[٥]

فاعلية برنامج إرشادي لخفض بعض الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء إليهم

إعداد

د. رحاب السيد الصاوي

مدرس الصحة النفسية

كلية رياض الأطفال– جامعة دمنهور

فاعلية برنامج إرشادي لخفض بعض الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم المساء إليهم

د. رحاب السيد الصاوي ★

مقدمة:

حظيت الإعاقة العقلية اليوم باهتمام بالغ على المستويين العالمي والمحلي، وذلك في محاولة لدمجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه بما يحقق لهم التوافق النفسي والاجتماعي.

والطفل المعاق قد يكون عاجزا احيانا عن فهم بعض الضوابط المجتمعية، ولعل أخطر ما يعاني منه الطفل المعاق عقلياً في حياته هو أن تتسم معظم أساليبه السلوكية بالعنف وإلحاق الضرر بالذات والآخرين والتصرفات المزعجة وعدم مقدرته على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع أقرانه لأنه يوجه كل نشاطه وطاقته نحو أساليب السلوك المدمر للطاقة مما يجعله أكثر عرضة لتجنب المواقف التي تكون لها تأثير في التفاعل الإيجابي من قبل الأقران والوالدين والإخوة مما يعجزه عن المشاركة والتأثير في مجتمعه ويصبح أكثر استهدافاً للإحباط وكثيراً ما يظهر لديه عجز في المهارات اللازمة للتفاعل مع الآخرين.

ولقد تزايد الاهتمام بالاضطرابات السلوكية، التي تؤثر على الأطفال وعلى نموهم بشكل طبيعي وعلى مستقبلهم في الحياة، وانطلق من هذا الاهتمام افتراض مفاده أن سرعة التدخل وإيجاد الحلول

★ مدرس الصحة النفسية– كلية رياض الأطفال– جامعة دمنهور.

والأساليب المناسبة والفعالة لرفع كفاءة هؤلاء الأطفال وهم في سن مبكرة، تمكنهم من مواجهه الحياة بصورة أفضل.

وتنعكس آثار الإعاقة العقلية بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل بدرجات ونسب متفاوتة إذ تنعكس على أدائه في المهارات العقلية والمعرفية وعلى قدرته على التكيف لاجتماعي، حيث يعاني المعاق عقلياً من سوء التكيف مع نفسه ومع المواقف الجديدة، وبالتالي على توافقه الانفعالي والعاطفي وعلى سماته الشخصية ككل (عطية، ٢٠٠٨، ٤).

فيغلب على سلوك الطفل المعاق التبلد الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حوله والاندفاعية، كما يتميز سلوكه بالانعزالية والانسحاب من المواقف الاجتماعي والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع، ومن أبرز سماته الشخصية سهولة الانقياد والشعور بالدونية وضعف الثقة بالنفس والإحباط والقلق (سليمان، ٢٠٠١، ١٨٣).

وعلى الرغم من هذا الاهتمام الذي حظيت به الطفولة من قبل مختلف الجهات وبكل مستوياتها نجد أن الطفل قد أصبح هدفًا توجه إليه الإساءة بأنواع وصور شتى، ولأسباب غير تربوية وغير أخلاقية.

فالأطفال الأصغر عمرًا فهم عرضة للإهمال الجسدي، بينما يكون الأكبر منهم عرضة للإهمال العاطفي، أما المراهقون فيتعرضون أكثر للإساءة الجسدية، فيما تبدأ الإساءة الجنسية على الأغلب من سن ثلاث سنوات فما فوق كذلك فإن وجود إعاقة ما لدى الأطفال يعد عاملا مشجعًا لوقوع الإساءة عليهم، حيث يتعرض هؤلاء الأطفال نتيجة إصابتهم بإعاقة جسدية أو عقلية للإساءة وخاصة الإساءة الجسدية واللفظية والإهمال، نتيجة عدم معرفة طريقة التعامل مع هؤلاء الأطفال فقد وجد بعض

الباحثين أن التخلف العقلي من أهم العوامل التي تساعد في الإيذاء، ووجود هذا الطفل يشكل ضغطا غير طبيعي على الأسرة، كذلك فإن ترتيب الطفل في الأسرة يكون عاملا مساهمًا في وقوع الإساءة عليه (الزيود و فوزي، ٢٠٠٧، ٤).

مشكله الدراسة:

تنبثق مشكلة الدراسة من اطلاع الباحثة على نتائج الدراسات السابقة التي تناولت الإساءة بمختلف صورها ومظاهرها لدى الأطفال بصفة عامة وأطفال المعاقين بصفة خاصة، فالأطفال المعاقين عقلياً عاجزين أحيانا عن فهم الضوابط المجتمعية، لذلك فهم يتعرضون ويعانون العديد من صور الإساءة البدنية والنفسية والانفعالية والجنسية، ومن الإهمال والعنف الموجه إليهم، لذا فهم يتسمون بالعنف والعدوانية والقلق وإيذاء الذات، كما أنهم دائمي التعرض لسوء الاستغلال.

ومن خلال ملاحظة الباحثة أثناء تطبيق برامج الإعاقة بالجمعيات التي تعمل في مجال الإعاقة، وإن إحدى المشكلات الرئيسية التي يعني منها الطفل المعاق عقلياً وهي ظاهرة الإساءة إليه وظهور الاضطرابات السلوكية لديهم، يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

- ما فاعلية البرنامج الإرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم؟

أهداف الدراسة:

١- التحقق من فاعلية برنامج إرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم.

٢- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض بعض الاضطرابات السلوكية وتخفيف أثار الإساءة التى واقعت على هؤلاء الأطفال.

٣- إلقاء الضوء على بعض صور الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقين عقليا.

أهمية الدراسة:

من الناحية النظرية والتطبيقية كالاتي:

وتتمثل أهمية الدراسة من الناحية النظرية فيما يلي:

- تناول فئة من فئات الإعاقة العقلية وهي الإعاقة العقلية البسيطة مما يساير الاتجاه العالمي في الاهتمام بالأطفال المعاقين عقلياً.
- تناول إحدى الاضطرابات السلوكية الشائعة بين الأطفال المعاقين عقلياً والذي يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.
- حاجة مجال دراسة الأطفال المعاقين إلى إجراء كثير من البرامج التدخلية الإرشادية التي تتناولها من زوايا وجوانب متعددة.
- تنفرد الدراسة بأسبقية خاصة حيث لم تتناول أي من الدراسات السابقة المحلية برامج إرشادية لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم.

وتتمثل أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية فيما يلي:

١- تصميم برنامج إرشادي برنامج إرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم، مما يفيد كل القائمين على تربية الأطفال المعاقين عقلياً.

٢- المساهمة في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين عقلياً.

٣- الخروج ببعض التوصيات والمقترحات والتي قد تفيد العاملين والباحثين بمجال الإعاقة العقلية.

٤- تعتبر دراسة موضوع الاضطرابات السلوكية بأشكالها المختلفة المرتبطة بالإساءة للأطفال من الدراسات القليلة في ميدان الطفل المعاق.

٥- قد تسهم الدراسة الحالية في بيان خطورة الإضطرابات السلوكية على توافق الأطفال المعاقين مع ذواتهم وبيئاتهم، وخاصة المرتبطة بأشكال الإساءة إليهم مما قد يدفع المهتمين بهم لوضع اليات للتغلب عليها وعلاجها أو التقليل من أثارها السلبية.

٦- إن محاولة مواجهة بعض صور الإساءة التي يتعرض لها الطفل المعاق والتخفيف من حدتها تعد عاملاً يساعد على تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي لديهم.

٧- تقديم برامج التدخل المباشر لتمكين الطفل المعاق من مواجهة صور الإساءة، يسهم في إعادة تأهيل ودمج هؤلاء الأطفال في المجتمع وجعلهم عناصر إيجابية.

٨- محاولة إسهام الدراسة الحالية في تطوير خطط وبرامج ونماذج العمل بالمؤسسات الحكومية والجمعيات الأهلية المعنية بالاطفال المعاقين.

مصطلحات الدراسة:

تتضمن الدراسة المفاهيم الإجرائية الآتية:

برنامج إرشادي:

وتعرفه الباحثة بأنه مجموعة جلسات إرشادية مخططة ومنظمة في ضوء أسس علمية تتضمن كل من فنية النمذجة ولعب الدور

والتعزيز والمناقشة الجماعية والحور وذلك بهدف تعديل بعض الاضطرابات السلوكية الناتجة عن أشكال الإساءة لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم.

المعاقين عقلياً القابلين للتعليم:

وتعرف الباحثة الطفل المعاق عقلياً بأنه هو الذي تتراوح نسبة ذكائه بين (٥٠-٧٠) على اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لـ Raven والملتحقين بمركز رؤية لذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة القليوبية على أن يكون الطفل المعاق عقلياً قابلاً للتعليم ليلتحق بالبرنامج الإرشادي.

مفهوم الإساءة للطفل:

تعرفه الباحثة أنها تلك الأذى الذي يقع على الطفل سواء كان جسدي أو نفسي أو استغلال الطفل لأغراض جنسية قد تتسبب في حدوث عاهة أو إصابة نفسية لديه.

الاضطرابات السلوكية:

وتعرفها الباحثة بأنها الدرجة التى يحصل عليها الطفل على مقياس الاضطرابات السلوكية موضوع الدراسة بأبعاده (السلوك العدواني- إيذاء الذات).

حدود الدراسة:

طبقت الدراسة الحالية ضمن حدود معينة اشتملت على يأتي:

- **حدود البشرية:** اقتصرت عينة الدراسة الحالية على(١٠) أطفال من المعاقين عقلياً القابلين للتعليم من البنين والبنات، وتتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦-٨ سنوات، والذين تعرضوا لخبرات الإساءة بأشكالها المختلفة.

- **حدود مكانية:** اقتصرت الدراسة الحالية على الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم بمركز إبني للتخاطب وتنمية المهارات بدمنهور محافظة البحيرة.
- **حدود زمنية:** تمثلت في فترة تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم خلال الفترة من (٨/٥/٢٠١٥- ٨/٨/ ٢٠١٥م).

الاطار النظري والدراسات السابقة:

أولاُ: الإعاقة العقلية:

- **تعريف الاعاقة العقلية:**

هناك العديد من التعريفات التى تناولت المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصةوقد أختلف الباحثون فى الزوايا التى تناولوا منها معنى الاعاقة وذوى الاحتياجات الخاصة حسب تخصصاتهم فمنهم من تناولها من زاوية جسمية وحسية وأهتم بالجوانب الطبية المرتبطة بها، وبعضهم أهتم بها من زاوية نفسية وأجتماعية، ومنهم من نظر اليها من وجهة نظر شاملة للجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهناك من تناول تعريف المعاق بناءاً على أساس طبيعة العجز، وما هو على أساس سبب العجز، وما هو على أساس أثاره، وما هو على أساس نسبته (عامر، عامر، ٢٠٠٦، ١٣)

١ – التعريفات الطبية:تركز هذه التعريفات على الاصابة المخية بوصفها اختلال عضوى فى الجسم أو خلل فى وظائف الجهاز العصبى المركزى يؤدى إلى قصور فى الاداء للفرد ذوى الاعاقة وبذلك تصبح الاعاقة العقلية حالة من العجز للوصول إلى مستوى النمو السوى للفرد نتيجة عدم اكتمال النمو العقلى ويعرف على انه حالة

من الضعف فى الوظيفية العقلية نتيجة عوامل داخلية تؤدى إلى تدهور كفاءة الجهاز العصبى مما ينتج عنه نقص فى القدرة العامة للنمو والتكامل الادراكى والفهم يؤدى بشكل مباشر إلى ظهور الكثير من مظاهر سؤ التكيف مع البيئة، يتضح مما سبق أن التعاريف العضوية والطبية تركز على أهمية العوامل الوراثية والاصابات العضوية ومالها من تأثير على الذكاء والقدرات العامة والادراك لدى الافراد ذوى الاعاقة العقلية.

٢ – التعريفات التربوية: تؤكد التعاريف التربوية على عدم قدرة الفرد المعاق عقلياً على التعلم ويعد هذا القصور من وجهة نظر هذه المدرسة المعيار الاساسي للتعرف على الاعاقة العقلية وتصنيفها حيث تشير هذه التعاريف إلى أن الطفل ذوى الاعاقة العقلية لا يستطيع التحصيل بصورة طبيعية وبنفس مستوى زملائة غير ذوى الاعاقة فى الصف الدراسى الواحد، وكثيراً ما تركز هذه التعاريف التربوية على الاهتمام بفئة المعاقيين عقلياً الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٥٠–٧٠) درجة حيث تعد هذه الفئة فئة القابلين للتعليم.

٣ – التعريفات الاجتماعية: ركزت هذه التعاريف على الكفاءة الاجتماعية التكيف الاجتماعى لدى الفرد ذوى الاعاقة وتعد التعاريف الاجتماعية جزء مكملاً للتعاريف الطبية والعضوية حيث تشير الاخيرة إلى القصور فى القدرات العقلية للفرد بينما تؤكد الاولى على قصور كفاءته الاجتماعية.

٤ – التعريفات القانونية: يعنى هذا المفهوم بتحديد مسئولية الشخص ذوى الاعاقة العقلية ومسئولية المجتمع نحوه وهى المسئوليات المدنية والجنائية المختلفة (الكيلانى، ٢٠١٠، ٢–٧).

- **أسباب الاعاقة:**

مما يساعد على معرفة الاسباب العامة للاعاقة فى الاطفال تصنيف حالات الاعاقة لدى الاطفال تبعاً للوقت الذى حدثت فيه الاعاقة أثناء نمو الطفل:

– الاعاقة الوراثية:

أى التى تنتقل من جيل إلى جيل، وتحدث الوراثة إما مباشرة عن طريق الجينات التى تحملها جينات أو كرموزومات الخلية التناسلية وفقاً لقوانين الوراثة.

وأما غير المباشرة: فبدلاً من أن تحمل الجينات ذكاءً محدوداً، تحمل عيوباً تكوينية أو قصوراً أو اضطراباً أو خللاً أو عيباً يترتب عليه تلف أنسجة المخ.

ويلاحظ أن الاعاقة الذهنية قد تنتقل عن طريق أحد الجينات المتنحية التى قد يحملها الفرد ولا تظهر عليه صفاتها. أى دون أن يكون هو معاقاً ذهنياً ويفسر هذا ظهور حالة الاعاقة فى أسر عادية من حيث مستوى الذكاء بين أفرادها.

– الاعاقة بسبب الولادة:

يمكن أن تظهر الاعاقة نتيجة لظروف ولادة الطفل، أى نتيجة لما يحدث عند ولادة طفل. فقد يصاب المولود أثناء عملية الولادة.

ويحدث هذا فى بعض الاحيان فى الحالات الاتية:

١ – إذا كان حجم المولود كبيراً بالنسبة للام.

٢ – الولادة المتعسرة: فقد تبين أن معظم حالات الاعاقة تحدث بين المولودين البكارى ومن المولودين أخيراً، لنقص وصول الدم إلى المخ ففى الحالات الاولى تكون الولادة مصحوبة عادة بعسر وقد

يتبعها شلل فى بعض الاحوال فى أحد الاطراف. أما فى الحالات الثانية: فأنها تكون مصحوبة بضعف صحة الام أو أجهادها وأعيائها من الولادات المتكررة.

٣ – الولادة المبتسرة: أى الولادة قبل تمام نمو الجنين حيث يصاب بنزيف فى المخ لان المولود قبل الاوان لا تكون لدية قوة المقاومة الكافية. وتكون أوعيته الدموية عرضة للتمزق بسهولة.

ومن وجهة أخرى: من السهل على الناس إتهام الطبيب المولد بأنه لم يعتن بولادة الطفل وتسبب فى إصابته بنزيف المخ.

٤ – جرح الرأس: أو النزيف أثناء الولادة أو فى المرحلة الاخيرة من الحمل أو إنخفاض أو نقص الاكسجين عن الجنين أثناء الولادة أو التفاف الحبل السرى حول عنق الجنين.

لذلك يتحتم من مبادىء طب الولادة العمل على أن تكون الولادة طبيعية بقدر الإمكان، بدون تدخل إلا بالنذر اليسير، اللهم إذا حتمت الظروف ذلك. والحذر فى أستعمال المخدر أو العقاقير التى تمنع الام الوضع.

– الاعاقة بعد الولادة:

يمكن أن تظهر الاعاقة فى أى وقت بعد الولادة خلال سنوات الطفولة. وأسبابها متعددة.

١– حوادث السيارات، حوادث الحروق، حوادث السقوط.

٢– الاصابة تاشديدة بمرض الحصبة.

٣– الاصابة فى خلايا المخ والحمى الشوكية.

٤– سؤ التغذية، وضمور خلايا المخ.

٥– نقص افراز الغدة الدرقية.

٦ – ولادة طفل من أم كبيرة فى السن.

