

دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف

بحث مقدم ضمن متطلبات
الحصول على درجة ماجستير تخصص علم نفس تربوي

إعداد الطالبة :
سارة محمد عبدالله المعصوب القحطاني
الطالبة المتفرغة

إشراف:
الدكتور :/ إبراهيم الحسن الحكي
أستاذ علم النفس التربوي المشارك
كلية التربية - جامعة الطائف

الفصل الدراسي الأول
العام الجامعي 1429 / 1430 هـ

O

[ربنا لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا ربنا
ولا تحمل علينا إصراً كما حملته على الذين
من قبلنا ربنا ولا تحملنا ما لا طاقة لنا به
وأعف عنا واغفر لنا وارحمنا أنت مولانا
فانصرنا على القوم الكافرين]

(البقرة ، آية 286)

شكر وتقدير

الحمد لله الذي علم بالقلم ، علم الإنسان ما لم يعلم ، وأصلي وأسلم على خير من تعلم وعمل وعلم ، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم .
أم بعد :

فأشكر الله كثيراً على عونه وتوفيقه ، ثم أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أستاذي الفاضل سعادة الأستاذ الدكتور :/ إبراهيم الحسن الحكي المشرف على هذه الرسالة على ما أولاه إليّ من جهد واهتمام ، وما قدمه من نصح وتوجيه وإرشاد خلال مراحل هذه الرسالة ، فقد كان لتوجيهه السديد الأثر الكبير في إظهار هذه الرسالة المتواضعة إلى حيز الوجود . أرجو له دوام التوفيق والسداد .

كما أتقدم بالشكر و التقدير لسعادة رئيسة قسم التربية وعلم النفس الدكتورة :/ هدى بابطين ، ولكافة أساتذتي الكرام أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية وعلم النفس بكلية التربية بمكة المكرمة ، على توجيهاتهم القيمة خلال مناقشة خطة هذه الدراسة .

كما أشكر إدارة ومنسوبات مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف على التسهيلات والعون والاستجابة لإتمام هذه الدراسة العلمية .

وأخصّ بالشكر الجزيل والدای حفظهما الله ورعاهما ، وشقيقي وشقيقتي وابني على صبرهم واهتمامهم ودوام متابعتهم لسير دراستي . وأكرر شكري وتقديري لكل من ساهم وساعد بصورة مباشرة أو غير مباشرة في إنجاح هذا الجهد وسهوت عن ذكر اسمه .

أسأل الله العليّ القدير أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم ، وأن يمدنا بعونه وتوفيقه ويجعل ما تعلمناه عوناً لنا على أفضل الأداء ، إنه ولي ذلك والقادر عليه .

والله الموفق ،،،

الباحثة

محتويات الدراسة

أولاً : فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
الفصل الأول	
المقدمة	3
مشكلة الدراسة	6
أهداف الدراسة	7
أهمية الدراسة	7
مصطلحات الدراسة	8
حدود الدراسة	9
الفصل الثاني	
<u>القلق Anxiety</u>	13
مفهوم القلق	13
الخوف والقلق	14
أعراض القلق	15
أسباب القلق	17
أنواع القلق	19
رأي المدارس النفسية في القلق	20
النتائج والآثار التي يخلفها القلق	23
علاجات القلق نفسياً	24
القلق النفسي العام	26
<u>اللعبة Ply</u>	29
نظرة الإسلام للعبة	31
أهمية اللعبة	33
فوائد اللعبة	36
خصائص اللعبة	36
الأدوار التربوية للعبة	37
نظريات اللعبة	39
أنواع اللعبة	42
اللعبة التركيبية	46
خصائص اللعبة التركيبية	48
اللعبة التركيبية وجوانب النمو	49
خطوات إعداد الألعاب التربوية	52

54	<u>الإعاقة الحركية Physical Handicapped</u>
54	التربية الخاصة وتربية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة
55	فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة
60	مفهوم الإعاقة الحركية
61	نسبة الإعاقة الحركية
62	تصنيف الإعاقات الحركية
65	الخصائص الشخصية للمعاقين حركياً
66	الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية
67	قياس وتشخيص الإعاقة الحركية
67	البرامج التربوية للمعاقين حركياً
70	الوقاية من الإعاقات الجسدية
71	<u>العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy</u>
73	مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
76	فلسفة العلاج المعرفي السلوكي
79	أهداف العلاج المعرفي السلوكي
81	فنيات العلاج المعرفي السلوكي
87	العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى
90	مزايا وعيوب العلاج المعرفي السلوكي
93	<u>الدراسات السابقة</u>
93	الدراسات التي تناولت القلق والإعاقة الحركية
95	الدراسات التي تناولت القلق
96	الدراسات التي تناولت اللعب
98	تحليل ومناقشة الدراسات السابقة
99	فروض الدراسة
الفصل الثالث	
102	إجراءات الدراسة
102	منهج الدراسة
102	مجتمع البحث وعينته
103	أدوات الدراسة
115	الوسائل الإحصائية المستخدمة
الفصل الرابع	
117	نتائج الدراسة ومناقشتها
122	توصيات الدراسة
123	قائمة المراجع
136	الملاحق

الجدول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	جدول معاملات الصدق الداخلي لمقياس القلق للأطفال	105
2	جدول معاملات الارتباط بين مقياس القلق ومقياس الكذب	106
3	جدول تشبعات بنود القلق على العوامل الست	107
4	جدول الاتساق الداخلي لمقياس القلق للأطفال	109
5	جدول معامل ثبات مقياس القلق للأطفال بأسلوب التجزئة النصفية	111
6	جدول معامل ثبات مقياس القلق للأطفال بأسلوب إعادة التطبيق	112
7	جدول محتوى نشاطات اللعب والزمن المحدد لها والزمن الكلي لبرنامج اللعب التركيبي البنائي	113
8	جدول المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات التلميذات بالتطبيق القبلي والبعدي	117
9	جدول الفروق بين متوسطات رتب درجات التطبيق القبلي والبعدي لمقياس قلق الأطفال	118

الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
1	خطاب كلية التربية بشأن تسهيل مهمة الباحثة لمؤسسة الأطفال المشلولين بالطائف	137
2	خطاب الموافقة على قيام الطالبة بإجراءات الدراسة في مؤسسة الأطفال المشلولين بالطائف	138
3	بيان بأسماء الأطفال عينة البحث بمؤسسة الأطفال المشلولين بالطائف	139
4	كراسة الأسئلة والأجوبة لمقياس القلق	140
5	خطاب كلية التربية بشأن تسهيل مهمة الباحثة للمدرسة الابتدائية 83	144
6	برنامج اللعب لخفض القلق لدى المعاقين حركياً	145
7	خطاب طلب التحكيم لبرنامج الألعاب التركيبية البنائية للأطفال المعاقين حركياً	162

الفصل الأول

إطار عام للدراسة

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

المقدمة:-

تختلف المعوقات بين الأفراد من فرد لآخر بحسب تكوين شخصيته وبناءه النفسي ولأن الحياة تفرض علينا ضغوطا وتحكمنا بالظروف، نجد أنه لا يوجد فرد من الأفراد خالياً من المشاكل أو المنغصات الحياتية فبعض الأفراد يعانون من المشاكل الجسدية، ومنهم ما يعاني من مشاكل اجتماعية، أو نفسية أو اقتصادية ... وهكذا .

وهنا نوضح بأن العامل النفسي له الأثر الأكبر في التحكم بهذه المشكلات والعمل على حلّها، وذلك من خلال توافر شخصية ذات بناء صحيح قوي لها القدرة على مواجهة مثل هذه المشكلات. أما الذين يتصادمون مع واقعهم دون القدرة على التكيف معه فإنهم يتأثرون بإصابتهم ببعض العلل النفسية التي يمكن أن تعيقهم في حياتهم ، وتكوّن لبنة فوق أخرى حتى تعزلهم عن مجتمعهم.

والإنسان في غالبية حياته وأمورها المختلفة يود أن يلقي تقديراً من الغير لما يقوم به من عمل ، ويود أن يشعر بالنجاح فيما يقوم به من عمل ثم يود أن يشعر بأن ما يقوم به من عمل له وزن وقيمة أي انه في حاجة إلى التقدير . ولكي يحدث ذلك يجب أن يكون مفهومه عن ذاته إيجابياً وسليماً، ذلك المفهوم الذي يتكون من خلال مفهوم الفرد عن نفسه كما يراها هو أي المدركة والتي تعتمد على رؤية الآخرين له، حيث أن الآخرين هم مرآة الفرد عن نفسه، تتأثر كثيراً بشكل الفرد وجسمه وبالتالي فإن أي إعاقة في جسمه قد تؤثر سلباً في مفهومه لذاته، و ما يترتب عليها من تعامل الآخرين معه وبالتالي إعاقة دوره في المجتمع . (الكلي، 2002م) .

ولأن العلم زاخر بمواضيع المشكلات النفسية والتي تمّ دراستها والبحث فيها ، فإن موضوع هذا البحث سيتخذ منحى محدد بدراسة القلق لدى المعاقين حركياً، فهذه الفئة تحتاج للتأهيل النفسي كي تتمكن من الاعتماد على نفسها وأن لا تنسحب من الحياة .

ويقصد هنا بالطفل المقعد هو: من يعاني من إعاقة ناتجة عن عيوب خلقية أو مكتسبة تؤثر في استخدامه لأطرافه وعضلاته فلا يستطيع أن يتنافس على قدم المساواة مع شخص آخر سوي من نفس عمره . وتظهر حالات القعد على صور عديدة وتنتج عن عوامل مختلفة متعددة منها :-

1-عوامل شذوذ خلقية أو ولادية.

2-أمراض معدية .

3-اضطرابات في عملية الأيض (عمليات الهدم والبناء) .

4-الكسور والجروح.

5-أسباب متفرقة وغير معروفة .

كما أن الطفل المعاق يحتاج إلى تأهيل نفسي ويقصد به: تنمية هوية فعالة بالطرق النفسية كالإرشاد النفسي والعلاج الفردي والجماعي وتقدير القدرة والعلاجات الطبية ، والهدف المساعدة على تحسين الصورة الذاتية والتصدي للمشكلات الانفعالية وأن يصبح شخصاً مستقلاً وأكثر كفاءة. (سليمان ، 2001م) .

والبحث الحالي يعتمد على العلاج النفسي السلوكي ببعض فنياته في إعادة التأهيل النفسي للطفل المعاق حركياً وأهم فنية سيتم استخدامها هي اللعب التركيبي حيث أنها من وجهة نظر الباحثة هو الأسلوب الأكثر تشويقاً ومرونة للأطفال من عينة البحث المختارة والذي يتناسب مع فئتهم العمرية، فاللعب الذي يمارسه الطفل لا تتوقف حدوده وفوائده عند تحقيق النمو الجسمي وإنما يتعدى ذلك لتحقيق أهداف تتصل بالنمو المعرفي وتعلم مهارات حياتية وتعلم مهارات التكيف الاجتماعي مثل مهارات الالتقاء ، والاختلاط ، والتواصل والتفاعل مع الآخرين ، ومهارات المشاركة واحترام القواعد والمعايير الاجتماعية البسيطة وسواها (الحيلة ، 2005م) . واستناداً على نظرية التحليل النفسي يرى فرويد أن الطفل من خلال لعبه يتخلص من المشاعر المؤلمة التي مرت به.

ولقد قدم الأستاذ سعيد العزة تقرير عن حالة " فتاة عمرها 5 سنوات كان عندها قلق بدون سبب واضح، كانت خائفة من موت والديها أو تركهم لها وأن اللصوص سوف يهاجمون بيتها وأنه ليس لها صديق ولن يكون لها صديق . كانت تصرخ بسهولة وكانت تبدو متوترة ، أفترح على والديها طريقتان ، الأولى هي تشجيعها للتعبير عن نفسها وعن مشاعرها من خلال الحديث واللعب . استطاعت أن تعبر عن جميع مآسيها . وبعد دورات عديدة من اللعب بدأ يختفي قلقها . والطريقة الثانية هي استعمال أسلوب خفض القلق عندما كانت ترتعش كان الوالدان يلعبان معها أو يقصان عليها قصصاً جميلة وخلال أسبوعين رجع سلوكها طبيعياً". (العزة ، 2002م).

وفي دراسة لـ (روبين ، Robin) عام 1980-1990م في بلجيكا بعنوان : " مشروع واترلو waterloo الطولي : متعلقات ونتائج الانسحاب الاجتماعي من الطفولة إلى المراهقة " استخدم الباحث غرفة اللعب لملاحظة سلوك الأطفال أثناء تفاعلهم مع أقرانهم من خلال جلسات لعب حرّ بهدف تسجيل مشاركتهم في السلوك الاجتماعي وغير الاجتماعي لمعرفة مدى استمرارية ظاهرة الانسحاب الاجتماعي عبر سنوات نمو الطفل ومعرفة علاقة الانسحاب في الطفولة بسوء التوافق ، وكانت عينة البحث لأطفال بعمر 5 سنوات ، وهي دراسة طويلة استمرت 10 سنوات . وتبين أن ارتباط الانسحاب بالرفض الاجتماعي وبعده مشكلات استذخالية كالقلق والاكتئاب والوحدة(الكتاني ، 2004م) .

كما ركزت أنا فرويد على علاقة الطفل بالمعالج أثناء اللعب بوصفه أهم عامل في العلاج ، فهو الذي يخفف قلق الطفل ويسمح له بالتراضي مع صراعاته وإعادة تعليمه في نطاق العلاقة الاجتماعية السليمة بين الكبار والطفل (اللبابيدي ، خلايلة 1990م).

ومما هو جدير بالملاحظة أنه حيثما توجد أنواع عديدة من الألعاب في المجتمع يوجد قلق بشأن الأداء الإنجازي . وباختصار فإن ثقافة الألعاب في المجتمع تمنح الأفراد فرصاً للتخفيف من القلق بشأن سلوكهم الإنجازي " لأن الربح أو الخسارة في اللعبة ليس له أي ناتج غير تخفيض القلق " بينما تعمل في نفس الوقت على تدريب اللاعبين على عمليات التنافس نفسها . (الشربيني ، صادق 2003م)

وعندما نتحدث عن القلق فإننا نتحدث عن مجموعة من الأمراض التي تندرج تحت هذا المسمى ، وكل مرض يتميز ببعض الخصائص المميزة له من هذه الأمراض :-

- الفزع والخوف البسيط Simple phobia .
- رهاب الخلاء Agora phobia .
- الخوف الاجتماعي Social phobia .
- الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder .
- قلق الكوارث Post traumatic stress disorder .
- حالات القلق الحاد Acute stress .
- القلق الناتج عن الأمراض العضوية Organic anxiety أو استخدام الأدوية Anxiety related to medicine .
- القلق النفسي المصاحب للاكتئاب Anxiety-Depression .
- القلق العام Generalized anxiety disorder : والذي يعرف بأنه التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم ولمدة لا تقل عن ستة شهور ، ويكون مصحوباً بأعراض جسدية كآلام العضلات والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الاستقرار ، وبضعف التركيز واضطراب النوم والشعور بالإعياء وهذه الأحاسيس كثيراً ما تؤثر على حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية وغالباً ما يصيب الأعمار الأولى من الشباب ولكنه يحدث لجميع الأعمار . (شاووش ، 2007م).

لذا سيتم في هذا البحث تناول دور الألعاب في خفض مستوى القلق لدى الأطفال ممن يعانون إعاقات حركية جسدية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف ، اعتماداً على ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا المجال من نتائج .

مشكلة الدراسة:-

في ورقة بحثية عن "اتجاهات الإعلاميين السعوديين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة : دراسة مسحية عن الصورة والاهتمامات في وسائل الإعلام السعودية" تم استعراض نتائج هذه الدراسة المسحية ، منها : تقدمت الإعاقة الحركية الجسدية على باقي الإعاقات الأخرى في استقطاب وسائل الإعلام السعودية (القرني ، 2007).

حيث أن مفهوم الأطفال عن أنفسهم ضعيف نسبياً، وهم غالباً ما يميلون إلى الاعتماد على الراشدين وتعبيرهم عن غضبهم لا يظهر منه علانية وهم أقل ذكاءً وإنجازاً في الامتحانات من الطلاب الآخرين لأن القلق يتدخل في قدرتهم على أداء العمل بكفاءة ، إن القلق يمنع الطفل من التفكير في البدائل ويجعل الطفل مشلولاً (العزة ، 2002م).

لذا ينبغي أن يكون الهدف من برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين حركياً هو إعداد الفرد ليأخذ مكانه في العالم الذي يعيش فيه اجتماعياً واقتصادياً ، وأن يدرّب نفسه على الاستفادة من قدراته ومعلوماته إلى أقصى حدّ ممكن من الكفاية . وينبغي ألاّ يسمح بأي حال من الأحوال أن يفصل الطفل المعاق حركياً عن غيره من الأطفال الأصحاء حتى لا يشعر بأنه يختلف إلى حدّ كبير عن الآخرين (عبيد ، 2001م).

وهناك اتفاق عام بين علماء النفس على أن الانحرافات البدنية قد لا تؤدي بالضرورة إلى اضطرابات انفعالية . وفيما عدا الحالات المرضية فإن التعميمات الآتية تبدو معقولة إلى حدّ كبير جداً :-

- 1- لا يستلزم أي شذوذ أو انحراف بدني سوء توافق نفسي .
- 2- إذا وُجد اضطراب انفعالي عند شخص مصاب بعجز بدني فإن مثل هذا الاضطراب ليس نتيجة مباشرة لعجزه البدني ، ولكن توجد عوامل اجتماعية تتوسط بينهما .
- 3- يحدث توسط العوامل الاجتماعية بين الحالة البدنية والسلوك الانفعالي على النحو التالي :-
 - أ - يفتقر الشخص إلى أداة تعتبر مطلوبة للسلوك في الثقافة التي يعيش فيها وهو يعرف أنه يفتقر إليها .
 - ب - يدرك الأشخاص الآخرون أنه يفتقر إلى أداة هامة ويحطون من قدره نتيجة لعدم وجودها.
 - ج - يتقبل الشخص المصاب حكم الآخرين عليه بأنه مختلف عنهم وأقل جدارة منهم فلا يرضى عن نفسه .

وتكون هذه العناصر الثلاثة المتقدمة وحدة متكاملة ، فإذا لم يحدث "أ و ب" فإن "ج" لا تحدث ، وإذا لم تحدث "ج" فلا يوجد في هذه الحالة أية اضطرابات انفعالية . (سليمان ، 2001م)

ويواجه الأفراد المعوقين جسدياً نفس المشكلات والصعوبات الاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الأفراد غير المعوقين من نفس العمر . إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأفراد يواجهون مشكلات أخرى بسبب إعاقاتهم وما يرتبط بها من اتجاهات الآباء والأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم ، ولكن البحوث العلمية بينت عدم وجود نمط شخصية أو سيكولوجية محددة ترتبط بأي إعاقة من الإعاقات الجسمية . (الخطيب ، الحديدي ، 1997م)

و يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية من خلال التساؤل التالي :-

- هل هناك فروق دالة إحصائية بين مستوى القلق في الاختبار القبلي والبعدي للأطفال المعاقين حركياً؟

ومما سبق تتحدد مشكلة البحث باستخدام برنامج بالألعاب "البنائية" ، نضمن منه حسن الاستفادة التي تتضمنها هذه الألعاب وتوظيفها في مجالها الطبيعي ، فضلاً عن معرفة الأثر المترتب عن استخدامها كإجراء تربوي في خفض القلق لدى المعاقين حركياً.

أهداف الدراسة :-

تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة فاعلية برنامج اللعب في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف من خلال :-

- دراسة الفروق بين قياسات مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من ذوي الإعاقات الجسدية الحركية (قبلي ، بعدي) تطبيق برنامج اللعب.
- قياس حجم الأثر الذي يحدثه برنامج اللعب في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من ذوي الإعاقات الجسدية الحركية.

أهمية الدراسة :-

تتضح أهمية الدراسة في الكشف عن وجود القلق لدى المعاقين حركياً وخاصة لدى الأطفال ، وبالكشف عن استخدام برامج اللعب في خفض مستوى القلق لديهم كأداة مقننة يمكن الاستعانة بها في هذا المجال.

حيث قد يصاحب الإعاقة سوء توافق شخصي أو اجتماعي أو مدرسي أو مهني ، واضطراب وتشوه مفهوم الجسم أو مفهوم الذات بصفة عامة . (زهران ، 1999م) لذا يعد التعرف على المعوقات في حياة الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية الحركية نقطة هامة وأساسية لتذليل الصعوبات

في حياتهم ومساعدتهم على تكوين اتجاهات إيجابية نحو إعاقاتهم وسهولة التكيف معها ، كما يعد القلق من أبرز تلك المعوقات التي تواجه فئة ذوي الإعاقات الجسدية الحركية من الأطفال .

كما أن أهمية البحث تساهم في تعريف الأسرة والمجتمع من المهتمين بفئة المعاقين حركياً على وسيلة من الوسائل المتاحة للتعامل مع الأطفال ممن يعانون من القلق نتيجة لإعاقاتهم وذلك باستخدام اللعب التركيبي البنائي كأداة . وبالتالي يمكن تلخيص أهمية البحث في النقاط التالية :-

- إن البحث الحالي قد يساهم في تقديم برامج بالألعاب التركيبية تعين على خفض القلق لدى الأطفال بشكل عام والأطفال ذوي الإعاقة الحركية بشكل خاص .
- يقدم البحث إسهاماً متواضعاً من خلال توفير أداة لخفض القلق وهو " برنامج الألعاب التركيبية لدى الأطفال المعاقين حركياً " .

1- يعطي هذا البحث مؤشرات على مدى تأثير برامج الألعاب التركيبية في خفض القلق لدى الأطفال .

2- البحث الحالي ما هو إلا محاولة للتعرف على مستوى القلق لدى الأطفال المعاقين حركياً كخطوة على طريق إضافة بعض البرامج التربوية والعلاجية المتبعة في مؤسسات رعاية المشلولين بهدف العمل على إثراءها وتفعيل دورها.

مصطلحات الدراسة :-

❖ اللعب التركيبي: " هو اللعب المتمثل في أعمال البناء والتشييد تقليداً لنماذج واقعية أو نماذج خيالية ومع تطور الأطفال تصبح النماذج الخيالية عندهم أكثر واقعية ، ومن الألعاب التركيبية التي يمارسها الأطفال في المرحلة الأساسية : ألعاب مكعبات الخشب والبلاستيك ، ألعاب القص ، ألعاب الطباشير ، ألعاب الخرز ، ألعاب الحفر على الخشب ، ألعاب الدهانات ، ألعاب الورق ، ألعاب المعاجين ، ألعاب الكرتون ، ألعاب البلاستيك ، ألعاب النقش ، ألعاب الخيطان ، ألعاب الرمل ، ألعاب الحجارة ، ألعاب الخياطة ، ألعاب التطريز ، ألعاب الجمع ، التصنيف ، التحليل ، التفسير ، الرسم ، النحت ، التلوين ، التشكيل ، الغناء ، الأناشيد ، التمثيل ومشاهدة الأفلام والصور ، ونماذج السيارات والطائرات ، ومجسمات الطيور والصواريخ الفضائية ، ... الخ ، ومن خلال هذه الألعاب نجد أنها مختلفة المواد والمصدر ومتنوعة على صور مختلفة . " (الحيلة ، 2005م) .

❖ القلق العام Generalized Anxiety : " يعتبر الشخص مصاباً بالقلق إذا عانى من ستة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري :

أ – التوتر الحركي motor tension :الرعدة ، التتميل ، الشعور بالاهتزاز ، التوتر العضلي ، عدم الارتياح ، القابلية للتعب .

ب – زيادة النشاط الاستثنائي للجهاز العصبي اللاإرادي automatic hyperactivity : وتتمثل في صعوبة التنفس ، برودة الأطراف ، جفاف الحلق والفم ، الإسهال المتكرر ، الغثيان ، الاحمرار خجلاً ، التبول المتكرر .

ج – الحرص والتيقظ vigilance & seanning حيث صعوبة التركيز والأرق واضطرابات النوم وسرعة التهيج . (الدليل الطبي النفسي الأمريكي لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية ، 1987م)

❖ الإعاقة الجسدية الحركية Physical Handicapped: " مصطلح يستخدم للإشارة إلى الفرد الذي يعاني من اضطراب بدني يعوق عملية تعليمه أو نموه أو توافقه . ويشير المصطلح بصورة عامة إلى الأفراد المقعدين أو من يعانون من مشكلات صحية مزمنة بيد أنه لا يشمل الإعاقات الحسية المفردة مثل كف البصر أو الصمم . كما يعني المصطلح أيضاً وجود عاهة أو نقص جسمي يعوق أداء الوظائف الجسمية والنفسية على نحو سوي " . (سليمان ، 2001م)

حدود الدراسة :-

تحدد هذه الدراسة بموضوعها الذي تدرسه وهو " دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف " ، والمتمثلة في العينة المختارة من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم ما بين (8 – 10) سنوات وعددهم (8) ، كما تتحدد بالأدوات المستخدمة وهي :-

- "مقياس القلق للأطفال " من إعداد الدكتورة فيولا البلاوي (1987م) .

- برنامج اللعب التركيبي من إعداد الباحثة .

كما تتحدد هذه الدراسة بمكان إجرائها وهو مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف ، خلال الفترة من تاريخ 1429 / 6 / 5 هـ وحتى 1429 / 6 / 21 هـ .

الفصل الثانى

الإطار النظري
والدراسات السابقة

القلق Anxiety

- أولاً: مفهوم القلق .
- ثانياً: الخوف والقلق .
- ثالثاً: أعراض القلق .
- رابعاً: أسباب القلق .
- خامساً: أنواع القلق .
- سادساً: رأي المدارس النفسية في القلق .
- سابعاً : النتائج والآثار التي يخلفها القلق .
- ثامناً : علاجات القلق نفسياً .
- تاسعاً : القلق النفسي العام .

اللعبة Play

- أولاً: نظرة الإسلام للعبة.
- ثانياً: أهمية اللعبة .
- ثالثاً: فوائد اللعبة .
- رابعاً: خصائص اللعبة .
- خامساً: الأدوار التربوية للعبة .
- سادساً: نظريات اللعبة .
- سابعاً : أنواع اللعبة .
- ثامناً : اللعبة التركيبية .
- تاسعاً : خصائص اللعبة التركيبية .
- عاشراً : اللعبة التركيبية وجوانب النمو .

الإعاقة الحركية Physical Handicapped

- التربية الخاصة وتربية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:
- فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:
- أولاً: مفهوم الإعاقة الحركية .
- ثانياً: نسبة الإعاقة الحركية .
- ثالثاً: تصنيف الإعاقات الحركية .
- رابعاً: الخصائص الشخصية للمعاقين حركياً .

- خامساً: الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية .
- سادساً: قياس وتشخيص الإعاقة الحركية .
- سابعاً : البرامج التربوية للمعاقين حركياً .
- ثامناً : الوقاية من الإعاقات الجسدية .

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy

- أولاً: مفهوم العلاج المعرفي السلوكي .
- ثانياً: فلسفة العلاج المعرفي السلوكي .
- ثالثاً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي .
- رابعاً: فنيات العلاج المعرفي السلوكي .
- خامساً: العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى .
- سادساً: مزايا وعيوب العلاج المعرفي السلوكي .

الدراسات السابقة

- أولاً : الدراسات التي تناولت القلق والإعاقة الحركية :-
- ثانياً : الدراسات التي تناولت القلق :-
- ثالثاً : الدراسات التي تناولت اللعب :-
- تحليل ومناقشة الدراسات السابقة :-
- فروض الدراسة :-

المقدمة:-

سيتم تناول مصطلحات البحث : (اللعب - القلق - الإعاقة الحركية لدى الأطفال - العلاج المعرفي السلوكي) بالشرح والعرض لمحاولة الوقوف على جنباتها وإدراك مفهومها في هذا الفصل.

القلق:-

تقول العرب : أقلق الشيء أي حرّكه ، وأقلق القوم السيوف حرّكوها في غمدها القلق إذن هو الحركة أو الاضطراب وهو عكس الطمأنينة . (السباعي ، 1986م)

فيعرّف ماسرمان Masserman القلق : " بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف ". (الكحيمي وآخرون ، 2007م)

والقلق هو : " حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع ، سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس كما يعرفون لحظات الحزن والألم والأسى ، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً " . (السباعي وعبدالرحيم ، 1991م)

كما يمكن تعريفه : "بأنه الشعور بالضيق والاضطراب وعدم الاستقرار النفسي يصحبه شعور مبهم بالخوف من شيء غير محدد بالذات أو من توقع حدوث شيء ما ، وهو يتفاوت في الشدة من مجرد شعور بالاضطراب إلى شعور مرعب يعجز الإنسان معه عن أداء أي شيء " . (عوض ، 1986م)

إذن لا يولد الخوف أو القلق مع الإنسان ، ولكن قد يولد مع المرء استعداد وراثي للانفعالات العصبية ، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية ، أسباب قد تكمن جذورها في محيط العائلة أو المدرسة أو العمل . (السباعي ، عبدالرحيم ، 1991م)

والقلق شعور معمّم فيه خشية وعدم رضا وضيق (عاقل ، 1980م) وتتفاوت درجات الاستجابة للمواقف في الشدة بين الدرجة المنخفضة والمتوسطة والعالية حسب ما لدى الفرد من استعداد كامن للاستجابة للقلق . فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا تناسب ما في الموقف من خطر حقيقي ، أما الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ويستجيب بقلق مناسب مبالغ فيه . (الكحيمي وآخرون ، 2007)

لذا اتجهت الدراسات منذ العقد الماضي إلى التمييز بين جانبيين من القلق : حالة القلق Anxiety state و سمة القلق Anxiety trait ، حيث عرّف سبيلبرجر – في نظرية القلق الحالة والسمة – "حالة القلق" : (هي عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً في الموقف ، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة التهديد) . وتزول "حالة القلق" عادةً بزوال التهديد (مرسي ، 1983م) ، أي انه تشير حالة القلق إلى الحالة الانفعالية التي يعاني منها الفرد في اللحظة الراهنة أو في موقف خاص ومحدد . (عبدالخالق ، حافظ 1988م)

أما "سمة القلق" فقد عرّفها سبيلبرجر وكاتل وأتكينسون وكامبل بأنها : (عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبيهه وتنشطه منبهات داخلية وخارجية فتظهر حالة القلق) ، ويتوقف مستوى إثارة "حالة القلق" عند الشخص على مستوى "سمة القلق" عنده . فعند الشخص صاحب "سمة القلق" العالية استعداد عالٍ للقلق ، يجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب لها بـ "حالة قلق" زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقي لذا نجده يقلق بسرعة ولأسباب بسيطة قد لا تثير القلق عند غيره (مرسي ، 1983م) . حيث أن سمة القلق تدل على فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق ، أي فروق بين الناس في الميل إلى إدراك المواقف العصبية على أنها خطيرة أو مهددة ، والاستجابة لمثل هذه المواقف بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق لديهم . وقد تعكس سمة القلق كذلك الفروق الفردية في التكرار والشدة عن طريقها يمكن الكشف عن حالات القلق في الماضي ، كما تعكس احتمال أن يعاني الفرد من سمة القلق في المستقبل . وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يعاني الفرد من ارتفاعات أشدّ في حالة القلق في المواقف التي تتضمن تهديداً . (عبدالخالق ، حافظ 1988م)

الخوف والقلق :-

القلق يختلف عن الخوف حيث يشير القلق إلى حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة . بينما يشير الخوف إلى حالة نفسية توجد عند الشخص حين يهدده خطر ما ، وينطوي أيضاً على توتر انفعالي واضطرابات فسيولوجية مختلفة ويمكن توضيح أوجه الاختلاف بين القلق والخوف العادي في النقاط التالية :-

- 1- مصدر القلق ليس له وجود في العالم الخارجي ويكتنفه الغموض ، بينما مصدر الخوف أمور خارجية يواجهها الفرد .
- 2- يكون القلق على مستوى اللاشعور ، أما الخوف فيكون على مستوى الشعور .

- 3- يبقى القلق غالباً رغم زوال مثيره ، والخوف يزول بزوال مثيره .
- 4- القلق هائم لا يتناسب مع موضوعه ، أما الخوف متناسب من حيث الشدة مع موضوعه.
- 5- ينشأ القلق كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع ، بينما الخوف ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً .
- 6- توجد في القلق صراعات ، بينما الخوف لا توجد فيه صراعات .
- 7- استجابة القلق تدوم طويلاً ، أما الخوف فاستجابته عابرة مؤقتة .
- 8- الإثارة التي تركها القلق على الجسد أقوى عمقاً وتأثيراً ، بينما في الخوف لا تكون الآثار خطيرة . (الكحيمي وآخرون ، 2007م)

أعراض القلق :-

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى :-

- 9- أعراض نفسية : التوتر – الشعور بالخفقان – صعوبة في التركيز – الخوف من أشياء لا يدري كنهها.
 - 10- أعراض جسمية : الخفقان – سرعة التنفس – الجوع للهواء – رعشة " خاصة في أصابع الأيدي" – عرق " خاصة في راحة اليد " – الشعور بالتعب والإنهاك لأي مجهود ولو كان بسيطاً – اضطرابات النوم .
 - 11- الجهاز الهضمي : ازدياد الحموضة – سوء الهضم – نوبات من الإسهال – القولون العصبي – مغص – الرغبة في القيء – القيء العصبي . (البنبا ، 1983م)
- أما الأعراض العامة للقلق فهي : الإحساس بالانقباض وعدم الطمأنينة والتفكير المُلح واضطراب النوم ، وقد ينعكس هذا الاضطراب النفسي على الجسم فتبرد الأطراف و يتصبب العرق ويخفق القلب وتتقلص المعدة ويفتر الجسم وتعطل القدرة على الإنتاج ، وقد يهرب الإنسان إلى أحلام اليقظة كعلاج مؤقت . (السباعي ، عبدالرحيم ، 1991م)
- ويمكن أن يأخذ القلق شكلاً من الأشكال التالية :-
- 12- اضطرابات عامة : خوف وتوتر وسرعة الغضب ، إلى جانب الأعراض الجسمية السابق ذكرها . وعادة يستجيب للعلاج الطبي بمركبات البنزوديازپام Benzodiazpams .
 - 13- اضطرابات تثير الهلع والفرع : ممكن أن نجد أكثر من فرد في نفس العائلة يشكو من نفس الحالة – تستمر فترة قصيرة ولكنها تعود مرة أخرى وتتكون من " قلق شديد – نهجان – خفقان – صداع شديد – رغبة في القيء – شعور بدنو الأجل " (البنبا ، 1983م) وقد يتعرض مريض القلق لأزمات حادة Acute Anxiety Attacks قد تستمر دقائق أو ساعات وتنعكس أكثر ما تنعكس على الجهاز الدوري الدموي فيشعر المريض بألم في

الصدر ويتهدج التنفس وتضطرب نبضات القلب . وإذا أزمّن القلق وأشدت قد يؤدي إلى بعض الأمراض النفسية الجسدية مثل أمراض القلب أو قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والبول السكري والربو و إكزيما الجلد . (السباعي ، عبدالرحيم ، 1991م)

14- الخوف المرضي : وهذا النوع من " الإزاحة " ، يحاول المريض نقل مشاعر القلق من شيء غير محدود إلى شيء يستطيع تجنبه حتى يستريح من القلق ، وبما أنها وسيلة غير مجدية فدائرة الأشياء المخيفة تتسع . ومن أشهر أنواع الخوف المرضي ، الخوف من الأماكن الطليقة والأماكن العامة وما ينتاب المريض من شعور بالرعب عند وجوده في هذه الأماكن والبعض يرجع ذلك إلى خلل في التفكير سبه اختلال عصبي أو كيميائي في المخ .

15- الاستحواذ الملزم العصبي : هنا تسيطر فكرة غير معقولة على الوعي مثل ضرورة غسل اليد عدد من المرات قبل تفشير البطاطس مثلاً ، أو الذهاب إلى باب المنزل للتأكد من إغلاقه قبل النوم أكثر من مرة . وبالرغم من شعور الإنسان بتفاهة الخاطر أو سخافته إلا أن القلق لا ينتهي بتأدية هذا الشيء . وعادة ما يصاب بذلك شخص منظم وذكي وعقل وقلق بالطبع .

16- التجاوب مع القلق : يحاول الإنسان التجاوب مع القلق بإحدى الطرق التالية :
أ. الهروب : مثل ركوب السيارة والسير بها بسرعة – السير بسرعة إلى صديق له أو إلى ملتقى يناسب ثقافته – الهروب إلى العمل والاندماج فيه – الأكل بكثرة.
ب. تناول المهدئات : وبلا شك فإن ذلك تفاعل خاطئ وعدم العلاج سيدفع ذلك الشخص إلى الإدمان.

ج. حماية داخلية وخاصة في حالات الشعور بالذنب والشعور بالنقص ، ولنا أن نتعلم أن العدوانية ليست مظهر قوة بقدر ما هي مظهر ضعف . (البنا ، 1983م)

أعراض القلق عند الأطفال :-

مشاعر الطفل نحو الأمن دقيقة ورقيقة ، إن المفاجأة على سبيل المثال تقلقه وفي سن الثالثة يظهر القلق على الأطفال على شكل خوف من الأذى الجسدي أو فقدان الحب الأبوي وكذلك من عدم قدرتهم على التكيف مع الأحداث ، وفي الطفولة المبكرة يكون مصدر القلق عند الأطفال من أخطار خيالية . ويزداد القلق عند الأطفال من سن الثانية وحتى سن السادسة من العمر ويحدث القلق عند الطفل عندما يفكر بخطر حقيقي أو خيالي . إن أعراض القلق عند الأطفال تبدو على شكل

رجفة أو رعشة أو بكاء أو صراخ أو ذهول أو السهاد أو الكوابيس أو قلة الأكل أو العرق أو الغثيان أو صعوبة التنفس أو الصداع أو الشقيقة أو اضطراب في المعدة . وهذه الأعراض تكون هي نفسها حتى لو كان قلقه حقيقي أو غير حقيقي . (العزة ، 2002م)

لقد أظهرت بحوث Mead عن عشائر الأرابش بغينيا الجديدة وهم سكان الجبال أنهم يختلفون في تصوراتهم عن الطفولة مقارنة بجيرانهم المندوكومور سكان الوادي . ففي الوقت الذي يبدو فيه سكان الجبال أكثر تعلقاً بأطفالهم و أشد عطفاً عليهم ، نجد سكان الوادي لديهم لا مبالاة في معاملة الأطفال . وهذا م أظهر أطفال أرابيشيين واثقين من أنفسهم مقابل أطفال مندوكوموريين يحفهم القلق والاضطراب. (الشربيني ، صادق 2003م)

دراسة: القلق لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة " دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين ": هدفت الدراسة لمعرفة القلق لدى الطفل الفلسطيني ، وكذلك مقارنة المستويات المختلفة للقلق لدى الأطفال الفلسطينيين ممن يقطنون مخيمات اللاجئين وبين الأطفال المواطنين الذين يقطنون قطاع غزة ، وهذه الدراسة تلقي الضوء على مرحلة الطفولة كمرحلة هامة في حياة الفرد كما أنها تلقي الضوء على الواقع النفسي للأطفال من خلال ظاهرة القلق وذلك تبعاً للكيفية التي يتشكل عليها هذا الواقع النفسي . تكونت عينة الدراسة من 840 تلميذاً من الذكور و الإناث في المدارس الابتدائية ، وأستخدم الباحث اختبار تايلور للقلق ، واختبار الذات ودراسة الحالة ، وتم التوصل إلى أن القلق يرتفع لدى " الأطفال الفلسطينيين ذكوراً وإناثاً في المخيمات أو المدن " ، وقد فسرت هذه النتيجة على ضوء الواقع الاجتماعي والنفسي العنيف الذي يعيشونه . (حسين ، 1989م)

أسباب القلق :-

- 1- الاستعداد الوراثي وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية .
- 2- الاستعداد النفسي : الضعف النفسي العام – الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي – التوتر النفسي الشديد – الأزمات والصدمات النفسية – الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه – مخاوف الطفولة الشديدة – الشعور بالعجز والنقص – قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق بسبب التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة ، ومن الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط (زهران ، 2001م) وأيضاً الافتقار للأمن ، فالسبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل وكذلك فإن الشكوك تعتبر مصدراً آخر . (العزة ، 2002م)

3- مواقف الحياة الضاغطة ، الضغوط الحضارية ، الثقافية والبيئية الحديثة ومطامح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهيم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن ، اضطراب الجو الأسري وعدوى القلق وخاصةً من الوالدين .

4- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي والتنشئة الأسرية الخاطئة .

5- التعرض للحوادث الحادة والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة ، الإرهاق الجسمي ، التعب ، المرض ، ظروف الحرب .

6- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات . (زهران ، 2001م)

أما (العزة ، 2002م) فيرى أن أسباب القلق تدرج في النقاط التالية :-

7- عدم الثبات في معاملة الطفل سواءً كان المعلم في المدرسة أو الأب في البيت والذات يتصفان بعدم الثبات في معاملته يكونان سبباً آخر في القلق عنده .

8- الكمال والمثالية عندما تكون توقعات الكبار من الأطفال أن تكون انجازاتهم هامة وغير ناقصة تشكل مصدراً من مصادر القلق عندهم ويأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام .

9- الإهمال حيث يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة . إن حاجتهم إلى الثقة والخبرة يُشعران الأطفال بالضيق وبالتراجع ، إنهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم لتصبح تسرّ الآخرين وتسرّهم أنفسهم ، حيث أنهم يبحثون عن حدود يحددها لهم الكبار ، وبعض الأطفال يتصرفون كما لو أنهم يرغبون في أن يُعاقبوا من أجل أن يعرفوا ردّ فعل الكبار الواضح.

10- إن النقد الموجّه من الرفاق والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر ، وبالشكوك في أنفسهم . إن التحدث عنهم وعن سيرتهم يقودهم إلى القلق الشديد خاصةً إذا عرف الأطفال بأن الآخرين يقومون بعملية تقييم لهم أو محاكمتهم بطريقة ما ، وكذلك فإن الاختبارات المروغة أو قيامهم بأداء معين يمكن أن يثير القلق لديهم .

11- بعض الراشدين يثق بالأطفال كما لو كانوا كباراً . إن نضج الأطفال قبل الأوان يكون سبباً في القلق عندهم ، وعندما نتكلم مع الأطفال عن مشاكلنا كأباء فإن موجات من القلق سوف تجتاحهم لأنهم سوف يقلقون في المستقبل وسوف يشعرون بالتعب والإعياء كما لو أنهم يريدون

القيام بعمل ما لمساعدتنا . وحتى الأولاد الأذكىاء و الذين يشعرون بأنهم مغمورون بالحب إلا أن مشاكل الكبار تشوشهم وتقلقهم .

12- يشعر الأطفال بالقلق عندما يعتقدون بأنهم قد ارتكبوا خطأً وتصرفوا بشكل غير معقول وملائم ، وبعض الأطفال يشعرون بالقلق بمجرد أنهم يتخيلون ضرب الآخرين أو التسبب بالآم لهم ، حيث أنهم لا يميزون بين مجرد التفكير والقيام بالعمل . كما أن الأطفال المماطلين يقلقون بدلاً من أن يعملوا حيث يستحوذ عليهم القلق .

