



كلية البنات للآداب والعلوم  
والتربية  
قسم تربية الطفل

## فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثره على تعديل السلوك الاتكفي لدى هؤلاء الأطفال

رسالة مقدمة من

**أحمد رجب محمد السيد**

للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية  
(تخصص تربية الطفل)

إشراف

الأستاذة الدكتورة

**فيوليت فؤاد إبراهيم**

أستاذة الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة عين شمس

الأستاذ الدكتور

**سعد محمد عبد الرحمن**

أستاذ علم النفس الاجتماعي

كلية البنات - جامعة عين شمس

الأستاذة الدكتورة

**سامية موسى إبراهيم**

أستاذة تربية الطفل

كلية البنات - جامعة عين شمس

١٤٢٩ هـ - ٢٠٠٨ م



كلية البنات للآداب والعلوم  
والتربية  
قسم تربية الطفل

### صفحة العنوان

اسم الطالب: أحمد رجب محمد السيد.

الدرجة العلمية: دكتوراه الفلسفة فى التربية (تربية الطفل).

القسم التابع له: قسم تربية الطفل.

اسم الكلية: كلية البنات.

الجامعة: جامعة عين شمس.

سنة التخرج: ١٩٩٨.

سنة المنح: ٢٠٠٨.



كلية البنات للآداب والعلوم  
والترربية  
قسم ترببة الطفل

رسالة دكتوراه

اسم الطالب: أحمد رجب محمد السيد

عنوان الرسالة: فاعلية برنامج إرشادى فى خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال  
المعاقين عقلياً وأثره على تعديل السلوك اللاتكيفى لدى هؤلاء الأطفال.

اسم الدرجة: دكتوراه

لجنة الإشراف:

- ١- الاسم: أ. د/ سعد محمد عبد الرحمن الوظيفة: أستاذ علم النفس الاجتماعى  
كلية البنات - جامعة عين شمس
- ٢- الاسم: أ. د/ فيوليت فواد إبراهيم الوظيفة: أستاذ الصحة النفسية  
كلية التربية - جامعة عين شمس
- ٣- الاسم: أ. د/ سامية موسى إبراهيم الوظيفة: أستاذ ترببة الطفل  
كلية البنات - جامعة عين شمس

تاريخ البحث / / ٢٠٠٨م

الدراسات العليا

أجيزت الرسالة بتاريخ

/ / ٢٠٠٨

ختم الإجازة

/ / ٢٠٠٨

موافقة مجلس الجامعة

/ / ٢٠٠٨

موافقة مجلس الكلية

/ / ٢٠٠٨

## الشكر

أشكر الله سبحانه وتعالى وأحمده حمداً كثيراً يوافي نعمه التي لا تعد ولا تحصى على توفيقه لى فى إتمام هذه الرسالة.

ويعود ،،

أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أساتذتى الذين تفضلوا بالإشراف على هذه الرسالة، والذين لم يبخلوا على باى معلومة أو مشورة، بل على العكس من ذلك فقد أفنوا كثيراً من وقتهم الثمين لتخرج هذه الرسالة فى هذه الصورة التي هي نتاج جهدهم معى، لهم منى خالص الشكر والتقدير والعرفان وأسأل الله سبحانه وتعالى أن يحفظهم ويرعاهم وهم:

١- الأستاذ الدكتور: سعد محمد عبد الرحمن

أستاذ علم النفس الاجتماعى بكلية البنات - جامعة عين شمس

٢- الأستاذة الدكتورة: فيوليت فؤاد إبراهيم

أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية - جامعة عين شمس

٣- الأستاذة الدكتورة: سامية موسى إبراهيم

أستاذ تربية الطفل بكلية البنات جامعة - عين شمس

لهم منى جزيل الشكر ووافر التقدير.

ويطيب لى أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة كريمان محمد بدير أستاذ ورئيس قسم تربية الطفل بكلية البنات - جامعة عين شمس على تفضلها بقبول مناقشتى.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور بطرس حافظ بطرس أستاذ علم النفس ووكيل كلية رياض الأطفال لشئون التعليم والطلاب بكلية رياض الأطفال - جامعة القاهرة لتفضله بالموافقة على مناقشتى.

- كما أتقدم بخالص شكرى وتقديرى للأستاذة الأجلة وأعضاء هيئة التدريس الذين تعاونوا معى فى إتمام هذه الرسالة والذين قاموا بالتحكيم على مقاييس الدراسة.

- وجميع أفراد الأسرة والعائلة.

- وقسم تربية الطفل بكلية البنات - جامعة عين شمس وأعضاء هيئة التدريس به.

- وجميع الزملاء الذين تعاونوا معى فى إتمام هذه الرسالة، إليهم جميعاً خالص شكرى وتقديرى لما بذلوه معى من جهد متواصل جزاهم الله عنى خير الجزاء.
  - كما أتقدم بخالص الشكر إلى مركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر ممثّل فى العاملين بالمركز وعلى وجه الخصوص الأستاذة الدكتورة سعيدة محمد رئيس المركز، والأستاذة الدكتورة نادية رجب رئيس وحدة الإرشاد الأسرى بالمركز على الخبرات التى اكتسبتها من المركز فى مجال الإرشاد الأسرى لأسر نوى الاحتياجات الخاصة.
  - ومدرسة التربية الفكرية بالدقى بمحافظة الجيزة ممثلة فى مدير المدرسة والأخصائية النفسية والعاملين بالمدرسة والأسر والأطفال الذين تعاونوا معى فى إتمام هذه الرسالة.
  - ومدرسة التربية الفكرية بإمبابة بمحافظة الجيزة ممثلة فى مديرة المدرسة والأخصائية النفسية والعاملين بالمدرسة والأسر والأطفال الذين تعاونوا معى فى إتمام هذه الرسالة.
- لهم منى جزيل الشكر والتقدير على تعاونهم معى فى تطبيق هذه الرسالة.

## مستخلص الدراسة

اسم الباحث: أحمد رجب محمد السيد.

### عنوان الدراسة:

فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثره في تعديل السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال.

جهة الدراسة: كلية البنات - جامعة عين شمس ٢٠٠٨م.

### هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثر ذلك في تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من ١٦ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً من مدرسة التربية الفكرية بمحافظة الجيزة، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٦ - ٥٠ سنة، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٨ آباء و ٨ أمهات، هذا بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً والبالغ عددهم ١٦ طفلاً وطفلة بواقع ٨ أطفال من الذكور و ٨ أطفال من الإناث، ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٤ أطفال من الذكور و ٤ أطفال من الإناث.

### أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في الدراسة الأدوات التالية:

- ١- استمارة بيانات عن الطفل المعاق عقلياً (إعداد الباحث).
- ٢- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة (إعداد لويس مليكة ١٩٩٤).
- ٣- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة (إعداد الباحث).
- ٤- مقياس قلق المستقبل (إعداد الباحث).
- ٥- مقياس السلوك اللاتكفي (إعداد الباحث).
- ٦- البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

#### نتيجة:

صلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض  
نيل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، والذي ساهم بدوره في تعديل  
أنب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، واستمرت فاعلية  
إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وفي  
وك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً بعد فترة شهرين من المتابعة.

#### بفتاحية:

رنامج الإرشادي Counseling Program.

ن المستقبل Future Anxiety.

ر المعاقين عقلياً Family of Mental Retardation.

عاقه العقلية Mental Retardation.

ملوك اللاتكفي Maladaptive Behaviour.

## Abstract

**Name of the researcher:** Ahmed Ragab Mohamed

**Title of the study:**

The effectiveness of a counseling program in Reducing future anxiety among families of mental retardation children and its effect on maladaptive behavior modification for these children.

**Place of the study:**

Women's College for Arts, Sciences and Education - Ain Shams University (2008).

**Objective of the study:-**

This study aimed to make sure of the effectiveness of a counseling program to reduce the future anxiety of families of mental retardation children and its effect on maladaptive behavior modification for these children.

**Sample of the study:**

The final sample of the study consisted of 16 couples of families of mental retardation children. They were from Imbaba special education school, in Giza Governorate. Their ages ranged from 36 – 50. They were divided equally into two groups. One of them was experimental and the other was a control group. Each group consisted of 8 fathers and 8 mothers in addition to their mental retardation children. These children were 16 (8 males and 8 females). Their intelligence level ranged from 50 -70 and the chronological ages ranged from 8 – 14. They were divided equally into two groups one of them was experimental and the other was control. Each group consisted of 4 males and 4 females children.

**Tools of the study:**

The researcher uses the following tools:-

- 1- A primitive data form about the mental retardation children. (By the researcher).

ت



- 2- Intelligence Test (Stanford – Bient) fourth picture. (By Louis Meleika 1994).
- 3- Form of the social, economic and culture level for the family. (By the researcher).
- 4- Future anxiety measurement. (By the researcher).
- 5- Maladaptive behavior measurement. (By the researcher).
- 6- Counseling program. (By the researcher).

**Conclusion:**

The study concluded to the effectiveness of a counseling program which was used to reduce future anxiety for the families of mental retardation children. This led to modify maladaptive behavior for these children.

The effectiveness of counseling program lasted to reduce future anxiety for the families of mental retardation children and to modify maladaptive behavior for these children after two months of follow up.

**Key concepts:**

- Counseling Program.
- Future Anxiety.
- Family of Mental Retardation.
- Mental Retardation.
- Maladaptive Behaviour.

فهرس الدراسة  
أولاً فهرس الموضوعات

الصفحات	الموضوع
٩ - ١	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.
١	أولاً مقدمة.
٣	ثانياً مشكلة الدراسة.
٥	ثالثاً أهمية الدراسة.
٦	رابعاً أهداف الدراسة.
٧	خامساً مصطلحات الدراسة.
٨	سادساً حدود الدراسة.
١٠ - ١٠١	الفصل الثاني: المفاهيم الأساسية والإطار النظري.
١٠	أولاً قلق المستقبل.
١٣	تعريف قلق المستقبل.
١٤	أسباب قلق المستقبل.
١٧	أعراض قلق المستقبل.
١٨	تفسير قلق المستقبل في ضوء نظريات علم النفس المختلفة.
١٨	١- نظرية التحليل النفسي.
٢٣	٢- النظرية السلوكية.
٢٥	٣- المنحى الوجودي.
٢٧	٤- المدرسة الإنسانية.
٢٨	٥- المدرسة المعرفية.
٣٠	قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٣١	أسباب قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٣٢	١- أسباب اجتماعية.

الصفحات	الموضوع
٣٣	٢- أسباب اقتصادية.
٣٤	٣- أسباب تتعلق بمستقبل الطفل المعاق عقلياً.
٣٤	ثانياً أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٣٦	النسق الأسرى المنغلق والمنفتح.
٣٦	النسق الأسرى المنغلق.
٣٧	النسق الأسرى المنفتح.
٣٨	تأثير الطفل المعاق عقلياً على النسق الأسرى لأسرته.
٤٠	المراحل التي تمر بها أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٤٣	حاجات أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٤٣	١- حاجة الأسرة إلى الدعم والمساندة الاجتماعية.
٤٥	٢- حاجة الأسرة إلى الإرشاد النفسى.
٤٦	الإرشاد الأسرى لأسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٤٦	تعريف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٤٨	أهداف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
٤٩	أنواع الإرشاد الأسرى.
٤٩	١- الإرشاد الأسرى الجماعى.
٥١	٢- الإرشاد الأسرى الفردى.
٥٢	دور ووظيفة المرشد الأسرى فى عملية الإرشاد.
٥٢	ثالثاً الإعاقة العقلية.
٥٢	تعريف الإعاقة العقلية.
٥٣	١- التعريفات الكلاسيكية للإعاقة العقلية.
٥٣	أ- التعريف الطبى.
٥٤	ب- التعريف السيكومترى.
٥٤	٢- التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية.

الصفحات	الموضوع
٥٤	أ- التعريف الاجتماعي.
٥٦	ب- التعريف التربوي.
٥٦	تعريف الإعاقة العقلية في ضوء التعريفات الكلاسيكية والحديثة.
٥٨	أسباب الإعاقة العقلية.
٥٨	أ- العوامل الوراثية.
٥٩	١- عوامل وراثية مباشرة.
٥٩	٢- عوامل وراثية غير مباشرة.
٥٩	ب- العوامل البيئية.
٥٩	١- عوامل ما قبل الولادة (أثناء الحمل).
٦٠	٢- عوامل أثناء الولادة.
٦٠	٣- عوامل ما بعد لولادة.
٦١	- عوامل تتعلق بالطفل نفسه.
٦١	- عوامل تتعلق ببيئة الطفل.
٦٢	تصنيفات الإعاقة العقلية.
٦٢	أولاً التصنيف الطبي.
٦٣	ثانياً التصنيفات السلوكية الوظيفية.
٦٣	أ- التصنيف السيكولوجي.
٦٥	ب- التصنيف الاجتماعي.
٦٥	ج- التصنيف التربوي.
٦٦	خصائص المعاقين عقلياً.
٦٦	أ- الخصائص العامة للمعاقين عقلياً.
٦٨	ب- خصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.
٧٠	الحاجات النفسية للأطفال المعاقين عقلياً.
٧٢	رابعاً السلوك التكيفي.

الصفحات	الموضوع
٧٢	تعريف السلوك التكيفي.
٧٣	السلوك اللاتكيفي.
٧٤	الأساس النظري لمفهوم السلوك التكيفي.
٧٥	تقدير السلوك التكيفي.
٧٧	مظاهر السلوك التكيفي واللاتكيفي.
٧٧	أ- مظاهر السلوك التكيفي.
٧٧	ب- مظاهر السلوك اللاتكيفي.
٧٨	السلوكيات اللاتكيفية التي تتناولها الدراسة الحالية.
٧٨	١- مفهوم الذات السلبى.
٧٩	٢- السلوك العدوانى.
٧٩	٣- سلوك التمرد والعصيان.
٨٠	٤- الانسحاب الاجتماعى.
٨١	٥- سلوك إيذاء الذات.
٨١	التأثير السلبى والإيجابى للأسرة على السلوك التكيفى للطفل المعاق عقلياً.
٨١	أ- التأثير السلبى.
٨٣	ب- التأثير الإيجابى.
٨٦	خامساً الإرشاد النفسى.
٨٦	تعريف الإرشاد النفسى.
٨٨	أهداف الإرشاد النفسى.
٨٩	الإرشاد العلاجى.
٩٠	العلاج المعرفى السلوكى لقلق المستقبل.
٩٢	تعريف العلاج المعرفى السلوكى.
٩٣	أهداف العلاج المعرفى السلوكى.
٩٣	مبادئ العلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات القلق.
٩٤	الوجهات النظرية والأساليب المختلفة للعلاج المعرفى السلوكى.

الصفحات	الموضوع
٩٥	أ- العلاج المعرفى السلوكى لأرون بيك.
٩٦	ب- العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لإليس.
٩٧	ج- التدريب التحصينى ضد الضغوط لميكينبوم.
٩٨	الفنيات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات القلق.
٩٩	دور ووظيفة المرشد المعالج فى العلاج المعرفى السلوكى.
١٠٠	العلاقة الإرشادية العلاجية فى العلاج المعرفى السلوكى.
١٠٠	عدد الجلسات فى برنامج العلاج المعرفى السلوكى.
١٠١-١٠٢	<b>الفصل الثالث: دراسات سابقة.</b>
١٠٣	أولاً دراسات تناولت قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
١١١	خلاصة وتقيب على الدراسات التى تناولت قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
١١٥	ثانياً دراسات تناولت قلق المستقبل وبعض المتغيرات النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
١٢٠	خلاصة وتقيب على الدراسات التى تناولت قلق المستقبل وبعض المتغيرات النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
١٢٥	ثالثاً دراسات تناولت فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى فى خفض قلق المستقبل بصفة خاصة واضطرابات القلق بصفة عامة لدى عينات مختلفة من الراشدين وكبار السن.
١٣١	خلاصة وتقيب على الدراسات التى تناولت فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى فى خفض قلق المستقبل بصفة خاصة واضطرابات القلق بصفة عامة لدى عينات مختلفة من الراشدين وكبار السن.

الصفحات	الموضوع
١٣٧	رابعاً دراسات تناولت فاعلية خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
١٤٣	خلاصة وتعقيب على الدراسات التي تناولت فاعلية خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
١٤٨	خامساً تعقيب عام على نتائج البحوث والدراسات السابقة.
١٥٠	سادساً فروض الدراسة.
٢٠٨-١٥٢	الفصل الرابع: الدراسة الميدانية.
١٥٢	أولاً منهج الدراسة.
١٥٢	ثانياً عينة الدراسة.
١٦٤	ثالثاً أدوات الدراسة.
١٦٤	١- استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً.
١٦٥	٢- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة.
١٦٦	٣- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة.
١٦٩	٤- مقياس قلق المستقبل.
١٧٩	٥- مقياس السلوك اللاتكيفي.
١٨٧	٦- البرنامج الإرشادي.
٢٠٦	رابعاً خطوات الدراسة.
٢٠٨	خامساً الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
٢٤١-٢٠٩	الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها.

الصفحات	الموضوع
٢١٠	أولاً نتائج التحقق من الفرض الأول وتفسيرها.
٢١٧	ثانياً نتائج التحقق من الفرض الثاني وتفسيرها.
٢٢٢	ثالثاً نتائج التحقق من الفرض الثالث وتفسيرها.
٢٢٤	رابعاً نتائج التحقق من الفرض الرابع وتفسيرها.
٢٢٧	خامساً نتائج التحقق من الفرض الخامس وتفسيرها.
٢٣٠	سادساً نتائج التحقق من الفرض السادس وتفسيرها.
٢٣٣	سابعاً نتائج التحقق من الفرض السابع وتفسيرها.
٢٣٦	ثامناً نتائج التحقق من الفرض الثامن وتفسيرها.
٢٣٨	تعقيب عام على نتائج الدراسة.
٢٤٠	النتائج الفرعية للدراسة.
٢٤٨ - ٢٤٢	الفصل السادس: خلاصة الدراسة وتطبيقاتها التربوية.
٢٤٢	أولاً ملخص الدراسة.
٢٤٧	ثانياً التطبيقات التربوية.
٢٤٧	أ- توصيات الدراسة.
٢٤٧	ب- بحوث مقترحة.
٢٧٤ - ٢٤٩	مراجع الدراسة:
٢٤٩	أولاً المراجع العربية.
٢٦٢	ثانياً المراجع الأجنبية.
٣٣٤ - ٢٧٥	ملاحق الدراسة.



ثانياً فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحات
١	فئات الإعاقة العقلية تبعاً لمتوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية على كل من مقياس ستانفورد - بينيه، وكسلر.	٦٤
٢	دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير العمر الزمنى.	١٥٤
٣	دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة.	١٥٥
٤	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير قلق المستقبل.	١٥٦
٥	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة وبين الآباء والأمهات داخل المجموعتين فى متغير قلق المستقبل.	١٥٧
٦	دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير العمر الزمنى.	١٥٩
٧	دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير الذكاء.	١٦٠
٨	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير السلوك اللاتكيفى.	١٦١
٩	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة وبين الذكور والإناث داخل المجموعتين فى متغير السلوك اللاتكيفى.	١٦٢
١٠	قيم أرباعيات درجات الأفراد على استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة.	١٦٧
١١	الاتساق الداخلى لعبارات البعد النفسى.	١٧٢
١٢	الاتساق الداخلى لعبارات البعد الجسمى.	١٧٣

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحات
١٣	الاتساق الداخلي لعبارات البعد الاجتماعي.	١٧٣
١٤	الاتساق الداخلي لعبارات البعد الاقتصادي.	١٧٤
١٥	الاتساق الداخلي لعبارات البعد الشخصي.	١٧٤
١٦	الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية للمقياس.	١٧٥
١٧	معاملات الارتباط بين ابعاد مقياس قلق المستقبل المستخدم في الدراسة وبين الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل لزينب شفير.	١٧٦
١٨	ثبات ابعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية (جتمان).	١٧٧
١٩	ثبات ابعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ.	١٧٨
٢٠	الاتساق الداخلي لعبارات بعد مفهوم الذات السلبي.	١٨١
٢١	الاتساق الداخلي لعبارات بعد السلوك العدواني.	١٨٢
٢٢	الاتساق الداخلي لعبارات بعد سلوك التمرد والعصيان.	١٨٢
٢٣	الاتساق الداخلي لعبارات بعد السلوك الانسحابي.	١٨٣
٢٤	الاتساق الداخلي لعبارات بعد سلوك إيذاء الذات.	١٨٣
٢٥	الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية للمقياس.	١٨٤
٢٦	معاملات الارتباط بين ابعاد مقياس السلوك اللاتكفي المستخدم في الدراسة وبين الدرجة الكلية للجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي (السلوك اللاتوافقي) لكازونيهرا وآخرين.	١٨٥
٢٧	ثبات ابعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية (جتمان).	١٨٦
٢٨	ثبات ابعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ.	١٨٦

ش

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحات
٢٩	عدد جلسات البرنامج الإرشادي، وموضوع ومحتوى وزمن كل جلسة.	١٩٣
٣٠	دلالة التغير في رتب درجات والدى المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوسون على مقياس قلق المستقبل بين القياسين القبلي والبعدي.	٢١١
٣١	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والدى المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات والدى المجموعة الضابطة وقيمة (ى) على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدي.	٢١٨
٣٢	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات آباء وأمهات المجموعة التجريبية وقيمة (ى) على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدي.	٢٢٣
٣٣	دلالة التغير فى رتب درجات والدى المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوسون على مقياس قلق المستقبل بين القياسين البعدي والتتبعي.	٢٢٥
٣٤	دلالة التغير فى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوسون على مقياس السلوك اللاتكفي بين القياسين القبلي والبعدي.	٢٢٧
٣٥	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة وقيمة (ى) على مقياس السلوك اللاتكفي فى القياس البعدي.	٢٣١
٣٦	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال الذكور ومتوسطات رتب درجات الأطفال الإناث فى المجموعة التجريبية وقيمة (ى) على مقياس السلوك اللاتكفي فى القياس البعدي.	٢٣٤
٣٧	دلالة التغير فى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوسون على مقياس السلوك اللاتكفي بين القياسين البعدي والتتبعي.	٢٣٦

ثالثاً فهرس الملحق

الصفحات	اسم الملحق
٢٧٥	استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً.
٢٧٦	استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة.
٢٧٨	الصورة الأولية لمقياس قلق المستقبل.
٢٨٤	الصورة النهائية لمقياس قلق المستقبل.
٢٨٩	الصورة الأولية لمقياس السلوك اللاتكيفى.
٢٩٣	الصورة النهائية لمقياس السلوك اللاتكيفى.
٢٩٦	بيان بأسماء السادة محكمى مقاييس الدراسة.
٢٩٧	جلسات البرنامج الإرشادى.
٣٢٦	نماذج المراقبة الذاتية المستخدمة فى البرنامج الإرشادى.
٣٣١	موافقة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء بتطبيق الدراسة.
٣٣٣	موافقة مديرية التربية والتعليم بمحافظة الجيزة وإدارتى الدقى وشمال الجيزة بتطبيق الدراسة.



## الفصل الأول مدخل إلى الدراسة

### أولاً مقدمة:

يشهد مجال الأطفال المعاقين عقلياً تطوراً سريعاً ومطرداً في الآونة الأخيرة في مصر والوطن العربي، من حيث التشخيص المبكر لهذه الفئة من الأطفال، وإعداد البرامج التدخلية الباكورة والتدريبية والتأهيلية لهم، إلا أن هذا الاهتمام لم تحظ به أسرة الطفل المعاق عقلياً بالقدر الذي حظى به طفلها المعاق، فاهتمام الكثير من الباحثين منصب على الطفل المعاق نفسه وفي المقابل أهملوا أسرته - التي هي تعد البيئة أو المناخ الذي ينمو فيه هذا الطفل - وبالتالي فإن محدودية الاهتمام بهذه البيئة (الأسرة) يترتب عليه أن تكون كل محاولاتنا واهتماماتنا بهذا الطفل المعاق غير مكتملة، وبالتالي فلن نتحقق الأهداف المرجوة على الوجه الأكمل، لأننا أهملنا تهيئة المناخ والبيئة التي يعيش فيها هذا الطفل وهي الأسرة.

لذا فالاهتمام بأسر الأطفال المعاقين عقلياً على قدر الاهتمام بأطفالهم المعاقين عقلياً يعد أمراً مهماً، لأنه عندما تركز الأسرة بطفل معاق فهذه الإعاقة لا يتأثر بها الطفل وحده، ولكن يتأثر بها أيضاً أسرته والقائمون على رعايته.

فولادة طفل في الأسرة يعتبر في الأصل حادثاً سعيداً، ويحلم الوالدان وبخاصة الأم بالطفل وبشكله الملائكي "الظاهر الجميل" متأثرين في ذلك بصور الأطفال في الكتب والمجلات، ويأخذ الوالدان خاصة الأم في تخيل مواقف رعاية الطفل وقضاء الوقت السعيد معه والاستمتاع به، فإذا ما ولدت الأم بعد ذلك طفلاً معوقاً سواء من الناحية العقلية أو الجسمية، فإنها تكون صدمة قاسية على الوالدين، ويكون الحادث محطماً لأحلامهما الوردية حول الملاك الطاهر الجميل الذي كان ينتظرونه (علاء كفاي، ٢٠٠٣: ٩).

وعندما يتلقى الوالدان اسم مرض كتشخيص محدد لطفلهما من قبل الأخصائيين، فإنهم يستمرون في التساؤل والقلق على ما سيكون عليه الطفل في المستقبل (م. سيليجمان ور دارلينج، ٢٠٠١: ٧٩)، ويبدأ والدي الأطفال المعوقين في تكوين اهتمامات بالمستقبل من اليوم الذي شكوا فيه أن هناك خللاً في هذا الطفل (م. سيليجمان ور دارلينج، ٢٠٠١: ١٢٦).

وفي ضوء ذلك تؤكد نتائج البحوث والدراسات والملاحظات الكلينيكية على أن والدي الأطفال المعاقين عقلياً من أكثر الفئات قلقاً على مستقبل أبنائهم، فعندما تتجرب الأسرة طفلاً معاقاً عقلياً فإنه يمثل ضغطاً عليها، وهذا الضغط يأتي نتيجة لتحديد أفراد الأسرة لمتطلباتها ومصادرها، أي مقارنة متطلبات الأسرة بالمصادر

المتاحة لديهم، والتي في الغالب لا توافي هذه المتطلبات (إدى إستريت، Street، ١٩٩٤: ١٣).

فإن من أهم ما يشغل آباء الأطفال المعاقين عقلياً هو ماذا يخفى المستقبل لهؤلاء الأطفال، عندما لا يكون في وسع الأباء المداومة على تقديم الخدمات الصحية والتربوية لهؤلاء الأطفال، وبالتالي نجد أن مشاغل الوالدين تتمركز حول أين وكيف سيتم الوفاء بحاجات الطفل المعاق عقلياً (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٣٨٨).

هذا ويتوقف مستقبل الطفل المعاق عقلياً على درجة الإعاقة وعلى الأسرة وقبولها النفسى لحالة الطفل، والجهد المبذول منها لتعليمه وتدريبه وعلى المؤسسة أو المدرسة التي يلتحق بها ومستوى المدرسين والمدربين فيها (أحمد يونس ومصرى حنورة، ١٩٩٩: ٤٦).

وفي هذا المجال تشير دراسة جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون Spangenberg, & Theron, c. (٢٠٠١) إلى أن أسر الأطفال المعاقين عقلياً تعاني من القلق على مستقبل الأسرة بوجه عام والقلق على مستقبل طفلها المعاق عقلياً بوجه خاص، وهذا القلق يهدد الحالة النفسية لكل أفراد الأسرة، مما يجعلهم يبحثون عن المساعدة الاجتماعية والدعم الانفعالي.

ويمثل قلق المستقبل خبرة انفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها خوفاً غامضاً نحو ما يحمله الغد الأكثر بعداً من صعوبات، والتنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة، والشعور بالانزعاج والتوتر والضيق عند الاستغراق في التفكير فيها، والشعور بضعف القدرة على تحقيق الآمال والطموحات، وفقدان القدرة على التركيز، والصداع، والإحساس بأن الحياة غير جديرة بالاهتمام، مع شعور بفقدان الأمان أو الطمأنينة نحو المستقبل (محمود محى الدين، ٢٠٠٤: ١٤٨).

وبالتالى ينتج عن هذا القلق الذى تعاني منه أسر الأطفال المعاقين عقلياً ضغوطاً نفسية لدى هذه الأسر، مما قد يولد لديها اتجاهات سلبية تجاه طفلها المعاق عقلياً، والتي بدورها تؤدي إلى ظهور بعض السلوكيات اللاتكيفية لدى هذا الطفل نتيجة للمعاملة السيئة التي يتلقاها من أسرته والمحيطين به، وهذا ما أكدت عليه نتائج كل من دراسة جوزيف كلينتوك، Clintock (١٩٩٧)، وكوفمان وآخرين (Kaufman, et al. ١٩٩٠).

وفي ضوء ذلك تؤكد نتائج بعض البحوث والدراسات التي تهتم بأسر المعاقين عقلياً على حاجة هذه الأسر للبرامج الإرشادية والعلاجية، التي تساعد على خفض قلق المستقبل والضغوط النفسية الناتجة عن وجود طفل معاق عقلياً داخل هذه الأسر ماريل ديكر وهانس كوت، Dekker, & Koot (٢٠٠٣)، تالى هييمان (Heiman, ٢٠٠٢)، ليزا رول، Roll (٢٠٠١)، جودورا سبانجنبرج

وجوهانا ثيرون Spangenberg, & Theron, (٢٠٠١)، كاجيندو موتوا, Mutua (٢٠٠١)، وذلك من خلال استخدام أساليب وفنيات علاجية وإرشادية تتعامل مع مشاعر وأفكار وسلوك أسر الأطفال المعاقين عقلياً لخفض حدة قلق المستقبل لديهم، ولعل من أنسب الأساليب العلاجية مع اضطراب قلق المستقبل هي الأساليب المعرفية السلوكية، حيث أثبتت نتائج بعض البحوث والدراسات التي استخدمت البرامج المعرفية السلوكية في علاج اضطرابات القلق فاعلية هذا الأسلوب في خفض حدة اضطرابات القلق، فهذا الأسلوب العلاجي يخاطب مشاعر الفرد المضطرب، ويحاول أن يغير من المفاهيم الخاطئة المتعلقة بمواقف الاضطراب واستبدالها بمفاهيم أخرى صحيحة لمواجهة هذه الاضطرابات وهذا ما أكدت عليه نتائج كل من دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et al. (٢٠٠٧)، تيان أوى والأنا براوين Oei, & Browne, (٢٠٠٦)، جون لابرېكوى وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (٢٠٠٤).

هذا بالإضافة إلى دور المساندة الاجتماعية في مساعدة أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تخطي بعض الصعوبات التي يسببها لهم وجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة وهذا ما أكدت عليه أيضاً نتائج كل من دراسة ساندرنا نايكز وآخرين Nicks, et al. (١٩٩٩)، سامويل Samuel, W. (١٩٩٢)، أور وآخرين Orr, et al. (١٩٩١).

وفي ضوء ذلك تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي قائم على بعض فنيات العلاج المعرفي والسلوكي بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكفي لدى هذا الطفل المعاق عقلياً.

#### ثانياً مشكلة الدراسة:

بعد قلق المستقبل واحداً من أهم وأكثر الاضطرابات النفسية التي تبعث على الشعور باليأس والهم والعجز والخوف والتشاؤم من المستقبل، والذي بالتالي يعيق تحقيق الأهداف لدى من يعاني هذا الاضطراب، لذا فمواجهة هذا الاضطراب وهو قلق المستقبل ومحاولة التخفيف من حدته أمر غاية في الأهمية، لما له من آثار سلبية على من يعاني منه.

ولعل أكثر الفئات التي تعاني من قلق المستقبل هي أسر الأطفال المعاقين، وبخاصة أسر الأطفال المعاقين عقلياً، حيث تنشغل هذه الأسر بالتفكير في مستقبل الطفل المعاق عقلياً، ومستقبل الأسرة ككل في ظل وجود هذا الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة.



ونتيجة لقلق المستقبل بشأن الطفل المعاق عقلياً والقلق بشأن مستقبل الأسرة ككل، فقد يتسبب ذلك في شعور أسرة هذا الطفل المعاق عقلياً بالضغط النفسية، والتي من شأنها أن تجعل معاملة هذه الأسرة واتجاهاتها نحو طفلها المعاق عقلياً سلبية مما ينعكس سلباً على سلوكه اللاتكفي.

وفي ضوء الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث على أسر الأطفال المعاقين عقلياً لاستطلاع آراءهم حول قلق المستقبل لديهم، وفي ضوء نتائج البحوث والدراسات التي تناولت أسر الأطفال المعاقين عقلياً تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في معاناة أسر الأطفال المعاقين عقلياً من القلق بشأن مستقبل الطفل المعاق عقلياً من حيث السكن والمأوى المستقبلي لهذا الطفل، والقلق بشأن المستقبل التعليمي والمهني له هذا من جانب، ومن جانب آخر معاناة هذه الأسر من القلق بشأن مستقبل الأسرة ككل من حيث الخوف من الاعتراف بوجود طفل معاق عقلياً داخل نطاق الأسر أمام الآخرين، والخوف من الاختلاط بالآخرين وعدم الاندماج معهم في أنشطة اجتماعية أو ترويحية، ومن ثم انغلاق الأسرة على نفسها، وعدم المقدرة على التعامل مع هذا الطفل، والقلق بشأن زواج الأخوة العائدين، والخوف من رفضهم بسبب وجود أخت معاقاً عقلياً لهم، والقلق بشأن المستقبل المادي للأسرة، والتفكير في كيفية سد الاحتياجات المادية للأسرة في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخلها.

وما يصاحب ذلك من شعور هذه الأسر ببعض الضغوط النفسية والتوترات التي من شأنها أن تجعل معاملة هذه الأسر تجاه أطفالهم المعاقين عقلياً معاملة غير سوية اعتقاداً منهم بأن هذا الطفل هو سبب المعاناة التي تعاني منها الأسرة، والذي بدوره يؤدي إلى شعور هذا الطفل المعاق عقلياً برفضه وعدم تقبله ممن حوله، مما يؤدي إلى ظهور بعض السلوكيات اللاتكيفية لديه رداً منه على المعاملة السيئة التي يتلقاها ممن حوله، ورداً منه على رفضهم وعدم تقبلهم له.

وانطلاقاً مما سبق يسعى الباحث الحالي إلى إعداد برنامج إرشادي لخفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

وفي ضوء ذلك تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤل التالي:

إلى أي مدى يساهم البرنامج الإرشادي المقترح في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وفي تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً ؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات يمكن إجمالها على النحو التالي:

1- إلى أي مدى يساهم البرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجات أسر المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي ؟

٢- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أسر المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى بالمقارنة بأسر المجموعة الضابطة ؟

٣- إلى أى مدى توجد فروق بين درجات آباء المجموعة التجريبية وبين درجات أمهات نفس المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى ؟

٤- إلى أى مدى تستمر فاعلية البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض قلق المستقبل لدى أسر المجموعة التجريبية بعد شهرين من المتابعة ؟

٥- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك اللاتكيفى فى القياس البعدى ؟

٦- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك اللاتكيفى فى القياس البعدى بالمقارنة بأطفال المجموعة الضابطة ؟

٧- إلى أى مدى توجد فروق بين درجات الأطفال الذكور فى المجموعة التجريبية وبين درجات الأطفال الإناث فى نفس المجموعة التجريبية على مقياس السلوك اللاتكيفى فى القياس البعدى ؟

٨- إلى أى مدى تستمر فاعلية البرنامج الإرشادى المقترح فى تعديل السلوك اللاتكيفى لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد شهرين من المتابعة ؟

### ثالثاً أهمية الدراسة:

#### أ- الأهمية النظرية:

تتضح أهمية الدراسة من الناحية النظرية فى أنها تسعى إلى الكشف عن أبعاد قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وأهمية الدور الذى يؤديه قلق المستقبل لديهم من حيث التفاوض بشأن مستقبل الطفل المعاق عقلياً ومستقبل الأخوة والأخوات العاديين ومستقبل الأسرة بشكل عام على معاملة هذه الأسر لهؤلاء الأطفال المعاقين، ومن ثم ظهور بعض السلوكيات اللاتكيفية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً نتيجة للمعاملة السيئة التى يتلقونها من جانب أسرهم، وذلك من مرحلة الوصف والبحث وتحليل العوامل والمتغيرات المرتبطة بذلك إلى محاولة التدخل فى المشكلة وإيجاد بعض الحلول الخاصة بها.

فالاتجاهات الحديثة الآن في مجال التربية وعلم النفس والصحة النفسية لا تكفي بالوصف النظري وتعريف المتغيرات المرتبطة بالظاهرة فحسب، بل تتعدى ذلك من خلال الدراسات الأكاديمية والتربوية، التي من شأنها تغيير وتعديل السلوك المضطرب، كما تسعى هذه الدراسة إلى تصميم مقياس لقلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وآخر للسلوك اللاتكفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وكذلك تسعى هذه الدراسة إلى أن تثري التراث المعرفي بأهمية دور الإرشاد والتوجيه والعلاج النفسي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً ومدى فاعلية ذلك في تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وذلك من خلال تصميم برنامج إرشادي لخفض قلق المستقبل لدى هذه الأسر وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، حيث إن التراث السيكولوجي يخلو من مثل هذه الدراسات المستقبلية.

#### **ب- الأهمية التطبيقية:**

كما تتضح الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في كونها تسعى إلى خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً ومدى تأثير ذلك على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أبنائهم المعاقين عقلياً من خلال البرنامج الإرشادي العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية، وذلك بهدف تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي وتحقيق الصحة النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً وأسرهم، كما تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في أنها تسعى إلى تقديم بعض التوصيات والمعلومات والبيانات لأسر الأطفال المعاقين عقلياً، التي تفيد العاملين في مجال التربية الخاصة، والجهات المختصة بالأطفال المعاقين عقلياً وأسرهم للتغلب على قلق المستقبل لدى هذه الأسر، بالإضافة إلى تقديم بعض البحوث والبرامج الإرشادية والعلاجية لمساعدة هذه الأسر وأطفالهم المعاقين عقلياً في أن يحيوا حياة هادئة في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية.

#### **رابعاً أهداف الدراسة:**

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من الأهداف التالية:

- ١- الكشف عن الجوانب المسببة لمشكلة قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً من خلال الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي مما يمكنهم من فهمها والسيطرة عليها.
- ٢- أن تتعرف الأسرة على الدور الذي يؤديه قلق المستقبل لديها في ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى طفلها المعاق عقلياً.
- ٣- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، مما يزيد من قدرتهما على القيام بأداء وظائفهم الأسرية ووظائف الحياة اليومية بصورة أقرب إلى العادية.

٤- التعرف على أثر خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا  
فى تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقليا.

٥- تحسين قدرة أسر الأطفال المعاقين عقليا على تقبل أطفالهم المعاقين  
عقليا.

#### **خامساً مصطلحات الدراسة:**

##### **١- البرنامج الإرشادى Counseling Program:**

يعرف البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة الحالية بأنه برنامج مخطط  
ومنظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية لأفراد المجموعة  
التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقليا عينة الدراسة بهدف خفض قلق  
المستقبل لديهم، وفى تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين  
عقليا، ويعتمد البرنامج الإرشادى فى الدراسة الحالية على بعض فنيات العلاج  
المعرفى السلوكى والتمثلة فى المراقبة الذاتية والتحكم الذاتى وأسلوب حل  
المشكلة والحوار الذاتى والواجبات المنزلية، والنمذجة والتعزيز والاسترخاء  
والتحصين التدريجى، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية (الباحث).

##### **٢- قلق المستقبل Future Anxiety:**

يعرف قلق المستقبل بأنه حالة من الخوف والانعاج والقلق التى تتتاب  
والدى الأطفال المعاقين عقليا عند التفكير فى المستقبل الاجتماعى أو الاقتصادى  
للأسرة بوجه عام فى ظل وجود الطفل المعاق عقليا داخل الأسرة، ومستقبل  
الطفل المعاق عقليا بوجه خاص، وفيها يمتلك الفرد الشعور بالتوتر والخوف  
والقلق والتشاؤم من المستقبل، والشعور بعدم الأمن والطمأنينة نحوه، والشعور  
بعدم تحقيق الآمال والنجاح فيه، وفقدان القدرة على التركيز، ويصاحب هذه الحالة  
بعض المظاهر الفسيولوجية (الباحث).

##### **٣- أسر الأطفال المعاقين عقليا Family of Mental Retardation Children:**

أسر الأطفال المعاقين عقليا هم أسر شاعت إرادة الله سبحانه وتعالى أن  
يوجد بينهم طفل (ابن) معاق عقليا، ونظراً لوجود هذا الطفل المعاق داخل  
الأسرة، فإن هذه الأسر تعاني من القلق بشأن مستقبل هذا الطفل المعاق عقليا،  
وبمستقبل أخوته ومستقبل الأسرة ككل (الباحث).

#### ٤- الإعاقة العقلية **Mental Retardation**:

تعرف الإعاقة العقلية بأنها أداء عقلي وظيفي دون المتوسط ناتج عن عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، يصاحبه قصور في واحدة أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي، وتحدث قبل سن ١٨ سنة (الباحث).

#### ٥- الأطفال المعاقون عقلياً **Children With Mental Retardation**:

هم الأطفال المعاقون عقلياً فئة القابلين للتعلم والذين يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ على مقياس ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، والذين يتميزون بأداء عقلي وظيفي دون المتوسط، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، مصحوباً ببعض السلوكيات اللاتكيفية (الباحث).

#### ٦- السلوك اللاتكيفي **Maladaptive Behavior**:

يشير مفهوم السلوك اللاتكيفي إلى تلك السلوكيات غير المرغوب فيها، والتي تصدر عن بعض الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة لسوء معاملة الوالدين لهم والمحيطين بهم، مثل السلوك العدواني أو سلوك إيذاء الذات والتمرد والعصيان أو الانسحاب الاجتماعي، والمفهوم السلبي للذات (الباحث).

#### سادساً حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية بالموضوع الذي تتصدى لدراسته حيث يدور حول قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، ومدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، كما تتحدد الدراسة بالمنهج المستخدم وهو المنهج التجريبي، أما الحدود البشرية والمادية والجغرافية والزمنية فيمكن عرضها على النحو التالي:

#### ١- الحدود البشرية:

تمثل الحدود البشرية للدراسة في عينة الدراسة المكونة من ١٦ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٦ - ٥٠ سنة، وقد قسموا بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٨ أزواج بواقع ٨ أبناء، ٨ أمهات في كل مجموعة، هذا بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً، والبالغ عددهم ١٦ طفلاً وطفلة من فئة الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، بواقع ٨ أطفال من الذكور، ٨ أطفال من الإناث، قسموا بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما

تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٨ أطفال بواقع ٤ أطفال من الذكور،  
٤ أطفال من الإناث في كل مجموعة.

#### ٢- الحدود المادية:

تتمثل الحدود المادية للدراسة في الأدوات التالية والتي استخدمها الباحث في  
الدراسة وهي:

- ١- استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقليا (إعداد الباحث).
- ٢- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة (إعداد لويس مليكة  
١٩٩٤).
- ٣- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة (إعداد الباحث).
- ٤- مقياس قلق المستقبل (إعداد الباحث).
- ٥- مقياس السلوك اللاتكفي (إعداد الباحث).
- ٦- البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

هذا بالإضافة إلى مقياس قلق المستقبل إعداد زينب شقير (٢٠٠٥) ومقياس  
السلوك التوافقي الجزء الثاني (السلوك اللاتوافقي) لكازونيهرا وآخرين ترجمة  
صفوت فرج وناهد رمزي (٢٠٠٥) وذلك لاستخدامهما كمحكين لمقياسي قلق  
المستقبل والسلوك اللاتكفي المعدين بالدراسة الحالية.

#### ٣- الحدود الجغرافية:

تتمثل الحدود الجغرافية للدراسة في مدرسة التربية الفكرية بالدقي  
ومدرسة التربية الفكرية بإمبابة بمحافظة الجيزة، ولقد تم تطبيق جلسات البرنامج  
الإرشادي في مدرسة التربية الفكرية بإمبابة.

#### ٤- الحدود الزمنية:

تتمثل الحدود الزمنية للدراسة في الفترة التي تم تطبيق الدراسة فيها، هذا  
وقد تم تطبيق هذه الدراسة في الفترة من ١٨ / ٢ / ٢٠٠٧ حتى ١٠ / ٦ / ٢٠٠٧.

## الفصل الثاني المفاهيم الأساسية والإطار النظري

### تمهيد:

- ١- قلق المستقبل.
- ٢- أسر المعاقين عقلياً.
- ٣- الإعاقة العقلية.
- ٤- السلوك التكيفي.
- ٥- الإرشاد النفسي.

## الفصل الثاني المفاهيم الأساسية والإطار النظري

### تمهيد:

تناول الباحث في هذا الفصل الإطار النظري لمتغيرات الدراسة الأساسية، والقواعد النظرية التي انطلقت منها، والتي اعتمد عليها في كل من الجانب النظري والجانب التطبيقي، فهذه الدراسة تهتم بفئة أطفال المعاقين عقلياً وأسراًهم.

ومن ثم يتناول هذا الفصل قلق المستقبل من حيث تعريفه وأسبابه وأعراضه والنظريات المفسرة له، وقلق المستقبل لدى أسر المعاقين عقلياً وأسبابه لديهم، كما يتناول هذا الفصل أسر الأطفال المعاقين عقلياً من حيث النسق الأسري المنغلق والمنفتح، وتأثير الطفل المعاق عقلياً على النسق الأسري لأسرته، وحاجة الأسرة للمساندة الاجتماعية والإرشاد النفسي، وإرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً، كذلك يتناول هذا الفصل الإعاقة العقلية من حيث تعريفها وأسبابها وفتاتها والخصائص العامة للمعاقين عقلياً، وخصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، والحاجات النفسية للأطفال المعاقين عقلياً، ويتناول أيضاً هذا الفصل السلوك التكيفي من حيث مفهوم السلوك التكيفي واللاتكيفي والأساس النظري له وتقدير السلوك التكيفي، ومظاهره التكيفية واللاتكيفية، والسلوكيات اللاتكيفية التي تتناولها الدراسة الحالية، والتأثير السلبي والإيجابي للأسرة على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً، هذا بالإضافة إلى الإرشاد النفسي من حيث تعريفه وأهدافه والإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي لقلق المستقبل، وتعريفه وأهدافه ومبادئه، وأساليبه المختلفة والفنيات المستخدمة فيه، ودور وظيفة المعالج فيه، والعلاقة العلاجية، وعدد جلسات البرنامج المعرفي السلوكي، وهذا ما سوف نتناوله في الصفحات التالية.

### أولاً قلق المستقبل Future Anxiety:

يحاول الإنسان تعرف أسرار ما سيحدث لاحقاً في مستقبل الأيام؛ لأنه إذا علم ما يكون من حادث غير سار في المستقبل أو كائن بعد الأيام، أمكنه أن يدافع عن نفسه (محمد عبد الجبار، ٢٠٠١: ٤٠)، هذا على الرغم من أنه لا يمكننا التنبؤ بالمستقبل، وأي محاولات لفعل ذلك ستبدو غير موضوعية (أرثر كلارك، ٢٠٠٤: ١٩).

إلا أن الإنسان دائماً يحلم بالمستقبل بما يحتويه من مفاجآت سارة أو غير ذلك، فالمستقبل هو أحب الأمكنة إلينا جميعاً ففي كل الأوقات نسافر في رحلات



مستمرة قصرت أم طالت عبر الزمان الماضى أو المستقبل، حيث تقوم آلة الزمن برسم أحلامنا ومخاوفنا وطموحاتنا (ضياء الدين زاهر، ٢٠٠٤: ١٩).

وفى العقود الأخيرة زادت الصراعات، وتطورت أسلحة الدمار، وتفاقت المشكلات من أنواع شتى مما جعل الإنسان أكثر قلقاً على مستقبله ومستقبل أبنائه، فمع التقدم العلمى والتكنولوجى الكبير الذى وصل إليه الإنسان، نجد تراجعاً فى شعور الفرد بالأمان والطمأنينة، ويمكن أن يتسع هذا القلق حتى يكاد أن يصبح روحاً للحياة، وفى الوقت الذى قد يعد هذا القلق دافعاً لجوانب راقية من سلوك الإنسان، فقد يتحول هذا القلق فى أحيان أخرى إلى نقمة، وينقلب من قوة دافعة إلى قوة معوقة للإنجازات، ويحدث ذلك عادةً حينما يصل القلق إلى درجة من الشدة يغمر بها الفرد، فيصيبه بأعراض نفسية وجسمية متعددة، ويمثل له حينها عائقاً أمام النجاح فى الحياة، ويعد القلق كذلك عرضاً ملازماً للأمراض جسمية واضطرابات نفسية شتى (أمثال الحويلى وأحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٧٣ - ٢٧٤).

هذا ويعتبر القلق نقطة البداية للأمراض النفسية والعقلية، والقلق هو عدم ارتياح نفسى وجسمى، ويتميز بخوف وشعور من انعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة، وقد يصل القلق لحد الذعر والهلع، ويصاحبه بعض الأعراض النفس - جسمية (زينب شقير، ٢٠٠٥: ٣).

فاضطراب القلق من أكثر الحالات الوجدانية الشائعة والمسببة للكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية (مونتجومرى Montgomery، ١٩٩٠: ١).

وإذا كان القلق بصفة عامة يرتبط بتوقع تهديد أو خوف مبهم مما سيحدث لاحقاً، لذلك يعتبر القلق بوجه عام هو خوف من المستقبل.

فعدنما ينظر الإنسان إلى المستقبل فإنه يخاف العديد من الأشياء والأحداث التى قد يصطدم بها فى ذلك المستقبل (زيبجنيو زاليسكى Zaliski، ١٩٩٦: ١٦٥).

وفى ضوء ذلك تعتبر النظرة المستقبلية إحدى محددات التكيف النفسى سواء للطفل أو الراشد، واعتبر منظور زمن المستقبل من المتغيرات الحديثة التى اهتم بها بشقيه الدافعى والمعرفى، حيث يعطى فكرة عن توقعات الفرد المستقبلية وتخيالاته فى ضوء خبرة الماضى والحاضر، ويحدد أيضاً أهداف الفرد وطموحاته، وخصوصاً فى ضوء إمكانات الفرد الحالية، فالنظر إلى المستقبل محدد لآراء الفرد وتوافقه النفسى، أى أن النظرة إلى المستقبل تقيس التغيرات السلبية والإيجابية التى يتوقع حدوثها فى المستقبل (آمال عبد السميع (١)، ٢٠٠٠: ١٨١).

هذا وقد اهتمت بعض البحوث والدراسات بدراسة القلق فى ضوء المستقبل ومن ثم قلق المستقبل، وفى ضوء ذلك أدى منظور الزمن المستقبلى والتوجه نحو المستقبل فى بعض الدراسات دور السبب فى ظهور قلق المستقبل على اعتبار أنه متغير مستقل، ودور الأثر باعتباره متغيراً تابعاً، فمنظور زمن المستقبل يتضمن تقييمات وتوقعات شاملة للزمن وتوقعات محددة للمكان فى ضوء المنظور المعرفى للفرد، وأشكال سلوكه فيما يتعلق بالمستقبل، وعليه فإن قلق المستقبل مرتبط بالمنظور الزمنى من حيث تدبر الأحداث السيئة والآمال والاتجاهات والطموحات، وبذلك يعد قلق المستقبل مزيجاً من وعى الفرد بالتوقعات المستقبلية وقدرته على مواجهتها (زيبجنيو زاليسكى Zaliski، ١٩٩٤: ١٧٣ - ١٩٤).

ومن جانب آخر أعتبر نورتون وآخرون Norton, et al. (٢٠٠٠: ٦٩) أن حالة المستقبل تعد مجالاً حيويًا فى اضطرابات القلق، ولا شك أن توقعات وآمال المستقبل لها انعكاساتها على سلوك الفرد.

وفى هذا الصدد يؤكد هربرت رابابورت Rappaport (١٩٩١: ٦٥) على أن المستقبل بما يحمله من هموم وتوقعات مجهولة يعد مصدراً للقلق بصفة عامة، حيث إن الكثير من الأفراد يواجهون شكوكاً وتوقع بأن الحياة سوف تنتهى عند نقطة مجهولة وغير محددة.

وبذلك فإن كل أنواع القلق المعروفة لها بعد مستقبلية، إلا أن هذا البعد محدود وقاصر على فترات زمنية محددة قد تكون لحظات أو دقائق أو ساعات، وعلى العكس من ذلك فإن قلق المستقبل يشير إلى المستقبل فى مدة زمنية كبيرة (زيبجنيو زاليسكى Zaliski، ١٩٩٦: ١٦٥ - ١٦٧).

وفى ضوء ذلك يمكن القول بأن قلق المستقبل هو نوع من أنواع القلق المرتبط بتوقع الفرد للأحداث المستقبلية خلال فترة زمنية أكبر، وعندما يفترض الإنسان مستقبله فإنه يحتمل حاضره ويجعل ماضيه ذا معنى، فالماضى والحاضر يتدخلان فى التنبؤ بالأحداث والأعمال المستقبلية (محمود محى السدين، ٢٠٠٤: ١٤٨).

وبذلك يمثل قلق المستقبل أحد أنواع القلق التى تشكل خطورة فى حياة الفرد، والتى تمثل خوفاً من مجهول ينجم عن خبرات ماضيه وحاضره أيضاً يعيشها الفرد، والتى تجعله يشعر بعدم الأمان وتوقع الخطر، ويشعر بعدم الاستقرار، وتسبب لديه هذه الحالة شيئاً من التشاؤم واليأس الذى قد يؤدي به فى نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقى وخطير مثل الاكتئاب أو اضطراب نفسى عصبى خطير (زينب شقير، ٢٠٠٥: ٤).

## تعريف قلق المستقبل:

يعد مصطلح قلق المستقبل أحد المصطلحات الجديدة نسبياً على بساط البحث العلمي ( زيبجنيو زاليسكي Zaleski، ١٩٩٦: ١٦٥).

هذا وقد تعددت تعريفات ومفاهيم قلق المستقبل كل حسب الوجهة النظرية التي يتبناها الباحثون على اختلاف وجهاتهم النظرية، وسوف نعرض فيما يلي بعض من التعريفات المختلفة لقلق المستقبل لنستخلص منها تعريفاً عاماً لقلق المستقبل، ومن ثم نستخلص التعريف الإجرائي لقلق المستقبل الخاص بالدراسة الحالية:

فيعرف زيبجنيو زاليسكي، Zaleski (١٦٥:١٩٩٦) قلق المستقبل بأنه حالة من الخوف والانعاج والتوتر والترقب والقلق بما سوف يحدث من تغيرات غير مرضية على المستوى الدولي أو الإقليمي أو الشخصي، والتي تبعث داخل الفرد التهديد والشعور بوقوع كارثة.

كما يعرف بأنه خوف أو مزيج من الرعب والأمل بالنسبة للمستقبل والأفكار الوسواسية، وقلق الموت، واليأس بصورة غير مقبولة (عاشور دياب، ٢٠٠١: ٤٤٤).

في حين تعرفه إيمان صبرى (٢٠٠٢: ٦١) بأنه حالة من التوتر وعدم الأطمئنان، والخوف من التغيرات غير المرغوبة في المستقبل، وفي الحالة القصوى لقلق المستقبل، فإنه قد يكون تهديداً بأن هناك شيئاً غير حقيقي سوف يحدث للشخص.

أما يوسف الأقصري (٢٠٠٢: ٢١) فيعرف قلق المستقبل بأنه مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة، التي تحدث خلال حالات وتوبات الإحباط والصراعات واليأس والخوف.

وكذلك يعرف بأنه خبرة انفعالية غير سارة تحدث نتيجة الاستعراق في التفكير، أو النشاط أو التصرفات تجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل الأكثر بعداً، مصحوبة بتوتر وضيق وفقدان الأمن والطمأنينة نحو ما سيحدث في المستقبل (محمود محي الدين، ٢٠٠٤: ١٤٢).

كما تعرف مارسيليا رافيلي وآخرون. Raffaelli. et. al. (٢٠٠٥: ٢٤٩) قلق المستقبل بأنه ذلك النوع من القلق الذي يرتبط بالتوقع السلبي تجاه المستقبل وما يحمله من أحداث.

كذلك يعرف قلق المستقبل بأنه خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة، مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة، مع تضخيم للسلبيات

ودحض للإيجابيات الخاصة بالذات والواقع، تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما قد يدفعه لتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل وتوقع الكوارث، وتؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل، وقلق التفكير في المستقبل، والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية المتوقعة، والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس (زينب شقير، ٢٠٠٥: ٥).

كما تعرفه أيضاً سميرة أبو الحسن (٢٠٠٥: ١١٥٨) بأنه استعداد أو نزوع أو ميل شخصي تجاه التفكير السلبي في المستقبل، الذي سوف نعيش ونعمل فيه، والذي سوف نواجه فيه أحداث سيئة أو غير مواتية يجب أن نعمل على مواجهتها، والتغلب عليها، ونتحمل مسؤوليات ونتائج ما سنقوم به من أعمال أو أفعال تجاهها، والخوف والجزع والشعور بالعجز وعدم الكفاءة لمواجهة تلك الأحداث.

وفي ضوء ما سبق يعرف الباحث الحالي قلق المستقبل بأنه عبارة عن حالة انفعالية غير سارة تنتاب الفرد أثناء التفكير في المستقبل، يتوقع خلالها تهديداً لمستقبله، ولما سوف يكون عليه هذا المستقبل، والشعور بشيء من التشاؤم وعدم الرضا، وعدم الاطمئنان والثقة في المستقبل، والخوف من العجز وعدم تحقيق الآمال في المستقبل، والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المتوقعة في المستقبل، مصحوبة بشيء من عدم التركيز، والتفكير غير الصحيح، والتوتر والضيق، والشعور ببعض الأعراض الجسمية مثل الصداع والضعف العام، وغيرها من الأعراض الجسمية.

كما يمكننا تعريف قلق المستقبل إجرائياً في ضوء متغيرات الدراسة الحالية بأنه حالة من الخوف والانزعاج والقلق التي تنتاب والدي الأطفال المعاقين عقلياً عند التفكير في المستقبل الاجتماعي أو الاقتصادي للأسرة بوجه عام في ظل وجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة، ومستقبل الطفل المعاق عقلياً بوجه خاص، وفيها يمتلك الفرد الشعور بالتوتر والخوف والقلق والتشاؤم من المستقبل، والشعور بعدم الأمن والطمأنينة نحوه، والشعور بعدم تحقيق الآمال والنجاح فيه، وفقدان القدرة على التركيز، ويصاحب هذه الحالة بعض المظاهر الفسيولوجية.

ويمكن تعريف قلق المستقبل إجرائياً أيضاً بأنه الدرجة التي يحصل عليها أي من والدي الطفل المعاق عقلياً على مقياس قلق المستقبل (إعداد الباحث).

#### أسباب قلق المستقبل:

إن الاستعداد أو التهيؤ للقلق بوجه عام يظل كامناً، ويستثار فقط بمثيرات مهددة، أو بمواقف وظروف محددة تطلق عليها كلمة الضغوط أو مثيرات المشقة (بدر الأنصاري، ٢٠٠٤: ٣٤٠ - ٣٤١).

هذا وترجع أسباب قلق المستقبل إلى مجموعة من العوامل منها، عجز الفرد في الحاضر مما يعطيه صورة مؤشرة لصعوبة المستقبل، والطموحات الزائدة والأمانى التي لا تتناسب مع حجم الواقعية والفعلية، وتتعدد الظواهر المتباينة المقلقة الموجودة في الواقع والتي تبعث في البعض الشعور بالخوف والرغبة، والتي تنذر بالقلق من تكرار تلك المواقف في المستقبل، مع وجود بعض الظواهر الاجتماعية المتباينة، التي تحدث مثل تلك التى تتعلق بأمن الفرد ومستقبله المهني والزواجى والصحي، وطغيان الجانب المادى في جميع مجالات الحياة، فالتناقضات الهائلة فيما هو حسى وما هو معنوى، وبين الأحلام الوردية والواقع المرير، ذلك كله يضع الفرد في منعطف خطر من الصراعات النفسية، وظهور الاضطرابات الانفعالية والشخصية، كالقلق المرتبط بالمهنة أو الزواج أو الأمراض أو الرزق أو الموت، أى كل المخاوف المتعلقة بالمستقبل (عاشور دياب، ٢٠٠١: ٤٣٧ - ٤٣٨).

وفي هذا الصدد يشير رونالد مولين Molin (١٩٩٠: ٥٠١ - ٥١٢) إلى أن أسباب قلق المستقبل لدى الفرد قد ترجع إلى:

- نقص القدرة على التكهن بالمستقبل، وصعوبة الحصول على معلومات كافية لبناء أفكاره عن المستقبل، بالإضافة إلى تشوه الأفكار الحالية.
- الشعور بعدم الانتماء والاستقرار داخل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بصفة عامة.
- الشعور بعدم الأمان والإحساس بالتمزق.
- عدم قدرة الفرد على فصل أمانيه عن التوقعات المبنية على الواقع.
- التفكك الأسرى.
- عدم الثقة في قدرة والديه أو القائمين على رعايته في حل مشكلاته.
- عدم القدرة على مواجهة المشكلات التي يعانى منها.

هذا وقد أكدت معظم النظريات المفسرة للقلق أن البيئة التي يعيش فيها الفرد دوراً مهماً في حدوث القلق، وبخاصة إذا ما كانت تحنوى على عوامل التهديد والإحباط والتناقضات، وقلة فرص تحقيق الذات، وكثرة الضغوط النفسية والشدة وانهايار العلاقات الاجتماعية والقيم وغيرها من مسببات الاضطرابات النفسية، حيث يعترى الفرد التوتر والتوجس والخوف وتوقع الفشل والإحساس بالنقص حينما يسعى لتحقيق ذاته وأماله وطموحاته المستقبلية (محمود محى الدين، ٢٠٠٤: ١٣٩ - ١٤٠).

وفى هذا الصدد يشير حامد زهران (١٩٩٧ : ٤٨٦) إلى أن للقلق عدة أسباب منها:

- مواقف الحياة الضاغطة، والضغط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح المدينة المتغيرة (عصر القلق) وعدم تقبل الحياة، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن.
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان.... الخ.
- التعرض للحوادث والإرهاق الجسمي والتعب والمرض.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
- ويرى السلوكيون أن القلق يعد استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادى تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك.
- ومن جانب آخر قد ينشأ قلق المستقبل أيضاً نتيجة للأفكار الخاطئة واللاعقلانية لدى الفرد، والتي تجعله يؤول الواقع من حوله وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الهائم الذى يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية والواقعية ومن ثمة عدم الأمن والاستقرار النفسى (زينب شقير، ٢٠٠٥ : ٤).
- وقد ينتج أيضاً من خلال الأفكار التقييمية للذات، والانشغال المتكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق، واما يعتقد الآخرون حول الشخص نفسه، والقلق الدائم من ارتكاب الأخطاء (سامر جميل، ٢٠٠١ : ٥١).
- يتضح مما سبق أن قلق المستقبل قد ينشأ نتيجة للعوامل التالية:
- عجز الفرد فى الحاضر مما يعطيه صورة مؤشرة لصعوبة المستقبل.
- الطموحات الزائدة والأمانى التى لا تتناسب مع حجم الواقعية وقدرات الفرد وإمكاناته الفعلية.
- عدم الأمن والخوف على المستقبل المهنى والزواجى والصحى.
- التعرض للحوادث والأزمات، أو مرض أو إصابة أحد أفراد الأسرة.
- أحداث الماضى المؤلمة.
- نقص القدرة على التكهن بالمستقبل.

- التفكك الأسرى.
- عدم قدرة الفرد على التكيف مع المشكلات التي يعاني منها.
- عوامل التهديد والإحباط والتناقضات.
- قلة فرص تحقيق الذات.
- انهيار العلاقات الاجتماعية.
- الأفكار الخاطئة واللاعقلانية.

#### أعراض قلق المستقبل:

لا شك أن القلق بوجه عام وقلق المستقبل بوجه خاص يؤثر على الفرد تأثيراً سلبياً، وذلك إذا وصل إلى مستوى عال، فالقلق هو عامل أساسي في تركيب الشخصية المضطربة، والذي نستدل عليه من خلال بعض المظاهر الجسمية المتمثلة في: آلام المعدة، الصداع، وسرعة ضربات القلب، وصعوبة التنفس، وعلى المستوى النفسي: نجد الشعور بالتوتر، والانزعاج لأتفه الأسباب، والأحلام المزعجة، واضطرابات النوم وغيرها، أما على المستوى العقلي: فنجد اضطرابات التفكير، وعدم التركيز، وصعوبة أعمال العقل، بالإضافة إلى سوء الإدراك الاجتماعي، والانطواء والشعور بالوحدة (عاشور دياب، ٢٠٠١: ٤٤٠).

ومن أهم سمات شخصية من لديه قلق مستقبلي، التركيز على أحداث الوقت الحاضر أو الهروب نحو الماضي، انسحاب من الأنشطة البناءة، الحفاظ على الطرق الروتينية، الانطواء وظهور علامات الحزن والشك، صلابة الرأي والتعنت، التشاؤم وعدم الثقة (إيمان صبرى، ٢٠٠٢: ٥٩: ٦٠).

هذا بالإضافة إلى الشعور بالخوف وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز والنسيان، وذلك لاختلال أداء التسجيل في الذاكرة، بالإضافة إلى الشعور بالأرق وعدم القدرة على النوم (محمود حمودة، ١٩٩١: ١٧٣).

وتسيطر على الفرد في حالات القلق مشاعر الاكتئاب، والشعور بالعجز عند اتخاذ قرارات حاسمة، أو سرعة اتخاذ قرارات لا تتفق مع الميل الشديد لنقد الذات، ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله، وكذلك الانغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند اختبار موضوعات القلق (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤: ٢٤).

هذا ويتصف القلق من حيث هو خبرة ذاتية بمشاعر الخوف من شر مرتقب، والشك والعجز الذي لا يرتبط بخطر حقيقي، بالإضافة إلى التغييرات الفسيولوجية، والتي تتضمن توتراً زائداً في العضلات الخاصة بالهيكل العظمي

كالتيبس أو التصلب، والارتعاش والوهن، كما تتضمن تغيرات فى وظائف القلب، مثل سرعة خفقان القلب واحمرار الوجه وسرعة النبض وارتفاع ضغط الدم، هذا بالإضافة إلى اضطراب الجهاز المعوى مثل الغثيان، التقيؤ، والإسهال الحاد (سبينس وآخرين. Spence, et, al. ١٩٩٨: ٣٠٢).

وهناك أيضاً من المظاهر الفسيولوجية التى تصاحب من يعانى قلق المستقبل مثل شحوب الوجه واتساع حدقة العين وتعبير الخوف على الوجه وبرودة الأطراف وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم وسرعة التنفس والشعور بالاختناق، وجفاف الحلق وصعوبة البلع، والإحساس كأن سدة تقف فى الحلق، وعسر الهضم وآلام المعدة والأمعاء وخاصة الأمعاء الغليظة والشعور بالانتفاخ، وكثرة الانتفاخ، وصعوبة التبول والرغبة المستمرة فيه، واضطراب الوظيفة الجنسية فى صورة سرعة القذف أو الارتخاء الجنسى أو كلاهما معاً عند الرجال (محمود حمودة، ١٩٩١: ١٧٣ - ١٧٥).

وبذلك نجد أن أعراض قلق المستقبل متعددة فمنها النفسى الذى يرتبط بالحالة النفسية للفرد الذى يعانى قلق المستقبل، ومنها الجسمى الذى يتمثل فى المظاهر الفسيولوجية التى تظهر على مريض القلق، ومنها العقلى الذى يظهر من خلال اضطرابات الانتباه والتفكير والتركيز والذاكرة.

#### **تفسير قلق المستقبل فى ضوء نظريات علم النفس المختلفة:**

تتعدد وتتوحد آراء علماء النفس تجاه القلق تبعاً لتنوع واختلاف مدارس ونظريات علم النفس المختلفة، وفيما يلى سوف نعرض بعضاً من آراء هذه المدارس والنظريات فى تفسيرها للقلق:

#### **١- نظرية التحليل النفسى:**

يعد فرويد Freud من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق، بل إن انتشار هذا المصطلح وشيوعه يعود فى جزء كبير منه إليه، وينظر فرويد إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها على الأقل، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعنى أن دوافع "الهى" والأفكار غير المقبولة والتى عملت "الأنا" بالتعاون مع "الأنا الأعلى" على كبتها (وهى دوافع وأفكار لا تستسلم للكبت)، تجاهد لتظهر مرة أخرى فى مجال الشعور وتقترب من منطقة الشعور والوعى، وتوشك أن تتجح فى اختراق الدفاعات، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى الكابتة ممثلة فى الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيداً من القوى الدفاعية لتحويل دون المكبوتات والنجاح فى الإفلات من أسر اللاشعور، بل أنها تدفعها فى اللاشعور بعيداً عن منطقة الوعى والشعور (علاء كفاى، ١٩٩٩: ٢٣٦).



ويرى فرويد أن القلق حالة خاصة من عدم السرور يصاحبه تقريباً إلى عبر ممرات محدودة، والقلق هو رد الفعل العام للخطر، ويعتبر الأنا المعقل الوحيد الذي يركز عليه القلق، وقد يكون الخطر الذي يستقبله الفرد حقيقياً أو متوقفاً، أو يدركه الفرد على أنه مرتقب (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٦٨ - ٦٩).

وبالتالي فالقلق لدى مدرسة التحليل النفسي ينشأ نتيجة لضعف الأنا Ego وعجزها عن التوفيق بين حاجاتها المتصارعة، كنتيجة لمكبوتات الماضي (محمد درويش، ١٩٩٥: ١٨٨).

وغالبا ما تكون هذه المكبوتات رغبات أو حفزات عدوانية أو نزعات جنسية سبق للأنا أن كبنتها في اللاشعور، فإما أن تقوم الأنا بنشاط ما تدافع به عن نفسها لما يهددها، وإما أن يتراكم القلق حتى تقع الأنا صريعة للانهايار العصبى (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٠: ١٢١).

وقد افترض فرويد في نظريته الأولى للقلق أن القلق يحدث نتيجة تقريغ أو انطلاق الطاقة الجنسية المكبوتة والتي اسمها الليبيدو Libido وعندما تحدث انطلاق الطاقة الجنسية تصورات عقلية - أفكار شهوانية - والتي ينظر إليها بوصفها مصدر تهديد - فإن هذه الأفكار يتم استبعادها من الشعور أو العقل أو تكبت repressed وتتراكم الطاقة الليبيدية المستبعدة والممنوعة من أى تعبير عادى، وبطريقة أوتوماتيكية تنقل أو تتحول إلى قلق هائم Free-Floating أو إلى أعراض - أحيانا ما تكون فسيولوجية - والتي كانت متكافئة للقلق (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٩: ٣٣٩).

ثم عدل فرويد بعد ذلك نظريته في القلق بأن ركز على ردود القلق الحاسم بوصفه استجابة لوجود خطر، فأدرك وجود خطر سواء من البيئة الخارجية أو من المشاعر والأفكار الداخلية يستثير حالة القلق ويخدم رد الفعل غير السار الذى يتصف به القلق في تحذير الفرد بأن بعض أشكال التوافق أصبحت ضرورية من جانبه، وبذلك فقد أوضح فرويد فائدة الخوف والقلق فى مساعدة الفرد فى التوافق مع الخطر (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٩: ٣٣٩ - ٣٤٠).

بهذا المعنى تكون خلاصة رأى فرويد فى نظريته للقلق هو أن القلق العصابى صورة للقلق الموضوعى، أو أنه كان قلقاً موضوعياً فى مرحلة مبكرة من مراحل تطور الشخصية ولكن بعد أن تصدى الأنا للخطر الموضوعى فى حينه اختزن الخبرة فى نطاق اللاشعور لتصبح جزءاً من مشتقات الهى، التى قد تضغط فى وقت لاحق مهددة باختراق دفاعات الأنا طلباً للتعبير عن وجودها وطلباً للإشباع، هنا يدرك الأنا خطر التهديد الداخلى، ويستشعر هذا الخطر فى صورة إشارة إذار تستنفر دفاعاته النفسية كما يستنفر الخطر الموضوعى غريزة حفظ الذات (إيمان فوزى، ٢٠٠٢: ١٣).

ويرى فرويد أن هناك ثلاثة أنواع من القلق هي:

- **القلق الواقعي** الذي ينتج من أخطار واقعية موجودة في العالم الخارجى للفرد.

- **القلق الأخلاقي** وهو عبارة عن الخوف من الضمير، وينتج عن الصراع مع الأنا الأعلى.

- **القلق العصبي** وهو عبارة عن خوف من خروج رغبات الهو عن الانضباط، ويشمل على الخوف من العقاب الذي ينتج عن ذلك (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٦٩).

#### **القلق من وجهة نظر أتباع فرويد والفرويديين الجدد:**

اختلف أتباع فرويد والفرويديين الجدد معه في تفسيره للقلق، وسوف نعرض فيما يلي لأهم تفسيرات أتباع فرويد والفرويديين الجدد للقلق:

#### **أريك إريكسون Erikson :**

لقد عنى إريكسون Erikson بمراحل النمو النفسية الجنسية لكنه لم يتجاهل التطور الاجتماعى النفسى كما فعل فرويد، حيث يحاول الطفل فهم كيفية الارتباط بالآخرين، ويرى إريكسون أن كل مرحلة من المراحل الاجتماعية النفسية تتركز حول صراع أو تناقض انفعالى يواجهه الأطفال فى فترات حرجة معينة خلال نموهم، ويرى أن هناك متطلبات بيئية جديدة تغرس عناصر ومكونات انفعالية سلبية وإيجابية خلال مراحل نمو الشخصية وتطورها، وتكون تلك العناصر الانفعالية السلبية والإيجابية مندمجة إلى حد ما فى الشخص الموجود، فإذا تم حل الصراع بصورة إيجابية ومرضية، نجد العنصر الإيجابى ينعكس على الشخص بدرجة مرتفعة، أما إذا استمر الصراع بدون حل بالطريقة المناسبة فسنجد العنصر السلبى هو المسيطر على الشخصية، ويرى إريكسون أن كل مرحلة من مراحل النمو تنطوى على أزمة هوية Identity Crisis خاصة بها، وقد تكون سبباً فى الاضطراب النفسى (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٧٧ - ٧٨).

#### **أوتورانك Otto Rank :**

يرى أوتورانك Ottorank أن فى كل موقف يجد الفرد نفسه مضطراً إلى الانفصال عن موضوع ما، فإنه يشعر - بتأثير الانفصال - بمشاعر القلق، لأن هذا الموقف يعيده أو يذكره بالصدمة الأولى أو بموقف القلق الأولى والنموذجى، وهو صدمة الميلاد حيث انفصل عن الأم وكان عليه أن يغادر بيئة رحيمة آمنة إلى حد كبير إلى بيئة تحفل بعدد من المثيرات الجديدة عليه (علاء كفاى، ١٩٩٠: ٣٤٨ - ٣٤٩).

### ألفريد أدلر Adler:

ينشأ القلق في رأى أدلر Adler من محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية (النقص) ومحاولة الحصول على الشعور بالتفوق، فعندما يشعر الفرد بالنقص فإن هذا الشعور يدفعه للانطواء والبعد عن الآخرين، وهنا يصبح كائنًا غير اجتماعي، ومن ثم يكون عرضة للقلق، حيث ينزع إلى محاولة التفوق للهروب من شعوره بالنقص، وهكذا يدخل في دائرة القلق (زينب شقير، ٢٠٠٥: ٣).

ويرجع أدلر سبب القلق إلى مرحلة الطفولة، كشعور الفرد بالقصور والذي حدده في البداية بالقصور العضوي، ثم عاد فعمم المعنى ليشمل القصور الاجتماعي والمعنوي والذي يشعر فيه الفرد بعدم الأمان (جوردون كوشران، Cochrane، ١٩٩١: ٢٦٠).

ويفسر أدلر Adler القلق على أنه وليد التفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، ويرى أن الإنسان إذا حقق الانتماء للمجتمع الذي يعيش فيه، فإن هذا مدعاة لتقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالمحيطين به، وبالتالي إمكانية تغلبه على إحساسه بالنقص والعجز والقلق (فاروق عثمان، ٢٠٠١: ٢٢).

وقد اختلف أدلر Adler مع فرويد لأنه يرى أن العصاب ينشأ من خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئته، وحينما يصعب على الفرد أن يتخذ أسلوباً في الحياة يستطيع أن يعوض ما يشعر به من نقص، فيخاف من الفشل من تحقيق هدف الحياة، فيلجأ إلى حيل الدفاع النفسى التي تكون الأمراض العصبية، كما يرى أن أسباب العصاب ترجع إلى خبرات الطفولة وخاصة تلك التى تتعلق بالعلاقات الأسرية المضطربة داخل الأسرة (حامد زهران، ١٩٩٧: ٢٣٢).

### يونج Jung:

ولقد اختلف يونج Jung مع فرويد في تفسيره للقلق، حيث لم يقتنع بأن مفهوم اللبىو جنسى أساساً، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً للطاقة عامة غير متميزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته، وقد أدخل يونج مفهوم الانطواء - الانبساط، فاللبىو عند الانبساطيين يتجه إلى الخارج، وهم يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي، أما الانطوائيون فيرتد عندهم اللبىو على الداخل نحو حقائق ذاتية، ويميلون إلى الحياة في عالم الخيال، وهذا الاتجاه نحو الواقع الخارجى أو الذات الداخلية جزء أساسى من التكوين النفسجسى للفرد، وهو يحدد نمطه إلى درجة كبيرة، فيصّل به إلى منتهاه قامعاً كل الاتجاهات الأخرى (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٧٢ - ٧٣).

### كارن هورنى Karen Horney :

تفسر كارين هورنى Horney القلق من منظور بيئى ثقافى، فهى ترى أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغير نحو الأفضل أى نحو التقدم والارتقاء، وأن الثقافة أو البيئة من شأنها أن توجد قدراً كبيراً من التوتر والقلق إذا ما احتسوت على تعقيدات وإحباطات ومتناقضات، فيشعر الفرد بالتهديد والعجز وبقلة حيلته فى عالم يحفل بالعداء ( فاروق عثمان، ٢٠٠١: ٢٢).

ومن ثم ترى أن السلوك الإنسانى السوى يستمد من الشعور بالطمأنينة، وأن القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد على الوصول إلى حالة الطمأنينة، التى ترجع إلى علاقاته مع والديه، وهذا يؤدي إلى تكوين نظرة عدائية باعتباره عدواً مهدداً له (سهام أبو عيطة، ١٩٩٧: ١١٩).

### فروم Erick Fromm:

يرى فروم العصاب على أنه أحد مظاهر الفشل الأخلاقى، وأن المريض العصابى فى كثير من الحالات تعبير عن نزاع أخلاقى، وأن القلق هو نتاج ضغط ثقافية وبيئية، ويعتقد أن المجتمع مسئول عن كثير من الاضطرابات النفسية (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٧٦).

كما ينشأ القلق عند فروم نتيجة الصراع بين الحاجة للتقرب إلى الوالدين وعدم فقدان حنانهما وبين الحاجة للاستقلال والاعتماد على النفس (رشاد عيد العزيز، ١٩٩٣: ١٠٠).

### سوليفان Sullivan:

والقلق عند سوليفان قلق بناء وهدام فى الوقت نفسه، فالقلق البسيط يمكن أن يغير الإنسان ويبعده عن الخطر، أما القلق الشامل الكلى فإنه يؤدي إلى اضطراب كامل فى الشخصية، ويجعل الشخص عاجزاً عن التفكير أو القيام بأى عمل عقلى، وقدم سوليفان مصطلحاً هو نظام الذات Self System ويعتقد أن نظام الذات يشكل فى صورة فردية بواسطة القلق الناجم عن عدم رضا الآباء وموافقتهم وعن مشاعر الطمأنينة الناجمة عن محبة الآباء ورضاهم (فاروق عثمان، ٢٠٠١: ٢٣).

كما يرى سوليفان أن الفرد حتى يتطبع اجتماعياً فإنه يمر بثلاث مراحل هى: الأنا، والأنا الأعلى، ونكران الذات، وركز على أن الخبرة أو التجربة الإيجابية تجلب الأمن والطمأنينة للفرد (سهام أبو عيطة، ١٩٩٧: ١٢٠).

وهكذا نرى أن فرويد فى نظريته الأولى للقلق يرى أن العصاب يساعد على كبت الرغبة الجنسية، وحينما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية

وبطريقة مباشرة إلى قلق، إلا أنه عدل من آرائه في نظريته الثانية للقلق معتبراً أن القلق هو المسبب الحقيقي للكبت وليس العكس.

في حين أعطى أتباع فرويد والفرويديون الجدد للعوامل الاجتماعية دوراً كبيراً في حدوث القلق حيث اهتم إريكسون بمراحل النمو النفسية الجنسية في تفسيره للقلق، ولكنه لم يتجاهل التطور الاجتماعي النفسي كما فعل فرويد، ويرى أن كل مرحلة من مراحل النمو تتطوى على أزمة هوية خاصة بها، وقد تكون سبباً في ظهور القلق لدى الفرد، كما أرجعه أوتورانسك إلى صدمة الميلاد والانفصال عن الأم (بيئة الرحم) إلى بيئة خارجية حافلة بالمتغيرات المسببة للقلق، بينما يرجعه أدلر إلى الشعور بعدم الأمن والشعور بالنقص والدونية والقصور العضوى والنفسى والاجتماعى.

في حين ترجعه هورنى إلى عدم الحصول على إشباع دائم ومستمر من جانب الأم، كما أدخل يونج مفهوم الانبساطية والانطوائية في تفسيره للقلق، واختلف مع فرويد في أن مفهوم اللبىو جنسى، أما فروم فينشأ القلق لديه نتيجة الصراع بين الحاجة للتقرب إلى الوالدين وبين الحاجة للاستقلال والاعتماد على النفس، بينما ينشأ القلق عند سوليفان إلى طبيعة العلاقة بين الطفل وأمه.

هذا ويمكن تلخيص موقف الفرويديين الجدد في عبارة واحدة: أنها غيرت توجه التحليل النفسى من النواحي البيولوجية والفريزية إلى النواحي الثقافية والبيئية (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٩: ٣٤٤).

وبذلك نجد أن فرويد قد أعطى للعوامل الجنسية والغريزية داخل الإنسان دوراً كبيراً في حدوث القلق، بينما أرجعه الفرويديون الجدد للصراعات الاجتماعية داخل بيئة وحياة الفرد.

## ٢- النظرية السلوكية:

يعتقد أصحاب النظرية السلوكية أن معظم أنواع القلق ناشئة عن الاشتراط، حيث يرتبط شيء ما ارتباطاً عارضاً بخبرة تثير القلق، وغالباً ما تكون خبرة من نوع الخطر، وكل من الصراع المعرفى والمواقف الخطرة المحتملة يمكن أن تثير القلق (ليندا دافيدوف، ٢٠٠٠: ١٠٢).

ولأن المدرسة السلوكية مدرسة تعلم فإنها تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة، التى يعيش فى وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابى والتدعيم السلبى، وهى وجهة نظر متباينة تماماً لوجهة نظر التحليل النفسى (علاء كفاى، ١٩٩٩: ٢٧٢).

فالسلكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة فى الشخصية على صورة منظمات الهى (الغرائز) والأنا (الذات الواعية) والأنا الأعلى (الضمير) كما يفعل التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق فى ضوء الاشتراط الكلاسيكى، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصيل

ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، يدل على ذلك واطسون Watson زعيم المدرسة السلوكية، الذي استطاع أن يسبب خوفاً لدى الطفل البيرت البالغ من العمر أحد عشر شهراً، حيث تعود هذا الطفل للعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط واطسون رؤية الطفل لهذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عالٍ ومفاجئ، وبعد حدوث الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يصر على رؤيته من قبل، وعليه قد يصبح الحيوان في هذه التجربة بمثابة موضوعات محايدة في أصلها ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للخوف (علاء كفاي، ١٩٩٠: ٣٤٩ - ٣٥٠).

وبذلك يمكن القول إن المؤيدين للتشريط الكلاسيكي يرون أن كثيراً من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها من خلال عملية تشريط كلاسيكية ثم تحولت إلى عادات مرضية، وهي ليست نتاجاً لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية، فالقلق والخوف والتناول والتشاؤم جميعها يمكن تفسيرها - بالاعتماد على التشريط الكلاسيكي - على أنها استجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية، بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٨٧).

أو كنتيجة خوف اشتراطية لا يدرك الفرد مثيرها الطبيعي كما يرى السلوكيون (محمد درويش، ١٩٩٥: ١٨٨).

في حين أظهر بافلوف أن الاستجابة الغريزية الواحدة تثيرها حوافز عديدة ولا تقتصر استثارتهما إلى الحافز الطبيعي المرتبط به أصلاً، فاستجابة الكلب بإفراز اللعاب فعل منعكس يحدث عند رؤية الطعام (المثير الطبيعي)، ويمكن أن يحدث إذا اقترن تقديم الطعام بصوت الجرس، ويصبح الجرس مثبثاً شرطياً، فتتبع استجابة إفراز اللعاب بصوت الجرس، وذكر أن الاستجابة الواحدة يمكن إخضاعها لعدد كبير من المثبرات (سهام أبو عيطة، ١٩٩٧: ١٠١ - ١٠٢).

كما يشير باندورا إلى أن السلوك الشاذ أو المرضي ناتج عن تعلم استجابات غير نوافية من خلال الملاحظة، أي أن المنظور الاجتماعي في التعلم يلاحظ - عند التعامل مع الأمراض النفسية - التفاعل بين الخصائص السلوكية وإحداث المثير، وهو ما يساعد في تفسير واكتساب واستمرار الاستجابات اللاسوية، ويساعد في علاجها أيضاً (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٩١).

وبذلك يرى السلوكيون أن القلق استجابة اشتراطية كلاسيكية تخضع لقوانين التعلم، ويعتبر حدوث هذه الاستجابة أمراً طبيعياً، إلا إذا حدثت في مواقف لا يستجيب فيها الآخرون باستجابة القلق، أو إذا بلغ الفرق بين شدة استجابة القلق عند فرد معين في موقف ما ونفس الموقف عند الآخرين قدراً كبيراً، وليس هناك فرق بين استجابة القلق الطبيعية والمرضية من حيث التكوين والنشأة، فكلاهما استجابة مكتسبة (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٠: ١٢٤ - ١٢٥).

أي أن القلق في المدرسة السلوكية مكتسب، ويمثل رد فعل للخبرات المؤلمة نتيجة للعادات السلبية في التعامل مع مثيرات البيئة (طلعت حسن، ٢٠٠٧: ٧٠).

وهكذا نرى أن السلوكيين ينظرون للقلق نظرة مخالفة لمدرسة التحليل النفسي حيث يعطون للعوامل الخارجية دوراً كبيراً في حدوث القلق، فالقلق من وجهة نظرهم هو نتيجة حدوث استجابة اشتراكية لمثير غير مخيف لا يدعو للقلق، ولكن تكرار هذه الاستجابة يؤدي إلى تثبيتها، حيث يتم ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وفي ضوء ذلك يرى الباحث أن هناك إمكانية لتعديل سلوك قلق المستقبل لدى عينة الدراسة من والدي الأطفال المعاقين عقلياً وذلك من خلال بعض الفنيات السلوكية مثل التعزيز والنمذجة والتحصين التدريجي والاسترخاء.

### ٣- المنحى الوجودي:

ركزت النظريات الوجودية (بيكر، وهايدجر، وفرانكل) على أهمية الموت، وسلموا بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته finality بوصفه حقيقة مطلقة، ويتعين عليه في النهاية أن يجد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته هو، وقد افترض كل من ماي May ومنكوفسكي Minkowski أن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو "عدم الوجود"، وعرض فرانكل المسألة نفسها - أيضاً - في قوله بأن حقيقة الموت تعطي للحياة معنى، أكثر من تفرغها من المعنى، وذلك عن طريق إلقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته، وبواسطة توحيد كل فرد بالمجتمع الإنساني (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، ٢٠٠٢: ٣٨٥).

والقلق من وجهة النظر الوجودية يمثل ظاهرة إنسانية فريدة، فهو صميم الوجود الإنساني، ومصاحب له مادام الإنسان موجوداً، وهو ليس ظاهرة مرضية بالضرورة، بل أنه على العكس من ذلك فهو ظاهرة سوية، تحفظ للإنسان دافعه للحياة بوصفه إنساناً، وتحفزه دائماً للرقى وبلوغ الهدف نحو الآخر، وهو الضريبة التي يدفعها الإنسان كي يحتفظ بإنسانيته، ويحقق ذاته، في صيرورة متصلة، بحيث لا يكتفى أبداً بما تحقق، وإنما يتوجه دائماً بالفكر والفعل نحو ما لم يتحقق بعد (إيمان فوزى، ١٩٩٢: ٦٢).

هذا وقد اعتنى ماي بالقلق ونشر كتاباً باسم "معنى القلق" في عام ١٩٥٠، ثم قام بتفكيحه بعد ذلك، وأكد على أهمية تطوير نظرية متكاملة خاصة بالقلق، ورفض ماي تسمية ما يتعرض له الإنسان باسم الضغوط بدلاً من القلق، لأنها مشتقة من الهندسة والفيزياء، ويمكن تحديدها وتعريفها بقياسها بسهولة، وهي تركز على ما يحدث للفرد، في حين أن القلق مربوط بوضوح بوعي الفرد وذاتيته، وهو عبارة عن الفهم المرتبط بتهديد بعض القيم التي يحملها الفرد ويؤمن بأهميتها وضرورتها لوجوده كشخص، ويرى ماي أن القلق خاصية للكائن البشري، فهو يهدد القاعدة الأمنية التي تتيح للفرد أن يمارس أو يجرب نفسه كذات في علاقته بالأشياء (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ١٢٨).

ويضيف ماي May (١٩٧٧) بأن القلق حالة ذاتية يدرك الفرد فيها أن وجوده يمكن أن يتحطم، وأنه يمكن أن يفقد نفسه وعالمه وأنه يصبح عدماً "Nothing"، وهو عكس الخوف الذي يشعر به الفرد الذي لا يهدد حضوره الوجودي، فالقلق هو تهديد للحضور الوجودي للفرد يرجع إلى التصادم الأساسي أو الجوهرى بين الوجود والتهديد بعدم الوجود (الفناء) (محمد السيد، ١٩٩٨: ٤٤٦ - ٤٤٧).

ويكمن القلق الوجودي لدى فرانكل Frankl وراء القلق العصائبي، والقلق الوجودي هو الخوف من الموت، وفي الوقت نفسه الخوف من الحياة ككل، أي أنه ينتج عن ضمير يشعر بالذنب تجاه الحياة أو تجاه تحقيق الذات (باترسون، ١٩٩٠: ٤٦٧).

الوجوديون - إذا - يرون أن القلق ينبع من وعينا باحتمال انتهاء أو انقطاع وجودنا، ومن عدم قدرتنا أو مسئوليتنا على اتخاذ القرارات التي يكون لها على المدى الطويل مترتبات على وجودنا (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ٢٩).

فأصحاب هذا المذهب يرون أن القلق ينشأ من الخوف من المستقبل، وما قد يتوقع أن يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانية الفرد. فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أية لحظة، وأن توقع فجائية حدوث الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان، وحرصه على وجوده هو ما يؤثر قلقه، والموت هو الصورة المطلقة للوجود ولذا هو المثير الأساسي للقلق (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٠: ١٢٦).

ورغم أن الإنسان يعتبر خطر الموت هو أهم تهديد يواجهه، ومن ثم فهو أبرز مصادر قلقه، إلا أن قيمة حياته ذاتها تتضاعل أمام القيم التي يؤمن بها ويتبناها ويطبقها في حياته، وبالتالي يصبح أي تهديد موجه لهذه القيم أحد مصادر القلق لديه، وليس هذا فحسب بل إرادة الإنسان الحرة وتحمل مسئولية اتخاذ القرار هي مصادر لقلقه أيضاً (إيمان فوزى، ١٩٩٦: ٩٧).

وبذلك نجد أن القلق من وجهة نظر المنحى الوجودي ينشأ نتيجة شعور الفرد بما يهدد وجوده كإنسان، وأن الموت هو المصدر الرئيسي لتهديد وجوده في الحياة، وبالتالي فالموت هو المثير الأساسي الذي يؤثر القلق لدى الإنسان، كما أنهم ينظرون إلى القلق على أنه هو صميم وجود الإنسان وملازم له مادام الإنسان حياً، والقلق من وجهة نظرهم ليس ظاهرة مرضية، بل على العكس من ذلك فهو يعد ظاهرة سوية تحفظ للإنسان دافعه للحياة.

إلا أنه يمكن إضافة أنه إذا ارتفعت حدة القلق الوجودي لدى الإنسان بما يجعل هذا الإنسان لا يستطيع السيطرة على مجريات حياته، وبالتالي العجز عن تحقيق أهدافه، إذا تحول هذا القلق الوجودي من قلق سوى إلى قلق مرضى يحتاج



للعلاج، أى إننى أقول إنه ليس بالضرورى أن يكون كل قلق وجودى قلقاً سوياً، فقد يتحول هذا القلق فى بعض الأحيان من قلق سوى إلى قلق مرضى.

#### ٤- المدرسة الإنسانية:

يمثل أصحاب التوجه الإنسانى فى علم النفس موقفاً مبدئياً من الفكر التقليدى فى علم النفس، هذا الموقف المبدئى يكشف عن اتجاه يهدف إلى استعادة إنسانية الإنسان عبر الدراسات النفسية التى سبق أن تناولها كل من السلوكيين والتحليليين (إيمان فوزى، ٢٠٠٢: ١٦).

هذا ولقد لقي القلق فى المدرسة الإنسانية اهتماماً كبيراً يفوق بمراحل اهتمام كل من مدرستى التحليل النفسى والسلوكية، فهو ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة، أو استجابة يكتسبها أثناء عملية تعلم، إنما هو جوهر طبيعة النفس الإنسانية، فالإنسان هو الكائن الحى الوحيد، الذى يستشعر القلق كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته ولا تنتهى إلا مع آخر أنفاسه الحية، فمصدر القلق هنا ليس الماضى أو المستقبل، وإنما مصدره الحياة برمتها فى ماضيها وحاضرها ومستقبلها (إيمان فوزى، ١٩٩٦: ٩٥ - ٩٦).

وبناءً على ذلك ركزت المدرسة الإنسانية على خصوصية الإنسان وتفرد، وترى أن التحدى الرئيسى هو أن يحقق الإنسان ذاتيته ووجوده كفرد يختلف عن بقية الأفراد، ولذا فإن كل ما يعوق محاولاته فى تحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير لديه القلق، وتشير إلى أن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بحاضر الفرد ومستقبله وبحثه عن مغزى لحياته وهدف لوجوده، ويكون فريسة للقلق إذا لم يهتد لذلك (علاء الدين كفاى، ١٩٩٠: ٣٥٠).

وفى ضوء ذلك يرى ماسلو أن الاضطراب أو اللاسواء ينتج من عدم إشباع الإنسان لحاجاته - وخاصة الحاجات العليا فى التدرج الهرمى - ومن ثم شعوره بالإحباط، ونظراً لأن الدافع إلى ذلك التحقيق ليس قوياً بدرجة قوة الغرائز الحيوانية ذاتها، فإنه من السهل تأثرها بالعادة والضغط الثقافى والاتجاهات المعاكسة غير الملائمة (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ١٢٥).

كما يشير روجرز إلى أن الاضطراب ينتج لعدم التطابق بين الذات والخبرة يؤدى إلى عدم التوافق أو سوء التوافق، ويجعل الفرد عرضة للقلق والتهديد، ومن ثم فإنه يسلك بشكل دفاعى، وينشأ القلق عندما يستشعر الفرد الخبرة على أنها غير متسقة مع بنية الذات، وشروط الأهمية المستدومة داخله، أى أن الفرد يعيش القلق عندما يواجه حدثاً يهدد بنية ذاته القائمة فعلاً (جمعة يوسف، ٢٠٠١: ١٢٤).

وفى ضوء ما سبق نستنتج أن القلق من وجهة نظر المدرسة الإنسانية يسفر عن عدم التكافؤ بين الذات الواقعية والذات المثالية، أى عندما يواجه الفرد

بعض العوائق والصعوبات التي تقف أمام تحقيق أهدافه وطموحاته، أو عندما يواجه حدثاً يهدد بنيته الذاتية القائمة فعلاً.

#### ٥- المدرسة المعرفية:

يشير عادل عبد الله (أ) (٢٠٠٠: ٢١) إلى أن المدرسة المعرفية هي شكل من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً، والتي تركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيره لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، وأن النمط المرضى يستند على التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية)، الذي يرى أن في فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر تشويهاً، وتصبح إمكاناته مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما يصبح المعتقد الأساسي له حول نفسه والعالم من حوله محدوداً بدرجة كبيرة.

وإذا كان المنحى المعرفي قد ظهر أساساً كأسلوب لعلاج الاكتئاب والقلق، فإنه اتسع الآن ليغطي معظم الأمراض النفسية، وترى الصياغة المبدئية لهذا المنحى أن الكثير من الاضطرابات النفسية تنتج عن الأخطاء أو التحيزات في التفكير، بمعنى آخر أن الأفكار التي تقود إلى المرض النفسي تنجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك ونخزن ونسترجع بها المعلومات (مصطفى سوييف، ٢٠٠١: ٩٩).

وفي هذا الصدد يشير فريمان دافيس، Davis (١٩٩٢: ٥٠) إلى أن تلك المفاهيم والأفكار الخاطئة تؤثر في المفاهيم التي تليها، فإذا رسخت تصبح بنية دائمة أو مخططاً دائماً، وهذه المخططات قد تكمن لفترة معينة، ولكنها قد تنشط في ظروف أخرى مما يؤدي لحدوث الاضطرابات، ويتكون المخطط المعرفي لتنظيم الشخصية لدى الأفراد من ثلاثة مكونات هي:

١- تنظيم المعتقدات Believe Organize.

