

جامعة أبو بكر بلقايد * تلمسان *

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د

تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي تحت عنوان:

فعالية العلاج الاسري النسقي في مساعدة اسر المعاقين عقليا.

من إعداد الطالبة تحت إشراف:

حاج سليمان فاطمة الزهراء. د فقيه العيد.

أعضاء لجنة المناقشة:

أ.د. بوغازي طاهر	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان رئيسا
أ.د. فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان مشرفا ومقررا
د. سجلماسي محمد امين	أستاذ محاضر (أ)	جامعة تلمسان
أ.د. ماحي ابراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
د. زروالي لطيفة أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	عضوا مناقشا
د. بن طاهر بشير أستاذ محاضر (أ)	جامعة وهران 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2017/2016

كلمة شكر

"ربي أوزعني إن أشكر نعمتك التي أنعمت علي، وعلى والدي، و إن أعمل صالحا ترضاه"

(سورة الأحقاف، الآية 15)

الحمد لله الذي وفقني لإنجاز هذا العمل الذي أرجوا له القبول وللقائمين

عليها التوفيق.

يطيب لي أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والثناء ومعظيم التقدير إلى الأستاذ الدكتور: " فقيه العيـد" الذي أشرف على هذا العمل المتواضع، وبدل فيه جهدا صادقا منلصا في توجيه هذا البحث فله كل الشكر والامتنان، وأرجوا من الله أن يجزيه الجزاء الأوفى.

كما أتقدم بالشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة، الذين سيثرون هذا العمل ويقيمونه من خلال ملاحظاتهم.

كما أتوجه بشكري إلى الأسر محينة البحث الذين شاركوا في البرنامج العلاجي من بدايته إلى نهايته.

الشكر موصول لأساتذتي وزملائي وزميلاتي اللذين قدموا لي يد الدعم والمساعدة.

في الأخير أشكر كل من ساعدني، ولو بنصيحة أو دعاء في ظهر الغيب، فأسأل الله أن يجزي الجميع خير الجزاء.

الإهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقهما
إلى من لا يمكن الأرقام أن تصيغوا لهما

إلى والدي العزيزين أدامهما الله لي
إلى خطيبي الذي ساعدني طيلة مشواري الدراسي

إلى جميع أفراد عائلتي

إلى عائلة نيفرتيتي

إلى أساتذتي الأجلاء أهدى بعضاً من طيبه فخرهم الكريم تقديراً لعطائهم

إلى جميع الأصدقاء والزلاء.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى تصميم برنامج علاجي اسري نسقي قائم على النظرية البنائية لـ "منيوشن، Minuchin" من اجل مساعدة اسر المعاقين عقليا، وتفحص اثر فعاليته في التخفيف من حدة الضغوط النفسية التي قد تتعرض لها هذه الاسر، وكذا معرفة مدى كفاءته في تغيير نظامهم العلائقي التفاعلي ومعاش افرادهم، وكل هذا سينعكس ايجابا على السلوك التكيفي لابنهم المعاق عقليا، ومن هذا المنطلق كانت اشكالية الدراسة كالتالي:

- الى اي مدى يساهم البرنامج العلاجي الاسري النسقي في مساعدة اسر المعاقين عقليا، وما هو حجم تأثيره؟ ولقد اعتمدت الطالبة على اختبار المنهج التجريبي لملاءمته متغيرات الدراسة، كما تم اختيار عينة تقدر بـ (12) اسرة طفل معاق عقليا مع (12) من اطفالهم المعاقين عقليا، وقسمت العينة بالتساوي الى مجموعتين، واحدة تجريبية قوامها (6) اسر مع (6) من اطفالهم المعاقين عقليا، طبقت عليهم جلسات البرنامج العلاجي الاسري النسقي المقترح من طرف الطالبة، واخرى ضابطة قوامها (6) اسر مع (6) من اطفالهم المعاقين عقليا، اختيرت بنفس مواصفات المجموعة التجريبية ولم يطبق عليها اي برنامج.

كما اعتمدت الطالبة في انجاز دراستها ضمن الشروط التجريبية على مجموعة من الادوات وذلك بعد التأكد من خصائصها السيكمومترية، وهذه الادوات هي كالتالي:

- البرنامج العلاجي الاسري النسقي القائم على النظرية البنائية لـ "منيوشن"، والمقترح من طرف الطالبة.
- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي، من ترجمة وتكييف "فاروق محمد صادق" (1974).
- مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا، من اعداد "زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص" (1998)، و اعادة تكييفه على البيئة الجزائرية من قبل "عايش صباح" (2010).
- اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (LE SAGA)، من اعداد وترجمة الطالبة و المشرف وتكييفه على المجتمع الجزائري (2015).
- مقياس العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء الاسرة، من اعداد "موس" (1974) وتعريب "فتحي عبد الرحيم وحامد الفقي" (1980).

وبعد رصد درجات العينة ومعالجتها احصائيا، توصلت الدراسة الى ان البرنامج العلاجي الاسري النسقي القائم على النظرية البنائية لـ "منيوشن" يساهم في مساعدة اسر المعاقين عقليا، كما كان حجم تأثيره مرتفع جدا.

الكلمات المفتاحية:

العلاج الاسري، النسق، الاسرة، الاعاقة العقلية.

Résumé:

La présente étude a pour objectif de concevoir un programme thérapeutique familial systémique, basé sur la théorie structurale de " Minuchin, " afin d'aider les familles des handicapés mentaux, et d'examiner l'effet de son efficacité dans la réduction de la pression psychologique, ainsi que sa compétence pour modifier leur système relationnelle et interactive ce qui va se refléter positivement sur le comportement adaptatif des enfantshandicapés mentaux.La problématique de cette étude est comme suit:

- Dans quelle mesure ce programme thérapeutique familial systémique va aider les familles des handicapés mentaux et quel sera son degré d'impact?Nous avons utilisé la méthode expérimentale sur un échantillon composé de(12) famillesayant des enfants handicapés mentalement et de leurs enfants handicapés, ce qui nous a donné deux groupes égaux. Des sessions de programme thérapeutique ont été appliquées sur le premier groupe expérimental de (6) familles comparé avec le deuxième groupe.

D'autres outils ont été utilisé après avoir confirmé leurs caractéristiques psychométriquesdont :

- Notre proposition sur programme thérapeutique familial systémique basé sur la théorie structurale de "Minuchin".

- Échelle de comportement adaptatif de l'Association Américaine pour l'arriération mentale,traduite et adaptée par "Farouk Mohammed Sadiq" (1974).

- L'indice du stress psychologique chez les familles des handicapés mentaux, préparé par "Zidane Sertoui et Abdul Aziz Chekhs" (1998), réadapté à l'environnement Algérien par "AyesheSabah" (2010).

- Test de l'analyse systémique du groupe d'affiliation (le saga), préparé, traduit et adapté à la société algérienne par nous-même et notre directeur de thèse (2015).

- Indice des relations familiales et de la correspondance entre membres de la famille, préparés par "Moos" (1974) traduction vers l'arabe par "Fathi Abdul Rahim & Hamid al-Feki" (1980).

Les résultats ont montré que le programme de thérapie familiale systémique basée sur la théorie structurale de "Minuchin" contribue à aider les familles des handicapés mentaux, et son impact était très élevé.

Mots clés:

Thérapie familiale, système, famille, la déficience mentale.

Abstract

The aim of this study is to develop a systemic family therapy program, based on the structural theory of " Minuchin, " to help families of mentally disabled children's, and to examine the effect of its effectiveness in reduce the psychological pressure, as well as jurisdiction to modify their relational and interactive system which will reflect positively on the adaptive behavior of mentally disabled son. The issue of this study is as follows:

- What the extent of the systemic family therapy program to help the mentally handicapped families and what will be its degree of impact?We used the experimental method on a sample of (12) families with disabled children and their mentally disabled children, which gave us two equal groups. Sessions of therapeutic program was applied on the first experimental group of (6) families compared with the second group.

Other tools were used after confirming their psychometric characteristics including:

- Our proposal on a systemic family therapy program based on the structural " Minuchin" theory.

- Adaptive Behavior Scale of the American Association for Mental Retardation, Translated and adapted by "Farouk Mohammed Sadiq" (1974).

- The index of psychological stress among families with mentally disabled children's, prepared by "Zidane Sertouy and Cheikh Abdul Aziz" (1998), readapted to the Algerian society by "Ayeshe Sabah" (2010).

- Test of systemic analysis of group affiliation, prepared, translated and adapted to the Algerian society by ourselves and our supervisor Thesis (2015).

-Family relations ships Index and correspondence between family members, prepared by "Mous" (1974) translated into Arabic by "Fathi Abdul Rahim & Hamidal-Feki" (1980).

The results showed that the systemic family therapy program based on structural theory of "Minuchin" contributes to helping families with mentally handicapped children's, and its impact was very high.

Keywords:

Family therapy, system, family, mental disability.

- فهرس المحتويات:

الصفحة	قائمة المحتويات	الرقم
ا	كلمة شكر.	/
ب	الإهداء.	/
ج	ملخص الدراسة.	/
و	فهرس المحتويات.	/
ل	فهرس الجداول.	/
ع	فهرس الأشكال.	/
1	مقدمة.	/
الجانب النظري.		
الفصل الاول: مدخل منهجي للبحث.		
6	خلفية نظرية للبحث وطرح الاشكالية.	1
6	مدخل عام للبحث والدراسات السابقة.	ا
11	تعقيب على الدراسات السابقة.	ب
13	طرح مشكلة البحث وتساؤلاتها.	ج
14	فرضيات البحث.	2
16	اسباب اختيار موضوع البحث.	3
16	الهدف من البحث.	4
17	اهمية البحث.	5
18	منهجية البحث.	6
19	المفاهيم الاجرائية للبحث.	7
20	حدود البحث.	8

الفصل الثاني: الاسرة والعلاج الاسري النسقي.

- النظرية البنائية ل "منيوشن" - .

23	الاسرة.	اولا:
23	تعريف الاسرة واهميتها.	1
25	الاسرة السوية والاسرة المعتلة.	2
26	وظائف الاسرة.	3
27	الوظيفة النفسية والعقلية والعاطفية.	ا
28	الوظيفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.	ب
29	العلاج الاسري النسقي.	ثانيا:
29	نبذة تاريخية وبدايات العلاج الاسري النسقي.	1
31	ظهور العلاج الاسري بالجزائر.	2
32	تعريف العلاج الاسري النسقي.	3
35	مبادئ العلاج الاسري النسقي.	4
37	انواع المشكلات التي يتعامل معها العلاج الاسري واسباب اللجوء اليه.	5
38	اهداف العلاج الاسري النسقي.	6
40	مراحل العلاج الاسري النسقي.	7
42	اهم النظريات والنماذج المفسرة للاتجاه النسقي.	8
49	النظرية البنائية ل "منيوشن" .	ثالثا:
49	تعريف النظرية البنائية.	1

50	المبادئ النظرية والمفاهيم الاساسية للنظرية البنائية.	2
51	اهداف النظرية البنائية.	3
52	الخطوات النموذجية التي يمر بها المعالج في العملية العلاجية البنائية.	4
53	الفيئات المستعملة في النظرية البنائية.	5
الفصل الثالث: الاعاقة العقلية والنسق الاسري.		
56	الاعاقة العقلية.	اولا:
56	تعريف الاعاقة العقلية.	1
64	الفرق بين الاعاقة العقلية والمرض العقلي.	2
66	نسبة انتشار ظاهرة الاعاقة العقلية.	3
67	تصنيفات الاعاقة العقلية.	4
76	اسباب الاعاقة العقلية.	5
80	تشخيص الاعاقة العقلية.	6
83	انماط الاعاقة العقلية.	7
85	خصائص المعاقين عقليا.	8
86	المشاكل التي يعاني منها المعاقون عقليا.	9
88	علاج الاعاقة العقلية.	10
89	النسق الاسري لأسر المعاقين عقليا.	ثانيا:
89	ردود فعل الوالدين اتجاه اعاقه ابنهم العقلية.	1
93	المراحل التي تمر بها اسرة المعاق عقليا.	2

96	الاثار التي يتركها الطفل المعاق عقليا على أسرته.	3
100	الاعاقة العقلية والاسرة الجزائرية.	4
الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي اسري نسقي لمساعدة اسر المعاقين عقليا.		
103	اهمية البرنامج العلاجي المقترح.	1
104	اهداف البرنامج العلاجي.	2
106	الاساس النظري للبرنامج العلاجي.	3
107	التقنيات والاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج العلاجي.	4
112	حدود البرنامج العلاجي.	5
112	اساليب تقييم البرنامج العلاجي.	6
113	تحكيم البرنامج العلاجي والتجريب الاستطلاعي.	7
115	البرنامج العلاجي في صورته النهائية.	8
الجانب التطبيقي.		
الفصل الخامس: منهجية البحث واجراءاته.		
126	المنهج المستخدم في البحث.	1
128	متغيرات البحث.	2
129	الدراسة الاستطلاعية.	3
137	الدراسة الاساسية.	4
141	ادوات البحث.	5
181	الاساليب الاحصائية المستخدمة.	6

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها.		
187	عرض النتائج.	اولا:
187	عرض النتائج الكمية:	1
187	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي.	ا
188	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.	ب
190	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.	ج
191	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج.	د
192	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.	هـ
194	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.	و
194	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من	ي

	حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق البرنامج.	
196	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.	م
198	عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.	ر
199	عرض النتائج الخاصة بدراسة التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة.	ز
202	عرض النتائج الكيفية:	2
202	عرض النتائج الخاصة بالأسرة الاولى.	ا
206	عرض النتائج الخاصة بالأسرة الثانية.	ب
210	عرض النتائج الخاصة بالأسرة الثالثة.	ج
214	عرض النتائج الخاصة بالأسرة الرابعة.	د
217	عرض النتائج الخاصة بالأسرة الخامسة.	هـ
220	عرض النتائج الخاصة بالأسرة السادسة.	و
225	مناقشة النتائج.	ثانيا

223	مناقشة النتائج كميا:	1
223	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي.	ا
226	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.	ب
228	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.	ج
229	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج.	د
230	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.	هـ
233	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.	و
233	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق البرنامج.	ي
236	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.	م
240	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد	ر

	المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.	
241	مناقشة النتائج الخاصة بدراسة التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة.	ز
242	مناقشة النتائج كيفيا:	2
242	مناقشة النتائج الخاصة بالأسر الست.	/
246	خاتمة واقتراحات.	/
/	المصادر والمراجع.	/
/	الملاحق.	/

- فهرس الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
40	يوضح مراحل العلاج الاسري.	1
46	يبين أكبر مدارس العلاجات الاسرية النسقية. (Karine etThierryAlberne,2013).	2
71	يبين تصنيف (Sadock & Sadock, 2000) للإعاقاة العقلية.	3
72	يبين تصنيف تيرمان (جلال، 1967) للإعاقاة العقلية.	4
73	يبين تصنيف المنظمة العالمية للصحة (OMS) (Jean-Luc Lambert,1981) للإعاقاة العقلية.	5

73	يبين تصنيف (على عبد الباقي، ب ت) الاجتماعي للإعاقة العقلية.	6
85	يبين خصائص المعاقين عقليا.	7
114	يبين معطيات البرنامج العلاجي قبل وبعد تعديله.	8
130	يبين حجم العينة الاستطلاعية.	9
130	يبين توزيع العينة الاستطلاعية وفق العمر الزمني.	10
131	يبين توزيع عينة الاطفال المعاقين عقليا في الدراسة الاستطلاعية وفق المستوى التعليمي.	11
131	يبين توزيع العينة الاستطلاعية وفق الجنس.	12
132	يبين توزيع العينة الاستطلاعية وفق نوع وشدة الاعاقة العقلية.	13
133	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس القبلي. (في الدراسة الاستطلاعية).	14
134	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة الضابطة ومنحيتها لسلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي (في الدراسة الاستطلاعية).	15
134	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي. (في الدراسة الاستطلاعية).	16
134	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي. (في الدراسة الاستطلاعية).	17
135	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي. (في الدراسة الاستطلاعية).	18
136	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي	19

	لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي.(في الدراسة الاستطلاعية).	
137	يبين حجم عينة الدراسة الاساسية.	20
138	يبين العمر الزمني لعينة الدراسة الاساسية.	21
138	يبين توزيع العينة الاساسية وفق المستوى التعليمي.	22
139	يبين توزيع العينة الاساسية وفق نوع وشدة الاعاقة العقلية.	23
139	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس القبلي.(في الدراسة الاساسية).	24
140	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي.(في الدراسة الاساسية).	25
140	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التوافق النفسي بين أفراد الاسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي.(في الدراسة الاساسية).	26
187	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي.(في الدراسة الاساسية).	27
188	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.(في الدراسة الاساسية).	28
189	يبين تحديد حجم الاثر للمتغير المستقل.(Kiess,1989). (في الدراسة الاساسية).	29
190	يبين نتائج مقياس "t" لدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.(في الدراسة الاساسية).	30
191	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس	31

	الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج العلاجي. (في الدراسة الاساسية).	
192	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي والقياس البعدي. (في الدراسة الاساسية).	32
194	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي والقياس التتبعي. (في الدراسة الاساسية).	33
194	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة اثناء القياس البعدي. (في الدراسة الاساسية).	34
196	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق. (في الدراسة الاساسية).	35
198	يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق اثناء القياس البعدي والقياس التتبعي. (في الدراسة الاساسية).	36
200	يبين نتائج حساب النسب المتوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة قبل تطبيق البرنامج. (في الدراسة الاساسية).	37
200	يبين نتائج حساب النسب المتوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة بعد تطبيق البرنامج. (في الدراسة الاساسية).	38
201	يبين نتائج حساب النسب المتوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة بعد القياس التتبعي. (في الدراسة الاساسية).	39

- فهرس الاشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	يبين نموذج التفاعل الدائري المستعمل في العلاج الاسري (غنية بوفومل، 2015).	35
2	يبين اهم مفاهيم نظرية بوين.	43
3	يبين مراحل العلاج الاستراتيجي حسب هيلي (Corey, 1996).	46
4	يبين اهداف العلاج الاسري البنائي (احمد عبد اللطيف واخرون، 2011).	51
5	يبين التداخل بين تعاريف التخلف العقلي من جانب العلوم المختلفة.	63
6	يبين الشروط الواجب توافرها للحكم على وجود اعاقه عقلية.	82
7	يبين ردود فعل الوالدين اتجاه اعاقه ابنهم العقلية حسب Steinhaur (عايش صباح، 2010).	91
8	يبين التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي الاسري.	111
9	يبين التصميم التجريبي للبحث.	127

تعتبر الاسرة تلك الوحدة الاجتماعية المتكونة من رجل وامرأة تربطهما علاقة شرعية ترضى عنها ثقافة المجتمع، ونجد من بين الاهداف الاساسية لهذه الاسرة، الاشباع الجنسي وانجاب الاطفال وتربيتهم وتنشئتهم، اذ ينظر الكثير منهم الى الطفل باعتباره الامتداد الطبيعي لهم، وتظهر اهمية الاسرة المتزايدة في تثبيت بعض السمات و الخصائص الجوهرية المكونة لشخصية طفلهم والتي تتفاعل مع مقومات التنشئة والرعاية المقدمة من قبلها، والتي ترافق مراحل تكوين الطفل المستمر اثناء قيامه بمختلف النشاطات والتحويلات المتعددة الاطر (النفسية، العقلية والعاطفية...)، وهذا بهدف استمرارية وتثبيت ذاته ككيان مستقل ومرتبطة في نفس الوقت بالمجتمع الذي ينتمي اليه و يتفاعل معه.

ويشير "جمال حمزة" (1996) في (خالد الكندري، 2003: 21) الى ان الاسرة هي ممثلة الثقافة السائدة في المجتمع بما تتضمنه من قيم وعادات و اتجاهات، وهي التي يتعلم فيها الطفل معايير الصواب و الخطأ، ويتعرف على الاساليب السلوكية التي يجب عليه اتباعها ويتعلم ماعليه من واجبات و ما له من حقوق، و جميع هذه الصور من السلوك التي يتأثر بها الطفل في مراحل تكوينه الاولى هي التي تحدد اساليبه السلوكية و اتجاهاته في المستقبل. ولقد قدر الله على بعض الاسر انجاب اطفال يختلفون عن غيرهم في تكوينهم الجسمي او العقلي، وقد نجدهم اقل قدرة وامكانية مقارنة بأطفال اخرين، مما يطلق عليهم اسم الاطفال المعاقين او ذوي الاحتياجات الخاصة. وتعتبر ظاهرة الاعاقة من الظواهر الاكثر شيوعا لدى كل المجتمعات، فهي لا تقتصر على مجتمع معين بحيث لا يخلو اي مجتمع من وجود نسبة من هذه الظاهرة، وهي من الامور التي قد تصيب الفرد منذ ولادته او في سن مبكر، وذلك نتيجة للعديد من العوامل و الظروف (قد تكون وراثية او بيئية مكتسبة او لظروف اجتماعية).

ويشير "تيلفورد، Tilford" و "ساوري، Sawri" (1972) في (مصطفى حسن احمد، 1996: 15) في هذا الصدد على ان الاعاقة هي المجموع الكلي للمحددات الشخصية والاجتماعية الناجمة عن عجز ما، ووفقا لذلك يصبح العجز اعاقا عندما يصبح الفرد اقل قدرة بمعايير ثقافته او كما يرى هو نفسه نتيجة افتقاره الى امكانية او خاصية ما.

فيمكن اذا التحدث عن الاعاقة في حالة وجود عاهة سواء كانت جسمية او عقلية او اجتماعية نتيجة نقص او خلل او اضطراب في احد اعضاء الجسم، مما يؤدي الى ضعف قدرة من القدرات وهذا ما يجعل الشخص المعاق بحاجة الى مساعدة ومعاملة خاصة حسب نوع الاعاقة وشدتها.

ونظرا لتفشي ظاهرة الاعاقة في المجتمعات، جاءت الدراسة الحالية لتقدم عرض شامل حول الاعاقة العقلية والتي تعتبر من بين انواع الاعاقات الاكثر انتشارا، مما قد يشكل هذا الموضوع للعديد من اسر المعاقين عقليا ضغطا نفسيا كبيرا، مما يفقدهم الكثير من الاساسيات الواجب اتباعها وتطبيقها مع الفرد المعاق عقليا وكذلك اداء وظائفهم على الوجه السليم، كل هذا من خلال محاولتهم التكيف والتعايش مع هذه الاعاقة، وبالتالي كلما اشتد الضغط على هذه الاسر كلما ظهر اثر الاعاقة على نمط حياتهم بشكل عام وعلى ادائهم الوظيفي وعلى علاقاتهم وتفاعلاتهم الاسرية بشكل خاص.

وهذا ما اشار اليه "راد، Reed" و "بالسكي، Balski" في (عايش صباح، 2010: 69) حيث اكدا عن وجود علاقات اجتماعية غير مستقرة بين والدي الاطفال المعاقين وتأثر حياتهم الزوجية بعد حدوث الاعاقة بكثير من انماط التفكير في العلاقات الاجتماعية، كما اكدا على ان هذه الاعاقة تؤثر على نمط الحياة الاسرية.

ومن هنا جاءت الحاجة للتدخل العلاجي بهدف التكفل بأسر المعاقين عقليا ومساعدتهم، وذلك من خلال برنامج علاجي اسري نسقي وتفحص اثر فعاليته في التخفيف من حدة الضغوط النفسية التي قد يتعرضون لها بصفة عامة وكذا معرفة مدى كفاءته في تغيير نظامهم العلائقي ومعاش افرادهم بصفة خاصة.

واشتملت الاطروحة على مقدمة وكذا فصول حيث تناول الفصل الاول على مدخل عام للبحث مع عرض مختلف الدراسات السابقة والتعقيب عليها وطرح مشكلة البحث وتساؤلاتها، كما تم طرح فرضيات البحث وذكر اهم الاسباب التي دفعت بالباحثة الى اختيار موضوع البحث والاهداف التي تقف وراءه، اضافة الى ابراز اهميته وتحديد المنهجية المتبعة في انجازه، وفي الاخير تحديد المفاهيم الاساسية مع تعريفاتها الاجرائية والحدود التي يقف عندها البحث الحالي.

اما الفصل الثاني فقد خصص للأسرة والعلاج الاسري النسقي بصفة عامة والنظرية البنائية ل"منيوشن" بصفة خاصة، حيث تطرقت الطالبة في المحور الاول الى كل ما يتعلق بالأسرة من تعريف وتحديد الاهمية والفرق بين الاسرة السوية والاسرة المعتلة ووظائف الاسرة المختلفة، اما المحور الثاني فقد خصص لعرض كل ما يتعلق بالعلاج الاسري النسقي من بدايات ظهوره وايضا ظهوره بالجزائر وتعريفاته ومبادئه وانواع المشكلات التي يتعامل معها واهدافه ومراحله واهم النظريات والنماذج المفسرة له، اما المحور الثالث والاخير فقد خصص لعرض كل ما يخص النظرية البنائية ل"منيوشن" من تعريف ومبادئ واهداف وخطوات منهجية وفتيات.

بينما اشتمل الفصل الثالث على الاعاقة العقلية والنسق الاسري حيث تطرقت الطالبة في المحور الاول الى كل ما يتعلق بالإعاقة العقلية من تعريف وتحديد الفرق بينها وبين المرض العقلي ونسبة انتشارها ومختلف تصنيفاتها والاسباب المؤدية اليها وتشخيصها وانماطها وخصائصها والمشاكل التي يعني منها المعاقون عقليا وعلاجها، اما المحور الثاني فقد خصص لعرض النسق الاسري لأسرة المعاق عقليا بكل ما يتعلق من ردود فعل الوالدين اتجاه

اعاقة ابنهم العقلية والمراحل التي تمر بها اسرة المعاق عقليا والاثار التي يتركها هذا المعاق على اسرته وماهي مميزات الاسر الجزائرية التي لديها اطفال معاقين عقليا.

وفيما يتعلق بالفصل الرابع فقد خصص لعرض تصميم البرنامج العلاجي الاسري النسقي، وتناولت فيه الطالبة اهمية البرنامج العلاجي الاسري واهدافه والاساس النظري الذي يقوم عليه والتقنيات والاستراتيجيات المستخدمة وحدود البرنامج واساليب تقييمه وتحكيمه والتجريب الاستطلاعي وفي الاخير عرض البرنامج العلاجي الاسري في صورته النهائية.

اما الفصل الخامس اشتمل على منهجية البحث واجراءاته، حيث تم التطرق فيه الى المنهج المستخدم في البحث ومتغيراته والدراسة الاستطلاعية والاساسية وادوات البحث والاساليب الاحصائية المستخدمة.

اما الفصل السادس والاخير فلقد تضمن عرض نتائج الدراسة الاساسية وتحليلها ومناقشة فروضها في ضوء الدراسات السابقة، واختتمت الاطروحة بخاتمة واقتراحات ، كما تم تخصيص جزء اساسي للمراجع والملاحق في نهاية هذه الاطروحة.

الفصل الاول:

"مدخل منهجي للبحث"

1- خلفية نظرية للبحث وطرح الاشكالية:

ا- مدخل عام للبحث والدراسات السابقة.

ب- تعقيب على الدراسات السابقة.

ج- طرح مشكلة البحث وتساؤلاتها.

2- فرضيات البحث.

3- اسباب اختيار موضوع البحث.

4- الهدف من البحث.

5- اهمية البحث.

6- منهجية البحث.

7- المفاهيم الاجرائية للبحث.

8- حدود البحث.

1- خلفية نظرية للبحث وطرح الإشكالية:

1- مدخل عام للبحث والدراسات السابقة:

يولد الطفل ناقص النمو ويعتمد على أمه بصفة خاصة في تأمين استمرارية حياته، فيكون اعتماديا عليها والتي تكون بمثابة رابطته مع الحياة ومع البيئة المحيطة به، ثم تنتقل هذه الاعتمادية إلى البدلاء ومحيطه الأسري بحيث تختلف أشكال الاعتمادية من مرحلة لأخرى وتتطور دون أن تختفي، لتنتقل بعد ذلك إلى المجتمع الواسع في مرحلة النضج، وتعتبر كل هذه الأمور طبيعية في حالة ولادة طفل عادي، غير أن هناك بعض الأسر قدر الله عليهم إنجاب أطفال معاقين عقليا، ففي هذه الحالة تختلف اعتمادية هؤلاء الأطفال المعاقين على أسرهم عن اعتمادية الأطفال العاديين.

فوجود طفل معاق عقليا في الأسرة يحدث تغييرا داخل النسق الأسري، مما يؤثر على جميع أفرادها، حيث تشير "روزماري لامبي وآخرون" (Rose et all, 2001 :89) أن وجود طفل معاق يجعل أول ما تواجهه الأسرة هو محاولة التكيف مع فقدان الطفل الحلم بمختلف معايير والطفل الحالي المعاق عقليا، وهذا ما يجعل الأسرة تواجه صدمة تؤدي بها إلى فترة من الحداد، والحداد هنا مرتبط بحقيقة أن الطفل المنتظر لم يمت، ولكن صورته التي حلموا بها هي التي ماتت.

كما نجد عند بعض أسر المعاقين عقليا، خبرات ومدركات ايجابية اتجاه إعاقة ابنهم العقلية ولا نجدها عند البعض الاخر مما يجعل هذه الأخيرة تمر بجملة من الضغوط النفسية والانفعالية أكثر من الأسر الأخرى، وهذا ما يشير اليه "محمد الشراح" (2007) في دراسته حيث هدفت هذه الاخيرة الى تسليط الضوء على أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم خبرات ومدركات ايجابية اتجاه الإعاقة والتي حاول من خلالها معرفة العلاقة بين الخبرات والمدركات الايجابية اتجاه الإعاقة والضغوط النفسية الأسرية من جهة وأساليب مواجهتها من

جهة أخرى، وأجرى هذه الدراسة على (76) أسرة مقسمين إلى مجموعتين تضم المجموعة الأولى (40) أسرة لديها خبرات ومدركات ايجابية اتجاه الإعاقة، والمجموعة الثانية (36) أسرة ليست لديها خبرات ومدركات ايجابية اتجاه الإعاقة، ولقد استخدم الباحث استبانة المدركات الايجابية اتجاه الإعاقة، واستبيان الضغوط النفسية ومصادرها، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط، وخلص البحث إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في بعدي (مشكلات الوالدين والأسرة وخصائص الطفل) مما يشير إلى أن الأسر التي ليست لديها مدركات ايجابية اتجاه الإعاقة تتعرض إلى ضغوط أسرية أعلى من الأسر التي لديها مدركات ايجابية اتجاه الإعاقة، كما تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الأسر التي لديها مدركات ايجابية اتجاه الإعاقة في بعد (الدعم الاجتماعي)، في حين أن لوم الذات لدى الأسر التي ليست لديها مدركات ايجابية كانت ذات دلالة إحصائية أعلى من الأسر التي لديها مدركات ايجابية اتجاه الإعاقة.

وهذا ما يؤكد أيضا "كوندل وآخرون" (1994) في (عبد الفتاح عبد الغني الهمص، 2007) في دراسته حول "الاتجاهات الوالدية للإعاقة العقلية" حيث تكونت عينة الدراسة من (192) أسرة، منها (144) أسرة لديها أطفال غير معاقين عقليا و(48) أسرة لديهم أطفال معاقين عقليا، حيث طبق على العينة مقياس « Edeen » لرد فعل الوالدين نحو الإعاقة، ولقد توصلت نتائج الدراسة في الأخير إلى ارتفاع مستوى الاتجاهات السلبية لدى أسر المعاقين عقليا، من بين هذه الاتجاهات (الصدمة، الارتباك، الحزن، والغضب) مقارنة بأسر الأطفال غير المعاقين. وهذا ما كشفت عنه دراسة "الحديدي والصمادي وآخرون" (1994) حيث هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين، وتكونت الدراسة من (192) أسرة منها (144) أسرة لديها أطفال معوقين عقليا أو سمعيا أو بصريا أو حركيا، و(48) أسرة ليس لديها أطفال معوقين، وطبق على العينة مقياس الضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة ومعوقات التعايش معها، وقد توصلت النتائج إلى ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وسمعيا وبصريا وحركيا بالمقارنة بأسر الأطفال غير المعاقين، وأن أكثر

الأسر تعرضا للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المعاقين عقليا، يليها أسر الأطفال المعاقين سمعيا، ثم أسر المعاقين حركيا، ثم أسر المعاقين بصريا.

وهذا ما أكدته أيضا دراسة "رياض يعقوب وخولة يحيى" (1995) في (عايش صباح، 2010: 67)، حيث تناولت هذه الدراسة الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى إباء وامهات المتخلفين عقليا في عمان، وتكونت عينة الدراسة من 66 أب وام لأطفال متخلفين عقليا، واستخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية ومقياس الدعم الاجتماعي واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وظهرت النتائج في الأخير ان والدي الطفل المعاق يعانون من ضغوط نفسية شديدة منها (الاسى والحزن والالم والشعور بالذنب والاكتئاب)، كما اظهرت النتائج انه كلما ارتفعت درجة الضغوط النفسية كلما احتاج الوالدان الى مساندة اجتماعية.

أما فيما يتعلق بدراسة "حياة المؤيد" (1990) في (عايش صباح، 2010: 76) التي هدفت إلى التعرف على أبعاد التفاعل الأسري في وجود أبناء معاقين ذهنيا، حيث تكونت دراستها من (614) فردا تراوحت أعمارهم بين (6-12 سنة) ينتمون إلى (120) أسرة، حيث استخدمت الباحثة مقياس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة لفتححي عبد الرحيم وحامد الفقي (1980)، حيث أشارت النتائج في الأخير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين أسر المعاقين ذهنيا والعاديين في بعد صراع التفاعل الأسري، وفي أبعاد النمو الشخصي ما عدا بعد التوجه نحو القيم الخلقية والدينية.

وأما دراسة "شاهين رسلان" (2000) فحاولت الكشف عن العلاقات والتفاعلات الأسرية الموجودة داخل أسر الأطفال المعاقين عقليا والكشف عن أوجه الاتفاق والاختلاف الموجود بينه وبين خصائص وسمات التفاعل في أسر الأطفال العاديين وقد اشتملت عينة الدراسة على (60) أسرة، مقسمين إلى (30) أسرة من أسر الأطفال المعاقين عقليا و(30) أسرة من أسر الأطفال العاديين وقد استخدمت الأدوات التالية: استمارة لجمع البيانات الأساسية والمقابلة الشخصية، ومقياس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة، ومقياس المستوى

الاجتماعي والاقتصادي الثقافي، وخلصت نتائج البحث إلى وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد العلاقات الأسرية

(التماسك، حرية التعبير عن المشاعر، صراع التفاعل الأسري) بين أسر الأطفال المعاقين ذهنيا وأسر الأطفال

العاديين لصالح أسر الأطفال العاديين، كما لا توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد النمو الشخصي (الاستقلال،

التوجيه نحو التحصيل والانجاز التوجيه العقلي الثقافي، التروحي الايجابي، التوجيه نحو القيم الدينية والخلفية) بين

أسر الأطفال المعاقين ذهنيا وأسر الأطفال العاديين، في حين أنه توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد (التنظيم،

الضبط) بين أسر الأطفال المعاقين عقليا وأسر الأطفال العاديين لصالح أسر الأطفال العاديين.

وهكذا فان وجود طفل معاق عقليا لدى أسر معينة يؤدي إلى خلق نوع من الإعاقة الأسرية، وذلك بسبب عمل

أفرادها تحت ظروف الضغط النفسي والتوتر والقلق، إضافة إلى رحلتهم الطويلة بين مختلف البرامج التأهيلية

والعلاجية التي ينصح بها المختصون للتكفل بإعاقة ابنهم العقلية مما قد ينعكس على الطفل المعاق من جهة وعلى

النمو المستقبلي لأسرته بشكل عام، وعلى العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة الواحدة ودور كل منهم فيها

بشكل خاص، وهذا ما أشارت إليه دراسة "عايش صباح" (2010) حول "اثر الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين

على العلاقات الأسرية"، حيث تكونت العينة من (121 أسرة من مراكز المعاقين عقليا تم اختبارهم بطريقة

عشوائية، وتم تطبيق مقياس الضغوط النفسية واستبيان لجمع المعلومات، حيث أشارت نتائج البحث في الأخير

إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين والعلاقات بين الوالدين والعلاقات

بين الإخوة، والعلاقات بين الآباء والأبناء (النسق الزوجي، النسق الأخوي، النسق الوالدي).

ونظرا لتأثير إعاقة الطفل العقلية على أسرته كان من الضروري البحث عن تقنيات علاجية او ارشادية فعالة تسمح

لنا بمساعدة هذه الاسر والحفض من حدة الضغوط النفسية التي تعاني منها جراء تعاملها مع هذه الاعاقة، ومن

بين الأبحاث العلمية التي اهتمت بهذه الظاهرة بالدراسة، دراسة "فريير" (1983) في (عبد الفتاح عبد الغني الهمص،

2007)، حيث ركزت على تقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة

طفلهما المعاق عقليا، تكونت عينة الدراسة من (24) أسرة ممن لديهم طفل معاق عقليا تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) سنة وقام بتقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى تجريبية والثانية ضابطة، ولقد استخدم في البرنامج محاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة العقلية وآثارها وردود الفعل وطرق التواصل مع الطفل المعاق عقليا وكيفية العناية به، ولقد أشارت النتائج في الاخير إلى أن البرنامج له تأثير دال في تحسين التوافق لدى الوالدين، كما عبر الوالدين عن حاجتهم إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال آخرون معاقين عقليا، كما أظهرت مجموعة الأسر التجريبية تحسنا في المهارات الاجتماعية والتواصلية وكانوا أكثر شعورا بالأمان في ارتباطهم بالأسر، وأفضل توافقا من مجموعة الأسر الضابطة.

وذهب "شاينولد" (1989) في نفس الاتجاه من خلال دراسته، حيث اهتم بالتحقق من فعالية برنامج تخاطبي لتحسين التفاعل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا، واشتملت الدراسة على (14) أسرة تتراوح أعمارهم ما بين (11-14 سنة)، وتم تقسيمهم إلى قسمين إحداها حضر أحد أفرادها مناقشات حول طبيعة أنماط التفاعل بينهم وبين الطفل المعاق عقليا والأخرى أخذت البرنامج المشتق من برنامج "النمو الإنساني" والذي هو عبارة عن أنشطة تعتمد على صورة قوائم العاب متضمنة لجزء من البرنامج، وطبق على العينة برنامج النمو الإنساني المعدل ومقاييس البيئة الأسرية مع استخدام طريقة المناقشة بعد عرض أشرطة الفيديو، ولقد أوضحت النتائج في الاخير أن للبرنامج تأثير ايجابي على أسر الأطفال المعاقين عقليا، كما أن الأسر التي حضرت مناقشات حول طبيعة أنماط التفاعل كان لها تأثير سلبي أكثر من تأثيرها الايجابي.

أما فيما يخص دراسة "ليلي سليمان مسعود" (2004) حول "العلاج الأسري وفعالته في تقويم العلاقات وأثره على السلوك المضطرب للطفل المعاق وغير المعاق ، فطبق خلالها العلاج الأسري على عينة تتكون من (10) أسر تطرح مشكلات مختلفة ولكنها تشترك في معاناتها مع اضطرابات علائقية، وبهذا درست الباحثة نوعية ومستوى الاضطراب داخل الأسرة مركزة على علاجه وذلك بمحاولة إحداث تغييرات على مستوى الأسر التي شكلت عينة

الدراسة، حيث أبرزت النتائج في الأخير أهمية العلاج الأسري في تقويم العلاقات، إضافة إلى بروز احد العوامل المؤثرة في العلاج الأسري وهو عامل المرونة ويقصد به مدى تقبل الأفراد لعملية التغيير.

ب- تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسة المسحية للدراسات السابقة العربية منها والأجنبية حول متغيرات الدراسة الحالية واثركل منها على الآخر: المعاق عقليا، الأسرة والبرنامج العلاجي الأسري، لاحظت الطالبة أن أغلبية الدراسات كشفت عن وجود ضغوط نفسية لدى أسر المعاقين يفرضها وجود ابن معاق عقليا وكيفية رعايته، ولهذا سعى معظم الباحثين من خلال هذه الأبحاث سواء العربية منها أو الأجنبية في البحث عن أثر الإعاقة على النسق الأسري والحياة الأسرية بصفة عامة ، وعلى العلاقات الأسرية والتبادلات والتفاعلات بين أفرادها وادائهم الوظيفي بصفة خاصة، ومن بين هذه الدراسات، دراسة روزماري لامي (2001)، دراسة الصمادي (1994)، دراسة شاهين رسلان (2000)، ودراسة عايش صباح (2010) هذا من جهة ، ومن جهة أخرى أشارت بعض الدراسات في هذا المجال إلى ارتفاع مستوى الاتجاهات السلبية لدى أسر المعاقين اتجاه إعاقه ابنهم العقلية، كدراسة محمد الشراح (2007) ودراسة كوندل (1994).

كما ذهب بعض الباحثين إلى تصميم وتطبيق بعض البرامج الإرشادية والعلاجية الأسرية في دراستهم وذلك بغرض مساعدة أسر المعاقين عقليا ومساعدة أطفالهم المعاقين، وكذلك معرفة مدى فعالية هذا البرنامج مع الأسر، كدراسة فير (1983) ودراسة شايينولد (1989) ودراسة ليلي سليمان مسعود (2004)، حيث اتفقت معظم هذه الدراسات على أهمية البرامج الإرشادية والعلاجية الأسرية في مساعدة أسر المعاقين عقليا مع مساعدة أطفالهم المعاقين.

كما لاحظت الطالبة أن معظم الدراسات اعتمدت على المنهج التجريبي الذي يعتمد على المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ويقوم على ضبط المتغيرات الخاصة بالدراسة، أما فيما يخص حجم العينة التي اجريت عليها الدراسات السابقة، تراوحت بين العينات الصغيرة الحجم كالتى استعملتها ليلى سليمان مسعود (2004) في دراستها، ودراسة شاينولد (1989) والعينات الكبيرة الحجم كالتى استعملت في دراسة كوندل (2007) ودراسة الحديدي والصمادي (1994) ودراسة حياة المؤيد (1990).

والملاحظ أيضا في الجانب التطبيقي لبعض الدراسات المذكورة سابقا أنها أهملت بعض الأمور خلال اختيارها للعينة مثل: المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بالإضافة إلى حجمها وعدد أفراد (أسرة صغيرة أم كبيرة) وكل هذه العوامل تعتبر من محددات اختيار العينة المتجانسة.

وحسب اطلاع الطالبة على الدراسات والأبحاث العلمية ذات الصلة بموضوع البحث، وجدت افتقارا كبيرا سواء بالنسبة للدراسات العربية أو الدراسات الأجنبية، كما وجدت أن معظم الدراسات التي تبنت هذا النوع من العلاج (العلاج الأسري النسقي) استهدفت فئة المرضى العقليين خصوصا مرضى الفصام، كما ركزت بعض الأبحاث واكتفت فقط بتصميم بعض البرامج الإرشادية لمساعدة أسر المعاقين على التعامل مع طفلهم المعاق، مع الاعتماد على بعض تقنيات الإرشاد الأسري في إطاره العام مثل دراسة فيربر (1983) والتي تمثلت في تقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي الأسري، ودراسة شاينولد (1989) التي اهتمت بالتحقق من مدى فعالية برنامج تخاطبي أسري.

أما في المجتمع الجزائري وفي مدينة تلمسان على وجه الخصوص، لاحظت الطالبة نقص كبير في التكفل النفسي بأسر المعاقين عقليا سواء على مستوى المراكز النفسية أو المستشفى الجامعي لتلمسان، فبالرغم من الاهتمام بفئة الأطفال المعاقين عقليا وتنوع البرامج التأهيلية والعلاجية وحتى الإرشادية، إلا أن أسرهم كان تبقى مهمشة مع العلم أن أفضل طريقة لمساعدة الطفل المعاق هي مساعدة أسرته، فأصبح من الضرورة الملحة تقديم خدمات

علاجية لهذه الأسر، و يجب ان تكون هذه الخدمات قائمة على الدراسات العلمية المستخدمة لأحدث النظريات في العلاج الأسري.

وجاءت الدراسة الحالية لتدعيم الدراسات العربية في مجال العلاجات الاسرية مع فئة اسر المعاقين عقليا، كما تكمن اشكالية البحث الحالي في تصميم وبناء برنامج علاجي اسري نسقي يتماشى ومتطلبات البيئة الجزائرية، ويكون موجها لأسر المعاقين عقليا.

ج- طرح مشكلة البحث وتساؤلاتها:

جاء البحث الحالي لي طرح مسألة جوهرية وحساسة حول العلاج الأسري لأسر المعاقين عقليا، تكمن في مدى نجاعة وفعالية برنامج علاجي اسري نسقي يستند على الاتجاه البنائي يتماشى والمتطلبات الثقافية والاجتماعية للمجتمع الجزائري وذلك من خلال التعمق أكثر في إحداث تغيير للنظام العلائقي التفاعلي الذي يميز أسرة المعاق عقليا، وكيفية مساعدتهم على الاستبصار أكثر بهذه الإعاقة وكيفية التعامل والتعايش معها، وخلق جو من التفاعل الايجابي داخل الأسرة، والذي سينعكس إيجابا على السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

ولتوضيح مشكلة البحث أكثر نطرح التساؤلات التالية:

- هل يوجد فرق دال إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا

اثناء القياس البعدي؟

- هل يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك

التكيفي للمعاق عقليا؟

- هل يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك

التكيفي للمعاق عقليا؟

الفصل الأول: مدخل منهجي للبحث

- هل يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقلياً بعد تطبيق البرنامج؟
- هل يوجد فرق دال إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقلياً؟
- هل يوجد فرق دال إحصائياً بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقلياً؟
- هل يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الأسرة بعد تطبيق البرنامج؟
- هل يوجد فرق دال إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق؟
- هل يوجد فرق دال إحصائياً بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق؟
- لصالح من هو التسلسل الهرمي العام، ومن هي الشخصية المهيمنة داخل الأسر المدروسة؟

2- فرضيات البحث:

انطلاقاً من الإطار النظري والدراسات السابقة وإجابة عن التساؤلات المطروحة مسبقاً في البحث، قامت الطالبة بوضع الفرضيات التالية:

- يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقلياً أثناء القياس البعدي.

الفصل الأول: مدخل منهجي للبحث

- يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.
- لا يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس البعدي والقياس التتبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.
- يوجد فرق دال إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج.
- يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.
- لا يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.
- يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماءوالعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق البرنامج.
- يوجد فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماءوالعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.
- لا يوجد فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماءوالعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.
- التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة هي الاب.

3- أسباب اختيار موضوع البحث:

إن اختيار الطالبة للموضوع كان نتاجا لممارستها العيادية، ونتيجة لبعض الملاحظات التي لفتت انتباهها حول أسر المعاقين عقليا، حيث كانت أغلبية هذه الأسر تبدي ردود أفعال متعددة تظهر في شكل إنكار لحقيقة هذه الإعاقة، إضافة إلى الآلام النفسية التي كانت تظهر عليها والمتمثلة في الغضب، تأنيب الضمير، الخجل... هذا من جهة، ومن جهة أخرى تميز البعض منها برحلتهم الطويلة في البحث بين مختلف الأطباء والمختصين عن التشخيص الأفضل، لعلهم يجدون واحدا من بين هؤلاء من ينكر لهم حقيقة هذا التشخيص، بل كانت بعض الأسر من وصل بها الأمر إلى السفر إلى الدول الأوروبية بحثا عن البدائل وإمكانيات أفضل للتكفل بحالة ابنهم، ولكن في الأخير كان ينتهي بهم المطاف إلى تقبل الأمر (حقيقة إعاقة ابنهم العقلية).

كما لاحظت الطالبة بالرغم من تنوع البرامج التأهيلية، العلاجية، والإرشادية لمساعدة المعاق عقليا على مستوى المراكز النفسية والمستشفيات، إلا أنه في أغلب الأوقات كانت أسرهم تبقى مهمشة أثناء العملية العلاجية، مع العلم أن أفضل طريقة لمساعدة هؤلاء المعاقين هي مساعدة أسرهم.

ولهذا كان من الضروري البحث عن وسائل وخدمات علاجية لهذه الأسر والتي تكون قائمة على الدراسة العلمية المستخدمة لأحدث النظريات في مجال العلاج النفسي الأسري، ومن هذا المنطلق قامت الطالبة بتصميم برنامج علاجي أسري يركز على النظرية النسقية والاتجاه البنائي بغرض مساعدة هذه الأسر وإثراء الدراسات العربية في هذا المجال والتي شهدت افتقارا كبيرا.

4- الهدف من البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تحقيق جملة من الأهداف يمكن تلخيصها كالاتي:

- تصميم وبناء برنامج علاجي أسري يستند على النظرية النسقية ويكون موجها لأسر المعاقين عقليا.

- تحديد والكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي أسري نسقي يستند إلى الاتجاه البنائي

لـ"مينوشن Minuchin" في تغيير النظام العلائقي ومعاش أفراد أسر المعاقين عقليا.

- التخفيف من حدة وشدة الضغوط النفسية التي تخلفها الإعاقة العقلية كآثار سلبية على أفراد أسر المعاقين عقليا.

- بمساعدة أفراد أسرة المعاق عقليا نكون قد ساعدنا المعاق عقليا أيضا وذلك من خلال كل ما ينعكس على سلوكه التكيفي.

5- أهمية البحث:

يكتسب البحث أهميته من خلال ما يرمي إليه من أهداف نظرية وتطبيقية، فضلا عن ذلك فهو يكتسب أهميته في كونه يتعامل مع الأسرة التي تمثل أهم مكون من مكونات النظام الاجتماعي، فالأسرة هي المسؤولة بالدرجة الأولى عن رعاية الأطفال وتوفير متطلبات نموهم وتنشئتهم تنشئة سليمة، وبما أن هناك بعض الأسر قدر الله لهم أن يرزقوا بأطفال معاقين عقليا ، فإن هذه الإعاقة تؤثر بشكل كبير على أفراد هذه الأسر، كما تعيق أداء وظائفهم ونظامهم العلائقي وحياتهم الأسرية بصفة عامة، وذلك نتيجة للضغوط النفسية التي يتعرضون لها جراء هذه الإعاقة.

والبحث الحالي تناول موضوعا على درجة كبيرة من الأهمية وهو تقديم خدمات علاجية لهذا النوع من الأسر والتي تكون قائمة على الدراسات العلمية المستخدمة لأحدث النظريات في العلاج الأسري وهي النظرية النسقية.

ومن خلال كل ما سبق ذكره يمكن تحديد أهمية البحث من خلال جانبين مهمين والمتمثلين في:

أ- الأهمية النظرية:

بحيث نجد ان هذا البحث يهتم بموضوع له أهمية من الوجهة النظرية، وذلك بإلقاء الضوء على الأسرة من جهة وعلى الإعاقة العقلية من جهة أخرى، كما يسمح في زيادة رصيد المعلومات والحقائق المتوفرة عن العلاج الأسري بصفة عامة وعن النظرية النسقية والاتجاه البنائي "لنيوشن" بصفة خاصة.

وبالتالي من خلال هذا البحث نكون قد وجهنا الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع وهي فئة أسر المعاقين عقليا، مع عرض مختلف الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال.

ب- الأهمية من الناحية التطبيقية:

تكمن أهمية هذا البحث في تجريب العلاج الأسري النسقي في تحسين الظروف التوافقية والتكيفية لدى الأسرة والمعاق في الوقت نفسه، ومدى تعميم هذا البرنامج العلاجي على باقي الأسر التي لديها طفل معاق عقليا.

6- منهجية البحث:

نظرا لطبيعة البحث وأهدافه تم استخدام المنهج التجريبي الذي يركز على المجموعتين: المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك للتأكد من فعالية البرنامج العلاجي الأسري المصمم من قبل الطالبة، واختبار أساليبه وتقنياته العلاجية المستخدمة لمساعدة أسر المعاقين عقليا.

فبعد القيام بالقياس القبلي الذي خضعت له كلتا المجموعتين يطبق البرنامج العلاجي الأسري على المجموعة التجريبية، لنقوم بعده بالقياس البعدي ويليه بعد ذلك القياس التبعي.

منهج البحث:

قياس قبلي ← تطبيق البرنامج العلاجي الأسري ← قياس بعدي ←

قياس تتبعي.

كما تم استخدام المنهج العيادي التحليلي لدراسة المعاش النفسي لأفراد أسرة المعاق عقليا وطبيعة النظام العلائقي السائد ونوعية العلاقات الأسرية ودرجة تماسك أفرادها وتموقع كل واحد منهم داخلها.

7- المفاهيم الإجرائية:

أ- العلاج الأسري:

هو الطريقة أو المنهج للتدخل مع الأسر أو مجموعة من أفرادها بحيث تركز هذه الطريقة على التعامل مع أفراد الأسرة الواحدة من أجل معرفة نوعية العلاقات السائدة بينهم وطرق وأساليب التفاعل والتبادل فيما بينهم، وذلك بهدف توضيح النظام العلائقي مع توضيح أدوار وواجبات كل واحد منهم.

وبالتالي يهدف هذا العلاج بصفة عامة إلى مساعدة هذه الأسر، وذلك عن طريق إحداث تغييرات فعالة في علاقاتها الأسرية المضطربة ونظامها العلائقي.

ب- النسق:

يمكن تعريفه بصفة عامة على انه ذلك النظام المعقد لعناصر متفاعلة مع بعضها البعض، والنسق الأسري هو ذلك النظام الاجتماعي المتداخل لحاجات وخصائص فريدة تميزه، ويمكن تقسيمه إلى نسق عام وأنساق فرعية (نسق زوجي، نسق والدي، نسق أخوي).

ج- الأسرة:

هي وحدة اجتماعية تتكون من رجل وامرأة تربطهما علاقة شرعية ترضى عنها ثقافة المجتمع، بحيث تهدف هذه الأسرة إلى الإشباع الجنسي وإنجاب أطفال وتربيتهم، وعليه فإن هذه الأسرة تكون مكونة من الأب والأم والابناء ويكون لكل فرد في أسرته دوره الفعال في كيان هذه الأسرة حيث يتأثر بها ويؤثر فيها.

د- الاعاقة العقلية:

يعتبر الشخص المعاق عقليا إذا بلغت نسبة ذكائه 70 درجة على مقياس الذكاء أو أقل، إضافة إلى إظهاره لقصور واضح في القدرة على التكيف، ويمكن تصنيف هذه الإعاقة إلى: إعاقة بسيطة، متوسطة، شديدة وحادة، كما يمكن أن تظهر هذه الإعاقة إما نتيجة لعوامل وراثية جينية أو بيئية (ما قبل الولادة، أثناء الولادة أو ما بعد الولادة).

هـ- الضغوط النفسية: هو عامل سيكولوجي يؤثر على كيان الفرد البنيوي والنفسي حيث يجد من قدرته على القيام بواجباته واعماله على احسن وجه.

و- السلوك التكيفي: هو قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية بالإضافة الى تكيفه النفسي، ويتضمن هذا المفهوم عدة مظاهر اهمها النضج الاجتماعي، القدرة على تعلم المهارات الاكاديمية اللازمة واللغوية والاجتماعية...

8- حدود البحث:

يتحدد هذا البحث بموضوعه وهو "فعالية العلاج الأسري النسقي في مساعدة أسر المعاقين عقليا"، وذلك من خلال مجموعة من الحدود والمتمثلة فيما يلي:

أ- الحدود البشرية:

اقتصرت البحث على عينة مكونة من (12) أسرة لديها أطفال معاقين عقليا، مع (12) من أطفالهم المعاقين عقليا (إعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة)، وقسمت هذه الأسر على مجموعتين، مجموعة ضابطة والمكونة من (6) أسر مع (6) من أطفالهم المعاقين عقليا، ومجموعة تجريبية مكونة من (6) أسر مع (6) من أطفالهم المعاقين عقليا أيضا.

ب- الحدود المكانية:

تتمثل الحدود المكانية لهذا البحث في مصلحة الأمراض العقلية ووحدة علم النفس بالمستشفى الجامعي لتلمسان.

ج- الحدود الزمنية:

خصص جزء من الإطار الزمني للبحث في الاطلاع على الجانب النظري وتكوين رصيد معرفي للبحث من اجل وضع تصور عام للبحث، وخطته المنهجية، اما الجزء الآخر فقد خصص للجانب التطبيقي والذي اشتمل على الدراسة الاستطلاعية والتي جرت خلال السنة الدراسية (2014-2015) بينما الدراسة الأساسية فقد كانت خلال السنة الدراسية (2015-2016).

نستنتج أن هذا الفصل خصص لعرض مختلف الدراسات التي لها صلة بموضوع البحث الحالي، العربية منها والأجنبية، كما تم من خلاله عرض إشكالية الدراسة متنوعة بالتساؤلات المطروحة، مع الفرضيات المقترحة لها بالإضافة إلى الهدف من هذا البحث وما هي الأهمية التي يقدمها، كما تم تعريف المفاهيم الإجرائية المعتمدة في موضوع البحث وفي الأخير توضيح المنهجية والحدود التي يقف عندها هذا البحث.

الفصل الثاني:

" الاسرة والعلاج الاسري النسقي "

- النظرية البنائية ل'منيوشن' -

اولا: الاسرة:

- 1- تعريف الاسرة واهميتها.
- 2- الاسرة السوية والاسرة المعتلة.
- 3- وظائف الاسرة:
- ا- الوظيفة النفسية والعقلية والعاطفية.
- ب- الوظيفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

ثانيا: العلاج الاسري النسقي:

- 1- نبذة تاريخية وبدايات العلاج الاسري النسقي.
- 2- ظهور العلاج الاسري بالجزائر.
- 3- تعريف العلاج الاسري النسقي.
- 4- مبادئ العلاج الاسري النسقي.
- 5- انواع المشكلات التي يتعامل معها العلاج الاسري واسباب اللجوء اليه.
- 6- اهداف العلاج الاسري النسقي.
- 7- مراحل العلاج الاسري النسقي.
- 8- اهم النظريات والنماذج المفسرة للاتجاه النسقي.

ثالثا: النظرية البنائية ل'منيوشن':

- 1- تعريف النظرية البنائية.
- 2- المبادئ النظرية والمفاهيم الاساسية للنظرية البنائية.
- 3- اهداف النظرية البنائية.
- 4- الخطوات النموذجية التي يمر بها المعالج في العملية العلاجية البنائية.
- 5- الفنيات المستعملة في النظرية البنائية.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "منيوشن" -

اصبح العلاج الاسري يعتبر من ضروريات الحياة الاسرية لاسيما في المجتمعات الحديثة، التي تعقدت فيها امور الحياة ومطالبها، واصبح الانسان فيها في حاجة الى من يساعده في ميادين الحياة جميعها، وفي مقدمتها ميدان الحياة الاسرية، واصبحت الاسرة كأى كائن له حياة وفي حاجة الى من يساعدها في مختلف وظائفها، بحيث نجد معظم الباحثين في مجال دراسة العلاقات الاسرية امثال "موس، Moos" و"هولان، Holahan" يركزون على اهميتها وذلك باعتبارها نظام اجتماعي له تقاليده الخاصة به وله نفعه بالنسبة للمجتمع الكلي وبالنسبة للفرد، ذلك لان الفرد في الاسرة له حاجاته الخاصة به، فالأسرة كجماعة وظيفية تزود اعضائها بكثير من الاشباع الاساسية، ونظرا لأهمية هذا الموضوع خصص هذا الفصل لعرض كل ما يتعلق بالأسرة والعلاج الاسري النسقي، بحيث خصص محور منه بالأسرة ومحور اخر للعلاج الاسري بصفة عامة و الاتجاه النسقي بصفة خاصة، اما المحور الاخير فقد خصص لعرض كل ما يتعلق بالنظرية البنائية لـ "منيوشن، Minuchin".

اولا: الاسرة:

1- تعريف الاسرة واهميتها:

لقد تعددت تعريفات الاسرة بسبب تعدد انماطها واختلاف المدخل الذي يتم من خلاله دراستها، كما ان طبيعة المجتمع و عاداته وثقافته تجعل بعض التعريفات مقبولة ومنطقية، بينما ترفض بعض التعريفات الاخرى، وفيما يلي سوف نعرض بعض تعريفات الاسرة:

يعرفها "ماكيفر، Megiver" في (السيد عبد العاطي، 2004: 21) بانها: "وحدة بنائية تتكون من رجل وامرأة تربطهما علاقة روحية متماسكة مع الاطفال و الاقارب ويكون وجودها قائما على الدوافع الغريزية والمصالح المتبادلة والشعور المشترك الذي يتناسب مع افرادها ومنتسبيها."

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

ويعرفها "بوجاردوس" في (احمد محمد مبارك، ب ت: 118) بأنها: "جماعة اجتماعية صغيرة تتكون عادة من الاب والام وواحد او اكثر من الاطفال، يتبادلون الحب ويتقاسمون المسؤولية وتقوم بتربية الاطفال حتى تمكنهم من القيام بتوجيههم وضبطهم، ليصبحوا اشخاص يتصرفون بطريقة اجتماعية."

اما "بارسونز، Parsons" في (مصطفى الخشاب، 1981: 8) فهو يرى ان الاسرة: "هي نسق اجتماعي لأنها هي التي تربط البناء الاجتماعي بالشخصية، ونفس عناصر تكوين البناء هي بعينها عناصر تكوين الشخصية، فالقيم والادوار عناصر اجتماعية تنظم العلاقات داخل البناء وتؤكد هذه العناصر علاقة التداخل والتفاعل بين الشخصية والبناء الاجتماعي، وهو الجسر الرابط بينهما."

ومن خلال هذه التعريفات يمكن لنا ان ندرك مدى اهمية الاسرة باعتبارها اهم المصادر لإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والتربوية والاقتصادية والثقافية، كما يعتبرها "خليل عبد الرحمن المعاينة" (2007: 72) بأنها: "من اهم عوامل التنشئة الاجتماعية للطفل وهي المثلة الاولى للثقافة والمدرسة الاجتماعية الاولى للطفل، والعامل الاول في صيغ سلوك الطفل بصيغة اجتماعية."

كما يرى "شبل بدران" (2002: 80) ان المتطلبات القبلية للحياة الاجتماعية التي سيواجهها الطفل تتحكم فيها الى حد ما الحياة الاسرية، وان جزءا كبيرا من مستقبل الطفل ونوع الحياة وفرصها يتوقف على نوع الاسرة التي ينشأ فيها.

ونستنتج من كل هذا ان الاسرة هي اقوى مؤسسة اجتماعية تؤثر في مكتسبات الانسان المادية والمعنوية، وهي مؤسسة مستمرة معه استمرار حياته، وهذا ما يشير الى ان الاسرة تعتبر اكبر من كونها مجرد وسيلة لتحديد النسل وتربية الابناء واعدادهم للقيام بدورهم في الحياة الاجتماعية.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية ل"ميوشن" -

2- الاسرة السوية والاسرة المعتلة:

لكلأسرة خصائص تميزها وسمات تخصها مما يجعل لها هوية تختلف عن غيرها من الأسر ، وهناك مجموعة من الخصائص التي حيثما توجد في الأسرة تجعلها إما نطلق عليها مصطلح الأسرة السوية أو الأسرة المعتلة أو الغير سوية أو الأسرة المريضة، وفيما يلي سوف نعرض أهم الخصائص التي تميز هذه الأسر:

1- **الاسرة السوية:** ويطلق عليها أيضا اسم الأسرة الصحيحة أو الأسرة الصحية أو الأسرة الفعالة في وظيفتها، وهي الأسرة التي تتميز بالأداء السليم في وظائفها وتشبع الحاجات المختلفة لأفرادها ويمكنها أن توفق بين رغباتهم وأهدافهم . وإجمالا ترى "داليا مؤمن" (1997:14-15) أن الأسرة السوية : "هي أسرة تتسم العلاقات بين أفرادها بالنضج والإشباع المتبادل ، ويكون التواصل بين أعضائها صريحا و مباشرا وواضحا ، هي أسرة تتقبل التغيير و الضغط كجزء من الحياة مع وجود أدوات تتفق مع إمكانيات الأفراد ووجود توازن اسري يتسم بأنه سوي".

ب- **الاسرة المعتلة او الغير سوية:** ويطلق عليها أيضا اسم الأسر المريضة أو المعتلة الوظيفة وهذا ما يشير إلى أن هناك طابع مرضي عام تعاني منه الأسرة ككل ، حيث يرى "وارينغ، Waring" (1986) في (حامد عبد العزيز،1986): "أن هناك أنماط معينة من التفاعلات الجامدة واللاسوية تصبغ هذه الأسرة ، بل قد تجد نوعا معينا من الأمراض النفسية يميز بين بعض الأسر ، والتي لا يعاني منها احد أعضاء الأسرة بمفرده بل الأسرة ككل، أي يظهر في كل أفراد الأسرة عندما تتجمع معا".

وهذه الأمراض النفسية التي يتميز بها بعض هذه الاسر تؤدي إلى مرض أساليب التفاعل فيما بين أفرادها وهو انعكاس لها في نفس الوقت ، وكل منها يؤدي إلى الاخر . وما يؤكد "صالح حزين" (1989-46) أن هذا

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

التفاعل المرضي يعطل تطور الأسرة الصحيحة و يعطل اداء وظائفها و اداء أفرادها، ويخلف أعراض نفسية جديدة ومواقف تصبح بعد ذلك مشاكل الأسرة.

وما يمكن أن نشير إليه هنا أن العلاقات الأسرية هي المرض نفسه أو محوره أو موضوعه الأساسي ، كما تسهم المقابلة الأسرية مع هذا النوع من الأسر في اكتشاف أن المرض في الأسرة وليس في المريض نفسه ، بل في غالب الأحيان يكون المريض بل في غالب الأحيان يكون المريض أكثر أعضاء الأسرة صدقا واعترافا في أي فرد آخر في الأسرة. فقد يلعب المريض دور - كبشالفداء- مثلا لتغطية مرض الأسرة، وهذا ما تشير له "عفاف محمود حسن" (18-1998) حيث ترى أن: "أسرة المعاق أشقياء بسبب إعاقته، إلا أن تماسكها قائما على وجود هذا المعاق، فوجوده يجعلهم يتحدثون معا ويذهبون معه للعلاج ويجتمعون ليفكرون في أمره ، وبالرغم من انه ضحية لهذه الأسرة إلا انه أكثر قدرة على مواجهة وإعلان مرض أسرته".