13- يكون الأطفال على الغالب قلقين كأبائهم ، يتعلم الأطفال كيف يقلقون وكيف يبحثون عن الغضب من خلال مراقبة آبائهم وهم يعاملون مع المواقف بكل توتر واهتمام .

14- الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق ، إن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن الغضب بسبب اعتمادهم على الراشدين ولذلك فهم يعانون من قلق مرتفع ، ومصادر الإحباط عديدة منها:-

○ يشعر الأطفال بأنهم غير قادرين على الوصول إلى أهدافهم المختلفة .

○ يشعر الأطفال بأنهم لم يعملوا جيداً في المدرسة مع الأصدقاء أو الأقران .

أنواع القلق :-

1- قلق الهلع Panic anxiety : يظهر بوصفه إحساساً بالرعب أو الفزع من موضوعات محددة كما في حالة المخاوف المرضية (الخوف من الأماكن المفتوحة ، الخوف من الزحام) .

2- القلق العام Generalized anxiety : ويعتبر الشخص مصاباً بالقلق إذا عانى من ستة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري :-

- التوتر الحركي Motor tension : الرعشة ، التئميل ، الشعور بالاهتزاز ، التوتر العضلي ، عدم الارتياح ، القابلية للتعب .

- زيادة النشاط الاستشاري للجهاز العصبي اللاإرادي Automatic hyperactivity : وتتمثل في صعوبة التنفس ، برودة الأطراف ، جفاف الحلق والفم ، الإسهال المتكرر ، الغثيان ، الاحمرار خجلاً ، التبول المتكرر .

- الحرس والتيقظ Vigilance & Seanning : حيث صعوبة التركيز والأرق واضطرابات النوم وسرعة التهيج .

3- الرهاب Phobias : وتحدد في ثلاثة أنواع من رهاب الأماكن العامة وهي الخوف من الأماكن العامة Agoraphobia ، الرهاب الاجتماعي Social phobia مثل الخوف

من مواقف يجد فيها الشخص أو يتصور أنه أصبح محاصراً بنظرة الآخرين وهذا الاضطراب غالباً ما يبدأ في الطفولة المتأخرة أو المراهقة ، وعادةً ما يكون مزمناً ، والرهاب البسيط Simple phobia (الخوف من الأماكن العالية – الخوف من الأماكن المغلقة - الخوف الأحادي البعد كالخوف من الكلاب والثعابين والحشرات ... الخ).

4- اضطراب الوسواس القهري : وينقسم إلى وسواس Obsession وأفعال قهرية Compulsive

5- اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة : وهي نتاج موقف صدمي ، من شأنه أن يولد أعراض القلق على النحو السابق الإشارة إليه . (عيد ، 2000م)

رأي المدارس النفسية في القلق :-

تعددت الآراء والنظريات التي حاولت تفسير القلق كحاله وستعرض الباحثة في إيجاز لبعض هذه النظريات، كما يلي:

أولاً: نظرية التحليل النفسي Psychological Analysis theory:

أشار علاء كفاقي، وفاء صلاح الدين، أحمد روبي (1990، 575 - 578) عن فرويد Freud أن مشاعر القلق تعني اقتراب دوافع الهيى والأفكار غير المقبولة والتي تعاونت الأنا مع الأنا الأعلى على كبتها من منطق اللاشعور، ولذلك تكون وظيفة القلق هنا إنذار الأنا لكي يحشد مزيداً من القوى الكابتة ليمنع المكبوتات من الإفلات من أثر اللاشعور والنفاد إلى الشعور.

وأوضح فرويد أن القلق يختلف عن بقيه العواطف الأخرى مثل الغضب والاكتئاب النفسي، وذلك لما يسببه القلق من تغيرات فسيولوجية داخلية في الإنسان وأخرى خارجية تظهر عليه ملامحها بوضوح.

وقد ميز فرويد بين ثلاث صور للقلق كل واحد تقابل المنظومات النفسية للشخصية حسب افتراض نظريته وهى: القلق الموضوعي: وتقابل الأنا، القلق العصابي ويقابله الهو، القلق الأخلاقي ويقابله الأنا الأعلى.

1- القلق الموضوعي Reality anxiety: ويطلق عليه قلق الواقع وهو اقرب أنواع القلق إلى السواء وهو ينتج عن إدراك الفرد لخطوباً في البيئة وهو يشبه ما أسماه "سبيلبرجر" بقلق الحالة أي انه ينشأ عن مصادر خطر حقيقية أو مثيرات خارجية في البيئة.

2- القلق العصابي Neurotic anxiety: وهو ينشأ نتيجة محاوله المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفاذ إلى الشعور والوعي وهو يرجع إلى عامل خارجي، وهو يقابل الهي الغريزية.

3- القلق الأخلاقي Moral anxiety: وهو ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للأنا عندما يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع القيم والأخلاق التي يمثلها الأنا الأعلى، ومصدر هذا القلق هو الخوف من تجاوز المعايير الاجتماعية والخلقية وما يترتب على ذلك من شعور بالخزي والإثم والخل.

وأشار الهواري، الشناوي (1987، 172: 196) إلى إن هورني Horni أضافت نوع آخر من القلق أطلقت عليه القلق الأساسي والذي أرجعته إلى العداوة التي تتولد من الطفل نتيجة للخبرات المهددة لأمنه والتي يمارسها الوالدان معه، في صورته حيل الدفاع النفسي كأحد الأسلحة التي يستخدمها في معركته مع القلق.

ويتضح مما سبق أن تلك النظرة الفرويدية هي نظره من جانب واحد إلى النفس البشرية وهو الجانب المادي، حيث ركز في نظريته على الصراع بين العقل والمبادئ والأخلاق من أجل التحكم في الغرائز، وفي هذا تبسيط مخل في تفسير السلوك الإنساني المعقد.

ثانياً: المدرسة الإنسانية "Humanistic School":

أشار حميدان (1988، 109: 111) إلى أن أصحاب المذهب الإنساني يرون أن القلق هو الخوف من المجهول وما يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان وإنسانيته وتؤكد هذه المدرسة أن كل إنسان يسعى لتحقيق وجوده عن طريق استغلال إمكانياته وتنميتها، والاستفادة منها إلى أقصى درجة ممكنة في تحقيق حياة إنسانية راقية ويشعر الفرد بالسعادة بالقدر الذي يحقق به ذاته، ويشعر بالضيق والتوتر النفسي بنفس القدر الذي يفشل فيه في تحقيق ذاته، وعلى ذلك فكل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق ذاته يثير قلقه، وهذا يعني أن مثيرات القلق عند المدرسة الإنسانية ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس مدرسة التحليل النفسي التي تعزى أسباب القلق للماضي حيث تشير إلى أن الاستعداد للقلق ينمو من خلال خبرات مؤلمة تعرض لها الشخص في حياته خاصة في مرحلة الطفولة.

والاتجاه الوجودي كأحد روافد المدرسة الإنسانية يعتقد أن القلق ينشأ عند الفرد إذا فشل في معرفه مغزى وجوده والهدف من حياته، وهو القلق الذي يعرف كثير في الكتابات النفسية بالقلق الوجودي (كفافي ، روبي، 1990، 575 - 578)

ويتضح مما سبق تركيز تلك المدرسة في تفسيرها للقلق على الحاضر والمستقبل وفي ذلك تجاهل لماضي الفرد والذي قد يساهم في تشكيل حقيقة الحاضر وطموحات المستقبل، كما ان خبرات الماضي سواء كانت سعيدة أو مؤلمة يتم تخزينها في الذاكرة بعيدة المدى وقد ينعكس ذلك على اتزان الفرد الانفعال أثناء مواقف التقويم والتي ربما تهدد ذات الفرد.

ثالثاً: النظرية السلوكية **Beheviouristic theory**:

أشار كفافى، روبي (1990، 575: 578) إلى أن أصحاب النظرية السلوكية يرون القلق كسلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والسلبي، وتفسر النظرية السلوكية قلق الحالة في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، وبذلك يصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعنى أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير الجديد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق.

ويتضح من النظرية السابقة التبسيط الشديد لمظاهر السلوك الإنساني المعقد، حيث اقتصر تفسيرهم على العلاقة بين المثير والاستجابة، كما أن هناك خلط واضح بين مفهوم القلق والخوف، فالخوف Fear ينشأ كنتيجة لمثير واضح مصدره، أما القلق Anxiety ربما ينشأ من مثير غير محدد، فإذا كان الفرد يستطيع تحديد ما يثير خوفه فإنه يجد صعوبة في تحديد ما يثير قلقه.

وأشار على شعيب (1987، 296) عن سبيلبرجر Spielberg أن كلا من الخوف والقلق ما هما إلا انفعال إنساني ظهر منذ القدم كرد فعل طبيعي وكوسيلة دفاع تكيفيه مع المواقف المتسمة بالخطر.

رابعاً: مدرسة الجشطالت:

أشار الهواري، الشناوي (1987، 172: 196) إلى أن أصحاب تلك المدرسة يرون القلق كتعبير عن جشطالت ناقص أو عمل لم يتم وأن القلق يعبر عن عدم التطابق بين الذات والخبرة، فإذا مر الفرد بخبره ما قد لا تكون مهمة عنده لذلك لا يستطيع أن يعيها ويحاول تجنبها أو معرفتها بشكل مشوه، وإذا كانت مهمة بالنسبة له فيحاول أن يدمجها في ذاته، ولكن هذه الخبرة قد لا تتفق مع شروط الأهمية التي تمت مع الفرد وبذلك فإنه لا يستطيع أن يرمز هذه الخبرة بدقة في الوعي، وقد يرمزها بشكل به قصور ولذلك فإن حيل الدفاع النفسي تكون هي الوسيلة الوحيدة لتجنب القلق

الناشئ عن عدم التطابق بين الخبرة والذات، وأشار فرانكل Frankl إلى ما اسماءه بقلق الفراغ الداخلي وهو الذي ينشأ نتيجة انعدام معاني الحياة عند الفرد، وهو نوع من القلق الوجودي.

ويتضح مما سبق أن بتلك الرؤية لمدرسة الجشطالت قصور في استعراض الأسباب المؤدية إلى القلق، حيث ترى أن عدم التطابق بين الذات والخبرة هما السبب في حاله القلق في حين أن هناك الأسباب الكثيرة والمتشعبة المؤدية إلى القلق.

خامساً: رأى الإسلام:

أشار الهواري، الشناوي (1987، 172: 196) أن الإمام الغزالي يرى أن القلق حاله من حالات الضعف والخضوع والاستسلام وكلها صفات لا يتصف بها المؤمن الحقيقي الذي أخلص العبادة لله وحده، وأحسن العمل لأن هذا المسلم يتسم بنفس مطمئنة تزداد اطمئناناً بالقرب من الله، وهي بذلك ليست بحاجة إلى حيل دفاعية للتخلص من القلق وإنما هي في حاجة إلى مواجهة ذاتية وتصميم ذاتي مستمر يجعل الاطمئنان سمتها في كل وقت، وإن تلك النفس الساكنة المطمئنة التي دفعت هواجسها بعيداً واسترسلت مع الله واستطاعت أن تقهر غلبه هوى النفس وغواية الشيطان وميزت بين خاطر الشيطان والخطر الرباني... قال تعالى " وهو الذي انزل السكينة في قلوب المؤمنين ليزدادوا إيماناً مع إيمانهم " صدق الله العظيم . (سورة الفتح 4).

ويتضح مما سبق أن ذلك هو أبسط وأدق تفسير لحاله القلق بل وعلاجها والتخلص من تلك الحالة.

النتائج والآثار التي يخلفها القلق على الإنسان بشكل عام:-

1- القلق يؤدي إلى تشتيت التفكير وعدم القدرة على التركيز أو اتخاذ القرار في الموضوعات التي تواجه الإنسان.

2- القلق يؤدي إلى الشعور بالعجز وفقدان الأمن وعدم السعادة والرضا.

3- أن القلق الزائد يقف عقبة شديدة في طريق التعليم.

4- القلق يتسبب في قرارات طائشة وسلوك غير سوي يحاول به الفرد تغيير حالة القلق التي تسيطر عليه ، وقد يوقفه هذا السلوك تحت طائلة القانون أو يزيد من إحساسه بالإثم الذي يؤدي إلى ازدياد القلق وإلى تردي حالته.

5- قد يؤدي القلق إلى أمراض جسدية خطيرة فمثلاً بعض الغدد يزداد إفرازها توقعاً لحالة الخطر، هذا الخطر الذي لا يحدث ولا ينتهي أبداً. ومع استمرار إفرازات هذه الغدد يؤدي الأمر إلى اضطرابات جسدية.

6- مع استمرار القلق و ازدياد الصراعات قد يتطور الأمر إلى أمراض نفسية أخرى أشدّ وأخطر فالقلق مقدمة لجميع الأمراض النفسية والعقلية .

7- القلق يؤدي إلى انفصام في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين ، فينعزل الفرد عنهم وبالتالي تزداد دائرة المرض حول إحكاماً وشدة .

8- يؤثر القلق على مستوى الإنتاج لدى الفرد فيضطرب عمله ويقل إنتاجه . (الهواري 1986م)

علاجات القلق نفسياً:-

القلق ظاهرة لا تقتصر على المرضى النفسيين فقط ، بل هو عام في شرائح المجتمع جميعاً ، لا يفرق بين دولة غربية وأخرى شرقية ، يصيب الغني كما يصيب الفقير ، ويحل بالكبير كما يحل بالصغير ، وينتقل إلى القوي كما ينتقل إلى الضعيف ، يصول ويجول بين الرجال والنساء ، والصغار والكبار ، والمتعلمين وغير المتعلمين ، إنها الظاهرة الفريدة والآفة العصرية التي ليست من مقامات الدين ، ولا من منازل السائرين والمتفانين ، بل هي أقرب إلى مكائد الشيطان ووساوسه . وهناك أساليب مختلفة ومتعددة للسيطرة على القلق الذي تعاني منه النفس وإن كانت هذه الأساليب في مجموعها ليست أساليب سوية مألوفة صحيحة، بل إن البعض منها ملتبس غير سليم من وجهة نظر الصحة النفسية. ويمكن أن نضعها تحت تعريف محدد وهو "الحيل الدفاعية" والتي تكون عن أحد طريقتين:

أ) انكسار الدوافع أو الذكريات، وذلك مثلما يحدث في حالات فقدان الذاكرة التي يمكن شفاؤها.

ب) مسخ هذه الدوافع أو الذكريات وتشويهها وذلك مثلما يحدث في التبرير والإسقاط ويمكن أن نستعرض عدداً من هذه "الحيل الدفاعية":

1- التبرير: التبرير ليس معناه أن تكون كل تصرفاتنا معقولة، ولكن معناه أن نبرر سلوكنا حتى يبدو في نظرنا معقولاً، وهو يعد حيلة دفاعية لأنه يمكن الفرد من تجنب الاعتراف بما يدفعه إلى سلوكه غير المعقول، الناتج عن دوافع غير مقبولة. والتبرير يختلف عن الكذب تمام الاختلاف، إذ أن التبرير هو عملية لا شعورية يقنع فيها الفرد نفسه بأن سلوكه لم يخرج عما ارتضاه لنفسه عن قيم ومعايير، في حين أن الكذب عملية تزييف شعورية إرادية، غايتها تشويه الفرد لوجه الحقيقة، وهو على علم بما يفعل، وبأن ما يصوره للناس ويحاول إقناعهم به ليس صحيحاً بل هو مجرد محض خيال.

2- الإسقاط: يمكن تعريفه بأنه هو: " أن تنسب ما في نفسك من صفات غير معقولة إلى غيرك من الناس، بعد أن تجسمها وتضاعف من شأنها، وبذلك تبدو التصرفات كلها منطقية معقولة، ومثال ذلك أن يلجأ الطالب إلى أن يفتن نفسه بأن كل ما عداه من الطلاب يغشون في الامتحانات، وذلك حتى لا يبدو غشه في نظره نقيصة من النقائص، أو رذيلة يتفرد بها، وإنما يصبح غشه مجارة منه لسائر زملائه، ومسايرة منه لهم.

ومن هنا يتبين أن " الإسقاط" نوع من "التبرير" وأنه كثير الشيع في تصرفات جميع الناس.

3- التقمص: التقمص يشبه التقليد في الغالب، وأن كان يختلف عنه في بعض النواحي ففي التقليد يتخذ المرء من سلوك غيره نموذجاً ومثالاً يحتذ به، فالطفل يلذ له أن يقلد والده، ويرتدي ملابس الكبار، ويميل إلى أن ينهج نهجهم في تصرفاتهم، بيد أن المرء لا يتقمص أفعال وحركات وتصرفات الفرد الذي يقلده إلا إذا كان يكن له الحب في قلبه ووصلت درجة الإعجاب به إلى حد التشبع. والتقمص الحق لا يقتصر على التقليد فحسب بل يتضمن شعور الفرد بأنه أصبح في الخيال والوهم الشخصية المتقمصة ذاتها، فيحس بنجاحه وفشله، وفرحه وحزنه، والتقمص والتقليد لازمان من أجل نمو شخصية الفرد، إذ لابد للطفل من أن يتعلم القيام بدور "ما" في الحياة، وهو لا يستطيع أن يخرج من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد والنضوج إلا بأن يتخذ لنفسه نموذجاً صالحاً يحتذ به ونموذج الطفل والده ونموذج الطفلة والدتها ولا يكفي في ذلك عملية التقليد البحتة بل لابد من عملية الامتصاص.

4- الكبت: الكبت هو الوسيلة التي يتقي بها الإنسان إدراك توازنه ودوافعه التي يفضل إنكارها، وهو يتميز عن قمع الإنسان لنوازعه، فالكبت نوع من تهذيب الذات للذات، في حين أن القمع هو خضوع النفس لنواهي المجتمع وتصرفاته. والكبت الكامل يؤدي إلى النسيان، واختفاء الدوافع غير المقبولة اختفاءً تاماً كاملاً عن وعي الفرد وإدراكه، بيد أن الكبت لا يكون تاماً وكاملاً في معظم الأحيان، ولذلك تلتصم الدوافع والنوازع وسائل أخرى غير مباشرة تعبر بها عن نفسها.

5- الإبدال: الإبدال هو أفضل "الحيل الدفاعية" على الإطلاق في حل المشكلات، وإنقاص حدة التوتر، دون أن يترتب على ذلك اطلاع الناس أو الفرد على ما لديه من دوافع غير مقبولة أو نزعات يحرّمها المجتمع، وعن طريق الإبدال يعمل الفرد من أجل أهداف

صالحة تختلف كل الاختلاف عن الأهداف الأصلية غير المقبولة، ويحاول أموراً ينتظر له فيها من النجاح ما لا ينتظر له في غيرها. (عبد المتجلي، الغامدي، 1986م).

6- معرفة السبب وراء القلق وتناول هذا السبب بموضوعية . والوصول إلى السبب أو الأسباب " التي قد تعود إلى مرحلة الطفولة " يتم عن طريق الاستقراء الذاتي أو التأمل أو التحليل النفسي أو العلاج الجماعي .

7- الاسترخاء .

8- العلاج الطبي بالأدوية المهدئة . (السباعي ، 1986م)

تهدف Lumpkin " 1999م " إلى دراسة مدى فاعلية علاج سلوكي معرفي جمعي " GCBT في التعامل مع أنواع غير متجانسة من اضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال والمراهقين قوامها 12 طفلاً و 12 مراهقاً ، تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 17 سنة ، شخّصت أنواع قلق المجموعتين وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي " DSMVI "، حيث قسمت أنواع القلق إلى اضطراب العصاب القهري ، المخاوف البسيطة ، اضطراب قلق الانفصال ، الرهاب الاجتماعي ، اضطراب القلق العام ، وقسمت المجموعتين إلى ثمان مجموعات ، كل مجموعة تحتوي على 3 أطفال أو مراهقين ، وطُبق عليهم العلاج السلوكي المعرفي ، وأسفرت النتائج بعد فترة تتراوح ما بين 6 شهور إلى سنة إلى القليل من حدة الأعراض المرضية لدى الأنواع المتباينة من القلق ، وقد أظهرت النتيجة المحورية للبحث مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب القلق . (Lumpkin , 1999)

القلق النفسي العام :-

وتعريف القلق النفسي العام هو : " حالة من القلق المستمر الزائد عن الطبيعي يشعر به المريض بصورة مزعجة ، لا يستطيع معها التكيف أو القيام بأعماله اليومية أو المشاركة في الحياة الاجتماعية " ويكون هنا المريض في حالة قلق - عصبية - كثير الاهتمام بالأمر الصحي والعائلي ، دائم التوقع السيئ ويستثار من أقل مؤثر خارجي أو داخلي ، له ردود أفعال عصبية وعنيفة وغير متناسبة مع حجم الفعل الأساسي . (رضا ، 2008م)

ويتصف مرض القلق العام بالقلق المستمر والمبالغ فيه والضغط العصبي. ويقلق الأشخاص المصابين بالقلق العام بشكل مستمر حتى عندما لا يكون هناك سبب واضح لذلك. و يتركز القلق العام حول الصحة أو الأسرة أو العمل أو المال. وبالإضافة إلى الإحساس بالقلق بشكل كبير مما يؤثر على قدرة الإنسان على القيام بالأنشطة الحياتية العادية، و يصبح الأشخاص المصابين بالقلق

العام غير قادرين على الاسترخاء ويتعبون بسهولة ويصبح من السهل إثارة أعصابهم ويجدون صعوبة في التركيز وقد يشعرون بالأرق والشد العضلي والارتعاش والإنهاك والصداع. وبعض الناس المصابين بعرض القلق العام يواجهون مشكلة القولون العصبي. ويختلف مرض القلق العام عن أنواع القلق الأخرى في أن الأشخاص المصابين بهذه الأعراض عادة يتجنبون مواقف بعينها. ولكن، كما هو الحال في أعراض القلق الأخرى، فإن مرض القلق العام قد يكون مصحوباً بالاكتئاب والإدمان وأعراض القلق الأخرى. وبشكل عام فإن المرض يبدأ في الطفولة أو المراهقة. ويحدث هذا المرض عادة في النساء أكثر من الرجال ويبدو أنه شائع في عائلات بعينها. ويؤثر هذا العرض في 2-4% من الأفراد سنوياً. (أبو العزائم ، 2008م) .

في بحث منشور عن العوامل الحاسمة في عضوية المراهق المعاق جسمياً في مجموعة العلاج الجماعي (Bill weinman) بيل وينمان ، تم إحالة 14 مراهقاً وشاباً معاقين جسمياً من سن 16 - 20 سنة لمجموعة العلاج النفسي عن طريق عيادة العلاج المهني التابعة للمدرسة الثانوية والمشكلات التي ذكرت بشأنهم هي :-

1- ضعف الاستجابة الانفعالية .

2- ضعف التكيف السلوكي بالنسبة لبيئة المدرسة والبيت .

وقد تم تقسيم الطلاب إلى مجموعتين :-

1- مجموعة تضم مراهقين من صغار السن وكبار السن .

2- مجموعة تضم مراهقين من كبار السن .

وكان التقسيم بناء على العمر الزمني والتقدير الاجتماعي العام للمهارات الاجتماعية بحسب المقابلة الإكلينيكية والتقدير الشامل لقضايا نوع النمو التي قد تعامل معها الفرد . ولم يستخدم نوع تشخيص العجز الجسمي كمعيار لعضوية المجموعة . وبالتركيز على المجموعة الأولى لأن أعضاءها ذوو تشخيص طبي متنوع ، ولأن أعضاء هذه المجموعة أظهروا قدرة على اتخاذ القرار على نحو مستقل فيما يتصل بانتظامهم في العلاج الجماعي ، وتتألف مجموعة الدراسة المختارة من 5 ذكور و 3 إناث . وكانت موضوعات المناقشة المثارة في العلاج يحددها الأعضاء بأنفسهم ، وقبل البدء في العلاج تم تطبيق مقياس Piers-Harris لمفهوم الذات لدى الأطفال (Piers , 1984) والذي يتألف من 80 بنداً باستخدام نعم / لا ، والاستبيان يتناول ستة عوامل : " السلوك ، الذكاء ، الحالة التعليمية ، المظهر الجسمي ، سمات القلق والتقبل والسعادة والرضا " . ويمكن تقسيم الأفراد تشخيصياً إلى مجموعتين :-

1- الذين يتعاملون مع إعاقتهم طوال حياتهم .

2- الذين حصلت إصابة الإعاقة لديهم مؤخراً أو بسبب مرض مدمر .

وكانت النتائج أن الذين أنهموا عضويتهم في مجموعة المعالجة قد أظهروا قلقاً دالاً على مقاييس مفهوم الذات أقل من الذين بقوا في مجموعة المعالجة . كما أم مستويات القلق المنخفض من قبل المراهقين حديثي الإعاقة أو ممن ظروفهم غير مستقرة قد تعكس الفارق بين المجموعات في تقدم نموهم في التعامل مع حالات الإعاقة لديهم . (Weinman,1987)

ثانيا : اللعب

العلاقة بين الطفل واللعب علاقة وثيقة جداً، فاللعب هو حب الطفل وملاذه وعالمه وحياته، وأسعد لحظات حياته تلك التي يقضيها مع لعبته، يحادثها ويحكي لها حكاية، يشكو لها، ويعرض عليها مشكلته، يضربها، يبعثرها يفكها ويعيد تركيبها، يتخيلها أشخاصاً أمامه ومعه، والأطفال يلعبون عندما لا يكون هناك شيء آخر ينشغلون به، أي عندما يكونون مرتاحين جسدياً ونفسياً، واللعب ولا شك هو أكثر من مجرد ترويح، بل هو عملية مهمة في سبيل النمو، والسؤال الذي يطرح نفسه بقوة في ساحة التربية وعلى علماء النفس والمهتمين بالطفولة في العصر الحديث: هل اللعب لدى أطفالنا عبث أم أنه يمكن أن يكون وسيلة لخفض القلق والتوتر لدى الأبناء؟

أحد تعريفات اللعب أنه: ذلك النشاط الحر الذي يمارس لذاته، واللعب: ميل من أقوى الميول وأكثرها قيمة في التربية الاجتماعية والرياضية والخلقية، فهو سلوك طبيعي وتلقائي صادر عن رغبة الشخص أو الجماعة. ففي الصغر يميل الطفل إلى اللعب الانفرادي وكلما تقدمت به السن زاد ميله إلى اللعب الجماعي.

و مما لا شك فيه أن التربية الحديثة تجعل من اللعب وسيلة لتنمية قدرات الطفل وتنمية الذكاء والتفكير الابتكاري منذ السنوات الأولى إذ تعمل على توفير اللعب المختلفة في دور الحضانة وللعب وظائف مهمة منها:

- اللعب يهيئ للطفل فرصة فريدة للتحرر من الواقع المليء بالالتزامات والقيود والإحباط والقواعد والأوامر والنواهي. لكي يعيش أحداثاً كان يرغب في أن تحدث ولكنها لم تحدث أو يعدل من أحداث وقعت له بشكل معين وكان يرغب في أن تحدث له بشكل آخر، إنه انطلاقة يحل بها الطفل ولو وقتياً التناقض القائم بينه وبين الكبار والمحيطين به، ليس هذا فحسب، بل إنه انطلاقة أيضاً للتحرر من قيود القوانين الطبيعية التي قد تحول بينه وبين التجريب واستخدام الوسائل دون ضرورة للربط بينها وبين الغايات أو النتائج إنه فرصة للطفل كي يتصرف بحرية دون التقيد بقوانين الواقع المادي والاجتماعي.

- اللعب كنشاط حر يكسب الطفل المهارات الحركية المتعددة ويظهر مواهبه وقدراته الكامنة فالنشاط الحر لا يحدث فقط على سبيل الترفيه وإنما هو الفرصة المثلى التي يجد فيها الطفل مجالاً لا يعوض لتحقيق أهداف النمو ذاتها واكتساب ما يعز اكسابه في مجال الجد، وهذا الكلام ليس بمستغرب، فالأطفال وهم منشغلون في وضع الخوابير في

الثقوب، أو في وضع الصناديق الكبيرة وبدخلها الصناديق الصغيرة، أو في إضاءة الضوء ثم إطفائه، أو في تشغيل المكنسة الكهربائية ثم إبطالها، أو الراديو والتلفاز، يكتسبون مهارات حركية مهمة جداً، فتصبح حركتهم أكثر دقة وأكثر تحديداً، الأمر الذي يعتبر إضافة مهمة لنمو الشخصية الطفولية.

- اللعب يمكن الطفل من اكتشاف القوانين الأساسية للمادة والطبيعة.
 - اللعب يهيئ الفرصة للطفل لكي يتخلص ولو مؤقتاً من الصراعات التي يعانيها وأن يتخفف من حدة التوتر والإحباط اللذين ينوء بهما.
 - اللعب يساعد على خبرة الطفل ونموه الاجتماعي، ففي سياق اللعب يكون لدى الطفل الفرصة للعب الأدوار، وفي اللعب الإيهامي يقوم الطفل بأدوار التسلط وأدوار الخضوع كدور الوالد ودور الرضيع مثلاً، وغير ذلك كدور الأسد ودور الفريسة، وهم في ذلك كله يجربون ويختبرون ويتعلمون أنواع السلوك الاجتماعي التي تلائم كل موقف.
- وتتعدد وظائف اللعب فمنها التربوية والفسولوجية والنفسية والتشخيصية والعلاجية ، ومن حيث الجانب العلاجي يرى علماء التحليل النفسي أن الطفل في لعبه يعاود ترتيب الأحداث الحياتية بالشكل الذي يراه أو على الأقل لا يضايقه وبهذا يتخلص من قلقه . (سيد ، 2002م)
- وإن المرونة التي يقبل بها غالبية الأطفال على التعامل مع أدوات اللعب لا تعني أن كل الوسائل يمكن تقديمها إلى جميع الأطفال بصرف النظر عن الظروف وإنما ينبغي مراعاة حالة الطفل من الكف أو القلق أو المخاوف كذلك مراعاة عمره الزمني ، مثال ذلك أن إناء الرمل يقبل عليه معظم الأطفال ولكن الأطفال القلقين أو المكبوتين قد يتهيبون من اللعب والنشاط ويقفون بدون عمل مراقبين لزملائهم وحتى مع محاولات التشجيع يظل البعض متهيئاً ،ومثل هؤلاء الأطفال من الأفضل تحويلهم إلى نشاط آخر مثل الرسم والتلوين أو اللعب بالطوب . (عبدالفتاح ، 1991م)
- وفي هذا البحث يتم تناول اللعب كوسيلة للعلاج في خفض سمة القلق لدى المعاقين حركياً من الأطفال والذي يؤكد وجوده تلخيص (كليمك ، Klimic) للمشكلات النفسية للإعاقة في المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين 1968م بنيويورك إلى مجموعة من المشكلات كالآتي:-

- الشعور الزائد بالنقص مما يعوق تكيفه الاجتماعي .
- الشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة .
- عدم الشعور بالأمان مما يولد لديه القلق والخوف من المجهول .

- عدم الاتزان الانفعالي مما يولد لديه مخاوف وهمية مبالغ فيها.
 - سيادة مظاهر السلوك الدفاعي وأبرزها الإنكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية .)
- سيد ، 2002م)

كما يصنف المرشد الطبي النفسي الأمريكي الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة على النحو التالي :-

- 1- مشكلات متعلقة بالنمو : التخلف العقلي أو الدراسي – مشكلات النمو اللغوي – صعوبات التعلم .
 - 2- مشكلات متعلقة باضطراب السلوك : الإفراط الحركي (الحركية) – العدوان – تشتت الانتباه – التخريب – الجنوح – الكذب – الانحرافات الجنسية .
 - 3- مشكلات القلق : قلق الانفصال – القلق الاجتماعي – تحاشي أو تجنب الاحتكاك بالآخرين .
 - 4- الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام : الهزال أو النحافة المرضية – النهم – السمنة – التهام المواد الضارة .
 - 5- اللوازم الحركية : نتف الشعر – مص الأصابع – قضم الأظافر .
 - 6- اضطرابات الإخراج : التبول اللاإرادي – التغوط .
 - 7- اضطرابات الكلام واللغة : التهتهة – البكم – الحبسة الصوتية .
 - 8- اضطرابات أخرى : ذهان الطفولة – السلوك الإجتراري . (ابراهيم وآخرون ، 1993م)
- ويظل اعتبار اللعب وسيلة السيطرة على الأحداث المثيرة للاضطراب والقلق ، تفسيراً يتفق مع السعي إلى اللذة وتجنب الألم ، حيث إن التكرار يسبب انخفاض الاضطراب غير السار . (ميلر ، 1987م)

نظرة الإسلام للعب الأطفال-

اللعب فعل يرتبط بعمل لا يجدي أو بالميل إلى السخرية بل هو نشاط ضد الجد . جاء في القرآن الكريم بقوله تعالى : " الذين اتخذوا دينهم لعباً ولهواً " (الأنعام آية 70) وفي موضع آخر : " فذرهم يخوضوا ويلعبوا " (الزخرف آية 83) . وجاء اللعب بمعنى الاستمتاع والتسلية على لسان إخوة يوسف لأبيهم ، قال تعالى : " أرسله معنا يرتع ويلعب " (يوسف آية 12) ولهذا فإن اللعب في المجتمعات العربية اختلط فهمه عند العامة إلى درجة التباين ، فعندما ننظر إليه في إطار النشاط

الذي يقابل النشاط الديني لغاية التفاضل فإنه يشكل نشاطاً عبثياً ، وأما إذا فهم بأنه نشاط للصغار والكبار في إطار تقسيمي لا يفضل النشاط الديني فإنه يقبل مع التحفظ . (الحيلة ، 2005م)

والأصل في اللعب أنه مرغوب ومطلوب للطفل من وجهة نظر الإسلام وذلك لما يضيفه من سعادة على الطفل ويكسبه من خبرات ، فإخوة يوسف عليه السلام حين طلبوا من أبيهم السماح بأخذه معهم عللوا ذلك بأنه سوف يرتع ويلعب وأنهم سوف يحافظون عليه ولو لم يكن ذلك مقبولاً بل حقاً من حقوق الطفل لما سمح أبوهم لهم بمصاحبة يوسف وأخذهم له (حنورة ، عباس 1996م).

وروى البزار عن سعد بن أبي وقاص قال: دخلت على رسول الله ﷺ والحسن والحسين يلعبان على بطنه ، فقلت يا رسول الله أتحبهما ؟ فقال : (وما لي لا أحبهما ؟ وهما ريحائتي) . وعن عائشة رضي الله عنها قالت : وجاءت السودان يلعبون بين يدي رسول الله ﷺ في يوم عيد ، فدعاني رسول الله ﷺ فكننت أطلع عليهم فوق عاتقه ، حتى كنت أنا التي انصرفت . رواه نسائي (سويد ، 2004م).

وكان الرسول ﷺ يداعب حفيده إمامة بنت العاص رضي الله عنها حيث كان عليه الصلاة والسلام يضعها على عاتقه فيصلي ، فإذا ركع وضع ، وإذا رفع رفعها . أخرجه البخاري عن أبي قتادة : عن حياة الصحابة (البخاري ، 1981م).

وتطرق العلماء العرب الأولون المهتمون بالتربية كالغزالي إلى موضوع معرفة الطبيعة البشرية عند الولد . فترى الغزالي في كتابه " إحياء علوم الدين " يهتم بموضوع اللعب الذي يحث عليه الطفل لأن له ثلاث وظائف أساسية : ترويض جسم الولد ، إدخال السرور إلى قلبه ، وإراحته من تعب الدروس في الكتاب . وكل هذه الأفكار ينادي بها علم النفس العام والتربوي بشكل خاص . (عكيلة ، هوانة ، طه ، 1983م)

واستهدفت دراسة (الجرواني والمشرقي ، 2007م) التعرف على الواقع الفعلي للعب الأطفال في المستشفيات بمحافظة الإسكندرية بحثاً عن العوامل المعوقة أو المساهمة في أساليب وطرق استخدامه ، واتجاهها نحو معالجة أوجه القصور وما قد تستدعيه ذلك من وضع تصور مقترح لرؤية مستقبلية للدعائم الأساسية التي يمكن أن يركز عليها تطبيق برامج اللعب الأطفال بالمستشفيات في مصر ، وقد اشتملت عينة البحث على 68 طبيب أطفال يعملون في 12 مستشفى واستخدمت الإستبانة أداة في هذه الدراسة ، وبينت النتائج عدم تحقيق جميع المحاور الثلاثة للإستبانة (برامج لعب أطفال المستشفيات ، البيئة الفيزيائية للعب أطفال المستشفيات ، أخصائي لعب

المستشفيات) ما عدا المفردة الثانية من المحور الثاني والخاص " بوجود مكان مخصص لممارسة اللعب لأطفال المستشفى خارج مبنى المستشفى " وذلك في المستشفى الجامعي فقط كما أوضح البحث أهمية استخدام أسلوب لعب المستشفيات ووضع تصور مقترح لتفعيل استخدام أسلوب لعب المستشفيات.

كما هدفت دراسة محمد الكرش عام 1986م إلى معرفة مدى فاعلية استخدام نموذج اللعب في تعلم المهارات الأساسية في الجمع والطرح لمجموعة من التلاميذ المتخلفين عقلياً وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية والذين درسوا باستخدام نموذج اللعب وذلك في تعلم المهارات الأساسية في الجمع والطرح ، وأوصت الدراسة بأن التدريس للمتخلفين عقلياً يفضل أن يكون من خلال نماذج مختلفة من اللعب تتلاءم مع طبيعة كل وحدة والإكثار من الخبرة المحسوسة أكثر من الخبرة النظرية (عبدالرحمن ، 2001م).

أما فيما يتعلق بحالات العجز الجسمي فيمكن الاستفادة من برامج التدخلات المتعددة باللعب، ويجب على المعالج أن يمتلك البراعة في الاختيار للألعاب والأجهزة وطرق تجهيز وإعداد الأجهزة ويرتب ويتعامل مع بعض التفاصيل الإضافية التي تتعلق بهذه الفئة والمسألة تعتمد أساساً على احتياجات تلك الفئة . ويمكن أيضاً أن تستفيد الأسرة من الإرشاد النفسي ولكن بعد أن يقدم لها قدر غير عادي من المساعدة والمعلومات. فمنهج التدخلات المتعددة الجوانب Interdisciplinary يمكن أن يكون له قيمة في التعامل مع المشكلات المتعددة التي يأتي بها المعوقون ،فالعلاج باللعب يتم تعديله ليناسب احتياجات كل الأطفال المعوقين ويجب أيضاً الاستفادة من طاقاتهم وتنميتها كوسيلة لمساعدتهم على مواجهة المشكلات التي تحدث بسبب إعاقاتهم وبسبب صعوبة اعتمادهم على أنفسهم والأطفال المعوقون يستفيدون من العلاج باللعب، لأن هذا النشاط يتضمن الإيجابية في تقبل العلاقة بين المعالج والعميل ويسمح للعميل بالاستقلالية ويؤكد على انعكاس المشاعر. لكل هذه العوامل يكون العلاج باللعب مناسباً للاستخدام مع حالات المعوقين وهو أكثر الوسائل فعالية واستخداماً (عبد الباقي ، 2001م).

أهمية الألعاب التربوية :-

يمثل التعليم في ضوء فلسفة " بياجيه " التربوية التطويرية عملية إيجاد أو تطوير بيئات تعليمية تعمل على تزويد المتعلم بخبرات تعليمية تمكنه من ممارسة عمليات معرفية (عقلية) معينة ، وتسهل ظهور بناء المعرفة وتطورها . ويعتقد " بياجيه " أن البنى المعرفية لا تنمو إلا إذا باشر المتعلم خبراته التعليمية بنفسه ، وهذا يعني أن التعلم يجب أن يكون تلقائياً ، بيد أن " تلقائية التعلم "

أو " مباشرة المتعلم لخبراته بنفسه " تتطلب أساساً وجود بيئة تعليمية تتطوي على نشاطات تتفق مع البنى المعرفية للمتعلم لموضوع الاهتمام . من هنا تبرز أهمية الألعاب التربوية في هذا النمط وأثرها في عملية التعلم . والتعلم لا يحدث إلا إذا كان المتعلم مستعداً نفسياً لعملية التعلم وقد تساعد الألعاب التربوية على ذلك . وبتعبير آخر إن التعلم عملية تكيفية يمارسها المتعلم لتحقيق حالة من التوازن بين قدراته المعرفية ومتغيرات البيئة . ويجب أن يكون المتعلم نشطاً فعالاً وأن يكون التعلم استكشافياً أو استقرائياً وأن تكون البيئة غنية بالمتغيرات الحسية وأن يحتل اللعب والألعاب التربوية دوراً أساسياً فيها ، ويظهر دور المعلم من خلال قدرته على تنظيم خبرات تعليمية ، ونشاطات تعليمية تمكن المتعلم من ممارسة عمليات الاكتشاف الذاتي وتسهل تطور بناء المعرفية . (الحيلة ، 2005م)

أهمية اللعب في حياة الطفل:-

وترجع أهمية اللعب للحقائق التالية :-

1- اللعب هو وسيلة الطفل في إدراك العالم المحيط ووسيلة لاستكشاف ذاته وقدرته المتنامية ، وأداة دافعة للنمو تتضمن أنشطة كافة العمليات العقلية ، ووسيلة للتحرر من التمرکز حول الذات ، ووسيلة تعلم فعالة تنمي كافة المهارات الحسية والحركية والاجتماعية واللغوية والمعرفية والانفعالية وحتى القدرات الابتكارية ، وهو كذلك ساحة لتفريغ الانفعالات (السيد ، 2001م).

2- حركة الطفل أثناء اللعب مظهر من مظاهر حيويته وصحته ، وأكثر ما تبتدئ هذه الحركة في مرحلة الطفولة المبكرة التي يكون فيها اللعب طبيعة فطرية في الطفل لذا فمن قدرة الخالق أن جعل طفولة البشرية أطول الطفولات بين الكائنات الحية ، وقد جعل اللعب والحركة لدى الطفل غريزة في نفسه ليساعد عضلات جسمه وأعصابه وكل جزء فيه على النمو ، أي بناء جسم الطفل يكون أكثر نمواً في مرحلة الطفولة عن غيرها من مراحل عمر الإنسان . ويمكن ملاحظة نمو جسم الطفل وإدراكه معاً من حركاته أثناء اللعب التي تُظهر العلاقة بين إدراكه الحسي ونشاطه الحركي (ياسين ، 2006م).

3- لعب الطفل داخل الأسرة وما يرتبط بها من إعداد وتمارين للقدرات والمهارات أو تنفيس عن الصراعات أو القلق ، فهو أيضاً له دوره في تكوين حب النظام المتمثل في وضع الأشياء وضعاً معيناً في الزمن أو المكان بناءً على قواعد ، وإتمام هذا النظام يصحبه شعور بالانسجام وإدراك له . وميل الطفل إلى النظام عملية تثقيفية اجتماعية تسربت بواردها من هندسة المباني

والأثاث والملابس، وهذا يجعل النظام لا يبتعد عن المعنى المطلق وإنما هو نظام البيئة الاجتماعية الكبيرة التي يحيا فيها الطفل (الشرييني ، صادق ، 2003م).

