المجلد: (الثاني)

العدد: (السادس) أبريل(2020)

عدد خاص بالمؤتمر الدولي الثاني

تحت عنوان: (الآفاق الريادية لمتطلبات إصلاح نظم التعليم ما قبل الجامعي في الوطن العربي في ضوء مهارات القرن الحادي والعشرين ورؤية 2030).

International Journal of Research and Studies

المجلة الدولية للبحوث و الدراسات

مجلة علمية دورية محكمة

تصدرها آكاديمية

رواد التميز للتدريب

والإستشارات والتنمية البشرية

أهمية المهارات الحياتية لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة والابتدائية وأثرها في تحسين مفهوم الذات.

إعداد: طيبة عثمان بوكر عبدالله عقيلي.
المملكة العربية السعودية، عمادة خدمة المجتمع
والتعليم المستمر، جامعة جازان.
دبلوم تربية خاصة مسار عقلي.

إشراف الدكتورة: جيهان عبدالعظيم.

بحث مقدم إلى المؤتمر الدولي الثاني لتطوير التعليم العربي.
بعنوان: **(الآفاق الريادية لمتطلبات إصلاح نظم التعليم ما قبل الجامعي في الوطن العربي في ضوء مهارات القرن الحادي والعشرين ورؤية 2030).**

تحت شعار: (التعليم قضية وطن).
المنعقد بمركز التعليم المدني، بالزمالك، وعبر القاعات الصوتية لأكاديمية رواد التميز للتدريب والاستشارات بالقاهرة.

المنعقد يوم: (السبت – الأثنين) في الفترة من: (14– 16 جماد آخر 1441 هـ).
الموافق: (8 – 10 فبراير 2020 م).

ملخص الدراسة.

هدفت الدراسة إلى: وضع قائمة بالمهارات الحياتية المقترحة لمساعدة معلمي ومعلمات التربية الفكرية على القيام تحليل أهداف ومحتوى مناهج الدراسات الاجتماعية والبيئية ووضع تصوراتهم الخاصة بكيفية التدريب وفي ضوء هذه القائمة لتوصيل مهارات الحياة اليومية لتلاميذهم المتخلفين عقلياً في مرحلة الروضة والابتدائية، وتعليم بعض المهارات الحياتية المتعلقة بمجال الذات الجسمية والحركية، والذات الوجدانية والاجتماعية، والتعرف على مدى تأثيره في تحسين مفهوم الطفل لذاته.

منهج الدراسة: قامت هذه الدراسة على عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الأولية) من من تتراوح اعمارهم ما بين (5- 9) سنوات وذلك من خلال ملاحظات الباحثة أثناء تعاملها معهم حيث كانت تقوم بتدريسهم في جميع المواد الدراسية ولمدة ترم دراسي وقد استخدمت معهم فنيات واستراتجيات تعديل السلوك سواء لتعليمهم أو تدريبهم.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، كان منها مايلي: أن الطفل في هذه المرحلة من عمرة يبدأ بتكوين ذاته ويتأثر بمن حوله بدرجة كبيرة، وقد يستمر هذا التأثير لمراحل عمره التالية حيث إن الطفل إذا تلقى الإحباط سواء مِنْ مَنْ يعيش في بيئته وحتى من نفسة عندما لا يستطيع الاستقلال بذاته في قضاء حاجاته الإساسية في مرحلة مبكرة فإنه يصاب بالإحباط، وعدم الثقة في نفسه، ويصيبه اليأس وفقدان الأمل في تعلم المهارة المطلوب تعلمها.

التوصيات: وهناك بعض التوصيات التي من شأنها أن تنعكس إيجابياً في تأثيرها على الطفل المعاق فكرياً منها: توعيه أسر المعاقين فكرياً بأهمية المهارات الحياتية، وتنميتها من خلال عقد ندوات وبث برامج إذاعية وتليفزيونية هادفة، وضرورة إعداد برامج تليفزيونية خاصة للمعاقين فكرياً لإكسابهم المهارات المختلفة، ومنها المهارات الحياتية وتنميتها لتشكيل السلوك السوي، وضرورة العمل على دمج الأطفال المعاقين فكرياً مع الأطفال الأسوياء عن طريق تخصيص فصول لهم في مدارس الأسوياء لتفاعلهم معاً

وإكسابهم المهارات الحياتية ومشاركتهم في ممارسة الأنشطة المختلفة ولأن ذلك له أثرة في تحسين مفهوم الذات.

الكلمات المفتاحية: (المهارات الحياتية، المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، تحسين مفهوم الذات).

Study summary.

The study aimed to: Develop a list of proposed life skills to help teachers and teachers of intellectual education to analyze the goals and content of social and environmental studies curricula and develop their own perceptions of how to train and in the light of this list to communicate the daily life skills of mentally retarded pupils in the kindergarten and primary stage, and to teach some life skills related to a field The physical and motor self, the emotional and social self, and knowing the extent of its influence in improving the child's concept of his self**.**

Study methodology: This study was based on a sample of mentally retarded children in the kindergarten and elementary stage (elementary grades) of those between the ages of (5-9) years, through the researcher's observations while interacting with them, where she taught them in all subjects for a period A semester of study I have used behavioral techniques and strategies for behavior modification, either for their education or training.

The study reached a number of results, among which were the following: The child at this stage of Umrah begins to form himself and is greatly affected by those around him, and this effect may continue to the next stages of his life, as if the child receives frustration both from who lives in his environment and even from himself when He cannot be independent in his own fulfillment of his basic needs at an early stage.

Recommendations: There are some recommendations that would reflect positively on their impact on the intellectually disabled child, including: Educating the families of the intellectually impaired of the importance of life skills, and developing them through holding seminars and broadcasting radio and television targeted programs, and the need to prepare special television programs for the intellectually disabled to acquire different skills, including Life skills and their development to form the appropriate behavior, and the need to work to integrate the intellectually disabled children with normal children by allocating classes for them in the normal schools to interact with them and provide them

with life skills and their participation in the practice of various activities and because this has an impact in improving the concept of the self.

Key words: (life skills, mentally handicapped, learners, improving self-concept).

أهمية المهارات الحياتية لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة والابتدائية وأثرها في تحسين مفهوم الذات.

مقدمة:

اقتضت حكمة الله أن يوجد من بين خلقة من يعانون من نقص في قدرات معينة، وهم ما يسمون بالمعاقين، أو ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يمكن النظر إليهم على أنهم شر، بل هو امتحان من الله لخلقة، وألا لما كان ابتلى سيدنا موسى بإعاقة التخاطب، ولا ابتلى سيدنا شعيب بكف البصر، ولا سيدنا أيوب بإعاقة جسدية مرضية، وحيث إن تفعيل الذات للفرد يعتبر وسيلة من وسائل التنمية البشرية للمجتمع (Roberta, M., 2001: 531).

وتعد مرحلة الطفولة المبكرة، والتي تضم مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية الأولية من المراحل المهمة في حياة الفرد، وذلك لأثرها البالغ في تكوين شخصيته، فهي الفترة التي تنمو فيها قدراته، وتتفتح مواهبه، وتتحدد اتجاهاته، ويتحدد فيها مفهومه عن ذاته (حجازي، 2005: 38) ومفهوم الذات هو الشيء الوحيد الذي يجعل للفرد الإنساني فرديته الخاصة به، ولعله المخلوق الوحيد الذي يستطيع إدراك ذاته، بحيث يجعل من الذات موضوعاً لتأمله وتفكيره وتقويمه، فمعرفة الذات تُمكن صاحبها من إدراك قيمتها، ورسم مسارها، وتحديد علاقاتها بالذوات الأخرى (الصديق، 2004،ص: 1) وتناول هذا المبحث عدداً من المحاور، تم عرضها كتالي:-

أولاً: مفهوم الذات: ولكلمة الذات كما تستعمل في علم النفس معنيان متمايزان، فهي تعرف من ناحية باتجاهات الشخص ومشاعره عن نفسه، ومن ناحية أخرى تعتبر مجموعة من العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق، ويمكن أن نطلق على المعنى الأول: الذات، كموضوع Self-as-Object؛ حيث إنه يعني اتجاهات الشخص ومشاعره ومدركاته وتقييمه لنفسه كموضوع، وبهذا المعنى تكون الذات فكرة الشخص عن نفسه.

ويمكن أن نطلق على المعنى الثاني: الذات كعملية Self-as-Process، فالذات هي فاعل، بمعنى أنها تتكون من مجموعة نشيطة من العمليات كالتفكير والتذكر والإدراك (الجعفري، 1998،ص: 93-113).

وينظر بعض العلماء والفلاسفة إلى الذات على أنها مكون يشتمل على العديد من الجوانب، وذلك على النحو التالي: التفكير، المشاعر، الروحانية، الحواس، الأمن، أجهزة الجسم، المظهر، المعلومات، المهارات العلمية والتقنية، الاحتياجات والمطالب، الأحلام، الأنشطة اللفظية، الأنشطة غير اللفظية، الذات وعلاقاتها بالآخرين، القيم (Philip, B., 1990: 26-27)

في حين يرى آخرون أن الذات تتكون من: التفكير، المشاعر، السلوك (Philip, B., 1990: 10-11) وقد عرف "برجيس" (Briggs ,1974) تقدير الذات المرتفع على أنه إحساس خاص بالذات، وأن الفرد يحب ذاته، ولذا يشعر بالأهمية والقدرة والنجاح، وعلى هذا الأساس، فقد حدد مجموعة من الخصائص للأطفال الذين لديهم تقدير ذات (مرتفع، منخفض) وذلك على النحو التالي: (الجعفري، 1998، ص: 93-113).

ثانياً: خصائص الأطفال: وتنقسم إلى: الأطفال ذوي تقدير الذات المرتفع، والأطفال ذوي تقدير الذات المنخفض، وهي كالتالي:

(أ) **خصائص الأطفال ذوي تقدير الذات المرتفع:** الطفل الذي لديه تقدير الذات مرتفع يتصف بـ:

1. يكون فخوراً بأدائه.
2. يتصرف باستقلالية.
3. يتحمل المسئولية.
4. لا يصاب بالإحباط.
5. يواجه التحديات الجديدة بحماس.

6. يشعر بالقدرة في التأثير على الآخرين.

7. يمتلك الكثير من العواطف والأحاسيس.

(ب) **خصائص الأطفال ذوي تقدير الذات المنخفض**، الطفل الذي لديه تقدير الذات منخفض يتصف بـ:

1. يتجنب المواقف التي تسبب له الضيق.

2. يكبت مواهبه.

3. يشعر بعدم قيمته أمام الآخرين.

4. يلوم الآخرين على فشله.

5. يكون عدوانياً ومحبطاً.

6. يشعر بالضعف.

7. مشاعره وأحاسيسه ضعيفة.

ويذكر "**تيسير القحف**" أن مفهوم الذات لا يولد مع الطفل، ولا يرثه عن أبويه، كما يرث لون عينيه وشعره، وإنما يكتسبه من البيئة حوله من خلال تفاعله مع الآخرين، وخاصة الأشخاص المهمين بالنسبة إليه، وعندما يكبر الطفل تتبلور صورته عن ذاته، وإحساسه بالرضا، أو عدم الرضا عنها من خلال تفاعل الأسرة معه، ثم بعد ذلك يأتي دور المدرسة لتكرس الصورة التي كونها الطفل عن نفسه، أو ربما لتصحيحها في بعض الأحيان عن طريق الأساليب التربوية التي يتبعها المعلم في الصف.

كما أضاف أن مفهوم الطفل لذاته يكون مرناً وهو صغير، وكلما كبر الطفل اتجه مفهومه نحو الثبات والرسوخ، وقد شدد على أنه من المهم جداً أن نبدأ في تطبيق برامج تنمية الثقة بالنفس، وتنمية مفهوم الذات مع الأطفال منذ الصغر (حامد، 2005، ص: 1) حيث يبدأ نمو ضبط الذات عند الأطفال

في سن الثانية، ويزداد مع ازدياد العمر، ولضبط الذات لابد أن يدرك الطفل بأنه منفصل وذو شخصية مستقلة، ولديه القدرة على التحرك الذاتي.

ثالثاً: العوامل المؤثرة في الذات: ومن بين العوامل التي تؤثر في ضبط الذات لدى الأطفال تأخير الإشباع، ومثال ذلك: نعرض على طفل الاختيار بين أخذ قطعة حلوى صغيرة الآن أو أخذ القطعة الكبيرة غداً، ضبط الذات الحركية مثال ذلك: نطلب من الطفل المشي للأمام مسافة ستة أقدام ببطء شديد ويقاس الزمن (Roberta, M., 2001: 530).

ومن هذا المنطلق فإن مفهوم الذات يعني كيفية إدراك الطفل لنفسه، وهذه الإدراكات يتم تشكيلها من خلال خبرته في البيئة، وتتأثر على درجة الخصوص بتدعيمات البيئة والآخرين المهمين في حياته (عبد الفتاح، 1992، ص: 91) وهذا ما تؤكده نظرية "أريكسون" Erikson.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن طفل المعاق عقلياً يسعى لتأكيد ذاته، ووسيلة في ذلك العناد، فالطفل هنا هدفه تأكيد ذاته من خلال إصراره ورفضه الطاعة للكبار، كذلك نجده يسعى إلى الاستقلال والاعتماد على نفسه كتأكيد لذاته، وأنه كبير، وهو يحتاج للشعور بالحب من حوله، وتقبله، وهو في أشد الحاجة إلى مساعدة الوالدين على مزيد من الاستقلالية والاعتماد على النفس، ومزيداً من تأكيد الذات والثقة في النفس، ولكي نكسبه الثقة في نفسه نقوم – على سبيل المثال – بتكليفه بمسئوليات بسيطة يستطيع القيام بها، مما يشعره بالثقة في نفسه.

حيث إنه من الضروري توفير مناخ تعليمي متميز لتأكيد ذات طفل على اعتبار أن كل طفل أشبه بوحدة متميزة في خصائصها عن الآخرين، وسيتطلب ذلك ثراءً متنوعاً في البيئة التي يتعلم فيها طفل، مع التأكيد على إيجابياته، وإتاحة فرص نجاحه، وعدم الإسراف في نقد أفكاره، وتجنيبه مواقف الفشل، وتقبل أفكاره، بصرف النظر عن بعض سلبياته (مصطفى، 2001 ، ص: 30) مع إتاحة الفرصة له لممارسة الأنشطة والألعاب، واستخدام الأدوات التي تحاكي الطبيعة مثل: الشاكوش وأدوات الطبيب، وأدوات المطبخ (Roberta, M., 2001 : 48-50).

رابعاً: قدرت تفعيل الذات: وهناك قدرات عديدة تساعد في تفعيل الذات Self-efficacy لدى الطفل، وهي على النحو التالي (University of South Florida, 2000: 1-2):-

1. المهارات الحركية، حيث تتيح القدرة على إعمال الذات.
2. اللغة والقدرات المعرفية، حيث تُمكن الطفل من التفكير والتخطيط وحل المشكلات بطرق مبتكرة.
3. احتمال التأخير والإحباط (تأجيل الإشباع) حيث يساعد الطفل على ضبط الذات.
4. الخيال واللعب الإيهامي، حيث يُمكن الطفل من الاستقلالية والتحكم في الذات.
5. الارتباط الآمن بالآخرين، حيث يؤهل الطفل للاتجاه نحو الاستقلالية.

لذلك يجب على المعلمة مراعاة عدة اعتبارات لتفعيل الذات لدى الطفل، ومنها ما يلي: مخاطبة كل طفل باسمه، تكوين علاقة شخصية مع الأطفال، الابتسامة في وجه الطفل، تدعيم عملية الاختيار الحر والاستقلالية والمبادأة لدى الأطفال، إتاحة الفرصة لكل طفل للحديث عن نفسه وعائلته، والأشياء التي يحبها، أو يكرهها، وماذا يفضل في أنواع الأطعمة؟ وما هي ألوان الملابس التي يحبها، والمهنة التي يفضلها حينما يكبر؟... الخ.

كما أوضحت دراسة **رضوى فرغلي** (2003 : 225-230) أن هناك أربع حالات ضرورية للحفاظ على مستوى مرتفع من تقدير الذات، وصورة الجسم لدى الأطفال، وهم على النحو التالي: الإحساس بالروابط الاجتماعية Sense of Consecutiveness، الإحساس بالتفردSense of Uniqueness، الإحساس بالقوة Sense of Power، الإحساس بالنماذج Sense of Models.

فالأطفال مع إحساسهم القوي بالروابط الاجتماعية يحققون رضا عن الأشخاص والأماكن والأشياء المرتبطة بهم، ويسمح لهم ذلك بالشعور بالأمن والمساندة، وتقبل أنفسهم والآخرين، ويضعف هذا الإحساس بالروابط بسبب التمييز في المعاملة بين الأطفال، وشعورهم أنهم دون الآخرين، وبالتالي فإن تشجيع الأطفال على الاحترام والمساندة فيما بينهم يساعدهم على الإحساس الجيد بالروابط، ومن ثم الرضا عن أنفسهم، ومع إحساس الأطفال بفرديتهم واحترام مكانتهم الشخصية يزداد إحساسهم بالتميز.

ويضعف هذا الإحساس بالتفرد كلما شعروا أن صورة أجسامهم لا تتناسب مع المعيار الاجتماعي، ويرتبط الإحساس بالقوة بتصور الطفل عن كفاءته وقدرته، ويمكن للراشدين أن يساعدوا الأطفال على اكتساب القوة بالسماح لهم باتخاذ القرار، وتحمل المسئولية، واحترام اختياراتهم.

وقد تناولت العديد من الدراسات العربية والأجنبية مفهوم الذات، وعلاقته ببعض المتغيرات، حيث استهدفت دراسة "**جون**" (John, 1986 : 22-26) الكشف عن علاقة كل من مفهوم الذات والتفاعل الاجتماعي مع الأقران، والسلوك العدواني لدى الأطفال، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الرفض الاجتماعي من الأقران، والسلوك العدواني لدى الأطفال.

ولقد أشارت كل من "**رينا**" ، و"**توماس**" (Rina & Thomas,1992 : 221-231) عند مناقشتهما لنتائج دراستهما أن هناك عدد من الدراسات العلمية الحديثة التي أوضحت في نتائجها أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك العدواني لدى الأطفال، وانخفاض تقديرهم لذاتهم، بينما سعت دراسة "**آن**" و"**استيفن**" (Ann & Stephen, 1994 : 183-186) إلى دراسة التوافق الاجتماعي مع الأصدقاء، وعلاقته بكل من مفهوم الذات والاكتئاب لدى الأطفال.

وقد أظهرت نتائج دراسة "**كيرك**" و"**جروبيتر**" (Crick & Grotpeter,1995 : 710-722) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، والمفهوم السالب عن الذات، والسلوك العدواني لدى الأطفال من الجنسين.

ومما سبق يمكن القول: أن مفهوم الذات بمثابة تقييم عام لصورة الطفل عن نفسه ينتقل إلى الآخرين بالأساليب التعبيرية المختلفة، ويظهر في صورة سلوك، وأنه لا يستطيع إدراك ذاته إلا من خلال إدراك ردود أفعال الآخرين تجاه أعماله وتصرفاته، ويستطيع الأفراد المؤثرين في حياة الطفل مساعدته على تكوين صورة ذات إيجابية تمكنه من النجاح والتكيف الحسن مع المطالب الخارجية.

وتساعده على التفاعل الاجتماعي السليم، وقضاء حوائجه، وتمنحه مزيداً من الاستقلال الذي يريده، وبذلك يشعر بذاته، وينعم بالتكيف الشخصي والاجتماعي، واكتساب المهارات يعتبر ميزة شخصية

كبيرة للطفل، كما أنها تساعده على الاعتماد على نفسه، وتؤكد له قدرته على القيام باتصالات اجتماعية من خلال اللعب، وكلما كان لدى الطفل مهارات أكثر كانت صلاته الاجتماعية أكبر، ولاكتساب المهارات قيمة كبيرة من حيث تأثيرها على مفهوم الذات التي تتكون في هذه المرحلة، كما أنها تكسبه مزيداً من الثقة في نفسه.

ولا جدال في أن المهارات الحياتية ضرورة حتمية لجميع الأفراد في أي مجتمع، فهي من المتطلبات الأساسية التي يحتاج إليها الفرد لكي يتوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، ويتعايش معه؛ حيث إنها تمكنه من التعامل الذكي مع المجتمع، وتساعده على مواجهة المشكلات اليومية، والتفاعل مع مواقف الحياة (تغريد عمران، وآخرون، 2001 : 54) وبالتالي فأن مفهوم الذات يتأثر كثيراً بالخبرات الحياتية.

خامساً: تطوير أهداف التربية الخاصة: ومن هذا المنطلق فقد قامت دراسة "نوتاري وآخرون" (Notari, et al.,1995) بوضع إرشادات تهدف إلى تطوير أهداف التربية التي تتضمنها المهارات اليومية، كما اقترحت دراسة "فارس" وآخرون (Vars, et al. 2000) معايير عالمية للمنهج القائم على المهارات الحياتية، حيث ركز المنهج في هذه الدراسة على المشكلات الحقيقية التي تواجه الصغار والشباب، وقد هدفت الدراسة إلى مساعدة الأطفال على تكوين اتصال خارجي بالحياة، وتعليمهم كيفية ممارسة الديمقراطية، وذلك من خلال مهارات التعامل مع المشاعر، ومهارات الاتصال، واتخاذ القرار.

وقد أوصى **بهاء الدين: (2000 : 134)** بضرورة تزويد المناهج التعليمية بالمهارات الحياتية، حيث يتمكن أبناء المجتمع المصري من التعامل الجيد والكفء مع متطلبات المجتمع وتطوراته.

كما كشفت دراسة: **الله (2002)** عن العلاقة الارتباطية الموجبة بين المهارات الاجتماعية وتقدير الذات لدى الأطفال، حيث بينت النتائج أن الأطفال الذين يتمتعون بمستوى مناسب من المهارات الاجتماعية لديهم تقدير ذات إيجابي، لذلك فقد أوصت الدراسة بضرورة تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية المتضمنة في المواقف الحياتية لتفعيل تقدير الذات لديهم، وزيادة دافعية وحافز الأطفال للتعلم والنشاط.

وفي هذا الصدد يمكن القول أن ممارسة الطفل للأنشطة الحركية يمكن أن يكسبه الثقة بالذات، والشعور بالإنجاز، حيث تضمن التدريب على استخدامات الجسم – على سبيل المثال – يتعلم التوازن والسيطرة، واكتساب المرونة، كما أن التناسق بين العين والعقل والعضلات تتطور بصورة مضطردة؛ فإن كل هذه الأشياء تعتبر مهمة بالنسبة للطفل الصغير، لأنها تعطيه إحساساً بكونه شخصاً ذا قيمة في مجتمعه، فيرتفع بالتالي تقديره لذاته (الفتاح، 1997، ص: 164).

فيجب القائمين برعاية الأطفال أن يشركوهم في أنشطة ترتكز على خبرات الحياة اليومية مع الأشخاص والأدوات في بيئتهم من خلال تفاعل الأطفال مع غيرهم من الأطفال البالغين أثناء مشاريع العمل التعاونية، واللعب مع بعضهم، واتخاذ القرارات بشأن الخامات المستخدمة، ومسئوليتهم عن هذه الخامات وعن أفعالهم، وتقبلهم للنتائج المترتبة على اختياراتهم، ومحاولة إيجاد البدائل أثناء حل مشاكلهم (الفتاح، 1997، ص: 223).

واستناداً لما سبق يمكن القول: أن تنمية مفهوم ذات إيجابي للطفل يتأثر كثيراً بالأنشطة التي تشعر الطفل بالقدرة الجسمية، والقدرة على مشاركة الآخرين، والتفاعل الاجتماعي مع الكبار، وعلاقته بأقرانه واللعب، والقدرة على التحكم والاتزان الانفعالي من خلال أدائه المهارات الحياتية التي تحفز شجاعته وإيجابيته، وتظهر اعتماده على نفسه، فيتصرف باستقلالية، ويتحمل المسئولية.

مشكلة البحث:

لم تحظ الطفولة قديماً بالاهتمام والرعاية بالقدر الذي تحظى به الآن فلم يكن هناك وعي على المستوى الرسمي أو الخاص بأهمية العناية بالأطفال، ولكن نتيجة للتقدم العلمي والثقافي، وبخاصة في مجالات التعليم المختلفة بشكل عام وفي مجالات علم النفس والتربية و التربية الخاصة بشكل خاص تم الاعتراف بأهمية مرحلة الطفولة واعتبارها مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة.

وتتحدد مشكلة الدراسة في وجود نسبة لا يُستهان بها من التلاميذ المعاقين عقلياً في مرحلة الروضة والابتدائية (الصفوف الاولية) يعانون من بعض الصعوبات في تأدية بعض المهارات الحياتية واثر ذلك

على انخفاض مفهوم الذات، وعلى الرغم من أن البيئة التربوية والتعليمية القائمة على المهارات الحياتية قد تبدو أنها ذو تأثير في تفعيل الذات الإيجابية، إلا أن هذا لا يمكن تأكيده إلا من خلال التجريب.

ومن ثم تبرز الحاجة لإجراء دراسة ميدانية لمعرفة مدى فاعلية برنامج مقترح لتعليم بعض مهارات الحياة وتأثيره في تحسين مفهوم الذات لدى الطفل، ولكن لعدم توفر الوقت الكافي فقد استعنا بنتائج برنامج مقترح في دراسة سابقة واعتمادناه من خلال التطبيق الميداني في المدرسة وكان التركيز أكبر على الجانب النظري في هذا البحث.

لم تحظ الطفولة قديماً بالاهتمام والرعاية بالقدر الذي تحظى به – الآن – فلم يكن هناك وعي على المستوى الرسمي، أو الخاص بأهمية العناية بالأطفال، ولكن نتيجة للتقدم العلمي والثقافي، وبخاصة في مجالات التعليم المختلفة بشكل عام، وفي مجالات علم النفس والتربية والتربية الخاصة بشكل خاص، تم الاعتراف بأهمية مرحلة الطفولة واعتبارها مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة، وتتحدد مشكلة الدراسة في وجود نسبة لا يُستهان بها من التلاميذ المعاقين عقلياً في مرحلة الروضة والابتدائية (الصفوف الاولية) يعانون من بعض الصعوبات في تأدية بعض المهارات الحياتية وأثر ذلك على انخفاض مفهوم الذات.

وعلى الرغم من أن البيئة التربوية والتعليمية القائمة على المهارات الحياتية قد تبدو أنها ذو تأثير في تفعيل الذات الإيجابية، إلا أن هذا لا يمكن تأكيده إلا من خلال التجريب، ومن ثم تبرز الحاجة لإجراء دراسة ميدانية لمعرفة مدى فاعلية برنامج مقترح لتعليم بعض مهارات الحياة وتأثيره في تحسين مفهوم الذات لدى الطفل، ولكن لعدم توفر الوقت الكافي فقد استعنا بنتائج برنامج مقترح في دراسة سابقة واعتمادناه من خلال التطبيق الميداني في المدرسة، وكان التركيز أكبر على الجانب النظري في هذا البحث.

وتتلخص مشكلة هذه البحث في الاجابة على الاسئلة التالية: ما أهمية المهارات الحياتية لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الاولية) وأثرها في تحسين مفهوم الذات؟

س1. ما المهارات الحياتية الواجب توافرها في مناهج الدراسات الاجتماعية و البيئية للتلاميذ المعاقين عقلياً بمرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الاولية)؟

س2.ما هو أثر المهارات الحياتية على مفهوم الذات؟

فروض البحث: وكانت كالتالي:-

1- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تأثير المهارات الحياتية على المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الأولية).

2- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تأثير المهارات الحياتية في تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الأولية).

أهمية البحب: يعتبر موضوع التدريب على المهارات الحياتية ذو اهمية بالغة لدى جميع الناس حتى يصبح كل فرد مستقل عن غيره ويشعر برضاء والاستقرار النفسي والاستقلالية عن من حوله والطفل المعاق عقلياً من حقه ان يشعر بهذا الشعور مثله مثل غيره من العاديين.

فهم مواطنون لهم الحق في العيش الكريم مثل أقرانهم الأسوياء ، وليس تفضلاً وإحساناً بل هو حق من حقوقهم، وتبذل جهود متعددة لرعاية المعوقين عقلياً وتربيتهم وتعليمهم وتأهيلهم وتحويلهم إلى قوةٍ منتجةٍ بدلاً من كونهم طاقة معطلة مستهلكة (Bailey & McMillan,1990)

وبذلك ينبغي الحرص على البرامج الفعالة التي تعمل على تدريب المعاقين عقلياً من خلال وضع خطط فردية او جماعية لتنفيذ البرامج الذي تتناسب مع كل فرد من هذه الفئة من المعاقين عقلياً وبخاصتاً القابلين للتعلم وحيث ان هذه البحث وكل الدراسات التي تخدم هذا المجال تسعى الى تطوير المهارات الحياتية لطفل بسرع وقت ممكن وفي مرحلة مبكرة جداً لأن ذلك يؤدي إلى تحسين مفهوم الطفل لذاته ويصبح أكثر ايجابيه لنفسه وفاعلية للمجتمعة.

وبمراجعة الدراسات والبحوث السابقة وجد أنه هناك أهمية بالغة في تدريب الأطفال المعاقين عقلياً على المهارات الحياتية في مرحلة مبكرة من العمر.

ومن خلال هذا الدراسة تم وضع قائمة بالمهارات الحياتية، وتحليل أهداف ومحتوى مناهج الدراسات الاجتماعية والبيئية في ضوء هذه القائمة، وبناءاً عليه تم تصميم بطاقة الملاحظة، وضع التصور المقترح.

أهداف البحث: يهدف البحث إلى محاولة تحقيق الأهداف التالية:

وضع قائمة بالمهارات الحياتية المقترحة لمساعدة معلمي ومعلمات التربية الفكرية على القيام تحليل أهداف ومحتوى مناهج الدراسات الاجتماعية والبيئية ووضع تصوراتهم الخاصة بكيفية التدريب وفي ضوء هذه القائمة لتوصيل مهارات الحياة اليومية لتلاميذهم المتخلفين عقلياً في مرحلة الروضة والابتدائية.

تعليم بعض المهارات الحياتية المتعلقة بمجال الذات الجسمية والحركية، والذات الوجدانية والاجتماعية، والتعرف على مدى تأثيره في تحسين مفهوم الطفل لذاته.

حدود البحث: يتحدد هذا البحث في بما يلي:

1. **الحدود البشرية:** تم تطبيق البحث على الأطفال المعاقين عقلياً القابلون للتعلم، في مرحلة الروضة والابتدائية والتي تتراوح أعمارهم ما بين (5 – 9) سنوات ونسبة ذكاءهم في ما بين (55–75) درجة
2. **الحدود المكانية:** تم تطبيق البحث في المدرسة الابتدائية الأولي بجيزان بمنطقة جازان في المملكة العربية السعودية
3. **الحدود الموضوعية:** المهارات الحياتية المرتبطة بمجال الذات الجسمية والحركية، والذات الوجدانية والاجتماعية ومدى تأثيرها علي مفهوم الطفل لذاته.
4. **الحدود الزمنية:** تم تطبيق البحث في الفترة من 2012/8/1 إلى 2012/11/1.