وما يمكن أن نستنتجه في الأخير أن الأسرة السوية هي الأسرة التي تتميز بالتماسك الذي يشجع أفرادها بالانتماء والارتباط ببعضهم البعض مما يولد لديهم الشعور بالراحة والإحساس بقيمة و مكانة أسرهم ، أما الأسرة المعتلة أو المريضة هي الأسرة التي تتميز بنقص التماسك مما يجعل أفرادها ضعيفي الانتماء لها وغير مرتبطين ببعضهم البعض ، مما يجعلهم يشعرون بعدم الامن والإحساس بعدم الراحة وهذا ما يدفعهم باتخاذ مواقف دفاعية وظهور صراعات أسرية بينهم مما قد تنعكس سلبا على أدائهم الوظيفي ، واذا كان التغيير هو الشيء الطبيعي في الأسرة السوية فالعكس هو في الأسرة المعتلة فنجد قوى المقاومة تظهر لدى أفراد الأسرة نحو التغيير .

3- وظائف الأسرة: تقوم الأسرة بإنجاز مجموعة من الوظائف والأدوار الأساسية والمتنوعة وذلك للمحافظة

على استمرار الحياة الاجتماعية، ويمكن تلخيص هذه الوظائف فيما يلي:

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية ل"ميوشن" -

1- الوظيفة النفسية والعقلية والعاطفية:

إن الاستخدام الجيد للعلاقات النفسية المتبادلة داخل الأسرة يولد أسرة حقيقية و متماسكة ومفعمة بالطاقة النفسية الفعالة مما يهيئ لها جو يتحقق فيه إشباع العديد من الحاجات النفسية الأساسية من بينها الأمن و الطمأنينة والثقة. وكل هذا يلعب دورا بالغ الأهمية في نمو ذات الطفل وتحقيق نضجه النفسي. وهذا ما تشير إليه "مريام وترز، M.waters" في (محمود حسن، 1981-24-25) في حديثها عن الأسرة والتي تؤدي حسبها واجبات حيوية لأبنائها فهي تعطيهم مأوى مريح و غداء سليم دون أن يعرضهم هذا العطاء إلى الخطر أو يجلب لهم أي قلق في حين يرى "بيرجر، Berger" أن الأسرة المضطربة وان كانت تشجع في نفسها الاضطرابات فمع ذلك هي خير من حرمانهم منها ، فضرر الطفل لعدم انتمائه لأسرة يكون اكبر من ضرر انتمائه لأسرة مضطربة. وفيما يخص الوظيفة العقلية للأسرة فيرى (صلاح الدين شروخ، 2010-194) انه في الأسرة يتفتح عقل الطفل وتنمو مداركته، وللسنوات الأولى من عمر الطفل وخاصة الخمس سنوات الأولى أهمية كبيرة جدا في بناء الشخصية وفي نموه العقلي و صحته العقلية ، ويكون للكلام دور كبير في ذلك فالطفل حسبه يمر بمرحلة السؤال بين الثالثة والسادسة، وهي من أهم مراحل النمو العقلي وبالسؤال يشبع الطفل حاجته للأمن والطمأنينة مسترشدا بالإجابات التي يتلقاها كما انه تغنى لغته .

أما فيما يتعلق بالوظيفة العاطفية للأسرة فهي تتركز على الدعامة الأساسية في تكوينها وذلك من خلال العاطفة التلقائية والميل الطبيعي المتبادل بين الزوجين والحب والمودة والألفة والتفهم ، وجميع المشاركات الوجدانية المتبادلة بينهما من ناحية والأبناء من ناحية أخرى ، فكل هذه الأمور تعكس الوحدة ال روحية والعاطفية التي تربط بين أفراد الأسرة الواحدة والتي تغرسها وظيفة الأسرة العاطفية في أبنائها.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

ب- الوظيفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية:

يرى "محمود حسن" (23.1981) بان الوظيفة الاجتماعية للأسرة تكمن في كونها تقوم بتعليم الفرد لغة الجماعة التي ينتمي إليها وعاداتها وتقاليدها وأدائها وتعمل على تدريبه على كيفية التعامل مع الآخرين ، الشيء الذي يسمح له بممارسة حياة اجتماعية و اداء دور اجتماعي يتفق مع قيم مجتمعه ويتناسب مع البيئة التي يعيش فيها. وبالتالي يمنح له المكانة الاجتماعية التي تنتقل من الأسرة بصفة آلية إلى الأفراد من أعضائها ، فالأسرة حسبه تمارس وظيفة الإدماج في المجتمع بحيث تقوم بوضع الأفراد في مراكزهم المختلفة التي تحكم تفاعلهم مع الآخرين، كما تقوم بالضبط الاجتماعي الذي يكون بمثابة الدليل الذي يوجه ويحدد مختلف سلوكياتهم وتفاعلاتهم وذلك بإقامة قواعد وقوانين اجتماعية تظهر على شكل نظام اجتماعي مرجعي لا يمكن لأحد أن يتجاوزته أو يناقضه.

كما تعتبر الأسرة وحدة اقتصادية حيث يقوم افرادها بقضاء جميع مستلزماتهم الحياتية وواجباتهم ،فيتعين على كل فرد من افرادها عمل أو وظيفة اقتصادية تساعد على الرفع من شان أسرهم والارتقاء بمستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية، فنجد كل فرد من افرادها يعمل بكل طاقة لتوفير احتياجات هذه الأسرة والإنفاق على واجبات الحياة الأسرية، وكل هذا ما تشير إليه الوظيفة الاقتصادية للأسرة.

أما فيما يخص وظيفتها الثقافية فيرى "عمر احمد همشري" (2003:-329-330) أن الأسرة تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية لإدماج الطفل في الإطار الثقافي العام للمجتمع وذلك عن طريق إدخال التراث الثقافي في تكوينه وتوريثه له توريثا متعمدا ، فعن طريق الأسرة يكتسب الطفل لغته وعاداته وعقيدته ويتعرف عن طريق التفكير السائد في مجتمعه فينشأ منذ طفولته في جو مليء بالأفكار والمعتقدات والقيم والأساليب فتتغلغل في نفسه وتصبح من مكونات شخصيته فلا يستطيع التخلص منها.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي – النظرية البنائية لـ"ميوشن" –

ونستنتج من كل ما سبق ذكره أن للأسرة وظائف كثيرة ولعل هذه الوظائف هي التي تحدد سلوك الطفل منذ ولادته وحتى سن الرشد ، وبالتالي فهذه الوظائف إذا وجدت بشكل جيد فهي تولد فرد متوازن من جميع النواحي، النفسية والاجتماعية والثقافية ...

كما لخص "مورفال، Morval" (1985) في (Jolande Gandreul, 2009) أربع وظائف رئيسية للأسرة والمتمثلة فيما يلي:

- تزويد اعضائها جسديا ونفسيا.
- توفير التوجيه والتدريب لتنمية شخصية الطفل.
- السماح للطفل بتجربة الادوار الاجتماعية المختلفة، للتعرف على مختلف مؤسسات واعراف المجتمع.
- ضمان انتقال العناصر الاساسية للثقافة مثل اللغة.

ثانيا: العلاج الاسري النسقي:

1- نبذة تاريخية وبدايات العلاج الاسري النسقي:

كانت بدايات العلاج الاسري النسقي بفضل الاسهامات الاولى لمعهد البحث العقلي (MRI) Mental "Research Institue" بمدينة "بالو التو، Palo Alto" بمقاطعة كاليفورنيا الامريكية، وكان ظهور هذا المعهد كثمرة لاجتماع مجموعة من المعالجين والباحثين امثال "باتسون (1949-1962) وجاكسون (1954-1968) وفرجينيا وبوين" ...والذين كانوا متعددي التخصصات (علم النفس التحليلي، البيولوجيا، الانتروبولوجيا، السلوكية والمعرفية، نظريات الاتصال...)، حيث اتفقوا على إنشاء هيئة علمية تبحث وتدرس خصائص النسق الإنساني، ومن هنا تم الاتفاق بالإجماع على وضع معهد للبحث العقلي (MRI)، تحت إدارة العالم

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميشون" -

الأمريكي "غريغوري باتسون، Grégory Bateson" خلال السنوات ما بين (1949 و 1962)، حيث بدأت البحوث

الأولى حول نظام التواصل في الجماعات الأسرية ، وركز الباحثون في هذا المعهد على محاولة فهم السلوكيات

التواصلية في اطار النسق الأسري وذلك إلى غاية 1968 (P.Watzlawick et autres, 2004).

وانطلقت هذه البحوث كاستجابة لوضعيات العنف السلوكي والعقلي ذات الخطر على الحياة من خلال

المساس بعدد من أفراد الأسرة الواحدة وتوليد اثار مضطربة على المحيط الاجتماعي مثل حالات الفصام ، فقد

اخذ هذا العلاج بالتطور لمواجهة مجموعة كبيرة من الاضطرابات التي ظهرت في تلك الفترة مثل الاضطرابات

الغذائية، الخوف، سوء المعاملة اتجاه الأطفال والعنف الزوجي ...ومن هنا كانت النماذج الأولية للعلاج النسقي

الأسري مهتمة أكثر باليتي الفهم والتحسين لكل من:

- التوظيف النفسي والبين -شخصي (النموذج السيكودينامي).

- التواصل والتفاعلات المتناقضة (النموذج المعلوماتي النسقي).

- التعصب، الحدود والقوانين (النموذج البنيوي).

- صراعات السلطة وحل المشكلات (النموذج الاستراتيجي أو المنظومي).

- الاختلاف بين الذوات على العديد من الأجيال، التوازن بين استحقاقات الأجيال... (Cancell, 2003).

ولإنشاء العلاج الأسري النسقي ضم باحثون Palo Alto نظريات علمية مختلفة من بينها نظريات المعلومات

لـ"نورث وينر" ونظريات المنطق لـ"الفرد نورد" ونظرية مضادات الأمراض العقلية لـ"كوبر" بدون أن ننسى

الاتجاه التحليلي الذي يرى أن الغرض يكون في العلاقات التي تكون بين أفراد الأسرة وعلاقات الفرد بحد ذاته

مع نفسه تحق قيادة "هوناي" (عباس محمود مكي، 2003، 584).

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

وهكذا معهد البحث العقلي (MRI) بمثابة مفترق طرق ابستمولوجي تجتمع فيه العديد من التيارات الفكرية والتخصصات المتعددة (البيولوجيا، الانتروبولوجيا المعلوماتية، الطب العقلي، علم النفس، علم الاجتماع...) كلها مثلت أو شكلت أرضية صلبة لأفكار باحثين Palo Alto. ولم يبق هذا الاتجاه فقط في الولايات المتحدة الأمريكية، بل تعدى ذلك لينتشر في بلدان أخرى أوروبية كإيطاليا تحت قيادة "باولو سالفيني" الذي اهتم بالأسر التي تعاني من تحولات فقدان الشهية العصبي (famille a transaction anorexique)، كما ظهر أيضا في فرنسا أين تقوى النزعة التحليلية، حيث قام "بونوا" بإدخال النموذج العلاجي النسقي على المجتمعات الطبيعية كالأسر والأزواج، كما ظهر في سويسرا على يد "كوفمان"، وفي إنجلترا على يد "ستيرلينغ"، ومنذ ذلك الحين والعلاج الأسري النسقي يكتسب أفاقا جديدة في أماكن شتى من خلال أنصاره الذين يرونه بأنه علاج أكثر كفاءة من غيره.

2- ظهور العلاج الأسري النسقي بالجزائر:

ظهر العلاج الأسري النسقي في الولايات المتحدة الأمريكية خلال السنوات الخمسينيات بفضل أعمال الباحثين حول مرض الفصام والمدرسة الشهيرة لـ"باولوتو"، ثم انتشر بعد ذلك في العديد من البلدان الأوروبية مثل فرنسا وسويسرا ليصل بعد ذلك إلى بعض البلدان العربية كالجزائر من بعد 60 عاما وبالتحديد في عام 1999 وذلك بعد دورة تدريبية نظمتها "كاشا، Kacha" بالتعاون مع المعهد الليجي (Liégeois) لممارسة شبكات العلاج الأسري تحت قيادة د.ج.م رئيس البلدية.

وجاء هذا التدريب في سياق أين شهدت فيه الجزائر مرحلة حساسة و حرجة بعد تاريخ استقلالها، بحيث كان هذا السياق مبنى على المعاناة والصدمات (الإرهاب الكوارث الطبيعية...) وظهر هذا التدريب أيضا نتيجة للدور الذي احتلته الأسر الجزائرية في تشكيل و تكوين أفرادها، ولهذا وصف العلاج الأسري آنذاك في سياقات أسرية تهدف إلى خلق دينامية أسرية جديدة وبناء الثقة وغرس الأمل كأساس لأي عملية إصلاحية.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميشون" -

كما أضاف "بوصفصافزوبير" انه من خلال مقابلاتهم العيادية في مجال الصحة النفسية المدرسية ، كانوا يستقبلون أطفال لديهم أعراض مختلفة (صعوبات مدرسية ، اضطرابات التعلم ، اضطرابات سلوكية ، العنف داخل الأسرة...)، وكان الطلب غالبا ما ينبع إما من الآباء أو من المعلمين ، والشيء الذي دفعهم إلى اقتراح مقابلات أسرية هو عندما وجدوا بان العرض الذي يظهر على الطفل هو مولد للمعاناة والصراعات داخل الأسرة من جهة، ووجدوا أيضا تكرار في أنماط المعاملات المدمرة داخل الأسرة (العنف ، سوء المعاملة ...) من جهة أخرى ومن هنا كانت انطلاقة العلاج الأسري النسقي بالجزائر إلى يومنا الحالي (lab.univ-batna.dz).

3- تعريف العلاج الاسري النسقي:

يهتم العلاج الأسري النسقي بالعلاقات الأسرية داخل الأسرة وبتاريخها ، حيث يتواصل أفراد هذه الخلية الأسرية ويتفاعلون فيما بينهم حسب قواعدهم الخاصة بهم ، وهذه القواعد تحكم وتنظم الروابط والعلاقات بين هؤلاء الأفراد، ويميل هذا الاتجاه إلى وصف الحالة الأسرية في تفاعلاتها كما يركز على اعتبار الأسرة هي وحدة العمل العلاجي و ليس الفرد المريض بمعنى أن المعالج يتعامل مع الأسرة ككل .

ولقد تعددت تعريفات العلاج الأسري وفيما يلي سوف نعرض البعض من هذه التعاريف :

يعرف "فرانسوشوز، Franche Chose" في(عبد العزيز، 2001:185) العلاج الأسري على انه: "أسلوب علمي مخطط يركز فيه المعالج الأسري على سوء التكيف الأسري في أي ناحية ترتبط بسوء التوظيف الأسري ، يتركز العلاج على الأسرة كوحدة كلية مستخدما أشكال المقابلات سواء فردية أم جماعية لزيادة فعالية توظيف الأسر".

كما يعرف "Von Bertalanffy"(1973)العلاجات النسقية بأنها: "تلك العلاجات التي استمدت تسميتها من كلمة الانساق ، أي أنها تعود إلى نظام في كليته ، فالنظرية النسقية ولدت ضمن نموذج رياضي تم تحويله

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

إلى المجتمعات الإنسانية ، بحيث يعد العالم البيولوجي "Luwing Von Bertalanffy" ، أول من عمل على النظرية العامة للنظم في مؤلفه حول "عمل الأنظمة البيولوجية الاقتصادية الرياضية والإعلامية" ، فالنظام أو النسق يعكس مجموع المواضيع التي تكوّن عناصر النظام وعلاقة المواضيع وخصائصها ، وبذلك تصبح العلاقة هي أساس قيام كل نظام ، فهو مجموعة عناصر مترابطة فيما بينها أي أنها متصلة بواسطة علاقات بحيث إذا تغيرت احداها لحق التغيير بالباقي وتكون النتيجة هي أن المجموعة قد تحولت".

كما يرى "علي الدين السيد واخرون" (1999:142) أن العلاج الأسري يعني : " أن الأسرة كلها وليس الفرد الذي يتطلب معه للعلاج ، وهو على الأساس علاج نفسي اجتماعي يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي ومحاوله التغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة".

كما يضيف "مفتاح عبد العزيز" (2001:185.186) على أن العلاج الأسري هو : "أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعالة في العلاقات الأسرية وذلك من خلال عمليات التفاعل الصحي بين أفراد الأسرة وتوفير الفرص المحققة له تحت توجيه المعالج النفسي ، والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية لتحقيق تعايش بين أفراد الأسرة و بحيث تتحقق افضل صور التفاعل الايجابي ، وموقف العلاج الأسري دائما تفاعلي ووحدة متكاملة ولايكون المدخل إلا مدخلا جمعيا ، أي انه موقف لا بد وان يشمل كل أو معظم أفراد الأسرة وبدرجات متفاوتة وفقا لموقع وأهمية كل فرد فيها".

وفي الأخير يرى "الشناوي" (ب ت، 427) أن العلاج الأسري : "يركز على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض ، بمعنى أن المعالج يتعامل مع الأسرة ككل والتصور الأساسي الذي يقوم عليه هذا النوع من العلاج هو انه أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحا واقتصادية أن نتعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة النووية عما لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضع الإرشاد أو العلاج ، وتكون

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

مهمة المعالج في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يحتفي السلوك المضطرب". وحسب "V.Satir" في (اسيا خرشي: 21.2009) فهي ترى أن العلاج الأسري هو : "كالتحليل النفسي طريقة ونظرية ، طريقة علاجية تطبيقية متميزة ، وهي وجهة نظر نظرية التي خلال السنوات الأخيرة تحققت بوضوح كنظرية وكنموذج نسقي".

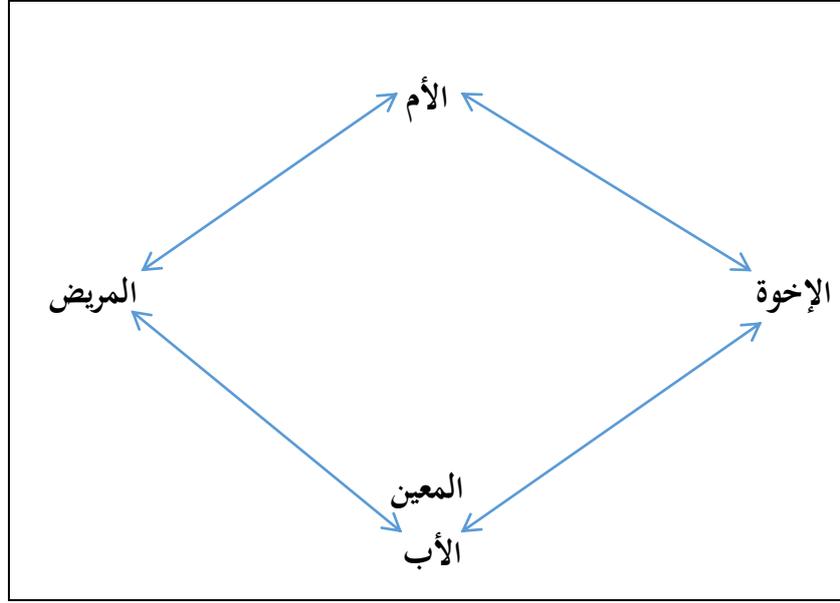
وما يمكن أن نستنتجه من خلال كل هذه التعاريف للعلاج الأسري النسقي انه يركز على اعتبار الأسرة هي وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض أو المضطرب بمفرده ، فالمعالج يتعامل مع الأسرة ككل كما يستند على مساعدة الفرد المريض في حل مشاكله مع أفراد أسرته بدلا من إلقاء اللوم عليهم .

فالعلاج الأسري ينظر إلى المشكلات في إطار منظومة الأسرة ويركز على الطريقة التي تتركب وتنظم بها هذه المنظومة، كما ينظر إلى المريض على انه نتيجة للطريقة الخاطئة التي تنظم بها هذه المنظومة ، ولكي يحدث التغيير المطلوب فان الاهتمام ينصب على تغيير منظومة العلاقات بدلا من التركيز على الجوانب النفسية الداخلية للفرد المريض، بحيث يحاول المعالج تغيير و مساعدة الفرد صاحب المشكلة ولكن بشكل غير مباشر عن طريق تغيير تركيب ونسيج العلاقات داخل أسرته.

وحسب "غنية بوفرميل" (12.2015) في المجال العلاجي الأسري ذو المقاربة النسقية ، يعتمد المعالج على بعض النماذج للتفاعل داخل الأسرة ، ومن أكثرها شيوعا نجد "نموذج التفاعل الدائري" كما هو موضع في الشكل التالي:

الشكل رقم (1): يبين نموذج التفاعل الدائري المستعمل

في العلاج الأسري حسب "غنية بوفرميل" (2015).



وحسب "غنية" (2015-12-13) هذا النموذج التفاعلي المستعمل في العلاج العائلي النسقي يستجيب إلى

خمسة مبادئ تعد أساسية وقاعدية في مسار العملية العلاجية، والتي سوف نعرضها في العنصر الموالي.

4- مبادئ العلاج الأسري النسقي:

ترى "بومعزة فتيحة وآخرون" (2015، 22) أن العلاج الأسري النسقي يقوم على جملة من المبادئ والتي تتمثل

حسبها فيما يلي:

- "الأسرة عبارة عن نسق يمتلك تنظيم وبنية مكونة من مثلثات، أدوار، قوانين وأهداف، كما أنها قادرة على

تحقيق التوازن الذاتي، وتشكل من أفراد لديهم تفاعلات وتواصل مستمر ودائري فيما بينهم.

- التاريخ العائلي يؤثر على الفرد، حيث ينقل معه وإليه القيم، الانفعالات والسلوك عبر أجيال متعددة.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

- يلاحظ المتدخلون في العلاج النسقي السيروورة التفاعلية للأسرة، ويولون الأهمية لمختلف دورات الحياة (تكون الزوج الوالدي، ولادة الأبناء، المراهقة والشيخوخة).
- يفهم العرض من خلال إظهار التأثير المتبادل للاتصال وسلوك كل فرد نحو الأفراد الآخرين من الأسرة.
- المهم ليس معرفة لماذا يتصرف الشخص بهذه الطريقة ولكن الالهم في أي نسق أو سياق إنساني، يمكن لهذا التصرف أن يكون له معنى.
- يعمل المعالج الأسري على الحث على التفرغ للانفعالات، الاهتمامات الإيجابية والمجهودات المبذولة، وذلك بفك الترميز حتى يتمكن كل فرد من فهم الآخرين والوعي بالأدوار الموكلة إليهم.
- مساعدة المريض داخل النسق الأسري ودفعه نحو التغيير، معناه أيضا دفع افراد الأسرة الآخرين لتقبل التفكير في أدوارهم ووظائفهم، والتغيرات في كل فرد تعتبر ضرورية إذا أرادت الأسرة تجاوز الأزمة والوصول إلى التوازن".
- وتضيف "غنية" (2015: 12-13) في هذا الصدد، أن النموذج التفاعلي المستعمل في العلاج الأسري النسقي، يستجيب لخمس مبادئ، تعتبر أساسية وقاعدية في مسار العملية العلاجية، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:
 - "يستحيل على كل فرد في وضعية تفاعل بأن لا يتواصل.
 - يظهر كل إتصال مظهرين: المحتوى ونمط العلاقة.
 - طبيعة العلاقة تتوقف على توقيت فترات التواصل، ففترات الصمت، والأزمة التي تفصل مقابلتين تعتبر مهمة وفاعلة.
 - هناك نوعين من الاتصال: الاتصال اللفظي، والاتصال الغير لفظي (الإيماءات، الوضعيات، الحركات...).
 - تكون التبادلات نسقية أو تكميلية".
- وما يمكن أن نستنتجه في الأخير أن كل هذه المبادئ التي تم الإشارة إليها، تعتبر أساسية وقاعدية في مسار أي عملية علاجية، والعلاج الأسري بصفة عامة والنموذج النسقي بصفة خاصة.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

5- أنواع المشكلات التي يتعامل العلاج الأسري، وأسباب اللجوء إليه:

يعتبر العلاج الأسري شكل من أشكال العلاج النفسي والاجتماعي، والذي يعمل على كشف المشكلات الناجمة عن عمليات التفاعل والاتصال بين أعضاء الأسرة كنسق، ومساعدة أعضائها كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل الغير سوي فيما بينهم، ويتعامل العلاج الأسري مع أنواع عديدة من المشكلات، لخصها "الزيادي" (1987: 449) فيما يلي:

- "مشكلات الانفصال عن الأسرة، مثلما نجد بعض الأفراد الاعتماديين الذين اضطروا إلى الانفصال عن الوالدين نتيجة الزواج أو السفر للدراسة أو الالتحاق بالعمل...
- الأسر التي يتبادل فيها أعضاؤها إسقاطاتهم، حيث نجد كل فرد في الأسرة يرى السمة الشخصية أو المشاعر الذاتية في الآخرين، في حين أنه عاجز تماما عن رؤيتها في نفسه.
- الأسر التي تتسم ببناء معرفي مشوش وعلاقات غير متسقة.
- الأسر التي تتسم بعلاقات شخصية متبادلة يسودها الجمود الزائد".

بالإضافة إلى هذه المشكلات التي يتعامل معها العلاج الأسري، يوجد أسباب كثيرة للجوء إلى هذا العلاج، وتكون مقبولة للعمل مع أفراد الأسرة، أكثر من العمل مع الفرد لوحده، ولخصت "المؤمن" (2004: 98-99) هذه الأسباب كالتالي:

- "يتأثر الأفراد بشدة ويؤثرون في أسرهم، ومن ثم فإن العمل مع شخص مستقل عن أسرته يتجاهل مصدرا هاما من تطوره النفسي.
- من المهم تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة كي يتم تغيير سلوك أعضائها.
- عادة ما تؤثر مشكلة العميل على الأعضاء الآخرين في الأسرة.
- يحصل أعضاء الأسرة الآخرون على فهم أكبر لأنفسهم وأنماط تفاعل أسرهم من خلال المشاركة في مشكلة عضو معين من أعضاء الأسرة.
- إذا كانت المشكلة في الأسرة فإن من النادر أن يستمر التقدم الذي يحققه العلاج الفردي، فالتقدم في العلاج يحدث عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم، وإلا فإن كل الجهود تنهار ويعود المريض إلى حالته المرضية وذلك بسبب الصراع أو الصدام الخفي والذي يعبر عن العلاقة الأسرية المريضة.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

- هذا النوع من العلاج هو أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحا واقتصادية لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضوع الإرشاد أو العلاج.

- يعكس الفرد المريض في اضطرابه جانبا محدودا من مرض والديه أو أعضاء أسرته".

وما يمكن أن نستنتجه في الأخير أنه ليس بالضرورة أن نلجأ للعلاج الأسري النسقي في كل المواقف والحالات، باعتبار أن هذه المواقف تختلف من أسرة لأخرى، وأن كل أسرة هي حالة خاصة (حسب ظروفها، ونسقتها الأسري)، فيجب أولا اللجوء إلى التقييم الأسري الخاص بكل أسرة، ثم نقرر بعد ذلك ما إذا استوجب اللجوء إلى هذا العلاج (العلاج الأسري) أم لا هذا من جهة، كما أن اقتراح المعالج الأسري مجال الأسرة دون إلمامه ببناء عملي ونظري ووضعه خطة عمل مناسبة يجد من كفاءته، ويصبح غير قادر على التعامل مع الأمور تعاملًا عمليًا مهنيًا من جهة أخرى، ولهذا من الضروري استخدام المعالج الأسري نموذج علاجي مناسب ويكون ذو خلفية عملية ونظرية واضحة وذلك بغرض تسهيل العملية العلاجية وجعلها أكثر فعالية.

6- أهداف العلاج الأسري النسقي:

قد يكون من الصعب تحديد أهداف معينة لممارسة العلاج الأسري، حيث تختلف الأهداف باختلاف وضعية التغيير المطلوب إحدائه في النسق الأسري، ووفقا لطبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة، كما أن طبيعة النموذج العلاجي الذي سيمارس مع أسرة معينة يساهم في تشكيل الهدف من التدخل العلاجي، لذلك فقد تباينت الأهداف في الكتابات التي تناولت موضوع العلاج الأسري النسقي، ويمكن إيجازها في النقاط التالية:

- إعادة تنظيم تفاعلات الأسرة بالشكل الذي يساعدها على الأداء المناسب لوظائفها وتحقيق أفضل درجات التكيف بين أعضائها (محمد سلامة غباري: 1999، 7).

- محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة، وتقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة، وكذلك العمل على تحقيق نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو أسري مشبع (حامد الفقي، 1984).

- التأكيد على تدرج السلطة داخل الأسرة، وإعادة بناء الانقسامات بين أعضاء الأسرة، وإعادة تشكيل وصياغة المشكلات حتى يمكن حلها، وطلب مساعدة كل أعضاء الأسرة للاشتراك في حل مشكلاتهم (Kottler and Brown, 1992).

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميشون" -

- تحسين أداء الأسرة كنظام وذلك من خلال تقييمها أولاً كوحدة كلية ثم وضع خطة تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها (داليا المؤمن: 2008، 97).

- المحافظة على وحدة وكيان النسق الأسري، وتنمية روح الجماعة الأسرية.

- خلق مناخ أسري مناسب لإحداث تغييرات إيجابية داخل الأسرة بما يساعدها على حل مشاكلها المختلفة.

كما لخص فهد "حمد المغلوث" (1999، 26) أهم أهداف العلاج الأسري فيما يلي:

- "العمل على تحقيق التوازن للذات الأسرية، وذلك من خلال مساعدتها على بلوغ أقصى ما تتمكنها

ظروفها من إشباع لحاجات الأسرة ولحاجات أفرادها وتقوية بنائها اجتماعياً ونفسياً واقتصادياً.

- تقوية القيم الإيجابية للأسرة وتدعيم قواعدها ومساعدتها على ترك وإهمال الجوانب والقيم السلبية التي تؤثر على الأسرة.

- مساعدة أفراد الأسرة الذين لديهم مشكلات قد تحتاج إلى العمل معهم كأفراد لحل مشكلاتهم.

- مساعدة الأسرة على تقوية روابطها الأسرية ومساعدتها على استعادة تماسكها.

- تغيير أنماط الاتصال بين أفراد الأسرة على مواجهة مشكلاتها.

وتحتاج الأسرة للمساعدة والتدخل عندما تواجه مجموعة من المواقف منها:

- حدوث تغير في بعض أدوار أحد أفراد الأسرة.

- حدوث مواقف غير متوافقة في حياة الأسرة مثل حالات المرض والهجر والطلاق والوفاة.

- وجود إعاقة لدى أحد أفراد الأسرة مثل إصابة أحد أفرادها بالتخلف العقلي".

وبالإجمال ما يمكن أن نستنتجه في الأخير هو أن الهدف العام للعلاج الأسري النسقي لا يختلف عن أهداف

العلاجات النفسية الأخرى، والتي كلها في الأخير تهدف إلى تحسين الأداء الاجتماعي وإعادة التوازن وتحقيق

التكيف بين أفراد الأسرة الواحدة.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"ميوشن" -

7- مراحل العلاج الاسري النسقي:

لا يوجد حتى الآن اتفاق على مراحل العلاج الأسري النسقي، وطبيعة كل مرحلة، فقد اختلف المعالجون الاسريون في تحديدهم لهذه المراحل من حيث العدد، نتيجة لاختلاط المداخل النظرية والثقافية وتباين خبراتهم العلاجية، حيث يرى بعض المعالجين أنّ هناك أربع مراحل أساسية للممارسة العلاجية الأسرية، بينما يرى آخرون أنّ هناك ثلاث مراحل للعلاج، وإذا رجعنا إلى وجهتي النظر، نجد أنّ الاختلاف يكمن في المسميات فقط، وليس في الجوهر، كما أنّه يصعب الفصل بين المراحل المختلفة للعلاج، والجدول التالي يوضّح أهم مراحل العلاج الأسري من وجهة رأي الطالبة والتي مرّت بها خلال العملية العلاجيّة:

جدول رقم (1): يبين مراحل العلاج الأسري:

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "منيوشن" -

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
<p>"التمهيدية - بداية الاتصال":</p> <p>- مقابلة أعضاء الأسرة لتحقيق التعارف بينهم وبين الطالبة، والتي تقوم بدورها بتقديم نفسها لهم.</p> <p>- التعرف على المشكل ومعرفة آراء كل واحد حول المشكل ومشاعر كل عضو في الأسرة.</p> <p>- الاتصال المتبادل بين أفراد الأسرة من خلال عرض وجهة نظر الأفراد وتعليق الآخرين عليها.</p> <p>- الوصول بالأسرة وأفرادها إلى حالة الطمأنينة من خلال الكشف عن المعلومات المتعلقة بالمشكل.</p>	<p>"مرحلة التركيز على المشكل":</p> <p>- البحث أو الكشف أكثر عن المشكل وما هي الصعوبات التي يخلفها هذا الأخير.</p> <p>- الاستماع لوجهة نظر كل فرد حول المشكلة.</p> <p>- تقوم الطالبة بملاحظة وتفسير أساليب أفراد الأسرة في حل المشاكل وكيفية التعامل مع الصراعات والضعغوط الناتجة عن تعاملهم مع المشكل الرئيسي.</p> <p>- ملاحظة الطريقة التي يتعامل بها كل فرد مع الآخرين.</p> <p>- ملاحظة أسلوب تعامل الأفراد مع الطالبة نفسها.</p> <p>- ما هي المساعدات التي</p>	<p>"مرحلة الاتفاق حول المشكل والتخطيط له":</p> <p>- توجيه الأساليب التي يستخدمها أفراد الأسرة للمساعدة في حل الصراعات.</p> <p>- الاحتفاظ بتركيز اهتمام أفراد الأسرة على المشكل للوصول لحل بشأنه بطريقة سليمة وإيجابية وبالتالي خفض من الضغوطات النفسية والصراعات داخل الجو الأسري.</p> <p>- تثبيت الحقائق التي يصل إليها كل فرد في الأسرة.</p> <p>- احترام وجهة النظر الخاصة بالأفراد والمتعلقة بالوضع القائم.</p> <p>- إشراكهم في المسؤولية.</p> <p>- مراقبة ردّ فعل المشاركين.</p> <p>- الحصول على المعلومات</p>	<p>"مرحلة التفاعل الديناميكي ونتائج العلاج":</p> <p>- فهم أسلوب الأسرة في التعامل مع مختلف المشكلات التي ستواجهها مستقبلاً وتوجيهها لاتباع الأسلوب السليم.</p> <p>- التدعيم لكل أساليب التفاعل والاتصال والتوازن الأسري.</p> <p>- حصر نتائج العلاج مع الأسرة وتقييمها.</p>

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

	عن كلّ ما يتصل بالمشكل.	يمكنهم تقديمها. - ما التغييرات المطلوب إحداثها. - تنمية فهم الأسرة حول كيفية التخطيط للعلاج.	
--	----------------------------	--	--

ومن خلال هذا الجدول نستنتج أنّ تطبيق العملية العلاجية أو البرامج العلاجية الأسري يمرّ بثلاث خطوات أساسية، تتمثل الخطوة الأولى في التمهيد للعلاج الأسري وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، أمّا الخطوة الثانية فتكون خاصة بتطبيق خطوات وتقنيات البرنامج العلاجي الأسري مع العميل وأفراد أسرته، وفي الأخير الخطوة الثالثة والأخيرة، والهدف منها هو تلخيص الأهداف العلاجية وتهيئة أفراد الأسرة لإنهاء العملية العلاجية مع مراجعة كل المراحل العلاجية وحصر جميع نتائج العلاج مع الأسرة وتقييمها.

8- اهم النظريات والنماذج المفسرة للاتجاه النسقي:

في ضوء التّراث البحثي والتوجهات المعاصرة، لا حظنا أنّ هناك تعدد نظريات ونماذج العلاج الأسري من قبل مختلف الباحثين في هذا المجال وهذه النظريات تختلف فيما بينها في العديد من الخصائص ، باعتبار أنّ كل باحث فسّر النسق الأسري بوجهه معينة، وذلك بالتركيز على جانب معيّن فيه دون الجوانب الأخرى، كما تشترك هذه النظريات في خصائص أخرى مشتركة الهدف الأساسي منها هو مساعدة الشخص المرّ بخص (العميل) عن طريق مساعدة أسرته في حلّ مشكلاتها والتغلب على كل ما يعترّضها من عقبات، وفيما يلي سنعرض أهم هذه النظريات والنماذج التي فسرت الاتجاه النسقي:

أ-نظرية العلاج الأسري متعدد الأجيال لـ "بوين، Bowen":

هناك العديد من المعالجين الذين ساهموا في تطوير هذا الفكر إلا أنّ هذه النظرية أنتسبت لـ "ميري بوين Murray Bowen"، والتي تعدّ أحد أهم رواد مجال أنساق الأسرة والتي تأثرت بالمفاهيم النسقية في علم الأحياء (البيولوجيا)، وقد تطورت نظريتها خلال الفترة ما بين 1957 و1966، بحيث نبعت هذه النظرية من خلال خبرة

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

"بوين" التي عملت كطبيبة نفسية في عيادة منتجر في "تويكا، Topeka"، ثم انتقلت بعد ذلك إلى المعهد القومي للصحة النفسية (NIMH) (National institute for Mental health) في واشنطن.

وتختصر الفكرة الأساسية لهذه النظرية العلاجية حسب "كارين، Karime" (2008: 93) في أنّ ما هو ظاهر وفعال ما يلاحظ من أعراض وعدم فاعلية اتصالية له أصل وتعليل فيما سبق من أجيال في النسق العائلي، فمن جيل إلى جيل ينتقل "الموروث النسقي"، بما هو إيجابي وسلبي.

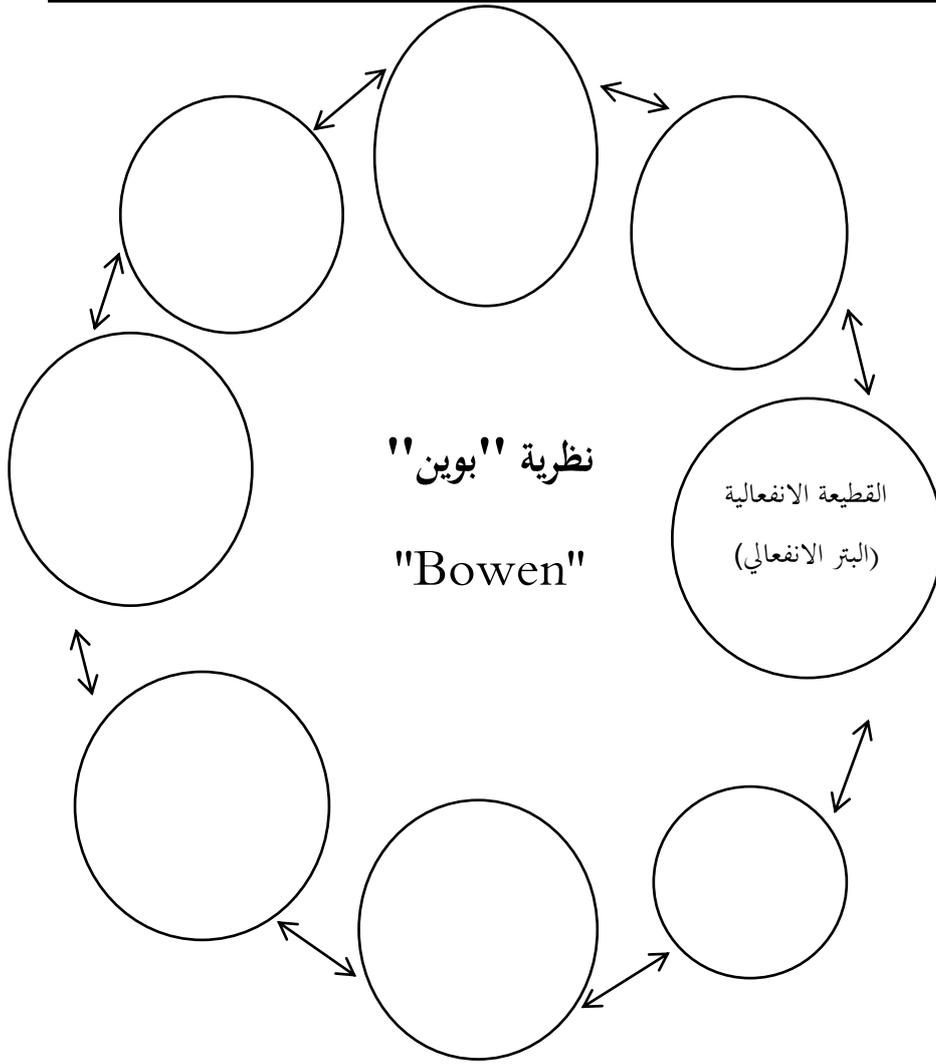
كما يذهب "صالح حزين" (1995) في (علي عبد النبي حنفي: 2006، 97) إلى أنّ "بوين" وأنصاره اتفقا على أن المشاكل الزوجية أو الأسرية الحالية هي نتيجة لمحاولة أفراد الأسرة السيطرة أو التغلب على مشاعر وصراعات لم تحل مع الأسر الأصلية، فمشاكل الأطفال النفسية ما هي إلا تجسيدات أو تشبيهات مجازية لنوع العلاقات الزوجية والتي لا تخرج بدورها عن أنّها نتاج لصراعات الآباء التي لم تحل مع أسرهم الأصلية... لذلك ينبغي عند تقييم الأسرة أو التدخل لعلاجها التركيز على اكتشاف وتببع أنماط العلاقات ومدى انتقالها من جيل لآخر.

وحسب "كواري، Corey" (1996: 201) ممارسة العلاج الأسري طبقاً لنظرية "بوين" مرتبط بمهدين رئيسيين الأول يتمثل في تقليل ظهور أعراض القلق الأسري، والثاني يتمثل في العمل على زيادة مستوى تمايز الذات لدى كل فرد من أفراد الأسرة.

وبالتالي ما يمكن أن نستنتجه من هنا أنّ الهدف من هذه الطريقة العلاجية هو تعليم المبحوضين من أن تكون لهم ذات ثابتة قوية متميزة عن نسقهم الأسري، وفي نفس الوقت إقبالهم على صلة مع نسقهم الأسري.

وهناك ثمانية مفاهيم أساسية، وهي تعتبر بمثابة مفاهيم مفتاحية لأداء الوظائف الإنسانية والتي تشكل أساس هذه النظرية ويمكن تلخيصها من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (2): يبين أهم مفاهيم نظرية "بوين Bowen"



ب-نظرية التواصل لـ "ساتير، Satir":

تعدّ "فرج نياساتير، V.Satir (1983) رائدة هذه النظرية في العلاج الأسري وتؤكد على أهمية الترابط الأسري في نموذج أطلقت عليه اسم "العلاج الأسري المشترك" "Conjoint Familytherapy". ويرى "كوراي، G.Corey" (1996: 39) أن هذه النظرية تؤكد على التواصل والخبرة الانفعالية للأسرة والطلاق في التعبير والابتكار وانفتاح الفرد على الآخرين وخوض المخاطر، ممّا يشكل محاور أساسية في نظرية التواصل. كما يرى "ساتير، Satir" في (سيّد حسن العزة، 2000: 73) بأن الطرق التي يوصل بها كل فرد مشاعره للآخرين قد تكون مقبولة لديهم أو غير مقبولة، إذا كانت غير مقبولة فإن ذلك يؤدي إلى حدوث مشاكل، لذلك ركزت "ساتير" في نظريتها على تفسير الفرد لذاته وعلى نضجه في عملية تواصله مع الآخرين، فإذا كان تقديره لنفسه عالياً كانت اتصالاته جيدة، وإذا كان تقديره لنفسه متدنياً كانت اتصالاته سيئة.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

وبالتالي ما يمكن أن نستنتجه أن هذه النظرية تؤكد وترتكز على التواصل ومهاراته لمساعدة أعضاء الأسرة، وحسب "ساتير، Satir" أحسن استراتيجية لفهم كيفية تفاعل أعضاء هذه الأسرة فيما بينهم، هي من خلال تحليل عملية التواصل بينهم، وذلك بهدف إعادة بناء أساليب التواصل الأسرية السالبة، وحسب "أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، (2011) يتحقق هذا الهدف من خلال تركيز المعالج الأسري على:

طرق التواصل داخل النسق الاسري + كيفية ارسال واستقبال اعضاء الاسرة للرسائل = اهتمام المعالج الاسري.

كما تحدثت "ساتير، Satir" في نظريتها على نمطين من الأنساق الأسرية، وهما النسق الأسري المفتوح والذي يتميز بتقبله لجميع التعبيرات عن المشاعر والتغير حسب السياقات المتغيرة وهو من صفات الأسرة الفعالة، أما النمط الثاني فهو يتمثل في النسق الأسري المنغلق أو المخلق والذي يعمل على تطبيق القواعد على نحو جامد بغض النظر عن مدى مناسبتها، كما يتميز هذا النسق بعدم قبوله لأي تغيير، فهو نظام متطلب وجامد يغلب عليه عدم التكيف.

ج-نظرية العلاج الأسري الاستراتيجي "لهيلي، Halley":

ترجع أصول هذه النظرية الاستراتيجية إلى بداية السبعينات من القرن العشرين وارتباطها بإسهامات "جاي هالي، Jay Halley"، والذي تأثر بدوره بأفكار "ميلتون اريكسون، Milton Erikson".

وحسب "كوراي، Corey (1996: 94) هذه النظرية لا تركز على إعادة حل قضايا الماضي، بل تركز على حل المشاكل الحالية، مع ميل المعالج إلى الاختصار، مركزا في ذلك على العملية أكثر من المحتوى وتوجيهها إلى التعامل مع من يعمل، وتحت أي ظروف والنظر إلى المشكلة المقدمة على أنّها المشكلة الواقعية ومجاز اللأداء النسق الأسري وفيها يعطي المعالج معظم الأهمية للقوة الهرمية، كما هو الأمر لدى "مينوشن" حيث يحتل الوالدان الموقف الأعلى للسلطة بالنسبة للأطفال بمعنى بوضع القرارات والالتزام بالمسؤولية الأسرية.

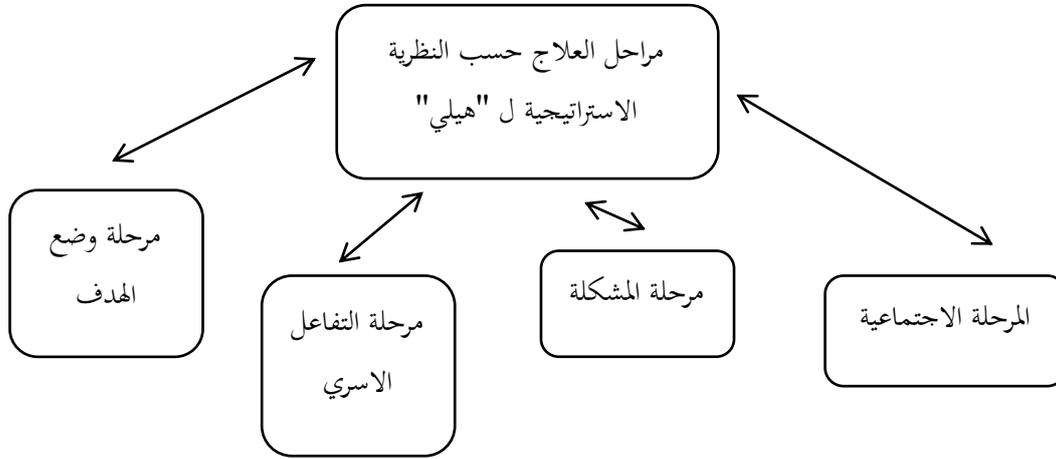
كما يرى "هيلي، Halley" (2006: 106) أنّ التفكير النسقي جاء ليدرس الكل قبل التفكير في الجزء، وهو تفكير يعطي أهمية بالغة للعلاقات بين مختلف تركيبات ذلك الكل. ويفترض أن كل نسق يميل إلى الاتزان، ولذلك تلجأ عناصر النسق إلى خلق اتحادات وتحالفات لتصبح القوة الناتجة عن الاتحاد مكافئة وموازنة لقوى أخرى في الأسرة.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

وبالتالي يعتبر "هيللي" هنا أن كل نسق يميل دوماً إلى الاتزان وذلك عن طريق التحالفات واتحادات عناصر النسق الأسري.

وللتدخل العلاجي الاستراتيجي الفعال في مساعدة أعضاء النسق الأسري على التغلب على مشاكلهم الحالية، يوضح "كوراي، Corey" (1996) على أن "هيللي" أكد على مجموعة من المراحل التي يمر بها المعالج الاستراتيجي، يمكن تلخيصها من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (3): مراحل العلاج الاستراتيجي حسب "هيللي Halley" في (كوراي، Corey، 1996):



د-نظرية العلاج الأسري البنائي لـ "مينوشن، Minuchin":

وهي النظرية المهتمة في البحث الحالي، ولهذا خصص محور خاص لذكر كل ما يتعلق بهذه النظرية في المحور الموالي. وما يمكن قوله أن العلاجات الأسرية النسقية تقوم على مجموعة من النظريات والمدارس الكبرى، والتي اشترق منها المعالجون الأسريون مجموعة من الطرق والأساليب العلاجية، التي تهدف إلى إعادة توثيق الروابط والعلاقات الأسرية وتحقيق توافق أفضل لكل فرد منها بما في ذلك المريض المقصود أصلاً للعلاج.

وحسب "كارين ألبرن وتييري ألبرت" Karine et Thierry Albenhe (2013: 164) يمكن تلخيص أكبر هذه المدارس في الجدول الموالي:

الجدول رقم (2): يبين أكبر مدارس العلاجات الأسرية النسقية (Karine et Thierry 2013: 164)

(Albernhe)

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

المبادئ النظرية الرئيسية	العادة التاريخيين (كبار المنظرين)	النموذج النسقي
<p>-مراقبة المرضى وملاحظتهم وراء مرآة ذو اتجاه واحد.</p> <p>- تطوير نظرية القيد المزدوج المتبادل.</p> <p>-إنشاء ووضع تقنيات متناقضة للعلاجات القصيرة (أوامر، وصف الأعراض...)</p>	<p>Gregory "فريغورياتسون"</p> <p>"Bateson"</p> <p>- "Richard Fish" ريشارفيش</p> <p>- "جاي هالي Jay Halley"</p> <p>- "Don Jackson" دون جاكسون</p> <p>- "Virginia Satir" فيرجينيا ساتير</p> <p>- "جون ويكلند John Weaklernd"</p> <p>- "بول واتزلاويك، Paul Wat"</p> <p>"Zlawick"</p>	<p>مدرسة "باولو التو،</p> <p>"Palo Alto" ومركز</p> <p>العلاجات القصيرة.</p>
<p>-استخدام بعض التقنيات المشتقة من التنويم المغناطيسي.</p> <p>-استراتيجية تدعى بالعلاج عن طريق الاختبار أو التجريب.</p>	<p>- "ميلتون ايريكسون Milton"</p> <p>"Erichson"</p> <p>- "جاي هالي Jay Halley"</p> <p>- "كلوي مادنز Cloé Madanes"</p>	<p>العلاجات الاستراتيجية</p>
<p>-العمل على بنية الأسرة وعلى أهمية السياق.</p> <p>-وضع مفاهيم الانتماء وإعادة البناء.</p> <p>-وضع مفهوم القائد.</p>	<p>- "سالفادور، مينوشن Salvador"</p> <p>"Minuchin"</p> <p>-</p> <p>"برونيومونثلفو BranlioMentahvo"</p> <p>- "هالمستيرلان HelmStierlin"</p>	<p>العلاجات البنائية</p>
<p>-نظرية النسق الأسري لـ "بوين".</p> <p>-علاج السياق لـ "ناجي".</p>	<p>- "ميراي بوين Murray Bowen"</p> <p>-ايفينبوزورميني ناجي</p>	<p>علاجات بين الأجيال</p>

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

	"JvenBoszormenyi-Nagy	
- الحاجة إلى منظور ثلاثي الأجيال. - العمل على الرمزية وعلى معاش المعالجين. - فن التناقض وتضخيم الأعراض.	- "كارل، ويتاكار Carl Whitaker" - "فيرجينيا ساتير Virginia Satir"	العلاجات بالتجارب
- نظرية الرنين. - إعادة صياغة المشكلات. - مبدأ "الحوار العلاجي" يسمح إعادة بناء الخطاب، إذا حول معاش المريض نحو واقع نفسي جديد. (البناء المشترك لواقع جديد).	- "جاي أوسلوز، Guy Ausloas" - "فيليب كيلى Philippe" - "موني، الكيم Mony Elkaim" - "كين جاركو Kenneth Gérgen" - "لين اوفمان Lynn Hoffmain" - "مارا سيلفيني، Mara Selrini"	البنائية والبنائية الاجتماعية.

وفي الأخير نستنتج أن هناك اختلاف في التوجهات نحو العلاج الأسري لدى الممارسين المعالجين، فالبعض منهم يجذب التقيد بمدرسة محددة من بين هذه المدارس خلال ممارستهم للعلاج الأسري، في حين أن البعض الآخر يجذب عملية الانتقاء، كما أن هناك اختلاف في هدف التدخل العلاجي، لتصحيح الأعراض المرضية أو أحداث تغيير في الفرد والأسرة، إضافة إلى ما يتعلق بطول فترة العلاج ثم في عدد أفراد الأسرة الذين يفترض ضمهم أثناء العملية العلاجية، وكل هذه الاختلافات توحى في الأخير إلى تعدد نماذج العلاج الأسري النسقي.

ثالثاً: النظرية البنائية لـ "سلفدور مينوشن، S.Minuchin":

1- تعريف النظرية البنائية:

إنّ العلاج الأسري البنائي هو واحد من نماذج العلاج الأسري المتطور ، وينسب هذا النموذج من العلاج أساساً إلى "سلفادور مينوشن" Salvador Minuchin (1967 - 1974) الطبيب النفساني الذي ولد وترعرع في الأرجنتين.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

وحسب "كارين، Karine" (2008: 83) يعتبر هذا النموذج مميزا في العلاج النفسي الأسري ، وقد سميت هذه النظرية بالبنائية، لأنها كانت تحاول وتبحث في ربط الأعراض مع تشكلات علائقية أو مع تركيبات عائلية غير وظيفية ولكن دائما في إطار اجتماعي خاص ومحدد، كما نلاحظ أنها دراسة لعائلات تتميز بالتفكك ، وتنمو في ظروف اجتماعية واقتصادية سيئة.

فبالنسبة لـ "مينوشن" في (Mony ELkaimi :232)، العلاج الأسري البنائي يجمع بين مجموعة من النظريات والتقنيات التي تعالج الفرد داخل سياقة الاجتماعي، فالمعالجون الذين ينتمون إلى هذا التيار يقترحون في المقام الأول إلى تغيير في نظام أو بنية الأسرة، فحسب وجهة نظرهم أي تغيير في بنية المجموعات الأسرية يؤدي إلى تغيير في المواقع الذي يعتبر كافي لتعديل التجارب الفردية لأفراد هذه المجموعات.

كما يضيف "جيرار سلام، Gérard Salem" (2009: 125) في هذا الصدد أن المسار البنائي يركز على التغييرات في نظام التسق الأسري ، وبالتالي حسب هذه النظرية فإن تحويل البنية الأسرية يسمح بتغيير وضعيات أفرادها، وعليه فإن تجارب كل فرد داخل هذه البنية تتغير، الأمر الذي يدفع بهذا الفرد إلى الشعور بالتغيير الذاتي.

وحسب "فهد حمد المغلوث" (1999:180) في هذا النوع من العلاج يحاول أن يركز فيه المعالج الأسري على التفاعلات والأنشطة لأعضاء الأسرة لتقرير المنظومة أو بناء الأسرة، وفيه ينظر إلى الأعراض على أساس أنها نتيجة لل صعوبات التنظيمية.

كما نشير "د اليامؤمن" (2008: 194) إلى أن المدرسة البنائية ترى أنّ الأعراض تستمد بقاءها من طبيعة واتجاه الحركة داخل بناء الأسرة، وفي الأدوار التي تمارسها الأسرة ككل والتي تعطى نمطا خاصا بها.

وفي الأخير تشير "ناتالي دوري وآخرون، Nathalie Duriz" (2012: 16) أنّ النظرية البنائية تركز على فكرة أنّ التسق الأسري يتكون من أنساق فرعية: التسق الزوجي، التسق الوالدي والتسق الأخوي ، ويتم تحديد العلاقات بين هذه الأنساق الفرعية من خلال نوعين من القواعد:

-قواعد عالمية وعمامة (هرمية السلطة، الوظائف التكاملية...)

-قواعد خاصة (التوقعات المتبادلة للأعضاء).

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

وهذه القواعد هي التي تصف الحدود بين الأنساق الفرعية، ووظيفة هذه الحدود هي حماية ميزة النسق، بحيث يمكن لهذه الحدود أن تكون واضحة أو غامضة أو جامدة، فإذا كانت الحدود غامضة معناه لدينا نسق أسري متشابك، وإذا كانت الحدود جامدة معناه لدينا نسق أسري متفكك.

وبالتالي يمكن القول بأن أهم العناصر القاعدية لهذا النموذج الأسري النسقي العلاجي يتمثل في المفاهيم والنقاط التالية: القواعد، الأنظمة الفرعية، الهدوء، وهمية السلطة. ولهذا فإن المعالجين الذين ينتمون إلى هذه النظرية يركزون على هذه المفاهيم، والتي يعتبرونها من الأساليب الفعالة لإحداث التوازن الأسري.

2- المبادئ النظرية والمفاهيم الأساسية للنظرية البنائية:

استندت نظرية "مينوشن" العلاجية على عدة نقاط والتي اعتبرت من أهم المبادئ النظرية للنموذج البنائي، بحيث لخصتها "ألبرن، Alberne (2000: 594) في النقاط التالية:

-أهمية السياق (Le centexte): بحيث يشير "مينوشن" أن الفرد الذي يعيش داخل أسرة هو عضو من نسق اجتماعي والذي يجب أن يتكيف معه، تصرفاته هي خاضعة من خصائص النسق، وت شمل هذه المميزات والخصائص آثار أفعاله الماضية والخاصة به.

-تأثير الشخصية من التغييرات الجماعية: فالتغييرات داخل النسق السري تساهم في التغييرات في السلوك والعمليات النفسية الداخلية لأفراد هذا النسق. وبالتالي التغيير في السياق قد يؤدي إلى تغييرات في الفرد.

-المراقبة بالمشاركة النشطة: عندما يعمل المعالج مع العميل أو مع أسرة العميل يصبح سلوكه الخاص به جزء من السياق، هذا يؤدي إلى خلق نسق أو نظام جديد يدعى بالنظام العلاجي، الذي يحكم قوانين جميع الأنظمة، معناه يحكم سلوك أعضائه.

بالإضافة إلى هذا يستخدم "مينوشن، Minichin (1974: 61) مجموعة من المفاهيم الأساسية لتفسير أنظمة الأسرة أهميتها: بناء الأسرة، أنظمة الأسرة الفرعية، الحدود الفاصلة، الإنجليزات والائتلافات والتحالفات.

وفي الأخير يمكن القول أنّ "مينوشن" ينظر إلى الأسرة كسياق علائقي له أنماط بنائية يمكن التنبؤ بها، وأن المشكلات النفسية والسلوكية حسبه تظهر عند الفرد في أي نسق أسري وذلك عندما يكون هناك خلل في سير أبنيه ذلك النسق، وحدّد "مينوشن" ثلاثة أبنية رئيسية تخص أداء الوظائف في الأسرة، الأول هو متعلق بالأنساق

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

الفرعية (النسق الفرعي الزوجي، النسق الفرعي الوالدي، النسق الفرعي الآخوي وأحيانا نجد النسق الفرعي وراء الأسري أو خارج الأسرة والذي يتكون من الأسرة الممتدة والأصدقاء...).

والثاني يتعلق بالحدود التي توصف من خلال تفاعلات الأسرة، وحسب "مينوشن" تعتبر هذه الحدود كقواعد تحكم أداء من ينتمون إلى النسق الفرعي، والثالث والأخير يتعلق بالهرمية بحيث يشير هذا المصطلح لوصف توزيع القوة في الأسرة (من هو صاحب القرار والتأثير). وبهذا يكون "مينوشن" قد استخدم هذه الأبنية النظرية الثلاثة لوصف ديناميات العلاقات داخل الأسرة أو النسق الأسري بصفة عامة والأنساق الفرعية بصفة خاصة.

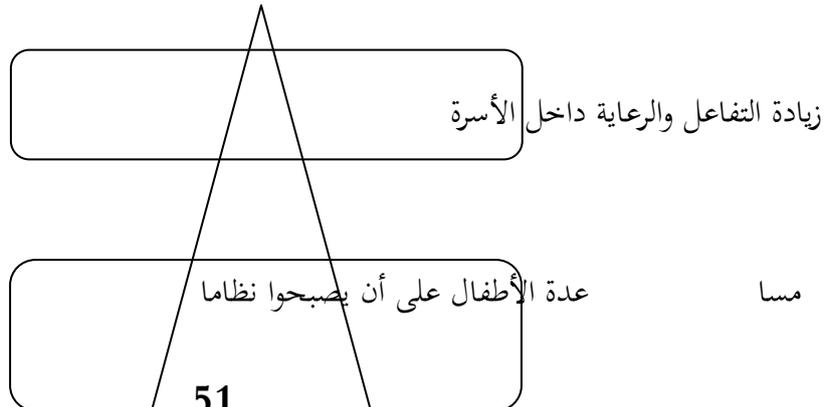
3- أهداف النظرية البنائية:

يهدف العلاج الأسري من وجهة النظر البنائية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، بحيث يرى "علاء الدين كفاي" (1999) في (علي عبد النبي حنفي، 9010: 74) أنّ أهداف النظرية البنائية تتلخص في هدفين أولهما تغيير تنظيم الأسرة، والثاني تغيير وظائفها، وهما الـ سيلان إلى أن تحلّ الأسرة مشكلاتها، كما يرى "جلادنج، Gladding" (1988: 71) أنّ النظرية البنائية تركز على ضرورة إحداث تغييرات بنائية في تنظيم الوحدة الأسرية مع التركيز على تغيير الأنماط (النماذج)، التفاعلات بين الأنساق الفرعية.

وبصفة عامة يلخص "احمد عبد اللطيف أبو أسعد، سامي محسن الختاتنة" (2011: 123) أهداف العلاج الأسري البنائي من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (4): يبين أهداف العلاج الأسري البنائي حسب "أحمد عبد اللطيف أبو سعد السامي محسن

الختاتنة" (2011: 123).



الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "مينوشن" -

من الأقران.

مساعدة الوالدين على تكييف وملاءمة بعضهما حتى
يظهروا بموقف موحد أمام أبنائهم

تأسيس بناء هرمي فعال في الأسرة.

وكل هذه الاهداف المذكورة في هذا الشكل تتماشى مع أهداف الدراسة الحالية، ويمكن القول أن الهدف الأساسي من العلاج الأسري البنائي هو إحداث تغيير في بناء الأسرة، ويندرج تحت هذا الهدف عدة أهداف ثانوية من بينها تغيير نظام التّسق الأسري مع تغيير وظائفه، إضافة إلى تغيير أنماط التفاعل الأسري الهدامة والسلبية إلى أنماط تفاعلية إيجابية، كما أنّ إعادة بناء النظام الأسري يؤدي إلى التغيير بشخصية الفرد وإكسابه خبرة جديدة.

4- الخطوات التّمودجية التي يمر بها المعالج في العملية العلاجية البنائية:

من خلال الإطلاع النظري نستنتج أن "مينوشن" وصف وركز على ثلاث خطوات رئيسية في العملية العلاجية ولخصتها الطالبة فيما يلي:

أ/ الانضمام (الانتماء أو الانتساب):

الهدف من هذه العملية هو تأسيس المعالج علاقة علاجية فعالة مع الأسرة وتقليص المسافة بينهما، بحيث تولد الثقة بينهما ممّا يسمح له بالدخول في التّسق الأسري والانضمام مع نظامه.

ب/ تقييم البنية لأسرية (التشخيص البنائي):

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ "منيوشن" -

الهدف من هذه العملية جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات المرتبط بالمشكل داخل النظام الأسري، مع القيام بتقييم دقيق لبنية الأسرة، ويعتبر "منيوشن" تقنية رسم الخريطة الأسرية من بين الت قنيات المهمة في هذه العملية والتي تسمح له بتلخيص معلوماته واستنتاجاته حول الأبنية الرئيسية (الأنساق الفرعية، الحدود، الهرمية...).

ج/إعادة البناء:

بحيث يرى "فهد حمد المغلث" (1999: 186) أنّ الهدف في هذه المرحلة هو تطوير بناء أسري قادر على التعامل مع حالات التوتر المستقبلية بطرق مناسبة.

ويركز المعالج في هذه المرحلة على توظيف مجموعة من الأساليب والتقنيات الخاصة بالنظرية البنائية، والتي تمكنه من إحداث التغيير المطلوب داخل البناء الاسري (بناء حدود جديدة، تغيير العلاقات...).

5- فنيات العلاج الأسري البنائي:

يرى الباحثون في هذا المجال أمثال "كوراي، Corey (2001) أنّ النظرية البنائية قد استفادت من فنيات العديد من المداخل العلاجية الأخرى، ويلخصها "موني الكايم، Mony Elkaim" (233-237) في أكبر ثمانية عمليات لإعادة البناء الأسري والمتمثلة فيما يلي:

- العمل على التكوينات التفاعلية المعتادة. (التفعيل)

- اللعب على المسافات.

- تعيين الحدود.

- التغلب على الضغوطات والتوترات.

- إسناد مهام علاجية.

- استخدام الأعراض.

- التحكم بالجو العاطفي.

- المساندة، التعليم والإرشاد.

الفصل الثاني: الأسرة والعلاج الأسري النسقي - النظرية البنائية لـ"منيوشن" -

وهذه التقنيات المذكورة هي موجودة بشكل تفصيلي في الفصل الخاص بتصميم البرنامج العلاجي الأسري النسقي والقائم على النظرية البنائية لمنيوشن.