4- يعتبر اللعب مدخلاً لدراسة الأطفال وتحليل شخصياتهم وتشخيص أسباب ما يعانون من مشكلات انفعالية تصل إلى مستوى الأمراض النفسية ويتخذ أطباء النفس من اللعب وسيلة للعلاج لكثير من الاضطرابات الانفعالية التي يعانيها الأطفال لأن الطفل يكون في اللعب على سجيته فتتكشف رغباته وميوله واتجاهاته تلقائياً ويبدو سلوكه طبيعياً وبذلك يمكن تفسير ما يعاني من مشكلات (اللابيدي وخاليلة ، 1990م).

5- إن الميل الطبيعي وحده هو الذي يدفع الطفل لمزاولة اللعبة باعتبار أن اللعبة ظاهرة طبيعية ونشاط غريزي .

6- إن الطفل يجد في اللعب فرصة للحركة والنشاط والتعبير عن النفس بما يحقق له المرح والسرور والسعادة والاستمتاع .

7- انه يشبع حاجة أساسية للطفل لاكتساب الخبرة ووسيلة لاستنفاد الطاقة الزائدة.

8- ينفس عن التوتر الجسمي والانفعالي عند الطفل .

9- يدخل الخصوبة والتنوع في حياة الطفل .

10- يجذب انتباه الطفل إلى التعلم ، فالتعلم باللعب يوفر للطفل جواً طليقاً يندفع فيه إلى العمل من تلقاء نفسه .

11- له تأثير مباشر في تكوين الشخصية المتزنة للطفل وتنميتها وهو الغرض الأساسي للعب المنظم ، إذ يساعد اللعب المنظم بقدر وافر في تقوية الجسم وتحسين الصحة العامة ، ويساهم في المساعدة على النمو العقلي والخلقي وإتاحة الفرصة للتعبير الجماعي .

12- له أثره العظيم في تنمية الشخصية الاجتماعية ، فالشخصية الاجتماعية المتزنة أساس العلاقة الطيبة مع الغير ، واللعب مع الجماعة يعتبر سر حياة الطفل .

13- كما أن اللعب يعمل على تقوية إرادة الطفل وشكيمته ، إذ أن اللعب يعلم الطفل الالتزام باللعبة والتقيد بقواعدها كما يعلمه القدرة على التحمل والصبر حيث يمكن اعتبار اللعب بمثابة مدرسة حياتية يتعلم منها الطفل الانصياع والتقيد بمبادئ اللعب ونظمه وبالتالي احترام حقوق الآخرين وتقديرهم .(آل مراد ، 2004م)

فوائد اللعب :-

للعب فوائد وقيم عديدة شملت سببها سيكولوجية اللعب وتتخلص في النقاط التالية :-

- 1- القيمة الجسدية : اللعب الهادف الموجه ضروري لنمو عضلات الطفل فهو يتعلم خلاله مهارات عدة ، الاكتشاف وتجميع الأشياء وتنمية الحواس بتعويدها وتدريبها على معرفة حقيقة الأشياء من خلال ملمسها أو صوتها أو لونها أو شكلها .
- 2- القيمة التربوية : إن اللعب يفسح المجال أمام الطفل كي يتعلم أشياء كثيرة من خلال أدوات اللعب المختلفة كمعرفة الطفل للأشكال المختلفة وفائدة كل منها كالمشمار للنجار والمطرقة للحداد واستخدام الكهرباء والنار في المنازل ومعلومات كثيرة لا يمكن الحصول عليها من مصادر أخرى أحياناً .
- 3- القيمة الاجتماعية : يتعلم الطفل من خلال اللعب كيف يبني علاقات اجتماعية مع الآخرين وكيف يتعامل معهم بنجاح وبذلك يكسبه معايير السلوك الاجتماعية المقبولة في إطار الجماعة.
- 4- القيمة الخلقية : يتعلم الطفل من خلال اللعب مفاهيم الصواب والخطأ ، كما يتعلم بعض المبادئ والقيم الخلقية كالعدل والصدق والأمانة وضبط النفس والصبر والروح الرياضية .
- 5- القيمة الإبداعية : يستطيع الطفل أن يعبر عن طاقاته الإبداعية وذلك بأن يجرب الأفكار التي يحملها ، ويحولها إلى حركات إبداعية مما يؤدي إلى الكشف المبكر عن هواياته وإمكانياته والعمل على تنميتها وصقلها .
- 6- القيمة الذاتية : يكشف الطفل الشيء الكثير عن نفسه لمعرفة قدراته ومهاراته من خلال تعامله مع زملائه ومقارنة نفسه بهم ، كما أنه يتعلم التعامل مع مشاكله وكيفية مواجهتها .
- 7- القيمة العلاجية : يعرف الطفل عن طريق اللعب التوتر والخوف والكبت الذي قد يكون تولد لديه نتيجة القيود المختلفة التي تفرض عليه من بيئته ، لذا نجد الأطفال الذين يعانون من القيود والأوامر من أهاليهم ينشدون الانطلاق والتحرر واللعب أكثر من غيرهم ، ويجدون فيه متنفساً لتصريف ما بداخلهم من عدوان مكبوت . (سويد، 2004م)

خصائص لعب الطفل:-

يمكن تلخيص خصائص اللعب في مرحلة الطفولة المبكرة كالآتي:-

- 1- تنمو قدرة الطفل على الحركة والقفز والتسلق .
- 2- تزداد قدرة الطفل على الاستطلاع وينشط التخيل عنده .
- 3- يفضل الطفل الألعاب التي تستخدم فيها العضلات الكبيرة .
- 4- في بداية هذه المرحلة يكون اللعب الرمزي أكثر الألعاب شيوعاً ممثلاً في اللعب بالدمى.
- 5- تنشط ألعاب البناء والتراكيب عند الطفل ،فاللعب بالطين والصلصال ونحوها من الأنماط المحببة للطفل .
- 6- يميل اللعب تدريجياً في هذه المرحلة إلى الواقعية ، ويقل تدريجياً اللعب التمثيلي .
- 7- تبدأ مقومات اللعب الاجتماعي الذي تحدده قوانين العلاقة بين أفراد المجموعة أثناء اللعب (عقل ، 1998م).

أما خصائص اللعب لمرحلة الطفولة المتأخرة :-

- 1- يستمر اللعب التخيلي الذي يلعب فيه الخيال والتصور دوراً بارزاً ولكنه يؤدي وظيفة سيكولوجية ايجابية تتصل بالتعبير والإبداع .
- 2- تظهر الألعاب الإجرائية أو الشعبية المألوفة كأعمال الحياكة والخياطة والصناعات اليدوية والحرفية والرسم والدومينو والشطرنج وهذا يساعد في تكوين التفكير المنطقي .
- 3- اللعب الهادف المخطط يوفر للأطفال فرص النمو العقلي والوجداني والجسدي المنظم فتساعده على تنمية مهارات التواصل والتعاون مع الآخرين واحترام الحقوق والواجبات وتنمي الذات وتزيد من قدرته على تفهم حاجات الآخرين واكتساب العادات الاجتماعية .
- 4- يتكون لدى الطفل اتجاهات من نوع الاعتزاز والانتماء إلى بعض الشلل والانتماء إلى أبناء جنسه .
- 5- يتأثر اللعب أنماطه ومستوياته في هذه المرحلة بكثير من العوامل البيئية والوراثية والجنسية والثقافية مع أن وقت اللعب في هذه المرحلة يقل نسبياً . (اللبابيدي ، خلايلة ، 1990م)

الأدوار التربوية في لعب الأطفال :-

أهم الأدوار التربوية التي يقوم بها الطفل أثناء اللعب تلخصها نوال ياسين فيما يأتي :-

- 1- اللعب وسيلة تعلم تربوية يتمكن الفرد بواسطتها من إحداث تفاعل مع عناصر البيئة و موجوداتها مما يؤدي إلى تنمية شخصيته التي تؤثر في سلوكه مع الآخرين .
- 2- اللعب وسيلة تعليمية يدرك الأطفال بواسطتها معاني الأشياء ومفاهيمها فيجعلهم قادرين على التكيف مع واقع الحياة .
- 3- اللعب أداة فعالة تساعد على معرفة الفروق الفردية لدى الأطفال للتمكن من تعليمهم حسب قدرات وإمكانات كل منهم .
- 4- اللعب أداة فعالة تساعد بناء شخصية الأطفال اجتماعياً فيبتعدون عن الأنانية وحب الذات وينفتحون على حب الجماعة ويشعرون بمدى ارتباطهم بها فتقوى علاقتهم بمن حولهم ونتيجة لهذا يتعلم الأطفال قواعد السلوك والتواصل مع الآخرين والتكيف معهم فيتكون لديهم نظام أخلاقي قيمى من خلال ذلك ويكتسب الأطفال معايير السلوك الاجتماعية المقبولة .
- 5- ليس اللعب أداة تواصل فيما بينهم فحسب بل بغض النظر عن لغاتهم وثقافتهم وبيئاتهم بل انه أداة للتواصل والتفاهم مع الكبار أيضاً .
- 6- اللعب وسيلة بناءة لنمو شخصيات الأطفال وتوازنها داخلياً لأنها تلبي رغباتهم وتُسبغ ميولهم إلى حب المعرفة والإطلاع ، مما يساعد على فهم شخصياتهم والكشف عن قدراتهم عقلياً ونفسياً وثقافياً والعمل على تطوير هذه الشخصيات وتوازنهم الانفعالي والعاطفي وإكسابهم بعض المفاهيم والقيم التي تساعد على التكيف مع البيئة وتنمية مهاراتهم وقدراتهم .
- 7- اللعب وسيلة علاجية تساهم في الكشف عن الاضطرابات النفسية والعقلية والعاطفية لدى الأطفال ومساعدتهم على التخلص من المؤثرات والانفعالات لإعادة التوازن إليهم كما يساعد اللعب المربين على إيجاد طرق علاجية لحل مشاكل الأطفال واضطراباتهم حسب مدرسة التحليل النفسي عند فرويد .
- 8- اللعب رياضة وصحة لأجسام الأطفال فهو المساعد الأول على تطويرها ونموها وتشكيل أعضائها وإنضاجها وإكساب الأطفال المهارات الحركية المختلفة التي تساعد على تحقيق العديد من الأهداف التربوية . (ياسين ، 2006م)

نظريات اللعب :-

هناك عدد من النظريات في علم النفس تناولت اللعب والأنشطة المرتبطة به لدى الأطفال بالدراسة والتفسير منها :-

1- النظرية المعرفية في تفسير اللعب : من علماء مدرسة علم النفس المعرفية "جان بياجيه" الذي ارتبطت نظريته عن اللعب بتعريفه للذكاء حيث يعرفه بأنه: (تنظيم الواقع على مستوى الفعل أو الفكر لا مجرد نسخه) ، ولكي تتم عملية تكيف الطفل مع محيطه الطبيعي والاجتماعي والتي تتم بطريقة تدريجية ، يسلم بياجيه بوجود عمليتين أساسيتين هما : الاستيعاب " التمثل " والتلاؤم . وعملية الاستيعاب أو التمثل هي التغيير من خصائص الشيء حتى تتناسب مع الصورة الموجودة في الذهن . أما التلاؤم فهو تغير المعاني الداخلية لتنتمشى مع المثيرات الجديدة ، مثال ذلك عندما تعلم أمه أن هذا كلب وليس قطة فإنه يتعلمها فتكون عنه قطة وهذه هي عملية التمثل وعندما تعلمه أمه أن هذا كلب وليس قطة فإنه يتعلمها فتكون هذه هي المواءمة . (عاشور ، 1998م) .

ويؤكد بياجيه أهمية تحقيق التوازن والتناسق بين العمليات العقلية والظروف المحيطة بالإنسان أي التوازن بين الاستيعاب والمواءمة ولكن في حالة عدم وجود الاتزان هذا فإن بياجيه يقول إن الاستيعاب بشكله الخالص ، حيث "هكذا" لا يكون متوازناً بعد التلاؤم مع الواقع ، ليس سوى اللعب . أما المواءمة بدون توازن مع الاستيعاب فإنه يسمى محاكاة أو تقليداً وبذلك يكون اللعب والمحاكاة جزأين مهمين لنمو الذكاء . (عاشور ، 1998م) .

2- نظرية التحليل النفسي في تفسير اللعب : تشير نظرية التحليل النفسي إلى مجموعة من الفرضيات ، منها فرضية "فرويد" التي تؤكد على القوى البيولوجية التي تشكل مستقبل الكائن الإنساني ومن بين هذه القوى الغريزة ، حيث يولد الطفل مزوداً بمجموعة من الدوافع الغريزية اللاشعورية التي تحرك السلوك وتوجهه . ويؤكد فرويد على أهمية اللعب وعلاقته بالنشاط الخيالي للطفل حيث يفترض أن السلوك الإنساني يقرره مدى السرور أو الألم الذي يرافقه أو يؤدي إليه ، وأن الإنسان يميل إلى السعي وراء الخبرات الباعثة على السرور واللذة والمتعة وتكرارها أما الخبرات المؤلمة فيحاول المرء تجنبها والابتعاد عنها . (عاشور ، 1998م)

ويمكن استخلاص مبادئ اللعب التي تؤكد عليها نظرية التحليل النفسي وهي :-

❖ الربط بين عملية اللعب والنشاط الخيالي والإيهامي للطفل .

- ❖ يعبر الطفل عن رغباته ومشاعره من خلال اللعب.
- ❖ يخفف اللعب من التوتر النفسي للطفل ويساعده في حل مشكلاته .
- ❖ يمكن دراسة نفسية الطفل من خلال اللعب.
- ❖ يهرب الطفل من خلال عملية اللعب من عالم الواقع إلى عالم الوهم والخيال الحر.
- ❖ اللعب أداة تواصل بين الطفل والمحيطين به . (الحيلة ، 2005م)

3- نظرية الإعداد للحياة في تفسير اللعب : يؤكد أنصار هذه النظرية وفلاسفتها أن فترة الطفولة الطويلة للإنسان تساعد طفله على التدريب من خلال اللعب على جميع المهارات التي تلزمه في مرحلة الرشد ، وذلك من أجل تحقيق تكيفه والمحافظة على بقاءه ، ولذلك فإن اللعب يرتبط بصراع البقاء . ويأخذ اللعب عند الإنسان أشكالاً مختلفة منها : ألعاب المقاتلة والمنافسة الجسمية والعقلية مثل ألعاب الصيد ، ومنها الألعاب المرتبطة بنشاطات ودية وألعاب التقليد والمحاكاة والدراما وأخيراً الألعاب الاجتماعية . وقد أكدت هذه النظرية على هدف اللعب ووظيفته وعلى تأثير اللعب بالبيئة ونوعية الحياة الاجتماعية والثقافية . (الحيلة ، 2005م)

كما تعني هذه النظرية أن الأطفال يلعبون ليقوموا بالأدوار التي يقوم بها الكبار والتي يطلب منهم القيام بها مستقبلاً عندما يكبرون وأن الطبيعة قد زودتهم بالميل للعب للتدريب على المهام والوظائف المختلفة التي يقوم بها الكبار فالولد يلعب بالسلاح أو الحصان أو الطائرة ليتدرب على دور المقاتل ، والبنات تلعب بعروسيتها وتصفف شعرها وتحيك لها الملابس وتهدهدها لتتدرب على دور الأمومة وهكذا . وهناك اعتراض على هذه النظرية هو أن هناك كثير من الألعاب التي يقوم بها الأطفال يتقنسون فيها أدواراً مختلفة لا يمكن أن يقوموا بها في حياتهم المستقبلية إما لتعدها وذلك أن الطفل قد يقوم بدور الشرطي والمحامي والمهندس بينما هو في الواقع المستقبلي لا يمتحن إلا دوراً واحداً ، وإما لتضاربها كدور الشرطي واللص أو المدرس والتلميذ ، وإما لعدم أخلاقيتها كاللص أو المنحرف ، وإما لاشتقاقها من بيئات أخرى أو شريحة اجتماعية مغايرة تكون دون شريحته في الرتبة . (حنوره ، عباس ، 1996م)

4- نظرية التنفيس والتهينة : تعود هذه النظرية إلى العالم "كار" Cart ومضمون هذه النظرية يتلخص في أن النظم الاجتماعية تقيد كثيراً من الغرائز لدى الإنسان فيحاول كبتها مما يؤدي إلى اضطراب في نفسه ويعد اللعب أحد أهم الوسائل لإخراج هذا الكبت وللتخلص من الاضطراب (عاشور ، 1998م).

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن الطفل يلعب لينفَس عن شيء مكبوت وليخفف من صراعاته النفسية وليتغلب على مخاوفه الداخلية ، فإذا كان يخاف من العفريت قام بدور العفريت أو أحضر العفريت لخصمه ومن يكرهه ، وإذا كان يكره تناول الدواء سقاه للدمية ، وإن كان يخشى الطبيب لعب دور الطبيب وإن كان يخشى الشرطي يلعب دور الشرطي أو يحضره للانتقام من الدمية وهكذا . غير أننا لو حللنا ألعاب الأطفال لا نجدها تقع كلية في بؤرة الإسقاطات النفسية فمن الأدوار التي يقوم بها الطفل ما هو محبوب وما هو مكروه ومنها ما هو في موقع وسط بين الحب والكراهية وما دامت النظرية قد عجزت عن تفسير بعض جوانب الظاهرة " وهي بعض الألعاب هنا " فهي لا تصلح أساساً لتفسيرها . (حنوره ، عباس ، 1996م)

5- نظرية الطاقة الزائدة : تعني هذه النظرية أن الطفل لديه فائض من الطاقة وهذا الفائض يبحث عن طريقة مشروعة لتصريفه وهذه الطريقة هي اللعب وهناك اعتراضان على هذه النظرية هما :-

أ- أن هناك كثير من الألعاب لا تتطلب بذل مجهود كبير كالتخطيط والرسم على الرمال أو فك وتركيب بعض الأشياء أو الألعاب اللغوية .

ب- أن الطفل قد يلعب بعد بذل مجهود مضني استنفذ طاقته أو يلعب وهو متعب ويرى في اللعب راحة له ، إذن ليس لديه طاقة زائدة تبحث عن تصريف لها في اللعب .

6- النظرية التلخيصية : وتعني هذه النظرية أن الفرد من لحظة مولده إلى لحظة اكتمال نضجه يمرّ بمراحل شبيهة بالمراحل التي مرت بها البشرية منذ وُجد الإنسان على الأرض وحتى الآن . وتنطلق هذه النظرية من افتراض توريث الصفات المكتسبة والمهارات والخبرات الثقافية من الأجيال السابقة للأجيال اللاحقة ويرجع أحد أنصار هذه النظرية " ميل الأطفال للعب بالماء واستمتاعهم به إلى المرحلة السمكية في تطورهم ، أي عندما كان أسلافهم أسماكاً تسبح في البحار ويفسر إصرارهم على تسلق الأشجار والحواجز والجدران واستمتاعهم بذلك على أنه يرتبط بالمرحلة القرديّة كما يرجع ميل الأطفال سن 8-12 سنة إلى ممارسة أعمال الصيد والبناء -بناء البيوت والقلاع - وركوب المراكب والآليات إلى استعادة أنماط الحياة البدائية التي عاشها الأسلاف عبر التاريخ " . ونحن لا يمكن أن نقبل القول بنظرية تزعم أن الإنسان كان في يوم ما من الماضي السحيق سمكة أو قرداً ، بل إن الإنسان خلق إنساناً بدءاً بآدم وحواء . ومع هذا فهناك اعتراضان على هذه النظرية هما :-

أ – يرى كثير من علماء الوراثة أن المهارات والخبرات والصفات المكتسبة لا تورث وأن الخبرات والمهارات التي تعلمها جيل من الأجيال لا يمكن أن يرثها الجيل الذي يليه ، وإنما فقط يمكن أن يتعلمها .

ب – إن كانت هناك بعض ألعاب الأطفال يمكن أن ترد إلى فترات من حياة البشرية كما يرى بعض علماء النفس ، كالربط بين حب الأطفال واللعب بالماء واعتماد الإنسان البدائي على البحر كمصدر لطعامه أو الربط بين حياة الإنسان البدائي في الغابات وبين حب الأطفال لتسلق الأشجار والتأرجح على الأغصان إلا أن هناك بعض الألعاب لا يمكن الربط بينها وبين مراحل التطور البشري كاللعب بالهاتف والسيارات والقطارات والصواريخ والطائرات وركوب الدراجات واللعب بالكمبيوتر وغير ذلك .

7- نظرية الاسترخاء : يرى أصحاب هذه النظرية أن الطفل بعد إنهاكه في العمل الجاد ومواجهة الكبار يحتاج إلى راحة الأعصاب واسترخاء العضلات والتحرر من قيود الواقع ، ويرون أن اللعب يحقق له كل ذلك . ولكن هناك كثيراً من الألعاب يحتاج بذل مجهود نفسي وبدني وعقلي فترقب الفوز أو الهزيمة مجهود نفسي ، والجري أو حركات أعضاء الجسد مجهود بدني ، وعمل خطط الدفاع والهجوم أو الإيقاع بالخصم أو دقة التصويب أو عمل خطة تضع في الاعتبار جميع الاحتمالات التي تتوقع من المنافس مجهود عقلي ونفسي .

8- نظرية اللعب جزء من فعالية الطفل : يرى أصحاب هذه النظرية أن الطفل يلعب ليجرب معطيات النمو وما طرأ على استعداداته من تقدم ، كالقدرة على التصويب والإمساك بالأشياء والمراوغة من المنافس وضبط حركة أعضائه أو إعادة التوازن فيحرك عضلات يديه أو قدميه أو عنقه بعد فترة سكون طويلة .

وبذا تكون كل نظرية مما سبق تفسر جانباً من جوانب اللعب ولا تقوى بمفردها على تفسير الظاهرة . (حنوره ، عباس ، 1996م)

أنواع اللعب :-

1- اللعب البدني : من أكثر أنواع اللعب شيوعاً لدى الأطفال ، ويمكن ملاحظة هذا النوع من اللعب يتطور من البسيط والتلقائي والفردي إلى الألعاب الأكثر تنظيماً وجماعية على النحو التالي :-

- اللعب الحسي الحركي : إن بدايات نشاطات اللعب تبدأ مع الطفل في شهوره الأولى حيث يكون اللعب نشاط حر وتلقائي يقوم به الطفل ويتفوق به ويتوقف عنه متى رغب وهو نشاط فردي في معظمه . وتكون نشاطات اللعب غالبيتها استكشافية واستطلاعية يحصل فيها الطفل على البهجة والمتعة في استثارة حواسه ومعالجة الأشياء وتناولها بأطرافه ، وينزع الطفل في اللعب الاستطلاعي إلى تدمير الأشياء بجذبها بعنف أو الإلقاء بها بعيداً . (الحيلة ، 2005م) ويمكننا أن نقسم اللعب الحسي الحركي إلى :-

أ- الحركات غير الهادفة التي تسبق التحكم الإرادي الكامل .

ب- الأنشطة الفجائية غير الهادفة أو ذات الأهداف غير الواضحة .

ج- الأنشطة المتكررة التي تشمل الممارسة التلقائية للحركات بدءاً من الحركات المتكررة الإجبارية إلى المشي والتسلق والحركة الهادفة التي يقوم بها أطفال سن السنتين أو الثلاثة وانتهاء بالحركات المدروسة المحسوبة التي يقوم بها الرياضيون من الكبار . (ميلر ، 1987م)

- ألعاب السيطرة والتحكم : في مرحلة ما قبل المدرسة يتحول الطفل إلى الاهتمام بنشاطات أكثر تقدماً وتعقيداً تُعرف بألعاب السيطرة أو التحكم والتي تمكنه من تعلم مهارات حركية جديدة كالتوازن والتأزر الحس حركي ويسعى الطفل لاختبار مهاراته هذه بألعاب متعددة تدعى ألعاب المهارة حيث يهتم الطفل بالسير على الحواجز في الشوارع والقفز من أماكن مرتفعة والحجل على قدم واحدة والنقاط الكرات برشاقة ... الخ .

- اللعب الخشن : يعد هذا النوع من اللعب أكثر شيوعاً لدى الأطفال الذكور خاصة في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة حيث يعتمد الأطفال إلى اختبار قدراتهم البدنية عن طريق ألعاب تتصف بالخشونة مثل المصارعة والاشتباك بالأيدي وقذف الكرات . وغالباً ما يرافق هذا النوع من اللعب الانفعالات الحادة كالصراخ والكيد للآخرين والإيقاع بهم . (الحيلة ، 2005م)

- اللعب الجماعي : يبدأ اللعب الجماعي في وقت مبكر والرأي الذي يتقبله الجميع بالنسبة للتتابع الزمني الذي يسير فيه نحو الارتقاء مع التقدم في السن هو أن اللعب الانفرادي يعقبه لعب المحاذاة "الموازي" ثم لعب المشاركة وأخيراً اللعب التعاوني

(ميلر، 1987م) ، أي أنه يتمشى تطور اللعب الجماعي عند الطفل وفق نمو سلوكه الاجتماعي على النحو التالي :-

أ- اللعب الفردي : وفيه يلعب الطفل مستقلاً وحده دون أن يلتفت للآخرين من حوله.

ب- اللعب المشاهد : وفيه يكتفي الطفل بمشاهدة ألعاب الآخرين .

ج- اللعب الموازي : نشاطات لعب متشابهة يقوم بها طفلان أو أكثر بنفس الطريقة والمكان نفسه ولكن دون حدوث أي تفاعلات اجتماعية فيما بينهم .

د- اللعب المشترك : وفيه يتفاعل الأطفال معاً في اللعب بما فيها تبادل أدوات اللعب والتحدث مع بعضهم البعض لكن يضل كل واحد منهم يقوم بلعبة واحدة .

هـ- اللعب التعاوني : وفيه يعمل الأطفال معاً ويساعدون بعضهم بعضاً لإنتاج شيء ما كما يتبادلون أدوار اللعب فيما بينهم .(الحيلة، 2005م)

2- اللعب التمثيلي أو الإيهامي: يرتبط بقدرة الطفل على التفكير الرمزي وهذا يتضح بقيام الطفلة بإرضاع دميته أو وضعها في العربة والتجوال بها ، وفي نشاطات اللعب التمثيلي يقوم الطفل بتقمص شخصيات الكبار ويعكس نماذج الحياة الإنسانية والمادية من حوله ، ويمكن تلخيص فوائد اللعب التمثيلي على الشكل التالي :-

أ- عقلية : تعلمه التفكير الابتكاري.

ب- اجتماعية : تعلمه الدور والإعداد للحياة .

ج- نفسية : تعويضية علاجية .

ويعد اللعب الرمزي من أشكال اللعب التمثيلي حيث يستخدم الطفل الدمى كرموز تمثل وتقوم مقام الأشياء والموضوعات الأخرى .(الحيلة، 2005) كما أنه يمثل فيه رمزياً أولئك الذين يود أن يكون مثلهم سواء أكان تمثيلاً لأشخاص أو أحداث ، ويتمثل هذا النوع في الألعاب التي تعتمد على الخيال الواسع ، ويرى الباحثون أن هذا اللعب سائد في بداية الطفولة المبكرة نظراً لنمو القدرة على التخيل في هذه المرحلة . وكلما تقدم الطفل في العمر واندمج في مجتمع المدرسة فإنه يبتعد عن اللعب الإيهامي ، ويحقق اللعب الإيهامي وظائف كثيرة منها :-

1- ينمي قدرة الطفل على تجاوز الواقع والغوص في الخيال مما يساعد على تنمية التفكير الابتكاري .

2- يُمكن الطفل من تحقيق رغباته وحاجاته بطريقة تعويضية مما يخفف القلق والتوتر عنده .(عقل ، 1998م)

3- **اللعب الإنشائي أو التركيبي :** في سن السادسة من العمر يبدأ الطفل باستخدام المواد بطريقة محددة وملئمة في البناء والتشييد ، وينمو اللعب التركيبي مع مراحل نمو الطفل من مرحلة الطفولة المبكرة حيث يركز على بناء النماذج مثل عمل العجينة وتشكيلها واستخدام المقص واللسق والألوان وجمع الأشياء . أما في مرحلة الطفولة المتأخرة فيتطور اللعب التركيبي ليصبح نشاطاً أكثر جماعية وتنوعاً وتعقيداً ومن المظاهر المميزة لنشاط الألعاب التركيبية بناء الخيام ، الألعاب المنزلية ، عمل نماذج الصلصال .. الخ (الحيلة ، 2005م) حيث أنه غالباً ما يكون تشكيل هذه الأشياء في بداية اللعب صعباً حيث يضع الطفل الأشياء بجوار بعضها ، ولكن بعد الخامسة يأخذ بتجميع الأشياء وتركيبها في شكل أصيل ويشعر بسعادة غامرة لهذه الإنتاجية . ومن خصائصه العودة إلى الواقع وأنه ينمي مهارات التصنيف والعلاقات بين الأشياء وينمي القدرة المكانية.(عقل ، 1998م)

4- **الألعاب الفنية :** تتمثل في النشاطات التعبيرية الفنية التي تنبع من الوجدان ، والتذوق الجمالي والإحساس الفني مثل الموسيقى الرسم حيث تعدّ رسومات الأطفال بأنها :-

أ – أداة تعبير عن المشاعر والأحاسيس والتطورات .

ب- وسيط للابتكار والإبداع وعمل التصميم والأشكال .

ج- أداة للتذوق والاستمتاع الجمالي .

د- أداة تشخيص للاضطراب النفسي ووسيلة للمعالجة .(الحيلة ، 2005م)

5- **الألعاب الثقافية :** يقصد بها تلك النشاطات المثيرة لاهتمام الفرد والتي تلبي احتياجاته وحب الاستطلاع لديه والمتمثلة في الرغبة في المعرفة واكتساب المعلومات والتعرف إلى العالم المحيط به وهذه النشاطات غالباً ما تكون نشاطات ذهنية كالمطالعة أو مشاهدة البرامج المسرحية أو التلفازية ، كما وتساعد الألعاب الثقافية على اكتساب المعارف والخبرات وتنمي آفاق الطفل وقدراته الفكرية وبذلك فإنها تُعدّ وسيطاً لتربية الأطفال والحفاظ على الهوية الثقافية للمجتمع .(الحيلة ، 2005م)

6- الألعاب الرياضية والترويحية : وتتمثل في ألعاب التخفي والمطاردة والسباقات مع الآخرين وألعاب الكرة وبعض الألعاب الأخرى التي تمتاز بأنها اجتماعية وليست فردية وأن لها قواعد ونظم تحددها وتعتبر هذه الألعاب ذات أهمية كبيرة في النمو الاجتماعي فهي تنمي روح التعاون والتنافس بين الأطفال وتمكنهم من القيام بأدوار القائد أو التابع . كما أنها وسيلة لمعرفة الفرد بنفسه ، وتسود هذه الألعاب في مرحلة المدرسة الابتدائية وما بعدها . (عقل ، 1998م)

7- الألعاب الإلكترونية : وهي نمط جديد من الألعاب ظهرت حديثاً في القرن العشرين حيث تمارس هذه الألعاب بأجهزة معقدة ، وقد أشارت بحوث عديدة أن هذه الألعاب تنمي التفكير وحلّ المشكلات عند الطفل ، وتزيد من قدرته على التركيز والانتباه ، ولكنها في مقابل ذلك تزيد من توتر الطفل وتقلل من فرص التفاعل الاجتماعي والاندماج مع الآخرين . وتندرج هذه الألعاب من حيث التعقيد بما يتناسب مع مراحل النمو . (عقل، 1998م)

اللعب التركيبى :-

ينمو اللعب التركيبى مع مراحل نمو الطفل المختلفة, فهو في البداية يقوم بعملية التركيب أو وضع الأشياء بجوار بعضها, وإذا ما شكلت هذه الأشياء نموذجاً مألوفاً فإنه يشعر بالسعادة والبهجة. لكن في مرحلة متقدمة يقوم باستخدام المواد بطريقة محددة ومعينة وملائمة في البناء. ويتطور اللعب التركيبى لديه ليصبح نشاطه أكثر جماعية وتنوعاً وتعقيداً. ركن البناء والتركيب يحتاج إلى مكان فسيح ومحدد بحدود لكي يشعر الطفل انه موجود في المنطقة.

ويعتبر الاهتمام بألعاب التركيب جانباً هاماً من لعب الأطفال ، وكثيراً ما يكون في عمر خمسة أو ستة أعوام مستخدماً فيه عامل الصدفة في اللعب ، فهو يضع الأشياء بجوار بعضها البعض بدون خطة مسبقة. وإذا مثلت نموذجاً مألوفاً لديه فإنه يبتهج لما حققه ، ويلجأ أطفال السادسة إلى استخدام المواد بطريقة محددة وملائمة في البناء والتشديد ، ومع تطور النمو تنمو قدرة الطفل على التمييز بين الواقع والخيال ، ثم يصبح اللعب أقل إيهامية وأكثر بنائية ويختلف الأطفال في قدرتهم على البناء والتركيب (الهنداوي ، 2003م).

يتحول لعب الأطفال في سن (8-12) سنوات إلى ألعاب مخططة وهادفة هي الألعاب التركيبية والحركية والألعاب الثقافية ، ويعود هذا التحول إلى طبيعة التغيرات النمائية التي تطرأ على الأطفال (الحيلة ، 2005م).

ويعد اللعب التركيبي من المظاهر المميزة لنشاط اللعب في مرحلة الطفولة المتأخرة (10-12) ويتضح ذلك في الألعاب المنزلية وتشبيد السدود. فالأطفال الكبار يضعون خطة اللعبة ومحورها ويطلقون على اللاعبين أسماء معينة ويوجهون أسئلة لكل منهم حيث يصدرن من خلال الإجابات أحكاماً على سلوك الشخصيات الأخرى ويقومونها. ونظراً لأهمية هذا النوع من الألعاب فقد اهتمت وسائل التكنولوجيا المعاصرة بإنتاج العديد من الألعاب التركيبية التي تتناسب مع مراحل نمو الطفل كبناء منزل أو مستشفى أو مدرسة أو نماذج للسيارات والقطارات من المعادن أو البلاستيك أو الخشب وغيرها (www.kids-psychology.com/syco/sy9.htm).

ويأخذ هذا اللعب بصفة عامة شكل العمل ، ويتحقق ارتباط الأطفال بلعبهم خارج المنزل ، وعند البنات اللعب التركيبي يتضح في عمل الدمى من الورق وعمل ملابس لها وفي التلوين والرسم والعمل بمعجونة الصلصال ، وتميل البنات إلى تشكيل مناظر أكثر هدوءاً للحياة اليومية وذلك من خلال اللعب بالمكعبات ، أما الأولاد فيكون بناؤهم للمكعبات أكثر تنوعاً في طرقه ، ويركزون أكثر على المناظر خارج المنزل (الهنداوي ، 2003م).

وفيما يتعلق باختيار مواد اللعب بيدي الأطفال العاديين أو ذوي المستويات الأعلى في الذكاء تفضيلاً لمواد اللعب التي تعتمد كثيراً على النشاط التركيبي البنائي بدرجة أكبر من الأطفال ضعاف العقول ، كما بيدي الأطفال العاديين والأذكىاء ثباتاً أكبر في طول فترة اهتمامهم بمواد اللعب التي يختارونها (اللابيدي وخلايلة ، 1990م).

وتؤثر نوعية اللعب ومواده وإمكانياته المتاحة إلى حد كبير في نشاط اللعب وفي مباشرته لدوره الهام في بناء الأطفال. فإذا زدنا الطفل بألعاب معينة فإنه سوف يستخدمها وبالتالي فإن نشاط لعبه سوف يتأثر بها. فإذا كانت إمكانيات اللعب المتاحة ذات نماذج تركيبية بنائية مثل المكعبات والرمال والأجهزة التي يقوم الطفل بفكها وتركيبها فإن اللعب بطبيعة الحال سوف يأخذ هذا الطابع التركيبي البنائي . (اللابيدي وخلايلة ، 1990م).

ويتصف اللعب التركيبي بخاصية أساسية هي أن عالم الظواهر المحيطة بنا يعكسه الطفل في نواتج مادية، مثل تشكيل آلة من أجزاء مختلفة، وعمل مبنى أو رسوم تعبيرية، وينطوي كثير من الألعاب التركيبية على استثارة قدرات الطفل العقلية والمعرفية، وعلى تكوين مهارات حركية لديه ، كما يمكن ربط هذا النوع من اللعب بأشكال اللعب المختلفة (الهنداوي ، 2003م).

وللعب أثر في المجال المعرفي الإدراكي للتعلم لدى الطفل، نرى أن اللعب يحتاج إلى فهم وحفظ قواعد اللعب وقوانينه البسيطة والمعقدة وتطبيقها ويحتاج إلى قدرة الأطفال على التحليل

والتركيب والابتكار في نطاق اللعب وقواعده، كما يحتاج إلى قدرة الطفل على تكوين صور عقلية للأشياء والحركات وخاصة في نطاق الألعاب التي تتطلب تصور الموقف وتوقع حركات أو نقلات الخصم ، كما يتمثل في ألعاب التركيب والبناء "تصور الشكل قبل بنائه" وألعاب الدومينو والشطرنج والكرة، وألعاب التمثيل وغيرها من الألعاب التعليمية والتربوية التي يمارسها الأطفال وتعتبر جماعة اللعب مجتمعاً مصغراً يتعلم الطفل من خلال التفاعل معها قواعد السلوك والأخلاق والقيم والعلاقات الاجتماعية، فيكتسب مفاهيم التعاون والمحبة والقيادة والدوام والثبات وتقبل الفشل والمسؤولية إلى غير ما هنالك من مواقف واتجاهات يعتبر اللعب خير وسط لتعلمها (بلقيس ، مرعي 1987م).

ويتم من خلال هذا النوع من اللعب تحويل وتطويع شخصية الطفل من قبل الطفل نفسه، وذلك محاولة منه ليتكيف مع الدور المطلوب منه أو الذي يقوم به، فهذا النوع من اللعب يأخذ مكانه في منتصف الطريق بين اللعب والتقليد مما له دور كبير في التطور العقلي وصياغة الأفكار والأولويات، وهذا قد يكون انطلاقة مشابهة للتفكير المطلوب في المراحل الدراسية اللاحقة (التركيب ، 2003م).

خصائص اللعب التركيبي :-

ومن أبرز خصائص اللعب " التركيبي ":-

1- تساعد على التفكير الإبداعي وتشجع على الابتكار من خلال عمليات التجريب التي يمارسها الأطفال على مواد الألعاب التركيبية فعن طريق اللعب بالرمل يتعلمون الكتابة والرسم، و تطوير المفاهيم وتفرغ انفعالاتهم وعن طريق المعاجين يصبغون أفكارهم بطرق رمزية ويكتسبون مهارات حركية أدائية كالإتقان والدقة والسرعة والإنجاز وتطوير عضلات أجسامهم وإنضاج أجهزتهم العصبية وإكسابهم مهارات خاصة.

2- تمثل الألعاب التركيبية بصورة عامة مختبراً غنياً يساعد الأطفال على اختبار أفكارهم وتصوراتهم وخيالهم ورغباتهم التي تتلاءم مع احتياجاتهم النفسية ومتطلباتهم النمائية وقدراتهم العقلية وزيادة وعيهم لأشياء كثيرة في واقعهم البيئي.

3- وسيط تربوي فعال يساعد الأطفال على إنماء العمليات العقلية التي تتمثل في التخيل والتصوير والتفكير والإبداع والتذكر والإدارة والاحتمال والصبر

وزيادة إدراكهم لمفاهيم الأشياء وطبيعة المواد وخصائصها وصفاتها وبالتالي يتمكن من استخدامها في حل مسائل حياتية. كما يتعلم الطفل من خلاله مهارات ذات علاقة لتنمية تفكيره العلمي مثل: المقارنة، التنبؤ، الملاحظة والتحليل، ومفهوم مبدأ التوازن. كذلك يميز الطفل التشابه والاختلاف بين الأشكال ويبتكرون أنماطاً من البناء.

3- تساعد الأطفال على إنماء العمليات العقلية وزيادة إدراكهم لمفاهيم الأشياء وطبيعة المواد وخصائصها وصفاتها وبالتالي يتمكن من استخدامها في حل مسائل حياتية. فيتعلم الطفل مفاهيم أساسية في الرياضيات، مثل التصنيف، التسلسل، الأطوال، المساحة، الإعداد والأجزاء.

4- تساعد الأطفال على النماء العقلي وتطوير القدرات الحركية وقدرة التخيل والتصور الإبداعي. ويسهم في النمو اللغوي والاجتماعي للطفل، فتزيد مقدراته اللغوية وتتطور مهارته في المحادثة والحوار (الحيلة، 2005م).

وهذا النوع من اللعب يساعد على تنمية قدرة الطفل على التخطيط، لأن هذه الألعاب تساعد الطفل على الانتقال من مرحلة البناء العشوائي إلى مرحلة التخطيط لأعمالهم. عند إشراك الطفل مع مجموعة أثناء اللعب فإنه يتعلم العديد من المهارات الاجتماعية كالمشاركة، التعاون واحترام عمل الآخرين. وينمي شعور الطفل بالإنجاز أثناء اللعب ينمي ثقته بنفسه ويعزز صورته الإيجابية عن ذاته.

اللعب التركيبي وجوانب نمو الطفل :-

1- اللعب التركيبي والنمو العقلي: تبدأ ألعاب البناء عندما ينجح الطفل مصادفة في وضع جسمين أحدهما فوق الآخر ، أما البناء باستخدام الطوب أو المواد الأخرى وعمل أبنية معقدة كبيرة فهي من الأنشطة التي يمارسها الأطفال وخصوصاً الذكور مدة طويلة حتى سن العاشرة ، وتتيح مواد البناء الصلبة التي تحتفظ بشكلها مجالاً لأن يبدع الطفل في تكوين أشكال جديدة معقدة وإن كانت أقل مرونة من الصلصال والرسم بالألوان ويستمر استمتاع الطفل بالرسم مدة أطول من ممارسته البناء ، وقد أظهر كثير من الدراسات التي أجريت في الثلاثينيات أن هم الطفل الأول عندما يبدأ في ممارسة الرسم هو أن يظهر شكلاً واضح المعالم يسهل التعرف عليه مثل ملامح شخص أو شكل منزل أو أشجار، ويستخدم الطفل الألوان في مرحلة تالية

متأخرة حقاً إن الأطفال الصغار يتعرفون على الألوان ويحبونها ولكنهم يعجزون عن تخصيص الانتباه الكافي لاستخدام الألوان عند الرسم ، وكلما كبرت سن الطفل وارتفع مستوى ذكائه زادت قدرته على إبراز التفاصيل والعناية بالنسب المختلفة في الرسم وزيادة تعقيد الرسم وإضفاء معنى ومفهوم عليه (ميلر ، 1987م).

ومن الألعاب المسلية والمفيدة في نفس الوقت هو استخدام الطفل للألوان المختلفة والتعرف إلى طريقة تركيبها وخلطها ودمجها لتكوين أنماط جديدة وألوان مختلفة ، كما أن استخدام التلوين يكون له فوائد عديدة يمكن حصرها في : " الابتكار – الإبداع – العمل الفردي أو الجماعي – تعليم الطفل الهدوء – تنمية خيال الطفل – التعبير عن الذات – استكشاف مواهب كامنة – تقليد الآخرين – خلط ودمج الألوان – استخدام جميع أنواع الخامات المتوافرة وتجريبها من ألوان وقصاصات وصلصال وخامات متنوعة – استخدام الطفل يديه ورجليه في التشكيل والتصميم " (التركيت ، 2003م).