سادساً: مصطلحات البحث: التعريفات التربوية والتعليمية للإعاقة العقلية: وهي كالتالي:

1. **الإعاقة العقلية:** تذكر **شقير (1999**، ص: **98)** أن الطفل المعاق عقلياً تربويا هو: ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وفى نفس العمر الزمني، وتقع نسبة ذكاءه بين (50 –70).
2. **المهارات الحياتية:**هي مجموعة من المهارات المرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد وما يتصل بها من معارف، وقيم، واتجاهات يتعلمها بصورة مقصودة ومنظمة عن طريق الأنشطة والتطبيقات العملية (دائرة الإشراف التربوي، 2003).
3. **تحسين الطفل لذاته:** يعرف تحسين مفهوم الطفل لذاته بأنه: مدى وعي الطفل وإدراكه لما لديه من خواص وصفات وحُسن تقديره لهذه الخواص والصفات، ويظهر ذلك من خلال ممارسته للمهارات الحياتية المتعلقة بمجال الذات الجسمية والحركية، والذات الوجدانية والاجتماعية التي قد تؤدي إلى تقدير الذات المرتفع، حيث تترجم هذه المهارات إلى سلوك يمكن ملاحظته وقياسه، ويتأثر هذا السلوك بتدعيمات البيئة، وكل المهتمين في حياة الطفل.

الدراسات السابقة: وفيما يلي عرض لأهم البحوث والدراسات السابقة في هذا المجال، والتي يمكن الاستفادة بما توصلت إليه من نتائج وتوصيات في منهج البحث الحالي:

أولاً: الدراسات التي تناول المهارات الحياتية: وتم عرضها كالتالي:

1. **الدراسات العربية التي تناولت المهارات الحياتية:** ومنها، ما يلي:

1. دراسة: أبو سكينة، وعلوان (2009): ولقد اجريت نادية حسن أبو سكينة و رشا عبد الله علوان 2009 دراسة بهدف قياس انعكاسات تطبيق برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية لطفل الروضة على تحسين بعض السمات الشخصية وذلك على عينة عددها (60) طفل وطفلة مقسمة الي (30) مجموعة ضابطة و(30) مجموعة تجريبية وتتراوح اعمارهم من 5 الي 6 سنوات.

ويتراوح نسبة ذكائهم من (108) الي (110) وذلك من خلال تطبيق اختبار رسم الرجل لجودانف، وتم تطبيق استمارة تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي لعبد العزيز الشخص 1998 لاختبار الاطفال ذو المستوى الاجتماعي الاقتصادي متاوي وبرنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة البورتاج ومقياس المهارات الاجتماعية المصور ومقياس مهارات مساعدة الذات إعداد الباحثة.

2. **دراسة: نجدى (1998):** قامت بعرض حالة (ألينا) والتي تبلغ الثانية من العمر، حيث بدأت الأم بتعليمها مهارات العناية بالذات، وعندما بلغت الثالثة أرسلتها إلى إحدى دور الحضانة العادية، وقد اعتاد المدرسون بالحضانة إعطاءها جلسات فردية يومية للعناية بالذات من خلال مهارات استخدام الأواني، وغسل يديها، ومساعدة أحد الكبار عندما يقوم بخلع ملابس الطفل الأصغر سناً أو ارتدائها، فعند إعداد مائدة الطعام تضع الملاعق و الأطباق والخبز ثم تزيلها بعد انتهاء الوجبة، ومارست (ألينا) في دار الحضانة اللعب.

فكانت تطبق تلك المهارات على الدمية، وفي المنزل كانت الأم تحاول ان تشارك الإبنة أمها في الأعمال المنزلية، فمثلاً عندما تقوم الأم بعملية الغسيل كانت تضع كرسياً صغيراً بالقرب منها لابنتها وتضع وعاء وتدع (ألينا) تغسل ملابس دميتها والتي تقوم بعدها بنشرها على أحد حبال الغسيل، وقد اخترعت (ألينا) إشارات معينة للاتصال بأمها، وبالأطفال الأخرين بدار الحضانة، فلكي توصل مفهوم الشرب كانت تشير بأصابعها إلى فمها المفتوح وذلك بتحريك فكها السفلي إلى أعلى وإلى الأسفل، أما أعمال غسل اليدين والوجه والشعر فقد كانت تنقل ذلك بحركات بيديها تمثل هذه الأعمال، وعن الذهاب لمكان ما تلوح بيديها في الاتجاه المطلوب.

وبعد أن أمضت عاماً في دار الحضانة العادية التحقت بمدرسة الخاصة بالصم والمكفوفين، ولم تجد صعوبة في التكيف مع الأعمال المتكررة بها، فقد استطاعت أن تجلس إلى المنضدة وتستخدم الملعقة والسكين والشوكة، وفرشاة الأسنان، وارتداء الملابس والتمييز بين الحذاء الأيمن من الأيسر، وقد تعلمت خلال شهرين أكثر من ثلاثين إشارة للاتصال جديدة وحلت الكلمات الإصبعية محل الإشارات المعنية.

3. **دراسة:عياد، ورقبان(1995): بعنوان:** دراسة تقييمية لمستوى الأداء المهاري لعينة من الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي على مهارات: التواصل، والتفاعل الاجتماعي، وقد ركز البرنامج على خمسة مجالات أساسية تم التدريب عليها لمدة أربعة أشهر وهي: مجالات العناية بالذات، ومجال اللغة والاتصال، ومجال المهارات المعرفية، ومجال العلاقات الاجتماعية، ومجال المهارات الحركية.

واستخدام أسلوب التدعيم وتشكيل السلوك في أداء المهام المستهدفة بالتدريب من خلال: التقبل، أو التصفيق، أو الإشارة، أو إعطاء الحلوى، أو إعطاء لعبة، وأجريت الدراسة على عينة مكونه من (7) أطفال معوقين عقلياً قابلين للتعلم ، ونسبة الذكاء (50–70) ومن الفئة (4– 8) سنوات، ملتحقين بمؤسسة دار الحنان التابعة للجمعية المصرية العامة لحماية الأطفال بالاسكندرية ، وتم قياس الأداء المهاري بصفة دورية أسبوعياً من خلال قائمة للمهارات الأساسية، مع ملاحظة الأداء المهاري، **وتوصلت نتائج الدراسة فيما يتعلق بتدريب الطفل المعوق على المهارات المتعلقة بحياته الاجتماعية والوجدانية إلى:**

أقل المهارات احتياجاً لتكرار محاولات التدريب كانت مهارة الاشتراك في الألعاب الجماعية، تليها مهارة الابتسامة الاجتماعية ثم مهارة الاشتراك في اللعب الجماعي بالمكعبات، وعند مقارنة المهارات من حيث نسبة الاستجابة كانت مهارة الاشتراك في الألعاب الجماعية وسرد أحداث قصة ثم تمثيل الأدوار من أعلى المهارات.

4. **دراسة: هنداوي (1993):** وهي عن فعالية الإشراط الإجرائي لتعديل سلوك المتخلفين تخلفاً عقلياً شديداً وتدريبهم على ممارسة أنشطة الحياة اليومية، وذلك على عينة مؤلفة من (40) من المتخلفين عقلياً تراوحت أعمارهم بين (12–20) سنة ونسبة الذكاء بين (25–35) تم تقسيمهم مجموعتين تجريبية وضابطة، **وقد تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية على المهارات التالية:-**

مهارات العناية الذاتية، والمهارات الحركية، والمهارات اللغوية، والمهارات الاجتماعية، وتعديل المشكلات السلوكية: مص الأصابع وقضم الأظافر، والوقوع على الأرض، وخطف الأشياء من الآخرين، والإنطواء، وعدم القدرة على التواصل والإندماج مع الآخرين، **وتوصلت إلى النتائج الهامة التالية:-**

تأكيد فعالية الإشراط الإجرائي لتعديل سلوك المتخلفين تخلفاً شديداً في التدريب على مهارات السلوك التكيفي، وتعديل المشكلات السلوكية، وظهور التحسن والتقدم في جوانب السلوك التكيفي المختلفة خلال فترة المتابعة.

2.**الدراسات الأجنبية التي تناولت المهارات الحياتية:** ومنا ما يلي:

1. **دراسة: براودر، وجراسو(Browder & Grasso,1999):** وهدفت إلى: تعلم المهارات لكيفية استخدام المال للأشخاص المعوقين عقلياً، وقد تألفت العينة من (318) مشاركاً تراوحت اعمارهم ما بين (7– 78) سنة، تطلبت من المشاركين أن يكون لديهم معرفة بالمهارات المالية مثل قدرتهم على التمييز بين الأوراق النقدية وتمييز الأرقام، وأسعار السلع على الآلة الحاسبة، وأن يكون لديهم مهارة عد النقود، تم استخدام أربعة استراتيجيات لتعزيز الاستقلالية في اختيار المقدار الصحيح للمال، وهو إعطاء المشترك مبلغاً معيناً من المال مثل إعطاء كل مشارك دولاراً لشراء وجبة سريعة من المطعم أو لشراء قهوة ، وتعليم التمييز البسيط بين أنواع النقود أو الفئات النقدية مثل التمييز بين أرباع الدولار للشراء أو إعطائهم أوراقاً نقدية من فئة الدولار لشراء وجبة سريعة، أو استخدام الدولار التالي وذلك لتكملة الدفع، واستراتيجية المحفز الحسي (محفز كلامي، نموذجي، مادي).

وكانت النتائج أن أظهر كافة المعوقين استطاعت الشراء بطريقة مستقلة بعد أن تم التدريب على مواد وأدوات مصطنعة، أما الوسائل الدائمة، فهي استخدام الآلة الحاسبة، وكانت المهارة الأكثر أساسية هي في استخدام المال للقيام بعملية الشراء ودفع المبلغ الصحيح لقيمة الشراء للصندوق.

2. **دراسة: فيلدمان، وجاز (Feldman & Casa, 1999) وهدفت إلى:** تعليم مهارات السلامة والعناية بالطفل لذوي اسر لديهم إعاقة عقلية من خلال التعلم الذاتي، وتألفت العينة من عشرة من ذوي المعوقين عقلياً (تسعة أمهات وأب واحد) وكانت المهارات (12) مهارة، ونسبة ذكاء الأسر اقل من (80) درجة.

أما النتائج الإجمالية فقد أشارت إلى أن تسعة من عشرة من ذوي المعاقين عقلياً ولإحدى عشرة مهارة من اصل اثنتي عشرة مهارة حسنوا من مهاراتهم الأسرية وبتكلفة منخفضة، وتقنية منخفضة وبمواد تعليمية ذاتية.

3. **دراسة: فيلدمان، وديوكارم وكاس(Feldman, Ducharme & Case, 1999) وهدفت إلى:** قياس أثر التدريب الذاتي الذي يمكن أن يسهل العناية بالطفل وذلك باستخدام كتيبات، اشترك بها عشر أمهات وافقن على التدريب لاكتساب مهارات، كان لدى الأمهات إعاقة عقلية، أما الأطفال فهم أربع طفلات كان متوسط أعمارهن بين (2-22.5) شهراً وكان سبعة أطفال يظهرون إعاقات في النمو والتطور، اختير لكل أم عدة مهارات عناية بالطفل بالنسبة لتقييم أولي يرتكز على طاقتها الذاتية، المراقبة المنزلية، واهتمامات المتخصصين المشتركة مع الأسرة.

أعطيت الأم مهارة العناية بالطفل مثل تحفيض الطفل، تغسيل الطفل، سلامة مهده، سلامة نومه، سلامته أثناء وجوده في المطبخ، أعطيت التعليمات بواسطة كتيبات فيها سلسلة من الرسومات الخطية وموضح فيها كل خطوة وتحليل للمهمة، وأعطيت الكتيبات للأمهات في المنزل، وكانت تتأكد الزائرة من معرفة الأم للقراءة، استغرقت الزيارة المنزلية والتي شوهدت فيها مهارة عناية بالطفل حوالي (90) دقيقة، وقبل أن تغادر المدربة كانت تطلب من الأم القيام بقراءة الكتيب ومن ثم القيام بالمهمة أمامها (مثل تغيير فوطة الطفل) وكانت المدربة خلال زيارتها الأسبوعية تشاهد الأم وهي تؤدي المهارة المطلوبة مع طفلها، عدا أماً واحدة لم يعط لها كتيب ولا أي تلقين، وقد وجد أنها لم تكن الفوطة موضوعة بشكل جيد عند الزيارة الأولى لها، لذلك فقد قدم لها تدريب كامل استغرق سبع زيارات، واشتمل التدريب على مناقشة الكتيب، صياغة التجربة، تغذية راجعة للأم.

وقد أشارت النتائج أن (6) أمهات وصلن للمعيار المطلوب في أقل عدد من الجلسات، أما كاثرين وهي الأم الوحيدة التي احتاجت إلى تدريب كامل، وفي فترة المتابعة وجد أنها الوحيدة التي حافظت على مهارات وضع الفوط عندما أنجبت الطفل الجديد، أما الأمهات التسعة الباقيات فقد احتفظن بالكتيبات وكن أحياناً

يرجعن لهذه الكتيبات، والنتيجة إن الأم الوحيدة التي لم تحصل على كتيب احتاجت إلى تدريب كامل، أما اللواتي حصلن على كتيبات فقد احتجن إلى بعض التدريب.

4. **دراسة: ماتسون، وسمولز:(Matson & Smalls, 1998)**: فقد كان الهدف من دراستهما مقارنة أساليب تعليم مهارات معيشية مستقلة، لأشخاص لديهم إعاقات عقلية شديدة وشديدة جداً، وكان عدد المشاركين (22) مشاركاً والذين كانوا يقيمون في مرك، وتراوحت أعمارهم بين (26-70) عاماً، مع مدة إقامة في المؤسسات العقلية ما بين (11-53) عاماً.

وقد اختيرت مهارتان وهما: غسل اليدين وتشغيل التلفزيون لأنهما المهارتان اللتان كانتا فعالتين ومتكيفتين، وكان لدى المشاركين الضعف في هاتين المهارتين، وقد تم تحليل الهدف إلى مهارات صغيرة، وتضمين غسل اليدين على أنه القدرة على استخدام الماء والصابون لتنظيف اليدين، واستخدام ورق التنشيف لتنشيفهما، **وتضمن غسل اليدين الخطوات التالية:**

يفتح المشارك أنبوب الماء، ويبلل يديه بالماء، ويرغي بالصابون على يديه، ويفرك يديه بالصابون، ويغسل يديه بالماء، ويغلق أنبوب الماء، وينشف يديه بورق التنشيف، ويرمي أوراق التنشيف جانباً، **ووقد عرف تشغيل التلفزيون على أنه القدرة على فتح وإغلاق التلفزيون وإدارة والتحكم بقنواته، وتضمن خطوات تشغيل والتحكم بالتلفزيون ما يلي:**

يتجه المشارك نحو التلفزيون، ويفتح التلفزيون، ويشغل التلفزيون، ويغير القنوات خمسة مرات متعاقبة أو بشكل متتالي، ويجد المشارك القناة المرغوبة أو المطلوبة، ويعدل المنظم (منظم الصوت والصورة) يغلق التلفزيون.

وأجري التقييم بعد سبعة أسابيع ، وكانت الدورة خمسة أيام في الأسبوع أو خمسة وثلاثين دورة تعليمية، واستغرقت كل دورة (10-20) دقيقة، مع تقديم تحفيز كلامي وإيمائي وإشارة لكل مشارك لأداء السلوك المستهدف، وتم تعليم وتوجيه المشاركين باستخدام الإجراءات في المركز، وقد تألفت الإجراءات من تحفيز، ونمذجه، وإرشاد، وتوثيق كل خطوة، وتحفيز كلامي، وأظهرت النتائج الاختلاف الواضح ما بين الاختبار

القبلي عن الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية ولكن لم يصلوا إلى المعيار (100%) بل كانت النسبة قريبة من المعيار.

5. **دراسة: ماتسون، وبامبرج (Matson & Bamburg, 1997)**: هدفت الى تقييم ثلاثة تكنيكات لتدريب المهارات الاستقلالية للأشخاص الذين لديهم إعاقة عقلية شديدة، ولإثبات أن التوثيق الأسبوعي لخطوات تحليل المهمة هو أكثر فعالية وتأثيراً على حد سواء مثل التوثيق اليومي، وكان عدد المشاركين (30) مشاركاً لديهم إعاقة عقلية شديدة وشديدة جداً، وتراوحت أعمارهم ما بين (28-63) عاماً وتراوح وجودهم في المؤسسة ما بين (20-45) عاماً.

واستخدمت ثلاثة مستويات منفصلة للمعالجة وذلك لإنشاء احتمالات تقوية مختلفة وفعالة للتقييم اليومي مقابل التوثيق الأسبوعي، صنفت الحالة الأولى مجموعة التوجيه والتحكم لأنه استخدم فيها جميع البيانات اليومية والتصنيفات المادية، واعتبرت هذه الممارسات معياراً لمعظم المؤسسات، فالحالة الأولى فيها عناصر تدريب الأفراد، والتغذية الراجعة وتقوية المعلومات للأفراد، اختلفت المجموعتان التجريبية (1) والتجريبية (2) فقد درب الأفراد على إنجاز أسلوب هدف معين على مهارات ورقية أو كتابية، وأيضاً دربوا مرة واحدة في اليوم، ثم وضع الباحث إجراءات التدريب ودرب الباحثين وسجلوا إجاباتهم مع تعزيز كل محاولة لحين الوصول إلى المعيار 100% وتوثيق النتائج كل سبعة أيام.

واستخدمت المجموعة التجريبية (2) نفس تقنيات التدريب كما هو الحال في المجموعة التجريبية (1) مع إضافتين اثنتين، فالأفراد في المجموعة التجريبية (2) دربوا مرتين في اليوم، واحدة في الصباح والثانية في المساء، ووثقت نتائج تدريباتهم كل سبعة أيام أيضاً، إضافة إلى أن المدرسين في المجموعة التجريبية (2) كانوا قد دعموا من قبل المسؤولين عنهم مرتين أسبوعياً مثل المدح الكلامي، المشاركة في وقت الفراغ.

وقد تم اختيار الأهداف السلوكية للمهارات الاستقلالية، والتي منها شد رباط الحذاء، وغسل الوجه، وغسل اليدين، ومهارات التنقل، ومهارات أوقات الفراغ ، ومهارات التدريب الذاتي، والتزيين، وحددت الأهداف ثم حللت إلى مهمات صغيرة، كانت كل الأهداف تقدم للمدرسين (مجموعة التوجيه والتحكم) بشكل مكتوب على الورق حتى يتبعها المدرب ليصل للهدف، ولكل خطوة كان المدربون يقيمون فيما إذا أنجزت المهمة

بطريقة مستقلة، أو بالمساعدة اللفظية، أو الجسدية، أو بالنمذجة، وكان المدربون يوثقون كل الإجابات ليتحققوا من المعيار 100%.

وقد أشارت نتائج الدراسة أنه لم تكن الاختلافات في مجموعة التوجيه والتحكم قبل وبعد ذات أهمية، وعند مقارنة مجموعة التوجيه والتحكم بالمجموعة التجريبية وجد أن المجموعة التجريبية (1) و (2) فقد أظهرت النتائج تأثيراً مهماً وبارزاً، فالمجموعة التجريبية (1) و (2) اختلفت بشكل بارز في الإختبار البعدي عن القبلي، وفي النهاية وجد أن المعالجة اكثر فاعلية بشكل واضح مع الأشخاص المعوقين عقلياً الذين استخدموا كعينة في التجربة، وتحسنوا خلال ستة أسابيع من مدة التدريب.

6. **دراسة: وستلنج: (Westling, 1997): وهدفت إلى:** معرفة ماذا يريد ذوي الأطفال الصغار المعاقين عقلياً، وجهات نظر اجتماعية، وتألفت العينة من (53) أسرة من أصل (163) من ذوي أطفال المعاقين أرسلت إليهم استبانات.

كانت النتائج فيما يتعلق بمجالات التعليم، مهارات الحياة اليومية، الاتصال، المهارات الاجتماعية، ومهارات اللعب، الترفيه ووقت الفراغ: كان لها تقييم عال، وكان الرضا والارتياح بمستويات التعليم متوافقة مع أهمية المستويات ومع درجات أكبر من الرضا المترافقة مع المزيد من المهارات المهمة، وأشار الأهالي إلى أن أطفالهم كانوا يتعلمون ما كانوا بحاجة إلى تعلمه في ذلك الوقت.

ويرى الأهل أنه يجب أن يوضع الأطفال في محيط مدرسي واحد، سواء كانوا معاقين أم غير معاقين، أما عندما لا يحصل الطفل على الرضا ولارتياح بالخدمات يجب وضع برنامج مدرسي مكثف، وعن خدمات الدعم فقد كان الرضا بالخدمات عند تلقيها عالياً بوجه عام، وأعلى خدمات هي الخدمات الطبية، المساعدة في التنقل والتأمين الصحي.

وبالنسبة للاشتراك والتعاون الأسري: فقد كان التحدث لمعلم الأطفال عن الطريقة التي اشتركوا فيها، ثم الاشتراك في اقتراحات هادفة، وتقديم معلومات عن أطفالهم، والتحدث مع المعالجين الذين يقدمون خدمة لأطفالهم، والاشتراك في الأنشطة.

أما عن الاحتياجات والمتطلبات المعلوماتية فقد كانت عالية نسبياً، فيما يتعلق بالحالات الطبية والميزات الجسدية لأطفالهم، وكيف يعلم الطفل في المنزل، والى أين يذهبون ليتلقوا الخدمات، وميزات التعلم واحتمالية تعلم الطفل.

وعن المسائل المستقبلية فقد وجد أن اكثر اهتمام كان بشأن تعليم الطفل وتقدمه في المدرسة، والوصول إلى خدمات دعم طبية واجتماعية وتطوير اجتماعي وسلوكي، وبالنسبة لنوع السكن الذي يمكن أن يفضلوه لأبنائهم عندما يصبحوا بالغين وعن نوع العمل الذي يفضلوه فقد وجد ان اكثر الترتيبات كانت مع ذويهم في المنزل، وعن العمل المفضل هو المدعوم في محيط عمل منتظم.

7. **دراسة: ريتشاردسون، وكلن:(Richardson & Kline, 1996)**: وهي دراسة لفتاة معوقة عقلياً (ساندي) الهدف منها اكتشاف كيف ساهمت الأسرة والمدرسة والمجتمع بتطوير مهارات الإدارة الذاتية، كانت الفتاة تدرس في مدرسة للإعاقة العقلية، وكان في الصف (16) طالباً من نظرائها المعوقين، تراوحت أعمارهم بين (14- 18) عاماً.

أجريت مقابلات وأخذت ملاحظات في عدة بيئات منها المدرسة، والمنزل، والمجتمع الذي تعيش فيه ساندي، وجرى تسجيل الملاحظات على شريط فيديو وكتابة الملاحظات، واستندت الملاحظات على (25) ملاحظة أو عملية مراقبة وملاحظة، وشكلت كل من تسجيلات المقابلات والمراقبات والملاحظات مع الأوراق المكتوبة للمقابلات وملاحظات المراقبات والأشياء الخاصة بتطور ساندي، البيانات المجمعة، وجدت المعلومات أن والدتها كان لديها أمل بتطور ابنتها فواصلت تدريب ابنتها.

ومن خلال العناية المكثفة التي كانت تقوم بها الأم فقد تطورت وتقدمت ساندي، فقد كانت تحفز باستمرار وتولى مسئوليات ملائمة في المنزل تناسب عمرها مترافقة مع توقع حقيقي بالإنجاز ، وفي إحدى الأمسيات كانت ساندي تحاول ترتيب المائدة للعشاء، فقيمت ساندي نفسها بقولها ستحبون هذه المائدة، إنني جيدة بالفعل، وسألت نفسها، هل نحتاج لسكاكين؟ فأدركت أنها لا تحتاج (وهذا كله نتيجة تدريب وتعزيز وتشجيع الأم) فأعطاها ذلك الثقة بالذات.

وفي المدرسة كانت معلمتها تحاول معاملتها كما تفعل مع الطلاب الآخرين، وتعلمها المسؤولية وتقول لها، إذا اتسخ شيئاً، فبإمكانك تنظيفه، وكانت تقلد الأطفال في غرفة الطعام وفي النظام المتبع للذهاب لغرفة الطعام، بالإضافة إلى أن المهارات الاجتماعية كانت جيدة وذلك نتيجة التحفيز المستمر، أما في المجتمع الذي تعيش فيه فقد كانت لها أنشطة في جمعية المواطنين المعوقين.

وعلقت إحدى صديقات ساندي حول مستقبل ساندي بقولها (أشعر بأن مثل ساندي سيتولون وسيحصلون على وظيفةٍ ما دام هناك من يعتني بهم ويدربهم، فهي لديها مهارات مساعدة ذاتية) وحول قراراتها الذاتية تم سؤالها من قبل الباحث هل تحاولين تناول غذاء مغذياً، فأجابت ساندي نعم، وأنا أمتنع هذه السنة عن تناول الحلويات.

8. **دراسة: داني، وتست (Denny & Test, 1995):** وكان الهدف منها: استخدام أكثر من أسلوب لتعليم عد النقود للاشخاص المعوقين عقلياً، اشترك في الدراسة طالبتان وطالب بلغت أعمارهم (17) عاماً مسجلين في مدرسة مخصصة لطلاب معوقين عقلياً، وكانت نسبة ذكاء نيكول (43) درجة، وماريا (72) درجة، وجون (39) درجة وذلك بسبب إنطوائها.

وتم تدريب المعوقين عقلياً على عد وحساب النقود بشكل منفرد حسب الخطة التربوية الفردية، وأجريت الاختبارات والدورات أربع مرات أسبوعياً، واستغرقت دورة الإختبار من (5–10) دقائق، أما دورة التدريب فقد استغرقت من (10–20) دقيقة، وأجرى الاختبار القبلي والبعدي في متاجر ومطاعم مجاورة للمدرسة، وأعطي كل طالبٍ مقداراً من المال احتوى على خمسة دولارات كل واحد من فئة الدولار، وورقة العشرة دولارات، حيث تم تدريبهم على عملية الشراء مع تقديم التغذية الراجعة عند الإجراء الصحيح.

وأشارت النتائج إلى براعة استخدام أكثر من أسلوب، وجميع الطلاب الثلاثة استخدموا أكثر من أسلوب لعد النقود لشراء الحاجيات.

تعقيب عام على بحوث ودراسات المحور الأول: في ضوء تنوع البحوث والدراسات السابقة أمكن للباحثة التعقيب عليها من حيث:

1. **الموضوع والهدف:** بالنظر إلى البحوث والدراسات السابقة بشكل عام نجدها تنوعت تنوعاً كبيراً سواء من حيث الموضوعات أو الأهداف، فنجد أن البحوث والدراسات السابقة العربية منها ما تناولت قياس انعكاسات تطبيق برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية لطفل الروضة على تحسين بعض السمات الشخصية كما بدراسة نادية حسن أبو سكينة و رشا عبد الله علوان 2009.

ومنها ما تناولت التدريب على مهارات العناية بالذات كما بدراسة نجدى عام 1998، ومنها ما تناولت دراسة تقييمية لمستوى الأداء المهاري لعينة من الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي على مهارات: التواصل، والتفاعل الاجتماعي كما بدراسة عياد ورقبان (1995) ومنها ما تناولت دراسة عن فعالية الإشراط الإجرائي لتعديل سلوك المتخلفين تخلفاً عقلياً شديداً وتدريبهم على ممارسة أنشطة الحياة اليومية كما بدراسة هنداوي 1993.

ومنها ما تناولت قياس أثر البرامج التربوية الخاصة في توافق المتخلفين عقلياً في المرحلة الإبتدائية كما بدراسة هارون دراسة عام 1985، ومن البحوث والدراسات السابقة الاجنبية ما تناولت دراسة الهدف منها تعلم المهارات لكيفية استخدام المال للأشخاص المعوقين عقلياً كما في دراسة براودر وجراسو(Browder & Grasso,1999) ودراسة داني وتست (Denny & Test, 1995) التي إستخدامة أكثر من أسلوب لتعليم عد النقود، ومنها ما تناولت دراسة الهدف منها تعليم مهارات السلامة والعناية بالطفل لذوي اسر لديهم إعاقة عقلية من خلال التعلم الذاتي كما قام فيلدمان وجاز (Feldman & Casa, 1999).

ومنها ما تناول دراسة الهدف منها قياس أثر التدريب الذاتي الذي يمكن أن يسهل العناية بالطفل وذلك باستخدام كتيبات كما بدراسة التي أجرها فيلدمان وديوكارم وكاس (Feldman, Ducharme & Case, 1999) ومنها ما تناولت دراستهما مقارنة أساليب تعليم مهارات معيشية مستقلة ، لأشخاص لديهم إعاقات عقلية شديدة وشديدة جداً كما مع ماتسون وسمولز(Matson & Smalls, 1998),

ومنها ما هدفت الى تقييم ثلاثة تكنيكات لتدريب المهارات الاستقلالية للأشخاص الذين لديهم إعاقة عقلية شديدة كما بدراسة التي قام بها ماتسون وبامبرج (Matson & Bamburg, 1997) ومنها ما تناولت دراسة الهدف منها معرفة ماذا يريد ذوي الأطفال الصغار المعاقين عقلياً، وجهات نظر اجتماعية كما هو بدراسة التي قام بها وستلنج (Westling, 1997) ومنها ما يتناول دراسة الهدف منها اكتشاف كيف ساهمت الأسرة والمدرسة والمجتمع بتطوير مهارات الإدارة الذاتية كما بدراسة التي قام بها ريتشاردسون وكلن (Richardson & Kline, 1996)على فتاة معوقة عقلياً اسمها (ساندي).

وهكذا يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت التدريب على المهارات الحياتية وإعداد برامج سواء فردية أو جماعية خاصة تتناسب مع هذه الفئة من الإعاقة ، كما تناولت مفهوم الذات عند الطفل المعاق عقلياً وقد توصلت لعدة نتائج لعل من أهمها التأكيد على ضرورة تدريب الطفل على المهارات الحياتية في مرحلة مبكره من عمرة وأن لذلك تأثير جيد في تحسين مفهوم الطفل لذاته.

2. **العينة:** وكانت كالتالي:

أ- من خلال حجم العينة: فقد جاءت أحجام العينة متباينة: فهناك دراسات تناولت أعداد كبيرة كما بدراسة: براودر وجراسو(Browder & Grasso,1999) حيث استخدمت (318) فرداً، وكذلك دراسة نادية أبو سكينة و رشا علوان عام 2009 و دراسة هارون عام 1985 حيث استخدمت (60) فرداً، ودراسة وستلنج (Westling, 1997) حيث استخدمت (53) أسرة، دراسة ماتسون وبامبرج (Matson & Bamburg, 1997) حيث استخدمت (30) فرداً.

