Afro-Asian Journal of Scientific Research (AAJSR)
المجلة الأفروآسيوية للبحث العلمي
E-ISSN: 2959-6505
Volume 4, Issue 1, 2026
Page No: 90-111
Website: https://aajsr.com/index.php/aajsr/index
SJIFactor 2024: 5.028 ISI 2025: 0.915 معامل التأثير العربي (AIF) 2025: 0.76

A Behavioral Therapy Program Based on Behavioral Learning Theories to Reduce Abusive Behavior in Children with Mild Mental Disabilities

Aenia Daw Mohamed Matouk Ajtilaw*
Department of Psychology, University of Sebha, Sebha, Libya

برنامج علاج سلوكي قائم على نظريات التعلم السلوكية لخفض سلوك الايذاء لدي اطفال الاعاقة العقلية البسيطة

اعناية ضو محمد معتوق اجطيلاوي*
قسم علم النفس، جامعة سبها، سبها، ليبيا

*Corresponding author: Aaenia.matouk@sebhau.edu.ly

Received: November 16, 2025	Accepted: January 18, 2026	Published: January 27, 2026

Copyright: © 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Abstract:
This research aims to identify the effectiveness of a behavioral training program based on behavioral learning theories in reducing harmful behavior (aggression toward self or others) in children with mild mental disabilities. The study sample consisted of (9) children with mild mental disabilities who were trainable and educable. Their ages ranged between (9-12) years, and their IQ was between (50-75) from the Center for the Development of Mental Abilities in the city of Sabha .The researcher used a two-component self-harm behavior scale (self-harm "aggressive behavior toward oneself") and harming others (aggressive behavior toward others) (prepared by the researcher), as well as a behavioral training program (prepared by the researcher). The researcher adopted a quasi-experimental approach for a single sample. The research results showed that there were differences between the pre- and post-measurements of the sample members in favor of the post-measurement, and that there were no differences between the post- and follow-up measurements of the sample members. According to these results, it can be said that the training program is effective in reducing self-harm behavior.

Keywords: Behavioral training therapeutic program, behavioral learning theories, self-harm behavior, children with mild mental disabilities.

الملخص:
يهدف البحث الحالي الي التعرف على مدي فاعلية برنامج علاج سلوكي قائم على نظريات التعلم السلوكية في خفض سلوك الايذاء لدى أطفال الاعاقة العقلية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (9) أطفال اعاقة عقلية من ذوي الاعاقة العقلية البسيطة والقابلين للتدريب والتعليم، وتراوحت أعمارهم ما بين (9: 12) سنة، ونسبة ذكائهم من (50: 75) من مركز تنمية القدرات الذهنية بمدينة سبها. وطبق مقياس (ايذاءالذات"، وايذاء الاخرين (السلوك العدواني نحو الاخرين)) (اعداد الباحثة)، وبرنامج التدريب السلوكي (اعداد الباحثة)، واعتمدت الباحثة المنهج شبه التجريبي للعينة الواحدة، وتوصلت نتائج البحث إلى: وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد العينة لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي لأفراد العينة ووفقاً لتلك النتائج يمكن القول ان للبرنامج التدريبي فاعلية في خفض سلوك الايذاء.

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي تدريبي سلوكي، نظريات التعلم السلوكية، سلوك الايذاء، اطفال الاعاقة العقلية البسيطة.

المقدمة:

يعاني الكثير من أطفال الإعاقة العقلية العديد من المشكلات الصحية والنفسية وتدني في المهارات الحياتية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية؛ بسبب القصور في القدرة العقلية؛ حيث تؤدي الإعاقة العقلية إلى تدني وانخفاض العديد السلوكيات المرغوب فيها، والقيام بسلوكيات غير مرغوب فيها مثل: (العدوانية، والانطواء، والعزلة والفوضوي والعصبية)، الأمر الذي يؤثر على علاقتهم بمن حولهم وتسبب الضيق والنفور منهم، مما يجعل الآخرين يعاملونهم بطريقة غير مقبولة.

وقد أشارت نتائج دراسات كل من Jansen (2004); Singh (2005) أن الضعف العقلي وما ينطوي عليه من قصور هو سبب الكثير من المشكلات السلوكية لهؤلاء الاطفال، بالإضافة الي معاناة هذه الفئة من الكثير من الأمراض الصحية، والمشكلات النفسية والاجتماعية والانفعالية؛ بسبب إعاقتهم العقلية وانخفاض ذكائهم.

من أبرز ما يعاني منه هؤلاء الاطفال من سلوكيات غير مرغوب فيها سلوك الإيذاء نحو الذات ونحو الاخرين؛ حيث تثبت نسبة كبيرة من الدراسات السيكولوجية السابقة وجود هذه السلوكيات لدى أطفال الذين يعانون من الضعف العقلي. وبما ان النسبة العالية من هذه الفئة تقع ضمن فئة الإعاقة العقلية البسيطة أي القابلين للتعليم والتدريب، كان لابد من الاستفادة من إمكانياتهم إلى أقصى حد ممكن؛ من أجل مساعدتهم في الانخراط في المجتمع من خلال ترويضهم علي السلوكيات المرغوبة التي تساعدهم علي ذلك والتخلص من السلوكيات التي تعيق ذلك، لهذا اهتم الكثير من العلماء والباحثين والمربين بالبحث عن الطرق والسبل؛ لرعاية هذه الفئة وتطويرها لكي لا يكونوا عالة على أسرهم أولًا وعلى مجتمعاتهم ثانيًا، ولا تقف رعاية هذه الفئة عند حد إلحاقهم بمركز أو مؤسسة تعليمية أو إيوائية، بل يجب أن تمتد إلى مساعدتهم على تحقيق الأداء التكيفي في المواقف الحياتية المختلفة، والتخلص من كل ما يعوقهم لذلك، ويمكن تحقيق ذلك إذا قمنا بتدريبهم وتأهيلهم علي ضبط الذات والتخلص من السلوكيات الغير مرغوب فيها التي تسبب عدم التوافق الاجتماعي في بيئاتهم، أو على الأقل التقليل من حدتها إلى أقصي حد ممكن، وهذا لا يتم إلا بإعداد برامج تدخل سلوكي؛ حيث تشير نتائج آلاف الدارسات العلمية المنشورة في مجلات علمية محكمة إلى أن أساليب تعديل السلوك فعالة جدًا في تدريب الأفراد المعاقين عقليًا وتعليمهم إذا ما تم إعدادها وتطبيقها على أساس علمي تربوي صحيح؛ حيث يُعد أسلوب تعديل السلوك من أكثر الأساليب ملائمة لحالات الإعاقة العقلية مقارنة بغيرة من الأساليب المتبعة في العلاج أو التدريب التي تستلزم استخدام قدرات عقلية معرفية عالية.

ويُعد التدريب السلوكي أحد الأساليب العلاجية الفعالة في خفض السلوكيات السلبية، عن طريق إكساب الأطفال ذوي الإعاقة- على اختلاف فئاتهم- مهارات وسلوكيات اللازمة والمرغوبة التي من شأنها مساعدتهم على معالجة السلوكيات غير المناسبة أو الحد منها، وبالتالي تحقيق قدر من التوافق الاجتماعي حسب ما يري العديد من الباحثين، ويعتمد الإطار النظري للعلاج السلوكي أو التدريب السلوكي على استخدام مبادئ وقوانين نظريات التعلم الإجرائي والاشتراطي وفنيات النمذجة والدعم والتعزيز، كما يهدف إلى خفض السلوك غير المرغوب فيه و التخلص منه وتقوية السلوك المرغوب فيه، فالأنماط السلوكية هي استجابات شرطية متعلمة يمكن تعديلها من خلال إزالة المثيرات الناتجة عن تلك الاستجابات.

أن الكثير من البحوث والدراسات أكدت فاعلية أساليب العلاج السلوكي في خفض المشكلات المصاحبة للإعاقة العقلية مثل العدوان وإيذاء الذات واضطرابات السلوك الفوضوي واضطراب تشتت الانتباه وغيرها من الاضطرابات، وتوصلت بعض البحوث إلى إمكانية تدريب أطفال ذوي الإعاقة العقلية علي السلوكيات المرغوب فيها من خلال تطبيق نظريات تعديل السلوك؛ حيث يُعد الأكثر فاعلية في خفض السلوك غير المرغوب فيه كما يشير (Anestacio (2004

القاعدة العلمية السالفة الذكر كانت دافع للباحثة إلى تبني أسلوب العلاج السلوكي القائم علي نظريات التعلم السلوكية في هذا البحث، استناداً الي المسلمة العلمية التي تشير إلي ان السلوك الإنساني قابل للتغير والتعديل، ومن حق طفل الإعاقة العقلية أن يتلقى المساعدة؛ من أجل تحسين سلوكه وتعديله، وذلك من خلال وضع برامج تدريبية لهم بمعايير علمية وعملية وبأسلوب يتناسب مع حاجاتهم وقدراتهم ويرتبط بها حتى يتسنى لهم الانخراط في المجتمع والتفاعل معه دون المعاناة من أية مشاكل قد تعوق ذلك التفاعل والاندماج.

والدافع الآخر يظهر في الشعور بأهمية الحاجة إلى الدراسة الحالية في بيئة الدراسة (البيئة الليبية)؛ حيث أنها تتطرق لموضوع تدريب سلوكي علي عينة من أطفال الإعاقة العقلية، يعد هذا الموضوع ليس جديد في مجال البحث العلمي، ولكن تأتي حداثته من حيث الحدود المكانية والبشرية وأيضًا من حيث الظروف التي يعيشها أفراد عينة الدراسة؛ حيث ترى الباحثة أن إعداد برنامج سلوكي تدريبي بهدف خفض بعض السلوكيات الغير مرغوب فيها (سلوك إيذاء الذات والاخرين) لأطفال الإعاقة العقلية في عمر(9: 12) سنة ومستوى ذكاء من (50: 75) على عينة من المجتمع الليبي يمكن أن يحقق نتائج إيجابية تدعم البحث العلمي والمراكز التأهيلية.

المشكلة:

تشكل ظاهرة الإعاقة العقلية نسبة (2: 3) من السكان، فكما تدل الإحصائيات أن هناك ما يقرب من (2.5%: 3%) من الأطفال يعانون من حالة إعاقة عقلية بمستوياتها الثلاثة (القابل للتعليم، القابل للتدريب، وغير القابل للتعليم أو التدريب) وتزداد هذه النسبة ويمكن أن تصل إلى أكثر من (7%) في المناطق ودول العالم الثالث (محمود الشرقاوي، 2016 :77).

في عام 2007، بدأت منظمة الصحة العالمية تتنبه لازدياد وارتفاع حجم ظاهرة الإعاقة العقلية بأنواعها المختلفة عالميًا ومحليًا من خلال التقارير الصادرة عنها في ذلك العام والتي تشير إلى ما يقرب من (550 مليون نسمة) يعانون من الإعاقات المختلفة، وإن كانت هذه النسبة تزيد عن ذلك في الدول النامية لتبلغ (13 إلى 15%)، إلا أن من بين

هؤلاء (150 مليون نسمة) تقريبًا يعانون من الإعاقة العقلية بنسبة (3%) من سكان العالم (منظمة الصحة العالمية، 7 200).

وهناك دراسات أجريت على عدد كبير من الدول في العالم تشير إلى أن النسبة (2,3%) (HEWAERD (2000، وأن معدل الانتشار للذكور والإناث يكون (1: 2) على الترتيب، كما أن ما يقرب من (70%) من فئة المعاقين عقليًا ينتمون إلى التخلف العقلي البسيط، وتتوزع نسبة الإعاقة حسب درجتها وشدتها معتمدة على نوع الإعاقة معامل الذكاء (IQ) إلى إعاقة عقلية بسيطة (85%)، إعاقة عقلية متوسطة (10%)، إعاقة عقلية شديدة (4, 3%)، إعاقة عقلية شديدة جدًا (1-2%) (جمال الخطيب ،28:2008).

ومن هنا نبع الإحساس بالمشكلة وبرزت مشكلة البحث وتحددت في السؤال الرئيسي التالي:

- ما مدى فاعلية برنامج قائم على نظريات التعلم السلوكية في خفض سلوك الايذاء لدي اطفال الاعاقة العقلية البسيطة؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل ينخفض سلوك الايذاء لدى أطفال العينة في القياس البعدي؟
2. هل يستمر التحسن لدى أطفال العينة بعد انتهاء البرنامج التدريبي (بمدة شهر).

أهداف الدراسة:

تسعي الدراسة الحالية إلى الاهداف التالية:

1. التُعرف على مدي فاعلية البرنامج قائم على نظريات التعلم السلوكية في خفض سلوك الايذاء لدي اطفال الاعاقة العقلية البسيطة بعد انتهاء التطبيق.
2. التُعرف على مدي استمرار فاعلية البرنامج خفض سلوك الايذاء لدى أطفال العينة بعد انتهاء البرنامج التدريبي بفترة (مدة شهر).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

أولاً: الأهمية النظرية:

1. تُعد متغيرات هذه الدراسة من المتغيرات التي تحتاج الي البحث والدراسة من حين الي اخر في البيئة الليبية على فئة أطفال الإعاقة العقلية، فهناك عدد محدود من هذه الدراسات ولكنه في إطار متغيرات أخرى أو عينات مختلفة، هذا حسب ما توفر من دراسات حسب اطلاع الباحثة.
2. تسهم الدراسة الحالية في أثرًاء مجال هام من مجالات علم النفس والتربية الخاصة؛ حيث يُعد إضافة جديدة في الدراسات النفسية في مجال الإعاقة العقلية، فقد لاحظت الباحثة من خلال الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة سواء على البيئة المحلية أو الدولية، ان نسب شيوع الاعاقة في تطور مستمر داخل المجتمع لد كان لابدا من دارسة المتغيرات الخاصة بهذه الفئة من المجتمع ومن حين الي اخر.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية:

1. اعداد برنامج علاجي تدريبي مستند على نتائج الدراسات والبحوث السابقة يتضمن مجموعة من الأنشطة (الفنية، والحركية، والمهارية، والقصصية) من خلال مجموعة من الفنيات المهمة لتعديل السلوك (تدعيم، نمذجة، لعب دور.... الخ)، ويمكن أن يستفيد من نتائج تطبيقه المرشدون الاختصاصيون والقائمون على رعاية هذه الفئة في تنمية مهارتهم وخفض مشكلاتهم السلوكية، كما يمكن أن يستفاد من التوصيات التي توصلت إليها الدراسة في تصميم برامج سلوكية، وفتح المجال أمام الدراسات والأبحاث اللاحقة، واقتراح طرق وأساليب جديدة؛ يمكن استخدامها في مساعدة هذه الفئة من الأطفال.
2. تطبيق مقاييس ذات مواصفات سيكو مترية بهدف الوصول الي نتائج تساهم في اثراء البحث العلمي.

مصطلحات الدراسة:

أولاً: الإعاقة العقلية Mental Retardation:

تعرف الإعاقة العقلية بأنها: "حالة من عدم التوافق الذهني وعدم اكتمال النمو الذهني"(وليد السيد ،2006: 122)

وتتبنى الباحثة التعريف الذي اورده جمال الخطيب (2003): والذي وضعته الجمعية الأمريكية للإعاقة AAMR: الذي ينص على "أنها إعاقة تمتاز بانخفاض ملحوظ في كل من القدرات الوظيفية والذكائية والاجتماعية والمهارات التكيفية الممارسة وتنشأ هذه الإعاقة قبل سن 18سنة (جمال الخطيب،2003: 113).

ثانياً: السلوكيات الغير مرغوب فيها وتُعرفها الباحثة إجرائيًا بأنها: ما يصدر عن الطفل من سلوك سلبي غير مقبول اجتماعياً ويتحدد في البحث الحالي في سلوك الايذاء (إيذاء الذات وإيذاء الاخرين) وتتحدد سيكو متريا على أنها: الدرجة التي يتحصل عليها طفل الاعاقة العقلية على مكونات مقياس ايذاء الذات المعد في هذا البحث.

