

(التدخل المهني باستخدام العلاج الأسري لتحقيق

المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين

للتعلم)

دراسة مطبقة على أطفال مدرسة التربية الفكرية بدسوق .

مقدم من الدارس

حمدي حامد حجازي

مدرس بقسم خدمة الفرد بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية

بكفر الشيخ

المبحث الأول (مشكلة الدراسة - الأهمية - المفاهيم)

أولاً : مدخل إلى مشكلة الدراسة

تعتبر الإعاقة العقلية مشكلة اجتماعية كبيرة منذ القدم ، وقد لاقت فئاتها معاملات مختلفة باختلاف فلسفات المجتمعات ونظمها الاجتماعية ، فقديمًا كان ينظر إلى المعاقين عقلياً نظرة احتقار وازدراء على أساس أنهم أفراد ناقصون عقلياً ، وهذه النظرة غير الإنسانية دعت العديد من المجتمعات إلى عزلهم ، بل وصل الأمر إلى حرقهم وقتلهم أحياناً من أجل الوصول إلى مجتمع فاضل (منى الحارثي ، ٢٠٠٧ : ١١) ، ولم تقتصر هذه النظرة على مجتمع بعينه بل كانت منتشرة في كثير من المجتمعات باعتبار أن قيمة الفرد كانت تتحدد بمقدار صلاحيته لأداء وظيفة ما على الوجه الأكمل .

إلا أنه مع ظهور الديانات السماوية ومع تطور المجتمعات واتجاهها إلى المدنية تغيرت النظرة إلى المعاقين عقلياً وأصبحوا محل رعاية واهتمام ، وذلك إيماناً بما أوجبه تعاليم هذه الأديان وحقوق الإنسان من المساواة وتكافؤ الفرص وحق التعلم ، وقد شهد منتصف القرن العشرين تطوراً ملحوظاً في الخدمات المقدمة لهم ، ومن ذلك جهود هيئة الأمم المتحدة بإعلان عام (١٩٨١) عاماً للمعاقين وإعلان العقد (١٩٨٣ - ١٩٩٢) عقد المعاقين ، مما أسهم في ظهور التشريعات الخاصة بهم والتي تنص على توفير كامل حقوقهم في المجتمع . (عبد العزيز الخليفة ، ٢٠٠٠ : ١٢) وتشير الإحصاءات إلى أن فئة المعاقين بشكل عام والمعاقين عقلياً بشكل خاص تمثل شريحة كبيرة سواء على المستوى العالمي أو المحلي ، حيث يشير تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى أن إجمالي المعاقين في العالم بلغ ٣١٠ , ٧٩٨ , ٧٢ معاق ، وأن إجمالي المعاقين في مصر بلغ ٥٢٣ , ٧٢٨ , ٤ معاق ، ليمثل عدد المعاقين في مصر ما نسبته ٩١ , ١٢ % من إجمالي عدد المعاقين في العالم ، وأشار التقرير إلى أن أعلى نسبة إعاقة في مصر كانت الإعاقة العقلية بواقع ٢٢,٤ % ، ويذكر التقرير أيضاً اعتماد يوم ٣ ديسمبر يوماً عالمياً للمعاقين تعريفاً لأهمية القضايا المرتبطة بالإعاقة وحشد الجهود الدولية لدعمهم ومساندتهم . (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، ٢٠١٤)

والمعاقون عقلياً ليسوا على درجة واحدة من الإعاقة ، فبينهم فروق فردية في الخصائص والسمات تبعاً لدرجة إعاقتهم ، إذ تغطي الإعاقة العقلية مدى واسعاً من درجات الإعاقة تتراوح ما بين إعاقة عقلية تامة تعوق أصحابها عن الكلام والحركة ، ومعدل ذكاء أفرادها ما بين ٢٥ - ٥٠ وهم غير القابلين للتعلم ، وإعاقة عقلية بسيطة لا تعوق أصحابها عن الكلام والحركة ومعدل ذكاء أفرادها ما بين ٥٠ - ٧٥ وهم القابلون للتعلم - مجال اهتمام الدراسة الحالية - ولكنهم يحتاجون إلى التوجيه والمساندة عندما يتعرضون لصعوبة ما تواجههم في حياتهم . (American Psychiatric Association , 1994)

والإعاقة العقلية البسيطة من الأمور التي تصيب الأطفال في عمر مبكرة نتيجة لعديد من العوامل والأسباب التي قد تكون وراثية أو بيئية (Ansermet, Francois; Et All , 2010 : 337) ، وتشكل هذه الإعاقة لبعض الأسر مصدراً للقلق والخوف والارتباك وبالتالي تفقدها الكثير من الأساسيات الواجب اتباعها في معاملة ورعاية ابنها المعاق ،

وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Spreat & Jambol , 1997 : 109) التى أوضحت أن آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً كثيراً ما يتجاهلون ابناءهم ويتجنبونهم فى مواقف المواجهة ، كما أنهم يميلون وفقاً لما أوضحتها نتائج دراسة (مصطفى القمش ، ١٩٩٤) إلى عقابهم جسدياً بالإضافة إلى حرمانهم من التفاعل مع الآخرين وعزلهم عن المحيطين بهم . وبهذا يتضح أن هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للإساءة مقارنة بالأسوياء وهو ما أكدته نتائج دراسة (Fenning, Rachel M; Et All ,2014 : 326) التى أوضحت أن آباء وأمهات الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة أكثر إساءة لهم وأقل مشاركة وتعاطفاً معهم مقارنة بآباء وأمهات الأطفال العاديين .

ويرجع ذلك إلى أن والدى هؤلاء الأطفال يعانون من ضغوط نفسية واجتماعية كثيرة لها انعكاسات سلبية على تفاعلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية بابنائهم (Liu & Li, 2013 : 1263) ، لما لديهم من شعور مرتفع بعدم الرضا عن وجود ابن معاق مما يجعل مناخهم الأسرى أقل دعماً ومساندة لهؤلاء الابناء ، وهو ما أشارت إليه نتائج دراسة (Spreat & Jambol :116) التى أوضحت أن وجود طفل معاق عقلياً داخل الأسرة يجعلها تشعر بصدمة وترفض تصديق هذه الحقيقة وتتأهب حالة من الاضطراب والخجل والتوتر والضغط النفسي والعاطفي . لكن تتفاوت درجات هذه المشاعر بتفاوت شخصية أفراد الأسرة ، فبعض الأسر تقوم بحماية الطفل المعاق حماية زائدة ، فيشعر الأشقاء بالغيرة مما يولد حقداً في نفوس كليهما تجاه الآخر ، خاصة وأن كثيراً من أشقاء المعاقين عقلياً يشعرون بالخجل عندما يعلم أحد أصدقائهم أن لديهم شقيقاً معاقاً فتتولد في نفوسهم مشاعر كره تجاه هذا المعاق ومن ثم يقدمون على الإساءة إليه أو التخلي عنه (علاء الدين كفاى و جهاد علاء الدين ، ٢٠٠٦ : ٢٢٥) ، في حين نجد أسر أخرى ترفض الاعتراف بإعاقة الطفل بل ترفض الطفل نفسه وتتأهب مشاعر الحزن والاكتئاب لفقدانها الطفل الذى كانوا يتمنونونه ، وهذه المشاعر المتباينة تظهر وتختفى خلال الأسابيع الأولى مع معرفة حالة الطفل ، وبعد ذلك تواجه الأسرة الواقع وتعمل على معرفة كيفية مساعدة الابن المعاق لكن سرعان ما تعود المشاعر الأولى للظهور أمام أى صدمة جديدة أو مشكلة تواجه الطفل . (محمد إسماعيل ، ٢٠٠٧ : ١٧)

ولا شك أن هذا الجو الأسرى المحيط بهؤلاء الابناء يقلل من فرص دعمهم ومساندتهم اجتماعياً ، وما يساعد على ذلك هو معاناتهم أنفسهم من بعض المشكلات التى قد تدفع الآخرين إلى التخلي عن مساندتهم ، فهم يعانون وفقاً لنتائج دراسة (Rowe, Bryony Noel , 2008 : 696) من انخفاض تقدير الذات مما يدفعهم إلى إيذاء أنفسهم وإيذاء الآخرين ، كما توضح نتائج دراسة (أمل الهجرسى ، ٢٠٠٢) أنهم يواجهون صعوبات في التعامل مع المواقف المختلفة وقصور في عملية التكيف مع البيئة والانسحاب والتردد وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية سليمة ، وأشارت أيضاً لنتائج دراسة (Lamoureux-Hebert, M. Et All , 2010 : 67) أنهم يعانون من ارتفاع وتيرة المشكلات السلوكية وخاصة السلوك العدوانى . ويتصفون بعدم القابلية للتعلق بالآخرين نتيجة لشعورهم بالعجز والدونية مما يدفعهم للقيام بتصرفات غير مقبولة (Cicchetti & Toth, 2000 : 85) ، فضلاً عن اتسامهم بالعناد والخلفة وتقلب المزاج والاندفاعية وبعض الحركات العصبية بالأيدى والأرجل والسلوك اللفظى غير السوى . (علاء الدين كفاى و جهاد علاء الدين : ٢٢٠ - ٢٢٢)

وتعد هذه المشكلات مصدر قلق وتوتر لكل من المعاق عقلياً وأسرته ، حيث تمتد تأثيراتها السلبية على أداء الأسرة الطبيعي مما يكون له الأثر البالغ على التفاعل الاجتماعي والأسري ، وهو ما أكدته الرابطة الأمريكية للإعاقة العقلية ، التي ذهبت إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية يعانون من قصور في السلوك التكيفي وإن كان هذا القصور يتفاوت من فرد إلى آخر حسب مستوى الإعاقة ، وهذا القصور من المتوقع أن يكون له أثر سلبي على تفاعلهم مع بيئتهم ، مما يزيد من فرص انخفاض تكيفهم مع البيئة الاجتماعية لعدم إدراكهم أو تصرفهم المناسب في المواقف المختلفة التي تؤدي إلى فشل في السلوك وظهور مزيد من المشكلات . (محمد إسماعيل : ١٥ - ١٦)

مما سبق تتضح حاجة هؤلاء الأطفال إلى المساندة الاجتماعية للتغلب على تلك المشكلات التي يعانون منها سواء كانت راجعة إليهم أو إلى أسرهم ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Embregts, Petri J, 2009 : 1062) التي أوضحت حاجة المعاقين عقلياً القابلين للتعليم للمساندة الاجتماعية بأنماطها المختلفة في هذه المرحلة النمائية خاصة وأن هناك عدم توازن في إشباع احتياجاتهم المختلفة ، كما أكدت أيضاً نتائج دراسة (Meppelder, Marieke; Et All , 3260 : 2014) على حاجة هؤلاء الأطفال إلى المساندة الاجتماعية لتقليل المخاطر الذاتية والأسرية للمعاق ومساعدته على تحسين أدائه الاجتماعي ، كذلك أوصت دراسة (Leung, Phuong Et All , 2015 : 9) بضرورة إجراء مزيد من دراسات التدخل المهني لتحقيق الدعم والمساندة الاجتماعية بأشكالها المختلفة لهذه الفئة ، خاصة وأن المساندة الاجتماعية المقدمة لهؤلاء الأطفال وفقاً لنتائج دراسة (عبد الله الوابلي ، ١٩٩٦) متوسطة أحياناً وضعيفة وضعيفة جداً أحياناً أخرى ، وهو ما أكدته أيضاً دراسة (Van Asselt, A. Et All , 2014 : 111) التي أشارت نتائجها إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون انخفاضاً ملحوظاً في مستوى المساندة الاجتماعية ، فشبكاتهم الاجتماعية محدودة جداً وعادة ما تشمل القليل من الاتصالات بالأقارب والأصدقاء .

وتزداد حاجة هؤلاء الأطفال لهذه المساندة مع ما تحققه لهم من زيادة القدرة على التفاعل والتوافق مع الآخرين وتقليل الشعور بالانزغال والوحدة - خاصة وأن فئة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة تمتاز بقدرتها على التعلم والوصول إلى مستوى من المهارات الاجتماعية والاستفادة من البرامج التي تقدم لهم وقادرين على التفاعل الاجتماعي السليم ولديهم قدرة الاعتماد على النفس لكن تحت التوجيه والإشراف (مصطفى عابد : ٢٠٠٥) - ، كما تلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في إشباع حاجتهم إلى الأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة (عبد السلام على ، ٢٠٠٥) وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Velea & Tambu , 2013 : 555) التي أوضحت أن المساندة الاجتماعية تقلل من إصابة المعاق عقلياً القابل للتعليم بالأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق وتعمل على زيادة كفاءته الذاتية . ولها أهميتها كذلك في زيادة قدرته على مقاومة الإحباطات وحل المشكلات بطريقة جيدة وتحقيق نموه الشخصي (مروان دياب ، ٢٠٠٦ : ٥٧) ، فضلاً عن زيادة دافعيته ومبادرته نحو التفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والقدرة على الإنجاز الأكاديمي والوصول إلى الأهداف المرجوة (فيصل العجمي ، ٢٠٠٧) ، وتزيد من شعوره بالرضا وتساعده وبشكل واضح على الاستفادة من البرامج التربوية والاجتماعية المقدمة له بأقصى ما تسمح به قدراته (Downing, J , 2004 : 183) ، بالإضافة إلى دورها الهام في تحسين نوعية الحياة لدى هؤلاء الأطفال بشكل عام . (Lunsky & Benson, 2001 ; 106)

وإذا كان وجود المساندة الاجتماعية للمعاق عقلياً القابل للتعلم أمراً هاماً وحيوياً في حياته لما تحققه له من فوائد أوضحتها نتائج الدراسات السابقة ، فإن غيابها أو انخفاضها يجلب عليه الكثير من المشكلات ، حيث تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها مما يؤدي إلى اختلال صحته النفسية الأمر الذي يدفعه أحياناً لمحاولة التخلص من الحياة ، وهو ما يتفق ودراسة (حكيمه حوده ، ٢٠٠٥) التي أوضحت أن إدراك المعاق عقلياً القابل للتعلم لعدم وجود دعم اجتماعي من المحيطين به يشعره بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة فتكون بداية لظهور الأعراض الاكتئابية التي تدفعه للإقدام على محاولات الانتحار ، وهو ما أكدته نتائج دراسة (Tymchuk, Alexander J Et All , 2001) التي بينت أن هؤلاء الأطفال معرضون لخطر مجتمعي شديد ومتزايد بسبب غياب الدعم والمساندة الاجتماعية المقدمة لهم .

ويمكن تحقيق المساندة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال من خلال إسهامات المهن والعلوم المختلفة كل من زاوية تخصصه - خاصة وأن العمل مع المعاقين عقلياً قد تطور بشكل كبير منذ عام ١٩٥٠م فلم يعد يقتصر على تقديم العلاج النفسي إنما تعدى ذلك إلى ضرورة تقديم المساندة الاجتماعية بصورها المختلفة بقصد تحقيق تواصلهم مع الآخرين جنباً إلى جنب مع إشباع حاجتهم للمشاركة المجتمعية (Rhodes, Paul Et All , 2011: 70) - ، ومن بين المهن التي يمكنها تحقيق هذه المساندة : مهنة الخدمة الاجتماعية بما لديها من طرائق عدة ، خاصة طريقة العمل مع الحالات الفردية ، إذ يمكن لهذه الطريقة أن تعمل على تحقيق المساندة الاجتماعية للطفل المعاق عقلياً بالاعتماد على ما لديها من نظريات ومداخل علاجية تستند عليها في ممارساتها المهنية ، ومن بينها : العلاج الأسري ، والذي يعد أكثر المداخل العلاجية اتساقاً مع الدراسة الحالية لتركيزه على الأسرة كوحدة علاجية ولما له من أهمية بالغة مع فئة الأطفال وبالأخص المعاقين عقلياً ، كما أن المساندة الاجتماعية المقدمة للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم لن تأتي بالنتائج المرجوة بمعزل عن أسرته ، فالعمل مع الفرد كما يوضح (سعيد حامد ، ١٩٩٩ : ٢٩٧) بمعزل عن أسرته لا يؤدي إلى تحقيق المساعدة الفعالة والمطلوبة للتغلب على المشكلات التي يعاني منها لأنه في معظم الأحوال تكون مشكلات الفرد ما هي إلا عرض لمشكلات الأسرة أو ما يسمى بالضحية التي تصب فيه الأسرة مشكلاتها . وهذا يؤكد الحاجة الضرورية لتعديل البيئة الأسرية للمعاق بإشراك أفرادها في العلاج ، لذلك برزت الحاجة إلى استخدام العلاج الأسري دون غيره من المداخل العلاجية الأخرى .

كما ظهر في السنوات الأخيرة إدراك متزايد للدور الحاسم للعلاقات الأسرية وللحاجات الأسرية في تحسين السلوك الاجتماعي للمعاقين عقلياً ومحاولات دمجهم في بيئتهم الاجتماعية (Rhodes, Paul Et All : 82) ، علاوة على أن التصور الذي يقوم عليه العلاج الأسري هو أنه من الأكثر منطقية والأسرع والأكثر نجاحاً واقتصادية أن يتم التعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة عما لو قصرنا العمل على الفرد موضع العلاج (محمد الشناوى ، ١٩٩٤ : ٤٢٧) ، بالإضافة إلى أنه يعد من أحدث العلاجات الحالية في تقديم الدعم والمساندة الاجتماعية لأفراد الأسرة ذوى الإعاقة العقلية (C. Franklin & C. Jordan, 2001) ، كما يوصف بأنه سريع التطور والمرنة وأخذ مكاناً متطوراً بين الأساليب العلاجية المستخدمة في الإرشاد الأسري وانتزع اهتمام كثير من المتخصصين في الخدمة الاجتماعية والعلوم الأخرى وثيقة الصلة . (عبده الطايفى ، ٢٠١٢ : ١٨٥)

فضلاً عن النجاحات الكبيرة التي حققتها العلاج الأسرى في خدمة الفرد مع مشكلات متعددة ، منها على سبيل المثال لا الحصر مشكلات التوافق الشخصي والاجتماعي كدراسة (عبد المنعم السنهوري ، ١٩٨٦) التي أوضحت نتائجها فاعلية العلاج الأسرى في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للأحداث الخاضعين للمراقبة الاجتماعية ، ودراسة (عمرو إبراهيم ، ١٩٩١) التي أكدت فاعلية العلاج الأسرى في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للتلاميذ المتأخرين دراسياً ، حيث أدى استخدامه مع هؤلاء التلاميذ إلى حدوث زيادة جوهرية حقيقية في درجة توافقهم الشخصي والاجتماعي ترتب عليها زيادة معدل تحصيلهم الدراسي .

ومشكلات الاضطرابات السلوكية كدراسة (عبد الناصر جبل ، ١٩٨٩) التي توصلت إلى فاعلية العلاج الأسرى في تنمية القدرات الابتكارية لدى الطلاب المضطربين سلوكياً بالمرحلة الإعدادية وأسرهم ، حيث أدى استخدام العلاج الأسرى إلى توفير مناخ مناسب لتنمية قدرات التفكير الابتكاري لدى الطلاب وتخفيف حدة الاضطرابات السلوكية المحددة في القلق والانسحاب والتمرد والعدوان من خلال التدخل لإحداث تغييرات مقصودة في نسق الاتصالات والعلاقات الأسرية ، ودراسة (زينب السماحي ، ١٩٩٩) التي توصلت إلى أن العلاج الأسرى حَقَّضَ بشكل واضح بعض أعراض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة كالسلوك العدواني والانسحابي والتبول اللاإرادي وضبط عملية الإخراج ودمج الطفل في المجتمع وذلك باستخدام الفنيات العلاجية المستمدة من العلاج الأسرى .

ومشكلات الإدمان والتعاطي كدراسة (محمد يس ، ١٩٩١) التي أشارت إلى فاعلية العلاج الأسرى في علاج العائدين إلى إدمان الهيروين ، إذ توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى وبين كل من تحسين العلاقات الأسرية في أسر العائدين إلى إدمان الهيروين ووضع الحدود والقواعد الأسرية والالتزام بها وتحسين الاتصالات بين الأنساق الفرعية في الأسرة وتعديل الجوانب المضطربة في أسرة المدمن ، ودراسة (نعيم عبد اللطيف ، ١٩٩٨) التي توصلت إلى فاعلية العلاج الأسرى في خدمة الفرد في معالجة المشكلات الاجتماعية لأسر المسجونين في قضايا المخدرات والتي تمثلت في تحسين المناخ الأسرى ومعالجة مشكلات العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها .

كما حقق نجاحات كبيرة أيضاً في مجال الأسرة ، فقد أشارت نتائج دراسة (سلامة عبد العال ، ١٩٩٧) إلى فاعلية العلاج الأسرى مع أسر الأطفال المرضى بالاكنتاب حيث أدى التدخل المهني إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكنتاب النفسي ، ودراسة (دعاء خلفه ، ٢٠٠٩) التي أوضحت أن ممارسة العلاج الأسرى عملت على التخفيف من حدة العنف بين الزوجين ، حيث توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى والتخفيف من حدة العنف بين الزوجين المتمثل في العنف النفسي والعنف اللفظي والعنف الاجتماعي والعنف الاقتصادي ، ودراسة (نادية عبد المنعم ، ٢٠١١) التي توصلت نتائجها أن العلاج الأسرى كان له دور فاعل في التخفيف من مشكلات العلاقات الأسرية الناتجة عن استخدام وسائل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي تمثلت في مشكلات الاتصالات والتفاعلات الأسرية ومشكلات القيم والمعايير داخل الأسرة ، ودراسة (مصطفى يونس ، ٢٠١٣) التي أكدت على نجاح العلاج الأسرى في تنمية قيم المشاركة المجتمعية لأسر السجناء ، حيث أوضحت نتائجها أن تطبيق العلاج الأسرى على

أسر السجناء عدل من قيمهم وغير من اتجاهاتهم نحو أسرهم ومجتمعهم ونمى لديهم الشعور بالتكيف الشخصى والاجتماعى وزاد من مشاركتهم فى العمل الاجتماعى وقلل من فرص انعزالهم عن المجتمع . وفى مجال الإعاقة : أوضحت نتائج دراسة (نوال مرسى ، ١٩٩٤) فاعلية العلاج الأسرى فى تعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال ضعاف السمع ، إذ توصلت نتائجها إلى انخفاض معدلات ممارسة حالات الدراسة للسلوك العدوانى الموجه نحو الذات المتمثل فى قضم الطفل أظافره وجريه الدائم وقفزه فى الفصل وإفساد ممتلكاته الخاصه وإثارة الآخرين لإيذائه ومشاركته زملاءه فى الدعابة الخسنة ، ودراسة (ليلى عبد الوهاب ، ١٩٩٦) التى أوضحت فاعلية العلاج الأسرى فى مواجهة المشكلات الاجتماعية للتلاميذ المصابين بشلل الأطفال ، ودراسة (Marshall, & Ferris, 2012: 109) التى توصلت نتائجها إلى أن التدخل المهنى باستخدام العلاج الأسرى كان له دور فاعل فى دعم المعاقين عقلياً ، حيث كان له تأثير إيجابى على الحالة النفسية والاجتماعية للمعاقين وكذلك على أفراد أسرهم ، ودراسة (إلهام البحرأوى ، ٢٠١٣) التى توصلت نتائجها إلى فاعلية برنامج التدخل المهنى المصمم وفقاً لمدخل العلاج الأسرى فى التخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية لأسر الأطفال مضطربى النطق والكلام .

