وزارة التعليـــــم العالـــــي والبحـــــث العلمـــــي

جامعة باجـي مختـــــار- عنابـــة
Badji mokhtar-annaba university
Université badji mokhtar-annaba
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية
faculté des lettres, des science humaines et sociales
قســـــم علـــــم النفـــــس
département de psychologie

مذكـــــرة لنيل شهادة الماجستير

مدى فاعليـــة الإرشـــاد الأســـري في تعديل الاتجاهـــات الوالديـــــة نحـــــو الأطفـــــال الصـــــم

دراســـــة ميدانيـــــة حول أمهات الأطفال الصم بمدرسة صغار الصم بولاية الطـــارف

الشعبة : الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي المهني

إعداد الطالبة :
هادف حياة

مدير المذكرة :
د/ بوخذير عمار

أعضاء لجنة المناقشة :

الأستـــــاذ :	الرتبـــة :	الجامعـــــة :
د. بشير لعريط	أستاذ محاضرأ. رئيسا	جامعة عنابة
د. عمار بوخذير	أستاذ محاضرأ. مشرفا ومقررا	جامعة عنابة
د. بوخميس بوفولة	أستاذ محاضرأ. عضوا مناقشا	جامعة عنابة

السنة الدراسية : 2012/2011

الإهـــــــــــداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح أبي الطاهرة- رحمه الله وأسكنه فسيح جنانه- كما أهديه إلى سر تألقي ووجودي ..إلى من أبصرت بفضلها النور..وإلى من شجعتني وكانت سندا لي في كل لحظة من لحظات حياتي وأمدتني بيد العون والمثابرة ..إلى الغالية " أمي " حفظها الله وصانها.

إلى من شاركوني لبن المحبة واقتسمت وإياهم أفراح حياتنا و أقراحها...جميع الإخوة والأحفاد

إلى كل أهلي كلّ باسمه .

إلى من جمعني الله وإياهم في ضلال الحب والمودة والطهارة...زوجي الكريم حفظه الله وصانه ووفقه وجميع أفراد عائلتي الثانية الذين لم ألقى منهم إلا التشجيع والدعم والمساندة.

إهدائي إلى كل طلبة علم النفس (تخصص الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي المهني)

كل التقدير والاحترام إلى كل من ساندني وأمدني بيد العون... إلى من هم في قلبي ولم يذكرهم قلمي....

هادف حياة

الشكر و التقدير

بسم الله الرحمان الرحيم

" رب أوزعني أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والدي وأن اعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين "

فالحمد لله – عزّ و جلّ – أن وفقنا لانجاز هذه المذكرة، ولا يفوتنا– ونحن نضع اللمسات الأخيرة لهذا البحث المتواضع أن نتوجه بجزيل الشكر وعظيم الامتنان للأستاذ المشرف الدكتور " بوخذير عمار" على تقبله أولا الإشراف على هذا العمل والشكر الثاني أنه لم يبخل علينا بالنصح والتوجيه والمناقشة التي ساهمت في إثراء هذا البحث ،كما أتوجه بالشكر إلى الأستاذ الفاضل " كربوش رمضان" على تقديمه يد الدعم والمساندة وجميع أساتذة قسم علم النفس.

كما أتوجه بالشكر إلى مدير المؤسسة التي أجريت فيها بحثي هذا وكل عمال مدرسة صغار الصم الذين تفضلوا بمساعدتنا بشكل كبير في انجاز هذا البحث..وإهداء خاص إلى أصحاب القلوب الحانية التي احتضنت المعاقين وأحاطتهم بالحب و الدفء والأمان.

فهرس المحتويـــــــــــــات

المقدمـــــــة 01

الجانـــــــب النظـــــــــــري

الفصل الأول : الجانب التمهيدي

1. إشكاية الدراسة 04
2. فرضيات الدراسة..... 06
3. أهمية الدراسة..... .. 07
4. أهداف الدراسة..... 08
5. مصطلحات الدراسة..... 08
6. الدراسات السابقة 10

قائمة المراجع..... 17

الفصل الثاني : الإرشاد الأسري

المقدمة 19

1. تعريف الإرشاد النفسي..... 20
2. أهم مجالات الإرشاد النفسي..... ...21
3. التطور التاريخي للإرشاد الأسري..... 23
4. تعريف الإرشاد الأسري..... 24
5. الحاجات الخاصة بأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة..... 25
6. الأسس النظرية للإرشاد الأسري..... 26
7. استراتيجيات إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم..... 32
8. مراحل عمليات التدخل المتمركز على الأسرة..... 35
9. الدور الوقائي للإرشاد الأسري للمعوقين..... 39
10. معوقات العمل الإرشادي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم..... 40

الخلاصة..... 42

قائمة المراجع..... 43

الفصل الثالث : الاتجاهات الوالدية

المقدمة..... 45

1. تعريف الاتجاهات..... 46
2. خصائص الاتجاهات ومكوناتها..... 47
3. العوامل المؤثرة في عملية تكوين الاتجاهات..... 48
4. تكوين الاتجاهات..... 50
5. مراحل تكوين الاتجاهات.....52
6. وظائف الاتجاهات..... 53
7. نظريات تكوين الاتجاهات..... 54
8. قياس الاتجاهات..... 56
9. التطور التاريخي للاتجاهات نحو المعوقين..... 60
10. الاتجاهات الوالدية في التنشئة..... 62
11. أثار الاتجاهات الوالدية السلبية على الطفل..... 63
12. أنواع الاتجاهات الوالدية..... 65
13. العوامل المؤثرة على اتجاهات أسر الأطفال المعوقين..... 68
14. تعديل الاتجاهات..... 68

الخلاصة..... 72

قائمة المراجع..... 73

الفصل الرابع : الطفولة والصمم

مقدمة..... 77

1. تعريف الإعاقة السمعية..... 78
2. درجات الإعاقة السمعية..... 80
3. أنواع الإعاقة السمعية..... 81
4. أسباب الإعاقة السمعية..... 83
5. خصائص الأطفال الصم..... 84
6. طرق التواصل لدى الأطفال الصم..... 87
7. تشخيص الإعاقة السمعية..... 89
8. فحوصات السمع الخاصة بالأطفال..... 90

9. العوامل المؤثرة على نمو الأطفال الصم..... 91
10. إعادة التأهيل السمعي للأطفال الصم..... 92
11. الوقاية من الإعاقة السمعية..... 94

الخلاصة..... 96

قائمة المراجع..... 97

الجانـــــــــب التطبيـــــــــــــقي

الفصل الخامس : الجانب الميداني

1. الدراسة الاستطلاعية..... 100
2. مجال الدراسة..... 101

1.2. المجال المكاني..... 101

2.2. المجال الزماني..... 101

3.2. المجال البشري..... 102

3.الإجراءات المنهجية للدراسة..... 102

1.3. منهج الدراسة المستخدم..... 102

2.3. عينة الدراسة..... 103

3.3. أدوات جمع المعلومات..... 107

4.3. أدوات المعالجة الإحصائية..... 110

4.تقديم البرنامج الإرشادي..... 110

1.4. مفهوم البرنامج..... 110

2.4. أهداف البرنامج..... 111

3.4. الأسلوب الإرشادي المستخدم..... 111

4.4. العينات المستخدمة في البرنامج..... 112

5.4. مراحل وخطوات تنفيذ البرنامج..... 113

5.نتائج الدراسة ومناقشتها..... 116

6. تحليل النتائج وتفسيرها على ضوء فرضيات الدراسة..... 122

التوصيات..... 127

قائمة المراجع..... 129

الخاتمة..... 130

ملخص الدراسة بالدراسة باللغة العربية..... 131

ملخص الدراسة بالدراسة باللغة الفرنسية..... 133

قائمة المراجع..... 135

الملاحق

الفصل الأول

الجانب التمهيدي

محتـــــــــــوى الفصـــــــــــــل

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. مصطلحات الدراسة
6. الدراسات السابقة

الخلاصة

1- إشكاليـــــة الدراســـــــة :

إن التوجه للعناية والاهتمام بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم عملية ضرورية لتكامل المجتمع وتآزره، حيث أن الفرد ذا الحاجات الخاصة لابد أن يؤثر ويتأثر بالمحيط الأسري الذي يحيط به، وتحتل الأسرة مكانة بارزة في المجتمعات الإنسانية، حيث تقوم بواجبات متعددة تخدم مصالح أفرادها.

ويشكل الطفل جانبا هاما في بناء الأسرة وتكوينها ، وتترك آثارها عليه أكثر من مؤسسات المجتمع الأخرى، ويبقى تأثيرها على الطفل كبيرا في تشكيل الجانب الأساسي من كيانه الشخصي، ومن هنا تبرز المكانة التي تمثلها هذه المؤسسة في حياة الأطفال وتكوينهم.

والواقع أن تربية الأبناء ليست بالأمر الهين والسهل، بل هي مسؤولية كبيرة تتطلب الكثير من الجهد والتخطيط،وتعظم هذه المهمة وتكبر إذا كانت الأسرة تعنى بأطفال ذوي احتياجات خاصة،وهذا راجع إلى إعاقتهم، لأن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في الوقت نفسه. فالطفل المعاق يختلف بعدة طرق عن الطفل العادي ووجوده في الأسرة ينجرّ عنه مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدا،وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، وحتى في الظروف المثالية فإن تربية الأطفال تعتبر من أصعب الأنشطة التي يمكن للمرء أن يتخيلها.[1]

و يأمل جميع أفراد الأسرة وخصوصا الوالدين عندما ينتظرون مولودا جديدا أن يكون هذا القادم جميلا وسليما من جميع الجوانب، ولكن تكون الصدمة الكبرى عندما يكون طفلهم الجديد غير عادي،كأن يكون أصمّ، فيقضي الآباء والأمهات الوقت الطويل في التفكير حول مستقبل طفلهم المعاق سمعيا،حيث تلعب القدرة الحسية السمعية دورا هاما في حياة الإنسان، فهي النافذة التي يطلّ منها إدراكه العقلي على العالم الصوتي من حوله، والمنبه له من الأخطار التي من الممكن أن تعمل على إيذائه والقضاء على استمراره.

وإذا كانت القدرة الحسية السمعية في المرتبة الأولى وسيلة حفظ بالنسبة إلى الإنسان، فإنها في المرتبة الثانية الوسيلة الأساسية للتعلم واكتساب القدرات اللغوية. والأطفال الذين فقدوا قدراتهم الحسية السمعية نراهم يفتقرون إلى الملكات العقلية التي تمكنهم من الاستفادة من دلالات الأصوات ومعانيها.

وإذا كانت معاناة الطفل الأصم لفقدان أسباب التفاهم والاتصال مع أهله وأفراد بيئته صعبة، وهو الشيء نفسه بالنسبة إلى أولياء أمور المعاقين سمعيا، الذين يشعرون بالغربة وعدم الانتماء إلى الطفل وذلك بسبب الافتقار إلى وسيلة الاتصال المشتركة بينهم.

كما أن تربية الطفل المعاق تؤدي إلى درجة عالية من الضغوط النفسية، وعليه فإن الكثير من استراتجيات التكيف التي تضطر الأسرة للجوء إليها عي بحد ذاتها مثيرة للضغوطات، حيث تلعب ردود فعل الوالدين واتجاهاتهما دورا بالغ الأهمية في تشكيل النمو النفسي للشخص المعوق،ولعل أكثر آثار ردود الفعل والاتجاهات السلبية على ثقة الطفل المعوق و على استقلاليته، فقيام الوالدين بالحماية الزائدة من جهة أو رفضه وعدم قبوله من جهة ثانية، فالحماية الزائدة والرفض قد يكون آثارهما سلبي وأكثر سوءا من الإعاقة في حد ذاتها، ولقد أجمعت نتائج العديد من الدراسات على أن الاعتمادية إحدى المشكلات الرئيسية لدى الأشخاص المعوقين، والحد من اعتمادية الشخص المعوق على غيره قد يكون أحد أهم الأهداف التي ينبغي على أسرته أن تسعى إلى تحقيقها،وبالرغم من ذلك فإن بعض الأسر تميل إلى حماية أطفالها بشكل مفرط،وذلك يؤدي إلى انعكاسات سلبية من انخفاض في تقبل الذات وتقديرها. كما يثبط دافعيتهم للاستقلال الذاتي.[2]

ولا تقتصر هذه التأثيرات التي تمس الطفل المعاق سمعيا على ما يبديه الوالدين من اتجاهات سلبية أو معاملات غير سليمة، بل إن لاتجاهات الإخوة آثارها الإضافية على الطفل المعاق.فهناك ما يشير إلى أن الإخوة في البيت عادة ما يكتسبون اتجاهاتهم نحو أخيهم المعاق سمعيا من اتجاه الوالدين نحوه، أي أن الإخوة يحاكون آبائهم في تفاعلهم مع أخيهم المعاق.

وعموما فإن الاتجاهات العامة وسلوكات الأشخاص العاديين تؤثر سلبا على الأشخاص المعاقين سمعيا وعلى دافعيتهم للتواصل مع الأشخاص والاعتقاد بأنهم موصومون من قبلهم، وتأكيدا لأهمية دور الأسرة يتبين أنه لا يمكن الحد من الإعاقة السمعية نفسها، ولكن من الممكن تحسين توافق الطفل ذي الإعاقة السمعية، وذلك بتبصير الوالدين بمشاكله وحاجاته وإكسابه اتجاهات ايجابية في التربية.[3] ومن هنا تصبح الخدمة الإرشادية للأسرة مسألة بالغة الأهمية وملزمة وذلك من خلال تقديم المساعدة المتخصصة لآباء وأمهات المعاقين، والعمل على تطوير قدراتهم الذاتية وتوفير الدعم اللازم لهم، وتفعيل آليات التعايش مع الإعاقة والتغلب على المشكلات الناجمة عنها [4] وتوجد في الظرف الراهن الكثير من البرامج الإرشادية الموجهة لأسر أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، التي تعمل في هذا

الاتجاه، وتعرض هذه الدراسة أحد هذه البرامج مع العمل على تبيان مدى فاعليتها في تعديل الاتجاهات والمعاملات الوالدية غير السليمة تجاه الطفل المعاق سمعيا وقد انطلقت هذه المقاربة العلمية من تساؤل أساسي فحواه الآتي :

ما مدى فاعلية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات الوالدية السلبية تجاه طفلهما المعاق سمعيا ؟ وبتخصيص دقيق أكثر: - ما مدى فاعلية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات السلبية القائمة على الحماية الزائدة نحو الطفل المعاق سمعيا ؟

- ما مدى فاعلية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات الوالدية السلبية القائمة على الإهمال نحو الطفل المعاق سمعيا ؟
- ما مدى فاعلية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات الوالدية السلبية القائمة على القسوة نحو الطفل المعاق سمعيا ؟

للإجابة عن هذه التساؤلات الثلاث اعتمدت الدراسة على التصميم الشبه تجريبي باستعمال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بإخضاع الأولى للبرنامج الإرشادي الأسري ومتابعة فاعلية التأثير به على المتغير التابع (الاتجاهات السلبية المدروسة) وترك المجموعة الثانية بدون خدمات إرشادية.

وعليه نتوقع أن مثل هذه المقاربة كفيلة بتقديم إجابات شافية عن التساؤلات أعلاه.

2- فرضيـــــات الدراســـــة :

تطرح الدراسة بحسب تصميمها الميداني السالف الذكر خمسة افتراضات أساسية كإجابات مؤقتة لتساؤلات الدراسة وهي :

- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة

أهميـــــــة الدراســـــــــة :

تتضح أهمية البحث الحالي من خلال أهمية الموضوع الذي يتناوله والهدف الذي يسعى إلى تحقيقه وهو تعديل اتجاهات الوالدين نحو الأطفال الصم والأخذ بالاتجاه التنموي الذي يستهدف الارتقاء بمستوى الاتجاهات النفسية للوالدين من خلال فنيات أساسية وهي فنية الإرشاد النفسي الأسري.

– أهمية التعرف على أساليب تنشئة الوالدين (الأمهات) لأبنائهم الصمّ حيث أن للأسرة وما يدور فيها من علاقات أسرية ومعاملات مختلفة في أساليب التنشئة، الدور الفعال في حياة الأبناء، فنوع العلاقة التي تنشأ بين الوالدين والطفل وطريقة معاملتها واتجاهاتهما نحو طفلهما عامل مهم في نموهم السليم.

– أهمية إسهام الأسرة والتأكيد على الدور الذي يمكن أن يؤديه الوالدين في خدمة طفلهما المعاق سمعيا، وإبراز أهمية التعاون داخل الأسرة في رعاية الطفل وتعديل اتجاهات الوالدين، والتي قد تكون في كثير من جوانبها سلبية من خلال برامج الإرشاد الأسري.

- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في توجيه الوالدين نحو الأسلوب الأكثر ملائمة في معاملة الأبناء وتقديم التوجيهات والأساليب الجيدة التي تؤدي إلى تعديل الاتجاهات الوالدية ومعالجة الأساليب السلبية وبالأخص في هذه المرحلة العمرية التي لها خصائصها المتعددة وهي فترة الطفولة، وصولا إلى تحقيق جو أسري قليل الضغوط يسوده التوافق والوئام.

3- أهـــــــداف الدراســـــــــة :

تسعى الدراسة الحالية إلى بلوغ جملة من الأهداف نوجزها في النقاط الآتية :

- **من الناحية العلمية :** يهدف البحث إلى التأكد من مدى فاعلية ونخاعة بعض الأنشطة الإرشادية الأسرية في تعديل الاتجاهات السلبية للوالدين تجاه طفلهما المعاق سمعيا، وينصب التعديل بالتحديد على ثلاث أنماط في المعاملات السلبية السائدة لدى معظم الأسر وهي كذا:
  - الاتجاه أو المعاملة السلبية القائمة على الإهمال والنبذ.
  - الاتجاه أو المعاملة السلبية القائمة على القسوة والتسلط.
  - الاتجاه أو المعاملة السلبية القائمة على الحماية الزائدة
- **من الناحية العملية :** يهدف البحث إلى غايتين أساسيتين وهما :
- خلق الوعي والشعور بالمسؤولية لدى أسر الأطفال المعاقين سمعيا والتأكيد على أهمية المشاركة الفعالة في أنشطة التكفل النفسي والاجتماعي بهذه الفئة من الأطفال.
- تعميق الخبرة الشخصية في مجال إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم لبلوغ الفعالية الذاتية في مجال الحياة المهنية.

4- تحديـــــد مفاهيـــــم الدراســـــة :

5-1- الإرشاد الأسري :

يعرف الإرشاد الأسري بأنه :" عملية مساعدة أفراد الأسرة،الوالدين وحتى الأقارب فرادى أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية ومسؤولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية.[5]

ويعرف الإرشاد الأسري في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة بأنه: " إشراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة،وتشمل كذلك تقديم النصح للوالدين بشأن خدمات البيئة التي يحتاج لها الطفل المعوق،كما تشتمل خدمات الإرشاد الأسري كذلك إشراك الأهالي في الاجتماعات التي تعقد في هذا الإطار من حيث تقديم طرق الوقاية من الإعاقة وكيفية التعامل مع الإعاقة ووضع البرامج الخاصة لتدريب المعوقين بمختلف أنواع الإعاقة" [6]

التعريف الإجرائي للإرشاد الأسري :

يقصد به في الدراسة الحالية أنه عبارة عن عملية مخططة ومنظمة تهدف إلى تقديم خدمات إرشادية عن طريق برنامج إرشادي يتضمن مجموعة من المحاضرات الموجهة إلى مجموعة من أمهات الأطفال الصم، قصد مساعدتهم على التغلب على بعض الاتجاهات السلبية التي يحملونها تجاه أبنائهم المعاقين سمعيا.

5-2- الاتجاهات الوالدية :

يعرف الاتجاه على أنه :" استعداد نفسي أو حالة عقلية ثابتة نسبيا مستمدة من البيئة يستدل عليها من استجابة الفرد قبولا أو رفضا لموقف معين ".[7]

وتعرف الاتجاهات الوالدية على أنها : " الإجراءات والأساليب التي يتبعها الوالدان في تطبيع وتنشئة أبنائهما اجتماعيا، أي تحويلهما من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية، وما يعتنقاه من اتجاهات توجه سلوكهما في هذا المجال " [8]

التعريف الإجرائي للاتجاهات الوالدية :

هي مجموعة الاستجابات المعرفية والانفعالية والسلوكية الثابتة نسبيا التي يبديها الأولياء (الأمهات) في مواقف التنشئة الاجتماعية لأبناهم المعاقين سمعيا وتكون هذه الاستجابات على شكل حماية زائدة أو قسوة أو إهمال.

ولتوفير مزيد من الوضوح والتدقيق نعرض التفسيرات الموجزة التالية لهذه الاتجاهات :

5-2-1 تعريف اتجاه الحماية الزائدة:

ويتمثل في تلبية جميع رغبات الطفل كما يحب ويهوى بشكل فيه نوع من الإفراط والمبالغة، والقيام بجميع الأعمال نيابة عنه حتى القادر عليها، عدم تحميل الطفل أي مسؤولية .....إلخ.[9]

5-2-2- تعريف اتجاه التسلط :

ويتمثل في فرض رأي الوالدين على الطفل والوقوف أمام رغباته التلقائية والحيلولة دون تحقيقها حتى ولو كانت مشروعة مع استخدام أسلوب العقاب البدني أو التهديد به.....إلخ.

5-2-3- تعريف اتجاه الإهمال :

وتتمثل في رفض الوالدين للطفل رفضا صريحا أو ضمنيا مع تركه دون إثابة على السلوك المرغوب فيه أو لومه وتوجيهه ومحاسبته على السلوك غير المرغوب فيه وكذلك عدم المبالاة والاهتمام بإشباع حاجاته وبالتالي تهديد مشاعر الأمن عند الطفل[10]

5-3- تعريف الإعاقة السمعية:

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها الضعف السمعي إلى الدرجة الشديدة جدا والتي ينتج عنها الصمم[11]

التعريف الإجرائي للإعاقة السمعية :

تبين الدراسة التعريف الذي قدمه مصطفى نوري القمش (1999) والذي مفاده أن الطفل الأصم هو: " الطفل الذي لا يسمع، وفقد قدراته على السمع ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة بشكل طبيعي، حيث لا تصبح لديه غلى الكلام وفهم اللغة " [12]

5- الدراســـــات السابقـــــة :

يتناول هذا القسم من الدراسة البحوث والدراسات السابقة ذات العلاقة بمتغيرات البحث،حيث تم تناول فئة الأطفال الصم وأسرهم من خلال مواضيع متنوعة مست مسائل مثل الاتجاهات ومهارات التواصل الأسري وتأثيرات مستوى الأسرة التربوي والثقافي، ويمكن تصنيف هذه البحوث والدراسات إلى صنفين هما :

أ.دراسات تناولت برامج إرشادية وعلاجية موجهة نحو أسر الأطفال المعاقين سمعيا.

ب.دراسات تناولت برامج إرشادية وعلاجية موجهة نحو الأطفال المعاقين سمعيا.

أ-دراسات تناولت برامج إرشادية وعلاجية موجهة نحو أسر الأطفال المعاقين سمعيا :

1- دراسة علي شعيب(1991) : تحت عنوان :" دراسة لمشاعر القلق والعصابية لدى أمهات الأطفال المعوقين وغير المعوقين ".

تهدف الدراسة إلى إلقاء الضوء والكشف عن مشاعر القلق التي تحس بها الأمهات للأطفال المعوقين وغير المعوقين، وأجريت الدراسة على عينة قوامها 65 أما شملت 18 أما لأطفال مصابين بإعاقة سمعية و15 أما لأطفال مصابين بإعاقة بصرية و13 أما لأطفال متخلفين عقليا، واستخدم الباحث أيضا عينة قوامها 150 أما لأطفال عاديين، وقد استخدم الباحث مقياس القلق الصريح ومقياس الاكتئاب ومقياس العصابية.

وتوصل الباحث إلى النتائج الآتية : أن أمهات الأطفال المعاقين سمعيا وبصريا وفكريا لديهم زيادة في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين وأنهن أكثر إحساسا بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات (العاديات)،وأشارت الدراسة أيضا إلى أن أمهات الأطفال المعوقين سمعيا والمتخلفين عقليا لديهم ارتفاع في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين.[13]

2- دراسة ميدو أرلانس (Meadow – urlans 1992) : بعنوان " الرضيع الأصم وأمه ذات السمع العادي "

تهدف الدراسة إلى التعرف على أثر الإعاقة السمعية على علاقة الأم بطفلها الرضيع وعلى دافعية الطفل لتعلم والتعرف على الأشياء وعلى النمو اللغوي المبكر، وقد أجريت الدراسة على 20 رضيعا لديهم إعاقة سمعية شديدة وعددا مماثلا من الأطفال السامعين كمجموعة ضابطة، وقد جمعت البيانات عن الأطفال وأمهاتهم عند بلوغهم عمر 9،12،15،18 شهرا، وتم جمع البيانات بعدة طرق ووسائل منها التصوير بالفيديو والمقابلات والملاحظات والاستبيانات وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

- أن الأمهات للأطفال المعوقين سمعيا يواجهون مستويات عالية من الضغوط مقارنة بأمهات الأطفال السامعين، وأن الأطفال المعوقين سمعيا لا يختلفون عن الأطفال العاديين من حيث مواظبتهم على التعرف على الأشياء.

- لم تتضح فروق هامة بين الأطفال الصم والأطفال السامعين من حيث نوعية الارتباط بالأمهات.

- فيما يتعلق بالأمهات،فقد بينت نتائج هذه الدراسة أن للدعم الاجتماعي أثرا ايجابيا قويا على نوعية تواصل الأمهات مع أطفالهن الصمّ. [14]

3- دراسة ليترمان (luterman 1967): تحت عنوان: " برنامج متمركز حول الوالدين للأطفال ضعاف السمع في مرحلة قبل المدرسة "

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على كيفية التعامل مع الأطفال ضعاف السمع من خلال التعليم المبكر للوالدين، وتكونت عينة الدراسة من أطفال أعمارهم من18 شهرا حتى ثلاث سنوات، واستخدم الباحث أسلوب العلاج القائم على الملاحظة، وتنبيه الأطفال لغويا في مواقف اللعب الحر.

وتوصلت الدراسة إلى ما يلي :

- وجود تغيير ونمو لدى الأطفال ولدى جميع الأمهات وأن الأطفال أصبحوا يستخدمون الكلام اللفظي ذو المعنى.

- بدأت الأمهات في إزالة التشويش المبدئي والضغط النفسي والتعرف على الإعاقة اللغوية لدى هؤلاء الأطفال.[15]

4- دراسة شينولد (schaenwald 1984) : بعنوان:" برنامج تخاطبي لتحسين التفاعل لدى أسر الأطفال ضعاف السمع "

ويهدف هذا البرنامج إلى وضع برنامج تخاطبي لأسرة الطفل ضعيف السمع، وقد صمم هذا البرنامج لكي يعطي تأثيرا ايجابيا على التواصل لدى الأسرة وعلى البيئة الأسرية، وتكونت عينة الدراسة من 14 أسرة لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين 11و14 عاما،وقد استخدم الباحث برنامج إرشادي يسمى برنامج النمو الإرشادي المعدل، كما استخدم طريقة المناقشة بعد عرض أشرطة الفيديو، ومقاييس البيئة الأسرية وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج من بينها ما يلي :

- أن البرنامج الإرشادي له تأثير ايجابي على أسر الأطفال المعاقين سمعيا.

- الأسر التي لم يطبق عليها البرنامج الإرشادي أظهرت احتياجها للتعرف على الأساليب المختلفة للتواصل.[16]

5- دراسة هاددليان وآخرون (hadalian et A 1991) : تحت عنوان:"فحص اتجاهات الوالدين تجاه مهارات التواصل لدى الأطفال ضعاف السمع "

وكانت هذه الدراسة تهدف إلى كشف العلاقة بين اتجاهات الوالدين تجاه أبنائهم ضعاف السمع ومهارات التواصل لديهم في مرحلة ما قبل المدرسة، حيث تكونت عينة الدراسة من 30طفلا ضعف السمع واستخدم الباحث في هذه الدراسة أسلوب المقارنة ، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية

دالة بين اتجاهات آباء الأطفال ضعاف السمع واللغة التعبيرية لديهم.[17]

ب-الدراسات التي تناولت برامج إرشادية وعلاجية موجهة نحو الأطفال المعاقين سمعيا :

1- **دراسة نوال أحمد مرسي :** تحت عنوان :" ممارسة العلاج الأسري لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع ".

وتهدف الدراسة إلى ممارسة الإرشاد الأسري في خدمة الفرد لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع سواء كان العدوان موجه نحو الذات أو نحو الآخرين.

وأجري البحث على عينة تتكون من 20 طفلا تتراوح أعمارهم ما بين 11 و15 سنة وتم اختيار 10 حالات عمديا ، واستخدمت الأدوات الآتية : جلسات أسرية،المقابلات الفردية،وتصميم استمارة ملاحظة لقياس السلوك العدواني للأطفال ضعاف السمع.

وانطلقت الدراسة من جملة من الفروض من بينها :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات القبلية والبعدية لحالات المجموعة التجريبية نتيجة لممارسة العلاج الأسري لتعديل السلوك العدواني الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين.

وتوصلت الباحثة إلى النتائج الآتية :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات القبلية والبعدية لحالات المجموعة التجريبية نتيجة لممارسة العلاج الأسري لتعديل السلوك العدواني الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين.[18]

2- دراسة جرينبرج (greenburg 1982) : بعنوان: " تأثير التدخل المبكر للأطفال ذوي الفقدان السمعي "

وتهدف هذه الدراسة إلى دراسة تأثير برنامج التدخل المبكر لعينة من الأطفال ذوي فقدان السمع وتكونت العينة من 36 طفلا، المجموعة الأولى 23 طفلا ذوو فقدان سمعي عميق تحت سن ثلاث سنوات اشتركوا في برنامج تدخل، والمجموعة الثانية 12 طفلا لم يشاركوا في برامج خاصة بالتدخل، واستخدم الباحث البرامج الآتية :

- إرشادات وبرامج للتدريب المنزلي القائم على التواصل الكلي مع التأكيد على الجانب اللغوي بشكل مباشر.

- تقديم جلسات إرشاد مبدئي يهتم بردود الأفعال الخاصة بالأطفال والأسر وتقديم تعليمات منزلية وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

- أن الأطفال الذين اشتركوا في برامج التدخل أظهروا تقدم في التواصل الاجتماعي وفي مهارات ما قبل المدرسة مقارنة مع المجموعة الثانية، كما أظهروا تقدما في الفهم والتعبير.

كذلك أظهرت أمهات المجموعة التي شاركت في برامج التدخل ضغوطا أقل من أمهات المجموعة التي لم تشارك في برامج التدخل.

كذلك أكدت الدراسة على أهمية أن تتضمن البرامج المستقبلية التأكيد على المهارات الشفاهية والسمعية والإرشاد الأسري والمساعدة الخاصة للوالدين.[19]

3- **دراسة محمد فتحي عبد الحي عبد الواحد :** بعنوان: " مدى فاعلية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية "

يهدف البحث إلى إعداد برنامج مقترح يعمل على تحسين مهارات التواصل لدى الطفل الأصم في البيئة الأسرية، واختبار أثر البرنامج على عينة من الأطفال الصم لقياس مدى تحسن مهارات التواصل بعد تطبيق البرنامج.

وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، ضابطة وتجريبية،عدد أفراد كل واحدة منها 60، 20 طفلا و20 أبا و20 أما، أمّا العمر الزمني للأطفال فقد تراوح بين 19 إلى 20 سنة، وانطلقت الدراسة من مجموعة من الفروض والتساؤلات من بينها :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح القياس البعدي.

وكانت النتائج المتوصل إليها كالآتي :

وجدت فروق ذات دلالة إحصائية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي نتيجة

البرنامج المقترح لتحسين مهارات التواصل بين الوالدين والطفل الأصم وذلك في إطار البيئة الأسرية.[20]

تعليـــــق على الدراســـــــات السابقـــــــة :

باستعراض الدراسات التي تناولت بعض المتغيرات القريبة من موضوع بحثنا يتضح:

أن بعض الدراسات مثل دراسة علي شعيب(1991) توضح أن أمهات الأطفال المعاقين سمعيا لديهم زيادة في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين،ودراسة ميدو أرلانس (Meadow.orlas 1992) أبرزت أيضا أثر الإعاقة السمعية على علاقات الأم بطفلها وعلى دافعيته للتعلم والنمو الغوي المبكر. لقد بينت هذه الدراسة أهمية الدعم الاجتماعي للوالدين الذي له الأثر الايجابي على الطفل الأصم.

كما أبرزت أهمية الدعم الاجتماعي للأمهات الذي له انعكاسات طيبة على الطفل الأصم، كما أكدت دراسة ليترمان (Luterman 1967) أهمية تدريب أمهات الأطفال ضعاف السمع من خلال التعليم المبكر على مهارات التواصل والتخاطب الايجابي مع أبنائهم من خلال الكلام واللعب الحر وهذا يلعب دورا حيويا في التخفيف من الضغوط النفسية للأمهات، كما أوضحت دراسة

شينولد (Schaenwald 1984) أهمية برامج الإرشاد الأسري التي تكسب الأسر معارف قيمة حول الإعاقة اللغوية لأبنائهم الأمر الذي يساعدهم عل حسن التواصل والتعامل معهم والذي يعطي آثار ايجابية للأسرة، وبالتالي يؤدي إلى تخفيف التوترات النفسية التي تعيشها.

كما تناولت دراسة جرينبرج (greenburg 1982) أهمية التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الفقدان السمعي من خلال برامج خاصة للتدريب المنزلي القائم على التواصل الكلي الذي يساعد على تطوير مهارات التواصل الاجتماعي وهذا ما يؤكد أهمية مثل هذه البرامج في مساعدة الأسر وخاصة الوالدين في التقليل من الضغوط التي يعشونها مع أطفالهم الصم.

كما تناولت دراسة هادليان وآخرون (hadalian et A 1991) دراسة فحص لاتجاهات الوالدين تجاه مهارات التواصل لدى الأطفال ضعاف السمع والتي وضحت الارتباط بين اتجاهات آباء الأطفال ضعاف السمع وتطور اللغة التعبيرية لديهم،كما كشفت أن مهارات التواصل والتطور اللغوي للطفل الأصم مرتبط باتجاهات والديه نحوه.

ودون الاستمرار في ذكر أهمية البرامج الإرشادية والتدريب لأسر المعاقين سمعيا على عمليات التواصل والتفاعل الايجابي كما ورد في نتائج العديد من الدراسات السابق ذكرها، فإن ما تم عرضه من تراث بحثي كان يعتمد بالأساس على خطوات المنهج الشبه تجريبي وفي أحيان أخرى على المنهج الوصفي، وبالتالي ساعدتنا في اختيار منهج الدراسة الملائم للموضوع وهو المنهج الشبه تجريبي وذلك باستخدام المجموعتين (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) ، إضافة إلى مساعدتنا في اختيار أداة البحث المناسبة والمتمثلة في مقياس الاتجاهات الوالدية، كما وضحت لنا كيفية انتقاء الوسائل البيداغوجية الملائمة لعرض وتقديم النشاط الإرشادي الموجه لأسر الأطفال المعاقين سمعيا.

قائمـــــــــــــــة المراجـــــــــــع :

1- خولة أحمد يحي،" إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة"، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان،2003،ص34.

2- جمال الخطيب،" مقدمة في الإعاقة السمعية "، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان، ط2،2002، ص168.

3- جمال الخطيب،المرجع نفسه،ص169.

4- حامد زهران،" التوجيه والإرشاد النفسي "،عالم الكتب،القاهرة،ط2،1980،ص54.

5- عبد الفتاح محمد سعيد خواجا،" الإرشاد النفسي والتربوي-بين النظرية والتطبيق"،الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع،عمان،2002،ص252.

6- نايف عابد الزارع، "تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة"، دار الفكر للطباعة والنشر،الأردن،2003، ص32.

7- وحيد أحمد عبد اللطيف،" علم النفس الاجتماعي"،دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمّان،2001، ص40.

8- سهير كامل أحمد،شحاتة سليمان محمد،" تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق"،مركز الإسكندرية للكتاب ، القاهرة،2002 ،ص8.

9- حامد زهران،" علم النفس الاجتماعي"،عالم الكتب للنشر،القاهرة،ط3،1974،ص29.

10- محمد محمد بيومي خليل،" سيكولوجية العلاقات الأسرية"،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة،2000، ص.ص74.75.

11- يوسف القيروتي وآخرون، " مدخل إلى التربية الخاصة "، دار القلم للطباعة والنشر، دبي،1995، ص138.

12- مصطفى نوري قمش،" الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة"،دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن، 1999،ص27.

13- عصام حمدي صفدي،"الإعاقة السمعية"،دار اليازوري العلمية للطباعة والنشر،عمّان،2003، ص15.

14- فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون،" بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة،2001، ص234.

15- جمال الخطيب، مرجع سابق، ص109.

16- فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون، مرجع سابق، ص.ص250.240.

17- مصطفى فهمي ،"سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مجالات علم النفس)"، مكتبة مصر، القاهرة، ص85.

18- المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري،" الطفل المصري وتحيات القرن الحادي والعشرين"،30.27 أفريل، المجلد الثاني، ص.ص149.139.

19-فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون، مرجع سابق،ص243.

20-فيوليت فؤاد،عبد الرحمان سليمان،"دراسات في سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)"، مكتبة زهراء الشرق،القاهرة،1997،ص145.

الفصل الثاني

الإرشاد الأسري

محتـــــــــــوى الفصـــــــــــــل

المقدمة

1. **تعريف الإرشاد النفسي**
2. **أهم مجالات الإرشاد النفسي**
3. **التطور التاريخي للإرشاد الأسري**
4. **تعريف الإرشاد الأسري**
5. **الحاجات الخاصة بأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**
6. **الأسس النظرية للإرشاد الأسري**
7. **استراتيجيات إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم**
8. **مراحل عمليات التدخل المتمركز على الأسرة**
9. **الدور الوقائي للإرشاد الأسري للمعوقين**
10. **معوقات العمل الإرشادي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم**

الخلاصة

المقدمـــــــــــــــــة :

يعد الإرشاد الأسري جزء لا يتجزأ من برامج رعاية الأطفال المعاقين سمعيا، وتتوقف فعالية برامج الإرشاد على التدابير والجهود التي تبذلها الأسرة ومدى استفادتها من هذه البرامج، وانطلاقا من كون الأسرة مصدرا أساسيا لما يعانيه المعوق سمعيا من مشكلات وعليه فإن تقديم برامج لأسر الأطفال المعاقين سمعيا، يسهم في الحد من تلك المشكلات وإعادة الجو الأسري المناسب، بقيام كل عضو بالدور المناسب له في ضوء العلاقات الأسرية الطيبة والمناخ الاجتماعي الذي تمتزج فيه المشاعر الايجابية والاتجاهات البناءة.

يعرض هذا الفصل أهم ما ورد في التراث النظري حول الموضوع بدءا من تحديد مفهوم الإرشاد النفسي، فالإرشاد النفسي الأسري، تطور الفكر الإرشادي في المجال الأسري، الخلفيات النظرية،مبررات الإرشاد الخدمة الأسر، استراتجياته، وعوائق ممارسة الفعل الإرشادي داخل الأسرة.

1- تعريـــــــــــف الإرشـــــــاد النفســـــي :

يعرف الإرشاد النفسي بأنه: " مساعدة الأشخاص على اكتساب أو تغيير المهارات الشخصية الاجتماعية وتحسين التوافق لمطالب الحياة المتغيرة وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من القدرات في حل المشكلات واتخاذ القرارات.[1]

ويمكن تعريفه أيضا بأنه :" مجموعة من الإجراءات والخدمات الإنسانية البناءة التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص في حل مشكلاتهم بأقصى ما تسمح به إمكاناتهم وقدراتهم لمجابهة الحياة المتغيرة عن طريق إكسابهم المهارات الشخصية والاجتماعية والقدرة على اتخاذ القرارات التي تحقق توافقهم النفسي والاجتماعي.[2]

وفي ضوء خصائص الإرشاد النفسي يمكن تعريفه بأنه :"أحد فروع علم النفس التطبيقية، وهو من المهن المساعدة يقوم بها مرشد نفسي مهني متخصص، حيث تقدم الخدمات الإرشادية للمسترشد نفسه الذي يطلب الخدمات الإرشادية، وفي بعض الحالات تقدم خدمات الإرشاد لأفراد مهمين للمسترشد مثل الوالدين، وهذه الخدمات قد تكون نمائية أو وقائية أو تعليمية أو علاجية، ويتم تقديم هذه الخدمات من خلال علاقة إنسانية مهنية دينامية وهادفة من خلال عملية إرشادية مخطط لها.[3]

ويمكن تعريفه أيضا بأنه :" عملية توجيه وإرشاد فرد لفهم إمكاناته وقدراته واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته وتحديد أهدافه ووضع خطط حياته المستقبلية من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة من خلال تحقيق ذاته والوصول إلى أقصى درجة من التوافق الشخصي والاجتماعي، كما تشير عملية الإرشاد إلى العلاقة المهنية التي يتحمل فيها المرشد المساعدة الايجابية للعميل، من خلال تغيير أنماطه السلوكية السلبية بأنماط سلوكية جديدة أكثر ايجابية، من خلال فهم وتحليل استعداداته وقدراته وإمكاناته وميوله والفرص المتاحة أمامه وتقوية قدرته على الاختيار واتخاذ القرار وإعداده لمستقبله بهدف وضعه في المكان المناسب لتحقيق أهداف سليمة وحياة ناجحة.[4]

2-أهـــــم مجـــــــالات الإرشـــاد النفســـــي :

يتفرع من الإرشاد النفسي مجالات كثيرة نذكر أهمها :

2-1- الإرشاد العلاجي:

وهو عملية مساعدة المسترشد في اكتشاف وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى سوء سلوكه وسوء توافقه النفسي، والحاجة إليه ماسة فهناك مشكلات قد تحدث للفرد وتؤثر على تكيفه وعلاقاته، وقد تؤددي إلى العصاب والذهان ويجب حلها قبل الوصول إلى ذلك، والمشكلات التي يتناولها هذا المجال مشكلات شخصية، ومشكلات انفعالية ومن أمثلتها الخوف ومشكلات التوافق ومشكلات السلوك العامة، وخدمات الإرشاد تعتبر تطبيقا عمليا للإجراءات العملية للإرشاد، فيهتم المرشد بمساعدته على استبصار مشكلته واتخاذ قراراته واقتراح الحلول ويستخدم الطرق الإرشادية المباشرة وغير المباشرة.