ودراسة ماتسون وسمولز(Matson & Smalls, 1998) حيث استخدمت (22) فرداً، ودراسات أخرى تناولت أعداد متوسطة كما بدراسة فيلدمان وجاز (Feldman & Casa, 1999)حيث استخدمت (10) فرداً ، ودراسات أخرى تناولت أعداد صغيرة كما بدراسة دراسة نجدى عام 1998و دراسة عياد ورقبان 1995حيث استخدمت (7) أفراد، ودراسة ريتشاردسون وكلن (Richardson & Kline, 1996) حيث استخدمت فرداً واحداً، ودراسة داني وتست (3) (Denny & Test, 1995) أفرد .

ب ـ من حيث جنس العينة:ففي البحوث والدراسات السابقة فهناك دراسات تناولت الجنسين معا كما بدراسة نادية أبو سكينة ورشا علوان عام 2009، ودراسة داني وتست (Denny & Test, 1995) ودراسات أخرى تناولت الذكور فقط كما بدراسة دراسة هارون عام 1985، ودراسات أخرى تناولت الأناث فقط كما بدراسة فيلدمان وديوكارم وكاس (Feldman, Ducharme & Case, 1999) دراسة نجدى عام 1998، دراسة ريتشاردسون وكلن (Richardson & Kline, 1996).

جـ ـ من حيث أعمار أفراد العينة: وجد أن هناك تباين في اختيار أعمار أفراد العينة وذلك كما يلي: وجد أن لكل دراسة عمر أفرادها الزمني محدد لعينتها ومختلف عن باقي الدراسات الأخرى، فعلى سبيل المثال لا الحصر كما بدراسة كل من ماتسون وسمولز حيث تراوحت أعمار العينة فيما بين (70:26) سنة، دراسة ريتشاردسون وكلن حيث تراوحت أعمار العينة فيما بين (18:14) سنة، دراسة هارون حيث تراوحت أعمار العينة فيما بين (13:9) سنة، ودراسة عياد ورقبان 1995حيث تراوحت أعمار العينة ما بين (8:4) سنوات ودراسة داني وتست حيث كان أعمار العينة ثابت (17) سنة.

3. **أدوات الدراسة المستخدمة:** وجد أيضاً أن هناك تباين في اختيار أدوات الدراسة، وذلك كما يلي:

على سبيل المثال لا الحصر كما بدراسة نادية أبو سكينة و رشا علوان عام 2009 فقد استخدمت مقياس المهارات الاجتماعية المصور ومقياس مهارات مساعدة الذات اعداد الباحثة،اختبار رسم الرجل لجودانف، استمارة تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي لعبد العزيز الشخص 1998، وبرنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة البورتاج.

4. **نتائج الدراسة:** في البحوث والدراسات السابقة فقد أكدت النتائج على فاعلية البرامج المقدمة للمعاقين عقلياً في التدريب على المهارات الحياتية كما بدراسة نادية أبو سكينة و رشا علوان عام 2009، دراسة هنداوي عام 1993، ودراسة هارون عام 1985، ودراسة فيلدمان وديوكارم وكاس (Feldman, Ducharme & Case, 1999)، دراسة داني وتست (Denny & Test, 1995).

ثانياً: الدراسات التي تناولت مفهوم الذات: وكانت كالتالي:

أ ـ الدراسات العربية التي تناولت مفهوم الذات:

1. **دراسة: عبداللطيف، وآخرين(2005): بعنوان: فاعلية برنامج مقترح لتعليم بعض المهارات الحياتية وأثرها في تحسين مفهوم الطفل لذاته**، وهدفت الدراسة الى التدريب على المهارات الحياتية التي يحتاج اليها الاطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة وتأثيها على تحسين مفهوم الذات لديهم، وتألفت عينة الدراسة اوالبحث (40) طفلاً من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم من (6:5) سنوات، وقد تم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين ، إحداهما تجريبية، وأخرى ضابطة، وقد تم استبعاد (8) أطفال غير منتظمين في البرنامج ليصبح حجم العينة النهائي (32) طفلاً، بحيث تشمل المجموعة التجريبية (16) طفلاً، والمجموعة الضابطة (16) طفلاً من اطفال حضانة الأمل النموذجية.

وقد أكدت نتائج هذا البرنامج التدريبي على أهمية المهارات الحياتية في تحسن مفهوم الذات حيث تم استخدام الادوات التالية: بطاقة تقدير المعلمة لمفهوم الذات لطفل الروضة إعداد الباحثة، واختبار مفهوم الذات المصور للأطفال إعداد إبراهيم قشقوش، واختبار الذكاء لجودإنف هاريس good Enough "رسم الرجل " تعريب عزة خليل.

2. **دراسة:مهدي(1999):بعنوان: العدوان ووجهة الضبط وعلاقتهما بمفهوم الذات لدى أطفال مؤسسات الإيواء**، وهدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين مفهوم الذات ومن جهة الضبط والفروق بينهم لدى أطفال المؤسسات الإيوائية وأطفال الأسر العادية وقد شملت العينة 116 طفلاً من الذكور بعمر (9–12 سنة) منهم خمسون طفلاً يعيشون في مؤسسات الإيواء و(66) طفلاً من أطفال الأسر العادية من طلبة المدارس.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالات إحصائية بين مجموعة أطفال المؤسسات الإيوائية وأطفال الأسر العادية في مفهوم الذات على بعد القلق لصالح أطفال المؤسسات الإيوائية، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المؤسسات الإيوائية وأطفال الأسر العادية على البعد الأكاديمي

والبعد الجسماني والبعد الاجتماعي لمفهوم الذات كما كانت هنالك علاقة سالبة بين وجهة الضبط ومفهوم الذات، وعلاقة ارتباط سلبية ذات دلالات إحصائية بين المفهوم وضبط الذات.

3. **دراسة: يحيى (1998)**: وكان الهدف منها التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين مجموعات الطلبة المضطربين انفعالياً وذوي صعوبات التعلم والمعوقين عقلياً إعاقة بسيطة والعاديين، والتعرف على الفروق في مفهوم الذات استناداً الى متغيرات الجنس والعمر الزمني والمؤسسات التعليمية التي ينتمي إليها الطلبة، وتألفت عينة الدراسة (384) فرداً (192ذكراً، و192أنثى) منهم (105) طلبة عاديون، و(92) من ذوي صعوبات التعلم (10) من ذوي الاضطرابات الانفعالية، و (85) من ذوي الإعاقة العقلية.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات الطالبة على المقياس ككل وعلى بعض الأبعاد، كما ظهرت فروق في مفهوم الذات على بعض الأبعاد تعزى إلى الجنس وفروق في مفهوم الذات تعزى إلى العمر الزمني والى المؤسسة التعليمية التي ينتمي إليها الطلبة.

4. **دراسة: أبو معطية (1420هـ): بعنوان:** مفهوم الذات لدى الأطفال المتفوقين و العاديين و المتخلفين درجة بسيطة من الجنسين في مرحلة ما قبل المدرسة " دراسة مقارنة " بهدف معرفة الفروق في مفهوم الذات و أبعاده لدى كل من المتفوقين و المتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة مقارنة بالعاديين كما تهدف إلى معرفة الفروق بين هذه الفئات في مفهوم الذات في ضوء متغير الجنس.

وتكونت عينة الدراسة من 123 طفل وطفلة من مرحلة ما قبل المدرسة أعمارهم تتراوح من 5-6 سنوات بالنسبة للأطفال العاديين والمتفوقين و من 6-12 سنة بالنسبة للأطفال المعاقين عقلياً وتم تقسيم العينة ثلاث مجموعات حسب المستوى العقلي متفوقين و عددهم 27 طفل وطفلة وعاديين 56 طفل وطفلة ومعاقين عقلياً 04 طفل وطفلة.

وقد استخدام الأدوات التالية: اختبار z.a لذكاء أطفال ما قبل المدرسة، ومقياس مفهوم الذات المصور من إعداد الباحثة موضي الزهراني وقد تم تعديله من قبل الباحثة الحالية ليناسب أطفال ما قبل المدرسة، **وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية:**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات بين الأطفال المتفوقين والمعاقين عقلياً بدرجة بسيطة والعاديين، حيث توجد فروق بين كل من المتخلفين عقلياً والمتفوقين،و كذلك توجد فروق بين كل من العاديين والمتخلفين عقلياً، كما توجد فروق بين المتفوقين والعاديين في مفهوم الذات، ولا توجد فروق دالة إحصائيا في مفهوم الذات بين الجنسين في مجموعات الدراسة الثلاث، حيث لا توجد فروق بين الجنسين من المتخلفين عقلياً، بينما توجد فروق بين الجنسين من العاديين في مفهوم الذات الجسمية والاجتماعية و كذلك في بعد القلق، ويوجد أثر لتفاعل الجنس (ذكر – أنثى) مع المستوى العقلي للطفل (متفوق –عادي – متخلف عقلياً) في بعد القلق في مقياس مفهوم الذات.

ب ـ الدراسات الاجنبية التي تناولت مفهوم الذات، وهي كالتالي:

5. **دراسة وأيز، وباندي (Wise & Bandy, 1991):** قاما من خلالها بتطوير برنامج، تدريبي لتوكيد الذات، مستندان على نظرية (البرت باندورا) في التعلم الاجتماعي، حيث ركزا على تفاعلات الطلبة مع أقرانهم، وطبقاً البرنامج على عينة بلغت (41) من الطلبة المراهقين والمراهقات، حيث قاما بتقسيمها إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية وتكونت من (21) ذكراً و(8) إناث، والمجموعة الضابطة وتكونت من (12) ذكراً و(8) إناث.

وقد أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية اكتسبت واحتفظت بمعلومات رمزية شكلت أساساً هاماً للسلوك التوكيدي مما رفع من مفهوم الذات لديهم، وبالمقابل لم يطرأ أي تغيير على المجموعة الضابطة.

تعقيب عام على بحوث ودراسات المحور الثاني: في ضوء تنوع البحوث والدراسات السابقة أمكن للباحثة التعقيب عليها من حيث:

1. **الموضوع والهدف:** بالنظر إلى البحوث والدراسات السابقة بشكل عام نجدها تنوعت تنوعاً كبيراً سواء من حيث الموضوعات أو الأهداف، فنجد أن البحوث والدراسات السابقة قد تناولت مفهوم الذات لدى المعاقين عقلياً ومنها ما هدفت الى التدريب على المهارات الحياتية التي يحتاج اليها الاطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة وتأثيها على تحسين مفهوم الذات كما في دراسة فاتن عبداللطيف 2005.

ومنا ما تناولت دراسة بعنوان: العدوان ووجهة الضبط وعلاقتهما بمفهوم الذات لدى أطفال مؤسسات الإيواء، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين مفهوم الذات ومن جهة الضبط والفروق بينهم لدى أطفال المؤسسات الإيوائية وأطفال الأسر العادية كما في دراسة (مهدي، 1999) ومنها ما تناولت دراسة كان الهدف منها التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين مجموعات الطلبة المضطربين انفعالياً وذوي صعوبات التعلم والمعوقين عقلياً إعاقة بسيطة والعاديين، والتعرف على الفروق في مفهوم الذات استناداً الى متغيرات الجنس والعمر الزمني والمؤسسات التعليمية التي ينتمي إليها الطلبة كما في دراسة يحيى عام 1998.

ومنها ما تناولت الفروق في مفهوم الذات و أبعاده لدى كل من المتفوقين والمتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة مقارنة بالعاديين كما تهدف إلى معرفة الفروق بين هذه الفئات في مفهوم الذات في ضوء متغير الجنس كما في دراسة هدى أبو معطية 1420هـ

ومنها ما تهدف تهدف الى دراسة مدى تقبل الأب والأم للإصابة بالتخلف العقلي وعلاقته بمفهوم الذات لدى الإبن المتخلف عقلياً كما في دراسة جميل عام 1990 ومنها ما تهدف الى تطوير برنامج، تدريبي لتوكيد الذات، مستندان على نظرية (البرت باندورا) في التعلم الاجتماعي كما في دراسة وايز وباندي (Wise and bandy,1991).

2. **العينة**، وكانت كالتالي:

أ- من خلال حجم العينة: فقد جاءت أحجام العينة متباينة: فهناك دراسات تناولت أعداد كبيرة كما بدراسة: يحيى عام 1998 حيث استخدمت (384) فرد، ودراسة هدى أبو معطية 1420هـ حيث استخدمت (123) فرد، ودراسة مهدي 1999حيث استخدمت (116) فرداً، ودراسة وايز و باندي (Wise & Bandy, 1991) حيث استخدمت (41) فرد، ودراسة فاتن عبداللطيف 2005ودراسة قاسم 1997و دراسة جميل 1990 حيث استخدمت (40) فرد، ولا توجد دراسات أخرى تناولت أعداد متوسطة. ولا توجد دراسات أخرى تناولت أعداد صغيرة.

ب - من حيث جنس العينة: ففي البحوث والدراسات السابقة فهناك دراسات تناولت الجنسين معا كما بدراسة دراسة فاتن عبداللطيف 2005، ودراسة يحيى عام 1998، دراسة جميل 1990، ودراسة هدى أبو معطية 1420هـ، ودراسة وايز و باندي (Wise & Bandy, 1991)ودراسات أخرى تناولت الذكور فقط كما بدراسة مهدي 1999، ولا توجد دراسات تناولت الأناث فقط.

جـ - من حيث أعمار أفراد العينة: وجد أن هناك تباين في اختيار أعمار أفراد العينة وذلك كما يلي: وجد أن لكل دراسة عمر أفرادها الزمني محدد لعينتها ومختلف عن باقي الدراسات الأخرى، فعلى سبيل المثال لا الحصر كما بدراسة كل من دراسة وايز و باندي (Wise & Bandy, 1991) حيث تراوحت أعمار العينة في مرحلة المراهقة، دراسة دراسة مهدي 1999 و دراسة جميل 1990حيث تراوحت أعمار العينة فيما بين (12:9) سنة ودراسة دراسة فاتن عبداللطيف 2005 ودراسة هدى أبو معطية 1420هـ حيث تراوحت أعمار العينة فيما بين (6:5) سنوات.

3- أدوات الدراسة المستخدمة: وجد أيضاً أن هناك تباين في اختيار أدوات الدراسة، وذلك كما يلي: على سبيل المثال لا الحصر كما بدراسة فاتن عبد اللطيف 2005 فقد استخدمت بطاقة تقدير المعلمة لمفهوم الذات لطفل الروضة إعداد الباحثة اختبار مفهوم الذات المصور للأطفال إعداد إبراهيم قشقوش، اختبار الذكاء لجودإنف هاريس Enough good "رسم الرجل " تعريب عزة خليل، برنامج مقترح لتعليم بعض المهارات الحياتية وأثرها في تحسين مفهوم الطفل لذاته إعداد الباحثة ، ودراسة هدى أبو معطية 1420هـ

فقد استخدمت مقياس مفهوم الذات المصور من إعداد الباحثة موضي الزهراني و قد تم تعديله من قبل الباحثة الحالية وحيث استخدم اختبار z.a لذكاء أطفال ما قبل المدرسة.

4.نتائج الدراسة: أن هذه الدراسات قد قامت على عينات متنوعة شملت الذكور والإناث والأطفال المتخلفين عقلياً بهدف الكشف عن أهم العوامل والمتغيرات التي يمكن أن تسهم في تنمية مفهوم الذات وتحسن السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

وقد أكدت نتائج معظم هذه البحوث والدراسات على أهمية المهارات الحياتية في تحسن مفهوم الذات وكذلك مدى ملائمة البرامج الخاصة المقدمة اليهم وخاصة في تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين عقلياً، كما بدراسة فاتن عبد اللطيف 2005 التي هدفت الى التدريب على المهارات الحياتية التي يحتاج اليها الاطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في مرحلة الروضة وتأثيرها على تحسين مفهوم الذات لديهم.

الإطار النظري.

تمهيد: شهدت الآونة الأخيرة طفرة كبيرة بالاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة في كثير من المجتمعات على اعتبار أنهم في حاجة دائمة إلى رعاية خاصة في كافة النواحي بهدف محاولة دمجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه، ليصبحوا أكثر توافقاً مع ذواتهم ومجتمعاتهم من الناحية النفسية.

وتتناول هذا المحور النقاط التالية: نبذة تاريخية، تعريف الإعاقة الفكرية، تصنيفات الإعاقة الفكرية، خصائص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، خصائص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، أسباب الإعاقة الفكرية، الطرق التربوية والعلاجية للمعاقين عقلياً، والقياس والتشخيص للإعاقة العقلية، وتم عرضها كالتالي:

أولاً: نبذة تاريخية: اتسمت نظرة المجتمعات إلى المعوقين بالتباين والتقلب في المعاملة، فمن النبذ والعزل والإيذاء إلى التصفية والقتل، ثم إلى معاملتهم كمواطنين لهم حق المواطنة والعيش كأفراد منتجين في مجتمعاتهم، وقد حدد **الموسى (1992) المراحل التي مر بها المعوقون عبر التاريخ، على النحو التالي:**

1. **مرحلة العزل:** حيث يعزل المعوق عن المجتمع، ويحرم من الاختلاط بالأسوياء وقد يتخلص منه بالإقصاء، أو القتل.
2. **مرحلة الملاجئ:** واقترنت هذه المرحلة مع ظهور الأديان السماوية، وما نادت به من ضرورة الاهتمام بالمعوق كإنسان له كرامته، فتم إنشاء الملاجيء التي اقتصرت خدماتها على تقديم الأكل والشرب والكساء والمأوى.
3. **مرحلة التحرر الذاتي:** وبدأت في الغرب مع مطلع القرن السابع عشر الميلادي (لونفيلد1975) حيث استطاع بعض المعوقين أن يحققوا نجاحات في كافة فنون الحياة، وكان لإبداعهم أكبر الأثر في إنشاء المؤسسات التعليمية والتأهيلية للمعوقين.
4. **مرحلة التكامل والاندماج:** وهي ما ينشده العالم المعاصر من تكامل بين شرائح المجتمع، وما تسعى إليه من تهيئة للظروف التعليمية والتأهيلية والنفسية والاجتماعية لتمكين المعوقين من الاندماج والاستقلالية في مجتمعاتهم (المبرز،1429هـ، ص:17).

ثانياً: مفهوم الإعاقة الفكرية: تعددت مفاهيم الإعاقة العقلية، ومنها:

يعرفها **الرشيد** بأنها: حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي أقل من المتوسط بشكل واضح يكون متلازماً مع جوانب قصور في مجالين، أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: **(التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلام، المهارات الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ، ومهارات العمل)** ويظهر الإعاقة الفكرية قبل سن الثامنة عشر (الرشيد،1422هـ).

ويوصف المعوقون فكرياً بأنهم الأفراد الذين يظهرون قصورا في الأداء العقلي مصاحباً بانخفاض في السلوك الأكاديمي والاجتماعي مقارنة مع أقرانهم العاديين.

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية (2002م): الإعاقة الفكرية: عجز يوصف بأنه قصور جوهري وواضح في كل من الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي، حيث يبدو جلياً في المهارات التكيفية المفاهيمية، الاجتماعية، والعملية ويظهر قبل الثامنة عشر من العمر (المجموعة الاستشارية

1426) (المبرز،1429هـ، ص: 17-18) **وهناك 5 نقاط أساسية (عبدالله الصبي 2008) لتطبيق هذا التعريف:**

1. موازنة القصور لدى المعوق بالتأثيرات البيئية التي يعيش فيها أقرانه من فئته العمرية والثقافية.
2. يعتبر التقييم صحيحاً عندما يراعي الفروق الثقافية واللغوية، بالإضافة إلى مجال الاتصال، والمجال الحسي، والحركي، والعوامل السلوكية.
3. يوجد جوانب قوة مصاحبة للقصور الموجود لدى المعوق.
4. إن الهدف الرئيس من وصف القصور، هو وضع خطة تربوية فردية مناسبة لاحتياجاته.
5. تتحسن الحياة الوظيفية لدى المعوق فكرياً على المدى البعيد، متى ما قدم له الدعم المناسب(المبرز،1429هـ، ص:17-18).

ثالثاً: تصنيفات الإعاقة الفكرية: هناك عدد من التصنيفات الخاصة بالإعاقة، وهي كالتالي:

أولاً: تصنيف الجمعية الأمريكية (وادي أحمد 2007م):

المستوى	درجة الذكاء
عوق فكري بسيط.	50-69
عوق فكري متوسط.	35-49
عوق فكري شديد.	20-34
عوق فكري شديد جداً (حاد).	أقل من 20

ثانياً: التصنيف التربوي: وهو التصنيف الذي تأخذ به المؤسسات والبرامج والمراكز التي تقدم خدمات تربوية للمعوقين فكرياً (السرطاوي وسيسالم 1408) ويشتمل هذا التعريف على ثلاث فئات رئيسية(المبرز،1429هـ، ص:18-19):

المستوى	درجة الذكاء
1. القابلون للتعلم.	50-75
2. القابلون للتدريب.	25-50
3. المحتاجون للرعاية والحماية.	25- أقل

1. **القابلون للتعلم:** يندرج في هذا المستوى جميع الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمستوى الأعلى من فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة، والمستوى الأدنى من الفئة الحدية، وعادة ما يكونون عاديين في مظهرهم، ولا تبدوا عليهم دلائل مرضية، أو إصابات (ماندل وفيسكس 1981م).

كما يظهرون أداء عقلياً وسلوكاً اجتماعياً مقبولاً في الحد الأعلى من مستويات الإعاقة (باتون وآخرون 1986) ولهذا لا يتم اكتشافهم في مرحلة الطفولة المبكرة حيث إن كثيراً منهم يظهرون مهارات حركية واجتماعية ولغوية مناسبة في هذه المرحلة إلا أنهم يفشلون في المجالات التعليمية عند دخولهم المدرسة مقارنة بزملائهم العاديين.

إن أقصى حد يمكن أن يصلوا إليه هو مستوى الصف السادس، أو أولى متوسط، بل إن بعضهم لا يكون قادراً على التحصيل التعليمي لأكثر من مستوى الصف الثاني الابتدائي (ماندل وفيسكس1981) ولهذا يجب التركيز في المرحلة المتوسطة على التدريب المهني، والبالغون منهم يظهرون قدرة على القيام بالأعمال الموكلة إليهم، مع استقلالية في النواحي الاقتصادية.

ورغم وجود مشاكل متكررة وكبيرة في مجالات معينة متصلة بالتعليم فإن لديهم صعوبة في الذاكرة والانتباه والتواصل اللفظي والدافعية والتعميم، وفهم التشابه والاختلاف (سميث 1974 نيزورث 1978)

كما أن لديهم إمكانية النمو في ثلاث مجالات إذا قدمت لهم خدمات التربية الخاصة (الريحاني 1985) وهي:-

- القدرة على تعميم حد أدنى من الموضوعات الأكاديمية في المدرسة.
- القدرة على التكيف الاجتماعي والاعتماد على النفس.
- حد أدنى من الكفاءة المهنية يستطيع معه الفرد متابعة مهنة ما في مرحلة النضج (المبرز،1429هـ ، ص:19).

2. **القابلون للتدريب:** يندرج في هذا المستوى الأدنى الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية المتوسط بالإضافة إلى الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة، ويتم اكتشافهم في مرحلة مبكرة جداً تبدأ من مرحلة الرضاعة، أو الطفولة المبكرة، ويظهرون تأخراً في نمو بعض المهارات الأساسية مثل الجلوس والزحف والمشي واللغة، ولديهم قصور في السلوك التكيفي والكلام بالإضافة إلى العيوب الجسمية وعجزاً في التعلم الطاري والتعميم وتركيز الانتباه والتمييز (ماندل وفيسكس 1981).

أما القدرات العقلية، فهي محدودة جداً، مما يؤدي إلى ظهور مشاكل في التعامل مع الأفكار المجردة وتطبيق ما تعلموه في المواقف الجديدة وقصور في التواصل والمهارات الاجتماعية والشخصية والعناية بالذات، ولهذا فهم لا يستفيدون من الالتحاق بالمدارس العادية، بل يتم إلحاقهم بالمراكز والمؤسسات الخاصة بهم حيث يدربون على مهارات الاعتماد على النفس والاستقلالية والتكيف الاجتماعي والتدريب على مهنه مناسبة لقدراتهم في ورش محمية (أندرسون وجريس 1976).

3. **المحتاجون للرعاية والحماية:** يندرج في هذا المستوى جميع الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية الحادة، ويطلق عليهم غير القابلين للتدريب، وتكشف إعاقتهم في مرحلة الولادة مباشرة أو في مرحلة مبكرة جداً، وغالباً ما تكون الإعاقة الفكرية مصاحبة لإعاقة أخرى جسمية، أو حسية أو شلل دماغي أو صرع أو اضطرابات انفعالية، ولذا فإن معدل نموهم بطيء جداً في جميع المجالات.

وهم يحتاجون إلى رعاية ومساعدة وإشراف مستمر بسبب بطء استجابتهم، وضعف قدراتهم اللغوية والتواصل مع الآخرين، ولا يستفيدون من البرامج التعليمية، أو التدريبية، ويتم العناية بهم في المؤسسات

الداخلية، وقد أشار نيزورث وسميث أن 80-90 % منهم يعتني بهم في مؤسسات داخلية (المبرز،1429هـ ، ص:19).

ثالثاً: التصنيف الطبي: من أهم التصنيفات الطبية للإعاقة الطبية تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية، والتي أوجزها **رشاد موسى (2002: 133- 134) فيما يلي:**

1. إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض معدية، مثل: الحصبة الألمانية، والزهري في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.
2. إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض التسمم، مثل: إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص وغيره.
3. إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض ناتجة عن إصابات جسمية، مثل: إصابة الشلل الدماغي أثناء الولادة أو بعدها.
4. إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض اضطرابات التمثيل الغذائي، مثل: حالات الفينيل كيتوني يوريا Phenyl ketonuria والجلاكتوسيميا Galactosemia.
5. إعاقة عقلية مرتبطة بخلل الكروموسومات، مثل: زملة داون.
6. إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض ناتجة عن أورام غريبة، مثل: الدرن.
7. إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض غير معروفة السبب وتحدث قبل الولادة.
8. إعاقة عقلية مرتبطة باضطراب عقلي، مثل: الأطفال التوحديين.
9. إعاقة عقلية مرتبطة بأسباب غير عضوية، مثل: الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل أسرية وثقافية، أو ما يسمى بالحرمان الثقافي (عبد العظيم، 2009: ص 30).

رابعاً: التصنيف على أساس مصدر الإعاقة: وهنا يعد مصدر التخلف العقلي سواء كان ذلك يرجع إلى عوامل داخلية أو خارجية، هو الأساس الذي يقوم عليه هذا التصنيف، ومن ثم يتراوح التخلف العقلي وفقاً لذلك بين إعاقة أولية وأخرى ثانوية.

أ- الإعاقة العقلية الأولية: وتعرف الإعاقة العقلية بأنها أولية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية، أي: وراثية بيولوجية، كما هو الحال في الشذوذ الكروموزومي للكروموزوم المحدد للجنس fragile X chromosome، أو الفينيلكيتونوريا RKU.

ب - الإعاقة العقلية الثانوية: ويطلق علي الإعاقة العقلية أنها إعاقة ثانوية إذا كانت ترجع إلى أسباب بيئية أي عوامل خارجية كما هو الحل في الإصابة بالأمراض التي يمكن أن تؤدي إلي تلك الإعاقة كالسحايا والزهري وغيرها، أو التعرض للحرمان البيئي الشديد أو الصدمات الشديدة في الرأس خلال مرحلة الطفولة (محمد، 2005: ص80-81).

خامساً: التصنيف على اساس توقيت حدوث الإعاقة: ويعتمد هذا التصنيف على الترتيب الزمني لحدوث الإعاقة وما يمكن أن يؤدي إلى ذلك من أسباب، ومن هذا المنطلق يمكن تصنيف الإعاقة بناء على عوامل قبل الولادة، أو أثناءها، **أو بعدها وذلك على النحو التالي:**

أ. قبل الولادة: وترجع تلك الأسباب في معظمها إلى عوامل وراثية جينية تترك آثاراً مباشرة على الجنين من خلال المورثات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية، وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ومنها تعرض الأم الحامل لأمراض الزهري، أو الجدري، أو أمراض القلب، أو حمى الصفراء، أو الحصبة الألمانية، أو السحايا، أو ضمور بالمخ، أو إصابتها بالتسمم العضوي، وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.

وإذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تلفاً وضموراً في مخ الجنين، ويؤثر سلباً على جهازه العصبي، ويعوق نموه، كذلك فهناك العامل الريزيسي RH لدى الجنين، وإلى جانب ذلك هناك إدمان الام للمخدرات، أو الكحوليات أو تدخين السجاير، أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب، أو اضطربات إفراز غددها الصماء، أو تعرضها للأشعة السينية (X) أو محاولات الإجهاض المتكررة من جانبها.

ومن هذه العوامل والأسباب – أيضاً–: الأمراض والآضطرابات الدماغية، والتي تشتمل العيوب المخية التي تنتقل عن طريق الجينات والتي قد يصحبها نمو شاذ في الجمجمة، قد يؤدي إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل، أو كبره، كذلك هناك أسباب أخرى يأتي في مقدمتها: اضطراب تكوين الخلايا، واضطراب التمثيل الغذائي، وجميعها يسهم بشكل مباشر في حدوث الإعاقة العقلية.

ب ـ أثناء الولادة: ويحدث ذلك بسبب حالات الولادة غير الطبيعية، كما هو الحال في الولادات المتعسرة حيث قد يترتب عليها حدوث إصابات في الجمجمة نتيجة اضطرار الطبيب إلى استخدام الجفت، أو الملاقط، وقد تؤدي تلك الإصابات إلى حدوث خلل عقلي، أو قصور في بعض النواحي الإدراكية، أو العقلية، كذلك فقد يتعرض الجنين إلى نقص الأكسجين أثناء الولادة مما يؤدي – أيضاً – إلى التخلف العقلي بسبب حدوث تلف، أو ضمور في خلايا المخ نتيجة لذلك.

جـ ـ بعد الولادة: قد يتعرض الطفل إلى بعض الحوادث، أو الصدمات الشديدة بالرأس مما قد يؤدي إلى إصابة الدماغ، كما قد يتعرض لبعض الأمراض التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية ومن أمثلتها الالتهاب الالتهاب السحائي meningitis أو الحمى الشوكية، أو الحمى القرمزية، أو التهاب الدماغ، أو الزهري، أو الالتهاب الرئوي، أو الحصبة، أو يحدث اضطراب في إفراز الغدد لديه وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية، وإضافة إلى ذلك هناك حالات سوء التغذية الشديدة، أو نقص البروتينات خلال العام الأول من عمره، أو الحرمان البيئي والثقافي، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى نفس النتيجة (محمد، 2005: ص83–84).

