[٩]

فعالية برنامج قائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل في تخفيف أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية لدى طفل متلازمة داون (دراسة حالة)

د. سهى أحمد أمين نصر
أستاذ علم نفس الطفل المساعد
كلية رياض الأطفال– جامعة الإسكندرية

فعالية برنامج قائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل في تخفيف أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية لدى طفل متلازمة داون (دراسة حالة)

د. سهى أحمد أمين نصر*

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة Post Traumatic Stress (PTSD) لدى طفل متلازمة داون تعرض لإساءة جنسية، وذلك من خلال دراسة حالة الطفل الذي عرض لإساءة جنسية تتمثل في الاعتداء الجنسي، ومنذ ثلاثة سنوات وعمره الآن يتراوح ما بين (١١-١٢) عام، كما تهدف الدراسة الحالية إلى بيان فعالية البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي Sand Play Theory في التخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واستندت الباحثة إلى إعداد بطاقة ملاحظة لتشخيص المظاهر السلوكية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالاعتماد على DSM-5 (إعداد الباحثة)- برنامج علاجي فردي قائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي (إعداد الباحثة). وتم استخدام المنهج التجريبي وتم تطبيق البرنامج في أحد دور رعاية المعاقين الأيتام الخيري، وتم تطبيق البرنامج في حدود زمنية امتدت من ١-١٢-٢٠١٣ إلى نهاية فبراير ٢٠١٤.

* أستاذ علم نفس الطفل المساعد- كلية رياض الأطفال- جامعة الإسكندرية.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً على جميع أبعاد بطاقة الملاحظة الخاصة بالمظاهر السلوكية PTSD لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لصالح التطبيق البعدي على حالة الدراسة. وخلصت الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

مقدمة:

يشكل الاعتداء الإساءة الجنسية للأطفال عامة والأطفال من ذوي الإعاقة خاصة ظاهرة من الظواهر الخطيرة التي بدأت تنتشر في المجتمعات العربية بصورة كبيرة، وأصبحت تستحق التدخل السريع من قبل القائمين على الرعاية لهؤلاء الأطفال، ولقد انتشرت هذه الظاهرة في مجتمعنا، حيث لم تقتصر على فئة محددة أو جنس معين، فقد شملت جميع الفئات العمرية ومختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية وكلا الجنسين، ولم تقتصر مشكلة الإساءة الجنسية للأطفال عامة والأطفال ذوي الإعاقة العقلية خاصة على المجتمعات العربية فحسب، بل نجدها الآن في مجتمعاتنا العربية ونسبة عالية.

وقد أكد Hans Zollmer et al (2014) أن الإساءة الجنسية مشكلة مستترة، وأنها أقل نوع من أنواع الإساءة انكشافاً بسبب السرية أو مؤامرة الصمت التي تغلب على مثل هذا النوع من الاعتداء.

وقد أشار Martin, Mand Legry C. (2014) أن الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية معرضين للإساءة الجنسية والعنف الجنسي أكثر من غيرهم من الفئات الأخرى نظراً للخصائص التي يتميزون بها، وهي عدم القدرة على الإفصاح بما تم، عدم الإدراك الواعي لأبعاد هذا الاعتداء، الخوف الشديد من المسيء لهم، عدم وجود الإمكانيات العقلية أو القدرات العقلية لشرح الحدث أو للتبليغ عن الشخص المسيء.

وبالرغم من توافر البيانات والقضايا الخاصة بهذا الشأن، إلا أن من الصعب تحديد النسب التي تعرضت للإساءة الجنسية من الأطفال على المستوى المحلي، وذلك بسبب عدم الإبلاغ عن هذه الاعتداءات بشكل رسمي، وأيضاً لعدة عوامل أخرى منها عوامل ثقافية واجتماعية

ومنها أن من يرعوا شئون الطفل قد يكونوا هم المسيئين أو قد يكونوا المسيئين غير معروفين من قبل الأهل، "أو للخوف من الفضيحة، أو لأن هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية ولا يصدقهم أحد نظراً لإعاقتهم.

وتشير معظم الدراسات إلى العواقب النفسية للإساءة، فالعلاقة المسيئة تؤدي إلى انخفاض في تقدير الذات وتؤدي إلى اضطرابات القلق والكآبة وتجعل الشخص الذي تعرض للإساءة الجنسية في طفولته يشعر بالوحدة والعجز، وهذا ما أكدته دراسة Jennifer S. et al (2014) عن مدى تأثير الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة على سلوك مجموعة من المراهقين في الكبر في الولايات المتحدة الأمريكية.

ومن خلال ما أشارت إلي البحوث والدراسات إلى أن الأعراض التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المعتدى عليهم جنسياً أو المساءين جنسياً تتسق مع المؤشرات الرئيسية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة كما هو محدد في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع APA (2000).

كما أشارت دراسة كلاً من Tong, H. (2002); Avery et al (2000); Kin Chewng (2014); Jesse Krohn (2014); Laurel et al (2010) إلى وجود ارتباط بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال عامة والأطفال ذوي الاحتياجات خاصة مع تاريخ من الإساءة الجنسية لهم في مراحل الطفولة، وتشير هذه الدراسات إلى الآثار السلبية التي تخلفها الإساءة الجنسية من تقدير ذات منخفض، مشاعر بالذنب، إيذاء للذات ولومها، غضب، عدوانية، اكتئاب، وخوف شديد، كل هذه الأعراض الضاغطة تجعل هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقة خصيصاً يشعرون بالتوتر والقلق، والانسحاب، وذلك لافتقارهم إلى

مهارات التكيف النفسي والاجتماعي التي تجعلهم قادرين على مواجهة هذه المشكلات والتخفيف من حدتها.

وتنوعت الأساليب العلاجية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، منها العلاج السيكوديناميي الذي يركز على منهج التحليل النفسي، كما ابتكر السلوكيين عدة أساليب في العلاج منها العلاج بالإضافة الذي يهدف إلى خفض الأحجام والتجنيب للذكريات الصادمة وخفض القلق الناجم عن استدعاء تلك الذكريات، وتقليل الحساسية التدريجي الذي يعد أسلوباً مناسباً وفعالاً في علاج بعض الأعراض التي يعاني منها المصابون بضغط ما بعد الصدمة وخاصة الخوف والقلق والأحلام المزعجة.

ويعتبر Cormier (2003) أن استراتيجيات التحصين ضد الضغط النفسي كتدخل وقائي يسعى إلى تقوية إمكانات الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة. والتعامل مع آثار وخبرات المواقف الضاغطة مع الاحتفاظ بحالة أقل من الانفعالات المضطربة وبمستوى أعلى من التكيف، وذلك من خلال تدريب المسترشدين على مختلف مهارات التكيف الجسدية والمعرفية ومساعدتهم على تطبيق المهارات التي تم التدريب عليها أثناء التعرض لحالات التوتر والضغط.

ولخفض أعراض الضغط التي يعاني منها الأطفال المصابون بضغط ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجنسية، أثبتت الباحثة استخدام التعليم الملطف والذي يعد من أحد الأساليب الفعالة في العلاج السلوكي الذي يهدف إلى تحقق تغيرات إيجابية في سلوك هؤلاء الأطفال وتجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر فاعلية، أي يشعر الطفل بالأمن والأمان وكونه محبوباً ومخباً ومنخرطاً مع الآخرين، وذلك من خلال الحب غير المشروط.

وأيضاً لجأت الباحثة إلى استخدام اللعب بالرمل العلاجي Sand Therapy كنموذج علاجي غير لفظي، يعبر من خلاله الطفل عن مشاعره في مكان آمن وهو صينية الرمل العلاجية (Friedman & Mitchell, 2008). ومن هنا جاءت هذه الدراسة لمعرفة فعالية البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية لدى طفل متلازمة داون.

مشكلة الدراسة:

أصبحت مشكلة أو ظاهرة الإساءة الجنسية للأطفال والأطفال من ذوي الإعاقة العقلية من الظواهر التي تسجن البحث والدراسة لما لها من تأثير سيئ على هؤلاء الأطفال بمختلف فئاتهم، وإذا ترك هؤلاء الأطفال دون تدخل علاجي من آثار الإساءة الجنسية، فقد يتحولوا هؤلاء الأطفال المساء إليهم إلى معيدين في المستقبل، وهذا ما أظهرته نتائج ملاحظة لبعض من حالات الأطفال ذوي الإعاقة بمختلف فئاتهم قد تعرضوا للإساءة الجنسية، فبعض منهم استمر في معرفة الشخص المعتدي وذلك من أجل إعطاءه المال "أو شراء له بعض الهدايا. وآخرين أصبحوا هم من يتحرش بزملاءهم في المراكز "أو دور الإيواء، ولكن يوجد آخرين تظهر عليهم المعاناة النفسية والتوتر، وظهرت عليهم أعراض ضغط ما بعد الصدمة. ومن خلال الزيارات الميدانية وإلقاء الندوات من قبل الباحثة في مؤسسات الإعاقة المختلفة، لاحظت وجود حالة لطفل من متلازمة داون يبلغ من العمر حوالي اثني عشر عام، كان يتحدث عنها إحدى الأخصائيين الذي يباشر حالته في المؤسسة، ومن خلال

الاضطلاع على كل بيانات هذا الطفل والذهاب إليه ورؤيته تبين أنه تعرض للاعتداء الجنسي منذ كان في عمر تسع سنوات وكان هذا الاعتداء يتم بصورة مستمرة، ومن خلال ملاحظة الباحثة للسلوكيات التي تصدر عنه. ومن خلال مقابلة الأخصائي وسؤاله عن الحالة تبين أنها تعاني من أعراض ما بعد الصدمة وسعت الباحثة إلى الاستناد إلى أساليب علمية تتركز على العلاج السلوكي والسيكوديناميي معاً للتدخل للتخفيف من الأعراض الناتجة عن الإساءة الجنسية لهذا الطفل.

فعلى حد علم الباحثة من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة المحلية لم تجد على حد علم الباحثة دراسة استخدمت التعلم الملطف واللعب بالرمل العلاجي لتخفيف أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجنسية للأطفال من ذوي متلازمة داون.

وتتلخص مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

- ما فعالية البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي في تخفيف أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند طفل معاق عقلياً يبلغ من العمر (١٢) سنة من متلازمة داون تعرض لإساءة أو اعتداء جنسي في سن التاسعة.

