كلية التربية
كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم
إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)
=======

فعالية برنامج إرشادي أسري للحد من ضغوط الوالدية وتخفيف العزلة الإجتماعية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً

إعـــداد
د/ طلعت أحمد حسن على
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية – جامعة بنى سويف

﴿ المجلد الحادي والثلاثون – العدد الأول –يناير ٢٠١٥ م ﴾

مستخلص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي أسري للحد من ضغوط الوالدية وتخفيف العزلة الإجتماعية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وبلغ حجم العينة (٣٠) أسرة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمدارس التربية الفكرية بأسيوط، تم تطبيق البرنامج على أمهات الأطفال المعاقين عقلياً لأن الأطفال أكثر تعلقاً بالأمهات من الآباء، وتتراوح أعمار الأمهات ما بين (٢٨-٥٠) عاماً، بمتوسط عمري (٣٨.٦) عاماً، وانحراف معياري (١.٤٤)، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين إحداهما تجريبية (ن = ١٥) والأخرى ضابطة (ن = ١٥) تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم ثم تطبيق مقياس ضغوط الوالدية عليهم أيضاً، وتضمنت عينة هذه الدراسة مجموعة من الأطفال الذين نقوم بتطبيق مقياس العزلة الإجتماعية عليهم وبلغ عددهم (٣٠) طفلاً (١٥ مجموعة ضابطة، ١٥ مجموعة تجريبية)، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس ضغوط الوالدية، مقياس العزلة الإجتماعية ، البرنامج الإرشادي الأسري من إعداد الباحث، وتمت معالجة البيانات إحصائياً من خلال البرنامج الإحصائي (SPSS)، وأوضحت النتائج: وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للحد من ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وتخفيف العزلة الإجتماعية لدى هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً لصالح المجموعة التجريبية، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للحد من العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً وتخفيف ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لمتغيرات الدراسة، كما أن الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي غير دالة.

المقدمة ومشكلة الدراسة :

لما خلق الله سبحانه وتعالى الكون أقسم بعزته وجلاله أن يضع العقل في أغلى خلقه ألا وهو الإنسان، فميزه به عن سائر مخلوقاته ليفكر ويبحث ويتعلم ويتدبر حيث يقول الله تبارك وتعالى في القرآن الكريم : " إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ لَآيَاتٍ لِأُولِي الْأَلْبَابِ (١٩٠) الَّذِينَ يَذْكُرُونَ اللَّهَ قِيَامًا وَقُعُودًا وَعَلَى جُنُوبِهِمْ وَيَتَفَكَّرُونَ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ رَبَّنَا مَا خَلَقْتَ هَذَا بَاطِلًا سُبْحَانَكَ فَقِنَا عَذَابَ النَّارِ (١٩١) رَبَّنَا إِنَّكَ مَنْ تُدْخِلِ النَّارَ فَقَدْ أَخْزَيْتَهُ وَمَا لِلظَّالِمِينَ مِنْ أَنْصَارٍ" (سورة آل عمران، آية ١٩٠، ١٩١)، ومع أننا في عصر الانفجار المعرفي والتكنولوجي ومع حل ثغرة فيه ظهرت أمامهم ثغرات أخرى تحتاج إلى تفسير وتحليل.

وفيما يخص فاقدي هذه النعمة – العقل – ألا وهم المعاقين عقلياً، فهذه الفئة إذا ما أحسنا مساعدتها على تحقيق قدر ممكن من التقبل على المستوى الأسري والشخصي والاجتماعي ... فإننا سوف نتمكن من تأهيلهم للانخراط بالمجتمع مما قد يعود على أسرهم بالخير والمنفعة ومن ثم المجتمع بأسره، ذلك لأن هؤلاء الأطفال تنخفض لديهم قدراتهم المعرفية بشكل ملحوظ والتي تعتبر هي الأساس في مشكلاتهم كنتيجة للإعاقة العقلية، لذلك فهناك محاولات مستمرة تتسم بالجدية من قبل علماء النفس والتربية والمناهج لمحاولة تخفيف شدة هذه المشكلات على الأقل إن لم يكن هناك أمل في علاجها نهائياً.

وتُعد مشكلة الإعاقة من المشكلات متعددة الأبعاد، إذ لا يقتصر آثارها على الطفل المعاق فحسب، بل تمتد لتشتمل الأسرة والمجتمع، وتختلف هذه الآثار حسب نوع الإعاقة ودرجتها. وتعد الإعاقة العقلية من أشد هذه الإعاقات، وحيث إنه كلما اشتدت درجة الإعاقة، زادت الآثار الاقتصادية والإجتماعية العديدة المترتبة على تلك الإعاقة، ولهذا تعمل الدولة على الحد من الخسائر الناجمة عن هذا العجز وتحاول تقليله من خلال وضع برامج نظرية وعملية لتوفير الوقاية المناسبة للحد من الإعاقة أو تقليل آثارها وإعادة التأهيل والتدريب على أنشطة العناية بالذات وتحسين جودة الحياة للمعاقين ليكونوا قوة فعالة ومنتجة في المجتمع.

ولذلك نجد أن المعاقين عقلياً من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، وهم ينظرون إلى الحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع، وتحتاج هذه الفئات المهمة إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة (أشرف عبد القادر، ٢٠٠٥).

أما الخصائص العقلية لديهم فتتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسطة والبسيطة إذ تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (٥٠-٧٠) على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ويعني ذلك أن تدني قدرة أطفال هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات الإجتماعية ومهارات العناية بالذات ومهارات التواصل اللغوي والمهارات الشرائية والمهن (شاكر قنديل، ١٩٩٨، ٣١).

ومما تجدر الإشارة إليه أن الطفل المعاق عقلياً يعاني عدم القدرة على التكيف الاجتماعي ويظهر لديه اضطرابات في التصرف في المواقف الإجتماعية وأساليب التفاعل الاجتماعي ولديه لامبالاة وأحياناً عدم اهتمام أو إعطاء أهمية لما يدور حوله في البيئة المحيطة، وعدم تقدير المسئولية والمشاركة الجماعية أو الشعور بأنه فرد مرفوض داخل هذه الجماعة، بالإضافة إلى عدم وجود رغبة لديه للقيام بعمل علاقات اجتماعية مع الأطفال مثل عمره الزمني، ويميل أحياناً إلى اللعب والاشتراك وإنشاء علاقات مع الأطفال الأصغر منه سناً (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ٨٢).

ويُنظر إلى العزلة الإجتماعية على أنها شعور بعدم الراحة في وجود الآخرين وغياب الاتصال بهم، فهي حالة من القلق الاجتماعي الناتجة عن التفاعلات الإجتماعية ، وهي الميل إلى تجنب المواقف الإجتماعية ، وهي الفشل في المشاركة بطريقة ملائمة وهي مجموعة مترابطة من الانفعالات والاتجاهات الخاصة بالتفاعل والألفة في المواقف الإجتماعية (Heamlerg & Simon, 1999, 479).

وقد لاحظ الباحث من خلال تردده على بعض مدارس التربية الخاصة سواء كانت مدارس الأمل أو مدارس التربية الفكرية انخفاض مستوى المهارات الإجتماعية والتفاعل الاجتماعي لدى بعض الأطفال المعاقين عقلياً، وهي مهارات يحتاجها كل طفل لكي يكون بعيداً عن العزلة الإجتماعية ، وأن نقص هذه المهارات يرتبط بشكل كبير بسلوك العزلة لديهم، وصعوبات يواجهها هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً في علاقاتهم الإجتماعية اليومية وخصوصاً مع الأسرة والزملاء داخل وخارج المدرسة، وأن نقص المهارات الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً ذوي العزلة الإجتماعية قد يكون من الأسباب المؤدية إلى عدم اندماجهم مع أقرانهم من الأطفال، ويظلون في عزلة عن الآخرين.

ولقد سلك الباحث في الوقوف على تحديد مشكلة الدراسة طريقتين أسفرت عنهما بعض الدراسات العلمية السابقة :

الطريقة الأولى: مرحلة الطفولة من المراحل الأساسية، والهامة جداً والتي يكون الطفل من خلالها أكثر مرونة وقابلية للتعليم، وأكثر طواعية لتعديل سلوكه (فيولا البيلاوي، ١٩٩٠، ٤).

الطريقة الثانية : إن إعداد الطفل ذو العزلة الإجتماعية لمواجهة الحياة تتطلب إكساب أكبر قدر من الخبرات والمهارات التي تؤهله لها قدراته واستعداداته، حتى يكون عضواً مسئولاً في المجتمع، والوصول إلى هذه الدرجة من الكفاءة الشخصية والإجتماعية تساعده في مواقف الحياة اليومية (عايدة الرفاعي، ١٩٩٧، ٧–٨).

هذا وقد أشارت العديد من الدراسات بدور الأمهات في التدعيم الاجتماعي والتي منها على سبيل المثال دراسة شين جن Shin, Jin-Y (2002) والتي تناولت المقارنة بين الأمهات الأمريكيات في المساندة الإجتماعية ، وقد أشارت بأن الأمهات الأمريكيات يخطين بقدر كبير من المساندة الإجتماعية لأبنائهم بعكس الكوريات، وذلك نظراً لتواجد كثير من الضغوط على الأمهات الكوريات، وهو ما دعى الباحث إلى عمل برنامج إرشادي تدعيمي من خلال آباء وأمهات الأبناء المعاقين عقلياً، وذلك نظراً لأن الأسر المصرية تعاني كثيراً من الضغوط، ذلك نظراً لطبيعة الظروف الاقتصادية والإجتماعية التي تمر بها الأسرة

المصرية ففي ضوء دراسة شين جن (٢٠٠٢) ونتائجها نجد بالقياس أنه ربما تكون الأسرة المصرية أقل أيضاً في التدعيم الاجتماعي للأبناء المعاقين عقلياً. فلابد من تخفيف ضغوط الوالدية في الأسر المصرية.

ويرى الباحث أن وجود طفل معاق عقلياً يؤدي إلى تصدع العلاقة بين الأب والأم، فكل منهما يلقي باللوم على الآخر من جراء إعاقة الطفل، مما يؤثر على العلاقة بينهما، وقد تظهر المشادات الحامية بينهما مما يجعل الطفل المعاق يشعر بأنه هو السبب في هذا الجو المشحون بين والديه مما يجعله لا يشعر بالأمن والأمن اللذان لابد أن يوفرهما له كل من الأب والأم.

وترى رجاء شريف (٢٠٠٢، ٩١-٩٢) أن الأثر الذي تحدثه الإعاقة على الوالدين قد يكون راجعاً إلى أن إعاقة الطفل قد تفرض على الوالدين تغييرات مهمة في مجرى حياتهما وهي تقودهم إلى الشعور بالحزن، وقد يختفي أحياناً ولكنه قد يعود ويظهر مجدداً، وأن الإعاقة شيء متوقع، فكل أب وأم ينتظر طفلاً عادياً، بل مثالياً لذلك فليس غريباً أن تمثل الإعاقة صفعة قوية لآمالهم، بل إن الغريب أن يتقبل الوالدان إعاقة طفلهما دفعة واحدة وبدون صعوبات في البداية.