2-2- الإرشاد التربوي:

هو عملية مساعدة الفرد على رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه، ويهدف إلى تحقيق النجاح التربوي عن طريق فهم سلوكهم ومساعدتهم في الاختيار السليم لنوع الدراسة ومناهجها وتحقيق الاستمرار والنجاح في حل المشكلات التربوية، ومن أهم القضايا التي يتعامل معها هذا النوع من الإرشاد نجد على سبيل المثال لا الحصر أنه يتناول مشكلات صعوبات التعلم الناتجة عن اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تبدو على شكل اضطرابات وبالتالي تؤثر على مردوده الدراسي وبالتالي خلق مشكلات إضافية، ومن هنا تبرز أهمية الإرشاد التربوي في اقتراح الحلول المناسبة لتجاوز مثل هذه الصعوبات.

2-3- الإرشاد المهني:

وهو مساعدة الفرد في اختيار مهنته بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامحه وظروفه الاجتماعية وجنسه والإعداد والتأهيل لها والدخول في العمل والتقدم فيه، ويعتبر بارسونز ممن اعترفوا بأهمية عملية تحليل المهن ودراستها من أجل أن يحصل الفرد على المعلومات الكافية

والضرورية عنها،كما أدرك علماء النفس أهمية حركة التوجيه المهني، فشاركوا فيها من خلال وضع الاختبارات اللازمة لقياس القدرات والاستعدادات والميول.

2-4- الإرشاد الزواجي:

وهو عملية مساعدة الفرد على اختيار الزوجة والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزواجي وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل الزواج وأثناءه وبعده، ويهدف إلى تحقيق سعادة الأسرة الصغيرة والمجتمع الكبير، وكذلك بتعليم الشباب أصول الحياة الزوجية السعيدة والعمل على الجمع بين أنسب زوجين وذلك بهدف وقائي والمساعدة في حل وعلاج ما قد يطرأ من مشكلات زواجية، ويلاحظ أهميته في التوافق الشخصي و النفسي والاجتماعي بصفة عامة.

2-5- إرشاد الأطفال:

هو عملية المساعدة في رعاية نمو الأطفال نفسيا وتربيتهم اجتماعيا وحل مشكلاتهم اليومية بهدف مساعدتهم لتحقيق نمو سليم متكامل وتوافق سوي، والحاجة إلى إرشاد الأطفال تعود إلى خصائص نموهم المميزة وهي سرعة النمو الكلي والحاجات النفسية التي يجب إشباعها وهناك مشاكل خاصة بها، ومرحلة الطفولة أساسية في نمو الشخصية. وتقدر خدمات الإرشاد عن طريق معرفة خصائص المرحلة لعلاج المشكلات التي قد تحدث في المراحل الحرجة كالفطام ودخول المدرسة.....إلخ.

2-6- إرشاد الشباب:

وهو إرشاد الشاب الذي يهدف إلى تحقيق نمو سليم ومتكامل وتوافق سوي شامل وتحقيق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية وحل مشاكلهم اليومية، وعالم الشباب يحتاج إلى فهم من وجهة نظرهم من واقع إطار مرجعي. وأهم مشكلاتهم المشكلات الجنسية كالبلوغ والمشكلات الانفعالية كالحساسية والثورة والغضب والاكتئاب، ومن أهم خدمات الإرشاد الشبابية رعاية النمو الشامل المتوازن، والتربية الجنسية السليمة حسب أصولها العلمية والتربوية.

2-7- إرشاد الكبار:

وهو عملية المساعدة في رعاية وتوجيه الشيوخ نفسيا ومهنيا واجتماعيا وحل مشكلاتهم الخاصة بالمرحلة ويهدف إلى تحقيق أفضل مستوى من التوافق والصحة النفسية، والحاجة إليه ماسة وأهم مشكلات هذه المرحلة المشكلات الصحية والضعف الجنسي وضعف الذاكرة والإدراك والحواس

ومشكلات اجتماعية كالوحدة والانطواء ومشكلات التقاعد، ومن الخدمات الإرشادية المقدمة لهم خدمات صحية وتتمثل في الفحص الشامل والوقاية وخدمات علاجية كالاهتمام بإشباع الحاجات النفسية، ومساعدتهم على التوافق النفسي الاجتماعي السليم مع العادات السائدة والمتجددة.

2-8- إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة:

هو عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نموهم نفسيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا وحل مشكلاتهم المرتبطة بحالات إعاقتهم أو الناتجة عن الاتجاهات النفسية الاجتماعية تجاههم وتجاه حالتهم، بهدف تحقيق التوافق والصحة النفسية، ويعتبر المعاقين في أشد الحاجة وبصفة خاصة للإرشاد ومن مشكلاتهم الاجتماعية اتجاهات الناس نحوهم إثارة الشفقة. وخدمات إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن تكون نابعة من التركيز على جوانب القوة وتعديل مفهوم الذات لديهم وعلاج المشكلات النفسية المرتبطة بالحالة، وخدمات صحية واجتماعية تغير وجهة النظر نحو هذه الفئة الخاصة.[5]

3- التطور التاريخـــــــي للإرشـــــــاد الأســـــري :

قبل الخمسينيات من القرن العشرين كانت ميادين علم النفس والإرشاد تركز على التشخيص والعلاج الفردي وكانت المشكلات السلوكية النفسية ترى باعتبارها ناتجة عن توترات وصراعات كامنة في العقل وفي خبرة الفرد، وكان العلاج يمارس في جلسات علاج نفسي تضم كل من المعالج النفسي والمريض، محاولين اكتشاف جذور المشكلة خلال المناقشة والربط بين الأفكار والمشاعر.

وفي منتصف القرن العشرين أخذ مجال دراسات الأسرة في التبلور واتخاذ شكل معين حيث بدأ الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيون النفسيون والمربون والأطباء والمرشدون النفسيون في التفكير حول الفرد وفي علاقته مع الناس والآخرين بمن فيهم الأصدقاء والزملاء وأعضاء الأسرة.

وقد كانت البيانات والمعلومات الأولية والتي كانت مرتبطة بالأسرة وصفية في طبيعتها، وبدأ المهنيون يعملون مع المرضى النفسيون، والعمل على ملاحظة مرضاهم وهم ينخرطون في الاستجابة، وقد كتبوا كثيرا عن ذلك،كما بدأ المهنيون في العديد من الميادين الصحية النفسية، خاصة في المستشفيات بالدرجة الأولى، في ملاحظة أن المرضى قد عادوا إلى لإظهار أعراضهم المرضية مرة أخرى عندما عادوا إلى منازلهم، واكتشف المربون الذين طوروا برامج سلوكية لاستخدامها في المنازل،أن ما يصلح أو يجدي في الصف الدراسي ليس بالضرورة أن يكون كذلك في الأسرة، وكان السؤال المطروح آنذاك هو لماذا تتغير الأشياء عندما تنخرط الأسرة في العلاج؟

وقد شهدت الأربعون عاما الماضية مولد إجابات عديدة لهذا السؤال، وبعد وصف عمليات الأسرة حدث التجريب ثم محاولة بناء النظريات، وقد صور التفاعل الأسري بالفيديو وحلل هذا التفاعل عن طريق برامج الكمبيوتر المعقدة كما اتضح الدور المهم للإرشاد الأسري في القدرة من على مساعدة الأسر على الكشف ومعرفة نقاط الضعف والسلوك غير السوي الذي يؤثر في العلاقات والتفاعلات داخل الأسرة.[6]

4- تعريف الإرشـــــــــاد الأســـــــــري :

هو عملية مساعدة أفراد الأسرة فرادى أو كجماعة لفهم الحياة الأسرية ومسؤولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات، والحاجة إليه تنبع من أن معظم مشاكل الأبناء والوالدين عينة من مشكلات أسرية وقد تتشابك المشكلات فتحتاج إلى الإرشاد ومن هذه المشكلات ما يتعلق باضطراب العلاقات بين الوالدين والأبناء، واضطراب العلاقات بين الإخوة، وسوء التوافق الأسري وتفكك الأسرة، وتقدم خدمات الإرشاد الأسري إلى من يحتاجها من أفراد الأسرة في شكل فردي أو جماعي وتتضمن إجراءات وقائية وعلاجية وتستخدم الطرق المناسبة وذلك لفهم الحياة الأسرية والترغيب في إقامتها ورعايتها والقيام بالواجب نحوها، كما يقدم أيضا خدمات نفسية عن طريق توجيه الوالدين إلى التطبيقات التربوية لعلم النفس وتغيير اتجاهاتهم السالبة.[7]

ويعرف **حامد زهران(1980)** الإرشاد الأسري النفسي بأنه : " عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد وحتى الأقارب) فرادى أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية ومسؤولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق النفسي".[8]

ويعرف **ولمان (wolman1973)** الإرشاد الأسري بأنه :" الإرشاد الذي يتناول العمليات التي تتم داخل الأسرة كوحدة، تشتمل على مجموعة من الأفراد، وفيه تلتقي الأسرة مع المرشد لمناقشة ديناميات كل فرد من حيث علاقاته وتفاعلاته مع باقي أعضاء الأسرة".[9]

كما يعرف الإرشاد الأسري بأنه :" محاولة لتعديل العلاقات داخل النسق الأسري باعتبار أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة وليست خاصة بفرد معين في الأسرة،إذ تعتبر الأسرة نقطة انطلاقة ومحور ارتكاز وليس الفرد الذي حدد كمريض فقط، بل أن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيدا ".[10]

كما تقدم خدمات الإرشاد الأسري ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك من خلال إشراك الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما، وعليه فإن مشاركة الأطفال المعوقين وذويهم أصبح من الأمور الحتمية التي يعرفها الأخصائيون والعاملون في مجال التربية الخاصة وهكذا فإن الخدمات التي تقدم لإعداد هؤلاء لتقبل الحقيقة والتخلص بالتدريج من الضيق والتوتر والقلق وبالتالي

يصبحوا قادرين على مساعدة ابنهم على أكمل وجه هذا ويساعد الإرشاد المبكر الأهل على التكيف وقبول الإعاقة وما تفرضه من حاجات ويعمل أيضا على زيادة ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين، هذا ويجب أن يحصل الأهل على الدعم والتعزيز المستمر من قبل المرشد. [11]

5- الحاجات الخاصة بأسر الأطفال ذوي الجات الخاصة :

يمكن تعريف الحاجات بأنها الرغبات التي تعبر عنها الأسرة، في ما يتعلق بالخدمات اللازمة أو الأهداف المتوقع تحقيقها، ويمكن تصنيف هذه الحاجات كمايلي:

5-1-الحاجة إلى المعلومات :

يشكل الحصول على المعلومات حاجة ملحة بالنسبة إلى الوالدين وغالبا ما يحتاج الوالدين إلى ما يلي :

- فهم حالة الطفل بصورة أعمق (بالتفصيل).
- معرفة ما يجب توقعه في المستقبل بالنسبة إلى الطفل.
- معرفة معلومات تتعلق باحتياجات الطفل وكيفية مساعدته في تلبيتها.
- معلومات تتعلق بمراحل نمو الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
- معلومات تتعلق بالمساعدات والخدمات التي يوفرها المجتمع المحلي.
- معلومات تتعلق بكيفية التعامل مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
- معلومات تتعلق بتعليم الطفل وإكسابه المهارات الأكاديمية الأساسية.[12]

5-2- الحاجات الاجتماعية :

من الضروري مساعدة الوالدين في التفاعل الاجتماعي والعمل على توفير خدمات في البيوت، ومساندة المجتمع المحلي لهما من جميع المصادر المختلفة، ويشير " كوب " إلى أن الدعم الاجتماعي

الجيد يقود الفرد إلى الاعتقاد بأن الآخرين يهتمون به ويقدرونه وان الجميع ملتزمين بدعمه ومساعدته.

5-3- الحاجة إلى الخدمات المجتمعية :

وتشمل الخدمات في هذا المجال على الزيارات البيئية و الخدمات الإرشادية والتوجيهية.

5-4- الحاجات المرتبطة بوظيفة الأسرة :

لا بد من توفير أنظمة دعم داخلية في الأسرة لمساعدة أعضاء الأسرة على العيش بشكل طبيعي قدر الإمكان رغم الصعوبات نتيجة وجود فرد من ذوي الحاجات الخاصة،وكثيرا منهم ومن أسرهم لا يحصلون على الخدمات المناسبة بسبب تمركز الخدمات في مناطق جغرافية معينة قد يصعب على الوالدين الوصول إليها.

5-5- الحاجة إلى تشكيل نوادي وجمعيات تضم أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة:

وذلك لتبادل المعلومات، والدفاع عن حقوق أبنائهم ومطالبة الجهات الرسمية بتوفير ما يحتاجه أبناؤهم.[13]

6 - الأسس النظرية للإرشاد النفسي :

يقوم العلاج الأسري على مجموعة من النظريات، اشتق المرشدون منها مجموعة من الطرق والأساليب الإرشادية والعلاجية على الرغم من إصرار كل نظرية على أن توجهها وطرقها العلاجية هي الأجدر بالتفضيل، إلاّ أنها تتفق جميعها في إعادة توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة وتحقيق توافق أفضل لكل الأفراد ومن هنا فإن العلاج و الإرشاد الأسري يركز عل أن مشاكل الفرد مجبولة ومنسوجة مع الأسرة والبيئة الاجتماعية التي حدثت فيها،إن محور اهتمام الإرشاد الأسري هو نظام العلاقات،واستكشاف هذا النظام ومعرفة قواعده ودعوة كل أفراد العائلة مع التركيز على النظام العام وتطويره وتغيير محتواه وهو في هذا يختلف عن الإرشاد والعلاج الفردي الذي يهتم بتشخيص الحالة الموجودة وقد يكون باستخدام DSM ويركز على الأسباب والأهداف والتفاعلات السلوكية وعلى الخبرات والحالة الآن، مع تطوير طرق لمساعدة الفرد وهو صاحب المشكلة.[14]

إن نظريات الإرشاد الفردية تركز على أن المشكلة تكمن في الفرد، بينما نظريات الإرشاد الأسري تؤكد على الأسرة والبيئة الاجتماعية في تغيير الفرد ونموه الحالي، والنظرية في الإرشاد الأسري مستمرة التطور طوال الوقت وهي خريطة توجه التطبيق.

لقد ظهرت مجموعة من النظريات تزيد عن العشرين نظرية وسنحاول التعرف على النظرية الرئيسية والخصائص العامة لها :

6-1- نظرية تعدد الأجيال :

يعتبرموراي بوين Murray bowen أحد رواد مجال أنساق الأسرة، وقد تطورت نظريته عامي 1908 و1966 وقد نبعت النظرية من خلال الملاحظات التي لاحظها "بوين" أثناء تعامله مع الأسر التي بها فرد يعاني من مرض الفصام [15] ، وطبقا لاتجاه "بوين" فإن كل أفراد أسرة المريض الفصامي كانت تدخل المستشفى عندما كان يعمل في المعهد القومي للصحة، وتقوم نظرية "بوين" على عدة مبادئ منها :

- **تمايز ذات الشخص عن الآخرين وتمايز العملية الانفعالية عن العقلية:** ويوصف الأشخاص غير المتمايزين بصعوبة فصل أنفسهم عن الآخرين ويظهروا من النمط السائد في الأسرة وهؤلاء عادة ما تكون ردود أفعالهم عاطفية انفعالية، وغير قادرين على اتخاذ موقف واضح، والأفكار تكون متعددة الأجيال وقد تستمر لأجيال مستقبلية إلاّ إذا أصبح أفراد الأسرة متمايزين، ويفترض " بوين" أن الأشخاص ذوي مستويات التمايز المتشابهة يميلون إلى الزواج من بعضهم.

- **التثليث triangulation:** حسب ما يرى " بوين" فإنه من السهل تطوير القلق من خلال العلاقات الحميمة وتحت مواقف الضغط فإن من الممكن لاثنان تجنيد شخص ثالث في العلاقة لتقليل التوتر والقلق والوصول إلى توافق، ولكن الصراع التابع لم يحل ومع مرور الوقت وإذا لم يتوصل الزوجان إلى حل فإن الوضع يزداد سوءا ويتوجه اهتمامهم إلى الابن المشكل، فبدل أن يتشاجر الواحد مع الآخر فإنهم مؤقتا يؤجلون اضطرابهم بتوجيه انتباههم نحو طفلهم وفي الغالب الصراع لا يحلّ ويعود حالما يغادر الابن المشكل البيئة،ويصبح هناك تخطيط للطلاق وبسبب أن العائلة ليست في حالة سكون فإن التغيير في جزء من النظام يؤثر على البقية.ولا

يقتصر التثليث على العائلة من الأصدقاء أو الأقارب أو المعالج،قد يدخل أحدهم حلبة الصراع،وكلما كبرت العائلة زاد التشابك وزاد التثليث ومشكلة واحدة قد تحتوي عدة تثليثات.[16]

- **النسق الانفعالي في الأسرة النووية:** ويتضمن العمليات الخاصة بالوظائف الانفعالية في حدود جيب واحد في الأسرة، ولكنه يكرر ما حدث بين الأجيال السابقة وسوف يتكرر ما حدث فيه في الأجيال القادمة ،وقد كان " بوين " مقتنعا من أن الأشخاص من ذوي المستوى المنخفض من التمايز يتزوجون من أناس يتشابهون معهم، فالأزواج من أصحاب المستويات العالية من التمايز يوازنون أنساقهم الانفعالية والذهنية بالقليل من الخلط،وهم عادة لديهم مشكلات قليلة في زواجهم.إن الأنماط أو العمليات تكوّن ثلاثة مجموعات من سوء أداء الوظائف داخل الأسرة النووية :الصراع الزواجي، المرض عند الزواج والعطب أو الانحراف في واحد أو أكثر من الأطفال، وتكون الأعراض شاملة لأعراض المرض الجسمي والانفعالي والاجتماعي وكل هذه الأعراض ينظر إليها من وجهة نظر الأنساق الأسرية على أنها مرتبطة مع نفس الأنماط الأساسية لأداء الوظائف الانفعالية داخل الأسرة النووية .وقد أوضح كل من " **بوين** " و" **كير**" قائلين :" لا يعني أن أنماط سوء أداء الوظائف الانفعالية في الأسرة يسبب الأمراض الجسمية والانفعالية والاجتماعية،وأن نشأة مرض معين تتوقف على مجموعة مركبة من عدة عوامل ".
- **عملية الإسقاط في الأسرة :** لقد وصفت هذه العملية في إطار النسق الانفعالي في الأسرة النووية او في إطار تمايز الذات،إن عملية الإسقاط بدأت في الأصل مع القلق عند الأم في ما يخص بعض جوانب أداء ابنها لوظائفه، والذي يستجيب له الطفل بالقلق أيضا. وقد كان " بوين " مقتنعا بأن عمليات الإسقاط في الأسرة هي جزء مع نشاط كل أسرة إلى أخرى وإن كان مضمون هذه العمليات
- ودرجتها تتباين وتختلف من أسرة إلى أخرى كما يختلف داخل الأسرة الواحدة من طفل إلى آخر،وفهم هذه العمليات يمكن أن يساعد الأخصائيين في المدرسة أن يكونوا متحررين من إصدار الأحكام وأن يكونوا صبورين بدرجة أكبر عند العمل مع الأب ومع الأسرة.[17]

- **القطيعة الانفعالية:** وهذا المفهوم النظري الذي أضيف في السبعينيات يشير إلى خلق مسافة تحول بين الأسرة والخلط أو الاندماج مع أسرة الأصل، وتصف القطيعة الانفعالية الطريقة التي يتعامل بها الناس مع ردود الأفعال الانفعالية بين الأجيال، كما أشار كير (keer1981) فإن القطيعة الانفعالية تعكس مشكلة الخلط أو الاندماج فتحل مشكلة بإحداث مسافة وتخلق أيضا مشكلة أخرى وهي القطيعة الانفعالية، علما بان القطيعة ليست إلاّ حلا مؤقتا للموقف، وكلما كان مستوى التمايز منخفضا زاد احتمال أن تكون القطيعة مستخدمة في محاولة لإحداث مسافة.
- **وضع الإخوة :** تؤكد نظرية " بوين " على أهمية وضع الإخوة الوظيفي حين تشخص ردود الفعل الانفعالية،وقد رأى " بوين " أن التحولات في الطبيعة الوظيفية لأوضاع الإخوة تصلح لاستخدامها كمؤشر على حدوث عملية إسقاط داخل أسرة الأصل،وحينما يؤدي الإخوة وظائفهم كما يتوقع حسب أدوارهم فإن ذلك يدل على ندرة عملية الإسقاط داخل الأسرة وعلى ارتفاع مستوى التمايز أيضا.
- **عملية النقل بين الأجيال :**يصف هذا المفهوم عملية الإسقاط في الأسرة خلال عدد من الأجيال والأطفال الذين هم هدف أو موضع عملية الإسقاط سيكون لديهم درجة أقل في التمايز بالقياس مع آبائهم، ومن هنا عندما يصبحون كبارا سوف يسقطون ردود الفعل الانفعالية والمستوى المنخفض مع التمايز على أطفالهم، كما أن هذا التدهور ينتقل إلى الجيل التالي كذلك.
- **النكوص المجتمعي :** وهو المفهوم الثامن والأخير في مفاهيم " بوين " وهو قائم على فكرة

درجة القلق في المجتمع،فقد افترض " بوين" أن نفس العملية من النكوص التدريجي إلى الدرجات الأدنى في أداء الوظائف التي تحدث في الأسرة تحدث أيضا في المجتمع،وهذه العملية تتوازى مع الخلط والاندماج بين الأنساق العقلية والانفعالية التي تؤدي إلى مستويات أدنى من التمايز وعلى عدم القدرة على تحديد الذات.وعليه فإن مفاهيم أنساق الأسرة تمكن المهنيين من أن يفهموا على نحو أفضل الأنساق الأخرى التي يعيشون ويعملون فيها، وكذلك فهم الناس بمختلف تصنيفاتهم بمن فيهم ذواتهم الخاصة.[18]

6-2- نموذج التفاعل الإنساني أو العلاج العائلي المشترك (نظرية فرجينيا ساتير) :

يتقابل نموذج " فرجينيا ساتير " مع المفاهيم النظرية لميري بوين، ولم تتفق ساتير وقتا في بناء نظريته بل إن مدخلها كان مفاهيميا قائما على أسس منهجية أكثر منه قائما على أرضية نظرية، وتقوم هذه النظرية على أهمية الاتصال أو الانتظام وهو استخدام الكلمات بدقة منسجمة ومتناسبة مع المشاعر الشخصية ومعنى هذا أن الانسجام هو التواصل.

ترى ساتير أن احترام الذات هي الأساس في صحة العائلة الانفعالية وأن هناك ارتباط بين احترام الذات والاتصال، وانخفاض احترام الذات يرتبط مع ضعف الاتصال والذي يؤثر بدوره على التفاعل ضمن نظام الأفراد وأن الاتصال اللاتكييفي يمكن أن يكون متعلما أو غير متعلما.

وترى أن النظام المفتوح هو من صفات العائلة الفعالة بينما النظام المغلق هو متصلب ويغلب عليه عدم التكيف.كما ترى ساتير أن شكاوى وألم الأسر،هي أعراض لاختلال وظيفي وأسلوب المعالجة يتضمن الخطوات الآتية :

- تأسيس وبناء الثقة.
- تطوير الوعي من خلال الخبرة.
- خلق وإحداث فهم جديد.
- أن يجرب ويخبر الفهم الجديد من كل واحد في الأسرة.
- استخدام السلوكات الجديدة من قبل الأسرة خارج المعالجة.[19]

6-3- نظرية علاج الأسرة البنائي (نظرية سلفادور منوشن) :

ترتبط هذه النظرية باسم الطبيب الأمريكي منوشن وتركز المصطلحات الرئيسية لهذا المنهج على أنماط التفاعل داخل الأسرة والتي تزود بمفاتيح لفهم البناء والتنظيم الأسري

من هذه المصطلحات والمفاهيم :

البناء الأسري : حيث يرى منوشن أن بناء الأسرة يعود إلى القواعد التي تطورت مع مرور الزمن ويفترض في بناء الأسرة أن يكون هناك ترتيب هرمي، وفقا لامتلاك الوالدين سلطة أكبر من الأطفال وكذلك أن هناك طبيعة خاصة بكل أسرة والمرشد كملاحظ ذكي ومراقب ماهر لديناميات الأسرة يتدخل في النقاط الحاسمة لإحداث التغيير.

الاتحادات والانشقاقات : وتلجأ إليها الأسرة عادة في الأزمات أو التعامل مع الأحداث اليومية وتستخدم بين أفراد الأسرة، وقد تكون ثابتة أو مرنة مثل اتحاد الأم مع الإبنة لضبط سلوك الأب المضطرب، واستخدم منوشن مفهوم التثليث بتحديد أكثر في استخدامه من قبل بوين ليصف الانشقاق في محاولة كل واحد من الوالدين ضم الطفل إلى جانبه ومن ضمن أهدافه :

- تأسيس بناء هرمي فعال في الأسرة.
- مساعدة الوالدين على تكييف ملائم ليظهروا بموقف موحد أمام أبنائهم.
- مساعدة الأطفال ليصبحوا نظام من الأقران.
- زيادة تكرار التفاعل والرعاية ضمن أفراد الأسرة.
- مع الأسرة الفوضوية الغوغائية الهدف تعزيز تمايز الأفراد.

وعليه فإنها تسعى إلى إعادة التنظيم البناء، مصمم ومحرك للتغيير ووضع الحدود، يرسم ويخطط خرائط للبناءات،وهو نشط،مشارك للأسرة ومسهل لتطور مرن.

6-4- نظرية علاج الأسرة الاستراتيجي (نظرية هالي):

ترتبط باسم هالي Haley والذي صمم برنامج لحل مشكلات الأسرة والقضية الرئيسية في العلاج الاستراتيجي هي كيف تحل المشاكل في الأسرة، حيث أن الأسرة ذات الأزمات تشارك في النمطية، وتقوم ملاحظات هالي على التفاعل بين أعضاء المجموعة، متأثرة بقوة العلاقة وطريقة التعامل مع هذه القوة وما يفسر هذه العلاقة هو الأداء.

ويركز هالي على الهرمية، فالوالدين هما في موقف الإشراف والمسؤولية في الأسرة وكذلك يركز على مفهوم التثليث ونمط الاتصال المرتبط بالأعراض التي تمثل المشكلة وتأثر هالي بآراء جماعة باتسون في أسلوب الرباط المزدوج عند أسر الفصاميين حيث قام باختبار تأثير هذا الأسلوب على

مجال العلاقات الأسرية ويرى هالي بأن الرسائل عديمة الأهلية هي أسلوب يمكن أن يستخدم لضبط سلوك شخص أخر.[20]

ويرى هالي أن عملية المعالجة تمر بأربعة مراحل : المرحلة الاجتماعية وهي محاولة المعالج إشعار الأسرة بالطمأنينة والثقة، ومرحلة المشكلة وفيها يستشعر المعالج أفراد الأسرة عن المشكلة ومرحلة

التفاعل الأسري وفيها يتحدث الأفراد عن المشكلة بوجود المعالج، ومرحلة الهدف وفيها يعمل المعالج والأسرة معا على تحديد طبيعة المشكلة والاتفاق للوصول إلى الأهداف النهائية.

6-5-نظرية الأسلوب الرمزي أو العلاج التجريبي الرمزي :

لها علاقة قوية بالتصورات الوجودية والإنسانية وتشدد على الحرية واتخاذ القرار الذاتي والنمو وتحقيق الذات والتركيز على هنا والآن في التفاعل مع الأسرة والمعالج أكثر من اكتشاف الخبرات الماضية.

صاحب النظرية كارل ويتكر carl whitaker الذي يعتمد في أسلوبه على الحدس وتلقائية ردود الأفعال للموقف الحالي والمساعدة في خلع الأقنعة وزيادة وعي المسترشد لإمكاناته الذاتية وفتح قنوات تفاعل أسري.

ويتميز أسلوب ويتكر بأنه برجماتي عملي نفعي ويرى أن النظرية تعيق وتعرقل العمل الإكلينيكي وذلك بأبعاد المعالج لتبرير موضوعيته أو يستخدمها المعالج لضبط قلقه في معالجته للأسرة وحقيقة فإن أسلوبه يتميز بالتنوير وبدون قواعد لمعرفة ماذا يجري بالأسرة وما تخبئه من أسرار وهي ما تدفع أفراد الأسرة للجنون.

والهدف منها هو تأجيج المشاعر حتى الجنون، إنها تجربة يتبعها الدفء والمودة وعليه فالتعبير لا يحصل إلا بالتربية و يعترف بأن خبرات الفرد موجودة في مستولى اللاشعور،والأفضل الوصول إليها رمزيا،والمعالج هو محرض لما هو بداخل الأسرة وبناءا على ما يراه من ردود أفعال واستجابات والمعالجة تفيد العائلة كما تفيد المعالج.[21]

وفي ضل هذا التعدد في نظريات الإرشاد الأسري وانتساب كل نظرية لصاحبها،وحرص أصحابها على تأكيد الاختلافات عن الأخرى، يجب الاستفادة من النظريات جميعا في تقديم خدمات الإرشاد الأسري بالإضافة إلى الفئات الإرشادية المختلفة.

7- استراتيجيـــــات إرشـــــاد ذوي الحاجـــــات الخاصـــــة وأسرهـــــم :

يساعد الإرشاد المبكر الأهل على التكيف وقبول الإعاقة وما تفرضه من حاجات ويعمل أيضا على زيادة ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين، هذا ويجب أن يحصل الأهل على الدعم والتعزيز المستمر من قبل المرشد.وبالنسبة إلى الاستراتيجيات التي يمكن إتباعها في إرشاد والدي الطفل المعاق يمكن تقسيمها بناءا على نوع الإرشاد المقدم وهي :

7-1- الإرشاد الفردي :

والمقصود به إرشاد الفرد ذو الحاجات الخاصة أو أسرته في كل مرة ومساعدته ومساعدة أفراد أسرته على حل مشكلاتهم والتكيف معها، ويستخدم أسلوب الإرشاد الفردي مع الوالدين الذين لهما حاجات فردية خاصة وواضحة ويتميزون بخصائص نفسية و سلوكية تستدعي الانتباه والإرشاد الفردي.

ويجب على الإرشاد الفردي مراعاة ما يلي:

- الترحيب بالفرد وبالوالدين وتوضيح أهداف الجلسة الإرشادية.
- التأكيد على السرية منذ اللحظة الأولى.
- إعطاء الفرد والأسرة الفرصة للاسترخاء وعدم الشعور بالتوتر والملل.
- اختيار المكان المناسب الخالي من الضوضاء لإجراء الجلسة.
- تسجيل ما يدور أثناء الجلسة بين المرشد والفرد و أسرته.[22]

7-2- الإرشاد الجمعي :

ويتم خلاله إرشاد عدد من الأفراد أو عددا من الأسر الذين تتشابه مشكلاتهم ومن خلال الإرشاد الجمعي يتعلم الأفراد مساعدة بعضهم بعضا، وتقبل هذه المساعدة ويحصلون على التغذية الراجعة والدعم والتشجيع أو تعزيز السلوك المرغوب فيه.

فمن خلال الالتقاء بالأسر الأخرى، يطلع الأولياء على القضايا المختلفة ذات التأثير على الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ويتبادل الأفراد الخبرات ويقدم البعض الدعم للبعض الآخر، ويتيح للبعض الفرص للتعارف على آخرين تعايشوا مع وجود فرد من ذوي الحاجات الخاصة بينهم بنجاح،ويكون الإرشاد الجمعي أكثر فاعلية مع الوالدين اللذان يميلان إلى الإسقاط والتفكير الذكي والمنطقي، وحتى يفعل الإرشاد الجمعي لا بد من الانتباه إلى ما يلي :

- تنظيمه عن طريق متخصص له خبرة وفهم في ديناميكية الجماعة.
- مراعاة التجانس بين الأفراد المشاركين.
- توضيح أسباب تشكيل الجماعة وفوائد وأهمية وطبيعة الإرشاد الجمعي.

7-3-الزيارات المنزلية :

وهي مهمة وذلك لتزويد المرشد بالمعلومات التفصيلية حول نمو الطفل وطرق التعامل معه وبالتالي مساعدة الأسرة وتوجيهها في تخطيط وتنفيذ بعض الأنشطة الضرورية.

7-4-الملاحظة في المركز والمشاركة في تنفيذ البرامج :

حتى تتعرف الأم على برامج طفلها وعلى مواطن الضعف والقوة في أدائه وحتى تتعرف على أقرانه ولتتعلم مهارات مفيدة لا بد لها من الملاحظة والمساهمة في تنفيذ البرامج.

7-5-النشرات التثقيفية :

وتكون تلك النشرات حول حقائق لها علاقة بفئات من ذوي الحاجات الخاصة وأفضل الطرق للتعامل معها.[23]

ومن خلال الاستراتيجيات السابقة يمكن توفير بعض من أشكال الدعم للأسرة والمتمثلة في :

الدعم العاطفي : حيث أن الصعوبات العاطفية النفسية التي تواجهها الأسرة تختلف باختلاف العمر الزمني للفرد المعاق،فكل مرحلة عمرية تحتاج إلى دعم عاطفي معين،كل ذلك حتى يصبح الأهل أكثر تكيفا مع الحاجات الخاصة بابنهم وقبول إعاقته.

- **الدعم المعلوماتي :**

فالأسرة تكون في أمس الحاجة إلى المعلومات الكافية عن الإعاقة وسببها وطبيعتها وتأثيراتها على وضع المعاق ومستقبله،كما أنها بحاجة إلى معلومات عن كيفية مساعدة المعاق والخدمات التي يمكن أن تقدم ومصادر الدعم المتوفرة في المنطقة.

- **الدعم القانوني الأخلاقي :**

إن المعاقين بحاجة إلى خدمات تربوية تصل بهم إلى أقصى مستوى من قدراتهم إضافة إلى الخدمات الطبية ومن هنا جاءت أهمية الدعم القانوني وسن القوانين التي توفر لهم الخدمة والتعرف عليها.

- **الإرشاد الوراثي الجيني :**

ويقوم به المرشد الجيني ذو التدريب الخاص والآباء المتوقعين لاحتمال إنجاب طفل معاق، ويعتبر الإرشاد الجيني عملية وجدت لمساعدة الفرد والأسرة على :

- فهم الحقائق الطبية الخاصة بالمشكلة المتوقعة والإجراءات العلاجية المتوفرة لذلك.

- فهم وتقدير الطرق التي تؤثر بها الوراثة على الاضطراب واحتمالات حدوث الإعاقة في الأسرة .
- اتخاذ القرار المناسب في ضوء المعلومات والخطر المتوقع مع حدوث الإعاقة.
- فهم فرص وطرق التعامل مع المخاطر في تكرار حدوث الإعاقة في الأسرة.
- الوصول إلى أفضل تكيف مع المشكلة التي تعاني منها الأسرة أو مع احتمال تكرارها.

إعطاء المعلومات وتدريب الآباء والتنسيق والاتصال العلاجي :

إعطاء المعلومات حول الطفل والإعاقة التي يعاني منها، والتدريب حول أساليب التعامل مع الطفل وطرق التربية والتدريب المناسب، بالإضافة إلى التنسيق ما بين الأهل والفريق المشرف على الطفل المعاق، وأخيرا الاتصال العلاجي، ويكون ذلك من خلال إخضاع الأهل لجلسات علاجية وذلك لعلاج أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة نتيجة وجود الإعاقة.[24]

8- مراحـــــل عمليـــــات التدخـــــل المتمركـــــزة على الأســـــــرة :

هناك أربعة مراحل للتدخل المتمركزة على الأسرة : التقدير والتخطيط والتنفيذ والتقويم،إن التنظيم عامل أساسي للحصول على تدخل فعال في الأسرة مثل أي أنشطة أخرى في الحياة، ويجب أن تبني التدخلات على البيانات المتوفرة بشكل جديد والتخطيط الجيد والتنفيذ المسئول والتقويم الناقد.

8-1- التقدير:

إن التقدير السليم هو الأساس الذي يتقرر بناءا عليه التدخلات الفعالة، و لك أن تسأل :هل يمكن أن تتخيل أن تأخذ دواء يصفه لك الطبيب قبل أن يقوم بتشخيص الحالة ؟ بل والأسوأ من ذلك تخيل أن تجري لك عملية قبل أن يتحدد بشكل قاطع مدى الحاجة إليها ؟

هناك جزءان مكملان لتقديرات التدخل المتمركزة على الأسرة، أولهما هو تحديد حالة الأسرة على أساس أبعاد معينة مثل دورة حياة الأسرة وأنماط التفاعل والعوامل التاريخية مثل وضع الإخوة والأخوات والأبعاد الثلاثية والعوامل الثقافية و الاقتصادية والاجتماعية واحتياجات الطفل أو الشاب وبناء الأسرة.

والمكون الآخر للتقدير في التدخلات المتمركزة على الأسرة هو استنباط احتياجات الأسرة وتحديد المصادر، إن العلاقة التي تنطوي على الثقة والالتزام المتبادل هي التي تسمح لأعضاء الأسرة بأن

يشعروا بالحرية في تقديم المعلومات للمتخصصين حول تلك الاحتياجات، ويمكن للمتخصص أن يستخدم المعلومات لاستخراج النتائج حول دورة حياة الأسرة وأنماط التفاعل وخلافه.

يقوم المتخصص بعد ذلك بعرض تلك المعلومات مرة أخرى على الأسرة، إذ أنه بمجرد إرجاع المتخصص للمعلومات على الأسرة مع مرور الوقت وتوكيدها، فإنه يكون قد أنشأ قاعدة بيانات مرتبطة ومتصلة مع الوالدين.[25]

8-2- التخطيط :

إن أغلب المربين متمكنون من مهارات التخطيط وتدار المقابلة المتمركزة على الوالدين وفي بعض الأوقات مع أعضاء الأسرة الآخرين، وتسمح المقابلة المباشرة التي يلتقي فيها الأخصائي مع الوالدين وجها لوجه أن يتأكد من صدق تعبير الأسرة عن احتياجاتها وإعادة ترتيب أولويات الاحتياجات المبينة واستكشاف اقتراحات أعضاء الأسرة حول الحلول المناسبة لهم، عموما فإن لدى مجرى المقابلة قائمة مجالات يمكن متابعتها أثناء التحدث مع الأسرة.

يمكن توليد الأهداف من قاعدة البيانات التي تم تطويرها وتلخيصها في قائمة أولويات الاحتياجات والمشاكل، والهدف الأساسي هو وصف ما يحدث عند اختفاء المشكلة أو الحاجة، وينبغي أن يكون الهدف محددا بنتائجه، وأن يكون محدد الزمن أيضا، وأن يتم التعبير عنه بعبارات يمكن التحقق من صدق مضمونها، بمجرد تقرير الأهداف وتأسيسها يكون المتخصص على استعداد للانضمام إلى الأسرة لتوليد خطط لتحقيق هذه الأهداف أو الأهداف ذات الأهمية القصوى بالنسبة إلى عملية التخطيط، والأهداف أمر لازم لأنها تقوم بدور الخريطة للوصول إلى المقصد، وتتحدد الخطط طبقا لثلاثة أسئلة(ما ، من ، متى)

ما الإجراء الذي ينبغي أن يتخذ لتحقيق هدف معين ؟ من يكون المسئول عن هذا الإجراء ؟ متى يتم هذا الإجراء؟.

يجب أن يكون التخطيط في التدخلات المتركزة على الأسرة عملية تشمل كلا من الوالدين المتخصصين، وهذا أمر لابد من التأكيد عليه مرارا، وتكون فرص النجاح أعلى ما تكون عند توفر الفرص الكافية أمام جميع الأطراف لفحص البدائل والتعبير عن الهموم والتفاعل مع القرارات.

8-3-التنفيذ :

يقال إن القرارات لا تتخذ فعليا إلا عند بدء الإجراءات ، وبالمثل فإن أفضل الخطط هي مجرد نوايا حسنة حتى التنفيذ،وإذا توانى أي طرف في الخطة عن استمرار التقديم إلى التنفيذ ، فمن المؤكد ضرورة إعادة فحص البيانات وعملية التخطيط والسؤال الحيوي في تلك الحالة هو : ما الذي يمنع الأفراد من التعبير بحرية عن اهتماماتهم ومشاغلهم أثناء مرحلة التخطيط في العملية ؟ [26]

إن حرية التعبير عن المشاغل والاهتمامات قد لا يكون هو تفسير التقاعس عن التنفيذ، فقد يكون سبب التقاعس عوائق غير متوقعة للتنفيذ.

ومثال ذلك : قد يضطر الأجداد لدخول المستشفى في الوقت الذي كانت فيه الأسرة تعتمد عليهم،وبالتالي لم يعد في الاستطاعة مساعدة الطفل في أداء واجباته المنزلية، وعندما يظهر عائق يجب على الأخصائي أن يظهر المرونة ويضمن اتصالا فعالا مناسبا للظروف الجديدة.

إن أنواع التدخلات المتمركزة على الأسرة والتي عادة ما تحدث هي ثلاثة أنواع من الدعم المهني المباشر، والدعم المعلوماتي، والدعم الأدائي ودعم الأدوات، التي تساعد الأسرة على تحقيق المهام أو الوظائف والدعم الاجتماعي الانفعالي، وهناك أيضا دعم غير مباشر مثل الخدمات التسهيلية.[27]

8-4-التقويم :

بمجرد تنفيذ الخطة يحين الوقت للمكون النهائي في العملية وهو التقويم وتحتوي الخطط الجيدة على تقويم ضمني يعبر عنه بأهداف مقاسة ومحددة زمنيا، إن تحقيق الهدف عامل مساعد في التقويم، وقد يحتوي التقويم أيضا على إعادة تطبيق قائمة الأسرة الأولية، ومن المهم تقدير الجوانب الأخرى وبالدرجة التي تمكننا من تحقيق النتيجة المرجوة، وذلك أثناء التدخلات المتمركزة على الأسرة، ويجب تحديد مستوى رضا كل عضو في الأسرة على العملية، حيث أن ذلك يساعد في التأكد من الأشياء التي كان أثرها ضعيفا والأشياء الأخرى كانت فعالة، وبعد فإن التقويم يصبح الأساس لتقدير مستحدث واستخدامه في تطوير دورة تدخل جديدة، ويرتبط التقويم عادة بنتائج إعادة تطبيق قائمة الأسرة الأولية التي سبقت الإشارة إليها.

إن العمليات الأربع وهي التقدير والتخطيط والتنفيذ والتقويم عمليات تغيير ديناميكية ومتفاعلة،إنها ليست بداية وتوقف ولكنها عملية دائرية وكل دورة جديدة تبنى على نجاحات الدورة السابقة مما يؤدي إلى زيادة الفاعلية والتأثير.