٧ – التسمم بمركبات الرصاص إذا إستنشقت أبخرته أثناء الطفولة المبكرة.

– الاعاقة نتيجة العوامل البيئية:

كانفسية والاجتماعية التى لا يكون لها أثر فى إحداث الاعاقة ولكنها تعكس التأثيرات الوظيفية التى يكون لها رد فعل فى إحداث الاعاقة، ولا سيما فى حالات الاعاقة الذهنية مثل:

١– الحرمان البيئى.

٢– الاضطراب الانفعالى المزمن.

٣– إنخفاض المستوى الاجتماعى والاقتصادى للاسرة.

٤– الضعف الثقافى والتربوى داخل الاسرة إلى جانب الجهل والمرض.

فالمكونات البيئية ذات أهمية كبيرة فى التأثير على مستوى الذكاء.

– زواج الاقارب:

إذا كان الوج أو الزوجان من أسرتين وجد بهما أو بأحدهما حالات إعاقة ذهنية، فهذا يؤدى إلى ظهور الاعاقة الذهنية بين أطفالهما.

أما إذا كان كلا الزوجين من أبناء العمومة ويتمتعان بعقلية ممتازة، ومن أسرة لم تظهر فيها حالات الاعاقة الذهنية، فان أطفالهما يتمتعون بقدر عادى أو أكثر من العادى من الذكاء. (فهيم، ٢٠٠٣، ١١-- ١٤)

وتلخص الباحثة الاسباب العامة للاعاقة الذهنية إلى اسباب قبل الحمل– واسباب أثناء الحمل– وأسباب أثناء الولادة– وأسباب بعد الولادة.

تصنيف الاشخاص ذوى الاعاقة الذهنية:

يتم تصنيف الاشخاص ذوى الاعاقة الذهنية طبقاً للتعريفات السابقة إلى:

١ – التصنيف الطبى.

٢ – التصنيف التربوى وينقسم إلى:

ا – قابلين للتعليم.

ب – قابلين للتدريب.

ج – الاعتماديين.

٣ – التصنيف السلوكى: ويعتبر التصنيف السلوكى أفضل من التصنيف الطبى لانة يصنف المعاقين ذهنياً إلى فئات حسب خصائهم السلوكية الحاضرة التى تظهر نسب ذكائهم وسلوكياتهم التوافقية فى البيت والمدرسة والمجتمع. وهناك نوعان من التصنيف السلوكى وهما:

أ – التصنيف السلوكى الرباعى: وهو تصنيف الجمعية الامريكية ويقسم المعاقين إلى اربعة فئات بحسب نسبة الذكاء على مقياس بينية ووكسلر

جدول (١)

تصنيفات الإعاقة السلوكي الرباعي

أنواع الإعاقة	بينيه	وكسلر
إعاقة ذهنية بسيطة	٥٢ – ٦٧	٥٥ -- ٦٩
إعاقة ذهنية متوسطة	٣٦ – ٥١	٤٠ -- ٥٤
إعاقة ذهنية شديدة	٢٠ – ٣٥	٢٥ -- ٣٥
إعاقة ذهنية عميقة	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

ب – التصنيف السلوكى الثلاثى: يحذف هذا التصنيف فئة الاعاقة الذهنية العميقة ويكتفى بفئات الاعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة والشديدة ويحدد الحدود الفاصلة بينهما على النحو التالى:

جدول (٢)

تصـنيف الإعاقة السلوكي الثلاثـي

(عامر، عامر، ٢٠٠٦، ١٠٧)

إعاقة ذهنية بسيطة	**٦٨ – ٥٠**
إعاقة ذهنية متوسطة	**٤٩ – ٢٥**
إعاقة ذهنية شديدة	**أقل من ٢٥**

خصائص الاشخاص ذوى الاعاقة الذهنية:

١ – الخصائص الجسمية: يكون النمو الجسمى بطىء بالنسبة لتطور الاطفال غير ذوى الاعاقة وأكثر تعرضاً للامراض وأحياناً يصاحب الضعف العقلى اضطراب فى المهارات الحركية أو الضعف البصرى أو السمع أو عدم تكامل نمو الاسنان والعضلات.

٢ – الخصائص العقلية: يعد التأخر العقلي وانخفاض نسبة الذكاء من أهم سمات الاطفال ذوى الاعاقة العقلية المسببة لما يعتريهم من أوجه التأخر والقصور مثل تأخر النمو اللغوى والمعرفى والعمليات العقلية المعرفية، كما يعانى الاطفال ذوى الاعاقة العقلية من ضعف القدرة على الانتباه، التذكر، التمييز، التخيل والتفكير.

٣ – الخصائص النفسية: يغلب على سلوك الاطفال ذوى الاعاقة العقلية التبلد الانفعالى واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم والاندفتعية وعدم التحكم فى الانفعالات، كذلك يتميز سلوكهم

بالانعزال والانسحاب من المواقف الاجتماعية والنزعة العدوانية فى بعض الاحيان والسلوك المضاد للمجتمع وتدنى مستوى الدافعية الداخلية وتوقع الفشل، سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء، الجمود والتصلب، الشعور بالدونية والاحباط، وانخفاض تقدير الذات وضعف الثقة بالنفس، الرتابة والتشتت والتردد وبطء الاستجابة والقلق والسرحان والوجوم.

٤ – الخصائص الاجتماعية: عرف البعض الاعاقة العقلية بانها حالة عدم اكتمال النمو العقلى بدرجة تجعل الفرد عاجز عن موائمة نفسه مع البيئة ومع الافراد غير ذوى الاعاقة بصورة تجعله دائماً فى حاجة إلى رعاية وحماية خارجية ولهذا فقد وصفوا الطفل ذوى الاعاقة بأنه غير كفء أجتماعياً ومهنياً (الكيلانى، ٢٠١٠، ٣٠–٣٩).

ثانياً: مفهوم الإساءة للأطفال

تعد الإساءة إلى الطفل المعوق واحدة من أخطر الظواهر التي قد يتعرض لها الأطفال المعاقون عقليا حيث تؤثر في نموهم الصحي والنفسي والاجتماعي فضلا عما تحمله من مظاهر غير إنسانية وغير متحضرة، وقد اهتمت المجتمعات بكافة أشكالها بهذا الموضوع لما يمثله من عدوان خطير على الطفل.

يتعرض الطفل المعاق عقليا للإساءة في العديد من الأماكن منها المنزل من خلال الوالدين والإخوة، ثم في المدرسة على أيدي المعلمين والزملاء في الصف الدراسي ثم يتعرض الأطفال إلى الإساءة في المجتمع الكبير من خلال عامة الناس أو من خلال الإهمال الذي قد تتعرض له تلك الفئة والمتمثل في نقص برامج الرعاية والاهتمام.

تعريف الإساءة:

أما (Albeniz, Joaquin, 2004, 289-300) فعرف الإساءة بأنها :أي فعل يقوم به الوالدان أو القائمون على رعاية الطفل، أو يمتنعون عن تقديم الرعاية له والذي يسبب له الموت أو الإيذاء الجسدي أو الانفعالي أو الإساءة الجنسية أو الاستغلال وبذلك يتضمن مفهوم الإساءة العديد من الصور والمظاهر للإساءة مثل الإهمال والتعدي الجسدي والإساءة الانفعالية والاعتداء أو التحرش الجنسي.

وعرفتها (فهيم، ٢٠٠٧، ٢٥) بانه" :هو سلوك من جانب الوالدين أو القائم علي رعايته والذي ينجم عنه أذي :بدني ونفسي وانفصال حقيقي وربما ينتج عنه وفاة الطفل".

يعرف (الخدالدي، ٢٠٠٨،٦٥) الإساءة للطفل " بأنها تصرف أو سوء تصرف يصدر من قبل الوالدين أو من يقوم برعاية الطفل، بحيث يتسبب في: الوفاة، إلحاق أذى حقيقي جسدي أو إنفعالي، إساءة جنسية أو استغلال جنسي للطفل أو أي تصرف أو سوء تصرف ينتج عنه خطر أو أذى متوقع على الطفل.

حجم ظاهرة إساءة الأطفال:

يصعب تحديد حجم إساءة الأطفال بشكل دقيق، لعدم وجود إحصاءات ودراسات كافية حول حجم هذه الظاهرة، إضافة إلي عدم دقة الإحصاءات المتيسرة، وذلك يرجع إلي عدة أسباب منها:

- صعوبة الإبلاغ عن واقعة الإساءة من قبل الأطفال المتعرضين لها.
- صعوبة تحديد المظاهر العامة للإساءة وخصوصاَ الإساءة النفسية.
- محاولات التستر علي تعرض الطفل للإساءة،خاصة من أفراد أسرته. (بوقري، ٢٠١٠، ٩٣).

وتتنوع التقديرات بخصوص أعداد الأطفال الذين يواجهون الإساءة بأنواعها سنوياً. على سبيل المثال, تشير أحدث الإحصائيات إلى أن عدد الأطفال الذين يواجهون حالات الإساءة ارتفع حول العالم إلى ما يوازي ٢٤٤ ملايين طفل, من بينهم ٣٥% أطفال ما دون سن المدرسة(Akrami, Davudi, 2014, 2)، وتختلف هذه النسبة عن تقارير منظمة اليونيسيف والتي قدرت فيها أعداد الأطفال الذين يواجهون الإساءة سنوياً يتراوح ما بين ١٣٣-٢٧٥ مليون طفل (UNICEF, 2014)، ووفقاً لاستطلاع قومي في كندا بعنوان "احصائيات الإساءة ضد الطفل في ٢٨ مقاطعة", بلغت معدلات الإساءة المباشرة ضد الطفل في سن ما قبل المدرسة ٨١.٧% من إجمالي حالات الإساءة عموماً ضد الأطفال, في حين بلغت معدلات الإساءة الجنسية غير المباشرة نسبة ٦٢.٢%(Akrami, Davudi, 2014; 8)، أيضاً تشير وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية في أحدث تقاريرها لعام (٢٠١٤) أن نسبة أقل من ٢٠% من الأطفال المُعرضين للإساءة بالولايات المتحدة يحصلون على خدمات الرعاية الملائمة بسبب ضعف معدلات الإبلاغ عن أحداث الإساءة أو تأخر الإبلاغ, فضلاً عن جهل بعض الأسر بالآثار الناجمة عنها ضد أطفالهم (U.S.A,2014).

وأشارت دراسة (أبو نواس،٢٠٠٣) والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة، وكانت النتائج أن أكثر أشكال الإساءة شيوعًا الإساءة الجسدية وهي أعلى من نسبة الإساءة الجنسية والإساءة النفسية

حيث بلغت نسبتها ٤٤.٨% بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة وان أكثر أربعة خصائص نفسية واجتماعية شائعة لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة هي العدوانية نقص المهارات الاجتماعية والاعتمادية والعزلة.

يوضح المكتب الأمريكي لرعاية الأطفال ضحايا الإساءة الجنسية (٢٠١٣) أن نتائج الإساءة الجنسية تتراوح ما بين نمو السلوكيات العدوانية, القلق/الخوف, ضعف المهارات اللفظية, المشكلات النفسية الجسمية, انعدام الشعور بالأمن النفسي, ضعف الثقة بالنفس, احتمالات نمو صعوبات التعلم والتأخر النمائي، وفي بعض الحالات يمكن أن يتطور الأمر إلى ظهور العديد من مشكلات الصحة العقلية.
American Office for Children Victims of Abuse (and Violence,2013)

نتيجة لذلك, أصدرت الجمعية القومية للأخصائيين النفسيين في تقريرها لعام ٢٠١٣ توصية بضرورة قضاء الأخصائيين النفسيين في المدارس ورياض الأطفال ٨٠% من أوقاتهم في التواصل مع الآباء لتوعيتهم وإرشادهم بأضرار الإساءة على أطفالهم. (American School Counselor Association, 2013)

وتسجل بعض البحوث أن ما بين ٢٥-٨٥% من المعاقين عقلياً ضحايا للإساءة الجنسية(Saunders, 2012; 717-721) وعلى الرغم من ان معظم الباحثين يعترفون بخطورة الاساءة الجنسية على الاطفال غير ان هذه المشكلة تبقى فى حيز المناقشة وقد اشارت تقديرات لانتشار معدلات الاساءة الجنسيه على الاطفال فى الولايات المتحدة انها تختلف

اختلافا كبيرا فى معدلاتها وحجم وخصائص العينة ومناهجها المختلفة عبر دراسات المسح مما علية من مناطق اخرى, وتشير التقديرات الى انتشار الاساءة الجنسية على الاطفال من (٢%-٦٢%) فى الاناث, ومن (٣%-٦٢%) فى الذكور فى الولايات المتحده وكندا,ومن افضل التقديرات التى نحصل عليها فى معدلات انتشار الاساءة الجنسية على الاطفال تاتى من خلال الدراسات التى تعتمد على استخدام اثر رجعى لعينة كبيرة, وربما يكون افضل تقديرات لمعدلات الاساءة فى الولايات المتحدة هو التقرير الاحصائى الذى ينشر سنويا من قبل المركز الوطنى للاساءة والاهمال للاطفال (NCCAN) ويشير فى تقديراتة الى وجود حوالى (٨٦.٦٥٦) من حالات الاساءة الجنسية للاطفال فى عام(٢٠٠٢) وهذا ما يقرب الى (١.٢%) من عدد سكان فى سن الطفوله فى الولايات المتحدة تبعا لوكلات حماية الطفل.(Tackett, Williams, Finkelhor, 2008, 383-384)

تصنيفات الإساءة وإبعادها:

ومن خلال مراجعة تصنيفات الإساءة وأبعادها، يمكن القول بوجود أربعة أبعاد للإساءة يجمع عليها الباحثون هي:

أ- الإساءة الانفعالية Emotional Abuse.

ب- الإساءة الجسدية Sexual Abuse.

ج- الإساءة الجنسية Sexual Abuse.

د- الإهمال Neglec.

أ- الإساءة الانفعالية Emotional Abuse:

تعد الإساءة الانفعالية من أخطر أنواع الإساءة التي يتعرض لها الطفل ومن أصعبها تحديدًا، وعلى الرغم من ذلك فمن الواضح أن هذه

الصورة من الإساءة لها أضرار كبيرة يمكن أن تؤثر على تقدير الطفل لذاته وعلى حياة الطفل الانفعالية، وتتضمن الإساءة العاطفية هجمات متطرفة مثل :الصراخ والاستخفاف والتهديد، كما يتضمن كذلك المتطلبات غير المنطقية أو أشياء أخرى من الإساءة التي تقلل من تقدير الطفل لذاته، كما تتضمن تجاهل الطفل وعدم التعبير عن الحب تجاه الطفل والرفض وعدم القبول، وبذلك فإن الإساءة الانفعالية تشمل الإساءة النفسية، والإساءة اللفظية، كما تظهر الإساءة الانفعالية غالبًا مصاحبة لأنواع أخرى من الإساءة.(جوهرجي، ٢٠١٢، ٣٥)

وقد عرف (العقرباوي،٢٠٠٣، ٤٩) الإساءة الانفعالية بأنها متطلبات أبوية زائدة وغير معقولة تفرض على الطفل توقعات أكبر من قدراته، وقد تظهر عن طريق الاستخفاف بالطفل، أو الفشل في توفير الحب والرعاية والإرشاد الكافي له.

وعرف (قاسم، ٢٠٠٤) الإساءة الانفعالية بأنها" الممارسات المستمرة للوالدين والتي تسبب دمارا عنيفا أو أضرارا بالغة لقدرة الطفل، فالإساءة الانفعالية تؤدي إلى حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية الخطيرة، وتضعف كلا من القدرة على النجاح، والقدرة على تكوين علاقات سوية مع الآخرين، كما أنها تؤدي إلى حدوث تغيرات في تفكير الطفل وشخصيته وبالتالي تغيير في سلوكه وتفاعله مع الآخرين".

ويرى (السروري، ٢٠٠٥) أن إساءة المعاملة الانفعالية" هي تصرفات أو أفعال تسبب في فقدان الاحترام النفسي، ويأتي هذا الإحساس بعدم الاحترام من السب، واللعن، والذم، والمناداة بألفاظ جارحة نابية."

وعرفت(بوقري، ٢٠١٠، ٨٧) الإساءة الانفعالية بأنها" :النمط السلوكي الذي يهاجم النمو العاطفي للطفل وصحته النفسية وإحساسه

بقيمته الذاتية وهو يشمل الشتم والتحقير والترهيب والعزل والإذلال والرفض والتدليل المفرط والسخرية والنقد اللاذع والتجاهل والإساءة الانفعالية تتجاوز مجرد التطاول اللفظي وتعتبر هجوماً كاسحاً علي النمو العاطفي أو الانفعالي والاجتماعي للطفل وهو تهديد خطر للصحة النفسية للطفل".