ويمكن تعريف سلوك الايذاء الذي يتضمنه المقياس بالبحث الحالي كما يلي:

- **سلوك إيذاء الذات (السلوك العدواني نحو الذات) Behavior of self – harm**: ويتمثل في قيام طفل الاعاقة العقلية بإيذاء جسده عمدًا، وقد تظهر على جسده علامات لحروق أو عض أو ضرب أو جرح أو خدش.
- **سلوك إيذاء الأخرين (السلوك العدواني نحو الاخرين) Aggressive Behavior:** يتمثل في أي قول أو فعل أو إشارة تصدر من طفل الإعاقة العقلية يهدف من ورائها إلحاق الضرر بالآخرين أو الأشياء من حوله.

ثالثاً: التدريب السلوكي Behavior Modification:

يعرف يزنك تدريب السلوك: "محاولة تغيير السلوك الإنساني وفق نظريات التعلم" (جمال الخطيب وآخرون ،2003: 14).

ويُعرف تدريب السلوك وتعديله أيضًا بأنه: "نوع من العلاج التدريبي السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر لمبادئ التعلم والتدعيمات الإيجابية والسلبية؛ بهدف تعديل السلوك غير المرغوب فيه (بطرس حافظ ،2010: 210)

وكذلك يُعرف أسامة فاروق مصطفى (2017) تعديل السلوك وتدريبه: ببساطة التطبيق الفعلي لمبادئ السلوك على مشكلات السلوك، تلك المبادئ والأسس التي توصل إليها علم النفس التجريبي، وهو يقوم أساسا على مبادئ التعلم في تكوين المهارات وأساليب السلوك الجديدة واختزال وكف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوبة (أسامة مصطفى،2017: 28).

تعرفه الباحثة: "بأنه أسلوب أو طريقة يعتمد على إجراءات وأنشطة وفنيات معينة خاضعة لمبادئ نظريات التعلم السلوكية بهدف تعديل سلوك الطفل وتغيره إلى أحسن ما يمكن".

رابعاً: برنامج التدريب السلوكي Behavioral Training Program:

تُعرف الباحثة برنامج التدريب السلوكي وفقًا لمنهجية هذا البحث بأنه: "تلك العملية المنظمة والمخططة والمقصودة والتي تتكون من مجموعة من الجلسات التدريبية التي تحتوي على أنشطة مختلفة (معرفية، سلوكية، وجدانية) وفنيات (نمذجة، تعزيز، لعبة دور، تغذية راجعة، واجب منزلي) تعتمد على نظريات علم النفس السلوكية وتهدف إلى مساعدة أطفال الاعاقة العقلية من عمر (9: 12سنة) ومستوى ذكاء من (55: 75) والذين يعانون من سلوك الايذاء (السلوك العدواني نحو الذات والسلوك العدواني نحو الاخرين) خلال فترة زمنية محددة".

خامساً: أطفال الإعاقة العقلية القابلين للتعلم:

هم أولئك الأطفال الذين تقل نسبة ذكائهم عن المتوسط العادي بمقدار ما يتراوح بين انحرافين معياريين إلى ثلاثة في اختبار ما، من اختبارات الذكاء المقننة أي ما يتراوح بين (75:50 درجة) درجة علي مقياس وكسلر، أو ما بين (73:52) درجة علي مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ‘او ما يعادل أيا منهما علي اختبارات مقننة اخري ‘ ، ونظرًا لقدرتهم على الاستفادة إلى حد ما من البرامج التعليمية والتدريبية العادية إذا ما أحسن تخطيطها وتصميمها بما يتلاءم مع خصائصهم وقدراتهم فأنهم يوصفون عادة بالقابلين إلى التعلم.

محددات الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بما يلي:

أ. **المنهج المستخدم:** اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة مع مراعاة التكافؤ بين افراد العينة (من حيث مستوى الذكاء والمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للأسرة).

ب. **العينة:** تتحدد بمجموعة من أطفال الاعاقة وعددهم (9) الحاصلين على أعلى الدرجات على مقياس سلوك الايذاء المعد في هذه الدراسة، مستوى ذكائهم من (55:75 درجة) من الذكور والإناث يعيشون مع والديهم من مستوى اقتصادي اجتماعي ثقافي متكافئ غير مصابين بإعاقات أخرى (بصرية، سمعية، حركية) أو أمراض صحية مزمنة وأعمارهم من (9: 12 سنة).

ت. **أدوات الدراسة:**

تم الاعتماد على الأدوات الآتية:

1. استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة الليبية (إعداد الباحثة).
2. مقياس سلوك الايذاء للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (إعداد الباحثة).
3. البرنامج التدريبي القائم على نظريات التعلم السلوكية (إعداد الباحثة).

ث. **المحددات المكانية:** مجموعة من أطفال الاعاقة العقلية من مركز تنمية القدرات الذهنية بمدينة سبها (ليبيا).

ج. **المحددات الزمانية:** أجريت الدراسة الميدانية وتم تطبيق البرنامج، ومتابعة العينة البحثية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الفترة من أكتوبر إلى مارس للعام (2024).

الإطار النظري للبحث:

المحور الأول: الإعاقة العقلية Mental Retardation:

مفهوم الإعاقة العقلية وتعريفها:

هناك عدة تعريفات للإعاقة العقلية وفقًا للوجهات مختلفة ويمكن الإشارة إلى تعريف الإعاقة في "معجم علم النفس" الذي ينص على أنها "اضطراب يتميز بأداء الوظائف الذهنية أو العقلية على عوامل من المتوسط وبدرجة دالة جوهريًا، ويحدد إجرائيا بأن نسبة الذكاء (70) أو أقل مع تفرد السلوك التكيفي بما فيه التفكير والتعلم وأساليب التوافق المهني والاجتماعي ويظهر خلال الفترة الارتقائية تحت 18 سنة" (علاء الدين كفافي، واخر،1992: 20).

أما تعريفات الإعاقة العقلية وفقًا لعدة توجهات هي كالتالي:

أولاً: التعريف الطبي للإعاقة العقلية Medical Definition of Mental Disability:

يرى الممثلون لهذا الاتجاه أن أسباب الإعاقة ترجع إلى إصابة يتعرض لها الفرد أثناء الولادة أو بعدها، كما يؤكدون بأن الإعاقة العقلية هي حالة من توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ؛ نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة

أو بسبب عوامل جينية، وأن الإعاقة العقلية ترجع إلى عوامل تصيب المراكز العصبية في المخ مما يعطل اكتمال وظائف الدماغ (عبد الفتاح الشريف ،2016 :74؛ السيد الشربيني ،2017: 19).

ثانيًا: التعريف السيكومتري Psychometric Definiton of Mental Disability:

1. **يُلخص التعريف السيكومتري:** "المعاق عقليًا هو الشخص الذي يقل ذكاؤه عن (70) درجة على مقاييس الذكاء المقننة"، ونركز في هذا الاتجاه على الخصائص العقلية والنسبية وعدت الدرجة المنخفضة على منحني التوزيع الطبيعي هم الأفراد المصابون بإعاقات عقلية (وليد خليفة، 2006 :97).

ثالثًا: التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية Social Definition of Mental Disability:

التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية: هو حالة من عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزًا عن التكيف مع الآخرين مما يجعله دائما بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم من الآخرين (طارق عبد الروف ،2008: 24).

رابعاً: التعريف التربوي للإعاقة العقل ية:Educational Definition of Mental Disability

يعتمد الاتجاه التربوي على مدي قدرة الفرد على التعليم والتدريب؛ حيث يمثل هذا الاتجاه الجمعية الوطنية للأطفال المتخلفين عقليًا، والتي ترى "أن المعاق عقليًا هو الشخص الذي يعاني منذ الطفولة صعوبة غير عادية في التعليم، وهو غير فعال نسبيًا في استخدام ما تعلمه في مواجهة مشكلات الحياة العادية وهو يحتاج إلى تدريب وتوجيه خاصين؛ ليستفيد من طاقاته مهما كانت"(حنان الشيخ ،2003: 7).

خامسًا: التعريف القانوني The legal definition of mental disability:

يركز التعريف القانوني على أن الشخص المعاق عقليًا: هو (الشخص غير القادر على الاستقلالية في تدبير شئونه؛ بسبب الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة)، ويعني التعريف القانوني بتحديد مسئولية الفرد من الاعتماد على النفس وكسب العيش، وكذلك مسئولية المجتمع نحوه (مدنية أو جنائية) (مسعد ابوالديار واخر، 2015: 23).

سادسًا: تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية American Psychiatric Association:

وفي محاولة لتجاوز الاختلافات والنقاشات المتباينة في تعريف الإعاقة العقلية وتوحيد المصطلحات وملاقاة الاتجاهات في هذا الشأن، أصدرت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAIDD ,2008,) في دليلها السنوي تعريفًا حاولت فيه أن تجمع فيه كافة الاتجاهات والمجالات وهو (حالة تتميز بمستوي أداء وظيفي عقلي عام دون المتوسط بدلالة أو بشكل ملحوظ مصحوبًا بقصور في السلوك التكيفي للفرد وتظهر خلال الفترة النمائية من حياته (Tomas&Shea,2014:356).

وفي عام (2013) نصت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (Association Psychiatric American تعريفاً ينص: على أن الإعاقة العقلية إعاقة تتسم بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي، والسلوك التكيفي تمثلها المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية وتظهر قبل سن الثالثة عشرة من عمره، ويقصد بالمهارات المفاهيمية (اللغة، القراءة، الكتابة، الوقت، النقود، الأعداد، التوجيه الذاتي)، أما المهارات الاجتماعية فهي: العلاقات الاجتماعية، المسئولية الاجتماعية، تقدير الذات، حل المشكلات الاجتماعية، اتباع التعليمات، أما المهارات العملية فهي مهارات الحياة اليومية (العناية بالذات والمهارات المهنية والرعاية الصحية، السفر والتنقل والسلامة العامة واستخدام النقود والهاتف(في :مسعد ابو الديار واخر،2015: 43).

وبناءً على ما سبق ترى الباحثة أن التعريفات السابقة على الرغم من أنها تختلف باختلاف التوجهات والاهتمامات العلمية، إلا أنها جميعا تتفق على أن الطفل المعاق عقليًا هو الطفل الذي يكون:

1. نسبة ذكائه تبدأ من70 درجة مع اختلاف اسباب الاعاقة.
2. إن القصور في هذا الجانب ناتج عن أسباب جينية أو أسباب تحدث أثناء الولادة.
3. يظهر هذا القصور قبل سن 18 سنة.
4. يتصف بالعجز والقصور في المهارات النمائية وفي مهارات السلوك التكيفي.

أسباب الإعاقة العقلية:

يمكن حصر أسباب الاعاقة العقلية في الآتي (وليد السيد ،06 20 :113 ؛ احمد وادي ، 2009: 123):

1. **أسباب ما قبل الولادة وتتمثل في الآتي:**

أ. العوامل الجينية بأشكالها الثلاثة (السائدة والناقلة والمتنحية)، وكذلك العامل الريزيسي.

ب. العوامل غير الجينية وهي العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين في البيئة الرحمية منها تعرض الأم للإشعاع أو الحصبة الألمانية أو الزهري، وأيضا تعاطي العقاقير والأدوية وإدمان الكحول.

ت. الاضطرابات الكروموسومية وهي أشكال متعددة وأكثرها شيوعًا متلازمة داون.

2. **أسباب تحدث أثناء الولادة:** منها نقص الأكسجين أو التعرض للصدمات أو زيادة نسبة الهرمون الذي ينشط عملية الولادة أثناء الولادة.

إضافة إلى أسباب أخرى تأتي ما بعد الولادة (العوامل البيئية) وهي التي يأتي تأثيرها من مثيرات البيئة الخارجية كالحوادث والصدمات الجسمية.

تصنيف الإعاقة العقلية Classification of Mental Disability:

لقد وضعت العديد من التصنيفات للإعاقة العقلية وفقًا لاتجاهات متعددة وخصائص معينة، وسيتم عرض أهم التصنيفات

كما وردت في المراجع العربية والأجنبية؛ حيث يُعد تناول التصنيفات مهمًا في معرفة أين تقع متلازمة داون بين تصنيفات الإعاقة العقلية الأخرى؟ تصنف أكثر المراجع العلمية الإعاقة العقلية على النحو الآتي:

أولاً: التصنيف على حسب الأسباب أو العوامل المسببة وهنا يعتمد التصنيف على المحكات الآتية:

2. **التصنيف على حسب مصدر الإصابة وينقسم إلى ((السيد الشربيني ،2017: 66؛ عبدالفتاح الشريف ،2016: 54؛ وليد السيد وآخرون ،2010: 24):**

1. **إعاقة عقلية أولية (Amentia Primary):** هنا تكون الإعاقة وراثية المنشأ ناتجة عن عوامل وراثية وأخطاء في الموروثات والجينات والصبغيات والكروموسومات، وهذا النوع من الإعاقة تحدث في حوالي (80%) من حالات الإعاقة العقلية ومن أمثلتها:

- التخلف العائلي، حالات العته العائلي المظلم.
- المنغولية (متلازمة داون)، والإعاقة العقلية الناتجة عن اضطراب الغدد الصماء.

2. **حالات القصاع والقزامة،** ومتلازمة الكروموسوم الجنسي الهش
3. **إعاقة عقلية ثانوية:** وهنا تكون العوامل البيئية الخارجية المكتسبة هي التي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد حدوث عملية الإخصاب، كما قد يرجع إلى نقص في تغذية المخ والعوامل البيئية الناتجة عن سوء التغذية ويحدث عند 20% من حالات الإعاقة العقلية ومن أمثلة ذلك: حالات استقاء الدماغ.

أ. **التصنيف حسب درجة الإصابة:** اقترح كانر Kanner (1984) تقسيم الإعاقة العقلية على حسب هذا التصنيف إلى(في: وليد السيد واخرون ،2010: 122):

1. تخلف عقلي مطلق (absolute) ويشمل فئة المستوى الأدنى من الإعاقة العقلية والأبله.
2. تخلف عقلي نسبي (ralative) وهي صفة تطلق على المورون.
3. تخلف عقلي ظاهر (apparent) وهو ناتج عن الحرمان البيئي الثقافي.

ب. **التصنيف حسب توقيت الإصابة:** (التصنيف الباثولوجي) ويشير إلى ثلاثة توقيتات هي (السيد الشربيني ،2017: 16)؛(Beirne. at, al 2005:155) .

- توقيت ما قبل الولادة يشتمل الحالات التي تنتج عن الإصابة بالالتهاب السحائي أو حالات صغر الجمجمة أو حالاتِ الإصابة قبل الولادة مثل حالات التسمم والعامل الرئيسى (RH) في الدم.
- أثناء الولادة وهي التي تحدث أثناء عملية الولادة مثل اختناق الجنين نتيجة نقص الأكسجين أو تأثير بعض الأجهزة والأدوات على دماغ الجنين مثل الجفت أو جهاز الشفط.
- أثناء مراحل النمو وهو ما يتعرض له الطفل أثناء عملية النمو مثل الالتهاب السحائي والتهاب المخ وإصابته بتسمم الأملاح مثل الرصاص وأول أكسيد الكربون.