٢- الانفعالات Emotions.

٣- السلوك Behavior.

هذا ويشير فرانك داتيليو وكريستين بادسكي Dattilio, & Padesky (١٩٩٠: ٣ - ٤) إلى أن تلك المخططات عبارة عن معتقدات أساسية لدى الفرد، وهذه المعتقدات غير متوائمة وغير مرنة، ولا يسهل تغييرها، وأضافا أن هذه المخططات تمثل إحدى المستويات الثلاثة للتفكير.

وعلى ذلك فإن الأفراد القلقين يمرون بأفكار خاصة مرتبطة بخطر أو تهديد مدرك، وهذه الأنماط من الأفكار أو التخيلات أشير إليها بالتلقائية، لأنها تظهر عشوائياً ومتلاشية بسرعة، ويمكن أن تمر في أحيان كثيرة دون أن تلاحظ، إلا إذا وجه الفرد لملاحظتها عن عمد، وهذه الأفكار التلقائية تعكس تقييم الشخص

للموقف - تقييم غير حقيقي - بدلاً من التقييم الموضوعي أو الواقعي، والتي تؤدي مباشرة إلى الاستجابات الانفعالية والسلوكية للفرد القلق، والتي تكون غير متكيفة، لأن التقييم مشوه ومحرف أو مبالغ فيه (كليف وأديل Clive J & Adele M، ١٩٩٣: ٢٠٥).

وفي هذا المجال يشير مايكل ثاس وأرون بيك، Thase, & Beck (١٩٩٣: ٥) إلى أن للأفكار التلقائية علاقة نشطة مع الحالات المزاجية للأفراد، وأن الضغوط الانفعالية لديهم تزداد عن طريق الأفكار السلبية، وأن هذه الأفكار السلبية تزداد عن طريق الحالة المزاجية السيئة لدى الأفراد القلقين.

فإذا فسر موقف على أنه خطر فإنهم يشعرون بالقلق ويحاولون الهرب، وتستمد معارفهم من الأحداث اللفظية أو المصورة في مجرى الشعور، ومن الاعتقادات والاتجاهات والاقتراحات، ولذا فإن الاضطرابات النفسية غالباً ما تتبع من أخطاء في عادات التفكير أو المعرفة (لويس مليكة، ١٩٩٠: ٢٢٦).

وفي ضوء ذلك يرى بيك Beck أن القلق حالة انفعالية متوسّرة تتسم بالعصبية والارتعاد الداخلي، وهو على متصل يمتد عبر أحد طرفيه من التوتر الخفيف حتى الرعب عند الطرف الآخر، ويفسر حدوثه كاضطراب انفعالي في ضوء الاعتقادات السلبية التي يكنها المريض عن نفسه والعالم والمستقبل (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤: ١٢١).

ولذلك نجد أن كل من باترسون Paterson ولندن London يتبنيان وجهة النظر القائلة إن الاضطرابات النفسية والانفعالية عادة ما يصاحبها أفكار أو مدركات خاطئة تتعلق بمصدر وأثر السلوك المرضي، ويمكن لهذه الأفكار أن تغير السلوك، كما أنه ليس من الضروري دائماً اقتران السلوك بالتعزيز، وأن التعليمات أو الإشارات المسبقة تكفي وحدها أن تؤدي إلى شيء من التغيير في سلوك المريض، كما أنه يمكن أن تقوى الدافع إلى التغيير والذي يدعم إعادة البناء الفكري للموقف لدى المريض (هارولد ريجنالد، ١٩٩٢: ٣٠٦).

وهذا ما تؤكدته نظرية كانون في الانفعال حيث تشير إلى أن المعرفة جزء أساسي في ظهور الانفعال، فهي التي تثير ردود الفعل الجسمية والخارجية (إلمان روبرت، Robert، ١٩٩٥: ١٢).

وفي ضوء ما سبق نرى أن القلق من وجهة نظر المعرفيين ينشأ نتيجة خلل في التفكير الواقعي للمواقف المثيرة للقلق لدى الفرد، نتيجة لأخطاء في عادات التفكير والمعرفة، والمبالغة في احتمال وشدة حدوث الخطر، وعلى ذلك يرى الباحث إمكانية التحكم في قلق المستقبل لدى عينة الدراسة من والدي الأطفال المعاقين عقلياً، عن طريق تغيير الأفكار والمفاهيم الخاطئة المرتبطة بقلق المستقبل لديهم، واستبدالها بأفكار ومفاهيم أخرى صحيحة، وذلك من خلال

التدريب على بعض الفنيات المعرفية كالتحكم الذاتي وأسلوب حل المشكلة والمراقبة الذاتية والواجبات المنزلية.

#### قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً:

إن تشخيص الطفل من حيث الإعاقة العقلية والانفعالية والحسية أو الجسمية هو تعيين لعامل ضاغط قوى من شأنه أن يؤثر على النمو المستقبلي للأسرة على كل المستويات، علماً بأنه في كل مرحلة من مراحل دورة الحياة تتغير المطالب الأسرية، وفي كل الحالات فإن الأسرة ينبغي أن تقبل عجز الطفل وإعاقته (روز ماري لامبي وديبي دانيلز، ٢٠٠١: ٥٦).

فوجود طفل معاق بالأسرة يجعل للأسرة وضماً خاصاً بسين الأسر الأخرى، حيث تتعامل معها الأسر الأخرى بنوع من الحساسية والتحفظ والحرص، بل إن بعض الأسر قد تحجم عن الاتصال بمثل هذه الأسرة، التي بها طفل معاق، وكان بها عيباً أو نقصاً تخشى على نفسها أو على أطفالها أن تتأثر به، وقد تخشى بعض الأسر أن تسبب حرجاً للأسرة ذات الطفل المعاق فيعفون أنفسهم من الاتصال بها، مما يشعر الأسرة بالعزلة والوحدة عن الأسر الأخرى في وسط البيئة التي تعيش فيها، ومن جهة أخرى قد يعتمد الآباء في أسرة الطفل المعاق على عدم الاتصال بالآخرين حتى لا يضعوا الآخرين في حرج، فيفرضوا هم على أنفسهم العزلة، ولذا فهم يحجمون عن دعوة الأسر الأخرى لزياراتهم أو يعتذرون إذا ما وجهت إليهم الدعوات (علاء كفاي ٢٠٠٣: ٢٤).

لذا فإن إصابة الفرد أو ذويه بأية إعاقة أو صدمة يجعله يدرك الأحداث المؤلمة مع صعوبة الموازنة مع هذه المدركات، مما يؤدي إلى تزايد القلق لديه ويزيد من النظرة التشاؤمية للحاضر والمستقبل، ويشعر بالخوف من الموت والخوف من مواجهته الحياة المستقبلية بشكل إيجابي وسوي، فتدفعه للانطواء والسلبية والهروب والعزلة واللجوء إلى الأساليب والحيل الدفاعية اللاشعورية غير السوية، الأمر الذي يسبب له حالة من عدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، والخوف والذعر الشديد من التغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل، مع التوقعات السلبية لكل ما يحمله المستقبل، ومن ثم الثورة النفسية الشديدة التي تأخذ أشكالاً مختلفة والتي فيها الخوف من المجهول (المستقبل) غير المستند على الأدلة والبراهين المادية أي حالة قلق المستقبل (زينب شقير، ٢٠٠٥: ٤ - ٥).

هذا وقد تصاب الأسرة بنوع من الوهن والضعف العام في مختلف أجزاء الجسم، وظهور بعض الأعراض الجسمية الأخرى مثل الشعور بالصداع وأرق النوم، وغيرها من الأعراض الجسمية التي تصاحب قلق المستقبل، مع الشعور بالضيق والتوتر والخوف من المستقبل المجهول للأسرة بوجه عام ومستقبل

الطفل المعاق بوجه خاص، وعدم القدرة على التركيز أو التفكير بطريقة صحيحة تجاه المواقف التي يواجهونها.

ولا تتوقف المشكلة عند حد إحداث المعاناة الجسمية والنفسية لأفراد الأسرة، بل إن وجود الطفل المعاق في الأسرة يدمج الأسرة بوصمة اجتماعية، فكثيراً ما يشعر الآباء أن الآخرين من أفراد أسر لا ينظرون إليهم النظرة العادية، بل يتبنون نحوهم اتجاهات سلبية، وأياً كان صدق شعورهم بالآباء الآخرين، فإن هذا الشعور ينعكس على مفهومهم لذواتهم، حيث يشعرون بأنهم في مكانة اجتماعية أقل من الآباء الآخرين، وأنهم ينتمون إلى أسرة موصومة (علاء كفاي ٢٠٠٣: ٢٠ - ٢١).

وبالتالي فإن قلق المستقبل يشكل مزيجاً من الرعب والأمل بالنسبة للمستقبل والأفكار الوسواسية، وقلق الموت، واليأس بصورة غير معقولة تجعل صاحبه يعاني التشاؤم من المستقبل وقلق الموت واليأس والأفكار الوسواسية، وقد يعيش الحياة بشكل زائف فيلجأ إلى الكذب وقد يصل إلى الخداع والنفق في التعامل مع الواقع من حوله (زينب شقير، ٢٠٠٥: ٥).

وفي ضوء ذلك تشير نتائج بعض البحوث والدراسات مثل دراسة ماريل ديكر وهانس كوت، Dekker, & Koot (٢٠٠٣)، تالي هيمن، Heiman (٢٠٠٢)، ليزا رول، Roll (٢٠٠١)، جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون، Spangenberg, & Theron (٢٠٠١)، كاجيندو مونوا، Mutua (٢٠٠١) إلى أن أسر الأطفال المعاقون عقلياً يعانون من القلق على مستقبل الأسرة بصفة عامة والقلق على مستقبل الطفل المعاق عقلياً بصفة خاصة، فوجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة قد يفتح الباب أمام الأسرة لمواجهة أعباء مادية ونفسية إلى جانب الإجهاد النفسي والبدني المتزايد على جميع أفراد الأسرة، وذلك من خلال كيفية توفير الرعاية الطبية والتعليمية لهذا الطفل، وكيفية الرعاية الذاتية له، مما يزيد من الأعباء الإضافية على عاتق الأسرة.

وبالتالي فقد يؤدي ذلك إلى أن تشعر هذه الأسر بالضغط النفسي والتوتر والضيق في ظل وجود هذا الطفل داخل الأسرة، وتشغل الأسرة بالتفكير في مستقبل الأسرة بصفة عامة ومستقبل الطفل المعاق عقلياً بصفة خاصة، وقد يؤدي هذا التفكير إلى أن تسيطر على الأسرة بعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة وغير الصحيحة نتيجة للحوار الذاتي السلبي تجاه مستقبل الأسرة ومستقبل الطفل المعاق، مما يؤدي ذلك إلى أن تعاني هذه الأسر من قلق المستقبل.

#### أسباب قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً:

قد ينشأ قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة لعدة أسباب خاصة بهذه الأسر، هذا بالإضافة إلى الأسباب العامة لقلق المستقبل، والتي تم

عرضها مسبقاً، وقد حدد الباحث الأسباب التي تقف وراء قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً في كل من الأسباب الاجتماعية، وأسباب اقتصادية، وأسباب خاصة بمستقل الطفل المعاق عقلياً، والتي سوف تعرضها بشكل مفسر فيما يلي:

#### ١- أسباب اجتماعية:

كثيراً ما تشغل أسرة الطفل المعاق عقلياً بالتفكير في شكل العلاقات الاجتماعية لها في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة من حيث علاقاتهم بالجيران والأقارب والأصدقاء، حيث تعكف بعض هذه الأسر عن الاختلاط بالآخرين منعاً للحرج أو هروباً من نظرات الآخرين لهم بشأن هذا الطفل المعاق، في حين أن بعض هذه الأسر تصر على عدم اصطحاب هذا الطفل خارج المنزل أو في حضور المناسبات الاجتماعية، وبالتالي تفرض سيطرتها على هذا الطفل من حيث حرمانه من اللعب مع أطفال الجيران والأقارب، بل قد تمنع بعض من هذه الأسر ظهور الطفل المعاق عقلياً أمام زائريهم بالمنزل حتى لا يسبب لها حرجاً أمام هؤلاء الزوار، مما يجعلهم يفرضون على أنفسهم مناخاً اجتماعياً متوتراً، وبالتالي تتغلق هذه الأسر على نفسها، نتيجة للأفكار غير الصحيحة التي تسيطر عليهم أثناء التفكير بشأن المستقبل الاجتماعي للأسرة.

وفي هذا الصدد يشير أيمن قطب (٢٠٠١: ٩٤) إلى أن هناك نموذجاً عاماً للبنية العاملية المشكلة لمكونات القلق الاجتماعي يتضمن النقاط التالية:

- عمليات التفاعل الاجتماعي.

- الخوف الاجتماعي.

بالإضافة إلى بعض المكونات الأخرى الفرعية أو عمليات التفاعل بين البعدين السابقين مثل الخجل التفاعلي والضعف والتجنب والخوف من مراقبة أو ملاحظة الآخرين للفرد، أو الخوف من أن يلاحظ الآخرون على الفرد أعراض القلق.

فالقلق الاجتماعي يتكون من خلال شعور الفرد بمراقبة وملاحظة الآخرين له أثناء أداء بعض الأعمال أو المهام العامة أو المهارات الشخصية، ويرتبط بشكل أكبر أثناء التعبير عن الذات والتحدث مع الآخرين (وودي Woody, S, ١٩٩٦: ٦١).

حيث يشير القلق الاجتماعي إلى الخوف من بعض المواقف الاجتماعية، وبالتالي فإن تجنب هذه المواقف يشير إلى شيء من القلق الزائد المزود بالخبرة عندما يوضع الفرد في هذه المواقف الاجتماعية (كيز تشينج وكاتلين مايرز Cheng, & Myers, ٢٠٠٥: ١١٦).

وبذلك نجد أن هؤلاء الأفراد غالباً ما يشعرون بأنهم محط أنظار محيطهم بمقدار أكبر بكثير مما يعنونه أنفسهم لهذا المحيط، ويتصورون أن محيطهم ليس له من اهتمام آخر غير تقييمهم المستمر، وبطبيعة الحال فإنهم يتصورون دائماً أن التقييم لابد وأن يكون سلبياً، وبذلك تكون النتيجة هي التضخيم الكارثي للعواقب بحيث يتحول أدنى خطأ يرتكبه الفرد إلى كارثة بالنسبة له تغرقه في الخجل، وتعزز ميله للانتحاب (سامر جميل، ٢٠٠١: ٤٨).

يتضح مما سبق أن أسرة الطفل المعاق عقلياً قد تتشغل بالتفكير بشأن المستقبل الاجتماعي للأسرة في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، من حيث نظرات المحيطين بهم من الأقارب والجيران والأصدقاء وحتى الغرباء، حيث تراوهم بعض الأفكار الخاطئة، المرتبطة بتقييم الآخرين ونظراتهم إليهم، والتي تعيق اندماجهم في كثير من الأنشطة الاجتماعية والترويحية، وتحرمهم من الزيارات العائلية وفرص الترويح والترفيه من خلال الرحلات وحضور المناسبات الاجتماعية، خوفاً من نظرات الآخرين لهم.

#### ٢- أسباب اقتصادية:

تعانى أسر الأطفال المعاقين الكثير من الضغوط النفسية نتيجة لأعباء الاقتصادية التي تتمثل في رعاية الطفل المعاق، فالطفل المعاق يكلف أسرته نفقات إعاقته حتى لو أتتحت للأسرة الخدمات الطبية والتعليمية والتأهيلية بالمجان، فالقلق بشأن المعيشة المرتفعة وكيفية موازنة ميزانية الأسرة، وكيفية الحصول على المال لرعاية الطفل المعاق تعتبر من المصادر التي تساهم في ظهور الضغوط النفسية لدى هذه الأسرة (بيندل، Bendell، ١٩٩١: ٦٥).

فبالنسبة لبعض الآباء تعد الأعباء المادية هي المشكلة الأساسية إلا أن العلاج والتجهيزات الخاصة، والعلاج الجسمي، وعلاج التخاطب، وزيارات الطبيب، وربما الجلسات الإرشادية تعد كذلك مصادر ممكنة للعبء المادي، فالمشكلات المادية الحادة يمكن في حد ذاتها أن توجد إجهاداً كبيراً داخل النظام الأسري (م. سيليجمان وور دارلينج، ٢٠٠١: ٢٩٩).

وكذلك فالأفراد الذين ينتمون إلى الأسرة ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدنى تواجه ضغوطاً نفسية أشد من الأفراد الذين ينتمون إلى الأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط، فالظروف الاجتماعية الاقتصادية الصعبة تفرض درجة من الضغوط النفسية على الأسرة لا ترتبط بوجود الطفل المعاق فقط، إلا أنها أيضاً قد تؤثر على الاستراتيجيات التي يستخدمها الوالدان للتفاعل مع طفلها (جمال الخطيب وآخرين، ١٩٩٢: ٦٢ - ٦٣).

وبناءً على ذلك فقد تشغل بعض من هذه الأسر في التفكير بشأن المستقبل المادي للأسرة في ظل وجود هذا الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة،

والتفكير في كيفية رعايته مادياً من حيث الرعاية الطبية والتعليمية والتأهيلية بصفة خاصة، هذا إلى جانب التفكير في كيفية رعاية إخوته من العاديين مادياً والتفكير بشأن المستقبل المادى للأسرة ككل بشكل عام.

### ٣- أسباب تتعلق بمستقبل الطفل المعاق عقلياً:

ولعل من أهم ما يشغل آباء المعاقين عقلياً هو ماذا يخبئ المستقبل لهؤلاء الأطفال عندما لا يكون في الأباء المداومة على خدمتهم (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٣٨٨).

وبالتالى ينشغل والدى الأطفال المعاقين عقلياً في التفكير بشأن مستقبل الطفل المعاق عقلياً، ويستغرقون في هذا التفكير، مما يعطى فرصة لبعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة وغير الصحيحة في السيطرة على تفكيرهم وتوقعاتهم المستقبلية بشأن مستقبل الطفل المعاق عقلياً، ومن ثم تظهر عليهم علامات القلق بشأن مستقبل هذا الطفل المعاق عقلياً.

### ثانياً أسر الأطفال المعاقين عقلياً **Family of Mental Retardation Children**:

الأسرة تنظيم أو نسق بالغ الفرد والخصوصية، لأنه التنظيم الذى ينضم إليه الفرد منذ بداية حياته، حيث يكون في أشد الاحتياج إليه، وحيث يجد إشباعه المادية والعاطفية في كنفه، ولذا فإن تأثير هذا التنظيم على الفرد تأثير قوى لا يعادله تأثير تنظيم آخر في الحياة، ولذا يمكن القول بأن الصحة النفسية للفرد ونجاحه في أداء وظائفه المختلفة في الحياة يرتبط إلى حد كبير بالمتغيرات المتصلة بهذا التنظيم الأسرى، من قبل نوع المناخ الذى كان سائداً في الأسرة، وطبيعة المعاملة الوالدية التى يتلقاها الطفل من والديه، ومدى سلامة العلاقات التى كانت بين الوالدين والطفل وصيغتها الانفعالية والوجدانية (علاء كفاى، ٢٠٠٣: ٧).

وعلى ذلك فإن الاهتمام بأسرة الطفل المعاق عقلياً من حيث التعرف على أكثر الضغوط والاضطرابات النفسية، التى تواجهها هذه الأسر، ومن ثم العمل على خفضها لمساعدتها على أن تعيش حياة أقرب إلى الطبيعية، يساعد على توفير المناخ المناسب داخل هذه الأسر للتعامل مع الطفل المعاق عقلياً معاملة حسنة وسوية، ورعايته صحياً وتربوياً وتأهلياً، فكم من دراسة اهتمت بالأطفال المعاقين عقلياً أكاديمياً أو تأهلياً أو لعلاج بعض المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية لديهم، ولم تتوصل إلى النتائج المرجوة، أو قد تتوصل هذه الدراسات إلى نتائج فعالة، ولكن لم تستمر هذه النتائج لفترات كبيرة، ويرجع ذلك لعدم توفير المناخ الأسرى المناسب لتطبيق هذه الدراسات على هذه الفئة من الأطفال.



فميلاد طفل معاق عقليا يمثل حدثاً مؤلماً للوالدين، ويراه بعض الآباء بمثابة كارثة تؤرق حياتهم وتستثير فيهم الحسرة والأسى، ذلك أنه مع كونه "ميلاداً" إلا أن هذا الميلاد يعنى بالنسبة لهم "موتاً" مفاجئاً لحلم جميل ظل يراودهما طويلاً فى الحصول على طفل معاقى وسليم وذكى، فيفتقدون مع هذا "الميلاد - الموت" شعورهما بالفخر والإثابة الوالدية المرتبطة بالأبوة والأمومة، ومن ثم الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية، مما يجعلهما يعيشا حالة من التوتر وعدم الاتزان النفسى (عبد المطلب القريظى (ب)، ٢٠٠٠: ٢٣).

وفى هذا المجال تشير فاطمة عياد (٢٠٠٢: ٥١٧) إلى أن الأسرة تتأثر بشكل واضح بولادة طفل معاق عقليا، تنعكس آثاره على معظم جوانب حياة تلك الأسرة من النواحي الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، ومن ثم تبرز أهمية دراسة أهم التغيرات التى تحدث للأسرة، وخصوصاً مشاعر القلق.

حيث يعانى والدى المعاقين عقلياً من مستويات مرتفعة من الإجهاد، ومحدودية الدعم الاجتماعى، وعلى الأخص فى الأسر ذات الأعداد الكبيرة من أفرادها (ريميرمان ودوفديفانى، Rimmerman, & Duvdevani، ١٩٩٦: ٤٩٢).

فبعض هذه الأسر قد تعانى من محدودية الدعم الاجتماعى لها فى ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، والذى يحتاج إلى الكثير من النفقات سواء فى الرعاية التربوية أو الطبية، مما يودى ذلك إلى أن تطر بعض الأسر إلى إرسال طفلها المعاق إلى مؤسسات خارجية تتكفل برعايته (ريميرمان ودوفديفانى، A. Rimmerman & I. Duvdevani، ١٩٩٦: ٤٨٨).

هذا ويختلف تعامل أسر الأطفال المعاقين عقلياً مع إعاقة أطفالهم تبعاً لاختلاف الثقافات، فبعض هذه الأسر قد تفرض سيطرة صارمة على سلوكيات أطفالهم المعاقين، كما تتنظر بعض هذه الأسر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم مصدر خذى لهم، وبالتالي يلجئون إلى إخفاء هؤلاء الأطفال بعيداً عن الآخرين وعن البيئة المحيطة بهم (راو شريديفى، Shridevi، ٢٠٠٦: ١٦٢).

وعلى ذلك فلا بد من الاهتمام بأسر الأطفال المعاقين عقلياً من حيث التعرف على الشكل العام للنسق الأسرى، ومعرفة أهم الضغوط والاضطرابات النفسية الانفعالية لديهم والعمل على خفضها، وذلك من خلال معرفة أهم حاجات هذه الأسر وتلبيتها، وتوفير المعلومات والبيانات والإرشادات اللازمة لهم، والننى تعيينهم على رعاية الطفل المعاق عقلياً، وبذلك نكون قد هيئنا المناخ الأسرى المناسب لرعاية هذا الطفل رعاية صحيحة وسليمة، سواء من قبل الوالدين أو من قبل الباحثين أو الجهات المختصة.

وذلك تأكيداً لدور الأسرة في رعاية أطفالها، وتسليماً بأن أكثر المتضررين من ولادة طفل معاق هم الوالدان ومن حولهم (فاطمة عياد، ٢٠٠٢: ٥١٦).

#### النسق الأسرى المنطق والمفتوح:

الأسرة نظام اجتماعي، فهي ليست أساس وجود المجتمع فسحب بل هي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى للضبط الاجتماعي، والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أول دروس الحياة الاجتماعية، فالأسرة نظام اجتماعي يؤثر في النظم الاجتماعية الأخرى، وبالتالي فهي تتأثر بالنظم الثقافية والساسية والاقتصادية في المجتمع (محمد بيومي وعفاف ناصر، ٢٠٠٥: ٥٦).

وفي ضوء ذلك يوجد نوعان من الأنساق الأسرية: النوع الأول يتمثل في النسق الأسرى المنغلق، الذي ينغلق على نفسه ولا يتفاعل مع المجتمع، أما النوع الثاني فهو النسق الأسرى المفتوح، الذي يفتح على العالم من حوله ويتفاعل معه، ويؤثر فيه ويتأثر به، وفيما يلي سوف نلقى الضوء على كل النسق الأسرى المنغلق والمفتوح بشيء من التوضيح.

#### النسق الأسرى المنغلق:

تكون الأسرة منغلقة عندما تعزل نفسها مادياً ونفسياً عن المجتمع الذي تعيش فيه، أو يكون لأفرادها اتصال محدود بخارجها، هذا وتتميز الأسر المنغلقة إضافة إلى عزلتها أن أفرادها ينغمسون انغماساً زائداً Over involvement داخل الأسرة، وإذا كانت الحدود الخارجية للنسق الأسرى المنغلق صلبة وغير قابلة للنفاذ - طبقاً لعزلتها - فإن الحدود الداخلية بين الأنساق الفرعية داخل الأسرة تكون ضعيفة ومتسعة، ويترتب على ذلك أن أعضاء الأسرة بدلاً من أن تكون لهم اتصالاتهم بخارج الأسرة تنحصر اتصالاتهم داخلها ويزداد اندماجهم وانغماسهم داخل هموم ومشاكل الأسرة، ولذا تتميز علاقاتهم بالمعية والوجود معاً معظم الوقت، وتقلص الخصوصية الشخصية حتى يصلوا في النهاية إلى فقدان الاستقلال الفردي individual autonomy، وهي العمليات الأسرية الممهدة لاضطراب بعض أفراد الأسرة، وبعد خاصيتي العزلة والاندماج الزائد تأتي الخاصية الثالثة، التي تميز الأسر المنغلقة وهي الجمود rigidity وعدم المرونة inflexibility وتظهر هذه الخاصية الأخيرة في علاقات أفراد الأسرة واتصالاتهم بالآخرين (علاء كفاقي، ١٩٩٩: ١١٤ - ١١٦).

وعلى ذلك نجد أن بعض أسر الأطفال المعاقين عقلياً قد ينغلقون على أنفسهم ولا يتبادلون الزيارات والمناسبات الاجتماعية، بسبب وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، اعتقاداً منهم أن هذا الطفل قد يسبب لهم بعض مواقف الحرج أمام الآخرين، وبالتالي تنقطع أو تقل فرص تبادل الزيارات العائلية وحضور

المناسبات الاجتماعية، والخروج للحدائق والمنتزهات، وتحريم الأسرة وجميع أفرادها من فرص الترويح، ويصبح النسق الأسرى نسقاً منغلقاً على نفسه فقير بالمعلومات الجديدة التي تساعد على كيفية التعامل مع المواقف الضاغطة التي يسببها قلق المستقبل، كما تفنق هذه الأسر ذات النسق المنغلق للمعلومات التي تعينهم على كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً معاملة حسنة وسوية، مما يؤدي ذلك إلى شعور جميع أفراد الأسرة بشيء من الضغط النفسي والضييق.

#### النسق الأسرى المنفتح:

إن النسق الأسرى المنفتح على العكس تماماً من النسق الأسرى المنغلق الذي ينغلق على نفسه ولا يعطي الفرصة لأفراده بالتفاعل مع المجتمع من حوله، حيث نجد أن النسق الأسرى المنفتح يعطي الفرصة لتفاعل أفرادهم مع المجتمع من حوله، والاطلاع على كل ما هو جديد، والتفاعل مع الانساق الاجتماعية الأخرى.

فمن خلال التفاعل الاجتماعي هذا ينمو التفكير والتعبير عن النفس والقدرة على حل المشكلات، كما تنمو المهارات بدرجة أكبر فكل مهارات وفنون الاتصال الإنساني تنمو في تناسق مع بعضها البعض، حيث يستمد الفرد قوة هائلة وشعوراً بالأمن والاطمئنان وتحقيق إشباعاً لحاجته للانتماء إلى الجماعة (حامد زهران، ٢٠٠٣: ٩٠ - ٩١).

وفي ضوء ذلك تشير روز ماري لامبي وديبي دانيلز (٢٠٠١: ٩٨) إلى أن الاتصالات بين الأسرة والأسر الأخرى توفر عوناً ومساعدة وتبادلاً في المصادر، حيث تعتبر هذه الاتصالات مصدراً للأنشطة الاجتماعية والترويحية والدعم الانفعالي.

وبالتالي نجد أن أسر الأطفال المعاقين عقلياً ذات النسق المنفتح على العالم الخارجي، والتي تسمح لنفسها بتبادل الزيارات العائلية، وتبادل الأنشطة الاجتماعية والترويحية مع الأصدقاء والأقارب، وتبادل المعلومات مع الأسرة الأخرى، والاتصال بشبكات الدعم الخارجية بصفة عامة، مع الحفاظ على خصوصية الكيان الأسرى وبعيداً عن الانغماس في هذه الخصوصية، كل ذلك من شأنه أن يعطي فرصة لهذه الأسر للخروج من حالة القلق والتوتر والضغط التي تعيشها في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخلها، حيث يتسم هذا النسق الأسرى بالمرونة والتجديد والاتصال بالعالم الخارجي.

وفي ضوء ذلك يشير جمال الخطيب وآخرون (١٩٩٢: ٦٩) إلى أن الأمهات اللاتي عبرن عن أقل قدر من الضغط النفسي من الأمهات اللاتي كن يحصلن على دعم أكبر من جميع الجهات بما فيها الأزواج والأصدقاء والأقارب وأباء وأمهات الأطفال المعاقين الآخرين.

### تأثير الطفل المعاق عقلياً على النسق الأسري، لأسرته:

إن ميلاد طفل معاق عقلياً للأسرة، هو بداية سلسلة هموم نفسية لا تحتمل، وتكليف بأعباء مادية شاقة، ووجود مخاوف وشكوك متزايدة للأباء، ولوم للذات وللآخرين، وهجران لمباهج الحياة، وإماتة للروح، وسيطرة لنزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم للثقة في الذات (شاكر قنديل، ١٩٩٦: ٦٣٥).

هذا ويشير رمضان القذافي (٢٠٠١: ١٦٢) إلى أن أول رد فعل يأتي من جانب هذه الأسر هو النظر للطفل المعاق عقلياً بنفس النظرة التي ينظر بها الإنسان بها إلى الكارثة، فالإعاقة بوجه عام والإعاقة العقلية بوجه خاص تمثل لطمة قوية للروح المعنوية للأسرة، وفيها يتسم موقف الوالدين بالخوف والقلق والتردد وعدم التصديق والرغبة من عدم قدرة الطفل المعاق بالقيام بعمليات التوافق الاجتماعي والنفسي والانفعالي.

فالضغوط والمعاناة الانفعالية التي يسببها الطفل ذو الحاجات الخاصة تكون عالية جداً، وقد يتطلب المرء رعاية طبية (نو طبيعة خاصة) أو رعاية متخصصة (روز ماري لامبي وديبي دانيلز، ٢٠٠١: ٥٨).

فهذا الطفل المعاق يمثل ضغطاً على الوالدين من حيث نوعية الرعاية الخاصة التي يحتاجها والتي تتمثل في الوقت والجهد، هذا بالإضافة إلى أن سلوكه وأدائه قد لا يكونان على المستوى الذي يسعد والديه، فقد يصدر عنه بعض السلوكيات غير المرغوب فيها مثل سلوك إيذاء الذات وإيذاء الآخرين، أو السلوك العدواني والتخريب، والذي من خلاله يفسد أثاث المنزل أو يخل بنظامه وترتيبه، مما يزيد من الأعباء الإضافية على الأم، والتي تتحمل هذا العبء الجسمي الإضافي مع الشعور بالضيق والضغط، والذي قد تعبر عنه أو تكبته، وبهذا تتعرض الأم إلى ضغط بدني ونفسي في الوقت نفسه (ميسلس Meisls، ١٩٩٣: ٦٣).

فالمراة الآن تغير وضعها في المجتمع عن ذي قبل. فهي الآن تقوم بأكثر من دور بجانب دورها كربة منزل (سينيكا أبولا وآخرين Aapola et, al، ٢٠٠٥: ٨١).

وعندما تترك الأسرة بطفل معاق فإن المراة هي التي تتحمل العبء الأكبر من حيث رعايته، هذا بجانب رعايتها لبيتها وأولادها من الأسوياء، وبجانب عملها مما يزيد من الضغط النفسي الملقى على عاتقها.

وفي ضوء ذلك يشير فائق شعبان ومحمد مهران (١٩٩٧: ٣٠٣) إلى أن معظم الأسر تتحمل المراة فيها الجزء الأكبر من العمل والعناية بالطفل المعوق، وبذلك تزيد عليها الضغوط الجسمانية بجانب الضغوط النفسية، ولذا يظهر العديد

منهن في صورة سينة وكنيبة وشاحبات، وقد يتعرضن لفقدان الوزن والانهيارات العصبية ومحاولات الانتحار.

وفي ضوء ذلك يمكننا النظر إلى الطفل المعاق عقلياً كواحد من المدخلات الضاغطة على النسق الأسرى، والذي يمكن أن تنتج عنه مخرجات مهددة لبناء هذا النسق وتكامله الوظيفي، ومن بين هذه المخرجات تعبئة الجو الانفعالي والمناخ الأسرى بالتوتر والكتابة والشعور بالخوف والتعاسة، وإشاعة الارتباك والإجهاد في الحياة اليومية للأسرة، ومن بينها أيضاً اضطراب العلاقات داخل النسق أو الكيان الأسرى لاسيما في تلك الأسر المستهدفة أصلاً للشقاق والصراع، حيث يكون ميلاد طفل معاق عقلياً فيها بمثابة القشة التي تقسم ظهر وحدتها وتماسكها وتعجل بتفككها (عبد المطلب القريظي (ب)، ٢٠٠٠: ٢٨).

فمرض الطفل أو إعاقته قد يؤدي إلى ضعف تقبل بعض الأسر للطفل في كثير من الحالات، وعليه فإن إعاقة الطفل تمثل ضغطاً على هذه الأسر، وهنا يقع عبئ ثقيل على الأسرة نتيجة لإعاقة الطفل، فكثيراً ما تلجأ بعض الأسر إلى إبعاد طفلها عن عيون الآخرين، حتى الأقارب منهم، والبعض الآخر من الأسر يصحرون بأنهم يكرهون أطفالهم المعاقين (لورانس، Lawrence، ١٩٩٤: ٥٨٣).

وذلك نتيجة للضغوط والصعوبات التي تواجهها هذه الأسر، والتي منها صعوبات خاصة بنوع الرعاية المناسبة للطفل، وأخرى خاصة بالبيئة المنزلية المحيطة، وقد ترجع لعدة عوامل اجتماعية خاصة بالطفل المعاق عقلياً ذاته، وإلى نظام الخدمات في البيئة المحيطة (روبرت وزيجلر Robert, M. & Ziegler, J., ١٩٩٣: ٧٥).

هذا وتختلف مواقف الأهل تجاه هؤلاء الأطفال بشكل كبير، فمنهم من يكون حزيناً جداً وتغمرهم الشفقة على طفلهم لدرجة أنهم يفرطون في حمايته ويفرضون عليه من الحنان، ومنهم من يكون موقفه على العكس من ذلك تماماً، حيث يرفضون هذا الطفل ويظهرون استياءهم منه وكرههم له، ونجد أن بعض الآباء يرى أنه من المستحيل أن يتكيف مع مشكلة طفله، وتعد هذه المشكلة بالنسبة لهم ابتلاءً أو لعنة أو مأساة وعلامة عار لا تمحى إلا بموت الطفل، وكثير من هؤلاء الآباء يظهرون الحسد تجاه غيرهم من الآباء الذين لديهم أطفال أسوأ (فائق شعبان ومحمد مهران، ١٩٩٧: ٣٠٤).

ومن بين هذه المتغيرات الضاغطة أيضاً ردود الأفعال إلى النسق الأسرى من الأنساق الأخرى المتصلة به، كالأقارب والجيران والأصدقاء، حيث تساهم المحصلة الكلية لتفاعل تلك المتغيرات في تفاقم حدة التوترات داخل النسق الأسرى، ومن ثم سوء التوافق (عبد المطلب القريظي (ب)، ٢٠٠٠: ٢٩).

وفى ضوء ذلك قد تعزف بعض الأسر عن النشاط الترويحى بسبب مشكلات الطفل المعاق عقلياً، وهذا السلوك الانسحابى من جانب الوالدين يمكن أن يعطى نموذجاً سلبياً لأفراد الأسرة، وينتقل لهم أن وجود ظروف إعاقة لدى أحد أفراد الأسرة هو أمر يدفعها إلى التوارى والخزى (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٣٨٧).

وبذلك تحرم الأسرة نفسها من فرص الترويح والترفيه الذى تتمتع به باقى الأسر الأخرى خوفاً من نظرات الآخرين لهم ولطفلهما المعاق.

يتضح مما سبق أن وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة قد يجعلها تنغلق على نفسها ولا تتبادل الزيارات مع الأسر الأخرى من الأهل والأصدقاء فى ضوء وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، مما يجعل النسق الأسرى لها نسقاً منغلقة، والذى بدوره يكون عرضة لمزيد من الضغوط النفسية، التى تعيشها هذه الأسر فى ظل هذا الانغلاق الأسرى، مما يؤدى إلى تفاقم المشكلات التى تعاني منها هذه الأسر، ومن ثم يؤثر بالسلب على العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة.

#### **المراحل التى تمر بها أسر الأطفال المعاقين عقلياً:**

تمر أسر الأطفال المعاقين عقلياً بسلسلة من المراحل النفسية عند إنباب طفل معاق عقلياً، وهذه المراحل هى مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار والتشكك، مرحلة الغضب، مرحلة الحداد، مرحلة الشعور بالذنب، مرحلة التقبل، مرحلة البحث عن الخدمات، وسوف نستعرض هذه المراحل على الوجه التالى:

#### **١- مرحلة الصدمة Shock:**

وهى المرحلة التى تكتشف عندها الأسرة الإعاقة لدى طفلها، وهى مرحلة تنكر فيها الأسرة الإعاقة كى تدافع عن نفسها ضد مشاعر الدونية والنقص، وتشعر فيها الأسرة بالإحساس بالفشل، وتقاوم التعليقات التى تصدر من الآخرين بشأن الطفل، وتحتاج الأسرة فى هذه المرحلة إلى أن يساعدها المرشد على أن تستبصر الواقع، وأن تفهم كيف تتصرف تجاه هذه الإعاقة (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٧٣).

#### **٢- مرحلة الإنكار والتشكك Suspicion:**

وغالباً ما يتبع الشعور بالصدمة إنكار لهذا الواقع الصادم، وعدم تصديقه أو التشكك فى صحته وخاصة إذا كانت المعلومات عن إعاقة الطفل قد توافرت قبل مولده، ويظل الأمل باقياً فى عدم دقة المعلومات المتاحة، والرجاء أن يولد الطفل سليماً من أى عيوب (علاء كفاى ٢٠٠٣: ١٥ - ١٦).

### ٣- مرحلة الانفعالات العنيفة أو الغضب Anger:

عندما تتأكد الأسرة من إعاقة طفلها فإنها تعيش في جو من الغضب الشديد والانفعالات العاصفة، وإن الشعور بالغضب الشديد والمرارة قد يكون طبيعياً نتيجة لتأكدها من إعاقة طفلها، أو قد يكون غير طبيعي أو مبالغاً فيه، إلا أنه سرعان ما تنتهي هذه الحالة (دافيد هول وبيتر هيل، Hall, & Hill, ١٩٩٦: ١٠٦).

### ٤- مرحلة الحداد أو الحزن والأسى Grief:

يحدث الحزن الشديد على الفور بعد التشخيص أو التعرف على الإعاقة، وهذه الفترة المبكرة من الحداد التي ربما تعتبر حزناً على فقدان طفل صحيح (سليم) وكأنه استبدل الآن بأخر معاق (دافيد هول وبيتر هيل، Hall, & Hill, ١٩٩٦: ١٠٦).

وعملية الحداد عملية معقدة ومرتبطة بحقيقة أن الطفل لم يمت، ولكن صورة الطفل التي حلموا بها هي التي ماتت، وربما استمرت فترة اكتئاب الأم وقلقها مدة طويلة من الزمن، وفشل الأم في الاندماج في طفوس ومظاهر الرعاية مع ولدها النامي، مثل التحديق أو التفريس gazing والتهديل cooing والابتسام smiling يجعل هذا الوليد العاجز بصفة خاصة عرضة للأذى والخطر والانتهاك (روز ماري لامبي وديبي دانيلز، ٢٠٠١: ٥٧).

### ٥- مرحلة الشعور بالذنب Guilt:

وهي مرحلة اعتراف الأسرة بالإعاقة وفيها تحتاج الأسرة إلى أن يعاونها المرشد الأسرى على أن مشكلة الإعاقة عند طفلها قابلة للتأهيل ولتقليل أثارها، ويمكن للطفل أن يتعلم بعض المهارات، ويتدرب على بعض الأعمال التأهيلية (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٧٣).

هذا ويعد الشعور بالذنب أحد ردود الفعل التي تتتاب والذى الطفل المعاق عقلياً عقب إنجابها له، ويزداد هذا الشعور لدى الأم خاصة، حيث تسأل ماذا فعلت أثناء فترة الحمل حتى يحدث هذا (بي. بي. Bee, H., ١٩٩٢: ٥٦١).

فقد تكون فكرة أن الطفل المعاق هي عقوبة لذنوب في الماضي هي المسيطرة على كثير من الوالدين، فالوالدان يسألان أنفسهما لمن يكون هذا الذنب للأم أم للأب، فربما ينسبانها ببعض الاضطرابات المرضية والعصبية في شجرة العائلة بالرغم من أنها ليست لها علاقة من الناحية الوراثية، أو قد تكون مرتبطة بالتدخين أو تعاطي المخدرات والكحوليات أو التأخر في الإنجاب، أو لأسباب اجتماعية أو اقتصادية وغيرها من الأسباب (دافيد هول وبيتر هيل، Hall, & Hill, ١٩٩٦: ١٠٦).

## ٦- مرحلة التقبل Acceptance :

تتمثل مرحلة التقبل هذه في ثلاث مجالات هي: تقبل الإعاقة لدى الطفل، أما المجال الثاني فهو تقبل الطفل نفسه والاعتراف بأن الطفل لديه طاقة للاستمتاع بالحياة، والإسهام فيها أيضاً مع الآخرين، وبالتالي يكون للطفل أهدافاً يمكن إنجازها، بينما يتمثل المجال الثالث في تقبل الذات، حيث يمثل وصول الوالدين إلى تقبل الذات عملية صعبة وطويلة لديهما، وذلك نتيجة للآلام والاحباط والخبرات المؤلمة، ولكنهما يستطيعان أن يصلوا إلى درجة من الإقناع بأنهما آباء لطفل معاق عقلياً، وأنهما أفراد يستحقون الاحترام من الآخرين ومن أنفسهم، ويمكن أن نطلق على نهاية هذه المرحلة "إعادة التأهيل" حيث أن الوالدان بخروجهما من هذه الأزمة استطاعا أن يظهرأ أنماطاً جديدة للتوافق؛ تجعلهما قادرين على التعامل مع الأحداث الخطيرة في المستقبل بصورة أكثر فاعلية (محمد السيد، ١٩٩٨: ٧٩).

## ٧- مرحلة البحث عن الخدمات Search for Services:

في هذه المرحلة تبدأ الأسرة في البحث عن الخدمات والمعلومات التي تعينها على فهم حالة الطفل، ومن ثم كيفية التعامل معه، ورعايته وتلبية احتياجاته بالطرق الصحيحة.

وتعتمد هذه المرحلة على التشخيص الجيد للإعاقة، وعلى درجة التضمر التي تمثلها الإعاقة، وتتوقف إلى حد كبير على مدى توافر هذه الخدمات في المجتمع، ومن هنا فإننا لا بد وأن نذكر أن الفرق كبير بين المجتمعات المتقدمة، والتي تتمتع بوعي كبير فيما يخص الإعاقات، وما يخص توفير التيسيرات التي تمكن المعاق من أن يعيش حياة أقرب ما يمكن إلى الحياة الطبيعية، وبين المجتمعات النامية، ومعظمها يفتقر إلى درجة الوعي الكافي بالإعاقات والإمكانات التي يمكن أن تكون متضمنة فيها، وكذلك بالإمكانات والتيسيرات المتاحة لخدمة المعاقين (علاء كفاي ٢٠٠٣: ١٧).

وفي ضوء تلك المراحل التي تمر بها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، نجد أن هذه الأسر في حاجة مستمرة لتلقي المعلومات والإرشادات والتوجيهات، التي تعينهم على تخطي كل مرحلة من هذه المراحل بصورة صحيحة، ويأتي ذلك من خلال الإرشادات والتوجيهات الموجهة لهذه الأسر بطرق علمية ومدروسة، وأيضاً من خلال المساندات الاجتماعية والانفعالية الموجهة لهذه الأسر، بعيداً عن الاجتهادات الشخصية، والتي قد تكون غير صحيحة.

مما يزيد من حدة المشكلة لدى هذه الأسر، والذي قد يؤدي إلى عجز بعض الأسر على تخطي أي من المراحل السابق ذكرها، مما يزيد من حدة الضغط النفسي الذي يقع على عاتق هذه الأسر، والذي يترتب عليه أن تعيش هذه



الأسر حالة نفسية غير مستقرة ومشتتة، وفي ضوء هذه الحالة النفسية قد تلجأ هذه الأسر إلى أن تسلك بعض السلوكيات غير الصحيحة في تعاملها مع الحدث الضاغظ، وفي تعاملها مع الطفل المعاق عقلياً، مما يؤثر بالسلب على استقرار المناخ الأسري، وعلى وجه الخصوص الطفل المعاق عقلياً.

#### **حاجات أسر الأطفال المعاقين عقلياً:**

لا يختلف الآباء الذين لديهم أطفال معاقين عقلياً عن غيرهم من الآباء، فكثير منهم يتمتعون بالتوافق الجيد، بينما يعاني بعضهم من مشكلات اجتماعية أو عقلية، وفي رأى البعض أن اختلاف آباء المعاقين عن آباء العاديين يكمن في مدى توفر الخدمات التي تقدم لأبناء المعاقين بالنسبة لما يقدم للعاديين، وتتبلور هذه الحاجات في الاتصال، وفهم أسباب الإعاقة العقلية، والبحث عن الشفاء، والبحث عن العون، والمحافظة على الأداء العائلي الطبيعي، والتخطيط للمستقبل (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٣٨١ - ٣٨٩).

هذا ويمكن أن نجمل هذه الحاجات في عنصرين أساسيين، أولهما حاجة الأسرة إلى المساندة الاجتماعية، وثانيهما حاجة الأسر إلى الإرشاد النفسى، والذي تناوله على النحو التالى.

#### **١- حاجة الأسرة إلى الدعم والمساندة الاجتماعية Social Support**

إن تلقى التدخل والعون الخارجى يكون عاملاً مهماً في تكيف الأسرة لمواجهة الموقف المزمن بشكل محتمل، وهذا السياق يلزم على الأخصائى النفسى والمعالج وموظفى الخدمة الاجتماعية والأطباء أن يساعدوا الأسرة فى أن تتكيف مع هذا الوضع، وربما عليهم كذلك أن يساعدوا الأسرة لإيجاد مصادر لم تكن موجودة من قبل (م. سيليجمان ور دارلينج، ٢٠٠١: ١٥٠).

وهناك بعض الأفراد الذين يقدموا المساعدة للآخرين المتعثرين دون مقابل، ودون أن ينظروا إلى أى مكاسب مادية أو اجتماعية كنوع من الإيثار (دافيد مايرز، Myers، ٢٠٠٧: ٣٦٤ - ٣٦٥).

والذى بدوره قد يساعد أسر الأطفال المعاقين عقلياً فى أن يشعروا بأن هناك من يقف بجانبهم فى أزماتهم ومشكلاتهم، مما يساعد ذلك أيضاً فى تخفيف العبء النفسى الواقع على عاتق هذه الأسر، وذلك من خلال تقديم الدعم التوجيهى أو المادى، أو فى اضيق الظروف مشاركة هذه الأسر محتنتهم ومشكلاتهم.

وفى هذا الصدد تشير روز كوك وآخرون Cook, et, al. (١٩٩٢: ٩٤ - ٩٥) إلى أن احتياجات الوالدين توضح ازدياد الدعم الاجتماعى والانفعالى، وإن من أكثر الطرق المؤثرة والاقتصادية فى توفير الدعم الانفعالى المطلوب تكون من خلال نمو مجموعات الدعم الوالدى، أى دعم الأسر لبعضها البعض.

حيث توفر وسائل الاتصال بين الأسرة والأسر الأخرى عوناً ومساعدة وتبادلاً في المصادر المتاحة، كما أن هذه الاتصالات تعتبر مصدراً للنشطة الاجتماعية والتربوية والدعم الانفعالي لهذه الأسر (روز ماري لا مبي وديبي مورنج، ٢٠٠١: ٩٨).

هذا إلى جانب الدور الذي تقوم بعض الجمعيات الأهلية بنشاط في هذا المجال، والذي تساعد فيه آباء المعاقين على معرفة المصادر والإمكانات التي تقدم الخدمات في البيئة (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٣٨٦).

لذا ينظر إلى الدعم الاجتماعي على أنه عامل وسيط أو كعامل صاقل في مقابلة مطالب الحدث الضاغط، ويعتبر الطفل ذا الإعاقة حدثاً ضاغطاً، لذا فالدعم الاجتماعي عبارة عن استراتيجية مواجهة خارجية ظهرت لتقلل من الضغط الأسري، وقد قام عدد من الباحثين بفحص الدعم الاجتماعي في إطار ثلاثة مستويات إيكولوجية:

١- العلاقات الحميمة.

٢- الصداقات.

٣- الجيرة والدعم المجتمعي (م. سيلجمان ور دارلينج، ٢٠٠١: ٤٣).

لذلك فإن إمكانية الحصول على الدعم الاجتماعي هو الذي يساعد في صقل بعض التأثيرات الأكثر قسوة للعجز في مرحلة الطفولة، فكل من الدعم الرسمي (مثل وكالات الخدمة الاجتماعية) وغير الرسمي (مثل العائلة والأصدقاء) يمكن أن يضيف إلى القدرة على المواجهة والتكيف، وبنفس المآخذ فإن أنواع معينة من الدعم يمكن أن تضيف إلى الضغط الأسري (م. سيلجمان ور دارلينج، ٢٠٠١: ٤٥).

لذا تلخص كارنز وتسكا Karnes & Teska, 1980 موقفيهما من الخصائص التي ينبغي أن يتمتع بها المهنيون للعمل بنجاح مع آباء الأطفال المعاقين وأمهم، وتشمل قائمة الخصائص التي اقترحتها القدرة على تقديم الدعم الانفعالي، وتقديم المعلومات الواضحة والصادقة، وتجنيد الأمهات والآباء الآخرين للمساعدة، وتزويد الوالدين ببرامج التدريب الفعالة (جمال الخطيب وآخرون، ١٩٩٢: ٦٦ - ٦٧).

وعليه تأكدت في الآونة الأخيرة أهمية الدعم الاجتماعي لتخفيف الضغط الملقي على كاهل أسر الأطفال المعاقين، حيث إن وصول الوالدين إلى حالة سوية، والتكامل الأسري وإدراكات أداء الطفل تتأثر إيجابياً بشبكة الدعم الاجتماعي غير الرسمية للأسرة، فالنتائج السلبية تكون مقترنة غالباً بميلاد الطفل ذي مشكلات النمو، ويمكن أن تقل أو حتى تخفف إلى حد ما هذه المشكلات

والنتائج السلبية من خلال أفراد شبكة الدعم غير الرسمي للأسرة (م. سيليجمان ور دارلينج، ٢٠٠١: ٨٢ - ٨٣).

وفي ضوء ذلك تشير نتائج دراسة ديب كين ومارى نووكس Keen, & Knox (٢٠٠٤) إلى أن المساعدة الاجتماعية والسلوك الاجتماعي المساعد لأسر الأطفال المعاقين يساعد على رسم خطوط المستقبل لطفلها المعاق بموضوعية، مما يقلل الشعور بقلق المستقبل على مصير هذا الطفل.

يتضح مما سبق أهمية المساعدة الاجتماعية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً في تخطي المواقف الضاغطة، التي يسببها قلق المستقبل لديهم، والتي من خلالها يحصلون على الدعم المادي والمعنوي والإرشادي والتوجيهي، الذي يعينهم على التعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرضون لها في ضوء قلق المستقبل، كما أنها تلعب أيضاً دوراً فعالاً في كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً معاملة سوية وصحيح بعيدة عن الحماية الزائدة والتدليل، أو المعاملة المتسلطة، وهذا ما تشير إليه نتائج كل من دراسة تالي هييمان Heiman (٢٠٠٢)، جودورا سبانجبرج وجوهانا ثيرون Spangenberg, & Theron (٢٠٠١)، دراسة إيمان كاشف (٢٠٠٠)، نايكز ساندرا وآخرين Nicks, Sandra, et al. (١٩٩٩)، صامويل Samuel, W. (١٩٩٢)، دراسة أور وآخرين Orr, et al. (١٩٩١)، جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠).

#### ٢- حاجة الأسرة إلى الإرشاد النفسي Counseling:

إن كثيراً من الآباء الذين يعانون أطفالهم من إعاقة قد يدخلون إلى حالة من حالات الانضغاط Stress أو الأزمة (المحنة) Crisis، وهذا قد يؤدي إلى إغلاق في تناولهم للمشكلة أو التعرف على الوجهة السليمة التي يتجهون إليها، كما أن المعلومات المتوفرة لديهم عن حالة أبنائهم تكون في العادة قاصرة ومفتتة، مما يجعل من الصعب الاستفادة منها بشكل مباشر في الموقف، كذلك فإن ردود فعل الآباء تجاه علمهم أن الطفل لديه إعاقة عقلية هي ردود فعل الصدمات، والتي تطفئ عليها انفعالات الغضب والحزن والخوف الشديد، وأحياناً يشوبها السخط أو الندم، أو غيرها مما يجعل هؤلاء الآباء في حاجة إلى من يأخذ بأيديهم للعودة إلى الوضع الطبيعي، حتى يمكنهم أن يساعدوا الطفل ويعملوا معه (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٤٩٠ - ٤٩١).

فالأسرة التي لديها طفل معاق تحتاج إلى من يرشدها ويوجهها إلى كيفية مواجهة ما يقابلها من مشكلات هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى مساعدتها في كيفية تأهيل الطفل لمساعدته على التوافق مع المجتمع، حتى لا يصبح عالة على أسرته ومجتمعه (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٦٧).

وفي هذا الصدد يشير جودو آدم Adam (١٩٩٣: ٧) إلى أن الوالدين الذين لديهم معلومات كافية عن إعاقة طفلهم من حيث أسبابها وكيفية مواجهتها يمكنهم أن يكونوا متوافقين بشكل أفضل، ومن ثم فإذا كنا نراعى الاحتياجات الجسمية والنفسية والعقلية والتربوية للأطفال المعاقين عقلياً، ينبغي علينا أيضاً أن نأخذ في الاعتبار احتياجات الوالدين والاهتمام بهم، وذلك من أجل تهيئة المناخ الأسرى للطفل المعاق عقلياً ومن ثم تقديم عناية كاملة وكافية له.

وعلى ذلك نجد أن هذه الأسر في أمس الحاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسى الذى يمدهم بالمعلومات الضرورية التى تعينهم على كيفية التعامل مع الحدث الضاغطة، وهو قلق المستقبل هذا من جهة، ومن جهة أخرى تعينهم هذه المعلومات على كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً، حيث أشارت نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية البرامج الإرشادية فى خفض بعض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً مثل دراسة حمدي أمين (٢٠٠٦)، دراسة سمية جميل (١٩٩٧)، دراسة جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠).

#### **الإرشاد الأسرى لأسر الأطفال المعاقين عقلياً Family Counseling:**

تتعرض أسر الأطفال المعاقين عقلياً للكثير من المشكلات والضغوط النفسية التى يسببها وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، وبالتالي فهذه الأسر فى أمس الحاجة لخدمات الإرشاد النفسى والأسرى، الذى يعينهم على خفض حدة الضغوط النفسية لديهم، وتقديم بعض المعلومات عن الطفل المعاق عقلياً، وأسباب الإعاقة وخصائص وسمات هؤلاء الأطفال وحاجاتهم النفسية، وتدريبهم على مهارات التعامل مع هذا الطفل وكيفية رعايته رعاية صحية وتربوية وتأهيلية سليمة، وتلبية حاجاته النفسية.

هذا ويعتبر العمل مع أسر الأطفال المعاقين تعد أحد الوظائف المهمة، التى يقوم بها المرشد الأسرى، فالإعاقة لا تؤثر على الطفل فحسب ولكنها تؤثر على أفراد الأسرة بوجه عام والوالدين بوجه خاص، وكما أن للطفل المعاق حاجات خاصة فإن لوالديه أيضاً حاجات خاصة يجب معرفتها والعمل على تلبيتها، بهدف تقديم المساعدة فى إكسابها المهارات التى من شأنها أن تجعل منهم معلمين فعالين لطفلهم المعاق (جمال الخطيب، ١٩٩٢: ٢٧٤).

#### **تعريف إرشاد أسر المعاقين عقلياً:**

يعرف الإرشاد الأسرى بصفة عامة بأنه عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد وحتى الأقارب) فرادى أو كجماعة، فى فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها، لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسرى، وحل المشكلات الأسرية (حامد زهران، ١٩٩٨: ٤٥١).

كما يعرف بأن عملية مساعدة أفراد الأسرة جميعاً فرادى وجماعة لفهم متطلبات الحياة العائلية، وما يتصل بها من حقوق وواجبات متبادلة (عبد الحميد الهاشمي، ٢٠٠٣: ٩٦).

أما الإرشاد الأسري في مجال رعاية الأطفال المعاقين فيمكن تعريفه بأنه علاقة بين أخصائي مدرب ووالدي طفل غير عادي يعملون للوصول على فهم أفضل لاهتماماتهم، ومشاكلهم ومشاعرهم الخاصة، وهو عملية تعليمية تركز على استئارة وتشجيع النمو الشخصي الذي عن طريقه يساعد المرشد الوالدين على اكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرضى لمشكلاتهم واهتماماتهم، ويساعد الإرشاد الوالدين على أن يصبحوا ذوي فاعلية تامة في خدمة طفلهم، وعلى أن يقدموا قيمة العيش المنسجم كأعضاء في وحدة أسرية مكتملة التوافق (مصطفى حسن، ١٩٩٦: ٥١).

كما يمكن تعريف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً بأنه مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة الطفل المعاق، لاسيما الوالدين بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود طفل معاق لديها، سواء ما يتعلق منها بالتنشئة الاجتماعية لهذا الطفل أو ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة، أو التي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة، حتى يبلغ الطفل المعاق أقصى استفادة ممكنة من قدراته (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٦٨ - ١٦٩).

وهكذا يمكن أن يشير الإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعاقين عقلياً إلى تلك العملية التي يستخدم من خلالها المرشد خبراته وكفاءاته المهنية في مساعدة آباء وإخوة الطفل على الوعي بمشاعرهم نحوه، وتفهم حالته وتقبلها، وتطوير واستثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات النمو والتعلم والتغير في اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات والضغط الناتجة عن وجوده بالأسرة، والمشاركة بفاعلية في نمجه وتعليمه وتدريبه، والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق إمكانيات النمو والتوافق (عبد المطلب القرطبي (ب)، ٢٠٠٠: ٢١ - ٢٢).

وعلى ذلك يمكن تعريف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً بأنه تلك العملية التي يقدم من خلالها المرشد النفسي بعض النصائح والتوجيهات والإرشادات لأسر الأطفال المعاقين عقلياً، ولإسيما الوالدين في كيفية مواجهة الضغوط النفسية والمشكلات الأسرية التي يسببها وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، وتقديم بعض المعلومات عن حالته وخصائصه وحاجاته النفسية وأهمية تلبية هذه الحاجات، والتدريب على المهارات التي تمكنهم من كيفية التعامل معه بطريقة صحيحة ورعايته صحياً وتربوياً وتأهلياً واجتماعياً.

## أهداف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً:

يهدف الإرشاد الأسرى إلى مساعدة الأسرة على تغيير بعض النماذج غير التكيفية وغير النشطة (كيز تشينج وكاتلين مايرز, Cheng, & Myers, ٢٠٠٥: ١٢٧).

وبالتالى فإن الهدف الرئيسى للإرشاد الأسرى هو مساعدة الوالدان على أن يتعاملوا مع المشكلات التى تواجههم بطريقة سليمة، ومن ثم توجيههم إلى فهم أفضل لأنفسهم ولسلوكلهم (دوروتا إوانيك, Iwaniec, ٢٠٠٦: ٣٢٢).

كما يهدف إلى تقديم العون والمساعدة لأفراد الأسرة لضمان توافقها واستمرارها، وحل مشكلاتها بغية تحقيق أهدافها المنوطة بها (محمود عقل، ١٩٩٦: ٤٨).

وعلى ذلك فالهدف الرئيسى لإرشاد أسر المعاقين فهو مساعدة أسر الأطفال غير العاديين على أن تستثمر أكبر قدر من قدراتها وإمكاناتها فى مواجهة الأحداث الضاغطة، وفى تحقيق الذات (مصطفى حسن، ١٩٩٦: ٥١).

ومجالات الإرشاد الأسرى فى مجال التربية الخاصة تبدأ منذ مجيء الطفل المعوق بحيث يحدث تقبل الحالة والتسليم بالأمر الواقع، وتعديل اتجاهات أعضاء الأسرة تجاه الطفل وتجنب الحماية الزائدة والخوف غير العادى عليه، وتخليص الوالدين من مشاعر الذنب والأسى بخصوصه وذلك بما يحق للطفل المعاق أقصى إمكانات النمو العادى (حامد زهران، ١٩٩٨: ٤٨٣).

فإرشاد والدى الطفل المعاق عقلياً عادة ما يكون له نتائج حاسمة ليس فقط فى توجيه وإرشاد الطفل المعاق عقلياً فقط، ولكن فى تحريك الأسرة نحو التفاوض والنضج النفسى والاجتماعى والإشباع والرضا المتبادل بين أعضاء الأسرة وطفلهم المعاق عقلياً (عادل الأشول، ١٩٩٣: ٢٢).

وفى ضوء ذلك يذكر كمال مرسى (١٩٩٤: ٢١٦) أن الإرشاد النفسى لأسر المعاقين عقلياً يهدف إلى مساعدة والدى المعاق عقلياً على تنمية نفسيتهما، وعلاج مشاكلهما الزوجية والأسرية والمالية وغيرها، حتى تكون الأسرة متماسكة وقادرة على رعاية الأبناء المعاقين عقلياً والأبناء العاديين.

وقد قدم الفريد أدلر Alfred Adler نموذجاً قائماً على التدخل من أجل العمل مع الأسرة والطفل، وهذا النموذج قائم على أربعة محاور مهمة فى إرشاد الأسرة وهى:

- ١- السلوك الموجود فى السياق الاجتماعى.
- ٢- السلوك كهدف موجه.
- ٣- الواقعية بشكل موضوعى.

٤- حاجة الأفراد فى الانتماء والشفافية والحصول على الوضوح (جيمس مور وثيرى كوتمان, Muro, & Kottman, ١٩٩٥: ٢٦٦).

#### أنواع الإرشاد الأسرى:

تتخصر أنواع الإرشاد الأسرى فى نوعين رئيسيين وهما الإرشاد الجماعى، والإرشاد الفردى، وسوف نلقى الضوء على كل من هذين النوعين من الإرشاد الأسرى فيما يلى:

#### ١- الإرشاد الأسرى الجماعى Group family counseling:

يركز هذا النوع من الإرشاد الأسرى على التفاعل الاجتماعى للمجموعة الإرشادية من خلال العمل كجماعة واحدة ومشاركة كل من أعضائها للآخرين وجدانياً والشعور الواحد بالمشكلة، ويقوم هذا الأسلوب على أساس تعديل السلوك غير المرغوب فيه اجتماعياً وإبداله بالمفاهيم الصحيحة المرغوب فيها، عن طريق اكتساب مهارات وقدرات جديدة، وهو أسلوب يتناسب مع الكبار والصغار، ويؤهلهم للتغلب على مشكلة الإعاقة، ويراعى عند استخدام أسلوب الإرشاد الجماعى الاعتبارات التالية:

١- أهمية التشابه بين أفراد الجماعة فى المشكلات التى يعانون منها لإيجاد المشاركة الانفعالية.

٢- أهمية توافر المكان الذى يتيح للجماعة التفاعل أثناء العملية الإرشادية.

٣- تحديد عدد أعضاء المجموعة الإرشادية بحيث لا يقل عن ٣ ولا يزيد عن ١٥ عضواً (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٧٤).

وفى ضوء ذلك يشير فاروق الروسان (١٩٩٥: ١٥٩) إلى أن أفضل طريقة فى معالجة مشاكل والدى الأطفال المعاقين هى عن طريق الإرشاد الجماعى، وذلك من خلال إشراك الوالدين فى عملية الإرشاد، وأن نساعدهم على فهم المشكلة ومحاولة تقبلها والإقناع بها، حيث إن إشراك الوالدين اللذين لديهما مشاكل مشابهة مع أطفالهم المعاقين يودى إلى نوع من الارتياح من قبلهم بأن هناك من هم فى مثل وضعهم.

وبذلك نجد أن الإرشاد الجماعى يعطى الفرصة للآباء لمناقشة الأوجه المختلفة لشخصية الطفل بما يودى إلى المعاونة المباشر سواء للطفل أو الآباء (سهير كامل، ٢٠٠٢: ١٦١).

هذا بالإضافة إلى أنه يساعد على تحسين العلاقات والتفاعلات الشخصية والاجتماعية واكتساب خبرة الشعور العالى بقيمة الذات عن طريق اندماج الفرد داخل المجموعة العلاجية (إيد جاكوبس وآخرين Jacobs, et al ١٩٩٤: ٢٩١).

وهناك أساليب مختلفة يمكن أن تستخدم في الإرشاد الجماعي، وفي ضوء ذلك يشير سلامة منصور إلى بعض الأساليب التي يستخدمها المرشد في عملية الإرشاد الجماعي وهي على النحو التالي:

#### أ- أسلوب السيكودراما Psychodrama:

وهو عبارة عن تصوير تمثيل مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي، والاستبصار الذاتي، وتدور قصة التمثيلية النفسية عادة حول خبرات العميل الماضية والحاضرة والخبرات المستقبلية التي يخاف منها، ويحتمل أن يواجهها في المستقبل القريب.

#### ب- التمثيل الاجتماعي المسرحي (السوسيودراما) Sociodrama:

وهو أسلوب يعالج مشكلة عامة من مشاكل الجماعة الإرشادية، وهو يعد توم للتمثيل المسرحي، إلا أنه يهتم أكثر بالمشكلات الاجتماعية، ويطلق عليه أحيانا اسم "لعب الدور".

#### ج- أسلوب المناقشة الجماعية Group Discussing:

ويهدف أسلوب المناقشة الجماعية إلى عدة أهداف منها فهم مشاعر الجماعة وأسباب هذه المشاعر السالبة وكيفية مواجهتها، كما يهدف إلى تعليم أعضاء الجماعة بعض المهارات والخبرات، وتعتبر الجماعة وسيطا علاجيا بحكم التفاعلات التي تحدث بين أعضائها أثناء المناقشات الجماعية، وينبغي أن يراعى المرشد أن تكون الجماعة التي يكونها من أسر المعاقين أو المعاقين أنفسهم متجانسة قدر الإمكان، حتى لا يتسبب عدم التجانس في شعور بعض الأعضاء بمشاعر الدونية والنقص، إذا وجد في الجماعة الإرشادية من يتفوق عليهم من حيث بعض الخصائص والصفات (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٧٥ - ١٧٦).

هذا ويتميز الإرشاد الجماعي لأسر المعاقين عقليا بمميزات عديدة من أهمها ما يلي:

- كسر طوق العزلة الاجتماعية الذي ربما فرضته أسرة الطفل على نفسها، والانفتاح على الآخرين ممن لهم من ظروف مماثلة، وتبادل التجارب والخبرات معهم، مما يساهم في تحسين توافقها من جانب، وتعلم واكتساب مهارات وأنماط سلوكية جديدة تزيد من درجة التكيف مع الضغوط التي تواجهها من جانب آخر.
- الحد من مقاومة الوالدين وأعضاء الأسرة لطرح مشاعرهم وأحاسيسهم بخصوص الطفل ومشكلاته، ومساعدتهم على التنفيس الانفعالي عنها في مناخ يتسم بالود والفهم، مما يتيح مزيد من الفرص لتخفيف حدة التوتر



والقلق والضغوط الانفعالية، ومساعدتهم على عدم الاستغراق فى لوم الذات.

- شعور الوالدين بالمساندة والتأييد والدعم الانفعالي والطمأنينة من خلال شعورهما المتزايد بأنهما ليسا الوحيدين اللذين يعانون بمفردهما من مشكلات الطفل المعاق عقلياً.

- يتضمن الإرشاد النفسى الجماعى قدراً أقل من الشعور بالتهديد لاسيما بالنسبة للأباء الذين يتخرجون من التعبير اللفظى عن مشاعرهم، ويتجنبون الإرشاد الفردى المباشر، فضلاً عن أنه - من حيث التكلفة - يخدم مجموعة من الأفراد فى وقت واحد بتكلفة أقل مقارنة بالإرشاد الفردى (عبد المطلب القرطبي (ج)، ٢٠٠٠: ١٧).

ويقوم هذا الأسلوب على أساس الاعتقاد بأن الفرد يحتاج إلى الشعور بأن الجماعة تقبله فيشعر بالقبول من قبل الجماعة ومن قبل المعالج، لذلك يجرى المرشد أو المعالج النفسى مقابلة فردية مع الشخص الذى يرغب فى الانضمام إلى الجماعة الإرشادية، فيشرح له كيفية عمل الجماعة، وينتج له فرصة الانضمام أو عدمه، ويؤدى ذلك إلى الشعور المتبادل بالأمن (سعيد العزة، ٢٠٠١: ٤٠٦).

وسوف يستخدم الباحث أسلوب الإرشاد الأسرى الجماعى فى جلسات البرنامج الإرشادى كأسلوب أساسى، وذلك من خلال الجلسات المعرفية والسلوكية، وفى جلسات المساندة الاجتماعية، وعلى وجه الخصوص أثناء تبادل الخبرات بين الأسر فى كيفية التعامل مع الحدث الضاغط (قلق المستقبل) وفى كيفية رعاية الطفل المعاق عقلياً، وكيفية التعامل معه وتقبله.

#### **٢- الإرشاد الأسرى الفردى Individual Family Counseling:**

يعتمد هذا النوع من الإرشاد على عميل واحد يواجه المرشد فى مقابلة إرشادية وجهاً لوجه، يتعرف فيها المرشد على شخصية الشخص المعوق وأسرته ومشكلاته وأسبابها، ويضع تفسيراً لها، ثم يخطط لعملية الإرشاد (سلامة منصور، ١٩٩٧: ١٧٦).

ويستخدم هذا النوع من الإرشاد فى الحالات التى يغلب فيها الطابع الفردى، وهى مشكلات خاصة لا يتم معالجتها بشكل جماعى، ويعتبر الإرشاد الفردى هو الأساس الأولى فى كل عملية إرشادية كلما أمكن ذلك (عبد الحميد الهاشمى، ٢٠٠٣: ١٨٧ - ١٨٨).

وسوف يستخدم الباحث أسلوب الإرشاد الأسرى الفردى فى جلسات البرنامج الإرشادى، وذلك أثناء المواقف التى تحتوى على شىء من الخصوصية لعينة الدراسة من أسر المعاقين عقلياً.

### دور ووظيفة المرشد الأسرى، في عملية الإرشاد:

إن الهدف الرئيسي للمرشد الأسرى هو توجيه الوالدان إلى تغيير شخصيتهم وسلوكهما لما هو أفضل (دوروتا إوانيك، Iwaniec، ٢٠٠٦: ٣٢٢).

يحدد كل من ايفسى وسميك دواننج ١٩٨٠ - Ivey & Simek Downing ثلاث قدرات تساعد المرشد أو المعالج على أن يمارس عمله بكفاءة من خلال التأثير الفعال على مسترشديه أو عملائه وهي:

- ١- القدرة على توليد أكبر عدد ممكن من الجمل اللفظية وغير اللفظية للتواصل مع الذات ومع الآخرين داخل ثقافة معينة.
- ٢- القدرة على توليد أكبر عدد ممكن من الجمل للتواصل مع الجماعات المتباينة داخل الثقافة.
- ٣- القدرة على صياغة الخطط والعمل وفقاً للإمكانات العديدة الموجودة في الثقافة وتآمل هذه الأفعال (علاء كفاي، ١٩٩٩: ٢٦ - ٢٧).

### ثالثاً الإعاقة العقلية Mental Retardation:

نالت مشكلة الإعاقة العقلية اهتمام الكثير من الباحثين على اختلاف انتماءاتهم العلمية في بلدان العالم المختلفة على مر العصور، وفي الوقت الراهن ازداد هذا الاهتمام من حيث تشخيص حالات الإعاقة العقلية والوقوف على أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث تلك الإعاقة، وذلك لمحاولة تجنب هذه الأسباب من جهة، ومن جهة أخرى لتحديد مفهوم الإعاقة العقلية وفتاتها وخصائصها وتحديد الاحتياجات النفسية والأساسية للمعاقين عقلياً، وتصميم برامج التدخل المبكر، والبرامج التدريبية والتأهيلية والعلاجية والإرشادية لهذه الفئة من الأطفال.

هذا وقد يخلط البعض بين الإعاقة العقلية Mental Retardation والمرض العقلي أو الجنون Mental Illness فيعتبرونهما شيئاً واحداً، فينظرون إلى المعاق عقلياً على أنه مريض عقلياً، والواقع غير ذلك وإن كان هناك بعض حالات تجمع فيها الإعاقة العقلية والمرض العقلي في شخص واحد (عثمان لبيب، ٢٠٠٢: ٣١).

وفيما يلي نستعرض بعض التعريفات المختلفة للإعاقة العقلية وأسبابها وتصنيفاتها المختلفة وخصائصها، وأهم الاحتياجات النفسية والأساسية للمعاقين عقلياً.

### تعريف الإعاقة العقلية:

تعددت مفاهيم وتعريفات الإعاقة العقلية تبعاً لتعدد الباحثين وتعدد المجالات العلمية، التي ينتمون إليها من مجال الطب وعلم النفس والتربية

والاجتماع وغيرها من المجالات العلمية، وحسب الهدف من إجراء البحث، وفي ضوء ذلك ظهرت مجموعة من التعريفات الكلاسيكية للإعاقة العقلية المتمثلة في (التعريف الطبي، والتعريف السيكومتري)، ومجموعة أخرى من التعريفات الحديثة متمثلة في (التعريف الاجتماعي، والتعريف التربوي)، ومجموعة أخرى من التعريفات التي تم صياغتها في ضوء هذه التعريفات المختلفة للإعاقة العقلية، والتي سوف نستعرضها فيما يلي.

#### ١- التعريفات الكلاسيكية للإعاقة العقلية:

##### أ- التعريف الطبي Medical Definition :

ظهرت تعريفات طبية عديدة للإعاقة العقلية تركز في جوهرها على إبراز العوامل الأساسية والبيولوجية المسببة للإعاقة، والمؤثرة سلبياً على الذكاء والقدرات العقلية (عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥: ٨٢).

ولذلك فقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية. ففي عام ١٩٠٠ ركز إيرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وفي عام ١٩٠٨ ركز تريد جولد (tredgold) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ١٧).

وفي ضوء ذلك تعرف وزارة الصحة البريطانية (١٩٥٩) الإعاقة العقلية بأنها حالة تشتمل على انخفاض الذكاء، وذات طبيعة أو درجة تستلزم أو أن تكون قابلة للعلاج الطبي أو غيره من الرعاية الخاصة أو التدريب للمريض، أما تعريف الجمعية الملكية الطبية النفسية (١٩٧٥) فتعرف الإعاقة العقلية بأنها حالة من نمو متوقف أو غير مكتمل للعقل تظهر في صور مختلفة، والصورة المعتادة هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء، والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية تحت مسميات مثل العمر العقلي ونسبة الذكاء، وفي حالات أخرى فإن العقل غير النامي قد يظهر أساساً في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط معتاد على العواطف، أو الوصول إلى المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٣٦).

وفي ضوء ما تقدم تؤكد التعريفات والتصنيفات الطبية على العوامل المسببة للإعاقة العقلية كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض، وما يترتب على ذلك من كفاءة الجهاز العصبي وضمور أو تلف في خلايا المخ وأنسجته، وشذوذ واضطراب في النواحي والوظائف العضوية والحركية، بغية تحديد الأسباب الوقائية والعلاجية المناسبة (عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥: ٨١).

## ب- التعريف السيكومتري **psychometric**:

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينيه في عام ١٩٠٥ (Binet) وما بعدها، بظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء the Stanford - Binet intelligence Scale والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد، في الولايات المتحدة (١٩١٦ - ١٩٦٠) ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩، Wechsler intelligence Scale for Children وغيرها من مقاييس القدرة العقلية، وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (I . Q , intelligence Quotient ) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ معاقين عقلياً، على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ١٩).

ومن أمثلة هذه التعاريف تعريف والين (Wallin 1949) للإعاقة العقلية الذي يشير إلى أن الفرد المعاق عقلياً هو الذي يخفق عن استخدام الاختبارات النفسية المقتنة معه في الحصول على نسبة ذكاء أو عمر عقلي عن مستوى معين، أما سبيتز (Spits 1963) فيعرف الإعاقة العقلية بأنها حالة من النمو العقلي المتأخر تحدد بنسبة ذكاء I.Q أدنى من ٧٠ على اختبار فردي مقسّم للذكاء، وهي حالة تظهر قبل سن الثالثة من عمر الفرد (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٣٩ - ٤٠).

وبذلك نجد أن التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية قد ركز في تعريفه للإعاقة العقلية على معامل ذكاء الفرد (IQ)، بحيث من يقل معامل ذكائه عن ٧٠ يعتبر معاقاً عقلياً.

وتؤكد هذه التعريفات والتصنيفات على الاحتياجات الخاصة لكل فئة، والبرامج التربوية والتعليمية المناسبة أو اللازمة لإشباعها أكثر من أي شيء، ويعنى السيكولوجيون باتخاذ مستوى الأداء على اختبارات الذكاء (القدرة العقلية) الفردية والجماعية المقتنة لاسيما اختباري ستانفورد - بينيه، وكسلر - كمحك أساسي للتعرف على حالات الإعاقة العقلية وتصنيفها (عبد المطلب القرطبي، ٢٠٠٥: ٨١ - ٨٢).

## ٢- التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية:

### أ- التعريف الاجتماعي **Social Definition**:

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة وخاصة مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، في قدرتها على

قياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وتحصيلية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع المجتمع واستجابته للمتطلبات الاجتماعية، وقد نادت بهذا الاتجاه ميرسر (Mercer, 1973)، وجينيس (Jensen, 1980) ويركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معاقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية (Social Demands) المتوقعة منه، وقد ركز كثيرون من أمثال تريجولد (Tredgold, 1908) و دول (Doll, 1973) على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة العقلية، وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي (Adaptive Behavior) وقد تختلف هذه المتطلبات الاجتماعية تبعاً لمتغير العمر أو المرحلة الاجتماعية (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٢٣).

وفي ضوء ذلك قام هيبير (Heber, 1959) بتعريف الإعاقة العقلية بأنها حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط تبدأ أثناء فترة النمو، ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٤٠).

وبعد التعريف الذي وضعه هيبير (Heber, 1959) وقام بتطويره وتعديله جروسمان (Grossman, 1977)، هو الأكثر شمولية وذبوعاً وقبولاً بين المتخصصين في الوقت الحالي، كما أنه الذي تأخذ به حالياً الرابطة الأمريكية للضعف العقلي " American Association on Mental Deficiency " AAMD " وينص هذا التعريف على أن الإعاقة العقلية: حالة عامة تشير إلى الأداء الوظيفي المنخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية في العمليات العقلية و تكون متلازمة مع قصور في السلوك التكيفي للفرد، وتحدث هذه الحالة أثناء فترة النمو (عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥: ٨٣).

ويتطلب هذا التعريف ثلاثة شروط أو ثلاثة عناصر لتشخيص حالة الفرد على أنها حالة إعاقة عقلية:

١- مستوى ذكاء أقل من ٧٠ على مقياس وكسلر، أو أقل من ٦٨ على مقياس بينيه.

٢- قصور في السلوك التكيفي.

٣- تظهر قبل الوصول إلى سن ١٨ سنة (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٤١).

وبذلك نجد أن التعريفات الاجتماعية تهتم بالسلوك الاجتماعي للفرد في ضوء معايير البيئة الاجتماعية والثقافية والمجموعة العمرية التي ينتمى إليها،

الفرد الذي يفضل في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه في ضوء البيئة الاجتماعية والمجموعة العمرية التي ينتمي إليها يعتبر معاقاً عقلياً، هذا بالإضافة إلى مستوى ذكاء أقل من 70 على مقياس وكسلر، أو أقل من 68 على مقياس بينيه، وأن تظهر قبل الوصول إلى سن 18 سنة.

#### ٢- التعريف التربوي Educational Definition :

ظهر التعريف التربوي للإعاقة العقلية استكمالاً للتعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية، وبعداً رئيسياً من أبعاد الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية، حيث ركز هذا التعريف على التندي الواضح في الأداء التحصيلي للأطفال المعاقين عقلياً مقارنة مع الأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني، وخاصة في المهارات اللغوية، ومهارات القراءة، والكتابة والحساب (فاروق الروسان، 2000: 26).

هذا وقد استخدم إنجرام (Ingram, 1953) مصطلح بطيء التعلم على الطفل الذي لا يستطيع التحصيل في نفس مستوى زملائه في الدراسة، أي أن يكون في مستوى أقل من مستوى الصف، الذي يجب أن يكون فيه، وهؤلاء الأطفال يكونون حوالي 18% إلى 20% من أطفال المدارس، وهم الذين تقع نسبة ذكائهم ما بين 50 - 89 بالفئة البينية Borderline (بين العادي والمعاق عقلياً) وهي تكون من 16% إلى 18% من مجموعة الأطفال بطيئى التعلم، ويطلق اسم المعاق عقلياً على الفئة التي تكون نسب ذكائها ما بين 50 - 70 درجة وهم أقل من 2% من مجموعة تلاميذ المدارس من حيث الذكاء والقدرة العقلية (رشاد عبد العزيز، 2002: 107 - 108).

وبذلك تقوم التعريفات التربوية على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية، والقدرة على التعلم والتدريب خلال سنوات الدراسة في ضوء معاملات الذكاء المختلفة (عبد المطلب القريظي، 2005: 81).

#### ٣- تعريف الإعاقة العقلية في ضوء التعريفات الكلاسيكية والحديثة:

نتج عن التعريفات القديمة للإعاقة العقلية والمتمثلة في التعريف الطبى والسيكولوجى والتعريفات الحديثة المتمثلة في التعريف الاجتماعى والتربوى مجموعة من التعريفات المختلفة للإعاقة العقلية للعديد من الباحثين النفسيين، كلاً حسب الوجهة النظرية التي يتبناها وحسب الغرض من هذا التعريف، وسوف نلقى الضوء على بعض من هذه التعريفات والتي في ضوئها سوف نعرف الإعاقة العقلية في الدراسة الحالية.

فيعرف كمال مرسى (1996: 21) الإعاقة العقلية بأنها حالة بطء ملحوظ في النمو العقلي تظهر قبل سن الثانية عشرة من العمر، ويتوقف العقل فيها عن النمو قبل اكتماله، وتحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية وبيئية معاً.

كما يعرف كريستوفر بيترسون Peterson (١٩٩٦: ٤١١) الإعاقة العقلية بأنها مشكلة أولية تحدث أثناء الطفولة والتي يكون أداء الفرد فيها أقل من المتوسط في الوظيفة العقلية، ويكون غير قادر على مقابلة متطلبات الحياة اليومية والعناية الذاتية والحياة المنزلية والاتصال وغيرها.

في حين يعرف حامد زهران (١٩٩٧: ٤٠٤ - ٤٠٥) الإعاقة العقلية بأنها حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، وتؤثر على الجهاز العصبي للفرد، مما يؤدي إلى نقص الذكاء، وتتنحصر آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي في حدود انحرافين معياريين.

أما أحمد السعيد ومصطفى عبد الحميد (١٩٩٩: ٨٤) فيعرفان بالإعاقة العقلية بأنها توقف نمو الذهن قبل اكتمال نضوجه، ويحدث قبل سن الثانية عشرة لعوامل فطرية وبيئية، ويصاحبه سلوك توافقي سيئ.

ويعرف فاروق الروسان (٢٠٠١: ٣٢) الإعاقة العقلية بأنها تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحبها قصور في واحدة أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي كالمهارات الاستقلالية أو الحركية أو اللغوية أو مهارات التعامل بالنقود ٠٠٠٠٠ إلخ.

كما يعرف رشاد عبد العزيز (٢٠٠٢: ١٠٥) الإعاقة العقلية بأنها أداء عقلي دون المتوسط بفرق جوهري، مصحوب بأفات في السلوك التكيفي، يظهر خلال المرحلة الارتقائية من العمر.

بينما تعرف سهير كامل (٢٠٠٢: ٨٢) الإعاقة العقلية بأنها أداء عقلي عام دون المتوسط ويظهر متلازماً مع القصور في السلوك التكيفي للفرد خلال فترة النمو.

كما يعرف نبيه إسماعيل (٢٠٠٦: ٦٢) الطفل المعاق عقلياً بأنه ذلك الطفل الذي يتعد معامل ذكائه عن معامل ذكاء الغالبية العظمى للأطفال في المجموعة السكانية بمقدار وحدتين سالبتين من وحدات الانحراف المعياري.

في حين يعرف وليد خليفة (٢٠٠٦: ٢٥) الإعاقة العقلية بأنها اضطراب في أداء الوظائف العقلية، يولد بها الطفل نتيجة أسباب وراثية أو يتعرض له بعد الولادة نتيجة أسباب بيئية أو نفسية اجتماعية، وتحدث الإعاقة العقلية قبل أو أثناء أو بعد الولادة، ويتضح هذا الاضطراب في انخفاض نسبة الذكاء عن ٧٥ درجة، مع قصور في النضج العقلي والسلوك التوافقي، ويظهر خلال الفترة النمائية تحت ١٨ سنة.

وفي ضوء هذه التعريفات يمكننا تعريف الإعاقة العقلية بأنها أداء عقلى وظيفى دون المتوسط ناتج عن عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، يصاحبه قصور فى واحدة أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفى، ويحدث قبل سن ١٨ سنة. كما يمكننا تعريف الأطفال المعاقين عقليا إجرائيا فى ضوء متغيرات الدراسة الحالية فى النقاط التالية:

هم الأطفال المعاقون عقليا فئة القابلين للتعلم والذين يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ على مقياس ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، والذين يتميزون بأداء عقلى وظيفى دون المتوسط، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، مصحوبا ببعض السلوكيات اللاكيفية (الباحث).

#### أسباب الإعاقة العقلية:

قام الأطباء والعلماء المهتمون بدراسة الإعاقة العقلية بجهود كبيرة لاكتشاف أسباب الإعاقة العقلية، وقد تم تحديد كثير من العوامل التى تؤدى إلى الإعاقة العقلية، رغم أن هناك عوامل وأسباب كثيرة لم يتوصل اليها الباحثون والأطباء إلى التعرف عليها، هذا ويمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة العقلية على أساس المرحلة العمرية التى حدثت فيها هذه العوامل وفق الترتيب التالى (تيسير كوافحة وعمر عبد العزيز، ٢٠٠٣: ٦٦):

هذا وقد تحدثت الإعاقة العقلية نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية، والتي سوف نلقى الضوء عليها كما يلى:

#### أ- العوامل الوراثية:

تلعب الوراثة التى تحددها أساسا الجينات Genes دوراً مهماً فى حدوث الإعاقة العقلية، حيث يكون أثر الوراثة منذ اللحظة الأولى لتكوين الجنين، أى منذ إخصاب البويضة بواسطة الحيوان المنوى (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٧٩).

والعوامل الوراثية هى المسئولة عن حوالى ٨٠% من حالات الإعاقسة العقلية وذلك لوجود تلف أو قصور أو خلل فى خلايا المخ أو الجهاز العصبى المركزى، الأمر الذى يؤدى إلى حدوث إعاقه فى وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة وإلى صعوبات فى عملية التعلم (إسراهم الزهيرى، ١٩٩٨: ٢٣٧).



هذا وتتقسم العوامل الوراثية إلى قسمين هما:

#### ١ - عوامل وراثية مباشرة:

تحدث الإعاقة العقلية في بعض الأحيان نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه، والتي تحمل الصفات الموروثة للفرد، وهذا لا يعنى أن أحد الوالدين معاق عقليا، فقد يحمل الأب أو الأم أحد الجينات المتنحية Genes Recessive التي تحمل صفات الإعاقة العقلية دون أن يتصف بها، ولا يظهر أثر هذا الجين المتنحي إلا عند توافر شروط معينة (محمد إبراهيم، ١٩٩٩: ٢٤).

#### ٢ - عوامل وراثية غير مباشرة:

وتختلف هذه العوامل عن العوامل السابقة في أن الإعاقة العقلية لا تورث مباشرة وما يورث هو نوع من المرض أو الخلل أو الاضطراب أو العيب في تكوين المخ، وتشمل هذه الفئة مجموعة من العوامل الآتية:

- العيوب المخية: مثل صغر الدماغ أو كبره.
- الاضطراب في تكوين الخلايا.
- اضطراب التمثيل الغذائي أو عملية البناء أو الهدم (الأبيض) وهو وجود عدد المركبات أو العناصر التي تحدث بعض الاضطرابات الجينية التي تسبب الإعاقة العقلية (رشاد عبد العزيز، ٢٠٠٢: ١١٣).

#### ب- العوامل البيئية:

وفيها تتدخل العوامل البيئية بعد عملية الإخصاب مباشرة، أي أثناء تكوين البويضة في رحم الأم أثناء فترة الحمل ثم الولادة ثم بعد الولادة، حيث ينتهي أثر العوامل الوراثية بعد الإخصاب ثم يظهر أثر العوامل البيئية، ونسبة هذه العوامل حوالي ٢٠% من حالات الإعاقة العقلية (إبراهيم الزهيرى، ١٩٩٨: ٢٣٨).

ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى ما يلى:

#### ١- عوامل ما قبل الولادة (أثناء الحمل):

وتشمل هذه العوامل:

- الاستخدام الزائد للأشعة أو النظائر المشعة في علاج الأم أثناء الحمل.
- إصابة الأم بالزهرى أو الايدز أو الحصبة الألمانية أو غيرها من الأمراض الفيروسية أو بالبول السكرى أثناء الحمل.
- إدمان الأم المخدرات أو المسكرات أثناء الحمل أو تناول أدوية دون استشارة الطبيب.

- اختلاف أو عدم تشابه دم الأم ودم الطفل (Rh- Rh+).
- اضطرابات الغدد الصماء قبل الولادة ومنها ضمور الغدة التيموسية أو تضخم الغدة الدرقية (عثمان لبيب، ٢٠٠٢: ٣٣).
- العدوى والتسمم Infection & Intoxication وتشمّل الإصابة بالأمراض المعدية التي قد تصيب الأم الحامل، وينتقل أثرها إلى الجنين كالحصبة الألمانية G. Rubella والزهرى Syphilis وغيرها (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥: ٩١).
- تعرض الأم لاضطرابات نفسية عنيفة، التي قد تؤثر في التركيب الكيميائي لغذاء الجنين (محمد إبراهيم، ١٩٩٩: ٢٢).

فإصابة الأم خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية قد يؤدي إلى تلف خلايا مخ الجنين وخلايا أعضائه الحسية، كما تؤدي إصابتها بالزهرى إلى تلف الأنسجة العصبية لدى الجنين، وإصابته بالإعاقة العقلية والصمم وربما أفضت إلى موته، وقد تنتج الإعاقة العقلية عن تعرض الأم للتسمم أثناء فترة الحمل كما في حالات تسمم الدم وزيادة نسبة الصفراء في الدم، ونتيجة تعاطي الأم الحامل بعض العقاقير بدون إشراف الطبيب - كالمضادات الحيوية والأسبرين ومركبات الثاليدوميد - التي قد تستخدم كمسكنات أو في حالات الإجهاض، وكذلك نتيجة تعاطي الأم للمواد المخدرة والكحوليات، أو في تعرضها للتسمم بمركبات الرصاص، التي تنتشع بها البويات والدهانات الرخيصة للجدران والأثاث ولعب الأطفال، ونتيجة لعوادم السيارات، وهو ما يعرض الجنين للإعاقة العقلية والعديد من التشوهات الخلقية (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥: ٩١).

#### ٢- عوامل أثناء الولادة:

ومن هذه العوامل:

- انحباس أو نقص الأكسجين عن الجنين في المرحلة الأخيرة من الحمل أو التفاف الحبل السرى حول رقبتة.
- الولادة العسرة أو القيصرية.
- إصابة الجمجمة أو المخ أثناء الولادة نتيجة استعمال الجفت أو الشفط في الولادة (عثمان لبيب، ٢٠٠٢: ٣٣).

#### ٣- عوامل ما بعد الولادة:

وهذه العوامل يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

#### - عوامل تتعلق بالطفل نفسه:

نذكر منها:

- إصابة الطفل بعد الولادة - قبل سن البلوغ - بإحدى الحميات التي تؤثر على خلايا المخ (الحمى الشوكية) أو بأحد أنواع الشلل المخى أو الحصبة.
- التسمم بالزرنيخ وأول أكسيد الكربون أو التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة تلوث الهواء والماء أو الغذاء.
- السقوط أو اصطدام الجمجمة بشدة في مرحلة الطفولة قبل المراهقة بصورة يترتب عليها تلف بعض أنسجة المخ أو الإصابة ببعض الأورام.
- سوء التغذية الشديد للطفل وخاصة إذا تأخر غذاء الطفل عن طريق نقص شديد في البروتين أو اليود بصفة خاصة في السنة الأولى من عمره (عثمان لبيب، ٢٠٠٢: ٣٣ - ٣٤).
- التهاب السحايا Meningitis الذي يؤثر في القشرة الدماغية والجهاز العصبي المركزي، والالتهاب الدماغى Encephalitis الذي يؤدي إلى الإعاقة العقلية (محمد إبراهيم، ١٩٩٩: ٢٣).

#### - عوامل تتعلق ببيئة الطفل:

وهي عوامل بيئية تحدث ردود فعل وظيفية فقط مثل الاضطرابات النفسية الانفعالية في الطفولة المبكرة وضعف المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي والحرمان من المثيرات الكافية التي تساعد الطفل على النمو السليم، أو التي تؤدي إلى النضج العقلي النفسي والاجتماعي والانفعالي. فالتنشئة غير السليمة أو غير الملائمة لا تتيح الفرصة لنمو الطفل وتعوق قدراته العقلية وإمكاناته الوراثية من الوصول إلى النضج، وهو الهدف الأساسي من عملية النمو المتكامل في جميع جوانب شخصية الطفل فالحرمان الاجتماعي له آثار سيئة على النمو العقلي في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث إن النمو العقلي للطفل في هذه السن المبكرة يتعطل بسبب الحرمان الاجتماعي أو نتيجة لاضطرابات نفسية أو انفعالية (إبراهيم الزهيري، ١٩٩٨: ٢٣٨ - ٢٣٩).

فالبينة الفقيرة ثقافياً التي تفتقد الأنشطة الذهنية الحافزة لكفاء الطفل في مراحل نموه الأولى، تعتبر مسؤولة عن نسبة عالية جداً من حالات الإعاقة العقلية البسيطة (٨٠ %) وخاصة إذا لم يتوفر الغذاء الكامل والخدمات الصحية (عثمان لبيب، ٢٠٠٢: ٣٤).

## تصنيفات الإعاقة العقلية:

إن من يراجع المؤلفات والبحوث والدراسات التي اهتمت بمجال الإعاقة العقلية يجد أن كلاً من هؤلاء قد سعى لتحديد مفهوم الإعاقة العقلية بغية دراسة هذه الفئة لمعرفة خصائصها، وسماتها وكيفية مساعدتها، فنجد أنه قد ظهر تباين كبير في تحديدهم لمفهوم الإعاقة العقلية، لذا فقد سعى العلماء إلى تقسيم المعاقين عقلياً إلى فئات أو مجموعات حتى يتسنى لهم سهولة التعرف عليهم (نبيسه إسماعيل، ٢٠٠٦: ٦١).

وبناءً على ما تقدم سوف نستعرض أهم تصنيفات الإعاقة العقلية كما يلي:

### أولاً التصنيف الطبي أو تبعاً لمصدر العلة Etiological Classification

يقوم التصنيف الطبي للإعاقة العقلية على المحكات التالية:

#### ١- التصنيف حسب مصدر الإصابة:

كان العالم الإنجليزي تريجولد Tredgold أول من استخدم تقسيم الإعاقة العقلية إلى:

- إعاقة عقلية أولية Primary Amentia: وهي التي تحدث نتيجة الوراثة.
- إعاقة عقلية ثانوية Secondary Amentia: وهي التي تحدث نتيجة لعوامل خارجية أو مكتسبة، وتوجد بعض الحالات يظهر فيها العاملان معاً (رشاد عبد العزيز، ٢٠٠٢: ١١٦).

#### ٢- التصنيف حسب درجة الإصابة:

- إعاقة عقلية مطلقة Absolute: وهي المستوى الأدنى من هذا التصنيف كفئة الأبله والمته.
- إعاقة عقلية نسبية Relative: وتمثل فئة المورون تقريباً.
- إعاقة عقلية ظاهرية Apparent: وهي التي تنشأ عن عوامل ثقافية رئيسية، وليس هناك حدود فاصلة بين هذه الفئات (رشاد عبد العزيز، ٢٠٠٢: ١١٦).