والملاحظ مما سبق فاعلية العلاج الأسرى فى العديد من المجالات ومع كثير من المشكلات ، إلا أن الباحث لم يجد - فى حدود علمه - أى دراسة سابقة للعلاج الأسرى عن المساندة الاجتماعية مع فئة الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، لذا رغبت فى اختبار فاعلية هذا المدخل فى العمل مع هذه الفئة ، لتتحدد قضية الدراسة فى الإجابة على تساؤل رئيس مؤداه ، ما مدى فاعلية التدخل المهنى باستخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى تحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ؟

ثانياً : أهمية الدراسة :

تتأتى أهمية الدراسة من :-

- أهمية فئة الدراسة : حيث أصبحت رعاية المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وتأهيلهم اجتماعياً ضرورة قومية وإنسانية تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بين جميع المواطنين ، ومن أجل الاستفادة منهم حتى يسهم الجميع فى بناء المجتمع كل حسب ما تسمح به إمكاناته وقدراته .
- أهمية المساندة الاجتماعية : فالمساندة التى يتلقاها المعاق عقلياً القابل للتعلم من أفراد أسرته (والديه وأخوته) تسهل عليه عملية التعايش مع الإعاقة والتأقلم مع المجتمع .
- يمكن لهذه الدراسة أن تسهم ولو بالقليل فى تقديم معلومات موضوعية عن ذوى الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم يمكن أن يفهمها الآباء والأخوة وبالتالي يحسن كل منهما التعامل مع المعاق .

ثالثاً : أهداف الدراسة

- تتجه الدراسة نحو التحقق من فاعلية العلاج الأسرى فى تحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

1- العلاج الأسري Family Therapy

العلاج الأسري هو علاج نفسى اجتماعى يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعى ومحاولة التغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة . (على زيدان وآخرون ، ٢٠٠٢ : ٣٩٨)

وهو أيضاً : العملية التى يتم من خلالها تمكين الأسرة ككل على تغيير أنماط تفاعلاتها حتى يستشعر أفرادها قدراً أقل من الألم ويصبحوا أكثر حرية وقدرة على النمو فى الاتجاه الأكثر ارتياحاً لهم . (Charles Zastrow , 1981 : 36)
كذلك هو : أسلوب علاجى نفسى اجتماعى يكتشف ويحلل ويقيم ويعالج المشكلات الانفعالية داخل نسق الأسرة عن طريق مساعدة أفرادها معاً لتغيير أنماط التفاعل غير السليمة بها . (عبد الناصر جبل ، ٢٠١١ : ١٦٠)

كما يُعرّف بأنه : أحد المداخل العلاجية التى تتعامل مع الأسرة كوحدة واحدة ، ويسعى الممارسون من خلاله إلى تفهم المشكلات السلوكية والعاطفية للأفراد التى ترتبط بمشكلات النسق الأسرى ، والتى تعتبر جزءاً منه وذلك للعمل على إحداث تغييرات فعلية فى نسق الأسرة من خلال مواجهة مشكلات أفرادها وتحسن أدائهم لأدوارهم المختلفة .
(Philip Barker, 1998 : 215)

وهو أيضاً : أسلوب مخطط يركز على التدخل فى جوانب سوء التوافق الأسرى يهدف إلى تحسين وظيفة الأسرة ، ويستخدم الجلسة الأسرية على اعتبارها الوسيلة الأساسية التى يتم من خلالها العمل ، بالإضافة إلى المقابلات الفردية والجماعية ، وهو بذلك تدخل مهنى مع النسق الأسرى باستخدام استراتيجيات وتكنيكات محددة لإحداث التوازن لهذا النسق . (سامية همام ، ٢٠٠٢)

كما يُعرّف كذلك بأنه : أسلوب علاجى نفسى اجتماعى ذو أهمية كبيرة لممارسة الخدمة الاجتماعية فى الوقت الراهن ، قائم على معرفة وفهم الأسرة كنسق اجتماعى يرتبط فيه أفراد الأسرة ببعضهم البعض بأساليب وطرق نمطية يمكن ملاحظتها وفهمها ، يستهدف الحفاظ على تحقيق التوازن والاستقرار الأسرى . (Sonya L . Rhodes , 432)
ويركز العلاج الأسرى على العلاقات والتفاعلات الأسرية الحادثة بين أفراد الأسرة ، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن علاج مشكلات الأسرة يقع فى المقام الأول على الأسرة نفسها أكثر مما يقع على المعالج ، وهذا لا يقلل بالطبع من دور المعالج الأسرى تجاه ما تعانيه الأسرة من مشكلات وقضايا (David Seabum , 1999 : 6) ، كما يركز على النسق الكلى للأفراد وأنماط التفاعلات والاتصالات اللفظية وغير اللفظية فيما بينهم وعلى الحاضر الذى تعيشه الأسرة أكثر من تركيزه على الماضى (Barker Robert L , 1991 : 171) ، ويعتبر الأسرة وحدة العمل العلاجى وليس الفرد المريض ، بمعنى أن المعالج يتعامل مع الأسرة ككل ، وتكون مهمة المعالج فى العلاج الأسرى هى العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يختفى السلوك المضطرب . (محمد الشناوى : ٤٢٧)

ويعتمد العلاج الأسرى على المقابلة العلاجية التى يجب أن تشمل كل العناصر المكونة للأسرة الذين يتأثرون بتفاعلاتها وعلاقاتها للتغلب على المشكلات ، من خلال مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية فى الأسرة . (عفاف راشد ، ٢٠٠٦ : ٥٥٤)

خصائص العلاج الأسرى : للعلاج الأسرى عدة خصائص أهمها : (هشام عبد المجيد وآخرون ، ٢٠٠٨ : ٢٠١)

- يركز هذا الأسلوب العلاجي على الأسرة كنسق للأداء الوظيفي بدلاً من التركيز على العميل .
- يعد العلاج الأسرى أحد المداخل العلاجية التي تهتم بالتركيز على النسق الأسرى وأنساق الفرعية .
- يستند العلاج الأسرى على مجموعة من النظريات المفسرة للبناء الأسرى وطبيعة الموقف الإشكالي وتتمثل هذه النظريات في كل من نظريتي الاتصال والأنساق .
- يعتمد هذا النمط العلاجي على عمليات غاية في الأهمية هي الاتصال والتواصل ، والعلاقات والتفاعلات وتركيب الأسرة والعمليات الى تحدث بداخلها .

أهداف العلاج الأسرى : يستهدف العلاج الأسرى ما يلي : -

- تحسين أداء الأسرة كنظام من خلال تقييمها أولاً كوحدة كلية ثم وضع خطة تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها .
- مساعدة الأسرة على كشف ومعرفة نقاط الضعف التي تؤثر في علاقتها وتفاعلاتها .
- تحقيق التوازن للكيان الأسرى ومساعدتها لبلوغ أقصى ما يمكنها من أجل إشباع الاحتياجات الأسرية وحاجات أفرادها وتقوية بنائها ككل .
- تقوية وتدعيم القيم الاجتماعية للأسرة وتدعيم قواعدها أو مساعدتها على ترك القيم والجوانب السلبية التي تركز في بنائها السليم .
- مساعدة أفراد الأسرة الذين لديهم مشكلات قد تحتاج العمل معهم كأفراد لحلها . (هشام عبد المجيد وآخرون : ٢٠١)
- وبذلك فبؤرة اهتمام المعالج الأسرى ليست فقط تغيير توقعات الأعضاء وسلوكهم ولكن تشمل أيضا تغيير البناء الأسرى حيث يعد العلاج الأسرى أحد الأساليب الرئيسية التي تتيح للمعالج قوة حقيقية في تغيير بيئة العميل وأسرتة ، إذ يركز على الطريقة التي يتعامل بها مع أفراد هذه الأسرة أو عن طريق الضغط الأسرى على أفرادها في المواقف المختلفة ، وبهذا يسعى إلى تحقيق هدفا مزدوجا ، فهو يسعى للحفاظ على الأسرة ككل من ناحية ، ومساعدة أفرادها من ناحية أخرى . (حمدي منصور وآخرون ، ١٩٩٢ : ٤١)

ومما سبق يمكن تعريف العلاج الأسرى إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه :

- مدخل علاجي يركز على أسرة المعاق عقلياً القابل للتعلم كوحدة علاجية أو نسق كلي يتضمن عدة أنساق فرعية (الأب - الأم - الأحوه / الأخوات) .
- يعتمد على نظريتي الأنساق والاتصالات وعلى عمليات التواصل والعلاقات والتفاعلات الى تحدث بداخلها .
- يستهدف تحقيق المساندة الاجتماعية للابن المعاق (التقديرية - المعلوماتية - المادية - الصحة الاجتماعية) .
- من خلال تطبيق استراتيجيات العلاج الأسرى (بناء الاتصالات الأسرية - تغيير البناء الأسرى - إعادة التوازن الأسرى) وأساليبه العلاجية .
- يعتمد على الجلسات الأسرية باعتبارها الوسيلة الأساسية التي يتم عن طريقها التدخل ، بالإضافة إلى المقابلات الفردية والجماعية وقت الحاجة إليها .

تُعرّف المساندة الاجتماعية بأنها : مدى توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة ، وشعوره الذاتي بالانتماء والقبول وأن الآخرين محتاجون إليه لشخصه ، ليس من أجل ما يستطيع أن يفعله . (راوية حسين ، ١٩٩٦ : ٤٥)

كذلك هي : العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها ، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة . (محمد الشناوى ومحمد عبد الرحمن ، ١٩٩٤ : ٤)

وهي أيضاً : كل ما يدعم الإنسان ويقف بجانبه مادياً أو معنوياً سواء كان هذا الدعم من أعضاء : أهل / زملاء / أصدقاء ، أو منظمات : حكومات / قوانين / منظمات لحقوق الإنسان . (فوزية الكردي ، ٢٠١٢ : ٢٥)

كما تُعرّف بأنها : درجة شعور الفرد بتوافر المشاركة العاطفية والمساعدة المادية والعملية من جانب الآخرين مثل (الأسرة ، الأقارب ، والأصدقاء ، وزملاء العمل) وكذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد من هؤلاء الأعضاء ، ويُكون معهم علاقات اجتماعية عميقة . (عزت عبد الحميد ، ١٩٩٦ : ١٣٣)

وتتكون المساندة الاجتماعية من علاقات اجتماعية متميزة ، تتمثل في المودة والصداقة الحميمة والتكامل الاجتماعى واحترام الفرد وتقديم المساعدة المادية والعاطفية ، بحيث تكون صلته بالآخرين مبنية على الثقة والمساندة المتبادلة . (سلمى الحربى ، ٢٠٠٨ : ٦٦)

وأخيراً فهما كان الإطار النظرى الذى ينطلق منه اصطلاح المساندة الاجتماعية فإن هذا المفهوم يشتمل على مكونين رئيسيين : أولهما : أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كافي من الأشخاص فى حياته يمكن أن يرجع إليهم عند الحاجة ، وثانيهما : أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة والاعتقاد فى كفاية الدعم . (أمينة مختار ، ١٩٩٤) (Gentry & Goodwin :1995 : 560)

أهمية المساندة الاجتماعية

- لقد حظيت المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من جانب الباحثين اعتماداً على مسلمة مفادها أن المساندة التى يتلقاها الفرد من الجماعات المختلفة التى ينتمى إليها تقوم بدور كبير فى خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التى يتعرض لها . (أرجايل مايكل ، ١٩٩٣) و (شعبان جاب الله ، ١٩٩٣ : ٢٣٥)
- كما أن المساندة المدركة أو المقدمة عن طريق العلاقات الاجتماعية من العوامل المهمة التى تقى الفرد من العديد من الاضطرابات النفسية التى تتمثل فى القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية . (أمانى عبد الوهاب ، ١٩٩٨ : ٦٦)
- كما تلعب دوراً هاماً فى تعديل العلاقة بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وبين الأعراض السيكوباتولوجية عامة وأعراض الاكتئاب خاصة ، فهى لا تخفف من وقع هذه الضغوط فحسب ولكن قد يكون لها آثار واقية من أثر هذه الضغوط أيضاً . (حسين فايد ، ١٩٩٨ : ١٦٥)
- كما تعد مؤشراً من مؤشرات الصحة النفسية والاجتماعية ، فكلما اتسع حجم شبكة العلاقات الاجتماعية للأفراد كلما تمتعوا بصحة نفسية بالمقارنة بالأفراد الذين لديهم شبكة محدودة من العلاقات الاجتماعية . (زينب شقير ، ١٩٩٣ : ٤٦)

أبعاد المساندة الاجتماعية

يرى " Kaplan " أن المساندة الاجتماعية تتكون من بعدين هما : المساندة العاطفية والمساندة الملموسة ، أما " Cobb " فقد توصل إلى أن هناك أربعة أنماط رئيسة للمساندة هي : المساندة الانفعالية - المساندة بالمعلومات -المساندة الأدائية - مساندة التقدير (Hassab- Allah,A , 1996 : 138) ، وقد أشار " House " إلى أن المساندة الاجتماعية لها أربعة أبعاد أيضاً هي : المساندة الانفعالية - المساندة الأدائية - المساندة بالمعلومات - مساندة الأصدقاء (عماد عبد الرازق ، ١٩٩٨ : ١٦) ، وقد صنف (White , Carolyn , Et All , 1998) المساندة الاجتماعية إلى : المساندة الانفعالية ، ومساندة شبكة العلاقات الاجتماعية ، مساندة التقدير ، المساندة المحسوسة ، المساندة المعلوماتية ، وهذه الأنماط تختلف في درجة الأهمية بالنسبة للفرد حسب نموذج الحياة التي يحيها والمستوى المدرك من الضغوط ، وقد حدد (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن : ٤٠) المساندة الاجتماعية من أربعة أبعاد هي : المساندة بالتقدير - المساندة بالمعلومات - المساندة المالية - مساندة صحة الاجتماعية ، وهو التصنيف الذي يأخذ به الباحث في دراسته الحالية .

وظائف المساندة الاجتماعية

- تعمل المساندة الاجتماعية على تحقيق الوظائف التالية : (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن : ٤٤)
- **الوظيفة الوقائية** : تعتبر المساندة الاجتماعية مصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط ، حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم في شد عضده وإثراء خبرته وجعله أكثر إدراكاً وتقديراً في تقييمه للحدث الضاغط مما يسهم بالتالي في زيادة قدرته على التعامل معه .
 - **الوظيفة العلاجية** : فالمساندة بما تنتجه من علاقات تعد مصدراً للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن التعرض للأحداث الضاغطة ، وبالتالي فإنها تزيد من شعور الفرد بهويته وتقديره لذاته وتعمل على شحن معنوياته وترفع من مستوى قدرته على مواجهة هذه الأحداث .
 - **الوظيفة النمائية** : وذلك عندما يكون لدى الفرد شبكة علاقات اجتماعية حميمة تساعده على تحقيق التوافق الإيجابي .

مصادر المساندة الاجتماعية

تختلف مصادر المساندة الاجتماعية للفرد باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها ، ففي مرحلة الطفولة تتمثل المساندة في الأسرة وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق وفي مرحلة الرشد تتمثل في الزوج أو الزوجة وعلاقات العمل والابناء ، وتأتي المساندة من مصدرين رئيسيين هما : الأسرة والعمل . (عبير الصبان ، ٢٠٠٣ : ٢٦) ونظراً لأن الدراسة الحالية تهتم بمن هم في مرحلة الطفولة ولهم صفات وخصائص عقلية معينة وغير ملتحقين بعمل - الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة - فاقترنت على مصدر الأسرة في مساندهم اجتماعياً ، خاصة وأن الأسرة وفقاً لنتائج دراسة (Lunsky & Neely, 2002 : 269) تعد أهم مصدر من مصادر المساندة الاجتماعية لذوى الإعاقة العقلية البسيطة حيث يمكنها أن تزيد من شبكاتهم الاجتماعية أكثر من أى مصدر آخر . كما يمكنها أن تقدم لهم المساندة الاجتماعية بصورها المختلفة من : مساندة مادية كإعانات نقدية وملابس وخدمات صحية وغذائية ، ومساندة معلوماتية كتقديم المشورة والمعلومات ووسائل التكنولوجيا والإرشاد الأسري ، ومساندة نفسية كخدمات الترفيه والتعاطف وتقدير وجهات النظر المختلفة . (Rizzolo, Mary C; et all , 2009 : 152)

وبناءً على ما سبق يُعرّف الباحث المساعدة الاجتماعية في الدراسة الحالية بأنها : المساعدة والموازررة التي يتلقاها الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم من أفراد أسرته - والديه وأخوته - في شكل مساعدات أو دعم نفسي ومعلوماتي ومادى واجتماعى لمواجهة المواقف الضاغطة فى حياته . وبهذا يتضمن التعريف الأبعاد التالية للمساعدة الاجتماعية :

- المساعدة التقديرية (النفسية) : هى ما يتلقاه المعاق من أفراد أسرته من تقدير واحترام لشخصه ، وتتضح فى تقدير أرائه وأفعاله وفى التشجيع بكلمات المدح والثناء وكذلك المواساة ، مما يعطيه الاحساس بالقيمة والأهمية .
- المساعدة المعلوماتية : هى تزويد المعاق بالمعارف والمعلومات التى تساعده على فهم المواقف المختلفة والتعايش مع مشاكل البيئة ، وإسداء النصح والتوجيه والإرشاد والاستفادة من خبرات الأسرة فى مواجهة مشكلاته الحياتية .
- المساعدة المادية : هى تقديم الدعم المالى والامكانات المادية والخدمات العينية اللازمة للمعاق بمختلف صورها .
- مساندة الصحبة الاجتماعية : هى مشاركة المعاق فى مناسباته المختلفة وقضاء وقت الفراغ معه فى الأنشطة الاجتماعية الترويحية حتى يشعر بالانتماء للأسرة وأنه عضو فاعل فيها .

في حين تحدد المساعدة الاجتماعية إجرائياً بالدرجة التى يحصل عليها المعاق على استمارة المساعدة الاجتماعية المستخدمة فى الدراسة الحالية .

٣- الإعاقة العقلية Mental Handicapped

لقد تعددت تعريفات الإعاقة العقلية بتعدد التخصصات العلمية ذات الصلة ، ومن بين هذه التعريفات :

التعريف الطبى : ويعد من أقدم تعريفات الإعاقة العقلية ، وقد ركز على أسباب الإعاقة العقلية المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل الولادة أو بعدها أو أثناءها ، أو الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمل الدماغ سواء أكانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها . (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٩٩ : ٤٦)

التعريف السيكومتري : وظهر نتيجة للتطور الواضح فى حركة القياس النفسى لقياس القدرة العقلية على يد العالم الفرنسى استانفورد بينيه ، واعتمد هذا التعريف على نسبة الذكاء كمحك فى تعريف الإعاقة العقلية ، واعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (٧٥) معاقين عقلياً . (فاروق الروسان ، ١٩٩٩ : ٣٢)

التعريف الاجتماعى : وقد ظهر نتيجة للانتقادات الكثيرة لمقاييس القدرة العقلية ، وظهور المقاييس الاجتماعية التى تقيس مدى تفاعل الفرد مع الآخرين واستجابته للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية . (ثناء الضبع ، ٢٠٠٥ : ٧٧)

التعريف التربوى : وقد ركز على معايير القدرة على التعلم ، حيث يرى أن الطفل الذى لديه إعاقة عقلية بسيطة هو الطفل الذى يستطيع الاتصال بأقرانه بواسطة الكلام والكتابة ، ولكن يظهر تأخراً فى سنتين أو ثلاثة من دراسته ، دون أن يعود هذا التأخر إلى الكفاءة الذاتية له . (ضيف الله المطرودى ، ١٩٩٧ : ٦٣)

ثم ظهر تعريف " الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى " الذى جمع بين المعيار السيكومتري والمعيار الاجتماعى ، والذى يرى أن الإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفى العقلى الذى يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معيارين ويصاحب ذلك خلل واضح فى السلوك التكيفى ويظهر فى مراحل العمر النمائية منذ الميلاد حتى سن الثامنة عشر ، ويعتبر من أكثر التعريفات قبولا فى أوساط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣

حتى ١٩٩١ ، إلا أنه ظهر تعديل جديد عليه في ١٩٩٢ ينص على أن الإعاقة العقلية تمثل عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد تتمثل في : التدنى الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل مهارات الاتصال اللغوي ، العناية الذاتية ، الحياة اليومية والاجتماعية ، التوجيه الذاتي ، الخدمات الاجتماعية ، الصحة والسلامة ، الأكاديمية ، أوقات الفراغ والعمل والترفيه . (محمد القحطاني ، ٢٠٠٧ : ٣٧)
وفي عام ٢٠٠٢ قامت الجمعية بتعديل تعريف ١٩٩٢ أيضاً ، حيث عرفت الإعاقة العقلية بأنها : قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي ، يظهر جلياً في المهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية قبل سن ١٨ سنة (AAIDD, 2002) ، واشتمل هذا التعريف على ثلاثة عناصر أساسية يعاني المعاق عقلياً قصوراً واضحاً فيها هي : (تركي سليمان ، ٢٠٠٧ : ٢٣ - ٢٥)

- الأداء الوظيفي العقلي : والذي يشير إلى قدرة الفرد على التفكير والتخطيط وحل المشكلات ، إضافة إلى الاستفادة من التجارب والخبرات السابقة ، وتتمثل هذه الأمور في درجة الذكاء التي يمكن استخلاصها من نتائج اختبارات الذكاء ، ويبرز القصور في تلك القدرات بانخفاض الأداء الوظيفي لديه عن المتوسط العام بانحرافين معيارين فأكثر .
- السلوك التكيفي : ويشمل مجموعة من المهارات المفاهيمية كاللغة الاستقبالية والتعبيرية والقدرة على القراءة والكتابة ، والمهارات الاجتماعية كالقدرة على تحمل المسؤولية ، إضافة إلى المهارات العملية المتعلقة بأنشطة الحياة اليومية كعادات الطعام والشراب والقدرة على التنقل بأمان في جميع البيئات التي يعيش فيها .
- الدعم أو المساندة : إذ يؤكد التعريف على أهمية مستوى الدعم الذي يحتاجه المعاق عقلياً من الخدمات الضرورية المختلفة التي تلبى حاجاته وتدعم قدراته الوظيفية .

ثم في عام ٢٠٠٧ أصدرت الجمعية الأمريكية أحدث مفهوم للإعاقة العقلية بوصفها : قصور ذي دلالة في كل من الوظائف الفكرية (الاستدلال ، والتعليم ، وحل المشكلات اليومية) مصحوب بقصور في السلوك التكيفي ممثلاً في المهارات الاجتماعية والعملية ، ويظهر دون سن ١٨ سنة ، وأهم ما يميز هذا التعريف هو تأكيده على مفهوم المساندة الاجتماعية وعلى أهمية دورها من خلال معرفة المصادر الضرورية التي تعمل على تعزيز تقدم وتعلم الفرد ذو الإعاقة العقلية . (على سعد القحطاني ، ٢٠٠٩ : ١٥)

- التعريف التكاملي : يجمع التعريف التكاملي بين التعريفات السابقة ، ويعتبر هذا الاتجاه مكملاً لعملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، التي تتطلب وفق الاتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك من كل من الأطباء والإخصائي النفسي والإخصائي الاجتماعي وإخصائي التربية الخاصة ، تكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص ، ومن ثم لأغراض الإحالة إلى المكان المناسب فيما بعد . (فاروق الروسان ، ٢٠٠٥ : ١٣ - ١٤)
- وبناءً على ما سبق تعرف (ثريا جبريل وآخرون ، ١٩٩٤ : ٢٤٤) - ويتفق معها الباحث - الإعاقة العقلية على أنها :-
- نقص في الذكاء العام ، حُدِّدَ بأنه من يقف نموه العقلي مهما بلغ من العمر عند ذكاء طفل في الثانية عشر من عمره .
- هذا النقص يرجع أساساً إلى تأخر أو توقف في النمو العقلي لأسباب مختلفة ليس منها المرض العقلي ، ولكن بسبب نقص في نمو المخ ذاته أو عجز في مزاولة المخ لوظيفته العقلية بصورة عادية .
- يؤدي إلى عدم كفايته لأداء دوره الاجتماعي والاقتصادي في الحياة بدرجة مناسبة لنموه ونضجه العام .

