلة الطفولة تجعلهم غير قادرين على التعبير عن أنفسهم بالمقارنة بأقرانهم ممن هم في مستوي عمرهم الزمني، ويكون له تأثير مباشر، وغير مباشر على قدراتهم المعرفية، والاجتماعية، والنفسية، والتعليمية، وانحراف السلوك اللغوي عن المعايير المطلوبة".

٢) **مهارات القراءة** Reading skills: "أنها عملية عقلية تتطلب التعرف على الحروف، والكلمات، والتمييز بينها، والتعرف على أوجه الشبه والاختلاف، والقدرة على فهم معاني الكلمات، وتحويل الرموز المطبوعة إلى أصوات منطوقة، وكلمات حيث تقوم على التعرف، النطق، والتعبير، والطلاقة، والفهم".

٣) **الوعي المورفولوجي** Awareness Morphology: "هو إدراك الطفل بناء الفونيمات بوضع الأصوات في قوالب مورفولوجية (صرفية) مثل: الأسماء، والأفعال، والصفات، أدوات الربط، وغيرها من الصيغ كل منها يعبر عن حالة معينة من حالات مقامات الاتصال اللغوي، والقدرة على بناء الكلمة، وتناسق الوحدات الصوتية؛ ليحولها إلى كلمات (مورفيمات) بحيث تعطي معنى، وصياغة الكلمات في جمل مفهومة".

٤) **البرنامج التدريبي** The Training Program: "هو مجموعة من الخبرات التربوية، والمهارات اللغوية الأدائية المصممة بطريقة متكاملة، في ضوء خطة مرسومة، ومنظمة، قائمة على أسس علمية؛ لتقديم الخدمات لجميع أفراد عينة الدراسة من المتأخرين لغوياً، والتي يقوم بها الطفل تحت إشراف، وتوجيه من جانب شخص متخصص في فترة زمنية محددة، يعمل على تزويده بمهارات لغوية تمكنه من تنمية وعيه المورفولوجي، وتحسين مهاراته القرائية، وبالتالي خفض مستوى تأخره اللغوي، وزيادة تحصيله".

الإطار النظري والدراسات السابقة:

الأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي تظهر لديهم صعوبة في المستوي المورفولوجي والنحوي لارتباط المستويين، حيث تظهر صعوبة خاصة في مورفولوجيا الأسماء والأفعال، وتحديد العلاقات، وإدراك علامات الجمع والنصب، والسوابق واللاحق (Lukacs ;Leonard., &Kas,2010 ,pp.145-161)، ويؤثر ذلك على القراءة فالقراءة فن لغوي يرتب بالجانب الشفوي للغة عندما يمارس ممارسة جهرية بالعين واللسان، ويرتبط بالجانب الكتابي للغة من حيث أنها ترجمة لرموز مكتوبة (يونس، ٢٠٠١، ص ١٢).

وهذا ما أكدته دراسة (Saiegh ,A.,&Geva ,E ,2007pp 481-504) حيث توصلت إلى وجود علاقة بين الوعي الفونولوجي والمورفولوجي، والقراءة في اللغتين العربية والانجليزية، وأن الطلاقة في قراءة الكلمة المركبة في كلتا اللغتين مرتبط بالوعي المورفولوجي إلا أن هناك اختلاف بين اللغتين في العمق الإملائي والتركيب المورفولوجي؛ لاتساع المعاني في اللغة العربية عن غيرها، فهي لغة غنية بنظم الاشتقاق والتصريف حيث تكفي باللاحق في كثير من الأحيان بدلا من الضمير وذلك عند تصريف الفعل إلى حالاته المختلفة (التكلم، والخطاب، والغيبة).

مما سبق يتضح ترابط، وتفاعل مستويات اللغة مع بعضها لتكون المعنى المراد، إلا أن الملاحظ إلا أن المستوى الفونولوجي، والمورفولوجي أكثر ارتباطاً، وتفاعلاً مع بعضهما.

الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة لدى المتأخرين لغوياً :

الوعي المورفولوجي له تأثيراً مباشراً على القراءة والفهم القرائي لدى الأطفال وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات، حيث أشار (Goodwin., Huggins., Carlo., & August ., & Calderon ,2013 ,pp.1387-1415) إلى دعم الوعي المورفولوجي لمهارات القراءة عن طريق زيادة المفردات اللغوية مما يساعد في تسهيل الفهم القرائي، وأثبت دراسة (Jiang & Fang 2012 ,pp.76-86) أثر المستوى المورفولوجي على سياق وتفسير الكلام لدى المتأخرين لغوياً ؛ حيث أن الوعي المورفولوجي من العوامل الرئيسية التي المؤثرة في قدرة الفرد على القراءة، فيساعد على تفسير الكلمات غير المفهومة عند القراءة، وبه يتعرف الطفل على نوع الكلمة، وزمن الفعل، وتنظيم سياق الكلام بمعرفة أدوات الربط، وترجمة الأفكار وبالتالي يساعد على الهجاء، والقراءة مع مراعاة القواعد النحوية، وإدراك المستوى الدلالي . وأوضحت دراسة (Reem Al Ghanem ., & Devin Kearns,2015 ,pp 83-109) العلاقة بين الوعي الفونولوجي، والمورفولوجي، ومهارات الهجاء والقراءة باللغة العربية لدى الأطفال، حيث ركزت الكثير من الدراسات على المهارات القرائية والإملائية ولم تهتم بالمهارات الفونولوجية، والمورفولوجية، وكان الغرض من الدراسة فحص المشكلات التي يتعرض لها الطفل عند القراءة باللغة العربية، واستخدام الهجاء، ولم تراعي المهارات المورفولوجية عند نطق الكلمات العربية، وتم عمل (١٢) دراسة بحثت العلاقة بين مهارات القراءة، والمهارات المورفولوجية في الكلمة العربية للطلاب في الصفوف من الروضة حتى (١٢) سنة، وأظهرت النتائج أن هناك علاقة قوية بين مهارات القراءة والمستوى المورفولوجي في الصفوف الأولى من الصف الأول إلى الصف الخامس ؛ لذا يجب الاهتمام بالمهارات الفونولوجية، والمورفولوجية في الدراسات المستقبلية عند تصميم مناهج القراءة، وأشار (Anna J., & Julia, C,2015, PP509-541) إلى أن الأطفال الذين يعانون من ضعف لغوي في وقت مبكر أكثر عرضة لضعف مهارات القراءة من غيرهم، كم أن هناك صلة مباشرة بين الإدراك المورفولوجي، ودقة القراءة، والفهم القرائي، ويمكن استخدام استراتيجية التدرج بمستوى الكلمة من الفونيم إلى المورفيم.

واستهدفت دراسة (Erin.,Marc.,Amy.,&Terry,2013,PP230-240) تحسين مهارات القراءة وأثره على الوعي الفونولوجي، المورفولوجي لدى عينة من الأطفال المتأخرين لغوياً ذوو العسر القرائي، وتم التركيز على المشاكل المتعلقة بالفعل الماضي، وطبق على العينة اختبار استنباط الفعل الماضي واختبار تقييم المهارات القرائية بقراءة كلمة وترخيم الصوت وأظهرت الدراسة وجود صعوبات مورفولوجية وفونولوجية مما قللت القراءة واللغة، وأظهر الأطفال ذوي عسر القراءة ضعفا ملحوظا في استنبات الفعل الماضي، وأظهر كلا المجموعتين مشاكل في المعالجة الصوتية، وأثبتت الدراسة أن المتأخرين لغوياً لديهم عجز واضح في الوعي المورفولوجي، وأكد (Davidson, Sean, 2015, n0 pag) أن عدم المعرفة المورفولوجية هي العوامل المسببة لصعوبة في مهارات القراءة، ولابد من التحليل المورفولوجي للكلمات لمعرفة الوحدات الصوتية المكونة للمورفيم وتحديد المعنى الدلالي للكلمة، ويمكن استخدام استراتيجية التحليل المورفولوجي لاستخلاص معاني كلمات غير معروفة أثناء القراءة؛ حيث طبق الباحث دراسة على (٩) تلاميذ من الصف الرابع، والخامس لديهم صعوبات في القراءة، وضعف لغوي، وجهل بالمفردات، وأثبتت دراسته أهمية التحليل المورفولوجي في زيادة المفردات اللغوية، وتطوير القراءة.

وأجرى كل من (Besse.,Moreira., &Paula, 2015, pp267-264) دراسة على ١٤٨ طالباً من البرازيل يتحدثون لغتين من سن المدرسة حتي دخلوا المدرسة، وطُبق عليهم مقياس الوعي المورفولوجي للغة الفرنسية، ومقياس القراءة، وأثبتت الدراسة فعالية التدريب على الوعي المورفولوجي في تنمية مهارات القراءة بعد خمس سنوات، ويزيد بعد تقدمهم في العمر الزمني بدرجة أعلى، وأشار كلا من (Deacon, S.,Kieffer, M.,& Laroche, A,2014,pp.432-451) إلى وجود علاقة بين الوعي المورفولوجي، والفهم القرائي؛ حيث طبق الوعي المورفولوجي باللغة الإنجليزية، ومقياس مهارات قراءة الكلمة، والفهم القرائي، ومقياس القدرة الصوتية لتحقيق العلاقة، وأظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين الوعي المورفولوجي، ومهارات القراءة بالطريقة الجزئية، كما أشارت إلى أهمية التدخل المبكر بالوعي المورفولوجي؛ لاكتساب القدرة على القراءة، الفهم، وأن له أثراً مباشراً على مهارات اللغة، وتطور القراءة.

دراسات سابقة:

استهدفت دراسة Elvira (1993) معرفة أثر التأخر اللغوي على الاكتساب المورفولوجي للغة، وركزت الدراسة على تحليل طولي للغة لدى أربعة أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات، وإجراء دراسة طولية، ثم اختيار نفس المجموعة في مرحلة المراهقة، ومقارنتهم بالأطفال العاديين الذين لديهم تأخر مورفولوجي، وبعد إعادة الاختبار في مرحلة المراهقة أظهرت النتائج أن التنشئة الاجتماعية الإيجابية تقلل من اضطرابات الكلام مثل الثأثرة، وتساعد في التكوين المورفولوجي المعجمي للعاديين، وأن التأخر اللغوي يؤثر على تعلم القراءة، مع الاحتياج لبعض التدخل للذين لديهم اضطراب لغة نمائي.

ودراسة Cloutier, Genevieve: (٢٠٠٢) استهدفت التعرف على أثر التأخر اللغوي على مهارات القراءة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب صوتي حاد، ووصف المهارات المورفولوجية وإدراك الطفل للفونيمات، وطبقت الدراسة على (١٠) أطفال يتحدثون الانجليزية، وتم اختيارهم من مستشفى ألبرت بكلجاري، وقسمت العينة إلى مجموعتين أحدهما تجريبية عددها (٥) (٢ من الإناث، و٣ من الذكور) والمجموعة الثانية (٥) أطفال (٣ إناث، و٢ ذكور) لديهم اضطراب في الحديث، وطبق عليهم الأدوات التالية ١- اختبار الإدراك الصوتي: Receptive Morphology ٢- اختبار علم الصرف: phonemic perception ٣- اختبار إنتاج الكلام: Speech production test، وأسفرت الدراسة: عن وجود علاقة دالة بين الوعي المورفولوجي، وتأخر اللغة، كما أشارت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من ضعف فونولوجي يعانون أيضا من عجز في المستوى المورفولوجي مما يدل على العلاقة بين المستويين في اللغة.

واستهدفت pan-monique (٢٠٠٣) دراسة العلاقة بين المهام الفونولوجية والمورفولوجية، وأداء القراءة والهجاء، والتسمية والقواعد النحوية، وتكونت عينة الدراسة من (١٩٩) طفلا وطفلة أنهاوا الصف الأول الابتدائي، وطبق على العينة مجموعة من الاختبارات منها اختبار باتليم Batelem test، واختبار قراءة الكلمة Word reading test، واختبار الفهم القرائي Reading comprehension test، واختبار الهجاء word spelling test وتوصلت الدراسة إلى: وجود

ارتباط قوي بين جميع المتغيرات، مع التركيز على أهمية المستوى الفونولوجي والمورفولوجي في تنمية القراءة والمهارات النحوية، وأكدت على وجود اختلاف بين البنين والبنات في المستوى المورفولوجي، والفهم والهجاء لصالح البنات، وثبت في الدراسة التي أجراها كلا من (William., Berninger., Abbot ٢٠٠٣) Vaughan., Vermeulen لعينة من الطلاب في الصف الثاني يبلغ عددهم (٩٨)، وفي الصف الرابع يبلغ عددهم (٩٧) المعرضين لأخطار في القراءة، والهجاء، لتنمية مهارات القراءة، والكتابة، والهجاء، والمستوى المورفولوجي وأظهرت الدراسة أن الإدراك المورفولوجي (التشكيل - الاشتقاق) ساهم في جودة قراءة الكلمات لأطفال الصف الرابع، كما ساهم بشكل فريد في الترابط اللفظي والإملاء، والوعي الفونولوجي (الصوتي)، وتحليل الكلمات إلى مقاطع في القراءة لدى تلاميذ الصف الرابع، كما أشارت إلى وجود علاقة بين المورفولوجيا، ومهارات اللغة الأخرى مثل القراءة والكتابة للمتأخرين لغوياً،

واهتمت دراسة (Edwards & Munson ٢٠٠٧) بالتشكيل اللغوي والمشكلات الأكاديمية لدى الأطفال الذين يعانون من ضعف اللغة، وفي تصور إنتاج الكلام لدى هؤلاء الأطفال، ومعرفتهم على جوانب البنية اللغوية السليمة (القدرات النفس لغوية) حيث يستند إلى تجريد اللغة، وتحليلها، والأصوات هي واحدة من وسائل الاتصال التي يتم من خلالها نقل اللغة وأي مشكلة في التعرف على الأصوات، والحفاظ عليها قد يكون عاملاً مسبباً لضعف اللغة تكونت عينة الدراسة من مجموعة من أطفال المدارس الابتدائية أعمارهم بين ٦ - ١٠ سنوات، وقد أسفرت النتائج عن: أن الأطفال الذين لديهم مشاكل اجتماعية مثل الخلافات الأسرية المستمرة، أو غياب الأم، والأب بالوفاة، والطلاق قد يعانون من التأخر اللغوي غير معروف السبب، وهو يستخدم مصطلح ضعف اللغة الأساسية (Pli) بدلا من ضعف لغة معينة (Sli) لوصف الأطفال الذين يعانون من مشكلة اكتساب اللغة في المرحلة الابتدائية، والذين لا تتناسب هذه الحصيلة اللغوية مع سنهم، والذكاء غير اللفظي، والمهارات الاجتماعية، والعاطفية، وفهم القدرة الحركية (التشكيل) للمورفييمات.

كما بحثت دراسة (Lukacs, Leonard, Kas, 2010) دراسة التأخر اللغوي والتعرف على أثره في الوعي المورفولوجي للأسماء وإدراك القواعد النحوية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً، وطبقت الدراسة على عينة من الأطفال العاديين وعينة أخرى من الأطفال المتأخرين لغوياً، وقسمت العينة إلى مجموعتين مختلفتي العمر، فالمجموعة الأولى تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٠) سنوات، والمجموعة الثانية تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات، وطبق عليهم مقياس المطابقة اللفظية، ومقياس قواعد النحو الخاص بعلاقات الجمع والنصب، حيث اشتمل المقياس على الأسماء فقط لتحديد اللواحق التي تخص الأسماء، وأثبتت الدراسة أن: الأطفال في المجموعة الأصغر سناً يعانون من تأخر لغوي أكثر من الكبار إلا أن هناك تحسناً واضحاً في اللغة للمجموعتين حيث انخفض مستوى التأخر اللغوي بشكل ملحوظ، وأدرك أفراد المجموعتين اللواحق الخاصة بالأسماء، وزاد لديهم القدرة على البحث في المعجم بالرجوع إلى أصل الكلمة من خلال الوعي المورفولوجي، والتعرف على نوع الكلمة بين الاسم والفعالية بحذف اللواحق في الاسم عند الكشف في المعجم،

كما أن دراسة (Maura, Courtney, Susan, & Brenda: 2011) استهدفت اختبار أثر المورفولوجيا النحوية لدى الأطفال في سن المدرسة الذين لم تنمو اللغة لديهم المتحدثون الانجليزية طبقت الدراسة على (٥٠) طفلاً في سن المدرسة تتراوح أعمارهم ما بين (٧-٩) سنوات، طبق عليهم مقياس Bedore, 1998 لقياس المستوى المورفولوجي متمثلاً في (الفعل، والاسم، طول الجملة، والاشتقاق الصرفي)، وبعد تطبيق البرنامج المقترح على المجموعة عينة الدراسة أشارت النتائج إلى: وجود أثر واضحاً للبرنامج في تحسن القواعد النحوية، والمورفيمات المركبة، وتنمية التمييز بين مورفيم الاسم، والفعل لصالح المجموعة التجريبية، وساعد البرنامج في معرفة المورفيمات المركبة كمورفيم الاسم مع نون الجمع، وفعالية الوعي المورفولوجي في خفض الضعف اللغوي، وزيادة المفردات، مما يفيد أن تدني الوعي المورفولوجي يتبعه ضعف في لغة الطفل، وقامت (Vandewall 2012) Bost, Ghesquire & Zink, .، ببحث العلاقة بين الإدراك اللغوي، والكلام الشفوي، ومهارات القراءة والكتابة، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات، وثلاث شهور إلى ست سنوات وثمان شهور، فالمجموعة الأولى أطفال يعانون من ضعف اللغة وتأخر معرفة القراءة

والكتابة وعددهم (٨) أطفال، والمجموعة الثانية أطفال يعانون ضعف اللغة وعاديون في القراءة والكتابة وعددهم (١٠) أطفال، والمجموعة الثالثة أطفال عاديون وعددهم (١٤)، وسجل الفريق الذي يعاني من (Sli) مع تأخر القراءة، والكتابة أقل بكثير من غيرها من الجماعات في إدراك الكلام، وكذلك علي مهارات التجهيز السمعية الزمنية، أما مجموعة القراءة العادية لم تختلف من حيث تطور اللغة، وتصور الخطاب له علاقة كبيرة بالقراءة، والكتابة في الصفوف الأول، والثالث، وكان لها مساهمة مهمة في القدرة التنموية علي نمو القراءة في الصف الثالث، حتى بعد السيطرة علي مستوي القراءة، والقدرة الصوتية، والتجهيز السمعي ومهارات اللغة الشفوية في الصف الأول، وأشارت هذه النتائج إلي أن تصور الخطاب كان له تأثير مباشر علي القراءة ليس فقط من خلال علاقته مع الوعي الصوتي - علاوة علي ذلك - يبدو أن تصور الخطاب مرتبط أكثر بتطوير مهارات القراءة، والكتابة، وقل قدرة مع اللغة الشفهية،

أيضاً دراسة (٢٠١٤): Kieffer, Michael: استهدفت التعرف على دور الضعف المورفولوجي في صعوبات القراءة للأطفال بالصف السادس الابتدائي، حيث طبقت الدراسة على (١٣٨) طالباً منهم (٥٦) طالباً ناطقين بالإنجليزية، و(٨٢) طالباً متعلمين لغة إسبانية، وطبق عليهم مقياس صعوبة قراءة الكلمة، والقطعة كاملة، ومقياس الوعي المورفولوجي، وأشارت النتائج إلى: أن الضعف المورفولوجي يقلل القدرة القرائية لدى الطلاب بوجه عام، وأن الوعي المورفولوجي له دوراً في تعلم القراءة بنسبة (٣٨٪ - ٦٣٪) لدى متعلمي الإنجليزية، ونسبة (٥٥٪ - ٦٤٪) لدى متعلمي الاسبانية، واستهدفت دراسة (Pittas, Evdokia., & Nunes, 2014) Terezinha التعرف على تدني الوعي المورفولوجي، وعلاقته بالقراءة، والهجاء باللغة اليونانية، طبقت الدراسة على (٤٠٤) طفلاً، وطفلة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات، وطبق عليهم مقياس الوعي المورفولوجي باللغة اليونانية للتحقق من صحة النتائج، وأظهرت النتائج: وجود علاقة بين الوعي المورفولوجي، والقراءة، والهجاء باللغة اليونانية، وأن الوعي المورفولوجي يساعد في التنبؤ بالقراءة، والهجاء، وتحسن اللغة، وزيادة المفردات، والذكاء اللفظي عند القراءة بعد ثمانية أشهر، وتوصي الدراسة بالتدخل المبكر لإثبات هذه العلاقة، فضلاً عن زيادة المهارات الاملائية،

ودراسة (Lazaro, Garcia., & Burani, 2015)، استهدفت التعرف على أثر الوعي المورفولوجي على الإملاء، والقراءة باللغة الإسبانية لدى عينة من الشباب، والأطفال الذين يعانون من عجز في القراءة مع، وبدون إعاقة لغوية، وركزت الدراسة على تحديد الكلمات المشتقة التي له معان كثيرة، ومختلفة دون تغيير في هجاء الكلمة سوى مورفيم التشكيل على الفونيمات، ومعرفة أثر ذلك على القراءة، طبقت البرنامج التدريبي المقترح على عينة الدراسة، وأظهرت النتائج أن: جميع الأطفال الذين يستفيدون من البرنامج قل لديهم العجز القرائي إلى حد كبير، وذلك يرجع إلى زيادة الوعي المورفولوجي، كما قلت الأخطاء الإملائية، وبالمثل القرائية، كما توصلت دراسة (Elin, 2016) إلى أن الأطفال العاديين أقل عرضة للضعف المورفولوجي عن أقرانهم المضطربين لغوياً وهذا يثبت الرأي القائل بأن المورفولوجيا النحوية هي المنطقة الوسطى من العجز اللغوي، حيث بحثت دراسة القواعد المورفولوجية النحوية لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي ممن تتراوح أعمارهم ما بين ما بين (4-14) سنة، وكان عدد العينة (57) من الناطقين لغة واحدة للكشف عن أسباب الأخطاء المورفولوجية؛ حيث أن سبب الأخطاء المورفولوجية غير معروف، وبعد الانتهاء من الدراسة الطولية ثبت أن تلقي الأطفال تدريباً للمفردات المورفولوجية يساعد في قلة الأخطاء مع التقدم في السن، وأوضحت الدراسة أثر العمر الزمني فكلما تقدم الطفل في العمر قلت أخطائه المورفولوجية.

وأكدت دراسة (Jin, Xue., & Xiaoming, 2016) العلاقة بين الوعي المورفولوجي، ومهارات القراءة لدى ثنائيي اللغة الذين لديهم ضعف لغوي، وطبقت الدراسة على عينة من الطلاب عددهم (139) لمدة (9) شهور، وطبق عليهم (اختبار القراءة، واختبار الوعي المورفولوجي) باللغة الانجليزية والصينية، وبعد انتهاء الدراسة الطولية أكدت النتائج الارتباط بين الوعي المورفولوجي، ومهارات القراءة خاصة في اللغة الانجليزية لأن المورفيمات في اللغة الانجليزية أكثر من اللغة الصينية، كما أشارت النتائج إلى فعالية الوعي المورفولوجي في زيادة المفردات وتحسين القراءة، وأيضاً خفض الضعف اللغوي الذي سببه ازدواجية اللغة.

التعقيب على الدراسات السابقة

تبين من العرض السابق أن معظم الدراسات تناولت الوعي المورفولوجي وعلاقته بمهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً أكد على وجود علاقة بين المتغيرين، وبعضها أكد على أثر الوعي المورفولوجي في زيادة المفردات وتحسين القراءة، وأيضا خفض الضعف اللغوي، أن الأطفال العاديين أقل عرضة للضعف المورفولوجي عن أقرانهم المضطربين لغوياً كما في دراسة (Elin 1016)، وأظهرت نتائج معظم الدراسات وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوعي المورفولوجي، ومهارات القراءة، والهجاء كما في دراسة (Pittas, Evdokia., & Nunes, Terezinh (2014)، ودراسة (Vandewall ., Bost ., Ghesquire & Zink (2012)، ودراسة (Cloutier, Genevieve: (2002) كما أشارت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون من ضعف فونولوجي يعانون أيضا من عجز في المستوى المورفولوجي مما يدل على العلاقة بين المستويين في اللغة.

واهتمت بعض الدراسات بمعرفة الفروق بين البنين والبنات في مهارات القراءة وأكدت على وجود اختلاف بين البنين والبنات في المستوى المورفولوجي، والفهم والهجاء لصالح البنات، مثل: (pan-monique (2003 وساهم الاطلاع على الدراسات السابقة في اعداد أدوات الدراسة وتحديد عينة الدراسة حيث اهتمت معظم الدراسات بتنمية الوعي المورفولوجي وتحسين مهارات القراءة في المرحلة الابتدائية، كما ساهم في صياغة فروض البحث.

فروض البحث:

- (١) توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً،
- (٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي المورفولوجي بين الأطفال المتأخرين لغوياً تبعاً لمتغير الجنس.
- (٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات القراءة بين الأطفال المتأخرين لغوياً تبعاً لمتغير الجنس.

إجراءات البحث:

عينة البحث: شملت عينة الدراسة (٧٠) طفلاً وطفلة من الأطفال المتأخرين لغوياً الذين يحصلون على التأهيل بوحدة أمراض التخاطب بمستشفى جامعة الزقازيق، وبعض مراكز التخاطب مثل مركز (رؤية، وتواصل، اتكلم، وجمعية تحفيظ القرآن) بالزقازيق محافظة الشرقية، تراوحت أعمارهم الزمنية من (٩-١٢) سنة.

أدوات البحث :

استخدمت الباحثين في هذا البحث آداتين هما :

أولاً: اختبار الوعي المورفولوجي (إعداد: الباحثين):

صدق الاختبار:

صدق المحكمين :

تم عرض الاختبار على مجموعة من المحكمين ضمت (١٥) محكمًا في الصحة النفسية والتربية الخاصة، وعلم النفس، والمناهج وطريق التدريس، واللغة العربية حيث طلبت منهم إبداء رأيهم حول ما يرونه مناسباً من إضافة أو حذف أو تعديل حول الفقرات، وسلامة الصياغة اللغوية، وفي ضوء ملاحظات المحكمين، تم إجراء التعديلات المناسبة على بعض الفقرات، وبذلك اعتبرت آراء المحكمين واقتراحاتهم وتعديلاتهم للاختبار في صورتها النهائية مؤشراً على صدق محتوى الاختبار.

صدق المقياس: تم حساب صدق المفردات بحساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له (محذوفاً منها درجة المفردة)، باعتبار مجموع درجات بقية المفردات محكاً للمفردة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (١)

معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات أبعاد مقياس الوعي المورفولوجي (ن=٧٠ طفل)

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع		البعد الخامس	
الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
١	٠,١٧٨	٩	**٠,٧٨٧	١٤	**٠,٣٥٦	٢١	**٠,٦٨٧	٢٨	**٠,٦٠٤
٢	**٠,٥٤٩	١٠	**٠,٥٢٣	١٥	**٠,٥١٧	٢٢	**٠,٥٣٣	٢٩	**٠,٤٦٦
٣	**٠,٥٠٣	١١	**٠,٧٦٦	١٦	**٠,٦٥٨	٢٣	**٠,٣٠١	٣٠	**٠,٤٢١
٤	**٠,٤٣١	١٢	**٠,٦١٨	١٧	٠,١٩٠	٢٤	**٠,٥٤٤	٣١	٠,١٤٦
٥	**٠,٥٠٠	١٣	**٠,٦٠٦	١٨	**٠,٥٣١	٢٥	**٠,٥٨١	٣٢	**٠,٥٠٩
٦	**٠,٦٠٣			١٩	**٠,٤٦٤	٢٦	**٠,٦٤١	البعد السادس	
٧	**٠,٦٧٦			٢٠	**٠,٥٣٢	٢٧	**٠,٥٣١	معامل الارتباط	
٨	**٠,٥٤٨							٣٣	**٠,٥٤١
								٣٤	٠,١١٩
								٣٥	**٠,٥٣٩
								٣٦	**٠,٤٧٥
								٣٧	**٠,٥٠٢

** دال عند مستوي ٠,٠١

* دال عند مستوي ٠,٠٥

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، عدا (٤) مفردات أرقام: (١)، (١٧)، (٣١)، (٣٤) كانت معاملات ارتباطها بدرجات البعد الذي تنتمي له (محدوفاً منه درجة المفردة) غير دالة، وهذا يعني عدم صدقها وتُحذف.

من الإجراءات السابقة للثبات والصدق، تم حذف (٤) مفردات غير ثابتة وغير صادقة، أرقام: (١)، (١٧)، (٣١)، (٣٤)، وأصبحت الصور النهائية للمقياس مكونة من (٣٣) مفردة، موزعة على الأبعاد على النحو التالي: البعد الأول (٧) مفردات، والثاني (٥) مفردات، والثالث (٦) مفردات، والرابع (٧) مفردات، الخامس (٤) مفردات، والسادس (٤) مفردات، والمقياس بهذه الصورة صالح للتطبيق على العينة الأساسية في البحث.

ثبات المقياس: تم تطبيق المقياس على العينة المبدئية، المكونة من (٧٠) طفل، وحُسب الثبات كما يلي:

(١) معامل ألفا: تم حساب معامل ألفا العام للمقياس، وكانت قيمته (٠,٨٤٥)، ثم حساب معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس)، والنتائج موضحة بالجدول التالي:

جدول (٢)

نتائج معاملات ألفا لمقياس الوعي المورفولوجي (ن = ٧٠ طفل)

رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة
١	٠,٨٥٣	١٣	٠,٨٣٣	٢٥	٠,٥٢١
٢	٠,٨١٤	١٤	٠,٨٢٥	٢٦	٠,٥٢٦
٣	٠,٨٣٢	١٥	٠,٨١٨	٢٧	٠,٥٤٠
٤	٠,٨٠٣	١٦	٠,٨٢٩	٢٨	٠,٨٢١
٥	٠,٨٢٤	١٧	٠,٨٥٦	٢٩	٠,٨٢٧
٦	٠,٨٢١	١٨	٠,٨١١	٣٠	٠,٨٢٩
٧	٠,٨٣٣	١٩	٠,٨٤٠	٣١	٠,٨٦٢
٨	٠,٨٢٥	٢٠	٠,٨١٩	٣٢	٠,٨١٤
٩	٠,٨٣١	٢١	٠,٨٣٢	٣٣	٠,٨٣٢
١٠	٠,٨٣٩	٢٢	٠,٨٣٠	٣٤	٠,٨٥٤
١١	٠,٨٣٤	٢٣	٠,٨٤١	٣٥	٠,٨٣٢
١٢	٠,٨٢٦	٢٤	٠,٨٢٣	٣٦	٠,٨١٩

يتضح من الجدول أن جميع قيم معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية) أقل من أو تساوي معامل ألفا العام للمقياس، عدا (٤) مفردات أرقام: (١)، (١٤)، (٣١)، (٣٤) كانت معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية) أكبر من معامل ألفا العام للمقياس، وهذا يعني أنها غير ثابتة ويتم حذفها.

(٢) ثبات الأبعاد: تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، والنتائج كما يلي:

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوعي المورفولوجي (ن = ٧٠ طفل)

أبعاد مقياس الوعي المورفولوجي	معاملات الارتباط مع الدرجة الكلية
البعد الأول (إدراك نوع المورفيم المنطوق)	٠,٧٢٩ **,
البعد الثاني (تخديد المورفيم من حيث العدد)	٠,٨١٥ **,
البعد الثالث (التعرف علي مورفيم الزمن)	٠,٧٧٢ **,
البعد الرابع (التعرف علي مورفيم الضمائر)	٠,٧١٠ **,
البعد الخامس (التعرف علي مورفيم المسافة)	٠,٦٣٧ **,
البعد السادس (التعرف علي مورفيم الظرف)	٠,٦٣٩ **,

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، مما يدل على ثبات جميع الأبعاد، وثبات المقياس ككل.

(٣) الثبات بالتجزئة النصفية: تم حساب الثبات بالتجزئة النصفية للمقياس ككل، والنتائج كما يلي:

معامل الثبات بمعادلة سبيرمان / براون = ٠,٧٩٠
 ومعامل الثبات بمعادلة جتمان = ٠,٧٩٠
 وهي قيم مرتفعة مما يدل على ثبات المقياس ككل.

حساب الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات الأبعاد، والنتائج كما يلي:

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات أبعاد مقياس الوعي المورفولوجي (ن=٧٠ طفل)

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع		البعد الخامس	
الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
١	٠,٢٠٧	٩	٠,٨٠٨**	١٤	٠,٣٧٩**	٢١	٠,٦٠٤**	٢٨	٠,٦٢٣**
٢	٠,٥٧٧**	١٠	٠,٥٤٨**	١٥	٠,٥٤١**	٢٢	٠,٥٥٨**	٢٩	٠,٤٨١**
٣	٠,٥٢١**	١١	٠,٧٨٣**	١٦	٠,٦٧٣**	٢٣	٠,٣٤٩**	٣٠	٠,٤٤٧**
٤	٠,٤٦٧**	١٢	٠,٦٣٦**	١٧	٠,٢١٣	٢٤	٠,٥٩٠**	٣١	٠,١٧٨
٥	٠,٥٢٨**	١٣	٠,٦٢١**	١٨	٠,٥٣٢**	٢٥	٠,٦٣٠**	٣٢	٠,٥٣٧**
٦	٠,٦٢٧**			١٩	٠,٤٧٨**	٢٦	٠,٧١٠**	البعد السادس	
٧	٠,٦٩٠**			٢٠	٠,٥٤١**	٢٧	٠,٥٧٣**	الرقم	معامل الارتباط
٨	٠,٥٦٠**							٣٣	٠,٥٥٤**
								٣٤	٠,١٧٤
								٣٥	٠,٥٦٧**
								٣٦	٠,٤٩٨**
								٣٧	٠,٥٣٢**

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، عدا (٤) مفردات أرقام: (١)، (١٧)، (٣١)، (٣٤) كانت معاملات ارتباطها بدرجات البعد الذي تنتمي له غير دالة، وهذا يعني عدم ثباتها وتُحذف.

طريقة التصحيح :

يتم الإجابة على كل أسئلة الاختبار في ضوء المطلوب بصورة فردية، وهذا الاختبار من أنواع التقرير الذاتي، حيث تتم الاستجابة على مفرداته في ضوء مقياس أحادي، وتصحح جميع المفردات في الاتجاه الإيجابي، وتأخذ الدرجة (١) لكل إجابة صحيحة، (صفر) للخطأ، وبذلك تصبح الدرجة الكلية للمقياس = ٢١٧ درجة وتدل على ارتفاع مستوى الوعي المورفولوجي لدى الطفل المتأخر لغوياً.

ثانياً: مهارات القراءة:

ـ وصف القائمة: وضعت الباحثين تعريفاً إجرائياً لمهارات القراءة، وكذلك لكل مهارة على حدة موضح كالتالي:

- ١- مهارة التعرف وتتضمن (٥) عبارات. ٢- مهارة النطق، وتتضمن (٨) عبارات.
- ٣- مهارة التعبير القرائي، وتضم (٧) عبارات. ٤- مهارة الطلاقة، وتضم (٤) عبارات.
- ٥- مهارة الفهم، وتضم (٩) عبارات.

وبالتالي يكون إجمالي عبارات مهارات القراءة (٣٣) عبارة موزعة على القائمة ككل.

صدق المقياس:

تم حساب صدق المفردات بحساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له (محذوفاً منها درجة المفردة)، باعتبار مجموع درجات بقية المفردات محكاً للمفردة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات مهارات القراءة

(محذوفاً منها درجة المفردة) (ن=٧٠ طفل).

التعرف	النطق	التعبير القرائي	الطلاقة	الفهم
معامل الارتباط	معامل الارتباط	معامل الارتباط	معامل الارتباط	معامل الارتباط
الرقم	الرقم	الرقم	الرقم	الرقم
١	٦	١٤	٢١	٢٥
٢	٧	١٥	٢٢	٢٦
٣	٨	١٦	٢٣	٢٧
٤	٩	١٧	٢٤	٢٨
٥	١٠	١٨		٢٩
	١١	١٩		٣٠
	١٢	٢٠		٣١
	١٣			٣٢
				٣٣

** دال عند مستوي ٠,٠١

* دال عند مستوي ٠,٠٥

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، عدا (٣) مفردات أرقام: (١٤)، (٣١)، (٣٣)، كانت معاملات ارتباطها بدرجات البعد الذي تنتمي له غير دالة، وهذا يعني عدم صدقها وتُحذف.

ثبات المقياس: تم تطبيق المقياس على العينة المبدئية، المكونة من (٧٠) طفل، وحُسب الثبات كما يلي:

(١) **الاتساق الداخلي:** تم حساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات والدرجة الكلية للاختبار، والنتائج كما يلي:

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات مهارات القراءة لدى المتأخرين لغوياً (ن=٧٠ طفل)

التعرف		النطق		التعبير القرائي		الطلاقة		الفهم	
الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
١	***,٣٢٧	٦	*,٢٧٨	١٤	*,١٤٧	٢١	***,١٣١	٢٥	***,٤٤٥
٢	***,٣٥٢	٧	*,٢٦٩	١٥	***,٥٣٢	٢٢	***,١٣٦	٢٦	***,٣٧٥
٣	***,٥٦٧	٨	*,٢٧٣	١٦	***,١٥١	٢٣	***,١٧٩	٢٧	***,٤٧٤
٤	***,٤٣٤	٩	***,٤٣٠	١٧	***,٤٣١	٢٤	*,٢٨٩	٢٨	***,٥١٥
٥	***,٥٣٣	١٠	*,٢٧٩	١٨	***,٤٥٦			٢٩	***,٤٨٠
		١١	***,٤٢٤	١٩	***,٣٤٢			٣٠	***,٤٩٨
		١٢	***,٤٧٤	٢٠	***,٤٤٠			٣١	*,٢١٢
		١٣	***,٤٤٠					٣٢	*,٢٧٣
								٣٣	*,١٣٢

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، عدا (٣) مفردات أرقام: (١٤)، (٣١)، (٣٣)، كانت معاملات ارتباطها بدرجات البعد الذي تنتمي له غير دالة، وهذا يعني عدم ثباتها وتُحذف.

(٢) **معامل ألفا**: تم حساب معامل ألفا العام للمقياس، وكانت قيمته (٠,٥٣٩)، ثم حساب معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس)، والنتائج موضحة بالجدول التالي:

جدول (٧)

نتائج معاملات ألفا لاختبار مهارة القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً (ن = ٧٠ طفل)

رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة
١	٠,٥٢٩	١٢	٠,٥٢١	٢٣	٠,٥٢٩
٢	٠,٥٢٣	١٣	٠,٥١٩	٢٤	٠,٥٢٩
٣	٠,٥٣٣	١٤	٠,٥٤٧	٢٥	٠,٥٢٩
٤	٠,٥٣١	١٥	٠,٥٢٩	٢٦	٠,٥٢٩
٥	٠,٥٢٣	١٦	٠,٥٢٩	٢٧	٠,٥٢٩
٦	٠,٥٢٦	١٧	٠,٥٢٩	٢٨	٠,٥٢٩
٧	٠,٥٣٢	١٨	٠,٥٢٩	٢٩	٠,٥٢٩
٨	٠,٥٠٩	١٩	٠,٥٢٩	٣٠	٠,٥٢٩
٩	٠,٥٣٣	٢٠	٠,٥٢٩	٣١	٠,٥٥٤
١٠	٠,٥٣٤	٢١	٠,٥٢٩	٣٢	٠,٥٢٩
١١	٠,٥٢٦	٢٢	٠,٥٢٩	٣٣	٠,٥٥١

يتضح من الجدول أن جميع قيم معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية) أقل من أو تساوي معامل ألفا العام للمقياس، عدا (٣) مفردات أرقام: (١٤)، (٣١)، (٣٣)، كانت معاملات ألفا (مع حذف درجة

المفردة من الدرجة الكلية) أكبر من معامل ألفا العام للمقياس، وهذا يعني أنها غير ثابتة ويتم حذفها.

(٣) ثبات الأبعاد:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للقائمة، والنتائج كما يلي:

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقاييس مهارات القراءة (ن = ٧٠ طفل)

أبعاد مقياس مهارات القراءة	معاملات الارتباط مع الدرجة الكلية
البعد الأول (التعرف)	٠,٤٥٧, **
البعد الثاني (النطق)	٠,٥٧٨, **
البعد الثالث (التعبير القرآني)	٠,٦٥٥, **
البعد الرابع (الطلاقة)	٠,٤٤٠, **
البعد الخامس (الفهم)	٠,٨٠١, **

* دال عند مستوي ٠,٠٥ ** دال عند مستوي ٠,٠١

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، مما يدل على ثبات جميع الأبعاد، وثبات المقياس ككل.

(٤) الثبات بالتجزئة النصفية :

تم حساب الثبات بالتجزئة النصفية للمقياس ككل، والنتائج كما يلي :

معامل الثبات بمعادلة سبيرمان/ براون = ٠,٦٢٣،

ومعامل الثبات بمعادلة جتمان = ٠,٦١٨،

وهي قيم مرتفعة مما يدل على ثبات المقياس ككل.

من الإجراءات السابقة للصدق والثبات، تم حذف (٣) مفردات غير ثابتة وغير صادقة، أرقام: (١٤)، (٣١)، (٣٣)، وأصبحت الصور النهائية للقائمة مكونة من (٣٠) مفردة، موزعة على الأبعاد على النحو التالي: البعد الأول (٥) مفردات، والثاني (٨) مفردات، والثالث (٦) مفردات، والرابع (٤) مفردات، الخامس (٧) مفردات، والقائمة بهذه الصورة صالحة للتطبيق على العينة الأساسية في البحث.

ثالثاً: اختبار القراءة:

مكونات الاختبار:

ويتكون الاختبار من خمسة نصوص مختارة من موضوعات القراءة المقررة على التلاميذ بالكتاب المدرسي، ويتضمن الاختبار (٢٠) سؤال متنوعين حسب الهدف، فمنها: اختيار، وتوصيل، إكمال، واستخراج من النص المقروء، وترتيب الفكر، واستنتاج عنوان.

تعليمات الاختبار: عند تطبيق الاختبار يقوم التلميذ بقراءة النصوص قراءة صامتة، ثم يعيد قراءتها جهرياً، ثم تقاس المهارات وفقاً لمجموعة أسئلة تعقب كل نص قرائي، وتقدر درجات التلميذ وفقاً لفتاح التصحيح المعد لذلك، والمطلوب منك عزيزي التلميذ ما يلي:

١. كتابة بيانتك (الاسم، والمدرسة، والصف، وتاريخ التطبيق) في المكان المخصص.
 ٢. قراءة النصوص بوضوح، وبسرعة مناسبة مع المحافظة على فهم المعنى.
 ٣. الالتزام بالوقت المحدد للقراءة.
 ٤. عدم البدء في القراءة إلا عندما يؤذن لك.
 ٥. أجب عن جميع الأسئلة بشكل فردي.
 ٦. عدم ترك سؤال دون الإجابة عنه.
 ٧. حاول الإجابة بنفسك، فإذا تعذر عليك فهم المطلوب ارجع إلى معلمك.
- لاحظ أن: درجات في هذا الاختبار سرية، ولغرض البحث العلمي فقط، وليس لها أي تأثير على نجاحك، أو رسوبك آخر العام.

عرض الاختبار على المحكمين:

قامت الباحثين بعرض الاختبار على مجموعة ممن لديهم خبرة بالمجال؛ لإبداء رأيهم، وحرصت الباحثين على أن يكون المحكمون من فئات متعددة يمثلها متخصصون في المناهج وطرق التدريس، ومتخصصون في التربية الخاصة، وموجهين ومعلمي اللغة العربية، وكان الهدف من العرض على المحكمين استبعاد الأسئلة البعيدة عن الهدف من الاختبار والتي لا تنتمي، واستبعاد الأسئلة الفرعية التي يعجز الطفل عن فهمها.

رصدت الباحثين استجابات المحكمين؛ حيث عدلت صياغة بعض الأسئلة، وحذفت أسئلة ليست في مستوى عينة الدراسة لتعد الاختبار في صورته النهائية.

صدق الاختبار:

تم حساب صدق أسئلة الاختبار بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للاختبار (محدوفاً منه درجة المفردة) بافتراض أن مجموع بقية درجات المفردات محكاً للمفردة، والنتائج موضحة بالجدول التالي:

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين درجات المفردات والدرجات الكلية لاختبار القراءة محذوفاً منها درجة المفردة (ن=٧٠ طفل)

رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
١	**,٣٨٥	٨	**,٥٨٠	١٥	**,٤١٩
٢	٠,١٥٦	٩	**,٧٤٨	١٦	**,٣٦٧
٣	٠,٢٤٩	١٠	**,٥٧٣	١٧	**,٣٤٢
٤	**,٢٩٧	١١	**,٦٢١	١٨	**,٣٢١
٥	**,٤٨٦	١٢	**,٤٦٥	١٩	**,٤٢١
٦	**,٥٢١	١٣	**,٥٨٠	٢٠	**,٥٣٥
٧	**,٦٧٢	١٤	٠,٢٤٥		

** دال عند مستوي ٠,٠١

* دال عند مستوي ٠,٠٥

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، عدا المفردة رقم (٢) فكان معامل ارتباطها بالدرجة الكلية (محذوفاً منه درجة المفردة) غير دال، وهذا يعني أن المفردة رقم (٢) غير صادقة، ويتم حذفها.

ثبات الاختبار:

تم تطبيق الاختبار على العينة المبدئية، المكونة من (٧٠) طفل، وحُسب الثبات باستخدام

(١) معامل ألفا (كرونباخ):

تم حساب معامل ألفا العام للاختبار، وكانت قيمته (٠,٨٣٤)، ثم حساب معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للاختبار)، والنتائج موضحة بالجدول التالي:

جدول (١١)

نتائج معاملات ألفا لاختبار القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً (ن = ٧٠ طفل)

رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ألفا مع حذف درجة المفردة
١	٠,٨٢٩	٨	٠,٨١٨	١٥	٠,٨٢٨
٢	٠,٨٣٤	٩	٠,٨١٨	١٦	٠,٨٣٠
٣	٠,٨٣٣	١٠	٠,٨١٧	١٧	٠,٨٣٠
٤	٠,٨٣١	١١	٠,٨١٤	١٨	٠,٨٢٩
٥	٠,٨٣٢	١٢	٠,٨٢٦	١٩	٠,٨٢٧
٦	٠,٨٢٥	١٣	٠,٨٢٢	٢٠	٠,٨٢٢
٧	٠,٨٢٠	١٤	٠,٨٣٣		

يتضح من الجدول أن جميع قيم معاملات ألفا (مع حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية) أقل من أو تساوي معامل ألفا العام للمقياس، وهذا يعني ثبات جميع المفردات.

(٢) الثبات الكلي للاختبار:

تم حساب الثبات للاختبار ككل بطريقة التجزئة النصفية، ووجد أن:

(أ) معامل الثبات بمعادلة سبيرمان / براون = ٠,٧١٠

(ب) معامل الثبات بمعادلة جتمان = ٠,٧١٠

وهي قيم مرتفعة تدل على ثبات الاختبار ككل.

من الإجراءات السابقة تم حذف المفردة رقم (٢) غير الثابتة وغير الصادقة، وأصبحت الصورة النهائية للاختبار مكونة من (١٩) مفردة صالحة للتطبيق على العينة الأساسية.

حساب الاتساق الداخلي :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات والدرجة الكلية للاختبار، والنتائج كما يلي:

جدول (١٠)

معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً (ن = ٧٠ طفل)

رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
١	٠,٤٠٢**	٨	٠,١٨٤**	١٥	٠,٤١٨**
٢	٠,١٨٨	٩	٠,٧٧٣**	١٦	٠,٣٩٨**
٣	٠,٢٧٦*	١٠	٠,١٧٩**	١٧	٠,٣٩٧**
٤	٠,٣٥٠**	١١	٠,٧٢٧**	١٨	٠,٣٩٧**
٥	٠,٥١٥**	١٢	٠,٥٩٠**	١٩	٠,٥٤٢**
٦	٠,٥٥٤**	١٣	٠,١٢٣**	٢٠	٠,٥٩٠**
٧	٠,٧٠٢**	١٤	٠,٢٩٤*		

** دال عند مستوي ٠,٠١

* دال عند مستوي ٠,٠٥

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، عدا المفردة رقم (٢) فكان معامل ارتباطها بالدرجة الكلية غير دال، وهذا يعني أن المفردة رقم (٢) غير ثابتة ويتم حذفها.

نتائج الدراسة ومناقشتها :**نتائج الفرض الأول :**

ينص الفرض على أنه «توجد علاقات ارتباطية موجبة بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى المتأخرين لغوياً، ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثين معاملات الارتباط « بيرسون » والنتائج كما يلي:

جدول (١٢)

معاملات الارتباط بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى المتأخرين لغوياً (ن=٧٠ طفل)

مهارات القراءة / الوعي المورفولوجي	معاملات الارتباط ودلالاتها				
	التعرف	النطق	التعبير القرآني	الطلاقة	الفهم
الدرجة الكلية للمهارات					
البعد الأول	***,٥٧١	***,٥٧٥	***,٥٨٧	***,٧١٠	***,٥٩٩
البعد الثاني	***,٥٦٤	***,٥٤٥	***,٦٢٢	***,٥٨١	***,٥٨١
البعد الثالث	***,٤٩٧	***,٤٦٤	***,٤٩٢	***,٤٩١	***,٥١٦
البعد الرابع	***,٤٧٨	***,٥٠٥	***,٥٢٦	***,٥٦٥	***,٥٦١
البعد الخامس	***,٤٥٩	***,٤٤٨	***,٤٧٩	***,٣٨٩	***,٤٧٦
البعد السادس	***,٥٥٩	***,٥٦٤	***,٥٩٦	***,٦٠٠	***,٥٦١
الدرجة الكلية	***,٤٩٠	***,٥٣٩	***,٥٣٣	***,٥٥٠	***,٥٤٦

** دال عند مستوى ٠,٠١

* دال عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائياً، وهذا يدل على وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين الوعي المورفولوجي (الأبعاد والدرجة الكلية)، ومهارات القراءة لدى المتأخرين دراسياً، وهذا يعني أن زيادة الوعي المورفولوجي لدى الأطفال المتأخرين لغوياً يقابله زيادة في مهارات القراءة وبهذا يتحقق الفرض الأول، وتتفق هذه النتائج مع: (Goodwin., Huggins., Carlo., & pan-monique (2003) ودراسة August ., & Calderon (2013)، ودراسة Jiang (2012)، ودراسة Deacon., Kieffer, (2015) (Al Ghanem ., & Devin Kearns (2015)، ودراسة M., & Laroche, (2014)، ودراسة Pittas, & Nunes (2014)، ودراسة Jin, Xue., & Xiaoming (2016)

وتُفسرها الباحثين بأن الوعي المورفولوجي له أثرًا فعالاً على مهارات القراءة؛ حيث توجد علاقة موجبة بين الوعي المورفولوجي ومهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً.

نتائج الفرض الثاني :

ينص الفرض على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من المتأخرين لغوياً في الوعي المورفولوجي، ولا اختبار هذا الفرض استخدمت الباحثين اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، والنتائج كما يلي:

جدول (١٣)

نتائج الفرق بين الذكور والإناث في متوسطي رتب درجات الوعي المورفولوجي (اختبار "ت" الأبعاد والدرجة الكلية) لدى الأطفال المتأخرين لغوياً

الوعي المورفولوجي	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوي الدلالة
البعد الأول	الذكور	٤٣	٣٣,٨١	٤,٧٤٢	,٩٢١	غير دالة
	الإناث	٢٧	٣٢,٦٣	٥,٩٤٩		
البعد الثاني	الذكور	٤٣	٣٨,٠٠	٣,٥٩٢	,٤١٠	غير دالة
	الإناث	٢٧	٣٧,٦٣	٣,٨٠٤		
البعد الثالث	الذكور	٤٣	٣٠,٢٨	٢,١٥٣	—,١٠٨	غير دالة
	الإناث	٢٧	٣٠,٣٣	١,٨٤٠		
البعد الرابع	الذكور	٤٣	٣٨,٠٧	٣,٣٦٢	,٨٤٩	غير دالة
	الإناث	٢٧	٣٧,٣٣	٣,٧٩٣		
البعد الخامس	الذكور	٤٣	٢٠,٧٩	٢,١٩٩	—,٣٨٢	غير دالة
	الإناث	٢٧	٢١,٠٠	٢,٢٨٧		
البعد السادس	الذكور	٤٣	٢٠,١٢	٣,١٧١	,٠٥٦	غير دالة
	الإناث	٢٧	٢٠,٠٧	٢,٨٤١		
الدرجة الكلية للوعي المورفولوجي	الذكور	٤٣	١٨٥,٧٩	١٤,٣٤٩	١,٠٨٩	غير دالة
	الإناث	٢٧	١٨١,٧٠	١٦,٦٨٢		

يتضح من الجدول أن الفرق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في الوعي المورفولوجي غير دال إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الوعي المورفولوجي، وبذلك يتحقق الفرض الثاني، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Lazaro., Garcia.,& Burani, C: (2015)، ودراسة (Gilbert., Goodwin, (2014)، ودراسة (Pittas.,& Nunes (2014)، وتفسرها الباحثين بأن الوعي المورفولوجي لدى الذكور والإناث على حد سواء؛ حيث لا توجد فروق بين بين الذكور والإناث في الوعي المورفولوجي لدى الأطفال المتأخرين لغوياً.

جدول (١٤)

نتائج الفرق بين الذكور والإناث في متوسطي رتب درجات مهارات القراءة (اختبار "ت" (الأبعاد والدرجة الكلية) لدى الأطفال المتأخرين لغوياً

مهارات القراءة	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوي الدلالة
البعد الأول	الذكور	٤٣	٦,٦٣	١,٨٣٩	—٣,٤٣	غير دالة
	الإناث	٢٧	٧,٧٨	١,٦٧٢		
البعد الثاني	الذكور	٤٣	٣,٤٩	٨٢٧,	—١,٥٤	غير دالة
	الإناث	٢٧	٣,٥٢	٧٥٣,		
البعد الثالث	الذكور	٤٣	٣,٥٠	٩٩٩,	٣,٤٨	غير دالة
	الإناث	٢٧	٢,٩٦	٩٤٠,		
البعد الرابع	الذكور	٤٣	٦,٧٩	١,٧٩٤	٧,٤٩	غير دالة
	الإناث	٢٧	٦,٤١	٢,٤٨٥		
البعد الخامس	الذكور	٤٣	٢,٥٧	٩٩١,	—٧,٥٤	غير دالة
	الإناث	٢٧	٢,٧٤	٧٦٤,		
الدرجة الكلية لمهارات القراءة	الذكور	٤٣	٢٣,٩٨	٥,٣٩٢	٠,١٧	غير دالة
	الإناث	٢٧	٢٣,٨٩	٥,٣٢٣		

يتضح من الجدول أن الفرق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في مهارات القراءة غير دال إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مهارات القراءة، وبذلك يتحقق الفرض الثالث، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Burani, Marcolini & Deluca, 2008)، وتختلف مع دراسة (pan-monique, 2003) التي أكدت على الفروق بين البنين والبنات في مهارات القراءة وأثبتت وجود اختلاف بين البنين والبنات في المستوى المورفولوجي، والفهم والهجاء لصالح البنات.

وتفسر الباحثين بأن مهارات القراءة لدى الذكور والإناث على حد سواء؛ حيث لا توجد فروق بين الذكور والإناث المتأخرين لغوياً في مهارات القراءة، وتعزو الباحثين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأطفال في مهارات القراءة بالرغم من اختلاف الجنس إلى التأخر اللغوي.

توصيات البحث :

في ضوء ما توصل إليه البحث الحالي من نتائج تقدم الباحثين مجموعة من التوصيات التي قد تساهم في تنمية الوعي المورفولوجي، وتحسين مهارات القراءة للأطفال ذوي التأخر اللغوي، وهذه التوصيات تتمثل فيما يلي :

- (١) الاهتمام بكل مستويات اللغة لما لها من ترابط؛ حيث أن كل مستوى متعلق بالمستوى الآخر حتى نصل إلى السياق اللغوي السليم.
- (٢) توجيه أنظار الوالدين وأفراد أسرة الطفل إلى عدم إرغام الطفل على التحدث بلهجة معينة محببة لهم؛ لأن ذلك يؤثر على اكتساب اللغة لدى الطفل، وقد يصل به للتأخر اللغوي، وعدم إرغام الطفل اليساري الكتابة باليد اليمنى؛ لأن ذلك يؤثر على النطق لديه.
- (٣) ضرورة التدخل المبكر لتنمية الوعي المورفولوجي للأطفال ذوي التأخر اللغوي لما يتعرضون له من مشكلات نفسية واجتماعية وتحصيلية.
- (٤) الاهتمام بسياق الكلام في التفاعل الاجتماعي كأساس للتعامل اليومي بين الطفل والمحيطين به في بيئته.
- (٥) التأكيد على المعنى الدلالي للكلمات؛ حيث أن اللغة غنية بالمفردات ذات الدلالة المختلفة فقد تحمل الكلمة أكثر من معنى.

- (٦) توفير بيئة منزلية مشتملة على العديد من الأنشطة اللغوية التي تساعد الطفل على النطق الصحيح للأصوات اللغوية باستخدام وسائل بسيطة كالقصص والغناء والألعاب اللغوية ﴿الفوازير - النكت - الأمثال الشعبية وغيرها﴾.
- (٧) إيلاء مزيد من الاهتمام باستراتيجيات التعلم التي تساعد في تحسي مهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً بما يتفق مع طبيعتهم.
- (٨) عمل دورات تدريبية للمعلمين العاملين معهم لتبصيرهم بالخصائص النفسية والاجتماعية واللغوية لهذه الفئة من الأطفال، وتوفير مجالات ترفيهية بالمؤسسات تساعد الأطفال على الأساليب اللغوية الصحيحة.
- (٩) التأكيد على التدخل ببرامج التخاطب المناسبة؛ لأن ذلك من شأنه أن يساهم في زيادة الحصيلة اللغوية، وتطوير مستويات اللغة من بداية المستوى الفونولوجي وصولاً إلى المستوى البرجماتي، وتحديد البرامج التربوية والتأهيلية والإرشادية المناسبة لإحتياجاتهم وقدراتهم وإمكانياتهم.
- (١٠) ضرورة مراعاة الفروق الفردية في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها .
- (١١) ضرورة الاهتمام والتركيز على الفنيات السلوكية كالتعزيز والتحفيز وغيرها في تعليم هؤلاء الأطفال.
- (١٢) الاعتماد على نقاط القوة لدى كل طفل كحالة فردية حتى يتم تقديم الاستراتيجية المناسبة، والمؤثر لديه .
- (١٣) يجب تقليل النقد واللوم الموجه للطفل، وخاصة أمام الآخرين، وتشجيعه على القراءة والتعلم، حتى ينتزع من نفسه أحاسيس الإحباط والفشل الداسي.

بحوث مقترحة:

- إستكمالاً للجهد الذي بدأه البحث الحالي، وبناءً على ما أسفر عنه من نتائج، يمكن اقتراح بعض البحوث التي يمكن إجراؤها في مجال التأخر اللغوي.
- (١) فاعلية التدريب على المهارات اللغوية في تعديل السلوك اللغوي لدى الأطفال المتأخرين لغوياً.

- (٢) فعالية برنامج تدريبي كمبيوترى قائم على الأنشطة المتنوعة لتصحيح الأخطاء اللغوية وتنمية الحصيلة اللغوية للأطفال المتأخرين لغوياً.
- (٣) فعالية برنامج تدريبي قائم على القصص الاجتماعية في تنمية القدرة على الانتباه وتحسين المستوى المورفولوجي للأطفال.
- (٤) فعالية برنامج إرشادي أسري لخفض التأخر اللغوي لدى الأطفال في الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.
- (٥) فعالية برنامج إرشادي لتغيير اتجاه المعلمين والأقران السلبية وأثره في تحسين مهارات القراءة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً.
- (٦) فعالية السيكدراما في علاج التأخر اللغوي وتنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي التأخر اللغوي.
- (٧) فعالية برنامج معرّف سلوكي لتنمية المهارات المورفولوجية وأثره في خفض التأخر اللغوي لدى الأطفال المتأخرين لغوياً بالمرحلة الابتدائية.
- (٨) فاعلية التدريب على المستوى الدلالي في تحسين مهارات القراءة والاستخدام الاجتماعي للغة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً.

المراجع

- أبو زيد، نبيلة أمين (٢٠١١). اضطرابات النطق والكلام: المفهوم والتشخيص والعلاج. القاهرة: عالم الكتب.
- بدير، كريمان، وصادق، ايميلي (٢٠٠٠). تنمية المهارات اللغوية للطفل. القاهرة: عالم الكتب.
- جابر، عبد الحميد، وكفافي، علاء الدين (١٩٩٦). معجم علم النفس والطب النفسي (ج٨). القاهرة: دار النهضة العربية.
- حافظ، نبيل عبد الفتاح (٢٠٠٠). صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- داود، محمد محمد (٢٠٠٦). العربية وعلم اللغة الحديث. القاهرة: دار غريب.
- سيسالم، كمال سالم (٢٠٠٢). موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي. العين: دار الكتاب الحديث.
- عبد الرحيم، محمد علام (٢٠٠٢). الصوت والمذلول « دراسة تأصيلية في ضوء الدراسات اللغوية ». أسيوط: مطبعة دار الهلال.
- مصطفى، أسامة فاروق (٢٠١٤). اضطرابات التواصل: بين النظرية والتطبيق. عمان: دار المسيرة للنشر.
- النوري، عبد الله (١٩٩٩). مدى اتقان تلاميذ المرحلة الإعدادية لمهارات القراءة الصامتة في محافظة مسقط. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة السلطان قابوس.
- نوفال، حافا (٢٠٠٠). هل تعلم القراءة أم لا؟ (ترجمة غسان يوسف) مجلة صدى التربية.
- يونس، فتحي علي (٢٠٠١). اللغة والتواصل الاجتماعي. القاهرة: ذات السلاسل.

Anna J., & Julia, C. (2015) Early predictors of phonological and morphological awareness and the link with reading: Evidence from children with different patterns of early deficit. *Applied Psycholinguistics*. 36(3), 509-531.

Bassavanna, M.(2000). Dictionary of psychology , allied publishers limited . *Journal of the Acoustical Society of America* ,89,90-99.

- Besse, B., Moreira, C., & Paula, F. (2015). The benefits of learning a second language on the development of morphological awareness and reading among students of 3rd and 5th years living in Brazil. [French]. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*.27, 267-274.
- Boudelaa, S., Pulvermüller, F., Hauk, O., Shtyrov, Y., & Marslen-W. (2010). Arabic morphology in the neural language system. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(5), 998-1010.
- Casalini, C., Brizzolara, D., Chilosi, A., Cipriani, P., Marccolini, S., Pecini, C., & et al. (2007). Non-Word repetition in children with specific language impairment: A deficit in phonological working memory or in long term verbal knowledge. *Cortex*, 43, 769-776.
- Cloutire, G. (2002). phonemic perception Receptive morphology and productive morphology skills of speech Delayed. the University of Calgary, Faculty of social sciences Department of linguistics.
- Davidson, S. (2015) Morphological analysis training for English language learners with reading difficulties Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 75(8) No Pagination Specified.
- Deacon, S., Kieffer, M., & Laroche, A. (2014). The relation between morphological awareness and reading comprehension: Evidence from mediation and longitudinal models. *Scientific Studies of Reading*. 18(6), 432-451.
- Deslea, K. (2011). Understanding the reading process. Edith Cowen University, Western Australia. Associate Professor, Faculty of Education and Arts. 154.
- Edwards, J; Munson, B (2007). “ Speech perception and production in child language disorders “. Hand book of child Language disorders. New York, NY, US: Psychology press, 590, 216-231.
- Elvira, S. (1993). Retard de langage acquisition de la morphologie. Unpublished degree. dr, Faculty of Education University of Barcelona. of linguistic.

- Erin, R., Marc, J., Amy, D., & Terry, A. (2013). Past-tense morphology and phonological deficits in children with dyslexia and children with language impairment. *Journal of Learning Disabilities*. 46(3), 230-240.
- Goodwin, A., Huggins, A., Carlo, S., August, D., & Calderon, M. (2013). minding morphology: how morphological awareness relates to reading for English language learners. *Reading and Writing*. 26(9), 1387-1415.
- Jennifer, A., & Marilyn, A. (2007). , 38(3), 741. .
- Jiang, X., & Fang, Y. (2012). the effects of context and word morphology on interesting unknown words learners of Chinese as a second language. *Acta psychological Sinica*. 44(1), 76-86.
- Kieffer, Michael. (2014). Morphological awareness and reading in adolescent Spanish-speaking language minority learners and their classmates. *Journal of Learning Disabilities*. 47(1), 44-53.
- Lazaro, M., Garcia, L., & Burani, C. (2015). How orthographic transparency affects morphological processing in young readers with and without reading disability. *Scandinavian Journal of Psychology*. 56 (5), 498-507.
- Lukacs, A.; Leonard, L., & Kas, B. (2010). Use of noun morphology by children with language impairment: the case of Hungarian. *international journal of language & Cimmunication Disorders*. 45(2), 145-161.
- Maura, M., Courtney, K., Susan, W., & Brenda G. (2011). Grammatical morphology in school-age children with and without language impairment: A discriminant function analysis. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42(4), pp. 550-560.
- pan-monique. (2003). phonological processing and morphological –syntactic skill in the Reading and spelling performance of children. in *psychology letters current*. (1), 10.
- Pittas, Evdokia., & Nunes, Terezinha. (2014). The relation between morphological awareness and reading and spelling in Greek: A longitudinal study. *Reading and Writing*. 27(8), 1507-1527.
- Reem, G., and Devin, K. (2015). Orthographic phonological, and morphological skills and children's word reading in Arabic: A literature review.