ويستخلص الباحث مما سبق مصادر كثيرة للضغوط الوالدية التي يجب الحد منها مثل: أحداث الحياة الصعبة، والخلافات الأسرية، صعوبات التعلم، الخوف من الامتحانات، الحرمان المادي أو ضعف القدرة الاقتصادية للأسرة، إعاقة إشباع الحاجات الأساسية، وجود طفل ذو إعاقة في الأسرة.

فبناءً على ما تقدم ومن خلال إطلاع الباحث على الكثير من الدراسات السابقة والبحوث العربية والأجنبية والتي تعارضت فيما بينها والتي لم تتعرض لمتغيرات الدراسة بصورة مجتمعية، مما دفع الباحث إلى إجراء مثل هذه الدراسة وهي تصميم برنامج إرشادي أسري للحد من ضغوط الوالدية وأثره في العزلة الإجتماعية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً ، وبذلك تتحدد المشكلة.

مشكلة الدراسة :

في ضوء ما سبق عرضه في المقدمة، يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن التساؤلات التالية :

١- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم؟

أهداف الدراسة :

يمكن تحديد أهداف الدراسة فيما يلي :

١- التحقق من مدى فعالية البرنامج الإرشادي الأسري وخصوصاً من جانب الحد من ضغوط الوالدية والذي يترتب عليه من جانب الوالدين خفض العزلة الإجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٢- إدماج الأطفال المعاقين عقلياً في الوسط الاجتماعي من خلال الأسرة (الأب والأم) والأخوة والأخوات.

٣- بيان أثر البرنامج في الحد من ضغوط الوالدية التي تتمثل في الهموم والأحزان تجاه أبنائهم.

٤- التعرف على مدى استمرار فعالية البرنامج المستخدم بعد فترة المتابعة في خفض العزلة الإجتماعية لدى أطفال المجموعة التجريبية.

أهمية الدراسة :

تنبع أهمية الدراسة الحالية من :

١- **أهمية المرحلة العمرية** : المعنية بالدراسة الحالية وهي مرحلة الطفولة في (المرحلة الابتدائية) والتي تمثل نسبة لا بأس بها من التعليم في مصر.

٢- **الأهمية الموضوعية** : من حيث تناول خفض ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية بواسطة برنامج للإرشاد الأسري للأطفال المعاقين عقلياً.

٣- **الأهمية المنهجية** : حيث المنهج التجريبي الذي يتيح الفرص للأطفال ترك السلوكيات اللاتوافقية.

٤- أهمية ما تقدمه من أدوات قياس للعزلة الإجتماعية وضغوط الوالدية والبرنامج الإرشادي الأسري.

مصطلحات الدراسة :

١- الإرشاد الأسري :

يعرف الباحث الإرشاد الأسري بأنه أحد الاستراتيجيات العلاجية الإرشادية في مجال الإرشاد النفسي التي يؤديها ويطبقها ممارس (مرشد) لجميع أفراد الأسرة سواء فردياً أو جماعياً من أجل التدخل المبكر الذي يركز على العميل بهدف تقويمه وإرشاده.

٢- البرنامج الإرشادي :

هو برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم مؤسسة ما، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل لتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها (حامد زهران، ٢٠٠٢، ٤٩٩).

ويعرف الباحث الحالي البرنامج الإرشادي الأسري بأنه مجموعة من الإجراءات المنظمة والتي تتضمن بعض الفنيات الإرشادية (الحوار – الإقناع – المناقشة – المحاضرة – التخيل – الواجب المنزلي ....) بهدف خفض ضغوط الوالدية، وتخفيف العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٣- ضغوط الوالدية :

هي زملة من المشاعر التي تتكون داخل الوالدين نتيجة لعدم قدرتهما على تلبية متطلبات أبنائهما الخاصة، سواءً كانت متطلبات اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو بيئية، وذلك من أجل أن يتكيف أبنائهما مع الأسرة والبيئة المحيطة بهم، وتتبدى هذه المشاعر في صورة بعض المظاهر وهي ضعف تقدير الذات، والقلق، وظهور أعراض الاكتئاب، والعزلة الإجتماعية ، واضطراب التفاعلات الأسرية، وهي الدرجة التي يحصل عليها أحد الوالدين في مقياس ضغوط الوالدين.

٤- العزلة الإجتماعية :

ويعرفها الباحث بأنها انعزال الفرد عن الآخرين وشعوره بالوحدة والابتعاد وعدم إقامة علاقات مع الآخرين، وضعف اتصاله بهم، وعجزه عن تفاعله معهم، مما ينتج عنه فشله في اجتذابهم إليه وعدم الحصول على العلاقات الإجتماعية المطلوبة، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس العزلة الإجتماعية .

٥- المعاقين عقلياً القابلين للتعلم :

هم أولئك الأطفال الذين تنحصر نسبة ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) درجة ويطلق عليهم فئة القابلين للتعلم لما لهم من القدرة على إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية العادية التي تعرض بطريقة فردية خاصة ولكن عملية تقدمهم بطيئة بالمقارنة مع العاديين (آمال عبد السميع باظه، ٢٠٠٨، ١٦).

وهو ما يتفق معه الباحث كتعريف إجرائي للدراسة.

الإطار النظري وبعض الدراسات السابقة :

أولاً : الإطار النظري :

- **ضغوط الوالدية :**

الضغوط الوالدية هي الظروف أو المطالب المفروضة على الوالدين في سياق تفاعلهما مع أبنائهما سواء الظروف أو المطالب الناجمة عن طبيعة الوالدين وخصائصهما، أو تلك الناجمة عن طبيعة الطفل وخصائصه، الأمر الذي يفرض على الوالدين نوعاً من التوافق في سياق هذا التفاعل (فيولا الببلاوي، ١٩٩٨، ٤).

كما أن مطالب الإعالة الطويلة والرعاية الخاصة، والإحباط الناتج عن التأخر في النمو، والقلق بشأن المستقبل، والعجز في تحقيق آمال الوالدين، وانعزال الأسرة عن الأصدقاء والانطواء، كل ذلك يخلق ضغوطاً حياتية كثيرة ينتج عنها توترات جسمانية وعاطفية على الوالدين تفوق المستويات التي يشعر بها الوالدان للأطفال العاديين.

- مظاهر الضغوط الوالدية :

أ – القلق Anxiety

يعد القلق حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها غموض وأعراض نفسية جسمية، مثل نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد، وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة (حامد زهران، ١٩٩٧، ٤٢٤).

أعراض القلق :

تشمل أعراض القلق الأعراض الجسمية والنفسية على النحو التالي :

١- الأعراض الجسمية :

وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللزمات العصبية الحركية والتعب والصداع المستمر الذي لا يزول بالمهدئات، وتصبب العرق وعرض الكفين وارتعاش الأصابع، وبرودة الأطراف، وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقان، وآلام الصدر،والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات التنفس، ونوبات التنهد، والشعور بضيق الصدر، والدوار، والغثيان والقيء، والإسهال وزيادة مرات الإخراج، وتكرار التجشؤ والانتفاخ، وعسر الهضم، وجفاف الفم والحلق، وفقد الشهية ونقص الوزن، وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء، واضطرابات الوظيفة الجنسية (فتحي فتح الباب، ٢٠٠٢، ٢٧).

٢- الأعراض النفسية :

ذكر حامد زهران (١٩٩٧، ٤٨٧) في هذا الصدد إلى أن الأعراض النفسية تشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل، والتوتر العام والشعور بعدم الراحة والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج، وعدم الاستقرار والخوف والشك والتردد في اتخاذ القرارات، والهم والاكتئاب العابر، والتشاؤم والانشغال بالخطأ الماضي وكوارث المستقبل وتوهم المرض، وضعف التركيز وضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز وسوء التوافق الاجتماعي والمهني وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط.

ب- الاكتئاب :

جاء في معجم علم النفس والطب النفسي أن الاكتئاب هو حالة انفعالية من الحزن المستمر، تتراوح بين حالات الحزن المعتدل نسبياً والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط، وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة، والأرق وفقدان الشهية وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، ١٩٩١، ٩٢٠)، وعرَّفهُ محمد سعيد هندية (٢٠٠٣، ٢٧) بأنه اضطراب في الوجدان يتميز بمشاعر الحزن واليأس، وافتقاد الكفاءة والقيمة والإحساس بالوحدة والذنب، وضعف المهارات الإجتماعية وتقدير الذات، وفقدان الوزن واضطرابات النوم.

ومن أعراض الاكتئاب :

- **مزاج حزين مكتئب معظم اليوم تقريباً.**
- **تناقص المتعة والسرور في كل أو معظم اليوم وتقريباً كل يوم.**
- **انخفاض واضح في الوزن لا يكون نتيجة رجيم، أو زيادة في الوزن، ونقصان أو زيادة في الشهية تقريباً كل يوم.**
- **الأرق أو الوخم تقريباً كل يوم.**
- **تأخر حركي نفسي أو تخلف تقريباً ويلاحظه الآخرون وليس مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار أو البطء.**
- **التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.**
- **الإحساس بانعدام القيمة أو تأثر زائد أو غير ملائم تقريباً كل يوم (ليس مجرد توبيخ الذات أو التأثر حول كونه مريضاً).**
- **تناقص القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم القدرة على اتخاذ القرار تقريباً كل يوم.**
- **أفكاره معاودة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت)، تفكير متكرر في الانتحار بدون خطة أو محاولة الانتحار أو خطة محددة لارتكاب الانتحار.**
- **لا تفسر الأعراض بالحزن العادي أي تكون أعقاب فقدان شخص محبوب تستمر الأعراض لأكثر من شهرين، أو تتسم بقصور ملحوظ في الأداء أو شعور بانعدام القيمة، أو أفكار الانتحار أو الأعراض الذهانية (آمنة حدان، ٢٠٠١، ١٤٠).**

وقد صنف الاكتئاب حامد زهران (٢٠٠١، ٥١٤) كالآتي :

- **الاكتئاب الخفيف : وهو أخف صور الاكتئاب.**
- **الاكتئاب البسيط : وهو أبسط صور الاكتئاب.**
- **الاكتئاب الحاد (السواد) : هو أشد صور الاكتئاب.**
- **الاكتئاب المزمن : وهو دائم وليس في مناسبة فقط.**

- **الاكتئاب التفاعلي (الموقفي)** : وهو رد فعلي لحلول الكوارث.
- **الاكتئاب الشرطي** : وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة، ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
- **اكتئاب سن القعود** : ويحدث عند النساء في سن الأربعينات، وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد.
- **الاكتئاب العصابي – الاكتئاب الذهاني.**

ومن مظاهر الضغوط الوالدية أيضاً ضعف تقدير الذات، اضطراب التفاعلات الأسرية، العزلة الإجتماعية .

◉ العزلة الإجتماعية :

هي تجنب الناس أو المواقف والأشياء والتي تثير في نفس الفرد القلق والضيق والشعور بالإحباط، وإذا اضطرت الظروف أن يواجه الفرد موقفاً ما فإنه ينطوي على نفسه دون أن يستطيع التكيف مع ذلك الموقف، مما يؤدي إلى شعوره بالإحباط (سعيد عبد الرحمن محمد، ٢٠٠٤، ٣٣). كما أنها الانسحاب والشعور بالخجل من الآخرين بسبب إعاقة الطفل، وعدم القيام بالزيارات الإجتماعية ، أو الخروج في النزهات، والإحساس بالحرج والألم من نظرة الآخرين للابن، وتفضيل عدم مشاركة الآخرين للابن وتفضيل عدم مشاركة الآخرين في المناسبات الإجتماعية (محمود محيي الدين، ٢٠٠٤، ٤٦٠).