سادساً: التصنيف على أساس درجة أو شدة الإعاقة: تخلف عقلي بسيط (Mild Mental Retardation) تمثل هذه الفئة (85%) من المعوقين، ويطلق عليهم القابلين للتعلم، ويتراوح نسبة ذكائهم بين (55–70) درجة، حيث يتوقف النمو العقلي في الرشد عند مستوى طفل عادي يتراوح ما بين (7–10) سنوات، و (9–12) سنة تقريباً.

تخلف عقلي متوسط (Moderate Mental Retardation) تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (35–50) أو (40–55) درجة، ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3–7سنوات) أو (6–9 سنوات) وتشكل هذه الفئة ما نسبته (10%) من الأطفال المعوقين عقلياً.

تخلف عقلي شديد (Severe Mental Retardation) تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (20-35) أو (25-40) درجة، ويكون العمر العقلي لهم من (3) إلى اقل من (6) سنوات، ويفشل الأطفال في هذه الفئة في تعلم أي مهارات للقراءة، والحساب، مع القليل من الاستفادة من الخبرات اليومية، ومن التدريب الاجتماعي والمهني، وتحتاج هذه الفئة إلى الإشراف المستمر(يحي، عبيد،2005، ص:21- 23).

تخلف عقلي شديد جداً (Profound Mental Retardation): نسبة ذكاء هذه الفئة أقل من (20) درجة، ويقع حوالي (1-2%) من المتخلفين هذا المستوى، أما العمر العقلي لهم فهو أقل من (3) سنوات (يحي، عبيد،2005، ص: 24).

سابعاً: التصنيف على أساس المظهر الخارجي (الإكلينيكي): ويتم هذا التقسيم بناء على الخصائص الجسمية والتشريحية المميزة لكل فئة من فئات المعاقين عقلياً ، ومن أهم هذه الفئات:

1. **المنغولية Mongolism:** أو من يطلق عليهم المصابون بأعراض دوان Down Syndrome: وهم أولئك الأطفال الذين يتميزون بشكل خاص، ويعانون من اختلال في الكروموزومات 47 كروموزوماً بدلاً من 46 في الطفل العادى.
2. **استسقاء الدماغ Hydrocephalus:** ويتميز بضخامة الرأس وبروز الجبهة، وتنتج الإعاقة العقلية في هذه الحالة بسبب الضغط المستمر للسائل المخي وزيادته بشكل غير سوى في الدماغ مما يؤدي إلى تلف المخ، ويتوقف مقدار الإعاقة على مدى التلف الحادث في أنسجة المخ.
3. **كبر الدماغ Macrocephaly:** وهي تنتج عن زيادة حجم الدماغ نتيجة كبر الجمجمة مع زيادة حجم المخ والخلايا الضامة والمادة البيضاء بصورة غير طبيعية.
4. **صغر حجم الدماغ Microcephaly:** وهي تنتج عن إصابة الجنين في الشهور الأولى من الحمل، مرض الأم أثناء فترة الحمل بأمراض معدية مما يؤدي إلى التئام عظام الجمجمة في وقت مبكر لا يسمح ينمو حجم المخ نمواً طبيعياً، ويكون فيها حجم الجمجمة صغيراً مع ضغط عظام الجمجمة على المخ (حامد عبد السلام زهران،1971).

5. **القماءة والقصاع (القزامة) Gretinism:** ومن خصائصها قصر القامة بدرجة ملحوظة حيث لا يزيد طول الفرد عن (90 سم) ومن أسبابها نقص إفراز الغدة الدرقية، مما يؤدي إلى تلف في خلايا المخ (حامد زهران،1971).
6. **حالات العامل الريزيسى في الدم R.H Factor:** وينتج عن اختلاف دم الأم عن دم الجنين، فإذا كان دم الأم سالباً ودم الجنين موجباً، فإن ذلك يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة، واضطراب توزيع الأكسجين وعدم نضج خلايا الدم، وتكسير كرات الدم الحمراء مما يؤدي إلى تلف المخ وحدوث الإعاقة العقلية (حامد زهران، 1971).

الإعاقة الناتجة عن اضطراب الأيض Metabolism: والتمثيل الغذائي للمواد المختلفة، مثل: الدهون والبروتينات، والكربوهيدرات (فؤاد، 2005، ص:45 – 46).

ثامناً: التصنيف على أساس نسبة الذكاء: والذي يتم قياسه من خلال اختبارات الذكاء لتحديد المستوى الوظيفي العقلي للفرد، وبالتالي تحديد الفروق الفردية بين المعاقين عقلياً وأقرانهم العاديين.

ومن التصنيفات السيكولوجية التي ظلت شائعة لفترة طويلة بين علماء النفس ذلك التصنيف الثلاثي لفئات المعاقين عقلياً وتشمل:

1. **المأفون (أو المورون):** Moron، وتبلغ نسبتهم حوالي 75% من مجموع ضعاف العقول، وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50–70) والعمر العقلي بين (7–10) سنوات.
2. **الأبله: Imbecile**، وتبلغ نسبتهم حوالي 20 % من مجموع ضعاف العقول وتتراوح نسبة ذكائهم بين (25– 50) ويتراوح عمرهم العقلي ما بين (3– 7) سنوات.
3. **المعتوه: Idiot**، وتبلغ نسبتهم حوالي 5% من مجموع ضعاف العقول، وتقل نسبة ذكاء المعتوه عن 25 ولا يزيد عمره العقلي في أقصاه عن 3 سنوات.

ولم يتم استخدام هذه التسميات لفترات طويلة فقد ظلت حتى منتصف القرن العشرين فقط وأصبحت غير مقبولة من الناحية الاجتماعية، ثم ظهرت بعد ذلك مسميات جديدة لدرجات الإعاقة العقلية (عبد الله،2004: 225) (عبدالعظيم،2009،ص:31– 32).

تاسعاً: التصنيف على أساس السلوك التكيفي، وهو كما يلي:

1. **التخلف العقلي البسيط:** تتراوح نسبة الذكاء لديهم بين (50–69) ويتوقف النمو العقلي عند عمر (7–10) سنوات، ومن صفات هذه الفئة ضعف التحصيل، عيوب في النطق، ويمكن أن يتحمل هؤلاء المسؤولية نحو أنفسهم ونحو أسرهم إذا قدمت لهم الرعاية المناسبة في وقت مبكر، إلا انهم بحاجة للإرشاد والعناية في المستقبل (Snell & Draker, 1994).
2. **التخلف العقلي المتوسط:** تتراوح نسبة الذكاء لديهم بين (25–49) ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3–7) سنوات، ومن صفات هذه الفئة أنهم قادرون على حماية أنفسهم من الأخطار الطبيعية، ويمكنهم تعلم بعض المبادئ الأساسية في القراءة والكتابة والحساب والتدريب على بعض الأعمال اليدوية القصير، إلا أنهم بحاجة إلى رعاية الآخرين ومساعدتهم في قضاء بعض الحاجات اليومية ولكن لا يستطيع هؤلاء القيام بالحاجات الأخرى بدرجة معينة من الإتقان (Petersilia, 1997).
3. **التخلف العقلي الشديد:** وتتراوح نسبة الذكاء لدى أفراد هذه الفئة إلى أقل من (25) على مقياس الذكاء الفردي، ويتوقف نمو هؤلاء عند مستوى عمر أقل من (3) سنوات، فالمعوق – هنا – لا يستطيع حماية نفسة من الأخطار الطبيعية، ويفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة، والتغذية وضبط عمليات الإخراج، ويحتاج إلى رعاية شديدة من الآخرين في كل شيءٍ وفي جميع الحاجات الأساسية والضرورية (Snell & Draker,1994).

خامساً:خصائص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية: لا شك أن التعرف على خصائص فئة معينة سواء كانت فئة عمرية، أو اجتماعية، أو مرضية، أو فئة من فئات المعوقين، يساعد في تزويد المهتمين بتلك الفئة بقدر من المعلومات التي تفيدهم في إعداد البرامج وتصميم المناهج وإعداد المباني والتجهيزات المناسبة لرعاية تلك الفئة، **وفيما يلي الإشارة إلى بعض خصائص المعاقين عقلياً:-**

1. **الخصائص الجسمية والحركية:** من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز حالات التخلف العقلي البسيط عن أقرانهم العاديين حيث نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً يشبهون أقرانهم العاديين – إلى حد ما – في الوزن، والطول، والحركة، والصحة العامة، والبلوغ الجنسي.

وعلى هذا الأساس فإننا عادة لا نعتمد على الخصائص الجسمية في تشخيصنا للتخلف العقلي، وذلك للعديد من الأسباب يأتي في مقدمتها مايلي:

- أن الفروق بين معظم حالات التخلف العقلي وأقرانهم العاديين قليلة.
- أن مثل هذه الفروق لا تميز بين المتخلف وغير المتخلف بشكل قاطع.
- أن حالات التخلف العقلي تنمو جسمياً في الطفولة مثل العاديين تقريباً.
- أن علامات البلوغ تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم العاديين.
- عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانبيهم في حوالي سن الثامنة عشر كأقرانهم العاديين.
- أنهم يصلون إلى النضج الجسمي في نفس الوقت الذي يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لدى أقرانهم العاديين.

على الرغم من ذلك فإن حالات التخلف العقلي المتوسط، و الشديد، والحاد عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمي والحركي، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه العاديون.

ويذهب الخطيب (1992) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون فيما يتعلق بالمهارات الحركية من مشكلات حركية مختلفة قياسياً بأقرانهم العاديين حيث أنهم يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة، أو الدقيقة، وإلى جانب ذلك فإننا نرى أنه كلما زادت درجة تخلفهم العقلي زادات بالتالي معاناتهم الحركية بشكل دال، حيث نجدهم – آنذاك – يتسمون بعدد غير قليل من السمات، **وتأتي السمات التالية في مقدمتها:**

- المعاناة من صعوبات حركية كثيرة.
- **قصور واضح في الوظائف الحركية المختلفة، ومنها مايلي:**

1. التواقف العضلي العصبي.
2. التآزر البصري الحركي.
3. التحكم والتوجيه الحركي.

4. صعوبة استخدام العضلات الدقيقة من جانبهم.
5. يغلب عليهم البطء والتثاقل وعدم الانتظار في الخطوات أثناء المشي.
6. يصعب عليهم السير في خط مستقيم.
7. عادة ما يصيبهم التعب والإجهاد والإعياء بسرعة ولأقل مجهود.
8. يصبحون أكثر عرضة لإصابة بالأمراض المختلفة قياساً بأقرانهم العاديين.
9. يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالإعاقات الحسية المختلفة (محمد، 2005، ص:64-65).

2. **الخصائص العقلية المعرفية:** هناك العديد من الخصائص التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن غيرهم من الأطفال وفي مقدمتهم أقرانهم العاديين، **وهو الأمر الذي يمكن أن نعرض له كما يلي:**

أ ـ **بطء معدل نموهم العقلي:** إذا كان الطفل العادي ينمو بمقدار سنة عقلية واحدة كل سنة زمنية من عمره فإن الطفل المتخلف ينمو بمعدل أبطأ من ذلك إذ ينمو بمعدل يقدر بتسعة شهور عقلية، أو أقل كل سنة زمنية، كما أن أقصى عمر عقلي يمكن للطفل المتخلف عقلياً أن يصل إليه، وذلك عندما يبلغ الثامنة عشرة من عمره لن يتجاوز مستوى النمو العقلي لطفل عادي في العاشرة، أو الحادية عشرة من عمره، وربما أقل من ذلك.

وإذا كانت هضبة النمو العقلي تظهر عند الأفراد العاديين في المرحلة العمرية التي تتراوح بين 16-18 سنة فإنها تظهر لدى حالات التخلف العقلي البسيط في المرحلة العمرية التي تتراوح بين سن العاشرة والحادية عشرة.

وإضافة إلى ذلك فإن أقصى مرحلة عمر عقلي يصل الفرد المتخلف عقلياً من المستوى المتوسط إليها توازي السابعة من العمر تقريباً بالنسبة لأقرانه العاديين، أما الأفراد المتخلفين عقلياً من المستوى الشديد والشديد جداً فلا يتجاوز نموهم العقلي الثالثة من العمر، وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين.

ب ـ **قصور الانتباه والإدراك:** يعاني الأطفال المتخلفون عقلياً من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة، وعدم قدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة حيث يتشتت انتباههم بسهولة نتيجة لقابليتهم العالية

للتشتت، وذلك لأي مثير حتى، وإن كان مثيراً دخيلاً، كما أنهم يتسمون بقصر مدى انتباههم، وتزداد تلك السمات تدنياً مع زيادة درجة التخلف العقلي.

وإلى جانب ذلك فإنهم يتسمون بضعف مثابرتهم في المواقف التعليمية المختلفة، ولا يكون بإمكانهم تحديد تلك الأبعاد المرتبطة بالمهمة المستهدفة، أو تحديد المتغيرات التي ترتبط بها، كذلك فإنهم يتسمون بقصور الإدراك من جانبهم سواء الإدراك السمعي، أو البصري، أو إدراك الخصائص المختلفة المميزة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان إلى جانب عدم قدرتهم على إدراك وفهم المواقف المختلفة التي يتعرضون لها، وما يمكن أن تضمه مثل هذه المواقف، وتتضمنه من مشكلات متعددة.

جـ ـ قصور الذاكرة: يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة واضحة وقصور كمي وكيفي في عملية تجهيز المعلومات، والخبرات المختلفة في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير فيتعلمون ببطء، وينسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة، ويعمل مثل هذا المستوى من الذاكرة على حفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط، ولا يقوم بنقلها إلى المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظها لفترات طويلة.

ومن ثم فإنهم يعانون من قصور كبير في ذاكراتهم قصيرة المدى ترجع في الغالب إلى عيوب في أساليب التعلم والتكرار من جانبهم، ومع ذلك فإن التدخلات المختلفة من جانبنا يمكن بلا شك أن تؤدي إلى حدوث بعض التحسن في تلك الذاكرة، وذلك بالرغم منش أن ذلك التحسن يكون محدوداً، وحتى يمكننا أن نتغلب على جانب من هذا القصور ينبغي أن نلجأ إلى التكرار الدائم والكثير لما نقوم بتقديمه لهم، وإلى جانب ذلك هناك قصور –أيضاً – في ذاكرتهم طويلة المدى، ولكنه يكون أقل بكثير من ذلك القصور في ذاكرتهم قصيرة المدى.

د ـ قصور التفكير: إذا كان التفكير يعني ببساطة إعادة تنظيم وهيكلة تلك المعلومات والخبرات التي يكون قد سبق للفرد المرور بها وتعلمها، ثم التواصل من خلال ذلك إلى حلول مناسبة للمشكلة التي تواجهه في هذا الموقف أو ذاك، وأن أهم ما يميزه هو تطوره مع زيادة عمر الفرد، فإن تفكير الطفل المتخلف عقلياً لا ينمو بمعدلات مماثلة، بل بمعدلات منخفضة مما يجعله لا يتجاوز المرحلة المادية المحسوسة، أو العيانية

concrete كما يسميها بياجيه Piaget وهو ما يعني أن الفرد المتخلف عقلياً يعاني بذلك من قصور في التفكير حيث لا يكون تفكيره على مستوى المواقف، أو الأحداث التي يمر بها ويواجهها.

كما يكون بسيطاً وسطحياً، وينعكس في قدرته العقلية العامة التي تتسم بالقصور، **وقد يرجع قصور التفكير لدى هؤلاء الأفراد إلى العديد من الأسباب من أهمها ما يلي:-**

1. قصور الذاكرة.
2. ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم المختلفة,
3. قصور تكوين الصور الذهنية المتباينة.
4. ضعف المحصول اللغوي وضآلته.
5. قصور في تجهيز المعلومات.

هـ ـ قصور التعميم وانتقال أثر التعليم أو التدريب: تواجه الطفل المتخلف عقلياً جمة في سبيل القيام بالتعميم، أو نقل أثر ما تعلمه في موقف ما، أو ما تدرب عليه في ذلك الموقف إلى مواقف أخرى مشابهة، أو القيام بتعميم ما ساد في موقف معين على غيره من المواقف المشابهة، **ومن الأكثر احتمالاً أن مثل هذا الأمر، إنما يرجع إلى الأسباب التالية:**

1. قصور في اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف المختلفة.
2. عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف تلك.
3. قصور في قدرته على إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة.
4. قصور في قدرته على التفكير في الحلول المناسبة للمشكلات والمواقف المختلفة.
5. عدم قدرته على تذكر ما مر به من خبرات في المواقف المتشابهة منذ فترة قريبة، **وينبغي في سبيل مساعدة هذا الطفل على أن يتغلب ولو جزئياً على هذه المشكلة أن نقوم بعدد من الإجراءات ذات**

الأهمية في هذا الصدد من أهمها مايلي:

1. الاعتماد على الأنشطة المختلفة.
2. الاهتمام بتقديم مهام متعددة للطفل.
3. تنويع المهام والأنشطة التي يتم تقديمها له.
4. تعدد الأماكن التي نقوم بتعليمه فيها.
5. الاهتمام بالتكرار المستمر للمهمة والنشاط والخبرة ككل.

و- قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية: يواجهه الطفل المتخلف عقلياً صعوبات، ومشكلات متعددة في المهارات الأكاديمية المختلفة كالقراءة، والكتابة، وإجراء العمليات الحسابية المختلفة، **وقد يرجع ذلك إلى جملة من الأسباب في مقدمتها ما يلي:**

1. ضعف القدرة على التعلم بصفة عامة.
2. قصور في بعض القدرات النوعية.
3. قصور في جوانب النمو العقلي.

ضعف القدرة على القيام بالعمليات العقلية المعرفية المختلفة من انتباه، وإدراك، وتذكر، وما إلى ذلك، وعلى الرغم من ذلك يمكن باتباع أساليب تدريس معينة، والتدريب على الأنشطة المختلفة، واللجوء إلى الاستراتيجيات التعويضية أن نسهم في تحسين مهاراتهم الأكاديمية (محمد، 2005، ص:65-69).

الخصائص اللغوية.

تعتبر المشكلات اللغوية من أهم المشكلات التي ترتبط بالتخلف العقلي وتنتج عنه، كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة مستوى التخلف العقلي، وعلى ذلك فإن المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة كما يذهب القريطي (2001) يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوي وذلك على الرغم من أنهم يتأخرون في

النطق، **بينما يعاني ذوو التخلف العقلي المتوسط من مشكلات، وصعوبات لغوية مختلفة من أهمها ما يلي:**

أ ـ البطء الملحوظ في النمو اللغوي.

ب ـ التأخر في النطق.

جـ ـ التأخر في اكتساب قواعد اللغة.

د ـ ضآلة المفردات اللغوية وبساطتها.

هـ ـ بساطة التراكيب اللغوية وسطحيتها.

و ـ تدني مستوى الأداء اللغوي، ومن ناحية أخرى يشير الشخص (1997) إلى أن اضطرابات النطق المختلفة من إبدال، وتحريف، وحذف، وإضافة تنتشر بين هؤلاء الأطفال، **كما تشيع أيضاً اضطرابات الصوت بينهم، ومن أهمها ما يلي:**

أ ـ أن يسير الصوت على وتيرة واحدة.

ب ـ أن يتسم بالنمطية.

جـ ـ أن يكون الصوت مزعجاً: وغير سار لدى الكثيرين منهم، وإلى جانب ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كماً وكيفاً بدرجة التخلف العقلي حيث تقل في حالة التخلف العقلي البسيط، وتزداد مع زيادة مستوى التخلف من المتوسط إلى الشديد، ثم تضطرب تماماً في حالة التخلف العقلي الشديد جداً أي الحاد (محمد، 2005، ص:69-71).

الخصائص الانفعالية:

هناك العديد من الخصائص الانفعالية التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً، وتزداد حدتها مع زيادة درجة أو

مستوى التخلف العقلي، ومن أهم هذه الخصائص ما يلي:

أ ـ عدم الثبات الانفعالي: emotional unstability.

من الجدير بالذكر أنه يمكن تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً في هذا الإطار إلى فئتين كما يرى كمال مرسي (1999) تتمثل أولاهما في تلك الفئة التي تعتبر مستقرة انفعالياً إلى حد ما، والتي تبدو متعاونة ومطيعة، ولاتؤذي أحداً، أما الفئة الثانية، فهي: تلك الفئة غير المستقرة التي تتسم بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار في نشاط معين، والثورة والغضب لأسباب بسيطة، كما أنها تكون متقلبة المزاج حيث تكون هادئة أحياناً، بينما تكون شرسة في أحيان اخرى، ويمكن أن تؤذي نفسها، أو غيرها، **كما أن هناك العديد من هذه السمات المميزة لهم، والتي تعد السمات التالية في مقدمتها:**

1. عادة ما تكون انفعالات أولئك الأطفال غير ثابتة.
2. تعد انفعالاتهم مضطربة.
3. تتغير انفعالاتهم تلك من وقت إلى آخر.
4. يميلون إلى التبلد الانفعالي.
5. يبدون اللامبالاة فيظهرون غير مبالين بما حولهم ومن حولهم.
6. عدم الاكتراث بما يدور حولهم.
7. يتسمون بالاندفاعية.
8. ـ عدم التحكم في الانفعالات.

ب ـ اضطراب مفهوم الذات: self – coneept disorder

من الأمور التي شهدت جدلاً سابقاً والتي باتت شبه مؤكدة أن إدراك الأطفال المتخلفين عقلياً لذواتهم يكون سالباً إذ يكون مفهومهم لذواتهم سيئاً **نتيجة لعدد من الأسباب يوردها كمال مرسي (1999) فيما يلي:**

تعرضهم الكبير لخبرات الفشل والإحباط سواء في المنزل، أو المدرسة، أو في المجتمع بصفه عامة، والشعور بعدم الكفاءة، والشعور بالدونية، وعدم الرضا عن الذات، والاعتماد على الآخرين، والاستعداد للقلق (نتيجة لشعورهم بالدونية) والسلوك العدواني، وسوء التوافق، وعدم الواقعية خاصة في مفهومهم لذواتهم، وعدم ثبات تقديرهم لذواتهم.

جـ ـ الانسحاب الاجتماعي: social withdrawal

يشعر الطفل المتخلف عقلياً بالخوف من الجماعة، ولا يشعر بالأمن بينهما، وبالتالي، فإنه يميل إلى العزلة، ويشعر بالدونية قياساً باقرانه العاديين، ويتوقع الفشل، وتضعف ثقته بنفسه، ويخبر الإحباط، ويتقلب مزاجه، ويعاني من الاضطرابات الانفعالية، وكلها أمور تدفعه ألى التحرك بعيداً عن الجماعة لو استعرنا ذلك المصطلح الذي قدمته **كارين هورني Horney** ويقوم بدلاً من ذلك بالإقبال على، أو التحرك نحو الأطفال الأصغر منه سناً، ويتخذ منهم أصدقاء، ويلعب معهم وذلك بدلاً ممن هم في مثل سنه.

د ـ العدوان: aggression

ينتشر السلوك بين هؤلاء الأفراد بدرجة كبيرة قياساً بأقرانهم العاديين ويزداد بزيادة درجة، أو مستوى التخلف العقلي ، ويرجع إلأى عدم شعورهم بالأمن، أو الاستقرار، وتعرضهم لخبرات مؤلمة ومحبطة في تفاعلهم مع الآخرين من حولهم، **ومن أبرز أشكال العدوان التي يلجأ إليها، ما يلي:**

عدم الطاعة، والهجوم البدني، والعدوان اللفظي، وتدمير الممتلكات، وإعاقة الآخرين، وإيذاء الذات (محمد، 2005، ص:70-72).

الخصائص الاجتماعية:

لا يمكن النظر إلى الخصائص الاحتماعية لأولئك الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجسمية، والعقلية، والمعرفية، والغوية، والانفعالية حيث إن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية، وبين تلك الخصائص فرادى وجماعات، ومن ثم فإن القدرة المنخفضة لهؤلاء الأفراد على التكيف الاجتماعي، إنما تعد نتاجاً لتلك الخصائص.

ومما لا شك فيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالتخلف العقلي تمثل في أساسها مشكلة أجتماعية حيث تؤدي القدرة العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي، وتجعله اقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، **ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المتخلفين عقلياً، ما يلي:**

1. قصور في الكفاءة الاجتماعية.
2. عجز عن التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها.
3. صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الاخرين.
4. قصور في القدرة على التواصل.
5. تدني مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي، أو غير اللفظي.
6. عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين.
7. قصور في المهارات الاجتماعية.
8. صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين.
9. صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم.
10. لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم.

11. الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سناً في أي ممارسات اجتماعية.

12. صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب.

13. عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية.

14. قصور في مهارات العناية بالذات.

15. قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية (محمد، 2005: ص 72-73).

خامساً: خصائص الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم.

يتشابه الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم في عدد من الخصائص والسمات العامة التى تميزهم عن غيرهم من الأطفال الأسوياء من جانب، وعن أقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً من باقي الفئات من الجانب الآخر، وتسمى هذه لفئة من فئات الأعاقة العقلية بفئة المورون (Moron) وتتراوح نسبة ذكائهم مابين (50-70) إذا ما تم القياس باستخدام اختبار ذكاء مقنن (زيدان أحمد السرطاوى، وكمال سالم 1992).

ويتراوح العمر العقلي لهؤلاء الأطفال مابين (6-9سنوات) حيث يحدث النمو العقلي لهؤلاء الأطفال بمعدل نصف إلى ثلاثة أرباع سنه خلال السنة الزمنية لكنه لا يصل إلى معدل النمو العقلي العادي لأطفال الأسوياء (فاروق صادق، 1982) وعلى الرغم من قدرة هؤلاء الأطفال على التعلم إلا أنهم يحتاجون إلى جهد كبير وأساليب خاصة، لأن مقدرتهم على التعلم لا تنمو إلا في سن متأخر كما أنهم يتسمون بعدم القدرة على إدراك المفاهيم، ويجدون صعوبة كبيرة في تكرار العبارات والجمل الطويلة.

ويعرض Smith عدد من الخصائص الخاصة بأفراد هذه الفئة في مجال التعلم من أهمها ما يلي:

- الحاجة إلى التكرار (التعلم الزائد Over Learning).
- نقص القدرة على الانتباه.

- نقص القدرة على التركيز.
- انخفاض الفطنة، أو البصيرة.
- نقص القدرة على الاتصال اللفظي.
- نقص القدرة على التخيل، أو التصور.
- نقص القدرة على المشاركة في الأنشطة الجديدة.
- بطء الاستجابة وتأخر رد الفعل.
- نقص القدرة على ملاحظة المؤثرات، أو القرائن Cues في مواقف التعلم.
- الانفعال الزائد في المواقف المحيرة Perplexing Situations.
- نقص القدرة على حل المشكلات حتى مع تقديم التوضيحات والإشارات.
- نقص القدرة على اكتشاف المتشابهات والاختلافات بين الأشياء والمواقف.
- نقص القدرة على تعميم الخبرة واستخدامها في مواقف جديدة (Smith , 1971) (إبراهيم،2005: ص 50 – 51).

وتزداد فروق التباين في الأعمار العقلية بين الأطفال الأسوياء ونظرائهم من الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعليم، ويكتمل النمو العقلي لهؤلاء الأطفال ما بين سن (16–18سنة) ولا يستطيع أطفال هذه الفئة أن يصلوا إلي أكثر من الصف الخامس الابتدائي مهما بلغ تدريبهم أو تأهيلهم نظراً لقصور الوظائف والعمليات العقلية اللازمة لاستكمال الدراسة الأكاديمية خاصة بالنسبة للعمليات العقلية العليا كالذاكرة، والانتباه، والتفكير، والإدرك، والتجريب، والتعميم.

هذا علاوة على انخفاض قدراتهم على التخيل والتفكير المنطقي وإصدار الأحكام، لذا يعجزون عن التكيف مع المواقف الجديدة ويتسمون بالجمود والاستمرار في العمل على وتيرة واحدة (جلال، 1985).

لذا يتصف هؤلاء الأطفال بانخفاض وتأخر المهارات الأكاديمية والتحصيلية والقدرة على القيام بالأنشطة المدرسية كما أنهم أقل قدرة على أداء الوجبات المنزلية، وهم يحتاجون إلى مساعدات فعالة للتغلب على المشكلات الدراسية التى يعانون منها، كما أنهم في حاجة أيضاً إلى مناهج دراسية تتفق مع

قدراتهم المحدودة، بالإضافة إلى طرق التدريس المناسبة لتلك المناهج والتي لابد أن تختلف بالضرورة مع مثيلاتها من طرق تدريس الأطفال الأسوياء، خاصة وإن الكثير من هؤلاء الأطفال غالباً ما يعانون من تأخر واضح في نمو القدرات اللغوية والكلام (عبدالرحيم ،1990).

- وكثيراً ما يتسم هؤلاء الأطفال بالنشاط الزائد والاندفاعية وكثرة الحركة وتشتت الانتباه وعدم القدرة على الثبات في مكان واحد مما يؤدي إلى تزايد مشكلاتهم الأكاديمية ونقص المهارات التحصيلية والمعرفية لديهم (Gadow & Pomeroy 1990) (إبراهيم،2005: ص 50 – 51).

أما من حيث الخصائص النفسية الاجتماعية: فإن هذه الفئة من الأطفال تتسم بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات والمهارات الاجتماعية مما يجعلهم عاجزين عن المشاركة الفعالة في الممارسات الاجتماعية مع أقرانهم من الأطفال في مستوى أعمارهم الزمنية (سليمان الريحاني، 1981).

كما إنهم يظهرون كثيراً من السلوكيات الاجتماعية غير المرغوبة والتي تكشف بوضوح عن وجود الكثير من أوجه الاضطراب والخلل في الشخصية، مثل: عدم الاتزان الانفعالي، وضعف الأنا الأعلى، والميل إلى الفردية، وعدم القدرة على مسايرة الآخرين، والقابلية للإيحاء، وتزايد مستوى السلوك العدواني.

- ❖ والمشكلات الأخلاقية مثل: السرقة، والكذب، والمشكلات الاجتماعية مثل، العزلة والانطواء والانسحابية.
- ❖ ومشكلات عدم الإنجاز ونقص الدافعية، مثل: شرود الذهن، وعدم القدرة على التركيز والانتباه، وسرعة الشعور بالملل.
- ❖ مع وجود كثير من المشكلات الخاصة بالمهارات اللغوية والسلوك اللفظي، مثل: التعلثم، والاضطرابات الكلامية، علاوة على اللزمات الغريبة، مثل: قضم الأظافر، والحركة العصبية بالأرجل، أو اليدين والعينين (عفاف عبد المنعم، 1991).

ويشير Geatheart & Others إلى أن أهم ما يميز الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم من الأطفال الأسوياء، هو وجود عجز واضح واضطراب في المهارات الشخصية والاجتماعية، وعدم القدرة على التوجيه الذاتي، أو المبادأة بالإضافة إلى بطء الفهم، وعدم القدرة على التفسير، والاستيعاب مع صعوبة التعامل مع الأقران (Gearheart & Others , 1992).