- أن يكون هذا النقص بدأ منذ ولادته أو في سن مبكرة إما لعوامل وراثية أو بيئية ، وأن تكون حالته غير قابلة للشفاء .
ومن تعريف الإعاقة العقلية يُعرّف المعاق عقلياً بأنه : الطفل الذى يعانى نقص في النمو العقلي المعرفي (نقص الذكاء) مما يجعله لا يتساوى مع الأشخاص غير المعاقين الذين هم في نفس المستوى العمري له . (مصطفى عابد : ١٧) ، وهو أيضاً الطفل الأقل قدرة على الفهم والتفكير من الأطفال العاديين والأقل إدراكاً واستعداداً للتعلم ، كما أن قدرته على التذكر والتركيز محدودتان . (ثريا جبريل وآخرون : ٢٤٤)

تصنيف المعاقين عقلياً : يمكن تصنيف المعاقين عقلياً إلى فئات حسب معايير مختلفة ، فقد يصنفون بحسب القدرة على التعلم إلى : قابلين للتعلم ، وقابلين للتدريب ، وغير قابلين للتعلم أو التدريب (فيصل العجمي : ٢٢) ، ويصنفون بحسب درجة الذكاء إلى : راجع (ثريا جبريل وآخرون) (مصطفى عابد)

- **فئة ذوى الإعاقة العقلية البسيطة (القابلين للتعلم) :** وهم من يتراوح معدل ذكائهم من ٥٠ - ٧٥ ويطلق عليهم المأفون " المورون " ، ويتراوح عمرهم العقلي في حده الأقصى ما بين ٧ - ١٠ سنوات ، ونسبتهم لمجموع المعاقين عقلياً ٧٥ % ، ويتسمون بأمر أهمها قدرتهم على التعلم حتى مستوى الصف الرابع والخامس الابتدائي ، والوصول إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية ، والاستفادة من الآخرين ومن البرامج التربوية التي تقدم لهم ، ومن الناحية الاجتماعية فهم قادرين على التفاعل الاجتماعي ، ولديهم القدرة على الاستقلال النسبي عن الآخرين ، وكذلك القدرة على الاعتماد على النفس ، لكن تحت التوجيه والإشراف ، وهذه الفئة هي مجال اهتمام الدراسة الحالية .

- **فئة ذوى الإعاقة العقلية المتوسطة (القابلين للتدريب) :** وهم من يتراوح معدل ذكائهم من ٢٦ - ٥٠ ويطلق عليهم فئة " البلهاء " ويتراوح عمرهم العقلي ما بين ٣ - ٧ سنوات ، ويتسمون بعدم القدرة على التعلم وضعف الحصيلة اللغوية ، لكن يمكن تدريبهم على القيام بالمهارات المهنية البسيطة والتدريب على العناية بالذات ، ومن الناحية الاجتماعية فإنهم عاجزون عن القيام بعلاقات اجتماعية مع الآخرين ، وأكثر اعتماداً على الغير وذو طابع حاد .

- **فئة ذوى الإعاقة العقلية الشديدة (غير القابلين للتعلم أو التدريب) :** ومعدل ذكائهم من ٢٥ فأقل ، ويطلق عليهم فئة " المعتوهين " وتحتاج هذه الفئة إلى الرعاية التامة والعناية والإشراف الكامل من قبل الأسرة أو مراكز الرعاية الخاصة ، ويتسمون بعدم القدرة على التعلم أو التدريب للقيام بأى عمل ، كما يتسمون بوجود تشوهات خلقية أو تلف في الحواس أو ضعف في التآزر الحركي البصري ، ومن الناحية الاجتماعية فهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية ، ويعتمدون كلياً على الغير وذو طابع حاد جداً .

وبناءً على ما سبق يمكن تعريف المعاق عقلياً إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه : الطفل المعاق إعاقة عقلية

بسيطة القابل للتعلم ، وتطبق عليه الشروط التالية :

- أن يكون ملتحق بمدرسة التربية الفكرية بمدينة دسوق - محافظة كفر الشيخ ، ويقع عمره ما بين (١٣ - ١٨) سنة .
- يتراوح معدل ذكائه من (٥٠ - ٧٥) وفقاً لمقياس استانفورد بينيه الذى تم تطبيقه عليه من قبل الصحة المدرسية .
- المتردد على المدرسة بنفسه أو برفقة ولى أمره ، أى الذي يبيت يومياً بمنزله لحاجة برنامج التدخل لذلك .
- يتمتع بوجود أسرة كاملة (أب - أم - أخوة / أخوات) .
- يوافق هو وأسرته على التدخل المهني معه لتقديم عملية المساعدة (تحقيق المساندة الاجتماعية) .

المبحث الثاني : الإطار النظري للدراسة

أولاً : نظريات المساندة الاجتماعية

- النظرية البنائية: يركز علماء المدرسة البنائية على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها وتوسيع مجالاتها وتعدد مصادرها وتوظيفها في خدمة الفرد وفي طبيعة الحالة ، وأنه كلما زاد حجم المساندة الاجتماعية وتوعدت مجالاتها فإن ذلك سيجعل من الفرد أكثر قوة في مواجهة الحياة الضاغطة واقل تأثراً بالاضطرابات النفسية ، وتقوم هذه النظرية أساساً على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد وعلى عملية التوافق ، وتعزز المواجهة الإيجابية لهذه الأحداث دون إحداث آثار سلبية أو اضطرابات نفسية على الفرد . (عبد السلام على : ٣٦)
- نظرية الأثر: تفسر هذه النظرية المساندة من وجهة نظر سوسيولوجية ، فالمساندة الاجتماعية في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية - بمعنى درجة التكامل الاجتماعى للفرد أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية له - ترفع من مستوى صحته النفسية ، وذلك بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة والارتقاء بسلوكه الصحى ، والابقاء على أداء ثابت خلال فترات التغيير السريع .
- نظرية النموذج الواقى (المخفف): تعتبر هذه النظرية المساندة الاجتماعية أحد المتغيرات النفسية الاجتماعية المعدلة أو الملطفة أو الواقية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض ، على اعتبار أن المساندة ترتبط سلبياً بالمرض ، فمن خلال المساندة الاجتماعية التى يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه ، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة تعرضه للإصابة بالمرض . (مروان دياب : ٦٧)
- نظرية المقارنة الاجتماعية: يرى أصحاب هذه النظرية أن الأفراد يميلون إلى الانتماء للجماعات التى تكون متقاربة مع الفرد أو ممن لهم نفس الدرجة من الثقافة والمستوى المادى والاجتماعى ، لأن هذا النموذج يُكوّن تفاعلاً ساراً للفرد ، كما أن الناس يفضلون الآخرين الذين يشاركونهم نمط حياتهم وعضوية الجماعة التى ينتمون إليها ، وهذا التقدير سيدعم التفاعل الإيجابى بين الأفراد المتشابهين ، وبالتالي فالفرد الواقع تحت ظروف ضاغطة يميل إلى الاندماج مع أفراد من نفس وضعه الاجتماعى . (محمد عبد الرحمن ، ٢٠٠٤ : ١٣٢)
- النظرية الوظيفية: ركز علماء هذه النظرية على وظائف العلاقات الاجتماعية ، التى تعمل على مساندة الفرد فى الظروف الصعبة ، وتعزز انماط السلوك المتداخلة فى شبكة علاقاته الاجتماعية ، وهذا يؤدي بالفرد إلى الاحساس بالحب والمودة والانتماء إلى هذه الشبكة ويشعره بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة الاجتماعية القريبة منه ، ويشعره كذلك بواجباته الاجتماعية تجاه الأفراد المحيطين به . (عبد السلام على : ٣٨)
- نظرية التبادل الاجتماعى: يرى أصحاب هذه النظرية أن العلاقات الاجتماعية تتكون من تبادل المصالح والفوائد ، أى أن الأفراد المشتركين في علاقة تبادل يفترضون أن تقديم فائدة أو منفعة يرتبط بتلقي الفرد منفعة أخرى في المقابل ، وأن تلقي منفعة يُعد دَيناً ملزماً بإعادة تقديم منفعة في المقابل ، وأى خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود فعل وجدانية سلبية ، ومن بين العوامل الهامة التي تؤثر على أهمية تلك الاعتبارات نوعية العلاقة إذ أن التكافؤ مهم في علاقات العمل وكذلك في العلاقات الودية . (فوزية الكردي : ٣٦)

- **النظرية الكلية:** يرى أصحاب هذه النظرية أن الانسان من الكائنات الموحدة والتي تعمل دائماً ككل ، فليس هناك فرد مفرد ببدنه وتفكيره وروحه ، ولكن الذى يوجد هم الأفراد ، وهذه إشارة إلى أن النظرية تهتم بقياس الادراك الكلى لمصادر المساندة الاجتماعية المتاحة للفرد ودرجة الرضا عن هذه المصادر وحاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية فى المواقف الصعبة ، وتركز هذه النظرية على الخصائص الشخصية للفرد التى يمكن أن تؤثر فى شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به . (سلمى الحربى : ٦٥)

ويمكن للباحث الاستفادة من هذه النظريات منفردة ومجمعة فى المواقف المختلفة وإن كان يفضل النظرية الكلية التى تنظر إلى الإنسان على أنه وحدة متكاملة .

ثانياً : العلاج الأسرى كموجه نظرى للدراسة

أ- نشأة العلاج الأسرى

أظهرت الممارسة المهنية أن التركيز على العلاج الفردى قد لا يؤدي إلى الهدف المرجو منه فى بعض الحالات نتيجة لتجاهل دور الأسرة ، بينما التركيز على أعضاء الأسرة يؤدي إلى تحسين العلاقات الأسرية بما يؤثر فى زيادة الأداء الاجتماعى لأفرادها ، ومن هذا المنطلق ظهر الاتجاه نحو التركيز على الأسرة باعتبار أن مشكلة الفرد ما هى إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة ، وبذلك ظهر اتجاه العلاج الأسرى كمدخل علاجى يتعامل مع الأسرة كوحدة كلية . (هشام عبد المجيد وآخرون : ٢٠١)

وقد ساعد فى تدعيم هذا ، البحوث التى أجرتها " كاترين وود " حيث قامت بحصر عدد من الدراسات والبحوث فى خدمة الفرد على مستوى البكالوريوس والماجستير فى أمريكا منذ منتصف الخمسينات حتى أوائل السبعينات وحاولت تقييم نتائج هذه الدراسات ، وتوصلت إلى تعثر الممارسة بالأساليب التقليدية فى خدمة الفرد ونادت بالتطوير لأساليب البحث والتقويم فضلاً عن استحداث مناهج تدخل مهني أكثر فاعلية ، وهكذا أصبحت الفرصة مهيأة لظهور تخصص يركز على التعامل مع مشكلات الأسرة فى ضوء تفهم وظيفتها ودورة حياتها .

ومع بدايات الستينات من القرن العشرين أنشأت العديد من المراكز المتخصصة فى العلاج فى العديد من المدن الأمريكية وقد سعت هذه المراكز إلى تحقيق هدفين مترابطين هما : إحداث تغييرات فى سلوك الفرد المشكل داخل بيئته الأسرية ، وتخفيف حدة التأثير السلبى للأفراد المحيطين على سلوك الشخص المريض مع بيان شكل التفاعلات والاتصالات الأسرية الناجحة ، وفى منتصف الستينات بدأت مداخل متعددة لعلاج الأسرة بعضها يستخدم الجلسات الأسرية أو العلاج الوقفى داخل المنزل أو مداخل تصحيح التفاعلات الأسرية بالاسترشاد بتخصصات الصحة النفسية والعقلية أو مداخل العلاج القصير الذى يركز على مشكلة محددة بالأسرة أو مداخل مواجهة المشكلات الأسرية ، أو التعامل مع مجموعة من الأسر تعانى من مشكلات متشابهة فى إطار مدخل للعلاج الجماعى .

ومع زيادة استخدام الميكنة الصناعية وسرعة التغير الاجتماعى وتفكك الروابط الأسرية ، فقد كان أمراً منطقياً أن يزداد انتشار العلاج الأسرى خاصة فى المجتمعات الصناعية للتعامل مع الآثار المترتبة على ضعف الروابط الأسرية ومروق الابناء عن السلطة الوالدية وزيادة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية . (عبد الناصر جبل ،

(٢٠١١ : ١٥٥ - ١٥٩)

ب- أهمية العلاج الأسرى

تكمن أهمية العلاج الأسرى فى أنه :

- ١- لا يجوز الفصل بين تنمية وتغيير كل من الفرد وأسرتة فهما دائماً يسيران فى خط متوازى .
 - ٢- كما أن الخبرة الميدانية أوضحت أنه عندما يعالج الفرد الذي يعانى من مشكلة بعيداً عن الأسرة فإن أجزاء هامة من المشكلة الكلية تظل غير واضحة ، حيث لا تهتم الأسرة كثيراً بالعلاج التى ليست هى جزءاً فيه .
 - ٣- إن العمل مع الفرد صاحب المشكلة وحده بعيداً عن الأسرة قد يؤدي إلى معاناة فرد آخر ، لذا فإنه لا مناص من العمل مع الأسرة ككل ، فضلاً عن أن العلاج الأسرى يحقق هدفاً علاجياً مزدوجاً للأسرة ولأفرادها .
 - ٤- يحدد العلاج الأسرى بشكل أوضح من هو العميل الذى يتمثل فى الأسرة ككل ، بينما نجد أن ذلك يبدو أمراً غير واضح فى الاتجاهات التقليدية الأخرى .
 - ٥- إن المنطق فى العلاج الأسرى يكمن فى كون الفرد يستجيب لموقفه الاجتماعى خاصة الجانب الأسرى منه لأهميته بالنسبة له . (عبد المنعم السنهورى ، ٢٠٠٩ : ١٢١ - ١٢٣)
 - ٦- كما أن للعلاج الأسرى جوانب وقائية لحماية الأسرة كوحدة وأعضائها من الأخطار التى تهدد توازنهم وتوافقهم الذاتى وفعاليتهم الحياتية . (مصطفى حجازى ، ٢٠١١ : ٣٩)
- هذا وتبدو أهمية خاصة لممارسة العلاج الأسرى مع مشكلات الأطفال للمبررات التالية :- (عبد المنعم السنهورى وآخرون ، ٢٠١٠ : ٥٥ - ٦٠)
- ١- أنه يعد أحد الأساليب العلاجية المعاصرة التى تحقق ممارسته نتائج فعالة فى علاج المشاكل الخاصة بسلوك الأطفال كالتخلف العقلى والهروب المدرسى وانحراف الأحداث .
 - ٢- أظهرت مواقف العلاج الفردى لمشكلات الأطفال بعض نواحي القصور التى يمكن التغلب عليها فى موقف العلاج الأسرى ، وهذه النواحي هى :-
- أنه نادراً ما تتاح الفرصة لكى يلاحظ الإخصائى على الطبيعة معاملة الآباء للابناء وأثر ذلك على المشكلة .
 - نادراً ما يلاحظ الإخصائى الاجتماعى الطفل بنفسه أو يتعامل معه إذ أنه غالباً ما يعتمد فى ذلك على الوالدين .
 - يعتمد قدر كبير من عمل الإخصائى مع مشكلات الطفل فى العلاجات الأخرى على ما يقرره الوالدان وعلى تصورات الإخصائى نفسه وكلها أمور قد تبتعد بالعلاج عن الموضوعية .
 - عندما يقترح الإخصائى على الوالدين إجراء تغييرات فى أسلوب معاملتهما للطفل فإنها غالباً ما تكون مقترحات نظرية يصعب ترجمتها إلى أفعال يقوم بها الوالدان ويلاحظها الإخصائى .
- ٣- يتجه العلاج الأسرى نحو الاهتمام بالوسط الاجتماعى الذى يعيشه الطفل قدر اهتمامه بالطفل نفسه ، وربما تحسين الوظيفة الاجتماعية للأسرة أو إجراء تغيير فى أساليب التفاعل والاتصال تكون كفيلة بإخفاء مشكلات الأطفال .
 - ٤- العلاج الأسرى لا ينظر إلى الطفل صاحب المشكلة على أنه طفل مشكل كما يذهب بذلك الاتجاه التقليدى وإنما ينظر إلى الطفل الذى يعانى من مشكلة ما على أنه ضحية ظروف أسرية غير مواتية .

ت- مفاهيم العلاج الأسري

- ١- الأسرة كنسق اجتماعي: ينظر العلاج الأسري إلى الأسرة كنسق اجتماعي يتكون من مجموعة من العناصر التي تتفاعل مع بعضها وبينها علاقات متشابكة ، وكل عنصر في هذا النسق يؤثر ويتأثر بالأنساق الأخرى ، ولكي نفهم هذا النسق لا يجب أن نفهم كل أجزاءه على حده بل يجب أن نفهم كيف تتفاعل كل هذه الأجزاء مع بعضها .
- ٢- القواعد التي تحكم الأسرة: إن الأسرة كنسق اجتماعي محكوم بقواعد معينة تؤثر في سلوك أعضاء هذا النسق وتجعل نماذج سلوكهم تتحرك في نطاق هذه القواعد ، التي قد تكون واضحة ومعروفة ضمناً ولكنها سواء هذا أو ذاك فهي تتحكم في التفاعلات التي تتم داخل نطاق الأسرة وكذلك في علاقات الأسرة الخارجية بالبيئة المحيطة .
(على زيدان وآخرون : ٤٠١- ٤٠٣)
- ٣- توازن الأسرة: إن مفهوم توازن الأسرة من المفاهيم الهامة في العلاج الأسري ، فكل أسرة تحاول دائماً أن تحقق لنفسها حالة من التوازن وتقاوم كل شئ يؤثر على هذا التوازن ، ولكن يجب أن نشير إلي أن هذا التوازن هو توازن دينامي غير جامد ولذلك فهذا المفهوم مرتبط ارتباطاً كبيراً بالمفهوم السابق (قواعد الأسرة) .
- ٤- عملية التغذية والتغذية العكسية في الأسرة: إن كل نماذج التفاعل بين الناس بما في ذلك الأسرة يمكن النظر إليها على أنها قنوات تغذية تأخذ وتعطى لأن كل شخص يؤثر ويتأثر بالآخرين ، فحين يتحدث شخص مع آخر فإن الفرد الأول يعطى الآخر المعلومات التي بناءً عليها يحدث رد فعله ويخرج سلوكه ، فهنا الشخص الأول قام بعملية تغذية ، ورد فعل الشخص الآخر وسلوكه المرتبط بذلك قام بعملية تغذية عكسية وهكذا – فالتفاعل بين كل أعضاء الأسرة يتم من خلال هذه العملية ، والنقطة الهامة هنا هي أنه لا يمكن القول بأن العملية السببية في الأسرة حين حدوث أي مشكلة تسير في عملية خطية إنما تسير في عملية دائرية .
- ٥- عملية الاتصال ونقل المعلومات في الأسرة
إن نماذج الاتصال في الأسرة تحدد طبيعة العلاقات داخلها ، وهناك نوعين من أنواع الاتصال في الأسرة :
- الاتصال الكلامي الشفهي : ويرجع إلى استخدام الكلمات والمفاهيم لنقل المعلومات (الرسائل الكلامية) بين أعضاء الأسرة ، وهو نمط من الاتصال قليل الأثر في تحديد معنى العلاقات بين الأطراف المشتركين في عملية الاتصال .
- الاتصال التعبيري - الحركي : والذي يرجع إلى ما يسمى بنغمة الصوت ، تعبيرات الوجه ، الإشارات أو الحركات أثناء عملية الاتصال ، وهذا النوع من الاتصال يمتاز بالقوة والتأثير وهو الذي يعطى المعنى الحقيقي للرسائل المتبادلة بين أطراف عملية الاتصال . (سعيد حامد : ٣٠٤ - ٣٠٥)
- ث- المنطلقات النظرية للعلاج الأسري : استفاد العلاج الأسري من نظريات كثيرة كنظرية التحليل النفسي فيما يتعلق بالتنفيس الوجداني و إتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر وتكوين العلاقة المهنية ، وكذلك النظرية السلوكية فيما يتعلق بمساعدة أعضاء الأسرة على اكتساب أنماط سلوكية جديدة مع التخلي عن أنماط السلوك الضار ، وكذلك نظريات الجماعات الصغيرة وذلك بالاهتمام بعمليات القيادة والتفاعل والملاحظة واستخدام ضغط الجماعة حيث يضطر الفرد إلى مسابرة الكثير من الأمور التي تقرها جماعة الأسرة . (عبد المنعم السنهوري وآخرون : ٦٠)

ولقد ساهمت نظرية الدور الاجتماعي أيضاً في العلاج الأسري ، فدور الأسرة يتطلب تفسيراً لمفاهيم الدور الاجتماعي تفسيراً نفسياً ، لأن كل فرد في الأسرة كائن اجتماعي له صفات نفسية تنبع من الذات الاجتماعية ، ولكن الفرد في تصوره لحكم الآخرين عليه يترتب على ذلك مشاعر متصلة بقيم تحكمها في النهاية دوره الاجتماعي ومكانته الاجتماعية في المجتمع (أميرة على ، ١٩٩٩ : ١٧٠) . وعلى الرغم من ذلك يمكن القول أن الإطار النظري للعلاج الأسري يعتمد إلى حد كبير على معطيات نظريتي النسق العامة والاتصال الاجتماعي ، وذلك كما يلي :

١- **نظرية النسق العامة Organic System** : تذهب النظرية إلى أن أي نظام أو نسق يتكون من أنساق فرعية مرتبة لدرجة أن أي تغيير يحدث في جزء منها يثير رد فعل وتغيير في كل الأجزاء الأخرى ، وبطريقة تلقائية يحاول أي نسق أن يحافظ على توازنه من أجل المحافظة على الترتيب الخاص بالأجزاء التي يتكون منها ، كما أن أي نسق له بالضرورة هدف أو غرض يسعى لتحقيقه ، وهكذا أصبح العلاج الأسري ينظر إلى الأسرة ككل باعتبارها نسق اجتماعي يتكون من وحدات مرتبطة بطريقة نمطية على مستويات مختلفة من التعقيد ، لها اتصال بالبيئة الخارجية مع التأكيد على فكرة الاعتماد المتبادل بين الأجزاء الفرعية للنسق وبين النسق ككل ، ولكي يؤدي نسق الأسرة وظائفه بنجاح لابد من تفاعل أجزاء النسق مع بعضها البعض في إطار من الحقوق والواجبات المتعلقة بكل مكانة . (عبد المنعم السنهوري ، ٢٠٠٩ : ١٢٦)

ولقد استفاد المعالج الأسري من نظرية الأنساق الأيكولوجية لتأكيدوا الواضح على علاقة الأسرة النووية كنسق بالأنساق المجتمعية الأخرى وبالقضايا الثقافية السائدة التي لها تأثيرها على الأعضاء والأسرة ككل كقضايا العرق والجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية والتي أصبحت من القضايا الهامة التي يجب مراعاتها عند صياغة الاستراتيجيات العلاجية . (C. Franklin & C. Jordan: 85)

٢- **نظرية الاتصال Communication Theory** : يعتبر الاتصال من الموضوعات التي تسهم إلى حد كبير في تحديد الشكل العام للعلاج الأسري وأسلوب العلاج المتبع ، وبصفة عامة يمكن القول أن هناك نوعان من أنواع الاتصال داخل الأسرة هما : اتصال لفظي ، واتصال غير لفظي ، ومن الممكن تصنيف الأنساق الأسرية وفقاً لنماذج الاتصالات السائدة فيها إلى أنساق مفتوحة Open System وأنساق مغلقة Close System ، وفي الأنساق المفتوحة نجد أن قنوات الاتصال بين الأنساق الفرعية داخل الأسرة كثيرة ومتعددة ، ويميل النسق الأسري إلى الاتصال بسهولة مع الأنساق الأخرى القائمة في المجتمع ، ومن الأهمية بمكان لمثل هذه الأنساق أن نضع الحدود لاتصال أفرادها بالمجتمع الخارجي خاصة الأطفال منهم تفادياً لأي اتصالات ضارة ، أما في الأنساق المغلقة فنجد أن الاتصالات بين أفراد الأسرة مع بعضهم البعض أو بين الأسرة والعالم الخارجي تكون منخفضة إلى أقل درجة عن طريق الانسحاب أو الانعزال . (جلال الدين عبد الخالق ، ٢٠٠٣ : ١٤٨ - ١٤٩)

واستفاد الباحث من نظريتي الأنساق والاتصالات بالتعرف على نماذج الاتصال السائدة بين الأنساق الفرعية لأسرة المعاق وبين الأسرة ككل والأنساق الأخرى ، والاتصال الذاتي الذي يحدث بين الفرد ونفسه والاتصال الشخصي بين أعضاء الأسرة وبعضهم ، بالإضافة إلى التعرف على الأنساق المفتوحة لتوظيفها في التفاعل والمغلقة بإعادة فتحها من جديد بالشكل الذي يحقق توازن الأسرة ويزيد من ترابطها ولحماتها ويحقق المساندة الاجتماعية للطفل المعاق .