وكخلاصة لهذا الفصل يمكن القول أنّ العلاج الأسري النسقي يوصف بأنه سريع التطور والمرونة، حيث أخذ مكانا متميزا وسط الأساليب العلاجية الأخرى، كما أنتزع اهتمام الكثير من الباحثين المختصين ومجالات العلوم المختلفة، ومع تعدد نماذجه واستراتيجياته التي يمكن توظيفها أثناء العمل مع الأسر، إلا أنّها جميعها تدعو إلى التركيز على التقييم المباشر لوضع هذه الأسر، وإحداث تغييرات فعالة على مستوى العلاقات الأسرية مع تحقيق التطور والنمو الأسري ككيان واحد ومتربط.

الفصل الثالث:

"الاعاقة العقلية والنسق الاسري".

اولا: الاعاقة العقلية:

- 1- تعريف الاعاقة العقلية.
- 2- الفرق بين الاعاقة العقلية والمرض العقلي.
- 3- نسبة انتشار ظاهرة الاعاقة العقلية.
- 4- تصنيفات الاعاقة العقلية.
- 5- اسباب الاعاقة العقلية.
- 6- تشخيص الاعاقة العقلية.
- 7- انماط الاعاقة العقلية.
- 8- خصائص المعاقين عقليا.
- 9- المشاكل التي يعاني منها المعاقون عقليا.
- 10- علاج الاعاقة العقلية.

ثانيا: النسق الاسري لأسر المعاقين عقليا:

- 1- ردود فعل الوالدين تجاه اعاقة ابنهم العقلية.
- 2- المراحل التي تمر بها اسرة المعاق عقليا.
- 3- الاثار التي يتركها الطفل المعاق عقليا على اسرته.
- 4- الاعاقة العقلية والاسرة الجزائرية.

تعد ظاهرة الإعاقة العقلية من القضايا المهمة التي تواجه جميع المجتمعات على السواء ولا يكاد مجتمع يخلو منها، ولهذا أصبحت هذه الظاهرة ضمن اهتمام فئات مهنية متعددة، فلقد حاول المختصون من مختلف الميادين التعرف على هذه الظاهرة كل تبعاً للتخصص وتبعاً للخلفية النظرية والمجال العلمي الذي ينتمون إليه، من حيث طبيعتها ومسبباتها وطرق الوقاية منها وكذا البحث عن أفضل السبل لرعاية الأشخاص المعاقين عقلياً ومساعدة أسرهم، وذلك باعتبار الإعاقة العقلية من المشكلات المتعددة الأبعاد، فآثارها لا تقتصر على الشخص المعاق عقلياً فقط بل تمتد إلى أسرهم أيضاً، ومن هذا المنطلق ومن خلال هذا الفصل سوف نسلط الضوء على الإطار النظري لمحور أساسي وهو الإعاقة العقلية وأثرها على النسق الأسري .

أولاً: الإعاقة العقلية:

1 - تعريف الإعاقة العقلية:

لقد تعددت تعريفات الإعاقة العقلية من باحث لآخر، فهناك من عرفها باعتبارها مشكلة اجتماعية بالدرجة الأولى، وهناك من نظر إليها على أنها مشكلة طبية، وهناك من رآها على أنها مشكلة تعليمية أو مشكلة سلوكية ونفسية، وفيما يلي سنعرض مختلف هذه التعريفات التي ظهرت حول الإعاقة العقلية:

أ - التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية على أنها مشكلة طبية:

أوردت "علا عبد الباقي إبراهيم" (2000: 27-28) بعض التعريفات الطبية للإعاقة العقلية منها:

تعريف تريد جولد، Tredgold (1952) للإعاقة العقلية هي: "حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي أو اكتمال ذلك النمو".

ولقد أشار جرفيس، Jervis (1952) في تعريفه حول الإعاقة أنها: "حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي

نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينية أثناء فترة التكوين".

ويضيف بنوا، Benoit (1909) في هذا الصدد أن الإعاقة العقلية هي "حالة قصور وظائف العقل نتيجة عوامل

داخلية في الفرد أو خارجية عنه، تؤدي إلى ضعف في كفاءة الجهاز العصبي، ونقص في القدرة على التكيف".

كما يعتبر دول، Doll (1941) في (عبيد، 2000: 28) "الشخص المعاق عقليا بأنه كل شخص تتوفر فيه

المحكات التالية:

- "عدم النضج والكفاءة الاجتماعية والمهنية.

- نقص من الناحية العقلية مقارنة بالفرد العادي .

- ظهور الإعاقة في سن مبكر.

- انه سيكون معاقا عقليا في سن البلوغ.

- له أصل وراثي أو تكويني أو مكتسب.

- غير قابل للعلاج".

كما تعرف "وزارة الصحة البريطانية" (1959) في (محروس الشناوي، 1997: 36) الضعف العقلي الشديد: "حالة

من النمو المكبيل أو غير المكتمل للعقل تشمل انخفاض الذكاء وذات طبيعية ودرجة تجعل المريض غير قادر على

حياة مستقلة لحماية نفسه من الاستغلال وصد الأخطار أو يصبح غير قادر على هذا النحو في السن التي تحتاج

فيه لذلك، أما الضعف العقلي فيشير إلى حالة تشمل انخفاض في الذكاء وذات طبيعة أو درجة تستلزم أن تكون

قابلة للعلاج الطبي أو غير من الرعاية الخاصة أو التدريب للمرضى".

ونستنتج من كل هذه التعريفات الطبية أنها كلها في الأخير اعتبرت الإعاقة العقلية على أنها حالة توقف أو عدم اكتمال أو تأخر في نمو الدماغ نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو بسبب عوامل جينية أثناء فترة التكوين.

ب المتعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية على أنها مشكلة اجتماعية:

لقد تعددت التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية من الناحية الاجتماعية ونجد من بينها:

تعريف "عبد الرحمن سليمان" (1998: 40) حيث اعتبر الإعاقة العقلية على أنها: "افتقار المعاق إلى الكفاءة الاجتماعية والمعاناة من حالة عدم التكيف".

كما يعرف الشخص المعاق عقليا في (Sambert, 1981 : 12) على أنه: "شخص غير كفء اجتماعيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحده وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية وتخلفه يحدث من الولادة و في سن مبكرة". كما أوردت "علا عبد الباقي ابراهيم" (2000: 28) مجموعة من التعريفات ذات الصلة بالموضوع نذكر منها ما يلي:

تعريف "ساراسون، Sarason" (1953) حيث عرف الإعاقة العقلية على أنها: "حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي، وتصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي".

وأضاف "دول، Doll" (1941) في هذا المجال على أن الشخص المعاق عقليا: "هو شخص غير كفء اجتماعيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحده وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية، وأن تخلفه يحدث من ذ الولادة أو في سن مبكرة".

وكل هذا يدل على أن معظم هذه التعريفات الاجتماعية تعتبر الإعاقة العقلية على أنها حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن التكيف مع الآخرين ويجد صعوبة كبيرة في ذلك مما يجعله دائماً غير قادر على الاستقلالية وبمحااجة إلى رعاية ومتابعة وإشراف ودعم من قبل الآخرين المحيطين به.

ج- التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية على أنها مشكلة تعليمية وتربوية:

يعتبر "كيرك، Kirk" (1972) في (عبد النبي، 2004: 24) الطفل المتخلف عقلياً القابل للتعلم: "هو الذي بسبب بطئ نموه العقلي يكون غير قادر على الاستفادة من برنامج المدارس العادية، ولكن لديه طاقات النمو التالية:

- تعليم بسيط في القراءة والكتابة والحساب والتهجي...

- إمكانية التوافق الاجتماعي للدرجة التي يمكن أن يمضي في المجتمع معتمداً على نفسه.

- ملاءمة مهنية في الحدود الدنيا تمكنه فيما بعد أن يعول نفسه ولو بشكل جزئي أو كلي.

أما الطفل المتخلف عقلياً القابل للتدريب فهو الشخص الذي يكون غير قادر بسبب ذكائه المتدني على التعلم في فصول المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ولكن لديه إمكانيات أن يتعلم ما يلي:

- الرعاية الذاتية.

- التوافق في المنزل والأماكن المجاورة التي يعيش فيها.

- إمكانية اقتصادية في البيت أو في المعهد".

كما أشارت "كريستين إنجرام، Christine Ingram" (1953) في (علا عبد الباقي إبراهيم، 2000: 29) أن الطفل المعاق عقلياً هو: "ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي، وتقع نسبة ذكائه بين (50-75) ويطلق عليه مصطلح بطيء التعلم".

وهذا ما يشير إلى أن هذه التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية على أنها مشكلة تعليمية وتربوية تجد الشخص المعاق عقليا هو ذلك الشخص الذي لديه قصور في مستوى أدائه في مجالات النضج والتعلم والتكيف والتحصيل الدراسي مقارنة بقرانه العاديين . وبالتالي تعتمد هذه التعريفات على هذا القصور في اكتساب مهارات التعلم ومدى هذا القصور في القدرة التحصيلية أثناء تعريفها للإعاقة .

د- التعريفات السيكومترية (الإحصائية) للإعاقة العقلية:

أورد "الشناوي" (39-40: 1997) مجموعة من التعريفات حول الإعاقة العقلية في هذا المجال ونذكر منها ما يلي:
يعرف "والين، Walin" (1949) الفرد المتخلف عقليا على انه: "ذلك الفرد الذي يخفق عن استخدام الاختبارات النفسية المقننة معه في الحصول على نسبة ذكاء أو عمر عقلي عن مستوى معين".

كما يعرف "زجلر، zigler" (1973) الخاصية الأساسية للتخلف العقلي هي "ذكاء أدنى من الذي يظهره العدد المتوالي لمجموعة مرجعية مناسبة".

كما يثير "سبيتز، spitz" (1963) على أن التخلف العقلي هو "حالة من النمو العقلي المتأخر تتحدد بنسبة ذكاء أدنى من (70) على اختبار فردي مقنن للذكاء وهي حالة أحسن ما تعرفه عنها قد وجدت قبل سن الثالثة من عمر الفرد".

ويذكر "صبحي سليمان" (26: 2006) بان المعاق عقليا هو "ذلك الشخص الذي يقل ذكاؤه عن (75) درجة عن مقاييس الذكاء".

ونستنتج من هذه التعريفات السيكومترية أنها تهتم بمقارنة الفرد المعاق عقليا بمجموعة معيارية من الأفراد العاديين أو مقارنة أدائية بمستوى أداء معين مثل نسبة الذكاء أو العمر العقلي، وكذلك تعتبر الشخص الذي يقل ذكاؤه عن 75 درجة على مقاييس الذكاء لديه إعاقة عقلية .

هـ - التعريفات النفسية والسلوكية للإعاقة العقلية:

هناك العديد من التعريفات السلوكية والنفسية حول الإعاقة العقلية ونذكر منها ما يلي:

تعريف "بندا، Benda" (1954) في (الشناوي، 1997: 37) حول الشخص المعاق عقليا: "فهو ذلك الشخص الذي يحتاج إلى إشراف ومراقبة ومتابعة".

وكذلك يرى "بوزير، Poser" (1969) بأن التخلف العقلي يؤدي بالفرد إلى المستوى الأدنى من ذلك المستوى الموقع في مثل عمره.

ومن وجهة نظر نفسية، فتتحدث الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (1985) عن المعاق عقليا في (Joseph Ndayisaba et Nicole De Grandnont, 1999 : 204) وتصفه من خلال السمات الأساسية التالية:

- " أداء وظيفي عقلي منخفض عن المتوسط.

- تلازم انخفاض الأداء الوظيفي العقلي مع القصور الواضح في مستوى السلوك التكيفي للفرد.

- أن يحدث الانخفاض في الأداء الوظيفي العقلي قبل سن 18".

وبالرغم من هذه الاختلافات والتعددات في الآراء من باحث لآخر حول تعريف الإعاقة العقلية والشخص المعاق في مختلف المجالات وتبني كل واحد منهم في تعريفه مجال معين (طبي، نفسي سلوكي، تربوي وتعليمي، اجتماعي وسيكومتري...) إلا أن هناك بعض الباحثين من أدمجوا مجموعة من هذه المجالات في تعريفهم للإعاقة العقلية ونجد من بينهم:

التعريف الجديد للجمعية الأمريكية (2002) للتخلف العقلي في (احمد وادي، 2009: 36-37) حيث اشتمل على ثلاث عناصر أساسية للإعاقة العقلية:

● " القدرات الوظيفية الذكائية:

ويمتاز الأفراد المعاقين عقليا بان لديهم قدرات وظيفية ذكائية أدنى من المتوسط ويستعمل فريق الجمعية الأمريكية علامة الفصل 70 على اختبار الذكاء.

● السلوك التكيفي:

هو مجموعة من المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية والتي يقوم بتعلمها من قبل الأفراد ليتمكنوا من العيش في الحياة، ويعاني الأفراد المعاقين عقليا من صعوبات في هذه المجالات بسبب عدم امتلاكهم المهارات اللازمة في مواقف محددة.

● أنظمة الدعم:

بحيث يحتاج كل فرد إلى أنظمة الدعم الخاصة في الحياة، ويحدد الدعم وفقا لدرجة الشدة وتشمل هذه الأنظمة على أربعة مستويات: المتقطع والمحدد والمكثف والدائم".

أما تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (33: 2013: DSM-5) تصنف ضمن المحور الثاني في فئة الاضطرابات العصبية النمائية وتعرف الإعاقة

العقلية على أنها: "اضطراب يظهر خلال فترة النمو التي تشمل عجزا في كل الوظائف العقلية التكيفية في

المجالات: المفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

-العجز في الوظائف الفكرية مثل: التفكير وحل المشكلات، والتخطيط والتفكير المجرد، والتعلم الأكاديمي

والتعلم من التجربة.

-عجز في الأداء التكيفي الذي يؤدي إلى عدم تلبية معايير النمو والمعايير الاجتماعية والثقافية من أجل الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية، بدون الدعم المسفر فان الصعوبات التكيفية تحد من العديد من أنشطة الحياة اليومية مثل: التواصل، المشاركة الاجتماعية والاستقلالية في بيئات متعددة مثل: البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

-الأعراض يجب أن تظهر خلال فترة النمو".

كما تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) في (معمرية، 2007: 12) "أنه حالة من توقف النمو العقلي يصاحبه قصور في المهارات والقدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية وأيضا قصور في السلوك التكيفي". وفي هذا الشكل سوف نعرض التداخل بين تعريف الإعاقة العقلية من جانب العلوم المختلف:

الشكل رقم (5): التداخل بين تعريف التخلف العقلي من جانب العلوم المختلفة.



وما يمكن استنتاجه من خلال هذا الشكل انه توجد تعاريف مختلفة للإعاقة العقلية تختلف باختلاف جوانب العلوم المتعددة والتي يمكن تلخيصها هنا في: الجانب التعليمي و التربوي الذي يركز على سلوكيات الفرد في مجال التعلم وتحصيله الدراسي، الجانب السيكومتري الذي يركز على نسبة ذكاء الفرد، الجانب الاجتماعي الذي يركز على سلوكيات الفرد التكيفية مع الآخرين، الجانب السلوكي والنفسي الذي يركز على الاداء السلوكي والاداء الوظيفي العقلي للفرد وفي الاخير الجانب الطبي الذي يركز على العوامل البيولوجية او الوراثية.

2- الفرق بين المرض العقلي والإعاقة العقلية:

مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة قديمة قدم الزمن شغلت اهتمام الباحثين والعلماء من مختلف المجتمعات بسبب تزايد انتشار هذه الظاهرة بشكل يثير الانتباه ، ومن الجدير بالذكر هنا ان نشير الى الفرق بين المرض العقلي والاعاقة العقلية وذلك من خلال التعريفات التالية :

يشير "شريت" (2008:44) في تعريفه للإعاقة العقلية أنها: " حالة انخفاض في القدرة العقلية وفي نسبة الذكاء عن المتوسط تؤدي إلى قصور في السلوك التكيفي من لحظة الإخصاب إلى سن البلوغ سن 18 سنة".

فالإعاقة العقلية تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة خلال فترة النمو قبل سن 18 نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطرابات أثناء تكوين أو إصابة مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف المخ مما تسبب لدى الفرد انخفاض في درجة الذكاء وفي مستوى الأداء العقلي وهذا الانخفاض يكون راجعا إلى حالة عدم اكتمال أو توقف أو تأخر نمو العقل.

كما يرى "عبد الرقيب أحمد البحيري" (1981: 15) " أن الأطفال المعاقين عقليا لا تقتصر مشكلاتهم على نقص الكفاءة العقلية فقط ولكنهم يعانون أيضا عدة مشكلات سلوكية وانفعالية نتيجة لما يتعرضون له من ظروف اجتماعية ونفسية وتربوية غير ملائمة خلال حياتهم وتنشئتهم".

أما المرض العقلي فهو اختلال في التوازن العقلي، فللمريض العقلي لا يعاني من نقص في درجة الذكاء ولكن ما يعاني منه هو عدم قدرته على استخدام قدراته العقلية خلال فترة محددة. (Juhel, 2007: 60)

ويحدث المرض العقلي في أي مرحلة في مراحل العم ر وعادة يحدث بعد سن المراهقة، وفي معظم الحالات يحدث للفرد بعد مروره بفترة فاشلة في تعامله مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها أو عندما يعجز عن حل بعض المشكلات فيجد نفسه عاجزا عن تحقيق طموحاته ويشعر دائما أن الآخرين يرونه غير كفء وغير قادر على عمل معين، وتكرار هذه المواقف في حياة الفرد يؤدي به إلى أنماط غير سوية من السلوك الانفعالي مثل : الاكتئاب والانسحاب، والعزلة...

ومن أهم ما يميز المرض العقلي أنه يحدث بعد اكتمال نمو العقل وان العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى الشخص المريض عقليا يرتبط بفترة المرض فقط وبعد الشفاء يعود الفرد إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي. (احمد وادي، 2009: 73)

وبالتالي ما يمكن استنتاجه في الأخير أن الإعاقة العقلية ليست مرض وإنما حالة دائمة عند الفرد، هذه الحالة متغيرة في شدتها من فرد لآخر كما تتوافق معها في اغلب الأحيان اضطرابات أخرى كاضطرابات الانتباه والإدراك والاضطرابات الانفعالية واللغوية والتفكير (De Grandnont, 1999).

كما يرى "فيلدمن، Feldman" (Feldman et Giroux, 1994: 449) "أن المريض عقليا يعاني من مرض نفسي يشوش على سلوكه ويؤثر على اتصاله مع الواقع وإذا تضاءلت قدرته العقلية فهذا بسبب مرضه أما عند المعاق عقليا فقدراته العقلية هي التي لا تلبي تماما المطلوب، اتصاله مع الواقع على الرغم من انه محدود من قدرته على حل المشاكل، لكنه لا يتأثر ويمكن أن يكون له حياة سعيدة ومتوازنة".

3-نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية:

تختلف نسبة حدوث ظاهرة الإعاقة العقلية من مجتمع لآخر، تبعا لمجموعة من التغيرات لذلك المجتمع، فهي تختلف باختلاف متغيرات متعددة من بينها متغير درجة الإعاقة العقلية، والجنس، والعمر، والمعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، إذ يشير فاروق الروسان (1998) في هذا الصدد، إلى أن تباين نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين المجتمعات تبعا لعدد من العوامل من أهمها:

- "معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هير في عام(1959) الإعاقة العقلية (أقل بانحراف معيار 1 عن المتوسط)، فان نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي (15.86%) ، في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان (1973) (أقل بانحرافين معيارين عن المتوسط) ، فان نسبة للإعاقة العقلية في المجتمع هي (2.27%).
- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ويقصد بذلك أن الفرد المعاق عقليا هو الفرد الذي تقل نسبة ذكائه عن (75) درجة في الذكاء ،و في الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقاييس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعاقين عقليا، فإن ذلك يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع من 2.27% إلى 1%.
- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: إذ تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ".(فاروق الروسان78:1998-79) .
- كما يشير كمال مرسي(1999) " أن ظاهرة الإعاقة العقلية تشكل نسبة (2-3%) من السكان، وأن هذه النسبة تتأثر بعوامل كثيرة منها المستوى الثقافي والاجتماعي، والاقتصادي في المجتمع".

كما يضيف كاشا (2002:227) في هذا الصدد " أن هذه الظاهرة في تزايد مستمر يثير الانتباه، حيث تشكل نسبة المعاقين عقليا إعاقة بسيطة 3%، من الأطفال في سن التمدرس وينتج عن زيادة هذه النسبة زيادة في المشكلات الاجتماعية، والاقتصادية، والتربوية، والأسرية".

ومن هنا نستنتج أن هناك العديد من العوامل التي تساهم في رفع نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية أو خفضها في المجتمع وأهمها: المعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، معيار العمر المستخدم في تعريفها، العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية والثقافية، ومعيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريفها.

في المقابل يتعذر التواصل إلى معرفة دقيقة حول نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية في المجتمعات العربية بصفة عامة والمجتمع الجزائري بصفة خاصة، وذلك لندرة الدراسات الإحصائية التي تستهدف تحديد حجم المشكلة من حيث المتغيرات المختلفة كالجنس والعمر...

4- تصنيفات الإعاقة العقلية: تعتبر الإعاقة العقلية غير متجانسة لدى الأفراد لوجود فروق فردية واضحة بينهم

تبعاً لدرجة الإعاقة العقلية أو سببها أو شكلها أو احتياجاتها أو طرق التعامل معها، ولذلك فلقد ظهرت العديد من التصنيفات بين الباحثين للإعاقة العقلية و نجد من أهمها ما يلي:

أ- التصنيف الطبي الإكلينيكي:

اعتمد هذا التصنيف على الخصائص الجسمية والإكلينيكية، بالإضافة إلى المظاهر البيئية والملاحظ المميزة لدى الفرد المعاق عقليا والظاهرة عليه و التي تصاحب اعاقته العقلية وهذه الحالات هي:

● متلازمة داون (المنغولية) Down Syndrome:

فحسب الشناوي (1997) يشكل ثلث (21) 10% من الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، حيث أن من بين

خمس معاقين عقليا نجد واحد من صنف ثلث (21)، وله عدة تسميات من بينها متلازمة داون نسبة إلى

الطبيب الإنجليزي "جون داون" (1866)، أين قدم لأول مرة وصف علمي لهذه الحالة مرتكزا على الصفات والمظاهر الجسمية للوجه، كما تسمى أيضا بالمنغولية بسبب تشابه سمات الوجه مع العرق المنغولي، ونرجع الأسباب المنغولية إلى وجود كروموزوم زائد ضمن كروموسومات الجنس (الزوج 23) فيصبح عدد الكروموسومات في الخلية المنحسبة (47) بدلا من (46). (Guidetti et Touette, 2004).

يتميز هؤلاء الأطفال بخصائص جسمية وعقلية واجتماعية، تختلف عن الإعاقات الأخرى، فمن الخصائص الجسمية نجد: شكل مستدير الوجه، عيون عريضة، صغر حجم الأنف ظهور اللسان للخارج، أسنان غير منتظمة، قصر الأصابع والأطراف...، أما الخصائص العقلية لهذه الفئة من الأطفال، فنجد نسبة الذكاء تنحصر ما بين (45-70) درجة ويمكن تصنيفهم ضمن فئة الأطفال القابلين للتعلم أو القابلين للتدريب. (سلامه، 2001)

● الحالات المرتبطة بعامل الريزي سي (RH) :

فحسب الشناوي (1997)، وصادق (1982) فلن هذا العامل هو أحد مكونات الدم، فإذا وجد عند شخص ما كان موجبا من حيث العامل (RH)، وإذا لم يوجد لديه كان هذا الشخص سالبا من حيث هذا العامل. الغالبية من الناس (85%)، يحملون RH موجب في فصيلة الدم، بينما تحمل القلة RH سالب، فإذا كانت فصيلة الأم تحمل RH سالب، وفصيلة الأب تحمل RH موجب، ورث الطفل RH موجب من أبيه، ويترب على دم الأم عن دم الجنين إلى تكوين أجسام مضادة في دم الأم تتسرب إلى الجنين عن طريق الحبل السري فتهاجمه وتتلف جزءا كبيرا من كرات الدم الحمراء، وفي الحالات التي لا تحدث فيها وفاة الجنين، تصل الأجسام المضادة إلى خلايا المخ فتؤثر على وظيفته وبالتالي تؤدي إلى الإعاقة العقلية.

• الاستسقاء الدماغى: Hydrocephalus

ينتج هذا النوع من الحالات عن طريق تراكم السائل النخاعى الشوكى داخل الجمجمة مما يؤدي الى زيادة الضغط داخلها مما يؤدي الى تلف انسجة الدماغ.

وترجع زيادة هذا السائل إلى وجود عائق يمنع انسيابه وجريانه بطريقة سليمة، وتحدث هذه الحالة لأسباب متعددة من بينها التهاب السحايا الذي تصاب به الأم الحاملة أو حدوث عدوى كالزهرى.

ويصل محيط الرأس إلى 85سم وتتوقف شدة الإعاقة العقلية على مقدار التلف الذي حدث في أنسجة المخ وغالبا ما يصاب الطفل الذي يعاني من استسقاء الدماغ بإعاقة عقلية شديدة. (عكاشة، 1992)

إذن أطلق اسم استسقاء الدماغ بسبب تضخم الدماغ وامتلائه بالسائل الشوكى ما بين القشرة الدماغية والدماغ او خارج القشرة الدماغية، ويمكن إجراء عملية جراحية لخفض الضغط وسحب السائل الذي يجول دون النمو السليم للطفل، وبالتالي الإصابة بالإعاقة العقلية. (كوافحة وعبد العزيز، 2010)

• القصاع، القماءة، (القزامة): Critinism

فحسب عكاشة(1992) وصادق (1982) يكون فيها الفرد قصيرا لا يتجاوز فيها طوله عن 80-90 سم في

الرشد، وترجع الى أسباب وراثية أو خلقية نتيجة لنقص إفرازات الغدة الدرقية لدى الأم الحامل، وقد ترجع إلى

عوامل مكتسبة لنقص عنصر اليود في غذاء الطفل بعد الولادة، الا مر الذي يؤدي إلى تلف المخ ويبدو على

الطفل الكسل والخمول وبطء الاستجابة والنمو النفسى والحركى، ويتأخر نمو الكلام، وتتراوح درجة الإعاقة

العقلية لدى من يعانون من القصاع ما بين إعاقة متوسطة وشديدة.

وفيما يخص الخصائص الجسمية لهذه الفئة فيرى "شريت" (2008) أنهم بالإضافة إلى تميزهم بقصر القامة، فيكون

لديهم صوت خشن، جحوظ العين، وسقوط في الشعر.

• الشلل السحائي:

هي أكثر الحالات المصاحبة للإعاقة العقلية لا سيما من الدرجات المتوسطة والشديدة فهي تمثل حوالي 50-80% من حالات الشلل السحائي، وتظهر هذه الحالات نتيجة التسمم مما يؤدي إلى القصور في تكوين المخ . (عبد المطلب القريطي، 1996)

• صغر حجم الجمجمة: Microcephaly

فحسب الشناوي (1998) تظهر نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية فلا يتجاوز محيط الجمجمة عند تمام النمو عن 18-19 بوصة (متوسط الشخص السوي 22 بوصة).

وترجع حالات صغر الجمجمة إلى أسباب وراثية أو إلى عوامل مكتسبة قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وحسب سلامة (2001) يتميز أصحابها بقصر القامة، وضعف في اللغة والقدرات العقلية.

• كبر حجم الجمجمة: Macrocephaly

حسب عكاشة (1992) تتميز هذه الحالات بكبر حجم الجمجمة وزيادة محيطها وحجم الدماغ ووزنه نتيجة لزيادة المادة البيضاء وترجع هذه الحالة إلى وجود عيب في المخ انتقل عن طريق الجينات الوراثية وتتراوح درجات الذكاء من 25-50 درجة.

• الفينيلكيتون يوريا: PhenylKetonurea

وهي الحالات التي يحدث لديها خلل في التمثيل الغذائي للحامض الأميني المعروف باسم "فينيل ألين" الذي يدخل في تكوين اللحوم بسبب ضعف في عمل الغدة الكبدية، ويؤدي ارتفاع هذا الحامض في الدم إلى تسمم خلايا المخ مما ينتج عنه موت خلايا المخ ولهذا الحالات صفة وراثية إذ يتوقف ظهورها على وجود هذا العامل

الوراثة لدى الوالدين وتحدث أيضا إذا كانت الأم مصابة أيضا بهذه الحالة مما يجعل بيئة الرحم محتوية على مستويات عالية من الفينيلأللوالكيتونات فينتج عنها إعاقة عقلية شديدة، وتتميز هذه الحالات بانخفاض شديد في درجات الذكاء واضطرابات سلوكية وحركية زائدة. (kneer, 1995)

ب-التصنيف النفسي للإعاقة العقلية:

يعتمد التصنيف النفسي للإعاقة العقلية وفقا لما يصلون إليه الأفراد من درجات (مستوى الأداء العقلي أو نسبة الذكاء) على اختبارات ومقاييس الذكاء المقننة ومن أهم هذه التصنيفات نجد:

• الجدول رقم(3): تصنيف سادوك، وسادوك Sadock and Sadock(2000):

فئة الإعاقة العقلية العميقة	فئة الإعاقة العقلية الشديدة	فئة الإعاقة العقلية المتوسطة	فئة الإعاقة العقلية البسيطة
-تبلغ نسبتها حوالي 1-2% من الإعاقة العقلية.	-تبلغ نسبتها ما بين 3-4% من الإعاقة العقلية.	-تبلغ نسبتها حوالي 10% من الإعاقة العقلية.	-تبلغ نسبتها حوالي 85% من الإعاقة العقلية.
-تتراوح نسبة الذكاء ما بين 25 فأقل.	-تتراوح نسبة الذكاء ما بين 25 إلى أقل من 40.	-تتراوح نسبة الذكاء ما بين 40 إلى أقل من 55.	-تتراوح نسبة الذكاء ما بين 55 إلى أقل من 70.
-هذه الفئة غير قابلة للتعلم أو التدريب أو تعلم الاستقلالية ولذلك يحتاجون إلى عناية تامة تحت إشراف طبي،	-يطلق عليهم اسم الاعتماديون.	-يطلق عليهم اسم فئة القابلين للتدريب.	-يطلق عليهم اسم فئة القابلين للتعلم.
	-هذه الفئة غير قابلة للتعلم، نظرا لما يحتاجون إليه من إشراف ومتابعة	-هذه الفئة قادرة على العناية بنفسها عن طريق التدريب.	-هذه الفئة قادرة على تعلم المهارات الحسابية والقراءة والكتابة.

اجتماعي ونفسي.	مباشرة.		
----------------	---------	--	--

يتضح من خلال هذا الجدول ان "سادوك" صنف الاعاقة العقلية الى 4 فئات : اعاقة عقلية بسيطة ،متوسطة ،شديدة وعميقة ،بجيث تختلف هذه الاعاقة من فرد لآخر ومن فئة الى اخرى حسب نسبة انتشارها ونسبة الذكاء التي يتحصل عليها الفرد المعاقبالإضافة الى مدى حاجته الى المساعدة و التدريب .

- الجدول رقم (4) :تصنيف "تيرمان" في (جلال، 1967:468) للإعاقة العقلية :

العمر العقلي	الفئة	معامل الذكاء
8 سنوات	المأفوفون	70-50
من 7-3 سنوات	البلهاء	40-30
أقل من 3 سنوات	المعتوهون	أقل من 20

يتضح لنا من خلال هذا الجدول تصنيف تيرمان للإعاقة العقلية الى 3 فئات :المأفوفون ،البلهاء ،والمعتوهون ،بالإضافة الى تصنيفه للإعاقة حسب معامل الذكاء و العمر العقلي للفرد المعاق عقليا .

- الجدول رقم (5): تصنيف المنظمة العالمية للصحة (OMS) في (Jean-Luc Lambert 1981:19):

شدة الإعاقة	معامل الذكاء
إعاقة عقلية خفيفة	75-70 ± إلى 55-50 ± QI
إعاقة عقلية متوسطة	55-50 ± إلى 35 ± QI
إعاقة عقلية شديدة	35 ± إلى 25-20 ± QI
إعاقة عقلية عميقة	25-20 ± إلى 0 QI

يتضح من خلال هذا الجدول وعن طريق تصنيف منظمة الصحة العالمية للصحة، أنها قامت بتصنيف العاقة

العقلية الى 4 فئات: إعاقة عقلية خفيفة، متوسطة، شديدة وعميقة وكل فئة من هذه الفئات تتميز بمعامل ذكاء معين تبعاً للفئة التي تنتمي إليها.

ج- التصنيف الاجتماعي والتربوي للإعاقة العقلية:

حسب علا عبد الباقي إبراهيم (2000: 59،60) "يعتمد التصنيف الاجتماعي على درجة النضج الاجتماعي للفرد ومدى قدرته على الاعتماد على نفسه في تصريف شؤونه والتعامل مع الآخرين وإنشاء علاقات اجتماعية، ويقاس درجة النضج الاجتماعي للفرد بمقياس النضج الاجتماعي أو مقياس السلوك التكيفي، وهذه المقاييس تحدد مدى الصلاحية الاجتماعية للفرد ومدى قدرته على التكيف منذ الطفولة المبكرة".

وتبعاً لهذا التقسيم تصنف علا عبد الباقي إبراهيم الإعاقة العقلية كما يلي في الجدول التالي:

الجدول رقم (6): التصنيف الاجتماعي للإعاقة العقلية حسب علا عبد الباقي ابراهيم.

المستوى الأول	المستوى الثاني	المستوى الثالث	المستوى الرابع
يضم الأفراد الذين لديهم إنحراف سلبي بسيط عن المعايير الاجتماعية المقبولة، ويمكنهم التكيف بدرجة مقبولة نوعاً ما. ويستطيعون الاعتماد على أنفسهم في كثير من شؤونهم الشخصية.	يشمل الحالات التي لدى أفرادها انحراف سلبي واضح عن المعايير الاجتماعية المقبولة، ويمكنهم التكيف في نطاق ضيق ويعتمدون على الآخرين في كثير من شؤونهم.	ويخرج تحت هذا المستوى الأفراد الذين يعانون من انحراف سلبي شديد عن المعايير الاجتماعية المقبولة ولا يستطيعون التكيف، ويعتمدون على الآخرين في جميع شؤونهم.	ويضم الحالات التي لديها انحراف سلبي هائل عن المعايير الاجتماعية المقبولة ولا يستطيعون التكيف، ويعتمدون على الآخرين في جميع شؤونهم.

وما يتضح لنا من خلال هذا الجدول ان التصنيف الاجتماعي للإعاقة العقلية حسب علا عبد الباقي ابراهيم

يتلخص في 4 مستويات يتميز كل من هذه المستويات حسب درجة الانحراف عن المعايير الاجتماعية المقبولة

ودرجة اعتماد الفرد المعاق عقلياً على نفسه و على الآخرين.

أما عن التصنيف التربوي فهو يعتمد على تصنيف الأفراد وفقاً لقدرة على التعلم أو التدريب ويتضمن التصنيف

التربوي الفئات التالية كما أوردها السرتاوي وسي سالم (1992: 96،97) على النحو التالي:

- "القابلون للتعلم: وهم من القابلين للتعلم المهارات الأكاديمية المختلفة كالحساب والقراءة، ويندرج في

هذا التصنيف المعاقون إعاقاً عقلية بسيطة.

- القابلون للتدريب: وهم من القابلين للتدريب على مهارات الحياة اليومية وعلى أداء بعض الأعمال البسيطة التي تمكنهم من كسب لقمة العيش، ويندرج في هذا التصنيف المعاقون إعاقة عقلية متوسطة.
- الاعتماديون: وهم من غير القا بلين للتعلم أو التدريب ويحتاجون إلى رعاية واهتمام الآخرين، ويندرج ضمن هذه الفئة المعاقون إعاقة عقلية شديدة وعميقة".

ويشمل التصنيف الحديث للإعاقة العقلية ما يلي:

-تصنيف حسب أسباب الإعاقة العقلية: بحيث تصنف هذه الأخيرة كالتالي:

- ✓ إعاقة عقلية أولية: ترجع إلى أسباب أو عوامل وراثية.
- ✓ إعاقة ثانوية: ترجع أسبابها إلى عوامل بيئية تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة.
- ✓ إعاقة عقلية مختلطة: ترجع إلى أسباب وراثية وبيئية.
- ✓ فئة الإعاقة العقلية الغير محددة الاسباب : وفي هذه الفئة يصعب فيها تحديد الاسباب التي ادت الى الإعاقة العقلية.

-تصنيف حسب الشكل الخارجي: مثل حالات متلازمة داون، القماءة، صغر حجم الدماغ..

- تصنيف حسب نسبة الذكاء IQ.

وفي الاخير لدينا تصنيف الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA ,1994) في (Lussier and

363:2001) Flessas) والذي صنف الإعاقة العقلية في 4 فئات بشرط ان تقترن بقصور في السلوك التكييفي

وتظهر خلال فترة النمو:

" - إعاقة عقلية بسيطة :من 50-55 الى 70-75% من المعاقين عقليا .

- اعاقا عقلية متوسطة : من 35-40 الى 50-55 ← يمس 10% من المعاقين عقليا .
- اعاقا عقلية شديدة : من 20-25 الى 35-40 ← يمس 3 الى 4% من المعاقين عقليا .
- اعاقا عقلية شديدة جدا : اقل من 20-25 ← يمس من 1 الى 2% من المعاقين عقليا " .

وما يمكن استنتاجه من كل هذه التصنيفات المختلفة للإعاقة العقلية انه من مبررات تصنيفها ،انالأشخاص المعاقين عقليا يختلفون في مستوى قدراتهم العقلية و السلوكية ونضجهم الاجتماعي وخصائصهم الجسمية بالإضافة الى اختلافهم من حيث الاسباب التي ادت الى حدوث الاعاقا العقلية لديهم.

5-أسباب الإعاقة العقلية:

تتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية، فهناك من يرى بأن الأسباب وراثية، وهناك من يرى بأنها راجعة للأسباب البيئية (مكتسبة)، وبالرغم من التوصل إلى العديد من العوامل المسببة للإعاقة العقلية، إلا أن هناك عوامل أخرى تبقى غير معروفة والتي تكون من بين الأسباب المؤدية لظهور الإعاقة العقلية (أسباب مجهولة)، وهذا ما توضحه منظمة الصحة العالمية في (خالد رمضان، 36، 2008)، " أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروف، وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة، والتي لها أسباب متعددة، ف هناك عوامل جينية وراثية قد تكون سببا رئيسيا ويجب تجنبها والوقاية منها، وهناك عوامل غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة".

ومن هنا سوف نقوم بعرض هذه الأسباب كالتالي:

أ- العوامل الوراثية:

إن للعوامل الوراثية دور هام في ظهور الإعاقة العقلية لدى الشخص المعاق عقليا بحيث يشير نادر فهمي الزبيد (2000: 54) إلى " أن الوراثة تلعب دورا بارزا في حدوث الإعاقة العقلية، فبعض الأطباء كانوا يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن الإعاقة العقلية إلى عامل الوراثة مما أدى إلى التأكيد على أهمية العامل الوراثي".

كما يشير إبراهيم الزهيري (1998، 237)، إلى " أن العوامل الوراثية مسؤولة عن حوالي 80% من حالات الإعاقة العقلية، وذلك لوجود قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث إعاقة وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة، وإلى صعوبات في عملية التعلم".

ويقصد بالعوامل الوراثية حسب ثناء" تلك العوامل التكوينية الأصلية الداخلة الناتجة من فعل الوراثة وارتباطها بانتقال خصائص موروثه إلى الطفل من أجداده كالإعاقة العقلية، إما مباشرة عن طريق الجينات أو المورثات التي تحملها صبغات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين الوراثة وإما عن طريق غير مباشر وذلك بأن تحمل الجينات عيوباً تكوينية أو خللاً يؤدي إلى تلف أنسجة المخ أو إلى عدم تمثيل الغذاء مما يؤثر على النمو عامة وعلى المخ خاصة. كما قد تصاب الجينات بتغيرات مرضية أثناء انقسام الخلية مما يؤدي إلى ظاهرة الإعاقة العقلية، كما أن الإعاقة قد تنتقل من أب ذكي، لكنه يحمل أحد الجينات المتنحية، وذلك وفقا لقوانين الوراثة ، وهذه الصفات المتنحية لا تظهر في كل جيل، وذلك ما يفسر ظهور حالة الإعاقة العقلية في الأسرة العادية من حيث الذكاء". (ثناء الضبع، 2005: 79-80)

وفي الأخير يمكن أن نستنتج أن العوامل الوراثية يمكن أن تكون مباشرة حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب المحيية الموروثة عن طريق الجينات والتي يرثها الطفل عن والديه أو أسرته، كما قد تكون غير مباشرة، بحيث

قد يرث الطفل أو الجنين صفات يمكن لها أن تؤدي إلى اضطرابات أو عيوب تؤثر في تكوين المخ، فيكون الذي انتقل وراثيا في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدي بدوره إلى ظهور الإعاقة العقلية عنده.

ب- العوامل البيئية:

يذكر إبراهيم الزهيري (1998: 238) أن العوامل البيئية تمثل حوالي 20% من حالات الإعاقة العقلية، ونظرا لتعدد وتنوع الأسباب البيئية يمكن تلخيصها وتصنيفها إلى الأسباب التالية:

• أسباب قبل الولادة:

ويمكن تلخيص أسباب ما قبل الولادة كإصابة الأم ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية، فإذا انتقلت إلى الجنين فحتمًا سيولد هذا الطفل مشوها، أو سيعاني من تأخر في النمو الجسمي أو العقلي بصفة عامة، كذلك إصابة الأم أثناء الحمل بمرض الزهري الذي ينتقل إلى الجنين عن طريق المشيمة، أو عن طريق إصابتها بفقر الدم الشديد والحمى الصفراء، كل ذلك يؤدي إلى تشوه الجنين وإعاقة نموه و بالتالي كل هذه العوامل تعتبر من الاسباب التي تؤثر على نمو الجنين قبل ولادته.

وهذا ما يؤكد دافيسون ونيل (1994: 55) حيث يشيرون الى أن إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية أثناء الحمل قد تنتقل إلى مخ الجنين في حالات كثيرة، كإصابتها بالحصبة الألمانية في الثلاث شهور الأولى من الحمل يؤدي بالطفل إلى الإعاقة العقلية، فلقد وجد أن هناك علاقة مباشرة بين مرض الأم وزيادة نسبة حدوث التشوهات في الطفل بحيث يولد حوالي 75% من الأطفال تقريبا في حالة تشوه إذ أصيبت الأم بالعدوى في الشهر الأول من الحمل وحوالي 15% إذا أصيبت الأم بالعدوى في الشهر الثاني و حوالي 10% إذا أصيبت الأم في الشهر الثالث.

● أسباب أثناء الولادة:

قد يتعرض الجنين في بعض الأحيان إلى مجموعة من الأسباب أو العوامل التي تحدث له أثناء مرحلة ولادته والتي قد تسبب في ظهر الإعاقة العقلية لديه ويمكن تلخيص هذه الاسباب فيما يلي:

- نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة.
- إصابة الدماغ عند استخدام بعض الأجهزة لاستخراج الجنين.
- الولادة المبكرة...

● أسباب بعد الولادة:

كما نجد مجموعة من الأسباب التي تحدث في مرحلة ما بعد الولادة والتي قد تؤدي إلى ظهور الإعاقة العقلية عند الطفل ومن بين هذه الاسباب لدينا ما يلي:

- نقص الأكسجين بعد الولادة ويتمثل هذا السبب في حالات الاختناق المختلفة التي يتعرض لها الطفل بعد ولادته.
- اضطراب الغدد الصماء، بحيث وجد مرسى (1996: 141) أن أي خلل في إفرازات الغدة الدرقية في مرحلة الطفولة المبكرة يؤدي إلى الإعاقة العقلية.
- الحوادث والصدمات التي قد يتعرض لها الطفل وخاصة تلك الحوادث التي تؤثر بشكل مباشر على الرأس او الدماغ.

ويتضح لنا من خلال العرض السابق لأسباب الإعاقة العقلية أنه تعددت الأسباب المؤدية إلى حدوثها سواء

كانت أسباب وراثية أو أسباب بيئية، ورغم التقدم الملحوظ سواء على الصعيد الطبي أو النفسي أو

الاجتماعي في مجال الإعاقة العقلية إلا أن معظم أسباب الإعاقة العقلية هي غير معروفة وتبقى مجهولة إلى يومنا الحالي.

6- تشخيص الإعاقة العقلية:

لتحديد وجود ودرجة الإعاقة العقلية لدى الطفل تتطلب هذه العملية التشخيصية جهداً جماعياً من قبل فريق متكامل من المختصين كل يقوم بدوره حسب المجال العلمي الذي ينتمون إليه، وعليه فإن هذه العملية التشخيصية هي عملية تكاملية تشترك فيها مجموعة من الأبعاد والمتمثلة فيما يلي:

أ- البعد الطبي:

فحسب عزة (2001: 24) في التشخيص الطبي "يقدم طبيب الأطفال تقرير عن العديد من الجوانب في حياة الطفل مثل التاريخ الوراثي وأسباب الإعاقة وظروف الحمل والعلاجات التي تناولتها الأم وسوء التغذية، وتقديم صورة عن الأمراض التي تعرض لها الطفل والحوادث في طفولته".

وبالتالي يقصد بالبعد الطبي ذلك الفحص الذي يشمل النمو الجسمي والحركي والحالة الصحية والعامية وجميع الفحوصات الطبية اللازمة مع البحث ومعرفة ما هي العوامل المسببة للإعاقة العقلية.

ب- البعد النفسي:

يهتم هذا البعد بإجراء جميع الفحوصات السيكولوجية اللازمة لتحديد القدرة العقلية للطفل ونسبة الذكاء ومظاهر السلوك العام ودرجة التوافق النفسي ومظاهر النمو الانفعالي وأي مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل . (علا

عبد الباقي، 2000، 78)

ويقوم بهذا التشخيص الأخصائي العيادي أو المختص في القياس النفسي بحيث يقوم هذا الأخير بتحديد درجة ذكاء الطفل عن طريق استخدام مجموعة من اختبارات الذكاء المتقنة، وكذلك عن طريق إجراء مقابلة عيادية مع أسرة الطفل يمكن للأخصائي العيادي أن يقوم بإعداد تقرير مفصل حول خصائص النمو الانفعالي واللغوي والاجتماعي لدى الطفل.

ج- البعد السيكاتري:

بحيث يتضمن هذا البعد التشخيص الذي يقوم به المختص في الطب النفسي عن طريق تقديمه تقرير شامل عن الحالة العقلية والنفسية للطفل مع تحديد الاضطرابات العقلية أو النفسية إن وجدت بالإضافة الى تحديد احتياجاته العلاجية المتخصصة.

د- البعد الاجتماعي:

فحسب رسلان (2009: 101) يتضمن هذا البعد "تحديد مستويات النضج الاجتماعي والسلوك التكيفي للطفل ومدى اعتماده على الآخرين وحاجته إلى مساعدتهم".

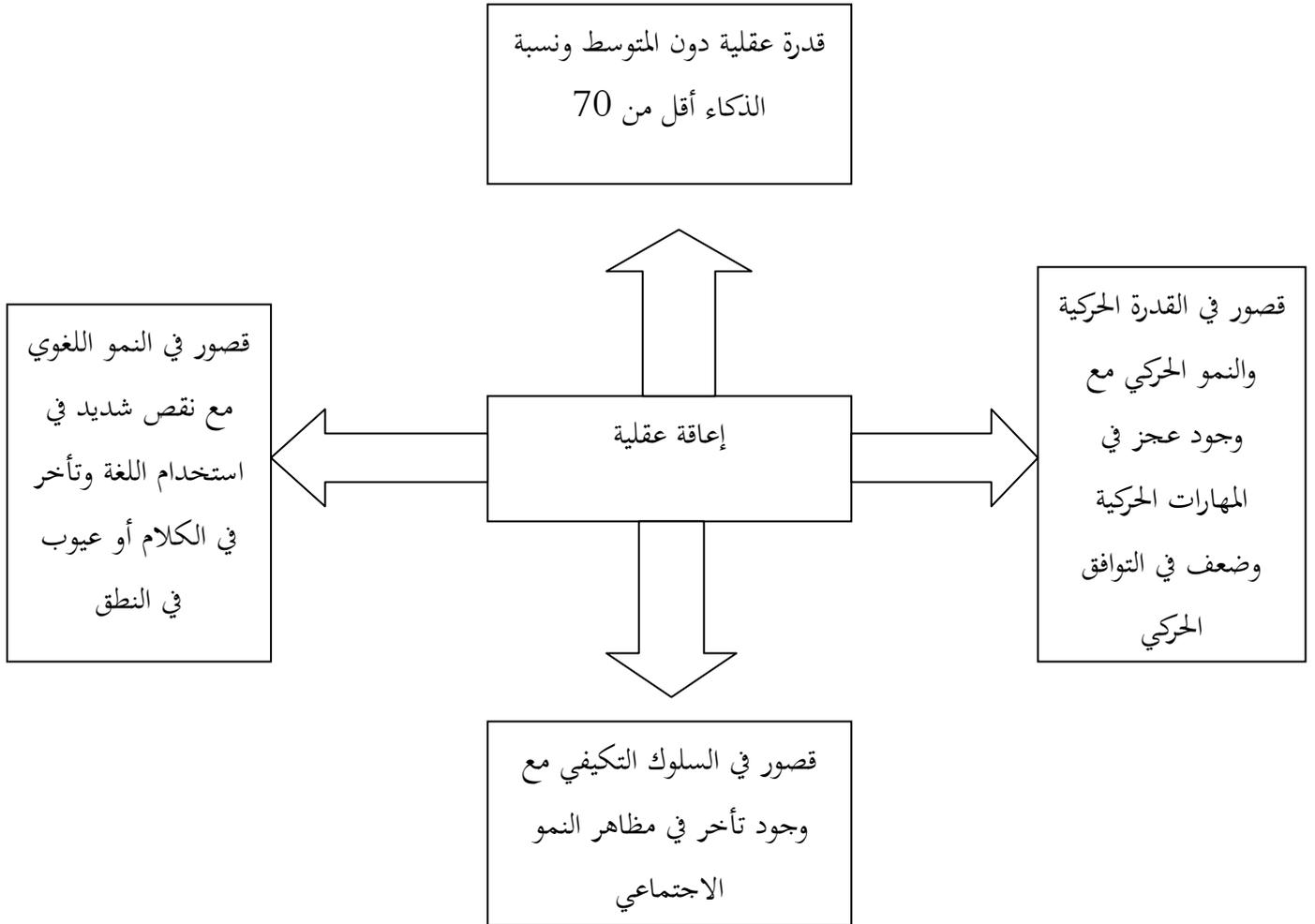
ويقوم بهذا التشخيص الأخصائي الاجتماعي وذلك عن طريق تقديم هذا الأخير تقرير مفصل عن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والأسرية من خلال دراسته للتاريخ الأسري للحالة.

هـ- البعد التربوي و التعليمي:

حسب علا عبد الباقي (2000:78) يشير هذا البعد الى "مدى قدرة الطفل على التعلم، ومعدل نموه اللغوي والقدرة على التعبير اللفظي و الحصيللة اللغوية لدى الطفل، وإذا كان الطفل قد وصل الى سن المدرسة يجب ان تتضمن عملية التشخيص وصف ادائه التحصيلي ونسبة التحصيل والمستوى العام للطفل بين زملائه في المدرسة وتحديد مشاكله السلوكية في المدرسة".

ويقوم بهذا التشخيص اخصائي التربية الخاصة عن طريق تقديم هذا الاخير تقرير شامل عن التاريخ التربوي والتعليمي للطفل مع قدرته على التعلم وتحديد مستوى تحصيله الدراسي، وذلك باستعماله لمجموعة من المقاييس والاختبارات الخاصة بالتحصيل التربوي مثل مقاييس المهارات اللغوية. وفي الاخير ومن خلال عرضنا لمختلف هذه الابعاد، ما يمكن استنتاجه ان عملية تشخيص الاعاقة العقلية تستند على عدة معايير اساسية والتي تتمثل في مجموعة الشروط الواجب توافرها للحكم على الحالة ما اذا كانت لديها اعاقة عقلية ام لا، ولخصت الطالبة هذه الشروط في الشكل التالي:

شكل رقم (6): الشروط الواجب توافرها للحكم على وجود إعاقة عقلية.



ونلاحظ من خلال هذا الشكل انه لتشخيص الاعاقة العقلية لدى الفرد لابد من توفر مجموعة من العناصر والشروط الاساسية والتي لخصتها الباحثة في 4 عناصر والمتمثلة في: قصور في السلوك التكيفي، قصور في القدرة الحركية والنمو الحركي، قصور في النمو اللغوي وقدرة عقلية دون المتوسط.

7- أنماط الإعاقة العقلية:

لقد تعددت أنماط الإعاقة العقلية وتنوعت، ومن بين هذه الأنماط الأكثر شيوعا في مجل الإعاقه العقلية لدينا مايلي: التخلف العقلي، اضطراب التوحد، ومتلازمة أعراف داون . وتوضح الإحصائيات الصادرة عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية 2003، على أنماط الإعاقه العقلية يمكن أن تترتب حسب نسبة انتشارها بشكل يأتي خلاله التخلف العقلي في البداية، يليه اضطراب التوحد ثم متلازمة أعراف داون. (الشناوي، 1997:68)

ومن هنا سوف نعرض هذه الأنماط الأكثر شيوعا للإعاقه العقلية كالتالي:

1- التخلف العقلي:

لقد تعددت تعريفات التخلف العقلي من باحث لآخر وذلك حسب التخصص والمجال العلمي الذي ينتمون إليه، إذ يذهب الشناوي (1997،69) في تعريفه للتخلف العقلي على انه: " حالة من توقف النمو العقلي للطفل أو عدم اكتماله تظهر في صورة مختلفة، وتعد الصورة المعتادة له هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بتلك الوظائف المتعددة للذكاء والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية المعتادة تحت مسميات متعددة كالعمر العقلي ونسبة الذكاء".

ب- اضطراب التوحد:

يعتبر اضطراب التوحد أحد أنماط الإعاقة العقلية بحيث تشير باتريشيا هاولين، P.Howlin (1997) على أن هذا الاضطراب عادة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامة التي يزيد انتشارها بين البنين قياسا بالبنات، حيث أن ما يزيد عن 90% تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكائهم في حدود التخلف العقلي البسيط والمتوسط . وتتميز هذه الفئة من الأطفال بقصور شديد في جوانب متعددة أهمها جانب التواصل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين، جانب اللعب مع الآخرين، وكذلك جانب القدرة على التواصل.

وترى نادية أبو السعود (2000: 163) على أن التوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وفي الغالب يتم تشخيص الأطفال التوحديين على أنهم متخلفون عقلياً حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات أو الاضطرابات على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذي يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تماماً.

ج-متلازمة أعراض داون:

تشير سارة روتر S.Rutter (2002) في (عادل عبد الله : 2004 : 18) إلى أن متلازمة أعراض داون تعد مسؤولة عن حوالي 15-20% تقريباً من نسبة الإصابة بالإعاقة العقلية . وتعد زملة أو متلازمة داون شكلاً من الأشكال المهمة للإعاقة العقلية والتي تكون ناتجة بسبب شذوذ أو خلل كروموزومي، حيث تتضمن زيادة في كروموزوم إضافي في الخلايا التي يتألف الجسم منها.

8- خصائص المعاقين عقليا:

من الضروري الإلمام بخصائص المعاقين عقليا لتكوين صورة شاملة عنهم مما يساعد كل مختص في مجاله بتزويده بالمعلومات الهامة عن جوانب نمو المعاق عقليا، وتتعدد هذه الخصائص المميزة للمعاقين عقليا وتختلف باختلاف درجة الإعاقة العقلية وحدتها، وحسب الباحثة يمكن تلخيص هذه الخصائص في الجدول التالي:

الجدول رقم (7): خصائص المعاقين عقليا.

الخصائص اللغوية	الخصائص العقلية والمعرفية والأكاديمية	الخصائص الاجتماعية والانفعالية	الخصائص الجسمية والحركية
. تأخر في النمو اللغوي والكلامي وبطء في اكتساب اللغة.	. تقص في القدرة على التركيز والانتباه والإدراك والتذكر.	. تدني واضح في التكيف الاجتماعي وإنشاء علاقات اجتماعية.	. قصور واضح في المهارات الحركية (الكبيرة أو الدقيقة). . أحيانا توجد تشوهات جسمية (الرأس أو الوجه).
. ضعف اللغة من ناحية المحتوى والتراكيب واكتساب قواعدها.	. قصور في التفكير. . ضعف استيعاب المعلومات. . صعوبة في القراءة والكتابة والحساب.	. الانسحاب الاجتماعي. . العدوانية. . انخفاض مفهوم الذات. . عدم الثبات الانفعالي والقدرة على ضبط الانفعالات.	. تأخر في النمو الحركي (القدرة على المشي واستخدام العضلات الصغيرة كاليدي والأصابع). . عدم الاتزان الحركي. . ضعف في الحواس (السمع، البصر).
. قلة المفردات وضعف في الفصاحة في اللغة. . عدم الاتساق في الكلام واستعمال الكلام الطفولي.	. ضعف التسلسل في ترتيب الأفكار. . ضعف في التفكير المجرد.	. نقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية. . الميل إلى مشاركة من هم	

	. تدني في الأداء الأكاديمي.	اصغر سنا منهم. . إظهار المظاهر السلوكية والاجتماعية غير التكيفية.	
--	-----------------------------	---	--

ومن خلال هذا الجدول يتضح لنا ان الشخص المعاق عقليا يتميز بعدة خصائص يمكن تلخيصها في الخصائص الاجتماعية والانفعالية، الخصائص الجسمية والحركية، الخصائص العقلية والمعرفية والأكاديمية والخصائص اللغوية.

9-المشكلات التي يعاني منها المعاقون عقليا:

بحكم ممارسة الطلبة الميدانية مالفت انتباهها أثناء احتكاكها بفئة المعاقين عقليا وأسرههم، انهم كانوا يواجهون مشاكل متنوعة تختلف من حالة لأخرى، وكل هذه المشاكل كانت تؤثر عليهم وعلى افرادأسرههم، وفيما يلي ستعرض البحث وبصفة مختصرة أهم هذه المشكلات والتي لاحظتها عليهم والمتمثلة فيما يلي:

1- المشكلات التعليمية والتربوية:

ما تمت ملاحظته في هذا المجال يمكن حصره في النقاط التالية:

- بسبب تدني القدرات العقلية لدى المعاق عقليا لم يساعده هذا المجال على التأقلم مع غيره من أقرانه في التحصيل الدراسي.
- بسبب إعاقتهم العقلية فهم يحتاجون إلى نوع معين من المدارس وأسلوب خاص في التعليم، وما تمت ملاحظته نقص الإمكانيات والأجهزة اللازمة لتعليم هذه الفئة من المعاقين.
- عدم تطور الأبحاث والطرق التعليمية على المستوى الوطني في هذا المجال لهذه الفئة من المعاقين.

ب-مشكلات أسرية:

من بين المشكلات الأسرية الشائعة لدينا مايلي:

- رفض أو إنكار بعض الأسر لإعاقة ابنهم العقلية.
- تحلل بعض الأسر من وجود طفل معاق عقليا لديهم.
- عدم الدراية الكافية من قبل الأسرة حول إعاقة ابنهم العقلية، مما يجعلهم يتبنون أفكار سلبية وخاطئة عن إعاقة ابنهم العقلية مما يجعلهم يتعاملون معه بطريقة خاطئة في اغلب الاحيان.
- بعض المعتقدات الخاطئة حول حقيقة إعاقة ابنهم العقلية (سحر أو مس من الجن).
- تبني أسلوب خاطئ في رعايتهم من قبل أسرهم (الحماية الزائدة، القسوة الزائدة) أو سوء المعاملة (اللفظية، البدنية) اتجاههم.

ج-مشكلات قضائية:

يعتبر ادراك المعاق عقليا للقيم والمعايير التي تحكم السلوك الاجتماعي محدودا، فالكثير من المعاقين عقليا قد لا يميزون بين السلوك المقبول والسلوك المرفوض اجتماعيا، وهذا ما يجعلهم في الكثير من الاحيان محل عرضة واستغلال من قبل بعض الأشخاص للقيام ببعض الجرائم (المخدرات، الاعتداء الجسدي، السرقة...).

وفي الأخير ما يمكن قوله انه هناك مشاكل أخرى تعاني منها فئة المعاقين عقليا وهذه المشاكل التي تم ذكرها ماهي إلا جزء من المشاكل التي تمت ملاحظتها منقبل الباحثة أثناء ممارستها الميدانية.

10- علاج الإعاقة العقلية:

تمس الإعاقة العقلية حسب Marcelli and Cohen (2012: 20) (2-3%) من السكان وهي تمس الذكور أكثر من الإناث بمعدل ذكرين مقابل أنثى، لذلك كان لزاما الاهتمام بهم وتوفير العلاج الضروري لهم، ونظرًا لتعدد الابعاد و الاسباب المؤدية للإعاقة العقلية تعددت ايضا أنواع علاجها، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

أ- العلاج الطبي:

تشير علا عبد الباقي (2000: 105) أنه تحتاج بعض الحالات إلى التدخل الطبي لإنقاذها من التدهور وذلك خلال الأسابيع الأولى من الولادة وتختلف طريقة التدخل الطبي من حالة إلى الأخرى، فهناك بعض الحالات تتطلب نقل الدم، وحالات أخرى تتطلب إجراء جراحة سريعة مثل في حالات استسقاء الدماغ، كما قد يتمثل العلاج الطبي في وصف نظام غذائي معين لبعض الحالات منذ ولادتهم.

ب- العلاج النفسي:

يتم هذا العلاج من خلال توفير برامج العلاج النفسي للتخفيف أو الحد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الناتجة عن الإعاقة العقلية والتي قد يكون منبعها أفراد الأسرة والمجتمع المحيط بالطفل واتجاهاتهم السلبية نحوه، وهذه البرامج توجه كذلك للوالدين لمساعدتهم على تقبل وضعية الطفل المرضية وفهم حاجات الطفل النفسية من حنان ورعاية، فشعور الطفل بالتقبل من طرف الأسرة والمجتمع يسمح له بالنمو النفسي الصحي ويساعد على توافقه النفسي. (الخليدي، ووهبي، 1997)

ج- العلاج السلوكي:

يعمل هذا النوع من العلاج على تعديل السلوكيات الغير مرغوبة لدى المعاق عقليا وتصحيحها أو الخفض من حدتها، كما يهدف إلياكتسابسلوكيات جديدة وتعزيز السلوكيات المرغوب فيها عن طريق برامج تدريبية . وتختلف هذه البرامج من حالة إليأخرىتبعاً لدرجة الإعاقة العقلية والسلوك المراد تعديله.

د-العلاج التربوي والاجتماعي:

ويقصد به البرامج التربوية الخاصة التي يقوم بإعدادها مجموعة من المختصين والذي يراعي فيها القدرات والإمكانات المحدودة للمعاقين عقليا والخصائص والسمات التي يتميزون بها في نواحي التعلم والتدريب . (علا الباقي، 2000: 107)، أما فيما يخص العلاج الاجتماعي فيرى عبيد (2007: 251) انه لا يقل أهمية عن العلاجات الأخرى، وهو لا يقتصر على علاج الفرد المعاق عقليا فقط بل يمتد إلى علاج البيئة الاجتماعية والأسرية التي أتى منها المعاق عقليا، فهذا العلاج يسعى إلى تقبل المعاق لحالته وقبول المجتمع له كفرد منه، كما يهدف إلى تنشئة وتنمية قدراته وطاقاته لتعلم مهارات الحياة اليومية الاجتماعية والتي تمكنه من تحقيق الاستقلالية والاندماج والتعامل السليم داخل المجتمع الذي ينتمي إليه.

ويتضح مما سبق أنه يكمن الهدف الأساسي وراء هذه العلاجات المتعددة في تنمية قدرات المعاق عقليا ومساعدته على استغلال إمكانات وطاقاته إليأقصى حد ممكن، وكذلك دمجها في مجتمعه وفي المحيط الذي يعيش فيه.

ثانياً:النسق الأسريالمعاقين عقليا:**1- ردود فعل الوالدين اتجاه إعاقة ابنهم العقلية:** إن الكثير من الآباء يتوقعون طفلاً سليماً معافاً، وعادة بعد

ما يتم تشخيص إعاقة ابنهم العقلية نجد الكثير منهم أو معظمهم لا يصدقون المختص أو الطبيب الذي قام بالإعلان عن تشخيص هذاالإعاقة، ونجد هذه الأسرة تنتقل من طبيب إليأخر على أمل العثور على واحد من بين

هؤلاء المختصين لينفي لهم صحة أو حقيقة هذا التشخيص، وعندما تتأكد هذه الأسرة أن ابنها بالفعل لديه إعاقة عقلية ، نجد معظمهم يدخلون في فترة من الحداد، وحسب روزماري لامبي (2001: 89) الحداد هنا هو " عملية معقدة مرتبطة بحقيقة فقدان (الطفل الحلم) ذلك لان الطفل لم يمت ولكن الصورة التي حلموا بها هي التي ماتت". فبالنسبة إلى هذه الأسرة الطفل الذي خططوا له وحلموا به وبمستقبله لم يولد بل أنهم حصلوا على طفل آخر معاق عقليا لم يكونوا يتوقعونه .

