

فعالية مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع  
الجماعات وتحقيق الدمج الإجماعي للمعاقين ذهنياً القابلين  
للتعلم في ضوء رؤية مصر 2030

إعداد

دكتور / محمد سعد على فرج الشربيني  
مدرس خدمة الجماعة  
كلية الخدمة الاجتماعية  
جامعة أسوان



أولاً: مشكلة الدراسة

لقد أصبح الإهتمام بقضية المعاقين ذهنياً ضرورة تفرضها طبيعة المتغيرات العالمية المعاصرة وخاصة في كيفية الإستفادة من امكاناتهم وقدراتهم ودخولهم سوق العمل والتأكيد على دمجهم في المجتمع وجعلهم يشعرون بذاتهم وكيانهم مع تمكينهم من بلوغ أكبر قدر ممكن من الإستقلال الذاتي ، خاصة مع إهتمام الدولة بفئة المعاقين وجعل عام 2018م عاماً للمعاقين وصدور قانون المعاقين والعمل مع المعاقين ذهنياً وفقاً لروية مصر 2030م ومن ثم تسعى طريقة العمل مع الجماعات من خلال الإستناد إلى مدخل العلاج الجماعي إلى العمل على تحقيق الدمج الإجتماعي للمعاقين ذهنياً وذلك من خلال تهيئة البيئة الإجتماعية والعمل على إدماج المعاقين في النسيج الإجتماعي مع أقرانهم العاديين وهذا ما تسعى إليه الدراسة الراهنة.

ثانياً: مفاهيم الدراسة

أ - مفهوم العلاج الجماعي. ب- مفهوم الدمج الإجتماعي. ج - مفهوم المعاقين ذهنياً .  
ثالثاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

تنتمي هذه الدراسة وفقاً لأهدافها إلى نمط الدراسات شبه التجريبية واعتمدت على المنهج التجريبي بإستخدام جماعة واحده ،واستخدمت الدراسة مقياس الدمج الإجتماعي للمعاقين ذهنياً.  
رابعاً: نتائج الدراسة:

- أ- أثبتت الدراسة صحة الفرض الفرعي الأول وهو فعالية استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وزيادة التفاعل الجماعي لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم .  
ب- أكدت الدراسة صحة الفرض الفرعي الثاني وهو فعالية استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتنمية مشاركة الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم .  
ت- أثبتت الدراسة صحة الفرض الفرعي الثالث وهو فعالية استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم .

Firstly: Study problem:

Attention to the issue of the mentally handicapped has become a necessity imposed by the nature of contemporary global variables, especially in how to take advantage of their potentials and capabilities and enter the workforce and ensure their inclusion in society and make them feel themselves and their entity while enabling them to achieve the greatest possible degree of autonomy, especially with the state's interest in the handicapped category and make a general 2018 is a year for the handicapped and the issuance of the law for the handicapped and working with the mentally handicapped according to the vision of Egypt 2030 Then the method of working with groups through relying on the entrance to group therapy seeks to work to achieve social Mainstreaming for the mentally handicapped by creating a social environment and working to integrate

the handicapped into the social fabric with Their ordinary peers and this is what the current study seeks.

**Secondly: The study concepts:**

A- group therapy.                      B- social Mainstreaming.                      C- mentally handicapped

**Thirdly: Methodological procedures:**

According to its objectives, this study belongs to the pattern of quasi-experimental studies and relied on the experimental approach using one group. The study used the measure of social Mainstreaming for the mentally handicapped.

**Fourthly: Study Results:**

A- The study proved the validity of the first sub-hypothesis, which is the effectiveness of using the group therapy approach in the way of working with groups and increasing the group Mainstreaming of the mentally handicapped.

B- The study confirmed the validity of the second sub-hypothesis, which is the effectiveness of using the group therapy approach in the way of working with groups and developing the participation of the mentally handicapped.

C- The study proved the validity of the third sub-hypothesis, which is the effectiveness of using group therapy approach in the way of working with groups and self-esteem of the mentally handicapped.

## المبحث الأول: مشكلة الدراسة ومفاهيمها النظرية

أولاً: مشكلة الدراسة:

بات الاستثمار في البشر من المداخل الرئيسة لضمان تحقيق التنمية ليس فقط على اعتبار أن هؤلاء البشر هم غاية عملية التنمية ووسيلتها، ولكن أيضاً لامتلاكهم إمكانيات تؤهلهم لتحقيق التنمية المنشودة، وتمكنهم من المحافظة على إنجازاتها وضمان استراتيجيتها، ومن ثم تقوم التنمية بصفة عامة، والتنمية البشرية بصفة خاصة على محاور عملية التنمية في أي مجتمع من المجتمعات، ويعد العنصر البشري المحرك الأول لعملية التنمية، وهو المستفيد الأساسي منها، الأمر الذي يتطلب الاستثمار الأمثل لكافة الطاقات البشرية.

ولذا، تحرص الدولة على تنظيم مواردها البشرية بوصفها عنصراً مهماً من عناصر الإنتاج وذلك بتوجيهها، ورفع مستوى كفايتها الإنتاجية حتى يمكن الاستفادة منها لصالح المجتمع، ومن هنا برزت أهمية تنظيم الموارد البشرية، والاهتمام بتعليمها وتدريبها وتنقيتها للنهوض بالمجتمع (Cowling & Maiter, 2017, p. 26)

هذا ولقد نالت رعاية الطفولة حظاً أكبر من الاهتمام منذ العقد الأخير من القرن العشرين وحتى الآن، ولعل ما يلفت النظر أن برامج رعاية الطفولة كانت محور الاهتمام الأساسي أمام تلك الدول التي تسعى إلى التنمية، والتقدم الاجتماعي والاقتصادي، وذلك منذ أن ربطت دعوات التنمية بين رغبة الدول في تحقيق معدلات عالية من النمو وتحقيق الرفاهية والأمن الاجتماعي وتكافؤ الفرص.

ونص الإعلان العالمي لحقوق الطفل على ضرورة توفير الفرص والإمكانيات التي تتيح للطفل أن ينشأ في جو صحي سليم في ظروف ملائمة من الحرية والكرامة، وأن يتمتع بتسهيلات الضمان الاجتماعي بما فيه من غذاء مناسب ومسكن وترفيه وخدمات صحية، وأن ينشأ في جو من الأمان في أسرته بحيث توفر له الحماية ضد كل أنواع الإهمال، والقسوة، والاستغلال (إبراهيم، 2003، صفحة 53).

ومن ثم يقاس تقدم المجتمعات بما توليه من أوجه الرعاية الاجتماعية والثقافية والصحية لجميع الفئات التي تقع في نطاقها سواء كانت هذه الرعاية متجهة نحو الاهتمام بالفئات العادية أو ممتدة إلى الفئات المعاقة، وذلك في إطار نوع من التكامل بين الأساليب والأدوات التي تستخدم في تقديم هذه الخدمات على نحو يضمن الارتقاء بها وعلى كافة المستويات (موسى، 1994).

وقد انعكس إهتمام الدولة بكافة فئات المجتمع لا سيما فئة المعاقين وقد ترجم هذا الإهتمام في العديد من المؤتمرات والمنتديات والقوانين والمواثيق لعل أكثرها وضوحاً هو اهتمام فخامة السيد رئيس الجمهورية بجعل عام 2018 عام المعاقين فضلاً عن صدور القانون رقم 2733 لسنة 2018م وصدور لائحته التنفيذية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حيث أكد فخامة رئيس الجمهورية على ضرورة الإهتمام بفئة

المعاقين والحرص على دمجهم في المجتمع وصدور قانون الإعاقة رقم 2733 لسنة 2018 (مجلس الوزراء المصري، 2018) .

ناهيك عن ذلك فقد نصت خطة التنمية المستدامة 2030 صراحة على أنه لا يجوز أن تكون الإعاقة سبباً أو مبرراً لعدم القدرة على الاستفادة من برامج التنمية أو التمتع بحقوق الإنسان. وتتضمن أهداف التنمية المستدامة سبع غايات، تتناول بشكل صريح الأشخاص ذوي الإعاقات، وست غايات أخرى عن الأشخاص الذين يعانون من الضعف والمعاناة، ومن هؤلاء الأشخاص المصابون بإعاقات. كما تتناول أهداف التنمية المستدامة مجالات التنمية الأساسية كالتعليم، والتشغيل والعمل اللائق، والحماية الاجتماعية، والقدرة على مواجهة الكوارث والتخفيف من آثارها، والصرف الصحي، والنقل، وعدم التمييز - وكلها من مجالات العمل المهمة لدى البنك الدولي. ويلتزم جدول الأعمال الجديد للمدن على وجه التحديد بتعزيز التدابير التي من شأنها أن توفر تكافؤ فرص الوصول إلى الأماكن العامة، والمرافق، والتكنولوجيا، والأنظمة، والخدمات، للمعوقين في المناطق الحضرية والريفية (البنك الدولي، 2019) .

وأكدت رؤية مصر 2030 لدعم التنمية المستدامة، أن أهدافها هي التي أطلقتها الأمم المتحدة في أعمال الدورة السبعين للجمعية العامة في سبتمبر 2015 م والتي تتكون من (17) هدفاً تلتزم الدول بتحقيقها بحلول عام 2030، ومن أهم الجوانب باستراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر 2030، هو موقع ذوي الإعاقة، حيث أخذت الاستراتيجية في الاعتبار دور جميع فئات المجتمع بما يتناسب مع مهاراتهم وقدراتهم واحتياجاتهم، ومن هذا المنطلق، تم مراعاة ذوي الاحتياجات الخاصة في الأبعاد المختلفة للاستراتيجية بما يتناسب مع المستهدف تحقيقه في عام 2030 (وزارة التخطيط، 2018).

وبالرغم من نقص الإحصاءات الدقيقة عن المعاقين وأساليب رعايتهم في الوطن العربي ، إلا أن ملاحظة الواقع المعيش تشير إلى أن أساليب الرعاية الاجتماعية المتاحة لا تزال تقليدية ومتواضعة في مجتمعاتنا العربية، ورغم الجهود الكبيرة التي بذلت في هذا المجال، فإنها لا تزال تهدف إلى تكريس عزلة المعاق عن مجتمعه من خلال نشر المراكز المتخصصة وإهمال عملية الدمج والتأهيل المجتمعي (شاهين، 2019) .

ومن هنا أصبح الاهتمام بفئة المعاقين ضرورة تفرضها طبيعة التغيرات العالمية المعاصرة وخاصة في كيفية الاستفادة من إمكانات وقدرات المعاقين ودخولهم سوق العمل والتأكيد على دمجهم في المجتمع وجعلهم يشعرون بذاتهم وكيانهم مع تمكينهم من بلوغ أكبر قدر ممكن من الاستقلال الذاتي (حمزة، 2003).

**ويشير الجدول التالي إلى تقدير حجم الإعاقة في مصر.**

**جدول رقم (1) يوضح حجم الإعاقة في مصر (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2018)**

السنة	1996	2001	2006	2011	2016
نوع الإعاقة					
الإعاقة الفكرية	1515100	1698050	1830975	1975350	2131750
الإعاقة الحركية	303020	339610	366195	395070	426350

127905	118521	109859	101883	90906	الإعاقة السمعية
213175	197535	383098	169805	151510	الإعاقة البصرية
2899180	21686476	3490127	2309348	2060536	إجمالي عدد المعاقين

وباستقراء بيانات الجدول السابق رقم (1) يتضح أن هناك تزايد واضح في أعداد المعاقين وخاصة ذوي الإعاقة الذهنية محل الدراسة الراهنة، الأمر الذي يوجب الاهتمام بهم كغيرهم من العاديين، وأصبح السعي إلى إدماج المعاقين ذهنياً في كافة مناحي الحياة الاجتماعية واجباً تفرضه القيم الاجتماعية والأخلاقية وتدعو إليه القيم الدينية (عطية و جمعه، 2011، صفحة 21)

وقد إهتمت كافة الجهات المعنية برعاية المعاقين ذهنياً في الآونة الأخيرة بتوجيه الأبحاث العلمية لدراسة ظاهرة الإعاقة الذهنية بفئاتها المختلفة، وذلك للوقوف على قدرات وإمكانات المعاقين عقلياً، وتقديم البرامج والخدمات العلاجية المختلفة لتنمية قدراتهم والاعتماد على أنفسهم بصورة جزئية أو كلية في أمور حياتهم، بدلاً من أن يظلوا عالة وعبئاً على الأسرة والمجتمع (عبدالجواد، 2003، صفحة 59)

ويمكن تناول تصنيفات الإعاقة الذهنية على أساس كل من نسبة الذكاء ودرجة التقدم في السلوك الاجتماعي والتوافق على النحو التالي:

## جدول رقم (2)

يوضح تصنيف فئات الإعاقة الذهنية (فهيم، 2005، الصفحات 36-40)

نسبة الفئة الإجمالي	العمر العقلي	معدل الذكاء	الفئة
75%	11-7	70-50	الإعاقة الذهنية البسيطة (القابلين للتعلم)
20%	7-3	50-25	الإعاقة الذهنية المتوسطة
5%	أقل من 3 سنوات	أقل من 25	الإعاقة الذهنية الحادة (المعتوهين)

ويمكن القول بأن الذكاء عند هذه الفئات ينمو تدريجياً إلى سن (15) سنة ثم يتوقف عند سن (17) ويكتسب الفرد بعد ذلك الخبرة والمرونة، أما الذكاء فهو ثابت لا يتغير في هذا السن.