ويرى الباحث أن العزلة الإجتماعية هي افتقار في العلاقات الإجتماعية التي قد تكون كنتيجة لأي شيء أسري غير سوي، مما تضطر الأسرة معه إلى العزوف عن الحياة الإجتماعية كزيارات الأقارب، وتبادل الزيارات مع الجيران، والمشاركة في أي تفاعل اجتماعي قد يظهر فيه هذا الشيء الأسري غير السوي.

مظاهر العزلة الإجتماعية :

تذكر صفاء القوشتي (٢٠٠٣، ٦٠) أن مظاهر العزلة الإجتماعية تتمثل في: انكفاء على الذات، اضطراب العلاقات الإجتماعية ، قلق وتوتر، ابتعاد عن الآخرين، عدم المشاركة في الأنشطة، الشعور بالوحدة.

ويشير محمود محيي الدين (٢٠٠٤، ٤٦١) إلى مظاهر العزلة الإجتماعية لوالدي المعاق في: الانسحاب، الشعور بالخجل من الآخرين بسبب إعاقة طفلهم، عدم القيام بزيارات اجتماعية، عدم الخروج في نزهات، الإحساس بالألم من نظرة الآخرين لابنهما المعاق، تفضيل عدم مشاركة الآخرين في المناسبات الإجتماعية .

العزلة الإجتماعية عند المعاقين عقلياً وأساليب علاجها :

من الاتجاهات الحديثة في مجال التخلف العقلي بعض الأفكار التي تنادي بأن السلوك التوافقي للطفل المعاق يمكن تغييره بشكل إيجابي عن طريق ما يسمى بالتوقعات الإجتماعية المعيارية، وهذا يعني تقديم الخدمات للأطفال المتخلفين عقلياً بنفس الأسلوب والطريقة التي تقدم بها للأطفال العاديين عن طريق الوسائل الاعتيادية المعمول بها في الجماعات، وذلك من أجل تأصيل السلوك الإنساني (رمضان القذافي، ٢٠٠١، ٢٢٧).

ورغم ذلك تعددت الأساليب التي يمكن استخدامها في علاج وخفض العزلة الإجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً والتي منها :

١- التدريب على التفاعل الاجتماعي :

يهدف التدريب على التفاعل الاجتماعي إلى مساعدة الأطفال على تحقيق البراعة في مهام ومطالب النمو (محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة حسن، ٢٠٠٣، ٢٥٧).

ويُعد تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي وسيلة للتغلب على عزلته حيث يمكن تدريبه على مهارات مثل التركيز بالعين أثناء الكلام والإيماءات، والإرشادات ومهارة بدء الكلام وإنهائه والمهارات التوكيدية ومهارات الإدراك الاجتماعي (حسن مصطفى، ٢٠٠١، ٢٣٩).

وهناك من الأساليب الكثيرة لمعالجة العزلة الإجتماعية والتي تشمل على الكثير من الفنيات كالنمذجة ولعب الدور والتعليمات، والتغذية المرتدة والتعزيز الإيجابي كمجموعة متعددة العناصر لتدريب الطفل المنعزل اجتماعياً (جمال الخطيب، ١٩٩٣، ٢١١).

ويرى الباحث أن التفاعل الاجتماعي الجيد هو الذي يكون فيه الطفل قادراً على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية وناجحة مع الآخرين مستخدماً التعبير اللفظي وغير اللفظي في تكون هذه العلاقات وما تشتمل عليه من التواصل الجيد مع الآخرين.

ويؤكد الباحث أيضاً أن جميع البرامج الإرشادية الأسرية التي تعمل على خفض العزلة الإجتماعية غالباً ما تستخدم هذه الفنيات السابقة كعلاج مساعد لخفض العزلة والتي يمكن أن يضاف إليها المناقشة الجماعية والمشاركة الجماعية والتي تتمثل في الألعاب ويضاف إلى ذلك فنية الهولوتروبيك (الموسيقى).

٢- إشراك الأطفال في الأنشطة الجماعية :

إن إشراك الأطفال في أنشطة اجتماعية جماعية مع أقرانهم العاديين أو المعوقين من شأنه تنمية علاقاتهم الإجتماعية ، كما أن اشتراكهم في الألعاب المباشرة تؤدي إلى تقوية قدراتهم على التفاعل الاجتماعي ومهاراتهم الإجتماعية ، ومن ثم خفض بعض السلوكيات المشكلة لديهم.

وبالتالي لابد من تشجيع الطفل على التفاعل مع الآخرين من خلال الاشتراك في رحلات جماعية وألعاب رياضية ومدرسية متعددة، لأن ذلك من شأنه تخفيف العزلة الإجتماعية التي يعاني منها الطفل (شيفروملمان، ١٩٩٩، ٢٧٠).

وأن التدريب على الأنشطة والمهام من خلال برامج التدريب على الأنشطة الجماعية بواسطة الأقران من شأنه زيادة المبادأة والاستجابة الإجتماعية في مختلف المواقف كما يزيد من قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على المحادثة الفعالة ومن ثم يقل سلوكهم الانعزالي التجنبي في مختلف المواقف (Hall, 1997, 4233).

٣- الحرمان الاجتماعي والتقبل الاجتماعي :

إن الأطفال المتخلفين عقلياً نتيجة لما يعانونه من حرمان من التقبل والقبول الاجتماعي فإنهم يعكسون أثر ذلك في حاجة عالية للقبول والتقبل الاجتماعي قياساً بالأطفال غير المتخلفين، وحتى داخل مجموعات المتخلفين أنفسهم يتوقع أن يكون هناك تفاوت في هذا الحرمان والحاجة إليه مع كون أولئك الذين لديهم احتكاكات اجتماعية أقل مثل المقيمين في مؤسسات داخلية (محمد الشناوي، ١٩٩٧، ٣٣٦).

فالأطفال المتخلفين عقلياً يشعرون دائماً بعدم التقبل الاجتماعي والحرمان في البيت والمدرسة ومع أصحابه مما يجعله يسعى للحصول على التقبل الاجتماعي وإشباع حرمانه أيضاً، ويظهر هذا في تأثره بتشجيع الآخرين وتأييدهم له (آمال عبد المنعم، ١٩٩٩، ٣٧).

٤- الحاجة إلى تحقيق الذات والإنجاز والنجاح :

كل طفل في هذه الحياة يحتاج دائماً لأن يعمل، وأن يحقق ذاته وأن ينجز من أجل النجاح وكل هذا يتطلب من البداية فهماً مناسباً للطفل وإمكانياته، وأن كل ما يستطيع الطفل أن يحققه يجب أن يعمل على تحقيقه حتى يصبح سعيداً أي أن يختار نوع العمل الذي يلائمه في حدود قدراته وإمكاناته ويحاول تحقيق أهدافه في هذا المجال (سهير كامل، ١٩٩٨، ١٨٦).

وإذا نظرنا إلى الحاجة إلى تحقيق الذات لابد وأن يحقق الطفل ذاته أولاً لكي يحقق من خلال ذاته الإنجاز الذي يؤدي به إلى النجاح فيما بعد وبالتالي يتخلص من الإحساس بالفشل والإحباط التي كثيراً ما يعاني منه الأطفال المعاقين عقلياً.

٥- الحاجة إلى الأمن والأمان :

الأطفال المتخلفين عقلياً في أشد الحاجة إلى أن يعيشوا في كنف أسرة يشعرون معها بالأمن والأمان والطمأنينة، ويدركوا التقبل من الراشدين المهمين في حياتهم كأفراد الأسرة متمثلة في الأب والأخوة، ويحتاجوا إلى أن يتعلموا ويتأصلوا مهنياً، حتى يعولوا أنفسهم فيمارسوا حياتهم الإجتماعية كغيرهم من الآخرين (إيمان كاشف، ١٩٨٩، ٢٩).

فالطفل المتخلف عقلياً غالباً ما يحتاج إلى الشعور بالأمن والطمأنينة والانتماء إلى جماعة في الأسرة والمدرسة والزملاء في المجتمع حيث يحتاج الطفل إلى الرعاية في جو آمن يشعر فيه بالحماية من كل العوامل الخارجية المهددة، ويجب مراعاة الوسائل التي تشبع هذه الحاجة لدى الطفل حتى لا يشعر بتهديد خطير لكيانه مما يؤدي إلى أساليب سلوكية قد تكون انعزالية انسحابية أو عدوانية (حامد زهران، ١٩٩٠، ٢٩٤).

فنيات خفض العزلة الإجتماعية :

إذا نظرنا إلى الطفل المتخلف عقلياً ذو العزلة الإجتماعية نجده يعاني من نقص في القدرة على التفاعل والتكيف مع الآخرين، لذا فإن معظم البرامج الإرشادية التي استهدفت خفض العزلة الإجتماعية للأطفال المتخلفين قد استخدمت فنيات إرشادية بغرض إكساب هؤلاء الأطفال بعض المهارات الإجتماعية التفاعلية التي يستطيع بواسطتها التغلب على صعوبات المواقف الإجتماعية التي يواجهونها في حياتهم اليومية الطبيعية، ومن هذه الفنيات :

١- **التعليمات** : وتتضمن تلك التعليمات وصفاً للاستجابات المناسبة وكيفية أدائها، ويجب أن تكون التعليمات محددة ودقيقة (أحمد متولي، ١٩٩٣، ٦٣).

٢- **النمذجة** : هي إتاحة نموذج سلوكي مباشر (شخصي) أو ضمني (تخيلي) للمتدرب حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً (محمد الشناوي، ١٩٩٦، ٣٦٨).

أنواع النمذجة :

- **النمذجة المباشرة أو الصريحة**: حيث توجد قدرة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي الاجتماعي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك، أو يقوم النموذج بهذا السلوك في مواقف فعلية أو رمزية (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ١٠٩).
- **النمذجة الضمنية أو الاقتداء المتخيل**: وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقدم بالسلوكيات الإجتماعية التي يرغب المدرب أن يلقنها للمتدرب.
- **النمذجة بالمشاركة**: وفيها يتم عرض السلوك الاجتماعي المرغوب بواسطة نموذج، وكذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب، منع توجيهات تقويمية من جانب المدرب (محمد الشناوي، ١٩٩٦، ٣٧٢).

٣- **لعب الدور (الأداء التمثيلي)** : المنطق الكامل خلف هذا الأسلوب يتمثل في أن قيام الفرد بتمثيل الدور الذي يصعب القيام به في الواقع الفعلي، قد يجعله أكثر ألفة به، ومن ثم اعتياده عليه، وأقل تهيباً من أدائه فيما بعد في مواقف طبيعية، وأكثر وعياً بأوجه الصعوبة التي يخبرها فيها، ومن ثم يعمل على تجنبها فضلاً عن أنه يمكنه من إجراء بيان عملي (بروفة) على السلوك قبل تنفيذه، وهو ما يتيح له الفرصة للنقد الذاتي وتلقي نقد الآخرين وتقييمهم لأدائه بصورة موضوعية (ظريف غريب، ١٩٩٨، ٢٣٥).