#### ٣- التصنيف حسب توقيت الإصابة:

يشير عبد المطلب القريطي (٢٠٠٥: ٩٦ - ٩٧) إلى أن يانيت Yannet اقترح تقسيماً ثلاثياً لتصنيف الإعاقة العقلية بحسب توقيت حدوث الإعاقة تضمن الفئات التالية:

- عوامل قبل الولادة Pre - natal: وتتمثل فى الأسباب الفسيولوجية والمرضية والاضطرابات الكيميائية التى تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهما كاضطرابات التمثيل الغذائى، وحالات الإصابة قبل الولادة بالزهري الوراثى، والتسمم، وعامل الزيروس Rh - F.
- عوامل أثناء الولادة Intra - natal: وتتمثل فيما قد يتعرض له الجنين أثناء عملية الولادة من ظروف كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة.
- عوامل بعد الولادة Post - natal: وتتمثل فى تعرض الفرد خلال الفترة النمائية لبعض الأمراض كالالتهابات السحائية، وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص أو أول أكسيد الكربون، والإصابات المباشرة للدماغ نتيجة للحوادث.

#### ٤- التصنيف حسب المظهر الكلىنى:

تشير فيوليت إبراهيم (٢٠٠٥: ٤٥ - ٤٦) إلى أن أهم الأنماط الكلىنيكية فى هذا التصنيف للمعاقين عقلياً ما يلى:

- ١- المنغولية Mongolism وتسمى أيضاً أعراض داون.
- ٢- استنصاء الدماغ Hydrocephalus.
- ٣- كبر الجمجمة Macrocephalic.
- ٤- صغر الجمجمة Microcephalic.
- ٥- القماء أو القصاع Cretinism.
- ٦- حالات الشلل السحائى Cerebral Palsy.
- ٧- حالات العامل الريزيسى فى الدم Rh - Factor.
- ٨- حالات اضطراب التمثيل الغذائى (PKU).
- ٩- حالات الصرع Epilepsy.

#### ثانياً التصنيفات السلوكية الوظيفية:

#### أ- التصنيف السيكولوجى Psychological Classification :

من التصنيفات السيكولوجية التى ظلت شائعة لفترة طويلة بين علماء النفس ذلك التصنيف الثلاثى لفئات المعاقين عقلياً وهى:

- ١- فئة المورون Moro وتتراوح نسبة ذكائها ما بين ٥٠ - ٧٥.

- ٢- فئة البلهاء Imbecile وتتراوح نسبة ذكائها ما بين ٢٥ - ٥٠ .
- ٣- فئة المعتوهين Idiot وتتراوح نسبة ذكائها ما بين ٢٥ - صفر، هذا ويعد تصنيف جروسمان (١٩٧٧) من أهم التصنيفات المستخدمة حالياً والذي يصنف المعاقين عقلياً في ضوء تعريفه للإعاقة العقلية وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (١)

فئات الإعاقة العقلية تبعاً لمتوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية على كل من مقياس ستانفورد - بينيه، وكسلر .

نسب الذكاء		الفئات
مقياس وكسلر	ستانفورد - بينيه	
م=١٠٠، ع=١٥	م=١٠٠، ع=١٦	
٦٩ - ٥٥	٦٨ - ٥٢	إعاقة عقلية بسيطة Mild
٥٤ - ٤٠	٥١ - ٣٦	إعاقة عقلية متوسطة Moderate
٣٩ - ٢٥	٣٥ - ٢٠	إعاقة عقلية شديدة Severe
أقل من ٢٥	أقل من ٢٠	إعاقة عقلية حادة Profound

(عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥: ١٠١ - ١٠٢).

كما يصنف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (١٩٩٤) التابع للجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية المعاقين عقلياً على النحو التالي:

- ١- إعاقة عقلية بسيطة Mild Mental Retardation وفيها يتراوح معامل الذكاء ما بين ٥١ - ٧٠، ويوازي في التصنيف التربوي فئة القابلين للتعلم، وتمثل هذه الفئة ٨٣,٦ % من المعاقين عقلياً.
- ٢- إعاقة عقلية متوسطة Moderate Mental Retardation وفيها يتراوح معامل الذكاء ما بين ٣٦ - ٥٠.
- ٣- إعاقة عقلية شديدة Severe Mental Retardation وفيها يتراوح معامل الذكاء ما بين ٢٠ - ٣٥.
- ٤- إعاقة عقلية حادة أو عميقة Profound Mental Retardation وفيها معامل الذكاء يكون أدنى من ٢٠ (أنيليس دي بيلدت وآخرين- de De-Bildt, et, al.، ٢٠٠٥: ٥٤).

## ب - التصنيف الاجتماعي Social Classification :

يعتمد هذا التصنيف على محك التوافق أو التوافق الاجتماعي للفرد، ومدى اعتماده على نفسه ووفائه بالواجبات والمطالب الاجتماعية، ويستخدم العلماء في تحديد ذلك مقاييس للنضج الاجتماعي والسلوك التكيفي (عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥: ١٠٤).

وفي ضوء ذلك قامت الجمعية الأمريكية للمعاقين عقلياً بتوزيع هذه الفئة إلى أربع فئات فرعية وهي:

- ١- إعاقة عقلية بسيطة Mild (٥٥ - ٦٩).
- ٢- إعاقة عقلية متوسطة Moderate (٤٠ - ٥٤).
- ٣- إعاقة عقلية شديدة Severe (٢٥ - ٣٩).
- ٤- إعاقة عقلية حادة Profound أقل من ٢٥ (أمال باظة، ٢٠٠٣: ١٦).

## ج- التصنيف التربوي Educational Classification :

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة العقلية إلى الأقسام التالية، وذلك حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية، وهو ما يطلق عليه أيضاً الصلاحية التربوية (تيسير كوافحة وعمر عبد العزيز، ٢٠٠٣: ٦٢)، وهذه الأقسام هي:

### ١- فئة القابلين للتعليم Educable :

تعتبر هذه الفئة لديها قدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولاً في تفاعلهم مع الآخرين، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية والمهنية لديهم، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية، أي المهارات الأولية للتعليم، وتتراوح نسب ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ (أمال باظة، ٢٠٠٣: ١٥).

### ٢- فئة القابلين للتدريب Trainable :

تتراوح معاملات ذكاء هذه الفئة من الأطفال ما بين ٢٥ - ٥٠، وتتميز هذه الفئة بأن تحصيلها الأكاديمي منخفض جداً، ولا يستطيع أفرادها العمل إلا في ورش محمية، وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين لهم (أحلام عبد الغفار، ٢٠٠٣: ١٢).

### ٣- فئة المعتمدين Custodial:

وهم فئة الأطفال البلهاء والمعتمدين غير القابلين للتعلم والتدريب، وغير القادرين على الاستفادة من التعلم في المدارس العادية، وكذلك فسي الفصول الخاصة بالمعاقين عقلياً، نتيجة للضعف العقلي الشديد، وهم في حاجة ماسة إلى رعاية مستمرة (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٢٨).

#### خصائص المعاقين عقلياً:

يتميز المعاقون عقلياً بالفروق الفردية الشاسعة فيما بينهم، وبدعم تجانسهم أو تطابقهم من حيث ما يتمتعون به من استعدادات وما يتصفون به من سمات وخصائص، ومع ذلك فإنه توجد عدة خصائص عامة يجب عدم إغفالها عند محاولتنا الكشف عنهم والتعرف عليهم، وتحديد البرامج التربوية والتأهيلية لهم، وذلك بالرغم من تسليمنا بأنهم يتفاوتون من حيث درجة كل خاصية بحسب مستوى الإعاقة والظروف البيئية والتأثيرات الثقافية، التي يتعرض لها ويتفاعل معها كل منهم (عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥: ٨٩).

وعلى ذلك يمكن عرض أهم الخصائص التي يتسم بها الأطفال المعاقون عقلياً بصفة عامة والقابلون للتعلم بصفة خاصة:

#### أ- الخصائص العامة للمعاقين عقلياً:

##### ١- الخصائص الجسمية والحركية:

يلخص لنا نبيه إسماعيل (٢٠٠٦: ٧٧) بعض السمات الجسمية والحركية للمعاقين عقلياً بصفة عامة، وهي بطء النمو الجسمي، وصغر حجم الجمجمة، وقلة الوزن عن العادي، ونقص حجم ووزن المخ عن المتوسط، وتشوه شكل الجمجمة والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان، وتشوه الأطراف، وبطء النمو الحركي، وتأخر الحركة واضطرابها، وضعف واضطراب النشاط الجنسي.

##### ٢- الخصائص العقلية المعرفية:

يشير عبد المطلب القريظي (٢٠٠٥: ٨٩) إلى أن المعاقين عقلياً يتميزون ببعض الخصائص العقلية المعرفية التالية:

- ١- أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء.
- ٢- ضعف القدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة.
- ٣- ضعف الذاكرة، وقصور القدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات.
- ٤- قصور الفهم والاستيعاب وتدني القدرة على التحصيل الدراسي.
- ٥- بطء التعلم.



٦- الجمود والتصلب العقلي (نقص المرونة العقلية).

٧- تأخر النمو اللغوي وقصور اللغة اللفظية.

٨- القصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع.

### ٣- الخصائص الانفعالية:

تشير سهير كامل (٢٠٠٢: ٩٨) إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً يتميزون بالشدّة الانفعالية وتقلبها وحدتها، وهوائيون متقلبون، يخافون من بعض الحيوانات ومن الأماكن المغلقة والمفتوحة والمرتفعة والمظلمة بشكل أكبر من أقرانهم العاديين.

### ٤- الخصائص الاجتماعية:

يعانى المعاق عقلياً عدم القدرة على التوافق الاجتماعي، ويظهر لديه اضطرابات في التصرف في المواقف الاجتماعية وأساليب التفاعل الاجتماعي، ولديه عدم مبالاة وأحياناً عدم اهتمام أو إعطاء أهمية لما يدور حوله في البيئة المحيطة، وعدم تقدير للمسئولية والمشاركة الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم وجود رغبة لديه للقيام بعمل علاقات اجتماعية مع الأطفال في مثل عمره الزمني، ويميل أحياناً إلى اللعب والاشتراك وإنشاء علاقات مع الأطفال الأصغر منه سناً (جمعة يوسف، ٢٠٠٠: ٨٢).

### ٥- الخصائص اللغوية:

تعتبر اللغة وسيلة مهمة من وسائل التواصل والتفاعل المعرفي والاجتماعي والوجداني بين الأفراد والجماعات (أمال باظة، ٢٠٠٣: ٢٢). لذا فإن من لديه صعوبة أو مشكلة أو اضطراب في اللغة لديه مشكلة في التفاعل المعرفي والاجتماعي والوجداني.

ومن المظاهر المميزة للمعاقين عقلياً المشكلات المرتبطة بالخصائص اللغوية، حيث نجد لدى المعاق عقلياً قصوراً واضحاً في استخدام اللغة والكلام، فهو لا يستطيع استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى، ومن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المعاقين عقلياً تأخر النمو اللغوي بصورة واضحة، فنجد لديهم مخارج الصوت ونطق الكلمات واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر، وبمستوى نضج أقل من الأطفال العاديين (تيسير كوافحة وعمر عبد العزيز، ٢٠٠٣: ٧٢).

## ب- خصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم:

### ١- الخصائص الجسمية والحركية:

تشير النتائج الأبحاث التي أجريت في هذا الميدان إلى وجود فروق بين القابلين للتعليم والعاديين من حيث مستوى نموهم الجسدي والحركي، فهي بصفة عامة أقل طولاً ووزناً، ومتأخرين عن العاديين في نموهم الحركي، كالقدرة على السير مثلاً، وقد أكدت دراسات سلون Sloan على وجود فروق بين القابلين للتعلم وبين العاديين في المهارات الحركية المختلفة غير أن هذه الفروق سواء في الصفات البدنية أو الحركية ليست كبيرة بحيث نستطيع القول بأن هؤلاء الأطفال يصلون في نموهم الجسدي والحركي إلى مستوى قريب من مستوى العاديين، وذلك فيما عدا الحالات التي ترجع فيها الإعاقة العقلية إلى إصابات في الجهاز العصبي المركزي، ففي هذه الحالات غالباً ما يصاحب الإعاقة العقلية اضطراب في المهارات الحركية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ١٣٢).

وقد يظهر بعض هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً تأخراً في نشاط المشي إلى حد ما، وتكون المظاهر الأخرى لضعف التناسق الحركي أقل بين أطفال هذه الفئة مما يوجد بين الأطفال العاديين (فتحي السيد، ١٩٩٠: ٦٩).

### ٢- الخصائص العقلية المعرفية:

إن الفروق بين العاديين والمعاقين عقلياً الممتثلين لهم في العمر الزمني في الخصائص العقلية المعرفية هي فروقاً في الدرجة، وتمثل في النقص الواضح في قدرة المعاقين عقلياً على التعلم من تلقاء أنفسهم، كما أن قدرتهم على الانتباه والتركيز على المهارات التعليمية والتعلم التمييزي بين المثيرات من حيث لونها وشكلها ووضعها، واستقبال المعلومات ونقلها أقل من العاديين (حمدي شاكر، ١٩٩٨: ٢٠٠).

هذا بالإضافة إلى أن الطفل المعاق عقلياً يختلف عن الطفل السوي من حيث مستوى النمو العقلي، فالمعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية كل سنة زمنية، أما الطفل المعاق عقلياً ينمو تسع شهور عقلية أو أقل كل سنة زمنية، وهذا هو السبب في تباين الأعمار العقلية لكل من الطفل السوي والمعاق عقلياً كلما زاد العمر (محمد كامل، ١٩٩٩: ٥١).

### ٣- الخصائص الانفعالية:

على الرغم من أن القابلين للتعليم ينتمون جميعاً إلى فئة واحدة، وعلى الرغم من تجانسهم النسبي فيما يتعلق بمدى إعاقتهم العقلية، إلا أن هناك اختلافاً كبيراً فيما بينهم في خصائصهم الانفعالية وترجع هذه الاختلافات إلى عاملين رئيسيين:

أولهما: ارتباط صفات انفعالية بمصدر العلة.

ثانيهما: هو أن الخصائص الانفعالية تتوقف على نمو التفاعل الذي يحدث بين المعاقين عقلياً وبيئتهم، بمعنى أن هذه الخصائص تعتبر خصائص ثانوية Secondary Characteristics فهي لا تتوقف فقط على مدى الإعاقة العقلية، وإنما أيضاً على اتجاه المعاق نحو إعاقته، واتجاه الآخرين نحو هذه الإعاقة، ويتضح التباين في الخصائص الانفعالية بين المعاقين عقلياً القابلين للتعليم أو المعاقين عقلياً بصفة عامة عندما نراجع نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الميدان، حيث ذكرت نتائج هذه الدراسات صفات تميز هؤلاء الأطفال منها: العدوان، والانسحاب، والتردد، والسلوك التكراري، والنشاط الزائد Hyperactivity، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سناً في نشاطهم، وعدم تقدير الذات Self devaluation الذي يتضح منه عدم الشعور بالأمن والكفاية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ١٣٢ - ١٣٣).

#### ٤- الخصائص الاجتماعية:

يجد الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم مقارنة بأقرانهم العاديين صعوبة في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة، ولديهم اضطراب في أساليب التفاعل الاجتماعي، وصعوبة في الانتماء للآخرين، أو الارتباط بهم، أو إقامة علاقات الصلبة والصدقات معهم، مما يقودهم إلى الانطواء، وعدم الرغبة في الاختلاط بالآخرين، كما يجدون صعوبة في بناء العلاقات وفي المحافظة على استمراريتها (رمضان القذافي، ٢٠٠١: ١٣٤ - ١٣٥).

#### ٥- الخصائص التعليمية

إن فئة المعاقين عقلياً القابلين للتعليم لديهم بعض الخصائص التربوية، والتي من أهمها:

- الخاصة إلى التكرار: حيث أكدت العديد من الدراسات في هذا المجال أن المعاق عقلياً لا يستوعب الموقف التعليمي إلا بعد التكرار لعدة مرات، مما يساعده على التذكر والاستفادة من مواقف التعلم.
- الخاصة إلى جذب الانتباه باستمرار: حيث يحتاج المعاق عقلياً إلى ما يجذب انتباهه باستمرار أثناء عملية التعلم أو التدريب على نشاط تعليمي، لأنه لا يستطيع الانتباه من تلقاء نفسه إلى المثيرات المختلفة.
- افتقار القدرة على الملاحظة التفقيائية: نظراً لافتقاره هذه القدرة.
- التركيز على استخدام الألفاظ الملموسة: حيث يفتقر المعاق عقلياً القدرة على استخدام الألفاظ في التعبير عن نفسه (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٤٣).

فغالبيتهم غير قادر على متابعة الدراسة في فصول الدراسة العادية، إلا أنه يكون قابلاً للتعليم ببطء في مدارس أو فصول خاصة، ويمكنه تعلم القراءة والكتابة والحساب والتفكير البسيط، ولا يستطيع تجاوز المرحلة الابتدائية إلا بصعوبة، وبعمليات تعليمية متكررة (نبيه إسماعيل، ٢٠٠٦: ٨٠).

#### الحاجات النفسية للأطفال المعاقين عقلياً:

توجد بعض الحاجات النفسية للطفل المعاق عقلياً، والتي إذا ما توفرت له فقد تؤثر على تحسين سلوكه التكيفي، وإذا لم تتوافر له فقد تؤدي إلى ظهور بعض السلوكيات غير التكيفية من جانب هذا الطفل نتيجة لشعوره بعدم الاهتمام ممن حوله، ويمكن أن نجمل هذه الحاجات على الوجه التالي:

#### ١- الحاجة إلى الاستقلال:

يستطيع الطفل المعاق والقابل للتدريب أن يتعلم كيف يتصل بالآخرين، وأن يتماشى مع الأسرة والمجتمع متمتعاً بحقوق الملكية ومحترماً إياها، وأن يكون غير معتمد على والديه في العناية بنفسه، وإتباع العادات الصحية، والمحافظة على سلامة نفسه، وأن يساعد في الأعمال المنزلية البسيطة، وأن يساعد في الأعمال الروتينية في ورشة أو في مجال آخر مأمون (كلير فهميم، ٢٠٠٣: ٧٧).

#### ٢- الحاجة إلى الأمن والإشراف:

إن الإحساس بالأمن من ضرورات الحياة التي يعيشها الطفل المعاق عقلياً، إذ كلما وجد الرعاية والعناية من والديه قوى إحساسه بالأمن، ليس ذلك فحسب بل يتخطى ذلك انزائه الانفعالي والاجتماعي في حدود ما تسمح به قدراته العقلية والجسمية (وليد خليفة، ٢٠٠٦: ٥٠).

#### ٣- الحاجة إلى اللعب الحر:

يزود اللعب الحر الطفل بوسيلة من أفضل الوسائل للتعبير عن نفسه، ويجب أن يراقب لعب الطفل المعاق بدقة للوصول إلى معرفة مشكلات الطفل الخاصة، حتى يتسنى لنا اختيار النشاط الذي يروق له ويزيل التوتر عنه، وإتاحة الفرصة له بالنزود بالرحلات، لتساعده على أن يتعلم كيف يعيش في المجتمع مع غيره من الناس (كلير فهميم، ٢٠٠٣: ٧٧ - ٧٨).

#### ٤- الحاجة إلى الاختلاط بالمجتمع وبالأطفال الآخرين:

إن إتاحة الفرصة للطفل المعاق عقلياً لمشاركة الأطفال الآخرين في اللعب والأنشطة المتنوعة، تتيح له الفرصة للتفاعل الاجتماعي بينه وبين الأطفال الآخرين، والتي من خلالها يكتسب حبهم وتقديرهم له وترحيبهم به كعضو في جماعتهم، والذي بدوره يشعره بالقبول الاجتماعي، فتكوين الصداقات بين الطفل

المعاق عقلياً وبين أقرانه يعد عنصراً مهماً في حياته الاجتماعية، والذي يساعده على اكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية المتنوعة (ستيفين رايس، Reiss، ١٩٩٤: ٣٨٣).

#### ٥- الحاجة إلى التقبل من الآخرين:

إن الأطفال المعاقين عقلياً شأنهم شأن سائر البشر، والحاجة للتقبل تعتبر واحدة من الحاجات الأساسية لكل البشر، ولا يختلف الطفل المعاق عقلياً عن أي إنسان آخر في هذا الجانب، فهو بحاجة إلى أن يتقبله الآخرون كشخص له قيمة، وكذلك أن يتقبل هو أيضاً نفسه (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٣٩٠).

حيث يلعب الاستحسان الذي يمارسه الكبار تجاه ما يصدر من الأطفال المعاقين عقلياً دوراً كبيراً في تحقيق الحاجة إلى التقبل من الكبار المحيطين بهم من ناحية، ومن أقرانهم من الأطفال الآخرين من ناحية أخرى، فحاجة الطفل المعاق عقلياً إلى التقبل ينمىها ويدعمها شعوره بأنه محبوب ومرغوب فيه ممن حوله، ويهدد هذه الحاجة شعوره بأنه منبوذ ومضطهد أو غير مرغوب فيه، ويعمل إشباع هذه الحاجة على نمو علاقة هذا الطفل بالآخرين وتطورها، وعدم إشباعها يؤدي إلى فقدان الأمن والاستقرار النفسي والاجتماعي، وهذا ويجتمع علماء النفس على أن حرمان الطفل من الحب والتقبل يدفعه إلى الانحراف عن السلوك العادي (أمل الهجرسي، ٢٠٠٢: ١٩٠).

#### ٦- الحاجة إلى الجو الأسري المستقر وحب الوالدين:

إن الجو العائلي الذي تسوده روح المحبة والتفاهم والتعاون من جميع أفراد الأسرة يعطي الطفل المعاق شعوراً بالاطمئنان والثقة بالنفس وتحميه من القلق وتوقع الخطر، ويعتبر حب الأم الأساس لتوفير الصحة النفسية للطفل المعاق، فالرعاية الكاملة لحاجات الطفل الأولية تعطي الطفل شعوراً بالأمن والهدوء والاستقرار، والحب للطفل المعاق كالحب للطفل الطبيعي، فهو الغذاء النفسي الذي تنمو وتتضح عليه شخصيته، فكما يتغذى جسمه بالطعام فإن نفسه تتغذى بالحب والقبول (كلير فهميم، ٢٠٠٣: ٧٩ - ٨٠).

ولتحقيق الصحة النفسية للطفل المعاق عقلياً يجب على الوالدين تلبية وتحقيق تلك الحاجات النفسية لهذا الطفل، التي تنمى لديه الإحساس بالحب والأمن والأمان، والتقبل ممن حوله، وتكوين مفهوم ذات إيجابي عن نفسه، وتنمية سلوكه التكيفي، والابتعاد عن بعض السلوكيات غير التكيفية، ومن ثم تحقيق الصحة النفسية له.

## رابعاً السلوك التكيفي Adaptive Behavior:

يعتبر مفهوم السلوك التكيفي Adaptive Behavior من المصطلحات الحديثة التي دخلت في ميدان التربية الخاصة، ففي أوساط الخمسينيات من القرن الماضي استخدم هذا المصطلح في ميدان التربية الخاصة من قبل Doll, 1941، ومن بعده استخدمه هيبير Heber, 1959, 1961، وجروسمان Grossman, 1973، وكذلك الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية، 1973، 1983، AAMD، 1993، وبقي هذا المفهوم شائعاً حتى الوقت الحاضر (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٤٨).

حيث ظهر في أحدث صورة لجدول جيزل للنمو (١٩٧٢) أنها تعطي خمسة مجالات للسلوك هي: السلوك التكيفي، الحركات الكبرى، الحركات الصغرى، اللغة، والسلوك الشخصي والاجتماعي (محمد الشناوى، ١٩٩٧: ٢٢٨).

### تعريف السلوك التكيفي:

لقد تعددت وجهات النظر بشأن تعريف السلوك التكيفي تبعاً لتعدد وجهات نظر الباحثين في مجال الإعاقة العقلية، حيث يعرف عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢: ١٢) السلوك التكيفي بأنه فاعلية الفرد وقدرته على تحقيق مستوى مناسب من الاكتفاء الذاتي والمسؤولية الاجتماعية، بدرجة تماثل المستوى المتوقع ممن هم في مثل سنه وجماعته الثقافية.

كما يعرف بأنه قدرة الفرد على الاستقلال وتحمل المسؤولية الاجتماعية المتوقعة مقارنة بمن هم في مثل عمره الزمني وجماعته الثقافية (هنلى وآخرين Henly, et. al, ١٩٩٣: ٨٠).

ويشير محمد الشناوى (١٩٩٧: ٢٣١) إلى أن السلوك التكيفي يعكس مهارة الشخص في الوفاء بحاجات الاستقلال والمطالب الاجتماعية التي تتطلبها بيئته.

كما يعرف رايموند كورسينى Corsini, (١٩٩٩: ٢٣٠) السلوك التكيفي بأنه قدرة الفرد على أن يسلك بصورة مؤثرة ومناسبة لبيئته.

كذلك يعرفه فاروق الروسان (٢٠٠٠: ٥٣) بأنه قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظائره من نفس المجموعة العمرية.

بينما يعرف جيمس ليفيرت وجارى سبيرستين. Leffert, & Siperstein (٢٠٠٢: ١٣٥) السلوك التكيفي بأنه قدرة الفرد على مواجهة متطلبات وتوقعات

محيطه الاجتماعى مقارنة بأقرانه ممن هم فى نفس عمره الزمنى والمحيط الاجتماعى.

فى حين تعرفه فاطمة عياد (٢٠٠٢: ٥٢٤) بأنه الدرجة التى يفى بها الفرد بمعايير الاستقلال الذاتى، والمسئولية الاجتماعية المتوقعة من مجموعة عمرية ثقافية مماثلة لحالته.

كما يعرف محمد حلاوة (٢٠٠٢: ٢٣) السلوك التكيفى بأنه ذلك السلوك الذى يدل على الكفاية التأثيرية التى يواجه بها الأفراد مستويات الاستقلال الذاتى والمسئولية الاجتماعية المتوقعة من أفراد فى نفس مستوى العمر الزمنى والثقافة.

بينما يعرف مايوكس وآخرون (Mayeaux, et, al. ٢٠٠٦: ٤٤٠) السلوك التكيفى على أنه قدرة الفرد على نجاحه فى إنجاز الأنشطة الحياتية المتوقعة منه مقارنة بأقرانه ممن هم فى نفس عمره الزمنى وفى نفس بيئته، كما يطلق عقلية الأداء المثالى بدلاً من القدرة، ويشير أيضاً السلوك التكيفى إلى قدرة الفرد على إنجاز مهامه بشكل مستقل، وهو أيضاً الدرجة التى يفى بها الفرد متطلبات المسئولية الشخصية والاجتماعية بشكل مرض طبقاً للجماعة الثقافية التى ينتمى إليها.

ومن خلال العرض السابق للمفاهيم المتعددة للسلوك التكيفى يمكن تعريف السلوك التكيفى على أنه: قدرة الفرد على تلبية احتياجاته الشخصية باستقلالية، والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المنتظرة منه، مقارنة بأقرانه فى نفس المجموعة العمرية والثقافية.

#### **السلوك اللاكيفى: Maladaptive Behaviour:**

تظهر بعض السلوكيات غير التكيفية لدى بعض الأفراد نتيجة لمواقف الإحباط والفشل فى تحقيق الأهداف الخاصة بالفرد، أو بسبب عدم القدرة على التفاعل الاجتماعى، أو نتيجة لسوء معاملة الآخرين لهذا الفرد.

وفى الدراسة الحالية يرجع ظهور بعض السلوكيات اللاكيفية لدى الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة لسوء معاملة الوالدين والمحيطين بهؤلاء الأطفال، وفى ضوء ذلك اهتمت بعض الدراسات مثل دراسة حنان حسين (٢٠٠٥)، وائل ثروت (٢٠٠٤)، شادية محمد (٢٠٠٣)، نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣)، ميادة محمد (١٩٩٦)، رانجاسومى Rangaswomi (١٩٩٥)، أشرف صبرة (١٩٩١)، سمية جميل (١٩٩٠)، بدراسة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية والأسرية السلبية وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة من جانب وظهور بعض السلوكيات اللاكيفية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من جانب آخر، وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى أن الاتجاهات الوالدية السالبة ومعاملة الأطفال المعاقين عقلياً بشيء من النبذ والتسلط

والإهمال، يترتب عليه ظهور بعض السلوكيات اللاتكيفية لدى هؤلاء الأطفال كنتيجة للنبد والتسلط والإهمال من قبل الوالدين لهم.

وتظهر السلوكيات اللاتكيفية لدى الأطفال المعاقين عقليا في صورة سلوك عدواني تجاه الآخرين ولاسيما من يعاملونهم معاملة سيئة، وتخريب ممتلكاتهم، أو في صورة عناد وتمرد، وانسحاب اجتماعي وخجل وانطواء، ومفهوم سلبي للذات وعدم القدرة على تحقيقها، أو إيذاء الذات، والكذب، وغيرها من السلوكيات اللاتكيفية.

وفي هذا الصدد يعرف عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢: ٢٨٠) السلوك اللاتكيفي أو سوء السلوك التكيفي بأنه عبارة عن تصرفات الفرد وأفعاله التي تعتبر بعيدة عن حدود معايير المجتمع المقبولة اجتماعيا.

وفي ضوء ذلك يشير الباحث إلى أن مفهوم السلوك اللاتكيفي إلى مجموعة من السلوكيات غير المرغوب فيها من المجتمع، التي تصدر عن الفرد، والتي قد يؤدي بها نفسه أو الآخرين، مثل السلوك العدواني أو سلوك إيذاء الذات أو التمرد والعصيان أو الانسحاب الاجتماعي أو سب الآخرين أو البصق عليهم، أو غيرها من هذه السلوكيات التي يرفضها المجتمع.

وبناءً على ما سبق يمكن تحديد المفهوم الإجرائي للسلوك اللاتكيفي في ضوء متغيرات الدراسة الحالية، حيث يشير مفهوم السلوك اللاتكيفي إلى تلك السلوكيات غير المرغوب فيها، والتي تصدر عن بعض الأطفال المعاقين عقليا نتيجة لسوء معاملة الوالدين لهم والمحيطين بهم، مثل السلوك العدواني أو سلوك إيذاء الذات والتمرد والعصيان أو الانسحاب الاجتماعي، والمفهوم السلبي للذات.

أو هو الدرجة التي يحصل عليها كل طفل معاق عقليا على مقياس السلوك اللاتكيفي المستخدم في الدراسة الحالية.

#### الأساس النظري لمفهوم السلوك التكيفي:

لقد اهتمت علوم شتى بدراسة وتفسير مفهوم السلوك التكيفي لدى الأفراد، وسوف نلقى الضوء فيما يلي على وجهة نظر كل من العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى وجهة نظر التربية الخاصة في تفسيرها لمفهوم السلوك التكيفي:

#### أولاً مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر البيولوجية:

تشير وجهة النظر البيولوجية إلى أن الكائنات الحية القادرة على التكيف هي تلك الكائنات القادرة على المواءمة والتلاوم مع الظروف التي تواجهها،



وخاصة الظروف الصحية والبيولوجية، وتوفر الشروط اللازمة لبقائها مثل شروط التغذية والماء والهواء ومقاومة الأمراض، والظروف المناخية.

#### ثانياً مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر النفسية:

ساهمت العلوم النفسية في تفسير مفهوم السلوك التكيفي من وجهة نظرها، ويعتبر علم النفس من العلوم التي قدمت تفسيراً لدى توافق الفرد مع نفسه ومع البيئة التي يعيش فيها، فظهرت مصطلحات الشخصية السوية القادرة على التوافق النفسي والاجتماعي، وتبدو مظاهر ذلك التوافق في الرضا عن الذات وتحقيقها، التحصيل الأكاديمي الناجح، التوافق الأسري والاجتماعي، القدرة على الإنتاج والعمل، القدرة على التفاعل الاجتماعي الناجح وبناء العلاقات الاجتماعية الناجحة، أما مفهوم الشخصية المضطربة نفسياً فتعني فشل تلك الشخصية في التكيف مع الذات ومع الآخرين.

#### ثالثاً مفهوم السلوك التكيفي من وجهة النظر الاجتماعية:

تبدو مظاهر السلوك التكيفي الاجتماعي من وجهة النظر الاجتماعية في قدرة الفرد على التوافق الأسري والاجتماعي، في حين تبدو مظاهر سوء التوافق أو التكيف الاجتماعي في الخلافات الأسرية والتصدع الأسري، والفشل المدرسي، والفشل في مجال العمل، والشعور بالإحباط الاجتماعي، والسلوك العدواني (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٤٩ - ٥٢).

#### رابعاً مفهوم السلوك التكيفي من وجهة نظر التربية الخاصة:

تعتبر وجهة نظر التربية الخاصة مفهوم السلوك التكيفي متغيراً أساسياً في تعريف الإعاقة العقلية، حيث اعتبر فشل الفرد في التوافق الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مظهراً من مظاهر الإعاقة العقلية، والتي ترجع إلى قصور في القدرة العقلية للفرد (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٤٨).

#### تقدير السلوك التكيفي:

يعتبر تقدير السلوك التكيفي أمراً مهماً في مجال الصحة النفسية للطفل، وكذلك في بعض الجوانب التشخيصية، وعلى سبيل المثال فإن تشخيص حالة إعاقة عقلية في الوقت الراهن لم تعد تحدد عن طريق نسبة الذكاء وحدها، وإنما أصبح من الضروري أن نضع في اعتبارنا السلوك التكيفي للطفل (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٢٣٠-٢٣١).

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الذي نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ (DSM-VI-1994) المعايير التالية لتشخيص حالات الإعاقة العقلية:

١- انخفاض ملحوظ في الوظائف العقلية العامة.

٢- انخفاض ملحوظ في الوظائف التكيفية.

٣- مع التعرض للإصابة قبل سن الثامنة عشر (سعيد عبد الحميد، ٢٠٠٧: ١٦١).

وبذلك نجد أن السلوك التكيفي يؤخذ بنظر الاعتبار عند تعريف الإعاقة العقلية (جيمس ليفيرت و جارى سيبرستين. Leffert, & Siperstein, ٢٠٠٢: ١٣٥).

هذا إلى جانب أن المجالات السلوكية التكيفية المختلفة تساهم في التفاضل بين الأطفال المعاقين عقلياً (سو ينج شوين وآخرين. Chwen, et, al. ٢٠٠٧: ٣).

كما أننا يمكننا أن نستدل على مستوى ذكاء الطفل من خلال سلوكه التكيفي، فهناك علاقة تربط بين السلوك التكيفي ومعامل الذكاء، حيث كلما زادت درجة السلوك التكيفي لدى الطفل ارتفع معها معامل ذكائه، وكلما انخفضت درجة السلوك التكيفي انخفض معها معامل الذكاء (سفين بولت وفريتر بوسكا، Bolte, Poustka, & ٢٠٠٢: ١٧١).

وبالتالي فتقدير السلوك التكيفي يعتبر بعداً مهماً في تشخيص وتصنيف المعاقين عقلياً، ومن ثم وضع الخطط التعليمية لهذه الفئات من الأطفال (لههان وكوفمان، Hallahan, & Kauffman, ١٩٩٨: ٩٥).

ولذلك فقد تبني القانون العام رقم ١٤٢/٩٤ والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين (١٩٧٥)، والذي ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية مفهوم السلوك التكيفي، واعتبره بعداً رئيسياً في تعريف الإعاقة العقلية، وكذلك تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي لمفهوم السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية، واعتبار السلوك التكيفي أحد الأبعاد الرئيسية في الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٣٧).

وفي ضوء ما سبق يعد قياس وتقدير السلوك التكيفي أمراً مهماً في تحديد جوانب القصور التكيفي النفسي والاجتماعي لدى الفرد، وذلك لتحديد البرامج الإرشادية والتدريبية التي تساهم في علاج هذا القصور في السلوك التكيفي، ومن جانب آخر يساهم قياس وتقدير السلوك التكيفي في تحديد أهم جوانب السلوك

اللاتكفي لدى الأفراد، ومن ثم معرفة أسباب ظهور هذه السلوكيات غير التكيفية لديهم، والعمل على علاجها من خلال تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية المناسبة لخفض حدة هذه السلوكيات غير التكيفية.

#### مظاهر السلوك التكيفي واللاتكفي:

يشير كوستين ودراجونس، Costin, & Draguns (١٩٩٠: ٤٨١) إلى أن للسلوك التكيفي مظاهر متعددة، وأن هذه المظاهر ترتبط بالعمر الزمني للفرد العادي.

وقد اعتبرت هذه المظاهر معايير نمائية يمكن الاعتماد عليها بمقارنة أداء الأطفال المعاقين بها، وقد بنيت مقاييس السلوك التكيفي على التسلسل الطبيعي لتلك المظاهر، وعلى ذلك يمكن تقسيم مظاهر السلوك التكيفي إلى قسمين رئيسيين الأول ويسمى بمظاهر السلوك التكيفي المقبولة اجتماعياً، والثاني ويسمى بمظاهر السلوك اللاتكفي وهي مظاهر غير مقبولة اجتماعياً (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٦٨)، وهما على النحو التالي:

#### أ- مظاهر السلوك التكيفي Aspects of adaptive behavior:

يذكر فاروق الروسان عدداً من مظاهر السلوك التكيفي والمتمثلة في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية وبالتالي قدرة الطفل المعاق عقلياً على التوافق مع أسرته ومجتمعه وهي: المهارات الاستقلالية، المهارات الجسمية والحركية، مهارات التعامل بالنقد، المهارات اللغوية، مهارات الأرقام والوقت، المهارات المهنية، مهارات التوجيه الذاتي، مهارات تحمل المسؤولية، مهارات التنشئة الاجتماعية (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٦٨-٧٠).

وفي ضوء ذلك يشير جيمس ليفيرت وجارى سيبيرستين، Leffert, & Siperstein (٢٠٠٢: ١٣٥) إلى بعض مظاهر السلوك التكيفي والتي من بينها: الاستقلالية، والاتصال بالآخرين، الرعاية الذاتية والحركية.

#### ثانياً: مظاهر السلوك اللاتكفي Aspects of maladaptive behavior:

تضمنت مقاييس السلوك التكيفي عدداً من مظاهر السلوك اللااجتماعي وهي مظاهر غير مقبولة اجتماعياً من قبل الأطفال المعاقين عقلياً، بل تعبر عن درجة كبيرة من سوء التوافق الاجتماعي وهذه المظاهر هي: العدوانية، السلوك اللااجتماعي، سلوك التمرد، السلوك التشككي، السلوك الانسحابي، السلوك النمطي، العادات الشخصية غير المقبولة، العادات الصوتية غير المقبولة، العادات الغريبة، النشاط الزائد، السلوك العصبي، استخدام العقاقير والأدوية (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٧٠ - ٧٢).

### السلوكيات اللاكيفية التي تتناولها الدراسة الحالية:

يذكر عبد المطلب القريظي (٢٠٠٥: ٩٠) أن بعض المعاقين عقليا يميلون إلى الانسحاب والابتعاد والبعد عن ممارسة النشاط مع الجماعة، وبعضهم يتميز بسلوك العدوان وإيذاء الذات والتمرد والعصيان، وبالرغم من أن هذه الصفات قد يتصف بها الأفراد العاديون إلا أنها متفشية بين هؤلاء الأطفال المعاقين عقليا بصورة أكبر من الأسوياء.

هذا وقد أظهرت الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث على أسر الأطفال المعاقين عقليا وأطفالهم المعاقين عقليا لتحديد أهم أبعاد قلق المستقبل التي يعانون منها، وتحديد أبرز السلوكيات اللاكيفية لدى أطفالهم المعاقين عقليا؛ أن من أبرز هذه السلوكيات اللاكيفية لدى هؤلاء الأطفال هي: مفهوم الذات السلبي، السلوك العدواني، سلوك التمرد والعصيان، الانسحاب الاجتماعي، سلوك إيذاء الذات، والتي سوف نوضحها باستفاضة على النحو التالي:

#### ١- مفهوم الذات السلبي Negative Self Concept:

يتأثر مفهوم الذات لدى الطفل المعاق عقليا بالحماية الزائدة، فالطفل المعاق الذي لديه مفهوم ذات ضعيف يؤثر على توافقه وسلوكه، وأشار كارل روجرز Carl Rogers ١٩٥١ إلى ضرورة الوقوف على مفهوم الذات عند الفرد، حتى نفهم شخصيته، فإذا كانت نظرة الفرد إلى ذاته الواقعية قريبة من الذات المثالية، دل على أن لديه مفهوم ذات طيبا، وعلى شعوره بالكفاءة والجدارة، أما إذا كانت نظريته بعيدة عن نظريته إلى الذات المثالية، بحيث يضعها في مستوى أقل منها بكثير دل على أن مفهومه عن ذاته سيئ، فيسوء توافقه مع البيئة التي يعيش فيها، فالطفل المعاق عقليا مفهوم الذات لديه غير واقعي، وتقديره لذاته غير ثابت، ومفهومه لذاته سيئ لأنه يتعرض لخبرات الفشل والإحباط مما يشعره بالدونية، وعدم الرضا والكفاءة (كمال مرسى، ١٩٩٦: ٢٨٩).

وتشير أمال باظة (٢٠٠٣: ١٦٨، ١٦٨) إلى أنه يترتب على إساءة الطفل انخفاض تقدير الذات، واضطراب مفهوم الذات لديه والفشل في تحقيق الأهداف.

فمعاملة الوالدين للطفل المعاق عقليا بل معاملة الأسرة والمحيطين به بصفة عامة قد تؤدي دوراً مهماً في نظريته لذاته، فالمعاملة السيئة لهذا الطفل يترتب عليها إحساسه بعدم تقبله من قبل والديه والمحيطين به، ومن ثم يكون هذا الطفل مفهوماً سلبياً عن ذاته، أما إذا تم معاملة هذا الطفل معاملة طيبة وحسنة من قبل والديه والمحيطين به، فهذا يترتب عليه أن يشعر بأنه محبوب ومرغوب ممن حوله، وبالتالي يقدر ذاته تقديراً إيجابياً، ومن ثم يكون مفهوماً إيجابياً عن ذاته.

وفى هذا الصدد تشير نتائج دراسة سمية جميل (١٩٩٠) إلى أنه كلما زادت درجة تقبل والدى الطفل المعاق عقلياً لهذا الطفل أدى ذلك إلى أن يكون مفهوماً إيجابياً عن ذاته ويقدر ذاته تقديراً إيجابياً، وأن رفض ونبذ هذا الطفل وعدم تقبله يؤدي إلى تكوين مفهوم ذات سلبى له، وعدم القدرة على التقدير الإيجابى للذات، ومن ثم عدم تحقيقها.

### ٢- السلوك العدوانى **Aggressive Behavior**:

يشير زكريا الشربيني (٢٠٠٢: ٧٣) إلى أن السلوك العدوانى نوع من السلوك الاجتماعى يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه فى السيطرة، وإيذاء الغير أو الذات تعويضاً عن الحرمان أو بسبب التثبيط، فهو يعد استجابة طبيعية للإحباط.

كما يشير ستر لاند Land (١٩٩١: ١٣) إلى أن العدوان يعد محاولة متعمدة لإلحاق الأذى بالآخرين، أو الذات، فهو إما فطرياً أو رد فعل للإحباط.

ويشير جمال الخطيب (١٩٩٢: ٢٢٣) إلى أن العدوان هو فعل يهدف إلى إيذاء الأذى أو الألم بالآخرين أو تخريب ممتلكاتهم، فالعدوان سلوك وليس انفعالا أو حاجة أو دافعا.

وبذلك نجد أن السلوك العدوانى ما هو إلا رد فعل لمواقف الإحباط التى قد يتعرض لها الفرد، وبالنسبة للطفل المعاق عقلياً عندما يعامل معاملة سيئة من قبل والديه والمحيطين به معاملة يسوده القسوة والتسلط والنبذ والإهمال فقد يترتب عليها ظهور بعض النزعات العدوانية لهذا الطفل رداً منه على هذه المعاملة السيئة له من قبل والديه والمحيطين به.

والعدوان يمكن أن يتخذ صورة من الهجوم المادى والجسدى فى جانب، والهجوم اللفظى فى الجانب الآخر (أمال باظة (ب)، ٢٠٠٠: ٩٥).

### ٣- سلوك التمرد والعصيان **Rebellious Behavior**:

يعتبر العناد والتمرد من النزعات العدوانية التى يتميز بها الطفل سبب التوافق، ويتبع هذا الطفل هذه النوعية من السلوك مع الوالدين ومن هم فى مقامهم، ويدل هذا السلوك على التصادم مع رغبات الطفل ونواهى الكبار وأوامرهم، وهذا السلوك من جانب الطفل يتخذ لتعبير منه لرفض أوامر الآخرين المهمين فى حياته، مثل الوالدين والمشرفين عليه (زكريا الشربيني، ٢٠٠٢: ٤٧).

ويتضمن ذلك السلوك تجاهل الأنظمة والتعليمات ومخالفتها، ومعاكسة الآخرين فى العمل واللعب والسلطة، والسلوك الهروبى من المدرسة والنشاطات الجماعية، ومقاطعة وعرقلة نشاط الآخرين (فاروق الروسان، ٢٠٠٠: ٧٠).

ومن مظاهر هذا السلوك:

١- يفقد هؤلاء الأطفال أعصابهم بسهولة.

٢- كثيرو الغضب والرفض لما هو موكل لهم.

٣- سريعو المضايقة من الآخرين.

٤- يتحدون قواعد الكبار ويرفضون أوامرهم ويستقزون الآخرين بتعمد (محمود حمودة، ١٩٩٨: ١٦٤).

وبالتالى يتخذ الأطفال المعاقين عقلياً هذا السلوك رداً منهم على المعاملة السيئة لهم ولعدم اهتمام وتقبل الوالدين لهم والمحيطين بهم، إضافة إلى ذلك فقد يتخذ هؤلاء الأطفال هذا السلوك لجذب انتباه والديهم والمحيطين بهم، أو كنوع من الانتقام أو التعويض أو الرفض لما يلقونه من معاملة سيئة.

#### ٤- انسحاب الاجتماعى Social Withdrawal:

يتصف الأطفال المعاقين بوجه عام بانخفاض درجة تكيفهم الشخصى والاجتماعى، بالإضافة إلى انخفاض مستوى قدراتهم العقلية، مما يمكن أن يعرضهم إلى خبرات فشل متعددة تشعرهم بالإحباط والدونية، وقد ينعكس ذلك فى انخفاض مفهوم الذات ومستوى الدافعية، وقد يؤدي ذلك أيضاً إلى بعض مظاهر العدوانية، والانطوائية، وضعف العلاقات الاجتماعية، وتمثل اتجاهات المحيطين هؤلاء الأشخاص، وكيفية ومستوى تعاملهم معهم ونوعية ودرجة توقعاتهم منهم محددات أساسية فى تشكيل السمات الشخصية لهؤلاء الأشخاص، فلا شك أن الاتجاهات السلبية نحوهم، وما يرتبط بها من عدم إتاحة الفرصة لهم للانتماج، والتعلم، وإقامة العلاقات يؤثر فى كفايتهم الاجتماعية، كما أن تعامل المحيطين بهم على أنهم ضعفاء، وأن قدراتهم محدودة والإسراف فى الرعاية والحماية، قد يؤكد على خاصية الاعتمادية لديهم، وعلى عدم شعورهم بالاستقلالية المطلوبة (نجيب خزام، ١٩٩٨: ٨١ - ٨٣).

وفى هذا الصدد يؤكد راي كروزير Crosier, (١٩٩٠: ٢٥٦) على الدور الذى تلعبه البيئة كمصدر أساسى لنمو ذلك السلوك الانسحابى، ويتبنى هذا الاتجاه السلوكيون وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعى، حيث يرون أن الانسحاب الاجتماعى سلوك مكتسب وليس وراثياً، فالأفراد الانسحابيون قد فشلوا فى اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لنمو العلاقات مع الآخرين.

هذا وقد يترتب على إساءة الطفل وإهماله انسحابه اجتماعياً، وتأخره دراسياً، وانخفاض مستوى طموحه، وعدم القدرة على تكوين صدقات ناجحة مع الآخرين (أمال باظة، ٢٠٠٣: ١٦٨ - ١٦٩).

وبالتالى فالاتجاهات الوالدية السالبة للطفل المعاق عقلياً وعدم تقبله وإهماله، أو معاملته معاملة سيئة ومنتسلطة، قد يترتب عليها أن ينسحب هذا الطفل

اجتماعياً نتيجة لشعوره بعدم تقبله ممن حوله، ومن ثم ينطوى على نفسه ولا يجرؤ على التفاعل والاختلاط بالآخرين.

#### **٥ - سلوك إيذاء الذات Self-Injurious Behavior:**

يشير سلوك إيذاء الذات بوجه عام إلى ذلك النوع من العدوان الموجه إلى النفس نتيجة لمواقف الإحباط أو الفشل في تحقيق الأهداف الخاصة بالفرد، كنوع من العقاب الذي يوجهه الفرد لنفسه، أما في مجال الإعاقة العقلية فإن سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقلياً يكون ناتجاً عن المعاملة السلبية والسيئة لهذا الطفل من قبل الوالدين والمحيطين به والاتجاهات الوالدية السلبية له.

وعلى ذلك يرى الباحث أن الطفل المعاق عقلياً عندما يعامله والداه والمحيطون به بنوع من الإهمال والقسوة والنبذ، وعندما ينظرون إليه على أنه هو مصدر تعاسة الأسرة، وأنه يسبب لهم ضغطاً نفسياً وعبئاً اقتصادياً عليهم، فإن هذا من شأنه أن يشعره بأنه غير مرغوب فيه ممن حوله؛ مما يدفعه إلى عقاب نفسه بأن يقوم ببعض الأعمال الخطرة التي من شأنها أن تؤذيه.

#### **التأثير السلبى والإيجابى للأسرة على السلوك التكيفى للطفل المعاق عقلياً:**

تؤدى الأسرة الدور الرئيسى فى تربية أطفالها وتشكيل شخصياتهم، ومن ثم فإذا ما كانت هناك معاملة سوية من قبل الوالدين للطفل مع استخدام أساليب التربية الصحيحة البعيدة عن التسلط والقسوة والنبذ والإهمال، أو التدليل والحماية الزائدة، نشأ عنها طفل سوى يعتمد عليه خال من المشكلات والاضطرابات النفسية، وفى المقابل إذا انتهجت الأسرة أسلوب القسوة والتسلط والحدة أو التدليل والحماية الزائدة فى تعاملها مع أطفالها، نتج عن تلك المعاملة طفل غير سوى لا يعتمد عليه، يعانى من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية نتيجة للمعاملة السيئة له من قبل والديه، وفيما يلى سوف نعرض لأهم التأثيرات السلبية والإيجابية للمعاملة الوالدية على السلوك التكيفى للطفل المعاق عقلياً على الوجه التالى:

#### **أ- التأثير السلبى:**

كثيراً ما يتعرض الطفل المعاق من جانب إخوته - وأحياناً من جانب الوالدين أيضاً - إلى أن يعامل ككبش فداء Scapegoating لكل جوانب النقص أو القصور فى الأسرة، حيث يميل الأبناء والوالدان معهما إلى نسبة المشكلات والمصاعب التى تعانى منها الأسرة إلى وجود هذا الطفل المعاق، فهم قد يقدرّون مثلاً أن الأسرة لا تحظى بفرص ترفيه كافية، وأن الأسرة لا تحظى بعلاقات أسرية هادئة، وأنها أسرة محرومة من تبادل العواطف الدافئة، وأنها أسرة معزولة لا تزار من جانب الأسر الأخرى، كل ذلك وغيره من المشكلات بسبب هذا الطفل المعاق، وكثيراً ما يتقبل الطفل المعاق أو يجد نفسه مضطراً إلى قبول دور كبش

الفداء، لأن ذلك يرضى الآباء والإخوة، ولذا فإنهم يعززون امتثاله للقيام بهذا الدور، لأنه يعفيهم من بذل الجهد لفهم المشكلات وتقصى أصولها، وتحمل كل طرف مسؤوليته في نشأتها أو في مواجهتها (علاء كفاقي ٢٠٠٣: ١٤ - ١٥).

وبالطبع يمكن أن نتوقع أن الأطفال الذين يعيشون في ظل أساليب والدية تتسم باللوم والتأنيب والسخرية والمقارنة، في غير صالح الطفل، ومختلف الأساليب التي من شأنها أن تثير الألم النفسي وتزرع الإحساس بالدونية والنقص (علاء كفاقي، ١٩٩٩: ٢٣٨).

فبعض الآباء والأمهات يعاملون الطفل المعاق عقلياً بشيء الإهمال والنبذ، نتيجة ما يشعرون به من ضغوط نفسية واجتماعية، مما يؤخر عملية تعلم وتأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال على السلوك الاجتماعي المقبول، وقد أوضح ليشتير Lichter, E. (١٩٧٦) أهمية إيجاد ظروف إيجابية ومناخ ثابت نسبياً من الناحية العاطفية والانفعالية داخل أسرة المعاق عقلياً (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٤٧).

ومن جهة أخرى تشير روز ماري لامبي وديبي دانيلز (٢٠٠١: ٢٤٣) إلى أن آباء الأطفال المعاقين عقلياً غالباً ما يعتقدون أنه من القسوة أن تدفع الطفل المعاق عقلياً إلى أن يحقق إنجازات يتصورون أنها أكبر من قدراته وإمكاناته، ولذا فقد يستقر في أذهان هؤلاء الآباء حدود غير واقعية عن إمكانيات الطفل وقدراته على أداء الوظائف، والتي قد تكون أقل من قدراته الفعلية، ويعمل الآباء على أن يحتفظوا بالطفل في مدى هذه الحدود

وبذلك نجد أن المعاملة الودية الغير سوية للطفل المعاق عقلياً، من شأنها أن تؤدي إلى وجود طفل غير سوى يتصف ببعض السلوكيات غير التكيفية (اللاجتماعية)، نتيجة لهذه المعاملة الودية، فالمعاملة التي تتصف بالحماية الزائدة والتدليل والعطف والحنو الزائد من قبل الوالدين لطفلها المعاق تؤدي إلى وجود طفل لا يعتمد عليه، ولا يستطيع التكيف مع مجتمعه باستقلالية، ومن ثم يتصف بالاعتمادية على الآخرين.

ومن جانب آخر فالمعاملة الودية للطفل المعاق عقلياً التي يسودها التسلط والنبذ والإهمال تؤدي إلى أن يتكون لدى هذا الطفل مفهوم ذات سلبي عن نفسه، كما تصدر منه بعض السلوكيات غير التكيفية مثل التمرد وعصيان ذوى السلطة وعلى وجه الخصوص والوالدين، أو من يعامله بنبذ وتسلط وإهمال، كما يتصرفون بالعدوان تجاه الذات أو تجاه الآخرين كرد فعل لنبذ وإهماله، أو قد ينطوى هذا الطفل على ذاته وينسحب اجتماعياً عن الآخرين من المحيطين به، ولا يجرأ على مخالطتهم في أنشطتهم أو اللعب معهم.



## ب- التأثير الإيجابي:

إن الطفل ينشأ أول ما ينشأ في رحاب أسرته ويتفاعل مع أبيه ويتعلم منهما، وهما المصدر الأول لإشباع احتياجاته النفسية كالتقبل والحب والتفهم، واحتياجاته الفسيولوجية كالأكل والمشرب، وهما أول من يتعرف على استعداداته في المجالات المختلفة ويتعدان برعايته، وينميان مهاراته الحسية والحركية واللغوية، والسلوكية التكيفية، كما أنهما أول من يعزز شعور الطفل بقيمته ووجوده، ويمكنانه من الاعتماد على نفسه باكتساب مهارات الاستقلالية والتوجه الذاتى، ويوسع نطاق تفاعلاته الاجتماعية بالانفتاح على الآخرين وتكوين علاقات مشرمة معهم (عبد المطلب القريظى (ب)، ٢٠٠٠: ٢٢).

ولذلك تعتبر الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تؤدي الدور الأساسى في تربية النشء، وتلقيه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة التي تساعد على تكوينه وتحديد معاملاته مع الآخرين، ومن المعروف أن الطفل المعاق عقليا لديه قصور جسمى وثقافى وعقلى لا يمكنه من تحديد علاقاته وقيمه دون الاعتماد على أسرته التي توجهه بصورة مباشرة وغير مباشرة، حتى يكتسب خلال فترة زمنية معينة الخبرة والقدرة العقلية التي تؤهله للاعتماد على نفسه والتعامل مع الآخرين بإيجابية (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٤٦).

فالوالدان إذا هما المصدر الأساسى لتشكيل البيئة المحيطة بالطفل وبخاصة الطفل المعاق عقليا، إذ أن عليهما أدواراً ومسئوليات تجاه رعايته (هنرى Henry, M., ١٩٩٦: ٢٥).

لذا فهما من أهم الأشخاص في البيئة الاجتماعية للطفل، وتؤدي علاقتهما به واتجاهاتهما نحوه تأثيراً واضحاً في تشكيل شخصيته، ولتنشئة الابن المعاق عقليا تنشئة نفسية سليمة، هناك حاجة شديدة من الوالدين للتحمل واتساع الأفق، والقدرة على التكيف البناء بحسب الموقف المناسب (كلير فهم، ٢٠٠٣: ٩٥).

وبالتالى فإن الوالدين وجميع أفراد الأسرة ينبغي أن يتذكروا دائماً أن الطفل المعاق عقليا ليس طفلاً طبيعياً أو عادياً، ولذا ينبغي عليهم عمل بعض التوافقات لكي تتلاءم مع أوجه عجزه وقصوره، ومهما كان الأمر فإن المدى الذي تتدخل فيه الإعاقة في حياة الطفل، تتوقف في جزء كبير منه على المدى الذي تكون فيه الأسرة قادرة على مساعدة الطفل في أن يتعامل معاملة طبيعية كلما أمكن ذلك (روز مارى لامبى وديبى دانيلز، ٢٠٠١: ٢٤٣).

وتعد الأم هي أقرب شخص للطفل سواء كان هذا الطفل طفلاً عادياً أم طفلاً معاقاً، فهي مصدر الحنان والعطف والأمن، وفي ضوء ذلك يشير فاروق صادق (١٩٩٣: ١٤) على طبيعة العلاقة الفريدة بين الأم وطفلها والتي تظهر خلال التفاعلات أثناء الحياة اليومية، مما يجعل من تلك العلاقة دليلاً للخبرات

والمهارات الفردية والإدراكية والاجتماعية والعاطفية، والتي يمكن تضمينها في أى برنامج تدخل مع أمهات الأطفال المعاقين، وخاصة لو أخذت تلك البرامج اتجاهات تحفظ العلاقة الفريدة بين الأم والطفل بقدر الإمكان، ومن ثم يكون للتدخل معنى وأثر إيجابي على كل من الأم والطفل.

وفى هذا المجال يشير ألفريد أدلر Alfred Adler إلى أن الطفل مخلوق ضعيف، والبيئة المحيطة به وأولها الأسرة هي التي تحدد شخصيته، فإذا كان المجتمع الذى يحيط بالطفل حاداً أصبح الطفل حاد الطباع، وتظهر عليه مركبات النقص والعكس صحيح (كاثرين جيلدارد وديفيد جيلدارد & Geldard. ١٩٩٧: ٢٣).

فالأطفال المعاقون يحتاجون لقدرة كبيرة من الرعاية النفسية والاجتماعية وذلك للعديد من الأسباب، أهمها أن للطفل المعوق بناءً نفسياً خاصاً به نتيجة للإعاقة التي يعاني منها، وإحساسه بالاختلاف عن غيره من الأطفال العاديين وعجزه وعدم قدرته على السيطرة على البيئة من حوله. ويقتضى ذلك تقديم الإرشاد والتوجيه النفسى والاجتماعى للوالدين، وإعدادهما للتعامل مع طفلهم المعاق والاهتمام بترفيه الطفل لكي يبعث إليه الأمل والبهجة، وضرورة خروجه للمجتمع، حيث تحتل الأسرة المكان الأول من بين العوامل التي تتحكم في تشكيل شخصية الطفل ونموه النفسى والعقلى من خلال عملية التنشئة الاجتماعية (نادية رجب، ١٩٩٦: ١٧٧ - ١٨٠).

فإرشاد الوالدين هو فى الواقع إرشاد يجرى لصالح الطفل المعاق؛ حيث يساعد الوالدين والأسرة، وكما يشير كثير من الباحثين فإن له دوراً كبيراً فى تحقيق توافق الطفل المعاق، واندماجه أو إعادة اندماجه فى المجتمع، وبالإضافة إلى ذلك فإن اشتراك الوالدين فى أى برنامج للتدخل مع الطفل يعطينا منظومة مستمرة، يمكنها أن تعزز آثار البرنامج أثناء تطبيقه، وتساعد على بقاء آثارها بعد انتهاء البرنامج (محمد الشناوى ومحمد عبد المحسن، ١٩٩٥: ٥٩٥ - ٦٠٠).

وهذا نظراً لأن البيئة الأسرية هي الوسط الرئيسى والدائم لنمو الطفل المعاق عقلياً، وأن استجابات والديه واتجاهات إخوته نحوه، وتوقعاتهم عن أدائه الوظيفى، وطريقة معاملتهم له، والكيفية التي يدرك بها الطفل ذلك كله، هي مما يشكل صورته عن ذاته ويحدد مستوى توافقه إيجابياً أو سلبياً (عبد المطلب القرطبي (أ)، ٢٠٠٠: ٢٧).

لذلك ينبغى على أفراد أسرة الطفل المعاق عقلياً وعلى وجه الخصوص الوالدان الابتعاد عن مصادر الضغوط النفسية، التي قد تؤثر سلباً على المناخ الأسرى ومن ثمة على العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة بعضهم البعض بصفة عامة، وبين أفراد الأسرة والطفل المعاق عقلياً بصفة خاصة، وفى ضوء ذلك تشير نتائج بعض الدراسات مثل دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤)، شادية محمد

(٢٠٠٣)، نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣)، ميادة محمد (١٩٩٦)، رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥)، أشرف صبرة (١٩٩١)، سمية جميل (١٩٩٠)، كوفمان وآخرين. Kaufman, et al. (١٩٩٠) إلى أن الأسر التي تعاني بعض الضغوط النفسية ومن بينها قلق المستقبل، قد يشوبها توتر في العلاقات داخل أفرادها، ومن ثم علاقتها بالطفل المعاق عقلياً، حيث إن حالة التوتر والقلق التي تعيشها هذه الأسر بسبب وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة تجعل هذه الأسرة تنتظر إلى هذا الطفل على أنه مصدر القلق والتوتر والضغوط التي تعيشها الأسرة، ومن ثم تعامل هذا الطفل بشيء من القسوة والإهمال، مما يؤثر بالسلب على الصحة النفسية لهذا الطفل، وبالتالي قد تظهر بعض السلوكيات غير التكيفية على هذا الطفل.

وتشير كلير فهيم (٢٠٠٣) إلى أنه يمكن توفير الصحة النفسية للابن المعاق عقلياً من خلال اتباع الآتي:

- ١- تجنب سياسة عدم الثبات أو الخشونة أو السلبية الزائدة أو اللينة.
- ٢- مساعدة الطفل المعاق على وجود مخارج لانفعالات غضبه الداخلية بطرق مقبولة اجتماعياً في مواقف الغضب الحادة، مع مراعاة مساعدته على عدم التعرض لها.
- ٣- البعد عن تعدد وجهات النظر في طرق معاملته، وذلك بين الوالدين ولاسيما حين يكون الاختلاف كبيراً.
- ٤- تجنب طرق العنف والعقاب والخشونة في معاملة الطفل المعاق، وكذلك تجنب الحماية الزائدة.
- ٥- ينبغي أن تكون العلاقة بين الوالدين يسودها التعاون، والمحبة والتقدير، وذلك حتى يتمكنوا معاً من مساعدة ابنهما على النمو في جو هادئ بعيداً عن الصراعات الانفعالية التي تضيق عبئاً انفعالياً ونفسياً على درجة الإعاقة.
- ٦- تعاون الأطفال الأصحاء والاهتمام بالأخ المعاق، وأن يشركوه معهم في ألعابهم في حدود قدراته.
- ٧- ينبغي على الوالدين الملاحظة الدقيقة من ناحية استجابة الطفل لأي مؤثر.
- ٨- توفير الجو الهادئ المستقر.
- ٩- يحاط الطفل المعاق ببيئة تبعث فيه الحماس، مما يساعد على تنمية قدراته.
- ١٠- توفير المكان المتسع الذي يستطيع أن يتحرك فيه بسهولة.

١١- ينبغي على الوالدين إدراك قدرات الطفل المعاق، وذلك لتجنب الضغط عليه بطلبات تفوق قدراته (كلير فهيم، ٢٠٠٣: ٩٥ - ٩٩).

ومن هنا فإن العناية بالطفل المعاق عقلياً تمثل ضرورة إنسانية واجتماعية، وذلك من أجل مساعدته على تنمية مهارات مناسبة تساعده على حسن التكيف مع الواقع (أحمد يونس ومصطفى حنورة، ١٩٩٩: ٨٧).

فالمعاقون عقلياً الذين يحاطون بشيء من الرعاية والذين ينتمون في أنشطة مختلفة تكون قدرتهم المعرفية والإدراكية أفضل بمقارنتهم بزملائهم من نفس الفئة الذين لا يشتركون في أي أنشطة (سو ينج شوين وآخرون، Chwen, Yng, Su, et, al, ٢٠٠٧: ٣).

#### خامساً الإرشاد النفسي Counseling:

ينسب الإرشاد النفسي إلى علم النفس التطبيقي Applied psychology كما أنه يقع بشكل أوسع في مجموعة من التخصصات التي تهدف إلى مساعدة الناس في مواجهة مشكلات ومواقف الحياة، والتي تعرف بتخصصات أو مهنة المساعدة Helping Profession وهذه المهنة تشترك في الخصائص التالية:

- ١- تفترض أن السلوك له سبب وأنه يمكن تعديل هذا السلوك.
- ٢- تشترك في الغاية التي تسعى لتحقيقها وهي مساعدة المستفيدين على أن يصبحوا أكثر فاعلية، وأكثر تكاملاً من الناحية النفسية.
- ٣- تستخدم العلاقة بين المتخصص والمستفيد كوسيلة أساسية لتقديم العون.
- ٤- تؤكد على أهمية الوقاية.
- ٥- تؤكد على أساس من التدريب المتخصص (محمد الشناوي، ١٩٩٤: ١٣ - ١٤).

#### تعريف الإرشاد النفسي:

تعددت مفاهيم الإرشاد النفسي تبعاً لتعدد الخلفيات النظرية لعلماء النفس التي ينتمي إليها أو يتبناه كل منهم في تعريفه لمعنى الإرشاد النفسي، وسوف نعرض فيما يلي بعض من مفاهيم الإرشاد النفسي على الوجه التالي:

فيعرف عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٠: ٧) الإرشاد النفسي بأنه تلك العلاقة التي يتقبل فيها العميل أو المريض مساعدة مباشرة من مستشار، وينطبق هذا التعريف على نوع معين من الإرشاد، وهو الإرشاد الموجه أو علاقة يجد الفرد من خلالها الفرصة لإطلاق سراح مشاعره السلبية الضارة، وبذلك يظهر الطريق

نحو النمو الإيجابي في الشخصية، وهذا ينطبق على الإرشاد غير الموجه، وهذا النوع من الإرشاد هو الإرشاد التقليدي المعروف.

ويرى كل من جابر عبد الحميد وعلاء كفاي (١٩٩٠: ٧٨٣) أن الإرشاد النفسي يعد تعريف عام يشمل عدة عمليات منها المقابلة الشخصية، وتطبيق اختبارات وتوجيه وتقديم المشورة والنصح، وتهدف هذه العمليات إلى مساعدة الفرد على حل مشكلاته والتخطيط لمستقبله، وكثيراً ما يستخدم في المشكلات الزوجية، وسوء استخدام العقاقير والانتقاء المهني والعمل في المجتمع المحلي، وفي عملية الإرشاد ينغمس المرشد النفسي والعمل وهما يحاولان تحديد مشكلات الأخير والتصدى لها، وحلها من خلال مقابلات شخصية يلتقيان فيها وجهاً لوجه.

كما تعرف إجلال سرى (١٩٩٠: ١٦١) الإرشاد النفسي بأنه عبارة عن عملية بناء تسعى إلى مساعدة الفرد حتى يعرف ذاته، ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد ويحل مشكلاته وينمي من قدراته في ضوء معرفته وتعليمه وتدريبه، لكي يتمكن من تحديد أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق الشخصي والتربوي والمهني والزواجي والأسري.

في حين يعرف فرج عبد القادر وآخرون (١٩٩٣: ٧٢) الإرشاد النفسي بأنه تلك العلاقة المهنية والصلة الإنسانية المتبادلة التي يتم من خلالها التفاعل بين طرفين، أحدهما متخصص وهو المرشد النفسي، الذي يسعى إلى مساعدة الطرف الآخر وهو العميل صاحب المشكلة، في موقف الإرشاد، وتبصيره بمشكلاته وإعادة تقييم قدراته وإمكانياته وتشجيعه على اتخاذ القرار المناسب.

كما يعرف بير خان، Khan (١٩٩٣: ٢) الإرشاد النفسي بأنه علاقة مهنية متبادلة بين طرفين أحدهما الأخصائي الذي يقدم للطرف الثاني وهو العميل، بعض التوجيهات والنصائح التي تعينه على تخطي مشاكله.

بينما يعرف حامد زهران (١٩٩٨: ٢٢) الإرشاد النفسي بأنه عملية إرشاد للفرد والجماعة لتحقيق أفضل مستوى من التوافق النفسي والصحة النفسية باستخدام طرق الإرشاد والعلاج النفسي مع الأفراد والجماعات.

ويعرف رايوند كورسيني، Corsini (١٩٩٩: ٢٣٠) الإرشاد النفسي بأنه عملية يتم من خلالها إعطاء المشورة والنصيحة للأفراد من قبل فرد متخصص في واحدة أو أكثر من مجالات الزواج أو تربية الأطفال أو المجال المهني أو غيرها من المجالات الأخرى.

في حين تعرفه سهير كامل (١٩٩٩: ٨) بأنه عملية توجيه وإرشاد الفرد لفهم إمكانياته وقدراته واستعداداته، واستخدامها في حل مشكلاته وتحديد أهدافه ووضع خطط حياته المستقبلية من خلال فهمه لواقعه وحاضره، ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية، من خلال تحقيق ذاته والوصول إلى أقصى درجة من التوافق بشقيه الشخصي والاجتماعي.

كما يعرف علاء كفافى (١٩٩٩: ١١) الإرشاد النفسى بأنه أحد قنوات الخدمة النفسية التى تقدم للأفراد أو الجماعات بهدف التغلب على بعض المشكلات التى تعترض سبيل الفرد أو الجماعة وتوعوq توافقهم وإنتاجيتهم.

بينما يعرف سامى ملحم (٢٠٠١: ٣٧) الإرشاد النفسى بأنه علاقة متبادلة تقوم بين فردين، وهذه العلاقة ترمى إلى غرض أو هدف إذ يقوم فيها أحدهما وهو الأخصائى بحكم مرانه وخبرته على مساعدة الشخص الآخر وهو العميل حتى يغير من نفسه ومن بيئته، ووسيلة هذه العلاقة هى المقابلة وجهاً لوجه بين الأخصائى والعميل، ويتم الإرشاد فى هذه المقابلة.

وعلى ذلك يمكن تعريف الإرشاد النفسى بأنه علاقة مهنية وفنية بين المرشد النفسى وبين العميل أو المسترشد، وفى هذه العلاقة يقوم المرشد بتقديم المساعدة للمسترشد الذى يعانى من بعض المشكلات أو بعض الاضطرابات النفسية فى شخصيته من خلال فنيات وأساليب الإرشاد والعلاج النفسى، وذلك بهدف مساعدته على التخلص من هذه المشكلات والاضطرابات، مما يحقق له التوافق النفسى ومن ثم التمتع بالصحة النفسية.

#### أهداف الإرشاد النفسى:

هناك أهداف كثيرة ومتعددة للتوجيه والإرشاد النفسى، ويرى البعض أن هذه الأهداف تكاد تكون خاصة بكل عميل أو فرد حسب حالته وتوقعاته، والبعض الآخر يرى أنها وحدة متكاملة، ومن المهم أن تكون أهداف عملية الإرشاد النفسى ذات مستويات ثلاثة

- مستوى وجدانى: حيث يتناول القيم والاتجاهات.
  - مستوى معرفى: ويتناول التفكير والمدرجات والتصورات والمعانى والخبرات والمعتقدات.
  - مستوى سلوكى: ويتناول عمليات تعديل السلوك واكتساب مهارات سلوكية جديدة (حامد زهران، ١٩٩٨: ٤٠).
- وتلخص لنا سهام أبو عيطة (١٩٩٧: ٥٣ - ٥٤) أهداف العملية الإرشادية فى:
- هدف نمائى: يهتم بتوفير النمو المتكامل المتوازن للجوانب النمائية المختلفة لكل مرحلة عمرية يمر بها الفرد لتحقيق أعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية.
  - هدف وقائى: وهو خطوة تسبق العلاج وتعمل على تقليل الحاجة له، ومن ثم فهى محاولة لمنع حدوث المشكلة أو الاضطرابات بإزالة الأسباب المؤدية إلى ذلك والكشف عن الاضطراب الانفعالى فى مراحلها الأولى للتغلب عليه ومنع تطوره.

- هدف علاجي: يهتم بعلاج المشكلات والاضطرابات التي يتعرض لها الفرد.

كما يهدف الإرشاد النفسي إلى:

١- معرفة إيجابية للذات: من خلال معرفة الفرد بحدود وإمكانات ذاته ومواطن القوة والضعف، أي تنمية بصيرة المسترشد وفهم واقعي للذات.

٢- تحسين العملية التعليمية والتربوية.

٣- تأكيد التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني والتربوي: وذلك بحسن اختيار المهنة أو نوع الدراسة بما يتلاءم مع إمكانيات وقدرات الفرد، وإتباع القيم والعادات والمعايير السائدة في المجتمع والالتزام بها.

٤- استقرار الحياة الزوجية والوالدية: أي تحقيق تكيف سعيد في مراحل الحياة المنزلية واستقرار عائلي للأبناء والبنات مع والديهم.

٥- تحقيق الصحة النفسية: إن الهدف الأكبر والعام لعمليات الخدمة التوجيهية والإرشادية هو ضمان الصحة النفسية للفرد في تحقيق سعادته، والإرشاد النفسي يعمل بتسلسل وبتوازن لتحقيق الصحة النفسية التي هي عملية مستمرة ما دام الإنسان حياً (عبد الحميد الهاشمي، ٢٠٠٣: ٢٣ - ٢٧).

#### **الإرشاد العلاجي Clinical Counseling:**

تبعاً لتعدد أهداف الإرشاد النفسي تتعدد مجالاته فمنها الإرشاد المهني والتربوي والزواجي والأسري والعلاجي، وغيرها من مجالات الإرشاد المختلفة، ويستخدم كلا منهم حسب نوع المشكلة أو المجال الذي يتناسب معه.

وفي الدراسة الحالية فإن أنسب مجالات الإرشاد النفسي لمشكلة الدراسة الحالية هو الإرشاد العلاجي الذي يهدف إلى دراسة شخصية العميل ككل حتى يمكن توجيه حياته بأفضل طريقة ممكنة، وتحسين درجة توافقه النفسي إلى أفضل درجة ممكنة، فالإرشاد العلاجي والعلاج النفسي يستخدمان أحياناً كمتبادلين للتعبير عن عملية واحدة، فعلم النفس العلاجي Clinical Psychology يضم كلا من العلاج النفسي والإرشاد العلاجي، ويضم مفاهيم ومهارات مشتركة بين عمليتي الإرشاد والعلاج النفسي، إلى جانب استفادته من ميادين علاجية أخرى مثل الطب النفسي والخدمة الاجتماعية وغيرها. وعلى العموم فالفرق الرئيسي بين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي هو فرق في الدرجة وليس في النوع، وقرق في العميل وليس في العملية. فالعملية واحدة، ولكن العميل في الإرشاد أقرب إلى الصحة وأقرب إلى السواء من زميله في العلاج، وعندما يذكر الإرشاد العلاجي في كتب الصحة النفسية والعلاج النفسي فإنه يأخذ مكانه كطريقة علاج نفسي جنباً إلى جنب من التحليل النفسي والعلاج السلوكي وغيره. وينظر إليه على أنه أنسب طرق العلاج النفسي لأقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء (حامد زهران، ١٩٩٨: ٤١٤ - ٤١٥).

ويمتاز هذا المجال الإرشادي بأن العميل المسترشد نجده يتوزع على كافة المواطنين من مختلف الأعمار والأعمال، ويهتم المرشد المعالج بمساعدة العميل في اكتشاف وفهم نفسه ومواجهة مشكلته، واقتراح الحلول المناسبة واتخاذ القرار المناسب (عبد الحميد الهاشمي، ٢٠٠٣: ٨٥).

هذا ويتناول الإرشاد العلاجي المشكلات والاضطرابات النفسية التي تحول دون توافق الفرد وتمتعته بالصحة النفسية، وعادة ما تسبب مثل هذه الاضطرابات صراعات إما داخلية (داخل الذات) أو خارجية (بين الذات وبين عناصر البيئة)، مما يجعلها تحتاج إلى إرشاد علاجي متخصص، ويتركز الاهتمام في الإرشاد العلاجي حول المشكلات الشخصية والانفعالية والجانب السلوكي الشخصي التوافقي بصفة عامة، ومن أهم المشكلات والاضطرابات التي يتناولها الإرشاد العلاجي المشكلات والاضطرابات الشخصية والاضطرابات الانفعالية كالخوف والقلق والحزن والاكتئاب، ومشكلات التوافق ومشكلات السلوك العامة، كما يهتم الإرشاد العلاجي بحالة العميل والبيئة أو المجال النفسي الذي يعيش فيه. لذلك تشمل خدماته بعض جوانب مجالات الإرشاد الأخرى، فمثلاً قد يحتاج تناول المشكلات الشخصية والانفعالية بعض خدمات الإرشاد الزواجي، أو بعض خدمات الإرشاد الأسري حين يلزم تحسين الجو الأسري وتعديل اتجاهات الوالدين وخاصة إذا كانا عصابيين بخصوص المعاملة السليمة للأولاد؛ بما يحقق المحبة والعطف والهدوء والثبات والأتزان والحرية (حامد زهران، ١٩٩٨: ٤١٦ - ٤١٨).

وفي ضوء ما سبق يقوم الباحث في الدراسة الحالية ببناء برنامج إرشادي علاجي قائم على بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وبالتالي يلزمنا الأمر أن نتطرق لمجال الإرشاد الأسري والعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق طالما أن هذا البرنامج موجه للأسرة، ويستند على فنيات العلاج المعرفي السلوكي، هذا وقد تم بالفعل استعراض الإرشاد الأسري في صفحات سابقة من هذا الفصل، أما العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق فسوف نستعرضه على الوجه التالي:

#### العلاج المعرفي السلوكي لقلق المستقبل:

تمتد جذور المدخل المعرفي السلوكي في الخدمة الاجتماعية إلى منتصف القرن الماضي، ومنذ كتابات ويرمر Weramer عن النظرية المنطقية والتي تفترض أن مشكلة الإنسان تكمن في المعاني والأفكار الخاطئة وكتابات إليس Ellis (١٩٥٩) عن قيمة العلاج بالمنطق والعقل، وكذلك ماسلو Maslo (١٩٧٠) عن ارتباط عالم العقل الإنساني بإرادة آلية الإنسان وسلوكه العقلي والاجتماعي (عبد الفتاح عثمان وعلى الدين السيد، ١٩٩١: ١٨٣).

وقد ظهر الاتجاه المعرفي السلوكي كنتيجة لعدة عوامل أهمها:

١- كرد فعل على الانتقادات الموجة للمدرسة السلوكية، أنها ركزت على تغيير السلوك فقط دون الاهتمام بالنواحي المعرفية للمريض.



- ٢- تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية.
- ٣- جهود بعض العلماء والمفكرين مثل جان بياجيه الذي ربط بين النمو العقلي والنمو الخلفي، وأوضح ذلك من خلال عرضه لمفهوم الامتصاص والمواجمة.
- ٤- الثورة العلمية الحديثة والتكنولوجيا (محمد الشناوى ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢١١ - ٢١٢).

ويستمد هذا الأسلوب العلاجي جذوره من أعمال أرون بيك A. Beck في الستينيات على مرضى الاكتئاب، وأعمال إليس Ellis منذ الخمسينيات، ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفي السلوكي يلقى تأييداً إمبريقياً لجوانب النظرية التي قدمها بيك وتطبيقاتها المتعددة، وذلك على مدى واسع من التشخيص الكلينيكي، وعينات مختلفة من المرضى، وقد تزامنت هذه الأعمال مع أعمال إليس Ellis (١٩٦٢)، ويركز كل من بيك وإليس في العلاج المعرفي السلوكي عندهما على مبدأ مهم يتمثل في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ويعتقدان أن الأفراد يمكن لهم على المستوى الشعوري أن يستخدموا المنطق، ويصور كلاهما الافتراضات الأساسية للمريض على أنها أهداف للتدخل العلاجي، كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المريض بدلاً من أن يكونوا مستمعين سلبيين، وعلى الرغم من الاختلافات والفروق بين أسلوب كل منهما، حيث يركز بيك على الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) في حين يركز إليس Ellis على الأفكار اللاعقلانية، فقد شاركا في وضع أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي تأثر أيضاً بنظرية التعلم الاجتماعي لبندورا Bandura، وقد كان ذلك واضحاً في استخدام فنيات مثل النمذجة ولعب الدور (عادل عبد الله (أ)، ٢٠٠٠: ٢٢ - ٢٣).

وفي ضوء ذلك يشير س. فان دين برج وآخرون Berg, et, al. (٢٠٠٤: ٥١٠) إلى أن الأسلوب المعرفي السلوكي من أفضل الأساليب العلاجية في التعامل مع الفلق والاكتئاب.

حيث يعمل هذا الأسلوب العلاجي على زيادة فاعلية الفكر الذي يكمن وراء السلوك، وتعديل الطريقة التي على أساسها يفكر الشخص ليعتدل السلوك إلى الأفضل، والمنطق وراء هذا الاتجاه هو الصلة التي وضحت بين التسمية Labeling أو الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها، وبين استجاباته وسلوكه في الواقع، والمؤثر الآخر القوي وراء ظهور هذا الاتجاه هو التوجه "العقلاني الانفعالي في العلاج" (علاء كفاي، ١٩٩٩: ٣٠٣).

هذا بالإضافة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على افتراض مؤداه أن السلوك تكيفي، ومن ثم يمكن تغييره، وأن هناك تفاعلات بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه، فالتوجه الأساسي في هذا العلاج يتجه نحو فهم طبيعة ونمو الأنماط السلوكية للفرد والمصاحبة لها في النواحي المعرفية، وهي مجموعة من

المعارف والمعتقدات والاستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة تكيفية (إبراهيم على، ١٩٩٧: ٣٠٨ - ٣٠٩).

وبناءً على ذلك فالمريض عندما يحصل على معلومات حول نفسه تكون تلك هي البداية الحقيقية لعلاج، وعليه فيجب أن نعرف دائماً متى يجب أن نخفف من حدة الأفكار والمشاعر المخيفة التي تناهض المعرفة، تلك المشاعر والأفكار التي ينتجها العقل الذي لا يسلك على نحو سليم (داقيد فينك، ١٩٩٧: ٧٢).

#### تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

تعددت تعريفات العلاج المعرفي السلوكي تبعاً لتعدد الباحثين في هذا المجال، وتبعاً لتعدد انتماءاتهم العلمية، وفيما يلي سوف نلقى الضوء على بعض من تعريفات العلاج المعرفي السلوكي على النحو التالي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد أنواع العلاج السلوكي الذي يهدف إلى تصحيح المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالسلوك اللاتكفي (فريمان ديفيز، Davis، ١٩٩٢: ٥٩).

في حين يعرفه آلان كزدان، Kazdin (١٩٩٤: ٣٠١) بأنه أحد التدخلات العلاجية التي تهدف إلى تحديد وتقييم ومتابعة السلوك، ويركز هذا الأسلوب على تطور وتكيف السلوك اللاتكفي، ومن خلال تعديل هذا السلوك اللاتكفي أو المضطرب يتم تعديل العديد من المشكلات الكليينكية، ويستخدم هذا التكنيك في تعديل سلوك كل الأفراد بمختلف أعمارهم.

أما بيرنشتين Bernstein فيعرف العلاج المعرفي بأنه "منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات المواجهة، والتحكم في القلق، والتحصين ضد الضغوط، وأسلوب صورة الذات المثالية، والتدريب على حل المشكلة، والتدريب على التعليم الذاتي (لويس مليكة، ١٩٩٤: ١٧٤).

بينما تعرف زينب شقير (٢٠٠٠: ٢٦٥) العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد أنواع العلاج السلوكي الذي يتم من خلاله تقييم وتحديد وتتابع السلوك ويركز على تطور هذا السلوك، ومن خلال هذا المدخل العلاجي يتم تعديل الكثير من المشكلات الإكلينكية، مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات المختلفة، ويستخدم هذا الأسلوب في تعديل سلوك الأشخاص، ويشمل الأطفال والمراهقين والكبار.

في حين يعرف بير برنس وتوماس أولينديك Prins. & Ollendick (٢٠٠٣: ٨٧) العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد الأساليب العلاجية المستخدمة على نطاق واسع في التعامل مع المشكلات النفسية لدى الأفراد، والذي يعتمد على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية.

وفي ضوء ما سبق يمكننا تعريف العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد التدخلات العلاجية الحديثة، والذي يهدف إلى علاج الكثير من الاضطرابات

والمشكلات النفسية التي تواجه الفرد من خلال تعديل البناء المعرفي للفرد، وذلك من خلال مزج بعض الفنيات المعرفية ببعض الفنيات السلوكية.

#### **أهداف العلاج المعرفي السلوكي:**

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى المساعدة على نمو وتطوير المهارات المعرفية للفرد من خلال الأساليب المختلفة مثل حل المشكلات، النمذجة، تصحيح المعتقدات الخاطئة، وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي، بالإضافة إلى ممارسة السلوك السوي الذي تم تعديله من خلال الأساليب الأخرى مثل لعب الدور، الواجبات المنزلية، وبذلك فهو يهدف إلى التعديل المعرفي والسلوكي في أن واحد، ويتميز هذا الأسلوب العلاجي بأنه لا يحتاج لفترات طويلة، فقد يمكن استخدامه لفترة زمنية قصيرة، وقد يصل عدد الجلسات إلى جلسة واحدة فقط تهدف لتعديل المعارف السالبة من خلال إعادة البناء المعرفي (بيتر دي جونف De-Jongh، ١٩٩٥: ٤٧ - ٥٤).

كما يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى تغيير التصورات الخاطئة لدى المريض وتصحيحها أو تعديلها أو تغييرها مما قد يؤدي إلى زوال جوانب سوء التوافق لديه، ويستخدم المعالجون بطريقة رايبي أربع فنيات لعلاج مرضاهم، تبدأ بمحاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة التي تحكم السلوك غير المرغوب، وتغييرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المريض على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه على الإثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقتها بالآخرين، وأخيراً إعطائه الخبرة البديلة إزاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة وعلى المريض القيام بالمراجعة المعرفية لأفكاره وإدراك العلاقة بين المعرفة والانفعال والاستبصار والاعتراف بالتصورات الخاطئة (حسن مصطفى، ١٩٩٨: ٣٨٠ - ٣٨١).

وبذلك يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى تصحيح الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة الكامنة وراء الكثير من الاضطرابات النفسية لدى الأفراد، والعمل على إعادة البناء المعرفي بشكل صحيح، وبناءً على ذلك نجد أن العلاج المعرفي السلوكي لا يهتم بعلاج أعراض الاضطرابات النفسية فقط، بل يركز على علاج الأسباب المتمثلة في الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة لدى الفرد، ومن ثمة يتم علاج الانفعالات وتعديل السلوكيات المترتبة على هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة تلقائياً.

#### **مبادئ العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق:**

- يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على عدة مبادئ من أهمها:
- ١- التغيير المعرفي الذي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي إلى نجاح العلاج.
  - ٢- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
  - ٣- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة جوانبها المعرفية والانفعالية والسلوكية (مينكا سوزان، Minka، ١٩٩٦: ٣٣ - ٥٥).

- ٤- الأهمية الكبيرة والمحورية لملاحظة الذات في الكشف عن الحدوث المبكر لعملية القلق في تتبعها النفاذ.
- ٥- إعطاء اهتمام علاجي خاص لسلاسل الأفكار المسببة للقلق على أنها تعد بمثابة إحدى الدلائل الأساسية المبكرة لمواجهة انتشار تلك السلاسل.
- ٦- الحاجة إلى تدريبات استرخاء دقيقة.
- ٧- أهمية الأساليب المتعددة للاسترخاء والتي يتم من خلالها تناول مستويات مختلفة من نسق الاستجابة، والعمل على زيادة المرونة، التي تتضمن تعليم الاستجابة الحرة العامة للأفكار الخادعة والصور العكسية عن الماضي أو المستقبل.
- ٨- التدريب المتكرر أثناء الجلسات على كل ذلك لتسهيل عملية الكشف المبكر عن دلائل القلق وتقوية استجابات المواجهة (عادل عبد الله (أ)، ٢٠٠٠: ٢١٢ - ٢١٣).
- ويتم ذلك خلال ثلاث خطوات (مراحل) هي:

- ١- المرحلة الأولى: مرحلة البداية The Beginning phase : وفي هذه المرحلة يتم التعارف بين المعالج والعميل وتحديد المشكلة من خلال المناقشة واستخدام وسائل القياس.
- ٢- المرحلة الثانية: المرحلة الوسطى The Middle phase ويتم فيها تعليم العميل الوسائل الأكثر فاعلية مع مشكلته.
- ٣- المرحلة الثالثة: المرحلة النهائية The final phase وفي هذه المرحلة يركز المعالج على تثبيت الاستفادة مما تعلمه العميل خلال الجلسات العلاجية (أرون بيك, Beck, ١٩٩٣: ٢٨٥ - ٢٨٧).

#### الوجهات النظرية والأساليب المختلفة للعلاج المعرفي السلوكي:

ظهرت مجموعة من طرق العلاج في إطار العلاج المعرفي السلوكي تقوم على أساس إعادة البنية المعرفية، وتقوم هذه الطرق على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفي، وتكون مهمة المعالج هي إعادة بناء هذه الجوانب المتصلة بعدم التكيف، ويمكن أن تتدرج تحت هذه المجموعة طريقة إليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي وطريقة بيك Beck في العلاج المعرفي السلوكي وطريقة ميكنبوم Meichenbaum في إرشاد الذات (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢١٣).

وفيما يلي سوف نلقى الضوء على أساليب العلاج المعرفي السلوكي لكل من بيك Beck واليس Ellis وميكنبوم Meichenbaum:

#### أ- العلاج المعرفي السلوكي لأرون بيك Beck :

يقوم النموذج العلاجي لبيك Beck على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وأراؤه ومثله تعد أمور مهمة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته، ويعمل هذا النموذج العلاجي على حث المرضى على استخدام طرق وأساليب حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم، ويقوم المعالج بمساعدة المريض على التعرف على تفكيره الشخصي، وفي تعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته مما يتيح له الفرصة للتعرف على ما اكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة أيضاً، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرصة لتصحيحها، وتعديلها وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من الصيغة التي سادت حياته اعتماداً على تلك الأفكار والمفاهيم والمعلومات والتفسيرات (عادل عبد الله (١)، ٢٠٠٠: ٦٧).

فصميم عمل العلاج المعرفي لبيك Beck هو التعرف على الافتراضات السلبية المؤدية إلى حالة مزاجية سلبية، والتي من شأنها أن تزيد احتمالية توارد أفكار سلبية، ومن ثم تأخذ في عمل دورة فاسدة من الأفكار والمزاج، وبعد التعرف على هذه الافتراضات السلبية هو الهدف الأساسي للعلاج المعرفي، واستبدال هذه الأفكار بأفكار دقيقة وإيجابية وموضوعية، ولتحقيق ذلك يضطر المعالج إلى استخدام طرق ذات طبيعة سلوكية ومعرفية، ففي الجانب السلوكي يكلف المريض بعدد من الواجبات أو المهام المتدرجة التي يسعى من خلالها إلى تزويد المسترشد بخبرات ناجحة، وكذلك بعض الواجبات المنزلية، أما في الجانب المعرفي فيقوم على تدريب المسترشد على عمليات عقلية مثل التفوق أو التمييز بين أنا أظن، وهي فكرة يمكن أن تقبل التشكيك، وبين أنا أعرف وهي حقائق لا تحمل الرفض، وكذلك عملية الفصل، أي أن يفصل المسترشد ذاته عن خبرات الآخرين (محمد السيد، ١٩٩٩: ٤٨٣).

ويهتم بيك Beck بالأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية السلبية، أي التي تظهر وكأنها منعكسات آلية وتبدو معقولة جداً من وجهة نظر المريض، وبالتالي تقاوم التغيير، وتتميز تلك الأفكار بأنها تعكس مضامين موضوعات تؤدي إلى زملة سيكوباتولوجية وتكون عند حافة الوعي، وتسبق بعض الوجدانيات كالغضب أو القلق أو الحزن، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان أو ذلك وتعد معقولة من وجهة نظر المريض، الذي يحاول حبسها ولكنها تلج في الظهور (عادل عبد الله (١)، ٢٠٠٠: ٦٠ - ٦١).

وبناءً على ذلك فإن أهم أهداف العلاج المعرفي من وجهة نظر بيك هي تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقي والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيفها معتمداً على عدة أسس أهمها: المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع المريض،

واختزال المشكلة التي يعاني منها المريض ومعرفة كيفية التعلم في حلها، ومن ثم فإن فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على اتجاه عقلائي وآخر تجريبي وثالث سلوكي من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية، وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، وحمل المريض على اختبار الواقع بصورة إيجابية (حسن مصطفى، ١٩٩٨: ٣٧٩ - ٣٨٠).

يتضح مما سبق أن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي لبيك يركز على تعديل الأفكار التلقائية المسببة للاضطراب لدى الفرد وتصحيحها، من خلال بعض الفنيات المعرفية والسلوكية كالتحكم الذاتي والمراقبة الذاتية وأسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية، هذا وسوف يتبنى الباحث طريقة بيك في العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين عقلياً عينة الدراسة الحالية.

#### ب- العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي لإليس Ellis:

بدأ إليس هذا الاتجاه العلاجي عام ١٩٥٥ وكان يعرف آنذاك بالعلاج العقلائي، ثم أضاف له عام ١٩٦١ مصطلح الانفعالي ليصبح مسمى هذا العلاج هو العلاج العقلائي الانفعالي، واستمر كذلك إلى أن أضاف له عام ١٩٩٣ مصطلحاً آخر وهو السلوكي ليصبح مسماه هو العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي، ويرى إليس أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت، ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر حيث إنه عندما يدرك الفرد موقفاً معيناً يؤدي ذلك إلى إثارة الانفعالات (عادل عبد الله (١)، ٢٠٠٠: ٧١).

ويعتمد إليس في أسلوبه العلاجي على ما يعرف بإعادة البناء المعرفي، وهو أحد أساليب التدخل المعرفي، التي تهدف إلى مساعدة المريض على تصحيح المعتقدات الخاطئة غير الوظيفية، والتي تؤثر في السلوك المضطرب، والتي يدرك من خلالها العالم، فالسلوك الخاطئ لديه يتأثر بالخبرات الماضية (دونالد بيجز، Biggs، ١٩٩٤: ٥٤).

هذا ويبدأ العلاج المعرفي لإليس من خلال قيام المعالج بتدريب المريض على أسلوب حل المشكلات Solving Problems ودحض الأفكار السالبة له، ثم تقديم الأفكار الملائمة، وذلك بعد أن يوضح المعالج للمريض مدى تأثير الأفكار غير العقلانية على السلوك المضطرب و الجانب الجسمي وذلك من خلال نظرية A B C حيث أن (كومير وكورمير، Commier, H. & Cormier, S.، ١٩٩١: ٢٠٣).

ويعبر إليس عن الشخصية بالرموز (A. B. C.) حيث أن:

A. تعني حادث أو خبرة أو نشاط.

B. تعني أفكار ومعتقدات الفرد.

C. تعني النتيجة.

إن الأحداث (A) تسبب ظاهرياً الانفعالات (C) والحقيقة أن بينهما أفكار ومعتقدات (B) هي المسؤولة عن الانفعالات (C)، بمعنى أن الأحداث أو النشاطات (A) ليست هي السبب في الانفعالات (C) ولكن الأفكار والمعتقدات التي تكونها عن الأحداث أو النشاطات (A) هي المسببة للانفعالات (C) أي أن (B) هي السبب في (C) وليس (A) هي السبب في (C) (سعيد العزة وجودت عبد الهادي، ١٩٩٩، ١٤١).

وبناءً على ذلك يعتمد أسلوب اليبس في علاج الاضطرابات النفسية لدى الأفراد على إعادة البناء المعرفي لهم، من خلال توجه عقلائي انفعالي سلوكي، وذلك من خلال مواجهة الفرد المضطرب بالأفكار اللاعقلانية المسببة للاضطراب، ومن ثم العمل على دحضها، وهو بذلك على العكس من أسلوب بيك الذي يعتمد في علاج الاضطرابات النفسية لدى الأفراد على تغيير الأفكار التلقائية السلبية لديهم، والعمل على تغييرها واستبدالها بأخرى صحيحة، وذلك من خلال الحوار النشط بين المعالج والمريض.

#### **ج- التدريب التحصيني ضد الضغوط لميكنيوم Meichenbaum :**

لقد جمع منهج ميكنيوم Meichenbaum بين بعض المكونات السلوكية مثل النمذجة والمهام المتدرجة، والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتي، وقد استطاع من خلال منهجه في تعديل التغيرات الذاتية أن يحدث تغييرات مرغوبة في الأطفال زائدي النشاط والاندفاعية، والخوف والقلق من الثعابين أو من الامتحانات (لويس مليكة، ١٩٩٤: ٢٤٥).