وعندما يقوم الآباء والأخصائيون بتقويم مكانهم في العملية، فإنهم بذلك يدركون بأن لديهم معلومات تقديرية متعلقة بالمرحلة الأولى في العملية، وهذا يسمح للتدخلات المتمركزة على الأسرة بإعادة التدوير على مستويات أعمق باستمرار.

ويجب أن تكون البيانات والاستنتاجات واضحة، ومثال على ذلك: أسرة بها طفل مراهق وطفل أصغر يعاني من إعاقة جسمية، قد تطلب العائلة من المراهق أن يساعد الطفل الأصغر في إيجاد أصدقاء وقد يتوقع الوالدان أن يصل المراهق إلى البيت بعد المدرسة،وينتظر وصول أخيه ويهتم بأخيه ويأخذ الطفل في جولة بالحي ويتأكد من رضا الطفل، وبعد حصول المتخصص على هذه المعلومات يمكن أن يفكر : هذه أسرة وقعت في شرك أنها تجعل الأخ الأكبر يأخذ دور ولي أمر. ولا يود أي متخصص أن يقول للأسرة : "ربما تتوقعون أكثر من اللازم من المراهق" بدون معلومات كافية تؤكد تلك الواقعة،ولا يود أحد أن يقول لولي الأمر : تبدو أسرتك في وضع كما لو كانت في فخ،بدلا من ذلك يحاول المتخصص إبداء الملاحظات لمساعدة الوالدين في أن يدركوا أن المراهقين لهم احتياجاتهم الخاصة.[28]

وعليه إن توفير المعلومات حول دورة حياة الأسرة والمطالب المتنوعة في كل مرحلة والتطور

وتساعد الآباء على مراعاة احتياجات المراهق بشكل أكثر واقعية.

وعندما تكتمل الخلاصات أو الاستنتاجات ويتم الاتفاق عليها وتحديد الأولويات من المشاكل والحاجات حسب ما تستشعره الأسرة إزاءها من حيث الإلحاح والخطورة ويمكن للمتخصص أن يعمل قائمة بالحاجات عند تقديره لها عند أعضاء الأسرة أثناء الحوار، والمطلوب مجرد قائمة بسيطة.

ويمكن للمتخصص وأفراد الأسرة في ما بعد مناقشة الحلول الممكنة ووضع أولوياتها ويقرر أعضاء الأسرة أن هناك بعض الأشياء الأكثر خطورة من أشياء أخرى، وأن بعض الأشياء تحتاج إلى اهتمام عاجل، ومن المهم أيضا تحديد كيفية رؤية أعضاء الأسرة لاحتياجاتهم للدعم أو المعلومات أو التدريب.

وبعد معرفة أداء وخصائص الأسرة بما في ذلك النسق الأسري،وكذلك احتياجات الأسرة من وجهة نظرها،يحين الوقت للدخول في عملية التخطيط ومن المستحيل الدخول في المرحلة الثانية،إلاّ بعد أن

يكون المتخصصون قد استثمروا وقتا ملحوظا مع أعضاء الأسرة لفهم خصائصهم المعينة وكذلك احتياجاتهم ورغباتهم الخاصة.[29]

9- الدور الوقائـــــي للإرشـــــاد الأســـــري للمعوقيـــــن :

إن الإرشاد الأسري غير مرتبط بمرحلة معينة من مراحل دورة حياة الأسرة أو بمستوى معين من مستويات الوقاية والتي تشمل :

- الوقاية الأولية والتي تتمثل في الإجراءات التي يمكن اتخاذها للتخلص من أسباب الإعاقة والظروف المؤدية إليها عن طريق إجراءات وقائية خلال مرحلة ما قبل الزواج والحمل والولادة وأخيرا ما بعد الولادة.
- الوقاية الثانوية والتي تتمثل في الكشف والتشخيص المبكر.
- الوقاية الثلاثية والتي تتمثل في الإجراءات الوقائية التي تهدف إلى التقليل من الآثار السلبية المترتبة عن حالة القصور والعجز والتخفيف من حدتها ومنع مضاعفاتها.
- وبالنظر إلى مستويات الوقاية يتضح أن الأسرة هي المحرك والدافع في كل مستوى بل هي التي من الممكن أن تلعب دور المسهّل أو المعوّق لعملية الوقاية من خلال الإجراءات التي تنفذها لطبيعة المشكلة أو تقبلها لعملية الإرشاد والرغبة في الحصول على المعلومات لإشباع حاجاتها.[30]

وتتمثل أهمية الإرشاد الأسري ودوره الوقائي في أن مشاعر الإحباط التي يجبرها الوالدان في

علاقتهما مع طفلهما المعوق يمكن أن تنتقل إلى علاقتهما بالآخرين، كما قد يزيد حدة السلوك لديهم لدرجة أن يكونوا عدوانيين في تعاملاتهم وفي استجاباتهم، نتيجة حالة الغضب المستمر،ورد الفعل المتوقع منهم هو مزيد من التوتر ومزيد من العزلة والابتعاد عن الآخرين حتى مع الأقارب والأصدقاء،ويؤثر هذا الجو الانعزالي على الأسرة كلها ويدفعهم إلى اجترار همومهم بمعزل عن الآخرين، ويبنون أسوار عالية كي يتحاشوا أن ينفذ إلى أسرارهم أحد، وفي مثل هذه الحالة من الركود والخمول النفسي يصبح الاكتئاب واردا، ويصبح تفاقم الآثار المرضية محتملا ما لم يكن ثمّة

تدخلا من الخارج يكسر تلك الحلقة المغلقة بإحكام ولذلك يصبح الإرشاد الأسري حاجة ومطلبا ملحا، يسهّل عملية الانفتاح مع الغير.

لذلك يلعب الإرشاد دورا وقائيا في التخفيف من ردود الفعل والضغوط التي يتعرضون لها، والعمل مع أولياء الأمور من اجل اتخاذ التدابير المناسبة للوقاية من حدوث المشكلات أو التخفيف منها في حالة حدوثها، ومن بين هذه التدابير نجد :

– تشجيع التأكيد الذاتي ومواجهة المواقف الصعبة بطرق بناءة وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن حالة الإعاقة وحثهم على تقديم تلك المعلومات للآخرين.

– قيام الأخصائيين بتشجيع الأسرة على التعامل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال معوقين ومحاولة الإستفادة من خبراتهم من خلال الإرشاد الجماعي والاستفادة من خبرات وتجارب الأسر الأخرى.[31]

10– معوقـــــات العمـــــل الإرشـــــادي مع ذوي الاحتياجـــات الخاصة وأسرهـــم :

- **التعميم :** على المرشد التعامل مع كل حالة على انفراد.
- **النقل والتحويل :**أن لا يطابق مواصفات الفرد أو الأسرة مع مواصفات معينة لحالة أو أسرة يقوم بإرشادها،وأن لا ينقل ما يكنه من مشاعر نحو الفرد أو الأسرة للحالة أو الأسرة التي يقوم بإرشادها.
- **إسقاط القيم الذاتية على المواقف :** ويحدث ذلك عندما يتجاوب المرشد مع الأزمة وكأنها أزمة ويضع قيمه أثناء تقييمه للوضع، وهذا يختلف عن المشاركة الوجدانية التي على المرشد تحقيقها.
- **التوقع الضمني :** وهذا يحدث عندما يتوقع المرشد أن الحالة أو الأسرة تعي أو تفهم شيئا ما لم يقل أو لم تتم مناقشته علانيا.
- **المساعدة الزائدة :** حيث أن حصول الحالة على المساعدة الأكثر، تعني العمل الأقل وهذا يعني قلة الفرص المتاحة لتطوير مصادره الذاتية، علما بأن هدف المرشد هو تقوية المسترشد مع الأخذ بعين الاعتبار أن هناك فروق فردية على مستولى الأفراد وعلى مستوى الأسر في ما يتعلق بالحاجة إلى المساعدة والمرشد الفعال هو القادر على التعرف على مستوى المساعدة المطلوب.

- **إدخال السرور إلى القلوب:** على المرشد تجنب محاولة التخفيف من آلام الحالة أو الأسرة بقوله مثلا: إن الأمور ليست سيئة كما تبدو لأن ذلك قد يؤدي إلى فهم الحالة أو الأسرة بأن مشاعرها غير مؤبدة وهذا قد يزيد من الشعور بتأنيب الضمير وهذا لا يختلف مع ضرورة الاستماع الجيد وإعطاء الفرص للتعبير عن الحزن.[32]

الخلاصـــــــــــــة :

مما سبق يتضح أن الإرشاد الأسري وفنياته المتعددة يلعب الدور الكبير تعديل العلاقات داخل النسق الأسري باعتبار أنه نقطة الانطلاقة ومحور الارتكاز لإحداث التعديل أو التغيير وبالتالي إتاحة الفرصة للأسرة وأعضائها ككل للتنفيس الانفعالي عن المشاعر المكبوتة وبالتالي اكتساب المهارات والخبرات في مواجهة المشكلات وتحسين التواصل الأسري وتهيئة المناخ المناسب لذلك والعمل على إعادة تنظيم نسق الأسرة وتدريب أفرادها على طرق جديدة للتعامل وذلك وصولا لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري.

قائمـــــــة المراجـــــــع :

1- صالح حسين أحمد الداهري، علم النفس الإرشادي – نظرياته وأساليبه الحديثة–، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2005، ص25.

2- وهيب مجيد الكبيسي وآخرون،" التوجيه التربوي والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق"،منشورات ELGA، فالينا ، مالطا،2002، ص41.

3- محمد أحمد إبراهيم سعفان،"الإرشاد النفسي للأطفال"،دار الكتاب الحديث، القاهرة، ج1،2001،ص46

4- سهير كامل أحمد،" التوجيه والإرشاد النفسي للصغار"، مركز الإسكندرية للكتاب، الأزاريطة،2003 ، ص29.

5- نبيل صالح سفيان،"الشخصية والإرشاد النفسي"، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع،2003،ص، ص .253.252.

6-خولة أحمد يحي، " إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة"، دار الفكر للطباعة والنشر،ط1، عمان، 2003، ص48.

7- نبيل صالح سفيان، المرجع نفسه،ص255.

8- حامد زهران،"التوجيه والإرشاد النفسي"،عالم الكتب،ط2،القاهرة،1980،ص23.

9- منى الحديدي وجمال الخطيب،"أثر إعاقة الطفل على الأسرة"،مجلة كلية التربية،جامعة المنصورة،996 ،العدد31،ص23.

10- علاء الدين كفافي،"الإرشاد والعلاج الأسري–المنظور النسقي الاتصالي"،دار الفكر العربي،القاهرة، ص95.

11- روزماري لامبي وآخرون،ترجمة علاء الدين كفافي،" الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة،ج 1،2001،ص،ص30.29.

12- خولة أحمد يحي، مرجع سابق، ص52.

13- خولة أحمد يحي،المرجع نفسه،ص53.

14- روزماري لامبي وآخرون،ترجمة علاء الدين كفافي،" الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة،ج 2،2003،ص272.

15- الفتاح محمد سعيد الخواجا،" الإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق"،الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع،عمان،2002،ص252.

16- الفتاح محمد سعيد الخواجا،المرجع نفسه،ص253.

17- روزماري لامبي،مرجع سابق، ص،ص282.281.

18- روزماري لامبي،مرجع سابق، ص،ص284.283.

19- الفتاح محمد سعيد الخواجا،مرجع سابق،. ص،ص257.256.

20- الفتاح محمد سعيد الخواجا،مرجع سابق،. ص،ص262.261.

21- الفتاح محمد سعيد الخواجا،مرجع سابق،. ص285.

22- خولة أحمد يحي،" إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة"،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان،2003،ص52.

23- خولة أحمد يحي،المرجع نفسه،ص98.

24- خولة أحمد يحي،المرجع نفسه، ص،ص99.98.

25- روزماري لامبي،مرجع سابق، ص،ص80.79.

26- روزماري لامبي،مرجع سابق، ص،ص80.79.

27- روزماري لامبي، مرجع سابق، ص،ص84.83.

28- روزماري لامبي،مرجع سابق، ص 85.

29- روزماري لامبي،مرجع سابق، ص 86.

30- عبد المطلب القريطي،" سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم"،دار الفكر العربي،القاهرة،1995، ص،ص85.81.

31- عبد المطلب القريطي،المرجع نفسه،ص103.

32-خولة أحمد يحي، مرجع سابق،ص35.

الفصل الثالث

الإتجاهات الوالدية

محتـــــــــــــوى الفصـــــــــــــــل

المقدمة

1. تعريف الاتجاهات
2. خصائص الاتجاهات ومكوناتها
3. العوامل المؤثرة في عملية تكوين الاتجاهات
4. تكوين الاتجاهات
5. مراحل تكوين الاتجاهات
6. وظائف الاتجاهات
7. نظريات تكوين الاتجاهات
8. قياس الاتجاهات
9. التطور التاريخي للاتجاهات نحو المعوقين
10. الاتجاهات الوالدية في التنشئة
11. أثارالاتجاهات الوالدية السلبية على الطفل
12. أنواع الاتجاهات الوالدية
13. العوامل المؤثرة على اتجاهات أسر الأطفال المعوقين
14. تعديل الاتجاهات

الخلاصة

المقدمـــــــــــة:

تحتل دراسة الاتجاهات مكانة بارزة في علم النفس الاجتماعي وفي دراسة الشخصية وديناميات التواصل والعلاقات الإنسانية العامة والخاصة، لأن الاتجاهات النفسية الاجتماعية تعتبر من أهم نواتج عملية التنشئة الاجتماعية،وهي تعتبر محدّدات موجّهة وضابطة ومنظمة للسلوك الاجتماعي وهي في الوقت نفسه من أهم دوافع السلوك التي تؤدي دورا أساسيا في ضبطه وتوجيهه،وفي ما يلي عرض لمفهوم الاتجاهات النفسية وخصائصها مرورا بالنظريات المكوّنة للاتجاه وطرق قياسها وصولا إلى طرق تعديل الاتجاهات وتغييرها

1- تعريـــــف الاتجـــاهـــــات:

تعددت تعاريف الاتجاهات وتنوعت ، إذ يعتبر مصطلح الاتجاه "attitude" من أهم المفاهيم الأساسية التي لا غنى عنها في مجالات علم النفس بصفة عامة وفي مجال علم النفس الاجتماعي بصفة خاصة، وقد ظهرت مجموعة من التعاريف نذكر البعض منها على النحو الآتي :

فقد عرّف **جوردن ألبورت (G.allport,1935)** الاتجاه على أنه : " حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي،تنظّم من خلال خبرة الفرد وتكون ذات تأثير توجيهي أو ديناميكي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثيرها هذه الاستجابة ".[1]

ويعرّفه **محمد محمد عويضة (1993)** على أنه : " مفهوم يعبّر عن نسق معيّن أو تنظيم لمشاعر الشخص أو معارفه وسلوكه واستعداده للقيام بأعمال معينة،ويتمثل في درجات من القبول أو الرفض وأنه مفهوم متغير مستخلص من أنواع الاتساق والترابط بين الاستجابات التي يقوم بها الفرد".[2]

كما يعرّف الاتجاه على أنه نزعة الفرد أوميله للاستجابة بطريقة سلبية أو ايجابية نحو موضوع ما [3]

ويعرّف الاتجاه كذلك بأنه: " عبارة عن استجابة عامة،عقلية ونفسية عند الفرد نحو مثيرات محددة مرتبطة بموضوع معين في البيئة التي يعيش فيها "[4]

ويعرف **دوب (Dobe)** الاتجاه على أنه : " استجابة مضمرة استباقية ومتوسطة، ذلك بالنسبة إلى أنماط المثيرات الواضحة الصريحة والمختلفة، والاتجاهات تستثيرها أعداد متباينة من المثيرات وهي ذات دلالة اجتماعية في البيئة الاجتماعية للفرد " [5]

ويعرفه **نوربا سيلامي (Norbert sillamy)** : أن مفهوم الاتجاه يشير على دلائل مختلفة فهو يدل على وجهات نظر وتفكير، ويدل على الاستعدادات العميقة أو على الحالة النفسية للفرد تجاه بعض القيم.[6]

2- خصائـــــص الاتجاهـــــــــات ومكوناتـــــــها :

يمكن إيجاز خصائص الاتجاهات النفسية في النقاط الآتية :

- أن الاتجاهات مكتسبة أو متعلمة،ومن ثمّ فإنه يفترض أنها يمكن أن تدعم أو تعزّز أو تنطفئ.
- تتصف الاتجاهات بأنها أكثر استمرارية وديمومة من الدافع،الذي ينتهي بإشباع الحاجة ويعاود الظهور بعودتها والاتجاه قد يؤدي إلى استثارة عدد من الدوافع المعيّنة التي تخدم بمجملها الاتجاه العام الواحد.
- أنّ الاتجاهات قابلة للقياس ويمكن التنبؤ بها.
- الاتجاه هو علاقة بين الفرد وموضوع أو شيء ما، ويستدل على الاتجاه من ملاحظة السلوك نحو الموضوع والشيء المعيّن.
- يتأثر الاتجاه بخبرة المرء ويؤثر فيها،وهو نتاج الخبرة وعامل توجيه فيها،قابل للتغيّر والتطور تحت ظروف معيّنة.
- الاتجاه دينامي، أي يحرّك سلوك المرء نحو الموضوعات التي انتظم حولها.
- قد يكون الاتجاه سلبيا أو ايجابيا أومحايدا،وقد يكزن قويا أو ضعيفا نحو شيء أو موضوع معيّن.
- تتكون الاتجاهات وترتبط بمثيرات ومواقف اجتماعية،ويشترك عدد من الأفراد والجماعات فيها.
- تتفاوت الاتجاهات في وضوحها وجلائها، فمنها ما هو واضح المعالم ومنها ما هو غامض، ويغلب على محتوى الاتجاهات الذاتية أكثر من الموضوعية. (7)

ويرى الكثير من العلماء أن الاتجاهات تشتمل على خصائص تدخل في بنائها وتكوينها وتتمثل في الجوانب أو المكونات الثلاثة الآتية: (8)

- **المكوّن المعرفي أو الإدراكي :**

وهو الجانب الذي يتخذ فيه الفرد من ذاته أو ذوات أخرى إطار مرجعي يقارن به مختلف المثيرات المادية أو الاجتماعية حتى يدرك طبيعتها وبالتالي يكون موقفه تجاهها وفقا لذلك الإدراك ويتم عبر مرحلتين هما: الإحساس والتفسير ويتأثر بالظروف النفسية

والاجتماعية وغيرها التي يمر بها الفرد.

- **المكوّن العاطفي (الوجداني):**

يتمثل الجانب العاطفي في مشاعر وأحاسيس الفرد الذاتية أو الدوافع التي توجّه سلوكه سواء الفطرية أو التي اكتسبها من خلال تفاعله مع الجماعة،وقد نجد أن شخصين لهما اتجاه واحد نحو موضوع ما مثل إكمال الدراسة العليا، ولكن عاطفتهما ومشاعرهما تكون مختلفة فقد يكون الأوّل بدافع تحقيق رغبة الوالدين أمّا الثاني بدافع إشباع مشاعر حب التفوق أو تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية.

- **المكوّن النزوعي أو السلوكي:**

ويتمثل في مرور الفرد إلى ترجمة اتجاهه ومشاعره وعواطفه نحو مثير ما إلى سلوك وممارسة عملية ظاهرة، أي موقف يمكن ملاحظته وقياسه سواء كان اتجاها سلبيا أو ايجابيا،ولكن قد تختفي الاتجاهات وراء السلوك إذا تعارض مع القيم الجماعية السائدة أو مع الروح الحضارية.

وعليه فإن المكونات الثلاثة للاتجاه تتأثر بالإطار المرجعي أو النسق الاجتماعي العام الذي يحكمها والذي يشكّل ضغطا كبيرا على الفرد فيوجّه ويحدد سلوكه ومن جهة أخرى فإن الاختلاف في سلوك الأفراد وإدراكهم لمثير ما رغم الإطار الاجتماعي هو نفسه،يرجع إلى الأبعاد النفسية لكل فرد أي ذاتيه وشخصية وتنشئة اجتماعية.

3- العوامـــــل المؤثـــــرة في عمليـــــة تكويـــن الاتجاهـــات:

تتبع الاتجاهات من واقع الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والأيديولوجية وتتماشى مع مرحلة التطور التي يجتازها المجتمع، وتلعب التنشئة الاجتماعية من خلال عملية التفاعل الاجتماعي دورا رئيسيا في تكوين الاتجاهات.ومن أبرز العوامل التي تؤثر في تكوين الاتجاهات ما يلي :

3-1- العوامل الحضارية:

وهي كثيرة ومتنوعة ومن الأمثلة عليها المسجد والمدرسة والمنطقة التي يعيش فيها الفرد، ولا يخفى بأن هذه العوامل والمؤثرات لا تدعو إلى نفس الاتجاهات مما يحتّم على الفرد التحيّز نحو واحد منها[9]

3-2- الأسرة :

تعتبر من أقوى العوامل المباشرة التي تعمل على تكوين اتجاهات الفرد فالطفل يتأثر في بداية حياته بالاتجاهات نحو موضوعات معيّنة أو أشخاص معيّنين أو أعمال معيّنة، مما يؤدي إلى اكتسابه الاتجاهات عن طريق التقليد والتعلّم،إذ يلعب الوالدين دورا أساسيا في عملية التنشئة الاجتماعية للطفل وإكسابه الاتجاهات الفردية والاجتماعية وذلك بحكم سيطرتها على العوامل الأساسية في تكوين الاتجاهات وهي :

- الثواب والعقاب: ويتمثل في السلوكات التي يقوم بها الوالدين إزاء طفلهما والمتمثلة في التعزيز الايجابي نحو بعض المواضيع عن طريق الحلويات والألعاب والابتسامات والقبول، أو التعزيز السلبي وذلك عن طريق الرفض والعبوس والحرمان من الألعاب والمكافئات...إلخ.
- الإعلام والمعلومات التي تصل الطفل في مراحل نموه الأولى فالطفل يتّجه صوب والديه للحصول إجابة عن كل أسئلته وتساؤلاته اليومية الحياتية التي تشكّل أساسا للاتجاهات والمعتقدات والقيم والمفاهيم التي يكتسبها ومن خلالها يدرك الخير والشر والجميل والقبيح،الحق والباطل،الحلال والحرام،المقبول والمرفوض....الخ. (10)

3-3- الفرد نفسه :

فالتنشئة الاجتماعية تلعب دورا هاما في تكوين شخصية الفرد وتميّزه عن غيره من الأشخاص من خلال ما يكتسبه منها من ميول واتجاهات.

3-4- الخبرة الانفعالية الناتجة عن موقف معيّن:

فهذه الخبرة تلعب دورا هاما في تكوين الاتجاه سلبا أو إيجابا، وعلى سبيل المثال فإن العمل الذي يتبع بتعزيز يؤدي إلى تكوين اتجاه ايجابي لدى الفرد، في حين يؤدي العمل الذي يتبع بعقاب إلى تكوين اتجاه سلبي لديه.

3-5- السلطات العليا:

فهي تفرض على الفرد الالتزام بأمور معيّنة كاحترام القوانين وتنفيذها، مما يؤدي إلى تكوين اتجاهات لديهم نحو هذه الموضوعات،نضرا لما يترتّب على عدم الالتزام بها أو الخروج عليها من عقاب، وتتكوّن الاتجاهات في هذه الحالة نتيجة عاملين أساسين هما الاحترام والخوف.

3-6- رضا وحب الآخرين:

وعلى سبيل المثال ،فإن الشخص الذي يمارس لعبة ويتقيّد بقواعدها على نحو يجعله يحظى بالرضا من قبل زملائه، تتكوّن لديه اتجاهات تتمثل في الحرص على التقيد بآداب اللعب، في أيّ نشاط رياضي وحب التعاون وحب أعضاء الفريق. (11)

4- تكويـــــــــــن الاتجاهـــــــــات :

الاتجاهات النفسية هي أنماط سلوكية مكتسبة أو أيّة عادات سلوكية يكتسبها الفرد عن طريق احتكاكه بالمؤثرات الخارجية في بيئته (12).فاتجاهاتنا هي ثمرة أو نتاج للعديد من الخبرات الحياتية المختلفة وفي الوقت نفسه هناك أشخاص لهم أهمية في حياتنا يؤثرون أيضا في اتجاهاتنا بالإضافة إلى الطرق التي نتعامل فيها مع المعلومات التي تتعلق بالعالم.

4-1- الآباء والأمهات والأقران والجماعات المرجعية:

بالرغم من أننا نميل إلى الاعتقاد بأننا نشكّل اتجاهاتنا بشكل مستقل إلاّ أن البحوث أكدت تكرارا أن اتجاهاتنا تتأثر بالأفراد الذين يلعبون دورا هاما في حياتنا، فالأبوين يلعبان دورا هاما في تربية الأبناء في مراحل حياتهم الأولى وبالتالي تتواصل الاتجاهات سواء لفظيا أو بطريقة غير مباشرة ويكون لها تأثير عميق عليهم.

لقد أكدت دراسات كل من تيدين (tedin,1974) و أشمور ودلبوكا (Ashmore et Delboca أنه حينما يلتحق الأبناء بالجامعات والمعاهد تتغير اتجاهاتهم بعنف نتيجة للتأثيرات الجديدة لجماعات الأقران وضغوط الجماعات المرجعية، كما توصّل نيوكمب "Newcomb" من خلال مقارنته اتجاهات طلاب الجامعة الجدد بالقدامى إلى أنها تظل ثابتة لدى الأولين بوالديهم ولكن بالمقابل اتجاهات طلاب الجامعة في السنوات المتقدمة النهائية تختلف تماما عن اتجاهات والديهم.

4-2- التدعيم والتعلم الأدائي :

وعلى النقيض لأسس الارتباط الشرطي الكلاسيكي والتي ترى أن تشكيل الاتجاه يتم بشكل أوتوماتيكي وهذا يعني أن دور الفرد سلبي في هذا الموضوع وهنا نجد أن وجهة نظر التعلم الأدائي (أو الارتباط الإجرائي) تؤكد على التدعيم في تشكيل الاتجاه، فحينما يستقبل الفرد موافقة اجتماعية

على اتجاهه يمثّل هذا تدعيما للاتجاه وعلى النقيض إذا كان الاتجاه لا يلقى موافقة لن يتمّ تدعيمه وبالتالي يكون هذا الاعتماد الأساسي على أن نصدر الموافقة أو عدم الموافقة بالنسبة إلى المراهقين الذين يقفون في مواجهة آبائهم ويتمردون عليهم في العديد من الصور مثل التدخين أو غيره ولكنه يتلقى تدعيما من زملائه وأقرانه وبالتالي يكون تأثيرهم أقوى من معارضة والديهم.

4-3-النمذجة والتعلم بالملاحظة:

كما نقول دائما « الأفعال أقوى من الكلمات » نرى أن باندورا bandura (1977) أوضح أننا غالبا ما نتعلمه استجاباتنا واتجاهاتنا الجديدة من ملاحظاتنا ومحاولتنا تقليد سلوك دور النماذج.

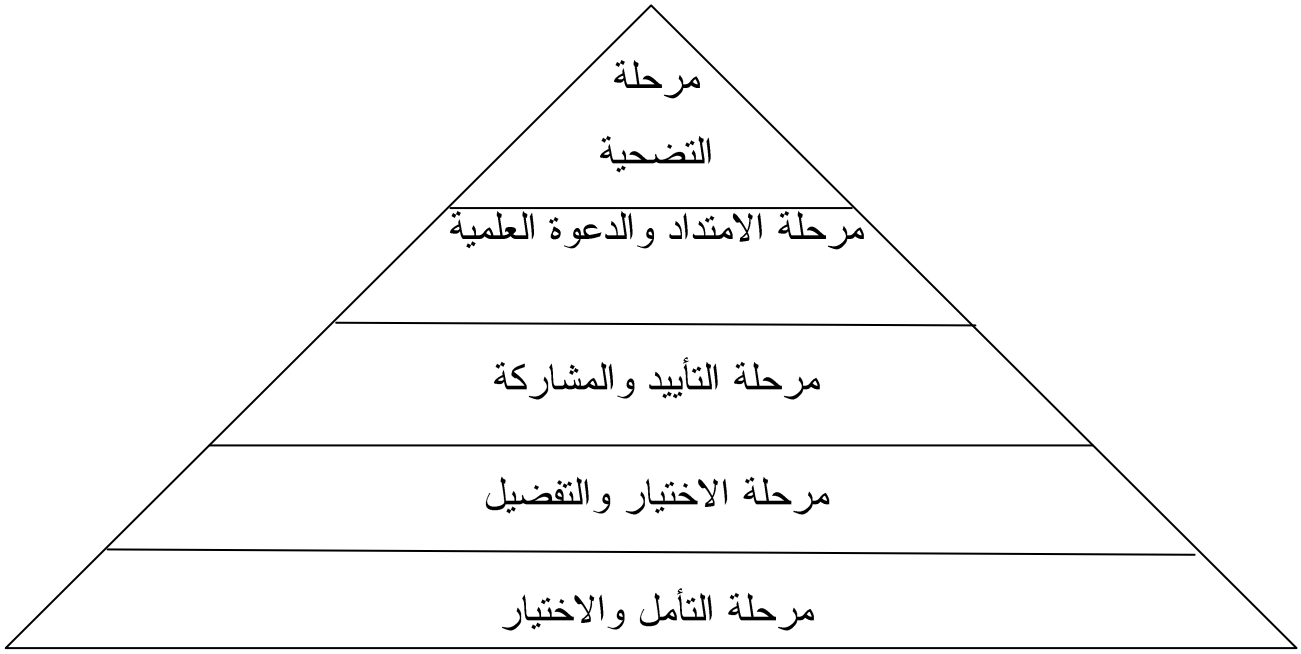
فمن خلال النمذجة يكتسب الأطفال الاتجاهات المختلفة من والديهم أكثر من مجرد التوجيهات اللفظية المباشرة ،وفي بعض الحالات يتأثر الأطفال أكثر بالكلمات التي يتلقونها من الكبار(rushto 1975).

4-4- إدراك الذات وتشكيل الاتجاه:

بالرغم من أننا نفترض في العادة أن الناس يتصرفون بطرق معيّنة تتسق مع اتجاهاتهم ونتوقع أن يكون السلوك لخدمة اتجاهاتهم،فإن علماء النفس الاجتماعي توصلوا إلى أن السلوك لا يعبّر دائما عن الاتجاه. لقد ذكر **Bern (1972)** في نظرية إدراك الذات أن الناس لا يتصرفون دائما كما يشعرون أو يعتقدون وبالتالي نستدل أحيانا عن الاتجاهات من السلوك والناس غير القادرين على استبطان ذواتهم لا يستطيعون وضع تفسير أو سبب لسلوكهم الذي قاموا به. [13]

5- مراحـــــل تكويـــــــن الاتجاهـــــــات :

تتكون الاتجاهات عبر مراحل تشكّل نسقا هرميا قاعدته تعبّر عن المستوى البسيط للاتجاه،ثم تبدأ كلّما ارتفعنا إلى قمة الهرم.ويمكن توضيح ذلك في الشكل الآتي:



شكل (01) : النسق الهرمي لمراحل تكوين الاتجاهات.

أ- مرحلة التأمل والاختيار وتتضمن:

- التعبير اللفظي عن الميل والرغبة والاستعداد نحو موضوع معيّن.
- خوض التجربة باتجاه الموضوع.

ب- مرحلة الاختيار والتفضيل:وتتضمن:

- التعبير اللفظي في الاختيار والتفضيل.
- أداء سلوك يبيّن تفضيل الشيء عن الأخر.

ج- مرحلة التأييد والمشاركة: وتتضمن:

- الموافقة والتأييد والمشاركة اللفظية لموضوع الاتجاه.

– المشاركة الفعلية التي تدل على الموافقة.

د– مرحلة الامتداد والدعوة العملية:وتتضمن:

– تأييد العمل والدعوة لموضوع الاتجاه لفظيا.

– ممارسة الدعوة للموضوع والتبشير بفضائله.

ه– مرحلة التضحية: وتتضمن:

– إظهار الاستعداد للتضحية قولا وعملا.

– التضحية الفعلية بشيء معيّن في سبيل شيء آخر. [14]

6– وظائـــــــف الاتجاهـــــــات :

تقوم الاتجاهات بعديد من الوظائف التي تيسّر للإنسان القدرة على التعامل مع المواقف الأوضاع الحياتية المختلفة وأهم هذه الوظائف:

6– 1– الوظيفة المنفعية أو التكيفية:

تحقق الاتجاهات الكثير من أهداف الفرد وتزوّده بالقدرة على التكيف مع المواقف المتعددة التي يواجهها، فإعلان الفرد عن اتجاهه يظهر مدى تقبله لمعايير الجماعة وقيمها ومعتقداتها،كما يظهر انتمائه وولائه لقواعدها،لذا تعتبر الاتجاهات موجّهات سلوكية تمكّنه من تحقيق أهدافه وإشباع دوافعه،وفي ضوء المحكات أو المعايير الاجتماعية السائدة في مجتمعه،كما تمكّنه من إنشاء علاقات تكييفية سوية مع هذا المجتمع، وهذا ما أكده (Katz) في كتابه (الاتجاهات والإقناع) حيث تعمل الاتجاهات على مستوى التناسق المعرفي، فالفرد يعتنق الأفكار والمعتقدات التي تحافظ على ثباته ويهمل ما عداها [15]

6–2– الوظيفة التنظيمية:

تتجمع الاتجاهات والخبرات المتعددة والمتنوعة في الفرد في كلٍ منتظم مما يؤدي إلى اتساق سلوكه،وثباته نسبيا في المواقف المختلفة، حيث يسلك تجاهها على نحو ثابت مطّرد، فيتجنب الضياع والتشتت في متاهات الخبرات الجزئية المنفصلة ويعود الفضل في هذا الانتظام والتنظيم إلى ما يحمل من اتجاهات مكتسبة،وهكذا فإن اتجاهات الفرد تكسبه المعايير والطر المرجعية لتنظيم خبراته ومعلوماته بشكل يعينه على فهم العالم من حوله.

6-3- الوظيفة الدفاعية:

ترتبط العديد من اتجاهات الفرد بحاجاته الشخصية ودوافعه الفردية،أكثر من ارتباطه بالخصائص الموضوعية لموضوع الاتجاه، لهذا يقوم الفرد أحيانا بتكوين بعض الاتجاهات لتبرير فشله أو عدم قدرته على تحقيق أهدافه،فقد يكون الطالب اتجاها سلبيا نحو المنهاج أو المدرّس أو النظام التعليمي بمجمله عندما يفشل في انجاز المستوى التحصيلي الذي يرغب فيه، فيساعد هذا الاتجاه على تبرير فشله وعلى الاحتفاظ بكرامته واعتزازه بنفسه.

6- 4- وظيفة تحقيق الذات:

وفيها يجد الفرد إشباعا بالتعبير عن اتجاهاته التي تتناسب والقيم التي يتمسك بها وفكرته عن نفسه،ولهذه الوظيفة دورها المركزي في علم نفس الأنا، الذي يؤكد أهمية التعبير عن الذات وتحقيق الذات.وتعمل الاتجاهات التي يتبناها الفرد على توجيه سلوكه في المجتمع الذي يعيش فيه،كما تدفعه إلى الاستجابة بقوة ونشاط وفعالية للمثيرات البيئية المختلفة، الأمر الذي يؤدي إلى انجاز الهدف الرئيسي في الحياة،وهو تحقيق الذات.[16]

7- نظريـــــــــــات تكوين الاتجاهات :

لمّا كانت الاتجاهات تمثل نتاجا مركّبا من المفاهيم والمعلومات والمشاعر والأحاسيس التي تولّد لدى الفرد نزعة واستعداد معيّن للاستجابة لموضوع معين بطرقة معينة، وبقدر معين، فإن تفسير تكوين الاتجاهات هذه تستند جميعها إلى عدد من نظريات التعلم، نعرض أهمها على النحو الآتي:

7-1- المنحى السلوكي:

يتحدث أصحاب وجهة النظر السلوكية المتعلقة بالاشراط الارتباطي في تعليم الاتجاهات وتكوينها،أن الكائن يميل إلى تعميم المثير وربط المثير الطبيعي بمثيرات أخرى قريبة منه أو شبيهة به وبالتالي فإن الكائن يستجيب بنفس الأسلوب للمثيرات الشبيهة بالمثير الطبيعي الأول أو المرتبطة به والقريبة منه.[17]

وقد التزمت المدرسة السلوكية بمفاهيم أساسية من مؤسسها واطسون (Watson 1919) وأتباعه من المدرسة السلوكية المبكّرة حتى زعيمها هل (Hull 1943) الذي وضع نظرية متكاملة اتخذت أساسا لوجهة النظر السلوكية في جميع ميادين علم النفس ومن أهم هذه المفاهيم نذكر ما يلي:

– قوة الاستجابة وهي ما يحدث نتيجة التعلم مع زيادة في قوة الميل نحو القيام باستجابة معينة في موقف معين.

– **الانطفاء:** وهو نقص قوة الاستجابة مع توقف الدعم.

– **الحافز و الحاجة:** وهو الظروف الفسيولوجية التي تثير السلوك وتقوّيه.

– **التعميم:** مثل تعميم المثير أي ظهور الاستجابة التي ترتبط بمثير معين مع غيره من المثيرات المشابهة له.

– **التمييز:**وهو التفرقة بين المثير الذي دعّم وبيّن غيره من المثيرات.

– **الدعم:**وهو أهمها جميعا والدعم هو ما يتبع الاستجابة، ويتم الدعم تجريبيا بتنظيم الظروف. [18]

7–2–المنحى العرفي:

استند أصحاب وجهة النظر المعرفية في تكوين الاتجاهات إلى الافتراض بأن الإنسان عقلاني ومنطقي في تعامله وتفاعله مع الأحداث والأشياء والمعلومات، وأن المرء يمكن حفزه بالإنصات إلى رسالة معينة والتفاعل مع محتواها وتعلمه ومن ثمّة تمثله في سلوكه من خلال التفهم والإقناع، وعليه فإن المنحى المعرفي يستند إلى مساعدة المتعلم على إعادة تنظيم معلوماته حول موضوع الاتجاه وإعادة تنظيم البنى المعرفية المرتبطة به، في ضوء المعلومات والبيانات المستجدّة حول موضوع الاتجاه. [19]

كما نجد نظرية التنافر المعرفي(Festinger 1957) أصبحت تشبه في فكرتها الأساسية كثير من النظريات التي كان لها الشأن في علم النفس الاجتماعي وتقوم أسسها على:

- توجد علاقات متنافرة بين عناصر معرفية.
- يؤدي وجود التنافر إلى ظهور ضغوط بخفض درجة هذا التنافر ولتجنب زيادته.
- تتمثل مظاهر هذا الضغط في تغيّرات تصيب السلوك أو تغيرات في المعرفة وانفتاح في كل النواحي بعرض الشخص لمعلومات جديدة وآراء جديدة.

هذه النظرية مثلها مثل النظريات المشابهة لها تؤكد في الحاجة لاتّساق المعرفة، وهي لذلك تهيئ لنا مثلها فهما مفيدا لعمليات تكوين الاتجاهات وتغييرها إلاّ أن هذه النظرية تختلف عن غيرها من النظريات في تفرقتها بين العمليات التي تسبق القرار وتلك التي تليه،ويرى Festinger أن الموقف

بعد القرار قد يختلف عنه قبل القرار، وأن اتخاذ القرار يكون من شأنه أن يحدث تنافرا معرفيا كما يكون من شأنه بالتالي أن يحدث ضغوطا لإنقاص هذا التنافر.

وقد كان هذا الرأي رأيا فريدا تميزت به هذه النظرية عن سائر النظريات المشابهة لها.[20]

7-3- المنحى الاجتماعي:

يشير أصحاب وجهة النظر الاجتماعي في تكوين الاتجاهات إلى الإيحاء ولعبه دورا أساسيا في تكوين الاتجاهات نحو الآراء والأفكار الصادرة عن أشخاص معينين أو أناس نثق بهم أو نحبهم،دون تمحيص أو مناقشة، أو نقد عقلي كالاتجاهات نحو الأسرة والدين والجار وغير ذلك.وتلعب الجماعة التي ينتمي إليها الفرد دورا بارزا في تحديد اتجاهاته وتكوينها، وتعتبر الأسرة والمدرسة وجماعة اللعب ووسائط الإعلام السمعية والبصرية دورا من أهم عوامل وأدوات وجهة النظر الاجتماعية في تكوين الاتجاهات عند الفرد.

7-4- المنحى التفاعلي (الإنساني):

يستند أصحاب وجهة النظر التفاعلية (الإنسانية) إلى مبادئ التربية والتعليم القائمة على الخبرة المباشرة، ويعتبر هذا المنحى من أكثر وجهات النظر في تكوين الاتجاهات انتشارا وأوسعها استخداما في مجالات التربية والتعليم، لاستناده إلى المبادئ والأسس التي تستند إليها وجهات النظر السابقة (السلوكية والاجتماعية والمعرفية) ودمجها معا في إطار المنحى التفاعلي الإنساني الشامل ويعتمد نجاح هذا المنحى على توافر الوسائط السمعية البصرية المختلفة، وقدرة المعلّم على توظيفها بشكل يجعلها أكثر من حاسة واحدة وتهيئ فرص التفاعل المباشرة أو غير المباشرة مع موضوع الاتجاه[21]

8- قيـــــــــاس الاتجـــــــاهـــــــــات :

يعد قياس الاتجاه من أصعب موضوعات القياس في علم النفس وأهمها ويمكن أن نبيّن أهمية الاتجاهات في مايلي:

- عن طريق الاتجاهات يمكن التنبؤ بمدى وزمن التغير الاجتماعي المنتظر حدوثه في أي جماعة من الجماعات عن طريق قياس اتجاهات أفراد الجماعة.

- يكمن التعرف على مدى صحة أو خطأ الدراسات النظرية القائمة،كما أنها تزوّد الباحث بميادين تجريبية مختلفة وبذلك تزداد معرفته بالعوامل التي تؤثر في نشأة الاتجاه وتكوينه واستقراره وثبوته وتحوّله وتطوره وتميز البطيء أو المتدرج أو السريع.
- قياس الاتجاهات له فوائد عملية في ميادين عديدة نذكر منها ميادين التربية والتعليم والصناعة والإنتاج والعلاقات العامة،والإعلام والسياسة والاقتصاد والحرب،السلم، وذلك خاصة إذا أردنا تعديل أو تغيير اتجاهات الجماعة نحو موضوع معيّن.[22]

وتنقسم طرق قياس الاتجاهات إلى نوعين من المقاييس:

النوع الأول: المقاييس المباشرة

نذكر منها على سبيل المثال مقياس بوجاردس ومقياس ليكرت.