2- اللعب التركيبي والنمو اللغوي : من الألعاب التي قد نعتبرها لغوية أو تساعد على اكتساب اللغة والتعبير عن الذات أحواض الرمل والماء والتي تكون مصحوبة بأدوات وألعاب صغيرة تشجع على المشاركة اللغوية وتعلم المفردات الجديدة ، كما أن اللعب بالرمل يعتبر أساسياً في تنمية عقل الطفل لما له من فائدة في معرفة الفرق بين الجاف والرطب ، وتكوين الأشكال كالبيوت والقصور والحيوانات والمجسمات المختلفة الموجودة في الطبيعة. كما أنها تسهم في تمييز الفرق بين الكبير والصغير، أما اللعب بالماء فيساعد الطفل على معرفة الأوزان والأثقال والمكاييل وحركة عجالات الماء، أيضاً يمكن أن يتعرف الطفل إلى حالات الماء الموجودة في الطبيعة وإلى المياه الصالحة للشرب والمياه الملوثة ونوعيات التلوث المختلفة من طين وألوان ونشارة الخشب أو المواد العضوية. إن بساطة ركن الرمل والماء لا تعني أن المعلومات التي يتلقاها الطفل بسيطة بل هي معقدة لدرجة أن تدخل المعلمة أو الكبار يكون مطلوباً في معظم الأحيان للتأكد من صحة المعلومات التي يتلقاها الطفل بنما هو يعتقد بأنه يلعب ويستمتع (التركيت ، 2003م).

3- اللعب التركيبي والنمو الاجتماعي: " الرسم والتلوين والتصوير الفوتوغرافي " تكمن أهمية هذه الأنشطة في السماح للطفل بتغيير أشكال الأفراد والمجسمات والحيوانات حسب مشاعره الداخلية نحوها، فيستطيع الطفل إظهار غضبه باستخدام اللون الأسود أو تلوين الشخصيات المكروهة عنده باللون الأحمر بينما يعبر عن سعادته وامتثانه لبعض الشخصيات برسمها أو تشكيلها بالألوان الزاهية. وتستخدم هذه الألعاب الاجتماعية بكثرة مع الأطفال الذين لا

يحسنون استخدام المفردات اللغوية بطلاقة (التركيت ، 2003) ، وهناك مثال قديم يتمثل في أسلوب لوفنفيلد Lowenfeld المسمى بـ " صورة العالم " " World picture " وتتكون مادة هذا الاختبار من نماذج مصغرة طبق الأصل لأناس وحيوانات وأسوار ومنازل وأشجار وجسور وما إلى ذلك ، ثم يوضع ذلك في متناول الطفل مع الماء والصحاف المملوء بثلاثة أنواع من الرمل، ويطلب منه أن يلعب بهذا كله كما يشاء ويحب، ومن الممكن أن ينشأ عن العجائن الناتجة عن ذلك " عوالم " مصغرة تشتمل على جبال ووديان ومنظر مليئة بالناس أو الحيوانات أو ربما تكون نتيجة ذلك نماذج واقعية مصغرة لمدن صغيرة ذات صفوف صغيرة من المنازل الأنيقة أو ربما تكون صور خيالية تحتوي على الحيوانات المتوحشة التي ترحم المكان برمته، أو قد لا تضم أناساً أو حيوانات على الإطلاق ويطلب من الطفل أن يشرح للمعالج هذا " العالم " الذي صنعه كأنه يشرحه لشخص يجهل الموضوع تماماً وأن يخبره بما سيحدث بعد ذلك (ميلر ، 1987م).

4- اللعب التركيبي والنمو الحسي : من الألعاب التي تنمي الجانب الحسي لدى الطفل وتكون مسلية في نفس الوقت اللعب بالماء والرمل وما به من فائدة تعود على الطفل في تطوير الناحية الحسية لديه من الإمساك بالمحسوسات واللعب بها ومعرفة الحار والبارد والأوزان والأثقال ، والرسم والتلوين الذي يستطيع به الطفل تنمية حواسه حيث يتعرف بالنظر إلى أنواع الألوان وتسميتها وكيفية خلطها واستخداماتها (التركيت ، 2003م).

الطفل في عمر يتراوح ما بين اثني عشر شهراً أو خمسة عشر شهراً يستطيع أن يلاءم بين أحجام الأشياء فيثبت العصا المصمتة في عصا أخرى مجوفة ويضع المكعبات المفرغة داخل بعضها البعض مراعيًا التدرج في الحجم. وقد أشار رجروز إلى الآثار المدهشة التي قد تنجم عن خوض الطفل في بركة من الطين فما يدرك الطفل ما يحدثه من آثار على المواد المختلفة بأعماله حتى يقوم بتكرار هذه الأعمال عدة مرات إلا إذا عجزت قدراته عن التعامل مع طبيعة المادة التي يجرب فيها أعماله فركل المياه بقدمه وصب الماء في إناء آخر والقبض على حفنة من الرمال ثم فتح الأصابع لتركها تتسرب من بينها أو نقل كمية من الرمال من مكان إلى آخر كل ذلك لا يتطلب مهارات أو متطلبات كبيرة ولكنها تتسبب في إحداث تغيرات ظاهرة بشكل مستمر وفوري (ميلر، 1987م).

5- اللعب التركيبي والنمو الحركي : تعليم الطفل تآزر العضلات والتوازن والسيطرة على الجسم وتحركاته (التركيت ، 2003م).

خطوات إعداد الألعاب التربوية :-

يذكر روميسوفسكي عدة خطوات لتصميم وإعداد لعبة تربوية وهذه الخطوات هي :-

- 1- اختيار الموضوع أو المحتوى أو الأفكار الرئيسية والثانوية التي تتضمنها اللعبة .
- 2- تحديد الأهداف التعليمية بشكل يوضح ما يمكن أن يفعله الطلبة بعد دراستهم اللعبة ، ولم يكن يفعلونه من قبل .
- 3- تحديد الوقت اللازم لدراسة اللعبة ، وتبيان إستراتيجيتها الرئيسية .
- 4- تحديد خصائص الفئة المستهدفة ، وتبيان أدوار اللاعبين .
- 5- تحديد المصادر التي ستستخدم في اللعبة من أدوات وأجهزة ومواد تعليمية .
- 6- تحديد قوانين اللعبة ، وتبيان كيفية تفاعل اللاعبين مع بعضهم بعضاً ، حيث تصاغ أحداث اللعبة بشكل متسلسل ، وتوضح الأدوار التي يجب أن يقوم بها اللاعب لتحقيق الهدف ، وتبين نوع حركات اللاعب واتجاهاتها ، والعوائق التي قد تصادفه في اللعب .
- 7- توضيح كيفية فوز فريق من اللاعبين على الفريق الآخر ، ومتى يكون ذلك ، أي هل الوصول إلى هدف محدد وإتقانه أولاً يعني الفوز؟ أو هل يعتمد ذلك على نوعية مقدار تحقيق الأهداف ؟
- 8- وصف وتحديد المواد والأجهزة والإمكانات المتوافرة لتنفيذ اللعبة ، ويمكن هنا تحديد الأثاث اللازم للعبة مثل لوحة اللعبة ، وإمكانية توافر موادها أو شرائها أو إنتاجها وتوافر أماكن جلوس الطلبة وتحديدها بالكيفية التي تنفذ فيها اللعبة .
- 9- تجربة اللعبة على عينة من الطلبة بغرض حلّ المشكلات التي قد تطرأ أثناء تطبيقها .
- 10- إعداد اقتراحات للمناقشة بعد الانتهاء من اللعبة ويتضمن ذلك عناصر حول :-
 - أ- الإدراك الأولي للعبة ، أو النظرة العامة عن طبيعة وأهمية اللعبة .
 - ب- نموذج اللعبة (تصميم اللعبة بشكل عام) .
 - ج- إجراءات وخطوات تنفيذ اللعبة ومدى أثر كل خطوة في تقدم الطلبة نحو تحقيق الأهداف .
 - د- نتائج اللعبة ذاتها .

هـ- انجاز التعلم .

و- التغذية الراجعة عن اللعبة كنظام متكامل ، وذلك لتحسينها وإثارة الرغبة لإنجاز أعمال أخرى ناجحة ناتجة عن تنفيذ اللعبة . (حنورة ، عباس ، 1996م)

التربية الخاصة وتربية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

قبل أن نتناول الإعاقة الحركية نعطي فكرة موجزة عن التربية الخاصة وذوي الاحتياجات الخاصة والفئات الرئيسية لها وذلك كما يلي:-

إن المفهوم الرائد "التربية الخاصة" الذي يقع على كل لسان، وبخاصة في الوسط التربوي، أصبح اليوم من المصطلحات غير المحببة التي يفضل استبدالها بالمصطلح "ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة". إن التربية الخاصة تفهم على أنها تربية معزولة للأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي بسبب إعاقات واضحة، عقلية أو جسدية، في مؤسسات مغلقة كمصحات أو مدارس خاصة، أي خارج التعليم العادي. أما المصطلح الجديد أو المستحدث، فإنه يضم في طياته مجموعة أكبر من الأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي لأسباب تتعدى الإعاقات الشائعة، وهذه الأسباب على ما يبدو تمنع تطور الفرد الطبيعي. وهذه المجموعة (ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة) تحتاج إلى دعم إضافي من المدرسة التي عليها تبني منهجية تربوية جديدة تساعد في التعامل مع الاحتياجات التربوية للطلاب، سواء في مجال القوى العاملة أم التجهيزات التقنية (ISCED,1997)

ولقد عرف تونبكين وكولاتا (Tonpkins & Culatta,2003) التربية الخاصة على أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والأساليب المنظمة التي تقدم للطلاب ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، وجلبهم للتكيف العام وتحقيق الذات. وتهدف التربية الخاصة كمجال إلى التعرف على الطلاب من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة، وإعداد البرامج التربوية والتعليمية المناسبة، مصحوبة بالوسائل التعليمية التي تساعد على التأهيل والتطور.

تعريف الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

هنالك الكثير من المصطلحات التربوية الدارجة في المجتمعات المختلفة التي يقصد من ورائها تحديد فئة الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، ومن هذه المصطلحات (التي لا أوافق على استعمالها) مصطلح "غير العاديين"، و"العاجزون"، و"المعوقون"، و "غير الأسوياء"... وغيرها من التسميات السلبية التي لا تعكس إلا الآثار السلبية على الفرد وأسرته؛ لأنها في مكنونها تدل على الضعف والاختلاف السلبي، والأبرز من ذلك الوصمة الاجتماعية بالقصور والعجز، بدل البحث عن الإيجابية والكفاءة في شخصياتهم. وما لا نصل إليه من هذه التسميات السلبية هو تحديد المشكلة التربوية، وبالتالي تحديد الاحتياجات التربوية التي يحتاجها الفرد (القريطي، 2001).

أما التعريف التربوي المذكور في الكثير من الأدبيات، فيتناول الانحراف عن المتوسط العام (والمقصود بالعام هنا المجتمع) الانحراف في القدرات الذهنية، والقدرات الجسدية والحركية، والقدرات الحسية وقدرات الاتصال والتواصل، الأمر الذي يجعل الفرد غير قادر على التكيف مع المتطلبات المدرسية والحياتية وحده، ويحتاج إلى دعم وإلى خدمات تربوية خاصة لتطوير قدراته (الوقفي، 2003).

وإذا ما نظرنا إلى هذا التعريف فسنرى بأنه يستثني فئات أخرى من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، وهي الفئات التي لا تعاني من أي قصور في القدرات المذكورة أعلاه، ولكن على الرغم من ذلك، فهي تعاني من صعوبات في التأقلم المدرسي والحياتي، ومن هذه الفئات سنجد الموهوبين وذوي الصعوبات التعليمية.

فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

سأف الآن عند فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة التي تتحدث عنها غالبية المراجعيات الأدبية التي تعتمد المدرسة النفس-تربوية، وهذه الفئات تشمل الإعاقة العقلية، والصعوبات التعليمية، والإعاقة البصرية والسمعية، والإعاقة الجسدية، والاضطرابات اللغوية، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والموهبة والإبداع:

1- الإعاقة العقلية (التخلف العقلي):

إن التأخر العقلي أو الإعاقة العقلية ناجمة عن ضرر دماغي كبير، سببه إصابة تكون في جهاز الأعصاب المركزي تؤدي إلى تلف الأجزاء المسؤولة عن مهارات التعلم والتفكير وغيرها من المهارات التي يحتاجها الفرد ليتطور وينمو بشكل سليم. وهناك الكثير من التعريفات التي كتبت في القرن الماضي حول مفهوم التخلف العقلي، واخترت هنا تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي؛ لأنه يحظى بدعم كبير في الوسط التربوي، وتم تحديثه في العام 1993، وينص على الآتي: "حالة تشير إلى جوانب قصور واضحة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، تتصف بأداء عقلي يقل عن المتوسط، وتصحبه جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المرافق المجتمعية، توجيه الذات، المهارات الأكاديمية، المهارات المهنية، استغلال أوقات الفراغ، على أن يظهر كل ذلك قبل سن الثامنة عشرة" AAMR,1993

أما الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية فتقسم إلى نوعين أساسيين، وهما العامل الجيني والعوامل المكتسبة. وتتعلق العوامل الجينية بنقل الإعاقة من خلال الوراثة من الآباء إلى الأبناء في حالة وجود حالات إعاقة وراثية في العائلة، أو حدوث خلل في المادة الوراثية (الكروموزومات) أثناء الانقسام الجنسي، أو الإخصاب، أو تكوّن الجنين. أما العوامل المكتسبة، فقد تحدث أثناء الحمل من خلال تعرض الأم الحامل إلى الإصابة بالأمراض المعدية، أو الإصابة المباشرة على الرحم أو تناولها السموم، أو تعرضها للأشعة، أو التعرض إلى المشاكل أثناء الولادة، مثل نقص الأوكسجين، أو التعقيدات في الولادة، ويمكن أن تحدث الإصابة بعد الولادة من خلال تعرض الفرد إلى الحوادث القاسية، وبخاصة على الرأس، والأمراض التي تؤثر على الدماغ.

وتصنف الإعاقة العقلية إلى مستويات تتعلق بأداء الفرد مقارنة مع أبناء جيله، وتحدد هذه المستويات حسب مقياس الذكاء المقنن (ويكسلر)، الذي بموجبه حدد المستوى العام للذكاء، وهو بين الـ85 والـ105، وكل ما هو دون الـ70 يكون من ذوي الإعاقة العقلية، أما من هم بين الـ85 والـ70 فهم فئة بطيئي التعلم (مع تحفظي الخاص على مقياس ويكسلر).

أما المستويات المحددة بناءً على هذا المقياس فهي كالتالي:

- التخلف العقلي البسيط (من 70 - 55)، ويدعون بالقادرين على التعلم؛ لأنهم يملكون القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية المدرسية حتى مستويات متقدمة، لكن يكون تعلمهم وتقدمهم أبطأ بشكل ملحوظ من تقدم طلاب الجيل ذاته، وكذلك فأنهم قادرون على التكيف مع المجتمع ومتطلباته، ويحققون الاستقلالية الاقتصادية والاجتماعية إلى حد كبير، لكنهم يحتاجون إلى التوجيه بين الحين والآخر.
- التخلف المتوسط (من 54 - 40)، ويدعون أيضاً بالقادرين على التعلم؛ لأن لديهم القدرة على تعلم مهارات قبل أكاديمية وحتى الأكاديمية الأولى من خلال التعلم المحسوس، كما بإمكانهم التواصل الكلامي مع المحيط، وتعلم المهارات الاجتماعية والعناية بالذات، ولكن من خلال المراقبة والتوجيه الكلامي.
- التخلف العقلي الشديد (من 39 - 25)، ويدعون بالقابلين للتدريب؛ لأنهم قادرين على التدريب على المهارات الحياتية اليومية وأساليب رعاية الذات، قدراتهم اللغوية والحركية محدودة، وبالتالي فهم يحتاجون إلى مراقبة وإرشاد لفظي وحتى جسدي دائم.
- التخلف العقلي العميق (ما دون 25)، وهم غالباً غير قادرين على التدريب على المهارات الحياتية، ويحتاجون إلى رعاية وإشراف وتحفيز مستمر للحواس لأنهم غالباً يعانون من إعاقات جسدية تحد حركتهم، وذلك يعود إلى الضرر الدماغي الكبير الذي أصاب أجزاء عديدة من الدماغ.

2- الصعوبات التعليمية :

عرفت الجمعية الأمريكية الوطنية للصعوبات التعليمية الصعوبات التعليمية بأنها "اصطلاح عام لمجموعة غير متجانسة من الاضطرابات الملحوظة في واحدة أو أكثر من العمليات العقلية الأساسية، المتضمنة فهم اللغة أو استخدامها شفهيًا، أو كتابيًا، أو التهجئة، أو الحساب، أو التفكير. ويعود سببها إلى سوء في أداء الجهاز العصبي المركزي، وقد يحدث في مرحلة من مراحل العمر" (Disabilities Learning On Committee Joint National The).

وأثبتت الأبحاث أن الإصابة بالصعوبات التعليمية قد تحدث في فترة الحمل نتيجة تعرض الأم للأمراض والأشعة والسموم، أو أثناء الولادة نتيجة نقص في الأوكسجين أو مشاكل في الولادة، أو بعد الولادة، وفي مراحل الحياة نتيجة التعرض إلى حادث أو أمراض تصيب جهاز الأعصاب المركزي للفرد، وتؤدي إلى تلف دماغي صغير.

وتنقسم الصعوبات التعليمية إلى نوعين أساسيين، هما: الصعوبات النمائية، وتتضمن مشاكل الإصغاء، والتركيز، والانتباه، والذاكرة، واللغة، والتفكير، والإدراك الحسي، والإدراك الحركي، والصعوبات الأكاديمية التي تنوزع إلى صعوبات القراءة، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الحساب.

ما يهم في تعريف الصعوبات التعليمية هو الانتباه إلى أن الطالب الذي يعاني منها هو طالب عادي في قدراته العقلية،

لا يعاني من مشاكل في الحواس، ولا يعاني من اضطرابات انفعالية، وغير محروم من المثيرات التعليمية في البيت أو في الصف، وعلى الرغم من ذلك، فإنه يفشل في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية المطلوبة من أبناء جيله.

3- الإعاقة البصرية :

العين هي المسؤولة عن حاسة البصر، وهي التي تنقل إلى الدماغ المثيرات البصرية التي نشاهدها حتى تتحول إلى رسائل نفهمها بحسب خبراتنا، وتنقسم العين إلى أجزاء عدة مهمة، وهي البؤبؤ الذي يسمح للضوء بالدخول للعين، وحول البؤبؤ هناك القرنية، وهي الجزء الملون من العين، ووظيفتها توسيع أو تضيق البؤبؤ حسب الضوء، والقرنية عبارة عن الغشاء الذي يغطي العين لحمايتها، ثم هنالك العدسة خلف البؤبؤ، ووظيفتها استقبال الأشعة الضوئية وتجميعها لنقلها إلى القسم الخلفي من العين المسمى الشبكية، بحيث تتكوّن الصورة وتنقل إلى الدماغ.

أما الإعاقة البصرية، فهي حالة من الضعف البصري الشديد الذي يؤثر على الأداء التربوي للفرد بشكل سلبي، وتنقسم إلى ثلاثة مستويات، وهي: فقدان النظر الكامل، وقوة الإبصار لا تزيد على 60/3 في العين الأقوى بعد وضع العدسات، وتقلص في مجال الرؤية إلى زاوية تقل عن 20 درجة. وهناك أنواع أخرى من الإعاقات البصرية الشائعة التي تعالج عن طريق العدسات وهي؛ طول النظر، وقصر النظر، وصعوبة تركيز النظر. هذه الحالات أسبابها غالباً تعود إلى إصابة في جهاز الأعصاب المركزي.

قد تصيب الأفراد بعد الولادة أمراض مثل المياه البيضاء، والمياه السوداء، والسكري، وأمراض الشبكية، والتهاب العيون المزمن، وهذه الأمراض تؤدي أيضاً إلى إعاقة بصرية.

الأفراد ذوو الإعاقات البصرية (ضعفاء الإبصار) لا يؤدون المهام التعليمية مثل القراءة والكتابة إلا بمساعدة أجهزة بصرية تعمل على التكبير، أما الكفيف أي الذي يعاني من فقدان كامل للبصر يحتاج إلى طرق بديلة للتعلم معروف منها طريقة برايل، واستعمال الحاسوب المتكلم، وتطوير باقي الحواس، وغيرها.

4- الإعاقة السمعية :

حاسة السمع تعتبر من الوظائف المعقدة والمهمة لدى الكائن الحي، وبخاصة الإنسان، وهذه الوظيفة تقوم فيها الأذن التي تعتبر قناة اتصال بين الفرد والعالم الخارجي. وبشكل عام تقسم الأذن إلى ثلاثة أقسام، وهي؛ الأذن الخارجية، ثم الأذن الوسطى، تليها الأذن الداخلية، ولكل قسم مهمته في عملية التوصيل السمعي فالأذن الخارجية تلتقط الموجات الصوتية وتمررها عبر القناة السمعية إلى الأذن الوسطى التي تعمل من خلال الطبلة، والعظام الثلاث على تكبير وتضخيم الأمواج الصوتية ونقلها إلى الأذن الداخلية، حيث تتحرك الموجات الصوتية في داخل السائل الموجود فيها، وتحفز الشعيرات الحسية التي تحوّل الحركة إلى جهد كهربائي ينتقل بواسطة الألياف العصبية إلى مركز السمع في الدماغ، وهناك يتم تفسير المعلومات وفهمها.

من هنا يمكن أن نستخلص أن أي ضرر أو تلف في أجزاء الأذن المتعددة سيؤثر على القدرة السمعية للفرد. وتنقسم

الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أجزاء، وهي: الإعاقة السمعية التوصيلية، وتكون الإصابة في الأذن الخارجية، أو الوسطى، والإعاقة السمعية العصبية وهي اضطراب في الأذن الداخلية والعصب السمعي، والإعاقة السمعية المركزية التي يكون مصدرها في الدماغ.

هناك عاملان أساسيان يؤثران على تطور اللغة والتعلم عند الفرد المصاب بالإعاقة السمعية، وهما جيل الإصابة بالإعاقة ومدى الخسارة السمعية، فكلما كانت الإصابة في جيل مبكر أكثر، وبخاصة قبل اكتساب اللغة، ستكون هناك صعوبة في اكتساب اللغة بالشكل الكامل والسليم، وكلما كانت حدة الإعاقة أقوى، كان من الصعب تعليم الفرد عن الأصوات واللغة. وبما أن اللغة هي الوسيط في عملية التعلم والتعليم نستنتج أن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية قد يعانون من صعوبات في التعليم، وبالتالي يجب تزويدهم ببدائل للتعليم أو مساعدتهم على تحسين أداء الأذن من خلال الأجهزة التي توضع خلف الأذن أو تزرع داخلها.

5- الإعاقة الجسدية :

تعرف الإعاقة الجسدية بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة (الوقفي، 2003). وتضم الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، لكنها بالأساس مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عضلية وعظمية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها.

الإعاقات العصبية تعود إلى تلف أو ضرر يحدث في جهاز الأعصاب المركزي والحبل الشوكي، ومن المعروف أن جهاز الأعصاب المركزي هو الأساس في أداء الجسم لوظائفه، وبالتالي الأفراد المصابون بهذا الخلل يعانون من مشاكل وصعوبات في القدرة على التعلم، إضافة إلى المشاكل والاضطرابات الحركية. ومن هذه الإعاقات؛ اضطرابات الإدراك الحركي، واضطرابات اللغة والكلام، واضطرابات تشنجية كالصرع وضمور أو ارتخاء العضلات، والشلل الدماغي، ومشكلات حسية- حركية، والاستسقاء الدماغي والعمود الفقري المفتوح.

أما الإعاقات العضلية العظمية، فهي خلل يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم نضوج العظام، وانحناء العمود الفقري، والقدم المتوتية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة.

6- الاضطرابات اللغوية :

تعتبر اللغة من الوسائط الأساسية التي يستعملها الإنسان للتعبير عن ذاته وإقامة العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الذات والمحيط، وهي أساس لا يمكن الاستغناء عنه في عملية التعلم، فالتعلم مبني بشكل كبير على الخبرات اللغوية والقدرات اللغوية، وأي عيب أو اضطراب في هذا المجال سوف يؤثر بشكل مباشر على التواصل مع البيئة والقدرة على التعلم.

تنقسم الاضطرابات اللغوية إلى عيوب الكلام وعيوب اللغة: عيوب الكلام تضم عيوب الإيقاع، وعيوب النطق وعيوب الصوت. أما عيوب اللغة، فتضم اضطراب التعبير الكلامي الحسي أو الحركي، واضطراب في تخزين اللغة المسموعة، و عيب صدى الصوت، و عيوب الاتصال وصعوبات القراءة والكتابة.

وتعود الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات اللغوية إلى مشاكل في جهاز الأعصاب المركزي الذي يصاب إما أثناء الحمل، أو أثناء الولادة أو بعدها، أو أسباب متعلقة بالإعاقات الأخرى أو مشاكل وظيفية ونفسية مثل الحرمان البيئي الذي يؤدي إلى عدم اكتساب اللغة بالشكل السليم.

7- الاضطرابات الانفعالية والسلوكية :

إن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تعد من أكثر الاضطرابات المثيرة للجدل، فكانت لوقت ليس ببعيد لا تعتبر من فئات التربية الخاصة، أما في السنوات الأخيرة من القرن الماضي، فتم ضم هذه الفئة إلى فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، لكن على الرغم من ذلك لم يحدد تعريف واضح ومفصل للحالة، ولا حتى مواصفات واضحة أو أسباب واضحة، فقد تكون الأسباب عصبية أو نفسية مكتسبة.

وقد أجملت غالبية التعريفات على عدد من العناصر المشتركة في سلوك ذوي الاضطرابات السلوكية ومنها:

- الانحراف عن مستوى المعايير السائدة.
- الحالة مزمنة ومتكررة.
- تأثير السلوك على التقدير الذاتي والعلاقات الشخصية والتحصيل الأكاديمي.
- يحتاج إلى تربية مختصة.

وتناول كوفمان (1981) التعريف الآتي: "الأطفال المضطربون سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون بشكل ملحوظ ومزمّن لبيئتهم بأساليب غير مقبولة اجتماعياً أو غير مرضية شخصياً، ومع ذلك فإنه يمكن تعليمهم السلوك الأكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية وأكثر إشباعاً من الناحية الشخصية..." (1981, Kauffman).

هناك تصنيفات عدة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية أهمها التصنيف على أساس شدة الحالة وترددها، أما التصنيف الأكثر شيوعاً، فهو التصنيف العيادي أو الإكليني الذي يتحدث عن حالات محددة ومعروفة، أذكر منها اضطراب القلق أو الارتباك، والاكتئاب، واضطراب بايولر، واضطراب التركيز والانتباه والحركة الزائدة، واضطراب إدارة الذات، واضطرابات الأكل، وانفصام الشخصية، والتوحد (قد يعتبر أيضاً فئة إضافية من فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة).

أما أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فتختلف باختلاف المدرسة التي تدرس الحالة فالمدرسة الطبية تعيد الأسباب إلى مشاكل جسدية لها علاقة بالجينات والأنزيمات والاختلالات الدماغية، أما المدرسة النفسية فتري أن الأسباب

تعود إلى صحة النفسية، وبخاصة في الطفولة المبكرة والأزمات النفسية الاجتماعية التي يمر بها الفرد خلال حياته، والمدرسة السلوكية تقول إن السلوكيات مكتسبة واضطرابات السلوك سببها تعلم مضطرب من خلال النمذجة. ولعل أفضل هذه التفسيرات وشاملها الذي يعتبر كل الأسباب المذكورة صحيحة وواردة، وبالتالي يسعى إلى الاستفادة من جميع التفسيرات لمصلحة الفرد ومساعدته، وبالتالي يتبع الفرد حسب حالته التدخل الطبي أو الإرشاد النفسي، أو التدخل التربوي والاجتماعي، أو الجمع بين بعضها أو كلها.

8- الموهبة والإبداع :

الموهبة كما الاضطرابات الانفعالية لا تحظى بتعريف واحد محدد، وإنما يختلف الباحثون حولها باختلاف اتجاهاتهم النظرية وخبراتهم العملية. وقد تطورت التفسيرات والتعريفات لهذه المفاهيم في العقود القليلة الماضية مع ازدياد الاهتمام بمجتمع ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، التي تعتبر الموهبة والتفوق إحدى فئاتها.

بشكل عام، يجمع اليوم الباحثون على أن الموهبة تشمل الموهبة العقلية (الذكاء)، والموهبة الإبداعية والانفعالية والاجتماعية والنفسحركية، وتمتاز كمقدرة موروثية، أما التفوق فيشمل التميز في الحقول الأكاديمية، والتقنية، والرياضية، والفنية، والاجتماعية (جروان، 1998).

إن تعدد التعريفات التي جاءت من الحقول المختلفة مثل التربوية والنفسية والسلوكية ساعد في توسع المجال وزيادة الاهتمام فيه، ما طور ونوع البرامج التربوية وأساليب الكشف عن الطلبة الموهوبين والمتفوقين.

إن الطالب أكان متفوقاً أم موهوباً فهو يحتاج في نهاية الأمر إلى تربية خاصة، وأساليب دراسية خاصة، تساعد على إطلاق العنان لقدراته وتطويرها، وبالتالي، فإن من حقه أن يعتبر من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

وفيما يلي نتناول بشيء من التفصيل الجزء الخاص بالإعاقة الحركية :-

مفهوم الإعاقة الحركية :-

تمثل الإعاقة الحركية: حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج الخاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع... الخ (الروسان ، 2007م).

ولا تقتصر الإعاقة الحركية على إصابة الإنسان بالشلل فتوجد إصابات أخرى تتعلق بتلك التي تحدث في الأعصاب.

وأَسباب هذا النوع من الإعاقات تكمن في حدوث خلل في الرسائل الكهربائية المنبعثة من المخ والتي تفقد القدرة على الوصول بشكل صحيح للعضلات، حيث أن العضلات هي التي تحرك المفاصل. حيث يوجد لكل عضلة الوقود والفرامل على كل جانب لتمكنها من التمدد والتقلص. وفي بعض الأحيان مع إصابات المخ يتم إعاقة هذه الرسائل وتسبب تحفيز إحدى جوانب هذه العضلات بشكل زائد، وهذا السلك (العضلة) المنهك يكون غير موصل جيد للكهرباء للتحميل الزائد عليه وبالتالي تتأثر حركة العضلات. وإذا لم تصل الرسالة العصبية لهذه العضلات يكون رد الفعل لها شديداً.

* تيبس العضلة وتقلصها (Contracture & Plasticity):

هو فرط رد الفعل الطبيعي للعضلة مما يسبب إجهاد غير متكافئ على المفاصل، ومن الممكن أن يؤدي ذلك بدوره إلى توتر العضلة وتقلصها بشكل دائم مما يؤدي قصرها وثباتها على ذلك وعندما يحدث ذلك تتصلب الأرجل والأيدي وتظل على وضع واحد.

* التحول العظمي (Heterotopic ossification):

وهو ينشأ من الاضطرابات الأخرى المتصلة بالعضلات والمفاصل والمتسببة فيها إصابات المخ، والتي تنمو العظام فيها بشكل زائد عن المعدل الطبيعي لها في الأنسجة اللينة التي توجد حول المفاصل وبذلك تعوق من حركة المفاصل ويأتي الشعور الدائم بوجود جبيرة داخلية.

نسبة الإعاقة الحركية :-

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي ، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية ، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث ... الخ. (الروسان ، 2007م) لذا ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى . ويلاحظ بعض المؤلفين أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض . وتعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية . فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما كانت عليه في الماضي إلا أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكراً جداً في الماضي (الحديدي ، الخطيب ، 1997م).

تصنيف الإعاقات البدنية:-

أولاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي وينتفرع منها:

- 1- الشلل المخي
- 2- تشقق العمود الفقري
- 3- إصابة الحبل الشوكي
- 4- الصرع
- 5- استسقاء الدماغ
- 6- شلل الأطفال
- 7- التصلب المتعدد للأنسجة العضوية

ثانياً: الإعاقات البدنية الناجمة عن حدوث عاهات بالهيكل العظمي وتضم:

- 1- بتر الأطراف و/أو تشوهها
- 2- الحنف
- 3- تصلب عظام الورك
- 4- تشوه مكونات العظام
- 5- التهاب عظام المفاصل
- 6- الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين
- 7- التهاب المفاصل
- 8- التهاب المفاصل الروماتيزمي
- 9- الشفة المشقوقة، الشق الحلقي
- 10- الجنف (ميل العمود الفقري إلى أحد الجانبين)
- 11- الكساح

ثالثاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إعطاب في العضلات وتضم نوعين رئيسيين هما:

1- ضمور العضلات

2- ضمور العضلات الشوكية

رابعاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن عوامل مختلطة وتضم:

- 1- الأطفال المقعدون (الأشكال المتعددة للقعاد)
- 2- عيوب عظمية شائعة
- 3- تشوه الوجه
- 4- الكوريا (أو الرقاص)
- 5- المصابون في الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل
- 6- الجذام

- 7- الإصابات الصحية: أ/ الأزمة الصدرية "الربو" ب/ التليف المراري/ الكبدي CF ج/ اضطرابات القلب د/ مرض السكر "السكري" هـ/ متلازمة داون "المنغولية"

8- النشاط الزائد

9- الأصابع الملتصقة والزائدة

10- النقرس (داء الملوك). (سليمان، 2001م).

كما يمكن تنقسم إلى عدة أنواع طبقاً للأمراض المسببة لهذا النوع من الحركة، ومنها:

أولاً: الشلل الدماغي

هو عبارة عن عجز في الجهاز العصبي المركزي العلوي، يحدث بالذات في منطقة الدماغ وينتج عنه شلل يصيب إما الأطراف الأربعة جميعها أو الأطراف السفلية فقط، أو يصيب جانباً واحداً من الجسم، أي طرفاً علوياً، أو طرفاً سفلياً، سواء في الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر، وهذا الشلل ينتج عنه فقدان في القدرة على التحكم في الحركات الإرادية المختلفة، وتختلف شدة الأعراض باختلاف شدة ومكان الإصابة في الدماغ، وقد يصاحبه خلل في الأعضاء الحسية الأخرى.

ثانياً: مرض ضمور العضلات التدهوري

وهو مرض وراثي يبدأ بإصابة العضلات الإرادية في الأطراف الأربعة للمريض، ثم يتحول فيصيب بقية العضلات الأخرى، وهذا المرض يعطل عمل العضلات بشكل تدريجي ويسبب الكثير من التشوهات التي قد تؤدي بحياة المريض بعد فترة من الزمن.

ثالثاً: حالات انشطار أو شق في فقرات العمود الفقري

وفيه تصاب الخلايا الحوية في النخاع الشوكي إصابة بالغة عندما تخرج أجزاء منها من الشق التشوهي الموجود في فقرات العمود الفقري وتتعطل وظائفها الأساسية كلياً أو جزئياً.

رابعاً: التشوهات الخلقية المختلفة:

وهي عبارة عن تشوهات خلقية مختلفة تحدث لأسباب وراثية أو لأسباب غير وراثية، وهذه تكون أثناء الحمل غير الطبيعي وتصيب المفاصل أو العظام وتظهر هذه التشوهات إما في صورة نقص في نمو الأطراف أو إعوجاجات غريبة في العظام.

خامساً: حالات أخرى ذات تشخيصات مختلفة

هي عبارة عن حالات مختلفة من الأمراض التالية: شلل أطفال، هشاشة العظام، احتلال في الغدد الصماء، أمراض النخاع الشوكي، وأمراض الأعصاب الطرفية المزمن، أمراض مزمنة أخرى تصيب الأوعية الدموية.

سادساً: الشلل النصفي أو الفالج

هو مرض عصبي يتصف بانعدام الحركة في أحد شقي البدن (الأيمن أو الأيسر)، وينتج عن آفة دماغية في الطرف المقابل للجهة المصابة.

الأسباب المؤدية للشلل النصفي:

إنَّ للفالج أشكالاً سريرية عديدة، وذلك لأن المنطقة المصابة من الدماغ تختلف من حالة إلى أخرى، كما أن العوامل التي تؤدي إلى الإصابة تختلف أيضاً، ومنها:

1. المؤثرات الخارجية على الدماغ: كالسقوط من مكان مرتفع، أو الاصطدام بجسم صلب، أو في حوادث الاصطدام، ويحدث الشلل هنا بما تسببه هذه العوامل من نزف دماغي وانضغاط الدماغ .

2. بعض آفات الدماغ: كالخراج الدماغي، وأورام الدماغ، وسرطانات الدماغ، وذلك بسبب تخریبها للخلايا الدماغية أو الضغط عليها .

3. بعض الأمراض العامة التي تصيب السحايا الدماغية: كالدرن، والنزف السحائي .

4. تصلب الشرايين: إن هذا المرض لا يسبب الشلل، ولكن بعض ما ينتج عنه هو السبب، ومن ذلك:

النزف الدماغي : ويحدث هذا النزف لدى المصابين بالتصلب الشرياني الدماغي (أو تصلب شرايين الدماغ) عند ارتفاع الضغط الشرياني لديهم إثر التعب أو الجهد، أو بعد صدمة نفسية مفاجئة، وارتفاع الضغط الشرياني هذا، ينفجر أحد شرايين الدماغ ويتجمع الدم مخرباً الأنسجة الدماغية وضاعطاً عليها، وفي أغلبية الحوادث يكون النزف الدماغي مميتاً ، ولكن المريض إن شفي فهو يصاب غالباً بالشلل.

التخثر الشرياني : ويقصد به إصابة بعض شرايين الدماغ بالخرثرة (التجلط)

Thrombus ، وهذه الخرثرة إذا ما كبرت وسدت قناة الشريان، انقطع الدم عن المنطقة الدماغية التي يغذيها ذلك الشريان، فتتخرَّب أنسجتها ويحدث الشلل.

الانسداد الدموي: إذا أصيبت الشرايين الدماغية بالانسداد (Embolus). الدموي، يحدث الموت في الخلايا الدماغية التي ينقطع عنها الإرواء الدموي، ويؤدي ذلك إلى ظهور الشلل النصفي.

وبتعدد التعريفات التي تصدت لتحديد من هو الشخص المعاق جسماً ومع اختلافها في زوايا الرؤية إلا أنها تركز على الجوانب التالية :-

- 1- المعاق جسماً هو من يعاني تلفاً أو ضعفاً في وظيفة جسمية.
- 2- المعاق جسماً هو الشخص الذي يعجز عن أداء الوظائف المهمة في الحياة .
- 3- المعاق جسماً هو الذي لا يستطيع أن يؤمن لنفسه بصورة كلية أو جزئية ضروريات حياته، وتحقيق احتياجاته وكسب عيشه بنفسه عند اكتمال نموه.
- 4- المعاق جسماً يعتبر فرداً غير عادي ويصنف ضمن فئات ذوي الحاجات الخاصة (سليمان، 2001م).

فالإعاقة الحركية ليست إعاقة في وظيفة عضو الحركة فحسب بل هي إعاقة في المحيط النفسي والمحيط الخارجي والاجتماعي للمعوق (حسن ، 2007م) .

الخصائص الشخصية للمعاقين حركياً:-

والخصائص الشخصية للمعوقين حركياً ، تختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها ، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية ، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية . (الروسان ، 2007م) وبشكل عام فإن الإعاقة الجسمية مشكلة طبية في المقام الأول بالإضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها في الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها . (Babbitt&Burbach, 1989) .

اهتمت دراسة في سيكوديناميات مبتوري الأطراف قامت بها (حسن ، 2007م) بالإعاقة الحركية الناجمة عن بتر الأطراف وعن الاهتمام بصورة الجسم كديناميكية تتأثر كل التأثر بالإعاقة وكذلك تقدير الذات ، افترضت الباحثة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مبتوري الأطراف والأصحاء في صورة الجسم وتقدير الذات . كما افترضت انه يمكن الكشف عن الديناميات النفسية لمبتوري الأطراف من خلال الأدوات الإكلينيكية ، استخدمت الباحثة منهج الإكلينيكية الانتقائية ،

واستخدمت أدوات سيكومترية وتمثلت في اختبار تقدير الذات ومقياس صورة الجسم واختبارات إكلينيكية (المقابلة الإكلينيكية – اختبار تفهم الموضوع) . وتوصلت الباحثة إلى التحقق من صحة الفروض التي تم صياغتها.

الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية :-

من الأسباب الرئيسية المعروفة للإعاقات الجسمية في مرحلة الطفولة ما يلي :-

- 1-نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو في مرحلة الولادة أو مرحلة ما بعد الولادة . وقد ينجم نقص الأكسجين عن التفاف الحبل السري حول عنق الجنين أو اختناق الأم أثناء الحمل ، أو فقر الدم ، أو انسداد مجرى التنفس لدى الطفل ، أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها ، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطرة ، أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل ، أو الغرق وغير ذلك .
- 2-العوامل الوراثية والتي تنتقل من الآباء إلى الأبناء إما على شكل صفة متنحية أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي .
- 3-عدم توافق العامل الريزيبي بين الوالدين .
- 4-تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً .
- 5-تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
- 6-الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة .
- 7-إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل .
- 8-تعرض الأم الحامل للعوامل الخطرة مثل سوء التغذية ، والتدخين ، والأشعة السينية .
- 9-الخداج حيث أن عدم اكتمال مرحلة الحمل أو ولادة الطفل ووزنه أقل من العادي يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية .
- 10- صعوبات الولادة ومنها الولادة القيصرية ، والولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً والوضع الغير طبيعي للطفل .

11- إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة ، والحوادث داخل البيت أو

خارجه (الحديدي ، الخطيب ، 1997م)

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية :-

يتم التعرف إلى الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من قبل فريق الأطباء المختصين بالأطفال ، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من خلال الفحوصات الطبية اللازمة ، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئية ومظاهر النمو الحركي ، ومن ثم تقديم العلاج المناسب ، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية (الروسان ، 2007م).

وبالرغم من أن المعالجة والخدمات الطبية بمختلف أشكالها تمثل عناصر رئيسية في برامج هذه الفئة ، إلا أنه عندما يتضح أن حاجة الطفل أصبحت ماسة لتلقي برامج وخدمات أخرى ، فإنه لا بد من تدخل فريق متكامل خاصة عندما تظهر تأثيرات الإصابة على استقلالية الفرد وتفاعله الاجتماعي واستقراره النفسي وتحصيله الأكاديمي ، فإنه يتعين في مثل هذه الحالات إضافة إلى تقديم البرامج الصحية والعلاجية المتخصصة توفير خدمات تربوية خاصة واجتماعية وتأهيلية متخصصة أيضاً ويُعد أخصائي التربية الخاصة في مثل هذه الحالة عضواً رئيسياً في فريق العمل المتخصص الذي يشرف على برنامج الطفل . ويتلخص دوره في التنسيق مع مختلف التخصصات الطبية والتأهيلية بهدف المحافظة على الشخص المصاب من الناحية الصحية وفي نفس الوقت تطوير المهارات والقدرات التي يمتلكها للوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية (سليمان ، 2001م).