٤- **الحدث (التلقين)** : إن استخدام التلقينات يزيد من احتمال حدوث الاستجابة واكتساب السلوك الاجتماعي، وحالما تتم الاستجابة الملقنة فإنه يمكن تدعيمها، وكلما زاد تكرار تدعيم الاستجابة تم تعلمها بسرعة، ويكون الهدف النهائي عادة هو الحصول على الاستجابة النهائية في غياب الملقنات (محمد الشناوي، ١٩٩٦، ٣٤٢).

وهناك أنواع للملقنات منها التلقين اللفظي وهو تذكر الطفل ما نريد أن يفعله من سلوك اجتماعي مرغوب باستخدام الكلمات، وتلقين من خلال الإيماءة إذ يمكن أن تساعد الإيماءات الطفل على فهم ما نريد عمله، أو الإتيان به من سلوك (لويس مليكة، ١٩٩٨ب، ٢٠).

٥- **التشكيل** : إن التشكيل أو التقريب المتتابع هو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة إلى أخرى، ويبدأ التشكيل من النقطة التي يكون الطفل المتدرب عندها، ثم يتدرج في خطوات صغيرة بحيث يتغير سلوكه بيسر مع تقديم التدعيم ومعالجة الأخطاء والمشكلات في مرحلة مبكرة من الخطوات الصغيرة (لويس مليكة، ١٩٩٠، ١٣٠).

٦- **الإرشاد (التوجيه)** : ويضيفها الباحث كفنية من فنيات خفض العزلة الإجتماعية وتعني إرشاد العميل إلى نقاط الضعف والقوة، وقوة الأداء مع تقديم المساندة الإجتماعية للأداء المتميز.

٧- **الواجب المنزلي** : وفيه يقوم الباحث بتكليف المسترشد على إعادة بعض الأعمال والأدوار والسلوكيات التي تعلمها من الجلسات في المنزل.

◉ **الإعاقة العقلية :**

من خلال قراءات الباحث لتعريفات الإعاقة العقلية المختلفة يتضح أن :

- **المدخل الطبي ركز على دور الوراثة أو الأمراض والتي بدورها تؤثر على مستوى الذكاء بالسلب، أما المدخل الاجتماعي فقد ركز على نقص الكفاءة الإجتماعية كمحك أساسي في التعرف على المتخلفين عقلياً، أما المدخل النفسي فقد ركز على القصور الواضح في نسبة الذكاء كأساس لانخفاض الأداء الأكاديمي، ولكن نجد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ركزت على ثلاثة محكات هي النصح والقدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي وهذا يعد مدخلاً شاملاً.**
- **أجمعت جميع تعاريف التخلف العقلي على أن الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم تتراوح نسبة ذكائه ما بين (٥٠-٧٠) درجة.**
- **عدم اتفاق العلماء على تعريف واحد ومحدد للإعاقة العقلية بسبب اختلاف وجهات النظر تبعاً للأبحاث المتصلة بها تبعاً للميادين التي قامت بدراسة هذه الظاهرة.**

ويرى الباحث أن معظم هذه التعريفات أشارت إلى أن التخلف العقلي حالة تأخر أو ضعف أو توقف في النمو العقلي وبعضها أشار إلى أنه قصور في النمو العقلي وركزت بعض التعريفات على بعد التكيف مع البيئة الإجتماعية وبعضها ركزت على أهمية الوراثة أو الإصابة بالأمراض وكذلك ركزت بعض التعريفات على قدرة الطفل على التعلم والتحصيل الدراسي.

وعن نسبة انتشار الإعاقة العقلية في مصر وفقاً لتقدير وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٩) فهي ٠.٣% وذلك في جملة تلاميذ المدارس في المرحلة الابتدائية (وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٩، ١).

١- التصنيف التربوي للإعاقة العقلية :

يعتمد على تصنيف الأفراد وفقاً لقدراتهم على التعلم أو التدريب ويتضمن التصنيف التربوي الفئات التالية :

أ – فئة بطئ التعلم :

وهو ذلك الطفل الذي تتراوح نسبة ذكائه من (٧٥-٩٠) درجة ويتصف هذا الطفل بعدم قدرته على موائمة نفسه مع ما يعطي له من مناهج في الدراسة العادية ويعود ذلك بسبب ما لديه من قصور في نسبة الذكاء فيظهر هذا الطفل بعدم قدرته على تحقيق المستويات المطلوبة منه في الصف الدراسي حيث يكون متراجعاً في تحصيله الأكاديمي قياساً إلى تحصيل أقرانه من نفس الفئة العمرية والصفية (آمال باظه، ٢٠٠٨، ١١).

ب- القابلون للتعلم :

وهم ممن تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٥٥-٧٥) درجة على مقياس الذكاء وهذه الفئة تقع بين بطيئي التعلم والمتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة وهم من يستطيعون تعلم بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب (تيسير مفلح وعمر عبد العزيز، ٢٠٠٣، ٦٢).

جـ- فئة القابلين للتدريب :

حيث أن لهذه الفئة قابلية للتدريب وفقاً لبرامج خاصة على مهام عديدة مثل مهام العناية بالذات، والأعمال اليدوية الخفيفة والروتينية التي لا تستلزم مهارات فنية دقيقة، ويتم ذلك في ورش محمية تحت الإشراف والتوجيه، وهم دائماً في حاجة إلى التوجيه والإرشاد، ويمكن التركيز مع أفراد هذه الفئة على البرامج التدريبية المهنية، وخاصة برامج التهيئة المهنية Pre-vocational skills ، وبرامج التأهيل المهني ومن خصائص طفل هذه الفئة ما يلي :

- **أنه لا يفهم المظاهر الإنفعالي ة أو العاطفية، وعدم وجود قدرة لديه للتعبير عنها.**
- **ضعف قدرته على الاستجابة للمثيرات البيئية المختلفة.**
- **لديه عجز واضح في التواصل اللغوي وغير اللغوي سواء بالعيون أو بتعبيرات الوجه أو بحركة اليد (منى الدهان، ١٩٩٨، ١٠٣).**

د – فئة الاعتماديون :

وهي توازي حالات الإعاقة العقلية الشديدة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة العقلية، وهذه الفئة لها نفس الخصائص العقلية والجسمية والإجتماعية لفئة الإعاقة الذهنية الشديدة، وتقل معدلات ذكاء أفرادها عن (٢٥) درجة ونسبتهم تقارب (٥%) من المعاقين عقلياً ويقعون في نطاق (٠.١٣%) من عدد السكان عموماً ويعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة في الجوانب الطبية والنفسية والإجتماعية سواء داخل مؤسسات خاصة، أو في محيط أسرهم حيث توفر لهم الرعاية المناسبة (عادل الأشول، ١٩٩٣، ٧٩).

٢– الوقاية من التخلف العقلي :

أكد كثير من العلماء والمختصين في مجال رعاية الطفولة على ضرورة وقاية الأجيال القادمة من خلال ما يسمى ببرامج التدخل المبكر وتقسم هذه البرامج إلى ثلاثة مستويات :

– المستوى الأول :

ويهدف إلى منع حدوث الإعاقة ويكون التركيز في هذا المستوى على الفحوصات الطبية قبل الزواج ودراسة التاريخ الأسري والوراثي للعائلات لمنع حدوث الإعاقة قدر الإمكان، ويتضمن هذا المستوى توفير الرعاية للأمهات والأطفال وتحسين المستوى الغذائي وتقديم التطعيم ضد الإصابات المختلفة (تيسير مفلح وعمر عبد العزيز، ٢٠٠٣، ٢٦).

- المستوى الثاني :

ويقصد بها الجهود المبذولة لتحديد الظروف البيئية التي ترتبط بالإعاقة العقلية وعلاجها ومنها:

١- إجراء تحليل دم للطفل فور ولادته للكشف عن أسباب الإعاقة وعلاجها كما في حالات التسمم بالرصاص وأمراض التمثيل الغذائي وخلل الكروموسومات.

٢– تقديم المعوق للأسر المختلفة ثقافياً بهدف إثراء البيئة للحد من الحرمان الثقافي.

٣– الرعاية المناسبة لحالات الصرع المتكرر حتى لا يتطور وتحدث الإعاقة (Vatter & Gienn, 1998, 135-138).

- المستوى الثالث :

وهي تلك الجهود المبذولة في رعاية المعاقين عقلياً وتعليمهم وتأهيلهم للاستفادة من أقصى ما تسمح به إمكانياتهم وقدراتهم في أعمال مفيدة لهم (كمال مرسي، ١٩٩٩، ١٦٦).

والدراسة الحالية تحث أفراد المجتمع على الفحص المبكر قبل الزواج لتفادي احتمالية إنجاب أطفال من ذوي الإعاقات.

٣- أسباب الإعاقة العقلية :

تتعدد العوامل والأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي، فبعض العلماء يرى أن معظم حالات التخلف العقلي ترجع إلى أسباب وراثية، وبعضهم يرى أنها بيئية، وقد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة ويستعرض الباحث أهم الأسباب التي توصل إليها العلماء والتي تشمل :

٣-١ العوامل الوراثية :

هي المسئولة عن حوالي (٨٠%) من حالات التخلف العقلي، وذلك لوجود تلف أو قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث إعاقة في وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة (إبراهيم الزهيري، ٢٠٠٠، ٢٣٧).

حيث أن الطفل يرث التخلف العقلي من والديه وأجداده وذلك عن طريق الجينات السائدة، وقد يرث الطفل المتخلف عقلياً عن طريق الجينات المتنحية وقد تظهر في زواج الأقارب أكثر من زواج غير الأقارب (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٠، ١٦).

٣-٢ العوامل البيئية :

يحدث أثر العوامل البيئية بعد عملية الإخصاب مباشرة أثناء تكوين الجنين في رحم الأم أثناء الولادة ثم بعد عملية الولادة، ويمكن عرضها في الآتي :

أ – العوامل التي تحدث قبل الولادة وتتمثل في :

- الالتهابات الفيروسية والبكتيرية.
- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.
- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية أثناء الحمل.
- التدخين وإدمان المخدرات والكحوليات.
- سوء تغذية الأم الحامل.
- سن الأم ونقص نمو الجنين (آمال عبد السميع باظه، ٢٠٠٩، ٥٨).

وهي عوامل تحدث قبل الولادة حيث يتعرض الجنين لكثير من العوامل والضغوط ومنها ما ذكره نادر فهمي الزيود (١٩٩٥) فيما يلي :

- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية **Rubella** فإذا انتقل الدم من الأم إلى جنينها بعد إصابتها بالحصبة الألمانية يولد الطفل مشوهاً ومصاباً بالصمم أو أمراض القلب أو ضمور المخ أو تأخر في النمو الحسي العقلي.
- إصابة الأم بالزهري حيث نجد أن (٣٢%) من المعاقين ذهنياً مصابون بالزهري الولادي.
- تعرض الأم لاضطرابات نفسية عصبية تؤثر في التركيب الكيمائي للعقل مما يؤثر على الجنين.
- الأدوية التي تستعملها الأم خصوصاً الأدوية المهدئة وخافض للحرارة والمغص.
- التعرض لأشعة إكس مما يؤثر على الجنين وإصابته بالأمراض ومنها التخلف العقلي.
- النزيف بسبب الوقوع والتزحلق على الأرض تؤدي إلى الإصابة للجنين في بطن أمه بإصابة في مخه.
- والأسباب البيئية تبدأ تأثيرها في الفرد بعد تلقيح بويضة الأنثى مباشرة ويستمر تأثيرها عليه وهو جنين ثم هو طفل ثم إلى أن يصل إلى مراحل البلوغ (نادر الزيود، ١٩٩٥، ٣٩-٤٢).