– مقياس بوجاردس bogardus :

ويعرف بمقياس المسافة الاجتماعية أو قياس البعد الاجتماعي ويستخدم هذا المقياس في التعرف على اتجاه الأفراد نحو الأجناس العنصرية المختلفة ويلاحظ على هذا المقياس مايلي :

– عباراته ليست متدرجة تدرجا متساويا، أي لا تتساوى الأبعاد بين وحدات المقياس.

– لا يقيس هذا المقياس الاتجاهات الحادة من التعصب.

– إن من يوافق على الوحدة الأولى من المقياس يوافق عادة على الوحدات التي دونها.[23]

– مقياس ليكرت likert :

يستخدم لقياس الاتجاهات نحو مختلف الموضوعات مثل المحافظة والتقدمية والزواج وحرية المرأة وكثير من القضايا الاجتماعية والقومية الثقافية والعلمية.

والمقياس يتكون من عدد من العبارات التي تتناول الاتجاه النفسي ويطلب من المفحوص أن يضع علامة معينة مثلا في المكان الذي يوافق اتجاهه بالنسبة إلى كل عبارة ابتداء من الموافقة بشدة إلى عدم الموافقة بشدة،الفرد أو المفحوص في هذه الطريقة مطالب بأن يعبر عن اتجاهه في كل عبارة من عبارات المقياس وهكذا فإن كل عبارة تمدنا بمعلومات عن المفحوص.[24]

النوع الثاني: المقاييس غير المباشرة

وهي المقاييس التي تستخدم لقياس الاتجاهات على المستوى اللاشعوري وذلك حينما يصعب على الفرد أن يعبّر عن اتجاهاته لفظيا.

– طريقة ثرستون thurston:

إذا فرضنا أننا نريد معرفة الاتجاه النفسي للأفراد نحو موضوع معين فما علينا سوى أن نتّبع الخطوات الآتية:

- نكتب عددا من الجمل المفيدة التي تمس الاتجاه الذي نحاول قياسه وعادة نكتب 100جملة أو أكثر.
- نعطي الجمل التي نجمعها إلى مائة من الأفراد الواعين نسمّيهم بالقضاة ويحاول كل واحد منهم على حدى تقسيم هذه الجمل إلى 11مجموعة بوضع الجمل المتشابهة في مجموعة واحدة على أن تمثل المجموعة الأولى الجمل التي تمثل أقوى اتجاه ايجابي،تليها المجموعة التي تقل عنها درجة وهكذا حتى نصل إلى المجموعة الحادية عشر فتوضع فيها الجمل التي تمثل أقوى اتجاه سلبي.
- سيختلف القضاة في توزيعهم للجمل المختلفة، فقد يضع أحدهم الجملة في المجموعة الثالثة بينما يضعها الآخر في المجموعة الرابعة وهكذا فتتحدد درجة هذه الجملة على الميزان بدرجة الوسط
- (médium) في تقرير الحكام المختلفين،وإذا اختلف الحكماء على جملة معينة في توزيعها على المجموعات نتخلص منها لعدم وضوحها.
- يتم الاختيار الأخير لجمل على الميزان،حيث يتم ترتيبها في شكل ميزان في قمته الجمل التي تمثل أقوى الاتجاهات الايجابية وفي نهايته الجمل التي تمثل أقوى الاتجاهات السلبية،وتسمى هذه الموازين الفئات المتساوية،لأنه يراعي في ترتيب الجمل تبعا لدرجتها لأن يكون الفرق بين الجملة والجملة التي تقل عنها مساويا للفرق بينهما وبين الجملة التي تزيد عنها درجة.
- ثم نعطى الجمل التي تم الاتفاق عليها في شكل استفتاء للأفراد المراد قياس اتجاهاتهم على أن لا تكون الجمل مرتبة لدرجاتها على الميزان وعليهم أن يضعوا علامة أمام الجمل التي تتفق ورأيهم

و تكون درجة الفرد في هذا الاستفتاء هي الدرجات الوسطى على الميزان للجمل التي اختارها[25].

– طريقة جتمان gutman:

وتسمى هذه الطريقة بالطريقة التحليلية للميزان أو طريقة الاتجاه البياني التي تهدف إلى بيان ما إذا كان من الممكن قياس الاتجاه أو السمة المراد قياسها فعلا بميزان متدرج وفي هذه الطريقة لابد أن نتأكد من وجود اتجاه نفسي مكون لوحدة يمكن قياسها،لأنه يخشى أن يكون مثل هذا الاتجاه في الواقع عبارة عن عدد من الاتجاهات المختلفة المتباينة، وبذلك يكون من الصعب قياسه بمقياس واحد،فإذا ثبت أن هذا الاتجاه وحدة فإنه من الممكن عمل ميزان متدرج يمكن ترتيب الأفراد على أساسه ترتيبا متسلسلا من حيث درجة الاتجاه عندهم.وهو يختلف عن موازين" ثرسون" و" ليكرت" في أن الدرجة عليه من الممكن أن تبيّن مباشرة أي جملة من الجمل على الميزان اختارها الفرد،لأن الجمل على الميزان قد رتبت حيث إذا ما اختار الفرد جملة منها فإن هذه الجملة تبيّن أنه موافق أيضا على كل الجمل التي تليها ولايوافق على أي من الجمل السابقة عليها.

– الاختبارات الاسقاطية:

وتتميز الاختبارات الاسقاطية عن غيرها من الاختبارات بخصائص أهمها:

- عدم إدراك المفحوص للفرض من الاختبار.
- ثراء وعمق استجابات المفحوص.
- الكشف عن بعض الجوانب اللاشعورية الكامنة في الشخصية.
- تعطي درجة عالية من الصدق أفضل من الأساليب المباشرة.

ومنها ما يلي:

اختبار تفهم الموضوع T.A.T :

ويستخدم هذا الاختبار في العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية ويتلخص هذا الاختبار في تقديم 20 صورة تمثل أشياء غامضة وتقدم هذه الصور على مرّتين تبعا للترتيب المحدد له،وبطلب من المفحوص وصف ما يدور في كل صورة عن طريق حكاية أو قصة، يقوم الفاحص بعد ذلك بدراسة ما يقدمه المفحوص ويحاول أن يستشف منها ميوله ورغباته واتجاهاته.

اختبار بقع الحبر (روشاخ):

يتألف هذا الاختبار من 10 صور تمثل أشكالا متماثلة إلى حد ما تم التوصل لها بوضع نقطة حبر على ورقة ثم طبقت الورقة وضغط عليها فأعطت شكلا غير معروف، تعرض اللوحات على المفحوص ويطلب منه تفسيرها وفق ما يتراءى له، ويفضّل أن يتمّ إجراء الاختبار في غرفة خاصة مع تعريف المفحوص بطريقة عمل الاختبار.

مقياس الخطأ المفضّل:

يتكون هذا المقياس من عدد من الأسئلة وإجابتين خاطئتين لكل سؤال، ويطلب من المفحوص أن يختار أحد الإجابتين،لقد وجد أن المفحوص يختار الإجابة التي تتفق واتجاهاته الخاطئة.

اختبار الاتجاهات العائلية:

صمم هذا الاختبار" ليديا جاكسون" لقياس اتجاهات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين(6-12 سنة) والذين يعانون من صراعات داخلية تنشأ بسبب العلاقات داخل الأسرة ويتكون الاختبار من 7 بطاقات مصورة مفتتة تمثل كل منها موقف عائلي.[26]

9- التطـــــــــور التاريخـــــــي للاتجاهات نحو المعوقين :

إن التطور الحاصل الذي نلاحظه في ميدان التربية الخاصة لم يكن بين ليلة وضحاها بل امتد عبر العصور.فقد كانت المجتمعات القديمة تنكر أن يكون المعاق أو الأصمّ إنسانا فكانت تنظر إليه أنه بلاء من السماء نزل فأفقده عقله ونطقه.ففي العصر الروماني واليوناني نجد السخرية والنبذ لهؤلاء الأفراد وقد اهتدت اتجاهات العالم القديم نحو الإعاقة السمعية في كتابات هيبوقراط وأرسطو وبلّين الذين كشفوا على الأصم أنه كائن غير إنساني وإنه أقرب إلى الحيوانات والأنعام وأحط قدرا من العبيد. وظلت هذه النظرية سائدة حتى أواخر القرن 18، وتغير هذا الاتجاه عام 1779، حيث ظهرت اول مدرسة موضوعية،تهدف إلى تربية الأصم والأبكم والسعي إلى الارتقاء بانسيانتهم ولكنها لم تعطي أفضل النتائج لأنها لم تقم على أسس علمية رصينة.وفي القرنين 19 و 20 قامت دراسات ألقت الضوء على حقائق كثيرة حول الصمم بدّدت كثيرا من الظلمات،وساعدتنا على فهم الكثير من الخصائص النفسية والعقلية والاجتماعية للأصم.[27]

وفي بدايات القرن التاسع عشر بدأ الاهتمام المتزايد بمراكز ومؤسسات المعوقين،في حين أن البلاد العربية لم يكن لديها أي اهتمام ، بفئات التربية الخاصة حيث بدأت مصر عام 1955 بمعاونة وزارة التربية بفتح صفوف لتعليم المعوقين عقليا، ثم تبعتها بعد ذلك كل من العراق، الكويت، لبنان، سوريا، الأردن. وقد أخذت المؤسسات الحكومية والأهلية والتطوعية على عاتقها تقديم الخدمات المتنوعة لجميع الفئات، حيث وضعت هذه الدول نصب أعينها بناء اتجاهات ايجابية نحو الإعاقة والمعوقين. وقد نما ميدان التربية بشكل واضح في أواخر القرن العشرين وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوربا ودول شرق آسيا والدول العربية وقد تمثل النمو في عديد من المظاهر منها صدور التشريعات والقوانين الخاصة بالأطفال غير العاديين، وإجراء الدراسات والأبحاث في ميدان التربية الخاصة وظهور المجلات والكتب العلمية المتخصصة، وكذلك عقد الندوات والمؤتمرات الدولية الخاصة بفئات التربية الخاصة وفتح البرامج الأكاديمية التي تمنح المؤهلات العلمية والتربوية في ميدان التربية الخاصة. [28]

وعلى الصعيد المحلي يمكن اعتبار الجزائر من البلدان التي أولت اهتمامات خاصة بهذه الفئة من الناس حيث لا تزال تبذل كل الجهود لخلق شروط مواتية تسهل عملية الاندماج عن طريق تكوين مؤسسات تربوية واجتماعية وطبية ورياضية، ومن أجل ترقية وحماية المعوقين تم وضع التشريع الخاص بهم. ومن أبرز أشكال الرعاية والعناية بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة حسب ما ورد في القوانين والنصوص والتشريعية المحلية الصادرة في 2008/05/08 الآتية :

- الوقاية من الإعاقة بواسطة أعمال الكشف وبرامج الوقاية وحملات الإعلام تجاه الموطنين حول العوامل المسببة للإعاقة والتدخل المبكر.
- ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي.
- التعليم والتكوين المهني وهو إجباري للأطفال والمراهقين المعاقين وذلك من أجل دمج المعاق عن طريق تدعيم وتشجيع الحركة الجهوية والمؤسسات ذات الطابع الإنساني والاجتماعي التي تتكفل برعاية المعوقين وتعليمهم.
- الإدماج والاندماج الاجتماعي والمهني وذلك من ممارسة نشاط مهني مناسب و مكيف يسمح لهم بضمان استقلالية بدنية واقتصادية.[29]

كما أثبتت عديد من الدراسات والبحوث ضرورة تعديل اتجاهات الوالدين نحو الأطفال المعوقين،لما لها من آثار سلبية على نمو الأطفال اجتماعيا وانفعاليا،كذلك أثرها السيئ على العلاقات الأسرية بوجه عام .

10- الاتجـــــــاهات الوالديـــــــــة في التنشئـــــــة :

يعتبر موضوع الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال من الموضوعات الهامة في ميدان التربية وذلك لأسباب أهمها العوامل التي أدت إلى ظهور تلك الاتجاهات سواء كانت اتجاهات سلبية أم ايجابية،ثم النتائج والآثار المترتبة عن تلك الاتجاهات بنوعيها ولذلك أصبح موضوع الاتجاهات يثير كثير من الأسئلة والأجوبة المختلفة مع مرّ العصور المختلفة، ومن قبل الأفراد والمؤسسات أو الجهات الرسمية وغير الرسمية.

فالأسرة أول مؤسسة اجتماعية تعمل على تنشئة الطفل ولا يتم ذلك إلاّ من خلال الاتجاهات الوالدية،لأن الطفل يكتسب المعرفة الاجتماعية وأنماط السلوك التي يقبلها مجتمعه من خلال اتجاهات والديه والاتجاهات الوالدية يستدل عليها من الأساليب التربوية التي يستخدمها الآباء مع أبنائهم في المواقف اليومية التي تجمعهم لذا فهي تتصف بالاختيارية والذاتية.حيث أن نمط شخصية الآباء ومستواهم التعليمي والاجتماعي وثقافة المجتمع الذي تنتمي له الأسرة كل ذلك يؤثر في اتجاهاتهم التربوية.[30]

كما أن الأسرة تعتبر المحضن الأول للطفل،في كنفها ينمو ويترعرع وتتكون شخصيته وتتشكل ميوله واتجاهاته،ولعا أثر بالغ في رسم حاضره ومستقبله التربوي والمهني، ولا ريب في أن ولادة طفل معوق في الأسرة تعتبر صدمة قوية لأفرادها، حيث تتعرض الأسرة إلى ضغوط نفسية هائلة كثيرا ما يتولد عنها ردود فعل متباينة، قد تؤدي في بعض الأحيان إلى انهيار الأسرة لعدم قدرتها على تقبل حالة هذا الطفل البريء وفي أحسن الأحوال تستغرق وقتا طويلا لهذا التقبل مما يفوّت من فرص التدخل المبكر.[31]

والأسرة هي المصدر الطبيعي للتفاعل والتنشئة الاجتماعية للطفل،لذا فالعلاقة الوالدية مهمة جدا. لذا نجد علماء النفس على اختلاف مواقفهم النظرية يتفقون على أهمية العلاقة بين الوالدين والأبناء في مراحل العمر المختلفة بالنسبة إلى توافقهم ونمو شخصيتهم سواء كانوا أصحّاء أو من ذوي

الاحتياجات الخاصة وذلك من خلال ممارسات الوالدين وأساليبهما في معاملة الأبناء مما يساعد على تنمية قدرات معينة وكفّ أخرى. [32]

وهكذا نجد أن عملية التنشئة الاجتماعية التي تؤدي إلى النمو النفسي السوي والصحة النفسية تتطلب أن يتّسم الجو الأسري بمايلي[33]

- إشباع الحاجات النفسية خاصة الحاجة إلى الانتماء و الأمن والحب.
- تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البنّاءة والممارسة الموجهة.
- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق الآخرين والتعاون والإيثار.
- تعليم التوافق الشخصي والاجتماعي.
- تكوين الاتجاهات السليمة بين الوالدين والإخوة والآخرين.
- تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية و الكلام والنوم...الخ.
- تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة.

وعليه فإن الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال لها أثرها في التنشئة كالآتي:

- العلاقات والاتجاهات السيئة والظروف غير المناسبة مثل الحماية الزائدة أو الإهمال والتسلط وتفضي الذكر على الأنثى أو العكس أو الطفل الأكبر أو الأصغر تؤثر تأثيرا سيئا على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.
- العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم.

11- أثار الاتجـــــاهات الوالديـــــــة السلبيـــــة على الطفـــــــل :

إن العلاقة التي تنشأ بين الوالدين وطريقة معاملة الوالدين لطفلهما عامل هام يدخل في تشكيل شخصية الطفل،فهناك فرق بين شخصية فرد نشأ في ظل من التدليل والعطف الزائد والحنان المفرط وشخصية فرد آخر نشأ في جو من الصرامة والنظام الدقيق الذي يتصف بشيء من القسوة، هناك فرق بين هذين الفردين في سلوكهما وسماتهما الشخصية وهذا الفرق مرّده إلى حد كبير إلى نوع العلاقة بين الوالدين أو إلى الاتجاهات الوالدية نحو الطفل.فإذا ما نشأ الطفل في جو أشبع بالحب والثقة تحوّل عند نموه إلى شخص يستطيع أن يحب لأنه أحب وتعلم كيف يحب،سينمو إلى شخص

يستطيع أن يثق في غيره لأنه عاش في جو من الثقة مع والديه، أمّا الطفل الذي نشأ في جو يزخر بالحرمان من الحب وشعر برفض والديه سينمو إلى فرد أناني وعدواني لا يعرف الحب ولا يستطيع أن ينتمي إلى غيره.ولقد شهدت السنوات الأخيرة عددا من البحوث والدراسات تناولت العلاقة بين الوالدين والطفل وأظهرت ألفاظا كالعناية الزائدة والرفض والإهمال والتدليل، وجميع هذه الألفاظ ترمي إلى أنواع معينة من السلوك الوالدي تجاه الطفل أو ما يسمى بالاتجاه الوالدي نحو الطفل.[34]

وفي ما يلي نماذج من هذه الاتجاهات وأثرها على سلوك الطفل بصفة عامة [35]

الاتجاهات غير المناسبة	آثارها على نمو شخصية الطفل
الرفض	– عدم الشعور بالأمن والشعور بالوحدة ومحاولة جذب انتباه الآخرين، السلبية. – الشعور العدائي وعدم القدرة على تبادل العواطف
الحماية الزائدة (التدليل)	– الأنانية وعدم القدرة على تحمل الإحباط ورفض السلطة – عدم الشعور بالمسؤولية ،الإفراط في الحاجة إلى انتباه الآخرين.
الحماية الزائدة (التسلط)	– الاستسلام،عدم الشعور بالكفاءة ،نقص في المبادرة والميل إلى الاعتماد على الآخرين.
المغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة	– الجهود، أنواع قاسية من الصراع النفسي، الإحساس بالإثم – اتهام وامتهان الذات والمغالاة في اتهام الذات مع المغالاة في الحاجة إلى تقبل الذات.
الخلافات بين الوالدين	القلق، التوتر، عدم الشعور بالأمن، الميل نحو النظر إلى العالم كمكان خطر وغير آمن.
الطلاق	عدم الشعور بالأمن،العزلة،عدم وجود من يمثل الطفل
الغيرة من الإخوة	العداء،عدم الشعور بالأمن،عدم الثقة بالنفس،النكوص أو التراجع.
الوالدان العصابيان	ميل الطفل على الخوف وعدم الشعور بالأمن واستخدام الحيل العصابية التي يستخدمها الوالدان.

المثالية وارتفاع مستوى الطموح	- تمثل الطفل للمستويات العالية المطلوبة منه. - الإحباط والشعور بالإثم وامتهان الذات نتيجة لما نتوقعه من فشل الطفل في الوصول إلى هذه المستويات.

12- أنواع الاتجـــــــــــــاهات الوالديـــــــة :

إن الدراسات والأبحاث التي اهتمت بالممارسات الوالدية في علاقاتها بأي مظهر من مظاهر الشخصية سواء النفسية أو العقلية أو الاجتماعية،بيّنت أن هناك اتجاها والديا يؤدي إلى نمو اتجاه ايجابي واعتبر سويا و أن هناك مجموعة من الاتجاهات الوالدية تؤدي إلى نمو في اتجاه سلبي واعتبرت سلبية.

12-1- الاتجاهات الوالدية السلبية :

قد تتداخل الاتجاهات الوالدية السلبية فيما بينها فقد يندمج اتجاه التسلط مع القسوة أو الحماية الشديدة مع التساهل والتذبذب أثناء الممارسة التربوية إلا أننا سوف نتناول كل اتجاه على حدة:

12-1-1- اتجاه القسوة:

وهو عبارة عن مجموعة من الأساليب التي يتبعها الآباء لضبط سلوك الطفل غير المرغوب فيه بالنسبة إلى الآباء ويتضمن العقاب الجسمي كالصفع والضرب أي كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسمي، وقد يكون مصحوبا بالتهديد اللفظي أو الحرمان، وقد تصل شدة العقاب إلى درجة إساءة معاملة الطفل وإيذائه، ونجد أن هذا الأسلوب يجعل الطفل يتعلم السلوك العدواني فالآباء هنا يمثلون نموذجا عدوانيا يقلده الطفل فيلجأ إلى استخدام أساليب القسوة لحل الصراع في تعامله مع الأصدقاء والآخرين، إضافة إلى أن الطفل قد يتجنب التعامل مع الآباء الذين يعاقبونه، وهذا يعطي الآباء فرصا لتطبيع أطفالهم.

12-1-2- اتجاه الإهمال:

وهو تجنب الآباء التفاعل مع الطفل فيترك دون تشجيع على السلوك المرغوب فيه،ودون محاسبة على السلوك غير المرغوب فيه، ودون توجيه إلى ما يجب أن يقوم به أو إلى ما ينبغي أن يتجنبه، فنجد أن إهمال الأم للطفل في مرحلة الرضاعة يؤدي إلى نموه في اتجاه سلبي، قد يصل في حالة الإهمال الشديد إلى الاضطراب العقلي والاجتماعي والانفعالي،ومن أسباب إهمال الأم غيابها الفعلي

والعاطفي وقد تكون موجودة جسديا لكنها غائبة عاطفيا بسبب نقص الوعي الأمومي أو عدم النضج أو الخلافات الزواجية.[36]

12-1-3- اتجاه التذبذب:

ويقصد به عدم التوازن في السلطة بين الأبوين، فالسوي الذي قد يثاب من أحدهما قد يرفض من الآخر، ويعتبر هذا الاتجاه من أكثر الاتجاهات الوالدية سلبية وقد يؤدي به إلى الانحراف وسوء التوافق.

12-1-4- اتجاه الحماية الشديدة:

ويقصد به قيام أحد الوالدين أو كلاهما نيابة عن الطفل بالواجبات أو المسؤوليات التي يمكنه القيام بها والتي يجب تدريبه عليها إذا أردنا له أن يكون شخصية مستقلة، وبذلك تؤدي الحماية الشديدة إلى قلة المواقف المناسبة لتنمية ثقة الطفل بقدراته، وقد يفهم الطفل أن الوالدان لا يثقان به ولذلك تولّد الحماية الشديدة الشعور بالهشاشة والضعف عند مواجهة موقف جديد.

12-1-5-اتجاه التساهل:

ويقصد به الأساليب التربوية التي تعمل على تشجيع الطفل ليحقق رغباته بالشكل الذي يحلو له، والاستجابة المستمرة لمطالبه، وعدم الحزم في تطبيق منظومة الثواب والعقاب.

إن ضبط سلوك الطفل يعد شرطا أساسيا للنمو في اتجاه ايجابي فالآباء المتساهلون يعرقلون إحساس الطفل بالأمان لأن الوضوح المستمر لمطالب الطفل قد يعكس ضعف الآباء ودرجة معينة من الحزم الوالدي ضروري لتنشئة سوية، فأي مبالغة في السيطرة أو التساهل تِؤدي إلى نمو اتجاه سلبي.

12-1-6- اتجاه التسلط:

ويقصد به المبالغة في الشد دون اهتمام بحاجات ورغبات الطفل، فرض الطاعة المعتمدة على أساليب قسرية كالتهديد والعقاب الجسمي أكثر من أساليب الشرح والتفسير، لتنظيم سلوك الطفل، إن من أهم أهداف التربية تنمية الضبط الذاتي لدى الطفل وتنمية الضمير فالضمير هو السلطة الداخلية التي تحدد الصواب من الخطأ من منظور التنشئة التي يتلقاها الطفل، والتسلط قد يؤدي إلى نمو ضمير تعسفي يجعل الطفل يشعر بالذنب بسبب أفكار وتصرفات قد لا تكون خاطئة من منظور ما، ويصبح مترددا في اتخاذ قراراته خوفا من أن يرتكب خطأ يلام عليه.[37]

12-2- الاتجاهات الوالدية السوية :

ويقصد بها ممارسة الأساليب السوية من نظر الحقائق التربوية، وعدم ممارسة الأساليب المعبرة عن الاتجاهات السلبية. لقد بينت الدراسات الخاصة بموضوع العلاقة بين الطفل ووالديه ارتباط اتجاه السواء ايجابيا بالثقة بالنفس والقدرة على تحمل المسؤولية والإبداع والعلاقة الجيدة بالآخرين وضبط الذات والارتباط الآمن ومن جهة أخرى بنضج الآباء واتزانهم الانفعالي وتصوراتهم العلمية لمفهوم الطفولة وحاجاتهم.

فالعلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة،تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم، والعلاقة المنسجمة بين الإخوة الخالية من تفضيل طفل على آخر،الخالية من التنافس تؤدي إلى النمو النفسي السليم للطفل.[38]

كما أن الأسر التي تعتمد مع الطفل منهجا قائما على الحوار المتبادل وأخذ مشاعره وآرائه بعين الاعتبار، والإصغاء إليه حيث يتمكن من التعبير عن ذاته بحرية، لقد دلت الأبحاث والتجارب أن الأسلوب التربوي القائم على الديمقراطية والتسامح بين الأهل والأولاد يعتبر من السبل الأساسية لإقامة علاقات أسرية صحيحة ومتماسكة،مما يسمح للطفل أن يكون طرفا فاعلا فيها، مما يمكنه من النمو والنضج والتفتح، وتنمية قدراته الاستقلالية والتخلص من التبعية للأهل والاعتماد على الذات وتعزيز الثقة بالنفس.[39]

إضافة إلى الأسلوب القائم على تحقيق الأمن النفسي للطفل وهو يقوم على عناصر الحب والقبول والاستقرار وهو شرط أساسي لتحقيق الاستقرار النفسي للطفل كما أنه يجب مراعاة مبدأ الفروق الفردية حيث لا نتوقع أن يكون جميع الأطفال نسخة واحدة وإنما يعتبر كل طفل عالما قائما بذاته ويؤدي ذلك إلى أن يكلف كل طفل حسب قدراته حتى لا يشعر بالفشل والإحباط وحتى لا يفقد الثقة بالنفس.[40]

وفي النهاية أن خير الأمور الوسط فلا بد من التعامل مع الأبناء بحكمة شديدة وفي ضوء الأسس التربوية السليمة، حتى نكون المحصّلة أبناء يتمتعون بسلوك اجتماعي سوي وفعّال وبالتالي يكتسبون ثقة في النفس ويتكون لديهم مفهوم ذات ايجابي ينتج عن علاقات اجتماعية سليمة مبنية على التفاعل الاجتماعي والتعاون والمشاركة

13- _العوامـــــــــل المؤثـــــرة على اتجاهـــــات أسر الأطفال المعوقـــــين :

13-1- حجم الأسرة :

حيث يتوقف اتجاه الأسرة نحو طفلها غير العادي على عدد الأطفال الذين ينتمون إليها بصفة عامة،فكلما زاد عددهم فيها قلت الرعاية للطفل غير العادي الذي يعيش بينهم،وقد لا يعيره أي فرد من الأسرة أي اهتمام يذكر، وذلك لأن الآباء يركزون اهتمامهم على الأطفال غير العاديين حرصا منهم على توفير المناخ السليم لتنشئتهم الاجتماعية السلبية وكأنهم يضحّون بفرد في سبيل إنقاذ البقية.

13- 2- جنس الأطفال العاديين:

فيتوقف اتجاه الأطفال العاديين نحو الطفل غير العادي الذي يخالطونه في نطاق الأسرة على عامل الجنس،فعلى الرغم من أن الأطفال العاديين الذكور قد يبدون اهتماما واضحا ملحوظا نحو ويحاولون مساعدته والعطف عليه والتعاطف معه، فإن عاطفة الأمومة الكامنة في الأطفال العاديين من الإناث تجعلهم أقرب مودة له وأكثر رحمة به.

13-3- الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة:

مما شك فيه أن دخل الأسرة المرتفع يسهم إسهاما كبيرا في رعاية الطفل غير العادي،لإمكانية الإنفاق عليه بسخاء، ولإمكانية تغطية كافية التكاليف التي تتطلبها هذه الرعاية مهما تكن القدرة الزمنية التي تستغرقها.[41]

14- تعديـــــــــــــــــل الاتجاهـــــــــــــات :

إن تعديل الاتجاهات وبخاصة تلك التي تتميز بالقوة والتي ترتبط بغيرها من الاتجاهات المكتسبة، وتلك التي نشأت مع الإنسان في مراحل مبكرة من حياته، يعتبر أمرا بالغ الصعوبة، وقد تكون عملية تعديل الجوانب المعرفية في الاتجاهات أقل صعوبة من تعديل الجوانب الوجدانية والنزوعية.

يعرفه (**فيشباين وآخرون ، 1975، Fishbein et autres)** بأنه : " تكوين جديد بشكل مقصود ومعتمد لإحلاله محل اتجاه جديد " كما يمكن القول أنه : " التمييز بين تكوين الاتجاه وتغييره أمر مفتعل ".[42]

وبالرغم من قابلية الاتجاهات للتغيير أو التعديل،فإن العملية ليست يسيرة إذ أن الاتجاهات تختلف فيما بينها من حيث قوتها ومدى مقاومتها للتغيير، ويؤكد علماء النفس الاجتماعي أن معتقدات الفرد أو التزاماته برأي معين أمام الآخرين بحكم سلوكه واتجاهاته، ويجعل الفرد أكثر مقاومة لتغيير اتجاهاته ويصعب أن يذعن لأية محاولات إقناعية.

ولقد أكد (**موريناري 1975 moriatry**) أن الالتزام المبدئي برأي أو بموقف يعمل على زيادة مقاومة الفرد للآراء الأخرى بينما يعمل على زيادة مقاومة الفرد للآراء الأخرى، ويعمل على رفع إحساس الفرد بمسؤولية نحو ما يلتزم به ويدافع عنه.

أمّا (**مكواير 1969 mcguire**) فيرى أن الإحساس بالمسؤولية تجاه ما يلتزم به الفرد يؤدي إلى تنشيط تفكيره في موضوع الالتزام أو التعبير عنه أمام الآخرين، فإن سلوكه بطريقة تنسجم مع التزامه المبدئي، وفي حالة تناقض سلوك الفرد مع ما التزم به من اتجاهات وآراء مبدئية، فإن ذلك يخلق حالة من التوتر والانزعاج تؤدي إلى تغيير آرائه السابقة أو تغيير سلوكه.

واهتم علماء النفس الاجتماعي أيضا والمختصين بالتنشئة الاجتماعية بدراسة تأثير الرسائل الإقناعية المعاكسة لرأي أو اتجاه الفرد المبدئي،ومعرفة مدى قدرة هذه الرسائل الاتصالية على تغيير آراء الفرد، حيث أكدت دراسة "**بتي**" وزملاءه سنة 1981 أن الرسائل المعاكسة لرأي الفرد إذا تميزت بأهميتها له،فإن قدرتها على الإقناع وتغيير اتجاهاته تكون أكبر منها في الرسائل قليلة الأهمية.

وفي مجموعات أخرى، أظهرت النتائج أن أهمية الرسائل المعاكسة لرأي الفرد لا تؤثر في إقناع الأفراد إذا تميزوا بآراء مبدئية على درجة عالية من القوة.[43]

إن مدى تأثير الرسالة الإقناعية المعاكسة في تغيير اتجاهات الأفراد يتأثر بعدد من المتغيرات حول طبيعة الرسالة الإقناعية ذاتها، مثل مدى مصداقية صاحب الرسالة أو موجهها، ومدى منطقية الرسالة وموضوعها. ويلخص (**بارون وبيرن 1987 baron and byrne**) نتائج عدد من الدراسات حول أفضل الخصائص التي تعمل على تغيير اتجاهات الأفراد،وتم تصنيفها على خصائص تتعلق بالرسالة الإقناعية المعاكسة للاتجاهات المكونة لديه على نحو مسبق كأن يكون هدف الإقناع واضحا،ومناقشة جميع جوانب القضية المطروحة، ومدى ما تثيره الرسالة من خوف وتوتر لدى الأفراد، وخصائص تتعلق بالشخص المرسل

للرسالة، كالخبرة والتخصص والشهرة والجاذبية وسرعة الكلام. [44]

ويتم تغيير الاتجاهات بإحدى الصور الآتية :

- تغيير وجهة الاتجاه نحو موضوع معين، من مؤيد إلى معارض،أو من موافق إلى غير موافق.
- التغيير في درجة وشدة الاتجاه [وهو التأثير على ايجابية أو سلبية الاتجاه، فإذا كانت الاتجاهات نحو موضوع معين ايجابية ما يساهم في الحفاظ على الاتجاهات ويقود إلى تكوينها وتقويتها].

وترجع قابلية الاتجاه للتغير إلى العوامل الآتية :

- صفات الشخص صاحب الاتجاه.
- طبيعة الاتجاه ذاته وخصائصه.

ج- طبيعة الموقف الذي تمت فيه محاولة التغيير[45]

وتتعد طرق تغيير الاتجاهات وتعديلها وفي ما يلي أهم الطرق الشائعة في تغيير الاتجاهات :

14-1- تغيير الجماعة المرجعية :

وتعرف الجماعة المرجعية بأنها الجماعة التي يرتبط الشخص بقيمها وأهدافها ومعاييرها الأخلاقية والاجتماعية، فإذا انتقل إلى جماعة جديدة ذات اتجاهات جديدة وانتمى إليها فإنه بمرور الوقت يميل إلى تعديل وتغيير اتجاهاته القديمة بما يناسب مبادئ وقيم الجماعة الجديدة. ويعرف الإطار المرجعي الذي يشتمل على معايير الفرد وقيمه كلها فعلى سبيل المثال ينظر الشخص الرأسمالي إلى القرارات الاشتراكية نظرة تختلف عن نظرة الشخص الاشتراكي لها وهذا يرجع إلى المرجع لكل منهما،لإحداث تغيير في اتجاهات الفرد يتطلب ذلك تغييرا في إطاره المرجعي.[46]

14-2- تغيير موضوع الاتجاه :

يحدث تغير في اتجاهات الفرد عندما يتغير موضوع الاتجاه نفسه ويدرك الفرد هذا التغير، مثال على ذلك: التشريعات الحديثة التي فرضت أن يشرك بعض العمال في مجالس إدارة بعض الشركات،وقد ترتب عن ذلك تغيير العمال من ثقافتهم ما أدى إلى تغيير في اتجاهات الآخرين نحوهم.

14-3- التغيير القسري في السلوك :

قد يحدث تغيير قسري في السلوك نتيجة ظروف اضطرارية وهذا يؤدي إلى تغير في الاتجاهات إما ايجابيا أو سلبيا، فعندما تضطر الظروف الابن الأكبر المدلل أن يتحمل مسؤولية أسرته عند فقدان والده أو عجزه، نجد أن اتجاهاته نحو الحياة بعامة تتغير بما فيها اتجاهاته نحو أفراد أسرته.

14-4- تغير المواقف :

تتغير اتجاهات الفرد والجماعة بتغير المواقف الاجتماعية، فمثلا نلاحظ أن اتجاهات الطالب تتغير حينما يصبح مدرسا،أو عندما ينتقل الفرد بين مستوى اقتصادي اجتماعي إلى آخر أعلى.

14-5- الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه :

الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه قد يؤدي إلى تغير اتجاه الفرد نحوه ولعل السبب في ذلك يرجع إلى عدة أمور منها أن اتصال الفرد بالموضوع اتصالا مباشرا يسمح له بأن يتعرف على جوانب جديدة. (47)

14-6- تزويد الفرد بالمعلومات عن موضوع الاتجاه :

وهذا يتم إما عن طريق الوالدين أو المدرسين أو الإخوة أو جماعة الرفاق أو رجال الدين أو الكتب والمراجع، هذا وتتوقف فاعلية المعلومات في تعديل الاتجاهات على الأمور الآتية:

- اتجاه الفرد نحو مصدر المعلومات.
- الطريقة التي تقدم بها المعلومات.
- الخصائص النفسية للشخص الذي يتلقى المعلومات.(48)

فالعمال الذين لهم اتجاهات سلبية نحو إدخال الآلات الحديثة يمكن تغيير اتجاهاتهم عن طريق تزويدهم بمعلومات كافية عن هذه الآلات وما تقدمه لهم من خدمات في المستقبل.

14-7- المناقشة الجماعية :

للمناقشة الجماعية فعالية أجمع معظم الباحثين عليها في قدرتها على تغيير الاتجاهات سواء تمت هاته المناقشات على نطاق الأسرة أو المنظمات الاجتماعية أو المؤسسات الحكومية أو المنظمات الدولية.(49)

الخلاصـــــــــــــــة :

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل وتعرفنا على مفهوم الاتجاهات وأثرها في التنشئة الاجتماعية ومدى ما يمثله هذا المفهوم من أهمية كبيرة وتأثير واضح في حياة المجتمعات بشكل عام وليس في حياة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرته فقط،ومن هنا تبرز أهمية مثل هذه الاتجاهات الوالدية في التنشئة والتي يستدل عليها من الأساليب التربوية والتي يجب أن تتخذ المنحى الايجابي القائم على الأساليب السوية المعبرة عن الاتجاهات الايجابية القائمة على علاقات أسرية صحيحة متماسكة وبالتالي توفر توافق نفسي مع أفراد الأسرة والمجتمع بصفة عامة.

قائمـــــــــــــــــة المراجـــــــــع :

1– سميح أبو مغلي،عبد الحافظ سلامة،فدوى أبو رداجة،"التنشئة الاجتماعية للطفل"،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،عمان،2002،ص149.

2– محمد محمد عويضة، " دراسة علمية بين علم النفس الاجتماعي والعلوم الأخرى " ، دار الكتب العلمية"، بيروت، دون سنة نشر، ص163.

3– فاروق الروسان، " قضايا ومشكلات التربية الخاصة "، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر،عمان،،1999 ص53.

4– ماهر عمر محمد، " سيكولوجية العلاقات الاجتماعية"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،2003،ص168.

5–عباس محمود عوض، " علم النفس الاجتماعي– نظرياته وتطبيقاته "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1974، ص35.

6- Norbet sillamy, dictionnaire de psychologie,larousse hier,patis,France,1999, p31.

7– صالح محمد علي أبو جادو،" سيكولوجية التنشئة الاجتماعية "، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان،1998،ص.ص 216.215.

8– محمود السيد أبو النيل،" علم النفس الاجتماعي"،دار النهضة العربية،بيروت،ج1،بدون سنة نشر، ص454.

9–صالح محمد علي أبو جادو،مرجع سابق،ص221.

10– سميح أبو مغلي وآخرون،مرجع سابق،ص156.

11– صالح محمد علي أبو جادو،مرجع سابق، ص222

12– محمود منسي،" علم النفس التربوي للمعلمين "، دار المعرفة الجامعية،1990 ، ص213.

13– سلوى محمد عبد الباقي،" آفاق جديدة في علم النفس الاجتماعي "، مركز الإسكندرية،للكتاب، الإسكندرية، ص.ص94.93.

14- سميح أبو مغلي وآخرون، مرجع سابق، ص.ص160.159.

15- Katz d,the functional ravorch to the study of attitudes public opinion quartly, 1960, p11.

16- صالح محمد علي أبو جادو، مرجع سابق،ص218

17- سامي محمد ملحم،مرجع سابق ،ص321.

18- منيرة أحمد حلمي،" ثلاث نظريات في تغيير الاتجاهات "،المكتبة الأنجلو مصرية،،دون سنة نشر،القاهرة،ص.ص25.24.

19- سامي محمد ملحم،المرجع سابق ،ص323.

20- منيرة أحمد حلمي،مرجع سابق، ص.ص25.75.

21- سامي محمد ملحم،المرجع سابق ،ص324.

22- لويس كامل مليكة،"الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي"،مطبعة القاهرة الجديدة"القاهرة،1960،ص18.

23- محمد أيوب الشحيمي،" دور علم النفس في الحياة المدرسية"،دار الفكر اللبناني،ط1،1994،ص250.

24- حامد عبد السلام زهران،" علم النفس الاجتماعي "،علم الكتب،القاهرة،1972،ص208.

25- سيد خير الله،مرجع سابق،ص228.

26- سيد خير الله،المرجع نفسه،ص292.

27- عدنان السبيعي،" سيكولوجية المرض والمعاقين"،الشركة المتحدة للطباعة والنشر،دمشق،1982،ص125

28- kirks and Gallagher(1993) education exceptional children. seventh edition, Haughton Mifflin company boston,u.s.a,p23.

29- محمد سيد فهمي،" واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي "،المكتب الجامعي الحديث،2005،القاهرة،ص.ص 228.227.

30- فاطمة المنتصر الكتاني، " الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال"، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط2، ص20.

31- فخر الدين جنيد جنيد،كمال الصائب،"إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم"،دار الزمان للنشر والتوزيع،الرياض،ط1،2006،ص9.

32- محي الدين أحمد حسين،" القيم الخاصة لدى المبدعين"،دار المعارف،القاهرة،1981،ص85.

33-حامد عبد السلام زهران،" علم النفس الاجتماعي"،عالم الكتب للنشر،القاهرة،، ط3،1979، ص29.

34- أحمد عبد العزيز سلامة وعبد الغفار عبد السلام،" علم النفس الاجتماعي"،دار النهضة العربية للنشر،القاهرة،دون سنة نشر،ص.ص28.25.

35- أحمد عبد العزيز سلامة وعبد الغفار عبد السلام، مرجع سابق، ص30.

36- فاطمة المنتصر الكتاني، مرجع سالق، ص27.

37- فاطمة المنتصر الكتاني،المرجع نفسه،ص28.

38- حامد عبد السلام زهران،مرجع سابق،ص30.

39- فؤاد حيدر،" علم النفس الاجتماعي"، دار الفكر العربي للطباعة والنشر،بيروت،لبنان،ط1،1994،ص30.

40- سهير كامل أحمد، سليمان شحاتة وآخرون،" تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق"،مركز الإسكندرية، للكتاب، ص19.

41- محمد ماهر محمود،" التوجيه والإرشاد النفس للأطفال غير العاديين"،دار الفكر العربي، بيروت،1987، ص.ص 35.34.

42- Fishbein, M,Ajzem, I beleitf attitude, intention behavior : an introduction to the eoryand research, racading,Mass : Addison wisely,1975,p210.

43- صالح محمد علي أبو جادو،مرجع سابق، ص.ص 225.224.

44- صالح محمد علي أبو جادو،المرجع نفسه،ص226.

45- سميح أبو مغلي وآخرون،مرجع سابق،ص160.

46- سيد خير الله ،" سيكولوجية الإنسان "،عالم الكتب،القاهرة،1974،ص284.

47- أحمد زكي صالح،" الأسس النفسية للتعليم الثانوي"،دار النهضة العربية،القاهرة،ص420.

48- أحمد زكي صالح،المرجع نفسه،ص204

49- عبد الحليم محمود السيد، " علم النفس الاجتماعي والإعلام"، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، 1979، ص118.