ثانيًا: التصنيف التربوي للإعاقة العقلية Educational Classification of Mentally Disability:

اهتم علماء التربية بوضع تصنيف خاص لهم يعتمدون فيه على القدرة على التعلم ومهاراته، ويشمل هذا التصنيف الذي يطلق عليه المعيار التربوي، وهو الذي تأخذ به المدارس والمؤسسات التي تقدم خدمات تربوية وتعليمية للمعاقين عقليًا، ويقسم المعاقون عقليًا وفقًا للتصنيف التربوي إلى ثلاث فئات رئيسة هي (Beirne at .al , 2005:162):

1. **فئة القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded) EMR**: درجة ذكاء هذه الفئة من (50: 75) JQ وهم يقابلون فئة التخلف العقلي البسيط ويتم التركيز في تعليم هذه الفئة على البرامج التربوية الفردية أو ما يسمي بالخطة التربوية الفردية) ويتضمن محتوى المنهج لهؤلاء تعلم المهارات المختلفة الحركية واللغوية الاجتماعية ومهارات السلامة والمهارات الشرائية بالإضافة إلى المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب.
2. **فئة القابلين للتدريب: (TMR: Trainable Mentally Retarded)**: وهم الفئة الذين يكون معاملات الذكاء لديهم في IQ ما بين (50-30) وتتضمن جميع الأفراد المندرجين في المستوى الأدنى من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج التدريبية المهنية وخاصة برامج التهيئة المهنية pro-vocation skills وبرامج التأهيل المهني pro-vocation/ vocational skills؛ حيث أن أهم ما تركز عليه هذه البرامج العناية بالذات والتواصل والنمو الاجتماعي، ولكن لا يمكن تعليمهم المهارات الأكاديمية التي تتضمنها المناهج المدرسية التقليدية.
3. **فئة الاعتماديين أو الرعاية المعهدية: Custodial Mentally Retarded** ويمكن القول بأن أصل المصطلح الاعتماديون على الغير؛ حيث تكون هذه الفئة شديدة ومتعددة الإعاقة، وتشمل الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (25درجة)، كذلك توازي هذه الفئة حالات الإعاقة الشديدة جدًا، هؤلاء يتم التركيز على تدريبهم على مهارات الحياة اليومية؛ حيث أنهم غير قادرين أو غير قابلين للتعلم والتدريب ويحتاجون أيضًا إلى رعاية وحماية custodial؛ حيث يؤكد العلماء على أن هذه الفئة اعتمادية عاجزة ويحتاجون دائما إلى رعاية وإشراف دائمين.

ثالثاً: التصنيف السيكومترى من وجهة نظر القياس النفسيJQ Classification by Intelligence Quotient:

1. يقوم على أساس القياس النفسي وفقًا لمقاييس الذكاء؛ حيث يصنف المعاقون عقليًا إلى فئات على حسب نسبة الذكاء JQ على مقياس القدرات العقلية لستانفورد بنيه، كما استخدم أيضًا تقسيم تيرمان Terman كثيرًا في هذا المجال وخاصة في أمريكا، ويحدد فيه كل فئة من فئات هذا التقسيم بمعامل الذكاء من الاختبارات العقلية، مقسوما على العمر

العقلي ومضروبًا في مائة (Morrison, J. 2009:217) .

وسوف تعتمد الباحثة تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية وهو كالآتي (أحمد أبوزيد واخر ،27:2014 ؛ وليد السيد خليفة وآخرون 2010: 106؛ السيد الشربيني،2017: 13) :

1. **الإعاقة العقلية البسيطة Mid Mental Retardation**: تشكل هذه الفئة 85% من الأطفال لهذه الفئة وتتراوح نسبة الذكاء بين (55: 70 درجة) على اختبارات الذكاء وعلى بعد انحرافين معياريين سالبين عن المتوسط على منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، ويتميز أطفال هذه الفئة من الناحية الاجتماعية بتقارب أرائهم مع الأطفال العاديين من العمر نفسه في المهارات اللغوية، ومهارات تحمل المسئولية، ومهارات التنشئة الاجتماعية، أما من الناحية التعليمية فلهم القدرة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب في مستوى طلبة الصف الرابع الابتدائي، ولكنهم يواجهون مشكلة في التعليم المجرد والتعلم الحسي كالعمليات الحسابية.
2. **الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate Mental Retardation**: يشكل أفراد هذه الفئة ما نسبته (10%) من الأطفال المعاقين عقليًا ونسبة ذكائهم ما بين (40-55%) درجة على اختبارات الذكاء بعد ثلاثة انحرافات معيارية سالبة عن المتوسط في منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، أما عن الخصائص الجسمية لهؤلاء الأطفال فتظهر عليهم العديد من المشكلات الجسمية في الطول والوزن والمهارات الحركية العامة مثل المشي والوقوف والجري وهناك العديد من المشكلات الصحية، أما من ناحية الخصائص الاجتماعية فهم يعانون تذبذبًا في مهارات التواصل الاجتماعي ومهارات تحمل المسئولية الشخصية ومهارات التنشئة الاجتماعية ومهارات أخرى مثل مهارات الحياة (تناول الطعام والسوائل وارتداء الملابس)، أما المهارات التعليمية فيستطيع هؤلاء الأفراد تعلم بعض المهارات التعليمية الأساسية ولكن بصعوبة؛ فَهُم يجدون صعوبة في تعلم المهارات الأساسية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب ويوازي مستواهم الصف الأول الابتدائي، ويحتاجون إلى إشراف دائم.
3. **الإعاقة العقلية الشديدة Severe Mental Retaliation**: ويشكل هؤلاء ما نسبته (3-4%) من مجموع المعاقين عقليًا ويكون لديهم انخفاض شديد في القدرات والمهارات العقلية العامة عن المتوسط بواقع (4-5) انحرافات معيارية ودرجة ذكائهم من (25: 39 درجة)، ومن الناحية الجسمية يعانون من مشكلات صحية في بعض أجزاء الجسم، أما عن المهارات المختلفة (الحسية والحركية) فهناك صعوبات في عمليات السمع والبصر والحركة، أما بخصوص المهارات الاجتماعية فهي متدنية للغاية وهناك مشكلات في السلوك التكيفي وصعوبة في القيام بمهارات الحياة اليومية وكذلك صعوبة في المهارات اللغوية والتعليمية.
4. **الإعاقة العقلية الشديدة جدًا Profound Mental Retaliation**: هذه الفئة تشكل نسبة ضئيلة تقدر بـ (1- 2%) من المعاقين عقليًا، ولديهم معامل الذكاء أدني من المتوسط بمقدار (5- 6)، ودرجة ذكائهم تقل عن (25) ويتعذر تطبيق اختبارات الذكاء على هؤلاء نظرًا لأنهم لا يستطيعون الإجابة على أي بند من بنود الاختبار؛ حيث أن درجتهم هنا تخمن تخمينًا، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى رعاية مستمرة ورقابة كاملة، ويجب وضعهم في مراكز إقامة كاملة ضمانًا لهم؛ لأنهم يعانون من اضطرابات دماغية وإعاقة جسمية واضحة لا يستطيعون معها التعلم وتكون مهاراتهم محدودة جدً.

رابعًا: التصنيف الاجتماعي Classification Of Me By IQ 8 Adaptive:

يعتمد التصنيف الاجتماعي على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي، وعلى مدي قدرة الفرد واعتماده على نفسه في الحياة والتفاعل مع غيره؛ فهنا يعتمد التصنيف على متغيرين مجتمعين هما نسبة الذكاء والقدرة على التكيف الاجتماعي (وليد السيد أحمد خليفة وآخرون 2010: 110).

وعلى ذلك صنفت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية المعاقين عقليًا وفقًا لدرجة التكيف الاجتماعي كالآتي:

جدول (1): التصنيف الاجتماعي للإعاقة العقلية

م	الفئة	درجة التخلف	نسبة الذكاء	درجة التكيف الاجتماعي
1	تخلف عقلي بسيط	1	75 - 50	التكيف.
2	تخلف عقلي متوسط	2	50 - 25	يعتمد على غيره تقريباً.
3	تخلف عقلي شديد	3	25 - 5	يعتمد على غيره.
4	تخلف عقلي حاد	4	أقل من 5	لا يترك وحده.

(مسعد ابوالديار واخر، 2015: 53)

خامسًا: التصنيف الطبي (الإكلينيكي) Medical Classification:

يعتمد التصنيف الطبي كثيرًا على الخصائص الجسمية والشكل الخارجي للجسم والوجه والعينين.. إلخ، وكذلك على الخصائص التشريحية والفسيولوجية والمرضية بالإضافة إلى الإعاقة العقلية، الذي صُنفت فيه الإعاقة ضمن هذا المنظور إلى (Kirk at al.,1997:180):

أ. المنغولين متلازمة داون Down Syndrome.
ب. القصاع أو القماءة Cretinism.
ت. صغر الدماغ Mrittinism.
ث. كبر الدماغ Microcephalics.
ج. الاستقاء الدماغي Hydrocephalic.

وبناءً لما سبق سوف تعتمد الباحثة في هذا البحث على اطفال المصابين بالإعاقة العقلية والتصنيف التربوي الذي يعتمد على القدرة العقلية؛ وبذلك يمكن أن نصف عينة الدراسة وفقًا لهذين التصنيفين بأطفال الاعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم.

المحور الثاني سلوك الايذاء:

يعد من أبرز المشكلات السلوكية المنتشرة بين أطفال الإعاقة العقلية ويعرفه عبد الصبور منصور (2012): بأنه إلحاق الضرر أو الأذى بالذات أو الآخرين أو بشيء ما في البيئة المحيطة وبأشكال مختلفة (عبد الصبور منصور ،2012: 160)

كما يعرفه إبراهيم عطية (2002 :20): بأنه أي سلوك متعمد يهدف إلى الإساءة للآخرين أو الذات باستخدام اللفظ أو الفعل مما يؤدي إلى حدوث ضرر بدني أو نفسي أو مادي .

وترى الباحثة بأن هذه المشكلات تُعد من المتغيرات المهمة التي قد تؤثر على عمليات الاكتساب والتفاعل الاجتماعي للمعاق عقليًا، ونظرًا لأهمية هذا المتغير فسوف يتم تناوله في هذا البحث؛ حيث انه يأخذ شكلين هما كالتالي:

تصنيف سلوك الايذاء:

لقد وضعت تصنيفات عديدة لكثير من العلماء والباحثين تذكر الباحثة منها ما له علاقة بعينة البحث الحالي حيث تصنف سهى أمين واخر (1997: 179) العدوان لأطفال المعاقين عقليًا بأنه: عدوان نحو الذات، عدوان نحو الآخرين، عدوان نحو الممتلكات، عدوان لفظي، عدوان مادي، عدوان بالخروج عن المعايير السلوكية المتفق عليها من قبل المجتمع للأطفال المعاقين عقليًا .

كما صنفه إبراهيم عطية (2002: 96) إلى: عدوان لفظي، العدوان البدني، العدوان على الممتلكات، العدوان الموجه نحو الذات.

وتهتم الباحثة في هذا البحث بصنفين التالين:

1. **سلوك إيذاء الذات (العدوان نحو الذات)-Harm Behavior self:**

يُعد سلوك إيذاء الذات إساءة جسمية متكررة للذات وعادة ما ينتج مثل هذا السلوك عن الإثارة الذاتية إذ أن تلك الإثارة الذاتية إذا ما اتسمت بالشدة والتكرار؛ فأنها تصبح سلوك إيذاء الذات، وقد يتضمن سلوك إيذاء الذات لدى أطفال الإعاقة العقلية سلوكيات مثل ضرب الرأس أو الخدش أو الجرح أو الصفع أو لكم الذات أو يقوم بعضهم بعض أنفسهم أو ابتلاع أشياء ضارة أو السموم.

تشير الدراسات والبحوث في الإعاقة العقلية إلى أن سلوك إيذاء الذات قد يحدث لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية الذين يعانون من مستويات شديدة من هذه الإعاقة أكثر من الآخرين، وهو أحد أنواع اضطراب السلوك الذي قد يعاني منها طفل الإعاقة العقلية، والذي ينتج عنه ضرر في جسم الطفل المعاق عقليًا مما يستدعي من الباحثين الاهتمام به كمتغير يستحق الدراسة والبحث؛ من أجل معرفة الأسباب الكامنة من وراءه كما يستوجب وضع الخطط والبرامج المناسبة لعلاجه.

تعريف سلوك إيذاء الذات:

تُعرفه زينب شقير(2006 :5): بأنه مجموعة من السلوكيات الشاذة والغريبة التي تصدر عن الفرد في فترات متعددة وفي مواقف متنوعة من حياته يعبر فيها عن إيذائه لنفسه أو عقابه لنفسه وتبدو في شكل عقاب أو تلف موجه نحو جزء أو أجزاء من جسمه، وتعبر عن غضبه وحزنه وثورته وفي محاولة منه لتعذيب ذاته وحرمانه مما قد يسعد أو يتمتع به الآخرون من حوله، والتي قد تصل لحد الإهمال الشديد لنفسه والوصول بها إلى درجة من الدونية تقلق من قد يهمه شأنه في المجتمع، مع محاولة منه للوصول لصورة ذهنية مشوهة نحو ذاته أو التعمد في تدميرها .

وكذلك يعرفه خالد عسل (2017: 26) بأنه سلوك يقوم به الفرد ويترتب عليه إلحاق الضرر أو الأذى بذاته بطريقة بدنية أو لفظية على نحو متكرر مثل ضرب الرأس، أو صفع الوجه، أو خدش الجلد أو سب الذات أو لعنها.. الخ. وقد يكون هناك ضرر مادي مثل فقء العينين، أو فقد الأطراف وقد يكون خفيفًا مثل خدش الجلد.

ومن خلال التعريفات السابقة ترى الباحثة ما يلي:

- أن إيذاء الذات قد يكون له مظاهر جسدية أو معنوية.
- يؤدي إلى حدوث آثار قد تكون بسيطة أو خطيرة بالجسم.
- يأخذ صورًا متعددة تبدأ بإهمال الذات وحرمانها إلى الإيذاء الجسدي الفادح.

وفي ضوء ما سبق يمكن أن تضع الباحثة التعريف الإجرائي التالي للسلوك إيذاء الذات والذي يشير إلى أنه : أي سلوك يقوم به طفل الإعاقة العقلية ويؤدي إلى ضرر جسدي لذاته مثل خدش أو جرح أو ضرب أو غير ذلك وهو سلوك يتسم بالاستمرار والتكرار.

انتشار السلوك بين المعاقين عقليًا:

يذكر جمعة يوسف (2000: 239) أن اضطراب إيذاء الذات تبلغ نسبة انتشاره لدى أطفال الإعاقة العقلية 2% وتصل هذه النسبة إلى 25% لدى الراشدين منهم والذين يعيشون في مؤسسات اجتماعية، يُعد سلوك خبط الرأس هو السلوك الأكثر شيوعًا لدى الذكور بنسبة 3% بينما سلوك عض الذات هو الأكثر شيوعًا بين البنات.

أسباب اضطراب إيذاء الذات لدى أطفال الإعاقة العقلية:

تعددت وجهات النظر حول أسباب سلوك إيذاء الذات لدى أطفال الإعاقة العقلية ويمكن تلخيصها في النقاط الآتية

:(**Kauffman**, 2005: 239)

أ. في بعض الحالات يرتبط إيذاء الذات بعوامل بيولوجية مثل شذوذ، أو اضطرابات جينية تؤثر على شخصية الطفل منها ما يؤدي إلى التوتر التشنجي، أو التأخر العقلي أو الشذوذ في بعض أجزاء الجسم ونمو غير كاف في الجهاز العصبي المركزي، أو مشكلات مرتبطة بالحواس؛ حيث أنها تؤدي إلى اضطرابات جسمية لها علاقة بسلوك إيذاء الذات.

ب. ممكن أن يرتبط هذا السلوك بعوامل وأساسيات نفسية انفعالية مثل إشعال الغضب على الذات خاصة عندما يشعرون بظلم الآخرين لهم من الوالدين أو الإخوة أو الأقران، وكذلك الشعور بالذنب بحيث يؤدي الطفل نفسه عقابًا لها على ذلك، وفي بعض الأحيان عندما يشعر هؤلاء الأطفال بالعجز والضعف في بعض المواقف فإنهم يعبرون عن ذلك بأحد أشكال إيذاء الذات مثل ضرب الرأس؛ للتخفيف من معاناتهم وشعورهم باليأس، وكذلك لمحاولة الحصول على الانتباه والشفقة أو او شعور الانتقام قد يؤدي إلى القيام بهذا السلوك.