- Reading Research Quarterly .50(1),83-109.Saiegh ,A.,&Geva ,E .(2007) . Morphological awareness, phonological awareness, and Reading in English – Arabic Bilingual children, Reading and Writing. An inter discipline atinary Journal ,21(5) ,481-504.
- Vandewalle, E., Boets , B .,Ghesquiere ,P .,& Zink , T. (2012). Auditory processing and speech perception in children with specific language impairment: relations with oral language and literacy skills. *Research in Developmental Disobey* ,33 (2) 635- 644.
- William, N. ,Berninger,V., Abbot ,R., Vaughan ,K & Vermeulen ,K. (2003). Relationship of morphology and other language skills to Literacy skills in at-risk second-grade readers and at-risk Fourth- grade writers. *journal of Educational Psychology* ,95, (4), 730-743.

**تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة فى مدارس التعليم العام
بالمملكة العربية السعودية والأثار المترتبة عليه**

إعداد

د . أروى علي أخضر

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة العربية السعودية ومعرفة آثاره المترتبة عليه للرفع من كفاءة الدمج، وضمان تحقيق الجودة فيه، وذلك من خلال التعرف إلى واقع برامج دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام، مقترحات تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في المدارس. واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وبناء أداة الاستبانة لجمع البيانات، تم توزيعها على مديرات إدارات التربية الخاصة والمشرفات والمعلمات بإدارات التعليم في العام ١٤٣٦/ ١٤٣٧ هـ. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ما يلي: محور واقع الدمج: أبدت العينة الموافقة على الإشراف والمتابعة بشكل دوري على برامج التربية الخاصة في الميدان التربوي، اشتراك منسوبات التربية الخاصة في اللجان ذات العلاقة بالطالبات ذوات الإعاقة، إعداد معلمات التربية الخاصة للخطط التربوية الفردية للطالبات ذوات الإعاقة، مساعدة معلمة التربية الخاصة لمعلمة التعليم العام على تفهم خصائص الطالبة من ذوات الإعاقة. كما أبدت العينة عدم موافقتها في وجود ممرضة في البرنامج بالمدرسة. وما يخص محور آثار الدمج: أبدت عينة الدراسة الموافقة على تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة، وأن دمج ذوي الإعاقة في المدارس يؤهل الطالبات إلى دمجهم في المجتمع. أما يخص محور مقترحات تطوير الدمج: أبدت عينة الدراسة الموافقة على تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة، توفير فريق دعم من المتخصصين في التربية الخاصة في كل مدرسة. وفي ضوء النتائج توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات منها التوسع في تطبيق الدمج التربوي في المملكة، حث المعلمات على تطبيق إجراءات التكيف الممكنة على المنهج.

الكلمات المفتاحية: دمج - الطالبات ذوات الإعاقة - مدارس التعليم العام - المملكة العربية السعودية.

Developing the integration of students with disabilities in general education
schools Kingdom of Saudi Arabia and its implications
DR.Arwa Ali Akhdar

The study aimed at developing the integration of students with disabilities in general education schools in the Kingdom of Saudi Arabia and learning about its effects in order to improve the efficiency of integration and ensure the achievement of quality by recognizing the reality of integration programs for students with disabilities in general education schools in the Kingdom. Disability in general education schools, proposals for the development of integration of students with disabilities in schools. The study followed the descriptive approach and the construction of the questionnaire for collecting data, which was distributed to the directors of special education departments, supervisors and teachers in the departments of education in 1436/1437 AH. The results of the study resulted in the following: The focus of the reality of integration: The sample approved the supervision and follow-up periodically on special education programs in the field of education, the participation of special education staff in the committees related to students with disabilities, the preparation of special education parameters for individual educational plans for students with disabilities, To understand the characteristics of the student with disabilities. The sample also did not agree with the presence of a nurse in the program at the school. As for the axis of the effects of integration: The sample of the study approved the amendment of the attitudes of families, workers and peers towards groups of children with disabilities, and that the integration of disabled people in schools qualifies students to integrate them into society. As for the focus of the proposals for the development of integration: The sample of the study approved the application of the parameter to the possible adjustment procedures on the school curriculum, the provision of support team of specialists in special education in each school. In the light of the results, the study reached a number of recommendations, including the expansion of the application of educational integration in the Kingdom, urging teachers to apply the possible adjustment procedures on the curriculum.

Keywords: integration - students with disabilities in general education - schools Kingdom of Saudi Arabia - implications

مقدمة البحث:

يعد مفهوم الدمج من المفاهيم التي تشكل اهتمام لدى جميع العاملين والمهتمين في حقل رعاية ذوي الإعاقة، ويعد دمج ذوي الإعاقة في المجتمع أحد الخطوات المتقدمة التي أصبحت برامج التأهيل المختلفة تنظر إليها كهدف أساسي لتأهيل ذوي الإعاقة حديثاً.

ويعني مفهوم الدمج (mainstreaming) تعليم ذوي الإعاقة في مدارس التعليم العام مع أقرانهم من التعليم العام، وقد عرفه مجلس الأطفال غير العاديين بأنه مفهوم يتضمن وضع الطلاب غير العاديين مع الطلاب العاديين في الصف العادي أو في أقل البيئات تقييداً للطلاب غير العادي، وبحيث يكون الدمج إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم، بشرط توفير عوامل تساعد على نجاح هذا المفهوم (السعيد، ٢٠١١، ٦٣).

وقد استطاعت وزارة التعليم أن تقطع شوطاً كبيراً في مجال دمج ذوات الإعاقة بمدارس التعليم العام، باعتبار أن تعليم ذوي الإعاقة من أهم أهداف سياسة التعليم في السعودية وجزءاً لا يتجزأ من النظام التعليمي العام.

وانطلاقاً من مبدأ أن مدارس التعليم العام هي المكان التربوي الطبيعي للغالبية العظمى من الأشخاص ذوي الإعاقة تبنت الباحثة هذا البحث بغرض تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة العربية السعودية ودراسة آثاره المترتبة عليه، ووضع المقترحات التطويرية لإنجاح هذه البرامج.

مشكلة البحث:

إن نظرة سريعة في تجربة وزارة التعليم في مجال دمج ذوي الإعاقة في المدارس بقطاع البنات، تظهر بكل وضوح وجلاء أن المملكة قد حققت مكاسب تربوية عظيمة. ومع انتشار برامج الدمج التربوي للبنات، حيث بلغت عدد برامج الدمج بالمملكة (٢٦٠٦) برنامج للعام ١٤٣٧ / ١٤٣٨ هـ، ورأت الباحثة حاجتها الماسة لدراسة واقع برامج الدمج التربوي فيها وآثاره المترتبة عليه، للوقوف على هذا الواقع ووضع المقترحات التطويرية لإنجاحه. وتتلخص مشكلة البحث في الأسئلة التالية:

- (١) ما واقع برامج دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة؟.
- (٢) ما آثار دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة؟.
- (٣) ما مقترحات تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة؟.

أهداف البحث:

هدف البحث إلى تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة العربية السعودية وآثاره المترتبة عليه وذلك من خلال التعرف إلى ما يلي:

- (١) واقع برامج دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة.
- (٢) آثار دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة.
- (٣) مقترحات تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة.

مصطلحات البحث الإجرائية:

التطوير: تعرف الباحثة بأنه: «هي المقترحات التي نتجت من أفراد عينة البحث بغرض تطوير برامج دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام».

الدمج: تعرفه الباحثة بأنه: «مختلف الأنماط سواء كان الدمج في فصول التعليم العام (الدمج الكلي) أو فصول التربية الخاصة (الدمج المكاني) أو نمط الدمج الجزئي في مدارس البنات».

الدمج: هو تربية وتعليم الطلاب ذوو الإعاقة في مدارس التعليم العام مع تزويدهم بخدمات التربية الخاصة (الإدارة العامة للتربية الخاصة، ١٤٢٩: ٧).

ذوي الإعاقة: تعرفهم الباحثة بأنهم: «هم الطالبات ذوات الإعاقة الملتحقات في برامج الدمج بمدارس التعليم العام في المملكة العربية السعودية».

محددات البحث:

- (١) **المحددات الموضوعية:** اقتصر هذا البحث على تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة العربية السعودية وآثاره المترتبة عليه من وجهة نظر المديرات والمشرفات والمعلمات.

(٢) **المحددات المكانية :** طبق هذا البحث على برامج الدمج التربوي بقطاع البنات بمختلف إدارات التعليم المملكة العربية السعودية.

(٣) **المحددات الزمنية:** تم تطبيق هذا البحث خلال الفصل الدراسي الأول من العام (١٤٣٦-١٤٣٧هـ)

دراسات سابقة:

تستعرض الباحثة عدد من الدراسات السابقة والتي تناولت دمج الأشخاص ذوي في مدارس التعليم العام للتعرف على واقع الدمج وما توصلت له نتائج الدراسات السابقة.

هدفت دراسة الخشرمي (٢٠٠٤) بعنوان دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام دراسة مسحية لبرامج الدمج في المملكة العربية السعودية إلى التعرف على برامج الدمج المطبقة على الطلبة والطالبات من ذوي الاحتياجات الخاصة وتقييم مدى نجاح تلك البرامج وتحديد العقبات التي تعترضها وذلك للخروج بتوصيات تساهم في تذليل تلك الصعوبات وتقديم فرص أفضل لنجاح أسلوب الدمج وقد تم توظيف استمارة خاصة محكمة أعدها الباحثة لغرض هذه الدراسة وتم توزيعها على عينة شملت جميع مدارس المملكة المطبقة للدمج وذلك من خلال الأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة المعارف والأمانة العامة للتربية الخاصة بالرئاسة العامة لتعليم البنات وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى التحول الكبير الذي طرأ على برامج الدمج في المملكة العربية السعودية حيث بدأت بطيئة عام ١٤١٠هـ ثم تزايدت بشكل ملحوظ كما يتضح من الدراسة أن كافة الإعاقات قد استفادت من برامج الدمج المطبقة وبالأخص الإعاقات البسيطة كما أن كافة البدائل التربوية قد تواجدت بنسب متفاوتة وتشير النتائج أيضاً إلى تميز وتوسع مدارس البنين في الدمج مقارنة بمدارس البنات وتشير الدراسة إلى عدد المعوقات التي واجهت برامج الدمج وتعرض عدداً من المقترحات لعلاجها.

هدفت دراسة الدبابنة (٢٠٠٨) بعنوان : أثر الدمج على توفير بيئة محفزة للأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي الانفعالي لدى الطلبة ذوي الحاجات الخاصة التعرف إلى مدى دعم برنامج الدمج للطلبة ذوي الإعاقة الحسية في الأردن من وجهة نظر الطلبة المدمجين أنفسهم إضافة إلى تحديد الفروق في درجة دعم

برنامج الدمج تبعاً لمتغيري الجنس ونوع الإعاقة وقد تكونت عينة البحث من الطلبة ذوي الإعاقة السمعية والبصرية من الصف الثامن والتاسع والعاشر الأساسي والبالغ عددهم (١٠٩) طالباً وطالبة من الملتحقين في مدارس التعليم العام ولتحقيق أهداف الدراسة طورت الباحثة استبانة تكونت من خمسة وثلاثين فقرة موزعة على بعدين فرعيين وهما بعد دعم عملية الدمج للأداء الأكاديمي وبعد دعم عملية الدمج للتكيف الاجتماعي والانفعالي. وأظهرت النتائج أن درجة دعم عملية الدمج للطلبة ذوي الإعاقة البصرية وذوي الإعاقة السمعية متوسطة على بعد دعم الدمج للأداء الأكاديمي وبعد دعم الدمج للتكيف الاجتماعي والانفعالي وأظهرت النتائج أيضاً وجود فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور على بعد دعم الدمج للأداء الأكاديمي وتبعاً لمتغير نوع الإعاقة على نفس البعد لصالح ذوي الإعاقة السمعية وكذلك ظهرت فروق دالة إحصائية على بعد دعم عملية الدمج للتكيف الاجتماعي والانفعالي تبعاً لنوع الإعاقة لصالح ذوي الإعاقة السمعية بينما لم توجد فروق دالة إحصائية على الدرجة الكلية لهذا البعد وفقاً لمتغير الجنس.

هدفت دراسة منصور وعواد (٢٠١٢) بعنوان تصور نقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة رياض الأطفال في سورية في ضوء خبرة بعض الدول (دراسة مقارنة) إلى وضع تصور مقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة رياض الأطفال بسورية في ضوء خبرة بنغلادش ونيبال ولتحقيق هذا الهدف اعتمد البحث على أسلوب بيرايدي في المقارنة وتم وفق الخطوات التالية وهي: وصف وتحليل واقع الدمج في سورية ثم وصف وتحليل خبرات ناجحة للدمج في بنغلادش ونيبال ثم المناظرة بين دولتي المقارنة لتحديد نقاط التشابه والاختلاف بعد ذلك خطوة المقارنة التي تضمنت تحليل وتفسير نقاط التشابه والاختلاف بين دولتي المقارنة بعد ذلك تم وضع ملامح التصور المقترح في ضوء خبرة دولتي المقارنة مع الأخذ بعين الاعتبار لإمكانيات سورية ومشكلات الدمج فيها وقد تمثلت أبرز ملامح التصور المقترح بالمدخلات متضمنة: الأهداف، المتعلمين، المعلمين، المنهج، بيئة الروضة، غرف النشاط، الأسرة، والمجتمع المحلي. كذلك العمليات متضمنة استخدام استراتيجيات تربوية فعالة ومتنوعة مثل: لعب الأدوار، سرد القصص، الاهتمام بالتعليم الفردي والجماعي، العمل ضمن مجموعات غير متجانسة، والمخرجات على صعيد الأطفال وبيئة الروضة والمجتمع.

استهدفت دراسة الباز (٢٠١٣) بعنوان : تقديم تصور مقترح لتفعيل العلاقة بين وسائط التربية لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام بمملكة البحرين إلى التعرف على أساليب تفعيل العلاقة بين وسائط التربية (المدرسة، والأسرة، والجمعيات الأهلية، ووسائل الإعلام) لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام بمملكة البحرين، ولتحقيق ذلك استخدم الباحث المنهج الوصفي والاستبانة كأداة للدراسة، تم تطبيقها على عينة قوامها (٢٣١) تتألف من مديري المدارس المطبقة للدمج ومساعدتهم وأخصائي التربية الخاصة وعينة من أولياء أمور الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين وعينة من مجالس إدارات الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الإعاقة وعينة من العاملين بوسائل الإعلام (إذاعة-تلفزيون-صحافة) حول دور كل منها تجاه باقي وسائط التربية لتفعيل دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام بمملكة البحرين. وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها: موافقة عينة البحث بدرجة كبيرة على جميع الأساليب المقترحة حيث جاء ترتيب محاور الدراسة الميدانية من وجهة نظر عينة البحث كالتالي (دور وسائل الإعلام بالترتيب الأول- دور الأسرة في الترتيب الثاني- دور الجمعيات الأهلية جاء في الترتيب الثالث- دور المدرسة جاء في الترتيب الرابع) كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول الأساليب المقترحة لتفعيل العلاقة بين وسائط التربية لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام بمملكة البحرين تعزي لمتغير جهة العمل.

كما هدفت دراسة محمد العطار (٢٠١٥) بعنوان: دمج الأطفال المعاقين في المملكة العربية السعودية في ضوء تجارب بعض الدول الأجنبية (تصور مقترح) إلى التعرف على مفهوم الدمج وأنواعه وإيجابياته وسلبياته وكذلك التعرف على تجربة دمج الأطفال المعاقين في المملكة العربية السعودية وعلى تجارب بعض الدول الأجنبية في مجال دمج الأطفال المعاقين من أجل التوصل إلى تصور المقترح لدمج الأطفال المعاقين في المملكة العربية السعودية في ضوء تجارب بعض الدول الأجنبية. وقد أظهرت نتائج الدراسة غياب برامج وخدمات التدخل المبكر كجهود وقائي وعلاجي في مواجهة مشكلة الإعاقة وافتقار العديد من الكليات التربوية بالجامعات السعودية أقسام وعيادات ومراكز تقدم خدمات للطفل المعاق، كذلك وجود نقص في الكوادر المختصة المدربة في مجال الدمج في التربية الخاصة. وأوصت

الدراسة بمراعاة الفروق الفردية في تعليم الأطفال من خلال تكييف المنهج حسب القدرات والاستعدادات الخاصة لكل طفل كما ينبغي موازنة المناهج الدراسية لاحتياجات الطفل وليس العكس وعلى ذلك ينبغي للمدارس أن تتيح في إطار المنهج الدراسي فرصاً تمكن الأطفال ذوي القدرات والاهتمامات المختلفة من الانتفاع به وأن يصمم مبنى المدرسة تصميمًا يتلاءم مع معطيات العملية التربوية ويتناسب مع حاجات الطفل المعاق ويراعي نوع الإعاقة.

وهدفت دراسة مراكشي الصالح (٢٠١٧) بعنوان: دور الدمج المدرسي في تطوير اللغة الشفهية لدى الطفل المعاق سمعياً الخاضع لزراعة القوقعة إلى التعرف على أهمية الدمج المدرسي للأطفال المعاقين سمعياً ومدى مساهمته في تطوير لغتهم الشفهية وقد تكونت عينة البحث من مجموعتين من الأطفال الصمم الخاضعين لزراعة القوقعة الأولى تضم أطفال غير مدمجين (في قسم خاص) والثانية تضم أطفال مدمجين مع العاديين كل مجموعة تضم ٠٤ حالات وقد تم اختيارهم وفق نفس المعايير ولتحقيق أهداف الدراسة طبقنا اختبار تقييم اللغة الشفهية لصاحبه شوفري ميلير Chevric Muller في جانبيه المتعلقين بالفهم والتعبير اللغويين وقد توصلت نتائج الدراسة إلى مساهمة الدمج المدرسي في تطوير الفهم والتعبير اللغويين لفائدة أفراد المجموعة الثانية كما أظهرت قدرة هذه الأخيرة على استخدام اللغة الشفهية كأداة للتواصل.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال العرض السابق للدراسات السابقة، إنها بحثت موضوعات مختلفة تتشابه مع البحث الحالي فيما يلي:

- (١) يتفق البحث الحالي مع جميع الدراسات السابقة إلى أهمية البحث في دمج ذوي الإعاقة بغرض التطوير ووضع المقترحات.
- (٢) تتفق البحث الحالي مع دراسة (الخشمي، ٢٠٠٤؛ العطار ٢٠١٥) بعينة البحث في الحدود المكانية التعرف على دمج ذوي الإعاقة بالملكة العربية السعودية.
- (٣) تتشابه البحث الحالي مع دراسة كل من (الخشمي، ٢٠٠٤؛ العطار ٢٠١٥؛ الدبابة ٢٠٠٨؛ الباز ٢٠١٣) في أداة الدراسة وهي الاستبانة.

- (٤) اهتمت دراسة (منصور وعواد ٢٠١٢؛ الباز، ٢٠١٣؛ العطار ٢٠١٥) في تقديم تصور مقترح وهو ما سيدعم البحث الحالي في اعداد مقترحات تطوير واقع الدمج.
- (٥) تختلف البحث الحالي عن دراسة (الخشرمي، ٢٠٠٤؛ منصور وعواد، ٢٠١٢؛ العطار، ٢٠١٥؛ الصالح، ٢٠١٧) في العينة حيث تناولت البحث الحالي الطالبات ذوات الإعاقة.

منهجية البحث وإجراءاته

منهج البحث: اتبعت البحث المنهج الوصفي لمناسبته لطبيعة البحث وأهدافها والمنهج الوصفي لا يتوقف فقط على وصف الظاهرة المدروسة؛ بل يتعدى ذلك لمحاولة الكشف عن العلاقة بين الظاهرة المدروسة والمتغيرات التي تؤثر فيها.

أداة البحث: تم اعتماد أداة الاستبانة كأداة لجمع بيانات البحث وقد تم تصميمها بالاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة المشابهة وبعد تصميمها تم إتباع الخطوات التالية للتحقق من صلاحيتها للتطبيق الميداني :

صدق أداة البحث :

أ - الصدق الظاهري للأداة :

للتعرف على مدى صدق أداة البحث في قياس ما وضعت لقياسه تم عرضها على مجموعة من المتخصصين، وفي ضوء آرائهم تم إعداد أداة هذا البحث بصورتها النهائية.

ب - صدق الاتساق الداخلي للأداة :

تم حساب معامل الارتباط بيرسون لمعرفة الصدق الداخلي للاستبانة حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة كما توضح ذلك الجداول التالية.

جدول (١)

معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
١	**٠,٦٠٦	١٧	**٠,٥٠٣
٢	**٠,٦٢٠	١٨	**٠,٤٢١
٣	**٠,٤٩٢	١٩	**٠,٥٧٥
٤	**٠,٤٨٨	٢٠	**٠,٥٣٣
٥	**٠,٤٩٦	٢١	**٠,٤٠٤
٦	**٠,٥٩٨	٢٢	**٠,٥٤٦
٧	**٠,٥٩٦	٢٣	**٠,٥١٤
٨	**٠,٤٨٥	٢٤	**٠,٥٩٦
٩	**٠,٥٣٢	٢٥	**٠,٤٢٣
١٠	**٠,٦٥٩	٢٦	**٠,٥٧٢
١١	**٠,٤١٧	٢٧	**٠,٤٦٠
١٢	**٠,٤٩١	٢٨	**٠,٥٤٤
١٣	**٠,٤٢٥	٢٩	**٠,٦٢٠
١٤	**٠,٥١٨	٣٠	**٠,٥٩٦
١٥	**٠,٦٢٧	٣١	**٠,٤٩٧
١٦	**٠,٥٥٧	٣٢	**٠,٥٦٤

** دال عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

جدول (٢)

معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثاني بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
٣٣	**,٧٧٠	٤٢	**,١٦٧
٣٤	**,١٧٥	٤٣	**,١٧٧
٣٥	**,٧٠٧	٤٤	**,١٥٦
٣٦	**,٧٨٩	٤٥	**,٤٣٠
٣٧	**,٧٩١	٤٦	**,١٨٢
٣٨	**,١٧٨	٤٧	**,٤٨٦
٣٩	**,١٣١	٤٨	**,٥٨٧
٤٠	**,٧٢٦	٤٩	**,٧٠٠
٤١	**,٧٥٦	—	—

** دال عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

جدول (٣)

معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثالث بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
٥٠	**,١٦٣	٥٤	**,١٨٣
٥١	**,٨٠١	٥٥	**,١٥٠
٥٢	**,٥٧٨	٥٦	**,٨١٨
٥٣	**,٧١١	—	—

** دال عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

يتضح من الجداول (١-٣) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع محورها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) فأقل مما يدل على صدق اتساقها مع محاورها.

ثبات أداة البحث :

لقياس مدى ثبات أداة البحث (الاستبانة) تم استخدام (معادلة ألفا كرونباخ) (Cronbach's Alpha (α)) للتأكد من ثبات أداة البحث، وجدول (٤) يوضح معاملات ثبات أداة البحث.

جدول (٤)

معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة البحث

محاور الاستبانة	عدد العبارات	ثبات المحور
واقع الدمج	٣٢	٠,٨٨٢٤
آثار الدمج	١٧	٠,٩٢٢٢
مقترحات تطوير الدمج	٧	٠,٨١٠٧
الثبات العام	٥٦	٠,٨٨٩١

يتضح من جدول (٤) أن معامل الثبات العام عال حيث بلغ (٠,٨٨٩١) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة ثبات مرتفعة يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

أساليب المعالجة الإحصائية :

لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS).

وذلك بعد أن تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في محاور البحث، تم حساب المدى (٣-١=٢)، ثم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح أي (٣/٢=١,٦٧) بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يأتي :

- (١) من ١ - ١,٦٧ يمثل (غير موافق) نحو كل عبارة باختلاف المحاور المراد قياسه.
- (٢) من ١,٦٨ - ٢,٣٤ يمثل (موافق إلى حد ما) نحو كل عبارة باختلاف المحاور المراد قياسه.
- (٣) من ٢,٣٥ - ٣,٠٠ يمثل (موافق) نحو كل عبارة باختلاف المحاور المراد قياسه.

وبعد ذلك تم حساب المقاييس الإحصائية التالية :

- (١) التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد البحث وتحديد استجابات أفرادها تجاه عبارات المحاور الرئيسة التي تتضمنها أداة البحث.
- (٢) المتوسط الحسابي الموزون (المرجح) «Weighted Mean» وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد البحث على كل عبارة من عبارات متغيرات البحث الأساسية، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي موزون.
- (٣) المتوسط الحسابي «Mean» وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد البحث عن المحاور الرئيسة (متوسط متوسطات العبارات)، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب المحاور حسب أعلى متوسط حسابي.
- (٤) تم استخدام الانحراف المعياري «Standard Deviation» للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد البحث لكل عبارة من عبارات متغيرات البحث، ولكل محور من المحاور الرئيسة عن متوسطها الحسابي. ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد البحث لكل عبارة من عبارات متغيرات البحث، إلى جانب المحاور الرئيسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها.

نتائج البحث وتفسيرها :

أولاً : النتائج المتعلقة بوصف عينة البحث :-

جدول (٥)

توزيع عينة البحث وفق متغير سنوات الخبرة

النسبة	التكرار	سنوات الخبرة
٨٧,٢	٧٥	في التدريس
١٠,٥	٩	في الإشراف
٢,٣	٢	لا يوجد
٪١٠٠	٨٦	المجموع

أن (٧٥) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٨٧,٢ ٪ من إجمالي عينة البحث خبرتهن في التدريس وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (٩) منهن يمثلن ما نسبته ١٠,٥ ٪ من إجمالي عينة البحث خبرتهن في الإشراف، و (٢) منهن تمثلان ما نسبته ٢,٣ ٪ من إجمالي عينة البحث ليس لهن خبرة.

جدول (٦)

توزيع عينة البحث وفق متغير المؤهل العلمي

النسبة	التكرار	المؤهل العلمي
٨٣,٨	٧٢	بكالوريوس
١١,٦	١٠	ماجستير
٢,٣	٢	دكتوراه
٢,٣	٢	أخرى
٪١٠٠	٨٦	المجموع

أن (٧٢) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٨٣,٨ ٪ من إجمالي عينة البحث مؤهلهن العلمي بكالوريوس وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (١٠) منهن يمثلن ما نسبته ١١,٦ ٪ من إجمالي عينة البحث مؤهلهن العلمي ماجستير، مقابل (٢) منهن تمثلان ما نسبته ٢,٣ ٪ من إجمالي عينة البحث مؤهلهن العلمي دكتوراه، و (٢) منهن تمثلان ما نسبته ٢,٣ ٪ من إجمالي عينة البحث لهن مؤهلات تعليمية أخرى.

جدول (٧)

توزيع عينة البحث وفق متغير التخصص

النسبة	التكرار	التخصص
٦٤,٠	٥٥	تربية خاصة مسمار سمعي
٢٤,٤	٢١	تعليم عام مادة علوم
١١,٦	١٠	لم يبين
٪١٠٠	٨٦	المجموع

أن (٥٥) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٦٤,٠ ٪ من إجمالي عينة البحث تخصصهن تربية خاصة مسار سمعي وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (٢١) منهن يمثلن ما نسبته ٢٤,٤ ٪ من إجمالي عينة البحث تخصصهن تعليم عام مادة علوم، و (١٠) منهن يمثلن ما نسبته ١١,٦ ٪ من إجمالي عينة البحث لم يبين.

جدول (٨)

توزيع عينة البحث وفق متغير المرحلة التي يلتحق بها البرنامج

النسبة	التكرار	المرحلة التي يلتحق بها البرنامج
١٩,٨	١٧	رياض أطفال
٤٦,٥	٤٠	ابتدائي
١٠,٥	٩	متوسط
٢,٣	٢	ثانوية
٢٠,٩	١٨	لم يبين
٪١٠٠	٨٦	المجموع

أن (٤٠) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٤٦,٥ ٪ من إجمالي عينة البحث يلتحق برنامجهن بالمرحلة الابتدائية وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (١٨) منهن يمثلن ما نسبته ٢٠,٩ ٪ من إجمالي عينة البحث لم يبين، مقابل (١٧) منهن يمثلن ما نسبته ١٩,٨ ٪ من إجمالي عينة البحث يلتحق برنامجهن بمرحلة رياض الأطفال، و (٩) منهن يمثلن ما نسبته ١٠,٥ ٪ من إجمالي عينة البحث يلتحق برنامجهن بالمرحلة المتوسطة، و (٢) منهن تمثلان ما نسبته ٢,٣ ٪ من إجمالي عينة البحث يلتحق برنامجهن بالمرحلة الثانوية.

جدول (٩)

توزيع عينة البحث وفق متغير نمط الخدمة المقدمة

النسبة	التكرار	نمط الخدمة المقدمة
١٥,١	١٣	تدخل مبكر
٣٣,٧	٢٩	فصل عادي مع خدمة غرفة المصادر جزئي / كلي
٣٦,٠	٣١	فصل خاص مكاني
١,٢	١	فصل عادي مع خدمة معلم متجول مستشار
٣,٥	٣	أخرى
١٠,٥	٩	لم يبين
٪١٠٠	٨٦	المجموع

أن (٣١) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٣٦,٠ ٪ من إجمالي عينة البحث نمط الخدمة التي يقدمها فصل خاص مكاني وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (٢٩) منهن يمثلن ما نسبته ٣٣,٧ ٪ من إجمالي عينة البحث نمط الخدمة التي يقدمها فصل عادي مع خدمة غرفة المصادر جزئي / كلي، مقابل (١٣) منهن يمثلن ما نسبته ١٥,١ ٪ من إجمالي عينة البحث نمط الخدمة التي يقدمها تدخل مبكر، و(٩) منهن يمثلن ما نسبته ١٠,٥ ٪ من إجمالي عينة البحث لم يبين، و(٣) منهن يمثلن ما نسبته ٣,٥ ٪ من إجمالي عينة البحث يقدمن أنماط خدمات أخرى، و(١) منهن تمثل ما نسبته ١,٢ ٪ من إجمالي عينة البحث نمط الخدمة التي تقدمها فصل عادي مع خدمة معلم متجول مستشار.

جدول (١٠)

توزيع عينة البحث وفق متغير طبيعة العمل أو الدور الذي أقوم به

النسبة	التكرار	طبيعة العمل أو الدور الذي أقوم به
٥٨,١	٥٠	مشرفة تربوية
٩,٣	٨	مديرة
٢٩,١	٢٥	معلمة
٣,٥	٣	معلمة تدريبات نطق
٪١٠٠	٨٦	المجموع

أن (٥٠) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٥٨,١% من إجمالي عينة البحث طبيعة عملهن مشرفات تربويات وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (٢٥) منهن يمثلن ما نسبته ٢٩,١% من إجمالي عينة البحث طبيعة عملهن معلمات، مقابل (٨) منهن يمثلن ما نسبته ٩,٣% من إجمالي عينة البحث طبيعة عملهن مديرات، و(٣) منهن يمثلن ما نسبته ٣,٥% من إجمالي عينة البحث طبيعة عملهن معلمات تدريبات نطق.

جدول (١١)

توزيع عينة البحث وفق متغير الفئة التي أعمل معها أو ينتمي إليها التلميذ

الفئة التي أعمل معها أو ينتمي إليها التلميذ	التكرار	النسبة
فئة صعوبات التعلم	٣٤	٣٩,٥
فئة العوق البصري	٦	٧,٠
فئة العوق السمعي	١٧	١٩,٨
فئة العوق العقلي	٢١	٢٤,٤
فئة التوحد	١	١,٢
فئة تعدد العوق	٢	٢,٣
لم يبين	٥	٥,٨
المجموع	٨٦	٪١٠٠

أن (٣٤) من عينة البحث يمثلن ما نسبته ٣٩,٥% من إجمالي عينة البحث الفئة التي يعملن معها وينتمين إليها التلميذ فئة صعوبات التعلم وهن الفئة الأكثر من عينة البحث، بينما (٢١) منهن يمثلن ما نسبته ٢٤,٤% من إجمالي عينة البحث الفئة التي يعملن معها وينتمين إليها التلميذ فئة العوق العقلي، مقابل (١٧) منهن يمثلن ما نسبته ١٩,٨% من إجمالي عينة البحث الفئة التي يعملن معها وينتمين إليها التلميذ فئة العوق السمعي، و(٦) منهن يمثلن ما نسبته ٧,٠% من إجمالي عينة البحث الفئة التي يعملن معها وينتمين إليها التلميذ فئة العوق البصري، و(٥) منهن يمثلن ما نسبته ٥,٨% من إجمالي عينة البحث لم يبين، و(٢) منهن تمثلن ما نسبته ٢,٣% من إجمالي عينة البحث الفئة التي يعملن معها وينتمين إليها التلميذ فئة تعدد العوق، و(١) منهن تمثل ما نسبته ١,٢% من إجمالي عينة البحث الفئة التي تعمل معها وينتمين إليها التلميذ فئة الواحد.

ثانيا : النتائج المتعلقة بأسئلة البحث :

السؤال الأول :

نص السؤال الأول على: «ما واقع برامج دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة؟». وللتعرف على واقع الدمج تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتب لاستجابات مفردات عينة البحث على عبارات محور واقع الدمج وجاءت النتائج كالتالي:

أن مفردات عينة البحث موافقات إلى حد ما على واقع الدمج بمتوسط (٢,٢٠ من ٣,٠٠) وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الثلاثي (١,٦٨ - ٢,٣٤) وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق إلى حد ما على أداة البحث.

ومن خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن هناك تفاوت في موافقة مفردات عينة البحث على واقع الدمج حيث تراوحت متوسطات موافقتهم على واقع الدمج ما بين (١,٤٤ - ٢,٧٩) وهي متوسطات تتراوح ما بين الفئتين الأولى والثالثة من فئات المقياس الثلاثي واللذان تشير إلى (غير موافق / موافق) على أداة البحث مما يوضح التفاوت في موافقة مفردات عينة البحث على واقع الدمج حيث يتضح من النتائج أن مفردات عينة البحث موافقات على ثلاثة عشرة من ملامح واقع الدمج أبرزها تتمثل في العبارات (٢٨، ٢٣، ٢٦، ٢٤، ٢١) والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة مفردات عينة البحث عليها كالتالي:

- (١) جاءت العبارة (٢٨) وهي «يوجد إشراف ومتابعة على برامج التربية الخاصة في الميدان التربوي بشكل دوري» بالمرتبة الأولى من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٧٩ من ٣).
- (٢) جاءت العبارة (٢٣) وهي «تشارك منسوبات التربية الخاصة في اللجان ذات العلاقة بالطالبات ذوات الإعاقة» بالمرتبة الثانية من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٧٣ من ٣).
- (٣) جاءت العبارة (٢٦) وهي «تعد معلمة التربية الخاصة خطط تربية فردية للطالبات ذوات الإعاقة في البرنامج» بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٧٢ من ٣).

- (٤) جاءت العبارة (٢٤) وهي "تتيح المدرسة الفرصة لأولياء أمور ذوي الإعاقة في تعليم أبنائهم بالبرنامج بالمدرسة" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٧١ من ٣).
- (٥) جاءت العبارة (٢١) وهي "تساعد معلم التربية الخاصة معلمة التعليم العام على تفهم خصائص الطالبة من ذوات الإعاقة وذلك استنادا إلى مراعاة الفروق الفردية ومراحل النمو التي تمر بها الطالبة" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٦٩ من ٣).
- ويتضح من النتائج أن مفردات عينة البحث موافقات إلى حد ما على ثمانية عشر من ملامح واقع الدمج أبرزها تتمثل في العبارات رقم (٧، ٢٧، ٣٠، ١١، ٨) والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة مفردات عينة البحث عليها إلى حد ما كالتالي:
- (١) جاءت العبارة (٧) وهي "توفر الأجهزة والمعينات السمعية للطالبات ذوات الإعاقة" بالمرتبة الأولى من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها إلى حد ما بمتوسط (٢,٢٠ من ٣).
- (٢) جاءت العبارة (٢٧) وهي "توجد دورات تدريبية لمعلمات التعليم العام في التعامل مع ذوات الإعاقة" بالمرتبة الثانية من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها إلى حد ما بمتوسط (٢,٢٠ من ٣).
- (٣) جاءت العبارة (٣٠) وهي "توفر وسائل النقل المناسبة للطالبات ذوات الإعاقة في البرامج بالمدرسة" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها إلى حد ما بمتوسط (٢,١٩ من ٣).
- (٤) جاءت العبارة (١١) وهي "توفر العدد المناسب من معلمات التربية الخاصة في البرنامج بالمدرسة" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها إلى حد ما بمتوسط (٢,١٩ من ٣).
- (٥) جاءت العبارة (٨) وهي "توفر الأجهزة والمعينات البصرية للطالبات ذوات الإعاقة" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها إلى حد ما بمتوسط (٢,١٣ من ٣).
- ويتضح من النتائج أن مفردات عينة البحث غير موافقات على واحدة من ملامح واقع الدمج تتمثل في العبارة (١٧) وهي "توجد ممرضة في البرنامج بالمدرسة" بمتوسط (١,٤٤ من ٣).

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن أبرز ملامح واقع الدمج تتمثل في وجود إشراف ومتابعة على برامج التربية الخاصة في الميدان التربوي بشكل دوري وتفسر هذه النتائج بأن القائمين على برامج الدمج والتربية الخاصة يحرصون على نجاح هذه البرامج ولذلك نجد أن أبرز ملامح واقع الدمج تتمثل في وجود إشراف ومتابعة على برامج التربية الخاصة في الميدان التربوي بشكل دوري.

أبدت عينة البحث موافقتها على ثلاثة عشرة عبارة من محور واقع الدمج التربوي تمثلت في الآتي:

- (١) يوجد إشراف ومتابعة على برامج التربية الخاصة في الميدان التربوي بشكل دوري.
- (٢) تشترك منسوبات التربية الخاصة في اللجان ذات العلاقة بالطالبات ذوات الإعاقة.
- (٣) تعد معلمة التربية الخاصة خطط تربوية فردية للطالبات ذوات الإعاقة في البرنامج.
- (٤) تتيح المدرسة الفرصة لأولياء أمور ذوي الإعاقة في تعليم أبنائهم بالبرنامج بالمدرسة.
- (٥) تساعد معلم التربية الخاصة معلمة التعليم العام على تفهم خصائص الطالبة من ذوات الإعاقة وذلك استناداً إلى مراعاة الفروق الفردية ومراحل النمو التي تمر بها الطالبة.

كما أبدت موافقتها "إلى حد ما" على ثمانية عشر عبارة من واقع الدمج التربوي تمثلت في الآتي:

- (١) توفر الأجهزة والمعينات السمعية للطالبات ذوات الإعاقة.
- (٢) توجد دورات تدريبية لمعلمات التعليم العام في التعامل مع ذوات الإعاقة.
- (٣) توفر وسائل النقل المناسبة للطالبات ذوات الإعاقة في البرامج بالمدرسة.
- (٤) توفر العدد المناسب من معلمات التربية الخاصة في البرنامج بالمدرسة.
- (٥) توفر الأجهزة والمعينات البصرية للطالبات ذوات الإعاقة.

وكما أبدت عدم موافقتها على عبارة واحدة من ملامح واقع الدمج تمثلت في "توجد ممرضة في البرنامج بالمدرسة".

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن أبرز ملامح واقع الدمج تتمثل في وجود إشراف ومتابعة على برامج التربية الخاصة في الميدان التربوي بشكل دوري وتفسر هذه النتائج بأن القائمين على برامج دمج التربية الخاصة يحرصون على نجاح هذه البرامج، ومتابعتها بصفة مستمرة.

السؤال الثاني :

نص السؤال الثاني على: «ما آثار دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة؟». للتعرف على آثار الدمج تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات مفردات عينة البحث على عبارات محور آثار الدمج وجاءت النتائج كالتالي:

أن مفردات عينة البحث موافقات على آثار الدمج بمتوسط (٢,٧٨ من ٣,٠٠) وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات المقياس الثلاثي (من ٢,٣٥ إلى ٣,٠٠) وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق على أداة البحث.

ومن خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن هناك تجانس في موافقة مفردات عينة البحث على آثار الدمج حيث تراوحت متوسطات موافقتهم على آثار الدمج ما بين (٢,٦٧ إلى ٢,٩٢) وهي متوسطات تقع في الفئة الثالثة من فئات المقياس الثلاثي والتي تشير إلى (موافق) على أداة البحث مما يوضح التجانس في موافقة مفردات عينة البحث على آثار الدمج حيث يتضح من النتائج أن مفردات عينة البحث موافقات على سبعة عشرة من آثار الدمج أبرزها تتمثل في العبارات رقم (٣٩، ٤٥، ٣٣، ٤١، ٤٩) والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة مفردات عينة البحث عليها كالتالي:

(١) جاءت العبارة (٣٩) وهي «يساعد الدمج على تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة» بالمرتبة الأولى من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٩٢ من ٣).

(٢) جاءت العبارة (٤٥) وهي «يؤهل دمج ذوي الإعاقة في المدارس إلى دمجهم في المجتمع» بالمرتبة الثانية من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٤ من ٣).

- (٣) جاءت العبارة (٣٣) وهي "يحقق الدمج مبدأ العدالة بين فئات المجتمع" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٤ من ٣).
- (٤) جاءت العبارة (٤١) وهي "يؤثر الدمج إيجاباً على التكيف الاجتماعي للتلاميذ ذوي الإعاقة" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٣ من ٣).
- (٥) جاءت العبارة (٤٩) وهي "ساهم الدمج في تقبل الأسر لأبنائهم ذوي الإعاقة" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨١ من ٣).

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن أبرز آثار الدمج تتمثل في مساعدة الدمج على تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة وتفسر هذه النتائج بأن برامج الدمج تعرف جميع الأطراف بواجباتها تجاه ذوي الإعاقة مما يساهم في تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة ولذلك نجد أن أبرز آثار الدمج تتمثل في مساعدة الدمج على تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة.

وهكذا أبدت عينة البحث موافقتها على سبعة عشرة عبارة من محور آثار الدمج أبرزها تمثلت في الآتي:

- (١) يساعد الدمج على تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة.
- (٢) يؤهل دمج ذوي الإعاقة في المدارس إلى دمجهم في المجتمع.
- (٣) يحقق الدمج مبدأ العدالة بين فئات المجتمع.
- (٤) يؤثر الدمج إيجاباً على التكيف الاجتماعي للتلاميذ ذوي الإعاقة.
- (٥) ساهم الدمج في تقبل الأسر لأبنائهم ذوي الإعاقة.

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن أبرز آثار الدمج تتمثل في مساعدة الدمج على تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة وتفسر هذه النتائج بأن برامج الدمج تعرف جميع الأطراف بواجباتها تجاه ذوي الإعاقة مما يساهم في تعديل اتجاهات الأسر والعاملين والأقران نحو فئات الأطفال ذوي الإعاقة.

السؤال الثالث :-

نص السؤال الثالث على: «ما مقترحات تطوير دمج الطالبات ذوات الإعاقة في مدارس التعليم العام بالمملكة؟». للتعرف على مقترحات تطوير الدمج تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات مفردات عينة البحث على عبارات محور مقترحات تطوير الدمج وجاءت النتائج كالتالي:

أن مفردات عينة البحث موافقات على مقترحات تطوير الدمج بمتوسط (٢,٨٤ من ٣,٠٠) وهو متوسط يقع في الفئة الثالثة من فئات المقياس الثلاثي (من ٢,٣٥ - ٣,٠٠) وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق على أداة البحث.

ومن خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن هناك تجانس في موافقة مفردات عينة البحث على مقترحات تطوير الدمج حيث تراوحت متوسطات موافقتهم على مقترحات تطوير الدمج ما بين (٢,٧٤ - ٢,٩٥) وهي متوسطات تقع في الفئة الثالثة من فئات المقياس الثلاثي والتي تشير إلى (موافق) على أداة البحث مما يوضح التجانس في موافقة مفردات عينة البحث على مقترحات تطوير الدمج حيث يتضح من النتائج أن مفردات عينة البحث موافقات على سبعة من مقترحات تطوير الدمج أبرزها تتمثل في العبارات رقم (٥٦, ٥٥, ٥١, ٥٢, ٥٣) والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة مفردات عينة البحث عليها كالتالي:

(١) جاءت العبارة (٥٦) وهي «تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة» بالمرتبة الأولى من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٩٥ من ٣).

(٢) جاءت العبارة (٥٥) وهي «توفير فريق دعم من المتخصصين في التربية الخاصة في كل مدرسة» بالمرتبة الثانية من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٦ من ٣).

(٣) جاءت العبارة (٥١) وهي «توفر قيادات ذات كفاءة عالية ببرامج الدمج بالمدارس» بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٥ من ٣).

- (٤) جاءت العبارة (٥٢) وهي "الاعتماد على مبدأ المرونة واعتبارها أول صلاحية تعطي لقائد المدرسة في البرنامج" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٥ من ٣).
- (٥) جاءت العبارة (٥٣) وهي "دعم معلمات التعليم العام بالتدريب وتعلم أساليب جديدة لتدريس ذوات الإعاقة" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة مفردات عينة البحث عليها بمتوسط (٢,٨٣ من ٣).

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن أبرز مقترحات تطوير الدمج تتمثل في تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة وتفسر هذه النتائج بأن تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة يعزز من تأقلم ذوي الإعاقة مع المناهج ولذلك نجد أن أبرز مقترحات تطوير الدمج تتمثل في تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة.

وهكذا أبدت عينة البحث موافقتها على سبعة عبارات من مقترحات تطوير الدمج أبرزها تمثلت في الآتي:

- (١) تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة.
- (٢) توفير فريق دعم من المتخصصين في التربية الخاصة في كل مدرسة.
- (٣) توفير قيادات ذات كفاءة عالية ببرامج الدمج بالمدارس.
- (٤) الاعتماد على مبدأ المرونة واعتبارها أول صلاحية تعطي لقائد المدرسة في البرنامج.
- (٥) دعم معلمات التعليم العام بالتدريب وتعلم أساليب جديدة لتدريس ذوات الإعاقة.

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه أن أبرز مقترحات تطوير الدمج تتمثل في تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة وتفسر هذه النتائج بأن تطبيق المعلمة لإجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة يعزز من تأقلم ذوي الإعاقة مع المناهج.

توصيات البحث:

من نتائج البحث الميدانية توصلت البحث لعدد من التوصيات المهمة منها:

- (١) التوسع في تطبيق الدمج التربوي في المملكة باعتباره أكثر الأساليب التربوية فاعلية في توفير برامج التربية الخاصة للطالبات ذوات الإعاقة.
- (٢) حث المعلمات على تطبيق إجراءات التكيف الممكنة على المنهج المدرسة بما يتلاءم مع حاجات الطالبات ذوات الإعاقة.
- (٣) توفير فريق دعم من المتخصصين في التربية الخاصة في كل مدرسة.
- (٤) توفير قيادات ذات كفاءة عالية ببرامج الدمج بالمدارس.
- (٥) الاعتماد على مبدأ المرونة واعتبارها أول صلاحية تعطي لقائد المدرسة في البرنامج.
- (٦) دعم معلمات التعليم العام بأساليب تدريس ذوات الإعاقة.
- (٧) توفر الأجهزة والمعينات السمعية والبصرية للطالبات ذوات الإعاقة.
- (٨) توفير دورات تدريبية كافية لمعلمات التعليم العام في التعامل مع ذوات الإعاقة.
- (٩) توفير وسائل النقل المناسبة للطالبات ذوات الإعاقة في برامج الدمج التربوي.
- (١٠) تزويد برامج الدمج التربوي بعدد كافٍ من معلمات التربية الخاصة.

المراجع

- إسماعيل، محمد أحمد (٢٠٠٨). مفهوم التطوير. المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية.
- الإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٣٦). الدليل الإجرائي للتربية الخاصة. وزارة التعليم. الإصدار الأول.
- الإدارة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٩). المرشد في تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: وزارة التعليم.
- الباز، أحمد (٢٠١٣). تصور مقترح لتفعيل العلاقة بين وسائط التربية لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام بمملكة البحرين. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية. المجلد (٣٩). العدد (١٥١). جامعة الكويت.
- الدبابنة، خلود أديب (٢٠٠٨). أثر الدمج على توفير بيئة محفزة للأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي الانفعالي لدى الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. مجلة كلية التربية/ جامعة الإمارات العربية المتحدة. العدد (٢٥). السنة (٢٣).
- الخشمي، سحر أحمد (٢٠٠٤). دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام دراسة مسحية لبرامج الدمج في المملكة العربية السعودية. مجلة جامعة الملك سعود. المجلد (١٦). العلوم التربوية والدراسات الإسلامية (٢).
- السعيد، هلا (٢٠١١). الدمج بين جدية التطبيق والواقع. (ط١). القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- الصالح، مراكشي (٢٠١٧). دور الدمج المدرسي في تطوير اللغة الشفهية لدى الطفل المعاق سمعياً الخاضع لزراعة القوقعة. دراسات تقنية وتربوية مخبر تطوير الممارسات التقنية والتربوية. العدد (١٨).
- العتار، محمد محمود (٢٠١٥). دمج الأطفال المعاقين في المملكة العربية السعودية في ضوء تجارب بعض الدول الأجنبية (تصور مقترح). مجلة جامعة الباحة للعلوم الإنسانية. العدد (٤٢).
- القحطاني، سعيد بن محمد (٢٠٠٧). اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة : الأمم المتحدة. الرياض: الرئاسة العامة لرعاية الشباب.
- منصور، سمية ؛ عواد، رجاء (٢٠١٢). تصور نقترح لتطوير نظام دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمرحلة رياض الأطفال في سورية في ضوء خبرة بعض الدول (دراسة مقارنة). مجلة جامعة دمشق. المجلد (٢٨). العدد (١).

**فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام فى تنمية الشفقة
بالذات لتخفيف (الإجهاد المدرك) الضغوط الحياتية
لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع**

إعداد

أ.م.د/سهام على عبد الغفار عليوة

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية جامعة كفر الشيخ

٢٠١٨م

ملخص البحث

استهدف البحث الحالي الكشف عن فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام (ACT) في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج، وتكونت العينة من (١٠) أمهات تراوحت أعمارهن الزمنية بين (٢٥-٤٠) عاماً بمتوسط عمري (١,٣٢) سنة، وانحراف معياري (٢,٣)، لدى كل واحدة طفل مشخص من قبل أساتذة المخ والأعصاب بأن لديه نوبات صرعية من النوع العام (الصغير)، وطبق على عينة الأمهات أدوات البحث (مقياس الشفقة بالذات - مقياس الضغوط الحياتية - البرنامج العلاجي بالتقبل والالتزام) وجميعها من إعداد الباحثة، وأظهرت النتائج فعالية البرنامج المستخدم في تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالصرع، وأثر ذلك على انخفاض الضغوط الحياتية لدى هؤلاء الأمهات، كما أثبتت النتائج استمرار فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة، وظهر ذلك من خلال عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي البحث.

الكلمات المفتاحية: التقبل -الالتزام، الشفقة بالذات، الضغوط الحياتية، أمهات الأطفال مرضي الصرع.

The effectiveness of a curative program with acceptance and commitment to developing self-pity To reduce perceived stress in the mothers of children with epilepsy

The main aim of the current study is to identify the effectiveness of a curative program with acceptance and Commitment (ACT) on developing self-pity to alleviate the stress of the life of the mothers of children with epilepsy and to identify the continuity of the program's effectiveness. The sample consisted of 10 mothers aged between 25-40 years With a mean age of 32 years and a standard deviation of 2.3, each child is diagnosed by neuroscientists that he has epileptic seizures of the genus (small)The sample of mothers was applied to the study toolsThe measure of self-pity - the measure of life pressure - the program of therapeutic acceptance and commitment), all prepared by the researcher, and the results showed the effectiveness of the program used in the development of self-pity in mothers of children with epilepsy and the effect of this on the decreasing of the pressure of life on those mothers. The results showed that the effectiveness of the program continued after the follow-up period, and this was shown by the absence of statistically significant differences between the average grade levels of the sample members in the post-measurement and follow-up measures of the study.

Keywords: Acceptance - commitment, compassion, pressures of life, mothers of children with epilepsy.

مقدمة البحث

يعد الصرع (Epilepsy) من الأمراض العصبية المزمنة المعروفة منذ القدم، وكانت مرتبطة بأمور خفية كالعفارية، أو الحسد؛ وذلك لأن نوباته تحدث بصورة فجائية تماماً وأعراضه عادة ما تكون مثيره للدهشة ومفزعاً للآخرين وبعدها يفيق المريض ويعود لحالته الأولى وكأن شيئاً لم يحدث له، ويعد الطبيب الإغريقي "أبقراط" أول من اكتشف أن هذه النوبات ناشئة عن حدوث اضطراب بالمخ.

ويحدث الصرع من خلال حدوث تشنجات بمعدل مرتين في السنة على الأقل بدون مؤثرات خارجية ولكن لمشكلات في الدماغ (عدم الانتظام الكهربائي بالمخ) ترجع لعوامل قبل، أو أثناء، أو بعد الميلاد.

لا شك أن نوبات الصرع وحدوثها المفاجئ تفرض على المريض بعض المخاطر التي تؤثر على حرمانه من ممارسة أنشطة الحياة اليومية الطبيعية، وعلي استجاباته لمتطلبات العملية التعليمية، وتؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي مما يظهر لديه العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي قد يكون منشأها الآثار الجانبية للأدوية المقررة للعلاج، بالإضافة لنظرة الآخرين وأسلوبهم في التعامل مع المريض.

وأشار (Otero, 2009) أن الأطفال المصابين بالصرع لديهم معدل اضطراب نفسي كالقلق، والاكتئاب، وفرط الحركة أعلي بكثير من الأطفال الأصحاء، أو المصابين بأمراض مزمنة أخرى.

ومن خلال مشاهدات نوبة الصرع وما يحدث أثناءها للمصاب من فقدان تام للوعي بشكل مفاجئ وسقوطه على الأرض وحدوث اختلاجات عضلية شديدة في اليدين والقدمين، أو في كل عضلات الجسم مع ظهور سلوكيات وهلاوس غير مقبولة ومزعجة للمحيطين به، ورغم صعوبة النوبة وخطورتها؛ إلا أن الطفل لا يتذكر أي شيء مما حدث له أثناء النوبة، سوي الشعور ببعض الآلام في العضلات والرقبة وصداع وارتيابك يصل لحد فقدان ذاكرة مؤقت، أما الذي يقع عليه العبء الأكبر من المعاناة هو الذي يلاحظ ويتابع حدوث النوبة.

وبالرغم من اهتمام البحوث بتأثير الصرع لدى الأطفال على الصحة النفسية لهم فقد عولج بشكل كبير؛ إلا أن التأثير على الصحة النفسية والعقلية لأفراد الأسرة وعمل الأسرة لم يحظى بنفس الاهتمام، فأشار (Immelt, 2006) أن آثار هذا المرض لم تقتصر على المريض فقط؛ بل يمتد تأثيرها على أفراد الأسرة بأكملها، حيث يؤثر على الصحة النفسية للأسرة فتصبح أكثر عرضة للخطر والإجهاد العاطفي، يحد من الأنشطة اليومية العادية للوالدين، وبالتالي تدهور جودة الحياة (QOL) لديهم، وأن أمهات الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع المستعصية لديهم مستوى عالي من الإجهاد والضغط الأسرية منها ثلثي الضغوط يتمثل في أعراض إكلينيكية من مجموع الأعراض، بالإضافة إلى ضعف الراحة النفسية وانخفاض جودة الحياة، وذلك مقارنة بأمهات الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع المضبوطة والمسيطر عليها بشكل جيد.

يؤيد ذلك (Huang, Chang, Chi, & Lai (2013) أن ثلثي أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية قد عانوا من مستويات عالية من الإجهاد مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، ويعانون من ضعف في الصحة البدنية والعقلية بشكل جماعي يظهر في المعاناة من الصداع، وآلام الظهر والمفاصل ومشكلات النوم مقابل أمهات غير ذوي الإعاقة، لأن الأطفال ذوي الإعاقات النمائية غالباً ما يعانون من حالات مزمنة تتطلب دعماً إضافياً طوال حياتهم، ومع ازدياد عدد الأطفال المولودين باضطرابات تنموية من (١٢,٨٪) في عام (١٩٩٨) إلى (١٥,٠٤٪) في عام (٢٠٠٨) قد تشعر أعداد أكبر من الأمهات بتأثيرات إعاقة أطفالهم.

وأشار (Hall & Graff, 2011) أن آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو أقل استخداماً للسلوكيات التكيفية للتعامل مع احتياجات الطفل مقارنة بوالدي الأطفال العاديين، يعانون من المزيد من الإجهاد والاكنتاب والقلق مقارنة بين ذوات الأطفال الذين يمارسون نمواً نموذجياً، والتي تؤثر جميعها على عافية الوالدين العاطفية والقدرة على تغيير التأثير الذاتي لاضطراب ضعف الأداء.

وينبع إجهاد الوالدين من مجموعة متنوعة من العوامل، بما في ذلك المسؤولية عن تعليم الطفل، والرعاية الصحية والاحتياجات المالية، والصحة العاطفية، ومع ذلك يبدو أن ضغوط كونك أحد الوالدين تتضخم فيما يتعلق بمستوى التبعية للطفل.

وأشار Sanjeev, Thomas & Bindu, (1999) بأن أهم المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية لأولياء أمور الأطفال المصابين بالصرع (PCE) تتمثل في تراجع في الأنشطة الاجتماعية بعد ظهور مرض الصرع في أطفالهم، تأثرت أنشطة الروتين اليومي بشكل ملحوظ في أكثر من (٧٥ ٪) من الآباء والأمهات، وكان الآباء يعانون من الإحباط واليأس، في حين كان (٦٠ ٪) لديهم صعوبات مالية بسبب تكلفة الأدوية، أو تكلفة السفر إلى المستشفى، وضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الاجتماعي مرتبطان بشدة الصرع (نوبات متكررة / نوبات معمرة / اضطراب الانتباه).

وقام كل من Camfield., Breau & Camfield, (2001) بإعداد أداة لقياس تأثير الصرع لدى الأطفال على الأسرة، وأمكن من خلاله تقييم المشاركة في الأنشطة والصحة والعلاقات داخل الأسرة ومع الأقران والأشقاء، والأنشطة الاجتماعية واحترام الذات أعلى من المتوسط على المقياس، واختلف آباء الأطفال الذين حصلوا على درجات بعض الجوانب النفسية والاجتماعية عن أولئك الذين سجلوا أقل من ذلك، فكان الوالدان من الفئة الأولى أكثر توترًا.

كما أشارت نتائج دراسة Roos , Anne, Maja, & Albert , (2005) أن أهم الضغوط الأسرية التي تظهر لدى أسر الطفل المصاب بالصرع تتمثل في انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، والمزيد من الاكتئاب لدى الأمهات، ومشكلات في عمل الأسرة، انخفاض الرقابة النفسية للوالدين، وقلة معلومات الوالدين عن الصرع، وعدم رضا أفراد الأسرة عن العلاقات الأسرية، الاضطرابات النفسية عند الأطفال المصابين بالصرع.

وأشارت دراسة Pervin, Eylem & Ahmet (2006) إلى ارتفاع نسبة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاضطراب الاكتئابي الجوهري لدى أسر الأطفال المصابين بالصرع.

فيما كشفت نتائج دراسة Lv, Wu, Lu, Wang Qu & Liu (2009) أن آباء الأطفال الذين يعانون من الصرع يظهرون مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب، ومستويات منخفضة من جودة الحياة الأبوية.

واهتمت دراسة (Hua-Huei & Liang-po, 2008) بفحص العوامل المرتبطة بالضغط الوالدية بين عينتين من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة (الصرع - الربو)، أظهرت النتائج أن الضغط الوالدية كانت أعلى في مجموعة الصرع بالمقارنة بمجموعة الربو.

أشار Bazzano, Wolfe, Zylowska, Wang, Schuster, Barrett, et al., (2015) أن الآباء الذين كانوا على وعي بمفاهيمهم حول إعاقة الطفل، مقابل أولئك الذين لم يكونوا على هذا الوعي، أبلغوا عن انخفاض ضغط الوالدين، ورفاهية نفسية أعلى، وتحسن الصحة العامة وانخفاض الإجهاد النفسي، يمكن أن يؤثر على قدرة الوالد على دعم الطفل عاطفياً. وبالتالي، فإن إدخال استراتيجيات المواجهة لمقدمي الرعاية أمر لا غنى عنه لرعاية المرضى.

وإذا كان الإرشاد الأسري ضرورة لأسر الأطفال العاديين، فإن هذه الضرورة تصبح أكثر إلحاحاً بالنسبة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة، وذلك نظراً لما تعانيه هذه الأسر من ظروف ضاغطة، وما يشيع داخلها من ردود أفعال سلبية، واضطرابات انفعالية كالقلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب، الإحباط، وما تتحمله تلك الأسر من نفقات مالية إضافية مما يعرضها للإرهاك والإجهاد ويؤثر على الأداء الوظيفي للمنظومة الأسرية.

أكد بوبين (١٩٩٨) أن إرشاد أسر ذوي الإعاقة يهدف إلى مساعدتهم على فهم طبيعة إعاقة طفلهم والتطورات المحتملة لها وكيفية التعامل معها، وفهم احتياجاته وسبل إشباعها، والمشكلات النفسية والسلوكية التي يعانيها وطرق التعامل معها، ومساعدة الأسر على التخلص من مشاعر الإحباط والقلق والخوف بسبب إعاقة الطفل، ومساعدتهم على تكوين توقعات واقعية عن أبنائهم، وتطوير واكتساب مهارات أكثر فعالية في رعاية الطفل ذوي الحاجة الخاصة والمشاركة في توجيه نموه نمواً إيجابياً، وتعليمهم كيف يساعدون أبنائهم على تحمل مسؤولية سلوكهم وتجنب الاعتمادية على الآخرين (القريطي ٢٠١٣، ٢٩٧).

إن أسر الأطفال ذوي الإعاقة يصابوا بحالة من الضغط، بمجرد التشخيص واعتبار الطفل يعاني من حاجة خاصة تكون الصدمة الكبرى، وعادة ما يواجهه

هذا التشخيص في بدايته بالرفض، ثم تظهر عليهم أعراض ما بعد الصدمة، ثم التعامل مع أعراض الإعاقة، وتشعر الأسرة بالحرج لعدم قدرتها وطفلها أن يحيوا حياة طبيعية. وقد لوحظ أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة أكثر شعوراً بالضغط النفسية من الآباء، وذلك لأن الأمهات أكثر التصاقاً واحتكاً بالطفل ولديهن استعداداً لقراءة مشاعر الطفل، كما أنهن يعانين من قصور في التفاعل مع قدرات الطفل وإشباع احتياجاته، بالإضافة إلى عجزها عن تحقيق الأهداف الشخصية داخل أسرته.

وقد افترض (Neef & Germer, 2013) أن ممارسة الشفقة بالذات خلال الأوقات العصيبة قد يؤدي إلى خفض الإجهاد الأسري وتحسين نوعية الحياة، وأشار (Mantelou & Karakasidou, 2017) أن الشفقة بالذات تحسن مستوى الرضا عن الحياة، التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأفراد في مواقف الحياة الضاغطة.

فإذا كانت بعض أمهات الأطفال ذوي الإعاقة يتمتعن بقدر من اللطف بالذات واليقظة العقلية والنظرة الإنسانية المشتركة لكل موقف مؤلم، فهذه المشاعر الإيجابية تخفف لديهن مشاعر الألم والاكتئاب المصاحبة لإعاقة طفلها، ثم تقوم بتعديل أسلوب حياتها، وتفهم الحاجات الخاصة بالطفل والبحث عن الخدمات التي يمكن تقديمها للطفل، واستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام بدلاً من استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي.

من المتوقع أنه عندما تكون الأم مشفقة بذاتها فإنها ستعتمد على ذكائها العاطفي للتخفيف من المشكلات عند ظهورها؛ لذا فإن ممارسة الشفقة بالذات تسمح للأفراد بالاعتماد على أنفسهم، والتفكير في المواقف الشخصية، والغفران لأنفسهم عند الضرورة (Neff, 2016).

فكلما زاد التقبل لدى كل من الآباء والأطفال انخفضت نسبة المشكلات داخل الأسرة وصاحبه ارتفاع مستوى الصحة النفسية لديهم (Canon, 2012)، فقبول الطفل وتقديم الدعم له يعد من مصادر القوة العاطفية والجسدية ويتيح له فرص أفضل للتحسن (Gomes, Lima, Buenos, Araujo, & Souza, 2015).

ويؤدي العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT) دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية لدى والدي ذوي الإعاقة بتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وتقبلها؛ مما يجعلهم يتمتعون بقدرة عالية على التعامل مع اللحظة الراهنة بما تحتويه من صعوبات، وتنمية مستوى الرضا والتفاعل الاجتماعي والمرونة النفسية لديهم (Montgomery, 2015)؛ (Hayes, 2012).

وأشار محمد (٢٠١٠) إلى فعالية التقبل والالتزام في تحسين مشاعر التماسك والأداء الاجتماعي لدى المرضى بأمراض مزمنة، وتحقيق جودة حياة أفضل للأسرة والتخلص من القلق والاكتئاب (Muto, Hayes & Jeffcoat, 2012)، إن العلاج بالتقبل والالتزام أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في تخفيف الأعراض الفسيولوجية والسلوكية لدى مرضي القلق (Davies, Niles, Pittig, Arch, & Craske, 2014).

كما أشارت دراسة (Yadavaia, Hayes, & Vilardaga, 2014) أن العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) يستخدم في زيادة مستوى الشفقة بالذات لدى معظم حالات علم النفس المرضي، منها أصحاب ضغوط الصدمة، الذين يعانون من الضيق العام، والقلق، والاكتئاب.

كما أنه يحقق تقبل الطفل ذي اضطراب التوحد (Poddar, Sinha, & Urbi 2015) تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (الفقي ٢٠١٦) تحسن السلوك القيمي لأولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية النمائية (Abdui Kalam, 2017).