وبناءً على ما سبق، يتضح أن هناك ضرورة للاهتمام بفئة المعاقين ذهنياً والسعي لدمجهم في الحياة الاجتماعية وخاصة أنه وفق الكتابات العلمية والإسهامات البحثية فإن فئة المعاقين ذهنياً من أكثر الفئات التي تحتاج إلى رعاية واهتمام، وأصبحت مساعدتهم لتخطي عثرات هذه المرحلة ضرورة تقتضيها ظروفهم الاجتماعية وذلك بهدف تمكينهم من الاعتماد على ذاتهم في إشباع حاجاتهم الأساسية.

وتعتبر الإعاقة الذهنية من المشكلات الصعبة التي يمكن أن تواجه الفرد والتي يتمثل فيها تدني المستوى الأدائي الوظيفي والعقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها المعاق ذهنياً، ويترتب على هذه المشكلات العديد من جوانب النمو وغيرها من المهارات

المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن المعاق ذهنياً من العيش أو التعايش مع الآخرين وتحقيق التوافق وتكوين العلاقات الاجتماعية مع البيئة المحيطة حوله (محمد، 2005)

ومن منطلق تعدد أبعاد المشكلات الناتجة عن تعدد أبعاد الإعاقة الذهنية، ويصبح من الضروري التعاون بين التخصصات المختلفة لمحاولة مواجهة تلك المشكلات، حيث يكون الهدف الأساسي لهم هو محاولة تأهيل المعاق ذهنياً والاستفادة من طاقاته العقلية المحدودة، حيث يمكن دمجها في المجتمع كقوة بشرية اجتماعية منتجة يمكنها المشاركة في الحياة الاجتماعية بوجه عام (حمزة، 2005)

ومن هنا لاقت فكرة دمج المعاقين في المجتمعات اهتماماً واسعاً خلال العقد الأخير من القرن العشرين سواء كان في صورة وضع التشريعات أو سن القوانين التي تتيح إمكانية تطبيق سياسة الدمج داخل المؤسسات الاجتماعية المختلفة أو لاختبار أساليب الدمج المختلفة والمتعددة، وذلك بهدف انتخاب أفضلها في محاولة لتعميم هذه السياسة (محمد، 1999).

والواقع أن نظام الدمج الشامل ظهر في نهايات القرن العشرين وهو يقوم على "الوصل لا الفصل" بين مجتمع العاديين والمعاقين، وأصبحت بذلك سياسة العمل مع المعاقين تهدف إلى توفير مكان ومكانة للمعاق سواء في المدرسة أو في المجتمع وذلك لدمجهم في جسم المجتمع، واندماجهم فيه كمواطنين فعالين (عبدالصبور، 1998)

وتطبيق القوانين عملياً ظهر نظام الدمج الشامل والذي هو عبارة عن صورة مصغرة لنظام المجتمع، فالطفل المعاق يعيش في مجتمع من الأفراد العاديين الذي يجب أن يتقبلوه ويقدموا له العون ويدركوا أنه يحتاج إلى مساعدة خاصة في بعض النواحي، وفي المقابل يتمتع بكثير من المهارات والمشاعر الإنسانية التي يجب تقديرها، كما أنه له الحق في المشاركة الفاعلة سواءً بسواء مع أقرانه العاديين حسب استعداداته وقدراته التي تؤهله مستقبلاً لأن يكون له دورٌ في دفع عجلة التقدم، وله كذلك كافة الحقوق الإنسانية والاجتماعية التي يجب على المجتمع كفالتها تمثيلاً مع مبادئ العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص والمساواة بين الناس (تقالدين، 2004)

ومن هنا بدأت معظم المجتمعات الاتجاه نحو الدمج والتكامل ونؤكد في ذلك أنه من حق المعاقين في أن ينشئوا في بيئة طبيعية مع أفراد الأسرة والأقران والجيران، فيتاح للمعاق التفاعل والانفعال والمشاركة والنجاح والفشل، أي يختبر الحياة بكل مكوناتها ومشاكلها حتى يستطيع أن يكتسب القوة اللازمة لكي يستطيع أن يعيش داخل المجتمع (سيسالم، 2003، صفحة 57).

وقد أظهرت بعض الدراسات العلمية أن عدم دمج الأطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين، وعدم تكييف وضعهم الاجتماعي في البيئة المدرسية التي يتعلم فيها العاديون قد يتسبب في الكثير من المشكلات التي ترتد سلباً على الأداء والتفاعل الاجتماعي لهذه الفئة مما يعمق مشاعر الفشل التي يعاني منها الأطفال ويجهد أي إمكانية لتفاعلهم الإيجابي في المجتمع بشكل مقبول (بخش، 1995).



كما يؤدي عدم دمج المعاقين أيضاً إلى العزلة وإلى التأثير السلبي على مفهومهم لذواتهم وإلى تدعيم سلوكهم اللاتوافقي وذلك من خلال محاكاة الأطفال المعاقين لبعضهم البعض (المفتى، 1992) .

فالطفل المعاق مثل الطفل العادي يتوقف نجاحه في مراحل حياته المختلفة في مقدار ما يتحقق من اتجاهات إيجابية نحوه والتي تتمثل في سلامة التوجيه وصحة النمو والتربية الصحيحة المنقزمة لاحتياجاته ومشكلاته والعمل على مواجهتها (عبدالصبور، 1998، صفحة 855) .

وفي ضوء ما تقدم فقد أصبح الدمج الاجتماعي ضرورة تقتضيها الظروف الحياتية وتفرضها القيم الاجتماعية، خاصة أن الدمج الشامل يتضمن استيعاب كامل لذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام جسدياً وتعليمياً واجتماعياً ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال تنمية مهارات واتجاهات إيجابية لدى جميع من يعينهم الأمر، سواء داخل المدرسة أو خارجها بمن فيهم الطلاب أنفسهم، بما يساعدهم على تحقيق التفاعل الإيجابي البناء مع بعضهم البعض، وكذلك جعل غرفة الدراسة مجتمعاً صغيراً يقدر إسهامات كل أعضائه، والتغلب على مختلف التحديات؛ ببذل مزيد من الجهد والالتزام من الجميع لجعل المدرسة مكاناً مناسباً يتعلم وينمو فيه جميع الطلاب، ويصلون إلى أقصى مستوى يسمح لهم به إمكاناتهم وقدراتهم (الشافعي، 2005، صفحة 325) .

فدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، مهما كانت المشكلة التي يعانون منها مع غيرهم من الأطفال العاديين ومعاملتهم على أنهم متساوون في المجتمع المدرسي، يمكن أن يجعل نتائج العملية التعليمية قد تفوق أي تقديرات موضوعة مسبقاً (ماكنتاير، 2004، صفحة 91).

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية كأحد المهن التي تتعامل مع المجتمع والجماعات والأفراد في مواجهة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والعقلية معتمدة على الدراسات العلمية التي تهتم بمشكلات المجتمع وأفراده وتقديم الخدمات والبرامج اللازمة لهم (صالح، 1999، صفحة 206). من خلال مجالات متعددة للعمل، حيث لا تقتصر خدماتها على ميادين تقليدية كمساعدة المحتاجين للمعونة المالية من خلال مؤسسات الضمان الاجتماعي، أو رعاية الأسرة والطفولة والأحداث المنحرفين بل امتدت إلى كافة مجالات الحياة بهدف تحقيق المشاركة في التنمية الشاملة سواء الاقتصادية أو الاجتماعية (لبنى، 2005، صفحة 5)

وتُعد طريقة العمل مع الجماعات إحدى طرائق مهنة الخدمة الاجتماعية التي تهدف إلى نمو الفرد والجماعة والمجتمع، وذلك من خلال ما توفره لأعضاء الجماعة من فرص للنمو الاجتماعي السليم والذي يكتسبون من خلاله خصائص المواطنة الصالحة والنشطة على نحو يجعلهم أكثر قدرة على التعامل مع الذات وإدراكها من جهة، ومن واقع المجتمع من جهة أخرى (منقريوس، 2014، صفحة 5).

وطريقة العمل مع الجماعات كإحدى طرائق مهنة الخدمة الاجتماعية تهدف إلى نمو الفرد والجماعة والمجتمع من خلال ما توفره لأعضاء الجماعات من فرص للنمو الاجتماعي السليم والذي يكتسبون خلاله خصائص المواطنة الصالحة والنشطة على نحو يجعلهم أكثر قدرة على التعامل مع الذات وإدراكها من

جهة ومع واقع المجتمع من جهة أخرى ومن ثم المساهمة في تحقيق التوافق الإجتماعى لهم (مصطفى، 2018، صفحة 246) .

وتمثل الجماعة في طريقة العمل مع الجماعات وحدة العمل الأساسية التي يمكن من خلالها مساعدة الأعضاء على الدمج الإجتماعى وذلك من خلال ما توفره الجماعة من فرص للتفاعل الإجتماعى الموجه وتدعيم العلاقات الإجتماعية وتقديم المساعدة في إطار عمليات النمو والتغيير المقصود والمرغوب فيه (منقربوس، 2013، صفحة 67).

وفي إطار الطرح السابق، يتضح لنا إمكانية الاستفادة من المعطيات النظرية لطريقة العمل مع الجماعات في إتمام الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً والإسهام في تحقيق الدمج الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، الأمر الذي يفرض علينا تحديد طبيعة التحديات والمشكلات التي تواجه فئة المعاقين ذهنياً مع محاولة التوصل إلى تصورات علمية من منظور طريقة العمل مع الجماعات لتذليل تلك الصعوبات من خلال الإستناد إلى المداخل العلمية التي تذخر بها طريقة العمل مع الجماعات مثل مدخل العلاج الجماعي. ثانياً: الدراسات السابقة:

ونظراً لأهمية الدراسات السابقة في تحديد منهجية الدراسة الحالية ، فسوف يعرض الباحث فيما يلي مجموعة من الدراسات التي اطلع عليها والتي تلقي الضوء على جوانب الدراسة الحالية بوصفها دراسات سابقة مع مراعاة ظروف كل دراسة من هذه الدراسات المتنوعة والتي يمكن مناقشتها من خلال المحاور التالية.

المحور الأول: دراسات تناولت مشكلات الأطفال المعاقين ذهنياً:

وقد أشارت دراسة (عبده، 2005) إلى أن فئة المعاقين ذهنياً يشعرون دوماً بعدم تقدير الذات وعدم استثمار قدراتهم المتاحة بالإضافة إلى الشعور بالقلّة والدونية، وأوصت الدراسة بضرورة مساعدة المعاقين ذهنياً على توظيف قدراتهم والاستثمار الأمثل لها وضرورة السعى إلى دمجهم في المجتمع المدرسي من خلال الأنشطة اليومية.

وهذا ما توصلت إليه دراسة (Pickett, 2005) حيث أوضحت الدراسة أن ممارسة الأنشطة اليومية أدت إلى زيادة فاعلية دمج الأطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين وأدى ذلك في النهاية إلى زيادة درجة التفاعل بين الأطفال المعاقين والعاديين، وتوصي الدراسة بضرورة التفاعل بين الأطفال المعاقين والعاديين، وتوصي الدراسة كذلك بضرورة وضع العديد من الأساليب والاستراتيجيات التي تزيد من فاعلية نظام الدمج. كما أشارت دراسة (الشربيني، 2009) بعنوان الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقته بالتوافق الاجتماعي من منظور خدمة الجماعة على ضرورة تعظيم الإهتمام بدمج المعاقين ذهنياً بوصفهم من الفئات الذين يحتاجون إلى الفهم الصحيح عن ذواتهم وخاصة شعورهم أنهم أقل من أقرانهم العاديين وأوصت الدراسة بضرورة دمج الاطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين من الناحية الإجتماعية والتعليمية حيث

أن الدمج الإجتماعى يعد أكثر من مجرد وضع الأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين كما أوصت بضرورة مشاركة الأطفال المعاقين ذهنياً أقرانهم العاديين في المدرسة .