وتأخذ الإساءة الانفعالية عده أشكال يمكن إجمالها على النحو الآتي:

أولاً: الاستغلال: ويكون ذلك من خلال الحصول على شيء ما من الطفل نتيجة لضعفه، ومثال ذلك الإساءة الجنسية التي يتعرض لها الطفل من الكبار. (أبو عليا، ٢٠٠٠)

ثانيًا: عدم قبول الطفل من قبل والديه: ويتمثل ذلك برفض مطالب الطفل وعدم تلبية حاجاته الأساسية خصوصًا عندما يكون الطفل يعاني من الإعاقة الذهنية، أو الإهمال في تقديم الرعاية المناسبة والشاملة للطفل.

ثالثًا: الإرهاب: ويتطلب ذلك إجبار الطفل على مشاهدة الإيذاء المحبب لدى الكبار، مثال ذلك الإيذاء الجنسي، أو التهديد بالاعتداء على الطفل من قبل أفراد لإجباره على أداء سلوك ما.

رابعًا: لوم الطفل وإهانته: ويكون ذلك عن طريق تحقير الطفل ولومه والنظر إليه بسخرية، وتجنب الحديث معه وتجاهله وعدم التفاعل معه (Vig, Kaminer, 2002, 371-386).

وهناك العديد من المؤشرات السلوكية التي تميز الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الانفعالية عن غيرهم، وهي (Molnar, Buka, Brennan, Holton, Earls, 2003, 84-97):

- الاعتمادية وتجنب التفاعل مع الآخرين.

- تقدير للذات متدني.
- الشعور بأنه غير محبوب، وغير مرغوب فيه.
- سلوك غير سوي يتضمن الخوف والقلق والعدوان.
- التشاؤم من الحياة لا يتناسب مع عمره الزمني.
- الشعور بعدم الكفاية والدونية وضعف الدافعية.

إن الأطفال الذين يتعرضون إلى الإساءة الانفعالية من قبل المحيطين بهم أو القائمين على رعايتهم أو المشرفين عليهم يجدون صعوبة في شرح ما يحدث لهم لنظرائهم أو لغيرهم لأنهم يتعرضون إلى أنواع بشعة من الإساءة، وخصوصًا الطفل المعاق ذهنيًا، فلا يجد أي عناية خاصة به، وعلى العكس من ذلك فكل ما يحصل عليه؛ إجابات مقتضبة مثل أن هذا السلوك (مناسب – غير مناسب) لك لأنك لا تفهم شيء.(Vig, Kaminer,2002, 371-386)

ولقد اشارت(السروري،٢٠٠٥) الى الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأطفال المساء إليهم مقارنة بالأطفال غير المساء إليهم، وكذلك معرفة الاضطرابات النفسية التي ترتبط بكل شكل من أشكال الإساءة، والتى توصلت الى:- وجود فروق بين متوسطات الأطفال المساء إليهم والأطفال غير المساء إليهم لصالح الأطفال المساء إليهم في أبعاء القلق والاكتئاب والانسحاب والمشكلات الإجتماعية والسلوك العدواني،- كما تبين أيضًا أن الإساءة الانفعالية تساهم بنسبة كبيرة من التباين في أبعاء الانسحاب والإكتئاب والمشكلات الإجتماعية والانتباه لدى الأطفال المساء إليهم مقارنة بالأطفال العاديين.

ودراسة (الزغل، ٢٠٠٤) والتي هدفت إلى التعرف على إساءة معاملة الطفل المعاق عقليا من الدرجة البسيطة وعلاقتة ببعض المشكلات النفسية، والتى أسفرت عن:-- وجود علاقة ذلك دلالة إحصائيا بين الإساءة النفسية والدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية التى تتمثل فى: العنف، السلوك المضاد للمجتمع، العناد، السرقة، العادات الصوتية غير المقب : ولة، فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين عقليا،-- توجد علاقة ذات دلالة إحصائيا بين الإساءة الجسمية والدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية لدى الأطفال المعاقين عقليا.

ب-- الإساءة الجسديةPhysical Abuse :

عرف (قاروني، ٢٠٠٤، ٥٢) الإساءة الجسدية: هو أي أذي جسدي مقصود يمارس على الطفل، يشمل هذا الضرب، الرفس، الخض، جر الشعر، العض، القرص، الخنق، الحذف أو غيره من الاعتداءات سواء تركت أثاراً على جسم الطفل أم لم تترك.

عرفها (ال سعود، ٢٠٠٥، ٤٦) بأنها "هو الأذى الفعلي أو المحتمل وقوعه علي الطفل، أو التهاون في منع حدوث الأذى البدني أو الألم عنه بالإضافة إلي تسميم الطفل المتعمد أو خنقه".

في حين يري (عبد الرحمن، ٢٠٠٦، ٢٤) أنه" :استخدام قصدي وليس مصادفة للقوة كجزء من تعامل الآباء أو من يقوم مقامهما مع الطفل بغرض الأذى". وترى (بوقري، ٢٠١٠، ٨٧) الإساءة الجسدية هى: سلوك التدخل المقصود أو عدم التدخل المقصود من قبل الوالدين أو القائمين علي رعاية الأطفال والذي يؤدي إلي حدوث إصابات وجروح جسمية أو يترك أثارا نفسية واجتماعية سيئة علي الأطفال تعوق نموهم النفسي والاجتماعي وتؤثر علي شخصيتهم تأثيرا سلبياً بليغاً".

وتشير العديد من الدراسات إلى أن الإساءة الجسدية تنتشر بين الكثير من الأسر وخاصة الأسر ذات المستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المنخفض، حيث تعتقد هذه الأسر أن العقاب البدني هو أحد الطرق الأساسية للتربية متجاهلين الآثار السيئة التي تحدث للأطفال من وراء العقاب البدني حيث تترك على الأطفال الكثير من الآثار النفسية والبدنية، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة التي أجراها فريزلير ورفاقه(Freisthler, Bruce, Needell, 2007, 7-16) والتي قارن فيها بين مجموعة من الأطفال (البيض، والسود، والآسيويين) وأثر الحي السكني على ممارسة العنف ضدهم، فتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية بين الإساءة ومكان السكن والطبقة الاجتماعية والعرق، حيث تبين أن الأطفال السود هم أكثر الأطفال تعرضًا للإساءة يليهم الآسيويين، ثم الأطفال البيض. مما يعني أن هناك أثرًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي لأسر هؤلاء الأطفال بالتعرض للإساءة.

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها (Blacher, McIntyre, 2006, 184–198) والتي تقصت دور الثقافة في خفض الإساءة لدى الأطفال المعاقين ذهنيًا لدى الأمهات اللواتي ينتمون إلى أصول عرقية مختلفة(من أصول إنجليزية، من أصول أمريكا اللاتينية) واللواتي تعرضن لبرنامج إرشادي، تبين أن التحسن ظهر لدى الأطفال المعاقين ذهنيًا من الأمهات الإنجليزيات، حيث أظهرن سلوكًا تكيفيًا أفضل من الأمهات من أمريكا اللاتينية.

وفي دراسة أخرى أجراها (Vig S., Kaminer, 2002, 371-386) فقد وجد بعد مراجعته لأكثر من (50,000) حالة إساءة تعرض لها

الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية من خلال السجلات القانونية والحالات الاجتماعية، أن نسبة من يتعرض للإساءة من الأطفال المعاقين بلغت ٣١%، في حين أن نسبة من يتعرض للإساءة من الأطفال العاديين بلغت ٩% فقط، وفسر هذا الاعتداء الموجه نحو الأطفال المعاقين بسبب الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسر التي لديها طفل معاق نتيجة للعزلة الاجتماعية التي يشعرون بها، إضافة إلى الإصابة بالإحباط والإجهاد الناتج من تقديم الرعاية المستمرة لهؤلاء الأطفال، علاوًة على خصائص الطفل المعاق الذي يتميز بالسلوك العدواني.

السلوكيات التي تصف الأطفال المساء إليهم جسديًا:

وقد وضع بعض الباحثين قائمة من السلوكيات التي تصف الأطفال المساء إليهم جسديًا، وهي:

- قلق مستمر وتوقع حدوث الخطر.
- عجز عن التعلم، وعدم القيام بالتجريب.
- سلوك متقلب من موقف إلى آخر.
- الخوف والإحجام من الاتصال الجسدي مع الآخرين.
- الميل بالاهتمام بحاجات والديه الانفعالية.
- الاستثارة الشديدة بسلوكيات الآخرين.
- ضعف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. (العجمي، ٢٠٠٧، ٦٥)

بعض صور الإساءة الجسدية لدى الأطفال:

تعد إساءة المعاملة الجسدية من أكثر أنواع الإساءة انتشاراً وشيوعاً، كما أنها أكثر سهولة من حيث التعرف عليها، وذلك لأنه تظهر على الطفل الذي أسيئت معاملته.

ولقد اشار (سليمان، ٢٠١١، ٤٣) إلى أن الإساءة الجسدية تتميز بالضرر البدني مثل الكدمات والكسور الناتجة عن اللكمات، أو الضرب أو الركل، أو القرص، أو الحرق، أو إيذاء الطفل بأية طريقة أخرى، وذلك على الرغم من أن حدوث الإصابات ليس عرضياً، فالآباء أو مقدم الرعاية ربما ينتج الضرر من التأديب الزائد، أو العقاب البدني غير الملائم لعمر الطفل وحالته.

وتناول (Change, 2006, 881- 891) "أنماط الإساءة الجسدية الموجهة إلى الأطفال، وأشار إلى أن الإساءة الجسدية تكون على قمة هرم الإساءة ثم تليها الإهمال، وأوضح أن عملية الإساءة الجسدية من جانب الوالدين هي نوع من العقاب لحفظ التربية والنظام".

وتشير دراسة (Angelo, 2004, 25) أن الإساءة الجسدية تكون على هيئة كدمات، أو تجمعات دموية، أو حروق، وخدوش، أو جروح في أماكن مختلفة من الجسم، أو إصابات، وتمثل إصابة الجهاز العصبي ٢٤%، كما تمثل كسور العظام بأنواعها المختلفة ٣٠%، وتمثل الحروق نسبة١٠% من إصابات الطفل، ويعتبر الرأس هو المكان الرئيس للإصابة في حالات الإساءة الجسدية.

ج -الإساءة الجنسية:

وتعرف(Naik, Spinks, Australia, 2006, 3) (الاساءه الجنسية)على نطاق واسع هو الاتصال الجنسى الغير المرغوب فية مع شخص اخر, وبصوره اخرى هى التحرش الجنسي بالاطفال,ويختلف تعريف الاساءه الجنسية بالاطفال باختلاف قوانين كل دولة.

وعرف (Sanderson, 2006, 31-35) وهى كل عمل يؤدى لإجبار الطفل او الاحتيال عليه وخداعة لكى يشترك فى علاقات جنسية مع الكبار, وهو لا يفهمها ولا مستعد لها تدخل فى دائرة الاعتداء الجنسى (الاساءه والاغتصاب) وتدخل الملامسات المباشره وغير المباشره فى ذلك الاعتداء,كما فى اشتراكهم فى مشاهدة او تصوير الافلام الممنوعة, وكذلك تعليمهم كيفية التصرف بطريقه فيها ايحاءات جنسية مرفوضه (ومنها خلع الملابس) وعلى الرغم من تواجد هذه الفئات الاربع منفصلة غير ان الاساءه الجنسية على الطفل قد يشمل عدد منها او جميعها, فالاعتداء عبارة عن ايقاع الاذي والضرر بالطفل جنسيا, ولكن النتيجه تصيب كل الدوائر الاخرى.

وعرف (Friedrich, Luecke, 2010, 396–409) الإساءة الجنسية كعملية استغلال للسلطة, في إجبار الطفل على أنشطة جنسية إما من شخص بالغ أو شخص اكبر منه".

أيضاً, عرف (Telljohann, Everett, Price, 2011, 149-153) للإساءة الجنسية على أنها "عملية الاتصال الجسدي غير التوافقي مع القاصرين بغرض الإمتاع الجنسي".

وعرف (Kinard, 2013, 1043) الإساءة الجنسية بأنها "استغلال جنسي يتضمن الاتصال البدني بين طفل وشخص آخر. ينطوي ذلك الاستغلال على تفاوت القوة الجسمية والسن وطبيعة العلاقات الوجدانية بين الطفل ومرتكب الإساءة الجنسية".

وعرف (Hunter, Goodwin, Wilson, 2014, 75) الإساءة الجنسية كمحاولات أو نجاح في إرتكاب إتصال جنسي بالإكراه.

وعرف (Pohl, Hazzard, 2014, 337-344) الإساءة الجنسية على أنها "تحدث عندما يجعلك شخص تشعر بالرفض من خلال لمس أو النظر إلى أعضاءك الخاصة أو يجعلك أنت تلمس أو تنظر إلى اعضاؤه الخاصة لجسده ".

عرفت الإساءة الجنسية على أنها "حالات تعدي أو اغتصاب يتم خلالها اللجوء إلى العنف والإساءة للضحية من جانب المعتدي لإشباع رغبته الجنسية, ويتم خلالها عادةً استغلال سلطة المرتكب على الضحية" (Gilson, DePoy, Cramer, 2015, 220-235).

الإضطرابات السلوكية المرتبطة بالإساءة الجنسية للأطفال المعاقين عقلياً: يرتبط التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال المعاقين بالعديد من صور الإضطرابات السلوكية, ومن بينها بعض السلوكيات الخطرة مثل العدوانية وإيذاء الذات والميول التدميرية (Crocker, Mercier, Allaire, Roy, 2011, 786–801)، وتتفاوت معدلات انتشار كل من هذه السلوكيات بين الأطفال العاقين عقلياً, على سبيل المثال, يبلغ معدل انتشار العدوانية الناجم عن التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال المعاقين عقلياً ما بين ١٠ إلى ٤٥%، يوجد اتفاق كبير على أن الاضطرابات السلوكية تؤثر بالسلب على حياة الكثير من الأطفال ذوي الإعاقات العقلية وتخلق تحديات كبيرة أمام مقدمي الرعاية لهم.

(Gustafsson, Ojehagen, &Others, 2014, 281–290)

مقارنة بين الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الإساءة الجنسية بين الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين:

– يرتبط التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال المعاقين عقلياً بسلوكيات القلق والفوبيا والعدوانية، يبين (Bradley, Summers,

(Wood, Bryson, 2014, 61) أن معدل الاضطرابات السلوكية بين الأطفال المعاقين عقلياً يزيد على الاضطرابات التي يواجهها أقرانهم العاديين نتيجة للتعرض للإساءة الجنسية بمعدل ما بين ٣٥-٥٠%.

يُظهر الأطفال ذوي الإعاقات العقلية غير اللفظيين اضطرابات سلوكية أعلى من أقرانهم اللفظين عند التعرض للإساءة الجنسية، فالأطفال المعاقون عقلياً الذين لايمكنهم التعبير عن التعرض للإساءة الجنسية تتطور ردود أفعال اضطراباتهم السلوكية لأن الآخرين من حولهم لا يفهمونهم أو مجرد يشكون أنها من الأعراض المصاحبة لحالة الإعاقة العقلية. (Goldberg, Willamette, 2015)

وهناك مظاهر للإساءة الجنسية للطفل هي (محمد، ٢٠٠٨، ٥٦):

- الإيذاء الجنسي للمناطق التناسلية للطفل.
- انتقال بعض الأمراض الجنسية.
- الشكاوى الجسدية.
- صعوبة في التبول.
- الحمل المبكر.
- سلوك عدوانى تجاه البالغين.
- عدم القدرة على تأثيث علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين.
- سلوك ارتدادي متأخر.
- ظهور أعراض وأشكال السلوك المضطرب مثل "الخوف- الكوابيس- النكوص- إيذاء ألذات".

تظهر عليهم أعراض سوء التوافق الدراسي مثل "القلق- تأخر التحصيل الدراسي- عدم إقامة علاقات مع الأقران- الرغبة في الجلوس منفرداً- الرغبة في الجلوس مع الأطفال المنحرفين- ظهور سلوك جنسي غير ملائم مع الأقران- ظهور مشاعر اكتئابية شديدة".

حدوث صدمة واشتمئزاز من أنفسهم وقد يشعرون أنهم هم السبب في تعرضهم لهذه الإساءة واشتمئزاز لأنهم أقذار مثلاً، وذلك لأن هؤلاء الأطفال قد تعرضوا لعدوان جنسي فقد جربوا نوعاً من الإثارة غير مستعدين لها فيزيقياً أو عاطفياً.

الشعور بالعزلة والهجر عن الآخرين لأنهم يعتبرون أن الحافز الأساسي لأي صداقة أو علاقة من الاخرين هو الحافز الجنسي فقط بدلاً من حافز الحب والمودة والعطف والصداقة والانتماء.

يشعرون أنهم مخدعون– خائفون– معرضون دائماً للهجوم– خجولون– مضللون.

اللجوء للأعمال غير الشرعية مثل "السرقة– الهروب من المنزل أو المدرسة– شرب المخدرات والكحوليات".