هدف الدراسة:

- التعرف على فعالية البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند طفل يبلغ من العمر (١٢) عام معاق عقلياً متلازمة داون تعرض للاعتداء والإساءة الجنسية في سن التاسعة.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة من الآتي:

- أهمية تقديم الخدمات العلاجية للمصابين من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لضغط ما بعد الصدمة، هذا الاضطراب الذي يظهر نتيجة للتعرف لأي نوع من أنواع الإساءة وخاصة الإساءة الجنسية والأحداث الصادمة، والذي بدأ الاهتمام به في كثير من دول العالم وذلك للحد من تأثيراته السلبية ولزيادة الفعالية الشخصية لدى المصابين، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية في تقديم برنامج علاجي لتخفيف أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى طفل معاق عقلياً من متلازمة داون تم الإساءة الجنسية له.
- كما تأتي أهمية الدراسة لكونها تناولت دراسة حالة طفل معاق عقلياً من متلازمة داون تم الاعتداء الجنسي عليه وتعرض لمخاطر وآثار هذا الاعتداء لمدة ثلاثة سنوات. لذا فهذه الفئة من فئات الإعاقات المختلفة بأمس الحاجة لتلقي المساعدة والرعاية اللازمة لهم لتقوية إمكاناتهم وتعزز قدراتهم وتمنحهم الإحساس بالأمان ولتمنحهم الطرق البديلة للتعايش بتكيف نفسي واجتماعي سليم.
- وتتبع أهمية الدراسة أيضاً من أن أغلبية الدراسات المختلفة في حدود علم الباحثة– والتي تناولت موضوع الإساءة الجنسية للأطفال من ذوي الإعاقة العقلية خاصة اقتصرت اهتماماتها بتوضيح الآثار السلبية للإساءة الجنسية على هؤلاء الأطفال، مدى انتشارها، إلا أن هذه الدراسات لم تتطور وتعد برنامجاً علاجياً لعلاج الآثار النفسية الخطيرة والتي تتمثل في اضطراب ما بعد الصدمة والناتجة عن الإساءة الجنسية ضد الأطفال المعاقين عقلياً، ومن هنا تكمن أهمية هذه

الدراسة في سعيها لتطوير برنامج يرتكز على أساليب العلاج السلوكي (التعليم الملطف)، أساليب العلاج السيكوديناميي (العلاج باللعب في الرمل) للتخفيف من أعراض ما بعد الصدمة.

- تكمن أهمية الدراسة في إمكانية أن تكون بداية أو مقدمة ومنطلقاً لدراسات أخرى تسهم في تطوير وتطبيق برامج إرشادية، ووقائية وعلاجية للتعامل مع مثل هذه الاضطرابات التي تنتج من أشكال الإساءة والعنف لذوي الإعاقة بمختلف فئاتهم.

مصطلحات الدراسة:

- **برنامج علاجي Therapeutic Program:**

تعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: البرنامج الذي أعد بهدف تخفيف أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى طفل معاق عقلياً من متلازمة داون والذي استند إلى أحد أساليب العلاج السلوكي وهو التعليم الملطف، حيث اشتملت جلساته على الاستراتيجيات الآتية: تجاهل– إعادة توجيه– المكافأة، المقاطعة/ التجاهل، إعادة التوجيه. واعتمدت الباحثة أيضاً على أسلوب علاجي آخر وهو العلاج باللعب بالرمل وهو يعمل على التنفيس الانفعالي ويعطي الشعور بالأمان للطفل.

- **التعليم الملطف Gentle Teaching:**

أوضح عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣: ٣٤٣) أن التعليم الملطف هو طريقة جديدة تلقي في الوقت الراهن اهتماماً كبيراً في علاج المشكلات السلوكية غير التكيفية خاصة بين الأطفال المتخلفين عقلياً بالتركيز أساساً على تكوين رابطة وجدانية، ومساندة الطفل مع التجنب الكلي لأساليب التنفير والعقاب.

وتعرفه الباحثة بأنه طريقة مبتكرة تعتمد على الحب غير المشروط والود المتبادل والمشاركة التعاونية وتجاهل السلوكيات المزعجة، وإعادة توجيه الأطفال نحو سلوك مقبول، أي هو أسلوب غير عنيف وغير معتمد على العقاب لمساعدة الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية وغيرهم ممن لديهم سلوكيات غير تكيفية لتعليمهم سلوكيات أكثر توافق مع البيئة والأشخاص المحيطين به.

- **اللعب بالرمل العلاجي Sand Play Therapy:**

هي نموذج العلاجي غير لفظي تم الاعتماد فيه على صينية الرمال وبعض المياه والأدوات المصغرة من شخصيات، حيوانات، حيث ينفس الطفل فيها عن رغباته ومشاعره بطريقة أكثر أمناً (Friedman & Mitchell, 2008, 1).

- **اضطراب ضغط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress (PTSD):**

وهو اضطراب ضغطي يلي الصدمة ويحدث بعد تجارب مرعبة Becky (2002) ويصيب الكثير من الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث أو عنف أو كوارث أو تعذيب أو اضطرابات أسرية (Cloitre et al., 2002). وتعرفها الباحثة إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذو متلازمة داون المساء جنسياً وفق بطاقة ملاحظة المظاهر السلوكية لضغط ما بعد الصدمة.

- **الإساءة الجنسية Sexual Abuse:**

هي استخدام الأطفال والمراهقين في أفعال جنسية لا يفهموها ولا يوافقون عليها وتشمل هذه الأفعال (الملامسة– الاتصال الجنسي بالإكراه)،

وهي انتهاك متعمد لخصوصية جسم الطفل، بغض النظر عن قبوله لهذه الأفعال أم لا (Hans Zollmer et al., 2014).

- **طفل متلازمة داون:**

هو ذلك الطفل الذي يعاني من إعاقة عقلية بسيطة وهو قابل للتعلم ويصنف أنه من متلازمة داون.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تمثل مشكلة الإساءة للأطفال مشكلة عامة تجتاح أي مجتمع من المجتمعات، حيث تعتبر ظاهرة الإساءة للأطفال بشكل عام والإساءة الجنسية بشكل خاص من بين الموضوعات التي أثارت اهتماماً واسعاً في الفترة الحالية نظراً للآثار السلبية التي تنجم عنها. وإذا كان الأطفال بصفة عامة معرضين للإساءة فإن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية معرضون وبشكل أسهل بسبب الإعاقة التي يعانون منها وكذلك بسبب اعتمادهم على الآخرين لتلبية احتياجاتهم. وقد أشار جمال الخطيب، منى الحديدي (٢٠٠٥، ١٧٤) أن الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية أكثر عرضة للإساءة من الأطفال العاديين.

وتعتبر الإساءة الجنسية من أشد أنواع الإساءة أثراً على كل الأطفال، كما تعد سبباً مباشراً في إصابته بالعديد من الاضطرابات النفسية والانحرافات المختلفة، ورغم أن الإساءة الجنسية تعد من أخطر أنواع الإساءة التي يتعرض لها الأطفال العاديين بصفة عامة والأطفال المعاقين عقلياً بصفة خاصة، إلا أن تناولها بالبحث والدراسة قليلاً أو نظرياً لأنه يصعب مناقشتها، ولا يعترف بها رغم انتشارها بكثرة وسط مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

وقد أكد Postmus (2013) أن الإساءة الجنسية ليست من السهل تقييمها لأن من الصعب اتخاذ القرار في الإفصاح عنها.

ويعد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية فريسة سهلة لهذا الشكل من الإساءة لأنهم لا يستطيعون التعبير عما يحدث، أو لأن من الصعب الاعتراف بحدوثه إلا بعد العديد من الإجراءات الطبية الصعبة التي تجعل الوالدين ينصرفوا عن إجراءه.

وتذكر ريم عبد المطلب، شاهيناز عبد الغفور (٢٠٠٤) أن الإساءة الجنسية هي استخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لبالغ أو مراهق، وهي تعريض الطفل لأي نشاط أو سلوك جنسي، ويتضمن غالباً التحرش الجنسي بالطفل من قبيل ملامسته "أو حمله على ملامسة المتحرش جنسياً، ومن الأشكال الأخرى للاعتداء الجنسي على الطفل المجامعة وبغاء الأطفال والاستغلال الجنسي للطفل عبر المواقع الإباحية.

ويشير عبد الرقيب البحيري (٢٠٠٢) أن الإساءة الجنسية للأطفال تعني استخدام الأطفال أو المراهقين في أفعال جنسية لا يفهمونها ولا يستطيعون الموافقة عليها، والتي تنتهك القواعد الثقافية المقبولة بوجه عام، وتشمل هذه الأفعال أنواع اللمس، أو الاتصال الجنسي بالإكراه. والذين يسيئون معاملة الطفل وينتهكونه جنسياً قد يكونون هم الوالدان، أو الأقارب، أو المدرسون، أو الجيران، أو من يقومون على رعايته (Wurtele SK & Kenny MC., 2012).

ومما تقدم نستخلص أن الإساءة الجنسية تعني تورط الأطفال الصغار والمراهقين في أعمال وعلاقات جنسية لا يستطيعون فهمها، وتعد الإساءة الجنسية بمثابة فعل جنسي أو اختيار على فعل جنسي بحق الطفل بدون موافقته وذلك لتحقيق رغبة جنسية لشخص آخر سواء

بالغ أو راشد، وهذا الفعل يأخذ أشكال مختلفة بداية بالملامسة والكشف عن الأعضاء التناسلية أو التحرش إلى الاتصال الجنسي المباشر، ويتعرض فيه الطفل لمثيرات جنسية لا تتناسب مع عمره ومستوى تطوره. وتؤكد الكثير من الدراسات مثل دراسة Jesse Krohn (2014); Leila A & Maryam D.(2014) أن هذه الإساءة لا يستطيعوا الأطفال من ذوي الإعاقة التعبير عما يحدث أو رفضه لبعض الأسباب:

١- التهديد الذي يتلقاه الطفل من قبل الكبار المسيئين له.

٢- أو لأن في بعض حالات الإعاقة العقلية يكون هذا الفعل ممتع بالنسبة لهم بالإضافة إلى استمتاع بعضهم بالهدايا والأكل الذي يحصدونه في نهاية الفعل الجنسي والذي يتلقاه من البالغ، وأيضاً لشعور الطفل أو المراهق بأهميته في هذا التوقيت مما يتلقاه من اهتمام ومداعبة من المعتدي. وقد يتكشف الأمر عن طريق الصدفة أو إذا لم يعطى المعتدي ما اعتاد عليه.

وتشير الباحثة أن الأشخاص المعتدين يتخذوا من عوز هؤلاء الأطفال إلى الإحساس بالأمان والاهتمام مدخلاً لهم لإقامة مثل هذه العلاقات السيئة، وأيضاً لعدم فهم هؤلاء الأطفال أبعاد الموقف وماذا يحدث وما يعقبه من وجود مكافآت يحبوها.