ج- مراحل وخطوات التدخل المهني في العلاج الأسري

- يذهب كثير من الإخصائيين الاجتماعيين الممارسين للعلاج الأسري إلى أنه عادة ما يمر بالمراحل والخطوات التالية : (عبد المنعم السنهوري ، ٢٠٠٩ : ١٣٥)
- ١- جمع البيانات والمعلومات عن الأسرة ومشكلاتها .
 - ٢- الاتصال بالأسرة وإجراء مقابلات أسرية بجانب مقابلات فردية أو مشتركة وفق ما يتطلبه سير العمل .
 - ٣- اختيار وتحديد خطة وطريقة التدخل المهني .
 - ٤- التدخل المهني لمواجهة المشكلة برمتها أو على الأقل التخفيف من حدتها .
 - ٥- إنهاء العلاج بوجود بعض المؤشرات الإيجابية كالتحسن في الاتصالات ، زيادة الواقعية ، أداء أفراد الأسرة لمتطلبات أدوارهم بفاعلية ، والموضوعية في التصور الشخصي للذات والآخرين .
 - ٦- تقييم النتائج لمعرفة أين الأسرة الآن مما كانت عليه من قبل . وهو ما سوف يتم توضيحه في برنامج التدخل المهني .

ح- استراتيجيات وأساليب العلاج الأسري

- يستخدم المعالج الأسري استراتيجيات بناء الاتصالات الأسرية ، واستراتيجية تغيير البناء الأسري ، واستراتيجية إعادة التوازن الأسري من أجل تحقيق أهداف العلاج الأسري معتمداً في ذلك على مجموعة من الأساليب العلاجية ، أوضح بعضها (عبد الصبور سعدان ، ١٩٩٣ : ١٢٢) في : أساليب الإفراغ الوجداني - أساليب المناقشة التأملية .
- أساليب التفاعل الأسري .
 - أساليب الاتصال .
- وأوضح بعضها (سعيد حامد : ٣٠٦ - ٣١٠) في الأساليب العلاجية التالية :
- التعايش .
 - مساعدة الأسرة على وضع حدود الأنساق الفرعية داخلها .
 - الاتصال الثنائي .
 - إعادة تنظيم وتوزيع الأدوار في الأسرة .
 - تحديد قواعد الأسرة .
 - التشكيل التعبيري .
 - توجيه الأسرة للقيام بأعمال معينة .
 - زيادة حدة العرض المشكو منه .
 - وصف العرض .
 - التركيز على الأعراض كبؤرة للاهتمام من جانب الإخصائي .
 - لعب دور الوسيط بين أعضاء الأسرة .
 - التكامل في عملية الاتصال .
 - العلاج الأسري الجماعي .
 - إشراك اثنين من الإخصائيين في التعامل مع الأسرة أثناء المقابلة .
 - وأوضح بعضها (حمدي منصور ، ٢٠٠٣ : ٦٢ - ٦٦) في : اقتفاء الأثر . - الصورة الفوتوغرافية للأسرة .
 - اجتماعات مجلس الأسرة .
 - التحالفات الاستراتيجية .
 - ترشيد اتخاذ القرار .
 - إعادة التشكيل .
 - وأوضح بعضها (عبد الناصر جبل ، ٢٠١١ : ١٢٢) في : الأساليب التدعيمية - التأثير المباشر - الإفراغ الوجداني
 - المناقشة التأملية المنطقية .
 - التفسير لعمليات الاتصال .
 - تسهيل التعبير عن المشاعر والأفكار .
- وبناءً على ما سبق وعلى طبيعة الدراسة الحالية فقد إختار الباحث عدداً من هذه الأساليب التي تتلاءم وموضوع الدراسة ، وهي تلك الأساليب الواردة في برنامج التدخل المهني .

ثالثاً : برنامج التدخل المهني من منظور العلاج الأسري في خدمة الفرد لتحقيق المساندة الاجتماعية للطفل

المعاق عقلياً القابل للتعلم .

أولاً : الأسس التي يقوم عليها البرنامج

- ١- نتائج الدراسات السابقة .
- ٢- الموجهات النظرية للدراسة الحالية .

ثانياً : الهدف من البرنامج

- يستهدف برنامج التدخل المهني من منظور العلاج الأسري تحقيق هدف رئيس يتمثل في تحقيق المساندة الاجتماعية للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم ، وذلك بتحقيق الأهداف الفرعية التالية :

- ١- تحقيق المساندة التقديرية .
- ٢- تحقيق المساندة المعلوماتية .
- ٣- تحقيق المساندة المادية .
- ٤- تحقيق مساندة الصحة الاجتماعية .

ثالثاً : مراحل تطبيق برنامج التدخل المهني من منظور العلاج الأسري

المرحلة الأولى : مرحلة ما قبل التدخل

وتضمنت هذه المرحلة :

١. الاتصال بمجتمع الدراسة : وذلك بالتردد على مدرسة التربية الفكرية بدسوق ومقابلة السيد المدير والسادة الاخصائيين الاجتماعيين والاحصائيين النفسيين وشرح وتوضيح موضوع البحث وأهميته ، والاطلاع على السجلات والحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لتطبيق الدراسة .
٢. اختيار عينة الدراسة وفقاً للشروط المحددة .
٣. إعداد الاستمارة ووضعها في شكلها النهائي الصالح للتطبيق .
٤. تطبيق القياس القبلي لمفردات الدراسة .

المرحلة الثانية : مرحلة التدخل المهني

وتضمنت هذه المرحلة عدة مراحل فرعية هي :

- أ- مرحلة الاتصال بالأسرة : وذلك عن طريق : المقابلات التي أجريت مع والد أو والدة الطفل المعاق داخل المدرسة بالتنسيق مع الإخصائي الاجتماعي ، وعن طريق المقابلات الأسرية والفردية التي تمت مع أفراد الأسرة ، وتم في هذه المرحلة : التعرف بين الباحث والأسرة ككل والطفل المعاق ، وتوضيح الهدف من التدخل المهني المتمثل في تحقيق المساندة الاجتماعية بأشكالها المختلفة للمعاق ، وجذب جميع أفراد الأسرة بما فيهم الأطفال القادرون على التمييز ، للمساهمة في تحقيق أهداف التدخل .

ب- مرحلة التعاقد : وذلك بإجراء تعاقد شفهي بين الباحث والأسرة تضمن الاتفاق على خطة التدخل المهني والتي تضمنت الآتي :

- الأهداف العلاجية المراد تحقيقها من التدخل المهني (تحقيق المساندة الاجتماعية للمعاق) .
- المدى الزمني المتوقع أن يستغرقه التدخل المهني وقدر بأربعة أشهر تقريباً .
- أماكن التدخل المهني وإجراء المقابلات الأسرية والفردية (منزل الأسرة) ومواعيد هذه المقابلات .
- المهام والمسئوليات التي تقع على عاتق الأسرة ككل وعلى عاتق كل نسق فرعي منها بما فيهم المعاق .

ت- مرحلة تحديد المشكلة وتحليلها : وذلك بالوقوف على طبيعة التفاعلات غير السوية وأنماط الاتصال الخاطئ بين الأسرة ككل وبين الأنساق الفرعية المكونة لها ، ومشاعر كل نسق فرعي تجاه الآخر ، ومشاعر الابن المعاق تجاه باقى الأنساق والعكس ، بالإضافة إلى الوقوف على الاضطرابات الأسرية والاجتماعية والنفسية والمادية التي تعاني منها الأسرة بسبب الإعاقة أو غيرها من الأسباب وانعكاساتها على الابن المعاق وردود أفعال المعاق نحوها ، فضلاً عن تحديد الضغوط والاضطرابات التي يعاني منها المعاق نفسه وتحديد العوامل والأسباب المؤدية إليها وتحليلها من وجهة نظرهم جميعاً ، وقد تحددت المشكلة فى انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية بأشكالها المختلفة (التقديرية ، المعلوماتية ، المادية ، الصحة الاجتماعية) المقدمة للابن المعاق من قبل أفراد الأسرة وهو ما أوضحتة : نتائج القياس القبلى فى المرحلة السابقة ، ونتائج الدراسات السابقة بمشكلة الدراسة وملاحظات الباحث ، وتجلت مظاهر ذلك فى لفظ الابن المعاق وعدم تقدير مشاعره واحترام آرائه ومقترحاته مثل باقى أفراد الأسرة ، وعدم الانشغال بتوضيح الأمور الصعبة أو الجديدة عليه أو تزويده بالنصائح والمعلومات والارشادات الكافية فى المواقف المختلفة ، وعدم تلبية احتياجاته ومتطلباته المادية والدراسية والترفيهية بالشكل المطلوب والاكتفاء بإشباع احتياجاته الأساسية فقط ، فضلاً عن تجنب مشاركته فى مناقشة احتياجات الأسرة ومشكلاتها أو حضوره المناسبات المختلفة تجنباً للحرج والمشكلات التي يمكن أن يقوم بها .

ث- مرحلة تحديد استراتيجيات التدخل المهني : وهي

- ١- استراتيجية بناء الاتصالات الأسرية : وذلك بـ :
 - فتح قنوات اتصال جديدة بين أفراد الأسرة ، مثل قنوات اتصال بين الأب والابن المعاق أو بين الأخوة والمعاق أو العكس أو بين أفراد الأسرة ككل بالشكل الذى يحقق رغبات كل منهم .
 - إعادة فتح قنوات اتصال كانت قائمة بين أعضاء الأسرة وأغلقت مثل قنوات اتصال كانت قائمة بين المعاق وأخوته وبينه وبين والديه من قبل أو بين الوالدين أنفسهم .
 - غلق قنوات الاتصال المسببة للنزاعات الأسرية بين أفراد الأسرة خاصة مع المعاق .
 - تدعيم قنوات الاتصال الناجحة بين أفراد الأسرة مع بعضهم البعض أو مع المعاق .
 - تخفيف الضغط على بعض قنوات الاتصال بالأسرة لعدم قدرتها على القيام بمسئوليتها بإعادة توزيع بعض المسئوليات المحملة عليها إلى قنوات أخرى ، كتخفيف الضغط الواقع على الأب بتحميل الابناء بعض المهام تجاه المعاق وتجاه أنفسهم .

- اختيار بعض قنوات الاتصال ذات التأثير الإيجابي للمبادأة بالاتصال بالآخرين لترغيبهم على التفاعل ولتغيير أنماط التفاعل غير المرغوبة .
- إعطاء بعض أعضاء الأسرة مهام متنوعة أثناء الجلسة أو بعدها كأن يطلب الباحث من أحد الوالدين أن يكون مسئولاً عن سلوك أحد الأبناء وبهذا يبني علاقة جديدة بينهما .
- استبعاد الخبرات المؤلمة بين أعضاء الأسرة في عملية الاتصال كمواقف الخلاف والفرقة حتى لا تحول دون تحقيق الاتصال للنتائج المرجوة منه .
- تحسين عمليات الاتصال اللفظي بين أفراد الأسرة بخلق فرص للنقاش حول القضايا التي تهمهم كقضية التعليم وتلبية احتياجات الأسرة وخاصة احتياجات الابن المعاق ، وكذلك تحسين عمليات الاتصال غير اللفظي باستخدام الإيماءات والحركات وتعبيرات الوجه والكفين في التفاعل ، مع مراعاة تفاعلية الاتصال بين الأعضاء بتبادل الأدوار بين المرسل والمستقبل .
- ٢- استراتيجية تغيير البناء الأسري : وذلك بـ :
 - تفهم ودراسة مجموعة المكنات والأدوار المرتبطة بها لكل نسق من أنساق الأسرة .
 - تفهم شبكة العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة ، واتجاهاتها ، ومعرفة مواطن القوة والضعف فيها ، والتي تؤثر إيجاباً أو سلباً على التفاعل الأسري ، ومردود ذلك على الأبناء ، لتغيير العلاقات المضطربة بتبادل وتدعيم بعض الأدوار ، كتدعيم الدور العاطفي للوالدين تجاه الأبناء ودور الأخوة والأخوات تجاه المعاق .
 - تفهم القيم والمعايير التي تؤمن بها الأسرة ، وتحديد الإيجابي منها والسلبي ، ومدى اختلافها عن قيم المجتمع ، وترتيبها طبقاً لإيمان الأسرة بها ، لتغيير القيم السالبة المرتبطة بالتعامل مع الابن المعاق أو بنظرة المعاق لنفسه ولمن حوله ، وتغيير فكرة الانغلاق على الذات إلى التعاون والانفتاح بالدرجة التي تحقق التوافق الاجتماعي بين أفراد الأسرة من ناحية وبين الأسرة والمجتمع الخارجى من ناحية أخرى .
 - التركيز على تغيير الحدود داخل نسق الأسرة والمسببة للموقف الإشكالي ، كتغيير الحدود المغلقة بين بعض الأنساق الفرعية بتكوين علاقات اجتماعية جديدة فيما بينها ، ووضع حدود بين بعض الأنساق الفرعية الأخرى إذا كانت الحدود بينهما منفتحة أكثر من اللازم لضبط التفاعل .
- ٣- استراتيجية إعادة التوازن الأسري : وذلك بـ :
 - إيجاد بناء أسري متوازن ومتكامل ومنظم تحكمه علاقات إيجابية ، مع مرونة في تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق الأسرة ككل وعلى عاتق كل نسق فرعى بها .
 - مراعاة قدرة الأسرة على الحركة والتغيير حسب الظروف والأوضاع المستجدة والطارئة عليها ، ومراعاة شيوع الحب والتسامح والتعاطف بين أعضاء الأسرة ككل .
 - مراعاة التوازن بين كل عضو في الأسرة والذي يمثل وحدة أو نسق فرعى في حد ذاته له مطالبه واحتياجاته وفى الوقت نفسه تربطه علاقات ومسئوليات مختلفة تجاه باقى الأنساق الفرعية الأخرى ونسق الأسرة ككل .

ج- مرحلة تنفيذ استراتيجيات التدخل المهني

وذلك بتطبيق الأساليب العلاجية التالية :

- ١- **بناء علاقة مهنية :** وذلك بتكوين علاقة طيبة مع جميع أعضاء الأسرة بما فيهم المعاق ، من خلال تقبل النسق الأسرى بما يتضمن من أنماط تفاعل سلبية وعلاقات مضطربة واتصالات مرضية ، لتكون هذه هي نقطة البداية الحقيقية التي يبدأ بها الباحث في تعديل الجوانب السلبية لهذا النسق .
- ٢- **الإفراغ الوجداني :** وذلك باتاحة الفرصة لأعضاء الأسرة للتعبير عما بداخلهم من أفكار ومشاعر حبيسة مرتبطة بالإعاقة أو غيرها من المواقف الضاغطة والانطلاق الحر لهذه المشاعر وكذلك حديثهم لأنفسهم دون مقاطعة كي تشاهد ذاتهم ما يحتويه الذهن من خبرات ومشاعر مخترنة ، باستثارتهم ببعض الأسئلة لضمان استمرارهم في التعبير مستخدماً في ذلك التعليق كأحد أساليب التشجيع ، مع عدم إدانتهم وتفسير كيفية تلافى هذه المواقف المؤلمة مستقبلاً .
- ٣- **تحديد قواعد الأسرة :** وذلك بمساعدة الأعضاء على تحديد جوانب الضعف والقصور في قواعد الأسرة ووضع قواعد جديدة تنسم بالوضوح والمرونة تساعد على تغيير صور وأشكال المساندة الاجتماعية للابن المعاق وتحسين شبكة العلاقات الاجتماعية بين نسق الأسرة ككل وبينها وبين الأنساق المحيطة بها .
- ٤- **التشكيل التعبيري :** وذلك بمساعدة أحد أو بعض الأعضاء على تشكيل أفراد الأسرة الآخرين في صورة أو وضع يرغب في أن يراهم عليه بغرض التعرف على مشكلات العلاقات والتفاعلات القائمة بينهم ومعرفة مشاعرهم تجاه بعضهم البعض ، كتشجيع أعضاء الأسرة على استخدام الرسم للتعبير عن المشاعر والاحتياجات التي قد لا يستطيع أن يفصح عنها باللغة والتي تكشف طبيعة المساندة الاجتماعية المقدمة للطفل المعاق .
- ٥- **أساليب المناقشة التأميلية المنطقية :** من خلال طرح أفكار ورؤى جديدة لما يجب أن يتبعه الوالدان والأسرة في مساندة الطفل المعاق ومناقشة هذه الأفكار بواقعية وعقلانية ، وتوضيح مساوئ وأخطار الأفكار والعادات والاتجاهات الحالية المرتبطة بالإعاقة أو بنظرتهم للمعاق مثل أنه متخلف ومجنون ولا فائدة من بذل الجهد معه ، وكذلك توضيح أثارها السيئة على تنشئة الأطفال بشكل عام والمعاق بشكل خاص ، ثم العمل على تصحيحها من خلال مناقشتها والتأكيد على عدم منطقيتها واستبدالها بأفكار سليمة مستعيناً ببعض الشواهد الدالة على ذلك .
- ٦- **أساليب الاتصال :** من خلال فتح قنوات اتصال جديدة كالاتصال الثنائي بين الوالدين ، أو بين أحدهما والابن المعاق ، أو بين المعاق وأحد اخوته لتحسين العلاقة بينهما أو لدراسة بعض المشكلات المرتبطة بهما وكيفية مواجهتها ، وكذلك التكامل في عملية الاتصال بمساعدة أعضاء الأسرة ككل على تعديل وتغيير أنماط الاتصال المرضية التي تؤثر سلباً على علاقاتهم ، وإكسابهم أنماط اتصال جديدة يكون لها تأثير إيجابي على حياتهم ، مع مراعاة التوازن بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي .
- ٧- **أساليب الشرح والتوضيح (التعلم) :** بمساعدة أفراد الأسرة على تفهم مهارات الاتصال الجيد ، وكيفية وضع الحدود والقواعد التي تسيّر عليها الأسرة ، وتدريبهم على كيفية ضبط النفس وإرشادهم إلى الأسلوب الأمثل في التعامل مع المعاق كي يصبح قادر على مواجهة مشكلاته الحياتية والمشاركة بفاعلية في شئون الأسرة .

- ٨- إعادة تنظيم وتوزيع الأدوار في الأسرة : كتنظيم أدوار الوالدين تجاه بعضهم البعض وتجاه الابناء ، وتنظيم بعض الأدوار الخاصة بالابناء كدور الابن ودور الطالب ودور الأخ ودور الصديق ، وتوزيع بعض الأدوار المتبادلة فيما بينهم ، مع مراعاة تفسير هذه الأدوار ومتطلباتها من أجل تشكيل أنماط السلوك والتفاعل المرغوب داخل الأسرة .
- ٩- التحالفات الاستراتيجية داخل الأسرة : عن طريق الاجتماع ببعض أعضاء الأسرة لتغيير سلوكياتهم نحو المعاق ، كالاتحاد بالأب أو الأم أو أحد الأخوة كطرف أول من أجل تغيير أسلوب تعامله مع المعاق بتقدير مشاعره واحترام أرائه وإظهار الاهتمام به وتلبية مطالبه والاندماج معه ، لما لهذه الأعمال من تأثير إيجابي على سلوك الابن كطرف ثاني ، ولما لها من تأثير إيجابي أيضاً على أداء النسق الأسرى ككل .
- ١٠- توجيه الأسرة للقيام بأعمال معينة (الواجبات المنزلية) : عن طريق المهام والتكليفات التي يطلبها الباحث من أعضاء الأسرة أو من بعضهم عقب المقابلات الأسرية ليقوموا بها فيما بين الجلسات كالتخطيط لحفلة أسرية أو نزهة ، لإعادة بناء مسارات الأسرة وتقريب مسافات الود بين أفرادها .
- ١١- أساليب تعديل السلوك : بمساعدة أفراد الأسرة على التخلي تدريجياً عن السلوك العدواني في التعامل مع المعاق أو التعاطف المفرط حتى لا يؤثر ذلك سلباً على بناء شخصيته وإكسابهم أنماط سلوكية جديدة مرغوب فيها ، وكذلك تغيير السلوكيات السلبية للمعاق نفسه مثل الانطواء والتواكل والسلبية إلى المشاركة والتفاعل والإيجابية من خلال تحسين صورة المعاق عن ذاته وإبراز جوانب القوة لديه .
- ١٢- أساليب التدعيم الإيجابي : من خلال استخدام كلمات المدح والثناء والمكافآت عندما تؤدي الأسرة أو المعاق السلوكيات المطلوبة ، لتشجيعهم ومساندتهم وحثهم على الاستمرار فيها ، وكذلك تدعيم ذات المعاق بإبراز مناطق القوة لديه وما يملكه من طاقات يمكن توظيفها شأنه ذي ذلك شأن باقي أفراد الأسرة .
- ١٣- أسلوب السيكودراما (لعب الدور) : بمساعدة كل عضو من أعضاء الأسرة على اختيار دور معين يعبر من خلاله عن مشاعر صاحب الدور التي قد تكون مشاعره ، أو أن يلعب دوراً يختاره الباحث له ، وقد تم بالفعل تمثيل بعض الأدوار لأعضاء الأسرة كأن يمثل الابن دور الأب أو تمثل الابنة دور الأم أو العكس لكي يعبر كل منهم عن مشاعره وأحاسيسه تجاه الآخر ، فضلاً عن تمثيل بعض الأدوار المسرحية والدرامية المنتقاه بعناية لإضفاء جو من السعادة والمرح فيما بينهم ولتوصيل رسائل معينة لبعض أعضاء الأسرة بشكل غير مباشر تجاه المعاق .
- ١٤- العلاج بالحب : بمساعدة الوالدين على التقرب من الابناء عامة و المعاق خاصة بإظهار عاطفة الأبوة والأمومة نحوه وإشعاره بالتقبل والتقدير والاستحسان وأن يكون أكثر لطفاً واعتدالاً في التعامل معه والاستجابة لمطالبه ، وحث الأخوة على مساندة أخيهم وإظهار محبتهم له وتقوية مشاعر الأخوة فيما بينهم ، وكذلك تشجيع المعاق على أن يبادلهم نفس المشاعر .
- ١٥- العلاج باللعب : بخلق نشاط إيجابي هادف لأعضاء الأسرة لا يتطلب قدرات عقلية عالية ، يمكن من خلاله إكساب الأسرة قيم التعاون وإدراك روح الفريق ، بالشكل الذي يكسر حاجز العزلة ويحقق الألفة والمودة ، كإجراء مناظرات ميسرة فضلاً عن قيام الباحث بخلق مواقف للمرح بالتنسيق مع الوالدين والأخوة كالاحتفال بمواقف النجاح ، بالإضافة إلى استخدام النكات المنضبطة للتحقق من الضغوط وإثارة البهجة .