السلوك الانتحاري والخوف دائماً من شخص ما.

تأثير الإساءة الجنسية على الطفل:

تستمر معاناة الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية لفترات طويلة. أحياناً, يمكن أن تظهر تلك المعاناة في صورة اضطرابات ومشكلات نفسية يلاحظها المحيطون بالطفل، ولكن البعض الآخر قد لا يكون واضحاً.

تأخذ تأثيرات الإساءة الجنسية الأعراض التالية: (Brown, Dibiasio, 2014, 280–303)

- **الإرتباك:** يكون لدى الأطفال العديد من المشاعر المختلطة حول ما حدث لهم، ويعتمد ذلك على ردود افعال الأسرة والأصدقاء.
- **الشعور بالذنب:** يشعر الاطفال المساء لهم جنسياً بأنهم مذنبين، معتقدين أن هناك بعض المسؤلية التي تقع عليهم حول التحرش.

- **الخزي:** الشعور بعدم القيمة.
- **الحزن:** قد يتوقف الاطفال عن رؤية العالم على انه مكان آمن, ويشعرون بالوحشة.
- **العجز:** يشعر الطفل بالعجز أثناء الإساءة الجنسية، قد يشعرون بعدم قدرة على مواجهتها إن تكرر حدوثها في المستقبل.
- **الاحباط:** يمكن أن يبدو على الطفل المُعرض للإساءة الجنسية رغبة أقل في اللعب والحزن, والعزله عن الأقران والابتعاد عن الأنشطة

ثالثاً: الاضطرابات السلوكية

أن الطفل المعاق له بناء نفسي خاص به نتيجة لما لحق به من الإعاقة وإحساسه بالاختلاف عن غيره من الأطفال الآخرين، وتؤدى الإعاقة بالطفل إذا لم تساعده وتقدم له العون إلى اضطراب صورته عن ذاته وهى حجر الزواية فى البناء النفسي ويترتب على ذلك عدم تحقيق التوافق مع نفسه ومع الآخرين، ولذلك تظهر بعض الإضطرابات لدى أولئك الأطفال مثل العدوانية، أو النشاط الزائد، أو الانطواء والانسحاب، أو التبول اللاإرادي... أو غيرها من أشكال السلوك المضطرب.(عبد المعطى، أبو قلة، ٢٠١٠، ١٣-١٤)

مما لاشك فيه أن ظهور الأعراض المصاحبة للاضطراب السلوكى، تتضح بصورة قوية حين يبدى الطفل نمطاً متكرراً ومتواصلاً من السلوك الشاذ، والذي ينتج عنه إشاعة الفوضى والاضطراب فى سلوك الأطفال الأجرين، والذي يؤدى بدوره إلى إعاقة مهام الأنظمة التعليمية والاجتماعية، ومن هذا كان التعرف على تلك الفئة أمراً مهماً لمساعدتهم أو إن شئت قلت: ترويضهم من خلال أساليب تمكنهم من التكيف مع البيئة والاستجابة للتعليم. (زيتون، ٢٠٠٣، ١٨٨)

الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم والمساء إليهم:

أسباب اضطراب السلوك لدى المعاقين عقليا:

تختلف المشاكل السلوكية لدى فئة المعاقين عقليا عنها لدى الأطفال العاديين، ويرى العاملون في مجال العناية بالمعاقين عقليا أن اضطراب السلوك لايرجع إلى الإضطرابات العضوية المصاحبة لحالات الإعاقة العقلية بقدر ما يعود إلى الظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة بالطفل ومن أهمها: (ســـــناري، ٢٠٠٢، ٢٩- ٣٠)

- الحماية الزائدة: حيث يحرم الطفل من التمتع بالحرية المناسبة لنموه النفسي والإنفعالى، ومن ممارسة النشاطات التي تؤدى إلى الشعور بالاستقلال والمبادرة واتخاذ القرارات، وهو ما يؤدى إلى الشعور بالنقص والتبعية.
- تحديد الأهل لأهداف أعلى من قدرات وإمكانات الطفل الحقيقية ومستواه الأدائي الحالي وإستعدادته العقلية المعرفية، حيث قد يعانى بعض الآباء أحيانا فى تحديد مستويات أبنائهم وبالدفع بأطفالهم المعاقين عقليا إلى ممارسة نشاطات أعلى مما تؤهله لهم قدراتهم، ظنا منهم أن ذلك يؤدى إلى تقوية الدافع إلى التحصيل الدراسي، وعلى العكس مما يتوقعه الآباء، فإن مثل هذه الممارسات الخاطئة غالبا ما تقود إلى الشعور بالفشل والإحباط.
- إنه على الرغم من تقبل كثير من الأسر لمشكلة وجود طفل معاق عقليا بينهم ورضاهم بقضاء الله وقدره، فإن أسر أخرى قد ترفض تقبل هذا الطفل، مما يؤدى إلى إظهار مشاعر الرفض والكراهية، ويبدو

هذا السلوك فى شكل تقييد حرية الطفل، وعزله عن الآخرين، وغير ذلك من أمور تثير حفيظة الطفل وتدفعه إلى مبادلة الطفل نفس الشعور.

- لاشك إن عدم رغبة الأسرة فى تحمل مسؤلية أعباء العناية بالطفل المعاق عقليا أحيانا قد تدفع بالأهل إلى العمل على إيوائه بإحدى المؤسسات، ونظرا لبقاء المعاق عقليا فترة طويلة بمؤسسات يسودها الإهمال والازدحام بنزلائها، فذلك يؤدى بدوره إلى التأثير سلبا على قدرته على الارتباط بالآخرين والرغبة فى إقامة علاقات دائمة معهم، كما يؤثر بشكل ضار على عمليات النمو العقلي والتفاعل الإجتماعى.

أشكال الإضطرابات السلوكية لدى المعاقين عقليا:

لقد أوردت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية في دليلها الخاص بمقياس السلوك التكيفى أن الانحرافات السلوكية التي تكشف عنها تقدير الكفاءة الاجتماعية للمعاقين عقليا تتضمن أربعة عشر مجالا وهى:

- السلوك المدمر والعنيف: ويتضمن هذا السلوك الدفع البدنى، أو الشد أو البصق أو الرفس أو إلقاء الأشياء على الآخرين، أو العض، أو الإيماءة، أو إيذاء الحيوانات، أو تدمير الممتلكات الشخصية أو ممتلكات الآخرين، أو الممتلكات العامة، ونوبات الغضب الانفعالية.
- السلوك المضاد للمجتمع: ويتضمن مضايقة الآخرين والإيقاع بهم، والتآمر عليهم، وإفساد نشاطاتهم، أو ألعابهم بل وأزعجاهم، ولا يستأمن على ممتلكات الآخرين لعدم حفاظهم عليها عن قصد، استخدام ألفاظ نابية.
- سلوك التمرد والعصيان: ويتضمن مخالفات النظام والتعليمات والقواعد المنظمة للعلاقات داخل المؤسسة أو المعهد ويتمرد كثيرا، ولا يلتزم

بالواجبات، الهروب من المنزل أو المدرسة، وسوء التصرف فى المجالس العامة.

- سلوك لا يوثق به: ويتضمن الكذب، والغش، والسرقة.
- الانسحاب: ويتضمن السلبية والجمود والخجل، وعدم الاندماج مع الجماعة.
- السلوك النمطي واللزمات: ويتضمن سلوك المدوامة والأوضاع الجسمية الشاذة في الوقوف والجلوس والمشي والاستلقاء.
- عادات اجتماعية غير مقبولة: سواء لمس الآخرين والاقتراب منهم كثيرا، أو تعلقه بهم، أو الحديث معهم.
- عادات صوتية غير مقبولة: سواء كان بالصوت العالي أو المنخفض أو التحدث عن نفسه أو تقليد صوت وكلام الآخرين... الخ.
- عادات غير مقبولة أو شاذة: وتتضمن: السباب واللعب بالملابس والأزرار والاحتفاظ بالأشياء الصغيرة من الدبابيس والأزار، وربما ابتلاعها، وقد يلعب بلعابه أو بصاقه أوالبصق وسيل اللعاب من الفم، وعض الأصابع أو الملابس وتمزيقها، والخوف من السلم، والصراخ إذا لمسه أحد.... وكل ما هو غير مقبول.
- سلوك إيذاء الذات: ويشمل أي نوع من الإيذاء البدنى بالضرب الخبط أو الشد أو العض، أو التلطيخ، ووضع اليد في بعض الأماكن وأوجاعها، وقد يضع أشياء معينة في عينيه أو أذنية أو أنفه، وكثيرا ما يضعها فى فمه.
- الميل إلى الحركة الزائدة: سواء كان ذلك فى الكلام أو الحركة فى المشى أو القفز، أى أنه لايهدأ.
- السلوك الشاذ جنسيا: ويشمل الإستنماء أو الاستعراضية والميول الجنسية المثيلة والسلوك الجنسي غير مقبولة اجتماعيا.

- الإضطرابات النفسية والانفعالية: وتشمل إضطرابات ألذات وعدم الاستجابة المناسبة فى وقت النقد أو الفشل أو الإحباط أو المحاولة لجذب انتباه الآخرين بشدة، وإدعاء المرض كثيرا، مع كثير من مظاهر الاضطراب الإنفعالى في المزاج، وفى الأحلام،وفى النوم، وفى المخاوف المرضية وربما الإكتئاب.
- استعمال الأدوية: مثل استخدام مهدئات وأدوية وعقاقير ضد التشنجات بدون استشارة الطبيب (كمال، ٢٠٠٨، ٦١).

ولقد اشارت دراسة:(الحارثي،٢٠١٥) والتى هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية الشائعة لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية من وجهة نظر المعلمين، وتحديد طبيعة العلاقة بين المشكلات السلوكية لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وتوصلت الدراسة إلى:-- أن مشكلة الحركة الزائدة هي أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية، ويليها مشكلة الانسحاب الاجتماعي، يليها الكذب، ثم الخوف، ثم العدوان، ثم السلوك النمطي، ثم السرقة، بينما جاءت مشكلة إيذاء الذات أقل المشكلات شيوعاً لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية، ودراسة (فرج،٢٠٠٩) والتى توصلت نتائج الدراسة إلى: فاعلية أسلوب الدمج في خفض بعض اضطرابات السلوك، ومنها السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات والسلوك الانسحاب والتواصل الاجتماعي وتدمير ممتلكات الآخرين، حيث كانت جميع الفروق في هذه الأنماط السلوكية دالة لصالح المدمجين، ودراسة: (العسرج،٢٠٠٦) والتى أسفرت النتائج عن ما يلي: وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس ألبعدي،- الأثر الواضح لفاعلية برنامج التعزيز الرمزي في خفض بعض السلوكيات بعد تطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي

ودراسة(المولى،٢٠١٤) والتى هدفت الدراسة إلى خفض بعض السلوكيات المضطربة لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة (وتتمثل تلك السلوكيات في السلوكيات العدوانية، وسلوكيات إيذاء الذات، والنشاط الزائد)، وأظهرت نتائج الدراسة:-- فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض كل من السلوكيات العدوانية وسلوكيات إيذاء الذات والنشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية، استمرار أثر البرنامج الإيجابي خلال فترة المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج، ودراسة:(الزهراني،٢٠١١) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قدرة البرامج الملحقة في مدارس التعليم العام على خفض كثير من المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المدموجين من المتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة ومقارنتها بالملتحقين بمعاهد التربية الفكرية، وبينت نتائج الدراسة:-- وجود فروق ذات دلالة إحصائية واضحة بين الأطفال وي الاحتياجات الخاصة الملتحقين بمعاهد التربية الخاصة وبين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الملتحقين ببرامج الدمج بمدارس التعليم العام الابتدائية في المشكلات السلوكية وذلك في أربعة أبعاد أساسية في المقياس هي: السلوك العدواني، والنشاط الزائد، والاضطرابات السلوكية، والسلوك الاجتماعي،-- كما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الملتحقين بمعاهد التربية الخاصة والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المدموجين داخل مدارس التعليم الابتدائية بين الفصول المتناظرة في جميع أبعاد المقياس وذلك لصالح الأطفال المدموجين من ذوي الاحتياجات الخاصة،-- كما أظهرت الدراسة أن المشكلات الأكثر بروزاً لدى ذوي الاحتياجات الخاصة يكون في أربعة أبعاد أساسية هي(السلوك العدواني،

النشاط الزائد، الانضباط السلوكي والسلوك الاجتماعي)، ودراسة:(مختار،٢٠١١) وتهدف إلى التحقق من فاعلية فنية أو أسلوب التعزيز فى خفض أو تخفيف حدة المشكلات السلوكية (سلوك النشاط الزائد، العناد، التبول اللارادى) لدى هؤلاء الأطفال ذوى الإعاقة العقلية البسيطة، وتمثلت نتائج الدراسة فى: أن البرنامج الذى تعرضت له المجموعة التجريبية يعتبر مؤثراً فعالا... وذلك لأن أطفال المجموعة التجريبية أظهروا تحسنا ملحوظاً فى إنخفاض المشكلات السلوكية لديهم وتحسن السلوك التكيفى لديهم عن المجموعة الضابطة التى لم تتلقى البرنامج ولم تخضع لأنشطة البرنامج، وأيضاً أشارت النتائج إلى إستمرار أثر فاعلية البرنامج المستخدم لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد إنتهاء فترة المتابعة والتى قدرت بشهر، ودراسة: (شعبان، ٢٠٠٢) وهدفت إلى التعرف على الاضطرابات السلوكية والأكثر شيوعا لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فئة القابلين للتعليم، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:-- الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فئة القابلين للتعليم لديهم مشكلات تتمثل فى: السلوك العنيف أو التدميرى- السلوك النمطى والتصرفات الشاذة- النشاط الزائد- نقص الانتباه- إيذاء الذات- الانسحاب- التمرد)، ودراسة:(النجار، ٢٠٠٠) والتى هدفت للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم ومدى فعالية برنامج لخفض السلوك اللاتوافقى لديهم، وأسفرت نتائج الدراسة:-- أن المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا بين الأطفال المعاقين عقليا (فئة القابلين للتعليم) هى السلوك العدوانى والحكة الزائدة- والسلوك الاجتماعى غير المقبول والعادات الشاذة والسلوك الانسحابى والتمرد والعصيان والسلوك النمطى،-- وكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات

المجموعة التجريبية قبل البرنامج وبعده لصالح التطبيق البعدى فى قياس المشكلات السلوكية،-- وجود فروق داله بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى جميع مجالات الأنشطة ومهارات السلوك التوافقى لصالح المجموعة التجريبية.

تعرض الأطفال المعاقين عقلياً للإساءة الجنسية:

تمثل الإساءة الجنسية مشكلة شائعة بين الأطفال ذوي الإعاقات العقلية، وذكر كل من Sumarah, Maksym, Goudge, 2011, 169–175) أن عيوب التقدير والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً تزيد من خطورة تعرضهم للإساءة الجنسية. أيضاً, تتضمن عوامل زيادة الإساءة الجنسية بين المعاقين عقلياً وجود عيوب في الاتصال وعدم القدرة على طلب المساعدة أو الإبلاغ عن الإساءة, وغياب المعرفة حول كيفية الدفاع عن النفس ضد التحرش وغياب التربية حول السلوك الجنسي الملائم (Lumley, Miltenberger, Long, Rapp, Roberts, 2013, 169–175)، أخيراً, يعتمد الأطفال المعاقون عقلياً عادةً على الآخرين. في تلك الحالات, يتم تشجيع وتعزيز الطاعة, وهو ما يمكن أن يؤدي إلى طلبات تنتمي إلى تصنيف الإساءة الجنسية. يتفق ذلك مع حقيقة أن مرتكبي الإساءة الجنسية ضد المعاقين عقلياً يكونون مألوفين للضحية في نسبة ٩٢% من الحالات (Senn, 2012).