ت. كذلك يرتبط سلوك إيذاء الذات بعوامل اجتماعية أسرية، فإهمال الأسرة للطفل وعزله، وعدم التحدث معه ومساعدته على مشكلاته يجعله يشعر بالإحباط عند القيام ببعض السلوكيات منها سلوك إيذاء الذات.

السمات والمحكات الشخصية لسلوك إيذاء الذات:

أن الذين يعانون من سلوك إيذاء الذات تظهر عليهم السمات الآتية (خالد عسل 2017: 7): غاضبون على أنفسهم وعندهم مستويات مرتفعة من مشاعر العدوان يوجهونها نحو أنفسهم وينقصهم التحكم في الاندفاع، ويميلون للعمل وفق مزاجهم الحالي وقابلون للاستثارة وتنقصهم مهارات التوافق والمواجهة.

ويلزم لتشخيص هذا السلوك توافر ما يلي من المحكات (محمد كامل 2015 :46):

أسلوك حركي غير وظيفي متكرر يبدو قصديًا مثل حفر الجلد وخبط الرأس وعض الذات وتشويه الجسم.

أ. السلوك ضار بالذات من الشدة بما يكفي لأن يصبح هدفًا للعلاج.

ب. يستمر السلوك لمدة أكثر من 4 أسابيع.

ت. يعمل السلوك على تشتيت انتباه الفرد واحتكاكه بالبيئة.

الأساليب والفنيات المستخدمة في علاج اضطراب سلوك إيذاء الذات:

كما يشير فافيل وآخرون favell et al (2012) أيًا كان المدخل المستخدم فإنه ينبغي أن يتم تقويمه في ضوء قدرته على خفض سلوك إيذاء الذات خفضًا جوهريًا، أي قدرة ذلك التدخل على خفضه وخفض تكراره. الدراسة الحالية تستخدم مدخل تعديل السلوك وفنياته كأسلوب لخفض أو الحد من سلوك إيذاء الذات مع أطفال الإعاقة العقلية.

2. **سلوك ايذاء الاخرين (السلوك العدواني نحو الاخرين) Aggressive Behavior:**

حيث يصنف السلوك العدواني إلى سلوك بدني مباشر وسلوك عدواني لفظي مباشر وسلوك عدواني لفظي غير مباشر وسلوك عدواني خيالي.

يُعد السلوك العدواني من أبرز المشكلات السلوكية التي قد يعاني منها أطفال الإعاقة العقلية؛ حيث إن السلوكيات العدوانية عادة ما تكون الطريقة الوحيدة لنقل المشاعر التي قد يعاني منها الطفل نحو الآخرين، من خلال القيام بأفعال غير مرغوب فيها تؤدي بالضرر لما حوله مما يعرضه للرفض والعديد من المشكلات الاجتماعية، كما أن للسلوك العدواني أشكالًا عديدة؛ حيث إن أكثر الأسباب شيوعًا للإحالة في مؤسسات الصحة العقلية لدى أطفال الإعاقة العقلية العدوان الذي قد يكون موجهًا للآخرين أو للممتلكات أو للذات (لويس مليكة ، 1998: 177) ولهذا نجد أن معظم أطفال الإعاقة العقلية يبدو عليهم الميل للعدوان وضرب الآخرين.

تعريف السلوك العدواني لدى أطفال الإعاقة العقلية:

متغير سلوك الايذاء العدواني كغيره من المتغيرات نال الكثير من التعريفات المختلفة؛ حيث عرف رأفت خطاب (2001: 5) السلوك العدواني لدى أطفال الإعاقة العقلية على أنه سلوك متكرر، وغير مقبول اجتماعيًا يمكن ملاحظته وقياسه يظهر في صورة عدوان بدني أو لفظي أو إشاري وتتوفر فيه الاستمرارية ويهدف إلى إلحاق الأذى بالذات، أو بالآخرين أو بالأشياء العادية، وتختلف أسبابه ومظاهره وشدته من طفل إلى الآخر.

عرف جمال الخطيب (2010: 251): السلوك العدواني بأنه سلوك يهدف إلى إيقاع الأذى بالآخرين أو تخريب الممتلكات الشخصية أو ممتلكات الغير.

وكذلك يعرفه محمد خطاب (2013: 48): بأنه سلوك موجه نحو الآخرين يتسم بإلحاق الأذى والضرر بالآخرين.

ويعرفه أيضًا محمد كامل (2015 :48): بأنه سلوك يتمثل في رغبة بعض الأطفال ظاهريًا في تدمير وإتلاف الممتلكات الخاصة بالآخرين أو المرافق، وقد يتوجه السلوك التدميري نحو الأسرة في المنزل، أو حاجات أفراد الأسرة كالملابس والكتب، أو اللعب والأثاث المنزلي وقد يمتد السلوك إلى خلع أغلفة الكتب وتمزيقها، وخلط الألوان بلا فائدة وبعثرة محتويات الأدراج أو الصناديق وقطع الأشياء بالمقص.

وتُعرف نهاد محمود (2015: 4): العدوان بأنه سلوك يقصد به إيقاع الأذى أو الضرر المادي أو المعنوي بشيء أو بشخص ما، مع التدمير والتخريب للممتلكات العامة والأشياء بشكل جزئي أو كلي.

كذلك تُعرفه آمال عبد السميع أباظة (2015: 45): بأنه هجوم أو فعل محدد يمكن أن يتخذ أية صورة من الهجوم المادي أو الجسدي في طرف، وهجوم لفظي في الطرف الآخر، وهذا السلوك يمكن أن يتخذ ضد أي شيء أو ممتلكات

الذات أو الآخرين، أحيانا يكون سلوكه ظاهريا مباشرًا محددا وواضحًا لكن التعبير عنه بطريقة ما إسقاط على الآخرين أو البيئة من حوله.

وفقًا لما تم عرضه من تعريفات لسلوك ايذاء الاخرين العدواني ترى الباحثة انه:

1. غير اجتماعي.
2. يؤدي إلى الضرر بالآخرين ماديا أو معنويًا.
3. متكرر يمكن ملاحظته.
4. يأخذ صورًا بدنية أو نفسية مباشرة أو غير مباشرة.

ومن خلال ما سبق ذكره تُعرف الباحثة السلوك العدواني بأنه هو سلوك غير مرغوب فيه لاجتماعي يتوجه به الفرد بالضرر نحو الآخرين، ويكون ذلك ماديًا أو معنويا أو نحو الأشياء من حوله ويكون هذا مادياً.

انتشار سلوك ايذاء الاخرين العدواني لدى أطفال الإعاقة العقلية:

يُعد السلوك العدواني من الاضطرابات الشائعة بين ذوي الإعاقات العقلية وخاصة الذين يلتحقون بمؤسسات التربية الخاصة كما تشير دراسة كل من كيلي وآخرين(1997) Kelly. et.al ؛ حيث يمثل مشكلة لدى الكثير من المعاقين عقليًا، كما أنه منتشر بينهم بشكل واضح وهو يمثل الأثر السلبي للمحيطين بالمعاق كما يمثل مشكلة للقائمين بالتربية آباء ومعلمين ومشرفين، فقد أوضحت الدراسة التي قام بها باكو (1999) أن السلوك العدواني هو الأكثر انتشارا بين المشكلات السلوكية لدى أطفال الاعاقة العقلية، وهذا ما توصل إليه سابقًا كاسيكلي وأدارس Kasikli and Adars (1992) على أن من أكثر المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال من هذه الفئة هي المشكلات التي لها علاقة بتركز الانتباه والعدوانية، كما يذكر عادل محمد (2004) أن بعض أطفال الاعاقة العقلية الذين يعانون من السلوك العدواني لا يستطيعون بناء علاقات مع الأطفال الآخرين، فسلوكهم العدواني مزعج إلى درجة تجعل الآخرين ينفرون منهم ويحول دون نموهم وتعليمهم. و تشير Crocker, et. al., (2006) إلى أن معدلات السلوك العدواني البدني نحو الآخرين لدى أطفال الإعاقة العقلية بصفة عامة تبلغ نحو 12.1% إلى 27.9%، أما اللفظي ما بين 5.9% إلى 27.6%.

أسباب سلوك ايذاء الاخرين العدواني:

أن لأسباب الايداء العدواني وجهات نظر متعددة، فتلك التحليلات التي تمت في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي وتلك الآراء التي أبداها باندورا (1973، 1986)، وكذلك ما تمت في ضوء النظرية السلوكية من وجهة نظر باتسرون فإن مثل هذه الدراسات والنظريات قد صورت العدوان على أنه سلوك متعلم، وافترضت كذلك المواقف والظروف والشروط التي يتم في ضوئها تعلم ذلك السلوك، ومن تلك الظروف والمواقف التي أشار إليها باندور والتي تُعد مصادر يتعلم منها الطفل بالملاحظة لهذا السلوك هي الأقران والنماذج الرمزية كالتلفزيون مثلا، كما يُعد العدوان سلوك متعلم عن طريق المحاكاة في مواقف التعلم الاجتماعي والتنشئة في محيط الأسرة والمجتمع، ويتطور هذا السلوك لدى الطفل من مجرد مشاعر الامتصاص والغضب والبكاء في سن مبكرة، وركل اللعب والأدوات وقذفها بعيدا أو الصياح واستخدام اللغة في سب الآخرين والسخرية منهم في سن الثالثة والرابعة، ثم التطور إلى أشكال أخرى مع زيادة نمو الطفل واتساع دائرة تعاملاته، غير أن دولار وآخرين Dollard at.al افترض أن العدوانية تنبثق من التعرض لتشريط بيني قاسٍ وهو الإحباط الذي يثير الدافعية القوية للأطفال والسلوكيات الداخلية، أما روبرت(1978) Robert فيفسر أن هناك كرموسومات أو عوامل جنية، أي أن هناك أفرادًا ذوي نمط جيني معين أكثر عدوانية عن غيرهم.

أن هناك من يري أن السلوك إيذاء الاخرين لدى هؤلاء الأطفال لا يرجع إلى انخفاض نسبة الذكاء بقدر ما يرجع إلى ظروف البيئية والاجتماعية والخبرات السيئة التي يتعرض لها الأطفال عند تفاعلهم مع الآخرين مثل عدم التقبل، النبذ، والعقاب من الآخرين (Witwer & Lecavalier, 2010).

ومن خلال العرض السابق لوجهات النظر المختلفة ووفقًا لما تشير إليه النظريات السيكولوجية والعلماء والباحثين ممكن أن تلخص الباحثة أسباب السلوك العدواني في النقاط الآتية:

1. اختلال أداء الجهاز العصبي وانخفاض مستوى الذكاء.
2. النشاط الزائد واختلال الغدد الصماء كالغدة النخامية والدرقية.
3. الافتقار إلى مهارات التفاعل.
4. شعور الطفل بالإحباط والفشل المتكرر.
5. فقد الشعور بالأمان وافتقاد الثقة بالنفس.
6. الشعور بالحرمان والفشل.
7. شعور الطفل بالغضب فيعبر عن ذلك الشعور بالعدوان.
8. النمذجة والتعزيز من وسائل الإعلام أو الآخرين.
9. المعاملة القاسية التي يتعرض لها الطفل.
10. التعرض للإهانات اللفظية والتي يكون لها تأثير أكثر من الألم الجسمي

ويقسم سلوك ايذاء الاخرين العدواني إلى (خالد الشيملي ،2005: 21):

1. **عدوان مباشر:** ويوجه ضد الشخص الذي يسبب الإحباط.
2. **العدوان الإزاحة المستبدل:** وهو الذي يوجه إلى شخص آخر غير الشخص الذي سبب له الأذى.

غير أن الاتجاه السائد في الدراسات التي تناولت دراسة السلوك عند أطفال الإعاقة العقلية تصنف السلوك العدواني كما يرى الوايلي (1993) Waili:

1. السلوك العدواني اللفظي والذي يعرفه رونر Roner بأنه يتمثل في التعبيرات والألفاظ والأقوال التي تشمل التعصب والتوبيخ والسخرية والتحكم والانتقاد والسب والاستهزاء والإذلال والإهانة.
2. السلوك العدواني غير اللفظي والذي يعرفه رونرRoner إجرائيا بأنه الممثل في الضرب والعض والدفع والعنف والقرص (في: سعيد دبيس ، 1999 : 4).

واستنادا لما تم عرضه سابقًا تضع الباحثة توصيفًا إجرائيا لخصائص اسلوك ايذاء الاخرين العدواني لدى عينة البحث ووفقًا للمقياس الذي أعد في الدراسة الحالية إلى:

1. عدوان بدني ويقصد به توقيع الأذى والضرر بالآخرين؛ حيث يقوم الطفل مثلًا بعض الآخرين لأخذ شيء يريده ومن أهم أنواعه (العض، الركل، الضرب، الهجوم).
2. عدوان مادي يقصد السلوك الذي يتخذه الطفل ضد أي شيء مادي أو على الممتلكات؛ حيث يقوم الطفل بتعمد إتلاف الأشياء المحيطة مثل (كتب، أثاث، قطف الأزهار، ويكسر ألعابه وأشياءه).
3. عدوان لفظي ويقصد به الألفاظ التي تحمل جرح الآخرين؛ حيث يقوم الطفل بالتهديد والشجار اللفظي معهم بالشتم مثلا، ويثير الفوضى وإزعاج الآخرين.

- وهذا التصنيف - لا يخرج عن التصنيفات التي أشار إليها الباحثون كما ثم عرضها في هذا البحث.

علاج سلوك ايذاء الذات العدواني:

يقترح كريم عبد القوني واخرون(2014 :779) علاجًا لهذه المشكلة تلخصها الباحثة في النقاط الآتية:

1. تجنب أسلوب التدليل الزائد أو القسوة الزائدة؛ حيث أن الطفل المدلل والطفل الذي حرم الحنان وعوامل القسوة كلاهما يلجئان إلى التمرد والعدوان.
2. عدم حرمان الطفل من الأشياء المحببة له باستمرار، فهذا يشعره بالألم مما قد يدفعه إلى العدوان.
3. إبعاد الطفل عن المشاهد العدوانية.
4. عدم معاقبة أو توبيخ الطفل إلا عند اللزوم.
5. فتح مجالات للطفل للتنفيس عن السلوك العدواني عن طريق فسح المجال له للعب والمشاركة في الأندية الرياضية والألعاب..
6. التدريب السلوكي لعلاج المشكلة.

ومن خلال العرض السابق لهذا الجزء تري الباحثة ما يلي:

أ. الآراء التي تناولت سلوك الإيذاء تصفه بأنه سلوك غير مقبول اجتماعيًا ويتخدد مظاهر متعددة، فهو يتصف بالعدوانية نحو الذات او الاخرين او نحو المكونات البيئية.

ب. هناك عدة عوامل تساعد على ظهور السلوك وهي (فسيولوجية، اجتماعية، سيكولوجية)

ت. إن هذه السلوكيات تعرض الطفل للمشكلات كثيرة في حياته سواء كانت على المستوي النفسي أو الاجتماعي.