البرامج التربوية للمعاقين حركياً :-

أولاً : البرنامج الأكاديمي :-

1- ينبغي عند تخطيط برامج تعليمية للأطفال المعوقين بدنياً مراعاة أنهم يحتاجون كغيرهم من الأطفال إلى الشعور بالأمن والتقبل والحب والانتماء وأنهم يهدفون إلى إشباع حاجاتهم إلى تقدير الذات وتحقيقها ، وهم يختلفون فيما بينهم في مستوى نموهم العقلي وفي استعداداتهم الخاصة تماماً كما تختلف أي مجموعة عشوائية من الأطفال ، فقد نجد بينهم أطفالاً متفوقين عقلياً وآخرين متخلفين ، كما أن بعضهم يقعون في فئة العاديين من حيث نموهم العقلي ويحتاج الطفل المصاب بإعاقة بدنية بسيطة إلى نوع من البرامج التعليمية لا يختلف كثيراً عما يقدم إلى الطفل العادي، ولهذا تنقسم مناهج المعاقين حركياً إلى قسمين أساسيين :-

أ – المناهج العادية وهي نفس المناهج التي تقدم إلى الطفل العادي .

ب – المناهج الخاصة وهي التي خطت لتواجه الإعاقة الحركية التي أصيب بها الطفل وذلك طالما أن الطفل الذي تقدم إليه هذه المناهج لا يعاني من أكثر من إعاقة واحدة .

2- برامج العناية بالذات : إن الشعور بالاستقلالية ولو بقدر بسيط يحفظ شيئاً من إحساس الفرد بكرامته وقيمه الذاتية ، بينما يدفعه الاعتماد على الغير إلى عدم تقدير الذات وعدم المبادرة بالقيام بأي عمل ويحرمه من كل تطلعات مستقبلية ، فمن أهداف برامج تربية المعوقين حركياً هي أنها تسعى لتحقيق المعاق أعلى قدر مستطاع في النشاطات اليومية والاعتماد على النفس من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستعمال الحمام ، والحركة سواء المشي أو استعمال الكرسي بعجلات . ولكي تتحقق الاستقلالية في هذه الأنشطة يخضع المصاب إلى برنامج طبيعى وعلاجي تحت إشراف طبيب متخصص ومعالجين حكيمين واختصاصي علاجى بالتشغيل معتمدين على استعمال أدوات مساعدة كالأطراف الصناعية والعكاز .

3- برنامج النشاطات الترفيهية : وهي من العناصر الرئيسية التي تساعد الفرد على الاندماج في مجتمعه وإعطاء الفرد المعاق حركياً الفرصة لممارسة نشاطات معينة حسب ميوله ورغباته ، وهذا يحسن من نظراته لنفسه ومفهومه عن ذاته ، ويهدف هذا البرنامج إلى تعريف المنتفع من خدمات المركز بالإمكانيات الترفيهية له وكيفية الاستمتاع بها وأنجح السبل إلى تعديلها .

4- برنامج المهارات والخبرات الحياتية : لا تقتصر هذه الخبرات على المركز أو البيت ولكن تطبق خارج نطاقها في الشارع والأماكن العامة واستعمال وسائل النقل والاستفادة من الخدمات الموجودة في المجتمع .

5- برنامج العلاج الطبيعى : هو عبارة عن استخدام الوسائل الطبيعية مثل الحرارة والماء والكهرباء والتمارين والتدليل لمعالجة الإصابات الجسمية وللوقاية من التشوهات التي قد تحصل .

ثانياً : برامج التأهيل المهني :-

إن فكرة تأهيل المعوقين شهدت تطوراً سريعاً في أساليب وطرق التأهيل المختلفة مما ساعد على بالتالي على زيادة قدرة المعوق على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات واحترامها . هذا وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه : " الإفادة من مجموعة الخدمات المنظمة في المجالات الطبية والاجتماعية والتربوية والتقييم المهني من أجل تدريب أو إعادة تدريب الفرد والوصول به

إلى أقصى مستوى من مستويات القدرة الوظيفية ". أما التأهيل المهني فهو ذلك الجزء من العملية المستمرة المنظمة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية ، كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل ، وبالتالي تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها ، كما تشمل هذه العملية بالإضافة إلى ذلك متابعة المعوق ومساعدته على التكيف للعمل والاستمرار في والرضا عنه . والتأهيل يجب أن يتم ضمن الإطار الاجتماعي والبيئة التي يعيش فيها المعوق ، والتأهيل مسؤولية اجتماعية وليست مسؤولية جماعة أو فئة معينة ، والتأهيل يجب أن يعطي الثقة بالنفس وتحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية للمعاق ، وأن يتقبل المعاق كما هو . (عبيد ، 2001م)

والبرامج التربوية للمعاقين حركياً هي طرائق تعليم وتربية المعوقين حركياً، وبالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين حركياً حسب نوع الإعاقة ودرجتها فيمكن أن تميز البرامج التربوية التالية للمعوقين حركياً:-

1- مركز الإقامة الكاملة: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوو الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، بحيث تقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

2- مراكز التربية الخاصة النهارية: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة الحالات المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

3- برامج الدمج الأكاديمي: وتناسب مثل هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع أو السكري أو التهاب المفاصل أو السل أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة، وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة، وإزالة العوائق البنائية. (الروسان، 2007م).

الوقاية من الإعاقات الجسدية :-

1-الوقاية الأولية " Primary Prevention " : تتضمن الوقاية الأولية جميع الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل حدوث المرض وذلك بهدف خفض أعداد الأطفال المعوقين في المجتمع . وتهتم برامج الوقاية الأولية بفئات المجتمع والأسر الأكثر عرضة من غيرها للإعاقة لأسباب محددة ، كذلك فهي توجه نحو تثقيف المجتمع عموماً من الناحية الصحية ، وعلى وجه التحديد تعمل الوقاية الأولية على تحسين المستوى الصحي من خلال اكتشاف عوامل الخطر وإزالتها ، وذلك يمكن تحقيقه من خلال حماية الأمهات ورعايتهن قبل الولادة وأثناءها ، وحماية الأطفال ورعايتهم عبر التطعيمات وتحسين المستوى الغذائي والوقاية من العوامل المؤدية لنقص الأكسجين والإرشاد الجيني .

2-الوقاية الثانوية " Secondary Prevention " : أما الوقاية الثانوية فتتضمن بذل جهود بعد حدوث المرض وقبل حدوث العجز . وذلك يشمل الحدّ من شدة المرض أو مدته . ومن الناحية الطبية ، فالوقاية الثانوية تعني استعادة القدرات الجسمية والصحية وبالتالي خفض أعداد الأطفال العاجزين . وبناءً على ذلك ، تهتم البرامج الوقائية الثانوية بالكشف عن الأطفال المرضى والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر . كذلك ينصب الاهتمام في هذه البرامج على إثراء بيئة الطفل ، وتوفير الرعاية الطبية المكثفة والمتواصلة ، وتوظيف الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية للأطفال .

3-الوقاية الثلاثية " Tertiary Prevention " : تحدث الوقاية الثلاثية بعد حدوث العجز ، وتهدف إلى وقف تدهور حالة الطفل . إنها تهدف أساساً إلى الحدّ من التأثيرات المرافقة أو الناجمة عن الحالة وضبط المضاعفات . وتتضمن الوقاية الثلاثية توفير خدمات الإرشاد الجيني والإرشاد الأسري ، الأطراف الاصطناعية والمساعدة عند الحاجة ، والتربية الخاصة والتأهيل ، والعلاج النطقي والطبيعي والوظيفي والنفسي ، وتعديل الاتجاهات في المجتمع وتكييف البيئة . (الحديدي ، الخطيب ، 1997م)

العلاج المعرفي السلوكي

العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التأهيل النفسي للمعاقين وهو: عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمعوق وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي. ويركز الأخصائي النفسي فيها على مساعدة الفرد المعوق على التعايش مع قدراته المحدودة المتعلقة بإعايقه وكذلك في التغلب على الإحباط وعدم الثقة، إذ أن التأهيل النفسي هو إعادة تكيف الفرد من الناحية النفسية، في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي الذي يعرف بأنه: مجموع الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه ومشاكله وأن يستغل إمكانيات البيئة من ناحية أخرى نتيجة لفهمه لنفسه وبيئته.

وتتركز أهداف التأهيل النفسي الهدف العام من التأهيل النفسي هو مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه من جهة وأن يفهم العالم المحيط به من جهة ثانية ليكون قادراً على التكيف المناسب نتيجة هذا الفهم، ويمكن تلخيص أهداف التأهيل النفسي فيما يلي (القيوتي، والسرطاوي، 1995):-

- 1- مساعدة الشخص المعوق على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات.
- 2- تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وانفعالاته.
- 3- تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة.
- 4- المساعدة في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها والسعي إلى تحقيق أقصى درجة ممكنة من درجات تحقيق الذات.
- 5- تدريب المعوق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وبالأخرين، وإدراكه لإمكانياته المحدودة وتبصيره بها وكيفية استغلالها والاستفادة منها.
- 6- تنمية وتطوير اتجاهات إيجابية نحو الحياة والعمل والمجتمع.

وأهم الخدمات التي تقدم للمعوقين في عملية التأهيل النفسي :

- 1- خدمات الإرشاد النفسي: وهي الخدمات التي تهتم بتكيف الشخص المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ القرارات السليمة في علاقته مع هذا العالم والوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته.
- 2- خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي: وتتضمن اشتراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة، كما تتضمن تقديم النصح

لوالدين بشأن خدمات البيئة التي يحتاج إليها الطفل المعوق، وطرق إبلاغ الأهل عن التقدم الحادث للطفل المعوق نتيجة الإرشاد النفسي.

- 3- خدمات تعديل السلوك (العلاج السلوكي): ويتضمن مجموعة من الإجراءات التي انبثقت من قوانين السلوك. وتعديل السلوك عملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة والمتمثلة في تغيير السلوكيات ذات الأهمية الاجتماعية على النحو المرغوب فيه.
- 4- خدمات الإرشاد والتوجيه المهني: وتهدف إلى مساعدة الفرد المعوق وتوجيهه نحو اختيار المهنة المناسبة سواء أكان للتدريب عليها أو العمل بها تتلاءم مع ميوله واستعداداته وقدراته.
- 5- خدمات العلاج النفسي: وتتناول المشكلات الأكثر حدة والتي تحد من تكيف الفرد مع مجتمعه وأسرته. وتساعد في جعل الشخص المعوق يتكيف مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى (عبيد، 2007).

دور الأخصائي النفسي في عملية التأهيل :

يتلخص دور الأخصائي النفسي فيما يلي:-

- 1- مساعدة المعوق على تقليل مشاعر النقص لديه، وتقليل المقارنة بين نفسه وبين الآخرين.
- 2- مساعدة المعوق على تحسين الصورة التي يكونها عن ذاته.
- 3- مساعدة الفرد المعوق على أن يكتسب مشاعر الأمن.
- 4- مساعدة المعوق على تنمية العلاقات الاجتماعية المناسبة وتحسين ردود فعل الآخرين نحوه.
- 5- مساعدة الفرد المعوق على تكوين نمط حياة مناسبة لحالته.
- 6- مساعدة الفرد المعوق على تصحيح إدراكاته عن نفسه وإدراكاته عن الناس من حوله وعن المجتمع بصفة عامة.

مراحل عملية التكيف للإعاقة :

تشير (عبيد، 2007) بأن عملية تكيف المعوق مع الإعاقة عملية مهمة جداً لجميع العاملين مع المعوقين وخاصة المرشدين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين. وعملية تكيف المعاق مع الإعاقة تمر بمراحل معينة كالتالي:-

- 1- مرحلة الصدمة: وهي مرحلة التشخيص الأولي وفترة العلاج، وفيها لم يستوعب الفرد أن جسمه مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى لا يظهر عليه أي قلق.
- 2- مرحلة توقع الشفاء: تبدأ هذه المرحلة بعد ما يتبين الفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.

3- مرحلة الحزن: وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد، فكل شيء ضاع وهو يشعر أنه سوف لا يستطيع أن يعمل أي شيء أو يحقق أي هدف له ويمكن أن يفكر في الانتحار.

4- مرحلة الدفاع: وهي تنقسم إلى قسمين: الأول: الدفاع الإيجابي: وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد التعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها. والثانية: الدفاع السلبي، وهنا يستعمل الفرد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة وخصوصاً النكران.

5- تراود الشخص المعوق الأفكار التالية: إن جسمي مختلف، وإعاقتي مختلفة، ولكنها ليست سيئة، إن الإعاقة تجعلني مختلفاً، ولكن ذلك لا يمنعني من عمل أشياء مختلفة ومفيدة).

مفهوم العلاج المعرفي السلوكي :

يذكر بيك (Beck,2001) أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجاً لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية من قبيل: التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه قد يكون مبنياً على أفكار لا عقلانية، ولما كانت كثير من المشكلات النفسية يمكن حلها عن طريق: شحذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً، وحيث أن الاستبصار واختبار الواقع والتعلم جميعها عمليات معرفية بالدرجة الأولى.

ويذكر صلاح عراقي (1991م) أن الاضطراب النفسي-من وجهة نظر المعالجين المعرفيين- هو في الأساس اضطراب التفكير، إذ يقوم الفرد بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، فتؤثر في عمليات التفكير نظرة الفرد نحو العالم، وينتج عنها انفعالات ومشكلات سلوكية، ومن ثم يحاول المعالج أن يقوم بتعديل سلوك المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير لديه، وذلك بمساعدته على تعيين مفاهيمه الخاطئة وتوقعاته غير الواقعية، واختبار مدى صدقها ومعقوليتها.

ويبرر محمد محروس الشناوي ومحمد عبد الرحمن (1998م) ظهور العلاج المعرفي السلوكي كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية، فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية، مثل جهود بياجيه الذي أقام العلاقة بين النمو العقلي والنمو الخلفي.

فالمعالج المعرفي يحاول من خلال بعض الفنيات المعرفية والسلوكية أن يساعد الفرد على معرفة أفكاره اللاعقلانية، ويعلمه طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته بما يسمى إعادة البناء المعرفي للفرد.

ويقرر باترسون (1990م) أن العلاج المعرفي يشمل كل الأساليب التي يمكن أن تخفف الحزن والألم النفسي، عن طريق تصحيح التصورات الخاطئة، والإرشادات الذاتية.

ويرى لويس مليكه (1990م) أن العلاج المعرفي هو أحد المناهج العلاجية التي تهدف لتعديل السلوك الظاهر لدى الفرد من خلال التأثير في عمليات التفكير، وتتعدد فنياته على النحو التالي:

- العلاج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy
لـ: أليس Ellis

- العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy لـ: بيك Beck

- النموذج التخليقي Corert Modeling لـ: كيتيلا Ceutela

- التدريب على مهارة التغلب على المشكلات Coping Skill Training لـ: جولد فرايد Goldfried

- التدريب على إدارة القلق Self-Instructional لـ: ميشنباوم Meichenbaum

حيث إن هذه الأساليب وغيرها تشترك في أنها تحاول تعديل السلوك من خلال التأثير في العمليات المعرفية لدى الأفراد.

وتذكر ألفت حقي (1995م) أن العلاج المعرفي السلوكي هو التنظيم والاستراتيجيات التي يحاول المعالج بثها في الفرد، حتى يعيد تشكيل وتوظيف أفكاره التي أدت إلى أخطائه المعرفية وانفعالاته الضارة أو سلوكه الشاذ وتساعد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تحريك وظائف المعرفة لدى الفرد بما يتيح له رؤية أفضل، ويهيئ لمعارفه تصحيح ما أرسنه من أسس للتفكير، ويحدث ذلك بإتاحة الفرصة للفرد أن يختبر الحقائق بمساعدة المعالج حتى يستنتج أن أفكاره غير منطقية، ثم يقاد ليكتشف بنفسه مدى زيف هذه الأفكار، ويتم ذلك بأن يستخدم المعالج ما لدى المريض من خيال خصب للوصول إلى هذه الهدف.

ويرى سدورو (Sdorow, 1995) أن المدرسة المعرفية تؤكد على تقويم التفكير لدى الأفراد من خلال التعديلات المعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى أن يكون الأفراد موضوعيين، وعقلانيين، ويرون العالم بصورة ايجابية مستمدة من الواقع الموضوعي، ويستطيعون إدارة انفعالاتهم في المواقف المختلفة معتمدين على الأنماط الايجابية في التفكير.

ويرى ليندن وباساتو (Linden & Pasatu, 1998) أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن علاجين مختلفين إلا أنهما يكملان بعضهما بعضاً، لأن التشويه المعرفي لا بد أن يظهر في سلوكيات مختلة، وبالتالي فإن التعديل المعرفي لا بد أن يظهر في سلوكيات إيجابية.

ويذكر سدورو (Sdorow 1995) أن الباحثين قد ميزوا بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي فالفرد عند السلوكيين موجود فقط عند مستوى المثير والاستجابة، وقد كتب شكسبير في "هاملت" أنه لا يوجد ما هو خير أو شر إنما طريقة التفكير هي التي تصنع ذلك، وقد انعكس هذا الاتجاه على العمليات النفسية وهو ما يسمى بالاتجاه المعرفي، ذلك الاتجاه الذي يرى أنصاره أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة، وإنما تفسير الفرد لتلك الأحداث هو الذي يصنع ذلك، وافترضوا أن التغيير في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنه تغييرات في المشاعر والسلوكيات.

ويذكر عادل عبد الله (2000م) أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتمد على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد أنه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً، تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعانيها الفرد، وبنفس المنطق يتحمل الفرد مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، وتعديل الاعتقادات اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالمنطق والعقلانية.

ويقرر بيك (Beck , 2001) أن النظرية المعرفية تهتم اهتماماً بالغاً بالانفعالات لأن الإثارة الانفعالية تعد جزءاً جوهرياً فيما يحققه العلاج المعرفي، معتمداً على تغيير المعارف والأفكار التي أدت إلى هذه الإثارة الانفعالية، فالأفراد المكتئبون يكونون في حالة من الإثارة، ويناقشون موضوعات مثيرة للانزعاج، ولذا يجب إمدادهم بأسس قوية لإعادة البناء المعرفي، وتمثل المرونة في تشجيع الأفراد للتعبير عن انفعالاتهم دوراً مهماً لأنها تبعث على الانسجام، وتسهل إدراك المريض للتفاعل بشكل إيجابي مع المعالج، حيث إن معظم تأثيرات العلاج تكون ذات صلة بتعطيل الأنشطة التلقائية للمعتقدات، والأفكار المختلة وظيفياً.

ويشير أنجير (Unger , 2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي باعتباره نهجاً يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاوياً، وتؤدي إلى العمل الفعال، والفكر

العقلاني، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتقوى مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تعديلها.

ويشير بيك، وفريمان (Beck & Freeman , 1990) إلى أنه يطلق على العلاج المعرفي اسم علاج هنا والآن Here and now، فجلسة بجلسة يتم أخذ أمثلة من المواقف الصعبة، وتحدد المهام كواجب منزلي بشكل خاص لخلق الظروف اليومية، حيث يمكن جمع قدر أكبر من البيانات لاختبار الأساس الحقيقي للاتجاهات، والأفكار.

وترى الباحثة أن هناك اتفاقاً بين معظم الآراء السابقة في أهمية المعرفة، والبناء العرفي للفرد في التأثير على كل من انفعالاته وسلوكياته ولما كانت السلوكيات المختلة وظيفياً تنتج أساساً عن اضطرابات في التفكير تتمثل في: المبالغة، والتعميم، والتشويه المعرفي فإن العلاج المعرفي السلوكي، يمثل حلاً نموذجياً للتعامل مع هذه الأساليب الفكرية الخاطئة، ويحاول إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على العقلانية في التفكير، وإدارة وتنظيم الذات، وأخذ مفاهيم الاحتمالات في الحسبان، كما أنه هو تطبيق عملي لمجموعة كبيرة من العلاجات النفسية الأخرى.

فلسفة العلاج المعرفي السلوكي:

كان تدريب ميتشبنوم مرضى الفصام على نوع من الحديث الصحي باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي، دافعا وراء ملاحظته أن بعض المرضى كانوا يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية العلاج، حيث كانوا يقولون " تحدث حديثاً صحياً، وكن متماسكاً ومتلائماً، وفي هذا ما يدل على أنهم كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية.

ويذكر عادل عبد الله (2000م) أن اتجاه ميتشبنوم يعرف بالتحصين ضد الضغوط النفسية، ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الأحاديث الذاتية، وهو ما يعد ابتعاداً عن الإشراف الإجرائي لأنه تم إدخال أحد العناصر المعرفية، وقد أسفر استخدام التعليمات الذاتية من قبل ميتشبنوم مع مرضى الفصام، والأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط والمندفعين عن حدوث قدر معقول من التحسن حيث تم تعديل كم كبير من تلك السلوكيات.

ويرى ميتشبنوم (Meichenbaum, 2006) أن تعديل السلوك معرفياً ينتج عن تقديم التعليمات للذات والتي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيداً قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، حين تبين لنا أن التخلص من مشكلة

يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريق انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر ايجابية.

ويذكر باول (Pawll, 1990) أن الحديث الذاتي هو الأسلوب الذي نكلم به أنفسنا ويؤدي إلى التحكم في السلوك بنفس الطريقة كأن هذا الحديث يأتي من شخص آخر، وقد لا يكون الفرد على دراية بالطريقة السلبية التي يتحدث بها لنفسه متوقعا الفشل، ومقلدا من شأن النجاح، ويهدف التحصين التدريجي إلى مساعدة الأفراد على التفكير بشكل بناء وتحسن الأداء وهذه الإجراءات تهدف لتدريب الأفراد على الحديث لأنفسهم بشكل واثق و إيجابي متوقعا النجاح في أي مهمة.

وقد اعتمد ميتشنبوم (Meichenbaum, 1993) في أساسياته على أعمال لوريا الذي اقترح تطوير نسق من التحكم الرمزي اللفظي على السلوك حيث يقوم الأفراد بتطوير الحوار الداخلي بتعليمات من الآخرين أو لا ثم بتعليمات ذاتية واضحة، وفي النهاية تعليمات ذاتية مستترة، وذلك من خلال: تدريب الأفراد على إدراك وتحديد الأفكار غير المنطقية أو ما يعرف بالتقرير الذاتي، ثم يشكل المعالج السلوك الملائم بينما يعبر عن أساليب التكيف الفعالة التي تتضمن تقديم متطلبات المهمة والتعليمات الذاتية التي ترشد الأداء، والتقرير الذاتي الذي يعزز من الكفاءة الشخصية ويواجه الفشل في الإخفاق والتقرير الذاتي المستتر للأداء الناجح، وبعد ذلك يقوم الفرد بأداء السلوك المطلوب أولا أثناء تعبيره عن التعليمات الذاتية الملائمة ثم استعادتها بشكل مستتر مرة أخرى، ويقوم المعالج في تلك المرحلة بالمساعدة على أن يحل الحديث للذات الذي يؤدي إلى حل مشكلة محل المعرفة التي ينجم عنها القلق والتي كانت مصاحبة لهذا التصرف.

وبالتالي فإن فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية تقوم على فرض مؤداه أن: الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم هي التي تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الفرد يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته، والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفسيولوجية وردود الفعل الوجدانية، والجوانب المعرفية، والعلاقات الاجتماعية، ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.

حيث يذكر ميتشنبوم (Meichenbaum, 2006) أن الهدف من التقدير الوظيفي المعرفي أن نقدر في صورة احتمالية الأهمية أو الدلالة الوظيفية للانخراط في الأحاديث الذاتية من نوع معين وما يتبعها من سلوك معين أو حالة انفعالية معينة أو استجابات فسيولوجية أو عمليات الانتباه، وكيف يؤثر الحديث الداخلي على الفرد ومن ثم كيف يتأثر بالأحداث والعمليات السلوكية الأخرى، وهناك القليل من البحوث حول التفكير الواعي أو الحديث الداخلي كمتغير يؤثر على السلوكيات غير أنه يمكن القول بأن الدراسات التي أجريت في ثلاثة مجالات قد تناولت الأحاديث الداخلية

تعتبر ذات صلة بهذا الجانب، وهي: التوجهات الخاصة بالعلاقات الشخصية، والعوامل المعرفية في الإجهاد، وتأثير التعليمات الذاتية على ردود الفعل الفسيولوجية.

ومن ثم فإن المدرسة المعرفية تنظر إلى الاضطرابات النفسية كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثبرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه.

وترى جوديث (Judith, 2000) أن العلاج المعرفي السلوكي يستند على طريقة إدراك الفرد للمواقف المختلفة، والتي تؤثر في كيفية شعوره الانفعالي، لذلك فإن الموقف لا يؤثر مباشرة في كيفية الشعور الانفعالي، ولكن الأفكار عن الموقف هي التي تؤثر في ذلك الشعور، وحينما يكون الفرد فريسة للضغط فإن تفكيره يكون مشوشاً، وتكون انفعالاته سلبية.

ويذكر دريدن وبوند (Dryden & Bond, 1996) أنه على الرغم من أن الاتجاه المعرفي يؤكد على تحديد الانفعالات السلبية، والمختلة وظيفياً واستنتاجاتها، إلا أنه لا يقترح تمييز المكيانيزمات المرتبطة بهذه الانفعالات، ويفترض أن محتوى الأفكار والمعتقدات هي الأساس في سلبية الانفعالات، واختلال الوظائف، حيث إن فكرة الفرد عن نفسه بأنه كفاء مثلاً تجعله قادراً على التغلب على مشكلات الحياة، ومن ثم تكون انفعالاته إيجابية.

ويشير سدورو (Sdorow, 1995) إلى أن الاضطرابات النفسية تحدث للأفراد عن طريق المعتقدات السالبة عن الذات، والعالم، والمستقبل، وقد يلوم الأفراد أنفسهم ويميلون إلى المزيد من الأحداث السالبة، وتكون نظرتهم للمستقبل تشاؤمية، وذلك بالنظر إلى ظروفهم، وأساليبهم الخاطئ في التفكير، وبهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير مثل هذه المعتقدات ومعالجة الاضطرابات النفسية، والاحتفاظ بسجل يومي عن المعتقدات اللاعقلانية في محاولة تعديلها، مما يستوجب تعديل الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.

ويذكر عبد الستار إبراهيم، وآخرون (1983م) أنه طبقاً لكل من بيك وإليس وميتشنوم فإن الناس لا يتعلمون من خلال القواعد التشريعية، أو التعلم الاجتماعي فقط، بل يتعلمون من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكهم وتفسيراتهم للحوادث التي تلم بهم، وبالتالي فإنه ثمة أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه إليها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام هي: الكفاءة المعرفية، ومفهوم الذات، والمواقف والاتجاهات التي نتبناها عن المواقف والأشخاص، والتوقعات التي نتبناها عند التعامل مع المواقف الخارجية.

ويرى لويس مليكه (1990م) أن الكثير من الأفراد يستطيعون التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة، والمعلومة مثل: المدرس، والطبيب، والأب، وبالتالي يمكن تقديم الخبرة المتكاملة من خلالهم.

ومن ثم فإن المعرفة هي وسيلة الإنسان لكي يفهم ذاته، والعالم حوله، ويتوصل إلى حقائق الأشياء، والتشويه المعرفي، وتحريف التفكير عن الذات، والعالم، والمستقبل، والتي تكون وراء الاضطرابات النفسية.

ويرى أحمد خيرى حافظ (1998م) أن العلاج المعرفي السلوكي يتعامل مع المعارف المشوهة والأفكار اللامنطقية، وكثير من أنماط التفكير كوسائل أو أحداث مسببة للسلوك والانفعال، وإن المسلمة الرئيسية التي قامت عليها النظرية المعرفية بكل طرائقها تكمن في العلاقة الوثيقة بين المعرفة والسلوك، حيث يكتسب الفرد خلال مراحل نموه ومسيرة حياته العديد من المعارف والمفاهيم والمعلومات التي تمكنه من التعامل النشط مع الواقع ومشكلات الحياة، وتتشكل هذه المعرفة من خلال الإرث الثقافي والخبرات الذاتية، وينتج عنها مجموعة من الصيغ المعرفية التي يقيم الفرد بها معلوماته عن البيئة وعن الذات وينظمها، ومجموعة أخرى من الصيغ والطرائق المعرفية التي تساعد على حل مشكلاته، ومجموعة ثالثة تستخدم للتنبؤ ولتقييم أحداث المستقبل، ويدل السلوك السوي على الاستخدام الناجح لهذه النظم والطرائق المعرفية، ويدل السلوك المختل وظيفياً على الاستخدام غير الناجح.

وفي ضوء ما سبق يتضح أن المدرسة المعرفية في علم النفس تستند إلى العلاقة بين المكون المعرفي والمكون السلوكي مروراً بالمكون الانفعالي، وأن الاضطرابات النفسية تنشأ من الاضطراب في المكون المعرفي، وبالتالي فإن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف إعادة البناء المعرفي للفرد حتى يتمكن من تعديل السلوكيات المختلة وظيفياً.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

تذكر ممدوحة سلامة (1991م) أن العلاج النفسي عموماً يقوم على استخدام وتطبيق المبادئ النظرية في مساعدة الآخرين للتغلب على ما يواجهونه من مشكلات، وتحقيق حياة أكثر رضا وسعادة، وكل من يعمل في مجال الإرشاد أو العلاج النفسي يقوم باستخدام افتراضاته ومعارفه حول الطبيعة الإنسانية ومبادئ السلوك، كما يستخدم معارفه عن طبيعة المؤسسات الاجتماعية المختلفة: أسرة، أو مدرسة، أو أقران في إيجاد الوسائل التي تساعد عملائه في التغلب بنجاح على ما يواجههم من مشكلات والتغيير نحو الأفضل وتحقيق السلام مع الذات ومع الآخرين، وتحقيق الحياة التي يرتضونها لأنفسهم.

ويرى عبد الستار إبراهيم (1998م) أن أنصار العلاج المعرفي السلوكي مهما تباينت مفاهيمهم، واختلفت وجهات نظرهم، وأطرهم المرجعية يؤكدون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر الأفراد عن أنفسهم وعالمهم، واتجاهاتهم نحو ذاتهم ونحو الآخرين، وأن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية الفرد، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج.

ويذكر باترسون (1990, Patterson) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التقليل من القلق، وخفض الكراهية والغضب، إذ يهيئ للفرد طريقة تساعد على التقليل من لوم الذات، ولوم الآخرين والظروف وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته، وينطوي الهدف ضمناً على الاهتمام بالذات والاعتراف بحقوق الآخرين، والاستقلالية، والمسئولية، والتسامح مع أخطاء الغير، والمرونة وقبول التغيير.

ويشير أنجير (Unger, 2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى فهم الأسباب الكامنة وراء الانفعالات السلبية والمعتقدات اللاعقلانية مستعينا بفنيات معرفية وسلوكية لتعديل هذه المعتقدات السلبية، وزيادة الدافعية للتصورات الإيجابية، بحيث تكون النتائج أفضل بالنسبة لتحديات الحياة.

ويذكر عادل عبد الله (2000م) أن العلاج المعرفي السلوكي بكافة أشكاله وطرائقه يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ، والتشويهات المعرفية، ويسعى إلى تخفيض المشكلات المختلفة.

ويشير كوستر (Custer, 2001) إلى أن النظرية المعرفية السلوكية تهدف إلى دحض الأفكار السلبية لدى الأفراد من خلال مناقشة التطور الطبيعي لديهم، والتركيز على حل المشكلات، والانفعالات، والعلاقات الشخصية التي تسهم في ضبط الانفعالات السلبية: كالعدوان والغضب، والاكتئاب، والقلق، وضعف الانتباه، وفرط النشاط.

ويقرر حسن عبد المعطي (1998م) أن العلاج المعرفي السلوكي إنما يهدف إلى تدريب الأفراد على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر، والتعامل مع الأفكار بصورة نقدية، واستخدام المراقبة الذاتية للأفكار، والتخيلات السلبية، وإخراجها إلى حيز التفكير، التدريب على استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات ايجابية، ذلك من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية للفرد، وحمله على اختيار

الواقع، وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على الوجوبية وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية.

ويلخص محمد الطيب ومنال حسان (2001م) أهداف العلاج المعرفي السلوكي في: التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية غير المتكافئة، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، ويساعد الفرد على تصحيح التصورات والادراكات الخاطئة، واستئصال الأفكار غير الملائمة، وتعزيز التفكير الواقعي، وزيادة الدافعية لأداء الواجبات المنزلية، وإعادة بناء تفكيرهم عن طريق إدراكهم للعمليات الفكرية، وزيادة الوعي بالذات لما له من دور مهم في تصحيح أخطاء التفكير، وتكوين رؤية أكثر موضوعية نحو الموقف.

ويرى بيك (Beck, 2001) أن أهداف العلاج المعرفي هي: أن يصبح الفرد واعياً بما يفكر فيه، ويميز بين الأفكار السليمة والمشوهة، ويستبدل الأحكام المختلة بأحكام دقيقة وصحيحة. وقد وضع ميتشنبوم (1997م) أهداف العلاج المعرفي السلوكي في صورة إجرائية على النحو التالي:

- الاكتشاف الذاتي لدور المعارف في التأثير على سلوكيات الأفراد.
- التدريب على الملاحظة المستمرة للذات، وتفعيل دور المراقبة الذاتية للسلوكيات غير التكيفية.
- التدريب على خطوات حل المشكلة واتخاذ القرار.
- تشجيع التقييم الذاتي والمواجهة الفعالة ومهارات التحكم الذاتي.
- اكتساب المعرفة الذاتية ومهارات التغلب على الضغوط.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي :

يقرر أنجير (Unger, 2004) أن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي تستند على التقييم الموضوعي للمشكلات، واستبدال الميول الكارثية، والتعديل العميق لوجهة النظر المرتبطة بعدم الاستثارة، وتنفيذ خطط العمل، وخفض التجنب، ويكون ذلك بشكل تدريجي منظم، وتكون الممارسة بناء على الرؤية بالنسبة للمشكلات في صورة تعاونية تتضمن الفحص المتبادل للقضايا، وممارسة الواجبات المنزلية بواسطة الفهم، والتحليل، وتطوير الاستراتيجيات البناءة في وقت يتناسب مع الاضطرابات التي يتصدى لها هذا المنهج.

ويشير عادل عبد الله (2000م) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم فنيات عديدة بعضها معرفي مثل: المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديل ومناقشة

الأسباب، وبعض هذه الفنيات تجريبي: كالاكتشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي: كالواجبات المنزلية، والنمذجة، والتخيل، ولعب الدور.

وفيما يلي عرض لمجموعة من الفنيات التي يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي مثل: التعليمات الذاتية، والمراقبة الذاتية، وملء الفراغ، وتغيير القواعد، وإعادة البناء المعرفي، والتركيب، والتخيل، والتعريض، وفض المركزية، والتثبت من النتائج، والتدريب عكس العادة، والتقبل والانتباه، والاسترخاء، ولعب الدور، والنمذجة، والواجبات المنزلية.

1- التعليمات الذاتية

قدم "ميتشنيوم" فنية التعليمات الذاتية حينما كان يعالج مرضى فصام الشخصية، وكان يستهدف تعديل السلوك من خلال التدريب على مخاطبة الذات بطريقة تؤدي إلى تغييرات في الأفكار والانفعالات ومن ثم السلوكيات، كما استخدم هذه الفنية في تعديل الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الاندفاعية والسلوك العدواني والنشاط الزائد، ومما يجدر ذكره أنه تم استخدام هذه الفنية في دراسات عديدة مثل: دراسة تشارلز (Charles, 1988)، ودراسة ونسيلر (Winsler, 1991).

2- المراقبة الذاتية

يرى إيفرسون (Everson, 1997) أن المراقبة الذاتية هي أساس عمليات التنظيم والتوجيه المعرفي، وقد أكدت دراسات ميتشنيوم (Meichenbaum, 1997)، وسترينبرج (Strenberg, 1999)، وهاركر (Harcker, 2000) على أن المراقبة الذاتية هي المحدد الأساسي لمدى نجاح المهارات الأخرى لأنها تشير إلى قدرة الفرد على ملاحظة مستوى تقدمه في ضوء الأهداف المحددة لعمل ما، وتتضمن المراقبة الذاتية: الاحتفاظ بالهدف ومعرفة ما تم إنجازه، والإجراءات القادمة، واتخاذ القرار بالاستمرار في التقدم نحو الهدف، وفي إطار البرنامج العلاجي الحالي لخفض القلق لدى ذوي الإعاقة الحركية تم التركيز على مهارات المراقبة الذاتية من خلال تقديم بعض الأنشطة والأعمال ذات الخطوات المتتابعة ومطالبة الأطفال بإجرائها اعتماداً على أنفسهم.

3- ملء الفراغات

يذكر بيك (2001م) أنه ليست هناك صعوبة في التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية مادامت سائدة، وموجودة في مركز الوعي، وتعد فنية ملء الفراغ من الإجراءات الأساسية لمساعدة الفرد على تبين أفكاره الأوتوماتيكية، وتدريبه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية، وردود أفعاله حيالها، فهي وسيلة فعالة لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الخجل المفرط، أو القلق، أو الغضب أو الحزن في المواقف البين شخصية.

4- تغيير القواعد

من الفنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي فنية اكتشاف اتجاهات الفرد وتسليط الضوء عليها، ومساعدته على تمحيصها، وتقرير مدى انهماكيتها، ولذا فمن الضروري أن يتعلم الفرد من خبراته أن بعض اتجاهاته قد انتهت به إلى قمة التعاسة والشقاء ، وأنه من الأجدي أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية، وعلى المعالج أن يقف دوره عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها الفرد بالتأمل، لا أن يقوم له بغسيل مخ، ويفرض عليه قواعده .

5- إعادة البناء المعرفي

يذكر بيك (2001م) أن التدريب على التعلم الذاتي يكون فعالاً في التعويض عن نقص المهارات المعرفية، حيث إن إعادة البناء المعرفي يركز على الانحرافات المعرفية، ويتم تعليم المريض أن يرصد الأفكار التي ترتبط بالانفعالات البغيضة مثل : الاكتئاب، والغضب، والعدوانية، وعند تحديد تلك الأفكار التلقائية يتم استخدام مجموعة من الأساليب لتوضيح طبيعتها المنحرفة .

ويشير هوبارد (Hubbard,2002) إلى أن إعادة البناء المعرفي تتطلب مجموعة من الاستراتيجيات التي تصمم للمساعدة في التعامل مع الأفكار المثيرة للانفعال والتشوهات المعرفية التي تؤدي إلى حدوث المشكلات، ويهدف إعادة البناء المعرفي إلى التعرف الدقيق على هذه الأفكار وتطويرها بحيث تكون قوة للتفكير الايجابي، وإضافة إلى تطوير تدريب الصوت الداخلي بما يؤثر على الرؤية الثاقبة للحياة، وذلك كميزان لكل من الخبرات الايجابية والسلبية .

ويذكر عبد الرحمن مهدي (1995م) أن فنية إعادة البناء المعرفي تنطلق من أن المعتقدات والأحداث الخارجية هي المسؤولة عن مشاعر الأفراد، فالأفراد تفكر وتعمل وتسلك في وقت واحد، وأن تفكيرهم لا يؤدي فقط إلى الانفعالات والأنشطة المضطربة ولكن ينشأ بطريقة غرضية عن تلك الانفعالات والأنشطة.

وتم استخدام تلك الفنية في كثير من أنشطة البرنامج الحالي للدراسة من خلال إعادة البناء المعرفي للأطفال من خلال إعادة الألعاب واشتقاق المفاهيم حول تركيباتها وإعادة تركيباتها مرة ثانية.

6- التركيب (البناء)

يشير هوبارد (Hubbard,2002) إلى أن فنية التركيب تستخدم في معالجة التنظيم السيئ، والمماثلة المرتبطة لكل من: اضطراب نقص الانتباه ، والنشاط الحركي المفرط ، والقلق ، والاكتئاب ، والغضب ، وتهدف هذه الفنية إلى تعليم الأفراد كيفية اشتقاق الأهداف القابلة للتنفيذ،

ومنهجية المهام، واستثمار وقت الفراغ ، وحفز الذات على العمل البناء، وذلك بهدف خفض النقد الذاتي، والقلق، والغضب، وهذه من أهم الفنيات التي تم استخدامها في البرنامج الحالي للدراسة.

7- التخيل

يذكر فريمان (Freeman,1990) أن التخيل يستخدم في الاضطرابات الشخصية لتمكين الفرد من تخفيف الأحداث الصدمية ، وإعادة بناء الخبرة ، ومتابعة المواقف المستتجة ، ويتطلب الأساس المنطقي لتلك الإجراءات مجموعة من الاعتبارات أهمها : الحديث الواضح عن الحدث ، والتخيل الذاتي لدى الفرد ، مع امتداد الأثر لإعادة البناء المعرفي ، وهذه الفنية أيضاً تم استخدامها في البرنامج الحالي من خلال تخيل الأطفال لشكل اللعبة قبل فكها ثم استعادة الشكل بعد فكها لإعادة تركيبها.

8-التعريض

يرى هوبارد (Hubbard,2002) أن التعريض يستخدم لخفض كل من : اضطراب نقص الانتباه، والنشاط الحركي المفرط، والقلق، والغضب ، وذلك بتعليم الأفراد كيفية التعامل مع هذه الانفعالات خطوة خطوة، والتوازن بين الراحة والتحمل ، وحتى يمكن أن يكون التعريض فاعلاً لا بد أن يمد المعالج الأفراد بقدر كبير من التدريب الذي يهدف إلى زيادة الثقة وخفض مستوى الانفعالات السلبية لديهم .

9- فض المركزية

يستطيع الأفراد الذين يمكنهم التعرف على أفكارهم الأوتوماتيكية أن يستبينوا بسهولة طبيعتها غير التكيفية، إذ يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا منها موقفاً موضوعياً، ويتأملونها بحرية، وتسمى هذه العملية فرض المسافة، وتعني القدرة على التمييز بين الاعتقاد والمعرفة، حيث تساعد هذه القدرة التمييزية في تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المرضى المعرضة للتحريف والتشويه، حيث ينشأ التحريف الفكري الجسيم في عدد من الأمراض النفسية مثل : القلق، والاكتئاب، والبارانويا .

10- التثبيت من النتائج

يميل معظم الأفراد إلى الثقة في أفكارهم وتقديسها واعتبارها الصورة الحقيقية عن العالم الخارجي، ويلصقون بها نفس الدرجة من قيمة الصدق التي يلصقونها بمدركاتهم الحسية للعالم الخارجي ، ويمكن للمعالج النفسي أن يستخدم فنيات معينة لتحديد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة، أو غير مبررة، وحيث إن المريض اعتاد على التحريفات والتشويهات ، فإن مهمة المعالج تنحصر أساساً في استكشاف النتائج، ومقارنتها بالواقع، حيث يشترك مع المريض في

تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح، وهي التحقق من صدق الملاحظات، ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج.