وتؤثر الإساءة الجنسية على النمو الجنسي الطبيعي للطفل وتجبره بان يتعامل مع افكار حادة ومشاعر وخبرات لا يكون جاهزا لها وعادة ما تسحقه عاطفيا، ونفسياً وجسدياً. في حالة الأطفال ذوي الإعاقات العقلية,

يكون الضحايا ليس لديهم القوة البدنية أو الاتصالية أو حتى الإدراكية الكافية التي تجعلهم يتفادون الإساءة الجنسية، وهو ما قد يسبب لهم ضرر سلوكي ونفسي بالإضافة إلى الضرر الجسمي. من الممكن أن يحدث التحرش الجنسي بدون اتصال أو لمس جنسي (Brown, Dibiasio, 2014, 280–303)، ويعاني هؤلاء الأطفال نتيجة للتعرض للإساءة الجنسية إلى توتر ما بعد الصدمة والتي ترتبط بجسامة ما حدث لهم من إساءة ومستويات إدراكهم لها وتكرارها من عدمه. (Baggerly, 2008, 31-51)

ويجب أن يلعب مقدموا الرعاية العلاجية الأساسية للأطفال المعاقين عقلياً دور محوري في تسجيل ومنع الإساءة الجنسية لهم. يُعد الأطفال المعاقين عقلياً بصفة خاصة أكثر عرضة للإساءة والاستغلال الجنسي. تسجل بعض البحوث أن ما بين ٢٥–٨٥% من المعاقين عقلياً ضحايا للإساءة الجنسية(Saunders, 2012, 717-721)، توجد مجموعة من الأسباب التي تجعل الأطفال المعاقين عقلياً أكثر عُرضة للإساءة الجنسية من أهمها الاعتماد الكامل على شخصية مقدم الرعاية الذي يفرض وصايته وسلطته عليه(Morano, 2014, 319-323)، أيضاً, تمثل عوامل عدم الأمان الوجداني والاجتماعي, ووتجاهل الإساءة الجنسية والمكانة الضعيفة للمعاقين عقلياً في المجتمع من اسباب تكرار تعرضهم للإساءة(Denno, 2007, 315-434). توضح بعض المصادر البحثية أن الأطفال المعاقين عقلياً يمثلون ضحايا للإساءة عموماً بسبب رغبتهم الداخلية في قبول الأقران لهم. تكون تلك الإساءة عادةً موسعة ومستمرة. يوضح كرافت وكرافت أن الأطفال المعاقين عقلياً

يميلون إلى تقبل الإساءة الجنسية في حالة توجيههم إليها, وأن لديهم تقديرات ضعيفة لدوافع الآخرين(Craft, 2008, 494-505).

ويمكن أن يقع الأطفال المعاقين عقلياً فريسة للتفاعلات الاجتماعية الضارة مثل الإساءة الجنسية. وتشير التقديرات إلى وجود حوالي ١: ٣ بنات وحوالي ١: ١٠ أولاد من ذوي الإعاقات العقلية يتعرضون لأحد صور الإساءة الجنسية قبل بلوغ سن الثامنة عشر(Burn, Brown, 2011, 225-236)، نظراً للطبيعة الخاصة للإساءة الجنسية والتردد من جانب الآباء للإبلاغ عنها(Johnson, 2012, 83-105), مازالت التقديرات الفعلية لاحتمالات الحدوث غير دقيقة. فضلاً عن ذلك, عند وقوع الإساءة الجنسية ضد الطفل المعاق عقلياً, يكون المرتكب عادةُ أحد الأشخاص المعروفين وذوي الثقة للطفل(Goldberg, Willamette, 2015, 11)، أيضاً أشار كل من (Mansell, Sobsey, Moskal, 2013, 12-22) أن معدلات التعرض للإساءة الجنسية بين الأطفال المعاقين عقلياً تزيد بمقدار الضعف بالمقارنة مع أقرانهم العاديين، فضلاً عن ذلك, أشار (Koller, 2010, 125-135) أن تأثيرات الإساءة الجنسية بين الأطفال المعاقين عقلياً تتفاقم نتيجة لعزلتهم الاجتماعية.

وأشارت دراسة(العجمي، ٢٠٠٧) أن مستوى الإساءة المحتملة لدى الذكور من كلا المجموعتين أعلى منه لدى الإناث، ويعزي الباحثة الارتفاع لدى الذكور عنه لدى الإناث في عينة الدراسة إلى العوامل الثقافية والاجتماعية،-- فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠٠١ في مقياس الإساءة بين (المعلمين وأولياء الأمور) بحسب عمر الطفل المعاق ذهنيا الأمر الذي

يشير إلى أن عمر الطفل المعاق يؤثر على مستوى الإساءة المحتملة لدى أفراد العينة وهذه الفروق كانت من خلال النتائج لصالح المعلمين وأولياء الأمور ممن لديهم أطفال من الفئة العمرية (٩-١٢) كانوا أكثر إساءة. ودراسة: Lumley, Miltenberger, Long, Rapp, (Roberts2013) والتي أظهر تحليل درجات الأطفال على مقياس التعرض للإساءة الجنسية ومقياس البناء النفسي السلوكي للطفل وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط درجات الأطفال الإناث والذكور, حيث سجلت الإناث متوسط درجات أعلى من الذكور على مقياس التعرض للإساءة الجنسية وأقل من الذكور بمقياس البناء النفسي السلوكي للطفل.

وفي حالة وجود شكوك تتعلق بتعرض الطفل لحالات إساءة جنسية, توجد مجموعة من البروتوكولات المتبعة لتقييم الحالة. يتم عادةً اللجوء إلى مراكز حقوق الطفل أو مراكز تقييم الإساءة الجنسية للطفل التي تقدم الفحوص الطبية للأطفال بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع متخصصين في مجال الطب الشرعي لتحديد الإساءة الجنسية(Goldberg, Willamette, 2015, 111-118)، تعتمد تلك التحديدات على الأدلة الطبية التي يتم جمعها, وهي نادرة في حالة الإساءة الجنسية(Cross, Jones, Walsh, Simone, Kolko, 2007, 1031-1052), والتاريخ السابق لحالات الإساءة تقدمها الأسرة, والعبارات التي يمكن أن يتلفظها الطفل خلال التقويم. يحتاج تحديد حدوث الإساءة الجنسية للطفل من عدمها إلى القدرة على مشاركة الطفل الفعالة خلال عملية التقويم. يمكن أن يواجه الأطفال المعاقون عقلياً صعوبات في طرق تقويم الإساءة الجنسية بسبب المقابلات المطولة

والحاجة إلى التواصل المستمر خلال تلك المقابلات والتبادل اللفظي، لذلك, من الضروري تطوير بروتوكولات لاستخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً تتسم بالحساسية لأسلوب تواصل وتفاعل الطفل المعاق عقلياً مع الآخرين.

(Dennis, Lockyer, Lazenby, 2010, 370-381)

مشكلات تقييم الإساءة الجنسية للأطفال المعاقين عقلياً:

أولاً, يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من صعوبات في معالجة مشاعر الآخرين المحيطين بهم. توضح أدبيات الكفاءة الوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات في المجالات الأربعة اللازمة للتفاعلات الاجتماعية وهي: (أ) فهم الوجدان, (ب) الاستقبال الوجداني, (ج) الاستجابة الوجدانية, (د) فهم الوجدان. بالتالي, يصبح هؤلاء الأطفال أكثر عُرضة للإساءة الجنسية لأنهم يواجهون صعوبات في التعرف الوجداني والاستجابة الملائمة للآخرين(Edelson, 2009, 66-83)، أيضاً, يعاني المعاقون عقلياً من صعوبات في فهم مشاعر الآخرين عندما تكون تعبيرات وجوههم خادعة, كما لا يمكنهم تفسير السبب وراء محاولة أحد الأشخاص إظهار تعبيرات وجه خادعة لهم.

(Gabriels, Bourgondien, 2009, 58-72)

ثانياً: يواجه الأطفال المعاقون عقلياً صعوبات في التواصل مما يجعلهم أهداف سائغة لمرتكبي الإساءة الجنسية بسبب معرفتهم أن الأطفال لن يستطيعوا وصف وكشف الممـا يجعلهم أهداف سائغة لمرتكبي الإساءة الجنسية بسبب معرفتهم أن الأطفال لن يستطيعوا وصف وكشف الإساءة الجنسية(Goldman, 2013, 89-102)، تشير

الأدبيات أن ما يقرب من ٥٠% من المعاقين عقلياً غير لفظيين وظيفياً(Irvine, 2011, 5-20)، وقد وجد كل من (Kendall, Williams, Finkelhor, 2008, 164-180) أن الأطفال المعاقين عقلياً أو الذاتويين يواجهون صعوبات أكبر في التعبير بمعلومات ملائمة حول موضوع معين وبالتالي أقل كفاءة في التواصل بالمقارنة مع أقرانهم العاديين. بالتالي, عندما يحاول الأطفال ذوي الإعاقات العقلية الكشف عن التعرض للإساءة الجنسية, فإنهم لا يجدون لديهم المهارات اللازمة للتواصل الفعال بطريقة يفهمها الآخرون.

ثالثاً, تمثل صعوبات التواصل الاجتماعي الوجداني مجرد جزء من الأسباب وراء خطورة تعرض الأطفال المعاقين عقلياً لصور الإساءة الجنسية. ففي دراسة تحليلية, حدد (Stevens, 2009, 421-433) تقنيات اختيار مرتكبي الإساءة الجنسية لضحاياهم وهي تنطبق إلى حد كبير على الأطفال المعاقين: (أ) سهولة الضحية (مثل الضحايا الأسهل في الإساءة لهم مثل الأطفال والمعاقين), (ب) خصائص الضحية (مثل جاذبيتهم الجنسية), (ج) خصائص الموقف (مثل توافر الفرصة للإساءة الجنسية), (د) الظروف أو التحكم (مثل التحكم في الضحية بوسائل كالعنف أو التخويف قبل الإساءة الجنسية لهم). (Buchanan, Wilkins, 2013; 51)

فروض الدراسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المعاقين عقليا المساء إليهم في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المعاقين عقليا المساء إليهم في القياسين البعدي والتتبعي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية.

أولاً: منهج الدراسة:

استخدامت الباحثة المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة، ويعد التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة من أكثر التصميمات المناسبة لطبيعة الدراسة الحالية وعينتها، كما أن من أهم مزايا التصميم أن المجموعة التجريبية هي نفس المجموعة الضابطة مما يؤدي إلى تكافؤهما، فالفرد في المجموعة يناظر نفسه قبل إدخال العامل التجريبي وبعده، ما يجعل هذا التصميم يمتاز بتوفير الوقت والجهد والتكافؤ شبه الكامل بين الأفراد قبل وبعد التجربة.

ثانياً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الحالية من(١٠) من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم، حيث تتراوح نسبة ذكائهم ما بين(٦٠-٦٩)، وتم اختيار العينة بطريقة عمدية من مركز رؤية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشبر الخيمة محافظة القليوبية.

جدول (٣)

وصف العينة النهائية للدراسة

العدد	ذكور	إناث	العمر الزمني	اسم الجمعية
١٠	٥	٥	٦-٨	مركز رؤية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشبرا الخيمة

وقد راعت الباحثة بعض الشروط عند اختيار عينة الدراسة وهي:

- أن يكون المستوى الذكاء لديهم في المدى من ٦٠-٦٩ وتم عمل تجانس بينهم من حيث نسبة الذكاء.
- راعت الباحثة أن تتراوح أعمارهم ما بين(٦-٨) سنوات.
- ضروري إنتظام أفراد العينة في الحضور للمركز، وذلك لأن تطبيق البرنامج استغرق(١٣) أسبوع مابين(٢٠١٦/١٠/١م) إلى (٢٠١٦/١٢/٢٩م)
- أن يكون الأطفال عينة الدراسة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم.
- قامت الباحثة بالرجوع الى ملفات الأطفال للتحقق والتأكد من أن أطفال العينة تعرضوا للإساءة من الوالدين أو الأقارب، وتم اختيار عينة الدراسة بالرجوع الى الاخصائيين النفسيين كمحك ثان لحدوث الأساءة للأطفال.

تجانس العينة:

وقد قامت الباحثة بإيجاد التجانس بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني ونسبة الذكاء والاضطرابات السلوكية.

تجانس العينة من حيث الذكاء:

وقامت الباحثة فيه بإيجاد التجانس بين متوسط رتب درجات أطفال عينة الدراسة من حيث الذكاء، بإستخدام إختبار كولموجروف – سميرنوف كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٤)

للتحقق من تجانس وتكافؤ المجموعة قبل تطبيق برنامج الدراسة، وتم حساب الألتواء وإختبار كولموجروف– سميرنوف (Kolmogorov–Smirnov) على عينة من الطلاب

الالتواء	الخطأ المعيارى للالتواء	التفرطح	الخطأ المعيارى للتفرطح	اختبار كولموجروف – سميرنوف Kolmogorov–Smirnov	
				القيمة	الدلالة
٠.١٨٨	٠.٤٢٧	٠.٤٠٧	٠.٨٣٣	٠.١٤٧	٠.١٠٥

ويتضح من الجدول أن درجة الالتواء ٠.١٨٨ وهى درجة مناسبة حيث يمتد الالتواء بين +٣ إلى–٣.

وكلما اقتراب الالتواء للصفر اقترب التوزيع للاعتدالية ويدل على تجانس العينة، كما أن نتيجة اختبار كولموجروف – سميرنوف غير دال احصائيا مما يدل على اعتدالية التوزيع وتجانس المجموعة فى الذكاء.

التجانس فى العمر الزمنى

للتحقق من تجانس وتكافؤ المجموعة فى العمر الزمنى قبل تطبيق برنامج الدراسة، قام الباحثة بحساب الألتواء وإختبار كولموجروف – سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) على عينة من الطلاب:

جدول (٥)

تجانس وتكافؤ المجموعة فى العمر الزمنى

الالتواء	الخطأ المعيارى للالتواء	التفرطح	الخطأ المعيارى للتفرطح	اختبار كولموجروف – سميرنوف Kolmogorov–Smirnov	
				القيمة	الدلالة
-٠.٢٥٨	٠.٤٢٧	٠.٠٦٣	٠.٨٣٣	٠.١٤٠	٠.١٤١

ويتضح من الجدول أن درجة الالتواء=-٠.٢٥٨ وهى درجة مناسبة حيث يمتد الالتواء بين (+٣) إلى (-٣)، وكلما اقتراب الالتواء للصفر اقترب التوزيع للاعتدالية ويدل على تجانس العينة، كما أن نتيجة اختبار كولموجروف – سميرنوف غير دال احصائيا مما يدل على اعتدالية التوزيع وتجانس المجموعة فى العمر الزمنى.

ج- التجانس في مقياس الاضطرابات السلوكية

جدول (٦)

تجانس وتكافؤ المجموعة فى الاضطرابات السلوكية

المتغيرات	كا٢	مستوى الدلالة
إيذاء الذات	٢	٠.٥٧٢
السلوك العدواني	٢	٠.٥٧٢
الدرجة الكلية	٣	٠.٥٥٨

يتضح من الجدول عدم وجود فروق دالة احصائيا فى جميع ابعاد المقياس والمجموع الكلى فى كا٢ مما يدل على وجود تجانس بين أفراد المجموعة، وعدم وجود تباينات واختلافات دالة بينهم.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

أولاً: اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لقياس الذكاء (حسين، ٢٠١٥)

وصف الاختبار:

ظهر هذا الاختبار لأول مرة عام (١٩٤٧) وتم تعديله عام (١٩٥٦) حيث استغرق إعداد وتطوير هذا الاختبار حوالي (٣٠) عاماً من عمر العالم الإنجليزي جون رافن (John Raven)ويعتبر هذا الاختبار من الاختبارات العبر حضارية (Cros Cultural) الصالحة للتطبيق في مختلف البيئات والثقافات؛ فهو اختبار لا تؤثر فيه العوامل الحضارية، أي عندما يكون الهدف من التطبيق البعد عن أثر اللغة والثقافة على المفحوص للوصول إلى صورة كاملة للنشاط العقلي للفرد، وخاصة هذا الاختبار يهدف إلى قياس القدرة على إدراك العلاقات المكانية للفرد، ويقوم هذا الاختبار على نظرية العاملين لسبيرمان"Spearman"حيث وجد من خلال العديد من الأبحاث التي طبقت هذا الاختبار أنه متشبعاً بالعامل العام.

المرحلة العمرية التي يطبق عليها هذا الاختبار: من (٤- ١١) سنوات.

مكونات الاختبار:

يحتوى بطاقات اختبار المصفوفات الملونة على عدد (٣٦) مصفوفة، حيث يتكون هذا الاختبار من ثلاث مجموعات، وهي:

- المجموعة (A): والنجاح فيها يعتمد على قدرة الطفل على إكمال نمط مستمر، وعند نهاية المجموعة يتغير هذا النمط من اتجاه واحد إلى اتجاهين في نفس الوقت.

- المجموعة (AB): والنجاح فيها يعتمد على قدرة الطفل على إدراك الأشكال المنفصلة في نمط كلي على أساس الارتباط المكاني.
- المجموعة (B): والنجاح فيها على فهم الطفل للقاعدة التي تحكم التغيرات في الأشكال المرتبطة منطقياً أو مكانياً، وهي تطلب قدرة الطفل على التفكير المجرد.

وكل مجموعة من المجموعات السابقة تتكون من (١٢) مصفوفة، وكل مصفوفة تحتوي على (٦) مصفوفات صغيرة بحيث يختار المفحوص مصفوفة واحدة لتكون هي المكملة للمصفوفة التي بالأعلى، والمجموعات الثلاثة السابقة وضعت في صورة مرتبة.