وهناك بعض الأسر تستمر في رفض وتصديق حقيقة إعاقة ابنهم العقلية، ويرجعون هذه الإعاقة إلى معتقدات خاطئة كان طفلهم لديه مس أو سحر أو يواجه مشكلات أو صعوبات وسوف يتخلص منها مع مرور الوقت. وهذا ما يشير إلى أن تقبل الأسرة لإعاقة ابنها العقلية وتكيفهم معها هو عملية صعبة وتتطلب مدة زمنية نتيجة الأزمة التي يمرون بها إزاء الإعلان عن تشخيص إعاقة ابنهم، وهذا ما يتفق مع دراسة جورج و بارنر George Berner and (2007) بعنوان التكيف مع الأطفال المعاقين حيث هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستويات التكيف بين آباء وأمهات كوريين وآباء كوريين ، أمريكيين لديهم أبناء معاقون، وأظهرت النتائج أن كل الآباء مروا بخبرة عملية التحول فيما يتعلق بتفكيرهم ومعتقداتهم ومشاعرهم نحو أطفالهم المعاقين، وأشارت النتائج كذلك الى ان كل الأمهات أظهرت مشاعر الخجل ولوم الذات والأسوإلإنكار والغضب عند معرفتهم بإعاقة ابنهم العقلية. أما دراسة انطوناك وليفنيه، Antonak and livneh (1991) فلقد بينت ردود الفعل أو الاستجابة لوجود الإعاقة هي عملية هرمية تمر بثمانية مراحل وهي على الترتيب: الصدمة، القلق، الإنكار، الكآبة، الغضب الداخلي، العداء الخارجي، الاعتراف وأخيرا التكيف. وهذا ما يتفق مع دراسة لونسدال، G.Lonsdale (1987:91) حيث قام بمقابلة مع 60 أسرة ووصفوا من خلال مراحل الأزمة التي مروا بها مثلما عاشوها والمتمثلة في : الرفض ، المعاناة، الخوف من المستقبل.

كما أضاف براون، Brown, R.N.Emde (1987: 45) من خلال النتائج التي تحصل عليها مع أسر لديهم أطفال

معاقين عقليا، ان هذه الأسر تمر بمرحلة القلق على مستقبل الطفل المعاق عقليا ومرحلة الشعور بالانعزال

الاجتماعي بسبب هذه الإعاقة. وفي هذا الصدد يشير لومبرت، Jean-Luc Lambert (1987: 287) إلى انه من

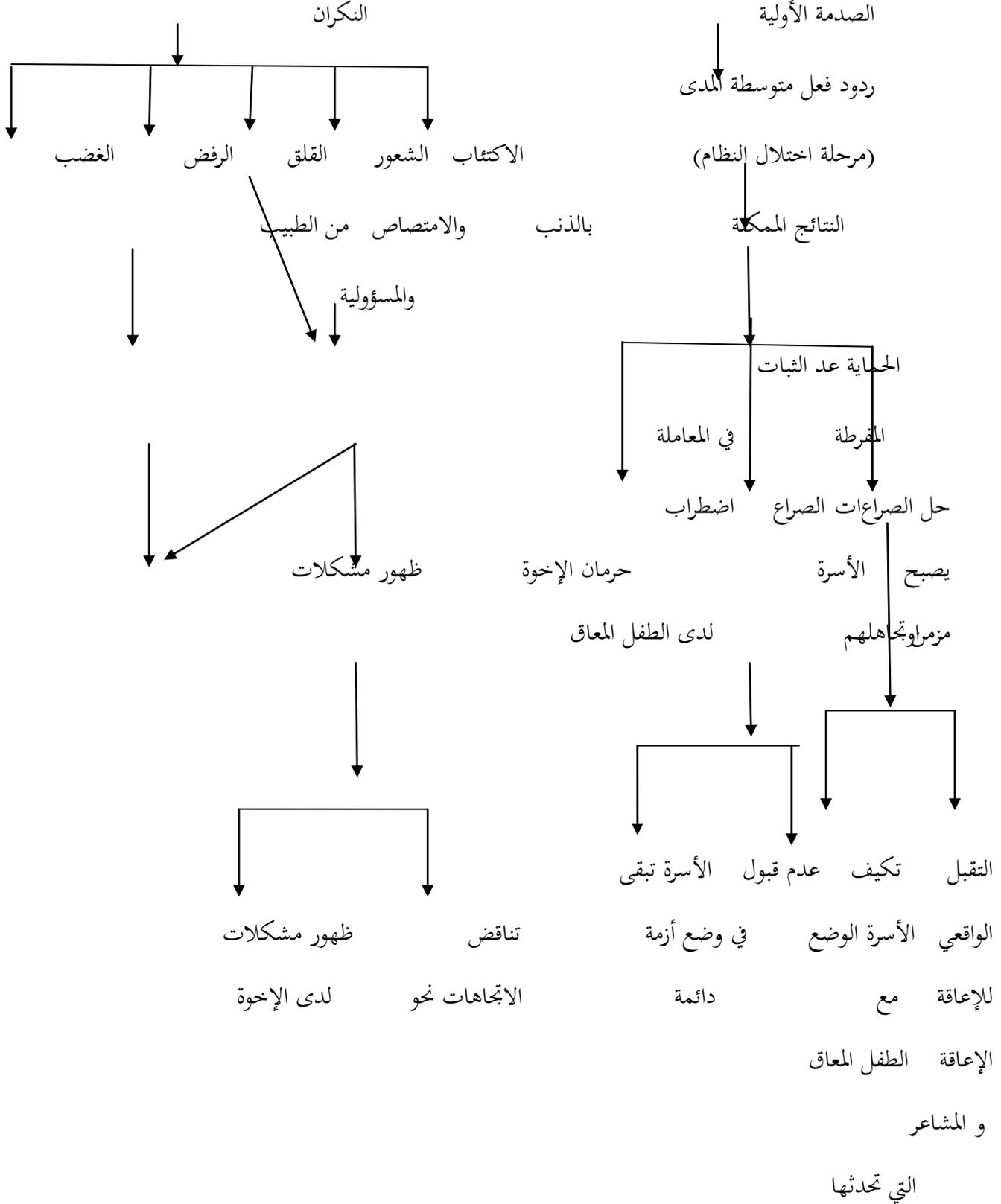
الضروري أثناء عملية الإعلان عن تشخيص الإعاقة العقلية لأسر الأطفال المعاقين عقليا يجب الأخذ بعين الاعتبار

ثلاث نقاط أساسية والمتمثلة في الأسئلة التالية: متى يعلن المختص عن التشخيص؟ كيف يعلن عنه؟ وماذا يقول

عند إعلانه عن التشخيص. (اختيار الكلمات المناسبة)؟

ويوضح الشكل رقم (7): ردود فعل الوالدين لإعاقة الابن حسب ستانهور واخرون Steinhaur and

all (1974) في (عائش صباح، 2010:55):



2- المراحل التي تمر بها أسرة المعاق عقليا:

تمر أسرة الطفل المعاق عقليا بمراحل مختلفة أثناء إعلامهم بتشخيص إعاقة ابنهم العقلية و أثناء تعامل هذه الأسرة مع هذه الإعاقة العقلية، ويمكن تلخيص هذه المراحل فيما يلي:

1- مرحلة الصدمة:

فحسب "أحمد الوادي" (2009) عند إعلام الوالدين بتشخيص الإعاقة، فإن واقع الخبرة سي لكون قاسيا حيث يكون التعبير عن الصدمة بعبارات عدم التصديق والبحث عن أخصائيين آخرين وعدم معرفة كيفية التصرف في مثل هذا الموقف.

فتعتبر مرحلة الصدمة أو رد فعل ينجم من جراء وجود طفل معاق بالأسرة حيث يعاني أفراد الأسرة من الارتباك وأنهم واقعون في مشكلة، وتبدأ الأسرة في طرح عدد من التساؤلات التي تعبر عن الصدمة ، وحسب سالم (2008: 28) فالصدمة التي تمثلها ولادة طفل معاق لا تحدث دفعة واحدة وهي أسوأ في بعض الجوانب من وفاة الطفل ، لان الوالدين يدركان تدريجيا أن الطفل المعوق لن يعيش حياة طبيعية بشكل كامل، وهذا هو الشعور الذي يشعر به الوالدان بمجرد مولد الطفل المعاق أو بمجرد علمهم بوجود إعاقة لدى هذا الطفل، والذي يسبب الصدمة حسب "سالم" هو التقابل الحاد بين الواقع والمتوقع، فالوالدان يتوقعان ويحلمان بطفل مكتمل القدرات يكون مبعث السرور لهما، ولكن الواقع يوقظهما من الحلم على طفل معاق يعاني من إعاقة عقلية.

ب- مرحلة الإنكار والتشكك:

غالبا ما يتبع الشعور بالصدمة إنكار لهذا الواقع وعدم تصديق هو التشكك فيه، ويظل الأمل باقيا في عدم دقة المعلومات المتاحة، كما يلاحظ عند بعض الآباء إنكار لإعاقة ابنهم العقلية ويرجعون الخطأ في عملية التشخيص،

وقد نجد هذه الأسرة تذهب في البحث عن مصادر مختلفة لتشخيص حالة ابنهم ،ويرى كفاي (2011: 14) أن الأسرة تركز في هذه المرحلة على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل، والتي تدل على عدم وجود مشكلة أو إعاقة لديهم، وانه لا يختلف عن إخوته في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد، وهذا الأمر قد يبقى لفترة مؤقتة عند الأسرة وقد تستمر لفترات طويلة مع الآخرين.

وما تم ملاحظته أثناء عمل الطالبة الميداني مع هذه الأسر أن معظمها كانت ترجع الخطأ في التشخيص إلى المختص وذلك ببحثها عن مصادر أخرى تنفي إعاقة ابنهم العقلية والتنقل من مختص لآخر ومرددين عبارة أن ذلك المختص غير جدير في عمله وليس لديه خبرة ،وما تمت ملاحظته أيضاً أن غالبية هذه الأسر كانت تنظر وتركز على الأنماط السلوكية الايجابية عن طفلهم المعاق عقليا ويبالغون في تقييمه ا مع إغفال الأنماط السلوكية السلبية كنوع من الهروب من حقيقة إعاقة ابنهم العقلية ، وبالتالي هنا نجدهم يتمسكون بهذا الاعتقاد كوسيلة دفاعية للتخفيف من حدة الضغوط النفسية التي يعانون منها جراء هذه الإعاقة.

ويرى "كفاي" (2011: 15) أن النكران هنا هو وسيلة دفاعية تساعد الفرد على التعايش مع المتغيرات التي تحدده وتشكل خطراً بالنسبة له، حيث يزود الفرد بفترة زمنية للبحث عن القوة الداخلية (الذاتية) والقوى الخارجية (ال معلومات، الجمعيات المتخصصة...) اللازمة للتغلب على المشكلة.

ج- مرحلة الانفعالات العنيفة والغضب ومرحلة الحزن:

وهنا يرى سالم (2008: 30) انه تستمر المرحلتان السابقتان وقتاً طويلاً، حيث يفيق الوالدان من الصدمة والإنكار على الواقع الذي يجب أن يقبلاهوان يعترفان به، وهي الحالة التي تسلمهما إلى مرحلة الانفعالات العنيفة من حزن عميق ممزوج بالقلق، ويتناوب الحزن والقلق مع الشعور بالغضب وعدم الرضا بما حدث مع التساؤل عن سبب هذه الإعاقة وكيف حدثت ، وهكذا يشعر أولياء الأمور بلأن الإعاقة قد غيرت مجرى حياتهم وانه لم يعد من

مقدورهم أو من حقهم أن يتسموا أو يستمتعوا بحياتهم ، وهذا الإحساس بالتعاسة والشعور بالأسى وخيبة الأمل يصاحبها الانطواء والبكاء وربما بعض الأمراض الجسمية مثل الأرق وفقدان الشهية. (عبد الله، 2007:419)

د-مرحلة الشعور بالذنب:

وفي هذه المرحلة نجد أن أغلبية الأسر حتى ولو اخبرهم المختص بأنهم لم يقوموا بعمل شيء ما قد يكون السبب في وجود الإعاقة العقلية، وحتى إذا كان سبب هذه الإعاقة غير معروف فإنهم يشعرون بالذنب اتجاه إعاقة ابنهم العقلية ، فحسب عبد الله (2007: 420) يستبدل الوالدين شعور الحزن والغضب بشعور عميق بالذنب يكمن السبب فيه أن الضرر الذي لحق بالطفل هو عقاب من الله على ذنوبهما السابقة، ويبدأ كل منهما بإلقاء اللوم على الطرف الآخر في انه سبب إعاقة الطفل لكان يكونا قريبين مثلاً أو أن احدهما يعاني من إعاقة ما ، وأن الأم لم تتبع سبل الوقاية أثناء فترة الحمل لأنها تتعاطى الأدوية دون استشارة الطبيب أو أهملت أساليب التغذية السليمة أو ما شابه ذلك.

وبوجه عام يمكن القول أن الشعور بالذنب يعد أكثر الحالات الانفعالية شدة وقسوة على الوالدين إلا انه في نفس الوقت قد يتيح للوالدين فرصة مراجعة وتقييم سلوكياتهم. (مطر، 2004: 51)

هـ-مرحلة التكيف وقبول الأمر الواقع:

تمثل هذه المرحلة اعتراف الوالدين بالحقيقة ويصل الأمر إلى الواقعية والتفكير والتعامل مع الطفل المعاق بدون الشعور بالخجل أو الشعور بالذنب، ويتخلى الوالدين عن مسألة اللوم والإسقاط وتبرير وجود الإعاقة في نطاق الأسرة، وفي هذه المرحلة تبدي الأسرة تفهمها للوضع الجديد والبحث عن حلول لتلبية الاحتياجات والمستلزمات الخاصة لطفلها المعاق والتكيف الاجتماعي والنفسي بالنسبة للوالدين وأفراد الأسرة بوجه خاص وعلى المستوى الأسري والمعارف بوجه عام. (الطنباوي، 2008: 188)

وما يمكن قوله في الأخير انه من الطبيعي أن لا تظهر هذه المراحل التي تمر بها أسرة الطفل المعاق عقليا بنفس الصورة والترتيب الذي ذكرناه، فبعض المراحل قد لا تظهر عند بعض الأسر والبعض الآخر قد تظهر عندهم لفترات قصيرة تم تختفي وهناك من تظهر عندهم مرة أخرى بعد اختفائها تحت ظروف معينة.

3- الآثار التي يتركها الطفل المعاق عقليا على أسرته:

مما لا شك فيه أن قدوم طفل معاق عقليا ليس من الأمر السهل على الأسرة بأكملها ويشكل منعطفات خطيرة في حياة تلك الأسرة تؤثر على الكثير من الجوانب (الاجتماعية، الاقتصادية، علائقية، نفسية...)، وهذه الآثار تختلف من أسرة إلى أخرى اعتمادا على عدة عوامل (شدة ونوع الإعاقة العقلية، جنس المعاق، بنية الأسرة ومستوياتها الثقافية والاجتماعية...)، وفيما يلي نلخص أهم هذه الآثار التي يتركها وجود طفل معاق عقليا على أسرته وهي على النحو التالي:

1- الآثار النفسية:

تتعرض أسرة الطفل المعاق لضغوط نفسية تبدأ من إعلامهم بان لدى ابنهم إعاقة، حيث تحدث الصدمة ومشاعر الإنكار والرفض وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكئاب و لوم الذات وسقوط المشاعر على الآخرين من أطباء ومختصين وأقارب، وقد يشمل الأمر مدى قدرة الفرد على القيام بالسلوك المقبول اجتماعيا والاستجابات السريعة وسرعة الاستشارة والغضب. (عبدات، 2007:10)

وحسب ماريكا، (1998) Marika هناك بعض الأسر تمر بمرحلة الضغط النفسي وذلك بسبب الخوف والإحباط حول كيف ستسير حياته والتفكير في مستقبله، مما يجعل هذه الأسرة تعيش في دوامة كبيرة لا تدري ماذا تفعل، ونجد أن بعض الأسر تبني اتجاهات سلبية اما برفض الطفل المعاق وإهمالها وإساءة معاملته واما باللجوء إلى الحماية الزائدة

حيث نجد أن بعض الأسر يقومون بكل شيء للطفل ونيابة عنه وهذا بالتأكيد يقلل من إمكانية تعليمه وتكيفه مع الظروف الاجتماعية المحيطة به. (محمد عيسى إسماعيل، 2007: 39)

وبالتالي يمكن تلخيص هذه الآثار النفسية التي يخلفها المعاق عقليا على أسرته، في كل ما يعانيه هذه الأسر من ضغوط نفسية وردود فعل مختلفة تبدأ من إعلامهم بتشخيص إعاقة ابنهم العقلية، فضلا عن الأساليب المتعددة من أسرة لأخرى والتي تستعملها للتعايش مع هذه الإعاقة.

ب- الآثار الاجتماعية والاقتصادية:

يؤثر وجود الطفل المعاق في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة، وتعرض الأسرة أيضا لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييرا في أنماط الحياة، وقد ينعكس ذلك على العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة أيضا وتواصلهم. (سليمان، 2007: 101)، وبالتالي تشكل الإعاقة العقلية تهديدا للأسرة واضطرابا في العلاقات بين أفرادها داخل الأسرة وخارجها.

أما بالنسبة للآثار التي يخلفها وجود طفل معاق عقليا على أسرته من الناحية الاقتصادية، فوجوده يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص المعاق والتي قد تكلف أكثر من النقود التي تنفقها الأسرة على إخوته غير المعاقين. (عبيدات، 2007: 9)، وبالتالي تتمثل الآثار الاقتصادية في كل ما يترتب عن إعاقة الطفل العقلية من أعباء اقتصادية إضافية ووقت ورعاية أكثر والحاجة إلى البرامج المختلفة (تأهيلية، تربوية، نفسية...) لمساعدة الطفل المعاق وهذا ما قد يكون فوق طاقة العديد من الأسر مما يشكل آثارا سلبية عليها.

ج- آثار الإعاقة على العلاقات الأسرية:

يركحيتل، جريو Griot, Metall (2010) في (عايش صباح، 2010: 60-61) أنه إذا كان العجز يؤثر على القدرات الفردية للمعاق فهو أيضا يؤثر على الفرد في علاقاته مع الآخرين، ومع جماعته التي ينتمي إليها وفي أسرته بصفة خاصة، وباعتبار الأسرة نسق لمجموعة من الأفراد المتفاعلين من الضرور بأنأخذ بعين الاعتبار موجة صدمة الإعاقة التي تؤثر على كل عضو من أعضاء النسق الأسري وعلى النسق ككل وعلى مستوى أنواع العلاقات والمواقف التي اتخذها كل عضو ، وبالتالي فالإعاقة ليست قضية الفرد الواحد الذي يحملها ولكن الأسرة ككل تتأثر، وهي مضطرة للتعامل مع الوضع والاضطراب الذي ينطوي عليه، فالعلاقات الأسرية تنظم استمرار التوازن وحماية النسق الأسري والحفاظ على الاستقرار خلال الزمن والأحداث الحياتية.

وأثناء تعامل الطالبة مع أسراالأطفال المعاقين عقليا في الجانب الميداني لاحظت انه ليس بالضرورة أن تخلق إعاقة الطفل العقلية آثارا سلبية على الأسر بل كانت هناك بعض الأسر من انعكست الإعاقة العقلية على المستوى العلائقي بشكل ايجابي ، بحيث بعدما كانت تتميز هذه الأسر بالتفكك وضعف الروابط بين أفرادها فبعد ظهور الإعاقة أصبحتتتميز بالتعاون والتعاطف والتوافق والتفاهم، إضافة إلى تقوية الروابط بين أفرادها.

وعند التحدث عن اثر الإعاقة العقلية على العلاقات الأسرية يجب الإشارة إلى: أثر الإعاقة على الوالدين وعلاقتهم وأثر الإعاقة على الإخوة وعلاقتهم الأخرى، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- أثر الإعاقة على الوالدين وعلاقتهم: (الزوجين):

إنإعاقة الطفل تؤثر بشكل كبير على الوالدين والعلاقة بينهما أكثر من غيرهما من أفراد الأسرة، فوجوده يسبب تأثير في حياة الزوجين مما يؤثر سلبا على اتزانها وقدراتهما على التكيف مع التحديات في كثير من الأحيانو يسبب

لهما الشعور بالإحباط، وإذا كانت العلاقة بين الزوجين ليست قوية بما فيه الكفاية فان وجود هذا الضغط على الزوجين قد يؤدي إليإضعاف هذه العلاقة بينهما أكثر فأكثر وفي حالات قليلة يؤدي إلى تقويتها.

وبما أنإعاقة الابن العقلية تستنزف جميع قدرات الزوجين المادية والمعنوية هذا ما يجعلهما ينشغلان و ينهماكان في الاعتناء بهذا الطفل المعاق و تلبية متطلباته ويصبح من الصعب ان يوفر احد الزوجين وقتا للآخر، بحيث يؤكد فيليب جيامت (Philippe Geammet) (1982: 14) أن ميلاد طفل معاق يسبب للوالدين جرح نرجسي بالإضافة إلى مرورهما بفترة من الاكتئاب والتوتر والشعور بالذنب، وبالتالي كل هذه الضغوط النفسية تؤثر بصفة عامة على العلاقة بين الزوجين.

● أثر الإعاقة على الإخوة والعلاقات الأخوية:

لا تقتصر آثار وجود طفل معاق في الأسرة على الوالدين وإنما تمتد لتشمل بقية أفراد الأسرة بما فيهم الإخوة غير المعاقين، حيث أن تكليفهم بمسؤوليات رعاية أحيهم المعاق قد تشعرهم بالضغط النفسي وقد تتناهم مشاعر الشعور بالذنب والغضب وسرعة الاستثارة، أو حسد أحيهم المعاق على الرعاية والاهتمام الذي يحظى به من الوالدين وفي نفس الوقت فقد تكون هناك آثار نفسية واجتماعية ايجابية على الإخوة، تتمثل في القدرة على التحمل والصبر والمثابرة في العمل والإنسانية والحنان في التعامل مع الآخرين وعدم إتباع السلوك العدواني في حل المشكلات إضافة إلى زيادة تكاثف أفراد الأسرة وتضامنهم نحو أحيهم المعاق. (سليمان، 2007: 102)

وتشير جونس وفيللا (Jones et Failla) (1991) رغم أن العديد من الدراسات تتوقع وجود نتائج سلبية جراء وجود طفل معاق في الأسرة إلا أن هناك بعض الإخوة من أفادوا بوجود فوائد ايجابية جراء وجود أخ أو أخت معاقة لهم، وهذا ما يجعل برودي (Brody) (1991) يؤكد أن الإخوة والأخوات هم أولا وأخيرا إخوة متشابهون أكثر مما هم

مختلفون، حتى إذا كان أحدهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا الفهم هو الخطوة الأولى لفهم العلاقات بين الإخوة.

كما تشير سال Scelle (1997: 109) إلى أن أكبر مشكل تتسبب فيه الإعاقة بالنسبة للإخوة والأخوات هو عدم فهم حالة الطفل، وعدم تمكنهم من الحزم في اختلافهم أو تشابهم معه، كما أن الأبوان يعتبران أحيانا الإعاقة خطر على أطفالهم العاديين أو العكس يظنون أن هؤلاء قد يضررون بأخيهم المريض وهذه المواقف تؤثر على مستويات العلاقة الأخوية، فحسب مار، Mare (1989:87) يحس إخوة وأخوات الطفل المعاق بامتيازهم عنهم في كسب أبويه، حيث يعتبر فرويد Freud أن الرغبة الأساسية لكل طفل هي أن ي ستحوذ على حب أبويه وامتلاكهم.

ونستنتج من كل هذا أنه بالرغم من أن وجود طفل معاق عقليا يؤثر سلبيا على مستوى العلاقات الأخوية إلا أنه في نفس الوقت قد يؤثر إيجابا عليها، وذلك من خلال اكتسابهم القدرة على تحمل المسؤولية والصبر والإنسانية والحنان في التعامل مع الآخرين، إضافة إلى زيادة تكاتفهم وتضامنهم مع أخيهم المعاق عقليا.

4- الإعاقة العقلية والأسرة الجزائرية:

أثناء احتكاك الطالبة بأسر الأطفال المعاقين عقليا بالمستشفى الجامعي لتلمسان لاحظت أن العبء الأكبر كانت تتحمله الامهات في اغلب الاحيان مع تقديم بعض الدعم من الاباء ثم يأتي بعد ذلك الاخوة و الاخوات، ومن الملاحظ ايضا ان الدعم من المصادر الاخرى (العائلة، الاقارب، الاصدقاء، الدولة...) يبقى محدودا جدا سواء من ناحية الدعم المادي او الدعم المعنوي.

وترى "ترين، زردومي" (1970) في (عايش صباح، 2010: 64) أن الإعاقة عامة في المجتمع الجزائري تترجم كلجنة تمس جميع العائلة، حيث تمثل ولادة طفل معاق في العائلة صدمة شديدة تتبعها مشاعر الخجل والإنكار من

جهة، ومشاعر الشفقة عليه من جهة أخرى، خاصة في غياب إجراءات تحسيسية تعمل على مساعدة وإرشاد العائلات في سبيل مواجهة هذه الصدمة والتغلب عليها.

كما يرى سبيوز (Speciosal 2002) في (عايش صباح) أنه في المجتمع الجزائري ليست الإعاقة محل ترحيب وقبول من طرف الجميع، فبالنسبة لبعض الذهنيات المعاق هو شخص مثير للشفقة خاصة إذا كان طفلاً، والملاحظ أيضاً أن الإعاقة في الوسط الجزائري تترجم على أساس معتقدات خاطئة تتمسك بها أسرة المعاق عقلياً كأن ابنها مصاب بعين أو سحر أو مس من الجن، مما يجعلها تعيش في دوامة هذه المعتقدات.

وما يمكن استنتاجه من خلال ما ذكر في هذا الفصل، أنه تعتبر الإعاقة العقلية موضوعاً يجمع بين اهتمامات العديد من الميادين والتخصصات، فهي مشكلة طبية تتطلب التدخل الطبي ومشكلة اجتماعية وتربوية تتطلب التدخل الاجتماعي والتربوي ومشكلة نفسية تتطلب التدخل النفسي، فهي مشكلة متعددة الجوانب والابعاد تتداخل فيما بينها، الأمر الذي يجعل الطفل المعاق عقلياً يشكل عبئاً كبيراً على أسرته ويؤثر على أفرادها، وذلك جراء لما يمرون به من ضغوط نفسية و انفعالية، إضافة إلى رحلتهم الطويلة بين مختلف البرامج (التربوية، التأهيلية والعلاجية)، مما ينعكس على العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة وعلى مستوى تفكيرهم وتفاعلهم مع المحيط الاجتماعي.

الفصل الرابع:

"تصميم برنامج علاجي اسري نسقي لمساعدة اسر المعاقين عقليا".

- 1- اهمية البرنامج العلاجي المقترح.
- 2- اهداف البرنامج العلاجي.
- 3- الاساس النظري للبرنامج العلاجي.
- 4- التقنيات والاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج العلاجي.
- 5- حدود البرنامج العلاجي.
- 6- اساليب تقييم البرنامج العلاجي.
- 7- تحكيم البرنامج العلاجي والتجريب الاستطلاعي.
- 8- البرنامج العلاجي في صورته النهائية.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

يتناول هذا الفصل تصميم البرنامج العلاجي الأسري الذي تم بناءه لمساعدة أسر المعاقين عقليا والذي سوف يستخدم في هذا البحث وذلك بالاعتماد على النظرية النسقية بصفة عامة والاتجاه البنائي لمينوشن "Minuchin" بصفة خاصة.

كما تطرقنا في هذا الفصل إلى الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي، أهميته أهدافه، المراحل التي يمر بها الفنيات المستخدمة فيه، مدة تطبيقه، حدوده، أساليب تقويمه وعرض جلسات البرنامج العلاجي.

1) أهمية البرنامج العلاجي المقترح:

تبرز أهمية البرنامج العلاجي الأسري في البحث الحالي من خلال الأساليب والتقنيات التي يقوم عليها ومدى فعاليتها في مساعدة أسر المعاقين عقليا، ومن كفاءة هذا العلاج في تغيير نظامهم العلائقي ومعاش أفراد هذه الأسر.

كما تظهر أهمية البرنامج العلاجي من طبيعة الفئة المستهدفة منه، وهم أسر المعاقين عقليا حيث يساهم هذا البرنامج في تسليط الضوء على فئة أسر المعاقين عقليا من جهة وفئة المعاقين عقليا من جهة أخرى، مع محاولة التركيز على مساعدة هذه الأسر والتي من خلالها نكون من خلالها قد ساهمنا أيضا وفي نفس الوقت في مساعدة فئة المعاقين عقليا.

إضافة إلى قيام الطالبة والمشرف بإعداد وترجمة وتقنين اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA) وتكييفه على المجتمع الجزائري، وهو عبارة عن اختبار ثلاثي الأبعاد يسمح بوصف تمثل دينامية العلاقات داخل الأسرة ويرتكز في تحليله على النظرية النسقية والاتجاه البنائي. وكل هذا بهدف إثراء البحث الحالي والدراسات العربية ذات الصلة بهذا المجال، والذي يعود في الأخير بالاستفادة على الباحثين الجدد ويفتح المجال أمامهم على

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

طرح موضوعات جديدة، إضافة إلى استفادة العاملين ضمن حقل التأهيل والتربية الخاصة وعلم النفس وعلم الاجتماع...

(2) - أهداف البرنامج العلاجي :

يهدف البرنامج العلاجي إلى معرفة مدى فعالية العلاج الأسري النسقي في مساعدة أسر المعاقين عقليا، ويمكن تقسيم هذه الأهداف إلى قسمين:

1- الأهداف العامة: ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- العمل على مساعدة الأسر في الكشف ومعرفة نقاط الضعف التي تؤثر على علاقات وتفاعلات الأسرة كنسق اجتماعي يتكون من عناصر متفاعلة يؤثر كل منها على الآخر.
- العمل على وضع حدود مناسبة لاحتياجات الأسرة وتحقيق التوازن فيها.
- مساعدة الأسرة على رفع مستوى الاداء الجماعي واداء وظائفهم بشكل أفضل وفي ظروف أحسن.
- احداث تغييرات في بيئة المعاق عقليا، مع مساعدة أفراد أسرته على تناول مشكلاتهم بطريقة بناءة.
- توفير الدعم النفسي والمساهمة في التخفيف من الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أسرة المعاق نتيجة إعاقة ابنهم العقلية.
- إتاحة فرص أكبر لأفراد الأسرة على المشاركة وتبادل المعلومات والخبرات والتعبير عن آراءهم وأفكارهم ومشاعرهم المرتبطة بإعاقة ابنهم العقلية، مع تغيير وتعديل بعض المفاهيم والسلوكيات والاتجاهات الخاطئة أو غير المرغوبة.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

ومن هنا كان اهتمامنا بإعداد برنامج علاجي لمساعدة أسر المعاقين عقليا والتغلب على مشاكلهم بطريقة مباشرة ومشاكل أبنائهم المعاقين عقليا بطريقة غير مباشرة، وبالتالي أفضل طريقة لمساعدة الابن المعاق عقليا هي مساعدة أسرته.

ب- الأهداف الخاصة: ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- تغيير طبيعة ومنظومة العلاقات بين أفراد الأسرة وإعادة بنائها وتنظيمها، والتقليل من أعراض اختلال الاداء وإحداث تغيير بناء في النسق الأسري عن طريق تعديل القواعد الإجرائية للأسرة، وتغيير النماذج التفاعلية الحاكمة للقواعد وتغيير السلطات والحدود مع تعديل بعض السلوكات داخل الأسرة.
- خلق بناء هرمي فعال، يتحمل فيه الآباء مسؤولية أبنائهم مع إتاحة الفرصة للأبناء للتعبير عن آراءهم بدرجة تتلاءم مع نضجهم.
- زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة عن طريق فك أو حل الحدود الجامدة والتحرك نحو الحدود الواضحة وتزويد أفراد الأسرة بالتعليمات والتوجيهات التي تساعدهم على فهم التفاعلات التي تحدث فيما بينهم وتأثيرها عليهم وعلى تماسكهم الأسري.
- إنشاء علاقة علاجية فعالة يتحقق من خلالها تغيير النظام العلائقي ومعاش أفراد الأسرة، مع خفض الضغوطات والصراعات النفسية لديهم، كما تساهم في تعليم طرق جديدة للتعامل مع المشاكل والتغلب عليها، إضافة إلى تقبل أفراد الأسرة لإعاقة ابنهم العقلية مع تعلم طرق إيجابية وفعالة للتعامل معها والتي تنعكس إيجابا على ابنهم المعاق عقليا.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

3- الأساس النظري للبرنامج:

قبل إعداد الطالبة للبرنامج العلاجي، قامت بالاطلاع على مجموعة من المراجع والدراسات والأطر النظرية السابقة التي تناولت بناء مختلف البرامج العلاجية والإرشادية لمساعدة أسر المعاقين عقليا ومعرفة مدى فعاليتها معهم مثل دراسة فيبر، Freber(1983) ودراسة شاينولد، Chaynold ودراسة ليلي سليمان مسعود (2004). وكل هذا يدخل ضمن الإطار النظري الذي اعتمد عليه تصميم هذا البرنامج، كما يبين الخطوات الإجرائية التي يتم التعامل بها والتقنيات والاستراتيجيات العلاجية المناسبة والمستخدم في هذا البرنامج.

ونظرا لتعدد الاتجاهات والنظريات في العلاج الأسري كنظرية التواصل لساتير، Satir(1983) والنظرية البنائية ل مينوشن، Minuchin ونظرية العلاج الأسري متعددة الأجيال لبوين، Bowen والنظرية الإستراتيجية لهيلي ومادينز، Haley,J.Madanes، استندت الباحثة في البرنامج العلاجي الأسري المستخدم في البحث على الاتجاه البنائي لمينوشن، S.Minuchin، حيث تبرز أساسيات هذا الاتجاه حسب مينوشن في (علاء الدين الكفافي، 1999: 382) في تركيز العلاج على مشكلات الأسر التي جاءت بها إلى العلاج والمشكلات التي أثرت في السياق، وينظر إلى مشكلات الأسر على أنها ناتجة من البناء الأسري، وتظل قائمة ببقائه ولا تحل المشكلات إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة.

فحسب هذا الاتجاه لكي يحدث التغيير المطلوب يجب أن يصب على تغير منظومة العلاقات الأسرية بدلا من التركيز على الفرد صاحب المشكلة (المعاق عقليا)، بمعنى نحاول مساعدة الفرد صاحب المشكلة (المعاق عقليا) ولكن بشكل غير مباشر عن طريق تغيير نسيج العلاقات في الأسرة .

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

وهذا ما يؤكد أيضا عبد العزيز (2001، 193)، بحيث يشير إلى أن هذا الاتجاه يبحث عن تغيير الأبنية او التركيبات (الاتحادات والانشقاقات) داخل الأسرة، والمعالج يعمل على الحدود بين الوالد والطفل، وتميل هذه الطريقة بشكل كبير على العلاقات داخل الأسرة.

وحسب Minuchin، تتمثل أهم العناصر القاعدية لهذا النموذج العائلي النسقي العلاجي في المصطلحات الأربعة التالية: القواعد، والأنظمة الفرعية، والحدود، وهرمية السلطة (آسيا خرشي، 2009: 29).

ومن خلال اطلعنا على الإطار النظري الذي تناول العلاج النسقي والاتجاه البنائي بصفة خاصة، نلاحظ أن أساسيات هذا الاتجاه تتفق مع أهداف البحث والبرنامج العلاجي.

4- التقنيات والاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

بناء على النظرية البنائية لمنوشن، Minuchin المعتمدة في تصميمها للبرنامج العلاجي الأسري، فلقد استخدمنا ثمانية (8) تقنيات والتي حددها "منوشن" في نظريته، إضافة إلى أربع (4) تقنيات أخرى تدخل ضمن النظرية النسقية بصفة عامة وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة من تطبيق هذا البرنامج، ويمكن تحديد هذه التقنيات في النقاط التالية:

1- العمل على التكوينات التفاعلية المعتادة (النفيل): **Mettre en acte les configurations**

transactionnelles habituelles

ويقصد بهذه التقنية تشجيع المعالج للأسرة على العمل خلال الجلسة العلاجية وتنفيذ أمامه مجموعة من الاحداث المعتادة بدلا من الاكتفاء بوصفها والحديث عنها، وهذه التقنية تسمح للمعالج بملاحظة تحركات أفراد الأسرة أثناء الجلسة العلاجية أكثر من وصفهم للأحداث، كما يساعد هذا أفراد الأسرة على إدراك معاملاتهم الخاصة بأكثر حدة.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

ب- اللعب على المسافات: *Jouer sur l'espace*

بحيث يعمل المعالج هنا على التركيز على تغيير المسافات بين أفراد الأسرة خلال الجلسة العلاجية ويقوم باستخدام الفضاء الملموس، كإعادة التنظيم المكاني الذي يعتبر من بين التقنيات الفعالة التي تسمح بتنظيم التعاملات الأسرية.

ج- تعيين الحدود: *Délimiter les frontières*

يسعى المعالج إلى مساعدة الأسرة للوصول إلى أحسن ازدهار نفسي اجتماعي داخل المجموعة الأسرية، وذلك من خلال تركيزه على إحداث عدم الاتزان في تركيز الأسرة المتعلق بالهرمية، حيث يتم تغيير مراكز القوة (إصدار القرارات وتنفيذها والأوامر والتعليمات) داخل الأنظمة أو الأنساق الفرعية (النسق الفرعي الزوجي، النسق الفرعي الوالدي، والنسق الفرعي الأخوي)، كان يقوم بتعزيز تفرد الأطفال بمنحهم الحقوق المقاربة لسنهم والتمكينة مع وضعياتهم داخل الأسرة، مع ضمان أن تبقى حدود النسق الفرعي الزوجي واضحة إلى حد ما مع حدود النسق الوالدي.

د- التغلب على الضغوطات والتوترات: *Surmonter les tensions et les stress*

يعمل المعالج هنا على خلق نوع من الضغوط مع إظهار بعض الصراعات بطرق مختلفة داخل الجو الأسري خلال الجلسة العلاجية، فيقوم المعالج عن طريق هذه التقنية بتحميد التكوينات التفاعلية المعتادة، إما عن طريق تسليط الضوء على الخلافات التي تميل الأسرة إلى إخفائها، أو بشرح الصراعات السابقة الضمنية، كما يقوم المعالج ببناء تحالفات مؤقتة مع احد أفراد الأسرة، مع منع أي تدخل مثلا تدخل الأم في العلاقات بين الأب والأبناء، وكل هذا حتى يتمكن المعالج من معرفة مستوى الأسرة ومدى قدرتها على مواجهة الضغوطات، فإذا نجح المعالج في إحداث ضغوط في جزء ما في النسق فستظهر إمكانيات إعادة البناء أكثر وبشكل واضح.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

هـ - إسناد مهام علاجية: *Attribuer des taches thérapeutiques*

وهنا نشير إلى التصرفات التي يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بها سواء من خلال الجلسات العلاجية، كأن يشير المعالج كيف يكون اتصال الأسرة ومع من ويقوم بتوجيه المشتركين، كما يمكن أن يعطيهم واجبات منزلية خارج الحصص أو الجلسات العلاجية وكل هذا يهدف إلى إحداث نوع من التغيير وخلق أطر جديدة وظيفية.

و - استخدام الأعراض: *Se servir des symptômes*

يركز المعالج هنا على استخدام العرض الذي يعتبر مصدر الضغوط الأسرية، ويمكن استخدام العرض بطرق مختلفة كالرفع من حدة العرض أو التقليل من أهميته أو إعادة تعريفه أو الاهتمام بعرض آخر، فكل هذه الطرق تسمح بتعزيز العرض والذي يسمح بدوره بإعادة البناء.

ي - التحكم بالجو العاطفي: *Manipuler l'ambiance affective*

هنا يقوم المعالج بالتحكم في الجو العاطفي أثناء الجلسة العلاجية حتى يحدث اندماج بينه وبين أفراد الأسرة وأسلوبها وهناك طرق عديدة لكي يستطيع المعالج التحكم بالجو العاطفي، كان يستفز ردود أفعالهم بصفة عامة أو يقلد نمط الأسرة العاطفي وأسلوبها وكل هذا من أجل إحداث التعبير داخل الأسرة وبين أفرادها.

ن - المساندة، التعليم والإرشاد: *Le soutien, l'instruction, la guidance*

ويقوم المعالج هنا بمساندة وظائف أفراد الأسرة الواحدة وتعليمهم وإرشادهم نحو سلوكيات أكثر موائمة، تكون في نفس الوقت مفيدة لكل فرد من أفرادها.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

كما يسعى المعالج من خلال هذه التقنية إلى تعليم أفراد الأسرة اداء وظائفها و أدوارها، وتعليمهم أيضا كيفية التأكد من بعضهم البعض في اداء هذه الوظائف الموجهة إليهم من قبل المعالج.

م- المحاضرة:

يقوم المعالج أثناء الجلسة العلاجية بتقديم محاضرة لأفراد الأسرة يتم فيها بتعريف العرض عن طريق مجموعة من المعلومات البسيطة وبعبارات تتناسب مع فهمهم عن إعاقة ابنهم العقلية، كل هذا من أجل أن يقوم المعالج بتعزيز العرض حتى يحدث التغيير في اسرة المعاق وحتى يزيد من استبصارهم بتلك الإعاقة بطريقة صحيحة وموضوعية.

س- الحوار والمناقشة: (المناقشة الدائرية)

يركز المعالج هنا على الحوار والمناقشة الدائرية أثناء الجلسة العلاجية كمنهج ملائم يضم تبادل الآراء وتغيير المعرفة بشكل دينامي، إضافة إلى فتح قنوات التواصل بين أفراد الأسرة وتعزيز التواصل فيما بينهم، ومن الأحسن أن يكون مكان المعالج في الوسط حتى يتسنى له ملاحظة أفراد الأسرة خلال المناقشة الدائرية، وكل هذا يخلق نوع من المناقشة الفعالة التي تسمح بفتح قنوات تواصل جديدة وفعالة بين أفراد الأسرة.

ع- رسم الخريطة الأسرية:

يمكن للمعالج أن يرسم الخريطة الأسرية بطرق عديدة من بينها التخطيط العرقي (الوراثي)، شجرة العائلة، اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (le SAGA)، وهذه الطرق تسمح للمعالج بوضع منظومة العلاقات في الأسرة مما يسمح له بالتعرف على الحدود داخل الأسرة وانتمائهم إليها.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

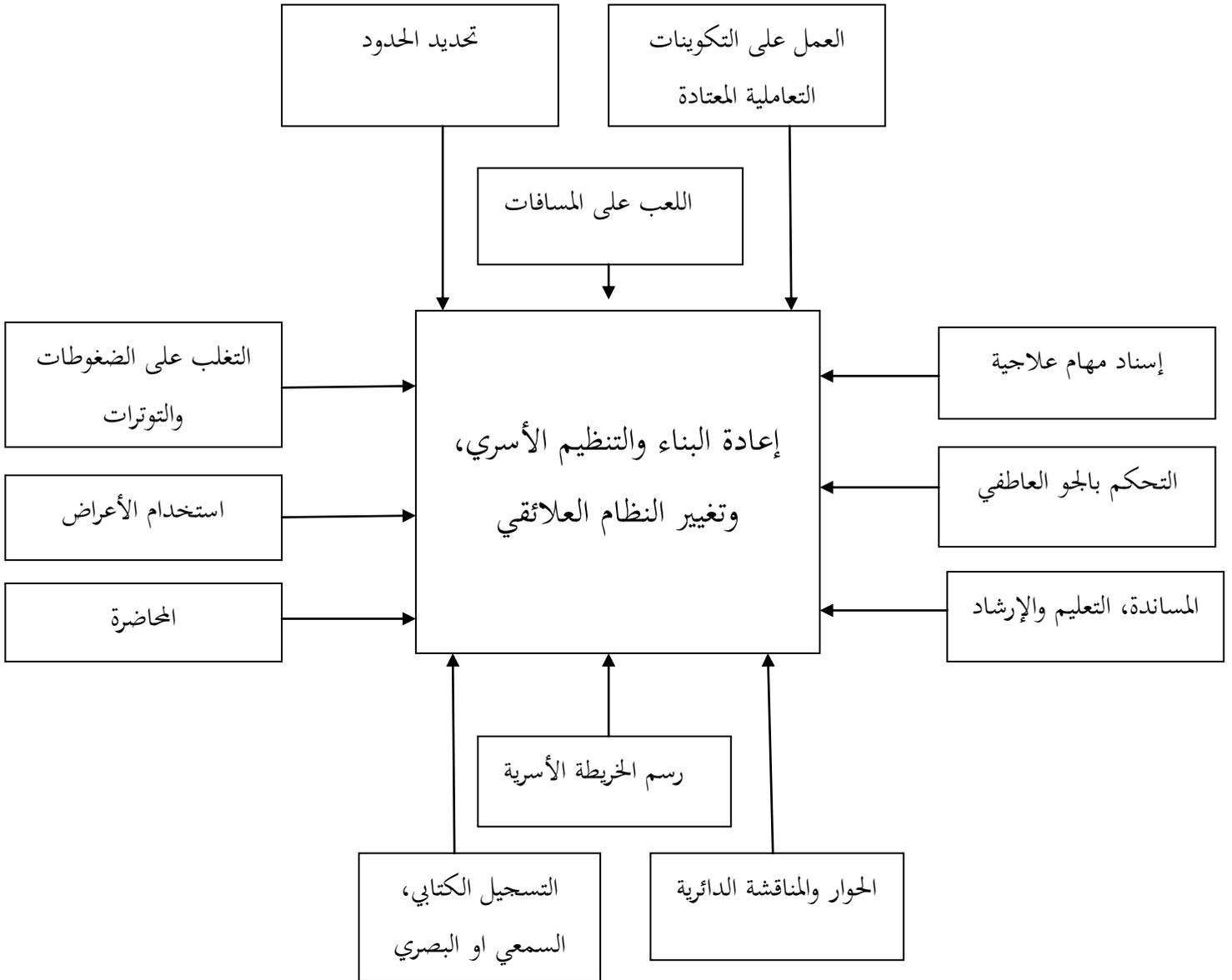
ر- التسجيل الكتابي أو السمعي أو البصري:

بحيث تسمح هذه الطريقة للمعالج بتسجيل بعض الملاحظات أو الوقائع التي يمكن له عدم الانتباه لها أو نسيانها،

كما تسمح له هذه الطريقة بجمع قدر كافي من المعلومات المهمة وتحليلها فيما بعد الجلسة العلاجية، والشكل

الموالي يلخص أهم التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

الشكل رقم (8) التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي الأسري:



الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

5- حدود البرنامج العلاجي:

أ- زمنيا:

استغرق تنفيذ البرنامج العلاجي الأسري مع كل أسرة مدة شهرين ونصف بواقع (10) جلسات خلال الفترة الممتدة ما بين 2015-04-14 الى 2015-12-13، حيث تم تطبيق جلسة واحدة أسبوعيا مع كل أسرة من الأسر التي لديها أطفال معاقين عقليا، واستغرقت كل جلسة مدة (45) دقيقة إلى (60) دقيقة.

ب- مكانيا:

تم إجراء المقابلات والجلسات العلاجية بمصلحة الأمراض العقلية (وحدة علم النفس) - المستشفى الجامعي لتلمسان-.

ج - بشريا:

تم في الأول تطبيق جميع المقاييس والاختبارات النفسية على جميع العينة والمتمثلة في (12) أسرة مع (12) من أبنائهم المعاقين عقليا، وذلك بعدما تم ضبط حجم عينة المجموعة التجريبية والمقدر ب (6) أسر مع (6) من أبنائهم المعاقين وحجم عينة المجموعة الضابطة والمقدر ب (6) أسر مع (6) من أبنائهم المعاقين عقليا، ليتم بعدها تطبيق البرنامج العلاجي الأسري على العينة التجريبية.

6- أساليب تقييم البرنامج العلاجي:

تم ذلك من خلال التقييم (القبلي، والبعدي، والتتبعي)، وعن طريق تطبيق مجموعة من المقاييس النفسية والمتمثلة في مقياس العلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الأسرة، من إعداد "موس" Moos (1974)، ومقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا من إعداد "عايش صباح" (2010)، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (الجزء الأول) من إعداد "فاروق محمد صادق" (1974)، إضافة إلى تطبيق اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء le SAGA من إعداد الباحثة والمشرف بعدما قاما بترجمته وتكيفه على المجتمع الجزائري.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

فمن خلال هذه المقاييس والاختبارات النفسية وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه، تمت مقارنة نتائج المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي، تم مقارنة نتائج المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي ، وذلك لمعرفة مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجي في مساعدة أسر المعاقين عقليا .

إضافة إلى التقييم التبعي، بحيث يتم تطبيق نفس المقاييس والاختبارات النفسية على المجموعة التجريبية بعد مدة زمنية قدرها شهر من انتهاء البرنامج العلاجي ، وذلك بهدف معرفة مدى استمرار فعالية هذا البرنامج و ثم مقارنة نتائج المجموعة التجريبية في القياس التبعي.

7- تحكيم البرنامج العلاجي الأسري والتجريب الاستطلاعي:

عند نهاية تصميم البرنامج العلاجي من قبل الباحثة، تم عرضه في صورته النهائية على مجموعة من الأساتذة والمحكمين من ذوي الاختصاص وهم أساتذة من قسم علم النفس بجامعة تلمسان، والملحق يوضح أسمائهم، وذلك من أجل إبداء رأيهم في البرنامج العلاجي من حيث مدى ملاءمته للفئة المستهدفة، ومدى تحقيقه للأهداف المسطرة والمراد الوصول إليها من خلاله، وذلك بإبداء ملاحظاتهم وآرائهم واقتراحاتهم والمتمثلة في:

- تعديل صياغة التقنيات المستخدمة وتصحيح ترجمتها.

- تعديل بعض الأهداف التي لا تتماشى مع محتوى الجلسة.

- حذف بعض النقاط الإضافية من الجانب النظري.

وبعد القيام بالتصحيحات والتعديلات اللازمة على البرنامج العلاجي الأسري وذلك بناء على ملاحظات وآراء الأساتذة المحكمين، قامت الطالبة بالتجريب الاستطلاعي له على عينة مكونة من (4) أسر مع (4) من أطفالهم المعاقين عقليا وذلك خلال الفترة الممتدة ما بين 04-01-2015 الى 05-04-2015، بالمستشفى الجامعي لتلمسان

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

(مصلحة الأمراض العقلية- وحدة علم النفس) ، وذلك للتأكد من قابلية البرنامج العلاجي للتطبيق ميدانيا وتفادي جميع الأخطاء مستقبلا في الدراسة الاساسية.

والجدول الموالي يوضح أهم التعديلات التي طرأت على البرنامج العلاجي والمتمثلة فيما يلي:

الجدول رقم (8) معطيات البرنامج العلاجي قبل وبعد التعديل:

بعد تعديل	قبل التعديل
- حذف تعريف العلاج النسقي	- تعريف العلاج النسقي
- حذف مكونات النسق الأسري	- مكونات النسق الأسري
- اللعب على المسافات	- اللعب على المساحة والفضاء
- تعيين الحدود	- تحديد الحدود
- التغلب على الضغوطات	- التغلب على التوتر
- الإرشاد	- التوجيه
- استخدام الفضاء الملموس كإعادة التنظيم المكاني داخل الحصة العلاجية	- تغيير المسافات بين الأفراد
- استخدام العرض كالرفع من حدته أو التقليل من أهميتها وإعادة تعريفه من اجل تعزيز العرض	- استخدام الأعراض داخل الأسرة
- تقييم البرنامج	- تقويم البرنامج

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

8) البرنامج العلاجي الأسري في صورته النهائية :

فيما يلي عرض تفصيلي لمحتوى البرنامج العلاجي وجلساته في صورته النهائية:

1- الجلسة الأولى:

وصفها : هي عبارة عن مقابلة تجرى بين الطالبة وأفراد الأسرة لتحقيق التعارف بينهم، وذلك من خلال تقويم الطالبة نفسها لأفراد الأسرة والتحدث مع كل فرد من أفرادها حتى تتمكن من التعرف عليهم، والحصول على البيانات الأولية المتعلقة بالأسرة، والاتفاق معها على الأسس والتعليمات والمواعيد التي لا يجب الإخلال بها من قبل الطرفين (الباحثة وأفراد الأسرة)، كما تقوم الباحثة بالتعريف بالبرنامج العلاجي ومدى أهميته في مساعدتهم، كما يتم خلال هذه الجلسة على التوقيع إما بالمواقف أو بالرفض على تسجيل الجلسات العلاجية (سمعيًا بصريًا أو كتابيًا) مع شرح الهدف من استخدام هذه التقنية.

أهدافها: يمكن تقسيم أهداف هذه الجلسة إلى:

أهداف رئيسية والمتمثلة في:

- بناء علاقة علاجية وتحالف علاجي بين الطالبة وأسر المعاق عقليا.

- تحقيق الطالبة الانتماء الفعال داخل أسرة المعاق عقليا.

أهداف فرعية والمتمثلة في:

- التعرف على الابن المعاق عقليا وعلى أسرته، مع جمع البيانات الأولية المتعلقة بهم.

- إعلام أفراد الأسرة بمدى أهمية البرنامج العلاجي في مساعدتهم وذلك بعد اطلاعهم على محتوياته، وأنهم

عنصر أساسي في العملية العلاجية.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

- الاتفاق على الأسس العلاجية للبرنامج (الالتزام بمواعيد الجلسات والتعليمات).
- الوصول بالأسرة إلى حالة من الثقة والطمأنينة ايزاء الطالبة والبرنامج العلاجي المقترح.

الفنيات المستخدمة:

- الحوار والمناقشات الدائرية (بغرض التعرف على كل فرد من أفراد أسرة المعاق عقليا).
- استمارة الإقرار بالموافقة أو الرفض على التسجيل (الكتابي، السمعي أو البصري) بغرض تسهيل المهمة العلاجية.

ب- الجلسة الثانية:

وصفها: يتم من خلال هذه الجلسة العلاجية يتم التعرف أكثر على الابن المعاق عقليا مع التعرف على مدى تكيف سلوكه و ذلك من خلال تطبيق مقياس السلوك التكييفي للمعاق، وكذلك معرفة علاقته بأفراد أسرته، ومدى تأثير إعاقته على كل فرد منهم، و ذلك من خلال تطبيق مقياس الضغوط النفسية لأسر المعاقين عقليا.

أهدافها: و تتمثل هذه الأهداف في:

أهداف رئيسية، و المتمثلة في:

- قياس السلوك التكييفي للمعاق عقليا .
- التعرف على مستوى الضغوط النفسية الأسرية .
- التعرف على مدى تأثير هذه الإعاقة على أسرته و أفرادها.

أهداف فرعية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- التعرف على علاقة المعاق عقليا مع كل فرد من أفراد أسرته.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

- التعرف على الضغوطات والمشكلات التي تواجه أفراد أسرة المعاق .

-الكشف عن العلاقة بين المشكلات الناتجة عن إعاقة الابن العقلية وتأثيرها على أفراد الأسرة وعلى الحياة الأسرية بصفة عامة وعلى العلاقة الأسرية بصفة خاصة.

التقنيات المستخدمة:

- تطبيق مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (الجزء الأول)، من إعداد فاروق محمد صادق (1974).

- تطبيق مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا، من إعداد عايش صباح (2010).

- المناقشة الدائرية (بغرض معرفة مدى تأثير المعاق على كل فرد من أفراد أسرته).

ج-الجلسة الثالثة:

وصفها: بعد التعرف على المعاق عقليا ومياس سلوكه التكيفي ، وكذلك معرفة مدى تأثير إعاقته على أفراد أسرته ، مع قياس مستوى الضغوط النفسية لديهم ، تقوم الطالبة في هذه الجلسة العلاجية بتطبيق اختيار التحليل للنسقي لجماعة الانتماء LE SAGA من ترجمة وتكييف الطالبة والمشرف، حيث يسمح لها ومن خلال هذا الاختبار بوصف وتصوير الطرق الحالية التي تربط أفراد هذه الأسرة ببعضهم البعض، وذلك من خلال تمثيلهم لمختلف الوضعيات، مع تطبيق مقياس العلاقات الأسرية من إعداد "موس" (1974)، حتى تتمكن من معرفة نوعية العلاقات الأسرية السائدة والتطابق بين أعضاء أسرة المعاق عقليا.

ومن خلال المعلومات المتحصل عليها عن طريق الجلسات العلاجية السابقة، وبعد تطبيق مجموعة من المقاييس والاختبارات النفسية، تقوم الطالبة برسم الخريطة الأسرية والمتمثلة في النتائج المتحصل عليها من خلال اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء LE SAGA الذي يعتبر في حد ذاته طريقة من بين الطرق التي تسمح بتمثيل رسم خريطة البنية الأسرية، ورسم الحدود التي تسمح بتمثيل الأنواع المختلفة لها داخل أسرة المعاق.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

اهدافها: يمكن تلخيص أهداف هذه الجلسة فيما يلي:

أهداف رئيسية متمثلة في:

- تقييم البنية الأسرية لأسرة المعاق عقليا.
- رسم الخريطة الأسرية عن طريق تطبيق اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء LE SAGA .

أهداف فرعية وتمثل في:

- التعرف على هرمية الأسرة (صاحب القرار وصاحب التأثير)، مع معرفة مصدر القوة والسلطة داخل أسرة المعاق عقليا.
- توفير وصف مختصر للحدود والأنظمة الفرعية، داخل الأسرة وانتماء الأفراد لها.
- التعرف على العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء اسرة المعاق.

التقنيات والاستراتيجيات المستعملة:

- تطبيق اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء LE SAGA بغرض (رسم الخريطة الأسرية) من ترجمة وتكيف الطالبة والمشرف.
- مقياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين أعضاء الاسرة، من اعداد موس(1974).

د-الجلسة الرابعة:

وصفها: بعدما تمكنت الطالبة من تقييم البنية السرية لأسرة المعاق عقليا والتعرف على هرمية السلطة داخله (صاحب القرار، صاحب التأثير و مصدر القوة والسلطة)، إضافة إلى تعرفها على نوعية العلاقات الأسرية السائدة والتطابق بين أعضائها، كل هذا سمح لها بتحديد الخلل الموجود في تلك التفاعلات الأسرية مع تحديد سوء الأداء الوظيفي للبناء الأسري، مما دفع بالباحثة إلى التركيز على الخلل وسوء الأداء الوظيفي و البحث عن سبب هذا الخلل الموجود في أسرة المعاق عقليا.

ومن هذا المنطلق ركزت الطالبة على معرفة الخلفية الثقافية والوعي المعرفي لدى أسرة المعاق عقليا ايزاء إعاقته، ففي هذه الجلسة يتم الكشف عن المشكلة والتركيز عليها، وبدلا من اكتفاء الطالبة بالاستمتاع لوجهة نظر كل فرد من أفراد الأسرة اتجاه الإعاقة تقوم بتشجيعهم على العمل خلال الجلسة العلاجية والتفاعل فيما بينهم، كوصف أفراد الأسرة أمام الطالبة بعض السلوكيات التي يقومون بها وتنفيذها أمامها من خلال مجموعة من الأحداث المعتادة في تعاملهم في حياتهم اليومية.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

كما تقوم الطلبة باستعمال تقنية تعيين الحدود التي تم رسمها مسبقا في الجلسات السابقة وعن طريق اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء LE SAGA، وتحديدتها بين أفراد أسرة المعاق عقليا، كما تعمل على توضيح هذه الحدود لهم ومدى ضرورة احترامها للمحافظة على سلامة الأنساق داخل أسرهم.

أهدافها: ويمكن تقسيم هذه الأهداف إلى:

أهداف رئيسية ومتمثلة في:

- البدء في مرحلة البناء الأسري.
- إدراك أفراد الأسرة لمعاملاتهم الخاصة.
- تعيين وتوضيح الحدود لأفراد أسرة المعاق عقليا.

أهداف فرعية ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- إشراك أفراد الأسرة في العملية العلاجية.
- احترام وجهة النظر الخاصة بأفراد الأسرة والمتعلقة بالوضع القائم، مع تنمية مهارة حرية التعبير، والمناقشة لدى أفراد الأسرة، في مناخ من الألفة والتسامح والثقة المتبادلة.
- تشجيع أفراد الأسرة على التفاعل فيما بينها.
- تنمية فهم الأسرة حول كيفية التخطيط للمشكلة بعد الكشف عن أسبابها.
- التزام أفراد الأسرة بالحدود للمحافظة على سلامة الأنساق العامة.

التقنيات المستخدمة:

- العمل على التكوينات التفاعلية المعتادة.
- تعيين الحدود

هـ-الجلسة الخامسة:

وصفها: بعدما تم تحديد الخلل الموجود في العلاقات والتبادلات والتفاعلات الأسرية من خلال الجلسة السابقة ، وسوء أداء الأسرة الوظيفي مع تحديد سبب وجود هذا الخلل والعمل على تحديد الحدود وتوضيحها ، تقوم الطلبة من خلال هذه الجلسة باللعب على المسافات والتركيز على تغييرها بين أفراد أسرة المعاق وذلك من خلال استخدامها للفضاء الملموس وعن طريق إعادة تنظيم الأماكن (بين أفراد أسرة المعاق في الجلسة العلاجية)، وهذا ما يسمح بإعادة تنظيم التفاعلات الأسرية داخل أسرة المعاق عقليا.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

كما يقوم الطالب في هذه الجلسة العلاجية باستخدام العرض لأن أهم ما يميز أي اضطراب أو إعاقة هو العرض والذي يشكل في حد ذاته مشكلة بالنسبة للبيئة المحيطة (الأسرة) بالمعاق، والتي تسبب لها ضغوطا نفسية، ومن اجل الخفض من حدة هذه الضغوط النفسية يجب التقليل من العرض او القضاء عليه.

وهناك طرق عديدة تستخدم في تقنية استخدام العرض، اختارت منها ال طالبة تقنية إعادة التعريف بالعرض من خلال استخدامها لتقنية المحاضرة والتي تقوم من خلالها بتقديم معلومات حوله وبطريقة مبسطة وعبارات تناسب مع أفراد أسرة المعاق، وهذه الطريقة تعتبر من الطرق الفعالة لتعزيز العرض ومن تم التقليل من فعاليته.

الأهداف: يمكن تلخيص أهدافها فيما يلي:

أهداف رئيسية والمتمثلة فيما يلي:

- إعادة تنظيم التعاملات والتبادلات الأسرية داخل أسرة المعاق عقليا .
- التقليل من حدة الضغوطات النفسية عن طريق التقليل من فعالية العرض الذي يسبب مشكلة لأسرة المعاق عقليا.

أهداف فرعية والمتمثلة في النقاط التالية:

- توفير المعرفة لدى أفراد الأسرة حول إعاقة ابنهم العقلية مما يساعدهم على التفهم أكثر وعلى معرفة مواجهة الضغوطات النفسية المرتبطة بهذه الإعاقة، الأمر الذي سينعكس إيجابيا على السلوك التكيفي لابنه م المعاق.
- تصحيح أو تعديل بعض الأفكار الخاطئة لدى أفراد الأسرة حول الإعاقة العقلية وذلك من خلال المحاضرة.
- زيادة استبصارهم بإعاقة ابنهم العقلية مما يشجعهم على تلقي المعلومات المتضمنة في الجلسة العلاجية بما يهيئ لهم موقفا تعليميا يبدأ بشعورهم بأن احد أسباب مشكلاتهم هو افتقارهم لمعلومات حول الإعاقة وكيفية تعاملهم مع أع راضها، وهذا ما يدفعهم إلى متابعة الجلسات وخلق أهداف جديدة تتمثل في حل المشاكل التي يعانون منها وإحداث التغيير.

التقنيات المستخدمة:

- اللعب على المسافات.
- استخدام العرض عن طريق إعادة تعريفه من خلال استعمال تقنية المحاضرة.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

و- الجلسة السادسة:

وصفها: تعمل الطالبة في هذه الجلسة العلاجية على خلق نوع من الضغوطات داخل أسرة المعاق عقليا، وذلك بتسليطها الضوء على بعض الخلافات والصراعات الأسرية المراد إخفاؤها داخل الأسرة، أو شرح وتوضيح بعض الصراعات السابقة لهذه الأسرة .

كما تقوم الطالبة بالتحكم بالجو العاطفي السائد داخل هذه الأسرة، كان تستفز ردود أفعال أفرادها بصفق عامة، أو تقلد نمط الأسرة العاطفي وأسلوبها في التعامل مع الصراعات والخلافات الأسرية أو تعاملها مع إعاقة ابنهم العقلية.

وكل هذا يسمح للطالبة من الرفع من مستوى الضغوطات لدى هذه الأسرة مما يجعل أفرادها بحاجة إلى إحداث التغيير حتى يقللوا من مستوى الضغوطات و الصراعات التي يعيشونها، كما يساعدهم التحكم في الجو العاطفي على تغيير المشاعر السلبية التي يتميز بها أفراد هذه الأسرة (الخجل، الكره، الشعور بالذنب ...). بمشاعر ايجابية (حب، تعاون، مساندة، تقبل...) والتي تنعكس إيجابيا على سلوك ابنهم المعاق عقليا.

أهدافها: يمكن تلخيص أهداف هذه الجلسة فيما يلي:

أهداف رئيسية والمتمثلة فيما يلي:

إحداث أو رفع مستوى الضغوطات النفسية الأسرية لدى أسرة المعاق عقليا حتى يحدث تغيير في بنائها.

للتحكم بالجو العاطفي الأسري الذي يساعد بتغيير المشاعر السلبية لأسرة المعاق إلى مشاعر ايجابية.

و أهداف فرعية ويمكن تلخيصها فيما يلي:

إظهار بعض الصراعات أو الخلافات الأسرية المراد إخفائها من قبل أسرة المعاق عقليا وشرحها وتوضيحها لهم.

تحميد التكوينات التفاعلية المعتادة لدى أسرة المعاق عقليا.

التقنيات المستخدمة:

للتغلب على الضغوطات والتوترات.

للتحكم بالجو العاطفي.

ي-الجلسة السابعة:

وصفها: بعدما قامت الطالبة بالرفع من مستوى الضغوط النفسية الأسرية والتحكم بالجو العاطفي السائد داخل

أسرة المعاق عقليا في الجلسة السابقة، تقوم الطالبة في هذه الجلسة العلاجية بإحداث عدم الاتزان في هرمية

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

السلطة وتغيير مراكز القوة داخل الأنساق الفرعية مع بناء بعض التحالفات المؤقتة مع أفراد أسرة المعاق عقليا وذلك بإسنادهم بعض المهام العلاجية، كان تقوم الطالبة بمنح بعض الحرية والحقوق لأحد أفراد الأسرة دون تدخل الأفراد الآخرين، بحيث تكون هذه الحرية مقاربة لسنهم ومتكيفة مع وضعياتهم داخل أسرهم، مع ضمان بقاء حدود الأنساق الفرعية، وكل هذا من أجل الوصول بأفراد هذه الأسرة إلى تحقيق أحسن ازدهار نفسي اجتماعي داخل وسطهم الأسري.