ويقرر صالح هارون أن هؤلاء الأطفال يتسمون بالقلق نظراً لانخفاض قدراتهم على التحصيل، ويصابون بالإحباط نتيجة تعرضهم المستمر لمواقف الفشل، مما يؤدي إلى نمو نوع من الشعور بعدم الكفاءة لديهم كما أن عدم قدرتهم على التعبير عن حاجاتهم وعدم قدراتهم على الاتصال بالآخرين يجعلهم أكثر عرضة للشعور بالإحباط وإن هذا الإحباط يرتبط لديهم – دائماً– بالعدوان الذي لا يتجه – غالباً – نحو الذات، أو الآخرين، ولكنه يهدف إلى جذب انتباه الآخرين إليه (صالح عبدالله هارون، 1985).

- وهكذا فإنه يمكن استخلاص أن الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم يقتربون من أقرانهم الأسوياء في الخصائص الجسمية إلا إنهم أقل قدرة عقلية، كما أنهم يعانون من كثير من مظاهر الاضطراب والمشكلات الاجتماعية والنفسية، ويبدون قدراً أكبر من السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً، مما يؤكد على حاجاتهم الماسة إلى إعداد برامج خاصة تساعدهم على تحقيق مستوى مناسب في نمو المهارات الاجتماعية ومساعدتهم على التغلب على مشكلاتهم النفسية (إبراهيم،2005: ص 50 – 51).

سادساً: أسباب الإعاقة الفكرية:

يشير سعيد العزة (2001) إلى إن هالاهان و كوفمان Hallahan & Kouffiman يريان أن نسبة حالات التخلف العقلي غير المعروفة في سببها العضوي تمثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين 80 -94% ويطلق على مثل هذه الحالات: اسم التخلف العقلي ذي الأساليب الثقافية الأسرية familial cultural وهو ما ينسبها إلي أسباب اجتماعية وثقافية متدنية تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه.

وتؤدي إلى تخلفه العقلي مع أنه لا يتوفر حتى الآن دليل قوي على صحة مثل هذا الافتراض، وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حيث أرجعت ذلك إلي أسباب: نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها: أسباب ثقافية أسرية، وذلك في مقابل الأسباب العضوية التي قد تؤدي إلى التخلف **العقلي والتي تم حصرها في ثمانية أسباب على النحو التالي:-**

1. الإصابات والتسمم.
2. الإصابات والعوامل الجسمية.
3. الإصابات الدماغية العامة.
4. الشذوذ الكروموزومي.
5. اضطرابات الحمل.
6. اضطربات عملية التمثيل الغذائي.
7. عوامل ما قبل الولادة (الوراثة والبيئة الرحمية).
8. الاضطرابات النفسية للأم الحامل (محمد، 2005: ص 89- 90).

ومن ناحية أخري يرى شتيرنبرج و جريجوريكنو(1999) Sternberg & Grigorenko أن للجينات الوراثية دوراً كبيراً في حدوث الفروق الفردية بين الأفراد سواء كانوا عاديين، أم غير عاديين، وأن مثل هذه الفروق تحدث في جميع جوانب الشخصية.

وفيما يتعلق بمحور اهتمامنا هنا نجد أن تلك الجينات لها أثر كبير في حدوث الفروق الفردية في الدرجات الخاصة بنسب الذكاء حيث تسهم بدرجة كبيرة في حدوث الفروق الفردية في الدرجات الخاصة بنسب الذكاء حيث تسهم بدرجة كبيرة في حدوث مثل هذه الفروق إذا أنه كلما كان التشابه الجيني بين شخصين معينين كبيراً تقاربت كثيراً نسب ذكائهما.

والعكس صحيح، وإذا ما عدنا إلي التخلف العقلي فسوف نجد أن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه كثيرة ومتعددة، ولا تقتصر على العوامل الجينية أو الوراثية فحسب، بل إنها في واقع الأمر تمتد إلي أبعد من ذلك لتشمل عوامل أخري إلى جانبها يأتي في مقدمتها العوامل البيئية، وهذه العوامل كمجموعة يمكن أن تضم تلك العوامل التي يمكن أن تؤثر على البيئة الرحمية وذلك بعد أن تكون السمات الوراثية قد انتقلت إلى ذلك الجنين الذي يكون قد تكون بالفعل في ذلك الوقت، إلي جانب عوامل أخرى: أسرية، أو اجتماعية، وسوف تلقي الضوء على مثل هذه العوامل خلال الصفحات التالية (محمد، 2005: ص 89-90).

أولاً: العوامل الوراثية:

تعد هذه العوامل مسئولة عن حدوث النسبة الأكبر من حالات التخلف العقلي والتي تبلغ حسب ما أوردته بعض التقارير والدراسات حوالي 80 % تقريباً من تلك الحالات وذلك لوجود تلف، أو ضمور، أو خلل في خلايا المخ، أو الجهاز العصبي المركزي، وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى إعاقة في وسائل الإدراك، والوظائف العقلية المختلفة، وإلى حدوث صعوبات عدة في عملية التعلم، وتلعب تلك العوامل دورها بطريق مباشر عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية، أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لعيوب تكوينية يمكن أن تؤثر على أنسجة المخ وخلاياه، وبالتالي تعوق نموه ووظائفه.

ويرى كندول Kendall (2000) أن هناك عوامل وراثية محددة تلعب دوراً هاماً في حدوث التخلف العقلي إذ أنه قد يحدث شذوذ كروموزومي، أو خطأ وراثي، **يمكن بالتالي أن يؤدي إلى حدوث أنماط مختلفة من الإعاقة كما يلي:**

أ ـ شذوذ الكروموزوم (X) [أو ما يعرف بالكروموزوم (X) الهش]:

وتعد زملة أعراض شذوذ الكروموزوم (X) أو ما يعرف بالكروموزوم (X) الهش The fragile x syndrome كما يرى كندول Kendall (2000) بمثابة نمط من تلك الأنماط التي يتضمنها التخلف

العقلي والتي ترتبط بالشذوذ الكروموزومي، وينشأ هذا النمط عن وجود جزء منقبض أو متقلص عند نهاية أو طرف الكروموزوم (X) وهناك مجموعة من السمات الجسمية ترتبط به إلى جانب العديد من أوجه.

القصور المعرفية، وتتضمن السمات الجسمية قصر القامة، والجبهة العريضة البارزة، والفك البارز، والأذنين الكبيرتين إلى جانب كبر اليدين والقدمين، ويرى **مازوكو، وآخرون** (1997) Mazzocco et. al أن هذا النمط من التخلف العقلي يظهر بشكل كبير بين الذكور، أو يتركز ظهوره بينهم، ومع ذلك فعندما يظهر هذا النمط بين البنات فإنه عادة ما يرتبط باضطراب التوحد، أي: أن التشخيص يكون مزدوجاً في مثل هذه الحالة (محمد، 2005: ص 91).

ب ـ الفينيلكيتونوريا: PKU:

وهناك اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا phenylketonuria الذي يكتب اختصاراً PKU والذي يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية، ويعد هذا الاضطراب بمثابة خطأ وراثي يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء metabolism ينشأ عن خمول في أنزيمات الكبد تؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول تجعل رائحته كريهة.

وهناك فحوص طبية يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة وذلك منذ الأسبوع الثالث بعد الولادة، وجدير بالذكر أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يكونوا في الغالب عاديين عند الولادة، ولكنهم إذا لم يعالجوا عند اكتشاف الحالة وذلك خلال العام الأول من عمرهم، فإن الأمر يتطور إلى حدوث التخلف العقلي، وتوضح الدراسات الحديثة أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة في وقت مبكر من عمر الطفل، وتم تحديد نظام غذائي معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير فإن الأمر لا يصل إلى حدوث التخلف العقلي، بل إن الطفل يكون عادياً.

ومما لا شك فيه أن المورثات الحاملة لهذا الاضطراب تنتقل إلى الجنين في شكل جين متنح، فإذا تزوج الفرد الذي يحمل هذا الجين عندما يكبر من شخص آخر يحمل نفس الجين المتنحي فقد ينتج عن

ذلك أن يولد لهما أطفال مصابين بهذا الاضطراب، وإذا كانت هذه الحالة موروثة؛ فإن التخلف العقلي الناتج عنها ليس موروثاً كما أوضحنا من قبل، ولكن يعتبر نتيجة له.

ويري روبنشتين وآخرون Rubenstein et. al. (1990) أن مثل هذا الاضطراب يعد نادراً إذ تبلغ نسبة حدوثه بين الأطفال حالة لكل أربع عشرة ألف حالة ولادة، وتتراوح حدة التخلف العقلي الناتج عن هذه الحالة بين التخلف المتوسط إلى التخلف الشديد جداً، ولا يرتبط هذا الاضطراب بطبقة اجتماعية معينة، أو بمستوى اجتماعي اقتصادي معين.

جـ ـ حالات أخرى:

هناك عوامل وراثية و عضوية أخرى تلعب دوراً أساسياً في حدوث التخلف العقلي يأتي في مقدمتها إصابة الحامل بالعدوى، أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية، أو تعرضها للتسمم، أو سوء التغذية، مما قد ينتج عنه حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومي ينتقل إلى الجنين من خلال المورثات.

كذلك فإن الشذوذ في تركيب الجمجمة بالنسبة للطفل أو تعرضه لأصابات شديدة بالرأس يؤثر على أجزاء معينة في المخ وهو ما يؤدي إلى اختلال في الأداء الوظيفي العقلي للطفل، وتعد العوامل العضوية مسئولة عن حوالي 70% تقريباً من حالات التخلف العقلي الشديد، وعن حوالي 50% تقريباً من حالات التخلف العقلي البسيط (محمد، 2005: ص 92- 93).

ثانياً: العوامل البيئية:

وتضم هذه العوامل نوعين رئيسين من العوامل المسببة للتخلف العقلي، يرتبط النوع الأول منهما بمجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين، وهو في رحم أمه وتؤدي إلى إصابته بالتخلف العقلي في حين يرتبط النوع الثاني بتلك العوامل التي ترتبط بالبيئة الاجتماعية للطفل، والتي تلعب دوراً رئيسياً في هذا

الصدد، **ويمكن تناول تلك العوامل كتالي:**

1- البيئة قبل الولادية:

قد تتضمن تلك البيئة عدداً من المؤثرات السلبية التي قد يصل حجم تأثيرها الضار إلى تعطيل جانب كبير من قدرات الطفل العقلية، وجدير بالذكر أن هناك عدداً من العوامل التي قد تتعرض لها الأم الحامل، والتي قد تؤثر سلباً على الجنين يأتي في مقدمتها المشكلات الصحية سواء كانت عضوية أو نفسية، وسوء التغذية، والتدخين، وتعاطي الكحوليات، وتعرضها للعدوى، أو للأمراض المعدية، أو تعاطيها العقاقير دون استشارة الطبيب الطبيب، **أو تعرضها للإشعاعات الضارة إلى جانب نقص الأكسجين عند ولادة الطفل ويلخص عادل عبدالله (1991) هذه العوامل كتالي:**

أ ـ سوء التغذية:

من المعروف أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات الأم، فإذا كانت تلك المدخرات كافية بمعنى أن غذاء الأم كان صحيحاً مناسباً، فإن ذلك يساعد الجنين على أن ينمو نمواً طبيعياً، أما إذا كانت تلك المدخرات غير كافية نتيجة معاناة الأم من سوء التغذية، فإن ذلك لابد أن يؤثر سلباً على نمو الجنين فينمو نمواً غير طبيعي، وسوف يؤثر ذلك عليه عند الميلاد، ويؤثر على صحته مدى حياته.

كذلك فقد وجد العديد من الباحثين علاقة بين نقص التغذية خلال فترة الحمل خاصة البروتينيات والفيتامينات؛ وبين وجود نقص جسمي يتعرض له الجنين؛ ويؤثر عليه منذ ميلاده إلى جانب حدوث خلل في جهازه العصبي، أو تعرضه للقصور في قدراته العقلية، والاضطرابات النفسية، وتعرضه للعديد من الأمراض الجسمية المختلفة، وهو الأمر الذي يترك أثراً سلبياً عليه، ومن هذا المنطلق فإن سوء تغذية الأم يعود سلباً على الطفل، ويؤدي به إلى قصور في قدراته الاجتماعية.

ب ـ الحالة الصحية للأم:

إن تعرض الأم لأي مرض معد خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يترك أثراً بالغاً على الجنين، فإصابتها بالسحايا، أو الحصبة الألمانية على سبيل المثال قد يؤدي بالجنين إلى الصمم أو البكم، أو التخلف العقلي، كما أن اضطراب إفرازات الغدد عند الأم من ناحية أخرى؛ قد يؤدي بالجنين إلى أن يصبح متخلفاً عقلياً.

جـ ـ الحالة النفسية للأم:

تؤثر الحالة النفسية للأم بطريق غير مباشر على الجنين بشكل عام، فالمشاعر المتقلبة غير المستقرة التي قد تتعرض لها الأم الحامل تنعكس على النواحي الفسيولوجية المختلفة؛ وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث شيئين أساسيين يمكن لأي منهما أن يؤدي إلى حدوث التخلف العقلي، يتمثل الأمر الأول منهما في إفراز الغدد لدى الأم وتغيير التركيب الكيميائي للدم، بينما يتمثل الأمر الثاني في حدوث ما يعرف بصعوبات الولادة.

د ـ عمر الأم:

تدل الأبحاث على أن السن الأمثل للأم كي تحمل خلاله يتراوح بين 20– 35 سنة حيث أن الحوامل بعد هذا السن قد يتعرضن للمرض، وقد يتعرضن لصعوبات بالغة أثناء الحمل ومثلها أثناء الولادة، كما قد يزداد احتمال إصابة أطفالهن بحالات قصور عقلي، وقد أوضحنا من قبل العلاقة بين سن الأم الحامل وتعرض طفل ها للقصور العقلي، كذلك فإن الحمل قبل سن العشرين قد تواكبه حالات ولادة مبسترة؛ وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدى إلى القصور العقلي.

هـ ـ تعرض الأم للإشعاع:

إن تعرض الأم الحامل لجرعات عالية من أشعة X (السينية) له تأثير بالغ الخطورة على الجنين حيث يؤدي ذلك إلى القصور العقلي أو حدوث تشوهات جسمية على جانب أنه قد يؤدى إلى الإجهاض.

و ـ تعاطي الأم للعقاقير:

يؤدي تعاطي الأم للعقاقير دون استشارة الطبيب خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل إلى تاثيرات سيئة على الجنين، وأحياناً على الأم الحامل نفسها حيث قد يؤدي ذلك إلى ظهور أعراض فقر الدم عليها وحدوث النزيف الدموي قبل الولادة وبعدها، كما قد يؤدي أيضاً إلى العديد من التشوهات الجنينية، أو بعض الأورام السرطانية، أو القصور العقلي، ومن المعروف أن تعاطي مثل هذه العقاقير خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، حتى وإن كان لأغراض طبية يعود بالسلب على الجنين.

ز ـ التدخين والمشروبات الكحولية:

يؤدي قيام الأم الحامل بالتدخين إلى زيادة احتمال وفاة الوليد في الأسبوع الأول من ولادته، وزيادة احتمال أن يكون هذا الوليد أقل وزناً من اقرانه، وأن يكون غير مكتمل النمو؛ وهو ما يترك أثراً سلبياً عليه في العديد من الجوانب ومنها الجانب العقلي، أما تعاطي المشروبات الكحولية أثناء الحمل فيؤثر في معدل النمو الجسمي للأطفال، وتزداد نسبة التشوهات الجسمية بينهم وخاصة في الأطراف، والقلب، والمفاصل والرأس، والوجه، كما يؤثر سلباً على معدل ذكاء الأطفال، وقد يؤدي إلى الإعاقة العقلية.

ويرى **أرونسون وآخرون** (1997) aronson et.al. أن تعاطي الأم للكحوليات قد يعرض الجنين لما يعرف بزملة أعراض تعاطي الكحوليات fetal alcohol syndrome والتي تتضمن تأخر في النمو الجسمي والعصبي والعقلي، كما يرون أن الأطفال الذين يولدون لأمهات كن تتعاطين الكحوليات أثناء الحمل يتعرضون لمشكلات عديدة عقلية وسلوكية تستمر خلال مراهقتهم، ويكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأجنة الذين يتعرضون لمثل هذا الأمر أن يكونوا، إما متخلفين عقلياً، أو توحديين وهو الأمر الذي يعد من الآثار المباشرة لتلك المتلازمة(محمد، 2005: ص 93- 96).

2 ـ البيئة الاجتماعية:

هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عديدة عليه، ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعي، والنفسي الشديد في الطفولة المبكرة، والعزلة

الاجتماعية وقلة الاتصال بالاخرين، أو التواصل معهم، وعدم توفر فرص التعليم، والحرمان الثقافي، والفقر وسوء، أوتدني الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة، وسوء التغذية على سبيل المثال.

وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلي النضج العقلي، والنفسي، والاجتماعي، والانفعالي حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه، وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي، كما أن التنشئة غير الملائمة لا تتيح الفرصة المناسبة لنمو الطفل العقلي حيث تعوق قدراته العقلية، وإمكاناته الوراثية من الوصول إلى النضج، ليس في هذا الجانب فحسب، بل في جميع جوانب الشخصية.

كذلك فإن الحرمان الاجتماعي في الطفولة المبكرة يترك آثاراً سلبية على النمو العقلي للطفل، وهو الجانب الذي قد تتم إعاقته في هذه المرحلة سواء بسبب ذلك، أو نتيجة لاضطرابات نفسية، أو انفعالية أخرى، ومن ثم فإن هذه المجموعة من العوامل لها دور بالغ الأهمية في هذا الصدد، بحيث لا يمكن لنا أن نتجاهله بأي حال من الأحوال، بل عن علينا أن نوليه اهتمامنا، وأن نحاول الإقلال من أثره السلبي قدر الإمكان (محمد، 2005: ص 96).

سابعاً: الطرق التربوية والعلاجية للمعاقين عقلياً:

أشار الكثير من العلماء إلي أهمية إعداد برامج تربوية خاصة بالأطفال المعاقين عقلياً، بهدف تحسين ظروفهم اليومية وإكسابهم بعض المهارات الاجتماعية والحياتية، وتخفيف بعض الاضطرابات السلوكية، والنفسية، واللغوية التي يعانون منها، مما يزيد من اندماجهم مع الآخرين، ويصبح تواجدهم إيجابياً داخل المجتمع الذي يعيشون فيه.

وتتوقف البرامج الإرشادية أو العلاجية للإعاقة العقلية علي عدد من العوامل أهمها:

- درجة الإعاقة.
- حالة الإعاقة.
- المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد المعاق.

ولقد أثبتت البحوث والدراسات الميدانية بطريقة لا تدع مجالاً للشك أن نسبة كبيرة من المعاقين عقلياً يمكنهم التوافق الشخصي، والاجتماعي، والمهني إذا ما تم توجيههم، وتعليمهم (فاروق صادق، 1982: 14).

وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات التي تناولت برامج مخططة للرعاية النفسية، والتربوية، والاجتماعية، الموجهة للمعاقين عقلياً في مراحل نموهم المبكرة، والمناسبة لقدراتهم، واحتياجاتهم، وأثبتت فاعليتها، وتأثيرها الإيجابي في تنشيط استعداداتهم وتحسين معدلات نموهم العقلي، وتطوير مهاراتهم التوافقية الشخصية والاجتماعية، وعلاج مشكلاتهم السلوكية، واللغوية (عبد المطلب القريطي، 2001: 252).

هناك عدد من المبادئ والقواعد التي يجب مراعاتها عند التعامل عند التعامل مع الطفل المعاق عقلياً، والتي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند إعداد برامج تعليمية له، **والتي ذكرها جمال الخطيب ومنى الحديدي وهي:**

- جذب الانتباه، ووجود مثيرات واضحة.
- التدرج من المهارة البسيطة إلي المعقدة.
- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارة المطلوبة حتى لا تُطلب منه مهارة صعبة فيصاب بالإحباط.
- الانتقال من المعلوم إلي المجهول (أي البدء بشيء يعرفه الطفل، والارتقاء به بشيء جديد لا يعرفه).
- معرفة، وتحديد ما هو مطلوب من الطفل أن يتعلمه بالضبط (الخطيب، والحديدي،1997، ص: 61-62).

ويتوقف نجاح أي برنامج سواء علاجي، أو تدريبي، أو إرشادي للمعاقين عقلياً علي دقة تشخيص الحالة وسرعة اكتشافها، واختيار البرنامج المناسب والملائم لهذه الحالة، ومن أهم معالم علاج، وتعليم، وتدريب المعاقين عقلياً (**علي**، 2006، ص: 142 - 143).

العلاج الطبي:

والذي يقدم حسب ما تحتاج إليه كل حالة علي حدة، كعلاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء، وإعطاء الأدوية المهدئة في حالات النشاط الزائد، والسلوك المضطرب، ونقل الدم في حالات العامل الريزيسي، كذلك العمل علي تنمية الوعي الصحي، والعادات الصحية السليمة.

العلاج النفسي:

ويكون العمل من خلال الطفل نفسه عن طريق علاج ما لدى الطفل من قلق وعدوان وشرود والعمل علي تنمية مفهوم ذات إيجابي لديه عن نفسه.

زيادة النشاطات الترفيهية وتنوع العلاقات الاجتماعية وتعديل البيئة المحيطة به لتحقيق نوع من التوافق النفسي والاتزان الانفعالي.

توجيه وإرشاد الوالدين بطريقة التعامل مع طفل هما، وتقبل حقيقة أن طفل هما معاق عقلياً، والقيام بمسئولياتهما تجاهه، وقائياً، وعلاجياً.

العلاج الاجتماعي:

ومن خلاله يتعلم المعاق عقلياً بعض المهارات الاجتماعية اللازمة التي تتناسب مع قدراته وإمكاناته، وإكسابه المهارات التي تتفق مع ميوله واحتياجاته، ليستطيع كسب عيشه، وحماية نفسه من الأخطار الخارجية، وأداء احتياجاته اليومية، والعمل علي تهذيب أخلاقه، والتدريب علي السلوك الاجتماعي الصحيح والمقبول.

العلاج التربوي:

ويشمل استخدام أساليب تربوية خاصة تعمل علي استثارة كل من ذكائه المحدود، وطاقاته إلي أقصى حد ممكن، والوصول إلي أفضل طريقة ممكنة للاستفادة منها في حدود قدراته، وإمكاناته، وتعليمه

المبادئ الأولى للمعرفة، ومن أكثر الفئات استفادة من العلاج التربوي هم فئة الإعاقة العقلية البسيطة " القابلين للتعلم "، كذلك اتباع الأساليب التربوية المناسبة لكل حالة وزيادة برامج الإثراء البيئي للمساعدة علي النمو العقلي والاجتماعي والنفسي، كما يحتاج إلي البرامج التربوية الخاصة بالتخاطب لتنمية الحصيلة اللغوية وزيادة قدرته علي التواصل مع الآخرين.

وهذا ما يؤكده فاروق صادق (1982: 479) من أن الهدف الأساسي للعلاج بالنسبة للمعاق عقلياً يتجه نحو تكوين، وتنمية الفرد الذي يستطيع التكيف بطريقة حسنة ومتوازنة، كما أن هذه البرامج العلاجية لها فائدة محققة، ولكن الأمر لا يتوقف عند علاج العيوب فقط بل إنه اتضح أن العوامل البيئية المحيطة، وليست القدرة العقلية فقط، هي التي تؤثر بالإيجاب، أو بالسلب في قيمة هذا العلاج (عبدالعظيم، 2009، ص: 41- 43).

ثامناً: القياس والتشخيص للإعاقة العقلية:

لا توجد طريقة آلية، أو مباشرة لتشخيص حالات الإعاقة العقلية فالحالات متباينة، ومدى الخصائص يختلف من حالة لأخرى، ولذلك يجب أن يكون تشخيص الإعاقة العقلية قائماً على التقييم الشامل، فلا يكون مجرد عملية قياس، ولا يقتصر على تطبيق اختبارات الذكاء المقننة، والمناسبة، ففي ذلك مخاطرة نتيجة تعدد أبعاد وظواهر الإعاقات العقلية، وتداخل تلك الأبعاد بشكل شبكي يؤدي إلى تفرد كل حالة.

وبالتالي فإن اختبار الذكاء يخدم بعدًا واحدًا من تلك الأبعاد ويؤكد كثير من العلماء ضرورة القيام بتشخيص الإعاقة منذ الميلاد، وأن يتم متابعة الأطفال طوال سنين الطفولة المبكرة حتى دخولهم المدرسة بالتركيز على المعايير النمائية الجسمية، والمعرفية، والقدرات اللغوية، ثم الاستمرار في تلك المتابعة أثناء الدراسة (إبراهيم، 2005، 25- 16).

والحكم على طفل أنه معوق يعتمد على تحديد كفائته في الأداء العقلي المعرفي، وتحديد مهارات التحصيل الأكاديمي، وإجراء تقييم للمهارات الاجتماعية التي يمارسها الطفل في بيئته الطبيعية في المواقف الطبيعية كاللعب مع الأقران وفي حديقة المنزل، ومهارات الشراء، ورعاية الأطفال الأصغر سنًا،

ومعاونة الأهل في المنزل(الشخص، 1990، ص:12-13) **ويقوم تشخيص الإعاقة العقلية على نتائج تقارير التشخيص النفسي، الطبي الاجتماعي، التربوي، والمهني والموضحة فيما يلي:**

1. **التشخيص النفسي:** وفيه يتم تحديد نسبة ذكاء الطفل، ويلاحظ سلوكه العام ومحصوله اللغوي وشخصيته (كامل،1998، ص: 92).
2. **التشخيص الطبي:** وفيه يتم فحص النمو الجسمي العام مع ملاحظة علامات الضعف العقلي الإكلينيكي، والظروف التي قد تمت فيها الولادة ومعدلات النمو، وفحص الحواس، وفحص الجهاز العصبي، وملاحظة الاضطرابات في وظائف الجسم واستقصاء أسباب الإعاقة قبل وأثناء وبعد الولادة وإجراء البحوث المعملية للبول والدم، ووظائف الغدد الصماء والسائل النخاعي الشوكي ورسم المخ...إلخ ومعرفة الأمراض التي قد تعرض لها مرحلة الطفولة، وقد يكون هناك تشخيص طبي يتم أثناء الحمل من خلال تحليل السائل المحيط بالجنين وتشخيص آخر يتم بعد الولادة من خلال معرفة التاريخ المرضي والكشف الخارجي.
3. **التشخيص الاجتماعي:** يتضمن تاريخًا وافيًا للطفل عن حالته الاقتصادية، والثقافية، والمستوى الاجتماعي للأسرة والبيئة التي يعيش فيها، مستوى نضجه وتوافقه الاجتماعي، مستوى علاقاته وتفاعلاته، درجة اعتماده على الآخرين، وقدرته على تحمل المسئولية، حاجته إلى الأشراف على سلوكه الاجتماعي، وطرق التعامل في الأسرة.
4. **التشخيص التربوي:** يقوم به أخصائي التربية الفكرية لتحديد سلوك التلميذ في المدرسة ومدى قدرته على التعلم في ضوء إمكانياته، ومهاراته ونوع الخدمات التربوية التي من الممكن تقديمها له عن طريق تحديد قدرته على التحصيل الأكاديمي وما يعانيه من نقص المعلومات العامة (كامل،1998، ص:92-93) (الروسان،1998، ص:95- 98).
5. **التشخيص المهني:** يقوم به أخصائي التأهيل المهني ليحدد نوع المهنة المناسبة لكل حالة والتي تتناسب مع قدراته، وإمكانياته الجسمية، والعقلية (الروسان، 1998، ص: 99).

المحور الثاني: المهارات الحياتية.

مقدمة: يعتبر تعديل السلوك موضوعاً مهماً جداً في مجال الإعاقة العقلية، فهو محاولة يقوم بها المعلمون والأخصائيون والأهل بهدف تغيير السلوك الظاهري الذي يصدر عن المعوق في المواقف المختلفة ، وذلك بإعطائهم الوسائل التي تمكنهم من التحكم بهذا السلوك بطريقة منهجية، وعن طريق استخدام جميع الأساليب والطرق الممكن استخدامها للتأثير على السلوك الإنساني وتحويله إلى ما هو أفضل لدى الأهل والمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.

ولإكساب المعاقين المهارات اللازمة للسلوك التكيفي، وذلك حتى يستطيع التكيف مع المجتمع والأهل بشكل إيجابي، ومعالجة السلوكات غير المناسبة باستخدام أسلوب تعديل السلوك، حيث أنه ضرب من ضروب العلاج النفسي في نظر السلوكية (De Valenzuela, Connery & Musanti,2000) (عبيد،2005 ص:186).

1. تعديل السلوك والإعاقة العقلية.

وقد عمل العاملون في مجال التربية الخاصة، وتعديل السلوك على إيجاد قنوات للتعاون بين البيت والمدرسة فالسلوكات التي يتعلمها الطفل في المدرسة لا بد من أن يعمم استعمالها على مختلف البيئات، ولا سيما بيئة البيت.

لذلك كان لا بد من تعاون الأسرة، وإطلاعها على ما تقوم به المدرسة (Raffaele & Knoff, 1999) هذا ويدرك الوالدين الأساليب التي يمكن للأطفال بواسطتها إكتساب عملية التعلم ، (Baird & Peterson, 1997) ولكي يكون ذلك فعالاً، فإن استجابات التعامل تحتاج إلى تدخل بشكل أساسي في السلوك وتعزيزها وتوجه نحو أهدافٍ محددةٍ وواضحةٍ وذات أهمية للفرد (Smith & Rivera, 1995) ويذكر ديكي وبومان (Dickie & Bauman, 1991) أن معظم السلوك الإنساني مكتسب حيث تنطبق مبادئ تغيير السلوك على جميع أنواع السلوك العادي وغير العادي، ولا تختلف مبادئ تغيير السلوك عندما

تطور برامج تربوية للمعوقين عقلياً، فقد تنجز برامج التدريب من أجل احتياجات التكيف الاجتماعي، ولزيارة التفاعل الأكاديمي، ومهارات الحياة اليومية (Rutherford & Quinn,1999).

والتعلم هو تغير في سلوك الإنسان، أو في أدائه الحركي والجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي والأخلاقي، فالتعليم بكل صوره في جوهره تعديل في سلوك الإنسان إلى ما هو أفضل وأقوم، وأكثر نجاحاً وايجابية (العيسوي، 1997) ويكون الأداء في مجموعة من المواقف الاجتماعية، ومع الأسرة ومع الجماعة الاجتماعية، وكله يتطلب تعلم طرق جديدة (Kennedy, Long, Jolivette, Cox, Jung & Thompson, 2001).

وعلى من يقوم بالتعليم أن يعزز الاستجابات الصحيحة لتدعيم النتائج والاستجابات المتعلمة، والتعزيز أنواع مختلفة، منها المادي والمعنوي، واللفظي (Murray, 1996) فمحاولة تعليم الإعاقة العقلية المتوسطة يقع ضمن المناهج المستخدمة في تعديل السلوك (العيسوي، 1997).