كما أكدت دراسة (السنجرى، 2018) على ضرورة التدخل المبكر في دمج الأطفال المعاقين ذهنياً خاصة مع إرتفاع نسب الأطفال المعاقين ذهنياً عالمياً وأوصت الدراسة بضرورة التركيز على ممارسة الأنشطة بين الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وأقرانهم الأسوياء حتى يسهل إدماجهم في النسيج الإجتماعى في المدرسة .

وقد اهتمت دراسة (عابد، 2018) بمعرفة أثر الدمج على التحصيل الأكاديمى والإجتماعى لمجموعتين من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم حيث تم دمج الأولى وعزلت الثانية ودلت النتائج على تحسن المعاقين ذهنياً المدمجين في مهارات التعبير اللغوى ومهارات قضاء وقت الفراغ وأوصت الدراسة بضرورة زيادة الإهتمام بنظام الدمج حتى يشعر المعاق بقيمته وتتكون لديه الدافعية للمشاركة في الأنشطة وممارستها ناهيك عن التفاعل المتوقع له أقرانه .

كما أشارت دراسة (شاهين، 2019) إلى أن دمج الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم مع الأطفال العاديين جعل الأطفال المعاقين ذهنياً أكثر قدرة على التذكر والنجاح وكذلك جعل الأطفال المعاقين ذهنياً لديهم القابلية للإنجاز وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل الإهتمام بنظام الدمج الشامل للمعاقين كحق من الحقوق الإجتماعية .

المحور الثانى: دراسات أكدت على ضرورة الدمج للأطفال المعاقين ذهنياً:

دراسة (سيسالم، 2003، صفحة 57) حيث أشارت إلى ضرورة التأكيد على نظام الدمج الاجتماعى حيث يعد ذلك حقاً من حقوق المعاقين فى أن ينشأوا فى بيئة طبيعية مع أفراد الأسرة والأقران والجيران فيتاح لهم التفاعل والمشاركة والنجاح وعدم تطبيق الدمج يؤدي إلى الشعور بالعزلة والافتراق وضعف المشاركة المنشودة لهم مع أقرانهم وأوصت الدراسة بضرورة تدعيم السلوك الإستقلالى للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم .

كما توصلت دراسة (بديوي، 2004) إلى مجموعة من النتائج التى تدعم اتباع سياسة دمج ذوي الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية، وتذليل العقبات التى تحول دون تحقيق الاستفادة الكاملة من هذه التجربة.

وأوصت دراسة (أبوالعلا، 2005) إلى دمج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين فى مختلف المراحل الدراسية دمجاً شاملاً فى كافة الأنشطة التربوية والتعليمية والاجتماعية والرياضية، بالإضافة إلى توفير فريق عمل متكامل فى المؤسسات التعليمية لضمان التطبيق السليم والفعال لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة بالنظام التعليمى، مع إجراء التدريب اللازم لفريق العمل بالمدارس التى تطبق تجربة الدمج.

وأوضحت دراسة (Paul, 2011) أن الدمج الاجتماعي للمعاقين ذهنياً يؤدي إلى تصحيح بعض الأفكار الخاطئة لديهم وأنه يمكنهم من الاعتماد على ذواتهم في إشباع حاجاتهم الأساسية ومن ثم إمكانية تنمية السلوك الاستقلالي لديهم وإحداث التكيف الاجتماعي المتوقع لهم.

وقد أكدت دراسة (Dukee, 2013) على دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين حيث يشعرون بالقيمة والأهمية ويعمل على تهيئة البيئة المدرسية التي تجعل الأطفال المعاقين ذهنياً أكثر قدرة على المشاركة في ممارسة كافة الأنشطة اليومية الأمر الذي يجعلهم يقدرون ذواتهم.

وأشارت دراسة (Waiter, 2014) إلى أن أكثر المشكلات التي تواجه الطفل المعاق ذهنياً مشكلة سوء التكيف الاجتماعي وضعف تقدير الذات بالإضافة إلى الشعور بالقلّة والدونية وتحفيز الذات، وتوصي الدراسة بضرورة التأكيد على إحداث التكيف الاجتماعي لهم وذلك من خلال الدمج الاجتماعي مع أقرانهم العاديين.

**باستقراء الدراسات السابقة: يمكن الوقوف على الآتي:**

- 1- أن دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع الأطفال العاديين في برامج وأنشطة موجهة يستطيع الطفل المعاق من خلالها أن يتفوق ويثبت ذاته، ويمكن أن تساعد في تحسين السلوك التوافقي وتدعيم العلاقات الاجتماعية لدى ذلك الطفل المعاق ذهنياً.
- 2- أن مشاركة الطفل المعاق ذهنياً للطفل العادي في ممارسة اللعب والنشاط تؤدي إلى النمو في إدراك الذات وتقبلها لدى الطفل المعاق.
- 3- أن تطبيق نظام الدمج يزيد من تقبل الأطفال العاديين لأقرانهم من الأطفال المعاقين وإحساسهم بالمسؤولية تجاههم.
- 4- أهمية الأنشطة المدرسية في دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع الأطفال العاديين من خلال المزوجة بينهم، بما يزيد من ثقة الطفل المعاق بنفسه ويشعره بالقيمة والأهمية، وأنه يستطيع أن يشارك الآخرين في صنع الأشياء.

وفي إطار ما تقدم يمكن تحديد موقف الدراسة الحالية فيما يلي:

أكدت جميع الدراسات والبحوث السابقة سواء التي تناولت المشكلات والتحديات التي تواجه الأطفال المعاقين ذهنياً أو غيرها على ضرورة تفعيل الاهتمام بفئة المعاقين ذهنياً والسعي الدؤوب لدمجهم مع أقرانهم العاديين داخل الفصل المدرسي ، وذلك مثل دراسات بدر الدين كمال عبده، سهير عبد اللطيف أبو العلا ودراسة الشربيني ودراسة السنجرى ودراسة عابد ودراسة شاهين .

- 1- وجود اهتمام من جانب الباحثين والمتخصصين في مهنة الخدمة الاجتماعية والتربية الخاصة بفئة الأطفال المعاقين ذهنياً وذلك من خلال الإسهامات البحثية والأطروحات العلمية والتي أكدت على ضرورة دمج الأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين، بل جاءت بعض الدراسات التي أكدت على ضرورة تهيئة الأطفال العاديين لتقبل أقرانهم المعاقين ذهنياً في مدارس الفصل المدرسي، وذلك في

العديد من النواحي كتمارسه مختلف الأنشطة والبرامج الترويجية خلال اليوم الدراسي، الأمر الذي يشعر الطفل المعاق ذهنياً بالقيمة والأهمية، وأنه شخص مرحب به ومرغوب فيه، ناهيك عن زيادة الدافعية للتفوق والإنجاز لديه، مع سهولة تحقيق الدمج الاجتماعي المنشود لهؤلاء الأطفال المعاقين ذهنياً.

2- تنوع اهتمام هذه البحوث والدراسات فاهتمت بعضها بدراسة المشكلات والصعوبات التي تواجه الأطفال المعاقين ذهنياً، واهتم البعض الآخر بأهمية التأكيد على الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً، وركز البعض على ضرورة الدمج الاجتماعي الشامل للأطفال المعاقين ذهنياً.

3- تتفق الدراسة الحالية مع ما خلصت إليه الدراسات السابقة باختلاف نوعية الدراسة والمراحل الزمنية التي بها، في التأكيد على أهمية الجانب الخاص بالدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقة ذلك بإحداث نوع من التوافق الاجتماعي لديهم.

4- انطلقت الدراسة الحالية من توصيات الدراسات السابقة والتي أكدت على ضرورة تحقيق وإتمام نظام الدمج الاجتماعي في الفصول المدرسية.

فمهنة الخدمة الاجتماعية لها طرائقها المختلفة لاسيما طريقة العمل مع الجماعات والتي يمكنها أن تقوم بدور واضح في تحقيق الدمج الاجتماعي لهؤلاء الأطفال المعاقين ذهنياً مع مجتمعهم، وذلك على اعتبار أن الجماعة تعد وسيلة علاجية وتنموية تؤثر في سلوك أعضائها (فهمي، 1999).

ويشير (Yalom, 2017, p. 501) إلى أن مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات من أنسب المداخل المهمة والمفيدة في العمل مع الأطفال المعاقين لما ينطوي عليه من مفاهيم وأساليب علمية ومهنية تسهم في تحقيق الدمج الاجتماعي المنشود ناهيك عن تحقيق التوافق الذاتي والاجتماعي . ونظراً لطبيعة مشكلة الدراسة ومقتضيات الكتابات العلمية السابقة فإن هذه الدراسة تستند في منظومها وسياقها النظري إلى مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات.

وفي إطار الطرح السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في تساؤل مؤداه "ما فاعلية الدور الذي تسهم به طريقة العمل مع الجماعات باستخدام مدخل العلاج الجماعي في تحقيق الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً؟"

## ثانياً: مفاهيم الدراسة:

### 1- مفهوم العلاج الجماعي: Group Therapy Concept

يُعرف مدخل العلاج الجماعي على أنه أحد المداخل العلاجية الحديثة والذي يستخدمه الاخصائي الاجتماعي والمشاركون في العملية العلاجية مع عدد من الأعضاء الذين تتشابه مشكلاتهم الاجتماعية

ويتم ذلك من خلال جماعة علاجية بهدف مناقشة هذه المشكلات والعمل معاً على حلها (Growther, 2018, p. 525).

كما يُعرف العلاج الجماعي على أنه مدخل علاجي يتبعه الأخصائي الاجتماعي مع الأعضاء ذوي المشكلات بهدف الاستفادة من الخبرة الجماعية في تعديل سلوكهم (عبدالمحسن، 1990، صفحة 84). كما يتضمن مدخل العلاج الجماعي بعض الأساليب العلاجية التي تساعد أعضاء الجماعة على حل مشكلاتهم، وجعلهم أكثر قدرة على التكامل والاندماج والتوافق الذاتي والاجتماعي المنشود (Turner & Kendall, 2017, p. 9).

كما يُعرف مدخل العلاج الجماعي على أنه أحد المداخل العلاجية التي يتم استخدامها مع الأعضاء لمساعدتهم على حل مشكلاتهم الشخصية والاجتماعية من خلال الجماعة كوسط للعلاج وما توفره العمليات الجماعية للجماعة من فرص لتنمية الأداء الاجتماعي (عبدالمحسن، 1990، صفحة 85). كما يُعرف مدخل العلاج الجماعي على أنه أحد المداخل العلاجية التي يمكن استخدامها والاعتماد عليها في تنمية قدرات الأعضاء، وعلاج حالات سوء التوافق من خلال الجماعة وإحداث التفاعل الاجتماعي المنشود وذلك من خلال الجماعة ذاتها عن طريق المواقف الجماعية أي أنه يستثمر ما يقوم به أعضاء الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل له أثر واضح في تغيير سلوكهم ونظرتهم إلى الحياة (راجع، 1990، صفحة 618).

وفي إطار ما تقدم يحاول الباحث عرض المفهوم الإجرائي للعلاج الجماعي بما يتفق ودراسته الحالية:

- 1- مدخل علاجي في طريقة العمل مع الجماعات يعتمد على مجموعة من الإجراءات المنهجية.
- 2- يقوم به الاخصائي الاجتماعي ويشاركه آخرون في تحقيق العملية العلاجية.
- 3- يسهم مدخل العلاج في تحقيق الدمج الاجتماعي لأعضاء الجماعة العلاجية وذلك من خلال:
  - أ - مساعدتهم على تنمية قدراتهم الذاتية.
  - ب- إيجاد جو من التفاعل والمشاركة مما يسهل عملية الدمج المنشودة.
  - ج- مساعدتهم على تقبل ذاتهم وتدعيم الثقة بالذات.
  - د- إشراكهم في الأنشطة غير الأكاديمية مما يتيح الفرصة لعملية الدمج المتوقعة.
- 4- يركز العلاج الجماعي على العملية العلاجية وما توفره من خبرات ومهارات لأعضاء الجماعة مما يسهل من دمجهم مع أقرانهم.
- 5- يهتم الاخصائي الاجتماعي في ضوء استخدامه للعلاج الجماعي بتوجيه عمليات التفاعل والتأثير المتبادل بين الأعضاء.