كما قدم ميكنيوم Meichenbaum تدريب التحصين التدريجي ضد الضغوط، والذي يستخدم من خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الحديث الذاتي، على افتراض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأبناء التي يفعلونها، إلا أن مثل هذه الأحاديث لا تظهر بشكل مباشر في حالة تناول الضغوط ومواجهتها، وإنما يشير الأمر إلى أن الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الضغط، أي أن يشجع نفسه على مواجهة مصدر الضغط مستخدماً عبارات تعكس قدرته على التعامل معه وإمكانية السيطرة عليه، وهو ما يؤثر على سلوكه في هذا الموقف، فإذا كانت هذه الأحاديث إيجابية ينخفض معها معدل القلق والعكس صحيح، وتشمل عملية العلاج وفقاً لذلك على ثلاث مراحل هي الملاحظة الذاتية وتوليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة، وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغير (عادل عبد الله (أ)، ٢٠٠٠: ٧٥ - ٧٦).

من العرض السابق للأساليب المختلفة لكل من بيك Beck وإليس Ellis وميكنيوم Meichenbaum في العلاج المعرفي للقلق نجد أن جميعها أساليب فعالة في خفض حدة القلق لدى الأفراد، حيث تركز هذه الأساليب العلاجية على مواجهة الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة، والتي تسبب الاضطراب النفسي، ولكن الباحث في هذه الدراسة سوف يركز على طريقة بيك

Beck في العلاج المعرفي السلوكي لقلق من خلال البرنامج الإرشادي الذي يعده الباحث لخفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.

هذا وقد أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات التي استخدمت الأساليب المعرفية في علاج القلق لدى الأفراد، فاعلية هذه الأساليب المعرفية في علاج القلق، واستمرارية فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لفترات زمنية بعيدة قد تستمر لمدة عامين بعد انتهاء فترة العلاج، وهذا ما أشارت إليه نتائج كل من دراسة جون لابريكوي وآخرين. Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، جوسين سكورمانز وآخرين. Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان، Nolan (٢٠٠٥)، روبرت دورهام وآخرين. Durham, et al. (٢٠٠٤)، روبرت دورهام وآخرين. Durham, et al. (١٩٩٤).

وهذا ما يؤكد ويليامز وآخرين Williams, et, al. (٢٠٠٣: ١٤٧) بأن العلاج المعرفي السلوكي من أفضل الأساليب العلاجية في علاج اضطرابات القلق العامة.

#### الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق:

لقد أوضح مارش march (١٩٩٥: ٣١٥ - ٣٢٢) بأن هناك العديد من الدراسات في مجال العلاج المعرفي السلوكي والتي استخدمت بنجاح بعض الأساليب المعرفية والسلوكية كالتعرض في الواقع والاسترخاء والتحكم الذاتي، ومهارات التحكم المعرفي.

كما استخدم بيك Beck الواجبات المنزلية التي تحتوي على جرعات حرة من إجراءات تعديل السلوك في علاج الاضطرابات الانفعالية للأفراد التي ترتبط بالتفكير الخاطيء، والاستنتاج القائم على أدلة غير كافية، والمبالغة في التعميم، والمبالغة في التقدير، والذي يؤدي إلى تلك الاضطرابات (بير جوزيف ومارتن جاري Joseph, & Garry, ١٩٩٩: ٣٥١ - ٣٥٣).

في حين ركزت طريقة حل المشكلات لزيبريلا وجولد فريد على تصحيح التعليل الخاطيء عن طريق تعليم الأفراد كيف يجرون التعليل المنطقي لحل المشكلات الشخصية، وذلك من خلال ملاحظة المشكلة وتعريفها بدقة، ثم إيجاد البدائل والحلول الممكنة، ومن ثم اتخاذ القرار المناسب وكتابة الإجابيات والسلبيات لكل البدائل، وتحديد خطة يتم اتباعها، وأخيراً التأكد من أن المشكلة على وشك الحل (بير جوزيف ومارتن جاري Joseph, & Garry, ١٩٩٩: ٣٥٤ - ٣٥٥).

كما تؤكد نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي يحقق نتائج جيدة في علاج المخاوف المرضية، حيث يؤدي إلى تصحيح المعارف المشوهة والتفسيرات الخاطئة التي ترتبط بمصادر التهديد إلى حدوث تحسن ملحوظ بين المرضى، ولتحديد مثل هذه المعارف تستخدم المذكرات اليومية من جانب المرضى ومراقبة الذات، ومن الفنيات التي يمكن استخدامها لعلاج المخاوف المرضية التدريب على تأكيد الذات أو السلوك التوكيدي خاصة مع



المخاوف الاجتماعية، وهو ما يساعد المريض على استعادة ثقته بنفسه، والتعزيز والتغذية الرجعية الحيوية، كما يمكن أيضاً استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية خاصة مع المخاوف الاجتماعية، إلى جانب استخدام إعادة البنية المعرفية (عادل عبد الله (أ)، ٢٠٠٠ : ٢٢٥).

أما تيان أوى وألانا براونين، Oei, & Browne (٢٠٠٦) فقد استخدمتا في دراستهما لعلاج اضطرابات القلق المرضى لدى عينة من الراشدين من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي كل من فنية المحاضرة القصيرة، ولعب الدور، والنمذجة، والواجبات المنزلية، والمناقشات العامة.

وبذلك نجد تنوعاً وتعدداً في الفنيات المعرفية والسلوكية التي يعتمد عليها العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية لدى الأفراد، ومن هذه الفنيات المعرفية التحكم الذاتي والمعرفي والواجبات المنزلية وطريقة حل المشكلات والمراقبة الذاتية والمناقشات العامة والتدريب على تأكيد الذات وإعادة البنية المعرفية، أما الفنيات السلوكية فنذكر منها التعزيز ولعب الدور والتدريب على الاسترخاء والتحصين التدريجي والنمذجة والتدريب على المهارات الاجتماعية والتعرض في الواقع.

وسوف يستخدم الباحث الحالي في البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المعد بالدراسة الحالية كل من فنية التحكم الذاتي وأسلوب حل المشكلة والمراقبة الذاتية والحوار الذاتي والواجبات المنزلية كفنيات معرفية، وكل من فنية التعزيز والنمذجة والتدريب على الاسترخاء والتحصين التدريجي كفنيات سلوكية.

#### **دور ووظيفة المرشد المعالج في العلاج المعرفي السلوكي:**

يؤدي المرشد أو المعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي عدة أدوار عندما يعالج المريض، فهو يعمل كمشخص ومرشد ومعلم، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء الجلسات العلاجية، وأن يركز على أفكار الفرد واعتقاداته واتجاهاته التي يعتقد أنها وسيطة للاضطراب المرتبط بالسلوك، وكيفية التعبير عنها الذي هو مصدر رئيسي للاضطراب (دروبس وستارون، Drobse, & Strauss، ١٩٩٣ : ٧٨٩).

وفي ضوء ذلك يحدد كل من بيك وفريمان دافيز، Beck & Davis (١٩٩٠ : ٢٣٠) بعض الوظائف التي ينبغي على المعالج القيام بها، لكي يتحقق التقدم العلاجي للمريض وهذه الوظائف هي:

- مساعدة المريض على تحديد مشكلاته ومواجهتها بصورة أكثر فاعلية.
- تحسين الخبرات التي تهدف إلى تحسين المهارات التكيفية.
- تدريب المريض على بعض الأساليب المعرفية والسلوكية المختلفة.
- مشاركة المريض في إعداد جدول الأعمال الخاص بكل جلسة.

- تكاليف المريض بأداء بعض الواجبات المنزلية لتثبيت ما تعلمه من مهارات معرفية وسلوكية خلال الجلسات العلاجية
- توجيه المريض للأساليب التي تتلاءم مع الاضطراب الذي يعاني منه.

#### العلاقة الإرشادية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في الأساس على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، وهي تلك العلاقة التي تلعب دوراً أساسياً في العلاج، ويشترط فيها في ضوء هذا الأسلوب أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك العلاقات والتفاعلات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذي ينشأ بينهما، والأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين والتي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها، وفي هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية هي كالتالي:

- الاتفاقات: وهي ما تشير إلى تلك الارتباطات بين الشخصية التي تنشأ ويتم عقدها بين الطرفين.
- الأهداف: وتشير إلى ما يصبو إليه الطرفان وما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل.
- المهام: وتشير إلى تلك الأنشطة التي تم أدائها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية ( عادل عبدالله (أ)، ٢٠٠٠: ٣٧).

#### عدد الجلسات في برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

من خلال اطلاع الباحث على العديد من الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق، تبين له أن متوسط عدد الجلسات العلاجية والإرشادية يتراوح ما بين ١٠ - ١٢ جلسة.

وفي هذا الصدد يؤكد عادل عبد الله (أ) (٢٠٠٠: ٢١٣) على أن عدد جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي تتألف عادة من اثنتي عشرة جلسة علاجية، بواقع جلسيتين أسبوعياً مدة كل جلسة من الجلسات الأولى ساعة ونصف للأربع جلسات الأولى، لتصبح ساعة واحدة فقط فيما يلي من جلسات، ويمكن إضافة جلسيتين للبرنامج إذا اقتضى الأمر لتصبح عدد الجلسات التي يتألف منها البرنامج أربع عشرة جلسة.

وبناءً على ذلك سوف يكون عدد الجلسات البرنامج المعرفي السلوكي الذي يقوم ببنائه الباحث في الدراسة الحالية لخفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً هو ١٦ جلسة بواقع جلسيتين أسبوعياً، ويرجع الباحث هذه الزيادة في عدد الجلسات لاحتواء البرنامج على المساعدة الاجتماعية.

ومن خلال العرض السابق لمفهوم الإرشاد النفسي بصفة عامة، والإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات القلق بصفة خاصة والأساليب والفنيات المستخدمة فى الإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى يمكننا أن نستخلص النقاط التالية:

- يتعامل العلاج المعرفى السلوكى مع أفكار ومشاعر وسلوك الفرد.
- كما أنه يستخدم الحوار النشط والفعال مع العميل بدلاً من أن يكون مستمعاً سلبيًا.
- يشتمل العلاج المعرفى السلوكى على مبدأ أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هى التى تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
- يركز هذا العلاج على أن معارف الـ (هنا والآن) تكون هى الهدف فى التغيير من خلال إجراءات موضوعية أكثر من التأكيد على الماضى كسبب للصعوبات أو الاضطرابات الحالية.
- كما يشتمل على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وطرق تعلم تقييم وتنظيم المعلومات للتغلب على المشاكل أو حلها.
- والعلاج المعرفى السلوكى يجمع بين فنيات معرفية وأخرى سلوكية.
- يهتم البرنامج المعرفى السلوكى بإقامة علاقة علاجية تعاونية بين المرشد أو المعالج والعميل، حيث تخصص الجلسات الأولى من البرنامج لذلك.
- يتوقف عدد الجلسات فى البرنامج المعرفى السلوكى والوقت الذى يستغرقه البرنامج على مدى حدة المشكلة أو الاضطراب الذى يعانى منه الفرد.
- وبناءً على ما تقدم يمكن تعريف البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة الحالية بأنه برنامج مخطط ومنظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية لأفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً عينة الدراسة بهدف خفض قلق المستقبل لديهم، وفى تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكيفى لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، ويعتمد البرنامج الإرشادى فى الدراسة الحالية على بعض فنيات العلاج المعرفى السلوكى والمتمثلة فى المراقبة الذاتية والتحكم الذاتى وأسلوب حل المشكلة والحوار الذاتى والواجبات المنزلية، والنمذجة والتعزيز والاسترخاء والتحصين التدريجى، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية (الباحث).

## الفصل الثالث دراسات سابقة

### تمهيد:

يعرض الباحث في هذا الفصل بعض البحوث والدراسات العربية والأجنبية، التي تتصل بصورة مباشرة بمتغيرات الدراسة الحالية.

هذا وقد قام الباحث بالاطلاع على العديد من البحوث والدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية، وقام برصد بعضاً منها وذلك للتعرف على ما بينها من أوجه اتفاق أو اختلاف للاستفادة من ذلك في اختيار العينة والأدوات وصياغة فروض الدراسة الحالية، وقد تم تصنيفها إلى أربعة مجموعات، وهي كما يلي:

- أولاً دراسات تناولت قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
  - ثانياً دراسات تناولت قلق المستقبل وبعض المتغيرات النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
  - ثالثاً دراسات تناولت فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل بصفة خاصة واضطرابات القلق بصفة عامة لدى عينات مختلفة من الراشدين وكبار السن.
  - رابعاً دراسات تناولت فاعلية خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
- هذا مع التعقيب على كل مجموعة من هذه البحوث والدراسات، كل مجموعة على حدة، ثم أعقب ذلك تعقيب عام على البحوث والدراسات التي تم تناولها في هذا الفصل، وفي ضوء نتائج هذه البحوث والدراسات وفي ضوء الإطار النظري للدراسة ومشكلتها وتساولاتها وأهدافها صاغ الباحث فروض الدراسة الحالية.
- وسوف نعرض في الصفحات التالية هذه المجموعة من البحوث والدراسات السابقة بجوانبها المختلفة، والتعقيب عليها، ومن ثم فروض الدراسة.

## أولاً: دراسات تناولت قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً:

١- دراسة إيمان حافظ (٢٠٠٦):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على بعض مشكلات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها بالضغوط النفسية للوالدين، وتكونت عينة الدراسة من ١٨٠ أباً وأماً لأطفال ذوي احتياجات خاصة (المعاقين عقلياً، الذاتيين، المتعلمين) تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٤-٦ سنوات مقسمين إلى ٩٠ أباً و ٩٠ أمّاً، واستخدمت الباحثة في دراستها مقياس مشكلات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعداد الباحثة، ومقياس الضغوط النفسية لأباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعداد الباحثة، وأسفرت نتائج الدراسة عن الآتي:

عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس المشكلات بأبعاده الفرعية ومقياس الضغوط النفسية بأبعاده الفرعية.

وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال الذاتيين والمعاقين عقلياً والمتعلمين على مقياس مشكلات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية بأبعاده الفرعية بين آباء الأطفال الذاتيين والمعاقين عقلياً والمتعلمين.

وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية بأبعاده الفرعية بين أمهات الأطفال الذاتيين والمعاقين عقلياً والمتعلمين.

٢- دراسة حمدي أمين (٢٠٠٦):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج عقلاني انفعالي في مواجهة المشكلات الأكثر شيوعاً لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أسر لأطفال معاقين عقلياً وتراوحت الأعمار الزمنية لهؤلاء الأطفال ما بين ٩ - ١٥ سنة، واستخدم الباحث في دراسته هذه، مقياس المشكلات الأسرية (إعداد سلامة منصور (١٩٩٧)، استمارة الحالة الاجتماعية الاقتصادية للأسرة (إعداد) الباحث، البرنامج العقلاني الانفعالي (إعداد) الباحث، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي في مواجهة المشكلات الأسرية الأكثر شيوعاً لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وهذه المشاكل هي (العلاقة بين الزوجين، والعلاقة بين الزوجين وبين الأبناء، والعلاقة بين الأبناء بعضهم البعض، وبعد المشكلات المرتبطة بأسلوب الأسرة في التنشئة الاجتماعية، وبعد المشكلات المرتبطة بالضغوط الخارجية على الأسرة).

٣- دراسة ماريل ديكر وهانس كوت, Dekker, & Koot, (٢٠٠٣):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات والضعف النفسى لدى والدى الأطفال المعاقين عقليا، وتكونت عينة الدراسة من ٩٦٨ من والدى الأطفال المعاقين عقليا بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقليا الذين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٨ سنة، واستخدمت الدراسة قائمة فحص سلوك الطفل ومقياس الصحة النفسية للطفل، ومقياس الصحة النفسية للوالدين، ومقياس القلق والمقابلة الشخصية، ومن أهم ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة هو أن أسر الأطفال المعاقين يعانون من عدم الكفاية الاجتماعية، والقلق بشأن مستقبل الأسرة وبشأن مستقبل الطفل المعاق عقليا، والاضطرابات الانفعالية، ومهارات الحياة اليومية غير المتكافئة ومشكلات خاصة بصحة الطفل المعاق عقليا، وهذه هي كانت أكثر المشكلات والاضطرابات التي يعانى منها والدى الأطفال المعاقين عقليا كما أثبتتها نتائج هذه الدراسة.

٤- دراسة تالى هييمان, Heiman (٢٠٠٢):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص التخطيط المستقبلى لوالدى الأطفال المعاقين عقليا، وتكونت عينة الدراسة من ٣٢ أسرة لأطفال معاقين عقليا ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣١ - ٥٧ سنة، واعتمدت الدراسة على المقابلة التي تضمنت على مجموعة من الأسئلة التي هدفت إلى فحص عدد متنوع من المفاهيم وميادين علم الإيكولوجى، والتوافق والخدمات والدعم الأسرى المستخدم بواسطة الوالدين، ومشاعر الوالدين وتوقعات المستقبل، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن معظم الوالدين يضطرون أن يقوموا بعدد من التغيرات فى حياتهم الاجتماعية، ويعبروا عن مستويات مرتفعة من الإحباط وعدم الرضا، وأن الكثيرين منهم يحاولون أن يغيروا من نظام حياتهم، وعبرت الأغلبية عن الحاجة فى الاعتقاد القوى فى الطفل ومستقبله، وأن هناك نظرة تفاؤلية، ووجهة نظر طبيعية سليمة وتقبل للإعاقة ولكنهم يحتاجون إلى المساندة والدعم الاجتماعى لتحقيق ذلك الاطمئنان على مستقبل طفلهم، لذلك أشارت نتائج الدراسة إلى أهمية المساندة والدعم الاجتماعى، والحاجة إلى البرامج التدخلية المبكرة المؤثرة لهؤلاء الأطفال.

٥- دراسة فاطمة عياد (٢٠٠٢):

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقليا وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين فى مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات، وتكونت عينة الدراسة من ٨٩ آباء، و٩٠ أمأ لأطفال معاقين عقليا، و٥١ آباء، و٥١ أمأ لأطفال عاديين، وتضمنت أدوات الدراسة على مقياس القلق كحالة وكسمة لسبيلبيرجر وآخرين إعداد أحمد عبد الخالق (١٩٨٤)، قائمة بيك للاكتئاب إعداد أحمد عبد الخالق (١٩٩٦)، ومقياس تقدير الذات

- ١٠٤ -

لروزنبرج (١٩٦٨) إعداد جاسم الخواجة، وأسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع مستوى القلق لدى آباء وأمّهات الأطفال المعاقين عقلياً بالمقارنة بآباء وأمّهات الأطفال العاديين، كما كشفت النتائج عن ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى آباء وأمّهات الأطفال المعاقين عقلياً بالمقارنة بآباء وأمّهات الأطفال العاديين، في حين لم تكن هناك فروق بين آباء وأمّهات الأطفال المعاقين عقلياً، وبين آباء وأمّهات الأطفال العاديين في مستوى تقدير الذات.

٦- دراسة ليزا رول, Roll, (٢٠٠١):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على شعور الوالدين عند إنجاب طفل معاق عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ٤٦ أسرة لأطفال معاقين عقلياً، هذا بالإضافة إلى مجموعة من أطفال هذه الأسر المعاقين عقلياً والذين بلغ عددهم ٣٨ طفلاً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٧ - ١٦ سنة ما بين إعاقات عقلية متوسطة ومرتفعة، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقابلات مع والدي الأطفال المعاقين عقلياً مرتبطة بمراحل ردود الأفعال، والمتعلقة بوجود هذا الطفل والصعوبات والضغوط التي يواجهونها عند التعامل مع طفلهم المعاق عقلياً، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن هذه الأسر تعاني من صعوبات في التعامل مع إعاقة طفلهم والتي تختلف من أسرة لأسرة، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن هذه الأسر يخيم عليها شعور بالتشاؤم بشأن مستقبل طفلهم المعاق عقلياً من حيث المأوى والتعليم والحياة الاجتماعية السليمة.

٧- دراسة جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون Spangenberg, & Theron, (٢٠٠١):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين استراتيجيات المواجهة المتبعة بواسطة والدي الأطفال المعاقين عقلياً من ذوي أعراض داون وبين القلق والاكتئاب كظواهر للضغط، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ أسرة لأطفال ذوي متلازمة داون ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٢١ - ٥٠ سنة، واستخدم الباحثان في دراستهما هذه الأدوات التالية، السيرة الذاتية لأسر الأطفال ذوي أعراض داون، وقائمة القلق كحالة وكسمة (STAL)، وقائمة بيك Beck للاكتئاب (BDI)، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن أسر الأطفال المعاقين عقلياً من ذوي أعراض داون يعانون من القلق بشأن مستقبل أطفالهم ذوي أعراض داون، ونتيجة لهذا فهم يشعرون بالاكتئاب، كما أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقات واضحة وإيجابية بين تجنب نتائج القلق والاكتئاب خلال خطة المواجهة، وقامت الأمهات بالبحث عن المساندة الاجتماعية لخطة المواجهة بوضوح أكثر مما فعله الآباء، وأهم ملمح لهذه الدراسة هو ضرورة التدريب في وضع خطط المواجهة المؤثرة لوالدي الأطفال ذوي أعراض داون.

#### ٨- دراسة كاجيندو موتوا, Mutua (٢٠٠١):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهمية توقعات ومعتقدات الوالدين في المشاركة التربوية لأطفالهم المعاقين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ٣٥١ أسرة لأطفال معاقين عقلياً من كينيا، واعتمدت هذه الدراسة على المقابلات الشخصية مع والدي الأطفال المعاقين عقلياً، واستمارة جمع بيانات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك عوامل تنبؤية تؤثر على توقعات الوالدين الخاصة بمستقبل طفلهم المعاق عقلياً، حيث انبثقت ستة تنبؤات للمشاركة التربوية للأطفال المعاقين عقلياً وهي على التوالي:

- ١- معتقدات الوالدين الخاصة بالمواثمة التربوية للطفل المعاق عقلياً.
  - ٢- اعتقاد الوالدين بشأن تقبل الطفل المعاق عقلياً.
  - ٣- مستوى تفهم الوالدين لحاجات ومتطلبات الطفل المعاق عقلياً.
  - ٤- دور المدرسة في تحقيق حاجات الطفل المعاق عقلياً.
  - ٥- معتقدات الوالدين بشأن اختيار المدارس المعزولة.
  - ٦- معتقدات الوالدين بشأن فقد قيمة تربية الأطفال المعاقين عقلياً، أي أنها ليس لها أية أهمية .
- ٩- دراسة منى سند (٢٠٠١):

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح المشكلات وتحديد نوعية الضغوط التي تواجه آباء وأمهات الأطفال الذين لديهم أطفال معاقين ممن يعانون من أعراض داون.

وتكونت عينة الدراسة من ٣٤ أباً وأماً بالإضافة لأطفالهم من ذوى أعراض داون والذين بلغ عددهم ١٧ طفلة، من مركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر بمحافظة القاهرة، ومركز نمو الطفل بالمهندسين بمحافظة الجيزة، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه استمارة جمع بيانات عن الوالدين، والنسخة العربية لقائمة الضغوط الوالدية لعزب وعبد الخالق (١٩٩٨)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق غير دالة إحصائياً بين درجات الآباء والأمهات على جميع أبعاد مقياس الضغوط الوالدية، وبدراسة البروفيل الخاص بالآباء والأمهات وجد أن كلاً منهم يعاني من ارتفاع الدرجة الكلية للمقياس والدرجة الخاصة بمجال الطفل، وكذلك المجال الوالدي مع ملاحظة ارتفاع متوسطات الدرجات الخاصة بالأمهات عن الآباء، بالإضافة إلى ذلك فقد تبين أن الأمهات تعانين من ضغوط خاصة في الإحساس بالكفاءة وقيود الدور، والإحساس بالعزلة الاجتماعية والحالة الصحية، في حين لم يعان الآباء ضغوطاً خاصة بتلك المجالات.



#### ١٠- دراسة إيمان كاشف (٢٠٠٠):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على بعض أنواع الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٠ أم لأطفال إما معاقين عقلياً أو بصرياً أو سمعياً، ممن تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين ٢٠ - ٤٥ عاماً، ومن أبرز الأدوات التي استخدمتها الباحثة في درستها هذه مقياس الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن ترتيب الضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بحسب حجمها هي ضغوط رعاية الطفل المعاق، ضغوط الهموم المستقبلية، الضغوط المادية، ضغوط ردود فعل الآخرين، ضغوط خصائص الطفل المعاق، ضغوط الأبناء العاديين، ضغوط التوافق الزواجي، وأخيراً الضغوط الاجتماعية، كما أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أمهات الأطفال المعاقين عقلياً أو بصرياً أو سمعياً تبعاً لاختلاف جنس الطفل ذكر أم أنثى، باستثناء الضغوط المرتبطة بالهموم المستقبلية للطفل المعاق، حيث كانت أمهات الأطفال المعاقين (الإناث) أكثرهن إحساساً بالضغوط المرتبطة بالهموم المستقبلية.

#### ١١- دراسة ساندرنا نايزك وآخرين (Nicks, et al. ١٩٩٩):

هدفت هذه الدراسة إلى برمجة الأسر حاجات المستقبل لطفلها المعاق عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ٤٤ أم، و ٨ آباء لأطفال معاقين عقلياً، واستخدم الباحثون في هذه الدراسة استمارة جمع بيانات عن أسر الأطفال المعاقين عقلياً إلى جانب المقابلة الشخصية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر الحاجات الالدية كانت أكثر تعلقاً بحاجات السكن وتوفير الرعاية والمأوى في المستقبل للطفل المعاق عقلياً، حيث إن هذه الحاجات تشعرهم بالقلق والتوتر على مستقبل طفلها المعاق عقلياً. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً واضحة بين الوالدين كبار السن وصغار السن في ملاحظاتهم لحاجات مستقبل طفلها المعاق عقلياً، وأن هذه النتائج ظهرت من خلال برمجة الأسر لحاجات مستقبل طفلها المعاق عقلياً، وهي عبارة عن عمل برنامج يتضمن الحاجات المستقبلية لهذا الطفل، إلا أن هذه البرمجة كان يغلب عليها جو من التوتر والتشاؤم، مما يشير إلى أهمية وجود برامج تدخلية مؤثرة ومساعدة، هذا إلى جانب المساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي والانفعالي لتحقيق التوازن النفسي.

#### ١٢- دراسة سمية جميل (١٩٩٧):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي لمواجهة الضغوط الواقعة علي الأسر التي لديها طفل معاق عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ أسرة ( آباء - أمهات - أخوة) لديها أبناء معاقون عقلياً، ممن تخرجوا في معهد ناصر للتربية الفكرية بمدينة دمنهور، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما

بين ٨ - ٢٥ سنة انقسمت العينة بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ١٥ أسرة مقسمين إلى ١٥ أباً، ١٥ أمّاً، ١٥ من الأخوة منهم ٨ ذكور، ٧ إناث، وقد تم التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومن حيث درجة الضغوط الواقعة على الأسرة بسبب وجود طفل معاق عقلياً داخلها، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه عدة أدوات منها مقياس الضغوط الأسرية إعداد الباحثة، ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي إعداد مصطفى عبد الرحمن وعبد التواب عبد اللاه والبرنامج الإرشادي إعداد الباحثة، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة في خفض الضغوط الواقعة على الأسر التي لديها طفل معاق، حيث كانت هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة لصالح أفراد المجموعة التجريبية، مما يعني نجاح البرنامج في خفض الضغوط الواقعة على هذه الأسر بسبب وجود طفل معاق عقلياً بها.

١٣- دراسة تشانج وتانج Chang, P. & Tang, C. (١٩٩٥):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أسلوب حل الضغوط لوالدي الأطفال المعاقين عقلياً المصابين بأعراض داون مقارنة بوالدي الأطفال الذين لديهم تأخر في النطق ووالدي الأطفال العاديين، وتكونت العينة الكلية للدراسة من ٥٠ أباً وأماً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٢٢ - ٤٦ سنة، وقد استخدمت الباحثة في هذه الدراسة بطارية اختبارات مكونة من مقياس أسلوب حل الضغوط، ومقياس الصحة العامة، ومقياس ضبط الذات واختبار الاتجاه نحو الحياة، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن والدي الأطفال المعاقين عقلياً المصابين بمتلازمة داون يميلون للانسحاب الاجتماعي كما أنهم يميلون لاستخدام التجنب باستمرار كأسلوب لحل الضغوط، كما أثبتت نتائج الدراسة أن الأمهات يعانين من الضغوط النفسية ويعتمدن على الدعم الاجتماعي كأسلوب لحل الضغوط، وأنهن أقل تفواؤلاً بالمستقبل، بينما والدي الأطفال المصابين بتأخر في النطق كانوا أكثر اعتمادية على أنفسهم في التعامل مع الضغوط الخاصة بهم وأن لديهم إحساساً منخفضاً من حيث القدرة على ضبط الذات، وضعف الإحساس بالمسؤولية وزيادة الشعور بالتوتر.

١٤ - دراسة بيرناردو كاربينيلو وآخرين Carpinello, et, al. (١٩٩٥):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة الأعباء الأسرية لدى أسر الأطفال المعاقين وأسر الأطفال ذوي الضعف العصبي، وفحص الأعراض النفسية والعبء الذاتي والمستقبلي المرتبط برعاية الطفل المعاق، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ أباً وأماً لأطفال معاقين عقلياً و٢٠ أباً أمّاً لأطفال ذوي الضعف العصبي، و٢٠ أباً وأماً لأطفال عاديين، وطبقت الدراسة اختبار القلق الحالة - السمة، وقائمة بيك

للاكتئاب، واستبيان التقرير النفسى، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن والدى الأطفال المعاقين عقلياً حصلوا على مستويات مرتفعة من الأعراض النفسية والقلق، وظهرت عليهم بعض الأعراض الاكتئابية مما يدل على أنهم عرضة للإصابة بالاكتئاب، هذا بالمقارنة بوالدى الأطفال ذوى الضعف العصبى، كما أظهرت نتائج الدراسة أنه لا يوجد اختلاف بين والدى الأطفال المعاقين عقلياً ووالدى الأطفال ذوى الضعف العصبى من حيث مستوى العبء الذاتى والمستقبلى..

١٥- دراسة سندرز J. Sanders (١٩٩٤):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة التوافق والضغط التى يتعرض لها والدى وأخوة الطفل المصاب بالتوحدية، والطفل المعاق عقلياً المصاب بأعراض داون، وتكونت عينة الدراسة من ٥٤ أسرة أباً وأماً وأخوة ممن لديها طفل مصاب بالذاتوية، وبمتلازمة داون، إلى جانب أطفال أسوياء، واستخدم الباحث فى دراسته هذه بطارية اختبارات أعدت خصيصاً لقياس الضغوط التى تتعلق بوجود طفل معاق، والبيئة الأسرية والعلاقات الزوجية بالإضافة لتوافق الأخوة لهذه الضغوط، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن والدى الطفل التوحدي يعانون كثيراً من الضغوط أكثر من والدى الأطفال المصابين بأعراض داون، وتقل هذه الضغوط من خلال الأنشطة الترفيهية والثقافية، وتوضح أن هذه الضغوط تظهر نتيجة الخصائص السلبية والقصور البدنى لدى هؤلاء الأطفال، كما أظهر والدى الأطفال المعوقين تشاؤماً أكثر بالنسبة لمستقبل طفلهما المعاق سواء الذاتوى أو المصاب بأعراض داون، حيث كان هناك قلق بشأن مستقبل هذا الطفل المعاق وذلك من حيث الظروف المعيشية والمأوى.

١٦- دراسة ماساميتسو أنانامى وآخرين Inanamie, et al. (١٩٩٤):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق المستقبل والتشاؤم لدى أسر الأطفال المعاقين، وتكونت عينة الدراسة من ٥١٥ أسرة لأطفال معاقين، مقارنة بأسر أطفال عاديين، واستخدم الباحثون فى هذه الدراسة مقياس قلق المستقبل والتشاؤم نحو نمو الطفل، ومستوى ذكائه وصحته النفسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن والدى الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من القلق بشأن مستقبل أطفالهم المعاقين، وأنهم أكثر تشاؤماً على مستقبل هؤلاء الأطفال المعاقين، وماذا تخبى الحياة لهم فى المستقبل، وأنهم يشعرون بتوتر شديد على مستقبل هؤلاء الأطفال المعاقين، هذا مقارنة بوالدى الأطفال الأسوياء، مما يستلزم مواجهة قلق المستقبل لدى الوالدين وهذا التشاؤم والتوتر بشأن وجود هذا الطفل المعاق بالأساليب والبرامج الإرشادية والعلاجية للتصدى لقلق المستقبل حتى تنعم هذه الأسر وأطفالهم المعاقون بحياة طبيعية وصحية، وأن شعروا بدرجة كبيرة من التوافق الشخصى والاجتماعى.

١٧- دراسة سامويل Samuel, W. (١٩٩٢):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة الدعم والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية البسيطة، وما المرحلة التي تزداد فيها حدة الضغوط على الأمهات؟ مرحلة الرضاعة أم مرحلة ما قبل المدرسة أم مرحلة المراهقة، وتكونت عينة الدراسة من ٨٠ أما لديها طفل مصاب بالإعاقة العقلية البسيطة ممن تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين ٢١: ٦٠ سنة، بينما تراوحت أعمار أبنائهن ما بين ٦ أشهر - ٢٠ سنة، واستخدم الباحث في هذه الدراسة استبيان فريدريك وجرينبرج لمصادر الضغوط واستبيان كرينيك للدعم الاجتماعي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاثة على استبيان الدعم الاجتماعي وكانت مجموعة الأمهات اللاتي لديهن أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة هن أكثر المجموعات طلباً للدعم والمساندة الاجتماعية، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أمهات الأطفال المعاقين في مرحلة المراهقة هن أكثر المجموعات شعوراً بالضغوط مقارنة بمجموعة أمهات الأطفال في مرحلة الرضاعة أو مرحلة ما قبل المدرسة.

١٨- دراسة أور وآخرين Orr, et al. (١٩٩١):

هدفت هذه الدراسة إلى فحص نتائج الضغوط الوالدية وكيفية التعايش مع الحدث الضاغط، وعلاقته بالموارد الأسرية ممثلة في العلاقات الأسرية، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، المساندة الاجتماعية من مجموعات الأصدقاء والمتخصصين من خارج الأسرة، الإدراك الأمومي، وقد تكونت عينة الدراسة من ٨٦ فرداً ٨١ أما، ٦ آباء لأطفال معاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٥ - ٢١ سنة، مما لديهم الإعاقة العقلية البسيطة، وقد استخدم الباحثون في دراستهم هذه بطارية من الاختبارات المركزة على الضغوط الأسرية وكيفية مواجهة الأسر لهذه الضغوط، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن تأثير الموارد الأسرية في تقليل الضغط الواقع على أسر الأطفال المعاقين عقلياً يعتمد على كيفية فهم وتفسير الأسرة لاحتياجات الطفل المعاق عقلياً، ومستوى كفاءة الوالدين والمشاكل السلوكية للابن المعاق عقلياً، وقد أوصى الباحثون بناءً على نتائج هذه الدراسة بأن الوالدين يمكن أن يحددوا احتياجاتهم ويجب على المتخصصين العمل معهم بشكل تعاوني ودائم.

١٩- دراسة جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الأسرة بعد خروج الابن المعاق عقلياً من المؤسسة، وتكونت عينة الدراسة من ٣٢ فرداً ممثلة في ٢٧ أباً وأماً و ٥ من الأخوة العاديين، وكان متوسط الأعمار الزمنية للوالدين ٦٠ سنة، ومن أهم الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة مقياس روتجرز بعد تعديله للاتجاهات الأسرية، ومقياس السلوك التكيفي للطفل المعاق عقلياً، وأسفرت نتائج

- ١١٠ -

الدراسة عن أن أسر الأطفال المعاقين عقليا أقل اقتناعاً بخدمات المجتمع عن خدمات المؤسسات التي كان يقيم بها أطفالهم المعاقين عقليا، وأعرب الوالدان عن قلقهما بشأن مستقبل أبنائهم المعاقين عقليا، وخدمات المجتمع غير الملائمة وأماكن الإقامة المستقبلية، وغياب الخدمات المدعومة وخصوصاً للأبناء المعاقين عقليا الذين يعانون من مشاكل سلوكية شديدة، وقد أعرب الوالدان عن قلقهما بشأن علاقات الأسرة بالآخرين، هذا مما يؤكد الحاجة الماسة إلى البرامج الإرشادية والعلاجية المؤثرة والتدخلية، وأهمية الدعم الاجتماعي والمساندة الاجتماعية لهذه الأسر، حتى يتسنى لها أن تواجه هذه الضغوط وهذا القلق بشأن مستقبل طفلها المعاق عقليا.

#### خلاصة وتعليق على الدراسات التي تناولت قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا:

##### أولاً من حيث الهدف:

هدفت هذه المجموعة من البحوث والدراسات السابقة إلى دراسة قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية الأخرى التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقليا، بسبب وجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة، حيث هدفت بعض هذه البحوث والدراسات إلى التعرف على أهم المشكلات والضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقليا كدراسة إيمان حافظ (٢٠٠٦)، ماريل ديكر وهانس كوت، Dekker, & Koot, (٢٠٠٣)، ليزا رول، Roll, (٢٠٠١)، دراسة منى سند (٢٠٠١)، إيمان كاشف (٢٠٠٠)، سندرس J. Sanders (١٩٩٤).

كما هدفت بعض البحوث والدراسات إلى دراسة قلق المستقبل وتوقعات المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا في ظل وجود طفل معاق عقليا داخل الأسرة كدراسة تالي هيمن، Heiman, (٢٠٠٢)، جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون، Spangenberg, & Theron, (٢٠٠١)، كاجيندو موتوا، Mutua (٢٠٠١)، ساندرنا نايكز وآخرين Nicks, et al. (١٩٩٩)، بيرناردو كاربينيلو وآخرين Carpinello, et, al. (١٩٩٥)، ماساميتسو أنانامي وآخرين، Inanmie, et al. (١٩٩٤)، جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠).

في حين هدفت بعض البحوث والدراسات إلى التعرف على فاعلية المساندة الاجتماعية في خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقليا كدراسة صامويل W. Samuel (١٩٩٢)، أور وآخرين Orr, et al. (١٩٩١).

بينما هدفت بعض البحوث والدراسات إلى التحقق من فاعلية البرامج الإرشادية في خفض بعض الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال

المعاقين عقليا كدراسة حمدي أمين (٢٠٠٦)، دراسة سمية جميل (١٩٩٧)،  
تشانج وتانج Chang, P. & Tang, C. (١٩٩٥).

#### ثانياً من حيث عينة الدراسة:

تتوزع عينة الدراسة في هذه المجموعة من البحوث والدراسات السابقة  
كل حسب الهدف من الدراسة:

#### أ- من حيث حجم العينة:

اشتملت بعض الدراسات على عينات صغيرة ٥٠ فرداً فأقل كما في  
دراسة حمدي أمين (٢٠٠٦)، دراسة تالي هيمنان Heiman, (٢٠٠٢)، ليزا رول  
Roll, (٢٠٠١)، منى سند (٢٠٠١)، دراسة ساندرنا نايكز وآخرين Nicks, et  
al. (١٩٩٩)، سمية جميل (١٩٩٧)، تشانج وتانج Chang, P. & Tang, C.  
(١٩٩٥)، بيرناردو كاربينيلو وآخرين al. Carpinello, et. (١٩٩٥)، جريمس  
Grimes & Vitello (١٩٩٠).

بينما اشتملت بعض الدراسات على عينات كبيرة من ٥١ فرداً إلى ٥١٥  
فرداً كما في دراسة إيمان حافظ (٢٠٠٦)، ماريل ديكر وهانس كوت Dekker,  
& Koot, (٢٠٠٣)، جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون Spangenberg, &  
Theron, (٢٠٠١)، كاجيندو موتوا Mutua, (٢٠٠١)، إيمان كاشف (٢٠٠٠)،  
سندرس Sanders, J. (١٩٩٤)، دراسة ماساميتسو أنانامي وآخرين Inanamie,  
et al. (١٩٩٤)، صامويل Samuel, W. (١٩٩٢)، أور وآخرون Orr, et al.  
(١٩٩١).

#### ب- من حيث جنس العينة:

اشتملت بعض الدراسات على عينات من آباء وأمهات لأطفال معاقين  
عقليا معاً كما في دراسة إيمان حافظ (٢٠٠٦)، حمدي أمين (٢٠٠٦)، ماريل  
ديكر وهانس كوت Dekker, & Koot, (٢٠٠٣)، تالي هيمنان Heiman,  
(٢٠٠٢)، ليزا رول Roll, (٢٠٠١)، جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون  
Spangenberg, & Theron, (٢٠٠١)، كاجيندو موتوا Mutua, (٢٠٠١)،  
منى سند (٢٠٠١)، ساندرنا نايكز وآخرين al. Nicks, et. (١٩٩٩)، تشانج  
وتانج Chang, P. & Tang, C. (١٩٩٥)، بيرناردو كاربينيلو وآخرين  
al. Carpinello, et. (١٩٩٥)، ماساميتسو أنانامي وآخرين Inanamie, et al.  
(١٩٩٤)، صامويل Samuel, W. (١٩٩٢)، أور وآخرون Orr, et al.  
(١٩٩١).

بينما اشتملت بعض الدراسات على أمهات فقط لأطفال معاقين عقلياً كما في دراسة إيمان كاشف (٢٠٠٠).

في حين اشتملت بعض الدراسات على والدي الطفل المعاق عقلياً معاً بالإضافة لأخوته العاديين كما في دراسة سمية جميل (١٩٩٧)، دراسة سندرست Sanders, J. (١٩٩٤)، جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠).

وأغلب هذه الدراسات اشتملت على أسرة الطفل المعاق عقلياً دون الطفل المعاق عقلياً نفسه، في حين اشتملت العينة في كل من دراسة ماريل ديكر وهانس كوت، Dekker, & Koot (٢٠٠٣)، ليزا رول Roll (٢٠٠١) على أسرة الطفل المعاق عقلياً بالإضافة إلى الطفل المعاق عقلياً نفسه.

#### ثالثاً من حيث أدوات الدراسة:

تتعدد أدوات الدراسة في هذه المجموعة من البحوث والدراسات السابقة كل حسب تحقيق الهدف من الدراسة حيث استخدمت دراسة إيمان حافظ (٢٠٠٦) مقياس مشكلات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعداد الباحثة، ومقياس الضغوط النفسية لأباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعداد الباحثة، واستخدمت دراسة حمدي أمين (٢٠٠٦) مقياس المشكلات الأسرية إعداد سلامة منصور (١٩٩٧)، واستمارة الحالة الاجتماعية الاقتصادية للأسرة إعداد الباحث، والبرنامج العقلاني الانفعالي إعداد الباحث، كما استخدمت دراسة ماريل ديكر وهانس كوت، Dekker, & Koot (٢٠٠٣) قائمة فحص سلوك الطفل ومقياس الصحة النفسية للطفل، ومقياس الصحة النفسية للوالدين، ومقياس القلق والمقابلة الشخصية، بينما استخدمت دراسة تالي هيمنان Heiman (٢٠٠٢) المقابلة الشخصية، واستمارة توقعات المستقبل للأباء، كما استخدمت دراسة ليزا رول Roll (٢٠٠١) المقابلات الشخصية مع والدي الأطفال المعاقين عقلياً مرتبطة بمراحل ردود الأفعال التي تمر بها الأسرة نتيجة وجود هذا الطفل داخلها، واستخدمت جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون Spangenberg, & Theron (٢٠٠١) السيرة الذاتية لأسر الأطفال ذوي متلازمة دوان، وقائمة القلق كحالة وكسمة (STAL)، وقائمة بيك Beck للاكتئاب (BDI)، واستخدمت دراسة كاجيندو موتوا Mutua (٢٠٠١) المقابلات الشخصية مع والدي الأطفال المعاقين عقلياً، واستمارة جمع بيانات، بينما استخدمت دراسة منى سند (٢٠٠١) في دراستها استمارة جمع بيانات عن الوالدين، والنسخة العربية لقائمة الضغوط الوالدية لعزب وعبد الخالق (١٩٩٨)، واستخدمت دراسة إيمان كاشف (٢٠٠٠) مقياس الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين، كما استخدمت دراسة سانديرا نايكز وآخرين Nicks, et al. (١٩٩٩) استمارة جمع بيانات عن أسر الأطفال المعاقين عقلياً، والمقابلة الشخصية، في حين استخدمت دراسة سمية جميل

(١٩٩٧) مقياس الضغوط الأسرية إعداد الباحثة، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد مصطفى عبد الرحمن وعبد التواب عبد اللاه، والبرنامج الإرشادي إعداد الباحثة، كما استخدمت دراسة تشانج وتانج & Chang, P. Tang, C. (١٩٩٥) بطارية اختبارات مكونة من مقياس أسلوب حل الضغوط، ومقياس الصحة العامة، ومقياس ضبط الذات واختيار الاتجاه نحو الحياة، واستخدمت دراسة بيرناردو كاربينيلو وآخرين. al. Carpinello, et. (١٩٩٥) اختبار القلق الحالة - السمة، وقائمة بيك للاكتئاب، واستبيان التقرير النفسي، كما استخدمت دراسة سندرس J. Sanders, (١٩٩٤) بطارية اختبارات أعدت خصيصاً لمقياس الضغوط التي تتعلق بوجود طفل معاق، بينما استخدمت دراسة ماساميتسو أنانامي وآخرين. al. Inanmie, et. (١٩٩٤) مقياس قلق المستقبل والتشاؤم نحو نمو الطفل، ومستوى ذكائه وصحته النفسية، واستخدمت دراسة سامويل W. Samuel, (١٩٩٢) استبيان فريدريك وجرينبرج لمصادر الضغوط واستبيان كرينيك للدعم الاجتماعي، كما استخدمت دراسة أور وآخرين Orr, et al. (١٩٩١) بطارية من الاختبارات المركزة على الضغوط الأسرية وكيفية مواجهة الأسر لهذه الضغوط، في حين استخدمت دراسة جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠) مقياس روتجرز بعد تعديله للاتجاهات الأسرية، ومقياس السلوك التكيفي للطفل المعاق عقلياً.

#### رابعاً من حيث نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات السابقة عن أن أسر الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من الشعور بالقلق على مستقبل الأسرة الاجتماعي والمادي بصفة عامة، والقلق على مستقبل الطفل المعاق عقلياً بصفة خاصة، وهذا نتيجة وجود هذا الطفل داخل الأسرة وما يسببه من ضغوط نفسية ومادية تقع على عاتق أسرته، وهذا ما توصلت إليه نتائج كل من دراسة ماريل ديكر وهانس كوت, Dekker, & Koot, (٢٠٠٣)، تالي هيمنان, Heiman, (٢٠٠٢)، ليزا رول, Roll, (٢٠٠١)، جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون Spangenberg, & Theron, (٢٠٠١)، كاجيندو موتوا, Mutua, (٢٠٠١)، إيمن كاشف (٢٠٠٠)، ساندرنا نايكز وآخرين. al. Nicks, et. (١٩٩٩)، تشانج وتانج & Chang, P. Tang, C. (١٩٩٥)، بيرناردو كاربينيلو وآخرين. al. Carpinello, et. (١٩٩٥)، سندرس J. Sanders, (١٩٩٤)، ماساميتسو أنانامي وآخرين. al. Inanmie, et. (١٩٩٤)، جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠).

كما أسفرت نتائج بعض البحوث والدراسات عن أن هناك علاقة قوية بين مشكلات الأطفال المعاقين عقلياً داخل الأسرة وبين الضغوط النفسية لدى



والوالدين، حيث أرجعت نتائج هذه البحوث والدراسات أن مشكلات الأطفال المعاقين عقلياً تسبب ضغوطاً نفسية لدى والدي هؤلاء الأطفال، وهذا ما توصلت إليه نتائج كل من دراسة إيمان حافظ (٢٠٠٦)، دراسة منى سند (٢٠٠١).

بينما أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى أهمية المساندة الاجتماعية في تخفيف العبء المادي والاجتماعي لدى والدي الأطفال المعاقين عقلياً، حيث تساهم المساندة الاجتماعية بأنواعها (الإرشادية، المادية، تبادل الخبرات والعلاقات الاجتماعية) في التخفيف من حدة الشعور بقلق المستقبل لدى هذه الأسر، وهذا ما توصلت نتائج كل من دراسة تالي هيمن، Heiman, Spangenberg, & Theron, (٢٠٠٢)، جودورا سبانجنبرج وجوهانا ثيرون، (٢٠٠١)، دراسة إيمان كاشف (٢٠٠٠)، نايزك ساندرأ وآخرين Nicks, Sandra, et al. (١٩٩٩)، صامويل Samuel, W. (١٩٩٢)، دراسة أور Grimes & Vitello (١٩٩٠)، جريمس وفيتيلو Orr, et al. (١٩٩١).

في حين أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى أهمية البرامج الإرشادية في خفض حدة الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً كدراسة حمدي أمين (٢٠٠٦)، سمية جميل (١٩٩٧)، جريمس وفيتيلو Grimes & Vitello (١٩٩٠).

وفي ضوء هذه النتائج يتضح لنا أن أهم أبعاد قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً هي: القلق على المستقبل الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بصفة عامة، والقلق على مستقبل الطفل المعاق عقلياً بصفة خاصة، هذا بالإضافة إلى الجانب النفسي والجسمي للقلق، كما أوضحت نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات أن هذه الأسر في أمس الحاجة للبرامج الإرشادية والمساندة الاجتماعية التي تساعدهم على خفض حدة قلق المستقبل لديهم.

**ثانياً: دراسات تناولت قلق المستقبل وبعض المتغيرات النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً:**

١- دراسة حنان حسين (٢٠٠٥):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تقبل الأم لطفلها المعاق عقلياً وبعض جوانب شخصيته كما تتحدد في سلوكه التكيفي في دولة الكويت، وتكونت عينة الدراسة من ٧٦ طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة من فئة القابلين للتعلم، بالإضافة لأمهاتهم، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه مقياس تقبل الأم للطفل المعاق عقلياً، ومقياس السلوك التكيفي، ومقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس ستانفورد - بينيه، وأسفرت نتائج عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين تقبل الأمهات لأطفالهن المعاقين عقلياً وبين السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال،

وذلك من خلال مهارات آداب السلوك والمحافظة على النظام والتحكم في السلوك.

٢- دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين إساءة الطفل المعاق عقلياً ببعض المشكلات النفسية لديه، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠٤ طفلاً وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة من نوى الإعاقة العقلية البسيطة بواقع ١٥٣ من الذكور، ١٥١ من الإناث، واستخدم الباحث في دراسته هذه مقياس الإساءة الوالدية للطفل المعاق عقلياً إعداد الباحث، ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد فايزة يوسف (١٩٨٠)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة إحصائياً بين الإساءة سواء النفسية أو الجسمية من قبل الوالدين والمحيطين بالطفل المعاق عقلياً وبين المشكلات النفسية لدى هذا الطفل.

٣- دراسة شادية محمد (٢٠٠٣):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين تقدير الذات والاتجاه نحو الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والسلوك التوافقي لدى هؤلاء الأطفال، والتعرف على الفروق الإحصائية بين تقدير الذات والاتجاه نحو الإعاقة لدى كل من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأمهات الأطفال العاديين.

وتكونت عينة الدراسة من ٥٠ طفلاً وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم ٥٠ - ٧٠ ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٩ - ١٢ بالإضافة إلى أمهاتهم، و٥٠ طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٩ - ١٢ بالإضافة إلى أمهاتهم، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه مقياس تقدير الذات إعداد عبد الوهاب كامل (١٩٨٩) تقنين الباحثة (٢٠٠٣)، ومقياس اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً إعداد ميرفت رجب (٢٠٠٠)، ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥).

وأسفرت نتائج الدراسة عن الآتي:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والسلوك التوافقي لدى هؤلاء الأطفال.
- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو الإعاقة كما تعبر عنه الأمهات نحو الأطفال المعاقين عقلياً وبين السلوك التوافقي لدى هؤلاء الأطفال.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وتقدير الذات لدى أمهات الأطفال العاديين.
- وجود فروق دالة إحصائية بين الاتجاه نحو الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وبين أمهات الأطفال العاديين لصالح أمهات الأطفال العاديين.
- وجود فروق دالة إحصائية بين السلوك التوافقي لأبناء الأمهات منخفضى تقدير الذات وبين أبناء الأمهات مرتفعى تقدير الذات لصالح أبناء الأمهات مرتفعى تقدير الذات.

٤- دراسة نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية عند ضعاف العقول، والتعرف على الفروق بين الأطفال المعاقين عقلياً من القابلين للتعلم وغير القابلين للتعلم في الاضطرابات السلوكية، وتكونت عينة الدراسة من ٥٠ طفلاً من الذكور ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ١٢ - ١٨ سنة بالإضافة إلى والديهم مقسمين بالتساوى إلى مجموعتين المجموعة الأولى مكونة من ٢٥ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ بالإضافة لوالديهم، والمجموعة الثانية مكونة من ٢٥ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً غير القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٢٥ - ٥٠ بالإضافة لوالديهم، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه اختيار الاتجاهات الوالدية إعداد إلهامى عبد العزيز، ومقياس السلوك التكيفى إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وغير القابلين للتعلم في الاضطرابات السلوكية، كما توصلت أيضاً نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال نفس المجموعتين من الأطفال في الاتجاهات الوالدية لصالح الأطفال القابلين للتعلم، وتوجد علاقة ارتباطية بين الاتجاهات الوالدية غير السوية والاضطرابات السلوكية لدى كل من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وغير القابلين للتعلم.

٥- دراسة خالد مطحنة (١٩٩٩):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاحتياجات النفسية والاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من ذوى الإعاقة العقلية البسيطة وعلاقتها بالسلوك التوافقي لديهم، والتعرف على أولويات الاحتياجات النفسية والاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من ٥٥ مدرساً ومدرسة في مجال الإعاقة العقلية، ٥٥ متخصصاً وخبيراً في مجال الإعاقة العقلية، و٥٥ أسرة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً، بالإضافة إلى ١٨ طفلاً من الذكور من ذوى الإعاقة

العقلية البسيطة ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ١٢ - ١٨ سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كمجموعة ٩ أطفال، واستخدم الباحث في دراسته هذه استمارة بيانات المقدرين إعداد الباحث، واستمارة المعاق عقلياً، ومقياس الاحتياجات النفسية والاجتماعية للمعاقين عقلياً كما يدرکہا المدرسون والخبراء والأسر إعداد الباحث، وقائمة أساليب إشباع احتياجات الحب والانتماء للمعاقين عقلياً إعداد الباحث، ومقياس السلوك التكيفي ترجمة صفوت فرج وناهد رمزي، ومقياس ستانفورد - بينيه إعداد لويس مليكة (١٩٩٤)، وبرنامج تدريبي لتنمية مفهوم العدد لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم إعداد محمد عبد الرحيم (١٩٩٨)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباطية بين الاحتياجات النفسية والاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً، كما أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات أطفال المجموع الضابطة في السلوك التوافقي في القياس البدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية، كذلك أشارت نتائج الدراسة إلى أن تسلسل الاحتياجات النفسية للأطفال المعاقين عقلياً كانت على الترتيب التالي: الحاجة إلى الحب والانتماء، الحاجات الفسيولوجية، الحاجة إلى المعرفة والفهم، الحاجة إلى المن والأمان، الحاجة إلى تقدير الذات، الحاجة إلى تحقيق الذات.

٦- دراسة ميادة محمد (١٩٩٦):

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين الاتجاهات الوالديه وعلاقتها بالسلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض داون، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفلاً وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً من مرحلة الطفولة ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٢ سنة وممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ من مستويات اجتماعية اقتصادية مختلفة، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي تعديل عبد العزيز الشخص (١٩٩٥)، ومقياس الاتجاهات الوالديه لسيد الكيلاني (١٩٨٦)، ومقياس السلوك التكيفي لفاروق صادق ١٩٨٥، اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مقياس الاتجاهات الوالديه والسلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، حيث إن الاتجاهات الوالديه السالبة مثل الرفض، الإهمال، القسوة تؤثر تأثيراً سلبياً على السلوك التكيفي لدى الابن المعاق عقلياً، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات الوالديه الإيجابية كالتقبل وبين السلوك التكيفي للابن المعاق عقلياً، كما تبين أن هناك أثراً سلبياً للتفرقة بين معاملة الوالدين للابن المعاق عقلياً وأخوته العاديين والرفض والإهمال كأبعاد للمعاملة الوالديه السالبة على السلوك التكيفي له.

#### ٧- دراسة رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من اتجاهات الأمهات نحو أطفالهن المعاقين عقلياً من ذوى المشكلات السلوكية أو بدون مشكلات سلوكية، وتكونت عينة الدراسة من ٤٠ أما مقسمين إلى ٢٠ أما لأطفال معاقين عقلياً من ذوى المشكلات السلوكية و٢٠ أما لأطفال معاقين عقلياً بدون مشكلات سلوكية ممن تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين ٢٠ - ٤٥ عاماً، بالإضافة إلى أطفالهن المعاقين عقلياً والبالغ عددهم ٤٠ طفلاً وطفلة، وقد استخدمت الدراسة قائمة تصنيف القصور الطبى النفسى لدى الأطفال من إعداد لانجر وآخرين Langer et, al. ١٩٧٦، ومقياس الاتجاهات الوالدية نحو أطفالهم إعداد رانجاسومي Rangaswomi (١٩٨٩)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من ذوى المشكلات السلوكية وبين اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ممن لا يعانون من المشكلات السلوكية، كما أسفرت نتائج الدراسة عن أن الاتجاهات السلبية من جانب الأمهات تتسبب في معاناة أطفالهن المعاقين عقلياً من بعض المشكلات السلوكية، وهذه الاتجاهات السلبية تزيد مع حدة المشكلات السلوكية للأطفال وبالتالي المشكلات السلوكية لدى الأطفال تزيد أى أن هناك علاقة طردية بين الاتجاهات السلبية من قبل الأمهات والمشكلات السلوكية لأطفالهن.

#### ٨- دراسة أشرف صبرة (١٩٩١) :

هدفت هذه إلى دراسة اتجاهات الآباء نحو أبنائهم المعاقين عقلياً وعلاقة تلك الاتجاهات بالسلوك التكيفي لدى هؤلاء الأبناء، وتكونت عينة الدراسة من ٧٠ طفلاً معاق عقلياً من تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ١٢ - ١٦ سنة وممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، بالإضافة لوالديهم، واستخدم الباحث فى دراسته هذه عدة مقاييس منها استمارة المستوى الاقتصادى الاجتماعى للأسرة واختبار ستانفورد - بينيه ومقياس اتجاهات الآباء نحو الإعاقة العقلية للابن، ومقياس السلوك التكيفي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين اتجاهات الآباء نحو الإعاقة العقلية وبين بعض أبعاد السلوك التكيفي لأبنائهم المعاقين عقلياً التصرفات - الاستقلالية - النشاط - النمو اللغوى - مفهوم العدد - الأعمال المنزلية - المسؤولية - التطبيع الاجتماعى - السلوك النمطى واللوازم، بينما لا توجد علاقة بين اتجاهات الآباء وباقى أبعاد السلوك التكيفي، وأن الآباء ذوى الاتجاهات الموجبة نحو الإعاقة العقلية لدى الابن يبدون اهتماماً أكبر بأبنائهم، وهو ما يساهم فى استقلالية الأبناء، كما يساهم فى كثير من جوانب السلوك، وبالتالي تحسين السلوك اللاتكيفي للابن المعاق عقلياً.

#### ٩- دراسة سمية جميل (١٩٩٠):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى تقبل الأب والأم للإصابة بالإعاقة العقلية وعلاقة ذلك بكل من مفهوم الذات وتقدير الذات لدى الابن المعاق عقلياً، وذلك على عينة قوامها ٤٠ طفلاً وطفلة معاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٩ - ١٢ سنة من فئة الإعاقة العقلية البسيطة، بالإضافة لوالدي هؤلاء الأطفال و عدد ٨٠ أباً وأماً، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ومقياس تقبل الوالدين للإصابة بالتخلف العقلي، ومقياس تقدير الذات لدى الطفل المعاق عقلياً.

وأُسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين اتجاهات الآباء والأمهات نحو الأطفال المعاقين عقلياً، كما تضح وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين تقبل والدي الطفل المعاق عقلياً وبين تقديره عن ذاته وبين مفهومه لذاته، مما يعنى أنه كلما زادت درجة تقبل والدي الطفل المعاق عقلياً لهذا الطفل سوف يكون مفهوماً إيجابياً عن ذاته ويقدر ذاته تقديراً إيجابياً.

#### ١٠- دراسة كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (١٩٩٠):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نوع المشكلات ودرجة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الآباء متقدمو العمر لأبنائهم المعاقين عقلياً البالغين، وقد تكونت عينة الدراسة من ٥٧ أباً وأماً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٤٦-٨٠ سنة، هذا بالإضافة لأبنائهم المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٢٠-٤١ سنة، وقد استخدم الباحثون في دراستهم هذه عدة مقاييس منها استمارة جمع البيانات، ومقياس الضغوط النفسية ومقياس السلوك التكيفي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة موجبة دالة بين درجة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الوالدان وعمر الابن المعاق عقلياً، وبين حجم الأسرة والسلوك اللاتكفي لدى الابن المعاق عقلياً، حيث إنه كلما كانت درجة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الوالدان مرتفعة كلما انعكس ذلك على تعاملهم مع أبنهم المعاق عقلياً، مما كان له أثر واضح على سوء السلوك التكيفي لديه.

**خلاصة وتعليق على الدراسات التي تناولت قلق المستقبل وبعض المتغيرات النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً:**

#### أولاً من حيث الهدف:

هدفت بعض هذه الدراسات إلى معرفة العلاقة بين اتجاهات الوالدين وتقبلهم للطفل المعاق عقلياً وبعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً كما في دراسة حنان حسين (٢٠٠٥)، شادية محمد (٢٠٠٣)، رانجاسومي

Rangaswomi (1995)، أشرف صبرة (1991)، دراسة سمية جميل (1990).

كما هدفت بعض هذه الدراسات إلى التعرف على العلاقة بين المعاملة الوالدية للطفل المعاق عقلياً وبين بعض جوانب السلوك التكيفي لدى هذا الطفل كما في دراسة وائل ثروت (2004)، نجلاء عبد القادر (2003)، ميادة محمد (1996).

في حين هدفت دراسة خالد مطحنة (1999) إلى التعرف على الاحتياجات النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

أما دراسة كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (1990) فهدفت إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية التي يتعرض لها والدي الطفل المعاق عقلياً وبين السلوك التكيفي لدى هذا الطفل.

وبالتالي نجد أن هذه المجموعة من البحوث الدراسات هدفت إلى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وبين السلوك التكيفي واللاتكيفي لدى هؤلاء الأطفال، كما هدفت بعض هذه الدراسات إلى معرفة العلاقة بين اتجاهات الوالدين تجاه طفلهم المعاق عقلياً ومدى تقبلها له وبين السلوك التكيفي واللاتكيفي لدى هذا الطفل.

#### ثانياً من حيث عينة الدراسة:

تتوزع العينات في هذه المجموعة من الدراسات فهناك بعض الدراسات التي احتوت على أطفال معاقين عقلياً فقط، في حين أن بعض الدراسات احتوت على أطفال مع أمهاتهم أو والديهم معاً، كما اختلفت هذه العينات من حيث الحجم والجنس والمرحلة العمرية.

- الدراسات التي تناولت الأطفال المعاقين عقلياً وأسراهم:

#### أ- من حيث حجم العينة:

اشتملت دراسة حنان حسين (2005) على 76 طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم، بالإضافة لأمهاتهم بدولة الكويت، كما اشتملت دراسة شادية محمد (2003) على 50 طفلاً وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين 50 - 70 بالإضافة إلى أمهاتهم، و50 طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين بالإضافة إلى أمهاتهم، في حين اشتملت دراسة رانجاسومي Rangaswomi (1995) على 40 أما بالإضافة لأطفالهن المعاقين عقلياً، أما دراسة أشرف صبرة (1991) فاشتملت على 70 طفلاً ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين 50 - 70، بالإضافة لوالديهم، واشتملت دراسة سمية جميل (1990) على 40 طفلاً وطفلة معاقين عقلياً من فئة الإعاقة العقلية البسيطة،

بالإضافة لأباء هؤلاء الأطفال و عددهم ٨٠ أباً وأماً، كما اشتملت دراسة كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (١٩٩٠) على ٥٧ أباً وأماً، هذا بالإضافة لأبنائهم المعاقين عقلياً.

#### **ب- من حيث جنس العينة:**

اشتملت دراسة حنان حسين (٢٠٠٥)، دراسة شادية محمد (٢٠٠٣)، رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥) على مجموعة من الأطفال الذكور والإناث معاً من المعاقين عقلياً، بالإضافة لأمهاتهم فقط بدولة الكويت، في حين اشتملت دراسة أشرف صبيرة (١٩٩١)، دراسة سمية جميل (١٩٩٠)، كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (١٩٩٠) على مجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً من الذكور والإناث معاً بالإضافة لوالديهم.

#### **ج- من حيث المرحلة العمرية:**

اشتملت دراسة حنان حسين (٢٠٠٥) على مجموعة من المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة من فئة القابلين للتعليم، بينما تراوحت الأعمار الزمنية في دراسة شادية محمد (٢٠٠٣) ما بين ٩-١٢، أما دراسة رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥) فتراوحت الأعمار الزمنية للأطفال ما بين (١٢-١٦) سنة، في حين تراوحت الأعمار الزمنية في دراسة سمية جميل (١٩٩٠) للأطفال المعاقين عقلياً ما بين (٩ - ١٢) سنة، أما دراسة كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (١٩٩٠) فتراوحت الأعمار الزمنية للوالدين ما بين ٤٦ - ٨٠ سنة، ولأبنائهم المعاقين عقلياً ما بين ٢٠ - ٤١ سنة.

#### **- الدراسات التي تناولت الأطفال فقط:**

##### **أ- من حيث حجم العينة:**

اشتملت دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤) على ٣٠٤ الأطفال المعاقين عقلياً من الإعاقة العقلية البسيطة بواقع ١٥٣ من الذكور، ١٥١ من الإناث، كما اشتملت دراسة نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣) على ٥٠ طفلاً من الذكور من القابلين للتعليم وغير القابلين للتعليم، أما دراسة ميادة محمد (١٩٩٦) فاشتملت على ٢٠ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً.

##### **ب- من حيث جنس العينة:**

اشتملت كل دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤)، ميادة محمد (١٩٩٦) على عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من الذكور والإناث معاً، أما دراسة نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣) فاشتملت على ٥٠ طفلاً من القابلين للتعليم وغير القابلين للتعليم من الذكور فقط.



### ج- من حيث المرحلة العمرية:

تراوحت الأعمار الزمنية لعينة الأطفال في دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤) ما بين ٨ - ١٤ سنة، في حين اشتملت دراسة نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣) على مجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ١٢ - ١٨ سنة، أما دراسة ميادة محمد (١٩٩٦) فاشتملت على مجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٢ سنة.

### ثالثاً من حيث أدوات الدراسة:

تتوعد الأدوات والمقاييس في هذه المجموعة من البحوث والدراسات فقد استخدمت دراسة حنان حسين (٢٠٠٥) مقياس تقبل الأم للطفل المعاق عقلياً، ومقياس السلوك التكيفي، ومقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس ستانفورد - بينيه، كما استخدمت دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤) مقياس الإساءة الوالدية للطفل المعاق عقلياً إعداد الباحث، ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد فايزة يوسف (١٩٨٠)، في حين استخدمت دراسة شادية محمد (٢٠٠٣) مقياس تقدير الذات إعداد عبد الوهاب كامل (١٩٨٩٩) تقنين الباحثة (٢٠٠٣)، ومقياس اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً إعداد ميرفت رجب (٢٠٠٠)، ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، أما دراسة نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣) فاستخدمت اختبار الاتجاهات الوالدية إعداد إلهامى عبد العزيز، ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، في حين استخدمت دراسة خالد مطحنة (١٩٩٩) استمارة بيانات المقدرين إعداد الباحث، واستمارة المعاق ذهنياً، ومقياس الاحتياجات النفسية والاجتماعية للمعاقين عقلياً كما يدرکہا المدرسون والخبراء والأسر إعداد الباحث، وقائمة أساليب إشباع احتياجات الحب والانتماء للمعاقين عقلياً إعداد الباحث، ومقياس السلوك التكيفي ترجمة صفوت فرج وناهد رمزي، ومقياس ستانفورد - بينيه إعداد لويس مليكة (١٩٩٤)، وبرنامج تدريبي لتنمية مفهوم العدد لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم إعداد محمد عبد الرحيم (١٩٩٨)، كما استخدمت دراسة ميادة محمد (١٩٩٦) استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي تعديل عبد العزيز الشخص (١٩٩٥)، ومقياس الاتجاهات الوالدية لسيد الكيلاني (١٩٨٦)، ومقياس السلوك التكيفي لفاروق صادق (١٩٨٥)، اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء، كما استخدمت دراسة رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥) قائمة تصنيف القصور الطبي النفسى لدى الأطفال من إعداد لانجر وآخرين Langer et, al. (١٩٧٦)، ومقياس الاتجاهات الوالدية نحو أطفالهم إعداد رانجاسومي Rangaswomi (١٩٨٩)، في حين استخدمت دراسة أشرف صبرة (١٩٩١) استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة واختبار ستانفورد - بينيه ومقياس اتجاهات الآباء نحو الإعاقة العقلية للابن، ومقياس

السلوك التكيفي، أما دراسة سمية جميل (١٩٩٠) فاستخدمت مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ومقياس تقبل الوالدين للإصابة بالتخلف العقلي، ومقياس تقدير الذات لدى الطفل المعاق عقلياً، واستخدمت دراسة كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (١٩٩٠) استمارة جمع البيانات، ومقياس الضغوط النفسية ومقياس السلوك التكيفي.

#### رابعاً من حيث نتائج الدراسة:

أشارت نتائج بعض هذه الدراسات إلى أن اتجاهات الوالدين وتقبلهم للطفل المعاق عقلياً يؤثران على السلوك التكيفي لهذا الطفل، فإذا كانت هذه الاتجاهات تجاه هذا الطفل إيجابية وكان هناك تقبل من الوالدين له فإن ذلك يؤدي إلى تحسن في السلوك التكيفي لدى هذا الطفل المعاق عقلياً، وعلى النقيض من ذلك إذا كانت هذه الاتجاهات تجاه هذا الطفل سلبية وليس هناك تقبل من الوالدين له، فإن ذلك يؤدي إلى سوء السلوك التكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً، ومن ثم ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكيفي له، كرد فعل لهذه الاتجاهات الودية السلبية تجاهه، وهذا ما توصلت إليه نتائج كل من دراسة حنان حسين (٢٠٠٥)، شادية محمد (٢٠٠٣)، رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥)، أشرف صبرة (١٩٩١)، سمية جميل (١٩٩٠).

كما أسفرت نتائج بعض الدراسات عن وجود علاقة قوية بين المعاملة الودية السيئة للأطفال المعاقين عقلياً وبين ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى هؤلاء الأطفال، وهذا ما توصلت إليه نتائج كل من دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤)، نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣)، ميادة محمد (١٩٩٦).

أما دراسة كوفمان وآخرين Kaufman, et al. (١٩٩٠) فأشارت إلى أن الضغوط الودية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة وجود هذا الطفل داخل الأسرة توجد مناخاً عائلياً يشوبه التوتر والقلق والحزن والأسى، مما ينعكس ذلك على نظرة الوالدين للطفل المعاق عقلياً في أنه هو سبب هذه الضغوط التي تعاني منها الأسرة، مما ينعكس ذلك على عدم تقبل الوالدين لهذا الطفل، وبالتالي تتولد لديهم اتجاهات سلبية تجاهه، هذا بالإضافة للمعاملة السيئة التي يعاملته بها، والذي بدوره يؤدي إلى ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى هذا الطفل كرد فعل منه لما يتلقاه من معاملة سيئة وعدم اهتمام ممن يحيطون به من أسرته.

وفي ضوء نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات يتضح لنا وجود علاقة قوية بين اتجاهات الوالدين ومدى تقبلهما للطفل المعاق عقلياً وكذلك بين المعاملة الودية لهذا الطفل من جهة وبين جوانب السلوك التكيفي واللاتكيفي لهذا الطفل من جهة أخرى، فإذا كانت المعاملة الودية لهذا الطفل معاملة طيبة واتجاهاتهم نحوه اتجاهات إيجابية ترتب على ذلك تحسن في السلوك التكيفي لهذا

الطفل، أما إذا كانت المعاملة الوالدية لهذا الطفل معاملة سيئة واتجاهاتهم نحوه اتجاهات سلبية ترتب على ذلك ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى هذا الطفل والمتمثلة في مفهوم الذات السلبى والسلوك العدوانى وسلوك التمرد والعصيان والانسحاب الاجتماعى وسلوك إيذاء الذات؛ كرد فعل منه لهذه المعاملة السيئة والاتجاهات الوالدية السلبية.

**ثالثاً دراسات تناولت فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى فى خفض قلق المستقبل بصفة خاصة واضطرابات القلق بصفة عامة لدى عينات مختلفة من الراشدين وكبار السن:**

١- دراسة تشارلز بول, Pull (٢٠٠٧):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى المدعم بالعلاج الدوائى فى علاج اضطرابات القلق لدى عينة من الراشدين، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الراشدين ممن يعانون من اضطرابات القلق، واستخدمت الدراسة مقياس اضطرابات القلق وبرنامج العلاج المعرفى السلوكى، بالإضافة إلى عقاير علاج اضطرابات القلق، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن العلاج المعرفى السلوكى المدعم بالعلاج الدوائى له فاعلية فى علاج اضطرابات القلق، حيث ظهرت كفاءة مرتفعة لهذا النموذج العلاج المعرفى السلوكى المدعم العقاقير فى خفض حدة اضطرابات القلق لدى عينة الدراسة.

٢- دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et, al. (٢٠٠٧):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من تساؤل مؤداه: أن تركيز مصل النمو العصبى يرتفع بعد العلاج المعرفى السلوكى الناجح لاضطراب القلق العام، وتكونت عينة الدراسة من ٢٢ جندياً من جنود المظلات طبق عليهم برنامج العلاج المعرفى السلوكى، واستخدمت الدراسة مقياس هاملتون للقلق ومقياس القلق الحالة - السمة، وبرنامج العلاج المعرفى السلوكى، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً لدى أفراد عينة الدراسة فى اضطراب القلق العام قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفى السلوكى عليهم لصالح التطبيق البعدى، مما يشير إلى خفض حدة اضطراب القلق لديهم، وهذه النتيجة تشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى خفض حدة اضطراب القلق العام لدى عينة الدراسة، واتبع هذا التحسن فى خفض اضطراب القلق لدى عينة الدراسة ارتفاع ملحوظ فى تركيز مصل النمو العصبى كرد فعل للعلاج المعرفى السلوكى فى خفض حدة اضطراب القلق العام.

٣- دراسة جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى وعقار السرترالين، ومجموعة الوايت لست Waitlist القياسية فى علاج اضطرابات القلق العام والخوف الاجتماعى المسنين، وتكونت عينة الدراسة من ٨٤ فرداً مسناً متوسط أعمارهم الزمنية ٦٠ عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس القلق العام،

ومقياس الخوف الاجتماعي، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المكون من ١٥ جلسة في علاج اضطرابات القلق العام والخوف الاجتماعي، وعقار السرترالين، ومجموعة الوابيت لاسيت Waitlist القياسية في علاج اضطرابات القلق العام والخوف الاجتماعي، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن كل من العلاج المعرفي السلوكي مدعم بالسرترالين ومجموعة الوابيت لاسيت Waitlist القياسية كان له أثر واضح في خفض حدة اضطرابات القلق العام والخوف الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة، كما أثبتت نتائج الدراسة أن تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كان أفضل من مجموعة الوابيت لاسيت Waitlist القياسية في علاج اضطرابات القلق العام والخوف الاجتماعي بعد ثلاثة أشهر من فترة المتابعة.

٤- دراسة جون لابيوكوي وآخرين (Labrecque, et, al. ٢٠٠٦):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق العام، واضطراب الخوف من الأماكن العامة، وتكونت عينة الدراسة من ٣ أشخاص مصابين باضطرابات القلق العام واضطراب الخوف من الأماكن العامة، واستخدمت الدراسة مقياس القلق العام، ومقياس الخوف من الأماكن العامة، وبطارية استفتاءات، والتقارير الذاتية، والمراقبة الذاتية، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج كل من اضطرابات القلق العام، واضطراب الخوف من الأماكن العامة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن العلاج المعرفي السلوكي كان له أثر فعال في خفض اضطرابات القلق العام، واضطراب الخوف من الأماكن العامة، لدى أفراد العينة، واستمرت فاعلية البرنامج العلاجي في خفض اضطرابات القلق العام، واضطراب الخوف من الأماكن العامة لفترة ١٢ شهراً من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

٥- دراسة تيان أوي والأنا براوين (Oei, & Browne, ٢٠٠٦):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج اضطرابات المزاج والقلق المرضي، وتكونت عينة الدراسة من ١٦٢ فرداً متوسط أعمارهم الزمنية ٤٣ عاماً ممن يعانون من اضطرابات المزاج والقلق المرضي، بواقع ٥٧ من الذكور و١٠٥ من الإناث، تلقوا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات المزاج والقلق المرضي، الذي اشتمل على ثماني جلسات بواقع جلسنتين أسبوعياً، وتراوحت المدة الزمنية للجلسة الواحدة ساعتين، وتكونت كل مجموعة علاجية من ٨ إلى ١٤ فرداً في المجموعة العلاجية الواحدة، واحتوى البرنامج المعرفي السلوكي على فنية المحاضرة القصيرة، ولعب الدور، والنمذجة، والواجبات المنزلية، والمناقشات العامة، واستخدمت الدراسة مقياس القلق لابستين وآخرين (Epstein et, al. ١٩٨٨)، والاستفتاءات الشخصية، والتقارير الشخصية، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات المزاج والقلق المرضي، وأسفرت نتائج الدراسة

عن أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كان له أثر واضح في علاج اضطرابات المزاج والقلق المرضى لدى أفراد عينة الدراسة.

٦- دراسة إليزابيث نولان, Nolan (٢٠٠٥):

هدفت هذه الدراسة إلى التتبع طويل المدى للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من ١٨ فرداً من الراشدين، واستخدمت الدراسة مقياس القلق الاجتماعي، والتقارير الذاتية، والمقابلة التشخيصية، والتقييم السلوكي، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي، وتتبع هذه الدراسة تأثير العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الراشدين لفترة من ٣ - ٥ سنوات بعد فترة العلاج، حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن فترة المتابعة المعتادة للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق، هي في حدود شهر تقريباً من فترة تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك تأثيراً طويلاً المدى للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي، وإن كان هذا التأثير طويل المدى منخفضاً إلى حد ما.

٧- دراسة روبرت دورهام وآخرين, Durham, et, al. (٢٠٠٤):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق العام، وتكونت عينة الدراسة النهائية من ٥٥ فرداً ممن يعانون من اضطرابات القلق العام ومتوسط أعمارهم الزمنية ٣٩ عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس القلق لجيروم وآخرين (Jerrom et, al. (١٩٨٥)، والمقابلة التشخيصية، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق العام، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر فعال في علاج اضطرابات القلق العام لدى أفراد عينة الدراسة، واستمر تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق العام لدى أفراد عينة الدراسة بعد فترة متابعة (سنة أشهر) من انتهاء فترة تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

٨- دراسة سام هاتون وآخرين, Hatton, et, al. (٢٠٠٤):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال والمراهقين متوسط أعمارهم الزمنية ١٩ عاماً ممن يعانون من اضطرابات القلق، واستخدمت الدراسة مقياس القلق، والتقارير الذاتية، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قد ساهم بفاعلية في علاج اضطرابات القلق لدى كل من الأطفال والمراهقين.

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة كل من العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء التطبيقي في علاج اضطرابات القلق العام، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ فرداً من الراشدين ممن يعانون من اضطرابات القلق العام، قسموا بالتساوي إلى مجموعتين قوام كل مجموعة ١٠ أفراد تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي السلوكي، بينما تلقت المجموعة الثانية الاسترخاء التطبيقي، واستخدمت الدراسة مقياس القلق العام، والاسترخاء التطبيقي والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق العام، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن كل من الاسترخاء التطبيقي والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قد ساهما في علاج اضطرابات القلق العام، حيث لم توجد أية فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الاسترخاء التطبيقي والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق العام لدى أفراد عينة الدراسة.

١٠- دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ طالباً من طلاب الجامعة، بواقع ٣٠ من الذكور، ٣٠ من الإناث، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات قوام كل مجموعة ٢٠ طالباً بواقع ١٠ من الذكور، ١٠ من الإناث في كل مجموعة، بواقع مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، حيث تلقت المجموعة التجريبية الأولى العلاج المعرفي، بينما تلقت المجموعة التجريبية الثانية العلاج النفسي الديني، ولم تتعرض المجموعة الضابطة لأي برنامج علاجي، واستخدمت الدراسة اختبار قلق المستقبل إعداد الباحث، والبرنامج العلاجي المعرفي إعداد الباحث، برنامج العلاج النفسي الديني إعداد الباحث، واستمارة المستويات الاجتماعية الاقتصادية الثقافية إعداد شعبان رجب، واستمارة المقابلة الشخصية إعداد صلاح مخيمر، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني قد ساهما في خفض قلق المستقبل لدى طلاب المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية الذكور والإناث، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج المعرفي، ومتوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج النفسي الديني في خفض قلق المستقبل، لصالح طلاب المجموعة التجريبية الأولى الذكور والإناث التي تلقت العلاج المعرفي، واستمرت فاعلية كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في خفض قلق المستقبل لدى طلاب المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية الذكور والإناث بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامجين.

١١- دراسة روبرت دورهام وآخرين. Durham, et al. (١٩٩٤):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية كل من العلاج المعرفى والعلاج النفسى التحليلى والتدريب على التحكم فى القلق فى علاج اضطرابات القلق العام، والإجابة على تساؤل مؤداه: هل هناك فروق فعالة فى العلاج المختصر من ٨ - ١٠ جلسات والعلاج غير المختصر من ١٦ - ٢٠ جلسة، وتكونت عينة الدراسة من ١١٠ أفراد ممن يعانون من اضطرابات القلق العام بواقع ٣٥ من الذكور و٧٥ من الإناث من الراشدين وقسمت العينة إلى أربع مجموعات وهى على الوجه التالى: مجموعة العلاج المعرفى، ومجموعة العلاج النفسى التحليلى، ومجموعة التدريب على التحكم فى القلق، بالإضافة إلى المجموعة الضابطة، وتم تقسيم كل من مجموعتى العلاج المعرفى والعلاج النفسى التحليلى إلى مجموعتين على النحو التالى: مجموعة تلقت العلاج المختصر، ومجموعة تلقت العلاج غير المختصر، أما مجموعة التدريب على التحكم فى القلق فقد تلقت العلاج المختصر فقط، وتم تتبع المجموعات العلاجية بعد ٦ شهور من انتهاء فترة العلاج، واستخدم الباحثون فى هذه الدراسة مقياس هاميلتون للقلق (HRSA) (١٩٥٩)، ومقياس التكيف الاجتماعى لويزمان وبايكل (SAS) (١٩٧٤).

وأسفرت نتائج الدراسة عن أن العلاج المعرفى كان أكثر فاعلية من العلاج النفسى التحليلى، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعة العلاج المعرفى ومجموعة التدريب على التحكم فى القلق، ولا توجد فروق بين المجموعات التى تلقت علاج مختصر والمجموعات التى تلقت علاج غير مختصر، وأشارت الدراسة إلى أنه لا يوجد أى دليل على أن كثرة عدد الجلسات أفضل من عدد الجلسات القليلة.

١٢- دراسة ساندرسون وويليام وآخرين. William, et al. (١٩٩٤):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفى فى خفض اضطرابات القلق العام، وتحديد عدد الجلسات التى يتطلبها البرنامج المعرفى، وتكونت عينة الدراسة من ٣٢ فرداً بواقع ١٥ من الذكور و ١٧ من الإناث بمتوسط عمرى ٣٥,٤ عام، واستخدم الباحثون فى هذه الدراسة قائمة بيك للقلق والاكتئاب، وبرنامجين علاجيين وعدد جلساتهما ١٥ جلسة، ٩ جلسات بحيث تلقت مجموعة منهم ٢٣ فرداً ٩ جلسات وهى مجموعة اضطرابات القلق العام، أما المجموعة الأخرى والمكونة من ٩ أفراد تلقوا ١٥ جلسة (مجموعة اضطرابات القلق العام بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية).

وأسفرت نتائج الدراسة عن أن متوسط عدد الجلسات اللازمة للعلاج المعرفى هى ١٠,٩ جلسة بالتقريب ١١ جلسة، وأن عدد الجلسات لا يرتبط بشدة الاضطراب، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن العلاج المعرفى كان له فاعلية فى

خفض القلق العام لدى أفراد العينة، وأنه لا توجد فروق بين المجموعتين في درجات القلق.

١٣- دراسة أرون بيك وآخرين (Beck, et al. ١٩٩٢):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر كل العلاج المعرفي المركز قصير المدى والطويل المدى في علاج اضطرابات الهلع Panic Disorders والتي تشمل القلق العام والاكتئاب ومواقف الخوف والتجنب، وتكونت عينة الدراسة من ٣٣ مريضاً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ١٨ - ٦٥ سنة يعانون من هذه الاضطرابات، واستمر العلاج المعرفي طويل المدى ١٢ أسبوعاً بينما استمر العلاج المختصر ٨ أسابيع، وتم عمل متابعة بعد مضي ٦ شهور.

واستخدمت الدراسة قائمة بيك للقلق والاكتئاب والبرنامج العلاجي المعرفي قصير المدى والطويل المدى، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية كل من العلاج المعرفي المركز طويل المدى والقصير المدى في خفض القلق العام والاكتئاب ومواقف الخوف والتجنب.

١٤- دراسة ديجيوسب رايوند وآخرين (Raymond et al. ١٩٩٠):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعلية خمسة أساليب علاجية معرفية وهي على النحو التالي: العلاج المعرفي، والعلاج العقلاني الانفعالي، وعلاج تدريب بناء الذات، والعلاج اليبينشخصي المعرفي بأسلوب حل المشكلة، وفنية التدريب التوكيدي في خفض القلق الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من ٧٩ فرداً يعانون من القلق الاجتماعي بواقع ٤٣ من الذكور و٣٦ من الإناث بمتوسط عمري ٣٦,٢ سنة، وقسمت العينة إلى ست مجموعات بواقع مجموعة لكل أسلوب علاجي بالإضافة إلى المجموعة الضابطة، واستخدمت الدراسة التقارير الذاتية للقلق الاجتماعي، ومقياس الخوف من التقييم السلبي، ومقياس التجنب الاجتماعي، ومقياس المشاعر المتعددة لزوكرمان ولوبين Zuckerman & Lubin (١٩٦٥)، واستمر العلاج لمدة ١٠ أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تتراوح مدتها من ساعة إلى ساعة ونصف الساعة، وتراوح عدد الأفراد في كل مجموعة علاجية ما بين ٥ - ٨ أفراد، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن كل من الأساليب المعرفية المستخدمة في الدراسة كان لها أثر فعال في خفض القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة.



خلاصة وتعقيب على الدراسات التي تناول فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل بصفة خاصة واضطرابات القلق بصفة عامة لدى عينات مختلفة من الراشدين وكبار السن:

أولاً من حيث الهدف:

هدفت هذه المجموعة من البحوث والدراسات إلى التحقق من فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطرابات القلق العام، واضطراب القلق الاجتماعي، والمخاوف الاجتماعية، وقلق المستقبل لدى أفراد عينات هذه المجموعة من الدراسات، حيث هدفت بعض هذه الدراسات إلى معرفة أثر الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطرابات القلق كما في دراسة تشارلز بول، Pull (٢٠٠٧)، تيان أوى وألانا براونين Oei, & Browne, (٢٠٠٦)، جون لابيوكي وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et, al. (٢٠٠٤)، سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤).

في حين هدفت بعض الدراسات إلى مقارنة الأسلوب المعرفي السلوكي بأساليب أخرى في خفض حدة اضطرابات القلق، حيث هدفت دراسة جوسين سكورمانز وآخرون Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦) إلى مقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وعقار السرتراين، ومجموعة الوايث لاست Waitlist القياسية في علاج اضطرابات القلق العام والخوف الاجتماعي لدى البالغين، كما هدفت دراسة إليزابيث نولان، Nolan (٢٠٠٥) إلى التتبع طويل المدى للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي، وهدفت دراسة كايلى فرانسيس Francis, (٢٠٠٤) إلى مقارنة كل من العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء التطبيقي في علاج اضطرابات القلق العام، كما هدفت دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦) إلى التعرف على أثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة، بينما هدفت دراسة روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤) إلى معرفة فاعلية كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي التحليلي والتدريب على التحكم في القلق في علاج اضطرابات القلق العام، وهل هناك فروق فعالة في العلاج المختصر من ٨-١٠ جلسات والعلاج غير المختصر من ١٦-٢٠ جلسة، بينما هدفت دراسة أرون بيك وآخرين Beck, et al. (١٩٩٢) إلى تحديد أثر كل من العلاج المعرفي المركز قصير المدى وطويل المدى في علاج اضطرابات الهلع Panic Disorders والتي تشمل القلق العام والاكتئاب ومواقف الخوف والتجنب، في حين هدفت دراسة ديجيوسيب رايموند وآخرين Raymond et al. (١٩٩٠) إلى مقارنة فاعلية خمسة أساليب علاجية معرفية وهي على النحو التالي: العلاج المعرفي،

والعلاج العقلاني الانفعالي، وعلاج تدريب بناء الذات، والعلاج الينشخصي المعرفي بأسلوب حل المشكلة، وفنية التدريب التوكيدي في خفض القلق الاجتماعي.

#### ثانياً من حيث العينة:

تتوزع العينات التي احتوتها هذه المجموعة من الدراسات من حيث المرحلة العمرية، وجنس العينة، وحجمها.

#### أ- من حيث المرحلة العمرية لأفراد العينة:

احتوت بعض الدراسات على عينات من الأفراد في مرحلة الرشد كما في دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et al. (٢٠٠٧)، تشارلز بول Pull (٢٠٠٧)، تيان أوى والانا براوين Oei, & Browne (٢٠٠٦)، جون لابيوكوي وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان Nolan (٢٠٠٥)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et, al. (٢٠٠٤)، كايلي فرانسيس Francis (٢٠٠٤)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤)، في حين احتوت بعض الدراسات على مجموعة من المسنين كما في دراسة جوسين سكورمانز وآخرون Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، رايموند وآخرين Raymond et al. (١٩٩٠)، بينما احتوت دراسة سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤) على عينة من الأطفال والمراهقين، أما دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦) فاحتوت على عينة من طلاب الجامعة، بينما دراسة أرون بيك وآخرين Beck, et al. (١٩٩٢) فاحتوت على عينة من الأفراد في مراحل عمرية مختلفة.

#### ب- من حيث جنس العينة:

أما من حيث جنس العينة فاحتوت بعض الدراسات على مجموعة من الذكور والإناث معاً كما في دراسة تيان أوى والانا براوين Oei, & Browne (٢٠٠٦)، جوسين سكورمانز وآخرون Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان Nolan (٢٠٠٥)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et, al. (٢٠٠٤)، سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤)، محمد عبد التواب (١٩٩٦)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤)، ديجيوسب رايموند وآخرين Raymond et al. (١٩٩٠)، في حين اهتمت بعض الدراسات بدراسة مجموعة من الذكور فقط كما في دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et

al.(٢٠٠٧) جون لابيروي وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، كايلى  
فرانسيس Francis, et al. (٢٠٠٤)، ارون بيك وآخرين Beck, et al. (١٩٩٢).

#### ج- من حيث حجم العينة:

اختلف حجم العينة في هذه المجموعة من الدراسات، وقد لاحظ الباحث  
ان كل دراسة احتوت على عدد افراد مختلف عنه في الدراسات الأخرى.

#### ثالثاً من حيث أدوات الدراسة:

تنوعت الأدوات المستخدمة في هذه المجموعة من البحوث والدراسات  
كل حسب هدف دراسته، فقد اشتملت بعض الدراسات على:

- مقياس اضطرابات القلق العام كما في دراسة ماريا جوكيرز وآخرين, et Jockers, al. (٢٠٠٧)، بول تشارلز Pull, (٢٠٠٧)، تيان أوى وألانا براوين Oei, & Browne, (٢٠٠٦)، جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، جون لابيروي وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، روبرت دورهام وآخرين, Durham, et, al. (٢٠٠٤)، كارتوريت سام وآخرين Sam, et, al. (٢٠٠٤)، كايلى فرانسيس Francis, (٢٠٠٤).
- مقياس القلق الاجتماعي كما في دراسة إليزابيث نولان, Nolan (٢٠٠٥).
- مقياس الخوف الاجتماعي كما في دراسة جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦).
- مقياس القلق الحالة - السمة كما في دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et al. (٢٠٠٧).
- مقياس قلق المستقبل كما في دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦).
- مقياس الخوف من الأماكن العامة كما في دراسة جون لابيروي وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦).
- قائمة بيك للقلق والاكتئاب كما في دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤).
- مقياس التكيف الاجتماعي كما في دراسة روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤).
- التقييم السلوكي كما في دراسة إليزابيث نولان, Nolan (٢٠٠٥).

- مقياس الخوف من التقييم السلبي، ومقياس التجنب الاجتماعي، ومقياس المشاعر المتعددة كما في دراسة ديجيوسب رايموند وآخرين Raymond et al. (١٩٩٠).
- المقابلة الشخصية كما في دراسة إليزابيث نولان Nolan, Elizabeth (٢٠٠٥)، روبرت دورهام وآخرين. Durham, et, al. (٢٠٠٤)، محمد عبد التواب (١٩٩٦).
- الاستفتاءات الشخصية كما في دراسة تيان أوى وألانا براوين Oei, & Browne, (٢٠٠٦).
- التقارير الذاتية كما في دراسة تيان أوى وألانا براوين Oei, & Browne, (٢٠٠٦)، جون لابريكوى وآخرين. Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان Nolan, (٢٠٠٥)، سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤).
- المراقبة الذاتية كما في دراسة جون لابريكوى وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦).
- عقار السرترالين كما في دراسة جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦).
- مجموعة الوايت لاست Waitlist القياسية في علاج اضطرابات القلق العام كما في دراسة جوسين سكورمانز وآخرين. Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦).
- الاسترخاء التطبيقي كما في دراسة كايلي فرانسيس Francis, (٢٠٠٤).
- البرنامج المعرفي السلوكي كما في دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et al. (٢٠٠٧)، بول تشارلز Pull, (٢٠٠٧)، تيان أوى وألانا براوين Oei, & Browne, (٢٠٠٦)، جوسين سكورمانز وآخرون. Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، جون لابريكوى وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان Nolan, (٢٠٠٥)، روبرت دورهام وآخرين. Durham, et, al. (٢٠٠٤)، سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤)، كايلي فرانسيس Francis, (٢٠٠٤).
- برنامج العلاج المعرفي وبرنامج العلاج النفسي الديني واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي كما في دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦).

#### رابعاً من حيث عدد جلسات البرنامج المعرفى السلوكى:

تعددت عدد جلسات البرنامج المعرفى السلوكى فى هذه المجموعة من البحوث الدراسات حيث أشارت دراسة تيان أوى وألانا براونين Oei, & Browne, (٢٠٠٦) إلى أن عدد جلسات البرنامج المعرفى السلوكى فى علاج اضطرابات القلق العامة هى ثمانى جلسات، بينما احتوى البرنامج المعرفى السلوكى فى دراسة جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤) على ١٥ جلسة، فى حين احتوى البرنامج المعرفى السلوكى فى دراسة محمد عبد النواب (١٩٩٦) على ١٢ جلسة، أما دراسة روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤) فقد أشارت إلى أن عدد جلسات البرنامج المعرفى المختصر تتراوح ما بين ٨ - ١٠ جلسات للعلاج المختصر، أما جلسات البرنامج المعرفى المطول فتتراوح ما بين ١٦ - ٢٠ جلسة للعلاج المطول، فى حين احتوى البرنامج المعرفى السلوكى فى دراسة أرون بيك وآخرين Beck, et al. (١٩٩٢) على ثمانى جلسات للعلاج المختصر، ١٢ جلسة للعلاج المطول، واحتوى البرنامج المعرفى السلوكى فى دراسة ديجيوسب رايموند وآخرين Raymond et al. (١٩٩٠) على ١٠ جلسات، ومما سبق يمكن أن نجد أن متوسط عدد جلسات البرنامج المعرفى السلوكى يتراوح ما بين ١٠ - ١٢ جلسة.

هذا وسوف يكون عدد جلسات البرنامج المعرفى السلوكى فى الدراسة الحالية هو ١٦ جلسة، على الرغم من توصل الباحث إلى أن متوسط عدد جلسات البرنامج يتراوح ما بين ١٠ - ١٢ جلسة، ويرجع الباحث هذه الزيادة فى عدد جلسات البرنامج الحالى إلى احتواء البرنامج الإرشادى فى الدراسة الحالية على المساندة الاجتماعية، وما تشغله من مساحة من عدد جلسات البرنامج الإرشادى، وذلك لمساعدة أفراد العينة على الاستفادة من هذه المساندة الاجتماعية فى كيفية التعامل مع مواقف قلق المستقبل التى تواجههم، وفى كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً.