وفي بعض برامج التأهيل يكون برنامج تعديل السلوك برنامجاً أساسياً حيث تستخدم قواعد تعديل السلوك، مثل: (التدعيم (التعزيز) والانطفاء، والتعميم، والتمييز، والتشكيل والتسلسل، واستخدام النماذج السلوكية) وغيرها لتعديل سلوك الأفراد، خاصة ما يتعلق منها بأنشطة الحياة اليومية والرعاية الشخصية، (Popovich, 1981) حيث إن تحليل السلوك يوفر تكنولوجيا لتغيير السلوك بالنسبة للأهل، وتحليل السلوك يؤكد على التوجه الفردي في التعليم والتعلم (Dickie & Bauman,1991) (عبيد،2005 ص:186-187).

وتشير الدراسات إلى أن استخدام أساليب التهديد اليومي والعقاب، والإهانة من الوالدين يؤدي إلى شعور الطفل بالدونية، وعدم الكفاءة، وعدم الرضا عن الذات، والتلاميذ الذين يشعرون بتعزيز الوالدين يزدادون ثقة في إمكاناتهم؛ وكفاءاتهم، ويتدعم لديهم مفهوم الذات (حسان، 1991).

وجد سشيلنج وشينك (Schiling & Schinke , 1988) من خلال تدريب عدد من الأسر على وسائل تعديل السلوك بأن وجود مثل هذه البرامج من شأنها تزويد الأسر بالكثير من المهارات التي

تساعدهم في التعامل مع أبنائهم المعوقين، هذا ويتضمن تدريب الأمهات مع أطفالهن المعوقين عقلياً نمذجةً وتدعيماً مادياً وتعليماً لفظياً، وتدريباً على التحكم في الانتباه باستخدام المثيرات المصورة، (Popovich , 1981).

وقد لاحظ عدد من المتخصصين فائدة تعديل السلوك مع المعوقين عقلياً مع تأكيده على تحليل المهمة (Smith & Rivera , 1995) وهكذا فإن الأمر يتطلب تدريب الوالدين لكي يكونا شبه أخصائيين في تعديل السلوك، وذلك بوضع برنامج خاص ومناسب (نجدى، 1998).

وتعد المهارات المنزلية من أهم الأعمال التي يفضل تدريب ذوي الإعاقة العقلية عليها، وذلك لمساعدتهم على الاعتماد على أنفسهم في القيام باحتياجاتهم اليومية في المنزل، وهذا يجعل الفرد أقل عبئاً على الآخرين ممن يعيش معهم (إبراهيم، 1993) ويوجد عدد من التوجيهات التي تحيط بالتدريب على كيفية استخدام الحمام، والتي تشمل كلاً من الطفل والأسرة والبيئة، وبعض الآباء والأمهات ينظرون لمشكلات في عملية تدريب أبنائهم على كيفية استخدام الحمام، كانعكاس مباشرٍ لمهاراتهم الأسرية (Kinservik & Friedhoff , 2000)

ولكي يتعلم المعوق عقلياً تنفيذ التتابع التعليمي في مهام، مثل: استخدام الشوكة، والهاتف، وربط الحذاء، وقول: مرحباً يجب استخدام برامج، وتقنيات تعديل السلوك (Hallahan & Kauffman , 1994) حيث تستخدم أساليب تعديل السلوك بشكل واسع في الرعاية والنظافة الشخصية ولتعليم مهارات الاعتماد على الذات، كاستخدام الحمام، وتناول الطعام وارتداء الملابس (Mac Millan ,1982) (يحي،2005 ص:187 – 188).

ويشار إلى استخدام النمذجة في التدريب على المهارات الاجتماعية بالتعليم بالملاحظة لأن الطفل يتعلم بملاحظة النموذج ويستند إلى أن الأطفال قادرون على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، يلعب النموذج الحي دوراً مع كل الأطفال (Agran, Blanchard, Wehmeyer & Hughes , 2002) ، ففي موضوع السلوك يلعب النموذج الحي دوراً مع كل الأطفال (Lemieux , 2001).

ويلعب النموذج الحي دوراً مهماً للأطفال المتخلفين عقلياً بوجه خاص، لذا على الأبوين أن يحسنا سلوكهما، ويحرصا على إنتقاء الألفاظ بدقه، وأن يحرصا على آداب السلوك، لأن الأطفال سيقلدون الوالدين (Walker & Maclauglin , 1992) ويتعلم الأطفال السلوك الذي يرونه أكثر من الذي يسمعونه عن طريق النموذج مع تقديم الإيماءات والإيحاءات للطفل (Horn , Liber ,Li , Sandall & Schwartz , 2000) .

والطفل المعوق عقلياً يحب التقليد ويجد متعه في ذلك، وعن طريق التقليد يتعلم الطفل الكثير، وهو يحتاج للتقليد والنمذجة أكثر من غيره (Kinservilk & Friedhoff , 2000) لذا على المدرب أن يقوم بالسلوك أمام الطفل بشكلٍ واضحٍ وببطءٍ وبشكلٍ متكرر حتى يستطيع أن يعيده ويقلده، مع منح تعزيز على كل جزء من الأداء الصحيح الذي ينجح في القيام به كنوع من التعزيز والتدعيم الإيجابي المباشر (Black & langone , 1997).

لأنه ربما كان الطفل لا يستطيع عمل شيءٍ عندما يطلب منه أبواه ذلك، لذا يمكن مساعدتهم عن طريق توضيح الكيفية التي يمكن بواسطتها تقديم التعليمات القصيرة والواضحة للطفل، لهذا قد يكون أمراً ضرورياً توضيح طرق ضبط السلوك المختلفة (الوابلي والشمري، 1995).

ويحتاج كل طفل إلى اكتساب بعض العادات، ولو كان من المتخلفين عقلياً، فالمعروف أن المتخلفين عقلياً لا يسعون ولا يفكرون كثيراً بالتقدم إلى الأمام، ولذا كان من الواجب توجيههم بتوجيهات بسيطة ما أمكن ذلك (السبيعي، 2000).

والبرنامج المعد لطلاب معوقين إعاقةً عقليةً متوسطةً يوضح المهارات التي ستمكنهم من التفاعل مع البيئة الاجتماعية، فالمعلومات التي يتلقاها الطفل يجب أن تكون ذات فائدة عملية في حياته اليومية وفي حياته العملية في المستقبل، وأن تتاح الفرص للطفل لتطبيق المعلومات التي يتلقاها في مواقف عملية حتى يمكنه الاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته البسيطة في المستقبل (Leffert Siperstein & Millikan , 2000) **وإذا لم يهتم المجتمع برعايتهم فإنه سوف يخسر مرتين:**

الأولى: عندما يخسر هؤلاء الناس كأفراد فاشلين غير متوافقين يعيشون عالة عليه، والثانية: عندما يدفع المجتمع ثمن إهماله لهم من حالات بؤس؛ وشقاء في حياة أسرهم، أو عندما يتحمل المجتمع نتائج انحراف فئه منهم نتيجة لعدم توجيههم التوجيه السليم في الوقت المناسب (Fidler , Hodapp & Dykens , 2002).

وهذه الأعداد الكبيرة من المعوقين تشكل جزءاً كبيراً من الخسارة الوطنية، وبدلاً من أن تكون هذه الفئة منتجة وفاعلة، فهم بحاجة إلى رعايةٍ وعنايةٍ (يحي،2005 ص:188 – 190).

أجري كل من **أغرن وسالزبوغ وستوويتشيك** (Agran & Salzberg & Stowitschek 1987, دراسة على أربعة معوقين بالغين إعاقة عقلية متوسطة، وذلك بهدف التعليم الذاتي، وبعد أن تم تدريبهم تدريجياً منطقياً، زودوا بصياغة إجاباتٍ ملائمة، مثل: (إنني بحاجة إلى ..) (أحتاج للمزيد ..) (سأطلب من أجل ..) أظهرت النتائج أن استراتيجية التعلم الذاتي إضافة إلى حزمة تدريب المهارات الاجتماعية أدت إلى حدوث تحسن في أنماط سلوك المشاركين (Huang & Cuvo , 1997).

أجرى **ليكنكرش وزملاؤه** (Lignugrish et al , 1988) دراسة الهدف منها تقليص أنماط السلوك غير الملائمة اجتماعياً لدى المعوق إعاقة عقلية متوسطة، وقد استخدموا فيها حزمة تدريب مهارات اجتماعية مع تعلم ذاتي، حيث كان يرافق المدرب المتدرب حتى موقعه عند وصوله العمل، ثم يقوم المدرب بالتوجيه اللفظي عبر جميع استجابات العمل الموضوعة على القائمة، ثم يطلب من المتدرب القيام بالتسجيل الذاتي عند منصف النهار، ثم يرافق المدرب المتدرب إلى موقعه ويقدم له محفزاً كلامياً لدفعه للقيام بعملية إعادة تقييم أدائه والقيام بتسجيل ذاتي بطريقة دقيقةٍ (Huang & Cuvo , 1997).

كما اجرى **أوريلي وشادسي** – روش (Oreilly & Chadsey – Rusch , 1992) دراسةً بحثَ فيها فعالية عملية التدريب لتعليم مهارة توجيه السؤال للعاملين من ذوي الإعاقة العقلية، حيث قدم المدرب خلال عملية التدريب تحليلاً وتفسيراً لرموز خمسة صور ووصف ما كان يحدث في كل منها، ومن ثم حدد وأجاب عن سؤالين لتحليل وتفسير الرموز لكل واحد من الصور الخمسة، ثم سئل المتدرب بأن يحدد قواعد

تفسير وتحليل الرموز مثل (إن القاعدة هي لفهم ماذا يحدث) والجواب الملائم لكل سؤال، ووجهت عبارات مدح للمتدرب عند الإجابة بعبارات صحيحة، وكان المتدرب يعطي تغذية راجعة مصححة.

وتم تطبيق نفس الإجراء على عناصر كل من اتخاذ القرار، والأداء، والتقييم خلال عملية التدريب، أظهرت النتائج أن إجراءات الرصد والمراقبة الذاتية إضافة لحزمة تدريب المهارات الاجتماعية أدت إلى خفض مستوى أنماط السلوك غير الملائمة (Huang & Cuvo , 1997) (يحي،2005 ص:190 – 191).

2.استراتيجيات تعديل السلوك: وهي مجموعة من الإجراءات والتكنيكات السلوكية القائمة على أساس المنهج السلوكي في العلاج ومن الأمثلة عليها:-

1. **النمذجة Modeling:** وتعني إتاحة نموذج سلوكي مباشر (شخص) للمتدرب، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً (Strauss & Eyman,1996) ويستخدم أسلوب النمذجة في التدريب على المهارات الاستقلالية مثل: ارتداء الملابس وتنظيف الأسنان، والضبط الذاتي.

ويلعب النموذج الحي دوراً مع كل المعوقين عقلياً، حيث يحب الطفل عادة التقليد ويجد متعة فيه، فعن طريق التقليد يتعلم الطفل، فالمعوق عقلياً يحتاج للتقليد أكثر من غيره من الأطفال، وعلى المعلمة أن تقوم امامه بالسلوك الذي ترغب في تعلمه بشكل واضح وببطء وعدد من المرات حتى يستطيع الطفل تقليده وإعادته (أحمد، 1993).

أنواع النمذجة: وهي كالتالي:-

أ- **النمذجة المباشرة أو الصريحة:** حيث توجد قدوه فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدوه رمزية من خلال فيلم، أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك، أو يقوم النموذج بهذا السلوك في مواقف فعلية أو رمزية.

ب . **النمذجة الضمنية:** وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقوم بالسلوكات التي يرغب المدرب أن يلقنها للمتدرب.

جـ . **النمذجة بالمشاركة:** وفيها يتم عرض السلوك المرغوب بواسطة نموذج، كذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب، مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب (شاش، 2002).

2. **التعزيز:** يعمل على زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه، وقد يكون التعزيز إيجابياً، أو سلبياً.

أ. التعزيز الإيجابي: إضافة مثير إلى الموقف بحيث يعمل على زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه في المستقبل، والذي يستخدم بهدف تكوين سلوك مرغوب فيه، أو تقوية هذا السلوك إذا كان موجوداً بدرجة محددة، وهو الأسلوب الأكثر فعالية مع المعوقين عقلياً، ومن المعززات المستخدمة (استخدام الأطعمة والحلوى، والاستحسان الاجتماعي، مثل: المديح، واللمسات الدالة على الرضا، والربت على الكتف، أو العناق، والابتسام، أو فيش التعزيز، والاشتراك في الأنشطة.

ب . **التعزيز السلبي:** سحب مثير من المواقف بحيث يعمل على زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه.

3. **تشكيل السلوك (التقريب المتتابع) Shaping:** هو تدعيم وتعزيز السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه من خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخرى، وهو الأسلوب المتبع في ايجاد سلوكيات جديدة كلياً لدى الطفل (Popovich,1981).

على المعوق عقلياً أن يتعلم سلسلة من السلوكيات التي من شأنها أن تجعله مقبولاً اجتماعياً، وتزيد من قدرته على التعلم، وتكتسب هذه السلوكات بنفس الطريقة التي يتعلم بها الطفل لعبة رياضية جديدة، **ويستخدم التشكيل عندما لا يكون لدى المعوق السلوك المرغوب فيه وإنما يصل إليه بالتدريج، مثال ذلك:**

طفل معوق عقلياً عندما يتناول طعامه في الاستراحة (سندويشة) يجلس نصف ساعة وهو يأكل بالسندويشة، علماً أن الأطفال الآخرين يأكلون السندويشة في (15) دقيقة، نحاول هنا تشكيل سلوكه، وذلك عن طريق التقليل من الفترة الزمنية من نصف ساعة إلى (25) دقيقة، فإذا نجح يعزز، وبعد ذلك يطلب

منه أكل السندويشة في (15) دقيقة، فإذا نجح يعزز، حتى يصل إلى السلوك المطلوب والنهائي، وهو الأكل في (15) دقيقة عن طريق التدريج، وليس دفعة واحدة.

4. **التسلسل Response Chaining:** هو القيام بتعليم المعوق عقلياً سلوكاً محدداً، وذلك من خلال دمج هذا السلوك مع سلسلة من الاستجابات، التي ترتبط مع بعضها البعض ارتباطاً وظيفياً، ويستخدم في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً للمهارات المتعلقة بالحياة اليومية، **مثل:**

قضاء الحاجة، والنظافة الشخصية، وتناول الطعام، واستخدام النقود .... ويعتمد التدريب على هذه الأنشطة على تجزئة النشاط، أو السلوك الى مجموعة من الأجزاء الصغيرة تعرف بالواجبات، أو المهام، ثم التدريب على كل مهمة على حده (Strauss & Eyman,1996) (عبيد،،2005، ص:191- 193).

5. **الحث أو التلقين Prompting:** وهما كالتالي:-

- **الحث:** وهو مؤثر تمييزي إضافي يتم تقديمة بهدف حث الطالب على أداء سلوك محدد (McAdam & Cuvo, 1994).
- **التلقين:** هو نوع من المساعدة المؤقتة تستخدم لمساعدة الطفل على إكمال العمل بالطريقة المنشودة، وعندما يعجز الطفل عن أداء عملية ما، يمكن اللجوء إلى تلقينه (مساعدته بقصد إعانته على الأداء) وكلما تعلم الطفل أداء العملية التي يتعلمها، يتم التخفيف من التلقين بالتدريج (المساعدة المؤقتة) حتى يتوقف تماماً، **ويوجد عدة أنواع من التلقين:**

❖ **التلقين الإيمائي:** حيث يمكن مساعدة الطفل على التعلم باستخدام الإشارة الحركية، ويشمل التلقين الإيمائي على الإشارة، والنقر، والإشارة المتتابعة، وإشارة التنبية، والتصفيق.

❖ **التلقين اللفظي:** أي يذكر للطفل ما نريد أن يفعله من مهارة باستخدام الكلمات، إذا كان الطفل يفهم اللغة بشكل جيد.

❖ **التلقين الجسدي:** استخدام اليدين لقيادة الطفل أثناء أدائه لمهارة ما، **ويوجد عدة أنواع من التلقينات، أو المساعدات الجسدية:-**

أ. المساعدة الجسدية أو البدنية الكاملة (مسك اليد): ينطوي التلقين البدني على استخدام الأم يديها لتقود الطفل أثناء أدائه عملية ما، ويمكن اللجوء إلى التلقين البدني عندما يجري تعليم الطفل مهارات الحياة اليومية، حيث تضع الأم يديها بالكامل فوق يدي الطفل وتحركهما لتساعده على إتقان المهارة.

ب – المساعدة الجزئية (التقليد الجزئي): عن طريق إعطاء توجيهات إضافية بأن تكون هناك مساعدة جزئية باليد مع استخدام المساعدة اللفظية، أو الايمائية، وعلى مدى عدة محاولات يتم التقليل من كمية المساعدة، ولا تقدم للطفل، إلا بقدر ما يحتاج إليه وعندما يحتاج إليه، مثلاً: عند ارتداء الطفل الجاكيت التخفيف من التلامس الجسدي، حيث تتبع يد الأم يد الطفل (متابعة عن كثب) طوال العملية، ولا تلمس الطفل أو تدفعه أو توجهه إلا عندما وحسبما تقتضي الحاجة.

جـ . التقليد الكلي: وهو تلاشي المساعدة اليدوية أو اللفظية، وذلك عن طريق تزويد الطالب بمؤشر أقل وضوحاً من السابق، وتواصل الأم عملية المتابعة عن كثب الى أن يتمكن الطفل من الاستغناء عن أية مساعدة على مدى عدة محاولات (Popovich, 1981).

❖ **التلقين الإيضاحي:** يتضمن التلقين الإيضاحي التعليم بالقدوة، حيث توضح الأم كيف تؤدي المهارة وتنتظر من الطفل أن يقلدها، ويمكن أن تستعمل هذا الإيضاح كنوع من التلقين.

6. **الإخفاء Fading:** هو القيام بالتغيير التدريجي للمثيرات التي تعمل على ضبط الاستجابات التي تصدر عن الطفل، أو المعوق، وتؤدي إلى حلول مثيرات جديدة مكانها، وذلك حتى يكون بالإمكان المحافظة على استمرارية حدوث الاستجابات في الأوضاع الجديدة (نصر الله، 2002).
7. **العقاب Punishment:** يختلف العقاب عن التعزيز في أنه يقلل من تكرار السلوك، إما باستخدام عواقب للسلوك غير محببة أو بسحب التعزيز الايجابي، فهو تقديم مثير غير مرغوب فيه، أو سحب مثير مرغوب فيه وذلك من أجل تعديل سلوك الفرد بتقليل هذا السلوك، أو حذفه، ويعمل العقاب على كبت السلوك المعاقب، إلا أنه يعود أقوى مما كان عليه في وجود القوة المعاقبة.
8. **الانطفاء Extinction:** ويقصد بالانطفاء عدم تقديم التعزيز عقب حدوث استجابة وبإزالة التعزيز الايجابي من موقف كان مثاباً من قبل، فتتلاشى العلاقة التي كانت موجودة سابقاً بين السلوك،

وعواقب هذا السلوك، ويشمل الانطفاء على وقف الانتباه عند حدوث الاستجابات غير المناسبة، فالمدرس الذي لا يلتفت إلى الطفل الذي يتحدث باستمرار دون رفع يده فهو بذلك يمارس الانطفاء، فيتعلم الطفل بعد ذلك السلوك المناسب للحصول على انتباه المدرس، ويقلع عن الحديث دون استئذان، ويرفع يده، ويبدأ المدرس في الالتفات إليه (الشناوي،1997).

فالاطفاء يشير إلى التوقف عن تقديم التعزيز لاستجابات عززت في السابق، وهو وسيلة فعالة لتقليل السلوك غير المرغوب فيه، أو حذفه فيبدأ السلوك نتيجة هذا التجاهل بالانحدار تدريجياً حتى ينطفئ السلوك تماماً(يحي،2005 ، ص: 200 – 202).

3. بعض الأمثلة للمهارات نستخدم فيها استراتجية التسلسل:-

مثال (1): مهارة الأكل بالملعقة.

- **الهدف العام:** أن يأكل الطفل الطعام بالملعقة بشكل صحيح وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح 90%.
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن يحضر الطفل الملعقة والصحن وحده.
2. أن يحضر الطفل الفوطه وحده.
3. أن يجلس على الكرسي بشكل مناسب.
4. أن يضع الفوطه على رقبته وحده.
5. أن يمسك الطفل الملعقة بيده اليمنى وحده.
6. أن يضع الطفل الملعقة في صحن الطعام وحده.

7. أن يغرف مقدار من الطعام بالملعقة بشكل مناسب وحده.

8 . أن يرفع الملعقة للأعلى ويضعها في فمه وحده.

9. أن يطبق الطفل فمه عند دخول الأكل وحده.

10. أن يسحب الملعقة فارغة إلى الخارج وحده.

11. أن يكرر الطفل الخطوات السابقة حتى يشبع وحده.

مثال (2): مهارة دهن السندويشة.

- **الهدف العام:** أن تدهن الطفلة ساندويشه وحدها عندما يطلب منها ذلك بنسبة نجاح (90%).
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن تحضر الطفلة قطعة خبز، ولبنة، وسكينة، وصحن وحدها.

2. أن تضع الطفلة قطعة الخبز بالصحن.

3. أن تمسك الطفلة قطعة الخبز بيد والسكينة باليد الأخرى وحدها.

4. أن تفتح الطفلة قطعة الخبز بالسكين من المنتصف وحدها.

5. أن تضع الطفلة قليلاً من اللبنة على السكين وحدها.

6. أن تبدأ الطفلة بدهن قطعة الخبز بواسطة السكين التي عليها اللبنة من الداخل وحدها.

7. أن تمسك الطفلة طرفي قطعة الخبز بالصحن بعد الانتهاء من الدهن وتطبقهما على بعضهما البعض وحدها(يحي،2005، ص:193- 195).

مثال (3): مهارة لبس الجاكيت.

- **الهدف العام:** أن يلبس الجاكيت وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح (80%).
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن يمسك الطفل الجاكيت بيديه وحده.
2. أن يضع الجاكيت بيد واحدة وحده.
3. أن يمسك طرف الجاكيت بيد واحدة وحده.
4. أن يدخل اليد الأخرى في كم الجاكيت وحده.
5. أن يدخل اليد الممسكة طرف الجاكيت في الكم الآخر وحده.
6. أن يمسك قبة الجاكيت بالسبابة، والإبهام بيديه الاثنتين وحده.
7. أن ينزل الكتفين للأسفل بشكل صحيح وحده.
8. أن يرتب الجاكيت بشكل صحيح وحده.

مثال (4): مهارة تزرير الأزرار.

- **الهدف العام:** أن يزرر الطفل أزرار جاكيته، وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح (90%).
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن يمسك الطفل الزر بالإبهام والوسطى والسبابة وحده.
2. أن يمسك طرف الجاكيت من عند العروة باليد الأخرى وحده.
3. أن يدخل الطفل الزر في العروة باليد الممسكة بالزر وحده.

4. أن يحرك الطفل سبابة اليد الأخرى إلى داخل العروة وحده.

5. أن يمسك الطفل الزر عند دخوله العروة بالسبابة والابهام وحده.

6. أن يعدل الطفل الزر بعد دخوله وحده.

7. أن يكرر الطفل الخطوات السابقة على بقية الأزرار وحده (يحي،2005، ص:193- 195).

مثال (5): مهارة لبس الحذاء.

- **الهدف العام:** أن يلبس الطفل حذاءه الذي يرتديه (بدون رباط) وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح (90%).
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن يمسك الطفل فردة الحذاء بيده وحده.

2. أن يدخل مشط القدم في أول الحذاء وحده.

3. أن يمسك طرف الحذاء عند المكعب بالسبابه والإبهام بيديه الاثنتين وحده.

4. أن يرفع الطفل الطرف بيديه الاثنتين إلى الأعلى مع وضع الكعب في الحذاء للأسفل وحده.

5. أن يدخل الطفل قدمه كاملة بشكل صحيح وحده.

6. أن يكرر الخطوات السابقة مع فردة الحذاء الأخرى.

مثال (6): مهارة ربط الحذاء.

- **الهدف العام:** أن يربط الطفل رباط حذائه بشكل صحيح وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح (90%).
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن يجلس الطفل على الكرسي وحده.
2. أن يرفع قدمه قليلاً بشكل مناسب وحده.
3. أن يمسك طرفي الرباط بيديه الاثنتين وحده.
4. أن يجعل طرفي الرباط بشكل متقاطع (X) وحده.
5. أن يدخل طرفاً واحداً من الرباط تحت التقاطع وحده.
6. أن يشد طرفي الرباط وحده.
7. أن يثني طرفي الرباط بشكل (X) وحده.
8. أن يدخل طرف الرباط المثني تحت التقاطع وحده.
9. أن يشد الرباط ليحصل على العقده وحده.
10. أن ينزل قدمه وحده.
11. أن يرفع قدمه اليسرى وحده.
12. أن يعيد الخطوات من (3-11) بالنسبة لرباط الحذاء الآخر.

مثال (7): مهارة تنظيف الأسنان.

- **الهدف العام:** أن ينظف الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح(90%).
- **تحليل الهدف:** وكان كالتالي:-

1. أن يرفع الطفل أكمامه وحده.
2. أن يحضر الطفل الفرشاة والمعجون وحده.
3. أن يضع الطفل قليلاً من والمعجون على الفرشاة وحده.
4. أن يفتح الطفل الحنفية بقدر مناسب وحده.
5. أن يضع الفرشاة تحت الماء وحده.
6. أن يغلق الحنفية وحده.
7. أن ينظف أسنانه من الأسفل إلى الأعلى وحده.
8. أن ينظف أسنانه من الأعلى إلى الأسفل وحده.
9. أن ينظف أسنانه من الجوانب وحده.
10. أن يفتح الحنفية بقدر مناسب وحده.
11. أن يشطف فمه بالماء جيداً وحده.
12. أن ينظر لأسنانه بالمرآة وحده.
13. أن يغسل الفرشاة بالماء وحده.

14. أن يغلق المعجون وحده.

15. أن يشطف يديه بالماء وحده.

16. أن يغلق الحنفية وحده.

17. أن ينشف يديه وفمه بالمنشفة وحده.

18. أن يرجع الأدوات المستخدمة لمكانها وحده.

19. أن ينزل أكمامه وحده (يحي،2005، ص: 197 – 200).

4.مهارات العناية بالذات والنمو الحسي.

إن الهدف الأساسي الذي تحاول برامج التربية الخاصة بكافة مستوياتها ومراحلها تحقيقه هو مساعدة الفرد المعوق على الاعتماد على النفس والاستقلالية الذاتية، وهذا الأمر صحيح فيما يتعلق بمجالات النمو المختلفة، ولكنه أكثر ما يكون أهمية على صعيد العناية بالذات قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية (كتلف الجهاز العصبي المركزي) إلا أن هذه المهارات تتأثر وبشكل واضح بالعوامل البيئية.

والعوامل البيئية، وليس العوامل العضوية الفسيولوجية هي التي يستطيع القائمون على تربية الطفل التحكم بها وتنظيمها، أو إعادة تنظيمها، بعبارة أخرى، إن هذه المهارات متعلمة، ومن المفيد النظر إليها على أنها كذلك.

وبالرغم من أن عدم قدرة الطفل على تأدية مهارات العناية بالذات قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية (كتلف الجهاز العصبي المركزي) إلا أن هذه المهارات تتأثر وبشكل واضح بالعوامل البيئية.

والعوامل البيئية وليس العوامل العضوية الفسيولوجية هي التي يستطيع القائمون على تربية الطفل التحكم بها وتنظيمها أو إعادة تنظيمها، بعبارة أخرى، إن هذه المهارات متعلمة، ومن المفيد النظر إليها على أنها كذلك (الخطيب، والحديدي،2007، ص:239).

5.أساليب تدريب مهارات تناول الطعام والشراب.

إن نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين الصغار قد تعاني من مشكلات حقيقية فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب بشكل مستقل، فهم قد يواجهون صعوبات باستخدام المصاصة، أو بحمل الملعقة، أو الشوكة، وغير ذلك، **وفيما وصف موجز لأهم الأساليب التي يجب استخدامها عند محاولة تطوير مهارة تناول الطعام لدى الطفل المعوق:**

إن نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين الصغار قد تعاني من مشكلات حقيقية فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب بشكل مستقل، فهم قد يواجهون صعوبات باستخدام المصاصة، أو بحمل الملعقة، أو الشوكة، وغير ذلك.

6.أهم الأساليب التي يجب استخدامها عند محاولة تطوير مهارة تناول الطعام لدى الطفل المعوق.

1. إن افتقار الأطفال المعوقين إلى مهارات العناية بالذات، بما فيها تناول الطعام، يعود جزئيا على الأقل، الى عدم اهتمام اخصائيي التربية الخاصة بهذا الجانب من جوانب النمو، لذلك لا بد من تغيير الاتجاهات نحو هذه المهارات، وأهمية تطورها وجدولة النشاطات اليومية للأطفال في المدرسة بحيث تشمل جلسات تدريبية خاصة لتنمية مهارات تناول الطعام والشراب.
2. ليس من الحكمة توقع اكتساب الطفل المعوق لمهارات ليس لديه الاستعداد النمائي، أو العمري لتعلمها، فالمهارات المعقدة تسبقها مهارات بسيطة، ولذلك يجب تدريب الأطفال على المضغ والشرب من الفنجان واستخدام الأدوات العادية إذا أمكن والمكيفة اذا دعت الحاجة قبل تعليمهم المهارات المعقدة والأكثر تطوراً.
3. في المراحل التدريبية الأولى يجب استخدام التوجيه الجسدي والتعليمات اللفظية والنمذجة حسبما تقضي الظروف وبعد ذلك يجب التوقف عن مساعدة الطفل تدريجيا لكي يصبح قادرا على القيام بذلك بمفرده.
4. إن الاعاقة في بعض الأحيان تمنع الطفل من تأدية هذه المهارات، لأنها تؤثر تأثيراً كبيراً على قدرته على الجلوس بشكل مناسب، أو لأنها تودي الى ردود فعل انعكاسية غير تكيفية، ولذلك فإن من

الأهمية بمكان الاهتمام بهذه الحاجات الخاصة للطفل، والعمل على تلبيتها باستخدام مقاعد معدلة، أو أدوات مصصمة خصيصاً لمراعاة طبيعة الإعاقة (الخطيب، والحديدي،2007، ص:240).

7.أساليب تدريب مهارات استخدام التواليت.