١٦- الأساليب الدينية : بمساعدة أعضاء الأسرة وخاصة الوالدين على التحلى بالرضا بقضاء الله - عز وجل - وحمده والصبر على المكاره (الإعاقة) والتضحية من أجل الابن المعاق والإحسان إليه مادياً ومعنوياً حسبة الله سبحانه ، والتفاؤل وبث والأمل والثقة والرجاء فى الله وعدم اليأس والقنوط من رحمته وأداء العبادات ، مستعيناً فى ذلك بالأحاديث والآيات القرآنية والقصص النبوى ، وبأساليب الترغيب من خلال إظهار فضل وثواب هذه الممارسات فى الدنيا والآخرة .

الأدوار التى استخدمها الباحث فى مرحلة التدخل المهني

- ١- دور المساعد : بمساعدة الأسرة على التخلص من المشاعر السلبية الناتجة عن الإعاقة وكيفية استغلال إمكانات وطاقات الابن المعاق وتوظيفها بالشكل الذى يشبع حاجاته ويواجه مشكلاته الحياتية ويحقق له التوافق النفسى والاجتماعى .
- ٢- دور المرشد : بإرشاد أفراد الأسرة إلى الأسلوب الأمثل للتعامل مع المعاق وبوسائل وأساليب تقديم المساندة الاجتماعية له سواء كانت مساندة تقديرية أو معلوماتية أو مادية أو مساندة الصحة الاجتماعية .
- ٣- دور الموجه : بتوجيه التفاعل بين أعضاء الأسرة إلى الوجهة الصحيحة والتركيز على قنوات اتصال بعينها وترك قنوات أخرى أو على نسق فرعى بعينه دون الآخر من أجل تحقيق الهدف المطلوب من التفاعل .
- ٤- دور المعالج : بتعديل أنماط الاتصال الخاطئ بين أعضاء الأسرة وتعديل السلوكيات السلبية للابن المعاق مثل الإنطواء والسلبية والتواكل واللامبالاة ، والتغلب على المشكلات النفسية المرتبطة بالإعاقة كالجمل والخوف والعزلة سواء كانت على مستوى أخوة المعاق أو الوالدين أو المعاق نفسه .
- ٥- دور المنمى : من خلال تنمية قدرات أعضاء الأسرة بإكسابهم المهارات الاجتماعية كمهارة الاتصال والتفاعل والمناقشة ، والقيم الإيجابية كالتعاون والمشاركة وتنمية المعارف المرتبطة باحتياجات ومشكلات المعاقين عقلياً ، فضلاً عن تنمية معارف المعاق نفسه بتزويده بأساليب معاملة الوالدين والأخوة .
- ٦- دور المغير : بتغيير المفاهيم غير الصحيحة لدى أعضاء الأسرة المرتبطة بالإعاقة كالدونية والنقص وقلة الحيلة واستبدالها بأخرى أكثر منطقية وكذلك تغيير السلوك السلبى إلى سلوك إيجابى .
- ٧- دور المشجع : بحث أعضاء الأسرة على الاستمرار فى التفاعلات والممارسات الإيجابية المرتبطة بالمهام والمسئوليات الخاصة بدور كل عضو تجاه الآخر لتحقيق المساندة الاجتماعية للمعاق مستعيناً بعبارات المدح والثناء وتقديم بعض الهدايا العينية بالتنسيق مع الوالدين .
- ٨- دور المشارك : بالاشتراك فى المناقشات الجماعية لضبط التفاعل والمشاركة فى الخطط لمواجهة مشكلات الأسرة وتزويدها بالمعلومات والتفسيرات اللازمة .
- ٩- دور الممكن : بتمكين أعضاء الأسرة على استغلال مواردها المختلفة بما يمكنها من إشباع احتياجاتها وتلبية مطالبها ، وتمكين المعاق نفسه من الحصول على احتياجاته المختلفة بالتنسيق مع الوالدين .
- ١٠- دور المفسر : بمساعد أعضاء الأسرة على فهم المواقف الغامضة المرتبطة بتصرفات الابن المعاق والتى قد تكون غير مرضية ، وكذلك تفسير ردود أفعال الأخوة تجاه المعاق أو العكس .

١١- دور المدافع : بالدفاع المنضبط عن المعاق فى حالة التعرض للأذى المادى أو اللفظى أو فى حالة الإهمال والتهميش وعدم تلبية مطالبه واحتياجاته .

١٢- دور المنسق : بالتنسيق مع الوالدين والأخوة على فهم وتنفيذ بعض المهام والتكليفات والواجبات اليومية تجاه المعاق بشكل معتدل وتدرجى ، لتلبية مطالبه وإشباع احتياجاته المختلفة .

المرحلة الثالثة : مرحلة نهاية التدخل

هى مرحلة الانفصال التدريجى عن الأسرة من خلال المبادعة بين مواعيد الجلسات الأسرية ، وتم فى هذه المرحلة تطبيق القياسات البعدية لمجموعتى الدراسة ، وذلك بعد أن لاحظ الباحث مؤشرات تحقيق المساندة الاجتماعية للابن المعاق بصورها المختلفة النفسية والمادية والمعلوماتية ومساندة الصحبة الاجتماعية .

رابعاً : الفترة الزمنية لبرنامج التدخل المهني

استغرق برنامج التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية فترة زمنية استغرقت أربعة أشهر من بداية شهر ديسمبر ٢٠١٤ حتى نهاية شهر مارس ٢٠١٥ .

خامساً : الأدوات التى اعتمدها الباحث فى برنامج التدخل المهني

- المقابلات المهنية (فردية - مشتركة - جلسات أسرية) .
- سجلات وملفات التلاميذ المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .
- استمارة قياس المساندة الاجتماعية للتلاميذ المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

المبحث الثالث : الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً : نوع الدراسة : دراسة شبه تجريبية تهدف إلى قياس العلاقة بين متغيرين أحدهما مستقل هو العلاج الأسرى فى خدمة الفرد ، والآخر تابع وهو تحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

ثانياً : المنهج المستخدم : استخدمت الدراسة تصميم شبه تجريبى ، تحدد فى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، تم إدخال المتغير التجريبى (العلاج الأسرى فى خدمة الفرد) على المجموعة التجريبية ، وحجبه عن الضابطة مع إجراء القياسات القبلية والبعدية لكل منهما .

ثالثاً : فروض الدراسة

١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

٢- توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

٣- لا توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

٤- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

رابعاً: مجالات الدراسة

أ- المجال المكاني: مدرسة التربية الفكرية بدسوق . (*)

ب- المجال البشري: طبقت الدراسة على عينة قوامها (٢٠) مفردة من التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ، مقسمة عشوائياً بالتساوى إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة .

طريقة سحب العينة

- ١- تم مقابلة السيد مدير المدرسة ، والسادة الاخصائيين الاجتماعيين ، والنفسيين وبعد ترحيبهم وموافقهم تم .
- ٢- الاطلاع على سجلات المدرسة وحصر التلاميذ ، أى التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم التى تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٥٠- ٧٥) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء " الصورة الرابعة " الذى تم طبقة عليهم من قبل الصحة المدرسية وفقاً للقرار الوزارى ٣٧ لسنة ١٩٩٠ ، فبلغ عددهم (١١٧) تلميذ ، ثم تم .
- ٣- وضع شروط محددة لعينة الدراسة وهى :
 - أ- أن يكون ممن يبيتون يومياً بأسرته لحاجة برنامج التدخل لذلك ، حيث يوجد من بين تلاميذ المدرسة من يقيمون بالقسم الداخلى أثناء الدراسة ، ومن يبيتون بأسرهم يومياً سواء برفقة ولى الأمر أو معتمدين على انفسهم .
 - ب- أن يقع سن التلميذ ما بين (١٣ الى ١٨) سنة . (**)
 - ت- أن يتمتع بوجود أسرة كاملة (أب - أم - أخوة / أخوات) .
 - ث- أن يوافق هو وأسرته على التدخل المهني معه لتقديم عملية المساعدة (تحقيق المساندة الاجتماعية) .
- ٤- وبتطبيق هذه الشروط ، بلغ العدد النهائى (٣١) مفردة ، تم تطبيق الاستمارة عليهم جميعاً ، ثم تم اختيار أكثر عشرين مفردة انخفاضاً فى درجات المساندة الاجتماعية لتكون بذلك هى عينة الدراسة ، تم تقسيمهم عشوائياً بالتساوى إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة .

(*) مدرسة التربية الفكرية بدسوق التابعة لإدارة دسوق التعليمية - كفر الشيخ ، تقوم بتعليم التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم ذكور وإناث بمركز دسوق التي تتراوح نسبة ذكائهم من (٥٠- ٧٥) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء " الصورة الرابعة " والذى يتم تطبيقه على التلاميذ من قبل الصحة المدرسية التابعة للإدارة التعليمية ، تعمل المدرسة وفق القرار الوزارى ٣٧ لسنة ١٩٩٠م وتعديلاته اللاحقة ، تنقسم العملية التعليمية بالمدرسة إلى مرحلتين : المرحلة الابتدائية وتتضمن ست سنوات من الصف الأول حتى السادس الابتدائى تسبقها سنتان تهيئة فتكون بذلك ثمانى سنوات ، ومرحلة الإعداد المهني وهى ثلاث سنوات الصف الأول والثانى والثالث إعداد مهني يتعلم التلميذ خلالها أساسيات صنعة أو حرفة ما (نجارة أساس - زراعة - زخرفة) يكون بها مساعد حرفي ، ويمكن للتلميذ أن يقيم إقامة شبه تامة بالمدرسة بالقسم الداخلى بالمجان أثناء الدراسة وذلك للمعتربين من خارج مدينة دسوق ، ويمكن له أن يبيت فى منزله ويتردد على المدرسة بنفسه أو برفقة ولى أمره ، يتلقى جميع التلاميذ فى العاشرة والنصف صباحاً وجبة غذائية تسمى وجبة سلوكية وفى الواحدة ظهراً وجبة غذاء مطهية ، فضلاً عن وجبتى الإفطار والعشاء للقسم لداخلى فقط ، تمتاز المدرسة بانخفاض كثافة الفصل من (٦- ١٢) تلميذ فقط ، وتتضمن بالإضافة إلى جميع أساسيات مدارس التعليم العام ورش للتدريب المهني وحديقة للشتلات ومسجد ومطبخ وغرف للنوم ، يعمل بالمدرسة جهاز إدارى من مدير ووكيل ومدرسين/مدرسات وعدد اثنين أخصائى اجتماعى (ذكر/ أنثى) وعدد اثنين أخصائى نفسى (ذكر/ أنثى) والجميع متخصص فى الإعاقة الذهنية بالحصول على مؤهل على / بكالوريوس تربية ثم دبلومة مهنية فى التربية الخاصة (إعاقة ذهنية) ، بالإضافة إلى الهيئة المعاونة من عمال وإداريين وأمن .

(**) أعمار تلاميذ مدارس التربية الفكرية تختلف عن مثلتها فى المدارس العادية اختلاف واضح ، حيث تقبل مدارس التربية الفكرية التلاميذ من سن (٦- ١٢) سنة حتى ٢٢ سنة - سن التخرج - أو الانتهاء من الصف الثالث إعداد مهني أبهما أقرب ، علماً بأن التلميذ يمكن أن ينهى دراسته بمرحلتها الابتدائية والإعداد المهني قبل سن التخرج هذا وذلك وفقاً لسنة وقت قبوله بالمدرسة ، ويحصل الخريج على " مصدقة " من المدرسة تفيد بانهائة للدراسة ، يمكن أن يعين بها بنسبة ٥ % ويحصل بها أيضاً على إعفاء من الخدمة العسكرية ، ويصرف له معاش شهرى من وزارة التضامن الاجتماعى .

ت- **المجال الزمني**: استغرقت الدراسة بشقيها النظرى والعملى عام من بداية شهر يونيه ٢٠١٤ حتى نهاية مايو ٢٠١٥.

خامساً : أدوات الدراسة: اتساقاً مع مشكلة الدراسة واهدافها فقد استخدم الباحث الأدوات التالية :

أ- المقابلات : وتضمنت المقابلات الفردية والمشاركة والجلسات الأسرية ، حيث التركيز على المقابلات الفردية للطفل المعاق ، والجلسات الأسرية لأفراد الأسرة باعتبار أن الأسرة هي وحدة المساعدة .

ب- سجلات وملفات التلاميذ المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

ت- استمارة قياس المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، من إعداد الباحث ومررت بالمراحل التالية :

١- **مرحلة التمهيد**: قام الباحث فى هذه المرحلة بالاطلاع على الكتابات النظرية العربية والأجنبية والدراسات السابقة والأدوات ذات الصلة بموضوع المساندة الاجتماعية بشكل عام والمساندة الاجتماعية للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم بشكل خاص ، كما تضمنت تلك المرحلة الالتقاء ببعض المتخصصين فى الخدمة الاجتماعية لمناقشتهم فى فقرات وأبعاد الاستمارة ، ومن بين الأدوات التى تمكن الباحث من الرجوع إليها ما يلى : وفقاً لأهميتها :

- مقياس المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً من إعداد (أذار عبد اللطيف ، ٢٠٠٧) .

- استمارة استتبار لقياس المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً من إعداد (فيروز عماره ، ٢٠١٣) .

- مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقات مجهولات النسب من إعداد (نورهان فهمى ، ٢٠٠١) .

- مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين من إعداد (مروان دياب ، ٢٠٠٦) .

- مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين من إعداد (شيما الديداونى ، ٢٠٠٩) .

- مقياس المساندة الاجتماعية لطلاب الجامعة من إعداد (السيد أبو هاشم ، ٢٠١٠) .

- مقياس الإسناد الاجتماعى لطلاب الجامعة من إعداد (على عبد الحسن وآخرون ، ٢٠١٢) .

- مقياس الإسناد الاجتماعى من إعداد (فوزيه الكردى ، ٢٠١٢) .

- مقياس المساندة الاجتماعية للمرشد الطلابى من إعداد (بندر العتيبي ، ٢٠٠٨) .

- مقياس المساندة الاجتماعية للمرأة المعنفة من إعداد (سلمى الحربى ، ٢٠٠٨) .

٢- **مرحلة الصياغة**: بعد انتهاء الباحث من المرحلة السابقة قام بوضع قائمة اشتملت على أربعين عبارة تجيب على الأربعة أبعاد الرئيسة للاستمارة وذلك على النحو التالى :

- **البعد الأول**: المساندة التقديرية ، وتقيسها فقرات الاستمارة من (١ - ١٠) وجميع هذه العبارات موجبة (١-٢-٣) ما عدا العبارات (٤ ، ٦ ، ٨ ، ٩) فهى عبارات سالبة (١-٢-٣) .

- **البعد الثانى**: المساندة المعلوماتية ، وتقيسها فقرات الاستمارة من (١١ - ٢٠) وجميع هذه العبارات موجبة .

- **البعد الثالث**: المساندة المادية ، وتقيسها فقرات الاستمارة من (٢١ - ٣٠) وجميع هذه العبارات موجبة ما عدا العبارة (٢٤ ، ٢٦) فهى عبارة سالبة .

- **البعد الرابع**: مساندة الصحة الاجتماعية ، وتقيسها فقرات الاستمارة من (٣١ - ٤٠) وجميع هذه العبارات موجبة ما عدا العبارات (٣٦ ، ٤٠) فهى عبارات سالبة .

٣- مرحلة الصدق والثبات

- أ- صدق الاستمارة : تم التحقق من صلاحية الاستمارة من خلال صدق المحتوى وذلك بمراجعة عبارات كل بعد من أبعادها في ضوء مراجعة الأدبيات والدراسات والبحوث العربية والانجليزية التي تمكن الباحث من الرجوع إليها والتي تعرضت لموضوع القياس فضلا عن المقاييس والأدوات البحثية التي سبق عرضها بمرحلة التمهيد .
- ب- ثبات الاستمارة : تم حساب معامل ثبات الاستمارة بطريقة إعادة الاختبار ، حيث تم تطبيق الاستمارة ثم إعادة تطبيقها بفواصل زمنية قدره (١٥) يوما على عينة قوامها (١٠) مفردات تنطبق عليها شروط العينة وغير مدرجة بها ، وبتطبيق معادلة ارتباط الرتب لسبيرمان وجدت النتائج التالية : بالنسبة للبعد الأول : المساندة التقديرية كان معامل الثبات (٠,٨١) والبعء الثانى : المساندة المعلوماتية (٠,٨٣) ، والبعء الثالث : المساندة المادية (٠,٨٢) ، والبعء الرابع : مساندة الصحة الاجتماعية (٠,٨٤) والإستمارة ككل (٠,٨٢) ، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى ٠,٠١ ، مما يشير إلى ثبات الاستمارة وصلاحيتها للتطبيق .

طريقة تصحيح الاستمارة : قام الباحث بتحديد أوزان عبارات الاستمارة من خلال صياغة الاستجابات على التدرج الثلاثى (نعم - إلى حد ما - لا) وأعطيت درجات وزنية للعبارات الموجبة (٣-٢-١) وللعبارات السالبة (١-٢-٣) وبذلك تكون الدرجة العظمى للاستمارة $3 \times 40 = 120$ والوسطى $2 \times 40 = 80$ والدنيا $1 \times 40 = 40$.

جدول (١)

الدلالة المعيارية لمستويات المساندة الاجتماعية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم

م	مستوى المساندة الاجتماعية	الدرجات	
		الصغرى	الكبرى
١-	منخفضة جدا	٤١	٥٦
٢-	منخفضة	٥٧	٧٢
٣-	متوسطة	٧٣	٨٨
٤-	مرتفعة	٨٩	١٠٤
٥-	مرتفعة جدا	١٠٥	١٢٠

سادساً : المعالجة الإحصائية : لقد استعان الباحث بالأساليب والمعاملات الإحصائية التالية :-

- اختبار (ت) : لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة الواحدة ، ولدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات حالات مجموعتين مستقلتين .
- اختبار(كا) (٢) : لاختبار التجانس بين مفردات المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بخصائص عينة الدراسة .
- معامل ارتباط سبيرمان : لقياس صدق وثبات الاستمارة .
- التكرار والنسبة .

وتم الاستعانة ببرنامج SPSS (Statistical Package For The Social Science) أى الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية باستخدام الحاسب الآلى وذلك لدراسة الفروق بين القياسات القبليّة والبعدية لمفردات عينة الدراسة بالمجموعتين التجريبية والضابطة .

المبحث الرابع : عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

أولا : عرض النتائج الخاصة بخصائص عينة الدراسة

جدول (٢)
خصائص عينة الدراسة

م	البيانات الأولية	البيانات		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
		أ	ب	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
-١	السن	أ	١٣-	١٠%	١	٢٠%	٢	١٥%	٣
		ب	١٤-	٢٠%	٢	١٠%	٣	١٥%	
		ت	١٥-	٢٠%	٢	٢٠%	٤	٢٠%	
		ث	١٦-	٣٠%	٣	٢٠%	٥	٢٥%	
		ج	١٧-	٢٠%	٢	٣٠%	٥	٢٥%	
		مج	المجموع	١٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠
٢	النوع	أ	ذكر	٦٠%	٦	٥٠%	٥	٥٥%	١١
		ب	أنثى	٤٠%	٤	٥٠%	٥	٤٥%	٩
		مج	المجموع	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠
-٣	المرحلة التعليمية	أ	الابتدائية	٦٠%	٦	٧٠%	٧	٦٥%	١٣
		ب	الإعداد المهني	٤٠%	٤	٣٠%	٣	٣٥%	٧
		مج	المجموع	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠
-٤	محل الإقامة	أ	مدينة	٧٠%	٧	٦٠%	٦	٦٥%	١٣
		ب	قرية	٣٠%	٣	٤٠%	٤	٣٥%	٧
		مج	المجموع	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠
-٥	الحالة الوظيفية للأب	أ	موظف	٤٠%	٤	٣٠%	٣	٣٥%	٧
		ب	غير موظف	٦٠%	٦	٧٠%	٧	٦٥%	١٣
		مج	المجموع	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠
-٦	الحالة الوظيفية للأم	أ	موظفة	٢٠%	٢	١٠%	١	١٥%	٣
		ب	غير موظفة	٨٠%	٨	٩٠%	٩	٨٥%	١٧
		مج	المجموع	١٠٠%	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- ١- **بالنسبة لبعد السن** (*): أوضحت نتائج المجموعة التجريبية أن ٣٠% من مفرداتها موزعون على الفئة العمرية من (١٦-) و ٢٠% لكل من الفئات (١٤-، ١٥-، ١٧-) و ١٠% للفئة (١٣-)، وبالنسبة للمجموعة الضابطة تبين أن ٣٠% من مفرداتها موزعون على الفئة العمرية من (١٧-) و ٢٠% لكل من الفئات (١٣-)، ١٥-، ١٦-) و ١٠% للفئة (١٤-)، وبالنظر إلى مجموع هذه النسب يتضح التقارب بين مفردات المجموعتين مما يشير إلى تجانسهما، ويؤكد ذلك اختبار كا ٢، حيث بتطبيقه تبين أن قيمة كا ٢ المحسوبة (١,٠٦٧) أصغر من قيمة كا الجدولية (٩,٤٩) عند درجة حرية (٤) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وهذا يعنى تجانس مفردات المجموعتين فى السن.
- ٢- **بالنسبة لبعد النوع**: أشارت النتائج إلى تقارب النسب بين مفردات المجموعة التجريبية بواقع ٦٠% للذكور و ٤٠% للإناث، وتساويها فى المجموعة الضابطة بواقع ٥٠% لكل منهما، ليكون إجمالى الذكور فى المجموعتين ما يمثل نسبته ٥٥% والإناث ٤٥% وهى بالتأكيد نسب متقاربة، وهذا يشير إلى أن الإعاقة العقلية البسيطة لا تفرق بين كل من الذكور والإناث فى الإصابة بها، وهو ما يتفق ودراسة (Nicholson, Laura, 2012) التى كشفت نتائجها أنه لا توجد فروق دالة فى الإعاقة العقلية البسيطة بين المعاقين من حيث النوع، وبتطبيق اختبار كا ٢، تبين أن قيمة كا ٢ المحسوبة (٠,٢٠٢) أصغر من قيمة كا ٢ الجدولية (٣,٨٤) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠,٠٥)، وهذا يعنى تجانس مفردات المجموعتين فى النوع.
- ٣- **بالنسبة لبعد المرحلة التعليمية**: تشير نتائج المجموعة التجريبية إلى أن نسبة ٦٠% من مفرداتها بالمرحلة الابتدائية و ٤٠% بمرحلة الإعداد المهني، فى حين كانت نسبة من هم فى المرحلة الابتدائية فى المجموعة الضابطة ٧٠%، و ٣٠% بالإعداد المهني، لتكون نسبة من هم فى المرحلة الابتدائية بالمجموعتين ٦٥% أى ثلثى مفردات الدراسة، فى حين كانت نسبة من هم فى مرحلة الإعداد المهني ٣٥% فقط، وهذه النسب تتفق فى الحقيقة مع الواقع الفعلى لأعداد تلاميذ مدارس التربية الفكرية إذ أن غالبيتهم فى المرحلة الابتدائية، حيث تتضمن الدراسة بالمرحلة الابتدائية ثمانى سنوات، سنتين تهيئة وست سنوات بالمرحلة الابتدائية، فى حين تقتصر مرحلة الإعداد المهني على ثلاث سنوات (صف أول وصف ثانى وصف ثالث إعداد مهني)، كما أن بعض أولياء أمور التلاميذ لا يواصلون على استكمال ابنائهم للدراسة بمرحلة الإعداد المهني لشعورهم بعدم جدوى العملية التعليمية لهؤلاء التلاميذ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Taylor, Julie Lounds, ET all, 2010 : 340) التى أوضحت أن آباء وأمهات الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة يرون أن فرص استكمال ابنائهم المعاقين عقلياً فى التعليم أقل وهذه القيود الفكرية الوالدية فى الواقع أثرت سلباً على العملية التعليمية لهؤلاء المعاقين وعلى فرص قضاء سنواتهم التعليمية كاملة. وبتطبيق اختبار كا ٢، تبين أن قيمة كا ٢ المحسوبة (٠,٢٢) أصغر من قيمة كا الجدولية (٣,٨٤) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠,٠٥)، وهذا يعنى تجانس مفردات المجموعتين فى المرحلة التعليمية.