المحور الثالث التدريب السلوكي:

يعد التدريب السلوكي من الاساليب العلاجية التي تساعد اطفال ذوي الإعاقة العقلية على اختلاف فئاتهم علي اكساب السلوكيات المرغوبة والحد من السلوكيات غير المرغوبة حسب ما رأى عدد من الباحثين Bran (2000) and Kennedy، ويعتمد الإطار النظري للعلاج السلوكي أو تدريب السلوك وتعديله على استخدام مبادئ وقوانين نظريات التعلم الإجرائي والاشتراطي والتعزيز كما يهدف إلى خفض السلوك غير المرغوب فيه أو التخلص منه وتقوية السلوك المرغوب، فالأنماط السلوكية السلبية هي استجابات شرطية متعلمة يمكن تعديلها من خلال إزالة المثيرات الناتج عنها الاستجابات .وأكدت البحوث والدراسات فاعلية أساليب العلاج السلوكي في خفض المشكلات المصاحبة للإعاقة العقلية مثل العدوان وايذاء الذات واضطرابات السلوك الفوضوي واضطراب الانتباه وغيرها من الانحرافات السلوكية، كما توصلت بعض البحوث إلى إمكانية إكساب أطفال ذوي الإعاقة العقلية سلوكيات إيجابية والتدريب عليها من خلال برامج تعديل السلوك وفنياته، لما له من دور فعال في خفض السلوك غير الملائم كما يشير Anestacio (2004).ا عن كل ما يتعلق بالعلاج السلوكي وتدريب السلوكً

ويعرفه أحمد وادي (2009: 273): بأنه هو شكل من أشكال العلاج والذي يهتم بتغيير السلوك الملاحظ وهو يعتمد على نظرية السلوك الإجرائي.

اما بطرس حافظ (2010: 210) فيعرف تعديل السلوك بأنه نوع من العلاج السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر لمبادئ التعلم والتطعيمات الإيجابية والسلبية؛ بهدف تعديل السلوك غير المرغوب فيه. وكذلك يُعرف أسامة مصطفي (2017 :28): تعديل السلوك ببساطة التطبيق الفعلي لمبادئ السلوك على مشكلات السلوك تلك المبادئ والأسس التي توصل إليها علم النفس التجريبي، وهو يقوم أساسا على مبادئ التعلم في تكوين المهارات وأساليب السلوك الجديدة واختزال وكف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوبة.

- وتتبني الباحثة تعريف أسامة مصطفي (2017): نظرًا لأنه يتناسب مع اجراءات هذا البحث.

نظريات العلاج السلوكي:

لقد تنوعت النظريات التي يتم عن طريقها تعليم السلوك أو تعديل سلوك الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ومن أكثر النظريات التي تناسب هذه الفئة والتي يستند عليها برنامج تعديل السلوك هي الأربع نظريات الرئيسة الآتية:

أولا: نظرية التعلم بالمحاولة والخطأ والتكرار:

يُعد توردیك احد رواد هذه النظرية التي تري ان السلوك قائم علي أساس حدوث ارتباطات بين المثيرات والاستجابات، والتي بدورها تعتمد على التعلم بالمحاولة والخطأ لحدوث تلك الارتباطات؛ حيث إن تكرار الاستجابات يؤدى إلى تناقص الاستجابات الخاطئة وزيادة ظهور الاستجابات الصحيحة(أسامة فاروق ،2017: 107)، ، أن الطفل المعاق عقليًا يلجأ إلى هذا النوع من التعلم (المحاولة والخطأ) أكثر من الفرد العادي، وذلك لانخفاض مستوى الذكاء لديه وما يصاحبه من ضعف في القدرة على الفهم والتميز والتصحيح والاستفادة من الخبرات السابقة، مما قد يجعله ينظر إلى بعض المواقف على أنها حديثة، وهذا يجعله يقوم بمحاولات كثيرة خاطئة قبل أن يصل إلى المحاولة الصحيحة ويحتاج إلى تكرار الخبرة عدة مرات؛ حتى يتعلم منها، ولكن إذا وجد هذا الطفل معلما يرشده إلى العناصر الأساسية ويساعده على الحل المطلوب، فإن محاولاته الخاطئة قد تقل ويتعلم بسرعة، وهناك عدة قوانين تحكم ذلك الارتباط كما يري تور نديك منها قانون الأثر الذي يعتمد على التعزيز، وقانون التكرار الذي يعتمد على المران (جودت عبدالهادي2007، 77: 78؛ محمد جاسم ، 2004: 7)

كيفية الاستفادة من بعض قوانين النظرية في مجال الإعاقة العقلية:

1. يمكن أن يستفاد من قانون الأثر في تعزيز بعض الارتباطات، فتعلم بعض السلوكيات لدى هؤلاء الأطفال يرتبط بعملية التعزيز التي يعقبها، فيقوم المعلم بتوظيف واستخدام المعززات الإيجابية التي تعمل على تكوين الارتباطات القوية بين المثيرات والاستجابات في المواقف المختلفة ومن ثم ربط تلك المثيرات بالاستجابات معًا والعمل على تقوية تلك الروابط بالمعززات المادية والمعنوية.
2. تعلم بعض السلوكيات الإيجابية عن طريق قانون التدريب والاستعمال بينما القضاء على السلوكيات غير الجيدة عن طريق قانون الإهمال أو الإغفال.

تري الباحثة أن العديد من أشكال السلوك التي يحتاج طفل الإعاقة العقلية إلى تعليمها المختلفة التي يمر بها في الحياة اليومية وكذلك هناك العديد من السلوكيات أو الاضطرابات السلوكية التي لابد من إطفائها والقضاء عليها مثل النشاط الزائد وإيذاء الذات أو غير ذلك من السلوكيات الخاطئة، كما أن هناك بعض المواقف في الحياة التي يتعلم فيها هؤلاء الأطفال من خلال المحاولة والخطأ مثلا طريقة ارتداء الملابس بطريقة صحيحة أو ترتيبه للأشياء، فنجد أنه في بداية تعلمه يحتاج إلى عدة محاولات ليصل إلى المحاولة الصحيحة، فهو يتعرض لعدة أخطاء حتى يصل إلى الطريقة الصحيحة، لذلك يوصي العديد من المربين بتطبيق هذه النظرية في تعليم وتدريب هؤلاء الأطفال مهارات والسلوكيات الايجابية المختلفة.

ثانيًا: النظرية الشرطية الكلاسيكية Classical Conditioning Theory:

أشار بافلوف أحد رواد هذه النظرية آلية تعلم السلوك المعتمد على الاقتران ويقصد؛ بالاقتران هنا التجاور الزماني لحدوث مثيرين معًا لعدد من المرات؛ حيث يكتسب أحدهما صفة الآخر ويصبح قادرًا على جر الاستجابة التي يحدثها المثير الآخر، والمثير هو حدث أو شيء يمكن أن نشعر به بحيث يثير لدينا ردة فعل معينة وقد يكون هذا المثير ماديًا أو معنويًا www.edutrapedia.illat.net. وتقوم هذه النظرية على قوانين منها قانون التكرار والتعزيز والتعميم والتميز والانطفاء والاسترجاع التلقائي، في مجال الإعاقة العقلية يتضح هذا النوع من التعلم من خلال اكتساب أنواع معينة من السلوك، فهي تتناسب مع السلوكيات التي لا تتطلب عمليات عقلية ذات مستوى عال، إذ يكفي لحدوث التعلم وجود مثيرات محددة ترتبط باستجابات محددة أيضًا ومن ثم حدوث عملية الارتباط بين تلك المثيرات والاستجابات، وبعد عملية الارتباط تستمر استجابات ليس لها وجود في الأصل، وهذا ما يحدث للأطفال العاديين في فترة الطفولة المبكرة كما يحدث لدى الأطفال المعاقين عقليًا(أسامة مصطفي، 2017: 110، 111)، ومن المهارات والسلوكيات التي يتناسب تعلمها مع هذا النوع من التعلم لدى أطفال الإعاقة العقلية مهارات الحياة اليومية، ومهارات القراءة والأرقام الحسابية وكذلك تعلم كف الاستجابات غير المرغوب، ومن تطبيقاتها في الاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء كف السلوك العدواني. كما يتضح نوع التعلم من خلال هذه النظرية في اكتساب أنواع السلوك التي لها علاقة بالاستجابات العاطفية فكثير من مخاوف الأطفال وردود أفعال الكبار ليعطي المثيرات ثم اكتسابها وفقًا للأشراط الكلاسيكي مثل مخاوف الأطفال من شخص أو من حيوان معين أو الخبرات غير السارة المتولدة عن المدرسة أو المستشفى (السيد الشربيني، 2017: 38، 39).

ثالثاً: نظرية الاشراط الاجرائي]:

ترجع هذه النظرية إلى سكينروهي من أوسع النظريات استخدامًا مع أطفال الإعاقة العقلية، ففي هذا النوع من التعلم يحدث تعلم السلوك من خلال تسلسل مختلف من الأحداث، فالأحداث التي تتلو السلوك تكون نتيجة للسلوك هي أساس هذا النوع من التعلم، فإذا ما أدي الحدث المشروط بالسلوك إلى أن يزيد احتمال أن يسلكه الشخص بطريقة مشابهة في موقف مشابه فإن الحدث يسمي مدعمًا، ومن ناحية أخرى إذا ما أدي الحدث المشروط بالسلوك إلى إنقاص احتمال وقوع السلوك فإن الحدث يسمي عقابًا (لويس مليكة، 1994: 18؛أسامة مصطفي،2017،:18)

ترى هذه النظرية أن الإعاقة العقلية ظاهرة تمثل نقصًا في التعلم والخبرة، وأن هذا النقص يعود إلى صعوبة ربط الطفل المعاق عقليًا بين الأحداث البيئية (المثيرات) والاستجابة المناسبة وصعوبة ظهور الاستجابات المناسبة في المواقف المناسبة، وبالتالي فإنه لابد من تعزيزها لكي يثبت تلك الاستجابات، والتعزيز هنا عملية مهمة عند تعلم أي سلوك يجب أن

يقسم إلى خطوات صغيرة متتابعة ومرتبة؛ بحيث تؤدي كل خطوة إلى الخطوة التي تليها وتعزز كل خطوة تتم بنجاح، وكل خطوة يجب أن يتم تعلمها بدرجة صحيحة تعزز قبل الانتقال إلى الأخرى . كما أن في هذا النوع من التعلم على المدرب أو من يقوم بعملية التدريب العمل على تسهيل ظهور الاستجابة المناسبة ومن ثم العمل على تعزيزها(السيد الشربيني، 2017: 61 ؛ عبدالفتاح الشريف، 2016: 109)، ومن الطرق الأخرى لتعليم المهمات التعليمية في هذه النظرية هي تحليله السلوك إلى مهمات فرعية، ومن ثم تعزيزها، حتى يكمل الطفل المعاق ذهنيًا المهمة التعليمية ككل وأيضًا توظيف التعزيز اللفظي الاجتماعي والتواصل البصري بين المدرب والطفل، وكذلك استخدام أسلوب التعزيز السلبي لوقف المثير المؤلم أو السلوك التجنبي وذلك تعلما للاستجابة المناسبة. أما فيما يخص الاضطرابات السلوكية فترى هذه النظرية ما هي إلا عادات تعلمها الطفل ليقلل من درجة تأثره وقلقه، وبالتالي يكون ارتباطات بشكل خاطئ، لذلك يمكنه أن يطفئ تلك العادات بأن يقوم بتعليم الفرد ارتباطًا سويًا محل تلك غير السوية إلى أن تزول تلك الاضطرابات (محمد كامل،2015: 63) (أسامة مصطفي، 2016: 78، 80). وفي هذا الصدد يقدم كل من ماك ميلان وشونز MacMillan (1982) and Shontz, بعض التوصيات عند استخدام قواعد الاشتراط الإجرائي في تعليم الأطفال المعاقين عقليًا:

1. تقديم المنبهات والمثيرات التي تؤدي إلى ضبط الاستجابات المرغوبة باتساق ونظام حتى يسهل تعلمها لدى المتخلفين عقليًا.
2. معرفة النتائج الفاعلة لكل طفل على حده (المفردات) على أساس أن مثيرًا محددًا (المدح مثلاً) سوف يكون عمومًا ناجحًا مع الأطفال كلهم.
3. جعل هذه النتائج الفاعلة مرتبطة مع الاستجابات التي تبقى بمستوى معين سبق تقديره أو تحديده.
4. تدعيم أية درجة من التحمس مهما كانت بسيطة، ولا تنتظر حتى يتم السلوك المستهدف ثم تعززه.
5. حدد الأنشطة التي يفضلها الطفل ويستمتع بها واستخدامها كمعززات للسلوكيات المستهدفة.
6. عزز على الفور بعد صدور السلوك المستهدف وخاصة في المراحل الأولى من التعلم.
7. إعطاء المعززات الاجتماعية من خلال التدريب على توزيع المعززات (الإطراء، الابتسامات) مثلًا في أوقات مناسبة، والكف عنها في أوقات آخري.
8. استخدام العقاب في حالة العدوان فقط كملاذ آخر.
9. عندما لا يحقق البرنامج أهدافه، فإن الخطأ يكون في البرنامج وليس في الفرد (في: السيد كامل الشربيني، 2017: 92، 93).

رابعاً: نظرية التعلم بالملاحظة والتقليد:

حيث تعود هذه النظرية إلى باندورا والذي يرى أن الانسان في المواقف الاجتماعية غالبًا ما يتعلم الكثير وببساطة، بملاحظة سلوك الآخرين ولفت باندورا الانتباه إلى أن أنماطًا كثيرة من السلوك يمكن تعلمها من خلال ملاحظة الآخرين(أسامة فاروق، 2013: 118)، ، كما ترى هذه النظرية أن التعلم بالملاحظة والتقليد يتكون من عناصر هي النموذج، والسلوك الذي يصدر من الفرد، والشخص المقلد الذي يقلد السلوك، ونتائج السلوك من حيث التعزيز والعقاب، ويتوقف على عوامل مثل الانتباه والحفظ والدافعية(لويس مليكة، 1998: 177؛ بشري كاظم، 2007: 18). تُعد نظرية التعلم بالتقليد أو النمذجة من النظريات التي شاع استخدامها في ميدان الإعاقة العقلية؛ حيث لوحظ أن معظم سلوك الأطفال المعاقين عقليًا ناتج عما يشاهدونه من سلوكيات مثل العاديين سواء كان هذا السلوك مرغوب أو غير مرغوب. وقد أظهرت بعض الدراسات التي أجريت على الأطفال المعاقين عقليًا المقيمين في المعاهد أنهم يقلدون الجوانب الثقافية التي يلاحظونها منذ دخول المعهد فيما يتعلق بارتداء الملابس والكلام والمستلزمات الخاصة (حسن عبد المعطي وآخرون، 2013: 73)، وظهرت فعالية النمذجة في نظام الدمج لأطفال الإعاقة العقلية مع الأسوياء من حيث اكتسابهم سلوكيات اجتماعية مقبولة.

من خلال عرض النظريات تري الباحثة أن كل نظرية تري أن السلوك متعلم مكتسب ويمكن تعديله أو إحداثه بشكل جديد وأن البيئة التي تحتوي على الأب والأم والآخرين لها دور كبير في مساعدة الفرد على اكتساب السلوك الإيجابي، والتخلص من السلوكيات غير المناسبة عن طريق ما يسمي التعزيز السلبي أو الإيجابي، كما لكل نظرية طريقة في العلاج السلوكي وفقًا للمبادئ التي وضعت لها فيما تركز نظرية المحاولة والخطأ على الانطفاء للقضاء على السلوك غير المرغوب فيه نجدها أيضًا تعتمد على التدريب بالمحاولة والخطأ في اكتساب السلوك المرغوب فيه، بينما تركز نظريات التعلم الشرطي في تعديل السلوك على فكرة ارتباط المنبهات بالاستجابة، ونظرية التعلم الاجتماعي التي تعتقد أن قدرًا كبيرًا من التعلم يتم عن طريق رؤية الآخرين ومحاكاتهم.

وبما أن هذه النظريات غنية بالأساليب والطرق والفنيات المتنوعة فقد تم الاعتماد عليها في هذا البحث في تدريب أطفال الإعاقة العقلية السلوكيات التي لا تتطلب الكثير من العمليات العقلية، واستندت الباحثة في أعداد البرنامج الخاص بهذا البحث على المبادئ وأساليب هذه النظريات وتبنت العديد من الفنيات والأنشطة والمواقف التعليمية، في تصميم جلسات البرنامج التدريبي لهذه الدراسة.