الفصل الرابع

الطفولة والصمم

محتـــــــــــــوى الفصـــــــــــــــل

مقدمة

1. **تعريف الإعاقة السمعية**
2. **درجات الإعاقة السمعية**
3. **أنواع الإعاقة السمعية**
4. **أسباب الإعاقة السمعية**
5. **خصائص الأطفال الصم**
6. **طرق التواصل لدى الأطفال الصم**
7. **تشخيص الإعاقة السمعية**
8. **فحوصات السمع الخاصة بالأطفال**
9. **العوامل المؤثرة على نمو الأطفال الصم**
10. **إعادة التأهيل السمعي للأطفال الصم**
11. **الوقاية من الإعاقة السمعية**

الخلاصة

مقدمـــــــــــــة :

اصطفى اللّه الإنسان عن باقي مخلوقاته من الكائنات بقدرات عقلية إدراكية تعمل على تحليل المؤثرات الحسية التي تحدث من حوله وفي بيئته، وتحتل حاسة السمع أهمية قصوى في عملية الإدراك الحسي , وبما أنّ البذور الأولى للشخصية الإنسانية تغرس في السنوات الأولى من حياة الطفل، لذلك فإنّ الحرمان من بعض الحواس يؤدي إلى فقدان الكثير من الخبرات التي يتمتع بها الطفل الطبيعي.

ومن هنا فإنّ فقدان السمع أو نقصه يؤثر على قدرات الطفل ونموه النفسي الاجتماعي. ويتناول هذا الفصل تعريفاً للإعاقة السمعية ودرجتها وأنواعها و أسبابها ، ثم تطرقنا إلى خصائص الطفل الأصمّ و طرق التواصل معه وصولاً إلى تشخيص الإعاقة وفحوصات السمع الخاصة بالأطفال والعوامل المؤثرة على نموهم و أخيراً إعادة التأهيل السمعي و كيفية الوقاية من الإعاقة السمعية.

1-تعريف الإعاقة السمعية :

تعتبر الإعاقة السمعية من المشكلات الرئيسية التي تواجه المجتمعات المتحضرة و النامية وخاصة الأطفال، وتعتبر هذه الإعاقة الأكثر انتشاراً في العالم.

وتعرّف الإعاقة السمعية: « على أنّها تلك المشاكل التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظيفته أو تقلّل من قدرة الفرد على سماع الأصوات البسيطة و المتوسطة وتشتمل الإعاقة السمعية على الأصمّ وتقيل السمع ».[1]

و يعرّف الصممّ: على أنّه الغياب الجزئي و الكلّي، أو الفقدان الكامل لحاسة السمع، أو هي الحالة التي تكون حاسة السمع فيها هي الوسيلة الأساسية التي يتمّ بها تعلّم الكلام و اللّغة، كما تكون معها حاسة السمع مفقودة أو قاصرة بدرجة مفرطة، حيث تعوق الأداء السمعي العادي لدى الفرد[2]

والصممّ أو الطرش هو فقدان القدرة على السمع وهو بمثابة العجز الكلّي على السمع على عكس الصممّ الجزئي أو الوقر أو ثقل السمع، والصممّ كالعمى على درجات و يكاد يكون هناك إجماع على أنّ كل حالة صمم لها مواصفاتها الشخصية.[3]

كما تعرّف الإعاقة السمعية: على أنّها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات و تشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصمّ وضعاف السمع.[4]

وثمّة تعريفات مختلفة للإعاقة السمعية منها التعريف الوظيفي , ويعتمد هذا التعريف على مدى تأثير الفقدان السمعي على إدراك وفهم اللّغة المنطوقة , واستناداً إلى هذا التعريف يرى لويد (lioyd) أنّ الإعاقة السمعية تعني انحرافاً في السمع يحدّ من القدرة على التواصل السمعي-اللّفظي، وشدّة الإعاقة إنّما هي نتاج لشدّة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى أهمّها :

- العمر عند الإصابة العمر
- العمر عند اكتشاف الفقدان السمعي ومعالجته.
- المدّة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي.

- نوع الاضطراب الذي أدّى إلى فقدان السمع
- فاعلية أدوات تضخيم الصوت .
- الخدمات التأهيلية المقدّمة .
- العوامل الأسرية و القدرات التعويضية أو التكييفية .
- الشخص الأصمّ الذي تحول إعاقته السمعية دون فهمه للكلام عن طريق حاسة السمع وحدها سواءً باستخدام السمّاعة الطبّية أو بدونها, أمّا الشخص ضعيف السمع فهو الذي يعاني من صعوبات السمع[5]

وحسب تقديرات الأمم المتحدة في عام 2000 بلغ عدد المعاقين في العالم حوالي 600 مليون معاق منهم 80 % في الدول النامية، ولا يحظى إلاّ 1% إلى 2 % منهم فقط بخدمات إعادة التأهيل، ولقد أعلنت منظمة الأمم المتحدة أنّ نسبة المعاقين في أيّ مجتمع تتراوح ما بين 7% إلى 10 % من مواطني كل دولة.[6]

وبناءً على التقرير السنوي الأوّل عن الإعاقة في الوطن العربي والذي أعدّه المجلس العربي للطفولة و التنمية عام 2002, يمكن تحديد نسبة الإعاقة في الوطن العربي حسب النوع كالأتي:

جدول رقم (1) : نسب الإعاقة في الوطن العربي (2002) [7]

م	نوع الإعاقة	%
1	الإعاقة العقلية	%32.2
2	الإعاقة الجسدية	%30
3	الإعاقة السمعية	%15.2
4	الإعاقة البصرية	%7.5
5	الإعاقة النفسية	%4.5
6	إعاقة النطق	%3.5
7	الإعاقة السمعية/ النطقية	%5
8	الإعاقة العقلية/المركّبة	%5.8
9	الإعاقة المتعدّدة	%10

قد يبدو لأوّل وهلة أنّ تحديد انتشار الإعاقة السمعية في مجتمع ما أمر سهل إلاّ أنّ الحقيقة غير ذلك, فالدراسات المسحية التي أجريت تعاني من مشكلات عديدة تتمثّل في كون أساليب التقييم غير دقيقة أو غير كافية وفي كون العيّنات غير ممثلة وفي الافتقار إلى معايير ثابتة لتحديد مستوى الفقدان السمعي، وعلى أيّ حال ، فالإعاقة السمعية ليست بمستوى شيوع الإعاقات الأخرى مثل التخلّف العقلي أوصعوبات التعلّم, ويقدّر نورثن وأندرسون (northen and Anderson) أنّ نسبة انتشار الإعاقة السمعية بمستوياتها المختلفة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة تقدّر بحوالي : 15% ولكن الإعاقة في هذه المرحلة العمرية تنتج في معظم الأحيان عن ضعف توصيلي وهي قابلة للعلاج الطبّي .

وتشير الدّراسات العلمية إلى أنّ الإعاقة السمعية أكثر انتشاراً بين الأطفال الّذين ينحدرون من أسر فقيرة ويعيشون في بيئات اقتصادية/اجتماعية أقل حظّاً.

كذلك فإنّ الإعاقة السمعية أكثر انتشاراً بين الفئات الخاصة في المجتمع فهي أكثر انتشاراً بين الأطفال الّدين يعانون من الشلل الدماغي، و التخلف العقلي و الشفة الأرنبية وغير ذلك.[8]

2– درجـــــــات الإعاقـــــــــة السمعيـــــــة :

إنّ معظم العاملين في ميدان التربية الخاصة يؤيّدون تقسيم الإعاقة السمعية إلى مستويات وفقاً لدرجات فقدان السمع ، ويشير **ريلي (Reilly) (1983)** إلى أن فقدان السمع يقاس بالأديومتري audiometery ووحدته الديسيبل Décible التي تقيس درجات الفقدان السمعي، وهي كذلك وحدة قياس السمع [9].

ويشير **محمد عبد الحيّ 1998** إلى أنّه تم تصنيف الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى عدّة تصنيفات حسب ما يفقده الطفل من وحدات سمعية.

أوّلاً : الطفل العادي من حيث السمع وهو من يعاني فقدان السمع من 10 إلى 25 ديسيبل " وحدة صوتية " ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في سماع الصوت الخافت .

ثانياً : فقدان سمع خفيف وهو من يعاني فقدان السمع من 25 إلى 40 ديسيبل " وحدة صوتية " ويواجه الطفل صعوبة شديدة في سماع الصوت عندما تكون المسافة كبيرة .

ثالثاً : فقدان سمع خفيف إلى متوسط وهو من يعاني فقدان السمع مابين 40 إلى 55 ديسيبل" وحدة صوتية"ويفهم الطفل الكلام و المحادثة بصورة عامة عندما تكون المسافة محدودة مابين ثلاثة و خمسة أقدام.

رابعاً : فقدان سمع متوسط إلى شديد وهو من يعاني فقدان السمع مابين 55 إلى 70 ديسيبل" وحدة صوتية", وهو الطفل الّذي لا يسمع إلاّ من مسافات قصيرة بصوت عال.

خامساً : فقدان سمع شديد إلى عميق، وهو من يعاني فقدان السمع مابين 70 إلى 90 ديسيبل"وحدة صوتية "، حتّى لايمكن لهذا الطفل تعلّم الكلام بالوسائل التقليدية .

سادساً : فقدان سمع تام، وهو من يعاني فقدان السمع فوق 90 ديسيبل"وحدة صوتية "، ويدرك الذبذبات بدلاً من نماذج الصوت الكامل، ويمكن توضيح ذلك في الجدول الآتي [10]

مستوى الخسارة بالديسيبل	مستوى الإعاقة السمعية
25-40	بسيطة جدا
25-40	بسيطة
40-55	متوسطة
55-70	شديدة
70-90	شديدة إلى عميقة
أكثر من 90	شديدة جدا (حادّة)

الجدول رقم (02) : يمثل مستويات الإعاقة السمعية حسب مدى الخسارة السمعية بالديسيبل

3- أنـــــــواع الإعـــــاقة السمعيـــــــــة:

إنّ قدرة الطفل على الكلام و استخدام اللّغة كأداة للتواصل في مواقف الحياة اليومية لايتمّ إلاّ في وجود جهاز سمعي سليم، يترتّب على ذلك أنّ أيّ خلل يصيب الجهاز السمعي من شأنه أن يعوق قدرة الفرد على التواصل.[11]

ويمكن تحديد نوعين من الإعاقة السمعية هما:

- **الصممّ** : ويعني فقدان القدرة على السمع بشكل كبير وواضح (فقدان سمعي من 70 ديسيبل فاكثر) مما يحول دون اعتماد الأصمّ على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السمّاعات أو بدونها .

– **ضعف السمع :** وهو الحالة التي يعاني فيها الفرد من فقدان سمعي يتراوح بين 69 ديسيبل تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام السمّاعات أو بدونها .[12]

كما أنّ الخلل الّذي يصيب الجهاز السمعي يتّخذ أشكالاً مختلفة من الإصابة في السمع وهي :

الإعاقة السمعية التوصيلية : وهي تنتج عن إصابة الأجزاء الموصلة للسمع كالطبلة أو المطرقة أو السندان, أو الركاب فلا تصل الموجات الصوتية بكفاءة إلى الأذن الدّاخلية، كما تكون كمية كبيرة من المادة الشمعية في قناة سمع الأذن الخارجية تعوق عملية توصيل الأصوات.

الإعاقة السمعية الحسّية العصبية: هي الإعاقة السمعية الناجمة عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، ويعاني المصاب من عجز في سماع النغمات العالية، فعلى سبيل المثال كلمة (فلسطين) يسمعها المصاب (فلطين) لأنّ لحرف السّين ترددا عالياً ، والصعوبة السمعية الناتجة عن الفقدان السمعي الحسّي العصبي تتراوح في الشدّة بين الدرجة البسيطة والشديدة، وأنّه يمكن القول أنّ الفقدان الحسّي بالديسيبل في هذه الحالة يتجاوز (70) ديسيبل كما أنّ درجة استفادة المصاب من السمّاعات قليلة .[13]

الإعاقة السمعية المختلطة:

يحدث ضعف السمع المركب أو المختلط نتيجة لحدوث خلل في أجزاء الأذن الثلاثة وهو عبارة عن خليط مابين الإعاقة السمعية التوصيلية و الحسّية .

الإعاقة السمعية المركزية:

يحدث في حالة وجود خلل يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية فيه، أو عندما يصاب الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ ، ويعود سبب الإصابة إلى الأورام و الجلطات أو إلى عوامل ولادية أو مكتسبة .[14]

كما تصنّف الإعاقة السمعية حسب العمر عند الإصابة إلى :

– **الصممّ قبل اللّغوي :** ويكون الصممّ ولادي أو مكتسب وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون اكتساب الكلام واللّغة بطريقة طبيعية، إنّما يتواصلون مع الآخرين عن طريق لغة الإشارة وأبجدية الأصابع.

- **الصممّ بعد اللّغوي :** وهو يحدث بشكل مفاجئ أو تدريجي بعد أن يكون الفرد قد تطورت لديه المهارات اللّغوية والكلامية في أيّ مرحلة من مراحل العمر، وتختلف حسب سنّ الطفل عند حدوث الإعاقة وشدّة الإعاقة وخصائص الشخصية للفرد .[15]

4- أسبـــــــاب الإعاقـــــة السمعيـــــة:

تتنوع أسباب الإعاقة السمعية وتتباين ، فثمّة حالات ولادية وثمّة حالات أخرى مكتسبة والحالات المكتسبة قد تحدث فجأةً وقد تحدث تدريجيا، وهناك أيضا حالات ضعف سمعي ، لا يعرف لها سبب وقد تكون بالنسبة إلى الحالات الولادية أسباب وراثية وقد لا تكون وراثية وتكون نتاج لعوامل أخرى من أكثرها شيوعاً الحصبة الألمانية وقد يكون النقص السمعي الناتج من عوامل وراثية شديداً جداً يتعذر معالجته، أمّا بالنسبة إلى الإعاقة السمعية المكتسبة فهي تعود إلى جملة من الأسباب من أهمها التهاب السحايا والخداج وعدم توافق العامل الريزيسي والتهاب الأذن الوسطى وتناول العقاقير الطبية وإصابات الرأس المباشرة والنكاف والحصبة وغير ذلك من الأسباب الأقلّ شيوعاً [16] .

ومن أسهل الطرق لتقسيم وتصنيف أسباب الإعاقة السمعية مايلي :

4-1- أسباب ماقبل الولادة :

أ- وراثة لها علاقة بالجينات .

ب- غير وراثية مثل :

- الأمراض التي تصيب الأم خلال الحمل مثل الحصبة و الأمراض الفيروسية الأخرى.
- داء السكّري.
- تسمم الحمل .
- التهاب الكلية.
- الأدوية المستعملة خلال الحمل من قبل الأم .

4-2- أسباب خلال الولادة :

-عدم اكتمال مدة الحمل .

- أمراض تحلل الدم أبو صفار .

- الشدة الخارجية على الطفل خلال الولادة وبصورة خاصة على الرأس من نتيجة العسر بالولادة أو استعمال الآلات أو ملاقط لسحب الطفل.
- قلة الأكسجين خلال الولادة لسبب التفاف الحبل السرّي على الرقبة أو اختناق الطفل بسوائل الأم الخارجة من الرّحم خلال الولادة .

4-3- أسباب ما بعد الولادة :

أ- وراثية :

- فقدان السمع العصبي العائلي وهو مرض وراثي يصيب أفراد العائلة بعد الولادة بسبب ضمور متوارث بالعصب السمعي.
- تكلّس عظام السمع .

ب – غير وراثية :

- الأمراض المعدية مثل الحصبة .
- تدرّن الأغشية الدماغية .
- الشدّة الخارجية والسقوط من علو, الحوادث, الضرب على الرأس....الخ .
- التهاب الأذن القيحية والالتهابات الأخرى التي تصيب الأذن .

5- خصائـــــــص الطفـــــــل الأصـــــــمّ :

ينبغي الإشارة إلى أنّ الإعاقة السمعية ليس لها التأثير ذاته على جميع الأشخاص المعوقين سمعيا,فهؤلاء الأشخاص لا يمثّلون فئة متجانسة ولكل شخص خصائص فريدة، تأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل منها : نوع الإعاقة السمعية، عمر الشخص عند حدوث الإعاقة،سرعة حدوث الإعاقة، القدرات السمعية المتبقية وكيفية استثمارها، الوضع السمعي للوالدين سبب الإعاقة, الفئة الاجتماعية-الاقتصادية، وغير ذلك. ومهما يكن الأمر،فمن المتوقع أن تؤثر الإعاقة السمعية على الخصائص المختلفة ذلك لأن مظاهر النمو مترابطة ومتداخلة وفيما يلي عرض لمختلف خصائص الطفل الأصمّ:

5- 1- الخصائص اللّغوية:

لاشك في أن النمو اللّغوي هو من أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية ، فالإعاقة تؤثر سلبا على جميع جوانب النمو اللّغوي، وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الشخص المعوق سمعيا مظاهر النمو اللّغوي الطبيعية، ومع أن الأطفال ذوي السمع العادي يتعلمون اللّغة والكلام دون تعلم مبرمج فالمعوقون سمعيا بحاجة إلى تعليم هادف ومتكرر، وفي حالة اكتسابهم للمهارات اللغوية فإن لغتهم تتصف بكونها غنية كلغة الآخرين.وذخيرتهم محدودة، وألفاظهم تتصف بالتمركز حول الملموس وجملهم أقصر وأقل تعقيدا. أمّا كلامهم فيبدو بطيئا وتيريته غير عادية .

5-2- الخصائص المعرفية:

لا يبدو أن الإعاقة السمعية تؤثر على الذكاء، فقد أشارت بحوث عديدة إلى أن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعيا كمجموعة لايختلف عن مستوى ذكاء الأشخاص العاديين، وأشارت دراسات أخرى إلى أن المعوقين سمعيا لديهم القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق للإعاقة.(18)

وعلى أيّ حال، فثمّة جدل عنيف مستمر حول أثر الإعاقة السمعية على النمو المعرفي فبعض الباحثين يعتقدون أن النمو المعرفي لايعتمد على اللّغة بالضرورة ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللّغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعيا، بل أن البعض أيضا يرى في لغة الإشارة لغة حقيقية ويعتقد هؤلاء أنه في حالة وجود اختلاف بين المعوقين سمعيا والأشخاص الآخرين من حيث الأداء في اختبارات الذكاء فإن ذلك لا يعني بالضرورة أن المعوقين سمعيا أقل ذكاءً من غيرهم ولكن ذلك يعود لعدم توفر طرق التعليم الفعالة وعدم تزويدهم بالإثارة المناسبة من قبل الآباء، أمّا البعض الآخر فيرى أن النمو المعرفي يعتمد على اللّغة وبما أن اللّغة هي الأكثر ضعفا بين مظاهر النمو المختلفة لدى المعوق سمعيا فهم يعتقدون أن النمو المعرفي سيتأثر بالضرورة .

ولتطوير مظاهر النمو المعرفي لدى الأطفال المعوقين سمعيا يقترح استخدام مثيرات حسية متعددة, أي أن الأطفال يتعلمون بشكل أفضل عندما يكون الموقف التعليمي مشبعا ليس فقط بالأصوات ولكن بالحركة، والألوان والروائح ، والأنماط المختلفة، ولهذا فإن الأطفال بحاجة إلى ألعاب و أنشطة متنوعة خاصة في المراحل العمرية المبكرة ، وتقترح بيجي (bigge 1982) استخدام مايلي :

- الخبرات اللمسية المتنوعة .

- الخبرات الحركية المتنوعة.
- الخبرات البصرية المختلفة.
- الخبرات السمعية المتنوعة.

5-3-الخصائص الجسمية الحركية :

إن مشكلات التواصل التي يعانيها المعوقون سمعيا تضع حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها ، وإذا لم يزوّد الطفل المعوق سمعيا باستراتجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيودا على النمو الحركي.(19)

إن الفقدان السمعي ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبا على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه ، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعيا تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة أما النمو الحركي لهؤلاء الأشخاص فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص غير المعوقين سمعيا ، وأخيرا فإن الأشخاص المعوقين سمعيا كمجموعة لا يتمتعون باللّياقة البدنية مقارنة بالأشخاص العاديين ، فهم عموما يتحركون قليلا حيث أنهم يخصصون معظم وقتهم للتواصل مع الآخرين .

5-4- الخصائص الاجتماعية-الانفعالية :

إن افتقار الشخص المعوق سمعيا إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين وكذلك أنماط التنشئة الأسرية، قد تعود إلى عدم النضج الاجتماعي. والاعتمادية ، إذ يحاول المعاق سمعيا تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي في مجموعة أو يميل إلى مواقف التفاعل التي تتضمن فردا واحدا أو فردين حتى أولئك الذين يعانون من إعاقة متوسطة يحتاجون إلى تركيز انتباههم جيدا لحديث الشخص الأخر والاستعانة بملاحظاتهم البصرية سواء لقراءة الكلام أو تعبيرات المتكلم لمتابعة الحوار. وبشكل عام يمكن القول أن الأطفال المعوقين سمعيا يميلون إلى العزلة نتيجة لإحساسهم بالعزلة أو عدم الانتماء لدى الأطفال الآخرين، وفي ألعابهم يميلون إلى الألعاب الفردية كتنس الطاولة و سباق الجري....الخ.(20)

فالإعاقة السمعية تترك تأثيرات كبيرة على قدرة الأطفال على المخالطة مع الآخرين وتفاعلهم معها ، إضافة إلى ذلك فإن نمط التنشئة الأسرية والتي كثيرا ما تتسم بالحماية الزائدة قد تعود إلى تطور الاعتمادية وإلى مستويات متفاوتة من عدم النضج الاجتماعي.[21]

5-5- الخصائص النفسية للأطفال المعوقين سمعيا :

توضح العديد من الدراسات أن مفهوم الذات لدى الأشخاص المعوقين سمعيا يتصف بعدم الدقة ، فهو غالبا ما يكون مبالغا فيه ، وتشير الدراسات أيضا إلى أن حقيقة الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل مباشر و غير مباشر على التنظيم السيكولوجي الكلي للإنسان .

وأشارت ميدو(meadow 1980) إلى أن المعوقين سمعيا كثيرا ما يتجاهلون مشاعر الآخرين ويسيئون فهم تصرفاتهم وأنهم يظهرون درجة عالية من التمركز حول الذات ، ومن المعروف أيضا أن الأشخاص المعوقين سمعيا يميلون إلى التفاعل مع أشخاص يعانون مما يعانون منه ، وهم يفعلون ذلك أكثر من أيّة فئة أخرى من فئات الإعاقة المختلفة ، ربما بسبب حاجتهم إلى التفاعل اجتماعيا والشعور بالقبول من الأشخاص الآخرين .

كما تشير الدراسات إلى أن نسبة كبيرة من الأشخاص المعوقين سمعيا تعاني من سوء التكيف النفسي، فالأطفال الصمّ يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار العاطفي ، وأنهم أكثر اكتئابا وقلقا وتهورا وأقل تأكيدا للذات ، و أشارت عدة دراسات أيضا إلى أن المعوقين سمعيا يتصفون بالتشكك بالآخرين وبالعدوانية. كما أن من أكثر الخصائص السيكولوجية قوة عند المعاقين سمعيا هي الميل للتملك والتعصب الفئوي (التعصب لمجوعة المعاقين سمعيا). [22]

6- طـــــرق التواصـــــل لدى الأطفـــال الصـــمّ :

تقوم طرق التواصل مع ضعاف السمع على استغلال أقصى ما يمكن أن يتوفر لديه من بقايا سمعية ، يمكن استثمارها في تحسين القدرة اللّغوية والكلامية لديه، وفي ما يلي عرض لبعض هذه الطرق :

6-1-التدريب على استعمال المعينات السمعية :

تتطلب عملية استخدام الطفل للسماعة قدرا كبيرا من العناية والاهتمام، فالطفل يجب أن لا يستخدم السماعة طوال اليوم، ويكون ذلك تحت إشراف أخصائي سمعي، بعد ذلك يمكن استخدام السماعة

لفترة قصيرة من الوقت، ويمكن زيادة فترات الاستخدام بشكل تدريجي إلى أن يتعلم الطفل كيفية استخدامها والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.[23]

6-2- طريقة التدريب السمعي:

وهي من أقدم طرق تدريب ضعاف السمع على اكتساب المهارات الاتصالية اللّغوية، وتركز على استغلال بقايا السمع لدى الطفل، والمحافظة عليها وتنميتها واستثمارها ما أمكن ذلك،عن طريق تدريب الأذن على الاستماع والانتباه السمعي، وتعويد الطفل ملاحظة الأصوات المختلفة والدقيقة والتمييز بينها، والاستفادة من المعينات السمعية لإسماع الطفل ما يصدر عن الآخرين، وكذلك ما يصدر عنه من أصوات، مع تدريبه على تنظيم عملية التنفس، وعلاج عيوب النطق، كما تعتمد هذه الطريقة على تشخيص ضعف السمع والتدريب المبكرين عن طريق متخصص في السمع والتدريب السمعي، ومشاركة الوالدين وخاصة الأمهات بعد تلقينهم الإرشادات والمساعدات اللازمة.[24]

6-3- قراءة الشفاه:

تستخدم طريقة قراءة الشفاه مع الأطفال ضعاف السمع بهدف تنشيط فهمهم لما يقوله لهم الآخرون، ويتحقق ذلك عادة بتوجيه انتباه هؤلاء الأطفال إلى بعض الحركات والإرشادات المعيّنة التي تحدث على الشفاه، وبعض حركات الوجه التي تساعد على فهم الكلام. [25]

ويشير **مصطفى فهمي 1960** إلى أن هناك قواعد يجب مراعاتها عند تعليم الطفل بطريقة قراءة الشفاه وهي:

- أن نربط بين منطوق الكلمة ومدلولها.
- مراعاة مستوى الطفل ومرحلته في النمو، والتعرف على حاجاته الأساسية.
- وجود مسافة مناسبة بين الطفل ومن يعلمه.
- استعمال المرآة يساعد على ملاحظة حركات الشفاه في أوضاعها المختلفة.
- أن يكون الكلام واضحا للطفل وبنغمة طبيعية.
- استخدام كلمات بسيطة وسهلة عند البداية.[26]

6-4-التواصل اليدوي:

التواصل اليدوي هو نظام يعتمد على استخدام رموز اليد لإيصال المعلومات للآخرين وللتعبير عن المفاهيم والكلمات، ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام لغة الإشارة، والتهجئة بالأصابع وبالنسبة

لتهجئة الأصابع فهي تشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الأبجدية، حيث يتم تهجئة كل كلمة حرفا حرفا باستخدام أصابع اليد الواحدة أو الاثنين لتمثيل الحروف الأبجدية المختلفة.[27]

كما أنه للتواصل مع الصمّ هناك طريقتين هما :

-**الطريقة الوصفية :** وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة مثل رفع اليد للتعبير عن الطول أو فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة أو تضييق المسافة....وهكذا.

-**الطريقة غير الوصفية :** وهي الإشارات غير الوصفية ولكنها إشارات خاصة له دلالتها الخاصة وتكون بمثابة لغة خاصة متداولة بينهم مثل الإشارة إلى الأعلى على الحسن و الإشارة إلى الأسفل على الشيء السيئ وهذه قاصرة على الصمّ بينما الأولى تكون بين الصمّ وكذلك الأسوياء. [28]

7- تشخيـــــص الإعاقـــــة السمعيـــة و أساليـب تقويـم السمـــع :

إن تقويم السمع وتحديد طبيعته ومداه يتم باستخدام أنواع مختلفة من الأساليب الرسمية وغير الرسمية، وتوكل هذه المهمة إلى اختصاصي الأذن أو اختصاصي القياس السمعي أو اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة. والهدف من تخطيط السمع هو:

- معرفة عتبة السمع لجميع الذبذبات .
- معرفة نوع ضعف السمع .
- معرفة درجة ضعف السمع.

ومن المهم معرفة نوع ودرجة ضعف السمع حتى نتمكن من تصنيفها ومعالجتها أو اختيار السماعة المناسبة.[29]

إذ أنه بعد توقع وجود إعاقة سمعية يجب إجراء عملية تقييم شاملة بهدف التخطيط للبرنامج المناسب،وهذه العملية تركز على مجالات منها المجال السمعي،ويتضمن التقييم السمعي تقييم قدرة الإنسان على معالجة المعلومات السمعية، تمييزها، وتنظيمها، وتفسير معانيها، وبعد ذلك يتم تحديد نوع السماعة الطبية اللازمة وإرشاد الأسرة وتوجيهها لمساعدة الشخص وتشجيعه على استخدام السماعة. ولأن الأطفال حتى السنة الأولى من العمر لا يتوقع منهم أن يتعاونوا أثناء الفحص وأن يستجيبوا للتعليمات، فإن بعض الاختبارات قد طوّرت مؤخرا خصّيصا لهم، وهذه الاختبارات تستخدم

عادة في أقسام المواليد الجدد في المستشفيات أو الحاضنات للتعرف على الأطفال الذين قد يكون لديهم صعوبات سمعية، وفي العادة بعد أن يبلغ الطفل من العمر عدة أسابيع فإن الأصوات (الكلام والموسيقى....الخ) تحدث تغييرا في سلوكه، ولهذا فالأدوات المستخدمة لقياس السمع عند الأطفال الرّضع تعتمد على بعض الطرق المختلفة.

وتقاس حدة السمع بالوحدة الصوتية أو ما يسمى بالديسيبل décibel وذلك باستخدام جهاز الأوديومترaudiomètre وتشير درجة الصفر على الجهاز إلى أقل صوت ويمكن أن يدركه الفرد ذي السمع العادي،كما يشير ازدياد عدد الديسيبل dB إلى ازدياد ارتفاع الصوت ويقدّر عدد الديسيبل dB للكلام الذي يحدث على بعد 10-20 قدم بحوالي 30-65 ديسيبل ، فالديسيبل : عبارة عن وحدة لقياس قوة الصوت وشدته وتستعمل لقياس قدرة الفرد على سماع الأصوات المحيطة به. (30)

8 – فحوصـــــــات السمـــــــــع الخاصـــــــة بالأطفـــــال :

تتم فحوصات السمع في غرفة التخطيط السمعي ويمكن حتى للمولود حديثا أن يستجيب للأصوات حتى لو كانت ذات شدة منخفضة، فوضع المولود بضع دقائق في جو هادئ جدا، واستيقاظه بعد إعطاء الصوت يدل دلالة قطعية على انتكاس ايجابي، وحتى سن الأربعة أشهر،يكون انتكاس الأطفال تجاه الأصوات بالالتفات نحو الصوت ولو بشكل بدائي، ومع اكتمال النمو فإن التفات الرأس نحو الصوت يكون أكثر وضوحا، وأن غياب الانتكاس قد يعني قصورا محيطيا أو مركزيا ويتطلب إعادة وتكرار الفحص بعد ذلك عند الطفل .

أما الرضيع مابين شهرين إلى 24 شهر فيمكن الاستعانة بأساليب أخرى،إذ أن تغير الاستجابة السلوكية للطفل بعد الشهر الثاني يعكس تزايد في نضجه العصبي وفي السنة الثانية يمكن استعمال الصور والألعاب ويستطيع الطفل أن يعرف أسمائها ويؤشر عليها مما يدل على مقدرته على السمع والكلام. (31)

وعندما يتراوح عمر الطفل بين ثلاث وستّ سنوات تكون الفحوصات تقريبا متشابهة لفحوصات الكبار،ويمكن مساعدة التقيّد conditionnement بواسطة peepshow وهو جهاز يستعمل لفحص السمع بالنسبة لضعاف السمع أو فاقدي السمع كلّيا أو جزئيا بالنسبة للذين يزيد عمرهم عن ستّ سنوات، ويستعمل بالنسبة للأطفال وذلك لمحاولة جلب انتباههم عن طريق الأفلام المتحركة واللعب

المفيدة وبذلك يستطيع الفاحص الوصول إلى نتائج تفيده في رسم الخط البياني بالنسبة للطفل الأصمّ أوضعيف السمع، وعندما يزيد عمر الطفل عن ستّ سنوات يستعمل فحص السمع التقليدي. [32]
ويمكن قياس السمع بعد سن الخامسة عن طريق :

- **اختبار الهمس:** وهي من الاختبارات المبدئية التي يمكن للآباء والأمهات إجراءها على الطفل ويجري هذا الاختبار لكل أذن على حدى بعد تغطية الأذن الأخرى .
- **اختبار دقات الساعة :** ويطلب من المفحوص وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التي يسمع عندها صوت الساعة، فإذا ما تعذر عليه السماع يتم تقريب الساعة من أذنه تدريجيا حتى يسمع وعلى أساس المسافة التي يقف عندها المفحوص ومقارنتها بالمسافة الطبيعية عند العاديين يتم حكمنا على درجة السمع عند الفرد كما يتضمن الفحص السمعي للأطفال ملاحظتهم سواء أثناء اللعب أو أثناء عملية الفحص، كما يفضّل فحص الحنجرة والأنف إضافة إلى الأذن كذلك يفضّل الاستماع إلى كلام الطفل وإلى مدى فهمه للكلام، وإذا استدعت الحاجة يمكن إحالة الطفل ليخضع إلى عملية تقييم شمولية [33]

9- العوامـــــل المؤثـــــرة على نمـــــو الطفـــــل المعـــاق سمعيـــــا:

تؤثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة للشخص المعاق سمعيا وبطرق مختلفة،ويظهر هنا التأثير على النمو اللّغوي والنفسي والاجتماعي والمعرفي والتحصيل الأكاديمي وعلى الخصائص الصوتية للقدرة على الكلام، وللوصول إلى فهم أكثر للطفل المعاق سمعيا فإننا بحاجة إلى معرفة العوامل المؤثرة على نموه، لقد أشار التمان (Altman 1996) إلى تأثير العوامل الآتية على مظاهر النمو للطفل المعاق سمعيا :

- **العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية :** يختلف الأطفال ذوو الفقدان السمعي الخلقي عن الأطفال المصابين بالصممّ بعد اللّغوي في مرحلة مبكرة من حياتهم مقارنة بالأطفال الذين فقدوا سمعهم بعد إصابتهم بأمراض خطيرة.
- **درجة الإعاقة السمعية :** والتي تحدد مقدار السمع المتبقي وتأثير ذلك على اللّغة والكلام، وتطور مهارات التواصل اللفظي أسهل مع الأطفال ذوي السمع الثقيل أو الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المتوسطة من الأطفال ذوي الفقدان السمعي الشديد جدا.

– **الوعي الذاتي لدى الأطفال المعاقين سمعيا :** بفقدانهم السمعي، واستعمالهم للسماعات الطبية، وتأثير السمع المتبقي على نموهم، والذي بالتالي يؤثر على حياتهم اليومية .

– **انفعالات الآباء والأسر:** الاستجابات السلوكية للأسرة تؤثر على نمو الطفل المعاق سمعيا، وخصوصا بعد التشخيص الذي يظهر الإعاقة السمعية للطفل، هذا إضافة إلى أن التوافق الداخلي للأسرة يؤثر على إحساس الطفل بالشعور بالأمن، كما أن اتجاهات الآباء نحو أطفالهم المعاقين سمعيا تؤثر على اتجاهات الطفل نحو نفسه.

– **الوضع الاقتصادي والتربوي للأسرة :** كما هو معكوس في الطبقة الاجتماعية الاقتصادية يؤثر على الضغط النفسي وتقديم الرعاية للطفل المعاق سمعيا،وعلى أيّ حال، الطبقة الاقتصادية الاجتماعية تؤثر بشكل كبير على تقديم خدمات الرعاية والأدوات السمعية المساعدة و غيرها.

– مدى ونوعية الإثارة السمعية وتوفير بيئة لغوية غنية للشخص المعاق سمعيا .

– العمر ومستوى المدخلات اللّغوية والتعرض للغة الإشارة في عمر مبكر ونموذج التواصل المستخدم في الأسرة والمدرسة. [34]

10– إعـــــــادة التأهيـــــــل السمعـــــــي للأطفـــــــال الصـــــــمّ :

هنالك من يقول أن الأطفال الذين تم مؤخرا اكتشاف أنهم يعانون من إعاقة سمعية يجب تدريبهم أولا بطريقة سمعية–لفظية وهنالك العديد من وجهات النظر المختلفة بهذا الخصوص واهتمامات قانونية حول النتائج المحتملة لهذه التوصيات، وقد فسّر **روس ross** سنة **(1994)** هذا الأمر كمايلي :

– تمتلك الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية بقايا سمعية، وقد تبيّن أنه مع التدريب المناسب والمبكر يمكن للأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة سمعية شديدة أن يتصرفوا كأطفال ذوي سمع طبيعي، ويقول ross أنه إذا كنا نفتقر للمعلومات الكافية حول درجة بقايا السمع لدى الطفل فإنه يقع ضمن الغالبية العظمى (أي أن لديه درجة كبيرة من بقايا القدرة على السمع)

– لايمكننا أن نتنبأ بمدى فاعلية استغلال بقايا السمع من خلال التدريب وخصوصا لدى الأعمار الصغيرة، فلا توجد هناك مؤشرات مؤكدة على مستقبل حالة السمع عند الطفل المعاق سمعيا، والأداء الفعلي هو المقياس لصحيح الوحيد الذي يمكننا الاعتماد عليه في الوقت الحالي .

- القدرة على السمع هي الحاسة التي تقوم عليها القدرة على تعلم المهارات اللّغوية بشكل أساسي، والنتائج اللّغوية لهذا التطور تتوافق مع اللّغة التي يستخدمها المجتمع عموما و ما لا يقل عن 90% من آباء الأطفال المعاقين سمعيا.

- الطريقة السمعية- اللّفظية ملائمة أكثر للطفل في سن الثالثة أو الرابعة من عمره على الأكثر،إذا كان هناك كشف وتدخل مبكر، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن الأطفال لهم أنماط تعلم مختلفة واحتياجات تواصل مختلفة أيضا. (35)

- ليس هناك دليل مقنع على النتائج الاجتماعية النفسية أو التواصلية السلبية عند الأطفال الذين ينتقلون من الطريقة السمعية اللّفظية إلى الطريقة اليدوية في عمر مبكر بشكل كاف،فهناك العديد من النتائج القوية حول هذا الموضوع والعديد من التقارير التي تتعلق بأطفال معيّنين وكل هذه الحالات في العادة تكون مصحوبة بتأخر كبير في عملية التركيز التواصلي .

- يقترح بعض المختصين أننا إذا بدأنا باستخدام التواصل الكلّي، فإنه بإمكاننا أن نضرب عصفورين بحجر واحد، يمكن الاهتمام ببقايا السمع عند الطفل، بالإضافة إلى الحصول على فوائد سريعة لنظام تواصل جيد، من المؤكد أنه يمكننا الحصول على نتائج جيدة إذا تم استخدام منهج كلامي و إشاري متبادل بدلا من استخدام منهج يستخدم الطريقتين في الوقت نفسه وبهذه الطريقة يمكن مضاعفة الجهود لتطوير المهارات ثنائية اللّغة، فإن استخدام الطريقتين في وقت واحد يؤدي إلى وجود أطفال يستخدمون ألفاظا غير كاملة وغير صحيحة قواعديا .

- الأخصائي السمعي ملزم ببذل الجهود الكافية لاستغلال بقايا السمع وبالرغم من معرفة أن نتائج النجاح العلاجي مع بعض الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية شديدة قد يعني صعوبات اجتماعية ومشاكل شخصية، فإن هذه الأمور حتمية وبغضّ النظر عن مدى نجاحنا علاجيا، فإن الطفل المصاب بإعاقة سمعية شديدة سيبقى يعاني من إعاقة سمعية شديدة مع كل مايتضمّنه من الحالة الاجتماعية والنفسية والفعّالية التواصلية، لذلك يجب تزويد هؤلاء الأطفال بفرص اجتماعية وظيفية عندما يكبرون.

ويمكنهم عندما أن يقرّروا كيف يرغبون في التواصل مع عالم الصمّ وعالم ذوي السمع العادي، وتعدّ هذه العملية مؤلمة عند بعض الأطفال ولكن ما هو الخيال الذي نمتلكه ؟ ويجب أن نشجع الآباء على أن يتخذوا قرارات حياتهم بأنفسهم.

وفي ظل هذه التوجيهات العلاجية فإن الاحتياجات التأهيلية لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية خلقية تعرض فروقا مفاهيمية وعملية لتفريق هذه الفئة عن الكبار الذين يعانون من فقدان السمع،وبشكل أساسي تكمن هذه العوامل في الدور الذي يلعبه السمع في تطور المهارات اللّغوية، ويجب البدء بعلاج الأطفال في هذه الحالة في وقت مبكر قدر الإمكان، والسبب يكمن في أهمية هذا الاكتشاف والعلاج المبكر من التطور السريع لمهارات الكلام في سن مبكر.[36]

وتبيّن الدلائل أن التأخر في اكتشاف الإعاقة السمعية وعلاجها يؤخر عملية تطوّر المهارات اللغوية لاحقا عند الطفل وأدائه الأكاديمي فيما بعد .

إن المهارات اللّغوية عند الأطفال المعاقين سمعيا الذين يتلقون علاجا مبكرا ويلتحقون ببرامج قبل مرحلة المدرسة تتفوق في العادة على مهارات الأطفال الذين يتم اكتشاف إعاقتهم وعلاجها في وقت متأخر، ومع ذلك فليس كل الأطفال الذين يتمّ اكتشاف إعاقتهم وعلاجها في وقت مبكر يحققون نتائج لغوية أفضل، إن الاكتشاف والتدخل المبكرين لا يضمنان أداء متفوقا، بل من المهم أن نضمن العلاج الجيّد في جميع المراحل العلاجية اللاّحقة .[37]

11- الوقـــــــاية من الإعاقـــــــــة السمعيـــــــــــة :

يشكّل التثقيف الصحي وسيلة ناجحة ورخيصة للتحسين من المستوى الصحي للمجموعة،وذلك من خلال الحملات الإعلامية، أي إسداء النصائح التي تقي من الإعاقة، وهنا تكون للأجهزة السمعية المرئية دور هام وكبير في تحسيس المواطنين بالتربية والتثقيف، كتخصيص دقيقتين بعد موجز الأخبار لبثّ أهم الأفكار الوقائية ويمكن تلخيص طرق الوقاية من الإعاقة السمعية في النقاط الآتية :

- الوقاية من الصمم الوراثي بعدم تشجيع زواج الأقارب والعوامل المعروف فيها توالد الصمّ وتوعية الناس بمنع الحمل وإنجاب الأطفال.
- الصمم الولادي، تشريعات الزواج الحديثة تمنع الزواج من المرضى الذين يؤدي زواجهم إلى إنجاب الأطفال المشوّهين خلقيا، ومعالجة الأمهات والآباء بعد الحمل.
- العناية بصحة الأم الحامل ووقايتها من الأمراض والعوارض وامتناعها عن تناول العقاقير الضّارة بالجنين والمخدرات والمسكرات وتوفير التغذية الضرورية.