لذا يمكن تدريب الأمهات التي لديها طفل ذوي حاجة خاصة (مريض بالصرع) وتعاني من كثرة الضغوط الحياتية وقصور في الشفقة بالذات بسبب مرض ابنها على فنيات العلاج بالتقبل والالتزام في تحقق لها تنمية مهارات الشفقة بالذات التي تساعد على التعامل مع الضغوط الحياتية بشكل جيد؛ لأن تقبل الأسرة لطفلها والتعايش معه بواقعية له إيجابية على الطفل والأسرة بأكملها.

مشكلة البحث

تشكل ولادة طفل ذي حاجة خاصة سواء كانت إعاقة جسمية، أو عقلية، أو حسية صدمة قوية للأسرة بشكل عام وللأم بوجه خاص، وكثيراً ما يتولد لدى الأم الشعور بالذنب والاكئاب، ولوم الذات، وتدني تقدير الذات وعدم السيطرة على ما يدور حولها من أحداث وضغوط مادية ونفسية وصحية واجتماعية مرتبطة بجوانب القصور لدى هذا الطفل.

يعد الصرع اضطراب في الدماغ يتميز باستعداد دائم لتوليد نوبات صرع، عادة ما يتم تطبيق هذا التعريف عملياً على أنه يحتوي على نوبتين غير مبررتين خلال ٢٤ ساعة متباعدة، وقد حددت الرابطة الدولية لمكافحة الصرع (ILAE) تعريفاً للصرع بأنه: مرضاً يصيب المخ ويحدده أي من الحالات التالية: (١) على الأقل نوبتين غير مستفرتين (أو منعكستين) يحدثان على مسافة ٢٤ ساعة؛ (٢) نوبة واحدة غير مبررة (أو منعكسة) واحتمال حدوث نوبات أخرى مناسبة أو الذين ظلوا مصابين بالمرض خلال السنوات العشر الماضية ولا يستجيبون للأدوية المضادة لمدة خمس سنوات على الأقل (٣) تشخيص متلازمة الصرع (في: الحسيني ٢٠٠٣، ٢٦).

نظراً لارتفاع معدلات الإصابة بالصرع بالنسبة لباقي الأمراض المتعلقة بالجهاز العصبي، إذ يقدر مدى الإصابة به عالمياً من (٧٠٠-١٥٠٠) في كل عشرة آلاف فرد (محمد إبراهيم، ٢٠٠١، ١٥٢).

وينتشر مرض الصرع في كثير من الدول وعلي رأسها المملكة المتحدة، وأشارت الإحصائيات أن هناك نحو (٢٥) ألف إنجليزي يصاب بالصرع سنوياً وأغلبهم من الأطفال وكبار السن (فوق سن الخمسين) وتنخفض نسبة الإصابة خلال المرحلة (٢٠-٥٠) سنة، أما الإحصائيات العالمية فأشارت إلى أن عدد المصابين بالصرع على مستوى العالم يزيد على (٥٠) مليون نسمة، ويعتقد الباحثون أن حوالي (١٠-٣٥) ألف شخص يصابون بالصرع سنوياً (الحسيني، ٢٠٠٣، ٥-٧).

وأشارت دراسة (Lv, et al., 2009) أن الصرع من أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً لدى الأطفال، حيث يبلغ معدل انتشاره من (٣,٤ - ٩,٣) لكل (١٠٠٠) طفل في البلدان المتقدمة ومعدل أعلى بكثير للأطفال في البلدان النامية.

ويصف العالم (٢٠١٤، ٧٧) الصرع بأنه ليس مرض ذهني ولا نفسي، كما أنه ليس بمعد؛ بل هو عارض طبي عصبي يظهر في صورة نوبات متكررة ناتجة عن نشاط كهربائي زائد ومتزامن للخلايا العصبية في جزء من الدماغ، أو كله، ونسبة الإصابة به عالمياً كنسبة واحد بالمائة.

وأشارت دراسة العالم (٢٠١٤) أن نسبة الانتشار تتراوح بين (٢-٣)٪ من سكان العالم، وتمثل ٠,٥ ٪ من العبء العالمي للمرض، ٨٠٪ من نصيب الدول النامية، ٧٥٪ من الحالات تبدأ قبل سن المراهقة (٥-١٤) سنة. تحدث النوبات بشكل عام دون سابق إنذار، لذا فإنها غالباً ما تجلب مجموعة متنوعة من المواقف المحرجة والخطرة حسب الظروف المحددة التي تحدث فيها. بالنسبة لأولئك الأطفال المصابين بالصرع وعائلاتهم، لا يعد الصرع مجرد تشخيص طبي فحسب؛ بل هو أيضاً علامة اجتماعية.

ويعد الصرع من بين الأمراض العصبية المزمنة الأكثر انتشاراً في العالم، التي سجلت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠١) أنه يصيب (٥٠) مليون شخص في العالم بنسبة (٤-١٠) في كل (١٠٠٠) نسمة، يعيش (٨٠)٪ منهم في العالم النامي، ويمكن التعرف عليه من خلال التكرار المستمر للنوبات المفاجئة والحادة ذات المنشأ العصبي والتي تعبر عن تفريغ مفرط للشحنات الكهربائية على مستوى الخلايا العصبية (محمد، ٢٠١٦، ٣٩).

وهدف دراسة Rabie, Al Asmari, Al-Barak, Al-Rashed, Najla & Marei (2016) إلى تحديد مدى انتشار الصرع بين طلاب المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ إلى ١٨ سنة، وجاءت الإحصائيات العالمية بأن حوالي ١٠,٥ مليون طفل دون سن الخامسة عشر لديهم نشاط الصرع، الذي يمثل حوالي ٢٥ ٪ من سكان العالم، ٢ من أصل ٣,٥ مليون شخص الذين يتم شفائهم، ٤٠٪ هم أصغر من ١٥ عاماً، وأكثر من ٨٠٪ يعيشون في البلدان النامية. ومن الأسباب المهمة للإصابة بالصرع هو التاريخ العائلي للأسرة (الوراثة) والمضاعفات التي تحدث أثناء الحمل، أو الولادة ويترتب عليها تلف في المخ، تشوهات خلقية في الدماغ، عدوى داخل الجمجمة، حمى، والتهاب السحايا لحديثي الولادة، الاختناق أثناء الولادة.

وأشارت بحوث (Lv, et al., 2009) إلى ارتفاع معدل انتشار عوامل الإجهاد وانخفاض جودة الحياة عند والدي الأطفال الذين يعانون من الصرع، كما أنها تزداد لدى الأمهات بالمقارنة بالآباء، وتزداد لدى الأمهات طبقاً لخطورة النوبة الصرعية وعدد مرات حدوثها، وتزداد هذه الضغوط لدى والدي الأطفال مرضي الصرع بالمقارنة ببعض الأمراض المزمنة الأخرى (التهاب المفاصل المزمن - الشفة المشقوقة - سلس البول الليلي).

وأفاد (Bazzano, et al., 2015) أن عدداً قليل من البرامج القائمة على اليقظة العقلية (Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) يمكن استخدامها مع أسر ذوي الإعاقات النمائية في التخفيف من التوتر والإجهاد الصحي الناشئ من رعايتهم، وأمكن تحسين نوعية الحياة، وتحقيق التعاطف الذاتي، والرفاهية النفسية.

وأشارت (Neff & Faso, 2015) أن استخدام الشفقة بالذات والرفاهية النفسية يرتبط سلبياً بالضغوط الحياتية والاكتئاب لدى الوالدين، وإيجابياً بالرضا عن الحياة والأمل والتفاؤل.

ويعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد الاتجاهات الحديثة في العلاج التي يمكن استخدامها مع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة للحد من الضغوط النفسية والكدر وتحقيق جودة الحياة لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (Hahs, 2013, Poddar, et al., 2015, Montgomery, 2015).

ويستند العلاج على تقبل الأمهات للخبرات المؤلمة، ومساعدتها على كيفية التعامل مع اللحظة الراهنة بالتعاطف مع الذات والنظر إلى المشكلات بعقلانية واعية، والحكم على الأخطاء من منظور الإنسانية العامة، بمعنى أن الجميع يعاني ويواجه صعوبات وأخطاء، حينئذ تستطيع الأم التعامل بإيجابية مع الحياة الأسرية التي فرضت عليها.

ويمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في الأسئلة التالية:

- (١) ما فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع؟

(٢) هل تستمر فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام-إن وجدت- في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع؟

أهداف البحث:

تحدد أهداف البحث فيما يلي:

- (١) الكشف عن فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع.
- (٢) التعرف على استمرار فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام-إن وجدت- في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع.

أهمية البحث:

تتلخص أهمية البحث الحالي في النقاط التالية:

- (١) ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة (التقبل والالتزام-الشفقة بالذات لدى أمهات مرضي الصرع).
- (٢) قياس أثر تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات مرضي الصرع في خفض الضغوط الناتجة من وجود هؤلاء الأطفال.
- (٣) تقديم خدمات علاجية باستخدام فنيات التقبل والالتزام لمواجهة المشكلات الحياتية لأمهات مرضي الصرع للحفاظ على سلامة الكيان الأسري.
- (٤) حاجة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة إلى معلومات ومعارف في الجوانب التربوية والنفسية والتأهيلية لأطفالهن ذوي الإعاقة للحد من ضغوطهن المعرفية.
- (٥) إعداد أدوات لتحقيق أهداف البحث (تعريب مقياس نيف للشفقة بالذات - الضغوط الحياتية لأمهات الأطفال مرضي الصرع - برنامج علاجي قائم على فنيات التقبل والالتزام).
- (٦) ندرة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحثة - التي تناولت العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع، ثم قياس أثر هذه التنمية في تخفيف الضغوط المفروضة عليهن.

مصطلحات البحث الإجرائية:

العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Counseling (ACT): أحد الأساليب العلاجية المنبثقة من نظرية الأطر العلائقية التي تشكل الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية، يقوم على استخدام الأمثلة والخبرات الراهنة للحالات، ويعتمد على أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار والاعتقادات الخاطئة وصولاً للتقليل من الخطر المعرفي والتعامل مع الذات كسياق والتصرف الإلتزامي بما تم إنجازه في المراحل العلاجية السابقة (Larmer, Wia, & Lewis, 2014)

والتعريف الإجرائي للبرنامج العلاجي بالتقبل والالتزام: "هو مجموعة الخدمات الهادفة التي تم تقديمها لأمهات الأطفال مرضي الصرع باستخدام فنيات الحوار والمناقشة، التقبل كبديل للتجنب التجريبي، التواصل باللمحة الحالية (الذات كعملية)، والذات كسياق، وتحديد القيم، والتصرف الإلتزامي، الواجبات المنزلية".

الشفقة بالذات Self – Compassion: عرفت (Neff, 2003, 85) بأنها: "اتجاه إيجابي نحو الذات في مواقف الضغوط والألم والفشل التي يتعرض لها الفرد، تتضمن اللطف بالذات، وعدم الانتقاد الشديد لها، وفهم المعاناة والفشل كجزء أساسي من خبرات الإنسان مما يساعد على التعامل مع جذور المشكلة ويصبح شعور الفرد أوسع مدى بما يتعلق بالمعاناة الإنسانية وليس بالمعاناة الشخصية، ومعالجة المشاعر المؤلمة في وعي الفرد بعقل منفتح للتقبل واللطف في اللحظة الحالية المتضمنة القدرة على فعل ما هو مريح". وتقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس الشفقة بالذات المستخدم في الدراسة (تعريب الباحثة).

الضغوط الحياتية Life Stresses: حالة من التوتر والانزعاج تحدث لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض الصرع العام بسبب كثرة الأعباء والمشكلات المادية، النفسية، الاجتماعية، الصحية، الناتجة من مرض طفلها"، وتقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الأم على المقياس المستخدم في البحث الحالي (إعداد الباحثة).

أمهات الأطفال مرضي الصرع children mothers epilepsy: هن أمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم من مرضي الصرع العام وتتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-١٢) سنة بمتوسط عمري () وانحراف معياري ()، لديهم قصوراً، أو عيلاً وظيفياً يؤثر على الوظائف العضوية، أو النفسية للطفل ويترتب عليه خلل في عملية التكيف لأسرته مع الوسط الاجتماعي. وتتمثل أعراض النوبة العامة كما وصفها (محمد الأصفهاني ٢٠٠٧) على النحو التالي:

- (١) فقدان الوعي والسقوط بصورة مفاجئة.
- (٢) تصلب عضلي عام.
- (٣) تشنج واختلاج إيقاعي.
- (٤) كثرة الإفرازات اللعابية.
- (٥) غيبوبة واسترخاء عضلي وقد يحدث معه تبول، أو خروج البراز.
- (٦) ارتباك عند اليقظة، وغالباً لا يتذكر أي شيء مما حدث له أثناء النوبة.
- (٧) مدة النوبة (٣-٤) دقائق وأحياناً تصل (٢٠) دقيقة.
- (٨) احترقان في الوجه والرقبة يتحول إلى زرقة.
- (٩) يصرخ صرخة قوية يسقط بعدها على الأرض.
- (١٠) قد يعرض المريض لسانه دون وعي منه.
- (١١) بعد انتهاء النوبة يرتخي الجسم ويعود الشخص إلى وعيه رويداً رويداً.

محددات البحث:

المحددات المنهجية: تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

المحددات البشرية: اقتصرَت العينة على (١٠) من أمهات الأطفال اللواتي تم تشخيص أبنائهن بأنهم مصابون بالصرع العام، وتم اقتصار العينة على فئة الأمهات فقط دون الأسرة بأكملها؛ وذلك لأن الأم هي الفرد الوحيد في الأسر المصرية المسؤولة عن تحمل الصعاب والأزمات ومسئولية تربية وتعليم الأبناء، وحينما يزداد العبء بإصابة أحد أفراد الأسرة بمرض أو عجز كلي أو جزئي، فيضاف ذلك لمسؤوليتها أيضاً وكأنه فرضاً ولزماً عليها أن تقوم بهذه المهام مضافاً لذلك أعباء الحياة الأسرية اليومية

المحددات الزمنية: اقتصر على الفترة المستخدمة في تطبيق أدوات البحث في الفصل الدراسي الثاني (٢٠١٧-٢٠١٨).

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: العلاج بالتقبل والالتزام: Therapy Acceptance and Commitment

التعريف اللغوي:

العلاج: اسم لما يعالج به، الدواء، الدفاع.

تقبل: يتقبل - تقبل الشيء: رضى عن طيب خاطر.

التزام: يلتزم، التزم، التزما الشيء: أوجب على نفسه (شحاتة، والنجار، وعمار ٢٠٠٣).

التعريف الاصطلاحي:

عرفه (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pisterello, Toarmino et al., 2004, 29) بأنه: "أسلوب علاجي وظيفي يركز على نظرية الإطار العلائقي RFT التي ترى أن السبب الرئيس للموقف المشكل للتعامل هو عدم المرونة النفسية والجمود النفسي، ويستهدف تقديم تدخلات علاجية لفضية غير مباشرة من خلال التقبل وتحسين الشعور بالتسامي بالذات والتركيز على الحاضر والاهتمام بالقيم".

فيما عرفه (Hayes & Smith, 2005, 21) بأنه: "نمط من العلاج المعرفي السلوكي، وهو نموذج تطبيقي يستند على التقبل وتعليم الفرد مهارات اليقظة الذهنية مع الالتزام واستراتيجيات تغيير السلوك بهدف تحسين المرونة النفسية".

يعد (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012, 240) أول من صاغوا العلاج القائم على التقبل والالتزام في نهاية العقد الثامن من القرن العشرين، ولا يهدف هذا النمط من العلاج تخليص الفرد من انفعالاته ومشاعره الدالة على الضيق، بل ينادي بضرورة التعايش الإيجابي مع متاعب ومنغصات الحياة من خلال تقبلها ثم الاتجاه نحو الإتيان بسلوكيات إيجابية ذات معنى تشري حياة الفرد

يؤيد (Larner, et al., 2014, 216-221) رأي (Hayes, et al., 2004, 29) أنه أحد العلاجات المنبثقة من نظرية الأطر العلائقية التي تركز على تنمية قدرة الفرد على التقبل والرغبة في استمرارية الاتصال بوقائع الحياة وأحداثها استجابة للخبرات التي يتعذر تجنبها (الكوارث- الوفاة- المرض) مما يؤدي إلى زيادة ارتباط الفرد بقيمه الشخصية والالتزام بتنفيذها، وبهذا ينسب لعلم النفس السياقي الذي يشكل الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، ومؤسسة ستيفن هايس خلال الثمانينيات.

أما الرخاوي (٢٠١٤) فقد أطلق على ACT أنه تفاعل العمليات الثلاثة معاً "المواجهة والمواكبة والمسئولية".

من خلال التعريفات السابقة تستنتج الباحثة التعريف التالي: "هو نمط من أنماط العلاج السلوكي يركز على تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع اللغة، خاصة ما يتعلق بتأثيراتها على التنظيم النفسي والانفعالي، ويؤسس على سياق الأحداث والمواقف الحياتية وفقاً لوظيفتها، وهذا يدعم فكرة تقبل الفرد للخبرات والانفعالات غير المرغوبة والخارجة عن قدرته على التحكم فيها، وعليه الالتزام الإرادي بالمبادرة بأفعال سلوكية تثري حياته وتجودها، وبالتالي فهو أسلوب عملي يعتمد على الأمثلة والخبرات الحياتية، وتفعيل أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار المؤلمة والتي لا يمكن تغييرها مع الالتزام بتنفيذ السلوك القيمي الذي يحقق أهداف الفرد من خلال إتباعه العمليات الستة الأساسية (القبول-التفريغ المعرفي-عيش اللحظة الحاضرة-الذات في السياق-القيم الذاتية-الالتزام)".

الأسس النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام:

ظهر نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في النصف الأخير من تسعينيات القرن الماضي على يد (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) وأكدت بحوثهم فعاليته مع العديد من المواقف الحياتية الضاغطة، تطوير الأداء الوظيفي النفسي للفرد، الحد من الآثار السلبية المصاحبة للمرض المزمن، وذلك بمساعدة الفرد على التوجه الإيجابي للتعايش مع متاعب ومنغصات الحياة بتقبلها ثم الإتيان بسلوكيات ذات قيمة ومعني إيجابي بالنسبة له وذلك يتطابق مع القول "لا تحسبن المجد تماًراً أنت أكله لن تبلغ المجد حتى تلعق الصبرا".

وأوضح (Ruiz, 2010, 126); Hayes, et al., (2012) أن ACT أحد العلاجات القائمة على العقلانية، ويمثل المرحلة الثالثة من التطور للعلاج السلوكي الذي بدأ بالاهتمام بتعديل السلوكيات السلبية إلى سلوكيات إيجابية (السلوكية التقليدية)، ثم جاءت المرحلة الثانية العلاج المعرفي السلوكي التي اهتمت بتغيير السلوكيات السلبية عن طريق تغيير الأفكار المشوهة التي أدت إلى ذلك، أما المرحلة الثالثة يسمى بالموجة الثالثة للعلاج السلوكي، والذي يتأصل من الناحية الفلسفية في السياقية الوظيفية functional Conceptualism، ويتأصل من الناحية النظرية في نظرية الإطار العلائقي (RFT) Relational Frame Theory. والتي تستخدم عمليات الانتباه والوعي باللحظة الحالية والقبول، وعمليات الالتزام وتغيير السلوك؛ وذلك من أجل تحقيق الصحة النفسية بفاعلية الفرد.

وأفترض (Hayes, et al., 2012, 28) طبقاً (RFT) أن السلوك البشري محكوم بشبكة ارتباطات يحدث من خلالها ترميز العالم الحقيقي في الدماغ البشري ضمن عملية التعلم، فعندما يتعلم الفرد شيء من البيئة المحيطة فإنه يستدخل في ذهنه هذا الشيء مرتبط بمجموعة من المعطيات التي في مجملها توضح الصورة الرمزية لهذا الشيء، وتتكون لدى الفرد مجموعة من العلاقات التي تربطه بمن حوله من أشخاص، أو موضوعات وفي الوقت ذاته تشكل صورته عن نفسه.

ووصف (Torneke, 2010) RFT انه: ”منظور يقدم حساباً سلوكياً للغة والإدراك الذي يمكن أن يوفر طريقة مفيدة للنظر في كيفية تطوير البشر للشعور بالذات والشعور بالآخرين، وكيف نختبر أنفسنا في الوقت والمكان“.

ويري (Lassen, et al. 2010, 19) أن المشكلات النفسية في ACT، RFT تنبثق من الغياب العام للقدرات الاتصالية. والمصدر الأول للمرض النفسي هو الأسلوب الذي تتفاعل به اللغة والمعرفة مع احتمالات وقوع الأحداث الطارئة بصورة مباشرة، مما ينتج عدم القدرة على التصميم والإصرار من أجل تحقيق السلوك القيمي على الأمد البعيد. وهذا النوع من عدم المرونة النفسية ينظر إليه على أنه ينبثق من التحكم السياقي الضعيف، وغير المجدي إلى جانب العمليات اللغوية ذاتها.

أما Hayes et al., (2012, 60-66) فينظروا إلى الاضطرابات النفسية من خلال (RFT) على النحو التالي:

- (أ) الخلل في العمليات المعرفية الطبيعية اللازمة للحل اللفظي للمشكلات.
- (ب) ملئ الشبكات المعرفية بملامح سياقية تمييزية خاصة بالمرض النفسي.
- (ج) الشبكات المعرفية هي شبكات تاريخية ؛ الكثير من هذه الشبكات يحدث له انطفاء ويتم كفه، ولكن لا يزيل الاستجابة المتعلمة التي قد تكون خاطئة.
- (د) إن المحاولات المباشرة للتغيير تركز على أطراف أساسية في الشبكات المعرفية، أو تميل إلى توسيع الشبكة في هذا الموضوع، وتزيد مهمتها الوظيفية.

٢- مفهوم الاندماج المعرفي Cognitive Fusion

أشار إلى التنظيم غير اللائق للسلوك بواسطة العمليات اللفظية، مثل: القواعد Rules، والشبكات الاتصالية المستنتجة، وفي السياقات التي تقوي هذا الاندماج نجد سلوك الأفراد يوجه بواسطة شبكاتهم اللفظية غير المرنة، أكثر من توجيهه بواسطة احتمالات حدوث التعزيز في بيئتهم ؛ ونتيجة لذلك يصبحون أقل قدرة على التصرف بأسلوب يتوافق مع ما توفره البيئة من أجل السلوك، والذي سوف يرعى قيم الأفراد وأهدافهم، وبذلك فإن الذي يمثل الإزعاج ليس الشكل form، ولا المحتوى Content، ولا المعرفة Cognition، ولكن السياقات التي تقود هذا المحتوى المعرفي بصورة غير مناسبة وزائدة عن الحدي التي تنظم الأفعال الإنسانية (Hayes et al. 2006, 5)

وهذه الخلفية السياقية للغة أشار إليها (Hayes et al., 1999) على أنها سياق الحرفية (التمسك بالمعنى الحرفي)، حيث يفترض أن الكلمات التي تتكون منها اللغة لا تمنح المزايا، أو المساوي بناء على المتحدث، أو المستمع ما لم تظهر ملامح هذا السياق، أن والد الطفل المريض والذي يتوقع أن يتصرف بصورة غير لائقة عندما يأخذه للتنزه ؛ يشعر بشعور القلق والارتباك كما لو كان يحدث الآن حقيقة، فإن سياق الواقعية والحرفية Literality سوف يقوده تقريباً بصورة مؤكدة إلى أن يؤمن بمحتوي الأفكار مثل: لن أكون قادراً على التوجيه إزاء الصراخ والعناد، سوف يعتقد كل فرد أنني لا أقدر على أدارته، وهذا سوف يكون صحيحاً. والمشاعر التي تترتب على هذه الكلمات منا يمكن أن يتم تخيلها (Kowalkowski, et al, 2010, 34).

٣- السياقات الوظيفية :

يري (10, 2006) Hayes et al. أن الذي يتضمن هذه التأثيرات الضارة تشمل (سياقات الحرفية الواقعية) التي تتمسك بالمعنى الحرفي للكلمة مثل (فكرة الحياة ميؤوس منها)، وإرجاع الفكرة إلى أسباب محددة خاصة بسلوك الفرد، خاصة عندما أشارت هذه العمليات إلى التركيز على التعامل المناسب للحالات الانفعالية كهدف أولي وضروري للحياة الناجحة ذلك بتعديل السياق الاجتماعي واللفظي للفرد.

٤- التجنب التجريبي :

الاندماج المعرفي يدعم التجنب التجريبي، وتمت الإشارة إلى أن عدم رغبة الفرد في البقاء متصلًا بخبراته النفسية الخاصة واجتهاده في الهروب منها بخبراته ويتضمن أي سلوك يوظف ليقفل، أو يزيل وجود الأفكار، أو المشاعر، أو الأحاسيس البدنية، أو الخبرات الأخرى المكدره لعدم مواجهتها والهروب منها، وتشتمل الأمثلة على ذلك في الإساءة المادية، والعقلانية المفرطة، والتأجيل والطقوس السواسية، أو القهرية، والإفراط في النوم، والإفراط في الأكل، والإفراط في العمل والسلوك الجنسي المفرط، والانشغال في الإساءة اللفظية النفسية، أو البدنية، والاستغراق في أحلام اليقظة، والنشاط المفرط، والحمية المفرطة، والانفصال والتجنب التجريبي ليس بالضرورة شيئاً سيئاً، لكنه يعد سلوكاً مشكلاً من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام عندما يتعارض مع تحقيق القيم والأهداف التي يحتفظ بها الفرد، أو عندما يتضمن السلوك الضار مثل (إدمان الخمر، واستخدام المخدرات، أو السلوكيات الأخرى عالية الخطر)، وبذلك فهو لم يسهم في حل المشكلة، أو إزالة مصادر الضغوط النفسية الأساسية التي سببت الضيق الانفعالي (Hayes et al., 2006, 6).

٥- القبول :

يعد مقابلاً للتجنب التجريبي ويتضمن خبرة الفرد بصورة إرادية للأفكار والانفعالات والذكريات والحالات البدنية غير المرغوب فيها.

وبذلك، فإن العلاج بالتقبل والالتزام والذي أكد على تقبل الأفكار والمشاعر السلبية بدلاً من محاولة تغيير محتوى هذه الأفكار والمشاعر، وقد يكون مفيداً بصورة خاصة عندما يوجه داخل سياق العلاجات القائمة على التعرض،

وبالإضافة إلى ذلك فإن المسترشدين الذين يعانون اضطرابات القلق ينشغلون بتجنب السلوك، وبالتالي يحترسون من أجل الانشغال في العلاجات القائمة على التعرض، والتي تستهدف التجنب، وتشجيعهم كي يخبروا بالخوف، وبذلك فإن ACT، "والذي يقوي الإرادة للانشغال في المواقف المخيفة، ويستهدف تجنب خبرة القلق بدلاً من تقليل القلق ذاته، قد يزيد القبول للانشغال في العلاج بالتعرض (Hayes, et al., 2006, 17).

٦- القيم:

يري (Hayes et al. (2006, 7) أن القيم تتخذ مقعداً خلفياً بالنسبة للأهداف الأكثر مباشرة حينما يكون الفرد على صواب ويظهر أنه جيداً ويدافع عن ذاته التصورية، وبذلك فإن الأفراد يفقدون الاتصال مع ما يريدونه في الحياة حينما يريدون الراحة من الألم النفسي.

تستخلص الباحثة من خلال عرض المبادئ التي يستند عليها العلاج بالتقبل والالتزام أن الاضطراب النفسي يرجع إلى:

- (أ) الإغراق في الخبرات الحياتية السلبية والانصياع لها، التقييم السلبي للذات، الميل للتجنب، الميل للتبرير غير المنطقي، عدم الالتزام بالقيم.
- (ب) كما يعد حاله من التناقض بين مشاعر الفرد وانفعالاته وكلامه وسلوكه وذاته الحقيقية كسياق للوعي، لعلاج الاضطراب يتم توجيه المريض إلى التعايش مع حالة الاضطراب أفضل من تجنب أعراضها أو كبتها، ثم البحث عن سلوكيات أخرى إيجابية تؤدي به إلى الراحة النفسية، حتى ولو لم تحقق هذه السلوكيات أي فائدة، فذلك أفضل من التجنب، أو الكبت طبقاً للقول "وقوع البلاء ولا انتظاره".

أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:

يحدد (Hayes, et al., (1999-2006; Hayes, (2008) أن أهداف ACT "تتركز في إثراء الإمكانيات الذاتية لدى الفرد والتي تمكنه من العيش حياة هادئة وذات معنى، وذلك من خلال:

- (١) مساعدة المسترشدين على توسيع نطاق ذخيرتهم من السلوكيات العلنية والخاصة (مثل التفكير والشعور)، حتى في وجود العواطف الصعبة والظروف المجهدة.
 - (٢) تخفيف المعاناة ومساعدة المسترشدين على الهروب من الثقب المظلم للكرهية الذاتية، القلق، والاكتئاب الذي غالبا ما يجدون أنفسهم فيه.
 - (٣) تشجيع المسترشدين على تغيير علاقاتهم بالعواطف والإدراك من خلال تنمية الوعي باللحظة الحالية.
 - (٤) استيضاح القيم التي يتمسك بها المسترشد، والأهداف التي يحاول تحقيقها بصورة شخصية.
 - (٥) زيادة وإثراء فعالية المسترشد في الجوانب (المعرفية، السلوكية، الانفعالية) في التحرك تجاه هذه القيم والأهداف.
- تحقيق مكونات الشفقة بالذات التي يصفها (Neff 2003b) بأنها "الرحمة الموجهة إلى الداخل".

أما الرخاوي (٢٠١٤) فيحدد أهداف العلاج بالتقبل والالتزام في الآتي:

- (١) مساعدة المسترشد على ممارسة المهارات والعمليات العقلية بشكل إيجابي، فهو يساعد المسترشد على التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تصاحب الموقف الضاغط، والبعد عن المخاوف والشكوك، وبناء العديد من العلاقات الاجتماعية الجيدة، وإيجاد أهداف قصيرة وطويلة الأمد لحياة المسترشد.
- (٢) مساعدة المسترشد على إدراك ذاته باعتباره سياق خاص بالخبرات والتجارب المستمرة التي تشمل كل الأشياء التي تحدث داخل ذات الإنسان بما في ذلك الانفعالات، الأفكار، الذكريات، المشاعر، والأحاسيس ويصبح الهدف تجنب الخبرات السلبية والتوجه قدما نحو المسارات الحياتية ذات المغزى.
- (٣) مساعدة المسترشد الذي يتبع طرقاً صارمة خاصة بالتفكير والسلوك تتصف بالجمود لكي يصبح أكثر مرونة من الناحية النفسية والسلوكية.

وتستخلص الباحثة أن العلاج بالتقبل والالتزام يركز على التنبؤ بقدرة الإنسان على:

- (١) تقبل أفكاره ومشاعره ودوافعه.
- (٢) إبطال تأثيرات التفكير والانفصال عنه مع ملاحظته الفرد لأفكاره دون الاعتقاد في صحتها، أو الاسترشاد بها في تحديد وجهة سلوكياته.
- (٣) التعايش مع الذات كسياق، بمعنى امتلاك شعور مستمر وثابت بالذات كملاحظ للخبرات النفسية الشخصية، وعزل الذات عن الخبرات السلبية وفقاً لمنطق "التخارج عن الذات" وتعليم المسترشدين إدراك الذات في تمايزها عن الخبرات الداخلية المؤلمة والغير مسؤول عنها.
- (٤) الانتباه للحظة الحاضرة مع الوعي بالذات.
- (٥) تحديد القيم الشخصية بوضوح واعتبارها مكوناً من مكونات الذات وتحديد الطرق المقبولة للسلوك.
- (٦) الاندماج في فعل سلوكي قائم على الالتزام الذاتي والمشاركة في أنشطة متسقة مع القيم الشخصية حتى عند مواجهته المواقف الضاغطة

العمليات الست الأساسية العلاج بالتقبل والالتزام:

١- القبول Acceptance:

يري (Hayes et al., 1999) أن القبول لا يتضمن الحاجة إلى تحمل الخبرة بل يعني بصورة بسيطة السماح للخبرة بأن توجد بصورة علنية دون محاولة لتخفيفها، أو تجنبها وبهذا الموقف يعد مرغوباً وضرورياً من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام للعديد من الأسباب وهي:

- (١) إن القبول يمد بالفهم المباشر لهذه الخبرات على أنها غير ضارة وغير محرمة وغير تقادمية.
- (٢) أن المسترشد الذي تعلم أن يخبر بصورة إرادية الانفعالات المتجنبة سابقاً في سياق تزال فيه المعارف حول هذه الانفعالات يكتشف أن هذه الانفعالات يمكن تحملها، ولا تقود، أو تمنع اتجاهه للفعل، فهدف القبول هو: تسهيل الاتصال بالقيم والأهداف الشخصية.

(٣) زيادة قدرة المسترشد كي يتغلب على العقبات التي تعوق تحقيق هذه القيم والأهداف، فمريض الألم يتم إمدادهم بالطرق التي تشجعهم على أن يتصرفوا بعيداً عن الكفاح مع الألم وهكذا القبول والإزالة والتقليل من التوتر والخطر (defusion) في العلاج ليس نهاية في حد ذاته لكن بالأحرى يتم القبول كطريقة لزيادة الفعل والتصرف القائم على القيم - Values based، كما يعني أن يحدد الفرد الأشياء الخارجة عن سيطرته والتي لا يستطيع تغييرها، ويتقبلها كما هي؛ لأن محاولات تغييرها، أو التخلص منها تبوء بالفشل وبالتالي يصاب بالإحباط (Hayes et al. 2006., 17)

٢- الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي Cognitive Defusion:

إن التفكير المعرفي يعني الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي تحاول هذه الفنية أن تغير وتبدل الوظائف غير المرغوب فيها للأفكار والأحداث الأخرى الخاصة، بدلاً من محاولة تغيير شكلها، أو تكرارها، أو تغيير حساسيتها الموقفة، وأن يغير الأسلوب الذي يتفاعل به الفرد مع الأفكار، على سبيل المثال: من الممكن أن ينظر إلى التفكير بصورة تخلو من العاطفة، يتكرر بتكرار الكلمة العديد من المرات بصوت مرتفع إلى أن يظل صوته فقط (صوت التفكير فقط)، أو يتم التعامل معه كملاحظة خارجي، أو أنها لا تعنيك حتى تفقد محتواها الانفعالي، ومن الممكن أن يشكر الفرد عقله من أجل هذا التفكير الممتع وهذه الإجراءات تحاول أن تقلل التمسك بالمعني الحرفي للتفكير، وتضعف الاتجاه للتعامل مع التفكير السلبي وتقوي الإرادة للانشغال في المواقف الضاغطة والمقلقة، ويستهدف تجنب خبرة القلق بدلاً من تقليل القلق ذاته، ونتيجة الإزالة هي عادة انخفاض في التعلق والارتباط بالأحداث الخاصة بدلاً من التغير المباشر الفوري في تكرارها كون الفرد موجوداً حاضراً.

٣- عيش الحاضر Being Present:

بمعنى الاتصال المستمر الإرادي بالأحداث النفسية، وبالأحداث في البيئة كما تحدث والهدف هو جعل المسترشدين يخبرون العالم بصورة أكثر مباشرة كي يكون سلوكهم أكثر مرونة، وبالتالي تكون أفعالهم مطابقة أكثر مع القيم التي يلتزمون بها، ويتم إنجاز ذلك من خلال إتاحة الاتصال مع ما يجعل الفرد يبذل ضبطاً أكثر للسلوك، ومن خلال استخدام اللغة كأداة لتدوين ووصف الأحداث، وليس ببساطة

من أجل التنبؤ بالأحداث والتحكم فيها. ويتم بصورة فعالة تشجيع الشعور بالذات والذي يطلق عليه "الذات كعملية Self as process" لذا على الفرد ألا يربط الأحداث السلبية بذاته وكأنها لا تحدث إلا له فقط، وإنما ينظر إلى الموقف نظرة إنسانية مشتركة للبشرية كلها.

٤- الذات كسياق self as context:

كنتيجة للنماذج الواضحة مثل: "أنا- أنت"، "الآن-آنذاك"، "هنا- هناك" فإن اللغة الإنسانية تؤدي إلى الشعور بالذات كمرکز، وتمد بجانب معنوي روحي غامض للألفاظ الطبيعية للإنسان. ويسعى ACT&RFT إلى تنمية هذه الفكرة لدى المسترشدين، وتظهر أهميتها في تنمية الوظائف اللغوية مثل: التعاطف، ونظرية العقل، والشعور بالذات.

فإذا كنت قلقاً، وتعتقد أنك لا تستطيع النجاح في شيء ما، آنذاك لا تستطيع، وتتجنب القيام به؛ وبذلك فإن هناك ميلاً قوياً للتصرف طبقاً للقواعد اللفظية، حتى عندما لا تبني هذه القواعد بصورة جيدة على احتمالات وقوع الأحداث الطارئة والقيام بذلك يخلق نوعاً من التنبؤ بتحقيق الذات، والذي يتضح أن إتباع القواعد يعمل لأن العواقب المتخيلة لعدم إتباع هذه القواعد لا تظهر نفسها، فالفرد من الممكن أن يكون على وعي بالخبرات المتدفقة لديه دون التعلق بهذه الأفكار، وبالتالي يتم تقوية الإزالة والقبول. ويتم تقوية الذات كسياق عن طريق الاهتمام بالأنشطة، والاستعارات والأمثلة والعمليات التجريبية.

٥- القيم Values:

القيم هي أنواع مختارة من التصرفات الهادفة، والتي لا يمكن الحصول عليها كشيء مادي، ولكن من الممكن أن تكون مطلوبة لحظة ما، يبني الفرد اختياراته على قيمه هو وليس قيم الآخرين وذلك حتى يلتزم بتحقيقها. وتستخدم العديد من الأنشطة لمساعدة المسترشد على أن يختار اتجاهات الحياة في العديد من المجالات مثل (الأسرة والمهنة والجانب الروحي)، بينما يضعف العمليات اللفظية التي تؤدي إلى الاختيارات المبنية على التجنب، والإذعان الاجتماعي، أو الاندماج مثل (يجب أن أقدر فلان حق التقدير)، "أو" إن الشخص الجيد سوف يقدر فلان حق التقدير، "أو" أريدني أن أقدر فلان حق التقدير. وفي العلاج بالقبول

والالتزام، فإن القبول والإزالة وكون الفرد حاضراً وموجوداً، وغيرها ليست نهايات في حد ذاتها، بل بالأحرى توضح من أجل حياة أكثر قيمة وثباتاً وحيوية (Hayes et al., 2006, 7).

٦- التصرف الاهتمامي الالتزامي Committed Action:

إن العلاج بالقبول والالتزام يشجع على نمو نماذج أكبر من التصرف الفعال المرتبط بالقيم المختارة. وفيما يتعلق بهذا الشأن؛ فإن العلاج بالقبول والالتزام يشبه كثيراً العلاج السلوكي التقليدي، وتقريباً فإن أي طريقة لتغيير السلوك الواضح بصورة سلوكية من الممكن أن يكون مناسباً داخل بروتوكول العلاج بالقبول والالتزام، والذي يتضمن التعرض، واكتساب المهارات، ووضع الأهداف، وطرق التشكيل والتكييف. وعلي عكس القيم فإن الأهداف الثابتة والموافقة للقيم من الممكن أن تتحقق، والواجب المنزلي المرتبط بأهداف تغيير السلوك القصيرة والمتوسطة وطويلة الأمد، والتي تعد مناسبة وضرورية بصورة متعاقبة للتحديد والعمل من خلال العقبات والموانع النفسية، والتي تحضر خلال العمليات الأخرى العلاج بالقبول والالتزام.

ويحرص المعالجون في هذا النموذج على مساعدة الناس كي يغيروا علاقتهم بأفكارهم، بفهم يشجعون الناس كي يدركوا أن لديهم أفكاراً، ولكنهم لا يجب أن يشعروا أنهم يقعون تحت سيطرة هذه الأفكار.

وأشار Hayes, et al., (2012,69-75) إلى محددات التمتع بالصحة النفسية والرفاهية النفسية طبقاً لنموذج العلاج بالقبول والالتزام تتمثل في تقبل الأفكار والأحاسيس التلقائية، التحرر من الاندماج المعرفي (التفريغ المعرفي)، اليقظة الذهنية (الذات كعملية)، الذات كسياق لا كمحتوي، الوضع القيمي، السلوك الملتزم الذي يستهدف التغيير الإيجابي.

أوضح Larmar et al., (2014, 216) الخطوات التي يقوم بها من يمارس العلاج بالقبول والالتزام، تطلب الممارسة المهنية العلاج بالقبول والالتزام ممارسة المعالج لأنشطة (خطوات) تساعد على تحليل الموقف لمشكلة المسترشد تتمثل فيما يلي:

- (١) تحليل النطاق وطبيعة مشكلة المسترشد (مستوى منخفض من الشفقة بالذات ومستوى مرتفع من الضغوط الحياتية).
- (٢) تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافع للتغير لدى المسترشد.
- (٣) تحليل العوامل التي تنتقص من مشكلة المسترشد.
- (٤) تقييم العوامل التي تزيد من مشكلة المسترشد.
- (٥) التواصل إلى هدف علاجي وتحديد التدخل المهني.

وقد اتضحت فعالية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) في تحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، تحسين الأداء النفسي الاجتماعي (محمد ٢٠١٠)؛ استخدام مهارات اليقظة العقلية والمرونة النفسية لدى المراهقين (Beilby, et al., 2012)؛ تعزيز الصحة النفسية لدى طلاب الجامعات المغتربين، ويعانون من ضغوط نفسية كبيرة (Muto, et al., 2012)؛ تحقيق جودة حياة أفضل للأسرة، والتخلص من القلق والاكتئاب، وتقبل الطفل ذي اضطراب التوحد (Poddar, et al., 2015)؛ تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (الفقي ٢٠١٦)؛ تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد (جلودي، مواسي، سعد، ٢٠١٧)؛ تحسن السلوك القيمي لأولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية النمائية (Abdul Kalam, 2017)، واتضح ذلك على النحو التالي:

هدفت دراسة محمد (٢٠١٠) إلى بناء برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠) فرداً مما بلغت أعمارهم (٣٥) سنة، وقد طبق مقياس مشاعر التماسك بأبعاده (مشاعر المرونة، مشاعر التماسك، مشاعر المعنى) وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة.

كما هدفت دراسة Beilby, et al., (2012) إلى تقييم فعالية برنامج التدخل بالقبول والالتزام لعلاج المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) فرداً من المراهقين، وتألف البرنامج من ٢٠ جلسة علاجية أجريت أسبوعياً لمدة ثمانية أسابيع متتالية. وهو برنامج متكامل يهدف إلى تحسين ما يلي: (أ) الأداء النفسي

الاجتماعي؛ (ب) الاستعداد للعلاج والتغيير؛ (ج) استخدام مهارات اليقظة العقلية والمرونة النفسية؛ وقد أشارت النتائج بفاعلية القبول والالتزام ك تدخل فعال في تحسين الأداء النفسي والاجتماعي، والاستعداد للتغيير والعلاج، واستخدام مهارات اليقظة العقلية، والطلاقة العامة. وأظهرت نتائج المتابعة بعد ثلاثة أشهر من العلاج أن المكاسب العلاجية استمرت بنجاح مع مرور الوقت. هذه النتائج تقدم منظورا جديداً للقبول والالتزام، كما أشارت النتائج إلى تحديد التحسينات التي شهدها المشاركون في الأداء النفسي والاجتماعي.

وأظهرت نتائج دراسة Muto, et al., (2012) فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعزيز الصحة النفسية لدى طلاب الجامعات اليابانية الذين يعيشون في الخارج، ويعانون من ضغوط نفسية كبيرة، واتضح ذلك من خلال المقارنة بين مستويات المشاركين قبل وبعد البرنامج، بالإضافة إلى مقارنة المشاركين وغير المشاركين في الاكتئاب والتوتر الشديد، والقلق الشديد والصحة النفسية، وذلك على عينة من (٧٠) مشاركا ممن يحتاجون إلى المساعدة الذاتية للتمتع بالصحة النفسية.

وهدفت دراسة Poddar, et al., (2015) إلى التحقق من فعالية العلاج بالقبول والالتزام لوالدي الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٥) أمهات لأطفال تم تشخيصهم بذوي اضطراب التوحد، وتم تطبيق عدة مقاييس على الأمهات عينة الدراسة منها مقياس القلق، قائمة بيك للاكتئاب، مقياس جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحقيق جودة حياة أفضل، والتخلص من القلق والاكتئاب، وقبول الطفل من جانب الأسرة.

هدفت دراسة الفقي (٢٠١٦) إلى التعرف على فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج، واشتملت العينة على (١٠) أمهات خضعن لتطبيق البرنامج، وكانت أعمارهن من (٢٥ - ٤٠) سنة بمتوسط (١,٣٢) سنة وانحراف معياري (٢,٣)، ويتم التطبيق بإحدى مراكز رعاية ذوي الإعاقة ببناها، واعدت الباحثة أدوات الدراسة (مقياس المرونة النفسية لأمهات أطفال ذوي اضطراب

التوحد، وبرنامج العلاج بالتقبل والالتزام)، وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج المستخدم في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، واستمرار فعالية البرنامج.

وأثبتت دراسة جلودي وآخرون (٢٠١٧) أن العلاج بالتقبل والالتزام يفيد في تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد، بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس الوعي بالذات، البرنامج العلاجي (من إعداد الباحثة) على عينة مكونة من (٣٠) فرداً.

درس Abdul Kalam, (2017) أثر العلاج بالتقبل والالتزام حول السلوك القيمي لأولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية النمائية، الذين يواجهون تحديات هائلة بسبب العجز التنموي لأبنائهم، وتكونت العينة من (٥) آباء لأطفال مصابين باضطراب النمو العصبي، واستخدمت البحث الحالي (٩) جلسات من العلاج بالتقبل والالتزام الموزعة على مدى (٦) أسابيع. وقد تم تقدير السلوك القيمي والمرونة النفسية لأفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين السلوك القيمي لدى أفراد العينة.

ثانياً الشفقة بالذات: Self- Compassion

يرجع الاهتمام بمفهوم الشفقة بالذات إلى عالمة الأمريكية كريستين نيف (Neef, 2003a)، فقد اعتبرتها بعداً أساسياً من أبعاد البناء النفسي للفرد، وأحد المتغيرات المهمة لمقاومة الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد.

يعرف كل من Neef & McGehe, (2010) الشفقة بالذات بأنها: ” قدرة الفرد على تحويل مشاعره من المعاناة إلى الشعور بالدفء والاتصال “.

كما أنها تنطوي على حساسية الفرد لتجربة المعاناة، إلى جانب الرغبة العميقة للتخفيف من تلك المعاناة عند النظر إلى أوجه القصور الشخصية، والأخطاء، والفشل، وكذلك عند مواجهة حالات الحياة المؤلمة التي تقع خارج سيطرتنا.

وتنظر Jones, (2018) إلى الشفقة بالذات بأنها: ”تعني تقديم الدعم لأنفسنا بأنفسنا ولا ننتظره من أحد، كما أنها أداة قوية لإدارة الإجهاد والضغط اليومية وتحقيق العافية النفسية للفرد بسبب سهولة تطبيقها باستمرار قبل أن تظهر الضغوط وتتراكم، مثل الفرد الذي يأكل وجبات صغيرة ومتكررة على مدار اليوم يكون أكثر فعالية ونشاط من الفرد الذي يتناول اثنين، أو ثلاثة وجبات كبيرة فيشعر بالخمول والتراخي“.

تتكون الشفقة بالذات كما أشارت (Neff, 2003-2016) من ثلاثة عناصر رئيسية هي: اللطف بالذات، والشعور بالإنسانية المشتركة، واليقظة الذهنية.

- (١) اللطف بالذات مقابل الحكم الذاتي: يعني ببساطة مواجهة إحباط المرء بعواطف دافئة بدلاً من الانتقاد. إذا كان الشخص يعتقد أن معاناة الحياة يمكن تجنبها، فهو أقل عرضة لقبولها عند حدوثها، ويشعر بدوره بالتوتر والإرهاق العاطفي.
- (٢) أشار هذا البعد إلى الميل لتكون الذات داعمة ومتعاطفة نحو أنفسنا عند ملاحظة أوجه القصور في الشخصية بدلاً من أن ننتقدها بشدة.
- (٣) إنه يستنفذ أخطاءنا وأوجه قصورنا في التسامح والتفاهم، والاعتراف بأن الكمال (لله وحده) غير قابل للتحقيق.
- (٤) يتم التعبير عنه في الحوارات الداخلية التي تعد خيراً ومشجعة أكثر منها قاسية، أو مهينة.
- (٥) بدلاً من أن نصف أنفسنا لكوننا غير مناسبين، فإننا نقدم لأنفسنا الدفء والقبول غير المشروط.
- (٦) بدلاً من طلب الحصول على وضع مؤكد في حل المشكلات، أو تجاهل المعاناة الخاصة بنا، نتوقف لراحة أنفسنا عاطفياً عند مواجهة المواقف المؤلمة. مع اللطف بالنفس.
- (٧) نحن نصنع السلام من الدفء والوداعة والتعاطف من أنفسنا لأنفسنا بحيث يمكن أن يحدث الشفاء الحقيقي.
- (٨) الإنسانية المشتركة مقابل العزلة: تعني أن الشخص يدرك أننا جميعاً نعاني في الحياة ألم لا ينتمي إلى شخص واحد، وبدلاً من ذلك ننظر لهذا الألم بأنه جزء من الطبيعة البشرية التي تربط بيننا جميعاً.

فجميع البشر واجهوا صعوبات في التقدم؛ كل واحد فشل، يخطئ، ويشارك في سلوك مختل. كلنا يصل إلى أشياء لا يمكننا أن نحصل عليها ويجب أن نظل في وجود تجارب صعبة نرغب بشدة في تجنبها، كلنا نعاني. في كثير من الأحيان، نشعر بالعزلة والانقطاع عن الآخرين عند النظر في صراعاتنا وأوجه قصورنا الشخصية، ونتصرف بطريقة غير عقلانية كما لو كان الفشل والألم انحرافات. هذه ليست عملية منطقية، ولكنها نوع من الرؤية النقدية التي نفقد فيها الصورة البشرية الأكبر ونركز في المقام الأول على أنفسنا الضعفاء الذين لا قيمة لهم. وبالمثل، عندما تسوء الأمور في حياتنا الخارجية من دون أي خطأ من جانبنا، فإننا نفترض في كثير من الأحيان أن الأشخاص الآخرين لديهم خطأ أفضل منا، وأن وضعنا الخاص هو أمر غير طبيعي، أو غير عادل. نشعر أننا معزولون ومفصولين عن أشخاص آخرين يفترض أنهم يعيشون حياة "طبيعية" سعيدة.

اليقظة الذهنية مقابل الإفراط في التوحد: يعني حالة من الوعي المتوازن بالخبرات في اللحظة الحاضرة، وإدراك الأفكار والانفعالات المؤلمة بشكل متوازن بدلاً من الإفراط في التوحد معها.

وأكد (Neff, 2003) إن تجاهل المشاعر السلبية ضار مثلما يحدث عند تأجيلها. يجب على الشخص أن يجد توازناً بين الاثنين ليكون مدركاً جيداً للعواطف كما هي.

واليقظة الذهنية لها فوائد عديدة في التعامل مع الإجهاد، والألم، والمرض، وتظهر تغيرات في كل من بنية الدماغ ووظائفه. ومن ثم، فإن اليقظة الذهنية تتناغم مع خبرات المرء ومشاعره اللاحقة. وتساعد المرء على ربط العقل بالتجارب والتعاطف مع الذات، تحقيق السلام الداخلي للفرد، تحقيق اتصال أعمق مع الذات والآخرين، الاستمتاع بما يأتينا من حواسنا، هذه الجوانب تساعد الفرد على التغير إلى الأفضل.

أكدت نتائج دراسة (Neff, 2016) أن هناك علاقة متبادلة بين اليقظة الذهنية والشفقة بالذات، حيث يسهلان بعضهما البعض، ويساعدان في بناء الرفاهية الإيجابية، واكتشفت مدى فائدتها في جودة حياة المرضى.

وذكر (2016) Neff, أن هناك مراحل من الشفقة بالذات تتمثل في:

- (١) يجب على الفرد أن يدرك أن الشخص الآخر يعاني. إذا كان الشخص غير قادر على الاعتراف بمشكلات الشخص المختفي، فلن يتمكن من تقديم التعاطف تجاهه، أو حوله.
- (٢) يجب أن يتحرك الفرد عاطفياً بسبب معاناة الآخر. التعاطف هو وسيلة لإظهار شخص آخر يفهم المرء ما هو عليه، ويريد أن يفعل شيئاً لتغيير الوضع بالنسبة لهذا الشخص.
- (٣) يجب على الفرد أن يرى انتكاسة الآخر بمثابة فرصة للتعاطف مع الذي يعاني من الألم، مع مراعاة الحكم على الظرف.

إن مجموعة المقالات البحثية عن الشفقة بالذات - التي نمت بشكل كبير خلال العقد الماضي - تدعم الفوائد ومع ذلك، فقد بدأت البحوث الحديثة في فحص التدخلات التجريبية للتعاطف الذاتي (على سبيل المثال، فإن الشفقة بالذات تزيد من التوازن العاطفي، ترتبط بشكل جيد مرتب بالذوق الرفيع والرعاية لأنه يعمل على تعطيل نظام التهديد (يرتبط بالنقد الذاتي والتعلق غير الآمن، والدفاع) وينشط نظام تهدئة الذات (المرتبطة بالملح الآمن، والسلامة). من خلال زيادة الشعور بالسلامة والترابط والحد من مشاعر التهديد والعزلة (Adams & Leary, 2007)، والشفقة الذاتية بمثابة عامل وقائي ضد الاكتئاب والقلق والتوتر (Karakasidou & Stalikis, 2017) تزيد من المواقف المتفائلة ورضا الحياة (Hollis, et al., 2011)، تخلق دافعاً أعلى وثقة بالنفس (Neff, et al., 2005)، وتقلل من الإجهاد عند الاهتمام بالآخرين (Bazzano, et al. 2015).

قد تكون هناك عمليات فسيولوجية تقوم على الارتباط السلبي بين الشفقة بالذات والقلق والاكتئاب، وجد (Rockcliff, et al., 2008) أن تمريناً مصمماً لزيادة مشاعر الشفقة بالذات مرتبط بمستويات منخفضة من هورمون الإجهاد (الكورتيزون). كما زاد أيضاً من معدل راحة القلب، والذي ينشط الجهاز العصبي السمبثاوي ويرتبط بقدرة أكبر على تنظيم العواطف حتى فهي تستجيب للمطالب الظرفية. إن إحدى الطرق السهلة لمساعدة المسترشدين على تهدئة أنفسهم عندما يشعرون بضيق عاطفي هي تشجيعهم على إعطاء أنفسهم عنق لطيف، أو مداعبة،

أو ببساطة وضع يدهم على قلوبهم ويشعرون بدفعه. المهم هو تقديم إيماء واضحة تعبر عن مشاعر الحب والرعاية والرفقة. إذا كان هناك أشخاص آخرون حولهم، فمن الممكن طي أذرعهم بطريقة غير واضحة، مع الضغط برفق بطريقة مريحة.

قد يكون من الممكن رفع مستويات الناس من الشفقة بالذات، نظراً إلى أنها تتطلب منهم فقط الاعتراف وقبول قيودهم البشرية مع اللطف بدلاً من تغيير تقييمااتهم الذاتية من السلبية إلى الإيجابية.

ولأن الأشخاص المتحمسين للذات يلبون الكثير من احتياجاتهم الخاصة للرعاية والدعم، فإن لديهم المزيد من الموارد العاطفية المتاحة لإعطاء شركاء العلاقة العاطفة. لأنهم يقبلون ويصادقون على أنفسهم، فهم لا يحتاجون إلى الحصول على موافقة من الآخرين للحفاظ على الشعور بقيمة الذات. هذا أشار إلى أن مهارات التدريس في التعاطف الذاتي عند العمل مع الأزواج الذين يواجهون صعوبات في العلاقة ستكون وسيلة فعالة لكسر أنماط الحاجة العاطفية، سيكون أيضاً وسيلة لتعزيز الحميمية والدعم المتبادل بين الأزواج. وهناك سؤال مثير للاهتمام يتعلق بما إذا كان الأشخاص المتعاطفين مع النفس أكثر تعاطفاً مع الآخرين.

هذا وأشار (Worthington, et al., 2005) إلى أن الشفقة بالذات تكون مهارة مهمة لمقدمي الرعاية والمهنيين الصحيين، الذين غالباً ما يتعرضون للإرهاق من الإفراط في التعرض لصدمة الآخرين.

بالإضافة إلى ذلك، ترتبط الشفقة بالذات بشكل كبير بالتسامح، وهذا يتطلب فهم الشبكة الواسعة من الأسباب والظروف التي تدفع الناس إلى التصرف كما يفعلون. لذلك يبدو أن القدرة على التسامح وقبول تجاوزات الآخرين ترتبط بمستوي الشفقة بالذات والآخرين، وتهدف إلى الاعتراف بأن جميع الكائنات تعاني وتريد التخلص من المعاناة (Hofmann, et al., 2011).

وفي دراسة أجريت على المراهقين والشباب البالغين، وجد (Neff & McGehee, 2010) أن دعم الأمهات يرتبط بتعاطف ذاتي أكبر بكثير، في حين أن النقد الأمومي كان مرتبطاً بقدر أقل من الشفقة بالذات بشكل عام. كان الأفراد من العائلات المتناغمة والمتماسكة أكثر شفقة بأنفسهم، في حين أن الأفراد

الذين يعيشون في بيئة مليئة بالتوتر، كانوا أقل تعاطفًا مع الذات. وبالمثل وجدت دراسة (Vetese, et al., 2011) أن الشباب الذين تلقوا سوء المعاملة كأطفال ظهرت لديهم صعوبات في تنظيم العاطفة في وقت لاحق، ونقص في الشفقة الذاتية لديهم، الاعتماد على المخدرات والكحول.

وعرضت العديد من الدراسات قيمة الشفقة بالذات لأنها تتعلق بجودة الحياة عبر الحياة وظروفها المختلفة. فقد تم استعراض عينة من الدراسات التي توضح ذلك فيما لا يخرج عن نطاق البحث الحالي تشمل النماذج التي تمت دراستها دور الشفقة بالذات في التخفيف من العوامل السلبية المرتبطة بالضغط والبيات التكيف والهوية الذاتية وصورة الجسم (Prezezdzieck, et al., 2013).

فقد اهتمت دراسة (Magnus et al. 2010) بدور الشفقة بالذات في مساعدة الأفراد على تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لذوي الإعاقات الجسدية منها سرطان الثدي لما لهم من آثار مدمرة عاطفياً وجسدياً على المريض وعلى المحيطين به. كما أن العديد من المرضى، يبحثون عن دعم المتخصصين لأحداث ما بعد الصدمة، أو عندما يجب على المرء أن يكافح من أجل قبول ضغوط اعتيادية في الحياة، وهذا يتطلب وجود دافع حقيقي داخلي لرعاية النفس لديه.

افترض أن النساء اللواتي لديهن مستوى مرتفع من الشفقة بالذات سوف يرغبن على الأرجح في تعزيز الرفاهة في الاعتناء بأنفسهن بالرغم من التأثيرات الخارجية، كما تعمل الشفقة بالذات كحاجز ضد الآراء السلبية، أو الشعور بالغضب من النفس يمكن أن يتحول إلى فرصة للتعاطف مع الذات.

ودرس (Pauley & McPherson 2010) دور الشفقة بالذات مع الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، أو القلق، حيث ركزت الدراسة على فهم معاني وخبرات المشاركين نحو الشفقة بالذات تجاه وضعهم الحالي. وتم اختيار عشرة مشاركين على أساس دليل تشخيصي وإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة. وأكمل المشاركون مقابلة شبه منظمة مع أسئلة مبنية على بحث الشفقة بالذات. استمرت المقابلات لمدة ساعة وتوصلت النتائج إلى أن المشاركين يعتقدون أن الشعور بالشفقة تجاه ذاتهم كان له معنى فيما يتعلق بتجاربهم ومفيد في المساندة في اكتئابهم، أو

قلقهم. ومع ذلك، فقد أكد المشاركون على أنهم يشعرون بأنهم يتسمون بوجودان الذات، وأنهم قد يكون صعباً إما لأن المفهوم نفسه كان يشكل تحدياً لسنهم، أو أن تجربتهم في الاضطراب النفسي قد أثرت سلباً على قدرتهم على أن يكونوا عطوفين تجاه ذاتهم ويمكن استخدام الشفقة بالذات في تطوير التدخلات السريرية المستقبلية.

ودرس (Neff & Germer, 2013) آثار الشفقة بالذات. لاختبار ما إذا كانت اليقظة الذهنية يمكن أن تزيد من تعاطف المشاركين ورفاهيتهم، فقد قاموا بإجراء دراسة تجريبية على مدار ثمانية أسابيع، تعرض (٢١) مشاركاً من خلال برنامج Mindful Self-Compassion. (MSC) هو برنامج تدريبي مكثف يعلم الناس الحياة في الوقت الحاضر، وكيفية ممارسة التعاطف مع الذات. طبق مقياس الشفقة بالذات (نيف، ٢٠٠٣) قبل وبعد برنامج التدريب. وأشارت النتائج عن زيادة كبيرة في مستوى المشاركين من التعاطف الذاتي بنسبة ٤٣٪، وكانوا يتمتعون برضا أعلى من الحياة بعد عام من العلاج، فخلال الجلسات، قام الدماغ بتحول كبير. وبمجرد بدء العلاج، فإن نوبات الغضب مثل: إدراك كل شخص يعاني، يمكن أن يهدئ أنفاسه، وقد تخفض قوة خلق عبارات إيجابية في ذهنه من إجهاده. بدأ في التواصل مع أفراد العائلة أكثر، وتوقف عن النظرة الكمالية مع كل التفاصيل التي يتعرض إليها. وبعد عام من انتهاء التدريب، قال إنه لم يعد بحاجة إلى دواء مضاد للاكتئاب، أو مضادات القلق، وتوقف عن القلق كل يوم بشأن المستقبل، وبدأ في النوم بشكل أفضل، وتمتع بالعمل مع المسترشدين في وظيفته لأول مرة.، فإن مساهمة Mindful Self-Compassion Training في تدريس self compassion يمكن أن تساعد في تخفيف المشاعر السلبية التي يختبرها المرضى خارج غرفة العلاج.

ودراسة (Aydan & Aydin 2014) استهدفت التحقق من أنماط الشفقة بالذات، والدعابة، ومستويات الالكسيثيا لدى الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال مصابون بالتوحد. تتكون عينة الدراسة من آباء الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بالتوحد والذين كانوا يحضرون أيضاً مراكز التعليم الخاص في إسطنبول. وتم استخدام مقياس الشفقة بالذات، مقياس أنماط الفكاهة وموازين تورنيتو للالكسيثيا، وتم إجراء تحليلات هرمية لتقيس العلاقة السببية بين المقاييس. أوضحت النتائج أن الإفراط في تحديد الهوية (ضعف الالكسيثيا)

والشفقة والتفاعل الفكاهي العدواني في مقياس أنماط الفكاهة هما من العوامل الإيجابية للتنبؤ بالتفكير الموجه ذاتيا، وجود علاقة سالبة بين الشفقة بالذات و الدرجات الإجمالية لمقياس تورونتو اليكسثيميا، صعوبة تحديد المشاعر المشتركة وصعوبة ووصف المشاعر.

ودراسة (Neff & Faco, 2015) استهدفت التعرف على علاقة الشفقة بالذات والرفاهية النفسية لدى عينة من (٥١) من آباء الأطفال المصابين بالتوحد. وذلك من خلال التقرير الذاتي. والتعرف على دور الشفقة بالذات في الشعور بالرضا عن النفس في الأوقات الصعبة، والاعتراف بالطبيعة المشتركة للمعاناة الإنسانية، والوعي الدقيق للأفكار والعواطف السلبية. وأشارت النتائج إلى أن الشفقة بالذات والتعاطف الذاتي مرتبطان ارتباطاً إيجابياً بالرضا عن الحياة، والأمل، وإعادة ربط الأهداف، ويرتبط بشكل سلبي بالانكسار والإجهاد الوالدي. كما أشارت النتائج إلى أن الشفقة بالذات قد تلعب دوراً مهماً في رفاه آباء الأطفال المصابين بالتوحد.

وأجرت (Sirois, et al., 2015) دراسة لمعرفة ما إذا كان المرضى الذين يمارسون الشفقة بالذات والذين تم تشخيص إصابتهم بمرض مزمن أكثر عرضة لاستخدام استراتيجيات التكيف، أقل احتمالا لاستخدام استراتيجيات التأقلم السيئة، وانخفاض مستويات الإدراك تجاه المرضى الذين لم يستخدموا الشفقة بالذات. وأظهرت نتائج الدراسة أن المرضى الذين لم يمارسوا الشفقة بالذات قد انخرطوا بشكل أكبر في عمليات سوء التكيف، وكان لديهم معدلات أعلى من الإجهاد المتصور مقارنة بالمرضى الذين استخدموا بشكل فعال الشفقة بالذات وظهر ذلك بشكل فعال على صحة المريض. إلا أن القليل من البحوث توضح بشكل فعال كيف يمكن أن تغير الدافع لدى المريض للتمتع بصحة أفضل في المستقبل. قد يستطيع الأطباء الممارسين لتدريبات الشفقة بالذات أن يدمجوه في رغبة المريض للتمتع بصحة نفسية وعضوية جيدة.