11- تدريب عكس العادة

يرى هوبارد (Hubbard,2002) أن التدريب على تركيز قوة إرادتهم لاستبدال عاداتهم غير المرغوبة بعادات ايجابية مرغوبة، ويتضمن ذلك : تحسين الوعي للتعرف على العوامل التي تسبب وتبقي العادة، والاسترخاء الطبيعي، وذلك لمواجهة الضغوط، وإعادة البناء المعرفي، وتحسين توجيه الذات.

12- التقبل والانتباه

يرى هوبارد (Hubbard,2002) أن الانتباه يعني ممارسة تقبل الأفكار والمشاعر من أول وهلة ، والاستسلام للأشياء مقابل هدف التغيير النشط ، رغم ذلك فإنه من المفارقة وجود دليل متزايد على أن الانتباه يؤدي إلى التغيير لأنه يساعد على تركيز الوعي والتفكير الواضح وتسهيل إعادة البناء المعرفي ، والتعريض ، والتعامل مع الحقائق الصعبة والمشاعر غير المريحة مثل القهر ، والجدال والضغوط الاقتصادية .

13- الاسترخاء

يعرف جابر عبدالحميد ، وعلاء كفاي (1995م) الاسترخاء بأنه : حالة خالية من التوتر تتوقف فيها الصراعات الداخلية ، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف والانزعاج وتنتشر فيها حالة من الهدوء .

ويشير حسيب محمد حسيب (2003م) إلى أن توقف الصراعات الداخلية أمر لا يحدث للفرد مطلقاً ، ذلك أن مبدأ خفض التوتر ينتمي إلى غرائز الموت ، بينما مبدأ انتهاء الاستثارة ينتمي إلى غرائز الحياة ، كما أن الاسترخاء لا يفضي إلى هذه الحالة مطلقاً ، بل انه يعمل على تهدئة الصراعات الداخلية وتوجيه الانتباه إلى مواطن العضلات وغيرها فيقلل من حدة الصراع .

يرى هوبارد (Hubbard,2002) أن الاسترخاء يستخدم في خفض التوترات المرتبطة بالقلق والضغوط والغضب وحالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي ، وهو حالة من الاستسلام يتوقف فيها الفرد عن العمليات الطبيعية للجسم والعقل وتتضمن هذه الفنية : التنفس البطني العميق كرد فعل لإنذار الجسم وزيادة تركيز المعلومات الأساسية أثناء المواقف الضاغطة ويتضمن الاسترخاء جميع مناطق الجسم وكلما كان عميقاً ومركزاً كان أسلوباً ناجحاً من الأساليب المضادة للانفعالات السلبية التي من أهمها : القلق ، والغضب ، كما يعد وسيلة أساسية في تنمية التركيز والتعامل مع اضطراب نقص الانتباه .

ويعرف عبدالستار إبراهيم (1983م) الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر ، وتتوقف الزيادة الشديدة في التوتر العضلي أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية ، خاصة عندما يواجه الفرد مشكلات تتعلق بتوافقه ، وتتركز بعض هذه التوترات العضلية في الجبهة ، وتجعل إثارة التوتر العضلي للفرد متحفزاً للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات ، فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الفرد سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب ، ويستغرق تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادة النفسية عادة ست جلسات علاجية .

14- لعب الدور

يرى عبد الرحمن سليمان (1996م) أن لعب الدور هو أسلوب تعليمي إرشادي يتضمن قيام الفرد بتمثيل دور معين بطريقة نموذجية تهدف لتعليم الدور أو الفهم الأفضل للمشكلات التي يواجهها الفرد عند القيام به .

ويذكر محمد الطيب، ومنال حسان (2001م) أن لعب الدور يتضمن ببساطة التكيف لدور المعالج أو العميل ، أو الاثنين معاً ، ويتم استخدام لعب الدور لبيان وجهة النظر البديلة للفرد، ولتوضيح إضافي للعوامل التي تتدخل مع التعبير الانفعالي الملائم ، فيقوم المعالج بدور مريضه ، وذلك لإحرازه موضوعية تجاه الانتقادات الذاتية.

ويؤكد بيك وفريمان (Beck & Freeman,1990) على أن لعب الدور يستخدم في تطوير المهارة، والتغلب على الكف، مثل ما هو قائم في التدريب التوكيدي، حينما يتضمن الشحن الانفعالي والمعرفي للفرد من خلال الأفكار الأوتوماتيكية.

ويتفق إليس (Ellis,1977) وميتشنبوم (Meichenbaum,1994) على أن لعب الدور يشتمل على أساليب معرفية واضحة، وأنها فنية واضحة المعالم وتتضمن تحليلاً معرفياً واضحاً للمشاعر يحدث من خلال تشريط الدور، والذي يتضمن إعادة البناء المعرفي لمواقف الإيحاء بخبرات لعب الدور ، ووضع الفرد في بروفة سلوكية وتدريبه على مواجهتها.

15- النمذجة

تذكر باولا (Paula,2001) أن تدريبات لعب الدور تسمح للمعالج بإجراء ردود أفعال مناسبة للمواقف المختلفة، ويمكن للفرد عندئذ نمذجة هذا السلوك، والعلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على تحديد الأفكار المسببة للانفعالات السالبة، وتوظيف الفنيات السلوكية لتعديل السلوك، فربما يكون لدى بعض الأفراد مجموعة من المعتقدات الأساسية الخطأ والتي تؤثر سلباً على سلوك

الفرد ووظائفه ، فيتعرض المعالج لهذه الافتراضات اللاعقلانية، ويمد الفرد بنموذج جديد للتفكير ليغير نمودجه السابق، حتى يكون قادراً على تكوين علاقات اجتماعية تساعده في التوافق النفسي، وتقليل الحساسية المفرطة في المواقف الاجتماعية .

16- التكرار

فنية التكرار، كأحدى الوسائل المهمة للتدريب على المهارات والتأكيد على السلوكيات، ولم يُقتصر في الدراسة الحالية في استخدام هذه الفنية للتعليمات والشرح وإنما امتدت فنية التكرار إلى الأنشطة والتدريبات العملية ، من جانب مطبقة البرنامج ومن قبل أعضاء المجموعة التجريبية طفالاً طفالاً ، فالنشاط الواحد يقوم به ويكرره جميع الأطفال ويقومون به ، وقد تختلف الطريقة التي تنفذ بها فنية التكرار من موقف لآخر ومن جلسة لأخرى إلا أنها إحدى الفنيات المهمة التي تزيد التركيز وتمنح الفرصة للمتابعة ، واسترجاع ما لم يدركه الطفل حتى تكتمل لديه كافة المعلومات والمهارات التي تستهدف الجلسة تبصيره بها .

17- الواجبات المنزلية

يذكر بولتر (Bulter,2001) أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف إكساب الفرد مجموعة من المهارات، والقدرات التي تساعده في استخدام النموذج المعرفي لتغيير الاضطرابات التي تنتابه، وتؤكد العديد من الدراسات على أن الفرد الذي يهتم بالواجبات المنزلية يحظى بكثير من النتائج الايجابية المتمثلة في تحسين السلوكيات، والتخفيف من أعراض الانفعالات السلبية المختلفة وظيفياً.

ويتفق محمد الطيب ، ومنال حسان (2001م)، وحسيب محمد حسيب (2003م) على أن الواجبات المنزلية تلعب دوراً مهماً في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتسهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية، وعلاقتها بردود الأفعال الانفعالية، كما تساعد على تقدم العلاج المعرفي السلوكي بشكل سريع، وتعطي فرصة للفرد لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة، ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلفة، واتجاهاته غير العقلانية، ومحاولة تعديلها، كما تعتبر جزءاً متمماً لنتائج العلاج.

العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى :

1- علاقة العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج التحليلي :

يذكر بيك (Beck,2001) أن العلاج المعرفي السلوكي يختلف مع العلاج بالتحليل النفسي ذلك لأن الأخير يتطلب بنية تحتية معقدة لشرح الاضطرابات النفسية والاختلالات السلوكية، أما العلاج المعرفي السلوكي فهو يوفر حلاً أسهل وطرقاً أكثر دقة في إعادة تنظيم السلوك لدى الفرد .

ويشير ميتشنيوم (Meichenbaum,1997) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للفرد، ولل فرد حينئذ أن يطمئن إلى أن اضطرابه لا يعدو أن يكون ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مر بمثلها في حياته السابقة، وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توفرت له المعلومات الصحيحة، أو حين تكشف له المغالطة الكامنة، ومن شأن هذا المدخل العلاجي أن يغير نظرة الإنسان إلى نفسه وإلى عالمه الخارجي، وهو حين يضع يده على مواطن المغالطة في تفكيره، ويجري عليها التصحيح اللازم فإنه يجعل حياته أكثر إرضاء له، أما مدرسة التحليل النفسي فتعزو الاضطراب إلى عوامل لا شعورية، وأن عناصر اللا شعور هذه عبارة عن شيء مكنون ختم عليه بأختام منيعة، وضربت دونه حجب نفسية لا يملك كشفها إلا المحلل النفسي.

وهذا يعبر عنه سبير (Spear,2001) بقوله : أن العلاج المعرفي السلوكي يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي، لأن اللا شعور يلعب دوراً في العلاج بالتحليل النفسي لا يلعبه في العلاج المعرفي السلوكي، وأن الأفكار اللا عقلانية تلعب دوراً في العلاج المعرفي السلوكي لا تلعبه في العلاج بالتحليل النفسي.

ويذكر هشام عبد الله (1991م) أن العلاج المعرفي السلوكي بعيد عن التحليل النفسي الفرويدي الكلاسيكي، إلا أنه أكثر قرباً من التحليل النفسي الحديث الذي يمثله كل من: هورني، وأنورانك، وأدلر، ويونج، وسوليفان، فهو يستخدم بعض الفنيات المباشرة مثل: لعب الدور، والتدريب التوكيدي، والإقناع، وغيرها مما لا يستخدم في مدارس التحليل النفسي التقليدية.

2- علاقة العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج السلوكي:

يشير سولو (Solow,2000) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز عن العلاج السلوكي في أكيدته على الأنشطة المعرفية مثل : المعتقدات والتوقعات والأحاديث الذاتية على غير ما يتميز به العلاج السلوكي الذي يركز على القياس السلوكي ، والمفاضلة بين السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة وتعزيز المرغوب منها فقط .

ويشير بيك (2000م) إلى أن المدرسة السلوكية لا ترى في الاضطراب الانفعالي أكثر من انعكاسات لا إرادية قائمة على إشرطات قديمة طرأت على الفرد في خبرته الماضية ، وهذه الانعكاسات الشرطية لا يملك الفرد تعديلها بمجرد فهمها ، فوعي الفرد بما يجري لا يغني عنه شيئاً ، وإنما يلزمه إشرط مضاد يقوم به معالج سلوكي ، وهذا ما يتنافى مع العلاج المعرفي السلوكي الذي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للفرد .

3- علاقة العلاج " المعرفي - السلوكي " بالعلاج الإنساني :

تسير أهداف العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج المتمركز حول الشخص في تأكيدهما على تقبل الذات والتقدير الايجابي غير المشروط .

إلا أن كورسيني (Corsini,1996) يذكر أن العلاج المعرفي السلوكي يختلف عن العلاج المتمركز على الشخص في أن الأخير يساعد الفرد في التخطيط لإحداث تغييرات في حياته بينما يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أسبقية المعارف على الانفعالات والسلوك ، ويعمل على إحداث تغييرات في وجهة النظر الخاصة بالفرد ، كما يختلف العلاج المعرفي السلوكي عن العلاج المتمركز على الشخص بالمزيد من هجومه المباشر على الافتراضات الخاطئة ، والمعتقدات والأفكار المشوهة .

4- علاقة العلاج المعرفي السلوكي بالمدرسة المعرفية :

تذكر ماهوني (Mahoney,1988) أن العديد من منظري العلاج المعرفي السلوكي قد قرروا النظر إلى هذا المنحى العلاجي على أنه يضم اتجاهين رئيسيين أولهما الاتجاه العقلاني ويمثله إليس ، وثانيهما الاتجاه البنائي ويمثله بيك .

ويقدم عادل عبد الله (2000م) أوجه التشابه بينهما في أن كلاهما يركز على أفكار ومعتقدات المريض، حيث تتلخص فلسفة العلاج المعرفي السلوكي في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ويعتقد أن الأفراد يمكن لهم على المستوى الشعوري أن يستخدموا المنطق، كما يصور كلاهما الافتراضات الأساسية للفرد على أنها أهداف للتدخل العلاجي، ويستخدمان الحوار النشط مع الأفراد بدلاً من أن يكونا مستمعين سلبيين، كما شاركا معاً في صياغة الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي مثل: النمذجة ولعب الدور.

كما يقدم كوري (Corey,1996) الفروق التالية بين أسلوب بيك وأليس في العلاج المعرفي السلوكي: ففي حين يستخدم "بيك" الحوار السقراطي بطرح أسئلة غير محددة على العملاء للتعرف

على رد فعلهم على مشكلاتهم الخاطئة ، والوصول إلى استنتاجاتهم الخاصة لاكتشاف معتقداتهم الخاطئة عن أنفسهم ، فإن أليس في تطبيقه يكون مباشراً ومقتعاً ، وبالتالي فإن "بيك" أكثر بنائية "واليس" أكثر عقلانية ، وإذا كان "بيك" يؤكد على الطبيعة الفطرية للأفكار والافتراضات ، والاستنتاجات الخاطئة، وأن الأفكار بالتحديد ليست عقلانية ولكنها في الواقع شديدة الإطلاق، واسعة، ومتطرفة بالنسبة للفرد، وأن الفرد يعيش بتلك القواعد، ويصاب بالاضطراب حينما يصنف، ويفسر، ويقيم وفقاً لهذه القواعد التي تكون غير واقعية، أما "اليس" فهو يهدف إلى تمهّل الفرد في وصوله للتمت العقائدي ، والتفكير المطلق، والعمل على خفض ذلك بشدة إلى الحد الأدنى من خلال إظهاره أن مثل تلك المعتقدات ليست عملية ويكون ذلك على نطاق واسع من خلال عملية دحض عقائدي، أما العلاقة بين العميل والمعالج : فينظر "اليس" إلى المعالج على أنه معلم ويركز على الدور التعليمي للمعالج في إقناعه للعملاء بتحديد معتقداتهم اللاعقلانية ، كما أنه لا يعتقد في أن دفء العلاقة الشخصية مع العميل تكون جوهرية ، مع تسليمه بأنها قد تكون مفيدة ، على النقيض من ذلك فإن "بيك" يؤكد على أهمية أن تكون العلاقة العلاجية مؤسسة على دفء حقيقي، ومشاركة وجدانية سليمة تقبل الأحكام غير العادلة ، والقدرة على تأكيد الثقة والوفاء للعملاء .

مما سبق يمكن استخلاص أن العلاقة قائمة بين العلاج المعرفي السلوكي ومعظم أنواع العلاج النفسي الأخرى لأن كافة العلاجات تهدف إلى تعديل سلوكيات المريض ومعالجة اضطراباته الانفعالية ، وإن اختلفت الوسائل والطرق المؤدية لهذا الهدف، فالعلاج المعرفي السلوكي يحاول الوصول إلى هدفه من خلال مناقشة البنية المعرفية للفرد والتعرف على الأفكار اللاعقلانية التي قد تكن سبباً في الاضطراب، والسلوكيات المختلة وظيفياً، ثم محاولة إقناع الفرد بالتخلي عن هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية بما يحقق وجداناً سليماً وسلوكاً سويّاً .

مزايا وعيوب العلاج المعرفي السلوكي:

فيما يلي عرض لمميزات العلاج المعرفي السلوكي وبعض أوجه النقد الموجهة إليه :-

1- مميزات العلاج المعرفي السلوكي :

تذكر جوديث (Judith,2000) أن العلاج المعرفي السلوكي يؤكد على تطوير علاقة علاجية قوية بين المعالج والعميل، والتي تجعل من الممكن تقادي العديد من الصعوبات المحتملة، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من العلاجات التكاملية التي تستخدم فنيات من العلاجات الأخرى، وذلك لإحداث تغيير معرفي انفعالي سلوكي، ومن ثم فإنه يلبي المتطلبات الضرورية للفرد من خلال تدريبات التعلم الذاتي، وحلّ المشكلات وتعديل السلوك، كما أن المعالجين المعرفيين

السلوكيين يقدمون خطأً علاجية مرنة مبنية على طبيعة اضطراب الفرد، ويعملون على التنقية المستمرة للتصورات العقلية والخصائص الشخصية، والتفضيلات والأهداف، كما أنهم يحاولون إيجاد علاقة علاجية قوية بين المعالج وأفراد المجموعة العلاجية.

ويذكر كورسيني (Corsinim,1996) أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بأنه : يعلي من أهمية المعارف، ويقدمها على الانفعالات والسلوك، وذلك لا اعتقاد المعالجين المعرفيين السلوكيين أن المعارف تحدد السلوك وتفجر الانفعالات، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية في التصدي الحاسم على الافتراضات الخطأ، والمعتقدات المغلوطة، والأفكار السلبية .

ويرى بيك وفريمان (Beck & Freeman,1990) أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بالكثافة والتركيز، والنشاط وتكافؤ الفرص ، والانحياز المعرفي للفرد.

ويشير محمد الطيب، ومنال حسان (2000م) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من علاجاً فينومينولوجياً من ناحية وسلوكياً من ناحية أخرى فهو في الوقت الذي يركز فيه على المعارف والمعتقدات، وأثرها في الاضطرابات النفسية، يستعين ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الأفراد للمهارات التي تساعد على تغيير معارفهم وإدراكاتهم المختلفة وظيفياً عن ذاتهم، وعالمهم، ومستقبلهم .

ويذكر انجير (Unger,2004) أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بأنه يستند على منهج يهدف إلى التقييم الموضوعي للمشكلة، ويضمن التعاون والفحص المتبادل بين المعالج والفرد للمشكلات أثناء الجلسات أو في ممارسة الواجب المنزلي المنظم خارج الجلسات ، كما أنه قصير الأمد في التنفيذ، وفعال في معالجة العديد من المشكلات منها : القلق الاجتماعي، واضطراب نقص الانتباه، والخجل، والقلق العام، والنشاط المفرط، والانزعاج، والخوف، والعصاب القهري

2- أوجه قصور العلاج المعرفي السلوكي :

بالرغم من المزايا العديدة التي أشرنا لها آنفاً للعلاج المعرفي السلوكي إلا أن هناك بعض أوجه النقد التي تؤخذ عليه .

فيذكر باترسون (1990م) أن العلاج المعرفي السلوكي يعلي من قيمة الأفكار على حساب الانفعالات، ولكنه من الصعب أن تجعل فرداً يحب فرداً آخر بمجرد اقتناعه عقلياً به، فضلاً عن أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على التعامل مع الأفكار فقط ويتجاهل المشاعر والسلوك، كما أن العلاقة العلاجية غير واضحة المعالم، وأن العلاقة بين الجوانب المعرفية والاضطرابات الانفعالية

والسلوك أكثر تعقيداً مما افترضه هذا العلاج، كما أنه لا يعتبر النجاح في استخدام هذا العلاج مع بعض حالات الاكتئاب دليلاً على أن الجوانب المعرفية قد تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية.

ويقرر عادل عبد الله (2000م) أن عيوب العلاج المعرفي تتلخص في أنه يعتبر أن الأفكار هي التي تولد الانفعالات وتوجهها، وأن الأساليب التي يستخدمها تتعامل مع الأفكار و تتجاهل المشاعر والسلوك، وأن العلاقة العلاجية غير واضحة، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على الأعراض أكثر مما يركز على جذور المشكلة، حيث أنه لا يتعامل مع اللا شعور، وبالتالي يترك المكبوتات كما هي.

وإذا كان "ميتشنبوم" يطالب بتعديل السلوك عن طريق تقديم التعليمات الذاتية والتي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيداً قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على استخدام الأحاديث الذاتية وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والتسرع في تناول الموضوعات ، فإن ذلك ربما يتطلب مواصفات خاصة في المريض والمعالج ، فالمعالج لا بد أن يكون ذا تأثير ولديه القدرة الشخصية على الإقناع وله خبرة كبيرة في معظم المجالات والمريض لا بد أن يكون على درجة من الذكاء تسمح له بفهم الآخرين والتواصل معهم فضلاً عن تقبله للنقد والمناقشة والقابلية للتغيير عن طريق الاقتناع المنطقي .

الدراسات السابقة :-

نظراً لعدم تمكن الباحثة من الحصول على دراسات سابقة مماثلة للدراسة الحالية أو دراسات أجنبية في هذا المجال بوفرة ، اقتصر هذا الجزء من الفصل على دراسات تناولت اللعب ودراسات تناولت القلق والإعاقة الحركية معاً :-

أولاً : الدراسات التي تناولت القلق والإعاقة الحركية :-

هدفت دراسة زيدان (1986م) إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال المعاقين بشلل الأطفال من الجنسين وبين الأطفال العاديين ، وذلك في أبعاد مفهوم الذات أي أن نوع العجز هنا يقتصر على الإعاقة الناتجة عن الإصابة بشلل الأطفال دون سواه . وتكونت عينة البحث من 120 تلميذ وتلميذة تتراوح أعمارهم من (9-12) سنة مقسمين إلى : (30 طفل ذكر و30 طفلة أنثى من العاديين) و (30 طفل ذكر و30 طفلة أنثى مصابين بشلل الأطفال) . واستخدم الباحث اختبار الذكاء المصور من إعداد أحمد زكي صباغ ، واستمارة المستوى الاجتماعي (الاقتصادي – الثقافي) من إعداد سامية قطان ، ومقياس مفهوم الذات من إعداد عادل الأشول . وتوصل الباحث إلى عدة نتائج منها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بُعد القلق لمفهوم الذات بين الأطفال العاديين وبين الأطفال المعاقين لصالح الأطفال المعاقين (ذكور وإناث) .

وأجرى الربضي (1990م) دراسة هدفت إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها المعوقون حركياً في محافظة اربد في الأردن ، حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية من مدينتي اربد والمفرق اشتملت على 71 طالباً وطالبة وقد أظهرت النتائج أن مستوى المعاناة لدى الإناث يفوق مثله لدى الذكور ووجود مشكلات بين الفرد وذاته والفرد مع المجتمع ، وأشارت النتائج إلى أن أبرز هذه المشكلات التي يعاني منها المعوقون تمثلت في عدم الثقة بالنفس ، وعدم شعور الفرد المعوق بإنسانيته ، والشعور بالخجل ، والقلق ، والإحباط ، وعدم مقدرة الفرد المعوق على الحركة بنفسه ، وعدم القبول الاجتماعي ، وعدم الرضا عن النفس ، وعدم الاطمئنان ، وعدم الاستقرار النفسي .

وتناولت دراسة غلاب والدسوقي (1996م) مقارنة الأطفال المصابين بشلل الأطفال والعاديين في بعض متغيرات الشخصية (مفهوم الذات ، التوافق النفسي الاجتماعي ، وجهة الضبط ، الدافعية للإنجاز ، القلق كحالة ، القلق كسمة) . وكان عدد العينة 121 طفلاً مقسمة إلى مجموعتين : المجموعة الأولى 65 طفلاً من الأطفال المصابين بشلل الأطفال (37 طفل ذكر ، و 28 طفلة أنثى) ، والمجموعة الثانية تكونت من 56 طفلاً من العاديين (36 طفل ذكر ، و 20

طفلة أنثى) . وكانت الأدوات المستخدمة في البحث هي : اختبار الشخصية للأطفال ، مقياس مفهوم الذات للأطفال ، اختبار مركز التحكم للأطفال ، اختبار الدافع للإنجاز للأطفال و اختبار القلق (الحالة ، السمة) للأطفال . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاديين والمصابين بشلل الأطفال في القلق .

في دراسة قام بها هوبز وآخرون (Hoppes, Pepin, Arseneau, Frechette & Begin, 2001) هدفت إلى التعرف على العلاقة بين كل من الاستقلالية الجسدية ، ومستوى الإعاقة وتقبل الإعاقة لدى الشخص ، والمهارات الاجتماعية ، والقلق المرتبط بالإعاقة الجسدية مع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى 39 مراهقاً معوقاً جسدياً . وأظهرت النتائج أن الاستقلالية الجسدية والمهارات الاجتماعية أو القلق المرتبط بالإعاقة الجسدية ارتبطت بشكل كبير مع الوحدة النفسية (البطاينة ، 2004م).

كما هدفت دراسة (بطاينة و مقابلة ، 2004م) إلى التعرف على مشكلات الأفراد المعوقين حركياً في محافظة إربد ، وبيان علاقة هذه المشكلات بكل من الجنس والحالة الاجتماعية والعمل والمستوى التعليمي ومكان الإقامة . ولتحقيق ذلك طورت أداة لقياس مشكلات الأفراد المعوقين حركياً " والتي تعبر في مجموعها عن المشكلات التي يعاني منها الفرد المعوق حركياً مصاغة في 73 فقرة موزعة في ستة مجالات منها المجال النفسي الذي يدل على شعور المعوق بالقلق والتوتر والقدرة على مواجهة الآخرين " تتوافر فيها شروط الصدق والثبات المناسبة ، ومن ثم تم توزيعها على عينة مكونة من 180 فرد معوق حركياً من محافظة إربد . وكشفت نتائج الدراسة عن أن درجة المشكلات للمعوقين حركياً كانت ضمن درجة "غالباً" ، وبينت النتائج أيضاً فروقاً ذات دلالة إحصائية في المشكلات للمعوقين حركياً تبعاً لمتغيرات: الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين ، والعمل لصالح الذين يعملون ، والمستوى التعليمي لصالح الجامعيين . كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى متغير الجنس ، ومكان الإقامة . وقدم الباحثان عدداً من التوصيات في ضوء نتائج الدراسة .

وهدف دراسة (الشقيرات ، أبوعين ، 2001م) إلى الكشف عن الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسدياً (من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع) ، وبين مفهوم الذات لديهم . وقد تكونت عينة الدراسة من 307 أشخاص من المعوقين جسدياً في الأردن . وتم استخدام مقياسين هما : مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس آخر لمفهوم الذات . وأشارت النتائج إلى أن الدعم المقدم من مصادره الثلاثة (الأسرة ، الأصدقاء و أفراد المجتمع) يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى المعوقين جسدياً بشكل عام ، ولدى المصابين ببتير في أحد الأطراف ، والمصابين بإعاقات جسدية

مختلفة . وأشارت إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المصابين بالشلل الدماغي ، ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة . وكذلك أشارت إلى أن الدعم المقدم من الأصدقاء يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي للذات لدى المصابين ببتير في أحد الأطراف . كما أشارت إلى أن الدعم المقدم من أفراد المجتمع يساعد في تكوين مفهوم للذات لدى المعوقين جسدياً بشكل عام ، ولدى المصابين بشلل الأطفال ، ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة .

ثانياً : الدراسات التي تناولت القلق :-

دراسة (العطية ، 2002م) التي تهدف إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة في دولة قطر ، وتكونت عينة الدراسة من 746 طفلة من بعض المدارس الابتدائية للبنات بمدينة الدوحة بدولة قطر ممن تراوحت أعمارهن ما بين (9-12) سنة ، استخدمت فيها الباحثة برنامج إرشادي معرفي سلوكي من إعدادها ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح وجود فروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة في القياس البعدي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق . في حين وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس اضطرابات القلق. كما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة في القياس التتبعي على مقياس اضطرابات القلق لصالح أطفال المجموعة التجريبية بينما لم توجد فروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس اضطرابات القلق مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال عينة الدراسة واستمرار تأثير هذا البرنامج بعد تطبيقه لمدة شهر من المتابعة. أما بالنسبة لنتائج الدراسة الاكلينيكية فقد اتضح ان العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الحالتين الأعلى في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط والمشكلات الأسرية .

دراسة (كامل ، 2003م) التي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع هذا من ناحية , والتعرف على الفروق بين الجنسين في

تقدير الذات والقلق الاجتماعي ، تكونت عينة الدراسة من (120) طفل بمدرسة الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع بمدينة بنها , محافظة القليوبية, ويتراوح أعمارهم ما بين (9 – 12) ولديهم فقد سمعي يتراوح ما بين (41 – 55) ديسيل, ويرتدون أداة معينة ، وتم تطبيق مقياس تقدير الذات للأطفال من إعداد الباحث ومقياس القلق الاجتماعي للأطفال من إعداد الباحث أيضاً . و أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية سالبة ما بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي , لدى الذكور والإناث ، و كذلك أيدت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث على متغير القلق الاجتماعي , وذلك لصالح الإناث ، كما وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث على متغير تقدير الذات , وذلك لصالح الذكور .

ثالثاً : الدراسات التي تناولت اللعب :-

دراسة العبيدي (1997م) هدفت إلى التعرف على أثر استخدام الألعاب والقصص في تعديل السلوك العدواني لدى أطفال الرياض ، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ، أما العينة فقد تكونت من 13 طفل قسموا إلى مجموعتين إحداها تجريبية وأخرى ضابطة . استخدمت الباحثة مجموعة من الألعاب التمثيلية التخيلية ، ومجموعة من الألعاب التعاونية ، فضلاً عن مجموعة من القصص تروى عن طريق مسرح الدمى بواسطة الألعاب . تم تنفيذ البرنامج مدة 8 أسابيع بواقع ساعة يومياً وباستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجة السلوك العدواني بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح التجريبية ، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط السلوك العدواني بين الاختبارين القبلي والبعدي لدى أطفال المجموعة التجريبية ولصالح الاختبار البعدي.

دراسة السقا (2000م) التي استخدمت فيها الباحثة العلاج باللعب كأداة ذات فعالية في خفض من حدة السلوك العدواني لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة . وأظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية في أشكال العدوان بين الذكور والإناث لصالح الذكور ، كما أظهرت النتائج أيضاً اختلاف شكل وأسلوب اللعب لدى الأطفال العاديين في شدة وتكرار السلوكيات العدوانية . وأما بالنسبة لعملية العلاج باللعب فقد تم تنفيذ ذلك على العينة التجريبية من خلال البرنامج الإرشادي المقترح من قبل الباحثة لخفض العدوان لدى الأطفال باستخدام اللعب وأظهر البرنامج فعاليته بنسبة قدرها 39% ، وخلص البحث إلى ضرورة إعطاء اللعب أهمية كبيرة للأطفال خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة .

دراسة السيد (2001م) التي هدفت إلى التعرف على أثر استخدام أنواع مختلفة من اللعب (اللعب الحر – اللعب الجماعي التعاوني – اللعب الفردي التنافسي) في تعديل بعض اضطرابات

السلوك لدى طفل الروضة . استخدم الباحث المنهج التجريبي وتكونت عينة البحث من 30 طفلاً من أطفال الروضة بلغ عدد الذكور 18 في حين بلغ عدد الإناث 12 من الملتحقين بالسنة الثانية في مرحلة رياض الأطفال وتتراوح أعمارهم ما بين (5-6) سنوات موزعين على ثلاث مجموعات متساوية من الذكور والإناث . وتم تطبيق البرنامج المقترح باستخدام 30 لعبة تعاونية و30 لعبة فردية تنافسية ، وقد خصص الباحث قاعة خاصة لنشاط مجموعة اللعب الحر والمجهزة بالألعاب اللازمة . استغرقت فترة التطبيق ساعة يومياً لمدة أربعة أسابيع . وباستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة أسفرت النتائج عن أن استخدام برامج مختلفة في اللعب تؤدي إلى تعديل اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة وإن اللعب الحر يعد أكثر فاعلية في تعديل اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة ثم يأتي بعده اللعب الجماعي التعاوني وأخيراً اللعب الفردي التنافسي .

دراسة آل مراد (2004م) التي تهدف للتعرف على أثر استخدام برامج الألعاب الحركية والألعاب الاجتماعية والمختلطة في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفال الرياض بعمر (5-6) سنوات ., استخدم الباحث المنهج التجريبي وتكونت عينة البحث من 60 طفلاً تم اختيارهم بصورة عمدية ، بلغ عدد الذكور 36 والإناث 24 مقسمين إلى ثلاث مجموعات متساوية من الذكور والإناث وتم تطبيق 3 برامج مقترحة خاصة بالألعاب الحركية والألعاب الاجتماعية والألعاب الحركية الاجتماعية . استغرقت فترة التطبيق 8 أسابيع بواقع 40 وحدة تعليمية لكل مجموعة وباستخدام الوسائل الإحصائية الملائمة أظهرت النتائج أثر البرامج المستخدمة في البحث في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال بشكل عام .

ومن هنا جاءت هذه الدراسة للكشف عن مشكلة القلق لدى الأفراد المعاقين حركياً ، ولمساعدة المسؤولين والقائمين على العمل الاجتماعي والتربية الخاصة وشئون الأفراد المعوقين ولمعرفة كيفية وضع الحلول اللازمة لهذه المشكلة باستخدام برنامج اللعب التركيبي البنائي من أجل المساهمة في عملية التنمية وإثبات فاعليتها في المجتمع .

تحليل ومناقشة الدراسات السابقة :-

وعلى ما سبق عرضه يتم تحليل ومناقشة الدراسات السابقة كالآتي :-

1- تتراوح عدد العينة في الدراسات السابقة ما بين (13-180) فرداً ، جميعها تناولت الجنسين (ذكور و إناث) في البحث ، في حين بلغ عدد أفراد العينة الخاصة بدراستنا 8 أطفال من ذكور وإناث .

2- تراوحت المرحلة العمرية في الدراسات السابقة ما بين (5 – 12) سنة والأفراد المعاقين حركياً بمحافظة إربد في دراستي (الربضي ، 1990م) و (بطاينة ومقابلة ، 2004م) ، في حين تناولت الدراسة الحالية الأطفال ما بين (8 – 10) سنوات ، وهذا يتفق مع دراسة (زيدان ، 1986م) .

3- يتراوح عدد المجموعات في الدراسات السابقة ما بين مجموعة واحدة إلى ثلاث مجموعات ، إذ تكونت ثلاث دراسات من مجموعة واحدة نفذ فيها برنامجاً واحداً وهي دراسة (الربضي ، 1990م) و (بطاينة ومقابلة ، 2004م) و (كامل ، 2003م) وهي ما تتفق مع دراستنا ، و (4) دراسات تكونت من مجموعتين ونفذ فيها برنامجاً واحداً ، ودراستين تكونت من ثلاث مجموعات نُفذ فيها ثلاث برامج.

4- تراوح تطبيق البرامج في الدراسات السابقة ما بين (4 - 8) أسابيع ، وبواقع ساعة يومياً ، بينما استغرق تطبيق البرنامج في دراستنا أسبوعين وبواقع ساعة ونصف يومياً .

5- اتفقت أغلب الدراسات والدراسة الحالية على استخدام المنهج التجريبي لملائمته لهذا النوع من الدراسة ما عدا دراسة (البطاينة ومقابلة ، 2004م) و (كامل ، 2003م) التي استخدمت الاستبيان في البحث .

ونتيجة لتلك المؤشرات التابعة من أوجه التشابه والاختلاف فيما بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية فقد استعانت الباحثة بها لإجراءات بحثها من حيث استخدام المنهج واختيار العينة ، واختيار الألعاب التي تنسم بجوهرها البنائي لتوظيفها في برنامج يُعد بمثابة دليل عمل للمختصين والعاملين في هذا المجال الذي أغفلته معظم الدراسات السابقة ، وبذلك اتفقت الدراسات السابقة والدراسة الحالية من حيث الشكل فقط واختلفت معهم في المضمون ولذلك تم تناول موضوع البحث الحالي بالدراسة .

فروض الدراسة :-

من خلال ما سبق عرضه من أدبيات علم النفس ودراسات سابقة يمكن صياغة فروض البحث كالتالي:-

- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغير اللعب على القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية .

الفصل الثالث

إجراءات البحث

- منهج البحث
- مجتمع البحث وعينته
- أدوات الدراسة
- الخطة الزمنية للبرنامج
- التجربة الاستطلاعية للبرنامج
- التجربة الرئيسية للبحث

منهج البحث :-

في هذا الفصل سيتم عرض عينة الدراسة ومنهجيتها والأدوات التي تم استخدامها والبرنامج الذي قامت عليه الدراسة الحالية، حيث استخدمت الباحثة المنهج التجريبي باعتباره أكثر ملائمة لطبيعة البحث ومناسب للهدف الذي حددته الباحثة لتفسير متغيرات الدراسة .

والمنهج التجريبي المستخدم هو منهج المجموعة الواحدة تم تطبيق البرنامج الحالي عليها ثم إجراء مقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي كما سيتضح من إجراءات الدراسة بالفصل الحالي.

مجتمع البحث وعينه :-

إجراءات البحث الأولية:-

1- قامت الباحثة بزيارة للمؤسسة بهدف الإطلاع ومعرفة الإمكانيات المتوفرة ومدى إمكانية التطبيق فيها .

2- تم التعرف على البرامج المقدمة للترتيب دون إعاقة أو تعطيل لها (حصص المنهج الدراسي + حصص العلاج الطبيعي).

3- الحصول على الموافقة من إدارة المؤسسة (ملحق 2) بناء على الطلب المقدم من الباحثة ومن الكلية التابعة لها بالسماح بمقابلة مجتمع الدراسة داخل المؤسسة (ملحق 1) .

4- التنسيق مع إدارة المؤسسة لتحديد الوقت والمكان المناسبين للدراسة أثناء التطبيق .

5- تم اختيار عينة البحث بعد تثبيت المتغيرات (السن – الجنس – نسبة الذكاء – المستوى التعليمي) وذلك بالاطلاع على سجلات الأطفال بالمركز وبمعاونة الأخصائيتين الاجتماعيتين والنفسية (ملحق 3) .

ومما هو جدير بالذكر أن السجلات المستخدمة يتم رصد فيها نسبة الذكاء بناء على تطبيق اختبارات الذكاء المناسبة من قبل الأخصائية الاجتماعية والنفسية بالمركز، مما دفع الباحثة إلى الاعتماد على هذه السجلات دون الحاجة إلى تطبيق اختبارات الذكاء على أفراد العينة مرة أخرى.

إجراءات البحث الثانوية :-

بعد الحصول على الموافقات الرسمية لإجراء البحث قامت الباحثة بزيارة مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف وهي مجتمع البحث ، بهدف تحديد عينة البحث والتي حصلت الباحثة على أسماء الأطفال فيها ممن تتناسب أعمارهم مع الفئة العمرية المتناولة بالبحث من أطفال المركز

(خارجي - داخلي) ، وكان عدد أفراد العينة 8 أطفال (6 إناث ، 2 ذكور) من طلاب المرحلة الابتدائية للعام 1428-1429 هـ ، وهي عينة متطابقة في نسب الذكاء حيث أن مقياس الذكاء المستخدم هو رسم الرجل واختبار الذكاء المصور الذي يطبق في المركز بشكل دوري كل ستة أشهر وقد شاركت الباحثة الأخصائية النفسية في تطبيق المقياس واعتمدت نتائجه في ضبط العينة ، كما وتم ضبط السن والمستوى التعليمي وذلك بالرجوع إلى ملفات الأطفال .

وقد اختارت الباحثة مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف بصورة عمدية لتكون مجتمع البحث ، وذلك لتوفر الإمكانيات فيها من رعاية صحية ومرافقين وقاعات وأجهزة مساعدة وغيرها بما يتناسب واحتياجات العينة الخاصة ، فضلاً عن تعاون الإدارة والقطاع التعليمي فيها .

أدوات الدراسة :-

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية :-

1- "مقياس القلق للأطفال " من إعداد الدكتورة فيولا الببلاوي (1987م)

2- برنامج اللعب التركيبي من إعداد الباحثة .

وفيما يلي تعريف بهذه الأدوات :-

1- "مقياس القلق للأطفال " من إعداد الدكتورة فيولا الببلاوي (1987م) : تم إعداد المقياس بوضع 42 بنداً لمقياس القلق عند الأطفال باعتباره زملة من الأعراض التي تتضح في مظاهر أو مكونات سيكولوجية وسلوكية وفسولوجية . وقد أضيف إلى هذا المقياس 11 بنداً كمقياس للكذب على شاكلة مقياس الكذب في (اختبار الشخصية المتعددة الأوجه) وذلك للتحقق من نزعة الطفل إلى الصدق أو الكذب في استجابته على بنود القلق . وبذلك يبلغ عدد بنود المقياس ككل 53 بنداً بأرقامها . ويجب الطفل على كل بند من بنود المقياس إجابة واحدة (نعم أو لا) وتحسب درجة واحدة لكل إجابة بالموافقة (نعم) على بنود القلق وعددها 42 بنداً . ويتحدد مستوى القلق عند الطفل على أساس مجموع درجات الإجابة بالموافقة على هذه البنود . وتعكس الدرجة الكلية للطفل على بنود القلق (42 بنداً) مستوى القلق عنده . أما مقياس الكذب (11 بنداً) فتحسب كذلك درجة واحدة لكل إجابة بالموافقة (نعم) ، عدا رقم 10 و 49 فتحسب درجة واحدة لكل منهما على الإجابة بالرفض (لا) ويمثل مجموع درجات الطفل على هذه البنود الإحدى عشر دليلاً على مدى صدقه أو كذبه في استجاباته للمقياس . وتستبعد إجابات الطفل من قائمة المفحوصين إذا زاد تقديره عن ثلاث درجات على مقياس الكذب . هذه البنود الإحدى عشر التي تضمنها المقياس الحالي على شاكلة مقياس الكذب (ل) في (اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية) هي بنود تتضمن أموراً

مقبولة اجتماعياً إلا أنها لا تنطبق على الناس في عالم الواقع. هذا وقد قامت الباحثة بتعديل المقياس ليتناسب مع اللهجة المحلية للبيئة السعودية للتأكد من فهم الأطفال في المملكة العربية السعودية لعبارات المقياس (ملحق 4).

وقد تم حساب الشروط السيكمترية لمقياس القلق للأطفال والتي تمثلت في الصدق والثبات كما يلي :-

أولاً : الصدق :-اعتمدت الدكتورّة فيولا الببلاوي في تقدير صدق المقياس على طريقتين :-

- 1- الصدق الداخلي : يقاس صدق المفردات بحساب معاملات ارتباطها بالميزان (وهو داخلي وخارجي) ، والميزان الداخلي هو الدرجة الكلية على المقياس ، وفقاً لذلك حسبت معاملات الصدق الداخلي على أساس ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية على المقياس (بنود القلق) ، كما يتضح في الجدول رقم (1) .