- العناية في الولادة العسيرة وإتباع الطرق الصحيحة لتجنّب كل ما يعرّض المولود للشدة والاختناق عند المحاولة لإنقاذ الأم.[38]

– الوقاية من أمراض الطفولة بالتحصين ضدّ الأمراض باللّقاح اللاّزم.

– معالجة أمراض الأذن والأمراض التي لها أثر سيء على الأذن والسمع بوقت مبكر وبالطريقة الصحيحة والحديثة،ونشر الوعي الصحي بين الجماهير حول العناية بصحة الأذن والسمع وكيفية المحافظة على صحتها.

– منع الشدة على الأذن ووقاية السمع من التعرض لصوت الانفجارات والضجيج المتواصل أثناء العمل اليومي بتوعية العمال وتشريع القوانين اللازمة وتوفير التجهيزات الواقية لسمعهم.

– التشخيص المبكر لأمراض الأذن واكتشاف الحالات التي تؤدي إلى فقدان السمع وحالات الصمم بالمسح لسمع الطلاب والأطفال بصورة عامة.

– توعية الآباء وتوجيه المعلمين لاكتشاف حالات ضعف السمع أو الصمم بين الأطفال بالمراقبة والشكّ في الطفل الذي لا ينتبه للمخاطبة أو الدرس والطفل الذي يتأخر في تعلم النطق أو استعماله النطق المشوّه.

– توفير العلاج اللازم في الأدوار المبكرة في الإصابة بأمراض الأذن بالطريقة الطبيعية أو الجراحة أو التعليم الخاص أو استعمال مساعدات السمع.

وكل ذلك في مراكز طبّية تضم اختصاصيين من الأطباء المدرّبين في الجراحة الحديثة للأذن وفي معاهد السمع وتعليم فاقدي السمع وتزويدهم بأجهزة السمع.[39]

هذه من أهم معالم طرق الوقاية وذلك لتفادي آلاف الحالات المؤلمة التي ستكلّفنا أضعاف ما قد ما ننفقه على المعاينة، وظهور هذه السياسة بطبيعة الحال لا يمكن أن تكون فعّالة إلاّ إذا برمجت لزمن طويل وفي إطار سياسة صحية تعطي الأولوية للوقاية فعلا وقولا، وتخطيط لأجيال سليمة قبل أن تقع فريسة للمرض الذي يضطرنا إلى تشييد المستشفيات والمؤسسات.

الخلاصـــــــــــة:

من خلال ما تمّ عرضه يتبيّن أنه يترتّب عن فقدان السمع لدى الأطفال مشكلات عديدة، ويزداد الموقف صعوبة على الأسرة، فإذا ترك الأمر على هذا الفحوى فإن الطفل لن يستطيع التعبير عن نفسه من ناحية أو التفاعل مع الآخرين من ناحية أخرى،ويعتبر موضوع الإعاقة السمعية لدى الأطفال من الموضوعات الهامة في ميدان التربية الخاصة، وذلك لأسباب أهمها العوامل التي أدّت إلى ظهورها والنتائج والآثار المترتبة عن تلك الإعاقة،ويتّضح مما سبق أن ما يعانيه المعوّق سمعيا من مشكلات ما هو إلاّ محصّلة لتفاعل الإعاقة مع البيئة المحيطة، ومن هنا تتّضح أهمية العناية والاهتمام بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية وأسرهم والتواصل إلى الطرق والوسائل التي تأخذ بأيديهم لكي يعيشوا في توافق نفسي مع أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم.

قائمـــــــــــــة المراجـــــــــع :

1-عبد الله بن محمد آل عمران، "المدخل إلى الإعاقة السمعية"، دار النشر غير مبيّنة، 2002، ص60.

2-عبد الرحمان سيد سليمان، "معجم الإعاقة السمعية"، دار القاهرة، ط1، 2002، ص36.

3-عبد المنعم حنفي، "الموسوعة النفسية"، مكتبة المد بولي، ط2، القاهرة، 2002، ص334.

4-محمد خير الله الزراد. فيصل، "اللغة واضطرابات النطق والكلام"، دار المريخ للنشر، الرياض، 1990، ص214.

5-مصطفى نوري القمش،"الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة"، دار الفكر للطباعة والنشر، ط1، الأردن، 1999، ص27.

6-مدحت محمد أبو النصر، "متحدي الإعاقة-علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع من منظور الوقاية والعلاج"، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة،2004 ، ص18.

7-مدحت محمد أبو النصر، المرجع نفسه، ص19.

8-جمال الخطيب،"مقدمة في الإعاقة السمعية"،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان/الأردن، ط2، 2002، ص36.

9- Reilly ,R : " educational psychology " Mac millan publishing co, inc, new York, 1983, p 443.

10- مندل ايوجين، مكاي فيزنون، ترجمة عزّ الدين الأشول،" أنهم ينمون في صمت الطفل وأسرته"، ط2، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة،1974 ، ص، ص75.73.

11- محمد خير الله الزراد.فيصل،مرجع سابق،ص208.

12- مدحت أبو النصر:" الإعاقة الحسّية، المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية"، الناشر مجموعة النيل العربية، القاهرة،2005 ، ص74.

13- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار،" سيكولوجية الطفل غير العادي"، دار النهضة العربية، القاهرة، 1966، ص141.

14- مدحت أبو النصر،مرجع سابق،ص،ص74.73.

15- إيهاب الببلاوي،"توعية المجتمع بالإعاقة"،مكتبة الرشد،الرياض،2004،ص104.

16- جمال الخطيب، مرجع سابق، ص47.

17- جمال الخطيب، المرجع نفسه، ص48.

18- جمال الخطيب، المرجع نفسه،ص87.

19- جمال الخطيب، المرجع نفسه، ص88.

20- يوسف القيروني،مرجع سابق،ص153.

21-meadow.k(1980) deafness and development barkly .university of Carolina press,p158.

22- جمال الخطيب، مرجع سابق، ص، ص92.93.

23- محمد خير الله الزراد،مرجع سابق،ص.243

24-amer,kamel m,mohamed(1977): childhood hearing possibilities clinical evaluation and habilitation,p39.

25- محمد خير الله الزراد،مرجع سابق،ص87.

26- مصطفى فهمي، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين"، مكتبة مصر، القاهرة، 1975، ص84.

27 – جمال الخطيب،مرجع سابق،ص87.

28- مصطفى خليل الشرقاوي،"علم الصحة النفسية"،دار النهضة العربية،بيروت،1995،ص112.

29- مصطفى نوري قمش،مرجع سابق،ص37.

30- عصام حمدي الصفدي، "الإعاقة السمعية"، دار اليازوري العلمية للطباعة والنشروالتوزيع، الأردن،2003، ص، ص 26.25.

31-عصام حمدي الصفدي، المرجع نفسه،ص46.

32-علاء الدين كفافي،"رعاية نمو الطفل-الثقافة النفسية،دار قباء للطباعة والنشر،القاهرة،1998، ص147.

33- ألفر يدل ميلر، ترجمة عبد الرحمان سليمان،"فقدان السمع-المعينات السمعية وطفلك"،مكتبة زهراء الشرق،القاهرة،1997،ص176.

34-إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،"الإعاقة السمعية"، دار وائل للنشر، ط1،2003،ص179.

35- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع نفسه،ص204.

36- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع نفسه، ص205.

37- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع نفسه،ص206.

38-عصام حمدي الصفدي، مرجع سابق، ص28.

39- عصام حمدي الصفدي، مرجع سابق، ص29.

الفصل الخامس

الجانب الميداني

محتـــــــــــوى الفصـــــــــــــل

1. الدراسة الاستطلاعية
2. مجال الدراسة
   1.2. المجال المكاني
   2.2. المجال الزماني
   3.2. المجال البشري
3. الإجراءات المنهجية للدراسة
   1.3. منهج الدراسة المستخدم
   2.3. عينة الدراسة
   3.3. أدوات جمع المعلومات
   4.3. أدوات المعالجة الاحصائية
4. تقديم البرنامج الإرشادي
   1.4. مفهوم البرنامج
   2.4. أهداف البرنامج
   3.4. الأسلوب الإرشادي المستخدم
   4.4. العينات المستخدمة في البرنامج
   5.4. مراحل وخطوات تنفيذ البرنامج
5. نتائج الدراسة ومناقشتها
6. تحليل النتائج وتفسيرها على ضوء فرضيات الدراسة

توصيات

1-الدراســــــــة الاستطلاعيــــــــــــــة :

إن أي باحث قبل أن يبدأ دراسته لا بد له من التعرف على مكان إجراء الدراسة وكذلك الظروف التي يتوقع العمل فيها، والعينة المراد العمل معها، وكذلك الإطار الزماني الذي يمكن أن تستغرقه الدراسة، وهذا لا يتم إلاّ بالتعرف عن قرب على هذه المعطيات، حتى يتمكن الباحث من تحديد مواصفات العينة بشكل جيد وملائمة المنهج الذي يريد تطبيقه، بما يتماشى والإطار النظري لموضوع الدراسة وأهداف البحث وأهميته.

حيث تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساس جوهري لبناء البحث العلمي[1] فهي تساعد الباحث على تهيئة الأرضية التي منها يبتدئ دراسته الميدانية.

وعليه فقد تمت الدراسة الاستطلاعية بمدرسة صغار الصم ببن مهيدي بولاية الطارف، حيث دامت شهرين وهذا من شهر ماي إلى شهر جوان 2010 وكانت تهدف إلى :

- اختبار مبدئي لميدان الدراسة " مدرسة صغار الصم " وذلك من أجل الحصول على معلومات حول المدرسة ونشاطها وطرق عمل أعضائها.
- التعرف على مجتمع الدراسة وتحديد خصائصه
- تحديد وانتقاء عينة الدراسة
- الحصول على الوثائق التي يمكن أن تفيدنا في معرفة الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لأفراد عينة الدراسة.

ومن خلال الدراسة الأولية تحصلنا على بيانات مختلفة وعديدة عن عينة البحث والمتمثلة في أمهات الأطفال الصم المتمدرسين بمدرسة صغار الصم بولاية الطارف، وبالعدد الذي نحتاج إليه من أجل إجراء الدراسة وهذا بعد التعرف على الميدان، والخصائص التي وجب أن تتوفر في هذه الفئة، حتى لا يؤثر ذلك على الدراسة، وعليه يمكن القول أننا قمنا بجميع الإجراءات المتاحة قصد الوقوف على حقيقة الميدان والظروف التي سنعمل فيها، ومنه قد أنهينا الجزء الأول من خطة العمل والمخصص لاستطلاع الميدان وضبط الدراسة الأساسية.

2- مجـــــــــال الدراســـــــــــة :

2-1- المجال المكاني : تم إجراء الدراسة الميدانية في مدرسة صغار الصم الكائنة بابن مهيدي ولاية الطارف ، وقد أنشأت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 114.02 المؤرخ في 20 محرم 1423ه الموافق ل3 أفريل 2002 المتخصص بإنشاء وتنظيم المراكز الطبية التربوية ومراكز التعليم المتخصص للطفولة والمدرسة تابعة لوزارة التضامن الاجتماعي ، تعمل المؤسسة تحت إشراف مدير يساعده في أداء مهامه أعضاء الفرقة البيداغوجية ، ومن ضمن شروط الالتحاق بالمدرسة أن يعاني كل طفل من إعاقة سمعية مهما كانت درجتها خفيفة ،متوسطة أو عميقة ، ويتم قبول الأطفال بعد دراسة الملفات من طرف المجلس الطبي البيداغوجي وتستقبل المدرسة الأطفال من كل بلديات ولاية الطارف وحتى من بعض الولايات المجاورة ، وتقدر طاقة الإستعاب بـــ 80 طفلا والعدد الإحصائي للأطفال الحاليين بلغ 44 طفلا ، ويتم التكفل النفسي البيداغوجي بالمدرسة عبر مرحلتين أساسيتين هما التنطيق ومرحلة التمدرس .

2-2- المجال الزماني : استغرقت دراستنا الميدانية قرابة ثمانية أشهر ، حيث امتدت من شهر ماي 2010 إلى غاية شهر فيفري 2011 ومرت بالمراحل التالية :

المرحلة الأولى : في هذه المرحلة قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية حيث دامت شهرين وهذا من شهر ماي إلى شهر جوان 2010 ، وكانت تهدف إلى اختيار مبني لميدان الدراسة "مدرسة صغار الصم" ، وذلك من أجل الحصول على معلومات حول المدرسة ونشاطها وتاريخ إنشائها وطريقة عمل أعضائها والحصول على الوثائق التي يمكن أن تفيدنا في معرفة الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لأسر عينة الدراسة .

المرحلة الثانية : امتدت قرابة الأربع أشهر من أشهر سبتمبر إلى غاية شهر ديسمبر 2010 ، حيث تم من خلالها التقرب أكثر من مجتمع البحث ، ومن تم الوقوف عن كتب على الفتاة التي تتوفر فيها شروط الدراسة وهي أمهات الأطفال الصم وذلك من أجل تطبيق مقياس الاتجاهات الو الدية والبرنامج الإرشادي عليها .

المرحلة الثالثة : وهي مرحلة تفريغ الصيانات وتحليلها وصياغة التقرير النهائي والتي دامت قرابة الشهرين ابتداء من شهر جانفي إلى غاية شهر فيفري 2011.

3-3- المجال البشري :

اشتملت عينة الدراسة على 30 أما لأطفال صم ، حيث تم الإطلاع على ملفات الأطفال وتم حصر عدد من الأطفال الذين تتوفر فيهم الشروط وبالتالي يمكن استدعاء أمهاتهن من أجل تطبيق البرنامج الإرشادي ، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة .

المجموعة التجريبية : تتكون من 15 أما للأطفال الصم ، يتم تطبيق مقياس الاتجاهات عليهن إضافة إلى البرنامج الإرشادي الجماعي .

المجموعة الضابطة : مكونة من 15 أما للأطفال الصم ، يتم تطبيق نفس المقياس للاتجاهات الوالدية عليهن ، ولكن دون خضوعهن للبرنامج الإرشادي الجماعي .

3- الإجراءات المنهجية للدراسة :

3-1- منهج الدراسة المستخدم: تعتمد دراسة كل ظاهرة على منهج علمي ويمكن تعريفة بأنه:« الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة الموضوع للوصول إلى نتائج علمية وموضوعية تمكنه من الإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها ».[2]

وفي بحثنا هذا اعتمدنا على **المنهج شبه التجريبي**، باعتباره أنسب المناهج لموضوع الدراسة.

ويصف " **مورفي** " المنهج شبه التجريبي بأنه : " أهم حدث في علم النفس الحديث وفيه لا يقف الباحث عند مجرد وصف موقف أو تحديد وصفه، بل يعتمد على معالجة عوامل معينة، تحت شروط مضبوطة ضبطا دقيقا، لكي يتحقق من كيفية حدوث شروط أو حادثة معينة ويحدد أسباب حدوثها"[3]

وإذا كان البحث الشبه التجريبي يتطلب تصميما تجريبيا يعد بمثابة الهيكل أو البناء العام للتجربة فإن طبيعة الفرضية والبحوث السابقة وطبيعة المعلومات التي يسعى إليها الباحث والمشكلات العلمية التي

تعترضه عند القيام بالتجربة كل ذلك يحدد التصميمات التجريبية ، وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على تصميم المجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

وقد تناولنا في بحثنا هذا تصميم المجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة ويجري اختبار قبلي لهما ثم تتعرض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل ويجري بعد ذلك للمجموعتين التجريبية والضابطة اختبار بعدي ثم يحسب الفرق بين الاختبار القبلي والبعدي لكل مجموعة وذلك لتوضيح أثر المتغير المستقل على المتغير التابع والمخطط التالي يوضح هذا التصميم.

مج ت اختبار قبلي ← تقديم البرنامج الإرشادي ← إختبار بعدي .

مج ض اختبار قبلي ← لا برنامج ← اختبار بعدي

3-2- عينة الدراسة :

كما سبق القول عند معرض حديثنا عن المجال البشري للدراسة ، فإن عينة الدراسة شملت غالبية أمهات الأطفال الصم المتواجدين بالمدرسة ، حيث بلغ عددهن 30 أما من أصل 44 أما ، موزعين بالتساوي ما بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (15 مقابل 15) وفيما يلي وصف لبعض خصائص العينة .

خصائص العينة :

لقد تطلبت الدراسة الحالية عينة ذات مواصفات خاصة، وقد وجدنا ميدانيا 30 أما فقط من أصل 44 تتوفر لديهن حملة من الخصائص التي تساعدنا على إجراء هذا البحث وبالتالي تم اختيار العمل مع هذه الفئة دون غيرها لعدة عوامل وهي:

- حالات حدث فيها انفصال بين الوالدين وعددها ثلاث حالات.
- حالات حدث فيها وفاة الوالدين وتقدر بثلاثة حالات.
- حالات رفضت التجارب معنا وعددها ثمانية حالات.

وفي ما يلي بعض خصائص العينة المدروسة :

1– خاصية المستوى التعليمي :

المستوى التعليمي / المجموعات	أمية		مستوى ابتدائي		مستوى متوسط		مستوى ثانوي		مستوى جامعي		المجموع	
	ت	النسبة	ت	النسبة	ت	النسبة	ت	النسبة	ت	النسبة	ت	النسبة
المجموعة التجريبية	2	%13.33	3	%20	6	%40	3	%20	1	%6.66	15	%100
المجموعة الضابطة	2	%13.33	2	%13.33	6	%40	4	%26.66	1	%6.66	15	%100

جدول رقم (3) : خاص بالمستوى التعليمي.

تحليل وتفسير بيانات الجدول رقم (03) :

يتضح من بيانات الجدول السابق أن أعلى نسبة من أمهات عينة الدراسة ذات مستوى تعليمي متوسط وذلك في كلتا المجموعتين التجريبيتين والضابطة وهذا يعني أن أفراد المجموعتين متشابهتين تعليميا حيث بلغت نسبتهما 40% كما يتضح من بيانات الجدول أن المستوى التعليمي الثانوي كانت نسبته متقاربة بين المجموعتين حيث بلغت نسبة المجموعة التجريبية 20% ، في حين بلغت نسبة المجموعة الضابطة 26.66% يلي ذلك المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 20% في المجموعة التجريبية و13.33% بالنسبة للمجموعة الضابطة ، تلي ذلك نسبة 13.33% في كلتا المجموعتين بالنسبة للأمهات الأميات ، وأخيرا نسبة 6.66% في المجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة للأمهات ذات المستوى الجامعي . وما يمكن استخلاصه على العموم بالنسبة إلى المستوى التعليمي أن هناك تقارب كبير في كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة . والأمرالذي يدفعنا إلى القول بوجود درجة مقبولة من التجانس والتماثل من حيث المستوى التعليمي.

2-خاصية الأصل الاجتماعي :

الأصل الاجتماعي / المجموعات	من أصل ريفي		من أصل حضري		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
المجموعة التجريبية	12	%80	3	%20	15	%100
المجموعة الضابطة	13	%86	2	%13.33	15	%100

جدول رقم (04) : خاص بالأصل الاجتماعي.

تحليل وتفسير بيانات الجدول رقم (04) :

يتضح من الجدول أعلاه أن معظم أفراد عينة الدراسة من الأمهات من أصل اجتماعي ريفي، حيث بلغت نسبة الأمهات من الأصل الريفي 80% في المجموعة التجريبية و86% في المجموعة الضابطة. وبالنسبة إلى الأصل الحضري حيث بلغت نسبة المجموعة التجريبية 20% والمجموعة الضابطة 13.33% من أصل العينة ككل .

وباستقراء نتائج هذا الجدول نجد أن هناك تشابه في خصائص العينة وذلك في كلتا المجموعتين وذلك فيما يخص الأصل الاجتماعي الريفي، إذ يؤثر الأصل الاجتماعي على أسلوب الأسرة بصفة عامة وبالتالي يؤثر على أسلوب معاملة الأم لطفلها الأصم، وذلك لنقص التوعية والمعرفة بالاتجاهات الوالدية المناسبة لتنشئة الأطفال المعوقين، فقد تتبع الأمهات بعض الساليب الخاطئة وذلك بسبب انخفاض المستوى المعيشي والاجتماعي بصفة عامة في الريف مقارنة بالمدينة، وعليه يمكن اعتبار المجموعتين متجانستين في هذا العامل.

3-خاصية المستوى الاقتصادي :

المستوى الاقتصادي / المجموعات	دخل جيد		دخل متوسط		دخل ضعيف		المجموع	
	ت	النسبة	ت	النسبة	ت	النسبة	ت	النسبة
المجموعة التجريبية	2	%13.33	8	%53.33	5	%33.33	15	%100
المجموعة الضابطة	3	%20	9	%60	3	%20	15	%100

جدول رقم (05) : خاص بالمستوى الاقتصادي

تحليل وتفسير بيانات الجدول رقم (05) :

يتضح من الجدول رقم 5 أن أكثر من نصف أفراد العينة المبحوثة (57 %) من ذوي الدخل المتوسط، وقد كان التوزيع التكراري بين المجموعتين متقارب جدا (8 مقابل 9 أفراد) ونفس المشاهدة يمكن تسجيلها في المستويين الاقتصاديين المحددين (جيد مقابل ضعيف)، حيث نلاحظ تقارب في تكرارات التوزيعات الأمر الذي يجعلنا ننظر إلى المجموعة ككل وبصفة عامة على أنها متجانسة من حيث عامل المستوى الاقتصادي. فالفروق البسيطة في النسب تبدو ضئيلة ليس فقط في المستوى الثقافي ليس فقط بحسب المستوى الثقافي أو الأصل الاجتماعي بل حتى في متغير الوضعية الاقتصادية وهذا – طبعا- إذا اعتبرنا الأوزان المحددة للمستوى الاقتصادي دقيقة وواضحة نسبيا، وعموما يلعب المستوى الاقتصادي الجيد دورا حاسما في حياة الأسرة بصفة عامة وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة لأنه في حال توافره بصورة كافية يمكن توفير خدمات هامة للطفل والأسرة، وعلى خلاف ذلك يؤدي الدخل المنخفض إلى معاناة و إحباطات تنعكس سلبيا على الاتجاهات الوالدية نحو الأبناء.

3-3- أدوات جمع المعلومات :

يعتمد تنفيذ الطرق العلمية عادة على مجموعة من التقنيات أو الأدوات لجمع البيانات اللازمة والمعلومات الميدانية الخاصة بموضوع البحث ، لأنه ليس كل الأدوات صالحة للاستخدام في جميع الدراسات ، وإنما تختلف من دراسة لأخرى وباختلاف المنهج المعتمد وفي الدراسة الحالية استخدمنا الأدوات التالية :

3-3-1- مقياس الاتجاهات الوالدية :

قام بتأليف هذا المقياس الباحثان **محمد عماد الدين إسماعيل** و **رشدي منصور** ، وهو يقيس الاتجاهات الوالدية السائدة في عملية التنشئة الاجتماعية وعليه فالمقياس يعتبر كأداة للتشخيص وكأداة للبحث يعطي بصورة منهجية جوانب متعددة من الاتجاه الوالدي، ويتكون المقياس من 30 عبارة بمعدل 10 عبارات لكل معاملة وهي تعطي ثلاث أشكال من المعاملة الوالدية وفيما يلي عرض موجز لكل واحدة منهما.

الإهمال : ويقصد به ترك الطفل دون تشجيع على السلوك المرغوب فيه أو استحسان له وكذلك دون محاسبة على لسلوك المرغوب فيه ، كذلك ترك الطفل دورها توجيه إلى ما يجب أن يفعله أو يقوم به أو إلى ما ينبغي أن يتجنبه، وتتمثل العبارات الخاصة بالإهمال في الآتي :

1- من صالح الطفل أن نتركه حرا يلعب مع الأطفال الذين يود أن لعب معهم .

2-مهما حاول الابن أن يرضي والديه فمن الأفضل ألا يظهر له الوالدان شعورهما بالرضا .

3-مهما تكرر امتناع الطفل عن الأكل فمن أفضل الطرق عدم إعارة هذه المشكلة أي اهتمام .

9- من أفضل الطرق لإسكات الطفل عند البكاء هي تركه ليسكت من تلقاء نفيه .

15- لا يصح أن نحقق للطفل جميع رغباته

20- ينبغي أن لا نظهر لهفتها على الطفل إذ مرض أو أصابه مكروه .

25- إذا اشتكى الطفل من إيذاء احد له فينبغي أن نلومه ونعتبره مسؤولا عن هذه النتيجة .

26- إذا لم يستطيع الطفل أن يتحكم في عملية الإخراج فمن الأفضل تركه كلية فسوف يتحكم من تلقاء نفسه .

27- إذ لم يتم الطفل في الوقت المحدد فأنصح بتركه تماما حتى يحس برغبة في النوم .

30- من أفضل الوسائل لتأديب الطفل هي تركه تماما عندما يخطأ فسوف ينصلح أمره من تلقاء نفسه .

القسوة : ويقصد بها استخدام أساليب العقاب البدني كالضرب أو التهديد به والحرمان أي كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسمي كأسلوب أساسي في عملية التطبيع وتتمثل العبارات الخاصة بالقسوة في الآتي :

4-يجب على الابن أن يطيع والديه دائما .

5-إذ لم يقم الطفل بواجباته فأفضل علاج له هو الضرب .

7- لا يصح للأبناء مناقشة ومراجعة قرارات الوالدين .

8- من أفضل الوسائل لمنع الطفل من الكذب هي المبادرة بضربه عند أول كذبة يقولها .

10- الوالد وحده هو القادر على اختيار الصديق المناسب لابنه .

11-إن أفضل الوسائل في تأديب الطفل هي المبادرة بضربه عند كل خطأ يرتكبه

13- إن لم ينم الطفل في الوقت المحدد ، فلا مفر من اللجوء للضرب .

17- الرجل هو الذي تتطبق كلمته في البيت .

18- من أفضل الوسائل لمنع لأطفال من العدوان على بعضهم البعض هي أن نبادر بضرب المعتدي منهم

19- إن لم يستطيع الطفل أن يتحكم في عملية الإخراج في الوقت المناسب لذلك فلا مفر من عقابه بالضرب أو التهديد به .

الحماية الزائدة : ويقصد بها القيام نيابة عن الطفل بالواجبات أو المسؤوليات التي يمكنه أن يقوم بها ، والتي يجب تدريبه عليها ، فالأبوان اللذان يتخذان من ابنهما اتجاه الحماية الزائدة في التربية لا يعطيانه الفرصة للتصرف في كثير من الأمور بل يتحملان نيابة عنه كل هذه الأمور ، وتتمثل العبارات الخاصة بالحماية الزائدة في الآتي :

6-أفضل طريقة نضمن بها أخلاق الطفل هي أن نمنعه من الاختلاط بغيره من الأطفال .

12- إن أحسن طريقة لتربية الطفل هي أن نتركه حرا يعمل كل ما يحلو له .

14- إذا اشتكى الطفل من إيذاء أحد له فينبغي أن نشجعه على تجنب المعتدي .

16- الأم المثالية هي التي تكون إلى جانب ابنهما مهما أخطأ وتبرر عمله .

21- مهما أخطأ الطفل فينبغ أن لا يتحمل المسؤولية لأنه طفل .

22-إن لم يقم الطفل بأداء واجب عليه فيجب أن نؤدي نحن الواجب نيابة عنه .

23-إذا اشتكى الطفل من إيذاء أحد أخواته له فينبغي أن يقوم الوالدين بعقاب المعتدي نيابة عنه .

24-ينبغي على الأبناء إن يأخذوا رأي الوالدين مقدما في كل صغيرة وكبيرة .

28-أحاول باستمرار أن أعرف كيف يتصرف الطفل في كل أموره .

29-أفضل الطرق أن نقوم بحل مشكلات الطفل مهما كان نوعها .

طريقة تطبيق المقياس : نظرا لطبيعة مقياس الاتجاهات الوالدية ، والهدف من بنائه فقد اختزلت درجات الموافقة أو عدمها في ثلاث درجات بدلا من خمسة هي "موافق" وتعطى لها درجة **2**، و"معترض" وتعطى لها درجة **0** و"متردد" وتعطى لها درجة **1**، ولقد روعي أن تستوفي عبارات المقياس كل الشروط اللازمة ومن أهمها الوضوح والتحديد ، وأن تكون العملية من النوع المسمى بأحادي الاتجاه ، وهذا هو النوع الذي يصلح لصياغة مقياس الاتجاهات الوالدية .

3-3-2- الملفات الإدارية : تعتبر الوثائق أو الملفات إحدى المصادر الهامة لجمع المعلومات فهي تحتوي على بيانات ومعطيات كثيرة ومتنوعة عن مجتمع البحث ، وتفيد الباحث في تكوين فكرة أو حتى الإلمام بخصائص أفراد العينة ومعرفة بعض المعلومات الخاصة بهم ، وبالتالي تمكن من ضبط

وتحديد خصائص العينة بما يتناسب وإجراءات منهجية الدراسة ، وبمعنى آخر ضبط الخصائص الاجتماعية والحالة الاقتصادية والمستوى التعليمي لعينة الدراسة .

3-4- أدوات المعالجة الإحصائية :

اعتمدت الدراسة الحالية على أسلوب القياسين القبلي والبعدي في السعي لاستخدام برنامج إرشادي جماعي لتعديل الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال الصم ودراسة أثره ، وبالتالي فقد تم استخدام اختبار"ت" T.Test للمجموعات المتساوية في المقارنة بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية التي حصل عليها أفراد كل من المجموعتين التجريبية والضابطة في كل بعد من الأبعاد المتضمنة لقياس الاتجاهات الوالدية والمتمثلة في بعد الحماية الزائدة والقسوة والإهمال وذلك قبل الانتظام في الحضور للبرنامج الإرشادي الجماعي لتعديل الاتجاهات الوالدية وعقب الانتهاء من البرنامج .

4- تقديم البرنامج الإرشادي :

4-1- مفهوم البرنامج : البرنامج هو مجموعة من المثيرات المتضمنة في المواقف والإجراءات والعمليات المقصودة التي يمكن تحديدها وتكرارها ، ويفترض أنها تأثر تأثيرا مرغوبا في مجموعة أو مجموعات معينة من الأفراد ، ويمتد تأثيرها إلى النظام أو المؤسسة ، وتعتبر فاعلية البرنامج من خلال تقويم الأثر الذي يهتم بفحص ما إذا كان البرنامج سببا في إحداث تغيرات في الاتجاه المطلوب، وهذا يتطلب توضيح الأهداف الإجرائية له، وتحديد محكات النجاح وقياس التقدم نحو الأهداف . [4]

كما يعرف **حامد زهران** البرنامج الإرشادي بأنه: " برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة والغير المباشرة فرديا وجمعيا لجميع من تضمهم المؤسسة أو الجماعة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ولتحقيق التوافق النفسي داخل الجماعة " [5] أما البرنامج الإرشادي للأمهات في هذه الدراسة فهو عبارة عن إقامة علاقة معاونة ومساعدة بين متخصص وأمهات الأطفال المعاقين سمعيا من أجل فهم أفضل لهمومهن ومشكلاتهن ومشاعرهن ، مما يتمخض عنه تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات وينعكس ذلك في تعديل اتجاهاتهن نحو أطفالهن الصم .

4-2- أهداف البرنامج :

يتمثل الهدف الرئيسي للبرنامج في مساعدة أمهات الأطفال الصم على تعديل اتجاهاتهن الوالدية السلبية القائمة على الحماية الزائدة أو الإهمال أو القسوة ويتم تحقيق ذلك عن طريق :

- تعريف الأمهات بالإعاقة السمعية وإشراكهن فيها كعنصر حيوي في البرنامج المقدم .
- شرح أبعاد الإعاقة السمعية للأمهات وذلك بتقديم معلومات عن طبيعة الإعاقة من حيث كونها حرمانا حسيا والتعرف على درجات وسبب الإعاقة السمعية .
- فهم وتقبل المشكلة بطريقة صحيحة لتهيئة الأمهات للمشاركة الفعالة في البرنامج الإرشادي لتنمية وتعديل سلوكاتهن واتجاهاتهن المتبعة نحو أطفالهن الصم .
- التعرف على السمات والاحتياجات الخاصة بالطفل الأصم ، وتوضيح الآثار السلبية للإعاقة السمعية.
- توفير قدر مناسب من المعلومات للأمهات وتوضيح أساليب الرعاية الصحيحة للأطفال .

وفي ضوء الدراسة تم تحديد بعض الاعتبارات التي يتعين مراعاتها عند تنفيذ البرنامج هي:

- تدعيم العلاقة بين الباحثة والأمهات على أساس من الثقة والاحترام المتبادل .
- إتباع أسلوب المحاضرة والحوار والمنافسة .
- استخدام لغة بسيطة وسهلة تتلاءم ومستوى الأمهات.
- تحديد إجراءات تطبيق الجلسات وأهدافها والمدة الزمنية لكل جلسة. بشكل يمكن أن يحدث تأثيرا إيجابيا على الأمهات. .

4-3- الأسلوب الإرشادي المستخدم :

يتبع البرنامج الإرشادي الحالي عند تنفيذه أسلوب الإرشاد الجماعي، ويتم خلاله إرشاد عدد من الأمهات الذين تتشابه مشكلاتهن ومن خلال الإرشاد الجماعي تتعلم الأمهات مساعدة بعضهن البعض، وتتم هذه المساعدة عن طريق التغذية الراجعة والدعم والتشجيع أو التعزيز لسلوك المرغوب فيه فمن

خلال إلتقاء الأمهات يتم تبادل الخبرات فيما بينهن وتقديم الدعم لبعضهن ، كما تتيح لهن الفرصة لتحالف والتعايش مع وجود أطفال صم بينهم بنجاح .

وقد تم اختيار الأسلوب الإرشادي في الدراسة الحالية لعدة اعتبارات منها:

- أهمية التشابه بين أفراد الجماعة في المشكلات التي يعانون منها .
- أهمية استغلال التفاعل الدينامي بين الجماعة في تحقيق الهدف المنشود في الإرشاد.
- أهمية توافر المكان المناسب الذي تتم فيه العملية الإرشادية .
- تحديد عدد المجموعة الإرشادية واستخدام المحاضرات في البرنامج الإرشادي الحالي، ويعتمد هذا الأسلوب أساسا على إلقاء محاضرات سهلة الفهم يتخللها ويليها مناقشات وتهدف المحاضرات أساسا إلى تغيير الاتجاهات سلبيا عند الأمهات.

كما يفيد أسلوب الإرشاد الجماعي المسترشد نفسه حيث تعطي المحاضرات لجماعية الفرصة للأمهات لتعلم جوانب جديدة من خلال التفاعل السلوكي مع الجماعة كما أنها تعطيهم الفرصة لتقويم ذاتهن من خلال التفاعل مع الجماعة والإحساس بردود الفعل الايجابية والسلبية، كما أنها تتيح لهن الفرصة للإحساس بذاتهن كأعضاء فعالين في المجموعة الإرشادية ، كما أنه لابد عند إتباع أسلوب الإرشاد الجماعي أن يحدد المرشد النفسي الفنيات الإرشادية الخاصة التي تسهم في تحقيق التنمية الشاملة لشخصية الأمهات والتعديل المؤثر والفعال في سلوكهن نحو الأفضل .

4-4- الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي :

أ. **المحاضرة:** وهي أسلوب بسيط وغير مكلف، وثبتت فاعليتها في العديد من البرامج الإرشادية . حيث تقوم صاحبة البحث بتقديم المعلومات والحقائق والمفاهيم إلى مجموعة البحث ،ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وبعبارات تتناسب والمستوى التعليمي لمجموعة البحث .ولكي تكون المحاضرة ناجحة لابد من الإعداد الجيد لها من خلال تحديد الموضوع الذي ستتناوله بشكل جيد ، كذلك تهيئة المكان المناسب .

ب. المناقشة الجماعية: وتعتبر المناقشة الجماعية أسلوبا من أساليب الإرشاد الجماعي ويلعب فيها عنصر التعلم وإعادة التعلم دورا أساسيا، حيث تعتمد أساسا على توضيح المفاهيم الخاصة بأساليب المعاملة ، يتخللها ويليها مناقشات وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية أساسا إلى تغيير الاتجاهات لدى الأمهات كما تقوم المناقشة الجماعية على الحوار المنظم وذلك من أجل تخفيف حدة الضغوط النفسية التي تعاني منها الأمهات كنتيجة لوجود طفل معاق في الأسرة وبالتالي الوصول إلى تعلم أساليب الرعاية المناسبة للطفل الأصم على أساس أنها مشكلات جماعية ومشكلات عامة بدلا من التركيز عليها كمشكلة فردية وشخصية وبالتالي الوصول إلى شعور الأمهات بالأمن والتقبل وأن المشكلات مشتركة والتخلص من الشعور بالاختلاف .كما يعتمد على المناقشة من أجل شرح البرنامج للمشاركين وتحقيق التفاعل بين الأمهات وبالتالي يستطعن التعبير عن كل ما يدور في خاطرهن نحو أطفالهن الصم .

وبالتالي تكتسب الأمهات العديد من المهارات التي تساعدهن على القيام بواجباتهن نحو أطفالهن على أحسن وجه .

4-5- مراحل وخطوات تنفيذ البرامج :

يمر البرنامج خلال تنفيذه بثلاث مراحل وهي كالتالي :

4-5-1 المرحلة التمهيدية: تكشف هذه المرحلة أهمية خاصة من حيث كونها أفادت في بلوغ مجموعة من الأهداف وهي كالآتي :

- بناء العلاقة الإرشادية الجيدة بين صاحبة البحث ومجموعة المبحوثات.
- إقامة مناخ ودّي وآلف.
- تنمية روح التعاون بين الباحث والمبحوثات.
- إلقاء الضوء على نظام الجلسات الإرشادية وفترات إجراءها وخطة العمل التي يتم اتباعها خلال جلسة.

4-5-2 المرحلة التنفيذية : تضمنت هذه المرحلة تنفيذ البرنامج في المدة المحددة له، بمعنى في مدة زمنية بلغت الشهرين (08 أسابيع) بواقع جلستين أسبوعيا مدة كل واحدة ساعة ونصف وعليه يستغرق البرنامج 20 ساعة.

4-5-3- المرحلة التقويمية : تم خلال هذه المرحلة مايلي :

- قياس مدى التغير الناجم من البرنامج الإرشادي من خلال تطبيق بعدي لمقياس الاتجاهات الوالدية.

وفيما يلي عرض موجز بأهم الموضوعات التي تناولها البرنامج من الجدول رقم (06) :

الجدول (06): يوضح موضوعات البرنامج الإرشادي.

الوحدات الفرعية	أهم الموضوعات التي تتناولها الوحدة	عدد الجلسات الخاصة بالوحدة
تمهيد عن البرنامج الإرشادي	- شرح موجز لموضوع البرنامج وأهميته، أهدافه . - تطبيق أدوات الدراسة .	جلستين (3 ساعات) .
التعريف بطبيعة الإعاقة السمعية	- مفهوم الإعاقة السمعية. - أسباب الإعاقة السمعية .	جلستين (3 ساعات) .
خصائص الطفل المعوق سمعيا.	- التعرف على الخصائص اللغوية . - التعرف على الخصائص المعرفية . - التعرف على الخصائص الاجتماعية والانفعالية . - التعرف على الخصائص النفسية .	جلستين (3 ساعات) .
الحاجات النفسية للطفل	- الحاجة إلى لتجاوب العاطفي. - الحاجة إلى التقدير والمكانة الاجتماعية.	

المعوق سمعيا.	– الحاجة إلى النجاح والإنجاز وتحيق الذات . الحاجة إلى الأمن .	جلستين (3 ساعات) .
احتياجات أسرة بها طفل معوق سمعيا	– التعبير عن الأفكار ومشاعر الأمهات. – كيفية التحكم في الضغوط. – تبادل الخبرات بين الأمهات .	4جلسات (6 ساعات) .
دور الأمهات نحو الطفل المعوق سمعيا	– تبصير الأمهات بأهمية سلوكهن . – تصحيح بعض الأفكار الخاطئة نحو تربية الطفل . – العلاقات غير السليمة بين الوالدين ولطفل. – أفضل العلاقات بين الوالدين والطفل.	4 جلسات (6 ساعات) .
الطرق التربوية الحديثة للمعوقين سمعيا .	– عدم عزل الطفل عن أسرته . – ضرورة دمجه في المجتمع . – توعية الأمهات بأفضل الأساليب في التنشئة .	4 جلسات (6 ساعات) .

5- نتائج الدراسة ومناقشتها :

يهدف البحث الحالي إلى بناء برنامج إرشادي يصلح للاستخدام مع أمهات الأطفال الصم بهدف تعديل اتجاهاتهن السلبية نحو أطفالهن، وفي ضوء فرضيات الدراسة المطروحة وأدوات اختبارها ومعالجتها تم التوصل إلى الإجابات الآتية :

5-1- النتائج الخاصة بالاتجاهات الوالدية العامة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي :

تشير النتائج الآتية إلى الدرجة الكلية للاتجاهات الوالدية العامة عند التطبيق الأول (الاختبار القبلي) لمقياس الاتجاهات الوالدية، وقبل تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري، ولقد عبر عن الدرجة الكلية في كل مجموعة بالمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والجدول رقم (07) يوضح ذلك :

مجموعة المقارنة / البعد	المجموعة التجريبية ن = 15		المجموعة الضابطة ن = 15		قيمة "ت"	مستوى الدلالة عند 0.05	النتيجة
	م	ع	م	ع			
مقياس الاتجاهات الوالدية	29.20	6.31	28.2	5.99	0.37	غير دال	تجانس المجموعتين

جدول رقم (07) : خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي

تشير البيانات الواردة بالجدول أعلاه إلى أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية على مقياس الاتجاهات الوالدية للمجموعة التجريبية كان مساويا ل 29.20 والانحراف المعياري يقدر ب 6.31، أما بالنسبة إلى المجموعة الضابطة فقد كان متوسطها الحسابي أقل بقليل حيث بلغ 28.02 وانحرافها المعياري

يعادل 6.00 تقريبا، وباستخدام الدلالة الإحصائية عند مستوى (0.05) حيث بلغت قيمة "ت" (0.37) وهي غير دالة وعليه اتضح أن هذه الفروق غير ذات معنى، أي أن المجموعتين يمكن اعتبارهما مجموعة واحدة متجانسة.