2- مفهوم الدمج الاجتماعي Social Mainstreaming :



أ) من حيث اللغة: يُقال في اللغة دمج، دمجاً: أي أدخل في الشيء واستحكم فيه (الرازي، 2007، صفحة 105). ودمج الحبل أي أحكمت فتله في رقة (مجمع اللغة العربية، 2003، صفحة 233).

ب) أما في الاصطلاح المهني : فلقد ظهر مفهوم دمج المعاقين mainstreaming في عام 1981 من خلال شعار العام الدولي للمعاقين "المساواة والمشاركة الكاملة" باعتبار أن الحياة الطبيعية للمعاقين حقّ مكفول لهم، خاصة وأن مفهوم الدمج في جوهره اجتماعي أخلاقي نابع من حقوق الإنسان التي تتادي بعدم التمييز أو العزل نتيجة لإصابة الفرد بإعاقة (أبولانصر، 2004، صفحة 173)

ويعرف الدمج على أنه نظام يساعد الأطفال المعاقين ذهنياً على الحياة والتعلم والعمل في أماكن خاصة حيث يجدون فرصة كبيرة للاعتماد على النفس على قدر طاقاتهم وإمكاناتهم (لينش، 1999، صفحة 7).

كما يمكن تعريف الدمج الاجتماعي على أنه تجميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المتماثلة من حيث نوع الإعاقة في فصول دراسية خاصة داخل نطاق المدارس العادية، بحيث يدرسون فيها وفقاً لبرامج دراسية خاصة تناسب احتياجاتهم طوال الوقت، وتقتصر مشاركتهم مع أقرانهم العاديين على الاحتكاك والتفاعل خلال أوقات الراحة، وفي الأنشطة الاجتماعية والمدرسية والرياضية والفنية والرحلات (عبد الحميد، 2003)

فالدمج الاجتماعي هو فلسفة مبنية على الإيمان بأن كل الناس سواسية ويجب أن يحترموا ويقدروا جميعاً، وأن المعاقين يجب أن تتاح لهم الفرص ليشاركوا مشاركة كاملة في كل أنشطة المجتمع، وبالتالي ينبغي على المدارس (مثلاً) أن تقبل جميع التلاميذ بغض النظر عن حالتهم البدنية أو الفكرية أو الاجتماعية أو اللغوية أو ما إلى ذلك (Antoun, 2015)

ويعني الدمج الاجتماعي بأنه إدراج الأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين بصورة مؤقتة أو بصورة دائمة في الفصل الدراسي العادي وفي المدرسة العادية مما يتيح فرص أفضل أمام المعاق للتعامل الاجتماعي والأكاديمي (حسين، 2003، صفحة 130)

فالدمج الاجتماعي هو نهج تمكيني يساعد جميع الأطفال على الاستمتاع بطفولتهم وفي الحصول على حقوقهم والمساهمة في بناء وتغيير مجتمعاتهم، حيث أنه لا يشمل الأطفال ذوي الإعاقات فحسب، بل أيضاً كل ذوي الحاجات الخاصة من فئات الأطفال الذين يعزلون أو يجرى إقصاؤهم عن المجتمع أو عن النظام المدرسي (ورشة الموارد العربية، 1999)

كما يعرف بأنه "وضع الطفل المعاق مع الطفل العادي داخل إطار التعليم النظامي ولمدة قد تصل إلى 50% من وقت اليوم الدراسي، مع تطوير الخطة التربوية التي تقدم المتطلبات النظرية الأكاديمية أو المقرر الدراسي، ووسائل التدريس التي تحقق الأهداف المرجوة، مع تعاون التربويين في نظام التعليم

الخاص والتعليم النظامي من أجل رعاية وتعليم المعاقين بفئاتهم المختلفة أثناء وقت الدمج في بيئة التعليم النظامي (العجمي، 2000، صفحة 222)

**أما من وجهة نظر الدراسة إجرائياً : يقصد الباحث بالدمج الاجتماعي في الدراسة الحالية:**

- تلك العملية التي تتضمن وضع المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم بالمدارس العادية، داخل الفصول العادية، وذلك كما هو مأخوذ به حالياً في وزارة التربية والتعليم.
- تنمية مشاركة الأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين في ممارسة الأنشطة المدرسية.
- تدعيم العلاقات الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين.
- تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً مع أقرانهم العاديين.

### 3- مفهوم الإعاقة الذهنية :

أ ( من حيث اللغة، يقول المعجم الوسيط في شرح مادة (عوق): عاقه عن الشيء عوقاً أي منعه منه، وشغله عنه، فهو معاق (الرازي، 2007، صفحة 33) .

وسوف يأخذ الباحث بمصطلح (معاق) بدلاً من مصطلح (متخلف)، وقد أجاز استخدام هذا المصطلح من اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين بجمهورية مصر العربية حسماً للجدل الدائر بين استخدام لفظة (معوق) أو لفظة (معاق) وكان ذلك في قرار مجمع اللغة العربية في 14/5/2000 (جمعة، 2000، صفحة 58)

ب) من الناحية القانونية، يعرف قانون الطفل المعاقين ذهنياً على أنهم: هم الأطفال ذوو المقدرة العقلية المحدودة أو المتخلفون في القدرات العقلية والذين تقدر نسبة ذكائهم بأقل من (75) درجة، ومع ذلك فهم قابلون للتعلم أو التدريب أو التأهيل لأساليب خاصة تؤهلهم لكسب مهارات تعليمية أو حرفية أو مهنية مناسبة<sup>(\*)</sup>.

ج) أما في الاصطلاح المهني، فالإعاقة الذهنية هي تعبير يصف الأداء الوظيفي الفكري العام الذي دون المستوى أو السلوك التكيفي الضعيف، وقد حل هذا التعبير محل تعبير "دون السوي" Subnormality كما أنه مرادف لتعبير التخلف العقلي Mental retardation (السكري، 2000، صفحة 306) .

ويصف هذا المفهوم نقص معدل الوظائف العقلية والمهارات قبل أن يصل الشخص إلى عمر 18 عاماً (الشربيني، 2001، صفحة 223)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الإعاقة الذهنية على أنها: انخفاض ملحوظ دون المستوى السوي في الوظائف العقلية العامة حيث يكون مصحوباً بانخفاض ملحوظ في

(\*) قانون الطفل، جمهورية مصر العربية.



الوظائف التكيفية مع التعرض للإصابة قبل سن 18 سنة (American Psychiatric Association , 2017, p. 40)

وتعرف على أنها حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة نتيجة عوامل وراثية أو وضعية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتوضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق النفسي (شقيير، 2002، الصفحات 250-251)

( د ) من وجهة نظر الدراسة، يمكن للباحث أن يضع تعريفاً إجرائياً لهذه الفئة حيث أنها أحد المفاهيم الرئيسية التي تعتمد عليها الدراسة الحالية فيما يلي:

- أن يكون الطفل المعاق ذهنياً من نفس المرحلة العمرية للطفل العادي.
- أن يكون الأطفال الموجودون بالمدرسة من ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة.
- أن يكون من الأطفال الذين يحصلون على درجات ذكاء تتراوح ما بين (50-75) على مقياس الذكاء "لأن هذه النسبة أقل نسبة يكون الطفل قابل للتعلم عندها".
- لديه القدرة علي ممارسة الأنشطة داخل المدرسة لأنها تساعد علي تنمية مهاراته.
- أن يكون الأطفال خاليين من أي مرض جسدي.
- أن يتواجد هؤلاء الأطفال المعاقون ذهنياً بالمدرسة تواجداً مستمراً دون انقطاع واضح.
- أن لا يقل عمره العقلي عن 6 سنوات.

### ثالثاً: أهداف الدراسة:

تنطلق الدراسة من هدف رئيس مؤداه: " اختبار تأثير برنامج التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية باستخدام مدخل العلاج الجماعي وتحقيق الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم"، ويتحقق هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:

- 1- اختبار تأثير برنامج التدخل المهني باستخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وزيادة التفاعل الجماعي لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم.
- 2- اختبار تأثير برنامج التدخل المهني باستخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتنمية مشاركة الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم في ممارسة الأنشطة.
- 3- اختبار تأثير برنامج التدخل المهني باستخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم.

### رابعاً: فروض الدراسة:

تنطلق الدراسة من فرض رئيس مؤداه:

"من المتوقع أن توجد علاقة دالة إحصائياً بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتحقيق الدمج الاجتماعي للطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم".

**وينبثق عن الفرض الرئيسي فروضاً فرعية هي:**

- أ- قد توجد علاقة دالة إحصائياً بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وزيادة التفاعل الجماعي لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم.
- ب- قد توجد علاقة دالة إحصائياً بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتنمية مشاركة الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم في ممارسة الأنشطة.
- ت- قد توجد علاقة دالة إحصائياً بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم .

## المبحث الثاني

**مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتحقيق الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً**

يتناول هذا المبحث محورين أساسيين هما:

**المحور الأول: مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات:**  
**أولاً : النشأة:**

يعد مدخل العلاج الجماعي أحد المداخل العلاجية في طريقة العمل مع الجماعات التي شاع استخدامها بشكل واضح، وقد بدأ العلاج الجماعي على يد العديد من المشتغلين بالخدمة الاجتماعية مثل جلاسر Glasser 1984، وآلن باتلر Allen Buter، وبريتشرد Pritchard 1983، ماريون ميلر 1985 Marion Miller، وتزايدت الكتابات الأجنبية والعربية بشكل أكثر حول إمكانية استخدام العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات بشكل خاص متخذة من الجماعة العلاجية ذاتها أداة ووسيلة للعلاج (Lavin, 2014, p. 242) **ثانياً : مفهوم مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات:**

يعد مدخل العلاج الجماعي أحد المداخل العلاجية في طريقة العمل مع الجماعات وقد أسهم في صياغته كل من جلاسر، هاوكنز، وهوايت، ويحتوي هذا المدخل على مجموعة من المفاهيم العلمية المتسائدة والمترابطة المستمدة من نظريات (الجماعات الصغيرة والعلاقات الإنسانية والاتصال) ويهدف إلى مساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الخاصة على التكامل والتوحد والاندماج وذلك من خلال ثلاث محاور قدمها كل من كينز، وهوايت وهي (Weinstein, Group Theory With Adults With Developmental Disabilities, 2013) :

**المحور الأول:** يركز على عمليات التفاعل بين الجماعة والقيادة فيها والقوى المحركة لها.

**المحور الثاني:** يركز على عمليات المشاركة الوجدانية بين أعضاء الجماعة وتقديم عمليات المساندة والدعم للأعضاء الذين يجدون صعوبة في المشاركة والاندماج.

**المحور الثالث:** يركز على عمليات التفاعل الجماعي الحر والموجه بين أعضاء الجماعة مع الوضع في الاعتبار ضرورة الاهتمام بالمشكلات الفردية للأعضاء ويستند هذا المحور إلى مجموعة من الأساليب العلاجية منها: التعليم، وإعادة التعليم، التفاعل الجماعي، التدريب، الاهتمام، والمشاركة.

**ثالثاً: الافتراضات العلمية التي يستند إليها العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات:**

1- الإنسان كائن اجتماعي له حاجات نفسية واجتماعية، وعدم إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى مشكلات، والجماعة تعطي الفرصة للفرد بأن يقابل حاجاته وأن يشبع رغباته، ويزيد من ميوله واهتماماته ومهاراته كنتيجة للحياة الجماعية (زهران، 2008، صفحة 209).

2- ليست الجماعة محتوى للعلاج فحسب وإنما هي أيضاً وسيلة للعلاج (Heap, 2009, p. 12).

3- تساعد الجماعات العلاجية الأعضاء على حل مشكلاتهم الشخصية من خلال الجماعة كوسط للعلاج وما توفره العمليات الجماعية للجماعة من فرض لتتمية الأداء الاجتماعي (Taseland & Rivas, 2007, p. 23).

4- العلاج الجماعي كمدخل علاجي لن يحقق أهدافه بشكل أفضل إلا في إطار فهم ديناميات الجماعة (عبدالمحسن، 1990، صفحة 86)

5- إكساب الأعضاء العمليات التعليمية والمهارات التدريبية يعزز الوظيفة الاجتماعية والأداء الاجتماعي لديهم مما يجعلهم أكثر قدرة على حل مشكلاتهم الاجتماعية (Turner & Kendall, 2006, p. 10).

**رابعاً: فلسفة مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات:**

1- يتضمن مدخل العلاج الجماعي العديد من الأساليب العلاجية التي تساعد أعضاء الجماعة على حل مشكلاتهم وجعلهم أكثر قدرة على التفاعل والمشاركة.