#### خامساً من حيث فترة متابعة أثر البرنامج المعرفى السلوكى:

أشارت العديد من هذه الدراسات إلى أن فترة المتابعة المعتادة لأثر البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض اضطرابات القلق هى شهر أو شهرين كما فى دراسة إليزابيث نولان Nolan, (٢٠٠٥)، بينما استخدمت دراسة جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦) فترة متابعة ثلاث شهور، وتتبع دراسة جون لابرىكوى وآخرين Joane, Labrecque, et, al. (٢٠٠٦) أثر البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض اضطرابات القلق العام بعد ١٢ شهراً من انتهاء تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى، فى حين استخدمت دراسة روبرت

دورهام وآخرين. Durham, et, al. (٢٠٠٤)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤) فترة متابعة ستة أشهر، أما دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦) فتتبع أثر البرنامج بعد فترة متابعة مدتها شهرين.

وفي ضوء ذلك سوف تتبع الدراسة الحالية أثر البرنامج الإرشادي بعد فترة متابعة مدتها شهرين.

#### سادساً من حيث النتائج:

أشارت نتائج بعض هذه الدراسات إلى فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى فى خفض حدة اضطرابات القلق بأنواعها كما فى دراسة ماريا جوكيرز وآخرين Jockers, et al. (٢٠٠٧)، تيان أوى وألانا براوين Oei, & Browne, (٢٠٠٦)، جون لابرىكوى وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et, al. (٢٠٠٤)، سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤).

أما نتائج دراسة تشارلز بول Pull, (٢٠٠٧) فقد أسفرت عن أن العلاج المعرفى السلوكى المدعم بالعقاقير المضادة للقلق كان له أثر بالغ فى خفض حدة اضطرابات لدى عينة الدراسة، فى حين أشارت نتائج دراسة جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦) إلى أن كل من العلاج المعرفى السلوكى مدعم بالسرترالين ومجموعة الوابيت لاسيت Waitlist القياسية قد ساهما فى خفض اضطرابات القلق لدى أفراد عينة الدراسة، كما توصلت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى أن البرنامج المعرفى السلوكى كان له أثر أكثر فاعلية من مجموعة الوابيت لاسيت Waitlist القياسية فى خفض اضطرابات القلق بعد فترة المتابعة، كما أسفرت نتائج دراسة إليزابيث نولان Nolan, (٢٠٠٥) عن أن العلاج المعرفى السلوكى له تأثير طويل المدى يمتد من ٣ - ٥ سنوات، أما نتائج دراسة كايلى فرانسيس Francis, (٢٠٠٤) فأسفرت عن أن كل من الاسترخاء والعلاج المعرفى السلوكى قد ساهما فى خفض اضطرابات القلق لدى أفراد العينة، ولم تظهر الدراسة أية فروق بين الأسلوبين من حيث التأثير على خفض اضطرابات القلق لدى أفراد العينة، فى حين أسفرت نتائج دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٦) عن أن كل من العلاج المعرفى والعلاج النفسى الدينى قد ساهما فى خفض قلق المستقبل لدى أفراد العينة، كما توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق بين تأثير العلاج المعرفى والعلاج النفسى الدينى فى خفض قلق المستقبل لدى أفراد العينة لصالح العلاج المعرفى.

كما أسفرت نتائج دراسة روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (١٩٩٤) عن أن العلاج المعرفى كان أفضل من العلاج النفسى التحليلى فى

خفض حدة اضطرابات القلق لدى أفراد العينة، كما توصلت إلى أن العلاج طويل المدى ليس شرطاً في علاج اضطرابات القلق، حيث لم توجد فروق بين المجموعة التي تعرضت للعلاج المعرفي المختصر والمجموعة التي تعرضت للعلاج المعرفي طويل المدى، كما أشارت إلى نفس النتيجة دراسة أرون بيك وآخرين. Beck, et al. (1992)، أما نتائج دراسة ديجيوسب رايموند وآخرين Raymond et al. (1990) فأسفرت عن أن الأساليب المعرفية المتبعة في الدراسة قد ساهمت جميعها في خفض القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

ومما سبق يتضح لنا أن الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي أدى إلى خفض اضطرابات القلق بأنواعها، حيث ركز هذا الأسلوب على أسباب القلق وليس على أعراض القلق، فالإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي يخاطب النفس والمشاعر الإنسانية، ويركز على الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى العميل ويبرزها له، ويحسه على تغييرها بأفكار ومعتقدات أخرى صحيحة، وذلك من خلال التدريب على بعض الفنيات المعرفية والسلوكية أثناء جلسات البرنامج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق، وبذلك تؤكد هذه النتائج على أن الأساليب المعرفية السلوكية ذات فاعلية في خفض اضطرابات القلق بأنواعها، كما أنها تصلح لجميع الأعمار الزمنية، وفي ضوء هذه النتائج تستخدم الدراسة الحالية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي كأسلوب من أساليب الإرشاد والعلاج النفسي، في بناء برنامج إرشادي لخفض قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة الحالية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً.

**رابعاً دراسات تناولت فاعلية خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تعديل السلوك اللاكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً:**

١- دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية الإرشاد الأسري المبكر في تحسين جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أسر (آباء وأمهات) من أسر الأطفال المعاقين عقلياً من ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المرتفع، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٥ - ٥٠ عاماً، بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً الملتحقين بمدرسة التربية الفكرية للطفل المعاق بالزقازيق، والذين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٤ - ٧ سنوات، وممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، قوام كل مجموعة خمس أسر بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً بواقع ثلاثة أطفال ذكور وأثنين من الإناث في كل مجموعة، حيث تعرضت المجموعة التجريبية إلى البرنامج الإرشادي دون المجموعة الضابطة، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه مقياس

السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، مقياس ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة (١٩٩٨)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي إعداد محمد بيومي (٢٠٠٠)، استمارة بيانات أولية للطفل والأسرة إعداد إيمان الكاشف، البرنامج الإرشادي لأسر الأطفال المعاقين عقلياً في تحسين جوانب السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال إعداد الباحثة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن البرنامج كان له أثر في تحسين أغلب جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، فيما عدا النشاط المهني والتوجه الذاتي والأعمال المنزلية، والمسئولية.

٢- دراسة عادل الياي (٢٠٠٦)

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي في تغيير الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية لأبنائهم وتأثير ذلك على تحسين السلوك التوافقي لدى هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة من مجموعة من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، واستخدم الباحث في دراسته هذه اختبار رسم الرجل لجودايف هاريس، ومقياس السلوك التوافقي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، ومقياس اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقلياً إعداد الباحث، والبرنامج الإرشادي لتغيير اتجاهات الوالدين نحو الابن المعاق عقلياً، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات والدي المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات والدي المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج وذلك على أبعاد مقياس اتجاهات الوالدين نحو الابن المعاق عقلياً لصالح أفراد المجموع التجريبية، كما أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال المعاقين عقلياً بالمجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات الأطفال المعاقين عقلياً بالمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج وذلك على أبعاد مقياس السلوك التوافقي لصالح المجموعة التجريبية.

٣- دراسة رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤):

هدفت هذه الدراسة إلى إكساب أسر الأطفال المعاقين عقلياً أساليب ونماذج السلوك التكيفي لأطفالهم المعاقين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأسرهم، وقسمت العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تلقت التدريب على أساليب السلوك التكيفي متعدد النماذج من خلال التعلم بالأنموذج والتفاعل الاجتماعي (مجموعة التدخل)، أما المجموعة الأخرى (المجموعة الضابطة) فقد تلقت التدريب على السلوك التكيفي متعدد النماذج من خلال المحاضرات التعليمية، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تحسن ذو دلالة إحصائية من حيث اكتساب السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقلياً، وقد كانت نسبة الكفاءة المضافة في مجموعة التدخل (المجموعة التجريبية) هي ٨٠%، بينما كانت نسبة الكفاءة المضافة في المجموعة الضابطة هي ٢٨%.



#### ٤- دراسة فتحي مصطفى (٢٠٠٣):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تحسين بعض مهارات السلوك التوافقي لأطفالهم المعاقين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٠ سنوات، بالإضافة إلى والديهم وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين قوام كل مجموعة ١٥ طفلاً والديهم، واستخدم الباحث في دراسته هذه مقياس الاتجاهات نحو المعاقين إعداد عبد المطلب القريظي (١٩٩٢)، ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، والبرنامج الإرشادي إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة من حيث السلوك التوافقي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات آباء المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات آباء المجموعة الضابطة من حيث الاتجاهات الودية في التطبيق البعدي لصالح آباء المجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين بعض مهارات السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقلياً عينة الدراسة وتعديل اتجاه والديهم نحوهم.

#### ٥- دراسة عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية إرشاد الأطفال أسر المعاقين عقلياً لمتابعة تدريب أطفالهم المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وأثر ذلك في تنمية تفاعلاتهم الاجتماعية.

وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفلاً من المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة بالإضافة إلى والديهم، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ١٠ أطفال بالإضافة لوالديهم، وتم تقديم البرنامج الإرشادي لوالدي أطفال المجموعة التجريبية حول جداول النشاط المصورة وكيفية استخدامها وتم تعريضهم لنموذج من هذا البرنامج لتدريبهم عليه، وذلك لتدريب الأطفال على استخدام تلك الجداول.

واستخدمت الدراسة مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ومقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل، وجداول النشاط المصورة، والبرنامج الإرشادي للوالدين، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تحسن في مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال المجموعة التجريبية بالمقارنة بأطفال المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي، مما يدل على فاعلية الإرشاد الأسري في تنمية التفاعلات الاجتماعية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

#### ٦- دراسة عادل عبد الله (ب) (٢٠٠٠):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من سلوكهم الانسحابى، وتكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال توحديين ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٢ سنة بالإضافة إلى أمهاتهم، وقسمت العينة بالتساوى إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٤ أفراد، وقد تم تطبيق البرنامج على أمهات المجموعة التجريبية، واستخدم الباحث فى دراسته هذه مقياس جودارد للذكاء ومقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة إعداد محمد بيومى (٢٠٠٠) ومقياس الطفل التوحدى إعداد الباحث ومقياس السلوك الانسحابى إعداد الباحث والبرنامج المعرفى السلوكى إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على مقياس السلوك الانسحابى فى الاتجاه الأفضل لصالح أطفال المجموعة التجريبية، كذلك كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس السلوك الانسحابى فى الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدى، هذا مما يدل على فاعلية الإرشاد الأسرى فى الحد من السلوك الانسحابى لدى هذه الفئة من الأطفال.

#### ٧- دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠)

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادى لتعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقلياً، وتكونت عين الدراسة من ٢٤ من طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً القابلين للتعليم ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٩ - ١٢ بالإضافة لأمهاتهم، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ١٢ أما وأطفالهن المعاقين عقلياً، واستخدمت الباحثة فى دراستها هذه مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، واستمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية إعداد عبد العزيز الشخص ١٩٩٥، ومقياس اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً مكون من صورتين صورة (أ) من وجهة نظر الأم وصورة (ب) من وجهة نظر الطفل المعاق عقلياً إعداد الباحثة بالإضافة إلى البرنامج الإرشادى من إعداد الباحثة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى من حيث الاتجاهات الوالدية لصالح القياس البعدى، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين أمهات المجموعة التجريبية وأمهات المجموعة الضابطة فى القياس البعدى من حيث الاتجاهات الوالدية لصالح أمهات المجموعة

التجريبية، كذلك كشفت نتائج الدراسة عن أن تعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقلياً كان له أثر واضح في تحسين سلوكه التكيفي.

٨- دراسة أمال محمود (١٩٩٩) :

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأثره على السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من ١٣ من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهن ما بين ٣٥ - ٤٥ عاماً من ذوى المستوى الاجتماعى الإقتصادى المرتفع، بالإضافة إلى أطفال هؤلاء الأمهات والبالغ عددهم ١٣ طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٢، سنة وتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، واستخدمت الباحثة في دراستها هذه مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس السلوك التكيفي، واختار رسم الرجل لجودأنف هاريس، ومقياس المستوى الاجتماعى الإقتصادى للأسرة، والبرنامج الإرشادى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن البرنامج الإرشادى المستخدم في الدراسة أدى إلى خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، كما استمرت فاعلية البرنامج في خفض هذه الضغوط النفسية لديهن بعد فترة المتابعة التى استمرت لمدة شهرين، حيث لم توجد فروق بين التطبيق البعد والتتبعية على مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، واتباع الانخفاض في الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً تحسن في السلوك التكيفي لدى أطفالهن المعاقين عقلياً، كما استمر هذا التحسن في السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال في اتجاه الزيادة بعد فترة المتابعة والتي استمرت لمدة شهرين.

٩- دراسة جوزيف كلينتوك, Clintock (١٩٩٧):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثير برنامج لتحسين أساليب التوافق بين والدى الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم على السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من ٦٦ أسرة ممن لديهم أطفال معاقون عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٨ سنة من ذوى الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة .

وقام الباحث بتقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة هذا بالنسبة للوالدين على حده ولأطفالهم المعاقين عقلياً على حده، وقد قام الباحث بالتجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة للوالدين من حيث المستوى الاجتماعى الإقتصادى الثقافى ومستوى التعليم، ومستوى التوافق، كما تم التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة للأطفال المعاقين عقلياً من حيث العمر الزمنى والذكاء والسلوك التكيفي، وقد استخدم الباحث في

دراسته هذه بطارية اختبارات لتحديد الإعاقة العقلية والسلوك التكيفي لدى الأطفال ومستوى التوافق لدى الوالدين والبرنامج المستخدم لتحسين أساليب التوافق النفسي لديهما، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج المستخدم في زيادة التوافق الزوجي لدى الوالدين، وأن هذا التحسن كان له أثر واضح في تنمية السلوك التكيفي لدى أبنائهم المعاقين عقلياً.

١٠- دراسة كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من أساليب مواجهة الوالدين للتوترات الناتجة عن الصراعات اليومية المصاحبة لتنشئة طفل معاق عقلياً وأثر ذلك على التوافق المدرسي لدى هذا الطفل، وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً، واستخدمت الدراسة مقياس طرق المواجهة لفلكمان ولازاروس Folkman & Lazarus (١٩٨١)، ومقياس السلوك التوافقي، وقد تم التركيز على أسلوبين من طرق المواجهة هما المواجهة المتمركزة حول المشكلات، والمواجهة المتمركزة حول الانفعالات، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود اختلاف بين أساليب مواجهة الوالدين للصراعات اليومية المصاحبة لتنشئة طفل معاق عقلياً، كما أشارت أيضاً نتائج الدراسة إلى أن أساليب المواجهة هذه كانت مرتبطة بمعايير التوافق المدرسي لدى الطفل المعاق عقلياً.

١١ - دراسة جمال حمزة (١٩٩٢):

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي يهدف إلى تحسين اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المعاق عقلياً وأثره في تحسين السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ آباء، ٣٨ أم، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٥ آباء، ١٩ أم، وتم التجانس بين المجموعتين من حيث المستوى الاقتصادي الاجتماعي ومستوى التعليم، هذا بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً والذين بلغ عددهم ٤٨ طفلاً معاقاً عقلياً تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، وتم التجانس بين المجموعتين من حيث العمر الزمني والذكاء ومستوى السلوك التكيفي، واستخدم الباحث في دراسته هذه عدة مقاييس منها مقياس الاتجاهات الوالديه نحو الابن المعاق عقلياً، ومقياس السلوك التكيفي، والبرنامج الإرشادي المستخدم للوالدين، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة في تعديل اتجاهات الوالدين نحو ابنهم المعاق عقلياً، وكان لذلك أثر إيجابي في تحسين السلوك التكيفي لأبنائهم المعاقين عقلياً حيث ظهر هذا الأثر في النواحي النمائية، هذا وقد وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة على

مقياس السلوك التكيفي لصالح أطفال المجموعة التجريبية، كما استمرت فاعلية البرنامج بعد شهرين من المتابعة.

**خلاصة وتعقيب على الدراسات التي تناولت فاعلية خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية الأخرى لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تعديل السلوك التكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً:**

**أولاً من حيث الهدف:**

هدفت هذه المجموعة من البحوث والدراسات إلى دراسة أثر خفض بعض الاضطرابات والضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وتعديل اتجاهات الوالدين تجاه الطفل المعاق عقلياً على تحسين جوانب السلوك التكيفي، أو تعديل جوانب السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال، حيث هدفت دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧) إلى التحقق من فاعلية الإرشاد الأسري المبكر في تحسين جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، كما هدفت دراسة عادل الياامي (٢٠٠٦) إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي في تغيير الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية لأبنائهم وتأثير ذلك على تحسين السلوك التوافقي لدى هؤلاء الأطفال، أما دراسة رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤) فهدفت إلى إكساب أسر الأطفال المعاقين عقلياً أساليب ونماذج السلوك التكيفي، في حين هدفت دراسة فتحى مصطفى (٢٠٠٣) إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تحسين بعض مهارات السلوك التوافقي لأطفالهم المعاقين عقلياً، وهدفت دراسة عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١) إلى التحقق من مدى فاعلية إرشاد الأطفال المعاقين عقلياً لمتابعة تدريب أطفالهم المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وأثر ذلك في تنمية تفاعلاتهم الاجتماعية.

كما هدفت دراسة عادل عبد الله (٢٠٠٠) إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من سلوكهم الانسحابي، أما دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠) فهدفت إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقلياً، كما هدفت دراسة أمال محمود (١٩٩٩) إلى التحقق من فاعلية برنامج في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأثره على السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال، وهدفت دراسة جوزيف كلينتوك, Clintock (١٩٩٧) إلى الكشف عن تأثير برنامج لتحسين أساليب التوافق بين والدي الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم على تحسين السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال، في حين هدفت دراسة كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣) إلى التحقق من أساليب مواجهة الوالدين للتوترات الناتجة عن الصراعات اليومية المصاحبة لتنشئة طفل معاق عقلياً وأثر ذلك على التوافق المدرسي لدى هذا الطفل، أما دراسة جمال

حمزة (١٩٩٢) فهدفت إلى إعداد برنامج إرشادي يهدف إلى تحسين اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المعاق عقلياً وأثره في تحسين السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

وفي ضوء ذلك تسعى الدراسة الحالية إلى تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً في ضوء خفض قلق المستقبل لدى أسرهم.

#### ثانياً من حيث عينة الدراسة:

اتفقت هذه المجموعة من الدراسات في أن عينة الدراسة كانت تشمل أسر أو أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً، ولكنها اختلفت من حيث المرحلة العمرية لأفراد العينة من حيث الوالدين أو الأطفال، كذلك اختلفت من حيث جنس العينة للوالدين أو الأطفال، كما اختلفت من حيث حجم العينة أيضاً.

#### أ- من حيث المرحلة العمرية لأفراد العينة:

استخدمت دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧) عينة من الوالدين ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٥ - ٥٠ عاماً، بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً والذين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٤ - ٧ سنوات، وتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، أما دراسة عادل الياقوت (٢٠٠٦)، دراسة رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤)، دراسة فتحي مصطفى (٢٠٠٣) فاستخدمت عينة من الوالدين بأعمار مختلفة، بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٠ سنوات، وتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، واستخدمت دراسة عادل عبد الله (٢٠٠٠) عينة من أطفال توحديين ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٢ سنوات بالإضافة إلى أمهاتهم.

في حين استخدمت دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠) عينة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٩ - ١٢ بالإضافة لأمهاتهم، كما استخدمت دراسة أمال محمود (١٩٩٩) عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٣٥ - ٤٥ عاماً، بالإضافة إلى أطفال هؤلاء الأمهات والبالغ عددهم ١٣ طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٢ سنة وتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، كما استخدمت دراسة جوزيف كلينتوك Clintock (١٩٩٧) عينة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ - ١٨، واستخدمت دراسة كرافتز وآخرين Kravetz et al. (١٩٩٣) عينة من ٥٧ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً.

#### ب- من حيث جنس العينة:

اشتملت بعض الدراسات على مجموعة من آباء وأمهات أطفال معاقين عقلياً معاً كما في دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧)، عادل الياصمي (٢٠٠٦)، رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤)، فتحي مصطفى (٢٠٠٣)، عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١)، دراسة جوزيف كلينتوك Clintock (١٩٩٧)، دراسة كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣)، جمال حمزة (١٩٩٢)، في حين اشتملت بعض الدراسات على أمهات لأطفال معاقين عقلياً فقط كما في دراسة عادل عبد الله (٢٠٠٠)، ميرفت رجب (٢٠٠٠)، أمال محمود (١٩٩٩).

#### ج- من حيث حجم العينة:

تكونت العينة في دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧) من ١٠ أسر من أسر الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً، أما دراسة رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤) فاشتملت على عينة من ٥٧ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأسرهم، في حين أن دراسة فتحي مصطفى (٢٠٠٣) اشتملت على عينة من ٣٠ طفلاً معاقاً عقلياً بالإضافة إلى والديهم، أما دراسة عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١) فاشتملت على ٢٠ طفلاً من المعاقين عقلياً وآبائهم، في حين اشتملت دراسة عادل عبد الله (٢٠٠٠) على ٨ أطفال توحيدين بالإضافة لأمهاتهم، واشتملت دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠) على ٢٤ من طفل وطفلة من المعاقين عقلياً القابلين للتعليم بالإضافة لأمهاتهم، كما اشتملت دراسة أمال محمود (١٩٩٩) على ١٣ من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأمهاتهم، في حين اشتملت دراسة جوزيف كلينتوك Clintock (١٩٩٧) على ٦٦ أسرة ممن لديهم أطفال معاقون عقلياً ذوو الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة بالإضافة لهؤلاء الأطفال، واشتملت دراسة كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣) على ٥٧ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً، كما اشتملت دراسة جمال حمزة (١٩٩٢) على ١٠ آباء، ٣٨ أما بالإضافة لأطفالهم المعاقين عقلياً.

#### ثالثاً من حيث أدوات الدراسة:

تتعدد الأدوات التي تم استخدامها في هذه المجموعة من الدراسات كل حسب تحقيق الهدف من الدراسة، حيث استخدمت دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧) مقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، مقياس ستانفورد - بينيه الصورة الرابعة (١٩٩٨)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي إعداد محمد بيومي (٢٠٠٠)، استمارة بيانات أولية للطفل والأسرة إعداد إيمان الكاشف، البرنامج الإرشادي لأسر الأطفال المعاقين عقلياً في تحسين جوانب السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال إعداد الباحثة، كما استخدمت دراسة عادل

اليامى (٢٠٠٦) اختيار رسم الرجل لجودايف هاريس، ومقياس السلوك التوافقي إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، ومقياس اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقلياً إعداد الباحث، والبرنامج الإرشادي لتغيير اتجاهات الوالدين نحو الابن المعاق عقلياً، واستخدمت دراسة فتحى مصطفى (٢٠٠٣) مقياس الاتجاهات نحو المعاقين إعداد عبد المطلب القريظى (١٩٩٢)، ومقياس السلوك التكيفى إعداد فاروق صادق (١٩٨٥)، والبرنامج الإرشادي إعداد الباحث، كما استخدمت دراسة عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١) مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ومقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل، وجدول النشاط المصورة، والبرنامج الإرشادي للوالدين.

واستخدمت دراسة عادل عبد الله (٢٠٠٠) مقياس جودارد للذكاء ومقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة إعداد محمد بيومى (٢٠٠٠) ومقياس الطفل التوحدي إعداد الباحث ومقياس السلوك الإنسحابى إعداد الباحث والبرنامج المعرفى السلوكى إعداد الباحث، أما دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠) فاستخدمت مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، واستمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية إعداد عبد العزيز الشخص (١٩٩٥)، ومقياس اتجاه الأم نحو طفلها المعاق عقلياً مكون من صورتين صورة (أ) من وجهة نظر الأم وصورة (ب) من وجهة نظر الطفل المعاق عقلياً إعداد الباحثة بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة، كما استخدمت دراسة أمال محمود (١٩٩٩) مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس السلوك التكيفى، واختبار رسم الرجل، ومقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة، والبرنامج الإرشادي فى خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

فى حين استخدمت دراسة جوزيف كلينتوك, Clintock (١٩٩٧) بطارية اختبارات لتحديد الإعاقة العقلية والسلوك التكيفى لدى الأطفال ومستوى التوافق لدى الوالدين والبرنامج المستخدم لتحسين أساليب التوافق النفسى لديهما، واستخدمت دراسة كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣) مقياس طرق المواجهة لفلكمان ولازاروس Folkman & Lazarus (١٩٨١)، ومقياس السلوك التوافقي، وقد تم التركيز على أسلوبين من طرق المواجهة هما المواجهة المتمركزة حول المشكلات، والمواجهة المتمركزة حول الانفعالات، كما استخدمت دراسة جمال حمزة (١٩٩٢) مقياس الاتجاهات الوالدية نحو الابن المعاق عقلياً، ومقياس السلوك التكيفى، والبرنامج الإرشادي المستخدم للوالدين.

#### رباعاً من حيث نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج دراسة سحر عبد المحسن (٢٠٠٧) عن أن البرنامج الإرشادي لأسر الأطفال المعاقين عقلياً فى تحسين جانب السلوك التكيفى لدى



هؤلاء الأطفال كان له أثر في تحسين أغلب جوانب السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال، كما أسفرت نتائج دراسة عادل اليايى (٢٠٠٦) عن أن البرنامج الإرشادي لأسر الأطفال المعاقين عقلياً في تغيير اتجاهاتهم الوالدية نحو الإعاقة العقلية لهؤلاء الأطفال قد أدى إلى تحسين السلوك التواقي لدى هؤلاء الأطفال، كما أسفرت نتائج دراسة رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤) عن أن السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً قد تحسن نتيجة لتدريب الأسر على نماذج وأساليب السلوك التكيفي لأطفالهم، في حين أسفرت نتائج دراسة فتحي مصطفى (٢٠٠٣) عن أن البرنامج الإرشادي للوالدين في تحسين بعض مهارات السلوك التواقي لأطفالهم المعاقين عقلياً قد أدى إلى تحسن بعض مهارات السلوك التواقي لدى الأطفال المعاقين عقلياً عينة الدراسة وتعديل اتجاه والديهم نحوهم، أما دراسة عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١) فقد أسفرت عن أن الإرشاد الأسري كان له فاعلية في تنمية التفاعلات الاجتماعية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وأسفرت نتائج دراسة عادل عبد الله (٢٠٠٠) عن أن الإرشاد الأسري كان له تأثير واضح في الحد من السلوك الانسحابي لدى أطفالهم، في حين أسفرت نتائج دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠) عن أن تعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقلياً كان له أثر واضح في تحسين سلوكه التكيفي.

كما أسفرت نتائج دراسة أمال محمود (١٩٩٩) عن أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة أدى إلى خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، واتباع ذلك الانخفاض في الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً تحسن في السلوك التكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، أما دراسة جوزيف كلينتوك, Clintock (١٩٩٧) أسفرت عن أن البرنامج الإرشادي المستخدم قد أدى إلى تحسين التوافق الزوجي لدى الوالدين، وأن هذا التحسن كان له أثر واضح في تنمية السلوك التكيفي لدى أبنائهم المعاقين عقلياً، وأسفرت نتائج دراسة كرافتر وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣) عن وجود اختلاف بين أساليب مواجهة الوالدين للصرعات اليومية المصاحبة لتنشئة طفل معاق عقلياً والسلوك التكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أساليب المواجهة هذه كانت مرتبطة بمعايير التوافق المدرسي لدى الطفل المعاق عقلياً، كما أسفرت نتائج دراسة جمال حمزة (١٩٩٢) عن أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة كان له أثر واضح في تعديل اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقلياً، مما انعكس ذلك بالإيجاب على تحسين السلوك التكيفي لأبنائهم المعاقين عقلياً، حيث ظهر هذا الأثر في النواحي النمائية.

وفي ضوء نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات السابقة يتضح لنا وجود علاقة بين خفض الاضطرابات والضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً من جهة وبين تحسين السلوك التكيفي أو تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً من جهة أخرى، حيث

توصلت نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات إلى أن خفض الاضطرابات والضعف النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة يؤثر بالإيجاب على تحسين جوانب السلوك التكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً من جانب، ومن جانب آخر تؤثر في تعديل جوانب السلوك اللاتكيفي لدى هؤلاء الأطفال، وذلك نتيجة تخلص الأسرة من بعض الضغوط النفسية التي تتعرض لها مما يؤدي إلى إيجاد مناخ أسرى طيب تسوده المحبة والمودة والهدوء النفسي، والذي بدوره يؤدي إلى تغيير نظرة الوالدين تجاه الطفل المعاق عقلياً، وتغيير اتجاهاتهم نحوه، مما يساهم ذلك في شعور الطفل بأن من حوله من الأسرة يحبه ويرغبون فيه، ونتيجة لذلك ينمو لدى هذا الطفل مفهوم ذات إيجابي وتكون هناك فرصة لحبه لمن حوله، وبالتالي فإنه يتخلى عن بعض التصرفات والسلوكيات غير المرغوبة التي كان يلجأ لها كرد فعل للمعاملة الودية السيئة واتجاهاتهم السلبية له.

وفي ضوء ما أسفرت عنه نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات يرى الباحث أن هناك علاقة بين خفض الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً وبين تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وتسعى الدراسة الحالية إلى الاستفادة من نتائج هذه المجموعة من البحوث والدراسات في تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً في ضوء خفض قلق المستقبل لدى أسرهم.

#### خامساً تعقيب عام على نتائج البحوث والدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للبحوث والدراسات السابقة التي تناولها هذا الفصل يتضح لنا افتقار البيئة العربية، ومن بينها مصر، للدراسات التي تناولت ظاهرة قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، سواء من حيث دراسة قلق المستقبل لدى هذه الأسر في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخلها، أو من حيث خفض حدة قلق المستقبل لديها، أو من حيث علاقة قلق المستقبل لدى هذه الأسر وبعض مظاهر السلوك التكيفي واللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، كما يمكننا أن نعقب تعقيباً عاماً على مجموعة البحوث والدراسات السابقة التي تناولها هذا الفصل على النحو التالي:

#### أولاً من حيث الهدف:

هدفت المجموعة الأولى من البحوث والدراسات السابقة إلى دراسة قلق المستقبل لدى الأسر الأطفال المعاقين عقلياً في ظل وجود طفل معاق عقلياً، بينما هدفت المجموعة الثانية من البحوث والدراسات السابقة إلى دراسة معاناة أسر الأطفال المعاقين عقلياً من قلق المستقبل وعلاقتها بالسلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، في حين هدفت المجموعة الثالثة من البحوث والدراسات السابقة إلى فاعلية البرامج المعرفية السلوكية في خفض اضطرابات القلق المختلفة لدى

الراشدين، أما المجموعة الرابعة من البحوث والدراسات السابقة فهنّدت إلى دراسة فاعلية خفض قلق المستقبل والضعوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال.

#### ثانياً من حيث عينة الدراسة:

اختلفت عينات الدراسات السابقة كل حسب الهدف من دراسته، هذا وقد استفاد الباحث من العينات التي احتوتها هذه البحوث والدراسات السابقة في تحديد عينة الدراسة الحالية، التي تحتوي على مجموعة من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً من الذكور والإناث.

#### ثالثاً من حيث أدوات الدراسة:

تنوعت الأدوات والمقاييس في مجموعة البحوث والدراسات السابقة، والتي تم الإشارة إليها أثناء التعقيب على كل مجموعة من مجموعات البحوث والدراسات السابقة التي عرضها الباحث في هذا الفصل، والتي ساعدت الباحث على تحديد أدوات دراسته الحالية وهي: مقياس قلق المستقبل لوالدي الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس السلوك اللاتكفي للأطفال المعاقين عقلياً، واختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة المصرية، استمارة بيانات أولية عن الطفل المعاق عقلياً، والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

هذا وقد تم اختيار اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء حيث تبين للباحث من خلال عرض البحوث والدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة الأطفال المعاقين عقلياً وأسرهم أن أكثر اختبارات الذكاء استخداماً في هذه المجموعة من البحوث والدراسات هو اختبار ستانفورد - بينيه حيث يعد هذا الاختبار أكثر اختبارات الذكاء انتشاراً، كما تبين للباحث عدم وجود مقياس لقلق المستقبل لدى أسر المعاقين عقلياً وفي ضوء ذلك سوف يقوم الباحث بتصميم هذا المقياس متضمناً أكثر أبعاد قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً والتي توصلت إليها نتائج المجموعة الأولى من البحوث والدراسات في هذا الفصل وهي: البعد الاجتماعي والاقتصادي والشخصي، هذا بالإضافة إلى كل من البعدين النفسي والجسمي، هذا بالإضافة إلى تصميم مقياس السلوك اللاتكفي للأطفال المعاقين عقلياً متضمناً أيضاً أهم السلوكيات اللاتكفية انتشاراً لدى هؤلاء الأطفال نتيجة للمعاملة غير السوية التي يتلقونها من قبل أسرهم والتي توصلت إليها نتائج المجموعة الثانية من البحوث والدراسات في هذا الفصل وهي: مفهوم الذات السلبي والسلوك العدواني وسلوك التمرد والعصيان والانسحاب الاجتماعي وسلوك إيذاء الذات، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة المصرية، واستمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً، والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

#### رابعاً من حيث نتائج الدراسة:

تعددت نتائج البحوث والدراسات السابقة التي تم عرضها في هذا الفصل، بالنسبة للمجموعة الأولى من هذه الدراسات فقد أسفرت نتائجها عن أن أسر الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من قلق المستقبل في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة والمتمثل في القلق على مستقبل الأسرة الاجتماعي والمادي بصفة عامة، والقلق بشأن مستقبل الطفل المعاق عقلياً بصفة خاصة، وأنهم يفتقدون إلى الدعم المادي والمعنوي، كما أنهم في حاجة ماسة إلى برامج إرشادية علاجية تساعد على كيفية مواجهة الحدث الضاغط والتعامل معه، وخفض قلق المستقبل لديهم، كما أكدت هذه النتائج على أهمية المساندة الاجتماعية والبرامج الإرشادية العلاجية في خفض قلق المستقبل لدى هذه الأسر، بينما أسفرت نتائج المجموعة الثانية من هذه البحوث والدراسات السابقة عن وجود علاقة بين معاناة أسر الأطفال المعاقين عقلياً من قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية التي يسببها وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة وبين ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً المتمثلة في مفهوم الذات السلبي والسلوك العدوانى وسلوك التمرد والعصيان والانسحاب الاجتماعي وسلوك إيذاء الذات كرد فعل من هؤلاء الأطفال للمعاملة السلبية التي يتلقونها من أسرهم، في حين أسفرت نتائج المجموعة الثالثة من هذه البحوث والدراسات السابقة عن فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى عينات من الأفراد الراشدين، بينما أسفرت نتائج المجموعة الرابعة والأخيرة من مجموعة البحوث والدراسات السابقة في هذا الفصل عن وجود علاقة بين خفض قلق المستقبل وبعض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وبين تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال.

هذا وقد استفاد الباحث من نتائج البحوث والدراسات التي تناولها هذا الفصل، من حيث التأكيد على معاناة أسر الأطفال المعاقين عقلياً من قلق المستقبل وهذا ما أسفرت عنه نتائج المجموعة الأولى من هذه البحوث والدراسات، والتأثير السلبي لذلك على السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً وهذا ما أسفرت عنه نتائج المجموعة الثانية من هذه البحوث والدراسات، كما أسفرت نتائج المجموعة الثالثة من هذه البحوث والدراسات إلى فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق حيث استفاد الباحث من ذلك في تصميم البرنامج الإرشادي، من حيث تحديد فنياته وعدد جلساته وفترة المتابعة، كما أسفرت نتائج المجموعة الرابعة من هذه البحوث والدراسات عن وجود علاقة بين خفض الاضطرابات والضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً وبين تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وهذا ما تهدف إليه الدراسة الحالية، حيث تهدف إلى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وأثر ذلك على تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

#### سادساً فروض الدراسة:

فى ضوء أهمية الدراسة الحالية وأهدافها ومشكلاتها وتساؤلاتها والإطار النظرى، وفى ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحوث الدراسات السابقة التى تناولها الباحث فى هذا الفصل صاغ فروض دراسته على النحو التالى:

- ١- يوجد تغير دال إحصائياً فى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والذى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى عنه فى القياس القبلى، لصالح القياس البعدى.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من والذى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات آباء نفس المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى.
- ٤- لا يوجد تغير دال إحصائياً فى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والذى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل بين القياسين البعدى والتتبعى.
- ٥- يوجد تغير دال إحصائياً فى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفى فى القياس البعدى، عنه فى القياس القبلى، لصالح القياس البعدى.
- ٦- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفى فى القياس البعدى، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من الذكور، ومتوسطات رتب درجات أطفال نفس المجموعة التجريبية من الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفى فى القياس البعدى.
- ٨- لا يوجد تغير دال إحصائياً فى درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفى بين القياسين البعدى والتتبعى.

## الفصل الرابع الدراسة الميدانية

### تمهيد:

يتناول هذا الفصل المنهج المستخدم في الدراسة، يلي ذلك عرضاً لعينة الدراسة متضمناً كيفية اختيارها والإجراءات التي تمت للتجانس بين أفرادها، ثم عرضاً تفصيلياً للأدوات التي استخدمت في الدراسة، والبرنامج الإرشادي الذي تم تصميمه وإعداده، يلي ذلك عرضاً لخطوات الدراسة التجريبية، ثم الأساليب الإحصائية المناسبة المستخدمة لتحليل البيانات، وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات:

### أولاً منهج الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج التجريبي، الذي يقوم على المقارنة بين المجموعات التجريبية والضابطة، وذلك للوقوف على معرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة لخفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثره على تعديل السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال.

### ثانياً عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من ١٦ أسرة لأطفال معاقين عقلياً (الآباء والأمهات)، من المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المتوسط، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٦ - ٥٠ سنة، هذا بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً، والبالغ عددهم ١٦ طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، بواقع ٨ أطفال من الذكور، ٨ أطفال من الإناث، من مدرسة التربية الفكرية بإمبابة بمحافظة الجيزة وتم اختيار عينة الدراسة النهائية تبعاً للخطوات التالية:

١- تم القيام بدراسة استطلاعية على والدي الأطفال المعاقين عقلياً بمدرسة التربية الفكرية بإمبابة ممن تراوحت الأعمار الزمنية لأطفالهم المعاقين عقلياً ما بين ٨ - ١٤ سنة من فئة الأطفال القابلين للتعلم، ومن ثم تم تطبيق مقياس قلق المستقبل لأسر الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس السلوك اللاتكفي للأطفال المعاقين عقلياً على عينة الدراسة من هذه الأسر.

٢- تم اختيار الآباء والأمهات الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس قلق المستقبل، والذين حصل أطفالهم المعاقون عقلياً على درجات مرتفعة

أيضاً على مقياس السلوك اللاتكفي، وبناءً على ذلك تم تحديد العينة النهائية للدراسة والبالغ عددها ١٦ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً من ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المتوسط، ومن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٦ - ٥٠ سنة، بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً، والبالغ عددهم ١٦ طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠، ومن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، بواقع ٨ أطفال من الذكور، ٨ أطفال من الإناث.

٣- قام الباحث بتقسيم عينة الدراسة النهائية للوالدين وأطفالهم المعاقين عقلياً بطريقة عشوائية بالتساوي إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطين، بحيث تضم المجموعتين التجريبيتين والضابطة الأوليين الأباء، قوام كل مجموعة ١٦ أباً وأماً، مقسمين إلى ٨ آباء، ٨ أمهات في كل مجموعة، أما المجموعتين التجريبيتين والضابطة الثانية فتضم أطفالهم المعاقين عقلياً، قوام كل مجموعة ٨ أطفال من الذكور والإناث، بواقع ٤ أطفال ذكور، ٤ أطفال إناث في كل مجموعة.

٤- تم إجراء التجانس بين المجموعتين التجريبيتين والضابطة للوالدين من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، والعمر الزمني، والجنس، وقلق المستقبل، وكذلك تم التجانس بين المجموعتين التجريبيتين والضابطة لأطفالهم المعاقين عقلياً من حيث العمر الزمني، ومعامل الذكاء، والجنس، والسلوك اللاتكفي تمهيداً لتطبيق البرنامج الإرشادي على الوالدين لخفض قلق المستقبل لديهم، واختبار أثره على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

#### شروط اختيار العينة:

##### أ- شروط اختيار عينة الوالدين:

- ١- أن يكونوا ممن لديهم طفل معاق عقلياً.
- ٢- ألا يكون بداخل الأسرة أطفال معاقون بخلاف الطفل المعاق عقلياً.
- ٣- أن تقع الأسرة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المتوسط.
- ٤- أن يكون الوالدان ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس قلق المستقبل.
- ٥- يشترط وجود الوالدين معاً داخل الأسرة واستبعاد الأسر التي بها حالات الطلاق أو الانفصال أو التفكك الأسري، أو موت أحد الوالدين.

## ب- شروط اختبار عينة الأطفال:

- ١- أن تتراوح الأعمار الزمنية للأطفال ما بين ٨ - ١٤ سنة.
- ٢- أن يكونوا من فئة القابلين للتعليم، وممن يتراوح معامل ذكائهم ٧٠ - ٥٠ درجة على اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء.
- ٣- ألا يعاني الطفل من أية إعاقات أخرى سوى الإعاقة العقلية.
- ٤- أن يكونوا ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس السلوك اللاتكفي.

## تجانس عينة الدراسة:

### أ- تجانس عينة الوالدين:

#### ١- من حيث العمر الزمني:

تراوحت الأعمار الزمنية لعينة الدراسة من والدي الأطفال المعاقين عقلياً ما بين ٣٦ - ٥٠ عاماً، وقد راعى الباحث تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الوالدين في العمر الزمني، بحيث يكون متوسط الأعمار الزمنية في المجموعتين يقع ما بين ٣٦ - ٥٠ عاماً، واستخدم في ذلك اختبار مان وتني Mann - Whitney U test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات والدي المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني، والجدول التالي يوضح ذلك.

#### جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات والدي المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني.

المجموعة	العدد (ن)	مجموع الترتب	متوسط الترتب	قيمة (ى)	مستوى الدلالة
التجريبية	١٦	٢٢٥,٥٠	١٤,٠٩	٨٩,٥٠	غير دالة
الضابطة	١٦	٣٠٢,٥٠	١٨,٩١		

(ى) عند مستوى (٠,٠٢) = ٦٦ (ى) عند مستوى (٠,٠٥) = ٧٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات والدي المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني، مما يعنى تجانس آباء المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر



الزمنى، وذلك لعدم دلالة قيمة (ى) الخاصة بمتغير العمر الزمنى بين المجموعتين.

#### ٢- من حيث الجنس:

لتحقيق تجانس عينة الدراسة من والدى الأطفال المعاقين، تم اختيار ١٦ زوجاً من والدى الأطفال المعاقين عقلياً بواقع ١٦ من الآباء، ١٦ من الأمهات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل مجموعة ٨ أزواج بواقع ٨ أفراد من الآباء، ٨ أفراد من الأمهات.

#### ٣- من حيث المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى:

تم تجانس أفراد عينة الدراسة فى متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى عن طريق تطبيق استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة على الوالدين، واستخدم فى ذلك اختبار مان وتى Mann - Whitney U test للبارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات والدى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة، والجدول التالى يوضح ذلك.

#### جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات والدى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة.

المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ى)	مستوى الدلالة
التجريبية	٨	٦٦,٥٠	٨,٣١	٣٠,٥٠	غير دالة
الضابطة	٨	٦٩,٥٠	٨,٦٩		

(ى) عند مستوى (٠,٠٢) = ١١ (ى) عند مستوى (٠,٠٥) = ١٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات والدى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة، مما يعنى تجانس والدى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة، وذلك لعدم دلالة قيمة (ى) الخاصة بالمستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة بين المجموعتين.

٤- من حيث قلق المستقبل:

قام الباحث بتجانس عينة الدراسة من الوالدين في قلق المستقبل، من خلال تطبيق مقياس قلق المستقبل عليهم، وقد راعى الباحث ارتفاع درجاتهم على ذلك المقياس، واستخدم في ذلك اختبار مان وتني Mann - Whitney U test للبارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير قلق المستقبل، والجدول التالى يوضح ذلك.

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير قلق المستقبل.

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ى)	مستوى الدلالة
البعد النفسى	التجريبية	١٦	٢٢٦,٥٠	١٤,١٦	٩٠,٥٠	غير دالة
	الضابطة	١٦	٣٠١,٥٠	١٨,٨٤		
البعد الجسمى	التجريبية	١٦	٢٥١	١٥,٦٩	١١٥	غير دالة
	الضابطة	١٦	٢٧٧	١٧,٣١		
البعد الاجتماعى	التجريبية	١٦	٢٦٩,٥٠	١٦,٨٤	١٢٢,٥٠	غير دالة
	الضابطة	١٦	٢٥٨,٥٠	١٦,١٦		
البعد الاقتصادى	التجريبية	١٦	٣٠٢	١٨,٨٨	٩٠	غير دالة
	الضابطة	١٦	٢٢٦	١٤,١٣		
البعد الشخصى	التجريبية	١٦	٢٩١,٥٠	١٨,٢٢	١٠٠,٥٠	غير دالة
	الضابطة	١٦	٢٣٦,٥٠	١٤,٧٨		
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	١٦	٢٧٦,٥٠	١٧,٢٨	١١٥,٥٠	غير دالة
	الضابطة	١٦	٢٥١,٥٠	١٥,٧٢		

(ى) عند مستوى (٠,٠٢) = ٦٦ (ى) عند مستوى (٠,٠٥) = ٧٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية، مما يعنى تجانس والسدى المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغير قلق المستقبل، وذلك لعدم دلالة قيم (ى) الخاصة بأبعاد قلق المستقبل والدرجة الكلية له بين المجموعتين.

كما قام الباحث بتجانس عينة الدراسة من الوالدين فى قلق المستقبل، وذلك باستخدام اختبار كروسكال - واليس Kruskal - Wallis Test اللابارامترى لتحليل التباين أحادى الاتجاه بين والذى المجموعتين التجريبية والضابطة وبين الآباء والأمهات داخل المجموعتين فى متغير قلق المستقبل، والجدول التالى يوضح ذلك.

#### جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والذى المجموعتين التجريبية والضابطة وبين الآباء والأمهات داخل المجموعتين فى متغير قلق المستقبل

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	متوسط الرتب	درجات الحرية	قيمة هـ	مستوى الدلالة
العدد النفسى	المجموعة التجريبية آباء	٨	٢١,٧٥	٥	٦,٦٩	غير دالة
	المجموعة التجريبية أمهات	٨	٣٣,٨٨			
	المجموعة الضابطة آباء	٨	٣٤,١٣			
	المجموعة الضابطة أمهات	٨	٤٠,٢٥			
	المجموعة التجريبية الكلية	١٦	٢٧,٨١			
	المجموعة الضابطة الكلية	١٦	٣٧,١٩			
العدد الجسمى	المجموعة التجريبية آباء	٨	٢٧,٦٣	٥	١,٧٥	غير دالة
	المجموعة التجريبية أمهات	٨	٣٤,١٣			
	المجموعة الضابطة آباء	٨	٣٠,٢٥			
	المجموعة الضابطة أمهات	٨	٣٨			
	المجموعة التجريبية الكلية	١٦	٣٠,٨٨			
	المجموعة الضابطة الكلية	١٦	٣٤,١٣			

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	متوسط الرتب	درجات الحرية	قيمة ف	مستوى الدلالة
البعيد الاجتماعي	المجموعة التجريبية آباء	٨	٢٩,٢٥	٥	١,٠٨	غير دالة
	المجموعة التجريبية أمهات	٨	٣٧,١٣			
	المجموعة الضابطة آباء	٨	٢٩,٦٣			
	المجموعة الضابطة أمهات	٨	٣٤			
	المجموعة التجريبية الكلية	١٦	٣٣,١٩			
	المجموعة الضابطة الكلية	١٦	٣١,٨١			
البعيد الاقتصادي	المجموعة التجريبية آباء	٨	٣٤,٨٨	٥	١,٦٠	غير دالة
	المجموعة التجريبية أمهات	٨	٣٩,٦٣			
	المجموعة الضابطة آباء	٨	٢٧,٨٨			
	المجموعة الضابطة أمهات	٨	٢٧,٦٣			
	المجموعة التجريبية الكلية	١٦	٣٧,٢٥			
	المجموعة الضابطة الكلية	١٦	٢٧,٧٥			
البعيد الشخصي	المجموعة التجريبية آباء	٨	٤٣,٥٠	٥	٥,١٨	غير دالة
	المجموعة التجريبية أمهات	٨	٢٨,٣٨			
	المجموعة الضابطة آباء	٨	٣٠,٢٥			
	المجموعة الضابطة أمهات	٨	٢٧,٨٨			
	المجموعة التجريبية الكلية	١٦	٣٥,٩٤			
	المجموعة الضابطة الكلية	١٦	٢٩,٠٦			
الدرجة الكلية للمقياس	المجموعة التجريبية آباء	٨	٣٠,٦٣	٥	١,٩٣	غير دالة
	المجموعة التجريبية أمهات	٨	٣٧,٥٠			
	المجموعة الضابطة آباء	٨	٢٦,٥٠			
	المجموعة الضابطة أمهات	٨	٣٥,٣٨			
	المجموعة التجريبية الكلية	١٦	٣٤,٠٦			
	المجموعة الضابطة الكلية	١٦	٣٠,٩٤			

٣٤ = ١٥,٠٩ عند مستوى (٠,٠١)، ٦٤ = ١١,٠٧ عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات والدي المجموعتين التجريبية والضابطة وكذلك بين الآباء والأمهات داخل المجموعتين على أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له، مما يعني تجانس والدي المجموعتين التجريبية والضابطة كذلك الآباء والأمهات داخل المجموعتين في متغير قلق المستقبل، وذلك لعدم دلالة قيم (هـ) الخاصة بأبعاد قلق المستقبل والدرجة الكلية له بين المجموعات.

#### ب- تجانس عينة الأطفال:

##### ١- من حيث العمر الزمني:

لتحقيق تجانس عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقلياً في متغير العمر الزمني، تم اختيارهم في المرحلة العمرية من ٨ : ١٤ عاماً، وذلك لأن الأطفال المعاقين عقلياً في هذه المرحلة العمرية يصلون من الناحية النمائية إلى قدر مناسب من التعلم والتدريب والفهم، يمكنهم من فهم الآخرين، ويستطيعون تحديد المعاملة السوية وغير السوية من قبل الآخرين تجاههم، واستخدام في ذلك اختبار مان وتي Mann - Whitney U test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً في متغير العمر الزمني، والجدول التالي يوضح ذلك.

##### جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني

المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ي)	مستوى الدلالة
التجريبية	٨	٧٢	٩	٢٨	غير دالة
الضابطة	٨	٦٤	٨		

(ي) عند مستوى (٠,٠٢) = ١١ (ي) عند مستوى (٠,٠٥) = ١٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً في متغير العمر الزمني، مما يعني تجانس أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني، وذلك لعدم دلالة قيمة (ي) الخاصة بمتغير العمر الزمني بين المجموعتين.

## ٢- من حيث الجنس:

لتحقيق تجانس عينة الأطفال في متغير الجنس، تم اختيار ١٦ طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً من الذكور والإناث هم أطفال أسر عينة الدراسة، بواقع ٨ من الذكور، ٨ من الإناث، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل مجموعة ٤ أطفال من الذكور، ٤ من الإناث، بحيث تتبع المجموعة التجريبية للأطفال المجموعة التجريبية للأسر، كما تتبع المجموعة الضابطة للأطفال المجموعة الضابطة للأسر.

## ٣- من حيث مستوى الذكاء:

لتحقيق تجانس عينة الأطفال في متغير الذكاء، تم اختيارهم بحيث يتراوح معامل الذكاء لديهم ما بين ٥٠ - ٧٠ وفقاً لاختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة، وهذه الفئة تعتبر من أفضل فئات الإعاقة العقلية من حيث القدرة على اكتساب الخبرات والمهارات المختلفة، واستخدم في ذلك اختبار مان ويتني Mann - Whitney U test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً في متغير الذكاء، والجدول التالي يوضح ذلك.

### جدول (٧)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء

المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ى)	مستوى الدلالة
التجريبية	٨	٧٨	٩,٧٥	٢٢	غير دالة
الضابطة	٨	٥٨	٧,٢٥		

(ى) عند مستوى (٠,٠٢) = ١١ (ى) عند مستوى (٠,٠٥) = ١٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً في متغير الذكاء، مما يعنى تجانس أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء، وذلك لعدم دلالة قيمة (ى) الخاصة بمتغير الذكاء بين المجموعتين.

٤- من حيث السلوك اللاتكفي:

قام الباحث بتجانس عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقليا في السلوك اللاتكفي، من خلال تطبيق مقياس السلوك اللاتكفي عليهم، وقد راعى الباحث ارتفاع درجاتهم على ذلك المقياس، واستخدم الباحث في ذلك اختبار مان وتسي Mann - Whitney U test للابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقليا في متغير السلوك اللاتكفي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير السلوك اللاتكفي

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ي)	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلبي	التجريبية	٨	٦٠	٧,٥٠	٢٤	غير دالة
	الضابطة	٨	٧٦	٩,٥٠		
السلوك العدوانى	التجريبية	٨	٧٥,٥٠	٩,٤٤	٢٤,٥٠	غير دالة
	الضابطة	٨	٦٠,٥٠	٧,٥٦		
سلوك التمرد والعصيان	التجريبية	٨	٦١,٥٠	٧,٦٩	٢٥,٥٠	غير دالة
	الضابطة	٨	٦٤,٥٠	٩,٣١		
الانسحاب الاجتماعى	التجريبية	٨	٧١,٥٠	٨,٩٤	٢٨,٥٠	غير دالة
	الضابطة	٨	٦٤,٥٠	٨,٠٦		
سلوك ايداء الذات	التجريبية	٨	٧٢,٥٠	٩,٠٦	٢٧,٥٠	غير دالة
	الضابطة	٨	٦٣,٥٠	٧,٩٤		
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	٨	٦٧,٥٠	٨,٤٤	٣١,٥٠	غير دالة
	الضابطة	٨	٦٨,٥٠	٨,٥٦		

(ي) عند مستوى (٠,٠٢) = ١١ (ي) عند مستوى (٠,٠٥) = ١٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال

المعاقين عقلياً على أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له، مما يعنى تجانس أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير السلوك اللاتكفي، وذلك لعدم دلالة قيم (ي) لأبعاد السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بين المجموعتين.

كما قام الباحث بتجانس عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقلياً، وذلك باستخدام اختبار كروسكال - واليس Kruskal - Wallis Test اللابارامترى لتحليل التباين أحادي الاتجاه بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً، وكذلك بين الأطفال الذكور والإناث داخل المجموعتين في متغير السلوك اللاتكفي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة وبين الذكور والإناث داخل المجموعتين في متغير السلوك اللاتكفي

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	متوسط الرتب	درجات الحرية	قيمة H	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلبي	المجموعة التجريبية ذكور	٤	١٠	٥	٤,٦٦	غير دالة
	المجموعة التجريبية إناث	٤	١٩			
	المجموعة الضابطة ذكور	٤	١٥,٢٥			
	المجموعة الضابطة إناث	٤	٢١,٧٥			
	المجموعة التجريبية الكلية	٨	١٤,٥٠			
	المجموعة الضابطة الكلية	٨	١٨,٥٠			
	السلوك العدوانى	المجموعة التجريبية ذكور	٤			
المجموعة التجريبية إناث		٤	١٤			
المجموعة الضابطة ذكور		٤	١٨,٢٥			
المجموعة الضابطة إناث		٤	١١			
المجموعة التجريبية الكلية		٨	١٨,٣٨			
المجموعة الضابطة الكلية		٨	١٤,٦٣			



الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	متوسط الرتب	درجات الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
سلوك التمررد والعصيان	المجموعة التجريبية ذكور	٤	١٥,٧٥	٥	١,١١	غير دالة
	المجموعة التجريبية إناث	٤	١٤			
	المجموعة الضابطة ذكور	٤	١٨,٥٠			
	المجموعة الضابطة إناث	٤	١٧,٧٥			
	المجموعة التجريبية الكلية	٨	١٤,٨٨			
	المجموعة الضابطة الكلية	٨	١٨,١٣			
الإسحاب الاجتماعي	المجموعة التجريبية ذكور	٤	٢١,٢٥	٥	٣,٤٣	غير دالة
	المجموعة التجريبية إناث	٤	١٣,٥٠			
	المجموعة الضابطة ذكور	٤	١٩,٧٥			
	المجموعة الضابطة إناث	٤	١١,٥٠			
	المجموعة التجريبية الكلية	٨	١٧,٣٨			
	المجموعة الضابطة الكلية	٨	١٥,٦٣			
سلوك الأداء	المجموعة التجريبية ذكور	٤	٢١	٥	١,٦٤	غير دالة
	المجموعة التجريبية إناث	٤	١٤,٢٥			
	المجموعة الضابطة ذكور	٤	١٦,٢٥			
	المجموعة الضابطة إناث	٤	١٤,٥٠			
	المجموعة التجريبية الكلية	٨	١٧,٦٣			
	المجموعة الضابطة الكلية	٨	١٥,٣٨			
الدرجة الكلية للمقياس	المجموعة التجريبية ذكور	٤	١٩,٢٥	٥	١,٢١	غير دالة
	المجموعة التجريبية إناث	٤	١٣,٥٠			
	المجموعة الضابطة ذكور	٤	١٨,٧٥			
	المجموعة الضابطة إناث	٤	١٤,٥٠			
	المجموعة التجريبية الكلية	٨	١٦,٣٨			
	المجموعة الضابطة الكلية	٨	١٦,٦٣			

كا\* = ١٥,٠٩ عند مستوى (٠,٠١)، كا\* = ١١,٠٧ عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة للأطفال المعاقين عقلياً وكذلك بين الذكور والإناث داخل المجموعتين على أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له، مما يعنى تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وكذلك بين الأطفال الذكور والإناث فى كل مجموعة فى متغير السلوك اللاتكفي، وذلك لعدم دلالة قيم (هـ) الخاصة بأبعاد السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بين المجموعات.

#### **ثالثاً أدوات الدراسة:**

استخدم الباحث الأدوات التالية فى الدراسة:

- ١- استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً (إعداد الباحث).
- ٢- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة إعداد لويس مليكة.
- ٣- استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة (إعداد الباحث).
- ٤- مقياس قلق المستقبل (إعداد الباحث).
- ٥- مقياس السلوك اللاتكفي (إعداد الباحث).
- ٦- البرنامج الإرشادى (إعداد الباحث).

هذا بالإضافة إلى مقياس قلق المستقبل لزينب شقير (٢٠٠٥) وذلك لاستخدامه كمحك مع مقياس قلق المستقبل لأسر الأطفال المعاقين عقلياً الذى أعده الباحث لاستخدامه فى الدراسة الحالية، وكذلك بالإضافة إلى مقياس السلوك التوافقى الجزء الثانى (السلوك التوافقى) لكازونيهيرا وآخرين ترجمة صفوت فرج وناهد رمزى (٢٠٠٥) وذلك لاستخدامه كمحك مع مقياس السلوك اللاتكفي للأطفال المعاقين عقلياً الذى أعده الباحث لاستخدامه فى الدراسة الحالية.

#### **١- استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً (إعداد الباحث):**

##### **الهدف من الاستمارة:**

تهدف هذه الاستمارة إلى الحصول على بيانات وحقائق عن الطفل المعاق عقلياً بشكل مفسر ودقيق من أجل انتقاء عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقلياً.

##### **وصف الاستمارة:**

تتكون الاستمارة من ٣١ بنداً تضم اسم الطفل، السن، الجنس، معامل الذكاء، اسم المدرسة التابع لها، السنة الدراسية، الفصل، عنوان السكن، ترتيب الطفل داخل الأسرة، تاريخ الإعاقة، سبب الإعاقة، درجة السلوك اللاتكفي، إعاقات أخرى يعانى منها الطفل.

## طريقة تطبيق الاستمارة:

يتم تطبيق الاستمارة بشكل فردي.

### ٢- اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة اعداد لويس ملكة (١٩٩٤):

يحتل مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء موقعا بارزا في حركة القياس السيكولوجي نظريا وتطبيقيا، وذلك إلى الحد الذي أصبح معه المقياس محك صدق للمقاييس الأخرى للقدرة المعرفية العامة، وأداة رئيسية في الممارسة الكلينيكية (لويس ملكة، ١٩٩٨: ج).

هذا وقد بدأ تاريخ المقياس بمحاولات بينيه وسيمون في فرنسا، ثم عكف ترومان في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية على مراجعة المقياس وإعداده بحيث يصلح للاستخدام في المجتمع الأمريكي، وأدخلت على أول صورة ظهرت عام ١٩١٦م عدة تعديلات على المقياس الفرنسي، واستخدمت لأول مرة مفهوم نسبة الذكاء، وظهرت الصورة الثانية تحت إشراف ترومان وزميلته في جامعة ستانفورد الدكتورة ميريل عام ١٩٣٧م من صورتين "ل" و"م" امتدت كل منهما إلى مدى عمرى أوسع، كما أعيد تقنين المقياس على عينة أصدق تمثيلا للمجتمع الأمريكي، وبعد ذلك ظهرت الصورة الثالثة عام ١٩٦٠م في صورة واحدة "ل-م" أعيد تقنينها مع بقاء المضمون دون تغيير إلا في فقرتين عام ١٩٧٢م على أن ظهرت الصورة الرابعة للمقياس (لويس ملكة، ١٩٩٨: ج).

ولعل أهم استخدامات مقاييس القدرات المعرفية بعامة هي في التوجيه والإرشاد، وفي العمل الكلينيكي مع المعاقين، ومن يعانون من صعوبات التعلم، وفي التوجيه والإرشاد المهني، وفي كل موقف يتطلب معرفة القدرات المعرفية للأفراد في التعليم والصناعة والجيش بأسلحته المختلفة، وفي رعاية الأحداث الجانحين، وفي تقييم المرضى النفسيين والعقليين،..... إلخ فضلا عن الاستخدامات العديدة المتنوعة في البحوث (لويس ملكة، ١٩٩٨: ١٥٢).

كما يساعد هذا المقياس على التمييز بين المعاق عقليا وبين من يعانى من صعوبات التعلم (لويس ملكة، ١٩٩٨: ١٥٢).

### مميزات الاختبار:

- ١- أنه يطبق بشكل فردي، وهو بذلك يتناسب مع الأطفال المعاقين عقليا.
- ٢- أكدت العديد من الدراسات والبحوث على صدق وثبات هذا الاختبار لقياس الذكاء.

٣- أنه مناسب للمرحلة العمرية لعينة الدراسة الحالية من الأطفال المعاقين عقلياً.

لذلك قام الباحث باختيار هذا المقياس لتثبيت متغير الذكاء لدى عينة الدراسة الحالية من الأطفال المعاقين عقلياً.

**٣- استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة (اعداد الباحث):**

#### **الهدف من الاستمارة:**

تم تصميم هذه الاستمارة بهدف تثبيت متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى لعينة الدراسة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأطفالهم المعاقين عقلياً فى المجموعتين التجريبيتين والضابطين.

#### **خطوات تصميم الاستمارة:**

١- قام الباحث بالاطلاع على عدد من استمارات للمستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة مثل مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة لمحمد بيومى (٢٠٠٠)، استمارة المستوى الاقتصادى لعبد السلام عبد الغفار وإبراهيم قشقوش تعديل عبد العزيز الشخص (١٩٩٥)، مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة لأحمد صالح (١٩٩٢).

٢- تم تحديد وصياغة بنود كل مستوى من المستويات الثلاثة الاجتماعى، الاقتصادى، الثقافى على حدة فى صورة عبارات بسيطة وواضحة ومناسبة لعينة الدراسة، وعمل الصورة الأولية للاستمارة.

٣- تم عرض الاستمارة فى صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية والصحة النفسية، لاستطلاع آرائهم والاستفادة من خبراتهم وملاحظاتهم حول بنود الاستمارة.

٤- تم حذف البنود التى تقل نسبة الاتفاق عليها عن ٩٠% وبناءً على ذلك تم تعديل الاستمارة فى ضوء ما أبداه المحكمون من ملاحظات.

٥- قام الباحث بتطبيق الاستمارة على ٢٠٠ فرد من مستويات اجتماعية اقتصادية ثقافية مختلفة.

٦- تم حساب الدرجة الكلية لكل مستوى من المستويات الاجتماعى الاقتصادى الثقافى الثلاثة، والدرجة الكلية للاستمارة ككل.

٧- تم تحديد مستويات الاستمارة فى ثلاثة مستويات هى: المستوى المنخفض، المتوسط، المرتفع، وذلك عن طريق حساب الإرباعيات الإرباعى الأول والثانى والثالث، والجدول (١٠) يوضح ذلك.

جدول (١٠)

قيم إرباعيات درجات الأفراد على استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى  
الثقافى للأسرة  
(ن= ٢٠٠)

الإرباعى الأول	الإرباعى الثانى	الإرباعى الثالث
٢٠	٢٤	٣٣

يوضح الجدول السابق قيم إرباعيات درجات الأفراد والبالغ عددهم ٢٠٠ فرد على استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة المصرية، والتي تمثل المستويات الثلاثة (المستوى المنخفض، المتوسط، المرتفع) للمستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة، بحيث يقع المستوى المنخفض تحت الإرباعى الأول أقل من ٢٠، فى حين يبدأ المستوى المتوسط من الإرباعى الأول ٢٠ وتحت الإرباعى الثالث أقل من ٣٣، أما المستوى المرتفع فيتمثل فى الإرباعى الثالث ٣٣ فأعلى.

**وصف الاستمارة:**

تتكون الاستمارة من ثلاثة أبعاد، يمثل البعد الأول منها المستوى الاجتماعى، والبعد الثانى المستوى الاقتصادى، والبعد الثالث المستوى الثقافى، ويتكون كل بعد مما يلى:

**أولاً المستوى الاجتماعى ويتكون مما يلى:**

- المؤهل الدراسى للأب: ويتكون من سبعة مستويات تدرج من ٧ - ١ درجات وفقاً للترتيب التالى: (دكتوراه - ماجستير - بكالوريوس/ ليسانس - معهد متوسط - دبلوم - يقرأ ويكتب - أمى).
- المؤهل الدراسى للأم: ويتكون من سبعة مستويات تدرج من ٧ : ١ درجات وفقاً للترتيب التالى: (دكتوراه - ماجستير - بكالوريوس/ ليسانس - معهد متوسط - دبلوم - يقرأ ويكتب - أمى).
- مستوى الحى الذى يقطن فيه: ويتكون من ثلاثة مستويات تدرج من ١ - ٣ درجات وفقاً للترتيب التالى ( أ ) الإقامة فى حى شعبي أو قرية، ( ب ) حى متوسط، ( جـ ) حى راق.

- عدد أفراد الأسرة: ويتكون من ثلاثة مستويات تتدرج من ٣ - ١ درجات وفقاً للترتيب التالي ( أ ) ٣ - ٤ ( ب ) ٥ - ٦ ( ج ) أكثر من ٦ أفراد.
- العلاقة بين أفراد الأسرة: ويتكون من ثلاثة مستويات تتدرج من ٣ - ١ درجات وفقاً للترتيب التالي ( أ ) طيبة وممتازة ( ب ) عادية ( ج ) متوترة.

#### ثانياً المستوى الاقتصادي ويتكون مما يلي:

- دخل الأسرة (الأب والأم معاً) حيث يجمع دخل الأب والأم معاً، ثم يقسم على عدد أفرادها بالجنيه (نصيب الفرد الواحد): ويتكون من ستة مستويات تتدرج من ١ - ٦ درجات وفقاً للترتيب التالي: ( أ ) ٢٥ - ٥٠ ( ب ) ٥١ - ١٠٠ ( ج ) ١٠١ - ٢٠٠ ( د ) ٢٠١ - ٣٠٠ ( هـ ) ٣٠١ - ٥٠٠ ( و ) أكثر من ٥٠٠.
- مستوى السكن أو المنزل الذي يقطن فيه: ويتكون من ثلاثة مستويات تتدرج من ١ - ٣ درجات وفقاً للترتيب التالي ( أ ) سكن شعبي ( ب ) سكن متوسط ( ج ) سكن ممتاز.
- مستوى أثاث المنزل: ويتكون من ثلاثة مستويات تتدرج من ١ - ٣ درجات وفقاً للترتيب التالي: ( أ ) أثاث أقل من المتوسط ( ب ) أثاث متوسط ( ج ) أثاث فخم.

#### ثالثاً المستوى الثقافي ويتكون مما يلي:

- البند الأول: ويتكون من أربع مفردات هي مطالعة الجرائد والمجلات والكتب والإنترنت، تعطى لكل مفردة درجة وتجمع عدد المفردات وبذلك تتدرج الدرجة في هذا البند من ١ - ٤ درجات.
- البند الثاني: امتلاك الأسرة لمكتبة في المنزل: ويتكون من مستويين تتدرج من ١ - ٠ درجة.
- البند الثالث: مشاهدة الأسرة لبرامج تليفزيونية، ويتكون من أربع مفردات وهي: برامج ثقافية، صحية، رياضية، تربوية واجتماعية: تعطى لكل مفردة درجة وتجمع عدد المفردات، وبذلك تتدرج الدرجة في هذا البند من ١ - ٤ درجات.
- مزاولة الأسرة لهويات الموسيقى، أو الرسم أو أية هوايات أخرى: تعطى لكل مفردة درجة وتجمع عدد المفردات.

### إجراءات تطبيق الاستمارة وتصحيحها:

- ١- يحدد الباحث رقماً خاصاً لكل فرد من أفراد عينة الدراسة يكتبه على الاستمارة، ويطلب منهم أن يجيبوا بصندوق ودون حرج على بنود الاستمارة.
- ٢- ثم يتم تصحيح الاستمارة وفقاً لمفتاح التصحيح الخاص بها، لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لكل فرد، حيث من يحصل على أقل من الدرجة ٢٠ يقع ضمن المستوى المنخفض، أما من يحصل على الدرجة ٢٠ فأقل من الدرجة ٣٣ يقع ضمن المستوى المتوسط، في حين من يحصل على الدرجة ٣٣ فأعلى فيقع ضمن المستوى المرتفع.
- ٣- مع مراعاة إحاطة هذه البيانات بالسرية التامة.

### صدق وثبات الاستمارة:

#### أولاً صدق الاستمارة:

تم حساب صدق الاستمارة عن طريق صدق المحكمين، وذلك بعرضها على عشرة من أساتذة علم النفس والتربية والصحة النفسية، لاستطلاع آرائهم والاستفادة من خبراتهم وملاحظاتهم حول بنود الاستمارة، وتم حذف العبارات التي تقل نسبة الاتفاق عليها عن ٩٠% وتعديل العبارات التي تطلبت إلى تعديل، وبناءً على ذلك تم تعديل الاستمارة في ضوء ما أبداه المحكمون من ملاحظات.

#### ثانياً ثبات الاستمارة:

تم حساب معامل ثبات الاستمارة باستخدام طريقة إعادة التطبيق، حيث قام الباحث بإعادة تطبيق الاستمارة بعد أسبوعين على عينة قوامها ٤٢ فرداً، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيقين، وبلغ معامل ثبات الاستمارة ٠,٩٥، مما يدل على قوة معامل الثبات.

### ٤- مقياس قلق المستقبل:

#### الهدف من إعداد المقياس:

استعرض الباحث عدداً من الدراسات والمقاييس التي تناولت بعض الضغوط والاضطرابات النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، ولم يجد الباحث دراسة أو مقياس تناول قلق المستقبل لدى هذه الأسر، لذلك قام الباحث بإعداد هذا المقياس وهو مقياس قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.

## خطوات بناء المقياس:

- ١- قام الباحث بالاطلاع على الأدبيات والتراث السيكلوجي والاجتماعي للقلق بوجه عام وقلق المستقبل بوجه خاص لتحديد المفهوم الدقيق للقلق المستقبل.
- الاطلاع على ما توصلت إليه بعض الدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي اهتمت بقلق المستقبل والتي تضمنت مقاييس لقلق المستقبل لتحديد البنود المتعلقة بقلق المستقبل مثل دراسة رافيلي وآخرين Raffaeli, et, al. (٢٠٠٥)، بدر الأنصاري (٢٠٠٤)، محمود محي الدين (٢٠٠٤)، أحمد عبد الخالق ومايصة النبال (٢٠٠٢)، إيمان صبرى (٢٠٠٢)، أيمن قطب (٢٠٠١)، عاشور دياب (٢٠٠١)، سامر جميل (٢٠٠١)، محمد معوض (١٩٩٦)، محمد درويش (١٩٩٥)، زاليسكي Zaliski (١٩٩٤)، سلوى عبد الباقي (١٩٩٣)، رابابورت Rappaport (١٩٩١)، رونالد مولين Molin (١٩٩٠).
- الاطلاع على بعض المقاييس العربية والأجنبية للقلق بوجه عام وقلق المستقبل بوجه خاص لتحديد البنود المتعلقة بقلق المستقبل مثل المقياس العربي للتفاوض والتفاوض لأحمد عبد الخالق (٢٠٠٥)، مقياس قلق المستقبل لزينب شقير (٢٠٠٥)، ومقياس القلق الاجتماعي لإنديريتزن هيدى وولترز كينث Heidi, M. & Kenneth, S (٢٠٠٠)، مقياس قلق المستقبل لزاليسكي Zaleski (١٩٩٦)، قائمة القلق الحالة - السمة لسبيلبرجر وآخرين (١٩٩٢).
- ٢- تم تطبيق استبيان مفتوح على عينة استطلاعية من والدى الأطفال المعاقين عقليا للتعرف على أهم أبعاد قلق المستقبل لديهم.
- ٣- تم مراجعة إجابات والدى الأطفال المعاقين عقليا على الاستبيان، ومطابقتها بالبنود التي سبق له إعدادها من التراث الأدبي والسيكلوجي والاجتماعي للقلق بوجه عام وقلق المستقبل بوجه خاص، وتوصل إلى تحديد أبعاد المقياس وهي (البعد النفسى، البعد الجسمى، البعد الاجتماعى، البعد الإقتصادى، البعد الشخصى).
- ٤- تم تحديد التعريف الإجرائى لقلق المستقبل والتعريف الإجرائى لأبعاده الفرعية.
- ٥- تم تحديد وصياغة فقرات كل بعد على حدة فى صورة عبارات بسيطة وواضحة ومناسبة لعينة الدراسة، وعمل الصورة الأولية للمقياس.



٦- تم عرض المقياس في صورته الأولية مرفقا به التعريفات الإجرائية لقلق المستقبل وأبعاده الفرعية على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية والصحة النفسية والطفولة، لاستطلاع آرائهم والاستفادة من خبراتهم وملاحظاتهم حول بنود المقياس.

٧- تم حذف العبارات التي تقل نسبة الاتفاق عليها عن ٩٠% وبناءً على ذلك تم تعديل المقياس في ضوء ما أبداه المحكمون من ملاحظات.

٨- حدد الباحث البيانات والتعليمات اللازمة، والتي يقوم الأفراد بكتابتها في الصفحة الأولى من المقياس، بحيث يضع كل أب أو أم علامة أمام كل عبارة في أحد الأعمدة الثلاثة المقابلة لهذه العبارة وهي (دائماً، أحياناً، نادراً)، بحيث لا يضع أكثر من علامة أمام كل عبارة، فإذا كانت العبارة تنطبق عليه يختار دائماً، وإذا كانت تنطبق عليه بصفة غير مستديمة يختار أحياناً، وإذا كانت لا تنطبق عليه العبارة يختار نادراً.

٩- تم القيام بدراسة استطلاعية أخرى لتطبيق المقياس على عينة قوامها ٦٦ فرداً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بمدارستى التربية الفكرية بالمدنى وإمبابية بمحافظة الجيزة وذلك لحساب صدق وثبات المقياس.

#### **صدق المقياس:**

تم حساب صدق مقياس قلق المستقبل لأسر الأطفال المعاقين عقلياً بثلاث طرق مختلفة هي: صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلى، صدق المحك.

#### **أولاً صدق المحكمين:**

تعتمد هذه الطريقة على فكرة الصدق الظاهري، وصدق المحتوى معاً، بمعنى أنه من المطلوب أن يقدر الحكم المتخصص مدى علاقة كل بند من بنود الاختبار أو المقياس بالسمة أو القدرة المطلوب قياسها، وذلك بعد توضيح معنى هذه السمة أو القدرة بصورة إجرائية (سعد عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٨٦).

وفي ضوء ذلك تم عرض هذا المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية والصحة النفسية وذلك للتأكد من الصدق الظاهري للمقياس، بعد أن تم تحديد التعريف الإجرائي لقلق المستقبل وأبعاده الفرعية، حيث تضمن الاستفسار عن وضوح العبارات، ومدى ارتباطها بقياس ما وضعت من أجله.

هذا وقد كان عدد مفردات المقياس المبدئى ٨٠ مفردة في خمسة أبعاد فرعية، وبعد أن تم عرض المقياس على السادة المحكمين تم استبعاد عدد من المفردات التي لم تتجاوز نسبة اتفاهم عليها ٩٠%، وتعديل البعض الآخر منها، وأصبحت عبارات المقياس في صورته النهائية ٧٠ عبارة بحيث يحتوى كل بعد

على ١٤ مفردة، أنظر ملحق (٣) الصورة الأولية لمقياس قلق المستقبل، وملحق (٤) الصورة النهائية لمقياس قلق المستقبل.

#### ثانياً صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحث باستخراج معاملات الصدق لمقياس قلق المستقبل باستخدام الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الارتباط الثنائي بين درجة كل مفردة من مفردات كل بعد على حدة والدرجة الكلية لهذا البعد، وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل.

وفيما يلي توضيح معاملات الصدق لمقياس قلق المستقبل لأسر الأطفال المعاقين عقليا المستخدم في الدراسة من خلال الجداول التالية:

جدول (١١)

الاتساق الداخلي لعبارات البعد النفسي

(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
١	**٠,٤٧	٣٢	**٠,٦٧
٢	**٠,٤٣	٤١	**٠,٤٧
١١	**٠,٥٣	٤٢	**٠,٥٩
١٢	**٠,٥٦	٥١	**٠,٦٨
٢١	**٠,٦٦	٥٢	**٠,٥٤
٢٢	**٠,٥٢	٦١	**٠,٤٦
٣١	**٠,٦٦	٦٢	**٠,٤٨

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١) \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات البعد النفسي لقلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (١٢)  
الاتساق الداخلي لعبارات البعد الجسمي  
(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٣	**٠,٥٠	٣٤	**٠,٦٥
٤	**٠,٥٤	٤٣	**٠,٥٤
١٣	**٠,٥٥	٤٤	**٠,٤٥
١٤	**٠,٦٦	٥٣	**٠,٧١
٢٣	**٠,٥٧	٥٤	**٠,٧٤
٢٤	**٠,٤٣	٦٣	**٠,٤١
٣٣	**٠,٧١	٦٤	**٠,٤٦

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١) \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات البعد الجسمي لقلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (١٣)

الاتساق الداخلي لعبارات البعد الاجتماعي  
(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٥	**٠,٣٣	٣٦	**٠,٤٣
٦	*٠,٣٢	٤٥	**٠,٣٥
١٥	**٠,٤١	٤٦	**٠,٣٣
١٦	**٠,٣٦	٥٥	**٠,٣٤
٢٥	**٠,٣٥	٥٦	**٠,٣٦
٢٦	**٠,٣٦	٦٥	**٠,٤٣
٣٥	**٠,٥٢	٦٦	*٠,٣٢

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١) \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات البعد الاجتماعي لقلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١ هذا فيما عدا معاملي ارتباط الفقرتين (٦)، (٦٦) فهما دالين عند مستوى ٠,٠٥

جدول (١٤)

الاتساق الداخلي لعبارات البعد الاقتصادي

(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٧	**٠,٤٨	٣٨	**٠,٤٨
٨	**٠,٥٢	٤٧	**٠,٤١
١٧	**٠,٥٨	٤٨	**٠,٥٦
١٨	**٠,٥٢	٥٧	**٠,٤٧
٢٧	**٠,٦٨	٥٨	**٠,٦٣
٢٨	**٠,٥٢	٦٧	**٠,٥٤
٣٧	**٠,٥٥	٦٨	**٠,٣٥

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات البعد الاقتصادي لقلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (١٥)

الاتساق الداخلي لعبارات البعد الشخصي

(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٩	**٠,٤٥	٤٠	**٠,٥١
١٠	**٠,٣٧	٤٩	*٠,٣٢
١٩	**٠,٤٩	٥٠	**٠,٤١
٢٠	**٠,٥٣	٥٩	**٠,٣٩
٢٩	**٠,٤٢	٦٠	**٠,٤٨
٣٠	*٠,٣١	٦٩	**٠,٥٠
٣٩	**٠,٤٥	٧٠	**٠,٥٩

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

- ١٧٤ -

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات البعد الشخصي لقلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١ هذا فيما عدا معاملي ارتباط الفقرتين (٣٠)، (٤٩) فهما دالين عند مستوى ٠,٠٥

جدول (١٦)

الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية للمقياس

(ن=٦٦)

الأبعاد	معامل الصدق
البعد النفسي	**٠,٩١
البعد الجسمي	**٠,٧٥
البعد الاجتماعي	**٠,٥٣
البعد الاقتصادي	**٠,٧٩
البعد الشخصي	**٠,٦٨

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط أبعاد مقياس قلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١، ومن خلال عرض جداول الصدق لفقرات مقياس قلق المستقبل يتضح لنا أن جميع فقرات أبعاد مقياس قلق المستقبل كل منها مرتبط بالبعد الذي تنتمي إليه ارتباطاً دالاً إحصائياً، مما يجعلنا نتق في صدق فقرات المقياس وأبعاده الرئيسية، وأنها تقيس بالفعل قلق المستقبل.

#### ثالثاً صدق المحك:

تقوم هذه الطريقة على فكرة ارتباط الاختبار بمحك خارجي ثبت صدقه أو تأكدنا منه نتيجة كثرة البحوث أو الاستخدام أو غير ذلك من المعايير التي تساعد الباحث على تحديد المحك المناسب لمقياس صدق الاختبار الذي يقوم بإعداده (سعد عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٨٩).

وفي ضوء ذلك قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات والدي الأطفال المعاقين عقلياً والبالغ عددهم ٦٦ على مقياس قلق المستقبل الذي أعده الباحث والمستخدم في الدراسة ومقياس قلق المستقبل إعداد زينب شقير (٢٠٠٥) حيث ثبت أن معامل صدق هذا المقياس (مقياس قلق المستقبل لزينب شقير ٢٠٠٥) بأنه معامل صدق مرتفع، وقد تم حساب معامل الصدق بأكثر من طريقة وهذه الطرق هي: الصدق الظاهري، صدق المحك مع مقياس القلق لغريب عبد الفتاح، صدق الاتساق الداخلي، صدق التمييز، وأثبتت جميع هذه الطرق ارتفاع معامل صدق المقياس، كما تم التحقق من ثبات هذا المقياس بعدة طرق هي: طريقة إعادة التطبيق، طريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)، وطريقة ألفا كرونباخ، وقد توصلت هذه الطرق إلى أن هذا المقياس ذو معامل ثبات مرتفع،

والجدول التالي يوضح حساب معامل الارتباط بين أبعاد مقياس قلق المستقبل المستخدم في الدراسة والدرجة الكلية له (إعداد الباحث) وبين الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل إعداد زينب شقير (٢٠٠٥).

جدول (١٧)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس قلق المستقبل المستخدم في الدراسة وبين الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل لزينب شقير

(ن ٦٦)

الأبعاد	البعد النفسى	البعد الجسمى	البعد الاجتماعى	البعد الاقتصادى	البعد الشخصى	الدرجة الكلية للمقياس
معامل الارتباط	٠,٨٥	٠,٧٩	٠,٥٨	٠,٧٤	٠,٧٠	٠,٨٩
مستوى الدلالة	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس قلق المستقبل إعداد الباحث والدرجة الكلية له وبين الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل لزينب شقير دالة عند مستوى ٠,٠١، مما يجعلنا نثق في صدق مقياس قلق المستقبل إعداد الباحث.

#### ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس على عينة قوامها (٦٦) من والى الأطفال المعاقين عقليا، واعتمد الباحث في ذلك على طريقتين هما:

- التجزئة النصفية (معادلة جتمان).
- ألفا كرونباخ.

#### أولاً: حساب معامل الثابت بطريقة التجزئة النصفية (معادلة جتمان).

تم حساب معامل ثبات أبعاد مقياس قلق والدرجة الكلية عن طريق التجزئة النصفية، وذلك بتجزئة فقرات المقياس إلى جزأين بحيث يحتوى الجزء الأول على الفقرات ذات الأرقام الفردية، أما الجزء الثانى من المقياس فيحتوى على الفقرات ذات الأرقام الزوجية، بعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين جزئى المقياس ليمثل معامل الثبات، ومن ثم قام الباحث بتصحيح معامل الثبات عن طريق معادلة جتمان.

فطريقة التجزئة النصفية تعتمد على تجزئة المقياس المطلوب تعيين معامل ثباته إلى نصفين (متكافئين) وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، وهناك عدة طرق لتجزئة المقياس فقد يستخدم النصف الأول من المقياس في مقابل

النصف الثاني، أو قد تستخدم الأسئلة ذات الأرقام الفردية في مقابل الأسئلة ذات الأرقام الزوجية، وهذا ما استخدمه الباحث في هذه الدراسة، وهذا يعني أنه بعد انتهاء تطبيق المقياس مرة واحدة على مجموعة واحدة يمكن أن نحصل على مجموعتين من الدرجات: مجموعة من الدرجات تخص النصف الأول، والمجموعة الأخرى تخص النصف الثاني من المقياس، ثم يتم بعد ذلك حساب معامل الارتباط بين المجموعتين باستخدام معامل بيرسون، وفي هذه الحالة نحصل على معامل ثابت نصف الاختبار، وعليه يتعين علينا تعديل هذا المعامل الناتج أو تصحيحه حتى نحصل على معامل ثابت الاختبار ككل (سعد عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٦٧ - ١٦٨).

وهناك عدة طرق أو قوانين تستخدم لتصحيح معامل ثابت نصفى المقياس نذكر منها: معادلة سبيرمان وبراون في الصورة المختصرة، معادلة رولون، معادلة جتمان (سعد عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٦٨ - ١٦٩).

هذا وقد قام الباحث بتصحيح معامل الثبات عن طريق معادلة جتمان، ففي هذه المعادلة يؤخذ في الاعتبار احتمال اختلاف تباين درجات النصف الأول للمقياس عن تباين درجات النصف الثاني، الأمر الذي لا يتحقق في معادلة سبيرمان - براون (سعد عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٦٩).

والجدول التالي يوضح ثابت أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية (جتمان)

جدول (١٨)

ثبات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية (جتمان)

(ن=٦٦)

البعد	عدد الفقرات	معامل الثبات
البعد النفسى	١٤	٠,٩٢
البعد الجسمى	١٤	٠,٨٧
البعد الاجتماعى	١٤	٠,٨٥
البعد الاقتصادى	١٤	٠,٨٢
البعد الشخصى	١٤	٠,٨٣
الدرجة الكلية للمقياس	٧٠	٠,٨١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية مرتفعة حيث تراوحت ما بين ٠,٨١ - ٠,٨٧، مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

#### ثانياً: حساب معامل الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ:

يمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار إلى أجزاء بطرق مختلفة، وبذلك فإنه يمثل معامل الارتباط بين أى جزأين من أجزاء المقياس، ويستخدم معامل ألفا في صورته العامة عندما تكون احتمالات الإجابة على الأسئلة ليست صفر، ١ (أى ليست ثنائية) فعلى سبيل المثال في اختبارات الشخصية، أو المقاييس الأخرى متعددة الاختيار حيث يحتمل أن يحصل الفرد على درجات أخرى غير الصفر والواحد الصحيح (سعد عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٧٢ - ١٧٣).

هذا وقد اعتمد الباحث على طريقة ألفا لكرونباخ في حساب معامل ثبات مقياس قلق المستقبل بجانب طريقة التجزئة النصفية، وذلك للتأكد من حساب معامل ثابت المقياس بأكثر من طريقة، والجدول التالي يوضح ثبات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ

#### جدول (١٩)

ثبات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ

(ن=٦٦)

البعد	عدد الفقرات	معامل الثبات
البعد النفسى	١٤	٠,٨٨
البعد الجسمى	١٤	٠,٨٩
البعد الاجتماعى	١٤	٠,٧٦
البعد الاقتصادى	١٤	٠,٨٦
البعد الشخصى	١٤	٠,٨١
الدرجة الكلية للمقياس	٧٠	٠,٨٩

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ مرتفعة حيث تراوحت ما بين ٠,٧٦ - ٠,٨٩، مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.



## ٥- مقياس السلوك اللاتكفي

### الهدف من إعداد المقياس:

في ظل الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث على أسر الأطفال المعاقين عقليا لتحديد أهم جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقليا، في ضوء معاناة هذه الأسر من قلق المستقبل، قام الباحث بالاطلاع على عدد من المقاييس التي تناولت السلوك اللاتكفي لدى الأطفال المعاقين عقليا، ولم يجد مقياس تناول الجوانب التي يريد الباحث قياسها بصورة مستقلة (مفهوم الذات السلبى، السلوك العدوانى، سلوك التمرد والعصيان، الانسحاب الاجتماعى، سلوك إيذاء الذات)، لذلك قام الباحث بإعداد هذا المقياس، وهو مقياس السلوك اللاتكفي لدى الأطفال المعاقين عقليا.

### خطوات بناء المقياس:

- ١- قام الباحث بالاطلاع على الأدبيات والتراث السيكولوجى والاجتماعى للسلوك التكيفى واللاتكيفى للأطفال المعاقين عقليا.
- الاطلاع على ما توصلت إليه بعض الدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي اهتمت بالسلوك التكيفى واللاتكيفى للأطفال المعاقين عقليا، مثل دراسة حنان حسين (٢٠٠٥)، رسل وآخرين Russell et al. (٢٠٠٤)، عادل عبد الله والسيد فرحات (٢٠٠١)، عادل عبد الله (٢٠٠٠)، سمية جميل (١٩٩٠)، Kaufman, et al. (١٩٩٠)، والتي سبق الإشارة إليها فى الفصل السابق (الدراسات السابقة).
- الاطلاع على بعض مقاييس السلوك التكيفى واللاتكيفى للأطفال المعاقين عقليا، لتحديد البنود المتعلقة بالسلوك اللاتكيفى مثل مقياس السلوك التوافقى لكازونيهيرا وآخرون، ترجمة وإعداد صفوت فرج وناهد رمزى (٢٠٠٥)، ومقياس السلوك العدوانى لدى الأطفال لأمال باظنة (ب) (٢٠٠٠)، مقياس السلوك التكيفى للأطفال إعداد عبد العزيز الشخص (١٩٩٨).
- ٢- تم تطبيق استبيان مفتوح على عينة استطلاعية من والدى الأطفال المعاقين عقليا لتحديد أهم أبعاد السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقليا.
- ٣- تم مراجعة إجابات والدى الأطفال المعاقين عقليا على الاستبيان، ومطابقتها بالبنود التي سبق له إعدادها من التراث الأدبى والسيكولوجى والاجتماعى للسلوك اللاتكفي، وتوصل إلى تحديد أبعاد المقياس، وهى

- (مفهوم الذات السلبي، السلوك العدواني، سلوك التمرد والعصيان، سلوك الانسحاب الاجتماعي، سلوك إيذاء الذات).
- ٤- تم تحديد التعريف الإجرائي للسلوك اللاتكفي والتعريف الإجرائي لأبعاده الفرعية.
- ٥- تم تحديد وصياغة فقرات كل بعد على حدا في صورة عبارات بسيطة وواضحة ومناسبة لعينة الدراسة، وعمل الصورة الأولية للمقياس.
- ٦- تم عرض المقياس في صورته الأولية مرفقاً به التعريفات الإجرائية للسلوك اللاتكفي وأبعاده الفرعية على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية والصحة النفسية والطفولة، لاستطلاع آرائهم والاستفادة من خبراتهم وملاحظاتهم حول بنود المقياس.
- ٧- تم حذف العبارات التي نقل نسبة الاتفاق عليها عن ٩٠% وبناءً على ذلك تم تعديل المقياس في ضوء ما أبداه المحكمون من ملاحظات.
- ٨- حدد الباحث البيانات والتعليمات اللازمة، والتي يقوم الأفراد بكتابتها في الصفحة الأولى من المقياس، بحيث يضع كل أب أو أم علامة أمام كل عبارة في أحد الأعمدة الثلاثة المقابلة لهذه العبارة وهي (دائمًا، أحيانًا، نادرًا)، بحيث لا يضع أكثر من علامة أمام كل عبارة، فإذا كانت العبارة تنطبق على طفلهما يختار دائمًا، وإذا كانت تنطبق عليه بصفة غير مستديمة يختار أحيانًا، وإذا كانت لا تنطبق عليه العبارة يختار نادرًا.
- ٩- تم القيام بدراسة استطلاعية أخرى لتطبيق المقياس على عينة قوامها ٦٦ فرداً من الأطفال المعاقين عقلياً بمدارس التربية الفكرية بمحافظة الجيزة وذلك لحساب صدق وثبات المقياس.

#### صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس السلوك اللاتكفي للأطفال المعاقين عقلياً بثلاث طرق مختلفة هي: صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي، صدق المحك.

#### أولاً صدق المحكمين:

تم عرض هذا المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية والصحة النفسية وذلك للتأكد من الصدق الظاهري للمقياس، بعد أن تم تحديد التعريف الإجرائي لمقياس السلوك اللاتكفي وأبعاده الفرعية، حيث تضمن الاستفسار عن وضوح العبارات، ومدى ارتباطها بقياس ما وضعت من أجله .

هذا وقد كان عدد مفردات المقياس المبدئي ٦٠ مفردة في خمسة أبعاد فرعية، وبعد أن تم عرض المقياس على السادة المحكمين تم استبعاد عدد من المفردات التي لم تتجاوز نسبة اتفاقهم عليها ٩٠%، وتعديل البعض الآخر منها،

وأصبحت عبارات المقياس في صورته النهائية ٥٠ مفردة بحيث يحتوى كل بعد على ١٠ مفردات، انظر ملحق (٥) الصورة الأولية لمقياس السلوك اللاتكيفى، وملحق (٦) الصورة النهائية لمقياس السلوك اللاتكيفى.

#### ثانياً صدق الاتساق الداخلى:

قام الباحث باستخراج معاملات الصدق لمقياس السلوك اللاتكيفى باستخدام الاتساق الداخلى عن طريق حساب معامل الارتباط الثنائى بين درجة كل مفردة من مفردات كل بعد على حدة والدرجة الكلية لهذا البعد، وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس السلوك اللاتكيفى.

وفيما يلى توضيح معاملات الصدق لمقياس السلوك اللاتكيفى للأطفال المعاقين عقليا المستخدم فى الدراسة من خلال الجداول التالية:

جدول (٢٠)

الاتساق الداخلى لعبارات بعد مفهوم الذات السلبى

(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
١	**٠,٣٨	٢٦	**٠,٤٤
٢	**٠,٣٩	٣٧	**٠,٤٠
١٣	**٠,٣٣	٣٨	**٠,٤١
١٤	**٠,٥٠	٤٩	**٠,٣٧
٢٥	**٠,٣٨	٥٠	**٠,٥٨

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات بعد مفهوم الذات السلبى بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (٢١)  
الاتساق الداخلي لعبارات بعد السلوك العدوانى  
(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٣	**٠,٣٦	٢٨	**٠,٥٥
٤	**٠,٤٤	٣٩	**٠,٣٤
١٥	**٠,٥٨	٤٠	**٠,٥٨
١٦	**٠,٦٨	٥١	**٠,٣٨
٢٧	**٠,٥٥	٥٢	**٠,٣٦

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات بعد السلوك العدوانى بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (٢٢)  
الاتساق الداخلي لعبارات بعد سلوك التمرد والعصيان  
(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٥	**٠,٥٨	٣٠	**٠,٣٨
٦	**٠,٣٩	٤١	**٠,٤٩
١٧	*٠,٣٢	٤٢	**٠,٦٤
١٨	**٠,٣٥	٥٣	**٠,٦٠
٢٩	**٠,٣٤	٥٤	**٠,٣٨

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات بعد سلوك التمرد والعصيان بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١ هذا فيما عدا معامل ارتباط الفقرة (١٧) فهو دال عند مستوى ٠,٠٥

جدول (٢٣)  
الاتساق الداخلي لعبارات بعد السلوك الانسحابي  
(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٧	**٠,٤٨	٣٢	**٠,٥٦
٨	**٠,٣٧	٤٣	**٠,٥٤
١٩	**٠,٤٥	٤٤	**٠,٦٨
٢٠	**٠,٦٧	٥٥	**٠,٦٣
٣١	**٠,٤٢	٥٦	**٠,٥٢

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات بعد الشخصي لقلق المستقبل بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (٢٤)  
الاتساق الداخلي لعبارات بعد سلوك إيذاء الذات  
(ن=٦٦)

الفقرات	معامل الصدق	الفقرات	معامل الصدق
٩	**٠,٥٤	٣٤	**٠,٤٤
١٠	**٠,٦١	٤٥	**٠,٤١
٢١	**٠,٥٠	٤٦	**٠,٧٢
٢٢	**٠,٤٣	٥٧	**٠,٣٨
٣٣	**٠,٥٩	٥٨	**٠,٤٩

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط عبارات بعد سلوك إيذاء الذات بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١

جدول (٢٥)

الاتساق الداخلى لأبعاد مقياس السلوك اللاتكيفى والدرجة الكلية للمقياس

(ن=٦٦)

الأبعاد	معامل الصدق
مفهوم الذات السلبي	**٠,٤٠
السلوك العدوانى	**٠,٧١
سلوك التمرد والعصيان	**٠,٥٧
الانسحاب الاجتماعى	**٠,٤١
سلوك إيذاء الذات	**٠,٧٠

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١)، \* دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط أبعاد مقياس السلوك اللاتكيفى بالدرجة الكلية له دالة عند مستوى ٠,٠١، ومن خلال عرض جداول الصدق لفقرات مقياس السلوك اللاتكيفى يتضح لنا أن جميع فقرات أبعاد مقياس السلوك اللاتكيفى كل منها مرتبط بالبعد الذى تنمى إليه ارتباطاً دالاً إحصائياً، مما يجعلنا نثق فى صدق فقرات المقياس وأبعاده الرئيسية، وأنها تقيس بالفعل السلوك اللاتكيفى لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

**ثالثاً صدق المحك:**

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال المعاقين عقلياً والبالغ عددهم ٦٦ على مقياس السلوك اللاتكيفى الذى أعده الباحث والمستخدم فى الدراسة ومقياس السلوك التوافقى الجزء الثانى (السلوك اللاتوافقى) لكازونيهيرا الذى أعده للبيئة المصرية صفوت فرج، وناهد رمزى (٢٠٠٥)، هذا وقد تم استخدام هذا المقياس كمحك لمقياس السلوك اللاتكيفى الذى أعده الباحث فى الدراسة الحالية وذلك لقوة صدقه وثباته، ولكثرة استخدامه فى الكثير من الدراسات النفسية، والجدول التالى يوضح حساب معامل الارتباط بين أبعاد مقياس السلوك اللاتكيفى المستخدم فى الدراسة والدرجة الكلية له (إعداد الباحث) وبين الدرجة الكلية لمقياس السلوك التوافقى الجزء الثانى (السلوك اللاتوافقى).