ب- العوامل التي تحدث أثناء الولادة :

فهناك علاقة بين التخلف العقلي وبين الولادة المبتسرة بمعنى أن حالات الضعف العقلي بكثير بين الأطفال الذين ولدوا قبل إتمام الفترة الطبيعية ويعتبر اختناق الطفل لحظة الولادة بسبب انقطاع الأكسجين عنه من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة المخ (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠، ٧٠).

أما عن الحوادث التي تصاحب عملية الميلاد فيشير سميث ١٩٩٣ بأنها الأسباب الأساسية في إصابات الدماغ والتي غالباً ما تؤدي إلى النوبات المرضية الشديدة وإلى الإعاقة العقلية وتحدث الإصابة أثناء عملية الولادة العسرة في شكل انقطاع الأكسجين عن

مخ الجنين مما يؤدي إلى تلف بعض خلاياه أو قد ترجع إصابات الميلاد إلى استخدام بعض الأجهزة الطبية في إخراج الجنين كالجفت أو الشفاط والتي تضغط على رأس الجنين مما يؤدي إلى تلف بعض خلاياه (فاتن عبد الصادق، ٢٠٠٣، ١٠٣).

جـ- العوامل التي تحدث بعد الولادة :

تتمثل هذه العوامل في إصابة الطفل في طفولته المبكرة ببعض الأمراض أو الحوادث التي تسبب تلف المخ مما يؤدي إلى حالات القصور العقلي أو بطء الفهم أو العنف العقلي الشديد وذلك قبل الالتهاب السحائي أو المخي أو الحمى الشوكية أو التهاب الدماغ أو الحمى القرمزية أو الأنفلونزا أو الالتهاب الرئوي أو السعال الديكي أو الحصبة أو التهاب الغدة النكافية بالإضافة إلى حالات سوء التغذية الشديدة أو نقص البروتين في السنة الأولى من العمر إلى التخلف العقلي (إبراهيم الزهيري، ٢٠٠٠، ٢٣٨).

ثانياً : بعض الدراسات السابقة :

هدفت دراسة آمي Amy (2002) إلى معرفة تأثير صمم الأطفال على ضغوط الوالدية للأمهات، وكذلك مدى تأثير ضغوط الوالدية بالدعم الاجتماعي للأم، ومدى تأثير عمر الطفل على ضغوط الوالدية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٣) أم لأطفال عادي السمع، (٢٣) أم لأطفال معاقين سمعياً، والأطفال في سن ٢٢ شهر ، ٣ سنوات ، ٤ سنوات ، واستخدمت الدراسة مقياس ضغوط الوالدية، مقياس الدعم الاجتماعي، مقياس سمات الطفل، مقياس المشكلات الوالدية والأسرية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى: أظهرت أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في سن (٢٢) شهر ضغوطاً والدية ومشكلات أسرية أعلى من أمهات الأطفال العاديين في نفس السن، أظهرت أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في سن (٢٢) شهر ضغوطاً والدية ومشكلات أسرية أعلى من أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في سن ٣ ، ٤ سنوات، أظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين سمعياً تحتاج لدعم اجتماعي أكثر من أمهات الأطفال عاديي السمع.

وهدفت دراسة السيد محمد السيد أبو النجا (٢٠٠٦) إلى معرفة ضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض السلوكيات اللاتوافقية للأبناء ذوي الإعاقة السمعية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٨٠) معاقاً سمعياً من مدارس الأمل بمحافظات الإسكندرية وسوهاج والزقازيق بالشرقية، وتتراوح أعمارهم من (٩-١٢) سنة، وتم استخدام الأدوات الآتية: مقياس مظاهر

الضغوط النفسية لآباء المعاقين، مقياس تقدير المعلم للسلوك العدواني، مقياس تقدير المعلم لسلوكم النشاط الحركي الزائد للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وتم استخدام معامل الارتباط لبيرسون، معادلة ألفا لكرونباخ، تحليل التباين (٢×٢×٢)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين ضغوط الوالدية والسلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، بمعنى أنه كلما زادت ضغوط الوالدية ازدادت درجة السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، أسر الأطفال الصم أكثر اضطراباً في تفاعلاتها الأسرية من أسر الأطفال ضعاف السمع.

وبحث كل من Tracey & Hastings (2008) بعض المتغيرات النفسية (القبول – الاهتمام – المواجهة) التي يمكن أن تفسر بعض التباين في الشعور بالضغط والضيق والقلق والاكتئاب لدى الأمهات، ومن أجل ذلك الهدف تضمنت عينة الدراسة (٥٧) أماً تم تطبيق مجموعة مقاييس مرتبطة بأداء أطفالهم، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن القبول مرتبط بقلق الأمهات وكذلك مرتبط بالاكتئاب والضغط، وأنه كلما زاد القبول قلت مشكلات عدم التوافق لدى الأمهات، وارتباط متغيرات الدراسة النفسية بالضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً.

وتناول محمد السعيد علي المصري (٢٠١٠) فعالية برنامج إرشادي أسري في تخفيف الرفض الاجتماعي لدى أطفالهم المتخلفين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من الجنسين بمدرسة التربية الفكرية بمحافظة كفر الشيخ، وتتراوح أعمار أبنائهم ما بين (٧-١٤) سنة، نسبة ذكاء أبنائهم (٥٠-٧٠) درجة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (١٠ أفراد مجموعة تجريبية، ١٠ أفراد مجموعة ضابطة)، وتم استخدام اختبار ستانفورد – بينيه للذكاء، مقياس السلوك التكيفي، مقياس الرفض الاجتماعي، البرنامج الإرشادي، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات أطفال المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على مقياس الرفض الاجتماعي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعتين (التجريبية – الضابطة) في القياس البعدي لصالح أمهات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس الرفض الاجتماعي.

كما قام صالح عبد المقصود موسى (٢٠١٠) بدراسة هدفت إلى معرفة مدى فعالية برنامج للإرشاد الأسري في خفض العزلة الإجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً وأثره على تواصلهم مع الآخرين، وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً (٨ مجموعة ضابطة، ٨ مجموعة تجريبية) من المتخلفين عقلياً، وتتراوح أعمارهم ما بين (٩-١٢) عاماً بمتوسط عمري قدرة (١٠.٩) عاماً وانحراف معياري (٠.٩٤) من مدرسة التربية الفكرية بمنيا القمح والزقازيق بمحافظة الشرقية من الصف الرابع إلى السادس الابتدائي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس العزلة الإجتماعية ، مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، برنامج الإرشاد الأسري، مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء، وكشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس العزلة الإجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس العزلة الإجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

وتناولت دراسة هالة حسنين (٢٠٠٧) تحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وهدفت إلى تحسين السلوك من خلال برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات كالعناية بالذات والمهارات الإجتماعية ، اللغة، التواصل، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال متخلفين عقلياً (٦ ذكور، ٤ إناث) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٦-١٢) عاماً، واستخدمت برنامج تدريبي للمهارات الإجتماعية والتواصل واللغة، وتوصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مهارات السلوك التكيفي والدرجة الكلية، وأن هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية، وكما وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مهارات السلوك التكيفي لصالح القياس البعدي ولا توجد فروق بين درجات الأطفال في المجموعة التجريبية بين الذكور والإناث في القياس البعدي والتتبعي.

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق لبعض الدراسات السابقة نلاحظ أن هناك مجموعة من الدراسات تؤكد نتائجها على أهمية استخدام برامج إرشادية في خفض العزلة الإجتماعية

وتخفيف الرفض الاجتماعي لدى المعاقين عقلياً ومنها دراسات " صالح عبد المقصود موسى " (٢٠١٠)، " محمد السعيد علي المصري " (٢٠١٠).

أما بالنسبة للدراسات السابقة التي تناولت متغير ضغوط الوالدية والتي أكدت على تخفيف ضغوط الوالدية ومنها دراسة كل من Amy (2002) ، السيد محمد السيد أبو النجا (٢٠٠٦) ، Tracey & Hastings (2008).

ومن خلال هذا العرض للدراسات السابقة تباينت بعض الدراسات ويتضح أنه لا توجد دراسة سابقة – على حد علم الباحث – تناولت متغيرات الدراسة الحالية في تناولها برنامج إرشادي أسري للحد من ضغوط الوالدية وأثره في العزلة الإجتماعية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، فهذا البرنامج يعدل اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم بعد تخفيف ضغوط الوالدية ومن ثم يخفف العزلة الإجتماعية التي تمثل عائق من عوائق التوافق مع الآخرين، واستخدام المحاضرات والإلقاء والمناقشة وهذا يحقق التوافق والصحة النفسية.

فروض الدراسة :

من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة صاغ الباحث الفروض التالية كإجابات محتملة لما أثاره في مشكلة الدراسة من تساؤلات :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لصالح القياس البعدي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية .

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية .

إجراءات الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة :

استخدم الباحث المنهج التجريبي، واعتمد على التصميم التجريبي ذي المجموعتين المتجانستين، التجريبية والضابطة، والقياس القبلي ثم البعدي لتلك المجموعتين، واعتمد على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة، والقياس القبلي ثم البعدي لهذه المجموعة.

ثانياً : عينة الدراسة :

أ – العينة الاستطلاعية :

تم اختيار عينة استطلاعية للدراسة الحالية، وذلك بغرض التحقق من كفاءة الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة، ومراعاة لبعض الجوانب الإجرائية عند تطبيق هذه الأدوات على العينة الأساسية، وبلغ حجم العينة الاستطلاعية (١٠) من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية بأسيوط.

ب – العينة الأساسية :

اختيرت عينة أساسية لإجراء هذه الدراسة قوامها (٣٠) أماً (١٥ مجموعة ضابطة، ١٥ مجموعة تجريبية) من أسر الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية بأسيوط، وتتراوح أعمارهن بين (٢٨–٥٠) عاماً، بمتوسط عمري (٣٨.٦) عاماً، وانحراف معياري (١.٤٤)، مع مراعاة أن أفرادها ليسوا من أفراد العينة الاستطلاعية، كذلك قد تضمنت عينة هذه الدراسة مجموعة من الأطفال الذين نقوم بتطبيق مقياس العزلة الإجتماعية عليهم وبلغ عددهم (٣٠) طفلاً (١٥ مجموعة ضابطة، ١٥ مجموعة تجريبية)، تراوحت أعمارهم الزمنية من (٩–١٢) عاماً أي في المرحلة الابتدائية ينتمون للصف الرابع إلى السادس الابتدائي وذلك بمتوسط عمري قدره (١٠.٢٠) عاماً وانحراف معياري (٠.٩١)، وتراوحت نسبة ذكائهم من (٥٠–٧٠) أي من فئة القابلين للتعلم.