تعليمات تنفيذ الاختبار المعطاة للمفحوص:

- يقوم الفاحص بكتابة المفحوص في ورقة الإجابة، ومن ثم يفتح كتيب الاختبار أمام المفحوص على (A1) ويقول له أنظر إلى هذا الشكل، ويشير إلى الشكل الأساسي في أعلى الصفحة، ويشير إلى الشكل الأساسي في أعلى الصفحة قائلاً، كما ترى فإن هذا الشكل قطع منه جزء؛ وهذا الجزء المقطوع موجود في أحد الأجزاء المرسومة أسفل الشكل، ويشير إلى الأجزاء أسفل الصفحة واحداً بعد الآخر (ثم يقول) لاحظ أن واحداً فقط من هذه الأجزاء هو الذي يصلح لإكمال الشكل الأصلي، وبعد ذلك يقول، أنظر إلى الأشكال الصغيرة نجد أنه يشبه الشكل الأصلي في الألوان والشكل؛ ولكنه غير مكتمل إذن يوجد جزء واحد هو الذي يكمل الشكل الأصلي.
- بعد ذلك يتأكد الفاحص أن الطفل وضع أصبعه على الشكل الصحيح.
- ثم يقوم الفاحص بتسجيل الإجابة في الورقة المعدة لذلك.

- ثم ينتقل الفاحص بعد ذلك إلى الأشكال التالية، ويلقي نفس التعليمات.

صدق وثبات المقياس:

يتمتع هذا الاختبار بصدق وثبات جيد، وذلك من خلال تتبع العديد من الدراسات السابقة التي قامت باستخدامه، حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٦٢ –٠,٩١) وبدراسات أخرى تراوحت ما بين (٠,٤٤ – ٠,٩٩) ودراسات أخرى تراوحت ما بين (٠,٥٥ – ٠,٨٢).

مقياس الاضطرابات السلوكية المصور للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم. إعداد الباحثة.

الهدف من المقياس المصور للاضطرابات السلوكية:

يهدف هذا المقياس إلى قياس مدى فاعلية البرنامج الإرشادي لتعديل بعض الاضطرابات السلوكية وما يتضمنه من مكونات(السلوك العدواني– إيذاء ألذات).

وصف المقياس:

يتكون المقياس من ١٥ موقف حول بعض الاضطرابات السلوكية مقسمة على النحو التالي:

- المواقف من (١–٢–٣–٤–٥–٦–٧–٨) خاصة بالسلوك العدواني.
- المواقف من (٩–١٠–١١– ١٢– ١٣– ١٤– ١٥) خاصة بإيذاء الذات.

تعليمات المقياس:

- يتم تطبيق المقياس على الطفل بشكل فردي.

- تعرض الباحثة المواقف المكونة للمقياس على الطفل مع توجيه السؤال والاختيارات الخاصة به بأسلوب واضح ودون إيحاء للطفل بأي إجابة.
- تقوم الباحثة بإعادة قراءة العبارات اللفظية أكثر من مرة وتبسيطها إذا احتاج الطفل إلى ذلك.
- يتم وضع دائرة أو علامة (√) أمام الموقف المصور الذي يختاره الطفل.

تصحيح الاختبار:

- إذا قام الطفل بإختيار البديل المصور الصحيح من أول مرة تحسبه له ثلاث درجات.
- إذا تردد الطفل واختار البديل المصور الخطأ ثم اختار البديل المصور الصحيح تحسب له درجتين.
- في حالة اختيار الطفل البديل المصور الخطأ تحسب له درجة واحدة.

وبذلك تكون الدرجة الكلية للمقياس والتي يمكن أن يحصل عليها الطفل ستكون (٤٥) درجة كنهاية عظمة، و(١٥) درجة كنهاية صغرة.

خطوات تصميم المقياس:

أولاً: الإطلاع على البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع البحث الحالي للاستفادة منها في إعداد المقياس.

ثانياً: كما تم الإطلاع على مقاييس تناولت الاضطرابات السلوكية المختلفة للأطفال المعاقين عقلياً المقابلين للتعليم.

ثالثا: إعداد مقياس مصور بحيث تكون الصورة مناسبة لكل مفردة.

رابعا: تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين للتأكد من صلاحيته قبل التطبيق، وقد تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين عددهم (١١ محكمين)، وتم إجراء التعديلات اللازمة من وجهة نظر السادة المحكمين والتى اتفقه عليها بما يخص المقياس.

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

١- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين والخبراء في مجال رياض الأطفال والفئات الخاصة والبالغ عددهم (١١ محكمين) حيث أتفق السادة المحكمين على مناسبة أسئلة المقياس لأهداف المقياس، وقد تم إجراء التعديلات في ضوء المقترحات التي أشار إليها السادة المحكمين والخبراء. وقد تم الإبقاء على المفردات التي جاءت نسبة اتفاق المحكمين عليها ٨٠% فأكثر، وتم حذف بعض العبارات وتعديل بعضها في ضوء الملاحظات التي أبداها المحكمون، حيث انتهى المقياس الى (١٥) صورة.

جدول (٧)

نسبة اتفاق المحكمين على أبعاد المقياس

أبعاد المقياس	عدد المتفقين	نسبة الاتفاق
العدوان	١١	%١٠٠
إيذاء الذات	١٠	%٩٠

وقد قامت الباحثة بإجراء كافة التعديلات التى اتفق عليها المحكمين في جميع أبعاد ومواقف المقياس من حيث إجراء التعديلات في بعض الصور المرتبطة بأبعاد المقياس وكذلك حذف بعض الصور غير المرتبطة بأبعاد المقياس واضافة صور أكثر ارتباطاً بالبعد بالإضافة إلى حذف الصور غير الواضحة الألوان وإضافة صور أكثر إيضاح.

- الصدق باستخدام المحك الخارجي:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق المقياس باستخدام المحك الخارجي مع مقياس الاضطرابات السلوكية الذي أعده قاسم والنجار (٢٠٠٣) وبلغت معاملات الصدق كما هو موضح بالجدول (٨)

جدول (٨)

معمل صدق الاتساق

الأبعاد	معامل الارتباط
بعد السلوك العدوانى	٠.٨٦٢**
بعد إيذاء الذات	٠.٤٦٧**
الدرجة الكلية	٠.٤٠٩**

** مفردات دالة عند مستوى (٠.٠١) * مفردات دالة عند مستوى (٠.٠٥)

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط بين الأبعاد والمقياس ككل جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١)، ومنها فإن المقياس على درجة عالية من الصدق.

ثبات المقياس:

وقد قامت الباحثة بحساب معامل الثبات على عينة التجربة الاستطلاعية التى بلغ عددهم (٤٠)، حيث رصد نتائجهم فى الإجابة على المقياس، وقد استخدمت الباحثة طريقة ألفا كرونباخ.

طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام برنامج SSPS وتم الحصول على معامل ثبات (٧٦.٤٪) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

البرنامج الإرشادي لتعديل الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم:

قامت الباحثة بتصميم برنامج للدراسة يشتمل على مجموعة من الجلسات وتتضمن هذه الجلسات أنشطة متنوعة منها (فيلم كرتون – السرد القصصي– المسرحية– مسرح للعرائس القوفازية– الأغاني– اللعب الجماعي)، التى تناسب خصائص وقدرات الأطفال المعاقين القابلين للتعليم عينة الدراسة.

مفهوم البرنامج:

البرنامج هو برنامج مخطط منظم، يهدف إلى مساعدة الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم المساء معاملتهم للتخفيف من الاضطرابات السلوكية لديهم من خلال الأنشطة والمهارات التى تقدم لهم.

خطوات تصميم البرنامج

أولاً: الخطوات التمهيدية لبناء البرنامج الارشادي المقترح:

- القراءة في مجال تربية المعاقين عقلياً وتعديل سلوكهم.
- القيام ببعض الزيارات للجمعيات التى تعمل في مجال المعاقين عقليا القابلين للتعليم.
- التعرف على خصائص الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم.

- إمكانية استخدام البرنامج الارشادي في الجمعيات المتخصصة.
- الاطلاع علي عدد من البرامج الارشاد السلوكي الخاصة بالأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم، ريهام جمال فتحى السعيد(٢٠١٥)، أحمد سلطان حسن سلطان(٢٠١٥)، Swan (2015)، Brown.; Brown, M. Z.,& Dibiasio (2014)، الشيماء محمد عبد الله الوكيل(٢٠١٢)
- الاطلاع علي الكتب التي تعني الاضطرابات السلوكية وإساءة المعاملة للأطفال وصور الإساءة للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم بصفة خاصة، حتى تستطيع الباحثة الاستفادة منها في البرنامج الحالي والذي يعدف إلى تعديل الاضطرابات السلوكية الأطفال المساء إليهم المعاقين عقليا القابلين للتعليم.

أهمية البرنامج:

- يسهم البرنامج فى خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم.
- كما يمكن الاستفادة من البرنامج من قبل العاملين فى مجال التربية وخاصة بالنسبة للمتخصصين فى مجال الفئات الخاصة.

التخطيط العام للبرنامج:

تشتمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية، ومحتواه العملى، والإجرائى كالاستراتيجيات، والأساليب المتبعة فى تنفيذه وتقييم الانشطة، وتحديد المدى الزمنى للبرنامج، وعدد الانشطة، ومكان إجراء البرنامج وتقييم البرنامج ككل.

الهدف العام للبرنامج الإرشادي:

يهدف البرنامج الإرشادي الحالي إلى تعديل بعض الاضطرابات السلوكية(العدوان– إيذاء الذات) لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم المساء اليهم، ويتفرع من الهدف العام للبرنامج مجموعة من الأهداف الفرعية:

- تقبل الاعاقة، والتوافق معها.
- التخفيف من حدة السلوك العدوان لدى الاطفال المعاقين القابلين للتعليم.
- التخفيف من حدة القلق لدى الاطفال المعاقين القابلين للتعليم.
- التخفيف من إيذاء الذات لدى الاطفال المعاقين القابلين للتعليم.
- تنمية القدرة على الاندماج الذاتى فى المواقف الاجتماعية.
- بناء وتنمية الثقة بالنفس.
- تكيف الأطفال المساء إليهم مع ذاتهم والآخرين.
- التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الإساءة للأطفال.

الأهداف الإجرائية:

- أن يتبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بين الباحثة والأطفال.
- أن يعبر الأطفال عن أنفسهم وأرائهم وأفكارهم بحرية دون خوف وتفريغ ما بداخلهم من خلال المناقشات داخل الجلسات.
- ان يميز الطفل بين السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة.
- أن يشعر الطفل بالألفة والأطمنان.
- أن يتقبل الطفل ذاته كما هى.

- أن يحترم الطفل مشاعر الآخرين.
- أن يفرغ الطفل انفعالاته بشكل إيجابي وتشجيعه وإكسابه الثقة.
- أن يتجنب الطفل تكرار السلوك العدواني.
- أن يتجنب الطفل تكرار سلوك إيذاء الذات.
- أن يتعاون الطفل مع زملائه فى لعب الأدوار.
- أن يتعلم الطفل ضرورة عدم الاساءة للاخرين.
- أن يستطيع الطفل التعبير عن غضبه.
- أن نخفف من حدة المخاوف لديه.
- أن نخفف من سلوك ايذء الذات.
- أن يحافظ الطفل على نفسه ضد إساءة الغير.

الفنيات والاستراتيجيات المتبعة فى البرنامج:

لعب الدور: وفيه يقوم الأفراد بتمثيل أدوار بسيطة بطريقة تلقائية، كما أن الحوار عن طريق لعب الأدوار يمكن الطفل من التعبير السليم عن مشاعره وأفكاره وآرائه.

- **التعزيز:** وهو تقديم شيء مرغوب أو استبعاد شيء غير مرغوب من بيئة الطفل عقب قيامه بالسلوك المرغوب فيه مما يزيد من معدل تكرار ذلك السلوك المرغوب، واستخدمت الباحثة التدعيم المادى (حلوى – بعض الهدايا الرمزية) أو تدعيم معنوى (استحسان اجتماعى فى صورة مدح: شكراً، ممتاز، كويس، شاطر) أو تصفيق الأطفال للطفل الذى يؤدى دوره أو يؤدى اللعبة جيداً.
- **النمذجة:** معظم الأطفال يتعلمون السلوك الجديد من ملاحظات الآخرين وتقييمهم لطبيعة وشكل السلوك الجديد، والنموذج يؤثر فى تقوية أو إضعاف العادات السلوكية التى تلاحظ، وتتوقف فاعلية

النموذج السلوكي على شروط أهمها: وجود قدوة فعالة أو شخص يؤدى النموذج السلوكي المطلوب أداؤه من خلال قصص وصور مسلسلة.

- **المناقشة الجماعية والحوار:** تعتبر المناقشة الجماعية أو المحاضرة أسلوباً من أساليب الإرشاد الجماعى حيث تعتمد على إلقاء المحاضرات السهلة على العملاء، ويتخللها ويليها مناقشات هدفها تغيير الاتجاهات لدى الأعضاء.

أسس تصميم البرنامج:

وقد راعت الباحثة عند تصميمها للبرنامج ما يلي:

- أن يحتوى البرنامج على أنشطة فنية مناسبة لظروف الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم.
- أن يقوم البرنامج على تحقيق الهدف المقام من أجله وهو تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والقابلين للتعليم المساء اليهم.
- أن تكون حجرة التدريب مجهزة بطريقة مناسبة للأطفال تراعي الأمن والأمان أثناء الجلسات.
- أن تتدرج أنشطة البرنامج للأطفال من السهل إلى الصعب، ومن البسيط إلى المركب، ومن المجهول للمعلوم.
- أن يحتوى البرنامج على أنشطة مشجعة للأطفال للتعبير عن أنفسهم، والمشاركة الناجحة.
- أن يراعي البرنامج الفروق الفردية بين الأطفال وأن تحتوى الجلسات على الأنشطة التى تتفق مع ميولهم وقدراتهم.
- أن تحتوى جلسات البرنامج على أساليب تعزيز للسلوك الإيجابي.

- أن تتنوع أنشطة البرنامج ما بين القصة والفيلم الكرتون والعمل الجماعي.
- أن يحتوى البرنامج على أساليب متنوعة للتقويم في كل جلسة والوقوف على تحقيق أهدافها.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

مكان تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج بمركز رؤية لذوي الاحتياجات الخاصة بشبرا محافظة القليوبية.

العينة:

تم تنفيذ البرنامج على عينة مكونة من ١٠ أطفال مساء إليهم ذكور وإناث ممن تتراوح أعمارهم من ٦–٨ سنوات.

المدة الزمنية:

استغرق البرنامج ٣شهور وأسبوع بواقع ٥٢ جلسة بواقع أربع جلسات في الأسبوع وتراوحت مدة الجلسة من ٤٠ إلى ٥٠ دقيقة.

تحكيم البرنامج والدراسة الإستطلاعية:

عرض البرنامج على مجموعة من المتخصصين:

بعد الانتهاء من إعداد البرنامج قامت الباحثة بتحكيم البرنامج لدى (١١) من الأساتذة المتخصصين في مجال الطفولة وعلم النفس وذلك للتأكد من صلاحيته للتطبيق ومدى مناسبة الأنشطة لتحقيق أهدافها، بغرض إبداء الرأي حول البرنامج.

جدول (٩)

نسبة اتفاق المحكمين على عناصر تصميم البرنامج

بنود التحكيم	عدد المتفقين	نسبة الاتفاق
مدى ملائمة البرنامج لأهدافه	١٠	%٩٠
مدى ملاءمة محتوى الجلسات لأهداف الدراسة	١٠	%٩٠
مدى ملاءمة الأنشطة لتحقيق أهداف الجلسات	١١	%١٠٠
مدى ملاءمة الفنيات والأدوات المستخدمة في أنشطة البرنامج	١٠	%٩٠
مدى ملاءمة الزمن المحدد لكل جلسة	١٠	%٩٠
مدى ملاءمة أساليب التقويم عاقب كل جلسة وفي نهاية البرنامج	١٠	%٩٠

- وأسفرت عملية التحكم عن إجراء بعض التعديلات على البرنامج، وقد قامت الباحثة بإجراء هذه التعديلات، والتى تمثلت في:
- تبسيط الصياغة الغوية لبعض القصص حتى تناسب الأطفال.
- تعديل بعض الأنشطة بيما يتلاءم مع الطفل ذوي الإعاقة.
- إعادة صياغة بعض الأهداف بحيث تصبح قابلة للقياس.

تقويم البرنامج:

يتم تقويم مدى فاعلية البرنامج من خلال:

- القياس القبلي وهدف إلى التعرف على الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً المساء اليهم قبل البدء في تطبيق البرنامج الارشادي وتم التقويم القبلي عن طريق تطبيق من خلال مقياس الاضطرابات السلوكية.
- التقويم البنائي هو تقويم مستمر من بداية إجراء البرنامج على الأطفال عينة الدراسة حتى نهايته وقد تم هذا النوع من التقويم من خلال مايلي:

* إجراء تطبيقات تربوية عملية مع الأطفال المعاقين، أثناء وبعد أداء النشاط يقومون بها في صورة فردية وجماعية.
* ملاحظة الباحثة لسلوك الأطفال اليومي أثناء تأدية الأنشطة، بهدف التعرف على مدى استيعاب الأطفال للخبرات المعطاة، والتعرف على نقاط الضعف ومحاولة علاجها، ومعرفة مدى تحقيق الأهداف الإجرائية للبرنامج.