(*): راجع الملحوظة الخاصة بسن تلاميذ مدارس التربية الفكرية فى الجزئية الخاصة بطريقة سحب العينة.

٤- **بالنسبة لمحل الإقامة:** تشير النتائج إلى أن غالبية مفردات المجموعة التجريبية بواقع ٧٠% يقيمون في المدينة في حين كانت نسبة ٣٠% فقط يقيمون في الريف ، وفي المجموعة الضابطة كانت نسبة من يقيمون في المدينة ٦٠% وفي الريف ٤٠% ، ليكون إجمالي من يقيمون في المدينة من مفردات مجموعتي الدراسة ما يمثل نسبته ٦٥% أى ثلثى مفردات الدراسة ، وفي الريف ٣٥% ، وربما يرجع ذلك وعى أولياء الأمور في المدينة بأهمية الدور الذى تقدمه مدرسة التربية الفكرية للابن المعاق عقلياً القابل للتعلم وإغفال ذلك الدور لدى أولياء الأمور فى الريف ، وبتطبيق اختبار كا ٢ ، تبين أن قيمة كا ٢ المحسوبة (٠, ٢٢) أصغر من قيمة كا ٢ الجدولية (٣, ٨٤) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠, ٠٥) ، وهذا يعنى تجانس مفردات المجموعتين التجريبية والضابطة فى محل الإقامة .

٥- **بالنسبة للحالة الوظيفية للأب:** تشير النتائج إلى أن غالبية مفردات المجموعة التجريبية بواقع ٦٠% غير موظفين و ٤٠% موظفين ، وتتقارب هذه النسب مع نسب المجموعة الضابطة أيضاً حيث كانت نسبة ٧٠% من مفرداتها غير موظفين و ٣٠% موظفين ، لتكون نسبة غير الموظفين فى مجموعتي الدراسة ٦٥% أى ثلثى مفردات الدراسة ، ونسبة الموظفين ٣٥% فقط ، وقد يشير ذلك إلى انخفاض مستوى دخل أسر هؤلاء الأطفال الأمر الذى قد يؤثر سلباً على مساندتهم لابنائهم خاصة المساندة المادية وهو ما يتفق ودراسة (Finnegan, L , 2001) التى أوضحت نتائجها أن الفقر من العوامل المؤثرة سلباً على تقديم الدعم المادى للابن المعاق عقلياً خاصة فيما يتعلق بإشباع احتياجاته للعب والترفيه ، وبتطبيق اختبار كا ٢ ، تبين أن قيمة كا ٢ المحسوبة (٠, ٢٢) أصغر من قيمة كا ٢ الجدولية (٣, ٨٤) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠, ٠٥) ، وهذا يعنى تجانس مفردات المجموعتين التجريبية والضابطة فى الحالة الوظيفية للأب .

٦- **بالنسبة للحالة الوظيفية للأم:** تشير النتائج إلى أن الغالبية العظمى لمفردات المجموعة التجريبية بواقع ٨٠% غير موظفات ، و ٢٠% فقط موظفات ، وبالنسبة للمجموعة الضابطة كانت نسبة ٩٠% من مفرداتها غير موظفات ، و ١٠% فقط موظفات ، لتكون نسبة غير الموظفات فى مجموعتي الدراسة ٨٥% ونسبة الموظفات ١٥% فقط ، وتتفق هذه النسب إلى حد كبير وواقع المجتمع المصرى فى ارتفاع نسبة البطالة خاصة بين السيدات ولا سيما فى المحافظات الريفية الزراعية كمحافظة كفر الشيخ ، وبتطبيق اختبار كا ٢ ، تبين أن قيمة كا ٢ المحسوبة (٠, ٣٩٢) أصغر من قيمة كا ٢ الجدولية (٣, ٨٤) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠, ٠٥) ، وهذا يعنى تجانس مفردات المجموعتين التجريبية والضابطة فى الحالة الوظيفية للأم .

ثانيا : عرض النتائج الخاصة بفروض الدراسة

توضح نتائج الجداول التالية صحة فروض الدراسة وذلك على النحو التالي :-

١ - النتائج المرتبطة بالفرض الأول

أوضحت نتائج الفرض الأول ، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ويوضح ذلك نتائج الجدول التالي .

جدول (٣)

معنوية الفروق بين متوسطى درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس القبلى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	قيمة t المحسوبة	القياس القبلى				المجموعة البعء
		المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		
		الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	
غير دالة	٠,١٢٢	٢,٢٦١	١٥,٠٠	١,٢٨٧	١٤,٩٠	المساندة التقديرية
غير دالة	١,٠٨٥	٢,٠٠٣	١٣,٣٠	٢,٥٠٣	١٤,٤٠	المساندة المعلوماتية
غير دالة	٠,٠٩٨	٢,٤٠٤	١٥,٠٠	٢,١٣٢	١٥,١٠	المساندة المادية
غير دالة	٠,٣٠٦	٢,٨٧٧	١٥,٥٠	٢,٩٦١	١٥,٩٠	مساندة الصحة الاجتماعية
غير دالة	٠,٥٦٠	٧,٦٨٥	٥٨,٨٠	٥,٤٧٨	٦٠,٣٠	الاستمارة ككل

ت الجدولية عند (١٨ ، ٠ ، ٠١) = ٢,٨٧

يتضح من الجدول السابق أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (١٨) وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) والاستمارة ككل ، مما يشير إلى عدم وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس القبلى على أبعاد الاستمارة ، ويشير أيضا إلى تجانس المجموعتين على الاستمارة ككل قبل إدخال المتغير التجريبي (العلاج الأسرى) على المجموعة التجريبية ، ليستبعد هذا التجانس بدوره تأثير أحد العوامل الهامة المهددة للصدق الداخلي للتصميم وهو تأثير الاختيار Selection - تأثير عدم تكافؤ المجموعات - (إبراهيم رجب ، ٢٠٠٥ : ٢٨٨) ، وهذا يدعو إلي قبول صحة الفرض الأول .

٢- النتائج المرتبطة بالفرض الثانى

أوضحت نتائج الفرض الثانى وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ويوضح ذلك نتائج الجدول التالى .

جدول (٤)

معنوية الفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	قيمة t المحسوبة	الانحراف المعياري للفروق	متوسط الفروق	المجموعة التجريبية				المجموعة البعد
				القياس البعدى		القياس القبلى		
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابى	
دالة	١٥,٢١٣	٢,٤٩٤	١٢,٠٠	٢,١٣٢	٢٦,٩٠	١,٢٨٧	١٤,٩٠	المساندة التقديرية
دالة	١٤,٤٧١	٢,٤٠٤	١١,٠٠	٢,٤٥٩	٢٥,٤٠	٢,٥٠٣	١٤,٤٠	المساندة المعلوماتية
دالة	١٣,٥٣٨	٢,٦١٦	١١,٢٠	١,٧٠٣	٢٦,٣٠	٢,١٣٢	١٥,١٠	المساندة المادية
دالة	١١,١٨٠	٢,٨٢٨	١٠,٠٠	٢,٠٧٩	٢٥,٩٠	٢,٩٦١	١٥,٩٠	مساندة الصحة الاجتماعية
دالة	٣٧,٧١٧	٣,٧٠٦	٤٤,٢٠	٦,٤١٦	١٠٤,٥٠	٥,٤٧٨	٦٠,٣٠	الاستمارة ككل

ت الجدولية عند (٩ ، ٠ ، ٠١) = ٣,٢٥

يبين الجدول السابق أن قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (٩) وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) والاستمارة ككل ، مما يدل على وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية لصالح القياس البعدى ، وهذا يؤكد على صحة الفرض الثانى للدراسة ، وترجع هذه الفروق إلى تطبيق برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد كمتغير مستقل ، إذ أدى استخدامه إلى حدوث تغيير إيجابى تمثل فى تحقيق المساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة للابن المعاق عقلياً القابل للتعلم كمتغير تابع ، مما يشير بدوره إلى فاعلية مدخل العلاج الأسرى .

٣- النتائج المرتبطة بالفرض الثالث

أوضحت نتائج الفرض الثالث عدم وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ويوضح ذلك نتائج الجدول التالي .

جدول (٥)

معنوية الفروق بين متوسطى درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	قيمة t المحسوبة	الانحراف المعياري للفروق	متوسط الفروق	المجموعة الضابطة				المجموعة البعد
				القياس البعدي		القياس القبلي		
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة	٠,٢٦٤	١,١٩٧	٠,١٠٠	١,٩١٢	١٤,٩٠	٢,٢٦١	١٥,٠٠	المساندة التقديرية
غير دالة	١,٥٠٠	٠,٨٤٣	٠,٤٠٠	٢,٣١٢	١٣,٧٠	٢,٠٠٣	١٣,٣٠	المساندة المعلوماتية
غير دالة	٠,٣٦١	١,٧٥١	٠,٢٠٠	٢,٥٣٠	١٥,٢٠	٢,٤٠٤	١٥,٠٠	المساندة المادية
غير دالة	٠,٢٦٤	١,١٩٧	٠,١٠٠	٢,٨٣٦	١٥,٤٠	٢,٨٧٧	١٥,٥٠	مساندة الصحة الاجتماعية
غير دالة	٠,٣٨٦	٣,٢٧٣	٠,٤٠٠	٧,٣٦١	٥٩,٢٠	٧,٦٨٥	٥٨,٨٠	الاستمارة ككل

ت الجدولية عند (٩ ، ٠ ، ٠١) = ٣,٢٥

توضح نتائج الجدول السابق أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (٩) وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) والاستمارة ككل ، مما يعنى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة فى كافة أبعاد الاستمارة ، وذلك لعدم التدخل المهني معها ، وهذا يؤكد صحة الفرض الثالث للدراسة .

٤ - النتائج المرتبطة بالفرض الرابع

أوضحت نتائج الفرض الرابع وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ويوضح ذلك نتائج الجدول التالى .

جدول (٦)

معنوية الفروق بين متوسطى درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	قيمة t المحسوبة	القياس البعدى				المجموعة البعد
		المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		
		الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	
دالة	١٣,٢٥٢	١,٩١٢	١٤,٩٠	٢,١٣٢	٢٦,٩٠	المساندة التقديرية
دالة	١٠,٩٦٣	٢,٣١٢	١٣,٧٠	٢,٤٥٩	٢٥,٤٠	المساندة المعلوماتية
دالة	١١,٥١٠	٢,٥٣٠	١٥,٢٠	١,٧٠٣	٢٦,٣٠	المساندة المادية
دالة	٩,٤٤٢	٢,٨٣٦	١٥,٤٠	٢,٠٧٩	٢٥,٩٠	مساندة الصحة الاجتماعية
دالة	١٤,٩١٦	٧,٣٦١	٥٩,٢٠	٦,٤١٦	١٠٤,٥٠	الاستمارة ككل

ت الجدولية عند (١٨ ، ٠ ، ٠١) = ٢,٨٧

تشير نتائج الجدول السابق أن قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (١٨) وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) والاستمارة ككل ، وهذا يعنى وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطى درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على جميع أبعاد الاستمارة لصالح المجموعة التجريبية - لتستبعد هذه الفروق هى الأخرى بدورها تأثير أحد العوامل المهددة للصدق الداخلى للتصميم وهو تأثير مرور الزمن أو النضج (إبراهيم رجب ، ٢٠٠٥ : ٢٨٨) - وهذا يؤكد صحة الفرض الرابع للدراسة ، وترجع هذه الفروق نتيجة للتدخل المهنى بإدخال المتغير التجريبى (العلاج الأسرى فى خدمة الفرد) على المجموعة التجريبية دون الضابطة .

ومن مجمل نتائج الفروض الأربعة السابقة تتحقق فاعلية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى تحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، وفيما يلى تفسيراً لذلك .

ثالثاً : تفسير نتائج الدراسة ومناقشتها

١- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٣) أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، ودرجة حرية (١٨) وذلك على جميع أبعاد الاستمارة والاستمارة ككل ، مما يؤكد صحة الفرض الأول ، والذى مفاده : لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، وأشارت نتائج الجدول نفسه إلى انخفاض متوسط درجات القياس القبلي للاستمارة ككل فى المجموعتين فكان فى التجريبية (٦٠,٣٠) والضابطة (٥٨,٨٠) ، وهذا يعنى انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Gunn, William Donald , 1991 : 211) التى أوضحت أن الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم لديهم شبكات اجتماعية ضعيفة جدا ويتلقون أدنى درجات الدعم والمساندة الاجتماعية من المحيطين بهم ، وهو ما أكدته أيضاً نتائج دراسة (Stalnacke, B.-M , 2007 : 933) التى توصلت نتائجها إلى أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال يعانون انخفاض ملحوظ فى الرضا عن الحياة والاندماج فى المجتمع وعدم تلقى الدعم والمساندة الاجتماعية المناسبة ، وما يبين أيضاً انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ما أوضحته نتائج القياس القبلي لمفردات الدراسة فى ضوء جدول الدلالة المعيارية لمستويات المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، حيث تبين أن غالبية مفردات المجموعة التجريبية بنسبة ٧٠ % كان مستوى المساندة الاجتماعية لديهم منخفض و ٣٠ % منخفض جدا ، وتساوت النسب نفسها لدى مفردات المجموعة الضابطة أيضاً ، وربما يرجع انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال إلى عوامل وأسباب عديدة منها : رفض بعض الوالدين لفكرة وجود ابن معاق عقلياً بالمنزل وشعورهم بوصمة عار من جراء ذلك حتى وإن كانت إعاقته إعاقة عقلية بسيطة (McCue Mary Catherine , 2012 : 36) ، الأمر الذى يسئ العلاقة بين الوالدين والابناء ويقلل من فرض دعم ومساندة الوالدين لهم ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Schuiringa, Hilde; Et Aall , 2015 : 12) التى أوضحت اضطراب العلاقة بين الوالدين والابناء ذوى الإعاقة العقلية البسيطة حيث يلجأ الآباء والأمهات إلى استخدام القسوة والعنف فيشعر الأبناء بالرفض وعدم الإحساس بعاطفة الأبوة والأمومة فيقومون بردود فعل سلبية تجاههم . وإن كان الرفض الوالدى للمعاق له انعكاسات سلبية على مسانده اجتماعياً فإن المبالغة والإفراط الوالدى فى حمايته تشعر الأشقاء بالغيرة والحقد فيتخلون عن مسانده بل ويسئون إليه أحياناً (علاء الدين كفافى وجهاد علاء الدين : ٢٢٥) ، وفى المقابل فإن الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة يكونون هم أحياناً سبباً فى انخفاض هذه المساندة لتصعيدهم للسلوكيات السلبية مقارنة بالأطفال العاديين مما يبين توقع صعوبات ومشكلات لاحقة فى نمط التعامل بين المعاق وأفراد أسرته فيصبح نمط أقل مساندة وأقل ديناميكية ومفتقد للسلوك العاطفى (Fenning, Rachel M et all , 2007 : 107) ، كما أنهم وفقاً لنتائج دراسة (Johnston, Timothy C , 2013 : 133) يعانون مفاهيم ذاتية سلبية عن أنفسهم وعن المحيطين بهم الأمر الذى يحدث خلل عاطفي واجتماعي فيما بينهم . وربما يرجع انخفاض هذه المساندة أيضاً إلى انخفاض المستوى الاقتصادى للأسرة وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Finnegan, L : 41) التى أوضحت أن الفقر يعد سبباً فى

إحداث مزيد من القلق التوتر والمشاكل الأسرية التي تؤثر سلباً على تقديم الدعم الاجتماعي وخاصة المادى للابن المعاق .

٢- أوضحت نتائج الدراسة جدول (٤) أن قيمة t المحسوبة < قيمة t الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) مما يؤكد صحة الفرض الثانى ، والذى مفاده : توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ويشير ذلك إلى فاعلية برنامج التدخل المهنى باستخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد كمتغير مستقل فى إحداث تغييرات إيجابية تمثلت فى تحقيق المساندة الاجتماعية لمفردات المجموعة التجريبية كمتغير تابع ، وما يؤكد هذه الفاعلية ما أظهرته نتائج القياس البعدى لمفردات المجموعة التجريبية - وفقاً لجدول الدلالة المعيارية - التى أوضحت أن نسبة ٦٠% منهم أصبح مستوى المساندة الاجتماعية لديهم مرتفع ونسبة ٤٠% مرتفع جداً ، وهذا يعنى أن هناك تغير إيجابى ملحوظ فى مستويات المساندة الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال بعد التدخل مقارنة بما كانت عليه قبل التدخل ، وما يؤكد هذه الفاعلية أيضاً هو زيادة متوسط درجات القياس البعدى ، حيث تبين بمقارنة متوسط درجات القياس البعدى للاستمارة ككل (١٠٤,٥٠) بمتوسط درجات القياس القبلى لها (٦٠,٣٠) أن هناك زيادة ملحوظة فى متوسط درجات القياس البعدى ، لتؤكد هذه الزيادة على فاعلية العلاج الأسرى فى تحقيق المساندة الاجتماعية لمفردات المجموعة التجريبية بشكل واضح ، والتى ظهرت فى الأبعاد التالية :-

البعد الأول : المساندة التقديرية (النفسية)

- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٤) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد المساندة التقديرية (٢٦,٩٠) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (١٤,٩٠) ، لتؤكد هذه الزيادة على فاعلية العلاج الأسرى فى تحقيق المساندة التقديرية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، وتجلت أهم مظاهر هذه المساندة فى : تشجيع أفراد الأسرة للطفل المعاق حينما يقوم بأداء ما يُطلب منه بشكل جيد وتقدير وجهة نظره واحترامها حتى وإن كانت خاطئة والإنصات الجيد لما يقوله خاصة عندما يعرض مطالبه واحتياجاته أو مشكلاته ، فضلاً عن تقدير الأعمال التى يقوم بها حتى وإن كانت أعمال يدوية بسيطة من باب الارتقاء بحالته النفسية والمعنوية ، بالإضافة إلى مشاركته الاحتفال بمناسباته الخاصة ، وكذلك إشراكه فى الحديث والتفاعل والحوار مثل باقى أفراد الأسرة ، ويرجع هذا التحسن إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج الأسرى مثل العلاقة المهنية بمستوياتها المختلفة التى تم تكوينها مع أفراد الأسرة والتى استطاع الباحث من خلالها كسب ثقتهم والتأثير الإيجابى فيهم ، وأسلوب الإفراغ الوجدانى حيث مساعدة أفراد الأسرة على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم السلبية الحبيسة ذات الصلة بالإعاقة أو غيرها من الأحداث مع الإنصات الجيد لهذه المشاعر وتقديرها والتعاطف معها ، وكذلك تقدير مشاعر الخوف والقلق على الابن المعاق ومحاولة التخفيف من حدة هذه الضغوط فى صورة تقديم الدعم النفسى للوالدين أيضاً الأمر الذى كان له انعكاس إيجابى على حالتهم النفسية ومن ثم تقديرهم الإيجابى لمعاق ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Shin, Jin Yong , 1999 : 176) التى أوضحت أن تقدير مشاعر أسر الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

والتعاطف معهم وخاصة الأمهات كانت له نتائج طيبة على حالتهن النفسية التي انعكست على تقديرهن للمعاق بشكل أفضل ، وما أكدته نتائج دراسة (Lim, Hyun Sung : 2002 ،) التي بينت أن تقليل مشاعر خوف وقلق وتوتر الآباء والأمهات على الابن المعاق عقلياً كان له تأثير إيجابي على حالتهم النفسية حيث تقلل حدة الاكتئاب لديهم والتي انعكست إيجاباً على تقديم الدعم النفسى للبناء ، ويتفق ذلك أيضاً و (نظرية الأثر) كأحد النظريات المفسرة للمساعدة الاجتماعية التي تشير إلى أن المساعدة الاجتماعية المقدمة للفرد ترفع من صحته النفسية فيقبل على القيام بأدوار باعثة على احترام وتقدير الآخرين . بالإضافة إلى استخدام الباحث أيضاً لأساليب الشرح والتوضيح التي مكنته من تزويد أفراد الأسرة بشكل عام والوالدين بشكل خاص باحتياجات الابن المعاق عقلياً خاصة احتياجات تقدير الذات وكيفية تحقيقها ، وكذلك تدريبهم على كيفية التعامل مع المعاق برفق وكيفية ضبط النفس والتخلص من الانفعالات والضغط النفسية المرتبطة بالإعاقة ، حيث كان لهذا التدريب دور فاعل في تغيير نمط تعاملهم مع المعاق ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Hand, Ailish; Et All, 2013 : 536) التي أوصحت أن تدريب آباء وأمهات هؤلاء الأطفال على التخلص من الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة حد من مشكلاتهم السلوكية نحو الابناء وزاد من شعورهم بالارتياح نحوهم ، بالإضافة إلى أسلوب العلاج بالحب الذي كان له تأثير كبير على تقدير الأسرة للابن المعاق ، حيث مساعدة أفراد الأسرة على إظهار مشاعر الحب في تعاملاتهم مع المعاق واستغلال عاطفة الأبوة والأمومة ومشاعر الأخوة في تحقيق مزيد من الاحترام والتقدير له . وبهذا تتضح فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج الأسرى في خدمة الفرد في تحقيق المساعدة التقديرية (النفسية) للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم ، وهو ما يتفق ودراسة (Marshall & Ferris : 109) التي أظهرت نتائجها أن التدخل المهني باستخدام العلاج الأسرى في خدمة الفرد كان له تأثير إيجابي على تحقيق الدعم النفسى للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم .

البعد الثاني : المساعدة المعلوماتية

- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٤) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد المساعدة المعلوماتية (٢٥,٤٠) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (١٤,٤٠) ، ليشير هذا إلى فاعلية العلاج الأسرى فى تحقيق المساعدة المعلوماتية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، وبدت مظاهر ذلك فى : قيام الأسرة ممثلة فى الوالدين والأخوة بتزويد المعاق بالنصائح والمعلومات اللازمة حول كيفية التصرف فى الأمور والمواقف المختلفة ، وتفسير الأشياء الصعبة أو الغامضة أو الجديدة عليه ، وتوجيهه وإرشاده بلطف إلى التصرف الصحيح حينما تكون تصرفاته خاطئة أو غير مفهومة ، وكذلك تزويده بالمعارف والمعلومات حول المستجدات التى تطرأ على الأسرة أو حول الأحداث الجارية فى المجتمع بشكل عام ، وتقديم بعض المقترحات كحلول لمشكلاته ومساعدته على اتخاذ القرارات السليمة فى الأوقات المناسبة ، ومساعدته على ترتيب أفكاره ومعلوماته وعرضها أثناء الحديث بشكل مترابط ، بالإضافة إلى تزويده بالمعارف المرتبطة بكيفية المذاكرة وتحصيل الدروس ومراجعتها ، ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية مثل أساليب المناقشة التأملية المنطقية وذلك بطرح بعض الأفكار الجديدة على أفراد الأسرة ومناقشتها بشكل عقلانى ومنطقى لإعادة بنائهم المعرفى وتعديل نظرتهم المتدنية للمعاق عقلياً واتجاهاتهم السلبية نحوه ، من بين هذه

الأفكار قدرته على التعلم والتفاعل والحب والعطاء والعمل والدراسة لما لديه طاقات وقدرات - خلاف القدرات العقلية - يمكنه استغلالها وتوظيفها إذا ما وجد التوجيه والارشاد المعرفى والمعلومة التى تكشف وتزيل الغموض واللبس فى الموقف الجديدة عليه ، وهو ما يتفق ودراسة (Schmitter& Dyck , 2014 : 897) التى أوضحت فاعلية إعادة البناء المعرفى فى تحقيق الدعم المعرفى والمعلوماتى للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم . كما كان لأساليب التدعيم أيضاً دور فاعل فى تقديم المساندة المعرفية للمعاق سواء كان تدعيم معنوى باستخدام عبارات المدح والثناء أو تدعيم مادي بتقديم بعض الهدايا المادية البسيطة فى حال تقديم أفراد الأسرة المعلومة والتوجيه والنصح والارشاد الكافى للمعاق فى المواقف المختلفة كحافز لهم على السلوك الإيجابى من ناحية ولتشجيعهم على الاستمرار فى هذا المسار من ناحية أخرى ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Cooke, Josephine Estelle , 2010 : 155) التى أوضحت فاعلية أساليب التدعيم الإيجابى المادى والمعنوى فى تحقيق المساندة المعرفية للابن المعاق عقلياً القابل للتعلم ، بالإضافة إلى استخدام الأساليب الدينية والتى كان لها دور هام فى مساندة الطفل معرفياً وخاصة أساليب الصبر والرضا بقضاء الله - سبحانه وتعالى - وذلك بمساعدة أفراد الأسرة على التحلى بالصبر فى التعامل مع المعاق وفى تعليمه وإرشاده إلى كيفية التصرف فى المواقف الصعبة دون تبرم أو سخط حسبه الله ، مع حمد الله وشكره سبحانه وتعالى فى جميع الأحوال مبيناً فضل هذه الممارسات عند الله فى الدنيا وفى الآخرة مستخدماً الآيات القرآنية والأحاديث النبوية الدالة على ذلك ، فضلاً عن مساعدة المعاق نفسه على التحلى بالعبادات المختلفة مثل المحافظة على الصلاة وذكر الله والتسبيح والاستغفار والاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم . وبهذا يتبين أن التدخل المهنى المنطلق من العلاج الأسرى فى خدمة الفرد قد حقق المساندة المعلوماتية (المعرفية) للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Lunsky, Yona Jennifer , 1999 : 148) التى أوضحت أن التدخل المهنى باستخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد عمل على تحقيق المساندة المعلوماتية للابن المعاق عقلياً القابل للتعلم ، حيث تزويده بالمعارف والمعلومات والارشادات اللازمة والمرتبطة بالتعامل مع الآخرين فى المواقف المختلفة .