اهدافها: ويمكن تقسيمها إلى ما يلي:

أهداف رئيسية ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- إحداث عدم الاتزان في هرمية السلطة من اجل الوصول بأسرة المعاق إلى التكيف النفسي الاجتماعي داخل المجموعة الأسرية.
- إحداث الاندماج بين أفراد أسرة المعاق عقليا.

و أهداف فرعية والمتمثلة فيما يلي:

- إتاحة الفرصة للطالبة ولأفراد الأسرة إلى فهم بعض التحالفات داخلها، ومن تم تقديم بعض الاقتراحات والتعديلات لتغيير تركيب الأسرة وبناء القوة والحدود داخل أسرة المعاق عقليا.

الغيات المستخدمة:

- تحديد الحدود وإحداث عدم الاتزان في هرمية السلطة داخل أسرة المعاق عقليا.
- إسناد مهام علاجية.

م- الجلسة الثامنة:

وصفها: تقوم الطالبة في هذه الجلسة بمساندة وظائف أفراد أسرة المعاق عقليا، وتعليم كل واحد فيهم احترام الدور الموكل له، مع تعليمهم كيفية التأكد من بعضهم البعض في أداء هذه الأدوار والوظائف.

كما تعمل الطالبة على دعم أفراد أسرة المعاق معنويا، وكذلك تعليم كل نسق من الأنساق الفرعية (الوالدي، الزوجي، الأخوي) كيفية مساندة بعضهم البعض معنويا، ومدى أهمية هذا الدعم من التخفيف من حدة الضغوط الأسرية.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

إضافة إلى هذا تقوم الطالبة بإرشاد أفراد الأسرة وحثهم على الاستمرار في أداء وظائفهم وسلوكاتهم بشكل مناسب وأكثر موائمة.

وفي الأخير تعلن الطالبة عن الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، وتتفق معهم على موعد الجلسة المقبلة لتطبيق القياس البعدي.

أهدافها: يمكن تلخيص أهداف الجلسة فيما يلي:

- مساندة أفراد الأسرة معنويا وتعليمهم كيفية الدعم المعنوي لبعضهم البعض.
- تعليم كل فرد من أفراد أسرة المعاق على احترام الدور الموكل إليهم.
- إرشاد كل فرد من أفراد الأسرة على الاستمرار في أداء وظائفهم بشكل مناسب وفي ظروف أحسن.
- إنهاء العملية العلاجية.

التقنيات المستخدمة:

- المساندة، التعليم، و الإرشاد.

ر-الجلسة التاسعة والجلسة العاشرة:

وصفهما: قامت الطالبة بالقيام بجلستين متتاليتين مع أسرة المعاق عقليا في أسبوع واحد بغرض إعادة تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية بعد الانتهاء من العملية العلاجية، بحيث طبقت في الجلسة التاسعة مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (الجزء الأول) من إعداد فاروق محمد صادق (1974)، إضافة إلى تطبيق مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا من إعداد عايش صباح (2010)، اما في الجلسة العاشرة، فقامت الباحثة بإعادة تطبيق اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA) من ترجمة وتكييف الطالبة و المشرف، ومقياس العلاقات الأسرية والتطابق الاسري بين أعضاء الأسرة من إعداد موس Moos (1974) . وبعد الانتهاء من التطبيق البعدي للمقاييس و الاختبارات النفسية، قامت الطالبة بالاتفاق مع الأسرة مجددا على موعد آخر، بعد مدة زمنية تقدر بشهر، وذلك للقيام بالقياس التبعي.

أهدافها:

- القيام بالقياس البعدي.

الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي أسري نسقي لمساعدة أسر المعاقين عقليا

س - الجلسة التتبعية:

وصفها: في هذه الجلسة قامت الطالبة بإعادة تطبيق جميع المقاييس و الاختبارات النفسية و المتمثلة في مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، و مقياس الضغوط النفسية لدى أسرة المعاقين عقليا، و اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء ومقياس العلاقات الأسرية والتطابق الاسري بين أعضاء الأسرة، وذلك لمتابعة أثر البرنامج العلاجي بعد مدة زمنية تقدر بشهر من الانتهاء من تطبيقه على أسرة المعاق عقليا.

أهدافها:

يتمثل الهدف الرئيسي لهذه الجلسة القيام بالقياس التتبعي لمعرفة أثر البرنامج العلاجي المطبق سابقا.

ما يمكن استنتاجه من خلال ما عرض في هذا الفصل، أنه لتصميم أي برنامج علاجي يتطلب الأمر المرور بعدة مراحل ابتداء بالأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج، مروراً بالأهداف المراد الوصول إليها من خلال تطبيقه، ووصولاً إلى صورته النهائية بعدما تم عرضه على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص لإبداء آرائهم حوله، وتطبيقه فيما بعد في الدراسة الاستطلاعية ليصبح جاهزاً بعدها للتطبيق في الدراسة الأساسية.

الفصل الخامس:

"منهجية البحث واجراءاته"

- 1- المنهج المستخدم في البحث.
- 2- متغيرات البحث.
- 3- الدراسة الاستطلاعية.
- 4- الدراسة الاساسية.
- 5- ادوات البحث.
- 6- الاساليب الاحصائية المستخدمة.

يتناول هذا الفصل الاجراءات المنهجية التي اتبعتها ال طالبة في بحرها، وذلك بداية من الدراسة الاستطلاعية التي أجريت على العينة والتي لها نفس مواصفات العينة الأصلية للدراسة وصولا إلى الدراسة الأساسية مع عرض المنهج الذي اعتمد عليه واجراءاته من حيث مجتمعه وعينته، ووصف الأدوات والمقاييس المستخدمة وك ل الأساليب الاحصائية المستعملة.

1- المنهج المستخدم في البحث:

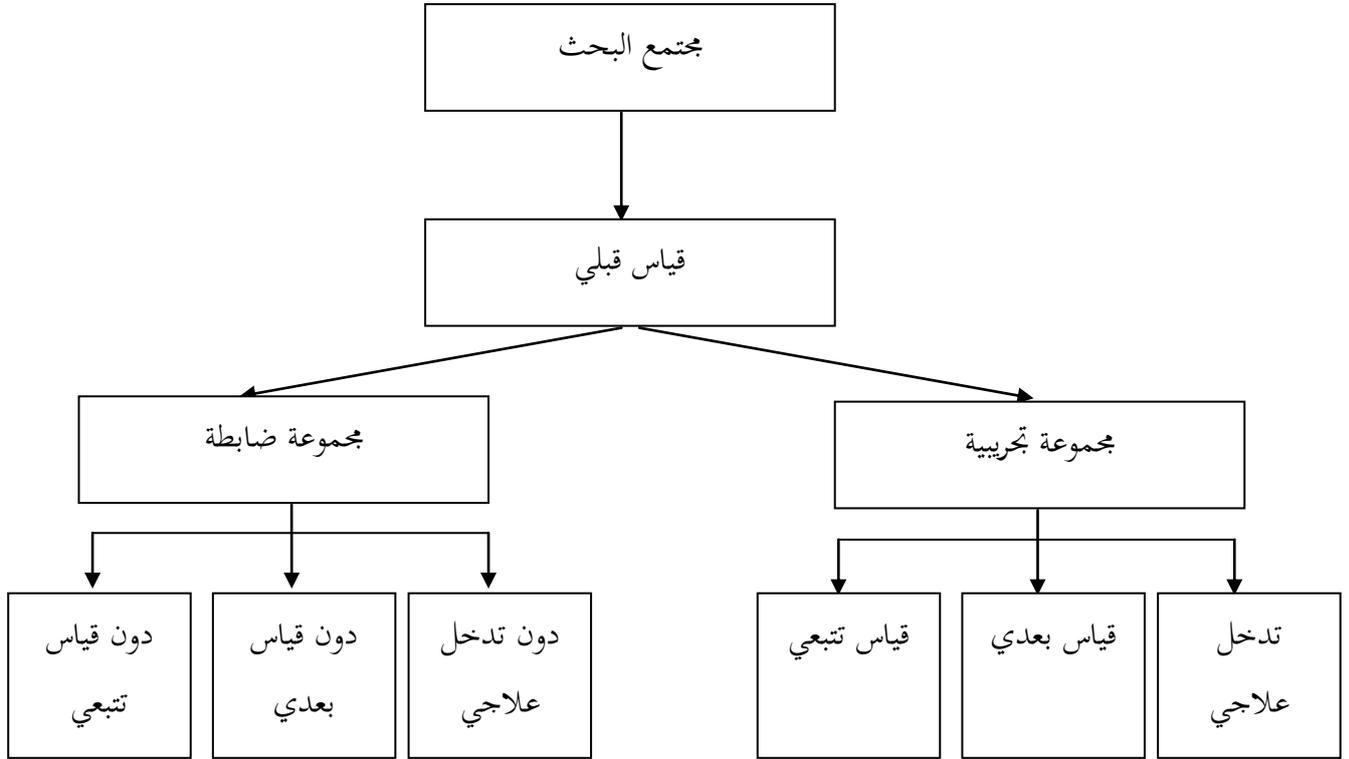
لا تتأكد أهمية أي بحث إلا اذا سلك المنهج العلمي في جميع خطواته والذي يتمثل في مجموعة من القواعد التي يتم وضعها من قبل الباحث في دراسته للمشكلة المطروحة بغية الوصول إلى الحقيقة العلمية والكشف عنها مع استحلاب الأدلة على صدق النتائج المتوصل إليها.

ولدراسة هذا البحث واختبار فروضه والتحقق من صحتها وصولا إلى تحقيق هدفه الأساسي والمتمثل في معرفة مدى فعالية برنامج علاجي أسري نسقي في مساعدة أسر المعاقين عقليا، فلقد تم استخدام المنهج التجريبي، حيث يعرفه (الهويدي، 2004: 36) بأنه أقرب مناهج البحوث لحل المشكلات بالطريقة العلمية والمدخل الأكثر صلاحية لحل المشكلات التعليمية النظرية والتطبيقية وتطوير بنية التعليم وأنظمتها المختلفة والتجريب سواء تم في المعمل أو في قاعات الدراسة أو في أي مجال آخر، يعبر عن محاولة للتحكم في جميع المتغيرات والعوامل الأساسية باستثناء متغير واحد يقوم الباحث بتطويعه أو تغييره بهدف تحديد وقياس تأثيره في العملية، وقد أثبتت هذه الطريقة فعاليتها ونجاحها في العلوم الطبيعية كما أنها نجحت في التحقق من كثير من ال فرضيات المطروحة في العلوم الاجتماعية والانسانية وذلك بإحداث تغيرات في السلوك.

واعتمدت الطالبة على التصميم التجريبي ذو المجموعتين المتكافئتين (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) و

الشكل التالي يبين هذا التصميم التجريبي للبحث الميداني:

الشكل رقم (9): التصميم التجريبي للبحث:



طبقا لهذا الشكل الذي يمثل التصميم الحالي للبحث، فقد تم اجراء القياسات التالية للمجموعة التجريبية (القياس القبلي اي قبل تطبيق البرنامج العلاجي الأسري ، والقياس البعدي أي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي الأسري، والقياس التتبعي اي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي بمدة زمنية تقدر بشهر واحد)، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد خضعت للقياس القبلي.

كما استعملت الطالبة في دراستها العيادية النسقية الاسرية (دراسة الحالات الاسرية) على المنهج العيادي الذي يقوم اساسا على الاهتمام بدراسة الوحدات الاجتماعية بصفقتها الكلية، ثم النظر الى الجزئيات من حيث علاقتها بالكل الذي يحتويها، اي ان المنهج العيادي يركز اهتمامه على فرد او مجموعة من الافراد اثناء تحركاتهم، كما ركزت الطالبة في دراستها الاسرية على اسلوب تحليل المحتوى (كميا وكيفيا) الذي يعتبر اسلوب بحثي يرمي للخروج

باستدلالات عن طريق تشخيص صفات محددة للرسائل تشخيصا موضوعيا ومنطقيا، وكل هذا يتفق مع موضوع بحثها الحالي الذي يصب كل اهتمامه لمعرفة التوظيف العام لاسرة المعاق عقليا اكثر من اهتمامه بالتوظيف الخاص بالفرد المعاق وكل هذا بهدف فهم ديناميات التفاعلات داخل اسرة المعاق.

2- متغيرات البحث:

- أ. المتغير المستقل: يتمثل المتغير المستقل لهذا البحث في البرنامج العلاجي الأسري النسقي .
- ب. المتغير التابع: يتمثل المتغير التابع لهذا البحث في الأثر الذي يتركه البرنامج العلاجي على أسر المجموعة التجريبية و أيضا أطفال المجموعة التجريبية من تحسن، و ماهي الجوانب التي يستهدفها هذا البرنامج.

3- الدراسة الاستطلاعية:

أ. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من بين أهم خطوات البحث العلمي، فهي عبارة عن دراسة تجريبية أولية يقوم بها الباحث على تقنية صغيرة قبل قيامه ببحثه، كونها تساعد في التعرف على ميدان بحثه وأفراده ومدى توفر الامكانيات اللازمة للقيام به، مع اختيار أدوات القياس المناسبة له وامكانية اعادة صياغتها أو تعديلها إذا نطلب منه الأمر.

فالدراسة الاستطلاعية هي خطوة من الخطوات المهمة الواجب توفرها في أي بحث أو دراسة، ويمكن تلخيص أهدافها فيمايلي:

— تحديد عينة البحث.

- تدريب الطالبة على تطبيق البرنامج العلاجي الأسري والتأكد من مدى صلاحية تطبيقه.
- التأكد من مدى استيعاب عينة البحث للبرنامج العلاجي ومدى تقبلها له.
- تحديد الصعوبات والمعوقات التي واجهت ال طالبة في الدراسة الاستطلاعية، حتى يتم تجاوزها في الدراسة الأساسية.
- تجريب أدوات البحث والتأكد من مدى صلاحيتها للدراسة الأساسية.
- تحديد الرزامة الزمانية و المكانية المناسبة لتنفيذ البرنامج العلاجي الأسري.
- التحضير للقيام بالدراسة الأساسية في أحسن الظروف.

ب. فرضيات الدراسة الاستطلاعية:

- لا يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس القبلي.
- يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس البعدي.
- لا يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي.
- يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي.
- لا يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي.
- يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي.

ج. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (8) أسر مع (8) من أطفالهم المعاقين عقليا، وتم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ضمت (04) أسر مع (04) أطفالهم المعاقين عقليا، ومجموعة ضابطة ضمت (04) أسر مع (04) من أطفالهم المعاقين عقليا.

د. اجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تم تقسيم العينة الاستطلاعية إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تضم (04) أسر مع (04) من أطفالهم المعاقين عقليا، ومجموعة ضابطة تضم (04) أسر مع (04) من أطفالهم المعاقين عقليا، وتمت المجانسة بين المجموعتين في الخصائص التالية:

* حجم عينة الدراسة الاستطلاعية:

الجدول رقم (9): يمثل حجم عينة الدراسة الاستطلاعية:

المجموعة التجريبية	4 أسر	4 أطفال معاقين عقليا	8 أسر مع 8 أطفال معاقين عقليا
المجموعة الضابطة	4 أسر	4 أطفال معاقين عقليا	

- العمر الزمني: جاء توزيع عينة الأطفال المعاقين عقليا في العمر الزمني كمايلي:

جدول (10): توزيع العينة وفق العمر الزمني:

التكرار	الفئات العمرية	
5	8-5	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
3	12-9	

- المستوى التعليمي: جاء توزيع عينة الأطفال المعاقين في المستوى التعليمي كمايلي:

جدول رقم (11): توزيع عينة الأطفال المعاقين عقليا وفق المستوى التعليمي:

التكرار	المستوى التعليمي	
3	القسم التحضيري	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
5	المستوى الابتدائي	

- الجنس: جاء توزيع العينة وفق الجنس كمايلي:

جدول رقم (12): توزيع العينة وفق الجنس:

التكرار	الفئات	
4	ذكور	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
4	اناث	

- نوع و درجة الاعاقة:

تم تحديد نوع وشدة الاعاقة العقلية بالرجوع إلى ملف الحالة (ملف الأطفال المعاقين عقليا)، الذين كانوا متواجدين بمصلحة الأمراض العقلية بالمستشفى الجامعي لتلمسان بغرض التكفل النفسي والمتابعة النفسية، كما تم الاعتماد على تقارير الأطباء والمختصين النفسيين المتواجدين بالمصلحة، والجدول الموالي يبين توزيع العينة وفق نوع وشدة الاعاقة العقلية:

الجدول رقم (13): توزيع العينة وفق نوع وشدة الاعاقة العقلية:

التكرار	الفئات	
2	تخلف عقلي بسيط	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
6	تخلف عقلي متوسط	

هـ - حدود الدراسة الاستطلاعية:

- زمنيا:

تم تنفيذ البرنامج العلاجي الأسري مع عينة الدراسة الاستطلاعية المتمثلة في (8) أسر لديهم أطفال معاقين عقليا مع (8) معاقين عقليا خلال الفترة الزمنية 2014-11-23 الى 2015-04-05، بواقع (10) جلسات، حيث تم تطبيق جلسة واحدة أسبوعيا مع كل أسرة من هذه الأسر، و استغرقت مدة تطبيق كل جلسة بين 45 و 60 دقيقة.

- مكانيا:

تم اجراء المقابلات والجلسات العلاجية بمصلحة الأمراض العقلية ووحدة علم التنفس بالمستشفى الجامعي لتلمسان.

- بشريا:

تم في الأول تطبيق جميع المقاييس والاختبارات النفسية على جميع أفراد العينة والمقدرة بـ (08)أسر لديهم أطفال معاقين عقليا، مع (08) أسر لديهم أطفالهم المعاقين عقليا، و ذلك بعدما تم ضبط حجم عينة المجموعة التجريبية والمقدر بـ (04)أسر مع (04) من أطفالهم المعاقين عقليا، وضبط حجم عينة المجموعة الضابطة والمقدر بـ (04)أسر مع (04) من أطفالهم المعاقين عقليا، ليتم بعدها تطبيق البرنامج العلاجي الأسري على العينة التجريبية.

و- عرض النتائج المتحصل عليها في الدراسة الاستطلاعية:

- عرض النتائج الخاصة بالسلوك التكيفي للمعاقين عقليا:

الجدول رقم (14): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس القبلي:

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدالة
	ع	م	ع	م				
السلوك التكيفي للمعاق عقليا قبل تطبيق البرنامج	5.50	38.75	5.96	37.75	6	0.24	0.01	غير دالة

من خلال الجدول رقم (14): نلاحظ أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس القبلي.

الجدول رقم (15): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس البعدي:

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس البعدي	6.44	71.25	5.97	37.50	6	7.68	0.01	دالة

من خلال الجدول رقم (15): نلاحظ أنه يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس البعدي.

- عرض النتائج الخاصة بالضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا:

الجدول رقم (16): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي:

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا قبل تطبيق البرنامج	3.10	26.50	2.88	25.50	6	0.47	0.01	غير دالة

من خلال الجدول رقم (16): نلاحظ أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي.

الجدول رقم (17): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لأسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي.

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
الضغوط النفسية لأسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي	ع	م	ع	م	6	7.52	0.01	دالة
	2.62	10.75	2.62	24.75				

من خلال الجدول رقم (17): نلاحظ أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية أي المجموعة التجريبية انخفضت لديها الضغوط النفسية إذا ما قورنت بالمجموعة الضابطة.

- عرض النتائج الخاصة بالتحليل النسقي لجماعة الانتماء و العلاقات الاسرية و التطابق

الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا:

الجدول رقم (18): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي:

المتغيرات	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
التحليل النسقي لجماعة الانتماء قبل تطبيق البرنامج	ع	م	ع	م	6	2.50	0.01	غير دالة
	1.25	3.25	1.25	3.25				
العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا قبل تطبيق البرنامج.	ع	م	ع	م	6	5.84	0.01	دالة
	3.05	36.75	2.79	34.05				

من خلال الجدول رقم (18): نلاحظ أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي.

الجدول رقم (19): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي.

المتغيرات	المجموعة التجريبية		Df	المجموعة الضابطة		قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدالة
	ع	م		ع	م			
التحليل النسقي لجماعة الانتماء أثناء القياس البعدي	5.75	2.47	6	3.25	1.25	3.79	0.01	دالة
العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي.	52.25	4.79	6	34.05	2.79	7.58	0.01	دالة

من خلال الجدول رقم (19): نلاحظ أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء و العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية أي ان العلاج الاسري كان فعالا في تحسين العلاقات الاسرية بين اعضاء اسر المعاقين عقليا.

4- الدراسة الأساسية:

1. عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (12) أسرة مع (12) من أطفالهم المعاقين عقليا، بحيث نتجت هذه العينة عن طريق الاختيار القسدي، إذ تم اختيارها من أصل (50) أسرة و التي كانت متواجدة بمصلحة الأمراض العقلية بالمستشفى الجامعي لتلمسان، بعد أن قامت ال طالبة بتطبيق اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le Saga) عليهم بهدف تقنيته و تكييفه على المجتمع الجزائري، و في الأخير تم انتقاء (12) أسرة مع (12) من أطفالهم المعاقين عقليا، و بعدها تم تقسيم العينات إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تضم (06) أسر مع (06) من أطفالهم المعاقين عقليا، و مجموعة ضابطة تضم (06) أسر مع (06) من أطفالهم المعاقين عقليا.

ب. اجراءات الدراسة الأساسية:

بعدها تم تقسيم العينة الأساسية إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ضمت (06) أسر مع (06) من أطفالهم المعاقين عقليا، و مجموعة ضابطة ضمت (06) أسر مع (06) من أطفالهم المعاقين عقليا، تمت المجانسة بين المجموعتين في الخصائص التالية:

* حجم عينة الدراسة الأساسية:

الجدول رقم (20): يمثل حجم عينة الدراسة الأساسية:

12 أسرة مع 12 من أطفال المعاقين عقليا	6 أسر	المجموعة التجريبية
أطفالهم المعاقين عقليا	6 أسر	المجموعة الضابطة

* العمر الزمني:

- الجدول رقم (21): يمثل العمر الزمني لعينة الدراسة الأساسية:

التكرار	الفئات العمرية	
8	8-5	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
4	12-9	

* المستوى التعليمي:

- الجدول رقم (22): يمثل توزيع العينة وفق المستوى التعليمي:

التكرار	الفئات	
4	القسم التحضيري	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
8	المستوى الابتدائي	

* الجنس: لقد تمثل جنس عينة الدراسة الأساسية كلها في جنس الذكور فقط.

* نوع و درجة الاعاقة:

تم تحديد نوع وشدة الاعاقة العقلية ايضا بالرجوع إلى ملف الحالة (ملف الأطفال المعاقين عقليا)، الذين كانوا متواجدين بمصلحة الأمراض العقلية بالمستشفى الجامعي لتلمسان بغرض التكفل النفسي والمتابعة النفسية، كما تم الاعتماد ايضا على تقارير الأطباء والمختصين النفسانيين المتواجدين بالمصلحة ، والجدول الموالي يبين توزيع العينة وفق نوع وشدة الاعاقة العقلية:

الجدول رقم (23): توزيع العينة وفق نوع وشدة الاعاقة العقلية:

التكرار	الفئات	
4	تخلف عقلي بسيط	مجموعة الأطفال المعاقين عقليا
8	تخلف عقلي متوسط	

الجدول رقم (24): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس القبلي:

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
السلوك التكيفي للمعاق عقليا قبل تطبيق البرنامج	41	5.65	40.17	5.98	10	0.24	0.80	غير دالة

من خلال الجدول رقم (24): نلاحظ أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس القبلي مما يدل على تكافؤ مجموعتي الدراسة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

- عرض النتائج الخاصة بالضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا:

الجدول رقم (25): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي:

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		df	قيمة t المحسوبة	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا قبل تطبيق البرنامج	26	2.53	23.67	3.50	10	1.32	0.21	غير دالة

من خلال الجدول رقم (25): نلاحظ أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي وهذا ما يشير الى تكافؤ العينتين من حيث مستوى الضغوط النفسية.

- عرض النتائج الخاصة بالتحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء أسر المعاقين عقليا:

الجدول رقم (26): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء أسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي:

المتغيرات	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		df	قيمة t المحسوبة	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
التحليل النسقي لجماعة الانتماء أثناء القياس القبلي.	3.33	0.51	3.17	0.40	10	0.62	0.54	غير دالة
العلاقات الاسرية و	37	3.40	35.67	05	10	0.53	0.60	

غير دالة								التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي
----------	--	--	--	--	--	--	--	---

من خلال الجدول رقم (26): نلاحظ أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا أثناء القياس القبلي وهذا ا يشير الى تكافؤ العينتين من حيث مستوى التطابق الاسري والعلاقات الاسرية.

5- أدوات البحث:

لكل دراسة وبحث علمي أدوات قياس يعتمد عليها الباحث، بهدف تحقيق أكبر قدر من الدقة والموضوعية، واعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات والمتمثلة فيمايلي:

أ. المقابلة النسقية:

تم اجراء المقابلات مع أسر المعاقين عقليا بمصلحة الأمراض العقلية ووحدة علم النفس بالمستشفى الجامعي لتلمسان، وذلك باعتبار المقابلة من أهم التقنيات لجمع المعطيات والتي من خلالها يمكننا الوصول إلى اهداف معينة ومعدة مسبقا، وبما أن الدراسة الحالية تركز على الأسرة و على أنماط تواصل وتفاعل الأفراد داخلها تم الاعتماد على المقابلة النسقية بحيث ترى آسيا في (2009: 85) أن هذه المقابلة تلقي الضوء على التفاعلات التبادلية و الدائرية كطريقة لفهم ديناميات وسلوكات الأسرة ، فهي تتميز عن المقابلة الفردية من حيث أنها التقاء يتم من خلال دراسة مباشرة للاتصال لدى فرد من أفراد محيطه ، إذ يمكن الوصول إلى تعيين أنماط اتصالات لها قيمة

تشخيصية، وهذا النوع من التدخل هو بحث في الحاضر أكثر منه البحث عن معنى رمزي أو عن الدوافع أو عن أسباب مأخوذة من الماضي.

كما تم استخدام طريقة التساؤلات الدائرية (Questionnement circulaire) والتي تعتبر طريقة فعالة لإدارة المقابلة، فحسب "روبرت سميث و آخرون" في (2006: 278) تهدف هذه الطريقة إلى تحديد كيفية تطور النمط الراهن للأداء الأسري، و متى أصبح هذا الأداء مشكلة.

ب. اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA) (من اعداد "PhilippeCompagnone" وترجمة وتكييف على المجتمع الجزائري كل من الطالبة والمشرف على الاطروحة):

* وصف الاختبار:

إن اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA) هو أداة مشتقة من الخبرة العيادية "PhilippeCompagnone" مع الأسر وهو أداة مستوحاة من اختبار النسق الأسري (Le Fast) والتي طورت من قبل "Gehring" (1992)، فهي تسمح بجمع تمثل ديناميات العلائقية داخل الأسرة ، وبسبب الصعوبات التي واجهت الباحثين الذين قاموا بتطبيق اختبار النسق الأسري (Le Fast) أثناء ممارستهم العيادية، قاموا بتطوير أداة نسقية مرنة بما فيه الكفاية من أجل تطبيقها وبسهولة أثناء ممارستهم العيادية، والاعتماد عليها كأداة دقيقة يمكن استخدامها في البحث العلمي، ومن هنا تم استوحاء اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA). يعتبر هذا الاختبار ثلاثي الأبعاد، بحيث يتم تمثيل أفراد الأسرة بدمى صغيرة، وتوضع هذه الأخيرة على شكل دائري ملون (Damier) يضم 41 خانة (انظر للملاحق).

يقوم مبدأ التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA) على أساس التمثيل، إذ يطلب من أحد أفراد الأسرة أو الأسرة بأكملها بتمثيل التنظيم الوظيفي للأسرة في الوضعيات الثلاث: العادية وال صراعية والمثالية، و يتم تقييم التماسك الهرمي من خلال عدد القربصات تكون موزعة على أفراد الجماعة على أساس تقدير سلطتهم الممارسة على هذه الجماعة.

* مكونات الاختبار و أدواته:

يتكون اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le SAGA) من:

- شكل دائري ملون مكون من 41 خانة.
 - دمي صغيرة تمثل أفراد الأسرة.
 - 100 قريصة (50 قريصة حمراء، 50 قريصة زرقاء).
 - كراسة تعليمات لتطبيق الاختبار.
 - أوراق تطبيق الاختبار.
 - أوراق تنقيط الاختبار.
- * كيفية تطبيق الاختبار:

اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء يستطيع أن يطبق مع فرد واحد يمثل أسرته كما يستطيع أن يطبق مع جميع أفراد الأسرة من خلال نفس تعليمات التطبيق في الوضعية الفردية، الهدف منه هو بناء تمثيل جماعي حول أداء الأسرة ووظيفتها، من خلال اعطاء كل واحد بدوره وجهة نظره والطريقة التي كل واحد فيها سيفرض نفسه

داخل هذا البناء هو في حد ذاته منبع جد غني من أجل فهم أدا ء ووظيفة الأسرة، و إذ ابدى الحل التوافقي مستحيلا ينصح بأخذ صور جمع الاحتمالات المقترحة من طرف الأسرة.

في الأول يطلب من أحد أفراد الأسرة او الاسرة بأكملها باختيار من بين الشخصيات (الدمى الصغيرة) ممثلا لكل فرد من أفرادها وباستخدام هذه الشخصيات والشكل الدائري يمكنهم اظهار إلى أي مدى يعتبر أفراد أسرهم متقاربين من بعضهم البعض، كما يمكنهم أيضا اظهار من هو الذي يقرر أو من هو الذي لديه تأثير على أداء ووظيفة الأسرة من خلال استعمالهم للقريصات أمام كل الشخصيات الممثلة.

ويقوم أفراد الأسرة في هذا الاختبار بتمثيل العلاقات داخل أسرهم في مختلف الوضعيات الثلاث، بحيث يقومون بتمثيلها كما هي عادة بشكل عام في الوضعية العادية ويقومون أيضا بتمثيلها في حالة الصراع والشجار أثناء الوضعية الصراعية للأسرة، وفي الأخير يطلب منهم تمثيل علاقاتهم الأسرية مثلما يريدون أن تكون في حالة ما إذا تمكنوا من تغييرها وذلك في الوضعية المثالية، مع تحديد من هو الذي لديه سلطة التأثير واتخاذ القرار داخل أسرهم باستعمالهم للقريصات الحمراء و الزرقاء في كل وضعية من الوضعيات الثلاث.

وأثناء تطبيق هذا الاختبار يتم طرح بعض الأسئلة و القيام بجوار حول الوضعية من الوضعيات الثلاث ويمكن تلخيصها فيمايلي:

أسئلة الوضعية العادية	أسئلة الوضعية الصراعية	أسئلة الوضعية المثالية
1 هل هذا التمثيل يتوافق مع الوضعية الحقيقية؟ إذا كانت الاجابة	1 من هو المتورط داخل الصراع؟ 2 ماهو موضوع الصراع؟	1 هل هذا التمثيل يتوافق فعلا مع وضع قد حدث من قبل؟ إذا كانت

<p>الاجابة بنعم، فما هو؟</p> <p>2) هل هذا الوضع يظهر دائما و</p> <p>كم يستغرق من الوقت في كل مرة؟</p> <p>3) م تى نتج هذا الوضع في المرة الأولى وأين كان في المرة الأخيرة؟</p>	<p>3) هل هذا الصراع يحدث دائما و</p> <p>كم يستغرق من الوقت في كل مرة؟</p> <p>4) ماهو الدور الذي يلعبه كل فرد من الأسرة من أجل حل هذا الصراع؟</p>	<p>بنعم فماهي؟</p> <p>2) منذ متى وعلاقات الأسرة هي هكذا؟</p> <p>3) ما الذي جعل العلاقات تتغير كما كنت قد مثلتها؟</p> <p>4) ماذا يعني اتجاه نظر الشخصيات الممثلة؟</p>
---	--	--

* تنقيط الاختبار:

حتى يتمكن من استخدام هذا الاختبار على المستوى الدولي فلقد اقترح نوعين من التنقيط (بالسنتيمتر، و بالإنش، en inches) واللذان يؤديان إلى نفس النتيجة لحساب التماسك و الذي يقيم بين 0 و 10، فبعدها يتم تحويل وضعية كل فرد على ورقة التنقيط، تقاس المسافة بين أفراد الأسرة بالسنتيمتر أو الانش، وتسمح بالحصول على مجموع تماسك بين 0 و 10.

مثال:

الأفراد	المسافة (بسم)	التماسك (5-المسافة)×2
(أب - أم)	2.5	5
(أب - طفل 1)	1.6	6.8
(أم - طفل 1)	1.9	6
(أب - طفل 2)	2.4	5.2

8.2	0.9	(أم - طفل 2)
7.6	1.2	(طفل 1 - طفل 2)

الأفراد	المسافة (بالبوصة ¼)	التماسك (10 - المسافة)
(أب - أم)	" ¼ "1	5
(أب - طفل 1)	" 1/16 "¾	6.8
(أم - طفل 1)	"1	6
(أب - طفل 2)	"16/3 "1	5.2
(أم - طفل 2)	"3/16 " ¼	8.2
(طفل 1 - طفل 2)	"8/1 " ½	7.6

أما فيما يخص حساب التسلسل الهرمي (صاحب القرار وصاحب التأثير)، فنكتفي فقط بحساب عدد القريصات الحمراء من أجل الحصول على مستوى سلطة اتخاذ القرار وعدد القريصات الزرقاء من أجل الحصول على مستوى سلطة التأثير. مثال:

التسلسل الهرمي			
أب	أم	طفل 1	طفل 2
3	4	0	2
2	3	4	3
5	7	4	5
المجموع	التأثير	اتخاذ القرار	

و فيما يخص حساب المؤشرات، فمن خلال النتيجة القاعدتين، التماسك والتسلسل الهرمي، فمن الممكن البناء في إطار البحث عن المؤشرات على أساس السؤال المدروس.

- نعطي هنا مثالين عن بناء المؤشرات:

✓ وضوح الحدود: تماسك النظام بين الوالدين مقارنة بتماسكه بين أحد الوالدين وطفل، على سبيل المثال:

* التماسك (من 0 إلى 10) وضوح حدود الأنظمة الفرعية:

$$(أب - أم) = 6.2$$

$$(أب - طفل 1) = 6.6$$

$$(أم - طفل 1) = 8.2$$

$$(أب - أم) - (أب - طفل 1) = 6.6 - 6.2 = 0.4$$

$$(أب - أم) - (أم - طفل 1) = 8.2 - 6.2 = 2-$$

المؤشر المبني يسمح لنا بالحصول على معطيات قابلة للقياس الذي يعكس لنا مكانة الطفل في وسط أسرته، في

المثال المقترح، يشير بوضوح إلى تقارب كبير بين الطفل وأمه ووجود علاقات محدودة بين الزوجين.

نتيجة قريبة من 0 تشير إلى نظام متوازن أو غياب فرد داخل نظام من بين الأنظمة الفرعية (فرد لم يتم تمثيله مهما

كان السبب، مثال: غياب الأب أو عدم وجود طفل 3، 4...)

نتيجة سلبية تدل على تماسك وظيفي قوي بين أحد الوالدين وطفل بدلا من وجود تماسك بين الوالدين (علاقات

محدودة وغامضة).

نتيجة إيجابية تدل على تماسك وظيفي قوي بين الوالدين بدلا من وجود تماسك بين أحد الوالدين وطفل (حدود

مسجلة).

✓ طريقة عمل الأنظمة الفرعية:

المقارنة بين عدد القريصات بين فردين من أفراد الأسرة.

مثال:

التسلسل الهرمي			
المجموع	التأثير	اتخاذ القرار	
4	2	2	أب
1		1	أم
3	2	1	طفل 1
			طفل 2

$$3=1-4 = (\text{الأم}) - (\text{الأب})$$

$$1=3-4 = (\text{طفل 1}) - (\text{الأب})$$

$$2=-3-1 = (\text{طفل 1}) - (\text{الأم})$$

المؤشر المبني يسمح لنا بالحصول على معطيات قابلة للقياس التي تعكس لنا تأثير كل فرد داخل أسرته، في المثال

المقترح، فهو يشير إلى تسلسل هرمي مهم من بين الأنظمة الفرعية (فرد لم يتم تمثيله مهما كان السبب، مثال

غياب الأب ...)

كلما كانت النتيجة إيجابية كلما كان التسلسل الهرمي محدد أكثر لصالح الفرد الأول، وكلما كانت النتيجة سلبية

كلما كان التسلسل محددًا أكثر لصالح الفرد الثاني.

* المؤشرات الستيكومترية لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (Le Saga) بعد تصميمه و ترجمته:

لمعرفة مدى صدق الاختبار وثباته كان لزاما علينا اختبار عينة مناسبة لتجريب الاختبار والتعرف على مؤشرات معرفته
الستيكومترية، وعليه لقد تم اختيار عينة قصدية تقدر بـ (50) أسرة من مصالحة الأمراض العقلية ووحدة علم النفس بالمستشفى الجامعي لتلمسان.

* عرض نتائج الاختبار بعد تطبيقه: يمكن لنا تلخيص نتائج حساب العلاقات الأسرية بين الأسر المدروسة من

خلال الجدول الموالي:

المجموع العام	الوضعية المثالية	الوضعية الصراعية	الوضعية العامة	الوضعيات التسلسل الهرمي العام للأسرة
90	31	33	26	الأب
	30	30	30	
46	19	10	17	الأم
	15.33	15.33	15.33	
14	0	7	7	الأبناء
	4.66	4.66	4.66	
150	50	50	50	المجموع

فمن خلال نتائج هذا الجدول نلاحظ أن التكرارات الحقيقية متقاربة مع التكرارات المتوقعة:

$$\frac{2(5-7)}{15} + \frac{2(5-7)}{15} + \frac{2(15-19)}{15} + \frac{2(15-10)}{15} + \frac{2(15-17)}{15} + \frac{2(30-31)}{30} + \frac{(30-33)}{30} + \frac{2(30-26)}{30} = \chi^2$$

$$0.8 + 0.8 + 1.06 + 1.66 + 0.26 + 0.03 + 0.3 + 0.53 = \chi^2$$

$$5.44 = ك^2$$

$$c = 0.17$$

كما يمكن لنا ان نرين نتائج حساب التماسك الوظيفي بين أفراد الأسر المدروسة كما يلي:

مستوى الدلالة	ك ² ج	C	ك ² ت	C
غير دالة	9.48	0.17	5.44	150

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن ك² التجريبية أصغر من ك² الجدولية وعليه فإنه لا توجد علاقة ارتباطية و تماسك وظيفي بين أفراد الأسر المدروسة.

✓ حساب النسب المئوية: ويمكن لنا ان نرين نتائج حساب التسلسل الهرمي العام كما يلي: (القرار + التأثير).

التسلسل الهرمي العام للأسرة	ك	ن	%
الأب	90	150	60
الأم	46	150	30.66
الأبناء	14	150	9.33

ومن خلال هذا الجدول نلاحظ أن الشخصية المهيمنة داخل الأسر المدروسة والتسلسل الهرمي العام للأسرة (القرار + التأثير) هو لصالح الأب و ذلك بحصوله على أكبر نسبة مئوية و التي تقدر ب 60%.

* صدق الاختبار:

لدراسة صدق الاختبار لقد اتبعنا طريقة صدق المحكمين لتقرير صدق المضمون، لقد تمثلت الخطوة الأولى بترجمة النسخة الفرنسية للاختبار إلى اللغة العربية من قبل ال طالبة، وقد درست الترجمة الأولية من قبل خمس محكمين، أستاذين من الأدب العربي واللغات الاجنبية وأستاذين من قسم علم النفس (انظر للملاحق)، إذ طلب من هؤلاء مراجعة الترجمة ومقارنتها بالاختبار الأصلي باللغة الفرنسية وابداء رأيهم حول مدى ملائمة الاختبار في قياس ما وضع لقياسه واقترح التعديلات التي يرونها ملائمة، وذلك بإعطاء قيمة تتراوح من (1) غير مناسب و (2) إذا كان يحتاج إلى تعديل والقيمة (3) إذا كان مناسب ، ومن خلال النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية الاختبار وصدقه فيما يقيسه وجدنا أن نسبة اتفاق المحكمين تفوق 80 بالمائة وهي نسبة مرتفعة ومقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

كما استخدمنا في حساب صدق هذا الاختبار بحساب مدى ارتباط كل بعد من أبعاد الاختبار بأبعاده العيادية و النتائج التالية تبين ذلك:

الجدول (1) يبين نتائج حساب الارتباط بين أبعاد الاختبار فيما بينهم و بين أبعاد الاختبار و معدل نتائج

الاختبار ككل:

الأبعاد	معدل التمثيل	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	كرومباخ - ألف
التمثيل العادي	0.95	0.84	0.89	1	0.96
التمثيل الصراعي	9.11	0.79			
التمثيل المثالي	0.85	1			
معدل التمثيل	1				

من خلال الجدول (ا) نلاحظ أن هناك ارتباط قوي جدا ودال احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.01 بين أبعاد الاختبار فيما بينهم وبين أبعاد الاختبار ومعدل نتائج الاختبار ككل، كما نلاحظ أن معامل الاتساق الداخلي كرومباخ - ألف يساوي 0.96، وهذا ما يشير إلى أن أبعاد الاختبار متسقة جدا مع بعضها البعض ومع معدل الأبعاد ككل و عليه يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

* ثبات الاختبار:

للتعرف على ثبات الاختبار استخدمنا طريقة اعادة الاختبار بعد مدة زمنية قدرها 15 يوما، وأن معامل الثبات المستخرجة قدرت ب 0.96 و هي مرتفعة جدا و الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (ب) يبين نتائج معامل الثبات باستخدام طريقة اعادة الاختبار:

الأبعاد	معامل الارتباط بين التطبيق الأول و الثاني	معامل الثبات
التمثيل العادي	0.95	0.97

0.96	0.94	التمثيل الصراعي
0.93	0.87	التمثيل المثالي
0.96	0.94	معدل التمثيل

من خلال الجدول (ب) نلاحظ أن معامل الثبات للأبعاد العيادية يتراوح بين 0.93 و 0.97، أما معامل الثبات للاختبار ككل يقدر بـ 0.96، وتدل هذه النتائج على أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الوثوق في نتائجه أثناء التطبيق.

ج. مقياس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة (من اعداد موس 1974، و تعريب فتحي عبد الرحيم و حامد الفقي 1980):

* وصف المقياس: لقد أعد هذا المقياس "موس، Moos" (1974)، وقد استخدم الطرق والأساليب العلمية المختلفة لتطوير البنود المبدئية على عينة مكونة من (1000) فرد، تضم (285) أسرة من المجتمع الأمريكي من مختلف الطبقات و المستويات كما استخدم المؤلف المادة العلمية التي تم جمعها نتيجة لتطبيق الصورة المبدئية المشار إليها في تطوير الصورة النهائية للمقياس والتي نقلها "فتح الشيف و حامد الفقي" (1980) إلى اللغة العربية وقاما بتعديلها و تقنينها على المجتمع الكويتي، و يهدف هذا المقياس إلى التعرف على العلاقات والاتجاهات السائدة بين أعضاء الأسرة، وتضم الصورة النهائية للمقياس (90) بنداً موزعة على (10) مقياس فرعية لبعض أبعاد التفاعل الأسري (محمد عيسى اسماعيل غريب، محمد الفيلاكاوي، 2007: 100).

وتصنف أبعاد المقياس على النحو التالي:

- (3) مقاييس لأبعاد العلاقات الأسرية.

- (5) مقاييس لأبعاد النمو الشخصي التي يتيحها جو الأسرة لأفرادها.

- مقاييس لدرجة التنظيم والضبط فيما يتعلق بشؤون الأسرة وأنشطتها.

* الخصائص السيكومترية للمقياس:

* طريقة تطبيق و تصحيح المقياس:

يتم تطبيق مقياس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة على عينة الدراسة، وتعتمد الاجابة على عبارات على أسلوب الصواب الخطأ، بحيث تكون العبارات الصحيحة تنطبق تماما على المفحوص أو يغلب على ظنه إلى حد كبير ذلك، أما العبارة الخاطئة فهي لا تنطبق على المفحوص أو يغلب على ظنه ذلك، وللمقياس استمارات اجابة مستقلة ويتم تصحيح الاجابات (الصواب، الخطأ) ، وتدل الدرجة المرتفعة على قوة وجود البعد بينما تدل الدرجة المنخفضة على انخفاض وجود البعد، كما تم ترتيب الأسئلة بحيث يشمل كل عامود من الاستجابات على مقياس واحد من المقاييس الفرعية، وعلى القائم بعملية التصحيح أن يحسب العلامات (\sqrt{x}) التي تظهر داخل الدائرة في كل عمود، ثم يسجل المجموع في المكان المعد لتسجيل الدرجة الخام في أسفل الصفحة، وتتراوح مدى الدرجات للمقياس ككل ما بين (0 إلى 90) درجة، كما تتراوح مدى الدرجات للعشر مقاييس الفرعية ما بين (0 إلى 9) درجة لكل مقياس.

* صدق المقياس:

قام "فتحي عبد الرحيم و حامد الفقي" (1980) بحساب صدق المقياس بالاستدلال من خلال قدرته الفارقة أو قدرته على التمييز بين نمطين من الأسر أحدهما عادي والآخر يسوده الاضطراب (محمد عيسى اسماعيل، غريب محمد الفيلكاوي، 2007: 106).

* ثبات المقياس:

قام "فتحي عبد الرحيم و حامد الفقي" (1980) بحساب ثبات المقياس على عينة من الأسر الكويتية بحيث تتنوع الأسر من حيث الحجم والمكانة الاجتماعية، والعمل والمهنة والأدوار التي يقوم بها أفرادها، بحيث تم حساب معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي للمقاييس الفرعية ومتوسطات ارتباط البنود بالمقاييس الفرعية و معاملات الاستقرار التي تم الحصول عليها بطريقة اعادة الاختبار بفواصل زمني مقداره (8) أسابيع وقد تم حساب معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة "كودر - رتشاردسن"، وتعتبر معاملات الارتباط للثبات الداخلي من المستوى المقبول كما ان الارتباطات بين البنود وبين المقاييس الفرعية تتراوح بين ارتباطات معتدلة (كما في مقياس الاستقلال حيث بلغت 0.457) وارتباطات مرتفعة نسبيا (كما في مقياس التماسك حيث بلغت 0.86) ، كما تم حسب ثبات المقاييس الفرعية بطريقة اعادة الاختبار من بيانات مستمدة من مجموعة تبلغ (65) فردا ينتمون إلى (15) أسرة، وتعتبر معاملات الثبات جميعها مقبولة إذ تتراوح بين معاملات منخفضة نسبيا تبلغ (0.68) لمقياس الاستقلال و معاملات مرتفعة نسبيا تبلغ (0.86) لمقياس التماسك.

و قد تمت دراسة الارتباطات المتبادلة بين درجات المقاييس الفرعية من خلال عينة تبلغ (336) فردا ينتمون إلى (110) أسرة، ويتضح أن الارتباطات غالبيتها تدور حول (0.2) مما يشير إلى أن هذه المقاييس الفرعية متميزة رغم أن معظمها مترابط (محمد عيسى، اسماعيل غريب و محمد الفيلكاوي، 2007: 103).

د. مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين (من إعداد زيدان السرطاوي و عبد العزيز الشخص 1998، و إعادة تكييفه على البيئة الجزائرية من قبل عايش صباح 2010):

* وصف المقياس في صورته الأولى:

بعدما تمت مراجعة ما أمكن الحصول عليه من أفكار، أو آراء، أو نظريات ودراسات حول الضغوط النفسية عامة، و تلك المتعلقة بالإعاقة بصفة خاصة، فقد قام كل من الباحثين "زيدان السرطاوي و عبد العزيز الشخص" بتحديد أربعة مجالات ، اتضح أنها تعكس مستوى الضغط النفسي لأولياء أمور المعاقين، شملت: المشاعر الوالدية، والمشاكل الوالدية والأسرية، خصائص الطفل المعاق والمظاهر العامة للضغط النفسي، وتم صياغة مجموعة من الفقرات لكل جانب من الجوانب السابقة التي اعتبرت بمثابة أبعاد للمقياس، وبلغ مجموع الفقرات (106) فقرة موزعة على الأبعاد الأربعة حسب الترتيب السابق (23 للأول، 28 للثاني، 27 للثالث، 27 للرابع).

ثم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس، و تم مراجعة آراء المحكمين ومقترحاتهم و اتفق الباحثان على اختيار الفقرات التي بلغت نسبة الاتفاق عليها 100% واستبعاد الفقرات الأخرى.

وقد بلغ العدد النهائي للفقرات على المقاييس (80) فقرة تقيس (7) أبعاد للضغوط النفسية لدى أسر المعاقين، و هذه الأبعاد هي:

- الأعراض النفسية والعضوية: 20 عبارة.

- مشاكل اليأس والاحباط: 14 عبارة.

- المشكلات المعرفية والنفسية: 13 عبارة.

- المشكلات الاجتماعية والأسرية: 5 عبارات.

- القلق على مستقبل الطفل: 13 عبارة.

- مشكلات الأداء الاستقلالي: 8 عبارات.

- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل: 7 عبارات.

وأمام كل فقرة خمس اجابات (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، لا يحدث إطلاقا)، مع اعطاء درجة واحدة لأقل تدرج وزيادتها تدريجيا إلى أن تصل (5) درجات أعلاها، (منى حسن عبد الله فرج، 2009: 97).

ثم أعيد تكييف هذا المقياس على البيئة السودانية، حيث قامت الباحثة (منى حسن عبد الله فرج) بعرض المقياس على متخصصين في مجال علم النفس بعدد من الجامعات السودانية، وذلك للحكم على مدى صلاحيته، وقياس تلك البنود التي وضع لقياسها، وقد أشاد المحكمون بملائمة المقياس لما وضع من أجله، ولم يشر أي من المحكمين بحذف أي عبارة من عبارات المقياس، وأوصى المحكمون بتغيير خيارات الاجابة، كما أوصوا بتعديل بعض العبارات (منى حسن عبد الله، 2009: 98).

* الخصائص السيكومترية للمقياس بعد تكييفه على البيئة الجزائرية:

بعد أن اطلعت الباحثة "عايش صباح" على المقياس الأصلي والمقياس المعدل على البيئة السودانية قررت الباحثة استخدام المقياس المعدل وذلك لصياغته الجيدة التي بدت أنها تتلاءم والبيئة الجزائرية.

* صدق المقياس:

لمعرفة صدق الاتساق الداخلي تم حساب الارتباط بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، بحيث تم ملاحظة أن هناك 32 عبارات فقط من أصل 80 عبارة دالة إحصائياً، وترجع الباحثة السبب إلى أن كثرة المراكز ساعدت في التكفل بالأطفال المعاقين، والتطورات المستثمرة في مختلف المجالات بما فيها رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، غيرت من نظرة الأسرة إلى الأطفال المعاقين، إضافة إلى طابع الأسرة الجزائرية المتحفظ في الاجابة عن الأسئلة. أما فيما يخص الأبعاد الفرعية فالملاحظ أنها مرتبطة بالاختبار ككل، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ماعدا بعد المشكلات الأسرية والاجتماعية دال عند مستوى الدلالة 0.05.

* ثبات المقياس:

تم استخدام طريقة ألفا - كرونباخ للمزيد من التأكد من ثبات المقياس والملاحظ أن معامل الثبات للأبعاد جاءت كلها مرتفعة إذ تراوحت بين 0.63 و 0.89 وكلها معاملات مرتفعة مما يؤكد أن الاختبار على درجة مقبولة من الثبات.

* التجزئة النصفية:

تم حساب الارتباط بين المجموع الكلي لدرجات العبارات الفردية والمجموع الكلي لدرجات العبارات الزوجية ككل، فكان مقداره 0.67 وبعد استخدام معادلة التصحيح ل "سبيرمان براون، Sperman Brown" أصبح معامل الثبات مقداره 0.80 أما معامل الثبات بمعادلة التصحيح "جوتمان" فهو 0.80، مما يدل على أن الاختبار على درجة عالية من الثبات (عايش صباح، 2011: 208)

بعد حساب الصدق والثبات لقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين أصبح الشكل النهائي للمقياس كما يلي: البدائل: دائما (1)، غالبا (2)، أحيانا (3) نادرا (4)، لا يحدث إطلاقا (5):

- الأعراض النفسية والعضوية: 8 عبارات
- مشاعر اليأس والاحباط: 4 عبارات
- المشكلات المعرفية والنفسية: 6 عبارات
- المشكلات الأسرية والاجتماعية: 4 عبارات
- القلق على مستقبل الطفل: 3 عبارات
- مشكلات الأداء الاستقلالي: 3 عبارات
- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل: 4 عبارات.

لقد أبتت الباحثة على البدائل والدرجات وفقا لتعديل الباحثة السودانية واكتفت بحذف الفقرات التي لم تكن دالة عند حساب صدق الاتساق الداخلي.

هـ. مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (من ترجمة وتكييف فاروق محمد صادق 1974):

* وصف المقياس: ظهر مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مقاييس الذكاء التقليدية في قياس وتشخيص حالات الاعاقة العقلية، ونتيجة لظهور تعريف الاعاقة العقلية من قبل Grossman و Heber الذي تنبأ الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذي يؤكد على بعد السلوك التكيفي (الروسان، 1996).

و قام فاروق محمد صادق (1974) بترجمته على البيئة المصرية بحيث يحتوي مقياس السلوك التكيفي "لفاروق محمد صادق" على جزئين، الجزء الأول من المقياس يتكون من 10 مجالات فرعية أو ميادين صممت لتقييم مهارات و عادات الفرد، وعدد فقراته (66) فقرة، أما الجزء الثاني الذي يحتوي على (12) مجالاً أو ميداناً، وهو يوفر قياسات سوء التكيف الناتج عن اضطرابات في الشخصية والسلوك، وعدد فقراته (44) فقرة، وهكذا يتألف المقياس بجزأيه الأول والثاني من (10) فقرة.

وصمم هذا المقياس لتقوم مستوى الأداء لدى المعوقين عقلياً في مدى واسع من النشاطات الحياتية اليومية والتي تشمل مهارات ووظائف استقلالية ومتطلبات في عدد من المجالات والتي تبدو على ش كل كفايات أو مهارات جسمية وحركية واجتماعية ولغوية (الروسان، 2000). وعلى ذلك يهدف هذا المقياس إلى قياس مستوى فعاليات الفرد المختلفة في مواجهة مطالب بيئته المادية والطبيعية والسلوكية والاجتماعية (صادق فاروق، 1985). و يمكن تطبيق هذا المقياس دون الاجابة على بعض الأسئلة، لذلك اعتمدت ال طالب في بحثها على مجالين من الجز الأول للمقياس، وهما: مجال التصرفات الاستقلالية ومجال التوجيه الذاتي، وهذا للإجابة على فرضيات البحث الحالي، حيث تمت مراعاة ذلك أثناء عملية التصحيح.

فبالنسبة لمجال التصرفات الاستقلالية فهو يتكون من (21) فقرة موزعة على (08) مجالات فرعية وهي:

- مهارات الأكل (1، 2، 3، 4).
- قضاء الحاجة (7، 8، 9، 10، 11).
- المظهر العام (12، 13).
- العناية بالملابس (14).
- لبس وخلع الملابس (15، 16، 17).

– التنقل (18، 19).

– الوظائف الاستقلالية العامة (20، 21).

اما عن مجال التوجيه الذاتي، الذي يتضمن عدد فقراته (5) فقرات موزعة على (3) مجالات فرعية وهي:

– المبادرة (53، 54).

– المثابرة (55، 56).

– التخطيط والتنظيم (57). (صادق فاروق، 1985)

* تصحيح المقياس:

يحتوي الجز الأول من المقياس على (3) أنواع من الأسئلة:

– النوع الأول: أسئلة (أعلى مستوى).

يطلب السؤال أن تحدد أعلى مستوى من مستويات الأداء للمهارات المذكورة في السؤال، وعلينا أن نختار العبارات التي تدل فعلا على المستوى المهاري لدى المفحوص، بوضع دائرة حول الرقم على يمين العبارة، ويكون هذا الرقم هو الدرجة المستحقة على السؤال.

– النوع الثاني: أسئلة كل ما ينطبق على الحالة (السلبية).

أي إذطلب منا وضع دائرة أمام العبارات المناسبة وهي الأسئلة التي يتطلب الأمر الاجابة عن احتمالاتها: أ، ب، ج، ... بوضع دائرة على كل العبارات التي تناسب الحال، وعبارات هذه الاحتمالات كلها سلبية أي أنها تعني

قصورا، ولذلك فبعد وضع الدوائر على العبارات المناسبة ما علينا إلا أن نحسب درجة السؤال كمايلي: الدرجة

المستحقة على السؤال = عدد الاحتمالات - عدد العبارات التي وضعت عليها الدوائر .

- النوع الثالث: أسئلة كل ما ينطبق على الحالة (الاجيائية):

أي إذ طلب منا وضع دائرة بجوار كل الاحتمالات الممكنة، وتكون الدرجة المستحقة على السؤال هي مجموع

العبارات التي أجب عليها بنعم، هو العدد الكلي باحتمالات السؤال.

ويتم جمع درجات المجالين لتعطي درجة السلوك التكيفي (مسعودة بن قيدة، 2008: 135-136)

* الخصائص السيكومترية للمقياس: (الجزء الأول):

- صدق المقياس:

لقد توفرت دلالات عديدة عن صدق الصورة الأصلية من المقياس حيث قام "عبدالرقيأحمد" (1981) بحساب

صدق المقياس بطريقة الاتساق (التماسك الداخلي)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجزء الأول		
المجال	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.70	0.01
2	0.36	0.01
3	0.61	0.01
4	0.62	0.01
5	0.39	0.01
6	0.63	0.01

0.01	0.56	7
0.01	0.61	8
0.01	0.31	9
0.01	0.71	10

يلاحظ من خلال هذا الجدول ارتباط أجزاء المقياس بالدرجة الكلية حيث كانت كل معاملات الارتباط ذات

دلالة احصائية عن مستوى الدلالة 0.01.

أما "نهي اللحامي" (1983)، فقد قامت بحساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي وكانت نتائجها متشابهة

لنتائج "عبد الرقيب أحمد"، كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجزء الأول		
المجال	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.70	0.01
2	0.36	0.01
3	0.61	0.01
4	0.62	0.01
5	0.39	0.01
6	0.63	0.01
7	0.56	0.01
8	0.61	0.01
9	0.31	0.01
10	0.71	0.01

كما تمكنت "نهي التحامي" (1983) كذلك من حساب الصدق بطريقة حساب الصدق الذاتي، وكانت النتائج

كما في الجدول الموالي:

الجزء الأول			
مستوى الدلالة	معامل الصدق	المتغيرات	
0.01	0.94	التصرفات الاستقلالية	1
0.01	0.81	النمو الجسمي	2
0.01	0.89	النشاط الاقتصادي	3
0.01	0.83	مفهوم العدد والوقت	4
0.01	0.84	الاعمال المنزلية	5
0.01	0.91	النشاط المهني	6
0.01	0.89	التوجيه الذاتي	7
0.01	0.83	المسؤولية	8
0.01	0.81	التنشئة الاجتماعية	9
0.01	0.87	درجة السلوك النمائي	10

يلاحظ من هذا الجدول أن صدق الجزء الأول للمقياس 0.87.

أما بالنسبة لدراسة "مسعودة بن قيدة" (2008)، فقد قامت بحساب صدق المقياس بطريقتين هما:

أ- صدق المحكمين:

حيث قامت بتقديم المقياس إلى مجموعة من المحكمين المتخصصين من قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا بجامعة الجزائر، لغرض ايجاد الصدق الظاهري الذي يقوم على فكرة مدى مناسبة الاختبار لما يقيس ولمن يطبق عليهم، وطلب من هؤلاء المختصين، ابداء رأيهم وملاحظاتهم حول مدى وضوح بنود المقياس ، ومدى علاقتها بالقدرة أو البعد الذي يقيس المقياس، وقد أسفرت نتائج الاستطلاع على بعض الملاحظات التي أخذت بعين الاعتبار ومن إجراء بعض التعديلات المناسبة والمتمثلة فيما يلي:

- إعادة صياغة بعض البنود لتكون ملائمة لبيئة الجزائرية.

- التعديل في صياغة بعض العبارات لتكون أكثر وضوحا.

ب- الصدق الذاتي:

اعتمدت الباحثة على الصدق الذات والذي يتم حسابه بالقانون التالي معامل الصدق الذاتي: معامل الثبات $\sqrt{\quad}$

ويوضح الجدول التالي معاملات الصدق الذاتي للجزء الأول (للمجالين) من مقياس السلوك التكيفي:

الرقم	المجال	معامل الصدق الذاتي
1	التصرفات الاستقلالية	0.95
2	التوجيه الذاتي	0.84

يلاحظ من هذا الجدول أن معامل الصدق الذاتي للمجالين من الجزء الأول للمقياس قد بلغ 0.94 إذن فإن كلا

المجالين يتمتعان بدرجة عالية من الصدق (مسعودة بن قيدة، 2008، 140-141)

- ثبات المقياس:

لقد توفرت دلالات عديدة عن ثبات الصورة الأصلية من المقياس، منها دراسة "عبد الرقيب أحمد إبراهيم"

(1981) الذي تمكن من حساب معاملات ثبات الجزء الأول من المقياس عن طريق تحليل التباين كما هو موضح

في الجدول التالي: (صادق فاروق، 1985).

المجال	المتغيرات	عدد الفقرات	معامل الصدق	مستوى الدلالة
1	التصرفات الاستقلالية	133	0.89	0.01
2	النمو الجسمي	30	0.93	0.01
3	النشاط الاقتصادي	22	0.79	0.01
4	النمو اللغوي	47	0.67	0.01
5	مفهوم العدد والوقت	15	0.56	0.01
6	الاعمال المنزلية	23	0.77	0.01
7	النشاط المهني	11	0.93	0.01
8	التوجيه الذاتي	32	0.86	0.01
9	المسؤولية	8	0.58	0.01
10	التنشئة الاجتماعية	36	0.62	0.01

كذلك أثبت "نهي اللحامي" (1983) أن معامل ثبات الجزء الأول من المقياس عن طريق إعادة الاختبار تتراوح ما بين (0.65) في كل من التنشئة الاجتماعية والنمو الجسمي إلى (0.88) في التصرفات الاستقلالية، وبلغ ثبات الدرجة الكلية الأول من المقياس (0.75) وأن كل معاملات الثبات لها دلالة احصائية عند المستوى (0.01).

كما قامت "مسعودة بن قيدة" (2008) بتطبيق هذين المجالين (مجال التصرفات الاستقلالية ومجال التوجيه الذاتي) من المقياس في الميدان على عينة من البحث بعد تطويره على البيئة المحلية الجزائرية، حيث اعتمدت الباحثة في دراسة ثبات المقياس (الجزء الأول) على طريقة التجزئة النصفية، حيث قامت بتطبيق المقياس على مجموعة واحدة متكونة من (15) طفلاً من ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة والمصابين بمتلازمة داون المتواجدين بالمركز البيداغوجي الطبي للمتخلفين عقلياً بجيدرة، ثم قامت بتجزئة الاختبار باستخدام الأسئلة ذات الأرقام الفردية في مقابل الأسئلة ذات الأرقام الزوجية وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين المجموعتين باستخدام معامل "بيرسون"، وفي هذه الحالة حصلت على معامل ثبات الاختبار ككل، باستخدام معادلة "سبيرمان وبراون"، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات المجالين من الجزء الأول للمقياس كمايلي:

الرقم	المجال	معامل الثبات
1	التصرفات الاستقلالية	0.90
2	التوجيه الذاتي	0.70

أما عن ثبات الدرجة الكلية للمجالين من الجزء الأول للمقياس فقد بلغ 0.88 بعدما استخرجت الباحثة معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لكل من بعدي التصرفات الاستقلالية والتوجيه الذاتي وكلاهما معا، توصلت النتائج إلى أن الجزء الأول لكلا المجالين يتمتع بدرجة عالية من الثبات (مسعودة بن قيدة، 2008: 137-138).

و. البرنامج العلاجي الأسري (من إعداد و تصميم الطالب):

* الحاجة إلى البرنامج العلاجي و أهميته و أهدافه:

تتضح أهمية البرنامج العلاجي الأسري في الدراسة الحالية من خلال الأساليب والتقنيات التي يقوم عليها هذا البرنامج، كما تبرز أهميته من طبيعته الفئة المستهدفة منه، وهم أسر المعاقين عقليا، حيث تساهم هذه الدراسة في تسليط الضوء على فئة أسر المعاقين عقليا من جهة وفئة أطفالهم المعاقين عقليا من جهة أخرى.

كما يتمثل الهدف الرئيسي لهذا البرنامج العلاجي الأسري في مساعدة أسر المعاقين عقليا والتي من خلالها نكون قد ساهمنا أيضا في مساعدة أطفالهم المعاقين عقليا، بالإضافة إلى التأكد من مدى كفاءة هذا البرنامج العلاجي في تغيير النظام العلائقي ومعاش أفراد هذه الأسر ويتحقق الهدف الرئيسي لهذه الدراسة من خلال تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية والمتمثلة فيمايلي:

- تغيير طبيعة ومنظومة العلاقات بين أفراد أسرة المعاق عقليا واعادة بناءها وتنظيمها مع التقليل من أعراض اختلال الأداء واحداث تغيير بناء في نسرهم الأسري عن طريق تعديل القواعد الاجرائية داخل أسرهم.
- تغيير النماذج التفاعلية الحاكمة للقواعد وتغيير السلطات والحدود مع تعديل بعض السلوكات داخل أسرة المعاق عقليا.