وبالرغم من أن هناك فئة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لا يفصحن عما يحدث ولا يتأثرن بهذه العلاقات، إلا أن الفئة الأكثر هم من يتأثرن بالخبرات الجنسية الصادمة، لأن الإساءة الجنسية تعد صدمة حياتية كبيرة وفقدان للثقة بالآخرين ومشكلات صحية ونفسية كبيرة وشعور بالاكتئاب والحزن وظهور أعراض سلوكية لاضطراب الضغوط التالية لصدمة الاعتداء الجنسي. وقد أشارت دراسة Leila A., &

Maryan D., (2014) أن هناك عوامل تجعل المعاقين عقلياً أكثر تعرضاً للإساءة الجنسية عن غيرهم من الأطفال. وتتلخص هذه العوامل في الآتي:

١- أنهم أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم.

٢- أقل قدرة على تفسير حقيقة الإساءة الجنسية.

٣- غير قادرين على التفرقة بين الاتصال المادي المناسب وغير المناسب سواء تعسفي أو جنسي.

٤- أنهم أكثر اعتماداً على الآخرين، ولذلك يكونوا أكثر ثقة، حيث أن الاعتماد والثقة تترجم إلى خضوع واستجابة.

وقد أكدت دراسة Beverly et al (2006) أن الفنيات المعاقات أكثر تعرضاً للإساءة الجنسية من الفتيات العاديات، وكانت نسبة الاعتداء الجنسي مرتفعة مقارنة بالعاديات، وقد اتفقت دراسة Leigh (2005) مع دراسة Beverly et al (2006) في أن الأطفال المعاقين يتعرضون للإساءة الجنسية بنسب متفاوتة، وأن تعرض الفتيات المتخلفات عقلياً إلى الاعتداء الجنسي، أعلى من نسبة تعرض الأطفال الذكور المعاقين عقلياً إلى الاعتداء الجنسي. كما أشارت تلك الدراسة أن أغلبية تعرض الأطفال المعاقين عقلياً للإساءة الجنسية يتم قبل بلوغهم سن (١٨) سنة. كما أوضحت وتوصلت الدراسة أن غالبية الأطفال المستغلين جنسياً يتم عن طريق الأقارب أو معارف الطفل المعاق عقلياً.

وتشير معظم الدراسات إلى العواقب النفسية والعاطفية للإساءة والعنف الأسري، فالعلاقة المسيئة تؤدي إلى انخفاض في تقدير الذات وتؤدي إلى اضطرابات القلق والكآبة، وهذه الأعراض التي يعاني منها هؤلاء الأطفال تتسق مع المؤشرات الرئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة

كما هو محدد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5). وقد عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (2013) اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على أنه رد فعل طبيعي لأحداث غير طبيعية تتمثل بتعرض الشخص لحادث صادم واجه فيه خطر الموت أو الإصابة الخطيرة أو الانتهاك الجنسي أو التهديد للذات أو للآخرين، وتكون استجابة الشخص للصدمة على شكل مظاهر أو أعراض سلوكية تصاحب اضطراب ما بعد الصدمة، وتنقسم في أربعة مجموعات تشخيصية، وتتمثل في التجنب (الذكريات– الأحلام المتكررة)، وتظهر على الشخص مظاهر الحزن والمشاعر المتقلبة، والمجموعة الثانية من المظاهر السلوكية، وهي مشاكل في الإدراك والحالة المزاجية السيئة والتي تتمثل في مشاعر الحزن ولون النفس أو الآخرين، وعدم الإقبال على التفاعل الاجتماعي وتضاءل في الأنشطة وفتور وعدم إقبال على فعل أي شيء، وتشتمل المجموعات الأخرى في الاستثارة، السلوك العدواني، والتدمير الذاتي، اضطراب النوم، فرط الحركة. واهتم الدليل التشخيصي الخامس (DSM5) بالاعتداء الجنسي خصيصاً كمسبب لاضطراب ما بعد الصدمة. وقد أشار (DSM5) إلى أنه يمكن تلخيص ردود الفعل لاضطراب ما بعد الصدمة في ثلاثة أنواع من الأعراض تتمثل في:

- **النوع الأول:** الإعادة: كثيراً ما يستدعي الفرد ذاكره للأحداث الصادمة، وتكون على شكل ذكريات متكررة ومقدمة. كما يعاني الفرد من كوابيس ومن توتر انفعالي عند تعرضه إلى أشارات ترمز إلى الحدث الصادم.

- **النوع الثاني:** تجنب المثيرات التي ترتبط بالصدمة والحذر الانفعالي وتتمثل في تناقص الاهتمام بالآخرين والشعور بالانفصال أو الرغبة عنهم، كما قد يكون لديه إحساس غامض بوضوح المستقبل.
- **النوع الثالث:** أعراض مستمرة من الاستثارة الزائدة تتضمن صعوبة في الدخول للنوم أو مواصلته، فرط الحركة، صعوبات في التركيز (Nolen- Hoeksema, 2011).

وهناك بعض المعايير التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة وفقاً (DSM5, 2013):

- **المعيار A: الضغط: (واحد مطلوب)**

يعني به هو تعرض الشخص للموت أو تهديد به أو التهديد بالعنف الجنسي أو تهديد بإصابات خطيرة وتتمثل في الآتي:

١- التعرض المباشر للتهديد.

٢- التعرض بشكل غير مباشر للتهديد.

٣- التكرار أو التعرض الشديد غير المباشر لتفاصيل الحادث الصادم.

- **المعيار B: أعراض الاستمرار: (واحدة مطلوبة)**

تتمثل تلك الأعراض في:

١- التكرار: ذكريات مجزأة افتخامية متكررة عن الحدث الصدمي تسبب التوتر والهم وتشمل صوراً وأفكاراً ومذكرات.

٢- أحلام مزعجة ومتكررة عن الحدث الصدمي.

٣- ردود الفعل الصدمي.

٤- ضيق شديد أو مستمر بعد التعرض للذكريات المؤلمة.

٥- استجابة فسيولوجية عن التعرض لمثيرات الداخلية والخارجية.

- **المعيار C: التجنب: (واحدة مطلوبة)**

يتميز المصابين باضطراب (PTSD) يتميزون بالتجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، وتظهر في ثلاثة أو أكثر من الطرق الآتية:

١- بذل الجهود لتجنب الأفكار والمشاعر والأحاديث المرتبطة بالصدمة.

٢- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من جوانب الحادث الصدمي.

٣- ابتعاد ملحوظ عن الاهتمام والمشاعر في الأنشطة مقارنة بما قبل الصدمة.

٤- قصور في المشاعر الوجدانية (مثل عدم القدرة على الشعور بالحب).

٥- الإحساس بغموض المستقبل.

٦- الشعور بالانفصال عن الآخرين.

- **المعيار D: (مطلوب اثنين)**

كما أن المصابين بـ (PTSD) يكون لديهم تغيرات سلبية في الإدراك أو المزاج وتتضح في الآتي:

١- عدم القدرة على تذكر الملامح الرئيسية للحدث الصادم.

٢- لديه معتقدات سيئة عن نفسه وتوقعات سلبية عن نفسه وعن العالم المحيط (أنا سيء- العالم خطير وموحش).

٣- اللوم الذاتي المستمر المشوه للذات وللآخرين.

٤- الانفعالات السلبية المستمرة المتعلقة بالحدث الصدمي وتتمثل (الخوف والرعب- الغضب والشعور بالذنب والخجل).

٥- عدم القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية.

٦- الشعور بالغربة عن الآخرين.

- **المعيار E: (مطلوب اثنين)**

أن المصابين بـ (PTSD) لديهم أعراض من الأشياء وتعبيرات في القابلية للتفاعل... وتتضح في الآتي:

١- سلوك عدواني أو تعكر في المزاج.

٢- سلوك متهور.

٣- ردود فعل مفاجئ وغير متوقعة.

٤- اضطرابات في الخلود للنوم أو الاستمرار فيه.

٥- صعوبة في التركيز.

٦- فرط في الحركة وحساسية ونشاط مفرط.

- **المعيار F:**

استمرار الأعراض (في المعايير E، D، C، B) لأكثر من شهر واحد.

- **المعيار G:**

تؤثر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في الناحية الوظيفية للفرد (مثل اضطراب الوظيفة الاجتماعية- المهنية).

- **المعيار H: الإقصاء:**

لابد من التأكد أن هذا الاضطراب لا يرجع إلى الأدوية تعاطي المخدرات أو أي مرض آخر، ولديه مستويات عالية من الأعراض السابق ذكرها في المعايير السابقة، وتكون هذه الأعراض كرد فعل للمثيرات المرتبطة بالصدمة.

- استمرارية الأعراض لمدة ستة أشهر بعد الصدمة...

(American Psychiatric Association, 2013)

ويذكر Brewin & Holmes (2003) أن التعرض لحدث ضاغط لا تحدث نفس التأثير لدى جميع الأفراد، فعوامل الخطورة يمكن أن تلعب دوراً في العمل على زيادة احتمالية تنوع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد التعرض للأحداث الصادمة.

ونخلص مما سبق أن ردود أفعال الأطفال للصدمات تأخذ مظاهر وأنماطاً متعددة، وتنشأ لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مثل أعراض استرجاع الخبرة المؤلمة وردود الأفعال الإحجامية والاستثارة الزائدة، وقد يخبر الأطفال صعوبات الانفصال والغضب والوحدة ومشكلات الذاكرة والقلق، وقد يبدي الأطفال الصغار نكوصاً سواء في المجال المعرفي، الانفعالي أو الاجتماعي.

وتذكر منال الشيخ (٢٠١٢) أن شدة الحدث الصدمي ومدته ومدى قرب الطفل منه ومقدار المساندة أو الدعم الاجتماعي الذي قدم الطفل أثناء الموقف الصادم وبعده، كل هذه العوامل تتدخل في تأثير الصدمة عليه.

وتنوعت الأساليب العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة منها العلاج السيكوديناميي الذي يهتم بعمليات التنفيس عن الانفعالات وتجنب الذكريات، وهذا باستخدام منهج التحليل النفسي، كما توجد أساليب علاجية أخرى ترتكز على العلاج السلوكي المعرفي، حيث أثبتت فاعليته في الحد من آثار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهذا ما أكدته Rita Roner et al. (2014) عن أهمية العلاج عن طريق (CPT) من الأطفال والمراهقين المصابين بأعراض (PTSD) الناتجة عن الإساءة الجنسية والجسدية.