5-2- النتائج الخاصة بالاتجاهات الوالدية العامة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري :

تشير النتائج الآتية إلى الدرجة الكلية للاتجاهات الوالدية العامة بعدد التطبيق الثاني(الاختبار البعدي) لمقياس الاتجاهات الوالدية، وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري على المجموعة التجريبية، ولقد عبر عن الدرجة الكلية لكل مجموعة باستخدام أداتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والجدول رقم (08) يوضح ذلك :

مجموعة المقارنة / البعد	المجموعة التجريبية ن = 15		المجموعة الضابطة ن = 15		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	النتيجة
	م	ع	م	ع			
مقياس الاتجاهات الوالدية	14.02	2.72	29.60	6.37	3.08	دالة عند مستوى دلالة 0.01	لصالح المجموعة التجريبية

جدول رقم (08): خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

يتضح من الجدول (08) وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ، فقد بلغت قيمة "ت" 3.08

وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، كما أن المتوسطات الحسابية كانت متفاوتة بين المجموعتين ، فقد بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 14.02 والانحراف المعياري 2.72 أما المجموعة الضابطة فكان متوسطها الحسابي يساوي 29.60 والانحراف المعياري 6.37 ومنه نستنتج أن تحولا واضحا حدث لدى أفراد المجموعة التجريبية على مستوى طرائق تعاملهم مع أبنائهم الصم وذلك في الاتجاه السليم المتماشي مع مضمون البرنامج الإرشادي ، وهذا ما لم نلمسه مع أفراد المجموعة الضابطة ، حيث بقيت طرائق وأساليب معاملتهم لأبنائهم نفسها.

5-3- النتائج الخاصة بالاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة :

تشير النتائج الآتية إلى درجات مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية ، ولقد عبر عن الدرجة الكلية لكل مجموعة باستخدام أداتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والجدول رقم (09) يوضح ذلك :

مجموعة المقارنة / البعد	المجموعة التجريبية ن = 15		المجموعة الظابطة ن = 15		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	النتيجة
	م	ع	م	ع			
الحماية الزائدة	3.73	1.83	9.6	4.96	4.85	دالة عند مستوى دلالة 0.01	لصالح المجموعة التجريبية

جدول رقم (09) : خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك بالنسبة إلى بعد الحماية الزائدة .

ويتضح من الجدول أعلاه وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري فقد بلغت قيمة "ت" 4.85 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 ، كما أن المتوسطات الحسابية كانت متفاوتة بين المجموعتين، فقد بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 3.73 والانحراف المعياري 1.83 أما المجموعة الضابطة فكان متوسطها الحسابي يساوي 9.6 والانحراف المعياري يقد بـــ 4,96 .

حسب بيانات هذا الجدول فإن درجة مقياس الاتجاهات الوالدية في بعد الحماية الزائدة قد انخفضت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لدى أمهات المجموعة التجريبية بالقياس مع أمهات المجموعة الضابطة حيث بقيت طرائق وأساليب معاملتهم لأبنائهم نفسها ومن تم يمكننا لقول أن أمهات المجموعة التجريبية قد طرأ عليهن تحسن في اتجاهاتهن نحو أطفالهن الصم وتعني هذه النتيجة أن البرنامج المستخدم قد حقق الأغراض المتوقعة منه في هذه الدراسة.

5-4- النتائج الخاصة بالاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال :

تشير النتائج الآتية إلى درجات مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية ولقد عبر عن الدرجة الكلية لكل مجموعة باستخدام أداتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والجدول رقم (10) يوضح ذلك.

مجموعة المقارنة / البعد	المجموعة التجريبية ن = 15		المجموعة الظابطة ن = 15		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	النتيجة
	م	ع	م	ع			
الحماية الزائدة	4.13	1.92	9.20	4.64	3.25	دالة عند مستوى دلالة 0.01	لصالح المجموعة التجريبية

جدول رقم (10) : خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك بالنسبة إلى بعد الإهمال .

ويتضح من الجدول أعلاه وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري فقد بلغت قيمة "ت" 3.25 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، لقد كانت المتوسطات الحسابية متفاوتة بين المجموعتين ، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 4.13 والانحراف المعياري 1.92، بالنسبة إلى المجموعة الضابطة فكان متوسطها الحسابي يقدر بـــ 9.20 في حين الانحراف المعيار المعياري يساوي 4.64 وبناءا على بيانات هذا الجدول فإن الإتجاهات الوالدية في بعد الإهمال قد تراجعت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لدى أمهات لمجموعة التجريبية وذلك راجع للإرشاد الجماعي الذي تلقوه حول هذه المعاملة، ويبدو أن أمهات المجموعة الضابطة لم تستفد من هذه الخبرة (الإرشاد الجماعي) بقيت تأتي نفس السلوك القائم على الإهمال كما كانت عليه في الأصل .

5-5- النتائج الخاصة بالاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة :

تشير النتائج الآتية إلى درجات مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، ولقد عبر عن الدرجة الكلية لكل مجموعة باستخدام أداتي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والجدول رقم (11) يوضح ذلك.

مجموعة المقارنة / البعد	المجموعة التجريبية ن = 15		المجموعة الضابطة ن = 15		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	النتيجة
	م	ع	م	ع			
الحماية الزائدة	6	2.13	9.46	4.80	3.07	دالة عند مستوى دلالة 0.01	لصالح المجموعة التجريبية

جدول رقم (11) : خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك بالنسبة إلى بعد القسوة .

وتشير البيانات أعلاه إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري فقد بلغت قيمة "ت" 3.07 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 ، كما أن المتوسطات الحسابية كانت متفاوتة بين المجموعتين ، فقد بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 6 والانحراف المعياري 2.13 ، أما المجموعة الضابطة فكان متوسطها الحسابي 9.46 في حين انحرافها المعياري يقدر بـــ 4.80، وما يمكن قوله استنادا على هذه البيانات أن الاتجاهات الوالدية القائمة القسوة قد تراجعت لدى مجموعة

أمهات الأطفال الصم المنتمين إلى المجموعة التجريبية ، وهذا يعني أن الإرشاد الجماعي قد حقق تحسن لدى أمهات المجموعة التجريبية.

6- تحليل النتائج وتفسيرها على ضوء فرضيات الدراسة :

6-1- تحليل وتفسير نتائج الفرض الأول :

لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية. يتناول الفرض الأول مقارنة بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أمهات المجموعة الضابطة في الاتجاهات العامة قبل حضور جلسات البرنامج الإرشادي الجماعي، و يتضح من خلال مقارنة أمهات المجموعة التجريبية بأمهات المجموعة الضابطة في كل بعد من الأبعاد الفرعية لمقياس الاتجاهات الوالدية المستخدم في الدراسة الحالية ، وعليه يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات الأمهات في المجموعتين ، فقد بلغت قيمة "ت" 0.37 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. ومن خلال البيانات والنتائج المحصل عليها في الجدول رقم(07) اتضح أن أفراد عينة البحث من الأمهات في كلا المجموعتين يتبعن نفس الأساليب التربوية في التنشئة القائمة على الحماية الزائدة والإهمال والقسوة نحو أطفالهن الصم.

وهكذا يمكن القول أن الفرضية أعلاه قد تحققت، إذ نلاحظ تجانس بين نتائج كلا المجموعتين من الأمهات وذلك قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وهذا يتفق مع التراث النظري الذي يؤكد أن وجود طفل معوق في الأسرة ينجر عنه مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدا. بعض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل ، حيث نعتبر الصدمة قوية غلى الأسرة بصفة عامة وللأم بشكل خاص مما يؤدي إلى سوء في العلاقات وبالتالي استخدام أساليب تربوية خاطئة ، وهذا ما أكدته النتائج أعلاه أن الأمهات في كلا المجموعتين التجريبية والضابطة كن يستخدمن أساليب تربوية خاطئة في تنشئتهن لأطفالهن الصم قائمة على الحماية الزائدة من جهة أو الإهمال والقسوة من جهة أخرى، وتتفق هذه الدراسة مع كل من **علي الشعيب** سنة**(1991)** ودراسة **ميدو أرلانس**(1992 **Mea dow Orlans**)، ويمكن القول أن أية فروق بين المجموعتين في درجات المتغير التابع أي

الاتجاهات الوالدية السلبية يمكن أن ترجع إلى تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج الإرشادي الجماعي.

6-2- تحليل وتفسير نتائج الفرض الثاني :

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.

لقد أظهرت المعالجة الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ، فقد بلغت قيمة "ت" 3.08 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 وعليه يمكن القول أن الفرضية أعلاه قد تحققت.

ومن خلال البيانات والنتائج المحصل عليها في الجدول رقم (08) يتضح أنه للبرنامج الإرشادي الأسري الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية الأثر الكبير والايجابي حيث أدى إلى تحسن اتجاهات أمهات المجموعة الإرشادية كما أن الأسلوب الإرشادي المستخدم وفنياته المتبعة قد جعل الجماعة الإرشادية تستفيد أثناء الجلسات من خبرات التفاعل الجماعي والمناقشة الجماعية مما جعلهم أكثر تفهما لإعاقة الطفل الأصم وظروف وطبيعة الإعاقة والمتطلبات الأساسية التي يحتاج إليها الطفل الأصم. حيث زودهم البرنامج الإرشادي بطرق جديدة مرغوبة (أكثر ايجابية مع أطفالهن).

ومنه نستنتج أن تحولا واضحا حدث لدى أفراد المجموعة التجريبية على مستوى طرائق تعاملهم مع أبنائهم الصم وذلك في الاتجاه السليم المتماشى مع مضمون البرنامج الإرشادي وهذا ما لم نلمسه مع أفراد المجموعة الضابطة وهذه النتائج تتفق مع دراسات كل من **شينولد (Schaenwald 1984)** التي وضحت أهمية مثل هذه البرامج في تحسين التفاعل لدى أسر الأطفال ضعاف السمع ، وكذلك دراسة ليترمان **(lutter man 1967)** والتي وضحت أهمية مثل هذه البرامج المتمركزة حول الوالدين للأطفال الصم ، وأثرها الفعال على الأطفال والأمهات بصفة عامة، ودراسة **ميدو أرلانس (Meaoaw Orlans)** التي أوضحت أهمية الدعم الاجتماعي الذي له الأثر الايجابي القوي على هذه الفئة الخاصة من الأطفال وأمهاتهن ، وبالرجوع للتراث النظري تتأكد أهمية استراتجيات

الإرشاد الأسري لذوي هذه الفئات الخاصة مما يساعدهم على التكيف وقبول الإعاقة فضلا على جعل الأهل يحصلون على الدعم اللازم والمساندة.

6-3- تحليل وتفسير نتائج الفرض الثالث :

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة.

وقد دلت النتائج المتوصل إليها على وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة.

ولقد أظهرت المعالجة الإحصائية وجود فروق دالة ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة، وقد بلغت قيمة "ت" 4.85 وهي دالة عند مستوى دلالة0.01 ، ومنه يمكن القول بتحقق صدق الفرضية أعلاه ، ومن خلال البيانات والنتائج المحصل عليها في الجدول رقم (09) اتضح أن للبرنامج الإرشادي الأسري الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية الأثر الكبير والايجابي، فقد أوضحت النتائج أن درجة مقياس الاتجاهات الوالدية في بعد الحماية الزائدة قد انخفضت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات المجموعة التجريبية بالقياس مع أمهات المجموعة الضابطة، حيث بقيت طرائق وأساليب معاملتهم لأبنائهم نفسها، ومن ثم يمكن القول أن أمهات المجموعة التجريبية قد طرأ عليهن تحسن في اتجاهاتهن نحو أطفالهن الصم وتعني هذه النتيجة أن البرنامج المستخدم قد حقق الأغراض المتوقعة منه في الدراسة حيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة لكل من شينولد **(Schaenwald 1984)** ودراسة **ليترمان (1967Luter men)** . بالإضافة إلى ذلك تتفق الدراسة مع التراث النظري الذي يشير إلى أنه يغلب الاهتمام الزائد والحماية المفرطة من طرف الأسرة خصوصا الأم نحو الطفل المعاق حيث تبدي اهتماما زائدا في الرعاية والعناية بالطفل وتلبية جميع رغباته حتى لو تعارض مع القيم الاجتماعية. إضافة إلى ذلك فإن الكثير من الأمهات

يملن إلى القيام بجميع الأعمال نيابة عن الطفل المعوق دون تحميله أيّة مسؤولية مما ينمي لديه الأنانية و الاعتمادية الزائدة.

6-4- تحليل وتفسير نتائج الفرض الرابع :

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال.

ولقد أظهرت المعالجة الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال، فقد بلغت قيمة **(ت) 3.25** وهي دالة عند مستوى الدلالة **0.01**، ومنه يمكن القول بتحقق صدق الفرض أعلاه.

ومن خلال البيانات والنتائج المحصل عليها في الجدول رقم (10) اتضح أن للبرنامج الإرشادي الأسري الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية الأثر الايجابي، فقد أوضحت النتائج أن درجات الاتجاهات الوالدية في بعد الإهمال قد تراجعت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لدى أمهات المجموعة التجريبية وذلك راجع للإرشاد الجماعي الذي تلقوه حول هذه المعاملة، ويبدو أن أمهات المجموعة الضابطة التي لم تستفد أصلا من هذه الخبرة بقيت تأتي نفس السلوك القائم على الإهمال.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة شينولد **(Schaenwald 1984)** ودراسة **ليترمان (1967Luter men)** ودراسة **(علي شعيب 1991)** وانطلاقا من التراث النظري نتأكد أيضا أن الأسر بصفة عامة والأمهات بصفة خاصة كثيرا ما تتكون لديهن اتجاهات سلبية نحو طفلهم المعاق فلا يتقبلونه إطلاقا وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمال الطفل بدرجة كبيرة فلا ...بمظهره وملابسه ولا يوفرون له العناية الكافية ويحاولون إخفاءه من حياتهم اليومية أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصا الاجتماعية منها، لذا كان لابد من وجود البرامج التثقيفية الإرشادية الموجهة لأهالي المعوقين.

6-5- تحليل وتفسير نتائج الفرض الخامس :

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة.

وقد دلت النتائج المتوصل إليها على وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة القسوة.

ولقد أظهرت المعالجة الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة، فقد بلغت قيمة **(ت) 3.07** وهي دالة عند مستوى الدلالة **0.01**، ومنه يمكن القول بتحقق صدق الفرضية الخامسة، ومن خلال البيانات والنتائج المحصل عليها في الجدول رقم (11) اتضح أن للبرنامج الإرشادي الأسري الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية الأثر الكبير والايجابي، فقد أوضحت النتائج أن درجة مقياس الاتجاهات الوالدية في بعد القسوة قد تراجعت، هذا عكس أمهات المجموعة الضابطة التي لم يطرأ عليها أي تغيير.وبالاستناد إلى التراث النظري نتأكد من أن الكثير من الآباء يستخدمون طرق تسلطية قائمة على القسوة والعقاب بشدة في تعاملهم مع أطفالهم الصم، حيث تفتقر علاقاتهم بأبنائهم للتفاعل الايجابي.

وهذا ما تناولته بعض الدراسات من بيتها دراسة **ليترمان (Luter man 1967)** ودراسة **شينولد (Schaen Wald 1984)** ودراسة **جرين برج (Green burg 1982)** .

وما يمكن استخلاصه واستنتاجه من الدراسة على العموم ومن خلال تحليل وتفسير النتائج هي أن البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم لتعديل اتجاهات الأمهات نحو أطفالهن الصم قد حقق تحسن لدى أمهات المجموعة التجريبية ، وذلك من خلال تراجعهم في استخدام الاتجاهات الوالدية الخاطئة

القائمة على الحماية الزائدة والإهمال والقسوة وبالتالي اكتساب فنيات التعامل الصحيحة وأساليب التنشئة السليمة والتي تعد مهمة وأساسية وهذا ما ساعدهم على اكتساب اتجاهات جديدة وصحيحة في تعاملهن مع أطفالهن الصم، ويشير ذلك إلى أن تقديم مثل هذه الخدمات الإرشادية ومحاولة تعديل اتجاهات الأمهات نحو أطفالهن الصم، عن طريق خبرات البرنامج الإرشادي الجماعي وما يتضمنه من معلومات وخبرات قد استفادت منه الأمهات مما غير وعدل من اتجاهاتهن السلبية والتراجع في استخدامها كأساليب تربوية ، وذلك الهدف الأساسي الذي كان البرنامج يسعى إلى تحقيقه .

وما لاحظناه أيضا من خلال الجلسات الإرشادية التي تمت مع أمهات المجموعة التجريبية أن استخدام المحاضرات والمناقشة الجماعية قد ساهم في خفض إحساس الأم بأنها هي الوحيدة التي لديها طفل أصم كما ساعد على تبادل الخبرات والمعلومات ، مما ساعد على خفض الإحساس بالضغوط النفسية لدى الأمهات الأمر الذي ساعد على نجاح البرنامج .

ومن العرض السابق ومن خلال ثبوت الفروض الخمسة السابقة يمكن القول بأن البرنامج الإرشادي الأسري الجماعي المستخدم مع أمهات المجموعة التجريبية قد عدل من اتجاهاتهم الوالدية السلبية نحو أطفالهن الصم .

اقتراحات وتوصيات :

وانطلاقا مما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن أن نقد عددا من التوصيات والتطبيقات التي تفيد في أية خطة أو برنامج يهدف إلى مساعدة الأطفال المعاقين سمعيا وأسرهم وتتمثل في ما يلي :

- توسيع نطاق عمل المؤسسات والهيئات الرسمية والتي الهدف منها التكفل بالطفل الأصم وأسرته ما بعد مرحلة التمدرس بما يحقق الرعاية اللاحقة لتثمين فعالية الخدمات التي تلقاها داخل المؤسسة.
- ضرورة زيادة تفعيل هذه الخدمات الإرشادية الموجهة للأسرة من خلال تقديم عدد من البرامج الإرشادية والتربوية للآباء والأمهات بغية توجيههم وتقديم كل الدعم والمساندة.
- إنشاء نوادي يلتقي فيها أولياء الأطفال الصم وباقي أفراد الأسرة لخلق نوع من الاحتكاك والتواصل بين أفرادها وتوفير أجواء ترفيهية تخفف من الضغوط التي تعيشها الأسر.
- ضرورة تكثيف الزيارات داخل المدرسة من طرف الأسر ومتابعة كل ما يخص أطفالهم.

- ضرورة التأكيد على تواصل الأسرة مع المدرسة للتنسيق حول طرق التكفل الجيد مع ما يقد من برامج وما تمارسه الأسرة مع الطفل.

وفي ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج يمكن أن تقترح أو نوصي بمجموعة من الاقتراحات التي وجب العمل بها لمساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم :

- محاولة تقييم برامج أخرى لتدارك القصور في جوانب معرفية أخرى .
- التأكد ميدانيا من الاحتياجات الحقيقية لهذه الفئة وذويهم، قبل تطبيق أي برنامج.
- بناء برامج إرشادية من طرف الباحث الباحث الجزائري، وعدم انتظار ما تجود به الخبرة الخارجية خاصة دول المشرق العربي التي خطت خطوة كبيرة في هذا المجال.
- ضرورة تجاوز النظرة التقليدية لذوي الاحتياجات الخاصة، وتغيير تصورات الأسرة والمجتمع ككل.
- أخيرا نوصي بإجراء دراسات مشابهة وفي نفس السياق حتى يكون لدينا تراث سيكولوجي في مجال البرامج الإرشادية للأطفال الصم وأسرهم بصفة خاصة وبقية الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة.

قائمة المراجع :

1- فضيل دليو، " دراسات في المنهجية "، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2000، ص47.

2- خالد حمدان ، "منهج البحث العلمي"، دار ريحانة للنشر والتوزيع،الجزائر،2003،ص109.

3-عبد الفتاح محمد دويدار، " مناهج البحث في علم النفس"، ط2، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص178.

4- صلاح الدين علام،" التقويم التربوي المؤسساتي،أسسه ومنهجياته وتطبيقاته في تقويم المدارس"،دار الفكر العربي،القاهرة،ص52.

5- حامد زهران،"التوجيه والإرشاد النفسي"،عالم الكتب،ط3،القاهرة،1998،ص11.

الخاتمـــــــــــــــــــــــــة :

من خلال الدراسة التي قمنا بها نستنتج أن الإرشاد الأسري يعتبر جزءا هاما وأساسيا من خدمات التربية الخاصة الذي يسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف تعكس حاجات هامة للأفراد بشكل عام ولذوي الحاجات الخاصة بشكل خاص، ومن هنا تبرز المكانة الهامة التي تمثلها هذه الخدمات لصالح الطفل المعوق وأسرته بصفة عامة والوالدين بصفة خاصة، حيث أصبحت من الأمور الحتمية التي يعرفها ويرسيها جميع الأخصائيين والعاملين في مجال التربية الخاصة.

وتمثل هذه الدراسة محاولة للكشف عن مدى فاعلية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات الوالدية السلبية نحو الطفل الأصم وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج شبه التجريبي القائم على إحداث تغيير مقصود في اتجاهات عينة الدراسة من الأمهات نحو أطفالهن الصم وذلك عن طريق برنامج إرشادي جماعي.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج – في حدود صعوباتها الخاصة– والتي يمكن أن نلخصها في أن البرنامج الإرشادي الجماعي الموجه لتعديل الاتجاهات الوالدية لأمهات الأطفال قد حقق تحسنا لدى أمهات المجموعة التجريبية وذلك من خلال تراجعهن عن استخدام الاتجاهات الوالدية الخاطئة القائمة على الحماية الزائدة والإهمال والقسوة وبالتالي اكتساب فنيات التعامل الصحيحة حيث بات من الحقائق التي لا تحتاج إلى إثبات،الدور الذي يلعبه الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة الذي أصبح ضرورة ملحة وذلك عن طريق مثل هذه البرامج الإرشادية الموجهة لأمهات الأطفال الصم وذلك لتحقيق القدر الأكبر من الاستفادة بالإضافة إلى العمل على تنمية جميع المهارات الأساسية والعمل على تطويرها التطوير الصحيح ومساعدتهم في استخدامها وذلك للفهم الأفضل لمشكلاتهم.والوصول إلى سبل التوافق والتكيف مع ظروف الحياة اليومية،وقد كانت دراستنا هذه محاولة لإبراز أهمية مثل هذه الخدمات وتحديد السبل الكفيلة بتفعيلها أكثر وذلك لتوفير الدعم الاجتماعي والانفعالي لهذه الفئة الخاصة وأسرهم.

ملخـــــص الدراســـة بالعربيـــــة :

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي الأسري في تعديل الاتجاهات الوالدية السلبية نحو الأطفال الصم، معتمدين في ذلك على المنهج شبه التجريبي.

حيث تتألف عينة الدراسة من (30 أما) من أمهات الأطفال الصم موزعين على مجموعتين متكافئتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، تضم كل منهما (15 أما)، تم اختيارهم بصورة عمدية وفقا لخصائص تم تحديدها مسبقا من بين أفراد مجتمع الدراسة والمقدر عددهم بـــ (44 أما) وهم يمثلون مجموعة من أمهات الأطفال الصم المتمدرسين في مدرسة صغار الصم بولاية الطارف.

وقد استخدمنا لجمع البيانات اللازمة لإنجاز الدراسة الأداة الآتية :

مقياس الاتجاهات الوالدية : والذي يضم المقياس 30 عبارة موزعة على ثلاث محاور كل محور يتكون من 10 عبارات تتناول ثلاث أنواع من الاتجاهات الوالدية السلبية وهي الحماية الزائدة والقسوة والإهمال. للإشارة فإن هذه الأداة طبقت كاختبار قبلي واختبار بعدي على المجموعتين.

فرضيات البحث :

- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري أمهات المجموعة التجريبية وذلك بالنسبة إلى الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري أمهات المجموعة التجريبية وذلك بالنسبة إلى الاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري أمهات المجموعة التجريبية وذلك بالنسبة إلى الاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة.

وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال اختبار " **ت** " **(T.test)** وبعد تحليل ومناقشة البيانات خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، لصالح أمهات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري وذلك في مقياس الاتجاهات الوالدية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على الحماية الزائدة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على الإهمال.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري لصالح أمهات المجموعة التجريبية وذلك في الاتجاهات الوالدية القائمة على القسوة.

وعليه نستنتج أن البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم لتعديل الاتجاهات الوالدية السلبية للأمهات نحو أطفالهن الصم، قد حقق تحسن لدى أمهات المجموعة التجريبية وبالتالي عدل من اتجاهاتهن الوالدية السلبية القائمة على الحماية الزائدة والإهمال والقسوة.

Résumé de l'étude :

l'objectif de cette étude est de déterminer l'efficacité d'un programme de counsilling familial dans la modification des attitudes négatives des parents à l'égard de leurs enfants sourds. Pour approcher cette problématique nous avons adopté la méthode quasi- expérimentale.

L'étude fut appliquée sur un échantillon de **30 mères** d'enfants sourds, repartis sur deux groupes homogènes l'une expérimentale,et l'autre de contrôle.ces deux groupes sont délibérément sélectionnés suivant des caractéristiques préalablement définies parmi une population d'étude composée de 44 mères, Ils représentent un groupe de mères d'enfants sourd inscrits à l'école des jeunes sourds de la wilaya D'EL TAREF **.**

La collection des information (données) nécessaires pour la réalisation de cette étude s'est fait en utilisant l'outil suivante un Test des attitudes parentales cette outil est composé de 30 items pour mesurer les attitudes négatives des parents. Le test est réparti sur 3 rubriques chacune d'elles étudieé l'une des attitudes négatives suivantes (hyper protection , négligence, et cruauté)

- **Les hypothèse de l'étude sont :**
- Aucune différences entre les résultats du teste d'attitude parentale de groupe expérimental et les résultats de groupe contrôle avant l'application de programme counselling familiale dans le test des attitudes parentales.
- Il existe des différences entre les résultats du teste d'attitude parentale de groupe expérimental et les résultats de groupe contrôle avant l'application de programme counselling familiale dans le test des attitudes parentales.
- Il existe des différences entre les résultats du teste d'attitude parentale de groupe expérimental et les résultats de groupe contrôle avant l'application de programme counselling familiale dans les attitude de l' hyper protection
- Il existe des différences entre les résultats du teste d'attitude parentale de groupe expérimental et les résultats de groupe contrôle avant l'application de programme counselling familiale dans les attitude de négligence

- Il existe des différences entre les résultats du teste d'attitude parentale de groupe expérimental et les résultats de groupe contrôle avant l'application de programme counselling familiale dans les attitude de la cruauté.

Pour analyser les résultats de cette études en utilisant le **T.test**,Après le traitement et l'analyse des données, l'étude abouti aux résultats suivants :

- Aucune différences statistiquement significative dans 0.05 entre la moyenne de groupe expérimentale et la moyenne de groupe contrôle avant d'appliquer le programme counselling familiale dans le test des attitudes parentales
- Il existe des différences statistiquement significative dans 0.01 entre la moyenne de groupe expérimentale et la moyenne de groupe contrôle aprés d'appliquer le programme counselling familiale au profite de groupe expérimentales dans le test des attitudes parentales.
- Il existe des différences statistiquement significative dans 0.01 entre la moyenne de groupe expérimentale et la moyenne de groupe contrôle après d'appliquer le programme counselling familiale au profite de groupe expérimentales dans les attitudes de la protection supplémentaires.
- Il existe des différences statistiquement significative dans 0.01 entre la moyenne de groupe expérimentale et la moyenne de groupe contrôle aprés d'appliquer le programme counselling familiale au profite de groupe expérimentales dans les attitudes de négligence.
- Il existe des différences statistiquement significative dans 0.01 entre la moyenne de groupe expérimentale et la moyenne de groupe contrôle aprés d'appliquer le programme counselling familiale au profite de groupe expérimentales dans les attitudes de la cruauté.

En effet ; on peut déduire que le programme counselling familiale appliqué dans la modification des attitudes négatives des parents à les enfants sourds , a eu un impact positif sur les mères de groupe expérimentale dans la modification des attitudes négatives (hyper sprotection, négligence et la cruauté.)

قائمة المراجع

قائمـــــــــــــة المراجـــــــــــــع باللغـــــــة العربيـــــــة :

1-أحمد زكي صالح،" الأسس النفسية للتعليم الثانوي"، دار النهضة العربية،القاهرة.

2-أحمد عبد العزيز سلامة وعبد الغفار عبد السلام،" علم النفس الاجتماعي"، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة، دون سنة نشر.

3- ألفريدل ميلر، ترجمة عبد الرحمان سليمان،"فقدان السمع- المعينات السمعية وطفلك"،مكتبة زهراء الشرق، القاهرة،1997.

4-إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،"الإعاقة السمعية"،دار وائل للنشر،ط1،2003.

5-إيهاب الببلاوي، " توعية المجتمع بالإعاقة"، مكتبة الرشد، الرياض،2004.

6-جمال الخطيب،" مقدمة في الإعاقة السمعية "،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان،ط2،2002.

7-حامد زهران،" التوجيه والإرشاد النفسي "،عالم الكتب،القاهرة،ط2،1980.

8- حامد زهران، " علم النفس الاجتماعي"، عالم الكتب، القاهرة، 1972.

9-حامد زهران،"التوجيه والإرشاد النفسي"، عالم الكتب، ط3،القاهرة،1998.

10- حامد زهران،" علم النفس الاجتماعي"،عالم الكتب للنشر،القاهرة،ط3،1974.

11- حامد زهران،" علم النفس الاجتماعي"،عالم الكتب للنشر،القاهرة،،ط3، 1979.

12- خالد حمدان ، " منهج البحث العلمي "، دار الريحانة للنشر والتوزيع، 2003،

13- خولة أحمد يحي،" إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة"،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان،2003.

14- سامي محمد ملحم،" القياس والتقويم في التربية وعلم النفس"، دار المسيرة للنشر والتوزيع"، عمان، الأردن،2002.

15- سلوى محمد عبد الباقي،" آفاق جديدة في علم النفس الاجتماعي "، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.

16- سميح أبو مغلي،عبد الحافظ سلامة، فدوى أبو رداجة،"التنشئة الاجتماعية للطفل"،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،عمان،2002.

17- سهير كامل أحمد،شحاتة سليمان محمد،" تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق"،مركز الإسكندرية للكتاب ،القاهرة،2002.

18- سيد خير الله ،" سيكولوجية الإنسان "، عالم الكتب،القاهرة،1974.

19- سيد خير الله، " المدخل إلى علم النفس "، عالم الكتب، القاهرة،1973

20- عباس محمود عوض، " علم النفس الاجتماعي – نظرياته وتطبيقاته "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1974.

21- عبد الحليم محمود السيد، " علم النفس الاجتماعي والإعلام "، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، 1979.

22- عبد الفتاح دويدار، " مناهج البحث في علم النفس"، ط2، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1909

23- عبد الفتاح محمد سعيد خواجا،" الإرشاد النفسي والتربوي–بين النظرية والتطبيق"،الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع،عمان،2002.

24- عبد الله بن محمد آل عمران، "المدخل إلى الإعاقة السمعية"، دار النشر غير مبيّنة، 2002 .

25- عبد المنعم حنفي، "الموسوعة النفسية"، مكتبة المد بولي، ط2، القاهرة، 2002.

26- عدنان السبيعي،" سيكولوجية المرض والمعاقين"،الشركة المتحدة للطباعة والنشر،دمشق،1982.

27- عصام حمدي الصفدي،"الإعاقة السمعية"، دار اليازوري العلمية للطباعة والنشر والتوزيع،الأردن،2003.

28- علاء الدين كفافي،"رعاية نمو الطفل- الثقافة النفسية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة،1998 .

29- صالح محمد علي أبو جادو،" سيكولوجية التنشئة الاجتماعية "، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان،1998.

30- صلاح الدين علام،" التقويم التربوي المؤسساتي،أسسه ومنهجياته وتطبيقاته في تقويم المدارس"، دار الفكر العربي، القاهرة

31- فاروق الروسان،" قضايا ومشكلات التربية الخاصة "،ط1،دار الفكر للطباعة والنشر،عمان،1999.

32- فاطمة المنتصر الكتاني،"الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال "،دار الشروق للنشر والتوزيع،عمان،ط2،2000.

33- فخر الدين جنيد جنيد،كمال الصائب،"إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم"،دار الزمان للنشر والتوزيع،الرياض،ط1،2006.

34- فضيل دليو،" دراسات في المنهجية "، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2000.

35- فؤاد حيدر،" علم النفس الاجتماعي"، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، ط1،1994.

36- فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون،" بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة"،مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2001.

37- فيوليت فؤاد، عبد الرحمان سليمان،"دراسات في سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة،1997.

38- لويس كامل مليكة،"الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي"،مطبعة القاهرة الجديدة، القاهرة،1960 .

39- ماهر عمر محمد، " سيكولوجية العلاقات الاجتماعية"،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،2003.

40- محمد أيوب الشحيمي،" دور علم النفس في الحياة المدرسية"،دار الفكر اللبناني،ط1،1994.

41- محمد ماهر محمود،" التوجيه والإرشاد النفس للأطفال غير العاديين"، دار الفكر العربي، بيروت،1987.

42- محمد محمد بيومي خليل،" سيكولوجية العلاقات الأسرية"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.

43- محمد محمد عويضة،" دراسة علمية بين علم النفس الاجتماعي والعلوم الأخرى ،"دار الكتب العلمية"، بيروت، دون سنة نشر.

44- محمود السيد أبو النيل،" علم النفس الاجتماعي"،دار النهضة العربية،بيروت،ج1،بدون سنة نشر.

45- محمد سيد فهمي،" واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي "،المكتب الجامعي الحديث،2005،القاهرة.

46- محمود منسي، " علم النفس التربوي للمعلمين "، دار المعرفة الجامعية،1990.

47- محي الدين أحمد حسين،" القيم الخاصة لدى المبدعين"،دار المعارف،القاهرة،1981.

48- مدحت محمد أبو النصر،"متحدي الإعاقة-علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع من منظور الوقاية والعلاج"، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة،2004.

49- مدحت أبو النصر:"الإعاقة الحسّية، المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية"،الناشر مجموعة النيل العربية، القاهرة،2005.

50- مصطفى خليل الشرقاوي،"علم الصحة النفسية"،دار النهضة العربية، بيروت،1995.

51- مصطفى نوري قمش،" الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة"،دار الفكر للطباعة والنشر،الأردن،1999.

52- مصطفى فهمي، " سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مجالات علم النفس)"، مكتبة مصر،القاهرة.

53- مصطفى فهمي، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين"، مكتبة مصر، القاهرة، 1975.

54- مندل ايوجين، مكاي فيزنون، ترجمة عزّ الدين الأشول، " أنهم ينمون في صمت الطفل وأسرته"، ط2، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1974.

55- منيرة أحمد حلمي،" ثلاث نظريات في تغيير الاتجاهات "، المكتبة الأنجلو مصرية،،دون سنة نشر، القاهرة.

56- نايف عابد الزارع،" تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة"، دار الفكر للطباعة والنشر،الأردن، 2003.

57- وحيد أحمد عبد اللطيف،" علم النفس الاجتماعي"، دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمّان،2001.

58- يوسف القيروني وآخرون،"المدخل إلى التربية الخاصة"،دار القلم،دبي،1995.

59- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار، " سيكولوجية الطفل غير العادي "، دار النهضة العربية، القاهرة ، 1966.

المعاجـــــــــــــــم والموسوعـــــــات :

1-عبد الرحمان سيد سليمان، "معجم الإعاقة السمعية"، دار القاهرة، ط1، 2002.

2-عبد المنعم حنفي، "الموسوعة النفسية"، مكتبة المد بولي، ط2، القاهرة، 2002.

الملتقيـــــــــــــات والنـــــــــــدوات :

المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري،" الطفل المصري وتحيات القرن الحادي والعشرين"،27.30 أفريل 2005، المجلد الثاني.

قائمـــــــة المراجـــــع باللغـــــة الفرنسيـــــــة :

1- amer,kamel m,Mohamed, childhood hearing possibilities clinical evaluation and habilitation, 1977.

2- Fishbein, M,Ajzem, I beleitf attitude, intention behavior : an introduction to the eoryand research, racading,Mass : Addison wisely,1975.

3- Katz d,the functional ravorch to the study of attitudes public opinion quartly, 1960.

4- kirks and Gallagher education exceptional children. seventh edition, Haughton Mifflin company boston,u.s.a, (1993).

5- Norbet sillamy, dictionnaire de psychologie,larousse hier, patis,France,1999.

6- meadow.k, deafness and development barkly .university of Carolina press, (1980).

7- Reilly ,R : " educational psychology " Mac millan publishing co, inc, new York, 1983.

الملاحق

الملاحـــــــــــــــق :

الملحق (1) : مقياس الاتجاهات الوالدية.

الملحق (2) : فهرس الجداول والأشكال.

الملحق (3) : البطاقة الفنية للمدرسة.

الملحق (4) : مخطط مدرسة صغار الصم.

الملحق (5) : عرض محتوى البرنامج الإرشادي

الملحـــــــــــق 01

جامعة باجي مختار-عنابة

كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس تخصص الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي المهني

مقياس الاتجاهات الوالدية

دراسة ميدانية بمدرسة صغار الصم ببن مهيدي

السنة الجامعية : 2012/2011

مقياس الاتجاهات الوالدية :

تعليمة المقياس :

يختلف الآباء في تربيتهم لأولادهم وفي تصرفهم نحوهم تبعا لاختلاف ظروفهم وعاداتهم وتقاليدهم وفيما يلي عبارات تتضمن بعض التصرفات التي تصدر من الآباء تجاه أبنائهم،والمطلوب منك هو أن تعبري عما إذا كانت كل عبارة من هذه العبارات تنطبق على تصرفك أو لا تنطبق.

ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما لكل شخص رأيه فيما يحب أن يتبع مع أبنائه،والمهم أن تعبري عن رأيك.

يجب قراءة كل عبارة جيدا،فإذا كانت العبارة تنطبق على تصرفك أنت نحو أبنائك ضعي علامة (✓) أمام موافق،وإذا كانت لا تنطبق ضعي العلامة (✓) أمام معارض،وفي حالة التأكد ضعي هذه العلامة (✓) أمام متردد.

1- من صالح الطفل أن نتركه حرا يلعب مع الأطفال الذين يود أن يلعب معهم.

2- مهما حاول الابن أن يرضي والديه فمن الأفضل ألا يظهر له الوالدان شعورهما بالرضا.

3- مهما تكرر امتناع الطفل عن الأكل فمن الأفضل عدم إعارة هذه المشكلة أي اهتمام.

4- يجب على الابن أن يطيع والديه دائما.

5- إذا لم يقم بواجباته فأفضل علاج له هو الضرب.

6- أفضل طريقة نضمن بها أخلاق الطفل هي أن نمنعه من الاختلاط بغيره من الأطفال.

7- لا يصح للأبناء مناقشة ومراجعة قرارات الوالدين.

8- من أفضل الوسائل لمنع الطفل من الكذب هي المبادرة بضربه عند أول كذبة يقولها.

9- من أفضل الطرق لإسكات الطفل عند البكاء هي تركه ليسكت من تلقاء نفسه.

10- الوالد وحده هو القادر على اختيار الصديق المناسب لابنه.

11- إن أفضل الوسائل في تأديب الطفل هي المبادرة بضربه عند كل خطأ يرتكبه.

12- إن أحسن طريقة لتربية الطفل هي أن نتركه حرا يعمل كل ما يحلو له.

13- إذا لم ينم الطفل في الوقت المحدد فلا مفر من اللجوء للضرب.

14- إذا اشتكى الطفل من إيذاء أحد له فينبغي ان نشجعه على تجنب المعتدي.

15- لا يصح أن نحقق للطفل جميع رغباته.

16- الأم المثالية هي التي تكون إلى جانب ابنها مهما أخطأ وتبرر عمله.

17- الرجل هو الذي تنطبق كلمته في البيت.

18- من أفضل الوسائل لمنع الأطفال من العدوان على بعضهم البعض هي أن نبادر بضرب المعتدي منهم.

19- إن لم يستطع الطفل أن يتحكم في عملية الإخراج في الوقت المناسب لذلك فلا مفر من عقابه بالضرب أو التهديد به.

20- ينبغي أن لا نظهر لهفتنا على الطفل إذا مرض أو أصابه مكروه.

21- مهما أخطا الطفل فينبغي أن لا يتحمل المسؤولية لأنه طفل.

22- إذا لم يقم الطفل بأداء واجب عليه فيجب أن نؤدي نحن الواجب نيابة عنه.

23- إذا اشتكى الطفل من إيذاء أحد إخوته له فينبغي أن يقوم الوالدين بعقاب المعتدي نيابة عنه.

24- ينبغي على الأبناء أن يأخذوا رأي الوالدين مقدما في كل صغيرة وكبيرة.

25- إذا اشتكى الطفل من إيذاء أحد له فينبغي أن نلومه ونعتبره مسؤولا عن هذه النتيجة.

26- إذا لم يستطع الطفل أن يتحكم في عملية الإخراج فمن الأفضل تركه كلية فسوف يتعلم من تلقاء نفسه.

27- إذا لم ينم الطفل في الوقت المحدد فأنصح بتركه تماما حتى يحس برغبة في النوم.

28- أحاول باستمرار أن أعرف كيف يتصرف الطفل في كل أموره.

29- أفضل الطرق أن نقوم بحل مشكلات الطفل مهما كان نوعها.

30- من أفضل الوسائل لتأديب الطفل هي تركه تماما عندما يخطأ فسوف يصلح أمره من تلقاء نفسه.

مقياس الاتجاهات الوالدية (الصورة الجماعية)

ورقة الإجابـــــــــــة

الاسم واللقب :

مقر السكن :

المستوى التعليمي :

المستوى الاقتصادي :

	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28
موافق	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
معترض	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
متردد	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29
موافق	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
معترض	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
متردد	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
موافق	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
معترض	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
متردد	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

الملحق رقم 02: فهرس الجداول والأشكال

أ- فهرس الجداول :

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	نسب الإعاقة في الوطن العربي لسنة 2002	ص79
02	مستويات الإعاقة السمعية حسب مدى الخسارة السمعية بالديسيبل	ص81
03	توزيع عينة الدراسة من الأمهات حسب خاصية المستوى التعليمي	ص104
04	توزيع عينة الدراسة من الأمهات حسب خاصية الأصل الاجتماعي	ص105
05	توزيع عينة الدراسة من الأمهات حسب خاصية المستوى الاقتصادي	ص106
06	موضوعات البرنامج الإرشادي	ص114
07	خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي	ص116
08	خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي	ص117
09	خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك بالنسبة إلى بعد الحماية الزائدة	ص118
10	خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك بالنسبة إلى بعد الإهمال	ص120
11	خاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات لأفراد المجموعتين في مقياس الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك بالنسبة إلى بعد القسوة	121

ب – فهرس الأشكال :

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	النسق الهرمي لمراحل تكوين الاتجاهات	ص 52

ملحق (03) : البطاقة الفنية لمدرسة صغار الصمّ

الجمـــهورية الجزائريـــة الديمقراطيـــة الشعبيـــة

مديريـــــة النشـــــاط الاجتماعـــــي

مدرسة صغار الصم- بن مهيدي-ولاية الطارف

بطـــاقة فنيـــــــة

اسم المؤسسة: مدرسة صغار الصم

المقر: بلدية بن مهيدي- ولاية الطارف

النص المتضمن للإنشاء : المرسوم التنفيذي رقم : 114/02 المؤرخ في 20 محرم 1423 الموافق ل 03 أفريل 2002 المتخصص بإنشاء وتنظيم المراكز الطبية التربوية ومراكز التعليم المتخصصة للطفولة، والمدرسة تابعة لوزارة التضامن الاجتماعي.