- خلق بناء هرمي فعال، يتحمل فيه الآباء مسؤولية أبنائهم، مع إتاحة الفرصة للأبناء للتعبير عن آرائهم بدرجة تتلاءم مع نضجهم.

- زيادة التفاعل بين أفراد أسرة المعاق عقليا، عن طريق فك الحدود الجامدة والتحرك نحو الحدود الواضحة مع تزويد أفراد هذه الأسرة بالتعليمات التي تساعدهم على فهم التفاعلات التي تحدث فيما بينهم والتي تؤثر على تماسكهم الأسري.

- وفي الأخير انشاء علاقة علاجية فعالة يتحقق من خلالها تغيير النظام العلائقي ومعاش أفراد أسرة المعاق عقليا، مع الخفض من حدة الضغوطات والصراعات النفسية والأسرية لديهم، إضافة إلى تقبلهم لإعاقة ابنهم العقلية مع تعلمهم لطرق ايجابية وفعالة تساعدهم على التعامل مع هذه الاعاقة في ظروف أحسن و التي ستعكس ايجابا على السلوك التكيفي لابنهم المعاق عقليا.

* بناء البرنامج العلاجي:

تم مراعاة بعض الأمور المهمة التي يعتمد عليها أثناء بناء البرنامج العلاجي لتساعد على نجاعة وتحقيق أهدافه ويمكن تلخيصها فيمايلي:

- أن يكون للبرنامج العلاجي أساس نظري حيث تبنت مفاهيم العلاج الأسري النسقي والنظرية البنائية "لمنيوشن".

- مناسبة اجراءات البرنامج العلاجي الأسري لأفراد العينة.

- التنظيم الجيد لمواد البرنامج العلاجي.

- احتواء كل جلسة من جلسات البرنامج على مهارات تحقق أهداف الجلسة .
- أن يكون البرنامج العلاجي منظماً بطريقة جيدة، بحيث تحتوي كل جلسة على معلومات وأنشطة يمارسها أفراد العينة.
- أن يراعي البرنامج العلاجي التسلسل المنطقي في جلساته، حيث يجب أن تكون جلسات البرنامج متتابعة و ان يكون هناك ارتباط بينها.
- أن تتميز جلسات البرنامج العلاجي بالحوية، بحيث تستثير لدى أفراد العينة الانتباه والتركيز، لأنها تمس واقع حياتهم وتتعلق بأهم الجوانب التي تشغل بال كل فرد منهم.
- أن يشمل البرنامج على أدوات سهلة ومناسبة لأفراد العينة، حيث اتسمت جميع المقاييس بسهولة التطبيق.

* الخلفية النظرية للبرنامج وخطوات بناءه:

اعتمدت الطالقة في اعدادها للبرنامج العلاجي الأسري على اطار نظري يضم كل من الدراسات السابقة سواء كانت عربية أو أجنبية والتي تناولتها ال طالب سابقاً كأساس لطرح اشكالية دراستها مثل دراسة "شاينولد"Chaynold(1989)، ودراسة "فير،Freber"(1983)، ودراسة "ليلي سليمان مسعود" (2004)، بالإضافة إلى الرجوع للعديد من المراجع والمصادر والمقالات التي تناولت موضوع الدراسة مع التطلع على مختلف النظريات المفسرة للعلاج الأسري وكذا الاعاقة العقلية.

ونظراً لتعدد الاتجاهات والنظريات في العلاج الأسري، استندت الطالبة في اعدادها للبرنامج العلاجي على الاتجاه البنائي "مينوشن، S.Minuchin"، حيث تبرز أساسيات هذا الاتجاه في أنه ينظر إلى مشكلات الأسر على أنها ناتجة من بناءها الأسري وتظل قائمة ببقائه ولا تحل هذه المشكلات إلا بإعادة الترتيب البنائي لهذه الأسر.

وحسب "مينوشن، S.Minuchin"، لكي يحدث هذا التغيير يجب أن يصب على تغيير منظومة العلاقات الأسرية بدلا من التركيز على الفرد صاحب المشكلة بطريقة غير مباشرة ، عن طريق تغيير نسيج العلاقات الأسرية داخل أسرته.

وما يمكن استنتاجه أن أساسيات هذا الاتجاه تتفق مع أهداف الدراسة بصفة عامة والأهداف المرجوة من وراء تطبيق هذا البرنامج العلاجي الأسري بصفة خاصة، ولهذا تم تبني والاعتماد على تقنيات وأساليب هذا الاتجاه أثناء قيام الطلبة بإعداد هذا البرنامج العلاجي.

وبناء على ما سبق ذكره تم بناء البرنامج العلاجي الحالي وذلك مروراً بمجموعة من الخطوات أهمها:

- الاطلاع على الدراسات السابقة والمراجع والمصادر والمقالات ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- الاطلاع على بعض البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية التي صممت لمساعدة أسر المعاقين عقليا.
- التعرف على خصائص العينة ومدى حاجتهم لهذا البرنامج العلاجي .
- صياغة محتوى البرنامج في عدد من الجلسات والتي تحتوي على أهم المعلومات والمهارات التي ينبغي تزويد أفراد المجموعة بها مع تحديد أهم الفنيات المستخدمة في هذه الجلسات.
- تحديد بعض الأساليب والاجراءات التي سيتبعها أفراد العينة أثناء تطبيق البرنامج.
- عرض البرنامج على المحكمين، حيث تم عرض البرنامج العلاجي الأسري على مجموعة من الأساتذة المحكمين ممن لديهم الخبرة في هذا المجال لإبداء آرائهم واجراء بعض التعديلات التي يرونها مناسبة على البرنامج العلاجي المقترح من قبل الطلبة.

وقد تفضل المحكمون بتحكيم البرنامج الاسري لتحديد مدى صدق كل جلسة في تحقيق أهدافها، والجدول التالي يوضح نسب اتفاق المحكمين على صدق محتوى جلسات البرنامج:

الجدول رقم (1) يوضح نسبة اتفاق المحكمين على صدق محتوى جلسات البرنامج:

نسبة الاتفاق	نسب تقييم الأستاذة (4) لكل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي الأسري.				عدد جلسات البرنامج
	4	3	2	1	
/					
%100	%100	%100	%100	%100	الجلسة الأولى
%95	%90	%100	%100	%90	الجلسة الثانية
%85	%80	%90	%95	%75	الجلسة الثالثة
%85	%90	%85	%90	%75	الجلسة الرابعة
%85	%90	%80	%75	%95	الجلسة الخامسة
%88	%90	%85	%95	%85	الجلسة السادسة
%90	%95	%90	%90	%85	الجلسة السابعة
%82	%90	%90	%100	%90	الجلسة الثامنة
%100	%100	%100	%100	%100	الجلسة التاسعة
%100	%100	%100	%100	%100	الجلسة العاشرة
%92	متوسط نسبة الاتفاق الكلية لجلسات البرنامج.				

من خلال نتائج هذا الجدول نلاحظ أن نسبة اتفاق الأستاذة لتقييم الجلسات كانت تتراوح بين 85% و 100% ثم من خلال تطبيق قانون نسبة الاتفاق:

$$\text{قانون نسبة الاتفاق} = \frac{\text{مجموع نسب المحكمين}}{\text{عدد المحكمين}}$$

تم الحصول على متوسط النتيجة النهائية لتقييم الجلسات (10) والمقدر بـ 92% وهي نسبة يمكن الوثوق بها بدرجة عالية لتطبيق هذا البرنامج العلاجي في الدراسة الأساسية.

* الفنيات والأساليب العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

يتضمن البرنامج العلاجي الأسري المستخدم في الدراسة الحالية مجموعة من الأساليب والفنيات العلاجية الأسرية التي تركز على النظرية النسقية والاتجاه البنائي لـ "منيوشن" وذلك لخدمة أهداف الدراسة بصفة خاصة، ويمكن استعراض هذه الاستراتيجيات كالتالي:

- العمل على التكوينات التعاملية المعتادة:

فحسب الطالبة يكون هذا من خلال توجيه الأسرة وتشجيعها على تفعيل روتينها المعتاد لمحاولة حل المشكلة وتنفيذ أمام الطالبة مجموعة من الأحداث المعتادة بدلا من الاكتفاء بوصفها والحديث عنها، ومن خلال ملاحظة الطالبة للتفاعلات والمحاولات الواقعية لأفراد الأسرة في حل مشكلتها، تستطيع الطالبة ملاحظة أنماط السلوك التي تجعل المشكلة مستمرة داخل الأسرة، كما تسمح هذه التقنية للطالبة بملاحظة وفهم التحالفات بين أفراد الأسرة الواحدة وبعدها وضع بعض الاقتراحات التي تسمح بتغيير النظام داخل هذه الأسرة.

- اللعب على المسافات:

وترى الطالبة ان هذه التقنية تركز على تغيير الحدود ، حيث تقوم الطالبة بإعادة تنظيم وترتيب أماكن جلوس الأسرة، كما تغير المسافات الفاصلة بينهم، وهذه التقنية تعتبر من التقنيات الفعالة التي تسمح بتنظيم التفاعلات الأسرية.

- تحديد وتعيين الحدود:

حيث ترى الطالبة انه بفضل هذه التقنية تسعى للوصول إلى أحسن ازدهار نفسي اجتماعي داخل المجموعة الاسرية، وذلك من خلال تركيز ال طالبة على احداث حالة من عدم التوازن في بنيان الأسرة وفي تركيزها المتعلق بالهرمية، بحيث تقوم بتغيير توزيع مواقع القوة (مصادر اصدار القرارات وتنفيذها) داخل الأنظمة الفرعية، كأن تقوم بتعزيز تفرد الأطفال بمنحهم الحقوق المقاربة لسنهم والمتكيفة مع وضعياتهم داخل الأسرة، مع ضمان أن تبقى حدود النسق الفرعي الزوجي واضحة إلى حد ما مع حدود النسق الوالدي.

- التغلب على الضغوطات والتوترات:

ترى الطالبة انه من خلال هذه التقنية تعمل على التركيز على خلق نوع من الضغوط واطهار بعض ال صراعات داخل الأسرة وبطرق مختلفة، و تقوم الطالبة عن طريق هذه التقنية بتجميد التكوينات التفاعلية المعتادة، إما بشرح الصراعات السابقة الضمنية أو بتسليط الضوء على الصراعات والخلافات التي تميل الأسرة إلى اخفائها، كما تستطيع الطالبة في هذه التقنية بناء بعض التحالفات المؤقتة مع أحد أفراد الأسرة وكل هذا بغرض معرفة مدى قدرة أفراد الأسرة على مواجهة الضغوطات التي تعاني منها.

- اسناد مهام علاجية:

وهذه التقنية تكون عبارة عن مهام أو واجبات أو وظائف منزلية تكلف الطالبة بها أحيانا أفراد الأسرة خارج نطاق الجلسات بغرض تحقيق الأهداف العلاجية وتنقل الأثر الايجابي الذي تعلموه وتدربوا عليه أثناء الجلسة العلاجية إلى حياتهم الأسرية.

- استخدام الأعراض:

بحيث ترى الطالبة ان هذه التقنية تركز على استخدام العرض الذي يعتبر مصدر الضغوط الأسرية والذي يمكن استخدامه بطرق عديدة كالرفع من حدته أو التقليل من أهميته أو إعادة تعريفه أو الاهتمام بغرض آخر.

- التحكم بالجو العاطفي:

حيث ترى الطالبة ان هناك طرق عديدة لكي تستطيع التحكم بالجو العاطفي اثناء الجلسة العلاجية، كان تستفز ردود افعالهم بصفة عامة، او تقلد نمط الاسرة العاطفي واسلوبها، وكل هذا بهدف احداث التغيير داخل الاسرة وبين افرادها.

- المساندة، التعليم والارشاد:

حيث تقوم الطالبة من خلال هذه التقنية بمساندة وظائف افراد الاسرة الواحدة وتعليمهم وارشادهم نحو سلوكيات اكثر موائمة، كما تسعى الطالبة من خلال هذه التقنية الى تعليم افراد الاسرة اداء وظائفهم وكيفية التأكد من بعضهم البعض في اداء هذه الوظائف.

- المحاضرة:

حيث تقوم الطالبة من خلال هذه التقنية بتقديم محاضرة لأفراد الاسرة يتم فيها عرض مجموعة من المعلومات البسيطة وبعبارات تناسب مع فهمهم عن اعاقاة ابنهم العقلية حتى يزيد استبصارهم بها وبطريقة صحيحة وموضوعية، كما تسمح هذه التقنية للطالبة بتعزيز العرض وكما ذكر سابقا من بين طرق تعزيز العرض هو تعريفه.

- رسم الخريطة الاسرية:

استعملت الطالبة اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء (le saga) التي يعتبر من بين الطرق لرسم الخريطة الاسرية، حيث تسمح هذه التقنية للطالبة بوضع منظومة العلاقات الاسرية، مما يسمح لها بالتعرف على الحدود داخل الاسرة وانتمائهم اليها.

- التسجيل الكتابي او السمعي او البصري:

حيث ترى الطالبة ان هذه التقنية تسمح لها بتسجيل بعض الملاحظات او الوقائع التي يمكن لها عدم الانتباه لها او نسيانها، كما تسمح لها بجمع اكبر قدر ممكن من المعلومات المهمة وتحليلها بعد الانتهاء من الجلسة العلاجية.

* جلسات البرنامج العلاجي:

عدد الجلسات العلاجية	محتوياتها	اهدافها	الفنيات المستعملة
الجلسة الاولى	تعرف الطالبة على افراد الاسرة والحصول على البيانات الاولية مع الاتفاق على اسس البرنامج العلاجي وتعليماته.	- بناء العلاقة العلاجية والتحالف العلاجي بين الطرفين. - تحقيق الانتماء الفعال داخل الاسرة.	- الحوار والمناقشة الدائرية. - استمارة الاقرار بالموافقة او الرفض على التسجيل (الكتابي او السمعي او البصري).

<p>- مقياس السلوك التكيفي للمعاق عقليا.</p> <p>- مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.</p> <p>- المناقشة الدائرية.</p>	<p>- قياس السلوك التكيفي للمعاق عقليا.</p> <p>- التعرف على علاقته مع افراد اسرته.</p> <p>- التعرف على مستوى الضغوط النفسية الاسرية.</p> <p>- التعرف على مدى تأثير هذه الاعاقة على افراد اسرته.</p>	<p>التعرف على الابن المعاق عقليا مع التعرف على مدى تكيف سلوكه وكذلك معرفة علاقته بأفراد اسرته ومدى تأثير هذه الاعاقة عليهم.</p>	<p>الجلسة الثانية</p>
<p>- اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.</p> <p>- مقياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة.</p>	<p>- تقييم البنية الاسرية لأسرة المعاق عقليا.</p>	<p>رسم خريطة البنية الاسرية ورسم الحدود والتعرف على هرمية السلطة وعلى نوعية العلاقات والتفاعلات والتحالفات داخل الاسرة.</p>	<p>الجلسة الثالثة</p>
<p>- العمل على التكوينات</p>	<p>- البدء في مرحلة البناء</p>	<p>الكشف عن المشكل</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>

<p>التعاملية المعتادة.</p> <p>- تعيين الحدود.</p>	<p>الاسري.</p> <p>- ادراك افراد الاسرة لمعاملاتهم الخاصة.</p> <p>- تعيين وتوضيح الحدود لأفراد الاسرة.</p>	<p>والتركيز عليه من خلال تحديد الخلل الموجود في التفاعلات الاسرية وسوء الأداء الوظيفي للبناء الاسري، بالإضافة الى تشجيع افراد الاسرة على العمل خلال الجلسة العلاجية مع رسم الحدود وتحديدتها بينهم.</p>	
<p>- اللعب على المسافات.</p> <p>- استخدام العرض عن طريق اعادة تعريفه من خلال استعمال تقنية المحاضرة.</p>	<p>- اعادة تنظيم التعاملات والتبادلات الاسرية.</p> <p>- التقليل من حدة الضغوط النفسية لدى افراد الاسرة.</p> <p>- التقليل من فعالية العرض او القضاء عليه.</p>	<p>اعادة تنظيم التعاملات الاسرية والتركيز على العرض من اجل التقليل من فعاليته او القضاء عليه، وذلك من خلال تقديم محاضرة لأفراد الاسرة تضم معلومات مبسطة عن الاعاقة العقلية.</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>

<p>- التغلب على الضغوطات والتوترات.</p> <p>- التحكم بالجو العاطفي.</p>	<p>- الرفع من مستوى الضغوطات والصراعات الاسرية لدى اسرة المعاق من اجل احداث تغيير في بنائها.</p> <p>- التحكم بالجو العاطفي الاسري الذي يساعد افراد الاسرة الى تغيير مشاعرهم السلبية.</p>	<p>الرفع من مستوى الضغوطات داخل الاسرة مما يجعلهم بحاجة الى احداث التغيير للتقليل منها، بالإضافة الى التحكم بالجو العاطفي الاسري الذي يساعد افراد الاسرة على تغيير مشاعرهم السلبية بمشاعر ايجابية مما ينعكس ايجابا على السلوك التكيفي للمعاق عقليا.</p>	<p>الجلسة السادسة</p>
<p>- تحديد الحدود واحداث عدم الاتزان في هرمية السلطة داخل اسرة المعاق.</p> <p>- اسناد مهام علاجية.</p>	<p>- احداث عدم الاتزان في هرمية السلطة من اجل الوصول بأفراد الاسرة الى التكيف النفسي الاجتماعي.</p>	<p>احداث عدم الاتزان في هرمية السلطة وتغيير مراكز القوة داخل الانساق الفرعية، مع بناء بعض التحالفات المؤقتة من اجل الوصول بأفراد</p>	<p>الجلسة السابعة</p>

	<p>- احداث الاندماج بين افراد اسرة المعاق عقليا.</p>	<p>الاسرة الى احسن ازدهار نفسي اجتماعي.</p>	
<p>- المساندة، التعليم، والارشاد.</p>	<p>- مساندة افراد الاسرة معنويا وتعليمهم كيفية الدعم المعنوي لبعضهم البعض.</p> <p>- تعليم افراد الاسرة على احترام اداء الادوار الموكلة اليهم.</p> <p>- ارشادهم على الاستمرار في اداء هذه الادوار بشكل مناسب وفي ظروف احسن.</p> <p>- انهاء العملية العلاجية.</p>	<p>مساندة وظائف افراد الاسرة وتعليمهم احترام الوظائف والادوار الموكلة اليهم مع ارشادهم وحثهم على الاستمرار في اداء هذه الادوار بشكل مناسب، بالإضافة الى تعليمهم كيفية مساندة بعضهم البعض معنويا.</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>- مقياس السلوك التكيفي للمعاق عقليا.</p>	<p>- القيام بالقياس البعدي.</p>	<p>اعادة تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية على</p>	<p>الجلسة التاسعة والعاشر</p>

<p>- مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقلياً. - اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء. -مقياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.</p>		<p>افراد اسرة المعاق عقلياً.</p>	
--	--	----------------------------------	--

وبعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج العلاجي قامت الطالبة بجلسة تتبعية بعد مدة زمنية تقدر بشهر بغرض متابعة اثر البرنامج العلاجي ومدى استمرارية فعاليته مع افراد اسرن المعاق عقلياً.

6-الاساليب الاحصائية المستخدمة:

لتحقيق اهداف البحث الحالي ولتقيين مدى فعالية البرنامج العلاجي الاسري النسقي المقترح لمساعدة اسر المعاقين عقلياً، اعتمدتالطالبة في تحليل البيانات احصائياً على الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وعلى مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين وقانونه:

$$t = \frac{\text{مج ف}}{\sqrt{\frac{(\text{ف})^2 - \text{مج ف} \cdot \text{مج ن}}{\text{ن} - 1}}}$$

حيث تشير:

مج ف: مجموع الفرق بين درجتي الاختبار أو الأداة المستخدمة.

ن: عدد أفراد المجموعتين.

كما اعتمدت على قانون: ألفا-كرونباخ، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، وكذا معامل n^2 لدراسة قوة وحجم تأثير البرنامج العلاجي، وذلك من خلال تطبيق القانون الموالي:

$$n^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

t^2 = تمثل قيمة t مربع الناتجة عن اختبار t لدراسة الفرق بين عيتين.

$d.f$ = درجة الحرية.

ويجب تحويل قيمة n^2 إلى D لإيجاد حجم التأثير من خلال القانون التالي:

$$D = \frac{2\sqrt{n^2}}{\sqrt{1 - n^2}}$$

وإذا كانت قيمة D أكبر من 1 فإن حجم التأثير يكون كبيراً.

وفي الأخير تم أيضاً الاعتماد على قانون حساب النسب المئوية والمتمثل فيما يلي: (ك $\times 100 \div$ ن).

نستنتج من خلال هذا الفصل انه تم عرض اهم الاجراءات المنهجية المتبعة في البحث بدءا بعرض المنهج المستخدم وتحديد متغيراته، فالدراسة الاستطلاعية ثم الدراسة الأساسية، ووصف شامل لعينة الدراسة وخصائصها، مع ذكر مختلف الأدوات المستخدمة في البحث وخصائصها السيكومترية، وفي الأخير أشرنا إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث، والتي بواسطتها تحصلنا على نتائج الدراسة والتي سنعرضها مرتبة حسب الفرضيات في الفصل الموالي.

الفصل السادس:

"عرض النتائج ومناقشتها".

اولا: عرض النتائج:

1- عرض النتائج الكمية:

ا- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي.

ب- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

ج- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

د- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج.

هـ- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.

و- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي و القياسالتتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.

ي- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق البرنامج.

م- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.

ر- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق.

ز- عرض النتائج الخاصة بدراسة التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة.

2- عرض النتائج الكيفية:

ا- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الاولى.

ب- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الثانية.

ج- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الثالثة.

د- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الرابعة.

هـ- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الخامسة.

و- عرض النتائج الخاصة بالأسرة السادسة.

ثانياً: مناقشة نتائج البحث:

1- مناقشة النتائج كميًا:

أ- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي.

ب- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

ج- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

د- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج.

هـ- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة

التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.

و- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي و القياسالتتبعي لدى افراد المجموعة

التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.

ي- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث

التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق

البرنامج.

م- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية

من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة

المعاق.

ر- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة

التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء

اسرة المعاق.

ز- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة.

2- مناقشة النتائج كيفيا:- مناقشة النتائج الخاصة بالأسر الست.

خصص هذا الفصل لعرض نتائج البحث المتحصل عليها ميدانيا ومناقشتها، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي الاسري النسقي على اسر المعاقين عقليا وبعد تطبيقه عليهم، وذلك بتحليل البيانات المتحصل عليها كميًا وكيفيًا اعتمادًا على تحليل المحتوى والرزمة الاحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية (SPSS)، كما تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعين، ولمعرفة قوة تأثير البرنامج العلاجي الاسري لقد تم استخدام مقياس (kiess,1989)، وفي الاخير تحصلنا على النتائج التالية :

اولا: عرض نتائج البحث:

1- عرض النتائج الكمية:

1- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي:

تنص الفرضية الاولى في النتائج الكمية على "وجود فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي، وهذا ما توضحه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (27): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة

الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي.

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس البعدي	71.67	5.78	38.83	5.98	10	9.66	0.001	دالة

من خلال الجدول رقم (27) نلاحظ ان النتيجة التجريبية دالة احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.001، وهذا ما يدل على وجود فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

ب- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا:

تنص الفرضية الثانية في النتائج الكمية على "وجود فرق دال احصائيا بين القياس القبلي و القياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا أثناء القياس القبلي و القياس البعدي، و هذا ما تشير اليه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (28): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على

المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا .

المتغير	قبل التطبيق		بعد التطبيق		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
السلوك التكيفي للمعاق عقليا قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه	41	5.65	71.67	5.78	10	9.28	0.001	دالة

من خلال الجدول رقم (28) نلاحظ ان النتيجة التجريبية دالة احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0,001، اي يوجد فرق دال احصائيا بين القياس القبلي و القياس البعدي لصالح القياس البعد ي، و هذا ما يدل على ان البرنامج العلاجي الاسري فعالفي تحسين السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

ولمعرفة قوة تأثير البرنامج العلاجي الاسري على السلوك التكيفي للمعاق عقليا، تم حساب مربع اتيا "n²" اولا

من خلال المعادلة التالية:

$$n^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

t² = تمثل قيمة t مربع الناتجة عن اختبار t لدراسة الفرق بين عينتين.

d.f = درجة الحرية.

ثم تم حساب قيمة d اي حجم الاثر وذلك من خلال المعادلة التالية:

$$D = \frac{2\sqrt{n^2}}{\sqrt{1 - n^2}}$$

ويتحدد حجم الاثر حسب (Kiess,1989) كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (29): يبين تحديد حجم الاثر للمتغير المستقل (Kiess, 1989).

ضعيف	متوسط	فوق المتوسط	مرتفع	مرتفع جدا
0,20	0,50	0,60	0,80	1

ومن هنا يتحدد حجم اثر البرنامج العلاجي الاسري على السلوك التكيفي للمعاق عقليا كما هو موضح في الجدول التالي:

حجم التأثير	قيمة d	قيمة n ²	التغير التابع	المتغير المستقل
مرتفع جدا	5,69	0,89	السلوك التكيفي للمعاق عقليا	البرنامج العلاجي الأسري المقترح

و يتضح لنا من خلال هذا الجدول ان قيمة " n² " بلغت (0.89) و حجم الاثر "d" بلغ (5.69)، وبمقارنة هذا الحجم مع القيم التي اقترحها (Kiess,1989) نلاحظ ان حجم الاثر مرتفع جدا ، و هذا ما يشير الى التأثير الإيجابي للبرنامج العلاجي الاسري المقترح على السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

ج- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية

من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا:

تنص الفرضية الثالثة في النتائج الكمية على "عدم وجود فرق دال احصائيا بين القياس البعدي و القياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي والقياس التبعي، وهذا ما توضحه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (30): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي على

المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

المتغير	القياس البعدي		القياس التتبعي		df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي والقياس التتبعي	71.67	5.78	68.33	5.68	10	1	0.33	غير دالة

من خلال الجدول رقم (30) نلاحظ انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التتبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا .

د- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج :

تنص الفرضية الرابعة في النتائج الكمية على "وجود فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج" .

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج ، وهذا ما توضحه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (31): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج العلاجي .

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	ع	م	ع	م				
الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا أثناء القياس البعدي	10.83	3.54	24.17	3.25	10	6.79	0.001	دالة

من خلال الجدول رقم (31) نلاحظ ان النتيجة التجريبية دالة احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.001 وهذا ما يدل على وجود فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

هـ- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة

التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا:

تنص الفرضية الخامسة في النتائج الكمية على "وجود فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي والقياس البعدي ، وهذا ما توضحه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (32) يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث

الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي والقياس البعدي.

المتغير	قبل التطبيق		بعد التطبيق		Df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدلالة
	م	ع	م	ع				
الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه	26	2.53	10.83	3.54	10	8.53	0.001	دالة

من خلال الجدول رقم (32) نلاحظ ان النتيجة التجريبية دالة احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.001، اي يوجد فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، وهذا ما يدل على ان البرنامج العلاجي المقترح فعال في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.

ولمعرفة قوة تأثير البرنامج العلاجي الاسري لقد تم استخدام مقياس (Kiess,1989)، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

حجم التأثير	قيمة d	قيمة n ²	المتغير التابع	المتغير المستقل
مرتفع جدا	5,19	0,87	الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا	البرنامج العلاجي الأسري المقترح

ويتضح لنا من خلال هذا الجدول ان قيمة "n²" بلغت (0.87)، وحجم الاثر "d" بلغ (5.19)، وبمقارنة هذا الحجم مع القيم التي اقترحها (Kiess,1989)، نلاحظ ان حجم الاثر مرتفع جدا ، وهذا ما يدل على التأثير الايجابي للبرنامج العلاجي الاسري المستخدم مع اسر المعاقين عقليا و الذي كان فعالا في خفض مستوى الضغوط النفسية لديها.

و- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا:

تنص الفرضية السادسة في النتائج الكمية على "عدم وجود فرق دال احصائيا بين القياس البعدي و القياس التتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي و القياس التتبعي ، وهذا ما تشير اليه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (33): يبين نتائج مقياس تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي والقياس التتبعي .

المتغير	القياس البعدي		القياس التتبعي		df	قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدالة
	ع	م	ع	م				
الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا	ع	م	ع	م	10	0.63	0.53	غير دالة

من خلال الجدول رقم (33) نلاحظ انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين درجات المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي والقياس التتبعي .

ي- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق البرنامج:

تنص الفرضية السابعة في النتائج الكمية على "وجود فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة بعد تطبيق البرنامج".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة اثناء القياس البعدي، وهذا ما توضحه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (34): يبين نتائج مقياس "t" لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة اثناء القياس البعدي.

المتغيرات	المجموعة التجريبية		Df	المجموعة الضابطة		قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدالة
	ع	م		ع	م			
التحليل النسقي لجماعة الانتماء اثناء القياس البعدي	5.83	0.75	10	3.17	0.40	7.62	0.001	دالة
العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس البعدي.	50.50	4.68	10	35	5.06	5.50	0.001	دالة

من خلال الجدول رقم (34) نلاحظ ان النتيجة التجريبية دالتين احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.001، وهذا ما يدل على وجود فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي

لجماعة الانتماء و العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق اثناء القياس البعدي ، لصالح المجموعة التجريبية.

م- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق :

تنص الفرضية الثامنة في النتائج الكمية على " وجود فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء "t" لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، وهذا ما تشير اليه نتائج الجدول الموالي:

الجدول رقم(35): يبين نتائج مقياس "t" لدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على

المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق بين اعضاء

اسرة المعاق.

المتغيرات	القياس القبلي		Df	القياس البعدي		قيمة t التجريبية	مستوى الدلالة المعنوية	الدالة
	ع	م		ع	م			
التحليل النسقي لجماعة الانتماء اثناء القياس القبلي والقياس البعدي	0.51	3.33	10	0.75	5.83	6.70	0.001	دالة

العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القبلي والقياس البعدي.	37	3.40	50.50	4.68	10	5.71	0.001	دالة
---	----	------	-------	------	----	------	-------	------

من خلال الجدول رقم (35) نلاحظ ان النتيجةين التجريبتين دالتين احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.001، اي يوجد فرق دال احصائيا عند بين القياس القبلي و القياس البعدي لصالح القياس البعدي، وهذا ما يدل على ان البرنامج العلاجي الاسري المقترح فعال في تحسين العلاقات الاسرية داخل اسرة المعاق، وان المجموعة التجريبية اصبح لديها انسجام وتماسك في العلاقات الاسرية وتطابق أكثر بين اعضائها بسبب استفادتها من العلاج الاسري، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تستفد من هذا البرنامج العلاجي.

ولمعرفة قوة تأثير البرنامج العلاجي الاسري على العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق، تم استخدام مقياس (Kiess,1989)، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

المتغير المستقل	المتغير التابع	قيمة n ²	قيمة d	حجم التأثير
البرنامج العلاجي الاسري المقترح	التحليل النسقي لجماعة الانتماء	0.76	3.06	مرتفع جدا
	العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة	0.81	4.18	مرتفع جدا

ويتضح لنا من خلال هذا الجدول ان قيمة " n^2 " في المتغير التابع الاول المتعلق بالتحليل النسقي لجماعة الانتماء بلغت (0.76) و حجم الاثر " d " بلغ (3.06)، اما فيما يتعلق بقيمة " n^2 " في المتغير التابع الثاني و المتعلق بالعلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء الاسرة فقد بلغت (0.81) و حجم الاثر " d " بلغ (4.18)، و بمقارنة المحجمين مع القيم التي اقترحها (Kiess,1989) نلاحظ ان حجم الاثر فيهما مرتفع جدا وهذا ما يدل على التأثير الايجابي للبرنامج العلاجي الاسري المستخدم مع اسر المعاقين عقليا والذي كان فعالا في تحسين العلاقات الاسرية لديهم.

ر- عرض النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق:

تنص الفرضية التاسعة في النتائج الكمية على "عدم وجود فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة تاء " t " لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء و العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق ، اثناء القياس البعدي و القياس التبعي، وهذا ما تشير اليه نتائج الجدول التالي:

الجدول رقم (36): يبين نتائج مقياس تاء " t " لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق بين اعضاء اسرة المعاق اثناء القياس البعدي والقياس التبعي.

المتغيرات	القياس البعدي		Df	قيمة التجريبية t	مستوى دلالة المعنوية	الدلالة	القياس التتبعي	
	ع	م					ع	م
التحليل النسقي لجماعة الانتماء اثناء القياس البعدي والقياس التتبعي	0.75	5.83	10	0.87	0.40	غير دالة	0.54	5.50
العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا اثناء القياس القياس البعدي والقياس التتبعي.	4.68	50.50	10	0.93	0.37	غير دالة	2.34	48.50

من خلال الجدول رقم (36) نلاحظ انه لا يوجد فرق دال احصائيا بين القياس البعدي و القياس التتبعي من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق ، الا اننا نلاحظ انه مع مرور الوقت اصبحت العلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق يتراجع مما يستدعي ذلك ضرورة المتابعة العلاجية على المدى القصير و المتوسط والطويل .

ز- عرض النتائج الخاصة بدراسة التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة:

تنص الفرضية العاشرة في النتائج الكمية على " ان التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة هي الاب".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة (القرار + التأثير) لمعرفة من هي الشخصية المهيمنة داخل هذه الاسر ولصالح من هو التسلسل الهرمي اثناء القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي .

و تم حساب النسب المئوية من خلال المعادلة التالية: (ك × 100 ÷ ن)، كما هو مبين في الجداول التالية:

الجدول رقم (37): يبين نتائج حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة قبل تطبيق

البرنامج.

%	ن	ك	التسلسل الهرمي العام للأسر	الوضعيات				
				المجموع العام	الوضعية المتألية	الوضعية الصراعية	الوضعية العادية	التسلسل الهرمي العام للأسر
66,66	18	12	الآباء					
27,77	18	5	الأمهات	12	4	5	3	الآباء
5,55	18	1	الأبناء	5	2	1	2	الأمهات
				1	0	0	1	الأبناء
				18	6	6	6	المجموع

من خلال الجدول رقم (37) وبعد حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة (القرار + التأثير) يتضح لنا انه بلغت نسبة الآباء (66.66%)، فيحين بلغت نسبة الامهات (27.77%)، اما الابنائه فبلغت نسبتهم (5.55%)، وهذا ما يدل على ان التسلسل الهرمي العام كان لصالح الآباء وذلك قبل تطبيق البرنامج .

الجدول رقم (38): يبين نتائج حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة بعد تطبيق

البرنامج.

التسلسل الهرمي العام للأسر	ك	ن	%
الآباء	10	18	55,55
الأمهات	6	18	33,33
الأبناء	2	18	11,11



المجموع العام	الوضعية المثالية	الوضعية الصراعية	الوضعية العادية	الوضعيات التسلسل الهرمي العام للأسر
10	3	4	3	الآباء
6	2	2	2	الأمهات
2	1	0	1	الأبناء
18	6	6	6	المجموع

من خلال الجدول رقم (38) وبعد حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة (القرار + التأثير) يتضح لنا انه بلغت نسبة الآباء (55.55%)، في حين بلغت نسبة الأمهات (33.33%)، أما الأبناء فبلغت نسبتهم (11.11%) وهذا ما يدل على ان التسلسل الهرمي العام كان لصالح الآباء بعد تطبيق البرنامج.

الجدول رقم(39): يبين نتائج حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة بعد القياس

التبعية.

%	ن	ك	التسلسل الهرمي العام للأسر	المجموع العام	الوضعية المثالية	الوضعي الصراعية	الوضعية العادية	الوضعيات	
								التسلسل الهرمي	العام للأسر
61,11	18	11	الآباء	11	3	4	4	الآباء	
27,77	18	5	الأمهات	5	2	1	2	الأمهات	
11,11	18	2	الأبناء	2	1	0	1	الأبناء	
				12	6	6	6	المجموع	

من خلال الجدول رقم (39) وبعد حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة (القرار + التأثير) يتضح لنا انه بلغت نسبة الاباء (61.11%)، في حين بلغت نسبة الامهات (27.77%)، اما نسبة الابناء فبلغت (11.11%)، وهذا ما يدل على ان التسلسل الهرمي العام كان لصالح الاباء اثناء القياس التبعي .

ومن خلال الجدول رقم (25) و (26) و (27)، يتضح لنا ان نسبة الاباء هي اكبر نسبة مقارنة بنسبة الامهات ونسبة الابناء وهذا ما يدل على ان الشخصية المهنية داخل الاسر المدروسة هي الاب.

2- عرض النتائج الكيفية:

1- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الاولى:

- التكوين الاسري للأسرة الاولى:

الاسم والرمز الاسري	الجنس	السن	الوظيفة	مرض معين
الاب: ف	ذكر	57 سنة	تاجر	داء السكري.
الام: م	انثى	47 سنة	ربة بيت	ارتفاع ضغط الدم.
الابن: 1: ك	انثى	26 سنة	موظفة	
الابن: 2: ج	ذكر	24 سنة	موظف	
الابن: 3: ح	انثى	22 سنة	طالبة جامعية	
الابن: 4: م	انثى	19 سنة	طالبة جامعية	
الابن: 5: د	ذكر	13 سنة	متمدرس بالمتوسطة	
الابن: 6: ق	ذكر	8 سنوات	متمدرس بالابتدائي	اعاقة عقلية.

- عرض نتائج قياس السلوك التكيفي للطفل الاول المعاق عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا		
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل	
36	0	0	0	2	1	0	0	3	0	9	11	3	7	قبل البرنامج	الطفل الاول
81	0	0	6	5	2	4	0	9	1	15	16	9	14	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدي للسلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا (الطفل

الاول)، حيث ظهر الانخفاض واضحا في القياس القبلي في كل من الابعاد التالية (العناية بالملابس، التنقل،

الوظائف الاستقلالية العامة، المثابرة، التخطيط وتوجيه الذات) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (36)، اما

اثناء القياس البعدي فقد عرف السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا ارتفاعا واضحا في كل من المجالين (مجال

التصرفات الاستقلالية والتوجيه الذاتي) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (81) وهذا ما يشير الى انعكاس فعالية

البرنامج العلاجي الاسري ايجابا على السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس مستوى الضغوط النفسية لدى الاسرة الاولى قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية والاجتماعية	المشكلات النفسية والمعرفية	مشاعر الياس والاحباط	الاعراض النفسية والعضوية	الابعاد الاسر	
								قبل البرنامج	الاسرة الاولى
27	3	3	3	4	5	4	5	قبل البرنامج	الاسرة الاولى
11	0	0	2	3	2	2	2	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال الجدول السابق نتائج القياس القبلي والبعدى لمستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا (الاسرة الاولى)، حيث ظهر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديها في كل من بعدى (الاعراض النفسية والعضوية والمشكلات النفسية والمعرفية) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (27)، اما اثناء القياس البعدى فقد عرف مستوى الضغوط النفسية لديها انخفاضاً واضحاً خاصة في بعدى (مشكلات الاداء الاستقلالي وعدم القدرة على تحمل اعباء الطفل) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (11)، وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسرى في خفض من مستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسرى بين اعضاء الاسرة الاولى قبل وبعد تطبيق

البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويح الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسرى	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعاد الاسرى	الاسرة الاولى
34	3	2	4	2	3	3	4	6	4	3	قبل البرنامج	
49	6	5	4	4	4	5	5	3	6	7	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والقياس البعدى للعلاقات الاسرية والتطابق الاسرى بين اعضاء اسرة المعاق عقليا (الاسرة الاولى)، حيث ظهر لنا انخفاض واضح في كل من الابعاد التالية (بعد التماسك، التوجيه نحو التحصيل والانجاز، التوجيه العقلي الثقافي، التوجيه نحو الترويح الايجابي، التنظيم والضبط) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (34)، اما اثناء القياس البعدى فقد عرفت العلاقات الاسرية تحسناً واضحاً حيث شهدت كل من الابعاد التالية (بعد التماسك، حرية التعبير عن المشاعر، التوجيه نحو التحصيل والانجاز، التنظيم والضبط) ارتفاعاً واضحاً ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (49)،

كما كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مستوى صراع التفاعل الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا، فبعدها بلغت درجة الصراع (6) في القياس القبلي، انخفضت درجة الصراع الى (3) في القياس البعدي، وكل هذا يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحسين العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج تفصيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري لدى الاسرة الاولى قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر	الاسرة الاولى
3	4	3	4	قبل البرنامج	
5	6	5	6	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال هذا الجدول نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا (الاسرة الاولى) اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت درجت التماسك بين افراد الاسرة في القياس القبلي (3)، بينما بلغت درجة التماسك الاسري اثناء القياس البعدي (5) وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق التماسك والترابط والانسجام بين افراد اسرة المعاق عقليا.

ب- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الثانية:

- التكوين الاسري للأسرة الثانية:

الاسم والرمز الاسري	الجنس	السن	الوظيفة	مرض معين
الاب: م	ذكر	38 سنة	مهندس	

الام: ح	انثى	32 سنة	طبية
الابن: 1 م	ذكر	12 سنة	متمدرس بالمتوسطة
الابن: 2 هـ	انثى	9 سنوات	متمدرسة بالمتوسطة
الابن: 3 خ	ذكر	6 سنوات	متمدرس بالابتدائي اعاقة عقلية.

- عرض نتائج قياس السلوك التكيفي للطفل الثاني المعاق عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل		
46	0	0	1	2	1	1	0	6	0	10	10	4	11	قبل البرنامج	الطفل الثاني
69	0	0	2	1	0	3	0	7	0	14	15	10	17	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدي للسلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا (الطفل

الثاني)، حيث ظهر الانخفاض واضحاً في القياس القبلي في كل من الابعاد التالية (العناية بالملابس، التنقل،

الوظائف الاستقلالية العامة، بطئ الحركة، المبادرة المثابرة، التخطيط وتوجيه الذات) ليصل الانخفاض بالدرجة

الكلية الى (46)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرف السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا ارتفاعاً واضحاً في كل

من الابعاد التالية (مهارات الاكل، قضاء الحاجة، النظافة، المظهر العام، والوظائف الاستقلالية العامة) ليصل

الارتفاع بالدرجة الكلية الى (69) في حين لم تشهد كل من الابعاد التالية (العناية بالملابس، التنقل، بطئ الحركة،

التخطيط والتنظيم، وتوجيه الذات) اي تحسن، وهذا ما يشير الى انعكاس فعالية البرنامج العلاجي الاسري ايجابا على بعض جوانب السلوك التكيفي فقط للطفل المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس مستوى الضغوط النفسية لدى الاسرة الثانية قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر	
								قبل البرنامج	الاسرة الثانية
25	3	3	3	4	5	3	4	قبل البرنامج	الاسرة الثانية
13	3	0	3	2	2	1	2	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال الجدول السابق نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا (الاسرة الثانية)، حيث ظهر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديها في كل من الابعاد التالية (الاعراض النفسية والعضوية، مشاعر الاحباط والياس، والمشكلات النفسية والمعرفية، المشكلات الاسرية والاجتماعية ومشكلات الاداء الاستقلالي) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (25)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرف مستوى الضغوط النفسية لديها انخفاضا واضحا خاصة في بعد (مشاعر الياس والاحباط، و المشكلات النفسية والمعرفية، ومشكلات الاداء الاستقلالي) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (13)، في حين لم يشهد كل من بعدي (القلق على مستقبل الطفل والقدرة على تحمل اعباء الطفل) اي تحسن. وهذا ما يشير الى انه بالرغم من فعالية البرنامج العلاجي الاسري في خفض من مستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا الا ان القلق على مستقبل طفلهم المعاق عقليا وعدم القدرة على تحمل اعبائه ضل قائما لدى هذه الاسرة .

- عرض نتائج قياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة الثانية قبل وبعد تطبيق

البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويح الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعاد الاسر	الاسرة الثانية
35	6	2	5	4	3	1	4	5	2	3	قبل البرنامج	
54	6	5	6	5	5	6	5	2	6	8	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا (الاسرة الثانية)، حيث ظهر لنا انخفاض واضح في كل من الابعاد التالية (بعد التماسك، حرية التعبير عن المشاعر التوجيه نحو التحصيل والانجاز، والتنظيم والضبط) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (35)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرفت العلاقات الاسرية تحسنا واضحا حيث شهدت كل من الابعاد التالية (بعد التماسك، حرية التعبير عن المشاعر، التوجيه نحو التحصيل والانجاز، التنظيم والضبط) ارتفاعا واضحا ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (54)، كما كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مستوى صراع التفاعل الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا، فبعدها بلغت درجة الصراع (5) في القياس القبلي، انخفضت درجة الصراع الى (2) في القياس البعدي، وكل هذا يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحسين العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج بقتيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري لدى الاسرة الثانية قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية مجموع الدرجات (عدد)	التمثيل المثالي	التمثيل الصراع	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر	الاسرة الثانية
4	5	3	4	قبل البرنامج	
6	7	5	6	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال هذا الجدول نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا (الاسرة الثانية) اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت درجت التماسك بين افراد الاسرة في القياس القبلي (4)، بينما بلغت درجة التماسك الاسري اثناء القياس البعدي (6) وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق التماسك والترابط والانسجام بين افراد اسرة المعاق عقليا.

ج- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الثالثة:

- التكوين الاسري للأسرة الثالثة:

الاسم والرمز الاسري	الجنس	السن	الوظيفة	مرض معين
الاب: ب	ذكر	51 سنة	موظف	القرحة المعدية.
الام: ف	انثى	43 سنة	معلمة	
الابن: 1: ع	ذكر	21 سنة	طالب جامعي	
الابن: 2: ا	ذكر	18 سنة	طالب جامعي	
الابن: 3: ن	انثى	13 سنة	متمدرسة بالمتوسطة	
الابن: 4: ا	انثى	8 سنوات	متمدرسة بالابتدائي	اعاقة عقلية.

- عرض نتائج قياس السلوك التكيفي للطفل الثالث المعاق عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقلياً	الطفل الثالث
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل		
33	0	0	0	1	0	0	0	2	0	8	9	4	9	قبل البرنامج	
66	0	0	2	4	1	2	0	6	0	13	15	9	14	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدي للسلوك التكيفي للطفل المعاق عقلياً (الطفل الثالث)،

حيث ظهر الانخفاض واضحاً في القياس القبلي في كل من الابعاد التالية (العناية بالملابس، التنقل، الوظائف

الاستقلالية العامة، بطئ الحركة، المثابرة، التخطيط وتوجيه الذات) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (33)، اما

اثناء القياس البعدي فقد عرف السلوك التكيفي للطفل المعاق عقلياً ارتفاعاً واضحاً في كل من الابعاد التالية

(مهارات الاكل، قضاء الحاجة، النظافة، المظهر العام، لبس وخلع الملابس) ما عدا الابعاد التالية (العناية

بالملابس، التنقل، التخطيط والتنظيم، وتوجيه الذات) والتي لم تعرف اي تحسن، ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية

الى (66) وهذا ما يشير الى انعكاس فعالية البرنامج العلاجي الاسري ايجاباً على السلوك التكيفي للطفل المعاق

عقلياً .

- عرض نتائج قياس مستوى الضغوط النفسية لدى الاسرة الثالثة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر	
								قبل البرنامج	الاسرة الثالثة
29	3	3	3	4	5	4	7	قبل البرنامج	
12	1	1	1	2	2	1	4	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدى لمستوى الضغوط النفسية لدى أسرة المعاق عقليا (الأسرة الثالثة)، حيث ظهر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديها في كل الأبعاد ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (29)، أما أثناء القياس البعدى فقد عرف مستوى الضغوط النفسية لديها انخفاضاً واضحاً ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (12)، وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في خفض من حدة الضغوط النفسية لدى أسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الأسرة الثالثة قبل وبعد تطبيق

البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويح الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الأبعاد الاسرية	الأسرة الثالثة
41	4	2	3	4	5	7	3	6	4	3	قبل البرنامج	
51	6	5	4	5	4	7	4	4	5	7	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدى للعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء أسرة المعاق عقليا (الأسرة الثالثة)، حيث ظهر لنا الانخفاض واضحاً في كل من الأبعاد التالية (بعد التماسك، الاستقلال، بعد التوجيه نحو القيم، والتنظيم) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (41)، أما أثناء القياس البعدى فقد عرفت العلاقات الاسرية تحسناً واضحاً حيث شهدت كل من الأبعاد التالية (بعد التماسك، التنظيم والضبط) ارتفاعاً واضحاً ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (51)، كما كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مستوى صراع التفاعل الاسري بين افراد أسرة المعاق عقليا، فبعدها

بلغت درجة الصراع (6) في القياس القبلي، انخفضت درجة الصراع الى (4) في القياس البعدي، وكل هذا يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحسين العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج بقبيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري لدى الاسرة الثالثة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر	
3	5	2	4	قبل البرنامج	الاسرة الثالثة
6	8	4	6	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال هذا الجدول نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا (الاسرة الثالثة) اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت درجت التماسك بين افراد الاسرة في القياس القبلي (3)، بينما بلغت درجة التماسك الاسري اثناء القياس البعدي (6) وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق التماسك والترابط والانسجام بين افراد اسرة المعاق عقليا.

د- عرض النتائج الخاصة بالأسرة الرابعة:

- التكوين الاسري للأسرة الرابعة:

الاسم والرمز الاسري	الجنس	السن	الوظيفة	مرض معين
الاب: ا	ذكر	34 سنة	طبيب	

الام: م	انثى	29 سنة	صيدلية
الابن: 1: ع	انثى	7 سنوات	متمدرسة بالابتدائي
الابن: 2: ا	انثى	4 سنوات	

- عرض نتائج قياس السلوك التكيفي للطفل الرابع المعاق عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل
47	0	0	0	1	0	1	0	4	0	15	11	4	11	قبل البرنامج
76	2	1	5	4	1	4	0	4	3	14	16	7	15	بعد البرنامج

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدي للسلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا (الطفل

الرابع)، حيث ظهر الانخفاض واضحاً في القياس القبلي في كل من الابعاد التالية (قضاء الحاجة، النظافة، العناية

بالملايس التنقل، الوظائف الاستقلالية العامة، المبادرة، المثابرة) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (47)، اما

اثناء القياس البعدي فقد عرف السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا ارتفاعاً واضحاً في كل من المجالين (مجال

التصرفات الاستقلالية والتوجيه الذاتي) ما عدا بعد التنقل الذي لم يشهد اي تحسن، ليصل الارتفاع بالدرجة

الكلية الى (76) وهذا ما يشير الى انعكاس فعالية البرنامج العلاجي الاسري ايجاباً على السلوك التكيفي للطفل

المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس مستوى الضغوط النفسية لدى الاسرة الرابعة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر	
								قبل البرنامج	الاسرة الرابعة
22	0	2	2	4	5	3	6	قبل البرنامج	الاسرة الرابعة
04	0	0	0	0	1	0	3	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال الجدول السابق نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا (الاسرة الرابعة)، حيث ظهر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديها في كل من بعدي (الاعراض النفسية والعضوية والمشكلات النفسية والمعرفية والمشكلات الاسرية و الاجتماعية) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (22)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرف مستوى الضغوط النفسية لديها انخفاضا واضحا ماعدا بعد عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل الذي لم يشهد اي تحسن، ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (4)، وهذا ما يشير الى انه بالرغم من فعالية البرنامج العلاجي الاسري في الخفض من مستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا الا ان عدم قدرتها على تحمل اعباء طفلهم المعاق تظل قائمة.

- عرض نتائج قياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة الرابعة قبل وبعد تطبيق

البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويح الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعاد الاسر	
											قبل البرنامج	الاسرة الرابعة
39	4	3	7	3	4	3	2	6	3	4	قبل البرنامج	الاسرة الرابعة
55	6	6	7	5	5	6	4	3	6	7	بعد البرنامج	

يتضح من خلال الجدول السابق نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا (الاسرة الرابعة)، حيث ظهر لنا انخفاض واضح في كل من الابعاد التالية (بعد التماسك، حرية التعبير عن المشاعر التوجيه نحو التحصيل والانجاز، والتنظيم والضبط) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (39)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرفت العلاقات الاسرية تحسنا واضحا حيث شهدت كل من الابعاد التالية (بعد التماسك، حرية التعبير عن المشاعر، التوجيه نحو التحصيل والانجاز، التنظيم والضبط) ارتفاعا واضحا ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (55)، كما كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مستوى صراع التفاعل الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا، فبعدها بلغت درجة الصراع (6) في القياس القبلي، انخفضت درجة الصراع الى (3) في القياس البعدي، وكل هذا يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحسين العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري لدى الاسرة الرابعة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعى	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر	
3	5	2	3	قبل البرنامج	الاسرة الرابعة
6	8	5	6	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال هذا الجدول نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا (الاسرة الرابعة) اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت درجت التماسك بين افراد الاسرة في القياس القبلي (3)، بينما بلغت درجة التماسك الاسري اثناء القياس البعدي (6) وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحقيق التماسك والترابط والانسجام بين افراد اسرة المعاق عقليا وتقوية علاقاتهم الاسرية .

هـ - عرض النتائج الخاصة بالأسرة الخامسة:

- التكوين الاسري للأسرة الخامسة:

الاسم والرمز الاسري	الجنس	السن	الوظيفة	مرض معين
الاب: م	ذكر	47 سنة	تاجر	
الام: ل	انثى	41 سنة	مأكثة بالبيت	سرطان الثدي.
الابن1: م	انثى	20 سنة	طالبة جامعية	
الابن2: ر	ذكر	17 سنة	متمدرس بالثانوية	
الابن3: ي	ذكر	13 سنة	متمدرس بالمتوسطة	
الابن4: ف	ذكر	9 سنوات	متمدرس بالابتدائي	اعاقة عقلية.

- عرض نتائج قياس السلوك التكيفي للطفل الخامس المعاق عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل		
40	0	0	1	0	0	1	0	3	1	10	9	5	10	قبل البرنامج	الطفل الخامس

71	1	1	2	2	1	3	1	6	2	14	14	8	16	بعد البرنامج
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	----	-----------------

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدى للسلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا (الطفل الخامس)، حيث ظهر الانخفاض واضحا في القياس القبلي في كل من الابعاد التالية (التنقل، بطئ الحركة، المبادرة، التخطيط وتوجيه الذات) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (40)، اما اثناء القياس البعدى فقد عرف السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا ارتفاعا واضحا في كل من المجالين (مجال التصرفات الاستقلالية والتوجيه الذاتي) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (71) وهذا ما يشير الى انعكاس فعالية البرنامج العلاجي الاسري ايجابا على السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس مستوى الضغوط النفسية لدى الاسرة الخامسة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد	
								الاسرة	الاسرة الخامسة
25	4	3	3	3	3	4	5	قبل البرنامج	الاسرة الخامسة
11	2	1	2	1	2	2	1	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال الجدول السابق نتائج القياس القبلي والبعدى لمستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا (الاسرة الخامسة)، حيث ظهر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديها في كل من بعدي (الاعراض النفسية والعضوية والمشكلات الاسرية والاجتماعية ومشكلات الاداء الاستقلالي) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (25)، اما اثناء القياس البعدى فقد عرف مستوى الضغوط النفسية لديها انخفاضا واضحا خاصة في بعد (الاعراض النفسية والعضوية) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (11)، وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في خفض من مستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة الخامسة قبل وبعد تطبيق

البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويح الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعاد الاسر	الاسرة الخامسة
33	3	2	6	3	1	4	3	7	2	2	قبل البرنامج	
42	5	3	6	4	3	4	5	3	4	5	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين

اعضاء اسرة المعاق عقليا (الاسرة الخامسة)، حيث ظهر لنا انخفاض واضح في كل من الابعاد التالية (بعد

التماسك، التوجيه العقلي الثقافي، والضبط) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (33)، اما

اثناء القياس البعدي فقد عرفت العلاقات الاسرية تحسنا واضحا ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية

الى (42)، كما كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مستوى صراع التفاعل الاسري بين افراد اسرة المعاق

عقليا، فبعدها بلغت درجة الصراع (7) في القياس القبلي، انخفضت درجة الصراع الى (3) في القياس البعدي،

وكل هذا يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحسين العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة

المعاق عقليا.

- عرض نتائج تقبيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري لدى الاسرة الخامسة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية مجموع الدرجات (عددتها)	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر	الاسرة
3	4	2	3	قبل البرنامج	

5	7	4	6	بعد البرنامج	الخامسة
---	---	---	---	--------------	---------

يتضح لنا من خلال هذا الجدول نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا (الاسرة الخامسة) اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت درجة التماسك بين افراد الاسرة في القياس القبلي (3)، بينما بلغت درجة التماسك الاسري اثناء القياس البعدي (5) وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق التماسك والترابط والانسجام بين افراد اسرة المعاق عقليا وتقوية العلاقات الاسرية فيما بينهم.

و- عرض النتائج الخاصة بالأسرة السادسة:

- التكوين الاسري للأسرة السادسة:

الاسم والرمز الاسري	الجنس	السن	الوظيفة	مرض معين
الاب: س	ذكر	39سنة	موظف	مرض الربو
الام: ن	انثى	33سنة	حلاقة	
الابن1: ر	انثى	8سنوات	متمدرس بالابتدائي	اعاقة عقلية.
الابن2: ر	انثى	5سنوات	متمدرس بالتحضيري	
الابن3: د	انثى	سنتين		

- عرض نتائج قياس السلوك التكيفي للطفل السادس المعاق عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا		
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة			مهارات الاكل
44	0	0	0	0	2	1	0	4	0	10	9	5	13	قبل البرنامج	الطفل السادس
67	1	1	1	1	0	4	1	7	3	12	13	8	15	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والبعدي للسلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا (الطفل

السادس)، حيث ظهر الانخفاض واضحا في القياس القبلي في كل من الابعاد التالية (العناية بالملابس، التنقل،

المبادرة، المثابرة، التخطيط وتوجيه الذات) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (44)، اما اثناء القياس البعدي

فقد عرف السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا ارتفاعا واضحا في كل من الابعاد التالية (قضاء الحاجة، النظافة،

العناية بالملابس، لبس وخلع الملابس، والوظائف الاستقلالية) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (67) وهذا ما

يشير الى انعكاس فعالية البرنامج العلاجي الاسري ايجابا على السلوك التكيفي للطفل المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس مستوى الضغوط النفسية لدى الاسرة السادسة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية والاجتماعية	المشكلات النفسية والمعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية والعضوية	الابعاد الاسرية	
								قبل البرنامج	بعد البرنامج
28	2	3	2	4	6	4	7	قبل البرنامج	الاسرة السادسة
14	1	1	2	1	3	2	4	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال الجدول السابق نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق

عقليا (الاسرة السادسة)، حيث ظهر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديها في كل من بعدي (الاعراض

النفسية والعضوية والمشكلات النفسية والمعرفية) ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية الى (28)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرف مستوى الضغوط النفسية لديها انخفاضا واضحا خاصة في بعدي (المشكلات النفسية والمعرفية ومشكلات الاداء الاستقلالي) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية الى (14)، وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي الاسري في خفض من مستوى الضغوط النفسية لدى اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج قياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة السادسة قبل وبعد تطبيق

البرنامج:

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويح الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل والانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعاد الاسرية	الاسرة السادسة
40	5	6	5	2	4	3	3	5	3	4	قبل البرنامج	
52	7	7	6	4	4	4	6	2	4	8	بعد البرنامج	

يتضح من خلال هذا الجدول نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا (الاسرة السادسة)، حيث ظهر لنا انخفاض واضح في كل من بعدي (التماسك، والاستقلال والتوجيه العقلي الثقافي) ليصل الانخفاض بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (40)، اما اثناء القياس البعدي فقد عرفت العلاقات الاسرية تحسنا واضحا، حيث شهد كل من بعدي (التماسك، والاستقلال) ارتفاعا واضحا ليصل الارتفاع بالدرجة الكلية للعلاقات الاسرية الى (52)، كما كان للبرنامج العلاجي فعالية في خفض مستوى صراع التفاعل الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا، فبعدها بلغت درجة الصراع (5) في القياس القبلي، انخفضت درجة الصراع الى (2) في القياس البعدي، وكل هذا يدل على فعالية البرنامج العلاجي الاسري في تحسين العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق عقليا.

- عرض نتائج بقتيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري لدى الاسرة السادسة قبل وبعد تطبيق البرنامج:

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عدددها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر	
4	5	3	4	قبل البرنامج	الاسرة السادسة
7	7	4	7	بعد البرنامج	

يتضح لنا من خلال الجدول السابق نتائج تمثيل العلاقات الاسرية والتماسك الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا (الاسرة السادسة) اثناء القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت درجات التماسك بين افراد الاسرة في القياس القبلي (4)، بينما بلغت درجة التماسك الاسري اثناء القياس البعدي (7) وهذا ما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي في تقوية العلاقات الاسرية وتحقيق التماسك والترابط والانسجام بين افراد اسرة المعاق عقليا.

ثانيا: مناقشة نتائج البحث:

1- مناقشة النتائج كميًا:

ا- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك

التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي:

والتي تنص فرضيتها على ما يلي: "يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا اثناء القياس البعدي".

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (27) على وجود فرق دال احصائيا بين

متوسطات درجات افراد العينة التجريبية و متوسطات درجات افراد العينة الضابطة من حيث السلوك التكيفي بعد

تطبيق البرنامج العلاجي الاسري النسقي لصالح افراد العينة التجريبية ، و المتمثلة في عينة الاطفال الم عقين عقليا الذين خضعت اسرهم للمساعدة عن طريق البرنامج العلاجي الاسري المقترح عليهم . وتعزوا الطالبة انعكاس هذا البرنامج العلاجي الاسري ايجابيا على السلوك التكيفي للمعاقين عقليا ، فمن خلال مقارنة نتائج افراد المجموعة التجريبية (الاطفال المعاقين عقليا و التي خضعت اسرهم الى المساعدة عن طريق البرنامج العلاجي) بنتائج افراد المجموعة الضابطة (الاطفال المعاقين عقليا والتي لم تخضع اسرهم للمساعدة) بعد تطبيق البرنامج مباشرة ، لاحظت الطالبة تحسنا واضحا لصالح افراد العينة التجريبية في كل من مجالات التصرفات الاستقلالية والتوجيه الذاتي ، ماعدا مجال العناية بالملابس و مجال التنقل (التصرفات الاستقلالية) ، و مجال التخطيط والتنظيم وتوجيه الذات (التوجيه الذاتي)، وارجعت الطالبة الاسباب الى ما يلي:

- صغر سن عينة الدراسة (الاطفال المعاقين عقليا) الذي تراوح بين 5 و12 سنة.

- قدرات وظيفية ذكائية ادنى من المتوسط.

- العجز في الوظائف الفكرية مثل التفكير وحل المشكلات والتخطيط.

- العجز في الاداء التكيفي الذي يؤدي الى عدم تلبية معايير النمو والمعايير الاجتماعية من اجل الاستقلالية

الشخصية والمسؤولية الاجتماعية ، فبدون الدعم المستمر للطفل المعاق عقليا فان الصعوبات التكيفية تحد من

العديد من أنشطة الحياة اليومية وكل هذا ما ظهر في مجال العناية بالملابس والتنقل والتخطيط والتنظيم وكذلك

توجيه الذات .

وفي محاولة لتفسير التحسن في المجالات الاخرى للمقياس اي الانعكاس الايجابي للبرنامج العلاجي الاسري على

السلوك التكيفي للمعاقين عقليا، يمكن القول ان هؤلاء الاطفال المعاقين غير مسؤولين عن قدراتهم المختلفة بحيث

اذا لم يساعدهم من حولهم (الاسرة) واذا لم يحيطوهم بالرعاية الكاملة والمتوازنة فان ذلك يؤدي الى صعوبات في حياتهم مما ينعكس سلبا على سلوكهم التكيفي .

وبالطلي كل هذه النتائج تؤكد على مدى فعالية البرنامج العلاجي الاسري النسقي في تحسين السلوك التكيفي للمعاق عقليا، حيث انه بعد تطبيق البرنامج اصبح بمقرر الاطفال المعاقين عقليا القيام بنشاطات مختلفة وضرورية في حياتهم كأفراد عاديين بمساعدة صغيرة من المحيطين بهم (اسرهم) حتلا يكونوا عبئا عليهم، وهذا ما يشير على انه بمساعدة اسر المعاقين عقليا نكون قد ساعدنا ايضا اطفالهم المعاقين عقليا لان افضل طريقة لمساعدة الطفل المعاق هي مساعدة اسرته.

وهذا ما يتفق مع ما اشار اليه "الخليدي ووهبي" (1997)، بحيث ركزا على مساعدة الوالدين في اطار العلاج بهدف التخفيف او الحد من الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الاعاقة والتي حسبها قد يكون منبعها افراد الاسرة والمجتمع المحيط بالطفل المعاق واتجاهاتهم السلبية نحوه، فيرى هاذان الباحثان انه بمساعدة الوالدين على تقبل وضعية الطفل المرضية و فهم حاجاته النفسية من حنان ورعاية، ينعكس ايجابيا على طفلهم المعاق، بحيث ان شعوره بالتقبل من طرف اسرته يسمح له بالنمو النفسي الصحي ويساعده على توافقه النفسي.

وهذا ما تؤكد ايضا دراسة "ليلي مسعود" (2004) حول العلاج الاسري وفعاليته في تقويم العلاقات واثره على السلوك المضطرب للطفل المعاقوالغير معاق، حيث ابرزت نتائجها في الاخير مدى اهمية العلاج الاسري والذي سمح لها بدراسة نوعية ومستوى الاضطراب داخل الاسرة، والتي ركزت من خلال هرعلى علاجه وذلك من خلال محاولتها بإحداث تغييرات على مستوى اسر المعاق.