2- الأخصائي الاجتماعي حال عمله مع الجماعة العلاجية يكون لديه القدرة على التخطيط والتطبيق الجيد لفاعلية العلاج الجماعي.

3- تعد الجماعة وسطاً اجتماعياً علاجياً يتحقق من خلاله المفاهيم التالية:

أ - التعبير عن المشاعر الوجدانية كما يدركها الأعضاء.

ب- عرض المشكلات الاجتماعية في ضوء الواقع الفعلي.

ج- المشاركة في عمليات التفسير الصحيح لطبيعة المشكلات الاجتماعية.

د- التعلم والتدريب لأعضاء الجماعة.

- 4- ضرورة التركيز والاهتمام بالمشكلات ذات الطابع الجماعي التي تشغل الجماعة.  
 5- تستند عملية المساعدة المهنية وفق هذا المدخل إلى فاعلية كل من (عبدالمحسن، 1990، صفحة 84):  
 أ - التفاعل الجماعي الحر والموجه.  
 ب- فهم التأثيرات الاجتماعية وتأثيراتها المختلفة على الفرد والجماعة.  
 ج- الخبرة الجماعية ودورها في صقل شخصية الأعضاء.  
 د- المشاركة في حل المشكلة.

خامساً: أهداف العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات: (Weinstein, 2017, p.

14)

- 1- مساعدة الأعضاء على التعبير عن مشكلاتهم الاجتماعية في جو من الثقة والاحترام وتقدير المشاعر الوجدانية.  
 2- مساعدة الأعضاء على فهم طبيعة مشكلاتهم الاجتماعية وضرورة التعامل معها بنجاح وموضوعية.  
 3- مساعدة الجماعة على تحقيق أهدافها الجماعية المشتركة ذات المردود الفعلي لأعضائها.  
 4- مساعدة الأعضاء على فهم طبيعة العمل الجماعية بوصفها مصدراً رئيساً للعلاج الجماعي .  
سادساً: أساليب العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات :

تتعدد أساليب العلاج الجماعي وفقاً للعديد من المعايير الخاصة بطبيعة العلاج والجماعة والأخصائي ويرى فرنك Frank، وبور مكير Power Maker أن من أهم أساليب العلاج الجماعي ما يلي (Douglas, 2007, p. 88) :

### 1- الجماعات التعليمية:

وهي تلك الجماعات التي من خلالها يتم استخدام العديد من الأساليب التعليمية مثل المحاضرات والمناقشات ولكنها يجب أن تركز مباشرة على تكوين البصيرة والإدراك لدى الأعضاء.

### 2- الجماعات العلاجية الاجتماعية:

وتفيد هذه الجماعات فيما يلي:

- أ - تحقيق ذاتية الأعضاء .  
 ب- تشجيع الأعضاء وتقبلهم.  
 ج- فهم الأعضاء والتأكيد على النواحي الاجتماعية والنفسية.

### 3- تحليل التفاعل الاجتماعي:

تتضمن عمليات التفاعل الاجتماعي أشكالاً تتعلق بالعلاج الجماعي منها: العلاج الجماعي التحليلي، والتحليل الجماعي لأعضاء الجماعة ويعتبر وولف Wolf وشوارتز Schutarts من المناصرين للتحليل الجماعي الذي يفيد في تقديم تفسيرات عن أعضاء الجماعة كأفراد وكمجموعة.

سابعاً: استراتيجيات التدخل ووفقاً لمدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات :

أ - **التدعيم:** وتقتضي التشجيع والتوجيه وتقدير المشاعر والإيثار.

ب- **التعليم:** وتقتضي عمليات التعليم وإعادة التعليم.

ج- **المشاركة:** وتقتضي المشاركة في التفسير الصحيح لأسباب المشكلات ووضع الحلول.

د- **حل المشكلة:** ويتم ذلك في إطار خطوات حل المشكلة المتعارف عليها.

المحور الثاني: مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتحقيق الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم:

يأتي الاهتمام بعملية الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم في ضوء ما أكدت عليه المواثيق الدولية والمحلية لحقوق الطفل والخدمات المقدمة له، ووجوب الحماية الخاصة للأطفال الذين يتعرضون لظروف صعبة والأطفال المعاقين والتي تنص على (الجندي، 1993) :

أ - ضمان حصول الطفل المعاق على التعليم والتدريب وخدمات الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل والإعداد لممارسة عمل يتناسب وطبيعة الإعاقة وتلقيهم لهذه الخدمات التأهيلية بصورة تؤدي إلى تحقيق الاندماج الاجتماعي للطفل ونموه الفردي.

ب- اتخاذ التدابير لتشجيع التأهيل البدني والنفسي وإعادة الاندماج الاجتماعي للطفل الذي يقع ضحية أي شكلاً من أشكال الإهمال، ويجرى هذا التأهيل وإعادة اندماجه في بيئة تعزز صحته واحترامه لذاته وكرامته.

ولذلك يجب السعي في ضوء المتغيرات المعاصرة للتأكيد على نظام الدمج الاجتماعي والتأكيد على ضرورة الأخذ به ولا يأتي ذلك من فراغ بل هناك العديد من الفوائد للدمج المنشود تشمل الطفل المعاق والتلميذ العادي وفيما يلي توضيح فوائد الدمج على الطفل المعاق.

1- تتاح له فرصة التفاعل والتواصل مع العاديين ومن ثم يتمكن من محاكاتهم والتعلم منهم.  
2- الرضا الاجتماعي والنفسي وزيادة تقبل الآخرين وانخفاض معدل الشعور بالعزلة (القذافي، 2002، صفحة 27) .

3- اكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية.

4- الإعداد للحياة الاجتماعية من خلال التكيف معها والتفاعل المناسب مع المواقف الحياتية المتنوعة.

5- تنمو الاتجاهات الإيجابية نحوهم (سيسالم، 2003، صفحة 19)

6- تمنحه الشعور بالثقة في النفس وبعيتمته في الحياة ويتقبل إعاقته ويدرك قدراته وإمكاناته في وقت مبكر (فهيم، 2003، صفحة 153)

7- تزيد رغبتهم في العمل والإقبال على الحياة الأمر الذي يجعل سلوكياتهم أكثر قبولاً من الآخرين (Josphine, 2015, p. 94) .

يمكن توضيح أهداف نظام الدمج وأنواعه على النحو التالي:

**1- أهداف الدمج (الروسان، 2003، صفحة 153):**

- أ - تغيير الاتجاهات السلبية نحو الأفراد المعاقين.
- ب- تغيير نظرة المعاق إلى نفسه.
- ج- توفير الفرص التربوية اللازمة للتعليم.
- د- توفير فرص اكتساب المهارات الاجتماعية.
- هـ- الاقتصاد في الميزانية المتاحة للتعليم.

**2- أنواع الدمج:**

أ - **الدمج الكلي:** يوضع غير العاديين في فصول العاديين طول الوقت بحيث يكون مدرس الفصل العادي مسئولاً عن كليهما بعد إعداده وتأهيله.

ب- **الدمج الجزئي:** وفيه يتم وضع الأطفال المعاقين مع العاديين ذهنياً القابلين للتعلم لفترة زمنية من اليوم الدراسي بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة في فصل مستقل لتلقي مساعدات تعليمية متخصصة داخل غرفة المصادر من خلال معلم متخصص (القريطي، 2011، صفحة 85).

ج- **الدمج المكاني:** ويسميه البعض بالدمج الاجتماعي أو الفصل الخاص، وهذا هو النظام الذي تطبق في ظل الدراسة الراهنة، ويقوم هذا النظام على وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المتماثلة في نوع الإعاقة في فصول دراسية خاصة داخل نطاق المدرسة النظامية العادية ويدرس لهم في فصول دراسية خاصة ومناهج تعليمية خاصة تتناسب ونوع وحدة إعاقتهم ويتم التفاعل بينهم وبين أقرانهم العاديين في أنشطة اجتماعية غير أكاديمية (مرسي، 2010).

وفي إطار المعطيات النظرية لمدخل العلاج الجماعي وما أشارت إليه الدراسات العلمية المرتبطة بموضوع الدمج الاجتماعي يمكن تحقيق الدمج الاجتماعي المنشود للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم ، وذلك من خلال التركيز على المعايير والمحكات الثلاثة التالية:

- 1- التركيز على ضرورة إحداث التفاعل الجماعي لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم.
- 2- التركيز على المشاركة الاجتماعية في ممارسة كافة الأنشطة.
- 3- التركيز على تقدير الذات لدى الطفل المعاق بما يشعره بذاته والثقة فيها.

وفي ضوء ما تقدم يمكن تحقيق عملية الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم باستخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات من خلال ما يلي:

- 1- مساعدة الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم على تقبل ذاته والشعور بالقيمة والأهمية.
- 2- منحة الثقة في ذاته وفي ممارسة أدواره الاجتماعية الفعلية.
- 3- مساعدة الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم على التعبير الحر والصريح عن مشاعره وأفكاره ومواقفه مع الالتزام بقواعد الجماعة التي تحرم أي ردود أفعال سلبية وضاره.

- 4- إتاحة الفرصة للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم لممارسة أنشطة البرامج المختلفة ذات الطابع الفردي ومشاركته مع زملائه العاديين في الأنشطة ذات الطابع الجماعي، ومن ثم يمكن تدعيم علاقاته بالآخرين واندماجه معهم والتخلص من مظاهر الانزواء، والعزلة والانسحاب والهروب.
- 5- التدريب المستمر للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم على تنمية مهاراته الاجتماعية اللازمة له في إطار جماعي تسوده الألفة والمودة والتفاعل.
- 6- الاهتمام الفعلي بشغل أوقات الفراغ لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم ومن ثم الاهتمام بتنظيم ووضع وتصميم البرامج المناسبة لشغل أوقات فراغ هؤلاء الأطفال، والتي تتضمن الأنشطة المختلفة الحرة الموجهة والهادفة والتي من شأنها إتاحة فرص التفاعل المستمر، وعمليات الاتصال بالآخرين ومن ثم إمكانية تحقيق الدمج الاجتماعي.
- 7- التركيز على المشاركة الفعلية في ممارسة كافة الأنشطة القائمة.
- 8- الاهتمام بإحداث التفاعل المستمر بين الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم وأقرانه العاديين مما يسهل من دمجهم معهم.
- 9- إيجاد لغة مشتركة بين أعضاء الجماعة تكون ذات مصطلحات ومفاهيم محددة متفق عليها.

### المبحث الثالث : الإجراءات المنهجية ونتائج الدراسة

يتناول هذا المبحث محورين أساسيين هما:

#### أولاً: الإجراءات المنهجية:

##### 1- نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة وفقاً لأهدافها إلى نمط الدراسات شبه التجريبية وتمثل الدراسة التجريبية أحد التصميمات التجريبية في العلوم الاجتماعية. وسيحاول الباحث دراسة تأثير المتغير المستقل وهو استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات على المتغير التابع وهو تحقيق الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم.