- **التقويم البعدي:**

قامت الباحثة بإجراء التقويم البعدي عن طريق إعادة تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم المساء اليهم المستخدم في الدراسة والتى تم تطبيقه في القياس القبلي وذلك لمقارنة النتائج القبلية والبعدية للمجموعة التجريبية في الدراسة الحالية والذين يعانون من الاضطرابات السلوكية (السلوك العدواني– إيذاء الذات).

- **القياس التتبعي:**

حيث قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس المستخدم على أفراد المجموعة التجريبية عينة الدراسة بعد مرور شهر تقريباً من إنتهاء البرنامج للتحقق من مدى ثبات فاعلية هذا البرنامج ثم مقارنة نتائج المجموعة في التطبيق التتبعي بنتائج النتائج المجموعة التجريبية بعد إجراء البرنامج.

تنفيذ البرنامج:

قامت الباحثة بتطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية بمعدل أربع جلسات في الأسبوع استغرقت الجلسة ٥٠ دقيقة.

تطبيق المقياس قبلياً:

تم التطبيق القبلي للمقياس المصور على جميع أطفال بصورة فردية ولمدة يوم واحد.

تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج على أطفال عينة البحث في الفترة من (٢٠١٦/٩/١ إلى٢٠١٦/١٢/٧).

تطبيق المقياس بعدياً:

قامت الباحثة بإعادة تطبيق أدةات الدراسة مرة أخرى بعد تطبيق البرنامج على أفراد العينة للتعرف على الأثر الذي أحدثه البرنامج في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لديهم، وقامت الباحثة بالتعاون مع بعض المدربين في مجال الإعاقة بالتطبيق البعدي للمقياس المصور على جميع أطفال عينة البحث الحالي بصورة فردية ولمدة يوم واحد (٢٠١٦/١٢/٨م).

القياس التتبعي:

قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية المصور على أفراد العينة مرة أخرى بهدف التعرف على مدى إستمرار أثر البرنامج الذي تم تقديمه لأفراد العينة وذلك بمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس التتبعي لأفراد العينة محل الدراسة، وقد تم إجراء هذا القياس بعد شهر تقريباً من تطبيق القياس البعدي.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

قامت الباحثة بإستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) (بما يتفق مع عدد أفراد العينات الصغيرة) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب

للمجموعة فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس الإضطربات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18).

نتائج الدراسة:

الفرض الأول:

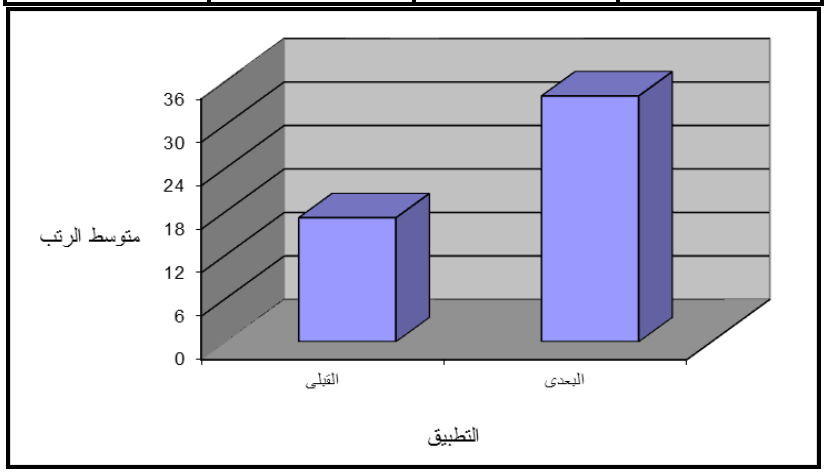
وينص الفرض الأول للدراسة على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المعاقين عقليا المساء إليهم في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي"

ولاختبار صحة الفرض الأول للدراسة قامت الباحثة أولاً بإستخدام الإحصاء الوصفى متمثلاً فى (المتوسط، الإنحراف المعيارى) لقياس عينة الدراسة قبلياً وبعدياً، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٠)

قياس عينة الدراسة قبلياً وبعدياً

التطبيق	العدد	المتوسط	الإنحراف المعيارى
القبلى	١٠	١٧.١٠	١.٢٨٧
البعدى	١٠	٣٣.٩٠	٢.٤٧٠



ثانياً قامت الباحثة بإستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) (بما يتفق مع عدد أفراد العينات الصغيرة) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس الإضطربات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالى:

جدول (١١)

الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس الإضطربات السلوكية المصور

توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠	-٢.٨٠٩	٠.٠٠٥	دالة عند مستوى ٠.٠٥
الموجبة	١٠	٥.٥٠	٥٥			
المتساوية	٠					

ويتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة مساوياً لـ (٠.٠٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس القبلى والقياس البعدى فى إجمالى مقياس الإضطربات السلوكية المصور، وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن هذا الفرق لصالح القياس البعدى، حيث بلغ متوسط رتب القياس القبلى (١٧.١٠) فى حين بلغ متوسط رتب القياس البعدى (٣٣.٩٠)، مما يدل على وجود فروق فى إجمالى المقياس لصالح القياس البعدى.

وقد قامت الباحثة بالتعرف على دلالة الفروق بين القياسين القبلى والبعدى فى أبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور (السلوك العدوانى، إيذاء الذات).

جدول رقم(١٢)

دلالة الفروق بين القياسين القبلى والبعدى فى أبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور

البعد	التطبيق	العدد	المتوسط	الإنحراف المعيارى
السلوك العدوانى	القبلى	١٠	٩.٢٠	١.٠٣٣
	البعدى	١٠	١٩.٧٠	١.٧٦٧
إيذاء الذات	القبلى	١٠	٣.٣٠	٠.٩٤٩
	البعدى	١٠	٥.٩٠	١.١٩٧

ثم قامت الباحثة بإستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين القبلى والبعدى لأبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالى:

حدول (١٣)

دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين القبلى والبعدى لأبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور

البعد	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السلوك العدوانى	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠	– ٢.٨١٤	٠.٠٠٥	دالة عند مستوى ٠.٠٥
	الموجبة	١٠	٥.٥٠	٥٥			
	المتساوية	٠					
إيذاء الذات	السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠	– ٢.٨٣١	٠.٠٠٥	دالة عند مستوى ٠.٠٥
	الموجبة	١٠	٥.٥٠	٥٥			
	المتساوية	٠					

ويتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة للأبعاد مساوياً لـ (٠.٠٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس القبلى والقياس البعدى فى جميع أبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور (السلوك العدوانى، إيذاء الذات). وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن هذا الفرق لصالح القياس البعدى، حيث بلغ متوسط رتب القياس القبلى للأبعاد على التوالى (٩.٢٠، ٤.٦٠، ٣.٣٠) فى حين بلغ متوسط رتب القياس البعدى للأبعاد على التوالى(١٩.٧٠، ٨.٣٠، ٥.٩٠)، مما يدل على وجود فروق فى إجمالى المقياس لصالح القياس البعدى للأبعاد.

يتضح من الجدول رقم(١٣) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال المساء إليهم قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي حيث تشير النتائج إلى وجود فروق لصالح التطبيق البعدي بالنسبة لجميع أبعاد المقياس وهو الأمر الذي جاء متفقاً ومحققاً لصحة الفرض.

تفسير نتائج الفرض الأول:

يتضح مما سبق تحقق الفرض الأول حيث كانت قيمة z لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات السلوكية في اتجاه القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة، والذي أدى إلى ارتفاع متوسطات رتب درجات الأطفال على الأبعاد السلوكية المتضمنة في برنامج الدراسة.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة تتفق مع نوعية الأنشطة التى حرصت الباحثة على أن يحتويها أو شملها برنامج الدراسة والتى تنوعت

مابين (القصة القصيرة– والمسرحية– الفيلم الكارتون– الرسم– اللعب الجماعي)، وحرصت الباحثة على هذا التنوع في أنشطة البرنامج حتى لايشعر بالملل أو الرتابة اتجاه الأنشطة التى تعرض له من خلال البرنامج، وأيضاً حتى يستطيع كل طفل اختيار الأنشطة التى تتناسب و قدراته.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية أشارت إليه العديد من الدراسات ومنها دراسة: ريهام جمال فتحى السعيد(٢٠١٥) والتى استهدفت التحقق من فعالية برنامج إرشادى سلوكى فى خفض الشعور بالقلق والكشف عن دوره فى تحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، وكان من أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة:-- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) بين متوسطى درجات الأطفال المعاقين عقليا فى المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى على مقياس القلق (الأبعاد والدرجة الكلية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادى السلوكى (في الاتجاه الأفضل) لصالح المجموعة التجريبية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) بين متوسطى درجات الأطفال المعاقين عقليا في المجموعة التجريبية في القياسين القبلى والبعدى على مقياس القلق (الأبعاد والدرجة الكلية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادى السلوكى (في الاتجاه الأفضل) لصالح القياس البعدى،ودراسة أسماء محمد جاد المولى(٢٠١٤) والتى أشارت إلى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض كل من السلوكيات العدوانية وسلوكيات إيذاء الذات والنشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية، واستمرار أثر البرنامج الإيجابي خلال فترة المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج،

دراسة: Repp, A. C., & Deitz, S. M. (2014) والتى أظهرت وجود علاقة ارتباط إيجابي بين تقييمات الأمهات للعدوانية وإيذاء الذات وبين تكرار حالات الإساءة للطفل. وقد ظهرت هذه الفروق بوضوح في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، وظهرت فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى ٠.٠٥) بين متوسط درجات الأطفال خلال التطبيقين القبلي والبعدي للمقياسين الفرعيين للعدوانية وإيذاء الذات للمعاقين عقلياً لصالح التطبيق البعدي, وهو يمثل مؤشراً على فاعلية البرنامج في خفض تلك الإضطرابات السلوكيات بين الأطفال المُعرضين لإيذاء الذات، ودراسة: جمال عبد الناصر سليمان عبد الباقي الجندي(٢٠١١) و التى اسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠.٠٥بين متوسطى رتب درجات سلوك إيذاء الذات للمجموعتى التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي فى خفض سلوك إيذاء وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية أى أن متوسط الطلاب الذين تعرضوا للبرنامج التدريب، وتوجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠.٠١بين متوسطي رتب درجات سلوك إيذاء الذات للمجموعتين (للمجموعة التجريبية والضابطة) بعد تطبيق البرنامج التدريبي وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، ودراسة: أسماء سعيد عبدالعزيز أحمد(٢٠١٠) والتى توصلت الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقليا في اتجاه القياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقليا في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ودراسة: منى أحمد مصطفى عمران والتى تمثلت نتائجها فى

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج الاتصال الشخصى لتنمية الوعى بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية للمتخلفين عقلياً لصالح القياس البعدي، وفاعلية تأثير برنامج الاتصال الشخصى فى تنمية الوعى بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية للأطفال ذوى التخلف العقلى البسيط.

وترى الباحثة أن الزيادة فى نسبة التحسن في التطبيق البعدي لدى عينة الدراسة يرجع إلى اشتمال البرنامج على أنشطة متنوعة ومختلفة عملت على تحسين الكثير من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال عينة الدراسة، وقد لاحظت الباحثة هذا التحسن من خلال قبول الأطفال لأنشطة البرنامج والتعبيرات المختلفة اللفظية وغير اللفظية من الأطفال أثناء تطبيق البرنامج، وترى الباحثة إيضاً أن البرنامج كان له تأثير إيجابي وفعال على أبعاد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً والقابلين للتعلم المساء اليهم.

الفرض الثانى:

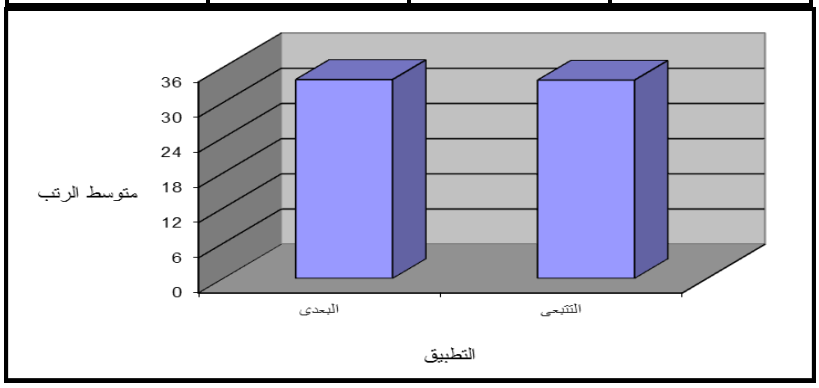
وينص الفرض الثانى للدراسة على "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المساء إليهم في القياسين البعدى والتتبعى بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية**".

ولاختبار صحة الفرض الثانى للدراسة قامت الباحثة أولاً بإستخدام الإحصاء الوصفى متمثلاً فى (المتوسط، الإنحراف المعيارى) لقياس عينة الدراسة بعدياً وتتبعياً، وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

جدول (١٤)

قياس عينة الدراسة قبلياً وبعدياً

التطبيق	العدد	المتوسط	الإنحراف المعيارى
البعدى	١٠	٣٣.٩	٢.٤٧٠
التتبعى	١٠	٣٣.٨٠	٢.٠٤٤



ثانياً قامت الباحثة بإستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) (بما يتفق مع عدد أفراد العينات الصغيرة) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين البعدى والتتبعى لمقياس الإضطربات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالى:

جدول (١٥)

مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين البعدى والتتبعى لمقياس الإضطربات السلوكية المصور

توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السالبة	٥	٤.٨٠	٢٤	- ٠.١٨١	٠.٨٥٦	غير دالة
الموجبة	٤	٥.٢٥	٢١			
المتساوية	١					

ويتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة أكبر من (٠.٠٠٥) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس البعدى والقياس التتبعى فى إجمالى مقياس الإضطربات السلوكية المصور. وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن متوسطات الرتب متقاربة، حيث بلغ متوسط رتب القياس البعدى (٣٣.٩) فى حين بلغ متوسط رتب القياس التتبعى (٣٣.٨٠)، مما يدل على عدم وجود فروق فى إجمالى المقياس.

وقد قامت الباحثة بالتعرف على دلالة الفروق بين القياسين البعدى والتتتبعى فى أبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور (السلوك العدوانى، إيذاء الذات).

جدول (١٦)

دلالة الفروق بين القياسين البعدى والتتتبعى فى أبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور (السلوك العدوانى، إيذاء الذات)

البعد	التطبيق	العدد	المتوسط	الإنحراف المعيارى
السلوك العدوانى	البعدى	١٠	١٩.٧٠	١.٧٦٧
	التتبعى	١٠	١٩.٣٠	١.٣٣٧
إيذاء الذات	البعدى	١٠	٥.٩٠	١.١٩٧
	التتبعى	١٠	٥.٨٠	١.٢٢٩

ثم قامت الباحثة بإستخدام الأسلوب اللابارامترى ويولكوكسون للبيانات الرتبية (Wilcoxon Signed Rank) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين البعدى والتتبعى لأبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور عن طريق برنامج (SPSS 18) وتوصل إلى الجدول التالى:

جدول (١٧)

مستوى دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة فى القياسين البعدى والتتبعى لأبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور

البعد	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
السلوك العدوانى	السالبة	٦	٦	٣٦	- ٠.٨٩٣	٠.٣٧٢	غير دالة
	الموجبة	٤	٤.٧٥	١٩			
	المتساوية	٠					
إيذاء الذات	السالبة	٤	٣.٨٨	١٥.٥	- ٠.٢٦٤	٠.٧٩٢	غير دالة
	الموجبة	٣	٤.١٧	١٢.٥٠			
	المتساوية	٣					

ويتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة للأبعاد أكبر من (٠.٠٥) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب بين القياس البعدى والقياس التتتبعى فى جميع أبعاد مقياس الإضطربات السلوكية المصور (السلوك العدوانى، إيذاء الذات). وبالعودة إلى جدول المتوسط نجد أن متوسطات الرتب للأبعاد متقاربة، حيث بلغ متوسط رتب القياس البعدى للأبعاد على التوالى (١٩.٧٠، ٨.٣٠، ٥.٩٠) فى حين بلغ متوسط رتب القياس التتبعى للأبعاد على التوالى(١٩.٣٠، ٨.٧٠، ٥.٨٠)، مما يدل على عدم وجود فروق فى إجمالى المقياس.