قد يشكل ضبط المثانة والأمعاء مشكلة حقيقية بالنسبة للطفل المعوق، والأشخاص القائمين على رعايته، بل إن هذه المشكلة ما تمثل عقبة رئيسية في قبولهم وتأهيلهم، وكما هو الحال بالنسبة لجميع الأطفال، فإن مهارات استخدام التواليت بشكل مناسب لا تظهر فجأة لدى الطفل المعوق ولكنها تتطور تبعا لتسلسل نمائي محدد، ولكنها تستغرق وقتاً أطول في حالة الأطفال المعوقين، وقد يكون سبب ذلك عضوياً أو نفسياً، وبشكل عام تتطور القدرة على ضبط المثانة في النهار قبل أن تتطور في الليل، **ومن المؤشرات الرئيسية على استعداد الطفل لتعلم هذه المهارات ما يلي:**

- ❖ أن يكون له مواعيد معروفة لدخول التواليت.
- ❖ أن تكون ملابسه غير مبللة في أوقات محددة.
- ❖ أن يكون لديه القدرة على الحركة بشكل مستقل.
- ❖ ان يكون لديه القدرة على التعبير عن رغبته في الدخول الى التواليت بشكل أو بآخر.
- ❖ أن يمتلك الطفل المهارات اليدوية اللازمة لإرتداء الملابس وخلعها.
- ❖ أن يكون الطفل قادراً على الجلوس على المرحاض لمدة كافية.
- ❖ أن يكون الطفل قادراً على استيعاب التعليمات والتوجيهات البسيطة (الخطيب، والحديدي،2007، ص:240). **وهذا ويمكن تقديم 8.التوصيات تتعلق بتدريب الأطفال المعوقين على مهارات استخدام التواليت.**

1. اهتم بتدريب الطفل في النهار أولاً.
2. اهتم بتدريب الطفل على ضبط المثانة قبل أن تركز على تدريبه على ضبط الأمعاء.
3. علم الطفل الجلوس بشكل مناسب.

4. درب الطفل على الذهاب إلى التواليت عند الحاجة وإذا كان ذلك صعباً علمه أسلوباً معيناً للتعبير عن حاجته لذلك (الخطيب، والحديدي،2007، ص:241).

9.أساليب تدريب مهارات ارتداء الملابس وخلعها.

1. استخدام ملابس واسعة نسبياً لكي يستطيع الطفل خلعها بسهولة نسبياً.
2. نفذ النشاطات التدريبية في الأوقات الطبيعية، وذلك يتطلب التعاون بين المدرسة والبيت.
3. ساعد الوالدين في اختيار وتكييف الملابس بحيث تصبح مناسبة أكثر وتحث الطفل على الاستقلالية في الأداء.
4. انتقل تدريجياً من السهل إلى الصعب، فالأطفال مثلاً يتعلمون خلع الملابس قبل أن يتعلموا ارتداءها، كذلك فإن ارتداء الملابس وخلعها أسهل من فك الأزرار مثلاً.
5. استخدام أسلوب تحليل المهارات فهو مفيد جداً لتعليم هذه المهارات (Bailey & Wolery ,1992) (الخطيب، والحديدي،2007، ص:241).

10.النمو الحسي.

من أجل فهم القدرات والمحددات الحسية الإدراكية لدى الأطفال المعوقين، لابد من مناقشة العملية التي يتفاعل من خلالها جميع الأطفال مع عالمهم، فمنذ لحظة الولادة، يتمتع الأطفال بالقدرة على استقبال المعلومات، ويتفاعلون ويرتبطون بعلاقة متبادلة مرضية مع بيئتهم المباشرة ولاحقاً يتسع التفاعل مع العالم باضطراد مستمر (الحديدي، 1998).

وتكوين الجهاز العصبي المركزي لدى الإنسان يجعله دائم القابلية للإثارة من خلال الأعضاء الحسية بهدف إيصال الجسم بالعالم، فالطاقة الجسمية داخل جسد الغنسان، أو الإثارة الخارجية تعمل على استثارة المستقبلات الحسية، وتؤثر في حالة التوازن الجسمي، ومع نقل الأعصاب الحسية للمعلومات الى الجهاز المركزي.

فهذه المعلومات تعطي معنى من خلال ما يسمى بعملية الإدراك، وفي نهاية الأمر، تصنف إدراكات العالم ذاتها إلى أنماط يمكن تذكرها، والتعلم لدى كل طفل يأخذ أسلوباً مميزاً، وتتكون معظم الأنظمة الحسية من العضو الحسي والخلايا المستقبلية فيه والأعصاب الحسية المرتبطة بالقشرة الدماغية.

ودمج المعلومات الحسية على شكل إدراكات ومن ثم إلى مفاهيم ثابتة يتولد عنه معرفة وظيفية للتفكير وإيصال المفاهيم المجردة، وهذا التصنيف والتنظيم للإدراكات والمفاهيم من أجل دمجها في تعلم الفرد وسلوكه إنما هو مهمة عقلية معقدة حتى عندما تكون جميع الأعضاء الحسية سليمة، وتعمل هي والدماغ بأقصى درجة من الكفاية، وبغض النظر.

فإن العملية تتم وفق أسلوب خاص لدى كل طفل يأخذ لاحقاً شكل " أسلوب التعلم " أو "نمط التعلم " ويعتقد البعض أن أسلوب التعلم لدى الأطفال يتشكل في سن الثالثة، وأن إمكانية تعديله بعد ذلك أمر صعب رغم أن التغيرات يمكن إحداثها إلى سنين الرشد باستخدام طرق منظمة كتعليم الأنماط المختلفة، ولكن الآثار طويلة المدى لمثل هذه المحاولات لتعديل أنماط التعلم لم يتم تحديدها بعد (الخطيب، والحديدي،2007، ص:245).

11.حاسة البصر: تتطور عملية الرؤية على شكل محاولات للتركيز على الشيء بمساعدة انعكاس التركيز، وهذا يعني أن العين تركز على الشيء بدلا من الرؤية السريعة، وإنها تتكيف للمسافات المختلفة من خلال وضع العضلة حول عدسة العين.

والجهاز البصري لدى المواليد الجدد متطور، فهم يمتلكون قدرات بصرية كبيرة، فالطفل حديث الولادة يتفاعل مع الضوء ويدير رأسه نحوه، وفي الأيام الأولى من العمر، يركز الرضيع على وجه الأم ويحاول التركيز على فمها.

وفي الشهر الثالث، يحاول الرضيع متابعة الشخص وينظر إلى أصابعه و الأشياء القريبة منه، وفي الشهر السادس والسابع يتابع بنظره الأشياء المختلفة ويصبح لديه رؤية حادة، وبين الشهر الثامن والعاشر يحرك الرضيع رأسه وعينيه إلى الأعلى وإلى الأسفل دون فقدان التوازن عند الجلوس، وفي سن

(1–3 سنوات) تتطور العين باستمرار، وفي سن (4–5 سنوات) يكتمل تطور العين، فالتركيز يعكس في هذه المرحلة العمرية كفاية الوظائف البصرية (الخطيب، والحديدي،2007، ص:241–245).

12.حاسة السمع: تتطور حاسة السمع عبر أربع مراحل هي:

- **الوعي السمعي:** يفهم الطفل الأصوات البسيطة.
- **التركيز السمعي:** يستطيع الطفل معرفة من أين يأتي الصوت.
- **التمييز السمعي وتمييز الأصوات:** وهذا يعني أن الطفل يستطيع إدراك الأصوات والألفاظ والكلمات بطريقة صحيحة (يخلط الأطفال عادة الأصوات المتشابهة).
- **الذاكرة السمعية:** تعتبر من أهم العوامل للتعلم ، فالأطفال يحتاجون إلى التدرب على إعادة ما يقال لهم، وإذا لم تتطور الذاكرة السمعية قد يواجه الطالب مشكلات مختلفة عند دخول المدرسة (الخطيب، والحديدي،2007، ص:247).

13. أهم الأساليب التي يمكن استخدامها لتطوير النمو الحسي للأطفال:

1. **مساعدة الأطفال على اكتساب المهارات والقدرات الحسية:** بشكل تدريجي بحيث يتم البدء بالمهارات البسيطة أولاً من ثم يتم الانتقال إلى المهارات الأكثر تعقيداً، وهذا ما يطلق عليه التربويون عادة اسم "التعليم الرأسي أو العامودي".
2. **مساعدة الأطفال على تأدية المهارة نفسها في مواقف مختلفة:** (باستخدام أدوات متنوعة، وبطرق مختلفة وبوجود مدربين مختلفين، إلخ) وتسمى طريقة التعليم هذه باسم "التعليم الافقي" وتهدف هذه الطريقة إلى تجنب تعليم الطفل مهارات معزولة، أو غير وظيفية.
3. **تكييف أو تعديل النشاطات التدريبية لتصبح ملائمة للحاجات الخاصة للطفل:** أما إذا كان ذلك أمراً مستحيلاً بسبب طبيعة اعاقة الطفل فهو يعني اختيار النشاطات الممكنة فقط فليس من الحكمة في شيء أن نتوقع من الطفل أن يقوم بتأدية مهارات مستحيلة، وفي بعض الحالات قد يكون هناك حاجة إلى تعديل طريقة العرض للمواد والأشياء.
4. **استخدام التعليم المباشر عندما تدعو الحاجة إلى ذلك:** وما يعنيه هذا هو أن تقوم المعلمة بتحديد أهداف تعليمية، واختيار الأدوات، والأساليب، وتنفيذ النشاطات التدريبية، وتقييم فاعلية الطرق

المستخدمة، ومثل هذا الأسلوب يتطلب تقييم قدرات الطفل الحسية لتحديد مواطن الضعف، أو العجز ومواطن القوة، ومن ثم ترتيب المهارات حسب أهميتها، وتسلسلها الزمني.

5. **توفير الفرص الكافية للأطفال لممارسة المهارات المكتسبة:** وبشكل عام، يجب عدم الاكتفاء بفرصة واحدة لتأدية المهارة، ولكن يجب إتاحة عدة فرص في اليوم الواحد إذا سمحت الظروف بذلك.
6. **استخدام التعزيز:** المتواصل عندما يبدأ الطفل بتعلم المهارة المطلوبة، وبعد بلوغه مستوى مقبولاً من الاتقان يجب التحول إلى تعزيز متقطع.

كما هو الحال بالنسبة لجميع المهارات النمائية، يجب تقييم استجابات الأطفال، والتحسين الذي يطرأ على أدائم (Bailey and Wolery , 1992) (الخطيب، والحديدي،2007، ص:250-251).

تعقيب على محور المهارات الحياتية.

ومن المعروف أن المهارات الحياتية مهمة جداً حتى يستقل المعاق بذاته ويصبح قادراً على الاهتمام بنفسة وقضاء حاجياته معتمداً على نفسة دون إحباط، بل مفتخراً بنفسه؛ بأنه لا فرق بينه، وبين أقرانه العاديين، وخاصةً فئة القابلين للتعلم وهم فئة الإعاقة العقلية البسيطة، أو المتوسطة باعتبار أنهم أكثر الفئات لديهم قابلية للاستفادة من هذه البرامج التدريبة حيث إنهم من خلال التدريب على هذه المهارات الحياتية يصبحون أكثر استقلالية بذواتهم ومعتمدين على أنفسهم.

وقد أوضحنا في هذا المحور تعديل السلوك للمعاقين عقلياً وإستراتيجيات تعديل السلوك، وذكرنا بعض الأمثلة لتدريب بعض المهارات باستخدام استراتيجية التسلسل كما تعرفنا على مهارات العناية بالذات والنمو الحسي.

وأوضحنا أساليب تدريب مهارات تناول الطعام والشراب، وذكرنا أهم الأساليب التي يجب استخدامها عند محاولة تطوير مهارة تناول الطعام لدى الطفل المعوق، وذكرنا بعض أساليب تدريب مهارات استخدام التواليت، وذكرنا بعض التوصيات التي تتعلق بذلك وكما تناولنا أساليب تدريب مهارات

ارتداء الملابس وخلعها، وقد تعرفنا على النمو الحسي وحاسة البصر وحاسة السمع، وأهم الأساليب التي يمكن استخدامها لتطوير النمو الحسي.

مفهوم الذات Self- Concept

يرى ألبورت بأن الذات تمثل جوهر الشخصية التي تؤثر بشكل بالغ على سلوك الفرد وتصرفاته، وأن مفهوم الذات يمثل أحد المفاهيم الأساسية التي توضح معالم الشخصية(الخطيب وآخرون،2003، ص:103).

ويعرف (أتناتر (Atnater) مفهوم الذات على أنه الصورة الكلية ووعي الشخص ومعرفته بنفسه، كما يشتمل مفهوم الذات معتقدات المرء عن نفسه، والقيم التي يحملها، ومشاعره اتجاهها (الخطيب وآخرون،2003، ص:104).

1.مقدمة حول مفهوم الذات وأشكاله: يعرف مفهوم الذات باعتباره التكوين الموحد المنظم التصورات الشعورية والمدارك والتعميمات التي تخص الذات، والتي تتضمن (Moltane, 1988):

1. **الذات المدركة:** ويقصد بها تلك التصورات التي تميز مواصفات الذات.
2. **الذات الاجتماعية:** وهي التصورات والمدركات التي ترسم الصورة التي يحملها الآخرون عن الشخص، وذلك من خلال تفاعله الاجتماعي وتعامله مع الآخرين.
3. **الذات المثالية:** وهي تلك التصورات والمدركات التي تميز وتحدد الصورة المثالية للشخص.

وقد أشار داود وحمدي (1997) أن لمفهوم الذات أهمية بالغة في تكيف الإنسان في حاضره ومستقبله، كما ربط كازدن (Kazdin) بين ظهور الاكتئاب ومفهوم الذات لدى الفرد، حيث أن تدني مفهوم الذات هو أحد المظاهر الأساسية للاكتئاب، وأشارا – أيضاً – إلى أن ميريل ربط بين تدني مفهوم الذات وبعض المشكلات مثل التوتر والانسحاب وتدني التحصيل، كما أن الأشخاص الذين يحملون مفهوم ذات منخفضاً يضعون لانفسهم اهدافاً منخفضة تؤثر سلباً على تحصيلهم وعلى اختياراتهم التربوية والمهنية.

2. عوامل رئيسية تؤثر على الاعتبار الايجابي للذات لدى الطفل، وهي:-

1. العلاقات الايجابية مع الأبوين.
2. الكفاءة الاجتماعية في التعامل مع الرفاق.
3. الأداء التحصيلي في المدرسة.
4. اتجاهات الأقارب وأفراد المجتمع المحلي نحو الطفل(داود، وحمدي، 1997، ص: 33- 48).

ويتأثر مفهوم الذات الى درجة كبيرة بنجاح أو اخفاق الشخص في التحصيل الأكاديمي الدراسي، وتشير الكثير من الأبحاث والدراسات في هذا المجال بأن الأطفال من ذوي التحصيل المتدني، كانوا من النوعية المتدنية في مستوى مفهوم الذات، وذلك بعكس الأطفال ذوي التحصيل الأكاديمي المرتفع، حيث كان معدل مفهوم الذات لديهم مرتفعاً، وإيجابياً، ولديهم درجة ثقة بالنفس عالية (سمارة، ونمر، 1990، ص:102).

3.مفهوم الذات: ومن أبرز تعريفات مفهوم الذات، ما يلي:-

1. **تعريف جاجيز Gages 1975:** يعرف مفهوم الذات بأنه: ما يستجيب به الفرد عادة عن سؤال من أنا؟ وبما يتضمنه هذا السؤال من تفاصيل واسعة تتعلق بمكانة الفرد ووضعه الاجتماعي، وبدوره بين المجموعة التي يعيش فيها، أو ينتمي إليها، وبانطباعاته الخاصة عن مظهره العام وشكله، وعما يحبه ويكرهه، وعن تصرفاته، وأساليب تعامله مع الآخرين.
2. **تعريف سبنسر وجيفري Spencer and Jeffery 1980:** يعرف مفهوم الذات بأنه: الانطباع الذي يكونه الفرد عن نفسه، أو إدراك الفرد لنفسه: ويشمل مفهوم الفرد عن السمات، أو الخصائص التي يعتبرها هامة بالنسبة له، وتقييمه لهذه السمات، ويشتمل مفهوم الذات على الهوية الذاتية، وتقدير الذات، والذات المثالية.

3. **تعريف هولتر Holter 1985**: يعرف مفهوم الذات بأنه: مميزات فرد ما بغرض تحديد الذات الفردية.
4. **تعريف محمد عبد المقصود 1995**: يعرف مفهوم الذات بأنه: المعني المجرد لإدراكنا لأنفسنا جسمياً وعقلياً واجتماعياً في ضوء علاقاتنا بالآخرين وهو قابل للتعديل والتغيير تحت شروط معينة، وهذا المفهوم هو النواة التي تقوم عليها الشخصية كوحدة مركبة ديناميكية.
5. **تعريف مصطفي سامي 1996**: يعرف مفهوم الذات بأنه: مشاعر الفرد نحو ذاته، من خلال إدراكه لجسمه ومظهره، وسلوكه، يشمل ما يحب وما يكره في هذا التكوين الجسمي النفسي المتكامل.
6. **تعريف صالح أبو جادو 1998**: يعرف مفهوم الذات بأنه: المجموع الكلي لادراكات الفرد، وهو صورة مركبة ومؤلفة من تفكير الفرد عن نفسه، وعن تحصيله وعن خصائصه وصفاته الجسمية والعقلية والشخصية، واتجاهاته نحو نفسه، وتفكيره بما يفكر الآخرون عنه، وبما يفضل أن يكون عليه.
7. **تعريف نهاد محمد 1999**: يعرف مفهوم الذات بأنه: الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه وتظهر في علاقاته بالآخرين المحيطين به من خلال سلوكياته وأفكاره ومعتقداته، كما أنه مجموعة من الأبعاد التي تشتمل جوانب الشخصية.

وينقسم مفهوم الفرد عن ذاته إلى ثلاثة مستويات، تمثل تدرجاً هرمياً يرتكز على قاعدة عريضة تتضمن أكثر مفاهيم الذات خصوصية، وتتدرج لينبثق عنه المفاهيم الأكثر اتساعا للذات، والأقل خصوصية، لتتدرج مرة ثانية إلى أن تصل إلى قمة هذا التدرج الهرمي والتي توضح المفهوم العام للفرد عن ذاته.

4.خصائص مفهوم الذات: وهنالك عدد من خصائص مفهوم الذات، وذلك حسب ما أوردها **شافلسون وآخرون** (Shavelson et al., 1976) و (وهيبي 1999 ص 14-16):-

1. **مفهوم الذات المنظم – البنائي (Organized or Structured)**: وهو مفهوم يتعلق بطريقة تصنيف الخبرات وإعطائها معنى وقيمة، إن الخبرات المتنوعة، والمختلفة التي يكتسبها الفرد تمثل المعلومات التي تشكل مدركات الشخص عن ذاته، ويقوم الشخص بإعادة ترميز تلك الخبرات بشكل أبسط، وذلك من أجل تقليل مدى تعقيدها، ولتلك التصنيفات– التي حددها الشخص – ارتباط وثيق بثقافته، وتشكل مرحلة استكمال لها.
2. **مفهوم الذات متعدد الجوانب(Multifaceted)**: **أشارت** بعض الدراسات بأن نظام التصنيف يمكن أن يضم عدة مجالات منها المدرس والقدرة الجسدية والعقلية والجاذبية الجسمانية، والتقبل الاجتماعي، وهي جميعاً تعكس التصنيف الذي يتبناه الفرد أو يشاركه آخرون فيه.
3. **مفهوم الذات الهرمي (Hierarchical)**: وفيه تكون خبرات الشخص هي قاعدة الهرم في المواقف الخاصة، بينما يحتل الذات العام قمة ذلك الهرم، وحسب نموذج شافلسون، فإن قمة الهرم تقسم إلى عنصرين اثنين هما: مفهوم الذات الأكاديمي (التصنيف حسب المواد التعليمية المختلفة) ومفهوم الذات الغير أكاديمي، والذي يقسم الى مفاهيم نفسية وجسمانية واجتماعي للذات.
4. **مفهوم الذات الثابت نسبياً Stable**: وهو يشير إلى المفهوم العام للذات والذي يتميز بالثبات النسبي، وتقل قابلية هذا المفهوم كلما كان الاتجاه في الهرم نحو القاعدة، ولكن ذلك يتغير حسب المرحلة العمرية وبحسب الأحداث والمواقف التي يمر بها الشخص (النجاح أو الإخفاق في أداء مهمة رياضية) ربما يؤدي الى تغير مفهوم الشخص لقدراته الرياضية، ولكنه لا يؤدي إلى تغير المفهوم العام لذات الفرد.
5. **مفهوم الذات تطوري نمائي :Developmenta**: حيث إن جوانب مفهوم الذات لدى الفرد تزيد كلما تقدم سنه من مرحلة الطفولة الى المراهقة والبلوغ، والطفل في بداية حياته لا يميز نفسه عن البيئة المحيطة به، ولا يكون قادراً على التنسيق ما بين الأجزاء الفرعية لخبراته، ومع تقدم السن، تزداد مفاهيم الطفل وخبراته، ويصبح أكثر قدرة على إيجاد التكامل والعلاقات ما بين الأجزاء الفرعية، لكي يتمكن من تشكيل إطار موحد للمفاهيم.
6. **مفهوم الذات التقييمي Evaluative**: وهو يزود الفرد بتقييم أو وصف لذاته، وهذا الأمر يعتمد على قيمة تلك الخبرات في ثقافة المجتمع، وبناء على المواقف الحياتية التي يعيشها الشخص.

7. **مفهوم الذات الفارقي (تفاضلي) Differentiable:** ويشير هذا المفهوم التميز والخصوصية عن المفاهيم الأخرى ذات الارتباط من خلال علاقة نظرية، وبناء عليه، فان مفهوم الذات المتعلق بالقدرة العقلية يرتبط بالتحصيل الأكاديمي بشكل أكثر من علاقته بالمواقف الاجتماعي والمادية، الأمر الذي يعني تمييز مفهوم الذات عن المفاهيم الأخرى كالتحصيل الدراسي.

أما بيدرسون Pederson فيعرف مفهوم الذات على أنه: مجموع الادراكات الكلية التي يحملها الفرد عن نفسه (عبد الله، 2002، ص 22) (عبد الله، 2000، ص:22).

كما يعرف عبد الله مفهوم الذات بأنه: الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه وتظهر في علاقاته بالآخرين المحيطين به من خلال سلوكياته ومعتقداته، كما أنه مجموعة من الأبعاد التي تشمل جوانب الشخصية (عبد الله، 2000، ص:24).

5.تكوين ونمو مفهوم الذات: مفهوم الذات لدى الفرد يتكون وينمو نتيجة الخبرات التي يمر بها الفرد في تنشئته الاجتماعية وهو يشكل المجال الظاهري Phenomenal Field الذي يعيش الفرد في ثناياه ويعي به ذاته، كما أنه يتأثر بما يتمتع به من قدرات عقلية ودوافع نفسية تحكم سلوكه وتوجهه.

أن مفهوم الذات يبدأ في التكوين منذ اللحظة الأولي التي يبدأ فيها الطفل باستكشاف أجزاء جسمه، فهو يبنى من خلال أفكاره وشعوره واعماله وخبراته (عبد الله، 2000، ص:22).

6.العوامل المؤثرةعلى مفهوم الذات:

1- الخصائص الجسمية وصورة الجسم: صورة الجسم من أهم العوامل التي تؤثر في تقييم الفرد لذاته، وإن اختلف تأثير هذه من مرحلة إلى أخرى فمن خصائص الإنسان أن تكون لديه فكرة عن ذاته الجسمية، أو صورة ذهنية عن جسمه وشكله وهيئته، ووظيفته هذه الفكرة أو الصورة أن الفرد هنا يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية على ضوئها، وحينما يحدث للفرد تغيرات جسمية سواء بالزيادة، أو النقص كان من شأنها أن تؤدي إلى تغير أساسي في مفهوم الشخص عن ذاته الجسمية الجديدة التي يتضمنها الوجود المعدل (عبد الله، 2000، ص:29).

2- الخبرات الاسرية: إن مفهوم الذات لدى الطفل يعتمد في تكوينه على استجابات الوالدين وتقييمهم له، وعندما تكون هذه الاستجابات أو التقييمات سلبية فإنه يكون مفهوم سلبي عن ذاته، وكما يؤدي الاختلاف بين الوالدين في تقييم أفعال الطفل إلى تكوين مفهوم مشوش للذات، نظراً لأن الطفل لا يستطيع تحقيق توقعات كلا الوالدين (عبد الله، 2000، ص:29).

3- الخبرات المدرسية: وللخبرات المدرسية أيضاً دور هام وفعال في تشكيل مفهوم الذات؛ فهي المؤسسة الاجتماعية التي تتقبل الطفل بكل حسناته وسيئاته عندما يأتي من المنزل، وترتبك الخبرات المدرسية ارتباطاً وثيقاً بتشكيل مفهوم الذات لدى الطفل، وتظهر الدراسات (شارلوت بوهلر 1952) أن الأشخاص الذين يمتلكون خبرات وذكريات جيدة عن حياتهم المدرسية (علاقات الزملاء، المعلمين، النجاح الاكاديمي، الأنشطة الرياضية والترفيهية) يحملون مفاهيم إيجابية عن أنفسهم (الذات) (Mobya, 1993).

وتشير "**إليزابث هيولوك**" Hurlock 1973 إلى أن الفشل والخبرات المدرسية غير السارة آثارها مدمرة على مفهوم الذات حيث تؤدي إلى الإحساس بعدم الكفاءة والخجل، والارتباك وعدم الأمن، ومن العوامل المدرسية المؤثرة على مفهوم الذات المعلمون، فنظرة المعلم للطالب وطريقة معاملته له، والطرق التي يستخدمها لحثه على التحصيل، والتوافق الشخصي والاجتماعي للمعلم ينعكس على مفهوم الذات للطالب، كما أن الأنشطة المدرسية، كالأنشطة الرياضية بالنسبة للذكور والاجتماعية بالنسبة للإناث تؤدي لمفهوم ذات إيجابي (عبد الله، 2000، ص:31).

4. الدور الاجتماعي: يؤثر الدور الاجتماعي في مفهوم الذات تأثيراً بالغاً حيث تنمو صورة الذات خلال التفاعل الاجتماعي وذلك أثناء وضع الفرد في سلسلة من الأدوار الاجتماعية، وأثناء تحرك الفرد في إطار البناء الاجتماعي الذي يعيش فيه، فإنه يتعلم أن يرى نفسه كما يراه رفاقه في المواقف الاجتماعية المختلفة، وفي كل منها يتعلم المعايير الاجتماعية والتوقعات السلوكية التي يربطها الآخرون بالدور الخاص به.

5. التفاعل الاجتماعي: أوضحت نتائج العديد من الدراسات، مثل: دراسة "**كومبس**" **Coombs (1969)** وغيره، أن التفاعل الاجتماعي السليم، والعلاقات الاجتماعية الناجحة تعزز الفكرة السليمة الجيدة عن

الذات، وأن مفهوم الذات الموجب يعزز نجاح التفاعل الاجتماعي، ويزيد العلاقات الاجتماعية نجاحاً، وأن النجاح في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى زيادة نجاح التفاعل الاجتماعي (عبد الله، 2000، ص:31).

7.مفهوم الذات (الإيجابي – السلبي): إذا نظرنا إلى وصف الطفل لنفسه سنجد أنه يتضمن أوصافاً سلبية، أو أوصافاً إيجابية، وهذان البعدان لمفهوم الذات (الإيجابي – السلبي) يشار إليهما عادة بما يسمي تقدير الذات Self–esteem، **وبذلك يمكن أن نرى أن مفهوم الذات ينقسم إلى نوعين:**

مفهوم الذات الايجابي Positive Self– Concept:

ويتمثّل في تقبل الفرد لذاته ورضاه عنها، حيث تظهر لمن يتمتع بمفهوم ذات إيجابي صورة واضحة ومتبلورة للذات (self_ image) يلمسها كل من يتعامل مع الفرد أو يحتك به، ويكشف عنها أسلوب تعامله مع الآخرين الذي يظهر فيه دائماً الرغبة في احترام الذات وتقديرها والمحافظة على مكانتها الإجتماعية ودورها وأهميتها والثقة الواضحة بالنفس والتمسك بالكرامة والاستقلال الذاتي، مما يعبر عن تقبل الفرد لذاته ورضائه عنها (عبد الله، 2000، ص:33).

8.الأساليب التي تعمل على تنمية مفهوم إيجابي نحو الذات:–

إن الكشف الواقعي عن صورة الذات، وبلورة الهوية الشخصية للفرد من الممكن العمل على تحقيقها عن طريق التفاعل الطبيعي السوي مع الطفل، وبتمكينه من التعبير الصريح عن الرأي، وبمساعدته في اتخاذ القرارات الازمة وبتدريبه وتوجيهه في ذلك، وبإتاحة الفرصة أمامه للتدخل والإيجابية، وتعزيز استجاباته الناجحة ومبادراته الصحيحة بالعمل على إشعاره باستمرار بالحب، والعطف، والحنان، والاحترام والثقة المتبادلة وعن الاستماع إليه وفهم تصرفاته وأفعاله وتحديد دوره ومكانته في الحياة وبتعريفه بوضعه وبإشعاره بأهميته بين أفراد أسرته وذويه (عبد الله، 2000، ص: 33- 34).

9.الواجبات الأساسية للتربية لمساعدة الطفل على تكوين مفهوم موجب مناسب عن الذات: ومن العوامل

التي تعوق ذلك فيما يلي:

1. القصور البدني، أو التشوهات الجسمية، أو النمو البطيء.
2. البيئة المنزلية المتشددة.
3. الانتماء إلى جماعة الأقلية.
4. البيئة المدرسية المتشددة.

الإيجابية في مفهوم الذات لدى الطفل مرتبطة بإدراكه الإيجابية في المشاعر الكبار نحوه، وخصوصاً الوالدين والمعلمين منهم.

ولذا فإن التعامل مع السلوك غير المقبول يجب أن يتضمن تقبلاً للطفل، ومشاعره ورفضاً متجهاً بشكل واضح إلى السلوك غير المناسب لا إلى شخص الطفل ككل(سمارة، ونمر، 1993، ص:191 – 192).

10. **المؤشرات التي تدل على مفهوم الذات الإيجابي، كما يلي:**

1. إيمان الفرد بالقيم والمبادئ مع القدرة على الدفاع عنها وعدم الخشية من تغييرها إذا اكتشف الفرد وجود خطأ ما فيها.
2. قدرة الفرد على التصرف الذاتي، وعدم الشعور بالذنب اذا لم يحظ هذا على موافقة الآخرين.
3. عدم إفساح المجال للآخرين بالسيطرة التامة عليه.
4. عدم الاسراف بالقلق لما سيأتي غداً، أو الانزعاج من الخبرات الحالية، أو الأخطاء التي ارتكبت في الماضي.
5. القدرة على استعادة الثقة بالنفس عند التعرض للفشل.
6. الشعور بالمساواة مع الآخرين، لا أقل منهم ولا أعلى.
7. تقبل المديح دون محاولة التقليل من الأداء وتقبل النقد دون الشعور بالذنب.
8. عدم الرضوخ للسيطرة التامة للآخرين.