##### 2- المنهج المستخدم:

تعتمد الدراسة على المنهج التجريبي، وذلك باستخدام جماعة تجريبية واحدة، وفي هذه الحالة سيتم قياس للمتغير التابع قبل إدخال المتغير التجريبي، وبعد تنفيذ برنامج التدخل المهني على الجماعة التجريبية، يتم إجراء القياس البعدي للمتغير التابع، وبمقارنة القياسين القبلي والبعدي يتبين حجم التغير الحادث من عدمه، وقد تم استخدام هذا المنهج لصعوبة التحكم الكامل في التجربة البحثية نظراً لطبيعة بحوث العلوم الاجتماعية التي كثيراً ما تتأثر بعوامل يصعب التحكم فيها (رجب، 2005، صفحة 274)

##### 3- أدوات الدراسة:



تعتمد هذه الدراسة على مقياس الدمج الاجتماعي كأداة رئيسية وقد قام الباحث بإعداده، ويمكن عرض خطوات إعداد المقياس على النحو التالي:

- 1- الاطلاع على الكتابات النظرية المتخصصة.
  - 2- الاطلاع على الدراسات والكتابات العربية والأجنبية المرتبطة بالموضوع.
  - 3- الاطلاع على المقاييس والاختبارات ذات الصلة بطبيعة الموضوع.
  - 4- تحديد أبعاد المقياس وفقاً لأهداف الدراسة وفروضها في ثلاثة أبعاد هي:
    - أ- البعد الأول: المشاركة الاجتماعية في ممارسة كافة الأنشطة، ويتضمن العبارات من (1-15).
    - ب- البعد الثاني: إحداث التفاعل الجماعي للطفل المعاق ذهنياً القابل للتعلم، ويتضمن العبارات من (16-30).
    - ج- البعد الثالث: تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم ويتضمن العبارات من (31-45).
- 4- الصدق والثبات:**

**صدق المقياس:** يتم التأكد من صدق المقياس من خلال:

- 1- الصدق الظاهري (صدق المحكمين):  
قام الباحث باختبار صدق المقياس وذلك بعرضه على (15) خمسة عشر من المحكمين من السادة أعضاء هيئة التدريس بكليات الخدمة الاجتماعية (جامعة حلوان، والفيوم وبنى سويف).
- 2- الصدق الذاتي للمقياس:  
وهو أحد أنواع الصدق الإحصائي، ويقاس الصدق الذاتي عن طريق حساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس:  
وجاءت نتائجه كالتالي:

أ - البعد الأول: المشاركة الاجتماعية في ممارسة الأنشطة = 0.87

ب - البعد الثاني: إحداث التفاعل الجماعي للطفل المعاق ذهنياً = 0.93

ج - البعد الثالث: تقدير الذات للطفل المعاق ذهنياً = 0.92

د- الصدق العام للمقياس = 90.67

### 3- ثبات المقياس:

لقد قام الباحث باختبار ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار Test Retest حيث يتم التطبيق الأول والثاني بفواصل زمني قدره (15) يوماً وذلك على عينة قوامها (12) مفردة من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم بمدرسة كرموز الابتدائية المشتركة، ثم قام الباحث بمقارنة استجابات المبحوثين في كل من الاختبارين وتم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام المعادلة التالية:

$$\text{معامل الثبات} = (1 - \frac{\text{عدد الاختلافات}}{\text{عدد الاستجابات الكلية}}) \times 100 \quad (\text{مختار، 1997، صفحة 83})$$

جدول رقم (2) يوضح التطبيق الأول والثاني لقياس ثبات المقياس



م	التطبيق الأول (س)	التطبيق الثاني (ص)	عدد الإختلافات
1	56	44	12
2	53	51	2
3	47	56	9
4	51	65	14
5	37	44	7
6	42	47	5
7	57	66	9
8	51	62	11
9	55	57	2
10	52	58	6
11	56	59	3
12	58	64	6
	615	673	86

عدد المبحوثين = 12      عدد الاستجابات = 45 × 12 = 540

عدد العبارات = 45      عدد الاختلافات = 86

ومن خلال الجدول السابق يتضح أن مجموع عدد الاختلافات بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني = 86 . وتطبق المعادلة السابقة على البيانات التالية

$$\text{معامل الثبات} = \left( \frac{86}{540} - 1 \right) \times 100$$

$$= 85.1\%$$

الأمر الذي يطمئن الباحث إلى ثبات المقياس.

#### 4- تصحيح المقياس:

نظراً لتصميم المقياس باستخدام طريقة ليكرت حيث تضمنت كل عبارة ثلاث استجابات (موافق - موافق إلى حد ما - غير موافق) فقد أعطيت الاستجابة (موافق ثلاث درجات، وأعطيت الاستجابة موافق إلى حد ما درجتان، بينما أعطيت الاستجابة غير موافق درجة واحدة) مع مراعاة تصحيح العبارات السلبية بطريقة عكسية، حيث أعطيت الاستجابة موافق درجة واحدة، وأعطيت الاستجابة موافق إلى حد ما درجتان، بينما أعطيت الاستجابة غير موافق ثلاث درجات، ولما كانت عبارات المقياس (45) عبارة فإن درجات التصحيح تتراوح ما بين (45-135).

**5- مجالات الدراسة:****أ- المجال المكاني:**

تم تطبيق الدراسة بمدرسة كرموز الابتدائية المشتركة بمحافظة الأسكندرية حيث أنها من المدارس المطبقة لمدارس الدمج وقد وصل عدد الطلاب المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم حتى الصف الثالث بها وذلك بعد أن مروا بعامين تمهيديين قبل بداية المرحلة الابتدائية هذا فضلاً عن بعض المبررات الأخرى منها ما يلي .

- تعتبر هذه المدارس من أولي المدارس التي قامت بتطبيق نظام الدمج الاجتماعي بمحافظة الإسكندرية.
- يعد مجال الإعاقة الذهنية البسيطة بؤرة اهتمام الباحث منذ دراسته الجامعية وأيضاً علي مستوى الماجستير , وذلك لحضور الباحث دورات كثيرة في التعامل معهم مما أتاح فرصة الاحتكاك المباشر بهم.
- إبداء وكالة الوزارة والسادة المسؤولين رغبتهم في التعاون مع الباحث.

**ب - المجال البشري:**

تم إجراء التجربة على عينة من الطلاب المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم بمدرسة كرموز الابتدائية المشتركة وعددها 11 مفردة كلهم من الذكور وذلك للاعتبارات التالية:

- 1) تقارب المستوى الاجتماعي والاقتصادي الأمر الذي يحقق أعلى درجة.
- 2) يقع هذا الحجم في نطاق الحجم الأمثل للجماعة العلاجية.
- 3) تمثل العينة الصف الثالث ومن ثم يمكن مشاركتهم في تنفيذ أنشطة البرنامج بما يتفق ووظيفة المؤسسة.
- 4) أن يكون الطفل المعاق ذهنياً من نفس المرحلة العمرية للطفل العادي بمدارس الدمج.
- 5) أن يكون الأطفال الموجودون بالمدرسة من ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة.
- 6) أن يكونوا من الأطفال الذين يحصلون على درجات ذكاء تتراوح ما بين (70-75) على مقياس الذكاء "لأن هذه النسبة أقل نسبة يكون الطفل قابل للتعليم عندها".
- 7) أن يكون الأطفال في الفئة العمرية سن (6-14) سنة.
- 8) أن يتواجد هؤلاء الأطفال المعاقون ذهنياً بالمدرسة تواجداً مستمراً دون انقطاع واضح.
- 9) أن لا يقل عمره العقلي عن 6 سنوات.
- 10) أن يكون الطفل لديه رغبة في التعاون مع الباحث.

**ج- المجال الزمني:**

تم إجراء التجربة في الفترة من 2019/9/1 م وحتى 2020/1/30 م.

## برنامج التدخل المهني وتصميم التجربة

### أولاً: تصميم التجربة:

يتضمن تصميم التجربة تجربة التدخل المهني الخطوات التالية:

- 1- تحديد طبيعة خصائص الجماعة موضوع التجربة البنائية والوظيفية.
- 2- تكوين وتشكيل الجماعة وفقاً للخطوات المتعارف عليها لدى المتخصصين.
- 3- إيجاد قدر من التماثل والتجانس بين أعضاء الجماعة من حيث:
  - أ - المرحلة العمرية (12-14) سنة.
  - ب- الحالة التعليمية (الصف الثالث).
  - ج- الحالة الاقتصادية .
  - د- الحالة الاقتصادية (متقارب).
- 4- مساعدة أعضاء الجماعة التجريبية على فهم وإدراك أهداف برنامج التدخل المهني.
- 5- إجراء القياس للجماعة التجريبية بهدف تحديد خط الأساس والوقوف على المستوى الفعلي للأعضاء قبل إجراء التدخل المهني.
- 6- العمل مع الجماعة التجريبية في ضوء الأدبيات العلمية لطريقة العمل مع الجماعات مع التركيز على البناءات العلمية والمفاهيم النظرية التي يستند إليها مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات.
- 7- مساعدة الجماعة التجريبية على تحقيق أهدافها في ضوء أهداف برنامج التدخل المهني.
- 8- إجراء القياس البعدي للجماعة التجريبية للوقوف على دلالة الفروق بين القياسيين القبلي والبعدي للجماعة ذاتها نتيجة التدخل المهني.
- 9- فترة إجراء التجربة حوالي 5 أشهر وهي فترة مناسبة لتجريب برنامج التدخل المهني وتحديد نتائجه.
- 10- حجم الجماعة مناسب وعدد المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم يسمح للباحث القيام بالملاحظة بشكل جيد.

### ثانياً: برنامج التدخل المهني:

لقد تم وضع وتصميم برنامج التدخل المهني وفقاً للأسس العلمية التي يقوم عليها البرنامج في طريقة العمل مع الجماعات ، مع الوضع في الاعتبار ما يميز برنامج التدخل المهني عن البرنامج بشكل عام.

وقد تم وضع البرنامج في ضوء ما يلي:

### 1- المسلمات العلمية للبرنامج:

- أ - أن الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم لديه من القدرات والإمكانات ما يجعله قادراً على التغيير الذاتي.
- ب- يمكن للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم استثمار قدراته وإمكاناته للتأثير في بيئته الداخلية.
- ج- إدماج الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم في الحياة الاجتماعية واجب تفرضه القيم الأخلاقية والاجتماعية.
- د- مشاركة الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم في ممارسة كافة الأنشطة يزيد من قدراته ومسئوليته الحياتية ومن ثم إمكانية تحقيق الدمج الاجتماعي المنشود.
- هـ- التركيز على إحداث التفاعل الجماعي يسهم في تحقيق الانسجام والتوافق لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم.
- و- الاهتمام بتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم يسهم في تحقيق مفهوم الذات لديه.

## 2- فلسفة البرنامج:

تسند فلسفة البرنامج إلى اعتبارين أساسيين هما:

- أ - الاعتبار الأخلاقي والقيمي ويقوم على وجوب كفالة الحياة الكريمة للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم.
- ب - الاعتبار المهني ويقوم على:
- توجيه عمليات التفاعل الجماعي من خلال المشاركة في ممارسة الأنشطة والبرامج المختلفة.
  - فهم المتغيرات الاجتماعية وتأثيراتها المختلفة.
  - إكساب الخبرات الحياتية المفيدة.
  - المشاركة في حل المشكلات الاجتماعية وتقديم تفسيرات صحيحة بشأنها.
  - دمج الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم في بيئته الداخلية لا يتم إلا من خلال المشاركة في الحياة الجماعية.

## 3- أهداف البرنامج:

- أ - المساهمة في بناء القدرات الذاتية للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم.
- ب- إكساب الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم فنيات المشاركة في كافة الأنشطة.
- ج- المساهمة في دمج الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم مع أقرانه العاديين.
- د- المساهمة في حل المشكلات الاجتماعية للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم.
- هـ- مساعدة الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم على إيجاد نوع من التوازن والانسجام بينه وبين أقرانه العاديين.
- و- مساعدة الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم على تقدير ذاته.

## 4- نسق الهدف:

جماعة الأطفال المعاقين ذهنياً (الجماعة التجريبية) بمدرسة كرموز الإبتدائية المشتركة

بالاسكندرية

### 5- نسق التغيير:

الجماعة ذاتها بوصفها أداة ووسط ووسيلة التغيير .

### 6- نسق المؤسسة:

مدرسة كرموز الإبتدائية المشتركة بالاسكندرية.

### 7- المشاركون في البرنامج:

1- الخبراء من الأكاديميين والممارسين.

2- الأخصائيون الاجتماعيون، مشرفو الأنشطة.

### 9- أنشطة البرنامج:

أ - الأنشطة وأهميتها في شغل وقت الفراغ للمعاقين ذهنياً القابلين للتعلم.

ب- آداب السلوك الاجتماعي.

ج- الاحتياجات الخاصة بالمعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وكيفية إشباعها.

د- أهمية الجماعة في حياة المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم.

هـ- التعليم وأهميته في حياة المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم.

و- الإعاقة والتفوق.

ز- الثقة وتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم.

ح- أهمية المشاركة وآدابها.

ج- اتجاهات المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم نحو الذات والأسرة والمجتمع.

س- الجوانب الاجتماعية في حياة المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم.

### 11- وسائل التعبير في البرنامج:

المحاضرات، الندوات العلمية، المناقشات الجماعية، المقابلات الفردية، الوسائل الفنية.

### 12- استراتيجيات البرنامج:

أ- المشاركة. ب- التعليم.

ج- التغيير من خلال الجماعة ذاتها. د - التدعيم.

### 13- مراحل البرنامج:

وهي المراحل المتعارف عليها والتي تتفق ومراحل نمو الجماعة وهي:

1- مرحلة البدايات والتعاقد.

2- مرحلة التخطيط والتنظيم.

3- مرحلة الإنجاز.

4- مرحلة التقويم والإنهاء.