البعد الثالث: المساندة المادية

- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٤) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد المساندة المادية (٢٦,٣٠) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (١٥,١٠) ، ليشير ذلك إلى فاعلية العلاج الأسرى فى تحقيق المساندة المادية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ومن مؤشرات ذلك : تلبية أفراد الأسرة وخاصة الوالدين للمطالب المادية للابن فى صورة شراء مستلزماته المختلفة من ملابس وأحذية خاصة فى المناسبات والأعياد وتوفير اللعب وأدوات الترفيه المختلفة مثل باقى أخوته ، وكذلك تلبية احتياجاته المدرسية من أدوات وملابس دراسية وكتب ومصروفات ودروس خصوصية ومصروف جيب يومية خاص به وآخر خاص بوسائل المواصلات ، بالإضافة إلى إجراء الكشف الطبى عليه فى حالة تعرضه للمرض وتوفير العلاج المطلوب ، فضلاً عن توفير الأثاث اللازم له كتوفير مكتب للمذاكرة ودولاب أو جزء منه لملابسه ومتعلقاته المختلفة ، ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية منها اساليب التعليم والتوضيح بمساعدة أفراد الأسرة على تفهم حاجة الطفل المعاق للمساندة

المادية بشرح صورها المختلفة لما لهذا الدعم من انعكاسات طيبة على حالته النفسية والاجتماعية ، وكذلك أسلوب إعادة تنظيم وتوزيع الأدوار في الأسرة من خلال قيام بعض أفرادها الكبار بمساعدة الأب في تحسين دخل الأسرة وذلك بالعمل بالقطاع الخاص كقيام الابن الأكبر بالعمل في بعض المحلات وقيام الإخوة الكبار بمساعدة الأم ببعض الأعمال المنزلية أو التجارية البسيطة بما لا يؤثر سلباً على نظام الأسرة ، فضلاً عن استغلال الإمكانيات والموارد المادية المتاحة بالأسرة كاستغلال بعض حجرات المنزل بالدور الأرضي أو الأسطح في عمل بعض المشروعات الصغيرة كمحلات بقالة أو حظائر لتربية المواشى أو الدواجن بالشكل الذي يحقق للأسرة دخل إضافي يمكنها من تحقيق الدعم المادي للابن المعاق ، بالإضافة إلى استخدام أسلوب تحديد قواعد الأسرة من خلال وضع ضوابط وحدود واضحة خاصة بعمليات الإنفاق والاستهلاك بالأسرة بالشكل الذي يشبع احتياجاتها وفقاً لمبدأ الأولويات من ناحية ويحقق الدعم والمساندة المادية للابن المعاق من ناحية أخرى ، بالإضافة إلى استخدام أسلوب الواجبات والمهام المنزلية ، وذلك بالتنسيق مع بعض أفراد الأسرة كالأخوة الكبار والوالدين لتقديم بعض الهدايا العينية البسيطة للابن المعاق في المناسبات المختلفة سواء العامة كالأعياد والمناسبات الدينية أو الخاصة به كعيد ميلاده أو نجاحه مثل بعض الألعاب أو الملابس والأحذية الجديدة ، بالإضافة إلى تخصيصهم مكان محدد للملابسة وأدواته والعبه مثله في ذلك مثل باقى أفراد الأسرة بشكل معتدل دون إفراط أو تفريط ، وكذلك استخدام أساليب التدعيم والتحفيز بكلمات وعبارات المدح والثناء لأفراد الأسرة في حال تنفيذهم لهذه المهام بالشكل المطلوب والتي كان لها دور إيجابي في استمرارهم في تقديم الدعم المادي للمعاق ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Nicholson, Laura : 23) التي كشفت عن أهمية أسلوب التحفيز في تحقيق المساندة المادية للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم . وبهذا تتضح فاعلية العلاج الأسري في خدمة الفرد في تحقيق المساندة المادية للابن المعاق عقلياً القابل للتعلم ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Marshall & Ferris : 118) التي أوضحت أن التدخل المهني باستخدام العلاج الأسري في خدمة الفرد كان له تأثيره الإيجابي على تحقيق المساندة المادية (الأدائية) للابن المعاق ، حيث عمل على تحسين مستوى أداء الأسرة ودعمها المادي للابن ، علاوة على تحسين مستوى أداء المعاق نفسه كرد فعل لدعم الأسرة له ، وهو ما يتفق أيضاً ونتائج دراسة (ماجدة متولى ، ١٩٩٧ : ٢٥٠) التي أوضحت نتائجها أن التدخل المهني باستخدام العلاج الأسري في خدمة الفرد أدى إلى تحسين قدرة الأسرة كأفراد على تفهم الاحتياجات الطبية للطفل المريض وتعاملهم بفاعلية كأسرة مع تلك الاحتياجات مما خفف من وقع الضغوط الطبية عليه .

البعد الرابع : مساندة الصحة الاجتماعية

- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٤) زيادة متوسط درجات القياس البعدى في بعد مساندة الصحة الاجتماعية (٢٥,٩٠) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (١٥,٩٠) ، ليؤكد ذلك على فاعلية العلاج الأسري في تحقيق مساندة الصحة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ، ومن أبرز مظاهر تلك المساندة : اصطحاب الابن المعاق مع أفراد الأسرة في الخروج للأفراح والمناسبات الاجتماعية ، ومرافقته لأخوته في الخروج للمتنزهات أو لشراء بعض مستلزمات الأسرة أو لشراء بعض حاجاته الشخصية ، وتشجيعه على الانخراط مع الآخرين ومع أخوته بتكوين الصداقات والعلاقات المتبادلة فيما بينهم ، وكذلك مشاركته أخوته في القيام ببعض الأعمال الجماعية

داخل المنزل كتنظيفه وإعداده ، وكذلك قضاؤه هو وبعض أخوته ممن هم في سنه بعض الأوقات في اللعب والتسلية والترفيه داخل أو خارج المنزل ، ويرجع ذلك إلى استخدام أساليب الاتصال بفتح قنوات اتصال جديدة بين أفراد الأسرة كالاتصال الثنائي بين الابن المعاق ووالديه وبينه وبين أخوته ، وخلق فرص للاتصال المتكامل بين أفراد الأسرة ككل وتغيير أنماط الاتصال المرضية التي تؤثر سلباً على شبكة علاقاتهم الاجتماعية وإكسابهم أنماط اتصال جديدة يكون لها تأثير إيجابي على حياتهم مع مراعاة التوازن بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي بصوره المختلفة ، حيث كان لهذه الأساليب دور هام في تحقيق الصحة الاجتماعية فيما بين المعاق وأسرته وهو ما يتفق ونظرية (المقارنة الاجتماعية) كأحد النظريات المفسرة للمساعدة الاجتماعية والتي توضح أن الفرد يميل إلى الانتماء للجماعة التي تكون متقاربة معه أو ممن لها نفس الدرجة من الثقافة والمستوى المادى والاجتماعى لأن هذا النموذج من الجماعات يُكوّن تفاعلاً ساراً للفرد مما يعجل من تحقيق الاندماج فيما بينهم . بالإضافة إلى استخدام الباحث لأساليب التحالفات الاستراتيجية بمقابلة بعض أفراد الأسرة لتغيير سلوكياتهم السلبية نحو المعاق كالاتصال بالوالدين لتغيير أسلوب تعاملهما مع المعاق والتقرب منه والاندماج معه وكذلك الأخوة لما لهذه التحالفات من تأثير إيجابي على سلوك المعاق ، وكذلك أساليب تعديل السلوك بتعديل أساليب التعامل مع المعاق سواء كانت أساليب التشدد والقسوة أو الإهمال أو التعاطف المفرط إلى أساليب التوسط والاعتدال ، فضلاً عن تغيير السلوكيات السلبية للمعاق كالانطواء والعزلة إلى سلوكيات أكثر إيجابية كالتفاعل والمشاركة مستخدماً أساليب التدعيم الإيجابي بصورها المختلفة المادية والمعنوية ، وأيضاً أسلوب الواجبات المنزلية بتكليف أفراد الأسرة بمهام مشتركة تزيد من ترابطهم وتعمل على تقريب مسافات الود بينهم كالقيام ببعض الأنشطة المنزلية الجماعية أو بعض الأنشطة الترويحية معاً كحفلات السمر ، فضلاً عن أسلوب لعب الدور وذلك بتمثيل بعض الأدوار المسرحية والدرامية المنتقاه بعناية لإضفاء جو من السعادة والمرح فيما بينهم ولتوصيل رسائل معينة لبعض أعضاء الأسرة بشكل غير مباشر تجاه المعاق ، بالإضافة إلى أساليب اللعب الجماعى بتنظيم بعض الألعاب المنزلية البسيطة بين المعاق وأخوته ، والتي ساعدت بشكل فاعل في كسر حاجز الانطواء والعزلة لدى المعاق وتحقيق المودة والألفة بينه وبين أفراد الأسرة وهو ما أكدته نتائج دراسة (إبراهيم أبو زيد ، ٢٠١٠) التي أوضحت فاعلية العلاج باللعب في زيادة معدلات التفاعل الاجتماعى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم مع المحيطين بهم فضلاً عن تحسين حالاتهم النفسية . وبهذا يتبين فاعلية العلاج الأسرى في خدمة الفرد في تحقيق مساندة الصحة الاجتماعية للطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Anslow, Katharine, 2014 : 236) التي أوضحت أن ممارسة العلاج الأسرى في خدمة الفرد من خلال استراتيجياته المختلفة قللت من مواقف الاحباط التي يعيشها الأطفال ذوى الإعاقة العقلية القابلين للتعلم وزادت من مشاركتهم الاجتماعية ودمجهم بالمحيطين بهم ، وتتفق كذلك ونتائج دراسة (De La & Maria , 2002 : 40) التي أشارت إلى أن الأطفال الذين خضعوا للتدخل المهني المنطلق من العلاج الأسرى في خدمة الفرد أقروا أن هناك تغير واضح في تعامل أفراد الأسرة معهم فقد زادت مساحات الود والتفاعلات والاتصالات والمشاركات الإيجابية فيما بينهم على خلاف ما كانت عليه من قبل ، كما تتفق أيضاً ونتائج دراسة (ماجدة متولى : ٢٥٠) التي أوضحت نتائجها أن التدخل المهني بأساليب العلاج الأسرى أدى إلى

تحسين العلاقات الأسرية وشبكة الاتصالات داخل الأسرة كما أدى إلى تفاعل الأسرة بوعى وإيجابية مع ابنها المريض بمرض مزمن ، وكذلك دراسة (حسن محمد ، ١٩٩٩) التي توصلت إلى فاعلية العلاج الأسرى فى تنمية سلوك التفاعل الاجتماعى للطفل ، حيث عمل العلاج الأسرى على تنمية قدرات الطفل على المبادأة فى أوجه النشاط المختلفة وتنمية روح التعاون وزيادة معدلات المشاركة فى الأنشطة والبرامج الاجتماعية .

٣- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٥) أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) مما يؤكد صحة الفرض الثالث ، والذي مفاده : لا توجد فروق معنوية دالة إحصائيا بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ، ويشير ذلك إلى أنه لم يحدث أى تغير إيجابى فيما يتصل بزيادة المساندة الاجتماعية لدى مفردات هذه المجموعة نتيجة لعدم التدخل المهني معها .

٤- أوضحت نتائج الدراسة بجدول (٦) أن قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ، وذلك على جميع أبعاد الاستمارة (المساندة التقديرية - المساندة المعلوماتية - المساندة المادية - مساندة الصحة الاجتماعية) مما يؤكد صحة الفرض الرابع ، والذي مفاده : توجد فروق معنوية دالة إحصائيا بين متوسطات درجات القياس البعدى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد استمارة المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ، وترجع هذه الفروق إلى التدخل المهني مع المجموعة التجريبية دون الضابطة ، حيث أدى تطبيق برنامج التدخل المهني مع المجموعة التجريبية باستخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد إلى تحقيق المساندة الاجتماعية بأشكالها المختلفة لهؤلاء الأطفال ، وذلك من خلال تطبيق استراتيجياته المختلفة (بناء الاتصالات الأسرية - تغيير البناء الأسرى - إعادة التوازن الأسرى) وأساليبه العلاجية المتعددة التى تم توضيحها فى أبعاد المساندة الاجتماعية السابقة ، فضلا عن الأدوار التى قام الباحث بها أثناء التدخل المهني مع الأسرة كدور المساعد والمرشد والموجه والمعالج والمنمى والمغير والمشجع والمشارك والممكن والمفسر والمدافع والمنسق - راجع برنامج التدخل المهني - والتي تمكن من خلالها من تحقيق أهداف التدخل .

٥- يتبين من العرض السابق الذى أوضح صحة فروض الدراسة ، فاعلية العلاج الأسرى فى تحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ، حيث كان لبرنامج التدخل المهني المنطلق من العلاج الأسرى فى خدمة الفرد تأثير إيجابى وفعال على تحقيق المساندة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال بأبعادها المختلفة التقديرية والمعلوماتية والمادية والصحة الاجتماعية ، وبهذا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة التى أكدت على فاعلية العلاج الأسرى مع موضوع الدراسة ، حيث تتفق ونتائج دراسة (Marshall & Ferris : 109) التى أوضحت فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى تحقيق المساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ، وكذلك دراسة (Walker, Steven, 2003 : 307) التى توصلت نتائجها إلى وجود علاقة قوية بين العلاج الأسرى فى خدمة الفرد وتحقيق المساندة الاجتماعية ، حيث نجح العلاج الأسرى فى مساعدة الأسر على تقديم خدمات المساندة

الاجتماعية لابنائها بكفاءة مستخدما فى ذلك الوسائط والأساليب التعليمية لأفراد هذه الأسر مع بعضهم البعض ، وكذلك دراسة (Yorgason, Jeremy B; et all , 2005 : 301) التى أظهرت نتائجها فعالية العلاج الأسرى فى تحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال والمراهقين ، حيث كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلى والبعدى للتدخل المهنى مع الأطفال والمراهقين فى الحصول على خدمات المساندة الاجتماعية ، وبدت مؤشرات نجاح العلاج الأسرى فى دعم الرعاية الأسرية لهؤلاء العملاء وأداء أدوارهم فى المدرسة والمنزل بشكل جيد وارتفاع معدلات التغيير الإيجابى ، وكذلك دراسة (السيد عبد العال ، ٢٠١٣) التى أكدت على فعالية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى التخفيف من حدة مشكلة ضعف المساندة الاجتماعية لدى الاطفال ضحايا الطلاق نتيجة التدخل المهنى معهم بالعلاج الاسرى ، وكذلك دراسة (Guerchenzon, Yulia , 2014 : 295) التى أوضحت نتائجها فعالية العلاج الأسرى فى دعم ومساندة آباء وأمهات الأطفال ذوى المشكلات السلوكية ، حيث نجح برنامج التدخل فى إكسابهم مهارات الأبوة والأمومة فى التعامل مع ابنائهم وفى دمجهم فى البيئة الأسرية والمجتمع المحلى وذلك من خلال تحقيق الاتصال الفعال بين أفرادها . كما تتفق نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج بعض الدراسات الأخرى لكن فى موضوعات مختلفة كدراسة (نجوى الشرقاوى ، ١٩٩٢) التى أوضحت فاعلية العلاج الأسرى فى التخفيف من السلوك العدوانى لطفل ما قبل المدرسة ، حيث توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك العدوانى لطفل ما قبل المدرسة ، ودراسة (على محمد ، ٢٠٠٠) التى أوضحت فاعلية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، ودراسة (إيهاب على ، ٢٠٠٤) التى أوضحت فاعلية العلاج الأسرى فى تحسين الأداء الاجتماعى لأسر الأطفال التوحديين ، من خلال مساعدة الطفل التوحدى على التعبير عن احتياجات رعاية الذات والتواصل اللفظى البصرى مع الآخرين والتخفيف من حدة الإساءة لذاته ، ودراسة (عفاف راشد) التى أوضحت فاعلية العلاج الأسرى فى تخفيف مشكلة اضطراب العلاقات الأسرية المترتبة على فقدان الابناء ، حيث نجح برنامج التدخل المهنى فى تخفيف مشكلة اضطراب العلاقة بين الزوجين وكذلك مشكلة اضطراب العلاقة بين النسق الوالدى ونسق الابناء المترتبة على فقدان أحد الابناء ، ودراسة (جيهان اللقانى ، ٢٠١٢) التى أكدت فاعلية العلاج الأسرى فى التخفيف من حدة الضغوط الواقعة على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً ، حيث توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد والتخفيف من حدة الضغوط الاجتماعية والنفسية الواقعة على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً من قبل كل من الطفل والزوج وأخوة الطفل ، ودراسة (دعاء الحريرى ، ٢٠١٤) التى أوضحت هى الأخرى فاعلية العلاج الأسرى الوظيفى فى خفض اضطرابات المسلك لدى المراهقين ، حيث خَفَضَ برنامج التدخل المهنى من عوامل الخطورة والحماية الأسرية لدى هؤلاء المراهقين وعمل على تحسين مستوى أدائهم الوظيفى . ورغم فاعلية العلاج الأسرى فى الدراسة الحالية وفى غيرها من دراسات التدخل المهنى الأخرى كما سبق أن اتضح ، إلا إنه فى حاجة إلى مزيد من الاختبار والتجريب فى مجالات أخرى ومع فئات مختلفة لتحقيق مزيد من الفاعلية له وللمهنة بشكل عام .

المراجع المستخدمة في البحث

١. إبراهيم أحمد محمد أبو زيد : فاعلية العلاج باللعب والإرشاد الأسرى في خفض حدة بعض اضطرابات النطق وأثره على التفاعلات الاجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة بنى سويف ، ٢٠١٠ .
٢. إبراهيم عبد الرحمن رجب : مناهج البحث في العلوم الاجتماعية والسلوكية ، شيبين الكوم ، دار الصحابة ، ٢٠٠٥ .
٣. آذر عبد اللطيف : العلاقة بين الدعم الاجتماعى وحالة الخجل لدى الذكور المعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة دمشق ، المجلد ٢٣ ، العدد الثانى ، ٢٠٠٧ .
٤. أرجايل مايكل : سيكولوجية السعادة ، ترجمة فيصل يونس ، مراجعة شوقى جلال ، مجلة عالم المعرفة ، الكويت ، ١٩٩٣ .
٥. الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء : جمهورية مصر العربية ، ٢٠١٤ .
٦. السيد محمد ابو هاشم : النموذج البنائى للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، بحث منشور بمجلة كلية التربية ، جامعة بنها ، مجلد (٢٠) ، عدد (٨١) ، ٢٠١٠ .
٧. السيد منصور محمد عبد العال : فاعلية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية للأطفال ضحايا الطلاق ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠١٣ .
٨. إلهام محمد البحرأوى : فاعلية العلاج الأسرى فى التقليل من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية لأسر الأطفال مضطربى النطق والكلام ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٣ .
٩. أمانى عبد المقصود عبد الوهاب : مدى فاعلية برنامج إرشادى فى تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال اللقطاء ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، ١٩٩٨ .
١٠. أمل معوض الهجرسى : تربية الأطفال المعاقين عقلياً ، القاهرة ، دار الفكر العربي ، ٢٠٠٢ .
١١. أميرة منصور على : نظريات وعمليات طريقة خدمة الفرد ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٩ .
١٢. أمينة محمد مختار : العلاقة بين المساندة الاجتماعية والعصابية لدى المراهقين ، مجلة البحوث النفسية والتربوية ، جامعة المنوفية ، عدد ١ ، السنة العاشرة ، ١٩٩٤ .
١٣. إيهاب عبد الخالق محمد على : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى وتحسين الأداء الاجتماعى لأسر الأطفال التوحديين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٤ .
١٤. بندر محمد العنبيى : اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، ١٤٢٩هـ / ٢٠٠٨م .
١٥. تركى عبد الله سليمان : مدى توافر الخدمات المساندة وفعاليتها فى دعم العملية التعليمية لتلاميذ التربية الفكرية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٢٨هـ / ٢٠٠٧م .
١٦. ثريا عبد الرؤوف جبريل وآخرون : رعاية الفئات الخاصة ، القاهرة ، بل برنت للطباعة والنشر والتوزيع ، ١٩٩٤ .
١٧. ثناء الضيع : تربية الأطفال ذوى الحاجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة العلمى للبحوث ، ٢٠٠٥ .
١٨. جلال الدين عبد الخالق : الملامح النظرية المعاصرة لطريقة العمل مع الحالات الفردية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٣ .
١٩. جيهان فريد اللقانى : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى والتخفيف من حدة الضغوط الواقعة على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٢ .
٢٠. حسن عبد السلام محمد : فاعلية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى تنمية سلوك التفاعل الاجتماعى لطفل ما قبل المدرسة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، فرع الفيوم ، ١٩٩٩ .
٢١. حسين على فايد : الدور الدينامى للمساندة الاجتماعية فى العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، المجلد الثامن ، العدد الثانى ، ١٩٩٨ .
٢٢. حكيمه آيت حمودة : الدور الدينامى للمساندة الاجتماعية فى العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والصحة النفسية ، مجلة الملتقى الدولى حول سيكولوجية الاتصال والعلاقات الانسانية ، الجزائر ، ٢٠٠٥ .
٢٣. حمدى محمد منصور : الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية " نظريات ، تمارين ، تكنيكات ، مقاييس " الجزء الأول ، الرياض ، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٣ .
٢٤. حمدى محمد منصور وآخرون : نموذج عملية المساعدة فى خدمة الفرد (النظرية والممارسة) القاهرة ، مدحت للطباعة والنشر ، ١٩٩٢ .
٢٥. دعاء صلاح الدين الحريرى : مدى فاعلية العلاج الأسرى الوظيفى فى علاج اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الاداب ، جامعة الزقازيق ، ٢٠١٤ .
٢٦. دعاء فؤاد عبد الغنى خلفه : ممارسة العلاج الأسرى للتخفيف من حدة العنف بين الزوجين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٩ .