ودرس (Stuntzner, & Hartley, 2015) كيف يمكن أن تزيد الشفقة بالذات من احتمال قيام الأشخاص ذوي الإعاقة بالدفاع عن أنفسهم؟، مع منع هؤلاء الأفراد أيضاً من استخدام الشفقة على الذات بدلاً من الشفقة بالذات. من المؤسف أن يعزل الشخص المعاق ذاته عن الآخرين بسبب عدم قدرته على الدفاع عن

نفسه أمام الأقران غير المألوفين، بدلاً من ذلك، يأخذ هذه التجارب كخبرة بشرية مشتركة تربط الناس ببعضهم البعض. ويسمح للشفقة بالذات للاعتراف بأن أحداث الحياة تكون أحياناً خارج أيديهم، يريحون أنفسهم بشكل اختياري، ولا فقد يجتذبون أفكاراً سلبية، ويشعرون بقدر أقل من التسامح مع قيودهم، ويحكمون على وضعهم بطريقة سلبية. واستخلص الباحثان أن ”الشفقة بالذات يمكن أن تمكن الأشخاص من التغلب على أنفسهم، مع تعزيز الرسالة التي تفيد بأن ذوي الإعاقة لا يحتاجون إلى التهميش وليسوا ضحايا للبيئة“.

ودراسة (Duran & Barlas, 2016) استهدفت الدراسة إلى تقييم آثار التثقيف النفسي على الرفاهية الذاتية والشفقة بالذات مع آباء الأولاد ذوي الإعاقات العقلية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) من آباء ذوي الإعاقة العقلية (٣٣ مجموعة تجريبية- ٣٣ ضابطة) جميعهم من الأولاد ذوي الإعاقات العقلية الذين يحضرون إلى مركز التعليم الخاص وإعادة التأهيل والمدرسة الخاصة للتعليم الفني ومراكز التدريب المهني، واستخدمت الدراسة مقاييس الرفاهية الذاتية والشفقة بالذات وأشارت النتائج إلى زيادة ملحوظة في مستويات الرفاهية النفسية للوالدين ومستوى الشفقة بالذات لدى الآباء بعد ثماني جلسات من التثقيف النفسي عند مستوى دلالة (٠.٠٥). وأوصت الدراسة بضرورة التدخل النفسي لتحسين أوضاع هؤلاء الآباء النفسية.

تنمية الشفقة بالذات من خلال العلاج بالتقبل والالتزام :

اقترح (Hayes, 2006, 8) أن الشفقة بالذات قد تكون القيمة الوحيدة المتأصلة في نموذج العلاج بالتقبل والالتزام لتحقيق الرفاهية النفسية، وأمكن تحقيق أبعاد ومكونات الشفقة بالذات من خلال العمليات الأساسية الست التي تم وصفها في نموذج العلاج بالتقبل والالتزام للعلاج النفسي، والتي تعرف أحياناً بعمليات ”هيكسافلكس“ (Hexaflex).

كما أكد (Dahl, et al., 2009) أن العمليات السداسية للعلاج بالتقبل والالتزام تعمل معاً بطريقة تفاعلية من أجل تحقيق الشفقة بالذات وذلك عن طريق:

- (١) إدخالنا في الاتصال التجريبي المباشر مع تجارب اللحظة الحالية لدينا.
- (٢) تعطل تجربة الحرفية للأحداث العقلية التي تضيق نطاق السلوكيات المتاحة لدينا.
- (٣) تعزيز القبول التجريبي.
- (٤) تساعدنا على التخلي عن التحديد المفرد مع «الذاتية».
- (٥) مساعدتنا في عملية تأليف القيم.
- (٦) تسهيل التزامنا بتوجيهات قيمة في حياتنا.

يري (Hayes, 1984) من خلال منظور العلاج بالتحليل والالتزام، تصبح نظرتنا واسعة وشاملة، مع إدراك أن تحديات الحياة والفشل الشخصي هي ببساطة جزء من تكوين الإنسان.

الشفقة بالذات يساعدنا على الشعور بأننا أكثر ارتباطاً وأقل عزلة عندما نكون في حالة ألم، أكثر من ذلك، فهي تساعد على وضعنا الخاص في السياق. ربما لا يبدو الوضع الذي بدا وكأنه نهاية العالم في البداية، إن طرد الفرد من وظيفة (يعد حدثاً رهيباً، على سبيل المثال، وعند التفكير في أن الآخرين يفقدون منازلهم، أو أحبائهم. عندما نتذكر الطبيعة المشتركة للمعاناة، فهذا لا يجعلنا نشعر بالعزلة فقط، بل يذكرنا أيضاً بأن الأمور يمكن أن تكون أسوأ عند الآخرين.

إن الاعتراف بالإنسانية المشتركة أيضاً يعيد تفسير ما يعنيه أن تكون ذاتك. عندما ندين أنفسنا لعدم ملاءمتنا، فإننا نفترض أن هناك في الواقع كيان منفصل بوضوح يسمى «أنا» يمكن تحديده وإلقاء اللوم عليه بسبب الفشل.

ولكن هل هذا صحيح حقاً؟ نحن دائماً موجودون في سياق لحظة حالية، ونطاق سلوكياتنا مستوحاة من تاريخنا الفردي لنفترض أنك تنتقد نفسك بسبب غضبك. ما هي الأسباب والظروف التي أدت إلى غضبك؟ ربما عوامل قبل الميلاد تلعب دوراً. لكن هل اخترت جيناتك قبل دخول هذا العالم؟، أو ربما ترعرعت في بيئة مملوءة بالصراعات، كان الصراخ والغضب السبيل الوحيد للحصول على صوت مسموع. لكن هل اخترت أن تكون عائلتك بهذه الطريقة؟ إذا فحصنا بدقة حالات الإخفاق «الشخصية» الخاصة بنا، فسوف يتضح قريباً أنها ليست شخصية تماماً.

نحن تعبیر عن الملايين من الظروف السابقة التي اتحدت جميعاً لتشكيلنا في اللحظة الحالية. خلفيتنا الاقتصادية والاجتماعية، ورابطاتنا وعلاقاتنا السابقة، وتاريخ عائلتنا، وعلم الوراثة لدينا - كان لديهم جميعاً دور عميق في خلق الشخص الذي نحن عليه اليوم. وبالتالي يمكننا الحصول على قبول وفهم أكبر لسبب عدم كوننا الأشخاص المثاليين الذين نريد أن نكون.

يشمل اليقظة إدراك تجربة اللحظة الحالية بطريقة واضحة ومتوازنة (Brown & Ryan, 2003) القبول العقلاني لواقع اللحظة الحالية، مما يسمح لأي أفكار وعواطف وحساسية في الوعي بدون حكم، أو تجنب، أو قمع.

وأكد Bishop et al., (2004) أن اليقظة العقلية تعد عنصراً أساسياً في الشفقة بالذات، كما أنها (عنصر مشترك بين الشفقة بالذات، ACT) بسبب:

- (١) من الضروري أن تدرك أنك تعاني من أجل منح نفسك الشفقة بالذات.
- (٢) في حين قد يبدو أن المعاناة واضحة، فإن الكثير من الناس لا يعترفون بمدى الألم الذي يعانون منه، خاصة عندما ينبع الألم من نقدهم الذاتي الداخلي. ×، أو عندما يواجهون تحديات الحياة، غالباً ما يثبت الناس في حل المشكلات أنهم لا يعدون كم يكافحون في الوقت الحالي.
- (٣) في حين أن الميل إلى قمع، أو تجاهل الألم إنساني جداً، يمكن أن يؤدي أسلوب تجنب التعامل مع المشاعر السلبية إلى استراتيجيات غير فعالة في نهاية المطاف مثل إساءة استخدام المواد، أو الإفراط في تناول الطعام، أو الانسحاب الاجتماعي.
- (٤) تعني اليقظة الذهنية الميل إلى تجنب الأفكار والعواطف المؤلمة، مما يسمح لنا بالحفاظ على حقيقة تجاربنا حتى عندما تكون غير سارة وفي نفس الوقت، كوننا متنبهين يعني أننا لا نصبح "مضطربين" مع الأفكار السلبية، أو المشاعر بل نعيش مواقفنا الفعلية بوعي. (Neff, 2003a).
- (٥) أما الاجترار يضيق تركيزنا و يبالغ في تداعياته على تقييم الذات "لم أفضل فقط"، "أنا فاشلة"، "حياتي مخيبة". تعني "Overidentification" أننا نعيد النظر في تجاربنا لحظة بلحظة، ونعتبر الأحداث الانتقالية نهائية ودائمة. لكن اليقظة العقلية تعني عندما نلاحظ الألم الذي نحدثه، فإن

سلوكيات جديدة ممكنة. لا تزال تجمع دون تموجات، الذهن يعكس ما يحدث، دون تشويه. هذا يسمح لنا بالحصول على منظور أكثر حكمة وأكثر موضوعية على أنفسنا وحياتنا.

أشارت بحوث (Staggers,et al., 2011 Goetz et al. 2010) إلى أن اللمسة المهدئة تحرر الأوكسيتوسين، وتوفر شعوراً بالأمان، وتهديء العواطف المؤلمة، وتهديء إجهاد القلب والأوعية الدموية. في الوقت الذي تواجه فيه الذات المواقف المؤلمة المؤذية، فإنها تساعد أيضاً على تعزيز نقاط القوة النفسية. على سبيل المثال، ترتبط الشفقة بالذات بمزيد من منظور (Neff & Pommier)، وأقل منطقية، ومرونة أكثر إدراكاً، مما يعني أن الأفراد المتعاطفين مع الذات يميلون إلى أن يكونوا أكثر انفتاحاً ولديهم قدرة أكبر على تبديل الاستجابات المعرفية والسلوكية وفقاً لسياق الموقف الذاتي؛ لأن الذات السياقية، أو المتسامية تكثف عقلاً خارج نفسه للنظر في التجربة الإنسانية المشتركة وتقديم العطف لنفسه.

يقترح هذا البحث أن المعالجين يجب أن يستهدفوا الشفقة بالذات عندما يساعدون المسترشدين على التكيف مع مواقف الحياة المجعدة. في حين أن الشفقة بالذات تساهم في تخفيف العواطف السلبية، فهي تعد شرطاً أساسياً للشفقة بالذات. قد تكون هذه النقطة مربكة، لأن الحكمة التقليدية في الثقافة الشعبية أشارت إلى أننا يجب أن نفكر بشكل إيجابي وليس سلبي. لكن المشكلة تكمن في أنه إذا حاولت إزالة النتيجة السلبية، فسيؤدي ذلك إلى نتائج عكسية. يظهر قدر كبير من البحوث أن أي محاولة لقمع الأفكار غير المرغوب فيها تجعلها تظهر في الوعي بقوة أكبر وبشكل أكثر تكراراً مما لو كانوا قد تلقوا انتباهاً في المقام الأول (Wenzlaff & Wegner, 2000). هذه منطقة ذات أهمية خاصة في أرضية مشتركة بين بحوث (ACT) والشفقة بالذات، تظهر البحوث أن الأشخاص الذين لديهم قدر أكبر من الشفقة بالذات أقل عرضة لقمع الأفكار والعواطف غير المرغوب فيها (Neff, 2003a). وبالمثل، فإنهم أكثر استعداداً لتجربة المشاعر الصعبة والإقرار بأن عواطفهم صحيحة ومهمة (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

هذا يسمح للألم بأن يكون هناك فقط، لا أكثر ولا أقل، بحيث يتم تقليل المعاناة غير المفيدة "الإضافية". بدلاً من استبدال المشاعر السلبية بأخرى إيجابية، يتم توليد عواطف إيجابية جديدة من خلال تبني السلبية. كمشاعر للرعاية، يمكن استخدام تكتيك «الكرسي الخالي» لزيادة التكيف الذاتي،، اخمن ثلاثة كراسي فارغة، جاهزة على نحو مستحيل في ترتيب ثلاثي. بعد ذلك، اطلب من المسترشد أن يفكر في مسألة ترعجه وتثيرها في كثير من الأحيان حكماً ذاتياً قاسياً، تخصيص كرسي واحد لصوت الناقد الداخلي، وكرسي للجزء الذي يشعر بالحكم، وكرسي واحد لصوت مراقب حكيم ورحيم. سيكون المسترشد يؤدي دوره في ثلاثة أجزاء من نفسه، أو نفسها. بعد انتهاء الحوار، يمكنك مساعدة المسترشدين على التفكير في ما حدث حالا. هل لديهم أي أفكار جديدة حول كيفية التعامل مع أنفسهم، وكيف يحفزون أنفسهم باللطف بدلاً من النقد الذاتي، أو طرق أخرى للتفكير في الوضع الأكثر إنتاجية وداعمة؛ (2007) Leary et al., (2007) Kirkpatrick et al., (2007) Neff & Vonk, (2009); Neff, (2003a); Neff, (2007)

أشار Forsyth & Eifert (2008) أن العلاج بالتقبل والالتزام هو علاج يتناسب بشكل خاص مع دمج التدخلات التي تركز على مكونات الشفقة بالذات. فإن العديد من العناصر الأساسية لنموذج "ACT تحقق نموذج Neff للشفقة بالذات، حتى إذا كانت بعض اللغة المستخدمة قد تكون مختلفة. أبعد من العلاقة القائمة بين ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام وتنمية الشفقة بالذات، قد يستفيد الممارسون العلاج بالتقبل والالتزام من تحقيق الشفقة بالذات بطريقة أكثر مباشرة.

وقام Van Dam et al. , (2010) بتضمين تقنيات تركز على الشفقة بالذات في بروتوكول العلاج بالتقبل والالتزام الخاص بهما وحقق المساعدة الذاتية مرضي القلق، وتم فحص فعالية هذا الدليل الذاتي في تجارب واقعية ذات شواهد، وأشارت النتائج الأولية إلى أن الشفقة بالذات تحسن كمتغير مهم بطريقة عملية من خلال العلاج بالتقبل والالتزام. مع استمرار التكامل النظري والعملية، تظهر الشفقة بالذات بشكل أكثر وضوحاً كمعالجة نفسية نشطة في نموذج ACT" Forsyth & Eifert (2008); Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, (2012); Tirch (2010); Van Dam et al (2010)

للمزيد من الفهم لكيفية تحقق الشفقة بالذات من منظور العلاج بالتقبل والالتزام، نحتاج إلى دراسة نظرية الإطار الارتباطي (RFT)، النظرية الأساسية للإدراك المشتق من العلاج بالتقبل والالتزام من بين العديد من الظواهر العقلية الأخرى، تصف RFT عمليات الذهن، وتطوير الذات، أن يوفر طريقة مفيدة للنظر في كيفية تطوير البشر للشعور بالذات والشعور بالآخرين، وكيف نختبر أنفسنا في الوقت والمكان (Hayes et al, 2001, Törneke, 2010). كل هذا له صلة بفهم ظهور الذات.

في نظرية RFT، قدرتنا على التبنى يتضمن الشعور الأوسع بالنفس، قدرتنا على تغيير المنظور بمرونة. كما أن قدرتنا المستخلصة على أخذ منظور مرن تشارك في تجربتنا للشفقة بالذات.

من منظور RFT الطريقة التي نفكر في كونها "ذاتية" والطريقة التي نستخدم بها الأداء الشفهي لتجربة "الذات" هي كل أبعاد التجربة البشرية التي يمكن استكشافها باعتبارها عمليات تعلم سلوكية لفظية مستمرة بدلاً من كونها بنى ثابتة (Vilardaga, 2009). المنظور يعني وجهة نظر تقع في الزمان والمكان، بالنسبة إلى وجهات النظر الأخرى. يمكننا تمثيل هذا المنظور رمزياً بعدد من الطرق. على سبيل المثال يمكننا أن نتخيل وجهة نظرنا بالنسبة إلى جميع وجهات النظر الأخرى باستخدام لغة تحليل السلوك، يفترض RFT أن هذه العلاقات اللفظية، المعروفة باسم "العلاقات الإملائية"، يتم تدريب السلوكيات العلائقية، التي شكلتها التفاعلات الاجتماعية المستمرة (Hayes et al, 2001) أخذ المنظور لمفهوم "أنا" أن يكون لها أي معنى، يجب أن يكون هناك "الليقظة" و "القبول" من أجل "هنا" أن يكون لها معنى كوجهة نظر، يكون "هناك". إن حسنا بالذات ينبثق من منظور الذهن والشفقة بالذات يسمحان بتجربة نوع مختلف من الذات. هذه الذات "الذات المراقبة"، أو "الذات المتسامية"، هذا الشعور ب "مراقبة الذات" مهم لأنه في حين أن هذا المراقب يستطيع أن يلاحظ محتويات الوعي، فإنه ليس تلك المحتويات فقط بل لدينا فكر وخبرة، ولا تلاحظ الأفكار نفسها، ولا يعاني الألم الجسدي نفسه. في جميع أنحاء حياتنا، يمكننا ملاحظة وجود "مراقبة ذاتية"، والتي تنبثق قبلها جميع تجاربنا، وتوجد، وتختفي في الوقت المناسب. عند النظر

في العلاقة بين الذات كالترابط الذاتي والشفقة بالذات، يمكننا ملاحظة أن العودة إلى وعي النفس في السياق لدينا علاقة غير مرتبطة وغير محددة لتجاربنا. وهذا يسمح لوظائف التحفيز المعتادة في أحداثنا وقصصنا الخاصة المؤلمة بأن يكون لنا تأثير أقل علينا، يمكننا أن نرى معاناتي الخاصة حينما أشاهد معاناة شخص آخر وأتعرض لألم في تلك التجربة (Vilardaga, 2009; Hayes, 2008)

ثالثاً: الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع (Life Stresses).

استخدم مصطلح الضغط Stress، أو الإجهاد Strain والعبء Load كمترادفات في الصحة النفسية والطب النفسي، وذلك على يد "هانز سيللي ١٩٥٦" عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الإحباط والإجهاد.

وعرفه Selye (1983) بأنه: "الاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سبباً، أو نتيجة لظروف غير سارة".

وعرفه Lazarus, (1988) بأنه: "مدى الملائمة بين متطلبات الفرد الداخلية والخارجية".

عرف الغرير، أبو أسعد (٢٠٠٩، ٢٠) الضغط بأنه: "درجة استجابة الفرد للأحداث والمتغيرات البيئية في حياته اليومية، وتختلف هذه الاستجابات باختلاف خصائص الفرد النفسية والشخصية".

عرف Schiffrrin & Nelson, (2010, 36-37) الضغوط بأنها: "التوتر الذي يحدث في حياة الفرد نتيجة تعرضه للأحداث المجهدة والتي تفوق قدرته على التوافق معها".

وعرفها البهاص (٢٠١٥، ٥) بأنها: "أي تغير إيجابي، أو سلبي في حياة الأفراد يفوق إمكانياتهم وقدراتهم على التعامل مع هذا التغير، مما يؤدي إلى ردود فعل فسيولوجية ونفسية وسلوكية وتحدد من خلال ستة أبعاد (أسرية - نفسية - اقتصادية - وقت الفراغ - اجتماعية - صحية).

وتستنتج الباحثة مما سبق أن الضغط هو: ”شدة، أو صعوبة، أو أزمة لها ردود فعل جسديه، أو موقفية، أو شخصية، تزداد آثارها طبق الطبيعة الموقف واستمراريته (مرض أحد أفراد الأسرة مرضاً مزمناً).

ولما كان الإنسان يتعرض للعديد من الضغوط اليومية، ففي بعض الأحيان يستطيع أن يعيد توازنه بشكل سريع حال انتهاء الموقف الضاغط طبقاً لقدراته على المواجهة والتحمل، حيث أن الشخصية الإنسانية ذات الخصائص الإيجابية (الشفقة بالذات) تستطيع مواجهة المواقف الضاغطة دون أن تترك أثراً سلبياً عليها، أما الشخصيات التي لا تستطيع مواجهة المحن والأزمات فتقع فريسة للاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية.

وفي هذا السياق أشار الغرير، وأبو أسعد (٢٠٠٩، ١٨) أن الإحصائيات العالمية تفيد بأن (٨٠)٪ من الأمراض الحديثة سببها الضغوط، وأن (٥٠)٪ من مشكلات المرضى المتكررين على الأطباء راجعه للضغوط، وأن (٢٥)٪ من أفراد المجتمع يعانون شكلاً من أشكال الضغط.

تعتبر الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل ذوي حاجة خاصة وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الأمهات، فتثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية وعضوية غير مرغوبة تعرضهم للتوتر والضغط والقلق والحزن، وقد تعانين من بعض الأعراض النفس جسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتضعف من قدرتهن على إنجاز ما لديهن من مهام. ويرى القريطي (١٩٩٩، ٥٣) أن أهم الضغوط الحياتية التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وتؤثر على توافقها تتمثل في الآتي:

- (١) قلة المعلومات حول طبيعة الإعاقة وكيفية التعامل معها والبحث عن حلول للمشكلات الناشئة عن الإعاقة.
- (٢) عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة وبرامج الرعاية العلاجية والتأهيلية المقدمة لذوي الإعاقة
- (٣) التوتر والقلق على مستقبل الطفل ذوي الحاجة الخاصة.
- (٤) المشكلات السلوكية والصحية لدى الطفل ذوي الحاجة الخاصة، مما يستلزم الانتباه المستمر من جانب الأم.

- (٥) ضغوط مادية تتمثل في تكاليف اقتصادية وما يترتب عليه من استنزاف موارد الأسرة.
- (٦) شكوك الأم في جدوي تحسين الطفل وتعليمه.
- (٧) الشعور بعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية.
- (٨) شعور الأم بالإرهاق من الوقت اللازم لرعاية هذا الطفل.
- (٩) قلة الوقت المتاح لرعاية باقي أفراد الأسرة وممارسة الأنشطة الترويحية.

مصادر الضغوط التي تتعرض لها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة :

- ١- **مشكلات التشخيص:** تعيش أمهات الأطفال ذوي الإعاقة حالة من الشقاء والتعاسة والحيرة حينما تنتقل بين المتخصصين وغير المتخصصين ويقدمون لهم تقارير متناقضة تماما عن حالة طفلهم، وحتى نهاية التشخيص فإن العديد منهم لا يكن على وعي بالآثار المترتبة على الطفل والأسرة بأكملها.
- ٢- **خصائص ذوي الإعاقة:** الأطفال ذوي الإعاقة يظهرون العديد من المشكلات السلوكية، بالإضافة إلى الانسحاب من الواقع الاجتماعي، ضعف الثقة بالنفس، الاعتمادية، الاكتئاب والقلق، تدني مفهوم الذات.
- ٣- **الافتقار للمعلومات عن ذوي الإعاقة:** عدم وجود تراث عربي يكفي لتقديم الإرشادات لأمهات غير العاديين، محدودية الخدمات التي تقدمها المراكز والمؤسسات المسؤولة عن إرشاد أمهات غير العاديين، كالدورات والندوات التي تساعد على تعديل سلوكيات أبناءهم وحل مشكلاتهم.
- ٤- **سوء العلاقة بين أسر غير العاديين والمهنيين المسؤولين عن تقديم الخدمات التخصصية:** إن هذه العلاقة المليئة بالمشاحنات بين طرفي تقديم الخدمة لذوي الحاجة الخاصة نتج من الاتجاهات السلبية لدى كل طرف من الطرفين الآخر، فإن المتخصصين لا يثقون فيما تقوله الأم عن مظاهر وسلوكيات ابنها ذي الإعاقة بسبب مشاعرها العاطفية التي تجعلها تضخم هذه المشكلات، أو تنكرها تماما، أما الأمهات فتتنظر إلى هؤلاء المهنيين بأنهم غير متخصصين بسبب كثرة ما سمعت من آراء متناقضة في فترة التشخيص (السرطاوي وسي سالم، ١٩٩٩، ٢٠٤، في: القريطي، ٢٠١٣).

٥- اتجاهات المجتمع نحو غير العاديين وأسرهـم: تشعر الأم بالآسي والحزن حينما يسترعي سلوك ابنها انتباه الآخرين، وخاصة في المناسبات الاجتماعية، حينما يصعب السيطرة على سلوك الطفل في الأماكن العامة، أو في الزيارات، أو في الأماكن المقيدة التي لا تسمح للطفل بالحركة. كما تشعر الأم بنظرات الاستهزاء والسخرية من المحيطين، وبالتالي ترفض طلب المساعدة الاجتماعية (سيلجمان ودارلنج، ١٠٥: ٢٠٠٠).

٦- الأعباء الاقتصادية:

تعاني أسر غير العاديين من كثرة الأعباء المادية المستنفذة في الاستشارات والتحليل والأشعة والعلاج بأنواعه المختلفة، مما يؤثر بدرجة كبيرة على دخل الأسرة، ومن ثم على نصيب باقي أفراد الأسرة وخاصة في الأسر محدودة الدخل (روزماري، ٢٠٠٠، ١٤٨).

وقد توصلت الباحثة لبعض الدراسات التي توضح مصادر إجهاد أسر الأطفال مرضي الصرع على وجه التحديد، أشار (Sanjeev, et al., 1999) إلي أهم المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية لأولياء أمور الأطفال المصابين بالصرع (PCE) التي غالباً ما يتم إهمالها. أجريت هذه الدراسة للتأكد من هذه المشكلات بين المرضى الذين يحضرون مركز الإحالة العالي للصرع في الهند. وتم تطبيق استبيان منظم لأولياء الأمور من (٥٠) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٥ - ١٠) سنوات ولديهم الصرع لأكثر من سنة. كان نحو ٥٢٪ من الأطفال مصابين بالصرع الجزئي في حين أن البقية كانوا مصابين بالصرع العام. كان معدل تكرار النوبة واحداً لكل ٦ أشهر. غالبية المرضى (٨٦ ٪) كانوا يعيشون في القرى. كان دخل الأسرة أقل من ١٠٠٠ روبية في الشهر (١ دولار أمريكي = ٤٢ روبية هندية) مقابل ٦٦٪ من المرضى. أبلغ ٨٠ ٪ من الآباء تراجع في الأنشطة الاجتماعية، بعد ظهور مرض الصرع في أطفالهم. تأثرت أنشطة الروتين اليومي بشكل ملحوظ في أكثر من ٧٥ ٪ من الآباء والأمهات. كان الآباء يعانون من الإحباط (٥٢ ٪) واليأس (٧٦ ٪)، في حين كان ٦٠ ٪ لديهم صعوبات مالية. أهم بند من النفقات كان تكلفة الأدوية، أو تكلفة السفر إلى المستشفى لـ ٥٤ ٪ و ٣٦ ٪ من الآباء على التوالي. كان ضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الاجتماعي مرتبطان بشدة الصرع (نوبات متكررة / نوبات معمرة / اضطراب الانتباه) وضع اقتصادي منخفض للوالدين. هذه الملاحظات يجب أن تؤخذ في الاعتبار أثناء تنظيم برامج إعادة التأهيل للصرع.

تأثير الصرع لدى الأطفال على الأسرة وذلك بإعداد مقياس جديد للاستخدام الكلينيكي والبحثي، ناقش (Camfield, et al., 2001) أداة عالمية موجزة تقيس على وجه التحديد الأثر النفسي الاجتماعي لصرع الأطفال على الأسرة. تم بناء مقياس مكون من ١١ بنداً يستخدمها الآباء لتقييم تأثير الصرع على الجوانب الرئيسة لعائلتهم وحياة الطفل. الطريقة: صنفت الأمهات جودة حياة طفلهن على مقياس تماثلي مرئي (١-٦) وأكملن تأثير مقياس الصرع لدى الأطفال (IPES)، الذي يقيّم التأثير على التحصيل الأكاديمي والمشاركة في الأنشطة والصحة والعلاقات مع الأسرة ومع الأقران والأشقاء، والنشاطات الاجتماعية، واحترام الذات، وآمال مقدمي الرعاية لمستقبل الآباء مع المقياس الذي طوره جاكوبي. تم حساب الصدق الخارجي من خلال المقارنة بيناء أبناءهم و تقارير الأطباء عن خصائص صرع الطفل والمؤشرات العصبية وتقييمات الوالدين على مقياس بيئة الأسرة، أو مؤشر الإجهاد الأبوي. بالإضافة إلى ذلك، أكمل كل طفل في سن المدرسة مقياس مفهوم الذات لدى الأطفال في Piers - Harris، واستبيان الأخ / الأخت، ومقياس الوحدة. أكمل معلمو الأطفال مقياس تقييم الأداء الأكاديمي بعد سبعة أيام، تم تقييم ثبات الاختبار IPES. أكملت سبع وسبعون أمهات من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢-١٦) سنة والاستبيانات المناسبة المتعلقة بالأسرة والسن. أدى الثبات الداخلي من IPES إلى الحصول على الفاكورونباخ للمقياس ٠,٩٢. أظهر معامل ارتباط بيرسون أن النتائج الإجمالية كانت متسقة مع مرور الوقت (٠,٨١)، كان معامل ارتباط سبيرمان الفردية مهمة أيضاً، تراوحت بين ٠,٤٨ و ٠,٧٨. كما أوضحت العلاقات المتبادلة الهامة بين سبيرمان أن جودة الحياة مرتبطة ارتباطاً سلبياً بالتأثير على كل عنصر من العناصر الـ ١١ في الوظيفة النفسية الاجتماعية. اختلف الأطفال الذين حصلوا على درجات IPES أعلى من المتوسط في بعض الجوانب النفسية والاجتماعية من أولئك الذين سجلوا أقل من ذلك. كان الوالدان أكثر توترًا، وكان أشقاؤهما العاديين أكثر احترامًا، وكان لديهم احترام أقل لذاتهم، وعانوا من مشكلات عاطفية أكثر. كما كان التأثير الكلي مرتبطاً بشكل كبير بتكرار النوبات، وعدد الأدوية التي تم أخذها، وعدد الزيارات إلى الطبيب في العام السابق، وعدد الليالي التي قضاها في المستشفى لأسباب عصبية. الاستنتاجات: إن IPES هو أداة قياس دقيقة ومقبولة وسريعة تعكس الطريقة التي

يؤثر فيها الصرع في مرحلة الطفولة على الطفل وعلى الحياة الأسرية. قد يكون من المفيد في الرعاية الكليينكية الروتينية وربما تكون مفيدة في إعداد البحوث لإيجاد سبل لتحسين حياة الأطفال المصابين بالصرع.

قام (Roos, et al, 2005) باستعراض الدراسات التي اهتمت بمقارنة العوامل الأسرية لدى الأطفال الذين يعانون من الصرع مع أولئك الأطفال من المجموعات المعيارية، والأطفال الأصحاء، والأطفال الذين يعانون من مرض مزمن، أو الأشقاء؛ وفحص العلاقة بين العوامل الأسرية الفعالة والاضطرابات النفسية لدى الأطفال. أظهرت النتائج أن الأسر التي لديها طفل مصاب بالصرع عادة ما تكون أسوأ من أي مجموعة من مجموعات المقارنة من حيث العوامل الأسرية، مما أشار إلى انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، والمزيد من الاكتئاب لدى الأمهات، ومشكلات في عمل الأسرة. كانت هناك ارتباطات واضحة بين العوامل الأسرية الفعالة، لاسيما الرقابة النفسية للوالدين، ومعلومات الوالدين عن الصرع، ورضا أفراد الأسرة عن العلاقات الأسرية، والاضطرابات النفسية عند الأطفال المصابين بالصرع. وأشارت هذه الدراسة إلى المساهمة المتزامنة لعوامل الأسرة المتميزة في علم أمراض النفس لدى الأطفال ضمن إطار متعدد العوامل يشمل أيضاً العوامل العصبية والعوامل الدوائية.

هدفت دراسة (Pervin, et al., 2006) إلى تحديد نسبة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدم (PTSD)، وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة (PTSS)، والاضطراب الاكتئابي الجوهري (MDD) في آباء الأطفال المصابين بالصرع. طبقت أدوات الدراسة على عينه من (٧٧ أم و ٣ آباء) للأطفال الذين يعانون من الصرع في مقابلة كينيكية مقصودة PTSD، (SCID) DSM-IV و MDD وحدات، واستبيان الصحة العامة (GHQ) وأظهرت النتائج أن انتشار كل من PTSD و MDD يمثل (٣١,٥)٪. (٥٦)٪ (ن = ١٤) من أفراد العينة مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كان تشخيصهم MDD كانت مجموعات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة منتشرة جداً في آباء الأطفال المصابين بالصرع. كانت إعادة التجديد ومجموعات أعراض الإشارة أكثر تكراراً (٨٨,٨)٪ و (٨٠)٪ على التوالي من مجموعة أعراض التجنب والتخدير (٣٢,٥)٪.

هذه النتائج أشارت إلى أن تجربة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وMDD قد تساعد زيادة الوعي بالأعراض الكلينيكية لهذه الاضطرابات الأطباء لتطوير استراتيجيات الوقاية والتدخل لآباء الأطفال المصابين بالصرع.

وهدفت دراسة Hua-Huei & Liang-po, (2008) تحديد الاختلافات في الضغوط الوالدية بين عينتين من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة، وفحص العوامل المرتبطة بهذه الضغوط. تم اختيار عينة من مرضي الربو وعينة من مرضي الصرع لأن كلا من الحالتين هي حالات مرضية مزمنة تتطلب علاج يومي. تم فحص بيانات من (٤٩) من أسر الأطفال المصابين بالصرع و(٥٤) من آباء الأطفال المصابين بالربو. أجريت عينات في عيادة طب الأطفال في المستشفى. تم قياس ضغوط الوالدين باستخدام دليل الضغوط الوالدية لأبيدين (الصورة الأصلية). يتكون هذا الدليل من بعدين أساسيين أحدهما خاص بالوالدين والآخر خاص بالطفل، يتكون بعد الوالدين من (٧) أبعاد فرعية، أما بعد الطفل فيتكون من (٦) أبعاد فرعية. أظهرت النتائج أنالضغوط الوالدية كانت أعلى في مجموعة الصرع بالمقارنة بمجموعة الربو. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد الفرعية (٧): القدرة على التكيف، والمطالبة، وفراط الحركة / الانشغال، (المسؤولية الأسرية) والقيود المفروضة على الدور، والاكتئاب، والعلاقة مع الزوج، والصحة الأبوية، كانت التفسيرات المحتملة لارتفاع مستوى الضغوط الوالدية في مجموعة الصرع هي خطورة المرض، سوء تكيف الأطفال، التهديد بعدم القدرة على التنبؤ بالنوبات المرضية، والخلل العصبي. أما أسباب ارتفاع مستويات الضغوط الوالدية في مجموعة الربو تتمثل في الحد من الأنشطة وحالة صحة الوالدين. وأظهرت النتائج أيضاً أن المتغيرات الديمجرافية (الجنس، العمر، والحالة الاقتصادية الاجتماعية للأسرة)، والعمر عند البداية، وشدة الحالة لم تكن منبآت فعالة بالضغوط الوالدية. ينبغي النظر في هذه الاختلافات عندما يتم تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية لأسر هؤلاء الأطفال.

ودرس Lv, et al., (2009) الاكتئاب والقلق وجودة الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بالصرع، وذلك على عينة من الأسر (عدد = ٢٦٣) لديها طفل مصاب بالصرع، (العدد = ٢٧٠) الأسر الذين لديهم طفل سليم. كانت المجموعات

متكافئة في المتغيرات الأساسية. تم تطبيق استبيان المسح الصحي قصير النطاق Zung Anxiety Scale و Zung Depression Scale (ZDS)، (SF - 36) (ZAS) على جميع الآباء. تم تقسيم المرضى إلى مجموعة الزيارة الأولى (الصرع المشخص حديثاً) ومجموعة متابعة الزيارة، أظهرت النتائج أن والدي الأطفال الذين يعانون من الصرع أقل بكثير في علامات جودة الحياة الوالدية على (SF - 36) لجميع المستويات المتقدمة ولديهم مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق باستخدام ZAS و ZDS. كانت العوامل المرتبطة بجودة الحياة الأبوية هي السيطرة على النوبات، حالة الزيارة، القلق، الاكتئاب، التوظيف، تكلفة الصرع، الحالة الصرعية، الآثار الجانبية للعقار وعمر الوالدين. كما أشارت النتائج بأن الصرع الطفولي له تأثير شديد على جودة الحياة الأبوية والصحة النفسية، والاعتراف بالارتباطات الممكنة بين جودة الحياة الوالدية ومتغيرات بنية الأسرة سيكون مفيداً لتحسين جودة الحياة الأبوية.

وهدفت دراسة (Soltanifar et al., 2015) إلى مقارنة مستوى الضغوط الوالدية بين الآباء والأمهات الذين لديهم طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد في إيران، وتكونت عينة الدراسة من (٤٢) من آباء وأمهات أطفال طيف التوحد تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٢-١٢) سنة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس تصنيف التوحد، مقياس الإجهاد الأبوة والأمومة، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات على مقياس الإجهاد المستخدم لاتجاه الأمهات، أي أن الأمهات أعلى بكثير في إدراك الضغط والإجهاد من الآباء (هذا من مبررات اقتصار عينة البحث على الأمهات).

وفي هذا السياق جاءت دراسة (نيفين إبراهيم ٢٠١٥) للتعرف على ترتيب أنواع الضغوط النفسية لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة جسمياً، وتكونت العينة من (٢٠٠) من آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة جسمياً، وبعد تطبيق أدوات الدراسة أظهرت النتائج أن الضغوط تم ترتيبها على النحو التالي:

- الضغوط الناشئة عن تطرف أدوار الأسرة - الضغوط الناتجة عن المحددات الجسمية للطفل ذي الإعاقة - الضغوط المادية - الضغوط الناتجة عن القلق على مستقبل الطفل - الضغوط الناتجة عن النسق البيئي الاجتماعي - الأعراض الجسمية والنفسية المصاحبة للضغوط.

رابعاً : الشفقة بالذات والضغط الحياتية :

إن الشفقة بالذات لها دور في حماية الإنسان ووقايته من الصدمات والأحداث الضاغطة والأزمات، حيث تعمل كدرع واقٍ من أثر الضغوط والأحداث السلبية على الفرد، كما أنها تعمل على التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة على الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية، أي أن الشفقة بالذات عامل هام وحيوي ضمن عوامل الشخصية التي تساعد على تحسين الأداء والصحة النفسية.

وجد (Cappe, et al., 2011) أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد أظهروا مستوى منخفض من نوعية الحياة، ومستويات أعلى من الاكتئاب، وأقل من ذلك بالنسبة لمستقبل أبنائهم مقابل آباء الأطفال الذين يمارسون نمواً نموذجياً. وأثبتت الدراسة أن الشفقة بالذات يمكن أن تساعد في التخفيف من الإجهاد الوالدي بين الآباء والأمهات والأطفال الذين يعانون من التوحد.

هدفت دراسة (Lee & Crystal, 2013) إلى التعرف على الضغوط ومستوى الشفقة بالذات لدى آباء ذوي اضطراب التوحد مقارنة مع آباء العاديين وذوي الإعاقات الأخرى ومرضى السكر. وأشارت النتائج إلى أن آباء ذوي اضطراب التوحد يعانون ضغوطاً أسرية بصورة أعلى من آباء العاديين ومرضى السكر، كما تقل لديهم درجة الشفقة بالذات.

بحثت دراسة (Arnos, 2017) العلاقة بين الضغوط المدركة، والشفقة بالذات، التعبير الانفعالي عند آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل؛ مدخل الأسرة لتقديم الخدمات لذوي اضطرابات النطق واللغة، وتم تطبيق مقياس الإجهاد المدرك (PSS) ومقياس الشفقة بالذات (SCS) على سبعة وعشرون من آباء الأطفال ذوي اضطرابات التواصل، توصلت النتائج إلى أن الآباء الذين صنّفوا أطفالهم على أنهم أكثر عجزاً لديهم درجات أعلى من التوتر والإجهاد والقلق والاكتئاب ودرجات أقل للتعاطف الذاتي والرفاهية النفسية من الآباء الذين قيموا إعاقة أطفالهم بأنها أقل حدة.

وبالمثل، كان الآباء والأمهات الذين لديهم مستويات عالية من الشفقة بالذات ومستويات منخفضة من الإجهاد المدرك، ينظرون إلى إعاقة أبنائهم نظرة معتدلة

دون تضخيم. كما أثبتت النتائج أهمية استخدام الشفقة بالذات في العلاج لتحسين الرفاهية النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل وبالتالي يمكن الاعتماد على هؤلاء الآباء في تخفيف اضطرابات التواصل لدى أبنائهم.

هدفت دراسة (Mahon, et al., 2017) إلى الكشف عن فعالية التدريب على كل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية على الإجهاد المدرك والشفقة بالذات لدى الممرضات. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الممرضات في ثلاث مستشفيات مختلفة. واستخدمت الدراسة عدة أدوات منها مقياس الإجهاد المدرك، مقياس الشفقة بالذات، البرنامج القائم على الشفقة بالذات واليقظة العقلية. وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في التخفيف من الإجهاد المدرك وزيادة الشفقة بالذات لدى أفراد العينة التجريبية، حيث أن التدريب على اليقظة العقلية والشفقة بالذات يؤثر بشكل إيجابي على التخفيف من ضغوط الممرضات وزيادة الشفقة بالذات لديهن من خلال تدريبهن على إدارة الضغوط، الرعاية الذاتية، والتكيف بشكل فعال مع ضغوط الحياة اليومية.

وكانت دراسة (Firdos & Amanullah, 2018) استهدفت التعرف على تأثير الإرشاد النفسي لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على كل من مشاعر التقبل لدى هؤلاء الأمهات، نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مشاعر الذنب لديهن. وقد تمت الدراسة عن طريق إجراء المقابلات المنظمة لحالتان من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وأثبتت النتائج أن الإرشاد الفعال له علاقة إيجابية وفعالة بتحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأمهات، حيث يقوم الإرشاد النفسي بتوفير وعى أفضل لدى هؤلاء الأمهات لفهم كيفية إدارة المواقف الحرجة.

واستخدم (Evans, et al., 2018) الشفقة بالذات كوسيط لتحسين الرفاهية النفسية من خلال برنامج للتخفيف من الإجهاد الذهني لدى عينة ممثلة من المجتمع.

وهدفت الدراسة إلى التعرف على دور الشفقة بالذات كعامل وسيط في تحسين الرفاهية النفسية والتخفيف من الإجهاد الذهني. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأفراد من مركز طبي متخصص، وقد تعرضوا لبرنامج للتخفيف

من الإجهاد العقلي والذي استغرقت مدة تطبيقه (٨ أسابيع) على عينة ممثلة لكل طوائف المجتمع، وقد استخدمت الدراسة عدة مقاييس منها الوعي بالذات، الشفقة بالذات، الرفاهة النفسية، والبرنامج الإرشادي، وأثبتت الدراسة فعالية البرنامج القائم على الشفقة بالذات في تحسين الرفاهة النفسية والتخفيف من الإجهاد الذهني لدى أفراد العينة، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين كل من الشفقة بالذات والرفاهة النفسية، وسالبة بين الشفقة بالذات والإجهاد الذهني.

ودراسة (Robinson,et al., 2018) هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الشفقة بالذات والرفاهة والضغط النفسية لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية. وتكونت عينة الدراسة من (٥٦) من آباء البالغين ذوي الإعاقات العقلية والنمائية، وقد استخدمت الدراسة عدة مقاييس منها مقياس الشفقة بالذات، الرفاهة النفسية، الضغط النفسية. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين الشفقة بالذات وكل من الضغط النفسية والاكئاب لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية، كما أكدت الدراسة على أن الشفقة بالذات توفر نوعاً من المرونة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة تجعلهم قادرين على مواجهة التحديات التي تقابلهم في ظل الصعوبات المادية التي يواجهونها.

تعقيب على الدراسات السابقة:

- أكدت الدراسات السابقة التي اطلعت عليها الباحثة على أهمية وحداثة متغيرات البحث (العلاج بالقبول والالتزام - الشفقة بالذات - الضغط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع)، وعدم وجود دراسات على المستويين الدولي، أو المحلي - في حدود اطلاع الباحثة - تناولت الثلاث متغيرات مجتمعه.
- تنوعت الدراسات والبحوث السابقة التي استندت إليها الباحثة من حيث الأهداف والنتائج، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في تحسين الأداء النفسي والاجتماعي والاستعداد لتقبل العلاج لدى المراهقين (Beilby,et al.,2012)، تعزيز الصحة النفسية وتخفيف الضغط النفسية لدى طلاب الجامعة (Muto,et al.,2012)، تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي (اسمهان جلودي وآخرون ٢٠١٧)

وظهرت فعالية (ACT) مع الأسر فأشارت دراسة (محمد رأفت ٢٠١٠) إلى تحسن مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، تحسن الصحة النفسية لوالدي ذوي الإعاقة (Hayes 2013)؛ (Montgomery 2015)، تخفيف الأعراض الفسيولوجية والسلوكية لمرضى القلق (Davies, et al., 2014)، زيادة مستوى الشفقة بالذات لأصحاب ضغوط ما بعد الصدمة، ذوي القلق، الإكتئاب (Yadavaia, et al., 2014)، تحقيق جودة الحياة وتقبل الطفل والتخلص من القلق والإكتئاب لأمهات الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد (Poddar, et al., 2015)، تحسن السلوك القيمي لوالدي الأطفال المصابين بأمراض عصبية نمائية (Abdul Kalam, 2017)، ونلاحظ تنوع العينة من مراهقين - طلاب جامعة - الوالدين - أمهات (عينة البحث الحالي)

أكدت الدراسات فعالية الشفقة بالذات مع والدي ذوي الإعاقة: تخفيف القلق والاكتئاب لدى الوالدين (Paule & Mcpherson, 2010)، تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لمرضى سرطان الثدي (Magnus, et al., 2010)، خفض مستوى الضغوط وزيادة مستوى الشفقة بالذات لدى والدي الأطفال ذوي التوحد (Lee & Crystal, 2013)، خفض الإجهاد الأسري وتحسين نوعية الحياة (Neef & Germer, 2013)، خفض مستوى الإلكتسيثميا وارتفاع مستوى الشفقة بالذات والتفاعل الفكاهي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Aydan, 2014)، التخفيف من التوتر والإجهاد الصحي للوالدين الناشئ من رعايتهم، وتحسن نوعية الحياة وتحقيق الرفاهية النفسية والشفقة بالذات لديهم (Bazzano, et al., 2015)، تحقيق الرضا عن الحياة وزيادة الأمل والتفاؤل لدى الوالدين (Neff & Faso, 2015)، تخفيف الضغوط النفسية وتحقيق جودة الحياة لأمهات أطفال التوحد (Poddar, et al., 2015 & Montgomery, 2015)، تحسن الرفاهية الذاتية ومستوي الشفقة بالذات لآباء ذوي الإعاقة العقلية (Duran & Barlas, 2016)، ونلاحظ من العرض السابق أن الشفقة بالذات تم استخدامها مع الوالدين ذوي الأمراض المزمنة - والدي أطفال التوحد - ذوي الإعاقة العقلية، ولم

تحصل الباحثة على دراسة تناقش دور الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع فهذا يزيد من أهمية البحث الحالي، جميع الدراسات التي تناولت الشفقة بالذات اعتمدت على مقياس نيف الأصلي (٢٠٠٣) لتحديد مستوى الشفقة بالذات لدى أفراد العينة، لذا اعتمدت الباحثة على نفس المقياس بعد إعادة حساب الكفاءة السيكمومترية له على عينة البحث الحالي. أظهرت الدراسات السابقة نوعية المشكلات والضغط التي تعاني منها أسر مرضي الصرع: تراجع في الأنشطة الاجتماعية، الإحباط واليأس، صعوبات مالية، ضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الزوجي والاجتماعي (Sanjeev, et al., 1999)، انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، ارتفاع معدل الاكتئاب لدى الأمهات، مشكلات في عمل الأسرة، ضعف الاتزان الانفعالي للوالدين، سوء الحالة الصحية للوالدين والطفل (Roos, et al., 2005)، ارتفاع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSS)، الاكتئاب الأساسي (Pervin, et al., 2006) (MDD)، عدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط، كثرة الالتزامات، فرط الحركة، الاكتئاب، سوء العلاقة الزوجية، عدم القدرة على التنبؤ بحدوث النوبة، صعوبة السيطرة على الحالة المرضية (Hua-Huei & Liang-po, 2008)، القلق، الاكتئاب، انخفاض جودة الحياة، ضعف الحالة الوجدانية تجاه الطفل المريض، صعوبات مادية (Lv, et al., 2009). واستطاعت الباحثة من خلال استقرار هذه الدراسات والاطلاع على المقاييس المختلفة التي تناولت الضغوط وعوامل الإجهاد المدرك لأسر الأطفال ذوي الإعاقة بصفه عامة ومرضي الصرع على وجه الخصوص أن تبني مقياسا لهذا الغرض.

أكدت الدراسات السابقة أهمية الشفقة بالذات في التخفيف من عوامل الإجهاد الناشئة من رعاية غير العاديين، أن البرامج القائمة على اليقظة العقلية تفيد في تخفيف التوتر والإجهاد الصحي وتحسين نوعية الحياة والشفقة بالذات وتحقيق الرفاهية النفسية لأسر ذوي الإعاقات النمائية (Bazzano et al., 2015)، بحثت دراسة (Arnos 2017) العلاقة بين الضغوط المدركة، والشفقة بالذات، التعبير الانفعالي عند آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل، وأثبتت أن الآباء والأمهات

الذين لديهم مستويات عالية من الشفقة بالذات ومستويات منخفضة من الإجهاد المدرك، ينظرون إلى إعاقة أبنائهم نظرة معتدلة دون تضخيم، كما أثبتت النتائج أهمية استخدام الشفقة بالذات لتحسين الرفاهة النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل وبالتالي يمكن الاعتماد على هؤلاء الآباء في تخفيف اضطرابات التواصل لدى أبنائهم، وأظهرت (Mahon, et al, 2017) فعالية التدريب على كل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية في التخفيف من الإجهاد المدرك وتحسين الشفقة بالذات لدى الممرضات، وبحث (Firdos & Amanullah, 2018) تأثير الإرشاد النفسي على مشاعر التقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات، نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مشاعر الذنب لديهم. وأثبتت النتائج أن الإرشاد الفعال له علاقة إيجابية وفعالة بتحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأمهات، واستخدم (Evans, et al, 2018) الشفقة بالذات كوسيط لتحسين الرفاهة النفسية من خلال برنامج للتخفيف من الإجهاد الذهني لدى عينة ممثلة من المجتمع، فحص (Robinson, et al., 2018) العلاقة بين الشفقة بالذات والرفاهة والضغط النفسي لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية وأكدت النتائج أن الشفقة بالذات توفر نوعاً من المرونة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة تجعلهم قادرين على مواجهة التحديات التي تقابلهم في ظل الصعوبات الحياتية التي يواجهونها.

وتستخلص الباحثة مما سبق وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الشفقة بالذات والضغط وعوامل الإجهاد لدى أفراد العينة، ومن ثم يمكن خفض الضغط المدركة والتحكم فيها من خلال التدريب على مكونات الشفقة بالذات، ونظراً للارتباط الوثيق بين مكونات الشفقة بالذات وعمليات (ACT) فيمكن تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع باستخدام هذه العمليات الست (القبول - التفكك المعرفي - الذات كعملية - الذات كسياق - اختيار القيم - الالتزام)، وهذا ما دفع الباحثة لإعداد برنامج قائم على هذه العمليات الست لتنمية الشفقة بالذات لدى أفراد العينة.

فروض البحث:

- (١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياسي الشفقة بالذات والضغط الحياتية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.
- (٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الشفقة بالذات والضغط الحياتية.

إجراءات البحث:

أولاً: منهج البحث: اعتمدت الباحثة على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة (وذلك لصعوبة الحصول على عدد يسمح بإجراءات التكافؤ بين مجموعتين) لاكتشاف فعالية البرنامج المستخدم في تنمية المتغير الوسيط (الشفقة بالذات) ثم قياس أثره في تحسن المتغير التابع (الضغط الحياتية).

ثانياً: عينة البحث:

تم اختيار عينة الدراسة (١٠) من أمهات الأطفال مرضي الصرع العام اللاتي تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٥-٤٠) بمتوسط عمري (٣٢,١) وانحراف معياري قدره (٣,٢)، والأطفال تتراوح أعمارهم بين (٤-١٢) سنة شخصوا بأنهم من مرضي الصرع العام من قبل أخصائي المخ والأعصاب. وقد تم الحصول على العينة بعد زيارة المستشفيات العامة للتأمين الصحي بمدينة كفر الشيخ والتواصل مع أسر الأطفال التي تتلقى العلاج الشهري لمرض الصرع، ومراكز رعاية ذوي الإعاقة التي يعمل بها طلاب الدكتوراه المسجلين بالقسم، وبعد إجراء مقابلة فردية مع كل حالة مرضية وأمها والتأكد من انطباق الأعراض العامة للمرض على الحالة، تم اختيار الأمهات اللاتي لديهن رغبة كاملة للمشاركة في البرنامج دون ضغط من الباحثة، ولم يسبق لأحدهن المشاركة في برامج إرشادية، أو علاجية قبل ذلك وبالتالي فهي في أمس الحاجة للبرنامج.

ثالثا: أدوات البحث :**١- مقياس الشفقة بالذات: (SCS) Self-compassion Scale (Neff,2003a)**

من إعداد نيف تعريب الباحثة (استخدمته في دراسة أخرى على طلاب الجامعة) بعد إدخال تعديلات بسيطة في صياغة العبارات وتخفيض مستويات التقدير من خمسة إلى ثلاثة ليلأتم طبيعة عينه البحث الحالي.

حيث اعتمدت في بناء المقياس على نموذج ثلاثي الأبعاد، متمثلة في ستة أبعاد فرعية يعبر عنها (٢٦) عبارة تقسم كالآتي:

- (١) اللطف بالذات / يقابلها الحكم الذاتي (١٠) عبارات
- (٢) الإنسانية العامة / يقابلها العزلة (٨) عبارات.
- (٣) اليقظة الذهنية / يقابلها التوحد المفرد مع الذات (٨) عبارات.

تجيب أم الطفل المريض بالصرع على كل عبارة من خلال مدرج ثلاثي (دائما-أحيانا-أبدأ)، تتراوح الدرجات عليه من (١-٣) للعبارة الإيجابية والعكس للعبارة السلبية. وبذلك فإن الدرجات على المقياس ككل تتراوح بين (٢٦-٧٨). وأشارت الدرجة المرتفعة على المقياس في الإربعين الأعلى (أكبر من ٥٩) إلى أن الأم لديها مستوى مرتفع من الشفقة بالذات عندما تمر بحالات حزن أو ضغط أما الدرجة المنخفضة على المقياس في الإربعين الأدنى (أقل من ٣٢) فتعبر بأن الأم كثيرة النقد والقسوة لذاتها في المواقف الضاغطة، أو الأزمات.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

قامت نيف (Neff,2003a) بالتحقق من صدق وثبات المقياس على عينه من طلاب الجامعة حجمها ٣٩١ طالبا (١٦٦ ذكور، ٢٢٥ إناث) بمتوسط عمري ٢٠,٩١ سنة، فتراوحت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس والدرجة على كل بعد بين (٠,٤٤-٠,٧٠). ومعامل ثبات أبعاد المقياس بطريقة ألفا كرونباخ تراوح بين (٠,٦٨-٠,٨٣). ومن خلال إعادة التطبيق كان معامل الارتباط (٠,٩١) (Neff,2003a). وتم التحقق من صدق المقياس على عينات من طلاب ثلاث دول هي (أمريكا-تاوان - تايلاند)، وجدت نيف وآخرون (Neff,et al.,2007) معاملات صدق وثبات مرتفعه للمقياس لدى العينات الثلاث، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ (٠,٨٦) للعينه التايلاندية، (٠,٩٥) للعينه الأمريكية، (٠,٨٦) للعينه التاوانية.

حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس في البحث الحالي

أولاً صدق المقياس :

١- التكافؤ في الترجمتين: قامت الباحثة بترجمة المقياس الأصلي لـ (2003) Neff المكون من (٢٦) عبارة وكذا ترجمة النسخة المختصرة المكونة من (١٢) عبارة التي أعدتها نيف وزملائها (٢٠١١) ثم عرضت الترجمة على ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس بقسم اللغة الإنجليزية، قسم طرق تدريس اللغة الإنجليزية بكلية التربية جامعة كفر الشيخ، وبمراجعة الترجمات التي أدلى بها الزملاء المتخصصون، وجد أن بينها نسبة اتفاق عالية تصل إلى ٨٨٪، وهذا يطمئن الباحثة بأن المقياس المترجم لم يخالف المقياس الأصلي. فضلت الباحثة الاعتماد على النسخة الأصلية المكونة من (٢٦) عبارة ولم تعتمد على النسخة المختصرة لقلّة العبارات التي تعبر عن البعد الواحد، وتم دمج الأبعاد الفرعية الستة في ثلاثة أبعاد قطبية باعتبار أن كل بعد يشتمل على عبارات ايجابية وأخرى سلبية.

البعد الأول: اللطف بالذات / جلد الذات: يتضمن توجيه الأم مشاعر اللطف والدف نحو الذات مقابل نقدها بصرامة شديدة في المواقف الضاغطة، وذلك من خلال (١٠) عبارات منها (٥) عبارات ايجابية، (٥) عبارات سلبية ويقاس من خلال العبارات (١٦-١٤-١٢-١١-١٠-٩-٨-٥-٣-٢)

البعد الثاني: الإنسانية المشتركة / العزلة: يتضمن إدراك الأم أن المعاناة جزء تشترك به مع الخبرة الإنسانية مقابل الاعتقاد بأن هذه الخبرة تحدث لها فقط، وذلك من خلال (٨) عبارات منها (٤) عبارات ايجابية، (٤) عبارات سلبية، ويقاس من خلال العبارات (١٠-٩-٨-٧-٦-٥-٤-٣-٢-١).

البعد الثالث: اليقظة الذهنية / التوحد المفرط: يعني تحمل الأم الخبرة المؤلمة من منظور إدراكي متزن بدلاً من خبرة موقف المعاناة بصورة مبالغ فيها، وذلك من خلال (٨) عبارات منها (٤) عبارات ايجابية، (٤) عبارات سلبية، ويقاس من خلال العبارات (٦-٧-٨-٩-١٠-١١-١٢-١٣-١٤-١٥-١٦-١٧-١٨-١٩-٢٠-٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥).

٢- صدق المحكمين: تم عرض المقياس بعد ترجمته وإعادة صياغة العبارات على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بقسمي الصحة النفسية وعلم النفس في كلية التربية من جامعات متنوعة، للتحقق من صلاحية العبارات لقياس ما وضعت من أجل قياسه، وحصلت عبارات المقياس جميعها على نسبة اتفاق تتراوح بين (٨٠-٩٠) %.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس على عينه قدرها (٢٥) أمًا لديها طفل غير عادي، بطريقتي ألفا كرونباخ، والتطبيق وإعادة التطبيق بعد خمسة عشر يوماً، وأوضح الجدول (١) التالي قيم معاملات الثبات للمقياس وأبعاده

جدول (١)

معاملات الثبات لمقياس الشفقة بالذات (أبعاد - درجة كلية)

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ	التطبيق وإعادة التطبيق
اللطيف بالذات/ جلد الذات	٠,٧٣	٠,٧١
الإنسانية المشتركة / العزلة	٠,٧٥	٠,٧٣
البقطة الذهنية / التوحد المفرط	٠,٦٩	٠,٦٧
الدرجة الكلية	٠,٨٣	٠,٨٨

يتضح من نتائج الجدول (١) ارتفاع معاملات ثبات مقياس الشفقة بالذات (أبعاد - درجة كلية)، ومن ثم يمكن الوثوق في استخدامه في البحث الحالي.

ثالثاً: الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين مفردات كل بعد والدرجة الكلية لهذا البعد بعد حذف درجة المفردة، وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين ٠,٤٨ - ٠,٧٢ وجميعها داله عند مستوى ٠,٠١ وكذا حساب معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي (٢) أوضح ذلك.

جدول (٢)

معاملات الارتباط البينية بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الشفقة بالذات (ن=٢٥)

الأبعاد	اللفظ بالذات / جلد الذات	الإنسانية المشتركة / العزلة	اليقظة الذهنية / التوحد المفرط
اللفظ بالذات / جلد الذات	—		
الإنسانية المشتركة / العزلة	٠,٦٦	—	
اليقظة الذهنية / التوحد المفرط	٠,٦٨	٠,٦٥	—
الدرجة الكلية	٠,٧٧	٠,٨٣	٠,٨٢

يتضح من الجدول (٢) السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على اتساق وارتباط أبعاد مقياس الشفقة بالذات ببعضها، وهذا يطمئن الباحثة لاستخدامه في البحث الحالي.

١- مقياس الضغوط الحياتية لأمهات الأطفال مرضي الصرع (إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد المقياس بعد الإطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت الضغوط الحياتية، وعوامل الإجهاد التي يتعرض لها أسر، وأمهات الأطفال غير العاديين بصفه عامه وعلي وجه الخصوص أطفال مرضي الصرع، وكذا الإطلاع على المقاييس العربية والأجنبية التي تهتم بمعاناة أسر ذوي الإعاقة ومنها: (Pressived Stress Scale PSS1983)، ومقياس الضغوط الحياتية (درجة كلية) لمصطفى باهى (٢٠٠٧)، مقياس الضغوط النفسية (درجة كلية) لعبد العزيز الشخص (٢٠١٣)، مقياس الضغوط الحياتية لمحمد سالم القرني (٢٠١٣) مكون من سبعة أبعاد (نفسية، اجتماعية، أسرية، صحية، شخصية، مهنية، اقتصادية) ومقياس الضغوط النفسية (درجة كلية) أحمد (٢٠١٥)، مقياس الضغوط الحياتية السبوعي (٢٠١٦) مكون من ستة أبعاد (الانفعالية، والاجتماعية، والجسمية، والأكاديمية، وإدارة الوقت، والرضا عن الحياة).

وقد تضمن المقياس في صورته النهائية على (٦٠) عبارة مقسمة على أربعة أبعاد بمعدل (١٥) عبارة لكل بعد، وفيما يلي التعريف الإجرائي لكل بعد:

البعد الأول: الضغوط النفسية: " حالة التوتر والانزعاج التي تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع وتتمثل في مجموعة من المشاعر النفسية السلبية كالقلق، الاكتئاب، الحزن، الإحباط، اليأس، مشاعر الذنب، لوم الذات، عدم الاتزان الانفعالي ". وتقاس بالعبارات (١٥-١).

البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية: " حالة التوتر والانزعاج التي تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع وتتمثل في قلة الأنشطة الاجتماعية للأسرة، سوء التكيف الاجتماعي بين أفراد الأسرة ومع المجتمع، انخفاض جودة الحياة داخل الأسرة ومع المجتمع، حدوث مشكلات في عمل الأسرة ". وتقاس بالعبارات (١٦-٣٠).

البعد الثالث: الضغوط المادية: " حالة من التوتر والانزعاج تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع وتتمثل في كثرة الأعباء المالية التي يتطلبها العلاج المطلوب، عدم فعالية العلاج رغم غلاء سعره، عدم ملائمة الدخل الشهري للأسرة للوفاء بمتطلبات باقي أفراد الأسرة بالإضافة للعلاج المزمن للطفل ". وتقاس بالعبارات (٣١-٤٥).

البعد الرابع: الضغوط الصحية: " حالة من التوتر والانزعاج تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع تتمثل في مجموعة من الأعراض العضوية كالصداع المزمن، ارتفاع وانخفاض ضغط الدم، ضيق في التنفس، مشكلات في الهضم، ضعف عام في الحالة الصحية، ضعف النشاط والحركة، آلام في المفاصل والعظام ". وتقاس بالعبارات (٤٦-٦٠).

وتجيب أم الطفل المريض بالصرع على كل عبارة من خلال مدرج ثلاثي (دائماً - أحياناً - أبداً)، تتراوح الدرجات عليه من (٣-١) للعبارة الإيجابية والعكس للعبارة السلبية. وبذلك فإن الدرجات على المقياس ككل تتراوح بين (٦٠ - ١٨٠). وأشارت الدرجة المرتفعة على المقياس في الإربعاعي الأعلى (أكبر من ١٣٥) إلى أن الأم لديها مستوى مرتفع من الضغوط الحياتية أما الدرجة المنخفضة على المقياس في الإربعاعي الأدنى (أقل من ٧٥) فتعبر بأن الأم لديها مستوى منخفض من الضغوط الحياتية.

حساب الكفاءة السيكمومترية للمقياس :

أولاً : صدق المقياس :

أ- **صدق المحكمين:** تم عرض الصورة الأولى للمقياس على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس في كليات التربية من جامعات مختلفة، للتحقق من صلاحية العبارات لقياس ما وضعت من أجل قياسه، وحصلت عبارات المقياس جميعها على نسبة اتفاق تتراوح بين (٨٠٪ - ٩٠٪).

ب- **الصدق الذاتي:** تم حسابه بأخذ الجذر التربيعي لمعامل الثبات (٠,٧٢٥)، وبالتالي فإن الصدق الذاتي للمقياس (٨٥,٢)٪ وهي نسبة عالية تؤكد صلاحية المقياس لما وضع من أجل قياسه.

ثانياً : ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس على عينه قدرها (٢٥) أما لديها طفل غير عادي، بطريقتي ألفا كرونباخ، والتطبيق وإعادة التطبيق بعد خمسة عشر يوماً، وأوضح الجدول (٣) التالي قيم معاملات الثبات للمقياس وأبعاده.

جدول (٣)

معاملات الثبات لمقياس الضغوط الحياتية (أبعاد - درجة كلية)

أبعاد المقياس	التطبيق وإعادة التطبيق	معامل ألفا كرونباخ
الضغوط النفسية	٠, ٧٢	٠, ٧٩
الضغوط الاجتماعية	٠, ٧٥	٠, ٨١
الضغوط المادية	٠, ٧٧	٠, ٨٢
الضغوط الصحية	٠, ٨١	٠, ٨٤
الدرجة الكلية	٠, ٨٥	٠, ٨٨

يتضح من نتائج الجدول (٣) ارتفاع معاملات ثبات مقياس الضغوط الحياتية (أبعاد - درجة كلية)، ومن ثم يمكن الوثوق في استخدامه في البحث الحالي.

ثالثا: الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين مضردات كل بعد والدرجة الكلية لهذا البعد بعد حذف درجة المفردة، وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين ٠,٧٥ - ٠,٩٢ وجميعها داله عند مستوى ٠,٠١ وكذا حساب معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) أوضح ذلك.