### ثانياً: نتائج الدراسة:

يمكن تناول نتائج الدراسة في ضوء ما أسفرت عن القياسات القبلية والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية وفقاً لتصحيح مقياس الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم على النحو التالي:

### جدول رقم (3)

يوضح النتائج الإحصائية لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية بالنسبة للبعد الأول "المشاركة في ممارسة كافة الأنشطة"

المجموعة التجريبية قبلي			المجموعة التجريبية بعدي			د.ح	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية (0.01)
1م	1ع	1ب	2م	2ع	2ب			
28	2.3	11	44	2.9	11	10	4.22	توجد دلالة إحصائية

يتضح من الجدول السابق والذي يتصل بالبعد الأول لمقياس الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وهو تنمية المشاركة في ممارسة كافة الأنشطة، أن قيمة ت المحسوبة = (4.22) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية = (2.67) عند درجات حرية (10)، ومستوى معنوية (0.01) ودرجة ثقة (0.99) مما يدل على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أعضاء الجماعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وهو ما يشير إلى التحقق من صحة الفرض الفرعي الأول للدراسة والذي مؤداه "قد توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتنمية المشاركة الاجتماعية في ممارسة الأنشطة".

ويمكن القول أن هذه الفروق بين القياسين ترجع إلى فاعلية برنامج التدخل المهني مع الجماعة التجريبية والتي تمثل أحد أنواع الجماعات العلاجية في طريقة العمل مع الجماعات والتي يحتاج أعضاؤها إلى المشاركة في ممارسة الأنشطة اليومية بين المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وأقرانهم العاديين، الأمر الذي يشعر الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم بالثقة في قدراتهم وأنفسهم، ومن ثم يمكن تشجيعهم دوماً لممارسة مثل هذه الأنشطة والتي تحد من شعورهم بالعزلة، وضعف الشعور بعدم تقدير الذات، واللامعنى للذات الإنسانية والشعور بالدونية هذا وقد أتاح برنامج التدخل المهني كذلك الفرصة الكافية لمساعدة الجماعة التجريبية على المشاركة المتنوعة في كافة الأنشطة المختلفة وذلك بهدف تنمية الجوانب الذاتية المختلفة منها ما يتصل بالجوانب الثقافية مثل المناقشات الجماعية من خلال المحاضرات والندوات العلمية والتي تهتم بأهمية التعليم في حياة المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم والشعور بالذات والمساواة في كافة

الحقوق مع أقرانهم العاديين وضرب بعض الأمثلة الواضحة للمعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وأنه لا يوجد أي فروق في نظرة المجتمع للشخص المعاق والشخص العادي.

كما أتاح برنامج التدخل المهني كذلك الفرصة للجماعة التجريبية للمشاركة في الأنشطة الرياضية، كما مارس الأعضاء بعض الألعاب الحقيقية مثل الرست وكذلك شارك الأعضاء في ممارسة الأنشطة الفنية مثل الغناء، وقد أبدى الأعضاء اهتماماتهم بالممارسة الفعلية لكافة الأنشطة وغيرها من أنشطة البرنامج والتي أسهمت في دمجهم مع أقرانهم العاديين بالمدرسة.

ولقد جاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج الدراسات المرتبطة بهذا الشأن مثل دراسة (Antoun, 2015) حيث أكدت على ضرورة تعظيم الاهتمام بتحقيق الدمج الاجتماعي حيث يمكن من خلال تحقيق الدمج الاجتماعي المنشود تفعيل عمليات المشاركة الاجتماعية في ممارسة كافة الأنشطة الأمر الذي يعمل على مساعدة الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم تقبل ذاته والشعور بالقيمة والأهمية وأنه شخص مرحب به ومقبول من أقرانه، وناهيك عن ذلك فقد جاءت نتائج الدراسة الراهنة والمتعلقة بالفرض الفرعي والذي مؤداه أنه قد توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتنمية المشاركة الاجتماعية في ممارسة الأنشطة، منفقة في مجملها مع الإطار النظري للدراسة الراهنة حيث أكدت كافة الأطروحات النظرية أن ثمة علاقة قوية بين تفعيل عملية المشاركة الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وتحقيق الدمج الاجتماعي لهم بالطريقة المنشودة.

**جدول رقم (4) : يوضح النتائج الإحصائية لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية بالنسبة للبعد الثاني "التفاعل الجماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم"**

المجموعة التجريبية قبلي			المجموعة التجريبية بعدي			د.ح	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية (0.01)
1م	1ع	1ب	2م	2ع	2ب			
30	3.9	11	47	4.17	11	10	5.12	توجد دلالة إحصائية

يتضح من الجدول السابق والذي يرتبط بالبعد الثاني لمقياس الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وهو "إحداث التفاعل الجماعي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم"، أن قيمة ت المحسوبة = (5.12) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية = (2.67) عند درجات حرية (10)، ومستوى معنوية (0.01) ودرجة ثقة (0.99) مما يدل على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أعضاء الجماعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وهو ما يشير إلى التحقق من صحة الفرض الفرعي الثاني للدراسة والذي مؤداه "قد توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وإحداث التفاعل الجماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم" وذلك بمدارس الدمج.

ويمكن القول بأن برنامج التدخل المهني في طريقة العمل مع الجماعات وفي ضوء المعطيات النظرية لمدخل العلاج الجماعي الذي قد أتاح الفرص المواتية لأعضاء الجماعة التجريبية من خلال ممارسة أنشطة البرنامج المختلفة على إيجاد التفاعل الجماعي الموجه بين أعضاء الجماعة التجريبية وبعضها وبين أقرانها العاديين الموجودين في مدرسة كرموز الإبتدائية المشتركة بالأسكندرية الأمر الذي يسهل من عملية الدمج الاجتماعي المنشود من جانب كافة أجهزة الدولة، فضلاً عن إتاحة البرنامج لأعضاء الجماعة التجريبية الفرصة لتفعيل عمليات الاتصال اللفظية وغير اللفظية، وتنمية المهارات اللغوية، وتقديم التفسيرات الصحيحة اللازمة لحل مشكلاتهم وإقامة علاقات التعاون، والتفاعل ومن ثم إمكانية تحقيق الدمج ناهيك عن تنمية القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية الناجحة فضلاً عن تنمية القدرة على الحوار مع الأقران العاديين والقدرة على التعبير عن المشاعر الذاتية، والتخلص من الانفعالات السلبية وذلك ما أدى في مجمله إلى إحداث التفاعل الجماعي بوصفه أحد السبل المؤدية إلى الدمج الاجتماعي المنشود وجاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج الدراسات المرتبطة بهذا الشأن مثل دراسة (Oswald, 2014)

كما جاءت الدراسة الراهنة والمتعلقة بالفحص الفرعي الثاني والذي مؤداه أنه قد توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وإحداث التفاعل الجماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم وذلك بمدارس الدمج مع الإطار النظري حيث أكدت غالبية الأطروحات العلمية على أهمية إحداث التفاعل الجماعي بين الأطفال المعاقين وأقرانهم العاديين بما يعمل على تحقيق عملية الدمج الاجتماعي المنشود وذلك في ضوء الاستناد إلى معطيات العلاج الجماعي في الخدمة الاجتماعية بما يعمل على الوصول إلى ما يسمى بالتربية الشاملة . حيث يؤدي هذا التفاعل الجماعي الموجه إلى مناح الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم الثقة في ذاته وفي قدراته وفي ممارسته لأدواره الاجتماعية الفعلية ، ناهيك عن ذلك فإن الاهتمام بإحداث التفاعل المستمر بين الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم وأقرانه العاديين يعمل على تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعلم ، والتخلص من مظاهر الانزواء والعزلة والانسحاب من الواقع .

### جدول رقم (5)

يوضح النتائج الإحصائية لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية بالنسبة للبعد الثالث "تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم"

المجموعة التجريبية قبلي			المجموعة التجريبية بعدي			د.ح	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية (0.01)
1م	1ع	1ب	2م	2ع	2ب			
23	3.4	11	44	4.7	11	10	6.29	توجد دلالة إحصائية



يتضح من الجدول السابق والذي يتعلق بالبعد الثالث لمقياس الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم وهو "تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً"، أن قيمة ت المحسوبة = (6.29) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية = (2.67) عند درجات حرية (10)، ومستوى معنوية (0.01) مما يدل على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياسين القبلي والبعدي للجماعة التجريبية من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم بوصفها أحد أنواع الجماعات العلاجية في طريقة العمل مع الجماعات وتمثل الأداة الرئيسة، والوسيلة الفعلية والوسط الجماعي لإحداث التغيير المنشود لزيادة تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم وذلك بهدف تسهيل عملية دمج الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعليم مع أقرانه العاديين ، ومن ثم التحقق من صحة الفرض الفرعي الثالث للدراسة والذي مؤداه " قد توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعليم ".

ويمكن القول أن برنامج التدخل المهني في ضوء المعطيات النظرية لمدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات أتاح الفرصة لأعضاء الجماعة من خلال ممارسة مختلف أنشطة البرنامج التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم، ومن ثم الوقوف على حقيقة هذه المشاعر وتلك الأفكار والاتجاهات والمعتقدات وكونها صحيحة أو خاطئة الأمر الذي في إطاره يمكن تدعيم ما هو إيجابي وتغيير أو تعديل ما هو سلبي منها في إطاره يمكن تدعيم ما هو إيجابي وتغيير أو تعديل ما هو سلبي منها في إطار الوسط الجماعي وما يتيح من فرص للنقد الذاتي الموضوعي، في ضوء القيم المرجعية للجماعة ذاتها وبمساعدة الأخصائي الاجتماعي.

كما أتاح برنامج التدخل المهني لأعضاء الجماعة التجريبية للتخلص من الانفعالات المصاحبة للإعاقة الذهنية، الأمر الذي من شأنه أن يساهم في التدعيم الإيجابي للذات الإنسانية، كما أتاح برنامج التدخل المهني الفرصة لأعضاء الجماعة التجريبية في تدعيم الثقة المتبادلة بينهم من خلال المشاركة في ممارسة أوجه الأنشطة الجماعية الأمر الذي ساعد بدوره في إقامة علاقات اجتماعية ناجحة فيما بينهم وأقرانهم العاديين، الأمر الذي يؤدي في مجمله إلى تسهيل عملية الدمج الاجتماعي المنشود.

هذا وقد جاءت نتائج الدراسة الراهنة والمرتبطة بالعرض الفرعي الثالث والذي مفاده قد توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات وتقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً ، متفق في مجملها مع الإطار النظري للدراسة ، حيث أكدت غالبية الأطروحات العلمية على أهمية التركيز على تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعليم وأنه شخص مرحب بوجوده وأنه مهم وله دور فاعل في بيئة الاجتماعية بشكل عام وبيئته المدرسية بشكل خاص ، حيث أشارت تلك الأطروحات على الأهتمام الفعلي بشغل أوقات الفراغ لدى الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعليم والعمل على تحقيق الدمج الاجتماعي لديه ووضع وتصميم البرامج المناسبة لشغل أوقات

فراغ الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم والتي تتضمن الأنشطة المختلفة الحرة الموجهة والهادفة والتي من شأنها إتاحة الفرصة المناسبة لشعور الطفل المعاق ذهنياً بذاته وزيادة قدراته على التواصل مع أقرانه وذلك في إطار جماعي تشوده الألفة والمودة والتفاعل .

### جدول رقم (6)

يوضح النتائج الإحصائية لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية على مستوى القياس العام

المجموعة التجريبية قبلي			المجموعة التجريبية بعدي			د.ح	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية (0.01)
1م	1ع	1ب	2م	2ع	2ب			
81	5.8	11	135	6.18	11	10	7.81	توجد دلالة إحصائية

يتضح من الجدول السابق والذي يتصل بالقياس الكلي لأعضاء الجماعة التجريبية على مقياس الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم ، أن قيمة ت المحسوبة = (7.81) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية = (2.67) عند درجات حرية (10)، ومستوى معنوية (0.01) ، وبدرجة ثقة (0.99) مما يدل على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية على مستوى أبعاد المقياس الثلاثة الكلية وهي:

أ - المشاركة الاجتماعية في ممارسة الأنشطة المختلفة.