جدول (٢٦)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي المستخدم في الدراسة وبين الدرجة الكلية للجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي (السلوك اللاتوافقي) لكازونيهرا وآخرين

(ن ٦٦)

الأبعاد	مفهوم الذات السلبي	السلوك العدوانى	سلوك التمرد والعصيان	الانسحاب الاجتماعى	سلوك إيذاء الذات	الدرجة الكلية للمقياس
معامل الارتباط	٠,٣٤	٠,٤٥	٠,٤٣	٠,٥٢	٠,٤٤	٠,٦٠
مستوى الدلالة	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي إعداد الباحث والدرجة الكلية له وبين الدرجة الكلية لمقياس السلوك التوافقي الجزء الثانى (السلوك اللاتوافقي) دالة عند مستوى ٠,٠١، مما يجعلنا نثق في صدق فقرات وأبعاد مقياس السلوك اللاتكفي إعداد الباحث.

**ثبات المقياس:**

قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس على عينة قوامها (٦٦) من الأطفال المعاقين عقليا، واعتمد الباحث في ذلك على طريقتين هما:

- التجزئة النصفية (معادلة جتمان).

- ألفا كرونباخ.

**أولاً: حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (معادلة جتمان).**

تم حساب معامل ثبات أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له عن طريق التجزئة النصفية، وذلك بتجزئة فقرات المقياس إلى جزأين بحيث يحتوى الجزء الأول على الفقرات ذات الأرقام الفردية، أما الجزء الثانى من المقياس فيحتوى على الفقرات ذات الأرقام الزوجية، بعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين جزئى المقياس ليمثل معامل الثبات، ومن ثم قام الباحث بتصحيح معامل الثبات عن طريق معادلة جتمان، والتي سبق الإشارة، والجدول التالى يوضح ثبات أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية (جتمان).

جدول (٢٧)

ثبات أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية  
(جتمان)

(ن=٦٦)

المعامل الثبات	عدد الفقرات	البعد
٠,٧٢	١٠	مفهوم الذات السلبي
٠,٧٣	١٠	السلوك العدواني
٠,٨١	١٠	سلوك التمرد والعصيان
٠,٨٤	١٠	الانسحاب الاجتماعي
٠,٨٢	١٠	سلوك إيذاء الذات
٠,٧٧	٥٠	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة التجزئة النصفية مرتفعة حيث تراوحت ما بين ٠,٧٢، ٠,٨٤، مما يجعلنا نتق في ثبات المقياس.

**ثانياً: حساب معامل الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ:**

اعتمد الباحث على طريقة ألفا لكرونباخ في حساب معامل ثبات مقياس السلوك اللاتكفي المستخدم في الدراسة بجانب طريقة التجزئة النصفية، وذلك للتأكد من حساب معامل ثبات المقياس بأكثر من طريقة، والجدول التالي يوضح ثبات أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ

جدول (٢٨)

ثبات أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ

(ن=٦٦)

المعامل الثبات	عدد الفقرات	البعد
٠,٧٥	١٠	مفهوم الذات السلبي
٠,٨٠	١٠	السلوك العدواني
٠,٧٨	١٠	سلوك التمرد والعصيان
٠,٨٤	١٠	الانسحاب الاجتماعي
٠,٨٢	١٠	سلوك إيذاء الذات
٠,٧٨	٥٠	الدرجة الكلية للمقياس

- ١٨٦ -



يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بطريقة ألفا لكرونباخ مرتفعة حيث تراوحت ما بين ٠,٧٥، ٠,٨٤، مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

#### ٦- البرنامج الإرشادي:

يعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، وهو برنامج يخاطب مشاعر وانفعالات وسلوك الأفراد (أسر الأطفال المعاقين عقليا)، ويعتمد هذا البرنامج على العلاج المعرفي السلوكي، والذي يدمج بعض الأساليب والفنيات المعرفية المتمثلة في التحكم الذاتي والحوار الذاتي وأساليب حل المشكلة والمراقبة الذاتية الواجبات المنزلية مع بعض من الفنيات السلوكية كالتمجدة، والتعزيز، والاسترخاء، والتحصين التدريجي، والتي يتم تدريب الأفراد عليها، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية ودورها في مواجهة المواقف المثيرة لقلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا، وكيفية التعامل مع هذه المواقف، وأيضا كيفية رعاية الطفل المعاق عقليا والتعامل معه بصورة إيجابية وسليمة.

#### مصادر إعداد البرنامج:

اعتمد الباحث في إعداد البرنامج الإرشادي على عدة مصادر تضمنت:

- ١- الإطار النظري للدراسة والذي سبق تقديمه في موضع سابق.
- ٢- الدراسات العربية والأجنبية التي تناولها الباحث في فصل الدراسات السابقة، والاطلاع على العديد من البرامج الإرشادية التي تناولتها هذه المجموعة من الدراسات، والتي تناولت استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية في خفض اضطرابات القلق بوجه عام وقلق المستقبل بوجه خاص مثل دراسة أوى تيان وبراون أنا Tian P.S. Oei, & Alana Browne, (٢٠٠٦)، جوسين سكورمانز وآخرين Schuurmans, Nolan-Elizabeth Josien. Et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان Nolan-Elizabeth Robert C. Durham, et, (٢٠٠٥)، دورهام روبرت وآخرين، al. (٢٠٠٤)، كايلي فرانسيس Kylie Francis (٢٠٠٤)، محمد عبد التواب (١٩٩٦).
- ٣- ملاحظات الباحث أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية لإعداد وتطبيق مقياس الدراسة.

## أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج الإرشادي فيما يلي:

١- يساعد البرنامج الإرشادي على مواجهة مواقف قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وخفض حدة هذا الاضطراب بقدر الإمكان مما يساهم في تحقيق أعلى قدر ممكن من التوافق النفسي لديهم.

٢- يساهم البرنامج في تقديم بعض المواقف الاجتماعية وتعلم طرق جديدة لهذه الأسر للتغلب على قلق المستقبل من خلال استخدام بعض الفنيات والأساليب المعرفية والسلوكية.

٣- يتيح البرنامج الفرصة لهذه الأسر لتكوين مناخ عائلي طيب يسوده الهدوء والطمأنينة النفسية بعيداً عن التوتر والقلق، مما يتيح الفرصة لهم في معاملة أطفالهم المعاقين عقلياً معاملة حسنة بعيداً عن القسوة والنبذ والتسلط والإهمال، مما يؤدي بدوره إلى تعديل بعض السلوكيات غير التكيفية لدى هؤلاء الأطفال.

## الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يحدد حامد زهران (١٩٩٨: ٦١ - ٨٧) مجموعة من الأسس عند بناء برنامج إرشادي أو علاجي وهذه الأسس هي كالتالي:

### ١- الأسس العامة:

حرص الباحث على ألا يقتصر الأسلوب المتبع في الجلسات الإرشادية على الأسلوب الجماعي فقط، بل حرص على أن يتخلله أسلوب الإرشاد الفردي نظراً لأن السلوك الإنساني فردي - جماعي، كما راعى استعداد الأفراد للتوجيه والإرشاد، وحق كل فرد في المجموعة التجريبية في الإرشاد، وتقبل كسل فرد دون قيد أو شرط، وكذلك مراعاة مرونة سلوك الأفراد (قابليته للتعديل).

### ٢- الأسس الفلسفية:

حرص الباحث عند تصميم البرنامج الإرشادي على أن يأخذ في اعتباره طبيعة كل فرد من حيث مفهومه عن ذاته، واحترام شخصية كل فرد، وكذلك راعي أخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسي، كما استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من الاتجاه المعرفي السلوكي في تنمية الصحة النفسية للفرد وإعادة توازنه النفسي.

### ٣- الأسس النفسية والتربوية:

حرص الباحث على مراعاة الفروق الفردية في قدرات أفراد المجموعة التجريبية، وكذلك خصائص هذه المرحلة التي ينتمي إليها أفراد المجموعة

التجريبية، كما راعى أن يكون الهدف العام للدراسة واضحاً ولا يخرج عن الهدف العام الذي تتطلع إليه أية مؤسسة تربوية أو علاجية، وهو تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لدى هذه الأسر ولأطفالهم.

#### ٤- الأسس الاجتماعية:

حرص الباحث على الاهتمام بكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية كعضو في الجماعة دون تمييز فرد عن الآخر، كما استخدم في تطبيق جلسات البرنامج الأسلوب الجماعي الذي يتخلله الأسلوب الفردي بعض الشيء وذلك حسب ما تتطلبه طبيعة كل جلسة وظروف كل فرد.

#### ٥- الأسس العصبية والفسولوجية:

حرص الباحث على مراعاة النواحي العصبية والفسولوجية لأفراد المجموعة التجريبية، حيث لم يطلب منهم القيام بأداء أى أعمال أو واجبات تخرج عن حدود استطاعتهم، كى لا تؤثر على النواحي البدنية والعصبية لديهم أثناء تطبيق الجلسات الإرشادية، كما أعطى الباحث للأفراد الفرصة للاسترخاء العضلى من خلال استخدام فنية التدريب على الاسترخاء، مع مراعاة الأسس التى تساعد الجسم على الوصول إلى الاسترخاء الكامل.

#### خطوات تصميم البرنامج:

- ١- تحديد الفئة التى يصمم لها البرنامج.
- ٢- تحديد أهداف البرنامج.
- ٣- تحديد الأسلوب الإرشادى المستخدم فى تنفيذ البرنامج.
- ٤- الأدوات والوسائل المستخدمة فى تنفيذ البرنامج.
- ٥- حدود البرنامج (البشرية، المكانية، الزمنية).
- ٦- مراحل تطبيق البرنامج.
- ٧- محتوى البرنامج.
- ٨- الفنيات والأنشطة التى يحتويها البرنامج.
- ٩- تقييم البرنامج.

#### وفيما يلى تتابع لخطوات البرنامج:

#### ١- تحديد الفئة التى يصمم لها البرنامج:

لقد تم تحديد الفئة التى يصمم لها البرنامج الإرشادى والدراسة بوجه عام، وهذه الفئة تمثل عينة من والدى الأطفال المعاقين عقلياً، والذين يعانون من قلق

المستقبل، وقد تم انتقاء عينة الدراسة بناءً على الأدوات التي تم تصميمها لذلك، والتي سبق الإشارة إليها في هذا الفصل من خلال خطوات تحديد عينة الدراسة.

## ٢- أهداف البرنامج:

### أولاً: الأهداف العامة للبرنامج:

يتلخص الهدف العام للبرنامج في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

إنّ فالهدف العام للبرنامج هو هدف إرشادي علاجي، وذلك من خلال الإرشاد العلاجي الذي يستند عليه البرنامج الحالي مستمداً فنياته من العلاج المعرفي السلوكي، الذي يساهم في إكساب عينة الدراسة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية بعض الفنيات والأساليب المعرفية والسلوكية على مواجهة قلق المستقبل لديهم والتخلص منه أو التخفيف من حدته، من خلال التدريب على هذه الفنيات المعرفية والسلوكية واستخدامها في مواجهة المواقف المثيرة لقلق المستقبل لديهم والتخفيف من حدتها، والذي بدوره يؤدي إلى وجود مناخ أسري معتدل يساهم في وجود معاملة أسرية سوية تجاه الطفل المعاق عقلياً، مما ينعكس ذلك على الحد من ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى هذا الطفل نتيجة لتحسين معاملة أسرته له.

هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية المتضمنة في البرنامج، والتي تتيح الفرصة لهذه الأسر في تبادل الخبرات فيما بين بعضهم البعض من حيث التعامل مع المواقف المثيرة لقلق المستقبل بأبعاده المتضمنة في الدراسة الحالية، والتعرف على بعض مصادر الدعم الإرشادي والمادي، وشروط الحصول على الدعم المادي، كما تساهم المساندة الاجتماعية أيضاً في اكتساب هذه الأسر بعض الخبرات الجديدة في كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً معاملة حسنة وسوية، وذلك من خلال تبادل الحوار والخبرات فيما بين هذه الأسر بعضهم البعض.

### ثانياً: الأهداف الإجرائية:

تتلخص الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي في الآتي:

- أن يتعرف والداي الطفل المعاق عقلياً على قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه وما يسببه من مشكلات وضغوط نفسية خلال مواقف الحياة اليومية.
- أن يتعرفا على مفهوم الإعاقة العقلية وأسبابها وفئاتها وخصائص وحاجات الأطفال المعاقين عقلياً.
- أن يتعرفا على العلاقة بين معاناة الأسرة من قلق المستقبل وبعض السلوكيات اللاتكيفية لدى طفلها المعاق عقلياً.
- تدريبهما على التحديد الدقيق والفحص الموضوعي لحوارهم الذاتي السلبي وأفكارهم وتخيلاتهم الخاطئة ذات الصلة بقلق المستقبل،

ومقارنتها بالأفكار والتخيلات والحوار الذاتي الصحيح والموضوعي، وذلك بهدف توضيح أن حوارهم الذاتي وأفكارهم وتخيلاتهم تجاه المستقبل كانت غير صحيحة وغير موضوعية.

- تدريبهما على تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة والحوار الذاتي السلبي ذات الصلة بمواقف قلق المستقبل إلى أخرى سلمية وصحيحة، وذلك من خلال تدريبهم على استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية أثناء جلسات البرنامج.

- تدريبهما على استثمار نتائج خفض حدة الشعور بقلق المستقبل في إيجاد مناخ طيب ومناسب للتعامل مع الطفل المعاق عقلياً، بعيداً عن القسوة والنبذ والتسلط أو الحماية الزائدة والتدليل، وذلك بهدف تعديل السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً.

- أن يتعرفا على الدور الذي تؤديه المساندة الاجتماعية في خفض قلق المستقبل وتعديل السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً، وذلك من خلال تبادل الأسر للخبرات في مواجهة المواقف المثيرة لقلق المستقبل وكيفية التعامل معها، وأيضاً في كيفية رعاية الطفل المعاق عقلياً وكيفية التعامل معه بالطرق والأساليب السليمة والصحيحة.

- أن تعرف الأسر بعض مصادر الدعم المادي والإرشادي والتوجيهي والمهني التي تقدمها بعض الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً ولأطفالهم المعاقين وشروط هذا الدعم.

### ٣- الأسلوب الإرشادي المستخدم في تنفيذ البرنامج:

استند البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية على أسلوب الإرشاد الجماعي الذي يقوم على التفاعل والتأثير المتبادل بين أفراد المجموعة الإرشادية بعضهم البعض من جهة، وبينهم وبين الباحث من جهة أخرى، والذي بدوره يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرهم إلى الحياة، ويتخلل الإرشاد الجماعي إرشاد فردي حسب طبيعة كل فرد وخصوصيته وحسب طبيعة كل جلسة.

### ٤- الأدوات والوسائل المستخدمة في البرنامج :

- أوراق عمل متنوعة لخدمة كل جلسة.

- جداول المراقبة الذاتية.

- الاسترخاء.

### ٥- حدود البرنامج:

#### أ- الحدود البشرية للبرنامج:

اشتملت المجموعة الإرشادية على ثمانية أزواج من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بمدسة التربية الفكرية بإمبابة بمحافظة الجيزة بواقع ثمانية أبناء،

وثماني أمهات، بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقليا، والبالغ عددهم ثمانية أطفال بواقع أربعة أطفال من الذكور، وأربعة أطفال من الإناث.

#### ب- الحدود المكاتبية للبرنامج:

تم تنفيذ البرنامج الإرشادي بمدرسة التربية الفكرية بإمبابسة بمحافظة الجيزة، وقد قامت الأخصائية النفسية بالتعاون مع إدارة المدرسة بتجهيز أحد الفصول الدراسية بالمدرسة ليكون مكانا لتطبيق جلسات البرنامج الإرشادي.

#### ج- الحدود الزمنية للبرنامج:

استغرقت الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج الإرشادي حوالي شهرين، بواقع ١٦ جلسة بواقع جلستين أسبوعيا، وبدأت مدة الجلسة الواحدة ٦٠ دقيقة في الجلسات الأولى من البرنامج ثم ٩٠ دقيقة في الجلسات التي تضمنت المساندة الاجتماعية، وقد تم تطبيق البرنامج في العام الدراسي ٢٠٠٦ - ٢٠٠٧ في الفصل الدراسي الثاني، في الفترة من يوم الأحد الموافق ١٨ / ٢ / ٢٠٠٧ إلى يوم الثلاثاء الموافق ١٠ / ٤ / ٢٠٠٧، ثم تم التطبيق التبعي لمقاييس قلق المستقبل والسلوك اللاتكفي على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي، وكان ذلك يوم الأحد الموافق ١٠ / ٦ / ٢٠٠٧.

#### ٦- مراحل تطبيق البرنامج:

- المرحلة الأولى: والتي تم فيها التعارف بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية، والتمهيد لمعنى الإرشاد المعرفي السلوكي وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه وأساسه، وتم ذلك خلال الجلسة الأولى.
- المرحلة الثانية: وهي المرحلة المعرفية والتي هدفت إلى تقديم المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية حول مفهوم قلق المستقبل، لدى الأسرة وتأثيره على السلوك التكيفي لدى الطفل المعاق عقليا، وكيفية التغلب عليه من خلال التدريب على بعض الفنيات المعرفية مدعمة بفنيات أخرى سلوكية، وتم ذلك خلال الجلسات الثانية إلى العاشرة.
- المرحلة الثالثة: وهي المرحلة السلوكية وهدفها تقديم تلك الإجراءات السلوكية وممارستها بعد تقديم المفهوم النظري لها مدعمة بالمساندة الاجتماعية، وتم ذلك خلال الجلسات الحادية عشرة إلى الجلسة الخامسة عشرة.
- المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الختامية وهدفها تلخيص أهداف البرنامج، وتقييمه مع أفراد المجموعة التجريبية، ومن ثم إنهاء جلسات البرنامج، وتم ذلك خلال الجلسة السادسة عشرة.

#### ٧- محتوى جلسات البرنامج:

تم انتقاء محتوى الجلسات الإرشادية بما يتفق مع أهداف البرنامج، والإجراءات العملية بما تتضمنه من الفنيات والأسلوب الإرشادي والوسائل

- المستخدمة أنظر ملحق (٨) جلسات البرنامج الإرشادي، وقد راعى الباحث مجموعة من المعايير فى اختيار محتوى الجلسات وهى:
- استخدام ألفاظ وعبارات واضحة ومفهومة لدى أفراد المجموعة الإرشادية.
  - تقديم مفاهيم ومهارات البرنامج فى ترتيب منطقي يتدرج من البسيط إلى المركب.
  - تنظيم الجلسات وإعطاء الفرصة لكل فرد من أفراد المجموعة الإرشادية للتعبير عن قلقه من المستقبل ومشاعره المختلفة.
  - احترام آراء كل فرد فى المجموعة الإرشادية وتنمية ثقته بنفسه وتشجيعه.
  - توفير فرصة لجميع الأفراد لاختيار الدور المطلوب تنفيذه فى الفينة الإرشادية.
  - اختيار الأنشطة المناسبة لمحتوى كل جلسة.
  - تصميم الواجبات المنزلية على أساس ما تم تطبيقه فى كل جلسة والبعث عن الأسئلة الصعبة، وأيضاً التساؤلات الشخصية التى تثير خجل أفراد المجموعة الإرشادية.
- والجدول (٢٩) يوضح عدد جلسات البرنامج الإرشادى العلاجى، وموضوع ومحتوى وزمن كل جلسة.

#### جدول (٢٩)

عدد جلسات البرنامج الإرشادى، وموضوع ومحتوى وزمن كل جلسة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	عدد الجلسات
الأولى	تعارف وتمهيد للبرنامج	٦٠ دقيقة	١
الثانية	مفهوم قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه	٦٠ دقيقة	١
الثالثة	الإعاقة العقلية	٦٠ دقيقة	١

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	عدد الجلسات
الرابعة	الاسترخاء ودوره في خفض قلق المستقبل	٦٠ دقيقة	١
الخامسة	التفكير والانفعال والسلوك والعلاقة بينهم.	٦٠ دقيقة	١
السادسة	دور الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة في ظهور قلق المستقبل	٦٠ دقيقة	١
السابعة	الحوار الذاتي السلبي ودوره في ظهور قلق المستقبل.	٦٠ دقيقة	١
الثامنة، والتاسعة	تعديل الحوار الذاتي السلبي.	٦٠ دقيقة	٢
العاشرة	المساندة الاجتماعية.	٦٠ دقيقة	١
الحادية عشرة	التحصين التدريجي ضد قلق المستقبل	٦٠ دقيقة	١
الثانية عشرة	التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل	٩٠ دقيقة	١
الثالثة عشرة	التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة	٩٠ دقيقة	١
الرابعة عشرة	التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة.	٩٠ دقيقة	١
الخامسة عشرة	التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقليا.	٩٠ دقيقة	١
السادسة عشرة	الجلسة الختامية والتقييم البعدي	٩٠ دقيقة	١



#### ٨- الفنيات المستخدمة فى البرنامج الإرشادى:

استخدم الباحث فى البرنامج الإرشادى مجموعة من الفنيات المعرفية تضمنت التحكم الذاتى والمراقبة الذاتية وأساليب حل المشكلة والواجبات المنزلية، ومجموعة أخرى من الفنيات السلوكية تضمنت النمذجة والتعزيز والاسترخاء والتحصين التدريجى، بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية.

#### ١- الفنيات المعرفية Cognitive Strategies:

يعتمد البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة الحالية على مجموعة من الفنيات المعرفية تضمنت التحكم الذاتى والمراقبة الذاتية وأساليب حل المشكلة والواجبات المنزلية، والتي سوف نعملها على الوجه التالى:

#### ١- التحكم الذاتى self control :

يتضمن إجراء التحكم الذاتى الملاحظة الذاتية للأفكار والمشاعر والسلوكيات المترتبة عليها ومن ثم تسجيلها، ثم تقييم الذات وتغيير الأداء فى الاتجاه الموجب، وأخيراً تعزيز الذات لاستخدام استراتيجيات العلاج بفعالية والتحكم فى الاضطراب (ايسن وكارنى Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ : ١٥٣).

هذا ويشير إجراء التحكم الذاتى بأنه إجراء تعليمى علاجى يتضمن عدة مراحل متسلسلة، حيث يتم فى المرحلة الأولى تعريف الفرد المضطرب بالأفكار السلبية المسببة لاضطرابه، كما يتعلم الفرد فى هذه المرحلة أنه يستطيع تغيير السلوك المضطرب الذى يعانى منه، بتحديد الأفكار الخاطئة التى تقف وراء هذا السلوك، وفى المرحلة الثانية يتم تعليمه كيف يركز على جسمه، وعليه كتابة معلومات يمكن الاستفادة منها، أما فى المرحلة الثالثة فيتم تنمية مهارة الإحساس بالمثير المسبب للمشكلة لديه، وذلك من خلال ملاحظة الذات للمشاعر والسلوك والأفكار، والتي تساعده فى التدريب على الاسترخاء، وفى المرحلة الرابعة والأخيرة يبدأ فى تعلم مهارات التحكم الذاتى المتضمن ملاحظة وتقييم ومكافأة الذات وأساليب حل المشكلة، ومن ثم التخلص من الاضطراب النفسى عن طريق التخلص من الأفكار الخاطئة التى تقف وراء هذا الاضطراب (رونان Ronen، ١٩٩٧ : ١٣٠ - ١٣١).

وفى ضوء ذلك تم استخدام هذه الأساليب من خلال تدريب والذى المجموعة التجريبية على التحكم الذاتى لمواقف قلق المستقبل التى تواجههم فى حياتهم، وذلك من خلال المراقبة الذاتية للأفكار التلقائية الخاطئة والحوار الذاتى السلبى لمواقف قلق المستقبل، ومراقبة الانفعالات والسلوكيات المترتبة عليها، والذى يتم من خلال فنية المراقبة الذاتية، ثم تعديل الحوار الذاتى السلبى والأفكار الخاطئة المرتبطة بمواقف قلق المستقبل إلى أخرى صحيحة، وذلك من خلال أسلوب حل المشكلة، ثم مراقبة الانفعالات والسلوكيات المترتبة على الأفكار

الجديدة الصحيحة، ومن ثم تقييمهما من خلال مقارنة الأفكار التلقائية الخاطئة والحوار الذاتي السلبي بالأفكار التلقائية الصحيحة والحوار الذاتى الإيجابى، المرتبط بمواقف قلق المستقبل، وأخيراً تقييم الانفعالات والسلوكيات المترتبة على كل منهم.

## ٢- المراقبة الذاتية Self-Monitoring:

تعرف المراقبة الذاتية بأنها وعى الفرد بما يستخدمه من استراتيجيات ومدى ملائمة هذه الاستراتيجيات لكل من المهام الموكلة إليه وقدراته وإمكاناته (شيراو ودينسون, Schraw & Dennison, ١٩٩٤: ٤٧٥).

والمراقبة الذاتية تشير إلى امتلاك الفرد ميكانيزم مراجعة الذات لمراقبة تحقيق أهدافه (أونيل وأبيدل, O'Neil, & Abedl, ١٩٩٦: ٢٤٤).

وفى مجال العلاج المعرفى السلوكى تعد المراقبة الذاتية جزءاً تكاملياً من البرنامج العلاجى لاضطرابات القلق، فعندما يتم تدريب المريض أو الحالة على الاستعمال الأمثل وتكملة نماذج المراقبة الذاتية، فإن البيانات التى نحصل عليها من هذه الطريقة من طرق التقدير العيادى يمكن أن تصبح من بين أفضل المعلومات قيمة من حيث استخدام المعالج لها فى وضع وتقويم برنامج العلاج الملائم (ديفيد هـ. بارلو، ٢٠٠٢: ٣٨١).

ومنذ اللحظة الأولى التى يبدأ فيها العلاج، نقوم بتقديم نموذج المراقبة الذاتية لتدريب الحالة عليه، وذلك لأنه يمثل جزءاً أساسياً من عملية العلاج ولإزكاء روح الواقعية التعاونية بين المعالج والمريض (ديفيد هـ. بارلو، ٢٠٠٢: ٣٨١).

وفى ضوء ذلك يؤكد العلاج المعرفى على أنه يتعين الكشف عن انشغالات المفحوص الشخصية، حتى يمكن خفض إسهامها فى القلق (س. ل. ليندراى، ج. ي. بول، ٢٠٠٠: ٢١٢).

ومن بين الأسباب التى تكشف أهمية طريقة المراقبة الذاتية للحالة نعرض لما يلى:

١- لى نحدد استجابة المريض للعلاج عن طريق حصولنا على معلومات دقيقة عن التغيرات العيادية المرتبطة بالعلاج.

٢- للمساعدة فى إحراز التحليل لقلق المريض الذى يحدث بطريقة طبيعية ونوبات الانزعاج (من قبيل: العوامل الموقفية أو المهئية، وطبيعة الإدراكات والمعارف والأفكار الناتجة عن القلق، والمناهج أو ضروب السلوكيات المسئولة عن تخفيض معدلات القلق).

٣- لتقدير التكامل والمطاوعة وتنفيذ الواجبات المنزلية المطلوبة فيما بين الجلسات (ديفيد هـ. بارلو، ٢٠٠٢: ٣٨١).

وفي ضوء ذلك تم استخدام هذه الفنية أثناء الجلسات الإرشادية للبرنامج الإرشادي وأثناء الواجبات المنزلية، وذلك من خلال مراقبة أفكار وانفعالات وسلوكيات كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية من الوالدين لمواقف قلق المستقبل التي تواجههم، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً أثناء التعامل معه في هذه المواقف، ومراقبة التعديلات التي تحدث في الأفكار والانفعالات والسلوكيات تجاه مواقف قلق المستقبل التي يتعرض لها كل فرد من الوالدين، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء هذه التعديلات، ويتم تدريب الوالدين أفراد المجموعة التجريبية مسبقاً، على كيفية المراقبة الذاتية لأفكارهم وسلوكياتهم وانفعالاتهم تجاه مواقف قلق المستقبل، وعلى كيفية مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً أثناء تعرض الوالدين لهذه المواقف، كخطوة من خطوات أسلوب التحكم الذاتي في الأفكار التلقائية السلبية والخاطئة.

#### **٣- التدريب على أسلوب حل المشكلات problem solving training:**

يعد أسلوب حل المشكلة واحداً من أهم الأساليب المعرفية المستخدمة لتعديل البناء المعرفي لدى الفرد (دونالد بيجز, Biggs, ١٩٩٤: ٥٥).

هذا وقد قام بعض الباحثين بتصميم برامج لتعليم هذه المهارات لأبناء وأمهات الأطفال من خلال الألعاب والتمارين التي تهدف لتنمية مكونين حاسمين من هذه المهارات وهما:

- التفكير من خلال الحلول البديلة.

- التفكير من خلال العواقب (لويس مليكة، ١٩٩٠: ١٧٦).

وأسلوب حل المشكلة هذا يركز على تصحيح التفسير الخاطئ عن طريق تعليم الأفراد كيف يجرون التفسير المنطقي للحلول الصحيحة للمشكلات التي يعانون منها، ويتم ذلك عن طريق:

- ملاحظة المشكلة والإحساس بها.

- تحديد المشكلة بدقة.

- الوقوف على البدائل والحلول الممكنة.

- تقييم هذه البدائل والحلول.

- اختيار أنسب هذه الحلول.

- تحديد خطة يتم اتباعها لحل المشكلة.

- التأكد من أن المشكلة أوشكت على الحل (بير جوزيف ومارتن جارى Joseph, & Garry, ١٩٩٩: ٣٥٤ - ٣٥٥).

وفى ضوء ما سبق تم استخدام هذه الفنية من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية من الوالدين على خطوات أسلوب حل المشكلة وتوظيفها لمواجهة المواقف المثيرة لقلق المستقبل، من خلال تقديم بعض النماذج لهذه المواقف، وعليهم أن يقوموا باستخدام خطوات أسلوب حل المشكلة للتغلب على هذه المواقف، كخطوة من خطوات أسلوب التحكم الذاتى فى الأفكار التلقائية السلبية والخاصة.

#### ٤- الواجبات المنزلية Assignment :

يعد الواجب المنزلى أحد الفنيات المهمة التى تميز العلاج المعرفى السلوكى عن غيره من التدخلات العلاجية الأخرى.

هذا ويهدف الواجب المنزلى إلى ممارسة الفرد لما يتم اكتسابه من مهارات مختلفة تعلمها وتدريب عليها أثناء الجلسات العلاجية، وذلك لترسيخها وتوظيفها فى حياته اليومية (مارك وليمز Williams, ١٩٩٢: ٣١٥).

وفى ضوء ذلك استخدم بيك Beck الواجبات المنزلية فى علاج الاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد، والتي ترتبط بالأفكار السلبية، والمعتقدات الخاطئة، والمبالغة فى التقدير والتعميم الذى يؤدى إلى تلك الاضطرابات (بير جوزيف ومارتن جارى Joseph, & Garry, ١٩٩٩: ٣٥١ - ٣٥٣).

هذ ويتم تحديد الواجبات المنزلية خلال الجلسات الإرشادية، ثم يتم مراجعتها ليرى ما إذا كان قد أنجزت بالشكل المناسب أم تحتاج إلى أن تعاد من جديد (أشرف عبد القادر، ٢٠٠١: ٥٨).

وفى ضوء ما سبق تم استخدام هذه الفنية من خلال تكليف الباحث لأفراد المجموعة التجريبية من الوالدين بأداء الواجبات المنزلية، ككتابة المواقف المثيرة لقلق المستقبل لديهم، وما يرتبط بها من أفكار وأعراض مختلفة، والتدريب على الاسترخاء، والمراقبة الذاتية لأفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم تجاه مواقف قلق المستقبل، ومراقبة السلوك اللاتكفي للطفل المعاق عقلياً فى ضوء هذه الأفكار والانفعالات والسلوكيات سواء قبل أو أثناء خفض قلق المستقبل أو بعد خفضه لدى الوالدين،، وذلك بهدف مساعدتهم على ممارسة الفنيات والمهارات المتعلمة داخل جلسات البرنامج فى حياتهم العامة، والتأكيد على ما تم تعلمه داخل الجلسات الإرشادية، هذا وقد تم تحديد الواجب المنزلى فى كل جلسة حسب طبيعة وموضوع كل الجلسة.

## ب- الفنيات السلوكية: behavioral Strategies:

عرضنا في الصفحات السابقة مجموعة من الفنيات المعرفية التي أعتد عليها البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية، والآن سوف نعرض مجموعة من الفنيات السلوكية التي أعتد عليها أيضاً هذا البرنامج، والتي تضمنت النمذجة والتعزيز والاسترخاء والتحصين التدريجي، والتي سوف نستعرضها على الوجه التالي:

### ١- النمذجة modeling:

أشارت نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura (١٩٧٧) بأن الأطفال يتعلمون الكثير من السلوكيات عن طريق ملاحظة أو مشاهدة الآخرين، وكذلك الحال للفرد المضطرب الذي يتعلم من خلال ملاحظة الآخرين في التعامل مع مثيرات الخوف والقلق (فرانسيس وبيدال، Francis, & Beidel، ١٩٩٥، ٣٢٧).

ولذا تعد النمذجة جزء أساسي في برامج كثيرة لتعديل السلوك المضطرب، فهذه الفنية تستند إلى افتراض مؤداه أن الإنسان يستطيع التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وذلك من خلال تعرضه بصورة منتظمة للنماذج التي يراد تعليمها له، حيث تعطى للفرد الفرصة لملاحظة نموذج ما ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به هذا النموذج (إيميري وأولتمانس Emery, & Oltmanns، ٢٠٠٠: ٤٦٠).

وفي ذلك تم استخدام هذه الفنية من خلال تقديم النماذج التوضيحية لمواقف قلق المستقبل الإيجابي منها والسلبي لأفراد المجموعة التجريبية، والتي قدمها لهم الباحث أثناء جلسات البرنامج الإرشادي، بهدف توضيح الدور السلبي الذي يلعبه قلق المستقبل في حياة كل فرد منهم، وتأثير ذلك على التعامل مع المحيطين بهم، وبصفة خاصة الطفل المعاق عقلياً.

### ٢- التعزيز Reinforcement :

يعتبر التعزيز أسلوباً في العلاج السلوكي يقدم في كل مرة يؤدي بها السلوك المرغوب، أي أن الإثابة تعتمد على السلوك المشروط بأدائه (جابر عبد الحميد و علاء كفاقي، ١٩٩٠ : ٦٦٤).

التعزيز إذا عبارة عن مكافأة تتبع الاستجابة الصحيحة، وذلك لتشجيع الفرد على تكرار هذه الاستجابة ومن ثم استمرارها (كومير Comer، ١٩٩٩: ٣٠٥).

وبالتالي فإن التعزيز يعتمد على فرضية هامة هي أن الكائن الحي لديه نزعة لتكرار السلوك الذي يعقبه ثواب، وعدم تكرار السلوك الذي يعقبه عقاب،

وهو ما أكده ثورندينك وسكنر الذي قسم التدعيم إلى نوعين هما التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي (سهير كامل، ١٩٩٩: ١١٤).

وفي ضوء ذلك تم استخدام هذه الفنية من خلال تقديم المكافأة المادية والمعنوية لأفراد المجموعة التجريبية أثناء أداء الجلسات الإرشادية، وبعد الانتهاء من كل جلسة وبعد الانتهاء من الواجب المنزلي، وذلك بهدف التأكيد على الاستجابات السليمة والصحيحة المتعلقة بمواقف قلق المستقبل، لأن ذلك يساعد على نمو الثقة لديهم، مما يدفعهم إلى تكرار تلك الاستجابات الصحيحة والمرغوبة، ويحفزهم على الاستمرار في حضور جلسات البرنامج، والاشتراك بفاعلية أثناء هذه الجلسات.

### ٣- التدريب على الاسترخاء Relaxation:

يعرف الاسترخاء بأنه طريقة فنية تتعامل مع كل من التوترات العضلية والعقلية، ويتم تعليم الأفراد الاسترخاء بطريقة منتظمة عبر محاضرات أعدت بعناية حول كيفية تسجيل التوتر في كثير من العضلات وكيفية استرخائها، والتي من خلالها يتم تدريب المريض أثناء جلسات العلاج على ممارسة تمارين الاسترخاء (عضلات اليدين والذراعين والرقبة والكتف والوجه والمعدة والأفخاذ والساقين، والشهيق والزفير بصورة بطيئة) مرة أو مرتين في اليوم، (إيف بلاكبيرن، I. Blackburn، ١٩٩٥: ٦٥)، حيث صمم الاسترخاء من أجل إتاحة الفرصة أمام الفرد لتحقيق الاسترخاء الكامل للعضلات والعقل (ج هوفمان Hoffman، J.، ١٩٩٤: ٤٤٦).

هذا ويتسبب الاسترخاء في تأثيرات فسيولوجية تتناقض في طبيعتها مع تلك التي تحدثها الضغوط النفسية (تريفور سيمون، Trevor, & Simon، ١٩٩٠: ٩٣).

وفي ضوء ذلك تشير سميث، Smith (١٩٩٣: ٢٣٦) إلى أن الشخص الذي يفكر في أنه سوف يتجاهل جميع الاضطرابات التي يتعرض لها، من السهولة عليه التركيز في صرف ذهنه عن المواقف السلبية المسببة للاضطراب، ومن ثم التفكير في الأمور الإيجابية.

وبذلك فالاسترخاء يعني غياب التوتر وتقليل الاستثارة العقلية العصبية وتخفيف الضغوط والمساعدة على التكيف، كما أن له هدفاً تعليمياً وهو تعليم الممارس إدراك إحساس الاسترخاء الفسيولوجي العميق، وبالتالي زيادة الوعي العام بالجسم لتمكين الفرد الممارس من الحركة والنشاط العقلي والعصبي بمجهود أقل (هارون الرشيدى، ١٩٩٩: ١٦٣).

ينصح مما سبق أن الاسترخاء يعمل على تنظيم أجهزة جسم الإنسان، ومن ثم تهيئة العقل للتفكير الصحيح تجاه المواقف الحياتية التي يعيشها الفرد.

وعادة ما يسبق التدريب على الاسترخاء بعض الإيضاحات عن كيفية عمل الاسترخاء كأداة علاجية، فشرح المعلومات اللازمة وتقديمها للمريض له وظيفة هامة في تقليل تساؤلات المريض والحد من تنازل المريض عن سيطرته على حالة الاسترخاء بسبب عامل طارئ، والواقع أن مشاعر المريض السلبية وتساؤلاته ما تزول بعد فترة التدريب (هارولد رنجالد، ١٩٩٢: ١٠٠).

وفي ضوء ذلك يعرض عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤: ١٦٢) بعض النقاط التي يجب تهيئة المريض لها عند ممارسة التدريب على الاسترخاء العضلي وهي:

- يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة، أو مهارة، لا تختلف عن أية مهارة قد تعلمها من قبل.

- يوضح المعالج للمريض بأنه قد يشعر ببعض المشاعر الغريبة كالتميل في أصابع اليد مثلاً، وهذا شيء عادي يدل على أن عضلات الجسم بدأت تسترخي.

- ينصح المعالج المريض بأن أفكاره كلها مركزة في عملية الاسترخاء لتحقيق أكبر قدر من النجاح.

- يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخي تام أثناء الاسترخاء.

هذا وتتعدد أساليب الاسترخاء، فمنها أسلوب جاكوبسون للاسترخاء التصاعدي Progressive Relaxation، وأسلوب جوزف ولبى في الاسترخاء العضلي، وأسلوب مارتن وبير Martin, G. & Pear, J. في الاسترخاء العضلي. وبناءً على ذلك سوف يتبع الباحث في الدراسة الحالية أسلوب مارتن وبير Martin, G. & Pear, J. في الاسترخاء العضلي، والذي يتناول تدريب الاسترخاء بدءاً بعضلات:

١- الذراعين واليدين.

٢- مقدمة الرأس والعينين.

٣- الفكين والرقبة.

٤- الكتفين.

٥- الصدر والبطن.

٦- الظهر.

٧- الساقين والقدمين (فصل الزراد، ٢٠٠٥: ١٢٨ - ١٣٥).

- ٢٠١ -

وفى ضوء ما سبق تم استخدام هذه الفنية من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على تمارين الاسترخاء، والتعرف على الفروق بين العضلات المشدودة والمسترخية، وذلك لاستخدامها أثناء جلسات التحكم الذاتى والتحصين التدريجى لمواقف قلق المستقبل، وذلك بهدف تهيئتهم لممارسة فنيتى التحكم الذاتى والتحصين التدريجى فى جو من الهدوء والاسترخاء؛ حتى يعطيهم فرصة للتفكير الصحيح واتخاذ القرارات الصحيحة تجاه مواقف قلق المستقبل التى تواجههم.

#### ٤- التحصين التدريجى: **Systematic desensitization**:

يعد أسلوب التحصين التدريجى أحد العناصر الضرورية فى أى برنامج لخفض اضطرابات الخوف والقلق.

وملخص هذه العملية العلاجية هو أن المعالج يضع المريض فى حالة استرخاء تام، ثم يقدم له المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخيل هذه المثيرات، حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير أو قام المريض بتخيله؛ يكون ما يستثيره من قلق أو خوف أضعف من حيث القوة من استجابة الاسترخاء التى اختارها المعالج، وبالتالي يستطيع المعالج القيام بعملية كف تدريجى للقلق الضعيف، ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهى بأكثرها شدة أو إثارة، حيث يرى ولبى أن تخيل أو تصور Imagine المثيرات الباعثة على الخوف والقلق لا يقل فاعلية عن مواجهتها بشكل مباشر (كما فى الواقع)، وعملية التحصين المنظم أو التدريجى تبدأ عادة بعملية التخيل أو التصور للمشهد المثير للقلق. وفى المراحل الأخيرة من العلاج يطلب من المريض مواجهة المثيرات الواقعية، وهذا ما يسمى بالمواجهة العلاجية المباشرة أو الفعالة (فيصل الزراد، ٢٠٠٥: ١٩٧).

ولتطبيق هذه العملية نجد المعالج يقدم المثيرات الموجودة على مدرج القلق إلى المريض وهو فى حالة استرخاء عضلى وفكرى إلى حد ما، حيث يضمن المعالج باستمرار أنه إذا قدم المثير يكون ما سيثيره من استجابة قلق وخوف أضعف من استجابة الاسترخاء، وبالتالي يقوم المعالج بعملية الكف تدريجياً للقلق الضعيف (فيصل الزراد، ٢٠٠٥: ١٩٨).

وبذلك تتلخص عملية التحصين التدريجى للقلق على النحو التالى: إذا نجحنا فى استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن من شأن هذه الاستجابة المتعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق، أو تؤدي على الأقل كفاً أو توقف جزئى له، إلى أن يبدأ القلق فى التناقص ثم فى الاختفاء التام بعد ذلك (عبد الستار إبراهيم وآخرين، ١٩٩٣: ٧٢).



وفي ضوء ما سبق تم استخدام هذه الفنية من خلال مدرجات قلق المستقبل، والتي طلب الباحث من أعضاء المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقليا القيام ببنائها، بدءاً من أبسط موقف مثير لقلق المستقبل لدى كل منهم حتى أشد موقف، ومناقشة كل موقف على مدرجات قلق المستقبل لكل منهم، وذلك بعد التدريب على الفنيات المعرفية وتمارين الاسترخاء.

#### ج- المساندة الاجتماعية Social Support:

إضافة إلى كل من الفنيات المعرفية والسلوكية التي يعتمد عليها البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، فهذا البرنامج أيضاً اعتمد على المساندة الاجتماعية، والتي سوف نستعرضها على الوجه التالي:

ترجع جذور المساندة الاجتماعية إلى علماء الاجتماع، حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية، عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية network Social والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية Social support (محمد الشناوى ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٤: ٣).

وإذا كان مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية إلا أن ليبرمان Libarman عام (١٩٨٢) رأى أن المساندة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر، التي تشتمل على الأفراد الذين يقفون فيهم، ويستندون على علاقاتهم بهم (محمد الشناوى ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٤: ٣).

بالإضافة إلى كون المساندة الاجتماعية أحد مصادر التأثير الاجتماعى social influence وأحد عوامل التغيير، حيث إن الأشخاص يؤثرون فى بعضهم البعض كمصادر للمساندة (معتز عبد الله، ٢٠٠١: ١٠٣).

هذا وتوجد عدة أنواع للمساندة الاجتماعية حيث يحدد هاوس House (١٩٨١) أربعة أنماط من المساندة الاجتماعية هي:

- المساندة الوجدانية: كالتعاطف.
- المساندة الأداةية أو الإجرائية: كالمساعدة فى أداء عمل أو مهنة صعبة.
- المساندة المعرفية: مثل إعطاء معلومات أو تعليم مهارة أو المساعدة فى حل مشكلة.
- المساندة التقويمية: وتتمثل فى إعطاء الشخص معلومات تساعده على تقويم أدائه (شعبان رضوان وعادل محمد، ٢٠٠١: ٨٥).

- أضيف إليها المساندة المادية والتي قد تكون في شكل أدوات مادية أو مساعدات مالية.

وفي ضوء ذلك يشير مفهوم المساندة الاجتماعية إلى مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني أو معرفي أو سلوكي أو مادي، من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية، عندما يخبر أحداثاً أو مواقف يمكن أن تثير لديه المشقة (شعبان رضوان وعادل محمد، ٢٠٠١: ٨٦).

وتعرف هيلين Helen Bee ١٩٨٧ المساندة الاجتماعية بأنها تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد، والتي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجيه أو المشورة (على عبد السلام، ٢٠٠٠: ١١).

كما أنها تعبر عن عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، أي أنها تشير إلى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، والذي قد يرفع من مستوى صحته النفسية (بونك وهورينس & Bunk, Horens, ١٩٩٢: ٤٤٦).

ويشير كوين ودوني, Coyne, & Downey (١٩٩١: ٤٠٢) إلى أن للمساندة الاجتماعية للفرد من قبل الآخرين القريبين منه أهمية كبيرة في مواجهة أحداث الضغوط التي يتعرض لها، والتي من الممكن أن تخفف أو تزيل عنه عواقب هذه الضغوط.

ومن ثم يمكن القول بأن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدراً مهماً من مصادر شعور الفرد بالأمن النفسي في بيئته التي يعيش فيها، وخاصة عندما يواجه صعوبات أو أخطار تهدده، ويدرك أنه لم يعد قادراً على مجابهتها، وأنه بحاجة إلى عون ومؤازرة من الآخرين الذين يمثلون الإطار الاجتماعي له (شعبان رضوان وعادل محمد، ٢٠٠١: ٧٣).

حيث تكمن أهمية المساندة الاجتماعية في قيامها بمهمة تعميق تقدير الفرد لذاته، واحترام هذه الذات، هذا بالإضافة إلى تشجيعه على مقاومة الضغوط التي يواجهها في حياته اليومية (برهام شارون وكاسين شاول, Sharon, & Saul, ١٩٩٠: ١٠٧).

وفي مجال أسر الأطفال المعاقين عقلياً فإن للمساندة الاجتماعية أهمية كبيرة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والضغوط النفسية التي تتعرض لها هذه الأسر، والتي من بينها قلق المستقبل الذي يسببه وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، وفي كيفية رعاية هذا الطفل وكيفية التعامل معه بما يتناسب مع ظروف إعاقته.

حيث يحتاج الأباء إلى العون للتعامل مع هذه المشكلات مثلًا تقليل مشاعر التائم وإدراك أن الاهتمام بالطفل المعاق عقلياً الذي ينبغي ألا يدمر العلاقات الأسرية الطبيعية. وفي تحقيق هذا الدور تقوم بعض الجمعيات الأهلية بنشاط في هذا المجال تساعد فيه آباء المعوقين على معرفة المصادر والإمكانات التي تقدم الخدمات في البيئة، وفي حالة الأطفال الصغار فيمكن الرجوع لإدارات التربية الخاصة أو للأقسام المختصة في المناطق التعليمية للحصول على معلومات كافية حول برنامج التربية الخاصة والمدارس وأماكنها، أما بالنسبة للكبار فإن مجال التأهيل المهني يكون مفتوحاً أمامهم، ويمكن الحصول على معلومات مناسبة حول خدمات التأهيل من وزارات الشؤون الاجتماعية وفروعها في المناطق الجغرافية (محمد الشناوي، ١٩٩٧: ٣٨٦ - ٣٨٧).

ومن الملاحظ أن المساندة الاجتماعية لا تعتمد فقط على تلقى بعض المعلومات والتوجيهات من الجمعيات الأهلية المهمة بهذا الشأن فقط بل تتخطى ذلك إلى الخدمات المادية التي تعطي للأسر ذات الظروف الاقتصادية المتعثرة.

وفي ضوء ما سبق تم استخدام نموذج المساندة الاجتماعية في البرنامج الإرشادي للدراسة الحالية من خلال ما يلي:

١- الدعم التوجيهي والإرشادي: وذلك من خلال التوجيهات والإرشادات التي قدمها الباحث للأسر في كيفية مواجهة قلق المستقبل، وكيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً معاملة حسنة وسوية.

٢- الدعم المادي: من خلال تعرف عينة الدراسة على بعض مصادر الدعم المادي وشروطه، هذا بالنسبة للأسر ذات الظروف الاقتصادية المتعثرة.

٣- تبادل الخبرات: وذلك من خلال إعطاء الباحث الفرصة لأعضاء المجموعة الإرشادية لتبادل الخبرات فيما بينهم من حيث مواجهة مواقف قلق المستقبل، ومن حيث رعاية الطفل المعاق عقلياً وكيفية التعامل معه، مع مراقبة الباحث لهذه الآراء المختلفة للأسر حول التعامل مع مواقف قلق المستقبل، والتعامل مع الطفل المعاق عقلياً ورعايته، مع مشاركة الباحث لهم في تبادل هذه الخبرات وذلك لتحديد الخبرات الإيجابية والسلبية والتأكيد على الخبرات الإيجابية والتخلي عن السلبية منها.

#### ٩- تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية من خلال ثلاث مراحل هي على الوجه التالي:

##### أ- التقييم المبدئي:

تم هذا التقييم من خلال متابعة التغير الذي طرأ على أفراد المجموعة الإرشادية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم، من حيث خفض حدة قلق المستقبل لديهم ومن ثم تغيير معاملتهم واتجاهاتهم نحو أطفالهم المعاقين عقلياً، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية والواجبات المنزلية التي كلفوا بها، ومن خلال اندماجهم وحماهم أثناء جلسات البرنامج الإرشادي.

##### ب- التقييم البعدي:

تم تقييم البرنامج الإرشادي بعد الانتهاء من الجلسات الإرشادية عن طريق تطبيق مقياس قلق المستقبل المعد بالدراسة الحالية على كل من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من والدين، وتطبيق مقياس السلوك اللاتكفي المعد بالدراسة الحالية أيضاً على كل من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً أبناء هذه الأسر، ومن ثم تمت مقارنة نتائج كل من المجموعتين التجريبية والضابطة لكل من والدين الأطفال المعاقين عقلياً في القياس البعدي، ثم مقارنة نتائج أفراد المجموعتين التجريبيتين للوالدين وللأطفال المعاقين عقلياً في القياسين القبلي والبعدي.

##### ج- التقييم التتبعي:

تم ذلك بتطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد المجموعة التجريبية من والدين، وتطبيق مقياس السلوك اللاتكفي على أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً أبناء هذه الأسر بعد شهرين من انتهاء البرنامج الإرشادي، حيث تم مقارنة نتائج أفراد المجموعتين التجريبيتين للوالدين وللأطفال المعاقين عقلياً في القياسين البعدي والتتبعي لمعرفة استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية.

##### رابعاً خطوات الدراسة:

اعتمد الباحث في إعداد الدراسة الحالية على مجموعة من الخطوات، والتي يمكن أن نجملها على الوجه التالي:

- ١- الاطلاع على المراجع والدراسات العربية والأجنبية لجمع المادة العلمية المتعلقة بمفاهيم الدراسة لبناء الإطار النظري للدراسة.
- ٢- الاطلاع على الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة.

- ٣- القيام بدراسة استطلاعية لتحديد عينة الدراسة من والى الأطفال المعاقين عقلياً وأطفالهم المعاقين عقلياً والتعرف عليهم عن قرب، وتحديد أبعاد قلق المستقبل التى تعاني منها الأسرة فى ظل وجود طفل معاق عقلياً داخلها، وتحديد جوانب السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً.
- ٤- تصميم أدوات الدراسة وعرضها على المحكمين.
- ٥- تصميم البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة.
- ٦- الحصول على موافقة من الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء وأخرى من وزارة التربية والتعليم وأخرى من مديرية التربية والتعليم بمحافظة الجيزة بتطبيق أدوات الدراسة.
- ٧ - القيام بدراسة استطلاعية أخرى لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة عن طريق الأساليب الإحصائية المناسبة لها.
- ٨- تحديد عينة الدراسة الأساسية من أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأطفالهم المعاقين عقلياً، وتقسيم كل منهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة مع مراعاة التجانس بين كل مجموعة تجريبية وضابطة.
- ٩- تطبيق مقياس قلق المستقبل على المجموعتين التجريبية والضابطة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً (الوالدان)، وتطبيق مقياس السلوك اللاتكفي على المجموعتين التجريبية والضابطة للأطفال المعاقين عقلياً كتطبيق قبلئ.
- ١٠- تطبيق البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى على المجموعة التجريبية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً (الوالدان) دون أسر المجموعة الضابطة.
- ١١- تطبيق مقياس قلق المستقبل على المجموعتين التجريبية والضابطة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً (الوالدان)، وتطبيق مقياس السلوك اللاتكفي على المجموعتين التجريبية والضابطة للأطفال المعاقين عقلياً كتطبيق بعدئ.
- ١٢- تطبيق مقياس قلق المستقبل على المجموعة التجريبية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً (الوالدان)، وتطبيق مقياس السلوك اللاتكفي على المجموعة التجريبية للأطفال المعاقين عقلياً بعد مرور شهرين كتطبيق تتبئ.
- ١٣- بعد ذلك تم الحصول على البيانات من ذلك المقياسين، وتم تفرغها فى جداول خاصة بذلك.
- ١٤- تم معالجة هذه البيانات إحصائياً.

١٣- بعد معالجة البيانات إحصائياً تم تفسير النتائج ومناقشتها فى ضوء الإطار النظرى للدراسة والدراسات السابقة.

١٤- وفى ضوء هذه النتائج والإطار النظرى للدراسة والدراسات السابقة اقترح الباحث مجموعة من التوصيات التربوية والبحوث المقترحة.

#### خامساً الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة:

استخدم الباحث فى معالجة البيانات التى حصل عليها من المقاييس المستخدمة فى دراسته الأساليب الإحصائية التالية:

١- معامل ارتباط بيرسون: لحساب ارتباط درجات الوالدين على مقياس قلق المستقبل المعد بالدراسة الحالية ودرجاتهم على مقياس قلق المستقبل لزينب شقير (صدق المحك)، وحساب ارتباط درجات الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفى المعد بالدراسة الحالية بدرجاتهم على مقياس السلوك التوافقى (الجزء اللاتوافقى) لصفوت فرج وناهد رمزى (صدق محك)، وحساب صدق الاتساق الداخلى لمقاييس الدراسة، هذا بالإضافة إلى حساب ارتباط درجات الوالدين والأطفال المعاقين عقلياً على نصفى مقياسى قلق المستقبل والسلوك اللاتكيفى المعدان بالدراسة الحالية (الثبات بطريقة التجزئة النصفية).

٢- معادلة جتمان لتصحيح معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

٣- معادلة ألفا لكرونباخ للتحقق من ثبات مقاييس الدراسة.

٤- اختبار كروسكال - واليس Kruskal - Wallis Test لتحليل التباين أحادى الاتجاه لحساب التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبيه والضابطة من الوالدين وبين الآباء والأمهات على مقياس قلق المستقبل، وحساب التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبيه والضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً وبين الذكور منهم والإناث على مقياس السلوك اللاتكيفى.

٥- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامترى لحساب دلالة التغير فى رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة.

٦- اختبار مان ويتنى Mann - Whitney U test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة.

## الفصل الخامس نتائج الدراسة ومناقشتها

### تمهيد:

يعرض الباحث في هذا الفصل نتائج الدراسة ومناقشتها في ضوء مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها والإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بها، وذلك للتحقق من صحة فروض الدراسة والمتمثلة في الفروض التالية:

- ١- يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي عنه في القياس القبلي، لصالح القياس البعدي.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات آباء نفس المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي.
- ٤- لا يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل بين القياسين البعدي والتتبعي.
- ٥- يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي، عنه في القياس القبلي، لصالح القياس البعدي.
- ٦- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من الذكور، ومتوسطات رتب درجات أطفال نفس

المجموعة التجريبية من الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفي في القياس البعدي.

٨- لا يوجد تغير دال إحصائياً في درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفي بين القياسين البعدي والتتبعي.

وفيما يلي عرض لنتائج التحقق من فروض الدراسة:

أولاً: نتائج التحقق من الفرض الأول وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي عنه في القياس القبلي، لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon-Test اللابارامترى لحساب دلالة التغير في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً بين القياسين القبلي والبعدي، ويوضح الجدول (٣٠) نتائج ذلك.



جدول (٣٠)

دلالة التغير في رتب درجات والدى المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوكسون على مقياس قلق المستقبل بين القياسين القبلي والبعدي.

الإبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	عدد الثنائيات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد النفسى	الرتب السالبة	١٤	١٥	١١٩	٨,٥	١	٠,٠١
	الرتب الموجبة	١		١	-		
	التساوى	١					
	المجموع	١٦					
البعد الجسمى	الرتب السالبة	١٥	١٥	١٢٠	٨	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوى	١					
	المجموع	١٦					
البعد الاجتماعى	الرتب السالبة	١٥	١٦	١٣٥	٩	١	٠,٠١
	الرتب الموجبة	١		١	١		
	التساوى	-					
	المجموع	١٦					
البعد الاقتصادى	الرتب السالبة	١٤	١٤	١٠٥	٧,٥٠	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوى	٢					
	المجموع	١٦					
البعد الشخصى	الرتب السالبة	١٥	١٥	١٢٠	٨	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوى	١					
	المجموع	١٦					
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	١٦	١٦	١٣٦	٨,٥٠	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوى	-					
	المجموع	١٦					

(ت) عند عدد ثنائيات = ١٤، عند مستوى ٠,٠١ = ١٣، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٢١.

(ت) عند عدد ثنائيات = ١٥، عند مستوى ٠,٠١ = ١٦، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٢٥.

(ت) عند عدد ثنائيات = ١٦، عند مستوى ٠,٠١ = ٢٠، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٣٠.

يتضح من الجدول (٣٠) وجود تغير دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له في القياس البعدي عنه في القياس القبلي، وذلك لصالح القياس البعدي، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له أقل من قيم (ت) الجدولية عند مستوى ٠,٠١، مما يعنى أن قيم (ت) المحسوبة لأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له لوالدى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء فاعلية وجدوى البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً، وترجع هذه النتيجة إلى عوائد ونتائج اشتراك وانتظام أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، حيث كانت الفنيات والأنشطة المستخدمة ذات معنى ومغزى في حياة أفراد المجموعة التجريبية، مما جعلهم أكثر فهماً ومرونة ووعياً وحرصاً على الاستفادة الكاملة من فنيات وأنشطة البرنامج المستخدم في إطار مواقف حياتية واقعية معاشة، مما ساهم في زيادة قدراتهم على التعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم في أعمال وأفعال تلقائية، بحيث يصبحون أقل خوفاً وقلقاً من المستقبل.

هذا وتتضح فاعلية وجدوى الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً من خلال الفنيات المتضمنة في البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي وتدريبهم عليها، حيث إن الهدف الرئيسي للبرنامج هو تدريب والدى الأطفال المعاقين عقلياً على هذه الفنيات واكتسابهم خبرات جديدة لخفض حدة قلق المستقبل لديهم، واكتساب طرق وأساليب جديدة لمواجهة مواقف قلق المستقبل وزيادة الفهم الذاتي والاستبصار الانفعالي لديهم، وذلك من خلال التدريب على بعض أنواع من الفنيات المعرفية والسلوكية كالمراقبة الذاتية وأسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية والاسترخاء والتحصين التدريجي، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية والتي سمحت لهم بتبادل الخبرات والحوار فيما بينهم فيما يتعلق بالتعامل مع مواقف قلق المستقبل، والتعامل مع الطفل المعاق عقلياً.

أما بالنسبة لفنية المراقبة الذاتية فقد لعبت هذه الفنية دوراً فعالاً في خفض حدة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً، وذلك من خلال تدريبهم على مراقبة أفكارهم التلقائية تجاه المواقف المرتبطة بقلق المستقبل لديهم، ومراقبة الانفعالات والسلوكيات المترتبة على هذه الأفكار التلقائية، وكيفية تنفيذها وأنها ليست متناسبة مع مواقف قلق المستقبل التي يتعرضون لها، كما أن هذه الأفكار التلقائية الخاطئة تولد انفعالات مبالغ فيها مما

تجعلهم فى حالة من التوتر والانفعال المستمر، والذى بدوره يؤدى إلى ظهور بعض السلوكيات غير المرغوب فيها تجاه الآخرين، والتي قد تؤثر على علاقاتهم بهم، ولاسيما علاقتهم بالطفل المعاق عقلياً.

وبعد تعرف أفراد المجموعة التجريبية على العلاقة بين الأفكار التلقائية الخاطئة المثيرة لقلق والانفعالات والسلوكيات المترتبة على هذه الأفكار، تبين للباحث إصرارهم وتحمسهم على تغيير هذه الأفكار الخاطئة بأخرى صحيحة، وقد ساعدهم الباحث على تغيير هذه الأفكار التلقائية الخاطئة بأخرى صحيحة والتحكم الذاتى فيها من خلال كيفية مراقبة حوارهم الذاتى تجاه المواقف المثيرة لقلق المستقبل، وتعديله باستخدام أسلوب حل المشكلة والتدريب على الاسترخاء، ثم مراقبة الانفعالات والسلوكيات المترتبة على الأفكار التلقائية المعدلة (الصحيحة) تجاه مواقف قلق المستقبل لديهم بصفة عامة، ومراقبة سلوكياتهم تجاه طفلهم المعاق عقلياً بصفة خاصة، ثم مقارنة الأفكار التلقائية الخاطئة تجاه مواقف قلق المستقبل لديهم والانفعالات والسلوكيات المترتبة عليها بالأفكار الصحيحة تجاه تلك المواقف المثيرة لقلق المستقبل لديهم والانفعالات والسلوكيات المترتبة عليها والتعرف على الفرق بين الأفكار الخاطئة والصحيحة، وبالتالي أصروا على التخلي عن هذه الأفكار التلقائية الخاطئة.

كما تعتبر فنية أسلوب حل المشكلة واحدة من أكثر الفنيات المعرفية نجاحاً فى الإرشاد والعلاج المعرفى السلوكى، حيث تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على كيفية التفكير العلمى والمنطقى للمواقف المثيرة لقلق المستقبل لديهم، وتحديد المشكلة بوضوح واقتراح الحلول البديلة واختيار الحل المناسب لحل المشكلة المتعلقة بموقف القلق، وكانت تدعم هذه الفنية بفنية النمذجة من خلال النماذج المثيرة لقلق المستقبل التى قدمها لهم الباحث.

هذا بالإضافة إلى الواجبات المنزلية التى تعد وسيلة مساعدة فى العلاج المعرفى السلوكى، حيث استخدم الباحث الواجبات المنزلية مع أفراد المجموعة التجريبية كجزء مكمل من البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة وكأحد فنياته التى هدفت إلى التأكيد على ما تم تدريب الوالدين عليه داخل الجلسات الإرشادية وخارجها كالمراقبة الذاتية، وتدريب الاسترخاء وتحديد الصعوبات التى واجهت كل منهم عند أدائهم لتدريبات الاسترخاء، والتحصين التدريجى لمواقف قلق المستقبل التى تواجههم، وفى كل جلسة كان يحدد الواجب المنزلى طبقاً لمضمون وهدف كل جلسة، وكان يقدم التعزيز من قبل الباحث لهم على أداء الواجب المنزلى لحثهم على الاستمرار فى أداء الواجبات المنزلية بصفة مستمرة وبفاعلية طوال فترة البرنامج الإرشادى، حيث تعد الواجبات المنزلية وسيلة لتأكيد ما تم التدريب عليه داخل الجلسات الإرشادية.

وكذلك لعب الاسترخاء دوراً حيوياً في تهيئة الجو المناسب لهم للتخلص من عناء وأعباء الحياة اليومية، فقد تم التدريب على الاسترخاء الذي راعى فيه الباحث تدريبهم على معرفة الفروق بين العضلات المشدودة والمسترخية، والتعرف على معنى الاسترخاء للعضلات المختلفة على أساس أنها طريقة للتعامل مع الحالات والمواقف المسببة للقلق، مع تقديم التعليمات الإرشادية والإرشادات اللازمة قبل القيام بالتدريب على الاسترخاء، واختيار المكان المناسب لتدريبهم على الاسترخاء بحيث يتوافر فيه الهدوء والبعد عن الضوضاء والإزعاج وإتباع التعليمات الأساسية للاسترخاء، وأنه يجب على كل فرد يعاني من الخجل أو الانسحاب أن يقوم بممارسة تدريبات الاسترخاء بمفرده في مكان مريح بعيداً عن الضوضاء.

فقد كان يقدم التدريب على الاسترخاء لأفراد المجموعة التجريبية من الوالدين قبل التدريب على أسلوب حل المشكلة وتعديل الحوار الذاتي لمواقف قلق المستقبل لديهم، وذلك لإعطائهم الفرصة للتفكير الصحيح وتعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل إلى حوار ذاتي موجب.

فالاسترخاء يساعد على الإقلال من الأعراض المرضية والعصبية الزائدة، حيث أثبتت نتائج العديد من الدراسات أن تمارينات الاسترخاء تفيد في انخفاض حالة القلق ويعمل على زيادة الانتباه لدى الأفراد (حلمى إبراهيم وليلى فرحات، ١٩٩٨ : ٣٣٠).

ومن جانب آخر فقد أدت فنية التحصين التدريجي دوراً حيوياً في خفض قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً، وذلك من خلال تدريبهم على بناء مدرجات القلق لمواقف قلق المستقبل لدى كل منهم، بدءاً من أبسط موقف مثير للقلق حتى أشد موقف، ثم مواجهة كل موقف من هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل لدى كل منهم بنفس الترتيب من أبسط موقف حتى أشد موقف، وذلك من خلال التحكم الذاتي الذي اشتمل على الحوار الذاتي والمراقبة الذاتية وأسلوب حل المشكلة، هذا بالإضافة إلى تمارين الاسترخاء التي تعطى الفرصة لكل فرد في منهم في إيجاد المناخ المناسب للتفكير الصحيح، والذي أدى بدوره إلى خفض حدة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض البحوث والدراسات التي استخدمت الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق بصفة عامة وقلق المستقبل بصفة خاصة، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة تشارلز بول (Pull, ٢٠٠٧)، ماريا جوكيرز وآخرين (Jockers, et al. ٢٠٠٧)، تيان أوى وألانا براوين (Oei, & Browne, ٢٠٠٦)، جون لابيوكوى وآخرين (Labrecque, et al. ٢٠٠٦)، روبرت دورهام وآخرين (Durham, et al. ٢٠٠٤)، سام

هاتون وآخرين Hatton, et. al. (٢٠٠٤)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤).

حيث أثبتت هذه الدراسات مدى فاعلية البرامج العلاجية والإرشادية التي تعتمد على الفنيات المعرفية والسلوكية في خفض اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق المستقبل بصفة خاصة لدى عينات مختلفة من الشباب والراشدين والكبار.

ومن جانب آخر فقد أدت المساندة الاجتماعية دوراً فعالاً في خفض قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية، حيث كان لها أثر واضح في خفض أبعاد قلق المستقبل متمثلة في البعد النفس جسدي، والاجتماعي والاقتصادي، والشخصي (القلق على مستقبل الطفل المعاق عقلياً)، وكان ذلك من خلال إتاحة الفرصة لوالدي المجموعة التجريبية في تبادل الخبرات والحوار فيما بينهم من حيث المشاكل والضغوط النفسية التي يسببها وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، والتي من أهمها قلق المستقبل بأبعاده السابق ذكرها.

هذا وقد أتاحت المساندة الاجتماعية الفرصة لتبادل الحوار بين أعضاء المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً في تعرف كل أسرة على مشاكل الأسر الأخرى المشابهة لها في نفس الظروف، وأنها ليست هي الأسرة الوحيدة التي تمر بهذه الضغوط والظروف ولكن هناك أسراً أخرى لها نفس الظروف والمشاكل التي تعاني منها هذه الأسرة، وبالتالي فقد خففت المساندة الاجتماعية من العبء النفسي الواقع على عاتق كل أسرة، والذي أدى بدوره إلى تولد شعور بالرضا لدى كل أسرة عن وجود هذا الطفل داخلها، والرضا عن الظروف التي يمرون بها، كما أتاحت المساندة الاجتماعية متمثلة في جانب تبادل الحوار والخبرات في اكتساب كل أسرة بعض الخبرات النفسية في التعايش مع الحدث الضاعط وهو قلق المستقبل، وكيف تواجه كل أسرة هذه الضغوط، حيث كان الباحث يتابع تبادل هذه الخبرات بين أسر المجموعة التجريبية مع توضيح الجانب الإيجابي منها والتأكيد عليه، وتوضيح الجانب السلبي منها وحثهم على التخلي عنه، وكان لتبادل الخبرات أثر بالغ الأهمية في خفض البعد النفسي والجسمي لقلق المستقبل كما أوضحتها درجاتهم على مقياس قلق المستقبل في التطبيق البعدي.

كما ساهم تبادل الحوار والخبرات فيما بين أعضاء المجموعة التجريبية في خفض البعد الاجتماعي لقلق المستقبل، وذلك من خلال إفصاح كل أسرة عن مشاكلها أمام الأسر الأخرى دون حرج لتشابه الظروف فيما بين بعضهم البعض، حيث ساهم هذا في إفصاح كل أسرة عن أهم المشاكل التي يواجهونها داخل المنزل وخارجه، وفي حياتهم الشخصية والاجتماعية في ظل وجود ابن معاق عقلياً داخل الأسرة، وبالتالي انخفضت حدة الخجل والانطواء والانسحاب الاجتماعي من هذه الأسر، كما ساعد هذا الجانب من المساندة الاجتماعية (تبادل

الخبرات) في توسيع شبكة العلاقات الأسرية (الاجتماعية) لكل أسرة من حيث تكوين علاقات صداقة بين كل أسرة وباقي الأسر الأخرى في المجموعة التجريبية، وبالتالي تحولت كل أسرة من أسرة منغلقة إلى أسرة منفتحة.

هذا بالإضافة إلى جانب الإرشاد والتوجيه الذي كان يقدمه الباحث لهم كجانب من جوانب المساندة الاجتماعية فيما يختص بالقلق الاجتماعي، حيث أهتم الباحث ببث روح الجماعة والفريق فيما بين والدي المجموعة التجريبية، وذلك لتقوية العلاقات الاجتماعية فيما بينهم، كمحاولة منه لإيجاد جو من المشاركة والفاعلية بين بعضهم البعض، كما كان يحثهم على الاستفادة من هذه العلاقات الاجتماعية في إيجاد علاقات اجتماعية جديدة وإيجابية مع الجيران والأصدقاء والأقارب دون حرج أو خجل لوجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة، وذلك لإتاحة الفرصة أمامهم كي يتغلبوا على البعد الاجتماعي لقلق المستقبل.

كذلك ساهمت المساندة الاجتماعية في خفض البعد الاقتصادي لقلق المستقبل لدى هذه الأسر، وذلك من خلال تبادل الخبرات فيما بين هذه الأسر بعضها البعض، وكيف تتصرف كل أسرة في مشاكلها الاقتصادية في ظل وجود أبن معاق عقلياً داخلها، هذا بالإضافة إلى الإرشادات والتوجيهات التي كان يقدمها الباحث لهم عن بعض الجمعيات والمؤسسات والهيئات الأهلية والحكومية التي تقدم بعض المساعدات المادية لهذه الأسر، وشروط تقديم هذا الدعم.

كما ساهمت المساندة الاجتماعية في خفض البعد الشخصي لقلق المستقبل (القلق على مستقبل الطفل المعاق عقلياً)، حيث لعب تبادل الخبرات والحوار فيما بين هذه الأسر، فيما يختص برعاية الطفل المعاق عقلياً دوراً حيوياً في اكتساب هذه الأسر خبرات جديدة في التعايش مع الظروف الضاغطة التي يسببها قلق المستقبل، وكيفية تأمين مستقبل الطفل المعاق عقلياً، وكان الباحث يؤكد على الخبرات الإيجابية ويحث الأسر على الاستفادة منها، أما الخبرات السلبية التي كانت تبدر من بعض الأسر فقد كان الباحث يظهرها للأسر الأخرى بأسلوب مهذب دون جرح لمشاعر الأسر التي بدرت منها هذه السلبيات، ويوضح لهم جوانب الخطأ في هذه الخبرات، وكان يحثهم على التخلي عنها، والاستفادة من الخبرات الإيجابية الأخرى، هذا إلى جانب الدور الإرشادي والتوجيهي الذي كان يقوم به الباحث في توجيه وإرشاد هذه الأسر إلى اكتساب خبرات ومهارات جديدة وصحيحة وإيجابية للتعايش مع قلق المستقبل والتفكير بإيجابية في تأمين مستقبل الطفل المعاق عقلياً.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض البحوث والدراسات التي استخدمت المساندة الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً كدراسة سمية جميل (١٩٩٧)، صموئيل W. Samuel (١٩٩٢)، أور وآخرين (Orr, et al. ١٩٩١).

وبناءً على ذلك يمكن القول أن انخفاض درجات قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً في التطبيق البعدي عنه في التطبيق القبلي؛ يرجع في جانب منه إلى رغبة كل فرد منهم وحرصه على التخلص من مشاعر قلق المستقبل التي تسيطر عليه وكيفية تحدى هذه المشاعر المحيطة، والتي توجد حالة من التوتر والقلق التي تعيق توافيقهم الاجتماعي والشخصي، كما ترجع إلى انتظامهم في حضور جلسات البرنامج الإرشادي.

هذا إلى جانب البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية والذي أحتوى على فنيات سلوكية وأخرى معرفية بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية، حيث اعتمد على أسلوب الإرشاد الجماعي والفردى، وكانت تدور جلساته حول أنشطة وسلوكيات وخبرات وممارسات تتصل بكيفية التخلص من مواقف قلق المستقبل لدى كل منهم، والتي كانت تتمحور في معظم الأحيان حول خبرة معاشة وسلوك واقعي في مختلف المواقف الحياتية والشخصية، وبذلك تحققت صحة هذا الفرض.

**ثانياً: نتائج التحقق من الفرض الثاني وتفسيرها:**

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتي Mann Whitney U Test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، ويوضح الجدول (٣١) نتائج ذلك.

جدول (٣١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات والدي المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات والدي المجموعة الضابطة وقيمة (ي) على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ي)	مستوى الدلالة
البعدي النفسي	التجريبية	١٦	١٦٠,٥	١٠,٠٣	٢٤	٠,٠٢
	الضابطة	١٦	٣٦٧,٥	٢٢,٩٧		
البعدي الجسمي	التجريبية	١٦	١٥١	٩,٤٤	١٥	٠,٠٢
	الضابطة	١٦	٣٧٧	٢٣,٥٦		
البعدي الاجتماعي	التجريبية	١٦	١٥٢,٥	٩,٥٣	١٦,٥	٠,٠٢
	الضابطة	١٦	٣٧٥,٥	٢٣,٤٧		
البعدي الاقتصادي	التجريبية	١٦	١٤٥,٥	٩,٠٩	٩,٥	٠,٠٢
	الضابطة	١٦	٣٨٢,٥	٢٣,٩١		
البعدي الشخصي	التجريبية	١٦	١٤٨	٩,٢٥	١٢	٠,٠٢
	الضابطة	١٦	٣٨٠	٢٣,٧٥		
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	١٦	١٣٦	٨,٥٠	-	٠,٠٢
	الضابطة	١٦	٣٩٢	٢٤,٥٠		

(ي) عند مستوى (٠,٠٢) = ٦٦ (ي) عند مستوى (٠,٠٥) = ٧٥

يتضح من الجدول (٣١) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من والدي الأطفال المعاقين عقليا على أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له في القياس البعدي، حيث كانت قيم (ي) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له أقل من قيمة (ي) الجدولية عند مستوى ٠,٠٢، وهذا يعني أن قيم (ي) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بين والدي المجموعة التجريبية والدي المجموعة الضابطة في القياس البعدي دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٢) كما هو موضح بالجدول السابق.



وتشير هذه النتائج إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقليا وذلك بمقارنتهم بوالدى المجموعة الضابطة فى القياس البعدى، ويرى الباحث أن هذه النتيجة طبيعية فى ضوء تعرض والدى المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة دون والدى المجموعة الضابطة، حيث ظهر هذا التحسن فى كل من البعد النفسى لقلق المستقبل، والبعد الجسمى، والاجتماعى، والاقتصادى، والشخصى، والدرجة الكلية لقلق المستقبل.

ومن حيث الفروق بين أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة فى البعد النفسى لقلق المستقبل، فقد يرجعها الباحث إلى تعرض أعضاء المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج الإرشادى وما تحويه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية، حيث عرض الباحث فى الجلسات الأولى من البرنامج الإرشادى المظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل، والمشاعر المختلفة التى نمر بها حين نتعرض لمواقف قلق المستقبل، وكيف يؤثر قلق المستقبل على سلوكياتنا تجاه الآخرين، مع بيان أسبابه والعوامل المهيأة والمفجرة له، وعلى وجه الخصوص الأفكار التلقائية الخاطئة، حيث أوضح لهم الدور الذى تلعبه الأفكار التلقائية الخاطئة فى توليد انفعالات مبالغ فيها تؤثر على الجانب النفسى لنا، ومن ثم التأثير على الجانب الجسمى، حيث يظهر فى صورة أعراض جسمية مثل الشعور بالصداع والدوخة، وإفراط العرق واحمرار الوجه،.... إلخ.

هذا بالإضافة إلى السلوك الناتج عن هذه الأفكار التلقائية الخاطئة والانفعالات المبالغ فيها، الذى هو بالتالى سلوك غير مناسب مع الموقف الذى آثاره، لأنه مبنى على أفكار خاطئة وانفعال مبالغ فيه، والذى حثهم الباحث على التخلّى عنها عن طريق التحكم الذاتى والتحصين التدريجى لها، هذا إلى جانب الدور الذى لعبته المساندة الاجتماعية فى التخلص من قلق المستقبل.

أما بالنسبة للفروق بين آباء المجموعة التجريبية والضابطة من حيث البعد الاجتماعى لقلق المستقبل، فقد ظهرت هذه الفروق لصالح المجموعة الضابطة؛ حيث كانت متوسطات رتب درجات والدى المجموعة التجريبية فى البعد الاجتماعى لقلق المستقبل أقل من متوسطات رتب درجات والدى المجموعة الضابطة فى القياس البعدى، وهذا يعنى أنه قد انخفضت درجات والدى المجموعة التجريبية فى البعد الاجتماعى لقلق المستقبل بالمقارنة بدرجات والدى المجموعة الضابطة فى القياس البعدى، ويرجع الباحث هذه الفروق إلى تعرض آباء المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج الإرشادى وما تحويه من فنيات معرفية وسلوكية، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية، فقد استفاد والدى المجموعة التجريبية من جلسات البرنامج الإرشادى وفنائه وأنشطته فى التعرف على الأفكار التلقائية الخاطئة فيما يتعلق بالحرص والقلق الاجتماعى متمثلة فى الخجل والانطواء والعزلة الاجتماعية وغير ذلك نتيجة لوجود طفل معاق عقليا

داخل الأسرة، ومن ثم التدريب على التخلي عنها، واكتساب مهارات وسلوكيات جديدة إيجابية للتعامل مع البعد الاجتماعي لقلق المستقبل، وذلك من خلال الاستفادة من الفنيات المعرفية والسلوكية للبرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، هذا بالإضافة إلى دور المساندة الاجتماعية وبصفة خاصة تبادل الحوار والخبرات فيما بين أسر المجموعة التجريبية بعضهم البعض، والدور الإرشادي والتوجيهي للباحث في إدارة الحوار والخبرات فيما بينهم، وتوضيح الجوانب الإيجابية والسلبية، والتأكيد على الإيجابي منها والتخلي عن السلبي.

أما من حيث الفروق بين والدي المجموعة التجريبية والضابطة في البعد الاقتصادي لقلق المستقبل، فيرجع الباحث هذه الفروق إلى تعرض أعضاء المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي وفنياته، حيث استفادوا من الفنيات المعرفية المتضمنة في البرنامج الإرشادي في كيفية التفكير بطريقة صحيحة في مواجهة الأعباء المادية الواقعة على عاتقهم بسبب وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، متمثلة في تعديل الحوار الذاتي فيما يختص بالتفكير في المستقبل الاقتصادي للأسرة، والتخلي عن الأفكار الخاطئة والهدامة عند التفكير في المستقبل الاقتصادي للأسرة، والتي بدورها تؤدي إلى معاناة الأسرة من قلق المستقبل، واستبدالها بأفكار أخرى إيجابية وبناءة عند التفكير في النواحي الاقتصادية، والتي بدورها أدت إلى توليد مناخ مناسب للتفكير بشكل صحيح فيما يتعلق بمستقبل الأسرة الاقتصادي، وبالتالي كان لهذا أثر واضح في خفض البعد الاقتصادي لقلق المستقبل لدى والدي المجموعة التجريبية، والتي تم التدريب عليها عملياً من خلال فنية التحصين التدريجي، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية التي أتاحت الفرصة لوالدي المجموعة التجريبية لكي يتبادلوا الخبرات فيما بينهم من حيث النواحي الاقتصادية في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، هذا بالإضافة إلى توجيه وإرشاد الباحث لهم بكيفية الحصول على الدعم المادي من الجمعيات والمؤسسات الأهلية عندما تتعثر ظروفهم الاقتصادية، ومعرفتهم بشروط هذا الدعم.

أما من حيث الفروق بين والدي المجموعة التجريبية والضابطة في البعد الشخصي لقلق المستقبل (القلق على مستقبل الطفل المعاق عقلياً) فيرجع الباحث هذه الفروق إلى تعرض والدي المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج الإرشادي وما تحتويه من فنيات معرفية وسلوكية، هذا بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية، حيث كان لفنيات البرنامج المعرفية والسلوكية أثر واضح في تعديل الأفكار التفاتية الخاطئة تجاه التفكير بمستقبل الطفل المعاق عقلياً إلى التفكير بطريقة صحيحة تجاه مستقبل هذا الطفل، وذلك من خلال أسلوب التحكم الذاتي وما يحتويه من فنيات مثل فنية المراقبة الذاتية وأسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية، هذا بالإضافة إلى بعض الفنيات السلوكية مثل التدريب على الاسترخاء والتحصين التدريجي، والذي تم تدريب والدي المجموعة التجريبية عليه عملياً

لمواجهة المواقف التي تمثل لهم قلقاً على مستقبل الطفل المعاق عقلياً، ومن جانب آخر لعبت المساندة الاجتماعية دوراً بارزاً في استفادة أعضاء المجموعة التجريبية من تبادل الخبرات والتدريبات فيما بين بعضهم البعض فيما يختص بالتفكير في مستقبل الطفل المعاق عقلياً، وكيفية التعامل مع هذه المواقف، واستفادة كل أسرة من النواحي الإيجابية لهذه الخبرات التي تبادلوها فيما بينهم، مع الجانب التوجيهي والإرشادي من قبل الباحث لهم أثناء تبادل هذه الخبرات.

وبناءً على ما تقدم نجد أن الفنيات المعرفية والسلوكية التي احتواها البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية كان لها أثر واضح وفعال في خفض حدة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً، الذين تعرضوا لجلسات البرنامج الإرشادي بمقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة، الذين لم يتعرضوا لجلسات البرنامج الإرشادي، وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض البحوث والدراسات التي استخدمت الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق المستقبل بصفة خاصة، نذكر على سبيل المثال لا الحصر دراسة تشارلز بول Pull (٢٠٠٧)، ماريا جوكيرز وآخرين Oei, & Browne, (٢٠٠٧)، تيان أوى وألانا براوين، Jockers, et al. (٢٠٠٦)، جوسين سكورمانز وآخرون Schuurmans, et, al. (٢٠٠٦)، جون لابريركوي وآخرين Labrecque, et, al. (٢٠٠٦)، إليزابيث نولان Nolan, (٢٠٠٥)، كايلي فرانسيس Francis, (٢٠٠٤)، روبرت دورهام وآخرين Durham, et al. (٢٠٠٤)، سام هاتون وآخرين Hatton, et, al. (٢٠٠٤)، محمد عبد التواب (١٩٩٦)، دراسة ساندرسون وويليام وآخرين William, et al. (١٩٩٤).

ومن من جهة أخرى نجد أن الجلسات التي تضمنت المساندة الاجتماعية داخل البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية كان لها أثر واضح وفعال في خفض حدة قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين عقلياً من أفراد المجموعة التجريبية بمقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة، حيث لعبت المساندة الاجتماعية دوراً مؤثراً وفعالاً لدى والدي المجموعة التجريبية من حيث الاستفادة من تبادل الخبرات فيما بين بعضهم البعض، في كيفية التعامل مع الظروف والمواقف التي يتعرضون لها في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، وكيف يتعامل كل منهم مع النواحي النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والتعامل مع الطفل المعاق عقلياً على وجه الخصوص في ظل وجود هذه الظروف، هذا بالإضافة إلى الجانب الإرشادي والتوجيهي المتضمن في المساندة الاجتماعية والذي كان يقوم به الباحث.

هذا وقد أعطت المساندة الاجتماعية الفرصة لوالدي المجموعة التجريبية لتنمية بعض الجوانب الاجتماعية لديهم، من خلال التفاعل فيما بينهم أثناء تبادل

الخبرات والحوار فيما يتعلق بالتعامل مع مواقف قلق المستقبل، وكيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً، مما أتاح لهم الفرصة لإزالة الحرج الاجتماعي والخوف من التحدث أمام الآخرين فيما يخص هذا الطفل، وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض البحوث والدراسات، التي استخدمت المساعدة الاجتماعية في مواجهة بعض الضغوط والاضطرابات النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين عقلياً مثل دراسة سمية جميل (١٩٩٧)، صامويل W. Samuel (١٩٩٢)، أور وآخرين (١٩٩١) Orr, et al.

يتضح مما سبق أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية وما يحتويه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية كان له أثر واضح وفعال في خفض حدة قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا لجلسات البرنامج الإرشادي بمقارنتهم بأباء المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا لجلسات البرنامج الإرشادي، وبذلك تتحقق صحة هذا الفرض.

#### ثالثاً: نتائج التحقق من الفرض الثالث وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات آباء نفس المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني Mann Whitney U Test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات آباء المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أمهات نفس المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، ويوضح الجدول (٣٢) نتائج ذلك.

جدول (٣٢)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات آباء وأمهات المجموعة التجريبية وقيمة (ى) على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ى)	مستوى الدلالة
البعد النفسى	الآباء	٨	٦٩	٨,٦٣	٣١	غير دالة
	الأمهات	٨	٦٧	٨,٣٨		
البعد الجسمى	الآباء	٨	٦٨,٥	٨,٥٦	٣١	غير دالة
	الأمهات	٨	٦٧,٥	٨,٤٤		
البعد الاجتماعى	الآباء	٨	٧٢,٥	٩,٠٦	٢٧,٥	غير دالة
	الأمهات	٨	٦٣,٥	٧,٩٤		
البعد الاقتصادى	الآباء	٨	٧١	٨,٨٨	٢٩	غير دالة
	الأمهات	٨	٦٥	٨,١٢		
البعد الشخصى	الآباء	٨	٧٠	٨,٧٥	٣٠	غير دالة
	الأمهات	٨	٦٦	٨,٢٥		
الدرجة الكلية للمقياس	الآباء	٨	٦٢	٧	٢٦	غير دالة
	الأمهات	٨	٧٤	٩		

(ى) عند مستوى (٠,٠٢) = ١١ (ى) عند مستوى (٠,٠٥) = ١٥

يتضح من الجدول (٣٢) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات آباء المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أمهات نفس المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس قلق المستقبل و الدرجة الكلية له فى القياس البعدى، حيث كانت قيم (ى) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له أكبر من قيمة (ى) الجدولية عند مستوى ٠,٠٥، وهذا يعنى أن قيم (ى) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بين آباء وأمهات المجموعة التجريبية فى القياس البعدى غير دالة إحصائياً كما هو موضح بالجدول السابق.

ويرجع الباحث عدم وجود فروق بين آباء وأمهات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي إلى حرص كل من الآباء والأمهات على حضور جلسات البرنامج الإرشادي والاستفادة من الفنيات والمهارات المتضمنة في البرنامج بأكبر قدر ممكن، والمشاركة الفعالة وأداء المراقبة الذاتية، وأداء الواجبات المنزلية طوال جلسات البرنامج الإرشادي.

كما يرجع الباحث هذه النتيجة إلى شعور كل من الآباء والأمهات بالمسئولية تجاه الضغوط التي يتعرضون لها، وأن لكل منهم دور في التخلص من هذه الضغوط والتي يسببها قلق المستقبل، لذلك اهتم كل من منهم بمحاولة التخلص من الأفكار التلقائية الخاطئة المثيرة لقلق المستقبل، واستبدالها بأخرى صحيحة، وذلك من خلال الالتزام بحضور جلسات البرنامج بانتظام والمشاركة بفاعلية في جلسات البرنامج، والالتزام بأداء المراقبة الذاتية والواجبات المنزلية التي يكلفون بها في كل جلسة.

وقد اتضح هذا من خلال المشاركة الفعالة من قبل كل من الآباء والأمهات أثناء جلسات البرنامج، والحرص على أداء المراقبة الذاتية لأفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم، والحرص على أداء الواجبات المنزلية بصفة مستمرة حتى آخر جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي، وبهذه النتيجة تحققت صحة هذا الفرض.

#### رابعاً: نتائج التحقق من الفرض الرابع وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه لا يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل بين القياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon-Test اللابارامترى لحساب دلالة التغير في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي، ويوضح الجدول (٣٣) نتائج ذلك.

جدول (٣٣)

دلالة التغير في رتب درجات والدى المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوكسون على مقياس قلق المستقبل بين القياسين البعدي والتبقي.

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	عدد الثنائيات	مجموع الرتب	متوسط الرتب (م)	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
البعد النفسى	الرتب السالبة	٨	١١	٥١	١,٦٨	١٥	غير دالة
	الرتب الموجبة	٣		١٥	٥		
	التساوى	٥					
	المجموع	١٦					
البعد الجسمى	الرتب السالبة	٥	١٠	٢٦	٥,٢٠	٢٦	غير دالة
	الرتب الموجبة	٥		٢٩	٥,٨٠		
	التساوى	٦					
	المجموع	١٦					
البعد الاجتماعى	الرتب السالبة	٦	١٠	٣٢,٥	٥,٤٢	٢٢,٥٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	٤		٢٢,٥	٥,٦٣		
	التساوى	٦					
	المجموع	١٦					
البعد الاقتصادى	الرتب السالبة	٥	٩	٢٥	٥	٢٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	٤		٢٠	٥		
	التساوى	٧					
	المجموع	١٦					
البعد الشخصى	الرتب السالبة	٣	٩	٢٠	١,٢٧	٢٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	٦		٢٥	٤,١٧		
	التساوى	٧					
	المجموع	١٦					
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	١٠	١٥	٨٤	٨,٤	٣٦	غير دالة
	الرتب الموجبة	٥		٣٦	٧,٢		
	التساوى	١					
	المجموع	١٦					

- (ت) عند عدد ثنائيات = ٩، عند مستوى ٠,٠١ = ٢، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٦.  
 (ت) عند عدد ثنائيات = ١٠، عند مستوى ٠,٠١ = ٣، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٨.  
 (ت) عند عدد ثنائيات = ١١، عند مستوى ٠,٠١ = ٥، وعند مستوى ٠,٠٥ = ١١.  
 (ت) عند عدد ثنائيات = ١٥، عند مستوى ٠,٠١ = ١٦، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٢٥.

يشير الجدول (٣٣) إلى عدم وجود تغيير دال إحصائياً في درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً على أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له في القياس التبعي عن القياس البعدي، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة بين القياسين لجميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية له أكبر من قيم (ت) الجدولية عند مستوى ٠،٠٥، مما يعني أن قيم (ت) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له بين القياسين البعدي والتبعي غير دالة إحصائياً كما هو موضح بالجدول السابق.

ويتضح مما سبق استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي بعد شهرين من تطبيقه على والدي المجموعة التجريبية في خفض حدة قلق المستقبل لديهم، ويرى الباحث أن هذه النتيجة طبيعية في ضوء ما تضمنه البرنامج من فنيات وأنشطة، وما أبداه الوالدان من تفاعل وتعاون والتزام تجاه جلسات البرنامج، الذي انعكس أثره عليهم في استخدامهم لفنيات البرنامج المعرفية والسلوكية والمساندة الاجتماعية في المواقف المثيرة لقلق المستقبل لديهم، كما أنها نتيجة طبيعية في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة من فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في استمرارية فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق، وذلك لأن الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي يعالج أسباب القلق وليس الأعراض.

فهذا الأسلوب يخاطب مشاعر الإنسان وأحاسيسه، كما أنه يخاطب العقل والأفكار، ويعمل على إزالة أو تعديل الأفكار الخاطئة المتعلقة بقلق المستقبل، واستبدالها بأخرى صحيحة، لذلك تستمر فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي لفترات طويلة بعد الانتهاء من فترة تطبيق البرنامج، وهذا ما تؤكدته نتائج بعض البحوث والدراسات، التي تناولت الفنيات المعرفية والسلوكية في خفض اضطرابات القلق، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى استمرارية فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق بعد الانتهاء من فترة تطبيق البرنامج الإرشادي أو العلاجي، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة جوسين سكورمانز وآخرين (Schuurmans, et, al. ٢٠٠٦)، جيون لابريكوي وآخرين (Labrecque, et, al. ٢٠٠٦)، إليزابيث نولان (Nolan ٢٠٠٥)، روبرت دورهام وآخرين (Durham, et al. ٢٠٠٤)، محمد عبد التسواب (١٩٩٦)، روبرت دورهام وآخرين (Durham, et al. ١٩٩٤).

حيث أكدت نتائج هذه البحوث والدراسات على استمرارية فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق المستقبل بصفة خاصة بعد فترة المتابعة، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج هذه البحوث والدراسات في استمرارية فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية من والدي الأطفال المعاقين عقلياً بعد فترة متابعة مدتها شهرين، وبهذه النتيجة تحققت صحة هذا الفرض.



خامساً: نتائج التحقق من الفرض الخامس وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفي في القياس البعدي، عنه في القياس القبلي، لصالح القياس البعدي. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon-Test اللابارامترى لحساب دلالة التغير في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً بين القياسين القبلي والبعدي، ويوضح الجدول (٣٤) نتائج ذلك.

جدول (٣٤)

دلالة التغير في رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوكسون على مقياس السلوك اللاتكيفي بين القياسين القبلي والبعدي.

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	عدد التثنائيات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلي	الرتب السالبة	٧	٨	٣٤,٥	٤,٣٩	١,٥	٠,٠١
	الرتب الموجبة	١		١,٥	١,٥		
	التساوي	-					
المجموع		٨					
السلوك العدوانى	الرتب السالبة	٧	٨	٣٥	٥	١	٠,٠٥
	الرتب الموجبة	١		١	١		
	التساوي	-					
المجموع		٨					
سلوك التمرد والعصيان	الرتب السالبة	٧	٧	٢٨	٤	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوي	١					
المجموع		٨					
الانسحاب الاجتماعى	الرتب السالبة	٧	٧	٢٨	٤	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوي	١					
المجموع		٨					

الابعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	عدد الثنائيات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
سلوك إيذاء الذات	الرتب السالبة	٨	٨	٣٦	٤,٥٠	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-	-	-	-	-	-
	التساوي	-	-	-	-	-	-
المجموع		٨					
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٨	٨	٣٦	٤,٥٠	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-	-	-	-	-	-
	التساوي	-	-	-	-	-	-
المجموع		٨					

(ت) عند عدد ثنائيات = ٧، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٢.  
(ت) عند عدد ثنائيات = ٨، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٤.