جدول (٤)

معاملات الارتباط البينية بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط الحياتية (ن=٢٥)

الأبعاد	الضغوط النفسية	الضغوط الاجتماعية	الضغوط المادية	الضغوط الصحية
الضغوط النفسية	—			
الضغوط الاجتماعية	٠,٨٣	—		
الضغوط المادية	٠,٧٨	٠,٧٣	—	
الضغوط الصحية	٠,٦٧	٠,٧٥	٠,٨١	—
الدرجة الكلية	٠,٨٩	٠,٨٧	٠,٨٣	٠,٨٥

يتضح من الجدول (٤) السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على اتساق وارتباط أبعاد مقياس الضغوط الحياتية ببعضها، وهذا يطمئن الباحثة لاستخدامه في البحث الحالي.

• يطبق المقياس بطريقة فردية، أو جماعية على عينه الدراسة، بعد قراءة كل عبارة جيدا على الأم أن تضع علامة صح تحت اختيار واحد فقط من ثلاثة (دائما - أحيانا - أبدا)، وتم وضع أوزان تقديرية لهذه البدائل على الترتيب (٣-٢-١) للعبارات الإيجابية التي تقيس الضغوط، والعكس بالنسبة للعبارات السلبية (١-٢-٣).

• تتراوح الدرجة الكلية لكل بعد من (١٥-٤٥) درجة، والدرجة الكلية للمقياس ككل من (٦٠-١٨٠)، والارتفاع في الدرجة على البعد، أو الدرجة الكلية للمقياس أشار إلى ارتفاع نوع الضغط على هذا البعد، أو الضغوط جميعها.

٢- برنامج العلاج بالتقبل والالتزام لأمهات الأطفال مرضى الصرع :

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج إلى تنمية الشفقة بالذات باستخدام فنيات العلاج بالتقبل والالتزام لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع.

الأهداف الخاصة بالبرنامج: تهدف كل جلسة من جلسات البرنامج إلى تحقيق الهدف العام للبرنامج وذلك من خلال مجموعة من الأهداف الإجرائية التالية:

- (١) تدريب الأمهات على الاسترخاء العضلي الذي يساعدهم على التغلب على حالات التوتر والضغط.
- (٢) تدريب الأمهات على الشفقة بالذات (اللطف بالذات - الإنسانية المشتركة - اليقظة العقلية).
- (٣) تدريب الأمهات على الاهتمام بالذات وقبولها والتقليل من لومها.
- (٤) تدريب الأمهات على عدم الانعزال عن المجتمع والمعاونة من الوحدة والعزلة.
- (٥) تعليم الأمهات السيطرة على الأعراض السلبية واستبدالها بسلوكيات إيجابية.
- (٦) تعريف الأمهات بأحداث الحياة الضاغطة، أنواعها، وأسبابها.
- (٧) أن تستطيع الأمهات تحديد المواقف المثيرة للضغوط لديهن.
- (٨) تدريب الأمهات على مواجهة الضغوط الحياتية بأنواعها (نفسية - اجتماعية - مادية - صحية).
- (٩) تدريب الأمهات على التعبير عن مشاعرهم أي تأكيد الذات.
- (١٠) تنمية العلاقات الاجتماعية لدى الأمهات، حيث المساعدة على المشاركة والتعاون والتواصل مع الآخرين دون خجل.
- (١١) تنمية القدرة لدى الأمهات على حل المشكلات.
- (١٢) تدريب الأمهات على عدم الاستسلام لدوامة التفكير في مرض الأبناء.

تم إعداد هذا البرنامج ليحقق من خلال جلساته (١٢) المكثفة الهدف العام والأهداف الخاصة الموضحة أعلاه، ولكي يتم ذلك بالكفاءة المرجوة التزمت الباحثة أثناء إعدادها للبرنامج بمبادئ العلاج بالتقبل والالتزام التي أشار إليها (Larmar et al.,2014:216) فكانت على النحو التالي:

- (١) تحليل النطاق وطبيعة مشكلة الأمهات مستوى منخفض من الشفقة بالذات ومستوي مرتفع من الضغوط الحياتية.
- (٢) تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافع للتغير لدى الأمهات.
- (٣) تحليل العوامل التي تساعد على التخفيف من معاناة الأمهات.
- (٤) تقييم العوامل التي تزيد من معاناة الأمهات.
- (٥) ه-التواصل والتعامل مع الأمهات باحترام حقهن في العلاج، ومراعاة ظروفهن الخاصة والتدخل المهني بلطف ودفع لتنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع اللاتي تعاني من مستوى مرتفع من الضغوط الحياتية بسبب مرض ابنها المزمن، بهدف تخفيف هذه الضغوط لديهن، وذلك باستخدام فنيات وتكنيكيات ((ACT التي تساهم في تعديل إدراك الأمهات للضغوط التي تشكو منها بمعاشيتها وتقبلها ومراقبة عملها والحد من أثارها الانفعالية والانفتاح على الواقع الاجتماعي.

الفنيات المستخدمة في البرنامج :

- ١- **المحاضرة والمناقشة والحوار:** استخدم هذا الأسلوب عند تقديم أية معلومات جديدة تفيد أفراد العينة من حيث توضيح المفاهيم الأساسية الخاصة بمتغيري الشفقة بالذات والضغوط الحياتية، ثم إتاحة الفرصة لأفراد العينة بالمشاركة في الاستفسار عما غمض عليهن دون خجل لتحقيق أفضل فائدة لكل مشتركة.
- ٢- **التقبل:** يعني عدم التعلق بالأفكار والمشاعر التي تضعف الهمه وتعوق النجاح، تم تدريب المشاركات على تقبل الوضع الحالي المؤلم دون مقاومه والتعايش معه (الذات كعملية - الذات كسياق)، فذلك أفضل من الهروب من مواقف الفشل والإحباط، وذلك من خلال أمثله حياتية.
- ٣- **التفكك المعرفي:** يعني التفكير بصورة مخالفة لما يدور في الذهن من أفكار سلبية نابعة من الخبرات السابقة، تدريب المشاركات على ترك الأفكار السلبية الناتجة من خبرات الفشل السابقة وإحلال محلها أفكار ايجابية وتكرار ترديد هذه الأفكار حتى تسيطر على السلوك الإيجابي الجديد وذلك بأمثلة حياتية عديدة (أنا أم فاشلة وأنا أم قادرة على حل مشكلاتي).

- ٤- الوعي بالذات:** تدريب المشاركات على مراقبة الذات لتحديد نواحي القوه والضعف، ثم تقبل جوانب الضعف في الشخصية، وتنمية الجوانب الإيجابية لتعوض جوانب النقص.
- ٥- الالتزام:** تطلب الباحثة من المشاركات تحديد القيم التي تتمني كل منهن التمتع بها لأنها تساعد على تحقيق السعادة والرضا عن الحياة، ثم تشجع المشاركات على الالتزام بممارسة هذه القيم من خلال التشكيل والنمذجة.
- ٦- الاسترخاء العقلي والعقلي:** يتم تدريب المشاركات على تمرينات وأنشطة تحقق لهن الهدوء والاسترخاء للتخلص من الضغوط والهموم اليومية، وذلك من خلال شرح خطوات التدريبات الاسترخائية مع عرض نماذج يوربوينت لتنفيذ هذه الخطوات.
- ٧- التدعيم:** تستخدم الباحثة دائما هذا الأسلوب لرفع الروح المعنوية لدى المشاركات في مواقف الإصرار والمثابرة على الالتزام بخطوات البرنامج وإجراء الواجبات المنزلية.
- ٨- الواجب المنزلي:** تكلف الباحثة المشاركات في نهاية كل جلسة بممارسة المهارات التي تم التدريب عليها خلال الجلسة، وذلك بهدف إتقانها وتوظيفها في الحياة اليومية.

جدول (٥)

ملخص جلسات برنامج العلاج بالتقبل والالتزام

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفيئات	الإجراءات
١	التهيئة والتعارف	- أن يتحقق التعارف بين الباحثة والأمهات المشاركات. - إشاعة جو من الألفة والود بين الباحثة وأفراد العينة . - تهيئة المشاركات للإستمرار في البرنامج - تعريف المشاركات بأهداف البرنامج المراد تحقيقها. - تعريف المشاركات بأهمية البرنامج ودواعية	- الحوار - المناقشة - التدعيم	- ترحب الباحثة بأفراد المجموعة وتعرفهم بنفسها ثم تتعرف عليهن. ثم تقدم نبذة مختصرة عن البرنامج وأهميته وأهدافه وذلك في جو يسوده الدفء والمودة. ثم تسأل المشاركات عن أهم المشكلات التي تعاني منها كل أم والتي دفعتهن للمشاركة في البرنامج.
٤-٥	الشفقة بالذات	- أن تتعرف المشاركات على مفهوم الشفقة بالذات ومكوناتها وأهميتها. - تدريب المشاركات على مهارات التعاطف مع الذات.	- المحاضرة - المناقشة. - النمذجة. - التقبل. - التدعيم - الواجب المنزلي	- شرح فائدة الشفقة بالذات. وذلك لما لها من علاقة إيجابية مع الرضا عن الحياة. وتقبل الظروف الحياتية الحالية بما فيها من ضغوط وألم. بالتفاوض، والتسامح. - تجنب إلقاء اللوم على الذات على كل صغيرة وكبيرة. - تطلب الباحثة من المشاركات ذكر بعض المواقف التي مرت عليهن وكن فيها مشفقات على أنفسهن ومواقف أخرى قمن فيها بإلقاء اللوم على أنفسهن في حالة الفشل .
٢	الوعي بالذات	- أن يستطيع أفراد العينة التمييز بين المشاعر السلبية والإيجابية وأثار كل منها على السلوك - أن يتدرب أفراد العينة على تكوين عادات ايجابية في المخ وتفطيت العادات السلبية. - أن يتدرب أفراد العينة على ضبط الذات. - أن يتدرب أفراد العينة على الحديث الإيجابي للذات. - أن يتدرب أفراد العينة على الثقة بالنفس ويدركون أنها نابعة من داخل الفرد نفسه. وتوفر للفرد الشعور بالراحة النفسية.	- المحاضرة - المناقشة - الوعي بالذات (الذات كعملية) - التفكير المعرفي - التدعيم - الواجبات المنزلية	- كيفية التعامل مع الذات وضبط الانفعالات. والوقوف على أفضل الطرق للتعامل مع الضغوط والالتزامات. وإدارة الأزمات بكفاءة وتخفيف الآثار السلبية المترتبة عن حدوثها بما يحفظ للإنسان سلامه الداخلي. واستقرار حياته

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
١٠	المرونة النفسية	- أن يتدرب أفراد العينة على التعامل المرن مع مواقف الحياة المختلفة. - أن يتدرب أفراد العينة على التعبير عن الانفعالات وضبط الذات بدلاً من كبتهها. - أن يتدرب أفراد العينة على النظرة الموضوعية للمواقف بدلاً من تهويل وتضخيم المشكلات.	- المحاضرة. - المناقشة والحوار. - الذات كسياق. - التقبل القيم. - الالتزام. - التنفيس. - الانفعالي. - الواجبات المنزلية	- تشرح الباحثة لأفراد العينة المقصود بالمرونة النفسية وفائدتها لهم، و المشكلات التي يمكن أن تعترض طريقهم في الحياة حينما لا يتعاملون بمرونة مع المواقف الحياتية وخاصة المواقف الضاغطة وتبصيرهم بها لتحقيق قدر من التوافق النفسي والراحة النفسية - تتحدث كل أم بصورة مفصلة عن أهم الضغوط التي تعاني منها وتشعرها بالضيق، تنبيه العينة بأن الإنسان قد يشعر بالضيق بسبب الضغط النفسي وهذا أمر طبيعي ويترك المجال لأفراد العينة بالبكاء إذا شعرت بالرغبة في ذلك دون تهكم، أو سخرية من أحد.
٧	الاسترخاء	- أن يتعرف أفراد المجموعة على مفهوم الاسترخاء - أن يتدرب أفراد المجموعة على ممارسة الاسترخاء لمواجهة ضغوطهم النفسية والحياتية	- الاسترخاء. - النمذجة. - الواجب المنزلي	- تقدم الباحثة نموذج حي لتدريبات الاسترخاء على النحو التالي: - شد قبضتك قدر الإمكان. ضم ساعدك إلى عضدك بقوة. ارفع قبضتك للأمام واشعر بشد ساعدك. ارفع كتفك لأعلى باتجاه الرقبه. ارفع ساقيك على أطراف أصابعك. ضم ساقيك وفخذيك معا بإحكام. إلى أن تشعر بقليل من الألم. ضم فكيك بشدة. خذ نفسا عميقا وبطيئا من الأنف وبعضلات البطن والصدر معا. احبس النفس وحافظ على هذا الوضع المشدود في أعضاء الجسم لفترة تتراوح من (٥-٧) ثوان. - تنفس ببطء للخارج واخرج همومك كزفير من فمك. - أرخ جسمك واترك وزنك على الكرسي وليس على عضلاتك. لاحظ أن التوتر والشد يتبددان تدريجيا. وأنت تردد بين نفسك أنك هادئ ومسترخي.

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
٦	اليقظة العقلية	- أن يتعرف أفراد العينة على مفهوم اليقظة العقلية. - أن يتدرب أفراد العينة على التعقل والتفكير قبل التصرف. - أن يتدرب أفراد العينة على مهارة التخطيط مع إعطاء نماذج حيه لعملية التخطيط في المواقف الحياتية	- المحاضرة والمناقشة. - التقبل. - الالتزام - التفكير المعرفي. - التدعيم. - الواجب المنزلي.	- أن يتعلم المسترشد كيفية وقف تدفق وتزايد الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية تعني وقف تدفق الأفكار السلبية الانفعالية. وإحلال محلها أفكار إيجابية تجاه الذات والآخرين. وهذا من شأنه يفرض على المسترشد الالتزام بممارسة سلوكيات قيمة بدلاً من السلوكيات اللاعقلانية.
٣	الوعي بالآخرين	- أن يتعرف أفراد العينة على مفهوم الإنسانية المشتركة. - أن يتدرب أفراد العينة على الوعي بمشاعر الآخرين - أن يتدرب أفراد العينة على التعاطف والتسامح والإيثار في التعامل مع الآخرين.	- المناقشة والحوار. - التعزيز. - الذات كسياق. - التقبل. - الواجب المنزلي	- أن الفرد ينظر إلى خبراته ومعاناته على أنها تمثل خبرة إنسانية مشتركة بدلاً من انعزالها وابتعادها عن الآخر فهذه النظرة للأمور تجعل أفراد العينة ينظرون إلى حياتهم نظرة إيجابية بدلاً من النظرة السلبية السابقة.
١١	التوافق الاجتماعي	- تعزيز شعور أفراد العينة بالدعم والمساندة الاجتماعية - تنمية أسلوب تكوين علاقات جيدة مع الآخرين - تنمية أساليب التواصل والتفاعل بين أفراد الأسرة وبعضهم ومع المجتمع المحيط.	- المحاضرة - المناقشة والحوار - التقبل - الالتزام - الذات كسياق - الذات كعملية - الواجب المنزلي	- تشرح الباحثة مفهوم الالتزام نحو الذات والآخرين وإن ذلك يعني أن الفرد يعقد العزم على أن يحقق أهدافه الشخصية ويسعى إلى تحقيق طموحه حتى لو حالت بعض العراقيل، أو الصعوبات مع عدم أهدار حق الآخر في الرعاية والمساندة.

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
٨-٩	الضغوط الحياتية	- أن يتعرف أفراد المجموعة على ماهية الضغوط الحياتية. وأنواعها. وأسبابها. وأثار التعرض لها. كيفية التغلب عليها.	- المحاضرة والمناقشة الجماعية والحوار. و التقبل.	- تشرح الباحثة مفهوم الضغوط. وأنواعها وأسبابها وأثارها. ثم تطلب من المشاركين التعبير بشكل مفصل عن الضغوط التي يتعرضون لها. ويتم الحوار الجماعي بينهن وبين الباحثة للوصول لحلول للضغوط من واقعهم الذي يعيشونه. وتقدم الباحثة لأفراد العينة بعض النصائح لإدارة هذه الضغوط على النحو التالي
		- أن يتعرف أفراد المجموعة أن توطيد العلاقة بالله وتسلميم الأمر لله يجعل الإنسان مطمئناً على مستقبله.	- التفكك المعرفي. الاسترخاء. التدعيم. الواجب المنزلي	- حاولي مواجهة الضغوط أول بأول. حاولي الاسترخاء في فترات متقطعة يومياً. افتحي مجالاً للتفاوض مع باقي أفراد الأسرة بخصوص أي مشكلة. استخدمي أسلوب الحوار الإيجابي مع النفس وابعدي عن التفسير السلبي والكارثي للأحداث. كوني علاقات حميمة مع الأصدقاء والأقارب الذين تستمتعين بالحوار والتنفيس الانفعالي معهم. مع البعد قدر الإمكان عن الجماعات التي تشعر كي بالتدني. وزعي الأعباء الملقاة عليك على باقي أفراد الأسرة. نظمي وقتك بطريقة هادفة. ارفض تنفيذ الطلبات غير المعقولة والمجهدة. وازني بين إشباع احتياجاتك الخاصة بالصحة. الراحة. وقت الفراغ. وبين تلبيةك لمتطلبات الآخرين لا تقتل نفسك بالتفكير في الغد وبالمشغوليات. والقلق لأجل المستقبل وما قد يحمله لك بل درّب نفسك على العيش في حدود يومك أنه لا توجد حياة بلا مُنْعَصَات.

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
١٢	تقييم البرنامج	- اختتام البرنامج - التعرف على تقييم أفراد المجموعة للبرنامج - القيام بالقياس البعدي	- الفنيات السابقة - على حسب الحاجة	- في هذه الجلسة تقوم الباحثة بتلخيص كل الموضوعات التي تم التطرق لها في الجلسات السابقة للبرنامج والتأكد من تحقق الأهداف المرجوة واستقبال أي ملاحظات، أو اقتراحات على البرنامج من قبل أفراد العينة، ثم تطبيق مقياسي الدراسة لتقييم فعالية البرنامج

خطوات البحث:

للإجابة على أسئلة البحث والتحقق من صحة فروضه اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

- (١) الاطلاع على التراث السيكلوجي والدراسات السابقة لمتغيرات البحث، والقيام بالدراسة الناقدة لهما لتوظيفهما في صياغة الفروض الحالية ثم التحقق من صحتها.
- (٢) إعداد الأدوات المناسبة لمتغيرات وعينة البحث والتحقق من كفاءتها السيكمترية.
- (٣) القيام بالتطبيق القبلي لمقياسي الشفقة بالذات والإجهاد المدرك على أمهات الأطفال مرضي الصرع (عينة البحث).
- (٤) القيام بتطبيق البرنامج على عينة البحث، ثم تطبيق مقياسي الشفقة بالذات والإجهاد المدرك على أفراد العينة كتطبيق بعدي.
- (٥) القيام بالتطبيق الثالث (التبعي) لمقياسي البحث بعد شهرين من انتهاء البرنامج.
- (٦) رصد نتائج المقاييس والقيام بتحليلها باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة من خلال حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة ب (SPSS18).
- (٧) مناقشة نتائج الفروض وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة.
- (٨) الخروج بمجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج.

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول

نص الفرض الأول على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل". ولتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد العينة، وقد تم استخدام اختبار (ويلكسون) للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة، ويتضح ذلك في الجدولين التاليين

جدول (٦)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشفقة بالذات

مقياس الشفقة بالذات	القياس	ن	متوسط	انحراف معياري	الرتب السالبة المتوسط المجموع	الرتب الموجبة المتوسط المجموع	قيمة مستوى الدلالة Z
اللطف بالذات	قبلي	١٠	١٤,٤٠	٢,٥٠	٠,٠	٥,٥٠	٢,٨١
	بعدي	١٠	٢٣,٦٠	١,٥٠	٠,٠	٥,٥٠	٠,٠١
الإنسانية المشتركة	قبلي	١٠	١٤,٥٠	٢,٤١	٠,٠	٥,٥٠	٢,٨٢
	بعدي	١٠	٢٥,١٠	١,٨٥	٠,٠	٥,٥٠	٠,٠١
اليقظة الذهنية	قبلي	١٠	١٤,١٠	٢,٣٧	٠,٠	٥,٥٠	٢,٨٢
	بعدي	١٠	٢٣,٤٠	١,٥٠	٠,٠	٥,٥٠	٠,٠١
الدرجة الكلية	قبلي	١٠	٤٣	٥,٢٢	٠,٠	٥,٥٠	٢,٨٠
	بعدي	١٠	٧٢,١٠	٢,٧٢	٠,٠	٥,٥٠	٠,٠١

جدول (٧)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مقياس الضغوط الحياتية

مقياس الضغوط الحياتية	القياس	متوسط	انحراف معياري	الرتب السالبة المتوسط	الرتب الموجبة المتوسط	Z	مستوى الدلالة
الضغوط النفسية	قبلي	٣٥,٧٠	٣,٤٣	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١	٠,٠١
	بعدي	٢٤,٦٠	٣,٩٧				
الضغوط الاجتماعية	قبلي	٣٦,٣٠	٣,١٩	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١	٠,٠١
	بعدي	٢٣,٢٠	٤,١٨				
الضغوط المادية	قبلي	٣٤,١٠	٢,٨٤	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١	٠,٠١
	بعدي	٢٤	١,٨٢				
الضغوط الصحية	قبلي	٣٧,٤٠	٣,٢٣	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠	٠,٠١
	بعدي	٢١,٥٠	٣,٢٠				
الدرجة الكلية	قبلي	١٤٣,٥٠	٧,١٥	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠	٠,٠١
	بعدي	٩٣,٣٠	٤,٣٩				

يتضح من الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج على جميع أبعاد مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية والدرجة الكلية في اتجاه القياس البعدي، مما يعني تحسن درجات أفراد العينة بعد تعرضهم لجلسات البرنامج، وبذلك يتم قبول الفرض.

١ - نتائج الفرض الثاني وتفسيرها

ينص الفرض الثاني على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية (أبعاد - درجة كلية)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد العينة، وقد تم استخدام اختبار (ويلكسون) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد العينة على مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية، ويتضح ذلك في الجدولين التاليين.

جدول (٨)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الشفقة بالذات

مقياس الشفقة بالذات	القياس	ن	متوسط	انحراف معياري	الرتب السالبة (-) المتوسط المجموع	الرتب الموجبة (+) المتوسط المجموع	قيمة Z الدلالة
اللطف بالذات	بعدي	١٠	٢٣,٦٠	١,٥٠	٥,٥٠	٢٢	٠,٥٧ غير دالة
	تتبعي	١٠	٢٤,٣٠	٢,٣١		٣٣	
الانسانية المشتركة	بعدي	١٠	٢٥,١٠	١,٨٥	٤,٦٧	٢٨	٠,٠٥ غير دالة
	تتبعي	١٠	٢٤,٨٠	١,٩٨		٢٧	
اليقظة الذهنية	بعدي	١٠	٢٣,٤٠	١,٥٠	٦	٢٤	٠,٣٩ غير دالة
	تتبعي	١٠	٢٣,٩٠	٢,١٣		٣١	
الدرجة الكلية	بعدي	١٠	٧٢,١٠	٢,٧٢	٤,٥٠	٢٢,٥٠	٠,٥٢ غير دالة
	تتبعي	١٠	٧٣	٢,٥٨		٣٢,٥٠	

جدول (٩)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط الحياتية

مقياس الضغوط الحياتية	القياس ن	متوسط	انحراف معياري	الرتب السالبة المتوسط	الرتب الموجبة المتوسط	Z مستوى الدلالة
الضغوط النفسية	بعدي ١٠	٢٤,٦٠	٣,٩٧	٥,٦٤	٣٩,٥٠	١٥,٥٠ ١,٢٧ غير دالة
	تتبعي ١٠	٢٣,٣٠	٢,٢١			
الضغوط الاجتماعية	بعدي ١٠	٢٣,٢٠	٤,١٨	٤,٧٠	٣٧	١٨ ٠,٩٨ غير دالة
	تتبعي ١٠	٢٢,٦٠	٢,١١			
الضغوط المادية	بعدي ١٠	٢٤	١,٨٢	٦,١٠	٣٠,٣٠	٢٤,٥٠ ٠,٣١ غير دالة
	تتبعي ١٠	٢٣,٨٠	٢,٠٤			
الضغوط الصحية	بعدي ١٠	٢١,٥٠	٣,٢٠	٤,٦٧	١٤	٥,٨٦ ٤١ ١,٤١ غير دالة
	تتبعي ١٠	٢٢,٦٠	٢,٦٣			
الدرجة الكلية	بعدي ١٠	٩٣,٣٠	٤,٣٩	٤,٥٠	٢٢,٥٠	١٣,٥٠ ٠,٦٣ غير دالة
	تتبعي ١٠	٩٢,٣٠	٣,٦٥			

يتضح من الجدول (٩) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على جميع أبعاد مقياسي الشفقة بالذات والضغوط الحياتية والدرجة الكلية، وبذلك يتم قبول الفرض.

مناقشة وتفسير النتائج:

أشارت نتائج البحث الحالي إلى فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع ثم تخفيف الضغوط الحياتية المدركة لديهم، وترجع الباحثة ذلك لمحتوي البرنامج ذو الجلسات الموجهة للمشكلات الواقعية التي تعاني منها أفراد العينة، وملاءمة فنيات البرنامج لتنمية مكونات الشفقة بالذات، وهذه النتيجة تتفق مع منظور (هايس ١٩٨٤) (المؤسس الأول لهذا الاتجاه والذي يناهز بإدراك أن تحديات الحياة والفشل الشخصي هي ببساطة جزء من تكوين الإنسان، وأكد (Bishop, et al., 2004) أن اليقظة

العقلية عنصر مشترك بين الشفقة بالذات والعلاج بالقبول والالتزام، وأثبت (Georg & John, 2008) أن «ACT» علاج يسمح بتحقيق مكونات الشفقة بالذات التي وصفها نيف، ويتفق معه في هذا الشأن العديد من الباحثين (Hayes, 2008) (VanDam et al., 2010 & Fletcher, 2012)، ويؤيد ذلك ما أشارت إليه دراسة (Yadavaia, et al., 2014) من زيادة مستوى الشفقة بالذات لأصحاب ضغوط ما بعد الصدمة، ذوي القلق، الاكتئاب، تحقيق جودة الحياة وتقبل الطفل المعاق باستخدام فنيات «ACT»، تؤكد (Poddar, et al., 2015) أن «ACT» يفيد في التخلص من القلق والاكتئاب لأمهات الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد، وفي ذات السياق تثبت دراسة (Abdul Kalam, 2017) أن «ACT» يفيد في تحسين السلوك القيمي لوالدي الأطفال المصابين بأمراض عصبية نمائية.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا "كيف تم تنمية مكونات الشفقة بالذات (اللطف بالذات - الإنسانية المشتركة - اليقظة الذهنية) من خلال فنيات «ACT» ؟

استخدمت الباحثة بعض الفنيات المعتاد استخدامها في معظم المداخل العلاجية، أو الإرشادية كالمحاضرة والمناقشة الجماعية والحوار المرح والمرن الذي يتيح لكل فرد في المجموعة العلاجية بالتعبير عن رايه، بالإضافة للاسترخاء والتدعيم والواجب المنزلي وظهر ذلك في كافة الجلسات بدء من التعارف بين الباحثة والمشاركات وبعضهن البعض، مروراً بالتعرف على طبيعة ومحتوي البرنامج والهدف منه، إشارة إلى بعض التكاليفات الموجهة للمشاركات والتي من الضروري الالتزام بأدائها.

فقد لعبت فنية المحاضرة دوراً عظيماً في إكساب أفراد العينة المعلومات المهمة التي يتضمنها البرنامج، أما فنية الحوار والمناقشة الجماعية فقد ساهمت في بناء علاقة طيبة مليئة بالود والاحترام المتبادل بين الباحثة والمشاركات وبين المشاركات وبعضهن البعض، وأتاحت الفرصة للمشاركات بالتنفيس الانفعالي عما تعانين من ضغوط والتعبير عن ذواتهم بكل ثقة.

أما تدريبات الاسترخاء العضلي والعقلي التي اهتمت الباحثة بالتركيز على تقديمها بصورة حية أمام المشاركات حتى يتقن أدائها وقت التوتر ومواقف الفشل، فإن ممارستها ساعد المشاركات على مواجهة مواقف الضغط والغضب والانفعال وتغيير النظرة السلبية للمواقف إلى إيجابية.

إن استخدام فنية التقبل للوضع القائم والتركيز على ” هنا والآن“ وهذا يتضمن المواجهة ” كالفهم“ الذي تنادي به المدرسة السلوكية الكلاسيكية أي اقتحام الصعوبات والمشكلات بدلاً من الهروب منها أو كبتها، فهذا الأسلوب ساعد المشاركات على فهم خبرات الفشل بأنها غير ضارة أو غير محرمة، أو خاصة به منفردا دون الآخرين، وإنما إدراك أن الانفعالات المصاحبة لهذه الخبرات يمكن تحملها ولا تمنعه من تحقيق هدفه، كما أن زيادة قدرة المشاركات للتغلب على العقبات التي تعوق تحقيق القيم والأهداف يساعدهم على التصرف بعيداً عن الكفاح مع الألم، بمعنى أن تحدد المشاركات الأشياء الخارجة والتي لا تستطيع تغييرها وتقبلها كما هي حتى لا تصاب بالإحباط، وعلى الجانب الآخر يتم قبول وممارسة السلوكيات القائمة على القيم.

المشاركات أثناء التدريب على هذه الخطوات تتعلم اللطف بالذات بدلاً الحكم على الذات بأنها سبب الفشل وتوجه اللوم القاسي للذات، كما أنها تشعر أن مواقف الإحباط والفشل غير قاصرة عليها؛ بل هي مواقف تصيب كل فرد في البشرية جمعاء ويظهر ذلك أثناء عرض المشاركات لمشكلاتهن، فتجد كل واحدة أن مشكلاتها أخف من غيرها طبقاً للمثل ” اللى يشوف بلاوي الناس تهون عليه بلاويه“ وبالتالي تتعلم تحكم على المواقف من منظور الإنسانية المشتركة بدلاً من الانعزال عن الواقع واعتبار الذات هي التي تخطئ فقط.

إن استخدام فنية التفكك المعرفي ساعد المشاركات على تغيير الأسلوب الذي تتفاعل به مع الأفكار المؤلمة مما يقلل من التمسك بالمعني الحرفي للتفكير، وهذا الأسلوب يساعد على تقوية الإرادة للانفعال في المواقف الضاغطة والمقلقة لتجنب خبرة القلق بدلاً من الانفعال بتقليل القلق ذاته، وتتعلم المشاركات من هذا الأسلوب كيف تنظر إلى التفكير بدون عاطفة وذلك بتكرار الكلمة عديد من المرات بصوت مرتفع حتى يسيطر صوت التفكير فقط دون الانفعال المصاحب له، وهذا يرادف قدرة المشاركات على استخدام الذهن والتفكير في الحكم على المواقف الحياتية

إن استخدام فنية الذات "كعملية" ساعدت المشاركات على الاتصال المستمر بالأحداث الموجودة في الوقت الحاضر، وذلك من خلال إتاحة الفرص المتعددة لتشجيع المشاركات على ممارسة السلوكيات القيمة التي تتطلب ضبطاً أكثر للسلوك، وألا يربط الأحداث السلبية بذاته وكأنها لا تحدث إلا له، وإنما ينظر إلى الموقف نظرة إنسانية مشتركة.

إن استخدام فنية الذات "كسياق" ساعدت المشاركات على الاعتراف بالأحداث والمؤثرات الموجودة في السياق "أنا-أنت" "هنا-هناك" فظهر ذلك في تنمية التعاطف، الشعور بالذات، اليقظة الذهنية وترتب على ذلك تقبل المشاركات لأنواع الضغوط التي كانت مصدر شكواهن.

أما التأثيرات الضارة لهذه الفنية تعود من "سياقات الحرفية" أي التي تتمسك بالمعنى الحرفي للكلمة، فإذا سيطرت على الأم فكرة "عدم قدرتها على السيطرة على طفلها المريض بالصرع أثناء التنزه" بالفعل لن تستطيع وهذا يجعلها ترفض الإقدام على هذه التجربة. أما حينما يتم تقوية الذات كسياق عن طريق الاهتمام بالأنشطة والاستعارات والأمثلة الحياتية تستطيع المشاركات الاتصال باللحظة الحالية لتحقيق أهدافهن المتمثلة في الشفقة بالذات.

إن استخدام فنية القيم التي تم اختيارها من قبل المشاركات طبقاً لأولويات كل أم، كان لها أثراً فعالاً في تحسين الشعور بالتماسك بين أفراد الأسرة ومع المجتمع المحيط، وساعدت الباحثة المشاركات في اختيار قيم قابلة للتحقيق وليست خيالية حتى تستطيع تحقيقها، فلا تحلم بأن ابنها سوف يصبح سوياً وهي تعيش حياة خالية من كافة المضايقات بعد المشاركة في البرنامج، وإنما يمكنها تخيل وضع أفضل صحياً ونفسياً واجتماعياً ومادياً بالنسبة لها وبالنسبة لتعاملها مع أسرتها

أن استخدام فنية الالتزام بأداء السلوكيات القيمة التي تم اختيارها وتحديدتها من قبل المشاركات، ساهم في تعديل وجهة نظر المشاركات في تصرفاتهن وأنهن غير مسؤولات عن السلوكيات والمشاعر الخاطئة باستمرار، وبالتالي حصلن على مستوى من الشفقة بالذات. يتضح مما سبق أن جلسات البرنامج بفيناتها المتنوعة ركزت على تنمية مكونات الشفقة بالذات لدى أفراد العينة، وقد اهتمت

بعض جلسات البرنامج بالضغوط الحياتية التي تدركها أمهات الأطفال مرضي الصرع، فذلك الهدف النهائي للبحث والذي نبحت عن تحقيقه من خلال تنمية الشفقة بالذات لدى أفراد العينة، ونظرا لما أكدت عليه العديد من الدراسات عن فعالية الشفقة بالذات مع والدي ذوي الإعاقة فثبت أنها تساهم في تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لمرضي سرطان الثدي (Magnus et al, 2010)، خفض مستوى الضغوط وزيادة مستوى الشفقة بالذات لدى والدي الأطفال ذوي التوحد (Lee & Crystal, 2013)، خفض الإجهاد الأسري وتحسين نوعية الحياة (Neef & Germer, 2013)، خفض مستوى الإلكتسيثميا وارتفاع مستوى الشفقة بالذات والتفاعل الفكاهي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Aydan, 2014)، التخفيف من التوتر والإجهاد الصحي للوالدين الناشئ من رعايتهم، وتحسن نوعية الحياة وتحقيق الرفاهية النفسية والشفقة بالذات لديهم (Bazzano, et al., 2015)، تحقيق الرضا عن الحياة وزيادة الأمل والتفاؤل لدى الوالدين (Neff & Faso, 2015)، تخفيف الضغوط النفسية وتحقيق جودة الحياة لأمهات أطفال التوحد (Poddar, et al., 2015 & Montgomery, 2015)، تحسن الرفاهية الذاتية ومستوى الشفقة بالذات لآباء ذوي الإعاقة العقلية (Duran & Barlas, 2016)، أثبتت دراسة (٢٠١٧) Arnos أن الآباء والأمهات الذين لديهم مستويات عالية من الشفقة بالذات ومستويات منخفضة من الإجهاد المدرك ينظرون إلى إعاقة أبنائهم نظرة معتدلة دون تضخيم، كما أثبتت النتائج أهمية استخدام الشفقة بالذات لتحسين الرفاهة النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل ويمكن الاعتماد على هؤلاء الآباء في تخفيف اضطرابات التواصل لدى أبنائهم، وأظهرت (Mahon, et al, 2017) فعالية التدريب على كل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية في التخفيف من الإجهاد المدرك وتحسين الشفقة بالذات لدى الممرضات، وبحث (Firdos & Amanullah, 2018) تأثير الإرشاد النفسي على مشاعر التقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات، نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مشاعر الذنب لديهم. وأثبتت النتائج أن الإرشاد الفعال له علاقة إيجابية وفعالة بتحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأمهات، واستخدم (Evans, et al, 2018) الشفقة بالذات كوسيط لتحسين الرفاهة النفسية من خلال برنامج للتخفيف من الإجهاد الذهني لدى عينة ممثلة من المجتمع، فحصل

(Robinson, et al., 2018) العلاقة بين الشفقة بالذات والرفاهية والضغط النفسي لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية وأكدت النتائج أن الشفقة بالذات توفر نوعاً من المرونة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة تجعلهم قادرين على مواجهة التحديات التي تقابلهم في ظل الصعوبات الحياتية التي يواجهونها.

ومجمل هذه النتائج يفيد بأن الشفقة بالذات تفيد في خفض الضغوط والتوتر والإجهاد الناشئ من تربية طفل ذوي حاجة خاصة، وزيادة الأمل والتفاؤل الذي يحسن نوعية وجودة الحياة ويحقق الرفاهية النفسية لهذه الأسر. هذه النتائج تتفق مع نتائج البحث الحالي وهي أن الشفقة بالذات تفيد في خفض الضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال مرضي الصرع - حيث أنها تهتم بفترة معينه من الضغوط - كما جاءت في الدراسات السابقة، فمنها تراجع في الأنشطة الاجتماعية، الإحباط واليأس، صعوبات مالية، ضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الزوجي والاجتماعي (Sanjeev, et al., 1999)، انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، ارتفاع معدل الاكتئاب لدى الأمهات، مشكلات في عمل الأسرة، ضعف الاتزان الانفعالي للوالدين، سوء الحالة الصحية للوالدين والطفل (Roos, et al., 2005)، ارتفاع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSS)، الاكتئاب الأساسي (Pervin, et al., 2006) (MDD)، عدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط، كثرة الالتزامات، فرط الحركة، الاكتئاب، سوء العلاقة الزوجية، عدم القدرة على التنبؤ بحدوث النوبة، صعوبة السيطرة على الحالة المرضية (Hua-Huei & Liang-po, 2008)، القلق، الاكتئاب، انخفاض جودة الحياة (Lv, et al., 2009) ضعف الحالة الوجدانية تجاه الطفل المريض، صعوبات مادية (Lv, et al., 2009).

وبمراجعة هذه الضغوط والمشكلات التي تعاني منها أمهات الأطفال مرضي الصرع نجد أنها تنحصر في انخفاض جودة الحياة والرفاهية النفسية والقدرة على التكيف بصفة عامة، ولما كانت الشفقة بالذات تحقق ما ذكر وأكثر من خلال ارتباطها بالعديد من المتغيرات الإيجابية، لذا فهي تستطيع تخفيف عوامل الإجهاد المدرك لدى أفراد العينة اللاتي خضعن لبرنامج «ACT» لمدة (٢٠) ساعة خلال شهر ونصف بمعدل جلستين أسبوعياً زمن الجلسة الواحدة يتراوح بين (٩٠-١٢٠) دقيقة.

بالنسبة لاستمرار فعالية البرنامج :

فقد كشفت نتائج الفرض الثاني عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي على كل من مقياس الشفقة بالذات (أبعاد - درجة كلية) ومقياس الإجهاد المدرك (أبعاد - درجة كلية) لعينة الدراسة، بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج.

وتفسر الباحثة ذلك بأن استخدام الفنيات العلاجية المتنوعة من محاضرة وحوارات مفتوحة، ممارسة الاسترخاء كعادة، التدعيم للذات بالحوار الإيجابي مع الذات، الذات كعملية، الذات كسياق، التقبل، الالتزام، ممارسة القيم، التفكك المعرفي، الواجبات المنزلية، إن استخدام هذه الفنيات في المواقف الحياتية أثناء جلسات البرنامج ساعد المشاركات على الاستمرار في استخدامها في مواقف مشابهة من خلال انتقال أثر التدريب مما قلل من حدوث الانتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج، كما ساهم برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية مشاعر اللطف والرحمة نحو الذات للمشاركات بدلاً من نقدها باستمرار كالجلاد، وإدراك أن أي معاناة تصيبها هي جزء من معاناة البشرية بصفة عامة بدلاً من الاعتقاد أن هذه الخبرة تحدث لها فقط، وإدراك الخبرات والمواقف المؤلمة بعقلية متزنة بدلاً من الإفراط والتهويل في الشعور بالألم، وانعكس أثر ذلك في تخفيف مستوى الشعور بالإجهاد والتوتر الناشئ من التعامل مع الأطفال مرض الصرع، وتحسن التفاعلات الاجتماعية والبينشخصية داخل الأسرة وخارجها، انخفاض مستويات الاضطرابات النفسية التي كانت الأمهات تعاني منها قبل البرنامج وتنطق هذه النتيجة مع دراسات (Poddar,et al.,2015, Lee&Crystal,2013 ؛ Neef& Germer,2013) (Evans,et al ,2018 , Mahon,et al 2017 , & Montgomery,2015).

التوصيات والبحوث المقترحة:

بناء على ما توصلت إليه البحث الحالي من نتائج من خلال البرنامج المستخدم توصي الباحثة بعدد من التوصيات تكون بمثابة استراتيجية عامة في التعامل مع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وخاصة مرضي الصرع:

- (١) ممارسة فنيات التقبل والالتزام في مواقف الحياة الضاغطة لدى فئات متنوعة من غير العاديين.

- (٢) تقديم برامج علاجية باستخدام التقبل والالتزام للأطفال والشباب مرضي الصرع وأسرههم.
- (٣) تشجيع كافة فئات المجتمع على ممارسة الشفقة بالذات في المواقف الحياتية.
- (٤) تشجيع أسر غير العاديين على مواجهة تحديات إعاقة أبناءهم.
- (٥) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لتنمية التسامح والتفاؤل والحكمة لدى العاديين وغير العاديين وأسرههم.
- (٦) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لضبط وتنظيم الانفعالات لدى الفئات الأكثر استثارة: كالمعلم، الطبيب، الممرضات، أسر الأطفال ذوي الإعاقة عقليا، أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد، أسر الأطفال ذوي الإعاقات المزوجة.
- (٧) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لتحقيق التوافق الزوجي لدى الأزواج كثيري النزاعات الزوجية.
- (٨) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لخفض الاضطرابات النفسية لدى أمهات غير العاديين.
- (٩) استخدام وسائل الإعلام لزيادة الوعي وتصحيح المعلومات الخاطئة المرتبطة بمرض الصرع لدى المريض والمحيطين به، للتعرف على كيفية إدارة النوبة في (المنزل - الشارع - المدرسة - النادي - المواصلات) لمساعد الطفل والأسرة على التوافق النفسي والاجتماعي.
- (١٠) إنشاء مراكز متخصصة لتقديم الرعاية والدعم (نفسيا وتربويا واجتماعيا وطبيا) لمرضي الصرع وأسرههم.

المراجع

- إبراهيم، محمد مرسي (٢٠٠١). دراسة مقارنة لتجنيب ومعالجة المعلومات لدى مرضي الصرع والأسوياء، مصر، بحوث ومقالات علم النفس، ١٥ (٥٧)، ١٥٢-١٥٨.
- إبراهيم، نيفين محمد (٢٠١٥). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى عينه من آباء وأمهات ذوي الإعاقة جسمياً في ضوء بعض المتغيرات النفسية والديمغرافية «دراسة ميدانية في ليبيا». رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنصورة.
- الأصفهاني، محمد مهدي (٢٠٠٧). موسوعة الثقافة الصحية. بيروت: دارالهادي.
- باهي، مصطفى (٢٠٠٧). مقياس الضغوط الحياتية والمجازاة - كراسة التعليمات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- البهاص، سيد أحمد (٢٠١٥). مقياس الضغوط النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- جلودي، اسمهان، مواسي، جميلة، النواس، مريم سعد الله (٢٠١٧). دور العلاج بالتقبل والالتزام لتنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد، المؤتمر الدولي المحكم، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية، رماح، الأردن.
- الحسيني، أيمن (٢٠٠٣). الأسرار الخفية لنوبات الصرع والتشنجات. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
- رأفت عبد الرحمن محمد (٢٠١٠) برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، (٢٨)، ٣٥-٨٦.
- الرخاوي، يحيى (٢٠١٤) العلاج بالقبول والالتزام، ندوة في مستشفى دار المقطم للصحة النفسية، (إصدار الكرتوني)، مجلة شبكة العلوم النفسية.
- الرفاعي، مالك محمد سالم (٢٠٠٤). فاعلية برنامج لحل المشكلات في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الإعاقة السمعية والبصرية وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.

- السبيعي، سعد (٢٠١٦). مقياس الضغوط النفسية. القاهرة: أكاديمية علم النفس.
- سيلجمان، م دالرنج (.). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة (ترجمة إيمان فؤاد كاشف ٢٠٠٠). القاهرة: دار قباء.
- شحاتة، حسن، النجار، زينب، عمار، حامد (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربوية والنفسية (عربي- انجليزي). القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- الشخص، عبد العزيز (٢٠١٣). الضغوط النفسية لدى أسر ذوي الإعاقة، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، (١١)، ٤٥-٨٩.
- العالم، عماد أحمد (٢٠١٤). الصرع بين العلم والخرافة، السعودية، مجلة فكر - مركز العبيكات للبحوث والنشر، (٥)، ٧٧-١١٢.
- العباسي، ياسر احمد ميكائيل (٢٠١٣). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالنقص لدى طلبة كلية التربية الأساسية في جامعة الموصل. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، ٢ (٨)، ٢٣٥-٢٧٥.
- الغريز، أحمد نايل، أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٩). التعامل مع الضغوط النفسية. عمان: دار الشروق.
- الفقي، آمال إبراهيم (٢٠١٦). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة الإرشاد النفسي - مصر، (٤٧)، ٩٣-١٣٦.
- القرني، محمد سالم (٢٠١٣). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بضغوط الحياة والاكتمال لدى عينة من الأزواج، مجلة البحوث الأمنية، ٢٢، (٥٦)، ٧٦-١٢٢.
- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٩). الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعيه أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين، عمان، مسقط، ١٩-٢١ أبريل، صص ٤١-٦٩.
- القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠١٣). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. القاهرة: عالم الكتب.
- محمد، ديبون (٢٠١٦). تحديد الذات والانفصال عن الشاب المصاب بالصرع، الجزائر، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، (١٦)، ٣٩-٤٧.

- Abdul Kalam(2017) Impact of acceptance and commitment on therapy valuing behavior of parents of children with neuro developmental disorders psychology and behavioral, *Science International Journal* ISSN 2474-7688.
- Adams, C., & Leary, M. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1120-1144.
- Adria, N. (2009). *Acceptance and commitment therapy (ACT) as a workshop Intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes*, PHS United states Nevada, University of Nevada , 2009.
- Alspach, G. (2009). Extending the tradition of giving thanks recognizing the health benefits of gratitude.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology* [Scope of Practice]. Available from www.asha.org/policy.
- Arnos, O. (2017). *Perceived stress, self-compassion, an emotional variance in parents of children with communication disorders: A family approach to service delivery in speech-language pathology*. Master Degree of Science, Illinois State University.
- Bach, P. & Hayes, S. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial, *the journal of Consulting and Clinical Psychology* p. 70
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and acceptance-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). Religion, spirituality and transcendence. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-*

- Skinner account of human language and cognition (pp. 239-251 New York: Kluwer Academic.
- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: a community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 298-308. doi: 10.1007/s10826-013-9836-9.
- Beilby, J., Byrnes M., & Yaruss J. (2012) Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37 (4), 289-299.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. , Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (in press). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire—II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). *Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use*. *Mindfulness*, 3(4), 308-317. doi: 10.1007/s12671-012-0106-5
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burns, L. H., Covington, S. N., & Kempers, R. D. (2006). *Infertility counseling*. http://www.langtoninfo.com/web_content/9780521619493_frontmatter.pdf
- Camfield, C., Breau L. & Camfield, P. (2001). Impact of pediatric epilepsy on the family: A new scale for clinical and research Use. *Epilepsia*, 42(1), 104-112.
- Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. L. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the

- development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20(8), 1279-1294.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M., Goli, V., Fras, A. M., & Thorp, S. R. (2005). Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial. *Journal of Holistic Nursing*, 23, 287-304.
- Ceorc H. & John P. ,(2005). Acceptance & Commitment Therapy For Anxiety Disorders , U.S.A , Oakland, New Harbinger Publications - 5-Robyn D. Walser & Darrah Westrup: supervising Trainees in is Acceptance and Commitment Therapy For Treatment of Posttraumatic stress Disorder , *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* , 2 (1), 18 – 22
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 990.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392-414.
- Dahl, J., Plumb, J., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger.
- Davies, C., Niles, A., Pittig, A., Arch, J. & Craske, M. (2014). Physiological and behavior indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi:10.1016/j.btep.2014.08.002.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651.

- Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychologist*, 41, 1040-1048.
- Evans, S., Wyka, K., Blaha, K. & Allen, E. (2018). Self-Compassion mediates improvement in well-being in a mindfulness-based stress reduction program in a community-based sample. *Mindfulness*, <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0872-1>.
- Fein, S., & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 31-44.
- Firdos, S. & Amanullah, M. (2018). Understanding impact of counselling on mothers of special needs children: A case study approach. *The International Journal of Indian Psychology*, January - March, 6(1), 60-68.
- Forsyth, J., & Eifert, G. (2008). The mindfulness & acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using Acceptance and Commitment Therapy. *Oakland, CA: New Harbinger*
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology” *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press.
- Germer, C., & Neff, K. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2010a). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379.

- Goetz, J. L., Keltne, D. & Simon, T. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374.
- Gomes, P., Lima, L., Buenos, M., Araujo, L. & Souza, N. (2015). Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *Journal of Pediatric* (Rio J), 91, 111-121.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Hahs, A. (2013). *A comparative Analysis of Acceptance and Commitment therapy and A Mindfulness-based therapy with parents of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder*. ph.D. Dissertation, Southern Illinois University Carbondale.
- Hall, H. R., & Graff, J. C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 34(1), 4-25. doi: 10.3109/01460862.2011.555270
- Hall, H. R. & Graff, J. C. (2011). The relationship among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(1), 4-25.
- Hayes, S. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Harter, S. (1999). The construction of the self: A developmental perspective. New York: Guilford Press
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. (2006). Acceptance and commitment therapy, Relational frame theory, and the third Wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639 – 665
- Hayes, S. (2008). The roots of compassion. Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute, Chicago, IL. <http://www.globalpres.com/mediasite/Viewer/?peid=017fe6ef4b1544279d8cf27adbe92a51>

- Hayes, S. (2009). Acceptance and commitment therapy (ACT). [www.contextualpsychology.org/act]
- Hayes S.& Smith S.(2005). Get Out of Your Mins and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy , U. S. A , Oakland, New Harbinger Publications.
- Hayes, S. & Wilson, K. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303
- Hayes, S., Barnes-Holmes,D., & Roche, B. T. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerianaccount of human language and cognition. New York: Plenum.
- Hayes, S., Follette, V., &Linehan, M. (Eds.) (2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford.
- Hayes, S., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2 ed.). New York: Guilford Press
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pisterello, J., Toarmino, D. &McCurry S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, PP. 553- 578.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hedov, G., Annerén, G., &Wikblad, K. (2000). Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Quality of life research*,9(4), 415-422.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.

- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Holland, A. (2007). *Counseling in communication disorders: A wellness perspective*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Hollis-Walker L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in nonmeditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227. doi: 10.1.1.362.5132
- Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Ghazal S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer* 2001; 37:189-197. doi: 10.1016/S0959-8049(00)00353-1
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton.
- Hua-Huei C., & Liang-po H. (2008). Parenting Stress in parents of children with Epilepsy and Asthma. *Journal of child Neurology*, First published January 11.
- Huang, Y., Chang, M., Chi, Y., & Lai, F. (2013). Health-related quality of life in fathers of children with or without developmental disability: The mediating effect of parental stress. *Quality Of Life Research*, 23(1), 175-183.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724.
- Immelt, S. (2006). Psychological adjustment in Yong children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 362-277.
- Jantos, M., & Kiat, H. (2007). Prayer as medicine: how much have we learned?. *Medical journal of Australia*, 186(10), S51.
- Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: neural respiratory elements may

- provide a mechanism that explains how slowdeep breathing shifts the autonomic nervous system. *Medical hypotheses*, 67(3), 566-571.
- Jones, J. (2018). *The practice of self-compassion and and-reducing-stress.reducing stress*. psychcentral.com/blog/the-practice-of-self- compassion.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life*. Sounds True.
- Karakasidou E. & Stalikas A.(2017).The Effectiveness of a pilot Self –Compassion program on well Being Components. *Psychology*, 8,538-549.
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2009). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation?A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 727-755
- Kernis, M., Paradise, A., Whitaker, D., Wheatman, S., & Goldman, B. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteemis unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1297-1305.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ...Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-basedcognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Lapsley, D. K., FitzGerald, D. P., Rice, K. G., & Jackson, S. (1989). Separation-individuationand the “New Look” at the imaginary audience and personal fable: A test of an integrative model. *Journal of Adolescent Research*, 4, 483-505.
- Larmar S., Wia, T. & Lewis, D. (2014). Acceptance and commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, (7), 216-221.

- Lassen, E. (2010). *The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety in people with psychosis*. PHD, California Institute of Integral Studies.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54 (3), 466-475.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., et al. (2009). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849-1856
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luoma, J., Hayes, S., & Walser, R. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Luoma, J., Kohlenberg, B., Hayes, S., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-53.
- Lv, R., Wu, L., Lu, Q., Wang M., Qu Y. & Liu H. (2009). Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurol Scand*: 120: 335-341.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003

- Magnus, C., & McHugh, T., Kowalski, K., (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363-382.
- Magnus, C., Kowalski, K. & Tara-Leigh, F.(2010).The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9,363-382.
- Magnus, C., Kowalski, K., & McHugh, T. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9(4), 363-382. doi: 10.1080/15298860903135073
- Mahon, M., Mee, L., Brett, D. & Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of Research in Nursing*, 22(8) 572–583.
- Mantelou, A. & Karakasidou, E. (2017).The effectiveness of brief self-compassion intervention program on self- compassion, positive and negative affect and life satisfaction. *Psychology*, 8,590-610.
- meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1061.
- Mokhber, N., Minoocherhr, A., & Naqvi, S. (2015).Comparison of parental stress among mothers and fathers of children with autistic spectrum disorder in Iran. *Iranian journal of Nursing and Midwifery research*. 20 (1), 93-98.
- Montgomery, D.(2015). *Effects of acceptance and commitment therapy for parents of children with autism*. ph.D.Walden University
- Muto, T., Hayes S., & Jeffcoat, T. (2011) The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad, *Behavior Therapy*, 42 (2), 323-335.
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.

- Neff, K. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.:
- Neff, K. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. (2016). www.selfcompassion.org. Retrieved July 06, 2016, from <http://www.selfcompassion.org/>.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D., & Beretvas, T. (in press). The role of self-compassion in facilitating positive relationship interactions. *Self and Identity*.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K., & Faso, D. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947. doi: 10.007/s12671-014-0359-2
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K., & Germer, C. (2011). Mindful Self-Compassion. How to Train Compassion conference. Max-Planck Institute, Berlin, Germany.

- Neff, K., & Pommier, L. (in press). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*.
- Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Newton, C., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62. doi:10.1016/S0015-0282(99)00164-8
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Office of Research Integrity (2016). Research Design: Descriptive Studies. Retrieved 8/9/16 from http://ori.hhs.gov/education/products/sdsu/res_des1.htm
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child, *Social Casework*, 43, 190-193.
- Otero, S. (2009). Psychopathology and Psychological adjustment in children and adolescent with epilepsy. *Word Journal of Pediatrics*, 5(1), 12-17.
- Patsiopoulos, A., & Buchanan, M. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301.
- Pauley, G. & Mcpherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individual with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 129-143.
- Pervin, K., Eylem O. & Ahmet, T. (2006). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder is common in parents of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 8 (1), 250-255.

- Poddar, S., Sinha V., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of Childr and Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *International Journal of Education and Psychological Resoarearches* ,1 (3), 221- 225.
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116-143.
- Powers, T., Koestner, R., & Zuroff, D. C. (2007). Self-criticism, goal motivation, and goal progress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 826-840.
- Przedzdiecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self compassion. *Psycho Oncology*, 22(8), 1872-1879. doi: 10.1002/pon.3230
- Rabie, F., Al Asmari, A., Al-Barak, S., Al-Rashed, F., Najla Marei (2016). Prevalence and determinants of epilepsy among school children in aseer region-KSA. *Journal of Education and practice* 7 (21), 149-153.
- Raque-Bogdan, T., & Hoffman, M. (2015). The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly*, doi:10.1177/0361684315576208
- Robinson, S, Richard P. Hastings, R., Weiss, J., Pagavathsing, J. & Lunsy, Y. (2018). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*, 31, 454–458.
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 183–198.
- Rockcliff et al. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Ross, R., Anne, M., Maja, D. & Albert, P. (2005). Family factors and psychopathology in children with epilepsy: A literature review. *Epilepsy & Behavior* 6, 488-503.

- Salzberg, S. (1997). A heart as wide as the world. Boston: Shambhala.
- Sbarra, D., Smith, H., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23, 261-269.
- Sanjeev V., Thomas & Bindu, V. (1999). Psychosocial and economic problems of parents of children with epilepsy. *Seizure*, 8:66-69.
- Schiffirin, H. & Nelson, K. (2010). Stressed and Happy? Investigating the Relationship Between Happiness Perceived Stress. *Journal of Happiness Studies*. 11 (1), 33-39.
- Selye, H. (1983). "The stress concept: past present and future". Inc. copier(end's) stress research: Issues for the 80's (1-10), New York: wiley.
- Soltanifar, A., Akbarzadeh, F., Moharreri, F., Soltanifar, A., Ebrahimi, A.,
- Shapira, L., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Siegel, D. (2007). The mindful brain. New York: Norton.
- Swann, W. B. (1996). Self-traps: The elusive quest for higher self-esteem. New York: W. H. Freeman.
- Sirois, F., Molnar, D., & Hirsch, J. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334-347.
- Staggers, S. M., Martin, M. M & Anderson, C. M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28, 275-280.
- Stew, G. (2011). Mindfulness training for occupational therapy students. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 269-276. doi: 10.4276/030802211X13074383957869

- Stuntzner, S., & Hartley, M. (2015). Balancing Self-Compassion with Self-Advocacy: A New Approach for Persons with Disabilities. *Annals of Psychotherapy and Integrative Health*.
- Tesser, A. (1999). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In R. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 446-460). New York: Psychology Press.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558.
- Tirch, D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation for compassion. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 113-123.
- Tomanik, S., Harris, G., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal Of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), 16-26.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Treharne, G., Lyons, A., Booth, D., & Kitas, G. (2007). Psychological well being across 1 year with rheumatoid arthritis: Coping resources as buffers of perceived stress. *British journal of Health Psychology*, 12(3), 323-345.
- Van Dam, N., Sheppard, S., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Vettese, L., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.
- Vettese, L., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491

- Vilardaga, R. (2009). A relational frame theory account of empathy. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 178-184.
- Volkow, N., Baler, R., Compton, W., & Weiss, S. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-2227.
- Voth, J., & Sirois, F. M. (2009). The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 99. doi: 10.1037/a0014739
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. In S. T. Fiske (Ed.), *Annual review of psychology* (Vol. 51, pp. 59-91).
- Wilson, D. S., Van Vugt, M., & O'Gorman, R. (2008). Multilevel selection theory and major evolutionary transitions: Implications for psychological science. *Current Directions in Psychological Science*.
- Worthington, E., O'Connor, L., Berry, J., Sharp, C., Murray, R., & Yi, E. (2005). Compassion and forgiveness: Implications for psychotherapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 168-192). New York: Routledge.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., & Rogers, L. L. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 759-770.
- Yadavia, J., Hayes, S. & Vilardaga, K. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *J. contextual Behav sci.* 1,3(4);248-257.

- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (in press). Self-compassion interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*.
- Zabelina, D. L., & Robinson, M. D. (2010). Don't be so hard on yourself: Self-compassion facilitates creative originality among self-judgmental individuals. *Creativity Research Journal*, 22, 288-293.

**فعالية برنامج إرشادي لخفض بعض الاضطرابات السلوكية
لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم**

د . نهى عبد الحميد محمود حسين
مدرس الصحة النفسية للأطفال غير العاديين
قسم العلوم النفسية
كلية رياض الأطفال – جامعة بورسعيد

ملخص البحث

هدف البحث التحقق من فعالية برنامج إرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم. وتخفيف آثار الإساءة التي وقعت على هؤلاء الأطفال. وإلقاء الضوء على بعض صور الإساءة التي يتعرض لها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. تكونت عينة البحث الحالي من (٢٠) من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥-٨ سنوات، حيث تتراوح معامل ذكائهم بين (٦٠-٦٩)، وتم اختيار العينة بطريقة عمدية من مركز التعليم الخاص للإعاقات الذهنية والجسمانية بمحافظة أسوط. والذين تعرضوا لخبرات الإساءة بأشكالها المختلفة. اقتصر البحث الحالي على الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة مركز التعليم الخاص للإعاقات الذهنية والجسمانية بمحافظة أسوط. وتناولت الباحثة أدوات البحث التالية اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لقياس الذكاء، ومقياس الاضطرابات السلوكية المصور للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. وتم تطبيق البرنامج الإرشادي لتعديل الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم. وقد اشار نتائج البحث على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في إجمالي مقياس الاضطرابات السلوكية المصور. كما اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات). وكما يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي في إجمالي مقياس الاضطرابات السلوكية المصور. كما يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس البعدي والقياس التتبعي في جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات)، مما يدل على عدم وجود فروق في إجمالي المقياس.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي - الاضطرابات السلوكية - الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم.

The effectiveness of a counseling program in reducing Some behavioral disorders in abused mentally disabled Children who are able to learn
PhD. Noha Abdelhameed Mahmoud Hussein

The research aims to check the effectiveness of a counseling program in modifying some behavior disorders in abused mentally disabled children, reduce some behavioral disorders and the effect of abuse on those children, and review some forms of abuse suffered by mentally disabled children. The sample of the study consisted from (20) males and females mentally disabled children who are able to learn. Their ages varied from 6-8 years old and suffered different forms of abuse. Their IQ varied from (60- 69). The sample was selected deliberately from children attending the special education center for mental and physical disability in Asiout Governorate. Those children have been exposed to different experiences of abuse in different forms. The sample was limited to mentally disabled children who are able to learn and attended the special education center for mental and physical disability in Asiout Governorate. The researcher used the quasi experimental method. The research tools used were: Raven colored Metrics IQ Test (Hussein, 2015), Pictorial behavior disorders scale for mentally disabled children who are able to learn (prepared by researcher), and the counseling program for modifying behavior disorders in mentally disabled children who are able to learn (prepared by researcher). The results of the research indicated that: There are statistically recognized differences between the average ranks in pre and post measure in the total score on Pictorial behavior disorders scale. Through checking the table of averages, we find that the difference is in favor of post measure which indicates differences in the total score on scale in favor of post measure. There are statistically recognized differences between the average ranks in pre and post measure in all dimensions on Pictorial behavior disorders scale (aggressive behavior – self harm). Through checking the table of averages, we find that the difference is in favor of post measure which indicates differences in the total score on scale in favor of post measure in all dimensions. There are statistically recognized differences between the average ranks of abused children before and after program application on Pictorial behavior disorders scale in favor of post measure. Results indicate statistically recognized differences in favor of post application in all dimensions on scale which verifies the hypothesis. There are no statistically recognized differences between the average ranks in post and follow up measure in the total score on Pictorial behavior disorders scale which indicate lack of difference on the total score of measure.

Keywords: Counseling program – behavioral disorders - abused mentally disabled Children

مقدمة البحث:

حظيت الإعاقة الفكرية اليوم باهتمام بالغ على المستويين العالمي والمحلي، وذلك في محاولة لدمجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه بما يحقق لهم التوافق النفسي والاجتماعي.

والطفل ذي الإعاقة قد يكون عاجزاً أحياناً عن فهم بعض الضوابط المجتمعية، ولعل أخطر ما يعاني منه الطفل ذي الإعاقة الفكرية في حياته هو أن تتسم معظم أساليبه السلوكية بالعنف وإلحاق الضرر بالذات والآخرين والتصرفات المزعجة؛ وعدم مقدرته على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع أقرانه؛ لأنه يواجه كل نشاطه وطاقته نحو أساليب السلوك المدمر للطاقة؛ مما يجعله أكثر عرضة لتجنب المواقف التي تكون لها تأثير في التفاعل الإيجابي من قبل الأقران والوالدين والإخوة؛ مما يعجزه عن المشاركة والتأثير في مجتمعه ويصبح أكثر استهدافاً للإحباط؛ وكثيراً ما يظهر لديه عجز في المهارات اللازمة للتفاعل مع الآخرين.

ولقد تزايد الاهتمام بالاضطرابات السلوكية، التي تؤثر على الأطفال وعلى نموهم بشكل طبيعي وعلى مستقبلهم في الحياة، وانطلق من هذا الاهتمام افتراض مفادة أن سرعة التدخل وإيجاد الحلول والأساليب المناسبة والفعالة لرفع كفاءة هؤلاء الأطفال وهم في سن مبكرة، تمكنهم من مواجهة الحياة بصورة أفضل.

وتنعكس آثار الإعاقة الفكرية بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل بدرجات ونسب متفاوتة إذ تنعكس على أدائه في المهارات العقلية والمعرفية وعلى قدرته على التكيف الاجتماعي، حيث يعاني ذي الإعاقة الفكرية من سوء التكيف مع نفسه ومع المواقف الجديدة، وبالتالي على توافقه الانفعالي والعاطفي وعلى سماته الشخصية ككل (عطية، ٢٠٠٨، ٤).

فيغلب على سلوك الطفل ذي الإعاقة التبلد الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حوله والاندفاعية، كما يتميز سلوكه بالانعزالية والانسحاب من المواقف الاجتماعية والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع، ومن أبرز سماته الشخصية سهولة الانقياد والشعور بالدونية وضعف الثقة بالنفس والإحباط والقلق (سليمان، ٢٠٠١، ١٨٣).

وعلى الرغم من هذا الاهتمام الذي حظيت به الطفولة من قبل مختلف الجهات وبكل مستوياتها؛ نجد أن الطفل قد أصبح هدفاً توجه إليه الإساءة بأنواع وصور شتى، ولأسباب غير تربوية وغير أخلاقية.