كما يؤكد "عبيد" (2007) على ضرورة مساعدة أسر المعاقين عقليا عن طريق العلاج الاسري الذي يسعى الى تقبل المعاق لإعاقته وتقبل أسرته له ، حتى تتمكن من تنشئته وتنمية قدراته وطاقته لتعلم مهارات الحياة اليومية والتي تمكنه من تحقيق استقلاليته و التخفيف من اعباء اعايقه على أسرته.

ب- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية

من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا:

والتي تنص فرضيتها على مايلي: "يوجد فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا".

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (28) على وجود فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا ، لصالح القياس البعدي.

فمن خلال المقارنة بين نتائج المجموعة التجريبية (الاطفال المعاقين عقليا) في القياس القبلي ونتائجها في القياس البعدي، نلاحظ تحسنا واضحا في السلوك التكيفي للعينة التجريبية (الاطفال المعاقين عقليا) بصفة عامة ، وفي التصرفات الاستقلالية والتوجيه الذاتي بصفة خاصة، لصالح القياس البعدي.

و بالنظر الى الجدول رقم (29) نلاحظ ان حجم تأثير هذا البرنامج العلاجي الاسري على السلوك التكيفي للمعاق عقليا كان مرتفعا جدا على الدرجة الكلية للمقياس ، وذلك بالرجوع الى الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير من قبل (Kiess,1989) .

كما لاحظت الطالبة أثناء الجلسات العلاجية مع أسر المعاقين عقليا بعض المتغيرات لدى البعض من هذه الأسر والتي كان لها أثر في تعاملها مع أطفالهم المعاقين عقليا، من بينها مايلي:

- بعض المعتقدات الخاطئة حول حقيقة الإعاقة العقلية (ك ان ابنهم مصاب بسحر او مس او مرض معين) وسيشفي منه، وهذه النتيجة اتفقت مع ما اشار اليه "ترين و زردومي" (1970) حين قال ان الإعاقة عامة في المجتمع الجزائري تترجم كلعنة تمس جميع الأسر، حيث تمثل ولادة طفل معاق في الأسرة صدمة شديدة تتبعها مشاعر متناقضة تتمثل في الشعور بالحجل والانكار من جهة ومشاعر الشفقة عليه من جهة اخرى، كما اضاف "سيسيوزا، Speciosa" (2002) انه في المجتمع الجزائري ليست الإعاقة محل ترحيب وقبول من طرف الجميع فبالنسبة لبعض الذهنيات المعاق هو شخص مثير للشفقة.

- بالإضافة إلى عدم تقبل تشخيص إعاقة ابنهم العقلية بسبب عدم الدراية الكافية حول هذه الإعاقة العقلية، جعل هذه الأسر مقاومة للعملية العلاجية في الجلسات الأولى، وهذه النتيجة تتفق مع ما أشار إليه "الكفافي" حين قال أن الأسرة في هذه المرحلة تركز على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل المعاق عقليا، والتي تدل على عدم وجود مشكلة لديه، وانه لا يختلف عن إخوته في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد، كما أضاف "الكفافي" في هذا الصدد أن النكران هنا هو وسيلة دفاعية تساعد أفراد الأسرة على التعايش مع المتغيرات التي تهددهم وتشكل خطرا بالنسبة لهم.

- عدم معرفة هذه الأسر كيفية التعامل مع إعاقة ابنهم العقلية، جعلهم يتبنون أسلوبا خاطئا في رعايته (إما بالإفراط أو بالتفريط)، وهذا ما انعكس سلبا على سلوكه التكيفي.

إضافة إلى هذا ملاحظات الطالبة بعد تطبيقها للبرنامج العلاجي حول مجموعة من الأدوار المهمة لأسر المعاقين عقليا، والتي انعكست ايجابيا على ابنهم المعاق عقليا، ومن بينا مايلي:

- تنمية آداب السلوك للطفل المعاق عقليا، وحسن معاملته مع الآخرين.
- تعامل الوالدين مع الطفل المعاق عقليا، كتعاملها مع أطفالهم الآخرين أدى إلى تنمية الثقة بالنفس لديه.
- تدريب الطفل المعاق عقليا على التعاون مع أفراد أسرته، بدلا من الاتكال الكلي عليهم، مع تشجيعه على الفطاع معهم.
- إعطاء للطفل المعاق عقليا الاحساس بأنه محل احترام من الآخرين، ف كل هذه الأدوار انعكست ايجابيا على سلوك طفلهم التكيفي.
- وحسب اطلاع الطالبة، لم تجد أية دراسة سابقة تعرضت لحساب حجم تأثير البرنامج العلاجي الأسري على السلوك التكيفي للمعاق عقليا، مما جعل نتيجة هذه الفرضية كإضافة جديدة للدراسات و الأبحاث في هذا المجال.
- ج- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا:
- والتي نصت فرضيتها على مايلي: "لا يوجد فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي على مجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا".
- يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (30)، على عدم وجود فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث السلوك التكيفي للمعاق عقليا، مما يدل على اسفوارية فعالية البرنامج العلاجي الأسري في تحسين السلوك التكيفي للمعاق عقليا، كما تؤكد هذه النتيجة أن هذه التغيرات الايجابية التي حققها هذا البرنامج المقترح لمساعدة أسر المعاقين عقليا، استمرت مع أفراد العينة

التجريبية (الأطفال المعاقين عقليا والذين استفادت أسرهم من البرنامج العلاجي)، حتى بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج.

كما نجد أن نتيجة هذه الفرضية جاءت كإضافة جديدة للدراسات المتعلقة بمجال العلاج الأسري النسقي ومدى فعالية في تحسين السلوك التكيفي للمعاق عقليا.

د- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج:

والتي تنص فرضيتها على مايلي: "يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج".

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (31) على وجود فرق دال احصائيا بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا، بعد تطبيق البرنامج العلاجي الأسري، لصالح أفراد العينة التجريبية.

وهذا ما يدل على مدى فعالية هذا البرنامج العلاجي الأسري في التخفيف والتقليل من حدة الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسرة المعاق عقليا، فمن خلال مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية، بنتائج أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج مباشرة، لاحظت الطالبة انخفاضاً واضحاً على مستوى الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا الذين خضعوا للمساعدة عن طريق البرنامج العلاجي، في حين كان مستوى الضغوط النفسية مرتفعاً جداً عند أسر المعاقين عقليا، والذين لم يخضعوا للمساعدة، وهذا ما يؤكد على ضرورة مساعدة هذه الأسر، فهذه النقطة تتفق مع ما أشار إليه "رياض يعقوب وخولة يحيى" (1995) حول الضغوط النفسية والدعم لدى آباء و أمهات المتخلفين عقليا، حيث أشارت النتائج في الأخير ان والدي الطفل المعاق يعانون من ضغوط نفسية شديدة منها

(الاسى، الحزن، الألم، الشعور بالذنب والاكتئاب) ، كما أكدت النتائج أنه كلما ارتفعت درجة الضغوط النفسية كلما احتاج الوالدان إلى المساندة.

كما لاحظت الطالبة أثناء الجلسات العلاجية، مجموعة من المعوقات التي واجهت هذه الأسر أثناء قيامها بدورها اتجاه تأهيل ابنهم المعاق عقليا، والتي كانت من بين العوامل المساهمة في ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لديهم من بينها مايلي:

- الآثار التي يخلفها وجود هذا الطفل المعاق عقليا على أسرته من الناحية الاقتصادية، فالتكفل النفسي والطبي به مكلف ماديا مما يعصب على بعض الأسر توفيرها، وهذا ما يتفق مع ما اشار إليه "عبيدات" (2007)، حيث أشار أن وجود طفل معاق يستنزف من إمكانيات وموارء الأسرة المادية، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف بعض الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها المعاق، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الطفل المعاق والتي تكلف أكثر من النقود التي تنفقها الأسرة على اخوته غير المعاقين.
- عدم وجود مدارس متخصصة للمعاقين عقليا في جميع المراحل الدراسية، أدى بهذه الاسر إلى القلق على مستقبل طفلهم المعاق عقليا.

هـ- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة

التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا:

والتي ننص فرضيتها على مايلي: "يوجد فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا، لصالح القياس البعدي."

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (32) على وجود فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا، لصالح القياس البعدي.

فمن خلال المقارنة بين نتائج أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ونتائجها في القياس البعدي، لاحظت الطالبة انخفاض كبير على مستوى الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا بعد تطبيق البرنامج العلاجي، و هذا ما يعكس مدى فعاليته في التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى هذه الأسر، وما يتبين أيضا من خلال نتيجة هذه الفرضية أن بعد الأعراض النفسية والعضوية وبعد المشكلات النفسية والمعرفية كانا الأكثر ارتفاعا مقارنة بالأبعاد الأخرى على مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي. (انظر الى الملاحق)

ويتضمن هذان البعدان المشاعر النفسية المتعددة والأعراض التي تعاني منها أسر المعاقين عقليا من حزن ولوم النفس وقلق وتوتر واحباط، فهذه الأسر تعاني من ارهاق جسمي وانفعالي جراء عبئ مسؤوليات الطفل المعاق عقليا. أما فيما يتعلق ببعده المشكلات المعرفية والنفسية، فهو يتضمن جميع مشاعر القلق والتوتر التي تصيب أسرة المعاق عقليا بسبب المشكلات المعرفية والنفسية لطفلهم المعاق، والتي قد تتمثل في صعوبة الفهم والانتباه، وضعف الثقة في النفس وافتقاره الدافعية للتعلم، وعدم قدرته على التكيف والتعامل مع أقرانه وأفراد أسرته، مما يجعل التعامل أمرا صعبا ويجعله بحاجة إلى التوجيه والمراقبة، وكل هذا يشكل ضغطا نفسيا كبيرا على أسرته . وهذا ما يتفق مع ما أشار إليه "سالم" (2008) في هذا الصدد، حيث تحدث عن شعور أولياء الأمور بأن الإعاقة قد غيرت من مجرى حياتهم وأنه لم يعد من مقدورهم أو من حقهم أن يبتسموا أو يستمتعوا بحياتهم وهذا الاحساس بالتعاسة والشعور بالأسى و خيبة الأمل يصاحبه الانطواء والبكاء و ربما بعض الأمراض الجسدية مثل الأرق وفقدان الشهية.

ثم يليهم بعد مشاعر اليأس والاحباط و بيع المشكلات الأسرية والاجتماعية بحيث يتضمن البعد الأول كل ما تعانيه أسرة المعاق عقليا من مشاعر اليأس والاحباط التي تترتب على وجود طفل معاق عقليا لديهم، بالإضافة إلى مشاعر الذنب كإحساس الوالدين بأنهما سبب إعاقة طفلها العقلية وبأن الطفل لن يكون امتدادا طبيعيا لأسرتهم وكل هذا يسبب ضغطا شديدا على أسرة المعاق ، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه "عبد الله" (2007)، بحيث أشار إلى أن الوالدين يستبدلان شعور الحزن والغضب بشعور عميق بالذنب يكمن السبب فيه أن الضرر الذي لحق بالطفل هو عقاب من الله على ذنوبهما السابقة، ويبدأ كل منهما بإلقاء اللوم على الطرف الآخر في أنه سبب إعاقة الطفل.

كما أكدت على هذه النتيجة "عبدات" (2007)، حيث أشارت أن أسرة الطفل المعاق تتعرض لضغوط نفسية تبدأ منذ اعلامهم بأن لدى ابنهم إعاقة، حيث تحدث الصدمة ومشاعر الانكار والرفض وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكئاب ولوم الذات، واسقاط المشاعر على الآخرين من أطباء ومختصين وأقارب.

في حين يتضمن بعد المشكلات الأسرية والاجتماعية المشكلات التي تعاني منها أسرة المعاق عقليا في علاقاتهم الاجتماعية، والتي تظهر بوصمة العار التي يحسها أولياء أمور المعاق، وتحديدًا لعلاقتهم الاجتماعية، وحدا لتفاعلهم مع الآخرين و ذلك بمشاعر الحرج التي تعيشها الأسرة، ومن خلال استجابات أفراد هذه الأسرة يظهر أن علاقاتهم الاجتماعية والأسرية قد تأثرت بسبب الضغوط النفسية التي يواجهونها جراء إعاقة ابنهم العقلية، وهذه النتيجة اتفقت مع نتائج دراسة "عايش صباح" (2010) حول أثر الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين على العلاقات الأسرية، حيث أشارت نتائج دراستها على وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين، بين الوالدين والعلاقات بين الإخوة والعلاقات بين الآباء والأبناء ، في حين تحصل بعد القلق على مستقبل الطفل، وبعد عدم القدرة على تحمل أعبائه، وبعد مشكلات الأداء الاستقلالي على نفس الدرجات تقريبا (درجات متوسطة) على مقياس الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا.

وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد العينة التجريبية، لاحظت الطالبة انخفاض كبير على مستوى درجات جميع هذه الأبعاد للمقياس مما أدى إلى انخفاض من حدة الضغوط النفسية لدى أفراد العينة التجريبية، وكل هذا يعكس لنا مدى فعالية هذا البرنامج العلاجي في التخفيف والتقليل من الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر المعاقين عقليا.

كما نلاحظ من خلال دراستنا لحجم تأثير هذا البرنامج العلاجي على مستوى الضغوط النفسية، انه كان مرتفعا جدا على الدرجة الكلية للمقياس، وذلك بالرجوع إلى الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير والمذكور سابقا.

و- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس البعدي والقياس التبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا:

والتي تنص فرضيتها على مايلي: "لا يوجد فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا".

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (33) على عدم وجوه فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين عقليا، مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج العلاجي الأسري في التخفيف والتقليل من حدة الضغوط النفسية لدى هذه الأسر، كما تؤكد هذه النتيجة أن جميع هذه التغيرات الايجابية التي حققها هذا البرنامج المقترح لمساعدة أسر المعاقين عقليا، استمرت مع أفراد هذه العينة التجريبية حتى بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج.

ي- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الأسرة بعد تطبيق البرنامج:

والتي تنص فرضيتها على مايلي: "يوجد فرق دال احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الأسرة بعد تطبيق البرنامج".

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (34)، على وجود فرق دال إحصائيات بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الأسرة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح أفراد العينة التجريبية.

وتغزو الطالبة انعكاس هذا البرنامج العلاجي الأسري ايجابيا على مستوى العلاقات والتفاعلات الأسرية، والتطابق بين أعضاء أسر المعاقين عقليا، فمن خلال مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية، بنتائج أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج مباشرة، لاحظت الطالبة تحسنا واضحا على مستوى العلاقات والتفاعلات الأسرية لدى أسر المعاقين عقليا، لصالح أفراد المجموعة التجريبية وهذا ما يدل على أن الأسر التي استفادت من العلاج النفسي الأسري أصبح لديها انسجام في العلاقات الأسرية وتطابق أكثر بين أعضائها إذا ما قررت بالأسر التي لم تستفد من هذا البرنامج العلاجي (أفراد المجموعة الضابطة)، وكل هذا يتفق مع ما أشارت إليه "ليلى سليمان مسعود" (2004) في دراستها حول العلاج الأسري وفعاليته في تقويم العلاقات، بحيث أبرزت نتائج دراستها أهمية هذا العلاج في تقويم العلاقات الأسرية.

وأثناء تعامل الطالبة مع أسر المعاقين عقليا خلال الجلسات العلاجية، لاحظت أن الاعاقة العقلية تخلف آثارا مختلفة على مستوى العلاقات الأسرية، وذلك باعتبار الأسرة نسق لمجموعة من الأفراد المتفاعلين ، فمن الضروري أن نأخذ بعين الاعتبار موجه صدمة إعاقه الطفل العقلية التي تؤثر على كل فرد من أفراد النسق الأسري، وعلى النسق ككل وعلى مستوى أنواع العلاقات والمواقف التي اتخذها كل فرد داخل أسرة المعاق، وكل هذا يتفق مع ما

تطرق إليه "ميثلجربو ، Griot,Metall" (2010)، حيث أشارا إلى أنه إذا كان العجز يؤثر على القدرات الفردية للمعاق فهو أيضا يؤثر على الفرد في علاقاته مع الآخرين ومع جماعته التي ينتمي إليها، و في أسرته بصفة خاصة.

وعند تحدثنا عن أثر الاعاقة العقلية على مستوى العلاقات الأسرية يجب الإشارة إلى الوالدين وعلاقتها، وكذلك على أثرها على الاخوة وعلاقته م الأخوية، فالملاحظ قبل تطبيق البرنامج على أسر المعاقين عقليا أن إعاقة الطفل أثرت بشكل كبير على الوالدين و على العلاقة بينهما، أكثر من غيرها من أفراد الأسرة الآخرين، فوجدوه سبب تأثر في حياة الزوجين مما أثر سلبا على ا بطنهما وقدرتهما على التكيف مع التحديات في الكثير من الأحيان مما سبب لهما الشعور بالإحباط والتوتر، وبسبب هذا الضغط على الزوجين أدى إلى إضعاف العلاقة بينهما أكثر فأكثر (انظر الى النتائج في الملاحق)، وهذه النتيجة تتفق مع ما أشار إليه "فيليب جيامت ، PhilippeGeammet" (1982)، حيث أكد على أن ميلاد طفل معاق يسبب للوالدين جرح نرج سي بالإضافة إلى مرورهما بفترة من الاكتئاب والتوتر والشعور بالذنب، وبالتالي كل هذه الضغوط النفسية تؤثر بصفة عامة على العلاقة بين الزوجين.

كما أن آثار وجود طفل معاق في الأسر لا تقتصر على الوالدين وإنما امتدت لتشمل بقية أفراد الأسرة بما فيهم الاخوة الغير معاقين، فالملاحظ من خلال الجلسات العلاجية أن أكبر مشكل تسببت فيه إعاقة الطفل العقلية بالنسبة للإخوة والأخوات هو عدم فهمهم لحالة أخيهم (الطفل المعاق) وكذلك اهتمام الوالدين الزائد بابنهم المعاق مع اهمال بقية اخوته العاديين، وهذا ما يشعروهم بالغضب والغيرة من اخيهم المعاق عقليا، وهذا ما يتفق مع ما اشارت اليه "سال، Salle" (1997) حيث اكدت على ان اكبر مشكل تتسبب فيه الاعاقة بالنسبة للإخوة والاخوات هو عدم فهم حالة الطفل، وعدم تمكنهم من الحزم في اختلافهم او تشابهم معه، كما تضيف "مار، Mare" (1989) في ها الصدد ان اخوة واخوات الطفل المعاق يحسون بامتيازهم عنهم في كسب ابويه.

وكل هذه النتائج تدل على الآثار التي خلفتها اعاقه الطفل العقلية على العلاقات الاسرية بصفة عامة، وعلى العلاقات الزوجية والوالدية والاخوية بصفة خاصة، ومقارنة نتائج افراد المجموعة التجريبية بنتائج افراد المجموعة الضابطة، نلاحظ تحسنا واضحا على مستوى التفاعلات والعلاقات الاسرية داخل اسرة المعاق لصالح افراد المجموعة التجريبية، بحيث بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم ادى الى تقوية الروابط بينهم واصبحوا اكثر تماسكا وتعاوننا وتفاهما وتضامنا مع بعضهم البعض مما انعكس ايجابا على علاقاتهم الاسرية وعلى التطابق الاسري بين افراد اسرة المعاق عقليا هذا من جهة، بالإضافة الى الانعكاس الايجابي على مستوى العلاقات الاخوية وذلك من خلال اكسابهم القدرة على تحمل المسؤولية والصبر والانسانية وزيادة تكاتفهم وتضامنهم مع اخيهم المعاق عقليا، وهذه النتيجة تتفق مع ما اشار اليه "سليمان" (2007) حين تحدث على الآثار النفسية والاجتماعية الايجابية على الاخوة والمتمثلة في القدرة على التحمل والصبر والمثابرة في العمل والانسانية والحنان في التعامل مع الآخرين وعدم اتباع السلوك العدواني في حل المشكلات.

وفي الأخير نستنتج أن كل هذه النتائج تؤكد على مدى فعالية البرنامج العلاجي الأسري النفسي في تقويم العلاقات والتفاعلات والتبادلات الأسرية داخل أسر المعاقين عقليا، بالإضافة إلى تحقيق إنسجام وتطابق أكثر بين أفرادها.

م- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق: والتي تنص فرضيتها على مايلي: "يوجد فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق".

يتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (35)، على وجود فرق دال احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق، لصالح القياس البعدي.

فمن خلال المقارنة بين نتائج أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ونتائجها في القياس البعدي، لاحظت الطالبة تحسنا واضحا على مستوى أبعاد التفاعل الأسري لمقياس العلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق بعد تطبيق البرنامج، وهذا ما ينعكس مدى فعاليته في تقويم وتحسين العلاقات والتبادلات والتفاعلات داخل أسرة المعاق ، وما يتبين أيضا من خلال نتيجة هذه الفرضية الارتفاع الدال لدرجات بعد صراع التفاعل الأسري قبل تطبيق البرنامج العلاجي (انظر الى النتائج في الملاحق)، ويشير هذا البعد إلى أي مدى يعتبر التنفيس عن صراع التفاعل وما ينشأ عنه من غضب وعدوان كخا صرية مميزة لأسر المعاقين عقليا، وبالتالي ما أسفرت عليه هذه النتيجة يدل على أن هذه الأسر تعاني من صراع التفاعل الأسري ويمكن أن نرجع السبب إلى أنها تعاني من ضغوط نفسية جراء تحملها أعباء ومسؤولية ابنهم المعاق عقليا، مما يؤدي إلى ظهور حالات الغضب بصورة صريحة وظهور الخلافات والصراعات بين أفرادها مع عدم قدرتهم على تسوية الأمور بشكل جماعي.

كما عرف بعد التوجيه نحو القيم ا لدينية والخلفية ارتفاعا مقارنا بالأبعاد الأخرى على مستوى مقياس العلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الأسرة (انظر الى النتائج في الملاحق) ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي، حيث يشير مفهوم هذا البعد إلى مدى ما توليه الأسرة من اهتمام بالقيم الخلقية والدينية، والتأكيد على تمسك أعضائها بهذه القيم في سلوكهم ، وهذا ما يؤكد على أن إعاقة الطفل العقلية لم تؤثر على الجانب الديني والخلقي لأسرته، بل تميزت معظمها بتشجيع أفرادها على حضور الأنشطة الدينية والمحافظة على أداء الصلاة بوقتها، و معرفة المغزى الديني حول المناسبات الدينية، كما تقوم بتشجيعهم عند القيام بسلوكات مقبولة دينيا وعقائما عندما يحدث العكس.

وهاتين النتيجتين تتفقان مع دراسة "حياة المؤيد" (1990) والتي هدفت إلى التعرف على أبعاد التفاعل الأسري في وجود أبناء معاقين عقليا، حيث أشارت النتائج في الاخير الى وجود فروق دالة احصائيا بين أسر المعاقين ذهنيا في بعد صراع التفاعل الأسري وفي أبعاد النمو الشخصي ما عدا بعد التوجه نحو القيم الخلقية والدينية.

ويليهما بعد الضبط وبعد التوجيه العقلي الثقافي وبعد التوجيه نحو التحصيل والانجاز والذين تحصلوا على نفس الدرجات تقريبا (درجات منخفضة ومتوسطة) على مقياس العلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء الاسرة قبل تطبيق البرنامج، بحيث يشير بعد الضبط إلى مدى انتظام الأسرة في ترتيب هرمي، ومدى صرامة القواعد المنظمة للسلوك ومدى ما يمثله كل من أفراد أسرة المعاق عقليا من ضبط على سلوك الآخر، بما أسفرنا عنه النتائج في هذا البعد يمكن أن يرجع إلى الضعف في السيطرة الاجتماعية لأفراد أسرة المعاق من قبل الوالدين أو من قبل أحدهما، وقد يكون هذا الضعف ناتج عن الانشغالات والنشاطات الحيا يقة (العمل، الواجبات الأسرية لكل فرد...) والتي تستنزف طاقتهم المادية والفكرية والجسدية، أو يكون راجعا إلى الأساليب السلبية التي قد يتخذها أفراد أسرة المعاق التي يتم تطبيقها على الأفراد الذين يخرجون عن القيم والمعايير والتقاليد الخاصة بأسرتهم ومن بين هذه الأساليب (الزام الفرد على القيام بسلوك محدد، التهديدات، العقوبات) دون ذكر ماهو صحيح أو خطأ.

وفيما يتعلق ببعد التوجيه نمو التحصيل و الانجاز ، فهو يشير إلى مدى تشجيع أسرة المعاق عقليا لأفرادها في أنشطتها المختلفة حول التحصيل والنجاح في جو من التنافس الايجابي، وما يجب الاشارة إليه هنا أنه هناك نوعين من الضغوط، وذلك بحسب استجابة أسرة المعاق فهناك ضغوط بناءة تدفع بهم لمزيد من العمل و الانجاز ، وهناك ضغوط هدامة ومعوقة لعملهم وانجازهم، و هذا ما تعكسه النتيجة المتحصل عليها مع أسر المعاقين عقليا في هذا البعد، قبل تطبيق البرنامج.

أما عن بعد التوجيه العقلي الثقافي والذي يشير إلى مدى اهتمام أسرة المعاق عقليا بالأنشطة العقلية والثقافية والاجتماعية، وتشجيع أفرادها على المشاركة في هذه المجالات، فهو أيضا عرف انخفاضاً واضحاً في تشجيع أفرادها نحو الحوار الاجتماعي والأنشطة الثقافية، وخاصة الطفل المعاق عقليا، وترجع الطالبة السبب حسب وجهة نظرها إلى أن هذه الأسر تسعى إلى عدم تعرضها للمواقف الضاغطة، حتى لا يشعر أفرادها خاصة الطفل المعاق عقليا بالفشل، نظراً لقدراته العقلية المحدودة، و التوقعات التي يضعها الوالدين اتجاه طفلهم المعاق عقليا. وفي الأخير وفيما يتعلق ببعده التماسك وبعد الاستقلال و بعد حرية التعبير عن المشاعر وبعد التوجيه نحو الترويج الايجابي وبعد التنظيم ، فكل هذه الأبعاد تحصلت أيضا على نفس الدرجات تقريبا (منخفضة) على مستوى مقياس العلاقات الأسرية والتطابق الأسري بين أعضاء أسرة المعاق قبل تطبيق البرنامج العلاجي مما يدل على أنه لا يوجد تماسك بين أفراد أسرة المعاق وهذا ما أش ارت إليه الطالبة أثناء مناقشتها للفرضية السابقة، بالإضافة إلى عدم تشجيع هذه الأسر لأفرادها على الاستقلال والتعبير عن مشاعرهم مما يزيد من الرفع من حدة الضغوط النفسية لديهم .

أما فيما يتعلق بانخفاض درجات بعد التوجيه الترويجي، فيمكن ان نرجع سببه اما لنقص الخبرة لدى اسرة المعاق عقليا وعدم وعيها بأهمية الوسائل الترويجية، او الخوف او الخجل من ردود فعل الاخرين اتجاه اعاقه ابنهم العقلية مما لا يسمح لها بالاستفادة من الانشطة الترويجية الايجابية (القيام برحلات مع الاسرة، استفادة طفلهم المعاق عقليا من الانشطة التربوية...)، وكل هذه النتائج تتفق من جهة مع دراسة "شاهين رسلان" (2000)، وتختلف معها من جهة اخرى، بحيث حاولت دراسته الكشف عن العلاقات والتفاعلات الاسرية الموجودة داخل اسر المعاقين عقليا، مع الكشف عن اوجه الاتفاق والاختلاف الموجودة بينهما وبين خصائص وسمات التفاعل في اسر الاطفال العاديين، بحيث خلصت نتائج هذه الدراسة الى وجود فروق دالة احصائيا في ابعاد العلاقات الاسرية (التماسك، حرية التعبير عن المشاعر، وصراع التفاعل الاسري) بين اسر الاطفال المعاقين عقليا واسر الاطفال

العاديين لصالح اسر الاطفال العاديين، كما لا توجد فروق دالة احصائيا في ابعاد النمو الشخصي (الاستقلال، الترويح الايجابي، التوجيه نحو التحصيل والانجاز، التوجيه العقلي الثقافي، والتوجيه نحو القيم الدينية) بين اسر الاطفال المعاقين عقليا واسر الاطفال العاديين، في حين انه توجد فروق دالة احصائيا في ابعاد (التنظيم والضبط) بين اسر المعاقين واسر العاديين، لصالح اسر العاديين.

وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على افراد العينة التجريبية، لاحظت الطالبة تحسنا واضحا على مستوى درجات جميع هذه الابعاد الخاصة بمقياس العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء الاسرة مما ادى الى انسجام في العلاقات الاسرية وتطابق اكثر بين افراد اسرة الطفل المعاق عقليا، وكل هذا يعكس مدى فعالية واهمية العلاج الاسري النسقي في تقويم العلاقات الاسرية داخل اسرة المعاق عقليا.

كما نلاحظ من خلال نتائج هذه الفرضية حجم تأثير هذا البرنامج العلاجي على مستوى العلاقات والتفاعلات والتبادلات الاسرية داخل اسرة المعاق عقليا والذي كان مرتفعا جدا على الدرجة الكلية للمقياس، وذلك بالرجوع الى الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير.

ر- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة الفرق بينالقياس البعدي والقياس التبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق:

والتي تنص فرضيتها على ما يلي: " لا يوجد فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي لدى افراد المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق."

ويتبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (36) على عدم وجود فرق دال احصائيا بين القياس البعدي والقياس التبعي على المجموعة التجريبية من حيث التحليل النسقي لجماعة الانتماء والعلاقات

الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسرة المعاق، مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج العلاجي الاسري واهميته في تقويم وتحسين العلاقات الاسرية داخل اسرة المعاق عقليا، مع تحقيق الانسجام والتطابق اكثر بين افرادها، كما تؤكد هذه النتيجة على ان جميع هذه التغيرات الايجابية التي حققها هذا البرنامج لمساعدة اسر المعاقين، استمرت مع افراد هذه العينة حتى بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي بعد مدة زمنية.

ز- مناقشة النتائج الخاصة بدراسة التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة:

والتي تنص فرضيتها على ما يلي: "التسلسل الهرمي العام والشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة هي الاب".
يتبين من خلال حساب النسب المئوية للتسلسل الهرمي العام للأسر المدروسة (صاحب القرار والتأثير داخل اسرة المعاق عقليا) في الجداول رقم (37) ورقم (38) ورقم (39) ان الشخصية المهيمنة داخل الاسر المدروسة (افراد المجموعة التجريبية) هي الاب، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي او بعد تطبيقه وحتى في القياس التبعي، ونتيجة هذه الفرضية تعكس نفس الشخصية المهيمنة داخل اسرة المعاق عقليا والمتمثلة في الاب، بحيث تحصل هذا الاخير على اعلى نسبة فيما يتعلق بالتسلسل الهرمي العام للأسرة، وتليه الام التي تحصلت على ثاني اعلى نسبة وفي المرتبة الاخيرة يأتي الابناء والذين تحصلوا على ادنى نسبة.

وبقي نفس هذا الترتيب للتسلسل الهرمي العام لأسرة المعاق عقليا سواء في القياس القبلي او في القياس البعدي او حتى في القياس التبعي.

وترجع الطالبة السبب لما يحتله الاب في الاسر الجزائرية من مكانة مادية وروحية مهمة، وما يميز سلطته هو ممارسته كل الحقوق والواجبات اتجاه افراد اسرته، فهو صاحب القرار والتأثير بخصوص كل ما يتعلق بأمر هذه الاسرة، كما ترى الطالبة انه بالرغم من التغيرات (الاجتماعية والاقتصادية...) التي تطرا على الاسر الجزائرية، الا ان الدور السلطوي للاب لا يختفي من بنية هذه الاسرة، بل انه يتكيف مع الاوضاع الجديدة لها، وهذا ما تؤكدته نتيجة

هذه الفرضية، بحيث بالرغم من التغيرات التي طرأت على أسر المعاقين عقليا بسبب اعاقه ابنهم العقلية، الا ان الدور السلطوي للاب لم يختفي داخلها، بل حاول التكيف مع اوضاعها وهذا ما جعله يحافظ على مكانته في التسلسل الهرمي العام داخا هذه الاسرة.

2- مناقشة النتائج كيفيا:

- مناقشة النتائج الخاصة بالأسر الست:

لقد تمت مناقشة النتائج كيفيا للأسر الست بالاعتماد على مجموعة من ملاحظات المقابلات النسقية ومختلف النتائج المتحصل عليها في المقاييس والاختبارات النفسية المطبقة عليهم، حيث تم التركيز في تحليلنا على اهم العناصر الاساسية التي يقوم عليها بحثنا الحالي ويمكن تلخيصها فيما يلي:

< التحليل النسقي للعلاقات الاسرية والتطابق بين اعضاء الاسرة: لقد اعتمدت الطالبة في تحليلها على بعض النقاط الاساسية للنظرية النسقية بصفة عامة والاتجاه البنائي بصفة خاصة والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- **السلطة:** بالرغم من ان نتائج اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء ارجعت السلطة للاب في جميع الاسر الست المدروسة، الا انم من خلال قيام الطالبة بتحليلها اتضح انه في الحقيقة كانت السلطة احيانا في بعض الاسر موزعة بين الام وابنها المعاق عقليا، والذان اصبحا يحتفظان بالوضعية العليا (position haut) داخل النسق مقارنة بوضعية الاب السفلى (position bad) وبقية افراد اسرته، الذين اتصفوا بالحيادية والسلبية الامر الذي نجم عنه اضطراب الهرمية الاسرية وجمود الادوار الوالدية والاخوية.

كما تمكن معظم الاطفال المعاقين عقليا من خلال اعاقتهم ان يحتلوا هرمية السلطة وذلك تدعيما لدور امهاتهم التي كانت تحافظ على الوضعية العليا داخل النسق الاسري وتستطيع ان تفرض هيمنتها عليه بوجود هذه الاعاقه،

حيث لاحظنا ان اغلبية امهات الاسر المدروسة ظهر احتفاظهم بسلطتهم من خلال المسؤوليات التي كانوا يتحملونها اتجاه تلبية مطالب ابنهم المعاق وممارسة الحماية الزائدة عليه.

- **الادوار:** يظهر لنا جمود الادوار واضحا في اغلبية الاسر المدروسة، حيث ان معظم الاسر كانت تتخذ الابن المعاق عقليا "ككيش فداء" (Boucemissaire)، وحسب "منيوشن" (Minuchin) يمكن اعتبار هذا الدور كمشكلة التوائية بحيث تقوم الامهات بتحويل طاقتهم بعيدا عن مجال الصراع الزوجي المحتمل او عن مجال علاقاتهم، وبتركيزهم على ابنائهم المعاقين عقليا وذلك من خلال الحماية المفرطة لهم وبالتالي هذا ما مكن الاطفال المعاقين بدورهم من الحصول على قدر كبير وغير مناسب من القوة في التنظيم الهرمي للأسرة.

فالأمهات من خلال اطفالهم المعاقين عقليا ارادوا ان يحافظوا على ادوارهم وتعزيز ادوارهم السلطوية، في مقابل الاباء الذين اكنفوا في اغلب الاحيان بتلبية الحاجات المادية فقط مع اهمال الجوانب الاخرى (العاطفية)، الامر الذي ادى الى عرقلة تنمية ادوارهم داخل النسق وافتقاده للسلطة الضابطة.

< **الانساق الفرعية:** لاحظت الطالبة من خلال دراستها للأسر انه في معظمها نجد انساق فرعية مرضية اخذت اشكال متعددة من بينها، التحالفات المستقرة (Les coalitions stable) من خلال الاتخاذ الجيلي الذي لوحظ بفضه الاسر بين الامهات واطفالهم المعاقين عقليا، حيث يشير "منيوشن" في هذا الصدد الى ان التحالفات المستقرة هي ارتباط احد الوالدين مع الطفل الاخر في تحالف جيلي ومغلق وصلب ضد الاب الاخر، حيث لاحظت الطالبة في الاسر المدروسة ان اغليبيتهم تجسدت علاقة الامهات والاطفال المعاقين عقليا بالحماية الزائدة.

< **الحدود:** اتصفت الحدود في اغلب الاسر المدروسة بالغموض نظرا للاتحام العاطفي بين الامهات واطفالهم المعاقين عقليا.

< السلوك التكيفي للمعاق عقليا: حيث اتضح لنا ان جميع الاطفال المعاقين عقليا (عينة الدراسة) كانوا

يتميزون بسلوك تكيفي متدني، وذلك ما ظهر جليا في بعض المهارات المتعلقة بالحياة اليومية والمتمثلة في (بعض مهارات الاكل وقضاء الحاجة، العناية بالملابس، الوظائف الاستقلالية العامة...)، مما دفعهم بالاعتماد كلياً على افراد اسرتهم خاصة على امهاتهم اثناء تلبيتهم لحاجاتهم، وكل هذا شكل ضغطاً نفسياً كبيراً عليهم.

كما لوحظ من خلال التعامل مع بعض الاسر المدروسة ضعف في الاداء الاسري (التعاون، المبادرة، التفاعل الاجتماعي...)، حيث ان الامهات هم من كانوا يتولون في اغلب الاحيان بكل ما يتعلق بطفلهم المعاق، مع عدم تشجيع بقية افراد الاسرة الاخرين على المساعدة واعطائهم بعض المسؤوليات، بالإضافة الى التناقض الموجود بين الوالدين في تربية وتدريب امور الاسرة وعدم الاتفاق على سياسة تربوية واحدة بينهم وجهلهم لكيفية التعامل مع طفلهم المعاق عقليا بطريقة سليمة، الامر الذي ادى الى ظهور العديد من المشاكل الاسرية (صراع اسري، غيرة اخوية...) وكل هذا انعكس سلباً على السلوك التكيفي لابنهم المعاق عقليا.

< مستوى الضغوط النفسية الاسرية: تميزت جميع الاسر المدروسة بارتفاع في مستوى الضغوط النفسية لديهم وذلك ما انعكس من خلال اجاباتهم في المقابلات وعلى بعض الاسئلة المتعلقة بمقياس الضغوط النفسية، حيث عبر افراد الاسرة عن شعورهم بالإحباط عند ادراكهم بان ابنهم المعاق لن يعيش حياة طبيعية كالأطفال الاخرين، إضافة الى انه احياناً متطلبات رعايته تفوق قدراتهم المادية والمعنوية مما يسبب لهم قلق وتوتر دائم و احياناً يدفعهم الى الصراع فيما بينهم والقاء اللوم على بعضهم البعض.

وما يمكن ان نستنتجه في الاخير من خلال تحليلنا هذا ان كل هذه المعطيات الاسرية توحى بان جميع الاسر المدروسة لديها اختلال في الاداء الوظيفي وتسير وفق نمط متشابك ومتداخل انعكس سلباً على السلوك التكيفي لابن المعاق عقليا، كل هذا دفع بنا الى التدخل العلاجي الاسري.

بعد تحليل النتائج وتفسيرها ومناقشتها كميًا وكيفيًا تم التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي الاسري النسقي القائم على النظرية البنائية ل"منيوشن" المقترح لمساعدة اسر المعاقين عقليا والتي انعكست ايجابا على السلوك التكيفي لأبنائهم المعاقين عقليا، كما تبين ان للبرنامج العلاجي الاسري حجم تأثير مرتفع جدا على الطفل المعاق عقليا وعلى افراد اسرته، وهذا ما اتفق مع دراسة "هولان وموس، Holahan & Moos" (1986) في (مخيمر عماد محمد، 1996) والتي توصلت الى ان المساعدة والمساندة الاسرية المتمثلة في ادراك الطفل انه محبوب ومقبول مرغوب فيه، تقوي صحته النفسية وخصائصه الايجابية، وان اضطراب علاقته بوالديه تجعله أكثر مرضا وتضعف خصائصه الايجابية.

خاتمة واقتراحات:

البحث الحالي ولید عديد من المبررات على راسها نسبة انتشار الاعاقة العقلية المتزايدة في عصرنا الحالي، اضافة الى نقص برامج علاج اسر المعاقين عقليا في المجتمع الجزائري ومساعدتهم على التعامل السليم مع اعاقة ابنائهم العقلية، لذلك من خلال البرنامج العلاجي الاسري المصمم في هذا البحث والذي اعتمد اساسا على المقاربة النفسية والنظرية البنائية بهدف مساعدة اسر المعاقين عقليا والتي ستتعاكس ايجابا على السلوك التكيفي لأبنائهم المعاقين عقليا.

وهذا ما توصلت اليه الطالبة بعد تطبيقها للبرنامج العلاجي الاسري على عينة متكونة من (6) اسر مع (6) من اطفالهم المعاقين عقليا، وبعد هذا التطبيق تم رصد درجات هذه العينة ومعالجتها احصائيا لتثبت في الاخير فعالية العلاج الاسري النسقي في مساعدة اسر المعاقين عقليا، اضافة الى حجم تأثيره الذي كان مرتفعا جدا، ويظهر ذلك من خلال النتائج التالية المتحصل عليها:

- كان للبرنامج العلاجي الاسري فعالية كبيرة في التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا.
- كان للبرنامج العلاجي الاسري فعالية كبيرة في تقويم العلاقات والتفاعلات الاسرية، وتحقيق الانسجام والترابط بين افراد اسر المعاقين عقليا.
- ومن خلال فعالية هذا البرنامج العلاجي في مساعدة اسر المعاقين عقليا نكون قد ساعدنا ايضا اطفالهم المعاقين عقليا، وذلك من خلال كل ما انعكس ايجابا على سلوكهم التكيفي.

وتعزوا الطالبة هذه النتائج الى العلاقة العلاجية الفعالة مع افراد اسر المعاقين عقليا من خلال الانضمام كعملية اساسية لفهم تنظيم هذه الاسر واحداث تغيير في نظامهم الاسري، بتوظيف جملة من الفنيات العلاجية للنظرية

البنائية خلال التعديل داخل هذا البناء الاسري، وذلك عن طريق زيادة التفاعل فيما بينهم من خلال فك الحدود الجامدة والتحرك نحو الحدود الواضحة، مع خلق بناء هرمي فعال يتحمل فيه الوالدان مسؤولية ابنائهم بما في ذلك ابنهم المعاق عقليا مع اتاحة الفرصة لهم للتعبير عن آرائهم.

وبناء على هذه النتائج المتوصل اليها والتي توحى الى المساهمة العلمية لهذا البحث سواء من خلال تصميم البرنامج العلاجي الاسري النسقي الذي خصص لمساعدة اسر المعاقين عقليا والتي من خلالها تكون قد ساعدنا ايضا اطفالهم المعاقين عقليا، او من خلال تصميم وترجمة اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء كاختبار نسقي يضاف الى قائمة الاختبارات العربية المقننة، وعليه توصي الطالبة بما يلي:

- الاهتمام بتكوين وتأهيل الباحثين المعالجين لتصميم وتطبيق مختلف البرامج العلاجية، وذلك من خلال التركيز على التربصات والدورات التكوينية.

- ضرورة التكفل بفئة المعاقين عقليا ضمن نسقها الاسري.

- استثمار البرنامج العلاجي المقترح والذي ثبتت فعاليته في مساعدة اسر المعاقين عقليا والتي انعكست ايجابا على السلوك التكيفي للمعاقين عقليا، كمساهمة في التنويه بأهمية العلاج الاسري من اجل تأسيس طرق وابحاث ودراسات علمية خاصة بثقافة الاسر الجزائرية، وهذا بغية الاسهام في اثراء العمل العلاجي الاسري الذي يعرف نقصا كبيرا في المجتمع الجزائري.

- الكتب:

- 1- ابراهيم عباس الزهيري، 1998، تربية المتخلفين عقليا، ب ط، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 2- احمد عبد اللطيف، ابو اسعد، 2011، علم النفس الارشادي، الطبعة الاولى، دار المسيرة، عمان.
- 3- احمد عبد اللطيف، ابو اسعد سامي، محسن الحتاتنة، 2011، سيكولوجية المشكلات الاسرية، الطبعة الاولى، دار المسيرة، عمان.
- 4- احمد محمد مبارك، ب ت، علم النفس الاسري، الطبعة الثانية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
- 5- احمد وادي، 2009، الاعاقة العقلية: اسباب- تشخيص- تأهيل، الطبعة الاولى، دار اسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 6- الخليدي، عبد المجيد ووهبي، كمال حسن، 1997، الامراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الاطفال، ب ط، دار الفكر العربي، بيروت.
- 7- الروسان، فاروق، 1996، اساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، ب ط، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
- 8- الروسان، فاروق، ب ت، دراسات وبحوث في التربية الخاصة، الطبعة الاولى، دار الفكر للطباعة، الاردن.
- 9- الزبادي محمود، 1987، علم النفس الاكلينيكي - التشخيص والعلاج، ب ط، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

- 10- السرطاوي زيدان وسي سالم كمال، 1992، المعاقون أكاديميا وسلوكيا، خصائصهم واساليب تربيتهم، ب ط، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- 11- السيد عبد العاطي، محمد احمد بيومي، 2004، علم اجتماع الاسرة، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 12- الشناوي محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد، 1998، العلاج السلوكي الحديث، اسسه وتطبيقاته، ب ط، دار قباء، القاهرة.
- 13- الشناوي محروس، ب ت، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ب ط، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 14- الشناوي محمد محروس، 1997، التخلف العقلي، الاسباب والتشخيص والبرامج، ب ط، دار غريب، القاهرة.
- 15- القريطي، عبد المطلب، 1996، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ب ط، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 16- الهويدي زيد، 2004، اساسيات القياس والتقويم التربوي، ب ط، دار الكتاب الجامعي، العين.
- 17- ثناء الضبع، 2005، تربية الاطفال ذوي الحاجات الخاصة، ب ط، مكتبة العلمي للبحوث، القاهرة.
- 18- جلال سعد، 1967، المرجع في علم النفس، ب ط، دار المعارف، القاهرة.

- 19- خليل عبد الرحمن المعايطه، 2007، علم النفس الاجتماعي، الطبعة الثانية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- 20- خليل عزة، 2001، لعب الاطفال من الخامات البيئية، ب ط، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 21- داليا المؤمن، 2008، الاسرة والعلاج الاسري، الطبعة الاولى، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 22- رسلان شاهين، 2009، سيكولوجية الاعاقات العقلية والحسية، ب ط، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 23- روبرت سميث وباتريشيا ستيفتر سميث، 2006، ترجمة فهد بن عبد الله الدليم، الارشاد والعلاج النفسي الاسري، ب ط، دار النشر العلمي، الرياض.
- 24- روزميريامبي واخرون، 2001، ترجمة علاء الدين كفاي، الارشاد الاسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الجزء الاول، دار قباء للطباعة، القاهرة.
- 25- سلامة سهير محمد، 2001، اللعب وتنمية اللغة لدى الاطفال ذوي الاعاقة العقلية، ب ط، دار القاهرة للكتاب، مصر.
- 26- سليمان صبحي، 2006، تربية الطفل المعاق، ب ط، دار الفاروق للاستثمارات الثقافية، الجيزة.
- 27- سليمان عبد الرحمن سعيد، 2007، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم والفئات)، ب ط، مكتبة زهراء للشرق، القاهرة.
- 28- سيد حسن العزة، 2000، الارشاد الاسري (النظريات واساليبه العلاجية)، الطبعة الاولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الاردن.

- 29- شبل بدران واحمد فاروق، 2002، اسس التربية، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 30- شريت، عبد الغني، 2008، الطفل المعاق عقليا، سلوكه ومخاوفه، ب ط، مؤسسة حورس الدولية، الاسكندرية.
- 31- صادق فاروق، 1982، سيكولوجية التخلف العقلي، ب ط، مطبوعات جامعة الرياض، الرياض.
- 32- صادق فاروق محمد، 1985، مقياس السلوك التكيفي، الطبعة الثانية، الرياض.
- 33- صلاح الدين شروخ، 2010، علم النفس الاجتماعي والاسلام، ب ط، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، الجزائر.
- 34- عادل عبد الله محمد، 2004، الاعاقات العقلية، الطبعة الاولى، دار الرشاد للنشر والتوزيع، الاسكندرية.
- 35- عباس محمود مكّي، 2003، متاهات النفس وضوابط علاجها، الطبعة الاولى، بيروت، لبنان.
- 36- عبدات رويحي، 2007، الاثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على اخوة الاشخاص المعاقين، ب ط، الشارقة للخدمات الانسانية.
- 37- عبد الرحمن سليمان، 1998، معجم التخلف العقلي، مكتبة الزهراء القاهرة.
- 38- عبد النبي السيد، 2004، الانشطة التربوية للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، ب ط، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 39- عبيدة ماجدة السيد، 2000، الاعاقة العقلية، ب ط، دار ضفء، عمان.
- 40- عكاشة احمد، 1992، الطب النفسي المعاصر، ب ط، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

41- علاء الدين كفاي، 1999، الارشاد والعلاج النفسي الاسري، المنظور النسقي الاتصالي، الطبعة الاولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

42- علاء عبد الباقي ابراهيم، 2000، الاعاقة العقلية: التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا، ب ط، عالم الكتاب، القاهرة.

43- علي الدين السيد محمد واخرون، 1999، خدمة الفرد، ب ط، اتجاهات معاصرة، القاهرة.

44- علي عبد النبي محمد حنفي، 2006، الارشاد الاسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة، ب ط، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

45- علي عبد النبي محمد حنفي، 2010، العمل مع اسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دليل المعلمين والوالدين، الطبعة الثانية، دار الزهراء، الرياض.

46- عمر احمد الممشري، 2003، التنشئة الاجتماعية للطفل، الطبعة الاولى، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

47- فاروق الروسان، 1998، قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، ب ط، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

48- فاروق الروسان، 2000، الذكاء والسلوك التكيفي (الذكاء الاجتماعي)، الطبعة الاولى، دار الزهراء، الرياض.

49- فهد حمد المغلوث، 1999، العلاج الاسري، اساسياته، نماذجه، تطبيقاته، الطبعة الاولى، المركز الخيري للإرشاد الاجتماعي والاستشارات النفسية.

- 50- كفاي علاء الدين، 2011، دور الاسرة في رعاية الاطفال، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- 51- كمال مرسي، 1999، مرجع في علم التخلف العقلي، الطبعة الاولى، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة.
- 52- كوافحة تيسير وعبد العزيز، عمر فواز، 2010، مقدمة في التربية الخاصة، ب ط، دار المسيرة، عمان.
- 53- محمد حسن غانم، 2003، العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، ب ط، دار اتون للنشر، القاهرة.
- 54- محمد سلامة غباري، 1999، الخدمة الاجتماعية ورعاية الاسرة والطفولة والشباب، ب ط، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- 55- محمود حسن، 1981، الاسرة ومشكلاتها، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 56- مصطفى الخشاب، 1981، دراسات في علم الاجتماع العائلي، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 57- مصطفى حسن احمد، 1996، الارشاد النفسي لأسر الاطفال غير العاديين، الطبعة الاولى، جامعة عين شمس.
- 58- معمريه بشير، 2007، بحوث ودراسات في علم النفس، الجزء الثالث، الحبر، الجزائر.
- 59- مفتاح محمد عبد العزيز، 2001، علم النفس العلاجي، اتجاهات حديثة، ب ط، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- 60- نادر فهمي الزبيد، 2000، تعليم الاطفال المتخلفين عقليا، ب ط، دار الفكر، عمان.
- 61- نادية ابراهيم ابو السعود، 2000، الطفل التوحدي في الاسرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الاسكندرية.
- الرسائل ومذكرات الماجستير والدكتوراه:
- 62- اسيا خرشي، 2009، تناول النسقي العائلي لاضطراب المرور الى الفعل عند المراهق، رسالة ماجستير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، الجزائر.
- 63- البحيري عبد الرقيب احمد، 1981، دراسة تحليلية لبعض انماط السلوك اللاسوي عند المتخلفين عقليا في معاهد التربية الفكرية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة اسبوط.
- 64- خالد الكندري، 2003، اثر اتجاهات التنشئة الوالدية في التفوق القيادي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.
- 65- خالد محمد رمضان، 2008، فعالية برنامج تدريبي بنظمي الدمج والعزل في تعديل اضطرابات النطق واثره على تحسين السلوك التوافقي لدى الاطفال المعاقين عقليا، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- 66- داليا مؤمن عزة، 1997، الاساءة البدنية للأطفال وعلاقتها بالتفاعلات الاسرية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 67- سميرة رداق لبزة وكلثوم زين، 2010، تناول النسقي العائلي لاضطراب التوحد، رسالة ليسانس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، الوادي.

68- سوسن عبد الرحمن، 2002، المناخ الاسري لدى الاطفال المعاقين عقليا واسر الاطفال العاديين، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

69- شاهين رسلان، 2000، العلاقات العائلية في اسر الاطفال المعاقين عقليا، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، القاهرة.

70- عايش صباح، 2010، اثر الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين على العلاقات الاسرية من حيث متغيري سن ونوع الاعاقة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

71- عبد الفتاح عبد الغني الهمص، 2007، الاساءة اللفظية من قبل الوالدين ضد الاطفال المعوقين وعلاقتها بالتوافق النفسي في البيئة الفلسطينية، دراسة استطلاعية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

72- عفاف محمود حسن، 1998، علاقات القيد المزدوج وارتباطها بالفصام في الاسرة، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين الشمس.

73- ليلي سليمان مسعود، 2004، العلاج الاسري وفعاليته في تقويم العلاقات واثره على السلوك المضطرب للطفل المعاق والغير معاق، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

74- محمد الشراح، 2007، المدركات الايجابية اتجاه الاعاقة وعلاقتها بالضغوط الاسرية واساليب مواجهتها لدى اسر الاطفال ذوي الاعاقات الذهنية البسيطة، رسالة ماجستير، جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.

75- محمد عيسى اسماعيل غريب، محمد الفيلكاوي، 2007، الفروق في ابعاد التفاعل الاسري داخل اسر التلاميذ ذوي الاعاقة الذهنية البسيطة، رسالة ماجستير، جامعة الخليج العربي، مملكة البحرين.

76- مسعودة بن قيدة، 2008، دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الاطفال ذوي متلازمة داون، رسالة ماجستير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.

77- منى حسن عبد الله فرج، 2009، الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات اولياء امور الغير عاديين المعاقين حركيا، رسالة ماجستير منشورة، كلية الآداب، جامعة الخرطوم.

- المجالات، المجلدات والحوليات:

78- الحديدي منى والصمادي، جميل والخطيب جمال، 1994، الضغوط التي تتعرض لها اسر المعاقين، المجلد 21، العدد الاول.

79- الطنباوي، فاطمة احمد محي الدين، 2008، دراسة تقويمية للبرامج التدريبية المقدمة لأمهات المعاقين ذهنيا واثرها على تحقيق الدمج الاجتماعي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، المجلد الثالث، العدد 25.

80- بومعزة فتيحة، بن غالم ايمان، كركاش ليلي، 2015، اهمية الرسم التخطيطي العائلي في العلاج الاسري والمقاربة النسقية، المجلة العربية للعلوم الانسانية، العدد 47، تونس.

81- حامد عبد العزيز الفقي، 1984، مفاهيم العلاج النفسي الاسري وانماط التفاعل داخل الاسرة المريضة (التطور والنشأة)، الحولية الخامسة، كلية الآداب، جامعة الكويت.

82- صالح حزين السيد، 1989، المشاكل المنهجية التي تواجه الباحث عند دراسة الانفعالات المتبادلة بين افراد الاسرة، مجلة علم النفس، العدد 10.

83- غنية بوفرميل، ا.عزيز، 2015، العلاج النفسي والمقاربة النسقية، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد 47، تونس.

- المؤتمرات:

84- سالم سهير محمد، والنمر امال زكرياء، 2008، مستوى التمكين النفسي لأمهات الاطفال المعاقين عقليا وعلاقته بالتكيف النفسي لأبنائهم، المؤتمر الدولي السادس، القاهرة.

85- عبد الله سهير محمود، 2007، فاعلية برنامج ارشادي في تحسين الاداء الوظيفي الوالدي لدى مجموعتين من اسر الاطفال المعاقين عقليا وسمعيًا، المؤتمر السنوي الرابع عشر، القاهرة.

86- مطر عبد الفتاح رجب وحنفي عبد النبي، 2004، المناخ الاسري وعلاقته باضطرابات الاكل لدى المعوقين سمعيًا، المؤتمر السنوي الرابع عشر، القاهرة.

- المواقع الالكترونية:

87- lab- univ- batna. 2015 -02 -06 تاريخ اخر زيارة للموقع يوم:

88- www.saga-support.org. 2014 -01 -03 تاريخ اخر زيارة للموقع يوم:

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

89-Aimard, P, Morgon, A, 1985, L'enfant sourd, édition PUF, Paris.

90- American Psychiatry Association, 2013, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th, Arlington, VA, American Psychiatry Association.

- 91- Antonak, R, and Livneh, H, 1991, A, Hierarchy of Reactions to Disability, International journal of Rehabilitation Research, 14(1).
- 92- Brody, G, Stoneman ,Z, Dawis, C, and Craps, J, 1991, Observations of the role relations and behavior between older children with mental retardation and their young siblings, American Journal on Mental Retardation.
- 93-Cancelle Olivier et autres, 2003, Psychothérapies, Trois approches évaluées, INSERM.
- 94- Cho, George and Berner, T, 2007, Coping with disabled child, Journal of Sport Behavior, New York.
- 95- Corey, G, 1996, Theory and practice of counseling and psychotherapy: An International Thomson Publishing Company, Washington.
- 96- Davison and Neal, 1994, Abnormal psychology, 6thed, John Wiley and Sons, Inc, New York.
- 97- De Grandmont, N, 1999, Pédagogie du jeu, jouer pour apprendre, 2eme éditions, De Boeck, Bruxelles.
- 98- Failla, S, and Jones, L, 1991, Family of children with developmental disabilities: An examination of family hardiness, Research in Nursing and Health.
- 99- Gérard Salem, 2009, L'approche thérapeutique de la famille, 5 éditions, El Sevier Masson, Paris.
- 100- Gehring, M, 1992, Evaluation du système familial, le FAST, L'application des techniques modernes, Braine – Le château.
- 101-Gladding, S,1988, Counseling a comprehensive profession Columbus, Toronto, London.

- 102- G. Lonsdale, 1978, Family life with handicapped child: The parent speak, child care, Health and development, IV,2.
- 103- Guidetti, M, et Tourette, C, 2004, Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Armond Colin, Paris.
- 104- Halley Jay, 1993, Stratégies de psychothérapies, Edition Eres Masson, Paris.
- 105- Howlin, Patricia, 1997, Treating children with autism and Asperger syndrome, A guide for careers and professionals, Chi Chester, Wiley.
- 106- Jean- Luc, Lambert, 1978, Introduction à l'arriération mentale, Edition Pierre Mardaga, Bruxelles.
- 107- Jolande Gandreul, T, Colette Jourdau- Jonesar, 2009, Les perceptions des relations familiales de six enfants atteints du trouble du déficit de l'attention/ hyperactivité, doctorat en psychologie, université de Québec à trois- rivières.
- 108- Joseph Ndayisaba et Nicole De Grandmont, 1999, Les enfants différents, les éditions Logiques, Montréal , Québec, Canada.
- 109- J. Sadock, V, Sadock, 2000, Comprehensive text books of psychiatry, 7th Ed, Pennsylvania: Lippincott Wllams and Wilkns.
- 110- Juhel, J- C, 2007, La déficience intellectuelle: connaitre, comprendre, intervenir, 5eme éditions, Les presses de l'université, Laval, Canada.
- 111- Kacha, F, 2002, Psychiatrie te psychologie médicale, 2eme éditions, Publicom, Alger.
- 112- Karine Albernhe et Thierry Albenhe, 2013, Applications en thérapies familiale systémique, 2eme éditions, Elsevier Masson, France.

- 113- Kneer, G, 1995, Mental retardation and autistic disorder, Prentic Hall, New York.
- 114- Kottler, J, A and Brown, 1992, Introduction to therapeutic counseling, California, Books, Gole Publishing Company.
- 115- Krlbernhe, T, Albernhe, 2000, Les thérapies familiales systémiques, Masson, Paris.
- 116- Lussier, F, and Flessas, J, 2001, Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage, Dunod, Paris.
- 117- Mannoni, M, 1964, L'enfant arriéré et sa mère, Edition Seuil, Paris.
- 118- Marc, E, Picard, D, 1989, L'interaction sociale, Ed, PUF, Paris.
- 119- Marcelli, D, et Cohen, 2012, Enfance et psychopathologie, Edition Masson, Paris.
- 120- Minuchin, S, 1974, Families and family therapy, concepts and methods, Boston.
- 121- Mony El Kaim (S.A), Panorama des thérapies familiales, Edition du Seuil; Paris.
- 122- Nathalie Duriez et autres, 2012, L'étude de cas en psychologie clinique (4 approches théoriques), Dunod, Paris.
- 123- Philippe Jeammet, Serge Lebowici et autres, 1982, Le jeune handicapé et sa famille, Les éditions E.S.F, Paris.
- 124- P, Watzlawick et autres, 2004, Sur l'interaction, Palo Alto, Une nouvelle approche théorique, Edition Seuil, Paris.

125- R, N, EMDE, C, Brawn, 1978, Application to the birth of a down's syndrome enfant, Grieving and maternal attachment, Journal of American Academy of child psychiatry, 2.

126- Scelle, R, 1997, Fratrie et handicap, Edition le Harmattan, Paris.

127- Von Bertalanffy, C, 1973, La théorie des systèmes, Dunod, Paris.

الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
/	يبين العلاقات الاسرية : (التماسك الاسري) .	1
/	يبين التسلسل الهرمي العام: (القرار + التأثير).	2
/	يبين التحليل النسقي لجماعة الانتماء في الوضعية الفردية.	3
/	يبين تمثيل العلاقات الأسرية: (في حالة عدم وجود صورة).	4
/	يبين اوراق ترقيم اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.	5
/	يبين الشكل الدائري (le damier) لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.	6
/	يبين الشخصيات الموجودة في اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.	7
/	يبين تمثيل الوضعيات بين الشخصيات الموجودة في اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.	8
/	يبين قائمة اسماء الاساتذة المحكمين لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء. (الترجمة والمحتوى).	9
/	الجزء الاول من مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي.	10
/	مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين.	11
/	مقياس العلاقات الاسرية والتطابق بين اعضاء الاسرة.	12
/	يبين الاستمارة الخاصة بالمحكمين للبرنامج العلاجي في صورته الاولى.	13
/	يبين قائمة الاساتذة المحكمين لجلسات البرنامج العلاجي.	14
/	يبين اقرار بالموافقة على تسجيل وملاحظة الجلسة العلاجية.	15
/	يبين عرض الدرجات الخام الخاصة بالدراسة الاستطلاعية.	16
/	يبين عرض الدرجات الخام الخاصة بالدراسة الاساسية.	17

الملحق رقم (1)

(العلاقات الاسرية: التماسك الاسري) .