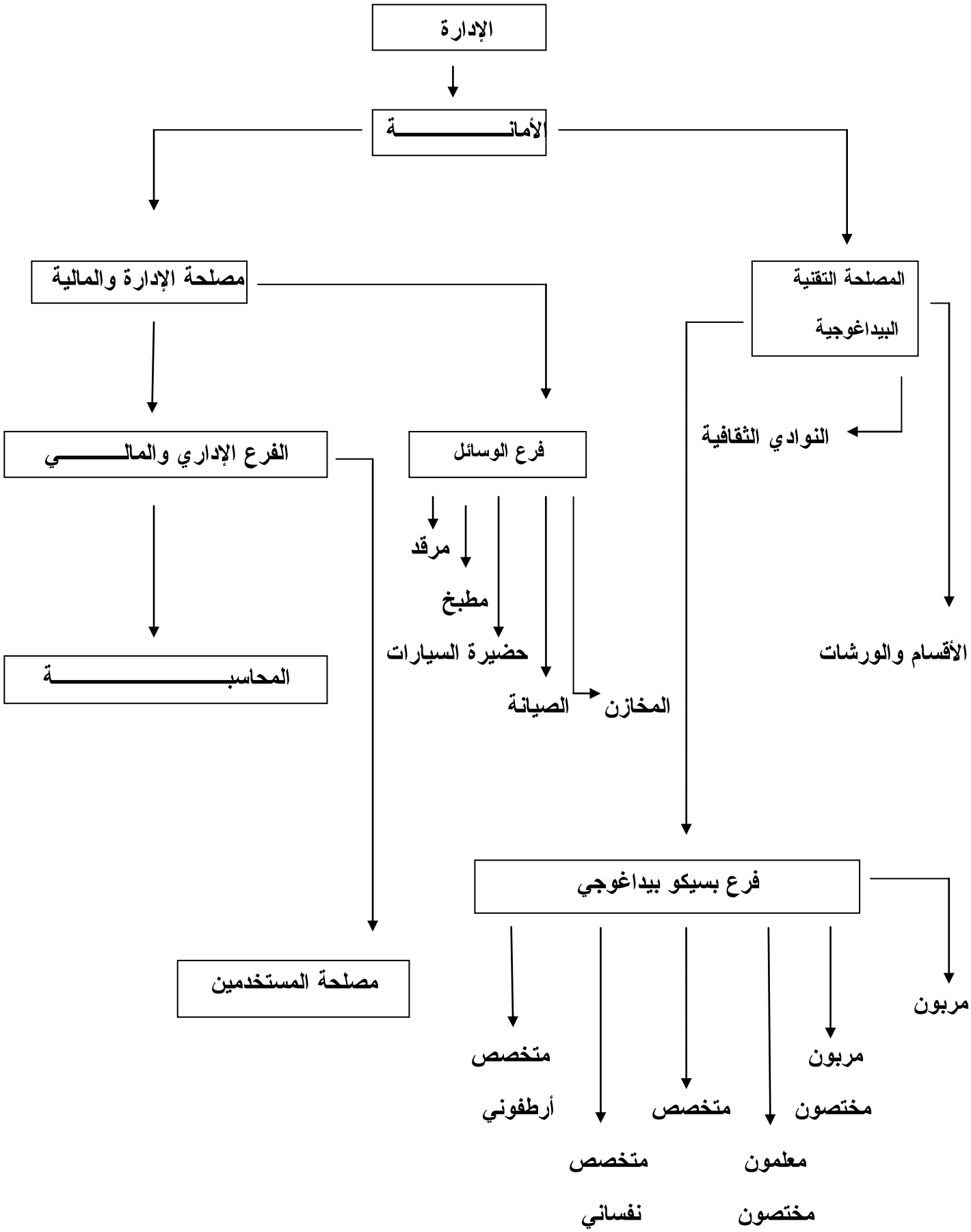
المهام: تستقبل المدرسة الأطفال ذوي الإعاقات السمعية الذين تتراوح أعمارهم من 04 إلى 18 سنة وتضمن لهم برامج تعليمية تتناسب مع البرنامج الوطني للتربية والتعليم،وهو نوعان : نظام عام ونظام ما قبل التشغيل.

نظام التكفل: نظام داخلي- نظام نصف داخلي- نظام خارجي.

قدرة الاستيعاب: قدرة الاستيعاب النظرية 80 طفلا والعدد الفعلي للأطفال خلال السنة الدراسية 2011/2010 يقدر ب : 44 طفلا.

الوضع الإداري : تعمل المؤسسة تحت إشراف المدير يساعده في أداء مهامه مستخدمي الإدارة وأعوان المصالح وأعضاء الفرقة البيداغوجية موزعين بين مربّين ومربّين متخصصين،أخصّائي عيادي،أخصّائي أرطفوني، أخصّائي بيداغوجي ومستشارة اجتماعية.

ملحق (04) : المخطط الإداري لمدرسة صغار الصم



ملحق (05) عرض محتوى البرنامج الإرشادي

عرض لمحتوى البرنامج الإرشادي :

يتضمن هذا القسم عرض لمواضيع الجلسات الإرشادية التي تم تنفيذها .

الموضوع الأول :

العنوان : شرح موجز للبرنامج الإرشادي .

الهدف العام : بناء علاقة إرشادية من حيث التعارف بين الطالبة والمشاركات ، وكسر الحاجز النفسي بين الطرفين من جهة وبين المشاركات وبعضهن البعض من جهة أخرى .

الأهداف الإجرائية :

- توضيح أهداف البرنامج الإرشادي ومناقشتها .
- تزويد مجموعة البحث بإجراءات تطبيق البرنامج من حيث عدد الجلسات ، توقيتها ومدتها والأنشطة والأدوار المنوطة بالأعضاء .
- أهمية تنفيذ البرنامج الإرشادي من خلال نشاط المحاضرة وباستخدام لغة بسيطة وسهاة الفهم إضافة إلى المناقشة حول محتوى المحاضرة .

الموضوع : تبصير الأمهات بالبرنامج الإرشادي وشرح أهمية الموضوع وتنمية الوعي الاجتماعي بالمشكلة ومساعدتهم على تغيير المفاهيم والاتجاهات نحو الإعاقة السمعية فليس الهدف هو مجرد الحاجة إلى بذل الجهد لرعاية المعوق والعناية به ، بل هو أيضا تأهيل للطفل المعوق ، وتطوير مهاراته وقدراته ، ودمجه في المجتمع من خلال تطوير مفاهيم المجتمع ليتقبله بوصفه أحد أفراده ، المختلف عنه في شيء والمتفق معه في أشياء ومن خلال تنمية ثقة المعوق بنفسه ليندمج في هذا المجتمع .ومن الأمور الهامة التي يهدف إليها البرنامج توضيح أسباب الإعاقة السمعية وفهم الحقائق ومقدار تدخل العوامل الوراثية فيها ، لتحرر الأبوين من مشاعر الخوف والإثم وسبل الوقاية ، كما يهدف البرنامج إلى تبصير الأمهات باستخدام الأسلوب التربوي النفسي السليم ومساعدتهن على تعلم الطرق الجديدة ليفهموا ذاتهن ومشاعرهن وكيفية الاستجابة لعواطفهن وأفكارهن والعالم المادي المحيط بهن والبيئة الاجتماعية التي يحيوها .

الموضوع الثاني

العنوان : طبيعة الإعاقة السمعية .

الهدف العام : تبصير وفهم لطبيعة الإعاقة السمعية .

الأهداف الإجرائية :

- التعرف على مشكلة الإعاقة السمعية .
- تعرف الأمهات على أسباب الإعاقة السمعية.
- تعرف الأمهات بأنواع الإعاقة السمعية .

الموضوع :

الطفل المعوق سمعيا يسعده أن يستمتع بالحياة التي يستمتع بها غيره من الأطفال العاديين بما فيها من لعب وبعد عن الانشغال بمتاعب الحياة والسعادة الطفلية البريئة التي ينشدها كل طفل في عالمه الصغير ، والإحساس بمشاعر الطفولة بما تحمله من معاني وتقدير الكبار له، ووجود من يقوم برعايته ، كل هدا ينبغي توفيره للطفل حتى ينمو نموا سليما .

وتعتبر مشكلة الإعاقة السمعية من المشكلات شديدة الصعوبة والأهمية لما تحتويه من مخاطر وبشكل عام فإن الكفل المعوق سمعيا يعاني من أمرين أساسيين .

أولهما : الإعاقة في حد ذاتها التي تحجب عنه بعض جوانب العام الخارجي .

وثانيهما : موقف واستجابة البيئة الاجتماعية كما يدركها هو على أنها تواجهه بالعداء ولا توفر له الجو المناسب وتعامله معاملة خاطئة قد تتم بالشفقة الزائدة والحماية المفرطة أو القسوة الشديدة والتسلط أو الإهمال ، وغير ذلك من أشكال ردود الفعل والمواقف التي يبدلها الآخرون أو الإهمال ، وغير ذلك من أشكال ردود الفعل والمواقف التي يبدلها الآخرون في البيئة الاجتماعية سواء في إطار الأسرة أو المجتمع إن النظرة إلى المعوقين قد تتسم بالنفور أو الشفقة أو النظرة الدونية وهي اتجاهات سلبية تؤثر على المعوق بالجانب السلبي فيما يتلق بتقبله لنفسه أو للمجتمع .

والإعاقة السمعية هي حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات وتشتمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع .

فالطفل الأصم هو الذي لا يسمع ، وفقد قدرته على السمع ، ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة بشكل طبيعي لا تصبح لديه القدرة على الكلام وفهم اللغة والطفل ضعيف السمع هو الذي فقد جزءا من قدريه على السمع بعد أن تكونت عنده مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة وحافظ على الكلام ، وقد يحتاج هذا الطفل إلى وسائل سمعية معينة

والأصم : هو الذي حرم من حاسة السمع بفقد جزء كبير منها ، وأثر ذلك واضح لو بدأ الصمم منذ الولادة وقبل نعلم الكلام واكتساب لغة معينة .

والإعاقة السمعية أنواع :

1. **الإعاقة السمعية التوصيلية :** وتحدث نتيجة خطأ أو شذوذ في جهاز توصيل الذبذبات الصوتية التي يشمل الأذن الخارجية والطبلة والأذن الوسطى بعظيماتها الثلاث .
2. **الإعاقة السمعية العصبية :** وتحدث نتيجة أي خطأ أو تلف أو شذوذ في جهاز الإدراك أو الجسم الذي يشمل الأذن الداخلية في القوقعة الحلزونية وعصب السمع ومركز السمع بالمخ .
3. **الإعاقة السمعية المختلطة :** تحدث هذه الإعاقة في الأذن الداخلية والوسطى وهو عبارة عن ضعف سمع مشترك يحوي ضعف السمع التوصيلي والعصبي نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث .
4. **الإعاقة السمعية المركزية:** تحدث نتيجة أي خلل بين عنق المخ والقشرة الدماغية والسبب في ذلك يرجع إلى سلطان في الدماغ أو التهابات في غشاء المخ .
5. **الإعاقة السمعية غير العضوية :** وتكون هنا الأعضاء سليمة وتحدث نتيجة لمشاكل بيتية عاطفية ومدرسية وتكون في الأعمار التالية : 9–11 سنة و13–20 سنة .

العوامل المسببة للإعاقة السمعية : تتنوع الأسباب وتتباين فثمة حالات الولادية وراثية وقد لا تكون

وراثية ، ويكون ناتج لعوامل أخرى من أكثرها شيوعا الحصبة الألبانية أما بالنسبة للإعاقة السمعية المكتسبة فهي تعود لجملة من الأسباب من أهمها التهاب السحايا والخداج ، وعدم توافق العامل

الريزيسي والتهاب الأذن الوسطى وتناول العقاقير الطبية وإصابات الرأس المباشرة والحصبة .

ويمكن تقسيم وتصنيف أسباب الإعاقة السمعية بشكل مبسط إلى :

أولا : أسباب ما قبل الولادة :

أ. وراثية لها علاقة بالجينات .

ب. غير وراثية مثل :

1. داء السكري.
2. الأمراض التي تصيب الأم خلال الحمل مثل الحصبة والأمراض الفيروسية .
3. الأدوية المستعملة خلال العمل من قبل الأم والتي يمنع استعمالها في فترات الحمل .

ثانيا : أسباب خلال الولادة :

1. عدم اكتمال مدة الحمل .
2. أمراض تحلل الدم (أبو صفار) .
3. تضارب مجاميع الدم لدى الأم والأب .– أو العامل الرئيسي .
4. الشدة الخارجية على الطفل خلال الولادة وبصورة خاصة على الرأس ، من نتيجة العسر بالولادة أو استعمال الآلات أو الملاقط خاصة لسحب الطفل .

ثالثا : أسباب ما بعد الولادة :

أ. وراثة .

1. فقدان السمع العصبي العائلي وهو مرض وراثي يصيب أفراد العائلة بعد الولادة بسبب ضمور متوارث بالعصب السمعي .

ب. غير وراثية :

1. الأمراض المعدية مثل الحصبة .
2. النكاف .
3. السحايا.

4. ندرة الأغشية الدماغية .

5. الشدة الخارجة والسقوط من علو والحوادث، الضرب على الرأس ..الخ.

الموضوع الثالث :

العنوان : خصائص الطفل المعوق سمعيا .

الهدف العام : تعرف الأمهات على خصائص الطفل المعوق سمعيا .

الأهداف الإجرائية :

- التعرف على الخصائص اللغوية للكفل المعوق سمعيا .
- التعرف على الخصائص المعرفية للطفل المعوق سمعيا .
- التعرف على الخصائص الاجتماعية والانفعالية للطفل المعوق سمعيا .
- التعرف على الخصائص النفسية للأطفال المعوقين سمعيا .

الموضوع :

يمكن أن نلخص خصائص الأطفال المعاقين سمعيا في :

الخصائص اللغوية : تؤثر الإعاقة سلبا على جميع جوانب النمو اللغوي ، وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الشخص المعوق سمعيا مظاهر النمو اللغوي ، فهو بحاجة دائمة لتعليم هادف ومتكرر ، وقد يصبح المعوق سمعيا أبكما إذ لم تتوفر لديه فرص التدريب الخاصة عن طريق التغذية الراجعة والتعزيز الفوري من طرف الآخرين .

الخصائص المعرفية : لا تؤثر الإعاقة السمعية على الذكاء ، فقد أشارت عديد الدراسات إلى أنه لا يوجد اختلاف بين مستوى ذكاء الأشخاص العاديين والمعوقين سمعيا كما أن لديهم القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق للإعاقة ، ولتطوير مظاهر النمو المعرفي لدى الأطفال المعوقين سمعيا يقترح استخدام مثيرات حسية متعددة بمعنى يجب أن يكون الموقف التعليمي مشبعا بالحركة والألوان والروائح والأنماط المختلفة .

الخصائص الاجتماعية الانفعالية : إن افتقار الشخص المعوق سمعيا إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين ، وكذلك أنماط التنشئة الأسرية قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي والاعتمادية ، كما يتميز الأطفال الصم بالتمركز حول الذات والعزلة نتيجة لإحساسهم بالعزلة وعدم

الانتماء لدى الأطفال الآخرين **الخصائص النفسية للأطفال المعاقين سمعيا :** يتميزون بسوء التكيف وعليه فهم يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار العاطفي ، وأنهم أكثر اكتئابا وقلقا وتصورا وأقل توكيد لذات ، كما أنهم يتصنعون بالتشكك والعدوانية كما أن من أكثر الخصائص البيوكوجية قوة عند المعاقين سمعيا هي الميل لتملك والتعصب الفئوي (التعصب لمجموعة المعاقين سمعيا). إضافة إلى أن نمط التنشئة الأسرية والتي كثيرا ما تتسم بالحماية الزائدة قد تقود إلى تطور الإعتدائية وإلى مستويات متفاوتة من النضج الاجتماعي .

الموضوع الرابع :

العنوان : الحاجات النفسية للطفل المعوق سمعيا .

الهدف العام : أن تعمل الأمهات على تعميق الإحساس والشعور بالأمان والثقة والانتماء لدى الطفل المعوق سمعيا .

الأهداف الإجرائية :

- الحاجة إلى التجاوب العاطفي .
- الحاجة إلى التقدير والمكانة الاجتماعية .
- الحاجة إلى النجاح والإنجاز وتحقيق الذات .
- الحاجة إلى الأمن .

الموضوع : تصنيف الحاجات الأساسية إلى :

ا. الحاجات الفسيولوجية (البيولوجية) أو الأولية .

ب. الحاجات الاجتماعية (النفسية) أو الثانوية .

وهذه الحاجات أساسية لدى الأطفال المعوقين والعاديين ومن أمثلة الحاجات البيولوجية الجوع ، العطش ، الراحة أما الحاجات الثانوية فهي أكثر غموضا لأنها حاجات معنوية وتظهر وتنمو وتتطور وفقا للنضج العقلي لشخص ، والآن نتناول أهم حاجات الطفل المعوق سمعيا .

1. الحاجة إلى التجارب العاطفي : إن من حق كل فرد من أفراد الأسرة أن ينعم بالحياة الطبيعية ويستمتع بوقته وليكن مع وجود التكامل والتنظيم والمشاركة الايجابية إن حنان الأبوين غداء للطفل لا يقل أهمية عن تناول الطعام ، فالدفء العاطفي والمناخ الملائم للتنشئة السليمة ، فلا بد من شعور الطفل أنه محبوب ومرغوب فيه وعلى الأمر أن لا تعزل نفسها عن الناس بل تشرح لهم حاجات طفلها وقدراته وإمكاناته فقد يظهر البعض الفهم الكامل ويساعد ، وينبغي على الوالدين أن يدركا أن ابنهما سوف يتقدم ويصل إلى السعادة والإحساس بالرضا إذا توافرت البيئة الملائمة لحاجاته .

2. الحاجة إلى التقدير والمكانة الاجتماعية : عامة كل إنسان في الوجود يهمه أن يحوز على

التقدير من حوله وخاصة الأطفال ، ولابد من الإدراك بأن بكل مرحلة خصائصها ومستوياتها فلا يحق لنا أن نتوقع مستوى عالي يفوق إمكانيات الطفل ومن الأفضل إتاحة الفرصة له للاعتماد على نفسه وعدم إحراجه وإهانته في حالة الفشل . ويعتبر التدعيم والتشجيع من الأساليب المهمة في إتاحة الثقة بنفس الطفل إلى المعاملة المستقرة من طرف الوالدين .

3. الحاجة إلى النجاح والإنجاز وتحقيق الذات :

كل طفل في الوجود محتاج لأن يعمل وأن ينجز وأن ينجح ، وكل هذا يتطلب من البداية فهما مناسبا للطفل وإمكانياته وإذا كنا نرغب في تدعيم مفهوم ذات إيجابي لدى الطفل المعوق فيجب على الوالدين إدراك إمكانيات ابنهم وقدراته وتقديرهم لهذه الإمكانيات دون التركيز على أوجه الضعف فقط مع إتاحة الفرصة المتكررة له لتفاعل والاحتكاك لمن في مثل عمره من غير المعوقين ، مع إتاحة الفرص للطفل المعوق لتنمية التعليم الذاتي المباشر والذي يشمل المشاركة في انتقاء الأهداف.

4. الحاجة إلى الأمن : ويقصد به الأمن النفسي والذي تتضافر فيه عدة عوامل وعلى رأسها شعور الأبوين بالأمن فالطفل حساس لبيئاته ، فإذا كان المناخ هادئا دافئا فيه كلمات الحب والعطف والمحبة والتقدير والتقبل من الجميع إلى الجميع فهذا هو الجو الصحي الذي يسمح بالنمو السليم في جميع الاتجاهات وطبيعي أنه يؤدي إلى الإرضاء والإشباع المناسب .

الموضوع الخامس :

العنوان : احتياجات أسرة لديها طفل معاق سمعيا .

الهدف العام : التنفيس الوجداني .

الأهداف الإجرائية :

- التعبير عن أفكار ومشاعر الأمهات .
- كيفية التحكم في الضغوط .
- تبادل الخبرات تبين الأمهات .

الموضوع : إن مولد طفل معاق سمعيا قد يولد الشعور باليأس والذنب والأسس لدى الأسرة ، فهناك آباء يصدمون من إصابة ابنهم بالإعاقة فيكون رد فعلهم هو البند والانقباض والقلق الذي قد يصل به إلى الخجل من الاعتراف بإعاقة ابنه أمام الجميع مما يترتب عن ذلك سوء الحالة النفسية للطفل لأقصى حد، وفي كثير من الحالات فإن الآباء لا يبذلون جهدا في إيجاد وسيلة اتصال بينهم وبين ابنهم الأصم ، فظل خط الاتصال منقطع ، فلا يمثل الأب والأم سوى مصدر لتوفير الحاجات الأساسية فقط .واهم ردود الفعل التي تظهر لدى هذه الأسر هي :

- مرحلة الصدمة وفيها تكون الأسرة في أشد الحاجة إلى التعاطف معها ومشاركتها وجدانيا .
- مرحلة الاحتياج وهي ضرورية لتخفيف وطأة الصدمة والسماح للأسرة لتقبل الواقع .
- مرحلة التقبل ويتوقف مستقبل الطفل المعاق وربما مستقبل الأسرة كلها على النجاح في التكييف مع الواقع الجديد .
- مرحلة البحث عن الخدمات .

وبناءا على ذلك فإن أهم ما ينبغي مراعاته هو :

- تقبل الطفل على أنه معوق سمعيا .
- ضرورة الفهم السليم للإعاقة .
- فهم درجة الإعاقة واحتياجات الطفل والصعوبات التي تقابله .
- مواءمة مستوى الطموح تبعا لقدرات الطفل .
- إتاحة فرص النمو الطفل بما يلائم استعداده ويتفق مع ميوله وحاجاته .

وعندما يأخذ الطفل في النمو فلا بد وأن يساير هذا النمو واقع الحياة التي سوف يعيشها ويواجهها ، وإعداد يكفل له مواجهة واقع الحياة في حدود إمكاناته ، ولا بد من مساعدتهم على الانتقال التدريجي من ذلك الاعتماد المطلق إلى حالة الاستقلال النسبي التي تمكنهم من الحياة مع واقع المجتمع .

الموضوع السادس :

العنوان : دور الأمهات نحو الطفل المعوق سمعيا .

الهدف العام : توفير الحب والعطاء لتوافق الابن المعوق سمعيا .د

الأهداف الإجرائية :

- تبصير الأمهات بأهمية سلوكهن .
- تصحيح بعض الأفكار الخاطئة حول تربية الطفل .
- العلاقات الغير سليمة بين الوالدين والطفل .

الموضوع :

إن اعتبار المجتمع الإنساني وحدة متكاملة أمر لابد منه لتأكيد ترابط أجزائه وفئاته وجميع مظاهر الحياة الاجتماعية فيه ، ولاشك أن هذا التفاعل والاتصال المستمر بين جوانب المجتمع هو الأساسية للجانب الإنساني .

ومن هنا تأتي أهمية دور الاتجاهات السائدة في المجتمع إثراء الطفل المعوق في عملية التكيف والاندماج ، حيث يتوقف مستقل أي طفل واستمراره بنجاح في مراحل الحياة المختلفة على مقدار ما يتحقق له من اتجاهات ايجابية والتي تتمثل في سلامة التوجيه وصحة النمو والتربية الصحيحة والرعاية المتكاملة وتفهم احتياجاته ومشكلاته والعمل على مواجهتها وحلها .

ويتركز الأساس العلمي لرعاية الطفل إلى أهمية الأسرة بالنسبة للطفل ، وأهمية ما تقوم به وظائف حيوية باعتبارها من النظم الأساسية ومن أهم الجماعات الأولية التي لها تأثير على حياة الطفل ومستقل .

إذ تلعب الأسرة دورا هاما ورئيسيا في هذا المجال ، ولذلك يجب تبصير الآباء بأهمية سلوكهم حيث يؤثر سلوك الأبوين على الصحة النفسية عند الابن .ويوجد اتفاق بين المختصين في مجال الطفولة على دور الأسرة في رعاية الطفل وتربيته وإشباع حاجاته ، باعتبار أن الأسرة هي البيئة الأولى التي يتفاعل معها الطفل وهي التي تهيئ لنموه الطبيعي ، ومن خلا ل جماعة الأسرة ترسم الخصائص العامة لشخصية الطفل ، عندما تصبح استجابات الوالدين والأخوة الأصل الذي يتفرع منه استجابات الطفل فيما بعد .

ومن خلال الأسرة ينمو الطفل وينتشر بثقافة المجتمع بعناصرها ويكتسب الأنماط السلوكية والمظاهر الانفعالية التي تميزه ، ومن خلالها أيضا تتهب فرص تعلم أكثر للطفل ويكتسب خبرات أفضل ويكتسب الاتجاهات والقيم الإيجابية وتبرز هنا أهمية العلاقة القائمة بين الأم وطفلها ،إذ أن حب الأم لطفلها في هذه المرحلة يعادل أهمية الفيتامينات والبروتينات بالنسبة لصحته الجسمية .

فالأبناء الذين تم تربيتهم في منازل تتصف بالشقاق العائلي والسلوك الأبوي غير السليم كانوا أقل من ناحية التكيف الشخصي والاجتماعي وذلك بمقارنتهم بالأبناء الذين ينشئون في منازل يتوفر فيه الثقة والحنان والصداقة .وهو ضروري لصحة النفسية للطفل .

أفكار خاطئة حول تربية الطفل المعوق سمعيا :

ـ هناك عدد كبير من الآباء لا يتوقعون الكثير من أبنائهم المعوقين سمعيا فالحماية الزائدة بالنسبة لهم هي البديل المريح، وقد لا يدرك الآباء أنهم يسببون إلى ابنهم المعاق يتوفر الحماية الزائدة .
ـ عدم الاقتناع بحقيقة أن الشخص المعوق كثيرا ما يحتاج إلى وقت طويل نسبيا لإتمام المهام المختلفة فإن الآباء لا يستعينون بالصبر ويقومون بأنفسهم بتأدية تلك المهام نيابة عنه ، وذلك لأن مهارات الإنسان المعوق غالبا ما لا ترقى إلى المستوى المطلوب من دون توفير فرص الممارسة والتكرار وتحديد أهداف سهلة نسبيا وقابلية التحقيق .
ـ الإحساس بالشفقة تجاه الطفل ، وعليه فإن الأفراد المعوقين يشعرون بالدونية ، ولا ينتج هذا الشعور عن وجود حالة الإعاقة فقط ولكنه أيضا محصلة لردود فعل الآخرين واتجاهاتهم ، فالبعض لا يعاملون الإنسان المعوق بوصفه إنسانا وإنما يعاملونه كشيء ولا يدركون في تقييمهم له سوى إعاقة .

ـ السيطرة علة تأثيرات الإعاقة بحيث لا ينظر إلى الإعاقة على أنها تفيد قدرة الإنسان على أن يجب الآخرين وأن يسهم بطريقته الخاصة في الحياة الإنسانية ولا يختلف الإنسان أو الطفل المعوق على الطفل العادي من حيث الحاجات النفسية الأساسية .

العلاقات الغير سليمة بين الوالدين والطفل : ينبغي من الوجهة النموذجية أن تنمو العلاقة بين الوالدين والطفل بحيث تصبح علاقة وعناية متبادلة إلا أنه في كثير من الحالات تكثر الخلافات والاحتكاك بين الوالدين والطفل بما يترتب عليه تعطل نمو الصحة النفسية للطفل .

وفيما يخص بما يؤدي إلى سوء التكيف فإن سلوك الأبوين الخاطئ يتضمن :

1. نبذ الطفل انفعاليا : النبذ سلوك ظاهر نحو الابن المعوق يجعله يعتقد أنه ليس بالمحبوب ولأبدي القيمة وهو سلوك يهدد أمان الطفل ويتركه فريسة للشعور بالشك وفيما يلي قائمة ببعض الصور المختلفة لنبذ الوالدين للطفل :

أ. تكرار الإشارة إلى النواحي النقص .

ب. العقاب الشديد والاستجابات السلبية مثل الاحتقار ، الاشمئزاز ، السخرية ، التأنيب المستمر ، التهديد .

ج. التفرقة بينه وبين أخوته في المعاملة .

د. معايرة الطفل المستمر ومقارنة بالأطفال الآخرين .

هـ . تعتمد القول أمام الطفل أنه غير مرغوب فيه .

وقد يؤدي نبذ الوالدين إلى اضطرابات سلوكية متنوعة عند الطفل ويزيد الموقف تعقيدا ، وقد يصيب الطفل بأضرار قد لا يصبح من السهل تناولها أو علاجها .

2. إهمال أو حرمان الطفل : قد يرجع ذلك إلى عدم قدرة الأبوين على تعليم الطفل ومظاهر ذلك تظهر على عدم رغبتهم بتزويد الطفل بالعناية الكافية ، أو تركه وحيدا بالمنزل أو تركه قذرا غير حسن المظهر ، ولا يأخذ طعامه بانتظام ... وبالطبع يؤدي إلى عدم تكيفه ولا توافقه .

3. السيطرة على الطفل : إن الصرامة في معاملة الطفل قد تصبح أساسا لتمرده في ما بعد بل إن إصرار الآباء المستمر على ما يسمى بحقهم في طاعة الأطفال لهم يجعل الطفل لا يتمرد فحسب ، بل وأن يتصف سلوكه من معظم الأحيان بالعناد المستمر .

4. الحماية الزائدة للطفل : الحماية المفرطة غابا ما تؤدي إلى نتائج سلبية حيث يصبح الأطفال غير قادرين على الاعتماد على أنفسهم ، كما يصبحوا غير قادرين على مواجهة الصعاب التي لاشك ستقابلهم والنتيجة هي التهديد المستمر إلى حد يقل أو يزيد لإحساسهم بقيمتهم الشخصية بحيث إذ ما كبر الطفل وجد أن الناس خارج المنزل لن يشبعوا كل رغية لديه ، وبهذا ابتكر الإحباط ، وقد يكون رد الفعل له هو نفد الذات نقدا شديدا أو الشعور بمشاعر الفشل ، والميل إلى البعد عن الآخرين وغالبا ما يكون الطفل قليل المبادرة وتنقصه الثقة بقدراته .

ومن أفضل العلاقات بين الوالدين والطفل :

ـــ يحتاج الطفل المعوق إلى التواصل المتكرر مع راشدين دافئين ومحبين يتقبلونه كاملا ويتحننون به عناية فائقة .

ـــ تبني الأسرة اتجاهات إيجابية دافئة ومطمئنة يساعد على تطور مشاعر الأمن والكفاية والاستقلالية لدى الطفل المعوق.

ـــ في السنوات المكبرة يدرك الطفل إعاقته كمل يدركها الوالدان ، فمن خلال عملية التوحد معهما يتبنى الطفل وجهة نظر والديه ويطور مفهومه لذاته ، وإذا نظر إليه على أنه عديم الحيلة فهو سينظر إلى نفسه كذلك ، وإذا نظر إليه علة أنه أهل الاحترام ويتصنع بقدرات مقبولة فهو سينظر إلى نفسه كذلك .

ـــ يجب تشجيع الطفل على التعرف جيدا على جسمه ، إذ ينبغي عليه أن يعرف الكلمات التي تصف المشاعر التي يحس لها ، فوعي الطفل الكامل وقبوله لحواسه ومشاعره ضروري لمفهوم ذات صحي .ـــ يجب دعم الطفل وتشجيع محاولاته لتجريب خبرات جديدة ، فتأدية المهام التي تنطوي على شيء من التحدي والمغامرة تطور حب الاستطلاع والإحساس بالأمن وذلك بدوره يزيد مستوى الشعور بالثقة .

ـ تدريب الطفل على تحمل الإحباط فذلك ضروري لمواجهة تحديات الحياة اليومية فإذا تم الاهتمام بالشخص المعوق بشكل مبالغ فيه ووفرت له حماية زائدة فذلك يمنعه من تعلم استراتجيات التغلب على الصعوبات .

ـ التحدث مع الطفل عن إعاقته وتشجيعه على التعبير عن مشاعره نحوها وعن شعوره بخيبة الأمل بسبب القيود التي تفرضها .

ـ تشجيع الطفل المعوق على التعبير عن أفكاره وعواطفه واتجاهاته ، فالثقة بالذات لا يمكن لها أن تتطور بدون استقلالية الفرد والاستقلالية تتطور جنبا إلى جنب مع حرية الفرد في التعبير عن ذاته .

ـ تشجيع الطفل المعوق على تذكر حقوق الآخرين واحترام مشاعرهم فاحترام الآخرين هو مرآة تعكس احترام الذات .

ـ توظيف معايير ثابتة لضبط السلوك وممارسة قيود معقولة ، كذلك يجب أن يحقق الفرد المعوق نجاحا ما .

ـ توفير الفرص للطفل عن المشكلات التي يواجهها، والإحساس بأن هناك من يتفهمه ويدعمه بشكل مناسب.

الموضوع السابع :

العنوان : الاتجاهات الحديثة في تربية المعوقين وتأهيلهم .

الهدف العام : أن تلتزم الأسرة بالاتجاهات التربوية الحديثة في رعاية الابن المعوق سمعيا .

الأهداف الإجرائية :

- عدم عزل الطفل عن أسرته .
- دمجه في المجتمع .
- توعية الأمهات بأنسب الأساليب للقيام بدورها نحو تنشئة إيجابية .

الموضوع :

توصلنا حقيقة أن الاتجاهات الوالدية في التنشئة تؤثر تأثيرا بالغا على نمو شخصية الطفل وصحته النفسية فالاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل على أن ينمو كشخص يحب غيره

ويتقبل الآخرين ويثق فيهم وأن الاتجاهات الوالدية السالبة مثل الحماية الزائدة أو الإهمال والتسلط وتفضيل البعض على البعض يؤثر سلبا على نموه وصحته النفسية .

فالبيت أوبيئة الطفل ، هو الذي يهيأ نمط اتجاهاته نحو الناس والأشياء والحياة عموما ، فضلا على أن الفرد يتوحد مع أعضاء الأسرة الذين يحبهم فيقلد سلوكهم ويتعلم أن يتوافق مع الحياة على غرارهم .

فالأبناء يكتسبون سلامة شخصياتهم من شخصية والديهم ، ولذلك فإن اتجاهات الوالدين في التنشئة يجب أن تكون قائمة على المرونة والحزم ويتمثل في إعطاء الأبناء قدرا معقولا من الحرية والمسؤوليات مع تعريفهم بأن الحرية يقابلها الالتزام ، والحقوق يقابلها الواجبات ، وأن هناك ثواب وعقاب مع عدم التساهل والتهاون معهم عند ارتكاب أية مخالفات بحيث ينمو الضمير الخلقي عندهم ويتحقق لديهم الانضباط الذاتي .كما يجب أن تتسم اتجاهات الوالدين بالتقبل والاهتمام ويتمثل ذلك في تقبل الوالدين للصغير لذاته أي تقبل جنسه وجسمه وإمكاناته العقلية بشكل يؤكد على أهمية والرغبة في وجوده ، والعمل على إشباع حاجاته وتأكيد استقلاليته ومساعدته على تحقيق ذاته

مع توفير الأمن النفسي له في الحاضر ومساعدته على توفير ذلك لنفسه في المستقبل بشكل يؤدي

لشعور الصغير بالمرغوبية الاجتماعية وتقبله لذاته مما يحقق له الشعور بالوجود الاجتماعي .

وعليه فإن المسؤولية الأسرية تبدو في غاية الأهمية ، إذا أردنا أن يحرر الآباء أنفسهم من الاتجاهات السلبية والاعتمادية والتي عادة ما تتشكل عندهم في حالة وجود طفل معاق مما يؤدي بهم إلى نوع من الالتزام الإيجابي مدة رعايتهم لأطفالهم ، وإن شعور الوالدين بعدم الحماية أو الدعم قد يحول دون القيام بمسؤولياتهم بالشكل المطلوب .

واستنادا إلى ما تقدم فإن المسؤولية الأسرية تجاه الطفل المعاق تعتبر أمرا أساسيا ومصيريا وخاصة في المراحل المبكرة ، فمن مسؤوليات الوالدين:

ـ الاقتناع والتقبل والتسليم بالواقع كما هو ، وهذا يشكل الخطوة الأساسية وبوجه عام يستطيع آباء وأمهات الأطفال المعوقين القيام بعدة أدوار هامة على صعيد تنشئة طفلهم ، فهم النموذج الذي يقتدي به الأبناء العاديين كانوا أو معوقين ، إنهم يشكلون المرجع المعرفي والعاطفي الذي يستند إليه الأطفال في تشكيل نظرتهم الخاصة إلى أنفسهم وإلى العالم من حولهم ، فإذا كان الطفل معوقا ونظر

الوالدين إلى الإعاقة على أنها تبعث على خيبة الأمل فعلى الأغلب أن الطفل سينظر إلى إعاقته بنفس الطريقة ، أما إذا تعامل الوالدين مع الإعاقة بواقعيته وحاولا إيجاد الطرق المناسبة لتخفيف تأثيراتها فإن الطفل سيفعل ذلك أيضا ومع تقدم عمره فإن الطفل يبقى على إدراك بطرق تعامل والديه مع كل تحد تفرضه الإعاقة في المراحل العمرية الأخرى .

ـ عدم عزله عن الناس وعن المشاركة وبخاصة خلال حياته الاجتماعية داخل الأسرة لأنه بالمعايشة يكتسب المبادئ والقيم ، فقد لوحظ أن بعض الأسرة تتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو طفلهم المعاق ، فلا يتقبلونه إطلاقا وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمالهم له بدرجة كبيرة فلا يكترثون بمظهره وملابسه وطعامه ولا يوفرون له العناية الكافية ويحاولون إخفاءه من حياتهم اليومية وإبعاده عن نشاطات الأسرة وخصوصا الاجتماعية منها ، مما يؤدي إلى زيادة درجة إعاقة الطفل ، ولذلك يجب الاهتمام بالطفل وعدم عزله عن المجتمع والعمل على زرع الثقة في نفس الطفل المعوق فهو يحتاج إلى التواصل المتكرر مع الراشدين دافئين ومحبين يتقبلونه كاملا ويعتنون به ، مع الاقتناع بأن عليهم واجبا اتجاه المعاق يبدأ بالابتسامة الدافئة والحماية المطمئنة وينتهي بتعليمه ما باستطاعته ليخدم نفسه والآخرين والإحساس بوجوده والاعتراف بإمكاناته على ... وتعزيزه عند كل نجاح مما يولد لديه مشاعر القدرة والثقة بالنفس .

ـ الابتعاد عن أسلوب المقارنة ... إثارته وخلق الحماس عنده حرصا أن لا تتفجر لديه روح الجسد والغيرة ، إضافة إلى عدم السخرية منه والاستهزاء به أو تذكيره بما هو فيه حتى وإن كان عن طريق المزاح والمداعبة .

ـ عدم توقع الكثير منه وعدم اللجوء إلى عقابه أو التعامل معه بقسوة حتى إذا أخطأ ، إضافة إلى تجنب الحماية الزائدة والخوف المفرط عليه لأن ذلك يحرمه من إمكانيات التعلم والانخراط والمواجهة والاستقلالية ، وعدم إفساح المجال للمعاق باستدرار الشفقة ليحصل على امتيازات ومكاسب ليس من حقه .

ـ عدم تكليفه بأعمال تفوق قدرته حتى لا يصاب بالإحباط وتعزيز صور العصور والعجز لديه مع تشجيعه على إصدار أصوات فهذا يقوي صوته تمهيدا لكلام محتمل والعمل على استغلال البقايا السمعية الموجودة مهما كانت هذه البقايا وتمكين الطفل من سماع صوته والتمييز بينه وبين أصوات الآخرين .

ـــ تخصيص ساعة يوميا على الأقل للعب مع الطفل المعوق والتحدث معه عن أي شيء يحبه ويهتم به وبدون مقاطعة من أحد ، مع التأكد من أن الطفل ينظر إلى وجه المتكلم ويستمع إليه جيدا والتحدث معه عن قرب مع التكلم بطريقة واضحة ومفهومة .

وعموما فإن حقيقة الإنسان السامية والمتسامية تتجلى في قابليته للتعبير وقدرته على التغيير وقابليته للنمو وقدرته على النماء وأنه يمكن إيجاد المحاولات الجادة لمساعدة الأفراد أن يكونوا إيجابيين يضطلعون بمستوياتهم ، لأن الحياة تعني الاضطلاع بالمسؤولية لكي يجد الإنسان الإجابة الصحيحة لمشكلاته ويحقق المهام التي تفرضها على كل شخص بصفة مستمرة .

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE BADJI MOKHTAR –ANNABA

BADJI MOKHTAR- ANNABA UNIVERSITY

FACULTE DES LETTRES ET DES SCIENCES SOCIALES ET HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

PRESENTATION EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAGISTERE

L'EFFICACITE DU CONSELLING FAMILIALE DANS LA MODIFICATION DES ATTITUDES DES PARENTS AUX ENFANTS SOURDS

ETUDE PRATIQUE SUR LES MERES DES ENFANTS SOURDS DE L'ECOLE DES JEUNES SOURDS - EL TAREF

SPECIALITE : LE CONSELLEING ET L'ORIENTATION

EDUCATIVE PROFESSIONNELLE

PRESENTE PAR : HADEF HAYET

DIRECTEUR DE MEMOIRE : DR / BOUKHDHIR AMAR

MEMBRES DU JURY :

DR\ BACHIR LAARIT - MAITRE DE CONFERENCE.A - PRESIDENT - UNIV.ANNABA

DR\ AMAR BOUKHDIR - MAITRE DE CONFERENCE.A - ENCADREUR - UNIV.ANNABA

DR\ BOUKHMISSE BOUFOULA-MAITRE DE CONFERENCE.A- MEMBRE- UNIV.ANNABA

ANNEE SCOLAIRE : 2011/2012