فالأطفال الأصغر عمراً هم عرضة للإهمال الجسدي، في حين يكون الأكبر منهم عرضة للإهمال العاطفي، أما المراهقون فيتعرضون أكثر للإساءة الجسدية، فيما تبدأ الإساءة الجنسية على الأغلب من سن ثلاث سنوات فما فوق، كذلك فإن وجود إعاقة ما لدى الأطفال يعد عاملاً مشجعاً لوقوع الإساءة عليهم، حيث يتعرض هؤلاء الأطفال نتيجة إصابتهم بإعاقة جسدية أو عقلية للإساءة وخاصة الإساءة الجسدية واللفظية والإهمال، نتيجة عدم معرفة طريقة التعامل مع هؤلاء الأطفال، فقد وجد بعض الباحثين أن الإعاقة الفكرية من أهم العوامل التي تساعد على الإيذاء، ووجود هذا الطفل يشكل ضغطاً غير طبيعي على الأسرة، كذلك فإن ترتيب الطفل في الأسرة يكون عاملاً مسهماً في وقوع الإساءة عليه (الزيود وفوزي، ٢٠٠٧، ٤).

مشكلة البحث:

تنبثق مشكلة البحث من اطلاع الباحثة على نتائج الدراسات السابقة التي تناولت الإساءة بمختلف صورها ومظاهرها لدى الأطفال بصفة عامة وأطفال ذوي الإعاقة بصفة خاصة، فالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية عاجزون أحياناً عن فهم الضوابط المجتمعية؛ لذلك فهم يتعرضون ويعانون العديد من صور الإساءة البدنية والنفسية والانفعالية والجنسية، ومن الإهمال والعنف الموجه إليهم، لذا فهم يتسمون بالعنف والعدوانية والقلق وإيذاء الذات، كما أنهم يتعرضون دائماً لسوء الاستغلال.

ومن خلال ملاحظة الباحثة أثناء تطبيق برامج الإعاقة بالجمعيات التي تعمل في مجال الإعاقة، وإن إحدى المشكلات الرئيسية التي يعاني منها الطفل ذي الإعاقة الفكرية؛ وهي ظاهرة الإساءة إليه وظهور الاضطرابات السلوكية لديهم، يمكن تلخيص مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي:

- ما فعالية البرنامج الإرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم؟

أهداف البحث:

- (١) التحقق من فعالية برنامج إرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم.
- (٢) التحقق من فعالية البرنامج الإرشادي في خفض بعض الاضطرابات السلوكية وتخفيف آثار الإساءة التي وقعت على هؤلاء الأطفال.
- (٣) إلقاء الضوء على بعض صور الإساءة التي يتعرض لها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

أهمية البحث:**من الناحية النظرية والتطبيقية:****تتمثل أهمية البحث من الناحية النظرية فيما يلي:**

- (١) تناول فئة من فئات الإعاقة الفكرية وهي الإعاقة الفكرية البسيطة مما يساير الاتجاه العالمي في الاهتمام بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.
- (٢) تناول إحدى الاضطرابات السلوكية الشائعة بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والذي يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.
- (٣) حاجة مجال دراسة الأطفال ذوي الإعاقة إلى إجراء كثير من البرامج التدخلية الإرشادية التي تتناولها من زوايا وجوانب متعددة.
- (٤) ينفرد البحث بأسبقية خاصة حيث لم تتناول أي من الدراسات السابقة المحلية برامج إرشادية لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم.

وتتمثل أهمية البحث من الناحية التطبيقية فيما يلي:

- (١) تصميم برنامج إرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم، مما يفيد كل القائمين على تربية الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.
- (٢) المساهمة في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية.
- (٣) الخروج ببعض التوصيات والمقترحات والتي قد تفيد العاملين والباحثين بمجال الإعاقة الفكرية.

- (٤) تُعد دراسة موضوع الاضطرابات السلوكية بأشكالها المختلفة المرتبطة بالإساءة للأطفال من الدراسات القليلة في ميدان الطفل المعاق.
- (٥) قد يسهم البحث الحالي في بيان خطورة الاضطرابات السلوكية على توافق الأطفال ذوي الإعاقة مع ذواتهم وبيئاتهم، وخاصة المرتبطة بأشكال الإساءة إليهم مما قد يدفع المهتمين بهم لوضع آليات للتغلب عليها وعلاجها أو التقليل من أثارها السلبية.
- (٦) إن محاولة مواجهة بعض صور الإساءة التي يتعرض لها الطفل ذي الإعاقة والتخفيف من حدتها تعد عاملاً يساعد على تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي لديهم.
- (٧) تقديم برامج التدخل المباشر لتمكين الطفل ذي الإعاقة من مواجهة صور الإساءة، يسهم في إعادة تأهيل ودمج هؤلاء الأطفال في المجتمع وجعلهم عناصر إيجابية.
- (٨) محاولة إسهام البحث الحالي في تطوير خطط وبرامج ونماذج العمل بالمؤسسات الحكومية والجمعيات الأهلية المعنية بالأطفال ذوي الإعاقة.

مصطلحات البحث الإجرائية:

يتضمن البحث المفاهيم الإجرائية الآتية:

برنامج إرشادي: تعرفه الباحثة بأنه: «مجموعة جلسات إرشادية مخططة ومنظمة في ضوء أسس علمية تتضمن كل من فنية النمذجة ولعب الدور والتعزيز والمناقشة الجماعية والحوار؛ وذلك بهدف تعديل بعض الاضطرابات السلوكية الناتجة عن أشكال الإساءة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة: تعرف الباحثة الطفل ذي الإعاقة الفكرية بأنه هو الذي تتراوح معامل ذكائه بين (٥٥-٧٠) على اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة ل Raven والمتحققين بمركز رؤية لذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة القليوبية؛ على أن يكون الطفل ذي الإعاقة الفكرية قابلاً للتعليم ليلتحق بالبرنامج الإرشادي.

مفهوم الإساءة للطفل: تعرفه الباحثة أنه الأذى الذي يقع على الطفل سواء أكان جسدياً أو نفسياً أو استغلال الطفل لأغراض جنسية قد تتسبب في حدوث عاهة أو إصابة نفسية لديه.

الاضطرابات السلوكية: تعرفها الباحثة بأنها الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس الاضطرابات السلوكية موضوع البحث بأبعاده (السلوك العدواني- إيذاء الذات).

محددات البحث:

طبق البحث الحالي ضمن حدود معينة اشتملت على ما يأتي:

- **المحددات البشرية:** اقتصرت عينة البحث الحالي على (٢٠) طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة من البنين والبنات، وتتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥-٨ سنوات، والذين تعرضوا لخبرات الإساءة بأشكالها المختلفة.
- **المحددات المكانية:** اقتصر البحث الحالي على الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بمركز للتخاطب وتنمية المهارات ببورسعيد.
- **المحددات الزمنية:** تمثلت في فترة تطبيق أدوات البحث على الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية خلال الفترة من (٢٠١٧/٥/٨ - ٢٠١٧/٨/٨م).

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً- الإعاقة الفكرية:

• تعريف الإعاقة الفكرية:

هناك العديد من التعريفات التي تناولت ذوي الإعاقة وقد اختلف الباحثون في الزوايا التي تناولوا منها معنى الإعاقة وذوى الاحتياجات الخاصة حسب تخصصاتهم، فمنهم من تناولها من زاوية جسمية وحسية واهتم بالجوانب الطبية المرتبطة بها، وبعضهم اهتم بها من زاوية نفسية واجتماعية، ومنهم من نظر إليها من وجهة نظر شاملة للجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهناك من تناول تعريف ذي الإعاقة بناءً على أساس طبيعة العجز، وما هو على أساس سبب العجز، وما هو على أساس أثاره، وما هو على أساس نسبته (عامر، وعامر، ٢٠٠٦، ١٣).

١ - التعريفات الطبية:

تركز هذه التعريفات على الإصابة المخية بوصفها اختلال عضوي في الجسم أو خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى قصور في الأداء للفرد ذي الإعاقة وبذلك تصبح الإعاقة الفكرية حالة من العجز للوصول إلى مستوى النمو السوي للفرد نتيجة عدم اكتمال النمو العقلي ويعرف على أنه حالة من الضعف في الوظيفية العقلية نتيجة عوامل داخلية تؤدي إلى تدهور كفاءة الجهاز العصبي؛ مما ينتج عنه نقص في القدرة العامة للنمو والتكامل الإدراكي والفهم يؤدي بشكل مباشر إلى ظهور الكثير من مظاهر سوء التكيف مع البيئة. يتضح مما سبق أن التعاريف العضوية والطبية تركز على أهمية العوامل الوراثية والإصابات العضوية ومآلها من تأثير على الذكاء والقدرات العامة والإدراك لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية.

٢ - التعريفات التربوية:

تؤكد التعاريف التربوية على عدم قدرة الفرد ذي الإعاقة الفكرية على التعلم، ويعد هذا القصور من وجهة نظر هذه المدرسة المعيار الأساسي للتعرف على الإعاقة الفكرية وتصنيفها حيث تشير هذه التعاريف إلى أن الطفل ذا الإعاقة الفكرية لا يستطيع التحصيل بصورة طبيعية وبنفس مستوى زملاءه غير ذي الإعاقة في الصف الدراسي الواحد، وكثيراً ما تركز هذه التعاريف التربوية على الاهتمام بفئة ذوي الإعاقة الفكرية الذين تتراوح معامل ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) حيث تعد هذه الفئة؛ فئة القابلين للتعليم.

٣ - التعريفات الاجتماعية:

ركزت هذه التعاريف على الكفاءة الاجتماعية، التكيف الاجتماعي لدى الفرد ذي الإعاقة وتعد التعاريف الاجتماعية جزءاً مكملًا للتعاريف الطبية والعضوية حيث تشير الأخيرة إلى القصور في القدرات العقلية للفرد، في حين تؤكد الأولى على قصور كفاءته الاجتماعية.

٤ - التعريفات القانونية:

يعنى هذا المفهوم بتحديد مسؤولية الشخص ذي الإعاقة الفكرية ومسئولية المجتمع نحوه وهي المسؤوليات المدنية والجنائية المختلفة (الكيلاني، ٢٠١٠، ٢-٧).

خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية :

١ - الخصائص الجسمية :

يكون النمو الجسمي بطيئاً بالنسبة لتطور الأطفال غير ذوي الإعاقة وأكثر تعرضاً للأمراض وأحياناً يصاحب الضعف العقلي اضطراب في المهارات الحركية أو الضعف البصري أو السمع أو عدم تكامل نمو الأسنان والعضلات.

٢ - الخصائص العقلية :

يعد انخفاض معامل الذكاء من أهم سمات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المسببة لما يعترهم من أوجه التأخر والقصور مثل تأخر النمو اللغوي والمعرفي والعمليات العقلية المعرفية، كما يعاني الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية من ضعف القدرة على الانتباه، التذكر، التمييز، التخيل والتفكير.

٣ - الخصائص النفسية :

يغلب على سلوك الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية التبدل الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم والاندفاعية وعدم التحكم في الانفعالات، كذلك يتميز سلوكهم بالانعزال والانسحاب من المواقف الاجتماعية؛ والنزعة العدوانية في بعض الأحيان، والسلوك المضاد للمجتمع وتدنى مستوى الدافعية الداخلية وتوقع الفشل، سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء، الجمود والتصلب، الشعور بالدونية والإحباط، وانخفاض تقدير الذات وضعف الثقة بالنفس، الرتابة والتشتت والتردد وبطء الاستجابة والقلق والسرحان والوجوم.

٤ - الخصائص الاجتماعية :

عرف البعض الإعاقة الفكرية بأنها حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن موائمة نفسه مع البيئة ومع الأفراد غير ذوي الإعاقة بصورة تجعله دائماً في حاجة إلى رعاية وحماية خارجية، ولهذا فقد وصفوا الطفل ذا الإعاقة بأنه غير كفء اجتماعياً ومهنياً (الكيلاني، ٢٠١٠، ٣٠-٣٩).

ثانياً - مفهوم الإساءة للأطفال :

تعد الإساءة إلى الطفل المعوق واحدة من أخطر الظواهر التي قد يتعرض لها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية حيث تؤثر في نموهم الصحي والنفسي والاجتماعي، فضلاً عما تحمله من مظاهر غير إنسانية وغير متحضرة، وقد اهتمت المجتمعات بكافة أشكالها بهذا الموضوع لما يمثلته من عدوان خطير على الطفل.

يتعرض الطفل ذي الإعاقة الفكرية للإساءة في العديد من الأماكن منها المنزل من خلال الوالدين والإخوة، ثم في المدرسة على أيدي المعلمين والزملاء في الصف الدراسي، ثم يتعرض الأطفال إلى الإساءة في المجتمع الكبير من خلال عامة الناس، أو من خلال الإهمال الذي قد تتعرض له تلك الفئة والمتمثل في نقص برامج الرعاية والاهتمام.

تعريف الإساءة:

عرف (Albeniz, Joaquin, 2004, 289-300) الإساءة بأنها: ”أي فعل يقوم به الوالدان أو القائمون على رعاية الطفل، أو يمتنعون عن تقديم الرعاية له والذي يسبب له الموت أو الإيذاء الجسدي أو الانفعالي أو الإساءة الجنسية أو الاستغلال وبذلك يتضمن مفهوم الإساءة العديد من الصور والمظاهر للإساءة مثل الإهمال والتعدي الجسدي والإساءة الانفعالية والاعتداء أو التحرش الجنسي“.

وعرفتها فهيم (٢٠٠٧، ٢٥) بأنه: ”هو سلوك من جانب الوالدين أو القائمين على رعايته والذي ينجم عنه أذى بدني ونفسي وانفصال حقيقي وربما ينتج عنه وفاة الطفل“.

يعرف الخدالدي (٢٠٠٨، ٦٥) الإساءة للطفل بأنها: ”تصرف أو سوء تصرف يصدر من قبل الوالدين أو من يقوم برعاية الطفل، بحيث يتسبب في: الوفاة، إلحاق أذى حقيقي جسدي أو انفعالي، إساءة جنسية أو استغلال جنسي للطفل أو أي تصرف أو سوء تصرف ينتج عنه خطر أو أذى متوقع على الطفل“.

حجم ظاهرة إساءة الأطفال:

يصعب تحديد حجم إساءة الأطفال بشكل دقيق، لعدم وجود إحصاءات ودراسات كافية حول حجم هذه الظاهرة، إضافة إلى عدم دقة الإحصاءات المتيسرة، وذلك يرجع إلى عدة أسباب منها:

- (١) صعوبة الإبلاغ عن واقعة الإساءة من قبل الأطفال المتعرضين لها.
 - (٢) صعوبة تحديد المظاهر العامة للإساءة وخصوصاً الإساءة النفسية.
 - (٣) محاولات التستر على تعرض الطفل للإساءة، خاصة من أفراد أسرته.
- (بوقري، ٢٠١٠، ٩٣).

وتتنوع التقديرات بخصوص أعداد الأطفال الذين يواجهون الإساءة بأنواعها سنوياً. على سبيل المثال، تشير أحدث الإحصائيات إلى أن عدد الأطفال الذين يواجهون حالات الإساءة ارتفع حول العالم إلى ما يوازي ٢٤٤ ملايين طفل، من بينهم ٣٥٪ أطفال ما دون سن المدرسة (Akrami, & Davudi, 2014, 2). وتختلف هذه النسبة عن تقارير منظمة اليونسيف والتي قدرت فيها أعداد الأطفال الذين يواجهون الإساءة سنوياً يتراوح ما بين ١٣٣-٢٧٥ مليون طفل (UNICEF, 2014)، ووفقاً لاستطلاع قومي في كندا بعنوان "إحصائيات الإساءة ضد الطفل في ٢٨ مقاطعة"، بلغت معدلات الإساءة المباشرة ضد الطفل في سن ما قبل المدرسة ٨١,٧٪ من إجمالي حالات الإساءة عموماً ضد الأطفال، في حين بلغت معدلات الإساءة الجنسية غير المباشرة نسبة ٦٢,٢٪ (Akrami, Davudi, 2014, 8)، أيضاً تشير وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية في أحدث تقاريرها لعام (٢٠١٤) أن نسبة أقل من ٢٠٪ من الأطفال المعرضين للإساءة بالولايات المتحدة يحصلون على خدمات الرعاية الملائمة بسبب ضعف معدلات الإبلاغ عن أحداث الإساءة أو تأخر الإبلاغ، فضلاً عن جهل بعض الأسر بالآثار الناجمة عنها ضد أطفالهم (U.S.A, 2014).

وأشارت دراسة أبو نواس (٢٠٠٣) والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة، وكانت النتائج أن أكثر أشكال الإساءة شيوعاً الإساءة الجسدية، وهي أعلى من نسبة الإساءة الجنسية، والإساءة النفسية حيث بلغت نسبتها ٤٤,٨٪ بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة، وإن أكثر أربعة خصائص نفسية واجتماعية شائعة لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة هي العدوانية، نقص المهارات الاجتماعية، والاعتمادية، والعزلة.

يوضح المكتب الأمريكي لرعاية الأطفال ضحايا الإساءة الجنسية (٢٠١٣) أن نتائج الإساءة الجنسية تتراوح ما بين نمو السلوكيات العدوانية، القلق/الخوف، ضعف المهارات اللفظية، المشكلات النفسية الجسمية، انعدام الشعور بالأمن النفسي، ضعف الثقة بالنفس، احتمالات نمو صعوبات التعلم والتأخر النمائي، وفي بعض الحالات يمكن أن يتطور الأمر إلى ظهور العديد من مشكلات الصحة العقلية (American Office for Children Victims of Abuse and Violence, 2013).

نتيجة لذلك، أصدرت الجمعية القومية للأخصائيين النفسيين في تقريرها لعام ٢٠١٣ توصية بضرورة قضاء الأخصائيين النفسيين في المدارس ورياض الأطفال ٨٠٪ من أوقاتهم في التواصل مع الآباء لتوعيتهم وإرشادهم بأضرار الإساءة على أطفالهم. (American School Counselor Association, 2013)

وتسجل بعض البحوث أن ما بين ٢٥-٨٥٪ من ذوي الإعاقة الفكرية ضحايا للإساءة الجنسية (Saunders, 2012; 717-721) وعلى الرغم من أن معظم الباحثين يعترفون بخطورة الإساءة الجنسية على الأطفال غير أن هذه المشكلة تبقى في حيز المناقشة، وقد أشارت تقديرات لانتشار معدلات الإساءة الجنسية على الأطفال في الولايات المتحدة أنها تختلف اختلافاً كبيراً في معدلاتها وحجم وخصائص العينة ومناهجها المختلفة عبر دراسات المسح مما عليه من مناطق أخرى، وتشير التقديرات إلى انتشار الإساءة الجنسية على الأطفال من (٢٪-٦٢٪) في الإناث، ومن (٣٪-٦٢٪) في الذكور في الولايات المتحدة وكندا، ومن أفضل التقديرات التي نحصل عليها في معدلات انتشار الإساءة الجنسية على الأطفال تأتي من خلال الدراسات التي تعتمد على استخدام أثر رجعي لعينة كبيرة، وربما يكون أفضل تقديرات لمعدلات الإساءة في الولايات المتحدة هو التقرير الإحصائي الذي ينشر سنوياً من قبل المركز الوطني للإساءة والإهمال للأطفال (NCCAN) ويشير في تقديراته إلى وجود حوالي (٨٦,٦٥٦) من حالات الإساءة الجنسية للأطفال في عام (٢٠٠٢) وهذا ما يقرب إلى (١,٢٪) من عدد سكان في سن الطفولة في الولايات المتحدة تبعاً لوكالات حماية الطفل (Tackett, Williams, Finkelhor, 2008, 383-384).

تصنيفات الإساءة وأبعادها:

من خلال مراجعة تصنيفات الإساءة وأبعادها، يمكن القول بوجود أربعة أبعاد للإساءة يجمع عليها الباحثون هي:

- أ. الإساءة الانفعالية Emotional Abuse.
- ب. الإساءة الجسدية Sexual Abuse.
- ج. الإساءة الجنسية Sexual Abuse.
- د. الإهمال Neglec.

أ- الإساءة الانفعالية Emotional Abuse:

تعد الإساءة الانفعالية من أخطر أنواع الإساءة التي يتعرض لها الطفل ومن أصعبها تحديداً، وعلى الرغم من ذلك فمن الواضح أن هذه الصورة من الإساءة لها أضرار كبيرة يمكن أن تؤثر على تقدير الطفل لذاته وعلى حياة الطفل الانفعالية، وتتضمن الإساءة العاطفية هجمات متطرفة مثل: الصراخ والاستخفاف والتهديد، كما يتضمن كذلك المتطلبات غير المنطقية أو أشياء أخرى من الإساءة التي تقلل من تقدير الطفل لذاته، كما تتضمن تجاهل الطفل وعدم التعبير عن الحب تجاه الطفل والرفض وعدم القبول، وبذلك فإن الإساءة الانفعالية تشمل الإساءة النفسية، والإساءة اللفظية، كما تظهر الإساءة الانفعالية غالباً مصاحبة لأنواع أخرى من الإساءة (جوهري، ٢٠١٢، ٣٥).

وقد عرف العقرباوي (٢٠٠٣، ٤٩) الإساءة الانفعالية بأنها: "متطلبات أبوية زائدة وغير معقولة تفرض على الطفل توقعات أكبر من قدراته، وقد تظهر عن طريق الاستخفاف بالطفل، أو الفشل في توفير الحب والرعاية والإرشاد الكافي له".

وعرف قاسم (٢٠٠٤) الإساءة الانفعالية بأنها: "الممارسات المستمرة للوالدين والتي تسبب دماراً عنيفاً أو أضراراً بالغة لقدرة الطفل، فالإساءة الانفعالية تؤدي إلى حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية الخطيرة، وتضعف كلاً من القدرة على النجاح، والقدرة على تكوين علاقات سوية مع الآخرين، كما أنها تؤدي إلى حدوث تغيرات في تفكير الطفل وشخصيته، وبالتالي تغيير في سلوكه وتفاعله مع الآخرين".

ويرى السروري (٢٠٠٥) أن إساءة المعاملة الانفعالية "هي تصرفات أو أفعال تسبب في فقدان الاحترام النفسي، ويأتي هذا الإحساس بعدم الاحترام من السب، واللعن، والذم، والمناداة بألفاظ جارحة نابية".

وعرفت بوقري (٢٠١٠، ٨٧) الإساءة الانفعالية بأنها: "النمط السلوكي الذي يهاجم النمو العاطفي للطفل وصحته النفسية وإحساسه بقيمته الذاتية وهو يشمل الشتم والتحقير والترهيب والعزل والإذلال والرفض والتدليل المفرط والسخرية والنقد اللاذع والتجاهل والإساءة الانفعالية تتجاوز مجرد التطاول اللفظي وتعتبر هجوماً كاسحاً على النمو العاطفي أو الانفعالي والاجتماعي للطفل وهو تهديد خطر للصحة النفسية للطفل".

وتأخذ الإساءة الانفعالية عدة أشكال يمكن إجمالها على النحو الآتي:
أولاً- الاستغلال: ويكون ذلك من خلال الحصول على شيء ما من الطفل نتيجة لضعفه، ومثال ذلك الإساءة الجنسية التي يتعرض لها الطفل من الكبار (أبو عليا، ٢٠٠٠).

ثانياً- عدم قبول الطفل من قبل والديه: ويتمثل ذلك بفرض مطالب الطفل وعدم تلبية حاجاته الأساسية خصوصاً عندما يكون الطفل يعاني من الإعاقة الذهنية، أو الإهمال في تقديم الرعاية المناسبة والشاملة للطفل.

ثالثاً- الإرهاب: ويتطلب ذلك إجبار الطفل على مشاهدة الإيذاء المحبب لدى الكبار، مثال ذلك الإيذاء الجنسي، أو التهديد بالاعتداء على الطفل من قبل أفراد لإجباره على أداء سلوك ما.

رابعاً- لوم الطفل وإهانته: ويكون ذلك عن طريق تحقير الطفل ولومه والنظر إليه بسخرية، وتجنب الحديث معه وتجاهله وعدم التفاعل معه (Vig, & Kaminer, 2002, 371-386).

وهناك العديد من المؤشرات السلوكية التي تميز الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الانفعالية عن غيرهم، وهي (Molnar, Buka, Brennan, Holton, & Earls, 2003, 84-97):

- (١) الاعتمادية وتجنب التفاعل مع الآخرين.
- (٢) تقدير للذات متدني.
- (٣) الشعور بأنه غير محبوب، وغير مرغوب فيه.
- (٤) سلوك غير سوي يتضمن الخوف والقلق والعدوان.
- (٥) التشاؤم من الحياة لا يتناسب مع عمره الزمني.
- (٦) الشعور بعدم الكفاية والدونية وضعف الدافعية.

إن الأطفال الذين يتعرضون إلى الإساءة الانفعالية من قبل المحيطين بهم أو القائمين على رعايتهم أو المشرفين عليهم يجدون صعوبة في شرح ما يحدث لهم لنظرائهم أو لغيرهم؛ لأنهم يتعرضون إلى أنواع بشعة من الإساءة، وخصوصاً

الطفل ذي الإعاقة ذهنياً، فلا يجد أي عناية خاصة به، وعلى العكس من ذلك فكل ما يحصل عليه؛ إجابات مقتضبة مثل أن هذا السلوك (مناسب - غير مناسب) لك لأنك لا تفهم شيئاً (Vig, & Kaminer, 2002, 371-386).

ولقد أشارت السروري (٢٠٠٥) إلى الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأطفال المساء إليهم مقارنة بالأطفال غير المساء إليهم، وكذلك معرفة الاضطرابات النفسية التي ترتبط بكل شكل من أشكال الإساءة، والتي توصلت إلى:

وجود فروق بين متوسطات الأطفال المساء إليهم والأطفال غير المساء إليهم لصالح الأطفال المساء إليهم في أبعاد القلق والاكتئاب والانسحاب والمشكلات الاجتماعية والسلوك العدواني، كما تبين أيضاً أن الإساءة الانفعالية تسهم بنسبة كبيرة من التباين في أبعاد الانسحاب والاكتئاب والمشكلات الاجتماعية والانتباه لدى الأطفال المساء إليهم مقارنة بالأطفال العاديين.

ودراسة الزغل (٢٠٠٤) والتي هدفت إلى التعرف على إساءة معاملة الطفل ذي الإعاقة الفكرية من الدرجة البسيطة وعلاقته ببعض المشكلات النفسية، والتي أسفرت عن: وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإساءة النفسية والدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية التي تتمثل في: العنف، السلوك المضاد للمجتمع، العناد، السرقة، العادات الصوتية غير المقبولة، فرط الحركة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإساءة الجسمية والدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

ب- الإساءة الجسدية Physical Abuse:

عرف قاروني (٢٠٠٤، ٥٢) الإساءة الجسدية: هي أي أذى جسدي مقصود يمارس على الطفل، يشمل هذا الضرب، الرفس، الخض، جرح الشعر، العض، القرص، الخنق، الحذف أو غيره من الاعتداءات سواء تركت أثراً على جسم الطفل أم لم تترك.

عرفها آل سعود (٢٠٠٥، ٤٦) بأنها "هي الأذى الفعلي أو المحتمل وقوعه على الطفل، أو التهاون في منع حدوث الأذى البدني أو الألم عنه، بالإضافة إلى تسميم الطفل المتعمد أو خنقه".

في حين يرى عبد الرحمن (٢٠٠٦، ٢٤) أنه: "استخدام قصدي وليس مصادفة للقوة كجزء من تعامل الآباء أو من يقوم مقامهما مع الطفل بغرض الأذى". وترى (بوقري، ٢٠١٠، ٨٧) الإساءة الجسدية هي: سلوك التدخل المقصود أو عدم التدخل المقصود من قبل الوالدين أو القائمين على رعاية الأطفال والذي يؤدي إلى حدوث إصابات وجروح جسمية أو يترك آثارا نفسية واجتماعية سيئة على الأطفال تعوق نموهم النفسي والاجتماعي وتؤثر على شخصيتهم تأثيراً سلبياً بليغاً".

وتشير العديد من الدراسات إلى أن الإساءة الجسدية تنتشر بين الكثير من الأسر وخاصة الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المنخفض، حيث تعتقد هذه الأسر أن العقاب البدني هو أحد الطرق الأساسية للتربية متجاهلين الآثار السيئة التي تحدث للأطفال من وراء العقاب البدني، حيث تترك على الأطفال الكثير من الآثار النفسية والبدنية، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة التي أجراها (Freisthler, Bruce, & Needell, 2007, 7-16) والتي قارن فيها بين مجموعة من الأطفال (البيض، والسود، والآسيويون) وأثر الحي السكني على ممارسة العنف ضدهم، فتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الإساءة ومكان السكن والطبقة الاجتماعية والعرق، حيث تبين أن الأطفال السود هم أكثر الأطفال تعرضاً للإساءة يليهم الآسيويون، ثم الأطفال البيض؛ مما يعني أن هناك أثراً للمستوى الاجتماعي والاقتصادي لأسر هؤلاء الأطفال بالتعرض للإساءة.

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها (Blacher, & McIntyre, 2006, 184-198) والتي تقصت دور الثقافة في خفض الإساءة لدى الأطفال ذوي الإعاقة ذهنياً لدى الأمهات اللواتي ينتمون إلى أصول عرقية مختلفة (من أصول إنجليزية، من أصول أمريكا اللاتينية) واللواتي تعرضن لبرنامج إرشادي، تبين أن التحسن ظهر لدى الأطفال ذوي الإعاقة ذهنياً من الأمهات الإنجليزيات، حيث أظهرن سلوكاً تكيفياً أفضل من الأمهات من أمريكا اللاتينية.

وفي دراسة أخرى أجراها (Vig & Kaminer, 2002, 371-386) فقد وجد بعد مراجعته لأكثر من (٥٠,٠٠٠) حالة إساءة تعرض لها الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية من خلال السجلات القانونية والحالات الاجتماعية، أن نسبة

من يتعرض للإساءة من الأطفال ذوي الإعاقة بلغت ٣١٪، في حين أن نسبة من يتعرض للإساءة من الأطفال العاديين بلغت ٩٪ فقط، وفسر هذا الاعتداء الموجه نحو الأطفال ذوي الإعاقة بسبب الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسر التي لديها طفل معاق نتيجة للعزلة الاجتماعية التي يشعرون بها، إضافة إلى الإصابة بالإحباط والإجهاد الناتج من تقديم الرعاية المستمرة لهؤلاء الأطفال، علاوة على خصائص الطفل ذي الإعاقة الذي يتميز بالسلوك العدواني.

السلوكيات التي تصف الأطفال المساء إليهم جسدياً:

وضع بعض الباحثين قائمة من السلوكيات التي تصف الأطفال المساء إليهم جسدياً، وهي:

- (١) قلق مستمر وتوقع حدوث الخطر.
- (٢) عجز عن التعلم، وعدم القيام بالتجريب.
- (٣) سلوك متقلب من موقف إلى آخر.
- (٤) الخوف والإحجام من الاتصال الجسدي مع الآخرين.
- (٥) الميل بالاهتمام بحاجات والديه الانفعالية.
- (٦) الاستثارة الشديدة بسلوكيات الآخرين.
- (٧) ضعف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (العجمي، ٢٠٠٧، ٦٥).

بعض صور الإساءة الجسدية لدى الأطفال :

تعد إساءة المعاملة الجسدية من أكثر أنواع الإساءة انتشاراً وشيوعاً، كما أنها أكثر سهولة من حيث التعرف عليها، وذلك لأنه تظهر على الطفل الذي أسيئت معاملته.

ولقد اشار سليمان (٢٠١١، ٤٣) إلى أن الإساءة الجسدية تتميز بالضرر البدني مثل الكدمات والكسور الناتجة عن اللكمات، أو الضرب أو الركل، أو القرص، أو الحرق، أو إيذاء الطفل بأية طريقة أخرى، وذلك على الرغم من أن حدوث الإصابات ليس عرضياً، فالآباء أو مقدم الرعاية ربما ينتج الضرر من التأديب الزائد، أو العقاب البدني غير الملائم لعمر الطفل وحالته.

وتناول (Change, 2006, 881- 891) ”أنماط الإساءة الجسدية الموجهة إلى الأطفال، وأشار إلى أن الإساءة الجسدية تكون على قمة هرم الإساءة ثم تليها الإهمال، وأوضح أن عملية الإساءة الجسدية من جانب الوالدين هي نوع من العقاب لحفظ التربية والنظام“.

وتشير دراسة (Angelo, 2004, 25) أن الإساءة الجسدية تكون على هيئة كدمات، أو تجمعات دموية، أو حروق، وخدوش، أو جروح في أماكن مختلفة من الجسم، أو إصابات، وتمثل إصابة الجهاز العصبي ٢٤٪، كما تمثل كسور العظام بأنواعها المختلفة ٣٠٪، وتمثل الحروق نسبة ١٠٪ من إصابات الطفل، ويعتبر الرأس هو المكان الرئيس للإصابة في حالات الإساءة الجسدية.

ج- الإساءة الجنسية :

تعرف (Naik, Spinks, & Australia, 2006, 3) (الإساءة الجنسية) على نطاق واسع هو الاتصال الجنسي غير المرغوب فيه مع شخص آخر، وبصوره أخرى هي التحرش الجنسي بالأطفال، ويختلف تعريف الإساءة الجنسية بالأطفال باختلاف قوانين كل دولة.

وعرف (Sanderson, 2006, 31-35) هي كل عمل يؤدي لإجبار الطفل أو الاحتيال عليه وخداعه لكي يشترك في علاقات جنسية مع الكبار، وهو لا يفهمها ولا مستعد لها تدخل في دائرة الاعتداء الجنسي (الإساءة والاغتصاب) وتدخل الملامسات المباشرة وغير المباشرة في ذلك الاعتداء، كما في اشتراكهم في مشاهدة أو تصوير الأفلام الممنوعة، وكذلك تعليمهم كيفية التصرف بطريقة فيها إحياءات جنسية مرفوضة (ومنها خلع الملابس) وعلى الرغم من وجود هذه الفئات الأربع منفصلة غير أن الإساءة الجنسية على الطفل قد يشمل عدد منها أو جميعها، فالاعتداء عبارة عن إيقاع الأذى والضرر بالطفل جنسيا، ولكن النتيجة تصيب كل الدوائر الأخرى.

وعرف (Friedrich, & Luecke, 2010, 396-409) الإساءة الجنسية كعملية استغلال للسلطة، في إجبار الطفل على أنشطة جنسية إما من شخص بالغ أو شخص أكبر منه“.

عرف (Telljohann, Everett, & Price, 2011, 149-153) الإساءة الجنسية أيضاً على أنها "عملية الاتصال الجسدي غير المتوافقي مع القاصرين بغرض الإمتاع الجنسي".

وعرف (Kinard, 2013, 1043) الإساءة الجنسية بأنها "استغلال جنسي يتضمن الاتصال البدني بين طفل وشخص آخر. ينطوي ذلك الاستغلال على تفاوت القوة الجسمية والسن وطبيعة العلاقات الوجدانية بين الطفل ومركب الإساءة الجنسية".

وعرف (Hunter, Goodwin, & Wilson, 2014, 75) الإساءة الجنسية كمحاولات أو نجاح في ارتكاب اتصال جنسي بالإكراه.

وعرف (Pohl, & Hazzard, 2014, 337-344) الإساءة الجنسية على أنها "تحدث عندما يجعلك شخص تشعر بالرفض من خلال لمس أو النظر إلى أعضائك الخاصة أو يجعلك أنت تلمس أو تنظر إلى أعضائه الخاصة لجسده".

عرفت الإساءة الجنسية على أنها "حالات تعدي أو اغتصاب يتم خلالها اللجوء إلى العنف والإساءة للضحية من جانب المعتدي لإشباع رغبته الجنسية، ويتم خلالها عادةً استغلال سلطة المرتكب على الضحية" (Gilson, DePoy, & Cramer, 2015, 220-235).

الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالإساءة الجنسية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:
يرتبط التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال ذوي الإعاقة بالعديد من صور الاضطرابات السلوكية، ومن بينها بعض السلوكيات الخطرة مثل العدوانية وايداء الذات والميول التدميرية (Crocker, Mercier, Allaire, & Roy, 2011, 786-801)، وتفاوت معدلات انتشار كل من هذه السلوكيات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، على سبيل المثال، يبلغ معدل انتشار العدوانية الناجم عن التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ما بين ١٠ - ٤٥٪، يوجد اتفاق كبير على أن الاضطرابات السلوكية تؤثر بالسلب على حياة الكثير من الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية وتخلق تحديات كبيرة أمام مقدمي الرعاية لهم (Gustafsson, Ojehagen, & Others, 2014, 281-290).

مقارنة بين الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الإساءة الجنسية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين :

- يرتبط التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بسلوكيات القلق والفوبيا والعدوانية، يبين (Bradley, Summers, Wood, 61, 2014, Bryson) أن معدل الاضطرابات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يزيد على الاضطرابات التي يواجهها أقرانهم العاديون نتيجة للتعرض للإساءة الجنسية بمعدل ما بين ٣٥-٥٠٪.

يُظهر الأطفال ذوو الإعاقات الفكرية غير اللفظيين اضطرابات سلوكية أعلى من أقرانهم اللفظيين عند التعرض للإساءة الجنسية، فالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الذين لا يمكنهم التعبير عن التعرض للإساءة الجنسية تتطور ردود أفعال اضطراباتهم السلوكية، لأن الآخرين من حولهم لا يفهمونهم أو مجرد يشكون أنها من الأعراض المصاحبة لحالة الإعاقة الفكرية (Goldberg, Willamette, 2015).

وهناك مظاهر للإساءة الجنسية للطفل هي (محمد، ٢٠٠٨، ٥٦):

- (١) الإيذاء الجنسي للمناطق التناسلية للطفل.
- (٢) انتقال بعض الأمراض الجنسية.
- (٣) الشكاوى الجسدية.
- (٤) صعوبة في التبول.
- (٥) الحمل المبكر.
- (٦) سلوك عدواني تجاه البالغين.
- (٧) عدم القدرة على تأسيس علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين.
- (٨) سلوك ارتدادي متأخر.
- (٩) ظهور أعراض وأشكال السلوك المضطرب مثل "الخوف- الكوابيس- النكوص- إيذاء الذات".
- (١٠) تظهر عليهم أعراض سوء التوافق الدراسي مثل "القلق- تأخر التحصيل الدراسي- عدم إقامة علاقات مع الأقران- الرغبة في الجلوس منفرداً- الرغبة في الجلوس مع الأطفال المنحرفين- ظهور سلوك جنسي غير ملائم مع الأقران- ظهور مشاعر اكتئابية شديدة".

- (١١) حدوث صدمة واشمئزاز من أنفسهم وقد يشعرون أنهم هم السبب في تعرضهم لهذه الإساءة واشمئزاز لأنهم أقدار مثلاً، وذلك لأن هؤلاء الأطفال قد تعرضوا لعدوان جنسي فقد جربوا نوعاً من الإثارة غير مستعدين لها فيزيقياً أو عاطفياً.
- (١٢) الشعور بالعزلة والهجر عن الآخرين لأنهم يعتبرون أن الحافز الأساسي لأي صداقة أو علاقة من الآخرين هو الحافز الجنسي فقط بدلاً من حافز الحب والمودة والعطف والصداقة والانتماء.
- (١٣) يشعرون أنهم مخدوعون- خائفون- معرضون دائماً للهجوم- خجولون- مضللون.
- (١٤) اللجوء للأعمال غير الشرعية مثل "السرقه- الهروب من المنزل أو المدرسة- شرب المخدرات والكحوليات".
- (١٥) السلوك الانتحاري والخوف دائماً من شخص ما.

تأثير الإساءة الجنسية على الطفل:

تستمر معاناة الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية لفترات طويلة. أحياناً، يمكن أن تظهر تلك المعاناة في صورة اضطرابات ومشكلات نفسية يلاحظها المحيطون بالطفل، ولكن البعض الآخر قد لا يكون واضحاً.

تأخذ تأثيرات الإساءة الجنسية الأعراض التالية: (Brown, Dibiasio, 2014, 280-303)

- (١) الارتباك: يكون لدى الأطفال العديد من المشاعر المختلطة حول ما حدث لهم، ويعتمد ذلك على ردود أفعال الأسرة والأصدقاء.
- (٢) الشعور بالذنب: يشعر الأطفال المساء لهم جنسياً بأنهم مذنبون، معتقدون أن هناك بعض المسؤولية التي تقع عليهم حول التحرش.
- (٣) الخزي: الشعور بعدم القيمة.
- (٤) الحزن: قد يتوقف الأطفال عن رؤية العالم على أنه مكان آمن، ويشعرون بالوحشة.
- (٥) العجز: يشعر الطفل بالعجز أثناء الإساءة الجنسية، قد يشعرون بعدم القدرة على مواجهتها إن تكررت حدوثها في المستقبل.

(٦) **الإحباط:** يمكن أن يبدو على الطفل المعرض للإساءة الجنسية رغبة أقل في اللعب والحزن، والعزلة عن الأقران والابتعاد عن الأنشطة.

ثالثاً: الاضطرابات السلوكية

إن الطفل ذي الإعاقة له بناء نفسي خاص به نتيجة لما لحق به من الإعاقة وإحساسه بالاختلاف عن غيره من الأطفال الآخرين، وتؤدي الإعاقة بالطفل إذا لم تساعده وتقدم له العون إلى اضطراب صورته عن ذاته وهي حجر الزاوية في البناء النفسي، ويترتب على ذلك عدم تحقيق التوافق مع نفسه ومع الآخرين، ولذلك تظهر بعض الاضطرابات لدى أولئك الأطفال مثل العدوانية، أو النشاط الزائد، أو الانطواء والانسحاب، أو التبول اللاإرادي... أو غيرها من أشكال السلوك المضطرب (عبد المعطى، وأبو قلة، ٢٠١٠، ١٣-١٤).

ومما لا شك فيه أن ظهور الأعراض المصاحبة للاضطراب السلوكي، تتضح بصورة قوية حين يبدي الطفل نمطاً متكرراً ومتواصلاً من السلوك الشاذ، والذي ينتج عنه إشاعة الفوضى والاضطراب في سلوك الأطفال الآخرين، والذي يؤدي بدوره إلى إعاقة مهام الأنظمة التعليمية والاجتماعية، ومن هذا كان التعرف على تلك الفئة أمراً مهماً لمساعدتهم أو إن شئت قلت: ترويضهم من خلال أساليب تمكنهم من التكيف مع البيئة والاستجابة للتعليم (زيتون، ٢٠٠٣، ١٨٨).

الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمساء إليهم:

أسباب اضطراب السلوك لدى ذوي الإعاقة الفكرية:

تختلف المشكلات السلوكية لدى فئة ذوي الإعاقة الفكرية عنها لدى الأطفال العاديين، ويرى العاملون في مجال العناية بذوي الإعاقة الفكرية أن اضطراب السلوك لا يرجع إلى الاضطرابات العضوية المصاحبة لحالات الإعاقة الفكرية بقدر ما يعود إلى الظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة بالطفل ومن أهمها (سناري، ٢٠٠٢، ٢٩-٣٠):

(١) **الحماية الزائدة:** حيث يحرم الطفل من التمتع بالحرية المناسبة لنموه النفسي والانفعالي، ومن ممارسة النشاطات التي تؤدي إلى الشعور بالاستقلال والمبادرة واتخاذ القرارات، وهو ما يؤدي إلى الشعور بالنقص والتبعية.

- (٢) تحديد الأهل لأهداف أعلى من قدرات وإمكانات الطفل الحقيقية ومستواه الأدائي الحالي واستعداداته العقلية المعرفية، حيث قد يعاني بعض الآباء أحيانا في تحديد مستويات أبنائهم وبالذبح بأطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية إلى ممارسة نشاطات أعلى مما تؤهله لهم قدراتهم، ظنا منهم أن ذلك يؤدي إلى تقوية الدافع إلى التحصيل الدراسي، وعلى العكس مما يتوقعه الآباء، فإن مثل هذه الممارسات الخاطئة غالبا ما تقود إلى الشعور بالفشل والإحباط.
- (٣) إنه على الرغم من تقبل كثير من الأسر لمشكلة وجود طفل ذي إعاقة فكرية بينهم ورضاهم بقضاء الله وقدره، فإن أسر أخرى قد ترفض تقبل هذا الطفل، مما يؤدي إلى إظهار مشاعر الرفض والكرهية، ويبدو هذا السلوك في شكل تقييد حرية الطفل، وعزله عن الآخرين، وغير ذلك من أمور تثير حفيظة الطفل وتدفعه إلى مبادلة الطفل نفس الشعور.
- (٤) لاشك إن عدم رغبة الأسرة في تحمل مسؤولية أعباء العناية بالطفل ذي الإعاقة الفكرية أحيانا قد تدفع بالأهل إلى العمل على إيوائه بإحدى المؤسسات، ونظرا لبقاء ذي الإعاقة الفكرية فترة طويلة بمؤسسات يسودها الإهمال والازدحام بنزلائها، فذلك يؤدي بدوره إلى التأثير سلبا على قدرته على الارتباط بالآخرين والرغبة في إقامة علاقات دائمة معهم، كما يؤثر بشكل ضار على عمليات النمو العقلي والتفاعل الاجتماعي.

أشكال الاضطرابات السلوكية لدى ذوي الإعاقة الفكرية :

- لقد أوردت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية في دليلها الخاص بمقياس السلوك التكيفي أن الانحرافات السلوكية التي تكشف عنها تقدير الكفاءة الاجتماعية لذوي الإعاقة الفكرية تتضمن أربعة عشر مجالا وهي:
- (١) السلوك المدمر والعنيف: يتضمن هذا السلوك الدفع البدني، أو الشد أو البصق أو الرفس أو إلقاء الأشياء على الآخرين، أو العض، أو الإيذاء، أو إيذاء الحيوانات، أو تدمير الممتلكات الشخصية أو ممتلكات الآخرين، أو الممتلكات العامة، ونوبات الغضب الانفعالية.
- (٢) السلوك المضاد للمجتمع: يتضمن مضايقة الآخرين والإيقاع بهم، والتآمر عليهم، وإفساد نشاطاتهم، أو ألباهم بل وإزعاجهم، ولا يستأمن على ممتلكات الآخرين لعدم حفاظهم عليها عن قصد، استخدام ألفاظ نابية.

- (٣) سلوك التمرد والعصيان: يتضمن مخالقات النظام والتعليمات والقواعد المنظمة للعلاقات داخل المؤسسة أو المعهد ويتمرد كثيرا، ولا يلتزم بالواجبات، الهروب من المنزل أو المدرسة، وسوء التصرف في المجالس العامة.
- (٤) سلوك لا يوثق به: يتضمن الكذب، والغش، والسرقة.
- (٥) الانسحاب: يتضمن السلبية والجمود والخجل، وعدم الاندماج مع الجماعة.
- (٦) السلوك النمطي والزمات: يتضمن سلوك المدوامة والأوضاع الجسمية الشاذة في الوقوف والجلوس والمشي والاستلقاء.
- (٧) عادات اجتماعية غير مقبولة: سواء لمس الآخرين والاقتراب منهم كثيرا، أو تعلقه بهم، أو الحديث معهم.
- (٨) عادات صوتية غير مقبولة: سواء كان بالصوت العالي أو المنخفض أو التحدث عن نفسه أو تقليد صوت وكلام الآخرين... الخ.
- (٩) عادات غير مقبولة أو شاذة: تتضمن: السباب واللعب بالملابس والأزرار والاحتفاظ بالأشياء الصغيرة من الدبابيس والأزرار، وربما ابتلاعها، وقد يلعب بلعابه أو بصاقه أو البصق وسيل اللعب من الفم، وعض الأصابع أو الملابس وتمزيقها، والخوف من السلم، والصراخ إذا لمسه أحد.... وكل ما هو غير مقبول.
- (١٠) سلوك إيذاء الذات: ويشمل أي نوع من الإيذاء البدني بالضرب الخبط أو الشد أو العض، أو التلطيح، ووضع اليد في بعض الأماكن وأوجاعها، وقد يضع أشياء معينة في عينيه أو أذنيه أو أنفه، وكثيرا ما يضعها في فمه.
- (١١) الميل إلى الحركة الزائدة: سواء كان ذلك في الكلام أو الحركة في المشي أو القفز، أي أنه لا يهدأ.
- (١٢) السلوك الشاذ جنسيا: ويشمل الاستنماء أو الاستعراضية والميول الجنسية المثيرة والسلوك الجنسي غير المقبول اجتماعيا.
- (١٣) الاضطرابات النفسية والانفعالية: وتشمل اضطرابات الذات وعدم الاستجابة المناسبة في وقت النقد أو الفشل أو الإحباط أو المحاولة لجذب انتباه الآخرين بشدة، وادعاء المرض كثيرا، مع كثير من مظاهر الاضطراب الانفعالي في المزاج، وفي الأحلام، وفي النوم، وفي المخاوف المرضية وربما الاكتئاب.
- (١٤) استعمال الأدوية: مثل استخدام مهدئات وأدوية وعقاقير ضد التشنجات بدون استشارة الطبيب (كمال، ٢٠٠٨، ٦١).

ولقد أشارت دراسة الحارثي (٢٠١٥) والتي هدفت إلى التعرف على المشكلات السلوكية الشائعة لدى الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر المعلمين، وتحديد طبيعة العلاقة بين المشكلات السلوكية لدى الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة، وتوصلت الدراسة إلى أن مشكلة الحركة الزائدة هي أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية، يليها الانسحاب الاجتماعي، يليها الكذب، ثم الخوف، ثم العدوان، ثم السلوك النمطي، ثم السرقة، بينما جاءت مشكلة إيذاء الذات أقل المشكلات شيوعاً لدى الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية، ودراسة فرج (٢٠٠٩) والتي توصلت نتائج الدراسة إلى: فعالية أسلوب الدمج في خفض بعض اضطرابات السلوك، ومنها السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات والسلوك الانسحاب والتواصل الاجتماعي وتدمير ممتلكات الآخرين، حيث كانت جميع الفروق في هذه الأنماط السلوكية دالة لصالح المدمجين، ودراسة العسرج (٢٠٠٦) والتي أسفرت النتائج عن ما يلي: وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي،- الأثر الواضح لفعالية برنامج التعزيز الرمزي في خفض بعض السلوكيات بعد تطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي.

ودراسة المولى (٢٠١٤) والتي هدفت إلى خفض بعض السلوكيات المضطربة لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة (وتتمثل تلك السلوكيات في السلوكيات العدوانية، وسلوكيات إيذاء الذات، والنشاط الزائد)، وأظهرت نتائج الدراسة: فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض كل من السلوكيات العدوانية وسلوكيات إيذاء الذات والنشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية، استمرار أثر البرنامج الإيجابي خلال فترة المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج.

ودراسة الزهراني (٢٠١١) هدفت إلى التعرف على قدرة البرامج الملحقه في مدارس التعليم العام على خفض كثير من المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المدمجون من ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة بسيطة ومقارنتها بالمتحقيين بمعاهد التربية الفكرية، وبينت نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية واضحة بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الملتحقين بمعاهد التربية الخاصة وبين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الملتحقين ببرامج الدمج بمدارس التعليم العام الابتدائية في المشكلات السلوكية، وذلك في أربعة أبعاد أساسية في المقياس هي:

السلوك العدواني، والنشاط الزائد، والاضطرابات السلوكية، والسلوك الاجتماعي، كما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الملتحقين بمعاهد التربية الخاصة والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المدموجين داخل مدارس التعليم الابتدائية بين الفصول المتناظرة في جميع أبعاد المقياس وذلك لصالح الأطفال المدموجين من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أظهرت الدراسة أن المشكلات الأكثر بروزاً لدى ذوي الاحتياجات الخاصة تكون في أربعة أبعاد أساسية هي (السلوك العدواني، النشاط الزائد، الانضباط السلوكي والسلوك الاجتماعي)، ودراسة (مختار، ٢٠١١) وتهدف إلى التحقق من فعالية فنية أو أسلوب التعزيز في خفض أو تخفيف حدة المشكلات السلوكية (سلوك النشاط الزائد، العناد، التبول اللاإرادي) لدى هؤلاء الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية البسيطة، وتمثلت نتائج الدراسة في: أن البرنامج الذي تعرضت له المجموعة التجريبية يعتبر مؤثراً فعالاً... وذلك لأن أطفال المجموعة التجريبية أظهروا تحسناً ملحوظاً في انخفاض المشكلات السلوكية لديهم وتحسن السلوك التكيفي لديهم عن المجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج ولم تخضع لأنشطة البرنامج، وأشارت النتائج أيضاً إلى استمرار أثر فعالية البرنامج المستخدم لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة والتي قدرت بشهر، ودراسة شعبان (٢٠٠٢) وهدفت إلى التعرف على الاضطرابات السلوكية والأكثر شيوعاً لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية فئة القابلين للتعليم، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى: أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية فئة القابلين للتعليم لديهم مشكلات تتمثل في: السلوك العنيف أو التدميري - السلوك النمطي والتصرفات الشاذة - النشاط الزائد - نقص الانتباه - إيذاء الذات - الانسحاب - التمرد، ودراسة (النجار، ٢٠٠٠) والتي هدفت للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ومدى فعالية برنامج لخفض السلوك اللاتوافقي لديهم، وأسفرت نتائج الدراسة: أن المشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية (فئة القابلين للتعليم) هي السلوك العدواني والحكة الزائدة - والسلوك الاجتماعي غير المقبول والعادات الشاذة والسلوك الانسحابي والتمرد والعصيان والسلوك النمطي، وكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبل البرنامج وبعده لصالح التطبيق البعدي في قياس المشكلات السلوكية، وجود فروق

دالة بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في جميع مجالات الأنشطة ومهارات السلوك التوافقي لصالح المجموعة التجريبية.

تعرض الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية للإساءة الجنسية :

تمثل الإساءة الجنسية مشكلة شائعة بين الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية، وذكر كل من (Sumarah, Maksym, & Goudge, 2011, 169-175) أن عيوب التقدير والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية تزيد من خطورة تعرضهم للإساءة الجنسية. أيضاً، تتضمن عوامل زيادة الإساءة الجنسية بين ذوي الإعاقة الفكرية وجود عيوب في الاتصال وعدم القدرة على طلب المساعدة أو الإبلاغ عن الإساءة، وغياب المعرفة حول كيفية الدفاع عن النفس ضد التحرش وغياب التربية حول السلوك الجنسي الملائم (Lumley, Miltenberger, 2013, 169-175)، أخيراً، يعتمد الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية عادةً على الآخرين. في تلك الحالات، يتم تشجيع وتعزيز الطاعة، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى طلبات تنتمي إلى تصنيف الإساءة الجنسية. يتفق ذلك مع حقيقة أن مرتكبي الإساءة الجنسية ضد ذوي الإعاقة الفكرية يكونون مألوفين للضحية في نسبة ٩٢٪ من الحالات (Senn, 2012).

وتؤثر الإساءة الجنسية على النمو الجنسي الطبيعي للطفل وتجبره بأن يتعامل مع أفكار حادة ومشاعر وخبرات لا يكون جاهزاً لها وعادة ما تسحقه عاطفياً، ونفسياً وجسدياً. في حالة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، يكون الضحايا ليس لديهم القوة البدنية أو الاتصالية أو حتى الإدراكية الكافية التي تجعلهم يتفادون الإساءة الجنسية، وهو ما قد يسبب لهم ضرراً سلوكياً ونفسياً بالإضافة إلى الضرر الجسدي. من الممكن أن يحدث التحرش الجنسي بدون اتصال أو لمس جنسي (Brown, & Dibiasio, 2014, 280-303)، ويعاني هؤلاء الأطفال نتيجة للتعرض للإساءة الجنسية إلى توتر ما بعد الصدمة والتي ترتبط بجسامة ما حدث لهم من إساءة ومستويات إدراكهم لها وتكرارها من عدمه (Baggerly, 2008, 31-51).

ويجب أن يلعب مقدمو الرعاية العلاجية الأساسية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية دوراً محورياً في تسجيل ومنع الإساءة الجنسية لهم. يُعد الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بصفة خاصة أكثر عرضة للإساءة والاستغلال الجنسي. تسجل بعض البحوث أن ما بين ٢٥-٨٥٪ من ذوي الإعاقة الفكرية ضحايا للإساءة الجنسية (Saunders, 2012, 717-721)، توجد مجموعة من الأسباب التي تجعل الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للإساءة الجنسية من أهمها الاعتماد الكامل على شخصية مقدم الرعاية الذي يفرض وصايته وسلطته عليه (Morano, 2014, 319-323)، أيضاً، تمثل عوامل عدم الأمان الوجداني والاجتماعي، وتجاهل الإساءة الجنسية والمكانة الضعيفة لذوي الإعاقة الفكرية في المجتمع من أسباب تكرار تعرضهم للإساءة (Denno, 2007, 315-434).

توضح بعض المصادر البحثية أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يمثلون ضحايا للإساءة عموماً بسبب رغبتهم الداخلية في قبول الأقران لهم. تكون تلك الإساءة عادةً موسعة ومستمرة. يوضح كرافت أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يميلون إلى تقبل الإساءة الجنسية في حالة توجيههم إليها، وأن لديهم تقديرات ضعيفة لدوافع الآخرين (Craft, 2008, 494-505).

ويمكن أن يقع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية فريسة للتفاعلات الاجتماعية الضارة مثل الإساءة الجنسية. وتشير التقديرات إلى وجود حوالي ١: ٣ بنات وحوالي ١: ١٠ أولاد من ذوي الإعاقة الفكرية يتعرضون لإحدى صور الإساءة الجنسية قبل بلوغ سن الثامنة عشر (Burn, & Brown, 2011, 225-236)، نظراً للطبيعة الخاصة للإساءة الجنسية والتردد من جانب الآباء للإبلاغ عنها (Johnson, 2012, 83-105)، مازالت التقديرات الفعلية لاحتمالات الحدوث غير دقيقة. فضلاً عن ذلك، عند وقوع الإساءة الجنسية ضد الطفل ذي الإعاقة الفكرية، يكون المرتكب عادةً أحد الأشخاص المعروفين وذوي الثقة للطفل (Mansell, 11) (Goldberg, & Willamette, 2015)، أشار أيضاً كل من (Sobsey, & Moskal, 2013, 12-22) أن معدلات التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية تزيد بمقدار الضعف بالمقارنة مع أقرانهم العاديين، فضلاً عن ذلك، أشار (Koller, 2010, 125-135) أن تأثيرات الإساءة الجنسية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية تتفاقم نتيجة لعزلتهم الاجتماعية.

وأشارت دراسة العجمي (٢٠٠٧) أن مستوى الإساءة المحتملة لدى الذكور من كلا المجموعتين أعلى منه لدى الإناث، وتعزي الباحثة الارتفاع لدى الذكور عنه لدى الإناث في عينة البحث إلى العوامل الثقافية والاجتماعية، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠٠١ في مقياس الإساءة بين (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب عمر الطفل ذي الإعاقة ذهنياً، الأمر الذي يشير إلى أن عمر الطفل ذي الإعاقة يؤثر على مستوى الإساءة المحتملة لدى أفراد العينة، وهذه الفروق كانت من خلال النتائج لصالح المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال من الفئة العمرية (٩-١٢) كانوا أكثر إساءة. ودراسة Lumley, Miltenberger, Long, Rapp, & Roberts (2013) والتي أظهر تحليل درجات الأطفال على مقياس التعرض للإساءة الجنسية ومقياس البناء النفسي السلوكي للطفل وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات الأطفال الإناث والذكور، حيث سجلت الإناث متوسط درجات أعلى من الذكور على مقياس التعرض للإساءة الجنسية، وأقل من الذكور بمقياس البناء النفسي السلوكي للطفل.

وفي حالة وجود شكوك تتعلق بتعرض الطفل لحالات إساءة جنسية، توجد مجموعة من البروتوكولات المتبعة لتقييم الحالة. يتم عادة اللجوء إلى مراكز حقوق الطفل أو مراكز تقييم الإساءة الجنسية للطفل التي تقدم الفحوص الطبية للأطفال، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع متخصصين في مجال الطب الشرعي لتحديد الإساءة الجنسية (Goldberg, & Willamette, 2015, 111-118).

تعتمد تلك التحديدات على الأدلة الطبية التي يتم جمعها، وهي نادرة في حالة الإساءة الجنسية (Cross, Jones, Walsh, Simone, & Kolko, 2007, 1031-1052)، والتاريخ السابق لحالات الإساءة تقدمها الأسرة، والعبارات التي يمكن أن يتلفظها الطفل خلال التقويم. يحتاج تحديد حدوث الإساءة الجنسية للطفل من عدمها إلى القدرة على مشاركة الطفل الفعالة خلال عملية التقويم. يمكن أن يواجه الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية صعوبات في طرق تقويم الإساءة الجنسية بسبب المقابلات المطولة والحاجة إلى التواصل المستمر خلال تلك المقابلات والتبادل اللفظي، لذلك، من الضروري تطوير بروتوكولات لاستخدامها مع الأطفال

ذوي الإعاقة الفكرية تتسم بالحساسية لأسلوب تواصل وتفاعل الطفل ذي الإعاقة الفكرية مع الآخرين (Dennis, Lockyer, & Lazenby, 2010, 370-381).

مشكلات تقييم الإساءة الجنسية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:

أولاً- يعاني الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من صعوبات في معالجة مشاعر الآخرين المحيطين بهم. توضح أدبيات الكفاءة الوجدانية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات في المجالات الأربعة اللازمة للتفاعلات الاجتماعية وهي: (أ) فهم الوجدان، (ب) الاستقبال الوجداني، (ج) الاستجابة الوجدانية، (د) فهم الوجدان. بالتالي، يصبح هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للإساءة الجنسية لأنهم يواجهون صعوبات في التعرف الوجداني والاستجابة الملائمة للآخرين (Edelson, 2009, 66-83)، يعاني ذوي الإعاقة الفكرية أيضاً من صعوبات في فهم مشاعر الآخرين عندما تكون تعبيرات وجوههم خادعة، كما لا يمكنهم تفسير السبب وراء محاولة أحد الأشخاص إظهار تعبيرات وجه خادعة لهم (Gabriels, & Bourgondien, 2009, 58-72).

ثانياً- يواجه الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية صعوبات في التواصل، مما يجعلهم أهدافاً سائغة لمرتكبي الإساءة الجنسية بسبب معرفتهم أن الأطفال لن يستطيعوا وصف وكشف يجعلهم أهدافاً سائغة بسبب معرفتهم أن الأطفال لن يستطيعوا وصف وكشف الإساءة الجنسية لمرتكبي الإساءة الجنسية (Goldman, 2013, 89-102)، وتشير الأدبيات أن ما يقرب من ٥٠% من ذوي الإعاقة الفكرية غير لفظيين وظيفياً (Irvine, 2011, 5-20)، وقد وجد كل من (Kendall, Williams, Finkelhor, 2008, 164-180) أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أو الناتويين يواجهون صعوبات أكبر في التعبير بمعلومات ملائمة حول موضوع معين بالتالي أقل كفاءة في التواصل بالمقارنة مع أقرانهم العاديين. بالتالي، عندما يحاول الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية الكشف عن التعرض للإساءة الجنسية، فإنهم لا يجدون لديهم المهارات اللازمة للتواصل الفعال بطريقة يفهمها الآخرون.

ثالثاً- تمثل صعوبات التواصل الاجتماعي الوجداني مجرد جزء من الأسباب وراء خطورة تعرض الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لصور الإساءة الجنسية. ففي دراسة تحليلية، حدد (Stevens, 2009, 421-433) تقنيات اختيار مرتكبي

الإساءة الجنسية لضحاياهم وهي تنطبق إلى حد كبير على الأطفال ذوي الإعاقة: (أ) سهولة الضحية (مثل الضحايا الأسهل في الإساءة لهم مثل الأطفال وذوي الإعاقة)، (ب) خصائص الضحية (مثل جاذبيتهم الجنسية)، (ج) خصائص الموقف (مثل توافر الفرصة للإساءة الجنسية)، (د) الظروف أو التحكم (مثل التحكم في الضحية بوسائل كالعنف أو التخويف قبل الإساءة الجنسية لهم). (Buchanan, Wilkins, 2013; 51)

فروض البحث:

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المساء إليهم في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي.

(٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المساء إليهم في القياسين البعدي والتتبعي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية.

إجراءات البحث:

أولاً - منهج البحث :

استخدامات الباحثة المنهج شبه التجريبي ذا المجموعة الواحدة، ويعد التصميم شبه التجريبي ذا المجموعة الواحدة من أكثر التصميمات المناسبة لطبيعة البحث الحالي وعينتها، كما أن من أهم مزايا التصميم أن المجموعة التجريبية هي نفس المجموعة الضابطة مما يؤدي إلى تكافؤهما، فالفرد في المجموعة يناظر نفسه قبل إدخال العامل التجريبي وبعده، ما يجعل هذا التصميم يمتاز بتوفير الوقت والجهد والتكافؤ شبه الكامل بين الأفراد قبل وبعد التجربة.

ثانياً - عينة البحث :

تكونت عينة البحث الحالي من (٢٠) طفل من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث تتراوح معامل ذكائهم ما بين (٦٠-٦٩)، وتم اختيار العينة بطريقة عمدية من مركز رؤية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشبرا الخيمة محافظة القليوبية.

جدول (٣)

وصف العينة النهائية للدراسة

العدد	ذكور	إناث	العمر الزمني	اسم الجمعية
٢٠	١٠	١٠	٨-٥	مركز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ببورسعيد

وقد راعت الباحثة بعض الشروط عند اختيار عينة البحث وهي:

- أن يكون مستوى الذكاء لديهم في المدى من ٦٠-٦٩ وتم عمل تكافؤ بينهم من حيث معامل الذكاء.
- راعت الباحثة أن تتراوح أعمارهم ما بين (٥-٨) سنوات.
- ضروري انتظام أفراد العينة في الحضور للمركز، وذلك لأن تطبيق البرنامج استغرق (١٣) أسبوعاً ما بين (١٠/١/٢٠١٧م) إلى (٢٩/١٢/٢٠١٧م)
- أن يكون الأطفال عينة البحث من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- قامت الباحثة بالرجوع إلى ملفات الأطفال للتحقق والتأكد من أن أطفال العينة تعرضوا للإساءة من الوالدين أو الأقارب، وتم اختيار عينة البحث بالرجوع إلى الأخصائيين النفسيين كمحك ثانٍ لحدوث الإساءة للأطفال.