يتضح من الجدول (٣٤) وجود تغير دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في درجات أطفال المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له في القياس البعدي عنه في القياس القبلي وذلك لصالح القياس البعدي، هذا فيما عدا بعد السلوك العدوانى فكان دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة لكل من بعد مفهوم الذات السلبي وسلوك التمرد والعصيان والانسحاب الاجتماعى وسلوك إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس أقل من قيم (ت) الجدولية عند مستوى ٠,٠١، مما يعنى أن قيم (ت) المحسوبة لهذه الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، أما قيمة (ت) المحسوبة لبعده السلوك العدوانى فكانت أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى ٠,٠١ وأقل من القيمة الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ مما يعنى أن قيمة (ت) المحسوبة لبعده السلوك العدوانى دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥.

وتشير هذه النتائج إلى انخفاض درجات أطفال المجموعة التجريبية من المعاقين عقلياً على أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له في القياس البعدي عنه في القياس القبلي، ويرجع الباحث هذه النتائج إلى استفادة والدى الأطفال المعاقين عقلياً أعضاء المجموعة التجريبية من الاشتراك في جلسات البرنامج الإرشادى والاستفادة من فنياته المعرفية والسلوكية والمساندة الاجتماعية، والتي أدت إلى خفض مستوى قلق المستقبل لديهم، هذا بالإضافة إلى إرشادات وتوجيهات الباحث لهم في كيفية معاملة ورعاية الأطفال المعاقين عقلياً، والحد من القسوة والمعاملة المتسلطة والتدليل والحماية الزائدة، حيث ساهم البرنامج الإرشادى في خفض قلق المستقبل لدى والدى الأطفال المعاقين عقلياً في القياس البعدي عنه في القياس القبلي، وبالتالي أصبح هناك مناخ خصب ومناسب لمعاملة

والدية حسنة ومعتدلة مع الأطفال المعاقين عقلياً، مما انعكس ذلك على خفض درجة السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، فقد شعر هؤلاء الأطفال بمعاملة مختلفة (حسنة) من قبل والديهم عن ذي قبل، فبانخفاض حدة الأعراض النفس جسمية لقلق المستقبل لدى الوالدين أصبح هناك حالة نفسية ومزاجية سوية لدى الوالدين، مما انعكست على وجود معاملة والدية سوية وإيجابية مع أطفالهم المعاقين عقلياً.

كما أدى انخفاض القلق الاجتماعي لأسر المجموعة التجريبية، إلى شعور أطفال المعاقين عقلياً بوجود جو اجتماعي أفضل عن ذي قبل، حيث اختفت نظرة الوالدين إلى الطفل على أنه هو سبب الضغوط التي تعاني منها الأسرة، وبالتالي شعر الأطفال أن من حولهم يحبونهم ولا ينفرون منهم مما انعكس ذلك على تعديل مفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال من مفهوم ذات سلبي إلى مفهوم ذات إيجابي، حيث استعاد الوالدان من الفتيات المعرفية والسلوكية والمساندة الاجتماعية المتضمنة في البرنامج في تغيير بعض الأفكار التلقائية السالبة المرتبطة بالبعد الاجتماعي لقلق المستقبل مثل البعد عن مخالطة الناس، والبعد عن إشراك الطفل في اللعب مع أطفال الجيران أو أطفال الأصدقاء أو الأقارب، والبعد عن الخروج للرحلات والمنتزهات والحفلات والاشتراك في الأنشطة الترويحية، والترفيهية، وترك كل هذه الأفكار السالبة والمعتقدات الخاطئة، واستبدالها بأفكار أخرى صحيحة، وإعطاء الفرصة لأنفسهم للخروج للزيارات والرحلات والحفلات، وإشراك أطفالهم في أنشطة مشتركة مع أطفال الجيران والأقارب، مما أضاف جواً من البهجة والسرور في نفوس الأطفال، والذي أدى بدوره إلى شعورهم بالتغير الإيجابي في معاملة الوالدين لهم، وإتاحة الفرصة لهم للاشتراك في الأنشطة المتنوعة الترفيهية والترفيهية وزيارة الأقارب وحضور الحفلات، واللعب مع الأطفال الآخرين والاحتكاك بهم، هذا مما أعطى لهم الفرصة في اكتسابهم سلوكيات اجتماعية إيجابية جديدة، وخفض حدة السلوكيات غير التكيفية المتمثلة في مفهوم الذات السلبي، والسلوك العدواني، وسلوك التمرد والعصيان، والانسحاب الاجتماعي، وسلوك إيذاء الذات، وإكسابهم الثقة في نفوسهم، وبالتالي أصبح لديهم مفهوم ذات إيجابي لديهم.

كما أدى خفض حدة قلق الوالدين على مستقبل الطفل المعاق عقلياً إلى وجود معاملة والدية معتدلة وحسنة بعيدة عن التسلط والنيذ والقسوة، أو التذليل والحماية الزائدة، مما انعكس ذلك على تعديل السلوكيات اللاتكيفية لدى الأطفال المعاقين عقلياً أعضاء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي عنه في التطبيق القبلي.

وبذلك نجد أن بانخفاض حدة قلق المستقبل لدى الوالدين أفراد المجموعة التجريبية أدى إلى وجود مناخ أسرى رطب خال من التوترات والعصبية من حيث معاملة الوالدين مع بقية أفراد الأسرة وعلى وجه الخصوص مع الطفل المعاق عقلياً، مما أدى ذلك إلى شعور الطفل بتغيير في معاملة الوالدين له من معاملة متسلطة ونيذ وإهمال إلى معاملة حسنة وسوية يسودها الحب والحنان بهذا

الطفل، مما أشعره باهتمام من حوله به، وأنه طفل مرغوب به ممن حوله، وبالتالي أدى ذلك إلى إحساسه بذاته، كما أدت هذه المعاملة الوالدية السوية إلى تحلى هذا الطفل عن بعض السلوكيات غير المرغوب فيها مثل سلوك العدوان وسلوك إيذاء الذات وسلوك التمرد والعصيان والانسحاب الاجتماعي التي كانت تصدر منه نتيجة للمعاملة السيئة التي كان يتلقاها من الوالدين، وتتفق هذه النتائج من نتائج بعض البحوث والدراسات نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر نتائج كل من دراسة عادل الياامي (٢٠٠٦)، دراسة ميرفت رجب (٢٠٠٠)، أمال محمود (١٩٩٩)، جوزيف كلينتوك, Clintock (١٩٩٧)، كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣)، جمال حمزة (١٩٩٢)، والتي أكدت على أن الاتجاهات الوالدية الإيجابية تجاه الطفل المعاق عقلياً والمعاملة الحسنة له؛ تؤدي إلى تحلى هذا الطفل عن بعض السلوكيات اللاتكيفية لديه.

ومما سبق نجد أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية كان له أثر فعال في خفض حدة قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق عقلياً، ومن ثم تعديل السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً في ظل انخفاض حدة قلق المستقبل لدى والديه، وبذلك تحققت صحة هذا الفرض.

**سادساً: نتائج التحقق من الفرض السادس وتفسيرها:**

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكيفي في القياس البعدي، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني Mann Whitney U Test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، ويوضح الجدول (٣٥) نتائج ذلك.

جدول (٣٥)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة وقيمة (ي) على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (ي)	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلبي	التجريبية	٨	٤٢,٥	٥,٣١	٦,٥	٠,٠٢
	الضابطة	٨	٩٣,٥	١١,٦٩		
السلوك العدوانى	التجريبية	٨	٣٧,٥	٤,٦٩	١,٥	٠,٠٢
	الضابطة	٨	٩٨,٥	١٢,٣١		
سلوك التمرد والعصيان	التجريبية	٨	٣٧	٤,٦٣	١	٠,٠٢
	الضابطة	٨	٩٩	١٢,٣٧		
الانسحاب الاجتماعى	التجريبية	٨	٣٨,٥	٤,٨١	٢,٥	٠,٠٢
	الضابطة	٨	٩٧,٥	١٢,١٩		
سلوك إيذاء الذات	التجريبية	٨	٣٦	٤,٥٠	-	٠,٠٢
	الضابطة	٨	١٠٠	١٢,٥٠		
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	٨	٣٦	٤,٥٠	-	٠,٠٢
	الضابطة	٨	١٠٠	١٢,٥٠		

(ي) عند مستوى (٠,٠٢) = ١١ (ي) عند مستوى (٠,٠٥) = ١٥

يتضح من الجدول (٣٥) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له في القياس البعدي، وكلها دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، حيث كانت قيم (ي) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له أقل من قيمة (ي) الجدولية عند مستوى ٠,٠١، مما يعنى أن قيم (ي) لجميع أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة في القياس البعدي دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ كما هو موضح بالجدول (٣٥).

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء استفادة أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً من اشترك والديهم أفراد المجموعة التجريبية في جلسات

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة في مقابل عدم تعرض والدي المجموعة الضابطة للبرنامج الإرشادي، وهذه النتيجة تشير إلى جدوى وفعالية البرنامج الإرشادي في خفض قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين عقلياً، وتأثير ذلك على تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

وهذه النتيجة تعنى تحسن نتائج أطفال المجموعة التجريبية بمقارنتهم بنظائرهم من أطفال المجموعة الضابطة في القياس البعدي، وترجع هذه النتائج إلى استفادة أطفال المجموعة التجريبية من اشتراك والديهم أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج الإرشادي، حيث استفاد الوالدين من الفنيات المعرفية والسلوكية للبرنامج بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية المتضمنة في البرنامج الإرشادي، في خفض حدة قلق المستقبل لدى الوالدين في القياس البعدي في كل من البعد النفس جسمي والاجتماعي والاقتصادي والشخصي (القلق على مستقبل على الطفل المعاق عقلياً)، حيث استفاد الوالدين من الفنيات المعرفية والسلوكية والمساندة الاجتماعية المتضمنة في البرنامج في التخلص عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة والسالبة المرتبطة بمواقف قلق المستقبل، واستبدالها بأفكار أخرى صحيحة وإيجابية، مما أتاح الفرصة لوجود مناخ معتدل ومناسب للتعامل مع أطفالهم المعاقين عقلياً، مناخ خالي من القسوة والنبذ والتسلط والإهمال، والتدليل والحماية الزائدة.

وبالتالي تغير المناخ داخل الأسرة من مناخ سلبي يسوده القلق والتوتر والضعف النفسية إلى مناخ إيجابي ومعتدل يسوده المودة والتفاهم، هذا مما انعكس على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفال المجموعة التجريبية حيث أدى البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة إلى إكساب الوالدين بعض أساليب المعاملة الودية الحسنة والمعتدلة بعيداً عن الضغوط النفسية التي كان يسببها قلق المستقبل لديهم، هذا بالإضافة إلى توجيهات وإرشادات الباحث لهم على أهمية الرعاية الودية السوية لأطفالهم، والحرص على التخلي عن المعاملة الودية المتسلطة والنبذ والإهمال، أو التدليل والحماية الزائدة لأطفالهم المعاقين عقلياً التي تؤدي إلى ظهور بعض السلوكيات غير التكيفية لدى الطفل المعاق عقلياً، وهذا ما أشارت إليه نتائج بعض البحوث والدراسات مثل دراسة وائل ثروت (٢٠٠٤)، نجلاء عبد القادر (٢٠٠٣)، شادية محمد (٢٠٠٣)، ميادة محمد (١٩٩٦)، رانجاسومي Rangaswomi (١٩٩٥)، أشرف صبرة (١٩٩١)، سمية جميل (١٩٩٠)، حيث أكدت نتائج هذه الدراسات على وجود علاقة بين المعاملة الودية المتسلطة والنبذ والإهمال للطفل المعاق عقلياً وبين ظهور بعض السلوكيات غير التكيفية لدى هذا الطفل.

ومن جهة أخرى استفادة الوالدين من جلسات البرنامج الإرشادي في معرفة العلاقة بين قلق المستقبل والمعاملة الوالدية المترتبة عليه وظهور بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً المترتبة على هذه المعاملة الوالدية، وإكسابهم المعاملة الوالدية السوية والحسنة لأطفالهم المعاقين عقلياً، وبالتالي شعر الأطفال بوجود معاملة حسنة وسوية من قبل والديهم، وأن مشاعر.

فبتغير المعاملة الوالدية مع الطفل المعاق عقلياً، من معاملة يسودها النذب والإهمال والتسلط والنظر إلى الطفل بأنه هو سبب الضغوط التي تعاني منها الأسرة، إلى معاملة حسنة وإيجابية يسودها الحب والحنان والعطف والاهتمام بالطفل وبكل أعماله، أدى ذلك إلى شعور الطفل بأنه إنسان مرغوب فيه ومحبوب ممن حوله، وبالتالي تغير مفهومه عن ذاته من مفهوم ذات سلبي إلى مفهوم ذات إيجابي، هذا بالإضافة إلى انخفاض حدة السلوكيات اللاتكيفية لديهم، وهذا ما يوضحه الجدول السابق جدول (٣٥) الذي يوضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية الذين اشترك أبائهم في البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، ومتوسطات رتب درجات أطفال المجموعة الضابطة الذين لم يشترك والديهم في البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة على أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له، في القياس البعدي.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض البحوث والدراسات نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر نتائج كل من دراسة عادل الياصي (٢٠٠٦)، ميرفت رجب (٢٠٠٠)، أمال محمود (١٩٩٩)، جوزيف كلينتوك, Clintock (١٩٩٧)، كرافتز وآخرين Kravetz, et al. (١٩٩٣)، جمال حمزة (١٩٩٢).

حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن درجة بعض السلوكيات غير التكيفية لدى الطفل المعاق عقلياً انخفضت بانخفاض حدة بعض الاضطرابات والضغوط النفسية لدى والديهم.

ومما سبق نتضح لنا فاعلية وجدوى البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، وما يتضمنه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية في خفض قلق المستقبل لدى الوالدين ومن ثم تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وبذلك تحققت صحة هذا الفرض.

**سابعاً: نتائج التحقق من الفرض السابع وتفسيرها:**

ينص هذا الفرض على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من الذكور، ومتوسطات رتب درجات أطفال نفس المجموعة التجريبية من الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتنى Mann Whitney U Test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من الذكور ومتوسطات رتب درجات أطفال نفس المجموعة من الإناث بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم فى الدراسة، ويوضح الجدول (٣٦) نتائج ذلك.

جدول (٣٦)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال الذكور ومتوسطات رتب درجات الأطفال الإناث فى المجموعة التجريبية وقيمة (ى) على مقياس السلوك اللاتكىفى فى القياس البعدى

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الترتب	متوسط الترتب	قيمة (ى)	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلى	الذكور	٤	١٧,٥	٤,٣٨	٧,٥	غير دالة
	الإناث	٤	١٨,٥	٤,٦٢		
السلوك العدوانى	الذكور	٤	١٩,٥٠	٤,٨٨	٦,٥٠	غير دالة
	الإناث	٤	١٦,٥٠	٤,١٢		
سلوك التمرد والعصيان	الذكور	٤	١٩	٤,٧٥	٧	غير دالة
	الإناث	٤	١٧	٤,٢٥		
الانسحاب الاجتماعى	الذكور	٤	١٦	٤	٦	غير دالة
	الإناث	٤	٢٠	٥		
سلوك إيذاء الذات	الذكور	٤	١٩	٤,٧٥	٧	غير دالة
	الإناث	٤	١٧	٤,٢٥		
الدرجة الكلية للمقياس	الذكور	٤	١٣,٥	٣,٣٨	٣,٥	غير دالة
	الإناث	٤	٢٢,٥	٥,٦٢		

(ى) عند مستوى (٠,٠٢) = - (ى) عند مستوى (٠,٠٥) = ١

يتضح من الجدول (٣٦) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال الذكور ومتوسطات رتب درجات الأطفال الإناث أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس السلوك اللاتكىفى والدرجة الكلية له، فى القياس البعدى، حيث كانت قيم (ى) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس السلوك اللاتكىفى والدرجة الكلية له أكبر من قيمة (ى) الجدولية عند مستوى ٠,٠٥، مما

- ٢٢٤ -



يعنى أن قيم (ى) المحسوبة لجميع أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له بين أطفال المجموعة التجريبية الذكور والإناث فى القياس البعدى غير دالة إحصائياً، وهذا ما يوضحه الجدول السابق.

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى استفادة والدى الأطفال المعاقين عقلياً من أفراد المجموعة التجريبية من جلسات البرنامج الإرشادى وما يتضمنه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية، حيث ساهم البرنامج فى إكساب والدى المعاملة السوية والمعتدلة لأطفالهم المعاقين عقلياً سواء كانوا ذكراً أم إناثاً.

كما ترجع هذه النتائج أيضاً إلى اهتمام كل من أباء الأطفال الذكور أو الإناث من المعاقين عقلياً من الاستفادة الكاملة من جلسات البرنامج الإرشادى فى خفض حدة قلق المستقبل لديهم، ومن ثم استثمار ذلك فى معاملة هؤلاء الأطفال معاملة سوية ومعتدلة، مما ساهم ذلك فى تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً سواء من الذكور أو الإناث، كما ترجع هذه النتائج أيضاً إلى انتظام والدى فى حضور جلسات البرنامج الإرشادى، والإصرار على المشاركة الفعالة فى الجلسات والمناقشات، وفى تبادل الخبرات فيما بينهم فى كيفية التغلب على الضغوط النفسية، التى يسببها قلق المستقبل، وفى كيفية رعاية ومعاملة الطفل المعاق عقلياً المعاملة السوية والحسنة سواء كان هذه الطفل ذكراً أم أنثى.

كما استفاد والدى أطفال المجموعة التجريبية من توجيهات وإرشادات الباحث لهم على أهمية المعاملة السوية والحسنة لأطفالهم المعاقين عقلياً سواء كانوا ذكراً أو إناثاً، حيث أوضح لهم أن الطفل سواء كان ذكراً أم أنثى يتأثر بمعاملة من حوله وينظراتهم له.

هذا بجانب اهتمام والدى ببدء المراقبة الذاتية لأفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم تجاه أطفالهم المعاقين عقلياً، وتأثير ذلك على السلوكيات اللاتكفية لدى هؤلاء الأطفال، حيث أتاحت المراقبة الذاتية الفرصة للوالدى فى توضيح العلاقة بين الأفكار السالبة والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بمواقف قلق المستقبل لديهم، وبين انفعالاتهم وسلوكياتهم تجاه أطفالهم المعاقين عقلياً المتمثلة فى المعاملة غير السوية والنظر إليهم بأنهم هم سبب وجود هذه الضغوط التى تعيشها الأسرة، وبالتالي يترجم هؤلاء الأطفال هذا المعاملة غير السوية، وهذه النظرات من قبل والدى بأنهم أطفال غير مرغوب فيهم وأنهم غير محبوبين ممن حولهم، وبالتالي تبدر منهم بعض السلوكيات غير التكيفية مثل مفهوم الذات السلبي، والسلوك العدوانى، وسلوك التمرد والعصيان، والانسحاب الاجتماعى، وسلوك إيذاء الذات.

فيعد توضيح الباحث هذه العلاقة لهم أصر والدى على استبدال هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بقلق المستقبل بأخرى صحيحة، حتى تكون انفعالاتهم غير مبالغ فيها، وبالتالي تكون سلوكياتهم سوية وإيجابية ومعتدلة أثناء

التعامل مع أطفالهم المعاقين عقلياً سواء كانوا ذكوراً أو إناثاً، أو أثناء التعامل مع أبنائهم من العاديين ومن يتعاملون معهم بصفة عامة، وبهذه النتيجة تحققت صحة هذا الفرض.

ثامناً: نتائج التحقق من الفرض الثامن وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه لا يوجد تغير دال إحصائياً في درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي بين القياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon-Test اللابارامترى لحساب دلالة التغير في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً بين القياسين البعدي والتتبعي، ويوضح الجدول (٣٧) نتائج ذلك.

جدول (٣٧)

دلالة التغير في رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة (ت) لاختبار ويلكوكسون على مقياس السلوك اللاتكفي بين القياسين البعدي والتتبعي

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	عدد الثنائيات	مجموع الرتب	متوسط الرتب (م)	قيمة (ت) للدلالة	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلبي	الرتب السالبة	٤	٧	١٨	٤,٥	١,٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	٣		١٠	٣,٣٣		
	التساوي المجموع	١					
السلوك العدوانى	الرتب السالبة	٣	٤	٨	٢,٦٧	٢	غير دالة
	الرتب الموجبة	١		٢	٢		
	التساوي المجموع	٤					
سلوك التمرد والعصيان	الرتب السالبة	٢	٢	٣	١,٥٠	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوي المجموع	٦					

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	عدد الثنائيات	مجموع الرتب	متوسط الرتب (م)	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الانسحاب الاجتماعي	الرتب السالبة	١	٣	٣	٣	٣	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢		٣	١,٥		
	التساوي	٥					
	المجموع	٨					
سلوك إيذاء الذات	الرتب السالبة	٤	٤	١٠	٢,٥٠	-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	-		-	-		
	التساوي	٤					
	المجموع	٨					
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٦	٨	٣١,٥	٥,٢٥	٤,٥	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢		٤,٥	٢,٢٥		
	التساوي	-					
	المجموع	٨					

- (ت) عند عدد ثنائيات = ٢، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = صفر.  
(ت) عند عدد ثنائيات = ٣، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = صفر.  
(ت) عند عدد ثنائيات = ٤، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = صفر.  
(ت) عند عدد ثنائيات = ٧، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٠,٢.  
(ت) عند عدد ثنائيات = ٨، عند مستوى ٠,٠١ = صفر، وعند مستوى ٠,٠٥ = ٠,٤.

يتضح من الجدول (٣٧) عدم وجود تغير دال إحصائياً في درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على كل من بعد مفهوم الذات السلبي والسلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي والدرجة الكلية لمقياس السلوك اللاتكفي في القياس التتبعي عن القياس البعدي، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة بين القياسين غير دالة إحصائياً، وذلك بمقارنتها بقيم (ت) الجدولية، حيث كانت قيم (ت) المحسوبة لأبعاد مقياس السلوك اللاتكفي السابق ذكرها والدرجة الكلية له أكبر من القيم الجدولية عند مستوى ٠,٠٥، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً.

ومن جانب آخر يتضح من الجدول السابق وجود تغير دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ في درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على كل من بعدى سلوك التمرد والعصيان وسلوك إيذاء الذات، فسي القياس التتبعي عنه في القياس البعدي، حيث كانت قيمته (ت) المحسوبة للبعدين مساوية

لقيمى (ت) الجدولية عند مستوى ٠,٠١ مما يعنى أنه مازال هناك انخفاض فى درجات السلوك اللاتكفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية فى سلوك التمرد والعصيان، وفى سلوك إيذاء الذات.

ويرجع الباحث هذه النتائج فى ضوء استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة وما يحتويه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية فى خفض حدة قلق المستقبل لدى والدى الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة البرنامج بشهرين، حيث استمرت حالة الاستقرار النفسى التى تعيشها الأسرة، والتى انعكست على استمرار المعاملة الودية الحسنة تجاه الطفل المعاق عقلياً، مما انعكس ذلك أيضاً على إحساس الطفل بذاته نتيجة لاستمرار هذه المعاملة الطيبة البعيدة عن التسلط والإهمال من قبل الوالدين له، ومن ثم لم تظهر جوانب السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال أفراد المجموعة التجريبية المتمثلة فى مفهوم الذات السلبى، والسلوك العدوانى، وسلوك التمرد والعصيان، والانسحاب الاجتماعى، وسلوك إيذاء الذات، وعلى العكس من ذلك فقد استمر انخفاض درجات السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال على جميع أبعاد مقياس السلوك اللاتكفي والدرجة الكلية له، وبخاصة انخفاض درجاتهم على كل من بعدى سلوك التمرد والعصيان وسلوك إيذاء الذات، بعد شهرين من انتهاء البرنامج الإرشادى المطبق على والديهم.

وبذلك يتضح استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة الحالية فى خفض حدة قلق المستقبل لدى والدى الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية بعد شهرين من انتهاء البرنامج الإرشادى، وأعقبها فى ضوء ذلك استمرارية فى خفض حدة السلوكيات غير التكيفية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية، وبذلك تحققت صحة هذا الفرض.

#### تعقيب عام على نتائج الدراسة:

يتضح من العرض السابق لنتائج الدراسة الحالية يرى الباحث أنها تشير إلى جدوى وفاعلية البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة الحالية، وما يحتويه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية فى خفض حدة قلق المستقبل لدى والدى الأطفال المعاقين عقلياً، ومن ثم خفض حدة السلوكيات غير التكيفية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وهذا ما أشارت إليه نتائج الدراسة الحالية من خفض حدة قلق المستقبل لدى والدى المجموعة التجريبية فى القياس البعدى عنه فى القياس القبلى، كما ظهرت هذه النتيجة أيضاً من خلال انخفاض حدة قلق المستقبل لدى والدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالوالدى المجموعة الضابطة فى القياس البعدى، واستمرار فاعلية البرنامج الإرشادى بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيقه، حيث لم توجد فروق فى مستوى قلق المستقبل بين القياسين البعدى والتتبعى لدى والدى المجموعة التجريبية.

كما أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أنه فى ظل خفض حدة قلق المستقبل لدى الآباء انخفضت درجة السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، وهذا ما أشارت إليه النتائج من خفض درجة السلوك اللاتكفي لدى أطفال

المجموعة التجريبية في القياس البعدى عنه في القياس القبلى، كما ظهرت هذه النتيجة أيضاً من خلال انخفاض درجة السلوك اللاتكيفى لدى أطفال المجموعة التجريبية بالمقارنة بأطفال المجموعة الضابطة في القياس البعدى، واستمرار فاعلية البرنامج الإرشادى بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيقه، حيث لم توجد فروق في جوانب السلوك اللاتكيفى بين القياسين البعدى والتتبعى لدى أطفال المجموعة التجريبية.

ويرجع الباحث هذه النتائج إلى جدوى وفاعلية البرنامج الإرشادى وما يحتويه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية تم اختيارها على أساس الإطار النظرى للدراسة والبحوث والدراسات السابقة، التي تناولت موضوع الدراسة الحالية، وذلك من حيث مناسبة هذه الفنيات والأنشطة للغة العمرية التي تنتمى إليها عينة الدراسة الحالية، وكذلك مناسبتها لقلق المستقبل الذي تعاني منه عينة الدراسة الحالية، بالإضافة إلى مناسبتها من حيث الظروف الاجتماعية التي يعيشها أفراد عينة الدراسة.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض البحوث والدراسات السابقة التي استخدمت البرامج الإرشادية في خفض بعض اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق المستقبل بصفة خاصة، حيث أثبتت نتائج هذه الدراسات جدوى وفعالية البرامج الإرشادية والعلاجية وما تحتويه من فنيات معرفية وسلوكية مثل المراقبة الذاتية وأساليب حل المشكلة وإعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية كفنيات معرفية، والنمذجة والتعزيز والتحصين التدريجى والاسترخاء كفنيات سلوكية، حيث أكدت هذه النتائج على دور الفنيات المعرفية والسلوكية فى خفض اضطرابات القلق لدى الأفراد.

ومن جهة أخرى تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض البحوث والدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية في خفض حدة بعض الاضطرابات والضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، حيث أكدت نتائج هذه الدراسات على أهمية دور المساندة الاجتماعية في خفض الاضطرابات والضغوط النفسية الواقعة على عاتق أسر الأطفال المعاقين عقلياً.

إلا أن الدراسة الحالية تصيف شيئاً جديداً، وهو دمج فنيات إرشادية (معرفية سلوكية) مع مساندة اجتماعية، وذلك من خلال البرنامج الإرشادى والذي احتوى على فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية، لخفض حدة قلق المستقبل لدى الوالدين، ومن جهة أخرى تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكيفى لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، حيث هدف البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسة الحالية إلى علاج الأسباب الكامنة وراء قلق المستقبل لدى والدى الأطفال المعاقين عقلياً، والمتمثلة فى الأفكار التلقائية الخاطئة تجاه المواقف المثيرة لقلق المستقبل، والتي تعمل على استثارة قلق المستقبل لدى الوالدين، ومن ثم يصدر عنها انفعال مبالغ فيه، يترتب عليه من ظهور بعض السلوكيات غير المناسبة منهم تجاه الآخرين، وعلى وجه الخصوص تجاه الطفل المعاق عقلياً، والتي تؤدي بدورها

إلى ظهور بعض السلوكيات غير التكيفية من هذا الطفل نتيجة للمعاملة الودية غير السوية له.

لذلك فقد هدف البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة إلى تعديل هذه الأفكار التلقائية الخاطئة واستبدالها بأخرى صحيحة، وذلك من خلال بعض الفنيات المعرفية التي احتواها البرنامج مثل الحوار الذاتي والمراقبة الذاتية وأسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية، وبعض الفنيات السلوكية مثل التدريب على الاسترخاء والتحصين التدريجي، بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية.

فبالنسبة للفنيات المعرفية والسلوكية فقد ساعدت على تعديل الأفكار التلقائية الخاطئة المثيرة لمواقف قلق المستقبل لدى الوالدين، والتي استمرت فاعليتها بعد مرور شهرين من انتهاء فترة البرنامج الإرشادي، في حين استفاد والدي المجموعة التجريبية من المساندة الاجتماعية في تبادل الحوار والخبرات حول التعامل مع قلق المستقبل والظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تمر بها كل أسرة منهم في ظل وجود طفل معاق عقلياً، وكيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً ورعايته، هذا إلى جانب استفادتهم من الجانب التوجيهي والإرشادي المتضمن في المساندة الاجتماعية والذي كان يقوم به الباحث، من خلال إعطائهم بعض التوجيهات والنصائح في كيفية التغلب على العوامل والظروف المفجرة لقلق المستقبل.

مما انعكس ذلك على تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، فبانخفاض حدة قلق المستقبل لدى الوالدين أعطى الفرصة لهم للتعامل بعقلانية مع المحيطين بهم وعلى وجه الخصوص الطفل المعاق عقلياً، الذي شعر بتغيير في معاملة الوالدين له، من معاملة متسلطة بسودها النبذ والإهمال إلى معاملة حسنة وطيبة بسودها الحب والحنان، مما ساهم ذلك في تخلي هؤلاء الأطفال عن السلوكيات غير التكيفية التي كانت تصدر منهم نتيجة المعاملة الودية المتسلطة لهم.

وبذلك تشير نتائج الدراسة الحالية إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة وما يحتويه من فنيات معرفية وسلوكية ومساندة اجتماعية في خفض حدة قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، ومن ثم تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، في ضوء انخفاض قلق المستقبل لدى والديهم، واستمرار فاعلية البرنامج بعد مدة شهرين من انتهاء جلساته الإرشادية في خفض قلق المستقبل لدى الأسر وتعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

#### النتائج الفرعية للدراسة:

لاحظ الباحث أثناء قيامه بتطبيق الدراسة الحالية على أسر الأطفال المعاقين عقلياً (الوالدين) أنه بجانب معاناتهم من قلق المستقبل، فإن هناك بعض المظاهر التي ترتبط بهذه الأسر، والتي يمكن أن نجملها على الوجه التالي:

- يسيطر عليهم جو من الاكتئاب، وعدم تقدير الذات.

- انخفاض التوافق الشخصي والاجتماعي.
- عدم الثقة بالنفس.
- الافتقار إلى العلاقات الاجتماعية الحميمة.
- قلة في المعلومات عن إعاقة الطفل، وكيفية التعامل معه بصورة سليمة.
- عدم معرفة خصائص الطفل المعاق عقلياً واحتياجاته النفسية.
- العلاقات الأسرية المضطربة في ظل وجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة.

والذي بدوره قد يؤدي إلى عدم توفر المناخ الأسرى السوى لرعاية هذا الطفل المعاق عقلياً، مما قد يؤثر بالسلب على سلوكه التكيفي.

هذا وقد ساهم البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية في الحد من هذه المظاهر لدى عينة الدراسة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً أفراد المجموعة التجريبية، هذا بجانب خفض حدة قلق المستقبل لديهم وتعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً، والذي يعد الهدف الرئيسي للدراسة الحالية، فمع تقدم جلسات البرنامج الإرشادي استفادت هذه الأسر من جلسات الإرشادية والعلاجية وما يحتويه من فنيات معرفية وسلوكية في إكسابهم بعض المعلومات عن الإعاقة العقلية لدى أطفالهم المعاقين، وحاجاتهم النفسية، وأهمية تلبية هذه الحاجات وتقبلهم، وفي كيفية التعامل مع الأحداث الضاغطة، كما ساهمت أيضاً المساندة الاجتماعية المتضمنة في البرنامج في الحد من هذه المظاهر، وذلك من خلال تفاعل أسر المجموعة التجريبية مع بعضهم البعض والتنقيص عن انفعالاتهم بطريقة سوية من خلال تبادل الحوار والخبرات فيما بين بعضهم البعض والذي أدى بدوره إلى شعور كل أسرة بأنها ليست هي الأسرة الوحيدة التي يوجد بداخلها طفلاً معاقاً عقلياً، وليست هي الأسرة الوحيدة التي تمر بهذه الظروف، وأن هناك أسر أخرى تمر بمثل ما تمر به من ظروف وضغوط نفسية، هذا إلى جانب الدور الذي لعبته فنيات البرنامج المعرفية والسلوكية في ذلك.

## الفصل السادس خلاصة الدراسة وتطبيقاتها التربوية

### تمهيد:

يتناول الباحث في هذا الفصل عرضاً موجزاً للدراسة يتمثل في مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وأهدافها وفروضها، وعينة الدراسة وأدواتها والأسلوب الإحصائي المستخدم فيها، والنتائج التي توصلت إليها الدراسة، بلى ذلك عرضاً للتطبيقات التربوية للدراسة والمتمثلة في توصيات الدراسة والبحوث المقترحة.

### أولاً ملخص الدراسة:

#### مشكلة الدراسة:

تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في معاناة أسر الأطفال المعاقين عقلياً من القلق بشأن مستقبل الطفل المعاق عقلياً من حيث السكن والمأوى المستقبلي لهذا الطفل، والقلق بشأن المستقبل التعليمي والمهني له هذا من جانب، ومن جانب آخر معاناة هذه الأسر من القلق بشأن مستقبل الأسرة ككل من حيث الخوف من الاعتراف بوجود طفلاً معاقاً عقلياً داخل نطاق الأسر أمام الآخرين، والخوف من الاختلاط بالآخرين وعدم الاندماج معهم في أنشطة اجتماعية أو ترويحية، ومن ثم انغلاق الأسرة على نفسها، وعدم المقدرة على التعامل مع هذا الطفل، والقلق بشأن زواج الأخوة العاديين، والخوف من رفضهم بسبب وجود أختاً معاقاً عقلياً لهم، والقلق بشأن المستقبل المادي للأسرة، والتفكير في كيفية سد الاحتياجات المادية للأسرة في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخلها.

وما يصاحب ذلك من شعور هذه الأسر ببعض الضغوط النفسية والتوترات التي من شأنها أن تجعل معاملة هذه الأسر تجاه أطفالهم المعاقين عقلياً معاملة غير سوية اعتقاداً منهم بأن هذا الطفل هو سبب المعاناة التي تعاني منها الأسرة، والذي بدوره يؤدي إلى شعور هذا الطفل المعاق عقلياً برفضه وعدم تقبله ممن حوله، مما يؤدي إلى ظهور بعض السلوكيات اللاتكيفية لديه رداً منه على المعاملة السيئة التي يتلقاها ممن حوله، ورداً منه على رفضهم وعدم تقبلهم له.

وانطلاقاً مما سبق يسعى الباحث الحالي إلى إعداد برنامج إرشادي لخفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وأثر ذلك على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

وفي ضوء ذلك تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤل التالي:



إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وفى تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً ؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات يمكن إجمالها على النحو التالى:

- ١- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أسر المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى ؟
- ٢- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أسر المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى بالمقارنة بأسر المجموعة الضابطة ؟
- ٣- إلى أى مدى توجد فروق بين درجات آباء المجموعة التجريبية وبين درجات أمهات نفس المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل فى القياس البعدى ؟
- ٤- إلى أى مدى تستمر فاعلية البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض قلق المستقبل لدى أسر المجموعة التجريبية بعد شهرين من المتابعة ؟
- ٥- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك اللاتكفي فى القياس البعدى ؟
- ٦- إلى أى مدى يساهم البرنامج الإرشادى المقترح فى خفض درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس السلوك اللاتكفي فى القياس البعدى بالمقارنة بأطفال المجموعة الضابطة ؟
- ٧- إلى أى مدى توجد فروق بين درجات الأطفال الذكور فى المجموعة التجريبية وبين درجات الأطفال الإناث فى نفس المجموعة التجريبية على مقياس السلوك اللاتكفي فى القياس البعدى ؟
- ٨- إلى أى مدى تستمر فاعلية البرنامج الإرشادى المقترح فى تعديل السلوك اللاتكفي لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد شهرين من المتابعة ؟

## أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من الأهداف التالية:

- ١- الكشف عن الجوانب المسببة لمشكلة قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً من خلال الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي مما يمكنهم من فهمها والسيطرة عليها.
- ٢- أن تتعرف الأسرة على الدور الذي يؤديه قلق المستقبل لديها في ظهور بعض جوانب السلوك اللاتكيفي لدى طفلها المعاق عقلياً.
- ٣- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، مما يزيد من قدرتهما على القيام بأداء وظائفهم الأسرية ووظائف الحياة اليومية بصورة أقرب إلى العادية.
- ٤- التعرف على أثر خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً في تعديل السلوك اللاتكيفي لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.
- ٥- تحسين قدرة أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تقبل أطفالهم المعاقين عقلياً.

## فروض الدراسة:

- ١- يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي عنه في القياس القبلي، لصالح القياس البعدي.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات آباء نفس المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي.
- ٤- لا يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من والدى الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس قلق المستقبل بين القياسين البعدي والتبقي.

- ٥- يوجد تغير دال إحصائياً في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي، عنه في القياس القبلي، لصالح القياس البعدي.
- ٦- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية من الذكور، ومتوسطات رتب درجات أطفال نفس المجموعة التجريبية من الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي في القياس البعدي.
- ٨- لا يوجد تغير دال إحصائياً في درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين عقلياً على مقياس السلوك اللاتكفي بين القياسين البعدي والتبقي.

#### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة النهائية من ١٦ زوجاً من والدي الأطفال المعاقين عقلياً من مدرسة التربية الفكرية بإمبابة بمحافظة الجيزة، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٣٦ - ٥٠ سنة، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل مجموعة ٨ أزواج بواقع ٨ من الآباء، و ٨ من الأمهات لكل مجموعة على حدة، مع مراعاة التجانس بين المجموعتين من حيث العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، وقلق المستقبل، هذا بالإضافة إلى أطفالهم المعاقين عقلياً والبالغ عددهم ١٦ طفلاً من الذكور والإناث، بواقع ٨ أطفال من الذكور، ٨ أطفال من الإناث ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٥٠ - ٧٠ سنة، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٤ سنة، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ٨ أطفال بواقع ٤ أطفال من الذكور، ٤ أطفال من الإناث لكل مجموعة على حدة، مع مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث العمر الزمني والذكاء والسلوك اللاتكفي.

#### أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في الدراسة الأدوات التالية:

- ١- استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً (إعداد الباحث).
- ٢- اختبار ستانفورد- بينيه للذكاء الصورة الرابعة إعداد لويس مليكة (١٩٩٤).

٣- استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة (إعداد الباحث).

٤- مقياس قلق المستقبل (إعداد الباحث).

٥- مقياس السلوك اللاتكيفى (إعداد الباحث).

٦- البرنامج الإرشادى (إعداد الباحث).

هذا بالإضافة إلى مقياس قلق المستقبل لزوينب شقير (٢٠٠٥) ومقياس السلوك التوافقى الجزء الثانى (السلوك اللاتوافقى) لكازونهبيرا وآخرين ترجمة صنفوت فرج وناهد رمزى (٢٠٠٥) وذلك لاستخدامهما كمحكين لمقياسى قلق المستقبل والسلوك اللاتكيفى المعدين بالدراسة الحالية.

#### الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة:

١- أسلوب الاتساق الداخلى للتحقق من صدق مقياس الدراسة.

٢- معامل ارتباط بيرسون.

٣- أسلوب التجزئة النصفية (معادلة جتمان) وألفا لكرونباخ للتحقق من ثبات مقياس الدراسة.

٤- اختبار كروسكال - واليز Kruskal - Wallis Test لتحليل التباين أحادى الاتجاه.

٥- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامترى لحساب دلالة التغير فى رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة.

٦- اختبار مان ويتني Mann - Whitney U test اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة.

#### نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادى المستخدم فى خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، والذى ساهم بدوره فى تغيير المناخ الأسرى من مناخ أسرى مضطرب إلى مناخ أسرى معتدل، مما أتاح الفرصة إلى تغيير نظرة هذه الأسر لأطفالهم المعاقين عقلياً من نظرة سلبية إلى نظرة إيجابية، ومن ثم تغيرت اتجاهاتهم نحوهم إلى الأفضل، وأتبع ذلك معاملة أفضل لهم، مما أدى إلى تعديل بعض جوانب السلوك اللاتكيفى لدى هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً، هذا وقد استمرت فاعلية البرنامج الإرشادى فى خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وفى تعديل السلوك اللاتكيفى لدى أطفالهم المعاقين عقلياً بعد فترة شهرين من المتابعة.

## ثانياً التطبيقات التربوية للدراسة:

### أ- توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية توصل الباحث إلى بعض التوصيات التربوية والتي تتمثل في الآتي:

- ١- ضرورة اهتمام وزارة التضامن الاجتماعي بتفعيل دور الجمعيات الأهلية والحكومية في توجيه وإرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
- ٢- ضرورة اهتمام وزارة التضامن الاجتماعي بإنشاء المراكز المتخصصة لإرشاد وتوجيه أسر المعاقين عقلياً.
- ٣- اهتمام وزارة الإعلام ببيت المزيد من البرامج الإرشادية والتوجيهية لأسر المعاقين عقلياً في كيفية التعامل مع الضغوط والاضطرابات النفسية التي تتعرض لها، وفي كيفية رعاية الطفل المعاق عقلياً.
- ٤- تفعيل دور مدارس التربية الفكرية الحكومية والأهلية في توجيه وإرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً في كيفية التعامل مع الضغوط التي تتعرض لها الأسرة، وفي كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً، ورعايته رعاية صحية سليمة، وذلك بعقد اجتماعات مجالس الآباء أسبوعياً، مع إعطاء الفرصة للأسر لتبادل الخبرات الإيجابية فيما بين الأسر من حيث التعامل مع الضغوط التي تتعرض لها هذه الأسر في ظل وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة، وفي كيفية التعامل مع هذا الطفل.
- ٥- ضرورة اهتمام وزارة التضامن الاجتماعي بتوفير الدعم المادي للأسر المتعثرة اقتصادياً، وذلك من خلال المراكز والجمعيات التابعة لها، وتسهيل شروط هذا الدعم.

### ب - بحوث مقترحة:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وبخاصة النتائج الفرعية للدراسة، والتي يمكن أن تكون فروضاً تتطرق منها دراسات علمية أخرى حول نفس موضوع الدراسة الحالية، وهو أسر الأطفال المعاقين عقلياً، اقترح الباحث مجموعة من البحوث والدراسات التي يمكن القيام بها، وهذه البحوث والدراسات هي:

- ١- فاعلية برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو الابن المعاق عقلياً وأثر ذلك على السلوك التكيفي له.
- ٢- فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثر ذلك على السلوك التكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً.

- ٣- فاعلية برنامج إرشادى فى تعديل مفهوم الذات لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
- ٤- فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى خفض حدة الاكتئاب لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
- ٥- فاعلية برنامج إرشادى فى رفع درجة الثقة بالنفس لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقته بالتوافق النفسى لديهم.
- ٦- فاعلية برنامج إرشادى فى إكساب بعض المهارات الاجتماعية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالتوافق النفسى لديهم.
- ٧- فاعلية برنامج إرشادى فى تحسين العلاقات الأسرية لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأثر ذلك على السلوك التكيفى لدى لطفل المعاق عقلياً.
- ٨- فاعلية برنامج إرشادى تدريبى فى كيفية رعاية الوالدين (الأسرة) للطفل المعاق عقلياً وفى تحسين توافقه النفسى.

## مراجع الدراسة

### أولاً المراجع العربية:

- ١- إبراهيم عباس الزهيري (١٩٩٨). فلسفة تربية ذوى الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٢- إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٧). الاتجاهات الحديثة فى العلاج السلوكى. مجلة البحث فى التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، المجلد ١٠، العدد (٣)، ص ص ٢٩٧ - ٣٣٤.
- ٣- إجلال محمد سرى (١٩٩٠) علم النفس العلاجى. القاهرة: عالم الكتب.
- ٤- أحلام رجب عبد الغفار (٢٠٠٣). تربية المتخلفين عقلياً. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ٥- أحمد السعيد يونس ومصرى عبد الحميد حنورة (١٩٩٩). رعاية الطفل المعوق طبياً ونفسياً واجتماعياً. (ط٢). القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٦- أحمد محمد حسن صالح (١٩٩٢). مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة المصرية. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية.
- ٧- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٥). المقياس العربى للتفاوض والتشاورم نتائج مصرية. مجلة دراسات نفسية (رائم)، المجلد ١٥، العدد ٢، ص ص ٣٠٧ - ٣١٨.
- ٨- أحمد محمد عبد الخالق ومايسة أحمد النبال (٢٠٠٢). الدفاع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر. مجلة دراسات نفسية، المجلد ١٢، العدد ٣، ص ص ٣٨٣ - ٣٩٥.
- ٩- آرثر سي. كلارك (ترجمة) مصطفى إبراهيم فهمى (٢٠٠٤). لقطات من المستقبل القاهرة: مكتبة الأسرة.
- ١٠- أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠١). التفكير الانفعال السلوك نظرية فى العلاج النفسى. بنها: مؤسسة الإخلاص للطباعة والنشر.
- ١١- أشرف صبرة على (١٩٩١). دراسة اتجاهات الأباء نحو أبنائهم المتخلفين عقلياً وعلاقة تلك الاتجاهات بسلوك أبنائهم التكيفى بمدينة أسبوط. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة أسبوط.
- ١٢- أمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣). سيكولوجية غير العاديين ذوى الاحتياجات الخاصة". القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- ١٣- أمال عبد السميع باظة (أ) (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية والوجدانية وعلاقتها بالنظرة المستقبلية لدى الأطفال الصم والمكفوفين والعايدين. مجلة كلية التربية، جامعة المنوفية، العدد الأول، ص ص ١٦٧-٢٠٢.
- ١٤- أمال عبد السميع باظة (ب) (٢٠٠٠). مقياس السلوك العدواني لدى الأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥- أمال محمود عبد المنعم (١٩٩٩). فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ١٦- أمثال هادي الحويلة وأحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢). مدى فاعلية تمارين الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق لدى طالبات الثانوى الكويتيات. مجلة دراسات نفسية (رانم)، المجلد ١٢، العدد ٢، ص ص ٢٧٣ - ٢٩٣.
- ١٧- أمل معوض الهجرسي (٢٠٠٢). تربية الأطفال المعاقين. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٨- إيمان حسنى حافظ (٢٠٠٦). بعض مشكلات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها بالضغوط النفسية للآباء "دراسة مقارنة". معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ١٩- إيمان فوزى سعيد (٢٠٠٢) القلق الوجداني نحو نموذج شامل للقلق". مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد ٢٦، الجزء ٤، ص ص ٩ - ٢٣.
- ٢٠- إيمان فوزى سعيد (١٩٩٦). الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٢١- إيمان فوزى سعيد (١٩٩٢). دراسة نقدية للأسس النظرية للعلاج الوجداني. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٢٢- إيمان كاشف (٢٠٠٠). دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية. مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد ٣٦، ص ص ١٩٩ - ٢٥٣.
- ٢٣- إيمان محمد صبرى (٢٠٠٢). بعض المعتقدات الخرافية لدى المراهقين وعلاقتها بقلق المستقبل والدافعية للإنجاز. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد ١٣، العدد ٢٨، ص ص ٥٣ - ٩٩.



- ٢٤- أيمن غريب قطب (٢٠٠١). البنية العاملية لمكونات القلق الاجتماعى لدى عينة من الشباب المصرى والسعودى. مجلة علم النفس (رائم)، العدد ٥٧، ٧٠ - ٩٦.
- ٢٥- بدر محمد الأصصارى (٢٠٠٤). القلق لدى الشباب فى بعض الدول العربية دراسة ثقافية مقارنة. مجلة دراسات نفسية، المجلد ١٤، العدد ٣، ص ٣٣٧ - ٣٧٠.
- ٢٦- تيسير مفلح كوافحة وعمر فواز عبد العزيز (٢٠٠٣). مقدمة فى التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- ٢٧- جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسى. جزء (١). القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٢٨- جمال محمد الخطيب (١٩٩٢). تعديل سلوك الأطفال المعاقين. عمان: إشراق للنشر والتوزيع.
- ٢٩- جمال محمد الخطيب ومنى الحديدى وعبد العزيز السرطاوى (١٩٩٢). إرشاد أسر الأطفال ذوى الحاجات الخاصة. عمان: دار حنين للطبع والنشر.
- ٣٠- جمال مختار حمزة (١٩٩٢). مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين فى تغيير اتجاهاتهم نحو الابن المعاق عقلياً بهدف تحسين توافقه. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٣١- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١). النظريات الحديثة فى تفسير الأمراض النفسية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٣٢- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٣٣- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٣). علم النفس الاجتماعى. (ط٦). القاهرة: عالم الكتب.
- ٣٤- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨). التوجيه والإرشاد النفسى (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.
- ٣٥- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.
- ٣٦- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨). علم النفس الأكلينيكى. القاهرة: دار قباء.

- ٣٧- حلمى محمد إبراهيم وليلى السيد فرحات (١٩٩٨). التربية الرياضية والترويح للمعاقين. القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٣٨- حمدى أمين أمين زيدان (٢٠٠٦). فاعلية برنامج للعلاج العقلانى الانفعالى للمشكلات الأكثر شيوعاً لأسر الأطفال المتأخرين عقلياً "دراسة تجريبية". رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٣٩- حمدى شاكراً محمود (١٩٩٨). مقدمة فى التربية الخاصة "أدوات التشخيص، معايير النمو، برامج التعلم، فنيات الإرشاد". الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.
- ٤٠- حنان حسين عبد الرضا (٢٠٠٥). تقبل الأم للطفل المعوق عقلياً وعلاقته ببعض جوانب شخصيته فى دولة الكويت. رسالة ماجستير. معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- ٤١- خالد محمد مطحنة (١٩٩٩). الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها بتسمية السلوك التوافقى من خلال بعض برامج التربية الخاصة. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٤٢- دافيد هارولد فنك (ترجمة) يوسف ميخائيل أسعد (١٩٩٧). الاسترخاء النفسى والعصبى. القاهرة: مكتبة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٤٣- ديفيد هـ. بارلو (ترجمة) صفوت فرج ومحمد نجيب الصبوة ومصطفى أحمد ذكى وجمعة سيد يوسف وهبة إبراهيم القشيشى وحصة عبد الرحمن الناصر (٢٠٠٢). مرجع أكاديمي فى الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٤- رشاد على عبد العزيز (٢٠٠٢). علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٥- رشاد على عبد العزيز (١٩٩٣). دراسات فى علم النفس المرضى. القاهرة: عالم المعرفة.
- ٤٦- رمضان محمد القذافى (٢٠٠١). رعاية المتخلفين ذهنياً. (ط ٢). الإسكندرية: المكتب الجامعى الحديث.
- ٤٧- روز مارى لامبي وديبي داينلز مورنج (ترجمة) علاء الدين كسافى ومايسة أحمد النبال (٢٠٠٣). الإرشاد الأسرى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة (جزء ٢). القاهرة. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

- ٤٨- روز ماری لامبی و دیبی داینلز مورنج (ترجمة) علاء السدين كفاقي (٢٠٠١). الإرشاد الأسرى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة. (جزء ١). القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٤٩- زكريا أحمد الشربيني (٢٠٠٢). المشكلات النفسية عند الأطفال. (ط٢). القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٥٠- زينب محمود شقير (٢٠٠٥). مقياس قلق المستقبل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٥١- زينب محمود شقير (٢٠٠٢). أسرتى مدرستى أنا أبنكم المعاق ذهنياً، سمعياً، بصرياً. المجلد الثانى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٥٢- زينب محمود شقير (٢٠٠٠). علم النفس العيادى (الأكلينيكى). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٥٣- س. ل. ليندزاي، ج. ي. بول (ترجمة). صفوت فرج (٢٠٠٠). مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٥٤- س. هـ. باترسون. (ترجمة) حامد عبد العزيز الفقى (١٩٩٠). نظريات العلاج والإرشاد النفسى. (جزء ٢). الكويت: دار القلم.
- ٥٥- سامر جميل رضوان (٢٠٠١). القلق الاجتماعى "دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعى على عينات سورية. مجلة مركز البحوث التربوية، مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد ٩، السنة ١٠، ص ص ٤٧ - ٧٧.
- ٥٦- سامى محمد ملحم (٢٠٠١). الإرشاد والعلاج النفسى: الأسس النظرية والتطبيقية. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ٥٧- شيبيلبيرجر، جورستش، ولوشين، فاج، جاكوبز ترجمة. احمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢). قائمة القلق الحالة - السمة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٥٨- سحر عبد المحسن على (٢٠٠٧). فعالية الإرشاد الأسرى المبكر فى تحسين جوانب السلوك التكيفى لدى الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٥٩- سعد محمد عبد الرحمن (٢٠٠٣). القياس النفسى النظرية والتطبيق. (ط٤). القاهرة: دار الفكر العربى.

- ٦٠- سعيد حسنى العزة (٢٠٠١). الإرشاد النفسى أساليبه وفنائه. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٦١- سعيد حسنى العزة وجودت عزت عبد الهادى (١٩٩٩). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٦٢- سعيد كمال عبد الحميد (٢٠٠٧). الإرشاد الأسرى وتدريب الأطفال المعاقين عقلياً فى علاج تأخر نمو اللغة لديهم. مجلة كلية التربية، جامعة بنى سويف، العدد ٧، ص ص ١٥٣ - ٢١٧.
- ٦٣- سلامة منصور محمد (١٩٩٧). دور الإرشاد الأسرى فى رعاية الأطفال المعوقين. مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد ٦، ص ص ١٦٥ - ١٧٩.
- ٦٤- سمىة طه جميل (١٩٩٧). مدى فاعلية برنامج إرشادي لمواجهة الضغوط الواقعة على الأسر التى لديها ابن معاق عقلياً. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ٦٥- سمىة طه جميل (١٩٩٠). دراسة مدى تقبل الأب والأم للإصابة بالتخلف العقلى وعلاقته بمفهوم الذات وتقدير الذات لدى الابن المتخلف عقلياً. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة طنطا.
- ٦٦- سميرة أبو الحسن عبد السلام (٢٠٠٥). فاعلية برنامج إرشادى فى خفض قلق المستقبل لدى المراهقين المعاقين بصرياً. المؤتمر السنوى الثانى عشر لمركز الإرشاد النفسى. مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، المجلد الثانى عشر، (ديسمبر ٢٠٠٥)، ص ص ١١٥٣ - ١٢٣٧.
- ٦٧- سهام أبو عيطة (١٩٩٧). مبادئ الإرشاد النفسى. (ط٢). الأردن: دار الفكر العربى.
- ٦٨- سهير كامل أحمد (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. (ط٢). الإسكندرية. مركز الإسكندرية للكتاب.
- ٦٩- سهير كامل أحمد (١٩٩٩). التوجيه والإرشاد النفسى. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- ٧٠- شادية محمد مرزوق (٢٠٠٣). تقدير الذات والاتجاه نحو الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعوقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك التوافقى لهؤلاء الأطفال. رسالة ماجستير. معهد البحوث التربوية، جامعة القاهرة.

- ٧١- شاكرا قنديل (١٩٩٦). الاستجابات الانفعالية لأباء الأطفال المعاقين عقليا ومسئولية المرشد النفسى. المؤتمر الثالث للإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ديسمبر ١٩٩٦.
- ٧٢- شعبان جاب الله رضوان وعادل محمد هريدى (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. مجلة علم النفس، العدد ٥٨، ص ص ٧٢ - ١٠٩.
- ٧٣- ضياء الدين زاهر (٢٠٠٤). مقدمة فى الدراسات المستقبلية. القاهرة. مركز الكتاب للنشر.
- ٧٤- طلعت أحمد حسن (٢٠٠٧). فعالية برنامج إرشادى لعلاج السلوك العدوانى وأثره فى قلق المستقبل وتقدير الذات لذوى الفئات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة بنى سويف، العدد ٧، ص ص ٤٢ - ١١٨.
- ٧٥- عادل أحمد الياضى (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشادى فى تغيير اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقليا. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة بنى سويف.
- ٧٦- عادل عبد الله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١). إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهم المعاقين عقليا على استخدام جداول النشاط المصورة وفاعليته فى تحسين تفاعلاتهم الاجتماعية. المؤتمر السنوى الثامن لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، نوفمبر ٢٠٠١، ص ص ٧١ - ١١٥.
- ٧٧- عادل عبد الله محمد (أ) (٢٠٠٠). العلاج المعرفى السلوكى الحديث "أسس وتطبيقات". القاهرة: دار الرشاد.
- ٧٨- عادل عبد الله محمد (ب) (٢٠٠٠). فعالية برنامج معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الإنسحابى لهؤلاء الأطفال، مجلة الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد ١٤، ص ص ٤٧ - ٧٩.
- ٧٩- عادل عز الدين الأشول (١٩٩٣). الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقليا. مجلة الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد الأول، ص ص ١٥ - ٣٠.
- ٨٠- عاشور محمد دياب (٢٠٠١). فعالية الإرشاد النفسى الدينى فى تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة البحث فى التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة المنيا، المجلد ١٥، العدد الأول، ص ص ٤٣٦ - ٤٦٦.

- ٨١- عبد الحميد محمد الهاشمى (٢٠٠٣). التوجيه والإرشاد النفسى "الصحة النفسية الوقائية". جدة: دار الشروق للتوزيع والطباعة.
- ٨٢- عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٠). أمراض العصر. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٨٣- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١). سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة "الخصائص والسمات". (ج٣). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٨٤- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسى المعرفى السلوكى الحديث. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ٨٥- عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز عبد الله الدخيل ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكى للطفل "أساليبه ونماذج من حالاته". الكويت: سلسلة عالم المعرفة. الكتاب رقم ١٨٠. المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.
- ٨٦- عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠). مقدمة فى الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٨٧- عبد السلام عبد الغفار وإبراهيم قشقوش (تعديل) عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٥). استمارة المستوى الاقتصادى الاجتماعى للأسرة المصرية. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٨٨- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٨). مقياس السلوك التكيفى للأطفال "المعايير المصرية والسعودية". الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية للطباعة والنشر.
- ٨٩- عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطى (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٩٠- عبد الفتاح عثمان وعلى الدين السيد (١٩٩١). نظريات خدمة الفرد المعاق. القاهرة: مكتبة عين شمس.
- ٩١- عبد المطلب أمين القريطى (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. (ط٤). القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٩٢- عبد المطلب أمين القريطى (أ) (٢٠٠٠). الإرشاد النفسى لأبناء وأسر الأطفال المتخلفين عقلياً (١). الحياة الطبيعية حق للمعوق، النشرة الدورية، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ج. م. ع، العدد ٦٢. ص ص ٢٦ - ٢٩.

- ٩٣- عبد المطلب أمين القريطي (ب) (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي لأباء وأسرة الأطفال المتخلفين عقلياً (٢). الحياة الطبيعية حق للمعوق، النشرة الدورية، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ج. م. ع، العدد ٦٣، ص ص ٢١ - ٢٩.
- ٩٤- عبد المطلب أمين القريطي (ج) (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي لأباء وأسرة الأطفال المتخلفين عقلياً (٣). الحياة الطبيعية حق للمعوق، النشرة الدورية، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ج. م. ع، العدد ٦٤، ص ص ١٢ - ١٩.
- ٩٥- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢). الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة. القاهرة: المجلس العربى للطفولة والتنمية.
- ٩٦- علاء الدين كفاى (٢٠٠٣). الإرشاد الأسرى للطفل المعوق. القاهرة. دار الفكر العربى.
- ٩٧- علاء الدين كفاى (١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى المنظور النفسى الاتصالى". القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٩٨- علاء الدين كفاى (١٩٩٠). الصحة النفسية. (ط٣). القاهرة: هجر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٩٩- على عبد السلام على (٢٠٠٠). المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة. مجلة علم النفس، العدد ٥٣، ص ص ٦ - ٢٢.
- ١٠٠- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩). علم الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠١- فائق توفيق شعبان ومحمد صالح مهران (١٩٩٧). ردود الأفعال النفسية لذوى الطفل المعاق عقلياً. مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد ٦، ص ص ٣٠٣ - ٣١١.
- ١٠٢- فاروق الروسان (٢٠٠١). مناهج وأساليب تدريس ذوى الحاجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- ١٠٣- فاروق الروسان (٢٠٠٠). الذكاء والسلوك التكيفي. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
- ١٠٤- فاروق الروسان (١٩٩٥). قضايا ومشكلات فى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

- ١٠٥- فاروق السيد عثمان (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٠٦- فاروق محمد صادق (١٩٩٣). أسس برامج التدخل المبكر لذوى الحاجات الخاصة. مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد الأول، ص ص ٩ - ٤٩.
- ١٠٧- فاطمة عياد (٢٠٠٢). مقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات. مجلة دراسات نفسية (رائم)، المجلد ١٢، العدد ٤، ص ص ٥١٥ - ٥٤٠.
- ١٠٨- فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. (جزء ٢). الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- ١٠٩- فتحي محمد مصطفى (٢٠٠٣). فاعلية برنامج إرشادى للوالدين فى تحسين بعض مهارات السلوك التوافقى لأطفالهم المتخلفين عقلياً بمدارس التربية الفكرية. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة حلوان.
- ١١٠- فرج عبد القادر طه، شاكرا عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، ومصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. الكويت: دار سعاد الصباح.
- ١١١- فيصل محمد الزراد (٢٠٠٥). العلاج النفسى السلوكى لحالات القلق والتوتر النفسى والوسواس القهرى بطريقة الكف بالنفقيض. بيروت: دار العلم للملايين.
- ١١٢- فيوليت فؤاد إبراهيم (٢٠٠٥). مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١١٣- كازونهيير، راي فوستر، ماكس شلهاس، هنرى ليلاند (ترجمة وإعداد). صفوت فرج وناهد رمزى (٢٠٠٥). مقياس السلوك التوافقى. (ط٦). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١١٤- كلير فهيم (٢٠٠٣). أبناؤنا ذوى الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١١٥- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٦). مرجع فى علم التخلف العقلى. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- ١١٦- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤). التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلى ودور الإرشاد النفسى فيه. المؤتمر الأول للإرشاد النفسى، مركز



- الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ديسمبر ١٩٩٤، ص ص ١٩٩ - ٢٢٨.
- ١١٧- لويس كامل مليكة (١٩٩٨). دليل مقياس ستانفورد - بينيه. الصورة الرابعة. (ط٢). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١١٨- لويس كامل مليكة (١٩٩٤). العلاج السلوكى الانفعالى وتعديل السلوك. (ط٢). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١١٩- لويس كامل مليكة (١٩٩٠). العلاج النفسى وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- ١٢٠- ليندا دافيدوف (ترجمة) سيد الطواب ومحمود عمر (٢٠٠٠). الشخصية.. الدافعية والانفعالات. القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.
- ١٢١- م.سيليمان ور. دارلينج (ترجمة) إيمان فؤاد الكاشف (٢٠٠١). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٢٢- محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٩). تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة: دار الفكر العربى.
- ١٢٣- محمد أحمد بيومى وعفاف عبد العليم ناصر (٢٠٠٥). علم الاجتماع العائلى "دراسة التغيرات فى الأسرة العربية". الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ١٢٤- محمد أحمد بيومى (٢٠٠٠). سيكولوجية العلاقات الأسرية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٢٥- محمد السيد حلاوة (٢٠٠٢). التخلف العقلى "مفهومه، أسبابه". إتحداد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ج. م. ع، النشرة الدورية، الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد ٧٠، ص ص ٢٢ - ٣٢.
- ١٢٦- محمد السيد حلاوة (١٩٩٨). التخلف العقلى فى محيط الأسرة. الإسكندرية: المكتب العلمى للنشر والتوزيع.
- ١٢٧- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٩). موسوعة الصحة النفسية: الكتاب الأول (ج٢). علم الأمراض النفسية والعقلية "الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

- ١٢٨- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). نظريات الشخصية. القاهرة: دار  
قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٢٩- محمد درويش محمد (١٩٩٥). مدى فاعلية العلاج الديني في تخفيض  
القلق لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد ٥١،  
ص ص ١٨٥ - ٢١٢.
- ١٣٠- محمد عبد التواب معوض (١٩٩٦). أثر كل من العلاج المعرفي  
والعلاج النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلبة  
الجامعة. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة المنيا.
- ١٣١- محمد عبد الجبار (٢٠٠١). التفكير المستقبلي في المستقبلية بيروت:  
مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- ١٣٢- محمد محروس الشناوى ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). العلاج  
السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر  
والتوزيع.
- ١٣٣- محمد محروس الشناوى (١٩٩٧). التخلف العقلي "الأسباب والتشخيص  
والبرامج". القاهرة. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٣٤- محمد محروس الشناوى ومحمد عبد المحسن التوبجى (١٩٩٥). إرشاد  
والذى الأطفال ذوى الحاجات الخاصة، المؤتمر الثانى لمركز الإرشاد  
النفسي، جامعة عين شمس، ديسمبر ١٩٩٥، ص ص ٥٦٣ - ٦٠٦.
- ١٣٥- محمد محروس الشناوى (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي  
"موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي (١)". القاهرة: دار غريب للطباعة  
والنشر.
- ١٣٦- محمد محروس الشناوى ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٤). المساندة  
الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة:  
مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٣٧- محمد محمد نعيمة (٢٠٠٢). التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية.  
الإسكندرية: دار غريب للطباعة والنشر.
- ١٣٨- محمد مصطفى كامل (١٩٩٩). التدريبات العملية للقائمين على رعاية  
ذوى الإعاقات الذهنية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١٣٩- محمود حمودة (١٩٩٨). الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج.  
(ط٢). القاهرة: دار المعارف.

- ١٤٠- محمود حمودة (١٩٩١). الطب النفسى "النفس أسرارها وأمراضها". (ط٢). القاهرة: المطبعة الفنية.
- ١٤١- محمود عطا حسين عقل (٢٠٠١). الإرشاد النفسى والتربوى "المداخل النظرية، الواقع، الممارسة". الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.
- ١٤٢- محمود محى الدين سعيد (٢٠٠٤). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية. المؤتمر السنوى الحادى عشر لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، "الشباب من أجل مستقبل أفضل"، ديسمبر ٢٠٠٤، ص ص ١٣٩ - ١٧٨.
- ١٤٣- مصطفى حسن أحمد (١٩٩٦). الإرشاد النفسى لأسر الأطفال غير العاديين. القاهرة: الأمل للطباعة والنشر.
- ١٤٤- معتز سيد عبد الله (٢٠٠١). الإيثار والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية فى دافعية الأفراد للانضمام للجماعة. مجلة علم النفس، العدد ٥٧، ص ص ٩٨ - ١٣٣.
- ١٤٥- منى سند (٢٠٠١). الضغوط الوالدية لآباء وأمهات الأطفال الذين لديهم متلازمة داون، مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد ٩، ص ص ٢٦١ - ٢٧٥.
- ١٤٦- ميادة محمد أكبر (١٩٩٦). الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالسلوك التكيفى للأطفال المتخلفين عقليا والمصابين بأعراض دوان. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ١٤٧- ميرفت رجب صابر (٢٠٠٠). مدى فاعلية برنامج إرشادى لتعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقليا. رسالة دكتوراه. كلية البنات، جامعة عين شمس.
- ١٤٨- نادية رجب السيد (١٩٩٦). الأسرة ورعاية الطفل المعوق، مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر. العدد ٥، ص ص ١٧٧ - ١٨٢.
- ١٤٩- نبيه إبراهيم إسماعيل (٢٠٠٦). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥٠- نجلاء فتحى عبد القادر (٢٠٠٣). الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية عند ضعاف العقول. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

- ١٥١-نجيب خزام (١٩٩٨). الطفل والإعاقة "المفهوم والاستراتيجيات". القاهرة: كاريتاس مصر.
- ١٥٢-هارولد ريجنالد بتيش (ترجمة) فيصل محمد الزراد (١٩٩٢). تعديل السلوك البشرى. الرياض: دار المريخ للنشر.
- ١٥٣-هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٩). الضغوط النفسية "طبيعتها ونظريتها". القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥٤-وائل ثروت حسن (٢٠٠٤). إساءة معاملة الطفل المعاق ذهنياً من الدرجة البسيطة وعلاقته ببعض المشكلات النفسية. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ١٥٥-وليد السيد أحمد خليفة (٢٠٠٦). الكمبيوتر والتخلف العقلى فى ضوء نظرية تجهيز المعلومات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥٦-يوسف الأقسرى (٢٠٠٢). كيف تتخلص من الخوف والقلق من المستقبل. القاهرة: دار اللطائف للنشر والتوزيع.

#### ثانياً المراجع الأجنبية:

- 157- Aapola, Sinikka; Gonick, Marnina & Harris, Anita (2005). Young femininity girlhood, Power and social change. New York: Palgrave Macmillan.
- 158- Adam, B. Gudoh (1993). Educational programs for people who care for mentally handicapped person. Hong Kong: E. F. sky.
- 159- Beck, Aaron T. (1993). Cognitive therapy past, present, and future, Journal of counselling and clinical psychology, Vol. 61, No. (2), pp. 195-198.
- 160- Beck, Aaron T.; Leslie Sokol; David A. Clark; Robert Berchick; and Fred Wright. (1992). Cognitive therapy for panic disorder, American journal psychology, Vol. 146, No. (6), pp. 778-783.
- 161- Beck, Aaron T. & Davis, Freeman (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford.
- 162- Bee, H. (1992). The developing child. (6<sup>th</sup> ed) U. S. A.: Harper Colin's college Publishers.

- 163- Bendell, R. (1991). Children's parenting stress in a low income, minority population, topics in early childhood special education, Vol. 6, No. (4), pp. 58-71.
- 164- Berg, S. Van Den; D. A. Shapiro; D. Bickerstaffe; & K. Cavanagh (2004). Computerized cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression: a practical solution to the shortage of trained therapists, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol. 11, pp. 508-513.
- 165- Biggs, Donald A. (1994). Dictionary of counselling. London: Green press.
- 166- Blackburn, I. (1995). Cognitive therapy for depression and anxiety. London: Blackwell Science.
- 167- Bolte, Sven & Poustka, Fritz (2002). The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism with and without comorbid mental retardation, Child psychiatry and human development, Vol. 33, No. (2), pp. 165- 172.
- 168- Bunk, B. & Horens, V. (1992). Social support and stress: The role of social comparison and social exchange processes, British journal of clinical psychology, Vol. (35), pp. 445 - 457.
- 169- Carpiniello, Bernardo; Piras, Alessandra; Pariante, Carmine M; Carta Mauro G; et, al. (1995). Psychiatric morbidity and family burden among parents of disabled children, Psychiatric services, Vol. 46, No. (9), pp. 940 - 942.
- 170- Chang, P. & Tang, C. (1995). Coping and psychological distress of Chinese parent of children with down syndrome, mental retardation, V (33), No (1), pp. 10-20.
- 171- Cheng, Keith & Myers, Kathleen M. (2005). Child and adolescent psychiatry. New York: A Wolters Kluwer company.

- 172- Chwen, Yng, Su.; Yueh, Hsien, Lin.; Yuh, Yih, Wu. & Ching, Chiang, Chen. (2007). The role of cognition and adaptive behavior in employment of people with mental retardation, *Research in Developmental Disabilities*, RIDD-599; pp. 1-13.
- 173- Clintock, Joseph (1997). The effectiveness of the parenting alliance on children adjustment and adaptive behavior. North Carolina: Un published doctorate thesis the 152 of north Carolina.
- 174- Clive J. Robins & Adele M. Hayes. (1993). An appraisal of cognitive therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No. (2), pp. 205-214.
- 175- Cochrane, Gordon. (1991). Client therapist collaboration in the preparation of hypnosis interventions case illustrations, *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 33, No. (4), pp. 254-262.
- 176- Comer, R. (1999). *Fundamentals of Abnormal Psychology* (2nd ed). New York: Worth Publishers, Inc. & W. H Freeman Company.
- 177- Cook, Ruth E.; Tessier, Annette; & Klein, M. Diane (1992) *Adapting early childhood curricula for children with special needs* (3rd). New York: Macmillan publishing company.
- 178- Cormier, W. H. & Cormier, L. S. (1991). *Interviewing strategies for helpers*. (3<sup>rd</sup> ed). Pacific Grove Ca: Brooks Cole.
- 179- Corsini, Raymond J. (1999). *The dictionary of psychology*. USA: Taylor & Francis group.
- 180- Costin, F. & Draguns, J. (1990). *Abnormal psychology*. London: Public attitudes.
- 181- Coyne, J. & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology stress, Social support and coping

- processes, Annual Review of psychology, Vol. 42, pp. 401– 429.
- 182- Crosier, W. Ray (1990). Shyness and embarrassment: Perspective from social psychology. Cambridge: University Press.
- 183- Dattilio, Franck m. & Padesky, Christine A. (1990). Cognitive therapy with couples. Professional resource exchange. U.S.A.
- 184- Davis, Freeman (1992). Cognitive therapy of depression, in A.S. Bellack, M. Hersen. international handbook. in Behavior Modification and therapy. New York: Plenum.
- 185- De-Bildt, Annelies; Kraijer, Dirk; Sytema, Sjoerd & Minderaa, Ruud (2005). The psychometric properties of the Vineland adaptive behavior scales in children and adolescents with Mental Retardation, Journal of Autism and developmental disorders, Vol. 35, No. (1), pp. 53 -62.
- 186- De-Jongh, Peter (1995). One session cognitive treatment of dental phobia preparing dental phobias for treatment by restructuring negative cognitions, Behaviour-Research and therapy, V. 33, No. (8), pp. 47-54.
- 187- Dekker, Marielle C. & Koot, Hans M. (2003). DSM-IV Disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: child and family predictors, Journal of American academy of child & adolescent psychiatry, Vol. 42, No. (8), pp. 923 – 931.
- 188- Drobles & Strauss (1993). Behaviour treatment of childhood anxiety disorders, Child and adolescent psychiatric clinical, of North American, Vol. 2, No. (4), pp. 779 – 793.
- 189- Durham, Robert C.; Fisher, Peter L.; Dow, Michael G. T.; Sharp, Donald; . Power, Kevin G; Swan1, John S. & R. Morton, Victor, (2004). Cognitive behaviour therapy

- for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study F, *Clinical psychology and psychotherapy*, Vol. 11, pp. 145–157.
- 190- Durham, Robert C.; Murphy, Tom; Allen, Therese; Treiving, Linda R. and Fenton, George W. (1994). Cognitive therapy analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder, *British journal of psychiatry*, Vol. 165, No, (3), pp. 315-323.
- 191- Eisen, & Kearney, (1995). Practitioner's guide to treating fear and anxiety in children and adolescents, *Cognitive behavioral approach*. New Jersey: Jason Arnos on inc.
- 192- Emery, R. & Oltmanns, T. (2000). *Essential of abnormal psychology*. New Jersey: Prentice holl, upper saddle rivers.
- 193- Francis, Kylie (2004). *Investigating change in worry and anxiety during cognitive behavioural therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder*. MA. Concordia University, Canada.
- 194- Francis, & Beidel, (1995). *Cognitive behavioral psychotherapy*, in John March, *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: The Guilford press.
- 195- Geldard, Kathryn & Geldard, David (1997). *Counseling children introduction*. London: Sage Publications.
- 196- Grimes, K.& vitello, J.(1990).Follow up study of family attitudes toward deinstitutionalization, three to seven years, *mental retardation*, V. 28, No. (4), pp. 219-224.
- 197- Hall, David, M. B. & Hill, Peter, D. (1996). *The child with a disability*. (2ed). London: Blackwell science Ltd.
- 198- Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (1998). *Exceptional children introduction to special education*. (4<sup>th</sup> ed). London: Prentice-Hall international limited.



- 199- Hatton, Sam Cartwright; Roberts, Chris; Chitsabesan, Prathiba; Fothergill, Claire & Harrington, Richard (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders, *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 43, pp. 421-436.
- 200- Heidi, M. Inderbitzen & Kenneth, S. Walters (2000). Social anxiety scale for adolescents: Normative data and further evidence of construct validity, *Journal of clinical child psychology*, Vol.(29, No. (3), pp. 360-371.
- 201- Heiman, Tali, (2002).Parents of children with disabilities: resilience, coping, and future expectations, V. 14, No (2), pp. 159-171.
- 202- Henley, M.; Algozzine, R. & Mace, E. (1993). Characteristics and strategies for teaching students with mild disabilities. London: division of Simon & Schuster, Inc.
- 203- Henry, M. (1996). Young children parents And professionals. New York. Rutledg & Kegan Paul.
- 204- Hoffman, J. S. (1994). Muscle relaxation. In. R. J. Corsini. *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley.
- 205- Inanami, masamitsu; Tamiko, Ogura; Catherine, Rodgers & Nobutaks, Nishi .(1994).Parental stress from caring for children with disabilities, a Japanese Journal, of spesial education, Vol. 32, No. (2), pp. 11-z10.
- 206- Iwaniec, Dorota (2006). The emotionally abused and neglected child. London: John Wiley & Sons, Ltd.
- 207- Jacobs, Ed E.; Harvill, Riley, L. & Masson, Robert L. (1994). *Group coulseling strategies and skills*. California: Brooks/ cole publishing company.
- 208- Jockers Scherubl, Maria C; Zubraegel, Doris; Baer, Thomas; Linden, Michael; Danker Hopfe, Heidi; Schulte Herbruggen, Olaf; Neu, Peter; Hellweg, Rainer (2007).

- Nerve growth factor serum concentrations rise after successful cognitive behavioural therapy of generalized anxiety disorder, *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 31, No. (1), pp. 200-204.
- 209- Joseph, Pear & Garry, Martin (1999). *How Behavior modification, what is and to do it*. New Jersey: Prentice Hall, upper, saddle River.
- 210- Kaufman, A.V.; Campbell, V. A. & Adams, J. P. (1990). A life time of caring: older parents who care for adult children with mental retardation, *International Journal of family care*, Vol. 2, pp. 39-54.
- 211- Kazdin, Alan (1994). *Behavior modification in applied setting*. California: Dorsey press.
- 212- Keen, Deb & Knox, Marie (2004) Approach to challenging behavior, A family affair, *Journal of intellectual & Developmental disability*, V. 29, No. (1), pp. 52-64.
- 213- Khan, Pir Vilayat Inayat. (1993). *Counselling and therapy*. USA: Omega publications.
- 214- Kravetz, S.; Nativitz, R.; & Katz, S. (1993). Parental coping styles and the school adjustment of children who are mentally retarded, *British journal of development disabilities*, Vol. 39, No. (67), pp. 51-59.
- 215- Labrecque, Joane; Dugas, Michel J.; Marchand, Andre; Letarte, Andree . (2006). Cognitive behavioral therapy for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia, *Behavior modification*. Vol. 30, No. (4), pp. 383-410.
- 216- Land, Suther S. (1991). *Child development*. New York: Mc Grow Hill book.
- 217- Lawrence, H. (1994). Life stress and adjustment effects of life events experienced by young adolescents and

- their parents, *Developmental psychology*, Vol. 23, No. (4), pp. 583.
- 218- Leffert, James, S. & Siperstein. Gary, N. (2002). Social cognition: a key to understanding adaptive behavior in individuals with mild mental retardation, *International review of research in mental retardation*, Vol. 25, pp. 135-181.
- 219- March, J. (1995). *Anxiety disorders in children and adolescent*. New York: Guilford Press.
- 220- Mayeaux, B.; Dilks, L. & Marceaux, J. (2006). Long-term deficits in adaptive behavior secondary to ethylene dichloride exposure, *North American Journal of Psychology*, Vol. 8, No. (3), pp. 437-446.
- 221- Meisls, S. (1993). *Hand book of early childhood intervention*. New York: Cambridge university press.
- 222- Minka, Susan (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders stress. In dynamic context. *Anxiety models, Nebraska symposium on motivation*, London. Vol. 43, pp. 57-135.
- 223- Molin, R. (1990). Future anxiety: Clinical issues of children in the latter phases of foster care. *Journal of child and adolescent, Social work*, Vol. 7, No. (6), pp. 501-512.
- 224- Montgomery, S. A. (1990). *Anxiety and depression*. Peters field: Wrightson biomedical publishing.
- 225- Muro, James J. & Kottman, terry (1995). *Guidance and counseling in the elementary and middle schools*. USA: Brown & Benchmark.
- 226- Mutua, Nkagendo (2001). Importance of parents' expectations and beliefs in the educational participation of children with mental retardation in Kenya, *Education & training in mental retardation & developmental disabilities*, Vol (36), No (2), pp. 148-159.

- 227- Myers, David G. (2007). Exploring social psychology. New York: The McGraw-Hill companies Inc.
- 228- Nicks, Sandra D.; Villa, A. Yancy; Reeve, Angela M. & Nichols, Kathryn J. (1999). Family perceptions of future programming need in a sample of individuals with mental retardation, psychological reports, Vol. 84, No. (3), pp. 837-839.
- 229- Nolan, Elizabeth (2005). Long-term follow-up of cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. PhD. Drexel-University.
- 230- Norton, P. & Asmundson, G. & Cox, B. (2000). Future directions in anxiety disorders: profiles and perspectives of leading contributors. Journal of anxiety disorders, Vol. 14, No. (1), pp. 69-95.
- 231- Oei, Tian P.S. & Browne, Alana (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive behaviour therapy program?, American journal of psychotherapy, Vol. 60, No. (1), pp. 53 – 70.
- 232- O'Neil, H. & Abedl, J. (1996). Reliability and validity of stat meta cognitive Assessment. J. of Research, Vol. 89, No. (4), pp. 234-245.
- 233- Orr, R. R.; Cameron, S. J.; & Day, D.M. (1991). Coping with stress in families with children who have mental retardation. An evaluation of the double ABCX model, American Journal on mental retardation, Vol. 95, No. (4), pp. 444-450.
- 234- Peterson, Christopher. (1996). The psychology of abnormality. Orlando: Harcourt Brace & company.
- 235- Prins, Pier J. M. & Ollendick, Thomas, H. (2003). Cognitive Change and Enhanced Coping: Missing Mediation Links in Cognitive Behavior Therapy With Anxiety-Disordered Children, Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 6, No. (2), pp. 87-105.

- 236- Pull, Charles B (2007). pharmacotherapy and cognitive behavioural therapy for anxiety disorders, *Current Opinion in-Psychiatry*. Vol. 20No. (1), pp. 30-35.
- 237- Raffaelli, Marcela & Kooler, Silvia, H. (2005). Future expectations of Brazilian street youth, *Journal of adolescence*, Vol. 28, No. (2), pp. 249-262.
- 238- Rangaswami, K. (1995). Parental retarded to children and their relation to parental attitude. *Indian journal of clinical psychology*. Vol. 51, No. (2), pp. 27-31.
- 239- Rappaport, Herbert. (1991). Measuring Defensiveness against future anxiety: Telepression. *Current psychology: research and reviews*, Vol. 10, No. (1-2), pp. 65-77.1
- 240- Raymond Digiuseppe; Simon, Karen Sutton; McGowan, Lawrence & Gardner, Frank (1990). A comparative out study for cognitive therapies in the treatment of social anxiety, *Journal of rational – emotive & cognitive-behavior therapy*, vol. 8, no. 3, 129-146.
- 241- Reiss, Stephen (1994). Issues in defincy mental retarded, *American journal of mental retardation*, Vol. 99, No. (1), pp. 1 - 7.
- 242- Rimmerman, A. & Duvdevani, I. (1996). Parents of Children and Adolescents With Severe Mental Retardation: Stress, Family Resources, Normalization, and Their Application for Out-of-Home Placement, *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 17, No. (6), pp. 487-494.
- 243- Robert, J. Edelman. (1995). *Anxiety theory, Research and intervention in clinical and health psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- 244- Robert, M. & Ziegler, J. (1993). Comparison of family of children with mental retardation and families of

- children. Without mental retardation. mental retardation. April 1993, pp. 75-77.
- 245- Roll, Lisa Pettersson,.(2001) parents talk about how it feels to have a child with a cognitive disability, European Journal of special needs education, Vol. 16, No. (1), pp. 1-4.
- 246- Ronen, T. (1997). Cognitive developmental therapy with children. New York: John Wiley & Sons.
- 247- Russell, P. S.; John, J. K.; Lakshmana, J.; & Lakshrnidevi, K. M. (2004). Family intervention and acquisition of adaptive behavior among intellectually disabled, Journal of learning disabilities, Vol. 8, No. (4), pp. 383-395.
- 248- Samul, W. Flynt. (1992).Social support of mothers of children with mental retardation, mental retardation, Vol. 30, No. (4), pp. 233-236.
- 249- Sanders, J (1994).Stress and adjustment in family with an autistic or Down Syndrome member, diss, abst. Inter, Vol. 54, No. (12), pp. 64-70.
- 250- Schraw, G. & Dennison, S. (1994). Assessing Metacognitive awareness. Contemporary. Education of Psychology, Vol. 19, No. (4), pp. 460-475.
- 251- Schuurmans, Josien; Comijs, Hannie; Emmelkamp, Paul M. G; Gundy, Chad M.-M; Weijnen, Ingrid; Van Den Hout, Marcel; Van Dyck, Richard (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults, American journal of geriatric psychiatry. Vol. 14, No. (3), pp. 255-263.
- 252- Sharon, Braham & Saul, Kassin (1990). Social psychology. Boston: Houghton Mifflin company.

- 253- Shridevi, Rao. (2006). Parameters of normality and cultural constructions of 'mental retardation': perspectives of Bengali families, *Disability & Society*, Vol. 21, No. (2), pp. 159-178.
- 254- Smith, J. (1993). *Understanding stress and coping*. New York; Macmillan.
- 255- Spangeberg, Judora & Theron Johanna C.(2001).stress and coping in parents of children with Down Syndrome, *Studia psychological* Vol. 43, No (1), pp. 41-48.
- 256- Spence, J. T.; Darly, J. M. & Foes, D. J. (1998). Co morbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*, Vol. 49, pp. 377-412.
- 257- Street, Eddy (1994).*Counseling for family problems*. London: Sage publication.
- 258- Thase, Michael E. & Beck, Aaron T. (1993). An overview of cognitive therapy. in Wright, Jesse H.; Thase, Michael E.; Beck, Aaron T.; & Ludgate, John W. (eds). *Cognitive therapy with inpatients, developing a cognitive milieu*. New York: The guifford press.
- 259- Trevor, J. & Simon, J. (1990). *Anxiety and stress management*. Worcester: Billing & Sons.
- 260- Williams, J. Mark (1992). *The psychological treatment of depression*. (2nd ed). New York.
- 261- William C. Sanderson; Beck, Aaron T. & Lata, K. Ginn. (1994). Cognitive therapy for Generalized anxiety disorders, significance of comorbid personality disorders, *Journal of cognitive psychology, An international quarterly*, Vol. 8, No, (1). pp. 13-18.
- 262- Williams, W. H.; Evans, J. J & Fleminger, S. (2003). Neurorehabilitation and cognitive behaviour therapy of anxiety disorders after brain injury: An overview and a case illustration of obsessive-compulsive disorder,

- Neuropsychological rehabilitation, Vol. 13, No. (1/2), pp. 133-148.
- 263- Woody, S. R. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia, Journal of abnormal psychology, Vol. 105, NO. (1), pp. 61-69.
- 264- Zaleski, Z. (1994). Personal future in hope and anxiety perspective. Implications for: psychology of future orientation, Scientific society of the catholic. University of Lublin, Lublin, Poland.
- 265- Zaleski, Zbigniew (1996).Future anxiety: concept. Measurement, and preliminary research, personality & Individual differences, Vol. 21, No. (2), pp. 165-174.



### ملحق (1)

استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقلياً

- اسم الطفل:
- السن:
- الجنس (ذكر/ أنثى):
- معاملة الذكاء:
- اسم المدرسة:
- السنة الدراسية:
- الفصل:
- عنوان السكن:
- ترتيب الطفل داخل الأسرة:
- تاريخ الإعاقة:
- سبب الإعاقة:
- درجة السلوك اللائق:
- إعاقات أخرى يعاني منها الطفل:

## ملحق (٢)

### استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة

الجنس: ذكر/ أنثى  
التاريخ:

الرقم:  
السن:

عزيزى الأب عزيزتى الأم هذه مجموعة من البنود التى تعبر عن  
المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى لكم ولأسرتكم، برجااء قراءة كل عبارة  
جيدا، وإتباع التعليمات التالية:

#### تعليمات الاستمارة:

- ١- اكتب الرقم الذى يحدد لك.
- ٢- أجب بكل أمانة وصدق عن أسئلة الاستمارة.
- ٣- اختر الإجابة التى تنطبق عليك.
- ٤- تأكد من وضع العلامة تحت الخانة التى تنطبق عليك.
- ٥- لا تترك أى بند دون أن تحدد موقفك منه.  
هذا مع العلم أنه:  
١- لا توجد أسئلة صحيحة وأخرى خاطئة.  
٢- هذه البيانات ستكون موضع سرية تامة

## استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة

### أولاً المستوى الاجتماعى:

- المؤهل الدراسى للأب: (دكتوراه - ماجستير - بكالوريوس / ليسانس - معهد متوسط - دبلوم - يقرأ ويكتب - أمى).
- المؤهل الدراسى للأم: (دكتوراه - ماجستير - بكالوريوس / ليسانس - معهد متوسط - دبلوم - يقرأ ويكتب - أمى).
- مستوى الحى الذى تقطن فيه:  
( أ ) الإقامة فى حى شعبي أو قرية ( ب ) حى متوسط ( ج ) حى راقى.
- عدد أفراد الأسرة:  
( أ ) ٣ - ٤ ( ب ) ٥ - ٦ ( ج ) أكثر من ٦ أفراد.
- العلاقة بين أفراد الأسرة:  
( أ ) طيبة وممتازة ( ب ) عادية ( ج ) متوترة.

### ثانياً المستوى الاقتصادى:

- مقدار دخل الأب من جميع المصادر المتاحة:
- مقدار دخل الأم من جميع المصادر المتاحة:
- مستوى السكن أو المنزل الذى تقطن فيه:  
( أ ) سكن شعبي ( ب ) سكن متوسط ( ج ) سكن ممتاز.
- مستوى أثاث المنزل:  
( أ ) أثاث أقل من المتوسط ( ب ) أثاث متوسط ( ج ) أثاث فخم.

### ثالثاً المستوى الثقافى:

- هل تحرص الأسرة على مطالعة الجرائد ( )، المجلات ( )، الكتب ( )، الإنترنت ( )؟
- هل تمتلك الأسرة مكتبة فى المنزل نعم ( ) أو لا ( )؟
- هل تحرص الأسرة على مشاهدة برامج تليفزيونية ثقافية ( )، صحية ( )، رياضية ( )، تربية واجتماعية ( )؟
- هل يوجد بالمنزل بعض الآلات الموسيقية ( )، أدوات للرسم ( )، أو أية هوايات أخرى؟ اذكرها.

ملحق (٣)  
الصورة الأولى لمقياس قلق المستقبل

**قلق المستقبل:**

يقصد بقلق المستقبل بأنه حالة من الخوف والانزعاج والقلق التي تنتاب والدي الأطفال المعاقين عقلياً عند التفكير في المستقبل الاجتماعي أو الاقتصادي للأسرة بوجه عام في ظل وجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة، ومستقبل الطفل المعاق عقلياً بوجه خاص، وفيها يمتلك الفرد الشعور بالتوتر والخوف والقلق والتشاؤم من المستقبل، والشعور بعدم الأمن والطمأنينة نحوه، والشعور بعدم تحقيق الآمال والنجاح فيه، وفقدان القدرة على التركيز، ويصاحب هذه الحالة بعض المظاهر الفسيولوجية (الباحث).

**أولاً البعد النفسي:**

ويقصد به نوبات التوتر والخوف والقلق والاضطراب التي تنتاب والدي الطفل المعاق عقلياً عند التفكير في مستقبل الأسرة أو مستقبل الطفل المعاق عقلياً على وجه التحديد.

م	العبرة	مناسبة	غير مناسبة
١	أشعر أن لدى أوقات حزينة أكثر من الأوقات السعيدة.		
٢	أشعر بالتفاؤل تجاه مستقبلي.		
٣	أشعر بالخوف من المستقبل دون سبب واضح.		
٤	أثور وأغضب عندما أفكر في المستقبل.		
٥	أشعر بالقلق على مستقبلي.		
٦	أرى أنه توجد فرص كبيرة للنجاح في المستقبل.		
٧	يقلقني التفكير في المستقبل.		
٨	أشعر أن حياتي المستقبلية ستكون سعيدة.		
٩	يوجد شعور لدى بانني أستطيع تحقيق ما أريده في حياتي المستقبلية.		
١٠	أشعر بتوتر شديد عندما أفكر في مصيري.		
١١	تثير أعصابي المواقف غير المتوقعة.		

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
١٢	أفقد القدرة على التركيز عند التفكير في المستقبل.		
١٣	أشعر بالضيق والحزن عندما أفكر في المستقبل.		
١٤	تنتابني نوبات من البكاء عند التفكير في المستقبل.		
١٥	تنتابني وساوس بأن المستقبل يحمل معه أخطاراً تهدد حياتي.		
١٦	أشعر بالبهجة والسرور عندما أفكر في المستقبل.		

#### ثانياً البعد الجسمي:

ويقصد به نوبات الصداع واضطرابات الهضم وضيق التنفس وخفقان القلب، والاضطرابات الجسمية الأخرى التي تنتاب والدي الطفل المعاق عقلياً عند التفكير في مستقبل الأسرة ومستقبل الطفل المعاق عقلياً.

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
١	أصاب بصداع عند التفكير في المستقبل.		
٢	أشعر بالحزن والانقباض عندما أستعرض ماذا سيكون عليه الغد.		
٣	تنتابني نوبات من عدم القدرة على الاسترخاء عندما أفكر في المستقبل.		
٤	عادةً ما تنتابني نوبات من ضيق التنفس عند التفكير في المستقبل.		
٥	أشعر بالغثيان والضيق عندما أفكر في المستقبل.		
٦	لا أستطيع إكمال طعامي عندما أفكر في مستقبل أسرتي.		
٧	أشعر بالتعب والإرهاق عندما أفكر في المستقبل.		
٨	أشعر بسرعة ضربات قلبي عندما أفكر في المستقبل.		
٩	أشعر بخمول عندما أفكر في المستقبل.		

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
١٠	أشعر أن نومي متقطع وغير مستمر.		
١١	أشعر بتقلصات في معدتي عندما أفكر في المستقبل.		
١٢	تتناوبني نوبات من الدوخة عند التفكير في المستقبل.		
١٣	أشعر بنوبات من عدم القدرة على التوازن عند التفكير في المستقبل.		
١٤	أشعر بالاختناق عند التفكير في المستقبل.		
١٥	أشعر بقشعريرة عند التفكير في المستقبل.		
١٦	أصيب عرقاً عند انشغالي بالتفكير في المستقبل.		

### ثالثاً البعد الاجتماعي:

ويقصد به حالة من التوتر والشك والخوف والقلق التي تنتساب والسدى الطفل المعاق عقلياً عند التفكير بشكل سلبي في نظرات الناس والمجتمع وانتقاداتهم لهما لوجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة، والقلق بشأن مستقبل الإخوة والأخوات عند الزواج في المستقبل بسبب وجود هذا الطفل المعاق داخل الأسرة، والخوف من اصطحابه في الأماكن العامة والمناسبات العائلية.

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
١	ينتابني شعور بالآأحق حياة زوجية سعيدة بسبب وجود طفلي المعاق.		
٢	لا اهتم بنظرات الناس وانتقاداتهم لي بسبب وجود طفلي المعاق.		
٣	أتوقع دائماً نفور الأهل لي في المستقبل بسبب وجود طفلي المعاق.		
٤	لا أحظى باحترام الناس بالدرجة التي تليق بي بسبب وجود طفلي المعاق.		
٥	لا أمنع طفلي المعاق من الاختلاط مع أطفال الجيران.		

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
٦	لا أخجل من اصطحاب طفلي المعاق إلى الأماكن العامة.		
٧	أرى أن طفلي المعاق يسيء لسمة أخواته عند الزواج مستقبلاً.		
٨	احتجز طفلي المعاق داخل غرفته عند وجود ضيوف بالمنزل.		
٩	أشارك في المناسبات الاجتماعية دائماً.		
١٠	أشعر بأنني فاقد القدرة على الاهتمام بمن حولي بسبب وجود طفلي المعاق.		
١١	أخشى إنجاب طفل معاق مرة أخرى.		
١٢	أشعر بالحرج عندما يتحدث لي أي شخص عن طفلي المعاق.		
١٣	أرى ضرورة مساعدة الآخرين لي في حل مشكلاتي.		
١٤	أشعر أن فكرة الناس عنى أقل مما يجب بسبب وجود طفلي المعاق.		
١٥	أشعر باستحسان الآخرين لي بسبب وجود طفلي المعاق.		
١٦	إنني غير راض عن وضعي الاجتماعي بسبب وجود طفلي المعاق.		

#### رابعاً البعد الاقتصادي:

ويقصد به حالة القلق التي تنتاب والدي الطفل المعاق عقلياً عند التفكير في مستقبل الأسرة المادي ونفقات الطفل المعاق عقلياً ومتطلباته المستقبلية، والشعور بالتشاؤم والشك بعدم سد احتياجات الأسرة ومتطلبات الطفل المعاق عقلياً مستقبلاً.