جدول رقم (1)

معاملات الصدف الداخلي لمقياس القلق للأطفال

معاملات الصدف	رقم البند	معاملات الصدف	رقم البند
**0,435	28	**0,497	1
**0,384	29	*0,153	2
**0,678	31	**0,406	3
**0,560	32	**0,310	4
**0,517	33	**0,289	6
**0,537	35	*0,175	7
**0,629	37	*0,143	8
**0,715	38	**0,271	9
**0,693	39	**0,428	11
**0,417	40	**0,369	12
**0,358	42	**0,588	13
**0,520	43	*0,164	14
**0,604	44	**0,530	15
*0,173	45	**0,453	16
**0,630	46	*0,171	18
**0,387	48	*0,154	19
**0,763	50	**0,480	20
**0,582	51	*0,164	22
**0,746	53	**0,186	23
** دالة عند مستوى 0,01 * دالة عند مستوى 0,05		**0,342	24
		**0,419	25
		**0,327	26
		**0,512	27

يتبين من الجدول رقم (1) أن كل معاملات الصدق الداخلي دالة إحصائياً ، منها 34 معاملاً دالاً عند مستوى 0,01 ، و 8 معاملات دالة عند مستوى 0,05 وتلك معاملات مرتفعة تكفي للثقة في المقياس .

ويوضح الجدول رقم (2) معاملات الارتباط بين بنود مقياس الكذب على الاختبار والدرجة الكلية على بنود القلق .

جدول رقم (2)

معاملات الارتباط بين مقياس القلق ومقياس الكذب

معاملات الارتباط	رقم البند
0,024	5
0,030	10
0,000	17
0,000	21
0,000	30
0,008	34
0,000	36
0,000	41
0,000	47
0,071	49
0,000	52

ومن هذا الجدول (2) يتضح أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على بنود القلق وبنود مقياس الكذب تتراوح حول الصفر ، ومنها يتبين أن مقياس الكذب كما يتحدد بهذه البنود الإحدى عشر يوفر لمقياس القلق مؤشراً على نزعة المفحوص أحياناً إلى تحريف استجاباته على بنود القلق أو إلى عدم جديته في الاستجابة لها ، ومن ثم استبعاده من المفحوصين ، ويستخدم مقياس الكذب كمحك لصدق استجابات المفحوص على مقياس القلق .

2- الصدق العاملي: يستخدم هذا النوع من الصدق لبيان إلى أي مدى يقيس الاختبار السمة أو الظاهرة المراد قياسها ، وذلك ، بحساب درجة تشبع الاختبار بهذه السمة الرمزية . وقد استخدمت المُعدّة لذلك طريقة التحليل العاملي بهدف : " حصر جميع العوامل الأساسية الداخلة في الاختبار ودرجة تشبعه بكل عامل من هذه العوامل " . وقد اعتمدت المُعدّة في

قياس هذا النوع من الصديق على طريقة معاملات الارتباط ، وذلك بحساب معاملات الارتباط البينية بين بنود مقياس القلق (42 بنداً) ، وقد استخدمته معدة المقياس وقد أسفر تحليل معاملات الارتباط تحليلاً عاملياً عن استخلاص ست عوامل رئيسية ، ويتضمن الجدول التالي جدول رقم (3) درجة تشبع بنود القلق على هذه العوامل الست المستخلصة

جدول رقم (3)

تشبعات بنود القلق على العوامل الست

رقم البند	العوامل					
	1	2	3	4	5	6
1	0,027	0,073	0,673	0,106	0,074	0,083
2	0,109	0,561	0,016	0,094	0,107	0,043
3	0,078	0,054	0,031	0,033	0,843	0,056
4	0,748	0,036	0,095	0,042	0,029	0,017
6	0,657	0,075	0,083	0,113	0,077	0,116
7	0,041	0,637	0,112	0,105	0,006	0,075
8	0,077	0,102	0,084	0,056	0,465	0,013
9	0,114	0,006	0,046	0,117	0,103	0,547
11	0,093	0,762	0,071	0,092	0,041	0,007
12	0,037	0,097	0,005	0,482	0,092	0,105
13	0,113	0,119	0,073	0,631	0,065	0,052
14	0,097	0,057	0,485	0,063	0,114	0,099
15	0,009	0,034	0,023	0,044	0,0794	0,081
16	0,108	0,729	0,087	0,081	0,095	0,014
18	0,084	0,111	0,066	0,569	0,064	0,022
19	0,527	0,046	0,102	0,008	0,077	0,093
20	0,016	0,813	0,067	0,119	0,103	0,016
22	0,569	0,069	0,081	0,077	0,085	0,108
23	0,074	0,009	0,098	0,029	0,368	0,054

تابع الجدول رقم (2)

العوامل						رقم البند
6	5	4	3	2	1	
0,114	0,110	0,096	0,024	0,467	0,038	24
0,092	0,079	0,619	0,068	0,027	0,115	25
0,124	0,092	0,113	0,059	0,049	0,466	26
0,081	0,023	0,083	0,075	0,543	0,035	27
0,027	0,045	0,026	0,067	0,517	0,082	28
0,075	0,768	0,085	0,117	0,063	0,121	29
0,891	0,118	0,008	0,091	0,109	0,074	31
0,102	0,722	0,057	0,074	0,074	0,008	32
0,111	0,094	0,093	0,446	0,093	0,070	33
0,091	0,116	0,076	0,063	0,451	0,013	35
0,121	0,082	0,584	0,117	0,032	0,092	37
0,855	0,018	0,109	0,084	0,107	0,009	38
0,123	0,076	0,014	0,121	0,786	0,118	39
0,077	0,115	0,082	0,747	0,119	0,084	40
0,076	0,108	0,048	0,071	0,097	0,769	42
0,107	0,073	0,067	0,066	0,753	0,047	43
0,111	0,887	0,106	0,083	0,103	0,079	44
0,091	0,094	0,098	0,113	0,117	0,683	45
0,851	0,106	0,121	0,027	0,077	0,112	46
0,089	0,081	0,087	0,083	0,118	0,493	48
0,109	0,103	0,095	0,107	0,851	0,101	50
0,067	0,068	0,013	0,019	0,676	0,004	51
0,876	0,112	0,064	0,069	0,093	0,116	53

(الدلالة الاحصائية لمعاملات الارتباط عند مستوى 0,01 من الثقة اذ بلغت قيمة معامل الارتباط (0,181)

أما الباحثة فقد اعتمدت للتأكد من صدق الاتساق الداخلي بعدد من الطرق منها :-

(1) صدق الاتساق الداخلي : حيث تم تطبيق المقياس على 19 تلميذة من تلميذات المدرسة الابتدائية كعينة استطلاعية (ملحق 5) وحساب الارتباط لبيرسون بين درجات الفقرات والدرجة الكلية للمقياس فأسفر ذلك عن بيانات الجدول التالي :-

جدول (4) الاتساق الداخلي لمقياس القلق للأطفال

الفقرة	قيمة معامل الارتباط بالدرجة الكلية	الفقرة	قيمة معامل الارتباط بالدرجة الكلية
1	0,683	28	0,562
2	0,364	29	0,641
3	0,602	30	0,010
4	0,461	31	0,518
5	0,027	32	0,401
6	0,567	33	0,578
7	0,437	34	0,021
8	0,494	35	0,412
9	0,415	36	0,02
10	0,004	37	0,442
11	0,650	38	0,561
12	0,4200	39	0,412
13	0,547	40	0,547
14	0,366	41	0,01
15	0,485	42	0,439
16	0,650	43	0,773
17	0,07	44	0,547
18	0,373	45	0,578

0,470	46	0,432	19
0,14	47	0,650	20
0,877	48	0,014	21
0,481	49	0,562	22
0,650	50	0,650	23
0,387	51	0,416	24
0,11	52	0,643	25
0,650	53	0,643	26
		0,416	27

من الجدول يتضح دلالة قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية عند مستوى 0,05 على الأقل ، فيما عدا الفقرات الكاشفة للكذب وهي الفقرات أرقام (5,10,17,21,30,34,36,41,47,49,52) مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي لمقياس القلق للأطفال المستخدم بالدراسة الحالية.

(2) الصدق الذاتي : ويشير إلى الجذر التربيعي لمعامل الثبات وتم حسابه بعد حساب معامل الثبات للمقياس بأسلوب إعادة التطبيق .

ثانياً : ثبات المقياس :-

الثبات للمقياس يشير إلى أن المقياس يعطي نفس النتائج تقريباً إذا ما تكرر تطبيقه على نفس الأفراد تحت نفس الظروف الخارجية تقريباً. ومقياس القلق لدى الأطفال من إعداد فيولا الببلاوي تم استخدام حساب الثبات له من قبل معدة المقياس باختيار عينة الثبات المشتملة على 40 طفلاً ، واعتمدت معدة القياس في حساب معامل ثبات المقياس على طريقتين :-

1- طريقة إعادة الاختبار : بفاصل زمني بين الاجرائين يتراوح بين 15 -20 يوماً ، وقد حسب معامل ارتباط "بيرسون" بين نتائج التطبيقين ، وكان معامل الثبات بهذه الطريقة = 0,84 وتلك قيمة تدل على معامل مرضٍ يوثق به .

2- طريقة التجزئة النصفية : (سبيرمان وبراون) ، حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردي والزوجي) ، وكان معامل الثبات بذلك = 0,76 ، وهي قيمة مناسبة للتحقق من ثبات المقياس .

كما استخدمت الباحثة الحالية أسلوبين لحساب ثبات اختبار مهارات الفهم القرائي هما :-

1- أسلوب التجزئة النصفية : وتم حسابه بتطبيق المقياس على 19 تلميذة من تلميذات المرحلة الابتدائية بالفصل الدراسي الأول من عام 1429هـ ، وبتصحيح فقرات الاختبار الفردية في مقابل الفقرات الزوجية وإيجاد الارتباط بين درجات التلميذات على الفقرات الفردية في مقابل الفقرات الزوجية وتصحيح معامل الارتباط بأسلوب سبيرمان - براون أسفر ذلك عن بيانات الجدول التالي :-

جدول (5)

معامل ثبات مقياس القلق للأطفال بأسلوب التجزئة النصفية

العوامل	الثبات النصفى	الثبات الكلى
المظاهر الفسيولوجية المصاحبة للقلق	0,62	0,77
المظاهر الانفعالية للقلق	0,74	0,85
المظاهر العقلية للقلق	0,61	0,75
المظاهر الاجتماعية للقلق	0,65	0,78
المظاهر السلوكية للقلق	0,75	0,85
التوقعات السالبة	0,64	0,78
الدرجة الكلية	0,83	0,91
❖❖ معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0,001		

من الجدول (2) يتضح دلالة قيمة معامل ثبات مقياس القلق للأطفال عند مستوى 0,001 مما يشير إلى ثبات الاختبار بأسلوب التجزئة النصفية .

2- أسلوب إعادة التطبيق : وتم حسابه بتطبيق الباحثة مقياس القلق للأطفال على عدد 19 تلميذة من تلميذات المدرسة الابتدائية وإعادة تطبيقه مرة أخرى على نفس التلميذات بعد مرور فترة أسبوعين تم تطبيق المقياس مرة ثانية وحساب معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني ، أسفر ذلك عن بيانات الجدول التالي :-

جدول (6)

معامل ثبات مقياس القلق للأطفال بأسلوب إعادة التطبيق

العوامل	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني	الصدق الذاتي للمقياس
المظاهر الفسيولوجية المصاحبة للقلق	0,79	0,88
المظاهر الانفعالية للقلق	0,88	0,93
المظاهر العقلية للقلق	0,78	0,88
المظاهر الاجتماعية للقلق	0,81	0,90
المظاهر السلوكية للقلق	0,89	0,94
التوقعات السالبة	0,82	0,91
الدرجة الكلية	0,94	0,95
❖❖ معاملات ارتباط دالة إحصائية عند مستوى 0,001		

من الجدول (3) يتضح دلالة جميع قيم معاملات ثبات مقياس القلق للأطفال بإعادة التطبيق عند مستوى 0,001 مما يشير إلى ثبات المقياس الحالي .

كما يتضح دلالة قيم معاملات الصدق الذاتي التي تم استخراجها بالجذر التربيعي لمعاملات الثبات وذلك عند مستوى 0,001 مما يشير إلى الصدق الذاتي لمقياس قلق الأطفال المستخدم بالدراسة الحالية.

2-"برنامج اللعب التركيبي " من إعداد الباحثة: إن البرنامج ما هو إلا خطة يتم إتباعها أثناء ممارسة الخبرات ، ومن خلال الإطلاع على عدد من المراجع العلمية مثل : " كتاب الألعاب التربوية وتقنيات إنتاجها من تأليف محمد محمود الحيلة ، وكتاب سيكولوجية اللعب من تأليف سوزانا ميلر ، وكتاب اللعب بين النظرية والتطبيق من تأليف سلوى عبد الباقي " تم تحديد مجموعة من الألعاب التركيبية واستخدامها في وضع برنامج اللعب التركيبي (ملحق 6) ، وتم عرضه في صورته النهائية على (5) من أساتذة علم النفس والمقياس النفسي والصحة النفسية ، في ضوء تعريف متغير الدراسة وأهدافها ، ومشكلة الدراسة .

وتم طلب إبداء الرأي في مكونات كل جلسة من جلسات البرنامج من حيث الأهداف وبداية الجلسة وأنشطتها ، والأفراد المشاركين فيها . وذلك وفقاً لنموذج التحكيم (ملحق 7) .

وتم إجراء التعديلات التي أسفر عنها التحكيم وآراء الأساتذة في صياغة الأهداف وتعديل بعض الأنشطة وإضافة البعض منها . وحذف الأنشطة التي اتفق على أن يتم حذفها . والإبقاء على الأنشطة التي تم الاتفاق عليها بنسبة 75% فأعلى .

الخطة الزمنية للبرنامج :-

قسم البرنامج إلى 10 ألعاب زمن كل منها 90 دقيقة ، وبناء على ذلك استغرق تنفيذ البرنامج أسبوعين بواقع لعبة واحدة يومياً ، لذا قامت الباحثة بتنفيذ البرنامج للفترة من 1429/6/10 هـ ولغاية 1429/6/21 هـ وكما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (7)

محتوى نشاطات اللعب والزمن المحدد لها والزمن الكلي لبرنامج اللعب التركيبي

محتوى نشاط اللعب	زمن نشاط اللعب بالدقائق	الزمن الكلي بالدقائق	النسبة المئوية
النشاط التنظيمي	5	50	5.56
الإحماء	10	100	11.11
شرح وعرض اللعبة	10	100	11.11
تطبيق اللعبة	55	550	61.11
النشاط الختامي	10	100	11.11
المجموع	90	900	%100

التجربة الاستطلاعية للبرنامج :-

قامت الباحثة بإجراء تجربة استطلاعية على أفراد العينة ذاتها المختارة في البحث وذلك قبل تنفيذ البرنامج بخمس أيام ، حيث تم تنفيذ لعبتي تشكيل جسم الكائن الحي ، و بناء الطائرات . وكان الهدف من التجربة هو :-

- 1- التأكد من صلاحية البرنامج.
- 2- التأكد من ملائمة أوقات الألعاب ومدى إمكانية تنفيذها .
- 3- معرفة مدى استجابة الأطفال لتنفيذ الألعاب المقترحة .

- 4- التعرف على الأخطاء والمعوقات المتوقعة في التنفيذ ومحاولة وضع الحلول لها قبل البدء بتطبيق برنامج الألعاب .
- 5- اختبار صلاحية الأجهزة والأدوات المستخدمة وكفايتها .
- 6- اختبار صلاحية قاعة تنفيذ الألعاب وملائمتها لحاجات الأطفال أثناء اللعب .
- 7- التعرف على الوقت الذي تستغرقه الألعاب وإمكانية تكرارها .
- 8- التعرف على إمكانية تنفيذ البرنامج على عينة الأطفال بعدد (8) أطفال .
- 9- التعرف على إمكانية استمرار الأطفال بأداء الألعاب وعدم الشعور بالتعب والملل .
- 10- إعطاء صورة واضحة للباحثة عما يكون أن تؤديه عند تنفيذها لفقرات البرنامج .

القياس القبلي : _

شرعت الباحثة بتطبيق أداة قياس القلق للأطفال على عينة البحث من أطفال مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف من سن (8 - 10) سنوات بتاريخ 1429/6/5 هـ ، وذلك بعد التأكد من صدق وثبات المقياس ، حيث قامت الباحثة بالاجتماع مع الأطفال أفراد العينة وشرح طريقة القياس لهم ثم قامت بتوزيع كراسة الأسئلة والأجوبة عليهم ، وكانت الباحثة تقرأ كل عبارة للأطفال وتناقشهم فيها ثم تطلب منهم الإجابة على الفقرات "بنعم" أو "لا" .

التجربة الرئيسية للبحث:-

تضمن برنامج اللعب التركيبي على (10) ألعاب نفذت خلال أسبوعين ابتداءً من تاريخ 1429/6/10 هـ بواقع خمس ألعاب في الأسبوع الواحد ، تنفذ أيام (السبت ، الأحد ، الاثنين ، الثلاثاء ، الأربعاء) ولعبة واحدة يومياً في فترة الدوام المدرسي الصباحي من الساعة (9.5 وحتى 11) وكان زمن اللعبة الواحدة ساعة ونصف (90 دقيقة) ، وبلغ الوقت الإجمالي للبرنامج 15 ساعة (900 دقيقة) .

وقد راعت الباحثة مبدأ تكرار الألعاب بعد الانتهاء من تقديمها حيث يمكن تكرار أي من الألعاب خلال فترة النشاط الختامي ، حيث أن تكرار الألعاب بجانب أنه يبعث المرح والسرور في الأطفال فلا يشعرون بالملل والسأم ، فهو يساعد في تحقيق الأهداف التربوية .

القياس البعدي : _

تم إجراء القياس البعدي للأطفال عينة الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق برنامج اللعب التركيبي بتاريخ 1429/6/21 هـ ، وبأسلوب نفسه الذي تم به إجراء القياس القبلي

الوسائل الإحصائية المستخدمة : _

- 1- حساب المتوسطات والانحراف المعياري .
 - 2- معامل الارتباط لبيرسون.
 - 3- معامل سبيرمان – براون لتصحيح معامل الثبات .
 - 4- اختبار الفروق بين متوسطات رتب الدرجات "ويلكسون".
-

الفصل الرابع

نتائج

الدراسة

ومناقشاتها

نتائج الدراسة :-

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها والإطار النظري الذي قامت عليه والدراسات السابقة التي اطلعت عليها الباحثة والأساليب الإحصائية المناسبة تم عرض نتائج الدراسة وتفسيرها في هذا الفصل

أولاً: المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة
تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في القياس القبلي والقياس البعدي، وأسفر ذلك عن بيانات الجدول التالي:-

جدول (8)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات التلميذات بالتطبيق القبلي والبعدي

القياس البعدي		القياس القبلي		الأبعاد لمقياس قلق الأطفال
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
1.51	22.50	2.99	36.12	الدرجة الكلية
0.834	4.87	1.06	6.62	المظاهر الفسيولوجية
0.74	8.62	0.75	12.00	المظاهر الانفعالية
0.64	1.87	0.70	3.25	المظاهر العقلية
0.70	2.25	0.74	4.37	المظاهر الاجتماعية
1.12	3.12	0.83	5.87	المظاهر السلوكية
0.70	1.75	0.75	4.00	التوقعات السالبة

من الجدول يتضح انخفاض متوسطات درجات قلق الأطفال في التطبيق البعدي عن متوسطات درجاتهم في التطبيق القبلي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج المستخدم في خفض درجات قلق الأطفال، باستخدام أسلوب اللعب التركيبي.

وبالنظر إلى المتوسط الاعباري لمقياس قلق الأطفال نجد أنه يساوي $26.5 = 2 \div 53$ درجة، وبمقارنة هذا المتوسط بمتوسط درجات العينة (الدرجة الكلية) في التطبيق القبلي نجد أنه اعلي من المتوسط بدرجة كبيرة حيث كانت قيمة المتوسط $36.12 =$ مما يشير على معاناة الأطفال في عينة الدراسة من القلق نتيجة إعاقاتهم، وبالنظر إلى متوسط الدرجات (الدرجة الكلية) نجد أنها $22.5 =$ درجة أي أنها أقل من درجة المتوسط مما يشير إلى انخفاض درجة القلق لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج لدرجة أقل من المتوسط.

ثانياً: نتائج فرض الدراسة

لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغير اللعب على القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات التطبيق القبلي ومتوسطات رتب درجات التطبيق البعدي لمقياس القلق لدى للأطفال بعد البرنامج . وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار إشارات الرتب " ويلكسون Wilcoxon Signed Ranks Test " لإظهار الفروق بين متوسطات رتب القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة (لمقياس القلق) ، وأسفر التحليل عن بيانات الجدول التالي :-

جدول (9)

الفروق بين متوسطات رتب درجات التطبيق القبلي والبعدي لمقياس قلق الأطفال

المقياس	نوع الإشارات	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الترتيب السالب	8	36	4	2.527	0.01
	الترتيب الموجب	0	0	0		
	الارتباط	0	0	0		
المظاهر الفسيولوجية	الترتيب السالب	7	28	4.5	2.646	0.01
	الترتيب الموجب	0	0	0		
	الارتباط	1	0	0		
المظاهر الانفعالية	الترتيب السالب	8	36	4	2.555	0.01
	الترتيب الموجب	0	0	0		
	الارتباط	0	0	0		
المظاهر العقلية	الترتيب السالب	7	28	4.5	2.414	0.01
	الترتيب الموجب	0	0	0		
	الارتباط	0	0	0		
المظاهر	الترتيب السالب	8	36	4.5	2.565	0.01

		0	0	0	الترتيب الموجب	الاجتماعية
		0	0	0	الارتباط	
0.01	2.565	4.5	36	8	الترتيب السالب	المظاهر السلوكية
		0	0	0	الترتيب الموجب	
		0	0	0	الارتباط	
0.01	2.640	4.5	36	8	الترتيب السالب	التوقعات السالبة
		0	0	0	الترتيب الموجب	
		0	0	0	الارتباط	

يتبين من الجدول (8) أن هناك فروقاً ذات دلالة بين متوسطات رتب درجات التطبيق القبلي للبرنامج ومتوسطات رتب درجات التطبيق البعدي في جميع أبعاد مقياس القلق لدى للأطفال ، حيث قيمة $(z) = (2.527, 2.646, 2.555, 2.414, 2.656, 2.565, 2.640)$ لكل من الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية على الترتيب ، وهي جميعها قيم دالة عند مستوى 0,01 لصالح انخفاض درجة القلق في التطبيق البعدي للبرنامج .
ففي الدرجة الكلية للمقياس :-

يتضح أن الدرجات البعدية جميعها أكبر من الدرجات القبلية حيث أن الترتيب السالب قيمته تساوي (8) وهم عدد أفراد العينة ، وقيمة Z تساوي 2.527 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 .
وفي بعد المظاهر الفسيولوجية :-

يتضح أن عدد (7) درجات التطبيق البعدي أكبر من التطبيق القبلي حيث أن (7) حالات ترتيبها سالب ، وحالة واحدة فقط قيمتها في القبلي هي نفس قيمتها في البعدي فظهر الارتباط (التشابه) في حالة واحدة فقط بين القبلي والبعدي ، وكانت قيمة Z تساوي 2.646 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 .
وفي بعد المظاهر الانفعالية :-

يتضح أن الدرجات البعدية جميعها أكبر من الدرجات القبلية حيث أن الترتيب السالب قيمته تساوي (8) وهم عدد أفراد العينة ، وكانت قيمة Z تساوي 2.555 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.10 .

وفي بعد المظاهر العقلية :-

يتضح أن عدد (7) درجات في التطبيق البعدي أكبر من التطبيق القبلي حيث أن (7) حالات ترتيبها سالب ، وحالة واحدة فقط قيمتها في القبلي هي نفس قيمتها في البعدي ، فظهر الارتباط (التشابه) في حالة واحدة فقط بين القبلي والبعدي 2.414 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 لصالح انخفاض درجات التطبيق البعدي .

وفي بعد المظاهر الاجتماعية :-

يتضح أن الدرجات البعدية جميعها أكبر من الدرجات القبلية حيث أن الترتيب السالب قيمته تساوي (8) وهم عدد أفراد العينة ، وقيمة Z تساوي 2.565 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 . وفي بعد المظاهر السلوكية :-

يتضح أن الدرجات البعدية جميعها أكبر من الدرجات القبلية حيث أن الترتيب السالب قيمته تساوي (8) وهم عدد أفراد العينة وقيمة Z تساوي 2.565 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.10 . وفي بعد التوقعات السالبة :-

يتضح أن الدرجات البعدية جميعها أكبر من الدرجات القبلية حيث أن الترتيب السالب قيمته تساوي (8) وهم عدد أفراد العينة ، وقيمة Z تساوي 2.640 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 . وبشكل عام يتضح فاعلية البرنامج في خفض درجة القلق لدى أفراد العينة في الدرجة الكلية لمقياس القلق وفي أبعاده الفرعية بشكل دال عند مستوى 0.01 لصالح انخفاض درجات التطبيق البعدي .

ويمكن تفسير تلك النتائج والتي أسفرت عن وجود القلق لدى الأطفال عند مقارنة متوسطات درجات الأطفال بالمتوسطات الافتراضية للاختبار، وذلك عند تطبيق القياس القبلي للقلق باستخدام مقياس القلق للأطفال ، ويرجع ذلك في رأي الباحثة إلى أن الشعور بالنقص يجعل الطفل المعوق يشعر بعدم الأمن وعدم الكفاية وعدم الثقة ، مما يجعله يبالغ في تقدير المواقف التي يمر بها فيما بعد ، وينظر إليها على أنها تشكل ضغوطاً بالنسبة له ، ويشعر بعدم القدرة على مواجهتها ، مما يجعله يشعر بقلق مستمر (Beck 1972) . فالإعاقة الحركية بلا شك حدث مؤلم تحد من قدرة المعاق على ممارسة حياته الطبيعية فتشعره بالنقص والقصور والدونية عن غيره من الأسوياء وأنه بعد إصابته بالإعاقة الحركية أياً كان نوعها يميل إلى السلوك الانسحابي وقد ينقطع عن ممارسة كل أو بعض النشاطات الاجتماعية (الشهري ، 1997م) . ويرى روجرز Rogers إن القابلية للقلق إنما

تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات, فالاضطراب يأتي عندما تكون الأحداث التي يتم إدراكها على أنها تتطوي على دلالة بالنسبة للذات تتعارض مع انتظام الذات , فإن الأحداث أما أن تلقى الإنكار أو تلقى تحريفاً إلى الحد الذي تصبح معه صالحة للتقبل ويغدو التحكم الشعوري أكثر صعوبة عندما يناضل الكائن الحي إشباعاً لحاجات لا تحظى شعورياً بالاعتراف ويناضل استجابة لخبرات تلقى الإنكار من الذات الشعورية , عندئذ يحدث التوتر , فإذا ما أصبح الفرد بأية درجة على وعى بهذا التعارض فإنه يشعر بالقلق , وبأنه غير متحد أو غير متكامل وبأنه غير متيقن من وجهاته , وعدم المطابقة أو الملائمة Incongruence ما بين إمكانات الفرد ومنجزاته وما بين الذات المثالية والذات الممارسة Functional self يؤدي إلى انخفاض مستوى تقدير الذات والشعور بالذنب والقلق (القطان , 1986م) .

كذلك أيدت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى القلق في الاختبار القبلي و البعدي للأطفال المعاقين حركياً وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى التأثير الإيجابي والفعال لبرنامج (الألعاب التركيبية) في اكتساب الأطفال لمهارات التفاعل الاجتماعي وتنميتها من خلال ممارسة الألعاب وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع بقية الأطفال . كما أن برامج الألعاب تؤدي إحداث تعديلات جوهرية في السلوك , فتفاعل الأطفال فيما بينهم وإقامة الحوار والتواصل والمساندة كفريق واحد يؤدي إلى إحداث هذه الفروق الكبيرة . (آل مراد ، 2004م) . وكانت فرجينيا أكسلين Axline من أوائل المهتمين بالعلاج باللعب وأكدت أهميته في تناقص الشعور السلبي نحو الذات ، وتزايد الشعور الإيجابي نحو الذات ونحو الآخرين من خلال الجلسات العلاجية . وأكدت أكسلين أن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالاً لأنه من خلال العلاج يتحرر من القيود ويكون أكثر تلقائية. (عبد الباقي ، 2001م).

و العلاج باللعب يحقق مزايا عدة ، فهو يساعد على التنفيس الانفعالي وإخراج ما عند الطفل من مشاعر واتجاهات وحاجات ويعتبر اللعب بالرسم والتكوين والدمى من أهم ألعاب التنفيس ، كما يساعد اللعب على الاستبصار ويزيد من وعي الأطفال بأنفسهم وقدراتهم وعلاقاتهم مع الآخرين ، وينمي التسامي لدى الأطفال والذي يتفق مع توقعات المجتمع فمن المفيد إتاحة الفرص المتنوعة للأطفال للاستمتاع باللعب بطرق بديلة ومقبولة . كما أن مواقف اللعب المحببة للطفل تمكن من إقامة علاقة علاجية مع الآخرين وبالأخص الألعاب التي يشترك فيها اثنان مثل لعبة السلم والشعبان فهذه الألعاب تساعد الطفل الخائف على الدخول في علاقات ودية مع الآخرين . (عقل ، 1998م)

ومن خلال جلسات العلاج عن طريق مواقف اللعب ، يتم تقديم فرصة لإخراج مشاعرهم المضطربة بصورة مؤقتة . ولذلك زال احتمال كبت هذه المشاعر وزال احتمال فقدان التعرف على هويتهم وذاتهم في الواقع ، أو حتى حدوث تشويه في هذه الهوية ، وبتحرر الأطفال من هذه

المشاعر بصورة مؤقتة تمكن الأطفال من استخدام طاقاتهم بفاعلية أكثر من ذي قبل في كل المواقف الشخصية والاجتماعية مع الأطفال الآخرين والبالغين (سليمان ، 1990م)
توصيات الدراسة:-

وفي مجال الإعاقة الحركية ، يمكن أن تضيف الباحثة توصيات متممة لدور المراكز والجمعيات والجهات المختصة بهذه الفئة على النحو التالي :-

- 1- البحث في مشكلة القلق لدى المعاقين عموماً والمعاقين حركياً بشكل خاص هي مسؤولية تتطلب تعاون وتكاتف الأسرة ومراكز التأهيل والجهات المختصة لعلاج هذه المشكلة .
- 2- إعاقة الأطفال الحركية لا تحد من قدراتهم وعطائهم، بل على العكس يجب الارتقاء بهم وفق إمكانياتهم وإعدادهم للمجتمع واعتبارهم أعضاء فاعلين فيه .
- 3- إعداد برامج وأساليب علاجية ووقائية للحد من مشكلات الأطفال المعاقين حركياً ، وتطبيقها في المراكز والجمعيات التي تهتم بهذه الفئة .
- 4- نشر الوعي بين أفراد المجتمعات عن احتياجات هذه الفئة وكيفية التعامل معهم بما يناسب هذه الاحتياجات من خلال وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية .
- 5- توفير الوسائل المساعدة للأطفال المعاقين حركياً في المجتمع لتسهيل عملية دمجهم وتفاذي العراقيين التي يمكن أن تزيد من مشاكلهم النفسية .
- 6- تقسيم الإعاقات بشكل أكثر دقة ، وتخصيص أقسام لكل إعاقة في الجامعات والكليات حتى نتمكن من خدمة كل إعاقة على حدى بما يتناسب و خصائصها .

قائمة

المراجع

العربية

والأجنبية

أولاً : القرآن الكريم
ثانياً : المراجع العربية :-

- أبو العزائم ، محمود جمال (2008م) . القلق النفسي ،
<http://www.elazayem.com/ANXIETY.htm>
- ابراهيم ، عبدالستار (1983م) . العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان ، مكتبة مدبولي ، القاهرة .
- ابراهيم ، عبدالستار ، الدخيل ، عبدالعزيز عبدالله ، ابراهيم ، رضوان (1993م) . العلاج السلوكي للطفل وأساليبه ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .
- ابراهيم ، عبدالستار (1998م) . العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليب ومبادئ تطبيقه ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة .
- آل مراد ، نبراس يونس (2004م) . أثر استخدام برامج بالألعاب الحركية والألعاب الاجتماعية والمختلطة في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفال الرياض بعمر (5-6) سنوات ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية الرياضية، جامعة الموصل .
- الببلاوي، فيولا (1987م) . مقياس القلق للأطفال، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .
- البخاري ، أبي عبدالله (1981م) . صحيح البخاري ، الطبعة الثانية ، إحياء التراث العربي ، بيروت .
- البطاينة ، أسامة محمد (2004م) . الشعور بالوحدة النفسية لدى المعوقين حركياً بمحافظة إربد في المملكة الأردنية الهاشمية ، بحث منشور في مجلة البحوث التربوية والنفسية ، المجلد السادس ، العدد الثاني ، كلية التربية ، البحرين .
- البطاينة ، أسامة محمد ، مقابلة ، نصر يوسف (2004م) . مشكلات الأفراد المعوقين حركياً بمحافظة إربد بالمملكة الأردنية الهاشمية ، بحث منشور في مجلة البحوث التربوية والنفسية ، المجلد السادس ، العدد الأول ، كلية التربية ، البحرين .
- البنا ، محمود جاد (1983م) . يسألونك عن القلق ، المجلة العربية ، العدد 136 ، الرياض .

- التركيت ، سوسن ابراهيم (2003م) . الأطفال واللعب ، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع ، الكويت.
- الجراوني ، هالة إبراهيم ، المشرفي ، انشراح إبراهيم (2007م) . رؤية مستقبلية لاستخدام أسلوب اللعب لدى أطفال المستشفيات من (3-6) سنوات، دراسة منشورة في مجلة دراسات الطفولة عدد يناير .
- الحيلة ،محمد محمود (2005م) . الألعاب التربوية وتقنيات إنتاجها سيكولوجياً وتعليمياً وعملياً ، الطبعة الثالثة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان .
- الخطيب ، جمال ، الحديدي ، منى (1997م) . المدخل إلى التربية الخاصة ، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، الكويت .
- الدليل الطبي النفسي الأمريكي لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية ، (1987م) .
- الربضي ، هاني (1990م). مشكلات الطلبة المعوقين حركياً في محافظة إربد . أبحاث اليرموك ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية .
- الروسان ، فاروق (2007م) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين "مقدمة في التربية الخاصة" ، الطبعة السابعة ، دار الفكر ، عمان .
- السباعي ، زهير (1986م) . القلق...ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض.
- السباعي ، زهير أحمد ، عبدالرحيم ، شيخ إدريس (1991م) . القلق وكيف تتخلص منه بحث يوضح علاج القلق بالقرآن الكريم وبالعلاج النفسي والتفكير الايجابي ، دار القلم ، دمشق .
- السقا ، صباح مصطفى (2000م) . دراسة تجريبية عن أثر اللعب في حدة السلوك العدوانى عند أطفال مرحلة ما قبل المدرسة ، دراسة منشورة في مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية والتربوية ، المجلد 16 ، العدد الأول ، دمشق .
- السيد ، خالد عبدالرزاق (2001م) . فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة ، مجلة الطفولة والتنمية ، العدد الثالث ، المجلد الأول ، المجلس العربي للطفولة والتنمية .

- الشربيني ، زكريا ، صادق ، يسرية (2003م) . تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- الشقيرات ، محمد عبدالرحمن ، أبو عين ، يوسف زايد (2001م) . علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً ، دراسة مسجلة في مجلة جامعة دمشق ، المجلد 17 ، العدد الثالث ، دمشق .
- الشناوي ، محمد محروس ، عبدالرحمن ، محمد السيد (1998م) . العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته ، دار قباء للطباعة والنشر ، القاهرة .
- الشهري ، أحمد محمد صالح (1997م) . العلاقة بين الانسحاب الاجتماعي ومستوى القلق وبعض المتغيرات لدى المعاقين حركياً في المستشفيات ومراكز التأهيل في كل من (الطائف ومكة المكرمة وجدة) ، كلية التربية ، جامعة أم القرى .
- الطيب ، محمد ، حسان ، منال (2001م) . محاضرات في الإرشاد النفسي ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
- العبيدي ، هيلانة عبدالله (1997م) . أثر استخدام الألعاب والقصص في تعديل السلوك العدوانى لدى أطفال الرياض "تمهيدى" ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الموصل ، الموصل .
- العزة ، سعيد حسني (2002م) . التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان .
- العطية ، أسماء عبدالله محمد (2002م) . فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر ، مجلة مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، السنة 11 ، العدد 21 .
- القرني ، علي بن شويل (2007م) . كيف يرى الإعلاميون السعوديون ذوي الاحتياجات الخاصة ؟ صور ايجابية 000 اتجاهات سلبية ، الملتقى السابع للجمعية الخليجية للإعاقة ، البحرين .
- القريطي، عبد المطلب (2001م). سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتربيتهم، الطبعة 2. القاهرة: دار الفكر العربي.

- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز (1995): المدخل إلى التربية الخاصة، الإمارات العربية المتحدة ، دار القلم .
- القطان ، سامية (1986م) . مقياس القلق السوي , المؤتمر الثاني لعلم النفس , القاهرة .
- الكتاني ، فاطمة الشريف (2004م) . القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال العلاقة بينهما ودور كل منهما في الرفض الاجتماعي ، دار وحي القلم ، بيروت.
- الكحيمي ، وجدان عبدالعزيز ، حمام ، فادية كامل ، مصطفى ، علي أحمد سيد (2007م) . الصحة النفسية " للطفل والمراهق " مكتبة الرشد ، الرياض.
- الككلي ، بدرية العربي محمد (2002م) . رؤية المعاق حركياً للآخر وتكوين مفهوم الذات لديه ، رسالة ماجستير ، جامعة الفاتح كلية العلوم الاجتماعية سابقاً ، قسم الرعاية الاجتماعية ، ليبيا .
- اللبابيدي ، عفاف ، خلايله ، عبدالكريم (1990م) . سيكولوجية اللعب ، الطبعة الثانية ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان .
- المجلة الطبية السعودية (1978م). وزارة الصحة ، العدد 11 ، السنة الثالثة.
- الهنداوي ، علي فالح (2003م) . سيكولوجية اللعب ، الطبعة الأولى ، دار حنين للنشر والتوزيع ، عمان .
- الهواري، ماهر، الشناوي ، محروس (م1987) . العلاقة بين قلق الاختبار والعادات والاتجاهات الدراسية لدى طلاب الجامعة. رسالة الخليج العربي، العدد الثاني والعشرون، السنة السابعة.
- الهواري ، ماهر (1986م) . القلق ..ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض.
- الوقفي، راضي (2003م). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جبهة للنشر والتوزيع.
- باترسون (1990م) . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد الفقي ، الجزء الأول ، دار القلم ، الكويت .
- بلقيس ، أحمد ، مرعي ، توفيق (1987م). الميسر في سيكولوجية اللعب ، الطبعة الثالثة ، دار الفرقان للنشر والتوزيع ، عمان .

- جابر ، جابر عبدالحميد ، كفاي ، علاء الدين (1995م) . معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الرابع ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- جروان، فتحي (1998م). الموهبة والتفوق والإبداع. عمان، دار الكتاب الجامعي.
- حافظ ، احمد خيرى (1998م) . الدورة التدريبية الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي ، مركز الاستشارات النفسية ، وحدة التدريب والبرامج ، القاهرة .
- حسن ، إيمان حسين السيد (2007م) . الإعاقة الحركية : دراسة في سيكوديناميات مبتوري الأطراف ، المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية " التربية الخاصة بين الواقع والمأمول " ، من 15-16 يوليو 2007م .
- حسيب ، حسيب محمد (2003م) . فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، بنها .
- حسين ، فضل (1989م) . دراسة القلق لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة " دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين " ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .
- حقي ، ألفت (1995م) . الاضطراب النفسي ، التشخيص والعلاج والوقاية ، الجزء الأول ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية .
- حميدان، عبد الحميد (1988م). بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية المرتبطة بالاتجاه الديني. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنصورة، .
- حنورة ، أحمد حسن ، عباس ، شفيقة إبراهيم (1996م) . ألعاب أطفال ما قبل المدرسة ، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية ، بيروت .
- رضا، منى (2008م). القلق النفسي ،

<http://www.feedo.net/MedicalEncyclopedia/PsychologicalHealth/Anxiety.htm>

- زهران ، حامد عبدالسلام (1999م) . علم نفس النمو " الطفولة والمراهقة " ، عالم الكتب ، الطبعة الخامسة ، القاهرة .

- زهران ، حامد عبدالسلام (2001م) . الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، مكتبة العبيكان ، الرياض .
- زيدان ، وجدي عبداللطيف (1986م) . مفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بشلل الأطفال ، رسالة ماجستير ،كلية التربية ، بنها ، جامعة الزقازيق .
- سلامة ، ممدوحة (1991م) . الإرشاد النفسي : منظور نمائي ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .
- سليمان ، عبدالرحمن سيد (1990م) . علاج الأطفال باللعب ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- سليمان ، عبدالرحمن سيد (1996م) . الفنيات العلاجية للمخاوف المرضية من المدرسة : عرض ونقد ، مجلة علم النفس ، العدد 37 ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .
- سليمان ، عبدالرحمن سيد (2001م) . معجم الإعاقة البدنية ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- سليمان ، عبدالرحمن سيد (2001م) . الإعاقات البدنية المفهوم – التصنيفات – الأساليب العلاجية ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- سويد ، محمد نور(2004م) . منهج التربية النبوية للطفل مع نماذج تطبيقية من حياة السلف الصالح وأقوال العلماء العاملين ، دار ابن كثير للطباعة والنشر والتوزيع ، دمشق – بيروت .
- سيد ، أحمد نصر الدين (2002م). دور ممارسة الألعاب والأنشطة الحركية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة ، ورقة عمل مقدمة في ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، جامعة الخليج ، البحرين ، 20-22 مايو.
- شاووش ، محمد عبدالله (2007م). القلق والتوتر النفسي ،
www.sehha.com/mentalhealth/anxiety-steress.htm.
- شعيب ، على محمود (1987م). قلق الاختبار في علاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بطلاب وطالبات الثانوية العامة بمكة المكرمة. مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء الثامن، سبتمبر.

- عاشور ، هالة (1998م) . الألعاب ووسائل التسلية وأثرها النفسي والتربوي في طفل ما بين السادسة والثانية عشرة ، رسالة ماجستير في العلوم التربوية ، جامعة القديس يوسف ، بيروت .
- عاقل ، فاخر (1980م) . علم النفس التربوي ، الطبعة السادسة ، دار العلم للملايين ، بيروت .
- عبد الباقي ، سلوى محمد (2001م) . اللعب بين النظرية والتطبيق ، الطبعة الثانية ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية.
- عبد الخالق ، أحمد ، حافظ ، أحمد (1988م). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، المجلد السادس ، العدد الثالث ، جامعة الكويت .
- عبدالرحمن ، مديحة حسن (2001م) . أثر استخدام كل من الألعاب ذات القواعد والألغاز على تحصيل التلاميذ المتخلفين عقلياً في الرياضيات ، دراسة موثقة في مجلة كلية التربية ، العدد 25 ، الجزء الثاني ، جامعة عين شمس ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- عبدالفتاح ، كاميليا (1991م) . العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب ، الطبعة الثالثة ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
- عبدالله ، هشام (1991م) . أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- عبد المتجلي ، محمد رجاء حنفي ، الغامدي ، عبدالله حسين (1986م) . القلق أحد الأساليب المختلفة للتكيف غير السوي ، مجلة القافلة ، العدد السابع ، أرامكو ، الظهران .
- عبدالمعطي ، حسن مصطفى (1998م) . العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة .
- عبيد ، ماجدة السيد (2001م) . مناهج وأساليب تدريس الحاجات الخاصة ، دار صفاء للنشر ، عمان .
- عبيد ، ماجدة بهاء الدين السيد (2007م) . تأهيل المعاقين . عمان: مكتبة المجمع العربية للنشر والتوزيع.