تكافؤ العينة:

قامت الباحثة بإيجاد التكافؤ بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني ومعامل الذكاء والاضطرابات السلوكية.

التكافؤ في الذكاء:

قامت الباحثة بإيجاد التكافؤ بين متوسط رتب درجات أطفال عينة البحث من حيث الذكاء، باستخدام اختبار كولموجروف-سميرنوف كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٤)

للتحقق من تكافؤ وتكافؤ المجموعة قبل تطبيق برنامج البحث، وتم حساب الالتواء واختبار كولموجروف - سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) على عينة من الطلاب

اختبار كولموجروف - سميرنوف Kolmogorov-Smirnov		الخطأ المعياري للتفرطح	التفرطح	الخطأ المعياري للالتهواء	الالتهواء
الدالة	القيمة				
٠,١٠٥	٠,١٤٧	٠,٨٣٣	٠,٤٠٧	٠,٤٢٧	٠,١٨٨

ويتضح من الجدول أن درجة الالتواء ٠,١٨٨ وهى درجة مناسبة حيث يمتد الالتواء بين ٣+ إلى ٣-، وكلما اقترب الالتواء للصفر اقترب التوزيع للاعتدالية، ويدل على تكافؤ العينة، كما أن نتيجة اختبار كولموجروف - سميرنوف غير دال إحصائياً مما يدل على اعتدالية التوزيع وتكافؤ المجموعة في الذكاء.

التكافؤ في العمر الزمني:

للتحقق من تكافؤ وتكافؤ المجموعة في العمر الزمني قبل تطبيق برنامج البحث، قامت الباحثة بحساب الالتواء واختبار كولموجروف - سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) على عينة من الطلاب:

جدول (٥)

تكافؤ وتكافؤ المجموعة في العمر الزمني

اختبار كولموجروف - سميرنوف Kolmogorov-Smirnov		الخطأ المعياري للتفرطح	التفرطح	الخطأ المعياري للالتهواء	الالتهواء
الدالة	القيمة				
٠,١٤١	٠,١٤٠	٠,٨٣٣	٠,٠٦٣	٠,٤٢٧	٠,٢٥٨ -

ويتضح من الجدول أن درجة الالتواء ٠,٢٥٨ وهى درجة مناسبة حيث يمتد الالتواء بين (٣+) - (٣-)، وكلما اقترب الالتواء للصفر اقترب التوزيع للاعتدالية ويدل على تكافؤ العينة، كما أن نتيجة اختبار كولموجروف - سميرنوف غير دال إحصائياً مما يدل على اعتدالية التوزيع وتكافؤ المجموعة في العمر الزمني.

ج- التكافؤ في مقياس الاضطرابات السلوكية :

جدول (٦)

تكافؤ وتكافؤ المجموعة في الاضطرابات السلوكية

المتغيرات	كا	مستوى الدلالة
إيذاء الذات	٢	٠,٥٧٢
السلوك العدواني	٢	٠,٥٧٢
الدرجة الكلية	٣	٠,٥٥٨

يتضح من الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائية في جميع أبعاد المقياس والمجموع الكلي في كا ٢ مما يدل على وجود تكافؤ بين أفراد المجموعة، وعدم وجود تباينات واختلافات دالة بينهم.

ثالثاً- أدوات البحث :

أولاً- اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لقياس الذكاء (حسين، ٢٠١٥) :

وصف الاختبار: ظهر هذا الاختبار لأول مرة عام (١٩٤٧) وتم تعديله عام (١٩٥٦) حيث استغرق إعداد وتطوير هذا الاختبار حوالي (٣٠) عاماً من عمر العالم الإنجليزي جون رافن (John Raven) ويعتبر هذا الاختبار من الاختبارات العبر حضارية (Cros Cultural) الصالحة للتطبيق في مختلف البيئات والثقافات؛ فهو اختبار لا تؤثر فيه العوامل الحضارية، أي عندما يكون الهدف من التطبيق البعد عن أثر اللغة والثقافة على المفحوص للوصول إلى صورة كاملة للنشاط العقلي للفرد، وخاصة هذا الاختبار يهدف إلى قياس القدرة على إدراك العلاقات المكانية للفرد، ويقوم هذا الاختبار على نظرية العاملين لسبيرمان "Spearman حيث وجد من خلال العديد من الأبحاث التي طبقت هذا الاختبار أنه متشبع بالعامل العام.

المرحلة العمرية التي يطبق عليها هذا الاختبار: من (٤- ١١) سنوات.

مكونات الاختبار :

تحتوي بطاقات اختبار المصفوفات الملونة على عدد (٣٦) مصفوفة، حيث يتكون هذا الاختبار من ثلاث مجموعات، وهي:

- **المجموعة (A):** والنجاح فيها يعتمد على قدرة الطفل على إكمال نمط مستمر، وعند نهاية المجموعة يتغير هذا النمط من اتجاه واحد إلى اتجاهين في نفسه الوقت.
- **المجموعة (AB):** والنجاح فيها يعتمد على قدرة الطفل على إدراك الأشكال المنفصلة في نمط كلي على أساس الارتباط المكاني.
- **المجموعة (B):** والنجاح فيها على فهم الطفل للقاعدة التي تحكم التغيرات في الأشكال المرتبطة منطقياً أو مكانياً، وهي تطلب قدرة الطفل على التفكير المجرد.

وكل مجموعة من المجموعات السابقة تتكون من (١٢) مصفوفة، وكل مصفوفة تحتوي على (٦) مصفوفات صغيرة بحيث يختار المفحوص مصفوفة واحدة لتكون هي المكمل للمصفوفة التي بالأعلى، والمجموعات الثلاث السابقة وضعت في صورة مرتبة.

تعليمات تنفيذ الاختبار المعطاة للمفحوص :

- يقوم الفاحص بكتابة المفحوص في ورقة الإجابة، ومن ثم يفتح كتيب الاختبار أمام المفحوص على (A١) ويقول له انظر إلى هذا الشكل، ويشير إلى الشكل الأساسي في أعلى الصفحة، قائلاً كما ترى فإن هذا الشكل قطع منه جزء؛ وهذا الجزء المقطوع موجود في أحد الأجزاء المرسومة أسفل الشكل، ويشير إلى الأجزاء أسفل الصفحة واحد بعد الآخر (ثم يقول) لاحظ أن واحداً فقط من هذه الأجزاء هو الذي يصلح لإكمال الشكل الأصلي، وبعد ذلك يقول، انظر إلى الأشكال الصغيرة نجد أنه يشبه الشكل الأصلي في الألوان والشكل؛ ولكنه غير مكتمل إذن يوجد جزء واحد هو الذي يكمل الشكل الأصلي.
- بعد ذلك يتأكد الفاحص أن الطفل وضع إصبعه على الشكل الصحيح.
- ثم يقوم الفاحص بتسجيل الإجابة في الورقة المعدة لذلك.
- ثم ينتقل الفاحص بعد ذلك إلى الأشكال التالية، ويلقي نفس التعليمات.

صدق وثبات المقياس :

يتمتع هذا الاختبار بصدق وثبات جيد، وذلك من خلال تتبع العديد من الدراسات السابقة التي قامت باستخدامه، حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٦٢-٠,٩١) ودراسات أخرى تراوحت ما بين (٠,٥٥-٠,٨٢).

مقياس الاضطرابات السلوكية المصور للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
إعداد الباحثة.

الهدف من المقياس المصور الاضطرابات السلوكية :

يهدف هذا المقياس إلى قياس مدى فعالية البرنامج الإرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية وما يتضمنه من مكونات (السلوك العدواني- إيذاء الذات).

وصف المقياس :

يتكون المقياس من ١٥ موقفاً حول بعض الاضطرابات السلوكية مقسمة على النحو التالي:

- المواقف من (١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨) خاصة بالسلوك العدواني.
- المواقف من (٩-١٠-١١-١٢-١٣-١٤-١٥) خاصة بإيذاء الذات.

تعليمات المقياس :

- يتم تطبيق المقياس على الطفل بشكل فردي.
- تعرض الباحثة المواقف المكونة للمقياس على الطفل مع توجيه السؤال والاختيارات الخاصة به بأسلوب واضح ودون إيحاء للطفل بأي إجابة.
- تقوم الباحثة بإعادة قراءة العبارات اللفظية أكثر من مرة وتبسيطها إذا احتاج الطفل إلى ذلك.
- يتم وضع دائرة أو علامة (✓) أمام الموقف المصور الذي يختاره الطفل.

تصحيح الاختبار :

- إذا قام الطفل باختيار البديل المصور الصحيح من أول مرة تحسب له ثلاث درجات.
- إذا تردد الطفل واختار البديل المصور الخطأ ثم اختار البديل المصور الصحيح تحسب له درجتان.
- في حالة اختيار الطفل البديل المصور الخطأ تحسب له درجة واحدة.

وبذلك تكون الدرجة الكلية للمقياس والتي يمكن أن يحصل عليها الطفل ستكون (٤٥) درجة كنهاية عظيمة، و(١٥) درجة كنهاية صغرى.

خطوات تصميم المقياس :

أولاً: الإطلاع على البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع البحث الحالي للاستفادة منها في إعداد المقياس.

ثانياً: كما تم الإطلاع على مقاييس تناولت الاضطرابات السلوكية المختلفة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

ثالثاً: إعداد مقياس مصور بحيث تكون الصورة مناسبة لكل مفردة.

رابعاً: تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين للتأكد من صلاحيته قبل التطبيق، عددهم (١١ محكماً)، وتم إجراء التعديلات اللازمة من وجهة نظر السادة المحكمين والتي اتفق عليها بما يخص المقياس.

الكفاءة السيكمترية للمقياس :

صدق المقياس :

١ - صدق المحكمين :

تم عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين والخبراء في مجال رياض الأطفال والفئات الخاصة والبالغ عددهم (١١ محكماً) حيث اتفق السادة المحكمون على مناسبة أسئلة المقياس لأهداف المقياس، وقد تم إجراء التعديلات في ضوء المقترحات التي أشار إليها السادة المحكمون والخبراء. وقد تم الإبقاء على المفردات التي جاءت نسبة اتفاق المحكمين عليها ٨٠٪ فأكثر، وتم حذف بعض العبارات وتعديل بعضها في ضوء الملاحظات التي أبداهها المحكمون، حيث انتهى المقياس إلى (١٥) صورة.

جدول (٧)

نسبة اتفاق المحكمين على أبعاد المقياس

أبعاد المقياس	عدد المتفقين	نسبة الاتفاق
العدوان	١١	٪١٠٠
إيذاء الذات	١٠	٪٩٠

وقد قامت الباحثة بإجراء كافة التعديلات التي اتفق عليها المحكمون في جميع أبعاد ومواقف المقياس من حيث إجراء التعديلات في بعض الصور المرتبطة بأبعاد المقياس وكذلك حذف بعض الصور غير المرتبطة بأبعاد المقياس، وإضافة صور أكثر ارتباطاً بالبعد، بالإضافة إلى حذف الصور غير الواضحة الألوان وإضافة صور أكثر إيضاحاً.

ـ الصدق باستخدام المحك الخارجي :

قامت الباحثة بالتحقق من صدق المقياس باستخدام المحك الخارجي مع مقياس الاضطرابات السلوكية الذي أعده قاسم والنجار (٢٠٠٣) وبلغت معاملات الصدق كما هو موضح بالجدول (٨).

جدول (٨)

معامل صدق الاتساق

الأبعاد	معامل الارتباط
بعد السلوك العدواني	٠,٨٦٢**
بعد إيذاء الذات	٠,٤٦٧**
الدرجة الكلية	٠,٤٠٩**

** مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط بين الأبعاد والمقياس ككل جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)، ومنها فإن المقياس على درجة عالية من الصدق.

ثبات المقياس :

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات على عينة التجربة الاستطلاعية التي بلغ عددهم (٤٠)، حيث رصد نتائجهم في الإجابة على المقياس، وقد استخدمت الباحثة طريقة ألفا كرونباخ.

طريقة ألفا كرونباخ :

تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام برنامج SPSS وتم الحصول على معامل ثبات (٠,٧٦٤) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

البرنامج الإرشادي لتعديل الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم :

قامت الباحثة بتصميم برنامج للدراسة يشتمل على مجموعة من الجلسات وتتضمن هذه الجلسات أنشطة متنوعة منها (فيلم كرتون- السرد القصصي- المسرحية- مسرح للعرائس القوفازية- الأغاني- اللعب الجماعي)، التي تناسب خصائص وقدرات الأطفال ذوي الإعاقة القابلين للتعليم عينة البحث.

مفهوم البرنامج :

البرنامج: هو برنامج مخطط منظم، يهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء معاملتهم للتخفيف من الاضطرابات السلوكية لديهم من خلال الأنشطة والمهارات التي تقدم لهم.

خطوات تصميم البرنامج :

الخطوات التمهيدية لبناء البرنامج الإرشادي المقترح :

- (١) القراءة في مجال تربية ذوي الإعاقة الفكرية وتعديل سلوكهم.
- (٢) القيام ببعض الزيارات للجمعيات التي تعمل في مجال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- (٣) التعرف على خصائص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم.
- (٤) إمكانية استخدام البرنامج الإرشادي في الجمعيات المتخصصة.
- (٥) الإطلاع على عدد من البرامج الإرشاد السلوكي الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، السعيد (٢٠١٥)، وسلطان (٢٠١٥)، Swan (2014) Brown, Brown, & Dibiasio (2015)، الوكيل (٢٠١٢).
- (٦) الإطلاع على الكتب التي تعني الاضطرابات السلوكية وإساءة المعاملة للأطفال وصور الإساءة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بصفة خاصة، حتى تستطيع الباحثة الاستفادة منها في البرنامج الحالي والذي يهدف إلى تعديل الاضطرابات السلوكية للأطفال المساء إليهم ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

أهمية البرنامج :

- يسهم البرنامج في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- كما يمكن الاستفادة من البرنامج من قبل العاملين في مجال التربية وخاصة بالنسبة للمتخصصين في مجال الفئات الخاصة.

التخطيط العام للبرنامج :

تشتمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية، ومحتواه العملي، والإجرائي كالأستراتيجيات، والأساليب المتبعة في تنفيذه وتقييم الأنشطة، وتحديد المدى الزمني للبرنامج، وعدد الأنشطة، ومكان إجراء البرنامج وتقييم البرنامج ككل.

الهدف العام للبرنامج الإرشادي :

يهدف البرنامج الإرشادي الحالي إلى تعديل بعض الاضطرابات السلوكية (العدوان- إيذاء الذات) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم، ويتفرع من الهدف العام للبرنامج مجموعة من الأهداف الفرعية:

- (١) تقبل الإعاقة، والتوافق معها.
- (٢) التخفيف من حدة السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة القابلين للتعليم.
- (٣) التخفيف من حدة القلق لدى الأطفال ذوي الإعاقة القابلين للتعليم.
- (٤) التخفيف من إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة القابلين للتعليم.
- (٥) تنمية القدرة على الاندماج الذاتي في المواقف الاجتماعية.
- (٦) بناء وتنمية الثقة بالنفس.
- (٧) تكيف الأطفال المساء إليهم مع ذاتهم والآخرين.
- (٨) التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الإساءة للأطفال.

الأهداف الإجرائية :

- (١) أن يتبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بين الباحثة والأطفال.
- (٢) أن يعبر الأطفال عن أنفسهم وأرائهم وأفكارهم بحرية دون خوف وتفرغ ما بداخلهم من خلال المناقشات داخل الجلسات.

- (٣) أن يميز الطفل بين السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة.
- (٤) أن يشعر الطفل بالألفة والاطمئنان.
- (٥) أن يتقبل الطفل ذاته كما هي.
- (٦) أن يحترم الطفل مشاعر الآخرين.
- (٧) أن يفرغ الطفل انفعالاته بشكل إيجابي وتشجيعه وإكسابه الثقة.
- (٨) أن يتجنب الطفل تكرار السلوك العدواني.
- (٩) أن يتجنب الطفل تكرار سلوك إيذاء الذات.
- (١٠) أن يتعاون الطفل مع زملائه في لعب الأدوار.
- (١١) أن يتعلم الطفل ضرورة عدم الإساءة للآخرين.
- (١٢) أن يستطيع الطفل التعبير عن غضبه.
- (١٣) أن يخفف من حدة المخاوف لديه.
- (١٤) أن يخفف من سلوك إيذاء الذات.
- (١٥) أن يحافظ الطفل على نفسه ضد إساءة الغير.

الغيات والاستراتيجيات المتبعة في البرنامج :

لعب الدور: يقوم الأفراد بتمثيل أدوار بسيطة بطريقة تلقائية، كما أن الحوار عن طريق لعب الأدوار يمكن الطفل من التعبير السليم عن مشاعره وأفكاره وآرائه.

• **التعزيز:** وهو تقديم شيء مرغوب أو استبعاد شيء غير مرغوب من بيئة الطفل عقب قيامه بالسلوك المرغوب فيه مما يزيد من معدل تكرار ذلك السلوك المرغوب، واستخدمت الباحثة التدعيم المادي (حلوى - بعض الهدايا الرمزية) أو تدعيم معنوي (استحسان اجتماعي في صورة مدح: شكرًا، ممتاز، كويس، شاطر) أو تصنيف الأطفال للطفل الذي يؤدي دوره أو يؤدي اللعبة جيدًا.

• **النمذجة:** معظم الأطفال يتعلمون السلوك الجديد من ملاحظات الآخرين وتقييمهم لطبيعة وشكل السلوك الجديد، والنموذج يؤثر في تقوية أو إضعاف العادات السلوكية التي تلاحظ، وتتوقف فعالية النموذج السلوكي على شروط أهمها: وجود قدوة فعالة أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب أدائه من خلال قصص وصور مسلسلة.

- **المناقشة الجماعية والحوار:** تعتبر المناقشة الجماعية أو المحاضرة أسلوباً من أساليب الإرشاد الجماعي حيث تعتمد على إلقاء المحاضرات السهلة، ويتخللها ويليها مناقشات هدفها تغيير الاتجاهات لدى الأعضاء.

أسس تصميم البرنامج :

راعت الباحثة عند تصميمها للبرنامج ما يلي:

- (١) أن يحتوى البرنامج على أنشطة فنية مناسبة لظروف الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- (٢) أن يقوم البرنامج على تحقيق الهدف المقام من أجله وهو تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والقابلين للتعليم المساء إليهم.
- (٣) أن تكون حجرة التدريب مجهزة بطريقة مناسبة للأطفال تراعي الأمن والأمان أثناء الجلسات.
- (٤) أن تتدرج أنشطة البرنامج للأطفال من السهل إلى الصعب، ومن البسيط إلى المركب، ومن المجهول للمعلوم.
- (٥) أن يحتوى البرنامج على أنشطة مشجعة للأطفال للتعبير عن أنفسهم، والمشاركة الناجحة.
- (٦) أن يراعي البرنامج الفروق الفردية بين الأطفال وأن تحتوى الجلسات على الأنشطة التي تتفق مع ميولهم وقدراتهم.
- (٧) أن تحتوى جلسات البرنامج على أساليب تعزيز للسلوك الإيجابي.
- (٨) أن تتنوع أنشطة البرنامج ما بين القصة والفيلم الكرتون والعمل الجماعي.
- (٩) أن يحتوى البرنامج على أساليب متنوعة للتقويم في كل جلسة والوقوف على تحقيق أهدافها.

المحددات الإجرائية للبرنامج :

مكان تنفيذ البرنامج: تم تنفيذ البرنامج بمركز رؤية لذوي الاحتياجات الخاصة بشبرا محافظة القليوبية.

العينة: تم تنفيذ البرنامج على عينة مكونة من ٢٠ أطفال مساء إليهم (ذكور وإناث) ممن تتراوح أعمارهم من ٥-٨ (سنوات).

المدة الزمنية: استغرق البرنامج ٣ شهور وأسبوع بواقع ٥٢ جلسة بواقع أربع جلسات في الأسبوع وتراوحت مدة الجلسة من ٤٠ إلى ٥٠ دقيقة.

تحكيم البرنامج والدراسة الاستطلاعية: عرض البرنامج على مجموعة من المتخصصين:

بعد الانتهاء من إعداد البرنامج قامت الباحثة بتحكيم البرنامج لدى (١١) من الأساتذة المتخصصين في مجال الطفولة وعلم النفس؛ وذلك للتأكد من صلاحيته للتطبيق ومدى مناسبة الأنشطة لتحقيق أهدافها، بغرض إبداء الرأي حول البرنامج.

جدول (٩)

نسبة اتفاق المحكمين على عناصر تصميم البرنامج

بنود التحكيم	عدد المتفقين	نسبة الاتفاق
مدى ملائمة البرنامج لأهدافه	١٠	٩٠٪
مدى ملائمة محتوى الجلسات لأهداف البحث	١٠	٩٠٪
مدى ملائمة الأنشطة لتحقيق أهداف الجلسات	١١	١٠٠٪
مدى ملائمة الفنيات والأدوات المستخدمة في أنشطة البرنامج	١٠	٩٠٪
مدى ملائمة الزمن المحدد لكل جلسة	١٠	٩٠٪
مدى ملائمة أساليب التقويم عاقب كل جلسة وفي نهاية البرنامج	١٠	٩٠٪

وأسفرت عملية التحكم عن إجراء بعض التعديلات على البرنامج، وقد قامت الباحثة بإجراء هذه التعديلات، والتي تمثلت في:

- تبسيط الصياغة اللغوية لبعض القصص حتى تناسب الأطفال.
- تعديل بعض الأنشطة بما يتلاءم مع الطفل ذوي الإعاقة.
- إعادة صياغة بعض الأهداف بحيث تصبح قابلة للقياس.

تقويم البرنامج :

يتم تقويم مدى فعالية البرنامج من خلال :

- القياس القبلي وهدف إلى التعرف على الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المساء إليهم قبل البدء في تطبيق البرنامج الإرشادي، وتم التقويم القبلي عن طريق تطبيق من خلال مقياس الاضطرابات السلوكية.
- التقويم البنائي هو تقويم مستمر من بداية إجراء البرنامج على الأطفال عينة البحث حتى نهايته، وقد تم هذا النوع من التقويم من خلال ما يلي :
- إجراء تطبيقات تربوية عملية مع الأطفال ذوي الإعاقة، أثناء وبعد أداء النشاط يقومون بها في صورة فردية وجماعية.
- ملاحظة الباحثة لسلوك الأطفال اليومي أثناء تأدية الأنشطة، بهدف التعرف على مدى استيعاب الأطفال للخبرات المعطاة، والتعرف على نقاط الضعف ومحاولة علاجها، ومعرفة مدى تحقيق الأهداف الإجرائية للبرنامج.

• التقويم البعدي :

قامت الباحثة بإجراء التقويم البعدي عن طريق إعادة تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة المساء إليهم المستخدم في البحث والتي تم تطبيقه في القياس القبلي؛ وذلك لمقارنة النتائج القبلية والبعدي للمجموعة التجريبية في البحث الحالي والذين يعانون من الاضطرابات السلوكية (السلوك العدواني- إيذاء الذات).

• القياس التبعي :

قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس المستخدم على أفراد المجموعة التجريبية عينة البحث بعد مرور شهر تقريباً من انتهاء البرنامج للتحقق من مدى ثبات فعالية هذا البرنامج، ثم مقارنة نتائج المجموعة في التطبيق التبعي بنتائج النتائج المجموعة التجريبية بعد إجراء البرنامج.

تنفيذ البرنامج :

قامت الباحثة بتطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية بمعدل أربع جلسات في الأسبوع استغرقت الجلسة ٥٠ دقيقة.

تطبيق المقياس قبلياً :

تم التطبيق القبلي للمقياس المصور على جميع أطفال بصورة فردية ولمدة يوم واحد.

تطبيق البرنامج :

تم تطبيق البرنامج على أطفال عينة البحث في الفترة من (٢٠١٧/٩/١) إلى (٢٠١٧/١٢/٧).

تطبيق المقياس بعدياً :

قامت الباحثة بإعادة تطبيق أدوات البحث مرة أخرى بعد تطبيق البرنامج على أفراد العينة للتعرف على الأثر الذي أحدثه البرنامج في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لديهم، وقامت الباحثة بالتعاون مع بعض المدربين في مجال الإعاقة بالتطبيق البعدي للمقياس المصور على جميع أطفال عينة البحث الحالي بصورة فردية ولمدة يوم واحد (٢٠١٧/١٢/٨م).

القياس التتبعي :

قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية المصور على أفراد العينة مرة أخرى بهدف التعرف على مدى استمرار أثر البرنامج الذي تم تقديمه لأفراد العينة وذلك بمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس التتبعي لأفراد العينة محل البحث، وقد تم إجراء هذا القياس بعد شهر تقريباً من تطبيق القياس البعدي.

الأساليب الإحصائية المستخدمة :

قامت الباحثة باستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبوية (Wilcoxon Signed Rank) (بما يتفق مع عدد أفراد العينات الصغيرة) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18).

نتائج البحث:**الفرض الأول:**

نص الفرض الأول على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المساء إليهم في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي". ولاختبار صحة الفرض الأول قامت الباحثة أولاً باستخدام الإحصاء الوصفي المتمثل في (المتوسط، الانحراف المعياري) لقياس عينة البحث قبلياً وبعدياً، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٠)

قياس عينة البحث قبلياً وبعدياً

التطبيق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
القبلي	٢٠	١٧,١٠	١,٢٨٧
البعدي	٢٠	٣٣,٩٠	٢,٤٧٠

ثانياً- قامت الباحثة باستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) (بما يتفق مع عدد أفراد العينات الصغيرة) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالي:

جدول (١١)

الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين القبلي والبعدي

لمقياس الاضطرابات السلوكية المصور

توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
الموجبة	٢٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٩ -	٠,٠٠٥	دالة عند مستوى ٠,٠٥
المتساوية	٠					

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة مساوياً ل (٠,٠٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس القبلي والقياس البعدي في إجمالي مقياس الاضطرابات السلوكية المصور، وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن هذا الفرق لصالح القياس البعدي، حيث بلغ متوسط رتب القياس القبلي (١٧,١٠) في حين بلغ متوسط رتب القياس البعدي (٣٣,٩٠)، مما يدل على وجود فروق في إجمالي المقياس لصالح القياس البعدي.

وقد قامت الباحثة بالتعرف على دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات).

جدول (١٢)

دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور

البعد	التطبيق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السلوك العدواني	القبلي	٢٠	٩,٢٠	١,٠٣٣
	البعدي	٢٠	١٩,٧٠	١,٧٦٧
إيذاء الذات	القبلي	٢٠	٣,٣٠	٠,٩٤٩
	البعدي	٢٠	٥,٩٠	١,١٩٧

ثم قامت الباحثة باستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالي:

جدول (١٣)

دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين القبلي والبعدي

لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور

البعد	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	"Z" قيمة	الدلالة	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	- ٢,٨١٤	٠,٠٠٥	دالة عند مستوى ٠,٠٥
	الموجبة	٢٠	٥,٥٠	٥٥			
	المتساوية	٠					
	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
إيذاء الذات	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	- ٢,٨٣١	٠,٠٠٥	دالة عند مستوى ٠,٠٥
	الموجبة	٢٠	٥,٥٠	٥٥			
	المتساوية	٠					
	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة للأبعاد مساوياً ل (٠,٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس القبلي والقياس البعدي في جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات). وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن هذا الفرق لصالح القياس البعدي، حيث بلغ متوسط رتب القياس القبلي للأبعاد على التوالي (٩,٢٠، ٤,٦٠، ٣,٣٠) في حين بلغ متوسط رتب القياس البعدي للأبعاد على التوالي (١٩,٧٠، ٨,٣٠، ٥,٩٠)، مما يدل على وجود فروق في إجمالي المقياس لصالح القياس البعدي للأبعاد.

يتضح من الجدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المساء إليهم قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي حيث تشير النتائج إلى وجود فروق لصالح التطبيق البعدي بالنسبة لجميع أبعاد المقياس وهو الأمر الذي جاء متفقاً ومحققاً لصحة الفرض.

تفسير نتائج الفرض الأول :

يتضح مما سبق تحقق الفرض الأول حيث كانت قيمة Z لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي، مما يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة، والذي أدى إلى ارتفاع متوسطات رتب درجات الأطفال على الأبعاد السلوكية المتضمنة في برنامج البحث.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة تتفق مع نوعية الأنشطة التي حرصت الباحثة على أن يحتويها أو شملها برنامج البحث والتي تنوعت ما بين (القصة القصيرة- والمسرحية- الفيلم الكرتون- الرسم- اللعب الجماعي)، وحرصت الباحثة على هذا التنوع في أنشطة البرنامج حتى لا يشعر بالملل أو الرتابة اتجاه الأنشطة التي تعرض له من خلال البرنامج، وأيضاً حتى يستطيع كل طفل اختيار الأنشطة التي تتناسب وقدراته.

واتفقت نتائج البحث الحالي أشارت إليه العديد من الدراسات ومنها دراسة: ريهام جمال فتحي السعيد (٢٠١٥) والتي استهدفت التحقق من فعالية برنامج إرشادي سلوكي في خفض الشعور بالقلق والكشف عن دوره في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١) بين متوسطى درجات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس القلق (الأبعاد والدرجة الكلية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي (في الاتجاه الأفضل) لصالح المجموعة التجريبية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١) بين متوسطى درجات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق (الأبعاد والدرجة الكلية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي (في الاتجاه الأفضل) لصالح القياس البعدي، ودراسة جاد المولى (٢٠١٤) والتي أشارت إلى فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض كل من السلوكيات العدوانية وسلوكيات إيذاء الذات والنشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية، واستمرار أثر البرنامج الإيجابي خلال فترة المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج، دراسة: (Repp, & Deitz, 2014) والتي أظهرت وجود علاقة ارتباط إيجابي بين تقييمات الأمهات للعدوانية وإيذاء الذات وبين تكرار حالات الإساءة للطفل.

وقد ظهرت هذه الفروق بوضوح في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، وظهرت فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠٥) بين متوسط درجات الأطفال خلال التطبيقين القبلي والبعدي للمقياسين الفرعيين للعدوانية وإيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية لصالح التطبيق البعدي، وهو يمثل مؤشراً على فعالية البرنامج في خفض تلك الاضطرابات السلوكيات بين الأطفال المعرضين لإيذاء الذات، ودراسة: جمال عبد الناصر سليمان عبد الباقي الجندي (٢٠١١) و التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطي رتب درجات سلوك إيذاء الذات للمجموعتين التجريبيتين بعد تطبيق البرنامج التدريبي في خفض سلوك إيذاء وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية أي أن متوسط الطلاب الذين تعرضوا للبرنامج التدريبي، وتوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات سلوك إيذاء الذات للمجموعتين (للمجموعة التجريبية والضابطة) بعد تطبيق البرنامج التدريبي وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، ودراسة أحمد (٢٠١٠) والتي توصلت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في اتجاه القياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ودراسة: منى أحمد مصطفى عمران والتي تمثلت نتائجها في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج الاتصال الشخصي لتنمية الوعي بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية ذوي الإعاقة الفكرية لصالح القياس البعدي، وفعالية تأثير برنامج الاتصال الشخصي في تنمية الوعي بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

وترى الباحثة أن الزيادة في نسبة التحسن في التطبيق البعدي لدى عينة البحث يرجع إلى اشتغال البرنامج على أنشطة متنوعة ومختلفة عملت على تحسين الكثير من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال عينة البحث، وقد لاحظت الباحثة هذا التحسن من خلال قبول الأطفال لأنشطة البرنامج والتعبيرات المختلفة اللفظية وغير اللفظية من الأطفال أثناء تطبيق البرنامج، وترى الباحثة

أيضاً أن البرنامج كان له تأثير إيجابي وفعال على أبعاد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المساء إليهم.

الفرض الثاني:

وينص الفرض الثاني للدراسة على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المساء إليهم في القياسين البعدي والتتبعي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية". ولاختبار صحة الفرض الثاني للدراسة قامت الباحثة أولاً باستخدام الإحصاء الوصفي متمثلاً في (المتوسط، الانحراف المعياري) لقياس عينة البحث بعدياً وتتبعيةً، وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

جدول (١٤)

قياس عينة البحث قبلًا وبعداً

التطبيق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
البعدي	٢٠	٣٣,٩	٢,٤٧٠
التتبعي	٢٠	٣٣,٨٠	٢,٠٤٤

ثانياً- قامت الباحثة باستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) (بما يتفق مع عدد أفراد العينات الصغيرة) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الاضطرابات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالي:

جدول (١٥)

مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الاضطرابات السلوكية المصور

توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السالبة	١٠	٤,٨٠	٢٤	- ٠,١٨١	٠,٨٥٦	غير دالة
الموجبة	٨	٥,٢٥	٢١			
المتساوية	٢					

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة أكبر من (٠,٠٠٥)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس البعدي والقياس التتبعي في إجمالي مقياس الاضطرابات السلوكية المصور. وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن متوسطات الرتب متقاربة، حيث بلغ متوسط رتب القياس البعدي (٢٣,٩) في حين بلغ متوسط رتب القياس التتبعي (٣٣,٨٠)، مما يدل على عدم وجود فروق في إجمالي المقياس.

وقد قامت الباحثة بالتعرف على دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي في أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات).

جدول (١٦)

دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي في أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات)

البعد	التطبيق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السلوك العدواني	البعدي	٢٠	١٩,٧٠	١,٧٦٧
	التتبعي	٢٠	١٩,٣٠	١,٣٣٧
إيذاء الذات	البعدي	٢٠	٥,٩٠	١,١٩٧
	التتبعي	٢٠	٥,٨٠	١,٢٢٩

ثم قامت الباحثة باستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالي:

جدول (١٧)

مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد
مقياس الاضطرابات السلوكية المصور

البعد	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	السالبة	١٢	٦	٣٦	- ٠,٨٩٣	٠,٣٧٢	غير دالة
	الموجبة	٨	٤,٧٥	١٩			
	المتساوية	٠					
إيذاء الذات	السالبة	٨	٣,٨٨	١٥,٥	- ٠,٢٦٤	٠,٧٩٢	غير دالة
	الموجبة	٦	٤,١٧	١٢,٥٠			
	المتساوية	٦					

يتضح من الجدول (١٧) أن مستوى الدلالة للأبعاد أكبر من (٠,٠٥) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس البعدي والقياس التتبعي في جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية المصور (السلوك العدواني، إيذاء الذات). وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن متوسطات الرتب للأبعاد متقاربة، حيث بلغ متوسط رتب القياس البعدي للأبعاد على التوالي (١٩,٧٠، ٨,٣٠، ٥,٩٠) في حين بلغ متوسط رتب القياس التتبعي للأبعاد على التوالي (١٩,٣٠، ٨,٧٠، ٥,٨٠)، مما يدل على عدم وجود فروق في إجمالي المقياس.

تفسير نتائج الفرض:

مما سبق يتضح تحقيق الفرض السابق حيث كانت قيمة Z لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في التطبيق البعدي والتتبعي بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات السلوكية غير دلالة، مما يدل على استمرار تأثير برنامج البحث على الأطفال عينة البحث بعد تطبيق البرنامج.

وترى الباحثة أن استمرار فعالية البرنامج على الأطفال أنهم كان يسعى من خلال القيام بتنفيذ البرنامج إلى مساعدة الأطفال في التخلص من الاضطرابات السلوكية لديهم، وكذلك مقاومة أشكال الإساءة التي يتعرضون إليها من قبل

الآخرين، وكان ذلك من خلال الفنيات التي استخدمتها الباحثة خلال جلسات البرنامج، ويرجع أيضًا استمرار فعالية البرنامج على الأطفال نتيجة لما حصلوا عليه من جانب الباحثة من تعزيز مما أدى إلى حرص الأطفال على تكرار السلوكيات التي تؤدي إلى التعزيز والثناء والمدح لهم من قبل الآخرين.

التوصيات:

- (١) يقوم المختصون بوضع خطط علاجية الاضطرابات السلوكية بأبعادها المختلفة، لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم بهدف التغلب عليها.
- (٢) تقوم مؤسسات التربية الخاصة للأطفال ذوي الإعاقة القابلين للتعليم بوضع برامج تقويمية لسلوك الأطفال أملاً في عدم الانحدار بذلك السلوك إلى الاضطراب الذي قد يكون له تأثير سلبي على ذاتية الطفل من ناحية المجتمع.
- (٣) الاستفادة من وسائل الإعلام في عقد برامج خاصة لتوعية المجتمع بضرورة تقبل ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم واستيعابهم على أساس أنهم أفراد ذوو احتياجات خاصة لهم قدرات محدودة ولكن يمكن تطويرها والاستفادة منها.
- (٤) تعزيز المناهج الدراسية بمواضيع حول الإعاقة الفكرية لتعديل اتجاهات المجتمع نحو ذوي الإعاقة الفكرية.
- (٥) القيام بحملات منظمة لتوعية أسرة الأطفال ذوي الإعاقة حول حياتهم من الإساءة.

المقترحات:

- (١) دراسة مقارنة بين الاضطرابات السلوكية للأطفال المساء إليهم ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.
- (٢) برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المكفوفين / الصم والبكم والمعاق حركياً.
- فعالية برنامج إرشادي لتنمية مفهوم الذات لدى ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم.
- (٤) عمل برامج إرشادية حول آليات الحفاظ على الجسد من الإساءة للأطفال.
- (٥) فعالية برنامج مسرحي في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعليم.

المراجع

- أبو عليا، محمد (٢٠٠٠). العنف الأسري أنواعه وأشكاله وأسبابه. ندوة لنعمل معاً من أجل أسرة سعيدة خالية من العنف. الزرقاء: الجامعة الهاشمية. مركز التوعية والإرشاد الأسري.
- أبو نواس، يحيى (٢٠٠٣). مقارنة للخصائص النفسية والاجتماعية بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا لها. رسالة ماجستير. جامعة مؤتة
- جوهري، روجينا ميشيل (٢٠١٢). مدى فعالية برنامج علاجي نفسي معرفي سلوكي مرتكز حول صدمة جماعي معتدل الأجل مقترح لدى عينة من حالات الإساءة الجنسية للأطفال الإناث "دراسة تحليلية. رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة الإسكندرية:
- الحارثي، فهد سعد قليل (٢٠١٥). المشكلات السلوكية الشائعة لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية بمحافظة الطائف من وجهة نظر المعلمين. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة أم القرى.
- الخدالدي، عطا الله فؤاد (٢٠٠٨). إرشاد المجموعات الخاصة. عمان: دار صفاء.
- الزغبى، أحمد (٢٠٠٥). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية وأسبابها وسبل علاجها. دمشق: دار الفكر.
- الزغل، وائل (٢٠٠٤). إساءة معاملة الطفل الذي إعاقة فكرية من الدرجة البسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- الزهراني، معيض (٢٠١١). دراسة مقارنة عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في منطقة الرياض. رسالة دكتوراه. جامعة أم القرى www.drmaid.wordpress.com
- السروري، نبيلة عبد الرقيب (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المساء إليهم. رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية.
- سعيد، هالة خير (٢٠٠٢). فعالية أسلوب التعزيز التفاضلي والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. رسالة ماجستير. كلية التربية بقنا.

- سليمان، عبد الرحمن، شند، سميرة محمد، سعيد، إيمان (٢٠٠٣). دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي. القاهرة: مكتبة زهراء الشروق.
- شعبان، عليا (٢٠٠٢). مدى فعالية برنامج إرشادي تدريبي لاكتساب أساليب ونماذج السلوك التكيفي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية فئة القابلين للتعليم (٥٠-٧٠). رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- عامر، طارق عبد الروؤف، وعامر، ربيع عبد الروؤف (٢٠٠٦). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة: ذوي الإعاقة ذهنياً. القاهرة: الدار العالمية.
- العجمي، فيصل محمد (٢٠٠٧). أبعاد الإساءة تجاه الأطفال ذوي الإعاقة ذهنياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. جامعة الكويت.
- العسرج، عبد الله عبد العزيز (٢٠٠٦). فعالية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى متلازمة دوان في جمعية النهضة النسائية الخيرية. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- فرج، كمال عبد الرحمن (٢٠٠٩). فعالية أسلوب الدمج في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. عدد خاص. مجلة مركز الاستشارات النفسية والتربية. كلية الآداب. جامعة المنوفية.
- فهيم، كليز (٢٠٠٣). أبنائنا ذوي الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- قاروني، سرور (٢٠٠٤). حماية الأطفال في البحرين من سوء المعاملة. المنامة: مركز البحرين للدراسات والبحوث.
- قاسم، أنسى محمد (٢٠٠٢). أطفال بلا أسر. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- القاسم، جمال، عبيد، ماجدة، عمار، الزغبى (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية. عمان: الصفاء.
- كليز، فهيم (٢٠٠٧). رعاية الأبناء ضحايا العنف. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كمال، طارق (٢٠٠٥). الصحة النفسية للأسرة. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

كمال، إيمان (٢٠٠٨). فعالية برنامج للأنشطة الحركية المتكاملة في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال الروضة ذوي الإعاقة الفكرية فئة القابلين للتعلم (٥٠-٧٠). رسالة ماجستير. كلية البنات. جامعة عين شمس.

الكيلانى، السيد (٢٠١٠). استراتيجيات التدخل والتعرف المبكر على ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: عالم الكتب

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٢). تعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة. دراسات تطبيقية. القاهرة: دار رشاد .

محمد، ولاء كمال أحمد (٢٠٠٨). مفهوم الذات والتفاعل الاجتماعي خارج المنزل لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية. رسالة ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.

مختار، ميادة أحمد (٢٠١١). فعالية التعزيز في خفض حدة المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة عين شمس.

المولى، أسماء محمد جاد (٢٠١٤). برنامج تدريبي لخفض بعض السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة عين شمس.

النجار، خالد عبد الرازق (٢٠٠١). فعالية استخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى طفل الروضة. مجلة الطفولة والتنمية. (٣)، ٧٨-٣٤.

النجار، خالد عبد الرازق (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

النجار، محمد (٢٠٠٠). المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ومدى فعالية برنامج لتعديل السلوك التوافقي لديهم. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.

وولف، ديفيد أ. (٢٠٠٥). الإساءة للطفل: مترتباتها على نمو الطفل واضطرابه النفسي. ترجمة: جمعة سيد يوسف. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.

- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (2008). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113. 23-33.
- Akrami, L., & Davudi, M. (2014). Comparison of behavioral disorders related to sexual abuse between intellectually disabled and normal boys during puberty in Yazd, Iran. *Iran Journal of Psychiatry Behavior Science*; 8 (2)78-89.
- American Office for Children Victims of Abuse and Violence (2013). *Through My Eyes* [Videocassette]. (Available from Office for Victims of Crime, 810 Seventh Street, NW, Washington, DC 20531)
- American School Counselor Association. (2013). *The ASCA national model: A framework for school counseling programs* (2nd ed.). Alexandria: Author.
- Angelo p. Giardino: Child abuse and Neglect, physical Abuse, <http://www.emedicine.com>, 28 june 2004.
- Asmita Naik, Anthea Spinks, RedR Australia: Stephanie Delaney, ECPAT International, ECPAT International, 2006.
- Baggerly, J. (2008). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 12(2).
- Blacher, J., McIntyre L. (2006) Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: cultural differences in family impact. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (3).
- Bradley E., Summers J., Wood H., Bryson S. (2014). Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adults with severe intellectual disability with and without autism. *J Autism Dev Disord*; 34(2).
- Brown, J., Brown, M. & Dibiasio, P. (2014). Consulting intervention for treating sexually abused children with intellectual disabilities with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6.
- Buchanan, A., & Wilkins, R. (2013). Sexual abuse of the mentally handicapped educable: Assessment difficulties and consultation with parents participation. *Psychiatric Bulletin*; 51 (6).

- Burn, M. & Brown, S. (2011). A review of the cognitive distortions in child sex offenders: An examination of the motivations and mechanisms that underlie the justification for abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 11.
- Change & et. Al. (2006). Characteristics of child abuse in immigrant Korean families and correlates of placement decisions, *Child Abuse and Neglect*, 30, (8),.
- Craft, A., & Craft, M. (2008). *Sexuality and mental handicap: A review. Br J Psychiatry*; 139.
- Crocker, A., Mercier, C., Allaire, J. & Roy, M. (2011). Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 51(10).
- Cross, T., Jones, L., Walsh, W., Simone, M., & Kolko, D. (2007). Child forensic interviewing in children's advocacy centers: Empirical data on a practice model. *Child Abuse & Neglect*, 31.
- Dennis, M., Lockyer, L., & Lazenby, A. (2010). How high-functioning children with mental handicaps understand real and deceptive emotion. *Mental handicaps*, 4.
- Denno, D. W. (2007). Sexuality, sexual abuse and mental disability. *University of Illinois Law Review*; 720.
- Edelson, M.G. (2009). Are the majority of children with mental handicaps mentally retarded?: a systematic evaluation of the data. *Focus on Mental handicaps and Other Developmental Disabilities*, 21.
- Freisthler, B., Bruce, E., & Needell, B. (2007) Understanding the geospatial relationship of neighborhood characteristics and rates of maltreatment for Black, Hispanic, and White children. *Social Work* 52 (3).
- Gabriels, R., & Van Bourgondien, M. (2009). Sexuality and mental handicaps: individual, family, and community perspectives and interventions. In R. L. Gabriels & D. E. Hill (Eds.), *Growing up with mental handicaps: Working with school-age children and adolescents* (pp. 58-72). NY: Guilford Press.

- Gilson, S., DePoy, E., & Cramer, E. (2015). Behavioral and psychological disorders accompanied to sexual abuse of children with mental disabilities educable, *AFFILIA*, 16, (2).
- Goldberg, M., & Willamette, E. (2015). Interventions for sexual abuse of children with mental handicaps: Factors that Increase Risk and Interfere with Recognition of Abuse. *Disability Studies Quarterly*; 4 (11).
- Goldberg, M., & Willamette, E. (2015). Interventions for sexual abuse of children with mental handicaps: Factors that increase risk and interfere with recognition of abuse. *Disability Studies Quarterly*; 4 (11).
- Goldman, R. L. (2013). Children and youth with intellectual disabilities: Targets for sexual abuse. international journal of disability, *Development, and Education*, 41.
- Gustafsson, C., Ojehagen, A., Hansson, L., Sandlund, M., Nystrom, M., Glad, J., Fredriksson, M. (2014). effects of psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental health problems. *Research on Social Work Practice*, 19(3).
- Hunter, J., Goodwin, D., & Wilson, R. (2014). Attributions of blame in child sexual abuse victims: An analysis of age and gender influences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1.
- Irvine, A. (2011). Issues In Sexuality For Individuals With Developmental Disabilities: Myths, Misconceptions, And Mistreatment. Exceptionality Education Canada, 15.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (2008). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113.
- Kinard, E. M. (2013). Mother and teacher assessments of behavior problems in abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1043.
- Koller, R. A. (2010). Sexuality And Adolescents With Mental Handicaps. *Sexuality and Disability*, 18.
- Lumley, V. A., & Scotti, J. R. (2009). Supporting the sexuality of adults with mental retardation: Current status and future directions. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3, 1.

- Lumley, V. , Miltenberger, R., Long, E., Rapp, J., & Roberts, J. (2013). Evaluation of a sexual abuse prevention program for children with mental handicapped. *Journal Of Applied Behavior Analysis*; 31 (1).
- Mansell, S., Sobsey, D., & Moskal, R. (2013). Clinical findings among sexually abused children with and without developmental disabilities. *Mental Retardation*, 36, 12-22.
- Molnar B., Buka S., Brennan R., Holton J., & Earls F. (2003) A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: Results from the project on human development in Chicago neighborhoods. *Child Maltreatment*, 8(2).
- Morano, J. (2014). Sexual abuse of the mentally handicapped children: an analysis of consulting interventions. *Journal Of Clinical Psychiatry*; 3 (3).
- Perez-Albeniz, A., & De Paul, J. (2004). Gender differences in empathy in parents at high- and low-risk of child physical abuse. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 28 (3).
- Pohl, J. & Hazzard, A. (2014). Reactions of children, parents and teachers to child sexual abuse prevention programs. *Education*, 110 (3).
- Sanders, M& et.al. (2003). The triple positive parenting programmer, *Journal of child abuse Review*, 12, (3).
- Sanderson, Ch. (2006). *Counselling adult survivors of child sexual abuse*, (3rd ed). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Saunders, E. (2012). The mental health professional, the mentally retarded and sex. *Hospital Community Psychiatry*; 32.
- Senn, C. Y. (2012). *Vulnerable: Sexual abuse and people with an intellectual handicap*. Canada: G. Allan Roeher Institute.
- Stevens, D. J. (2009). Predatory rapists and victim selection techniques. *Social Science Journal*, 31.
- Sumarah, J., Maksym, D., & Goudge, J. (2011). The effects of staff training program on attitudes and knowledge of staff toward the sexuality of persons with intellectual handicaps. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 1.

- Telljohann, S., Everett, S. & Price, J. (2011). Evaluation of a third grade sexual abuse curriculum. *Journal of School Child Health*, 67 (4).
- UNICEF. Behind Closed Doors: The Impact of Domestic Abuse on Children, 2014 (1st Quarter).
- Vig S., & Kaminer R. (2002) Maltreatment and Developmental Disabilities in Children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14 (4).

**فاعلية بعض آليات علم النفس الإيجابي فى رفع مستوى
مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم**

دكتور

إبراهيم محمد محمود العدل
أستاذ مساعد علم النفس
جامعة الملك خالد

دكتور

عادل محمد العدل
أستاذ علم النفس التربوي
جامعتا الزقازيق والسلطان قابوس

ملخص البحث

هدفت الدراسة قياس فاعلية استخدام آليات علم النفس الإيجابي في تنمية مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم، بلغ عدد أفراد العينة ٢٤ طالباً من ذوي صعوبات التعلم تم توزيعهم على مجموعتين متكافئتين تجريبية ١٢ طالباً تم تطبيق البرنامج القائم على آليات علم النفس الإيجابي عليها، ومجموعة ضابطة ١٢ طالباً لم يطبق عليها أي برنامج، وباستخدام أدوات: اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة غير الملونة، مقياس التقدير التشخيصية لصعوبات تعلم الرياضيات والقراءة ومقياس مفهوم الذات لذوي صعوبات التعلم والبرنامج العلاجي القائم على بعض آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات (إعداد: الباحثان)، وباستخدام اختباري مان وتني وويلكوكسون اللابارامترين أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى مفهوم الذات بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، ووجود فروق في مستوى مفهوم الذات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية، وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بإستراتيجيات وآليات علم النفس الإيجابي بما يتلائم وخصائص واحتياجات وميول واتجاهات الطلاب ذوي صعوبات التعلم.

الكلمات المفتاحية: آليات علم النفس الإيجابي. مفهوم الذات. الطلاب ذوو صعوبات التعلم

The Effectiveness of positive psychology Mechanisms in Raising Self Concept among Students with Learning Disabilities

The study aimed to measure the effectiveness of the use of positive psychology mechanisms in the development of self-concept for students with learning disabilities, the number of sample 24 students with learning disabilities were divided into two experimental groups 12 experimental students The program, based on the mechanisms of positive psychology, was implemented and the control group of 12 students did not apply any program. Using the tools: The test of intelligence matrices consecutive non-colored, the diagnostic assessment of the disabilities of learning mathematics and reading, the measure of self-concept of people with learning disabilities and the program of therapy based on some mechanisms of positive psychology in raising the level of self-concept (Prepared by researchers). The results that there were statistically significant differences in self-concept between control and experimental in favor of the experimental groups, there were statistically significant differences self-concept between pre and post-test of the experimental; groups in favor of the post-test. And there no were significant differences between the post-test and follow up test of the experimental groups. The study recommended attention to the strategies and mechanisms of positive psychology to suit the characteristics, needs, interest and attitudes of students with learning disabilities.

Keywords: Mechanisms of Positive Psychology - Self Concept - Students with Learning Disabilities

مقدمة البحث:

تعد صعوبات التعلم ظاهرة متعددة الأبعاد، وذات آثار ومشكلات، تتجاوز النواحي الأكاديمية إلى نواحي أخرى نفسية، واجتماعية، وانفعالية تترك بصماتها على مجمل شخصية الطفل من كافة جوانبها، وتظهر أبرز هذه الآثار الجانب الأكاديمي (الزيات، ٢٠٠٢). وتشير الدراسات إلى وجود علاقة بين صعوبات التعلم، وال فشل الدراسي، الأمر الذي يؤدي إلى مشكلات في مفهوم الذات، كما أكدت الدراسات على أن علاج المشكلات الأكاديمية، وتحسين مستوى التعلم لدى ذوي الصعوبات التعلم، يساهم في تخفيف حدة مشكلات مفهوم الذات لديهم.

وأشار Durrant, Cunningham & Voelker, (1990) إلى أن الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم مروا بخبرات دراسية فاشلة، وصنفوا على أساس أنهم مجموعة تشعر باليأس وتشعر بأن تحقيق النتائج الأكاديمية المطلوبة أمر خارج عن إرادتها، مما يدفعهم إلى الاعتقاد بأنهم أقل كفاءة من أقرانهم العاديين. وطبقا لما ذهب إليه Lackaye & Margalit, (2006)، فإن الطلاب ذوي صعوبات التعلم أقل قدرة من أقرانهم العاديين على تحديد جوانب الضعف والقوة في شخصيتهم، ويميلون إلى تعميم فشلهم الأكاديمي، والذي يؤثر في جميع جوانب أنشطتهم الأكاديمية والاجتماعية ويؤدي إلى تدني مفهوم الذات لديهم. وقد توصلت دراستهم إلى وجود العديد من الفروق بين الطلبة العاديين وذوي صعوبات التعلم منها الفروق في مفهوم الذات والكفاءة الأكاديمية حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الكفاءة الأكاديمية ومفهوم الذات كانا أعلى لدى الطلبة العاديين مقارنة بذوي صعوبات التعلم.

ويعد مفهوم الذات من الأبعاد الهامة في شخصية الفرد، ولها تأثير كبير على سلوكه، وتصرفاته، حيث تدل الحقائق العلمية على أنه توجد علاقة مباشرة بين مفهوم الذات للفرد، وسلوكه الظاهر، وإدراكه، وأدائه الأكاديمي (خير الله، ١٩٨١، ص ٣٥).

مشكلة البحث:

إن المهتم بفئة ذوي صعوبات التعلم بشكل عام، يجد أنها لم تأخذ نصيبها من الرعاية والاهتمام المأمولين؛ فالاهتمام بهذه الفئة لا زال في بداياته، وحتى الآن لا تتوفر غرف مصادر في مختلف المدارس تعمل على الكشف العلمي الدقيق عن هذه الفئة من ناحية، وتقديم لهم الخدمات المطلوبة التي تتناسب مع احتياجاتهم وقدراتهم وطاقاتهم من ناحية أخرى (مسعد والهولي والداوود، ٢٠٠٦). من هنا تأتي أهمية الاهتمام بهذه الفئة من فئات المجتمع بما يعود بالنفع في النهاية على المجتمع بأسره وعلى تقدمه ونموه (زيادة، ٢٠٠٥). تأتي أهمية الاهتمام بفئة صعوبات التعلم من عدة منطلقات أهمها شيوع صعوبات التعلم، فقد أوضحت الدراسات العربية أن حوالي ٨،١٠٪ من التلاميذ في الصفوف من الرابع حتى السادس الابتدائي يعانون من صعوبات التعلم. إضافة إلى استمرار هذا الاضطراب في مختلف المراحل النمائية والتعليمية، من ناحية أخرى، تأتي أهمية توفر برامج لذوي صعوبات التعلم من أن واقع الحال في الصفوف العادية لا يوفر متطلبات تدريس الطلبة ذوي صعوبات التعلم وفق قدراتهم وخصائصهم، حيث أن الوسائل التعليمية التي يتم استخدامها داخل غرفة الصف الدراسي عادة ما تناسب الطلبة العاديين فقط وهي غير مناسبة لذوي صعوبات التعلم، لذا جاءت فكرة البحث الحالي لحل جزء من هذه الإشكالية، بحيث تكون مقدمة لحمل المختصين والمعنيين على زيادة الاهتمام بهذه الفئة وتوفير البرامج التدريبية لهم.

أسئلة البحث:

- (١) هل توجد فروق في القياس البعدي لمفهوم الذات بين المجموعتين المضابطة والتجريبية من ذوي صعوبات التعلم؟
- (٢) هل توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي لمفهوم الذات للمجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم؟
- (٣) هل توجد فروق بين القياسين البعدي والتتبعي لمفهوم الذات للمجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم؟

أهداف البحث:

استهدف البحث الحالي ما يلي:

- (١) التحقق من أثر بعض آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم.
- (٢) التحقق من مدى بقاء أثر بعض آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم .

أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث الحالي فيما يلي:

- (١) التعرف على أثر بعض آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم ومن ثم إمكانية الاستفادة من نتائج هذا البحث في وضع البرامج الإرشادية اللازمة من قبل المتخصصين، بهدف رفع مستوى مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم
- (٢) الحاجة إلى دراسات عربية تتناول آليات علم النفس الإيجابي ودورها في مجال صعوبات التعلم، وخاصة في ضوء ندرة الدراسات العربية في هذا المجال، وبالتالي التأكيد على فاعلية آليات علم النفس الإيجابي في تنمية كثير من خصائص وسمات التلاميذ بصفة عامة وذوي صعوبات التعلم بصفة خاصة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

علم النفس الإيجابي هو الدراسة العلمية للسعادة الإنسانية، ويركز الباحثان في مجال علم النفس الإيجابي على دراسة وتحليل مكان من القوة والسمات والفضائل الإنسانية الإيجابية مثل التفاؤل، الرضا والامتنان، والإبداع لتعظيم وتعزيز السعادة الشخصية للإنسان في ممارساته وأنشطته وشئون حياته اليومية، لتحسين صحة وإنتاجية الأفراد، ولزيادة فاعلية وقوة المؤسسات التي تتعامل مع الإنسان بتحسين نوعية الحياة بصفة عامة. ويهتم علماء نفس علم النفس الإيجابي بدراسة وتحليل فاعلية صيغ التدخل الإيجابي التي تستهدف تحسين وزيادة الرضا عن الحياة، وتحسين نوعية حياة الإنسان، وتعظيم وتعزيز أدائه في مختلف مجالات ومواقف الحياة.

وتعد صعوبات التعلم من بين أهم عقبات التعليم عمقاً، ومن ثم فلا بد من مواجهتها (Olson, 1998)، خاصة وقد ارتفع عدد التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم فأصبحوا يشكلوا شريحة كبيرة من التلاميذ تمثل نسبة تمتد بين ١٦٪ - ٣٠٪، بالإضافة إلى أن ٤٠٪ منهم يتعرضون للاكتئاب (Schraufnagel, 2003)، وبالتالي فهي مشكلة عامة من الممكن أن تؤثر على الطالب في الحياة، حيث قد تؤدي صعوبات التعلم إلى فشل اجتماعي ونفسي ومجموعة من الإحباطات مدي الحياة (Olmstead, 2005). وعلى ذلك؛ فالاهتمام بتلك الفئة من التلاميذ قد يحميهم من الإحباطات الناشئة عن الفشل الدراسي، ولأن الاتجاهات السلبية من قبل المجتمع نحو هؤلاء التلاميذ تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني، أو الانسحاب أو الانطواء لدى التلاميذ، فإن الاهتمام بهذه الفئة من التلاميذ يكون ضرورة ملحة تفرضها المجتمعات الحديثة لتحقيق الفعالية الاجتماعية.

مفهوم الذات: Self concept هو مجموعة من أفكار الفرد، ومشاعره نحو نفسه، ويعرّف على أنه إدراك الفرد لذاته، وهذه المدركات تتشكل من خلال احتكاكات الفرد ومروره بالخبرات البيئية، والتي تتأثر بصفة خاصة بالتعزيزات التي تصدر عن الأشخاص الآخرين ذوي الأهمية في حياة الفرد، والتعامل معهم وهم عادة الأسرة، الأقران، المعلمون (فتحي الزيات، ١٩٨٥، ص ٢٢٥). وقد أستخدم مصطلح مفهوم الذات في الدراسات النفسية بمعاني مختلفة، حيث أستخدمه كثير من علماء النفس، للدلالة على معنيين هما: الذات كموضوع والذات كعملية، في حين أستخدم بعض العلماء المعنيين في آن واحد "الذات كموضوع، والذات كعملية"، والذات كموضوع Self as an Object: تدل على اتجاهات الفرد، ومشاعره، وما يعتقده الفرد عن نفسه، تبعا لخبراته، ومدركاته أو الفرد كما هو معروف لنفسه، أما الذات كعملية Self as Process: فقد استخدمت للدلالة على مجموعة من العمليات النفسية، كال تفكير، والتذكر، والإدراك، التي تحكم الفرد وتوجه سلوكه، والذات كموضوع وكعملية Process Self as Object: فهي أن الذات تتكون من إدراكات تتعلق بالفرد، ولهذا التنظيم من الإدراكات آثار حيوية وهامة على سلوك الفرد، فالذات بهذا المعنى فاعل، لأنها جانب من المجال الظاهري الذي يحدد السلوك كله، وهي أيضاً موضوع لأنها تتكون من خبرات الذات

مفهوم الذات وصعوبات التعلم:

تمثل الذات مركز الشخصية التي تتجمع حولها كل النظم الأخرى، وهي التي تمد الشخصية بالتوازن والثبات، ولذا فإن تحقيق الذات، هو الغاية التي ينشدها الإنسان، وذلك ما تنشده التربية الحديثة للطفل أيضًا، إذ يعني تحقيق الذات أفضل أشكال التوازن، والتكامل، والامتزاج المتجانس لجميع جوانب الشخصية (عبد الفتاح، ١٩٩٢، ص ٦٣).

كما يؤكد كارل روجرز (Carle Rogers) على أهمية مفهوم الذات وقيمتها في تقدير السلوك الإنساني، وأن على الفرد تنظيم وإحراز تصور متناسق عن نفسه بحيث يكون تصورًا إيجابيًا لا سلبيًا، بغض النظر عن رؤية الآخرين له (In: Darley, 1981, 371).

وبما أن مفهوم الذات يتأثر كثير بالوالدين، وأفراد الأسرة، والأصدقاء والمعلمين، خاصة في سنوات العمر المبكرة، وينمو هذا المفهوم، ويتطور من الطفل عبر تقييم الذات المستمر في المواقف المختلفة (البيلي، قاسم، الصمادي، ١٩٩٧، ص ١١١) أصبح مفهوم الذات مركزًا للاهتمام ومجالًا للعديد من البحوث التربوية والنفسية، والتي ترى أن مفهوم الذات الإيجابي، يمثل هدفًا تربويًا واجتماعيًا، وقوة كامنة، وحافزًا للتحصيل (Vispoel, 1995, P. 134).

وقد جرى خلال العشرين سنة الماضية التوسع في إجراء العديد من الدراسات النظرية والتجريبية، للتعرف على صورة الذات، لدى الأطفال، وأهتم فيها المربون بالعوامل التي يمكن أن تؤثر في التحصيل الدراسي.

وتبين نتيجة دراسات عديدة أهمية الكيفية التي يرى فيها الفرد نفسه، وتأثير ذلك على فعاليته وأدائه، وفي هذا السياق بينت الدراسات أهمية الصورة الإيجابية لدى الفرد عن ذاته، فيما يتعلق بإمكانية النجاح، وأشارت إلى أن الطريقة التي يستجيب بها الأفراد للمدرسة تتأثر بدرجة كبيرة بكيفية رؤيتهم لأنفسهم (جبريل، ١٩٩٣، ص ١٩٦).

كما أن الطفل الذي لديه مفهوم ذات عال يكون عادة أكثر نجاحاً في المدرسة وأن المدرسة هي المكان الذي فيه يتطور، أو قد لا يتطور عدداً كبيراً من المهارات التي تحدد مفهوم الذات لديه، وأن الأحكام التي يراها في نفسه من الآخرين كزملائه في الصف، والمدرسة، واهتمام المعلمين به، لها دور إيجابي في تكوين مفهوم الذات لديه (البيلي وآخرون، ١٩٩٧، ص ١١١).

ويرتبط مفهوم الذات بمركز العمليات التعليمية Learning Process أما كسبب مؤدي إليها، أو كنتيجة مهمة لها (Scheirer & Kraut 1979, P.131). ولقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن مفهوم الذات ذو علاقة إيجابية بالنجاح الأكاديمي، وأن هذه العلاقة تبدأ بالظهور في مرحلة مبكرة في رياض الأطفال (Yauman Beth. 1980, P.30).

ويعد عامل من عوامل الدافعية للتحصيل، فمفهوم الذات الإيجابي يزيد من دافعية الإنجاز والتحصيل لدى الطلاب (عويديات وحمدى، ١٩٨٩، ص ٧٦).

وتعد مدركات الفرد المتصلة بذاته (Self-Perceptions) وما يكتنفها من أحكام تقييمية، واتجاهات عاطفية، موجهاً أساسياً لدافعيته، وسلوكه، وتكيفه الشخصي (ياسين حداد، ١٩٩٠، ص ٣٣)، وأنه كلما ارتفعت درجة مفهوم الذات ارتفع التحصيل الدراسي، وأن ارتفاع التحصيل الدراسي قد يكون أداة لتحسين مفهوم الذات، وتقبل الفرد لذاته، أي أن الفرد إذا كان يعلي من قيمة نفسه، وكان اتجاهه إيجابياً نحو ذاته، فإن ذلك يقلل من صراعاته النفسية وتوتراته، الأمر الذي قد يزيد من طاقته النفسية، وجهده، وتوجيهها، لتحقيق تفوق في الأداء والتحصيل (عبد الحميد، ١٩٨٥، ص ٢٠٤-٢٠٥). ويظهر النجاح الأكاديمي من خلال قدرته على استذكار دروسه، وشرحها بصورة جيدة أمام زملائه، ومدى شعوره بالرضا عن أعماله المدرسية، وتقييمه وأهميته داخل الفصل، ودرجة مثابرته وسلوكه، وإنجازه الأكاديمي (صلاح أبو ناهيه، ١٩٩٩، ص ١٨).