ثالثاً : أدوات الدراسة :(*)

١– مقياس ضغوط الوالدية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً

إعداد: محمود محيي الدين سعيد

(*) انظر ملاحق الدراسة.

٢- مقياس العزلة الإجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً إعداد: الباحث

٣- مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء الصورة الرابعة تعريب وإعداد لويس كامل مليكه (١٩٩٨)

٤- برنامج الإرشاد الأسري إعداد: الباحث

التحقق من المعالم السيكومترية لأدوات الدراسة (كفاءة الأدوات) :

١- مقياس العزلة الإجتماعية : إعداد وتقنين الباحث

خطوات بناء المقياس :

قام الباحث بإعداد مقياس العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية بأسيوط، اعتماداً على الدراسات السابقة والاختبارات والمقاييس المستخدمة في هذا الميدان، ومن هذه المقاييس: مقياس سلوك الأطفال من سن (٦-١٢) عاماً لـ (جابر عبد الله عيسى، ١٩٩٠)، قائمة المشكلات السلوكية للطفل لـ (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣)، مقياس المهارات الإجتماعية للصغار من إعداد (محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨)، مقياس العزلة الإجتماعية ترجمة وتعريف (عادل عبد الله، ١٩٩٧)، مقياس السلوك الانطوائي إعداد (صفاء عبد العزيز، ٢٠٠٢)، مقياس السلوك الانسحابي للأطفال إعداد (عادل عبد الله، ٢٠٠٢)، مقياس السلوك الانعزالي إعداد (صلاح الدين حمدي، ٢٠٠٣)، مقياس السلوك الانسحابي من إعداد (صالح السواح، ٢٠٠٧)، كما تم الاطلاع على الأطر النظرية التي تناولت العزلة الإجتماعية ، وتم إعداد مقياس يتضمن (٥٠) خمسون عبارة موزعة على خمسة أبعاد لمقياس العزلة الإجتماعية وهي:

البعد الأول : الخوف من الآخرين :

ويعبر عن خوف الطفل المعاق عقلياً من الآخرين والبعد عنهم وعدم التجاوب معهم وعبارات هذا البعد هي (١، ٦، ١١، ١٦، ٢١، ٢٦، ٣١، ٣٦، ٤١، ٤٦).

البعد الثاني : عدم المشاركة الإجتماعية :

ويقصد به عدم تفضيل الطفل المعاق عقلياً المشاركة في الأنشطة والألعاب مع الزملاء والأقران ولكن يميل للعب بمفرده، وهو لا يستطيع تكوين علاقات صداقة مع الآخرين، وليس لديه رغبة وميل لمساعدة الآخرين وعبارات هذا البعد هي (٢، ٧، ١٢، ١٧، ٢٢، ٢٧، ٣٢، ٣٧، ٤٢، ٤٧).

البعد الثالث : السرحان والتشتت :

ويقصد به عدم الانتباه وشرود العقل وكثرة التفكير، والانشغال وعدم التحمس وإطالة التفكير في أحلام اليقظة وعبارات هذا البعد (٣، ٨، ١٣، ١٨، ٢٣، ٢٨، ٣٣، ٣٨، ٤٣، ٤٨).

البعد الرابع : القلق والاضطراب :

ويقصد به كل ما ينتاب الطفل المعاق عقلياً ويشعره بالتوتر والاضطراب والخوف من الوقوع في الأخطاء أثناء التعامل مع الآخرين والخوف من الأصوات المرتفعة ويشمل العبارات (٤، ٩، ١٤، ١٩، ٢٤، ٢٩، ٣٤، ٣٩، ٤٤، ٤٩).

البعد الخامس : المكانة الأسرية :

ويقصد بها كل ما يدركه الطفل المعاق عقلياً عن شخصيته كأحد أفراد الأسرة والمتمثلة في مكانته، ودوره في الأسر، والثقة المتبادلة بينه وبين أفراد الأسرة ويتكون من العبارات (٥، ١٠، ١٥، ٢٠، ٢٥، ٣٠، ٣٥، ٤٠، ٤٥، ٥٠).

الإجراءات السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من صدق مقياس العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً وثباته كما يلي:

أولاً : صدق المقياس :

صدق المحكمين :

تم عرض المقياس في صورته المبدئية (٦٠) عبارة على مجموعة من المحكمين، لتحديد مدى صلاحية كل عبارة لقياس العزلة الإجتماعية ، وكذلك مدى ملائمة كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه، واختيرت العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق (٨٠%) من المحكمين، أسفرت هذه الخطوة عن استبعاد (١٠) عبارات.

- صدق المحكات :

تم حساب صدق المقياس عن طريق صدق المحكات مع اختبار ضغوط الوالدية الذي أعده الباحث في الدراسة الحالية على نفس العينة الاستطلاعية وكان معامل الارتباط (٠.٧٥) وهو دال عند مستوى (٠.٠١).

- صدق التحليل العاملي :

من خلال التحليل العاملي للمقياس تم معرفة تشبعات العوامل المشتركة على أبعاد مقياس العزلة الإجتماعية ، وقد أسفر التحليل العاملي لأبعاد المقياس عن تشبعها على عامل واحد بنسبة تباين ٩٦.٨١٥ وهي نسبة تباين كبيرة وهذا يعني أن هذه الأبعاد الخمسة التي تكون هذا العامل تعبر تعبيراً جيداً عن عامل واحد هو العزلة الإجتماعية الذي وضع المقياس لقياسه بالفعل، مما يؤكد تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة ، والجدول التالي يبين ذلك :

جدول (١)

يوضح نتائج صدق التحليل العاملي لأبعاد مقياس العزلة الإجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً

م	أبعاد المقياس	نسب الشيوع	قيم التشبع بالعامل

١	الخوف من الآخرين	٠.٩٦٥	٠.٩٨٣
٢	عدم المشاركة الإجتماعية	٠.٩٦٠	٠.٩٨٠
٣	السرحان والتشتت	٠.٩٨٦	٠.٩٩٣
٤	القلق والاضطراب	٠.٩٦٩	٠.٩٨٥
٥	المكانة الأسرية	٠.٩٦٠	٠.٩٨٠
الجذر الكامن		٢.٢١٨	
نسبة التباين		٤٤.٣٦	

ثانياً : ثبات المقياس :

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ على العينة الاستطلاعية، وبلغت قيمة معامل الثبات (٠.٧٩) وهي دالة عند مستوى (٠.٠١) ويتضح من الإجراءات السابقة أن مقياس العزلة الإجتماعية لدى عينة الدراسة ذو كفاءة مطمئنة في قياس ما وضع لقياسه.

طريقة تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من (٥٠) عبارة تأخذ درجات (٣، ٢، ١) على الترتيب كثيراً، أحياناً، نادراً، وبذلك تصبح الدرجة الكلية للمقياس الكبرى (١٥٠) والصغرى (٥٠).

٢- مقياس ضغوط الوالدية : إعداد: محمود محيي الدين سعيد

قام محمود محيي الدين سعيد (٢٠٠٤) بإعداد مقياس ضغوط الوالدية لأمهات الأطفال المعاقين، ويتضمن المقياس (٦٠) عبارة يجاب عنها بـ " نعم " أو " أحياناً " أو " لا " بمدى درجات كلي يتراوح ما بين (٦٠-١٨٠) درجة، ويضم كل مقياس فرعي (١٢) عبارة، بمدى يتراوح بين (١٢-٣٦) درجة، ويتضمن المقياس خمسة أبعاد هي: انخفاض تقدير الذات، القلق، أعراض الاكتئاب، العزلة الإجتماعية ، اضطرابات التفاعلات الأسرية.

وقام المؤلف بحساب الصدق التلازمي للمقياس إلى جانب حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق فبلغت معاملات الارتباط كما يلي : (٠.٨٦١) للبعد الأول، (٠.٨٢٤) للبعد الثاني، (٠.٧٩٥) للبعد الثالث، (٠.٩٠٢) للبعد الرابع، (٠.٧٨٦) للبعد الخامس، وتدل هذه النتائج على تمتع المقياس بخصائص طيبة من الصدق والثبات.

الخصائص السيكومترية لمقياس ضغوط الوالدية في الدراسة الحالية : (الصدق والثبات)

بعد تعديل بعض عبارات المقياس بما يتفق مع عينة الدراسة الحالية، تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية، وقد بلغت نسبة اتفاق المحكمين إلى (٨٠%) (صدق المحكمين)، وتم حساب صدق المقياس عن طريق صدق المحكات مع اختبار العزلة الإجتماعية الذي أعده الباحث في الدراسة الحالية على نفس العينة الاستطلاعية وكان معامل الارتباط (٠.٧٤) وهو دال عند مستوى (٠.٠١) ، وقام الباحث بحساب ثبات المقياس لضغوط الوالدية على العينة الاستطلاعية بطريقة Alpha Coefficient ، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٧٩) للبعد الأول، (٠.٨٣) للبعد الثاني، (٠.٨٠) للبعد الثالث، (٠.٩١) للبعد الرابع، (٠.٧٧) للبعد الخامس، وهي دالة عند مستوى (٠.٠١)، ويتضح من الإجراءات السابقة أن هذا المقياس ذو كفاءة مطمئنة في قياس ما وضع لقياسه.

٣- البرنامج الإرشادي :(*)

إن محور التجربة في البحث الحالي تقوم على إعداد برنامج إرشادي استناداً إلى الدراسات التي أكدت على خفض الدرجة المرتفعة من ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والحد من العزلة الإجتماعية لدى أطفالهن مع مراعاة الأسس المتعارف عليها في بناء البرامج الإرشادية.

خطوات بناء محتوى البرنامج :

- **الاطلاع على البحوث والدراسات والبرامج الإرشادية والتي تناولت خفض العزلة الإجتماعية وتخفيف ضغوط الوالدية لدى ذوي الإعاقات العقلية والعاديين مثل دراسة كل من Amy (2002) ، السيد محمد السيد أبو النجا (٢٠٠٦)، هالة حسنين**

(*) انظر ملاحق الدراسة.

(٢٠٠٧)، Tracey & Hastings (2008) ، محمد السعيد علي (٢٠١٠) ، صالح عبد المقصود موسى (٢٠١٠).

- تحديد الهدف الرئيسي للبرنامج المقترح، والأهداف الفرعية له تحديداً دقيقاً، وكذلك الوسائل والمعينات المختلفة التي يمكن أن تسهم في الوصول إلى تحقيق الأهداف.
- التخطيط لجلسات البرنامج، وأن يكون لكل جلسة هدف محدد، وتتنوع هذه الأهداف وتتكامل، لتصل في النهاية إلى تحقيق الهدف الرئيسي من البرنامج.
- عرض الجلسات ومحتوياتها على مجموعة من الخبراء، وذلك لإبداء الرأي في محتويات هذه الجلسات، والتحكيم عليها، وتقدير ما يرونه من أفكار.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس تتمثل في :

أ - **الأسس العامة**: التي تعني مراعاة حق الطفل ذوي الإعاقة العقلية في الإرشاد والعلاج النفسي، وكذلك حقه في التقبل الإيجابي غير المشروط، وتخفيف ضغوط الوالدية، وإيجاد نوع من تخفيف شدة العزلة الإجتماعية وفهم وتقبل الإعاقة لدى الوالدين.