ويعد التعليم الملطف أحد أنواع العلاج السلوكي كمحاولة هادفة لتعديل السلوكيات السلبية الناتجة عن أعراض ما بعد الصدمة والتخفيف

منها... ويستند العلاج المرتكز على التعليم الملطف أنه يركز على تحسين جودة الحياة للأطفال عامة ولذوي الإعاقة خاصة، ويستند التعليم الملطف على أهمية تدعيم السلوك الإيجابي وتجاهل السلوك السلبي، ويهتم التعليم الملطف بعنصر المكافأة لما لها من دوراً حيوياً في تعديل السلوك، وأيضاً يستند إلى تكوين رابطة وجدانية بين القائم بالرعاية وبين الطفل، وأيضاً تعليم كيفية الارتباط والاعتماد المتبادل على الآخرين، وذلك بأسلوب يتسم بالتهذيب والاحترام والتعاون.

وقد ركز التعليم الملطف على بعض الأهداف وهي:

- تعليم الفرد كيف يشعر بالأمان معنا.
- تعليم الفرد كيف ينخرط بالانشغال في مجموعة.
- تعليم الفرد كيف يشعر بتقدير ذاتي له غير مشروط (Gentle News, 1996: 2).

وقد أظهرت دراسة Kalhleen Feeley and Emily Jones (2008) تحسن في سلوك الأطفال ذوي متلازمة داون والذي يتميز بالتحدث والاضطرابات السلوكية وذلك من خلال بعض استراتيجيات التدخل والذي يمثل للتعليم الملطف جزءاً منه.

يعد جون ماكجي John Mcgee أول من طور مفهوم التعليم الملطف وتعليم المربين أساليب هذا التعليم، واهتم Mcgee بأهمية تدريب القائمين على رعاية الأطفال والأشخاص بإشعارهم بالأمن والأمان وكونهم محبوبين ومحبين ومنخرطين مع الآخرين وذلك من خلال فكرة الحب غير المشروط، ويتم هذا كله في إطار سيكولوجية الاعتماد الإنساني المتبادل التي تهتم بتبادل العطاء وتحقيق الألفة والصحبة مع الأشخاص سواء كبار أو صغار عن طريق الحوار، بالكلمات الرقيقة

واللمسات الحانية، وبالنظرات الدافئة والعمل على إدماج الشخص مع الآخرين وتكوين الأصدقاء (هشام عبد الرحمن، سحر عبد الفتاح، ٢٠٠٩، ٤٤).

وقد استندت الباحثة لهذا النوع من العلاج لأنه يتناسب مع طبيعة مشكلة الإساءة الجنسية التي تعرض لها الطفل في هذه الدراسة، وما تركته من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهذا يرجع إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً يريدون إلى لإحساس بالأمن والأمان، والانخراط في مجموعات آمنة، تستدعي لديه أو تترك لديه ذكريات جديدة مسالمة. وأيضاً طبيعة هذا النوع من العلاج يجعل هؤلاء الأطفال يشعرون بالاستحسان في وجود مجموعات، وهذا يجعلهم يتقبلون ذواتهم. ويرتكز التعليم الملطف على مجموعة من الأدوات يتم استخدامها لإرسال رسالة للشخص سواء طفل "أو كبير لديه مشكلات يوضح فيها أن القائم على الرعاية موجود ولن يؤذيه ولن يطلب منك أي عمل أنت غير راضي عنه، فهو موجود من أجلك ومن أجل إسعادك والبقاء بجانبك. وهذه الأدوات كالآتي:

١) اللمس كأداة Touch as a tool:

اللمس أداة مهمة جداً لأنها مباشرة وتوصل رسالة قوية للشخص بأنه في أمان ومحبوب.

ولكن لابد من تعريف الأطفال معاني اللمسة باليد، فهناك لمساك تعطي معنى سلبي وأخرى تعطي إحساس بالأمان، فيجب تدريب هؤلاء الأطفال على معنى اللمسة. ودائماً يجب إخطار الطفل بعبارة أنا لن أؤذيك وهذا يعني أني أحبك.

٢) كلماتنا كأداة Our Words as a tool:

الكلمات تعطي معنى التعاطف والدفء والثقة والتشجيع وعدم الإهانة والتفوه بألفاظ صعبة، ولابد من توصيل لهؤلاء أن الكلمات يجب ألا تؤذي، وتجعلنا أكثر شعوراً بالسعادة والثقة في وجودنا في مجموعات مع آخرين.

٣) عيوننا كأداة Our Eyes as a tool:

العيون هي نوافذنا الروحية فهي التي تعبر عما بداخلنا، ولابد من تعليم هؤلاء الأطفال معنى النظرات السلبية أو النظرات الإيجابية، ولكن الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من مشكلات في قراءة عيون الآخرين، ويجب أن يتدربوا عليها.

ويرتكز التعليم الملطف على إزالة الأعراض السلوكية المضطربة من خلال تعليم الآخرين الشعور بالأمن والثقة والحب وأنهم يصبحوا فعالين مع الآخرين وهذا ما أكد عليه (John McGee, 2001).

ويرتكز التعليم الملطف على مجموعة استراتيجيات وهي:

- التجاهل- إعادة التوجيه- المكافأة: Ignoring- Redirection- Reward .

وتعتبر هذه الفنيات من أهم الفنيات في التعليم الملطف وأكثرها استخداماً، والهدف من التجاهل هو محو السلوكيات السلبية والحد من قوتها أو تصغيرها، وتشمل عملية التجاهل تجنب التهديدات، والتعنيف بقسوة.

- كيفية إعادة التوجيه:

وهي العنصر الرئيسي في عملية التعليم الحاني، فهي تركز على البدائل المقبولة لاستجابات غير ملائمة، وهي أيضاً توصل رسائل مفادها أن الاستجابة غير الملائمة ليس لها تأثير.

– كيفية الثواب والعقاب:

ويكون ذلك باستخدام وسائل لفظية وغير لفظية لتوصيل إحساس السعادة والسرور، يجب أن تكون تفاعلاتنا مع الأطفال ذوي الإعاقة من منظور صديق ورفيق وليس من منظور العلاج النفسي.

– المقاطعة:

وتستخدم لمنع الفرد من إيذاء الذات وإيذاء الآخرين أو تدمير الممتلكات، وهنا نعطي أقل قدر ممكن من التقديرات للتفاعلات التجريبية والمقاطعة تكون مصحوبة دائماً بإعادة التوجيه.

ونستخلص مما سبق أن التعليم الملطف من أنسب أنواع العلاج السلوكي التي يمكن تطبيقها في حالة الإساءة الجنسية وما يترتب عليها من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وتعتبر ألعاب الرمل العلاجية Sand Play Therapy هي الأداة المركزية في هذا البرنامج العلاجي، فتعمل كوسيط للتخفيف من حدة معاناة الأطفال المساء إليهم جنسياً، وطورت Dora Klaff (2003) ألعاب الرمال في الأربعينيات من القرن العشرين كنموذج علاجي غير لفظي، وهذا النوع من العلاج يحسن من تقدير الطفل لذاته يقلل العزلة والانسحاب والانطواء الذاتي الشديد، ويزيد من قدرة الفرد على التعبير عن المشاعر بصورة آمنة. ولا تعتمد ألعاب الرمال بالكامل على التعبير اللفظي ولكنها تحفز الاتصالات من خلال محاولات الاتصال في اللعب الموقفي.

وقد أكدت دراسة Cynthia R. Mathis (2001) على أهمية طريقة اللعب بالرمل العلاجي كمدخل للتخفيف من حدة الإساءة الجنسية لطفل يبلغ من العمر ٧ سنوات ثم الاعتداء عليه جنسياً، توصلت النتائج

إلى فعالية اللعب بالرمل في إزالة بعض أعراض الاضطرابات النفسية المترتبة على الإساءة الجنسية لهذا الطفل. وقد استخدمت اللعب بالرمل العلاجي لتقديم الدعم الانفعالي للأطفال المعرضين للخطر واقتصر تطبيق التدريب على (١٨) جلسة للعب بالرمل العلاجي حيث توصلت النتائج أن هؤلاء الأطفال أصبحوا أكثر دعماً من الناحية الانفعالية، وهذا ما أكدته دراسة (Ronel F. et al, 2014).

ونستخلص مما سبق أن البرنامج العلاجي الموجه للأطفال المساءين جنسياً لابد أن يحتوي على علاج سلوكي وعلاج سيكوديناميي يستطيع بها الطفل تفريغ الشحنات السلبية والانفعالية المضطربة من خلال اللعب بالرمل، الرسم، الصلصال، وكل هذه وسائل تنفسية ومطهرة لنفسية الطفل، ولابد أن يعلم الطفل أن جسده ملك له وحده وهو صاحب الحق بالتصرف فيه.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

توضح الباحثة الطريقة والإجراءات المتبعة في الدراسة الحالية، حيث تعرض منهج الدراسة والخطوات الإجرائية، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

١) منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على منهج دراسة الحالة والمنهج التجريبي في آن واحد، ويعتمد المنهج التجريبي على أنها تجربة هدفها التعرف على فعالية البرنامج العلاجي القائم على التعلم الملطف واللعب بالرمال (كمتغير مستقل) في تخفيف أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية لدى طفل متلازمة داون (كمتغير تابع).

كما تعتمد الدراسة على دراسة حالة طفل واحد ذكر يبلغ من العمر اثني عشر عام معاق عقلياً (إعاقة بسيدة ومن ذوي متلازمة داون).

٢) الخطوات الإجرائية للدراسة:

اتبعت الدراسة الخطوات التالية في سبيل القيام بهذه الدراسة وتنفيذها:

- الاطلاع على الدراسات السابقة في مجال الدراسة الحالية.
- تحديد عينة الدراسة.
- تحديد وإعداد الأدوات المستخدمة، والتأكد من صلاحيتها.
- قياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل.
- تطبيق البرنامج المعد على الطفل.
- إجراء القياس البعدي على حالة الطفل.
- إجراء القياس التتبعي بعد مرور شهر من نهاية التطبيق.
- استخلاص النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
- صياغة بعض التوصيات والمقترحات التي نبعت مما أسفرت عنه هذه الدراسة من نتائج.

٣) عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة من عدة مدارس متخصصة للإعاقة العقلية، كعينة لتقنين أداة الدراسة.

أما العينة الأساسية في هذه الدراسة هي حالة واحدة من متلازمة داون يبلغ من العمر اثني عشر عام، وتعرض للإساءة الجنسية من

حوالي ثلاثة سنوات– لدى طفل قدرة لغوية مرتفعة ولديه قدرة على إقامة الحوار معه، لديه إعاقة عقلية بسيطة.