مما سبق يتضح أن عملية تعديل السلوك تهدف إلى مساعدة الطفل علي تعلم سلوكيات جديدة غير موجودة لديه والتقليل أو القضاء على السلوكيات غير المقبولة اجتماعي مثل إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين.,المحافظة والاستمرار في أداء السلوكيات الإيجابية.

الدراسات السابقة:

دراسة محمد النجار (2000) التي هدفت إلى التعرف على المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، ومدي فاعلية برنامج لتعديل السلوك اللا توافقي لديهم، تكونت العينة من (60) معاقًا عقليًا تم تقسيمهم مجموعتين تجريبية وضابطة، تراوح عمرهم الزمني بين (16-7) سنة. وتم في سبيل ذلك استخدام مقياس السلوك التوافقي، ومقياس المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا لدى الأطفال المعاقين عقليًا، وبرنامج تعديل السلوك اللا توافقي، وأسفرت النتائج عن أن المشكلات السلوكية والانفعالية الأكثر شيوعًا هي: السلوك العدواني والحركة الزائدة والعادات الشاذة والسلوك الانسحابي والتمرد والعصيان والسلوك النمطي واللزمات الغريبة، كما أظهرت النتائج انخفاض حدة المشكلات السلوكية ماعدا المشكلات الجنسية الشاذة لدى أطفال المجموعة التجريبية.

وهدفت الدراسة التي قام بها خالد عبد القادر (2000) إلى إعداد برنامج إرشادي يستخدم أسلوبي التعزيز والنمذجة في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وقسمت عينة الدراسة (40) طفلًا الذكور بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس ستانفورد - بنية للذكاء ومقياس السلوك العدواني (إعداد الباحث)، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية أسلوبي التعزيز والنمذجة في خفض السلوك العدواني لدى العينة التجريبية للدراسة.

وكشفت الدراسة التي قام بها محمد خطاب (2001) عن مدي فعالية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، ولتحقيق هذا تم تصميم برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، وتم إعداد دليل إرشادي لتبصير المعلمين بأهم أساليب التعامل مع الطفل المعاق عقلياً؛ والتي تؤدي إلى تعديل سلوكهم العدواني من خلال عدة جلسات إرشادية. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل منهما (12) طفلاً، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (8: 14 سنة)، ونسبة ذكاء ما بين (50: 70 درجة)، وإلى جانب هذا، تم استخدام الأدوات الآتية: مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً، استمارة دراسة الحالة، مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي ألاقتصادي، وبرنامج قائم على اللعب الجماعي في تعديل السلوك العدواني، وأسفرت النتائج عن انخفاض السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقليًا في المجموعة التجريبية.

وأجري فتح الله أبوذكري (2006) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي في تعديل السلوك العدواني لدى المعاقين عقليًا باستخدام أسلوب اللعب الحر، وتكونت عينة الدراسة من (20) تلميذًا وتلميذة من المعاقين ذهنيًا، وأعمارهم تتراوح ما بين (10: 15) سنة وهم من مدرسة الوحدة العربية للتربية الفكرية بإدارة عابدين التعليمية بالقاهرة، وتألفت أدوات الدراسة من مقياس ستانفورد "بنية للذكاء" الصورة الرابعة (إعداد: لويس مليكة 1998). ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد: عبدالعزيز الشخص، 1995) ومقياس السلوك التوافقي (إعداد: فاروق صادق، 1994)، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تعديل السلوك العدواني لدى المعاقين ذهنيًا باستخدام اللعب الحر.

كما قامت ابتسام الحسيني عبدالحميد درويش (2007) بدراسة هدفت إلى معرفة "فاعلية برنامج إرشادي أسري في التحقيق من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعليم من أجل ذلك تضمنت الدراسة عينة من الأطفال (30) طفلًا وطفلة من المعاقين عقليًا القابلين للتعليم، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (6.5: 8.5) سنوات، ونسبة ذكائهم تتراوح بين (53 – 60)، أما عينة الوالدين فتضمنت والدي أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (ن=30) وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل من(41 : 57) وقد راعت الباحثة أن يكون الوالدان على قدر من التعليم؛ حتى يتمكنا من تدريب أطفالهم على وحدات البرنامج وكتابة التقرير عن استجابة الطفل، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد فرق دال إحصائيًا بين القياس القبلي والبعدي على استمارة (ملاحظة السلوك العدواني – استمارة ملاحظة الاكتئاب- استمارة ملاحظة القلق) لجانب القياس البعدي.

وسعت دراسة وينزجر وسوسيبرستاين (Wenz-Gross & Siperstein,2006) إلي دراسة البيئة الاجتماعية وعلاقتها بمستوي السلوكيات اللا توافقية لدي المعاقين عقليا في مرحلة ما قبل المراهقة، تكونت عينة الدراسة من (36) فرداً، كان منهم (15) معاقاً فكرياً (9 إناث و 6 ذكور) من فئة الإعاقة الفكرية البسيطة بمتوسط عمر زمني (12) سنة، و(21) من التلاميذ العاديين (13 إناث و 8 ذكور)، أشارت النتائج إلي وجود فروق دالة في إدراك البيئة الاجتماعية بين المعاقين فكرياً وأقرانهم العاديين لصالح العاديين، وجود علاقة موجبة بين علاقات التلاميذ الايجابية ببعضهم ومستوي التوافق لديهم، وجود علاقة دالة موجبة بين علاقات الآباء بالأبناء الايجابية ومستوي التوافق النفسي والانفعالي لدي الأبناء، انخفاض مستوي السلوكيات اللا توافقية (كالتمرد والعدوان والكذب والانسحاب والحركة الزائدة) لدي التلاميذ ذوي العلاقات المشبعة بالحب.

ودرست ابتسام الحسيني عبد الحميد درويش (2007) "فاعلية برنامج إرشادي أسرى في التحقيق من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعليم من أجل ذلك تضمنت الدراسة عينة من الأطفال (30) طفلاً وطفلة من المعاقين عقليًا القابلين للتعليم، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين قوام كل منهما (15) طفلاً وطفلة إحداها تجريبية والأخرى ضابطة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (6.5 – 8.5) سنوات، ونسبة ذكائهم تتراوح بين (53 – 60)، أما عينة الوالدين فتضمنت والدي أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (ن=30) بواقع (15) لكل مجموعة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل من41 الي 57 وقد راعت الباحثة أن يكون الوالدين على قدر من

التعليم حتى يتمكنا بالوالدين من تدريب أطفالهم على وحدات البرنامج وكتابة التقرير عن استجابة الطفل وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التيارين القبلي والبعدي على استمارة (ملاحظة السلوك العدواني، استمارة ملاحظة الاكتئاب، استمارة ملاحظة القلق) لجانب القياس البعدي، كذلك يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على (ملاحظة السلوك العدواني، استمارة ملاحظة الاكتئاب، استمارة ملاحظة القلق) لجانب المجموعة التجريبية وأخيرًا لا يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على (ملاحظة السلوك العدواني، استمارة ملاحظة الاكتئاب، استمارة ملاحظة القلق).

كما هدفت داليا عبده (2008) إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي يساعد على تعديل سلوكيات غير التكيفية لدى الأطفال المعاقين عقليًا بدرجة بسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (40) طفلًا وطفلة قسموا إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة قوامها (20) طفلًا لم تتعرض للبرنامج الإرشادي ومجموعة تجريبية قوامها (20) طفلًا تعرضت للبرنامج الإرشادي، وتألفت أدوات الدراسة من استمارة جمع بيانات (إعداد الباحثة) ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبدالعزيز الشخص، 2006) ومقياس السلوك التكيفي (إعداد: فاروق صادق) والبرنامج الإرشادي (إعداد: الباحث) وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تعديل السلوكيات غير التكيفية لدى الأطفال المعاقين عقليًا بدرجة بسيطة.

هدفت دراسة ميديروس وآخرين (2014) .Mederios et al إلى التحقق من العلاقة بين مستوى الإعاقة العقلية وكل من اضطرابات السلوك العدواني (السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات) وتكونت العينة من (115) طفلًا من ذوي الإعاقة العقلية بدرجاتها المختلفة من عمر أقل من 12 سنة واستخدمت استبيانًا ضمن مجموعة من الأسئلة حول السلوكيات المقصودة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة بين شدة الإعاقة والسلوك كما أظهرت أن السلوكيات العدوانية والنمطية تظهر في كثير من الأحيان مصاحبة لعديد من المظاهر السلوكية عبر جميع مستويات الإعاقة العقلية.

وقامت داليا عبدالصمد (2014) بدراسة هدفت للمعرفة إثر التواصل الإيجابي على بعض مظاهر السلوك العدواني لدى أطفال الإعاقة العقلية القابلين للتعلم على عينة (20 طفلًا) من الذكور والإناث في مدرسة التربية الفكرية أعمارهم من (9 : 12) واستخدمت الباحثة في برنامج استخدم فنيات مثل التدعيم المادي والمعنوي النمذجة ولعب الدور والحث وأنشطة مثل اللعب وكانت من أهم النتائج إن البرنامج ساعد في خفض السلوك العدواني وكانت النتائج جيدة على عينة أطفال المجموعة التجريبية، وترجع الباحثة خفض السلوك العدواني إلى أن استخدام الأنشطة المتعددة من سرد للقصص بالإضافة للألعاب والمجسمات وما تحتويه هذه الأنشطة من أساليب متنوعة، كما أرجعت الباحثة التحسن في المجموعة التجريبية إلى طبيعة الأنشطة المستخدمة التي تساعد الأطفال على تنمية سلوك التواصل ومهاراتهم الاجتماعية.

وهدفت دراسة محمد عيد كامل عبدالمقصود (2015) إلى معرفة قدرة فعالية برنامج تدريبي قائم على بعض فنيات تعديل السلوك في خفض بعض الاضطرابات السلوكية (إيداء الذات الميل إلى التخريب، السلوك النمطي) لدى عينة من المعاقين عقليًا تتكون من (6 أفراد) ذكور وإناث في مرحلة الطفولة وتم تقسيمها إلى عينة ضابطة وتجريبية تتراوح درجات ذكائهم بين (25: 70)، وبعد تطبيق البرنامج توصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي لتعديل السلوك إلى خفض تلك الاضطرابات السلوكية لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة.

تعليق الباحثة على الدراسات السابقة:

من خلال قراءة الباحثة لدراسات هذا المحور لاحظت أن أكثر المشكلات والاضطرابات السلوكية التي اهتمت بها الدراسات عند أطفال الإعاقة العقلية السلوك العدواني والفوضوي والتمرد والغضب والسرقة والكذب، وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي والسرقة والكذب، كذلك بينت الدراسات علاقة تلك المشكلات بمتغيرات عديدة لدى أطفال الإعاقة العقلية واختلاف تلك المشكلات باختلاف الجنس ذكر وأنثي، ومما اتضح أيضًا ان الدراسات أنها جميعًا تشترك في هدف عام وهو خفض المشكلات غير المرغوب فيها من خلال برامج استخدمت فنيات مختلفة للعلاج تلك السلوكيات مثل التعزيز والنمذجة والتعزيز الرمزي، واستخدمت أكثر الدراسات أسلوب اللعب واللعب الجماعي مع أطفال الاعاقة الذين يعانون من العدوانية، فبعض الدراسات استخدمت الأسلوب القصصي والمسرح المدرسي لضبط المشكلات السلوكية، بينما هناك دراسات استخدمت تنمية السلوكيات الايجابية وتدعيمها والتدريب عليها كمدخل لخفض تلك المشكلات.

ومن خلال قراءة الدراسات في هذا المحور يمكن ملاحظة أيضًا أن بعض الدراسات مثل دراسة كوفنير وسنباسر (2001) ودراسة عبدالعال (2002) ودراسة Preete (2014) استخدمت برنامج التدريب السلوكي من أجل هدف عام وهو خفض السلوكيات غير المرغوب فيها وتنمية السلوكيات المرغوب فيها لدى أطفال الإعاقة العقلية، وهذا ما يتناسب مع أهداف هذا البحث، ولكن على الرغم من اختلاف عينات الدراسة إلا إنها جميعها توصلت إلى نتائج حققت الهدف من الدراسة وهو خفض السلوك الغير مرغوب فيه.

إجراءات البحث الميدانية:

يحاول البحث الحالي التحقق من مدي فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في خفض سلوك الايذاء لدي عينة من اطفال الاعاقة العقلية وكانت مراحل البحث الميداني علي النحو التالي:

اشكالية البحث: كانت إشكالية البحث محصورة على الأسئلة التالية:

- ما مدى فاعلية برنامج علاج تدريب سلوكي في خفض سلوك الايذاء لدى عينة من اطفال الاعاقة العقلية؟

ويتفرع من هذا السؤال، السؤالين التالين:

1. هل ينخفض سلوك الايذاء لدى العينة بعد جلسات البرنامج العلاجي؟
2. هل يستمر التحسن بعد انتهاء برنامج العلاج لسلوكي بفترة زمنية تقدر بشهر؟

وللإجابة عن هذه الأسئلة صيغت الفرضيات التالية:

1. ينخفض سلوك الايذاء لدى العينة بعد جلسات البرنامج العلاجي.
2. يستمر التحسن بعد انتهاء تطبيق برنامج العلاج السلوكي لمدة شهر.

منهج البحث:

تستند الدراسة الحالية إلى المنهج الشبه التجريبي على المجموعة الواحدة، ويتحدد التصميم التجريبي للدراسة لغرض معرفة التغير الذي يحدثه البرنامج التجريبي من خلال القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمتغيرات البحث.

ثانيًا: عينة الدراسة:

1. **عينة الدراسة الاستطلاعية:** تكونت من (50) طفلًا من أطفال الاعاقة العقلية من مركز القدرات الذهنية في ليبيا.
2. **عينة الدراسة التجريبية:** وهي الفئة المستهدفة بتطبيق البرنامج السلوكي، وعددهم (9) وهم أطفال الاعاقة العقلية الذين تم اختيارهم من أطفال مركز القدرات الذهنية بمدينة سبها ليبيا، تتراوح أعمارهم من 9: 12 سنة بمتوسط عمر (11.66) وانحراف معياري (2.55) نسبة ذكائهم من (50: 75)، ومستوى أسرهم الاقتصادي والاجتماعي والثقافي متكافئ، وحاصلين على أعلى درجات في مقياس سلوك الايذاء المعد لهذه الدراسة ولا يعانون من إعاقات حسية أخرى أو أمراض مزمنة.

مراحل اختيار العينة:

تم تطبيق إجراءات الدراسة الحالية على عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من وفقًا للآتي:

1. اختيار مركز تنمية المهارات الذهنية بمدينة سبها ليبيا لتطبيق العينة الاستطلاعية والذي كان فيه ما يعادل (175 طفل) وطفلة من أطفال الاعاقة العقلية بأعمار مختلفة من (6 سنوات) وحتى عشرين سنة والذين نسب طبيًا أنهم مصابين بإعاقة ذهنية وفقًا لنتائج إجراء الكشف الطبي وكما هو موثق في ملفاتهم الدراسية.
2. قامت الباحثة بعدد من الزيارات الميدانية بعد أخذ الموافقات القانونية والأمنية واطلعت على النظام القائم بها وعلى المقررات والفئات الموجودة.
3. ثم الاتصال ومقابلة بعض الأخصائيات والمشرفات على الأطفال في المركز بهدف جمع المعلومات والبيانات وتحديد أكثر السلوكيات غير المقبولة والأكثر شيوعًا، وأي الأعمار التي تظهر فيها هذه السلوكيات، كما تم تحديد ها من خلال استمارة أعدتها الباحثة تحتوي على مجموعة من الأسئلة المفتوحة الإجابة، قامت الباحثة بتطبيقها على أولياء الأمور بهدف معرفة السلوكيات الغير مرغوب فيها والتي يسعي الي التخلص منها.
4. تم تحديد العينة الاستطلاعية من الذكور والإناث الذين يمثلون المجتمع الأساسي.
5. تم اختيار مستوى ذكائهم من خلال الاطلاع على ملفات الأطفال على أن يكون IQ والسن وفقاً للخصائص السابق ذكرها.
6. تم تطبيق مقاييس الدراسة على الأطفال الذين تنطبق عليهم المواصفات المشار إليها في هذه الدراسة وهي (مستوى الذكاء، العمر، والمستوي الاقتصادي الاجتماعي) وذلك بغرض اختبار درجة الصدق والثبات والمعايير السيكو مترية وكذلك انتقاء العينة الأساسية للدراسة.
7. تطبيق جلسات البرنامج العلاجي.