ويرى (Murphy 1981, P.1) أن مفهوم الذات السوي يتضح لدى الأطفال الذين يتقبلون نواحي القوة ونواحي الضعف لديهم، أو يؤمنون بأنهم أفراد جديرون بالاهتمام، وأن المشكلة لنمو مفهوم ذات غير سوي لدى هؤلاء الأطفال تظهر عندما يزداد الفشل الدراسي، وتظهر المسميات السلبية غير المناسبة من الآخرين.

ويؤكد (McWhirter, 1985, p.315) إلى أن إدراك الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم للصعوبات التي يعاني منها، يحدد معرفته لنقاط ضعفه، وقوته وأن التركيز على نقاط القوة لديه، من شأنه أن يساعد على بناء تقدير ذات مرتفع.

وطبقاً لما ذهب إليه (Margalit & Zak, 1984, P. 537) فإن الطلاب ذوي صعوبات التعلم أقل قدرة من أقرانهم العاديين على تحديد جوانب الضعف والقوة في شخصيتهم، ويميلون إلى تعميم فشلهم الأكاديمي إلى مشاعر من انخفاض في تقدير الذات، الذي يؤثر في جميع جوانب أنشطتهم الأكاديمية والاجتماعية.

وأشار (Voelker, 1990, P. 657) أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم مروا بخبرات دراسية فاشلة، وصنفوا على أساس أنهم مجموعة تشعر باليأس وتشعر بأن تحقيق النتائج الأكاديمية المطلوبة أمر خارج عن إرادتها، مما يدفعهم إلى الاعتقاد أنهم أقل كفاءة من أقرانهم العاديين.

ونتيجة للفشل في تحقيق تقدم، مقارنة بالزملاء، ينتاب ذوي صعوبات التعلم الشك في أنفسهم، عندما يلحظون أن جهودهم الشاقة تنتهي إلى الإخفاق التعليمي ويتسلط عليهم الشعور بالتقصير، مما قد يؤثر على مفهوم الذات لديهم (الأسدي، ١٩٨٧، ص ٨٥). وبسبب المشكلات التعليمية، يكونون عرضة لحلقة مفرغة من التفاعل بين مفهوم الذات المنخفض، والإنجاز المتدني. (McWhirter, 1988, p.99)

وترى ذلك فرضيات واسعة، بأن الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم لديهم مفهوم ذات منخفض، ويرى البعض أن هذا صحيح، على اعتبار أن من يعاني من صعوبات في التعلم لديه نسبة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط، ويدرك أنه لا يصل إلى المستوى الذي يتوقعه منه الآباء والمعلمون، مقارنة بالتلاميذ العاديين ممن هم في نفس سنه، وكذلك مستواه العقلي، وعندما يبلغ هذا التلميذ سن المراهقة، تتراكم لديه خبرات الفشل في المدرسة، ولا يستطيع مجاراة زملائه وينعكس ذلك على مستوى تحصيله، وقد لاقت هذه الفرضيات اتفاق بين كثير من التربويين وعلماء النفس. (Zigmond & Silverman, 1983, p.489)

ويرى العديد من الباحثين المهتمين بالأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أن تقدير الذات المنخفض يعد مشكلة بارزة لدى هذه الفئة (McWhirter, 1988, P.99).

ولقد تبين من خلال دراسة قام بها Chapman & Boersma (2007) إلى أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يحملون مفهوم ذات سلبي بدرجة دالة حول قدرتهم في القراءة، والتهجي، والرياضيات مقارنة بمفهوم الذات الذي تحمله المجموعة الضابطة، وأنهم يحملون إدراكاً منخفضاً لقدرتهم العامة، وثقة أقل بالمدرسة، واتجاهات أكثر سلبية نحوها.

ولقد توصل Boersma et al., (2010) في دراستهم لمفهوم الذات لدى ذوي صعوبات التعلم من طلبة الصف الثالث وحتى السادس الابتدائي ممن يتلقون تعليمهم في الصفوف العادية، إلى أن ذوي صعوبات التعلم يحملون مفهوماً منخفضاً عن ذواتهم، مقارنة بالطلاب العاديين في المجموعة الضابطة.

ويتزايد لديهم الشعور بالفشل عندما لا يصلون إلى المستوى الذي وصل إليه زملائهم في الصف (الديب، ٢٠٠٣، ص ٣١٣).

ويرى Bryan & Bryan, (1977) أن مفهوم الذات السلبي لدى ذوي صعوبات التعلم يرجع إلى الفشل المستمر في الأداء الأكاديمي، وما يترتب عليه من نتائج سلبية، بسبب ما يواجهونه من رفض من زملائهم ومدرسيهم.

وفي محاولة للكشف عن دور المتغيرات الأسرية في صعوبات تعلم القراءة توصل Dyson, (2014, p.280) إلى عدم تأثير العلاقات الأسرية والنظام الأسري بينما شكل التفضيل الوالدي المنخفض تأثيراً سالباً على مفهوم الذات، وأن الأسرة التي لديها طفل يعاني من صعوبة في القراءة، تتصف بشكل عام بالضغط الوالدي والسيطرة، وإصدار الأوامر، وعدم التقبل.

ويؤيد ذلك نتائج دراسة Lawrence, (2016, P.598) بأن ذوي صعوبات القراءة لديهم مفهوم ذات سالب، وخبرات نفسية، واجتماعية سلبية، وأنهم يتعرضون لمقارنة غير منصفة بأقرانهم العاديين، ويعانون من مكانة اجتماعية منخفضة.

كما هدفت دراسة (Chopman & Boersma, 2017) والتي اشتملت على (١٦٢) طالباً من طلبة الصف الثالث وحتى السادس الابتدائي إلى التعرف على خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم، والضبط الداخلي، وتوقعات الأمهات والمدرسين، ووعي الأمهات بمدرجات الأطفال الذاتية، من خلال المقارنة بين مجموعتي الأطفال ذوي صعوبات التعلم، والعاديين، وقد أظهرت النتائج أن مفهوم الذات العام لدى ذوي صعوبات التعلم لا يختلف عن المجموعة الضابطة وقد كان مفهوم الذات الأكاديمي لديهم أكثر سلبية، كما كانت اتجاهاتهم نحو المدرسة سلبية بشكل عام، وأن النجاح الأكاديمي ناتج عن عوامل داخلية، في حين أرجعت كلتا المجموعتين الفشل الأكاديمي إلى مسئوليتهم الشخصية، وانخفاض القدرة لديهم، وأن توقعات الأمهات والمدرسين من الأطفال ذوي صعوبات التعلم كانت منخفضة بدرجة دالة عن المجموعة الضابطة .

التعليق على الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة:

من خلال العرض السابق لمجموعة من الدراسات التي تناولت مفهوم الذات لدى ذوي صعوبات التعلم، يمكن استخلاص ما يلي:

- (١) أن ذوي صعوبات التعلم أقل من أقرانهم العاديين في السلوك الأكاديمي، وهذا ما قد يحد من إمكانية تكيفهم مع أقرانهم العاديين، ويضيع عليهم فرصاً كبيرة للتعلم. كما أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يعانون من تدني مفهوم الذات، وضعف في الوظائف المدرسية، أكثر من أقرانهم العاديين.
- (٢) كشفت نتائج بعض الدراسات السابقة عن وجود مجموعة من العوامل التي ترتبط بصعوبات التعلم منها: العجز عن الأداء واليأس، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بعدم الكفاءة، وتكرار الفشل في الكثير من المواقف، والاعتماد على الغير، وانخفاض الدافعية، وعدم تقبل الوالدين للطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم، وعدم احترام الطفل لذاته، واضطراب علاقة الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم،
- (٣) أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يتعرضون لعدد من العوامل التي تعمل على شعورهم بالفشل والإخفاق، عدم القدرة على الإنجاز والتعلم والتحصيل الدراسي، وعدم القدرة على المشاركة في العمل الصفّي، بالإضافة إلى ضعف اكتسابهم للمهارات التي يحتاجها الطلاب في المدرسة

(٤) أظهرت بعض الدراسات التي قارنت بين ذوي صعوبات التعلم وذوي التحصيل المنخفض وذوي التحصيل المرتفع أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم أقل قبولاً من الزملاء، وأقل صداقة من الطلاب العاديين سواء من ذوي التحصيل المنخفض أو ذوي التحصيل المرتفع.

(٥) استخدمت الدراسات السابقة العديد من المقاييس سواء مقاييس الشخصية والعلاقات أو الملاحظات والمقابلات أو تقديرات أولياء الأمور أو الأقران أو المعلمين. وعلى الرغم من اختلاف وتنوع أساليب القياس؛ إلا أن معظم هذه الدراسات أكدت أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور في مفهوم الذات، والكفاءة الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية، والتكيف الاجتماعي.

فروض البحث:

مما تقدم يمكن صياغة الفروض التالية كإجابات محتملة لما أثير من تساؤلات في مشكلة البحث:

- (١) توجد فروق دالة إحصائية في القياس البعدي لمفهوم الذات بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من ذوي صعوبات التعلم لصالح المجموعة التجريبية.
- (٢) توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لمفهوم الذات للمجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم لصالح القياس البعدي.
- (٣) لا توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لمفهوم الذات للمجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم.

إجراءات البحث:

منهج البحث:

يقوم هذا البحث على استخدام المنهج شبه التجريبي وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة التي تسعى إلى اختبار عدد من الفروض التي تتعلق بالكشف عن فاعلية آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم.

محكات اختيار عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث المكونة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم بناءً على المحكات التالية:

(١) محك التباعد: أن يحصل الطالب على درجة ذكاء في المدى المتوسط أو فوق المتوسط في اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن (تقنين: عبد الرؤوف، ١٩٩٩). وأن تقل درجة الطالب وفقاً لدرجاته النهائية في نهاية الفصل الدراسي، عن المتوسط بواحد انحراف معياري على الأقل.

(٢) محك الاستبعاد: أن تستبعد الحالات التي يرجع التباعد بين التحصيل الدراسي والذكاء لديهم لأسباب تتعلق بالإعاقات العقلية أو الحسية أو الحركية أو الاضطرابات الانفعالية أو سوء الظروف البيئية، وذلك من خلال الإطلاع على المعلومات والبيانات الأولية الطبية في السجلات المدرسية للطالب، ومن خلال ملاحظات كل من معلمين اللغة العربية والرياضيات والأخصائي الاجتماعي بالمدرسة.

(٣) التفريط التحصيلي: تم تحديد الطلاب ذوو التفريط التحصيلي في الرياضيات والقراءة من خلال تقدير معلمين الرياضيات واللغة العربية، وذلك بتطبيق بطارية مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات تعلم الرياضيات والقراءة (إعداد: الزياد، ٢٠٠٨)، حيث يعد الطالب من ذوي التفريط التحصيلي إذا حصل على درجة (٢١) أو أكثر في ذلك المقياس. وتجدر الإشارة إلى اقتصار البحث على قياس درجة التفريط التحصيلي في القراءة والرياضيات وذلك لتأثيرهما البالغ على التحصيل الدراسي للمواد الدراسية الأخرى (علوم، التربية الإسلامية، الاجتماعيات، اللغة الانجليزية).

إجراءات فرز عينة البحث :

تم إتباع الإجراءات التالية في اختيار عينة البحث:

أولاً: تطبيق اختبار الذكاء على جميع أفراد العينة الأولية للبحث المكونة من (٣٩٤) طالباً من الصف الثاني المتوسط في عدد من المدارس، وتحديد الطلاب الذين يبلغ ذكاءهم متوسط فما فوق، وتم رصد درجات التحصيل الدراسي النهائي للفصل الدراسي للمواد الأساسية (اللغة العربية، اللغة الإنجليزية، الرياضيات، علوم)، لجميع طلاب العينة الأولية للبحث (٧٧٨) طالباً، واستخراج متوسطات درجة التحصيل الدراسي لعينة الدراسة، ومن ثم تم تحديد الطلاب الذين حصلوا على

درجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط على اختبار الذكاء وتقل درجاتهم عن المتوسط بمقدار واحد انحراف معياري وقد بلغ عددهم (٤٢) طالباً.

ثانياً: مراجعة السجلات المدرسية، لاستبعاد الحالات التي لديها اضطراب انفعالي أو إعاقات حسية أو حرمان بيئي أو ثقافي، حيث لم يستبعد أي طالب وفقاً لهذا المحك.

ثالثاً: تطبيق مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات تعلم الرياضيات والقراءة (إعداد: الزيات، ٢٠٠٨)، وذلك بهدف تحديد الطلاب ذوي التفريط التحصيلي، حيث تم استبعاد (١٨) طالباً.

رابعاً: تقسيم العينة النهائية للبحث إلى مجموعتين متكافئتين للصفين الثاني المتوسط وذلك من حيث (العمر الزمني، مستوى الذكاء، التحصيل الدراسي، مفهوم الذات)، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١)

تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية للصف الثاني المتوسط (١٢ طالباً لكل مجموعة)

المتغير	المجموعة	المتوسط	الانحراف	قيمة (ت)	الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	١٢,٣	٥١٩,	٢٨٣,	غير دال
	الضابطة	١٢,٤	٥٣٥,		
الذكاء	التجريبية	٩٠	١,٧٠	١,٧٨	غير دال
	الضابطة	٩١	٢,٢٠		
التحصيل الدراسي	التجريبية	٦٨,٩	١,٥٦	١,٥٥٨	غير دال
	الضابطة	٦٩,٧	٤٩٠,		
مفهوم الذات	التجريبية	١٧٠,٦	١٣,٦١	٣٤٥,	غير دال
	الضابطة	١٦٩,٩	١٣,٨٠		

يتضح من الجدول السابق، أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في كل من العمر الزمني ومستوى الذكاء والتحصيل الدراسي ومفهوم الذات، وهذا يعني تكافؤ المجموعتين.

أدوات البحث :

لجمع المعلومات والبيانات اللازمة لاختبار فروض البحث الحالي، استخدمت الأدوات التالية:

- (١) اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة غير الملونة (إعداد: رافن ١٩٣٨، تقنين عبدالرؤوف، ١٩٩٩).
- (٢) مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات تعلم الرياضيات والقراءة (إعداد: الزياد، ٢٠٠٨).
- (٣) مقياس مفهوم الذات لذوي صعوبات التعلم (إعداد: الباحثان).
- (٤) البرنامج العلاجي القائم على بعض آليات علم النفس الإيجابي في رفع مستوى مفهوم الذات (إعداد: الباحثان).

أولاً: اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة (إعداد: رافن ١٩٣٨، تقنين عبدالرؤوف، ١٩٩٩):

يعد اختبار المصفوفات المتتابعة من أشهر اختبارات الذكاء غير اللفظية المتحررة من أثر الثقافة، حيث قامت عبد الرؤوف بتعريبه سنة ١٩٩٩. وهو يحتوي على (٦٠) مصفوفة مقسمة إلى خمس مجموعات (أ، ب، ج، د، هـ) كل مجموعة تحتوي على (١٢) مصفوفة متدرجة في الصعوبة. تم حساب معاملات صدق الاختبار بعدة طرق، وهي: الصدق التنبؤي والمقارنة الطرفية والصدق التكويني، حيث تبين أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الصدق. وكما تم حساب معاملات الثبات بعدة طرق، وهي: إعادة التطبيق والتجزئة النصفية والاتساق الداخلي، وتبين أن الاختبار يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

تطبيق الاختبار وتصحيحه: يمكن تطبيق اختبار المصفوفات المتتابعة بطريقة فردية أو جماعية، ولا يختلف التطبيق الفردي عن التطبيق الجماعي لأن الفاحص في الحالتين يقوم بشرح التعليمات ومساعدة التلاميذ في حل الأمثلة التدريبية. يتكون الاختبار من كراسة للأسئلة وورقة للإجابة يتم تصحيحها بسرعة ودقة باستخدام مفتاح التصحيح بحيث تحسب للمفحوص درجة واحدة عن كل إجابة صحيحة، والدرجة الخام للفرد هي مجموع إجاباته الصحيحة على بنود الاختبار.

ثانياً: بطارية مقاييس التقدير الشخصية لصعوبات التعلم

(إعداد: الزيات، ٢٠٠٨)

تم إعداد بطارية مقاييس التقدير الشخصية لصعوبات التعلم للاستخدام في الكشف والتشخيص المبكر لذوي صعوبات التعلم، بدءاً من الصف الثالث الابتدائي حتى الصف التاسع المتوسط، وهي مقاييس تقدير ثابتة وصادقة من النوع محكي المرجع، تتكون من ستة عشر مقياساً مستقلة منها خمسة مقاييس تتناول اضطرابات العمليات المعرفية أو صعوبات التعلم النمائية متمثلة في الانتباه والإدراك السمعي والإدراك البصري والإدراك الحركي والذاكرة، وثلاثة أخرى تتناول صعوبات التعلم الأكاديمية وهي القراءة والكتابة والرياضيات والمقياس التاسع يشمل ثمانية مقاييس تتناول أبعاد صعوبات السلوك الاجتماعي والانفعالي.

ثالثاً: مقياس مفهوم الذات :

قام الباحثان ببناء مقياس مفهوم الذات على غرار مقياس العوامل الستة لمفهوم الذات (SFSCS) Six Factor Self –Concept Scale أعدته "ستاك" (Stake , 1994)، وهو مقياس متعدد الأبعاد صمم لتقييم إدراك الذات المعرفي مستخدماً عبارات أو خصائص وصفية (مثل، سعيد، لديه مواهب خاصة) موزعة على ستة أبعاد، ويجب عن كل عبارة باستخدام مقياس مدرج ذي سبع نقاط يتراوح بين (١ = لا تنطبق علي أبداً) إلي (٧ = تنطبق علي دائماً)، وهذه الأبعاد الستة تشير إلي ست مكونات لمفهوم الذات، هي انجاز المهمة، الأخلاقي، القابلية للتعرض، القوة، الموهبة، القدرة علي الحب. ولقد اتضح لـ " ستاك " أن مقياس العوامل الستة لمفهوم الذات يمكن أن يتنبأ باتجاهات وسلوكيات الراشدين في مدي واسع من المواقف . (Ambery,2000,P.53)

يتكون المقياس من (٤٨) فقرة موزعة على ستة أبعاد رئيسية، حيث يحتوي كل بعد على (٨) فقرات. وذلك على النحو التالي:

١. القوة Power وأشار إلي امتلاك القوة والحزم والقدرة علي التأثير في الآخرين والقيادة . ويتكون من ٨ عبارات هي ٣، ٧، ١٢، ١٧، ٢٢، ٢٩، ٣٥، ٣٩.
٢. انجاز المهمة Task Accomplishment وأشار إلي القدرة علي القيام بالواجبات والأعمال وانجازها بكل كفاءة وامتلاك عادات جيدة للعمل،

والقدرة علي إدارة واتمام المهام المطلوبة بفاعلية . ويتكون من ٨ عبارات هي التي أرقامها ٢، ٩، ١٤، ٢٠، ٢٧، ٣٣، ٣٧، ٤١.

٣. الموهبة Giftedness أي أن الفرد لديه مواهب فطرية وقدرات خاصة تختلف عن المهارات المكتسبة والانجازات . يتكون من ٨ عبارات هي ٥، ١٣، ٢٤، ٣٠، ٣٦، ٣٨، ٤٣، ٤٦.

٤. القابلية للتأثر Vulnerability وتشير إلي النقد الذاتي والأداء الشاق في المواقف الضاغطة . ويتكون من ٨ عبارات هي ٤، ١٠، ١٦، ١٩، ٢٥، ٣١، ٤٥، ٤٨.

٥. القدرة علي الحب Likeability وتشير إلي القدرة علي اقامة علاقات ممتعة مع الآخرين . ويتكون من ٨ بنود هي ١، ٨، ١٥، ٢٣، ٢٨، ٣٤، ٤٢، ٤٧.

٦. الأخلاقية Morality وهي الخصائص التي تقيم بصفة عامة بأنها جيدة ومرغوبة، ولا تختص ببلد معين أو بديانة محددة أو بمجموعة عرقية بعينها . ويتكون من العبارات ٦، ١١، ١٨، ٢١، ٢٦، ٣٢، ٤٠، ٤٢.

وهكذا فإن الدرجة علي المقياس هي مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد علي بنود المقياس الـ (٣٦)، وتتراوح الدرجة علي كل بعد من الأبعاد الستة المكونة للمقياس بين ٧ و ٥٦ درجة. (Yanico & Lu, 2000)

الخصائص السيكومترية للمقياس :

أولاً : صدق المقياس :

١- صدق المحكمين: تم عرض المقياس على أحد عشر من المحكمين المتخصصين في مجال التربية وعلم النفس والتربية الخاصة، وذلك لتحكيم المقياس من حيث: الصياغة اللغوية للفقرات، ومدى ارتباط كل فقرة بالهدف العام للمقياس وابعاده، كذلك بيان أهمية كل فقرة، وفي ضوء ذلك تم الموافقة على الصورة الأولية للمقياس، حيث تراوحت نسب الاتفاق بين السادة المحكمين كالتالي:

- (١) ارتباط الفقرات بأبعاد المقياس تراوحت ما بين ٩١٪-١٠٠٪.
- (٢) أهمية الفقرات بالنسبة لأبعاد المقياس تراوحت ما بين ٩١٪-١٠٠٪.
- (٣) ملائمة الصياغة اللغوية للفقرات تراوحت ما بين ٧٢,٧٪-١٠٠٪.

وعليه فقد تم إجراء بعض التعديلات على الصياغة اللغوية التي أقرها المحكمون، ومن ثم تم إعداد الصورة النهائية للمقياس، بعد التعديل اللغوي الذي تم الأخذ وفقاً لآراء المحكمين.

٢- صدق المحك: تم حساب صدق المحك من خلال حساب معامل الارتباط بين مفهوم الذات والتحصيل الدراسي = (٠,٦٠٩)، وهو دال عند (٠,٠١) مما يدل على صدق المقياس.

٣- الاتساق الداخلي: تم إيجاد مؤشر الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للبعد والمقياس والجدول (٢) يوضح هذه النتائج.

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين عبارات مقياس مفهوم الذات والبعد الذي تنتمي إليه، وبين الدرجة الكلية للمقياس

القوة		الاجاز المهمة		الموهبة	
الفرقة	الارتباط بالبعد	الارتباط بالدرجة الكلية	الفرقة	الارتباط بالبعد	الارتباط بالدرجة الكلية
١	,٢٩٥**	,٠٠٢	٩	,٥٢١**	,٣٣٠**
٢	,٤٨٧**	,٢٦٧**	١٠	,٦١٧**	,٤٧٧**
٣	,٦٦٠**	,٢٥٥**	١١	,٤٦٩**	,٣٨٤**
٤	,٤٨٣**	,٢١١*	١٢	,٥٠٢**	,٢٨٦**
٥	,٥٩٩**	,٤١٤**	١٣	,٥٢٦**	,٢٥٦**
٦	,٥٧٢**	,٤٣٠**	١٤	,٥١٣**	,٢٩٧**
٧	,٥٨١**	,٢٦٤**	١٥	,٢٩٤**	,٠٩٢
٨	,٦١٧**	,٢٩٧**	١٦	,١٦١	,١١٣

القابلية للتأثر		القدرة على الحب		الأخلاقية	
الفقرة	الارتباط بالبعد	الارتباط بالدرجة الكلية	الفقرة	الارتباط بالبعد	الارتباط بالدرجة الكلية
٢٥	,٥٤٢**	,٣١٤**	٣٣	,٤٤٣**	,٣٩٩**
٢٦	,٥٩٩**	,٤٥٨**	٣٤	,٥٩٠**	,٣٣٧**
٢٧	,٤٨٢**	,٢٦٧**	٣٥	,٣٧٨**	,٣٥٤**
٢٨	,٥٩**	,٣٧٨**	٣٦	,٥٤٧**	,٥٣٤**
٢٩	,٢٨٤**	,٢٥٧**	٣٧	,١٦٣**	,٣٨٤**
٣٠	,٤٦٥**	,٥٢٩**	٣٨	,١٥٥**	,٥٢٤**
٣١	,٤٧٦**	,٢١١*	٣٩	,٤٤٤**	,٢٧٣**
٣٢	,٣٦٠**	,٢١٩*	٤٠	,٤٧٣**	,٢٤٢*

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ * دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق، أن جميع فقرات المقياس، تمتعت بدرجة مرتفعة في ارتباطها بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكانت غالبية معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)، باستثناء الفقرتين (١٦ و٢٣)، فقد كان ارتباطهما بالبعد غير دال إحصائياً، وبالتالي تم حذفها من المقياس. كما تم حساب معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس فيما بينها، وارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس ويبين الجدول (٣) ذلك.

جدول (٣)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس مفهوم الذات فيما بينها وبين الدرجة الكلية للمقياس

البعد	الدرجة الكلية
القوة	,٥١٦**
انجاز المهمة	,١٢٢**
الموهبة	,٥٢٦**
القابلية للتأثر	,١٧٨**
القدرة على الحب	,٧٢٩**
الأخلاقية	,٧١٣**

** دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١

يتبين من الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط كان ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١)، ومما سبق يتضح أن مقياس مفهوم الذات يتمتع باتساق جيد.

ثانياً: ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس لكل بعد من أبعاد مقياس مفهوم الذات وللمقياس ككل باستخدام معادلة ألفا كرونباخ: قبل وبعد حذف الفقرات كما يوضح الجدول (٤).

جدول (٤)

معاملات ثبات مقياس مفهوم الذات باستخدام طريقة كرونباخ ألفا

البعد	قبل الحذف	بعد الحذف
القوة	,٦٥٣٠	,٦٥٣٠
انجاز المهمة	,٤٨٤٠	,٤٩٤٠
الموهبة	,٥٢٦٠	,٥٥٦٠
القابلية للتأثر	,٤٩٨٠	,٤٩٨٠
القدرة علي الحب	,٦١٣٠	,٦١٣٠
الأخلاقية	,٤٦٥٠	,٤٦٥٠
الدرجة الكلية للمقياس	,٧٩٩٠	,٨٠٢٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ثبات ألفا كرونباخ بعد حذف المفردات غير الثابتة دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على أن الدرجة الكلية للمقياس ودرجات أبعاده الفرعية ذات ثبات جيد.

البرنامج العلاجي القائم على بعض آليات علم النفس الإيجابي لرفع مستوى مفهوم الذات (إعداد: الباحثان):

الهدف العام: يهدف البرنامج إلى رفع مستوى مفهوم الذات لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم في الأبعاد التالية: القوة، انجاز المهمة، الموهبة، القابلية للتأثر، القدرة علي الحب، الأخلاقية.

بناء البرنامج العلاجي: تم إعداد البرنامج بناءً على مبادئ علم النفس الإيجابي (Sligman, 2002)، وهي:

- (١) الاهتمام بنقاط القوة لدى الفرد.
- (٢) الاهتمام بالسلامة النفسية والاتزان النفسي لدى الفرد.
- (٣) الاهتمام بالخبرة الذاتية الإيجابية والسمات الشخصية الإيجابية وتنميتها.
- (٤) تنمية التفكير الواقعي لدى الفرد.

تم تصميم البرنامج العلاجي بعد الإطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية لتعديل السلوكيات غير المقبولة، ومنها: السيد (٢٠١٠)، الخطيب (٢٠٠٧)، الظاهر (٢٠٠٤)، الحسن (٢٠٠٣)، الخطيب (١٩٩٣)، Tim (1993)، Manix (1993)، Zirpoly & Melloy (1993). وكذلك في ضوء استطلاع آراء المعلمين عن مشكلات مفهوم الذات لدى طلاب الصفين الثاني المتوسط والثاني المتوسط.

بعد الانتهاء من البرنامج تم عرضه على مجموعة من المحكمين، وذلك بهدف التحقق من مدى اتساق الجلسات العلاجية لمبادئ علم النفس الإيجابي ومدى ملائمة الجلسات العلاجية للمرحلة التعليمية (طلاب الصف الثاني المتوسط)، بالإضافة إلى الجوانب ذات العلاقة باللغة كالصياغة اللغوية والنحوية، حيث أخذ الباحثان في الاعتبار ملاحظات المحكمين .

إجراءات إعداد البرنامج العلاجي: قام الباحثان بإجراء دراسة استطلاعية على عينة مكونة من (٦٠) طالباً من الصف الثاني المتوسط، وذلك بهدف تحديد مشكلات مفهوم الذات الأكثر شيوعاً لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم من الصف الثاني المتوسط ومن خلال تحليل نتائج مقياس تشخيص مشكلات مفهوم الذات الذي عرض على معلمين الطلاب ذوي صعوبات التعلم، تم تحديد المشكلات التي حصلت على أعلى نسب شيوع، وفيما يلي عدد من الأسس والإجراءات التي أخذت في الاعتبار عند بناء البرنامج:

- (١) أخذت الجلسات العلاجية في الاعتبار مشكلات مفهوم الذات التي كشف عنها استطلاع الآراء، مع التركيز على بعض آليات علم النفس الإيجابي، كما استخدم مجموعة من الطرق القائمة على المدخل المعرفي في العلاج والتركيز على مبادئ علم النفس الإيجابي .
- (٢) تقديم المعلومات بقدر الإمكان شفويًا، وذلك لمراعاة الصعوبات المتعلقة بالقراءة لدى عينة الدراسة.

- (٣) تقديم التغذية الراجعة الفورية وذلك بتصحيح الإجابات غير المرغوبة وتعزيز الإجابات المرغوبة.
- (٤) التنوع والفورية في تقديم التعزيز.
- (٥) اختيار المعززات المناسبة (المفضلة) للطالب، من خلال سؤال الطالب.
- (٦) تقديم التلميحات والإخفاء التدريجي لتلك التلميحات.
- (٧) تقديم المادة العلمية بعدة أشكال (سمعية، بصرية).
- (٨) تجزئة الهدف العام إلى أهداف جزئية.
- (٩) التقويم التكويني.
- (١٠) في حال عدم حصول الطالب على مستوى الإتقان في كل نشاط تقويمي، يتم تقديم التغذية الراجعة الملائمة، وذلك من خلال التعرف على طبيعة الخطأ.

الآليات المستخدمة بالبرنامج: المناقشة الجماعية. وتمثيل الأدوار. والتعزيز الإيجابي. والتعلم التعاوني. والنشاط القصصي. والعلاج العقلاني. وحل المشكلات. والتغذية الراجعة. والنمذجة. وتقييم الذات. ومراقبة الذات. وقبول الذات. وسمو الذات ونموذج القيم (تعاليم الدين الإسلامي).

جلسات البرنامج: يتكون البرنامج من (١٢) جلسة علاجية، إضافة إلى جلسة تمهيدية وجلسات القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي بعد شهر من تطبيق البرنامج، تم تقديم الجلسات بواقع (٣ أيام أسبوعياً)، بمعدل جلسة واحدة في اليوم تستغرق ٤٠ دقيقة.

نتائج البحث:

أولاً: نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه «توجد فروق دالة إحصائية في القياس البعدي لمفهوم الذات بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من ذوي صعوبات التعلم من طلاب الصف الثاني المتوسط لصالح المجموعة التجريبية». لاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار «مان وتني» Test Mann-Whitney اللابارامتري للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمفهوم الذات لذوو صعوبات التعلم بالصف الثاني المتوسط، وجاءت النتائج كما بالجدول (٥):

جدول (٥)

الفروق في أبعاد مفهوم الذات والدرجة الكلية في القياس البعدي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من ذوي صعوبات التعلم بالصف الثاني المتوسط

الأبعاد	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
القوة	تجريبية	١٤,٥	١٥٤,٥٠	٣,٩٤٤	,٠٠١
	ضابطة	٨,٩٥	٩٨,٥٠		
إحراز المهمة	تجريبية	١٥,٢٣	١٦٧,٥٠	٣,٧١٦	,٠٠١
	ضابطة	٧,٧٧	٨٥,٥٠		
الموهبة	تجريبية	١٥,٣٦	١٦٩	٣,٨٧٠	,٠٠١
	ضابطة	٧,٦٤	٨٤		
القابلية للتأثر	تجريبية	١٩,٧٧	١٣٧,٥٠	٣,٣٢٩	,٠٠٢
	ضابطة	١٣,٢٣	١٠٥,٥٠		
القدرة على الحب	تجريبية	١٣,١٤	١٣٠,٥٠	٣,٧٣٣	,٠٠١
	ضابطة	٩,٨٦	١٠٢,٥٠		
الأخلاقية	تجريبية	١٣,٤١	١٤٧,٥٠	٣,٤٢٠	,٠٠١
	ضابطة	٩,٥٩	١٠٥,٥٠		
الدرجة الكلية	تجريبية	١٥,٩٥	١٧٥,٥٠	٣,٢٢٨	,٠٠١
	ضابطة	٧,٠٥	٧٧,٥٠		

يوضح الجدول السابق، وجود فروق دالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية للصف الثاني المتوسط في أبعاد مقياس مفهوم الذات والدرجة الكلية، وتحقق هذه النتائج صحة الفرض الأول.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لمفهوم الذات للمجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم بالصف الثاني المتوسط لصالح القياس البعدي." لاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار «ويلكوكسون» Wilcoxon Ranks للكشف عن دلالة الفروق في مفهوم الذات بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم بالصف الثاني المتوسط، وجاءت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٦)

الفروق بين في القياسين القبلي والبعدي أبعاد مفهوم الذات والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية للصف الثاني المتوسط

الأبعاد	نوع الرتبة	العدد ن = ١٢	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z قيمة	الدلالة
القوة	موجبة	٩	٢,٥٠	٤,٠٠	٣,٤١٤	٠,٠٠١
	سالبة	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٢				
الجاز المهمة	موجبة	٩	٦,٠٠	٥٥,٠٠	٢,٦٨٤	٠,٠٠٧
	سالبة	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٢				
الموهبة	موجبة	٨	٤,٥٠	٢٣,٠٠	٢,٣٣٣	٠,٠٢٠
	سالبة	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٣				
القابلية للتأثر	موجبة	٨	٣,٠٠	٧,٠٠	٣,٧٣٢	٠,٠٠٣
	سالبة	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٣				
القدرة علي الحب	موجبة	٨	٥,٠٠	٣٨,٠٠	٢,٣٨٨	٠,٠١٧
	سالبة	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٤				
الأخلاقية	موجبة	٨	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١٤	٠,٠٢٧
	سالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٣				
الدرجة الكلية	موجبة	١١	٧,٠٠	٧٦,٠٠	٢,٩٣٨	٠,٠٠٣
	سالبة	١	٠,٠٠	٠,٠٠		
	متعادلة	٠				

يوضح الجدول السابق، وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية للصف الثاني المتوسط لأبعاد مقياس مفهوم الذات والدرجة الكلية، لصالح التطبيق البعدي وتحقق هذه النتائج صحة الفرض الثاني.

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لمفهوم الذات للمجموعة التجريبية للصف الثاني المتوسط من ذوي صعوبات التعلم". لاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار «ويلكوكسون» Wilcoxon Ranks للكشف عن دلالة الفروق في مفهوم الذات بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية لذوي صعوبات التعلم بالصف الثاني المتوسط، وجاءت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٧)

الفروق بين أبعاد مفهوم الذات والدرجة الكلية في القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية للصف الثاني المتوسط

الأبعاد	نوع الرتبة	العدد ن = ١١	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z قيمة	الدلالة
القوة	سالبه	٠	,٠٠	,٠٠	٠,٦٠	١,٠٠
	موجبة	٠	,٠٨	,٠٩		
	متعادلة	١١				
انجاز المهمة	سالبه	٠	,٠٠	,٠٠	١,٥٤٩	,١١
	موجبة	٨	٤,٥٠	٤٦,٠٠		
	متعادلة	٣				
الموهبة	سالبه	٠	,٠٠	,٠٠	١,٣٢	,١٨٠
	موجبة	٢	٢,٥٠	٤,٠٠		
	متعادلة	٩				
القابلية للتأثر	سالبه	٠	,٠٠	,٠٠	١,٠٠	,١٣٧
	موجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
	متعادلة	١٠				
القدرة علي الحب	سالبه	٠	,٠٨	,٠٠	١,٦٣٣	,١٠٢
	موجبة	٣	٢,٠٠	٥,٠٠		
	متعادلة	٨				
الأخلاقية	سالبه	٠	,٠٠	,٠٠	١,٣٩	,١٥٩
	موجبة	٤	٣,٥٠	١١,٠٠		
	متعادلة	٧				
الدرجة الكلية	سالبه	٠	٠,٠٠	,٠٠	١,٦٨٠	,١٠٧
	موجبة	٩	٥,٠٠	٥٥,٠٠		
	متعادلة	٢				

يوضح الجدول (٧)، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد مقياس مفهوم الذات والدرجة الكلية للصف الثاني المتوسط وتحقق هذه النتائج صحة الفرض الثالث.

مناقشة النتائج:

يمكن تفسير النتائج في ضوء أثر استخدام وتطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية وعدم تطبيقه على المجموعة الضابطة وفيما تتعلق بآليات علم النفس الايجابي وتأثيرها على شخصية الفرد، فقد أجريت الدراسة الاستطلاعية لتحديد أكثر مشكلات مفهوم الذات شيوعاً بين فئة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة المتوسطة (الصف الثاني)، وذلك من خلال تطبيق مقياس مفهوم الذات، ومن ثم تصميم برنامج علاجي قائم على بعض آليات علم النفس الإيجابي، وذلك بهدف رفع مستوى مفهوم الذات لدى المجموعة التجريبية من الصف الثاني المتوسط من خلال تطبيق مجموعة من الآليات مثل: لعب الأدوار، التعلم التعاوني، النمذجة، التعزيز الايجابي، التغذية الراجعة، التفكير العقلاني والعقلاني العاطفي، والتي تبين فاعليتها في رفع مستوى مفهوم الذات لدى المجموعة التجريبية إن آليات علم النفس الايجابي تركز على القدرات الايجابية لدى الأفراد بدلاً عن خبرات الفشل والإحباط وتأثيراتها السلبية على مفهوم الذات، وهذا ما ركز عليه البرنامج العلاجي فظهرت الفروق الواضحة بين المجموعة التجريبية والضابطة التي لم تقدم لها آليات علم النفس الايجابي. وفي هذا الصدد، أشار (Sligman 2002)، أن آليات علم النفس الايجابي تهتم ببناء التمكن الشخصي وحسن الحالة الذاتية للفرد في الحياة. ومن هذا المنطلق أشار (رشوان، ٢٠٠٦)، بأن علم النفس الايجابي يهدف إلى التغيير من التركيز التام فقط في علاج أو إصلاح الأشياء الأسوأ في حياة البشر إلى العمل أيضاً على تمكين وتأسيس كل ما من شأنه تدشين وتحليق أفضل الخصائص أو السجايا الإنسانية في الحياة. كما اهتم البرنامج العلاجي بكل من المستوى الذاتي من خلال شعور الطالب بالقناعة والتفاؤل والسعادة والمستوى الشخصي من خلال أداء المهام وتكوين العلاقات والصدقات وتحقيق أمنياتها المستقبلية والمستوى الجماعي من خلال مساعدة الآخرين والتركيز على القيم الأخلاقية في التعامل مع الآخرين والانفعالات الايجابية، وهذه المستويات الثلاثة تناولت الجوانب الشخصية الأربعة الانفعالية والعقلية والسلوكية والاجتماعية

ووضعت محكات متدرجة، إن العديد من ذوي صعوبات التعلم يشعرون بالقلق وعدم الثقة ويشكون من قدراتهم الأكاديمية والاجتماعية (العدل، ٢٠٠٨). ومن أجل تحسين حياة هؤلاء التلاميذ ينبغي التركيز على نقاط القوة وليس على ما هو سلبي في حياتهم وتحديد الصفات الايجابية لدى التلاميذ ورعايتها والاهتمام بها. وأشار Gillman Huebner & Furlong (2002) إلى أن السلوك المحفوف بالمخاطر والسلوكيات غير الصحية والسلوكيات غير المرغوبة والأداء الأكاديمي المتدني تشكل صعوبات في غاية الأهمية للمربين والوالدين، وأشارت العديد من البحوث إلى أهمية الوقاية والتدخل لما لها من دور فعال لمنع وخفض المشكلات السلوكية. لذلك فإن آليات علم النفس الايجابي تركز على القدرات الايجابية لدى هؤلاء الطلاب بدلاً من التركيز على إعاقاتهم أو صعوباتهم، والتركيز على سعادة هذه الفئة في الحياة بدلاً عن خبرات الفشل والإحباط وتأثيراتها السلبية على السلوكيات الاجتماعية والانفعالية (Shogren, Lopez, Wehmeyer, Little & Pressgrove (2006) لقد قام الباحثان بربط جلسات البرنامج بأبعاد مفهوم الذات، لكل من طلاب الصف الثاني المتوسط وركز البرنامج بشكل كبير على الجوانب السلوكية لدى الطلاب في علاقاتهم مع الآخرين ومشاركتهم في الصف الدراسي وفي الأنشطة المدرسية وتكوين صداقات مع الآخرين والشعور بالرضا والسعادة، بالإضافة إلى أن ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يتميزون بردود أفعال سريعة عند الحكم على المواقف ولا يتفاعلون بشكل جيد مع الآخرين ولديهم شعور بأنهم غير محبوبين، ولكن من خلال مجموعة من الأنشطة والتدريبات في البرنامج تمكن الطلاب من مراقبة انفعالاتهم وسلوكياتهم أكثر في المواقف الأكاديمية والتغلب على ذلك الشعور والإحساس بالثقة والسعادة. كما تم تدريبهم على كيفية مشاركة الآخرين وكيف تستطيع الطالب أن يخلق جواً من السعادة والمتعة أثناء مشاركته لزملائه. وهذه النتائج يمكن تفسيرها بأن البرنامج العلاجي ركز بصورة مكثفة على مشكلات مفهوم الذات، لقد تم تطبيق آليات علم النفس الايجابي في مواقف وجلسات علاجية حدد لها عنوان، هدف عام، أهداف خاصة، الإجراءات والأنشطة الإيجابية، النشاط التقويمي لكل جلسة، بالإضافة إلى ذلك معرفة الطلاب بالهدف المراد تحقيقه في كل جلسة بوضوح وأسلوب مبسط يتناسب مع مستواهم، كما أن استخدام بعض المعززات المختلفة أثناء تطبيق الجلسات قد يكون عنصر مؤثر في تحسين مفهوم

الذات، أن استخدام الثناء والتعزيز الإيجابي وتقبل المعلم لمشاعر التلاميذ وتقدير أفكارهم بالإضافة لاستخدام الحوافز والمكافآت أثناء تطبيق الجلسات يزيد من كفاءة التلاميذ، وبالتالي انعكاس ذلك على أدائهم. ومن الإجراءات التي استخدمت أيضاً في البرنامج لعب الأدوار والتي ذكر فيها أبو حواج (٢٠٠٦)، أنها طريقة تتصل بحياة التلاميذ اتصالاً مباشراً وتعمل على نمو الشخصية وتكوين السلوك وتكسب الطالب قواعد وضوابط السلوك ذات الصلة بتلك الأدوار، وهذا بدوره ينمي جوانب شخصيته ويساعد في إكسابه السلوكيات المرغوبة، كما تم استخدام التعلم التعاوني الذي يعد أحد المتطلبات الرئيسة لتعلم الطلبة ذوي صعوبات التعلم (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٩)، بالإضافة إلى استخدام أسلوب حل المشكلات الذي يعد من أساليب تعديل السلوك المهمة في حياة ذوي صعوبات التعلم كما أشار لها (الخطيب، ٢٠٠٣) إضافة تم استخدام النمذجة وهي أسلوب تقليد ومحاكاة وهذه الطريقة تعد مهمة للتلاميذ.

وتجدر الإشارة إلى أنه من الأساليب المهمة التي اعتمدت عليها الجلسات هو العلاج العقلاني، حيث تم تعديل وتغيير بعض الأفكار والمدرجات غير المنطقية وغير العقلانية والسلبية لدى الطلاب إلى أفكار إيجابية عقلانية، كما احتوى البرنامج على بعض نماذج وآليات علم النفس الإيجابي منها العلاج القائم على الحل (Compton, 2005)، ومثال على ذلك الطلب من الطالب أن يذكر بعض نقاط القوة التي لديه والتي يعتقد أنها قد تساعده في تكوين صداقات مع الآخرين، والسلامة الصحية المقترحة؛ مثال على ذلك سؤال الطلاب عن الإيجابيات التي يمتلكها والتي يمكن أن تشعرهم بالرضا عن أنفسهم والسعادة وتدريبهم على الاستقلالية في بعض أعمالهم وذلك من خلال تقليل طلب المساعدة حتى يشعروا بقيمة العمل، ومشاركة الآخرين بالأنشطة. وعلاج الإحباط ونموذج توضيح القيم (Compton, 2005)، ومثال على ذلك تحديد بعض القيم مع الطلاب والتي ستكون أساس التعامل في الجلسات العلاجية مثل الصدق والتعاون والصراحة ومساعدة الآخرين، وتأكيدا وتعزيزها في الجلسات العلاجية، وكما عرض بعض الأحاديث والآيات القرآنية وسؤال الطلاب عن القيم التي تحملها لنا وكيف أن الدين الإسلامي دعا للتمسك بمكارم الأخلاق وقيم التفاؤل للوصول لأهدافنا. كما تم تضمين البرنامج العلاجي عددا من الأنشطة والآليات الإيجابية التي

تساعد ذوي صعوبات التعلم في تحقيق مستوى جيد من جودة الحياة كزيادة التفكير التفاضلي ورواية القصص ومهارات المجادلة وغيرها من الأنشطة (Gilman et. al., 2009). ونماذج للتعامل مع مفهوم الذات كنموذج قبول الذات فمن خلال البرنامج العلاجي ذكر الطالب خصائصها الايجابية والميزة والتي تجعله مختلفا عن الآخرين وكيف يمكن توظيفها في تكوين الصداقات ومشاركة الآخرين، ونموذج تقييم الذات من خلال عرض مواقف ويختار الطالب ما يراه مناسباً للموقف وذكر السبب، وأيضاً نموذج مراقبة الذات حيث طلب من الطلاب أن يكتبوا بعض الأعمال التي قاموا بها دون طلب المساعدة من الآخرين (الخطيب، ١٩٩٣؛ Bachkirora, 2001).

كما تضمنت جلسات البرنامج أنشطة وتدريبات متنوعة للتعامل مع أبعاد مفهوم الذات، حيث تم تضمين الجلسات بالأنشطة والتدريبات التي تساعد الطالب في كل بعد من أبعاده مع التركيز على تغيير مدركاته وتصوراتة نحو الآخرين وانفعالاته في مختلف المواقف الأكاديمية، ولذلك حرصنا على تضمين البرنامج تدريبات وأنشطة ايجابية لتكوين اتجاهات ايجابية لدى الطالب نحو ذاته ونحو الآخرين بتملكه نظرة تفاؤلية بعيدة عن انفعالات الغضب والردود الانفعالية او السلوكية السريعة في المواقف الأكاديمية كما تضمنت الجلسات على بعض القيم كحب الآخرين من خلال عرض بعض الأحاديث النبوية كحب لأخيك ما تحب لنفسك، والاستماع لهم، والصدق والتفاؤل ومساعدة الآخرين.

إضافة في جميع الجلسات تم التعرف على ما يريد أن يحققه الطالب، حيث طرح سؤال يتعلق بما يتمناه ويتطلع إليه الطالب بالمستقبل ومناقشة ما يمتلكه الطالب من الإمكانيات ونقاط القوة التي تساعد للوصول إلى ما يتمناه كل هذا في سبيل تحقيق الهدف المراد انجازه وتحقيقه من قبل الطالب. مع تكوين علاقات ايجابية بين الطلاب وتقويته من خلال تقوية العلاقات داخل الصف الدراسي عن طريق التعلم التعاوني والنمذجة ولعب الأدوار.

إن اهتمام المدارس بالجوانب الأكاديمية دون الجوانب الأخرى، حيث أن تقويم أداء المدرسة ينصب على الجوانب الأكاديمية فقط. ان المدرسة هي المكان الذي يأمل منه المجتمع أن يشكل فيه أفراد يتكيفون مع القيم والمبادئ الايجابية ويسعون

إلى ترسيخها لدى التلاميذ. إن هدف التعليم الأساسي في المجتمعات الحديثة هو تنمية شخصية الطالب والمشاركة في تنمية فكرة الإيجابي بحيث يكون قادراً على المساهمة في تنمية مجتمعه، كما تحرص تلك المجتمعات أن يتمتع تلاميذها بروح القيادة والثبات الانفعالي والتفاعل الاجتماعي حتى يكونوا أكثر ثقة في أنفسهم وتكوين علاقات ايجابية مع الآخرين، ولذلك فدور التربية الحديثة لا يقتصر على تزويد التلاميذ بالثقافة وتنمية القيم داخل الصف الدراسي وإنما يمتد إلى خارج الصف الدراسي. فقد تهتم المدارس في مجتمعنا بالجوانب الأكاديمية دون الجوانب الأخرى مثل علم النفس الإيجابي وتنمية شخصية الطالب، حتى أن تقويم أداء الطالب في المدرسة ينصب على الجوانب الأكاديمية التي ترهق الطالب وتشعره بالملل خاصة تلاميذ ذوي صعوبات التعلم، فالمدارس الحكومية لدينا بحاجة إلى التركيز على استثمار وتنمية شخصية التلاميذ وتشجيعهم من خلال أنشطة ومناهج خارجة عن إطار المنهج الدراسي وذلك من خلال إشراكهم في العمل الجماعي والمسابقات وتنظيم حصص إضافية تراعي جوانب غرس الإيجابية لدى التلاميذ، هناك عوامل مدرسية أخرى مثل: افتقار المعلم إلى الاتجاهات التربوية في التعامل مع التلاميذ في مجال علم النفس الإيجابي وتنمية الشخصية ومفهوم الذات، بالإضافة إلى تخويف التلاميذ من الفشل والاعتماد في الشرح على الحفظ والتلقين، وازدحام الفصول بالتلاميذ وعدم توافر البيئة المناسبة لممارسة الأنشطة المختلفة، كذلك عدم توفر الروح الإيجابية لدى بعض المعلمين في متابعة بعض السلوكيات السلبية لدى التلاميذ ومحاولة حلها، إن دور المدارس هو تنمية الجوانب الإيجابية للفرد والتي تعد جزءاً مهماً من المنهج الدراسي لأنها أحد العناصر المهمة في بناء شخصية التلاميذ وصقلها.

وقد تم تطبيق البرنامج وفق مبادئ علم النفس الإيجابي كما أشار إليها (Selgiman, 2002):

- (١) الاهتمام بنقاط القوة والضعف لدى الفرد.
- (٢) الاهتمام بالسلامة النفسية والاتزان النفسي لدى الفرد.
- (٣) الاهتمام بالخبرة الذاتية الإيجابية والسمات الشخصية الإيجابية وتنميتها.

كما تم تطبيق هذا البرنامج وفق مجموعة أبعاد مفهوم الذات، والتركيز على مؤشرات الصعوبات الاجتماعية كسوء الإدراك الاجتماعي وسوء التقدير والحكم والصعوبات في استقبال مشاعر الآخرين ومشكلات الحس الاجتماعي وتكوين صداقات، فتشير دراسة (Vandeel & Hembree, 2004).

إن مجموعة من الأنشطة والإجراءات المبنية على أسس ومبادئ علم النفس الإيجابي، مثل: المناقشة الجماعية، العلاج العقلاني، النشاط القصصي، إدارة الذات، أسلوب حل المشكلات، التدخلات الإيجابية، وقد تم التركيز على حواس الطلاب وتشجيعه على الملاحظة والانتباه أثناء الجلسات، والمواقف داخل الفصل من خلال أنواع الأنشطة المرتبطة بالوسائل السمعية والبصرية واللمسية مثل: إثراء بيئة الطلاب بالأشياء الحسية التي يمكن للطلاب أن يتفاعلوا معها مباشرة مثل النمذجة ولعب الأدوار، وكذلك إتاحة الفرصة للطلاب للتفاعل مع بعضهم البعض ومع الآخرين من خلال التعلم التعاوني، وتعرض الطلاب لمواقف التحدي المعقول الذي يناسب مرحلة النمو التي ينتمي إليها الطلاب، بالإضافة إلى استعمال مصادر وموارد تعلم جديدة مثل البوبوينت، وأخيراً اختيار الأنشطة التي تعتمد على الحركة والمنافسة مثل المسابقات بين المجموعات وعدم تكليف الطلاب بمهام مستحيلة قد تؤدي إلى الإحباط.

كما تم التركيز على اتجاه الطلاب نحو الاستقلالية واتساع دائرة ميولهم واتجاهاتهم ونمو الضمير ومفاهيم الصدق والأمانة وزيادة الوعي الاجتماعي لديهم، والقدرة والميل نحو القيام بالمسؤوليات ونمو مهاراتهم الاجتماعية، بالإضافة إلى تزايد الاهتمام والمسيرة للقواعد والمعايير التي يفرضها الأقران وزيادة حدة تأثير جماعة الأقران على سلوكهم، وزيادة قدرة الطلاب على استخدام اللغة بطريقة سليمة. حيث يتأثر النمو اللغوي عند الطلاب بالنمو العقلي والاجتماعي والانفعالي، فكلما تقدم الطالب في المرحلة العمرية كلما زاد التحصيل اللغوي لديه، شجع البرنامج العلاجي الطلاب على القراءة من خلال النشاط القصصي وتشجيعهم على استخدام الطرق الصحيحة التعبير وفي التخاطب والتحدث في المواقف المناسبة من خلال التعبير الإيجابي عن الذات.

توصيات وتطبيقات تربوية

- (١) ضرورة الاهتمام بإستراتيجيات وآليات علم النفس الإيجابي بما يتلائم وخصائص واحتياجات وميول واتجاهات الطلاب ذوي صعوبات التعلم.
- (٢) توجيه المعلمين بصفة عامة، وأخصائيي صعوبات التعلم بصفة خاصة إلى أهمية استخدام طرائق تفاعلية إيجابية متنوعة، مما يثرى العملية التعليمية، ويسهم في تحقيق الأهداف المرجوة، ويراعى الفروق الفردية بين الطلاب.
- (٣) توفير خدمات مساندة إضافية (مثل: الحاسب الآلي، وبرامج التصحيح اللغوي والآلة الحاسبة)، للطلاب ذوي صعوبات التعلم.
- (٤) إعداد برامج تدريبية للمعلمين والمعلمات على كيفية إكساب الطلاب القدرة على استخدام إستراتيجيات وآليات علم النفس الإيجابي لما لها من أهمية تربوية وتعليمية.
- (٥) ضرورة تنمية الوعي بجودة الحياة من حيث أهميتها وأساليب تطبيقها للطلبة أو المعلمين.
- (٦) زيادة وعى أولياء الأمور والقائمين على عملية التعلم باختلاف مستوياتهم بنظريات علم النفس الإيجابي، ودورها المهم والفعال في عملية التعلم وزيادة التحصيل الدراسي لدى الطلاب.
- (٧) الاهتمام بتطبيق مبادئ نظرية علم النفس الإيجابي بشكل منهجي، بحيث تشمل المحتوى الدراسي والمعلم والطلاب والبيئة التعليمية.
- (٨) تدريب المعلمين والمعلمات وذوي العلاقة، على أحدث الطرق والإستراتيجيات للتعامل مع ذوي صعوبات التعلم، وتحديدًا ما يتعلق بالدافعية ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية.
- (٩) تطبيق البرنامج على عينة أكبر ولمدة أطول وعلى ذوي صعوبات تعلم مواد دراسية أخرى ومستويات عمرية مختلفة.

المراجع

- أبو حواج، مروان (٢٠٠٦). المدخل إلى علم النفس. عمان: دار اليازوري للنشر.
- أبو ناهية، صلاح الدين (١٩٩٩). مقياس مفهوم الذات للراشدين صورة جديدة لدراسة المفهوم عبر الأجيال، دراسة ميدانية. مجلة جماعة القياس والتقويم التربوي، ١٣، غزة. جامعة الأزهر.
- البيلي، محمد، قاسم، عبد القادر، الصمادي، أحمد (١٩٩٧). علم النفس التربوي وتطبيقاته. الكويت: مكتبة الفلاح.
- جابر، عبد الحميد (١٩٨٥) دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بمفهوم الذات لدى عينتين من طلاب مدارس قطر في مرحلة المراهقة. مجلة مركز البحوث التربوية. جامعة قطر. (٢٩)، ١٩١-٢٤٣.
- جبريل، موسى (١٩٩٣). تقدير الذات لدى الطلبة المتفوقين وغير المتفوقين دراسياً. مجلة دراسات. العلوم الإنسانية. ٢ (٢)، ١٩٥-٢١٩.
- حداد، ياسين (١٩٩٠) أساليب العزو وتقدير الذات والاكتئاب ارتباطاتها المتبادلة. مجلة دراسات. العلوم الإنسانية. ١٧ (٣)، ١٩٥-٢٢٠.
- الحسن، نعيمة (٢٠٠٣). فاعلية برنامج تعديل السلوك وضبط المثيرات الصفية في خفض السلوكيات غير المقبولة لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.
- الخطيب، جمال (١٩٩٣). تعديل السلوك القوانين والإجراءات. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- الخطيب، جمال (٢٠٠٧). تعديل سلوك الأطفال المعوقين. عمان: دار حنين.
- الخطيب، جمال ومنى، الحديدي. (٢٠٠٩). المدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
- خير الله، سيد (١٩٨١). مفهوم الذات أسسه النظرية والتطبيقية. بيروت: دار النهضة.
- الديب، أميرة عبد العزيز (١٩٩٨). سيكولوجية التوافق النفسي في الطفولة المبكرة. الكويت: مكتبة دار الفلاح.
- الديب، محمد (٢٠٠٣). الفروق بين ذوي صعوبات التعلم والعاديين في بعض السمات الشخصية من طلاب الجامعة. علم النفس الاجتماعي التربوي. القاهرة: عالم الكتب.

رشوان، ربيع (٢٠٠٦). الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والانجاز الأكاديمي لدى الأطفال. مجلة العلوم التربوية والاجتماعية، ١٢ (٤)، ٤٥-١٣٣.

الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٨). دليل بطارية مقاييس التقدير الشخصية لصعوبات التعلم. القاهرة: دار النشر للجامعات.

الزيات، فتحي مصطفى (١٩٨٥) دراسة تحليلية لأبعاد مفهوم الذات في علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية في: (٢٠٠١). علم النفس المعرفي. دراسات وبحوث. الجزء الأول. القاهرة. دار النشر للجامعات.

الزيات، فتحي مصطفى (٢٠٠٢). علم النفس المعرفي: مداخل ونماذج ونظريات (ج ٢). القاهرة: دار النشر للجامعات.

زيادة، خالد (٢٠٠٥). صعوبات تعلم الرياضيات: (الديسكلوكوليا). المدينة: دار إيتراك.

السيد، حليلة (٢٠١٠). فاعلية برنامج علاجي لخفض بعض أنماط السلوكيات غير المقبولة لذوي صعوبات التعلم ممن يعانون من صعوبات في الانتباه مع فرط النشاط من تلاميذ المرحلة الابتدائية بدولة الكويت، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.

الشيخ، دعد (٢٠٠٣). مفهوم الذات بين الطفولة والمراهقة. دمشق: دار كيوان. الظاهر، قحطان (٢٠٠٤). تعديل السلوك. عمان: دار وائل للنشر.

عبد الفتاح، يوسف (١٩٩٢). بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم « دراسة مقارنة». مجلة علم النفس. الهيئة المصرية للكتاب. السنة السادسة. (٢١)، ٦٢-٧٢.

عبدالرؤوف، فتحية عوض (١٩٩٩). اختبارات المصفوفات المتتابعة. الكويت: إدارة الخدمة النفسية، جامعة الكويت.

العدل، عادل (١٩٩٨). دراسة مقارنة بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ذوي صعوبات التعلم في بعض المهارات المعرفية والاجتماعية. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ٣ (٢٢)، ٩-٣٨.

العدل، عادل (١٩٩٦). التنبؤ بالتحصيل الدراسي من بعض المتغيرات المعرفية. مجلة دراسات نفسية. المجلد السادس. (١)، ٨١-١١٥.

العدل، عادل (فبراير، ٢٠٠٨). علم النفس الإيجابي ومهارات الاستمتاع بالحياة. مؤتمر الجمعية المصرية للدراسات النفسية. بالاشتراك مع كلية التربية. جامعة الزقازيق، مصر.

مسعد، طلال والهولي، احمد والداود، عذيفة (٢٠٠٦). مدى إلمام الهيئة التدريسية بصعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية ومرحلة رياض الأطفال بدولة الكويت. مجلة المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، ٣٨، ١٥-٦٥.

Bachkirova, T(2004). Dealing with issues of self-concept and self-improvement strategies in coaching and mentoring. International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring. 2(2), 29-34.

Bernice, y. L. (1998) : *Learning About Learning Disabilities* econd Edition. Canada: Simon Fraser University . Faculty of Education.

Boersma Frederic et al (2010), Academic Self-Concept in Special Education Student : Some suggestions For interpreting self-concept Scores . *The Journal of Special Education*,13 (4), 433-441 .

Boulet,L. (2007). Coping strategies and successful intelligence in adults with learning disabilities. M.A. :Mount Saint Vincent University

Bryan, T. (1997) : Assessing The Personal and Social Status of student with learning disabilities *Learning Disabilities Research & Practice*.12 (1) , 63-76

Chapman, G .W., & Boersma. F.J. (2017). Academic Self – Concept in Elementary Learning Disabled Children : A study with the student perception of Ability Scale Psychology. *The Schools* , 16 , 201-206.

Chapman, G .W., & Boersma, F.J. .(2008). *Affective Correlates of Learning Disabilities* Lisse, Netherlands : Swets and Zeirlinger.,

Compton, C. W.(2005). An introduction to positive psychology. Wadsworth Cengage Learning.

- Durrant, J. E., Cunningham, C. E., & Voelker, S. (1990). Academic, social, and general self-concepts of behavioral subgroups of learning disabled children. *Journal of Educational Psychology*, 82, 657-663.
- Dyson, L.L (2014): The experiences families of children with Learning disabilities :parental sibling, self concept .*Journal of Learning disabilities*, 29,8 280-286.
- Gilman, R., Huebner, S. E.& Furlong, J.M (2009). Handbook of positive psychology in schools. New York: Routledge.
- Granot,D.&Mayseless,O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6),530 – 541.
- Lackaye, T. D.,& Margalit, M. (2006). Comparisons of achievement, effort, and self-perceptions among students with learning disabilities and their peers from different achievement groups, *Journal of Learning Disabilities*.39 (5),432, 445.
- Lawrence ,L. (2016): The Social Adjustment and Self concept Adult with Learning disabilities *Journal of Learning disabilities*,, 37(9), 598-605
- Manix, D. (1993). Social skills activities for special children. New Jersey: Prentice Hall.
- Margalit, M., & Zak, I. (1984) Anxiety and Self- Concept of Learning Disabled Children . *Journal of Learning Disabilities*. 17(9), 537-539
- Marjan, S. (2005). Adjustment to college; college students with learning disabilities, Dissertation Abstracts International- B 66/ 04 P. 2315..
- McWhirter J . Jeffries et al (1985): The Learning Disabled Child : A Retrospective Review. *Journal of Learning disabilities*, 18(6), 315-318 .
- Murphy Beverly F.(1981(: *A Study of Self – Concept Improvements In Learning Disabled Children as Measured by Modified Bunks Scale* . Eric Document Reproduction Service Eric .

- Olmstead, R. (2005). Use of auditory and visual stimulation to improve cognitive abilities in learning disabled children. *Journal of Neurotherapy*, 9 (2), 49- 61.
- Olson, R. C. (1998). Subtypes of learning disabilities on a non-verbal cognitive instrument (classroom intervention). Dissertation Abstracts International, 59-12A, 4359 .
- Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. New York: Oxford University Press.
- Pittman, L. D., & Richmond, A. (2007). Academic and psychological functioning in late adolescence: The Journal of Experimental Education, 75(4), 270 – 290.
- Scheirer M.A. & Kraut, R.E., (1979): Increasing Educational Achievement via Self – Concept Chang *Review of Educational Research* 49,131-150 .
- Schraufnagel, C.D. (2003). Association between cognition and depression: A cross-sectional and longitudinal study of individuals with learning disabilities. Dissertation Abstracts International , 64-09B, 4634 .
- Schwartz, S. (1995). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 396-403.
- Shogren, K., Lopez, S., Wehmeyer, M., Little, T. & Pressgrove, C. (2006). The role of positive psychology constructs in predicting life satisfactions in adolescent's with and without cognitive disabilities. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 37-52.
- Sligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, prevention, and therapy. The hand book of positive psychology. New York: Oxford press.
- Terras, M. M., Thompson, L. C., & Minnis, H. (2009). Dyslexia and psycho-social functioning: An exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia*, 15, 304 – 327.
- Tim, M. (1993). Social skills activities for special children. New York: The Center for Applied Research in Education.

- Vispoel Walter P.(1995): Self- Concept in Artistic Domains. *Journal of Educational Psychology*..82(4), 657-663 .
- Yauman Beth E. (1980): Special Education Placement , and Self – Concepts of Elementary School age Children. *Learning Disability Quarterly*, 3(3), 30-35 .
- Zigmond Naomi and Silverman Rito (1983): Self – Concept In Learning Disable adolescents. *Journal of Learning disabilities*, 16(8), 478-482 .
- Zirpoli, T.& Melloy, K.(1993). Behavior management
NewYork: Macmillan Publishing Company.

كلية علوم الإعاقة والتأهيل - جامعة الزقازيق
dsr2017@yahoo.com

حقوق النشر محفوظة
رقع الإيداع 2012 / 18640
الترقيم الدولي: 7996 - 2356 ISSN