٤) <u>أدوات الدراسة:</u>

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية:

١– استمارة البيانات الخاصة بالطفل (إعداد الباحثة).

٢– قائمة تقييم المظاهر السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة (إعداد الباحثة).

٣– قائمة تشخيص للإساءة الجنسية (إعداد الباحثة).

٤– البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي (إعداد الباحثة).

٥– دراسة الحالة (إعداد الباحثة).

وفيما يلي وصف لكل أداة قامت الباحثة باستخدامها.

١) استمارة البيانات الأولية: (إعداد الباحثة– ملحق١)

استخدمت الباحثة استمارة بيانات تشتمل على (الاسم– السن– تاريخ الإحالة– نوع المشكلة أو الشكوى– التشخيص).

٢) قائمة تقييم المظاهر السلوكية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للمعاقين عقلياً: (إعداد الباحثة– ملحق٢)

أ– الهدف من القائمة:

نظراً لأهمية قياس أو تقييم المظاهر السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المعاقين عقلياً، قامت الباحثة بإعداد أداة مقننة للكشف عن مستوى الأعراض لدى الأطفال، حيث يسهل استخدامها وتطبيقها من خلال ملاحظة القائمين على الرعاية لهؤلاء الأطفال.

– مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة والدليل التشخيصي الخامس (DSM5) والتي تناولا اضطراب ما بعد الصدمة وبخاصة للأطفال، وذلك للإفادة في تحديد وصياغة مفردات القائمة.

١– قائمة مسح سلوك اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لأطفال ما قبل المدرسة. (إعداد: Chrestopher, D. et al., 2014)

٢– قائمة أعراض ضغوط الصدمة (نسخة الأطفال) (٥–١٧) سنة. (إعداد: Ford JD, 2011).

٣– قائمة أعراض الصدمة للأطفال والأطفال الصغار (TSCC) (TSCYC) (٣–١٧) سنة.

(إعداد: Lanktree et al., 2008).

٤– مقياس أعراض (PTSD) للأطفال: (٧–١٧) سنة.

(إعداد: Foa et al., 2001).

٥– قائمة (PTSD) للأطفال (تقارير الآباء) (٥–١٧) سنة.

(إعداد: Davess et al., 2000)، (Ford et al., 2000).

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية للإفادة منها في تحديد مفردات القائمة، وكان من أهم ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية هو: الطفل يفزع إذا لمسه أحد، لديه نوبات مزاجية متكررة، يجلس بمفرده أغلب اليوم، حزين، لا يحب التفاعل مع أحد سواء معلمين أو أقران، لا يركز في أي شيء، اضطرابات في النوم بشكل مستمر.

وفي ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري والمقاييس سالفة الذكر ونتائج الدراسة الاستطلاعية، انتهت الباحثة إلى تحديد وصياغة عبارة قائمة تقييم المظاهر السلوكية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وتمت صياغة عبارات القائمة بحيث تتضمن (٣٠) عبارة في صورتها

النهائية، ولكل عبارة (٣) اختيارات، هي (دائماً، أحياناً، نادراً)، وترتب الدرجات (٣- ٢- ١) وبناء عليه تكون النهايتان الصغرى والعظمى لدرجة الطفل في المظاهر السلوكية لاضطراب ما بعد الصدمة (٣٠- ٩٠) درجة على الترتيب، وكلما ارتفعت درجة الطفل على القائمة، دل ذلك على ارتفاع مستوى أعراض (PTSD) والعكس صحيح.

تقنين القائمة:

أ- ثبات القائمة:

تم التحقق من ثبات القائمة باستخدام طريقة إعادة التطبيق Test Retest وذلاك بعد التطبيق على عينة استطلاعية قوامها (٣٠) طفلاً وطفلة، ثم أعيد التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول على نفس العينة، ثم قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين الأول والثاني، فكان مقداره (٠.٩٩٢) وهو معامل مرتفع القيمة دال عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على درجة عالية من الثبات.

وتم حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان- براون، فكانت قيمة معامل الثبات (٠.٨٨٥)، وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات القائمة.

ب- صدق القائمة:

تم إيجاد صدق القائمة عن طريق الاتساق الداخلي لعبارات القائمة بعد تطبيق القائمة على أفراد العينة الاستطلاعية، وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للقائمة، والذي يوضحه الجدول التالي.. جدول رقم (١).

جدول (١)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للقائمة

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠.٨٦	٠.٠١	١١	٠.٨١	٠.٠١	٢١	٠.٨١	٠.٠١
٢	٠.٨٩	٠.٠١	١٢	٠.٨٦	٠.٠١	٢٢	٠.٨٦	٠.٠١
٣	٠.٩٧	٠.٠١	١٣	٠.٨٥	٠.٠١	٢٣	٠.٩٣	٠.٠١
٤	٠.٨٨	٠.٠١	١٤	٠.٧٧	٠.٠١	٢٤	٠.٨٢	٠.٠١
٥	٠.٩٣	٠.٠١	١٥	٠.٧٩	٠.٠١	٢٥	٠.٨٩	٠.٠١
٦	٠.٨٩	٠.٠١	١٦	٠.٩٠	٠.٠١	٢٦	٠.٩١	٠.٠١
٧	٠.٧٨	٠.٠١	١٧	٠.٨٧	٠.٠١	٢٧	٠.٨٨	٠.٠١
٨	٠.٧٥	٠.٠١	١٨	٠.٨٦	٠.٠١	٢٨	٠.٨٦	٠.٠١
٩	٠.٨٦	٠.٠١	١٩	٠.٩٢	٠.٠١	٢٩	٠.٩٠	٠.٠١
١٠	٠.٩٥	٠.٠١	٢٠	٠.٧٩	٠.٠١	٣٠	٠.٩٧	٠.٠١

٣) قائمة تشخيص الإساءة الجنسية للمعاقين عقلياً:

(إعداد الباحثة– ملحق٣)

الهدف من القائمة:

التعرف على مظاهر الإساءة الجنسية للأطفال المعاقين عقلياً، وذلك في ضوء درجاتهم على القائمة، وتتألف هذه القائمة من (٣٠) عبارة تتوزع على ثلاثة عوامل هي:

١- **المظاهر الجسدية:** ويعني التأثيرات الجسدية من جراء عامل الإساءة الجنسية.

٢- **المظاهر النفسية:** وتعني التأثيرات النفسية والمزاجية من جراء الإساءة.

٣- **مظاهر التواصل الاجتماعي:** ونعني بها القدرة على إقامة علاقات اجتماعية وصداقات مع الآخرين.

وتم تطبيق المقياس على (٣٠) طفلاً وطفلة كعينة استطلاعية من المعاقين عقلياً، ويوجد أمام كل عبارة ٣ اختيارات (تنطبق بشدة– تنطبق إلى حد ما– لا تنطبق) (٣– ٢– ١)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٣٠–٩٠) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على درجة إساءة جنسية مرتفعة. وللتأكد من صدق المقياس وثباته وصلاحيته للتطبيق تم تطبيقه على عينة من الأطفال المعاقين عقلياً (ن=٣٠)، ثم تم تطبيقه على نفس العينة مرة أخرى بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول وبلغ معامل الثبات (٠.٥٨٤) وبطريقة التجزئة النصفية بلغ (٠.٥١) وبطريقة ألفا كرونباخ (٠.٥٥٩)، وهي جميعاً نسبة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١).

وتم إيجاد صدق الاتساق الداخلي لعبارات قائمة تشخيص الإساءة الجنسية وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للقائمة والذي يوضح الجدول التالي جدول (٢).

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للقائمة

البعد الأول (المظاهر الحسية)			البعد الثاني (المظاهر النفسية)			البعد الثالث (مظاهر التواصل الاجتماعي)		
رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠.٥٥	٠.٠١	١١	٠.٧٥	٠.٠١	٢١	٠.٦٥	٠.٠١
٢	٠.٥٧	٠.٠١	١٢	٠.٨٤	٠.٠١	٢٢	٠.٦٦	٠.٠١
٣	٠.٦٨	٠.٠١	١٣	٠.٦٢	٠.٠١	٢٣	٠.٦٨	٠.٠١
٤	٠.٦٥	٠.٠١	١٤	٠.٦٨	٠.٠١	٢٤	٠.٧٢	٠.٠١
٥	٠.٦٦	٠.٠١	١٥	٠.٨٧	٠.٠١	٢٥	٠.٨٦	٠.٠١
٦	٠.٧٨	٠.٠١	١٦	٠.٧٦	٠.٠١	٢٦	٠.٨٧	٠.٠١
٧	٠.٧٣	٠.٠١	١٧	٠.٧٣	٠.٠١	٢٧	٠.٨٥	٠.٠١
٨	٠.٦٢	٠.٠١	١٨	٠.٧٤	٠.٠١	٢٨	٠.٧٤	٠.٠١
٩	٠.٨٤	٠.٠١	١٩	٠.٨٦	٠.٠١	٢٩	٠.٥٧	٠.٠١
١٠	٠.٧٦	٠.٠١	٢٠	٠.٦٦	٠.٠١	٣٠	٠.٦٥	٠.٠١

صدق التكوين الفرضي:

قامت الباحثة بحساب صدق التكوين الفرضي للقائمة باستخدام مصفوفة الارتباط بين الأبعاد التي تكون القائمة وبين درجة كل درجات الأبعاد والدرجة الكلية للقائمة، ويظهر ذلك من خلال الجدول التالي.. جدول (٣).

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للقائمة

م	الأبعاد	١	٢	٣
١	المظاهر الجسمية	–	–	–
٢	المظاهر النفسية	٠.٦٩*	–	–
٣	مظاهر التواصل الاجتماعي	٠.٧٧*	٠.٦٦*	–
٤	الدرجة الكلية	٠.٠٦٨*	٠.٨٢*	٠.٧٦*

* دال عند مستوى (٠.٠١).

ويشير الجدول السابق إلى أنه يوجد ارتباط إيجابي بين جميع الأبعاد بعضها ببعض والدرجة الكلية للقائمة وذلك عند مستوى دلالة (٠.٠١).