برنامج العلاج السلوكي لخفض سلوك الايذاء لدى أطفال الإعاقة العقلية القابلين للتعلم (إعداد الباحثة):

يرتكز الأساس النظري للبرنامج الحالي في إعداده وأسلوبه واختيار فنياته على مبادئ ونظريات التعلم السلوكي والتي تركز على أهمية البيئة المحيطة بالفرد في تشكيل السلوك، حيث يتأثر السلوك الإنساني بكل من في البيئة، فمن خلال ملاحظة الفرد لما أمامه يمكن أن يكتسب العديد من السلوكيات وكذلك من خلال الثواب والعقاب لاستجابته للمتغيرات المتاحة في البيئة يتم تعلم المعلومات وكذلك المهارات والسلوكيات المختلفة. وتقترح نظرية التعلم السلوكي أن برنامج التدريب على خفض السلوكيات الضارة يجب أن يكون ممتعًا ومناسبًا لحياة الأطفال وتكون السلوكيات المكتسبة والممارسة مكررة بشكل مناسب حتى تصبح المهارات الجديدة عادة روتينية (لويس مليكة ،1994: 12).،

ونظرًا لأن الأفراد دوي الإعاقة العقلية يواجهون صعوبة في اكتساب العديد من السلوكيات وأدائها وكذلك يعانون من بعض المشكلات السلوكية ويفتقدون القدرة على المشاركة وتكوين صداقات، لذلك يعد العلاج السلوكي هو المناسب لهذه الفئة واحتياجاتها النفسية والسلوكية.

تعريفه برنامج التدريب السلوكي:

هو برنامج مخطط ومنظم يتكون من مجموعة من الجلسات تحتوي على مجموعة من الأنشطة والفنيات والممارسات العلمية التي يمارسها الأطفال ويتمرنون عليها لإكسابهم مهارات وسلوكيات محدده، لأجل مساعدتهم في تحسين التفاعل الاجتماعي، وخفض السلوكيات غير المرغوب فيها وهي في هذه الدراسة (إيذاء الذات، ايذاء الاخرين).

أهداف البرنامج:

فقد حددت بنوعين من الأهداف وهي كالتالي:

أولاً: الأهداف العامة: يعد الهدف الرئيسي للبرنامج هو التعرف على مدى فاعلية البرنامج على خفض بعض المشكلات السلوكية وهي إيذاء الذات، وإيذاء الاخر "السلوك العدواني" من خلال تطبيق اسس ومبادي نظريات التعلم السلوكية.
ثانيًا: الأهداف الخاصة: وهي الأهداف الإجرائية التي تنبثق من الأهداف العامة وهي التي من المتوقع أن تحققها إجراءات كل جلسة من جلسات البرنامج وهي كالتالي:

أ. أن يدرك الأطفال أنهم سيتعلمون سلوكيات جيدة لهم.
ب. أن يعرف الأطفال كيفية التواصل مع الآخرين بطرق ايجابية.
ج. ان يميز الطفل السلوك المرغوب فيه والسلوك غير المرغوب فيه.
د. أن يتدرب الطفل علي ضبط انفعالاته العدوانية.
ه. ان يكتسب اتجاهات ايجابية تعبر عن انفعالاته الوجدانية نحو الاخرين.

مصادر بناء البرنامج:
اشتقت الباحثة الإطار العام والمادة العلمية للبرنامج والفنيات المتضمنة له من المصادر التالية:

1. لاطلاع على العديد من المراجع العلمية والأدبيات النظرية والتي تختص في هذا المجال
2. الاطلاع على الدراسات السابقة
3. الاطلاع على بعض البرامج في هذا المجال.
4. الاعتماد على آراء وملاحظات المعلمين والاخصائيون والوالدين وكذلك ملاحظات الباحثة نفسها على الحالة .

- على ضوء ما سبق تم إعداد البرنامج العلاج السلوكي لخفض سلوك الايذاء.

مراحل البرنامج:
تضمن البرنامج أربع مراحل أساسية تتمثل في التالي:
المرحلة الأولى: التمهيد: وهي المرحلة التي تم فيها التعارف بين الباحثة وكلاً من إفراد عينة البحث وأولياء أمورهم والأخصائيون والمشرفون على الأطفال في مركز القدرات الذهنية، وذلك بهدف خلق نوع من الود والثقة المتبادلة بينهم وبين الباحثة في جو يسوده الاحترام والتعارف من أجل تحقيق أهداف البرنامج، ويتم ذلك من خلال الجلسة الأولى والثانية والثالثة، حيث تم كذلك التعريف بالبرنامج وأهميته وأهدافه ومحتواه وعدد جلساته وضرورة الالتزام بالمواعيد من قبل المجموعة التجريبية من أجل نجاح خطة البرنامج.
المرحلة الثانية: مرحلة الانتقال: وتحتويها أيضًا الجلسات الأولى من البرنامج حيث كان التركيز على المشكلة الأساسية موضوع البرنامج التي يرغب في إكسابها لخفض الاضطرابات السلوكية، وتم إعطاء فكرة عن تلك المهارات والسلوكيات غير المرغوب فيها مع التركيز على كل ما يخص موضوع الإعاقة العقلية من حيث الأسباب والمؤثرات وكيفية مساعدة الأطفال لتخطي المشكلة من خلال ما قد يتم تقديمه داخل البرنامج من إجراءات ونشاطات مختلفة عن طريق استخدام فنيات واستراتيجيات مناسبة وتم أيضًا خلال هذه الجلسات مناقشة كل ما يخص موضوع الإعاقة والمهارات والاضطرابات وتستخدم فيها الباحثة الفنيات المعرفية أهمها المواجهة والإقناع والتوجيه والتفسير وعرض المقترحات من خلال المحاضرة.
المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق: وفي هذه المرحلة تم الاحتكاك المباشر ما بين الباحثة العينة حيث يتم فيها العمل على خفض السلوك الغير مرغوب من خلال جلسات البرنامج بداية من الجلسة الخامسة إلى الجلسة العشرون حيث استخدمت الباحثة مجموعة متنوعة من الفنيات والأنشطة المختلفة للوصول إلى الهدف الرئيسي وهو تعديل السلوك وتنمية بعض المهارات الايجابية.
المرحلة الرابعة: مرحلة الإنهاء: وهي مرحلة تقييم البرنامج وتم فيها معرفة مدى تحقق أهداف الدراسة ومدى فاعلية البرنامج المقترح في تنمية السلوكيات المرغوب فيها وخفض السلوكيات الغير مرغوبة او انهاءها وكذلك يتم فيها تهيئة إفراد العينة لإنهاء البرنامج وتطبيق مقاييس الدراسة المتمثلة في القياس البعدي
المرحلة الخامسة: مرحلة المتابعة: وهي المرحلة التي يتم فيها التأكد من مدى استمرار تأثير البرنامج وفعاليته في خفض المشكلة السلوكية لأفراد المجموعة التجريبية بعد فترة زمنية تصل نحو شهر حيث يتم القياس التتبعي.

تقييم البرنامج:
تعد عملية التقييم عملية أساسية لأي خطوة أو إجراء قبل البرنامج أو أثناء البرنامج أو بعد نهايته والهدف الأساسي للعملية التقييمية هنا من أجل التعرف على مدى فاعلية البرنامج في خفض السلوكيات الغير مرغوب فيها.
وقد تم تقييم البرنامج من خلال الأساليب الآتية:

1- التقييم اليومي ويكون أثناء الجلسات التدريبية في البرنامج للكشف عن مدى استفادة الأطفال من الأنشطة أثناء إجراءات الجلسة لمعرفة مدى قدرتهم على أداء ما تدربوا عليه عن طريق ما يسمى بالتغذية الراجعة.
2- من خلال القياسات القبلي، البعدي، التتبعي لمتغيرات البحث.
3- ملاحظات الآباء والمعلمون على التغير في سلوك الأطفال المواكب لجلسات البرنامج من خلال خدمة الواتس اب.

الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:
اعتمدت الباحثة أثناء تطبيق برنامج الدراسة الحالية العديد من الفنيات والأساليب السلوكية من اجل خفض

السلوك المقصود (سلوك الإيذاء) لدى عينة البحث، ومن الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج ما يلي:
الحوار، الشرح، التوجيه اللفظي، الإرشاد النفسي المختصر، الارشاد والتوجيه بإتاحة المعلومات، لعب الدور، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي، التعزيز، الاسترخاء، الإطفاء، السحب التدريجي، النمذجة، التعاقد السلوك، إعادة البناء المعرفي والتنفيس الانفعالي.

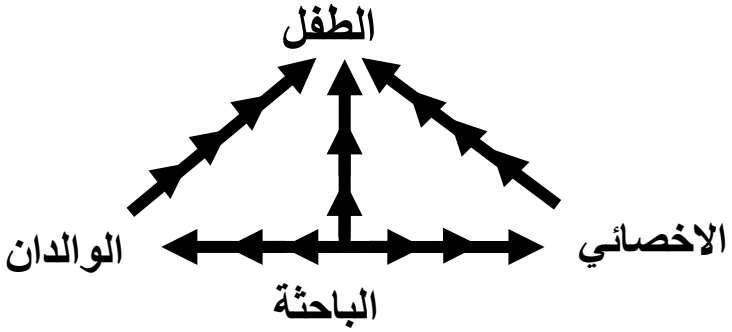
جدول الجلسات العلاجية للحالة:

- **عدد الجلسات:** عدد (20) جلسة علاجية.
- **زمن الجلسات:** من 40 دقيقة الي ساعة.
- **حجم العينة:** 9.
- **نظام الجلسات:** جماعية.
- **مواعيد الجلسات:** 3 في الاسبوع.

- **القائم بتطبيق الجلسات العلاجية:** الباحثة وبعض الأخصائيات في المركز.

حدود البرنامج: يتحدد البرنامج في الدراسة الحالية بالمجالات الآتية:

1. **العينــة:** وهي الفئة المستهدفة بتطبيق البرنامج السلوكي، وهم الاعاقة العقلية الذين تم اختيارهم من أطفال مركز القدرات الذهنية بمدينة سبها ليبيا، تتراوح أعمارهم من 9: 12 سنة بمتوسط عمر (11.66) وانحراف معياري (2.55) نسبة ذكائهم من (50: 75)، ومستوى أسرهم الاقتصادي والاجتماعي والثقافي متكافئ، وحاصلين على أعلى درجات في مقياس الايذاء السلوكي المعد من قبل الباحثة ولا يعانون من إعاقات حسية أخرى أو أمراض مزمنة.
2. **مدة البرنامج وعدد جلساته:** تكون البرنامج في هذه الدراسة من عشرين جلسة لمدة شهران بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًا، ومدة كل جلسة 60 دقيقة وتم مراعاة طبيعة العينة، والظروف والمتغيرات الخاصة بهذه الدراسة؛ لذا كان هناك بعض الوقت للراحة لا يتجاوز خمس دقائق بعد نصف ساعة من بداية الجلسة.
3. **الأفراد المشاركون في البرنامج:** كي تتحقق أهداف البرنامج لابد أن يكون هناك علاقة تعاونية بين ثلاثة أطراف هم الباحثة والأسرة ويمثلها الوالدان أو أحدهما والمركز يمثله الاختصاصي الاجتماعي، والطرف الرابع هو طفل الإعاقة العقلية والقابل للتعلم، وهو المحور الأساسي والركيزة الأساسية في هذه العملية التعاونية، ويمكن للباحثة أن تمثل تلك العلاقة التعاونية في النموذج التالي:



نتائج البحث:

نتائج الفرض الاول وتفسيره: ينص هذا الفرض على أنه" ينخفض سلوك الايذاء لدى أطفال العينة في القياس البعدي" بعد تطبيق جلسات العلاج السلوكي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبارWilcoxon ويلكوكسون لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة قبل وبعد وتطبيق البرنامج على مقياس الايذاء، ويوضح جدول (2) ما تم التوصل إليه من نتائج:

جدول رقم (2): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العبنة وقيمة (z) لاختبار ويلكوكسون على مقياس الايذاء ومكوناته والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي

سلوك الايذاء	القياس	المتوسط	الانحراف	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
إيذاء الذات	قبلي	24.33	4.47	الرتب السالبة	9	5	45	2.677	دالة عند 0.01
				الرتب الموجبة	0	0	0		
	بعدي	16.89	5.82	التساوي	0				
				المجموع	9				
ايذاء الاخرين	قبلي	37.56	3.13	الرتب السالبة	9	5	45	2.673	دالة عند 0.01
				الرتب الموجبة	0	0	0		

	بعدي	16.89	5.06	التساوي	0				
				المجموع	9				
الدرجة الكلية	قبلي	83.00	8.35	الرتب السالبة	9	5	45	2.668	دالة عند 0.01
				الرتب الموجبة	0	0	0		
	بعدي	47.22	13.28	التساوي	0				
				المجموع	9				

يتضح من الجدول والشكل السابق:

وجود فروق دالة إحصائيًّا بين متوسطي رتب درجات افراد العينة بين القياسين (القبلي، البعدي) في سلوك الايذاء لصالح القياس البعدي، فمن خلال حساب مجموع الرتب الأقل تكرارًا لمكونات السلوك (إيذاء الذات، وأيداء الاخرين العدواني، الدرجة الكلية) وجد أنها تساوي على التوالي (2.677، 2.673، 2.668)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01).

ويتضح من النتائج السابقة وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لا فراد العينة لصالح القياس البعدي وبذلك تم التحقق من صحة الفرض، وتتفق النتائج مع دراسة كل من ;Rolando et.al. (1992)؛ محمد النجار (2000)؛ خالد عبدالقادر (2000)؛ خطاب (2001 ; , Sukhodolsky et.al. (2004) ;Singh et.al., Lindsay et.al. (2005) ;فتح الله أبو ذكري (2006)؛ Mckay (2006), ؛ ابتسام الحسيني عبدالحميد درويش (2007)؛ ؛ ليلي محمد حماد أبو جروة (2013)؛ Singh et.al. (2014) ؛ ؛ Taylor et.al. (2014) Preete & Pinita (2005) محمد عيد كامل عبدالمقصود،2015؛ فتحية جعفر ،2019) التي توصلت نتائج دراستهم إلى انخفاض المشكلات السلوكية في القياس البعدي عنه لدى القياس القبلي نتيجة البرامج المستخدمة.

ويمكن إرجاع سبب وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي في السلوك لأطفال العينة لصالح القياس البعدي إلى البرنامج التدريبي الذي اشتمل على فنيات متنوعة التي ساعدت على تنمية سلوكيات التفاعل للأطفال؛ مما انعكس على خفض السلوك الغير مرغوب فيه لدى الأطفال؛ فعندما يتم إبعاد الطفل عما يريد أو إجباره على القيام بشيء دون رغبة منه، ومن خلال التعنيف المستمر أو الإهمال من قبل المحيطين به؛ يشعره بالإحباط مما يدفعه إلى محاولة جذب الانتباه حتى ولو كان السلوك خطأ، كل هذا اختفى بسبب ما قدمه البرنامج من جلسات تدريبية ساعدت الطفل على تعلم الطرق الصحيحة التي يعترض بها عن الآخرين بأساليب بسيطة؛ مما قوت التواصل بينه وبين الآخرين مما أدى إلى انخفاض الاضطرابات السلوكية لديه.