ب- **الأسس الفسيولوجية**: وقد روعي في إعداد البرنامج الخصائص النفسية والعصبية والجسمية لأفراد عينة الدراسة الحالية، حيث ينظر من خلال البرنامج الإرشادي الأسري للحد من ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وتخفيف شدة العزلة الإجتماعية لدى أطفالهن على أنهم كائنات بيولوجية مميزة على سائر المخلوقات، وأن الأفكار والسلوك غير المرغوب فيه يكتسب في مرحلة الطفولة المبكرة بواسطة أحد الأفراد ذوي الأهمية لدى الفرد.

جـ- **الأسس الفلسفية**: حيث يستند البرنامج الإرشادي الأسري على الأصول الفلسفية في الشخصية والسلوك والعلاج وتغيير السلوك إلى ما هو أفضل وإيجاد نوع من الحد لضغوط الوالدية وتخفيف شدة العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم ومن ثم تحقيق الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي مع المجتمع وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين.

د – **الأسس الإجتماعية** : تؤكد دراسات عديدة فاعلية البرامج الإرشادية في العمل الجماعي الذي يعزز كثيراً من السلوكيات والقيم المرغوبة مثل (التعاون والمشاركة والانتماء والعصف الذهني وغيرها)، ومحاولة الحد من العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم حتى يستطيعوا فهم أنفسهم مما يؤدي إلى المشاركة الإيجابية مع أ فراد المجتمع، وتخفيف درجة ضغوط الوالدية العالية لدى أمهاتهم مما يؤدي إلى التوافق وتحقيق الصحة النفسية.

هـ– **الأسس النفسية والتربوية**: أخذ في الاعتبار المظاهر المختلفة للنمو والفروق الفردية في مرحلة الطفولة، وكذلك خصائص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتحقيق جانب من النمو النفسي السوي للأطفال وأمهاتهم ومن خلال عرض البرامج الإرشادية وجلسات البرنامج يمكن تخفيف العزلة الإجتماعية وتحقيق التوافق والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

أهداف البرنامج :

تنقسم أهداف البرنامج الإرشادي النفسي إلى :

- **هدف إرشادي**: يتمثل في خفض الدرجة المرتفعة من ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والحد من العزلة الإجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.
- **هدف نمائي**: يتمثل في إتاحة الفرصة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً لتحقيق النمو النفسي والمعرفي واكتمال النضج.
- **هدف وقائي**: يتمثل في تحصين أمهات الأطفال المعاقين عقلياً على تحقيق قدر مناسب من الوقاية من احتمالية التعرض لمجموعة من الأفكار الخاطئة التي قد تسبب لهن ضغوطاً والدية تجاه أبنائهن.
- **هدف وجداني**: يتمثل في مساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً على كيفية الاندماج في البرنامج.

محاور البرنامج :

أ – **الجلسات : وتتمثل في :**

- عنوان الجلسة.
- الإجراءات المتبعة.
- هدف الجلسة.
- ممارسة الأنشطة.

- الفنيات المستخدمة في كل جلسة. - التفاعل بين الباحث وأفراد العينة.
- زمن الجلسة.

ب- **المدرسة:** حيث يؤكد الباحث على المدرسين (أو من يقوم بدورهم) على حسن معاملة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

ج- **المنزل:** الاتصال بالأبناء الأصحاء لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً وحثهم على تشجيع أمهاتهم ومشاركتهم بالآراء والتشجيع على الاستمرارية والرضا بالواقع.

د - **أمهات الأطفال المعاقين عقلياً:** اشترط الباحث بعض الشروط بالنسبة لاختيار (عينة البرنامج) من أهمها :

- أن تكون الأمهات لأطفال من ذوي الإعاقة العقلية.
- أن يكون والدا الطفل المعاق عقلياً موجودين الاثنين على قيد الحياة (دون وفاة أحدهما أو سفره للخارج أو الانفصال).
- أن يوجد بالأسرة طفل واحد معاق فقط (هو الطفل ذاته).
- أن يكون لديه أخوة أصحاء (ذكوراً وإناث) لاستبعاد أمهات الابن الوحيد المعاق عقلياً وما يعانيه من مشكلات نفسيه.
- ألا يجمع الطفل بين إعاقتين أو أكثر أو أي أمراض أخرى.

هـ- **فنيات البرنامج الإرشادي الأسري :**

- **الاسترخاء:** توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، ويستخدم للتعبير عن الاعتقادات الخاطئة والتي قد تكون أحياناً من الأسباب الرئيسة في إثارة الضغوط النفسية.
- **الواجب المنزلي:** وهي التي يكلف بها الأفراد بعد الانتهاء من كل جلسة، ويتم مناقشة هذه الواجبات المنزلية في جلسات البرنامج التالية وذلك بهدف مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج.

- **حل المشكلات**: عملية يستحضر فيها المرشد مفاهيم وقواعد من معرفته السابقة ويستخرج منها قواعد على مستوى أعلى يساعده على حل المشكلات وهي أعلى صور التعلم.
- **المحاضرة والمناقشة**: هي إحدى الأساليب الهامة التي تساعد أمهات الأطفال المعاقين عقلياً لفهم طبيعة الموقف الضاغط والتوصل إلى حلول مرضية، مما تكسبهن خبرة تمكنهن من تعديل اتجاهاتهم.
- **لعب الدور**: أحد التكتيكات القائمة على نشاط الأعضاء ويهدف هذا التكتيك إلى إتاحة الفرصة للتنفيس الإنفعالي وتحقيق التوافق والتفاعل السليم ويهتم لعب الدور بتمثيل مشكلات يعاني منها معظم أعضاء الجماعة.
- **النمذجة**: تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، حيث تعطى للشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.
- **التعزيز**: يتم إثابة الأم على السلوك السوي المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك (الموقف)، حيث يستخدم الباحث الثواب المادي والمعنوي، كذلك عدم تعريض الأم لخبرة منفرة.

الأنشطة والأدوات المستخدمة في البرنامج:

- **مسجل صوتي**: مسجل عليه تعليمات الاسترخاء مع موسيقى هادئة تساعدهم على الاسترخاء.
- الأدوات المستخدمة في البرنامج والمحتوى العلمي للبرنامج الإرشادي الأسري.
- **الأنشطة المصاحبة للبرنامج**: تتمثل في الأنشطة الترفيهية واللعب للأطفال، سرد القصص، الأنشطة الزراعية التي تتضمن تنظيف حديقة المدرسة وتشجيرها، الأنشطة الفنية مثل الرسم وتلوين الرسم، الموسيقى التي تساعد على خفض القلق والتوتر، الرحلات .

حدود البرنامج : يتحدد البرنامج في البحث الحالي بما يلي :

أ- **المجموعة العلاجية**: المتمثلة في عينة البحث التجريبية.

ب- **المكان**: في حجرة مجهزة بمدرسة التربية الفكرية بأسيوط بالمرحلة الابتدائية.

ج- **عدد الجلسات**: يتضمن (٢٥) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً.

د - **الزمن**: (٤٠-٤٥) دقيقة لكل جلسة.

هـ- **الأفراد المشاركون**: الباحث – أمهات الأطفال – والأطفال المعاقين عقلياً – وأخصائي التربية الخاصة.

و - **التقويم**: للتعرف على مدى تقدم كل أم في المجموعة.

ز - **التدريبات المنزلية**: تختتم كل جلسة بواجب منزلي.

ح- **الفنيات المستخدمة**: سبق الإشارة إليها.

ط - **العلاقة العلاجية**: تتسم تلك العلاقة بالثقة المتبادلة والمودة بين أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والباحث، ووجود الألفة والاحترام والمتابعة المستمرة.

نتائج الدراسة ، ومناقشتها :

الفرض الأول : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لصالح المجموعة التجريبية ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم حساب قيمة " ت " لمتوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج، والجدول رقم (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢)

يوضح قيم "ت" لمتوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة للأطفال بعد تطبيق البرنامج في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية

المجموعات / المتغيرات	المجموعة الضابطة ن١ = ١٥		المجموعة التجريبية ن٢ = ١٥		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
ضغوط الوالدية	٣٤.٣٣	٢.٥٤	٢٩.٧٠	٢.٦٠	٤.٧٧	٠.٠١
العزلة الإجتماعية	١٩.٤٦	٢.٠٦	١٤.٤٠	٢.٢٧	٦.١٧	٠.٠١

ويتضح من الجدول رقم (٢) أن الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية دالة عند مستوى (٠.٠١) لصالح المجموعة التجريبية وهذا ما يحقق صحة الفرض الأول.

وهذا يؤكد أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من فنيات البرنامج الإرشادي الأسري لخفض درجة ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وكذلك تخفيف العزلة الإجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً، كما أظهرت الأسر التجريبية تحسناً في المهارات الإجتماعية والتواصلية، وتخفيف ضغوط الوالدية يؤدي إلى تحقيق التوافق والصحة النفسية، والقدرة على التروي واتخاذ القرار الإيجابي، وهذا بخلاف أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي فنية من فنيات البرنامج الإرشادي فلم يحدث لأفرادها أي تفسير له دلالة إحصائية لخفض ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية ، وهذا يتفق مع نتائج مجموعة من الدراسات السابقة منها دراسات كل من : "هالة حسنين" (٢٠٠٧)، "صالح عبد المقصود موسى" (٢٠١٠)، "محمد سعيد علي المصري" (٢٠١٠).

الفرض الثاني : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم حساب قيمة " ت " للتطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية باستخدام معادلة الفروق في حالة المتوسطات المرتبطة.

$$ت = \frac{م\ ف}{\sqrt{\frac{مج\ ح^{2}ف}{ن\ (ن-١)}}}$$

والجدول رقم (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣)
يوضح قيم "ت" للتطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية

المجموعة التجريبية / الواحدة المتغيرات	ن	م ف	مج ح٢ف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ضغوط الوالدية	١٥	٥.٥	٤٦٠	٣.٧٢	٠.٠١
العزلة الإجتماعية	١٥	٧.٠	٤٥٠	٤.٧٩	٠.٠١

يتضح من الجدول رقم (٣) أن هناك فروقاً جوهرية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح القياس البعدي في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية ، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني. وتؤكد هذه النتائج فعالية البرنامج الإرشادي الأسري، في خفض العزلة الإجتماعية لدى الأطفال (التلاميذ) المعاقين عقلياً والتخلص من الأنانية وحب الذات والتعود على التعاون مع الآخرين، وكذلك خفض درجة ضغوط الوالدية العالية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وتحقيق الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي عن طريق الرضا بالواقع وتقبل الإعاقة والإيمان بالقضاء والقدر، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات عديدة منها: Amy (2002) ، السيد محمد السيد أبو النجا (٢٠٠٦)، Tracey & Hastings (2008).