٤) برنامج علاجي قائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي لتخفيف أعراض ما بعد الصدمة لدى طفل متلازمة داون مساء جنسياً: (إعداد الباحثة– ملحق٤)

يتضمن البرنامج الحالي عدداً من الأنشطة والمهام المختلفة، فضلاً على ألعاب الرمل العلاجية والتي أعدتها الباحثة بهدف تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وقد تم تصميم هذا البرنامج في إطار مجموعة من المبادئ والأسس التي ترتكز عليها نظرية التعليم الملطف، وقد استفادت الباحثة

من خلال إعدادها لمحتوى البرنامج من الدراسات السابقة، والإطار النظري والإطلاع على بعض البرامج التي اهتمت بتطبيق التعليم الملطف وبعض البرامج التي اهتمت بالتعامل مع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وبالأخص الصدمات الناتجة عن الإساءة الجنسية مثل دراسة Gree, E.J. & Myrick, A. (2014); Rita R. et al. (2014); Matulis S. et al. (2014); Foa EB et al (2013); Centers for Disease Controland Prevention (2011); Cohen J.A., et al. (2005); Tourigny M. et al. (2005); Cynthia R. Mathis (2001) وهذا على سبيل المثال لا الحصر.

وقد تم وضع تصور مبدئي للإطار العام للبرنامج المستخدم، بحيث يتضمن الأهداف والفئة المستهدفة بالإضافة إلى محتوى جلسات التدريب والمهام المقترحة الأهداف الفرعية لكل جلسة، وتم عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال (علم النفس– التربية الخاصة)، وذلك للاستفادة من توجيهاتهم في إجراء التعديلات اللازمة، وبعد إتمام التعديل أصبح البرنامج معد للتطبيق. واستخدمت الباحثة عدة فنيات لترجمة أهداف البرنامج إلى سلوكيات وممارسات وهي: التعزيز والمكافأة، والتعزيز الذي يكون في صورة لفظية مثل (المدح، الإطراء)، ولابد من تقديمه عقب الفعل مباشرة. وأيضاً لعب الأدوار الذي أوضح فعاليته محمد علي كامل (٢٠٠٥) في تنمية بعض السلوكيات الإيجابية الخاص بالتفاعلات الاجتماعية.

وتم تطبيق البرنامج على طفل ذوي متلازمة داون قابل للتعلم، وقد وقعت عليه إساءة جنسية، واستغرق التطبيق شهرين، بواقع ٤ جلسات أسبوعياً، وتضمن البرنامج ٣٢ جلسة تدريب ما بين جلسات التعليم الملطف وجلسات اللعب بالرمل العلاجي (SPT).

واستعانت الباحثة بالأخصائي الاجتماعي والمقيم والقائم برعاية هذا الطفل دائماً.

الهدف من البرنامج:

يهدف البرنامج بوجه عام إلى تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل متلازمة داون المساء إليه جنسياً، ومن ثم تحسن حالاته الانفعالية والاجتماعية.

الأهداف الإجرائية:

- تكوين رابطة وحدانية بالطفل. - تنمية وعيه بذاته الجسدية.
- إتاحة القدرة على الإحساس بالأمان. - تنمية ثقته بذاته.
- تمكينه من اتخاذ خطوات لحماية ذاته.
- تخفيف حدة السلوكيات الاعتراضية لديه.
- خفض سلوك إيذاء الذات باستخدام الاستراتيجيات المختلفة.

تنمية قدرتهم على فهم المشاعر والتعبير عنها.

مراحل تطبيق البرنامج:

يشتمل البرنامج على (٣٢) جلسة بواقع (٤) جلسات أسبوعياً تتراوح مدة كل جلسة (٢٠-٤٥) دقيقة تقسم على فترتين نظراً لخصائص هذا الطفل في عدم التركيز والانتباه لفترات طويلة.

ويتألف البرنامج من ثلاث مراحل أساسية:

تضم **المرحلة الأولى** (٥) جلسات تهدف إلى إعداد الطفل لتقبل التدريب وتقبل التواصل معه. وهذه الجلسات تحقق تهيئة الطفل لتقبل تلقي الجلسات. وقد تم تخصيص الثلاث جلسات للتعارف بين الباحثة

والطفل من خلال مشاركته ألعابه ومعرفة اهتمامه ومحاولة التقرب منه، لأنه كان يرفض أي أحد يقترب منه... ثم جلستين للتقييم:

- اضطراب ما بعد الصدمة.
- مظاهر الإساءة الجنسية.

وفي خلال جلسات المرحلة الأولى يتم تدريب الأخصائي والقائم على رعاية هذا الطفل في المؤسسة على أبعاد البرنامج والفكرة الرئيسية للبرنامج.

أما **المرحلة الثانية** فتطبق باقي جلسات البرنامج (٢٢) جلسة والتي تحتوي على العديد من الأنشطة وصواني اللعب بالرمل Sand Tray، والتي تهدف إلى تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وجلسات اللعب بالرمال تعمل على التفريغ الانفعالي والتواصل بأمان مع الحيوانات داخل أحواض الرمال، والأنشطة الأخرى في الجلسات تعمل على إكساب الطفل الإحساس بالأمان، تنمية ثقة الطفل بذاته– تنمية قدرته على فهم المشاعر وإكسابه مهارات الحماية الشخصية.

أما **المرحلة الثالثة** فتتضمن خمس جلسات، يتم فيها إعادة تدريب الطفل، لإعادة التمكن من الأداء، وأيضاً لمعرفة مدى تحسن حالته الانفعالية والاجتماعية، تخفيض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديه. وأيضاً يتم تطبيق أداة تطبيق أعراض ما بعد الصدمة (PTSD).

الأسلوب المتبع في تطبيق الجلسات:

في نصف عدد الجلسات تطبق الجلسات بشكل فردي، أما الجزء الآخر فتكون الجلسات بشكل جماعي، لأنها تساعد الطفل على الاتصال الإيجابي بالآخرين.

واستخدمت الباحثة بعض الاستراتيجيات العلاجية المتنوعة والمتعددة وهي التجاهل– المقاطعة– إعادة التوجيه– المكافأة.

وسائل تقويم البرنامج:

روعي في تقويم البرنامج أن يكون على عدة مراحل، وذلك كما يلي:

١– **تقويم مرحلي:** أثناء تطبيق جلسات البرنامج بحيث لا يتم الانتقال من نشاط لآخر إلا بعد التأكد من إتقان الطفل للنشاط السابق.

٢– **تقويم نهائي:** بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة (تطبيق بعدي)، وذلك بتطبيق قائمة تقييم مظاهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

٣– **تقويم تتبعي:** وذلك بإعادة تطبيق القائمة بعد مضي شهر من تطبيق البرنامج للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي القائم على التعلم الملطف واللعب بالرمل العلاجي لتخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

دور الأخصائي الاجتماعي في البرنامج:

– الأخصائي يسهل دخول الباحثة للتعامل مع الطفل (DS) لأنه لا يجب التعامل مع أشخاص غرباء، فلذلك فأنه من الضروري أن الأخصائي والقائم على رعاية هذا الطفل يساعد الباحثة في اكتساب ثقة الطفل، والتي تعد خطوة تمهيدية للبرنامج.

– يساعد الأخصائي الاجتماعي الباحثة في جمع البيانات عن الطفل، معرفة أهم احتياجاته وأهم نقاط الضعف والقوة عنده.

- يساعد الأخصائي الاجتماعي الباحثة في ملاحظة التطورات التي تحدث على الطفل في باقي مواقف اليوم التي طرأت على الطفل أثناء عدم وجود الباحثة.
- يتعاون مع الباحثة في تهيئة وإعداد المكان المناسب لتنفيذ البرنامج وأنشطته.
- التكرار والتأكيد على ما تقوم به الباحثة مع الطفل في عدم وجودها.
- الاتصال المستمر بالباحثة لإخطارها بكل جديد يطرأ على الحالة.

الدراسة الميدانية:

*** دراسة حالة الطفل س.ع. متلازمة داون، ذكر، اثني عشر عام...**

يتم في هذا الجزء من الدراسة استعراض لحالة الطفل والإجراءات الشخصية التي تمت عليه، بدءاً من الإحالة وخصائص الحالة مروراً بعملية التشخيص، انتهاءاً بتطبيق البرنامج العلاجي.

حالة الطفل:

الطفل (س.ع) يبلغ من العمر اثني عشر عام، ترتيب الطفل الثالث والأخير. ولديه أخت وأخ أكبر منه بحوالي (١٥-٢٠ عام) متزوجين ويعيشوا في أماكن مستقلة، أسرة ذات مستوى اقتصادي وثقافي متدني، الأب يبلغ من العمر (٥٧) عام، والأم متوفية من ٦ سنوات، الطفل (س.ع) يمكث مع الأب بمفرده- الأب يعمل عامل في إحدى المصانع ويتقاضى أجر يومي ليس بكبير ولكنه يصرفه في شراءه للحبوب المخدرة. بعد موت الأم جلس الطفل مع الأب في منطقة عشوائية بغرب الإسكندرية. وكان الأب يستغل ابنه في التسول لإيجاد المال الذي يحرص على إنفاقه في المخدرات وجزء صغير على إطعام الطفل ليقرر التسول مرة أخرى.

وعندما أصبح الطفل (س.ع) لديه تسع سنوات بدأ الأب يتحرش ويعتدي على الطفل جنسياً، وهو في غياب ذهنه بالمخدرات، وكان الطفل يخرج يصرخ للجيران ويحاول شرح لهم ما حدث، ولكن الأب كان دائم الرد على الجيران أنه طفل معاق وتنتابه حالة هياج. ولكن الأمر لم يسير على هذا الوضع فقط، ولكن الأب أصبح يبيع جسد ابنه لأصحابه ليلاً مقابل أخذ جرعة المخدر وإطعام الطفل، وكان الطفل يجزع ويذهب بعيداً وينام في الشارع ويخاف من أي شخص يلامسه، وكان الطفل يشكو من آلام في بطنه وفي مقعدته ويسير بعدم اتزان، وحينما عرف إخواته هذا الأمر، حذروا أبوه مرات كثيرة أنهم سوف يبلغون الشرطة، وكان يتوقف الأب عن ذلك وقتاً. ويعود مرة أخرى بجذب الطفل إليه يجعله يرى أفلاماً إباحية ثم يقوم بممارسة الجنس معه ثم يكافأه ببعض الأطعمة المحببة للطفل، إلى أن أصبح الطفل مدمناً جنسياً وأصبح خطر على من حوله من أطفال، فيذهب إليهم ويتحسس أعضائهم التناسلية ويجذبهم ليلعبوا معه. وأيضاً بدأ يذهب إلى الرجال في المنطقة التي يسكن بها ويريد أن يتحسس أيضاً أعضاءهم ليشتروا له أي طعام أو حلوى.