كما تري الباحثة أن هذا التحسن الذي طرأ على سلوكيات أفراد العينة ؛ إنما يرجع إلى تعرضهم للبرنامج التدريبي السلوكي وما تضمنته جلساته من أنشطة مختلفة وإجراءات وفنيات ساعدتهم على خفض حدة المشكلات السلوكية لديهم المتمثلة في إيذاء الذات، إيذاء الاخرين، "ففي الجلسة الثانية والثالثة عشر دربت الباحثة الأطفال على سلوكيات التفاعل التي يجب اكتسابها لتحل محل سلوكيات الخاطئة وذلك باستخدام أنشطة قصصية وتمثيلية، واستخدام فنية الحوار والمناظرة لتشجيع الأطفال على التواصل والتفاعل الايجابي بدلا من سلوك العداء والإيذاء، وتكوين علاقات جيدة مع الآخرين، أما في الجلسات الثالثة والرابعة والعشرين، قامت الباحثة بتدريب الأطفال على اكتساب انماط سلوكية باستخدام أنشطة مختلفة فنية ورياضية وموسيقية وأغاني وألعاب جماعية ساعدت الأطفال على تنمية روح الحب والتفاعل دون ايذاء والتدريب على ضبط الانفعالات العدوانية والتحكم فيها أثناء ممارسة الأنشطة في حالة الربح أو الخسارة. وقد أدي اكتساب الأطفال لهذه الانماط السلوكية وممارستها بشكل يومي إلى انخفاض مستوي العدوان ليهم سواء نحو الذات أو نحو الآخرين.

ثانيا: نتائج الفرض الثاني وتفسيره:

ينص هذا الفرض على أنه يستمر انخفاض سلوك الايذاء لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج التدريبي (بمدة شهر).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبار ويلكوكسون wilcoxon ؛ لحساب دلالة الفروق بين افراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي في الاضطرابات السلوكية، ويوضح جدول (3) ما تم التوصل إليه من نتائج.

جدول رقم (3): دلالة الفروق بين متوسطي الرتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة (Z) على مقياس الاضطرابات السلوكية مكوناته والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي

سلوك الايذاء	القياس	المتوسط	الانحراف	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
إيذاء الذات (السلوك العدواني نحو الذات)	بعدي	16.89	5.82	الرتب السالبة	4	4	16	.302	.763 غير دالة
				الرتب الموجبة	4	5	20		
	تتبعي	17.00	5.12	التساوي	1				
				المجموع	9				
إيذاء الاخرين (السلوك العدواني نحو	بعدي	16.89	5.06	الرتب السالبة	4	3.75	13	1.000	.317 غير دالة
				الرتب الموجبة	2	3	6		
	تتبعي	16.56	4.72	التساوي	3				

الاخرين)				9	المجموع				
الدرجة الكلية	بعدي	47.22	13.28	4	الرتب السالبة	4	16	.289	.773 غير دالة
				4	الرتب الموجبة	5	20		
	تتبعي	47.33	12.57	1	التساوي				
				9	المجموع				

يتضح من الجدول والشكل السابق:

عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي، التتبعي) في السلوك، فمن خلال حساب مجموع الرتب الأقل تكرارًا في مكونات إيذاء الذات، ايذاء الاخرين، الدرجة الكلية) وجد أنها تساوي على التوالي (1.134 -.302 -1.000 -.289)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية؛ وجد أنها غير دالة إحصائيا مما يدل على تحقق الفرض الثاني، وعلى استمرارية تأثير البرنامج التدريبي في فترة المتابعة في خفض ا السلوك، وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة كل من محمد النجار (2000)؛ خالد عبدالقادر (2000)؛ (Barker &Thyer (2000)؛ خطاب (2001)؛ عاطف فوزي السيد (2001) ; Singh et .al. (2004); Lindsay et.al. Sukhodolsky et.al. (2005); فتح الله أبو ذكري (2006)؛ Mckay (2006), العسرج (2006)؛ إبتسام الحسيني عبدالحميد درويش (2007)؛ عفاف حسن (2008)؛ عاطف فوزي السيد (2008)؛ عزة جلال عبدالله حسنين (2009)؛ مشيرة سالم (2012)؛ ليلي محمد حماد أبو جروة (2013)؛ Singh et.al. (2014) ؛و عبدالعال (2002)؛ Taylor et.al. (2005); Preete & Pinita (2014) ؛ محمد عيد كامل عبدالمقصود (2015)؛ فتحية جعفر (2019) التي توصلت نتائج دراساتهم إلى استمرار انخفاض السلوك الغير مرغوب فيه في القياس التتبعي نتيجة استمرار فاعلية البرامج المستخدمة.

وتفسر الباحثة هذه النتائج المتمثلة في استمرار أثر البرنامج التدريبي إلى تأثير البرنامج والتي تمثلت في تزويد الأطفال في المجموعة التجريبية بالخبرات والمهارات التي اكتسبوها، وتفاعلوا معها أثناء الفترة الزمنية للبرنامج التدريبي؛ حيث أكدت النتائج على استفادة أطفال المجموعة التجريبية من البرنامج التدريبي من خلال الممارسة المنهجية، وترحيل الخبرات والمواقف التعليمية إلى الحياة الواقعية، وبالتالي فالممارسة التدريبية تعتمد بصورة كبيرة على التعلم وانتقاله من موقف لآخر، كما يفسر ذلك بأن فنيات تعديل السلوك التي تتضمنها البرنامج لها تأثير قوي في سلوكيات نافعة والتلص من السلوكيات الضارة واستمرار فاعليته، كما تفسر الباحثة النتائج إلى حاجة التلاميذ الماسة إلى تقديم البرامج المتنوعة التي تستند على الاتجاهات النظرية المتعددة التي يزخر بها مجال العلاج النفسي؛ حيث يعد السلوك نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل، وذلك يستدعي التدخل بالعمل على تصميم البرامج العلاجية والإرشادية المتنوعة، والتي تهدف إلي التدريب علي إلى خفض السلوكيات الضارة.

وفي ضوء ما تقدم وما توصلت إليه الدراسة من نتائج يمكن القول: إن هناك تحسنًا ملموسًا وأن مستوى سلوكيات الاطفال قد ارتقي بشكل واضح يدعو للثقة في أنشطة البرنامج وفنياته، وفعالية ذلك في خفض السلوك السلبي واستمرار أثره لمدة طويلة بعد انتهاء البرنامج لدى أفراد العينة؛ حيث إن البرنامج التدريبي أثر في أطفال المجموعة التجريبية من خلال تنمية العديد من المهارات والسلوكيات الايجابية.

كما تعزي الباحثة النجاح في تحقق الأهداف إلى الدور الذي لعبته الأنشطة والفنيات خصوصا؛ فحسن استخدام الفنيات المناسبة والتي منها فنية المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي؛ كان لها الدور الكبير في تنمية المهارات اليومية؛ حيث تري الباحثة أن تعاون الوالدين أثناء الجلسات الإرشادية الأسرية أو من خلال الواجب المنزلي والتي اعتمدت فيها الباحثة على (الوتس اب) من أجل تحقيق التواصل الأسري المباشر مع الأسرة في المنزل والتي تم من خلالها ما يلي:

أ. وضع تقرير موجز عن كل ما تم في الجلسة.
ب. تحديد المهارات والسلوكيات الايجابية المراد التدرب عليها وكيفية ممارستها في البيت.
ت. تدوين تقرير يومي عن أهم الصعوبات والمشكلات التي واجهت الطفل أثناء التدريب المنزلي مع أفراد أسرته.
ث. تدوين التغير الذي يشعر به ولي الأمر على طفله في المنزل.

كلها عوامل أسهمت في نجاح البرنامج والوصول إلى الأهداف المرجوة.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحثة توصي بما يلي:

1. على القائمين بالتربية الخاصة أن يولوا اهتماما بتعديل السلوك لدي أطفال الاعاقة العقلية.
2. تقديم البرامج التعليمية لأطفال الاعاقة العقلية من خلال الخبرات الهادفة المباشرة والقصص الشائقة.
3. الاهتمام باستخدام أساليب التعزيز المادي والمعنوي والاجتماعي بمختلف الطرق؛ مما يساعد على التفاعل الإيجابي لأطفال الاعاقة العقلية، وبث روح التفاعل والتعاون بينهم.
4. عقد الدورات التدريبية بصفة دورية للأمهات ومن يربي الأطفال من هذه الفئة؛ من أجل إيضاح أدوارهم الإرشادية والوقائية، والتعرف على كيفية خفض ما قد يعانون من مشكلات.
5. الاهتمام بتقديم البرامج الإرشادية والسلوكية لأطفال الاعاقة العقلية التي تساعد على خفض المشكلات السلوكي.
6. رفع مستوى الوعي لأولياء الأمور والمعلمين مثل هذه البرامج وأثرها في علاج كثير من المشكلات.

7. جعل البرامج الإرشادية جزءًا من العملية التعليمية؛ من حيث الحافز للأطفال وأسرهم.
8. الاستفادة من الأساليب والأنشطة التدريبية المتنوعة في تدريب التلاميذ على القدرة على التعامل مع الآخرين في مختلف المواقف.
9. عقد لقاءات خاصة بين أولياء الأمور وبين المراكز؛ حتى يتسنى لهم متابعة المشكلات التي يعاني منها أطفالهم، والحصول على التوجيهات اللازمة لمواجهة هذه المشكلات بالتعاون معهم.

المراجع العربية والاجنبية:

1. إبراهيم أحمد محمد عطية (2002): مدي فاعلية برنامج مقترح لتعديل السلوك العدواني لدي ضعاف السمع، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
2. احمد فتحي على (2002): مدي فاعلية برنامج ارشادي للوالدين في تخفيف المخاوف لدي المراهقين المتخلفين عقليًا (فئة القابلين للتعلم) رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.
3. احمد وادي (2009): الإعاقة العقلية أسباب، تشخيص تأهيل، دار أسامة للنشر، عمان.
4. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد، وهبة جابر عبد الحميد (2014): المتخلفون عقليًا القابلون للتدريب، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
5. اسامة فاروق مصطفي (2017): تعديل بناء السلوك الانساني للعاديين ودوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
6. أمال عبد السميع (2015): مقياس السلوك العدواني والعدائي للأطفال، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
7. بشري كاظم الحوشان الشمري (2007): علم نفس الشخصية، دار الفرقان للنشر والتوزيع عمان.
8. بطرس حافظ بطرس (2010): تعديل وبناء سلوك الطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
9. جمال محمد سعيد الخطيب (2003): تعديل السلوك الإنساني، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان
10. جمال محمد سعيد الخطيب (2008): التربية الخاصة المعاصرة: قضايا معاصرة، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
11. جمال محمد سعيد الخطيب وآخرون (2010)، تعليم الطلبة دوي الحاجات الخاصة الإعاقة العقلية، دار الفكر، عمان الاردن، الطبعة الأولى.
12. جمال محمد سعيد الخطيب (2010): الإعاقة العقلية، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
13. جمعة يوسف (2000): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب، القاهرة.
14. جودت عبد الهادي (2007): نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية، دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان.
15. حسين أب وریاش، زهرية عبدالحق (2007): علم النفس التربوي للطالب الجامعي والمعلم والممارس، دار المسيرة، عمان.
16. حسن عبد المعطي وآخرون (2013): تعديل السلوك، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان
17. حنان فتحي الشيخ (2003): المقارنة بين التقييم الدينامي والتقييم التقليدي في تقدير أداء عينة من المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم من ذوي السلوك الاندفاعي رسالة ماجستير، كلية البنات للعلوم والآداب والتربية، جامعة عين شمس.
18. خالد محمد عسل (2017). ذوي الاحتياجات الخاصة رؤى نظرية وتدخلات إرشادية، دار الوفاء الإسكندرية.
19. خالد خليل الشيملي (2005): المشكلات السلوكية لدى الأطفال المظاهر الوقائية والعلاج، دار الكتاب الجامعي العين.
20. سعيد عبد الله دبيس (1999): مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقليًا من الدرجة البسيطة، مجلة البحوث التربوية جامعة قطر، ج (15).
21. سهي أحمد أمين ورحاب صالح محمد برغوث (2009): فعالية برنامج للأنشطة المقترحة في تنمية الذاكرة العاملة وأثرها في تحسين مستوى أدائهم لبعض المهارات اللغوية، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد (72).
22. رأفت عوض السعيد خطاب (2001): فعالية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدي الأطفال المعوقين عقليًا رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
23. زينب محمود شقير (2006): مقياس تشخيص سلوك إيذاء الذات للأطفال العاديين وغير العاديين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
24. السيد كامل الشربيني منصور (2017): التخلف العقلي في ضوء النظريات، دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر، الإسكندرية.
25. الشرقاوي: محمود (2016): التدريب على المهارات الاجتماعية ورفع الكفاءة الاجتماعية لدي أطفال الاعاقة العقلية القابلين للتعلم، دار العلم والايمان، القاهرة.
26. طارق عبد الرؤوف عامر وربيع عبد الرؤوف محمد (2008): الإعاقة العقلية سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤسسة طيبة، القاهرة.
27. عادل عبد الله سلميان محمد (2010)، الاضطرابات السلوكية للأطفال، دار الإرشاد، القاهرة.
28. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2016): اساليب رعاية المعاقين عقليًا وحركياً وبصرياً وسمعياً، المكتب العربي

للمعارف، القاهرة.
29. علاء الدين كفافي، وجابر عبد الحميد (1992): معجم علم النفس والطب النفسي، دار النهضة، القاهرة.
30. فاروق الروسان (2005): مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر، عمان، الأردن، ط 3.
31. فاروق محمد الصادق (1982): سيكولوجية التخلف العقلي، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض، ط 2.
32. كريم عبد الرحمن الفوني وآخرون (2014): دليل طفلي وسلوكه إلى أين؟، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
33. لويس كامل مليكة (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة
34. لويس كامل مليكة (1998): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
35. محمد عيد كامل (2015): استخدام فنيات تعديل السلوك لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدي المعاقين عقليا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.
36. محمد جاسم محمد (2004): نظريات التعلم دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
37. محمد السيد حلاوة (2016): الاعاقة العقلية والاسرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
38. محمد أحمد خطاب (2013): فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدي الأطفال التوحديين، المكتب العلمي للمعارف، القاهرة.
39. محمد، عبد الصبور منصور (2012): التخلف العقلي في ضوء نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
40. محروس الشناوي (1997): التخلف العقلي الأسباب ـ التشخيص ـ العلاج، دار غريب، القاهرة.
41. مسعد ابوالديار وأمثال الحويلة، (2015): دليل الاضطرابات المختلفة، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
42. منظمة الصحة العالمية (2007).
43. نهاد عبد الوهاب محمود (2015): مقياس المشكلات السلوكية للأطفال، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
44. وليد السيد أحمد خليفة وآخرون (2010): الذاكرة وما وراء الذاكرة لدي المتخلفين عقليًا، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
45. وليد السيد أحمد خليفة (2006): المهارات اللغوية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
46. Beirne –Smith, Patton, J., &Shannon H. Kim,S(2005. Mental Retardation : An Introduction to Intellectual DisabilTy (7th Edition) prentice Hall , Upper Saddle River, New Jersey.
47. .Kauffman, J. (2005). Characteristics of children: emotional *and Behavioral Disorders of children and youth. 8th Ed.person .Merrill* prentice Hall. O hio.U.O.A.
48. Kirk. A S. Gallagher, JJ., & Anastasioow, N.J.(19970. Education Exceptionnel children. Boston Houghton Mifflin Company: New York..
49. Morrison, J. (2009) : Adults with Intellectual Disabilities: Prevalence, Incidence and Remission of Aggressive Behavior and Related Factors, Journal of Intellectual Disability Research
50. Thomas Shea(2014):introduction to mental Disability .
51. Witwer,A. &Lecavalier ,L(2010).Validity of Comorbid psychiatric Disorders in Youngsters. With Autism Spectrum Disorders. JDev Phys.