الفرض الثالث : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم حساب قيمة " ت " للتطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية باستخدام معادلة الفروق في حالة المتوسطات المرتبطة، والجدول رقم (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤)

يوضح قيم " ت " للتطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية

المجموعة الضابطة / المتغيرات	ن	م ف	مج ح٢ف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ضغوط الوالدية	١٥	١.٠	٣١٠	٠.٨١	غير دال
العزلة الإجتماعية	١٥	١.٢	٤٢٠	٠.٧٨	غير دال

ويتضح من الجدول رقم (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية ، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثالث.

ويفسر ذلك بأن نتائج الفرض الثالث تدعم بشكل غير مباشر فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم حيث كشفت عن أن المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض للبرنامج لم يحدث لأفرادها أي تغير له دلالته وذلك بالنسبة لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية في حين وجدنا كما كشفت نتائج الفرض الثاني نه قد حدث تحسن دال في خفض ضغوط الوالدية وتخفيف درجة العزلة الإجتماعية للمجموعة التجريبية في القياس البعدي على أثر تعرضهم للبرنامج، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة مثل دراسة كل من : (آمال عبد السميع باظه، ٢٠٠٩)، (حامد زهران، ٢٠٠١)، (محمود محيي الدين سعيد، ٢٠٠٤)، (محمد السعيد علي المصري، ٢٠١٠).

الفرض الرابع : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم حساب قيم " ت " للتطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية باستخدام معادلة الفروق في حالة المتوسطات المرتبطة، والجدول رقم (٥) يوضح ذلك.

جدول (٥)

يوضح قيم " ت " للتطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في ضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية

المجموعة التجريبية / المتغيرات	ن	م ف	مج ح٢ف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ضغوط الوالدية	١٥	١.٣	٥٢٠	٠.٨٢	غير دال
العزلة الإجتماعية	١٥	١.١	٥٥٠	٠.٦٨	غير دال

ويتضح من الجدول رقم (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لضغوط الوالدية والعزلة الإجتماعية ، وبذلك تتحقق صحة الفرض الرابع.

وقد يرجع هذا إلى ما تم خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج من خبرة أفراد المجموعة التجريبية من الأنشطة والرضا بالواقع والشكر لله عز وجل على نعمة الصحة والعافية وأيضاً الحمد لله والشكر على نعمة البلاء ، ولابد من توفير الدعم المادي والمعنوي من قبل الأسرة والأصدقاء والمعلمين والوقوف بجانب الأفراد المعاقين عقلياً بصفة خاصة والمعاقين بصفة عامة والتخلص من الأفكار غير العقلانية، ومن ثم يؤدي ذلك كله إلى تحقيق التوافق والصحة النفسية، وهذا ما أكدته بعض الدراسات السابقة.

أوجه الإفادة من الدراسة الحالية :

١- تؤكد نتائج الدراسة الحالية على أهمية استخدام البرنامج الإرشادي الأسري في خفض العزلة الإجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً، والرضا بالواقع لأسر المعاقين عقلياً وتخفيف ضغوط الوالدية.

٢- تبصير المجتمع بطبيعة ضغوط الوالدية الذي تعانيه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والتي يترتب عليها الأمراض السيكوسوماتية.

٣- الاهتمام بالإرشاد الأسري وأهدافه وعقد ندوات بصفة دورية لوالدي الأطفال المعاقين عقلياً بغرض التوعية المستمرة.

٤- تعديل اتجاهات المحيطين نحو الطفل المعاق عقلياً، وتشجيعهم على التفاعل الإيجابي في الحياة، مما يبعث الثقة والطمأنينة في نفس الطفل المعاق والاهتمام بأساليب التعزيز المادي والمعنوي والاجتماعي.

٥- بناء برامج إرشادية وتدريبية في الإعاقات البصرية والسمعية والمزدوجة.

المراجع :-

أولاً : المراجع العربية :

إبراهيم عباس الزهيري (٢٠٠٠): فلسفة تربية ذوي الإحتياجات الخاصة ونظم تعليمهم، زهراء الشرق للنشر والتوزيع، القاهرة.

أحمد أحمد متولي عمر (١٩٩٣): مدى فعالية التدريب على المهارات والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الإجتماعية لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.

أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠٥): تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، بالإشتراك مع مكتب التربية العربي بدول الخليج.

آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٠): مقياس السلوك العدواني للأطفال: كراسة التعليمات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٨): سيكولوجية غير العاديين (ذوي الإحتياجات الخاصة)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٨): مدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٩): اضطرابات التواصل وعلاجها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

آمال محمود عبد المنعم (١٩٩٩): فعالية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

آمنة سعيد حمدان (٢٠٠١): المهارات الإجتماعية والثبات الإنفعالي لدى التلاميذ أبناء الأمهات المكتئبات، رسالة ماجستير، معهد دراسات التربوية، جامعة القاهرة.

إيمان فؤاد كاشف (١٩٨٩): أثر برنامج إرشادي في تعديل الإتجاهات الوالدية نحو أبنائهم المعوقين عقلياً، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي (١٩٩١): معجم علم النفس في الطب النفسى، الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة.

جمال محمد الخطيب (١٩٩٣): تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين، عمان (الأردن)، دار إشراق للنشر والتوزيع.

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠): الإضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، ط٥، القاهرة، عالم الكتب.

حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٣، عالم الكتب، القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٤، عالم الكتب، القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٢): التوجيه والإرشاد النفسي، ط٣، القاهرة، عالم الكتب.

حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠١): الإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة "الأسباب والتشخيص والعلاج"، القاهرة، دار القاهرة للنشر.

رجاء شريف عواد (٢٠٠٢): السلوك المشكل لدى الطفل الأصم وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

رمضان محمد القذافي (٢٠٠١): رعاية المتخلفين ذهنياً، ط٢، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

سعيد عبد الرحمن محمد (٢٠٠٤): فاعلية استخدام السيكودراما في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي لدى ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.

سهير كامل أحمد (١٩٩٨): سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

السيد محمد السيد أبو النجا (٢٠٠٦): ضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض السلوكيات اللاتوافقية للأبناء ذوي الإعاقة السمعية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر.

شاكر محمد قنديل (١٩٩٨): الإعاقة كظاهرة اجتماعية، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ص (٨-١٢).

شيفر وملمان (ترجمة) سيد حسني العزة (١٩٩٩): سيكولوجية الطفولة والمراهقة (مشكلاتها، وأسبابها، وطرق حلها)، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

صالح عبد المقصود موسى السواح (٢٠٠٧): فعالية التدريب على التواصل في تعديل السلوك الإنسحابي لدى الأطفال ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.

صالح عبد المقصود موسى صالح (٢٠١٠): فعالية برنامج للإرشاد الأسري في خفض العزلة الإجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً وأثره على تواصلهم مع الآخرين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.

صفاء عبد العزيز القوشتي (٢٠٠٣) : مدى فاعلية برنامج يستخدم اللعب لتخفيف حدة السلوك الإنطوائي لدى الأطفال ضعاف السمع، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

صلاح الدين حمدي (٢٠٠٣): فاعلية التدعيم الإجتماعي من الرفاق الكبار في خفض السلوك الإنعزالي للطفل، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

طريف شوقي غريب (١٩٩٨): توكيد الذات "مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية"، القاهرة، دار غريب.

عادل عبد الله محمد (١٩٩٧): دراسات لبعض الخصائص النفسية المرتبطة بالعزلة الإجتماعية بين الشباب الجامعي، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد ٢٩.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢): فعالية تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من سلوكهم العدواني، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد ١٢، العدد ٢٥.

عادل عز الدين الأشول (١٩٩٣): الضغوط النفسية للإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد الأول.

عايدة قاسم الرفاعي (١٩٩٧): مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): العلاج السلوكي متعدد المحاور ومشكلات الطفل، مجلة علم النفس، العدد (٢٦)، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب.

فتحي أحمد الطاهر فتح الباب (٢٠٠٢): مستوى القلق وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الصم وضعاف السمع (دراسة مقارنة)،رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

فيولا الببلاوي (١٩٩٠): مشكلات السلوك عند الأطفال، نماذج من البحوث في تحليل وتعديل السلوك عند الأطفال، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

فيولا الببلاوي (١٩٩٨): مقياس ضغوط الوالدية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩): مرجع في التخلف العقلي، ط٢، دار النشر للجامعات، القاهرة.

لويس كامل مليكه (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم.

لويس كامل مليكه (١٩٩٨ب): دليل مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء، الصورة الرابعة، المراجعة الأولى، (قياس وتقييم القدرات المعرفية في حالات الصحة والمرض)، ط٢، القاهرة، مطبعة فيكتور كيرس.

ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

محمد السعيد علي المصري (٢٠١٠): فعالية برنامج إرشادي أسري في تخفيف الرفض الإجتماعي لدى أطفالهم المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.

محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): مدى فاعلية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الإجتماعية في علاج الخجل والشعور بالذات لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق.

محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة حسن (٢٠٠٣): تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية (دليل الآباء والمعالجين)، القاهرة، دار الفكر العربي.

محمد سعيد سلامه هندية (٢٠٠٣): مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة الإكتئاب لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي (الأسباب – التشخيص – البرامج)، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد محروس الشناوي، محمد عبد المحسن التويجري (١٩٩٦): المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي "الإرشاد النفسي في عالم متغير"، من ٢٣-٢٥ ديسمبر، مجلد ٢، جامعة عين شمس.

محمود محيي الدين سعيد عشري (٢٠٠٤): فعالية برنامج للتدعيم الإجتماعي في تخفيف حدة بعض مظاهر الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين بولاية عبري في سلطنة عمان، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد ١٢٦.

محمود محيي الدين سعيد عشري (٢٠٠٤): قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية دراسة حضارية مقارنة بين طلاب بعض كليات التربية بمصر وسلطنة عمان، المؤتمر السنوي الحادي عشر لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

منى حسين محمد الدهان (١٩٩٨): تنمية إمكانات الطفل المتخلف عقلياً من خلال توظيف بعض التخصصات النوعية، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، المجلد الثاني، القاهرة.

نادر فهمي الزيود (١٩٩٥): تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً، دار الفكر العربي، الأردن، عمان.

هالة أحمد سليمان حسنين (٢٠٠٧): فعالية برنامج تدريبي في تحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بنها.

وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٩): بوابة الخدمات الإلكترونية: كتاب الإحصاء السنوي: التربية الخاصة، http://services.moe.gov.eg.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Amy, R. Lederbery (2002): Parebting stress and solial support in hearing mothers of deaf and hearing children. A longitudinal study, Journal-Article, Journal-of deaf-studies and. Deaf-Education, 7, 4, 330-345.

Hall, Victoria, S. (1997): The effects of preedelivered social skills training on social interaction skills of high school students with mental retardation. Dissertation Abstracts inter-national, 58, 11(A), 4233.

Heimlerg, R.G. & Simon, M.K. (1999): Social phobia: Relationship solution. Behavior Research Therapy, 28, 479, 500.

Shin, - Jin – Y. (2002): Social support for families of children with mental Retardation: Comparison between Korea and the United States. Journal of Mental Retardations, 40, 2, 103-118.

Tracey lioyd, R.P. & Hastings (2008): Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities, cross sectional and longitudinal relationships. Journal of Intellectual Disability Research, 52, 37-48.

Vatter & Gienn (1998): Diagnosis of Autism in children with down syndrome, New York, Jamesville.