ب- إحداث التفاعل الجماعي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

ج- تقدير الذات للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

وهو ما يؤكد صحة فروض الدراسة كما أوضحتها الجداول الإحصائية السابقة، حيث أوضح الجدول رقم (3) صحة فرض الدراسة الأول، والجدول رقم (4) صحة فرض الدراسة الثاني، والجدول رقم (5) صحة فرض الدراسة الثالث ليشير إلى التحقق من صحة لمتغير التابع للدراسة، وهو تحقيق الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم ، وذلك من خلال المؤشرات التي تم وضعها لإحداث وتحقيق الدمج الاجتماعي من وجهة نظر الدراسة الحالية، باستخدام مدخل العلاج الجماعي في طريقة العمل مع الجماعات ، ناهيك عن الكتابات العلمية والتحليلات الإحصائية يتضح أهمية وطبيعة الدور الذي يمكن أن تسهم به طريقة العمل مع الجماعات باستخدام مدخل العلاج الجماعي في تحقيق الدمج الاجتماعي المنشود من جانب كافة أجهزة الدولة وكافة الجهات المعنية بالأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

المراجع:

## المراجع العربية

- إبراهيم عبد الرحمن رجب. (2005). *مناهج البحث في العلوم الاجتماعية والسلوكية*. القاهرة: دار الصحابة للنشر والتوزيع.
- أحمد إبراهيم حمزة. (2003). معوقات دمج المعاقين في مدارس التعليم العام. بحث منشور. *المؤتمر العلمي السادس عشر* (صفحة 538). القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان.
- أحمد شفيق السكري. (2000). *قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية*. الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- أحمد عزت راجح. (1990). *أصول علم النفس*. القاهرة: دار المعارف.
- أحمد علي بديوي. (2004). دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية وارتباطه ببعض المتغيرات. *المؤتمر السنوي التعليم للجميع: التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي* (الصفحات 875-903). القاهرة: كلية التربية. جامعة حلوان.
- البنك الدولي. (4 إبريل، 2019). *إدماج ذوي الإعاقة*. تم الاسترداد من خطة التنمية المستدامة: <https://www.albankaldawli.org/ar/topic/disability>
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (2018). *الكتاب السنوي*. القاهرة.
- السيد عبد الحميد عطية، و سلمى محمود جمعه. (2011). *الخدمة الاجتماعية ودمى الاحتياجات الخاصة*. الأسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- إليانور لينش. (1999). *دمج الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة ما قبل المدرسة (برامج وأنشطة)*. (ترجمة: سمية طه جميل، هالة الجروان، المترجمون) القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- أمل رياض محمد شاهين. (2019). برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعديل اتجاهات مديرات ومعلمات المدارس العادية نحو فصول الدمج. *مجلة الطفولة والتربية*. جامعة الأسكندرية ، 219-244.
- أميرة طه بخش. (1995). أثر تكييف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة أقرانهم العاديين على درجة تحصيلهم الدراسي. بحث منشور. *المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي* (الصفحات 542-543). القاهرة: جامعة عين شمس.
- أمينة الجندي. (1993). *الممارسة المهنية في مجال الطفولة في إطار المواثيق الدولية لرعاية الطفولة*. المؤتمر العلمي السادس " *الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي الواقع والمستقبل* (صفحة 69). القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة الفيوم.
- إيمان فؤاد محمد. (1999). فعالية برنامج للأنشطة المدرسية في دمج الاطفال المعاقين سمعياً مع الاطفال العاديين. بحث منشور. *المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي* (صفحة 825). القاهرة: جامعة عين شمس.
- بدر الدين كمال عبده. (2005). تفعيل ممارسة خدمة الجماعة في مدارس الدمج وعلاقته بتحسين بعض جوانب السلوك التكيفي للتلاميذ المعاقين عقلياً. بحث منشور. *المؤتمر العلمي الثامن عشر* (صفحة 1722). القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان.
- جمال مختار حمزة. (2005). دور الأخصائي النفسي مع فريق العمل في تناول حاجات المعاقين عقلياً. جامعة عين شمس. القاهرة. *مجلة علم النفس*، 35، 122-123.
- حامد عبد السلام زهران. (2008). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.

- حسام عطية حسين عابد. (2018). برنامج تدريبي لتحسين المهارات الإجتماعية لدى الاطفال المعاقين عقلياً في مدارس الدمج. *المجلة الدولية لعلوم وتأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة*، 90-176.
- رمضان محمد القذافي. (2002). *رعاية المتخلفين عقلياً*. الأسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- زينب محمود شقير. (2002). *خدمات ذوي الإحتياجات الخاصة (الدمج الكامل، التدخل المبكر، التأهيل المتكامل*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سلامة عبد العظيم حسين. (2003). *فعالية الأجهزة التعويضية في تحسين التوافق الاجتماعي لدى المعاقين، محافظة القليوبية*. القاهرة: مديرية التضامن الإجتماعي. إدارة البحوث.
- سهير عبد اللطيف أبو العلا. (2005). *متطلبات تحقيق استراتيجية دمج المعاقين مع العاديين في مدارس التعليم العام*. المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي : الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات. القاهرة: مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس.
- صلاح مرسى. (2010). *وجهة نظر موضوعية في الدمج ورعاية الأطفال الصم في سنوات ما قبل المدرسة*. مجلة المنار، 15، 42.
- عادل عبد الله محمد. (2005). *الأنماط، التشخيص، التدخل المبكر. المؤتمر العربي الثاني. الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية*. أسيوط: كلية الاداب. جامعة أسيوط.
- عادل محمود مصطفى. (2018). *اتجاهات معاصرة في خدمة الجماعة*. الفيوم: مكتبة صلاح الدين للنشر والتوزيع.
- عبد الحميد عبدالمحسن. (1990). *العلاج الجماعي*. مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، 1/1.
- عبد العزيز السيد الشافعي. (2005). *الدمج الشامل لذوي الإحتياجات الخاصة وتطبيقاته التربوية*. العين: دار الكتاب الجامعي.
- عبد العزيز عبد الله مختار. (1997). *بحوث الخدمة الاجتماعية*. الفيوم. القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة الفيوم.
- عبد المحي محمود صالح. (1999). *عبد المحي محمود صالح: متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية*. الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد المطلب أمين القريظي. (2011). *سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة وتربيتهم*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبدالله عبد النبي مصطفى السنجرى. (2018). *فاعلية التدخل المبكر في خفض وعلاج اضطرابات التخاطب والنطق والكلام لتحقيق عملية الدمج لدى الأفراد المعاقين ذهنياً*. *المجلة الدولية لعلوم وتأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة*، 100-122.
- فاروق الروسان. (2003). *قضايا ومشكلات في التربية الخاصة وصحتهم النفسية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- فتحي محمد جمعة. (2000). *معوق ومعاوق*. القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
- فؤاد سيد موسى. (1994). *دور الأخصائي الاجتماعي في حماية الطفل من الانحراف بأندية مراكز الشباب*. بحث منشور. *المؤتمر العلمي السادس (صفحة 9)*. الفيوم: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة الفيوم.
- كريستين ماكنتاير. (2004). *أهمية اللعب للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة*. (ترجمة خالد العمرى، المترجمون) القاهرة: دار الفاروق للنشر.
- كلير فهيم. (2003). *أبناؤنا ذوي الإحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- كلير فهيم. (2005). *رعاية الأبناء ذوي الإحتياجات الخاصة. سلسلة العلوم الاجتماعية. مكتبة الأسرة*. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- كمال سالم سيسالم. (2003). *الدمج في فصول وكدارس التعليم العام*. العين: دار الكتاب الجامعي.

- لطفي الشربيني. (2001). موسوعة شرح المصطلحات النفسية : إنجليزي - عربي. بيروت: دار النهضة العربية.
- ليلي عبدالجواد. (2003). حجم مشكلة المعاقين في مصر. النشرة الدورية. القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين.
- مايسة المفتي. (1992). إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية. بحث منشور. مجلة دراسات نفسية. جامعة عين شمس، 378.
- مجدي عزيز إبراهيم. (2003). مفاهيم تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء المتطلبات الإنسانية والاجتماعية والمعرفية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مجلس الوزراء المصري. (2018). قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المجلد 51). الجريدة المصرية الرسمية. مجمع اللغة العربية. (2003). المعجم الوجيز. القاهرة: مجمع اللغة العربية.
- محمد إبراهيم عبد الحميد. (2003). دمج الأطفال المتخلفين عقلياً مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة وتنمية التوافق الشخصي والاجتماعي لديهم. مجلة علم النفس، الهيئة العامة المصرية للكتاب، 65، 53.
- محمد بن أبي بكر الرازي. (2007). مختار الصحاح، تحقيق: يوسف الشيخ محمد. بيروت: المكتبة العصرية.
- محمد حسنين العجمي. (2000). استراتيجية الدمج لتربية المعاقين بجمهورية مصر العربية ضرورة عصرية. المؤتمر السنوي لكلية التربية. جامعة المنصورة، (صفحة 222). القاهرة.
- محمد سعد على الشربيني. (2009). الدمج الإجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقته بالتوافق الإجتماعي من منظور خدمة الجماعة. الفيوم: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة الفيوم.
- محمد سيد فهمي. (أكتوبر، 1999). التدخل المهني لطريقة العمل مع الجماعات في تحقيق التوافق الاجتماعي لدى أطفال الشوارع. بحث منشور. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 7، صفحة 153.
- محمد عبدالصبور. (1998). دراسة تقييمية لتجربة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العامة بمحافظة الشرقية. بحث منشور. المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي (الصفحات 813-815). القاهرة: جامعة عين شمس.
- مدحت أبو النصر. (2004). تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة، علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع من منظور الوقاية والعلاج. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
- مها السيد تقالدين. (2004). فاعلية برنامج لتنمية بعض الجوانب الإيجابية للإدراك الإجتماعي المتبادل بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين سمعياً. رسالة ماجستير. القاهرة: معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- نداء محمود مصطفى لبنى. (2005). دور الأخصائي الاجتماعي ك ممارس عام مع أعضاء فرق العمل بمؤسسات المعاقين ذهنياً. رسالة ماجستير. غير منشورة. القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان.
- نصيف فهمي منقريوس. (2013). النماذج والنظريات في ممارسة خدمة الجماعة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- نصيف فهمي منقريوس. (2014). ديناميات العمل مع الجماعات. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ورشة الموارد العربية. (1999). الدمج في الطفولة المبكرة (الوعد، الواقع، التحديات). مجلة قطر الندى، 3، 3.
- وزارة التخطيط. (19 سبتمبر، 2018). موقع ذوي الاحتياجات الخاصة باستراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر 2030. تم الاسترداد من الإستدامة والتمويل: <https://www.sfggypt.com/5149>

## المراجع الأجنبية

- American Psychiatric Association . (2017). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: IVED press.
- Antoun, F. (2015). *Inclusion of Children with Disabilities and Other Special Needs in Early Childhood Programmes, Concepts, Needs and Challenges*. Cyprus: Cyprus press.
- Cowling, A., & Maiter, C. (2017). *Managing Human Resource Arnold Amember of the Hodder Head Line Group*. london: Macmillan.
- Douglas, T. (2007). *Group Work Practice*. London: Tavistock Publications.
- Dukee, R. (2013). Mainstreaming: Yes or No. *Journal of Private Education*, 2, 101-108.
- Growther, J. (2018). *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. U.S.A: Oxford University Press.
- Heap, K. (2009). *The Practice of Social Work With Groups Systematic Approach*. London: George Allen & Unwi.
- Josphine, J. (2015). *Mainstream, Or Special Education Students With Disabilities*. new york: palgrave press.
- Lavin, G. (2014). *Group Therapy With aggressive and Delingvent Adolescents in: The Aggressive Adolescents Clinical Perspectives*. new york: The Free Press A division of Macmillan.
- Oswald, A. (2014). *Rehabilitation for Deafened Children, A Puzzle with Missing Pieces*. Canada: Wilfrid Lourier University.
- Paul, N. (2011). *Handicapped Children, Component Remedial Services*. New York. U.S.A: Component Remedial Services.
- Pickett, p. (2005). *Integration of Preschoolers With Severe Disabilities Into Day Care, Journal of Early Education and Development* (Vol. 4). london: palgrave press.
- Taseland, R., & Rivas, R. (2007). *An Introduction on to Group Work Practice*. new york: Macmillian Publishing Co.
- Turner, F., & Kendall , K. (2006). *Social Work Treatment, Interlocking Theoretical Approaches*. new york: the free Press A division of Macmillan.
- Turner, F., & Kendall, K. (2017). *Social Work Treatment Theoretical Approaches*. new york: the free Press Admission of Macmillan.
- Waiter, M. (2014). *Learning Disabilities and Afamily Guide to Living and Learning Togethe*. U.S.A.: Pality Press.
- Weinstein, B. (2013). *Group Theory With Adults With Developmental Disabilities*. California: State Council.
- Weinstein, B. (2017). *Group Theory With Adults With Developmental Disabilities*. new york: palgrave press.
- Yalom, I. (2017). *The Practice and Theory of Group Psychotherapy*. new york: Basic Books, Inc Publishers.