وأبلغ الجيران أخواته، وجاء الأخوات وأودعوه دار للأيتام المعاقين وأبلغوا الأخصائي بكل ما سبق، لا يستطيع أن يحل الموقف وأن تحضر من يعالجه ويكشف عليه طبياً. وأخذ الأخصائي الطفل وأودعه حجرة خاصة بمفرده وبدأ معه رحلة التشخيص والاكتشاف للآثار التي تسبب فيها هذا الاعتداء الجنسي العنيف عليه لمدة ثلاثة سنوات تقريباً.

الشكاوى:

لاحظ الأخصائي الاجتماعي عليه الكثير من الأعراض:

- حالات هياج مستمرة.
- حالات اضطراب مزاجي.
- حالات من الكآبة المفاجأة تستمر لأيام.
- لا يحمل أن يضع أحد يده عليه.
- كوابيس مستمرة.
- لا يركز أو ينتبه لأي موضوع.
- يتكلم بكلمات غير مفهومة.
- يعض يده باستمرار ويشد شعره كثيراً.
- يخبط رأسه بالحائط مراراً.
- يخلع ملابسه ويمشي عارياً.
- نوبات غضب متتابعة.
- لا يحب الاختلاط بالناس.
- شهية مذبذبة.
- يرفض الالتقاء بأي أنثى ويردد كلمات ماما راحت (س) لوحده- بابا راح- بابا وحش.
- يحاول تحسس أي شخص يراه.
- صامت وأكثر عزلة.
- لا يجب الالتقاء البصري مع أحد.

شكاوى جسدية:

١- ألم بالبطن متكرر.

٢- صدور روائح كريهة منه باستمرار.

٣- كثير الهرش في المنطقة الشرجية.

٤- لديه آثار لحروق بمختلف أنحاء جسده.

٥- منطقة الفخذين بها آثار حروق كثيرة.

٦- شعره به أجزاء خالية.

٧- أسنانه بها كسور.

٨- جسده ضعيف ومنهك.

التعرف على الحالة:

- تم مقابلة الأخصائي الاجتماعي وأخذ بجميع البيانات الخاصة بحالة الطفل.
- تم ملاحظة الطفل حوالي أسبوعين قبل تطبيق المقياس دون أن يشعر بي الطفل.
- تم مقابلة أخوته وتم سؤالهم عن سلوك الطفل أثناء وجود أمه وقبل أن يفعل به الأب تلك الكارثة.
- تم تسجيل جميع البيانات عن الحالة، وتم البدء بإعداد البرنامج الإرشادي وتحديد دور الأخصائي الاجتماعي في البرنامج.
- تم الاضطلاع على شهادات الكشف الطبي عليه للتأكد من حدوث اعتداء جنسي.

الإجراءات المتبعة:

- بناء على ملاحظات الباحثة والأخصائي الاجتماعي وضعت الباحثة تقييم أولي من تعرض الطفل لظروف أو حدث صادم (إساءة جنسية).
- لمعرفة مدى معاناة الطفل من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة التقت الباحثة بالأخصائي الاجتماعي ثم سؤاله على جميع أسئلة القائمة ليجيب عليها لوجوده الدائم مع الحالة ومتابعته له في الدار.

قامت الباحثة بتطبيق قائمة أعراض (PTSD) وتم التركيز على الأعراض من حيث الشدة. وتشتمل الأعراض الآتي:

- العدوانية في التعامل مع الآخرين.
- تجنب الالتقاء بالغرباء.
- صعوبات في النوم (فزع أثناء النوم وصراع).
- مشاعر عدائية تجاه الإناث.
- شهية متقلبة.
- عناد مستمر.
- نوبات غضب وصراخ متكرر.
- إيذاء ذاته بالعض على شفتيه أو إصبعه.
- تقلبات مزاجية.
- اضطراب مزاجي.
- رعب مفاجئ حيثما يرى شخص جديد.
- دائماً يضع يده على وجهه أو يضع وجهه بين رجليه.
- الاختباء وراء الدولايب والسراير.
- ضحكات هيستيرية.
- حركات تكرارية غريبة.
- إعداد البرنامج العلاجي بما يلاءم طبيعة الصدمة القاسية وخصائص الطفل.

وقد حرصت الباحثة منذ اللقاء الأول مع الطفل على ما يلي:

١- إقامة علاقة إيجابية آمنة معه.

٢- الملاحظة والإنصات الجيد لكل ما يفعله ويقوله.

٣- التفهم العميق لمشكلات الطفل وتنمية مهارته على الحفاظ على ذاته وكيفية التعامل الآمن مع المحيطين.

البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل العلاجي لتحقيق أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

يهدف البرنامج إلى:

- التخفيف من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والتي تتمثل في الأعراض الأساسية التالية

١- التجنب.

٢- أعراض متعلقة بالتغيرات السلبية في الإدراك والمزاج.

٣- أعراض عامة.

- استغرق البرنامج شهرين، كل أسبوع ٤ جلسات، مدة كل جلسة (٢٠-٤٥) دقيقة تقريباً، يحتوي البرنامج على (٣٢) جلسة إجمالية.

صعوبات واجهت الباحثة في بداية تطبيق الجلسات:

- عدم قدرة الطفل على التفاعل مع أي أنثى.
- نكسات الطفل المتكررة.

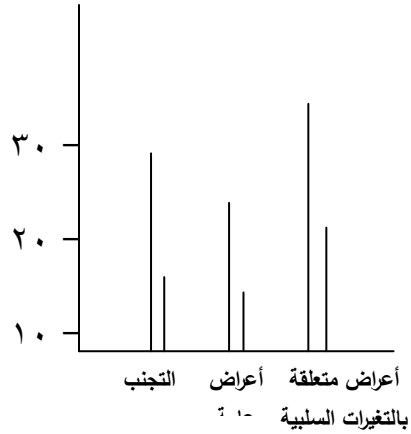
العوامل التي أسهمت في نجاح البرنامج:

- التعاون من قبل الأخصائي النفسي في تبادل الآراء عن الحالة.
- تفهم أخوات الحالة والتعاون معهم.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

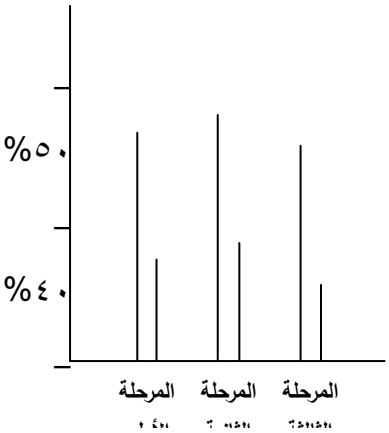
توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تخفيف المظاهر السلوكية- أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) على حالة الدراسة

في القياسين القبلي والبعدي لمظاهر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج.



شكل ( )

رسم بياني يوضح أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على الثلاث محاور الأساسية لقائمة أعراض (PTSD)



شكل ( )

يوضح الدرجات طبقاً للمراحل التنفيذية للبرنامج

جدول (٤)

أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في المراحل الثلاثة لتطبيق البرنامج

المرحلة	سلوك تكراري	عدوانية	مليء الأشخاص بالرمال	ردم اللعب في الرمل
١	%٩١	%٩	%١٨	%٤٥
٢	%٨٥	%٥٤	%٣٨	%١٥
٣	%٣٥	%٢٠	%١٨	صفر

مناقشة النتائج:

لقد أظهرت نتائج الدراسة عن تأثير البرنامج العلاجي القائم على التعليم الملطف واللعب بالرمل في التخفيف من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى حالة الطفل ذو متلازمة داون، وتتسق هذه النتائج بشكل عام مع العديد من الدراسات مثل دراسة Miluis S. (2014); Rita et al. (2014); Foa E B et al. (2013); Cohen J. A. et al (2005); Tourigny M. et al (2005)؛ علي عبد الله (٢٠٠٣)؛ Cgnthia R. (2001). ويرجع ذلك لكون هذا البرنامج قد وظف من خلال منهجية العلاج السلوكي المتمثل في التعليم الملطف والعلاج السيكوديناميي والمتمثل في العلاج باللعب بالرمل، وهو يتميز بخصائص ومميزات تتيح للطفل فرصة التفاعل والحوار والتنفيس عن الانفعالات، الأمر الذي يقرر حالة الطفل إلى حالة يشعر من خلالها بالثقة والوعي والاستبصار الأخصائي والباحثة في التفاعل الآمن مع الحالة. كما قد ترد هذه النسبة إلى محتوى البرنامج العلاجي المرتكز على استراتيجيات التعليم الملطف والتي عنيت بالتدريب على السلوكيات الإيجابية والإفصاح عن المشاعر والانفعالات في بيئة آمنة، وقد ساهم البرنامج في خفض المظاهر السلوكية لأعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

نظراً لمزاولة العلاج باللعب بالرمل الذي يرتكز على إخراج المشاعر الداخلية للحالة والإفصاح عما بداخل الحالة في جو آمن، مما يجعله قادر فيما بعد على تقبل تعديل سلوكه الخاطئ. ويحتوي هذا البرنامج على تدريبات على المحافظة على الذات، التدريب على معرفة اللمسة ومعناها وكيف يحمي نفسه من خطر التحرش، كما يحتوي البرنامج على معرفته بذاته الجسمية وكيفية المحافظة عليها.

وقد ترجع فعالية البرنامج العلاجي إلى أنه يقلل من شعور الطفل بالذنب تجاه نفسه وأنه سبب ما يحدث له، وأيضاً أن هذا البرنامج يدرب الطفل على طريق بديلة على التعامل مع الآخرين دون تعريض نفسه للتحرش أو الاعتداء مرة أخرى. وربما ترى هذه النتيجة إلى ما تضمنه البرنامج من مهارات ساعدت الطفل على التكيف. وقد ركز البرنامج على السماح للفرد على التعبير عن مشاعره، كما ركز على مساعدة الطفل على مهارات لحل مشكلات الاتصال بالآخرين. وهذا بدوره يساهم في أن يشعر الطفل بأنه مقبول من الآخرين بدون إجراء أي اعتداء جنسي عليه. وحرصت الباحثة على تطبيق استراتيجيات التعلم الملطف في التعامل مع هذه الحالة، لبث روح الأمان وإقامة رابطة وجدانية بين الطفل والباحثة، حيث أن الطفل كان لا يقبل على التعامل مع الإناث، ولكن من خلال التدرج في الظهور والالتقاء بالطفل من خلال ما يحب الطفل، وأيضاً قد وفر البرنامج فرصة الاتصال البصرية بين الباحثة والطفل حيث كان مفقود في بداية مراحل البرنامج الأولى.