٢٧. راوية حسين : النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات ، مجلة علم النفس ، القاهرة ، العدد (٣٩) ، ١٩٩٦ .
٢٨. زينب محمد موسى السماحي : فاعلية العلاج الأسرى في تخفيض بعض أعراض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية النوعية ، جامعة قناة السويس ، ١٩٩٩ .
٢٩. زينب محمود شقير : تقدير الذات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة والشعور بالوحدة النفسية لدى عينتين من تلميذات المرحلة الإعدادية في كل من مصر والمملكة العربية السعودية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، الكويت ، مجلد ٢١ ، العدد ١ ، ٢ ، ١٩٩٣ .
٣٠. سامية عبد الرحمن همام : استخدام العلاج الأسرى في خدمة الفرد وتنمية المسؤولية الاجتماعية للابناء تجاه والديهم المسنين ، بحث منشور بالمؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ٢٠٠٢ .
٣١. سعيد عبد العال حامد : استخدام أساليب العلاج الأسرى في خدمة الفرد في زيادة معدل التوافق الزوجي بين الزوجين في الأسرة ، بحث منشور ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد السابع ، دور أكتوبر ، ١٩٩٩ .
٣٢. سلامة منصور عبد العال : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى والتخفيف من حدة مشكلات العلاقات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكئاب النفسي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ١٩٩٧ .
٣٣. سلمى محمد سليم الحربى : العنف الموجه ضد المرأة ومساندة المجتمع لها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، المملكة العربية السعودية ، ٢٠٠٨ .
٣٤. شعبان جاب الله : علم النفس الاجتماعى والصحة النفسية ، في : زين العابدين درويش ، علم النفس الاجتماعى : أسسه وتطبيقاته ، القاهرة ، مطابع زمزم ، ١٩٩٣ .
٣٥. شيماء أحمد محمد الديدامونى : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ٢٠٠٩ .
٣٦. ضيف الله المطرودى : فاعلية التعزيز الإيجابى والإقصاء في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، ١٩٩٧ .
٣٧. عبد السلام على : المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ٢٠٠٥ .
٣٨. عبد الصبور إبراهيم سعدان : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى في خدمة الفرد وتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف بصر طفلها ، بحث منشور بالمؤتمر العلمي السابع ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، الجزء الأول ، ١٩٩٣ .
٣٩. عبد العزيز الخليفة : اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، ١٤٢٣هـ / ٢٠٠٠م .
٤٠. عبد الله محمد الوابلى : واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية في المملكة العربية السعودية ، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد (٢٠) ج ٢ ، ١٩٩٦ .
٤١. عبد المنعم يوسف السنهورى : خدمة الفرد الاكلينيكية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٩ .
٤٢. _____ : دراسة تجريبية مقارنة بين العلاج الأسرى والعلاج النفسى الاجتماعى لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للأحداث الخاضعين للمراقبة الاجتماعية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٦ .
٤٣. عبد المنعم يوسف السنهورى وآخرون : المداخل العلاجية في خدمة الفرد ، طنطا ، مطبعة غياشى ، ٢٠١٠ .
٤٤. عبد الناصر عوض أحمد جبل : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى مع الطلاب المضطربين سلوكياً لتنمية قدراتهم الابتكارية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٩ .
٤٥. _____ : نظريات مختارة في خدمة الفرد ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ٢٠١١ .
٤٦. عبده كامل الطايفى : نموذج مقترح من منظور العلاج الأسرى لتحقيق المساندة الاجتماعية لمرضى إدمان المخدرات ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٢) الجزء الثانى ، إبريل ، ٢٠١٢ .
٤٧. عبير محمد حسن الصبان : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتى مكة المكرمة وجدة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية للبنات ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٢٤هـ / ٢٠٠٣م .
٤٨. عزت عبد الحميد محمد : المساندة الاجتماعية وضغوط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ١٩٩٦ .
٤٩. عفاف راشد عبد الرحمن راشد : فاعلية نموذج العلاج الأسرى في خدمة الفرد في التخفيف من مشكلة اضطراب العلاقات الأسرية المترتبة على فقدان الابناء ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد ٢١ ، دور أكتوبر ، الجزء الثانى ، ٢٠٠٦ .
٥٠. علاء الدين كفاى و جهاد علاء الدين : موسوعة علم النفس التأهيلي ، المجلد الثانى " الاعاقات " ، ٢٠٠٦ .

٥١. على حسين زيدان وآخرون: نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد ، القاهرة ، دار التجارة والتعاون ، ٢٠٠٢ .
٥٢. على سعد سالم القحطاني : فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات القراءة الجهرية لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، ١٤٣٠ هـ / ٢٠٠٩ م .
٥٣. على عبد الحسن وآخرون : دراسة مقارنة بين مجالات المساندة الاجتماعية للطلبة الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي في كليات جامعة كربلاء، بحث منشور بالمؤتمر الدوري الثامن عشر لكليات التربية الرياضية ، العراق ، ٢٠١٢ .
٥٤. على عبد النبي محمد : مدى فاعلية العلاج الأسرى في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة بنها ، ٢٠٠٠ .
٥٥. عماد علي عبد الرازق : المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، المجلد الثامن ، العدد الأول ، ١٩٩٨ .
٥٦. عمرو أحمد محمد إبراهيم : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى والتوافق الشخصي والاجتماعي للتلاميذ المتأخرين دراسياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ١٩٩١ م .
٥٧. فاروق الروسان : فاعلية مقاييس السلوك التكيفي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، مؤتمر التربية الخاصة العربي : الواقع والمأمول ، الجامعة الأردنية ، عمان ، ٢٠٠٥ .
٥٨. _____ : قضايا ومشكلات في التربية الخاصة ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ١٩٩٩ .
٥٩. فتحي السيد عبد الرحيم : قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين - النظرة والتطبيق ، الطبعة الثالثة ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٩٩ .
٦٠. فيروز فوزي عماره : نحو تصور مقترح لدور أخصائي العمل مع الجماعات لتحقيق المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد الرابع والثلاثون ، الجزء الحادي عشر ، دور إبريل ، ٢٠١٣ .
٦١. فيصل محمد العجمي : أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين عقلياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، مملكة البحرين ، ٢٠٠٧ .
٦٢. فوزية إبراهيم الكردي : الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب والتربية ، ٢٠١٢ .
٦٣. ليلي عبد الوارث عبد الوهاب : فاعلية العلاج الأسرى في مواجهة المشكلات الاجتماعية للتلاميذ المصابين بشلل الأطفال ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ١٩٩٦ .
٦٤. ماجدة سعد متولى : العلاج الأسرى وتخفيف الضغوط الواقعة على الطفل المريض بمرض مزمن ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد الثالث ، أكتوبر ، ١٩٩٩ .
٦٥. محمد السيد عبد الرحمن : علم النفس الاجتماعي المعاصر ، القاهرة ، دار الفكر العربية للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٤ .
٦٦. محمد علي القحطاني : مدى معرفة والتزام العاملين ببرامج ومعاهد التربية الفكرية بالقواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٢٨ هـ / ٢٠٠٧ م .
٦٧. محمد عيسى إسماعيل : الفروق في أبعاد التفاعل الأسرى داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، جامعة الخليج العربي ، البحرين ، ٢٠٠٧ .
٦٨. محمد مدحت أبو بكر الصديق يس : فاعلية العلاج الأسرى في خدمة الفرد في علاج العائدين إلى إدمان الهيروين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩١ .
٦٩. محمد محروس الشناوى و محمد السيد عبد الرحمن : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية : مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية ، القاهرة ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩٤ .
٧٠. محمد محروس الشناوى : نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، ١٩٩٤ .
٧١. مروان عبد الله دياب : دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الاسلامية ، غزة ، فلسطين ، ٢٠٠٦ .
٧٢. مصطفى أحمد عابد : معوقات الخدمات المقدمة للمعاقين عقلياً في شمال غزة ، جمعية الإغاثة الطبية ، فلسطين ، ٢٠٠٥ .
٧٣. مصطفى القمش : مشكلات الأطفال المعاقين عقلياً داخل الأسرة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، كلية العلوم التربوية ، الجامعة الأردنية ، ١٩٩٤ .
٧٤. مصطفى حجازى : واقع الإرشاد الأسرى ومتطلباته في دول مجلس التعاون ، مجلة الدراسات الاجتماعية ، مملكة البحرين ، العدد ٦٧ ، ٢٠١١ .
٧٥. مصطفى يونس أحمد يونس : فاعلية العلاج الأسرى في تنمية قيم المشاركة المجتمعية لأسر السجناء ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث البيئية ، جامعة عين شمس ، ٢٠١٣ .
٧٦. منى فيحان الحارثي : فاعلية إستراتيجية تدريس الأقران في إكساب بعض الكلمات الوظيفية للتلاميذ المتخلفين عقلياً بدرجة متوسطة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، الرياض ، ٢٠٠٧ .

٧٧. نادية أحمد عمارة عبد المنعم : العلاج الأسرى فى خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات العلاقات الأسرية الناتجة عن استخدام وسائل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١١ .
٧٨. نجوى إبراهيم الشرقاوى : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد وتخفيف معدلات حدوث السلوك العدوانى لطفل ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٢ .
٧٩. نعيم عبد الوهاب عبد اللطيف : استخدام العلاج الأسرى فى مواجهة المشكلات الاجتماعية لأسر المسجونين فى قضايا المخدرات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ١٩٩٨ .
٨٠. نوال أحمد مرسى : ممارسة العلاج الأسرى لتعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال ضعاف السمع ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٤ .
٨١. نورهان منير حسن فهمى : المناقشة الجماعية ودعم المساندة الاجتماعية للمراهقات مجهولات النسب ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد العاشر ، إبريل ٢٠٠١ .
٨٢. هشام سيد عبد المجيد وآخرون : التدخل المهني مع الأفراد والأسر في إطار الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ٢٠٠٨ .
83. American Association On Intellectual And Developmental Disabilities. (AAIDD2002). <http://www.aamr.org/policies/fag-mental-retardation.shtml>.
84. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 4th ed. Washington, D C American Psychiatric Press Inc, 1994.
85. Ansermet, Francois; ET All, Mild Intellectual Disability Associated With A Progeny Of Father-daughter Incest: Genetic And Environmental Considerations, Journal Of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations For Victims, Survivors,&Offenders. Vol.19, 2010.
86. Anslow, Katharine: Systemic Family Therapy Using The Reflecting Team, British Journal Of Learning Disabilities. Vol.42 (3), 2014.
87. Barker Robert L: The Social Work Dictionary, 2nd Ed., Washington, D.C. N.A.S.W. Press, 1991.
88. C. Franklin & C. Jordan; Guidelines For Conducting Family Therapy. In A. Roberts And G. Greene (Eds.). Social Workers Desk Reference. Oxford University Press, 2001 .
89. Charles Zastrow, The Practice Of Social Work, London: Dorsy Press, 1981.
90. Cicchetti, D, & Toth, S ; Developmental Processes In Maltreated Children In. D. Hansen (Ed), Nebraska Symposim On Motivation. Vol 46. Child Maltreatment, Lincoln, NE. University Of Nebraska Press, 2000.
91. Cooke, Josephine Estelle; Hope, Optimism, Stress, And Social Support In Parents Of Children With Intellectual Disabilities, The University Of Southern Mississippi, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2010 .
92. David Seabum : Core Techniques In Family, In Richard H. Mikesell Et All (eds) : Integrating Family Therapy, Handbook Of Family Psychology And Systems Theory , American Psychological Association Hington, DC , 1999 .
93. De La Cruz & Maria Pura; From A Child's Perspective: How Children In Family Therapy Characterize Their Families And View Therapeutic Change, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities And Social Sciences. Vol.62 (12-A), 2002.
94. Downing, J; Related Services For Student With Disabilities. Journal Of Intervention In School And Clinic, Vol.39, No.4, 2004.
95. Embregts, Petri J; Residential Treatment Following Outpatient Treatment For Children With Mild To Borderline Intellectual Disabilities: A study Of Child And Family, Research In Developmental Disabilities. Vol.30 (5), 2009.
96. Fenning, Rachel M; ET All; Parent-Child Interaction Over Time In Families Of Young Children With Borderline Intellectual Functioning, Journal Of Family Psychology. Vol.28 (3), 2014.
97. _____: Parenting Children With Borderline Intellectual Functioning: A Unique risk Population, American Journal On Mental Retardation. Vol.112 (2), Mar 2007.

98. Finnegan, L ; Service Needs, Psychological Well-Being, Social Support, Quality Of Life And Self-Determination, Among Irish Individuals With Intellectual Disability And Their Primary Carers, University College Dublin (Ireland), ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2001.
99. Gentry J. & Goodwin C; Social Support For Decision Making During Grief Due To Death, American Behavioral Scientist, Vol (38) , 1995 .
100. Guerchenzon, Yulia; Integrative Family Therapy For Child Behavioural Problems In A Parenting Support Agency, Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy. Vol.35 (3), 2014.
101. Gunn, William Donald; The Relationship Of The Social Support Systems Of People With Mental Handicaps To Their Living Conditions, Their Locus Of Control, And Their Life Satisfaction, University Of Calgary (Canada), ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 1991 .
102. Hand, Ailish; ET All , A Controlled Clinical Evaluation Of The Parents Plus Children's Programme For Parents Of Children Aged 6-12 With Mild Intellectual Disability In A School Setting , Clinical Child Psychology And Psychiatry. Vol.18(4), 2013 .
103. Hassab-Allah,A ; Perception Of Control And Social In Relation To Children's Symptoms Of Depression ,Unpublished Doctoral Dissertation, University Of Zagazig, Faculty Of Arts , Egypt , 1996 .
104. Johnston, Timothy C; Self-Concepts And Socio Emotional Functioning Of Children With Mild Intellectual Disability (MID) And Parents' Attributions For Their Children's Academic Struggles, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences And Engineering. Vol.74 (6-B (E)), 2013.
105. Lamoureux-Hebert, M. ET All; Support Needs Of Individuals With Mild And Moderate Intellectual Disabilities And Challenging Behaviors, Journal Of Mental Health Research In Intellectual Disabilities. Vol.3 (2), 2010.
106. Leung, Phuong. ET All; Social Support Group Interventions In People With Dementia And Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review Of The Literature, International Journal Of Geriatric Psychiatry. Vol.30 (1), 2015.
107. Lim, Hyun Sung ; The Impact Of Parenting Stress And Social Support On Psychological Well-Being Of Korean Mothers Of Children With Mental Retardation, University Of South Carolina, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2002 .
108. Liu, Jianghong; & Li, Linda; Parent-Reported Mild Head Injury History And Behavioral Performance In Children At 6 Years, Brain Injury. Vol.27 (11), 2013.
109. Lunsky, Yona Jennifer; Social Support As A Predictor Of Well-Being For Adults With Mild Mental Retardation,The Ohio State University, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 1999 .
110. Lunsky, Yona & Neely, Lynn C; Extra-Individual Sources Of Social Support As Described By Adults With Mild Intellectual Disabilities, Mental Retardation. Vol.40(4), 2002 .
111. Lunsky, Yona, & Benson, B. A; Association Between Perceived Social Support And Strain, And Positive And Negative Outcome For Adults With Mild Intellectual Disability, Journal Of Intellectual Disability Research. Vol.45(2), Apr 2001.
112. Marshall, Keith & Ferris, Jan; Utilizing Behavioral Family Therapy (BFT) To Help Support The System Around A Person With Intellectual Disability And Complex Mental Health Needs, Journal Of Intellectual Disabilities. Vol.16 (2), 2012.
113. McCue, Mary Catherine; Exploring Resilience aAmong Low-Income African American Families With A Young Adult Member With Mild Mental Retardation, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities And Social Sciences. Vol.72 (10-A), 2012.
114. Meppelder, Marieke; ET All, Expecting Change: Mindset Of Staff Supporting Parents With Mild Intellectual Disabilities, Research In Developmental Disabilities. Vol.35 (12), 2014.
115. Nicholson, Laura; The Health, Support Needs, Access To Healthcare Services And Social Exclusion Of Adults With Intellectual Disabilities Living In Rural Areas: A Rural-Urban Comparison, University Of Glasgow (United Kingdom), ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2012.

116. Philip Barker: Family Therapy, Encyclopedia Of Mental Health, N.Y.Academic Press, 1998.
117. Rhodes, Paul; ET All; Systemic Hypothesizing For Challenging Behavior In Intellectual Disabilities: A Reflecting Team Approach, ANZJFT Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy. Vol.32 (1), 2011.
118. Rizzolo, Mary C; ET All; Family Support Services For Persons With Intellectual And Developmental Disabilities, Intellectual And Developmental Disabilities. Vol.47(2), 2009.
119. Rowe, Bryony Noel; Self-Reported Peer Victimization In Middle School Students With And Without Mild Educational Disabilities, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences And Engineering. Vol.69 (1-B), 2008.
120. Schmitter-Edgecombe, Maureen; Dyck, Dennis G.: Cognitive Rehabilitation Multi-Family Group Intervention For Individuals With Mild Cognitive Impairment And Their Care-Partners, Journal Of The International Neuropsychological Society. Vol.20 (9), Oct 2014.
121. Schuiringa, Hilde; ET All; Parenting And The Parent-Child Relationship In Families Of Children With Mild To Borderline Intellectual Disabilities And Externalizing Behavior, Research In Developmental Disabilities. Vol.36 Jan 2015.
122. Shin, Jin Yong; Social Support For Mothers Of Children With Mental Retardation In The United States And Korea, University Of Illinois At Chicago, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 1999.
123. Sonya L. Rhodes ; Family Treatment In Francis J. Turner And Katherine A.Kendall (eds) : Social Work Treatment , Interlocking Theoretical Approaches , Third Edition , The Free Press , A Division Of Macmillan , Inc . New York .
124. Spreat, S, & , Jampol,R : Residential Services For Children And aAdolescents , (In) Ammerman ,R.T : Hand Book Of Prevention And Treatment With Children And Adolescents , Intervention In The real World Contrxt . New York. , 1997.
125. Stalnacke, B. -M ; Community Integration, Social Support And Life Satisfaction In Relation To Symptoms 3 Years After Mild Traumatic Brain Injury, Brain Injury. Vol.21(9), 2007.
126. Taylor, Julie Lounds, ET All : Parenting With Mild Intellectual Deficits: Parental Expectations And The Educational Attainment Of Their Children, American Journal On Intellectual And Developmental Disabilities. Vol.115(4), Jul 2010.
127. Tymchuk, Alexander J ET All ; Chapter: Life At The Margins:Intellectual, Demographic, Economic, And Social Circumstances Of Adults With Mild Cognitive Limitations, The Forgotten Generation, Baltimore, MD,US: Paul H Brookes Publishing; US, 2001.
128. Van Asselt, A. ET All; Experiences Of Support Staff With Expanding And Strengthening Social Networks Of People With Mild Intellectual Disabilities, Journal Of Community & Applied Social Psychology. Vol.24 (2), 2014.
129. Velea, O & Popa ; Tambu, A ; Associations Between Self-Efficacy, Perceived Social Support, Psychiatric Comorbidty And Adherence In Mild And Intermittent Bronchial Asthma, Journal Of Psychosomatic Research. Vol.74 (6), 2013.
130. Walker, Steven; Family Support And Family Therapy--Same Difference? , International Journal Of Social Welfare. Vol.12 (4), 2003.
131. White, Carolyn, ET All; Support For New Mothers: How You Can Build You Own Social Support Network, 1998, (on -line), Available [http: // ericir. Syr. edu/ Projects/ Campus Computing/1998/index.html](http://ericir. Syr. edu/ Projects/ Campus Computing/1998/index.html).
132. Yorgason, Jeremy B; ET All; In-Home Family Therapy: Indicators Of Success, Journal Of Marital And Family Therapy. Vol.31 (4), 2005.

ملحق (١)

(استمارة قياس المساندة الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم)

أولاً : البيانات الأولية

الاسم / (لمن يرغب)

١- السن ؟

أ- ١٣ - () ب- ١٤ - ()

ت- ١٥ - () ث- ١٦ - ()

ج- ١٧ - ()

٢- النوع ؟

أ- ذكر () ب- أنثى ()

٣- المرحلة التعليمية ؟

أ- الابتدائية () ت- إعداد مهني ()

٤- محل الإقامة ؟

أ- مدينة () ب- قرية ()

٥- الحالة الوظيفية للأب ؟

أ- يعمل () ب- لا يعمل ()

٦- الحالة الوظيفية للأم ؟

أ- تعمل () ب- لا تعمل ()

ثانياً : فقرات الاستمارة

م	الفقرة	الاستجابة	
		نعم	إلى حد ما لا
١	يشجعني أبي عندما أعمل ما يطلبه مني بشكل جيد .		
٢	تحترم أسرتي وجة نظري حتى وإن اختلفت معها .		
٣	يقدر أفراد اسرتي الأعمال التي أقوم بها .		
٤	يضربنى أبي عندما أفعل أشياء خاطئة .		
٥	يحتفل أبي وأمي بعيد ميلادي مثل أخوتي الآخرين .		
٦	أشعر بالضيق من نظرات أخوتي لى .		
٧	يستمتع أبي وأمي لى جيداً عندما اتحدث عن مشكلاتى .		
٨	لا تفضل أسرتي أن أجلس مع الضيوف والأقارب.		

٩	عندما تواجهني مشكلات بالمدرسة لا أتحدث عنها مع أحد بالمنزل .
١٠	عندما أكون حزين يسألني أبي وأمي عن سبب ذلك .
١١	تقدم لي أسرتي النصائح والارشادات اللازمة في المواقف المختلفة .
١٢	يفسر لي أبي وأمي المواقف الصعبة والغامضة عليّ .
١٣	يوجهني والديّ للتصرف الصحيح حينما تكون تصرفاتي خاطئة.
١٤	تساعدني أسرتي على تعلم كيفية المذاكرة .
١٥	تقترح أسرتي بعض الحلول لمشكلاتي المختلفة .
١٦	تساعدني أسرتي على اتخاذ القرارات المناسبة .
١٧	يشرح لي أخوتي بعض دروسى الصعبة .
١٨	يساعدني أخوتي على ترتيب أفكارى عند الحديث مع الآخرين .
١٩	تعلمنى أسرتى كيف اتصرف أثناء وجود غرباء أو أقارب فى المنزل .
٢٠	تزودنى أسرتى بالمعلومات الجديدة حول الأحداث الجارية فى المجتمع .
٢١	يشترى لي والديّ ملابس وأحذية جديدة فى الأعياد والمناسبات .
٢٢	يعطينى والديّ بعض الهدايا والمكافآت .
٢٣	توفر لي أسرتى الكتب والأدوات الدراسية اللازمة .
٢٤	مصروفى اليومى لا يكفى احتياجاتى الشخصية .
٢٥	يسرع أفراد أسرتى بالكشف عليّ إذا مرضت .
٢٦	ليس لي مكان مخصص لوضع ملابسى وأدواتى المدرسية .
٢٧	يعطينى أخوتي بعض النقود على سبيل السلف .
٢٨	توفر لي الأسرة الأطعمة والمشروبات التى أحبها .
٢٩	يعطينى أخوتي بعض العابهم وادواتهم الدراسية .
٣٠	يشترى والديّ لي لعب مثل باقى اخوتى .
٣١	أحضر مع أسرتى أفراح أقاربي .
٣٢	تساعدني الأسرة على تكوين علاقات اجتماعية مع المحيطين بي .
٣٣	أخرج مع أخوتي لشراء بعض مسلزمات الأسرة .
٣٤	يحرص والديّ على تكوين صداقات بينى وبين أخوتي .
٣٥	يناقشني أفراد الأسرة فى أمورى ومشكلاتى الشخصية .
٣٦	أفضل أن أجلس بمفردى فى المنزل .
٣٧	أقضى بعض الأوقات فى اللعب والترفيه مع اخوتى .
٣٨	أحب أن أذاكر مع أخوتي .
٣٩	أشارك أخوتي فى تنظيف المنزل .
٤٠	أشعر بالعزلة وأنا داخل المنزل .