تفسير نتائج الفرض:

مما سبق يتضح تحقيق الفرض السابق حيث كانت قيمة z لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في التطبيق البعدي والتتبعي

بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات السلوكية غير دلالة مما يدل على استمرار تأثير برنامج الدراسة على الأطفال عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج.

وترى الباحثة أن استمرار فاعلية البرنامج على الأطفال إلى أنهم كان يسعى خلال القيام بتنفيذ البرنامج إلى مساعدة الأطفال في التخلص من الاضطرابات السلوكية لديهم وكذلك مقاومة أشكال الاساءة التى يتعرضون إليها من قبل الاخرين، وكان ذلك من خلال الفنيات التى استخدمتها الباحثة خلال جلسات البرنامج، ويرجع أيضاً استمرار فاعلية البرنامج على الأطفال نتيجة لما حصلو عليه من جانب الباحثة من تعزيز مما أدي إلى حرص الأطفال على تكرار السلوكيات التى تؤدي إلى التعزيز والثناء والمدح لهم من قبل الآخرين.

توصيات ومقترحات الدراسة:

التوصيات:

- يقوم المختصين بوضع خطط علاجية للاضطرابات السلوكية بأبعادها المختلفة، لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بهدف التغلب عليها.
- تقوم مؤسسات التربية الخاصة للأطفال المعاقين القابلين للتعلم بوضع برامج تقويمية لسلوك الأطفال أملاً في عدم الانحدار بذلك السلوك إلى الاضطراب التى قد يكون له تأثير سلبي على ذاتية الطفل من ناحية المجتمع.
- الاستفادة من وسائل الإعلام في عقد برامج خاصة لتوعية المجتمع بضرورة تقبل المعاقين عقلياً القابلين للتعلم واستيعابهم على أساس

أنهم أفراد ذوي احتياجات خاصة لهم قدرات محدودة ولكن يمكن تطويرها والاستفادة منها.

- تعزيز المناهج الدراسية بمواضيع حول الإعاقة العقلية لتعديل اتجاهات المجتمع نحو المعاقين عقلياً.
- القيام بحملات منظمة لتوعية أسرة الأطفال المعاقين حول حياتهم من الإساءة.

المقترحات:

١- دراسة مقارنة بين الاضطرابات السلوكية للأطفال المساء إليهم المعاقين عقليا القابلين للتعليم.

٢- برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المكفوفين/ الصم والبكم والمعاق حركياً.

٣- فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مفهوم ألذات لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

٤- عمل برامج إرشادية حول آليات الحفاظ على الجسد من الإساءة للأطفال.

٥- فاعلية برنامج مسرحي في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

المراجع:

- أحمد الزغبي (٢٠٠٥). مشكلات الأطفال النفسية و السلوكية و الدراسية وأسبابها وسبل علاجها. دمشق. دار الفكر.
- أسماء محمد جاد المولى (٢٠١٤). برنامج تدريبي لخفض بعض السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- أنسى محمد أحمد قاسم (٢٠٠٢). أطفال بلا أسر. الاسكندرية. مركز الإسكندرية للكتاب.
- إيمان كمال (٢٠٠٨). فاعلية برنامج للأنشطة الحركية المتكاملة في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال الروضة المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم (٥٠-٧٠). رسالة ماجستير. كلية البنات. جامعة عين شمس.
- جمال القاسم، ماجدة عبيد، الزغبي عمار (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية. عمان. الصفاء للنشر والتوزيع.
- خالد عبد الرازق النجار (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية. مركز الاسكندرية للكتاب.
- خالد عبد الرزاق النجار (٢٠٠١). فاعلية إستخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى طفل الروضة. مجلة الطفولة والتنمية. العدد٣.
- ديفيد أ. وولف. (٢٠٠٥). الإساءة للطفل "مترتباتها على نمو الطفل واضطرابه النفسي. ترجمة: جمعة سيد يوسف. القاهرة. المجلس الأعلى للثقافة.
- روجينا ميشيل فارس جوهرجي (٢٠١٢). مدي فاعلية برنامج علاجي نفسي معرفي سلوكي مرتكز حول صدمة جماعي معتدل الأجل مقترح لدي عينة من حالات الإساءة

الجنسية للأطفال الإناث "دراسة تحليلية. رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة الأسكندرية.

- سرور قاروني (٢٠٠٤). حماية الأطفال في البحرين من سوء المعاملة. مملكة البحرين. مركز البحرين للدراسات والبحوث.
- السيد الكيلانى (٢٠١٠). استراتيجيات التدخل والتعرف المبكر على ذوى الاحتاجات الخاصة.
- طارق عبدالرووف عامر، ربيع عبد الرووف عامر (٢٠٠٦). رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة " المعاقيين ذهنياً ". القاهرة. الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- طارق كمال (٢٠٠٥). الصحة النفسية للأسرة. الاسكندرية. مؤسسة شباب الجامعة.
- عادل محمد (٢٠٠٢). تعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة. دراسات تطبيقية. سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة. دار رشاد للنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن سليمان، سميرة محمد شند، إيمان سعيد (٢٠٠٣). دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي. القاهرة. مكتبة زهراء الشروق.
- عبد الله عبد العزيز العسرج (٢٠٠٦). فاعلية إستخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى متلازمة دوان في جمعية النهضة النسائية الخيرية. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- عطا الله فؤاد الخدالدي (٢٠٠٨). إرشاد المجموعات الخاصة. عمان. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- علية شعبان (٢٠٠٢). مدى فعالية برنامج إرشادي تدريبي لاكتساب أساليب ونماذج السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقلياً

فئة القابلين للتعليم (٥٠-٧٠). رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.

- فهد سعد قليل الحارثي (٢٠١٥). المشكلات السلوكية الشائعة لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية بمحافظة الطائف من وجهة نظر المعلمين. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة أم القري.
- فيصل محمد نهار مناحي العجمي (٢٠٠٧). أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنيًا لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. جامعة الكويت.
- كلير فهيم (٢٠٠٣). أبناؤنا ذوي الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية.
- كلير فهيم (٢٠٠٧). رعاية الأبناء ضحايا العنف. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- كمال عبد الرحمن فرج (٢٠٠٩). فاعلية أسلوب الدمج في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية.عدد خاص. مجلة مركز الاستشارات النفسية والتربية. كلية الاداب. جامعة المنوفية.
- محمد أبو عليا (٢٠٠٠). العنف الأسري أنواعه وأشكاله وأسبابه. ندوة لنعمل معًا من أجل أسرة سعيدة خالية من العنف. الزرقاء: الجامعة الهاشمية. مركز التوعية والإرشاد الأسري.
- محمد النجار (٢٠٠٠). المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم ومدى فعالية برنامج لتعديل السلوك التوافقي لديهم. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- معيض الزهراني (٢٠١١). دراسة مقارنة عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال

المتخلفين عقلياً في منطقة الرياض. رسالة دكتوراه. جامعة أم القري www.drmaid.wordpress.com

- ميادة أحمد مختار (٢٠١١). فاعلية التعزيز فى خفض حدة المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا ذوى الإعاقة العقلية البسيطة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة عين شمس.

- نبيلة عبد الرقيب السروري (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المساء إليهم .رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية.

- هالة خير سعيد (٢٠٠٢). فاعلية أسلوبي التعزيز التفاضيلي والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. رسالة ماجستير. كلية التربية بقنا.

- وائل الزغل (٢٠٠٤). إساءة معاملة الطفل المعاق عقلياً من الدرجة البسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

- ولاء كمال أحمد محمد (٢٠٠٨). مفهوم الذات والتفاعل الاجتماعى خارج المنزل لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية. رسالة ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.

- يحيى أبو نواس (٢٠٠٣). مقارنة للخصائص النفسية والاجتماعية بين الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والأطفال الذين لم يتعرضوا لها. رسالة ماجستير. جامعة مؤتة

- **Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (2008). Impact Of Sexual Abuse On Children: A Review And Synthesis Of Recent Empirical Studies. Psychological Bulletin, 113.**
- **Akrami, L.,& Davudi, M. (2014). Comparison of Behavioral Disorders Related to Sexual Abuse between Intellectually Disabled and Normal Boys during Puberty in Yazd, Iran. Iran Journal of Psychiatry Behavior Science; 8 (2).**
- **American Office for Children Victims of Abuse and Violence (2013). Through My Eyes [Videocassette]. (Available from Office for Victims of Crime, 810 Seventh Street, NW, Washington, DC 20531)**
- **American School Counselor Association. (2013). The ASCA national model: A framework for school counseling programs (2nd ed.). Alexandria: Author.**
- **Angelo p. Giardino: Child abuse and Neglect, physical Abuse, http//:www.emedicine.com, 28 june 2004.**
- **Asmita Naik, Anthea Spinks, RedR Australia: Stephanie Delaney, ECPAT International, ECPAT International, 2006.**
- **Baggerly, J. (2008). The Effects Of Child-Centered Group Play Therapy On Self-Concept, Depression, And Anxiety Of Children Who Are Homeless. International Journal of Play Therapy, 12(2).**
- **Blacher, J., McIntyre L. L. (2006) Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: cultural differences in family impact. Journal of Intellectual Disability Research, 50 (3).**

- **Bradley EA, Summers JA, Wood HL, Bryson SE. (2014). Comparing Rates Of Psychiatric And Behavior Disorders In Adolescents And Young Adults With Severe Intellectual Disability With And Without Autism. J Autism Dev Disord; 34(2).**
- **Brown, J. F.; Brown, M. Z.,& Dibiasio, P. (2014). Consulting Intervention for Treating Sexually Abused Children With Intellectual Disabilities With Adapted Dialectical Behavior Therapy. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6.**
- **Brown, J. F.; Brown, M. Z.,& Dibiasio, P. (2014). Consulting Intervention for Treating Sexually Abused Children With Intellectual Disabilities With Adapted Dialectical Behavior Therapy. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6.**
- **Buchanan, A., & Wilkins, R. (2013). Sexual Abuse Of The Mentally Handicapped Educable: Assessment Difficulties And Consultation With Parents Participation. Psychiatric Bulletin; 51 (6).**
- **Burn, M. F. & Brown, S. (2011). A Review Of The Cognitive Distortions In Child Sex Offenders: An Examination Of The Motivations And Mechanisms That Underlie The Justification For Abuse. Aggression and Violent Behavior, 11.**
- **Change& et. Al. (2006). Characteristics of Child Abuse in Immigrant Korean Families and Correlates of Placement Decisions,**

Child Abuse Abuse and Neglect, V.30, N.8, 2006.

- Craft, A., & Craft, M. (2008). Sexuality and Mental Handicap: A Review. Br J Psychiatry; 139.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Allaire, J. F., & Roy, M. E. (2011). Profiles And Correlates Of Aggressive Behaviour Among Adults With Intellectual Disabilities. Journal of Intellectual Disabilities, 51(10).
- Cross, T. P., Jones, L. M., Walsh, W. A., Simone, M., & Kolko, D. (2007). Child Forensic Interviewing In Children's Advocacy Centers: Empirical Data On A Practice Model. Child Abuse & Neglect, 31.
- Dennis, M., Lockyer, L., & Lazenby, A. L. (2010). How High-Functioning Children With Mental Handicaps Understand Real And Deceptive Emotion. Mental handicaps, 4.
- Denno, D. W. (2007). Sexuality, Sexual Abuse And Mental Disability. University of Illinois Law Review; 720.
- Edelson, M.G. (2009). Are The Majority Of Children With Mental Handicaps Mentally Retarded?: A Systematic Evaluation Of The Data. Focus on Mental handicaps and Other Developmental Disabilities, 21.
- Freisthler, B., Bruce, E., & Needell,B.(2007) Understanding the geospatial relationship of neighborhood characteristics and rates of maltreatment for Black, Hispanic, and White children. Social Work 52 (3).

- **Gabriels, R. L., & Van Bourgondien, M. E. (2009). Sexuality And Mental Handicaps: Individual, Family, And Community Perspectives And Interventions. In R. L. Gabriels & D. E. Hill (Eds.), Growing up with mental handicaps: Working with school-age children and adolescents (pp. 58-72). NY: Guilford Press.**
- **Gilson, S. F.; DePoy, E.,& Cramer, E. P(2015). "Behavioral And Psychological Disorders Accompanied To Sexual Abuse Of Children With Mental Disabilities Educable," AFFILIA, vol. 16, no.2.**
- **Goldberg, M., & Willamette, E. (2015). Interventions for Sexual Abuse of Children with Mental Handicaps: Factors that Increase Risk and Interfere with Recognition of Abuse. Disability Studies Quarterly; 4 (11).**
- **Goldberg, M., & Willamette, E. (2015). Interventions for Sexual Abuse of Children with Mental Handicaps: Factors that Increase Risk and Interfere with Recognition of Abuse. Disability Studies Quarterly; 4 (11).**
- **Goldman, R. L. (2013). Children And Youth With Intellectual Disabilities: Targets For Sexual Abuse. International Journal of Disability, Development, and Education, 41.**
- **Gustafsson, C., Ojehagen, A., Hansson, L., Sandlund, M., Nystrom, M., Glad, J., Fredriksson, M. (2014). Effects Of Psychosocial Interventions For People With Intellectual Disabilities And Mental Health Problems. Research on Social Work Practice, 19(3).**

- **Hunter, J. A., Goodwin, D. W., & Wilson, R. J. (2014). Attributions of blame in child sexual abuse victims: An analysis of age and gender influences. Journal of Child Sexual Abuse, 1.**
- **Irvine, A. (2011). Issues In Sexuality For Individuals With Developmental Disabilities: Myths, Misconceptions, And Mistreatment. Exceptionality Education Canada, 15.**
- **Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (2008). Impact Of Sexual Abuse On Children: A Review And Synthesis Of Recent Empirical Studies. Psychological Bulletin, 113.**
- **Kinard, E. M. (2013). Mother and teacher assessments of behavior problems in abused children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, p. 1043.**
- **Koller, R. A. (2010). Sexuality And Adolescents With Mental Handicaps. Sexuality and Disability, 18.**
- **Lumley, V. A., & Scotti, J. R. (2009). Supporting the sexuality of adults with mental retardation: Current status and future directions. Journal of Positive Behavior Interventions, 3, 1.**
- **Lumley, V. A.; Miltenberger, R. G.; Long, E. S.; Rapp, J. T., & Roberts, J. A. (2013). Evaluation Of A Sexual Abuse Prevention Program For Children With Mental Handicapped. Journal Of Applied Behavior Analysis; 31 (1).**
- **Mansell, S., Sobsey, D., & Moskal, R. (2013). Clinical Findings Among Sexually Abused Children With And Without Developmental Disabilities. Mental Retardation, 36, 12-22.**

- **Molnar B.E, Buka S.L, Brennan R.T, Holton J.K, Earls F. (2003)A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the project on human development in Chicago neighborhoods. Child Maltreatment, 8(2).**
- **Morano, J. P. (2014). Sexual Abuse of the Mentally Handicapped Children: An Analysis of Consulting Interventions. Journal Of Clinical Psychiatry; 3 (3).**
- **Perez-Albeniz, A., de Paul, Joaquin. (2004). Gender Differences in Empathy in Parents at High- and Low-Risk of Child Physical Abuse. Child Abuse & Neglect: The International Journal, 28 (3).**
- **Pohl, J.D. and Hazzard, A. (2014). "Reactions of Children, Parents And Teachers To Child Sexual Abuse Prevention Programs". Education, 110 (3).**
- **Sanders, M& et.al. (2003). The Triple Positive Parenting programmer, Journal of child abuse Review, V. 12, N. 3.**
- **Sanderson, Christiane. (2006). Counselling Adult Survivors of Child Sexual Abuse, 3rd Ed. London: Jessica Kingsley Publishers.**
- **Sanderson, Christiane. Counselling Adult Survivors of Child Sexual Abuse, 3rd Ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.**
- **Saunders, E.J. (2012). The Mental Health Professional, The Mentally Retarded And Sex. Hospital Community Psychiatry; 32.**
- **Senn, C. Y. (2012). Vulnerable: Sexual abuse and people with an intellectual handicap. Downsview, Ontario, Canada: G. Allan Roeher Institute.**

- **Stevens, D. J. (2009). Predatory rapists and victim selection techniques. Social Science Journal, 31.**
- **Sumarah, J., Maksym, D., & Goudge, J. (2011). The effects of staff training program on attitudes and knowledge of staff toward the sexuality of persons with intellectual handicaps. Canadian Journal of Rehabilitation, 1.**
- **Telljohann, S. K., Everett, S.A. and Price, J.H. (2011). "Evaluation Of A Third Grade Sexual Abuse Curriculum". Journal of School Child Health, 67 (4).**
- **UNICEF.Behind Closed Doors: The Impact of Domestic Abuse on Chil¬dren, 2014 (1st Quarter).**
- **Vig S., Kaminer R. (2002) Maltreatment and Developmental Disabilities in Children. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14 (4).**