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
١	أعتقد أنني سوف أحصل على ما أريده من مال لسد نفقاتي مستقبلاً.		
٢	أخشى الفشل المهني في المستقبل.		
٣	أخشى من الفقر في المستقبل.		
٤	أشعر بالخوف من تدهور الأحوال الاقتصادية مستقبلاً بسبب متطلبات طفلي المعاق.		
٥	أقضى وقتاً طويلاً في التخيل لما سيكون عليه مستقبلي الاقتصادي (المادي) بدرجة تثير القلق لدى.		
٦	أسعى دائماً إلى التنبؤ بما سيحدث لي مستقبلاً من تغييرات مادية.		
٧	لا تزعجني كيفية تأمين حياتي المادية في ظل وجود طفلي المعاق.		
٨	أشعر أن المستقبل المادي غامض بدرجة يصعب معها التخطيط له.		
٩	يوجد إحساس لدى بانني سأواجه صعوبات كثيرة في حياتي الاقتصادية.		
١٠	أفكر كثيراً فيما سيحتاجه طفلي المعاق من نفقات في المستقبل.		
١١	وجود طفلي المعاق داخل الأسرة يجعلنا نفكر في مستقبنا المادي.		
١٢	وجود طفلي المعاق داخل الأسرة يسبب لنا ضغطاً مادية.		
١٣	أفكر كثيراً في مستوى دخلي مستقبلاً.		
١٤	يوجد إحساس لدى بانني أستطيع تلبية المتطلبات المادية لطفلي المعاق مستقبلاً.		
١٥	أشعر بأن المستقبل يمثل لي مشكلة مادية بالدرجة الأولى.		
١٦	يوجد إحساس لدى بانني أستطيع سد احتياجات ونفقات أسرتي المادية مستقبلاً.		



خامساً البعد الشخصي ( خاص بالطفل المعاق عقلياً):

ويقصد به حالة من عدم الأمن النفسي التي تنتاب والدي الطفل المعاق عقلياً عند التفكير في مستقبل الطفل التعليمي والمهني والرعاية المستقبلية له من بعدهما.

م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة
١	أخشى ألا يجد طفلي المعاق من يرعاه من بعدي.		
٢	أشعر بانتي أستطيع التعامل مع مشكلات طفلي المعاق مستقبلاً.		
٣	أخشى ألا يجد طفلي المعاق من يرعاه عند تقدمنا في السن.		
٤	أفكر في وضع طفلي المعاق بمؤسسة داخلية.		
٥	يشعرني التقدم في السن وتدهور قدراتي بالقلق على مستقبل طفلي المعاق.		
٦	أخشى ألا أستطيع أن أوفى بمتطلبات طفلي المعاق في المستقبل.		
٧	أنشغل في التفكير بشأن المستقبل المهني لطفلي المعاق بدرجة تثير القلق لدى.		
٨	أشعر بالعجز في واجباتي تجاه طفلي المعاق.		
٩	يحتمل مستقبل طفلي المعاق جزءاً كبيراً من تفكيري.		
١٠	أشعر بقلق شديد عندما أفكر في مستقبل طفلي المعاق.		
١١	لا أخشى ألا يجد طفلي المعاق أصدقاء له في المستقبل.		
١٢	يقلقني ألا يكون لطفلي المعاق نشاط مهني في المستقبل.		
١٣	أشرك طفلي المعاق في أنشطة فنية ورياضية مما يقلل من قلقي عليه.		
١٤	أجد أنه لا جدوى من إشراك طفلي المعاق في نشاط فني أو رياضي.		
١٥	يثير المستقبل التعليمي لطفلي المعاق القلق لدى.		
١٦	أجد أنه لا جدوى من تعليم طفلي المعاق.		

ملحق (٤)  
الصورة النهائية لمقياس قلق المستقبل

الاسم: \_\_\_\_\_  
النوع: ذكر / أنثى  
السن: \_\_\_\_\_  
الوظيفة أو المهنة: \_\_\_\_\_

عزيزى الأب عزيزتى الأم هذه المجموعة من العبارات قد تعبر عن بعض المواقف التى يمكن أن نتعرض لها أو نشعر بها فى حياتنا اليومية، برجاء قراءة كل عبارة جيدا واتباع ما يلى:

- إذا كانت العبارة منطقية عليك تماما وترى أنها تعبر عن وجهة نظرك فضع علامة ( ) تحت خانة (دائما).
- أما إذا كنت ترى أنها لا تنطبق عليك ولا تعبر عن وجهة نظرك فضع علامة ( ) تحت خانة (نادرا).
- وإذا كنت ترى أنها تنطبق عليك بعض الأوقات أو كنت مترددا فى تحديد وجهة نظرك فضع علامة ( ) تحت خانة (أحيانا).
- تأكد من وضع العلامة تحت الخانة التى تنطبق عليك.
- لا تترك أية عبارة دون أن تحدد موقفك منها.
- 

هذا مع العلم أنه:

- لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.
- المهم أن تعبر عن وجهة نظرك.
- هذه البيانات ستكون موضع سرية تامة.
- لا داعى لكتابة الاسم إذا كنت لا ترغب فى كتابته.
- والصفحات التالية توضح هذه العبارات.

م	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١	أشعر أن لدى أوقات حزينة أكثر من الأوقات السعيدة.			
٢	أشعر بالتفاؤل تجاه مستقبلي.			
٣	أصاب بصداخ عند التفكير في المستقبل.			
٤	أشعر بالحزن والانقباض عندما أستعرض ماذا سيكون عليه الغد.			
٥	ينتابني شعور بالآأحقق حياة زوجية سعيدة بسبب وجود طفلي المعاق.			
٦	لا أهتم بنظرات الناس وانتقاداتهم لى بسبب وجود طفلي المعاق.			
٧	أعتقد أنني سوف أحصل على ما أريده من مال لسد نفقاتي مستقبلاً.			
٨	أخشى الفشل المهني في المستقبل.			
٩	أخشى ألا يجد طفلي المعاق من يرعاه من بعدى.			
١٠	أشعر بأننى أستطيع التعامل مع مشكلات طفلي المعاق مستقبلاً.			
١١	أشعر بالخوف من المستقبل دون سبب واضح.			
١٢	أثور وأغضب عندما أفكر في المستقبل.			
١٣	تنتابني نوبات من عدم القدرة على الاسترخاء عندما أفكر في المستقبل.			
١٤	تنتابني نوبات من ضيق التنفس عند التفكير في المستقبل.			
١٥	لا أظنى باحترام الناس بالدرجة التى تليق بى بسبب وجود طفلي المعاق.			
١٦	لا أمانع طفلي المعاق من الاختلاط مع أطفال الجيران.			
١٧	أشعر بالخوف من تدهور الأحوال الاقتصادية مستقبلاً بسبب متطلبات طفلي المعاق.			

م	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١٨	أخشى من الفقر في المستقبل.			
١٩	أخشى ألا يجد طفلي المعاق من يرعاه عند تقدمنا في السن.			
٢٠	أخشى ألا أستطيع أن أوفى بمتطلبات طفلي المعاق في المستقبل.			
٢١	أشعر بالقلق على مستقبلي.			
٢٢	أشعر أن حياتي المستقبلية ستكون سعيدة.			
٢٣	أشعر بالغيثان والضيق عندما أفكر في المستقبل.			
٢٤	لا أستطيع إكمال طعامي عندما أفكر في مستقبل أسرتي.			
٢٥	لا أخجل من اصطحاب طفلي المعاق إلى الأماكن العامة.			
٢٦	أرى أن طفلي المعاق يسيء لسمعة أخواته عند الزواج مستقبلاً.			
٢٧	أقضى وقتاً طويلاً في التخيل لما سيكون عليه مستقبلي الاقتصادي (المادى) بدرجة تثير القلق لدى.			
٢٨	لا تزعجني كيفية تأمين حياتي المادية في ظل وجود طفلي المعاق.			
٢٩	أنشغل كثيراً في التفكير بشأن المستقبل المهني لطفلي المعاق بدرجة تثير القلق لدى.			
٣٠	أشعر بالعجز في واجباتي تجاه طفلي المعاق.			
٣١	يوجد شعور لدى بآنتي أستطيع تحقيق ما أريده في حياتي المستقبلية.			
٣٢	أشعر بتوتر شديد عندما أفكر في مصيرى.			
٣٣	أشعر بالتعب والإرهاق عندما أفكر في المستقبل.			
٣٤	أشعر بسرعة ضربات قلبي عندما أفكر في المستقبل.			

م	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
٣٥	أحتجز طفلى المعاق داخل غرفته عند وجود ضيوف بالمنزل.			
٣٦	أشارك فى المناسبات الاجتماعية دائماً.			
٣٧	يوجد إحساس لدى بانئى سأواجه صعوبات كثيرة فى حياتى الاقتصادية.			
٣٨	أفكر كثيراً فيما سيحتاجه طفلى المعاق من نفقات فى المستقبل.			
٣٩	أجد أنه لا جدوى من تعليم طفلى المعاق.			
٤٠	لا أخشى ألا يجد طفلى المعاق أصدقاء له فى المستقبل.			
٤١	أرى أنه توجد فرص كبيرة للنجاح فى المستقبل.			
٤٢	أفقد القدرة على التركيز عند التفكير فى المستقبل.			
٤٣	أشعر بخمول عندما أفكر فى المستقبل.			
٤٤	أشعر أن نومي منقطع وغير مستمر.			
٤٥	أشعر بانئى فاقد القدرة على الاهتمام بمن حولى بسبب وجود طفلى المعاق			
٤٦	أشعر بالحرج عندما يتحدث لى أى شخص عن طفلى المعاق.			
٤٧	وجود طفلى المعاق داخل الأسرة يجعلنا نفكر فى مستقبلنا المادى.			
٤٨	أفكر كثيراً فى مستوى دخلى مستقبلاً.			
٤٩	يقلبنى ألا يكون لطفلى المعاق نشاط مهنى فى المستقبل.			
٥٠	أشرك طفلى المعاق فى أنشطة فنية ورياضية مما يقلل من قلقى عليه.			
٥١	أشعر بالضيق والحزن عندما أفكر فى المستقبل.			
٥٢	تنتابنى نوبات من البكاء عند التفكير فى المستقبل.			
٥٣	تنتابنى نوبات من الدوخة عند التفكير فى المستقبل.			

م	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
٥٤	أشعر بنوبات من عدم القدرة على التوازن عند التفكير في المستقبل.			
٥٥	أخشى إنجاب طفل معاق مرة أخرى.			
٥٦	أرى ضرورة مساعدة الآخرين لى فى حل مشكلاتي.			
٥٧	وجود طفلى المعاق داخل الأسرة لا يسبب لنا ضغوطاً مادية.			
٥٨	يوجد إحساس لى باننى أستطيع تلبية المتطلبات المادية لطفلى المعاق مستقبلاً.			
٥٩	أجد أنه لا جدوى من إشراك طفلى المعاق فى نشاط فنى أو رياضى.			
٦٠	يثير المستقبل التعليمى لطفلى المعاق القلق لى.			
٦١	تنتابنى وساوس بأن المستقبل يحمل معه أخطاراً تهدد حياتى.			
٦٢	أشعر بالبهجة والسرور عندما أفكر فى المستقبل.			
٦٣	أشعر بقشعريرة عند التفكير فى المستقبل.			
٦٤	أصيب عرقاً عند انشغالى بالتفكير فى المستقبل.			
٦٥	أشعر أن فكرة الناس عنى أقل مما يجب بسبب وجود طفلى المعاق.			
٦٦	أشعر باستحسان الآخرين لى بسبب وجود طفلى المعاق.			
٦٧	أشعر بأن المستقبل يمثل لى مشكلة مادية بالدرجة الأولى.			
٦٨	يوجد إحساس لى باننى أستطيع سد احتياجات ونفقات أسرتى المادية مستقبلاً.			
٦٩	أشعر بقلق شديد عندما أفكر فى مستقبل طفلى المعاق.			
٧٠	يشعرنى التقدم فى السن وتدهور قدراتى بالقلق على مستقبل طفلى المعاق.			

## ملحق (٥)

### الصورة الأولى لمقياس السلوك اللاتكيفي

#### تعريف السلوك اللاتكيفي:

يشير مفهوم السلوك اللاتكيفي إلى تلك السلوكيات غير المرغوب فيها، والتي تصدر عن بعض الأطفال المعاقين عقلياً نتيجة لسوء معاملة الوالدين لهم والمحيطين بهم، مثل السلوك العدواني أو سلوك إيذاء الذات والتمرد والعصيان أو الانسحاب الاجتماعي، والمفهوم السلبي للذات.

#### أولاً مفهوم الذات السلبي:

ويقصد به المفهوم السلبي للطفل المعاق عقلياً عن نفسه، والإقلال من شأنه، وعدم الرضا عن نفسه، وفقدان الثقة في النفس، وعدم البحث والسؤال عن الأشياء غير الواضحة له من تلقاء نفسه.

م	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة
١	يحتاج إلى مساعدة الآخرين لإتمام أعماله دون داع لذلك.		
٢	همته تخمد بسهولة.		
٣	يشعر أن من حوله يحبونه.		
٤	يضايقه مظهره.		
٥	يثابر لتحقيق أهدافه.		
٦	لا يقبل على عمل أي شيء من تلقاء نفسه.		
٧	يشعر أنه شخص مهم داخل الأسرة.		
٨	يوجد لديه ميل لاستكشاف الأشياء غير الواضحة له.		
٩	غالباً ما يقلل من شأن نفسه.		
١٠	يصف نفسه بأنه لا يستطيع إنجاز أي نشاط.		
١١	يعتنى بمظهره العام.		
١٢	يصف نفسه بصفات سيئة.		

### ثانياً السلوك العدواني:

ويقصد به محاولة إلحاق الأذى بالآخرين من خلال الاعتداء عليهم ودفعهم وعضهم بعنف، وسبهم والبصق عليهم وتخريب ممتلكاتهم الشخصية، ومحاولة إلحاق الأذى بهم.

م	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة
١	يسب ويشتم الآخرين دون سبب.		
٢	يخربش الآخرين.		
٣	يشد شعر الآخرين بعنف.		
٤	يعتدى على الآخرين بالعض.		
٥	يدفع الآخرين بعنف.		
٦	يمزق الممتلكات الشخصية للآخرين.		
٧	يحلف كذباً.		
٨	يرد الإساءة البدنية بأقوى منها.		
٩	يعامل زملاءه بمودة وتفاهم.		
١٠	يبصق على الآخرين.		
١١	يقوم بالشخبطة على الحوائط.		
١٢	يقصد عمل الآخرين.		

### ثالثاً سلوك التمرد والعصيان:

ويقصد به عدم الالتزام بالواجبات والتعليمات والقوانين المتبعة في المنزل أو المدرسة، ومحاولة الهروب من المنزل أو المدرسة، والسخرية من الأشخاص ذوي السلطة ومضايقتهم بعدم تنفيذ أوامرهم وعنادهم.

م	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة
١	لا يترك الفصل أو أى نشاط مكلفاً به دون استئذان.		
٢	يرفض تعليمات الوالدين.		
٣	يحرص على الالتزام بالطابور المدرسى.		



٤	لا يبالي بنصائح الآخرين.
٥	يسخر من الأشخاص ذوي السلطة (مثل الأباء والمدرسين).
٦	يتبع تعليمات المدرسة.
٧	يحب مدرسته ولا يحاول الهروب منها.
٨	لا يلتزم بأداء الواجبات المدرسية.
٩	عنيد ويفعل عكس ما يطلب منه.
١٠	يرفض أن يشارك فى الأنشطة المدرسية المطلوبة منه.
١١	توجد لديه اتجاهات سلبية تجاه القواعد المنصوص عليها.
١٢	لا يلتزم بالجلوس فى مقعده أثناء تناول الطعام.

#### رابعاً الانسحاب الاجتماعى:

ويقصد به عدم قدرة الطفل المعاق عقلياً على والتفاعل الاجتماعى الناجح، وعدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية السوية، ويظهر ذلك من خلال سلوك الانسحاب من المواقف الاجتماعية، والخجل والانتواء، والانعزال عن المواقف الاجتماعية، والخوف من الغرباء، وعدم التفاعل مع الآخرين فى نشاطات والعباب جماعية.

م	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة
١	يفضل تناول الطعام بعيداً عن أفراد الأسرة.		
٢	يتفاعل مع الآخرين فى نشاطات أو العباب جماعية.		
٣	يبدو عليه الخجل فى المواقف الاجتماعية كالحفلات والتجمعات الاجتماعية.		
٤	يفضل أن يبقى منعزلاً.		
٥	لا يهتم بالأعمال الجماعية مع الزملاء.		
٦	يجيد الاختلاط بالآخرين.		
٧	يحاول أن يكون أصدقاء جدد.		

٨	لا يجزؤ على الخروج للشارع بمفرده.
٩	ينسحب من المواقف الاجتماعية.
١٠	ينطوى على نفسه أثناء تواجده فى المواقف الاجتماعية.
١١	يفضل اللعب الفردى عن اللعب الجماعى.
١٢	يشعر أن من حوله ينفرون منه.

#### خامساً سلوك إيذاء الذات:

ويقصد به السلوك الذى يؤذى الطفل به نفسه من خلال عض أو جرح نفسه، وشد شعره وأذنه بعنف، ووضع بعض الأشياء فى أذنيه أو عينيه أو فمه أو أنفه، وعض أظافره، وبعض أجزاء جسمه بعنف واللعب بالأدوات الحادة التى قد تعرض حياته للخطر.

م	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة
١	يقوم بجرح نفسه.		
٢	يقوم بلطم وجهه.		
٣	يدفع رأسه تجاه الحائط بعنف.		
٤	يشد شعره بعنف.		
٥	يثير الآخرين لإيذائه.		
٦	يعض ذراعيه بعنف.		
٧	يقوم بقضم أصابعه بعنف.		
٨	يقوم بقص شعره بالمقص.		
٩	يجرى ويقفز بشكل خطر على نفسه.		
١٠	عندما يغضب يدفع نفسه فى أى شىء.		
١١	يتجنب اللعب بالأدوات الحادة حتى لا يؤذى نفسه.		
١٢	يشد أذنيه بعنف.		

## ملحق (٦)

### الصورة النهائية لمقياس السلوك اللاكفي

اسم الطفل: \_\_\_\_\_ النوع: ذكر / أنثى  
السن: \_\_\_\_\_ المدرسة: \_\_\_\_\_  
الصف الدراسي: \_\_\_\_\_

عزيزى الأب عزيزتى الأم هذه المجموعة من العبارات قد تعبر عن بعض تصرفات طفلك المعاق في حياته اليومية، برجاء قراءة كل عبارة جيداً وإتباع ما يلي:

- إذا كانت العبارة منطبقة على طفلك تماماً وترى أنها تعبر عن وجهة نظرك فيه فضع علامة ( ) تحت خانة (دائمًا).
  - أما إذا كنت ترى أنها لا تنطبق عليه ولا تعبر عن وجهة نظرك فيه فضع علامة ( ) تحت خانة (نادرًا).
  - وإذا كنت ترى أنها تنطبق عليه بعض الأوقات أو كنت مترددًا في تحديد وجهة نظرك فضع علامة ( ) تحت خانة (أحيانًا).
  - تأكد من وضع العلامة تحت الخانة التى تنطبق على طفلك.
  - لا تترك أية عبارة دون أن تحدد موقفك منها.
- هذا مع العلم أنه:
- لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.
  - المهم أن تعبر عن وجهة نظرك تجاه طفلك من خلال هذه العبارات.
  - هذه البيانات ستكون موضع سرية تامة.
  - لا داعى لكتابة الاسم إذا كنت لا ترغب فى كتابته.
- والصفحات التالية توضح هذه العبارات.

م	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
١	يحتاج إلى مساعدة الآخرين لإتمام أعماله دون داع لذلك.			
٢	بضايقه مظهره.			
٣	يسب ويشتم الآخرين دون سبب.			
٤	يشد شعر الآخرين بعنف.			
٥	لا يترك الفصل أو أى نشاط مكلفاً به دون استئذان.			
٦	يرفض تعليمات الوالدين.			
٧	يفضل تناول الطعام بعيداً عن أفراد الأسرة.			
٨	يتفاعل مع الآخرين فى نشاطات أو ألعاب جماعية.			
٩	يشد أذنيه بعنف.			
١٠	يقوم بلطم وجهه.			
١١	يشعر أن من حوله يحبونه.			
١٢	يصف نفسه بصفات سيئة.			
١٣	يدفع الآخرين بعنف.			
١٤	يخربش الآخرين.			
١٥	يحرص على الالتزام بالطابور المدرسى.			
١٦	لا يبالي بنصائح الآخرين.			
١٧	يبدو عليه الخجل فى المواقف الاجتماعية كالحفلات والتجمعات الاجتماعية.			
١٨	يفضل أن يبقى منعزلاً.			
١٩	يدفع رأسه تجاه الحائط بعنف.			
٢٠	يشد شعره بعنف.			
٢١	يثابر لتحقيق أهدافه.			
٢٢	يوجد لديه ميل لاستكشاف الأشياء غير الواضحة له.			
٢٣	يمزق الممتلكات الشخصية للآخرين.			
٢٤	يرد الإساءة البدنية بأقوى منها.			
٢٥	يتبع تعليمات المدرسة.			

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً
٢٦	يسخر من الأشخاص نوى السلطة (مثل الآباء والمدرسين).			
٢٧	يجيد الاختلاط بالآخرين.			
٢٨	يحاول ان يكون أصدقاء جدد.			
٢٩	يثير الآخرين لإيذائه.			
٣٠	يقوم بقضم أصابعه بعنف.			
٣١	يشعر أنه شخص مهم داخل الأسرة.			
٣٢	يقلل من شأن نفسه.			
٣٣	يفسد عمل الآخرين.			
٣٤	يقوم بالشخبة على الحوائط.			
٣٥	لا يلتزم بالجلوس فى مقعده أثناء تناول الطعام.			
٣٦	لا يلتزم بإداء الواجبات المدرسية .			
٣٧	ينسحب من المواقف الاجتماعية.			
٣٨	يشعر أن من حوله ينفرون منه.			
٣٩	يعض ذراعيه بعنف.			
٤٠	عندما يغضب يدفع نفسه فى أى شىء.			
٤١	يصف نفسه بأنه لا يستطيع إنجاز أى نشاط.			
٤٢	يعتنى بمظهره العام.			
٤٣	يبصق على الآخرين.			
٤٤	يعامل زملاءه بمودة وتفاهم.			
٤٥	عنيد ويفعل عكس ما يطلب منه.			
٤٦	يرفض ان يشارك فى الأنشطة المدرسية المطلوبة منه.			
٤٧	ينطوى على نفسه أثناء تواجده فى المواقف الاجتماعية.			
٤٨	يفضل اللعب الفردى عن اللعب الجماعى.			
٤٩	يتجنب اللعب بالأدوات الحادة حتى لا يؤذى نفسه.			
٥٠	يجرى ويقفز بشكل خطر على نفسه.			

ملحق (٧)  
بيان بأسماء السادة محكمي مقاييس الدراسة

م	اسم المحكم	وظيفته
١	أ.د. إلهامى عبد العزيز	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
٢	أ.د. حسام الدين عزب	أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية ومدير مركز الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس.
٣	أ.د. سامية موسى إبراهيم	أستاذ تربية الطفل بكلية البنات - جامعة عين شمس.
٤	أ.د. سعد محمد عبد الرحمن	أستاذ علم النفس الاجتماعى بكلية البنات - جامعة عين شمس.
٥	أ.د. سعدية بهادر	أستاذ علم نفس النمو بمعهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
٦	أ.د. سليمان الخضرى	أستاذ علم النفس التربوى بكلية التربية - جامعة عين شمس، ومدير المركز القومى للامتحانات والتقويم التربوى.
٧	د. سمير أبو الحسن	أستاذ مساعد الإرشاد النفسى بمعهد البحوث والدراسات النفسية والتربوية - جامعة القاهرة.
٨	أ.د. فايزة يوسف	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
٩	أ.د. فؤادة محمد على	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
١٠	أ.د. فيوليت فؤاد إبراهيم	أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية - جامعة عين شمس.
١١	أ.د. نادية رجب	أستاذ علم النفس الاجتماعى ورئيس قسم الإرشاد الأسرى بمركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر
١٢	د. نبيل حافظ	أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية - جامعة عين شمس.

**ملحق (٨)**  
**جلسات البرنامج الإرشادي**  
**الجلسة الأولى**  
تعارف وتمهيد للبرنامج

**أهداف الجلسة:**

- ١- التعارف بين الباحث وأعضاء المجموعة الإرشادية.
- ٢- إقامة علاقة تتميز بالمودة والألفة بين الباحث وأعضاء المجموعة الإرشادية.
- ٣- تعرف أعضاء المجموعة الإرشادية على هدف البرنامج الإرشادي وإجراءاته ومدته.
- ٤- شرح صيغ المراقبة الذاتية لأعضاء المجموعة الإرشادية والهدف منها.
- ٥- الاتفاق على مواعيد الجلسات والالتزام بها.

**الفنيات المستخدمة في الجلسة:**

- أ- الفنيات المعرفية: المراقبة الذاتية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة.

**محتوى الجلسة:**

في بداية الجلسة قدم الباحث الشكر لأعضاء المجموعة الإرشادية على المشاركة في جلسات البرنامج والتزامهم بالموعد المحدد، ثم قدم نفسه لهم وتبادل التعارف بينه وبينهم، ومن ثم تعرف أفراد المجموعة على بعضهم البعض في جو يسوده الود والألفة والتقبل، حيث أظهر الباحث دفئاً ووداً صادقاً في إقامة علاقة تعاونية بينه وبينهم، مع تقبل غير مشروط لهم.

بعد ذلك عرض الباحث على أعضاء المجموعة مفهوم البرنامج الإرشادي وأهدافه وأهميته ومحتوى جلساته والقواعد والإجراءات الأساسية الخاصة بالجلسات الإرشادية، وخط السير في الجلسات والدور الذي يطلب منهم في البرنامج.

ثم قدم الباحث شرحاً مبسطاً لصيغ المراقبة الذاتية لمواقف قلق المستقبل من أفكار وانفعال وسلوك، وحثهم على أداء المراقبة الذاتية للمواقف التي

يتعرضون لها والتي تتسبب في معاناتهم من قلق المستقبل وفقاً للطريقة والجدول الذي عرضه عليهم.

وفي جو من الديمقراطية تم الاتفاق مع أعضاء المجموعة الإرشادية على مواعيد الجلسات الإرشادية، وحثهم الباحث على أداء الواجبات المنزلية وأداء المهارات التي سوف يتعلمونها حتى تكون هناك استفادة حقيقية من البرنامج، وأبرز لهم أن الهدف من البرنامج الإرشادي هو مساعدتهم في أن يصبحوا معالجين خصوصيين لأنفسهم في مواجهة المشكلات والضغوط النفسية التي يتعرضون لها، والتي من بينها قلق المستقبل.

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة وهو مفهوم قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه، ثم قدم لهم الشكر على حسن اشتراكهم أثناء الجلسة.

### الجلسة الثانية

مفهوم قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه

#### أهداف الجلسة:

- ١- شرح مبسط لمفهوم قلق المستقبل وأسبابه.
- ٢- توضيح الأعراض النفسية والسيكولوجية لقلق المستقبل.

#### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة لأهداف البرنامج الإرشادي وخط السير فيه والدور المطلوب منهم في جلسات البرنامج، ومراجعة صيغ المراقبة الذاتية بالصورة التي تم توضيحها لهم وتدريبهم عليها.

وبعد ذلك قدم لهم موضوع الجلسة الحالية، وهو مفهوم قلق المستقبل مع توضيحه بلغة سهلة وبسيطة مع بيان أسبابه وأعراضه والعوامل المهيأة والمفجرة له، والمظاهر الجسمية والسيكولوجية والنفسية لقلق المستقبل، وكيف يؤثر على استجاباتنا تجاه بعض المواقف التي نتعرض لها، مع توضيح ذلك بالأمثلة، ثم طلب منهم الباحث أن يتذكر كل منهم موقفاً يمثل له قلق مستقبل ويحاول أن



يستشعر الاستجابة المعرفية والنفسية والسيولوجية له والسلوك المترتب عليه، وذلك من خلال جداول الأنشطة مع مساعدة الباحث لهم في ذلك.

مع توضيح الباحث لهم أن المعارف والأفكار التلقائية السالبة تلعب دوراً مهماً في إحداث الاضطرابات النفسية، فعندما تكون هذه الأفكار والمعارف غير متكيفة؛ تكون سبباً رئيسياً في الشقاء والتعاسة نتيجة للاضطرابات النفسية التي تنتسب في ظهورها، لذلك يجب فحص الأفكار التلقائية ونماذج التفكير غير الواقعية (السلبية) والافتراضات المختلفة وظيفياً والتي سوف نتحدث عنها بصورة أوضح خلال الجلسات القادمة.

ثم ركز الباحث على زيادة دافعية أعضاء المجموع الإرشادية على أداء الواجبات المنزلية وأداء المهارات التي تعلموها والقيام بالمراقبة الذاتية لمواقف قلق المستقبل بشكل صحيح قدر الإمكان، مع مساعدة الباحث لهم على التحديد الدقيق لمشكلاتهم وكيفية تسجيل الأفكار التلقائية السالبة المتعلقة بمواقف قلق المستقبل.

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو مفهوم الإعاقة العقلية والعلاقة بين معاناة الأسرة من قلق المستقبل والسلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدناه.

#### الواجب المنزلي:

المراقبة الذاتية للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل (الأفكار والانفعال والاستجابة الفسيولوجية).

### الجلسة الثالثة

#### الإعاقة العقلية

#### أهداف الجلسة:

- 1- شرح مبسط لمفهوم الإعاقة العقلية وأسبابها وفتاتها وخصائص وحاجات الأطفال المعاقين عقلياً بلغة سهلة وبسيطة.
- 2- توضيح العلاقة بين معاناة الأسرة من قلق المستقبل وظهور بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً.

### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

أ- الفنيات المعرفية: المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية.

ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة.

### محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة رحب الباحث بأعضاء المجموعة الإرشادية، ثم قام بمراجعة ما تم عمله في الجلسة السابقة (مفهوم قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه)، مع التركيز على مراجعة المراقبة الذاتية بالصيغة التي تم تدريبهم عليها لمراقبة أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم تجاه المواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل، ثم قام بمراجعة الواجبات المنزلية وجداول المراقبة الذاتية بصورة فردية وجماعية مع توضيح الجوانب السلبية لأفكارهم تجاه تلك المواقف التي تحتويها جداول المراقبة الذاتية الخاصة بكل منهم، مع توضيحه لهم أن تلك الأفكار هي التي تتسبب في ظهور الشعور بقلق المستقبل، وبالتالي ينتج عنها انفعال وسلوك غير متناسب مع هذا الموقف، لذلك حثهم على تعديل هذه الأفكار، ثم قدم لهم الشكر على أداء الواجب المنزلي.

بعد ذلك تناول الباحث معهم موضوع الجلسة الحالية، وهو مفهوم الإعاقة العقلية بلغة سهلة وبسيطة مع بيان أسبابها وفتاتها وخصائص الأطفال المعاقين عقلياً وحاجاتهم المختلفة.

ثم وضح لهم العلاقة بين معاناة الأسرة من قلق المستقبل وظهور بعض جوانب السلوك اللاتكفي لدى لطفل المعاق عقلياً، حيث إن معاناة الأسرة من قلق المستقبل قد ينتج عنه ضغوط كثيرة نتيجة للأفكار السلبية تجاه مواقف قلق المستقبل، وبالتالي ينظرون إلى الطفل المعاق عقلياً على أنه هو سبب هذه الضغوط التي تعاني منها الأسرة، وينتج عن ذلك معاملة غير سوية تجاه هذا الطفل الذي لا ذنب له فيما هو عليه، وبالتالي يشعر بالنيذ وقسوة في المعاملة من المحيطين به، مما يؤدي إلى سوء سلوكه التكفي ومن ثم ظهور بعض السلوكيات السلبية أو اللاتكفية لدى هذا الطفل والتي قد تؤثر سلباً عليه مثل سلوك إيذاء الذات أو تكوين مفهوم ذات سلبي عن نفسه أو الانسحاب الاجتماعي، أو ظهور بعض السلوكيات السلبية أو اللاتكفية والتي قد تؤثر سلباً على الآخرين مثل العدوانية والتمرد والعصيان، ولكي يوضح لهم الباحث هذه العلاقة بصورة أوضح طلب منهم أن يراقبون سلوك الطفل المعاق عقلياً بعد التعامل معه أثناء معاناتهم من موقف يمثل لهم قلقاً مستقبلياً وضغطاً نفسياً، وذلك من خلال جداول الأنشطة والمراقبة الذاتية مع مراقبة أفكارهم ومشاعرهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم تجاه هذه المواقف كواجب منزلي.

وفى نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو مفهوم الاسترخاء ودوره في خفض قلق المستقبل، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدناه.

#### الواجب المنزلي:

- ١- المراقبة الذاتية للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل.
- ٢- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء مواقف قلق المستقبل.

### الجلسة الرابعة

الاسترخاء ودوره في خفض قلق المستقبل

#### أهداف الجلسة:

- ١- شرح مفهوم الاسترخاء والدور الذي يؤديه في خفض التوتر المرتبط بقلق المستقبل.
- ٢- تقديم خطة للتدريب على الاسترخاء.
- ٣- التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات الذراعين واليدين).

#### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.

#### محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة رحب الباحث بأعضاء المجموعة الإرشادية، ثم قام بمراجعة ما تم عمله في الجلسة السابقة (الإعاقاة العقلية)، ومراجعة الواجبات المنزلية وجدول المراقبة الذاتية بصورة فردية وجماعية الخاصة بمواقف قلق المستقبل وسلوك الطفل التكيفي، مع توضيح الجوانب السلبية في أفكارهم تجاه تلك المواقف التي احتوتها جداول المراقبة الذاتية الخاصة بكل منهم، ثم قدم لهم الشكر على أداء الواجب المنزلي.

بعد ذلك عرض عليهم موضوع الجلسة الحالية، وهو مفهوم الاسترخاء موضحاً لهم أنه لكي نقدم خطة للتغلب على قلق المستقبل يجب أولاً أن تكون عضلات جسمنا مسترخية غير مشدودة، ولتوضيح مفهوم الاسترخاء بصورة أوضح لهم طلب من كل منهم أن يتذكر موقفاً حدث له يمثل خوفاً أو قلقاً، وموقف

آخر يمثل له فرحاً أو سعادة على أن يلاحظ الفروق في المشاعر والإشارات الجسمية وحالة عضلات الجسم ومحاولة التفكير في كلا الموقفين، موضحاً لهم الباحث أنه في حالة موقف الخوف أو القلق أو الحزن أو التوتر تكون عضلات جسمنا مشدودة غير مسترخية نتيجة الأفكار السلبية والمشاعر والانفعالات المتعلقة بهذا الموقف، حيث نجد أنفسنا في حالة توتر أو خوف وبذلك لا نستطيع التفكير أو التركيز في عمل أى شيء بصورة صحيحة، أما في حالة موقف الفرح أو السعادة نلاحظ أن عضلات الجسم في حالة استرخاء وغير مشدودة وبها ليونة وسهولة الحركة ومن ثم توجد فرصة للتفكير الصحيح في أخذ أى قرار.

وبعد ذلك تم عرض مفهوم التدريب على الاسترخاء موضحاً لهم بعض الاعتبارات قبل القيام بالتدريب على الاسترخاء، وهي على النحو التالي:

- ١- اختيار مكان مناسب مريح مثل غرفة النوم بعيداً عن الضوضاء مع مراعاة وجود الضوء الخافت.
- ٢- خلع الحذاء وخلع الملابس الضيقة وليس الملابس المريحة الفضفاضة.
- ٣- خلع العدسات والنظارات الطبية إن وجدت.
- ٤- النوم على الظهر لعدة دقائق.

٥- غلق العينين والبدء في الاسترخاء والتنفس (شهيق/ زفير) ببطء وعمق ونتخيل أننا أصبحنا نطير في الهواء مع تخيل مكان جميل أجلس فيه الآن مثل بستان من الورود والزهور، ومستمرين في التنفس شهيق وزفير. بعد الانتهاء من التدريب على الاسترخاء قدم لهم الباحث التدريب على استرخاء الذراعين واليدين.

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو التفكير والانفعال والسلوك والعلاقة بينهم، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدناه.

#### الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الذراعين واليدين).
- ٢- المراقبة الذاتية للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل.
- ٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء مواقف قلق المستقبل.

## الجلسة الخامسة

التفكير والانفعال والسلوك والعلاقة بينهم.

### أهداف الجلسة:

- 1- شرح العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات.
- 2- التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات مقدمة الرأس والعينين).

### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.

### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التدريب على الاسترخاء) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء مواقف قلق المستقبل، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل التكيفي الخاصة بكل فرد، ومراجعة التدريب على ارتخاء عضلات الذراعين واليدين، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم لهم موضوع الجلسة الحالية، وهو مفهوم الأفكار والانفعالات والسلوكيات وكيف تنشأ لدينا والعلاقة بينهم، مع توضيح الباحث لهم أن التفكير هو المسبب للانفعال، وأن السلوك مرتبط بالانفعال، وبالتالي فالتفكير والانفعال يؤثران في السلوك، ثم وضع لهم الباحث بعض النماذج لأفكار ومعتقدات صحيحة مرتبطة بموقف ما وأخرى غير صحيحة مرتبطة بنفس الموقف، مع ملاحظة الفرق في الانفعال والسلوك المترتبين على تلك الأفكار والمعتقدات في كلتا الحالتين. ففي الحالة الأولى هناك انفعال غير مبالغ فيه وبالتالي ينتج عنه استجابة أو سلوك متناسب مع الموقف الذي أثاره، وعلى العكس من ذلك نجد في الحالة الثانية أن هناك انفعالاً مبالغاً فيه نتيجة للأفكار والمعتقدات السلبية تجاه هذا الموقف وبالتالي ينتج عنها استجابة أو سلوك غير متناسب مع الموقف الذي أثاره.

ولتوضيح ذلك بصورة أوضح طلب منهم الباحث أن يتذكر أو يستشعر كل فرد منهم موقفاً يمثل له قلقاً مستقبلياً مع المراقبة الذاتية للأفكار والانفعالات والسلوكيات تجاه هذا الموقف من خلال جداول المراقبة الذاتية، مع مساعدة الباحث لهم في تحديد أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم تجاه هذه المواقف، وبعد

الانتهاء من النشاط ناقش الباحث جداول المراقبة الذاتية الخاصة بكل فرد منهم، موضحاً لهم أن الذي يفكر بطريقة سليمة تجاه موقف ما يكون انفعاله تجاه هذا الموقف غير مبالغ فيه، وبالتالي تصدر عنه استجابة متناسبة مع هذا الموقف، أما الذي يفكر بطريقة خطأ أو بطريقة سلبية تجاه موقف ما يكون انفعاله تجاه هذا الموقف مبالغاً فيه، وبالتالي تصدر عنه استجابة غير متناسبة مع هذا الموقف، لذا يجب علينا تفنيد وتحليل تلك الأفكار والمعتقدات المرتبطة بمواقف قلق المستقبل وحذف السلبي منها وإحلاله بأفكار ومعتقدات أخرى صحيحة متناسبة مع هذه المواقف، حتى تكون انفعالنا وسلوكياتنا متناسبة مع المواقف التي أثارها.

وبعد ذلك قدم الباحث لهم التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات مقدمة الرأس والعينين).

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو دور الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة في ظهور قلق المستقبل، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، مع تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدائه.

#### الواجب المنزلي:

١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات مقدمة الرأس والعينين).

٢- المراقبة الذاتية للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل.

٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء مواقف قلق المستقبل.

#### الجلسة السادسة

دور الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة في ظهور قلق المستقبل

#### أهداف الجلسة:

١- تحديد الدور الذي تؤديه الأفكار التلقائية الخاطئة في ظهور قلق المستقبل.

٢- توضيح الدور الذي تؤديه الأفكار التلقائية الخاطئة في استمرار المعاناة من قلق المستقبل.

٣- توضيح الدور الذي تؤديه الأفكار التلقائية الخاطئة في سوء المعاملة مع الطفل المعاق عقلياً.

٤- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الفكين والرقبة).

#### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

أ- الفنيات المعرفية: المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية.

ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التفكير والانفعال والسلوك) والعلاقة بينهم لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكفي الخاصة بكل فرد منهم، ومراجعة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات مقدمة الرأس والعينين)، بعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم وصف لهم الباحث الدور الذي تؤديه الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة والتحريفات المعرفية في توليد قلق المستقبل أو المسببة له كالمبالغة في تقدير الاحتمالات والتفكير المأساوي، وذلك من خلال تقديم بعض النماذج لهذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة والتي تؤدي إلى المعاناة من قلق المستقبل، ثم طلب منهم القيام بنشاط، وهو أن يتذكر كل منهم موقفاً يمثل له قلقاً مستقبلياً ويراقب ذاتياً الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة تجاه هذا الموقف، وكيف يؤدي هذا إلى ظهور انفعال مبالغ فيه وبالتالي استجابة غير متناسبة تجاه هذا الموقف، مع مساعدة الباحث لهم في تحديد تلك الأفكار الأوتوماتيكية والمعتقدات الخاطئة، ثم طلب منهم تقييمها وهل هي متناسبة مع الموقف الذي أثارها أم لا؟ مع مساعدة الباحث لهم في ذلك التقييم.

مع توضيحه لهم أن تلك الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة جاءت إليهم نتيجة للحوار الذاتي السلبي تجاه مواقف القلق، التي يتعرضون لها، وهذا هو موضوع الجلسة القادمة، وبالتالي يجب عليهم التحكم في حوارهم الذاتي.

بعد ذلك وضح لهم الدور الذي تؤديه تلك الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة في استمرار المعاناة من قلق المستقبل، مع توضيح أن ترسيخ تلك الأفكار والمعتقدات الخاطئة داخل عقولهم وتبني أفكار مختلفة وظيفياً هو الأساس في المعاناة من قلق المستقبل، لذلك يجب عليهم التخلي عن تلك الأفكار والمعتقدات الخاطئة حتى يتحرروا من المعاناة من قلق المستقبل.

وبعد ذلك قدم الباحث لهم التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات الفكين والرقبة).

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو الحوار الذاتي السلبي ودوره في ظهور قلق المستقبل، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدناه.

#### **الواجب المنزلي:**

- ١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الفكين والرقبة).
- ٢- المراقبة الذاتية للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل.
- ٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء مواقف قلق المستقبل.

#### **الجلسة السابعة**

الحوار الذاتي السلبي ودوره في ظهور قلق المستقبل.

#### **أهداف الجلسة:**

- ١- توضيح الدور الذي يؤديه الحوار الذاتي السلبي في ظهور أفكار سلبية ومعتقدات خاطئة تجاه مواقف قلق المستقبل.
- ٢- تعليم أعضاء المجموعة الإرشادية تحليل وتقنياد الحوار الذاتي تجاه مواقف قلق المستقبل.
- ٣- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الكفنين).

#### **الغنيات المستخدمة في الجلسة:**

- أ- الغنيات المعرفية: المراقبة الذاتية ، الواجبات المنزلية.
- ب- الغنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.

#### **محتوى الجلسة:**

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (دور الأفكار والمعتقدات الخاطئة في ظهور قلق المستقبل) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية



وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكفي الخاصة بكل فرد، ومراجعة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الفكين والرقبة)، بعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

بعد ذلك ركز الباحث في هذه الجلسة على معرفة أعضاء المجموعة الإرشادية بمجموعة الأخطاء المعرفية الكامنة وراء تفسير كل فرد لمواقف قلق المستقبل والمرتبطة بالحوار الذاتي السلبي لديه تجاه هذه المواقف، والتي تؤثر في تفسيره وإدراكه لنفسه ومستقبله الاجتماعي والاقتصادي ومستقبل الطفل المعاق عقلياً ومستقبل الأسرة ككل.

ثم وضع لهم الدور الذي يؤديه الحوار الذاتي السلبي في توليد أفكار وإدراكات ومعتقدات خاطئة، وبالتالي ظهور أفكار مختلفة وظيفياً مما ينعكس ذلك على ظهور انفعال مبالغ فيه وغير مبرر نتيجة لتلك الأفكار المختلفة وظيفياً، وبالتالي يؤدي إلى ظهور استجابة غير سوية تجاه الموقف الذي أثاره.

ولكى يوضح الباحث لهم ذلك بصورة أوضح طلب منهم استبطان المبررات، التي جعلتهم يعانون من قلق المستقبل، وذلك من خلال تذكر كل فرد منهم موقف يمثل له قلقاً مستقبلياً ويتخيل الحوار الذاتي الذي يدور في ذهنه والمرتبط بهذا الموقف مع المراقبة الذاتية للمعتقدات والإدراكات والمعارف المترتبة على هذا الحوار الذاتي، والانفعالات والاستجابات المترتبة عليه، وذلك من خلال جداول الأنشطة والمراقبة الذاتية التي تم التدريب عليها مسبقاً مع مساعدة الباحث لهم في ذلك، وبعد ذلك قام الباحث باختبار صدق الافتراضات المختلفة وظيفياً والتي احتواها الحوار الذاتي السلبي تجاه مواقف قلق المستقبل وذلك لزيادة النظرة الموضوعية لدى أعضاء المجموعة الإرشادية تجاه حوارهم الذاتي، لتحديد الحوار الذاتي السلبي تجاه مواقف قلق المستقبل تمهيداً لتعديله والتحكم فيه، وهذا هو موضوع الجلسة القادمة.

وبعد ذلك قدم لهم الباحث التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات الكتفين).

وفي نهاية الجلسة ذكرهم بموضوع الجلسة القادمة، وهو تعديل الحوار الذاتي السلبي، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدائه.

#### **الواجب المنزلي:**

- ١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الكتفين).
- ٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل.
- ٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء مواقف قلق المستقبل.

## الجلسة الثامنة

تعديل الحوار الذاتي السلبي

### أهداف الجلسة:

- 1- تعديل الحوار الذاتي السلبي المتعلق بمواقف قلق المستقبل إلى حوار ذاتي إيجابي.
- 2- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الصدر والبطن).

### الفيئات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفيئات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفيئات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.

### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (الحوار الذاتي السلبي ودوره في ظهور قلق المستقبل) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكفي الخاصة بكل فرد، ومراجعة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الكتفين)، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم تناول الباحث موضوع الجلسة الحالية، وهو تعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة والمعارف المختلة وظيفياً المرتبطة بمواقف قلق المستقبل إلى أفكار ومعتقدات ومعارف أخرى صحيحة وذلك من خلال تعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل إلى حوار ذاتي إيجابي، وذلك بعد توضيح الدور السيئ والخطر الذي يؤديه الحوار الذاتي السلبي في ظهور قلق المستقبل والذي تم مناقشته وتوضيحه في الجلسة السابقة.

ولتدريب أعضاء المجموعة الإرشادية على تعديل الحوار الذاتي السلبي إلى حوار ذاتي إيجابي، طلب منهم الباحث أن يستشعر كل منهم موقف يمثل له قلقاً مستقبلياً ومن خلال جداول الأنشطة والمراقبة الذاتية يدونون الحوار الذاتي،

الذى يدور حول هذا الموقف وما يترتب عليه من أفكار ومعتقدات وانفعالات وسلوكيات على النمط الذى تم التدريب عليه فى الجلسة السابقة مع تقييم هذه الانفعالات والسلوكيات من خلال تحليلها وتفنيدها وهل هى متناسبة مع الموقف الذى أثارها أم لا ؟

فإذا كانت متناسبة مع الموقف فهذا شئء حسن ولا يستدعى تعديل الحوار الذاتى، أما إذا كانت هذه الانفعالات والسلوكيات غير متناسبة فذلك يستدعينا إلى تعديل الحوار الذاتى الخاص بهذه المواقف إلى حوار ذاتى إيجابى والتحكم فيه، وذلك عن طريق أسلوب حل المشكلة فبعد تحديد المشكلة، وهى وجود حوار ذاتى سلبى نود تعديله، ولتعديله يتم طرح بدائل لهذا الحوار السلبى، والخطوة التى تلى ذلك هى اختبار صحة هذه البدائل أيهم ينتج عنه انفعال وسلوك متناسب مع الموقف، ثم بعد ذلك يتم اختيار أنسب الحلول، ثم تطبيقه فى ذلك الموقف، والخطوة الأخيرة هى تعميم هذه النتائج (الحوار الإيجابى البديل) فى مواقف شبيهة بذلك مع التغيير بما يتناسب مع كل موقف، ويتم تطبيق هذه الخطوات مع أعضاء المجموعة الإرشادية بمساعدة الباحث لهم فى ذلك.

وبعد الانتهاء من هذا النشاط طلب منهم الباحث مقارنة تفسيراتهم تجاه هذه المواقف التى استشعروها والتي تمثل لهم قلقاً مستقبلياً قبل تعديل الحوار الذاتى السلبى، وبعد تعديله، وذلك ليوضح لهم أن تفسيراتهم تجاه مواقف قلق المستقبل هى تفسيرات متحيزة ومختلة وظيفية ومشوهة، وتقوم على استنتاج غير منطقى حتى تساير أفكارهم المحرفة والمختلة وظيفية، وأنهم يحاولون تغيير الحقائق لكى تتفق مع استنتاجاتهم الخاطئة، نتيجة للحوار الذاتى السلبى، لذلك عليهم مراقبة حوارهم الذاتى تجاه تلك المواقف التى تسبب لهم الشعور بقلق المستقبل، وحثهم على تعديل الحوار الذاتى السلبى والتحكم فيه.

وبعد ذلك قدم لهم الباحث التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات الصدر والبطن).

وفى نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو متابعة تعديل الحوار الذاتى السلبى إلى حوار ذاتى إيجابى، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة فى هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلى المطلوب منهم أدأوه.

#### **الواجب المنزلى:**

١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الصدر والبطن).

٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتى للمواقف التى تمثل لهم قلقاً من المستقبل قبل وبعد تعديل الحوار الذاتى السلبى إلى حوار ذاتى إيجابى.

٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء تعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل.

### الجلسة التاسعة

متابعة تعديل الحوار الذاتي السلبي

#### أهداف الجلسة:

- ١- تعديل الحوار الذاتي السلبي المتعلق بمواقف قلق المستقبل إلى حوار ذاتي إيجابي.
- ٢- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء ( ارتخاء عضلات الظهر).

#### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (تعديل الحوار الذاتي السلبي) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل وتعديل الحوار الذاتي السلبي لهذه المواقف إلى حوار ذاتي إيجابي، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء تعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكيفي الخاصة بكل فرد، ومراجعة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الصدر والبطن)، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم لهم الباحث موضوع الجلسة الحالية، وهو متابعة لتعديل الحوار الذاتي المتعلق بمواقف قلق المستقبل إلى حوار ذاتي إيجابي بنفس الأسلوب المتبع في الجلسة الماضية.

وبعد ذلك قدم لهم التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات الظهر).

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو المساندة الاجتماعية، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدائه.

### الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الظهر).
- ٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل قبل وبعد تعديل الحوار الذاتي السلبي إلى حوار ذاتي إيجابي.
- ٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً أثناء في ضوء تعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل.

### الجلسة العاشرة

المساندة الاجتماعية

### أهداف الجلسة:

- ١- توضيح مفهوم المساندة الاجتماعية لأعضاء المجموعة الإرشادية.
- ٢- توضيح الدور الذي تقوم به بعض المؤسسات والجمعيات الأهلية والحكومية في تقديم الدعم التوجيهي والإرشادي والمادي لأسر المعاقين عقلياً مع ذكر شروط الحصول على الدعم المادي.
- ٣- معرفة أعضاء المجموعة الإرشادية بأهمية دور تبادل الخبرات فيما بينهم في مواجهة قلق المستقبل وفي رعاية الطفل المعاق عقلياً والتعامل معه، مع تدريبهم على تبادل هذه الخبرات والتأكيد عليها.
- ٤- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء ( ارتخاء عضلات الساقين والقدمين).

### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء.
- ج- المساندة الاجتماعية.

### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (تعديل الحوار الذاتي السلبي) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل وتعديل الحوار الذاتي السلبي لهذه

المواقف إلى حوار ذاتي إيجابي، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقليا في تعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل، ومراجعة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الظهر)، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم الباحث لأعضاء المجموعة الإرشادية موضوع الجلسة الحالية وهو مفهوم المساندة الاجتماعية وتوضيحه لهم بلغة بسيطة وسهلة، وأهميتها في مواجهة قلق المستقبل وفي رعاية الطفل المعاق عقليا، وكيفية التعامل معه، ثم وضح لهم أن هناك جوانب للمساندة الاجتماعية وهي كالتالي:

١- الجانب المادي: وذلك من خلال الدعم المادي الذي تقدمه بعض المؤسسات والجمعيات الحكومية والأهلية لأسر الأطفال المعاقين والتي قد تعوق ظروفها الاقتصادية رعاية هذا الطفل، مع ذكر أمثلة لمثل هذه المؤسسات والجمعيات، وشروط الحصول على هذا الدعم المادي.

٢- الجانب التوجيهي والإرشادي: والذي تقدمه بعض المؤسسات والجمعيات الأهلية والحكومية لأسر الأطفال المعاقين في مواجهة الضغوط النفسية نتيجة لوجود طفل معاق داخل الأسرة، وكيفية التعامل مع هذا الأمر بإيجابية، وكيفية التعامل مع هذا الطفل المعاق، وتقديم خدمات في تدريبه على مهارات الحياة وتنمية سلوكه التكيفي.

٣- تبادل الخبرات: وفي هذا الجانب حثهم الباحث على تبادل الخبرات فيما بين بعضهم البعض من حيث مواجهة قلق المستقبل والتعامل مع الطفل المعاق عقليا وتدريبه على مهارات السلوك التكيفي، لما في ذلك من أهمية كبرى في تحسين الجانب الاجتماعي لهذه الأسر من حيث المشاركة الوجدانية، وأن تعرف كل أسرة بأن هناك أسرا كثيرة تعيش نفس المشكلة، وأنها ليست هي الأسرة الوحيدة التي تعيش هذه الظروف، وأن تبادل الخبرات يعد فرصة لتعلم خبرات جديدة من خلال تبادل هذه الخبرات بين الأسر بعضها البعض في التعامل مع الضغوط التي تواجههم وفي كيفية رعاية الطفل المعاق عقليا، حيث يساعد الحوار الذي يدور فيما بين هذه الأسر في اكتساب خبرات جديدة في تدريب الطفل على مهارات السلوك التكيفي وفي كيفية التعامل معه، مع توضيح الباحث لهم الدور السيئ الذي يلعبه انغلاق الأسرة على نفسها نتيجة لوجود هذا الطفل بداخلها، خشية من مواقف الإحراج التي يسببها لها وجود هذا الطفل، وبالتالي تنحصر العلاقات الاجتماعية لهذه الأسر كما تنحصر خبراتها في التعامل معه، وفي تنمية سلوكه التكيفي، وبالتالي ليس هناك خبرات لمواجهة الضغوط النفسية التي يسببها هذا الطفل للأسرة مما ينتج عن ذلك الشعور ببعض الاضطرابات النفسية والتي من أهمها قلق

التكفي لهذا الطفل نتيجة لسوء معاملة هذه الأسر له من قسوة وإهمال أو تدليل وحماية زائدة.

ثم وضع لهم الباحث أن دور المدرسة لا يقتصر فقط على الجانب التعليمي ولكن ممارسة بعض الأنشطة المختلفة وذلك لتدريب الطفل على مهارات السلوك التكفي، وللكشف عن قدرات واتجاهات الطفل نحو نشاط معين مثل النشاط الرياضي أو الفني أو الموسيقى أو المهني أو أى نشاط آخر، وأن هؤلاء الأطفال مثلهم مثل العاديين لديهم ميول واتجاهات نحو بعض الأنشطة المختلفة، لذا يجب أن يكون هناك تعاون بين المدرسة والأسرة في الكشف عن قدرات هؤلاء الأطفال ومن ثم تميئها، مع إعطاء أمثلة لذلك مثل أبطال الأولمبياد الخاص والنتائج المذهلة التي يحققونها، والمسابقات والبطولات الأخرى التي تنظمها هذه المدارس والهيئات والجمعيات التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية لهذه الفئة من الأطفال، فهذا من شأنه أن يقلل من خوف الأسرة على مستقبل طفلها المعاق عقلياً.

وحتىهم الباحث على أن يتبادلوا الخبرات فيما بين بعضهم البعض في مواجهة قلق المستقبل والتعامل مع الطفل المعاق عقلياً وتنمية سلوكه التكفي، مع مساعدة الباحث لهم في تحديد نوع الأسئلة والحوار الذي يتخلل هذه الخبرات ومراقبة هذه الخبرات لتوضيح الخبرات الإيجابية والسلبية مع التأكيد على الإيجابي منها والتخلي عن السلبي أو تعديلها، وطلب منهم أن تتكرر تبادل هذه الخبرات فيما بين بعضهم البعض وذلك خارج جلسات البرنامج مع إشراك أطفالهم في أنشطة جماعية أثناء تبادل هذه الخبرات، لما في ذلك من أهمية كبرى في تخفيف القلق الاجتماعي لديهم، ومن ثم تنمية بعض مهارات السلوك الاجتماعي السوي لدى هؤلاء الأطفال.

وبعد ذلك قدم لهم الباحث التدريب على الاسترخاء (ارتخاء عضلات الساقين والقدمين).

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو التحصين التدريجي في مواجهة قلق المستقبل، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدائه.

#### الواجب المنزلي:

١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الساقين والقدمين).

٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل قبل وبعد تعديل الحوار الذاتي السلبي إلى حوار ذاتي إيجابي.

٣- مراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً في ضوء تعديل الحوار الذاتي السلبي لمواقف قلق المستقبل.

### الجلسة الحادية عشرة

التحصين التدريجي ضد قلق المستقبل

#### أهداف الجلسة:

- ١- توضيح مفهوم التحصين التدريجي لأعضاء المجموعة الإرشادية ودوره في خفض قلق المستقبل.
- ٢- تدريب أعضاء المجموعة الإرشادية على التحصين التدريجي لقلق المستقبل.
- ٣- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء ( ارتخاء الجسم كله).

#### الفيئات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفيئات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفيئات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء، التحصين التدريجي.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (المساندة الاجتماعية) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية لمواقف قلق المستقبل، وتعديل الحوار الذاتي السلبي لهذه المواقف إلى حوار ذاتي إيجابي، ومراقبة سلوك الطفل المعاق عقلياً، ومراجعة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء عضلات الساقين والقدمين)، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم ذكر الباحث أعضاء المجموعة الإرشادية بأننا في الجلسات الماضية قد تعرفنا على قلق المستقبل وأعراضه وأسبابه والتي من أهمها الأفكار التلقائية والمعتقدات الخاطئة والحوار الذاتي السلبي، ثم تدربنا على تعديل الحوار الذاتي السلبي إلى حوار ذاتي إيجابي، كما تدربنا على المراقبة الذاتية لمواقف قلق المستقبل، والآن سوف نقوم بتطبيق ما تدربنا عليه في الجلسات السابقة كجانب عملي للبرنامج (التحصين التدريجي)، وذلك ابتداءً من الجلسة الحالية حتى آخر جلسة في البرنامج.



بعد ذلك قدم الباحث لأعضاء المجموعة الإرشادية موضوع الجلسة الحالية، وهو مفهوم التحصين التدريجي ضد قلق المستقبل بلغة سهلة وبسيطة وواضحة، ثم قام بتدريبهم على التحصين التدريجي ضد قلق المستقبل، وتعريفهم بأنه سوف يكون من خلال مدرجات القلق والتي سوف يقوم كل منهم بتصميمها، والتي تمثل له مواقف متباينة ومتدرجة من حيث شدتها، وسوف ننظم هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل تدريجياً من أقل موقف إلى أشد موقف، ثم نقوم بتقديم أقل موقف من المواقف المثيرة لقلق المستقبل وفي الوقت نفسه نقدم العلاج المضاد لهذا الموقف وهو الاسترخاء، والذي يساعدنا في التفكير بعقلانية ومنطقية وتعديل الحوار الذاتي السلبي تجاه هذا الموقف إلى حوار ذاتي إيجابي، وذلك كما تم التدريب عليه في الجلسات السابقة، وبعد الانتهاء من هذا الموقف ننتقل إلى الموقف الذي يليه حتى آخر موقف في مدرج القلق بنفس الخطوات السابقة ذكرها، ولتوضيح ذلك بصورة أوضح يجب إتباع الخطوات التالية:

- يطلب الباحث من كل فرد من أعضاء المجموعة الإرشادية أن يتذكر عشرة مواقف تمثل له قلقاً من المستقبل.
- ترتيب هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل تدريجياً من أقل موقف إلى أشد موقف مع مساعدة الباحث لهم في ترتيب هذه المواقف.
- ممارسة الاسترخاء كما تم التدريب عليه للجسم كله.
- ثم التعرض لأقل موقف مثير للقلق في المدرج الخاص بكل فرد.
- ثم التفكير بعقلانية تجاه هذا الموقف مع تعديل الحوار الذاتي السلبي لهذا الموقف إلى حوار ذاتي إيجابي وذلك أثناء ممارسة الاسترخاء.
- بعد الانتهاء من هذا الموقف يتم الانتقال إلى الموقف الذي يليه بنفس الطريقة حتى آخر موقف في مدرج القلق مع مساعدة الباحث لهم في ذلك.

ولكى يتم تدريبهم على التحصين التدريجي لقلق المستقبل طلب منهم أن يتذكر كل منهم ثلاثة مواقف متدرجة لقلق المستقبل، وذلك لكي يتم التحصين التدريجي لها بنفس الخطوات السابق ذكرها كتدريب لأسلوب التحصين التدريجي، مع مساعدة الباحث لهم في ذلك.

ثم حثهم الباحث على الاهتمام بممارسة التحصين التدريجي لمواقف قلق المستقبل في المنزل بالأسلوب الذي تم تدريبهم عليه كواجب منزلي حتى يكون هناك استفادة حقيقية من جلسات البرنامج الإرشادي في مواجهة مواقف قلق المستقبل خلال حياتهم اليومية، ثم ذكرهم بموضوع الجلسة القادمة، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل، وأن

يتذكروا عشرة مواقف تمثل لديهم قلقاً من المستقبل من الناحية النفسية لكي يتم التحصين التدريجي لها في الجلسة القادمة.

وفي نهاية الجلسة قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدؤه.

#### الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء الجسم كله).
- ٢- ممارسة التحصين التدريجي لمواقف قلق المستقبل.
- ٣- مراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته.

### الجلسة الثانية عشرة

التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل

#### أهداف الجلسة:

تدريب أعضاء المجموعة الإرشادية على التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل.

#### الغيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الغيات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الغيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء، التحصين التدريجي.
- ج- المساندة الاجتماعية.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التحصين التدريجي لقلق المستقبل) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية حول التحصين التدريجي لمواقف قلق المستقبل، ومراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكيفي الخاصة بكل فرد، مع توضيح الباحث للنقاط الغامضة والصعوبات التي تقابل أي منهم أثناء ممارسة التحصين التدريجي، ومراجعة

التدريب على تمارين الاسترخاء (ارتخاء الجسم كله)، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم لهم الباحث موضوع الجلسة الحالية وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل على النحو التالي:

- طلب من كل فرد منهم أن يتذكر عشرة مواقف تمثل له قلقاً من المستقبل من الناحية النفسية والتي تم تحديدها مسبقاً في المنزل.
- ترتيب هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل تدريجياً من أقل موقف إلى أشد موقف مع مساعدة الباحث لهم في ترتيب هذه المواقف.
- ممارسة الاسترخاء كما تم التدريب عليه للجسم كله.
- ثم التعرض لأقل موقف مثير للقلق في المدرج الخاص بكل منهم.
- ثم التفكير بعقلانية تجاه هذا الموقف مع تعديل الحوار الذاتي السلبي لهذا الموقف إلى حوار ذاتي إيجابي وذلك أثناء ممارسة الاسترخاء.
- بعد الانتهاء من هذا الموقف يتم الانتقال إلى الموقف الذي يليه بنفس الطريقة حتى آخر موقف في مدرج القلق مع مساعدة الباحث لهم في ذلك.

وبعد ذلك قام الباحث بمراجعة خطوات التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل وذلك لتأكيد ما تم التدريب عليه.

وحثهم الباحث على أن يعطوا أنفسهم الفرصة للترويح وذلك من خلال تبادل الزيارات بين الأهل والأصدقاء والخروج إلى المتنزهات، وإشراك الأطفال في أنشطة تروحية، ولا يعطوا الفرصة للأفكار والمعتقدات الخاطئة أن تسيطر عليهم وتشعرهم بالعجز واليأس والتشاؤم من المستقبل، لأنها كلها أفكار خاطئة لا تؤدي إلا إلى انفعال واستجابة غير متناسبة مع الموقف الذي أثارها وذلك كما تم توضيحه خلال الجلسات السابقة، حتى تكون هناك فرصة للتغلب على الضغط النفسي والعصبي وبالتالي تكون هناك معاملة أفضل مع الطفل المعاق عقلياً.

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة، وأن يتذكروا عشرة مواقف تمثل قلقاً على المستقبل الاجتماعي للأسرة لكي يتم التحصين التدريجي لها في الجلسة القادمة، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدائه.

### الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل.
- ٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل قبل وبعد التحصين التدريجي لها.
- ٣- مراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته.

### الجلسة الثالثة عشرة

التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة.

#### أهداف الجلسة:

تدريب أعضاء المجموعة الإرشادية على التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة.

#### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء، التحصين التدريجي.
- ج- المساندة الاجتماعية.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية حول التحصين التدريجي ضد الأفكار الوسواسية والتشاؤم واليأس من المستقبل، ومراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجدول مراقبة سلوك الطفل اللاتكيفي الخاصة بكل فرد، مع توضيح الباحث النقاط الغامضة والصعوبات التي تقابل أي منهم أثناء ممارسة التحصين التدريجي، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم لهم الباحث موضوع الجلسة الحالية، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة على النحو التالي:

- طلب من كل فرد منهم أن يتذكر عشرة مواقف تمثل له قلقاً من المستقبل من الناحية الاجتماعية والتي تم تحديدها مسبقاً في المنزل.
- ترتيب هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل تدريجياً من أقل موقف إلى أشد موقف مع مساعدة الباحث لهم في ترتيب هذه المواقف.
- ممارسة الاسترخاء كما تم التدريب عليه للجسم كله.
- ثم التعرض لأقل موقف مثير للقلق في المدرج الخاص بكل منهم.
- ثم التفكير بعقلانية تجاه هذا الموقف مع تعديل الحوار الذاتي السلبي لهذا الموقف إلى حوار ذاتي إيجابي وذلك أثناء ممارسة الاسترخاء.
- بعد الانتهاء من هذا الموقف يتم الانتقال إلى الموقف الذي يليه بنفس الطريقة حتى آخر موقف في مدرج القلق مع مساعدة الباحث لهم في ذلك.

وبعد ذلك قام الباحث بمراجعة خطوات التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة وذلك لتأكيد ما تم التدريب عليه.

ثم وضع لهم الباحث بأن هناك طرقاً كثيرة للتغلب على الجانب الاجتماعي لقلق المستقبل ومنها تبادل الخبرات بين الأسر التي لديها طفل معاق عقلياً من حيث مواجهة الضغوط النفسية التي يسببها قلق المستقبل وكيف تتعامل كل أسرة مع المواقف الاجتماعية في ظل وجود هذا الطفل بداخل الأسرة، هذا بالإضافة إلى الخبرات في التعامل مع هذا الطفل ورعايته رعاية صحية وسوية، وكيفية تنمية سلوكه التكيفي، والتخلي عن الأفكار الوسواسية التي تسيطر عليهم وتمنعهم من ممارسة أنشطتهم الاجتماعية بصورة إيجابية، مثل زيارة الأقارب والأصدقاء وحضور المناسبات الاجتماعية والترفيه والترويح والرحلات الترفيهية وزيارة الحدائق وغيرها، وإشراك الطفل المعاق عقلياً في أنشطة جماعية مع أقرانه المعاقين وغير المعاقين من المقربين إليه، والمعاملة الحسنة والسوية له، كل ذلك من شأنه أن يخفف من القلق الاجتماعي لمستقبل الأسرة، وفرصة لتنمية السلوك الاجتماعي للطفل المعاق عقلياً وتعديل بعض السلوكيات اللاتكيفية له، وبعد ذلك طلب منهم الباحث أن يتبادلوا الخبرات حول التعامل مع المواقف الاجتماعية لقلق المستقبل التي يتعرضون لها في ظل وجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة والتي احتوتها مدرجات القلق الخاصة بكل منهم مع مشاركة الباحث لهم وذلك لتوضيح الخبرات الإيجابية والسلبية والتأكيد على الإيجابي منها والتخلي عن السلبي ومحاولة تعديله.

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة، وأن يتذكروا عشرة مواقف تمثل لهم قلقاً على المستقبل المادي للأسرة لكي يتم التحصين التدريجي لها في الجلسة القادمة، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدناه.

#### **الواجب المنزلي:**

- ١- ممارسة التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة.
- ٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل قبل وبعد تدريب التحصين التدريجي لها.
- ٣- مراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته.

#### **الجلسة الرابعة عشرة**

التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة.

#### **أهداف الجلسة:**

تدريب أعضاء المجموعة الإرشادية على التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة.

#### **الفنيات المستخدمة في الجلسة:**

- أ- الفنيات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء، التحصين التدريجي.
- ج- المساندة الاجتماعية.

#### **محتوى الجلسة:**

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة

فردية وجماعية حول التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاجتماعي للأسرة، ومراقبة مدى التعديل السدى طرق على السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكفي الخاصة بكل فرد، مع توضيح الباحث النقاط الغامضة والصعوبات التي تقابل أى منهم أثناء ممارسة التحصين التدريجي، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم لهم الباحث موضوع الجلسة الحالية، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادى للأسرة على النحو التالي:

- طلب من كل فرد منهم أن يتذكر عشرة مواقف تمثل له قلقاً من المستقبل من الناحية الاقتصادية، والتي تم تحديدها مسبقاً فى المنزل.
- ترتيب هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل تدريجياً من أقل موقف إلى أشد موقف مع مساعدة الباحث لهم فى ترتيب هذه المواقف.
- ممارسة الاسترخاء كما تم التدريب عليه للجسم كله.
- ثم التعرض لأقل موقف مثير للقلق فى المدرج الخاص بكل منهم.
- ثم التفكير بعقلانية تجاه هذا الموقف مع تعديل الحوار الذاتى السلبي لهذا الموقف إلى حوار ذاتى إيجابى وذلك أثناء ممارسة الاسترخاء.
- بعد الانتهاء من هذا الموقف يتم الانتقال إلى الموقف الذى يليه بنفس الطريقة حتى آخر موقف فى مدرج القلق مع مساعدة الباحث لهم فى ذلك.

وبعد ذلك قام الباحث بمراجعة خطوات التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتى السلبي للمستقبل الاقتصادى للأسرة وذلك لتأكيد ما تم التدريب عليه.

ثم ذكرهم الباحث بأن هناك بعض المؤسسات والجمعيات الأهلية والحكومية التى تقدم الدعم المادى لأسر الأطفال المعاقين، مع ذكر أمثلة لمثل هذه المؤسسات والجمعيات، وشروط الحصول على هذا الدعم المادى.

وفى نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بموضوع الجلسة القادمة، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتى السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً، وأن يتذكروا عشرة مواقف تمثل لهم قلقاً على مستقبل الطفل المعاق عقلياً لى يتم التحصين التدريجي لها فى الجلسة القادمة، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة فى هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلى المطلوب منهم أدأوه.

### الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة.
- ٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلق من المستقبل قبل وبعد تدريب التحصين التدريجي لها.
- ٣- مراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته.

### الجلسة الخامسة عشرة

التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً.

### أهداف الجلسة:

تدريب أعضاء المجموعة الإرشادية على التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً.

### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء، التحصين التدريجي.
- ج- المساندة الاجتماعية.

### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية حول التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي للمستقبل الاقتصادي للأسرة، مراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته، وذلك من خلال جداول المراقبة الذاتية وجداول مراقبة سلوك الطفل اللاتكيفي الخاصة بكل فرد، مع توضيح الباحث النقاط الغامضة والصعوبات التي تقابل أي منهم أثناء ممارسة التحصين التدريجي، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.



ثم قدم لهم الباحث موضوع الجلسة الحالية، وهو التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً بنفس الخطوات التي تم التدريب عليها في الجلسات السابقة على النحو التالي:

- طلب من كل فرد منهم أن يتذكر عشرة مواقف تمثل له قلقاً على مستقبل الطفل المعاق عقلياً والتي تم تحديدها مسبقاً في المنزل.
- ترتيب هذه المواقف المثيرة لقلق المستقبل تدريجياً من أقل موقف إلى أشد موقف مع مساعدة الباحث لهم في ترتيب هذه المواقف.
- ممارسة الاسترخاء كما تم التدريب عليه للجسم كله.
- ثم التعرض لأقل موقف مثير للقلق في المدرج الخاص بكل منهم.
- ثم التفكير بعقلانية تجاه هذا الموقف مع تعديل الحوار الذاتي السلبي لهذا الموقف إلى حوار ذاتي إيجابي وذلك أثناء ممارسة الاسترخاء.
- بعد الانتهاء من هذا الموقف يتم الانتقال إلى الموقف الذي يليه بنفس الطريقة حتى آخر موقف في مدرج القلق مع مساعدة الباحث لهم في ذلك.

وبعد ذلك قام الباحث بمراجعة خطوات التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً وذلك لتأكيد ما تم التدريب عليه.

ثم وضح لهم الباحث بأن هناك مؤسسات وجمعيات حكومية وأهلية تقدم بعض الخدمات التوجيهية والإرشادية في كيفية رعاية الطفل المعاق عقلياً، هذا بالإضافة إلى أهمية التعاون بين الأسرة والمدرسة التي يدرس فيها الطفل في الكشف عن اهتماماته وميوله نحو الأنشطة الفنية والرياضية والموسيقية والمهنية التي يرغب في ممارستها، وأهمية إشراكه فيها وتدريبه عليها، وأهمية تبادل الخبرات فيما بين هذه الأسر في رعاية هذا الطفل وفي تنمية سلوكه التكيفي، كما أوضحنا ذلك سابقاً، كل هذا من شأنه أن يخفف من القلق على مستقبل هذا الطفل، وبعد ذلك طلب الباحث منهم أن يتبادلوا الخبرات فيما بينهم حول التعامل مع هذا الطفل ورعايته مع مساعدة الباحث لهم في تبادل هذه الخبرات، وذلك لتوضيح الخبرات الإيجابية والسلبية، والتأكيد على الإيجابي منها والتخلي عن السلبي ومحاولة تعديله.

وفي نهاية الجلسة ذكرهم الباحث بأن الجلسة القادمة، هي الجلسة الختامية للبرنامج الإرشادي فإذا كانت هناك أية ملاحظات أو استفسارات حول الجلسات السابقة أرجو منكم أن تجهزوها وناقوا بها في الجلسة المقبلة، ثم قدم لهم الشكر على حسن المشاركة في هذه الجلسة، وتم تحديد الواجب المنزلي المطلوب منهم أدناه.

### الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً.
- ٢- المراقبة الذاتية للحوار الذاتي للمواقف التي تمثل لهم قلقاً من المستقبل قبل وبعد تدريب التحصين التدريجي لها.
- ٣- مراقبة مدى التعديل الذي يطرق على السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته.

### الجلسة السادسة عشرة

الجلسة الختامية والتقييم البعدي

#### أهداف الجلسة:

- ١- مراجعة خطوات التحصين التدريجي ضد قلق المستقبل.
- ٢- مراجعة دور المساندة الاجتماعية في خفض قلق المستقبل وفي رعاية الطفل المعاق عقلياً.
- ٣- التطبيق البعدي لمقاييس قلق المستقبل والسلوك اللاتكفي.
- ٤- تقييم أعضاء المجموعة الإرشادية لمدى الاستفادة من جلسات البرنامج الإرشادي في خفض قلق المستقبل لديهم، وفي تحسين معاملتهم مع الطفل المعاق عقلياً ومن ثم تعديل السلوك اللاتكفي لديه.

#### الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- أ- الفنيات المعرفية: التحكم الذاتي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلة، الواجبات المنزلية.
- ب- الفنيات السلوكية: التعزيز، النمذجة، الاسترخاء، التحصين التدريجي.
- ج- المساندة الاجتماعية.

#### محتوى الجلسة:

بدأ الباحث الجلسة بمراجعة ما تم تناوله في الجلسة السابقة (التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً) لأعضاء المجموعة الإرشادية، ومراجعة الواجبات المنزلية بصورة فردية وجماعية حول التحصين التدريجي ضد الأفكار الخاطئة والحوار الذاتي السلبي لمستقبل الطفل المعاق عقلياً، ومراقبة مدى التعديل الذي طرقت على السلوك اللاتكفي لدى الطفل المعاق عقلياً بعد تحسين معاملته، وذلك من خلال جداول

المراقبة الذاتية وجدول مراقبة سلوك الطفل اللاتكفي الخاصة بكل فرد، مع توضيح الباحث النقاط الغامضة والصعوبات التي قد تقابل أى منهم أثناء ممارسة التحصين التدريجى، وبعد ذلك قدم لهم الشكر على أداء الواجبات المنزلية.

ثم قدم الباحث لأعضاء المجموعة الإرشادية مراجعة مختصرة لخطوات التحصين التدريجى لقلق المستقبل، ومراجعة لدور المساندة الاجتماعية فى خفض قلق المستقبل وفى رعاية الطفل المعاق عقلياً، وذلك من خلال تبادل الخبرات والزيارات فيما بين بعضهم البعض والتعاون فيما بينهم وبين المدرسة فى رعاية الطفل المعاق عقلياً، مع توضيح الدور المادى والتوجيهى والإرشادى للمساندة الاجتماعية.

بعد ذلك وضع لهم الباحث أنه بعد أن تم التخفيف من حدة القلق المستقبل لديهم أصبحت هناك فرصة طيبة ومناخ مهيئ للتفكير بأسلوب صحيح تجاه أى موقف متعلق بالمستقبل الاجتماعى أو الاقتصادى للأسرة أو مستقبل الطفل المعاق عقلياً، حيث انخفضت حدة الضغوط النفسية التى كان يسببها قلق المستقبل، ومن ثم أصبحت الفرصة مهيأة للتعامل مع الطفل المعاق عقلياً وذلك كما تم توضيحه أثناء جلسات البرنامج الإرشادى، ويكون ذلك من خلال المعاملة السوية بغير قسوة ولا نبذ ولا إهمال ولا تدليل أو حماية زائدة، لأن القسوة والنبذ والإهمال تتسبب فى توليد شعور لدى الطفل بأنه هو سبب عناء الأسرة، وشعوره بالنبذ والإهمال سوف ينعكس على ظهور بعض السلوكيات اللاتكفية الموجهة من الطفل لنفسه مثل سلوك إيذاء الذات وتكوين مفهوم ذات سلبى لديه والانطواء والانسحاب الاجتماعى، كما تظهر بعض السلوكيات اللاتكفية والموجهة من الطفل إلى الآخرين مثل السلوك العدوانى والسلوك المدمر والعنيف والتمرد والعصيان وعدم إتباع القواعد المنصوص عليها.

لذا لابد من معاملة هذا الطفل من قبل الأم والأب والإخوة معاملة حسنة معتدلة، وفهم خصائصه ومشاكله والعمل على حلها بشكل سوى، وتلبية حاجاته، مع أهمية تدريب هذا الطفل وإشراكه فى بعض الأنشطة مثل النشاط الرياضى أو الفنى أو الموسيقى أو المهنى أو أى نشاط يرغب فيه حسب ميوله واهتماماته وقدراته.

وبعد ذلك قام الباحث بتطبيق مقياسى قلق المستقبل والسلوك اللاتكفى عليهم كتطبيق بعدى.

وأخيراً طلب منهم الباحث أن يعبروا عن مدى استفادتهم من جلسات البرنامج الإرشادى فى خفض قلق المستقبل لديهم وفى تحسين معاملتهم مع الطفل المعاق عقلياً، ومن ثم تعديل السلوك اللاتكفى لديه.

وفى نهاية الجلسة قدم لهم الشكر على التزامهم حضور جلسات البرنامج الإرشادى، وحسن تعاونهم والرغبة فى الاستفادة من جلسات البرنامج، وحثهم على تبادل أرقام التليفونات فيما بين بعضهم البعض، والاتفاق معهم على موعد التطبيق التتبعى لمقياسى قلق المستقبل والسلوك اللاتكفى.

ملحق (٩)

نماذج المراقبة الذاتية المستخدمة في البرنامج الإرشادي

نموذج (١)

جدول المراقبة الذاتية للمواقف المثيرة لقلق المستقبل

(الأفكار والانفعال والاستجابة الفسيولوجية)

اليوم والتاريخ	الموقف	الأفكار التلقائية	الانفعال	الاستجابة الفسيولوجية



### نموذج (٣)

جدول المراقبة الذاتية للمواقف المثيرة لقلق المستقبل وتأثيرها على السلوك  
اللاتكيفي لدى الطفل المعاق عقلياً

اليوم والتاريخ	الموقف	الأفكار التلقائية	الانفعال	الاستجابة السلوكية تجاه الطفل المعاق	استجابة الطفل تجاه سلوك الوالدين

نموذج (4)  
جدول المراقبة الذاتية للموقف المعنوية لائق المستقبل بعد تعديل الحوار الذاتي السلبي

النتيجة	الاستجابة السلوكية	الإفعال	الحوار الذاتي الإيجابي	النتيجة	الاستجابة السلوكية	الإفعال	الحوار الذاتي السلبي	الموقف	اليوم والتاريخ

نموذج (٥)  
 جدول مراقبة السلوك اللائق لدى الطفل المعاق عقليا قبل وبعد تعديل الحوار الذاتي السلبي للموقف المثرة لثق المستقل لدى الوالدين

اليوم والتاريخ	الموقف	الاستجابة السلوكية تجاه الطفل المعاق قبل تعديل الحوار الذاتي السلبي	سلوك الطفل المعاق تجاه استجابة الوالدين له	الاستجابة السلوكية تجاه الطفل المعاق بعد تعديل الحوار الذاتي السلبي	سلوك الطفل المعاق تجاه استجابة الوالدين له	الاستجابة السلوكية تجاه الطفل المعاق قبل تعديل الحوار الذاتي السلبي	سلوك الطفل المعاق تجاه استجابة الوالدين له





قرار رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

رقم ( ١٣٩٤ ) لسنة ٢٠٠٦

في شأن قيام الطالب / احمد رجب محمد السيد - المقيد لدرجة دكتوراه الفلسفة في التربية - تخصص تربية الطفل بكلية البنات للآداب والعلوم والتربية - جامعة عين شمس بإجراء دراسة ميدانية في موضوع " فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وأثره على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى هؤلاء الأطفال " .

رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

- بعد الإطلاع على القرار الجمهوري رقم ٢٩١٥ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء وتنظيم الجهاز .
- وعلى قرار رئيس الجهاز رقم ( ٢٣١ ) لسنة ١٩٦٨ في شأن إجراء الإحصاءات والتعدادات والاستفتاءات والإستقصاءات .
- وعلى كتاب كلية البنات للآداب والعلوم والتربية - جامعة عين شمس المؤرخ ٢٩/١٠/٢٠٠٦ والوارد للجهاز في ١٩/١٢/٢٠٠٦ .

فصل

- مادة ١٥ : يقوم الطالب / احمد رجب محمد السيد - المقيد لدرجة دكتوراه الفلسفة في التربية - تخصص تربية الطفل بكلية البنات للآداب والعلوم والتربية بجامعة عين شمس بإجراء الدراسة الميدانية المشار إليها بعالية .
- مادة ٢٥ : تجري هذه الدراسة الميدانية على عينه حبسها (١٢٠) مائة وعشرون طفل وطفلة وأسره من الأطفال المعاقين عقليا بمدارس التربية الفكرية بمحافظة الجيزة .
- مادة ٣٥ : وبشرط موافقة السيد / مدير مديرية التربية والتعليم بمحافظة الجيزة وتحت إشراف إدارة الأمن بهيئة - وكذا موافقة مفردات الهيئة - مع مراعاة أن البيانات التربوية سرية بحكم القانون وعدم استخدام البيانات التي يتم جمعها إلا لأغراض هذه الدراسة الميدانية فقط .
- مادة ٣٥ : تجمع البيانات اللازمة لهذه الدراسة الميدانية طبقا للاستبانة المعدة لهذا الغرض والمعتمدة من الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وعدد صفحاتهم ٥٣ صفحة (ثلاثة وأربعون) وبياناتهم كما يلي :

- أولا : استمارة مقياس قلق المستقبل وعدد صفحاتها ٢ صفحات .
- ثانيا : استمارة مقياس السلوك اللاتكيفي وعدد صفحاتها ٣ صفحات .
- ثالثا : استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة وعدد صفحاتها ٢ صفحة .
- رابعا : استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق عقليا وعدد صفحاتها ٢ صفحة .
- خامسا : استمارة مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء العمرة الرابعة وعدد صفحاتها ٢ صفحة .
- سادسا : استمارة اختبار ويبر الحركي وعدد صفحاتها ١٠ صفحات .
- سابعا : استمارة اختبار كلفن الحركي وعدد صفحاتها ١٠ صفحات .
- ثامنا : استمارة مقياس رينور الحركي وعدد صفحاتها ١٠ صفحات .
- ولتختتم دراسة الأسر من ١٠٠ أسرة .



جمهورية مصر العربية  
الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

مرفق بقرار رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء  
رقم ( ١٣٩٤ ) لسنة ٢٠٠٦

- مادة ٤: لا يتم البدء في تنفيذ هذه الدراسة الميدانية إلا بعد صدور هذا القرار .
- مادة ٥: يوافق الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بنسختين من النتائج الأولية لهذه الدراسة الميدانية ثم يوافق بنسختين من النتائج النهائية كاملة فور الانتهاء من إعدادها .
- مادة ٦: يقوم بجمع البيانات اللازمة لهذه الدراسة الميدانية باحثين مصريين فقط .
- مادة ٧: يلتزم الطالب / احمد رجب محمد السيد - قبل إجراء الدراسة ميدانيا بإبلاغ السيد / مدير مديرية الأمن التابعة لوزارة الداخلية بمحافظة الجيزة بصورة من هذا القرار قبل البدء في التنفيذ مرفقا بها أسماء القائمين بالدراسة الميدانية وعلي أن تكون الأسماء رباعية وكذا رقم البطاقة والعنوان وتاريخ البدء والانتهاء الفعليين .
- مادة ٨: ينفذ هذا القرار من تاريخ صدوره .
- صدر في: ١٤ / ١٢ / ٢٠٠٦

١٢٤١  
أبو بكر الجندي

السيد الأستاذ / مدير عام إدارة  
التعليمية



### تحية طيبة وبعد .....

بناء على موافقة الإدارة المركزية للأمن بالوزارة بتاريخ ٢٠٠٦/١٢/٢٦ وقرار رئيس الجهاز المركزي للتحفة والإحصاء رقم ( ١٣٩٤ ) ٢٠٠٦ فى شأن الطلب بقيام الطالب ( احمد رجب محمد السيد ) - المقيد لدرجة دكتوراه الفلسفة فى التربية - تخصص تربية الطفل بكلية البنات للآداب والعلوم - جامعة عين شمس بإجراء دراسة ميدانية فى موضوع ( فعالية برنامج إرشادى فى خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعانين عقبها وإثراء على تعديل السلوك الاتكفي لدى هؤلاء الأطفال )  
**لذا نرجو منكم** بأن المديرية قد وافقت، على السماح له بدخول المدارس التابعة لإدارتكم مع العلم بأنه ليس هناك ما يمنع من وجه نظر الأمن مع مراعاة الآتى :

- ١) التأكد من شخصيته .
- ٢) استيفاء البيانات الشخصية .
- ٣) أن لا تتعارض مهمته مع سير الدراسة .
- ٤) أن يكون ذلك تحت إشراف الإدارة التعليمية ومديرى تلك المدارس ومسئولى أمن الإدارة والمدرسة والتربية الخاصة .

وتفضلوا بقبول وافر التحية والاحترام .

مدير أمن المديرية

شعبان على المصرى

مدير المديرية



محمد فرغلى محمد

محافظة الجيزة  
مديرية التربية والتعليم  
الأمن

السيد الأستاذ/ مدير عام إدارة التعليم

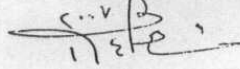
تحية طيبة وبعد .....

بناء على موافقة الإدارة المركزية للأمن بالوزارة بتاريخ ٢٠٠٦/١٢/٢٦ وقرار رئيس الجهاز المركزي للتعينة والإحصاء رقم ( ١٣٩٤ ) ٢٠٠٦ في شأن الطلب بقيام الطالب ( احمد وجب محمد السيد ) - المقيد لدرجة دكتوراه الفلسفة في التربية - تخصص تربية الطفل بكلية البنات للآداب والعلوم - جامعة عين شمس بإجراء دراسة ميدانية في موضوع ( فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى اسر الأطفال المعاقين عقليا واثرة على تعديل السلوك اللاتكفي لدى هؤلاء الأطفال )  
لذا نحيط علم سيادتكم بأن المديرية قد وافقت على السماح له بدخول المدارس التابعة لإدارتكم مع العلم بأنه ليس هناك ما يمنع من وجه نظر الأمن مع مراعاة الآتي :

- ١) التأكد من شخصيته .
- ٢) استيفاء البيانات الشخصية .
- ٣) أن لا تتعارض مهمته مع سير الدراسة .
- ٤) أن يكون ذلك تحت أشراف الإدارة التعليمية ومديرى تلك المدارس ومسئولى أمن الإدارة والمدرسة والتربية الخاصة .

وتفضلوا بقبول وافر التحية والاحترام .

مدير أمن المديرية



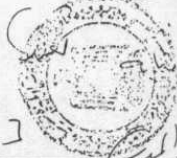
( شعبان على المصرى )

مدير المديرية



محمد فرغلى محمد

المدير العام



مديرية أمن المديرية  
مديرية أمن المديرية  
مديرية أمن المديرية

السيد الأستاذ/ مدير عام إدارة التعليم  
محافظة الجيزة  
مديرية التربية والتعليم  
الأمن  
لدا خانة وحول الطالب احمد وجب محمد السيد  
لدى السيد الأستاذ/ مدير عام إدارة التعليم  
محافظة الجيزة - ٤٣٤٠  
مقبول الممتد ( )

## English Summary

### Theme of the study:-

In the light of investigating study which the researcher carried out into the families of mental retardation children to know their opinions about their future and in the light of results of research and studies that the families of mental retardation children, the researcher can specify the present study problem and how these families suffer from anxiety of the future of their children's mental retardation in his future house and shelter. They also worry about his learning and career future on hand, and on the other hand suffering of these families from worrying about fear of admitting a mental retardation child in front of the others and fear of dealing with the others and not involving with them in social and recreation activities. As a result, the family is isolated and no longer has the ability to deal with children and worry about the marriage of normal brothers and sisters. They are afraid that they will be refused because of their mental retardation brother or sister.

They are also worried about material future of the family and thinking of how to satisfy the family material needs in the shadow of having a mental retardation child.

This accompanies a feeling of e families especially some psychological pressures and disturbances which make the treatment of these families towards their children's mental retardation. They think that a retarded child is the cause of their suffering. This makes that mental retarded child refuse and does not accept those who are around him and intern leads to appearing some maladaptive behaviors to this child responding to the bad treatment which he has from these who surround him and responding to their refusal and not to accept him.

Thus the researcher seeks to prepare a counseling program to reduce future anxiety to the families of mental retarded children and its effect on maladaptive behavior for these children.

In the light of the previous, the present study tries to answer the following question:-

To what extent does the suggested counseling program contribute to reduce future anxiety of families having mental retardation children and to modify maladaptive behavior of these children ?

From this question, The researcher notices some other questions:-

- 1- To what extent does the suggested counseling program contribute to reduce families' marks of the experimental group according to future anxiety measurement in post-measuring ?
- 2- To what extent does the suggested counseling program contribute to reduce families' marks of the experimental group according future anxiety measurement in post-measuring compared to families of control group ?
- 3- To what extent are the differences between fathers' marks of the experimental group and mothers' marks of the same group according to future anxiety measurement in post-measuring ?
- 4- To what extent, does the effectiveness of the suggested counseling program continue to reduce future anxiety for the families of the experimental group after two months of follow up ?
- 5- To what extent does the suggested counseling program contribute to reduce mental retardation children' marks of the experimental group according to maladaptive behavior measurement in post-measuring ?

- 6- To what extent does the suggested counseling program contribute to reduce mental retardation children' marks of the experimental group according maladaptive behavior measurement in post-measuring compared to children of control group ?
- 7- To what extent are there differences between marks of male children in the experimental group and marks of female children in the same group according to maladaptive behavior measurement in post-measuring ?
- 8- To what extent, does the effectiveness of the suggested counseling program continue to modify maladaptive behavior for the children of the experimental group after tow months of follow up ?

**Objectives of the study:-**

The study seeks to achieve these objectives:-

- 1- Finding out the reasons for future anxiety for families of mental retardation children through methods and techniques used in counseling program that the study uses to enable these families to understand and control these reasons.
- 2- families can recognize the role that their future anxiety plays to show some sides of maladaptive behavior for their mental retardation children.
- 3- Making sure that the effectiveness of counseling program reduce future anxiety for the family of mental retardation children to increase their ability to achieve their family and daily tasks normally.
- 4- Recognizing the effect of reducing future anxiety on the family of mental retardation children to modify maladaptive behavior for these children.
- 5- Improving the ability for the families of mental retardation children to accept these children.

**Study Premises:-**

- 1- Statistically change in arranging individuals' marks in the experimental group for the parents of mental retardation children, indicates the future anxiety measurement in the post- measuring than the pre-measuring in the favor of post- measuring.
- 2- Differences among averages of arranging individuals' marks in the experimental group and averages of arranging individuals' marks in the control group for the parents of mental retardation children, statistically indicate to future anxiety measurement in post-measuring in the favor of control group individual.
- 3- No differences among averages of arranging marks for fathers of the experimental group and averages of arranging marks for mothers of the same experimental group indicate statistically to future anxiety measurement in post- measuring.
- 4- No Statistical change indicating arrangement marks of individuals in the experimental group for the parents of mental retardation children indicate to the future anxiety measurement between the post and follow up measuring.
- 5- Statistically change in arranging individuals' marks of experimental group for mental retardation children indicates to the maladaptive behavior measurement in the post- measuring than the pre-measuring in the favor of post- measuring.
- 6- Differences among averages in arranging marks individuals' in the experimental group for the mental retardation children and averages of arranging individuals' marks in the control group, statistically indicate to maladaptive behavior measurement in post-measuring in the favor of control group individual.



- 7- No differences among averages of arrangement marks for males children in the experimental group and averages in arranging marks for females of the same experimental group that are mental retardation children indicate Statistically to maladaptive behavior measurement in post- measuring.
- 8- No Statistically change in the marks of the children of experimental group individuals who are mental retardation indicate to the maladaptive behavior measurement between the post and follow up measuring.

**Sample of the study:-**

The final sample of the study consisted of 16 couples of families of mental retardation children. They were from Imbaba special education school, in Giza Governorate . Their ages ranged from 36 – 50. They were divided equally into two groups. One of them was experimental and the other was a control group. Each group consisted of 8 couples (8 fathers and 8 mothers). Matching between the two groups was considered mainly. This matching including the chronological age, social , economic and cultural level and the future anxiety. The study included also 16 mental retardation children. They were 8 males and 8 females. Their intelligence level ranged from 50 - 70 and the chronological ages ranged from 8 – 14. They were divided equally into two groups one of them was experimental and the other was control. Each group consisted of 8 children containing 4 males and 4 females children. Matching between the two groups was considered mainly. It was considered matching between children of the two groups according to the intelligence, chronological age, the social, economic, cultural level and the maladaptive behavior.

#### **Tools of the study:-**

The researcher uses the following tools:-

- 1- A primitive data form about the mental retardation children. (By the researcher).
- 2- Intelligence Test (Stanford – Bient) fourth picture. (By Louis Meleika 1994).
- 3- Form of the social, economic and culture level for the family. (By the researcher).
- 4- Future anxiety measurement. (By the researcher).
- 5- Maladaptive behavior measurement. (By the researcher).
- 6- Counseling program. (By the researcher).

#### **Statistically methods used in the study:-**

- 1- Method of internal cohesion to make sure the validity of the study measurements.
- 2- Correlation coefficient of Person
- 3- Technique of spilt – half (Getman equation) and Alpha Cronbach to fact the stability of the study measurements.
- 4- Kruskal-Wallis non-parametric test to analyze solo-directing difference.
- 5- Wilcoxon non-parametric Test. to examine the significance of score change in arranging marks of related groups individuals.
- 6- Mann-whitney non-parametric Test. (U) test to examine the significance of differences among averages of arranging marks of independent groups individuals.

### **Conclusion:-**

The study concluded the effectiveness of counseling program used to reduce future anxiety for the families of mental retarded children. This study contributes family changes in climate from troubled into fair one. This study provided the chance to change the point of view of these families to their mental retardation children from negative into positive one. As a result their attitudes towards them for the best and their treatment become better. This led to modify maladaptive behavior for these children.

The effectiveness of counseling program lasted to reduce future anxiety for the families of mental retarded children and to modify maladaptive behavior for these children after two months of follow up.



*Women's College for  
Arts, Sciences and Education  
Child - Education Department*

**A ph. D in Education Entitled**

**The Effectiveness of a Counseling Program in  
Reducing Future Anxiety for Families of Mental  
Retardation Children and its Effect on Maladaptive  
Behavior Modification for These Children**

*Prepared By*

**Ahmed Ragab Mohamed Al Sayed**

*Supervised By*

**Prof. Dr. Saad Abdel Rahman**

Professor of social psychology  
Faculty of Girls  
Ain Shams University

**Prof. Dr. Violet Ibrahim**

Professor of Mental Health  
Faculty of Education  
Ain Shams University

**Prof. Dr. Samia Musa Ibrahim**

Professor of Child- Education  
Faculty of Girls  
Ain Shams University

*(2008)*