ا- نتائج التطبيق الاول لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء:

الاسر (الافراد)	التمثيل العادي	التمثيل الصراعي	التمثيل المثالي	متوسط الدرجات
(1)	4.45	3.38	6.15	4.66
(2)	5.28	3.82	6.58	5.22
(3)	6.16	4.76	7.53	6.15
(4)	7	5.8	8.93	7.24
(5)	4.89	4.22	6.25	5.12
(6)	6.54	5.3	7.54	6.46
(7)	5.33	3.86	6.93	5.37
(8)	8.56	6.8	9.23	8.19
(9)	5.08	4.06	5.71	4.95
(10)	6.76	4.86	8.16	6.59
(11)	5	3.36	6.70	5.02
(12)	5.74	4.62	6.31	5.55
(13)	9.04	7.48	9.2	8.57
(14)	4.4	3.68	5.74	4.60
(15)	6.52	5.36	7.88	6.58
(16)	3.56	2.29	5.4	3.75
(17)	8.16	6.46	9.03	7.88
(18)	4.24	3.55	5.68	4.49
(19)	5.46	3.7	7.2	5.45
(20)	5.77	3.92	7.06	5.58
(21)	4.22	2.76	6.48	4.48
(22)	7.40	5.7	8.7	7.26
(23)	6.14	4.24	7.64	6
(24)	8.33	7.46	8.86	8.21
(25)	5.33	4.13	6.8	5.42
(26)	5.62	4.33	7.02	5.65

4.75	6.07	3.31	4.87	(27
4.47	6.28	2.98	4.16	(28
7.14	8.63	5.7	7.1	(29
5.43	6.96	4.13	5.2	(30
4.30	6.2	2.62	4.1	(31
4.37	5.73	3.14	4.24	(32
7.34	8.63	6.16	7.23	(33
8.53	9.33	7.26	9	(34
5.45	6.8	3.9	5.66	(35
4.34	5.5	3.04	4.48	(36
6.31	8.6	4.6	5.73	(37
5.40	7.56	3.1	5.56	(38
5.63	7.83	3.86	5.2	(39
7.97	9	6.93	8	(40
4.96	6.42	3.38	5.09	(41
8.12	9.06	6.86	8.46	(42
6.04	7.33	4.46	6.33	(43
5.77	9.26	2.86	5.2	(44
6.37	8.3	3.66	7.16	(45
4.93	6.52	3.34	4.94	(46
5.48	7.46	3.86	5.13	(47
6.53	8.16	4.53	6.9	(48
5.72	7.63	4	5.53	(49
7.77	9.13	6.2	8	(50

ب- نتائج التطبيق الثاني للاختبار بعد 15 يوما:

متوسط الدرجات	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	الاسر (الافراد)
4.83	6.48	3.6	4.42	(1)
5.55	7.06	4.52	5.08	(2)
6.12	7.56	4.9	5.9	(3)
6.75	9.06	4.73	6.46	(4)
5.07	5.93	4.21	5.08	(5)
6.26	7.5	5	6.28	(6)
5.34	6.78	3.82	5.42	(7)
8.04	9.3	6.7	8.13	(8)
5.16	6.17	4.10	5.21	(9)
6.70	8.18	5.08	6.86	(10)
5.23	6.81	3.74	5.16	(11)
5.79	6.43	4.76	6.18	(12)
8.57	9.2	7.52	9	(13)
4.58	4.94	4.16	4.64	(14)
6.76	7.96	5.6	6.72	(15)
4.03	5.70	2.62	3.78	(16)
7.96	8.86	6.7	8.33	(17)
4.47	5.6	3.44	4.37	(18)
5.61	7.3	3.93	5.6	(19)
5.74	7.01	4.26	5.96	(20)
4.71	6.7	2.96	4.48	(21)
7.38	8.63	6	7.53	(22)
6.14	7.54	4.46	6.42	(23)
8.11	8.8	7.4	8.13	(24)
5.59	6.93	4.4	5.46	(25)
5.57	6.69	4.42	5.62	(26)
5.04	6.31	3.60	5.21	(27)
4.48	6.44	2.94	4.08	(28)
7.15	8.5	5.7	7.26	(29)

5.52	7.1	4.3	5.16	(30
4.52	6.52	2.88	4.18	(31
4.60	5.86	3.50	4.45	(32
7.50	8.76	6.33	7.43	(33
8.53	9.26	7.4	8.93	(34
5.73	7.1	4.1	6	(35
4.46	5.54	3.26	4.58	(36
6.55	8.66	4.8	6.2	(37
5.53	7.36	3.3	5.93	(38
5.86	7.93	4.16	5.5	(39
8.15	9.13	7.13	8.2	(40
5.06	6.52	3.45	5.22	(41
7.97	8.93	6.8	8.2	(42
6.24	7.4	4.76	6.56	(43
6.06	9.4	3.4	5.4	(44
6.54	8.33	4.1	7.2	(45
5.07	6.61	3.55	5.06	(46
5.81	7.66	4.26	5.53	(47
6.72	8.36	4.8	7	(48
4.84	4.56	4.16	5.8	(49
7.95	9.26	6.46	8.13	(50

الملحق رقم (2)

(التسلسل الهرمي العام: القرار + التأثير)

1- نتائج التطبيق الاول لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء :

التسلسل الهرمي العام (القرار+التأثير)	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	الاسر(الافراد)
الاب	الاب	الاب	الاب	1
الاب	الاب	الاب	الام	2
الاب	الاب	الاب	الام	3
الاب	الام	الاب	الاب	4
الام	الام	الاب	الام	5
الاب	الام	الاب	الاب	6
الاب	الاب	الاب	الام	7
الام	الام	الام	الاب	8
الام	الام	الاب	الام	9
الاب	الاب	الاب	الاب	10
الام	الام	الاب	الام	11
الاب	الاب	الاب	الام	12
الاب	الاب	الاب	الاب	13
الام	الام	الام	الام	14
الاب	الاب	الاب	الام	15
الام	الاب	الام	الام	16
الاب	الاب	الاب	الاب	17
الاب	الام	الاب	الاب	18
الاب	الاب	الاب	الاب	19
الاب	الاب	الاب	الام	20
الام	الاب	الام	الام	21
الاب	الاب	الاب	الاب	22
الاب	الاب	الاب	الام	23
الام	الام	الاب	الام	24
الاب	الام	الاب	الاب	25

الاب	الاب	الاب	الاب	(26
الام	الام	الام	الام	(27
الاب	الاب	الاب	الاب	(28
الاب	الام	الاب	الاب	(29
الام	الام	الام	الام	(30
الاب	الاب	الام	الاب	(31
الام	الام	الاب	الام	(32
الاب	الاب	الاب	الاب	(33
الاب	الاب	الام	الاب	(34
الاب	الاب	الاب	الاب	(35
الاب	الاب	الام	الاب	(36
الاب	الام	الاب	الاب	(37
الاب	الاب	الاب	الاب	(38
الام	الام	الام	الاب	(39
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(40
الاب	الام	الاب	الاب	(41
الابناء	الام	الابناء	الابناء	(42
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(43
الابناء	الام	الابناء	الابناء	(44
الاب	الاب	الاب	الاب	(45
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(46
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(47
الاب	الاب	الاب	الاب	(48
الاب	الاب	الاب	الاب	(49
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(50

ب- نتائج التطبيق الثاني للاختبار بعد 15 يوما:

الاسر(الافراد)	التمثيل العادي	التمثيل الصراعى	التمثيل المثالى	التسلسل الهرمى العام(القرار+التاثير)
1	الام	الاب	الاب	الاب
2	الام	الاب	الاب	الاب
3	الام	الاب	الام	الام
4	الاب	الاب	الام	الاب
5	الام	الاب	الام	الام
6	الام	الاب	الام	الام
7	الاب	الاب	الاب	الاب
8	الام	الام	الام	الام
9	الام	الاب	الام	الام
10	الاب	الاب	الاب	الاب
11	الام	الاب	الام	الام
12	الام	الاب	الام	الام
13	الاب	الاب	الام	الاب
14	الام	الام	الام	الام
15	الاب	الاب	الاب	الاب
16	الام	الام	الاب	الام
17	الاب	الاب	الاب	الاب
18	الاب	الاب	الام	الاب
19	الاب	الاب	الاب	الاب
20	الاب	الاب	الاب	الاب
21	الام	الام	الام	الام
22	الاب	الاب	الام	الاب
23	الام	الاب	الاب	الاب
24	الام	الاب	الام	الام
25	الاب	الاب	الاب	الاب
26	الاب	الاب	الاب	الاب
27	الام	الاب	الام	الام
28	الاب	الاب	الاب	الاب

الاب	الام	الاب	الاب	(29)
الام	الام	الام	الام	(30)
الاب	الاب	الام	الاب	(31)
الام	الام	الاب	الام	(32)
الاب	الام	الاب	الاب	(33)
الاب	الاب	الام	الاب	(34)
الاب	الام	الاب	الاب	(35)
الاب	الاب	الام	الاب	(36)
الاب	الاب	الاب	الاب	(37)
الاب	الاب	الاب	الاب	(38)
الام	الام	الاب	الام	(39)
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(40)
الاب	الام	الاب	الاب	(41)
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(42)
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(43)
الابناء	الام	الابناء	الابناء	(44)
الاب	الاب	الاب	الاب	(45)
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(46)
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(47)
الاب	الاب	الاب	الاب	(48)
الاب	الاب	الاب	الاب	(49)
الابناء	الاب	الابناء	الابناء	(50)

الملحق رقم (3)

التحليل النسقي لجماعة الانتماء في الوضعية الفردية.

الاسم:

اللقب:

التاريخ:

الفاحص:

المؤسسة:

اختبار فردي

دافع الاستشارة

معطيات عن البطاقة الأسرية :

الرمز	معطيات أخرى	مرض معين	الوظيفة/ المدرسة	تاريخ الميلاد	الجنس	اللقب	يقيمون مع / خارج الأسرة

السلوك أثناء تطبيق الاختبار:

الملحق رقم (6)

الشكل الدائري (le damier) لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.



الملحق رقم (7)

الشخصيات الموجودة في اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.



الملحق رقم (8)

تمثيل الوضعيات بين الشخصيات الموجودة في اختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء.



الملحق رقم (9)

قائمة اسماء الاساتذة المحكمين لاختبار التحليل النسقي لجماعة الانتماء. (الترجمة والمحتوى).

الرقم	اسم الاستاذ	الرتبة	التخصص
1	أ.د فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس الإكلينيكي.
2	ا. بن حبيب عبد المجيد	أستاذ محاضر	الارطفونيا.
3	ا. بن مهدي	استاذ محاضر	ادب عربي.
4	ا.بن مهدي	استاذة محاضرة	لغات اجنبية.

الملحق رقم (10)

الجزء الاول من مقياس السلوك التكيفي

اولا : التصرفات الاستقلالية :

١ - مهارات الاكل :

1 استعمال ادوات الاكل : (الحد الاقصى 6 درجات)

اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص على استعمال ادوات الاكل :

- 6- يستعمل كل ادوات الاكل بطريقة صحيحة .
- 5- يأكل بطريقة مضبوطة مع عدم استعمال لبعض ادوات الاكل .
- 4- لا زال يحتاج الى تدريب على استعمال ادوات الاكل .
- 3- يتقن استعمال الملعقة دون سواها من ادوات الاكل .
- 2- يأكل بالملعقة او بالخيز ولكنه مازال يحتاج الى التدريب .
- 1- لا يستخدم ادوات الاكل اطلاقا ويبعثر الطعام .
- 0- لا يأكل الا اذا اطعمه احد .

2) الاكل في الاماكن العامة : (الحد الاقصى 3 درجات)

اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص على استخدام الاكل في الاماكن العامة :

- 3- يطلب وجبة كاملة من المطعم .
- 2- يطلب وجبات بسيطة مثل ساندويتشات الهامبرجر .
- 1- يطلب شرب الماء من المطعم .
- 0- لا يمكنه طلب اي شيء من اماكن الاكل العامة .

3) الشرب : (الحد الاقصى 3 درجات)

اختر افضل عبارة تصف بها قدرة الشخص على الشرب من كوب او فنجان :

- 3- يشرب وهو يمسك الكاس بيد واحدة دون ان يسكب شيئاً .
- 2- يشرب بإتقان من الفنجان او الكاس دون مساعدة باستخدام اليدين .
- 1- يشرب من الكاس دون مساعدة الا انه يسكب بعضاً منه احياناً .
- 0- لا يشرب بدون مساعدة.

4) آداب المائدة : (8 - عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة:

- ا- يبتلع الطعام دون مضغه .
- ب- لا يغلق فمه عندما يأكل .
- ج- يسقط الاكل منه على الطاولة وعلى الارض .
- د- لا يحسن استعمال منديل الاكل .
- هـ- يتحدث و فمه مملوء بالطعام .
- و- يأخذ الاكل من اطباق الاخرين .
- ز- يأكل بسرعة زائدة او ببطء زائد .
- ح- يعبث بيده بمحتوى الطبق دون ان يأكل .
- ط- لا شيء مما تقدم .

ب - قضاء الحاجة :

5) التدريب على قضاء الحاجة : (الحد الاقصى 4 درجات)

اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص للتدريب على قضاء الحاجة :

- 4- لم يبرز ولم يتبول على نفسه في اي وقت من الاوقات .
- 3- لم يبرز ولم يتبول على نفسه اثناء النهار ولكن قد يحدث ذلك ليلا .
- 2- يبرز ويتبول على نفسه احيانا اثناء النهار .
- 1- يبرز ويتبول على نفسه بكثرة اثناء النهار .
- 0- لم يتدرب اطلاقا على التحكم الارادي في قضاء الحاجة .

6) العناية بالنفس في قضاء الحاجة : (الحد الاقصى 6 درجات)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- ا- يرفع ملابسه لاستخدام المراض .
- ب- يجلس على كرسي المراض دون مساعدة .
- ج- ينظف نفسه بعد قضاء حاجته دون مساعدة .
- د- ينظف المراض بعد قضاء حاجته دون مساعدة .
- هـ- لا يحتاج الى مساعدة ليرتدي ملابسه بعد قضاء الحاجة .
- و- يغسل يديه بعد استخدام المراض دون مساعدة .
- ز- لا شيء مما تقدم .

ج - النظافة :

7) غسل الوجه و اليدين : (الحد الاقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل ما ينطبق على الحالة :

ا- يغسل يديه بالصابون .

ب- يغسل وجهه بالصابون .

ج- يغسل وجهه ويديه بالماء فقط .

د- يجفف وجهه ويديه بعد الغسل .

هـ- لا شيء مما تقدم .

8) الاستحمام : (الحد الاقصى 6 درجات)

ضع علامة على كل ما ينطبق على الحالة :

6- يجهز الحمام ويغتسل دون مساعدة .

5- يغتسل ويجفف نفسه دون مساعدة .

4- يغتسل ويجفف نفسه تحت اشراف او تحفيز لفظي .

3- يستحم و يجفف نفسه بمساعدة من الغير .

2- يحاول استخدام الصابون ويغسل نفسه .

1- اذا ساعده احد في استحمامه وتجفيفه يتعاون معه .

0- لا يحاول ان يستحم او يجفف نفسه على الاطلاق الا بتحفيز واشراف كاملين .

9) العناية بصحته الشخصية : (الحد الاقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

ا- في الغالب تصدر منه رائح العرق .

ب- لا يغير ملابسه الداخلية بانتظام .

- ج- جسمه غير نظيف في غالب الاحيان .
- د- لا يحافظ على نظافة اطرافه و اظافره .
- هـ- لا شيء مما تقدم .

10) تنظيف الاسنان : (الحد الاقصى 5 درجات)

اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص على تنظيف الاسنان :

- 5- يغسل اسنانه بالفرشاة ومعجون الاسنان بصورة منتظمة .
- 4- ينظف اسنانه بالفرشاة دون مساعدة ودون معجون اسنان احيانا .
- 3- ينظف اسنانه تحت اشراف بسيط .
- 2- ينظف اسنانه بالتعاون مع المشرفين عليه .
- 1- كثيرا ما يطلب معاونته في تنظيف اسنانه وفمه .
- 0- لا يحاول تنظيف اسنانه او فمه .

11) الحيض الشهري : (الحد الاقصى 5 درجات)

(للإناث) اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص على العناية بالنفس أثناء الحيض :

- 5- تحتاط احتياطا كاملا للحيض دون تذكير او مساعدة .
- 4- تعتني بنفسها في حدود المعقول أثناء فترة الحيض .
- 3- تساعد المشرفة في غيار الفوطه النسائية أثناء فترة الحيض .
- 2- تشير الى الحاجة الى تغيير الفوطه النسائية عندما تحتاج ذلك .
- تشير الى ان الحيض قد بدا .

0— لا تعتني بنفسها او ان تطلب المساعدة اثناء الحيض .

(يحتسب 5 درجات للذكور)

د - المظهر العام :

12) الهيئة او القوام : (8 - عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- ا- الفم مفتوح معظم الوقت .
- ب- مطأطئ الرأس في معظم الوقت .
- ج- بطنه بارز لعدم اعتدال قامته .
- د- منحني الظهر و الاكتاف .
- هـ- يمشي واصابع القدمين متجهة الى الخارج او الى الداخل .
- و- يمشي وقدماه منفرجتان .
- ي- ينقل قدميه ببطء ويجرهما او يضرب بهما الارض عند المشي .
- ح- يمشي على اطراف اصابعه .
- ط- لا شيء مما تقدم .

13) الملابس : (7 - عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- ا- لا يحسن اختيار ما يلبس .
- ب- يلبس ملابس ممزقة او غير نظيفة ان لم يعاونه احد .
- ج- يعيد لبس الملابس المتسخة ان لم ينبهه الآخرون .

- د- يرتدي ملابس غير متناسقة الالوان اذا لم يجد المساعدة .
- هـ- لا يفرق بين لباس المنزل ولباس الخروج .
- و- لا يختار ملابس تختلف باختلاف المناسبات الاسرية او الوطنية من الايام العادية .
- ز- لا يلبس الملابس الملائمة للحالة الجوية مثل ملابس خفيفة في الحر وثقيلة في البرد .
- ح- لا شيء مما تقدم .

سؤال اضافي :

تهذيب الشعر : (4 - عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل العبارات التي تنطبق على الحالة :

- ا- لا يحسن استعمال المشط .
- ب- يمشط شعره بطريقة غريبة .
- ج- يكثر من استخدام زيوت الشعر .
- د- لا يشعر بضرورة تخليق الشعر .
- هـ- لا شيء مما تقدم .

هـ - العناية بالملابس :

14) العناية بالملابس والحذاء : (الحد الاقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل عبارة تنطبق على الحالة :

- ا- ينظف حذائه بانتظام .
- ب- ينظم ملابسه في المكان المخصص لها بعناية .

ج- يضع الملابس المتسخة في المكان المخصص لها دون الحاجة الى تذكير .

د- يعلق ملابسه دون الحاجة الى تذكير .

هـ- لا شيء مما تقدم .

و - لبس وخلع الملابس :

15) لبس الملابس بدون مساعدة الاخرين : (الحد الاقصى 5 درجات)

ضع علامة على افضل عبارة تصف الحالة :

5- يلبس ملابسه كاملة دون معاونة من احد .

4- يلبس ملابسه كاملة اذا وجهه الاخرون .

3- يلبس مع التشجيع اللفظي ويساعد في غلق الازرار .

2- يعاون اثناء تلبسه في غلق الحرارة او الازرار .

1- يعاون اثناء تلبسه عن طريق مد ذراعيه او رجليه .

0- يحتاج الى معاونة كاملة في تلبسه بشكل دائم .

16) خلع الملابس للاستحمام او النوم بدون مساعدة : (الحد الاقصى 5 درجات)

ضع علامة على افضل عبارة تصف الحالة :

5- يخلع كل ملابسه بنفسه بإتقان .

4- يخلع ملابسه اذا وجهه الاخرون .

3- يخلع القميص او المعطف بدون مساعدة .

2- يخلع ملابسه بمساعدة بسيطة .

1- يساعد في عملية الخلع بمد ذراعه او ساقه .

0- لا شيء مما تقدم .

17) وضع الحذاء وخلعه بدون مساعدة : (الحد الاقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل العبارات التي تنطبق :

- ا- يلبس الحذاء بطريقة صحيحة بمفرده .
- ب- يربط رباط الحذاء بمفرده .
- ج- يفك رباط الحذاء بمفرده .
- د- يخلع الحذاء بمفرده .
- هـ- لا شيء مما تقدم .

ز - التنقل :

18) التوجه في البيئة المحلية : (الحد الاقصى 3 درجات)

- 3- يمكنه الذهاب الى مسافة قريبة من المؤسسة او المدرسة والى مسافة بعيدة عن منزله دون ان يضل الطريق .
- 2- يمكنه الذهاب الى اماكن قريبة حول منزله او ان يلف حول المؤسسة دون ان يضل الطريق .
- 1- يتمشى بمفرده حول منزله او مؤسسته .
- 0- يضل طريقه اذا ابتعد عن مكان اقامته .

19) يمكن السفر بمفرده باي وسيلة مواصلات عامة : (الحد الاقصى 4 درجات)

ضع علامة على كل العبارات التي تنطبق على الحالة :

- ا- يركب القطار او الحافلة دون مساعدة .

- ب- بإمكانه التعامل مع سيارات الاجرة بمفرده .
ج- لا يستطيع استعمال المواصلات لاماكن غير مألوفة دون مساعدة .
د- يركب حافلة النقل الى اماكن مألوفة له بمفرده .
هـ- لا شيء مما تقدم .

ح - الوظائف الاستقلالية العامة :

(20) التليفون : (الحد الاقصى 5 درجات)

ضع علامة دائرة على كل العبارات التي تنطبق على الحالة :

- ا- يستعمل دليل التليفون .
ب- يستعمل التليفون العمومي .
ج- يمكنه ارقام الاستعلامات او الاسعاف عند الحاجة .
د- يرد على التليفون بطريقة مناسبة اذا طلبه احد .
هـ- يمكنه الرد على التليفون بالنيابة عن شخص اخر .
و- لا شيء مما تقدم .

(21) انماط متنوعة من التصرفات الاستقلالية : (الحد الاقصى 8 درجات)

اختر كل العبارات التي تنطبق :

- ا- يرتب فراشه قبل النوم .
ب- يذهب الى السرير ويغطي نفسه دون مساعدة .

- ج- يأكل باعتدال وتحكمه في شهيته عادي .
- د- يعرف رسوم البريد و يشتري الطوابع من مكتب البريد .
- هـ- يهتم بمراعاة القواعد الصحية مثل تغيير الملابس المبللة .
- و- يعرف كيف يعتني بالإصابات البسيطة مثل الجروح و الحروق .
- ز- يعرف كيف و اين يحصل على مساعدة الطبيب او الاسعافات الولىة .
- ح- يعلم بالتسهيلات والخدمات المتاحة في مجتمعه ، وفي محيطه المدرسي (خدمات النقل ،وجبات الافطار ،جلسات العلاج ،الرحلات الترفيهية)
- ط- لا شيء مما سبق .

ثانيا :التوجيه الذاتي :

ا - بطيء الحركة :

(اضائي) الكسل: (3- عدد العبارات التي تنطبق)

ضع دائرة على كل العبارات التي تنطبق :

- ا- بطيء و متناقل في حركة جسمه .
- ب- يتكاسل في العمل .
- ج- لا يحب العمل اصلا .
- د- لا شيء مما تقدم .

ب - المبادرة :

(22) المبادرة : (الحد الاقصى 3 درجات)

اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص على المبادرة :

- 3- يأخذ المبادرة في جميع الأنشطة التي يقوم بها .
- 2- يسأل عن اي عمل يمكنه القيام به او يحاول استكشاف ما حوله في المنزل او الحديقة .
- 1- لا يشترك في اي عمل او نشاط الا اذا طلب منه ذلك .
- 0- لا يقوم بالأعمال المسندة اليه مثل تنظيم اللعب ، كتابة الواجب

23) السلبية : (6 - عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة على كل العبارات التي تنطبق على الحالة :

- ا- يجب ان يفرض عليه عمل الاشياء التي يجب ان يعملها .
- ب- ليس لديه اي طموح .
- ج- يبدو عدم الاهتمام باي شيء .
- د- اخر من ينتهي من عمله بسبب تضييع الوقت .
- هـ- يعتمد على مساعدة الاخرين دون اي داع .
- و- حركته بطيئة و بليدة (ساذجة) .
- ز- لا شيء مما تقدم .

ج - المثابرة :

24) سلوك المداومة : (الحد الأقصى 4 درجات)

اختر افضل عبارة تصف قدرة الشخص على المثابرة :

- 4- يمكنه التركيز و الانتباه لأعمال هادفة لمدة تزيد عن خمسة عشرة دقيقة مثل : التنظيف و لعب لعبة من الالعاب .
- 3- يمكنه الانتباه لأعمال هادفة لمدة خمسة عشرة دقيقة على الاقل .

- 2- يمكنه الانتباه لأعمال هادفة لمدة عشرة دقائق على الأقل .
- 1- يمكنه الانتباه لأعمال هادفة لمدة خمس دقائق على الأقل .
- 0- لا يمكنه الانتباه لأعمال هادفة ولو لمدة خمس دقائق .

25) الاصرار و المثابرة : (4- عدد العبارات التي تنطبق)

ضع علامة دائرة على كل العبارات التي تنطبق على الحالة :

- ا- تنطفئ ارادته بسهولة .
- ب- يفشل في انهاء اعماله .
- ج- ينتقل من عملية الى اخرى دون ان يتم اي عمل .
- د- يحتاج الى تشجيع مستمر ليتم عمله .
- هـ- لا شيء مما تقدم .

د - التخطيط و التنظيم :

26) انشطة وقت الفراغ : (الحد الاقصى 3 درجات)

ضع علامة على كل العبارات التي تنطبق على الحالة:

- ا- ينظم وقت فراغه على مستوى عال من الانشطة المركبة مثل لعب الشطرنج او اي نشاط اخر .
- ب- لديه هواية مثل الرسم ،التصوير ،اشغال الابر ، جمع الطوابع او العمل .
- ج- ينظم وقت فراغه بطريقة مناسبة على مستوى الانشطة البسيطة ،مثل مشاهدة التلفزيون وسماع الراديو او الاسطوانات او الكاسيت .
- د- لا شيء مما تقدم .

هـ - توجيه الذات : (عام)

(اضاافي) توجيه الذات عامة : (الحد الاقصى 6 درجات)

اختر كل العبارات التي تنطبق:

ا- يركز على عمله و يقوم بإجازه حتى النهاية.

ب- يقوم بعمله دون اعادة تذكير .

ج- يقوم بعمله دون متابعة الاخرين .

د- مستعد للقيام بعمل اخر اكثر من واجباته .

هـ- منظم في عمله.

و- يقوم بعمل ابداعي او ابتكاري بسيط

الملحق رقم (11)

مقياس الضغوط النفسية لدى اسر المعاقين .

البيانات الاولية :
نوع اعاقه الابن :
حسية: () حركية: () عقلية: ()
سن الطفل المعاق :

التعليمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات نرجو منك ان تقرأها بتمعن و تجيبنا بكل صراحة ، و ذلك بوضع علامة () في الخانة المناسبة ، مع العلم انه لا توجد اجابة صحيحة و اخرى خاطئة ، و ان اجابتك سوف تستغل لغرض البحث العلمي .

شكرا جزيلاً على تعاونكم معنا

مثال توضيحي :

لا يحدث اطلاقاً	ناذراً	احياناً	غالباً	دائماً	الفقرات	
					يؤلني ان ابني يواجه صعوبة كبيرة في الفهم	1

لا يحدث	ناذراً	احياناً	غالباً	دائماً	الفقرات	الرقم
---------	--------	---------	--------	--------	---------	-------

اطلاقا					
					1 يؤلمني ان ابني يواجه صعوبة كبيرة في الفهم
					2 يزعجني ان ابني يفقد الدافعية للتعلم
					3 اعاني من صعوبة في النوم
					4 يصعب علي زيارة اصدقائي وقت ما اشاء
					5 اقلق عندما يجد ابني صعوبة في ارتداء ملابسه
					6 يقلقني ان متطلبات رعاية ابني المعاق تفوق كثيرا قدرتي المادية
					7 اشعر ان اسرتي مهددة بالانهيار بسبب ابني المعاق
					8 اشعر ان حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المعاق
					9 اشعر ان ابني لا يثق بنفسه
					10 اشعر بالإحباط حينما ادرك ان ابني لن يعيش حياة طبيعية مطلقا
					11 تقل متعتي بالحياة مقارنة بالآخرين
					12 اتخلى عن كثير من الضروريات بسبب ابني المعاق
					13 اتجنب الحديث مع الاخرين عن ابني المعاق
					14 يقلقني عدم مقدرة ابني استخدام الحمام بنفسه
					15 اشعر بانني تخليت عن الكثير من الاشياء التي طالما تمنيتها بسبب ابني
					16 اشعر بان ابني يجد صعوبة في التعامل مع اقرانه بسبب اعاقته
					17 اشعر بالتوتر لان ابني يصعب عليه التعامل مع افراد الاسرة
					18 يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك ابني المعاق
					19 يؤلمني الشعور بان ابني سيقضي كل حياته معاقا
					20 اشعر بخيبة الامل تجاه اسلوب حياة ابني المعاق
					21 اشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح
					22 يؤسفني عدم مقدرة ابني المشاركة في الالعاب الرياضية
					23 يقلقني ان متطلبات رعاية ابني مرهقة بالنسبة لنا
					24 احس ان وجود فرد معاق في الاسرة يعد كارثة كبيرة لها
					25 افقد السيطرة لأبسط الاسباب
					26 الوم نفسي بشدة لأبسط الاشياء

					اعتقد ان ابني يمثل مشكلة دائمة للأسرة	27
					يقلقني تعلم ابني للمهارات البسيطة بصعوبة	28
					يؤلمني ان ابني لن يكون امتدادا طبيعيا لأسرتي	29
					اعاني من اضطرابات في الهضم	30
					اشعر بالقلق معظم الوقت دون مبرر	31
					اعاني من الم بمعدتي يفقدني الاستمتاع بتذوق الطعام	32

الملحق رقم (12)

مقياس العلاقات الاسرية والتطابق بين اعضاء الاسرة

عزيمي ولي الامر :	التاريخ :
الاسم (ان اردت) :	ترتيب الطفل المعاق ذهنيا في الاسرة :
اسم التلميذ :	السن :
حدد انتسابك للأسرة :	الصف الدراسي :
عدد الابناء :	
المؤهل العلمي :	

- في الصفحات التالية سوف تجد مجموعة من العبارات التي تدور حول مواقف معينة في الحياة الاسرية وعليك ان تقرر اي العبارات يعتبر صوابا من وجهة نظرك بالنسبة لأسرتك وايها يعتبر خطأ بالنسبة لها .

- المطلوب منك هو ان تقر كل عبارة بإمعان كبير ثم تضع علامة () امام العبارات التي تعتبرها صوابا من وجهة نظرك او يغلب على ظنك انها صحيحة على حد كبير بالنسبة لأسرتك ، و العلامة (x) اما العبارة التي تعتبرها خطأ من وجهة نظرك او يغلب على ظنك انها الى حد كبير خاطئة بالنسبة الى اسرتك .

ملاحظة : قد تشعر احيانا بان بعض العبارات صحيحة بالنسبة لبعض الافراد في الاسرة و خاطئة بالنسبة لبعض الافراد من الاسرة و في هذه الحالة ضع العلامة () .

ضع علامة () او (x)

1	افراد اسرتي يساعد بعضهم بعضا في كثير من الاحيان
2	غالبا ما يحتفظ كل فرد من الاسرة بمشاعره لنفسه
3	نعاني من قدر كبير من الصراع في محيط اسرتنا
4	افراد اسرتي لا يفعلون الاشياء من تلقاء انفسهم
5	من المهم في اسرتي ان تفعل الاشياء على افضل صورة ممكنة
6	كثيرا ما يدور الحديث بين افراد الاسرة حول المشكلات السياسية و الاجتماعية
7	تميل اسرتي على قضاء معظم العطلات الاسبوعية و الفترات المسائية داخل المنزل
8	يحضر افراد اسرتي كثيرا من الاجتماعات و المسابقات الدينية
9	يتم التخطيط للأنشطة المختلفة التي تقوم بها الاسرة بطريقة جيدة
10	ناذرا ما يلتزم افراد الاسرة بالترتيب و النظام
11	كثيرا ما نشعر بالملل داخل المنزل
12	كل فرد في الاسرة لديه الفرصة ليقول كل ما يريد قوله
13	ناذرا ما يظهر الغضب بشكل صريح على افراد الاسرة
14	اجد دائما تشجيعا قويا من اسرتي كي اكون مستقلا
15	تحقيق التقدم و الرقي من الامور الهامة بالنسبة لأسرتي
16	ناذرا ما يذهب افراد اسرتي لمشاهدة المباريات او حضور الاحتفالات
17	كثيرا ما يأتي الاصدقاء لتناول الطعام او لزيارة الاسرة
18	ناذرا ما يؤدي افراد الاسرة الصلاة في مواعيدها
19	يحافظ كل فرد في الاسرة على ترتيب الاشياء و نظامها
20	يوجد قدر قليل من القواعد و الانظمة التي يتبعها افراد الاسرة
21	يبدل كل فرد في الاسرة كل ما يستطيع من جهد فيما يقوم به من اعمال في المنزل
22	يفكر افراد اسرتي قبل ان يقولوا ما يريدون قوله
23	يغضب افراد اسرتي احيانا لدرجة انهم يحطمون الاشياء التي امامهم
24	كل فرد في الاسرة يفعل الاشياء من تلقاء نفسه
25	مقدار الدخل الذي يحصل عليه كل فرد ليس من الامور الهامة في اسرتي
26	من الامور الهامة عند اسرتي ان يتعلم افرادها اشياء جديدة و مختلفة

27	لا يوجد في اسرتي من يهتم كثيرا بممارسة الالعاب الرياضية
28	كثيرا ما يدور نقاش بين افراد الاسرة حول المغزى الديني للمناسبات الدينية
29	نواجه صعوبة كبيرة في الحصول على الاشياء التي تحتاج اليها في المنزل
30	فرد واحد في الاسرة هو الذي يتخذ معظم القرارات
31	يوجد شعور قوي بالانتماء للأسرة عند افراد اسرتي
32	يناقش افراد الاسرة المشكلة الشخصية لكل فرد في الاسرة
33	افراد اسرتي لا يفقدون اعصابهم مطلقا
34	كل فرد في الاسرة يتمتع بقدر كبير من الحرية
35	تعطي اسرتي اهتماما كبيرا للمنافسة
36	لا يوجد اهتمام كبير بالأمور الثقافية في اسرتي
37	كثيرا ما تذهب الاسرة الى المسرح او المباريات الرياضية او المعسكرات
38	نحن لا نعتقد في وجود الجنة و النار في اسرتنا
39	المحافظة على المواعيد من الامور التي تهتم بها اسرتي اهتماما كبيرا
40	توجد طرق تقليدية معروفة لا تتغير لعمل الاشياء في المنزل
41	ناذرا ما يتطوع احد افراد الاسرة للقيام بعمل مطلوب في المنزل
42	عندما نشعر بالرغبة في القيام بشيء ما فإننا نقوم به في الحال
43	كثيرا ما يوجه افراد الاسرة النقد لبعضهم البعض
44	لا يوجد سوى قدر ضئيل من الخصوصيات لكل فرد في الاسرة
45	يحرص دائما و بشدة على ان نفعل الاشياء بطريقة افضل في المرة التالية
46	لا تدور بين افراد اسرتي مناقشات علمية الا في النادر
47	لكل فرد من افراد اسرتي هواية او أكثر
48	يعتقد فرد من افراد اسرتي افكارا صارمة عن الصواب و الخطأ
49	يتحول افراد اسرتي من رأي الى اخر بكثرة
50	يوجد تأكيد شديد على اتباع القواعد و عدم الخروج عنها في محيط اسرتي
51	يساند افراد اسرتي بعضهم بعضا مساندة حقيقية
52	يشعر جميع افراد الاسرة بالقلق و الانزعاج عندما يشتكى احد الافراد من شيء
53	يسبب افراد اسرتي الاذى لبعضهم البعض احيانا

54	غالباً ما يعتمد كل من افراد اسرتي على نفسه عندما تظهر مشكلة من المشكلات
55	نادراً ما يشعر افراد اسرتي باهتمام بالترقية في وظيفة او الدرجة المدرسية
56	بعض افراد اسرتي يجيد العزف على آلة موسيقية
57	افراد الاسرة لا يشتركون كثيراً في الانشطة الترويحية خارج مجال العمل او المدرسة
58	في اسرتنا نعتقد وجود بعض الاشياء التي يجب ان تؤخذ في الاعتبار لمجرد رأي الدين
59	يحرص افراد الاسرة على التأكد من ان غرفهم نظيفة و مرتبة
60	كل فرد في الاسرة له الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالأسرة
61	يوجد قدر ضئيل من الروح الجماعية بين افراد اسرتي
62	الامور التي تتعلق بالنقود و المصروفات تناقش بصراحة في محيط اسرتي
63	عندما يحدث خلاف بين افراد الاسرة نحاول جاهدين تسوية الامور والمحافظة على الهدوء بالمنزل
64	افراد اسرتي يشجع بعضهم بعضاً بشدة للدفاع عن حقوقهم
65	في اسرتي لا نبذل جهداً كبيراً لتحقيق قدر أكبر من النجاح
66	يتردد افراد اسرتي كثيراً على المكتبات العامة
67	يذهب افراد الاسرة احياناً لسماع المحاضرات او الدروس عن الهوايات و الميول
68	لكل فرد في اسرتي افكاراً مختلفة عن الاخر فيما يتعلق بالصواب و الخطأ
69	واجبات كل فرد و مسؤولياته محددة بوضوح في اسرتي
70	كل فرد من افراد اسرتي يستطيع ان يفعل ما يحلو له
71	في اسرتنا يساند كل فرد الافراد الاخرين
72	عادة يأخذ كل منا جانب الحذر فيما يقوله للآخرين من افراد الاسرة
73	كثيراً ما يحاول كل فرد في اسرتنا ان يهتم بنفسه و ان يتعد عن الاخرين
74	من الصعب ان ينفرد احد افراد الاسرة بنفسه دون ان يجرح ذلك مشاعر الاخرين
75	العمل قبل اللهو هي القاعدة التي تسير عليها اسرتي
76	مشاهدة التلفزيون اكثر اهمية من قراءة الكتب عند افراد اسرتي
77	كثيراً ما يخرج افراد اسرتي من المنزل
78	القران الكريم كتاب بالغ الاهمية في منزلنا
79	التصرف في النقود لا يتم بعناية في اسرتي
80	ليست هناك مرونة في القواعد و الانظمة في محيط اسرتي

81	كل فرد في اسرتي يجد الاهتمام و الانتباه الذي يحتاج اليه من الافراد الاخرين في الاسرة
82	كثيرا ما تدور مناقشات تلقائية بين افراد اسرتي
83	نحن نعتقد في اسرتنا ان الفرد لا يستطيع ان يكتسب شيئا من مجرد رفع الصوت
84	لا نجد تشجيعا حقيقيا للتعبير عن انفسنا في محيط اسرتي
85	يقارن افراد اسرتي انفسهم بالآخرين بالنسبة للتفوق في العمل او المدرسة
86	معظم افراد اسرتي يحبون الموسيقى و الفنون الاخرى
87	الشيء الترويجي في اسرتي هو مشاهدة التلفزيون او الاستماع الى الراديو
88	نعتقد في اسرتي ان الفرد الذي يخطئ يجب ان يعاقب
89	يقوم افراد اسرتي بتنظيف المائدة و الاطباق بعد الانتهاء من تناول الطعام
90	يفترض في افراد اسرتي ان يلتزموا التزاما صارما بالتعليمات و التقاليد

المجموع الكلي:

1-مقاييس لأبعاد العلاقات الاسرية :

ا - مقياس التماسك: ضع علامة () او ()

1	افراد اسرتي يساعد بعضهم بعضا في كثير من الاحيان
2	كثيرا ما نشعر بالملل داخل المنزل
3	يبدل كل فرد في الاسرة كل ما يستطيع من جهد فيما يقوم به من اعمال في المنزل
4	يوجد شعور قوي بالانتماء للأسرة عند افراد اسرتي
5	ناذرا ما يتطوع احد افراد الاسرة للقيام بعمل مطلوب في المنزل
6	يساند افراد اسرتي بعضهم بعضا مساندة حقيقية
7	يوجد قدر ضئيل من الروح الجماعية بين افراد اسرتي
8	في اسرتنا يساند كل فرد الافراد الاخرين
9	كل فرد في اسرتي يجد الاهتمام و الانتباه الذي يحتاج اليه من الافراد الاخرين في الاسرة

المجموع الكلي:

ب - مقياس حرية التعبير عن المشاعر : ضع علامة () او ()

1	غالبا ما يحتفظ كل فرد من الاسرة بمشاعره لنفسه
2	كل فرد في الاسرة لديه الفرصة ليقول كل ما يريد قوله
3	يفكر افراد اسرتي قبل ان يقولوا ما يريدون قوله
4	يناقش افراد الاسرة المشكلة الشخصية لكل فرد في الاسرة
5	عندما نشعر بالرغبة في القيام بشيء ما فإننا نقوم به في الحال
6	يشعر جميع افراد الاسرة بالقلق و الانزعاج عندما يشتكي احد الافراد من شيء
7	الامور التي تتعلق بالنقود و المصروفات تناقش بصراحة في محيط اسرتي
8	عادة يأخذ كل منا جانب الحذر فيما يقوله للأخرين من افراد الاسرة
9	كثيرا ما تدور مناقشات تلقائية بين افراد اسرتي

المجموع الكلي:

ج - مقياس صراع التفاعل الاسري : ضع علامة () او ()

1	نعاني من قدر كبير من الصراع في محيط اسرتنا
2	ناذرا ما يظهر الغضب بشكل صريح على افراد الاسرة
3	يغضب افراد اسرتي احيانا لدرجة انهم يحطمون الاشياء التي امامهم
4	افراد اسرتي لا يفقدون اعصابهم مطلقا
5	كثيرا ما يوجه افراد الاسرة النقد لبعضهم البعض
6	يسبب افراد اسرتي الاذى لبعضهم البعض احيانا
7	عندما يحدث خلاف بين افراد الاسرة نحاول جاهدين تسوية الامور و المحافظة على الهدوء بالمنزل
8	كثيرا ما يحاول كل فرد في اسرتنا ان يهتم بنفسه و ان يتعد عن الاخرين
9	نحن نعتقد في اسرتنا ان الفرد لا يستطيع ان يكتسب شيئا من مجرد رفع الصوت

المجموع الكلي:

2 - مقياس لأبعاد النمو الشخصي التي يتيحها جو الاسرة لأفرادها :

ا - مقياس الاستقلال: ضع علامة () او ()

1	افراد اسرتي لا يفعلون الاشياء من تلقاء انفسهم
2	اجد دائما تشجيعا قويا من اسرتي كي اكون مستقلا
3	كل فرد في الاسرة يفعل الاشياء من تلقاء نفسه

4	كل فرد في الاسرة يتمتع بقدر كبير من الحرية
5	لا يوجد سوى قدر ضئيل من الخصوصيات لكل فرد في الاسرة
6	غالبا ما يعتمد كل من افراد اسرتي على نفسه عندما تظهر مشكلة من المشكلات
7	افراد اسرتي يشجع بعضهم بعضا بشدة للدفاع عن حقوقهم
8	من الصعب ان ينفرد احد افراد الاسرة بنفسه دون ان يجرح ذلك مشاعر الاخرين
9	لا نجد تشجيعا حقيقيا للتعبير عن انفسنا في محيط اسرتي

المجموع الكلي:

ب - مقياس التوجيه نحو التحصيل و الانجاز : ضع علامة () او ()

1	من المهم في اسرتي ان نفعل الاشياء على افضل صورة ممكنة
2	تحقيق التقدم و الرقي من الامور الهامة بالنسبة لأسرتي
3	مقدار الدخل الذي يحصل عليه كل فرد ليس من الامور الهامة في اسرتي
4	تعطي اسرتي اهتماما كبيرا للمنافسة
5	يجرص دائما و بشدة ان نفعل الاشياء بطريقة افضل في المرة التالية
6	ناذرا ما يشعر افراد اسرتي باهتمام بالترقية في وظيفة او الدرجة المدرسية
7	في اسرتي لا نبذل جهدا كبيرا لتحقيق قدر اكبر من النجاح
8	العمل قبل اللهو هي القاعدة التي تسير عليها اسرتي
9	يقارن افراد اسرتي انفسهم بالآخرين بالنسبة للتفوق في العمل او المدرسة

المجموع الكلي:

ج - مقياس التوجيه العقلي الثقافي : ضع علامة () او ()

1	كثيرا ما يدور الحديث بين افراد الاسرة حول المشكلات السياسية و الاجتماعية
2	ناذرا ما يذهب افراد اسرتي لمشاهدة المباريات او حضور الاحتفالات
3	من الامور الهامة عند اسرتي ان يتعلم افرادها اشياء جديدة و مختلفة
4	لا يوجد اهتمام كبير بالأمور الثقافية في اسرتي
5	لا تدور بين افراد اسرتي مناقشات علمية الا في النادر
6	بعض افراد اسرتي يجيد العزف على آلة موسيقية
7	يتردد افراد اسرتي كثيرا على المكتبات العامة
8	مشاهدة التلفزيون اكثر اهمية من قراءة الكتب عند افراد اسرتي
9	معظم افراد اسرتي يحبون الموسيقى و الفنون الاخرى

المجموع الكلي:

د - مقياس التوجيه نحو الترويح الايجابي : ضع علامة () او ()

1	تميل اسرتي على قضاء معظم العطلات الاسبوعية و الفترات المسائية داخل المنزل
2	كثيرا ما يأتي الاصدقاء لتناول الطعام او لزيارة الاسرة
3	لا يوجد في اسرتي من يهتم كثيرا بممارسة الالعاب الرياضية
4	كثيرا ما تذهب الاسرة الى المسرح او المباريات الرياضية او المعسكرات
5	لكل فرد من افراد اسرتي هواية او أكثر
6	افراد الاسرة لا يشتركون كثيرا في الانشطة الترويحية خارج مجال العمل او المدرسة
7	يذهب افراد الاسرة احيانا لسماع المحاضرات او الدروس عن الهوايات و الميول
8	كثيرا ما يخرج افراد اسرتي من المنزل
9	الشيء الترويحي في اسرتي هو مشاهدة التلفزيون او الاستماع الى الراديو

المجموع الكلي:

هـ - مقياس التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية : ضع علامة () او ()

1	يحضر افراد اسرتي كثيرا من الاجتماعات و المسابقات الدينية
2	ناذرا ما يؤدي افراد الاسرة الصلاة في مواعيدها
3	كثيرا ما يدور نقاش بين افراد الاسرة حول المغزى الديني للمناسبات الدينية
4	نحن لا نعتقد في وجود الجنة و النار في اسرتنا
5	يعتق فرد من افراد اسرتي افكارا صارمة عن الصواب و الخطأ
6	في اسرتنا نعتقد وجود بعض الاشياء التي يجب ان تؤخذ في الاعتبار لمجرد راي الدين
7	لكل فرد في اسرتي افكار مختلفة عن الاخرين فيما يتعلق بالصواب و الخطأ
8	القران الكريم كتاب بالغ الاهمية في منزلنا
9	نعتقد في اسرتي ان الفرد الذي يخطئ يجب ان يعاقب

المجموع الكلي:

3 - مقياسان لدرجة التنظيم و الضبط فيما يتعلق بشؤون الاسرة و انشطتها :

ا - مقياس التنظيم : ضع علامة () او ()

1	يتم التخطيط للأنشطة المختلفة التي تقوم بها الاسرة بطريقة جيدة
2	يحافظ كل فرد في الاسرة على ترتيب الاشياء و تنظيمها
3	نواجه صعوبة كبيرة في الحصول على الاشياء التي تحتاج اليها في المنزل
4	المحافظة على المواعيد من الامور التي تهتم بها اسرتي اهتماما كبيرا
5	يتحول افراد اسرتي من راي لآخر بكثرة
6	يحرص افراد الاسرة على التأكد من ان غرفهم نظيفة و مرتبة

7	واجبات كل فرد و مسؤولياته محددة بوضوح في اسرتي
8	التصرف في النقود لا يتم بعناية في اسرتي
9	يقوم افراد اسرتي بتنظيف المائدة و الاطباق بعد الانتهاء من تناول الطعام

المجموع الكلي:

ب - مقياس الضبط : ضع علامة () او ()

1	ناذرا ما يلتزم افراد الاسرة بالترتيب و النظام
2	يوجد قدر قليل من القواعد و الانظمة التي يتبعها افراد الاسرة
3	فرد واحد في الاسرة هو الذي يتخذ معظم القرارات
4	توجد طرق تقليدية معروفة لا تتغير لعمل الاشياء في المنزل
5	يوجد تأكيد شديد على اتباع القواعد و عدم الخروج عنها في محيط اسرتي
6	كل فرد في الاسرة له الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالأسرة
7	كل فرد من افراد اسرتي يستطيع ان يفعل ما يحلو له
8	ليست هناك مرونة في القواعد و الانظمة في محيط اسرتي
9	يفترض في افراد اسرتي ان يلتزموا التزاما صارما بالتعليمات و التقاليد

المجموع الكلي:

الملحق رقم (13)

الاستمارة الخاصة بالمحكّمين للبرنامج العلاجي في صورته الاولى.

الاستاذ(ة) الدكتور (ة) :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

الموضوع: تحكيم برنامج علاجي اسري.

يزيدني فخرا وشرفا ان اضع بين ايديكم البرنامج العلاجي والذي يشكل اداة من بين ادوات الدراسة في صورتها الاولى ،حيث اننا بصدد اعداد دراسة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث نظام (ل.م.د) في تخصص : تقنيات و تطبيقات العلاج النفسي ،بعنوان :

" فعالية العلاج الاسري النسقي في مساعدة اسر المعاقين عقليا "

تحت اشراف الاستاذ الدكتور :فقيه العيد .

مما تطلب منا اعداد الادوات اللازمة للتحقق من صحة الفرضيات ،قمنا بتصميم البرنامج العلاجي الاسري . ونظرا لخبرتكم الواسعة ،فانه لمن دواعي ارتياحي وسروري ،ان تكونوا سيادتكم من المحكّمين لهذا البرنامج وابداء رايكم الصائب من خلال ملاحظاتكم ،مما سيكون له باذن الله المردود الايجابي على الادوات ،ومن ثم على الدراسة ككل ،ولذلك ارجو من سيادتكم التكرم بالاطلاع على جلسات البرنامج من حيث :وضوحها ،مناسبتها لموضوع الدراسة ،واضافة او حذف ما ترونه مناسبا ومناسبة البرنامج لغويا ودقة الصياغة .

شاكرين لكم جهودكم وتعاونكم معنا وجزاكم الله خيرا.

الطالب: حاج سليمان فاطمة الزهراء .

ملحق رقم (14)

قائمة الاساتذة المحكمين لجلسات البرنامج العلاجي.

الرقم	إسم الأستاذ	الرتبة	التخصص
1	أ.د فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس الإكلينيكي.
2	أ. بن عصمان جويذة	أستاذة التعليم العالي	علم النفس الإكلينيكي.
3	أ. عابد براشد رشيدة	أستاذة محاضرة	علم النفس الإكلينيكي.
4	أ. بزاوي نور الهدى	أستاذة محاضرة	علم النفس الإكلينيكي.

الملحق رقم (15)

اقرار بالموافقة على تسجيل وملاحظة الجلسة العلاجية.

ان تسجيل الجلسة العلاجية تسجيلا كتابيا وسمعيًا وبصريًا يعتبر من اهم العوامل التي تساعد على نجاحها و تطورها وتساهم في تسهيل العملية العلاجية ، ومن المؤكد ان هذه التسجيلات الكتابية والسمعية والبصرية لا تستخدم خارج نطاق قاعة العلاج النفسي، ولن تقع في متناول اي فرد كان ، وذلك في اطار السرية المهنية التامة.

لقد اطلعت على ما ذكر اعلاه ، واني اقر بالموافقة على البنود التي اكتب امامها (موافق) ، اما البنود التي لا اوافق عليها سوف اكتب امامها (لا اوافق)، وهذا اقرار مني بما اراه ضرورة لل جلسة العلاجية مع المعالج الذي يتولى مساعدتنا .

- التسجيل الكتابي ()
- التسجيل السمعي ()
- التسجيل البصري ()

تاريخ الاقرار :

توقيع ممثل العائلة:

توقيع المعالج:

الملحق رقم (16)

عرض الدرجات الخام الخاصة بالدراسة الاستطلاعية.

1- عرض النتائج الخاصة بالضغوط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا:

ا- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر
28	3	3	3	4	5	4	6	الاسرة الاولى
27	3	3	3	4	5	3	6	الاسرة الثانية
29	3	3	3	4	5	4	7	الاسرة الثالثة
22	0	2	2	4	5	3	6	الاسرة الرابعة

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر
11	0	0	2	3	2	2	2	الاسرة الاولى
13	3	0	3	2	2	1	2	الاسرة الثانية
12	1	1	1	2	2	1	4	الاسرة الثالثة
7	0	0	1	2	1	0	3	الاسرة الرابعة

ج- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر
28	3	3	3	4	5	4	6	الاسرة الاولى
23	1	3	3	3	4	4	5	الاسرة الثانية
28	3	3	3	3	5	4	7	الاسرة الثالثة

23	2	3	3	3	3	3	6	الأسرة الرابعة
----	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

د- المجموعة الضابطة (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الbias و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر
27	3	3	3	4	5	4	5	الأسرة الاولى
23	1	3	3	3	4	4	5	الأسرة الثانية
27	3	3	3	3	5	4	6	الأسرة الثالثة
22	2	3	3	3	3	3	5	الأسرة الرابعة

2- عرض النتائج الخاصة بالسلوك التكيفي لدى الاطفال المعاقين عقليا:

1- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط و التنظيم	المثابرة	المبادرة	بطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	ليس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل
34	0	0	0	2	1	0	0	3	0	8	11	3	6	الطفل الاول
43	0	0	1	2	1	1	0	6	0	9	10	4	9	الطفل الثاني
34	0	0	0	1	0	0	0	2	0	8	10	4	9	الطفل الثالث
44	0	0	0	1	0	1	0	4	0	13	11	4	10	الطفل الرابع

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط و التنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل
79	0	0	6	5	2	4	0	9	1	15	15	9	13	الطفل الاول
67	0	0	2	1	0	3	0	7	0	14	15	10	15	الطفل الثاني
65	0	0	2	4	1	2	0	6	0	13	14	9	14	الطفل الثالث
74	2	1	5	4	1	4	0	4	3	14	14	7	15	الطفل الرابع

ج- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط و التنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل
42	0	0	1	2	2	3	0	4	0	13	7	3	7	الطفل الاول
29	0	0	0	0	0	1	0	2	0	8	7	3	8	الطفل الثاني
39	0	1	0	1	2	1	0	4	1	9	9	4	7	الطفل الثالث
41	0	1	0	0	1	1	1	3	1	8	8	5	12	الطفل الرابع

د- المجموعة الضابطة (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقليا
	توجيه الذات	التخطيط و التنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل	
43	0	0	1	2	2	3	0	4	0	13	7	3	8	الطفل الاول
29	0	0	0	0	0	1	0	2	0	8	7	3	8	الطفل الثاني
39	0	1	0	1	2	1	0	4	1	9	9	4	7	الطفل الثالث
39	0	1	0	0	1	1	1	3	1	8	8	5	10	الطفل الرابع

3-العلاقات الاسرية والتطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا

ا- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
33	3	2	4	2	3	3	4	5	4	3	الاسرة الاولى
36	6	2	5	4	3	1	4	6	2	3	الاسرة الثانية
39	4	2	3	4	5	5	3	6	4	3	الاسرة الثالثة
39	4	3	7	3	4	3	2	6	3	4	الاسرة الرابعة

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
49	6	5	4	4	4	5	5	2	6	7	الاسرة الاولى
54	6	5	6	5	5	6	5	2	6	8	الاسرة الثانية
51	6	5	4	5	4	7	4	4	5	7	الاسرة الثالثة
55	6	6	7	5	5	6	4	3	6	7	الاسرة الرابعة

ج- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
36	2	3	6	2	1	6	3	7	3	3	الاسرة الاولى
30	3	2	4	1	2	5	1	7	2	3	الاسرة الثانية
39	4	4	4	3	3	5	4	5	3	4	الاسرة الثالثة
33	4	2	3	4	5	3	2	5	1	4	الاسرة الرابعة

د- المجموعة الضابطة (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
36	2	3	5	2	1	6	3	7	3	4	الاسرة الاولى
31	3	2	5	1	2	5	1	7	2	3	الاسرة الثانية
38	4	4	4	3	3	5	4	5	3	3	الاسرة الثالثة

33	4	2	3	4	5	3	2	5	1	4	الاسرة الرابعة
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

4- التحليل النسقي لجماعة الانتماء لدى اسر المعاقين عقليا:

ا- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
3	4	3	4	الاسرة الاولى
4	5	3	4	الاسرة الثانية
3	5	2	4	الاسرة الثالثة
3	5	2	3	الاسرة الرابعة

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
5	6	5	6	الاسرة الاولى
6	7	5	6	الاسرة الثانية
6	8	4	6	الاسرة الثالثة
6	8	5	6	الاسرة الرابعة

ج- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية مجموع الدرجات (<u> </u>) عددها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
4	5	3	4	الاسرة الاولى
3	4	2	3	الاسرة الثانية
3	4	3	4	الاسرة الثالثة
3	4	2	3	الاسرة الرابعة

د- المجموعة الضابطة: (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية مجموع الدرجات (<u> </u>) عددها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
4	5	3	4	الاسرة الاولى
3	4	2	3	الاسرة الثانية
3	4	3	4	الاسرة الثالثة
3	4	2	3	الاسرة الرابعة

الملحق رقم (17)

عرض الدرجات الخام الخاصة بالدراسة الاساسية.

1- عرض النتائج الخاصة بالضغط النفسية لدى اسر المعاقين عقليا:

ا- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر
27	3	3	3	4	5	4	5	الاسرة الاولى
25	3	3	3	4	5	3	4	الاسرة الثانية
29	3	3	3	4	5	4	7	الاسرة الثالثة
22	0	2	2	4	5	3	6	الاسرة الرابعة
25	4	3	3	3	3	4	5	الاسرة الخامسة
28	2	3	2	4	6	4	7	الاسرة السادسة

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية و الاجتماعية	المشكلات النفسية و المعرفية	مشاعر الياس و الاحباط	الاعراض النفسية و العضوية	الابعاد الاسر
11	0	0	2	3	2	2	2	الاسرة الاولى
13	3	0	3	2	2	1	2	الاسرة الثانية
12	1	1	1	2	2	1	4	الاسرة الثالثة
4	0	0	0	0	1	0	3	الاسرة الرابعة
11	2	1	2	1	2	2	1	الاسرة الخامسة
14	1	1	2	1	3	2	4	الاسرة السادسة

ج- المجموعة التجريبية (بعد الدراسة المتابعة):

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية والاجتماعية	المشكلات النفسية والمعرفية	مشاعر الياس والاحباط	الاعراض النفسية والعضوية	الابعاد الاسر
12	0	0	3	2	2	2	3	الاسرة الاولى
10	2	0	2	1	2	1	2	الاسرة الثانية
12	1	1	2	2	2	1	3	الاسرة الثالثة
5	0	0	1	1	1	0	2	الاسرة الرابعة
8	1	1	2	0	2	1	1	الاسرة الخامسة
11	1	0	2	1	2	2	3	الاسرة السادسة

د- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية والاجتماعية	المشكلات النفسية والمعرفية	مشاعر الياس والاحباط	الاعراض النفسية والعضوية	الابعاد الاسر
28	3	3	3	4	5	4	6	الاسرة الاولى
22	0	3	3	3	4	4	5	الاسرة الثانية
28	3	3	3	3	5	4	7	الاسرة الثالثة
23	2	3	3	3	3	3	6	الاسرة الرابعة
20	0	3	3	3	4	2	5	الاسرة الخامسة
21	2	2	2	4	3	3	5	الاسرة السادسة

هـ- المجموعة الضابطة: (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل	مشكلات الاداء الاستقلالي	القلق على مستقبل الطفل	المشكلات الاسرية والاجتماعية	المشكلات النفسية والمعرفية	مشاعر الياس والاحباط	الاعراض النفسية والعضوية	الابعاد الاسر
27	3	3	3	4	5	4	5	الاسرة الاولى
23	0	3	3	3	4	4	6	الاسرة الثانية
29	3	3	3	4	5	4	7	الاسرة الثالثة

24	2	3	3	3	4	3	6	الأسرة الرابعة
21	1	3	3	3	4	2	5	الأسرة الخامسة
21	2	2	2	4	3	3	5	الأسرة السادسة

2- عرض النتائج الخاصة بالسلوك التكيفي لدى الاطفال المعاقين عقليا:

أ- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط و التنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل
36	0	0	0	2	1	0	0	3	0	9	11	3	7	الطفل الاول
46	0	0	1	2	1	1	0	6	0	10	10	4	11	الطفل الثاني
33	0	0	0	1	0	0	0	2	0	8	9	4	9	الطفل الثالث
47	0	0	0	1	0	1	0	4	0	15	11	4	11	الطفل الرابع
40	0	0	1	0	0	1	0	3	1	10	9	5	10	الطفل الخامس
44	0	0	0	0	2	1	0	4	0	10	9	5	13	الطفل السادس

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية							المجالات الاطفال المعاقين عقليا	
	توجيه الذات	التخطيط و التنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة		مهارات الاكل
81	0	0	6	5	2	4	0	9	1	15	16	9	14	الطفل الاول
69	0	0	2	1	0	3	0	7	0	14	15	10	17	الطفل الثاني

66	0	0	2	4	1	2	0	6	0	13	15	9	14	الطفل الثالث
76	2	1	5	4	1	4	0	4	3	14	16	7	15	الطفل الرابع
71	1	1	2	2	1	3	1	6	2	14	14	8	16	الطفل الخامس
67	1	1	1	1	0	4	1	7	3	12	13	8	15	الطفل السادس

ج- المجموعة التجريبية (بعد الدراسة التبعية):

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقليا
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل	
78	0	0	5	4	2	4	0	9	2	15	15	9	13	الطفل الاول
70	0	0	3	1	0	3	0	8	1	14	15	9	16	الطفل الثاني
61	0	0	1	3	1	2	0	5	0	13	14	9	13	الطفل الثالث
69	2	1	5	3	1	3	0	3	3	14	14	7	13	الطفل الرابع
66	1	0	2	2	1	2	1	6	2	13	14	7	15	الطفل الخامس
66	0	1	1	1	0	3	1	7	3	12	14	8	15	الطفل السادس

د- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقليا
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	يطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل	
44	0	0	1	2	2	3	0	4	0	15	7	3	7	الطفل الاول

31	0	0	0	0	0	1	0	2	0	8	9	3	8	الطفل الثاني
41	0	1	0	1	2	1	0	4	1	9	11	4	7	الطفل الثالث
41	0	1	0	0	1	1	1	3	1	8	8	5	12	الطفل الرابع
36	0	0	1	1	0	1	0	2	0	11	10	3	7	الطفل الخامس
48	1	1	2	1	1	4	2	6	0	10	10	4	6	الطفل السادس

هـ - المجموعة الضابطة: (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	مجال التوجيه الذاتي					مجال التصرفات الاستقلالية								المجالات الاطفال المعاقين عقليا
	توجيه الذات	التخطيط والتنظيم	المثابرة	المبادرة	بطئ الحركة	الوظائف الاستقلالية العامة	التنقل	لبس وخلع الملابس	العناية بالملابس	المظهر العام	النظافة	قضاء الحاجة	مهارات الاكل	
42	0	0	1	2	2	3	0	4	0	14	7	3	6	الطفل الاول
29	0	0	0	0	0	1	0	2	0	8	8	3	7	الطفل الثاني
41	0	1	0	1	2	1	0	4	1	9	11	4	7	الطفل الثالث
40	0	1	0	0	1	1	1	3	1	8	8	5	11	الطفل الرابع
35	0	0	1	1	0	1	0	2	0	11	9	3	7	الطفل الخامس
46	1	1	2	1	1	4	2	6	0	9	9	4	6	الطفل السادس

3- عرض النتائج الخاصة بالعلاقات الاسرية و التطابق الاسري بين اعضاء اسر المعاقين عقليا:

ا- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
34	3	2	4	2	3	3	4	6	4	3	الاسرة الاولى
35	6	2	5	4	3	1	4	5	2	3	الاسرة الثانية
41	4	2	3	4	5	7	3	6	4	3	الاسرة الثالثة
39	4	3	7	3	4	3	2	6	3	4	الاسرة الرابعة
33	3	2	6	3	1	4	3	7	2	2	الاسرة الخامسة
40	5	6	5	2	4	3	3	5	3	4	الاسرة السادسة

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
49	6	5	4	4	4	5	5	3	6	7	الاسرة الاولى
54	6	5	6	5	5	6	5	2	6	8	الاسرة الثانية
51	6	5	4	5	4	7	4	4	5	7	الاسرة الثالثة
55	6	6	7	5	5	6	4	3	6	7	الاسرة الرابعة
42	5	3	6	4	3	4	5	3	4	5	الاسرة الخامسة
52	7	7	6	4	4	4	6	2	4	8	الاسرة السادسة

ج- المجموعة التجريبية (بعد الدراسة التبعية):

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
49	7	4	4	5	4	4	5	3	5	7	الاسرة الاولى
50	5	5	5	6	5	5	5	2	5	7	الاسرة الثانية
48	5	5	5	4	4	5	4	3	5	8	الاسرة الثالثة
50	6	6	7	5	4	5	3	3	5	6	الاسرة الرابعة
44	6	4	6	4	3	4	5	3	3	6	الاسرة الخامسة
50	7	6	6	4	4	4	5	3	4	7	الاسرة السادسة

د- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
34	2	3	6	2	1	6	3	5	3	3	الاسرة الاولى
28	3	2	4	1	2	3	1	7	2	3	الاسرة الثانية
39	4	4	4	3	3	5	4	5	3	4	الاسرة الثالثة
33	4	2	3	4	5	3	2	5	1	4	الاسرة الرابعة
42	2	3	5	4	4	7	4	5	3	5	الاسرة الخامسة
38	3	4	7	2	4	5	2	6	3	2	الاسرة السادسة

هـ - المجموعة الضابطة: (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية (المجموع)	بعد الضبط	بعد التنظيم	بعد التوجيه نحو القيم الدينية و الخلقية	بعد التوجيه نحو الترويج الايجابي	بعد التوجيه العقلي الثقافي	بعد التوجيه نحو التحصيل و الانجاز	بعد الاستقلال	بعد صراع التفاعل الاسري	بعد حرية التعبير عن المشاعر	بعد التماسك	الابعد الاسر
33	2	3	6	2	1	5	3	5	3	3	الاسرة الاولى
27	3	2	4	1	2	3	1	6	2	3	الاسرة الثانية
39	4	4	4	3	3	5	4	5	3	4	الاسرة الثالثة
33	4	2	3	4	5	3	2	5	1	4	الاسرة الرابعة
41	2	3	5	4	4	6	4	5	3	5	الاسرة الخامسة
37	3	4	6	2	4	5	2	6	3	2	الاسرة السادسة

4- عرض النتائج الخاصة بالتحليل النسقي لجماعة الانتماء لدى اسر المعاقين عقليا:

ا- المجموعة التجريبية (قبل تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية (مجموع الدرجات عددها)	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
3	4	3	4	الاسرة الاولى
4	5	3	4	الاسرة الثانية
3	5	2	4	الاسرة الثالثة
3	5	2	3	الاسرة الرابعة
3	4	2	3	الاسرة الخامسة
4	5	3	4	الاسرة السادسة

ب- المجموعة التجريبية (بعد تطبيق البرنامج):

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
5	6	5	6	الاسرة الاولى
6	7	5	6	الاسرة الثانية
6	8	4	6	الاسرة الثالثة
6	8	5	6	الاسرة الرابعة
5	7	4	6	الاسرة الخامسة
7	7	4	7	الاسرة السادسة

ج- المجموعة التجريبية (بعد الدراسة التبعية):

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
5	6	5	6	الاسرة الاولى
5	7	4	6	الاسرة الثانية
6	8	5	6	الاسرة الثالثة
6	7	5	6	الاسرة الرابعة
5	7	4	6	الاسرة الخامسة
6	7	5	7	الاسرة السادسة

د- المجموعة الضابطة: (قبل تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
4	5	3	4	الاسرة الاولى
3	4	2	3	الاسرة الثانية
3	4	3	4	الاسرة الثالثة
3	4	2	3	الاسرة الرابعة
3	5	2	4	الاسرة الخامسة
3	5	2	3	الاسرة السادسة

هـ- المجموعة الضابطة: (بعد تطبيق البرنامج)

الدرجة الكلية مجموع الدرجات ($\frac{\quad}{\quad}$) عددتها	التمثيل المثالي	التمثيل الصراعي	التمثيل العادي	تمثيل العلاقات الاسر
4	5	3	4	الاسرة الاولى
3	3	2	4	الاسرة الثانية
3	5	2	4	الاسرة الثالثة
3	4	2	3	الاسرة الرابعة
3	5	2	4	الاسرة الخامسة
3	4	3	3	الاسرة السادسة