- عراقي ، صلاح الدين (1991م) . العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في علاج الاكتئاب العصبي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها .
- عقل ، محمود عطا حسين (1998م) . النمو الإنساني الطفولة والمراهقة ، دار الخريجي للنشر والتوزيع ، الرياض .
- عكيبة ، محمد علي ، هوانة ، سمير عبداللطيف ، طه ، حسن جميل (1983م) . مدخل إلى مبادئ التربية ، دار القلم ، الكويت .
- عوض ، مرقص (1986م) . القلق...ظاهرة العصر المرضية ، مجلة الأمن والحياة ، العدد 56 ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض .
- عيد ، محمد ابراهيم (2000م) . دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب ، مجلة كلية التربية ، العدد 24 ، الجزء الرابع .
- غلاب، محمود ، الدسوقي ، محمد (1996م) . دراسة مقارنة بين الأطفال المصابين بشلل الأطفال والعاديين في بعض المتغيرات الشخصية ، مجلة دراسات نفسية ، العدد الأول ، المجلد السادس ، رابطة الأخصائيين النفسيين ، القاهرة .
- كامل ، وحيد مصطفى (2003م) . علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع ، كلية التربية النوعية ببنها ، جامعة الزقازيق .
- كفاقي، علاء الدين، صلاح الدين، وفاء، أحمد روبي ، أحمد (1990م) . بناء مقياس للقلق الرياضي، حولية كلية التربية، السنة السابعة، العدد السابع.
- محمد، عادل عبدالله (2000م) . العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات ، دار الرشاد ، القاهرة .
- مرسى ، كمال ابراهيم (1983م) . علاقة سمة القلق بالعصابية : دراسة نقدية بالتحليل العامل ، مجلة كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، المجلد الخامس .
- مليكه ، لويس كامل (1990م) . العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، دار القلم ، الكويت .
- مهدي ، عبدالرحمن محمد (1995م) . دراسة لمدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى المعلمين ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها .

• ميلر ، سوزانا (1987م) . سيكولوجية اللعب ، عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.

• ياسين ، نوال حامد (2006م) . طرق تدريس رياض الأطفال من اللعب إلى التعلم ، الطبعة الثانية ، جامعة أم القرى ، مكة .

ثالثاً : المراجع الأجنبية :-

- * Beak , A(2001) . Cognitive Therapy and the Emotional Disorders , International Universities press . INC , New York .
- * Beak , A & Freeman , W(1990) . Cognitive Therapy of personality disorders , New York , Guilford press.
- * Beck, A .(1972): Cognition anxiety and psychological disorders in C.Dspielberger (E d) Anxiety : Current trends in theory and research , New York Academic Press
- * Bulter (2001) .Comparison of behavior therapy and Cognitive behavior Therapy in the treatment of generalized anxiety disorder , journal of consulting and clinical psychology .
- *Babbitt, H, & Burbach ,H(1989).note on the perceived occupational future physically disabled college student ,Journal of college student development .
- * Charles , W(1991) . Risk markers associated with challenging behaviors in people with intellectual disabilities a meanalytic study , journal of intellectual disability research ; JIDR .
- * Corey, G.(1996): theory and practice of group counseling, second edition, California, Brook, cole publishing Company.
- * Corsini, R.(1996): Concise in psycholopedia of psychology 2nd ed. John W. wiley & suns.
- * Custer, J.R(2001): Child & Addescent Therapy: Cognitive Behavioral procedures, 2nd ed. Lippincott, Williams & Wilkins.

- * Dryden, K.& Bond,M(1996): The therapeutic alliance in rational emotive therapy, Areader London: Sage publications Ltd.
- * Ellis, A.(1977): Letter of Mental health professionals. Catalogue of the Institute for Rational Emotive Therapy.
- * Everson, D.(1997): Stress Management, An Integrated Approach to therapy, New York.
- * Fremam, J.(1990): Models Of Group Therapy and Sensitivity Traning, New York, Englewood cliffs.
- * Harcker, R.(2000): Empirical Status Of Cognitive Therapy of Depression, Psychological Bullention, 125 (6).
- * Hubbard, B.(2002): Strategies used in Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Health group, New York.
- * Judith, B.(2000): Questions & Answers about cognitive therapy Back institute for cognitive therapy and Research.
- * Linden, M. & Pasa tu, J.(1998): The Integration of Cognitive and Behavior Interventions in Routine Behavior Therapy Journal of Cognitive psychotherapy: An International Quarterly Vol. (12).
- * Lumpkin , P (1999) . Group cognitive-behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders in children and adolescents : Multiple baseline study . Dissertation Abstracts International , section – B – the science – and – Engineering , jun .
- * Meichenbaum, D.(1993): Cognitive Behavior Modification, An Integration Approach, New York: Plenum.
- * Meichenbaum, D.(1994): Stress Incoulation Traning Elmsford, New York: Pergman.
- * Meichenbaum, D.(1997): The Unconscious Reconsidered, New York: Pergman.
- * Meichenbaum, D.(2006): Cognitive Behavior Modification, Behavior On Line.

- * Mohoney, N.(1988): Cognitive Behavior therapy for children, Journal of American Academy of child and adolescent Psychiatry. 73 (9).
- * Patterson, C.H.(1990): Theories of Counseling and psychotherapy New York: Harper & Row Publishers.
- * Paula F.(2001): Cognitive Therapy gale encycalobiedo of psychology 2nd ed. Gale group.
- * Pawll, G.(1990): The Handy Personality: Cognitive and Physiological Responses to Evaluation Journal Of Personality and Social Psychology 66 (2).
- * Sdorow, L.(1995): Cognitive Behaviour Modification, psychology, Chapter 15.
- * Solow, H.(2000): Behavioral treatment of children with Autism. Journal of Child and adolescent psychiatric, Nursing Vol (4).
- * Spear, J.(2001): Beck, A,T.(1921): Gale in cyclobild of psychology 2nd ed. Gale group.
- * Strenberg, C.(1999): Play Therapy with children Osney Mead Oxford.
- * Weinman ,bill (1987) . group therapy , study prism in quarter anniversary magazine , journal of rehobilitaion .
- * Winsler, Q.(1991): Comprehensive speech and language intervention for school – Aged children with Down syndrome Down syndrome quarterly Vol (1) NO (1).
- *www.kids-psychology.com/syco/sy9.htm
- American Association on Mental Retardation) AAMR /(available at : [www .Ericcec.org/diagests/e.637html](http://www.Ericec.org/diagests/e.637html).
- Culatta ,R ,.Tompkins ,J ,Wert ,m .(2003).Fundamentals of special education -what every teacher needs to know2 .ed ed .Ohio : Merrill Prentice Hall.
- International Standard Classification of Education -ISCED-3 .(1997)

National Joint Committee on Learning Disabilities .(1990)Providing appropriate education for students with learning disabilities in the regular education classrooms .ASHA 2002 desk reference . Vol.3 .

Kauffman ,J.M .(1981) .Characteristics of Children`s Behavior Disorder2 .ed ed .Columbus .OH :Merrill

قائمة

الملاحق

ملحق (1)

الرقم :...../ع.د

التاريخ : ٢٨ / ١٢ / ١٤٢٨ هـ

مكتب الدراسات العليا



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية للبنات الأقسام الأدبية
مكة المكرمة

إلى من يهمه الأمر

تفديكم بأن الطالبة / سارة بنت محمد القحطاني والدارسة بقسم التربية وعلم النفس بمرحلة الماجستير تخصص علم النفس.

بصدد تطبيق موضوع بحثها والذي بعنوان:

" دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف "

نرجو التكرم بتسهيل مهمة الباحثة المذكورة .

مع خالص الشكر وتقبلوا تحياتنا ..

عميدة كلية التربية للبنات بمكة الأقسام الأدبية

د/ أنجب بنت غلام نبي قطب الدين

وكيلة الكلية للدراسات العليا

د/ ميسون بنت زايد البنيان



س.زمر

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O.Box 715
Cable Gameat Umm Al - Qura, Makkah
Faxmely 02 -5564560 / 02 - 5593997
Tel Azizia 02- 5501000 - Abdiah 02 - 5270000

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص ب : ٧١٥
برقيا : جامعة أم القرى - مكة
فاكسميلي : ٠٢/٥٥٦٤٥٦٠ - ٠٢/٥٥٩٣٩٩٧
تلفون سنترال العزيزية ٠٢-٥٥٠١٠٠٠ الملبدية ٠٢- ٥٢٧٠٠٠٠

ملحق (2)

١٤٣٩ هـ

الرقم : ١٨

التاريخ : ١٤٣٩ هـ

المرفقات : -

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية
وزارة الشؤون الاجتماعية

إدارة التخطيط والتطوير الإداري

سعادة مديرة مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف المحترمة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نعيد لكم خطابكم رقم ٤٦٥ وتاريخ ١٤٢٩/٤/١٧ هـ بكم
مشفوعاته بشأن استبانة الباحثة/ سارة محمد القحطاني الطالبة بقسم
التربية وعلم النفس بمرحلة الماجستير تخصص (علم نفس) والتي تم
بتطبيق بحثها المعنون (دور ممارسة الألعاب في خوض القلق الحركي
والأعصاب الحسية الحركية) لديكم بالمؤسسة .
نفينكم بموافقة سعادة وكيل الوزارة للرعاية والتنمية الاجتماعية على قيام
الطالبة المذكورة بإجراء الدراسة ، متمنياً للجميع التوفيق .
وتقبلوا أئليبا تحياتي ،،

مدير إدارة التخطيط والتطوير الإداري

وقع الأصيل

إبراهيم بن محمد الخرفي

.....

.....

.....

II

بيان عن الأطفال عينة الدراسة بمؤسسة الأطفال المشلولين بالطائف (داخلي - خارجي)

اسم الطفل	العمر	نوع الإعاقة	فئة الذكاء	المستوى التعليمي
1- أسرار صالح حامد الثبتي .	9 سنوات	شلل نصفي سفلي	ذكاء عادي	ابتدائي
2- خلود عبدالله عايض القرني .	10 سنوات	ضعف + تشوه بالقدمين	ذكاء عادي	ابتدائي
3- عبدالرحمن خلف معيش القرشي .	10 سنوات	تشوه في عظام الأطراف السفلية	ذكاء عادي	ابتدائي
4- عذاري هليل حمود الصواط .	9 سنوات	شلل نصفي أيمن	ذكاء عادي	ابتدائي
5- مها علي سعيد القحطاني .	9 سنوات	شلل نصفي	ذكاء عادي	ابتدائي
6- وعد محمد حسن الغامدي .	9 سنوات	شلل طرفيين سفليين	ذكاء عادي	ابتدائي
7- ياسمين ضيف الله خلف العبيدي .	9 سنوات	ضمور بالعضلات	ذكاء عادي	ابتدائي
8- زين عادل صالح العوفي .	9 سنوات	شلل نصفي سفلي	ذكاء عادي	ابتدائي

ملحق (4)

مقياس القلق للأطفال (كراسة الأسئلة والإجابة)

تأليف :

كاستانيدا ، ماك كاندلس ، بالرمو

إعداد :

دكتورة فيولا الببلاوي

إعادة صياغة :

سارة محمد القحطاني

الناشر

مكتبة الانجلو المصرية

165 شارع محمد فريد – القاهرة

بيانات عامة

الاسم: الصف الدراسي :

المدرسة : الجنس : ولد / بنت

تاريخ الميلاد :

التعليمات :-

أقرأ كل عبارة من العبارات التالية بعناية ، اعمل دائرة حول كلمة (نعم) إذا كنت تعتقد أن العبارة تنطبق عليك ، أو أعمل دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك . أي أنك تجيب على كل عبارة إجابة واحدة بعمل دائرة واحدة حول (نعم) أو (لا) .

اقلب الصفحة وأبدأ الإجابة

لا	نعم	1- من الصعب علي أن أركز عقلي في أي شيء.
لا	نعم	2- أصبح عصيباً إذا لاحظتني أحد وأنا أعمل .
لا	نعم	3- أشعر أنني لازم أكون أحسن واحد في كل شيء .
لا	نعم	4- وجهي يحمر بسرعة .
لا	نعم	5- أنا أحب كل واحد أعرفه .
لا	نعم	6- أحياناً قلبي يدق بسرعة شديدة .
لا	نعم	7- أحياناً أشعر أنني أريد أن أصرخ .
لا	نعم	8- أتمنى لو أقدر أترك هذا المكان وابتعد عنه.
لا	نعم	9- يتهيا لي أن الأطفال الآخرين يقدروا يعملوا حاجات بسهولة أكثر مني .
لا	نعم	10- أنا دائماً أكسب في اللعب وما أخسر .
لا	نعم	11- أنا بيني وبين نفسي أخاف من حاجات كثيرة .
لا	نعم	12- أنا أشعر إن الأطفال الآخرين لا تعجبهم الطريقة التي أعمل بها الأشياء
لا	نعم	13- أنا أشعر أنني وحدي حتى عندما يكون الناس من حولي .
لا	نعم	14- عقلي لا يفكر جيداً .
لا	نعم	15- أصبح عصيباً عندما لا تكون الأمور مثل ما أريد .
لا	نعم	16- أشعر بالضيق والزهق معظم الوقت .
لا	نعم	17- أنا دائماً طيب .
لا	نعم	18 - أتضايق من كلام والديّ معي .
لا	نعم	19- أوقات كثيرة أشعر أنني لا أستطيع أن أتتنفس جيداً .
لا	نعم	20 - أنا أغضب بسرعة .
لا	نعم	21 - أنا دائماً تصرفاتي صح .
لا	نعم	22- أشعر كثيراً أن يدي تعرق .
لا	نعم	23- أذهب إلى دورة المياه أكثر من الآخرين .
لا	نعم	24- أشعر أن الأطفال الآخرين أسعد مني .
لا	نعم	25- يقلقني رأي الناس فيني.
لا	نعم	26- ألقى صعوبة في ابتلاع الطعام والشراب .
لا	نعم	27- أكون مشغول ومهموم بأشياء يتضح لي لاحقاً أن لا أهمية لها في الحقيقة
لا	نعم	28 - مشاعري تنجح بسهولة .
لا	نعم	29 - دائماً مشغول بأن كل حاجة أعملها تكون صح .
لا	نعم	30- أنا دائماً جيد .
لا	نعم	31- دائماً لدي قلق على الأشياء التي ستحصل لاحقاً .
لا	نعم	32- كثيراً لا أستطيع أن أذهب للنوم بالليل .
لا	نعم	33- يقلقني أنني كيف أكون جيداً في المدرسة .
لا	نعم	34 - أنا دائماً لطيف مع كل واحد .
لا	نعم	35 - مشاعري تنجح بسهولة إذا أحد وبخني أو أنبني .
لا	نعم	36 - أنا أقول الحقيقة في كل الأوقات .
لا	نعم	37 - غالباً أشعر بالعزلة لما أكون مع الناس .
لا	نعم	38 - أحياناً أشعر أن أحداً سيقول لي أنني أعمل أشياء بطريقة غلط .
لا	نعم	39- أنا أخاف من الظلام .

لا	نعم	40- لا أستطيع أن أركز في دراستي .
لا	نعم	41 - أنا عمري ما أغضب .
لا	نعم	42- كثيراً ما اشعر بوجع في معدتي .
لا	نعم	43- أنا أكون متضايق عندما أدخل أنام بالليل.
لا	نعم	44- في الغالب أعمل حاجات أتمنى أني لم أعملها أبداً .
لا	نعم	45- كثيراً أشعر أن عندي صداع (رأسي يؤلموني) .
لا	نعم	46- أقلق كثيراً على ما يمكن أن يحصل لوالدي .
لا	نعم	47- أنا عمري ما أقول حاجة لا يمكن إنني أقولها
لا	نعم	48- أنا أتعب بسرعة .
لا	نعم	49- من الأشياء الجيدة أن الواحد يحصل على درجات عالية في المدرسة .
لا	نعم	50- كثيراً ما أحلم بأحلام مزعجة .
لا	نعم	51- أنا عصبي .
لا	نعم	52- أنا عمري ما أكذب.
لا	نعم	53- في الغالب أكون مشغول وقلق من أي شيء سيء سيحصل لي .

ملحق (5)

الرقم :
التاريخ : ١٤٤٢/٤/٢٧ هـ
المشروعات :



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى



تفيدكم بأن الطالبة / سارة محمد عبد الله القحطاني والدارسة بقسم التربية وعلم النفس بمرحلة
الماجستير تخصص علم نفس بصدد تطبيق برنامج لقياس القلق في المدرسة "٨٣" الابتدائية للبنات بمكة
لموضوع بحثها والذي بعنوان:

" دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال
المشلولين بالطائف "

نرجو التكرم بتسهيل مهمة الباحثة المذكورة.

و بناء على طلبها أعطيت لها الإفادة .

مع خالص الشكر وتقبلوا تحياتنا

مديرة كلية التربية للبنات بمكة الأقسام الأدبية

وكلية الدراسات العليا

١٤٤٢/٤/٢٧ هـ
أ. د. نجيب بنت غلام كبي قطب الدين



د/ حصة بنت عبد العزيز الصفي
١٤٤٢/٤/٢٧ هـ

س. زرد

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O. Box 715
Cable Gameat Umm Al - Qura, Makkah
Faxemely 02 - 5564560 / 02 - 5593997
Tel Azizia 02 - 5501000 - Abdiyah 02 - 5270000

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص. ب : ٧١٥
برقيا : جامعة أم القرى - مكة
فاكسميلي : ٠٢ / ٥٥٩٣٩٩٧ - ٠٢ / ٥٥٦٤٥٦٠
تليفون سترال العزيزية ٠٢ - ٥٥٠١٠٠٠ العابدية ٠٢ - ٥٢٧٠٠٠٠

مطابع جامعة أم القرى

بسم الله الرحمن الرحيم

برنامج اللعب لخفض القلق لدى المعاقين حركياً
بمركز الأطفال المشلولين بالطائف

إعداد الباحثة:

سارة محمد القحطاني

برنامج للألعاب البنائية التركيبية لخفض القلق لدى الأطفال المعاقين حركياً بمركز الأطفال المشلولين بالطائف

أهداف البرنامج :-

الهدف العام : " خفض القلق لدى المعاقين حركياً من الأطفال بمركز الأطفال المشلولين بالطائف " .

الأهداف الفرعية:-

1- تساعد مواد الألعاب التركيبية البنائية المستخدمة في البرنامج على تطوير مفاهيم الأطفال وتفرغ انفعالاتهم وإكسابهم مهارات حركية أدائية كالإتقان والدقة والسرعة والإنجاز .

2- تساعد الأطفال على اختبار أفكارهم وتصوراتهم وخيالهم ورغباتهم التي تتلاءم مع احتياجاتهم النفسية ومتطلباتهم النمائية وقدراتهم العقلية وزيادة وعيهم لأشياء كثيرة في واقعهم البيئي.

3- تساعد الأطفال على إنماء العمليات العقلية وزيادة إدراكهم لمفاهيم الأشياء وطبيعة المواد وخصائصها وصفاتها وبالتالي التمكن من استخدامها في حل مسائل حياتية.

4- تساعد الأطفال على النماء العقلي وتطوير القدرات الحركية وقدرة التخيل والتصور الإبداعي.(الحيلة، 2005م) .

أهمية البرنامج :-

للبرنامج أهمية بكونه:-

1- برنامج إجرائي يطبق باستخدام اللعب التركيبي البنائي للأطفال ممن يعانون من إعاقة حركية جسدية أي أن نوع العجز يقتصر على الإعاقة الحركية دون الذهنية .

- 2- يخدم البيئة السعودية والتي تفتقر لهذه النوعية من البرامج التي تختص بفئة المعاقين حركياً من الأطفال .
- 3- يمكن للمهتمين من أولياء الأمور أو المعلمين أو الأخصائيين النفسيين وغيرهم الاستعانة بهذا البرنامج في تعاملهم مع الأطفال المعاقين حركياً لسهولة تطبيقه وتوافر أدواته .
- 4- يعزز العلاقات الاجتماعية ويقويها سواء في البيئة الصفية أو خارجها .
- 5- يقوم البرنامج على الألعاب التركيبية وهو مناسب جداً لطبيعة هذه المرحلة التي سيطبق عليها .

خلفية نظرية عن البرنامج :-

هناك عدد من النظريات في علم النفس تناولت اللعب والأنشطة المرتبطة به لدى الأطفال بالدراسة والتفسير منها :-

1- النظرية المعرفية في تفسير اللعب : من علماء مدرسة علم النفس المعرفية "جان بياجيه" الذي ارتبطت نظريته عن اللعب بتعريفه للذكاء حيث يعرفه بأنه : (تنظيم الواقع على مستوى الفعل أو الفكر لا مجرد نسخه) ، ولكي تتم عملية تكيف الطفل مع محيطه الطبيعي والاجتماعي والتي تتم بطريقة تدريجية ، يسلم بياجيه بوجود عمليتين أساسيتين هما : الاستيعاب " التمثل " والتلاؤم . وعملية الاستيعاب أو التمثل هي التغيير من خصائص الشيء حتى تتناسب مع الصورة الموجودة في الذهن . أما التلاؤم فهو تغير المعاني الداخلية لتتماشى مع المثيرات الجديدة ، مثال ذلك عندما تعلم الأم ابنها كلمة قطة ، فإذا رأى كلباً قال عنه قطة وهذه هي عملية التمثل وعندما تعلمه أمه أن هذا كلب وليس قطة فإنه يتعلمها فتكون هذه هي المواءمة . (عاشور ، 1998م) .

ويؤكد بياجيه أهمية تحقيق التوازن والتناسق بين العمليات العقلية والظروف المحيطة بالإنسان أي التوازن بين الاستيعاب والمواءمة ولكن في حالة عدم وجود الاتزان هذا فإن بياجيه يقول إن الاستيعاب بشكله الخالص ، حيث "هكذا" لا يكون متوازناً بعد التلاؤم مع الواقع ، ليس سوى اللعب . أما المواءمة بدون توازن مع

الاستيعاب فإنه يسمى محاكاة أو تقليداً وبذلك يكون اللعب والمحاكاة جزأين مهمين لنمو الذكاء . (عاشور ، 1998م).

2- نظرية التحليل النفسي في تفسير اللعب : تشير نظرية التحليل النفسي إلى مجموعة من الفرضيات ، منها فرضية "فرويد" التي تؤكد على القوى البيولوجية التي تشكل مستقبل الكائن الإنساني ومن بين هذه القوى الغريزة ، حيث يولد الطفل مزوداً بمجموعة من الدوافع الغريزية اللاشعورية التي تحرك السلوك وتوجهه . ويؤكد فرويد على أهمية اللعب وعلاقته بالنشاط الخيالي للطفل حيث يفترض أن السلوك الإنساني يقرره مدى السرور أو الألم الذي يرافقه أو يؤدي إليه ، وأن الإنسان يميل إلى السعي وراء الخبرات الباعثة على السرور واللذة والمتعة وتكرارها أما الخبرات المؤلمة فيحاول المرء تجنبها والابتعاد عنها . (عاشور ، 1998م)

ويمكن استخلاص مبادئ اللعب التي تؤكد عليها نظرية التحليل النفسي وهي :-

- ❖ الربط بين عملية اللعب والنشاط الخيالي والإيهامي للطفل .
- ❖ يعبر الطفل عن رغباته ومشاعره من خلال اللعب.
- ❖ يخفف اللعب من التوتر النفسي للطفل ويساعده في حل مشكلاته .
- ❖ يمكن دراسة نفسية الطفل من خلال اللعب.
- ❖ يهرب الطفل من خلال عملية اللعب من عالم الواقع إلى عالم الوهم والخيال الحر.

❖ اللعب أداة تواصل بين الطفل والمحيطين به . (الحيلة ، 2005م)

3- نظرية الإعداد للحياة في تفسير اللعب : يؤكد أنصار هذه النظرية وفلاسفتها أن فترة الطفولة الطويلة للإنسان تساعد طفله على التدرب من خلال اللعب على جميع المهارات التي تلزمه في مرحلة الرشد ، وذلك من أجل تحقيق تكيفه والمحافظة على بقاءه ، ولذلك فإن اللعب يرتبط بصراع البقاء . ويأخذ اللعب عند الإنسان أشكالاً مختلفة منها : ألعاب المقاتلة والمنافسة الجسمية والعقلية مثل ألعاب الصيد ، ومنها الألعاب المرتبطة بنشاطات ودية وألعاب التقليد والمحاكاة والدراما وأخيراً الألعاب الاجتماعية

. وقد أكدت هذه النظرية على هدف اللعب ووظيفته وعلى تأثر اللعب بالبيئة ونوعية الحياة الاجتماعية والثقافية . (الحيلة ، 2005م)

4- نظرية التنفيس والتهئية : تعود هذه النظرية إلى العالم "كار" Cart ومضمون هذه النظرية يتلخص في أن النظم الاجتماعية تقيد كثيراً من الغرائز لدى الإنسان فيحاول كبتها مما يؤدي إلى اضطراب في نفسه ويعد اللعب أحد أهم الوسائل لإخراج هذا الكبت وللتخلص من الاضطراب . (عاشور ، 1998م)

واستناداً على بناء هذا البرنامج للأطفال في المرحلة الأساسية من التعليم من الفئة العمرية (5 – 12) سنة ، فإن (الحيلة ، 2005م) يرى أنه حتى تصبح هذه الألعاب مواداً تعليمية ملائمة للمتطلبات النمائية لأطفال هذه المرحلة لا بد من الشروط التالية:-

1- اختيار الألعاب وأنشطتها في ضوء الأهداف المقصودة بما يتفق وطبيعة اللعب ومواده وأدواته وآلياته .

2- اختيار الألعاب في ضوء القدرات العقلية للأطفال حيث يلاحظ أن لعب الأطفال الأذكى أكثر تنوعاً وتعقيداً من لعب الأطفال غير الأذكى .

3- اختيار الألعاب بما يتلاءم مع المكان والزمان والمدة المقررة للعب وجنس اللاعبين وخصائصهم وقدراتهم وميولهم واتجاهاتهم .

إجراءات البرنامج :-

1- ينفذ البرنامج على يد الباحثة ، كما يمكن للمعلمات ذوو الكفاءة بالمؤسسة تنفيذه ، أو المعالجة النفسية أو غيرهم من المهتمين لسهولة تطبيقه .

2- يستهدف البرنامج الأطفال المعاقين حركياً ممن يعانون القلق بمؤسسة الأطفال المشلولين بالطائف من الفئة العمرية (8-10) سنوات .

3- يقدم البرنامج أنماطاً من اللعب التركيبي البنائي بما يتناسب مع عينة الدراسة في موضوع البحث (تم الاستعانة بعدد من الألعاب الواردة في كتاب (الحيلة ، 2005م) ، كما قامت الباحثة بابتكار عدد من الألعاب التي تتناسب مع المرحلة العمرية للعينة) .

4- يتم تقديم البرنامج وفق تخطيط وجدول زمني يتحدد بنوع النشاط المقدم طوال فترة التطبيق ، والذي يمكن تقدير مدته بساعة ونصف أسبوعياً لفترة عشرة أسابيع من العام الدراسي .

خطة البرنامج:-

تعتمد خطة البرنامج على عدد من المراحل التي يجد (الحيلة ، 2005م) أنه يجب المرور فيها وهي :-

أ – الأعداد : ويتم في تلك المرحلة :-

1- إعداد هذه الألعاب لتكون صالحة للعمل والتأكد من ذلك حتى لا يصاب المتعلم بخيبة أمل إذا وجد لعبته لا تعمل وأن لعبة زميله تعمل بنجاح ويتبع ذلك بإزالة كل الأشياء التي قد تعوق عملها وقد تؤدي إلى إصابة المتعلمين أو إضافة بعض البطاريات اللازمة لعملها .

2- إعداد المكان المناسب ليسمح للمتعلمين بتداول هذه الألعاب ويجب أن يكون المكان من الاتساع بحيث يسمح للعب الجماعي أو الفردي أو يمكن الفصل بين هذه الأمكنة حتى لا يؤدي ازدحام المكان إلى تعذر اللعب وتحقيق الهدف من وجود هذه الألعاب التربوية ، وأفضل الأماكن لممارسة الألعاب التربوية هي مراكز مصادر التعلم .

3- إعداد المعلم نفسه أولاً بحيث يقوم بنفسه بتجربة هذه الألعاب وعمل الخطة المناسبة لاستخدامها ولا بأس من أن يعد بياناً بأسماء المتعلمين والخبرات المطلوب اكتسابها والألعاب المتوافرة لكل خبرة ويتابع كل متعلم ليعرف مجموعة الخبرات التي مر بها ونوع الصعوبات التي قد تصادفه ليقدم له المساعدة المطلوبة في حينها .

4- تهيئة أذهان المتعلمين وإثارة انتباههم حتى يعرفوا سلفاً المطلوب منهم أدائه كما يشرح لهم قواعد كل لعبة ويؤكد على ضرورة العناية بكل منها وعدم إثارة الشغب أو التعدي على الغير وذلك لحفظ النظام وإتاحة الفرصة لكل طفل أن يحقق التعلم المطلوب .

ب - مرحلة الاستخدام : وهي المرحلة التي يقوم فيها المتعلمون باستخدام الألعاب التي تم إعدادها ولا توجد طريقة أفضل من الأخرى في هذا المقام ولكن المهم أن يراعي المعلم بعض الأسس السليمة التي يقوم عليها الاستخدام الجيد لهذه الألعاب ومنها :-

1- أن يكون الاستخدام هادفاً بمعنى أن يحقق الطفل ماذا نتوقع منه فهو مثلاً ينظر إلى الصور ليستنتج اسم كل صورة ويضعه أمام الصورة المناسبة أو يقوم بترتيب أجزاء الصورة ليكون منها اسم الطائر أو لزهرة مثلاً وهكذا.

2- أن يترك المعلم الفرصة للمتعلم للعمل حتى يصل إلى الهدف المنشود وبذلك تراعى الفروق الفردية .

3- ألا يوازن المعلم المتعلمين بعضهم ببعض فكل متعلم صفاته الخاصة وقدراته واحتياجاته التي يجب أن يحترمها .

4- أن نتقبل قدرأً من الحركة والصخب الذي قد يصاحب هذا النوع من التعليم فلا نضيق ذرعاً ونفرض عليهم نظاماً قاسياً يذهب بمتعة التعلم عن طريق اللعب .

ج - مرحلة التقييم : وهنا ينبغي أن يشترك المعلم مع طلبته في اللعب لتقييم مدى نجاحهم في تحقق الهدف المطلوب والابتعاد عن كل ما من شأنه أن يثبط من همة المتعلم ويقلل من عزيمته أو يجعله ينفر من اللعب مثل تسخيف بعض أعماله أو الإقلال من قدر محاولاته أو موازنته بغيره والتقدير يؤدي إلى النجاح .

د - مرحلة المتابعة : المعروف أن المعرفة تنمو ، وكذلك المهارة لذلك يجب على المعلم متابعة المتعلم ويعمل على تنويع الخبرات التي تؤدي إلى زيادة الخبرة بالتدريج وبالمثل فإن تنويع الألعاب التربوية يؤدي إلى الحصول على الخبرة نفسها حتى نتأكد من أن المتعلم قد وصل إلى المستوى المقبول من الأداء وبذلك ينتقل إلى الخبرة التالية .

وفيما يلي جلسات البرنامج

رقم الجلسة	الجلسة الأولى
موضوع الجلسة	تشكيل جسم الكائن الحي (الحيلة ، 2005)
الهدف من الجلسة	1- تشكيل (تركيب) جسم الخنفساء بسرعة وإتقان . 2- تشكيل جسم الخنفساء بشكل صحيح . 3- تسمية أجزاء جسم الخنفساء التي تم تركيبها.
المدة الزمنية	ساعة ونصف
الأنشطة الممارسة مع الأطفال	<u>أولاً: التعارف والتحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن اسمها وتطلب منهم بدورهم ذكر أسمائهم للتعارف قبل المشاركة في اللعب ، ثم تخبرهم عن رغبتها في أن يشاركونها برنامجاً للعب ممتد لعدة جلسات وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب ، ثم تخبرهم عن لعبة اليوم . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة سنأخذ جسم الخنفس: 1- نرسم على لوح كرتون ورقة نبات كبيرة وداخلها خنفساً محدد الأجزاء . 2- باستخدام المشروط نعلم أجزاء الخنفس . 3- نفصل رسم الخنفس عن ورقة النبات ثم نقص أجزاء جسم الخنفس (رأس – الذيل – الجذع – الأرجل) . 4- ممكن إضافة بعض التفاصيل مثل عمل تجويف للعينين داخل رأس الخنفس ووضع حجر بلاستيك مكانهما . 5- تلبس ورقة النبات بورق ملون مناسب كما نغطي جسم الخنفس بلون من اختيارنا أيضاً . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> يتم اختيار لاعبين ويطلب منهما التسابق لتركيب أجزاء جسم الخنفساء على ورقة النبات وذلك بتركيب عدد الأجزاء بحسب العدد الظاهر على حجر النرد والذي يرميانه بالتناوب ويربح اللعب من ينتهي أولاً من إعداد العمل بشكله النهائي .
المشرفين على الجلسة	المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي

الجلسة الثانية	رقم الجلسة
تصميم التحف	موضوع الجلسة
1- تصميم شكل بالصلصال لاستخدامه كزينة بإتقان وجودة . 2- مراعاة مطابقة الشكل بالألوان المستخدمة . 3- إنماء الخيال والقدرة الإبداعية عند اختيار التصميم .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- صلصال وقواطع ونشّاب . 2- بعض الخامات للتزيين كاللؤلؤ والخرز. 3- ألوان وفراشي التلوين . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> يُقسم الأطفال إلى مجموعات ، ويطلب من كل مجموعة إنجاز العمل باستخدام الخامات المتوفرة أمامها مع محاولة الإبداع حيث سيتم اختيار المجموعة الرابحة بالترتيب الأولي بما تتميز به عن غيرها من إتقان وجودة ، مع مراعاة الترتيب والنظافة .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة الثالثة	رقم الجلسة
البناء السريع	موضوع الجلسة
1- تركيب بناء باستخدام المكعبات الخشبية بشكل صحيح . 2- إضافة بعض الأجزاء التي تزين البناء كالأعلام والأبواب. 3- تنمية قدرة التخيل والإبداع في العمل . 4- الأخذ بعامل التنافس في الحسبان.	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- المكعبات الخشبية . 2- بعض الخامات البسيطة التي تفيد في تصميم البناء مثل أعلام صغيرة وأبواب وأثاث حجرات . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> توضع المكعبات الخشبية أمام الأطفال بعد تقسيمهم إلى فرقتين ويطلب منهم تصميم بناء حرّ شريطة سرعة إنجاز بناء يحتوي على عدد من الحجرات ومكون من طابقين قبل انتهاء الوقت المحدد بزمان معين (خمس دقائق على أقل تقدير) ، والتصميم الأكثر تفصيلاً هو الرابع .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة الرابعة	رقم الجلسة
لوحه الأصدقاء	موضوع الجلسة
1- أن يشترك جميع الأطفال في دهن اللوح . 2- أن يستخدم الأطفال الألوان المناسبة للرسم . 3- زرع روح التعاون والاتفاق بين أفراد المجموعة .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- لوح كبير من الأبلকাশ رسم عليه شكل فني (شاطئ البحر) ومقسم إلى ثمانية أجزاء . 2- ألوان وفراشي التلوين . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> يقسم الأطفال إلى ثمان مجموعات ويطلب من كل مجموعة أن تلون جزء من الرسم بالألوان المناسبة مع مراعاة باقي أجزاء الرسم ليكتمل شكل اللوح بتناسق وإتقان، مع التنبيه على الترتيب والنظام في إنجاز العمل حيث أن عامل الوقت لا يشكل أهمية في هذه اللعبة .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة الخامسة	رقم الجلسة
تزيين الأواني الفخارية	موضوع الجلسة
1- لتزيين الأواني الفخارية . 2- استخدام الألوان والخامات المتوفرة للتزيين . 3- عرض الأعمال في الصف .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- توفير الأواني الفخارية بعدد التلاميذ . 2- توفير عدد من عبوات الألوان . 3- توفير خامات مختلفة لتزيين الأواني . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> تعرض الأدوات على طاولة العمل ويتم توضيح فكرة العمل للتلاميذ حيث تكون الخطوة الأولى هي اختيار الطلاء الأساسي للأنية ومن ثم الزينة التي تخضع لاختيارهم الشخصي ، مع التنبيه على ضرورة المحافظة على النظافة وترتيب المكان عند الانتهاء من انجاز العمل .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة السادسة	رقم الجلسة
من أكون؟	موضوع الجلسة
1- التعرف على المهن المختلفة وتسميتها . 2- تجسيد شخصيات أصحاب المهن عند عرض كل مهنة . 3- تعداد الأدوات المستخدمة في كل مهنة .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> يطلب من كل تلميذ في وقت سابق أن يختار مهنة ويتقدم لعرضها في وقت النشاط . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> عند إعلام التلاميذ بفكرة اللعب يطلب منهم الاستعداد سواء كان بالأزياء المناسبة أو بجمع أكبر عدد من المعلومات عن هذه المهنة كما يمكنهم طلب المساعدة من المعلمة إن لم تتوفر لهم الأدوات أو صادر المعلومات ، وأثناء العرض يتم بشكل تسلسلي عرض المهن والتحدث عنها وطرح الأسئلة إن وجد .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة السابعة	رقم الجلسة
بناء الطائرات	موضوع الجلسة
1- أن يبني التلاميذ أجسام الطائرات بشكل صحيح . 2- أن يبني الطفل جسم الطائرة باستخدام قطع الفلين . 3- أن يسمي الطفل أجزاء جسم الطائرة .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التعارف والتحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من اللعب . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- توفير أجزاء أجسام الطائرات من الفلين المضغوط الملون 2- توفير بعض الغراء للترتيب . 3- الورق اللاصق الملون للترتيب . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> تعرض المواد أمام التلاميذ ويتم عمل نموذج لهم وذلك ببناء جسم لطائرة من قطع الفلين الملونة التي سبق قصها بشكل متطابق لأجزاء الطائرة ، ثم يتم جمع الأجزاء مع بعضها باستخدام الغراء ومن ثم يقص الورق اللاصق الملون بأشكال تمثل شعارات وزينة للطائرة .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة الثامنة	رقم الجلسة
تصميم لوحة جدارية	موضوع الجلسة
1- أن يستخدم التلاميذ ألوان الدهان للرسم . 2- أن يرسم الأطفال على قطع السيراميك . 3- أن تكون الرسوم عشوائية وغير محددة . 4- تنمية قدرة التخيل والإبداع في الرسم .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التعارف والتحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من الرسم . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- توفير قطع من السيراميك بعدد التلاميذ . 2- توفير عدد من ألوان الدهان وفراشي الدهن . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> يترك للتلاميذ حرية اختيار الألوان وطريقة الرسم عند تصميم الرسم على ألواح السيراميك وعند الانتهاء من العمل والتأكد من جفاف الألوان تلصق المعلمة قطع السيراميك على لوح كبير وتعرض كجدارية تمثل مساهمة التلاميذ في تجميل بناءهم .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة التاسعة	رقم الجلسة
صندوق الكنز	موضوع الجلسة
1- أن يزين الأطفال الصناديق باستخدام ورق البلاستيك . 2- أن يزين الاطفال الصناديق باستخدام ألوان الباخ . 3- أن يزين الأطفال العمل بعدد من الحلي البلاستيكية . 4- أن يستخدم الأطفال الغراء في العمل.	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
<u>أولاً: التعارف والتحمية :-</u> تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من الرسم . <u>ثانياً : أنشطة الجلسة :-</u> في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- عمل رسوم مفرغة على أوراق بلاستيك لعدد من المجوهرات والحلي والنقود . 2- ألوان باخ متعددة . 3- عدد من الحلي البلاستيكية . 4- غراء ومقص . <u>ثالثاً : طريقة اللعب :</u> تعرض أمام التلاميذ صناديق كرتونية ويطلب منهم تزيينها وزخرفتها باستخدام قطع البلاستيك المفرغة وألوان الباخ لتتماثل مع صناديق الكنوز المتعارف عليها في قصص الأساطير مع تزيينها بعدد من الحلي البلاستيكية واستخدام الغراء لتثبيتها .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

الجلسة العاشرة	رقم الجلسة
النحلة تجمع العسل	موضوع الجلسة
1- أن يؤدي الأطفال دور النحل في جمع العسل . 2- أن يجمع الأطفال عبوات العسل الموجودة داخل كل زهرة .	الهدف من الجلسة
ساعة ونصف	المدة الزمنية
أولاً: التعارف والتحمية :- تجتمع الباحثة مع الأطفال في غرفة اللعب ثم تبدأ بإلقاء السلام والتعريف عن لعبة اليوم وتطلب منهم بوضوح المحافظة على ترتيب ونظافة المكان عند الانتهاء من الرسم . ثانياً : أنشطة الجلسة :- في هذه اللعبة يتم تجهيز الأدوات : 1- زي نحلة يتناسب وحجم الأطفال . 2- عدد من عبوات العسل . 3- مجسمات لعدد من الأزهار المصنوعة بالفلين . ثالثاً : طريقة اللعب : يتم اصطحاب التلاميذ للفناء الخارجي بعد إعداده كبستان يحوي عدداً من الأزهار والتي بدورها تحمل الرحيق الذي تجمع منه النحلة العسل، لذا يطلب من كل تلميذ يرغب في المشاركة في اللعب أن يرتدي زي النحلة ويشرع في تجميع العسل من الأزهار في أسرع وقت ممكن ليحقق الفوز .	الأنشطة الممارسة مع الأطفال
المعلمات : فاطمة الغامدي ، فاطمة الحارثي	المشرفين على الجلسة

ملحق (7)

"برنامج الألعاب التركيبية البنائية لدى الأطفال المعاقين حركياً" (نسخة التحكيم)

الأستاذ / الأستاذة الفاضل..... المحترم ،،
أفيدكم بأنني بصدد إجراء بحث بعنوان " دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف " .
ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية في مجال طرائق التدريس والعلوم النفسية والتربوية ،
نأمل أن تكون لنا الفائدة من قراءتكم لهذا البرنامج مع تحديد :
- نسب ودرجة أهمية واتجاه كل من الألعاب المدرجة في أدناه بالنسبة لبرنامج الألعاب البنائية التركيبية المراد تطبيقها على عينة البحث – من الأطفال المعاقين حركياً بمؤسسة الأطفال المشلولين بالطائف .
- توضيح مدى ملائمة هذه الألعاب للمرحلة العمرية للعينة .
مع تحديد ما ترونه مناسباً وما تقترحونه من إضافة أو تعديل لهذه الألعاب .
شاكراً تعاونكم معي ،،،

اسم الأستاذ :.....
الدرجة العلمية:.....
الاختصاص :.....
التوقيع :.....

الباحثة :
سارة محمد عبدالله القحطاني