وفي نهاية جلسات البرنامج أصبحت حالة الطفل (س.ع) أكثر اندماجي– قلة الأفعال التكرارية– نوبات الغضب، وأَبح لعبه يتميز بأكثر ديناميكية بدلاً من الجمود الذي كان يميز طريقة لعبه وطريقة تعامله مع

الآخرين. وقد استفادت الباحثة من دراستها لحالة الطفل ذو متلازمة داون والمساء جنسياً والذي تظهر عليه أعراض (PTSD) في أهمية وجود مهمين في حياة هؤلاء الأطفال لكي يشعروا بالأمان.

وقد استفادت الباحثة إلى لفت انتباه المهتمين بقضايا الأطفال من ذوي الإعاقة إلى أنه الإساءة الجنسية من الممكن أن تحدث من أقرب شخص إلى الطفل، فيجب الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بتدريب هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقات جميعاً على كيفية حماية أنفسهم من التحرش أو الاعتداء الجنسي.

ومن ضمن الصعوبات التي قابلت الباحثة أثناء تطبيق البرنامج:

- نوبات الغضب الشديدة التي كانت تنتاب الطفل.
- عدم استطاعة مقابلة الأب لسوء سلوكه الشديد.
- عدم إمكانية أن يحضر أحد أخوات الطفل في الجلسات بالرغم من أهمية وجودهم بجانب الطفل في ذلك الوقت لتخطي الأزمة الموجود بها.
- عدم معرفة القائمين على رعاية مثل هذه الحالات بأسلوب التعليم الملطف.

وفي ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج فإن الباحثة تقترح مجموعة من التوصيات:

١- إنشاء مراكز متخصصة للتعامل مع ضحايا الصدمات بمختلف أنواعها.

٢- عقد دورات تدريبية لتدريب المعلمين على العلاج الملطف لأهميته في التعامل مع هذه الفئة من الأطفال.

٣- عقد برامج إرشادية للقائمين على رعاية الأطفال ذوي الإعاقة جميعاً سواء (أسر طبيعية- أخصائيين- مشرفين) لتوعيتهم بكيفية تدريس للأطفال الخطوات الأولى في الحماية من التحرش الجنسي.

٤- إعداد برامج وقائية موجهة للأهل تتضمن كيفية التعامل الفعال مع أبنائهم في مثل ظروف تعرضهم للإساءة الجنسية.

٥- الاهتمام بإجراء بحوث ميدانية لإفادة أكبر فئة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش، أيضاً إجراء بحوث وإعداد برامج وقائية لمنع حدوث التحرش.

٦- الاهتمام بإعداد برامج لأقران مثل هؤلاء الأطفال لتقديم لهم الدعم والمساندة الاجتماعية ليشعروا هؤلاء الأطفال (ضحايا العنف)، أنهم مرغوب فيهم كأفراد لهم حقوق في المجتمع.

المراجع

- ريم عبد المطلب، شاهيناز عبد الغفور (٢٠٠٤). الاستغلال بجسد الطفل، المؤتمر الإقليمي لحماية الطفل.عمان. الأردن.
- عبد الرقيب أحمد البحيري (٢٠٠٢). التخلف العقلي– قضايا ومفاهيمه وتطبيقه. المؤتمر العلمي السادس للتربية الخاصة. كلية التربية. جامعة المنيا.
- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل، رضوى إبراهيم (١٩٩٣).. العلاج السلوكي للطفل– أساليبه ونماذج من حالاته. سلسلة عالم المعرفة. العدد (١٨٠). المجلس الوطني للثقافة والعلوم والآداب. الكويت.
- علي عبد الله علي (٢٠٠٣). دراسة مقارنة لفعالية عينة الاقتصاد الرمزي والتعليم الملطف في خفض مستوى إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً. رسالة دكتواه. غير منشورة. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
- محمد علي كامل (٢٠٠٥). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. القاهرة: مكتبة بن سيناء.
- منال الشيخ (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال. مجلة جامعة دمشق، مجلد ٢٨.
- هشام عبد الرحمن الخولي، سحر عبد الفتاح خير الله (٢٠٠٩). التعليم الملطف النظريات والاستراتيجيات. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- **American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., Washington. DC: American Psychiatric Ass.**
- **Avery L. Massat and Lundy M. (2000). Post Traumatic Stress and Mental Health Functioning of**

Sexually Abused Children, Child and Adol Social Work.

- **Becky, C. (2002). New Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. www.f.lecomp/7/newtreament. of PTSDhtm.**
- **Beverly, L.F. Allison CC. Diane N.B. (2006). Accessibility of Pennslvania's Victim Assistance Progr-ams. Journal of Disability Policy Studies. 16(4). 209-219.**
- **Brewin C. & Holmes, E. (2003). Psychological Theories of Posttraumatic Stress Disorder. Clinicdal Psychological Review. 23(2). 339-376.**
- **Center for Disease Control and Prvention (CDC) (2011). The Public Health Approach to Violence Prevention. http://www.cdc.gov/.**
- **Christopher Dehon, and Michael S. Scheeringa (2014). Screening for Preschool Posttraumatic Stress Disorder with the Child Behavior Checklist. http://jpesy.oxford journals. Org.5P.**
- **Cohen JA., Mannarino AP. Knudsen K. (2005). Treating Sexually Abused Children: 1 Year Follow- Up of a Randomized Controlled Trial. Child Abuse Negl, 29: 135-145.**
- **Cormierm S. and Nurius P. (2003). For Interviewing and Change Strategies Helpers. Funda-mental Skills and Cognitive Behavioral Interven-tions. California: Brooks.**
- **Cynthia R. Mathis (2001). The Story of a Sexually Abused Child's Sand Play: A Single Case Study. Thesis. Master of Science in Human Development. Virginia Polytechnic Insti-tute and State University. Jop.**
- **Daniel F. Connor, MD., Julian D. Ford, Amy F.T Arnsten and Carolyn A Greene (2014). An Update on Posttraumatic Stress Diso-rder in Children and Adolescents. Clinical Pediatrics. 1-12.**

- **Daviss WB., Mooney D. Racusing R., Ford JD, Fleischer A. McHugo G. (2000). Predicting Post Trau-matic Stress After Hospitalization for Pediatric Injury. Journal Am Acad Child Adolex Psychiatry. 39: 576-583.**
- **Dora Kalff (2003). Sand Play: Apsychotherapeutic Appr-oach to the Psyche. USA: Themnos Press.**
- **Foa EB., TJohnson K., Feeny NC., Treadwell KR. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties J. Clin Child Psychology. 30: 376-384.**
- **Ford J.D Racusin R., Ellis CF. et al (2000). Child Maltreatment Other Trauma Exposure and Posttraumatic Symptomatology Am-ong Children with Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. Child Maltreat. 5: 205-217.**
- **Ford JD (2011). Assessing Child and Adolescent Complex Traumatic Stress Reactions. J. Child Adolex Trauma. 4: 24. 232.**
- **Friedman, S.L. & Mitchell, R.R. (2008). Supervision of Sand Play Therapy, London and New York: Routhedge.**
- **Gentle News (1996). News Letter for Helping Care Givers 1, No(1).**
- **Green, E.J. & Myrick, A.C. (2014). Treating Complex Trauma in Adolescents: A Phase- Based. Integrative Approach for Play Therapists International Journal of Play Therapy. 16P.**
- **Hans Zallner S.J. KAtharina A Fucko and Jorg M Fegert (2014). Prevention of Sexual Abuse: Improved Information is Crucial. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 8: 5, 1: 9.**

- **Jennifer S., Frank H., John K., Missy P., Muyuz. Gail E, and Hector F. (2014). Impact of Childhood Sexual Abuse on the Emotiopns and Behaviours of Adult Men From Three Ethnic Group in the USA. Culture. Health. And Sexually: An International Journal for Research. Intervention and Care. V.16(3). 231-245.**
- **Jesse Krohn (2014). Sexual Harassment, Sexual Assult, and Students with Special Needs: Gafting and Effective Response for Schools, University of Pennsylvania. Journal of Law and Social Change. 17. 1-27P.**
- **John McGee, Snyder and Monaliza Maria (2001). Gentle Teaching: A Prelude to Career Preparation PHD, University of Nebraska Lincoln.**
- **Kathleen Feeley and Emily Janes (2008). Preventing Challenging Behaviours in Children with Down Syndrome: Attention to Early Developing Repretres. Down Syndrome Research an Practice. 12(1). 11-14.**
- **Kin Chang (George) Lee (2014). Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy: Cultural Considerations for Chinese Children. American International Journal of Contemporary Research. 416: 27: 35.**
- **Lanktree CB., Gillbert AM., Briere J. et al (2008). Multi-Informant Assessment of Maltreated Children: Convergent and Discriminate Validity of the TSCC and TSCYC. Child Abuse & Neglect, 32. 621-625.**
- **Laurel, J. Jerry, H Pamela A. and David B. (2010). Physical and Sexual Abuse in Childhood: Relation-hip with Post Traumatic Stress Disorder. University of Tennessee.**

- **Lela Akrami Mscand Mary am Davudi Bsc (2014). Comparison of Behavioral and Sexual Problems Between Intellectually Disabled and Normal Adolescent Boys During Puberty in Yazd, Iran, Iran J Psychiatry Behavior Science. V.8(2). 68: 74.**
- **Martin, M., Legry C., (2014). Sexual Abuse and Intellectual Disability: A Wariness for a Better Intervention. Sexologies.**
- **Matulis S., Resick PA., Rosmer R., Stell R. (2014). Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering From Posttraumatic Stress Disorder Aftrer Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study. Clin Child Fam Psychology Rev.(2). 173-190.**
- **Nolen, H., S. (2011). Abnormal Psychology. 5th ed N.Y., McGraw Hill.**
- **Nolen, H.S. (2011). Abnormal Psychology. 5th. NY: McGraw Hill.**
- **Rita Rosner, Hans- Helmut Konig, Frank Neimer, Ulrik Schmidr and Regnia Steil (2014). Develop-mentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents and Young Adults with PTSD Symptoms after Physical and Sexual Abuse: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. Trials 1-9.**
- **Romel Ferreira, Ima Elofficloude K., Su and Sanb Kriegler (2014). Using Sand Play Therapy to Bridge a Language Barrier in Emotionally Supoporting a Young Vulnerable Child. The Arts in Psychotherapy. 41(1). 107-114.**
- **Tong CS (2002). Childhood Experience of Sexual Abuse Among Hang Kong, Chiense Collage Students, Child Abuse.**

- **Touriging M., Helbert M. Digeault L., Simoneau AC. (2005). Efficacy of a Group Therapy for Sexually Abused Adolescent Girls. J Child Sex Abuse. 14: 71-93.**
- **Wurtele SK. Kenny MC. (2012). Partnering with Parents to Prevent Childhood Sexual Abuse. Child Abuse Rev., 19: 130-152.**