9. القدرة على الاستمتاع بمدى واسع من الأنشطة، المرتبطة بالعمل (سمارة، ونمر، 1993، ص:191 – 192).

مفهوم الذات السلبيNegative Self-Concept:- إن مفهوم الذات السلبي ينطبق على مظاهر الانحرافات السلوكية والأنماط المضادة أو المتناقضة مع أساليب الحياة العادية للأفراد والتي تخرجهم عن الأنماط السلوكية العادية المتوقعة من الأفراد العاديين في المجتمع، والتي تجعلنا نحكم على من تصدر عنه بسوء التكيف الاجتماعي، أو النفسي فتضعه في فئة غير الأسوياء (عبد الله، 2000، ص:34- 35).

ويعاني مثل هؤلاء الأفراد من نوعين من السلبية، هما:

1. يظهر في عدم القدرة على التوافق مع العالم الخارجي الذي يعيشون فيه، ويعبر عن ذلك بأنه محمل بالمشاكل، والهموم ويشعر بعدم الاستقرار النفسي وعدم الاطمئنان في حياته.
2. ويظهر في شعور البعض منهم بالكراهية من الآخرين، ويعبر عن ذلك بأن يشعر بعدم قيمته، أو عدم أهميته.
10. الأطفال الذين يحملون مفهوماً سالباً عن الذات هم الأكثر قلقاً، أو الأكثر ميلاً إلى كتمان مواقف الفشل في حياتهم، ولكن الاتجاهات السلبية نحو الذات ونحو الآخرين تصبح علامة سوء تكيف إذا ما اسمرت وسيطرت على سلوك الفرد (سمارة، ونمر، 1993، ص: 192).

11.الأساليب التي تؤدي إلى تكوين المفهوم السلبي للذات، هي:-

1. الحماية الزائدة من المشرفين على تربية الأطفال والقائمين على رعايتهم والعناية بهم.
2. السيطرة التامة على الطفل.
3. الإهمال وعدم الاهتمام بالطفل وما يترتب على ذلك من مشاعر في داخل أعماق الطفل (عبد الله، 2000، ص: 36).

12. **الاحتياجات التي تؤدي الى تحسين مفهوم الذات، وهي كتالي:-**

1. **تأكيد الذات:** إن أهم المحددات الأساسية للشخصية هي مفهوم الذات Self-Concept وهي جملة المعتقدات التي يحملها الشخص حول ذاته، والقيمة التي تعطيها لتلك المعتقدات وهي نتائج معتقداته الذاتية والبيئية "المحيطة به" ويتكون مفهوم الذات عند الطفل بعد السنة الأولى من عمره، ويظهر في سلوكه اللعبي، والتي تظهر ملامح شخصيته الأولى كالشخصية القيادية والاعتمادية Dependent أو شخصية قهرية Compulsive Personality والذي يوصف بالعجز عن التعبير عن العواطف الدافئة، أو الشخصية انهزامية.

وغيرها بالذات عند لعب دور الأسرة الأم والأب والأبناء، أو لعب دور المدرسة والطلبة، أو القائد العسكري والجنود، وغيرها ومفهوم الذات عند المعاق ذهنياً متغير "غير ثابت" بفعل الخبرة، فالخبرة العنصر الأساسي في تكوين مفهوم ذات إيجابي عنده وإلى إرشاد وتوجيه مستمر لمعرفة جوانب الذات الإيجابية لتنميتها، وإظهار الجوانب السلبية لتعديلها (Berman, 2000).

2. **الحاجة إلى التقبل الاجتماعي:** تتكامل المجتمعات الإنسانية بتجانس أفرادها، وجماعاتها، وتبادل الأدوار والشعور بالمسؤولية الفردية، والاجتماعية، ولا يمكن للفرد أن يتفاعل مع الجماعة ولا تتفاعل الجماعة مع الأخرى إلا بتقبلها لبعضها البعض، ومن ثم ينتمي إلى الجماعة التي تتقبله ويتقبلها، ويؤدي دوره الاجتماعي من خلال الجماعة سواء كان دوراً صغيراً أو كبيراً على حسب شخصيته ويسلك سلوك متوافقا مع الجماعة، وأخلاقياته.

فالتقبل الاجتماعي حاجة أساسية عند الإنسان، وبالخصوص عند الطفل المعاق، وللأسرة دور كبير في تنمية الحاجة عند المعاق ذهنياً على شعوره بأنه لايختلف عن أي فرد من أفراد الأسرة، وأن له دوراً فعالاً في الأسرة، ولو كان صغيراً تحمله المسؤولية الأسرية مع إظهار الحب والعطف من جميع أفراد الأسرة (الهيلات، 2005).

ومما يدعم وجهة النظر هذه ما جاء في دراسة (كروكبيرج لتمان، 1990) بعنوان (أساليب تنشئة الأبناء) هدفت الدراسة إلى معرفة وبحث أساليب تنشئة الأبناء وتأثير ذلك على مفهوم الذات ومدى الاستقلالية لدى الأبناء حيث تألفت عينة الدراسة من 95 أم وأب، وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط مفهوم

الذات لدى الأبناء بالأسلوب المتسامح في التنشئة والمستخدم من قبل الآباء الأمر الذي يؤدي إلى علاقة حميمة بين الوالدين وأبنائهم وإشراك الأبناء في عمليات اتخاذ القرارات (أبو عياش، 1992).

3. **الحاجة إلى الانتماء:** بنى المجتمع بعدة أعمدة رئيسية أهمها وجود الفرد وتأثيره على الجماعة على الفرد وحاجة كل منهما إلى الآخر وتبادل المصالح والأفكار الإيجابية والحماية المجتمعية بالحفاظ على القيم الأساسية التي قام عليها المجتمع سواء عن طريق الضغط الاجتماعي، أو القانوني وكل هذا يتم عن طريق انتماء الفرد إلى الجماعة فالحاجة إلى الانتماء حاجة أساسية، فالإنسان ينمي قدراته الفردية والجماعية عن طريق الانتماء فيظهر الجوانب الإبداعية والقيادية وتحمل المسؤولية الاجتماعية (Berman, 2000).

والتي تبدأ من الصغر بانتمائه إلى الأسرة، ثم تتوسع دائرة الانتماء إلى الأصدقاء والجماعة الصغيرة إلى الجماعات الكبرى، والمجتمعية على حسب سنوات عمره وطبيعة شخصيته، وذلك لإشباع حاجته إلى الأمن العاطفي والاجتماعي.

ويتسم المعاق ذهنياً بالسلوك التوافقي مع الجماعة، وعند شعوره بتقبل الجماعة له يضعف عنده الشك والنبذ الاجتماعي وسلوك الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal ولهذا من أول اهتمامات الأسرة بالخصوص والمجتمع ممثلة بمؤسساتها الاجتماعية الخاصة بالإعاقة الذهنية وضع برامج تؤكد فيها الجانب، كالعمل واللعب الجماعي والرحلات والمعسكرات والنوادي، والديوانيات، وغيرها مع إعطاء دور في الجماعة وشعوره بالمسؤولية نحو الآخرين بإعطائه دور قيادي، أو دور في الجماعة مهما كان بسيطاً، وبالذات في حالات التخلف الخفيف والمتوسط، لكي تتكامل فيه القدرات والمهارات الذاتية والاجتماعية للمعاق ذهنياً وصقل الجوانب الإبداعية (Berman, 2000).

4. **الحاجة إلى الإنجاز:** ربط كثير من الباحثين القدرة على الإنجاز بذكاء الإنسان وأيضاً بحاجة الإنسان كما يقال "الحاجة أم الاختراع" وأيضاً ارتباطه بالبيئة الثقافية والاجتماعية، فالطفل ذوي الإعاقة الذهنية من الأسر الغنية اقتصادياً وثقافياً واجتماعياً أعلى معدل للإنجاز من الطفل ذوي البيئة الفقيرة، وذوي الإعاقة الذهنية فئة التخلف الخفيف معدل الإنجاز عندهم أعلى من ذوي التخلف المتوسط القابلين

للتدريب عندما يتلقون الرعاية والتشجيع والاهتمام من قبل الأسرة والمؤسسات المجتمعية عن طريق البرامج التأهيلية المناسبة.

أما الكفاءة فهي حاجة نفسية مهمة وهي شعور الإنسان بالتحدي للإنجاز وإثبات التفوق في العمل، فتقدر كفاءة الإنسان بما ينجزه باتباع الوسائل المتاحة، أو المستحدثة للقيام بالعمل.

ويلعب مفهوم الذات أو فكرة الشخص عن نفسه دوراً بارزاً في توجيه السلوك وتحديده، ويتبوأ مصطلح مفهوم الذات مكانة متميزة في نظريات الشخصية، ويعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر بشكل كبير على السلوك، وينبثق مفهوم الذات من الخبرات الاجتماعية، وتحدد من خلال السلوك، ويعتبر أحد العوامل التي تؤثر بشكل واضح في البيئة الاجتماعية، وتؤثر على سلوك الفرد.

ويعتقد علماء النفس أن أفضل الوسائل لفهم الإنسان يكمن في التعامل معه على اعتبار أنه كلاً منظماً، وليس مجموعة من الأجزاء، ويعبر مفهوم الذات عن وجهة النظر تلك بشكل صادق، ومفهوم الذات مصطلح يعني الأحكام والقيم والاتجاهات التي يحملها الفرد عن سلوكه وقدراته الجسدية وقيمته كفرد، ويعتبر مفهوم الذات أحد أبعاد الشخصية الانسانية حيث يختلف كل شخص عن الآخر، مثل: الفرق بينهم في دافعية الانجاز، أو القلق، أو غيرها من الصفات (أبو جادو، 2000، ص:135).

إن الكشف الواقعي عن صورة الذات، وبلورة الهوية الشخصية للفرد من الممكن العمل على تحقيقها عن طريق التفاعل الطبيعي السوي مع الطفل، وبتمكينه من التعبير الصريح عن الرأي وبمساعدته في إتخاذ القرارات اللازمة وبتدريبه، وتوجيهه في ذلك، وبإتاحة الفرصة أمامه للتدخل والإيجابية وبتعزيز استجاباته الناجحة ومبادراته الصحيحة وبالعمل على اشعاره باستمرار بالحب والعطف والحنان والإحترام والثقة المتبادلة وعن الاستماع إليه وفهم تصرفاته وأفعاله وبتحديد دوره ومكانته في الحياة وبتعريفه بوضعه وبإشعاره بأهميته بين افراد أسرته وذويه(الهيلات،2005).

إن الذات معناها نشاط موحد مركب للإحساس والتذكر والتصور والشعور والتفكير، وتعتبر نواة الشخصية، ويقسم (ريموند كاتل Cattle) الذات إلى ذات واقعية وذات مثالية.

فالذات الواقعية هي ذات حقيقية أو فعلية تمثل مستوى الاقتدار، في حين أن الذات المثالية هي ذات تطلعية يؤمل منها أن تكون – أي تمثل– ما يطمح الفرد أن يكون، أو يصبح.

تعقيب على محور مفهوم الذات.

مما تقدم نرى أن بناء الذات يخضع للمعايير السائدة في المجتمع، فالفرد يؤثر في الآخرين ويتأثر بهم، وبمقدار هذا التأثر ونوعه تتشكل ذاته، إلا أنه ينبغي الالتفات إلى أن الفرد ليس منزوع الإرادة، بل إن له دور فعال في بناء ذاته مصداقاً لقوله تعالى (إِنَّ اللّهَ لاَ يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُواْ مَا بِأَنْفُسِهِمْ).

فهذه الآية الكريمة تدلل على أن عملية بناء الذات للفرد أو لمجموعة أفراد يتطلب وجود دافع قوي لعملية التغيير، فالفرد في عملية التغيير لابد أن يميز بين الصالح والطالح وليس كل ما يملى عليه يلزم به، إذ أن المطلوب منه في هذا السياق التمييز بين ما هو إيجابي، وما هو سلبي أما بالنسبة لهذه الفئة فهم بحاجة الى المساندة حتى يصلوا إلى ما نطمح اليه من أن يعتمدوا على أنفسهم ويثقوا في ذواتهم من خلال الاهتمام والتدريب والتشجيع.

وقد تطرقنا في هذا المحور الى التعريف على مفهوم الذات من خلال سرد بعض التعريفات العربية والاجنبية وكما ذكرنا بعض خصائص مفهوم الذات ووضحنا كيف يتكون مفهوم الذات وينمو، وتعرفنا على العوامل المؤثرة في مفهوم الذات وفرقنا بين مفهوم الذات الإيجابي والسلبي من حيث التعريف والأساليب التي تدل على كل منهما.

وكذلك أوضحنا بعض المؤشرات التي تدل على مفهوم الذات الإيجابي ولم ننس بعض الاحتياجات التي تؤدي إلى تحسين مفهوم الذات فقد عرفنا بها وأخيراً يجب الاهتمام الزائد بأبناءنا وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة وأن لا نكون سبب في إحباطهم بل يجب تشجيعهم وتدريبهم أكثر بكثير حتى يصبحوا عناصر نافعة لمجتمعهم وأهلهم بقدر المستطاع.

إجراءات الدراسة الميدانية: وكانت كالتالي:

أولاً: المنهج: تستخدم الباحثة المنهج الوصفي في وضع قائمة بالمهارات الحياتية، وتحليل أهداف ومحتوى مناهج الدراسات الاجتماعية والبيئية في ضوء هذه القائمة، وفي تصميم بطاقة الملاحظة، وضع التصور المقترح.

ثانياً: عينة البحث: مجموعة من التلميذات من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم حيث أن العمر الزمنى لهم من (5- 9) سنوات ودرجة الذكاء من (50-75) درجة وهم في المدرسة الابتدائية الأولى بجيزان وهم في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الاولية).

ثالثاً: أدوات البحث: وهي كما يلي:

1. **مقياس:** بطاقة تقدير المعلمة لمفهوم الذات لطفل الروضة.

وصف المقياس: يتكون المقياس من (76) عبارة ، أمام كل منها ثلاثة بدائل هي: يقوم بذلك دائماً، يقوم بذلك أحياناً، لا يقوم بذلك على الإطلاق، ويُطلب من الملاحظ أو المقوم اختيار البديل الذي يراه مناسباً لمستوى أداء الأطفال، وهذه العبارات موزعة على محورين هما: الذات الجسمية والحركية، والذات الوجدانية والاجتماعية، **هذا وقد مر إعداد المقياس حتى وصل إلى صورته النهائية في عدد من الخطوات يمكن إجمالها فيما يلي:**

أ. **إجراء دراسة مسحية لعدد من المقاييس المقننة من قبيل:** اختبار مفهوم الذات للكبار (1961) من إعداد محمد إسماعيل ، ومقياس تقدير الذات للأطفال (1967) من إعداد كوبر سميث Coppersmith، واختبار مفهوم الذات الخاص (1972) من إعداد حامد زهران، وقد أسفر هذا الإجراء على حصول الباحثين على مجموعة كبيرة من العبارات المرتبطة بتقدير الذات.

ب. **وضع إطار بالمحاور التي يجب أن يشملها المقياس، وهما:** الذات الجسمية والحركية، الذات الوجدانية والاجتماعية.

ج. **تم وضع مجموعة من المحكات في (90)** عبارة، تمثل الممارسات الدالة على الذات الإيجابية لطفل الروضة.

د. **عرض المقياس على مجموعة من** أساتذة المناهج وطرق التدريس، وعلم النفس، لإبداء آرائهم حول انتماء كل عبارة للمحور التابع له، ومدى شمولها وصدقها ومناسبتها لأطفال مرحلة.

هـ. بعد استطلاع آراء السادة المحكمين، وإجراء بعض التعديلات التي أشاروا بها أصبح العدد النهائي لعبارات المقياس هو (76) عبارة موزعة على محوري: الذات الجسمية والحركية، الذات الوجدانية والاجتماعية.

وتم حساب ثبات المقياس باستخدام أسلوب "اتفاق الملاحظين"، حيث قاما معلمتان بتطبيقه على عينة عشوائية قوامها (12) طفل وطفلة من غير عينة البحث، وملاحظة ممارستهم للأنشطة المتضمنة في البرنامج التقليدي بالروضة، وقد جاءت معاملات الاتفاق بين الباحثين على المقياس كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (3) معاملات الاتفاق بين الباحثين على مقياس تقدير المعلمة لمفهوم الذات لطفل الروضة.

الأطفال 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
معامل الاتفاق:0.79	0.84	0.81	0.84	0.77	0.79	0.80	0.80	0.81	0.85	0.83	
0.85											

يتضح من الجدول السابق: مدى ارتفاع معاملات الاتفاق، مما يؤكد على ثبات مقياس تقدير المعلمة لمفهوم الذات لطفل الروضة – المتمثل في بطاقة الملاحظة – وأصبح صالحاً للتطبيق.

ز. **لتصحيح المقياس:** فقد كانت الأوزان (2، 1، صفر) تقابل الاختيارات أو البدائل: (يقوم بذلك دائماً، يقوم بذلك أحياناً، لا يقوم بذلك على الإطلاق) على الترتيب، وبذلك تصبح النهاية العظمى للمقياس هي (152) درجة (76 × 2).

مناقشة النتائج والتوصيات، وكانت كالتالي:

مناقشة النتائج: أن هذه الدراسة قد قامت على عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية (الصفوف الأولية) من من تتراوح اعمارهم ما بين (5- 9) سنوات وذلك من خلال ملاحظات الباحثة أثناء تعاملها معهم حيث كانت تقوم بتدريسهم في جميع المواد الدراسية ولمدة ترم دراسي وقد استخدمت معهم فنيات واستراتجيات تعديل السلوك سواء لتعليمهم أو تدريبهم.

وذلك من خلال تشجيعهم أو حتى تعديل السلوك الغير المرغوب فيه وهي في دراستها تهدف إلى الكشف عن أهم العوامل والمتغيرات التي يمكن أن تسهم في تنمية مفهوم الذات وتحسن السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وقد تأكدت الباحثة من تحقق النتائج التي نبهت عليها معظم الدراسات والأبحاث التي اعتمدت عليها في بحثها حيث أكدت هذه البحوث والدراسات على أهمية المهارات الحياتية في تحسن مفهوم الذات وكذلك مدى ملائمة البرامج الخاصة المقدمة إليهم وخاصة في تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين عقلياً.

وقد اختارت هذه العينة لأن التعليم في هذه المرحلة اكثر نفعاً وفائدة وخاصةً ان الطفل في هذه المرحلة من عمرة يبدأ بتكوين ذاته ويتأثر بمن حوله بدرجة كبيرة وقد يستمر هذا التأثير لمراحل عمره التالية حيث إن الطفل إذا تلقى الاحباط سواء من من يعيش في بيئته وحتى من نفسة عندما لا يستطيع الاستقلال بذاته في قضاء حاجاته الاساسية في مرحلة مبكرة فإنه يصاب بالاحباط وعدم الثقة في نفسة ويصيبه اليأس وفقدان الأمل في تعلم المهارة المطلوب تعلمها.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى أن أن الطفل في هذه المرحلة من عمرة يبدأ بتكوين ذاته ويتأثر بمن حوله بدرجة كبيرة، وقد يستمر هذا التأثير لمراحل عمره التالية حيث إن الطفل إذا تلقى الإحباط سواء مِنْ مَنْ يعيش في بيئته وحتى من نفسة عندما لا يستطيع الاستقلال بذاته في قضاء حاجاته الإساسية في مرحلة مبكرة فإنه يصاب بالإحباط، وعدم الثقة في نفسه، ويصيبه اليأس وفقدان الأمل في تعلم المهارة المطلوب تعلمها.

فينبغي أن يتعلم الطفل من هذه الفئة المهارة الحياتية على يد من لدية الخبرة الكافية وعلى معرفة بخصائص الطفل الذي يقوم بتعليمة، كما يتصف بقدر جيد من التحمل والصبر وأن يتم تعليمه من خلال اختيار البرنامج الذي يتناسب مع قدراته، وإمكانياته ومتوافق مع بيئته.

كما يجب أن يتعاون كل من الأسرة والمدرسة من أجل الوصول إلى النتائج المطلوب تحقيقها حتي يتعلم الطفل المهارات الحياتية، ويصل إلى مفهوم الذات الإيجابي.

التوصيات: وهناك بعض التوصيات التي من شأنها أن تنعكس إيجابياً في تأثيرها على الطفل المعاق فكرياً منها:-

1. توعيه أسر المعاقين فكرياً بأهمية المهارات الحياتية، وتنميتها من خلال عقد ندوات وبث برامج إذاعية وتليفزيونية هادفة.
2. ضرورة إعداد برامج تليفزيونية خاصة للمعاقين فكرياً لإكسابهم المهارات المختلفة، ومنها المهارات الحياتية وتنميتها لتشكيل السلوك السوي.
3. ضرورة العمل على دمج الأطفال المعاقين فكرياً مع الأطفال الأسوياء عن طريق تخصيص فصول لهم في مدارس الأسوياء لتفاعلهم معاً وإكسابهم المهارات الحياتية ومشاركتهم في ممارسة الأنشطة المختلفة ولأن ذلك له أثرة في تحسين مفهوم الذات.
4. عقد دورات تدريبية للمشرفين، والأخصائيين على أنشطة البرامج الحديثة، والمختلفة التي تراعى تنمية المهارات الحياتية للأطفال المعاقين فكرياً حتى يمكن تحقيق التوافق الشخصي، والاجتماعي لهم.
5. كما توصي الأم والأب بتعاون في تنشئة الطفل التنشئة الصحيحة، ورعاية طفلهم الرعاية الكاملة بدون تشدد (احباط) أو إرخاء وأن يكونوا أكثر تحملاً وصبراً فأطفالهم حالة خاصة، وتحتاج إلى اهتمام خاص، فهم نعمة، فلا تجعلوها نقمة بإهملكم لهم.
6. كما توصي الكاتبة أن على كل أم أن تقوم بتطبيق إحدى برامج التدخل المبكر في تدريب الطفل على المهارات المنزلية مثل برنامج بورتج، أو هيلب، أوغيرها من البرامج مع الاستعانة بذوي الاختصاص.

7. يجب على المعلمين والوالدين أن يكونوا أكثر وعي، وإدراك أن عليهم الاهتمام بذات الطفل وتشجيعه وعدم إحباطه.

المراجع.

1. إبراهيم، ڤيوليت فؤاد (2005): **مدخل إلى التربية الخاصة**؛ كلية التربية: جامعة عين شمس.
2. أبو جادو، صالح (2000): **سيكولوجية التنشئة الاجتماعية**؛ دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن.
3. أبو عياش، نادرة بدوي (1990): **أثر نمط التنشئة الأسرية في توكيد الذات لدى طالبات المراهقة الوسطى في مديرية تربية عمان الكبرى الأولى**؛ رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
4. أحمد، سهير كامل (1993): **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**؛ مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
5. حسان، محمد حسان (1991): **كيف نستثمر دو الأسرة في التحصيل الدراسي؟** مجلة التربية، العدد 99، ديسمبر، قطر.
6. الخطيب، إبراهيم، وآخرون (2003):**التنشئة الاجتماعية للطفل**، الدار العلمية للنشر والتوزيع، عمان – الأردن.
7. الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى (2007): **التدخل المبكر**؛ دار الفكر، الأردن، ط3.
8. داود، نسيمه؛ حمدي، نزيه (1997): العلاقة بين مصادر الضغط التي يعاني منها الطلبة ومفهوم الذات لديهم؛ **مجلة دراسات**، العلوم التربوية، عمان، 4 (1) 33- 48.
9. السبيعي، عدنان (2000): **معاقون وليسوا عاجزين**؛ دار الفكر، دمشق، ط5.
10. سمارة، عزيز؛ نمر، عصام (1993): **الطفل والأسرة والمجتمع**؛ دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان – الأردن.
11. شاش، سهير محمد سلامه (2002): **التربية الخاصة للمعوقين عقلياً بين العزل والدمج**؛ مكتبة زهراء الشرق، ط1.
12. الشناوي، محمد محروس (1997): **التخلف العقل** ؛ دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة،ط1.
13. عبد الله، نبوية لطفي (2000): **مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأم "دراسة مقارنة"** جامعة عين شمس، مصر.

14. عبدالعظيم، جيهان (2009): **فاعلية السيكودراما والنمذجة في تحسين مهارات التواصل لدى المعاقين عقلياً القابلين لتعلم**؛ رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية: جامعة عين شمس.
15. العيسوي، عبدالرحمن (1997): **تربية الطفل المعوق عقلياً**؛ مجلة التربية، العدد 2.
16. المبرز، إبراهيم بن حمد (2010): **التدريس الناجح**: مكتبة الملك فهد الوطنية؛ الرياض، ط2، 1429هـ.
17. محمد، عادل عبدالله (2005): **الإعاقة العقلية؛ كلية التربية**؛ جامعة الزقازيق، دار الرشاد، القاهرة، ط1.
18. نجدى، سميرة أبو زيد (1998): **برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة**؛ مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
19. نصر، الله عمر (2002): **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتاثيرهم على الاسرة والمجتمع**؛ دار وائل للنشر،عمان، ط1.
20. الهيلات، مصطفى قسيم (2005): **أثر استراتيجية التعليم الذاتي على توكيد الأطفال لذواتهم ودافعيتهم للإنجاز**؛ رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة عمان العربية للدراسات العربية، عمان.
21. الوابل، عبدالله؛ الشمري، طارش (1995): العمل مع أولياء أمور الأطفال المعوقين؛ مركز الامير سلمان لأبحاث الإعاقة، الرياض.
22. وهيبي، أحمد عاطف (1999): **مفهوم الذات لدى طلبة الجامعة الأردنية وعلاقته ببعض المتغيرات**؛ رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.
23. يحيى، خولة أحمد؛ عبيد، ماجدة السيد (2005): **الإعاقة العقلية**؛ الكلية الجامعية المتوسطة: الجامعة الأردنية، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1.

24. Agran,M.;Blanchard,C.;Wehmeyer,M.;Hughest,C..(2002). Increasing the Problem - Solving Skills Of Students With Developmental Disabilties Particiapatingin General Education, Rmedial & Speciale Education, Austin , Sep/ Oct, Vol.23 Issue 5.
25. Baird,S.; Peterson,J..(1997). Seeking a Comfortable Fit Between Family-Centered Bhilosophy and Infant-Parent Interaction: Time for A Paradigm Shift? Tobics in Early Childhood Special Educatio, Summer, Vol.17 Issue 2 .
26. Berman, Mark (2000), self-concept and academic differences between students with learning disabilities in inclusive and nonexclusive classroom, dissertation abstracts international.

27. Black,R.S.; Langone.J. .(1997). Social Awarness & Transition to Employment for Adolescents with Mental Retardation, Remedial & Special Education, Jul / Aug, Vol , 18 Issue 4 .
28. De Valenzuela, J.s.; Connery M.,C.; Musanti, S., .(2000). The Theoretical Foundations Of Professional Development in Special Educatical: Is Sociocultural Theory Enough?, Remedial & Special Education, Mar/Apr, Vol.21 Issue 2.
29. Dickie,R.F.; Bauman, R.A..(1991).Special Education Teacher Training A Noncategorical Approach, Education & Treatment Of Children, Nov, Vol .14 Issue 4 .
30. Fidler, D. J.; Hodapp, R.M.; Dykens, E. M.. (2002). Behavioral Phenotypes & Special Education:Parent Report of Education Issues For Childern with Down Syndrome,Peader - Willi Syndrome & Williams Syndrome, The Journal of Special Education, Bensulem, Summer, Vol . 36 Issue 2.
31. 8-Hallahan, D. P.; Kauffmank, j.(1984). Exceptiona Children- Introduction to Special Education , Englewod Cliffs , Sixth Edition .
32. Horn, E.; Liber, J.; Li, S.; Sandall, S.; Schwartz, L.(2000).Supporting Young Children's IEP Goals in Inclusive Settings Through Embedded Learning Opportunities, Topics in Early Childhood Special Education, Winter, Vol .20 Issue 4.
33. Huang, W.; Cuvo, A.J..(1997). Social skills Training for Adults with Mental Retardation in Job - Related Setting, Behavior Modification, Jan, Vol .21 Issue 1.
34. Kennedy, C.H.;Long, T.; Jolivette,K.;Cox,J.; Jung,C.; Thompson, T..(2001). Facilitatation General Education Participation For Students with Behavior Probleme by linking Positve Behavior Supports & Person- Centered Positve Behavior Supports & Person - Centered Planning , Journal of Emotional & Behaviors Disorders, Fall, Vol.9 Issue 3 .
35. Kinservik,M. A.; Friedhoff,M. M..(2000). Control Issues in Toilet Training, Pediatric Nursing, May /Jun, Vol. 26 issue3.
36. Leffert,J.;Siperstein, G. N.; Millikan, E. (2000).Understanding Ssocial Adaptation in Children with Mental Retardation; A Social-Cognitive Perspective, Exceptional Children, Summer,Vol.66 lssue4.

37. Lemieux, C.(2001). The Challenge of Empowerment in Child Protective, services: A Case Stude of A mother with Mental Retardation, Familiesing Society, New York, Apr, Vol. 82 Issue 2.
38. McAdam, D.B.;Cuvo,A. J..(1994). Textual Prompts as An Antecedent Cue Self-Management Strategy for Person with Mild Disabilities, Behavior Modification, Jan, Vol.18 issuel .
39. McMillan,D.L. .(1982). Mental Retardation in School & Society, Ed.2. Mirand, Antinette Hals; Andrews, Ted J..(1994). Preservice .
40. Mobya, M. (1993), Parental Behavior and African Adolescents self-concept, School Psychology international, 14(1).
41. Moltane, Donna, (1988), Improving the behaviors, Self concept and achievement of learning-disabled children through group counseling using relaxation therapy, dissertation abstracts international.
42. Murray, W.(1996). Planning Residential Environments with Person with Retardation, Journal of Planning Literature, Nov, Vol .11 Issue 2 .
43. Popovich,D.(1981). Effective Educational & Behavioral Programming for Severely & Profoundly Handicapped Students, Macomb Intermediats School District .
44. Raffaele; Knoff, L. M..(1999). Improving Home - School Collaboration with Disadvanntaged Families: Organizational Principles, Perspectives & Approuches, School Psychology Review , Vol.28 Issue 3 .
45. Rutherford, Jr. R. B.; Q uinn, M.M.(1999). Special Education in Alternative Education Programs, Clearing house, Nov/ Dec, Vol. 73 Issue 2 .
46. Smith, D.D.; Rivera, D.P.(1995). Discipline in Speciel Education & General Education Settings, Focus on Exceptional Children, Jan, Vol.27 Issue 5 .
47. Strauss, D.; Eyman,R.E. .(1996). Predictors of Mortality in Children with Severe Mental Retardation: The Effect of Placement, American Journal of Public Health, Oct, Vol.86 Issue 10 .
48. Walker,J.G.; Maclauglin, T.F.. (1992). Self- Contained Versus Resource Room Classroom Placement on the A Review, Journal of Instructional Psychology, Sep, Vol .19 Issue 3 .

International Journal of Research and Studies (IJS)